

الفصل الأول

التعريف العام باختصاص طب العائلة

* تعريف طبيب العائلة (Family doctor):

هو طبيب العائلة الاختصاصي، الذي يمتلك المعارف والمواقف والمهارات العلمية الطبية التي تكفل تقديم الرعاية الصحية الأولية لأفراد العائلة جميعهم، ضمن آفاق العيادة والمركز الصحي، وذلك ضمن مبادئ الرعاية الصحية الأولية وأسسها المتفق عليها عالمياً.

وهو طبيب العائلة الاختصاصي في الرعاية الصحية الأولية (Primary health care)، والذي يتقن إحالة المرضى إلى مستوى الرعاية الصحية الثانوية بعد تقديم كل ما يجب من رعاية صحية أولية.

* طب العائلة وصلته بالرعاية الصحية الأولية:

تقسم الرعاية الصحية إلى ثلاثة مستويات وهي: الرعاية الصحية الأساسية أو الأولية وهي أهم مسؤولية لطبيب العائلة، والرعاية الصحية الثانوية، والرعاية الصحية الثالثة.

* الرعاية الصحية الأولية (Primary health care):

وهي الرعاية الصحية الأساسية في المجتمع، وهي المستوى الأول من اتصال الإنسان المريض أو السليم أو العائلة أو المجتمع الصغير مع الهيئات الصحية. يجب أن تعتمد الرعاية الصحية الأولية على وسائل طبية صالحة من الجوانب العملية والعلمية ومقبولة عند تطبيقها من الجوانب الاجتماعية، وينبغي أن تكون في متناول أفراد المجتمع جميعهم، وبأسلوب ميسر، ويجب بناؤها على أسس متينة يمكن للجميع دفع تكاليفها والاستمرار بها بصفة دائمة، ويجب أن تكون جزءاً رئيسياً من النظام الصحي لكل بلد.

تختلف الدول كثيراً في تطبيق عناصر الرعاية الصحية الأولية؛ ففي بعض الدول الغنية يقوم بممارسة الرعاية الصحية الأولية أطباء العائلة، وقد يقوم بها الأطباء الممارسون. إن القاعدة السكانية التي تتوجه إليها الرعاية الصحية الأولية لا تتجاوز 50,000 نسمة تقدم عبر مراكز صحية أو مستوصفات أو عيادات، ويحال المريض الذي لا يمكن تقديم العون له في هذا المستوى إلى المستوى الثاني وهو الرعاية الصحية الثانوية.

* الرعاية الصحية الثانوية (Secondary health care):

وهي رعاية تخصصية عامة يشرف عليها أطباء مختصون في المستشفيات وتتوجه إلى قاعدة سكانية لا تتجاوز نصف مليون نسمة، يمكن إحالة المرضى الذين لا يمكن معالجتهم في هذا المستوى إلى المستوى الثالث وهي الرعاية الصحية الثالثة

* الرعاية الصحية الثالثة (Tertiary health care):

وهي تضم المستشفيات التخصصية الفائقة مثل مراكز زرع الأعضاء، ومراكز معالجة بعض أنواع السرطان، ومراكز جراحة القلب المفتوح.

إن الرعاية الصحية الأولية التي يعد طبيب العائلة الدعامة الأساسية فيها ليست مجرد خدمات بسيطة توجه لمجموعة من الناس السذج ويقوم بها أطباء غير مؤهلين، بل هي جزء من نظام صحي شامل يهدف لتحقيق الضمان الصحي في المجتمع، ولقد قامت بتطبيق أسسه دول متقدمة مادياً وعلمياً، مما هيأ لها المزيد من الصحة والتوفير في النفقات غير الضرورية وحقق مبدأ الصحة للجميع فعلاً.

* تعريف طب العائلة:

هو الرعاية الصحية الأولية الشاملة والمستمرة مع التركيز على الفرد في نطاق العائلة كوحدة اجتماعية من دون التقيد بالجنس أو العمر أو نوع المرض، وهو اختصاص يعتمد على الطب الإكلينيكي والوقائي والنفسي في المركز الصحي أو العيادة.

وأما التعريف الرسمي الأمريكي لطب العائلة فهو: «إن طب العائلة هو اختصاص طبي يوفر الرعاية الصحية المستمرة والشاملة للفرد والعائلة. إنه اختصاص واسع يضم العلوم البيولوجية والإكلينيكية والسلوكية ويشمل مجال طب العائلة الأعمار كلها، ويشمل الذكر والأنثى، والأجهزة والأعضاء كلها في الأمراض جميعها. وكما جرى تحديده بهذا الوصف، فإن اختصاص طب العائلة يشمل رعاية المريض في الصحة والمرض ولاسيما مع المريض والعائلة ورعاية كاملة للشخص ككل مع منهج واسع وعريض في الرعاية الصحية».

* واجبات طبيب العائلة:

- يستطيع طبيب العائلة بعد حصوله على شهادة الاختصاص في طب العائلة القيام بما يلي:
- 1 - تدير المريض في نطاق العائلة بغض النظر عن العمر أو الجنس أو الاضطراب العضوي أو النفسي.
 - 2 - المقدرة على التشخيص والمعالجة الرشيدة، لمعظم الأمراض الشائعة في المجتمع على مستوى الرعاية الصحية الأولية.
 - 3 - تقديم الخدمات العلاجية والوقائية، بأسلوب علمي يختصر الزمن، ويوفر التكاليف المالية والمادية على الفرد والعائلة والمجتمع.
 - 4 - تحقيق الصلة مع المريض في نطاق العائلة من كافة الجوانب البدنية والاجتماعية وال نفسية.
 - 5 - التصرف كمشاور للعائلة والمريض في الأمور الوقائية أو الصحية كلها أو ذات الصلة بالصحة.
 - 6 - ممارسة التعليم الذاتي المستمر بعد التخرج.

* أهداف البرنامج التدريبي:

يكتسب طبيب العائلة المقيم في اختصاص طب العائلة في نهاية فترة التدريب المعارف والمواقف والمهارات التالية:

أولاً: المعارف:

- 1 - الإلمام الكافي بالأمراض الشائعة والأمراض المزمنة والأمراض ذات المضاعفات الخطيرة أو العقابيل (Sequelae) الدائمة، أو الأمراض التي يمكن تدبيرها في مستوى الرعاية الصحية الأولية بعد تشخيصها.
- 2 - الإلمام الكافي بالبرامج الصحية التي تنفذها وزارة الصحة ولاسيما برامج الطفل وبرامج الصحة التناسلية والإنجابية ومكافحة الأمراض السارية أو المستوطنة، والاضطرابات النفسية الشائعة، ضمن إطار الرعاية الصحية الأولية.
- 3 - الفهم والإدراك لدور العلاقات الفردية ضمن العائلة، كمسبب محتمل للاضطرابات الصحية وأسلوب كشفها ومساها وتدبيرها، وكذلك تأثير المرض على العلاقات ضمن العائلة.
- 4 - الفهم والإدراك لفرص الوقاية وطرقها وأفاقها، والتشخيص المبكر والتدبير في نطاق ممارسة طب العائلة.
- 5 - الفهم والإدراك للظروف الاجتماعية والبيئية لمرضاه وأسلوب تأثير ذلك على العلاقة بين الصحة والمرض.
- 6 - الإلمام بالاضطرابات الصحية الشائعة وانعكاس ذلك على ممارسته في حقل طب العائلة.
- 7 - معرفة التشريعات الطبية والتقاليد والعادات الاجتماعية ومدى تأثير ذلك على مرضاه
- 8 - معرفة أخلاقيات مهنته وأهميتها للمريض.

ثانياً المواقف (Attitudes):

- 1 - تقدير قيمة إقامة علاقات نوعية وفعالة مع المرضى وعائلاتهم وقيمة تفهم مشاعرهم.
- 2 - تقدير قيمة التعامل مع المريض كفرد متميز، وأثر ذلك على أسلوب تحصيل المعلومات منه وتشخيص مشاكله الصحية وتدبيرها، والتداول الشمولي معه.
- 3 - تقدير قيمة مساعدة المرضى على حل مشاكلهم بأنفسهم كتدبير علاجي

أساسي في الرعاية الذاتية.

- 4 - تقدير قدرته على المساهمة المهنية في نظام الضمان الصحي .
- 5 - التصميم والمقدرة على التقويم والنقد الذاتي.
- 6 - إدراك الحاجة إلى التعليم الذاتي، والتعليم المستمر، والمظالعة الناقدة للمعلومات الطبية.

ثالثاً: المهارات (Skills):

- 1 - المقدرة على التشخيص مع مراعاة العوامل البدنية والنفسية والاجتماعية.
- 2 - المقدرة على التدبير الجيد والإحالة إلى مستوى الرعاية الصحية الثانوية عند الضرورة وكذلك المتابعة المستمرة.
- 3 - المقدرة على استخدام علم الوبائيات والتوقع في عمله اليومي.
- 4 - المقدرة على استيعاب عامل الزمن، واستخدامه كوسيلة تشخيصية وعلاجية.
- 5 - المقدرة على تحديد الأشخاص الأكثر اختطاراً، واتخاذ الإجراءات الملائمة.
- 6 - المقدرة على اتخاذ القرارات الأولية الملائمة بحسب كل مشكلة تعرض عليه كطبيب اختصاصي في مجالات الرعاية الصحية الأولية.
- 7 - المقدرة على التعاون مع الاختصاصيين في مجال الطب أو غير الطب.

* مدة التدريب (Training):

يتطلب الحصول على شهادة الاختصاص في طب العائلة أربع سنين من التدريب في مؤسسات الرعاية الصحية الأولية سواء في المستشفيات أم في المراكز الصحية التدريبية. ويخضع فيها طبيب العائلة المقيم لنظام المقيمين (Residents) من حيث الدوام والمنابيات والامتحانات. يوزع البرنامج التدريبي على أربع سنين دراسية.

واجبات طبيب العائلة المقيم في اختصاص طب العائلة:

- 1 - الإلمام الجيد بدليل الاختصاص بطب العائلة، ومراكز التدريب.
- 2 - إقامة علاقة ثقة مع المدرب، مما يسمح بالنقد والمصارحة.

- 3 - يجب أن يتقيد طبيب العائلة المقيم بجدول التدريب المعتمد من المجلس العلمي لاختصاص طب العائلة، حرصاً على ضمان ترشيحه للامتحان وتخرجه ضمن المدة الزمنية المقررة.
- 4 - الاحتفاظ بسجل خاص يحتوي الخبرات المكتسبة والملاحظات ولاسيما في مجال كتابة الوصفة الطبية الرشيدة ضمن قائمة الأدوية الأساسية.
- 5 - الاستعداد لتقبل النقد والتوجيه من قبل المدربين.
- 6 - يجب أن يشارك في الجلسات الدورية الأسبوعية العلمية التي تتناول موضوعات طبية خاصة بطب العائلة والرعاية الصحية الأولية.
- 7 - يجب أن يشارك في الجلسة الأسبوعية لنادي المجالات، وعرض الحالات الإكلينيكية مع مراعاة التركيز على نواحي طب العائلة والطب الوقائي والنفسي ضمن المجالات المتفاوتة للرعاية الصحية الأولية. وذلك ضمن لائحة تحدد من قبل المجلس العلمي لاختصاص طب العائلة وتشمل هذه الجلسات الأسس في طب العائلة.
- 8 - يجب أن يلم بمشاكل الفرد والعائلة والمجتمع الصحية مع تحقيق التوازن بين التدريب العملي في المركز الصحي والتدريب الإكلينيكي على الرعاية الصحية الأولية الشمولية في المركز الصحي التدريبي بنهاية التدريب.
- 9 - يجب أن يستند التدريب في مساره كله على مفهوم طب العائلة والطب الوقائي والطب النفسي.
- 10 - وكذلك يجب دراسة المراجع المختصة بطب العائلة أو طب العائلة سواء باللغة العربية أم بغيرها.
- 11 - يجب أن يستمر طبيب العائلة المقيم في اختصاص طب العائلة في التعلم الذاتي لاكتساب المهارة والكفاءة في فروع الطب اللازمة لممارسة طب العائلة، مع التركيز على الجوانب العلاجية والوقائية والنفسية والاجتماعية.

* مقررات التدريب (Training Courses):

- 1 - المدخل إلى طب العائلة
- 2 - الأمراض الباطنية.

- 3 - الأمراض الجراحية.
- 4 - الإسعاف أو الطوارئ.
- 5 - التوليد والأمراض النسائية والصحة التناسلية.
- 6 - طب الأطفال.
- 7 - الأمراض الجلدية.
- 8 - الأمراض النفسية.
- 9 - أمراض العيون.
- 10 - أمراض الأنف والأذن والحنجرة.
- 11 - برامج الرعاية الصحية الأولية وطب المجتمع.

أولاً: مدخل إلى طب العائلة:

أهداف المدخل إلى طب العائلة:

يفترض في طبيب العائلة المقيم في اختصاص طب العائلة بعد هذا المدخل أن يصل إلى مايلي:

- 1 - فهم قيمة الرعاية الصحية الأولية، وفهم خصوصيات ممارسة طب العائلة والطب الوقائي وقيمة الممارسة الطبية في المركز الصحي.
- 2 - التعرف على مكونات المشاورة، والطرق الإكلينيكية ، والمبادئ العلاجية في طب العائلة.
- 3 - التعرف على الأطر العامة، والمهارات الخاصة بالرعاية الصحية الأولية، وطب العائلة والتعاون مع العناصر الطبية والتمريضية المساعدة.
- 4 - التفاعل المستمر مع المدربين خلال البرنامج.
- 5 - البداية بتنفيذ برنامج التعلم الذاتي الخاص به، ولاسيما في مجال لائحة الأدوية الأساسية التي يجب أن يتقنها كل طبيب عائلة.

الخطوط العامة للمدخل إلى طب العائلة:

- 1 - التعرف على الخطوط العامة للبرنامج التدريبي أثناء فترة الإقامة.

- 2 - التعرف على الرعاية الصحية الأولية.
- 3 - التعرف على المركز الصحي التدريبي.
- 4 - الزيارات الميدانية للمؤسسات الصحية التي سيقوم بالتدرب فيها.

ثانياً: مقرر الطب (Course) الباطني لطبيب العائلة:

الأهداف التدريبية لمقرر الطب الباطني في اختصاص طب العائلة:

- 1 - ينبغي أن يحقق التدريب في الطب الباطني الفرصة للطبيب المقيم لكي يكتسب المعرفة والمهارة في التشخيص والتدبير والتحري والتأهيل للأمراض غير الجراحية للبالغين بما فيهم المسنين.
- 2 - يجب أن يركز التدريب على الأمراض الشائعة الأكثر أهمية.
- 3 - تنفيذ الإجراءات الشائعة في الرعاية الصحية الأولية.
- 4 - فهم الفحوص المختبرية الشائعة.
- 5 - فهم بعض الموجودات الشعاعية الشائعة.
- 6 - إجراء التدخلات الحياتية المنقذة للحياة.
- 7 - المعرفة الأساسية بالتدبير المديد للأمراض المزمنة ذات الانتشار الواسع.
- 8 - معرفة طرق الرعاية الصحية للمسنين وتعزيز الصحة عند المسنين.
- 9 - معرفة أسلوب تدبير المحتضرين والمعوقين.

الخطوط العامة لمقرر (Course) الطب الباطني في اختصاص طب العائلة:

تشمل الأمراض الباطنية الشائعة التي يجب تدبيرها ضمن إطار الرعاية الصحية الأولية:

- 1 - الطوارئ وسبل المحافظة على الحياة في الأمراض الباطنية.
- 2 - أمراض الحساسية والمناعة.
- 3 - الأمراض السارية ولا سيَّما الأمراض المستوطنة، والأمراض المشمولة ببرنامج اللقاح الوطني.
- 4 - أمراض جهاز الدوران (القلب والأوعية الدموية).

- 5 - أمراض جهاز الهضم.
- 6 - أمراض جهاز التنفس .
- 7 - أمراض الغدد الصم والاستقلاب.
- 8 - أمراض الكلية .
- 9 - أمراض الجهاز العصبي.
- 10 - أمراض الجهاز الحركي.
- 11 - أمراض الدم.
- 12 - التدبير العام غير التخصصي للأورام ولاسيما تفريج الألام السرطانية والرعاية المنزلية.
- 13 - طب الشيخوخة.
- 14 - الطب الرياضي.
- 15 - طب المراهقين.
- 16 - طب المسافرين ولاسيما في الحج والعمرة.

ثالثا: مقرر (Course) الجراحة لطبيب العائلة:

الأهداف التدريبية لمقرر الجراحة بحسب مفهوم طب العائلة:

يجب أن يهيء البرنامج التدريبي الفرص لكي يكتسب طبيب العائلة المقيم في اختصاص طب العائلة المعرفة والمهارة الكافية لتشخيص الجراحات الطارئة وتديبرها، وإجراء الجراحات الصغرى والمقدرة على الإحالة في الوقت الملائم.

الخطوط العامة لمقرر (Course) الجراحة بحسب مفهوم طب العائلة:

تشمل الأمراض التي يمكن تديبرها على مستوى الرعاية الصحية الأولية:

- 1 - الجراحة الصغرى وأسلوب إجرائها في العيادات الخارجية.
- 2 - معرفة طرق التعقيم وتضميد الجروح وتطبيق التخدير الموضعي.
- 3 - الفحص الدوري للكشف المبكر للمرض.

- 4 - الأمراض الجراحية العامة الأكثر شيوعاً.
- 5 - تدبير المريض الجراحي قبل العمل الجراحي وما بعده.
- 6 - المعلومات الأساسية في تفريج الألم ومضاعفاته.
- 7 - تدبير الأمراض الشائعة في الجراحة العظمية.
- 8 - التصرف السليم مع الكسور والخلوع والحروق والخراجات .
- 9 - تدبير الأمراض الشائعة في الجراحة الهضمية.
- 10 - تدبير الأمراض الشائعة في الجراحة البولية.
- 11 - إحالة مرضى الجراحة.

رابعاً: مقرر (Course) الإسعاف والطوارئ لطبيب العائلة:

يكفل التدريب في هذا المجال اكتساب المهارة في الموضوعات التالية:

- 1 - تدبير الطوارئ بما يغطي الاختصاصات الطبية كلها على مستوى الرعاية الصحية الأولية.
- 2 - استخدام سبل المحافظة على الحياة، على مستوى الرعاية الصحية الأولية.

خامساً: مقرر (Course) طب الأطفال وبرامج الطفولة لطبيب العائلة:

الأهداف التدريبية لمقرر الأطفال ضمن طب العائلة:

يكتسب طبيب العائلة المقيم في اختصاص طب العائلة بنهاية فترة التدريب، المعرفة والمهارة الكافية لتقديم الرعاية الصحية الأولية للولدان، والرضع، والأطفال، والمراهقين، بما في ذلك طرق التشخيص والتدبير، وبما يتعلق بالاضطرابات البدنية والسلوك الخاص بهذه الفئة العمرية، إضافة إلى السبل المتاحة للوقاية في مرحلة السن المعنية.

الخطوط العامة لمقرر (Course) طب الأطفال بحسب مفهوم طب العائلة:

- 1 - مراحل ما حول الولادة (Perinatal). الولدان والرضع، ما قبل الدراسة،

والمدرسة.

- 2 - الرعاية الصحية للطفل السليم.
- 3 - فحوص التحري (Screening)، والتحري بهدف الكشف المبكر لبعض الأمراض الهامة.
- 4 - الاضطرابات السلوكية والدراسية.
- 5 - اللقاحات (Vaccines).
- 6 - مشاكل البلوغ و سن المراهقة.
- 7 - معالجة أمراض الأطفال الشائعة ولاسيما الأمراض العدوائية (Infections) عند الأطفال (الأمراض السارية) ولاسيما الأمراض المستوطنة.
- 8 - التغذية والإرضاع.
- 9 - النمو والتطور الروحي الحركي.
- 10 - رعاية الطفل المعوق.

سادسا: مقرر (Course) التوليد والصحة التناسلية أو الصحة الإنجابية لطبيب العائلة:

الأهداف التدريبية لمقرر التوليد والصحة التناسلية:

يهيئ التدريب الفرص للطبيب المقيم في اختصاص طب العائلة لكي يكتسب المعرفة والمهارات الأساسية للتعامل مع المريضات في هذا المجال وتقديم الرعاية الصحية الأولية لهن.

الخطوط العامة لمقرر الصحة التناسلية:

- 1 - التوليد الطبيعي.

- 2 - رعاية الحامل.
- 3 - الولادة الطبيعية ومضاعفات الولادة وتدبيرها.
- 4 - رعاية النفساء والمرضع.
- 5 - المشورة الجنسية وتحديد النسل أو تنظيم الأسرة.
- 6 - التأثير النفسي للحمل والولادة على المرأة والعائلة .
- 7 - مضاعفات الحمل وعوامل الاخطار و تدبيرها .
- 8 - تدبير الحالات الحادة والمزمنة والمتفاوتة أثناء الحمل.
- 9 - الفحص الدوري للكشف المبكر عن سرطان الثدي وعنق الرحم.
- 10 - معالجة بعض الأمراض النسائية العامة.
- 11 - المشورة الزوجية.
- 12 - اضطرابات سن الإياس (Menopause).
- 13 - الإرضاع الوالدي (Breast feeding).

سابعا: مقرر (Course) أمراض الفم والأنف والأذن والحنجرة، وأمراض العين، لطبيب العائلة:

يشمل التدريب الموضوعات التالية:

العين:

- 1 - المقدرة على استخدام وسائل التشخيص غير المعقدة.
- 2 - المقدرة على تشخيص أمراض العين الشائعة وتدبيرها.
- 3 - الكشف عن أخطاء البصر والحوّل والرّزق (Glaucoma) والساد (Cataract) وإحالتها في الوقت الملائم.
- 4 - المقدرة على التدبير السريع في الطوارئ التي يمكن تدبيرها في مستوى الرعاية الصحية الأولية.

الفم والأنف والأذن والحنجرة:

- 1 - تشخيص أمراض الفم والأنف والأذن والحنجرة.
- 2 - تشخيص الأمراض الشائعة وتديبيرها.
- 3 - الكشف المبكر عن الخلل في القدرة السمعية، والإحالة في الوقت الملائم.
- 4 - المقدرة على تديبير الطوارئ.

ثامنا: مقرر (Course) أمراض الجلد لطبيب العائلة:

يجب أن يجري التدريب بما يكفل اكتساب المعرفة والمهارة اللازمة للتعامل مع الأمراض الجلدية والأمراض الشائعة المنقولة جنسياً.

تاسعا: مقرر (Course) المختبر والأشعة:

يشمل التدريب الموضوعات التالية:

- 1 - اكتساب المهارة في إجراء بعض الفحوص المختبرية البسيطة المتاحة في مستوى الرعاية الصحية الأولية.
- 2 - معرفة تفسير الاختبارات وقيمها ونتائجها.
- 3 - معرفة أنواع العينات المطلوبة والمستعملة في التشخيص المختبري .
- 4 - معرفة استطببات وسائل التشخيص المختبرية، و الفيزيائية، والشعاعية، والتنظيرية، وتكاليفها التي تطبق على مستوى الرعاية الصحية الثانوية والثالثية.
- 5 - أن يشرح للمريض الإجراء الاستقصائي الذي سيخضع له، وما ينبغي فعله كتحضير لهذا الإجراء.
- 6 - معرفة المعايير التي يجب أن يلجأ إليها الأطباء الاختصاصيين في الفروع الأخرى للتشخيص، للتأكد من عدم الإسراف في استعمال الموارد الصحية ولاسيما في مجال الضمان الصحي.
- 7 - أن يكون قادرا على انتقاء الوسائل الملائمة لدراسة أي مرض بذاته.
- 8 - أن يكون قادرا على التواصل مع الطبيب المختص بالأشعة حول الحالة والنتائج.

عاشرا: مقرر (Course) الطب النفسي لطبيب العائلة:

يشمل التدريب الموضوعات التالية:

- 1 - تشخيص الاضطرابات النفسية الشائعة وتديرها.
- 2 - التدبير الأولي لبعض الاضطرابات النفسية التي تتطلب الإسعاف.
- 3 - التشخيص والتدبير للجوانب النفسية للمرض العضوي البدني.
- 4 - الإدمان ومكافحة التدخين.
- 5 - معرفة طرق معالجة الاضطرابات النفسية، الدوائية والسلوكية والإحالة عند اللزوم.
- 6 - تدبير المصاب بمرض مزمن مقاوم للشفاء.
- 7 - المشكلات النفسية والسلوكية في مراحل العمر المتفاوتة وفي الفئات الحساسة.
- 8 - تدبير المريض المحتضر وكذلك عائلته.
- 9 - دوائيات تدبير الاضطرابات النفسية.

عيادة طب العائلة في المركز التدريبي المخصص لطب العائلة:

تشمل فترة عيادة طب العائلة، التطبيق العملي لما تعلمه طبيب العائلة في فترة التدريب السابقة والتدريب على تطبيق أسس الطب الإكلينيكي والوقائي والنفسي على مستوى الفرد والعائلة ضمن إطار الرعاية الصحية الأولية .

- الخطوط العامة لمقرر (Course) الرعاية الصحية الأولية في عيادة طب العائلة للطبيب المقيم في طب العائلة:

1 - التثقيف الصحي (Health education):

ثمة ثلاث خطير هو الفقر والجهل والمرض يجب كسره لتحقيق هدف طبيب العائلة في الضمان الصحي، ولذا يجب أن تكون التوعية الصحية للناس الشغل الشاغل لأطباء العائلة العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية، مثل تعليم الناس طرق المحافظة على الصحة، وانتقاء القوت (Diet) الملائم، والوقاية من المرض، وحماية البيئة.

ويجب أن يكون هدف طبيب العائلة من التثقيف الصحي تشجيع أنماط الحياة الصحية ومجابهة عوامل الاختطار الرئيسية التي تعد السبب الأول في العديد من الأمراض، وهي:

* النظام الغذائي غير الصحي.

* الخمول وحياة القعدة (Sedentary life).

* التدخين.

* البدانة (Obesity).

2 - تعزيز التغذية السليمة (Nutrition):

ويشمل ذلك الاعتناء بغذاء الحامل والطفل والمسن والمراهق، وهم أكثر أفراد المجتمع تعرضا لسوء التغذية وما ينجم عنها من أمراض وأسقام.

3 - مكافحة العدوى وتحسين البيئة وحمايتها من التلوث «الإصحاح Sanitation»:

ويشمل ذلك التأكد من تأمين ماء الشرب النظيف، والتخلص السليم من الفضلات، وحماية الهواء من التلوث، وحماية الطعام والماء والهواء من العناصر الضارة البيولوجية أو الكيماوية. وكذلك التأكد من استعمال المبيدات الصديقة للبيئة للقضاء على الحشرات الضارة والقوارض الناقلة للأمراض.

4 - برامج الطفولة والأمومة:

إن الأطفال والنساء في سن الحمل والتناسل هما أكثر فئات المجتمع هشاشة وهم عرضة لأخطار المرض، لذلك لابد من تركيز جهود أطباء العائلة لتحسين صحتهم، ويشمل ذلك تقديم الخدمات الطبية أثناء الحمل والولادة والنفاس والإرضاع والمساعدة في تنظيم الحمل وإعطاء اللقاحات للمرأة الحامل، ورعاية الأطفال ومراقبة نموهم ومعالجة أمراضهم وإعطائهم اللقاحات في سن الرضاعة وأثناء الدراسة.

5 - إعطاء اللقاحات والتحصين ضد الأمراض السارية:

مثل السل والحصبة والكزاز والدفتريا والسعال الديكي ومستدميات النزلة

الوافدة وشلل الأطفال والتهاب الكبد B والحصبة الألمانية والنكاف والتهاب السحايا.

6 - الوقاية من الأمراض المستوطنة والسارية:

مثل الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً والمalaria والليشمانيا (Leishmania) «حبة الشرق» والبلهارسيا والمalaria والإسهالات الصيفية والحمى التيفية والحمى المالطية أي داء البروسيلات (Brucellosis) والسل.

7 - علاج الأمراض المزمنة ولاسيما أمراض المسنين.

8 - تدبير الحوادث والإصابات (Trauma):

9 - الرعاية الصحية النفسية (Mental health care):

يجب أن يقدم طبيب العائلة الرعاية الطبية النفسية في مستوى الرعاية الصحية الأولية ضمن المناطق الريفية والحضرية. ويجب أن يقوم أطباء العائلة بتوفير الرعاية الصحية النفسية بما في ذلك مكافحة الإدمان ومعاورة (Abuse) الخمر والتدخين ومعالجة الاضطرابات النفسية الشائعة. وينبغي أن يتقن أطباء العائلة بعض مهارات الصحة النفسية، لا مجرد تمكينهم من مساعدة المريض المصاب باضطراب نفسي، بل لتحسين توفيرهم لكل صور الرعاية الطبية مما يسهم في تحسين صحة الفرد والعائلة.

10 - الاستعمال الرشيد للأدوية الأساسية (Essential drugs):

تضم هذه الأدوية قائمة هامة من المواد التي تعالج الأمراض الجرثومية والطفيلية والفيروسية، والداء السكري والصرع وفرط ضغط الدم الشرياني وأمراض القلب وأمراض المفاصل وتخلخل العظم والاضطرابات النفسية والعصبية وغير ذلك. ويجب أن يتقن طبيب العائلة استعمال هذه الأدوية بعد اقتناعه العلمي بفعاليتها وسلامتها ورخص ثمنها، وإمكان الحصول عليها بسهولة. ويجب حقاً أن لا يتجاوز عدد ما يستعمله طبيب العائلة من أدوية 40 صنفاً علمياً دوائياً، ومن دون التأثير بتيار الدعايات والادعاءات.

الفصل الثامن

أسس طب العائلة

مازال طب العائلة يؤدي دوراً رئيسياً في الطب والمجتمع، وإن طب العائلة الذي سيبقى مخلصاً لأصوله بإذن الله، هو القوة المتكاملة التي ستقف ضد التجزئة في تقديم الرعاية الصحية، وتقوم بتنسيق التقدم التكنولوجي في الطب، وكذلك فإن طب العائلة قد أخذ دور الريادة في تقديم الرعاية الصحية الأولية وكذلك التعليم والبحث في ذلك المجال. وإن بروز مجالات ممتازة مثل طب الشيخوخة وطب المراهقين وتعزيز الصحة وتقديم كتب ومجلات جديدة متخصصة بطب العائلة ومن أكثرها رواجاً مجلة طب العائلة الأمريكية ومجلة طب العائلة الأسترالية، كل هذا يدل على الحيوية المستمرة لهذا الاختصاص.

مفاهيم طب العائلة الرئيسية... هل تعرفها؟

كيف يمكن للمرء أن يصف هذا الفرع الطبي من الدراسة والتخصص الشامل؟

إن الطرق التقليدية تنطبق لجزء من الجسم مثل «طب العيون»، أو تعتمد على العمر مثل «طب الأطفال» أو تعتمد على الجنس مثل «التوليد والأمراض النسائية»، أو تعتمد على الطرائق الحديثة «التصوير بالرنين المغناطيسي (Magnetic resonance imaging)». ويبدو أن ممارسة طب العائلة تتعلق بالرعاية الصحية لأفراد العائلة ضمن العائلة. ولما كنا لانحصر الرعاية الطبية الشاملة، فيجب أن ندرك كذلك بأن اختصاصات أخرى قد تشمل العائلة في رعاية المرضى.

يبدو طب العائلة كاختصاص موحد بوساطة معتقدات أطباءه أكثر من وصفه التقليدي كاختصاص.

محتوى طب العائلة

الرعاية الصحية للمراهقين
تعزيز الصحة وأنماط الحياة الصحية
طب الشيخوخة
الرعاية الصحية الأولية الموجهة إلى المجتمع
الصحة المهنية
الرعاية في آخر العمر
الصحة المدرسية
الطب الرياضي
الرعاية الصحية للمسافرين
الصحة الإنجابية
الصحة النفسية
صحة الأمومة والطفولة

الرعاية الصحية الموجهة إلى العائلة :

إن مجال العمل في طب العائلة هو الرعاية الطبية الموجهة إلى العائلة نفسها. وتتراوح طرق الدراسة المتفاوتة لهذا المفهوم من معالجة المريض ضمن العائلة، إلى معالجة العائلة كوحدة للرعاية الصحية، إلى عدم محاولة معالجة العائلة كوحدة للرعاية الصحية إذ يعد ذلك أمراً صعباً وغير عملي في بعض المجتمعات.

وفي كل مرة يعالج طبيب العائلة المريض فإنه يؤثر في العائلة. وفي كل مرة يواجه فيه طبيب العائلة شخصاً مصاباً بمرض ما، فإن عرض المشكلة وطبيعتها تتأثر إلى حد واسع بالبيئة العائلية. إن الاعتقاد بأن طبيب العائلة يمكن أن يفهم المرض والمريض والعوامل العرضية والمتفاقمة من دون فحص المسائل العائلية، أمر يجانبه الصواب. وإن محاولة معالجة الفرد من دون التأثير على العائلة يعد أمراً مستحيلاً.

مراحل دور الحياة العائلية

- 1 - الزوجين / بداية العائلة
- 2 - عائلة ذات أولاد قبل سن المدرسة
- 3 - عائلة ذات أطفال في سن المدرسة
- 4 - عائلة ذات أطفال في سن المراهقة
- 5 - الانطلاق من مركز العائلة
- 6 - عائلة في السن المتوسط / خلوص الزوجية من الأولاد
- 7 - عائلة أفرادها مسنون / في سن التقاعد

دورة حياة العائلة:

كانت دورة حياة العائلة إطاراً مفيداً لتنظيم مفاهيم طب العائلة، ولكن ثمة تبدلات عميقة في المعايير الاجتماعية. إذ يعيش اليوم أقل من نصف الناس في وحدة العائلة المركزية في بعض المجتمعات.

ديناميكية العائلة:

يتطلب توفير الرعاية الصحية في العائلة معرفة أن العائلة ليست وحدة متجانسة بل شبكة من أزواج وزمر وزميرات. وثمة أربعة صفات للعلاقات العائلية الهامة في ديناميكية العائلة:

- 1 - الألفة التي تصف التقارب في الروابط أو نقص هذه الروابط التي تشمل الجوانب النفسية والعاطفية والجسدية.
- 2 - المودة والرحمة والتراحم.
- 3 - التبادل والمشاركة؛ ويصف الأخذ والعطاء داخل الوحدة العائلية.
- 4 - إن الاستمرار هو صفة هامة لديناميكية العائلة وينسجم مع وصفها بأنها وحدة هامة من المتحابين ذوي تاريخ ومستقبل مشترك.

يمكن وصف النظام العائلي من حيث التركيب والروابط والحدود والوظيفة بحسب الجدول التالي . إن فحص مشكلة صحية مثل الداء السكري ضمن سياق أنظمة العائلة يسمح للطبيب بفهم تأثيره على التركيب العائلي: أي كيف قد يؤثر على الروابط داخل المجموعة وتأثيره على الحدود التي تحمي الشخصيات ومضامينها الخاصة بالوظائف البيولوجية والمالية والنفسية المنطقية والاجتماعية.

عناصر نظام العائلة	
العنصر	المثال
التركيب:	
الشخص الكروموسومات المزدوجة	الأبوان، الزوج - الزوجة، الأطفال الزوجان - الأطفال - أحد الأبوين - الطفل
الروابط	
التقارب الأمن الهوية الدعم المشاركة	التقارب الجسدي - المودة - الحب - الرحمة الثقة - الحماية - السلامة الذات - الوضع المعيشة - الشعور بقيمة الذات التاريخ - النشاطات - المستقبل
الحدود	
الوراثية القانونية التحالف	الوراثة الزوج - التعاقب الأهداف - الولاء
الوظيفة	
البيولوجية الاقتصادية النفسية الاجتماعية	الغريزة الجنسية - والتناسل البحث عن الربح - التوفير - المشاركة في - التشارك في استعمال الموارد الموافقة - القبول - التنشئة الجهد التعاوني - تأثير الجماعة

وبائيات العائلة ومصادر العائلة :

تؤثر العائلة بعمق في الصحة والمرض ومعالجة الاضطرابات الصحية. وما يدخل في نطاق وبائيات العائلة (Family epidemiology) هي الاضطرابات الوراثية والأمراض السارية والاضطرابات الاجتماعية. يجري عرض الاضطرابات العائلية مثل صراع الأجيال على طبيب العائلة كأعراض جسدية مثل الصداع والألم البطني. وكذلك فإن مميزات المرض تؤثر بقوة سواء أكانوا أفراد عائلة أم لا وسواء اتخذوا دور المريض عند وجود الأعراض أم لا. ينسق طبيب العائلة استعمال الموارد العائلية والاجتماعية في معالجة مشاكل الرعاية الصحية.

فن تدبير المريض... كيف يتقنه طبيب العائلة؟

إن رعاية المريض هي مهارة أساسية في الطب الإكلينيكي وهو مجال متفرد من المعرفة في طب العائلة. وإن الشرط الضروري لطب العائلة هو المعرفة والمهارة التي تسمح لطبيب العائلة بمواجهة عدد واسع نسبياً من المرضى غير المنتقين والذين لديهم حالات غير مختارة كذلك، مع القيام بإجراءات علاقات علاجية مع المريض عبر الزمن.

إن دور طبيب العائلة في التشخيص والتدبير هو: «الرعاية الحقيقية» وليست الرعاية الاستشارية أو الإحالة والرعاية المشتركة. إن «المشورة مطلوبة» و «الرعاية الداعمة مطلوبة» و «الإحالة الطبية مطلوبة».

إن مدى الاضطرابات الواسع والذي يجري معالجته بواسطة أطباء العائلة يشهد أن معظم الأمراض التي يجري التعرض لها في السكان بصورة عامة لا تتطلب علاجاً معقداً أو إجراءات صارمة.

وفي كثير من الأمثلة فإن «طبيب العائلة هو الدواء» ويؤكد الاختصاصيون في علاج المرضى على قيمة مهارات التواصل التي تستدعي تفاعلات ماهرة تشمل الانتباه للظروف الشخصية والثقافية بين المرضى ومقدمي الرعاية ويشمل التواصل

في علاج المريض استعمال الحاسوب. ويجب على أطباء العائلة حتما أن يستعملوا هذا الجهاز من أجل تسهيل التواصل بين طبيب العائلة والمريض بدلاً من تشويشه.

علاقة المريض بالطبيب والعائلة:

إن العلاقة القائمة بين المريض وعائلة المريض وطبيب العائلة المسؤول عن الرعاية الصحية لتلك المجموعة تُكوّن الأساس الإكلينيكي لطب العائلة. وبدورهم فإن أفراد العائلة سيقومون بالبحث عن الرعاية الملائمة ومشاركة المعلومات القيمة مع طبيب العائلة ويوفرون التعويض (المادي عادة) لقاء الرعاية الصحية المقدمة. وفي العلاقة التي تربط طبيب العائلة بالمريض في العائلة ثمة رصيد من الاحترام المتبادل والثقة التي تنمو مع الزمن. وبمعنى من المعاني يصبح طبيب العائلة عضواً من العائلة إذ إنه ينهمك في الولادات والأمراض والموت وهو مشارك فعال في مسيرة حياة العائلة .

إن طبيب العائلة هو الذي يحضر إلى المنزل بناء على مكالمات هاتفية ولاسيما عبر الهاتف المحمول، وغالباً ما يجد أرقام الهاتف معروضة بصورة واضحة على لوحات وإشارات المطبخ ويستقبل ملاحظات والتهنئة بعيد الفطر وعيد الأضحى من المرضى الحاليين والسابقين وهو يحضر جنازات مرضاه الذين توفوا.

أسلوب التدبير الطبي الشامل... هل هو الحل الأمثل؟

يجب النظر إلى الاضطرابات الصحية ضمن إطار العوامل الفيزيائية والعاطفية والاجتماعية والثقافية. إذ إنه عندما يكتشف معدل سكر الدم 450 مللي جرام/ ديسي ليدر فإن طبيب العائلة لا يتعامل مع مجرد فرط جلوكوز الدم بل يتعامل مع شخص سبق له أن عانى من الداء السكري ولديه كذلك عائلة ومسؤوليات اجتماعية وعمل والعديد من العواطف المربكة المتفاوتة. ومن ثم فإن معالجة الشخص السكري ستشمل ليس وصف نظام غذائي ملائم وجرعات من الإنسولين فحسب، ولكن كذلك تأثير المرض على المريض والعائلة من حيث التبدلات في الأنظمة الغذائية، وثمان الدواء والخوف من المضاعفات وخطر الانتقال الوراثي للمرض.

الرعاية الشاملة والمنسقة المستمرة هي التي تشرف طب الأسرة

الرعاية المستمرة (Continuous care):

يوفر طبيب العائلة الرعاية الصحية لأعضاء العائلة كلهم خلال مراحل الحياة العائلية مهما يكن عمر الفرد وذلك منذ ما قبل فترة الحمل وحتى ما بعد الموت. وغالباً ما تبدأ الرعاية المستمرة قبل حدوث الاضطرابات. وقد يشعر طبيب العائلة على سبيل المثال بأن العائلة التي تربي أطفالاً مراهقين ربما تتعرض لاضطرابات اجتماعية نفسية مع التحرر والانطلاق لأفراد العائلة، أو أن الشخص الذي بدأ التقاعد يتعرض لخطر فترة من الاكتئاب بسبب فقد العمل والمركز.

الرعاية الشاملة (Comprehensive care):

يقدم أطباء العائلة أنواعاً متفاوتة من الرعاية في المراحل المتفاوتة في مختلف مراحل المرض. ومن ثم فإن الإرشاد الوقائي من شأنه أن يمنع الشباب من البداية بالتدخين، وقد تساعد الرعاية الصحية الوقائية المريض من الإقلاع عن التدخين، مجنباً بذلك الإصابة بمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) أو سرطان الرئة. وفي وقت متأخر من العمر قد يصاب المريض المدخن بفقدان في الوزن وبنفث دموي (Hemoptesis) وقد يتشارك طبيب العائلة مع طبيب الأمراض الصدرية في الحصول على عينات التنظير القصبي (Bronchoscopy) من أجل التشخيص. وربما قد تحال الرعاية إلى جراح الأمراض الصدرية لإزالة الورم والتي خلالها يوفر طبيب العائلة الرعاية الداعمة. وأخيراً فإن الرعاية المحددة ستعود إلى طبيب العائلة والذي سيوفر علاجاً مستمراً للمريض المتماثل للشفاء أو للمرض النهائي إذا كان السرطان منتشرًا. وخلال عقود الرعاية المذكورة فإن طبيب العائلة قد يقوم بتوفير الرعاية لمرضى القرحة الهضمية ويقدم الدعم العاطفي في وقت يهدد فيه الطلاق العائلة والاهتمام بألم الظهر أثناء العمل وتقديم المساعدة الجراحية لاستئصال المرارة.

الرعاية المنسقة (Organized care):

إن وجود طبيب خبير ربما يخدم كرئيس لفريق وذلك لأن دوره يصبح أكثر قيمة كلما أصبح الطب أكثر تعقيداً. إن قيمة دور التنسيق قد تزايدت على نحو مذهل مع قدوم الرعاية الصحية الشاملة، والتي تضع طبيب الرعاية الصحية الأولية كمدير للحالات الصحية أو نقطة التواصل الأولى مع الجهات الصحية. وفي دور مدير الحالات فإن لطبيب العائلة مسؤوليات محددة تماماً وذلك بالاستعمال الفعال لموارد الرعاية الصحية كلها. وهو مسؤول مع المريض عن القرارات بشأن مسيرة الرعاية والاستعمال الملائم للاختبار والاستشارة وعمل التقارير الطبية. إن توثيق الرعاية المتاحة هو وجه من أوجه العناية التنسيقية. وأطباء العائلة مسؤولون عن تجميع المعطيات الخاصة بالعلاجات الموصوفة جميعها والإجراءات المتخذة من قبل عدد محدود من الاختصاصيين، وفي الوقت الذي يجري فيه التأكيد على تجنب التأثيرات الضائرة والإجراءات غير الملائمة وعلى أن لا يستغل مرضاهم وعلى استعمال الموارد الصحية النادرة بحكمة.

طبيب العائلة... هل هو الممارس الذي غلب الفارس؟

إن طبيب العائلة هو الطبيب الممارس الذي يقوم بتنفيذ مبادئ نظام طب العائلة، وقد يسمى مستشاراً و منسقاً أو مدافعاً أو محامياً. وفي نطاق اختصاصه فإن طبيب العائلة هو «طبيب العائلة المؤهل جيداً من أجل تقييم مشاكل الرعاية الصحية للفرد ومعالجتها ضمن نطاق العائلة».

وإن تدريب طبيب العائلة يؤهله أن يمارس عمله في مجالات متفاوتة من الطب الباطني والجراحة. إن طبيب العائلة قد تدرب على المهارات التي تؤهله لتقديم الرعاية الطبية والصحية الشاملة بغض النظر عن الجنس والعمر ونوع المشكلة سواء أكانت سلوكية أم بيولوجية أم اجتماعية. يعمل طبيب العائلة كمدافع عن المريض أو العائلة في المسائل المتعلقة بالصحة بما في ذلك الاستعمال الملائم للمستشارين وموارد المجتمع.

من هم أطباء العائلة في هذه الأيام؟

يختار بعض أطباء العائلة هذا الاختصاص حتى قبل أن يدخلوا كلية الطب. وقد يذكروا أطباء عائلتهم كنماذج للأدوار. إنهم في الغالب رجال ونساء لم يريدوا أن يكونوا محصورين بين مجالات الطب المحدودة إنهم يرون أنفسهم أصحاب رسالة موجهين لخدمة الناس وفهمهم.

طبيب العائلة صاحب الأدوار المختلفة:

يقوم طبيب العائلة بالعديد من الأدوار في رعاية كل من المريض والعائلة: فهو معالج ومدرس ومدافع ومدبر وعالم وغير ذلك.

كمعالج، يقوم طبيب العائلة بدور الخبير الطبي إذ إن المرضى والعائلات يتجهون أولاً لطبيب العائلة عندما تنشأ مشاكل طبية من أي نوع. وغالباً ما يستطيع طبيب العائلة أن يفهم الغرض، ومن المرضى ذلك الشخص الذي يعاني من ألم في الأذن ومن ألم في المعدة وفي طفح جلدي، ومن الأسهل عليه أن يتلقى العلاج من طبيب واحد أكثر من البحث عن مواعيد أولية مكلفة مع ثلاث اختصاصيين محددتين.

تعني كلمة دكتور في اللغة اليونانية المدرس، وإن التثقيف الصحي للمرضى والعائلات وأعضاء المجتمع هو دور مهم لطبيب العائلة. ويحاول أطباء العائلة في محيط العيادة القيام بمجهود خاص ليؤكدوا على أن المرضى قد تلقوا معلومات كاملة حول حاجاتهم الصحية وحل مشاكلهم ولذا فإن المريض المتنور سيدرك المضاعفات وتفاعلات الأدوية، ولذا فمن المرجح ألا يراجع بمسائل غير ضرورية. ينشغل طبيب العائلة بتعليم المريض ويشارك كل فرد من أفراد العائلة في المعلومات الخاصة بالنظام الغذائي السكري، أو المضاعفات الممكنة للدواء الخافض لضغط الدم. فوق ذلك فإن طبيب العائلة يقوم بدور المعلم بالمحاضرة في المدارس وأمام فئات المجتمع ومشاركة المعلومات بغية تعزيز الصحة والوقاية من المرض ومعالجة الاضطرابات الصحية العامة.

وعندما يعمل طبيب العائلة كمدافع عن المريض والعائلة فإنه يساعد بالاتصال بمؤسسات الخدمة الاجتماعية ورجال الأعمال وشركات التأمين وغيرها. وتتطلب الحاجة لمزيد من الدفاع لضمان دفع التأمين للرعاية الصحية أو المعاملة العادلة لمطالب العمال من التعويضات الصحية.

وكعالم، فإن لطبيب العائلة الفرصة والمسؤولية لفحص ممارسته، ويجب أن يقرأ طبيب العائلة الأدب الطبي على نحو نقدي ويتجنب قبول التوصيات التشخيصية والدوائية التي لا تعتمد على بيانات علمية راسخة. وفي سياق آخر يعمل طبيب العائلة كعالم في توضيح المعطيات الطبية للمرضى وشرحها.

وكمستشار، يعمل طبيب العائلة في خلال أوقات الاضطرابات العاطفية مما يسمح للمريض بوصف مشاكله ومشاعره التي تخصّه. وينبغي لطبيب العائلة على أن يقوم بدور القائد. ولعمل ذلك، يجب أن يكون لدى طبيب العائلة مهارات في المساومة والتفاوض والإدارة واتخاذ القرار.

أخيراً فإن طبيب العائلة هو صديق المريض مما يشمل وجود علاقة يشارك فيها كل واحد منهما الآخر في آماله وانتصاراته وخيبات أمله وكأنهم أعضاء في العائلة نفسها.

«إن طبيب العائلة الذي يتشارك ويتعاطف مع المرضى يصبح أكثر إنسانية في نظر المرضى».

نظام القيم لطبيب العائلة هل يختلف عن بقية الأطباء؟

لا يتشارك طبيب العائلة في القيم المشتركة مع الأطباء جميعهم فحسب، ولكن تعد بعض القيم هي الأوثق بطب العائلة.

أخلاقيات طب العائلة:

القيم الأخلاقية في الممارسة الطبية هي: عمل الخير، وعدم الأذى وإلحاق الضرر، والاستقلال الذاتي، والعدالة، والمصداقية، والسرية.

القيم الأخلاقية (Ethics) في الرعاية الصحية، ودورها في طب العائلة: ثمة اتفاق عام بأننا نحن أطباء العائلة والمرضى والعامّة نتمسك بمبادئ الخير وعدم الأذى، أي ينبغي للطبيب أن يبذل قصارى جهده من أجل المريض

ويتجنب الإيذاء. وفي أثناء فعله ذلك، ينبغي حماية استقلال المريض من خلال أكبر مشاركة في اتخاذ القرار وأن يكون لديه معلومات كاملة عن الاختبارات وأن يكون لديه الحق النهائي لرفض العلاج. إن العدالة تنص على أن لا يفضل طبيب العائلة مريضاً على الآخر وأن لا يستغل المريض اقتصادياً. ويجب قول الحقيقة وفعل ذلك بأسلوب رحيم ينسجم مع معتقدات المريض وبكلمات يفهمها المريض، وهل أمر الرسل إلا بمخاطبة الناس على قدر عقولهم .

إن السرية هامة جدا في المحافظة على خصوصية المريض (Privacy) وقد تصبح على الرغم من ذلك مثيرة للاضطرابات عندما تتدخل العائلة في رعاية المريض .

ماذا يفعل طبيب العائلة عندما لا يريد المريض أن تعرف عائلته عن سرطان الرئة الذي يعاني منه؟

ثمة من يجادل في هذه القيم الأخلاقية. وفوق ذلك تنشأ معضلات أخلاقية في الممارسة الطبية عندما تتصارع المبادئ الأخلاقية «ويواجه طبيب العائلة لا محالة السيناريو الذي جرى فيه رعاية الطفل المعاق بطريقة قاسية». تخيل أن الأبوين بعد تدبر دقيق قد طلبوا إيقاف العلاج الطبي كله، وأصرّت المرضات في حضانة الولدان على القيام بجميع مايمكن فعله لإنقاذ الطفل على الرغم من تكهن ما يترتب على الإعاقة الوخيمة والتخلف العقلي. وربما يجد طبيب العائلة نفسه في وسط المعضلة فمن جانب يربط الأبوين بين قيم الاستقلال وفعل الخير، ومن جانب آخر فإن السماح بموت الرضيع المصاب هو لصالح العائلة، وربما لصالح الطفل نفسه، يقود فريق الحضانة مبدأ عدم الإيذاء والتفسير المختلف لعمل الخير «لا تسبب الضرر لمريضك وابدل جهدك لكي يعيش». وفي تدبير هذه المعضلة يحتاج طبيب العائلة أن يستعمل مهاراته التفاوضية كلها وكذلك أدواره كمدبر ومستشار وصديق للعائلة.

حوافز العمل في طب العائلة هل هي العمل مع الناس، أم التنوع، أم الإبداع، أم الاستقلال، أم أشياء أخرى...؟

إن العمل مع الناس يعني أن يدخل طبيب العائلة في حياة مرضاه ووضعا في أعلى أولوياته حاجات المريض في الوقت الذي يكون فيه حساساً لمعتقدات العائلة وقيمها الثقافية.

يبحث طبيب العائلة عن التواصل المزدوج مع المرضى ويصبر إلى الاستمرار في رعاية المريض، وقلماً يمر يوم في ممارسة طب العائلة لا يواجه فيه طبيب العائلة نوعاً من الاضطرابات. قارن هذا على سبيل المثال مع عمل طبيب المسالك البولية أو الخبير بأمراض القولون والمستقيم الذي يمضي جزءاً واسعاً من وقته المهني في أداء المهمات نفسها مرات ومرات. ويتأثر الإبداع في ميل طبيب العائلة للابتكار ويمكن التعبير عن انغماسه في الاختصاص والذي يعطيه الفرصة للابتكار في الجوانب المختلفة، وترأس الابتكارات الدوائية وتطوير وسائل الإدارة المكتبية وتصميم السجلات الإلكترونية أو كتابة مواد تعليمية للمريض.

إن الشيء المستقل والخلاق هو القيمة التقليدية لأطباء العائلة إذ يجدون الرضى في ممارسة المهنة منفردين أو كمجموعات صغيرة، وهم يبحثون عن مرضاهم ويعبرون عن الاستقلال في تدبير المرضى كأفراد أو كعائلات.

الحياة الشخصية والعائلية لطبيب العائلة، مالها وما عليها؟

لقد جرى توجيه انتباه طب العائلة ربما أكثر من أي اختصاص آخر إلى الحياة الشخصية والعائلية للطبيب. ويبدو أن هذا الاهتمام ملائم: لأن بعض أطباء العائلة يواجهون مشاكل بسبب نقص المعلومات والمهارة الطبية، إلا أن التقديرات تبين أن 10% من الأطباء يعانون من مشاكل عاطفية وجسدية تعرقل أدائهم في أثناء حياتهم المهنية. وكثير من هذه الاضطرابات تشمل الإدمان أو الاكتئاب.

إن ممارسة طب العائلة أو أي اختصاص طبي يوفر فوائد التعليم العالي والدخل الواسع والفرص الكثيرة من أجل تحقيق الذات. وعموماً ثمة أخطار تشمل ضغط الزمن والوقت وتوفر الدواء، وتأثير الضغوط السوية الناجمة عن انتقال طبيب العائلة من مرحلة من المراحل الشخصية والعائلية إلى مرحلة أخرى إن لم يكن منتبهاً.

الفصل الثالث

طبيب العائلة

يجلب كل فرد تراثه العاطفي المستمد من عائلته البيولوجية، وندخل في الخبرات التدريبية الطبية التي تبدو مصممة على تهذيب معلوماتنا التي اكتسبناها من مرحلة النضوج والكهولة، وبوساطة إطالة فترة المراهقة وتأخير الاستقلال الذاتي خلال التدريب الطبي، فإن كثيرا منا يتزوجون ويبدؤون حياتهم العائلية قبل أن يصلوا إلى النضج العاطفي والنفسي الكامل. إن هدف بعض الناس هو تفعيل الذات والحصول الكامل على إمكانياتهم من أجل العفوية والإبداع والنمو المستمر. ويمثل تفعيل الذات في حد ذاته حالة نادرة تتحقق عندما تلبى احتياجاتنا الأخرى الأقل إلحاحاً مثل الطعام والمأوى والحماية بصفة كافية، ولا بد أن يحصل طبيب العائلة على التوازن الأمثل بين حياته المهنية والشخصية والعائلية.

مراحل الحياة المهنية والعائلية عند طبيب العائلة

مرحلة حياة طبيب العائلة المهنية	مرحلة حياة العائلة الطبية	المهمة النمائية للعائلة الطبية
التدريب الطبي	الأصل	فحص الأوضاع والمعاملات والأدوار
بداية الممارسة	التوسع	تحقيق التكافؤ
قمة متطلبات المهنة	التشتت	مشاركة الاهتمامات والمسؤوليات
مرحلة الاستقرار النسبي الوظيفي	الاستقلال	إعادة فحص الأولويات
التقاعد	البحث عن البدائل	نشدان إغناء الممارسة

حياة العائلة الطبية:

إن أطباء العائلة مثل مرضاهم لديهم عائلات، وهم يمرون في مراحل من حياة العائلة والتي فيها بعض العلاقة مع مراحل الحياة المهنية وبالنسبة للعديد من الأطباء، تبدأ أول مرحلة من الحياة المهنية والعائلية في أثناء التدريب، وعندما تضغط متطلبات الكلية الطبية أو التخصص على الاحتياجات المبكرة لمناقشة الأوضاع والأدوار بين الزوجين: من سيقوم بالتبضع والشراء؟ ومن سيرمي القمامة؟ أين سنذهب في عيد الأضحى؟ تتصادف المرحلة الأولى من التدريب مع الحمل والأطفال في سن المدرسة في العائلة الطبية. وهنا ثمة حاجة لتأكيد المساواة في العلاقة وذلك لئلا تقل قيمة القرين الذي يقدم الرعاية. وتزداد المتطلبات المهنية للطبيب في خلال مرحلة المراهقة وسنين العائلة الأولى. وهذه المرحلة قد تكون الأكثر توتراً في العمر.

لم تعد العائلة الطبية في خطر أكثر من كونها تتمتع بمناعة لأحداث الحياة التي تنطوي على التوتر. ومع ذلك يبدو أن العائلات الطبية أكثر اختطاراً لإظهار التوتر بأساليب معكوسة فعلى سبيل المثال: فإن الاكتئاب والانتحار في بعض الدول الغربية أكثر فيها من العائلات غير الطبية. وعند المقارنة فإن العائلة الطبية هي المجموعة التي تقدم الرعاية ونظام الدعم الرئيسي للطبيب وهي المصدر المتوفر للدعم عندما تنشأ المشاكل.

تدبير الكرب (Stress) والإجهاد والضيق والغضب عند طبيب العائلة:

تتضمن الإطارات الأربعة التالية الوصايا العشرة في الوقاية من الكرب والضيق والإجهاد عند طبيب العائلة، ويتضمن كذلك ثلاثة تمارين لمعالجة الكرب والإجهاد، ولاشك بأنه يمكن استعمال هذه التمارين لباقي المهن الطبية لاسيما مهنة التمريض .

الوصايا العشرة لمعالجة الضائقة والغضب والشدة والكرب والإجهاد عند طبيب العائلة:

- 1 - لا تحاول أن تنجز أعمالاً كثيرة في وقت واحد.
- 2 - إذا حملت نفسك من المسؤوليات أكثر مما تطيق فلن يهنا لك بال ما لم تفرغ من إنجازها جميعاً.
- 3 - خطط يومك جيداً. قرر ما يجب أن تفعله.
- 4 - أعط نفسك وقتاً تسترخي فيه وتستريح.
- 5 - حافظ على صحة جسمك. خذ كفايتك من النوم والغذاء.
- 6 - عندما تواجه مشكلة، فكر في عدة حلول لها.
- 7 - قرر أي الحلول هو الأفضل، ثم جربه.
- 8 - عندما تحس بالضائقة أو الكرب ولا تجد لنفسك مخرجاً منها، فتحدث بالأمر مع طبيب عائلة زميل لك.
- 9 - الجأ إلى الصلاة والدعاء، وسامح جميع من أساء إليك، واطلب المغفرة من الله ليسامحك على ما بدر منك من تقصير بقصد منك أو من غير قصد.
- 10 - فإذا عانيت من الضائقة الآن كان ضررها على جسمك أقل.

التمرين الأول: لتخفيف الكرب والضيق والانفعال

يمكنك القيام بهذا التمرين منفرداً أو في مجموعات.

اجلس على الأرض متصلب الساقين. ضع يديك في حجرك. أغمض عينيك. استرخ حتى لا تتوتر عضلاتك. خذ شهيقاً عميقاً عدة مرات. حرك رأسك بكل بطء إلى اليمين، ثم إلى الخلف، ثم إلى اليسار ثم إلى الأمام. افعل ذلك خمس مرات. وبعدها اعكس اتجاه الحركة، مبتدئاً بتحريك رأسك إلى اليسار أولاً. افعل ذلك خمس مرات.

التمرين الثاني: طريقة إرخاء كامل الجسم لمعالجة الكرب والإجهاد

* خذ شهيقاً، ثم أرسل النفس حتى أصابع قدميك وأرخها. أرسل نفساً إلى أخصصي قدميك ثم كاحليك ثم استرخ وأخرج الهواء من صدرك «زفير»، قدميك الآن مسترخيتان تماما.

* خذ شهيقاً، ثم أرسل نفساً إلى عضلات ساقيك من الكاحل إلى الركبة وأرخها. استرخ، أولاً الساق اليسرى ثم اليمنى. ازفر الهواء واشعر بالاسترخاء من أصابع قدميك إلى أعلى ساقيك.

* خذ شهيقاً. أرسل نفساً إلى إيتيك وخاصرتيك ثم استرخ. وأخرج الهواء من صدرك «زفير».

* خذ شهيقاً. أرسل نفساً إلى كتفك وذراعيك وحتى رؤوس أصابعك واسترخ وأخرج الهواء من صدرك «زفير».

* خذ شهيقاً. ثم أرسل النفس إلى جبينك ووجنتيك وأجفانك وعضلات فكك. اترك فكك يسترخي. اشعر بالراحة وأنت تترك عضلاتك تسترخي. اجعل هذا الشعور بالاسترخاء العميق ينتشر إلى عنقك، وحجرتك وعضلات لسانك. وازفر الهواء.

* تنفس ببطء وسهولة خلال هذا التمرين، واسمح لتنفسك بأن يماثل نظم استرخاء جسمك.

التمرين الثالث: طريقة معالجة الكرب والإجهاد بالتخيلات الموجهة:

يتضمن التخيل الموجه استعمال خيالات إيجابية يختارها طبيب العائلة بنفسه. والتخيل هو تشكيل صورة ذهنية لأمر بحيث يشعر طبيب العائلة بالشعور المرغوب عادة. يمكن للتخيلات أن تكون سمعية مثل صوت أمواج البحر الهادئة، أو بصرية مثل منظر غروب الشمس على البحر أو الجبل، أو شمعية مثل رائحة الخبز الدمشقي أو الريف الطازج، أو ذوقية مثل طعم اللحم المشوي، أو حسية لمسية مثل ملامسة قطة جميلة ذات فراء ناعم.

طبيب العائلة هل يُفَعِّل المجتمع، أم أن المجتمع هو الذي يُفَعِّلُه؟

إن خدمة المجتمع هي العنصر الرئيسي لطب العائلة. يساعد الانغماس في الحياة الاجتماعية طبيب العائلة على بناء العلاقات وتحديد المصادر أكثر من تسهيل رعاية المرضى. وكذلك، يعمل المجتمع كشبكة لإرجاع شيء ما إلى النظام الذي يساعد في بناء ثقافته. وثمة فرص متعددة لخدمة المجتمع. والفرصة السانحة هنا هي الرعاية الطبية المقدمة للمعوزين أو الشباب أو المجموعات الدينية. وربما يصبح أطباء العائلة أعضاء في الجماعات الدينية والاجتماعية، والملائم جداً هو النشاطات التطوعية بمختلف أنواعها.

وربما يجد بعض أطباء العائلة أنفسهم في الساحة السياسية سواء أكانت سياسية طبية أم سياسية في معناها الأكثر عموماً. إن الدافع الحالي لتسويق ممارسة المرء قد يدعم الخدمة الاجتماعية من خلال طرق مثل الخطابات ورسائل المرضى الإخبارية والنشاطات الاجتماعية التي في متناول اليد.

تشجع أنظمة الرعاية الصحية على نمو العائلة. وقد بينت الدراسات وجود علاقة عكسية بين معدلات استعمال المستشفيات وعدد أطباء العائلة في المنظومة الصحية. ولقد وجد أن أطباء العائلة والأطباء العاميين يحتاجون وقتاً أقل مع المرضى ولا يطلبون كثيراً من الدراسات المختبرية والشعاعية، وإن مستويات إنتاجهم أعلى من مستويات مقدمي الرعاية الصحية الآخرين.

إن الزيادة المتوقعة في عدد الأطباء لها مضامين في طب العائلة إذ ثمة إغراءات لعدد محدود من الاختصاصيين أن يعملوا على نطاق ضيق أو على سبيل الهواية في الرعاية الأولية. وربما يكتشف الاختصاصيون جاذبية الرعاية الصحية الأولية والمؤهل القوي لممارستها هو «طبيب العائلة».

لاجرم أن تؤثر مسائل المسؤولية المهنية على مستقبل المهنة في الوقت الذي يسأل فيه المتخصصون الشباب إذا كان جردهم يستحق الأخطار والتكاليف التي دفعوها وتجشموها، وثمة شعور شعبي عام لتخفيف التشريعات للأحكام المفرطة في تحمل المسؤولية. ويستمر الدعم العام للرعاية الأولية وطب العائلة بقوة، وفي

الوقت نفسه نجد انبهاراً شعبياً بموضوعات القلوب الصناعية وزرع الأعضاء، ومع ذلك فثمة شعور مضاد للعلم يتكلم عن الحاجة لصديق محترف في المجال الطبي، إذ إن النمو العظيم في العلم والتخصص الدقيق جداً في الثلاثين الأولين من القرن العشرين المنصرم قد حث على رد فعل ضد الطريقة المتقدمة في الثلث الأخير. وفي أنحاء العالم كله ظهر تماماً أن الخدمات الصحية المتخصصة والمتقدمة في الثلث الأخير من القرن العشرين المنصرم، وفي أنحاء العالم كله قد تكون متطرفة ومضیعة للمال والجهد، وأحياناً مؤذية. لذا فقد تطور ونشأ اهتمام جديد في كل موضع في توفير الرعاية الصحية الأولية الفعالة بما في ذلك الاستراتيجيات الوقائية للأنظمة الغذائية والتمرين وأسلوب الحياة.

طب العائلة: هل هو طب المستقبل الواعد... ما رأيك بانتهاز الفرصة؟

لا يتمتع كثير من الأطباء وسائر الناس حتى الآن بصورة واضحة عن طب العائلة وما يفعله طبيب العائلة، إلا أن المعرفة تتنافى كلما دخل في المهنة أطباء متدربون، مخصصون. كذلك فإن بعض الدول ترعى حملات الترويج من أجل لفت انتباه الجمهور إلى رسالة طب العائلة.

ستؤثر القوى الاجتماعية والمالية التي هي خارج نطاق الطب على مستقبل الاختصاص، والأهم في هذه القوى القوة المالية والتي تقوم بدعم احتواء التكلفة والتقنين. وتوظيف صناعة الرعاية الصحية في بعض الدول وسيكون ثمة ضغط متزايد واضح أو غامض من أجل الحد من استعمال الطرق الغالية في الطب وتحريك الرعاية الصحية إلى ساحة الرعاية الصحية الأولية أكثر مما يمكن.

وداخل نظام طب العائلة فقد ننحاز إلى الاستعمال المتزايد للتكنولوجيا، مع الإجراءات التي تتحرك بسرعة من المستشفى إلى الاستعمال في العيادة، ولأرب أن طب العائلة سيصبح فعلاً بدرجة متزايدة في مجال طب الشيخوخة ورعاية المراهقين والطب المهني والصحة المدرسية. وسيعلق دور المدير لطبيب العائلة

اهتماماً خاصاً تحت أنظمة متضخمة وشيئاً فشيئاً سيبحث المرضى عن صديق خاص «ومدافع» عنهم داخل نظام تقديم الرعاية الصحية المتزايد البيروقراطية.

وسيشهد تعليم طب العائلة إعادة فحص حساسة لنماذج التدريب الحالية، وستنشأ أسئلة عن مركز طب العائلة النموذجي، وربما يزداد التدريب في البيئات التي يعمل فيها أطباء العائلة المستقبليون (في المستقبل). كذلك فربما تتزايد برامج التدريب في طب العائلة من حيث شعبيتها في الوقت الذي يتخذ فيه الأساتذة ضبطاً وسيطرة أكثر على المتخصصين المتدربين في مجال طب العائلة. وفي نهاية هذا الطيف، ستكون ثمة مبادرات منسجمة مع الطب الباطني العام وطب الأطفال، وذلك لتدريب طبيب الرعاية الصحية الأولية العام. وضمن نطاق اختصاص طب العائلة سيكون ثمة تبدلات واسعة في أسلوب معالجة المرضى مع استقلال متناقض للطبيب الفرد مع مزيد من الرعاية من قبل الفريق الطبي والذي يشمل الممرضات والأطباء النفسيين وأطباء الاضطرابات الكلامية والأطباء المهنيون وأطباء الأسنان.

الهال والاقتصاد .. من منهما مع طب العائلة؟

ستتأثر علاقة المريض بالطبيب إلى حد واسع بتطبيق نظام التعويض عن الشخص وتقليل التكلفة، وسيترتب على تقنين مصادر الرعاية الطبية وجود علاقة أوثق بين طبيب العائلة والمريض والعائلة، وذلك لأن المريض سيبحث عن وقوف طبيب العائلة إلى جانبه في الحصول على الرعاية الطبية. وسيتغير موقف معالجة الشخص ككل في مسائل الرعاية الصحية بتزايد سيطرة دور مدير الحالة لطبيب العائلة. وستتجدد الاهتمامات حول التأثير النفسي والاجتماعي على مشاكل الرعاية الصحية، وذلك جزئياً بسبب الضغوط لإنقاص استعمال الاختبارات والإجراءات المكلفة، وجزئياً بسبب التكلفة للتدخلات الاجتماعية النفسية، وستنعكس الرعاية المستمرة والشاملة والمنسقة في التأكيد المتزايد على الرعاية خارج المستشفيات والوقاية من المرض وخدمات تعزيز الصحة وتعليم المريض.

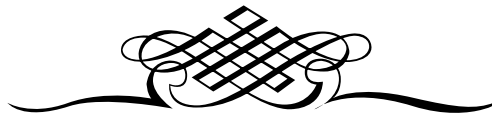
ربما تعيد التبدلات في طب العائلة والمجتمع تأكيد قيمة طبيب العائلة كمدرس ومعالج ومدافع وعالم. وسيكون ثمة تحد لقيمة نظام طب العائلة من قبل

المشكلات الأخلاقية. في الزمن الماضي لم يكن لاتخاذ قرار بطلب تعداد كامل لعناصر الدم أو التصوير المقطعي المحوسب للرأس أي محاذير مادية للطبيب. تحت نظام التعويض على الشخص فإن طبيب العائلة يشارك محاذير التكلفة المالية ومن ثم فإن له اهتمامات منوطة به في القرارات المتخذة حول الفحوص والإجراءات والاستشارة والتحويل الطبي. هل سيكون ثمة أمثلة أو حالات إذ تتغلب المصالح المادية على القرارات الطبية؟ هل ستحترم اختبارات المريض؟ ومع زيادة مسؤولية الأطباء هل سيجري المحافظة على سرية المريض؟

مع التبدلات القادمة ربما يجد وقتاً أطول ليمضيه في إغناء الذات وحياة العائلة. وسيكون ثمة تأكيد على مشاركة المجتمع وذلك من أجل الرضا الذاتي ولتسويق الممارسة الطبية للمرضى.

طب العائلة... هل هو الحل؟ إن لم يكن كذلك فما العمل؟

لقد تطور نظام طب العائلة من تقاليد الممارسة العامة، وإن اختصص طب العائلة قد نضج بدوره، إذ أصبح نظام رعاية صحية محدد بصفة جيدة ويخدم المرضى بصفة جيدة. ويستمر في هذه الأيام طبيب العائلة المتدرب والمتخصص في الحصول على الرضا من العمل مع الناس أكثر من معالجة المعطيات أو إنجاز الإجراءات. ويبدو أن طب العائلة سيستمر في النجاح في أنحاء العالم. ويمكن الخطر الواسع بأننا سنفقد حماسنا الثوري وستتوقف عن الابتكار والنمو، وأننا سنجد حلاً وسطياً بيننا وبين معتقداتنا. ومن ثم فإن ما يواجه أطباء العائلة هو اتخاذ أدوار القيادة وتهذيب التيارات وبناء حلم الرعاية الصحية العائلية الواسع والتي بدأت قبل أكثر من أربعة عقود من الزمن.



الفصل الرابع

الرعاية الصحية للمريض والعائلة

الشيخوخة .. محطة هامة:

طبيب العائلة هو طبيب لكل مراحل الحياة، ويعالج الناس من كل الأعمار ومراحل الحياة، أي من لحظات الحمل الأولى وحتى ما بعد الموت، فإن لا تقتصر مهمة طبيب العائلة على معالجة الأمراض العديدة التي تصيب الناس، ويعد الاهتمام بالتطور والنمو خلال مراحل الحياة المتفاوتة على الدرجة نفسها من القيمة لطبيب العائلة كما هي دراسة الأمراض والاضطرابات ويأخذ بالحسبان كل مرحلة، وإن نمو طبيب العائلة نفسه وتطوره خلال مراحل الممارسة لا يقل قيمة عن الدراسة والمتابعة، ويجب الانتباه إلى هاتين النقطتين من أجل إجراء التدبير الملائم لكل مشكلة ومريض، ولما كان طبيب العائلة سيواجه الناس خلال تعايشه معهم طوال دورة الحياة فإننا نؤكد على قيمة الرعاية الصحية دائما لكننا في الوقت نفسه علينا أن نؤكد على العلاقة القائمة بين الناحية النفسية والفيزيولوجية ولذا يسعى أن يتعامل طبيب العائلة على هذا النحو، ونهدف إلى لفت الانتباه إلى التطورات السوية وللاضطرابات التي تعترئها، إن حفنة من الناس هم الذين تسنح لهم الفرصة للتداخل مع مجريات الحياة كجزء من عملهم كما يسنح ذلك لطبيب العائلة. وقلة من المرضى يخرجون عن المشكلة ثم ينظرون إليها من جوانب عديدة في إطار التطور السوي وطبيب العائلة قد توفرت له فرصة الجمع بين الواجب المهني والفرصة المتاحة في معالجة المرضى.

إن أطباء العائلة لا يحركون نهر الزمان ولكنهم يساعدون المرضى على الإبحار فيه، وعلى فهم تياراته والاستفادة منه ويأمل أطباء العائلة أن يساعدوا مرضاهم على الاستمتاع برحلتهم أكثر بما لو كانوا من دون طبيب العائلة.

منذ بداية الحمل وحتى السنتين من العمر:

يبدأ تطور الطفل أو الطفلة قبل مجيئه إلى هذا العالم. والمجال الاجتماعي الذي سينمو فيه الطفل موجود قبل الحمل ويتغير بحدوث الحمل ذاته هل الطفل مخطط له؟ هل حدث الحمل خطأ؟ هل هو محاولة لإنقاذ زواج فاشل؟ هل كلا الأبوين لديه الاستعداد أو عدمه للمزيد من الأطفال؟ وهل يعتقدان أن الحمل كحقيقة له تأثير مباشر على حياتهما؟ إن الاتجاه في مجتمعنا أن يكون الأطفال مسؤولية الأمهات والواقع أن الحمل يدعم ذلك. فإذا كان الطفل لا يزال في بطن أمه، فكيف يمكن تقسيم المسؤولية؟ إلا أن الاتجاه الصحي خلال السنين الأخيرة لزيادة إشراك الآباء في المسؤولية أفضل ما يبدأ عند تشخيص الحمل. إن المواعيد الدورية المشتركة لمراقبة الحمل قبل الولادة تقوي انتباه طبيب العائلة لكلا الأبوين ولأسيما فيما يتعلق بالقلق والخوف والآمال، وإن مجرد إشراك الآباء بالموضوع له دوره، ولطبيب العائلة فرصة رعاية الأبوين من خلال تثقيف الآباء وتبنيهم إلى قيمة دورهم، وذلك من خلال التواصل معهم حسب الاستطاعة وإن استبعاد دور الأب أو تجاهله هو انحياز لصالح النظر إلى أن الطفل من مسؤولية الأم، إن الأم المكتئبة والحزينة ذات الأطفال الثلاثة والتي لها موعد عندك في العيادة في الشهر الرابع من عام 2005 ربما تفاجئك بزيارة غدا في عيادتك لاستشارتك في موضوع اختبار الحمل.

يؤمن الحمل لطبيب العائلة فرصة التعامل مع الآباء الذين يناقشون فكرة الحمل، وما هي حقيقة المشاعر المتعلقة بقدم الطفل؟ هل يساورهما القلق؟ وهل يقلل الأول من معنويات الثاني؟ وهل إن استيقظت الأم وهي مصابة بغثيان صباحي أو متعبة أو أنها غير مهتمة بالجنس فهل يتجاهل أحدهما مشاعر الآخر؟ وهل يكون الأب منزعجا؟ ترى هل يتراجع الأب أم يدعم زوجته؟ وهل تكون هذه فرصة لمناقشة المخاوف والآلام والآمال وهل يتشاركان المسؤولية في تقرير مستقبل الطفل؟ وإن كان هذا، فهل يمكن الطرف الثاني أن يتأقلم مع الموضوع؟ لا يمكن تقرير مستقبل الطفل خلال حوار الوالدين أثناء الحمل، فيما عدا سؤال واحد يطرح، كيف يتعامل الأبوان معا؟ وهذه ربما تكون أهم حقيقة في حياة الطفل منذ البداية. وينبغي أن يكون طبيب العائلة قدوة للمشاركة والانفتاح والدعم والالتزام والتعاطف.

حضانة الولدان (New born):

عندما يولد الطفل، فإن العالم سيقف عند هذا الفعل وحسناته، وكذلك الفرحة والتفاؤل بتوقع أن الطفل سليم، لكن الأمر سيختلف تماما عند وجود مشاكل لدى الطفل. ولقد أظهرت الأبحاث قيمة الفترة الأولى التي تبدأ من لحظات الولادة الأولى إذ إنها تبدو على درجة واسعة من القيمة، وضرورية للنمو الصحي الذي يربط الأم والأب والطفل، وذلك ليدعم الجانب الحسي والملموس لدى الطفل منذ اللحظات الأولى. يعتبر معظم الناس أن هذه الفترة فترة حرجة أو فترة حساسة، لكن الأمر مختلف لطبيب العائلة فهي توفر الامتداد المنطقي للعلاقة الموجودة ما قبل الولادة بين الأبوين والطفل، وحتى عندما تتدخل القوى الخارجية مثل أنظمة المستشفى للحد من فرصة الارتباط الأقصى منذ المراحل الباكرة للولادة، فإن طبيب العائلة يجب أن يتدخل ويشجع الأم والأب على قضاء أكبر وقت ممكن من الوقت وإقامة علاقة حميمة مع بعضهما ومع طفلهما، وإنه من المؤسف أن تقطع بعض النظم الطبية هذه الروابط الحيوية إذ إن آلية الارتباط لها أهميتها في تطور الأبوين والطفل.

الرضيع (Infant) والطفولة المبكرة:

تتطور العلاقات وتتنامي خلال مراحل الطفولة المبكرة ، ويطور الأطفال علاقات سلوكية سليمة بحسب التفاعلات المتبادلة والمتفاوتة مع الأبوين، ويشمل هذا السلوك ما يلي:

التفاعل الكلامي:

والاستجابة لتساؤلات الطفل، ويجب أن يكون الأبوان متفاعلين وأن يجيبوا الأطفال بصدق وصراحة عن كل الأسئلة والثرثرات التي يسألونها.

الارتباط:

يتنامى سلوك الارتباط على نحو أفضل عندما يتعامل الطفل مع البالغين الذين يلبون احتياجاته بصورة تلقائية وملائمة.

بناء الثقة:

هو شعور الطفل بأن ثمة من يثق به ويحبه، وهذا الشعور يساعد الطفل أن يكسب ثقة من حوله والثقة بنفسه، مما يتجلى في عدم الإحساس بالخوف من المرض أو من الظلام وغير ذلك. إذ يحتاج الطفل في هذه المواقف إلى رعاية وعناية خاصة يجب أن يحصل عليها، وربما شكا الأهل من شدة تعلق الأطفال بهم وبمطالبهم الكثيرة في فترة مرضهم، يجب أن نذكر الأهل بضرورة تأمين الجو الهادئ والمريح للطفل وأن هذا الأمر أمر سوي وعادي وعلى الأهل بذل كل الجهود لتأمين الدعم الإضافي للطفل وما يبحث عنه.

مع أن الدلال والإفراط في تلبية رغبات الطفل قد يكون مجال تساؤل، لكن يجب أن نوضح للأمهات أن فترة المرض والاضطرابات هي فترة تتطلب مضاعفة الرعاية بالطفل وأن زيادة الرعاية في هذه الظروف لا يعني الإفراط في الدلال. كل هذه الأمور هامة لكن ينبغي أن تأتي من الآباء لتكون ذات فائدة. مع زيادة عدد النساء العاملات، فإن دور الحضانة والرعاية اليومية كذلك تزايد وكادت أن تكون جزءاً هاماً من حياة الأسر، وهذه المراكز قد تكون بيئة صحية للطفل بما توفره من رعاية وعناية ولاسيما المشرفين عليها وما يقدمونه من العطف والحب، يجب أن يربى الطفل مع من يثق به ويعرفه لتنمو علاقة ارتباط جيدة.

أمر آخر مهم في مرحلة الطفولة المبكرة هو فرط الحماية ونقص الحماية، إن طبيب العائلة موجود دوماً في موقع يمكنه من مراقبة هذه الأمور، ونذكر أن ثمة مجالات واسعة من الحماية المقبولة ولكن يستحسن تحري غياب التطرف في هذا الشأن. فالطفل الذي يلهو ويقذف الأشياء ويبكي ويعبث في قاعة الانتظار من دون تهذيب من الأهل، غالباً ما ينقص قدرة الطفل على التحكم بالأمور على نحو سليم - وكثير من الآباء لا يعرفون كيف يضعون حداً لتصرفات أبنائهم ولا يضبطون تصرفاتهم مع أطفالهم، وغالباً ما يكون التحكم من قبل الطفل، أي أنه هو الذي يملك زمام التحكم لا أهله ويجب هؤلاء الآباء أن يستشيروا طبيب العائلة فيما يتعلق بدور الأهل في التعامل مع الطفل وإرشادهم إلى أن وضع ضوابط مسلكية ولاسيما مع الأطفال الصغار ذو قيمة واسعة، وإنه لمن المذهل كيف أن أكثر الناس لا يملكون حسن التصرف أو لا يثقون بما يقومون من أفعال مع أطفالهم.

فرط الحماية (Over protection):

إن التعرف على فرط الرعاية قد تكون صعبة الإدراك، إذ إن معرفة وجود تطرف في علاقة حب وحنان سليمة أمر غير سهل. إلا أن ثمة العديد من المؤشرات التي ربما نلاحظها عند الآباء توجي بزيادة الحماية والدعم، ومثال ذلك الانزعاج عندما يعطى الطفل حقنة عضلية، أو عند أخذ عينة دم للتحليل، أو عمل إجراء بسيط، والرغبة الإرادية في عدم ترك الطفل مع شخص آخر في شتى الظروف، وكذلك فالآباء الذين لم يخرجوا من البيت بعد الولادة بأربعة أشهر لقضاء سهرة معا يحتاجون إلى شيء من الدعم. إن صورة الأيوين القلقين الذين لا يغادرون الطفل ولا يتركونه، ويهبون عند كل صيحة أو حركة، والذين لا يستطيعون تجاوز أي قلق يصيب الطفل هي صورة كذلك لأحد عوامل اختطار فرط الحماية والدعم، وهذا الأمر يجب أن يوضح بأسلوب لبق. وقد يواجه طبيب العائلة بعض الحالات لأمهات لا يسمحن لأزواجهن برعاية الطفل خوفا من أن تكون هذه الرعاية غير كافية، ومهما يكن فإن طبيب العائلة يمكن أن يساعد العائلة على النمو المبكر بالبحث عن الوضع، وإسداء النصح البسيط ومواجهة الآباء بالمشكلة، لكي يجعلهم يعتقدون تماما بصحة ما سيقومون به، فهؤلاء لن يستطيعوا تغيير أسلوب حياتهم بين عشية وضحاها، وهنا يبرز دور طبيب العائلة الذي يعمل مع العائلة منذ زمن طويل مما يفتح الباب للنصح والتغير.

توصيات الأبوة ... هل تعرفها؟

أولاً: كن كريماً وخيراً في تقييم أسلوب الأبوة المتبع، وتذكر أن ما يحتاجه الطفل ليس الأبوة المثالية وإنما الأبوة الجيدة، وأن إنقاذ العلاقة بين الآباء والطفل لا يكمن في كسب مهارات من قبل الأهل، وإنما بانفتاحهم واستعدادهم لتطوير أنفسهم ليصبحوا أكثر مهارة. ينبغي لطبيب العائلة أن لا يشعرهم بالنقدية والقضائية، بل يشجعهم على الحوار المفتوح، وأن يسعى لجعلهم أكثر انفتاحاً ومرونة لمعرفة ما هو الأفضل، إذ إن النقد والمقاضاة يولدان الرغبة بالدفاع، فينفران ويبعدان عن لب الموضوع.

تذكر كذلك أنه ليس أفسى وأشد على الآباء من أن يتلقوا الحكم على أبوتهم من شخص ليس لديه أطفال. وينبغي لأطباء العائلة ولاسيما الشباب أن يعترفوا أن عليهم أن يتعلموا كثيراً من تعاملهم مع أهالي المرضى، وأن يتعلموا ويعلموا أن يكونوا متواضعين.

ثانياً: تذكر أن كل ما يجري في العائلة من أحداث ومداخلات هي أحداث متبادلة مع الجو العام، وعلى سبيل المثال تسعى الأم المفرطة في رعايتها لأطفالها دوماً لأن تدع الأب خارج الموضوع مما يجرح شعوره وينعكس ذلك سلباً على العلاقة بينهما، وربما يزعزع العلاقة ويجعل الأم أكثر سلبية وأقل أماناً وأكثر تعلقاً بالطفل. وفي وضع من الدوائر المعيبة والتي تكون الاضطرابات فيها جزءاً من حلقة، على طبيب العائلة التدخل في أي مرحلة من هذه الحلقة، ويساعد الأم لكي تكون أقل حماية لطفلها، ويخاطب الأب لمناقشة زوجته بالموضوع بدلاً من التراجع والابتعاد، أو أن يساعد الزوجين لأن يدعم كل منهما الآخر من منطلق المساواة، أو تغيير ما يمكن تغييره بدلاً من أن نسعى إلى فرض سلوك محدد مغاير.

من السنتين وحتى السادسة من العمر:

يعي الطفل عند بداية المشي أن تغييراً مهماً قد حصل له، وإن مجرد حدوث هذه الخطوات القصيرة هي أكبر شاهد على الحركة المهمة في هذا العمر، إذ إن الطفل يبدأ بتحقيق المزيد من الاستقلالية. وإن أهم ما يحدث في هذه الفترة حوالي السنتين من العمر هو الاستقلالية، أي أن الطفل يصبح يوماً بعد يوم أقدر على القيام بالحركات المستقلة، ويحاول الآباء في هذه المرحلة أن يؤثر سلباً على تصرفات الطفل، إلا أن سيطرتهم في هذه المرحلة ليست بالقوة نفسها التي يستخدمونها مع الطفل الأصغر سناً وهنا تظهر المواجهات الجديدة.

**التمارين الأولى للنظافة الشخصية والقرارات الذاتية هل تقلق
الأبوين أم تسعدهم؟**

إن هذه التمارين تحتوي في مضمونها أولى أعمال الطفل التي تبرز قدرته

على التحكم بنفسه، والأهل بدورهم يدرّبون ويعلمون ويرهبون لكن الطفل سرعان ما يدرك أن كل هذه الأمور مجرد نشاط خاص به، وهو صاحب التحكم، وأما بعض المعارك الصارمة التي تحدث فإنها لا تؤثر وبصورة عامة فخير أن لا تتكرر مثل هذه المعارك. وباستطاعة طبيب العائلة أن يقنع الأبوين الشباب بأن التراجع في المحاولات الجادة التي يسعون من خلالها أن يتبرز أو يتبول على «القصرية» أو «النونية». وأما للمعارك المستقبلية فإن طبيب العائلة لديه الريادة في معرفة طبيعة هذه المواجهات وشكلها، وفرصة التعاون والتنافس. يكمن الحل العام للنجاح في تدريب الطفل على النظافة الشخصية في عدم وضع جدول زمني لذلك، لأن رغبة الطفل في التبرز أو التبول على القصرية أو النونية متقلبة، وعلى الآباء أن يستجيبوا ويتابعوا التدريب لا أن يجبروه عليه، وعليهم أن يفرحوا للتقدم، وأن لا يجزعوا من التراجع. إن حب الطفل للسيطرة قد يسود الوضع، فإذا شعر الطفل بأنه مُلأحق فقد ينكس، ويتراجع الأبوان القلقان اللذان يسعيان لبلورة هذا القرار في ذهن الطفل. إنهما حقا، يسببان لابنهما مشاكل من طرفهما، وباستطاعة طبيب العائلة أن يعيد لهما الثقة ويطمئنهما وينصحهما بالهدوء وعدم التشنج حيال هذا الموضوع.

ثمة أمور أخرى تتعلق بالاستقلالية يجب أن تؤخذ بالحسبان، وعلى سبيل المثال فعندما يبدأ الطفل تعلم اللغة فإنه يلجأ إلى اتخاذ المواقف السلبية بقول لا على سبيل المثال! وربما يبدأ الطفل في سن المشي بإبراز شخصيته، وربما كان ذلك صعبا على الأهل الذين ألقوا التصرفات اللبقة في التعامل، إذ قد نسمع تعابير مثل «لا أريد»، «لا أحب هذا الطعم»، «لا أحبك»، «أكره والدي». إن هذه تصرفات سوية وتعبير ملائم عن وجهة نظر، إلا أنها غير منمقة وربما تزجج الأهل. إنها بداية مرحلة في العلاقة ما بين الأهل والطفل، ينبغي للأهل أن يأخذوا موقفاً من الكرب أو الإجهاد (Stress) مع التفهم بإن السلطة مع التقبل لاحتياجات الطفل ومشاعره تجاه تصرفات الأبناء هما بحاجة إليها لسنين عديدة، وأما موقف الرابح والخاسر فغير ضرورية، وتظهر بأن الآباء غير مطمئنين وقلقين حول تحكمهم بالأمر، ولكن في الأوضاع التي تستدعي إبراز موقف القوة عند عبث الطفل فيجب دعم موقف الآباء إذ يعود الانسجام إلى جو العائلة.

قاعدة عامة: يحتاج الأطفال إلى أن يكون الآباء في موقع السلطة الحقيقية مع تفهم احتياجات أطفالهم.

اللعب والخيال عند الأطفال: نعمتان يجب احترامهما:

ثمة أمران يشغلان حيزاً من تفكير الطفل هما اللعب والخيال، مع أن الطفل يبدأ باللعب منذ يومه الأول، إلا أنه يتنامى ويصبح أكثر فاعلية واستهدافاً ووضوحاً. وغالباً ما يقال أن اللعب هو عمل الأطفال، وكذلك يبدأ الخيال إذ يسرح بالطفل من عمر مبكر وحتى 3 سنين، وربما عبر الطفل عن أمور غريبة مدهشة عن نفسه وجسمه وعائلته وغير ذلك. ويجب أن تعد هذه الحوادث الغريبة كجزء أساسي وهام لتفاعل الطفل مع العالم حوله، وعلى الأهل أن يتعاملوا مع الموضوع باهتمام واحترام، وبصورة عامة يفضل أن يسرحوا مع الطفل في خياله ويحاولوا فهمه كي لا يخفي تلك الأمور ويبقيها سراً معه. ولكن عندما يتجاوز اللعب حدود الأدب والاحترام يجب أن يشعر الطفل بضرورة الانسحاب من ممارسة ذلك مع الأهل.

الغضب والنزق عند الأطفال، يحتاجان للحزم الهادئ من قبل الوالدين:

كنتيجة بعد هذه التطورات الجديدة على شخصية الطفل فإن الأمر المتوقع هو النزق والغضب، أي استمرار حالة الإرباك والفوضى التي ربما تضغط على الأهل لما فيها من حدة وشدة، ويجب أن يساعد الأهل للتمكن من مواجهة الموقف، وأن يستوعبوا الأمر قدر المستطاع ومحاولة الاحتفاظ بموقف عقلائي، من دون فقد السيطرة أو الإذعان لمطالب أطفالهم. إن الأطفال المتمردين بحاجة إلى أهل متفهمين ومسيطرين، ليسوا هلعين ولا مدافعين، وأن يكونوا لبقين في التعامل، وواضحين ومتبعين الأسلوب المطمئن السوي، وهذه هي أفضل طريقة لمساعدة الطفل، وعلى الأبوين أن يساعد كل منهما الآخر لتعديل موقفه وتقاسم المسؤولية في مواجهة هذه العاصفة. يمكن لأطباء العائلة مساعدة الأبوين بالتخفيف من شدة الوضع وتفهم حالتهم، وبأن الأمر قد يكون ناجماً عن أسباب طارئة تتعلق بالعاطفة أو عن عدم الإلتزان في تصرفات الطفل يجب العمل على البحث فيها.

الأمر الجنسي عند الأطفال... هل ندفن رؤوسنا في التراب؟

ثمة منحى مهم في تطور الطفل في هذه المرحلة من العمر ألا وهو اهتمامهم بالجنس والأمور الجنسية، إن فكرة أن الأطفال والرضع يدركون الجنس هي فكرة مستحدثة ولكنها صائبة تماما، والعادة السرية (Masturbation) هي أمر شائع ومألوف منذ الطفولة المبكرة، والإحساس بالمتعة بتنبيه الأعضاء التناسلية موجودة، ويحرض الطفل على كشف أعضائه، ويبدأ عند الطفل منذ السنتين، والمعروف أن الأطفال في هذا العمر يلعبون بأنفسهم، والأطفال بعمر الرابعة والخامسة وما فوق قد يضيفون لذلك بعض الإضافات الشخصية، ولاسيما عندما يتحرشون بالبالغين ويبدون اهتماما بالأعضاء التناسلية للأهل، أو أن يحاولوا أن يشدوا انتباه الأهل أو من حولهم للاهتمام بأعضائهم التناسلية، ويظهر هذا الاهتمام أمر مقبول وعلى الأهل تدبيره بيسر، فلا يضطربوا ولا يتوتروا، وبالمقابل عليهم ألا يمنعوهم وألا يشجعوهم مما يمنح الأطفال جوا من العفوية ضمن إطار التعليمات الدينية مما يريح الطفل في أثناء تواصله الاجتماعي. فالزجر والعقاب سيؤديان إلى اضطراب الطفل، فإما أن يضاعف نشاطه الجنسي أو أن يتراجع، والاحتشام السوي ربما يتنامى مع الزمن ويجب تقبل الاهتمام السوي والاستمتاع به، ربما يواجه كثير من الأهل بحكم تربيتهم في طفولتهم الموضوع بكثير من الاضطراب والقلق. وعلى طبيب العائلة أن يبذل هذه المخاوف ويوضحها عند تخوف الأهل منها ومن تطورها، وعليه كذلك مساعدتهم في التغلب عليها.

إن مهمات الأهل من الولادة حتى السنين الستة هي مهمات بسيطة نسبيا، وهي: الاهتمام، وتعلم أن نحب أطفالك، وأن تظهر هذه المحبة، لا تتعامل مع الحاجات الطبيعية وكأنها خوارق، حافظ على هدوئك واتزانك، فمعظم الأطفال في هذه المرحلة يتطورون سوياً وينتقلون إلى مرحلة الطفولة المتوسطة على نحو ناجح. إذا ما أحسن الأهل تدبير أطفالهم وبنوا عالماً من الحب وعلموهم أولاً أن العالم حولهم محبوب وسليم وممتع.

وبإمكان طبيب العائلة تقديم الكثير خلال تقييم العائلة وتوطيد العلاقات والتعاون مع الأهل. ولما كان الطفل يعطي من العاطفة والحب مثلما يأخذ كذلك

الآباء، فإن تعاملك معهم سينتقل إلى معاملتهم مع أطفالهم مما يجب أخذه بالحسبان، كن متقبلاً ثابتاً هادئاً، ثق بأنهم يحبون أطفالهم ويقدمون أقصى ما في وسعهم، استمع لمخاوفهم واضطراباتهم بصبر وحرارة قدر المستطاع وتأكد أنك ستمنحهم وأطفالهم الشيء الكثير.

من السادسة وحتى الثانية عشر من العمر:

إن مهمة العائلة عندما يصبح الطفل بعمر ست سنين هي تأهيله لدخول عالم المدرسة بنجاح. وذلك لأن الطفل في هذه المرحلة يمر بأولى مراحل التماس مع العالم الخارجي والمجتمع ولذا فإن الطفل سينطلق إلى خارج نطاق العائلة ويوجه جل اهتمامه للبيئة أو الجو الجديد والحمد لله الذي قد هيا الطفل بعمر ست سنين لهذه المرحلة فمن الجوانب الفكرية فإن سن السادسة هو سن المحاكمة، إذ إن نضج المعرفة والإدراك في هذه المرحلة تؤهب الطفل لتلقي مبادئ العلوم الأساسية، وهذه المرحلة هي مرحلة عمليات التفكير المتناسك، فالطفل أو الطفلة يمكنهما تصنيف الأشياء بأسلوب منطقي، وإقامة علاقات منطقية بين الأصناف. وتصبح القدرات الحركية أكثر تماسكاً وفعالية، مما يؤهل الطفل إلى فعاليات عديدة من ركوب الدراجة إلى الكتابة والرسم الجميل، ومن الجوانب الاجتماعية فإن الطفل بعمر ست سنين وللمرة الأولى في حياته يتجه نحو من هم بسنه للتعامل وكمصدر للدعم العاطفي. وباختصار، فإن عمر السنين الستة هو العمر السوي لدخول المدرسة والانطلاق منها إلى العالم الأوسع، والعائلة هي التي تعيق الطفل عن هذه الانطلاقة خلال مطالبة الطفل بالولاء والارتباط المفرط نحو العائلة، وهي التي تسبب النظر إلى هذه الانطلاقة من وجهة نظر سلبية ونقدية زورية للعالم الخارجي، إن هذه العائلة تخالف الفطرة بآرائها. إن المدرسة لها نشاطات متفاوتة وهي: التعليم، والعمل من دون مراقبة، واكتساب الصداقات، واكتساب المهارات الحركية. تأخذ كل الثقافات والعادات منحى منهجياً حول أسلوب عملها في هذا السن، وكيف كانت عليه خلال آلاف السنين. ويهدف الجزء الأساسي في هذا التوجيه إلى مساعدة الطفل على تطوير حس التحصيل. إن الطفل بعمر ست سنين لديه إمكانات واحتياجات يسعى لتطبيقها وإنجازها وتحقيق النجاح بنفسه. ويدفعه التعامل مع البالغين لأن يكون فعالاً مثلهم، وهذا مستحيل طبعاً. إن الطفل السليم يسعى جاهداً لتحقيق مستوى ملائم من التحصيل والنجاح بجهد الشخصي، بينما يحاول

الطفل غير السوي أن يساوي نفسه بالبالغين، وذلك خلال محاولة السيطرة عليهم والتذمر من تصرفاتهم. ويحاول التنافس حول كل شيء بدلاً من أن يسعى لتحصيل هذا الشيء، وهذا هو الولد المدلل الذي يطلب ويحصل على ما يريد بدلاً من كسب ما يريد. وحتى الطفل بعمر أربع أو خمس سنين يتوقع أن يشق طريقه بنفسه، والطفل بعمر ست سنين بحاجة إلى الإرشاد حول أسلوب كسب الأشياء والاحترام بعمله وأدائه الحسن.

إن أهل الطفل المدلل لا يستطيعون مساعدة طفلهم على أن يكسب الأشياء بنفسه، وربما يحتاجون إلى مساعدة للتغلب على عجزهم عن السماح لطفلهم الاهتمام بأمره الخاصة.

إن القيود الملائمة والقيادة هي من الأمور الهامة في هذه المرحلة من العمر ولاسيما أن الطفل بحاجة إلى اتباع نموذج واضح من السلوك العملي للتطور العاطفي والإدراك، ويبدأ الطفل بعمر ست سنين بالتحكم وتقييد فعالياته الخاصة أكثر بكثير من قبل، والذكر أو الأنثى يتقبلان على نحو واسع سلطة الآباء، ويمكنهم ممارسة هذه السلطة بنفسهم وعلى أنفسهم، إنهما يفخران بكونهما يحققان تطعات آبائهما. يمكن للطفل أن يفرق ما بين الرغبات والأفعال، وهو يعلم أنه لن يعاقب لمجرد الرغبة بشيء خبيث طالما أنه لم يقم بفعله. إن الطفل الذي ينمو ببطء في هذه المرحلة يظهر تفهماً فطرياً، ويحاول أن يتنصل من المسؤولية قدر المستطاع «إن لم يضبطاني فأنا لم أعملها»، إن موضوع الضغط من القراء يبدأ بالظهور في هذا العمر، إذ إن الأعمال الجماعية مع القراء له أهميته في هذا السن. لذا ربما يواجه الطفل لحظات يجد نفسه مشدوداً باتجاهين متناقضين هما: الرغبة بمسايرة رفاقه والشعور بأن ما يقومون به غير ملائم.

وبصورة عامة، فإن المرحلة ما بين 6 إلى 12 سنة (سني الطفولة المتوسطة) هي مرحلة هادئة نسبياً، يسيطر عليها الاهتمام بالمدرسة والأصدقاء، ويقوم الطفل في هذه المرحلة بالخروج عن العائلة، ويتعرف كيف يوازن بين العائلة والمجتمع الخارجي. وتظهر في نهاية هذه المرحلة التبدلات الفيزيولوجية والنفسية لمرحلة ما قبل البلوغ، والتي ربما تعصف بكل ما كان هادئاً. وهنا ينتهي الهدوء، وتظهر دوافع ومشاعر جديدة على الساحة والمرحلة المقبلة على الأبواب.

مرحلة المراهقة ... مرحلة العاصفة التي قضت على الهدوء

محور هذه الفترة هو التغيير النفسي الفيزيولوجي الاجتماعي، وظهور القدرات الفكرية، والشعور بالذات والهوية، وتحسس المستقبل. تحصل هذه التبدلات في سن المراهقة ليس دفعة واحدة ولكن على نحو متواصل، وما يسيطر في هذه الفترة هو صرخة الأهل. ويحك ما الذي يجري لك. يتطور نمط حياة معين، وشيء جديد يأتي ويبدله، وكل تكيف سواء من الأهل أم من الطفل يكون قصير الأمد، إذ تطل متطلبات تكيفية أخرى جديدة على الساحة. إن عدم الاستقرار هو الشيء السوي، وتدفق الأشياء هو الطاعني على هذه الفترة وهي مرهقة للأهل والمراهق، حيث يبدون في حالة نشاط لا تنضب. وهي قاسية على الزوجين بصورة عامة، إذ إن فترة تربية الطفل المراهق هي أقل الفترات سعادة للزوجين، ويحرك المراهق مشاعر كثيرة عند الآباء، من الغضب والإحباط التام من جانب، والرغبة في تقبل الأمور من جانب آخر، تختلف هذه المشاعر عند كل من الزوجين، إذ يريد أحد الزوجين أن يعاقب ويحد من تصرفات ابنه المراهق، بينما يسر الآخر برؤية الطفل يتسلى ويحظى بالشعبية، يسعى المراهق إلى التفلت نحو حياة أكثر استقلالية، والتي قد تبدو خسارة محزنة في أحد الأيام. ويستقبل بارتياح واسع في اليوم التالي. هل علينا تقييده وجعله يكسب حريته؟ أو نتركه يذهب ونثق به ليكون مسؤولاً؟ هل علينا أن نراقب بدقة تصرفات البنات وسلوكها؟ علما بأنها ستخرج وحدها في السنين المقبلة على كل الأحوال؟ آلاف من الأسئلة تخطر على بال أهل المراهق وما من جواب واحد بسيط.

التحرك نحو المراهقة ... هل القلق هو السمة الرئيسية؟

مع أن التبدلات الفيزيولوجية التي تحصل في المراهقة معقدة، فالجسم ينمو على نحو مطرد خلال العمر ما بين 12 إلى 18 سنة، والكتلة العضلية، والقوة، وتوزع الدهن، وتزداد الصفات الجنسية الثانوية على نحو ملحوظ، والأهم من ذلك أنها تزداد على نحو ملفت للنظر، فالطفل الذي لم يلحظ نموه سابقا، يلاحظ فجأة حدوث تبدلات في حجمه، إذ يحصل نمو الأشعار، وتبدل في وظيفة الأعضاء،

فالتبدل لا يحصل فقط في مظهر الجسم، وإنما في الجسم ككل، فغالباً ما يلاحظ المراهق أشياء لم تكن موجودة فيقلق! أو لا يلاحظ تبدلاً موجوداً ويقلق أيضاً! فالمرهقون لا يستطيعون فعل أي شيء في مواجهة هذه التبدلات سوى القلق.

ففي أغلب المجتمعات يزود المراهقون بمعرفة جيدة عن التطورات التي تطرأ على أجسامهم، وعن حياتهم والأمور السوية التي تحصل مثل ظاهرة الاستمنا والاحتلام والاهتمام السوي بالأمور الجنسية، وحتى غير السوي منها، وهذه الأمور أصبحت متداولة ومتقبلة على نحو أفضل بكثير عما كانت عليه في الأزمان السابقة، فالتثقيف الجنسي في المدرسة، والمنزل، والمساجد والكنائس، ووجود العديد من المجالات والأفلام عن الجنس، يعني أن المراهق بطريقة أو بأخرى قد حصل على المعلومات والثقافة الجنسية الضرورية وأحياناً الضارة، إلا أن هذا لا يعني أنهم ضمنوا المؤثرات العاطفية الداخلية والخارجية فهم قد يكونوا بسطاء وساذجين في تعاملهم معها، كأقرانهم من العصور السابقة فيما يخص الحس الشخصي تجاه التبدلات الجسدية والنفسية. ويبقى طبيب العائلة أحد أفضل مصدر للمعلومات والمشورة للمراهق في هذا المجال. فالأسئلة حول التبدلات، والقلق، والمخاوف، والرغبات ربما تقلق المراهق الذي يخجل ويتحرج أن يسأل حتى عن أعراض بدنية بحثة مثل حجم الثديين. وينبغي لطبيب العائلة أن يكون متقبلاً ومنفتحاً لتقبل مثل هذه الأسئلة ومحترماً ومحافظة على شرف المراهق وخصوصيته.

إن الصبر والحكمة والتصرف النبيل والأسلوب المباشر البسيط هو ما يجب أن يحكم تصرفات طبيب العائلة مع المراهقين.

إن المهمة الأساسية لهذه المرحلة هي تكوين الشخصية. فالشخص خلال 5 إلى 6 سنين ينقلب من أن يكون فهمه وتفكيره وشعوره ورغباته وميوله منبثقة ومستمدة من أهله أو أنها تطورت بالتعامل معهم إلى شخص له شخصيته وهويته الخاصة به، والتي ستكون القاعدة لاختياراته في حياة الكهولة وليس غريباً أن تحدث هذه التبدلات في فترة قصيرة! يتضمن تكوين الشخصية تبديلاً في نظرة المراهق عن نفسه: كم هو قادر، هل هو جذاب، كم هو قوي، هل هو مهم، ما قيمته وجدواه؟ وعلى المراهق أن يخط منهاجاً يعكس هذه المفاهيم. ما الذي سيفعله: الذهاب

إلى الكلية أو إلى العمل؟ الزواج أم اللهو؟ الطموح بالوصول إلى المناصب الرفيعة أم يقبل الأوضاع البسيطة؟ هل يخطط لمنهج حياته الوظيفي أم يقبل بأول فرصة تتاح له ويرضى بها؟

الأهل في نظرة المراهق هل هم مثله الأعلى؟

لابد أن يكون مركز القيادة في كل هذا للأهل، إلا أن الأهل في هذه المرحلة ينظر إليهم على أنهم ليسوا المثل الأعلى من قبل المراهقين. وربما يساعد ذلك المراهق بالشعور بأنه اختار هويته، فهم سرعان ما يسعون إلى التخفيف من قيمة أهليهم وتسخيفهم ولاسيما فيما يتعلق بأسلوب الحياة.

وهذا أمر سوي، والأهل يجب أن ينصحوا أن لا يأخذوا الأمر بأنه شخصي، وأن يتمسكوا بمعتقداتهم ومبادئهم مع نظرة المراهقين الدونية إليهم، ربما يكون الأهل في موقع حرج في هذه المرحلة. قد يكون أهل المراهق مشغولين بمشاكل المرحلة المتوسطة من العمر، أو بمراجعة تاريخ حياتهم، أو أن يكونوا مشغولين بمشاكل الشيخوخة أو بموضوع الوفاة أو الإشراف على أحد الأبوين الذين هم على وشك مفارقة الحياة وما يتطلبه من احتياجات معقدة. يحمل أهل المراهق أعباء جسيمة ومتضاربة وهم قد لا يكونوا في أوج استقرارهم. لذا فإن ثورة المراهق يجب أن تفحص على ضوء النظرة السببية لدور القلق والتسرع والخوف عند الأهل من المراهق المشاكس الصعب الثائر. إن كثيرا من الأهل ينقدون أولادهم المراهقين، وهذا سلوك سوي بالأساس ويعبر عن مدى الإحباط والضغط الذي يعانون منه، إن سلوك المراهق السوي متقلقل مما يبرر أن تكون محورا لإحباط عام. ولطبيب العائلة هنا دور هام ربما يساعد به العائلة في كل مراحلها. والمساعدة لتحديد من هو صاحب المشكلة. أو بالأصح أن نقول من أي جزء من المشكلة، ومن الخطأ أن يكون شخص واحد هو المسؤول عن كل المشكلة وحده.

الرفقاء والأقران... وأمور أخرى عند المراهقين:

ثمة أمور أخرى لها قيمة بالغة عند المراهق وتحتاج إلى تمحيص وهي: التقدير الذاتي، والمزاج الذي يتبدل على نحو فعال ومتناغم، والاهتمام بتقبل الرفقاء للتصرفات مما يعني أن كل المشاعر حول الذات والعالم تتبدل بحسب ردة فعل

الآخرين وتقبلهم للمراهق، إن هذا يؤدي إلى اهتمام زائد بالمظهر والشكل، والذي لا يستطيع طبيب العائلة فعل الكثير تجاهها، وإنما التطمين فحسب، والحد من الإفراط المدمر في محاولات تحسين المظهر، مثل فقد الشهية العصبي (Anorexia nervosa)، أو المعالجات المفرطة للعدو أو حب الشباب (Acne) في المنزل. فالرفقاء هم القوة المؤثرة الأساسية في هذه المرحلة من العمر وربما تفرض متطلبات واسعة من المراهق من حيث الإرادة والشعور العام، إلا أن ضغط القراء هو بحد ذاته أمر صحي في هذه المرحلة، إذ إنها قوة أساسية لا يستهان بها، فالمراهقون يثقون ببعضهم، ويشتركون بالآحاسيس والآمال والمخاوف، ويجربون الأفكار والخبرات مع بعضهم، ويتباحثون في مشاعر التجارب القديمة من حيث - الحب والولاء والغضب والغيرة، ويتعلمون كيف يناقشوا ويبحثوا أمورهم مع قرنائهم، فالانحسار النسبي لتأثير الأهل قد يزعج الآباء ويخيفهم، إذ أصبحوا فجأة مصدر إحراج لطفل كانوا له مصدر إعجاب حتى وقت قريب. إلا أن هذا الأمر يجب أن يتعايشوا معه ويعالجوه على نحو مباشر، فالأهل الذين يحاربون تربية الرفقاء والأقران بشدة وقسوة وعدم اكتراث مع محاربة اهتمام الطفل برفاقه، سيقودون أطفالهم نحو التكتم وعدم الأمانة. إن استخدام الأقران وتقليدهم أمر سوي للمراهق إذ يصبح الرفقاء المصدر الأساسي لتهديب السلوك، وعلى الأهل أن يحترموا ويتعاملوا مع هذا التبدل في الاهتمام، طالما أنه لا يلغي دورهم كأباء وكحكم نهائي لتصرفات الطفل. الحكمة هي أن تدع الأمور تسير بلباقة ويسر، وبالخطوات الملائمة.

إن من أهم صور تأثير الأقران هو موضوع السلوك الجنسي، ومواعدة الجنس الآخر، واستعمال المواد (Substance use). كل هذه الأمور تنشط عند المراهق كلما تقدم بالسن. إن أساس كل ذلك هو الرغبة السوية لدى المراهق في أن يصبح كالناضجين، أكثر استقلالية، وأن يقرر مصيره بنفسه. ولكن للأسف قد تكون لهذه الأمور أحيانا نتائج خطيرة مدمرة إذا ما أسيء استخدامها.

يجب أن يتذكر الأهل هذه الأشياء عن المراهقين:

1 - أنه علي الرغم مما يتحدث المراهق ويقول، يبقى ثمة احترام واسع لوالديه ويشعر بضرورة إسعادهم. والمراهق السوي في معركة الكهولة يجعل الأهل ينسون أن ابنهم لا يزال يحتاج إلى إرشاد وضبط وإلى شخص ما زال لايعلم ما الذي يجري.

والمراهق لا يسأل التوجيه ولا يظهر السعادة بتلقيها لكنه يحتاجها. يجب أن نقول للأهل أن يقودوا أبنائهم بوضوح ولكن لا تتوقع الشكر منهم على ذلك.

2 - كلما نما الشاب يجب - بلا شك - أن يأخذ دوراً فعالاً في الحياة وأن توضع حدود مسلكية عبر التواصل الواضح والشريف. يجب أن يسمع كلا الطرفين ويتفهما. وكذلك وضع الحدود الذاتية، فإن عملية وضع هذه الحدود له قيمة كخطوة هامة على طريق النمو للأهل والشاب. يجب أن نخاف أكثر على المراهق الذي لا يناقش ويتواصل ويتكلم على الأهل من الذي يبحث أموره ويناقشها ويخطئ ويعاقب. في الوقت نفسه فإن الأب القاسي غير المتفهم هو أكثر جزعاً من ذلك الذي يحاول أن يفهم، ولا بد من التغيير لأن الموضوع بحد ذاته هو عملية تغيير.

تطور الكهولة (Adulthood):

إن من أهم التطورات التي حدثت في علم النفس والطب النفسي الحديث هو كشف التطور عند الإنسان الكهل. إذ إنه ولسنين عديدة بعدما أصبح تطور الطفل من الحقل البحثية كان يظن أن التطور ينتهي بنهاية مرحلة المراهقة. تغيرت هذه النظرة القاصرة جذرياً مع ظهور البحوث العديدة في موضوع التطور النفسي للكهل.

يشمل تطور الطفل ثلاث مراحل من حياة الكهولة: (1) الألفة والمودة مقابل العزلة عند الشاب، مع القدرة على التحرك ضمن علاقات لها هدف والمحافظة على هذه العلاقات، (2) الإنتاج مقابل الركود في متوسط العمر، والتي تشير إلى القدرة على العمل مع الشباب بدلاً من أن ننظر إليهم كمنافسين، و(3) التماسك والكمال مقابل اليأس، إذ إن على المسن التعامل مع مشاعر التقبل والفخر بما أنجز وما هو عليه بدلاً من الشعور بأن حياته ذهبت هدرًا. إن هذه المراحل الثلاثة، مع كونها تأملية وحقيقية، إلا أنها عامة جداً بما يخص الموضوع والزمن.

ويقسم بعض الباحثين مرحلة البلوغ والكهولة إلى ثلاثة مراحل:

1 - الكهولة المبكرة من 17 إلى 45 سنة.

2 - الكهولة المتوسطة، من 40 إلى 65 سنة.

3 - الكهولة المتأخرة، من 60 فما فوق.

تفصل هذه المراحل وتتواصل فيما بينها بجسور واسعة تمتد إلى حوالي 4 إلى 5 سنين، يلاحظ ضمن كل مرحلة وجود ثلاثة مراحل جزئية وضمن كل مرحلة جزئية منها توجد مظاهر نمطية واضحة.

وإن من المفاجآت الواسعة هي قلة التبدلات في عمر بداية كل فترة وانتهائها. إذ ينمو الإنسان الكهل بخطوات متفاوتة عبر الزمن. وإن نمو الكهل ليس له نمط محدد. فطبيب العائلة المهتم بتطور مرضاه عبر مسيرة الحياة يتعلم كثيراً من الأنماط والمسارات للتطور التي تساعد في اكتساب القدرة على توقع الاضطرابات التي ربما يواجهها. وهذا قد يكون مماثلاً لما يحدث عند الأطفال.

ثمة عدة أفكار هامة على طبيب العائلة أن يراعيها عند دراسة تطور الكهل ونموه. أولاً كلما زاد العمر تصبح وظائف الأعضاء أكثر تلاؤماً مع التبدلات النفسية.

الأسباب التي تدفع طبيب العائلة لدراسة تطور البالغ... هل تعرفها؟

أولاً: تصبح وظائف الأعضاء مع زيادة العمر أكثر تلاؤماً مع التبدلات النفسية، فالمسن يصبح اهتمامه أكبر بكثير مع التبدلات البدنية منه مع النفسية، فالرجل بعمر 37 سنة يريد أن يعرف سبب عجزه عن الركض من دون الشعور بالوهن، والرجل بعمر 45 سنة يريد أن يعرف سبب سرعة القذف والضعف الجنسي مقارنة بالأوقات السابقة. إن إدراك التبدلات الجسدية (العالم الداخلي) هي نقطة الانطلاق لإدراك التبدلات النفسية. فدور طبيب العائلة هو المساعدة على الربط ما بين التبدلات الجسدية والنفسية. إن رفض الشيخوخة ونكرانها يقودان إلى استجابة سيئة للأحداث والمتغيرات السوية، وعادة ما يشمل التبدل الإحساس بفقد

شيء ما والتلاؤم مع الظروف المتغيرة، وغالباً ما يعتمد على عملية الحزن السوية التي تساعد الناس خلال مرورهم بهذه المراحل المتعددة. تستعمل هذه الآلية مرات بعد مرات من قبل الناس السليمين الذين هم بحاجة للتذكير بها من قبل مراقبين موثوقين ربما يساعدهم على تسليط الضوء على نحو أوضح على ما يجري في الواقع.

ثانياً: استمع بحرص إلى شكوى مرضاك البالغين حول وضعهم الحالي وما ينوون عمله وما قد جرى. فالقوى التي تحركهم خلال سن البلوغ قوية ولا يمكن إنكارها. فللممارس الشاب فرصه أقل في هذا المجال لأنه يصعب عليه التعاطف مع مشكلات التطور لشخص ما من دون أن يصل هو نفسه إليها. إذ إنك لا تستطيع تخيل ما مدى مشكلة متوسط العمر أو أن تكون أرملاً أو أن ترسل ابنك بعيداً عنك إذا لم تجرب ذلك.

ولكن يمكنك أن تصغي وتهتم بتعلم هذا الأمر، وتعزز انسجاماً صحياً للظروف المتغيرة، فلا تقلل من قدر شيء أو تنكر حقيقة أو شدة القوى النمائية للناس الذين يتعرضون لها وحتى السليمين منهم والناس الذين يقومون بأعمالهم على نحو سليم.

ربما تتوضح كثير من هذه الأفكار عندما نضع بالحسبان فكرة مشكلة متوسط العمر. إن الجزء السوي، من منتصف العمر هو أن الشخص أصبح مدركاً أكثر من قبل لمرور الوقت، وإن الحياة فانية وأن ثمة صعوبات لهذا العمر ولتقدمه. تظهر الأزمات أو النائية عندما تطفو كل هذه المسائل دفعة واحدة وبسرعة ويصبح الشخص مرعوباً حول من هو يكون؟ وما لا يقدر أن يكون؟ وكم من الوقت بقي له ليعيش؟ يستجيب الشخص السوي إلى مشاكل متوسط العمر ليس بالذعر، ويخرج من مخاوفه ويعمل من خلالها. فالحزن على فقد مراحل الحياة التي مضت. والبحث عن تحديات جديدة لاستبدالها بالتحديات السابقة لم تعد متاحة للمستقبل، وتطوير الشعور بالمستقبل هو أمر هام إذ إن الإنذار بالخطر والمغالاة في ردود الفعل من قبل شخص يصارع المستجدات لاضطرابات حياته في متوسط العمر قد يكون مذكوراً ولاقئاً للنظر لمقدار القوة النمائية لدى البالغ.

الشيخوخة: هل تعرف حدوداً عمرية؟

يصعب تحديد الشيخوخة رقمياً، فكلنا نعرف أشخاصا بعمر 50 سنة ينتظرون منيتهم، وبعضنا حصل على فرصة معرفة مسنين بعمر 80 أو 90 سنة ويتمتعون بحيوية لا حد لها في الحياة ويواجهون التقدم بالعمر بسهولة وبهجة.

لا أحد يعرف بالضبط من أين يأتي ذلك، ولماذا يتمتع بعض الناس وآخرون لا. ولكن من جانب آخر فإن مفتاح هذه العضلة يكمن في ما توصل إليه طبيب نفسي ما يزال يمضي 50 إلى 60 ساعة أسبوعياً مع مرضى في منتصف العقد التاسع من عمرهم وبتفكير واسع بعد ذلك كطبيب معالج، سئل عن سر الرضى؟ فأجاب بسرور «عمل شيء ما»: وجود شخص ما للتفكير معه والمشاركة لفعل شيء معه، والتلهف لعمل شيء ما.

المتقاعدون، هل يموتون وهم قاعدون؟

تذكر أولاً أن التقاعد (Retirement) هو ابتكار حديث، فالضمان الاجتماعي بصورة دعم حكومي سنوي (بصورة عائدات) جرى تحقيقه من جيل أجدادنا، وأكثر من نصف الرجال الذين تناهز أعمارهم 65 سنة في معظم الدول، ما يزالون يمارسون أعمالهم بدوام كامل، لذا نرى أننا لم نستطع تطبيق نظام الضمان على نحو تام مثله كمعظم الابتكارات الحديثة التي لم نتمكن من تطبيقها بعد.

التفاعل هو أحد أحداث الحياة التي تدهش الناس. يبحث المتقاعد عن تحديد دوره في عمل وانتقاله إلى الوقت الشاغر وإلى منحى أكثر استرخاءً. وغالباً ما يواجه فراغاً واسعاً، يشعر خلاله أن دوره، وأهميته، وهويته الشخصية في الحياة مسلوية.

يوافق التقاعد بعض الناس بصفة جيدة جداً ويأتي كتوافق غير مؤلم، ولكنه بالنسبة للكثيرين يسلب مجالاً أساسياً من إحساسهم بنفسهم وبالهدف، إن الرجال لديهم نزعة تحديد أنفسهم خلال عملهم أكثر من النساء في مجتمعنا مما يؤدي بهم إلى الإحساس بالفراغ والضياع، إن أول ما يحاول المتقاعدون عمله أن يملئوا أوقات فراغهم بأعمال جديدة، مثل الإشراف الكامل والشامل على مسائل شراء الحاجات المنزلية اللازمة. ولا يمكن للمتقاعد تخيل كيف أن زوجته التي كانت تمارس عمليات الشراء وحدها منذ أربعين سنة تظهر الاستياء من تدخله الحالي في ذلك.

ربما يمارس المتقاعدون هواية بطريقة مهووسة، أو أنهم ينتقلون من مهمة لأخرى أملين أن يجدوا شيئاً يسعدوا به ولكن عبثاً. إن المتقاعد المكتئب ذو منظر حزين فهو عامل بلا عمل. إن الناس الذين يرون أن التقاعد هو التحرك نحو شيء مرغوب وممتع ولديهم خطط حول ذلك سيلاقون مصاعب أقل من الناس الذين يرون أنه ترك للعمل والقيمة الإنتاجية، فالذين لا يفكرون كذلك ربما يحتاجوا لمساعدة أكثر.

ربما نوجه المتقاعد نحو أهداف عديدة. منها دفع الناس إلى التخطيط معاً إن وجد زوج أو زوجة معاً قبل التقاعد، وبالتعرف على فرصة رفض موضوع التقاعد (الذي يأتي عادة على نحو غير إرادي) بالتجاهل وصرف النظر بشيء من اللوعة من قبل المتقاعد «ليست هناك مشكلة»، فإذا كان وقع التقاعد على الشخص كالصدمة فهو حقاً مشكلة، والأمر عندها سيكون أسوأ، أما إذا كان لدى المتقاعد بعض الخطط الواقعية مثل، الانتقال إلى جو أكثر دفئاً، أو مشاريع ينوي القيام بها، أو استطاع تحقيق صداقات جديدة، والمباشرة بالتنفيذ كل ذلك سيحدد نجاح خطته أم لا.

أحد أهم وظائف أي طبيب ناصح مثل طبيب العائلة هو إيقاف الأعمال المنهورة، إذ إن الزوجين اللذين يخططان للتعامل مع التقاعد بوساطة التخطيط لحياة جديدة كاملة أملين بأن كل شيء سيكون على مايرام، يمكن مساعدتهم بالكشف عن ما يعني هدم كل شيء فجأة دفعة واحدة: «البيت، العائلة، الأصدقاء، العمل والالتزامات».

غالباً ما يرى الناس الحل بالتبديل الإجمالي للمشكلة المؤلمة، ولكن قلماً يكون هو الحل. وفي هذه الحال قد تكون عبارة «لا تفعل أي شيء، اجلس هناك» هي الشكل الهزلي لنصيحة جيدة. أنه لمن المجدي بعد توقف أحد الزوجين أو كلاهما عن العمل والاحتكاك بحقائق أساسية عدة، والتي ربما تكون غير مقلقة لإنتاجهم، فحياتهم معاً تأخذ معنى جديداً الآن، إذ يزداد مكوئهما معاً أكثر من قبل والرضى المتبادل في عملهم معاً يصبح أمراً هاماً، إذ إن كلا منهم يصبح مرجعاً للآخر، ويحتاج بعض الأزواج إلى استشارة شكلية لتحقيق الوفاق ويجب ألا نهمل ذلك، هذه هي العقبة الأساسية وتستحق الاهتمام والانتباه والدعم.

حاول أن تساعد مرضاك المتقاعدين بأن ينظروا بواقعية نحو ما هم قادمون نحوه وأن يحزنوا على نحو واقعي على ما خلفوه وراءهم.

أيهما أصعب: الترمل أم التقاعد؟

أصبح جلياً أن توقف أكبر التزام في حياة الشخص - أي الزواج - يتطلب تأقلاً واسعاً. فالأرمل يعاني ويكابد أكثر من المتقاعد، إذ يسعى إلى تغيير كل شيء، نمط الحياة الاجتماعية، النوم، الأكل، الشرب، النزعة إلى المرض أو الشعور بالإشراق أو الاكتئاب، كل هذا وأشياء أخرى يمكن أن تتغير، إذ يفقد الشخص ثقته بنفسه. والمعروف بأن الثقة بالنفس هي أساس الصحة النفسية، فإذا لم يستعص الأرمل عن فقيدته بصداقة حميمة أو علاقات، فهذا قد يؤدي إلى العزلة، مما يحدث أكثر عند الرجال إذ إن ثقتهم بغير زوجاتهم أقل من أي امرأة أخرى، أما معدل المراضة فيزداد، وكذلك عدد الزيارة إلى الطبيب، إذ إن الأرمل يتوجه إلى طبيب العائلة إما من أجل العلاج أو الاتصال الإنساني أو لاضطرابات أخرى، وهذه وجهة نظر يمكن مناقشتها، ولا أحد يعلم حقاً ما الطرق التي تعتمد بها حياتنا على قرين الحياة. إن فقد قرين الحياة هو الذي يوضح عمق الترابط واعتماد كل منا على الآخر، وقد يكون درساً قاسياً.

إن معدلات وفاة الرجال الذين يفقدون زوجاتهم تزيد 12 مرة في السنة التي تتلو وفاة الزوجة لأقرانهم الذين لا يزالون يعيشون مع زوجاتهم. فالانتحار هو عامل اختطار لهذه المجموعة العمرية، فالرجل المسن لديه عامل اختطار عال للانتحار أكثر من كافة المجموعات البشرية الأخرى. واليافعون لديهم عدد أكبر من المحاولات الانتحارية ولكن عدداً واسعاً من المسنين ينهون حياتهم منتحرين. الاكتئاب هو المشكلة الأهم وهو ناتج عن الوحدة والعزلة.

أحد الأخطار الكبرى للترمل (Widowhood) هو عدم تجاوز الأسي كما في دورة الحزن السوية، والدخول في طور الحزن المزمّن الذي يقود إلى الاكتئاب، إن الاكتئاب وعدم تجاوزه يجب أن يحمل محمل الجد عند المسن كما في المجموعة العمرية الأخرى. إن حقيقة فقد الزوج في مرحلة الشيخوخة هو أمر متوقع ولكن

لايعني ذلك عدم الحزن الوخيم ولا يعني أن الحزن مقاوم للعلاج. فكثير من أطباء العائلة يغفلون عن الاكتئاب كمصدر لتدني القدرات لدى المسنين ويركزون بدل ذلك على أن السبب هو الخرف أو مجرد الشيخوخة، يجب أن يحمل الاكتئاب على محمل الجد دائماً ولاسيما لأولئك الذين فقدوا أزواجهم، إن إحدى علامات الاكتئاب لدى الأرملة والأرملة هي فقد الاهتمام عموماً، والنقص في الصداقات، وضعف الاهتمامات الأسرية، وضعف الاهتمام بالأحفاد والعلاقات الاجتماعية والهوايات. ذلك النموذج يجب أن يدفع طبيب العائلة إلى توقع حالة اكتئاب عام عند المريض.

النصيحة التي قدمت بصيغة «لا تفعل شيئاً، اجلس هناك» هي غير مناسبة البتة للأرمل؛ قد يكون الأرمل والأرملة مستعداً أو مهيباً لفكرة التبديل الواسع الذي يخفف من وطأة فقدان، فالانتقال إلى وظيفة أخرى، أو مدينة أخرى، أو إلى بيت (ربما أصغر)، أو بيع المزرعة للعيش في مع قريب أو نزيل لتخفيف الوحدة، فكل هذه أفكار وأفكار أخرى تخطر على بال الأرامل للتأقلم مع هذه الأزمة. يجب أن لا تأتي النصيحة بأن تبقي الأرمل بحالة جمود كلي، ولكن يجب أن تستبقي الأحداث بينما يأخذ الحزن مجراه السوي، ويبدأ المستقبل الجديد بأخذ شكله، يحتاج المرء عادة إلى سنتين كاملتين للتأقلم مع فكرة الترمل، وثمة فترة قد تستمر لعدة شهور يشعر فيها الأرمل أن العيش وقضاء اليوم عبء ثقيل على كاهله، وثمة فترة تستمر لمدة عام أو أكثر يتحسن خلالها ويهتم بالعمل، ولكن لا يشفى أو يكون سعيداً، وأحياناً يبدأ الأرمل على مدار السنة الثانية باستعادة إحساسه بالمستقبل. وتملكه فكرة أن الحياة تعدّه أن يتطلع إلى المستقبل المشرق وأخذ الحق بالاستمتاع به. عندما يجري ذلك يكون قد تخطى حزنه على الرغم من الأسى على فقد الطرف الآخر لا ينسى.

يجب أن لا ينعكس الأسى عند الأرمل أو الأرملة بصورة اكتئاب. وعندما يحصل ذلك يجب معالجته

هل يمكنك أن تتلاءم مع الشيخوخة وتتقبلها؟

تتطلب مرحلة الشيخوخة (Senility) التلاؤم الذي قد لا يتتابع مع مراحل الحياة السابقة. فالفقد هو أمر ثابت، مثل فقدان الفعلي أو الخوف من فقد الزوج، أو فقد العمل، أو فقد الأصدقاء، أو فقد أحد أعضاء العائلة بالموت على سبيل المثال، أو فقد القوة الفيزيائية والنشاط. لا يعني كل ذلك بالضرورة الأسى والتعاسة. وقد

تكون مهمة المسن هي الوصول إلى الشعور «بالأنا» بدلاً من الشعور باليأس. إن تقبل الشخص لذاته ولدوره حياته فقط كشيء لا بد من حدوثه يجب تقبله بلا بدائل. ويجب أن نعطي فرصة للشخص المسن أن يركز على الحاضر وعلى حياته كما هي لا كما قد تكون. إن التفكير بما كان وبما جرى ربما يؤدي إلى الغضب واليأس، أما الخوف من الموت والشعور بفقد المستقبل، وانتظار الموت وتوقعه فيمكن أن يقود إلى فقد الأمل والأسف على الذات. إن الشخص المسن الأكثر صحة يعرف أن المستقبل هو الآن، ويكون قادراً على التمتع بما يملك من دون أسى أو توقعات ثانوية أو شكوك. إن الموقف تجاه فقدان وليس أسلوب فقدان بحد ذاته يحدد صحة الشخص المسن. وعلى العموم فإن الانعزال مؤلم ومفزع للمسنين، وربما يسير بطريقة تزيد الأمر سوءاً من قبلهم. إن إبعادهم عن هذا المنحى قد يكون مساعدة عظيمة. تستطيع العائلة وأصدقاء الشخص المسن مساعدته على تجنب العزلة. وأحياناً نحتاج إلى حديث مباشر: «جدنا نحن نحبك ولكن الأطفال لا يرغبون بالبقاء معك إذا وجهت انتقاداتك لهم طوال الوقت، حاول أن تتوصل لمعرفة ما هم عوضاً عن إخبارهم كيف يجب أن يكونوا، هم حقاً يريدون أن يقيموا علاقة جيدة معك». في أحيان أخرى قد تكون الوسائل غير المباشرة أفضل، إن تذكير بعض المسنين بأمور وأحداث قديمة قد تخفف من التعامل بغضب وتجعل التواصل مثمراً. تذكر كذلك أن الأشخاص المسنين، لا يعملون من فراغ وإن أعضاء أسرهم يمكن أن يرجعوا إليهم بمشاكل قديمة تمنع التواصل الإيجابي بينهم، فكلما الجانبين يجب أن يعمل من أجل أن يجعل الرجل المسن جزءاً من متعة الحياة، فالتسامح والتقبل لما جرى أفضل بكثير كمساهمة في الصحة النفسية والعقلية للمسنين من الضغينة والمرارة والبعد والهجران والعقوق.

إنها علاقة نضج من قبل الأبناء البالغين أن يعرفوا أن أهلهم ليسوا كاملين وأنهم فعلوا ما بوسعهم. وإن تشجيع كل من الجيلين للاقتراب نحو الآخر بدلاً من التمسك بالأحزان والتسامح هو قوة إيجابية هامة، «وبالوالدين إحساناً».

فترة ما بعد الموت.. هل ننهي العلاقة مع الأبوين، أم أن من كمال بر الوالدين أن يحسن الأُوالاد إلى من كان أباًوهم يحسنون إليهم؟

الموت ينهي الحياة ولكن لا ينهي العلاقة، إن بعض الأمور في حياة العائلة

أكثر قيمة من موت أحد أعضائها. وهنا، قد يكون طبيب العائلة أكثر ضرورة من قبل. وعند مناقشة هذه الأمور، يقوم الأصدقاء وغيرهم بالمساعدة لفترة قصيرة ولكن يتراجعون حالاً كما هي العادة لفقدانهم معرفة ما يجب قوله أو فعله، يستطيع طبيب العائلة أن يحوز على كلا الفرصتين وهما مهارة البقاء مع العائلة لمدة أطول، والمساعدة على تسهيل عملية الحزن السوي، تذكر أن هذا الحزن سيذهب، وإذا جرى تجنبه بسرعة، فإنه سيميل إلى أن يأخذ تأثيراً مستمراً مؤذياً، وتحتاج العائلة إلى قيادة ودعم أو السماح لها أن تحزن على نحو فعال وبشرف استجابة للموت، إن استعمال القوة في العائلة لمجابهة إظهار الأذى يجب أن يواجه على نحو لطيف بإعطاء الدعم للمشاعر التي يشعر بها أو لا يشعر ولكن من دون التعبير عنها، وما سيحدث من مشاكل بسبب تعطل العمل السوي. وغالباً ما لا يسهل الحداد بطريقة مثالية، وغالباً ما يكون الحزن عملية زمنية مديدة ربما تحتاج إلى رعاية على مر الأسابيع والأشهر.

ولكن ... ما دور طبيب العائلة في مختلف مراحل الحياة؟

قال أحدهم في أحد الأيام أن علم الطب يتعامل مع الأمور التي يتشابه بها الناس، وإن فن الطب يتعامل مع الأمور التي يختلف بها الناس. حقاً نحن نكتب هنا في مجال الفن. مع وجود العلم هنا، ثمة خطوط وسبل أساسية وعريضة للتعامل ذات مغازي لطيفة. إذ يجب أن يشد طبيب العائلة معارفه حول تطور دورة الحياة وأنماطها. ولا يمكن أن يبدأ بحل كل شاردة وواردة عن الموضوع وفهمها، فكل شخص لديه أشياء متفاوتة يأتي بها. لكن ربما يقدم طبيب العائلة جواباً إنسانياً ومعرفياً مستنيراً بالمنافع الشخصية والرغبة بمحاولة الفهم. ويستخدم كل مآلديه من حكمة من التجارب لأن يساعد الناس أن يعيشوا حياة أكثر ما تكون صحة وعافية.

**عندما نزيد من فرصة عمل مرضانا نكون قد فعلنا ذلك
لأنفسنا. وعندما نساعد الناس، يساعدنا الناس. وكلما كان
طبيب العائلة راغباً في الانشغال في إنسانية مرضاه أو مرضاها،
أصبح طبيب العائلة أكثر إنسانية.**

الهدف الخامس

الرعاية الصحية المركزة على العائلة

منذ أن وُجِدَ اختصاص طب العائلة في عام 1969، كان ثمة موضوع جدلي متكرر هو الدرجة التي يوجه اختصاصنا الانتباه إلى العائلة كوحدة للرعاية. لقد كان مبدأ طب العائلة هو توفير الرعاية الصحية الكاملة إلى العائلة برمتها، ولكن ما الذي نعنيه بالعائلة برمتها؟ لقد فسر معظم الأطباء في طب العائلة هذه العبارة لتعني «سكان البيت كلهم». يجب أن نراعي بأن العائلة شيء أكبر من مجموع أجزائه، وأن نعترف بأن العائلة كنظام اجتماعي يجب أن تصبح جزءاً لا يتجزأ من فهم المحتوى الذي يصبح الفرد فيه مريضاً. إن كثيراً من الاضطرابات الصحية التي يراها طبيب العائلة ربما لا تفهم ولا يجري تدبيرها عند مراعاتها كظواهر منعزلة تؤثر على شخص واحد فقط.

مع أن أطباء العائلة يتفاعلون يوميا مع العائلات فإن الدرجة التي يستعمل فيها التوجيه للعائلة ستختار الدرجة التي سيطور إليها طبيب العائلة والتي تعتمد على مصالحه الشخصية وتدريبه وخبرته. يقدم هذا الفصل عرضاً لأنظمة طب العائلة ويضع مخططاً للطريقة التي يجب أن يتبعها طبيب العائلة.

المستويات الخمسة لتعامل طبيب العائلة مع العائلة:

يتيح لنا المخطط التالي للمراحل الخمسة - معياراً نستطيع بموجبه أن نقيس درجة التركيز على العائلة في طب العائلة.

المستوى الأول: التأكيد الأقل على العائلة:

يتعامل طبيب العائلة في هذه المرحلة مع العائلات فقط في الظروف التي يكون فيها الكلام مع أفراد العائلة جزءاً من الممارسة الطبية النموذجية. وتشمل

الأمثلة الحديث مع أفراد عائلة المريض الذي جرى إدخاله إلى المستشفى.

المستوى الثاني: تقديم معلومات طبية ومشورة عما يجري الآن:

يتطلب هذا المستوى من طبيب العائلة أن يفهم قيمة العائلة في الرعاية الصحية للفرد وأن يتواصل على نحو فعال مع العائلات للحصول على المعلومات ومشاركتها إياهم. ينبغي للطبيب في هذا المستوى من الانهماك أن يمتلك مهارات الاستماع والإنصات لتسهيل تحديد آراء العائلة واهتماماتها كما يجب أن يحاول أن يدرج المسائل العائلية عند تقديم الرعاية للأفراد المرضى.

المستوى الثالث: الشعور والدعم:

يشمل هذا المستوى فهم التطور السوي، ووظائف العائلة، ومعرفة الطريقة التي تتفاعل العائلات من أجل التأكيد. كذلك ينبغي للطبيب أن يقدر دوره في النظام وبأن وجود طبيب العائلة يعد جزءاً رئيساً من الخريطة البيئية للعائلة. ويشمل هذا المستوى المهارة والخبرة في تثمين بنية العائلة وتقييم دورها وتحديد اعتلال الوظيفة العائلية الأمر الذي يسمح بالإحالة الطبية.

المستوى الرابع: التقييم المنظم والتدخل المخطط له:

يتطلب هذا المستوى معرفة خلفية العائلة ونماذج اعتلال وظائفها، يمكن لطبيب العائلة في هذا المستوى أن يقيم (Evaluate) هذه العائلة ويحدد مستويات اعتلالها وأن يحيل العائلات المعتلة إلى الجهة الملائمة عندما تخرج مشكلاتهم عن نطاق معالجة الرعاية الصحية الأولية. يكون طبيب العائلة مرتاحاً في هذه المرحلة للمشورة القصيرة الأمد وتنظيم اجتماعات عائلية للكلام والعمل ومعالجة الاضطرابات العائلية الصغيرة.

المستوى الخامس: علاج العائلة:

يكون طبيب العائلة في هذا المستوى قادراً على التقييم والتحديد لاعتلال العائلة الرئيسي وتخطيط طريقة علاجية منتظمة من أجل تعزيز (Promotion) التبدل الرئيسي في نظام العائلة.

تؤكد هذه المستويات الخمسة من الدخول في أنظمة العائلة الطبية بوضوح، التبديل في درجة توجيه العائلة بين الممارسات. وذلك لتزويد المتخصصين المتخرجين بالمهارات والخبرات اللازمة للاتصال والتواصل مع العائلات ونهديد اعتلال العائلة.

عرض لنظام طب العائلة:

لقد جرى وصف النظام (System) بأنه «عناصر على علاقة منتظمة مع بعضها الآخر» وهذا المفهوم ليس جديداً على الأطباء الذين اعتادوا على تعلم التشريح وعلم وظائف الأعضاء والتي تعمل على نحو منتظم في أنظمة الجسم. والمريض الذي يأتي إلى عيادة طبيب العائلة شاكياً من صداع ناتج عن توتر لا يمكن فهمه كلياً بمراعاة الفيزيولوجيا المرضية لصداعه فقط. ينتج الفهم الأفضل للرعاية الصحية الأفضل إذا أخذت بالحسبان العلاقات العائلية أي: نظام العائلة، والتاريخ الاقتصادي والاجتماعي والوظيفي أي النظام الاجتماعي، والمعتقدات الدينية والثقافية أي النظام الثقافي.

وعادة ما يتعلم طلاب الطب أسلوب الحصول على تاريخ العائلة والتاريخ الاجتماعي عند تقييم حالة المريض إلا أنهم لن يتعلموا إلا القليل عن أسلوب استعمال هذه المعلومات. لذا غالباً ما تتضاءل هذه المهارات في الوقت الذي يدخل فيه طبيب العائلة في ممارسة مهنة الطب.

لا يجري التفريق بين الاضطرابات التي تعرض على طبيب العائلة، وعادة ما ينظر طبيب العائلة إلى مشاكل المريض من جوانبها المختلفة إذا كان يرغب في تقديم الرعاية الصحية الفاعلة والملائمة. وهنا يكمن المفهوم المركزي لطب العائلة. إن أخذ المستويات الخمسة للمعطيات بالحسبان لا يمثل أي ظاهرة. ولا يمكن فهم الكثير من المشاكل التي يراها طبيب العائلة من خلال النموذج الطبي الحيوي أو النوع الفيزيولوجي المرضي، وإن الاضطرابات التي يمكن فهمها خلال النموذج الطبي البيولوجي متأثرة ومرتبطة مع الأنظمة النفسية والعائلية والاجتماعية والثقافية.

يسهم كل نظام في الفهم الأفضل لحالة المريض ومن ثم لتقديم رعاية صحية أفضل. إن معاناة المريض في المثال التالي ربما تخدمنا في توضيح هذا المفهوم:

لقد أحضر ولد عمره ستة عشر عاماً إلى عيادة طبيب العائلة بوساطة أمه والتي طلبت من طبيب العائلة أن يقوم بتصوير شعاعي لساق الشاب. وبينما كان المريض يجلس هادئاً في كرسيه كانت الأم تشرح بأنه قد ضرب في فخذه في تدريب كرة قدم قبل يومين، ومنذ ذلك الوقت وهو يشكو بين الفينة والفينة من وجود ألم في ساقه. لقد روت بأن هذا الألم قد منعه من أداء العديد من مهامه العادية في المنزل، وأنها تريد للمسألة أن تحل نهائياً. وتريد أن تعرف سواء ما إذا أصيبت الساق على نحو خطير أم لا، إنها تصر بعناد على عمل صورة شعاعية لكي تعرف هل ثمة كسر في عظمة الفخذ. ومن خلال استجواب ابنها علم طبيب العائلة أن الشاب لديه القليل مما يقوله بخصوص ساقه، وأشار في جمل قصيرة بأن ساقه على مايرام، وأن كل ما يجري أمر سخيّف. لقد كشف الفحص الطبي على الساق أن الشاب يمشي على نحو عادي من دون أن يعرج. وما من أذية في الفخذ. لقد كان التقييم السريري للطبيب هو أن الساق تبدو عادية. ولكن ثمة مسألتان تواجهان طبيب العائلة في هذه القضية وهما:

1 - استبعاد وجود ضرر خطير في ساق الشاب، ولا يبدو أخذ الصورة الشعاعية ضرورياً. إن النموذج الفيزيولوجي المرضي يبدو غير كاف لفهم ما يحدث هنا.

2 - إن المرأة مصرة على إجراء صورة شعاعية، ويبدو أنها في نزاع مع ابنها، وهنا يبرز سؤال مهم هو من المريض الحقيقي إذا كان الابن يبدو سليماً.

تتكون هذه العائلة من أم وأب وثلاثة أطفال وهذا الابن هو الأكبر بين الأولاد وهو حالياً في السنة ما قبل الأخيرة في المدرسة الثانوية، لقد سافر أبوه قبل 6 أسابيع من هذه الزيارة في رحلة عمل طويلة تقتضي غيابه عن البيت لمدة 6 أشهر. أسندت الأم خلال غياب الأب معظم مسؤوليات المنزل إلى نفسها، وهي لا تتلقى المساعدة التي تحتاجها من ابنها، لقد ربطت إحجامه عن مساعدتها بأعمال المنزل والتي خلقت لها عبئاً ثقيلاً. وعند سماع الابن ذلك قال بأنه يكره بأن يؤمر من والدته، وأنها لن تسمح له بأن يعيش حياة عادية لأن أباه في الخارج. ثمة معطيات إضافية عن العائلة توضح الحالة. إن هذه الأم وحيدة بسبب غياب الأب ولا تشعر

بأنها تتلقى المساعدة والاحترام المستحقين من ابنها. وفي غياب الأب، أصبح الابن يعتبر نفسه رجل البيت ويقاوم أن تأخذ منه دور رب البيت.

لقد أصبح السؤال الرئيسي هنا: كيف ينبغي لطبيب العائلة أن يعالج هذه الحالة على نحو واضح؟ فإن ساق الابن لم تصب على نحو خطير، إن الحل التقليدي في استعمال النموذج الطبي البيولوجي هو أن يجري الشرح للأُم من إن الساق بخير ويتركها عند ذلك. وأما طريقة النظام في حل هذه المشكلة فهو إعادة تحديد المشكلة بأنها نزاع بين الأم والابن. سيحاول الطرفان الرئيسيان في هذه المسألة أن يشركا طبيب العائلة في القضية ليصبح طرفاً ثالثاً مما يعني أنهم يودون من طبيب العائلة أن يحل سوء التفاهم أو الخلاف. يمكن لطبيب العائلة تجنب إشراكه بوساطة تشجيع الأم والابن على أن يعملوا لحل النزاع. مما يسمح للطبيب بأن يشق الطريق لحل الاضطرابات المستقبلية في طريقة مشابهة.

إن هذه القضية مثال على فرصة نظام طب العائلة في حل المشكلات الإكلينيكية عبر إيجاد فهم مستوى جديد لفهم مشكلة المريض، إن الأمثلة الإكلينيكية كهذه معروفة لأطباء العائلة، وتحدث باستمرار أثناء مزاولتهم لمهنتهم. إن المريض الفعلي في هذا المثال ليس الابن وليست الأم بل العلاقة بينهما، مع العلم بأنه يبدو أن كثيراً من أوجه لهذه القضية هو منطقي وتبدو مألوفة فإن اتباع نهج طب العائلة غير بوضوح فهم طبيب العائلة لهذه الحالة الإكلينيكية بطريقة أعمق.

إدخال نظام طب العائلة في الممارسة الإكلينيكية:

الخطوة الأولى: إدراك تركيب العائلة:

إن الخطوة الأولى في فهم العائلة هو معرفة أفراد العائلة. ما أسماؤهم؟ أين يعيش كل واحد فيهم؟ ما الدور الذي يؤديه كل واحد منهم في العائلة؟ من أفراد العائلة الذين لديهم أمراض مزمنة؟ أين تقع العائلة في دورة الحياة العائلية؟ ما التواريخ الهامة للعائلة (زواج، ميلاد، موت، وغير ذلك...)?

يعرف طبيب العائلة الجواب عن العديد من هذه الأسئلة في أثناء عمله المعهود من يوم إلى يوم، إلا أن توجيه العائلة يتحقق على أفضل وجه بوساطة الحصول على خلفية العائلة أو تاريخها بأسرع وقت ممكن وذلك عبر التفاعل معهم.

إن الطريقة المثالية لتسجيل هذه المعلومات عن تركيب العائلة هي ملء معطيات العائلة (الچينوجرام). إن الچينوجرام (Genogram) هو تمثيل بياني لبنية العائلة بوساطة استعمال رموز معيارية. وقد أصبح معياراً لتسجيل المعلومات عن تركيب العائلة في السجلات الطبية.

الخطوة الثانية: فهم وظيفة العائلة العادية:

عندما يفهم طبيب العائلة بنية العائلة فإن الخطوة الثانية هي معرفة كيف تعمل العائلة، ويجب التأكيد على الحس الثقافي في العمل مع العائلات، لأنه يوجد ميل قوي للقول بأن العائلات تعمل بالطريقة نفسها التي تعمل فيها عائلة طبيب العائلة. إذ يوجد مدى واسع من التقييمات العادية السوية لوظيفة العائلة. ثمة ميل مبدئي للنظر إلى طبيب العائلة كمراقب خارجي لنظام العائلة الذي يبحث عن إطار للموضوعية. حقا، قد لا يوجد شيء من الموضوعية في طب العائلة. لا يرب أن وجود طبيب العائلة يؤثر على الحالة تماماً كما تؤثر العائلة بالطبيب في ممارسة طب العائلة ويصبح جزءاً من نظام العائلة، ويصبح التفاعل الاجتماعي الإجمالي كتلة سائلة تتغير باستمرار، ولا يوجد مجال هنا للمتفرجين أو المراقبين غير المنغمسين في العملية.

إن الهدف الرئيسي للطبيب أن يقترب من العائلة بذهن منفتح وفهم وذلك لأن طبيب العائلة هو جزء من النظام الذي يجب احترامه.

ثمة خمس وظائف رئيسية يجري أداؤها من قبل العائلات:

1 - تقدم العائلات الدعم لكل فرد منها، بما يشمل الدعم الحيوي والمالي والاجتماعي والعاطفي، ويحدث هذا الدعم خلال إطار منظم لأدوار العائلة الذي يعتمد كل منهم على الآخر كما يعتمد على العلاقات العاطفية بين أفراد العائلة. إن أفراد العائلة يتناولون وجباتهم الغذائية مع بعضهم، وهم يواسون بعضهم بعضاً في أوقات الشدة والضوائق. وتعمل العائلات الأشياء مع بعضها كمجموعة، وعندها إحساس بالانتماء كل منهما للآخر، وهذه جميعها أمثلة عن وظيفة الدعم.

2 - تقدّم العائلات الاستقلال الذاتي لكل شخص في النظام، وهو الأمر الذي يسهل النمو الشخصي للأفراد داخل العائلة. ولكل فرد في العائلة مجموعة من الأدوار المحددة والتي ينتج عنها الإحساس بالهوية، وتخدم كأساس لدور أكبر لذلك الشخص في المجتمع ككل. ولكل عضو من أعضاء العائلة شخصية منفردة تمتد خلف حدود العائلة. وعندما يدخل الطفل في بادئ الأمر للمدرسة فإنه يناضل للقيام بدور منفصل عن عائلته مع مدرسيه وأصدقائه. تقوم العائلات بعمل الأشياء مع بعضها ولكن يقوم الأفراد بعمل أشياء أخرى على نحو منفصل. إن المقدرة على المحافظة على التكامل لكل فرد هو جوهر الاستقلال الذاتي.

3 - توجد في العائلات أنظمة تحكم سلوك العائلة، مثلما تحكم سلوك الأفراد ضمن العائلة. وقوانين السلوك هذه غير مكتوبة ولكنها موجودة عبر عملية غير رسمية لنفاذ القرار، والتي يصعب تحديدها حتى للعائلة ذاتها. يصبح نظام القوانين هذا أكثر وضوحاً عندما يزور شخص غريب العائلة. إذ إن للشخص الغريب مجموعة قوانين متفاوتة تعلمها في عائلته وتتفاوت هذه القوانين مع قيم العائلة. ومن ضمن الأشياء الأخرى فإن القوانين تتفاعل مع الخصوصية وتعالج السرية ونماذج التفاعل والسلطة واتخاذ القرار.

4 - تتكيف العائلات من أجل التبدل في البيئة (Enviroment). إن المقدرة على التكيف والتغير والنمو ضرورية من أجل التقدم المديد خلال حياة العائلة، يميز أطباء العائلة بين التغير في النظام الأول والثاني، يشمل التبدل في النظام الأول تكيف العائلة للمتغيرات في العائلة مما لا يقتضي تكيفاً واسعاً في بنية العائلة ومثال ذلك هو التبدل الذي يحدث عندما تنتقل العائلة إلى مدينة جديدة. ويشمل التغير بالنظام الثاني تغييراً جوهرياً في بنية العائلة - الرئيسية. ولا تشمل هذه التبدلات فقط ما تفعله العائلة ولكن بمعنى آخر من هي العائلة. والمثال على التغير الثاني في النظام هو ولادة الطفل الأول في العائلة.

5 - تتواصل العائلات مع بعضها. يشمل هذا التواصل رسائل مزخرفة كلامية وغير كلامية وضمنية معظمها غير مفهوم للغرباء. إن التواصل هو الوظيفة الرئيسية والتي من دونها تصبح الوظائف الأخرى مستحيلة.

تقيم كل عائلة توازناً بين هذه الوظائف التي تلبي احتياجات كل شخص داخل العائلة. ويمكن التأكيد على بعض الوظائف على نحو غير كاف أو بإفراط في وقت محدد وربما يسبب الخلل في التوازن إهمال حاجات العائلة. إن التوتر والتغير هما جزءان من وظيفة العائلة العادية وتنهار وظيفة العائلة عندما لا تكون العائلة قادرة على التعامل، أو عندما لاتلبي حاجات أفرادها أبداً. إن وصف العائلة المعتلة هو العائلة التي تعجز بصورة مزمنة عن الاستجابة لحاجات أفرادها أو تدير التبدلات والتوتر في بيئتها.

الخطوة الثالثة: تعلم كيف تقيم تركيب العائلة ووظيفتها في الممارسة السريرية «الإكلينيكية»:

يقيم أطباء العائلة العائلات بوساطة ملاحظة التفاعلات العائلية مما يتطلب من طبيب العائلة أو المداوي أن يلتقي مع بعض أفراد العائلة أو جميعهم، وأن يلاحظ أسلوب تفاعلاتهم ومحتواه للوصول إلى تقييم العائلة. ثمة عدة حالات إكلينيكية اعتاد فيها الأطباء أن يلتقوا مع العائلة كمجموعة، وعندما يصاب المريض بمرض خطيراً أو حاد وتجري معالجته ولاسيما إذا كان المرض يهدد حياته فمن المؤلف الالتقاء مع العائلة لبحث التشخيص وخطة الرعاية. وفي سياق المريض الذي يعاني من مرض في أواخر عمره أو موت أحد أفراد العائلة فإن الاجتماع بأفراد العائلة قد أصبح ممارسة طبية عادية. هنا، يكون التأكيد على تدفق المعلومات من طبيب العائلة إلى العائلة، وتشمل اجتماعات العائلة لتقييم وظيفتها بالدرجة الأولى تدفق المعلومات عن العائلة إلى طبيب العائلة. ولتقييم العائلة بهذا الأسلوب ينبغي للطبيب أن يتكلم قليلاً ويستمع كثيراً، ويتطلب كذلك مجموعة من المهارات في تدبير حركة المجموعة. إن نظرة عضو واحد ربما لا تقيم على نحو سليم العائلة كلها، ولما كانت هذه الأساليب تساعد طبيب العائلة أن «يعرف ما يقول» فقد أصبحت أكثر شعبية بين أطباء العائلة الممارسين.

الخريطة العائلية، «جينوجرام العائلة» The family genogram:

الجينوجرام طريقة معيارية ذهبية للحصول على المعطيات عن تركيب

العائلات وتسجيلها. وثمة رموز يمكن إدخالها إلى الجينوغرام لوصف علاقات النزاع والصدقة الحميمة بين كل فردين من أفراد العائلة. يميل تفريق العلاقات القائمة بين كل زوجين (اثنين) من أفراد العائلة لتسهيل بحث التفاعلات بين أفراد العائلة ومن ثم تقييم دورها. ملء الجينوجرام الرئيسي (استبيان عن العائلة) يتطلب الأمر 10-12 دقيقة مع وقت إضافي للحصول على معطيات عن وظيفة العائلة. وهذا ما يجعل الجينوجرام غير عملي في الزيارات المعهودة للعيادات إذ يكون الوقت غالباً جداً للطبيب. وعلى نحو مثالي فإن البنية الرئيسية للجينوجرام ستكون موجودة مسبقاً على الرسم البياني مما يوفر بذلك مطلب الوقت. إن الجينوجرام مفيد أكثر في زيارات العيادة الطويلة وفي العمل مع عائلة المريض الذي جرى إدخاله المستشفى للمعالجة.

دائرة العائلة:

يقوم طبيب العائلة بكل بساطة برسم دائرة واسعة على قطعة ورق ويأمر المريض أن يفعل ما يلي: أنا كطبيب عائلة مهتم بك وبعائلتك وبالأشياء المهمة لك. دع هذه الدائرة تقوم مقام عائلتك كما هو الأمر الآن. ارسم فيها بعض الدوائر الصغيرة التي تمثل الناس جميعهم المهمين لك سواء أكانوا من أفراد العائلة أم من غيرهم. تذكر أن الناس يمكن أن يكونوا داخل الدائرة أو خارجها سواء أكانوا قريبين أم بعيدين عنك ربما يكونوا كباراً أو صغاراً مما يعتمد على أهميتهم أو تأثيرهم. إن وجد أناس - آخرون مهمين في حياتك بما فيه الكفاية ضعهم في الدائرة. ولا يوجد دوائر صحيحة أو خاطئة. ينبغي للطبيب أن يغادر الغرفة بينما يملأ المريض الورقة. وتلائم وسيلة دائرة العائلة هذه العمل في عيادة مكتظة لطبيب العائلة. فينبغي للطبيب أن يرى مريضاً آخر خلال عشر إلى خمسة عشر دقيقة اللازمة للمريض لملئ دائرة العائلة.

يحدث التقييم الفعلي للعائلة عندما يسأل طبيب العائلة المريض ليشرح الرسم. ينبغي للطبيب أن يستمع لشرح المريض ويجمع المعلومات عن العائلة. يشمل التبديل في هذه الطريقة ملاحظة أفراد العائلة على نحو جماعي وهم يملؤون دائرة العائلة أو مقارنة دوائر العائلة للعديد من أفراد العائلة.

إن السيئة الرئيسية لأسلوب دائرة العائلة أنه يصعب وضع معيار لها، وكذلك

ثمة صعوبة للشخص الغريب أن يفسر محتواها أكثر من الجينوغرام إلا أنها فعالة من حيث - الوقت مما يجعلها وسيلة مفيدة لطبيب العائلة.

أدوات التقييم الموضوعية للعائلة:

إن الجينوغرام ودائرة العائلة هي أدوات مفيدة لطبيب العائلة. إلا أنها غير موضوعية. لانجاز البحث على تأثير العائلة في الرعاية الصحية وتأثير المرض على العائلة يتطلب الأمر أدوات أكثر موضوعية. ولقد جرى تطوير العديد من الموازين العددية «الرقمية» لوظائف العائلة وذلك في محاولة لقياس وظيفة العائلة.

العمل مع العائلات:

إن الرعاية الصحية للعائلة هي جزء هام جداً في تحديد طب العائلة. وتؤثر العائلات خلال العمل اليومي في المعتقدات السليمة وهماذج الأمراض السارية، وتعدد نوعية زيارة طبيب العائلة والمطاوعة ووراثة المرض، ولاريب أن الرعاية الصحية للعائلة تؤدي مباشرة إلى نوعية عالية الجودة من الرعاية وإلى راحة وقناعة أكبر للمريض. لها كان أطباء العائلة هم الذين يقدمون الرعاية الصحية الأولية فقط وهم الذين يهتمون بالرعاية برمتها، لذا فإن البحث لتحقيق فوائد هذا المنهج يمثل أولوية عليا لطب العائلة الأكاديمي.

يكون تطور التوجه العائلي نحو الممارسة، لأطباء العائلة الممارسين رابطة خاصة مع المرضى، وتسمح هذه الرابطة للطبيب في تطوير فهم عميق للمرضى ومشاكلهم، ويزيد من رضى طبيب العائلة والمريض. وهذه المحاسن هي مواضيع النقاش والتي تصب في مصلحة الرعاية الصحية للعائلة.

الفصل السادس

نمط الصحة، والمرض، والرعاية الصحية

تُتاح أنماط عديدة من الصحة والمرض ليستخدمها طبيب العائلة كمرشد لتقديم الرعاية الصحية لمرضاه. أحد هذه الأنماط هو نظام المعتقدات لنصفي شيئاً من المغزى للظواهر المحيرة التي تواجه كل من المريض والطبيب ولنستعرض معا هاتين الحالة التالية.

السيدة سارة، مريضة عمرها 35 سنة، مستقلة على كرسيها ويداها على رأسها ومحدقة بقدميها بينما يسألها طبيب العائلة ما الذي يزعجك اليوم؟ فتجيب "أشعر أنني سيئة جداً لحد مرعب. فمنذ شهرين وأنا جد متعبة. كل شيء يؤلمني، صداع، كل شيء. شيء ما خطأ. حياتي لم تكن يوماً ما أفضل من اليوم إنني أعمل بصعوبة .

ماذا يقولها الطبيب أو ماذا يفعل، قد يعتمد على نحو رئيسي على الخطة الإكلينيكية التي يملكها أي انتقاء المعلومات من المقابلة، ليصل إلى آلية التشخيص، إن ستكون طبيعة معالجة هذا الوضع الإكلينيكي نابعة من تصويره لمسألة الصحة والمرض. فربما يتوجه مباشرة إلى مراجعة جهاز الغدد الصم باستخدام النمط الطبي الحيوي. ربما يتابع الاضطرابات المتنافرة في الحياة التي تشير إليها الأعراض باستخدام نمط الصحة الشمولي، أو ربما يستوضح معنى هذه الأعراض باستخدام نمط المعرفة الطبية بعلم الإثنيات (الأعراق البشرية). ربما نعقب على قولها كم تبدو حزينة معتمداً على ادعاءاتها أن كل شيء يبدو سيئاً، وبذلك يستخدم النمط النفسي الاجتماعي الحيوي. أو يمكن أن يسأل إذا كانت السيدة سارة، أو أحد معارفها قد شعر بمثل ذلك من قبل مستخدماً بذلك النمط التعاملات البيئية.

سيستعرض هذا الفصل باختصار المشاكل في أربعة أنماط من الصحة والمرض. يتبعها فحص السلوك المرضي وآلية البحث عن الصحة.

النمط الطبي البيولوجي:

يعود النمط الطبي البيولوجي إلى فرضية ازدواجية العقل والجسد، والتخفيف البيولوجي، والسببية الخطية، ويفترض هذا النمط أن ثمة بعض الأسباب الفيزيائية الحيوية لكل مرض محدد على نحو محسوس من قبل مراقب لا علاقة له بالية المرض. ومن وجهة النظر المبسطة للأمور فإن السمات الرئيسة للنمط الطبي الحيوي التي تنبع من تلك الفرضيات هي أنها:

1 - مركزة حول طبيب العائلة .

2 - مسيطر عليها من قبل الاختصاصيين.

3 - موجهة نحو الوثائق.

4 - معتمدة على الذاكرة.

5 - موجهة نحو مرض معين.

6 - مسيطر عليها بالأمور التقنية.

7 - موجهة نحو آلية حيوية.

8 - مركزة حول حالة وحيدة.

نتيجة لذلك فالطبيب الذي يستخدم النمط الطبي البيولوجي في توجيهه يبحث عن العلاقة ما بين الأعراض والاضطرابات الجسدية بملاحظة المعلومات التي توضح وجود أذية تشريحية أو فيزيولوجية نفسية. ويعتمد العلاج إذا على تداخلات مصممة لمواجهة آلية جسدية للمرض. وفي النمط الطبي الحيوي، ينظر إلى الصحة بأنها مجرد الخلو من المرض. والأطباء الذين يعتمدون هذه الطريقة يعملون كعلماء مهاجمين وتقنيين ويميل أسلوبهم إلى التسلط.

وعلى الرغم من نجاح استخدام النمط الطبي البيولوجي وسيطرته الحالية فإن له نواقص عديدة. إذ إن طب العائلة ظهر وتطور نوعاً ما كرد فعل على عدم جدوى هذا النظام. ولاسيما أن ثمة سبع نقائص في هذا النظام وهي:

1 - فشله في تقييم الأسباب النفسية والاجتماعية لبعض الأمراض مثل ألم البطن المتكرر عند الأطفال.

2 - فشله في تفسير موجودات البحوث الحديثة عن السلوك الحيوي، مثل القلق،

والمناعة المتواسطة بالخلايا، والقُلاع (Aphtha) الفموي المتكرر.

3 - تقدم استراتيجية المعالجة غير الملائمة لمسائل مرتبطة بنمط الحياة ومرتبطة بأسباب المرض، مثل التدخين والبدانة.

4 - غالباً ما تؤدي إلى عدم الرضا من قبل المريض فيما يتعلق بزيادة الادعاءات بسوء الممارسة.

5 - الفشل في التنبؤ بالأمراض العلاجية المنشأ (Iatrogenic)، والتأثيرات الضارة لبعض الأدوية الحديثة.

6 - الفشل في بيان الأبعاد القانونية للمرض المتزايد فيما يتعلق بالتخلف عن العمل مثل الضغط الدموي المرتفع.

7 - الفشل في تفسير الاختلافات في سلوكية المرض مثلاً: لماذا تتفاوت أعراض شخصين مصابين بالدرجة نفسها من انسداد الصمام المترالي، ولماذا تتفاوت أنماط الاستعانة بالطبيب لديهما.

يعرف طبيب العائلة أن التركيز الضيق على المرض الجسدي والتقانات التي يعكسها النمط الطبي البيولوجي تخلق العجز عن احتواء الاضطرابات اليومية الموجودة في ممارسة الرعاية الصحية الأولية.

النمط الصحي الشمولي:

ظهرت ثلاثة أنماط جديدة من الفكر الطبي في محاولة لدعم النمط الطبي البيولوجي. أقدمها النمط الشمولي. إذ إن عامة الناس والمساعدين المهنيين وكل من له علاقة بتقديم الرعاية الصحية، مثل المعالجين بالمامسة، وتقنيي نظم التغذية، والمعالجين الفيزيائيين، والممرضات، والمعالجين النفسانيين، والمعالجين بالرقية، كل هؤلاء اعترفوا بوجود مشاكل في نمط التفكير الطبي البيولوجي وانضموا إلى نظرة التوجه الشمولي في حل الاضطرابات الصحية. وألغوا الشعور العام بعجز المريض،

وتحوّلوا عن التقانة العالية والسلطة المتفردة في نظام الرعاية الصحية. يؤكد النمط الصحي الشمولي على مسؤولية الفرد ونموه. فالمرضى (يطلق عليه صفة الزبون أو المستهلك) هو شريك فاعل في العلاقة ما بين فريق الرعاية الصحية والزبون. والهدف المبدئي في هذا النظام هو الوصول إلى مستوى عال من الصحة الجيدة. إذ يكون ثمة حالة ديناميكية من الشعور المنسجم ما بين الجسد والفكر والروح. إن النمط الصحي الشمولي والذي يسمى أيضا «الطب المتكامل» يقوم على الفرضيات الأربعة التالية:

- 1 - كل حالات الصحة والمرض هي جسدية نفسية.
- 2 - كل شخص هو حلقة من التفاعل ما بين الجسد والفكر والروح.
- 3 - المرض والسقم ينتجان عن فشل التلاؤم مما يؤدي إلى اضطراب في التضييق الذاتي للأبعاد الاجتماعية والسلوكية والنفسية والبدنية.
- 4 - المرض هو فرصة خلاقة.

واعتماداً على هذه الفرضيات، يصبح مفهوم تعزيز الصحة والرعاية الذاتية والتثقيف الصحي نشاطات هامة ونظرياً يعالج النمط الصحي الشمولي كثيراً من عيوب النمط الطبي البيولوجي. ولكن لسوء الحظ فإن الأبعاد العلاجية هي مجموعة منتخبة من المعالجات البديلة بما في ذلك المعالجة بالأعشاب، واليوغا، والعلاج الطبيعي، والمعالجة بالملامسة، والوخز بالإبر الصينية، والقوت الطبيعي، والعلاج النفسي والعلاج بالتخيل. لكن ينقصه وجود استراتيجية تقييم محددة قابلة للتأكيد، ومن ثم ينتج عن ذلك العودة إلى الشعوذة والدجل.

النمط الاجتماعي النفسي البيولوجي:

استقبل هذا النمط في أوساط طب العائلة بارتياح شديد وكذلك من قبل الاختصاصيين العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية الآخرين، إذ أظهر فائدته الإكلينيكية والبحثية. فالنمط الاجتماعي النفسي البيولوجي وسع النمط الطبي البيولوجي بإضافة العوامل النفسية والاجتماعية إلى المعادلة العلمية. ومع أن هذا النمط مازال يعتمد على التوجه المرضي، إلا أن المرض هنا ينظر إليه أنه يخص شخصاً هو بدوره جزء من نظام وحدات مرتب من الذرة إلى الخلية فالعضو

فالجسم فالعائلة مروراً بالتراث فالكون، وكلها مرتبطة بحلقة الارتجاع. حيث يصبح سياق حدوث الأعراض مهماً كالأعراض نفسها. إن أسلوب طبيب العائلة في النمط الاجتماعي النفسي البيولوجي هو منهج المشاركة المتبادلة إذ يعطى للوقاية ونمط الحياة مكاناً بارزاً. وابتاع هذا النمط في التقييم، يجب وضع قائمة بالاضطرابات المرضية، وتصميم خطة تدبير شاملة مع مراعاة الاضطرابات والضغوط ونظم الدعم الاجتماعية. وإن النمط الاجتماعي النفسي البيولوجي لا يخلو من المشاكل. إذ إن الاضطرابات البيئية غالباً ما تنسى، والتي يمكن تصحيحها بالمنظور البوائي. إلا أنه ثبت وجود صعوبات في التطبيق في عيادة واسعة لطب العائلة بحجم عمل واسع وبمحدودية من الوقت. إذ إن كل شؤون الحياة تصبح شؤوناً طبية. والذي أشير إلى أنه التوجه الطبي في حل الاضطرابات، مما دعا إلى القول أن الطب بألياته العلاجية وقدراته الاجتماعية والمالية يسهم في اختيار الوظيفة العلاجية للعائلة، وللمسجد أو الكنيسة، وللمجتمع ككل وللشخص. ولقد ادعي بأن ذلك ينتج عنه زيادة في الأمراض العلاجية المنشأ واعتماد أكبر للناس على المؤسسات البيروقراطية. وأخيراً فقد نجم جدل بأنه إذا أصبح الطب مسؤولاً عن كل آلام الحياة والاضطرابات الاجتماعية فإن الحافز لإجراء تبدلات اجتماعية يصبح لا قيمة له.

ومن جانب آخر فإن مؤيدي نمط التوجه الاجتماعي النفسي البيولوجي يدعون أن الطب، نظراً لتخصصاته الضيقة والتقانات العالية المتولدة عن التوجه الطبي البيولوجي، فإنه أصبح بعيداً جداً عن واقع الحياة العملية. لذا فإنهم يوصون بعودة الأطباء إلى مفهوم التكامل الاجتماعي مع حياة المريض.

نمط المعرفة الطبية بالإثنيات:

توسع النمط الاجتماعي النفسي البيولوجي ليشمل العوامل التراثية. إن طبيب العائلة الذي يعمل بالمفهوم العرقي والتراثي يكتشف المعتقدات العرقية عند المريض، والفرضيات، والتوقعات عن تركيب الجسم وعمله. والوجبة والقوت، والألم، والكرب أو الإجهاد، والعائلة، والتركيبية الاجتماعية، وطلب المساعدة، وتصنيف الأمراض، والخبراء بالمعالجة الشعبية من سائر الناس، بما في ذلك المداؤون بالأعشاب والسحر، والمعالجين بالوخز بالإبر الصينية، والمعالجين، والمعالجين

بالرقية كل أولئك يمكن معرفتهم بمعرفة الجوانب الإثنية (Ethnic).

يعتمد إطار LEARN على خمس خطوات هي:

- 1 - (Listen) أصغ بعطف وتفهم إلى مفهوم المشكلة عند المريض، باستدراج النمط التوضيحي ونموذج المرض.
- 2 - (Explain) فسر فهمك للمشكلة أو استخدم النمط التوضيحي مستعملاً اللغة الدارجة.
- 3 - (Admit) اعترف بوجود فروق وتشابه ما بين الطرق التوضيحية وناقش أي نزاعات تحصل.
- 4 - (Request) أوص باتباع المعالجة التي قررت أنها ملائمة خلال التوضيحات.
- 5 - (Negotiate) فاوض بالعلاج، مع المساومة على أن لا تتخلى عن قيم المهنة وأخلاقياتها مستخدماً الشبكة الاجتماعية للمريض عند الضرورة.

إن الأنماط التوضيحية هي مجموعة من العموميات الثقافية الي تبحث عن أسباب مرض محدد وماله (Prognosis) ومعالجته، ويستخدمها الشخص المفكر لتحديد مرض معين. وهي كنمط تعني وجود سبب ومن ثم الاستقرار مع الوقت، وتشترك المفاهيم الرئيسية لهذا النمط مع مجموعات واسعة من المفاهيم الثقافية والاجتماعية. ربما نحصل على النمط التوضيحي باستخدام أسئلة التذكير، إن نموذج المرض من الجوانب الأخرى هو إدراك الشخص لسلسلة من الظروف والتجارب والأحداث التي تتعلق بمرض معين كما تعلمه من خبرات شخصية سابقة. وخبرات أشخاص آخرين، أو من الإعلام. ويكتشف نموذج المرض بطرح الأسئلة الملحوظة في أسفل الجدول التالي، وأما هذه الحالة التالية فهي مثال يوضح الفروقات بين النمط التوضيحي ونموذج المرض ويبين أهميتها السريرية.

امرأة عمرها 26 سنة، زارت طبيبها وهي حامل في الأسبوع الثاني عشر من الحمل تشكو من الغثيان الصباحي الوخيم. غير المصحوب بقيء، أما زيادة وزنها فكانت ملائمة لعمر الحمل، وبطرح أسئلة من النمط التوضيحي استطاع طبيبها أن يكتشف بأنها تعتقد أن الغثيان الذي تعاني منه سببه الازدواجية حول المحافظة على

الطفل، والتغذية السيئة، والعواطف. وهي تعتقد أيضاً أن الغثيان الصباحي سليم عادة ويتوقف في منتصف فترة الحمل، وتشمل المعالجة التدليك، والمعالجة بالضغط، والنظام الغذائي الخاص. ويتوضيح نموذج المرض. اكتشف طبيب العائلة أنها عانت من قيء ونقص الوزن بلغ 8 كيلوجرامات في خلال العشرين أسبوعاً الأولى من حملها السابق. وعلى الرغم من أن هذه الأعراض انتهت إلى الشفاء، فقد ولد الطفل خديجاً في الأسبوع 28 وتوفي بعد شهر. والمريضة لم تقرن في ذهنها موضوع الغثيان السابق مع موت ابنها، ولكن ساعد نموذج المرض في إدراك أسلوب وصفها للأعراض البسيطة وكأنها وخيمة. وبعد المقابلة ارتاحت المريضة بمعرفة سبب قلقها وتحديده، وعادت إلى بيتها موافقة على اتباع خطة تناول وجبات صغيرة ومتكررة وإجراء تدليك (Massage) ليلي لمدة أسبوعين يقوم به زوجها.

إن الأسئلة التوضيحية التي يمكن للقارئ أن يرجع إليها لتوضيحات أكثر تشمل الذبحة الصدرية، وألم الظهر، وفرط ضغط الدم، وارتفاع الحرارة والبرودة، ونقص السكر، والربو، والتهاب القولون، والنفخ الرئوي.

وكما في التوجه الاجتماعي النفسي البيولوجي فإن تطبيق التوجه الإثني (التراثي العرقي) يحتاج أيضاً إلى وقت أكثر مما هو متاح في عيادة طبيب العائلة. مع ذلك فإن التوجه الإثني بتأكيد على موضوع المناقشة يوجه الأنظار إلى العلاقة ما بين طبيب العائلة والمريض، هذه العلاقة المنطقية التي سينشأ منها التوجه العملي لنمط الصحة والمرض.

أسئلة مختارة لمعرفة تفهم المريض لمشاكله المرضية، أسئلة من النمط التوضيحي.

دعنا نسمع ...

السمة: كيف تصف المشكلة التي دعتك للقدوم إليّ؟. وبماذا تفسر ذلك؟.

السبب: ما الذي تظنه سبباً لمشكلتك؟

التوقيت: منذ متى وأنت تعاني من هذه المشكلة؟

الوخامة: ما حجم هذه المشكلة؟

القصة: ما الذي يحصل لو أننا لم نجر شيئاً لمشكلتك؟

التأثيرات: ما هي الاضطرابات الرئيسية التي سببها السقم لك؟

يؤثر على: ما الذي يخيفك من هذه المشكلة؟

المعالجة: ما الذي تعتقده مساعداً لحل مشكلتك؟

نموذج المرض الشخصي: هل حصل لك مثل ذلك سابقاً؟

نماذج مرضية أخرى يعتد بها: هل تعرف شخصاً لديه مشكلة مثلها؟

نماذج المرض الإعلامية: هلا قرأت أو سمعت عن هذا المرض في كتاب أو

مجلة أو من الإذاعة أو التلفزيون أو الفضائيات؟

عملية طلب المعالجة:

تحديد الأعراض:

تبدأ عملية طلب المعالجة عندما ينتبه المريض إلى أحاسيس فيزيولوجية داخلية يفسرها بأنها أعراض مرض ما. فكثيراً ما يلاحظ طبيب العائلة العلاقة الضعيفة ما بين الأعراض والعلامات ويعرف أن بعض الأشخاص لديهم عتبة إدراك منخفضة لأحاسيس داخلية مثل الحرقة، وحركة الأمعاء، والسعال. فالأعراض لها أسباب فيزيولوجية، أو عاطفية، أو نظرية ونتائج.

يسرد الجدول التالي قائمة بالعوامل التي تتعلق بانخفاض عتبة الإدراك والمغالاة في الأعراض. فطبيب العائلة الذي يعمل كمحلل لما ترمز إليه الأعراض، يجب أن يحدد عندما ينتهي المريض من عرض كل مشاكله، أي من هذه الأوضاع يؤدي إلى تلك الأعراض. وما المفهوم التوضيحي عنده بما يخص المرض وما توجهه من حيث نموذج المرض بصدده هذه الأعراض. وفيما إذا كان لديه عوامل الاختطار لما يشكو منه حسب الجدول التالي، ويجب أن يراعي العلاج عندها الجوانب العرضية والفيزيولوجية والنتائج النظرية. وترتبط النتيجة النظرية لأي عرض محدد بتبديل الدور الذي ربما يؤديه المرض.

خصائص التبليغ عن الأعراض المتكررة

- * قصة وجود مشاكل دراسية.
- * المزاج السلبي.
- * وجود الأحداث المزعجة في حياته.
- * المرض المزمّن.
- * النظرة السوداوية المتشائمة.
- * الخجل، الانطوائية.
- * انخفاض تقدير الذات.
- * قصة وجود نزاعات عائلية.
- * قصة الرضح الجنسي قبل سن السابعة عشرة

دور المرض:

ثمة من يعتقد بأن المرض شكل من صور الانحراف الاجتماعي. إن دور المرض يورث إعفاءين والتزامين.

أمّا **الإعفاء**ان اللذان أعيدت صياغتهما ليعبران عن التفريق ما بين المرض والصحة فهما:

- 1 - الإعفاء من أي أدوار تحمل المسؤولية طوال فترة المرض.
- 2 - الإعفاء من مسؤولية المرض.

أما **الالتزامان** فهما:

- 1 - طلب الرعاية والتعاون مع مصدر الرعاية الصحية للخلاص من المرض.
- 2 - أن يكون ثمة دوافع ذاتية للتحسن.

يلاحظ أن القوة التوضيحية لهذه النظرية غير موجودة في كل الثقافات، وفي الأمراض المزمنة، وفي الطوارئ الحادة، وفي المرض النهائي. وإن ما يساعد طبيب العائلة أكثر من غيره هو فحص تأثير المرض على أداء المريض كزوج أو كآب أو كعامل. إن سلوك الزوج المريض والأب المريض والعامل المريض هو الذي يهتم عائلة المريض والطبيب. تصبح تبدلات القيام بالأدوار التي يؤديها المريض والمرتبطة

بالمريض مجال مساومة مع المريض بحد ذاته. وما بين المريض والبيئة الاجتماعية وبينه وبين طبيب العائلة . ولايصح المرض مجموعة التزامات وإعفاءات فحسب، ولكنه يصبح كسلسلة من التلاؤم والتأقلم.

الاستشارة:

تجري الاستشارة على أربعة مستويات من الرعاية وهي

- 1 - رعاية الشخص لنفسه.
- 2 - استشارة شخص عادي محال إليه ممن حوّلته.
- 3 - طلب المداواة من طبيب شعبي.
- 4 - استشارة مداو مهني.

لا تحتاج حوالي 30-40٪ من أعراض الحوادث إلى أي رعاية، ويحتاج حوالي 10-20٪ إلى استشارة شعبية، وحوالي 5-20٪ تنتهي بزيارة طبيب العائلة. إن نظام الإحالة الشعبية له قيمة ولاسيما في هذا المضمار إذ تحدد فيها الأسئلة التوضيحية ونموذج المرض، ويتعلم فيها سلوك المرض، وتعطى العناوين للأعراض، وتتكون مجموعات المساعدة الذاتية. ويؤخذ قرار المعالجة. والأهم في نظام الإحالة هو التثقيف الصحي للعائلة. والتي تعرف بنظام معتقدات العائلة في الصحة والمرض، والمواقف والإدراك. فتقافة العائلة الصحية هي مصدر للسلوك الغذائي للعائلة، ونمط النشاط الفيزيائي، وسلوك التدخين، ومعتقد صحة الأطفال. ويتعلم أطباء العائلة العمل مع هذه الثقافات عبر الزيارات المنزلية والاجتماع بالعائلات في جو العيادة.

يتأثر الطريق النهائي إلى طبيب العائلة بعوامل خمسة أساسية وهي:

- 1 - وجود الرعاية المهنية.
- 2 - قدرة المريض على تحمل أعباء الرعاية.
- 3 - نتائج المعالجة في المجال الشعبي والتقليدي.
- 4 - إدراك المريض للمشكلة والتساؤلات التوضيحية ونموذج المرض.
- 5 - إدراك المسؤولين من سائر الناس عن الإحالة للمشكلة.

يظهر الجدول التالي قائمة العوامل النوعية التي تزيد على نحو واضح فرصة زيارة طبيب العائلة . وتوضح مراجعة الجدول السابق والتالي أن الأشخاص الأكثر تألفاً والأكثر زيارة لأطباء العائلة هم أولئك الذين لديهم مشاكل عديدة، أو مزمنة، أو متكررة، وكروب عائلية وشخصية، ونقص الموارد الشخصية للتحمل. والحمدلله فإن هؤلاء الأشخاص يقدمون إلى طبيب العائلة وكلهم أمل واعتقاد بأن طبيب العائلة قادر على مساعدتهم. فأطباء العائلة يواجهون تحدياً بأن يعكسوا هذه الآمال وأن يستعملوا معرفتهم بالمريض والعائلة ونظام الإحالة الشعبية لتقوية مصادر المريض وليسهلوا عليه إمكانات التحمل والرعاية والشفاء.

عوامل زيادة استخدام خدمات طبيب العائلة

- التبليغ عن الأعراض.
- النزاعات الداخلية بين الأفراد.
- استمرار الأعراض لأكثر من ثلاثة أيام .
- استمرار العجز لأكثر من أسبوع.
- الأعراض المتعددة.
- القناعة بأن طبيب العائلة ربما يساعد.
- العزوبية.

ثمة تفاوتات في المداواة من خلال الثقافات المختلفة مما يؤثر على نجاح العلاج. فأول أمر في المعالجة الناجحة هو تقبل المعالجة ووجود خبرة في جدوى المعالجة، وتصديق ما يقوله المريض، وتبديل الأدوار المرافقة من خلال الانتباه الجيد والإنصات بعطف، وتهديئة روع المريض. ويتبعه استيضاح لطلب المريض وتوقعاته. بما في ذلك الأمور الخفية.

جدول الأسئلة المختارة التي توضع طلب المريض وجدول العمل الخبيء

- ما نوع المساعدة التي تريدها اليوم؟
- هل ثمة شيء آخر تريد مناقشته معي اليوم؟
- هل ثمة شيء خاص أو مخاوف حول مشكلتك يقلقك؟

ونسعى بقدر المستطاع لتحقيق ذلك أو نعدله بتبادل الرأي. ويجب توصيل كل التفسيرات إلى المريض على نحو مثبت واضح. وبلغة مفهومة لعامة الناس. والأهم من ذلك بعض الأفعال الإكلينيكية التي نقوم بها مثل الجس، والمعالجات اليدوية، التي قد تحدث أصداء مسموعة أو مرئية. وهذا المنظر من المعالجة لا يمكن التأكيد عليه أكثر إذ إنه ولو كانت متاعب المريض لا تتطلب الوصفة أو التداخل الطبي فيجب أن نقوم بعمل شيء ما ولو غير فعال بدلا من أن لا نفعل شيئا! وبالنهاية فإن المريض مشغول في خطة علاجية تقوده إلى تصور إيجابي بسيطرته على وضعه الصحي. وعندما تضمن هذه الأعمال القيم الاجتماعية للمريض فإننا ندعم القدرة على الشفاء ونقويها.

التلاؤم مع المرض:

الداواة كعمل هي زمن وحدث له ظروفه الخاصة وتأثير عاجل للنتائج. تعتمد النتائج البعيدة لمرض شخص ما ومشاكله على تأقلم المريض مع مرضه والجهود العلاجية المبذولة. فالتلاؤم (Adaptation) مع المرض البالغ القيمة لطبيب العائلة يحدث بثلاث طرق على أقل تقدير وهي:

- 1 - ما يمثله تأثير المرض على أجهزة المريض ولاسيما فيما إذا أدرك أو لم يدرك طبيعة مرضه كمرض حاد (مصحوب بالأعراض ويمكن شفاؤه) أو دوري (مصحوب بالأعراض ومتكرر) أو مزمن (ملازم للشخص).
- 2 - تأثير المرض على العائلة .
- 3 - الالتزام بالمعالجة .

إذا كان المرض مزمناً فربما يفهم المريض أن مرضه تام، كأن تكون كل حياته هي حياة مع الداء السكري (Diabetes)، أو يعتقد أن المرض هو جزء من الذات، إذ تبقى أجزاء أخرى من الجسم خالية من المرض، يبقى هؤلاء الناس نشطين في أدوارهم الاجتماعية، ويضعون حدودا لمرضهم. وربما يفكر المرضى أيضاً بأن المرض هو تهديد دائم بفرصة تفجر أعراض. يقود هذا التمثل الذاتي إلى مستوى عال من اليقظة وهو ما نلاحظه عند المرضى المصابين بالنوب الاختلاجية، والذبحة الصدرية، والربو (Asthma).

يعدد الجدول التالي العوامل التي ثبت على نحو واضح أنها تعزز المواظبة على العلاج أي ما نسميه المطاوعة أو الامتثال، وبعض الطرق التي تسهم في تطبيق هذه العوامل في الممارسة اليومية.

العوامل التي تعزز المواظبة على العلاج والمطابوعة والإمتثال

العامل	التنفيذ
التنظيم الفعال والجيد للعيادة أو المكتب	إنقاص زمن الانتظار. زمن الوصول للملائم. المعاملة برحابة وصدافاة. جرعة مرة أو مرتين يوميا. لا يوجد زيادة في عدد الأدوية. السؤال عن الآثار الجانبية للدواء ومراقبتها. وإبقاء التكلفة قليلة. تفصيل العلاج حسب الحاجة وإتقان الاستخدام.
البرنامج الدوائي البسيط وغير المؤلم	المراقبة الذاتية، شجع السؤال، تحدث عن الموجودات السريرية، السؤال عن الالتزام بالمعالجة متابعة المقدم للخدمة نفسه مع المتابعة المستمرة. شارك العائلة في البرنامج العلاجي الزيارة المنزلية. جو العيادة الداعم. أعط وقتا للسمع. ناقش التوقعات. زيادة قابلية المقاربة. أبق على مستوى المريض. قم بالأدوار.
الاعتقاد بالسيطرة على الصحة	أخبر المريض بالمحاذير إن لم يتبع البرنامج العلاجي. ضع هدفاً. كن واضحاً وصريحاً ونوعياً واهتم بالتفاصيل.
استمرارية المعالجة	
الدعم العائلي والاجتماعي	
العلاقة ما بين طبيب العائلة والمريض	
الإدراك بأن المرض خطير ووجود الاستعداد الذاتي للمرض	
الاعتقاد بفائدة البرنامج العلاجي	
وضوح التعليمات	

نمط التعامل البيئي:

يحدد نمط التعامل المساق والمحتوى البيئي للمقابلة الإكلينيكية ويؤمن خطة عمل توجه طبيب العائلة.

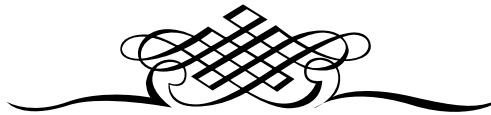
يشاهد المريض في هذا المنظور بصفة متكاملة، كاتحاد ما بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تحكم قدرات الشخص على التلاؤم أو فرصة التوافق مع تأثيرات التبدلات البيئية. فالبيئة الداخلية تشير إلى البيئة الملاصقة والتي تشمل التثقيف الصحي للعائلة، بالإضافة إلى أشياء أخرى هامة، وهي العمل، والحياة الدينية، والمنزل. وأما البيئة الخارجية فتشمل الجيران ومجموعة المعارف الأخرى من الأشخاص العاديين والمؤسسات الاجتماعية المحلية بما في ذلك نظام الرعاية الصحية. تهتم البيئة الداخلية بمجمل الأمور مثل الأمور النفسية والمالية والقوى السياسية التي لها علاقة بالرعاية الصحية. وعلى مستوى الفرد فإن العوامل الثقافية الأهم تشمل طلبات المريض، ونموذج المرض والأسئلة التوضيحية. وفي هذا المنظور البيئي ينبغي وجود التوافق المعمول به ما بين طبيب العائلة والمريض. والتصور العملي لهذا التوافق ما بين طبيب العائلة والمريض يمنح بثلاثة صور متميزة هي:

- 1 - المنظور الروتيني.
- 2 - المنظور الرسمي.
- 3 - المنظور المسرحي.

يساعد هذا التنميط في تعريف حدود المقابلة الإكلينيكية. فالروتين يشير إلى تلك المقابلات التي يطلب فيها المريض شروحاتاً توضيحية أو نموذجاً واضحاً عن المرض. يمكن تدبير الروتين بسهولة باستخدام التوجه الطبي البيولوجي ولما يحتاج أكثر من 10-15 دقيقة من الزمن. وأما المنظور الرسمي فيشير إلى تلك المقابلات الإكلينيكية التي تمثل نمطاً محدداً لآلية متكررة مع الزمن بسلوك موصوف بأنه رسمي وشكلي وجامد مشيراً إلى رموز ومعتقدات مشتركة بقدرات خارقة. فالطقوس تحصل عندما يستخدم طبيب العائلة استراتيجيات في التدبير غير معترف بها طبياً. مثل إعطاء حقن من الفيتامين B₁₂، والمضادات الحيوية لمرض فيروسي، ومضادات الكولين لتشنج القولون، والحرارة النافذة لألم الظهر. إن

المحاورة المتكررة لمدة 10 دقائق في الزيارة مع مريض يجسد أعراضه ذات فائدة، تعتمد هذه المواجهات الرسمية تعتمد على شروحات ونماذج مشتركة عن المرض. فغالباً ما تكون فكرة المريض عن مرضه مطابقة لفكرة طبيب العائلة لأنهما واجها حالة مماثلة معاً. وهذه هي تربة خصبة للقاءات الطبية الرسمية الجيدة.

عندما يخفي طبيب العائلة أو يغيى بعض الأمور التي يطلب المريض توضيحها، فإن التوضيحات وزموج المرض يصبحان متنازعين أو غير معروفين، وقد تكون مداولات الأعراض والفحص الفيزيائي متناقضة أو غير محددة لمصدر المرض، عندها يظهر المنظور المسرحي. الذي يستند إلى النزاعات. والعواطف، والأداء، وهي عناصر مهمة فيه، ووضع المشاهدين فيها حرج. نحتاج المسرحية دو ما إلى تسجيل تقييم المريض وارتباطه، باستخدام شروحات كاملة وكافية وباستعمال المعطيات، وبتفحص البيئة الداخلية والخارجية وباستكشاف آلية طلب العلاج من المريض.



الفصل السابع

العناية الطولية

Longitudinal Care

العائلة هي الوحدة الأساسية التي تنشأ وتتنامى من خلالها العناية والعلاقات الأخرى في دراستنا لها. وتعد العناية الطولية الطبية للعائلات قلب طب العائلة. إذ إن كل وظائف طب العائلة تأتي معاً (الوقاية، وحل الاضطرابات، والتكامل والاندماج، وتدابير الاستمرارية، وتقييم حركية العائلة واستخدامها، وتفاعل الأفراد، وتنفيذ العناية الطبية التقليدية).

ثمة ثلاثة تدابير للرعاية الطبية الطولية وهي:

- 1 - وجود المصدر المتاح المنتظم للرعاية .
- 2 - الحاجة إلى قرار من المريض باستخدام ذلك المصدر.
- 3 - شرط سهولة تقدم العلاقة بين طبيب العائلة والمريض وتطورها .

يتطلب فهم سلوك الناس معرفة سلوكهم السابق والتفاعلات والوضع البيئي وكذلك عزوهم للسبب والنتيجة، وتأثير معتقداتهم الصحية. إن قدرات المرضى على إدراك وضعهم الجسدي يفوق بالقيمة الحالة الفيزيائية الحقيقية لأجسامهم.

التأويل أو العزو (Attribution):

لا يراقب الارتجاع الفيزيولوجي بالمعافاة. فعندما تنشأ الأعراض تخلق حاجة لتفسير تلك الأحداث، وإدراك التوافق للتوصل إلى استنباط انطباع عن سببها وفقاً لفهوم السببية، وعندما تملأ الافتراضات والتوقعات فراغ محيط المعطيات غير

التامة الموجودة عند الناس، ونحلق بها إلى حد أبعد من التلميحات المتاحة للمريض ينتج سوء تعليل السبب.

فكلما زادت معرفة طبيب العائلة بالقاعدة السببية لمرضاه أصبح أكثر قدرة على إنجاز خطط تدبير قابلة لتنفيذ. ويسهم استخدام مخطط العائلة (Genogram) لجمع قصص العائلة في زيادة هذه المعرفة أكثر من استخدام قواعد الأسلوب الإكلينيكي التقليدي. وإن الاستخدام البارع للمعرفة واستنتاج ما وراء السببية للمرضى يؤدي إلى تثقيف مجدٍ للمريض. وربما تلبى حاجات الفرد على نحو أكثر فعالية بمعرفة شعور المريض خلال خطوات صنع القرار. ولكي نستخدم مفهوم السببية بفعالية في كل مرحلة من التدبير الطبي يجب أن يتوقع طبيب العائلة أن كل المرضى يرغبون بتطوير انطباعهم الخاص للسببية مهما كانت خلفيتهم المالية والاجتماعية والتعليمية.

ومن الأوضاع الخاصة للمريض التي تتطلب معرفة سبب لها، ارتفاع درجة الحرارة والكرب. وكذلك فإن الألم المزمّن وتجسيد الأعراض لوحظ أن لها ارتباطات بوجود مرض مزمن عند أحد أفراد العائلة. يحدث التكيف في مثل هذه العائلات مع تبديل الأدوار، وربما ينتج عن تحسن حالة الفرد المريض مظاهر من التجسيد عند فرد آخر في العائلة كان متأقلماً وصحيحاً سابقاً. ولقد أوضحت دراسات علم أنماط الشخصية للعائلات الترافق بين بعض أنماط الأسر والأهبة للكحولية (Predispostion)، وبعض نماذج الأمراض الجسدية النفسية كالفصام (Schizophrenia) والاضطرابات العاطفية والحوادث.

ثمة احتمال هائل لتحسين تأثير العناية الطبية بتطبيق مبدأ السببية على المقابلة الطبية مع أنه لا يوجد دراسة منهجية لهذه الفكرة.

نمط المعتقد الصحي (Health belief model):

يستنبط نمط الاعتقاد الطبي من دراسة عدم المطاوعة الجيدة للمرضى مع توصيات الأنظمة الغذائية الوقائية للمرض. وقد وجد أن ثمة أربعة جوانب تفسر معظم سلوك عدم المطاوعة وهي:

- 1 - إدراك نقص الحساسية للمرض الذي يبحثه برنامج الوقاية.
- 2 - نقص إدراك المعاناة (أخطار الموت والعجز) للمرض الذي نحن بصدده.
- 3 - نقص إدراك الفوائد الشخصية من المؤثرات الموصى بها.
- 4 - عوائق تنفيذ الخطة الموصى به للوقاية.

يطبق مفهوم نمط المعتقد الصحي للمطاوعة مع أنظمة تشخيص المرض وتدبيره، وكذلك أنظمة الوقاية. وربما يجري توفير وقت طبيب العائلة بالمراقبة المسبقة لمعتقدات المريض وأولوياته. إن المطاوعة (Compliance) هي المشكلة الأشيع، ويتطلب التحفيز على المطاوعة وضع أسس للعمل. وإن مقارنة المعوقات مع الفوائد يعطي عادة الفكرة لوضع الخطط الأمثل للنجاح.

ثمة العديد من الأمثلة على تطبيقات نمط المعتقد الصحي، والتي تتضمن العلاقة بين سلوك المريض ومعتقدات الزوج الأخر والارتباط بين الأبوين واستخدام زيارات عيادة الطفل السليم والقدرة على فهم الحالة الصحية لأطفالهم.

دورة حياة العائلة (Family Life Cycle):

ثمة أدلة كثيرة على أن ذراري العائلات تتأثر نتيجة العناية الطبية. وثمة أمثلة كثيرة لفوائد استقصاء ذراري العائلة خلال زيارات عيادات الطفل السليم وعيادات العناية العرضية.

عادة ما نهتم بالسؤال فيما إذا كانت وظيفة العائلة تؤثر عكسياً ببنيات العائلة البديلة ونماذج سلوك العائلة، مثل الزواج المؤجل لسن متأخرة، وتأجيل الولادات، والعائلات التي يعمل فيه الزوجان، وعائلات الولد الواحد، والعائلات التي تضم أولاداً من زواج سابق، ونشئت أفراد العائلة على نحو متباعد جغرافياً.

*** ثمة ست ميزات شائعة للنجاح واستمرار الزواج:**

التخطيط، والتسامح، والتأثير العاطفي، والديمقراطية، والفرص المالية، والإيثار.
إن التبدلات الأساسية في بنية العائلة الرئيسية هي نقص الخصوبة،

وانخفاض معدلات الوفاة. و تتضمن النتائج الأساسية التبدلات النوعية لحياة الأطفال، و نقص الأخوة، و نقص فعاليات الأزواج عند زيادة عدد السنين التي يقضونها معا. إن وظائف العائلة الأساسية هي تنشئة الأولاد حتى النضج، و توفير مسكن لتقاسمه، و الحب غير المشروط، و دوام التأثر العاطفي.

التوجيه الاستباقي (Anticipatory Guidance):

هو استعراض عوامل الاختطار مع أعضاء العائلة المتظاهرة بالانتقال من مرحلة في دورة حياة العائلة إلى مرحلة تالية (من جيل إلى جيل). و أما أهداف التوجيه الاستباقي فهي:

- 1 - منع الخلافات و الكروب أو الإجهادات ضمن العائلة.
- 2 - تشجيع الصحة و الوقاية من المرض.
- 3 - تشجيع وظيفة العائلة الصحية بتوقع: الضغوط، و التكيف، و التماسك، و نماذج التفاعل.

ثمة مراحل لدورة حياة العائلة ومنها:

- المرحلة I: العائلة المبتدئة (Beginning family)
- المرحلة II: سن انجاب الأولاد (Childbearing) من ولادة الطفل الأول حتى دخوله المدرسة.
- المرحلة III: عمر المدرسة (School age) من دخول أول طفل المدرسة حتى مغادرة أول طفل البيت.
- المرحلة IV: الانطلاق (Launching) من مغادرة أول طفل للبيت حتى مغادرة آخر طفل للبيت.
- المرحلة V: العائلة المنطلقة (Launched) الوالدان وحدهما.

يملك طبيب العائلة فرصة واسعة لمراقبة تكيف العائلة خلال دورة حياة العائلة، و خلال زيارات ما قبل الولادة، و في غرفة الولادة، و خلال تدبير الطفل السليم، و في زيارات الفحص الروتيني، و في أي زيارة في بداية تدبير المريض فيما يتعلق بالمرض أو الصحة.

نتائج التوجيه التوعبي الاستباقي للمراحل الثمانية لدورة حياة العائلة

- 1 - **البالغ الصغير غير المرتبط** مانوع العلاقة الموجودة مع عائلة الأصل (الروابط العاطفية/الاستقلالية، المنزل نفسه أو منزل مستقل؟
ما أهداف حياة الوالدين (الشخصية، المهنية)؟
ما العلاقات الندية بين الوالدين (صداقة - عاطفية)؟
- 2 - **الزوجان الجديان** منذ متى أصبحت العلاقات مع عائلات الأصل متغيرة؟
ما الأمور المشتركة وغير المشتركة (ممتلكات/ قيم/ عواطف)؟
كيف تتأثر العلاقة مع الوقت والإنذار والأصدقاء الخارجيين والمهنة وعمل المنزل؟
هل توقعات الوالدين منسجمة؟
- 3 - **ولادة الطفل الأول** ما التبدلات الحاصلة في علاقة الزوجين؟
كيف يجري تقاسم مسؤوليات الطفل بين الوالدين؟
ما مسائل سلوك الطفل وحدود العناية؟
ما التبدلات الحاصلة بين الزوجين وعائلاتهم الأصلية؟
- 4 - **عائلة سن المدرسة** كيف يجري تكيف العائلة للمدرسة؟
كيف تغيرت العلاقة الوالدية؟
ما الفعاليات التي تشغل العائلة في هذه الفترة؟
- 5 - **عائلة المراهق** كيف يوازن المراهق مسؤوليته مع حريته، واتكاله مع استقلاليته؟
هل المسألة الجنسية موجهة (للمراهق والزوجين الأبوين)؟
ما التبدلات الحاصلة بين الزوجين والوالدين وعائلاتهم الأصلية؟
- 6 - **انطلاق العائلة** ما نوع العلاقة الناشئة بين الزوجين وأطفالهم؟
كيف تتغير أنظمة العائلة؟
كيف تتغير العلاقة الوالدية؟
- 7 - **السنين الوسطى** كيف يقضي الوالدين الوقت؟
ما الخسارة الحاصلة في العائلة (أفراد - أنظمة)؟
كيف تغيرت العلاقة بين الزوجين (عش فارغ - قرين وحيد)؟
هل الأخطار الصحية معروفة وخطة العناية مرسومة؟
- 8 - **العائلة الهرمة** كيف يتكيف الزوجين مع التقاعد؟
ما حاجات الشيخوخة جرى التحضير لها.
ما الخسارة الحاصلة (الصحية - الزوجية - الاستقلالية)؟
ما التبدلات الجسمانية الحاصلة ؟

المرحلة I: العائلة المبتدئة (Biginning family):

قد تكون الفرصة الأولى للتوجيه الاستباقي للعائلة المبتدئة هي انتهاء فرصة لقاء أحد القرينين المقدمين على الزواج أو الأفراد المخطوبين إذ يلتمس لفت انتباهه. وتزود الزيارة للفحوص الدورية قبل الزواج طبيب العائلة وللهيئة الطبية بالفرصة لاقتراح لقاء قبل الزواج مع القرينين. ومن جهة أخرى ينتهز طبيب العائلة الفرصة ليشرح عوامل الاختطار وليناقش حاجات التربية الذاتية ويطلب من القرينين بيان توقعاته من الزواج من القرين الآخر.

ينبغي للطبيب والهيئة الطبية اقتراح قائمة من الفحوص الطبية لكل شريك، وتمنح هذه الفحوص الفرصة لتحديد الصحة المستقبلية والأخطار المهنية وتوحي بطريقة اسخدام النظام الصحي من قبل القرينين.

وعند حدوث الزواج في عمر متقدم يجب أن تتضمن المناقشة توقع نقص الخصوبة في المستقبل وتوقع نقص إنجاب الأولاد ليتوافق مع حاجات الزوجين.

ثمة سبعة عوامل تضع الزواج وتناغم العائلة في اختطار عال والتي يجب أن تراقب خلال دورة الحياة وهي:

- 1 - فقد عضو من العائلة.
- 2 - وجود عضو متخلف عقلياً أو جسدياً أو موصوم بمرض ما.
- 3 - وجود أفراد في حالة عدم التكيف مع العائلة.
- 4 - وجود فرط الضغوط المحيطة أو العوائق.
- 5 - اضطرابات العلاقات أو نماذج الاتصال.
- 6 - محدودية التقليد أو القدرة على التكيف.
- 7 - النوائب أو المراحل النمائية السوية التي تفوق القدرة على التكيف.

المرحلة II: التناسل وإنجاب الأطفال (Childbearing):

عندما تعرف الرغبة بالتناسل ينبغي للطبيب أن يبدأ مناقشة تبدلات النظام الذي سيحدث وتحضير الزوجين لقيام بأدوارهما الجديدة كأب وأم. ربما تصاغ المناقشة النوعية لتحديث في مراحل متفاوتة من رعاية الحامل وبالطبع يجب أن

تتضمن الزوج. ويجب أن تتأكد الأم أن طبيب العائلة سيمنع الفصل بين الأم وطفلها في الفترة التالية للولادة.

ويجب شرح أسلوب رعاية الوليد بعد الخروج من المستشفى بعد الولادة، والتلميح إلى إدخال الأخوة في رعاية الوليد الجديد، وناقش كذلك دور الأب. ويجب أن يناقشوا الرعاية المركزة لعضو العائلة الجديد الذي يكون ابتداءً مشاركاً جديداً في العائلة. وبعد أسبوعين من الولادة تجري زيارة من قبل طبيب العائلة أو الهيئة الطبية وهي ممتازة للتحقق من المهارة في رعاية الطفل ولتحديد الأدوار المفروضة على كل فرد من العائلة. تصبح مثل هذه الزيارة أساسية لمناقشة الأمور الوثيقة الصلة بالموضوع عقب شهر من الولادة، ولفهم الأسباب والاضطرابات التي تظهر خلال الاتصال بالمركز في المستقبل.

تكون زيارات الطفل السليم هي الدليل بمتابعة الخط البياني الذي يعالج معالم التطور الحركي واللغوي والاجتماعي. وهي تشير للقاحات الملائمة المخصصة ومقاييس الفحص الذي يعالج الاضطرابات الجسمية التي تكون متصلة بالعمر في بدايته. وإن استخدام الرسم البياني لرعاية الطفل السليم ذو قيمة بالغة للقيام بالفحص الفيزيائي.

وإذا كان الوالدان عاملين فيجب أن تكون النتائج الاحتمالية الناجمة عن التبدلات في عمل العائلة مراقبة.

الأوضاع الأكثر تأثيراً على مسيرة العمل الثنائية الجانب للعائلة هي:

- 1 - فيما إذا كان الزوج يفضل الزوجة العاملة.
- 2 - فيما إذا كان الزوج يشارك في عمل البيت المعهود.
- 3 - فيما إذا كان العمل المحدد للزوجين يحدث خلافات.

حسنٌ تأسيس مراكز الرعاية النهارية نوعية الحياة في العائلات ذات الزوجين العاملين. وقد يُكتنف طبيب العائلة كمستشار طبي لمثل هذه المراكز من جهة أخرى قد يصبح مطلعاً على تأثيراتها من الوبائيات المتغيرة للأمراض التنفسية، والإسهال، وانتقال الفيروس المضخم للخلايا (CMV) إلى الأمهات وبعضهن قد يكن حوامل. وقد يتضمن التأثير الماضي خطوة لتدبير الحمل والولادة ورعاية الوليد.

وتستمر العناية الطبية خلال نمو الطفل فيما قبل المدرسة، وتكون الهدف المسيطر مع تغير التركيز من حماية العضوية غير القادرة إلى تطوير الشخصية الآمنة والأنا (Ego). إن العناية المحددة لتركز طويلاً على الحماية الجسدية ولكن يجب الآن أن تسمح بغرفة لنمو الشخص وتطور استقلالية الطفل الذاتية والتي يجب أن تكون متوازنة مع المحافظة على استقلالية الوالدين.

تكون مواعيد التمتع وإعطاء اللقاحات المعهودة أقل تكراراً، وينبغي لطبيب العائلة مراقبة النمو ومعالم التطور في مستهل زيارات المرضى.

ويسهل الرسم البياني للمعالم مراعاة هذه المكونات في هذه الزيارات. يتركز تعليم المريض على التدبير المنزلي للاضطرابات الصغيرة مثل (الحمى - الإسهال - الخدوش - السحجات - الحروق الصغيرة - لدغ الحشرات). ويركز على التدبير الآمن للاضطرابات في البيت ومتى نلجأ لرعاية طبيب العائلة. وتناقش الوقاية من الحوادث والتكيف للفاعليات الجسمية المتغيرة للطفل مثل تقدم التطور.

قد تكشف المطالبة بفحص الطفل قبل المدرسة مرحلة اضطراب الطفل. وقرب انتهاء مرحلة ما قبل المدرسة يجب أن يكون الطفل قد شوهد للتقييم ما قبل المدرسة. أما العجز عن التركيز والعلامات الأخرى لاضطرابات الدماغ البسيطة فقد تكتشف من قبل طبيب العائلة المنتبه والواعي، وربما تكتشف الأم توقع اضطرابات صعوبة الانتباه والتي يجب أن يتعرف عليها أو نتوقعها قبل شروع الطفل في المدرسة. ومن المعروف أن لمتلازمة صعوبة الانتباه بعض المسببات وبسبب عدم ترافقها بانتظام مع النشاط فقد تكون محيرة تشخيصياً ومورطة علاجياً. ويسمح التعرف المبكر على المشكلة أو توقع المشكلة بفرصة للتأثير الناجح على طريقة تعامل الأهل وبيئة التعليم ولذا يصل الطفل إلى البلوغ مع مفهوم أفضل للذات ومع توقع إنجاز فكري أفضل، وكذلك مع أحاسيس أفضل ومؤهلات عقلية تتكيف مع مشاكل الحياة.

الفكرة الأساسية في هذه المرحلة هي: تحديد العلاقة والتنشئة للطفل الذي يتعدى على استقلالية الوالدين، وعلى العلاقة بين الوالدين، ويجب متابعة تطوره وتقديم العلم له مع التركيز على الوقاية من الحوادث والتلاؤم مع مرضه البسيط، مع البقاء متيقظين لمُشعرات الانتهاك والتعسف ووجود اضطرابات في التحصيل العلمي والأخطار الصحية لدى بقية أفراد العائلة البالغين.

المرحلة III: العائلة مع الأطفال بعمر المدرسة (School age):

عندما يدخل الطفل الأول الحضانة تدخل عمليات جديدة في حركية العائلة «دعنا نذهب» ويبدأ هذا بطريقة محدودة، ويشترك الطفل الآن ليضع ساعات يومياً ومع كل سنة يصبح أكثر تأثراً بالخارج، وأكثر تأثراً من الآخرين مثل المعلمين والمربين ورؤساء الكشافة، وينادي الوالدين مكرراً «دعنا نذهب» بينما يكسب الطفل شخصيته من تجاربه واستجابته لهذه التجارب. وثمة تعرض لأنظمة وقيم متفاوتة وجديدة. قد يرحب الوالدان بالتوجيه للتكيف مع هذه الاستجابات وبالتالي لتوسيع مداركه. تتطلب العملية الوالدية تتطلب مسؤوليات إضافية في مقابل امتيازات إضافية قد تحتاج إلى الدعم.

تقدم هذه المرحلة الانتقالية فرصة غنية للتأثير النوعي المستقبلي على الحياة والتأثير الإيجابي للاستعمال المستقبلي للمصادر الطبية.

إن سن المدرسة الابتدائية هو العمر الذي تشيع فيه العدوى التنفسية المتكررة، وهذا هو وقت تزويد العائلة بالتوجيهات حول: متى تراجع طبيب العائلة لمثل هذه الأمراض الشائعة. والوقاية من الحمى الروماتزمية، وتحديد متى نحتاج إلى استخدام المضادات الحيوية هو المسألة الأساسية.

قد تكون الحوادث السبب الوحيد لزيارة طبيب العائلة للعديد من الأطفال في أواخر سني المدرسة. كن حذراً وفكر في الحوادث التي قد تكون سبب الصراع بين الوالدين، عندما تتعامل مع الأمراض الجديدة التي تؤثر على التوازن، أو الصرع الخفي، أو اضطرابات التعليم، أو ضعف السمع أو البصر وإيذاء الأطفال الجسدي. إن الأطفال الأكبر سناً ذوي المعاناة الجسدية يملكون أرضية مشابهة للأطفال المصابين بمتلازمة نقص الانتباه (Attention deficit).

ما تزال الأم تشاهد بالفحص النسائي مبدئياً، مع أنه قد تشاهد من أجل الاضطرابات الناشئة من الكفاح مع العائلة المتزايدة. قلماً يشاهد الأب من قبل طبيب العائلة ماعدا لدعم أفراد العائلة خلال أزمات الطفل بسن المدرسة. ستحدث مستجدات طبية مع الأجداد والتي قد تصنف ككرب وإجهاد للعائلة.

عندما يتطلب الأب الفحص الطبي الأول يقترح مفهوم تقييم الخطر الصحي. يسهل الاستبيان الصحي الحصول على التاريخ، لكن ينبغي للطبيب أن يتابع

تفاصيل الإجابات الإيجابية ليمك القاعة للدراسات المستقبلية، إن هذه الإجابات ليست البديل لجمع التاريخ ولكن تزود بالمعاني الرئيسية لتحسين نوعية مقابلة المريض .

يجب أن يعرف تفسير المتابعة الطبية الدورية الاضطرابات الآتية وتديرها ويوجه أخطار الاضطرابات المستقبلية وينبغي أن تتنبأ الخطة الواضحة للمراقبة بالاضطرابات التي يجب أن تناقش، ويجب أن يكون استرجاع الملفات (Dossiers) مستخدماً، ليضمن أن الخطة متبعة على نحو ملائم.

تميل مشاكل العائلة مع المراهقين لتتصل مع التطور العاطفي الآخر للمراهقين أو استجابة للآخرين لمحاولة المراهقين كسب الاستقلالية. وهذا قد يشاهد كتحد للانضباط مثل طلب المراهقين امتيازات أعظم ويقرر الوالدان مسؤولية أكبر بالمقابل. وقد يسبب إعطاء مراهق غير كفؤ الاستقلالية استياء وعصياناً. والتحدي للطبيب هو إنشاء علاقة مع العائلة وكذلك مجيء المراهق للطبيب للحصول على المعلومات والمشورة وسيتوقع الوالدان علاقة الثقة بين المراهق والطبيب.

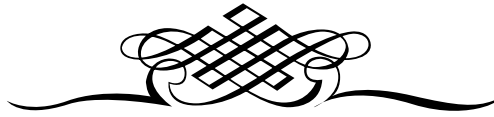
غالباً ما يتدخل طبيب العائلة للتكيف مع النوائب الناجمة عن العنف. إن دورة حياة العائلة في مرحلة سن المدرسة هي واحدة من أعظم التحديات للطبيب، إذ إن الطفل هو مقياس لوظيفة العائلة . وقلما يحتاج المراهقون للرعاية الطبية.

قد تظهر الكروب أو الإجهادات كمرض عضوي محدثة تأثيرات معاكسة على الجهاز المناعي لذلك فزيادة زيارات المراهق لأسباب متفاوتة يعانيتها كمشاكل بدئية قد يكون مفتاحاً لتشخيص تنافر في العائلة .

تعاني العائلات ذات الولد الواحد في هذه المرحلة من إجهادات إضافية، وتعتمد ردة فعل الأطفال على الطلاق على عمرهم في ذلك الوقت، ويقرر عمرهم قابليتهم للفهم السليم، ويؤخذ تكامل فهمهم للأحداث بالحسبان.

تتضمن مصادر الاختطار العالي للكرب في العائلات البديلة مايلي:

- 1 - دمج الثابت سابقاً وأساليب الحياة المتفاوتة المحتملة والتوقعات.
- 2 - ظهور التعقيد من ترتيبات زيارة الوصاية وتضاعف الأقرباء.
- 2 - ظهور الالتباس من تبدلات الأنظمة.



الفصل الثامن

مهارات التواصل مع المريض والمقابلة المثمرة

إن التواصل (Communication) المثمر هو من الأمور الهامة في علاقة المريض بالطبيب لكنه على ما يبدو أحد الجوانب الأبعد. إذ إن كل جانب في أي مداخلة يرسل ويتلقى رسائل على مستويات متعددة وعبر أوعية متفاوتة في الوقت نفسه.

ربما ترسل الرسائل (Message) أو يجري تلقيها على نحو واضح الإدراك والمقصد، أو على نحو غامض من قبل أحد الطرفين أو كلاهما، حيث لا يجري إدراك الرسالة. قد تكون الرسائل موحية أو معلنة عن حدث موجود أو مؤشرة أي أنها تشير إلى تفسير ظاهرة ما. يمكن للرسائل أن تتشارك خلال أسلوب اللباس أو نمطه، أو الكلام أو الكتابة أو أسلوب الحركات أو صورتها، أو الأداء، أو ترتيب الموضوع والزمان. ينبغي للطبيب الفاحص المتبع أن يتلقى وعلى نحو دقيق رسائل المريض ويفسرها بدقة ويتأكد من أن المريض يتلقى ويفسر رسائله بدقة كذلك، وتتطلب العناية الصحية الجيدة من طبيب العائلة التواصل مع العديد من الناس الآخرين كالعاملين في القسم وزملائه من الأطباء وأعضاء عائلة المريض، ويجب أن يجري هذا الاتصال على نحو دوري ومنتظم. إن العناصر الأساسية للتواصل التي يجب تحديدها في هذا الفصل تنطبق على التواصل بين الناس جميعهم كونها عامة «تتصف بالعمومية» بغض النظر عن نوع العلاقة.

ثمة اثنتان من التحديات الأصعب للتواصل المثمر هما:

- 1 - مقابلة الناس الذين لا يتحدثون إلا قليلاً.
- 2 - مقابلة الناس الثرثارين جداً.

عناصر التواصل.. التلميح ولغة الجسد وأشياء أخرى:

لا توجد عناصر التواصل على نحو منفصل بعضها عن الآخر أو عن الناس ذوي العلاقة بالموضوع، فكل عنصر متداخل له أثر في تعديل العناصر الأخرى وتطويرها، مما يجعل التواصل الإجمالي مختلفا عن حاصل جمع أجزائه على نحو مجرد، لكننا ومن أجل فهم أجزاء كل موقف وكل عنصر من عناصر التواصل لابد لنا من فصل العناصر ومعالجتها على نحو فردي.

يمكن للتواصل أن يحدث على ثلاثة مستويات في الوقت نفسه:

- 1 - المستوى اللغوي.
- 2 - المستوى الجانبي اللغوي أي التلميح.
- 3 - مستوى الصورة غير أي اللغوية لغة الجسد.

1 - التواصل اللغوي:

هو مجموعة الرسائل التي تنقلها الكلمات، والكلمات التي قد تستعمل لربط الأفكار أو وصف الأحاسيس أو التعليق على التصرفات.

تبدي لنا المقابلة الماهرة أربعة نماذج من الاستجابات الكلامية:

- أ - الاستكشاف.
 - ب - الإيضاح.
 - ج - التأثير أو العاطفة.
 - د - المؤثرات الصادقة.
- وغالبا ما يشار إلى هذه الاستجابات كمهارات سمعية فاعلة.

أ - استجابات الاستكشاف:

هي استجابات تتميز بالانفتاح، وتشجع المريض على الاستمرار بالحديث مع توجيه المحادثة توجيهاً ملائماً، وهي تشجع كذلك على بناء علاقة بين المريض وطبيب العائلة، وتزيد أهبة استجابة المريض للحلول الناجحة لمعاناته من الأمثلة على ذلك تلك التعقيبات أثناء الحديث مثل: نعم... استمر... أخبرني المزيد عن ذلك.

إن الاستجابات الاستكشافية لها قيمة واسعة في بداية المقابلة إذ يمكن إدراك طبيعة المشكلة لدى المريض ومداهها.

ب - استجابات الإيضاح:

غالباً ما تكون هذه الاستجابات إعادة صياغة لما ذكره المريض وتسمح للطبيب الفاحص بتطمين المريض بأن رسالته التي أعطاها قد جرى تلقيها، تعطي الفرصة للمريض كذلك لأن يصوب أو يبدل المفاهيم والتفسيرات التي يجانبها الصواب لما سبق ذكره.

وهي تنقل الفهم وتعزز الملاحظة الذاتية وتتيح المجال للطبيب لفحص صحة التفسيرات . مثال: يبدو وكأن الصداع يأتي دائماً بعد عمل مجهود هل هذا ما تراه خلال تجربتك؟ تساعد استجابات الإيضاح خلال المراحل الثلاث للمقابلة سواء أثناء أخذ التاريخ المرضي أم الفحص البدني أم الاستنتاج.

قد يجدي تشجيع المرضى على استخدام استجابات الإيضاح خلال مرحلة المناقشة من التواصل. مثال على ذلك: هل بإمكانك أن تشرح لي الآن ما تعرف عن فرط ضغط الدم؟ وما الطريقة التي يعالج بها؟

يعطي مثل هذا التساؤل المريض فرصة لاستدراك ما تعلم حول مرضه، حيث ينبغي للطبيب أن يصوب له خطأه كما يترك انطباعاً بأن الأطباء يتوقعون من مرضاهم أن يفهموا مشاكلهم ولخطوات معالجتها. إن هذا التشجيع الذي يتلقاه المرضى لتحمل بعض المسؤولية عن صحتهم هو من الجوانب المهمة في طب العائلة. وقد تكون استجابات الإيضاح مساعدة في التواصل مع طبيب العائلة المشاور. باختصار إنك ستفحص أحد مرضاي، أرسل لي تشخيصك ولائحة باختيارات المعالجة، سأرد لك بعد بحث ذلك مع المريض والاتفاق على خطة مبدئية للمعالجة.

ج - الاستجابات المؤثرة أو العاطفية:

يتعلق هذا النوع من الاستجابة بالأحاسيس والمواقف والقيم ويميل إلى تشجيع الوعي الذاتي لدى المريض. و الاستجابات المؤثرة هي تلك التي تشير وتساءل عن العواطف أو تصفها. إن العديد من الاتصالات بين الناس سواء داخل

عيادة طبيب العائلة أم خارجها تتعامل مع عالم الأفكار والسلوك. وعادة ما نسمع أحد الناس يسأل أو يخبر أحدهم الآخر حول ما يفكرون أو ما يفعلون. وقلماً يتشاركون في المشاعر. والسؤال بصورة خاصة عن العواطف يميز طبيب العائلة، ويتحقق من هذا الجانب النفسي مواجهها المعتقدات المخربة. مثل: يجب أن لا أشعر بهذه الطريقة، أو أن وجود هذه المشاعر هو دليل على الضعف أو العجز عن التحمل. ثمة بعض الأمثلة عن الاستجابات المؤثرة: «أنت تبدو حزينا الآن خلال وصفك لهذه التجربة». أو «كيف كنت تشعر عندما أعطاك الجراح هذا التشخيص؟» كيف شعرت آنذاك؟

المؤشرات الصادقة:

إن التحدث بصدق ومباشرة في صميم الموضوع هو جانب مهم من السلوك المهني الناجح وغالبا ما نلجأ إلى عمليات المسوحات الاجتماعية التي تقلل من حدة المشاعر والظروف غير السارة والتي لا تتعلق بموضوع الاستشارة. يجب اختيار الكلمات التي تسلط الضوء على موضوع معين وليست الغامضة أو التي تدخلنا في متاهات. إن الكلام بصدق لا يعني الكلام بقسوة. فالمعلومة المؤلة أو غير المريحة يجب مشاركتها بالحنان والحساسية تجاه تأثير مثل هذه الأنباء المتوقع لدى متلقيها. توحى المبادلات الصادقة بالقوة إلى السامع وتشجع الثقة بالنفس وهو السلوك الذي قد يكون مساعداً أثناء حصول مرض خطير. يجب أن تستعمل المؤشرات الصادقة للدلالة على جوهر الموضوع. إن حصيلة ذلك تساعد في تطوير الصلة والمحافظة عليها.

مثال: يبدو أننا لدينا مشكلة بالتحدث عن ألام رأسك اليوم هل نسيت أنا شيئاً تريد أنت أن تخبرني عنه؟

اختيار الكلمة:

يختار الناس الكلمات مع درجات متفاوتة من الدقة والإدراك الواعي. إن معنى كلمة ما يقصد به أن ينقل المعنى المرتبط بالكلمة بدقة لدى من يسمعها وإن تفسير ما ورد في المقابلة قد يكون مختلفاً جداً لدى كلا المشتركين في المقاربة. إن المدلول الحرفي لكلمة ما هو ما ورد في تعريفها بالمعجم، لكن الكلمات كذلك لها

دلالات ومضامين من المعاني، والخيالات، والأحاسيس التي تراود الذهن عن استخدام الكلمة، لكن بصريح العبارة هذه المضامين هي ليست ما ورد في الترجمة الحرفية للكلمة. والكلمات العامية وكلمات الدلع تحمل عدة مضامين لذا يفضل تجنب مثل هذه الكلمات في الظروف المهنية. إن بعض الكلمات في بيئتنا ربما يشار إليها بأنها كلمات محملة وكما الكلمات العامية فالكلمات المحملة ربما تحمل أحاسيس وأفكاراً ليست مقصودة من قبل المتكلم والتي قد تشوش متابعة التواصل، وعند استعمال كلمات تحمل عدة معاني يجب ملاحظة سلوك المريض وتعبيره بحثاً عن علامات سوء الفهم، ومن الأمور المساعدة هنا طرح أسئلة توضيحية لما قلناه، مثال «ما هي بتقديرك الآن الأسباب المتوقعة للنزف الشرجي الذي اعتراك؟ كذلك أنا أتساءل بم تفكر الآن هلا أشركتني بما تفكر؟» وربما توجد مشاكل متعلقة بفهم الفكرة وتقبلها، وثمة كلمات معينة ربما تحمل المعنى الدقيق لكن الفكرة الإجمالية التي نريد إيصالها ربما لا تكون مفهومة أو مقنعة. إن استعمال اللغة الرصينة، أو الصيغ المهنية ربما تعيق التواصل إذ نفترض تدني قدرة الفهم عند المريض، أو الفهم الزائد من جانب المريض، وكذلك فإن التباس شديد ربما يسيء إلى العلاقة بين طبيب العائلة والمريض. فالممارس الماهر يستدرج دوماً ردوداً واضحة من المرضى لكي يقيم مستوى الفهم وفقاً لطبيعة المعتقدات المتفاوتة.

كيف يعالج الطبيب طبيباً؟

ثمة صعوبة غير عادية تنشأ عندما يعتني طبيب العائلة بزميل له أو أحد أفراد عائلته، فهنا، يسلم طبيب العائلة أنه نظراً لكون المريض مثقف طبيباً فلا داعي لأن يسهب في الشرح عن الأسباب المتفاوتة للمشكلة وخطة العمل والاختيارات المتاحة للمعالجة، هذا الأمر قد يكون بعيداً كل البعد عن الحقيقة، فالفهم على المستوى المهني والمستوى الشخصي مختلفان إن معرفة فرصة كون سبب بعض الأعراض ناجمة عن مشكلة محددة لدى مريض ما لا تعني أنك تعرف حكماً ما يجري لك أو لشخص محبب لديك، يحتاج الطبيب المريض من الوقت لبحث حالته الصحية وما لها من ملايسات ما يتطلبه أي مريض آخر على أقل تقدير. إن الميل للزيادة أو النقص في تقدير الخطر عبر العموميات الزائدة أو الرفض أو الكبت موجودة عند الطبيب مثلما يحدث عند الناس العامين. وينبغي لطبيب العائلة أن يدرك

هذه الظاهرة السوية ويستجيب لها بإعطاء الوقت والعناية الكافية لزميله، وهي ضرورية وهامة للمحافظة على دور طبيب العائلة وتفريقه عن دور الصديق لأن المريض يحتاج عادة إلى طبيب العائلة وليس لصديق فحسب.

وراء الكواليس:

إن استشارات ما وراء الكواليس لدراسة حاجات الشخص ليست بدائل مناسبة تعويض عن مناقشة في العيادة . إن اختيار بعض الكلمات أو العبارات ربما تظهر عواطف قوية مع أن هذه العواطف لست موضع تعليق مباشر.. استخدام عبارات من قبل المريض مثل «الواحد يتساءل ما إذا ...» أو «أحياناً الناس تفكر بأن...» تبعد الشخص عن الموضوع، والطبيب الماهر يعرف أن مثل هذه الانحرافات قد تمثل أحاسيس قوية كامنة. في مثل هذه الأوضاع قد يكون من الملائم طرح سؤال مباشر يكشف المشاعر المتوقعة الكامنة. «هل هذه الأعراض صعب عليك مناقشتها؟» أو «كيف تشعر الآن باعتبارنا نتحدث عن إعادة تنظيم خطة جهزت في العيادة؟».

الرسائل غير الكلامية (Non-verbal messages)!

التواصل الجانب اللغوي هو الرسائل غير الكلامية التي نرسلها عبر الحديث. فنغمة الكلام هي أحد الوسائل لتغيير معنى الكلمات حسب ما يؤكد المتحدث على كلمات متفاوتة في الجملة. أنظر إلى المعاني المتفاوتة لمجموعة للكلمات المتماثلة التالية أمضطرب أنت؟. أنت مضطرب؟. نغمة الكلام تستخدم أيضاً للتعبير عن التهكم، وهو الصراع المتعمد ما بين المعنى الشائع للكلمة وما يراد قصده من معنى لكلمة ما. فلهجة الصوت والتباعد الزمني للحديث ربما يوحي بمشاعر غير كلامية. إن إيقاف الحديث أو الإسراع في الحديث أو المزيج بين الاثنين غالباً ما يعبر عن وجود عصاب أو شدة كامنة. كما يحصل عندما يتكلم المريض بصوت عال غير مألوف. والحديث البطيء والصوت المنخفض على نحو غير عادي غالباً ما يترافق مع الاكتئاب. وكما يحدث في الجوانب الطبية الأخرى فيجب مقارنة السلوك الجانب اللغوي الحالي للمريض مع سلوكه الجانب اللغوي السوي. ومثال ذلك بعض الأشخاص الذين يتكلمون بسرعة بطبيعتهم لذا فإنه بغياب مظاهر أخرى

يكون من الخطأ أن نطلق على هؤلاء أنهم يعانون من اضطرابات عصابية. إن المريض الذي توقف عن الحديث بسبب مشاعر جياشة يجب أن نعطيه عدة دقائق من الصمت. فالإجابات الكلامية الباكرة من قبل طبيب العائلة ربما تقطع قدرة التعبير عن المشاعر. وهذا أمر له انعكاسات سلبية على المريض. إذ إن التعبير عن المشاعر الجياشة يساعد المريض ويؤدي إلى التخلص من العواطف مما يزيد قدرة التواصل، إن سكوت طبيب العائلة في هذه المرحلة يسمح للمريض أن يختار فيما إذا كان يريد الاحتفاظ بمشاعره لنفسه أو المشاركة بها، والاستجابة الكلامية الباكرة ربما تفسد هذا الاختيار وتعسر على المريض المشاركة في المشاعر.

التواصل غير اللغوي:

التواصل غير اللغوي. يشار إليه بلغة الجسد، أو تعابير الوجه، أو وضع الجسد والحركات، أو استعمال اللمس.

تعابير الوجه: «العين مغرفة الكلام»

تعد العينان أكثر الملامح قيمة لمظهر الإنسان وتعابيرها، لكن تفسير معانيها بدقة قد يكون صعباً كما الحال مع المناظر الأخرى للتواصل غير اللغوي والجانب اللغوي. يستعمل طبيب العائلة الماهر الإجابات المؤثرة والموضحة للحصول على رسائل غير كلامية ويستعمل المناقشة الكلامية لفهم النقاش على نحو أدق وأتم. وإن الانتباه والإخلاص والثقة هي صفات الناس الذين يحافظون على متابعة عينية جيدة. إلا أن التحديق غير مرغوب في تربيتنا وبيئتنا لذا فالتبدلات في وضع الحاجبين والرأس يساعد على متابعة التواصل العيني من دون مظهر الفظاظة أو الخشونة، إن نظرات جانبية بين الحين والآخر ربما تشير إلى فترة قصيرة من المنعكسات. بينما التحديق المطول للأسفل يعني الرفض، والنقص بالثقة، أو الاكتئاب. إن منظر الدموع بغياب عوامل مهيجة هي علامة موثوقة عن العواطف الجياشة، مع أنها ليست بالضرورة عواطف سلبية، وأما النحيب فربما يشير إلى العديد من الأحاسيس أو التوترات: كالحزن، والغضب، والإحباط وخيبة الأمل، وأما الحرج أو

محاولات قلب اتجاه الحديث فيجب استقصاؤها للوصول إلى أبعادها بدقة. هذا التحري ضروري حتى عندما يبدو المعنى واضحاً.

إن التبدلات السريعة في تعابير الوجه تدعى التعابير الدقيقة، وأظهرت أنها تترافق مع وجود مشاعر انعكاسية قوية لاضطرابات ليست في تفكير الشخص الذي يرسلها. إن نسبة عالية من هذه التعابير الوجهية يشير إلى صعوبة في التعبير عن الغضب، وغالباً ما تترافق مع القلق على السلامة الشخصية أو الخوف من الانتقام. وأما للطبيب الفاحص، فإن الزيادة في معدل التعابير الدقيقة قد تكون الإشارة الأولى التي تعبر عن خوف المريض من بعض الأمراض. وعلى نحو مشابه فإن بعض المرضى الخائفين يتابعون بدقة طبيهم خلال الفحص الفيزيائي ويفسروا السرعة بتبديل تعابير وجههم كعلامات لأخبار سيئة. لذا فإنه يجب مراقبة الإشارات غير الكلامية أثناء ذلك الفترة التي نفحص فيها مرضانا.

يوجد أحياناً تغير في لون الوجه والجذع بوجود مرض أو بسبب عاطفة جياشة. فيجب أن نلاحظ الوجه المحتقن أو الشاحب بشدة وتبدلات اللون خلال المناقشة.

إن التبدلات في التعبير خلال المحادثة يغلب أن تنجم عن العواطف المحرّضة أثناء مناقشة الموضوع. أما تبدلات اللون الشديدة التي تبقى مستمرة خلال المقابلة فغالباً ما تخفي حالة مرضية، إن احمرار الوجه هو غالباً تعبير عن الإحراج، وغالباً ما يترافق التوهج مع الغضب أما الشحوب فقد يكون مؤشراً على الخوف.

توضعات الجسد:

كثيراً ما توحى الطريقة التي يمسك بها الناس أجسادهم عن حالة الأحاسيس لديهم وطبيعة علاقتهم بما حولهم.

فراغ الإنسان غالباً ما يكون إهليلجياً ممتداً متراً للأمام وحوالي ثلث متر خلف الشخص، ويجب مراعاة ذلك عند تصميم غرف الاستشارة وعند وضع

الكراسي. إن الجلوس يعزز الإحساس بالاسترخاء وانعدام ضغط الزمن ويجب بذل الجهد لجعل طبيب العائلة الفاحص على مستوى نظر المريض نفسه تقريباً. إن هذا الوضع الفيزيائي سينقص فرصة العلاقة التوتيرية التي تظهر التعالي عندما يكون أحد الشخصين بمستوى أعلى من مستوى الشخص الآخر.

وأما الوفاق فيتحقق بسهولة أكبر عندما يكون كلا المتقابلين بمستوى النظر نفسه، وسلطة طبيب العائلة ستأتي على نحو سوي من باب العلم والمعرفة لا من باب السيطرة البدنية.

إن هذا هام لاسيما إن وجد إجراء مؤلم أو مخيف قد خطط لتنفيذه بعد المقابلة. والمرضى البالغون أكثر ثقة بأن طبيب العائلة لن يسبب لهم ألماً أكثر مما ينبغي إذا لم تكن السيطرة الفيزيائية جزءاً من العلاقة. إن شخصاً يوجه جسمه مباشرة لمواجهة شخص آخر والذي هو مائل على نحو خفيف للأمام مع ميلان جانبي خفيف للرأس هو بوضعية انتباه ومعرفة.

إن حركة التقبل أو الفهم هي حركة الهز الهادئة للرأس وعندما تقترن هذه الحركة بكلمة نعم أو مرادفاتها «فإن المريض مدعو للاستمرار بالحديث مشاركاً بكل ما في ذهنه من أفكار».

إن وقفة الاسترخاء بقدمين متباعدين مع الذراعين الموضوعين بلطف واسترخاء على الكرسي وكلا القدمين على الأرض والساقين مرتاحتين تنم عن قبول دافئ للشخص الآخر.

إن الحركة خلال المحادثة هي أمر سوي وتسهم في التواصل. ولكي تكون هذه الحركات إيجابية وذات معنى يجب أن تكون هذه الحركات متوافقة بمعناها مع التواصل الكلامي وامتزامة معها من حيث التوقيت.

مثال: انحناء خفيفة للأمام عندما تؤكد بلطف ضرورة الانتظام بالمعالجة يزيد من إحساس المريض بقيمة هذه التوصية. قيمة التواصل لهاتين الرسالتين المركبتين متعاقد، أي إن تأثيراتهما معا أكبر من مجموع تأثيراتهما المنفردة. و من جانب آخر فإن الكلمات الناعمة التي يقولها طبيب العائلة وهو جالس للخلف على الكرسي وساقيه ملتفتين لها دلالة مطمئنة بينما عندما ينظر إلى الطلبة ويقلب صفحاتها يرجح أن تخلق تشويشاً لدى المريض أكثر من إضفاء روح الثقة

والطمأنينة.

عندما تختلط الرسائل كما يحصل عادة فإن الرسائل غير اللغوية هي أكثر دقة من الرسائل اللغوية.

كذلك فإن الرسائل جانب اللغوية يرجح أن تكون أكثر دقة من الرسائل اللغوية.

ثمة علاقة جسدية شائعة تستعمل للإشارة بأن المستمع يتابع عبارات المتحدث هي استعمال العبارات الموازية أو الحركات المتممة. هذا يحدث عندما يستجيب السامع بلطف لحركات من المتكلم بحركات مطابقة تقريباً.

الحركة الموازية هي خيال مرآة لحركة شخص آخر ويرجح أن تعبر عن الفهم والدعم والموافقة. مثال: المريض يلف ساقيه للأيمن وينحني نحو ذراع الكرسي الأيمن، طبيب العائلة يستجيب تلقائياً بعد عدة لحظات بلف ساقيه على نحو عفوي إلى الأيسر حيث تميل في الاتجاه نفسه لساقى المريض وينحني إلى الأيسر.

حركات متممة تعبر عن الفهم وبعض المواجهة. مثال: أثناء مناقشة جدوى المعالجة الجراحية، يلف المريض ساقيه إلى اليسار وينحني للخلف بينما يبدي ارتياباً حول الإجراء، بعد عدة لحظات طبيب العائلة يلف ساقيه إلى الأيسر بالاتجاه المعاكس للمريض وينحني بلطف للأمام بينما يطلب من المريض أن يتابع تقدير المعالجة المقترحة. هذا التواصل الكلامي وغير الكلامي يعبر عن فهم مخاوف المريض وهمومه من دون أن يقول ذلك بصراحة. إنها كذلك تعبر عن تحد لطيف لشكوك المريض .

هل تعرف لغة جسدك؟

استعمال اللمس:

كان اللمس (Taction) تاريخياً عاملاً رئيسياً بالشفاء سواء أكان من يد شخص نحه أم من معالج مهني. أو من شخصية دينية.

يؤكد الأدب الطبي دور اللمس في المحافظة على الصحة واستعادتها. إن

المصافحة الأولى هي من الطقوس المتعارف عليها للسلام على المريض، وكتطمين من طبيب العائلة أنه سيبدى اهتمامه ومودته ويهيئ المريض لتخطي مسألة اختراق حواجزه الشخصية التي ستحدث خلال الفحص الفيزيائي. وخلال مسار المقابلة فإن ملامسة لطيفة على ذراع أو كتف المريض ربما تعني الاهتمام والمواساة وتسمح للمريض التحدث بطلاقة وإبداء ما لديه من هموم ومشاكل. ومع ذلك، فإنه يجب أن يحصل ذلك بعد مرحلة التقديم وإنشاء التواصل مع المريض نظراً لأن التداخل المبكر ربما يفهم أو يفسر بأنه تحقيق وإنقاص من قيمة المريض وتداخل بخصوصياته.

ثمة قاعدتان تضبطان اللمس خلال الفحص الفيزيائي:

- 1 - اطلب إذن المريض أو المريضة لفحصه أو فحصها دوماً.
- 2 - أعلم المريض ما تنوي القيام به مسبقاً.

إن طلب السماح بالفحص هو اعتراف بحق المريض بالتحكم بجسمه، وهي علامة احترام وتشجع على مساهمة المريض الفعالة في البحث عن إجابات للأسئلة التي طرحت في غرفة الاستشارة. إن معظم المرضى يوافقون على هذا الطلب. وفيما يتعلق بهؤلاء القلة الذين لا يوافقون، فقد عرفت معارضتهم، لذا أعد توضيحاً لسبب الإجراء الذي تنوي القيام به، واطلب ثانية الإذن لعمل الإجراء الذي تنوي القيام به. وفيما يتعلق ببعض المرضى الذين يستمرون في الرفض ألغي هذا الجزء من الفحص واستمر بباقي الروتين وعد بعد الفحص لمناقشة الرفض ومعناه والنتائج المترتبة عليه.

التدابير الفيزيائية:

إن ترتيب البيئة الفيزيائية وجو العمل الذي يجري من خلاله التعامل ما بين طبيب العائلة والمريض هما أمران مهمان لنجاح العلاقة إذ إن عدم الانشغال أثناء الفحص هو جانب مهم في العملية العلاجية. فأي أمور فيزيائية تلهي الفحص الطبي أو تشوشه يجب إزالتها أو تخفيفها. ويتضمن ذلك ارتفاع درجة الحرارة أو البرودة في موضع العمل، ومنع التدخين، والتخفيف من الأضواء المبهرة جداً أو الخافتة أو

أي تداخلات غير ضرورية. إن صوت الهاتف الثابت أو المحمول الذي يمكن سماع صوته في غرفة الفحص مزعج إذ يعيق قدرة المريض على كسب الثقة باهتمام طبيب العائلة به وقدرته على مساعدته. وكذلك كل تدخل يتطلب بداية جديدة ويطيل فترة مقدمة المقابلة.

تخلق الحواجز الفيزيائية بين الفاحص والمريض حاجزاً عاطفياً بين طبيب العائلة والمريض، وتعيق قدرة طبيب العائلة على تشكيل صلة قوية وإيجابية مع المريض. إن الجانب المهني والموضوعي أو أي صورة من صور هذه العلاقة لا يحصل ولا يعزز بوضع معقد بين طبيب العائلة والمريض. بل يسهم في إضفاء طابع العلاقة الفوقية المؤذية.

الخطوط العريضة للمقابلة الطبية:

يخصص للزيارة النموذجية للعيادة 15 دقيقة ويمكن تقسيمها إلى ثلاث مراحل:

- 1 - المرحلة الافتتاحية: تتطلب حوالي دقيقتين على نحو نموذجي.
- 2 - المرحلة المتوسطة: تتطلب حوالي 6-8 دقائق على نحو نموذجي.
- 3 - المرحلة الختامية: بقية الوقت يبقى من أجل مرحلة الختام، وبوضوح فإن الاضطرابات المعقدة تتطلب وقتاً أطول معظمه في المرحلة المتوسطة والختام.

المرحلة الافتتاحية:

كما هي جميع المقابلات بين الناس، فإن المواجهة الطبية بالتحية الاجتماعية والمقدمة مفيدة لخلق الجو العاطفي للزيارة وبينم كذلك عن الاحترام للمريض كما بحث سابقا. فالمصافحة باليد والتواصل بالنظر مع الترحيب الكلامي يهيئ الجو لدمج التواصل الكلامي وغير الكلامي، والتي ستصبح مهمة جداً أثناء الفحص البدني فيما بعد. إذا كان المريض بالغاً غير معروف سابقا من قبل طبيب العائلة. فيجب أن نستخدم اسمه الرسمي وليس لقبه خلال مرحلة التعارف هذه. فهي تدل على الاحترام واللباقة. إذ إن طبيب العائلة غير المعروف من قبل المريض مسبقا سيقدم نفسه كذلك بصفته الرسمية. مثال: «مرحبا يا سيد محمد.. أنا الدكتور

ناصر، كيف أساعدك الآن؟» وندعو المريض مباشرة لعرض مشكلته مما يساعد في إضفاء الصفة المهنية على العلاقة. ونركز على وضع برنامج للمقابلة لماذا أتى المريض؟ ماذا يريد؟ هل يمكن حقاً، مساعدته؟.. وهذا هو وقت مناقشة هدف الجلسة. وإذا لم يسمح الوقت لمناقشة جميع مشاكل المريض في جلسة واحدة فربما نشير إلى فرصة مناقشة ما تبقى في مقابلة أخرى تحدد لاحقاً. إن من مؤشرات الممارسة الجيدة إعلام المريض بمحدودية الوقت المتوفر والتحديد بإيجاز أسلوب استخدام هذا الوقت، على سبيل المثال «لدينا 15 دقيقة اليوم أولاً أفضل أن أسمع شيئاً عن مشكلتك، وبعدها سأفحصك للتعرف على تأثيراتها عليك، وأخيراً سنتحدث عن تدبيرها والتعامل معها» كيف يبدو لك ذلك؟.

إن الإيحاء بالشعور بعدم الاستعجال يتعلق بالتركيز أكثر مما يتعلق بالوقت الذي تقضيه مع المريض فعدم المقاطعة أو التلهي بأمور أخرى حينما تكون مع المريض أهم من الزمن المنقضي.

ربع ساعة مع المريض هل تكفي للفحص الكامل؟

المرحلة المتوسطة «جمع الحقائق»:

ثمة نموذجان من الحقائق مهمان بالتساوي للتشخيص الدقيق والمعالجة وهما.

الحقائق الشخصية: التي تجمع من أقوال المريض.

الحقائق الموضوعية: التي تجمع خلال الفحص الفيزيائي وأي استقصاءات مختبرية تالية.

إن المعلومات التي تجمع مما يقوله المريض شديدة التأثير بالطبيب الفاحص، لذا يجب استخدام طريقة المقابلة المفتوحة قدر المستطاع خلال المرحلة المبكرة للمقابلة. وتجنب الأسئلة الموجهة «أنت لم تشعر بأن الألم ينتشر إلى ذراعك الأيسر هل هذا صواب؟» كذلك تجنب الأسئلة المغلقة التي يكون جوابها بنعم أم لا، مثل: «هل تناولت أسبرين للألم».

استخدم بصورة عامة الأسئلة الاستكشافية المفتوحة مع أسئلة نوعية تطرح بهدوء تستخدمها للمناقشة فيما بعد. تساعد الأسئلة التوضيحية خلال كل مراحل المقابلة كذلك الأسئلة التي يترتب عليها الردود الصادقة والعاطفية. إن الهدف المتوقع خلال المرحلة الأولى من جمع الحقائق هو مساعدة المرضى لشرح مشكلاتهم تماماً قدر المستطاع وبكلماتهم وبأسلوبهم الخاص. وغالباً ما يراجع المرضى مشكلتهم قبل مقابلة طبيب العائلة، وربما يشعروا بالإحباط إذا لم يسمح لهم بالإدلاء بما لديهم مع قلة من المقاطعة. فإذا بدأت القصة تأخذ طابعاً مشوشاً وغير متناسق فيجب مقاومة الإلحاح على إعادة التنسيق بوساطة طرح الأسئلة النوعية، وإنما ساعد المرضى للعودة إلى البداية واسألهم أن يرووا قصتهم بالترتيب الزمني. «هذا التوضيح الزمني سيساعد بتنظيم القصة»، دعنا نعود إلى آخر يوم كنت فيه بحالة جيدة، وما الإشارة الأولى التي شعرت فيها بأنك لست بحالة جيدة؟ أخبرني بالترتيب يوماً بيوم كيف تطور هذا المرض وماذا فعلت بشأنه؟. إن الأسئلة التوضيحية غالباً ما تفيد "كما أنا أفهمها وحسب ما أعرف" وهو كذلك الوقت لأخذ المعلومات الشخصية والقصة العائلية والاجتماعية والتي تعد أمورا أساسية في ممارسة طب العائلة بنوعية جيدة». اسأل عن الاضطرابات المنزلية ومشاكل العمل، إسأل عن حدوث أي تجارب جديدة أو تبدلات جذرية في نمط حياة المريض أو عائلته في الآونة الأخيرة؟. إن المقدرة على دمج الجوانب النفسية وتجارب العائلة هي التي تساعد طبيب العائلة لتأمين رعاية صحية جيدة ونوعية لعائلات المرضى.

وبعد الحصول على تفصيلات تطور حالة المريض التي يفضل تدوينها. حان الوقت لجمع المعلومات الموضوعية عبر الفحص الفيزيائي المركز، فالأسئلة النوعية التي تترك جانبا خلال مرحلة سرد القصة المبكر. ربما تطرح هذه الأسئلة على نحو سوي خلال فحص الأعضاء المتعلقة بها. مع مراجعة سريعة للأجهزة والذي يجري مع فحص الأجزاء المتعلقة بها من الجسم.

المرحلة الختامية:

إذا كان المريض متعرياً خلال الفحص فمن المستحسن أن نطلب منه أن يرتدي ثيابه قبل الانتقال إلى مرحلة الختام للمقابلة.

واترك الغرفة لعدة دقائق للسماح للمريض بالتعامل بخصوصية وحده، تابع

بعدها المقابلة مع دراسة الأسباب المتوقعة، وطرق المعالجات الممكنة، والاستراتيجية الموضوعية لحل المشكلة على نحو فعال. عند هذه النقطة تصيح أفضليات المريض وإمكانات التطبيق العملية للخطة العلاجية مهمة. أخيراً يجب أن تتضمن المقابلة مناقشة سريعة عن كامل المشاورة «تلخيص»، أعد عرض المشكلة الحالية، واستعرض الحقائق المتعلقة بها ولخص خطة المعالجة. ويجب أن نطلب من المريض أن يلخص خطة المعالجة لا سيما إذا وجد شك بأن الخطة ربما تكون غير مفهومة تماماً أو كانت معقدة. ربما تقدم نسخة مكتوبة لمساعدة بالتذكر. تأكد من وجود تعليمات واضحة بمواعيد زيارات المتابعة عند اللزوم.

الزيارة الأولى: يتطلب تأمين العناية لمريض جديد وقتاً إضافياً لتطوير ألفة وعلاقة حميمة، إن الشعور بالثقة والارتياح وتجميع حقائق كافية عن الشخص والعائلة هي التي تساعد في تفسير الحالة المرضية. فيفضل برمجة هذا الوقت الإضافي عندما إعطاء الموعد الأولي للزيارة. عندما تتعرف على مرض جديد. فيجب عدم وضع افتراضات حول المريض .

يجب استخدام أسئلة موضحة متفاوتة لتحري دقة التفسيرات المتوصلة معتمداً على المعلومات التاريخية المقدمة من قبل المريض. وعلى نحو مشابه فإن الفاحص يجب أن يوجه أسئلة توضيحية لمعرفة فهم المريض لما شرح مؤخراً. كذلك من الحكمة تحري التواصل الجانب اللغوي وغير اللغوي بالتحدث عنها وترك المريض يعلق على ذلك.

مثال: إن تعابير الوجه التي ربما تفسر روتينيا" كعلامة غير لغوية لغضب ضمنى أو معارضة، ربما يشير إلى قلق واهتمام لهذا المريض بالذات، فالمعاني الشخصية لمختلف التعابير الوجهية أو طرق السلوك للمريض القديم تكون مفهومة جيداً. أما مع المريض الجديد فيفضل أن نقلل من الافتراضات الموضوعية قدر المستطاع.

أيهما أصعب التعامل مع المريض الصامت أم المريض الثرثار؟

إن المريض الذي يبقى على الأغلب صامتاً خلال المقابلة أو الذي يتحدث بكثرة حيث يعسر على طبيب العائلة أن يتحدث يشكلان تحدياً خاصاً للطبيب الماهر

في المقابلة.

وكما ذكر سابقا فإن فترات بسيطة من الهدوء خلال المقابلة شائعة وهي عادة ما تسهل المهمة وربما تشير إلى وجود إحساس قوي أو قد تكون علامة خارجية بأن المريض يفكر ويحاول الإجابة عن السؤال الأخير.

إن طبيب العائلة الذي يجد صعوبة لتحمل 20-30 ثانية من الصمت ويقفز على نحو متسرع لسؤال آخر ربما يعلم المريض سهواً أن يجيب باختصار عن أسئلة محددة ولذا يؤدي إلى تخفيف السرد الذاتي لقصة المريض.

ومن جهة أخرى يوجد مرضى لا يستطيعون الإجابة عن الأسئلة المفتوحة ويقدمون إجابات قصيرة لأسئلة محددة. فمن الحكمة أن نضع توقع الاكتئاب عند هؤلاء المرضى والبحث عن علامات أخرى لتأكيد ذلك أو استبعاده. والصمت الطويل والمتكرر قد يكون أحد علامات الإصابة بالذهان أو المرض الدماغى العضوي.

يكون المريض الذي يتكلم على نحو مستمر تحدياً أكبر. فإن مجرد حجم الكلمات ربما تشعر به مثل خرطوم ماء عالي الضغط موجه مباشرة إلى طبيب العائلة، تتطلب مثل هذه الحالة على نحو مبدئي أن يتحكم طبيب العائلة بمشاعره. مما يسمح للشخص بالتعرف على مشاعره الخاصة لذا فهو لا ينقاد معها بعفوية. ثانياً، ينبغي للطبيب أن يحدد مدى الموضوع المتعلق بمتابعة الحديث ويضبطه، وإلى متى يستمر بالحديث، وهل المريض شخص مهووس، ويحاول كسب السيطرة لما يعي من العالم الواسع. هل يستعمل المريض الكلمات للسيطرة على جو المقابلة، لذا يضع حدوداً على قدرة طبيب العائلة بالمساعدة. هل المريض مشوش وعاجز عن التركيز على ناحية معينة أو عزل ما هو مهم عن التفاصيل غير المهمة؟.

مع المريض المهووس الذي يصر ويلح على تفسير كل التفاصيل البسيطة بعند وجمود، فإن ما سيفعله طبيب العائلة المحبط مبدئياً قليلاً جداً عدا الجلوس للخلف على الكرسي والإصغاء بكل صبر ويعطي قلة من التعليقات المشجعة أو الرسائل الجسدية قدر المستطاع ويحاول التداخل على نحو لبق ولطيف، وعندما تجتمع مجموعة حقائق كافية للانتقال نحو موضوع آخر فإن هذه التداخلات يرجح أن تنجح إذا تلاها تلخيص للحالة وبعدها تغيير الموضوع.

«اعذرني ياسيد حسن أنا أدرك أن صداعك يأتي على نحو أساسي في

المساء ويؤثر على نومك. أنا أتساءل عما إذا كانت ثمة علاج يساعد في إنقاص هذا الألم».

وإن المريض الذي يكثر الكلام للسيطرة على جو المقابلة ربما يستجيب للأسئلة الصادقة التي تصف طبيعة التداخل الآتي؛ «السيد محمود إنني أشعر بالإحباط الآن لأنه لا يمكنني الحصول على كلمة أو جواب من أي زاوية مما يجعل الأمر صعباً علي للتعامل الجيد مع ما قد يكون سبباً لمشكلتك، هل يمكنك التوقف لدقيقة والسماح لي بتوجيه عدة أسئلة؟». إذ يجب أن يستعيد طبيب العائلة السيطرة وضبط اتجاه المقابلة. وإن الإدلاء للمريض بالجهد المبذول لضبط المقابلة ربما يحل المشكلة. إلا إن التعليق يجب أن يكون من دون صفة تحميل المسؤولية وإنما صفة التساؤل أو الوصف.

«السيد ماهر يبدو أننا نحن الاثنان نريد أن نوجه هذه الحادثة. لكي أفهم ماذا يزعجك أريد أن أسألك عدة أسئلة».

إن المريض المشوش والذي يتنقل من تعليق إلى تعليق مع خطة قليلة الوضوح، قد يكون قلقاً، وهذه الثرثرة قد تكون وسيلة للتخلص من بعض الضغوط الداخلية. إذا كان ذلك صحيحاً. فإن الحديث المباشر والداعم الموضح حالة القلق عند المريض ربما يخفف من المشكلة ويجعلها أكثر أهبة للتدبير «يبدو أنك قلق جداً هذا اليوم يا سيد فاتح. هل ثمة مشكلة يصعب عليك التحدث بشأنها؟».

سبب آخر للحديث المشوش الذي لا يتوقف قد يكون التفكير المشوش إلى حد ما، هل المريض مسن وفاقد القدرة على تركيز أفكاره؟ هل مازال المريض غير قادر حتى الآن على ترتيب مشكلات الحياة وتدبيرها. وهل المناقشة العشوائية مشابهة في طبيعتها للاضطرابات أو الفوضى الموجودة في مكتب طاولة المريض ودرجه والاضطرابات في وضعه الاقتصادي؟.

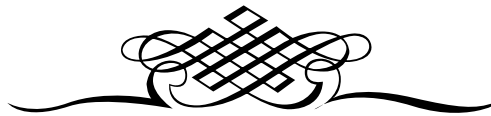
إذا توقعنا أساساً عضواً لهذا الخلط فيجب البحث عنه بعمق أكثر. وإن لم يكن ذلك فيجب إتباع أسلوب المقابلة الفعالة والمنضبطة نسبياً. مع طرح القليل من الأسئلة المفتوحة والتركيز على مختلف الأسئلة النوعية الموجهة. ثمة تداخلات مهذبة ضرورية بين الحين والآخر لإعادة توجيه الحادثة. وربما تحتاج هذه التداخلات لأن تتضمن تعليقات سلوكية إضافية إلى التعليقات الكلامية وذلك إضافة إلى قول

«انتظر لحظة الآن».

خلال توقف المريض لفترة قصيرة لينتفس «ارفع يدك» مع راحة اليد مفتوحة وموجهة باتجاه المريض ربما يساعد على خلق مجال للطبيب لأجراء تعليق. وحركة اليد الأقوى هي توجيه السبابة إلى السقف. وكما مع مشاكل التواصل الأخرى التي تعيق الوصول إلى الهدف. فإن هذه كذلك ربما تستجيب للمسائلة الصادقة والمباشرة بلطف يتبعها رجاء خاص «عفوا ياسيد هاني.. إنه لأمر صعب جدا عليّ تفهم مشكلتك بوضوح عندما لا تمنحني الفرصة كي أجيبك. دعنا نحاول أن نتكلم بالدور نتحدث معي وبعدها تعطيني الفرصة لأن أسألك بعض الأسئلة وأنت تعطيني جواباً قصيراً قدر المستطاع» ليس أكثر من 3 جمل. وعندما يكون المريض ثنائياً جداً. فينبغي للطبيب الفاحص أن يبقى منتبهاً للمحافظة على ضبط مشاعره وأن لا ينقاد معه مما يفقده الدور المهني، وعندها يزداد تعقيد المشكلة.

التواصل الجيد هل هو علاج أم أسلوب لوضع التشخيص؟

إن علاقة المريض بالطبيب بحد ذاتها هي تجربة علاجية. فالمعتقدات الاجتماعية والثقافية تخلق القدرة على المعالجة ضمن هذه العلاقة التي يحققها التواصل. فجرعة طبيب العائلة تزداد قدرتها عندما يكون طبيب العائلة قادراً على استخدام كل مهارات التواصل للتعامل مع المريض.



الفصل التاسع

تفريق الاضطرابات والمشاكل

عندما يرى الطبيب مريضاً جديداً أو مريضاً مصاباً بمشكلة جديدة، فيجب أن يميز هذا الطبيب بدقة العلامات والأعراض ويحيلها إلى مواضيع محددة. ولما كان للإنسان تركيب بيولوجي وثقافي واجتماعي معقد. فإن هذا الأمر ليس بالسهل دوماً. فالوقت الذي نحتاجه للوصول إلى موقف تشخيصي، ومن ثم الموقف العلاجي، غالباً ما تشوبه درجات متفاوتة من عدم التأكد. ولما كانت الممارسة الطبية ليست بالعلم الحقيقي ولا بالآلية ميكانيكية وليست فقط تطبيقاً ماهراً لخلفيات مبدئية، لذا فإنه من المفيد أن نتفحص محتوى التفاعل ما بين طبيب العائلة والمريض.

ومع أن تعزيز الصحة والوقاية من المرض هما الأساس في طب العائلة، إلا أن لحظة تفكير ستبين أن من أبرز أعمال طبيب العائلة هو الاستجابة إلى منغصات المريض. هذه المنغصات والازعاجات غالباً ما تكون بصورة ألم جسدي، لكن قد تكون انزعاجاً من حيرة أو خوف. وحقاً، فإن كل هذه الخصائص تبدو مترابطة مع بعضها وإلى حد ما متراكبة. ويظهر أن مشكلة المريض هي تهديد العلاقة ما بينه وبين الآخرين بما يتعلق بالاندماج الشخصي والاجتماعي. التي إذا لم تعالج وتصوب فإنها ستؤدي إلى تحطيم الشخص. ولا يختلف الأمر فيما لو كان إدراك هذه النتيجة فطرياً أو مكتسباً أو غير ذلك. وإنه لمن العدل القول أن الرغبة العميقة بالمحافظة على الذات قوية جداً. ويجب أن نقيم كل مشاكل المرضى من منظور التراث والثقافة وإصلاح الجسد. إن تحول الفرد الذي يعاني من مشكلة ما إلى مريض يتلقى الرعاية الطبية غالباً ما يكون متوقعا. فعندما تتعدى مشاكل المرء عتبة الانزعاج يطلب المشورة والنصح من أصدقائه وأفراد عائلته، وغالباً ما يجري ذلك على نحو غير مباشر. وعندما تتعدى الاضطرابات عتبة تحمل الفرد فإنه يلجأ إلى نظام الرعاية الصحية. وإذا ما تقبل المرء هذا الأمر بأنه عملية رعاية ببساطة فإن المسرح يكون مهياً لعلاقة إيجابية ما بين طبيب العائلة والمريض. إن جو استقبال

المريض باهتمام في عيادة طبيب العائلة ومن دون وصاية والانتباه بدقة إلى برنامج المواعيد. والحذر الملائم في المحافظة على خصوصية المريض، كل ذلك يسهم في نيل ثقة المريض و مطاوعة المريض. فالطبيب الماهر يدرك تماماً أن معظم الناس يخافون من طلب المساعدة.

يجب أن لا نسمع بأن تصبح المقابلة مشكلة تضاف إلى سبب المراجعة الأساسية

توثيق دور المريض:

الموقف الشائع أو المشكلة، هو الشخص الذي يعاني من مرض ما ويعجز عن العمل بكل طاقته، مع أن المجتمع يقدم إعفاءات وأمور أخرى لما يخل في دور المريض ولما ينجم عن المرض من خسائر اجتماعية ومادية جسيمة. وحتى المرض القصير الأمد يضع العائلة والمريض الذي تتعامل معه في توازن صعب. ولتوثيق دور المرض بكل ما له من مطالب وردود ونتائج، فيجب أن يصرح طبيب العائلة بأن هذا الشخص هو حالياً في المرض. وتخدم هذه الشهادة لتوضيح خطورة المرض وتحديد، لتحديد المال أي الإنذار، وتضع العبء عن المريض ليتعافى. ولا بد من أمر بدهي آخر وهو تصريح واضح مقاوم للبس من قبل طبيب العائلة بإغلاق المراجعة في الوقت الملائم، وأن المريض أصبح معافى أو على أقل تقدير أصبح ضمن المجال الذي يسقط عنه دور المريض.

العائلة والضغط الاجتماعي:

ثمة ضغوط عائلية واجتماعية تحثُّ الشخص على مراجعة طبيب العائلة. إن قد يكون الشخص، هنا، غير متعاون، أو غير صريح، أو مزعجا. لكن على الرغم من ذلك تبقى المشكلة قائمة بصورة الإحساس بتهديد الحياة من قبل المريض أو عائلته أو الأشخاص الآخرين. ويحاول المريض المجرى على مراجعة طبيب العائلة أن يراوغ ويحرف تعقيبات طبيب العائلة ليبرر مقاومته لطلب الرعاية الصحية.

نمط العائلة:

يمكن الحكم على نمط العائلة في طلب المعونة الطبية وهو مرتبط بالتراتب والتوجيهات الثقافية الأخرى. ولما كان تقييم زيارة كل مريض خلال هذه الأنماط ضرورياً، لذا ينبغي للطبيب أن يكون متنبهاً دوماً إلى هذه الاختلافات والانحرافات بكل درجاتها. ربما تنبئ التبدلات الواسعة وكذلك التبدلات الطفيفة في النمط عن فرصة أو تخفي وجود أزمة في العائلة. إن التبدلات الصغيرة المستمرة مع الزمن توحى بتثقيف العائلة السوي استجابة لقيم المجتمع السائدة. وأما الارتباك الذي يحصل في جو العائلة التي تختلط فيها الثقافات بوجود مرض خطير فربما يولد متطلبات متناقضة للطبيب يصعب حلها.

الرأي الأول والرأي الثاني والطرف الثالث:

في الماضي القريب، قام الطرف الثالث أي الطرف الذي عليه تحمل التبعات المادية للمعالجة وظناً منه أن الجراحين يقومون بتدخلات عديدة غير مبررة بالتوقف عن الدفع ما لم يحصل على رأي آخر. وغالباً ما يكون طبيب العائلة المحول الرأي الأول. والطبيب الجراح الرأي الثاني (Second opinion). وليس غريباً أن تحصل نسبة مئوية بسيطة من الاختلاف فيما يخلص إليه الطرف الثاني. ونتيجة لذلك فإن بعض شركات التأمين اعترفت بهذا الواقع ودعت إلى قبول هذه الممارسة. وفوق هذا الطلب المهني لتخفيض الكلفة فإن المريض أحياناً يطلب رأياً آخر للتوصل إلى الحقيقة. وفي الأوضاع التي لا يوافق فيها على التشخيص أو عندما يكون التشخيص غير متوقع من قبل المريض. ثمة ميل لرفض القبول بأخذ رأي آخر، وهذا الرأي يستحسن أن يطلب. فالمريض لا يكون دوماً واضحاً وصريحاً في جو العيادة. ولا يعطي دوماً قصة كاملة.

يتمتع طبيب العائلة عندما يذهب أحد أفراد العائلة إلى طبيب آخر. وذلك يكون عادة لأسباب تتعلق بالتأمين أو العمل أو لأسباب شخصية، أعطي فيها تشخيص غير مرض، إلا أن السلوك المهني يجب أن لا يتغير ولا يختلف في مثل هذا الوضع.

توقعات واسعة للناس والمرضى:

أصبح الناس في الوقت الحالي أكثر تعقيداً ولهم مطالب واسعة فيما يخص صحتهم وتوقعاتهم عما قد يقدمه الطب لحل مشاكلهم. فالحالات المزمنة والإجراءات الوقائية هي من الحقول التي ينمو الاهتمام بها في كثيراً من المجتمعات، ومع أن الرعاية المستمرة لكثير من الأمراض والحالات التي تتطلب المعالجة المديدة والمحافظة على الصحة هي أمور متفاوتة، فإن تقييماً سريعاً يظهر توافقاً نظرياً وحتى من الجوانب الموضوعية. ومع الزمن فإن موضوع آلية الشيوخوخة المعندة على الطب والتي تمس قطاعاً كبيراً من السكان يمكن نصل إلى حل لها ، ولكن ذلك يحتاج إلى تبدل مثل المعجزة في الرعاية الطبية. لذا من الحكمة أن نناقش محدوديات الطب كجزء من التخطيط الصحي، ومع أنه أمر حساس جداً، إلا أننا ربما نقوم به بطريقة متفهمة وهادئة. ولاسيما إذا ما عرف طبيب العائلة أنه هو بحد ذاته غير مخلص.

البطاقة ما لها وما عليها:

دخل في لغتنا الإكلينيكية الدارجة مصطلح هو البطاقة. وهي وسيلة للسماح بالدخول على طبيب العائلة. وهي تعد سبباً بديلاً عن السبب الرئيسي. وغالباً مايتعلق طلب الرعاية بهذه الطريقة بأمر أو موضوعات لها صبغة عاطفية يصعب على المريض التحدث عنها، فالموضوع قد لا يمكن الحديث عنه طيباً من وجهة نظر المريض ويحتاج إلى شكاية ملطفة ليلف بها على موظفي عيادة طبيب العائلة كي يمكن المريض الدخول ليناقدش مسائل شخصية إذا كان السبب الحقيقي للدخول غامضاً، ولما كان السبب الكاذب مبني بصفة جيدة فإن ثمة خطر من تدعيم القيمة الظاهرة للبطاقة. والنتائج المحزنة لهذا العمل خطأ على ثلاثة أضعاف: تحويل غير ملائم للإمكانات لمعالجة مرض كاذب، الخطر من إحداث مرض مفتعل، وفرصة تفاقم المشكلة الأساسية السرية.

إعطاء الصبغة الطبية للاضطرابات الاجتماعية:

قد يواجه أطباء العائلة مرضى مرسلين من المحاكم، أو منظمات مجتمعية أو عائلات تعد مريضة وبذلك تحتاج إلى رعاية صحية. وإن النمط المؤلف في الطب والمعالجة الذي يقتضي أن ثمة سبب نوعي فيزيائي أو كيميائي يمكن إما إزالته أو

ضبطه أو تخفيف تبعاته كان مفيداً جداً وفعالاً. إن جاذبية هذه النظرية المبسطة نتج عنها تطبيقات مجازية غير منتقدة لأناس لديهم مرض اجتماعي. فلاريب أن ما تريد هذه المناقشة أن تصل إليه هو أن السلوك غير الاجتماعي يعني أن الشخص مريض. ويستطب له معالجة دوائية وبذلك يأخذ دور المريض. في هذا الحوار يكون المجتمع والعائلة والمريض كلهم قد أبعادوا عن الخطأ والمسؤولية المتعلقة بالوضع الاجتماعي المبدئي، لكن عندما يفشل الطب في المهمات الصعبة يعني أن المصيبة قد حلت.

والأهم من ذلك هو أن المريض لم يخدم، بالتعامل مع سلوك غير اجتماعي ومن المفيد أن نعرف حدودنا ولكن يجب ألا نترك الدفاع عن المريض.

استغلال النظام الطبي:

يبدو بديهياً أنه إذا كان استغلال النظام ممكناً، فإن النظام سيستغل. إن مخططنا الإنساني الحقيقي لتأمين الرعاية والدعم والإعفاء من العمل للشخص المريض هي نقطة في بحر. فمن وقت لآخر يصبح واضحاً أو مشكوكاً به كثيراً أن الأعراض والعلامات لا تتوافق مع بعضها أو مع تشخيص محدد. ومن الجوانب الفلسفية يمكن أن نقاوم إعطاء بطاقة تشخيص لمتمارض. لكن مع ذلك، عندما تستفيد من كونك مريضاً وتستغل أموال الآخرين وأرباحهم، فإن استغلال النظام وقتها ربما يبرر من قبل المريض حسب ما توحى له مصالحه الشخصية. والمواجهة العنيفة غير مطلوبة. إذ إن المواجهة بالتأكيد ربما تقلب الوضع إلى ذلك المماثل لموضوع البطاقة ونكشف شخصاً يائساً أو مشكلة غير محتملة.

إدمان المخدرات واستعمال المواد:

الرغبة بالحصول على مواد مخدرة نوعاً ما غير باهظة الثمن ونقية ومضبوطة ربما تأتي بالمدمن إلى طبيب العائلة. واستخدام المنشطات النفسية لتحسين الشخص أو حمايته كان جزءاً من النشاطات البشرية من غابر الزمن. فعند بعضهم هي الحاجة إلى الهروب. إذ لا يوجد موضع يأوي إليه إلا عبر المواد الممنوعة، والشخص المختلق المراوغ قد يزوج بالطبيب الساذج ويدفعه نحو منحه المواد المخدرة المحظورة والخطرة التي ربما تدخل وتستخدم في السوق السوداء، وقد يكون أقل

خطراً لكن فيه استغلال للصحة أيضاً وهو ذلك المريض الذي أدمن المخدرات لأن طبيبه غير المسؤول وصفها أو أعاد كتابتها له على نحو روتيني فاعتاد عليها. ومع أن أمر الفطام صعب إلا أننا ربما نفطم هذا الأخير بإعطائه بدائل تلبي حاجته وتعيده إلى الوضع الصحي.

الأمراض الشائعة :

لسوء الحظ يجب التأكيد على أن الأمراض الشائعة هي شائعة فعلا، لكن كونها شائعة لا يعني أنها بسيطة، فالتهاب الطرق التنفسية العلوية عند الأطفال شائع، ولكن التهاب الأذن الوسطى الذي ينجم عنه قد لا يكون بسيطاً، وأمراض الأوعية التاجية هي نوعاً ما شائعة، ولكن احتشاء العضلة القلبية ليس بالمرض البسيط. فمن هذه الأمثلة وأمثلة أخرى كثيرة تراود الذهن يتبين بأن التفكير التشخيصي يجب أن يشتمل على الإلمام بالعلوم الأساسية مثل التشريح والفيزيولوجيا المرضية، وحقاً، كلما ازداد الإنسان معرفة وتطبيقاً للعلوم الطبية الأساسية على الأمراض الشائعة بدا له أن هذه الأمراض ليست بسيطة.

الأمراض النادرة:

إن من مغالطات الكلام، القول أن الأمراض النادرة كمجموعة هي شائعة، مع أن أي منها على حدة هو نادر. نتيجة لذلك، فالطبيب الذي لديه ممارسة غير محدودة سيرى عدداً لا بأس به من الأمراض النادرة في فترة ممارسته ولكن قلماً يرى أكثر من حالة من النوع نفسه. وقائمة الحالات غير المعتادة تزداد على نحو مضطرد مما يجعلها مادة علمية ممتعة للقراءة. إلا أنها تؤدي إلى إحباط تشخيصي. والتعرف على حالة غامضة أو غير مألوفة ليس له قيمة إنذارية أو علاجية، والحماس والسعادة الفكرية بأن يكون الإنسان في جو الحالات النادرة يدفع طبيب العائلة نحو معالجة الحالة وليس المريض، ومهما يكن فإن تشخيص المرض النادر له قيمته الإيجابية إذ إننا توصلنا إلى خط النهاية بأوضح صورة حسب الإمكانيات المتاحة للمشكلة.

التاريخ الطبيعي للمرض:

يتعلق المأل (Prognosis) والعلاج إلى حد ما بمعرفتنا بالتاريخ الطبيعي للمرض. فبقدر ما نفهم الأسباب والفيزيولوجيا المرضية والتظاهرات الإكلينيكية لحالة ما نستطيع مساعدة المصاب بها. فالمكتبات تعج بشروحات ومعلومات عن بعض الحالات الطبية، بينما تنتظر رفوفها ما يملؤها من معلومات عن التاريخ الطبيعي لأمراض أخرى. والحالات التي تتنامى مع الزمن ينظر إليها وكأنها أحداث جديدة أو بمصطلحات مبهمه. ويستحسن دوماً أن نمشي مع ما تمليه الحكمة والطرق التقليدية السليمة الحالية متجاهلين جهلنا لكثير من الأمور. وثمة ميل من قبل أطباء العائلة لتجاهل مجموعة من الشكاوى الغامضة والتي تبدو غير مضره وليس لها أي دليل مادي.

المشكلة مقابل التشخيص:

لابد أن نوضح الفرق ما بين مشكلة شخص وما بين تشخيص المريض. تبدأ المشكلة غير المتمايضة عادة على نحو محير، تتابع نحو الاكتئاب وتنتهي بالازعاج. فالمرضى المصاب بمشكلة غير متمايضة ربما يطلب المساعدة الطبية في أي موضع ضمن هذا المجال الواسع. وربما ينهمك الطبيب في رحلة مشابهة من الاستفسارات، والاعتبارات الإكلينيكية وطلب الحلول. وغالبا ما تستمر الاضطرابات حتى بعد وضع التشخيص، وبقدر ما ندرك النظر إلى تشخيص المريض كجزء من مشكلة المريض. ورعاية حالة ما مع التشخيص الدقيق أو من دونه، لا يعني أن طبيب العائلة تقوده الأعراض كرد فعل، بل يعد ذلك ظاهرة عطف نبيلة إذا ما ترافقت مع مراقبة للمريض ومع تخفيف بعض الاضطرابات الفيزيائية والعاطفية.

الحزن:

بغض النظر عن مشكلة المريض، فإن مجرد طلب العون للبقاء، في معناه العريض يعطي الإحساس بالخسارة، ويترافق ذلك مع الشعور بالحزن الذي قد

يكون ملائماً أو غير ملائم، إن التقبل المسبق لمراحل الحزن الأربع وهي الرفض، والغضب، والمساومة، والاكْتئاب، ربما تساعد طبيب العائلة على فهم شعور المريض وقلقه. إن الرفض يعني عدم الاعتقاد، والغضب للحاجة إلى الرعاية الصحية وفقد القيمة الذاتية وكذلك الوقت والمصادر. وهي تبدو ملازمة لحالة المريض. ولكن المرحلة الأعدق هي مرحلة المساومة والتي ربما تشمل المريض المغربي، والمريض المعتمد على الآخرين، والمريض المطيع. وإنه ليس غريباً أن يكون الكثير مما يمر بآنه اكتئاب داخلي هو جزء من حالة الحزن لدى المريض.

تقييم الأعراض:

يتضمن آليات هامة جداً تشمل مجالاً واسعاً من الموضوعات. إذ إن القلائل من الذين يطلبون الرعاية لا تتخلل مشاكلهم أمور نفسية، أو بعض الأعراض النفسية المحيرة. فشكاية كل فرد يجب أن تحلل بدقة وتفصل إلى أجزاء صغيرة، تقييم بدقة وتتخذ كقاعدة لوضع خطة علاجية. وإن الخصائص الفردية لكل شخص هي أمر يتعلق بالخالق عز وجل. ويجب أن يجمع طبيب العائلة أكبر قدر ممكن من المعلومات. والطبيب الخبير يطبق مبدأ البخل، للوصول إلى نتيجة وحيدة. إلا أن ثمة خطر في هذا الأمر لأن التحديد العملي واختيار موضوع من بين احتمالين أو أكثر ربما يغيث تبويبات مستقبلية. وإن التبويب الكامل للمشكلة هو كالحرية، يحتاج إلى مراقبة مستمرة. ويجب أن تكون لدينا الشجاعة في التفكير وفي تحدي فكرنا، والتصميم على اتباع أسلوب منطقي، والجرأة على الاعتراف بسوء التقدير إذا كان ذلك هو واقع الأمر. ومع وجود ضغط شديد على طبيب العائلة الخبير لتفصيل آلية تقييم الأعراض بدقة، إلا أنه لا يوجد مجال للشك بأن الأمور التالية يجب أن تتبع.

تهديد نوعية حياة المريض:

حقاً إن كل زيارة طبيب، قد تكون شكلاً من صور تهديد جودة الحياة (Quality of life). فحالة المريض المصاب بمشكلة غير مصنفة تختلف عن ذلك الذي يعاني من علامات واضحة للرضح (Trauma)، فالأمر هنا لا يتطلب القرار والعمل الفوري. ومع ذلك لا يمكن التأكيد أكثر على موضوع التصور للبقيا والفردية والإيثار، والتي ربما نتخذها كمثال في وصف السلوك الإنساني وتنبؤ. فزيارة

طبيب العائلة في ذهن معظم المرضى لا تعني فقط تهديداً لبقيا الفرد (Survival) بحد ذاته وإنما تهدد حريته أيضاً. وكذلك الخسارة في المادة والوقت. وإن إدراك طبيب العائلة لهذا الأمر والعمل بمقتضاه على نحو معتاد ربما يهياً الأمور لتفسيرات عريضة مثمرة لشكوى المرضى. فالاصغاء لكل ما يقوله، والتعبير عن تفهمه، وتقديم الدعم، والتطمين الملائم يساعد المرضى كثيراً في إعطاء قصة كاملة ومقنعة.

ثقافة المريض:

يجب أن نفسر الكلمات والجمل ونبرة الصوت، بأسلوب يتلاءم مع المفاهيم والعادات والثقافة عند المريض، وإن لم يكن ثمة حاجز واضح من الاختلاف اللغوي. يجب أن نأخذ المواقف الثقافية لهذه المتغيرات بالحسبان، والمعلومات الإضافية التي نريدها يجب الحصول عليها بطريقة مقبولة من قبل المريض. وينطبق هذا الأمر على المثقفين وسائر الناس. فنظرة الأطباء إلى الطبقة المثقفة والمسؤولين والإداريين وذوي الشأن عادة ما يكون في غير موقعه. فمن يحمل درجة شهادة الدكتوراه في الأدب العربي أو الإنكليزي أو الفرنسي لا يعرف في الطب أكثر مما يعرفه العامل العادي.

عائلة المريض: ما قيمتها كمصدر للمعلومات؟

يفترض أن تكون العائلة من حيث المبدأ هي الطريق البديل أو الجانبي لتقييم المعلومات. فكما اعترف الكل أن كلمة العائلة هي الكلمة الأكثر تقبلاً في لغتنا. فمن الخير نظرياً وفكرياً النظر إلى مصطلح العائلة كما يتصوره المريض. مما لا يهدد فكرة طب العائلة بل يدعمها بتوسيع مجال العائلة لتشمل كل ما تتضمنه هذه الكلمة من معنى. وهو حقاً، توسيع للالتزام بمعنى كلمة عائلة وللاعتراف بالحاجات الاجتماعية والبيولوجية التي ربما نلبيها بطرق متفاوتة. إضافة إلى أننا يجب أن نتذكر أن لكل عائلة نمطاً من القيم المنفردة تسير عليه في تفسيرها وتعاملها مع الأحداث مما يشمل المرض والسلوك.

استخدام عمليات الفحص المختبري والتصوير الطبي:

إن من الأشياء التي لا يمكن تجنب الاستغناء عنها في المساعدة للوصول إلى

حل للاضطرابات غير المشخصة هي التحاليل المختبرية والتصوير الطبي (Imaging). إذ إن النتيجة العلمية يجب أن تكون مدعومة بأدلة علمية، فيجب أن تكون لدينا معلومات جيدة. ولا يوجد إجماع عما يكون هذه الخطوة. والتوجه العام هو أن نحصل على المعلومات الضرورية والكافية كقاعدة عمل. وإنه لمن المنطق وضع بروتوكولات فردية تخدم كل مريض بالصورة الأفضل في الوقت المحدد. وثمة منطقة أخرى تستحق الاهتمام وهي أننا عندما نتابع خطة تشخيصية نوعية، فهل ما نقوم به من فحوص هي فحوص نوعية أم أنها فحوص للتحري. ففي أي استخدام للفحوصات التشخيصية، يقتضي المنطق أن يكون لهذه التحريات تأثيرات على القرار الطبي الذي سيتبع، فإذا كانت الفحوص من أجل جمال المعلومة أو من أجل استكمال الدراسة، فإن ذلك ربما يفسر بكل سهولة كمؤشر على نقص في القدرة التشخيصية أو بلادة في التفكير. وحتى بوجود معرفة جيدة بالعلوم الأساسية عند المتخرجين الجدد، فيصعب على الطبيب الإكلينيكي أن يبقى متابعاً تماماً للتطورات التي تحصل في الطب المختبري. والتفسير الذي يجانبه الصواب للفحوص المختبرية يمكن تفاديه بالتواصل الجيد مع العاملين بالمختبر. فإن جلسة غير رسمية مؤقتة بصفة جيدة للمناقشة تخدم كوسيلة سريعة لمعرفة ما هو متاح وما الطرق الجديدة، وما مدى دقة النتائج وكلفتها المادية.

فرصة اللجوء إلى الاستشارة والإحالة:

الاستشارة والإحالة (Referral) هما اختياران متاحان لخدمة طبيب العائلة لتقديم الرعاية الملائمة للمريض في كل مراحل التشخيص والعلاج والتأهيل والمتابعة.

ثمة أربعة استطببات (Indications) أساسية لطلب الاستشارة لمريض من قبل زميل ذي رأي محترم في مجال حقل الخبرة المطلوبة:

- 1 - عندما يكون التشخيص غامضاً.
- 2 - عندما تكون استجابة المريض للعلاج مخيبة.
- 3 - عندما لا يوجد كلا الشرطين السابقين ولكن المال أي الإنذار خطر.

4 - إذا ما لمح المريض برغبته لذلك مباشرة أو غير مباشر.

والشيء المثالي أن تجري الاستشارة (Consultation) بصورة مناقشة وجهاً لوجه ما بين طبيب العائلة الذي يقوم على خدمة المريض والمستشار، مع المشاركة بسجلات المريض. ولسوء الحظ فإن هذا الأمر قد يستعاض عنه بمكالمة هاتفية أو بمذكرة كتبت سريعاً. وبينما تكون الاستشارة أمراً عرضياً للطبيب الذي يقدم الرعاية المستمرة، فإن الإحالة تعني وضع المريض تحت وصاية شخص آخر ورعايته، وعادة ما تكون الإحالة لأمر يحتاج إلى مهارة دقيقة ومفصلة إما مشددة أو مطولة. إلا أن المسؤولية والتوجيه تترك بيد طبيب العائلة الذي يقوم برعاية المريض بدءاً من المرحلة التي يكون فيها المرض مجهول الهوية. إذ إنه هو الأفضل في التنبؤ بما هو أفضل عن الاحتياجات الكاملة للمريض والتعاملات العلاجية مع المريض ومع المريض وعائلته.

الرعاية منذ اللحظة الأولى للمشكلة الإكلينيكية: بناء لا أذى

بناء لا أذى (أهم شيء أن لا تؤذي) هذا المنطق هو أساس النصيحة والمحرك الذي يقوم عليه الطب. كانت توجد في السابق علاجات أكثر مما يعرف من أمراض، ولسوء الحظ فإن المعالجين علموا الطرق الناجحة في العلاج على نحو مستقل، وبغض النظر عما قد يحصل للمريض. ولكن حديثاً ومع تقدم البحوث العلمية الطبية فإن الأمراض أصبحت تفوق عدد المرضى. ومع ذلك فإن أصواتنا كثيرة من خبراء وعقلاء تنطلق دوماً مذكرة أن العمل يجب أن يجري بالسرعة الممكنة وبفائدة متوقعة معقولة للمريض. ومع أن العائلة المتفانية والأصدقاء يضغطون في واقع الأمر للقيام بتدخلات إسعافية منقذة للحياة، إلا أنه أيضاً من الحقيقة أن الشعور اللطيف نفسه ربما نجيب عنه بشرح واقعي وحساس للموقف وعلى نحو مفهوم، فعندما نفلح أمراً ما فهو تعبير عن يأس طبيب العائلة، وبالقيمة نفسها والأكثر مصادفة هو الرعاية المحدودة لحالات مزعجة. فنحن نذل أنفسنا ومهنتنا عندما ننحني للقيام بإجراءات غير آمنة، والتي ربما تؤذي الفعالية المستقبلية لإجراءات أسوء استخدامها.

فردانية الشخص:

كل مريض هو حقاً، شخص متفرد، وكذلك الأمر بالنسبة للطبيب. لذا فإن كل علاقة ما بين طبيب العائلة والمريض يجب أن تعد وكأنها مظهر من مظاهر هذه الفردية. وبناء عليه فما ينبغي للطبيب العمل فقط بجد للوصول إلى مستوى ملائم من التعامل ولكن يجب أن ينتبه إلى ضرورة إجراء تعديلات على أسلوبه ومتى يجري مثل هذه التعديلات. فالعلاقات ما بين الأشخاص تعتمد على مزيج مختلف ما بين، الحاجات، والمشروعية وإمكانات الحدوث والفرصة العملية. وكذلك تختلف حالة المريض، وكذلك تختلف مركبات العلاقة الفعالة والثمرة ما بين طبيب العائلة والمريض. فتحقير المريض واستصغاره مرفوضان دوماً، والتكهنات الذاتية للطبيب يجب أن يستخدمها بحذر وأن تكون موجهة بدقة نحو الهدف العلاجي. والمقاييس النهائية للعلاقة ما بين طبيب العائلة والمريض هي المشاركة على نحو مريح في الحصول على معلومات مفيدة؛ فالتواصل هو عملية تجري بين طرفين ويعتمد على الارتجاع الإيجابي والسلبي. ومع أن كل طبيب ربما يوصف تقريباً بحسب أسلوبه في تدبير المريض، ولكن يجب أن نعلم أن الطبابة هي صفة نوعية، وليست خاصة بحد ذاتها.

أولويات طبيب العائلة والمريض بين التوافق والتعارض:

نلاحظ في أي قسم من أقسام الطوارئ الفعالة في مستشفى وجود عرض رائع للمحاولات الإيجابية في تفريق المرضى الذين حالتهم العامة خطيرة وتستدعي الإسعاف الفعال عن الحالات غير الخطرة، ولذا ربما تنتظر قليلاً. فالتعرف على المرضى والمعلومات الضرورية الأخرى ربما تنتظر في الحصول عليها ريثما نقوم بالإجراءات الأولية لإنقاذ حياة المريض. وفي مثل هذه الحال لا نجد أي تعليق أو انتقاص لهذا التصرف طالما أن أولويات المريض تتوافق تماماً مع أولويات طبيب العائلة. لكننا نجد في الممارسة في العيادة، أن احتياجات المريض والتي تعد الأساس في طلب المعونة الطبية ربما لا تتوافق مع نظرة طبيب العائلة من حيث أولوية الرعاية. فبينما ينظر طبيب العائلة إلى الموضوعات المتعلقة بالتشخيص والمعالجة على أن لها الأولوية من حيث توفير الوقت. يضع المريض المال أي الإنذار والتكلفة في رأس قائمة اهتماماته. فالتصادم نظراً للاختلاف في وجهات النظر من حيث تقدير الأولويات يجب أن لا يحصل، وكذلك يجب أن لا نترك أي فجوة في التعامل لا يمكن تجاوزها. فالتشخيص السريع يقودنا إلى المعالجة المباشرة،

والأسئلة المتعلقة بالتعامل مع نوعية حياة المريض نكون قد أجبنا عليها.

مشاركة عائلة المريض هل هي ضرورية؟

بعد أن نكون قد أجرينا التواصل وتجاوبنا مع ما يقلق المريض ويهمه، فيجب أن نقدّم جهداً مستمراً للوصول إلى الهدف المنطقي في الشفاء، أو التخفيف أو التحجيم للمشكلة الخاصة بالمريض. فمشاركة المريض وعائلته ضرورية لوضع خطة عمل تلائم الوضع الثقافي ومحدودية الإمكانيات المالية للمريض والعائلة. إن من القواعد الهامة لتجميع إمكانيات المريض وعائلته وحشدها هو العرض الدقيق والصادق لحالة المريض من دون إثارة المخاوف. فالكلمات ربما تخفف وتلطف ولكن من دون المواردية عن الحقيقة. وهنا ربما توضع الأسئلة أو تكتم، وأما العواطف فربما تلطف أو تثار، ونكتشف العزيمة على المشاركة في حل المشكلة. ومن أجل العدل واستكمال الموضوع، يجب أن نراجع مع المريض والعائلة بدائل الخطة، بما في ذلك عمل لا شيء. وفيما إذا أُجري الأمر مباشرة أو أجل لما بعد، وأخطار كل بديل وبما في ذلك الخطة المقترحة، كل ذلك يناقش ويقيم. وبالنهاية يجب أن تشرح النتائج والنقاهة وأوجه العناية المديدة أو الإعاقة لكل من الاختيارات العلاجية المتاحة على المريض. وهذه العناصر الأربع أي الآلية، والبدائل، والخطر، والنتيجة؛ هي المتطلبات القانونية للموافقة المستنيرة على المعالجة.

المطاوعة، أم الطاعة العمياء؟!

المطاوعة (Compliance) في تطبيق الخطة العلاجية ضرورية فيما إذا كانت المشكلة محدودة أو قصيرة أو مديدة. ففي التراث القديم ربما تفسر كلمة المطاوعة خطأ من الأشخاص المشمولين بها. فالأسلوب الأبوي التسلطي العنيف في التعامل لم نعد نلجأ إليه ولم يعد مقبولاً في أيامنا هذه وقضي عليه إلى غير رجعة. والمطاوعة كما تستخدم في طب العائلة، تعني ردود فعل معقولة من قبل المريض للمقترحات والتوجيهات الطبية. وعند الاحتجاج عليها لأسباب اجتماعية أو جسدية أو شخصية فمن المنطقي أن يناقش طبيب العائلة الموضوعات قيد البحث مع المريض. فالمريض الذي لديه فرصة عدم المطاوعة، عندما يسأل غالبا ما يجيب على نحو واضح عن عدم رغبته باتباع خطة طبيب العائلة. وعلى سبيل المثال في كثير من

مواقع العمل، نلاحظ أن المريض الذي يحمل علبة أدوية يتناول منها الدواء ينظر إليه بأنه «هاوي» أدوية، وكثيراً من المشاهد الأخرى، التي تتبادر إلى الذهن منطقية كانت أم لا، تستحق البحث عن حلول بديلة أكثر فعالية لها. وإعادة المناقشة، بالاعتماد على النجاح المتزايد في المعالجة، هو الأساس في المتابعة. والنقاش العقيم مع أنه محبط للشخص، يجب أن لا نظنه فشلاً للطبيب إذا ما استمر المريض يزور طبيب العائلة. فكل مراجعة تعني الرغبة في التعامل. لذا فإن المناقشة ربما تنجح فقط بغياب الغضب ووجود النية الصادقة. فإن موقف طبيب العائلة الرحيم، الرحب الصدر والحميم، وغير المتهم، والمهتم بالمريض، ربما يذهب أشواطاً بعيدة في إقناع المريض الممانع أن يتقبل بعض المداخلات.

التوثيق... التوثيق... وجودة الرعاية:

التوثيق (Documentation) الزمني والملائم والدقيق لحالة المريض ورعايته هي جزء مكمل للممارسة الطبية. فالتفهم والتقدير للعلوم البيولوجية هما من أهم دعائم الرعاية الطبية. فآليات الحياة والمسارات التي تسير بها قد تكون معقدة مع أنها في النهاية تتجلى عبر مساقات عامة مشتركة. فيجب أن نصنف هذه الآليات ونؤقتها لإظهار أنماط تشير إلى سلوك محدد. إن المراجعة النقدية المتكررة وتلخيص شكاية المريض بين الحين والآخر يجعلان من السجلات الطبية أداة فعالة وقوية في الكشف عن عوامل مقنعة متفردة متعلقة بالحالة الصحية. فالمرضى الجديد الذي يأتي إلى عيادة طبيب العائلة يحتاج إلى جهد مستمر من قبل طبيب العائلة للحصول على سجل كامل عن كافة الاضطرابات الطبية السابقة. ومع أن السجلات الطبية (Medical records) مستودع للحقائق لكن يجب أن تكون مجرد حوار مستمر عن حوادث مضت، مع مبررات للرفض أو لتحقيقات أخرى. وهذه الأفكار يمكن أن تكون ذات قيمة لا تقدر للطبيب الممارس البديل أو من يحل محله في تقديم الرعاية. وإن القيمة القانونية للسجلات الطبية لا تقل عن قيمتها الطبية التي سبق الحديث عنها. فقد تكون أحسن صديق للطبيب. فالقانون لا يتوقع أن يكون طبيب العائلة كاملاً، ولا الأفضل. وما يطلب هو أن يكون تصرف طبيب العائلة وسلوكه يتلائم مع ما يقوم به طبيب منطقي في مثل تلك الظروف (حسب الاختصاص) وفي البيئة نفسها (القوانين المحلية) أو الظروف الطبية العامة (القوانين الوطنية العامة للممارسة)، لذا فإذا ما تضمنت السجلات مجموعة معقولة من المعلومات مع تفسير

لهذه المعلومات وتفاعل معقول معها، وإن كان ذلك خطأً، فإن ذلك يستبعد قضية الإهمال الطبي (سوء الممارسة الطبية). ويتضح أن السجلات الخاطئة أو الناقصة ربما تتحول إلى نقمة عند طبيب العائلة.

التمويل.. هل نغض الطرف عنه؟

ليس من الفضاظة مناقشة التدابير المادية مع مريض لديه مشكلة غير مشخصة أو مع أي مريض في وضع غير طارئ. فالمواجهة الصريحة حول كلفة المعالجة وطريقة الدفع، بما في ذلك التعديلات والحسومات المناسبة، أمر لا غنى عنها لمتابعة علاقة مستمرة وحميمة جيدة ما بين طبيب العائلة والمريض. ويجب أن تناقش كلما تطلبت الحالة تبديلاً ضرورياً في النفقات، كما يحصل في التبديل في أسلوب المعالجة أو حدوث مشاكل طبية مرافقة أو ضرورة إجراء اختبارات خاصة للمريض، فيجب إعلام المريض. وترك هذه الأمور للعاملين في العيادة مثل السكرتيرة قد تكون له مبرراته عند المريض المديد، ولكن على أن يحصل تواصل وتداول ما بين المريض الجديد والطبيب أولاً، فإنه من المثمر أن يجري نقاش ما بين طبيب العائلة والمريض مباشرة ومن دون حواجز عن التبدلات التي حصلت في طبيعة المرض والمعالجة وما يترتب عليها من أعباء مادية جديدة. وإن عدم تدخل طبيب العائلة في موضوع الأتعاب الطبية ينظر إليه بأنه تكبر وطمع. ففي مجتمع موجه على أساس الربح والمشاكسة ربما يؤدي ذلك إلى إزعاج متبادل وعداوة طويلة.

الوقت كالسيف، فهل يقطع الطبيب؟

لما كان إدراك قيمة الوقت هو أمر متعلق بالشخص وبطبيعة الموضع. فربما نفهم عدم التكافؤ في قيمة الوقت ما بين طبيب العائلة والمريض من اللحظة الأولى. فكل طريقة تسمح للمريض باغتنام الفرصة لأسئلة إضافية أو تسمح بتأخير المواعيد ربما تبرز قيمة الإعلان عن قيمة الوقت وضغوطه. وغالباً ما يقدر المرضى قيمة الوقت للطبيب سواء أكان ذلك ناجماً عن مساومة أم صورة من صور السحر أم مجرد الأدب والحشمة. إذ إنه ليس غريباً أن نجد أن أكثر الأشخاص المثقفين يؤجلون الاتصال الهاتفي بالطبيب في الطوارئ البسيطة والأمراض الخفيفة إلى

صباح اليوم التالي أو إلى ما بعد عطلة نهاية الأسبوع. وبالطبع فإن مثل هذا السلوك يجب أن لا يشجع كثيراً، وهو يعود إلى عدم التواصل الكلامي من قبل طبيب العائلة مثل صدى الكلمات الجسدية والصدى الواسع للمشي باتجاه مخرج العيادة، فعند كل مريض أسئلة بحاجة إلى جواب، وإن لم نجب عليها فقد يولد ذلك الإحباط وعدم المطاوعة لدى المريض وإن أفضل علاج لهذا الأمر هو الإصغاء الجيد للمريض وإرسال إشارات بأننا نصغي إليه.

التعليق الأخير: ماذا نفعل قبل التشخيص؟

إن التوجه الكامل للمريض الذي يعاني من مشكلة غير مشخصة مشحونة بعدم التأكد. فالمحادثة السريرية الطبية محاطة عادة بأسوار؛ وتلت المرضى الذين نقابلهم لأول مرة في ظروف غير طارئة لا يكون لديهم أدلة واضحة لتشخيص أكيد. وتخفيف الأعراض في مثل هذه الحالة هو الشيء الملائم، ونتابع هؤلاء كما لو كنا نتابع مريضاً ستظهر عليه علامات نمط لمرض ما في المرحلة ما قبل الإكلينيكية أو ما تحت الإكلينيكية. يجب أن نتذكر هنا أن تخفيف الأعراض يختلف من حيث المبدأ عن معالجة الأعراض ولو أن العمل قد يكون مقاوماً للتفريق. إن آليات المرض عديدة وربما توجد معاً أو أن تتداخل مع بعضها. فالأعراض نفسها أو أعراض متشابهة ربما تمثل الفيزيولوجيا المرضية لأكثر من كيان واحد. ثمة أعراض شاذة قد تكون جمعاً لأسباب عديدة، وتحسسات ذاتية واضحة قد تكون مؤشراً لحالة أخرى. وهذه الملاحظة لم يقصد منها وكأنها التنبؤ بالقضاء والهلاك المحتم. بل بالعكس فإنها تمنحنا توجهاً مفيداً نحو الثغرات والأخطار السابقة.

يجب أن يعامل طبيب العائلة المريض المشاهد للمرة الأولى أو صاحب المشكلة المرضية الجديدة وكأن لديه مشكلة غير مشخصة. ويجب أن يتجلى تفهم واسع المدى من قبل طبيب العائلة لإمكانات المرض، وكذلك قدرة طبيب العائلة على التحول الفكري، والتلاؤم بانجاء ما تشير إليه المعلومات الواردة من المريض. والعقلانية المعتمدة على الخبرة. ويجب أن نحسب كل الاضطرابات، وحتى التي أسبابها واضحة، بأنها غير مشخصة أو مصنفة كحالة نحتاج إلى اهتمام ومعالجة طارئة.

الفصل العاشر

التفكير الإكلينيكي وتديبر المشكلات

Clinical Reasoning and Problem Management

إن المشكلات الإكلينيكية التي يواجهها طبيب العائلة متفاوتة عن تلك التي تحدث في الاختصاصات الأخرى ذات المجال المحدود. يواجه طبيب العائلة عادة أمراضاً عارضة غير معروفة بصفة جيدة، وكذلك يواجه طيفاً واسعاً من الأمراض التي يستطيع التعرف عليها. إن هدف العملية الإكلينيكية في ممارسة طب العائلة مختلف أيضاً، فغالبا ما يصعب التوصل للتشخيص (والذي يعرف بأنه تحديد سبب مشكلة المريض)، وكثير من المرضى يصابون باضطرابات محددة لذاتها، لذلك يمكن عدم وضع تشخيص دقيق دائماً، ويكفي أحيانا أن ننفي توقع مرض خطير.

إن التفكير الإكلينيكي والحكم الإكلينيكي واتخاذ القرار الإكلينيكي هي العمليات التي يصل فيها طبيب العائلة إلى قراراته الإكلينيكية. وأهم مهارة في هذه العملية هي قدرة طبيب العائلة على تفريق الموجودات الحقيقية واستبعاد المعطيات الدخيلة وربط المعطيات لتحديد المشكلة الحقيقية، ثم تطبيق المعالجة الملائمة لتخفيف الأعراض أو إزالتها. لا ريب أن هذه العملية صعبة الوصف ويصعب كذلك تعليمها للآخرين، ومع ذلك فهي تستخدم وتطبق كاملة في كل تفاعل بين طبيب العائلة والمريض.

ولقد توجه الاهتمام نحو عملية التحكيم الإكلينيكي. وفي أيامنا هذه يمكن للمتدربين والممارسين لطب العائلة في أفضل الأحوال أن يأملوا بتعلم المهارات الضرورية أو الاستراتيجيات الضرورية اللازمة لمواجهة الكم الهائل من المشكلات الإكلينيكية المتفاوتة بطريقة منهجية. إن كثيرا من المشكلات الإكلينيكية معقدة جداً، والاختيارات العلاجية والتشخيصية المتوفرة عديدة ولذا يحتاج طبيب العائلة إلى

طريقة شاملة ذات بنیان محدد لمقاربة هذه المشكلات.

عملية حل المشكلات الإكلينيكية

لقد وضعت عدة نماذج لعملية حل المشكلات الإكلينيكية، ولكن استخدم عدد قليل منها في الممارسة اليومية. ثمة أربع خطوات لحل المشكلة السريرية وهي:

- 1 - جمع المعلومات أو تحديد الأدلة،
- 2 - وضع النظرية،
- 3 - تفسير المعلومات أو الأدلة،
- 4 - تقييم النظرية واختبارها.

إن المفاتيح هي معلومات (على سبيل المثال علامات أو أعراض أو نتائج مختبرية أو سلوك) يستخدمها الطبيب الإكلينيكي لوضع نظريات التشخيص وتقييمها وربما نسميها كذلك المؤشرات الهامة. وقد نحصل على المفاتيح من مصادر متفاوتة مثل العيادة والسجلات الطبية وعائلة المريض وطبعا من المريض. والأدلة التي نحصل عليها من المريض وعائلته نوعان : شفوية وغير شفوية. غالباً ما يراجع المرضى طبيب العائلة في المرحلة الباكرة من مشكلاتهم، لذلك يجب أن يألف طبيب العائلة عدداً أكبر وأوسع من المفاتيح مقارنة مع أي طبيب آخر، لأن الخطأ في هذه المرحلة يعني الفشل في تحديد المفاتيح الهامة المرتبطة بالمشكلة.

عادة ما يكون ثمة خطة غير مكتوبة وهدف محدد من كل سؤال يطرحه طبيب العائلة. يبدأ الطبيب الإكلينيكي الخبير عادة بالحصول على المعلومات التي تفيد بصورة عامة من دون أن يميز بين الأدلة الحرجة والأدلة التي قد تفيد. عندما يبدأ طبيب العائلة بالتركيز على نظرية تشخيصية محددة يزداد اهتمامه بالأدلة الرئيسية التي تفيد في التفريق بين النظريات المتفاوتة الموجودة.

إن العوامل الهامة التي تؤدي إلى وضع النظرية هي: انتشار المرض وتوقع حدوثه وشدته، والنظريات المطروحة هي الحالات التي يتوقع طبيب العائلة (من وجهة

نظره) أنها الأشيع كسبب للتظاهرات الإكلينيكية أي الأدلة الموجودة عند المريض عند وضع النظريات. وعندما توضع نظرية جديدة من المفيد أن نستعرض كل المعلومات التي حصلنا عليها سابقاً. يعتمد مدى دقة هذه النظريات يعتمد على مدى القوة أو الحسم في المعلومات التي جرى الحصول عليها.

يتضمن تفسير الأدلة كذلك الحكم على مدى توقع العلاقة بين الأدلة التي جرى الحصول عليها وبين النظريات التي جرت دراستها.

تتضمن الأخطاء الرئيسية التي قد تحدث في مرحلة تفسير الأدلة:

1 - **المبالغة في التقدير أي تفسير الأدلة بأنها خطيرة بينما هي غير ذلك، أو**

2 - **تقدير الأدلة أقل من قدرها، أو**

3 - **خطأ التفسير أي تفسير الأدلة بأنها تفسر نظرية معينة بينما هي تدعم بالواقع، نظرية أخرى تماماً. بعد تعديل النظريات وتنقيحها يجري تجميع الأدلة التي جمعت سابقاً في نماذج تؤكد النظرية أو تستبعداها.**

يتضمن تقييم النظرية واختبارها تجميع الأدلة التي يمكن تفسيرها حيث تفسر اختياراً تشخيصياً واحداً من الاختيارات البديلة التي وضعناها. وربما تستخدم عدة قواعد من قواعد اتخاذ القرار لتأكيد النظرية أو نفيها وذلك بأن نقارن بين الأدلة الموجودة عند المريض مع الأدلة أو النماذج التي تلائم النظرية التشخيصية المدروسة. لقد وصفت كثير من قواعد اتخاذ القرار هذه ولكنها كلها تعد غير قابلة للتطبيق الإكلينيكي.

اتخاذ القرار الإكلينيكي:

إن المظاهر الرئيسية هي وجود شجرة قرارات، والتحديد الكمي لتوقع نتيجة ما نتيجة العمل الذي نقوم به، والتحديد الكمي لقيمة النتيجة، وهو يفصل بين القيمة وبين توقع الحدث.

سندرس في مايلي مثلاً نظرياً عن ذكر عمره 35 سنة راجع طبيب العائلة

وهو مصاب بسعال منتج لكمية قليلة من البلغم الأخضر منذ ثلاثة أيام. لايعاني المريض من ارتفاع الحرارة ولكنه منزعج من السعال (Cough) ولاسيما في الليل، وهو مدخن باكيت كل يوم، ويعمل في تركيب الأنابيب في ميناء، متزوج ولديه ولدان، ومشترك في برنامج التأمين بوساطة موضع عمله، ولا يوجد لديه سوابق مرضية هامة. أظهر فحصه الجسماني مايلي: ذكر ممتلئ الجسم غير مصاب بارتفاع الحرارة، ولايوجد انزعاج ظاهر ولاتوجد علامات هامة موضوعة. طلب المريض من طبيب العائلة أن يصف له دواء لهذا السعال.

إن أول قرار ينبغي للطبيب أن يتخذه هو أن يحدد: هل يجري استقصاءات ثم يعالج، أم يعالج فقط من دون استقصاءات. وأما القرار الثاني فهو: إذا كان يعتقد أن المعالجة ضرورية أو كان يرغب بتجربة المعالجة فيجب عليه أن يقرر ما نمط المعالجة التي سيطبقها من بين اختيارات المعالجة المتفاوتة المتوفرة. إن النتائج المتوقعة لهذه القرارات هي تحسن حالة المريض أوازديادها سوءاً إن الافتراضات التي وضعت هي التالية:

- 1 - الاختبار التشخيصي الذي يؤثر على عملية القرار هو صورة الصدر. إن الاختبارات أو المعالجات تعتمد على نتيجة صورة الصدر
 - 2 - إذا وجد اضطراب في صورة الصدر فستجرى اختبارات إضافية ويعطى المريض معالجات إضافية.
 - 3 - لا تتضمن المعالجة المضاد الحيوي الملائم فقط لسبب الإصابة بل كذلك تشمل مضادات السعال التي تخفف الأعراض.
- لقد ظهر باستعراض الوبائيات ما يلي:

1 - تكرر حدوث عدوى السبيل التنفسي العلوي الجرثومية المنشأ عند الكهول هو 10-5٪.

2 - إن حساسية صورة الصدر البسيطة في كشف العدوى (Infection) داخل الرئة هي (10-20)٪ الحساسية تشير إلى نسبة المرضى الذين كشف لديهم المرض بإجراء صورة الصدر).

3 - إذا كان إعطاء الصدر سوياً بفحص الرئة فهذا يستبعد وجود التهاب رئة في أكثر من 95٪ من الحالات.

4 - فحص البلغم بملون جرام (Gram-stain) يشير إلى وجود التهاب بلعوم بالعقديات (Streptococcaceae) في 73٪ من المرضى. في أحسن حالاته يميز زرع البلغم وجود التهاب الرئة بالمكورات الرئوية في 55٪ من الحالات.

هذه الطريقة سهلة الشرح وشاملة ومفيدة نظرياً في إتخاذ القرارات المعقدة، ولكنها لم تثبت بعد أنها عملية، فهي مستهلكة للوقت، وعادة ما لاتتوفر الاحتمالات المطلوبة لمعظم المشكلات الإكلينيكية الشائعة، أو أن الأرقام الموجودة لايعول عليها، ولكن هذه الصعوبة الأخيرة صعوبة مشتركة بين هذه الطريقة والطريقة التقليدية لتحليل القرار وصنع القرار الإكلينيكي. وفي كل مرة نريد أن نحل مشكلة إكلينيكية يجب أن نضع بالحسبان الاحتمالات الممكنة، وغالباً ما تكون هذه الاحتمالات شخصية. ولانستطيع أبداً أن نضع تقدير الاحتمالات الشخصي هذا موضع المعطيات الطبية الموضوعية المتوفرة في كل الأحوال. إن أهم جانب ربما يسهم فيه استخدام تحليل القرار هو تقييم قدرة طبيب العائلة على تقدير الاحتمالات وتحسينها. ولايتضح كيف يمكن ضم قيم المريض والعائلة والمجتمع إلى هذا التحليل.

تستخدم طريقة تحليل القرار في بعض المشكلات الإكلينيكية فقط، وهي:

- 1 - المشكلات التي يكون فيها التابع مهماً، والاختيارات المتوفرة التي ربما تؤدي إلى اختلافات هامة في النتائج،
- 2 - وطريقة التحكيم الطبي التقليدية التي لا تستطيع أن توضح مسار العمليات المفضل بسهولة،
- 3 - عند وجود سبب منطقي لعدم الاعتماد على الأسلوب التقليدي والقاعدة الإكلينيكية أو شجرة القرار لحل المشكلة.

المعرفة والمهارات اللازمة:

إن المهارات والمعارف المطلوبة هي نفسها لتحديد المشكلة ووضع النظرية، وكلها تتطلب معرفة مهارات التعامل مع الناس لجمع المعلومات والقدرة على جمع أجزاء المعلومات لتشكيل صورة متكاملة. إن وجود سعال منتج مع غياب الحمى

وغياب علامات إكلينيكية هامة في المثال الذي أوردناه يوحي بوضع نظرية «التهاب قصبات»، إذا كان المريض يعمل على تركيب الأنابيب في ميناء سفن إذ ربما يتعرض للأسبستوس فقد توحى هذه الأعراض بوجود مرض مهني (احتمال تشخيصي آخر). إن فهم المشكلة ووضع النظرية يتطلبان كلاهما قدرا هاما من المعرفة الطبية والمعرفة النفسية الاجتماعية. إن معرفة طبيب العائلة لنفسه مهمة بالقدر نفسه لأن مشاعره وقيمه والأشياء التي يفضلها تؤثر في كل مستويات عملية اتخاذ القرار.

في مرحلة تقييم النظرية واختبارها ينبغي لنا تطبيق استراتيجيات بحث بالاعتماد على ما يلي:

- 1 - معدل حدوث المرض (أو انتشاره)،
- 2 - المواصفات الخاصة بالاختبار الذي جرى اختياره (الحساسية، النوعية، القدرة على التنبؤ)،
- 3 - سلامة المعالجات المتوفرة وفعاليتها،
- 4 - التكلفة النفسية والمالية للوصول للتشخيص:

إن كلفة تشخيص سبب السعال في رجل عمره 35 سنة ليست لديه أعراض أوعلامات أخرى يختلف عن تكلفة التشخيص عند شخص من العمر نفسه لديه نفث دم ونقص الوزن وحرارة. تختلف استراتيجيات التشخيص المطبقة في الحالة الأولى عن تلك التي تلائم الحالة الثانية وتتلائم مع توقع المرض حسبما يراه طبيب العائلة. يجب أن نأخذ في اعتبارنا كذلك.

5 - مصداقية التحاليل: (على سبيل المثال صورة الصدر، فحص البلغم بملون جرام) وتكلفتها وبدائلها. يجب أن نسأل أنفسنا هل ستعطينا هذه الدراسات معلومات هامة؟ هل ينبغي للمريض أن يتحمل إجراءات التشخيص أكثر مما يتحمل المعالجة التخبرية (Empiric)؟ هذه الأسئلة هي الأسئلة المعتادة في اتخاذ القرار التقليدي ونحن نعتزف أنه يصعب أن نضمها إلى شجرة القرارات بالطريقة التي عُرضت، ولكن يكفي أن نستطيع تحديد وتوضيح كل العوامل التي تؤدي دوراً في عملية حل المشكلات.

- عندما نريد أن نقرر هل الفعالية التي اخترناها تستطيع أن توضح المشكلة الإكلينيكية أم لا يجب أن نضع في حسابنا مايلي:
- 1 - الاستراتيجيات التشخيصية والعلاجية المتوفرة،
 - 2 - الاحتمالات الممكنة أي ما احتمال أن تؤدي الاستراتيجية التشخيصية إلى وضع التشخيص النهائي،
 - 3 - القيم الكمية: أي ما قيمة أن نعرف أن هذا المرض موجود أو لانعرف ذلك.

ونؤكد على الجوانب الكمية من هذه العملية، ولكن يميل الإكلينيكيون عادة إلى استخدام ما يدعى بمقياس التوقع أي احتمال التشخيص أو توقع النتائج نتيجة استخدام استراتيجية معينة. وهو المقياس التالي:

غير محتمل، ثمة احتمال قليل، قريب الاحتمال. غالباً ما يعتمد هذا الأسلوب على التجربة السابقة مع هذه المشكلة أو مع مشكلات إكلينيكية مشابهة أو على تجارب الزملاء أو المستشارين.

إن مرحلة اختيار التشخيص أو المعالجة هي المرحلة التي تجري فيها المصادقة على القرار الإكلينيكي خلال تحليل الحساسية الرسمي أو غير الرسمي. يختبر تحليل الحساسية ما مدى تغير النتائج أو القرار عندما تتغير احتمالات الأرقام والقيم ضمن مجال مقبول. كيف يتغير قرار طبيب العائلة إذا كانت الأعراض متفاوتة أو إذا كانت عودة المريض إلى عمله بسرعة غير ضرورية؟ هل يختلف الأسلوب إذا كان لدى المريض تجربة قريبة الأمد (على سبيل المثال إصابة صديق أو فرد من أفراد العائلة بسرطان الرئة)؟ إذا وجدنا نتيجة إجراء هذا التحليل أن تغير هذه العوامل أو عوامل أخرى يؤدي إلى تغير القرار الأمثل يجب أن يجري إجراء تقييم رقمي أكثر دقة. قد ينبغي لنا إضافة العوامل التي استثنيناها سابقاً من التحليل ودراسة تأثيرها على القرار. قد تتطلب عملية اتخاذ القرار هذه إجراء سلسلة من الزيارات، وهنا، يصبح عنصر الوقت أو الانتظار والمراقبة اختياراً علاجياً أو تشخيصياً هاماً مع أنه لا ينظر إليه دائماً على هذا الشكل.

إذا أردت أن تعرف المريض حقاً يجب أن تفهم جيداً موارده الشخصية والعائلية وحتى الاجتماعية. يجب معرفة هذه الجوانب في تحديد المشكلة ووضع

النظرية وتقييم النظرية واختبارها. عندما نختار طريقة من بين الاختيارات العلاجية الممكنة يجب أن نكون على علم بالموارد المتوفرة للمعالجة. ما الموارد الضرورية (المالية، العاطفية... وغير ذلك)؟ هل يمكن لهذا المريض أن يحصل على إجازة من عمله مع التعويض المناسب، وكم تستمر هذه الإجازة؟ ما الموارد الموجودة في العائلة أوفي المنزل وما الموارد الأخرى المتاحة في مجتمع المشكلة؟ لكي يميز طبيب العائلة الموارد الاجتماعية الملائمة يجب أن يتواصل مع المنظمات الاجتماعية في موضع عمله أو بالعاملين في حقل طب المجتمع. يتطلب تحديد الموارد واستخدامها وتنسيقها يتطلب وقتاً وصبراً، كما يتطلب وجود مهارات تواصل جيدة.

إن التواصل والمفاوضات عناصر شائعة في عملية اتخاذ القرار. ربما لا نغفل عن عناصر هذه العملية قدرات طبيب العائلة على ترجمة المعلومات الإكلينيكية إلى مصطلحات ينبغي للمريض والعائلة أن تفهمها ومناقشة القرارات وتوضيحها وتعديل الاستراتيجيات الإكلينيكية وفقاً لها. في هذه المرحلة فإن المهارات الاجتماعية (مهارات التعامل مع الناس) ومعرفة طبيب العائلة لقيمه وقيم المريض تؤديان دوراً هاماً.

اختيار نموذج حل المشكلات المناسب:

لا يوجد أسلوب محدد لحل المشكلات يعدُّ خيراً من غيره، ويعتمد اختيار النموذج على مدى سهولة تعلمه، ومدى إقناعه، وقدرته على إيصال المهارات والمعرفة الضرورية في كل مرحلة من مراحل حل المشكلة، كذلك يجب أن نستطيع خلال هذا النموذج نقل طريقة تفكيرنا بسهولة إلى الآخرين وأن نستطيع تقييم دقتها وتكلفتها وفعاليتها، وأن تكون مقنعة وتوافق ما يفضله المريض (توقعات المريض).

يمكننا أن نقرر إلى أي درجة يجب أن نستخدم الطريقة الرسمية المعتمدة في تحليل القرار في مشكلة إكلينيكية ما بالاعتماد على العوامل التالية: الوقت المتوفر للتفكير، قيمة اتخاذ القرار إكلينيكياً، ومدى تعقيد العوامل التي تؤثر في القرار. قد

يكفي في معظم المواقف الإكلينيكية الشائعة لتوضيح المشكلة أن نحدد المشكلة ونعدد البدائل المتوفرة للحل وعقابيلها الممكنة وربما كذلك أن نصنع شجرة قرار بسيطة. يوجد في الأدب أساليب كثيرة نصف كمية وكمية تستخدم لاتخاذ القرار في بعض المشكلات أوروبما تستخدم في الاجتماعات الإدارية.

الاستشارة وإحالة المريض:

يمكن تدبير معظم المشكلات، ولكن نحتاج أحيانا لرأي إضافي من اختصاصي في مجال محدد. لم تلق علاقة الاستشارة هذه كثيرا من الاهتمام في ماكتب حول حل المشكلات. عادة ما يطلب طبيب العائلة رأي طبيب آخر عندما يكون على ثقة بأن معرفته بالمشكلة الإكلينيكية محدودة. يجب أن نعترف أن ممارسة الطب الدفاعي (Defensive medicine) تؤثر على تكرار خدمات الاستشارة وضرورتها، وأن طبيب العائلة يمكن أن يعمل على نحو أفضل وأن يتعلم أكثر من الاختصاصي المستشار إذا كانت تساؤلاته الإكلينيكية محددة بدقة.

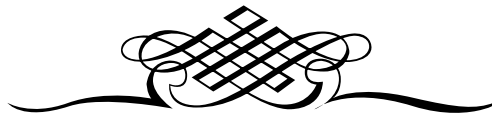
إن طلب الاستشارة من طبيب العائلة الاختصاصي لايجبر طبيب العائلة على متابعة توصيات هذا الاختصاصي. إن هذين الطبيبين يتعاملان مع الوضع من منظورين مختلفين فالاختصاصي المستشار يركز على المرض بينما يركز طبيب العائلة على الإنسان المريض، ولكن يستطيع طبيب العائلة الخبير أن يدمج ما بين رأي المستشار وما بين معرفته الأكثر احتمالاً بالمريض، وهنا، ينبغي أن يراعي مدى قدرة المريض والعائلة والمجتمع على دفع تكاليف التشخيص والمعالجة من الناحيتين المالية والعاطفية؟ وما مدى احتمال الوصول إلى التشخيص النهائي بتقييم الأعراض والمعالجة؟ وأن يفكر بتطبيق استراتيجية التفكير والمراقبة لمدة كافية.

عندما يتطلب تدبير المريض مهارات تخصصية ولا سيما الجراحات الكبرى يجري تحويله عادة إلى الاختصاصي المناسب، إن تحويل المريض قد يعني طلب

النصيحة فقط، ولكن قد يعني كذلك أن الاختصاصي سيساعد في التدبير، أو أن صلاحيات التدبير ستنتقل له كليا. في كلتا الحالتين يجب أن ينتقل طبيب العائلة إلى دور الناصح والمحمي ومنسق الرعاية، وهو مصدر للتحويل إلى الاختصاصي.

«ينبغي لأطباء العائلة أن يقوموا بالتنسيق والتدبير لمدخلات الأطباء المختصين والاختصاصيين الآخرين العاملين في المحل الصحي، ويجب عليهم أن يتعاملوا مع المشكلات المتعددة بطريقة منظمة، وأن يحولوا الشكوى العامة إلى مواقف واضحة للمريض وعائلته، وأن يتحملوا مسؤوليتهم الشخصية في حماية مصالح المريض أثناء وضع مسيرة المعالجة والتوصيات واستخدام الطرق المختلفة. ينبغي لطبيب العائلة أن يشرح للمريض القيمة النسبية للتوصيات التي وضعها الاختصاصي وكيف ربما ترتب حسب الأولوية. ويتحمل طبيب العائلة كذلك مسؤولية صعبة معنويا إذ يجب عليه أن يحمي مريضه من فرط حماس الاختصاصيين لبعض التقنيات، وأن يوجهه إلى البدائل الأخرى المقبولة والتي توازيها في الفائدة».

إنَّ المفتاح الكافي لتدبير المريض ليس دقة التشخيص فحسب بل كذلك اختيار المعالجة السليمة أيضا. إن طريقة اتخاذ قرار المعالجة هام بقدر قيمة توصيله للمريض والتفاهم معه على تنفيذه. إن النتائج المرغوبة من حل المشكلة الإكلينيكية ليست فقط استعادة صحة المريض بل كذلك رضاه وتفهمه ومستوى مشاركته هو وعائلته في اتخاذ القرار النهائي.



الفصل الحادي عشر

التدخل في الأزمات

Crisis Intervention

يمكن تعريف الأزمة (Crisis) بأنها: «حالة ذهنية تؤدي إلى ضعف الوظيفة تحدث نتيجة رد فعل الشخص تجاه بعض الأحداث التي يعتقد أنها تكون خطراً عليه وتشعره بأنه فاقد العون وعاجز عن التعامل بكفاءة مع الوضع بالطرق المعتادة».

يستطيع طبيب العائلة أن يضيف على التعريف عبارة «حالة جسدية تؤدي للضعف» لأن معظم النوائب التي نراها تتضمن شكوى عضوية مع مشغرات على وجود الإجهاد النفسي أو من دونها. ثمة عدة مواقف يعتبرها بعض المرضى وعائلاتهم أزمات مثل الحزن والحداد (Bereavement) أو فقد محصول الحمل أو العنف ضمن العائلة. غالباً ما يكون طبيب العائلة أول من يعرف بالنائبة ويتحمل مسؤولية التدبير البدني لهذه الحالات. ثمة مبادئ لتدبير الأزمات ربما تساعد أطباء العائلة في مقاربتهم لهؤلاء المرضى، ينبغي للطبيب أن يدرك ردود الأفعال النموذجية التي تحدث عادة عند مواجهة مثل هذه الحالات، ويجب أن يكون قادراً على شرح مجال الاستجابة السوية وإعطاء الإرشادات المتوقعة، يمكن طبيب العائلة أن يقيم مريضه وأن يساعده في العودة إلى حياته الوظيفية واستعادة شعوره بالسعادة إذا استطاع رعاية شكاواه الجسمية والعاطفية معا.

مبادئ تدبير الأزمات والنوائب:

معظم الأشخاص الذين يتعرضون للأزمات لا تكون لديهم مشكلات نفسية سابقة، ولكنهم يفقدون قدرتهم على تدبير المشكلة الموجودة وحلها، وكثيراً ما

يتعرض المريض للضغوط نتيجة وجوده في إحدى مراحل العبور النمائية (على سبيل المثال مراهقة، زواج، طلاق.. وغير ذلك)، وينظر الإنسان إلى هذه المشكلة الجديدة بأنها تهديد لبقائه (استمراره) شخصياً وعائلياً، سواء على المستوى الجسدي (الفيزيائي) أم على المستوى النفسي، ولذا تحصل له أزمة، يجب أن يحدد طبيب العائلة قيمة أي من هذه الأحداث ضمن واقع المريض ووضعه وأن لا يفسره خلال إطار عمله أو حياته كطبيب. إن النواذب تقدير شخصي، وقد يصعب على طبيب العائلة إدراك تأثير الحدث كما يدركه المريض.

إن تقييم المشكلة هو الخطوة الأولى في التداخل على النائبة، يجري بعد التقييم وضع التدخل وفي هذه المرحلة يجب أن نضع بالحسبان الوقت الذي انقضى على الحدث المسبب للأزمة، ودرجة الاستياء الناتجة عنه، ومهارات التكيف (مهارات تدبير المشكلات) التي استخدمها المريض سابقاً، وأما الخطوة الثانية فهي تحديد مهارات التكيف الموجودة عند المريض، وهذه الخطوة هامة لأنها تنبه المريض إلى الموارد التي استخدمها سابقاً سواء الداخلية أم الخارجية، وربما تؤدي إلى نمو إحساسه بالسيطرة على الوضع وتحسن نظرتة إلى ذاته، وأما الخطوة الثالثة فهي تطبيق عملية التداخل، وبهذا يساعد المريض على فهم المشكلة عقلاً وواقعياً والعودة إلى حالته الوظيفية السابقة. وأما الخطوة الأخيرة في مشورة التداخل على المشكلات القصيرة الأمد فهي تقييم المستوى الوظيفي الذي جرى تحقيقه.

ربما يقوم طبيب العائلة بدور فعال في تسيير عملية حل المشكلات، وأن يبسر إجراء المشورة القصيرة الأمد، إذا لم يكن لدى المريض آليات تكيف سابقة أو إذا كانت هذه الآليات غير فعالة فينبغي للطبيب أن يجد آليات جديدة، وهنا، يجب أن ينتبه إلى انحيازه الشخصي وإلى نظرتة إلى الحادث المسبب للأزمة. ثمة بعض الموضوعات التي تسبب الكرب أو الإجهاد للطبيب وتعيق دوره الفاعل في تدبير الأزمة، وهنا، يجب أن يقوم بتحويل المريض إلى جهة أخرى لتقديم الرعاية بطريقة داعمة، وحيث لا يشعره بأنه مرفوض، ويمكن للإحالة المتسارعة من دون شرح أن تزيد إحساس المريض بالذنب ولاسيماً في الانتهاك الجنسي، وينقص احترامه لذاته ويزيد من إحساسه بأنه لا يستحق الحياة.

الموارد الموجودة في المجتمع:

يجب أن ننتبه إلى تبدلات مواقف الناس تجاه الأشخاص الذين يطلبون المشورة، وفي المصائب الواسعة تعد معالجة النوائب قاعدة وليست استثناء، إن استخدام جلسات مشورة الزملاء (Peer counseling) أو مجموعات الدعم أو برامج الدفاع أو التأييد تفيد في إزالة وصمة العار التي تلحق بالمرضى لإصابته باضطراب نفسي وتؤمن الدعم والعزاء للأشخاص المعرضين للكرب، إن تصميم المجموعات بالاعتماد على المستشفى (تصميم المجموعات حيث تضم الأشخاص المراجعين لمستشفى واحد للمشكلة نفسها) يؤمن للمريض فرصة الحصول على المعلومات الطبية وعلى الدعم النفسي معاً، ولا يمكننا أبداً أن نقلل من قيمة التحدث مع شخص مرّ بالتجربة نفسها التي تعاني منها، ولكن يجب ألا نحسب هذا هدفاً وقاعدة دائمة يجب تحقيقها. إن مشاركة طبيب العائلة في برنامج تدبير الأزمات والأزمات في المستشفى وفي المجتمع يقدم فوائد هامة، ينبغي لطبيب العائلة أن يدرك فلسفة البرنامج ونوعية الخدمات المقدمة فيه، إن اشتراك طبيب العائلة مباشرة يؤمن الدعم للمجموعة ويساعده على متابعتها، ويساعد في الحصول على معلومات تفيد في رعاية المريض.

تدبير النوائب والأزمات:

تقييم المريض والمشكلة:

- 1 - يجب أن تحصل على تفاصيل كافية حول الحدث المسبب للنائبة وأن تفهم معناه بحسب المريض.
- 2 - حدد حالات الكرب التي مرت في حياة المريض سابقاً، اسأل عن سوابق القبول في مصحة نفسية أو مركز للصحة النفسية أو مشكلات إدمان المخدرات.
- 3 - قيم نوعية آليات التكيف عند المريض ونظام الدعم الاجتماعي المتوفر له.
- 4 - اطلب معلومات ديموغرافية مثل الدين وحالة الزواج والعمل وظروف العمل.
- 5 - قيم المريض وابعث عن فرصة لجوئه للانتحار أو ارتكاب جريمة.
- 6 - استقص مدى فائدة آليات التكيف السابقة وناقش الحلول الممكنة.

تنفيذ التدخل (Intervention):

- 1 - ساعد المريض على تفهم الحدث ونتائجه على نحو عقلائي.
- 2 - ساعد المريض على التعرف إلى مشاعره الخاصة بالأزمة.
- 3 - ساعد المريض في تنفيذ الحلول المتفق عليها.

تقييم الوظيفة بعد التدخل:

- 1 - قيم درجة تفاعل المريض مع المجتمع ونوعية هذه التفاعل.
- 2 - حدد التأثيرات الباقية للنائبة وقيم مدى حاجة المزيد من المعالجة.

لقد ازدادت مجموعات الدعم المجتمعية على نحو ملحوظ، وتعمل هذه المجموعات على تجميع الناس معاً لتؤكد على حقهم وحاجتهم للحزن في مجتمع لا ينظر إلى الحزن المرافق لفقد محصول الحمل بأنه أقل من الحزن الناتج عن ولادة مريض «بالكاد أنك عرفت أنك حامل» أو ليس مثل الحزن المرافق لموت الطفل بعد فترة من ولادته «هذا لا يشبه موت الطفل الحقيقي» أو «على أقل تقدير أنت لم تعرفيه بصفة جيدة ولم تعيشي معه» ولا يقول للأم «ما زال لديك أطفال آخرين» إن الموت المتوقع لا يعني أن العائلة لن تمر في عملية الحزن، لقد أثبتت الدراسات حول الصحة النفسية والعاطفية للآباء الذين جربوا موت طفل من أطفالهم أن عملية الحزن لا تختلف سواء أمات الطفل فجأة أم مات بعد إصابته بمرض مزمن.

ينظر الناس إلى العاملين في حقل الرعاية الصحية على أنهم مصدر هام لدعم المريض في الحزن، ولكن بعض هؤلاء العاملين الصحيين لا يمكنهم الوفاء بتوقعات المريض.

عملية الحزن:

إن الحزن (Grief) استجابة سوية لفقد شيء أو شخص له مكانة عندك. وتختلف شدة الحزن من شخص لآخر، ولكن كما ذكرنا أعلاه يجب أن تفسر دائماً ضمن منظور المريض وواقعه، ثمة خطر من تقسيم الحزن إلى سلسلة من المراحل تستغرق كل منها وقتاً محدداً، لأنه هذه التقسيمات لا تعكس دائماً ما يحدث حقاً، وربما تؤدي بالطبيب الجدي لعدم فهم المريض، إن مراحل الحزن ليست متتابعة

دائماً. وبعضها قد لا يمكن تمييزه أبداً عند بعض المرضى، إلا أن عدم تتابع الأحداث لا يعد بالضرورة مشعراً على أن رد فعل المريض قد أصبح مُرضياً، ومن المفيد أن نفهم مراحل هذه العملية لأنها تساعدنا في التخطيط لإجراءات الدعم على النحو المناسب.

ينبغي لطبيب العائلة أن يميز مراحل الحزن، فهل تعرف ما هي؟

مراحل الحزن:

تسمى **المرحلة الأولى** الإنكار أو الصدمة، إذ يشعر الناجون بالخطر، ولا يستطيعون فهم حقيقة ما يجري، تحمي هذه الآلية الناجين (بطريقة ما) من الألم الناتج عن فقدان وتسمح لهم بمتابعة حياتهم اليومية، ربما نشاهد في هذه المرحلة الشكوى الجسمية التالية: الشعور بغصة في الحلق، وصعوبة البلع، ضيق النفس، الغثيان، الشعور بأن الصدر أو البطن فارغين، ربما يشعر المريض بأنه فاقد العون وفاقد التنظيم ومصاب بالدوخة.

أما **المرحلة الثانية** فهي مرحلة التكيف مع الحزن السوية، إذ يزول الخدر ويصاب المريض بالاكتئاب، وتظهر مشاعر متفاوتة منها الغضب، والإحساس بالذنب، واليأس، والشعور بالعار، ونقص احترام الذات. وقد يشكو المرضى من التعب وفقد الشهية، والأرق، وفراغ الرأس، ويبكي، وينقص وزنه، وتظهر عليه المظاهر الجسمية الأخرى للقلق، وبعد فقد العزيز يجب أن يعود الإنسان من دون الشخص الميت، وأن يعيش خلال السنة التالية مع كل ما يذكره بالميت، مثل أعياد الميلاد، الذكرى السنوية للفرص الهامة في حياتهما، والإجازات. إن الذكرى السنوية لموت الشخص العزيز مناسبة تسبب الألم وقد تكون الأسابيع السابقة لها أكثر صعوبة من ذكرى موته الفعلية.

غالباً ما يشاهد طبيب العائلة أسرة الشخص الذي يمر في مرحلة الحداد خلال السنة الأولى ويجب أن يتذكر أن الشكوى المتعلقة بالحزن قد تستمر لسنة أو سنتين بعد موت الشخص العزيز، وأنها قد تعاود وتستمر فترة مهمة من الوقت خلال عملية الحزن السوية. لا يفهم الناس كثيراً مدة هذه العملية، ولذا ينبغي للطبيب أن يعتني بالشخص الحزين وأن يدعمه، وكذلك أن يشرح عملية الحزن

للعائلة ولرب العمل لمصلحة المريض.

أما **المرحلة الأخيرة** من الحزن فهي مرحلة الزوال وهي تحدث عندما يعيد المريض تنظيم حياته، ويشعر أنه قادر على التفاعل ثانية وأنه قادر على أن يعيش في هذا العالم ويخطط للمستقبل. ولا ينسى المريض حزنه، ولا تختفي الذكريات في هذه المرحلة، ولكن قد يشعر بالذنب، لأنه يحس أن زوال مشاعر الألم هي قلة احترام لذكرى الشخص الميت. وفي هذه المرحلة تبقى مشاعر الحزن أثناء الذكرى السنوية للوفاة متوقعة.

يجب أن ينتبه طبيب العائلة إلى أن المريض سيحاول التشبث بالذكريات المؤلمة إلى أبعد مما يتطلبه الشعور بالولاء للميت، وينبغي للطبيب أن يخفف من وطأة هذه الطريقة التي يستخدمها المريض لحل مشكلته بأن يناقش موضوع الشعور بالذنب، وأن يشير إلى أن الذكريات والصور والتذكارات العائلية تساعد في حفظ ذكرى الميت في أذهان أفراد العائلة، ويمكنهم استعادتها عندما يرغبون بذلك. يجب أن نذكر قصة الوفاة ضمن قائمة مشكلات المريض، وفي سجل ما قبل الولادة، أو في سجل المستشفى لعدة أسباب، إن سبب الوفاة بحد ذاته قد يكون عاملاً مهماً يؤثر في التدبير الطبي المستقبلي للمريض ولعائلته أيضاً. إن تذكر تاريخ الوفاة يساعد طبيب العائلة كذلك على تشخيص ردود الفعل الخاصة بالذكرى السنوية، وأحياناً ربما يحول المريض ليحصل على بعض المشاورات التوقعية في المستقبل، إن تسجيل هذه المعلومات يشعر المريض بأن طبيبه يقدر قيمة وفاة شخص مهم على حياة مريضه.

ربما نعرف الحزن غير المنصرف (Unresolved grief) بأنه فشل المريض في السير عبر مراحل عملية الحزن السوية، وهنا، يستمر المريض بإنكار موت المريض ولا يمكن أن يتكلم عن الميت من دون أن يشعر بانزعاج شديد، يستمر الضجر وهو من تظاهرات المرحلة الثانية من عملية الحزن، ولا يستعيد المريض قدراته الوظيفية السابقة أبداً، وهؤلاء الأشخاص غالباً ما يكونون من أعمار أصغر، وقلماً يكونون قد حضروا طقوس الجنازة، ويكونون أكثر اكتئاباً. إن قيام طبيب العائلة بدور فعال في هذه العملية يجعلنا نميز هذه المجموعة باكراً ونقدم لها المعالجة المناسبة.

إن دور طبيب العائلة في عملية الحداد معقد وربما يتعدّد أكثر إذا كان قد اشترك في رعاية الميت، يجب أن تجري مناقشة هذه المشاعر مع الزملاء الداعمين باكراً فهذا يساعد طبيب العائلة على اتخاذ القرار الملائم حول إحالة المريض. ينبغي للطبيب في البداية أن يتولى المهمة الصعبة وهي تأمين المشورة الداعمة حول ما يجري في أثناء فترة توضيحيه لمشاعره الذاتية المرافقة لعملية الحزن ومعاناته نتيجة لها. يجب أن يتحرى الشكوى الجسمية الموجودة، وأن تناقش لكي توضع ضمن منظور ملائم. قد تحتاج العائلة إلى تحديد مهارات التكيف، وحضور جلسات مجموعات الدعم ومعالجة العائلة أو معالجة الأفراد في أوقات متفاوتة أثناء سير هذه العملية. يجب أن تجري مناقشة أي إحالة مع المريض حتى لا يشعر بنقص الاهتمام أو بالرفض.

ثمة بعض الاعتبارات الخاصة التي جرت مناقشتها في ما نشر حول مشورة الحداد بعد فقد محصول الحمل أو بعد موت الابن نتيجة لمتلازمة موت الرضيع المفاجئ أو نتيجة لحادث. كذلك تكون مشورة الحداد بعد الانتحار أو بعد الموت المتوقع تحدياً هاماً أمام طبيب عائلة.

الشكوى الجسمية التي يذكرها الأبوان في مرحلة الحداد في فقد محصول الحمل هي: الأرق - قلة الشهية - الهلاسات البصرية أو السمعية - التعب - نوب الهستيريا - تفاقم الأمراض المزمنة (مثل الربو أو التهاب القولون) - الشعور بفراغ الرأس - البكاء - التهديد - فراغ البطن - الألم في الذراعين - الضيق في الصدر - الغثيان.

ثمة مشاعر قوية تربط الوالدين مع الجنين قبل الولادة، ولذا تحدث استجابة حداد هامة عند فقد محصول الحمل أو موت الجنين أو الوليد، ولسوء الحظ لا ينتبه المجتمع كثيراً لحزن الوالدين وإحساسهما بالفقدان، وقد يقع طبيب العائلة في الفخ نفسه. ينبغي للطبيب أن يتعامل مع حالات الموت غير المتوقع في العيادات إذ إن الوفاة غير شائعة. ويجب عليه كذلك أن ينتقل إلى دور مقدم المشورة وهو دور غير مريح، ويجب عليه أن يتحمل غضب الشخص المفجوع وأن يتعلم هو ومرضاه أن

يتقبلوا أن ثمة حدوداً للطب . يجب أن نتذكر أن مستويات ارتباط الوالدين تختلف من حالة لأخرى، وكذلك تختلف طرق تفجعهم نتيجة فقد أطفالهم. إذا انتبه طبيب العائلة لهذه الحركيات يمكن أن يتكلم مع كلا الوالدين وأن يقيم ردود أفعالهما وأن يساعدهما على ترابط عائلتهما. يجب أن ينظر طبيب العائلة إلى كل العائلة كمرضى، وأن يؤمن وقتاً لرعاية الأب والأم حسب حاجتهما.

ويجب ألا نهمل الأطفال الآخرين لأنهم يمرون كذلك بعملية الحزن نفسها. إن بذل الجهد لمنع النقاش في ما حدث لا يحل المشكلة بل قد يؤدي إلى تأثيرات سلبية مديدة بما في ذلك عدم زوال الحزن. ويستطيع طبيب العائلة أن يساعد العائلات الحزينة بعدة طرق، يجب عليه في البداية أن يعترف أن هذا الشخص قد فقد شيئاً مهماً لديه، وأن يحاول جعل اعترافه وتقديره هذه ملموساً قدر المستطاع. يجب أن يكون الوالدان قادرين على رؤية الجنين ولمسه. إذا احتاج الأمر يجب أن يجري لف الطفل في ملاءة وتغطية رأسه، وبعدها نعطي الوالدين الاختيار في أن ينزعا الغطاء عن رأسه ويفكان الملاءة عنه ربما يجري التقاط صور وتعطى للوالدين أو تبقى في السجل. ربما يجري الحصول على طبعة الأقدام على النموذج الملائم، ويجب أن يستشار كلا الوالدين حول ترتيبات الجنازة والتذكارات. إذا أمكن يجب أن يجري توقيت هذه الأحداث حيث ربما تحضر الوالدة الجنازة. يجب أن يتذكر طبيب العائلة أن هذه الطقوس تساعد الوالدين على بداية عملية الحزن السوية.

التذكارات الخاصة بالوالدين:

- 1 - شهادة ميلاد الطفل في المؤسسة مع طبقات القدمين.
- 2 - رباط التعريف الخاص بالأم والطفل.
- 3 - بطاقة المهدي التي وضعت على مهد الطفل في الحضانة.
- 4 - قميص الطفل وغطاء الرأس.
- 5 - خصلة من شعر الطفل.
- 6 - صورة للطفل سواء أخذت من قبل المستشفى أم من قبل والدي الطفل.
- 7 - الكتابات الملائمة لحالة الحداد.

إن زيارات المتابعة ضرورية، لتعطي الوالدين والأشقاء الفرصة للتعبير عن مشاعرهم، وأيضاً لكي يتمكن طبيب العائلة من تقييم عملية الحزن لديهم، قد يكون لدى الوالدين أسئلة كثيرة حول ما حدث، وحول ما سمعاه، إذ قد تكون الصدمة قد أنستهما ما قيل. ينبغي لطبيب العائلة أن يكون في هذه المرحلة مصغياً جيداً وأن يساعد مرضاه على العودة إلى الحالة الوظيفية الكاملة قبل أن يحدث أي تغيير في حياتهم مثل حمل الأم بطفل جديد. إن مشاركة الوالدين مشكلتهما مع مجموعة من الناس قد تعطيها بعض الراحة، ويمكن للوالدين في هذه المجموعات الكلام مع أشخاص آخرين مضت على تجاربهم أشهر أو سنين مما يعطيهم الأمل إذا أنهم يدركون أن هؤلاء الناس استمرت حياتهم وعاشوا من دون أن ينكروا أو يتجاهلوا أنهم قد فقدوا ابناً.

موت الوليد المفاجئ أو الموت في حادث:

إن موت الطفل غير المتوقع يصيب العائلة الشابة بصدمة وخيمة، مثل فقد محصول الحمل، لأن مثل هذه العائلة تكون غير جاهزة للتعامل مع حزنها. سواء أكان الموت حادثاً أو ناتجاً عن الاضطهاد أو بسبب متلازمة موت الرضيع الفجائي فإنه ينبغي للعائلة أن تتعامل مع هذه المأساة ويلاحظ وجود كل مراحل الحزن المذكورة سابقاً، ويلاحظ أن ردود الفعل الناتجة عن الحزن تعاود وتكون وخيمة إذا كان الشخص قد تعرض للحزن نتيجة وفيات سابقة في العائلة ولم يستطع التفجع. قد يكون الشعور بالذنب أكثر المشاعر ظهوراً عند هؤلاء الأشخاص وينبغي للطبيب أن يتعامل مع هذا الشعور مباشرة. ينصح عادة بمتابعة هؤلاء الأشخاص من قبل شخص يعرفهم جيداً.

يجب أن تؤمن للعائلة المشورة خاصة في هذه الحالات، لأنها تسهل التواصل بين الوالدين نفسيهما، وبين الوالدين وبقية الأطفال كما في فقد محصول الحمل، قد يشجع الرجل على البقاء قوياً ولا يسمح له بأن يحزن. يمر أخوة الميت كذلك بتجربة الحداد ويظهرون ردود الفعل الخاصة بها. إن الطفل يفهم معنى الموت عندما يكبر إذ ربما يفهم أنها نهاية. غالباً ما نشاهد تغيراً في علاقة الطفل مع والديه وزيادة حاجته للتماس والطمأنينة. وكثيراً ما يكون الطفل خائفاً وقلقاً ولا سيما عندما يمرض فرد آخر من أفراد العائلة. وقد يتصرف الطفل الصغير على نحو لا يتلاءم مع

الأحداث المحيطة بالموت في محاولة لفهم ما يجري، ويجب أن ننبه الوالدين إلى آليات التكيف الخاصة بهما، إذ قد يصعب عليهما التغلب على غضبهما.

رد فعل الطفل نتيجة وفاة شقيقه:

* البكاء.

* أحياناً يتوقع عودة شقيقه (إذا كان عمر الطفل أقل من ستة سنوات).

* يلعب ألعاباً تتعلق بالموت أو بالطفل.

* يصعب عليه النوم ويعاني من الكوابيس.

* نلاحظ النكوص أحياناً إذ يصاب ببول الفراش على سبيل المثال

ويتكلم كلام الأطفال

* يصاب بنوبات الغضب.

* يشعر بالخوف: من المستشفيات، أو من المرض، أو من زيارة طبيب

العائلة.

* تزداد حاجته للالتصاق بوالديه ومقدمي الرعاية وحاجته

للعناق.

* الحزن.

* الهدوء والانسحاب من العائلة ومن مجموعة رفقاء اللعب.

* يعاني من مشكلات في المدرسة.

الانتحار:

ربما يكون الحداد الناتج عن الانتحار (Suicide) أشد حداد يواجهه الباقين على قيد الحياة. إن تدبير حدث الموت انتحاراً أصعب من تدبير حالات الموت الأخرى الناتجة عن أسباب سوية أو عن حوادث يكون التعامل مع أهل الميت مسبياً للكرب وكثير منهم يشعرون بالرفض وبعجز الآخرين عن فهمهم في وقت هم في أشد الحاجة فيه للدعم. أما المشكلات العاطفية الرئيسية التي تشاهد عند الآباء فهي:

الشعور بالذنب (Guilt feeling)، ولوم النفس واتهامها بعدم الكفاءة في مهارات الأبوة، والخوف، والشعور بالخزي، والتخليط في أدوار الأبوة وكثيراً ما

يوضع هؤلاء الأشخاص في مجموعة واحدة مع أشخاص عانوا من التجربة نفسها لأن هذا يسمح لهم بالتعبير عن مشاعرهم في محيط آمن من دون أن يتعرضوا لانتقادات الآخرين.

يمكن تصنيف فعل العائلة تجاه الانتحار إلى أربع مجموعات:

1 - اجتناب الحداد على العائلة من قبل الشبكة الاجتماعية الخاصة بها،

2 - تفرق العائلة وقصور آليات التكيف المعتادة،

3 - عزلة العائلة نتيجة ابتعاد الأصدقاء والأقرباء عنها،

4 - أزمة في الهوية الأبوية للوالدين وفي إحساسهما بالسيطرة الذاتية.

إن لوم المجتمع للوالدين يقودهما للإحساس بالذنب والانسحاب من آليات الدعم المتوفرة لهم بالعادة، ولا يمكنهم طريقة التصرف مع حزنهم ضمن منظور معين مقبول إلا باجتماعهم مع مجموعة ممن عانوا من هذا الأمر مثلهم.

إن تفريق العائلات المعرضة للخطر باكراً وتقييم مواقفها يساعد طبيب العائلة على القيام بالإحالة والتدخلات اللازمة. ويجب أن لا يخاف الأبوان من تهذيب أطفالهما الباقين لخوفهم من أن ينتحر أحدهم. إن معرفة وضع العائلة يساعد طبيب العائلة على تفريق الأحداث المتوقعة، إن وجدت، أو عوامل الاختطار الأخرى في العائلة إذا كانت العائلة تتعامل بالصراخ وكانت غير منظمة أو يتعرض أفرادها للاضطهاد أو الإهمال أو كانت عائلة متطلبة أكثر من اللازم ومليئة بالتوتر فقد يهدد الأطفال بالانتحار أو ينتحرون فعلاً. قد لا يظهر الطفل الكئيب حزناً ولكنه يشكو شكوى نفسية جسمية أو يتعرض لمشكلات في المدرسة أو مشكلات سلوكية. وبالنسبة لانتحار المراهقين يذكر كذلك تأثير العائلة غير الوظيفية على المراهق في النوايب إن عجز المراهق على التكيف مع أزمات النضج، ومع إحساسه بالغرابة قد يؤديان به لمحاولة الانتحار. ينبغي للطبيب أن يدعم المراهق في هذه المرحلة، وأن يساعد الأبوين على السماح للمراهق بزيادة استقلاليتته، وفي الوقت نفسه أن يحصل على دعم أبويه. وفي أي زيارة للمراهق أو الأبوين إلى العيادة يجب أن يجري تقييم العلاقات العائلية، ويمكن تحديد مواضع الصراع المتوقعة (على سبيل المثال ساعات الخروج، قيادة السيارة، معايرة المواد والمخدرات) والبحث عن الطول

الممكنة لها.

الموت المتوقع:

قد يتوقع بعضنا أن ردود الفعل الناتجة عن الحزن تكون أقل عندما يكون موت الشخص العزيز متوقعاً، ولكن الدراسات لا تدعم هذه الاعتقاد، بل تقول إن الحزن المتوقع قد يؤدي إلى فقد الشخص للدعم العاطفي الذي يحتاجه. ينبغي لطبيب العائلة أن يقيم الدعم الذي يتلقاه المريض المحتضر وعائلته وأن يؤمن لهم الدعم الخارجي إذا كان هذا ضرورياً.

في فترة الحزن بعد الموت المتوقع: يشكو المريض من الاكتئاب والتلملل واضطرابات النوم واضطرابات الشهية والوزن، وهي كما نرى التظاهرات الوصفية للحزن بغض النظر عن تفاصيل الوفاة.

يمكن استخدام مصطلح الحداد القبلي (Pre-bereavement) والحداد البعدي (Post-bereavement) بدل الحزن المتوقع (الحداد المتوقع). ويمكن أن يجري التدخل بوساطة تقييم علاقات الشخص المحتضر حالما يتأكد طبيب العائلة أن الموت حتمي. يسمح التقييم قبل الوفاة للشخص المحتضر وللباقيين على قيد الحياة بالحزن بطريقة ملائمة ويؤمن لهم الدعم الملائم جميعاً. إذا لم ندبر العلاقات غير الوظيفية في الوقت الملائم قد تحتاج العائلة للمعالجة بعد الوفاة، لأن تجاهل هذه العلاقات يعرض الباقيين على قيد الحياة إلى فترة حزن مديدة معقدة بعد موت المريض. إن موضع طبيب العائلة فريد كذلك إذ يمكن أن يقيم المرضى ويقدم لهم المشورة اللازمة وبهذا يمهّد الطريق ليحزنوا بطريقة سوية.

الأزمات: العنف وتهدم بنية العائلة

يصيب العنف (Violence) الآن كل فئات المجتمع، وأما عواقبه فهي مشكلات مستمرة لطبيب العائلة. ولكن قد لا يميز طبيب العائلة نتائج العنف ضمن العائلة أو يتواطأ مع الضحية من دون قصد على إنكار الحدث، يجب أن يجري

تعريف العنف ضمن العائلة (سواء أكان ضد الطفل أو المراهق أو المسن أو الزوج) حيث يتضمن العنف البدني والجنسي والنفسي. ينبغي للطبيب أن يبلغ قانونياً عن حالات العنف ضد الطفل، ولذا يجب أن يكون على علم بتعريف اضطهاد الطفل. قد يصعب كشف العنف ضمن العائلة وينبغي للطبيب أن يستخدم حسسته السادسة وأن يكون كثير الشك بهذه الحالات.

قد تكون العائلة ضحية للعنف الخارجي أيضاً. إن الاعتداء على أحد أفراد العائلة يؤثر على العائلة ككل، ولاسيما في الانتهاك الجنسي، ويتوقع هنا، أن يساعد طبيب العائلة في التقييم الجسماني وفي ترميم الخلل العاطفي الذي نتج عن الحادث.

ينبغي لأطباء العائلة دائماً التعامل المباشر مع حالات العنف العائلي، وينبغي لهم التعرف على نظام معتقداتهم الخاص بالعنف العائلي، وأن يقيموا روتينياً أسلوب التعبير عن الغضب في العائلات التي يعالجونها، وأن يتعرفوا على أعراض العنف العائلي والموارد المحلية التي يمكن تحويل العائلات إليها للحصول على الخدمات اللازمة.

انتهاك الطفل والتعسف في معاملته:

إن ثلث حالات انتهاك الطفل (Child abuse) على الأقل لم تبلغ فيها الضحية عن ذلك في فترة طفولتها. وإن حوالي 4٪ من الأطفال معرضون لخطر الأذى الوخيمة أو الموت نتيجة الاضطهاد. وبصورة عامة فإن الحالات المبلغ عنها من حالات اضطهاد الطفل أقل من معدل حدوث الاضطهاد بكثير، لأنه يصعب كشف الاضطهاد ما لم يبلغ عن حدوث أذية وخيمة بما يكفي لإحضار الطفل إلى طبيب العائلة ولأن كثيراً من الأشخاص يترددون في التدخل في ما يسمونه الشؤون العائلية، كذلك يخاف بعضهم أنه قد يضع تشخيصاً غير سليم ويتهم والدين بريئين باضطهاد الطفل. يجب أن نتذكر أن الإهمال الجسمي وسوء المعاملة العاطفية هي من صور اضطهاد الطفل كذلك يجب أن يعرف طبيب العائلة بصفة جيدة التعريف القانوني لاضطهاد الطفل الواجب التبليغ عنه، وكذلك الموجودات المتفاوتة التي تتوافق مع الاضطهاد، وإن اضطهاد الطفل الجسمي والجنسي يؤديان إلى نتائج طويلة الأمد.

إن موقع طبيب العائلة فريد من نوعه إذا أراد المساعدة في تجنب أزمة العنف المنزلي خلال التثقيف الوقائي للمرضى. يجب أن يقوم طبيب العائلة بتقييم مهارات الأبوة ومعتقدات الأبوين، إذ غالباً ما يكون لدى الأبوين توقعات خاطئة حول تصرفات الطفل وقدراته (ولا سيما في الطفل الأول لأبوين شابين). يجب أن يقوم طبيب العائلة بفحص العلاقة بين الأبوين والطفل. يجب أن يستقصي وجود إدمان الكحول أو المخدرات، ولأنها كثيراً ما تترافق مع العنف العائلي. ربما نبدأ التثقيف أثناء رعاية الحامل ونستمر به في كل زيارة لعيادة الطفل السليم، ربما نتجاوز الحواجز التي تعيق مناقشة بعض الموضوعات مثل الغضب وحل الصراعات وطرق التهذيب بأن ننظر إلى العائلة بأنها مريضة ويكون هدفنا العلاجي هو استعادة الوظيفة السوية للعائلة.

إذا راجعت الأسرة طبيب العائلة أثناء النائية أو الأزمة فيجب أن ننتبه إلى سلامة الضحية أولاً. بعد ذلك نقيم الحالة العاطفية للأبوين. ربما يعمل طبيب العائلة كميسر يعرف ماذا يجب أن يحدث من الجوانب القانونية، وفي الوقت نفسه يأخذ بالحسبان حاجات الوالدين. كثيراً ما تكون حركيات العائلة مضطربة، ولكن معالجة العائلة ليست الخطوة الأولى المفضلة في كثير من حالات الغضب على سبيل المثال، إذ يكون أحد الوالدين وعادة الأم غير قادرة على حماية الابن بسبب مشكلاته الجسمية ولأنه مهمل عاطفياً، وإذا لم تكن قادرة على حماية نفسها فكيف تحمي طفلها؟ إن أفضل طريقة للتعامل مع هذه الموضوعات هي من خلال معالجة الأفراد والتشديد على ترابط الأم والابن قبل أن نبدأ بمعالجة العائلة ككل. ويجب أن يبقى طبيب العائلة على اطلاع بما يجري خلال التحري وفي جلسات الاستماع في المحكمة إذا احتاج الأمر لجلسات استماع. قد يكون تقرير انتهاك الطفل أحياناً غير مثبت أو لا يحوي أدلة كافية تكفي لإحالة القضية للقضاء وهذا الوضع يغري بأن نتجاهل التقرير. لكن تبقى العائلة بحاجة للخدمات الاجتماعية وللمراقبة الطبية يجب أن يجري تقييم العائلة وظيفياً باستمرار لأنها تبقى عائلة مرتفعة الاختطار.

العلامات الجسمية والنفسية والسلوكية للانتهاك والتعسف والاضطهاد

* الشكوى الجسدية:

- وجود العضات.
- الكدمات: ولا سيما إذا كانت على الظهر أو الإليتين أو المنظر الخلفي للساقين، أحياناً توجد كدمات دائرية نتيجة تعليق الطفل من كاحليه أو رصغيه، وأحياناً تشاهد كدمات تشبه الأداة المستخدمة للضرب مثل اليد أو الحزام أو العصا.
- الحروق: ولاسيما حروق الغمر (الناتجة عن تغطيس الجزء المحروق كاملاً) وحروق السجائر والسيجار. والحروق ذات الصور المحددة (مثل صورة الكوارة) والحبال.
- صعوبة الجلوس أو المشي.
- فشل النمو.
- الحمل.

* الشكوى النفسية الجسمية:

- الكسور: ولاسيما العديدة من النمط الحلزوني والتي لم تكشف سابقاً ولم يبلغ عنها.
- الإهمال الجسمي: عدم رعاية نظافة الطفل، الملابس غير المناسبة.
- عدم استمساك البول أو البراز الثانوي - اضطرابات الكلام.
- الرضوح (Trauma): رضوض الرأس أو العين (متلازمة هز الطفل) أو الأذن أو الفم أو البطن (مع أذيات حشوية، بطن حاد) ورضوض الناحية الشرجية التناسلية.
- * تأخر طلب الرعاية الطبية أو عدم تقديم الرعاية اللازمة من دون وجود تفسير.
- تمزق غشاء البكارة: أو اتساع المهبل أكثر من 4 مم في الفتاة قبل البلوغ.
- وجود مفرزات مهبلية، ولاسيما إذا كان الفحص بملون جرام والفحص المباشر يوحيان بوجود مرض منقول جنسياً أو أجري زرع المفرزات وكان إيجابياً.
- عدوى السبيل البولي، عسر التبول.

* الشكوى العاطفية:

- الغضب والعنف، والسلوك الغريب: الهرب، السرقة، إحراق المباني عن عمد، الاكتئاب، اضطهاد الآخرين، اضطرابات تناول الطعام .
- العلاقة الشاذة مع الوالدين أو مع مقدم الرعاية (على سبيل المثال غياب الإشراف، انعكاس الأدوار)
- الخوف والرهابات (Phobias).
- السلوك المدمر للذات: مثل إدمان المخدرات، الانتحار، الجروح.
- التخليط في العلاقة الجنسية: اللعب الجنسي، السلوك السادي أو السلوك الجنسي الناضج (المتقدم على عمر الطفل)
- اضطرابات النوم والكوابيس.

اضطهاد الأزواج (Spouse abuse):

يعتقد أنه لا يجري التبليغ عن معظم حالات اضطهاد القرين كما في اضطهاد الطفل. يعرف اضطهاد ذوي القرين في الأدب الطبي بأنه الاضطهاد الجسدي على يد القرين المقرب، سواء أكان الزوج أم الصديق المقرب. ويجب أن يجري توسيع هذا التعريف ليكتنف الاضطهاد العاطفي، والاضطهاد الجنسي، والحرمان الاقتصادي والطرق الأخرى التي ربما يستخدمها القرين ليحافظ على قوته وسيطرته في علاقته مع قرينه. إن ضحايا العنف المنزلي هم عادة من النساء، ولكن قد يكون بعض الضحايا من الرجال، ولكن القليل منهم يذكرون لطبيبهم الفاحص هذه المشكلة. ولدى هؤلاء الضحايا مشكلات طبية ومشكلات رضحية، ولكن مجموعة العنف المنزلي ذكرت حدوث الرضوح أكثر من مجموعة العنف غير المنزلي. ويبدو أن المريض يرد بثقة عن الأسئلة المباشرة حول الأذيات الموجودة لديه حتى لو كان كاذباً في إجاباته في البداية. وينبغي لطبيب العائلة أن يكون كثير الشك عندما يصادف موجودات لا تتلاءم مع آلية الأذية أو عندما يسمع قصة متضاربة مبهمة، والنساء اللواتي يتعرضن للضرب واللواتي راجعن أطبائهن أثناء اشتراكهن في علاقات اضطهادية، ذكرن شكواهن من الاكتئاب أو العصبية أو الأرق، ومنهن من ذكرت إصابتهن برضوح ولم يذكرن حادثة الضرب وقد قلن أن السبب هو الشعور بالخجل أو الخوف أو الموقف المتسرع من قبل طبيب العائلة. يجب أن يتفهم طبيب العائلة دينميكيات الضرب والعلاقات الاضطهادية وعمليات التفكير عند مرضاه إن حلقة الضرب تمر بثلاث مراحل هي: مرحلة زيادة التوتر، ومرحلة الضرب الحاد، ومرحلة السلوك المحب واللفظ وطلب السماح. وتقبل المرأة في المرحلة الأولى دورها كسبب للمشكلة وتحاول أن تعدل سلوكها لتجنب العنف، وقد تتعرض لبعض الاضطهاد مثل الدفع والصراخ والصفع، ولكنه لا يتصاعد إلى درجة الضرب الحاد. وعادة ما يكون الحدث المحرض صغيراً، وربما تتعجل المرأة حدوثه في سبيل الوصول للمرحلة الثانية، وقبل ذلك قد تراجع المرأة عيادة طبيبها وهي تشكو من أعراض نفسية أو عاطفية. وبعد الضرب تراجع المرأة عادة قسم الطوارئ. وأما النساء الثريات فيراجعن العيادات الخاصة، وغالباً ما تراجع المرأة طبيباً غير طبيبها المعتاد دائماً، وهذا الوقت هو أفضل وقت للتدخل لأن المريضة تتقبله وتطلبه، وأول خطوة يجب أن تجري هي تقديم المشورة في قسم الطوارئ، لأن مرحلة اللفظ

(المرحلة الثالثة من حلقة الضرب) ربما تقنع المرأة بأن قرينها يرغب أن يتغير. يجب أن نؤكد للمرأة أن ثمة أماكن آمنة منها المأوى المؤقت، ويجب أن نعرفها بمؤسسات الدعم المجتمعي الموجودة كثيرا ما يترافق العنف المنزلي مع صور أخرى من العنف مثل اضطهاد الأطفال، وهذا أمر يجب أن يستقصى إذا كان الشخص المعتدي كحوليا أو مدمنا للمخدرات ويمكن إقناعه بالحصول على المعالجة الملائمة، وخلال هذه النائبة يجب أن نتطرق إلى موضوع الأنماط الملائمة لحل الصراعات ومسؤولية الفرد عن سلوكه الخاص حالما تبدأ مرحلة اللطف والسلوك المحب يحدث نفور من تبديل حالة الاستقرار عند الضحية، وغالبا ما تتجاهل كل التوصيات والاتفاقات التي جرت في غرفة الطوارئ.

ثمة عدة افتراضات شائعة يجب أن نتجنبها خلال جلسة المشورة في المرحلة الحادة، لأنها تعيق سير العلاقة بين طبيب العائلة والمريض. والافتراض الأول هو لوم الضحية، أو تقبل مقولة أن المرأة تستحق الضرب. والافتراض الثاني هو إنقاص خطر العنف واعتباره عرضا آخر من أعراض سوء مهارات التواصل في هذه العلاقة.

يجب أن ينتبه طبيب العائلة إلى هذه الانحيازات الخاصة بالأدوار الجنسية التقليدية والمحافظة على الزواج لأن القرينين قد لا يتعاملان مباشرة مع المشكلات الحقيقية في علاقتهما ولكن يبنيان نظاماً جديداً غير وظيفي. قد يكون لدى الضحايا نظرة منحرفة حول طبيعة العلاقات بين الأزواج إذ إن مجموعة العنف المنزلي يعتقدون أنهم يتعاركون جسماً أقل من بقية الأزواج، ومعظم مراجعي أقسام الطوارئ لم يذكروا حدوث عنف جسدي أبداً.

اضطهاد المسنين:

وهو جانب آخر من جوانب الاضطهاد داخل العائلة ولاسيما في الغرب، إذ توجد تقارير خاصة للإبلاغ عن اضطهاد المسنين وهي تقارير إجبارية، ولكن

تختلف معالجة الموضوع بين المجتمعات ويصعب كشف اضطهاد المسن (Elderly) وتوثيقه، وعندما يقيم طبيب العائلة مسناً ينبغي له أن يصارع انحيازه الخاص ورأيه بالمسنين. لقد جرى تقسيم اضطهاد المسنين وإهمالهم إلى عدة مجموعات: اضطهاد جسدي، واضطهاد نفسي، واضطهاد جسدي، واضطهاد طبي، واضطهاد مالي. ويبدو أن الإهمال (قصور الرعاية الشخصية، وقصور التغذية، واستخدام الأدوية غير الملائم أشيع من الاضطهاد الجسدي الصريح). إن اضطهاد المسنين موضوع يهم مقدمي الرعاية العائلية وكذلك ممرضات المنازل والعاملين في المستشفيات، ويجب أن يجري تقييم المسنين في كل الأحوال وتقدير مدى تعرضهم للإهمال أو الاضطهاد. ويجب أن يجري فحص سجلات ممرضات المنازل والمستشفيات بدقة للتأكد من أنها كافية وأن الرعاية الموصوفة تقدم فعلاً. وإن العائلات التي تعد ذات اختطار عال فيما يخص اضطهاد المسن هي عائلات مشابهة لتلك التي يحدث فيها العنف، إذ إن اضطهاد المسن عندهم مقبول ضمن العائلة، وربما يوجد أشخاص أدمنوا الكحول أو المخدرات، إن المسن معرض للخطر كذلك عندما يكون مقدم الرعاية في كرب أو إذا كان مقدم الرعاية قد اضطهد من قبل المسن في الماضي. ينبغي للأطباء الذين يدبرون النوائب ضمن العائلة أن يقيموا أفراد العائلة من المسنين. ويجب أن تجري معالجة المسن باحترام وأن يجري الإيفاء بحاجاته الجسمية والصحية. عندما يشك طبيب العائلة أن هذا لا يحدث عليه أن يرفع تقريراً للسلطات المختصة، ويجب أن لا نشجع أبداً على تهميش المسن ومعاملته كأطفال سواء في العائلة أو في بيوت المسنين.

وربما تساعد العائلة على تجنب النوائب بأن نعلمهم طرق الوقاية منها، وثمة كتب كثيرة تساعد العائلة على وضع توقعات منطقية حقيقية.

**ينبغي للطبيب ألا يتردد في التدخل إذا شعر أن المسن في خطر،
يمكن لتدخله هذا أن يخفف العبء الذي لا تستطيع العائلة أن
تتحمله عادة.**

الانتهاك الجنسي (Sexual abuse):

ينبغي لطبيب العائلة أن يكون على معرفة تامة بكل جوانب التقييم الإكلينيكي للاعتداء سواء أكان يعمل في قسم الطوارئ أم لا وثمة الكثير من النساء اللواتي يتعرضن للاعتداء ويراجعن العيادة للحصول على الرعاية الطبية والدعم العاطفي، وكثير منهن لا يرغبن بالادعاء على المهاجم وملاحقته، وإذا أمكن تسجيل الشكوى في سجلات فينبغي للطبيب أن يسجل التاريخ المرضي بدقة وأن يجمع المعلومات الملائمة بما فيها الحصول على بعض الصور وعينات الزرع والطلاخات أثناء الفحص، و يجب أن تعالج المريضة باحترام، وأن يسمح لها بالسيطرة على طريقة الفحص قدر المستطاع، إن وجود شخص داعم من برنامج دعم ضحايا الاغتصاب المحلي يفيد جداً ويجب أن يجري عرض الاقتراح على المريضات، وقد لا يسمح جدول مواعيد العيادة بانتظار وصول هذا الشخص ولكن فائدته للمريضة (سواء للفائدة المباشرة أم الطويلة الأمد) تفوق ذلك، ويجب ألا نلوم الضحية على الرضح الذي أصيبت به كما هو في الاعتداء على الزوج أو على الشريك، ويجب كذلك ألا نزيد رضاها خلال التقييم الإكلينيكي، ويجب أن نشرح لها بدقة كل الإجراءات، وأن ننتظر الإذن منها قبل أن نسير قدما في الفحص. وقد نحصل على تفاصيل أخرى حول التقييم المبدي ومتابعة المريضة من مصادر مختلفة، وينبغي للطبيب أن ينتبه إلى مسؤوليته القانونية ضمن الدولة التي يقيم فيها.

لكي تساعد هؤلاء المرضى (سواء أكانوا من الذكور أم الإناث) يجب أن تنتبه إلى عواقب الانتهاك الجنسي ويجب أن تنتبه إلى الحركات النفسية للاغتصاب والعوامل التي تعرض الضحية لخطر الاضطرابات العاطفية المستمرة، إذ لم يعد الاغتصاب يعد من الجرائم الناتجة عن الانفعال أو عن الإكراه الذي تفرضه الحاجة الجنسية، بل يعد الآن جريمة من جرائم العنف ناتجة عن حاجة المغتصب للسيطرة على صحيتها والاستمتاع بتفوقه بالقوة لكي تشعر الضحية بالإذلال وفقد العون والرعب، وتخاف من فقد حياتها، لذلك ليس غريباً أن يحتاج هؤلاء الضحايا إلى التأهيل في المجتمع وربما إلى المعالجة النفسية لكي يستعيدوا حياتهم الوظيفية على نحو كامل.

ينبغي أن يشمل تقييم الرضح الذي تعرضت له الضحية ثلاثة جوانب: **السلوك** (مثل البكاء والرجفان أو الهدوء) و**العواطف** (والتي يعبر عنها الخوف أو الشعور بالذنب أو الغضب) و**الجانب المعرفي** (وهو القدرة على التخطيط أو اتخاذ القرارات بعد الانتهاك. لقد جرى تقييم الضحايا ودراساتهم خلال مرحلة الاستجابة الحادة بعد الانتهاك بفترة قصيرة وقد أعيد تقييم مراحل متلازمة الرضح بعد الاغتصاب والشفاء. تفترض أسلوب المشورة أثناء النائية أن الاستجابة العاطفية تكون على أشدها بعد الانتهاك مباشرة ثم تنقص مع الوقت، ولكن وصفت صور أخرى من رد الفعل، وثمة حالات تعاني فيها الضحية من درجة من الرضح المستمرة (رد الفعل الثابت المستمر) لفترة من الزمن، وثمة حالات تحدث فيها ردود فعل متأخرة وتزداد شدة الاستجابة العاطفية مع مرور الوقت (رد الفعل المتأخر). قد تحتاج ضحية الانتهاك الجنسي للمعالجة النفسية، وإن أسلوب فحص مستوى الرضح والصراع ومستوى الدفاع عند ضحايا الاغتصاب يؤثر على حياة الضحية بعد الانتهاك.

إن شدة الرضح بعد الانتهاك الجنسي عند المرأة يكون أكثر إذا كانت مصابة بمشكلة عقلية سابقة أو كانت مصابة بمشكلة إدمان أو تعرضت لحدث حياتي مهم (تغير مهم في حياتها) قبيل الانتهاك. ولقد لوحظ بدراسة المرضى في زيارة المتابعة التي تجري بعد أسبوعين من الفحص البدني أن معدل الشفاء ينقص إذا كانت الضحية عاطلة عن العمل، وأما الضحايا اللواتي تعاملن مع الوضع بوساطة الاعتماد على الأصدقاء أو العائلة أو على أنفسهن فكن أقل إحساسا بالرضح في الزيارة الثانية. ويبدو أن تعرض الضحية لاعتداء سابق يسهم في تأخر رد الفعل تجاه الانتهاك وتكون علامات الرضح منخفضة في البداية، وتصبح أعلى (يصبحون أكثر رضا) خلال أسابيع. إذا كانت لدى الضحية قصة إدمان أو اغتصاب سابقة يجب أن نسأل عن هذه القصة عند تقييم الانتهاك. كذلك ينبغي لطبيب العائلة أن يقيم نظام الدعم المتوفر للضحية وآليات التكيف والصفات الديمغرافية لها مثل العمل.

إن موقع طبيب العائلة فريد من نوعه إذا أراد مساعدة ضحايا الانتهاك الجنسي وتحسين نظام الدعم المتوفر لهم خلال المشورة والتثقيف، و عندما يعرف طبيب العائلة أسباب الاغتصاب ومدى الرض الذي أصاب الضحية يمكن أن يعدل نظام الدعم حيث يستجيب لحاجات الضحية بالصورة الملائمة، وكذلك يستطيع طبيب العائلة أن يؤمن للضحية رعاية مناسبة فردية وأن يقيم احتياجاتها للمشورة المستمرة أو للمعالجة النفسية. وعلى مستوى المجتمع ينبغي للطبيب أن يعزز برامج تأييد هؤلاء الضحايا لأنها تؤمن نظم دعم لهم، ولعائلاتهم ولأصدقائهم. إن طبيب العائلة يتدخل في النائبة أو الأزمة لكي يساعد مريضه على تدبير الرضخ (Trauma) المباشر وفي الوقت نفسه لكي يؤمن له الرعاية المستمرة ويساعده ليصبح منقذاً بعد أن كان ضحية.

بروتوكول فحص ضحية الانتهاك الجنسي

* القصة:

يجب أن يسجل طبيب العائلة الفاحص بدقة ما يلي:

- 1 - **الشكوى الرئيسية:** يجب أن يسجل ما حدث ومتى حدث بعبارات المريضة (هل حدث قذف من قبل المعتدي ما هي الفوهة التي استخدمها للدخول، ما الأعراض الحالية)
 - 2 - تاريخ قبولها في غرفة الطوارئ أو العيادة وتوقيتها، توقيت الفحص.
 - 3 - ما النشاطات التي قامت بها المريضة بعد الانتهاك: الاستحمام، التغوط، الغرغرة.
 - 4 - تاريخ آخر طمث وهل تستخدم مانعات الحمل حالياً.
 - 5 - تاريخ آخر جماع مهبلي أو شرجي أو فموي.
 - 6 - السوابق المرضية بما فيها التحسس والأدوية التي تتناولها.
 - 7 - قصة المرض الحالي والمعالجة التي تتناولها (إن وجدت).
- إذا كان المريض طفلاً أسأل عن سوابق اضطهاد عند الطفل.

* التقييم الإكلينيكي:

افحص المريضة في البداية وهي ترتدي ملابسها، ولاحظ وجود اضطرابات أو اتساخ أو عدم انتظام في ملابسها الداخلية وسجل:

- 1 - العلامات الحيوية.
- 2 - تقييم الحالة العاطفية.
- 3 - تقييم الجلد: والبحث عن الكدمات والسحجات والجروح، فحص الأعضاء التناسلية الظاهرة والفخذين والأعضاء التي جرى التماس معها من الجسم بالأشعة فوق البنفسجية للبحث عن السائل المنوي.
- 4 - الفحص الإكلينيكي العام: للرأس والعنق والفم والشعر والصدر والبطن والأطراف، اجمع المادة الموجودة تحت الأظفار. وربما تستخدم الصور لتوثيق الموجودات الجسمية.

* العينات المختبرية:

- 1 - فحص النطاف الحية (وجود النطاف وحركيتها)
- 2 - اللطاخة الجافة لكشف النطاف.
- 3 - اختبار حمض الفسفاتاز.
- 4 - زرع المفرزات لاستقصاء الأمراض المنقولة جنسياً مثل النيسيريات البنية والمتدثرات والهريس (إن وجدت)
- 5 - عينات لفحص الزمر الدموية (مستضدات).
- 6 - الفحوص المصلية القاعدية.
- 7 - استقصاء الغواياك في البراز.
- 8 - تفاعل الحمل: تجري اختبارات مسح أخرى حسب الحاجة.
- 9 - يجب أن يجري الحصول على العينات من كل المناطق الملائمة مما يعتمد على نوع الانتهاك. يجب أن تكرر الزرع الخاصة بالتعرض للأمراض المنقولة جنسياً بعد أسبوع، وأن تكرر الاختبارات المصلية بعد 6 أسابيع ولاسيما لفيروس العوز المناعي البشري (HIV).



الفصل الثاني عشر

المرضاة (Morbidity) في العالم بين الحاضر والمستقبل*

حجم الأمراض التي تهدد الصحة في العالم:

يخطف الموت يوميا أكثر من ألف امرأة بسبب مضاعفات الحمل والولادة الناجمة عن الإهمال وانعدام العناية الطبية الهامة، أما الإسهال والتهاب الرئة فهما يفتكان مناصفة بأكثر من ثمانية ملايين طفل سنوياً في العالم، أما غياب برنامج اللقاحات والتطعيم والتحصين فيعني موت 3/ من الأطفال بالحصبة وموت 2/ منهم بالسعال الديكي وموت 1/ منهم بالكزاز وإصابة الملايين منهم بالشلل الذي يلزمهم طوال حياتهم. وأما الملاريا فتصيب أكثر من مئة مليون إنسان سنويا وتقضي على مئات الآلاف منهم. ويعتقد أن الإيدز أصبح يفتك بأكثر من أربعة ملايين إنسان سنويا بعد أن أصابت العدوى بالفيروس المسبب أكثر من أربعين مليون من البشر يتوزعون على أرجاء الأرض قاطبة ولاسيما في أفريقيا جنوبي الصحراء الكبرى وفي جنوب آسيا وشرقها.

توزع الأمراض قبل عام 2000:

كانت أمراض الدورة الدموية، مثل النوبة القلبية والسكتة الدماغية تقتل في مجموعها 15.3 مليون نسمة كل عام. بينما يقتل السرطان بكل أنواعه 6.2 مليون نسمة سنويا. أما أمراض الرئة الانسدادية المزمنة COPD فتقتل سنويا 2.9 مليون نسمة. ومجموع هذه الأمراض هو 24.5 مليون وفاة، أي 47% من كل الوفيات السنوية في العالم بكل الأسباب.

* يُعدُّ هذا الفصل بمثابة مقدّمة لطب المجتمع ولا سيما علم الوبائيات الذي يجب أن يتعرف عليه أطباء العائلة لكي يمارسوا مهاراتهم على أكمل وجه.

أما أسباب الوفيات الأخرى فنجد أن الأمراض السارية والطفيلية كانت تقتل 17.3 مليون نسمة أي 33٪ من مجموع الوفيات، وبلغت الوفيات حوالي الولادة 3.5 مليون وفاة، ووصلت وفيات الأمومة إلى ألف وفاة سنوياً. وفوق هذا كله حدثت 6 ملايين وفاة كل عام بأسباب أخرى مثل الحوادث، والعنف، وجرائم القتل، والانتحار، وأسباب أخرى متفاوتة.

إن الوفيات التي سببها التبغ، والتي تقع بالدرجة الأولى بسرطان الرئة وأمراض الدورة الدموية، زادت على ثلاثة ملايين وفاة في السنة، أي 6٪ من مجموع الوفيات. وسبب التدخين 15٪ تقريباً من حالات السرطان بمختلف أنواعه في العالم كله.

توزع الأمراض بعد عام 2000:

يتوقع العلماء أن يكون عدد الذين يصابون بالسرطان في العالم 15 مليوناً على أقل تقدير مع حلول عام 2020، بينما يبلغ عددهم الآن عشرة ملايين في السنة. أما تضاعف حالات السرطان فسيكون في الدول النامية، بينما تكون الزيادة في الدول الصناعية بنسبة 40٪. وأما عدد الأشخاص الذين يصابون بالداء السكري في العالم فيتوقع أن يرتفع من حوالي 135 مليوناً إلى 300 مليون بين عام 1995 وعام 2025.

توزع الاضطرابات الصحية بين دول الشمال ودول الجنوب بعد ربع قرن:

يعتقد أن أمراض القلب والسكتة الدماغية التي تعد الأسباب الرئيسية للوفاة في الدول الغنية تزداد انتشاراً في الدول الفقيرة كذلك. وعلى الصعيد العالمي ستتضاعف حالات السكري إلى أكثر من ضعفين مع حلول عام 2025، وتتوقع زيادات واسعة في بعض الاضطرابات النفسية، ولاسيما الخرف عند أربل العمر «ألزهايمر».

ومع حلول عام 2020 يقدر عدد الذين يصابون بالسرطان في العالم 15 مليوناً على أقل تقدير، بينما يبلغ عددهم الآن عشرة ملايين في السنة. أما تضاعف حالات السرطان فسيكون في الدول النامية، بينما تكون الزيادة في الدول الصناعية بنسبة 40٪. وأما عدد الأشخاص الذين يصابون بالسكري في العالم فيتوقع أن

يرتفع من حوالي 135 مليوناً إلى 300 مليون بين عام 1995 وعام 2025.

يتوقع أن تكون الأمراض المزمنة هي التي ستسبب أكثر الوفيات في الدول النامية في نهاية الربع الأول من القرن الواحد والعشرين. أما أمراض السرطان وأمراض الدورة الدموية فيعتقد أنها ستكون من الأسباب الرئيسية للوفاة في جنوب شرق آسيا، وهي أكثر مناطق العالم ازدحاما بالسكان.

تعاني العديد من البلدان بدرجة متزايدة من أعباء الأمراض غير السارية. وتواجه الدول الصناعية اليوم أخطارا متزايدة من الأمراض السارية المستجدة أو المنبثقة من مرقدها، ويرجع ذلك إلى أسباب شتى منها زيادة السفر بين بلدان العالم والسياحة والتجارة.

وفي الوقت نفسه فإن البلدان النامية التي تشهد نموا اقتصاديا متسارعا تتعرض بدرجة متزايدة إلى الأمراض التي تسمى أحيانا أمراض الثراء أو الرخاء المادي مثل الداء السكري والآفات القلبية الوعائية في الوقت الذي ما تزال تكافح فيه للسيطرة على أوبئة الأمراض السارية المستمرة فيها.

العمر المأمول والأمراض التي تسبب العجز:

منذ نصف قرن كانت الغالبية العظمى من سكان العالم تموت قبل سن الخمسين. أما اليوم فإن معظم الناس يعيشون أكثر من ذلك. بل لقد وصل متوسط العمر المأمول عند الولادة إلى 65 عاماً على الصعيد العالمي في عام 1996. وهو يرتفع في كثير من البلدان إلى أكثر من 70 عاماً، ويقترب من 80 عاماً في عدد قليل من البلاد.

وقدر في عام 2000 أن حوالي 380 مليوناً من الناس قد بلغوا الخامسة والستين أو زادوا عليها ويتوقع أن يرتفع هذا الرقم مع حلول عام 2020 إلى أكثر من 690 مليوناً.

ترجع الزيادات المتوقعة في الأمراض التي تسبب العجز مثل التهاب المفاصل، والحالات التنكسية العظمية، وتخلخل العظم، إلى مجموعة من العوامل من

أهمها زيادة نسبة المسنين في الدول التي تنعم بشروط جيدة من الصحة العمومية والرفاهية الاجتماعية، ولكن ذلك يزيد عدد الناس المعرضين إلى الإصابة بحالات مزمنة في مرحلة متقدمة من العمر، ومن العوامل التي تزيد من العجز انتشار أنماط الحياة غير الصحية، ومن أهم سماتها النظام الغذائي غير المتوازن، والخمول وحياة القعدة وحياة الكسل والخمول، والتدخين الذي يسبب الإعاقات التنفسية الوخيمة.

الإنفاق الصحي ما بين دول الشرق ودول الغرب:

يلاحظ تفاوت هائل في النفقات المترتبة على تحقيق الصحة العمومية بين الدول مما يدعو للاستغراب من النتائج المترتبة على ذلك، ولقد لوحظ أن الولايات المتحدة الأمريكية ودول غرب أوروبا تنفق مبالغ طائلة في سبيل المحافظة على الصحة ومعالجة الأمراض بينما كانت المبالغ المدفوعة في هذا السبيل أقل بكثير في الاتحاد السوفيتي الذي اندثر ودول شرق أوروبا سابقاً قبل انهيار الأنظمة الشيوعية والاشتراكية فيها مع تماثل الوضع الصحي تقريباً بين الكتلة الرأسمالية والكتلة الاشتراكية سابقاً، والتعليل الحقيقي لهذه الظاهرة هو اضطراب دول الكتلة الاشتراكية السابقة إلى تطبيق مبادئ الطب الوقائي التي تسهم في تحقيق الصحة العمومية على نحو شمولي.

التناقض في الصحة العمومية في دول الجنوب:

توجد في دول الجنوب الفقيرة أمراض كثيرة يمكن القضاء عليها ببعض الإجراءات البسيطة وغير المكلفة فيما إذا تضافرت الجهود للتغلب عليها، ولكن مما يثير الاستغراب أحياناً أن تجد فيها على سبيل المثال مراكز متقدمة لجراحة القلب وزراعته وغير ذلك من مراكز متقدمة لزراعة الأعضاء لتقديم المساعدة لأعداد من المرضى لا تتجاوز أصابع اليدين ولاسيما من الدول الأخرى ومما يدخل تحت بند تجارة الأعضاء البشرية، بينما لا تزال الحمى التيفية والكوليرا وغيرها من الأمراض العدوائية تسرح في أبدان الملايين من البشر فيها، إذ يمكن بكل بساطة أن توجه القدرات العلمية والبشرية والمادية في سبيل معالجة الآلاف من مرضى السل الرئوي أو الإسهالات أو في سبيل إنقاذ مئات الآلاف من الأطفال من براثن الموت بتطبيق برنامج جيد للقاحات أو في سبيل تأمين مصادر جيدة لماء الشرب يحمي الناس من الأمراض السارية والمعدية.

الكلفة المتوقعة لتحقيق الصحة العمومية للأطفال:

يقدر أن كلفة معالجة مريض بالسرطان تعادل تماما كلفة إعطاء برنامج كامل لتلقيح أربعة آلاف طفل وتحصينهم من كثيرا من الأمراض الفتاكة. علما أن نصف مرضى السرطان سيموتون بعد خمس سنين وإن خضعوا للعلاج، ولا نقصد من هذا المثال أن ندع مرضى القلب والسرطان يموتون أمام أعيننا من غير أن نبالي بهم، ولكن القصد منه تسليط الضوء على الاضطرابات الحقيقية قبل الانسياق والانجراف مع الاكتشافات الطبية أو الادعاءات التي قد لا تفيد إلا الدول التي استطاعت القضاء على الاضطرابات الصحية الخطيرة بين شعوبها. ثم تفرغت للقضاء على الاضطرابات الصحية الفردية والأمراض النادرة والمستعصية.

أهداف الصحة للجميع في مؤتمر ألما آتا... لماذا لم تتحقق؟

تنادى القائمون على الصحة في مختلف بقاع العالم لدراسة الواقع الصحي العالمي فعقدوا قبل ربع قرن تقريبا مؤتمرا دوليا في ألما آتا Alma Ata في عام 1978م، لتقييم الوضع الراهن للصحة والرعاية الصحية الأساسية وسبل تعزيز مفهوم الرعاية الصحية الأساسية ومبادئها وتعزيز مفهومها وتبادل الخبرات المتعلقة بها وتحديد دور الحكومات والمنظمات الوطنية والدولية لتنمية الرعاية الصحية الأساسية.

اتفق أصحاب القرار في ألما آتا على وضع سياسات صحية في العالم بما يكفل الصحة العمومية ونحقيق شعار الصحة للجميع في عام 2000، ولكن هذا الأمل المنشود في الصحة للجميع لم يتحقق وبقي مجرد أضغاث أحلام.

الصحة العمومية في المدن الواسعة

بلغ عدد سكان المدن أكثر من نصف سكان العالم مع بداية القرن الواحد والعشرين وستزيد أعداد الناس الذين تغص بهم كل واحدة من هذه المدن على سكان دول كاملة بل إن ثمة حوالي 25 مدينة، ينتظر أن يزيد عدد سكان كل منها

على 20 مليوناً، أي أكثر بقليل من عدد سكان أستراليا اليوم.

يسبب النمو المتسارع للمدن معظم المشكلات التي تعاني منها المدينة فهو يضع ضغوطاً ثقيلة متزايدة على تأمين القوت والماء، وعلى توفير المساكن المأمونة ومرافق الصرف الصحي والتخلص من النفايات والفضلات الصلبة وكذلك على خدمات الرعاية الصحية. وهو السبب الرئيسي في بعض دول أفريقيا والهند وأمريكا اللاتينية في تزايد أعداد المنبوذين اجتماعياً، ومدمني المخدرات وعصابات الشوارع.

ولكل واحدة من هذه المشكلات تأثيرها السلبي على الصحة العمومية بصورة من الصور. وحصيلة هذه الآثار على صحة الإنسان واضحة للعيان، منها على سبيل المثال تزايد خطر الإصابة بالأمراض السارية بين سكان المدن، ومنها زيادة عدد حالات سوء التغذية والاضطرابات النفسية والأمراض التنفسية المزمنة.

أصبحت المدن اليوم مهددة بدمار الأنظمة البيئية والمادية التي تتوقف عليها حياتها ككائنات اجتماعية حية. فالمدينة نحتاج لنموها وحياتها وعطائها إلى تخطيط حضري وإدارة حضرية، يأخذان بالحسبان الحاجة إلى وجود بيئة صحية، بما في ذلك ضرورة حماية الموارد السوية، واستخدامها استخداماً صحيحاً ومضمون الاستمرار.

إن مصطلح المناطق الحضرية لا يصور الحال التي تكون عليها المدن في ظل تلك الزيادة الهائلة في أعداد سكان الحواضر أو المدن واتساع رقعتها فبينما يوحى هذا المصطلح بأن المناطق الحضرية تتمتع بظروف معاشية، وخدمات ومرافق عامة وإمدادات أفضل على أقل تقدير مما عليه الحال في المناطق الريفية التي هي تقليدياً أقل حظاً من المدن في هذا الشأن، فإن التسارع الشديد غير المخطط وغير المتوازن جعل من تلك المناطق التي يقال لها الحضرية - ولاسيما تلك التي في أرياض المدن أي في أطرافها وهوامشها وفي أشد أحيائها فقراً - مناطق عشوائية تفتقر إلى الحد الأقل من متطلبات الحياة الصحية، ولا ترقى إلى حياة المدن أو الريف، ومن ثم اصطلح على تسميتها بالمناطق الرمادية أي المفتقرة إلى الهوية.

ومع نشأة هذه المناطق الرمادية وتزايدها تفاقمت مشكلات كثيرة وخطيرة تتصل بالجوانب الصحية وتدهور الأمن الصحي، والبيئي، والاجتماعي، والاقتصادي، مثل تدني الأوضاع الإسكانية تدنياً خطيراً مع ما يصحب ذلك من سرعة انتشار الأمراض السارية الفتاكة، بفعل ضيق المساكن وازدحامها، مثل تدهور الوضع البيئي في الهواء والماء والتراب، بسبب انتشار الصناعات الملوثة للبيئة، وزيادة تلوث الهواء بمختلف المركبات الغازية المنبعثة من عوادم السيارات ومداخن المصانع. ويزيد هذه الأوضاع سوءاً قلة إمدادات الماء الصالح للشرب وعدم توافر مرافق الصرف الصحي وأنظمة التخلص من النفايات السائلة والنفايات الصلبة وكذلك انتشار استخدام المركبات الكيماوية من أسمدة ومبيدات ومنظفات وغير ذلك. ولقد بات معروفاً أن مصدراً واحداً من مصادر التلوث كفيلاً بأن يفسد البيئة، جوية كانت أم مائية أم أرضية، نظراً لانتقال الملوثات من الهواء إلى الماء، ومن الماء إلى الأرض، وانتقالها من جسم مائي إلى آخر.

أما في المناطق العشوائية فتتحالف الملوثات لتهاجم صحة الإنسان من كل اتجاه وغالباً ما تكون هذه المناطق هي الأفقر، فالذين يعانون فقراً مدقعاً في بلدان العالم يصل عددهم إلى حوالي مليار شخص. تعيش نسبة واسعة منهم في المناطق الرمادية ويؤدي ذلك إلى تحول هذه المناطق إلى أوكار للمنبوذين اجتماعياً والخارجين عن القانون ومدمني المخدرات. لذلك ترتفع معدلات الجريمة فيها، وترتفع معدلات الإصابة بالأمراض السارية والأمراض الناجمة عن سوء التغذية، فيتداخل عاملاً الفقر وتدهور الحال الصحية ويلقيان بسكان هذه المناطق في دائرة مغلقة، لا يستطيعون معها تحسين بيئتهم أو الارتقاء بمستوياتهم، ولا يتمكنون حتى من استغلال الموارد القليلة المتاحة لهذه الغاية.

الحلول المقترحة لتحسين الصحة العمومية والبيئية في المدن:

لعل من أفضل وسائل تحويل البيئة إلى بيئة تخدم الصحة وتحافظ عليها، هو أن نجعل الأوساط الاجتماعية الرئيسية تلائم الصحة وتعززها، وتقلل من احتمالات المرض وينطبق هذا في البيئة المعيشية اليومية، كالمنازل، والحي، وفي التعليم، في المدرسة والجامعة. وفي العمل والمصنع، والمكتب وفي مجالات اجتماع الناس كالسوق، والمراكز التجارية، وغيرها، وينطبق على الإدارات الحكومية في المدينة أو المنطقة ومن المتفق عليه أنه لا بد للمدن التي تلتزم بالتوجه نحو تعزيز الصحة

العمومية من إشراك الجميع، سواء من كان بيدهم الأمر أم المستفيدون من هذه المرافق، والذين يستطيعون في كل وسط من هذه الأوساط أن يحولوا هذا الالتزام إلى عمل وإلى حقيقة واقعة.

إن إعداد خطة صحية بلدية، يفيد في جعل السلطات البلدية والوكالات غير الحكومية والهيئات المجتمعية أكثر وعياً بقيمة الصحة، وأكثر تقديراً لمشكلات البيئة، وأنه يفيد في حشد الموارد للمواجهة وربما تحدد الخطة الصحية البلدية تصوراً لمشروعات معينة في أوساط متفاوتة مثل المدارس، وأماكن العمل، والأسواق، ومراكز الرعاية الصحية.

شروط تحقيق الصحة العمومية في المدن:

يجب أن تكون المدينة نظيفة ومأمونة الشوارع، وتوفر إمدادات مأمونة ومستمرة من الطعام والماء والطاقة، وخدمة عالية المردود للتخلص من الفضلات. وتنشئ اقتصاداً ناشطاً متنوع الجوانب، يشجع على الإبداع، وتجري بوساطته تلبية الاحتياجات الأساسية لكل مواطنيها من القوت والماء والمسكن والدخل والسلامة والعمل. وفيها مجتمع قوي متكافل يتعاون فيه الناس مع بعضهم، وتعمل فيه منظمات متفاوتة عملاً مشتركاً لتحسين الصحة. وتسهل لمواطنيها العمل معاً من أجل وضع سياسات لها أثرها الواضح في حياتهم عموماً وفي صحتهم ورفاهيتهم على وجه الخصوص. وتوفر مجالاً للمتعة البريئة والترويح، وتسهل التفاعل والاتصال بين مواطنيها. وتؤمن بقيمة الماضي، وتحترم التراث الثقافي المتنوع والمميزات الخاصة لمواطنيها بلا تفرقة.

الأمراض المزمنة:

يقتل السرطان وأمراض القلب وسائر الأمراض كل عام أكثر من 24 مليوناً من الناس، وتفرض أعباءً متفاوتة من المعاناة والعجز على مئات الملايين.

ويتوقع أن يتضاعف عدد حالات السرطان ضعفين على أقل تقدير في معظم دول العالم خلال الخمس والعشرين سنة القادمة. وسترتفع حالات سرطان الرئة بين النساء بنسبة 33٪ وحالات سرطانة البروستاتة بين الرجال بنسبة 40٪ في دول الاتحاد الأوروبي وحدها مع حلول عام 2005.

كذلك فإن معدلات وقوع أنواع أخرى من السرطان تزداد سريعاً، ولا سيما في الدول النامية.

أما أمراض القلب والسكتة الدماغية التي تعد الأسباب الرئيسية للوفاة في الدول الغنية فستزداد انتشاراً في الدول الفقيرة كذلك. وعلى الصعيد العالمي ستضعف حالات الداء السكري إلى أكثر من ضعفين مع حلول عام 2025، وتتوقع زيادات واسعة في بعض الاضطرابات النفسية، ولاسيما الخرف.

إن معظم الأمراض المزمنة أمراض يمكن الوقاية منها ولكنها غير ممكنة الشفاء بعد ولذا يجب أن نركز اهتمامنا بالدرجة الأولى على الوقاية منها، ومنع حدوثها، وتأخير تطورها مع تقدم العمر، وتخفيف ما تسببه من معاناة، وتوفير البيئة الاجتماعية التي تساعد على رعاية أولئك الذين يصابون بالعجز بسبب إصابتهم بهذه الأمراض.

السرطان:

إن أنواع السرطان الثمانية الأكثر شيوعاً في العالم هي التي تسبب معظم الوفيات بالسرطان. وهذه الأنواع الثمانية هي سرطان الرئة، والمعدة، والثدي، والقولون والمستقيم والفم، والكبد، وعنق الرحم، والمريء. وفي كل هذه الأنواع من السرطان نجد أن عاملاً واحداً على أقل تقدير يرتبط بنمط الحياة غير الصحية يعد ذا قيمة كبرى. غير أن أكثر الاتجاهات باعثاً على القلق هو زيادة عدد النساء اللاتي يتعرضن للإصابة إما بسرطان الرئة الناجم عن التدخين أو بسرطان الثدي.

سرطان الرئة:

تزداد معدلات وقوع (Incidence) سرطان الرئة بين الرجال في معظم البلاد. أما بين النساء فإن معدلات وقوع سرطان الرئة أخذت في الازدياد بسرعة في البلاد التي انتشر فيها التدخين بين النساء منذ مدة طويلة. ولاتوجد معالجة فعالة لسرطان الرئة. فمعدل البقاء (Five-year survival) بعد خمس سنين من إصابتهم بسرطان الرئة تتراوح بين 7٪ إلى 12٪ فقط.

سرطان المعدة والقولون والأمعاء:

يعزى الهبوط المستمر في سرطان المعدة في معظم الدول الصناعية خلال الثلاثين عاما الماضية إلى كون القوت الذي يتعاطاه أهلها قد أصبح أغنى بالفيتامينات الموجودة في الفاكهة والخضر الطازجة وإلى انخفاض استهلاك الأطعمة المحفوظة والمعالجة والمملحة وتشير الدراسات إلى ارتفاع خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم بين الذين يعتادون نظاما غذائيا ثقل فيه الخضر والبقول والحبوب غير المقشورة. أما كثرة تناول اللحوم الحمراء فتزيد من خطر الإصابة بهذا النوع من السرطان.

وإذا ما شخّص المرض في مرحلته المبكرة فإن 90% من المرضى يظلون على قيد الحياة بعد خمس سنين، أما إذا لم يشخّص حتى مرحلة متقدمة فإن عدد الذين يظلون على قيد الحياة بعد خمس سنين لا يزيد على 8%.

سرطان الكبد:

يعد سرطان الكبد مشكلة كبرى في الدول النامية بسبب انتشار التهاب الكبد الوبائي بنوعيه البائي والجيمي ففي الصين وحدها تقع 55% من كل حالات سرطان الكبد. وخطر الإصابة بين الرجال يرتفع إلى ضعفي خطر الإصابة بين النساء في كل موضع في العالم. والحمد لله فقد أتيح للبشرية الوقاية من التهاب الكبد البائي بوساطة اللقاحات والتطعيمات.

سرطان الثدي:

تقع أكثر من نصف حالات سرطان الثدي في الدول الصناعية. غير أن معدلات وقوعه أخذت بالازدياد في معظم أنحاء العالم.

إنّ لنمط الحياة قيمة شديدة وكذلك عوامل الاختطار الهرمونية في الإصابة بهذا المرض. أما عوامل الاختطار الأخرى فهي البدانة بعد توقف الحيض والإياس منه، والنظام الغذائي ولاسيما كثرة استهلاك الدهون الحيوانية. وتظل نصف المصابات بحالات السرطان على أقل تقدير على قيد الحياة لمدة خمس سنين على الأقل بعد تشخيص المرض.

سرطان المريء:

إنّ التدخين وتعاطي المسكرات من أهم عوامل الاختطار في الإصابة بسرطان المريء، ولاسيما إذا كان المرء مدخناً ويتعاطى الخمر في الوقت نفسه. ولا يبقى على قيد الحياة بعد التشخيص بخمس سنين أكثر من 5 إلى 10٪ منهم.

سرطان الفم:

إن عوامل الاختطار الرئيسية في سرطان الفم هي التدخين والمسكرات وعلى الصعيد العالمي تقع ثلاثة أرباع حالات سرطان الفم في الدول النامية. وتدل الدراسات على أن النظام الغذائي الغني بالخضر والفاكهة له أثر وقائي من سرطان الفم. أما معدل البقاء لخمس سنين من التشخيص فتتراوح من 80٪ في التشخيص المبكر إلى 5٪ فقط في التشخيص بعد تقدم المرض.

سرطان عنق الرحم:

تقع 80٪ من حالات سرطان عنق الرحم في الدول المتقدمة إذ يعد هذا المرض أكثر أنواع السرطان انتشاراً بين النساء. وقد تدنى عدد الحالات والوفيات بهذا المرض تدنياً واسعاً في الدول الصناعية ويرجع ذلك بصورة رئيسية إلى برامج فحص النساء الدوري الواسعة النطاق. ويوجد فيروس الورم الحليمي البشري المنقول جنسياً في أكثر من 95٪ من حالات سرطان عنق الرحم، فهو سبب ضروري للإصابة بالمرض وإن لم يكف وحده لحدوث المرض. ويجري الآن صنع لقاح يقي من سرطان عنق الرحم. أما معدل بقاء المرأة بعد إصابتها بهذا المرض فيتوقف على مرحلة التشخيص إذ نجد أن 90٪ منها، فالسرطانات الموضعية تستمر على قيد الحياة بعد خمس سنين وتنخفض هذه النسبة إلى أقل من 10٪ عند تشخيصه بعد انتشاره. وينخفض كثيراً معدل انتشار سرطان عنق الرحم في المجتمعات الإسلامية بسبب الدور الوقائي الذي يؤديه الختان الشرعي عند الذكور في وقاية الزوجات.

أمراض الدورة الدموية:

- تقتل نوب القلب والسكتة الدماغية وسائر أمراض الدورة الدموية أكثر من خمسة عشر مليون شخص كل عام أي 30٪ من مجموع ما يقع من وفيات أياً كانت أسبابها.
- وتعد أجزاء واسعة من هذه الوفيات وفيات قبل الأوان، أي أنها تقع قبل بلوغ المرء سن الخامسة والستين، وربما نستطيع تجنب جزء واسع منها.
- تبرز أمراض القلب والأوعية بسرعة كمشكلة كبرى من المشكلات التي تهدد الصحة العمومية في معظم الدول النامية إذ إنها تسبب حوالي ربع مجموع الوفيات، بينما تسبب نصف مجموع الوفيات في الدول المتقدمة.
- أما في الدول الصناعية نفسها فإن معدلات الوفاة بأمراض القلب التاجية قد هبطت هبوطاً واسعاً في الثلاثين سنة الماضية. ويرجع هذا بالدرجة الأولى إلى المعالجة الطبية الأفضل وإلى اتخاذ إجراءات وقائية بما في ذلك التنقيف الصحي في ما يتعلق بالتدخين والنظام الغذائي.
- ويعد فرط ضغط الدم عامل اختطار رئيسي للإصابة بأمراض القلب والسكتة الدماغية، وهو يصيب حوالي 20٪ من البالغين في معظم بلاد العالم، ويزداد ضغط الدم تدريجياً مع تقدم السن.
- أما تدخين السجائر فهو عامل الاختطار الأول الممكن اجتنابه للوقاية من أمراض القلب والسكتة الدماغية معاً.
- وارتفاع معدل الكوليستيرول في الدم عامل اختطار رئيسي كذلك، وقد يكون سبب ارتفاعه سبباً وراثياً، غير أن السبب الأشيع في ارتفاع مستوى الكوليستيرول هو اعتياد نظام غذائي غني بالدهون الحيوانية.
- أما الخمول وحياة القعدة (Sedentary) فهي عامل الاختطار الأول في الإصابة بأمراض القلب في كثير من الدول الصناعية وهو عامل يسهل تغييره. ونجد أن نسبة مماثلة من قلة النشاط تزداد انتشاراً في الدول التي أخذت تتحول إلى دول صناعية.
- ويشار إلى البدانة بحد ذاتها كعامل اختطار يسبب أمراض القلب، وهي ترتبط مع اعتياد نظام غذائي غير ملائم ومع الخمول وحياة القعدة (Sedentary life).

الداء السكري:

يتوقع زيادة عدد حالات الذين يعانون من الداء السكري من حوالي 135 مليوناً في الوقت الراهن إلى حوالي 300 مليون في عام 2025، ويرجع ذلك إلى زيادة نسبة المسنين، والنظام الغذائي غير الصحي، والبدانة واعتياد نمط الحياة التي يقل فيها النشاط البدني ويكثر فيها القعود. وستحمل الدول النامية العبء الأكبر في وباء الداء السكري في القرن الحادي والعشرين. وتصل نسبة الداء السكري الذي لا يعتمد على المعالجة بالإنسولين إلى حوالي 90٪ من كل حالات المرض، أما الداء السكري المعتمد على الإنسولين في معالجته فيقع في الغالب بين الأطفال والبالغين.

الخرف في أرذل العمر:

من المتوقع أن تصبح حالات الخرف (Dementia) مع ما يحمله من تهديد حقيقي للأمن الصحي، ولاسيما المرض المسمى ألزهايمر، من الأسباب الرئيسية للعجز بين المسنين في العالم كله. ويقدر عدد الذين يعانون من الخرف في الوقت الراهن بحوالي 30 مليوناً، ويرتفع خطر الإصابة به ارتفاعاً حاداً مع تقدم السن بين الذين تزيد أعمارهم على 60 سنة. ومع حلول عام 2025 ربما يبلغ عدد المصابين بالخرف في أفريقيا وآسيا وبعض الدول الأمريكية اللاتينية وحدها أكثر من 80 مليوناً.

الوقاية من الأمراض المزمنة:

إن الأساليب التي تهدف إلى زيادة قدرة الإنسان على الوقاية من أكثر الأمراض غير السارية انتشاراً هي معالجتها وتأهيل المصابين بها بل وشفائها حيثما كان ذلك ممكناً، وتخفيف ما تسببه من عبء ضخم من المعاناة والعجز. وإن عدداً واسعاً من هذه الأمراض تشترك في أسبابها مجموعة صغيرة نسبياً من عوامل الاختطار الرئيسية ولذا يجب انتهاج أسلوب متكامل ومتناسق للوقاية منها. وثمة حاجة ماسة كذلك إلى زيادة الوعي والحوافز بضرورة انتهاج أنماط صحية.

أساليب الوقاية من الأمراض المزمنة

- 1 - تضمين المداخلات المرتبطة بمرض معين سواء في الصحة البدنية أم الصحة النفسية ضمن إطار شامل لمكافحة الأمراض المزمنة يشمل الوقاية والتشخيص والعالجة والتأهيل وكذلك تحسين تدريب الذين يعملون في المهن الصحية.
- 2 - التطبيق الشامل للطرق الموجودة حالياً ذات التكلفة المعقولة سواء في كشف المرض أم تدبيره العلاجي، بما في ذلك تحسين الفحص على نطاق واسع مع أخذ التنوع الوراثي بين الأفراد بالحسبان.
- 3 - الحملة الواسعة والمكثفة والمستمرة لتشجيع الناس على انتهاج أنماط الحياة الصحية، مع التركيز على نشأة الأطفال والمراهقين نشأة صحية، ولاسيما فيما يتعلق بعوامل الاختطار، مثل النظام الغذائي والرياضة والتوبة عن التدخين.
- 4 - السياسات العامة والصحية، بما في ذلك التمويل المستمر والتشريع الخاص بالتسعير والضرائب لدعم برامج الوقاية من الأمراض ولاسيما في مجالات اللقاحات.
- 5 - التعجيل بالأبحاث لإنتاج أدوية ولقاحات جديدة، كذلك الأبحاث التي تتناول العوامل الوراثية التي تساعد في الإصابة بالأمراض المزمنة.
- 6 - تخفيف الألم والمعاناة وتوفير الرعاية الملطفة للمصابين الذين لا يرجى لهم شفاء.

الأمراض السارية المستجدة والمنبئة وخطورتها على الصحة العمومية:

إن معظم هذه الأمراض السارية (Communicable diseases) المستجدة أو المنبئة ليس لها أي دواء أو لقاح وما مرض الإيدز إلا أحد الأمثلة التي يضاف إليها مرض الإيبولا والتهاب الكبد الوبائي والجيمي (Epidemic hepatitis) ومما يزيد من خطر انتشار أوبئة الأمراض الجديدة أو القديمة أن العالم أصبح اليوم أشبه بقرية يمكن للمرء التجوال فيها من أقصى شمالها إلى أقصى جنوبها ومن شرقها

إلى غربها في بضع ساعات من السفر الجوي، أضف إلى ذلك مشاكل تأمين الماء النظيف والصرف الصحي قد أضحي في العديد من البلدان من الاضطرابات العويصة التي يصعب حلها بلا تضافر جميع الجهود.

وهذه الأمراض المستجدة أو المنبعتة هي طائفة واسعة من الأمراض الخطيرة والقاتلة بعضها كان معروفاً من القدم وبعضها حديث الكشف فالإيدز الذي بدأ اكتشافه منذ بداية الثمانينيات قتل حتى الآن ستة ملايين إنسان، أما وباء الإيبولا الذي انتشر قبل بضعة أعوام في زائير فقد حصد أربعة أخماس المصابين به.

مما يزيد في اشتداد الأمراض المستجدة أو المنبعتة وتفاقمها وتهديدها الحقيقي للأمن الصحي الحروب التي تهدم بنية المجتمع وتشرد آلاف الناس، والهجرة العشوائية من الريف إلى مدن الأكواخ، والتلوث البيئي على مستوى الماء والهواء والقوت، والزنا والممارسات الجنسية الإباحية، والممارسات الشخصية غير الصحية.

الفرق بين الأمراض السارية المستجدة والأمراض السارية المنبعتة:

الأمراض السارية المستجدة هي أمراض حديثة لم تكن معروفة في أسلافنا من البشر وتسببها عدوى عرفت حديثاً، وتسبب معضلة أمام توفير الصحة العمومية على مستوى العالم بأسره، ومنها مرض الإيدز وحمى إيبولا النزفية وجنون البقر «الاضطراب الدماغى الإسفنجى» (Spongiform encephalopathy)، ومتلازمة انحلال الدم بفرط اليوريا والتهاب الكبد من النوعين وداء الفيالقة (Legionnaires disease) وداء لايم، ومع أننا لا نستطيع أن نعرف يقيناً ما إذا كانت هذه الأمراض الجديدة في الإنسان، أو أنها كانت موجودة على مر السنين من غير أن نتعرف عليها، فإن الاتجاه العالمى السائد الآن، يدل على أن كثيراً من هذه الأمراض إنما ترجع إلى زيادة الاتصال بين الإنسان ومستودعات العدوى التي توجد في العوامل المسببة لهذه الأمراض في الطبيعة من فيروسات، أو جراثيم وغيرها.

أما الأمراض السارية المنبعتة فهي تلك الأمراض التي ترجع عدواها إلى

الظهور والازدياد، وهي أمراض كانت معروفة من قبل إلا أنها كادت تتلاشى أو أنها أصبحت قليلة إلى درجة لم تعد مشكلة من الاضطرابات التي تهدد الصحة العمومية.

وغالبا ما تعود الأمراض السارية المنبعتة إلى الظهور بطريقة وبائية، فالسل أي التدرن على سبيل المثال عاد إلى الانتشار في جميع أنحاء المعمورة، بعد أن كان ينقرض من بعض الدول الغربية الغنية ولكنه انبعث ثانية نتيجة لتضامن عاملين خطرين أولهما انتشار وباء الإيدز الذي يساعد على إضعاف المناعة عند الإنسان فينتهز السل فرصة سانحة وينقض على أحشاء الإنسان ويتلفها، أما العامل الثاني فهو مقاومة الجراثيم المسببة للسل للمضادات الحيوية وهذه المقاومة قد ساعدت على انبعث العديد من الأمراض من مرقدها وظهور سلالات عنيدة تستطيع مقاومة الأدوية ومضادات الجراثيم، وقد أضحى الآن علاج التهاب الأذن والالتهابات الرئوية والسل والسيلان (Gonorrhoea) وهو مرض جنسي شديد العدوى صعبا أحيانا بسبب ظهور ذراري جرثومية قوية وغياب مضادات حيوية جرثومية فعالة تستطيع التغلب عليها والقضاء على ذراريها المعندة.

طرق مكافحة الأمراض السارية المستجدة والمنبعتة

- 1 - الكشف المبكر للأوبئة والإبلاغ عنها محليا ودولياً بشتى الطرق المتاحة.
- 2 - الاستجابة السريعة من السلطات الصحية للحالات المرضية غير المألوفة أو الغريبة.
- 3 - دعم الأنظمة الصحية المحلية والتأكد من قدرتها على رصد الأمراض.
- 4 - توفير المعلومات الصحية في الوقت الملائم لكبح جماح أي وباء.
- 5 - التعاون الدولي الحقيقي في مكافحة الأمراض بغض النظر عن الخلافات السياسية أو الحروب.
- 6 - القضاء على ظاهرة مقاومة الجراثيم للمضادات الحيوية وذلك بإجراء المزيد من التجارب والقضاء على سوء استخدام الدواء من قبل طبيب العائلة أم المريض.
- 7 - مراقبة الأمراض الجديدة التي تنجم عن مخالطة الحيوانات، والتي غالبا ما تحصل بعد تدمير البيئة السوية للحيوانات بعد قطع الغابات وتدميرها.

الاضطرابات النفسية:

يعاني عشرات الملايين في العالم من صور من الاضطرابات النفسية (Mental disorders) مثل الفصام والخرف، ولا يقل عدد من يعانون من الصرع عن عشرين مليون شخص وثمة مئتا مليون نسمة آخرون يصابون بالعجز من جراء اضطرابات نفسية وعصبية أقل خطورة، مثل العُصَاب الحاد، والتخلف العقلي، والاضطراب العصبي المحيطي. فإذا ما أُضيف إلى هذه الأرقام عدد المتضررين من المخدرات والمسكرات وماينجم عنهما من مشاكل، ومن الاضطرابات النفسية الملازمة للأمراض الجسدية مثل بعض المصابين بالاضطرابات المعدية المعوية المزمنة والذين يعانون من الاكتئاب، يتبين أن تحقيق الصحة النفسية يواجه مشكلة ضخمة، من حيث المعاناة الشخصية، ومن حيث العبء الواقع على الأسر وما تتحمله المجتمعات من تكلفة.

لاريب أن الرعاية الصحية الطبية أو النفسية المعهودة وحدها لا تستطيع أن تحقق الأمن الصحي في ظل مشكلة ضخمة كهذه. ويتضح بلا ريب أن تقديم خدمات الرعاية الصحية النفسية ينبغي ألا يقتصر على المستشفيات النفسية التخصصية، وينبغي ألا يتركز بين المختصين بالطب النفسي. وقد قل الاعتماد على الأطباء النفسيين في مجال الصحة النفسية منذ ربع قرن أو أكثر، وأصبح الاعتماد على الأطباء الممارسين وأطباء العائلة على مدى العقد الماضي حجر الزاوية في توفير الرعاية الصحية والأمن الصحي وليس الصحة النفسية فحسب.

الاضطرابات النفسية في الدول المتخلفة:

تتمتع قلة محظوظة فقط من سكان بعض البلدان المتخلفة بالوصول إلى الرعاية الصحية النفسية والعصبية. ومعظم من يعانون من الصرع لا يحصلون على أي علاج، إن مثل هذا العلاج يعد للكثير منهم، رخيصاً وبسيطاً وفعالاً. وفي بعض البلدان يمثل تعاطي الخمر مشكلة كبرى من الاضطرابات الطبية التي تهدد الصحة العمومية، ولقد أصبح إدمان المخدرات خطراً يحرق بالصحة العمومية والاجتماعية في العديد من المجتمعات التي كانت فيما مضى تحقق مستويات عالية من الرفاهية الصحية والمالية لأفرادها.

ثمة أربع مشكلات على مستوى الصحة النفسية ينبغي أن تحظى بالحلول العاجلة وهي:

- 1 - الطوارئ النفسانية.
- 2 - الاضطرابات النفسانية المزمنة.
- 3 - مشكلات الصحة النفسية التي يعانيها المرضى الذين يترددون على المراكز الصحية، والعيادات العامة وغيرها من الخدمات العلاجية، لا سيما على مستوى الرعاية الصحية الأولية.
- 4 - المشكلات النفسانية والانفعالية التي تعانيها بعض الفئات من الناس مثل المراهقين والشباب والمسنين.

الطوارئ في الطب النفسي:

إن كثيراً من النوبات الذهانية (Psychosis) الحادة الطارئة، هي نوب مرضية قصيرة الأجل، ويمكن التوصل إلى تهدئة المرضى لمنعهم من الحاق الأذى بأنفسهم أو بغيرهم، ثم فحصهم لكشف أي مرض عضوي يكون قد ساعد على الإسراع بحلول النوبة، ويفضل لهؤلاء المرضى أن يظلوا داخل أسرهم. ومع ذلك فإن ثمة ضغط اجتماعي لإبعاد المرضى عن الأهل والجيران والأقارب ووضعهم في المستشفى، بسبب خوف الناس من الاضطرابات النفسية. وغالباً ما يؤدي التثقيف الصحي إلى التخفيف من حدة هذا الخوف. إذ إن وضع المريض في بيئة غريبة عادة ما يؤدي إلى تفاقم المرض، سواء أكانت هذه البيئة هي زنزانة السجن أم محبس مركز الشرطة أم المستشفى، وتحول ما قد يسمى أحياناً بالمرض القصير إلى مرض مزمن. ولهذا السبب فإن التدخل السريع من قبل طبيب العائلة الذي يعرف قدرأ ملائماً من المعرفة الأساسية يمثل هذه الأوضاع، هو أمر ضروري لمنع إحالة المرضى إلى المختص فوراً وتشير الأدلة إلى أن مثل هذا العلاج المقدم من طبيب العائلة أو الطبيب العام هو علاج مأمون واقتصادي في الوقت نفسه، وفي العديد من البلدان، يعالج المرضى المعرضون لنوبات ذهانية حادة، من غير ضرورة، في أقسام نفسانية متخصصة، وهي أقسام لا تتلاءم مع احتياجات المريض، فضلاً عن أنها باهظة التكاليف من جميع الجوانب، وتمثل مشكلة رئيسية من الاضطرابات الطبية التي تهدد الصحة العمومية، نظراً لأن الضغط الاجتماعي على الخدمات

الصحية، قد يجعل إنشاء مرافق باهظة التكاليف للصحة النفسية لاستيعاب 500 مريض جديد سنوياً على سبيل المثال أمراً ضرورياً، من بين حوالي مليون نسمة من السكان، ذلك ما لم تتخذ الخطوات اللازمة لمعالجة هؤلاء المرضى على مستوى الرعاية الصحية الأولية التي يقوم بها الأطباء الممارسون وأطباء العائلة.

الاضطرابات النفسانية المزمنة:

يمكن الآن معالجة الاضطرابات النفسانية المزمنة على مستوى العائلة مما يوفر كثيراً من النفقات والأعباء الاجتماعية. ومثل هذا العلاج يصفه عادة الأطباء النفسيون في بادئ الأمر أو طبيب العائلة الممارس العام، غير أن الجانب الهام من العلاج يتمثل في الإشراف المستمر على مثل هؤلاء المرضى داخل مجتمعهم الخاص بهم كما لو كانوا يعيشون حياتهم اليومية، وبذلك نتأكد من أنهم يواصلون علاجهم وأنهم يحالون إلى المختص في أوقات الكرب أو الإجهاد (Stress). وينبغي تشجيع أسر هؤلاء المرضى على إبقائهم لديها أو إعادتهم حتى يندمجوا ثانية مع مجتمعهم، فإذا ما تحقق ذلك، فإن الإشراف عليهم يجب أن تقع مسؤوليته على طبيب العائلة أو الطبيب العام. فإذا ما ظلوا بلا علاج خارج المستشفى، فقد يعيشون حياة غير منتجة، أو يهيمون على وجوههم بلا هدف، وهو ما يسبب الفقر والعداب لأنفسهم ولدويهم. وقد قدرت نسبة هؤلاء الأشخاص إلى عدد السكان، فبلغت 5 في الألف، وهم بذلك يثيرون مشكلة صحية ضخمة، ففي مرض الفصام، على سبيل المثال، تتعرض المجموعة العمرية من 20-35 سنة لأعلى الأخطار، ويزداد نسبة السكان في هذه المجموعة العمرية في معظم البلدان النامية. وتبين الاسقاطات البسيطة لعدد المصابين بالفصام في العالم، أن هذا العدد وصل إلى 23 مليون بحلول القرن الواحد والعشرين. وأحياناً، يوضع المرضى المصابون بالفصام في عنابر المرضى في المستشفيات، ومع أن ذلك لا يستأثر في البلدان النامية إلا نسبة ضئيلة من السكان الذين يشكون من الفُصام (Schizophrenia)، فإنهم مع ذلك يمثلون استنزافاً واسعاً لموارد الخدمات الصحية الضئيلة.

العلاج النفسي في المراكز الصحية:

إن ما يصل إلى 20٪ من جميع المترددين على مرافق الرعاية الصحية العامة

في كل من البلدان النامية والمتقدمة على السواء، يفعلون ذلك بسبب الأعراض النفسية. وغالبا ما يشكو هؤلاء المرضى من أعراض جسدية متعددة، وكثيرا ما يخضعون لفحوص غير ضرورية ومكلفة، ونظرا لأنه لا يشخص مرضهم وعلاجه في كثير من الأحيان فإنهم يعاودون التردد على العيادات الطبية وأخيرا ينصرفون إلى تجريب صورة آخر من صور المعالجة البديلة. ولتجنب التدخلات غير الضرورية، ينبغي لجميع الأطباء الممارسين أو أطباء العائلة أن يكونوا قادرين على التعرف على مثل هؤلاء المرضى، ويجب عليهم، لكثرة عدد مرضاهم، أن يتعلموا كيف يقدمون لهم المساعدة.

المستشفيات النفسية:

قد تدعو الحاجة في بعض الأوقات إلى إيواء المرضى المصابين باضطراب نفسي في المستشفيات مع أنه لا يمكن تقدير الحاجة لها إلا بعد إنشاء خدمة مجتمعية فعلية، ومعرفة عدد المرضى الذين يمكن المستشفى استيعابهم، وما الفئات التي يندرجون تحتها. ويجب عادة توفير بعض الأسرة النفسانية داخل المستشفيات العامة للمرضى المصابين بأعراض ذهانية حادة، إذا ما استدعت حالتهم دخول المستشفى.

وقد يحتاج بعض المرضى حقا إلى مساكن تؤويهم وإلى رعاية لفترات طويلة، إلا أنه ما ينبغي افتراض أن الممرضين في عنابر المستشفيات يقدمون مثل هذه الخدمات بصورة مثالية لمجرد أن العرف قد جرى على ذلك.

وينبغي التساؤل بجديّة بشأن ضرورة بناء المزيد من المستشفيات النفسية المتخصصة وما ينبغي أن تعترضنا ضرورة إنشاء المستشفيات الجامعية. فإذا كان الأمر يتطلب فعلا مستشفاً جامعياً، ينبغي عندئذ أن يحدد عدد الإسرة بناء على متطلبات البحوث والتدريب فقط.

ويتمثل الهدف إذن في توفير الرعاية الصحية النفسية القصوى بعيداً عن المستشفيات النفسية بقدر المستطاع. ويمكن عمل الكثير في إطار عائلات المرضى، وبوساطة الأطباء الممارسين أو أطباء العائلة على سبيل المثال. ومع ذلك فإن مثل هؤلاء الأطباء يحتاجون إلى التدريب والإشراف المستمر وكذلك إلى الخدمات

الثانوية التي ربما تقوم في المراكز الصحية التي ينبغي أن يكون بها طبيب نفسي اختصاصي تكون وظيفته مساعدة الأطباء الممارسين أو أطباء العائلة والمعاونة في تدريبهم. والخطر الواسع يكمن في توقع قيام مثل هؤلاء الأطباء الاختصاصيين بمعالجة جميع حالات الاضطرابات النفسية شخصياً بدلاً من الإشراف على الأطباء الآخرين في هذه المهمة. وينبغي لهم بدلاً من ذلك أن ينظروا فقط في الحالات التي لم يستطع أطباء المناطق النائية معالجتها، وحتى هنا، يجب عليهم أن يواصلوا بقدر المستطاع إشراك بقية الأطباء والعائلات وسائر أعضاء المجتمع في العلاج. وتوفر مثل هذه المراكز أساساً خدمة خارجية، وهي لا بد أن تكون مهياً لقبول المرضى من أجل العلاج القصير الأجل الذي لا يزيد على أسبوع أو أسبوعين، لا بد كذلك أن تقوم مقام مستشفيات نهارية لعلاج بعض المرضى، إذا كانوا يقطنون على مقربة من المركز.

ثمة عقبات أمام تحقيق الصحة النفسية وهي:

الاعتماد المفرط على الاختصاصيين النفسيين، والتخصص المفرط، وانعدام مرافق الرعاية الصحية النفسية في المناطق النائية. والاحتفاظ الخطير للمرافق والمستشفيات القائمة، وضرورة استخدام السجون وغيرها من الإصلاحات في بعض الحالات. وقصور تدريب الأطباء الممارسين والممرضين والمرضات، وفقر مناهج الصحة النفسية في برامج التدريب الحالية الموضوعة للأطباء الممارسين وأطباء العائلة، والافتقار إلى المواد التعليمية الملائمة. وانعدام الاهتمام، أو المواقف السلبية حيال الصحة النفسية بين الأطباء والمرضات. ونقص الإحصاءات الأساسية بشأن انتشار الاضطرابات النفسية الرئيسية، كذلك انعدام الدراسات الاجتماعية الملائمة في بعض الدول. وعدم ملاءمة بعض القوانين التي تتعامل مع المرضى المصابين باضطراب نفسي في معظم البلدان.

التشريعات الصحية النفسية الوقائية:

تتحمل الحكومات بلا شك بعض المسؤوليات الرئيسية في مجال الوقاية من الاضطرابات النفسية وتعزيز الصحة النفسية وتحقيق الصحة النفسية المجتمعية، مثل سن التشريعات بشأن المخدرات والمسكرات. وينبغي لكل طبيب ممارس أو طبيب عائلة أن يدرك أن مهمته ليست مجرد معالجة الاضطراب النفسي، بل شرح مثل هذه التشريعات وتأييدها كذلك مما يساعد على تعزيز الصحة النفسية ومكافحة إدمان المخدرات والمسكرات واستعمال المواد.

وينبغي توفير مستوى ثالث من الرعاية لمساندة أطباء المراكز الصحية، ربما يقوم على أقسام الصحة النفسية الكائنة في المستشفيات العامة، ويمكن توفيره كذلك بوساطة أي وحدة خاصة من أقسام الصحة النفسية، سواء أكانت المستشفى أم القرية أم الحي.

وباء التدخين:

حجم المشكلة:

التبغ خطر غادر مخاتل، فالمدخن لا يخر صريعاً بعد السجارة الأولى، ولا تقع فاشية مفاجئة من مرض يسببه التبغ بمجرد أن يبدأ الناس في التدخين، ولكن استخدام منتجات التبغ له أثر تراكمي ونتيجة متأخرة، إذ يمر حوالي 30-40 عاماً بين البداية في التدخين وما ينجم عنه من وفيات، وفي النهاية تظل العاقبة مدمرة، وفي واقعنا الراهن اليوم يقتل التدخين حوالي ثلاثة ملايين شخص كل عام ففي العقد الأخير من القرن العشرين المنصرم مات حوالي ثلاثين مليوناً من الناس بفعل منتجات التبغ وهي نتيجة لا تقل خطراً عن اختفاء عدد من أكبر مدن العالم من الوجود.

وتؤكد المعطيات الحديثة أن أخطار التدخين أكبر كثيراً مما كان يظن سابقاً فعندما يستمر التدخين مدة طويلة نجد أن معدل الوفيات بين المدخنين تزيد ثلاثة أضعاف على نسبتها بين غير المدخنين، في كل الأعمار، ابتداء من مرحلة البلوغ والشباب وإذا كان معظم هذه الزيادة في الوفيات إنما يرجع مباشرة إلى التدخين. فإن خطر وفاة المدخن من جراء استخدامه لمنتجات التبغ مباشرة لا يقل عن 50

بالمئة مما يعني أن الشخص الذي يدخن طوال عمره يواجه خطر الوفاة بسبب التدخين، بمعدل يماثل خطر وفاته بكل أسباب الوفاة الأخرى مجتمعة.

الأمراض التي يسببها التدخين:

* **السرطان:** سرطانات الرئة والحنجرة، والفم، والقسم العلوي من مجرى الطعام، والبنكرياس، والكلى، والمثانة، وعنق الرحم.

* **الأمراض القلبية والوعائية:** أمراض شرايين القلب التاجية، والسكتة الدماغية، والأمراض الوعائية المحيطية، والأنورزمات (Aneurysms) وتتراكم هذه الأخطار بدرجة أكبر عند تعاطي أقراص منع الحمل.

* **أمراض الرئة الانسدادية المزمنة (C.O.P.D):** الالتهاب الشعبي أي التهاب القصبات المزمن والنفاخ الرئوي (Emphysema of lungs)، والربو (Asthma).

* **المضاعفات في الحمل:** الإجهاض التلقائي، نقص الوزن الوليد، الوفاة عند الولادة أوحوالي الولادة، والتشوهات.

* **الأمراض الأخرى:** القروح المعدية والقموية، قلة الخصوبة، تخلخل العظم (Osteoporosis)، والتهابات القسم السفلي من جهاز التنفس.

وباء التدخين في الدول النامية:

ثمة خطر جسيم في زيادة استهلاك التبغ في الدول النامية، ففي المتوسط نجد أن 50 بالمئة من الرجال في الدول النامية يدخنون، بينما تبلغ نسبة المدخنين من الرجال في الدول المتقدمة 41 بالمئة، وما يزال التدخين في الدول النامية ظاهرة تنتشر أساساً بين الرجال، بينما تهبط نسبة المدخنات من النساء إلى 8 بالمئة، مقابل 21 بالمئة من النساء في الدول المتقدمة إلا أن انتشار التدخين بين النساء أخذ في الازدياد في كثير من الدول، وقد أثبتت شركات التبغ براعة فائقة في كسر الحواجز الثقافية التي تمنع النساء سابقاً من التدخين، وتحقق هذه الشركات نجاحاً واسعاً في الترويج لفكرة خطيرة مؤداها أن تدخين المرأة برهان على تحررها واستقلاليتها ومساواتها للرجل.

لقد كان الجهل هو السبب الذي يقضي على الأجيال الأولى من ضحايا التدخين، إلا أن الجهل لم يعد عذراً لأحد، فالجيل القادم من ضحايا التدخين إنهما بدأ في استخدام هذه المنتجات الضارة، أو أنه سيشرع في استخدامها، في الوقت الذي تتوفر فيه الأدلة الدامغة على ما يرتبط بعادة التدخين من أخطار، وما تسفر عنه من عواقب.

الآثار البيئية لإنتاج التبغ:

يبدو في كثير من البلدان أن التبغ محصول مثالي، لأنه يعطي إنتاجاً واسعاً في مساحات صغيرة نسبياً، إلا أن الدراسة المدققة تظهر بوضوح أن المردود أقل كثيراً مما يبدو للوهلة الأولى، وأن ثمة تكاليف عالية في المدى الطويل ولا بد أن تؤخذ بالحسبان.

يحتاج معظم التبغ الذي يزرع في الدول النامية إلى كميات ضخمة من الأخشاب التي تحرق من أجل معالجة أوراق التبغ. وغالباً ما تحتاج زراعة التبغ إلى استخدام الأسمدة ومبيدات الهوام على نطاق واسع، وربما تصل هذه الأسمدة والمبيدات إلى البيئة المحلية بما في ذلك من مصادر الماء وتسبب أضراراً أما الأعمال الضرورية في زراعة التبغ فتعتمد على العمل اليدوي إلى حد واسع، وفي كثير من الدول النامية فإن النساء والأطفال هم الذين يقومون بشطر واسع من العمل ولذا فهم الذين يتعرضون للخطر الأشد مثل التسمم بالنيكوتين وهذه الحاجة إلى الأعمال اليدوية تترك أثراً سلبياً في تعليم الأطفال الذين ينقطعون عن المدارس وأنها تؤدي إلى إهمال زراعة الأغذية.

أما الأسعار التي تدفع لمزارعي التبغ فغالباً ما تكون أقل بكثير مما يصور لهؤلاء ابتداءً، وأن التكاليف التي تترتب عليهم في عملهم أكبر بكثير مما كانوا يظنون، مما يعني أن مزارعي التبغ إنما يحصلون على مردود ضئيل مقابل عملهم.

اقتصاديات التبغ:

يعد التبغ مصدر استنزاف واسع للموارد المالية إذ يقدر بعضهم أن

الخسارة الصافية التي تنجم من استخدام التبغ تبلغ منتهي مليار يورو تقريبا سنويا، وأن نصف هذه الخسارة إنما تتكبتها الدول النامية، وثمة مجموعة من العوامل التي توجد بيئة اقتصادية تجعل صناعة التبغ تدر أرباحا طائلة.

وإذا ما تغيرت الظروف الملائمة لرواج التدخين بجميع أنواعه من سيجارة وسيجار وجليون ونارجيلة (شيشة) وغير ذلك فإن هذا التبديل سيكون له دور واسع في مكافحة الأمراض والوفيات التي تنجم عن وباء التبغ والظروف التي تساعد على انتشار وباء التدخين هي التالية:

- 1 - إن صناعة منتجات التبغ زهيدة التكاليف.
- 2 - إن التبغ يحقق أرباحاً ضخمة للشركات الاحتكارية.
- 3 - إن الأرباح الطائلة تزيد شركات التبغ قوة على قوة.
- 4 - إن دعم صناعة التبغ يقطع من ميزانية الأمة.
- 5 - إن مصانع التبغ ومستهلكوه يحملون غيرهم تكاليف معالجة أمراضهم الناجمة عن التدخين.

ويجب أن يفرض على منتجي التبغ أن يتحملوا تكاليف منتجاتهم، ويجب كذلك اتخاذ تدابير تهدف إلى تخفيف حجم الأرباح الطائلة التي تحققها صناعة التبغ، ومقدرة هذه الصناعة على الترويج لوباء خطير، ومن هذه التدابير التي يمكن اتخاذها:

- 1 - رفع أسعار منتجات التبغ بتعديل الضرائب المفروضة عليها.
- 2 - فرض ضرائب إضافية على أرباح شركات التبغ.
- 3 - توفير الأموال لتقديم بديل لرعاية الأنشطة الصحية والاجتماعية المتفاوتة.
- 4 - منع الترويج للتبغ بكافة صور تعاطيه.
- 5 - إلزام شركات التبغ بتحمل تكاليف الإجراءات القانونية.
- 6 - إنهاء الدعم الحكومي للتبغ.

- استخدام سياسة فرض ضرائب على التبغ لتعزيز الصحة العمومية للمجتمع:

إن الهدف الرئيسي لسياسة فرض الضريبة على التبغ من أجل خدمة

الصحة هو تخفيف الضرر الصحي والبيئي الذي ينجم عن استهلاك التبغ، وثمة طرق عديدة لتنفيذ ذلك منها:

- وضع حد أقل لأسعار منتجات التبغ كي تظل الفئات المستهلكة الحساسة للسعر خارج سوق التبغ.
- جعل أسعار السجائر ومنتجات التبغ ترتفع ارتفاعاً دورياً منتظماً بمجارية التضخم العادي.
- ضريبة القيمة المضافة، وهي نسبة مئوية تضاف على سعر منتجات التبغ.

مكافحة التبغ في الإسلام

حرم الإسلام الخمر وكل صور المخدرات التي تذهب بعقل الإنسان، وتدمر صحته، وتقضي على حياته وحياة من يرعاها. ولقد أعلن العديد من كبار الفقهاء تحريمه القطعي وبيات الموقف من التدخين من وجهة النظر الدينية واضحاً تماماً وحاسماً في تحريمه، لعدة أسباب عددها المختصون علمياً ودينياً على النحو التالي:

- 1 - التبغ تهلكة لا بد من اتقائها.
 - 2 - التبغ انتحار وقتل للنفس التي حرم الله سبحانه وتعالى.
 - 3 - التبغ إدمان وخبث.
 - 4 - التبغ كوارث وحرائق، بل ضرر وضِرار.
 - 5 - التبغ تبديد وتبذير.
 - 6 - التبغ ملوث يناقض القيم الدينية.
- ولكن البلدان الإسلامية في مكافحتها للتبغ تجد نفسها موزعة بين أمرين: الكوابح التي تعوق سبل المكافحة تلك، والفرص التي تتمتع بها ولم تستفد منها بعد في هذه المكافحة، والكوابح تكاد تكون معروفة، إذ تتقاسمها مع باقي البلدان النامية، وهي:
- 1 - الجهل وغياب الوعي بأخطار التدخين.
 - 2 - سهولة الحصول على السجائر، وتوفرها للصغار والكبار.
 - 3 - الأنشطة التسويقية التي تقوم بها شركات التبغ، والتي تحرم المتلقين من حق الاختيار الواعي بمضار التدخين.
 - 4 - العادات الاجتماعية التي تجعل من تقديم السجائر شكلاً من صور الاحتفاء وكرم الضيافة.
 - 5 - دخول المدخن مرحلة الإدمان التي تصعب مهمة التوبة من التدخين.
- أما على صعيد الفرص فيمكن القول أن المجتمعات الإسلامية تتمتع بفرص أعلى في مقاومة التبغ إذا ما استقر عزمها على ذلك.

مسؤولية أطباء العائلة في مكافحة التدخين:

إن من واجب طبيب العائلة أن يعلم مريضه كيف يحافظ على صحته ويحميها ويعززها، ولا يقتصر الوفاء بهذه المسؤولية على مجرد بذل طبيب العائلة جهداً حسيماً ووجدانياً في مواجهة سلوك فردي على جانب واسع من الحساسية والخصوصية كالتدخين بجميع أنواعه، ويجب كذلك أن يقتطع طبيب العائلة جزءاً من وقته ليبين لمريضه كيف يقلع عن التدخين، وأن يقوم طبيب العائلة نفسه قبل ذلك بالمهمة الصعبة فيقلع شخصياً عن التدخين.

وفي هذه الأيام التي أصبح فيها حفظ الصحة وتعزيزها والوقاية من المرض أمورا ذات قيمة عظيمة، فإن التثقيف الصحي وتوفير المعلومات حول الأخطار التي تتعرض لها الصحة بسبب التدخين بجميع أنواعه، قد أصبحت ضمن المسؤولية المهنية والأخلاقية الرئيسية للمقابلة على عاتق العاملين في المهن الصحية ولاسيما أطباء العائلة.

واجبات أطباء العائلة في مكافحة وباء التدخين:

- 1 - التأكد من حال المريض الخاصة وكمية تدخينه، وتسجيل ذلك في الأوراق الخاصة بالمريض.
- 2 - جعل النصيحة بالإقلاع عن التدخين نصيحة لازمة.
- 3 - محاولة جعل الأضرار الصحية التي يسببها التدخين ذات طابع شخصي، وذلك باستخدام المعلومات اللازمة في الفرص الملائمة التي يتيحها علاج المريض، والتركيز بصفة خاصة على حتمية عدم التدخين للمرضى الذين يعالجون من أمراض يسببها التدخين مثل أمراض القلب، والأمراض الوعائية، والرئوية والسرطان أو للحوامل.
- 4 - الاتفاق مع المريض على يوم محدد للبدء في الإقلاع عن التدخين (خلال الأسابيع الثلاثة التالية) كي يشعر المريض أنه قد اتخذ قراراً جاداً، وحتى يمكن تجريب البدائل عن التدخين، وتنسيق الأمر مع شبكة الدعم الاجتماعية من ضمن أفراد العائلة والأصدقاء، وزملاء العمل.
- 5 - إعطاء المريض نشرة إرشادية عما يمكن أن يفعله من أمور تساعد في الإقلاع عن التدخين.
- 6 - الاقتراح على المريض بزيارة أخرى للمتابعة.

واجبات المؤسسات الصحية في مكافحة التدخين بجميع أنواعه:

- 1 - منع التدخين في المباني والمنشآت الصحية سواء للمرضى أم للزوار أم للعاملين.
- 2 - منع بيع السجائر ومنتجات التبغ أو الترويج لها في المنشآت الصحية.
- 3 - امتناع العاملين في القطاع الصحي وطلاب العلوم الصحية عن استخدام التبغ تدخيناً أو مضغاً أو استنشاقاً.
- 4 - تنفيذ أنشطة صحية موضوعها تحرير المجتمع من رق التدخين وأغلاله، بما في ذلك توفير خدمات تشجع المرضى والعاملين على الإقلاع عن التدخين، وتؤيد تحسين السياسات الخاصة بمكافحة التدخين.

العنف والحوادث

إذا كان أول ما يتبادر إلى أذهان معظم الناس عند ذكر الحوادث (Accidents)، هو تلك الحوادث التي تقع في الطريق، ولاسيما عند تصادم السيارات والمركبات، فإن الحوادث تشمل كل ما قد يعرض للإنسان من أسباب للإصابة بالضرر سواء في المنزل أم موضع العمل، أو في الشارع، بل وفي كل موضع. فما أكثر ما يرتكب الناس من أخطاء تلحق بهم أو بغيرهم الضرر والأذى. ولو حاولنا التفكير في ما قد يتعرض له المرء في يومه من حوادث لوجدنا عجباً.

حجم المشكلة:

تكتسب الحوادث بجميع أنواعها اهتماماً يتزايد باستمرار، كسبب للوفاة والعجز، والواقع إن التنمية الاجتماعية والمالية والصناعية السريعة، والتزايد المستمر في حركة المرور يجعلان توقع تعرض المرء لحادث من الحوادث أكبر مما كان عليه في أي وقت مضى. ولا تزال معدلات الوفاة والمرض الناجمة عن الحوادث أخذة في الارتفاع عاماً بعد عام في كثير من البلدان. لتزيد غالباً على ما تسببه الأمراض السارية.

إن الحوادث تحصد أكثر من ثلاثة ملايين شخص يلقون حتفهم كل عام في مختلف بلدان العالم. من غير أن يعانون مرضاً، ولكن بسبب إصابات تلحق بهم بسبب تعرضهم للحوادث أو للعنف (Violence).

غير أن المأساة لا تقف عند ذلك، فثمة عدد مماثل قد يتعرضون لإصابات

تقعدهم عن الحركة كلياً، ويقدر أن عشرة أضعاف هذا العدد يصابون بعجز جزئي مثل فقد أحد الأطراف أو فقد البصر.

ويقدر أن حوالي مليون وفاة من الوفيات التي تنجم عن إصابات إنما تقع عن قصد، فهي تأتي في العادة نتيجة للانتحار أو جرائم القتل، ولكن من أسبابها كذلك العنف الذي يتمثل في الضرب المبرح الذي يتعرض له الأطفال والنساء، وحوادث الاغتصاب، والاشتباكات بين العصابات، والجرائم عموماً، ولاسيما في دول الغرب.

أما بقية الوفيات التي تنجم عن الحوادث والعنف فهي تأتي عن غير قصد، إذ تقع نتيجة لحوادث في الطرقات أو في المنازل أو في موضع العمل أو في الملاعب والحدائق ويقع بعضها بسبب الحرائق، أو الغرق، أو التسمم، أو الوقوع من موضع مرتفع، وبعضها يأتي نتيجة للكوارث السوية.

كثيراً ما ننظر إلى الحوادث بأنها آتية لا محالة، ولكن الواقع غير ذلك، فالحوادث ليست من الأمور التي لا يمكن توقعها أو التنبؤ بها ولكننا قلما نحاول الوقاية منها، وإذا حاولنا فإننا لا نقوم إلا بالقليل الذي لا يكفي.

ويكون الصغار والمسنون أعلى نسبة بين ضحايا الحوادث والإصابات التي تؤدي إلى الوفاة.

التسممات:

تقع معظم حالات التسمم (Poisoning) في الدول المتقدمة، ومعظم ضحايا التسمم من الأطفال وتعد المنتجات المنزلية أبرز عوامل التسمم، مع ملاحظة أنها أقل سمية من المواد الكيميائية.

تعد حوادث التسمم للذكور والإناث في العالم كله سبباً في حوالي 7 بالمئة من الوفيات الناجمة عن الإصابات والحوادث والعنف.

مع أن كل الفئات العمرية ربما تتعرض للتسمم إلا أنه غالباً ما يكون الأطفال أكثر اختطاراً لخطر التسمم، ولاسيما الأطفال الصغار الذين تعلموا المشي من قريب ولا يقف فضولهم عند حد، وغالباً ما يضعون في أفواههم أي شيء يقع في متناول أيديهم.

تقع الحوادث عندما تغيب الوقاية عن الطفل ولو للحظة واحدة. والنتيجة متفاوتة جداً، من حادثة لا خوف منها، إلى إصابة حادة قد تتمثل في غيبوبة، أو فشل تنفسي أو إصابات كاوية، أو آثار مستديمة أو وفاة.

وترجع الزيادة في حوادث التسمم (Intoxication) إلى ازدياد التعرض للمواد الكيماوية في المنزل ومكان العمل، ولاسيما للمنظفات، والمواد المذيبة للون، والمستحضرات الصيدلانية، والمذيبات، والدهانات، والمبيدات. ومع تغير أنماط الحياة، وزيادة المستحضرات المنزلية والصيدلانية التي توجد أو تحفظ في المنزل، يزيد التعرض للمواد الكيماوية، ويزيد معه خطر التسمم.

من أهم التوصيات الرئيسية لمنع حوادث تسمم الأطفال أن تحفظ الأدوية في قوارير أو علب لا يمكن للأطفال فتحها، ووضعها على رفوف عالية بعيدا عن متناولهم، وعدم حفظ المواد الخطرة، مثل السوائل القاتلة للأعشاب، في قوارير الأشربة أو الأشربة الغازية، أو في علب ملونة مغرية.

وأهم من هذا كله يجب مراقبة الأطفال دائماً، ويجب أن يكون الآباء والأمهات على معرفة بالأخطار التي تشتمل عليها المستحضرات المستخدمة في المنزل.

حوادث الدراجات عند الأطفال:

ما يزال استخدام الدراجة في ازدياد مع شيوع استخدام السيارات في كل بلاد العالم، ومع زيادتهما تزيد الإصابات والوفيات. يعد ركوب الدراجة في الدول المتقدمة رياضة أو نشاطاً بدنياً، إذ يركب الدراجة في الولايات المتحدة الأمريكية أكثر من 85 مليون شخص للمتعة أو للياقة البدنية وتنطبق هذه الحال في معظم الدول الصناعية كذلك. أما في الدول النامية فهي وسيلة نقل ومواصلات. وليست المتعة هي الهدف الأول لركوب الدراجات في دول العالم النامية، وإنما تعد الدراجة وسيلة المواصلات ويعد ركوبها للكثير من البشر الوسيلة الرئيسية للذهاب إلى العمل. وعلى سبيل المثال يقدر أن حوالي مئة مليون و ثلاثين مليوناً في الهند يذهبون إلى العمل مستخدمين الدراجة. ولذا فإن غالبية راكبي الدراجات من البالغين وليسوا من الأطفال أو الشباب.

ويتوقع أن تتضاعف أخطار الدراجات مع استمرار الهجرة من الريف إلى الحضر على الصعيد العالمي. وقد تبين أن إصابات الرأس كانت السبب في خمسة وسبعين بالمائة على أقل تقدير من مجموع الوفيات بحوادث ركوب الدراجات. وتبين أن الأطفال بين السادسة والرابعة عشر من العمر هم الذين يتعرضون لأكبر الخطر، وأن ارتداء الخوذة الواقية للرأس يقلل إصابات الرأس والمخ بنسبة خمسة وسبعين بالمائة.

لعل نسبة واسعة من راكبي الدراجات النارية يرتدون الخوذ الواقية للرأس، إلا أن حفنة جداً من راكبي الدراجات العادية يلبسون الخوذ الواقية للرأس.

ومع ذلك فإن أكثر الإصابات انتشاراً بين راكبي الدراجات، هي كسور الجمجمة وارتجاج المخ والرضوح داخل قحف الرأس، أي باختصار الإصابات التي يمكن منعها بارتداء خوذة واقية للرأس، جيدة التصميم، تمتص الصدمة الناتجة عن حادث اصطدام أو سقوط.

يتراوح ثمن الخوذة الواقية للرأس في العالم الصناعي ما بين خمسة عشر وحدة نقد أوروبية وثمانين وحدة نقد أوروبية أي اليورو. وربما يعد هذا السعر ميسوراً لراكبي الدراجات في هذه البلدان إلا أنه غير ميسور لغيرهم.

لا ريب أن استخدام الخوذات الواقية للرأس إنما هو أحد وسائل السلامة، وله أثر فعال في حماية الرأس الذي هو أكثر أخطاراً للإصابة.

ويجب التحري عن السبب الذي يمنع راكبي الدراجات العادية من ارتداء الخوذة الواقية للرأس كما ينبغي، ويجب إصدار قانون يفرض استخدام الخوذة الواقية للرأس. والتخفيف من المشكلات التي تتعلق بسعر الخوذة الواقية للرأس وتصميمها ولا سيما للدول النامية.

انتهاك الأطفال:

يعد انتهاك الأطفال (Child abuse) أبشع كل أحداث العنف وأفظعها، بما

فيها الانتحار والقتل والاعتصاب والانتهاك واضطهاد الطلاب في المدارس لزملائهم وما زال مستوى الوعي العام بما يتعرض له الأطفال من إيذاء واعتداء يتراوح بين منخفض ومعتدل في كثير من البلدان.

إن اضطهاد الأطفال مشكلة مخيفة نظرا لأن المعطيات المتوفرة عنها قليلة ولأن القضية كلها محفوفة بالشعور بالخزي والعار والتكتم، لكن تظل مشكلة إساءة معاملة الأطفال مشكلة واسعة في الدول المتقدمة والنامية على السواء. وكذلك فإن التجربة تثبت أن الذي يتعرض للاعتداء عليه في طفولته كثيرا ما يعتدي على الأطفال وهو في الكبر.

العنف:

ظهرت أنماط من العنف (Violence) في مختلف البلدان النامية بعد أن بدأت السلطة التقليدية التي تتمتع بها العائلة تضعف، وأصبح الانتقال من الريف إلى الحضر يضرب جذوره، بما يترافق معه من انتشار المخدرات والجريمة والازدحام السكاني والبطالة.

ومن الأسباب الرئيسية أن كل المجتمعات ما تزال تعد مقاومة العنف من صلاحيات مؤسسات تطبيق القانون والمؤسسات القضائية والعقابية، لا يشاركها فيها أحد. غير أن التجارب تثبت أن الاعتماد على العقوبة والسجن لا يمنع أعمال العنف ولا يقللها.

أخذت معدلات حوادث القتل في الولايات المتحدة الأمريكية في الازدياد على مدى الثلاثين عاما الماضية، فأصبح حوالي ثلاثين ألف شخص يروحون ضحية حوادث القتل كل عام، وهو معدل يساوي عشرة أضعاف نظائره في الدول الغربية الأخرى.

مسؤولية الخمر والمخدرات:

إن أثر تعاطي الخمر والمخدرات في الإصابات والوفيات أبعد من مجرد الحوادث الأليمة التي تقع في الشوارع والتي ترتبط إلى حد واسع بتعاطي المسكرات والمخدرات.

إلا أن الإصابات الناجمة عن تعاطي المسكرات، والتي تقع في المنزل أو في موقع العمل أو في المدارس، بل وفي ساحات اللعب والنزهة، إصابات ضعيفة التوثيق بل كثيراً ما لا تسجل في أي سجلات أو وثائق رسمية. ولا توجد معلومات كافية لبيان إن معاقرة المسكرات كثيراً ما تكون السبب في اللجوء إلى العنف.

والناس الذين يتعاطون المسكرات أكثر اختطارا لإيذاء أنفسهم بالسقوط، أو بالحروق العادية أو بالحروق بالماء المغلي، وأكثر اختطارا لتناول الأدوية بجرعات زائدة، وأكثر تعرضاً للغرق أو للانتحار أو لقتل غيرهم من الناس. إن خطر الإصابة يزداد ازدياداً واسعاً مع زيادة مستوى الكحول في الدم فالشخص الذي تكون نسبة الكحول في دمه نصف جرام في اللتر يكون معرضاً لخطر الإصابة بنسبة ضعفي تعرض شخص لا يشرب الخمر. أما إذا زادت نسبة الكحول في الدم إلى جرام واحد في اللتر فإن خطر تعرض الشخص للإصابة يرتفع ثلاثة وعشرين ضعفاً، ولكن ارتفاع نسبة الكحول في الدم إلى جرامين في اللتر يضاعف خطر التعرض للإصابة ثمانين ضعفاً.

ثمة سلسلة من المشكلات الاجتماعية التي تنجم عن شرب الخمر، مثل الخلافات الزوجية وإهمال الزوجة والأطفال، والتغيب عن العمل، بل وفقر العائلة، ونظراً لأن الزوج ينفق راتبه على الخمر بدلاً من أن يشتري الخضر والفاكهة ويدفع أجره المنزل. مع أن الوفيات الناجمة عن تشمع الكبد ترتبط عادة بتعاطي الخمر ولكن قد تكون هذه الوفيات أقل من وفيات الحوادث التي يسببها تعاطي الخمر. والخلاصة أن الذين يجعلون أنفسهم نحت تأثير الخمر يعرضون أنفسهم لخطر إصابات إضافية أشد وخامة وخطراً.

حوادث الطرق:

مازال نمو شبكات النقل عاملاً رئيسياً من عوامل التطور الاقتصادي، ففي البلاد المتقدمة والنامية جميعاً ترافق زيادة الناتج القومي الإجمالي زيادة في تنقل الناس وحركة البضائع، وزيادة في الاستثمارات التي توظف في وسائل النقل

وهياكله الأساسية على السواء. وفي العالم النامي تلقى الاتجاهات الراهنة في الأوضاع السكانية والتصنيع والتحضير ضغوطاً واسعة على شبكات النقل بصورة عامة وعلى الطرق بصورة خاصة.

ومع ازدياد حركة النقل ظهرت بجلاء بعض الآثار الجانبية غير المرغوبة كالضجيج والتلوث والازدحام بدرجة عالية لكل فرد. إلا أن بعض الآثار الأخرى لا تظهر إلا خلال الإحصاءات المجمعّة، ومنها تلك الأعداد المتزايدة من الوفيات والإصابات الناجمة عن حوادث الطرق. تكشف هذه الإحصاءات عن تعاضم هذه المشكلة الخطيرة في معظم البلدان النامية، إذ تتزايد الأعداد المطلقة للوفيات والإصابات زيادة سريعة وحيث معدلات الوفاة سواء أقيست ما يخص تعداد السكان أم لعدد المركبات، مرتفعة جداً عن المعدلات المماثلة في العالم المتقدم.

وتكون حوادث الطرق عبئاً متزايداً على الخدمات الصحية وتحقيق الصحة العمومية ومما يستهلك الإمكانيات النادرة من الموارد البشرية والمادية، وتسبب للمجتمع خسائر اقتصادية شاملة تتطلب الاهتمام ناهيك عن الجانب الإنساني المأساوي.

حجم المشكلة:

إن استقرار مجموع الأرقام في حوادث الطرق يعني وقوع وفاة كل 50 ثانية وإصابة كل ثانيتين على نطاق العالم. إن الدول النامية هي أكثر البلاد تضرراً، إذ يقع فيها حوالي ثلثي حالات الوفاة، أي ما يعادل نصف مليون وفاة كل عام.

أما في الدول الصناعية فتقدر الوفيات بحوادث الطرق حوالي مئتي ألف وفاة سنوياً، ومع أن هذا الرقم يعد رقماً عالياً فإن المؤشرات تدل على تناقص هذه النسبة.

ويعزى هذا التناقص إلى عدة عوامل مثل تحسين الطرقات، وتحسين تصميم السيارات، وتخفيض السرعة القصوى، وإلزام السائقين بربط حزام الأمان، والتشديد على منع قيادة السيارة بعد تعاطي الخمر ومعاقرتها، والزيادة البطيئة والمستمرة في الوعي بأداب الطريق. كذلك فقد كان من العوامل المفيدة الإجراءات التي تسمى إجراءات تهدئة المرور مثل زيادة المساحات الدائرية والحواجز التي تخفض السرعة وتضطر السائقين إلى تخفيف سرعتهم.

وعلى وجه العموم، فإن احتمالات التعرض للوفاة بسبب حادث سيارة تتدنى إلى أقل المستويات في الدول النامية نظرا لأنها أقل من غيرها في استخدام السيارات. ولكن نظرا لضعف مستويات المحافظة على السلامة في الطرق فإن معدل الوفيات بحوادث الطرق في هذه البلاد تتراوح بين 20 و50 ضعفا للسيارة الواحدة عما هي عليه في الدول الصناعية. أما مستوى السلامة في دول أوروبا الشرقية فهو أسوأ بخمس مرات منه في بقية أوروبا. وتشير بعض الإحصاءات إلى أن فنزويلا هي الدولة الأولى في العالم من حيث ارتفاع معدلات الوفاة بحوادث الطرق بين الذكور.

إن التغافل عن حقوق المشاة لدى تخطيط الطرق وتصميمها، وكذلك زيادة السرعة تعد من الأسباب الرئيسية لما يتعرض له المشاة من قتل.

إن ارتفاع معدلات الوفاة ولا سيما بين الشباب من السائقين يرجع في كثير من الأحيان إلى أنهم يقودون سياراتهم بعد تعاطيهم الخمر وتزيد نسبة هؤلاء في البلدان النامية نظرا لقلة الوعي بالعلاقة بين زجاجة الخمر وعجلة قيادة السيارة.

الخطأ البشري:

كثيرا ما ينصب اللوم في تسبب حوادث الطرق على الخطأ البشري سواء أكان متعمدا مثل زيادة السرعة، أم التجاوز غير القانوني، أم عدم الالتزام بالعلامات في الشوارع وغير ذلك. غير أن ثمة أسبابا أخرى، منها على سبيل المثال ضغوط العمل التي تلزم سائقي سيارات النقل بالوفاء بمواعيد التسليم، مما يضطرهم إلى مواصلة قيادة عرباتهم مدة طويلة بلا راحة.

كذلك يمكن وضع اللوم على ما يسمى الطرق الملوغمة وهي الطرق السيئة التصميم والسيئة الإنارة، والتي تخلو من العلامات السليمة والكافية.

ومع أن شركات صنع السيارات أصبحت تصنع سيارات أكثر سلامة، فإنها ما تزال تجعل سياراتها أكبر سرعة، حيث يمكنها تجاوز السرعة القصوى المسموح بها في معظم الطرقات السريعة.

دور الخمر:

يمثل السائقون الذين أدمنوا الشراب وتعاطي المخدرات مشكلة تهدد الصحة العمومية والاجتماعية على مستوى الدول والشعوب. وقد أصبح الآن معروفا ومقبولا على أساس أدلة علمية ثابتة أن تعاطي الكحول يحد من القدرة على القيادة ويزيد احتمالات وقوع الحوادث، فضلا عن زيادة شدة نتائجها.

ويلاحظ أن تعاطي الخمر يتزايد الآن في معظم بلدان العالم ولاسيما بين الشباب. وتعاطي الكحول هو السبب المباشر في 30-50٪ من حوادث الطرق ووفياتها. وقد صدرت في معظم البلدان المتقدمة تشريعات تمنع القيادة تحت تأثير تعاطي الكحول وبصورة عامة يستند الاجتناب إلى الحد الأقصى المسموح به لتركيز الكحول في الدم. ويوجد الآن من الشواهد ما يؤكد أن تأثير تعاطي الكحول على مهارة القيادة يبدأ عند مستويات الكحول في الدم تبدأ من 50 مللي جرام/ 100 مللي ليدر ، ويزداد معدل وقوع الحوادث كثيرا عندما يكون التركيز 50-80 مللي جرام/ 100 مللي ليدر هذا وكذلك مستوى الخطر يكون أعلى بين صغار السن والمسنين حتى مع وجود مستويات الكحول نفسها في الدم. وثمة شواهد كذلك على أن المكافحة الفعالة لتعاطي الكحول عند القيادة، إنما ترتبط بتنفيذ التدابير التنظيمية والقانونية الحائبة وكذلك أي عوامل أخرى مثل التعليم والتأهيل.

إن العلاقة بين قيادة السيارات بعد تعاطي الخمر والكوارث التي تقع في الطرق من جراء حوادث السيارات علاقة واضحة تؤكدتها تقارير الشرطة وسجلات المستشفيات.

دور المخدرات:

يلاحظ فيما يتعلق بدور المخدرات منفردة أو مشتركة مع تعاطي الكحول، أنه لا توجد إلا شواهد محدودة على مدى هذه المشكلة الخطيرة. ومع ذلك لوحظ أن استعمال الأدوية المنبهة المنتشر في بعض البلدان، ولا سيما بين سائقي سيارات الشحن الذين يسوقون ساعات طويلة في ظروف صعبة وبصورة عامة، توجد حاجة إلى إجراء مزيد من الدراسات على الدور الخطر للمواد النفسية التأثير.

الفصل الثالث عشر

تحسين السلوك للوقاية من المرض والمحافظة على الصحة

مراحل الوقاية:

هناك ثلاث مراحل للوقاية من المرض:

* **الوقاية الأولية (Primary prevention):** وهي الهدف المثالي، إذ يتقى من حدوث أي مظهر إكلينيكي، مما يتضمن خدمات الصحة الشخصية، مثل المناعة واستشارات في أسلوب الحياة، واستشارات وراثية وخدمات الصحة العامة مثل فلورة الماء المتوفر.

* **الوقاية الثانوية (Secondary prevention):** تتضمن التدخل المبكر لكشف المرضى العديمي الأعراض وعلاجهم، مما يجب أن يشمل على سبيل المثال: استقصاء القولون والمستقيم، واختبار الخلايا العنقية، وتحري ضغط الدم، وفحص الثدي الذاتي.

* **الوقاية الثالثة (Tertiary prevention):** تتضمن التدخل في المرض الحادث بالفعل لتجنب المضاعفات والعجز، والمساعدة في التأهيل، مما يشمل معظم المظاهر الطبية الحالية والعلاج الجراحي.

أخطار صحية يجب التوقي منها:

الإقلاع عن التدخين:

ولقد ذكرت في الفصل السابق.

الإقلاع عن معاقرة الكحول:

* غالباً ما يفشل المرضى في رؤية سلوك الشرب أنه المشكلة ويميلون لتبرير معاقرتهم للكحول، وتوجد الكحولية عندما يتكون لدى شارب الكحول أثر ضار هام على الجوانب البدنية أو النفسية أو المجتمعية أو الوظيفية أو المالية.

* غالباً ما يجب أن تجمع قصة الشرب من أفراد العائلة والأصدقاء، وينبغي الحصول على الأجابات عن الأسئلة التالية:

1 - هل عندك شعور بالحاجة لقطع شربك ؟

2 - هل لديك شعور بالانزعاج بانتقاد شريك ؟

3 - هل كان لديك شعور بالإثم من شريك ؟

اختبار ميتشيغان لاستقصاء الكحولية [The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) هو وسيلة ذات أثر وقيمة. ويجب أن يركز الأطباء على عواقب تعاطي الكحول أكثر من كمية الاستهلاك. والعلامات البدنية من التعرق، وفرط ضغط الدم، وتسرع القلب، واشتداد المنعكسات، واضطرابات النظم، وضخامة الكبد قد تكون مساعدة في تشخيص الكحولية.

الكافيين (Coffeine):

الكافيين محرّض للجهاز العصبي المركزي، وقد تترافق الجرعات المفرطة بالهلاوس، والتوهم، وحالات الاضطراب العقلي. وأما الجرعات الأكثر اعتدالاً فقد ترتبط بعدم الارتياح، والعصاب، والهيّاج، والأرق، والوجه المتوهج، والإدرار، والاضطرابات المعدية المعوية، والارتجاجات العضلية، والكلام والأفكار المتفككة، واضطرابات النظم القلبية، وفترات من عدم الكلام، والهيّاج الحركي النفسي.

وهناك دليل يوحي أن المرضى المصابين باضطراب الهلع قد يكون لديهم زيادة في الحساسية لتأثير كمية قليلة بقدر ما كفنجان واحد من القهوة.

توحي التقارير الحديثة أن استهلاك القهوة، يترافق بزيادة كولستيرول المصل والجليسيريدات الثلاثية. وعموماً فإن العلاقة الإيجابية ما بين استهلاك القهوة ومستوى الكولستيرول ربما ينجم عن التأثيرات المربكة لأجزاء أخرى من القوات، ثمة أمراض أخرى مرافقة قد اقترحت من دون بيئة علمية.

مشاكل التغذية، والنظام الغذائي السيء، والبدانة:

* إن أثر عوامل التغذية هام على صحة الشخص. وقلمًا يشاهد نقص التغذية في الدول الغنية باستثناء الظروف غير الاعتيادية، مثل السرطان المتطور أو الفقر المدقع. وأما نقص الحديد فيشيع لدى النساء في سن الحمل والولادة ولدى الأطفال وكمية الحديد المطلوبة للنساء خلال سني التناسل عالية جدا (18 مللي جرام / يوميا)، ولذا يشيع النقص عندهن. والمصادر الممتازة للحديد تشمل: الكبد، والعضلات، وأوراق الخضر الخضراء، والبازلاء والفاصولياء الجافتين، والخبز غير المقشور، والحبوب، والمشمش المجفف.

* أكثر من ربع من الرجال في بعض المجتمعات بدينون، وأكثر من ثلث النساء في بعض المجتمعات بدينات. والناس الذين هم أكبر أو أقل من حدود الوزن الموصى به بحوالي 20٪ يعتقد أنهم سيكونون بوزن عال أو منخفض على التوالي. إن قياس ثخانة الطية الجلدية للجسم البشري هي الطريقة الأدق لتخمين بدانة المريض. وتعيين محيط الذراع ومحيط عضلات الذراع بالبارامتر، والتي تقيس كتلة عضل الجسم، مفيدة في تقييم حالة تغذية المريض. والبدانة تزيد خطر السكري، و أدواء الكولستيرول، وفرط شحوم الدم وفرط ضغط الدم. ودورها كعامل اختطار مستقل في مرض القلب التاجي لم يتبين على نحو واضح. وتترافق البدانة المرضية (وزن أكثر من ضعف الوزن المثالي)، بزيادة الأمراض والوفيات وهي أعلى لأولئك الذين تكون أوزانهم زائدة في سن الشباب.

* ارتفاع مستوى الكوليستيرول في المصل ولا سيما الكوليستيرول الوضيع الكثافة يعد عامل اختطار قلبي وعائي معروف. أكثر المساهمات المحددة لكوليستيرول الدم هي: اللحم الأحمر، والبيض، والزبدة، والدهون الأخرى المصنعة. إن استعمال زيت الزيتون والزيتون ذات الأحماض الدهنية غير المشبعة يساعد في إنقاص الكوليستيرول المصلي.

* ثمة علاقة إيجابية ما بين استهلاك اللحوم الحمراء وحدوث سرطان القولون، وقد ظهر بأن الأشخاص ذوي النظام الغذائي الفقير إلى الألياف لديهم ارتفاع في حدوث السرطان القولوني المستقيمي، والبواسير، والتهاب الزائدة. وينصح باستهلاك الأغذية التالية يوميا: النخالة، الحبوب غير المكسرة، الخبز العالي

الألياف، الفاكهة الطازجة، الخضر الطازجة.

* إن مدخول الكالسيوم غير الكافي هو عامل اختطار لتخلخل العظم وتلين العظام، وربما تؤدي هذه الظروف إلى زيادة خطر الكسور المتعددة وألم العظام. والنساء ما بعد سن الحيض معرضات للخطر بصورة خاصة. ومع أنه لا ينصح بإجراءات التحري المعهود الخاصة بتخلخل العظم. فإنه يجب أن تؤخذ القصص بعناية، مع انتباه خاص لمدخول الكالسيوم، الذي قد يكون ما بين 1-1.5 جرام في اليوم.

* يعد المدخول العالي من ملح الطعام عاملاً مفاقماً أو مدهوراً في فرط الضغط وفشل القلب الاحتقاني، وأولئك الذين هم مستعدون، وهنا، يجب تحديد استعمال الملح لديهم، والوارد اليومي الأعظم المفترض أقل من 2 جرام من الصوديوم أو 5 جم من كلوريد الصوديوم.

الحوادث:

الوقاية من الحوادث هي أحد أهم الأجزاء في التثقيف الصحي وإنقاص الاختطار. فالحوادث هي السبب الرابع الأكثر شيوعاً للموت في جميع الأعمار والسبب المؤدي للموت عند الناس في أول العقد الرابع للحياة. ومعدلات الموت بالحوادث ترتفع سنوياً ولقد كان هدف اليوم العالمي للصحة في 7 أبريل عام 2004م هو المساهمة في الوقاية من حوادث الطرق ولقد ذكرنا في الفصل السابق تفاصيل ملائمة عن هذا الجانب.

الوقاية من الحوادث بصفة عامة:

* إن وضع حزام الأمان في السيارات والباصات ينقص أكثر الوفيات لحوالي 57٪، ويقدر أن 90٪ من الوفيات من الأطفال في حوادث السيارات ربما يمكن التوقي منها باستعمال حزام الأمان. وثمة دليل على أن التشريع وتثقيف المرضى بوساطة الأطباء الممارسين وأطباء العائلة ربما يزيد استعمال حزام الأمان وينقص أسباب الأمراض والوفيات الناجمة عن تصادم عربات النقل.

* أمن المنزل هام من أجل الأشخاص الصغار والأطفال، والمسنين، إذ تسبب

حوادث السقوط معظم الحالات المميتة، يليها الحريق، والدوار، والغرق، وما يزال التسمم في سني الطفولة أكبر الاضطرابات انتشاراً ، على الرغم من أن الحوادث قد انخفضت كثيراً منذ إنتاج أغذية زجاجات خاصة لحماية الأطفال.

* تشمل وسائل الوقاية إبعاد السموم، والوقاية من الحريق، وتعليم الاستعمال الآمن للنار، والتحذير من النار، وشراء اللعب الآمنة والحذر من الأطفال اللامبالين. ويجب تعليم الأطفال أن يميزوا الأخطار وكذلك تعليم الآباء كيف يستجيبوا ويعالجوا الطوارئ.

* المسنون عرضة لأذى الحوادث، ولا سيما التي تؤدي إلى مضاعفات ثانوية. وتشمل الوقاية وسائل تجنب الحوادث والتثقيف ووسائل المعالجة البيئية البارعة، وتشمل الانتباه إلى المصايح الكهربائية والأجسام المتحركة والحوارج، والمراقبة الطبية، وإصلاح الدروب والسجاد المبعثر وأحذية غرف النوم.

* وفي تدبير هذه الأذيات يجب بقوة تقييم أسلوب حدوثها والإجراءات المضادة التي يمكن اتخاذها للوقاية من الأذيات المماثلة. وعندما يكون ممكناً فإن الخوذ وأدوات الحماية الأخرى يجب أن تستعمل عند قيادة الدراجات الآلية والدراجات الهوائية، يجب أن تتضمن وسائل الحماية من الغرق القوارب لعمليات الإنقاذ وتجنب تعاطي الكحول. ويجب أن يلتزم المهتمون بالصحة بفهم الحوادث وعلاجها والوقاية منها، وكذلك فهم العوامل البيئية والبشرية التي تسبب هذه الأذيات.

التمارين والرياضة:

للتمارين (Exercise) فوائد فيزيولوجية ونفسية عديدة، ويعيش معظم الناس في بعض المجتمعات بأسلوب حياة خاملة أو أسلوب حياة القعدة. وعلاوة على تحسين الحالة الفيزيائية، فإن التمارين تفرّج حالات كثيرة مثل الكرب أو الإجهاد، والأرق، وال اكتئاب، والتوتر، والألم. إنها تعزز الشعور بالوجود الجميل، وتبديل الوظائف على نحو واع ، وتستطيع إحداث الشعور بالمرح وتفيد معظم الدراسات

الحديثة والقديمة بأن التدريب المنتظم يؤدي إلى إنقاص معدلات أمراض القلب التاجية. ويتناقص عدد من عوامل الاختطار الأخرى بفضل التمارين مثل: البدانة، وفرط ضغط الدم، والتدخين، ومستوى الكوليستيرول. ويزداد مستوى البروتين الشحمي المرتفع الكثافة HDL وهذا له فعل واق من الأمراض القلبية الوعائية. وعموماً فإن القيام بالتمارين النشيطة له فوائد صحية مديدة أما إبطاء حدوث الهرم فهو ضئيل وغير مقنع.

تستخدم التمارين في الهواء الطلق للتزود بالأكسجين ومن أجل وظيفة العضلات، وهي الصورة الأمثل من التمارين المفيدة للقلب والأوعية. والهدف المرجو هو أن يتدرب المرء على أقل تقدير ثلاث مرات أسبوعياً، مع عدم التوقف لأكثر من يومين متتاليين وفوق ذلك، فإن التمارين يجب أن تكون مبهجة، وعلى الأشخاص اختيار طريقة نمتعهم وأن يستمروا باستعمالها.

الشدة والكرب؛ الإجهاد (Stress):

يجب أن يصبح وعي الذات وتديبير الكرب أو الإجهاد جزءاً واسعاً من خدمات الرعاية الصحية الأولية. والكرب هو اضطراب يزداد فيه المطلب الداخلي أو الخارجي عن إمكانات الشخص. ثمة سبع مناطق واسعة من مصادر الإزعاجات المتعلقة بالكرب تشمل: العمل، والزواج، والأبوة، والصدافة، والاستجمام، والتدين، والصحة. أما الجماعة التي يعيش فيها فقد تكون إجهادات إضافية أو عنصراً من جهازنا الداعم، والتبديل، والفقدان، والتهديد، هي الأفكار الرئيسية في تفهم الحوادث المنتجة للكرب.

إن الكرب أو الإجهاد عامل اختطار في مرض الشريان التاجي، والموت القلبي المفاجئ، وفرط الضغط، ومتلازمة الألم المزمن، والداء السكري، والبدانة، وإساءة استعمال المواد، والربو، والقرحة الهضمية، والاضطرابات المعدية المعوية الأخرى، والاضطرابات النفسية، و اضطرابات أخرى عديدة، وحدوث سرطان الحلق، وفرط الدرقية، وزيادة شدة الناعور (Hemophilia)، وأمراض أخرى تفترض مع الكرب أو الإجهاد ولكنه غير حاسمة. وثمة علاقة مباشرة ما بين تغيرات

الحياة، وخطورة المرض، وشدة المرض.

تدبير الشدة أو الكرب عند النساء ولا سيما الأمهات العاملات:

إن المرأة معرضة للشدة، وقد تقلق وتتأزم. ولقد ازداد الاهتمام في السنوات الأخيرة بالشدة الناتجة عن العمل عند الأمهات العاملات، وتتضمن عدة عوامل تسبب الشدة ترتبط بالأسرة وبجو العمل. والأسباب هي نقص المعلومات الضرورية في تدبير المنزل أو المهنة نفسها، ونقص الدعم من الأهل والزميلات والإدارة، وصعوبات التعامل مع الأطفال الصغار، ومهارات التواصل السيئة، والمشاكل الاقتصادية. ويجب أن تنتبه المرأة إلى مصدر المشاعر السيئة والإحباط في عملها، وذلك لمساعدتها على التعامل معها ودعم زميلاتها.

يمكن لطبيب العائلة نصح الأمهات العاملات لتدبير الشدة والكرب بنصحها كما يلي:

1 - أولاً يجب أن تعرفي أنك تتعرضين للشدة والكرب. انتبهي للشعور بكونك مضطهدة أو متعبة أو ستخرجين عن طورك ومريضة جسمياً. أيضاً انتبهي فإن التدخين وشرب القهوة أو إدمان أي مادة أخرى يزيد من الشدة والكرب.

2 - متى تنتبهين إلى الشدة ومتى تحدث؟ حدي أعمالاً أخرى للتعامل معها بشكل بناء، ومن الأعمال المقترحة:

- * أجمري تمارين الاسترخاء يوميا وحدي لها وقتاً كافياً لكي تنقصي توترك.
- * ضعي جدولاً للفعاليات والنشاطات لتوجهي طاقتك نحوه.
- * كوني أكثر حزمًا تجاه الشعور بالضعف في علاقاتك مع الآخرين. تعلّمي أن تقولي لا.
- * نظمي وقتك بطريقة أفضل بتفويض أشخاص آخرين.
- * تعلّمي أن تقبلي الفشل وأن تعتبري منه.
- * تعلّمي طلب المساعدة ومشاركة مشاعرك مع الآخرين.
- * تعلّمي أن تدعمي غيرك وقت الحاجة. أعطهن الفرصة كي ينفسن عن مشاعرهن وأصغي لما يقلقهن.

* تقبلي ما لا يمكن تغييره.
* تعلمي أن تتعاملي مع المشكلة بصورة بناءة بدلا من مهاجمتها.
* إذا كان لديك طفل معوق أو مصاب باضطراب نفسي فاسعي إلى تكوين مجموعة دعم نفسي، بهدف التعامل مع المشاعر والقلق الناتج عن الشدة والكرب.
* أخيرا يجب أن تتعلم المرأة أن تضحك وتمرح. ويجب أن تعرف الدعابة بأنها القدرة على اكتشاف أو إظهار أو تقدير الأمور الجديرة بالضحك، أو السخرية أو الضحك على مواقف مضحكة، وعلى العيوب الذاتية أو على الجوانب الغريبة من الحياة، ورؤية الجانب المضحك من الأمور الجدية.

إن الأكثر قدرة على التكيف مع الشدة والكرب والإجهاد والشعور بالضييق هو الأكثر قدرة على خلق جو من المرح والتمتع به.

المحددات الأسرية (Family determinants):

غالبا ما تستطيع القصة العائلية أن تساعد بالتنبؤ بأخطار صحية معينة. يجب أن تجمع كل المعلومات الوراثية والبيئية عند بناء قاعدة معلومات الرعاية الفردية أو العائلية. إن القصة العائلية لمرض القلب الإقفاري الحادث قبل الأوان هي خطوة واضحة لأمراض المرض التاجي ووفياته، ولا يوجد أي شيء يمكنه التخفيف من خطورة هذا العامل ولكن معرفة هذه الحقيقة ربما تساعد المؤهين أن يوجهوا اهتماماً أكبر لعوامل الاختطار المكتسبة الأخرى، وبهذا يقومون بالتبدلات الواجبة في أسلوب الحياة.

ثمة ميل وراثي محدد للداء السكري. والمعلومات عن قيمة العلاج لأي حالة سكري عديمة الأعراض غير حاسمة. ولا يعتقد معظم الباحثين بأن التحري المعهود للسكري ملائم فيما عدا وجود قصة عائلية للمرض.

إن السرطان في نطاق العائلة ربما يفسر أحيانا كعامل اختطار وراثي. والقصة العائلية لسرطان الثدي بالتحديد تزيد الاختطار. هذا صواب ولاسيما في الأمهات، أو الجدات، أو الأخوات، أو العمات. إذا كان التشخيص في زمن ما قبل

الإياس من المحيض أو أكثر من فرد في العائلة قد أصيب بالمرض. أما سرطان القولون فقد يكون له علاقة مع بعض العوامل الوراثية التي تزيد حدوثه، ولا سيما داء السلائل (Polyps) العائلي. وسرطان المبيض كذلك له تصادف عائلي عال.

المحددات الاجتماعية والبيئية

:(Environmental and community determinants)

المحددات الاجتماعية والبيئية يجب أن يفكر بها حياتياً كماً وكيفاً. إن الطبقات الاجتماعية الثرية لديها اختطارات أقل للموت قبل الأوان بأمراض عدوائية، والخباثات، والموت في الفترة المحيطة بالولادة. إن التثقيف الصحي، والدخل العالي، والسلوك الصحي الجيد، وأسلوب الحياة الحسن كلها تسهم في توقع حياة أطول. ولاشك بأن معدلات وفيات الأطفال في البلاد المصنعة أقل فعلياً منه في البلاد المتخلفة.

العوامل الاجتماعية - المالية:

* المراضة أشيع في الطبقات المتدنية اجتماعياً واقتصادياً بصفة عامة، وتشمل: التدرن، والحمى الروماتزمية، وأمراض القلب التاجية. وأما معدل الوفيات فيتأثر كذلك على نحو واسع بالعوامل الثقافية والوراثية. وعلى سبيل المثال فإن الرجال اليابانيين في الولايات المتحدة الذين خضعوا لنبشنة يابانية تقليدية لديهم معدلات انتشار أقل لمرض القلب التاجي من الذين لم يخضعوا للتقاليد اليابانية. أما الأفراد الذين يقتاتون بأغذية تحتوي أليفاً أقل وكربوهيدرات مكررة أكثر في الأغذية فتصادف لديهم السرطانات المعوية أكثر من غيرهم.

* يؤثر مستوى الدعم الاجتماعي والتعليم على الصحة على نحو هام. وأظهرت الدراسات أن المتزوجين يعيشون أطول من العازبين وعلى وجه الخصوص من الذين كانوا متزوجين سابقاً (أرامل). والمتزوجون أقل احتمالاً للإصابة بأمراض مزمنة واضطرابات نفسية. والأطفال لأب واحد يتطلبون تكريس رعاية صحية أكثر على أجهزتهم من الأطفال لعائلات فيها الأبوين كلاهما.

* وقد أظهرت الدراسات تناقضاً هاماً في مرض القلب التاجي بعد وضع قاعدة

تثقيفية للمجتمع ومحاولات التدخل في أسلوب الحياة وأنماطها. وقد يسهم تغيير السلوك خلال التربية الصحية في خفض الوفيات الناجمة عن الأمراض القلبية الوعائية أكثر منه في العقود القليلة الماضية.

* المسكن هام: في وبائيات الأمراض العدوائية. إذ إن بعض مناطق المدن المزدهمة والمناطق القليلة التطور اقتصادياً قد تزيد من اختطار عوامل كثيرة. مثل: التصحح الجيد، والحريق. والنسبة العالية للحوادث المنزلية، والتعرض للسموم كالرصاص، و تتأثر وظائف العائلة بظروف السكن.

التصحح (Sanitation):

ربما تصبح عوامل التصحح أخطاراً صحية. ويبقى تلوث القوت خطراً صحياً هاماً. إن التحضير اللائق للطعام والنظافة الشخصية للذين يحضرون الطعام عوامل أكثر قيمة. وعموماً فإن مهمة تحضير الطعام تتراوح على نحو هام حسب مستوى التطور الاجتماعي. والنفايات التي تطرح على نحو غير ملائم هي أخطار صحية، إذ إنها قد تكون خلفية ملائمة لتربية وسائط نقل العدوى.

الأمراض السارية المنقولة بالماء:

معظم الأمراض ذات الصلة بالماء هي أمراض سارية (Communicable diseases) و تصنف بشكل عام حسب طبيعة العوامل الممرضة.

تصنف الأمراض المنقولة بالماء تصنيفاً بيئياً في أربع فئات هي:

- 1 - الأمراض المنقولة بالماء؛
- 2 - الأمراض الناجمة عن نقص الغسل بالماء؛
- 3 - الأمراض المتمركزة في الماء؛
- 4 - الأمراض ذات العلاقة بالماء؛
- 5 - هناك فئة خامسة تظهر في البلدان المتقدمة ويمكن تسميتها الأمراض المنتشرة بالماء.

الكيمويات:

ينقص الفلور في ماء الشرب فرصة تنخر الأسنان وتسوسها، بما يقارب 65% مع أن زيادة الفلور تسبب التسمم بالفلور (Flourine)، ولم تشاهد أي مشاكل طبية عند إضافة الفلور على نحو دقيق.

قد يصبح التعرض الكيماوي خطراً بيئياً متزايداً. إن أول أكسيد الكربون غاز عديم الرائحة، وعديم اللون، وعديم المذاق إذ يزيح الأكسجين ويتحد مع الهيموجلوبين ليكون الكاربوكسي هيموجلوبين. ومصادره السائدة تطلق من محركات السيارات والمعالجات الصناعية، ثمة أعراض خفيفة مثل الصداع والتعب، ربما تحدث عند مستوى 300 = Ppm، والتعرض الأعظمي الآمن لمدة 8 ساعات عمل هو 50 = Ppm.

وصف المغص الرصاصي (Lead colic) عام 370 قبل ميلاد السيد المسيح عليه السلام. عندما كانت تستعمل أوعية الرصاص المصقول لحفظ الفاكهة، وعصير التفاح، والخمر، والروم (Rum (شراب مسكر)، إن التعرض المهني للرصاص شائع، والتسمم بالرصاص عند الأطفال يسببه رصاص الدهان، والبنزين، وحتى الرصاص من ملابس العمال. تشمل الأعراض التسممية: المغص البطني، والتعب، والصداع. ربما يتدخل التسمم بالرصاص في إنتاج الهيموجلوبين، وربما يسبب اعتلالاً دماغياً وكذلك اعتلال الأعصاب المحيطية، والأذية الكلوية، وانعدام الخصوبة، تشمل الوقاية من التسمم بالرصاص استعمال دهان بمستوى أقل من 0.06% في الدهان المجفف واستعمال البنزين غير الرصاصي. وأما الأطفال ذوي الاختطار المرتفع فيجب أن يبحث عن مستوى الرصاص في الدم عندهم بالوسائل المخبرية المعروفة.

ثمة العديد من المعادن الثقيلة الأخرى التي لها احتمال إحداث تأثيرات سمية، وتشمل: الزئبق، والنيكل، والبيريليوم، والكاديوم، والكروم، والكوبالت، والأوزميوم، والبلاتين، والثاليوم، والثاناديوم، والقصدير، والمنجنيز، والحديد، والسيلينيوم، والنحاس، والتوتياء، والأنتيمون، والألمنيوم، والزرنيخ. إن التعرض لهذه المعادن مبدئياً مهني وتختلف التأثيرات حسب كل معدن.

الفصل الرابع عشر

التحري عن المرض

التحري (Screening) عن المرض هو جزء متمم للوقاية من المرض والمحافظة على الصحة. ثمة عوامل عديدة هامة في تحديد الفائدة من تجربة التحري: المصدوقية، والحساسية، والنوعية، والقيمة التنبؤية.

المصدوقية: هي التمكن من تحديد الشيء غير السوي بدقة. والعناصر الأساسية للمصدوقية هي الحساسية والنوعية.

الحساسية: تعرف بأنها قيمة المواد في المرض الذي له اختبار إيجابي لذلك المرض.

الاختبار العالي الحساسية: يتضمن عددا قليلاً من السلبيات الكاذبة.

النوعية (Specificity): تعرف بأنها قيمة المواد من دون المرض الذي قد كان سلبي الاختبار. وبذلك فإن النوعية العالية تتضمن عددا قليلاً من الإيجابيات الكاذبة.

القيمة التنبؤية (Predictive value): لاختبار التحري: هي قدرتها على تحديد الوجود أو الغياب لمرض بدقة لدى مريض مستقل. هذه الخصائص كلها ذات علاقة جدلية، وعلى سبيل المثال في الحالات التي لها انتشار قليل جداً، فإن الاختبار ذا الحساسية العالية يتطلب أن تنقص إمكانات السلبيات الكاذبة. وعموماً، فإنها غالباً ما تنتج على حساب عدد واسع من الإيجابيات الكاذبة.

معايير التحري (Screening criteria):

يجب أن تجتمع عدة معايير لكي تبرر إيجاد اختبار التحري وهي:

1 - يجب أن يكون للحالة تأثير مميز على الحياة بالكم والكيف.

- 2 - يجب أن تكون طرق العلاج المتوقعة متيسرة.
- 3 - يجب أن يكون للحالة فترة عديمة الأعراض، إذ إنه إذا ما كشفت وعولجت خلالها أنقصت الأمراض والوفيات على نحو هام.
- 4 - يجب أن يؤدي العلاج في الطور العديم الأعراض إلى نتائج علاجية أعلى من التي تؤخذ بتأجيل العلاج إلى أن تتجلى الأعراض.
- 5 - يجب أن تكون الاختبارات المتوقعة إجراؤها للمرضى متوفرة وبكلفة معقولة لكشف الحالة في الفترة العديمة الأعراض.
- 6 - يجب أن يكون معدل انتشار الحالة كافياً لكي يبرر كلفة البحث عنها.

الحالات الطبية الملائمة لإجراء التحري:

1 - فرط ضغط الدم (Hypertension):

فرط الضغط الدموي، يزيد على نحو هام خطر المرض القلبي التاجي، ومرض الأوعية الدماغية، والفشل الكلوي، واعتلال الشبكية، وفشل القلب الاحتقاني. ويجب أن يجرى التحري عن فرط الضغط في كل فحص دوري، وعلى أقل تقدير سنوياً عندما يراجع المريض لأسباب أخرى. ويجب استعمال العلاج بمضادات فرط ضغط الدم إذا كان الضغط الانبساطي أكثر من 95 مللي متر زئبقي أو إذا كان الضغط أخفض من ذلك إذا ترافق مع عوامل الاخطار أخرى.

2 - فرط كوليستيرول الدم (Hypercholesterolemia):

إن المستويات المرتفعة من كوليستيرول المصل تكون عامل اختطار قلبي ووعائي المنشأ. وقد وجد في الوقت الحاضر فائدة جمة من العلاج. يوجد الكوليستيرول على نحو رئيسي على هيئة البروتين الشحمي الخفيض الكثافة (LDL) وإن مستويات البروتين الشحمي الخفيض الكثافة (LDL) لها القيمة نفسها كعامل اختطار كما في الكوليستيرول الإجمالي.

إن البروتين الشحمي المرتفع الكثافة (HDL) له علاقة عكسية غير مباشرة تجاه الاخطار. ولا يوجد دليل على أن البروتين الشحمي الوضيع الكثافة (LDL) أو الجليسيريدات الثلاثية بأنها عوامل اختطار مستقلة. إن خطورة مرض القلب التاجي تزداد شدة عندما تزيد مستويات الكوليستيرول إلى 180 مللي جرام/ ليتر.

إن تجربة الوقاية الأولية التاجية في البحث الإكلينيكي عن الشحوم قد أظهرت بوضوح أن الكوليستيرول المنخفض بالنظام الغذائي والعلاج ربما ينقص من معدلات حدوث احتشاء العضلة القلبية والموت بمرض قلبي تاجي بما يقارب 19٪. كذلك ثمة دليل على أن مستويات كوليستيرول المصل الرئيسية قد تنقص على نحو أكبر منه في العقود القليلة الماضية، وأن هذا النقص قد تشارك بتراجع 40٪ من الوفيات في المرض القلبي التاجي، إن زيادة مستويات الكوليستيرول التي تتجاوز 90٪ حسب العمر يجب أن تعالج بالنظام الغذائي فإذا لم تكن ثمة استجابة عندئذ يجب استعمال الأدوية الملائمة. ويجب أن يعالج الذين هم بمستويات 75٪ بالنظام الغذائي وحده. إن الهدف المرجو هو إنقاص مستوى الكوليستيرول إلى 180 مللي جرام لكل ديسي ليتر للكبار تحت الثلاثين وإلى ما يقارب 200 مللي جرام لكل ديسي ليتر لمن هم بعمر 30 أو أكبر.

مستويات الكوليستيرول في المصل لمرضى القلب من الرجال والنساء حسب السن		
العمر	خطر معتدل 75٪ ملليجرام/ديسيلتر	خطر وخيم 90٪ ملليجرام/ديسيلتر
29-20 سنة	فوق 200	فوق 220
39-30 سنة	فوق 220	فوق 240
40 سنة أو أكبر	فوق 240	فوق 260

3 - الزَّرَق (Glaucoma):

يكون الزرق عديم الأعراض في مراحله الباكرا وتكتنف العلامات: فرط ضغط الدم داخل العين بصورة شاذة، وتحجم وشحوب القرص البصري، واضطرابات ساحة الرؤية. الانتشار كأعلى ما يكون 2.4٪، ويرى مبدئياً عند الأشخاص فوق الخمسين سنة من العمر، ويسبب الزرق حوالي عُشر أسباب العمى. يتأكد التشخيص بقياس الضغط العيني، إن تنظير العين هي الطريقة الحكيمة في التقصي لكنها يجب أن تجرى بيد خبيرة متدربة قادرة على كشف التبدلات الباكرا. لذلك

يفضل إخبار التقصي عن الزرق للمرضى المرتفعي الاخطار مع قصة عائلية أو من لديهم خلل في الساحة البصرية وحيد الجانب أو قصة عائلية للداء السكري.

4 - نقيصة السمع (Hearing Deficit):

إن استقصاء نقيصة السمع عند البالغين مشكلة شائعة ويزداد حدوثها مع تقدم السن وهو إجراء مثير للجدل وينبغي استقصاء الذين تعرضوا لضجة مميزة بالإضافة للمسنين الذين إذا ما ضخم السمع عندهم أعطى فائدة.

وأما تقصي نقيصة السمع عند الرضع، و الأطفال في بداية سن المشي والأطفال في المدارس الذين لديهم اختطار عال لنقيصة السمع، فهو إجراء يؤكده العلماء. إن مصادفة نقيصة السمع عند الأطفال في سن المدرسة يبلغ حوالي 3-5٪، وتأخر النطق عند الأطفال يحثنا على إجراء الاختبار باكرًا.

5 - سرطان الثدي:

إن تصوير الثدي ربما يزيد معدل البقاء في الحياة لعشر سنين عند النساء فوق 50 سنة من العمر. والفحص من قبل طبيب العائلة والفحص الذاتي مازال يسهم في التشخيص المبكر ولقد أثبتت طريقة تصوير الثدي أنها لا تحمل خطرا ذا قيمة. والتقصي بتصوير الثدي له الآن حساسية مرتفعة ونوعية ممتازة، ويمكن استعمال جميع نماذج الفحص التي تتضمن: الفحص الذاتي، والفحص الطبي، وتصوير الثدي.

6 - سرطان عنق الرحم (Cancer of cervix uteri):

سرطان عنق الرحم هو السرطان الوحيد الذي له تقصي منذ أمد طويل وواسع الانتشار. إن معدل البقاء لمدة خمس سنين للسرطان الموضع (CIS) غالبا ما تكون 100٪.

ثمة مجموعة واسعة من الأدلة توحى بأن تقصي لطاخة بابانيكولاو (Pap) ينقص في الحدوث والوفيات في سرطان عنق الرحم الغازي، ولكن تكرار الاختبار مايزال قيد مناقشة بين الباحثين.

ثمة براهين على التصاحب بين الممارسات الجنسية المتعددة الشركاء وخطورة سرطان العنق، إنَّ النساء اللواتي كان أول جماع لهن قبل عمر 17 لديهن اختطار يقارب 2.4 مرات من الحالات الشاهدة، واللواتي لديهن قرينين أو أكثر يكون الاختطار أكثر بـ 1.7 مرات من الشاهدات.

7 - سرطان الرئة (Lung cancer):

سرطان الرئة هو السبب الأشيع للموت بالسرطان عند الرجال وهو أشيع عند النساء كذلك والتقصي لا ينصح به حالياً لسرطان الرئة، إذ إن الدراسات فشلت في الكشف المبكر.

8 - سرطان القولون (Cancer of the colon):

السرطان القولوني المستقيمي هو السرطان الأشيع إذ يصيب الرجال والنساء. تشمل عوامل الاختطار المصحوب مع زيادة الأهبة: التهاب القولون التقرحي، داء السلائل (Polyps) العائلي، الورم الغدي الزغابي، الورم الغدي السيللاني الأكبر من 1سم بالحجم، القصة العائلية للسرطان القولوني المستقيمي، والاستئصال السابق لسلائل قولونية أو لسرطان قولوني.

ينصح بتكرار فحوص تنظير السيني كل ثلاثة إلى خمس سنين، وتحري الدم الخفي في عينات البراز يؤيد على نحو واسع كوسيلة استقصاء للسرطان القولوني المستقيمي، سيكتشف من حالة إلى حالتين سرطان لكل استقصاء يجري على ألف شخص. يكون اختبار الدم الخفي بالبراز إيجابيا في 2.5 من المرضى الذين تتراوح أعمارهم أكبر من 40 سنة، و8% من المستجيبين الإيجابيين لديهم سرطان. إن فحوص المستقيم الإصبعي تخدم كذلك كطريقة استقصاء معقولة. ولا يوجد إجماع بين الباحثين حول اختيار نماذج التقصي، إذن فإن استعمال الأساليب الثلاثة كلها أي تنظير السيني، وتحري الدم الخفي في البراز، والفحص الإصبعي للمستقيم، ابتداء من عمر 50 سنة يكون ملائماً.

9 - سرطان البروستاتة (Prostatic cancer):

الفحص المستقيمي والخزعة بواسطة الإبرة للمناطق المشبوهة هو الطريقة العملية الوحيدة للكشف. ويمكن استعمال هذه الطريقة دورياً.

10 - سرطان بطانة الرحم (Endometrial cancer):

هو مرض النساء ما حول سن اليأس من المحيض وما بعد سن اليأس من المحيض. وتشمل عوامل الاختطار: البدانة، فرط التنسج الغدي، تقدم السن، سن اليأس من المحيض المتأخر عدم الإنجاب (Nulliparity)، قصور الدرقية، النزف الرحمي غير الوظيفي، تعرض الحوض للإشعاع. سرطان بطانة الرحم مرض قابل للشفاء على نحو واسع. ويكون في 80% منها، لدى النساء اللواتي لديهن قصة نزف شاذ، وثمة طرق عديدة للتحري متوفرة عالية الحساسية هستولوجياً وخلوياً.

11 - سرطان المبيض (Ovarian cancer):

سرطان المبيض هو الخباثة النسائية القاتلة الأشيع، مع نسبة للبقاء على الحياة فقط 35%. يبقى سرطان المبيض عديم الأعراض لفترة طويلة، علاوة بأنه ينمو بسرعة. لا توجد اختبارات تقصي كافية، لهذا يبدو فحص الحوض السنوي معقولاً بعد عمر 40 سنة.

12 - سرطان الخصية (Testicular cancer):

سرطان الخصية نادر نسبياً، تعتمد معدلات الشفاء على نموذج السرطان وهي أعلى في الأورام المنوية. يظهر المرض ككتلة صغرية عديمة الألم، وجس محتويات الصفن يجب أن يكون جزءاً من الفحص البدني للمرضى الذكور جميعهم.

13 - سرطان الجلد (Skin cancer):

سرطان الجلد هو السرطان الأكثر شيوعاً على الإطلاق، أغلب هذه السرطانات تتراوح بين الخلايا القاعدية أو الخلايا المسطحة وقلما تسبب إمرضية أو وفيات الميلانوم (الورم الصباغي)، وهو مرض له معدل وفيات هامة. قيمة

استقصاء سرطانات الجلد لم تدرس ضمن ظروف علمية. ويجب أن يخبر المرضى عن أخطار التعرض لأشعة الشمس ويجب أن يسجلوا أي آفة جلدية غير عادية، ولاسيما التبدل في مظهر الشامات (Moles).

14 - الحصبة الألمانية (Rubella):

الحصبة هي مرض خفيف ربما يسبب متلازمة الحصبة الولادية (Congenital rubella syndrome) انخفض حدوثها على نحو مثير بسبب برنامج التلقيح. وما يقارب 20% من النساء في سن الولادة عرضة للإصابة. والنساء الشابات النشيطات جنسياً يجب أن يتحرى عندهن عن مضادات الأجسام ويلقحن إذا لم يكن ممنوعات. ويجب استعمال وسائل منع الحمل لمدة 3 أشهر بعد التمتع.

15 - التدرن (Tuberculosis):

انخفضت مصادفة التدرن على نحو مثير طوال العقود القليلة الماضية ثم عادت إلى الارتفاع. تشمل المجموعات العالية الاخطار: المهاجرين، والكحوليين، والأشخاص ذوي القصة العائلية للتدرن، والقائمين على الرعاية الصحية، والمخالطين للمرضى، والذين يعيشون في مؤسسات الرعاية الصحية، والمصابون بالإيدز. يجري تقصي التدرن بصفة جيدة باستعمال الاختبار الجلدي حسب ماننتو (Mantoux) والاختبار الكمي هو الذي يكشف الإصابة العدوائية الحديثة أو السابقة. اختبار TINE، هو اختبار استقصاء نوعي، ويجب أن يؤكد بطريقة كمية أكثر حساسية. التحري له مبرر عند ذوي الاخطار المرتفع ولكن ليس لعامة السكان.

16 - الأمراض المنقولة جنسياً (Sexually transmitted diseases):

تكوّن الأمراض المنقولة جنسياً قلقاً متزايداً. ودور التقصي في أمراض الحوض الالتهابية قد درس بإسهاب، ولكن لا يوجد دليل على أن التقصي لكل من السيلان البني (Gonorrhoea) أو العدوى بالمتدثرات (Chlamydia) ينقص الحدوث لهذه الأمراض. يعدُّ النكس بعد العلاج مشكلة واسعة، وهذه العضويات صعبة الزرع. وأما الإيدز فإنه يحتاج لبرامج خاصة للتقصي والمشورة سواء أكانت نتيجة

التحري سلبية أم إيجابية.

الفحوص الصحية الدورية (Periodic health examination):

* أهداف الفحص الصحي الدوري (PHE) هي الوقاية من المرض أو كشفه أو بغية تعزيز الصحة. وثمة نماذج عديدة من القوائم للفحوص الصحية التي شجعت بناء على مقدمات منطقية بأن الناس العديمي الأعراض ربما يكونون مصابين بالمرض، وأن الفحوص قد تكشف المرض في مراحلها الباكرة، وأن الكشف المبكر للمرض ربما ينقص الأمراض والوفيات.

* ثمة بروتوكولات للمحافظة على صحة الأطفال قد وضعت بصفة جيدة ويقضي أطباء العائلة وأطباء الأطفال جزءاً واسعاً من الوقت في سبيل الرعاية الوقائية للأطفال. ويجب تقييم النمو، والتطور، والتغذية، والتقدم التربوي، والفاعلية العائلية. ثمة دراسات عن قيمة الفحص البدني أظهرت أن الموجودات الهامة اكتشفت بالفحوص الأولية في 3.9% منها، وبالفحوص الأرقى في 1.5%.

* تحدث بيلة الفينيل الكيتون (Phenylketonuria;PKU) بمعدل حالة واحدة لكل 15,000 ولادة، لذا يجب تحري هذه الحالة عند جميع الولدان. إذ إن التخلف العقلي الوخيم ربما يتقى بالكشف المبكر والبدء بنظام غذائي خال من الفينيل ألانين.

واستقصاء قصور الدرقية الولادي كذلك يكون ملائماً في الولدان. إذ إن تأخر النمو الوخيم والتخلف العقلي ربما يتقى منها بتعويض نقص التيروكسين.

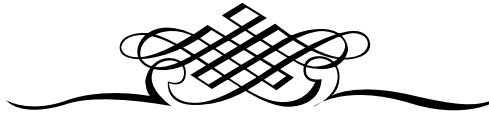
* عيوب الرؤية شائعة وتؤثر على ما يقارب 5% من الأطفال قبل سن المدرسة و 25% من أطفال سن المدرسة. تتضمن هذه العيوب: الغمش (Ambyopia)، والحول (Strabismus)، والحسر (Myopia) ويجب أن يتضمن التحري: فحص الولدان بمنظار قعر العين واختبار منعكس الحدقة. وعندما ينضج الطفل فإن التحري يجب أن يشمل: فحوص الحول في الشهر السادس من العمر والقدرة البصرية في عمر ثلاث سنين.

* يجب أن يراقب النمو السوي من خلال: قياس الطول والوزن ومحيط الرأس،

ويجب أن ترسم القيم على جداول النمو القياسية إذ ربما تقدم هذه القياسات مفاتيح تطور التغذية والاضطرابات النفسية والخلقية والعضوية. ثمة وسائل عديدة لقياس التطور عند الأطفال. ولكل دولة جداولها وبرامجها الخاصة.

الطب الاستباقي وتقييم الأخطار الصحية:

* الهدف من الطب الاستباقي (Prospective medicine) هو ممارسة الوقاية الأولية عبر استعراف سلوك الاختطار والتخفيف منه. والوسيلة الأساسية في الطب الاستباقي هي تقييم الاختطار (HRA) وهذه الوسيلة تعطي تقيماً للحالة الصحية والمأمولة للمريض، والكلام عن الوراثة وأسلوب الحياة يؤخذان كقرينتين لمعظم أسباب الموت انتشارا لذلك مثل العمر، والجنس، والعرق. ويشمل تقييم عوامل الاختطار القصة الطبية والعائلية، والرضى بالحياة، واستعمال التبغ، وتعاطي المسكرات والمخدرات والمنشطات، والتدريب والرياضة، والكرب، والأمان، وتتضمن الخصائص الفيزيولوجية ضغط الدم، والكولستيرول في المصل.



الفصل الخامس عشر

الوقاية من المرض والمحافظة على الصحة

تعد مشاركة المرضى في عملية الرعاية الصحية أمراً حيوياً لهم. وإن الاحتفاظ بمفكرة شخصية صغيرة في الجيب تقدم معلومات ممتازة حول الدوافع والثمرات التي ترافقت مع تصرفات غير سليمة. وعلى مدى أسبوع كامل يسجل المريض بالترتيب التاريخ والوقت والنشاط والحيوية وعمله وسلوكه الواعي وأفكاره حول السلوك الذي يجب أن يغيره أو يبطله. تجري مراجعة المذكرات في الزيارة التالية والرجوع إليها خلال الزيارات اللاحقة من أجل مناقشتها والحذف المنطقي لبعض الدوافع والنتائج أو إحلال دوافع ونتائج إيجابية محلها. وعلى سبيل المثال: إذا ذكر المريض أن البدء بالتدخين يجري بعد العشاء، فينبغي للطبيب أن يقترح تنظيف الطاولة والذهاب في نزهة فور الانتهاء من الطعام.

عقد الاتفاق الآني أو المرحلي:

يضيف عقد اتفاق آني على عملية تعديل السلوك في المستقبل تنظيماً وتحريكاً وشعوراً بالتعهد والالتزام. ويلجأ كثير من الأطباء إلى كتابة عقد يوقع عليه كل من طبيب العائلة والمريض بعد أن تجري مناقشة السلوك الذي يجب تغييره.

ولتعزيز الاتفاق يقدم بعض الأطباء حوافز بصورة هدية أو حسم على الزيارات اللاحقة وذلك لتشجيع المطاوعة وإحراز النجاح. وسواء أكتبت الاقتراحات بصورة وصفة طبية أم على نموذج عقد خاص، يجب أن تبقى شيئاً مادياً ملموساً يحمله المريض معه إلى بيته ويستطيع أن يعزز فعالية الاتفاق. وتفيد هذه المناورة كذلك في التواصل مع المريض وهي رسالة هامة تعطي للوصفات والعلاج بعداً أكثر من الدواء. ويجب أن نراعي قيم العائلة وتقاليدها ومعتقداتها وأن نسعى إلى إشراك عائلة المريض ونظرائه والمجتمع بأسره في محاولاتنا لخلق مناخ مساعد من أجل عادات صحية أفضل. وعلى سبيل المثال، يكون الإقلاع عن التدخين صعباً جداً إذا

ما كان الزوج أو الجار أو الزملاء يدخنون. وإن تعديل النظام الغذائي بكل أشكاله ربما يتعرقل إذا لم يكن الشخص المسؤول عن التسوق والطبخ شريكا في هذا النظام، أو إذا كانت ثمة عوائق اقتصادية أو هموم (انتقالية) لم تؤخذ بالحسبان أثناء مناقشة خطة النظام الغذائي.

طرق الإقلاع عن التدخين

تغيير السلوك:

-
-

الاستعدادات:

- التحريض
- الالتزام بالوعد
- الموعد المحدد لإيقاف التدخين
- الاستمرار والاستقامة
- طرق التأجيل والإلغاء والبديل والمكافأة
- الدعم الاجتماعي
- الإصرار أو التأكيد من قبل طبيب العائلة

وصفة التوبة عن التدخين:

- لماذا تريد أن تقلع عن التدخين؟ _____
- في أي يوم ستقلع عن التدخين ولماذا؟ _____
- ماذا ستفعل لكي تمتنع عن تناول السجارة التالية؟ _____
- التاريخ _____ الزيارة التالية لمراجعة الخطوات _____
- ملاحظة _____

(طبيب العائلة)

(المريض)

التوقيع:

استبيان تعاطي الكحول

- هل شعرت يوماً بالحاجة إلى إيقاف الشرب؟
- هل شعرت يوماً بالانزعاج لأن شخصاً ما وجه إليك انتقاداً بسبب الشرب؟
- هل شعرت يوماً بالذنب فيما يتعلق بالشرب؟
- هل سبق أن أخذت جرعة صباحية لكي تصحو؟

وصفة تعاطي الكحول:

- _____ ما دور الكحول في حياتك؟
- _____ ما أخطار الكحول؟
- _____ مادوافع التبديل؟
- _____ ما أسلوب تعاطي الكحول في السابق وأنواعه؟
- _____ التخطيط من أجل التبديل: _____
- _____ الخطة: _____
- _____ التاريخ: _____ التقييم التالي: _____

(طبيب العائلة)

(المريض)

المتابعة (Follow-up):

لا تتوقف عملية تعزيز الصحة بمغادرة العيادة. وينبغي للطبيب أن يتصل بالمريض هاتفياً أو يزوره في بيته وذلك من أجل التأكيد على الرسالة والجواب عن الأسئلة. فإن لم تكن ثمة أسئلة فالرسالة مضاعفة: لأنك حقاً تهتم بمريضك ولأنك مهتم كذلك بشأن مشكلته.

وثمة جوانب عديدة تتطلب وضع خطط نوعية لرفع المستوى الصحي. وفي أغلب الأحيان تكون المشكلات المتعلقة بنمط الحياة هي مصدر الإحباط والفشل لطبيب العائلة. وليس غريباً هذه الأيام أن نرى ميول الناشئة والقرناء تترافق مع

كثير من الآفات المتعلقة بنمط الحياة، مثل أمراض القلب والأوعية وأنواع الخباثات وهي بالفعل تتعلق بأنماط الحياة التي ينقلها الآباء للأبناء.

وضع الخطط لتعزيز الصحة:

مثلاً هي حال طالب الطب عندما يواجه مشكلة طبية صعبة لأول مرة ويكون مرتبكاً وخائفاً، كذلك هي المشاعر عندما نحاول لأول مرة تنفيذ الخطط من أجل تعزيز الصحة. وما ينبغي أن ننسى أن محاولات تعزيز الصحة هي مثل الطرق العلاجية الأخرى يجب أن تكون فردية فهي تقبل الزيادة والنقص (عوامل مشجعة أو معارضة)، وفعالة (الخطط ذات الفعالية الأفضل من أجل حالة معينة)، والجرعة أو المقدار (كاف لحدوث التأثيرات العلاجية من دون حدوث السمية)، والتوقيت (متكرر ويتعلق بالعوامل الأخرى). وكل مقابلة تعد تجربة مفيدة لكل من طبيب العائلة والمريض وليست مصدر إحباط أو خيبة. ويجب أن تكون نظرتنا للأمور واقعية. إن تحقيق نقص الوزن في 20% من المرضى البدناء قد يسبب خيبة أمل للطبيب الذي اعتاد أن يحقق نجاحاً 100% في معالجة عداوى السبيل البولي، ولو ظهرت هنا مقاومة تجاه المضاد الحيوي المستخدم فإن ذلك لا يحط من عزيمة طبيب العائلة وتراه يبادر لاختيار المعالجة البديلة. وهكذا يجب أن يكون العمل في مجال تعزيز الصحة.

وتقع على عاتق الأطباء مهمة التعرف على العقبات التي تعيق رفع المستوى الصحي ومعالجتها. وقد تشمل هذه العقبات طبيب العائلة نفسه والفريق الذي يعمل معه والمريض وفريقاً ثالثاً من المكلفين بالتنفيذ وقطاعات أخرى من المجتمع. فالطبيب الذي يدخن أو يعرف عنه أنه يتعاطى المشروبات الكحولية قبل قيادة السيارة لا يمكنه أن يثق تماماً بأنها لن تؤثر على الطريقة التي يحاول فيها معالجة مثل هذه المشكلات عند مرضاه. وإن لم يلاحظ بعض المرضى انتفاخ جيب القميص أو اصفرار أنامل طبيب العائلة أو رائحة أنفاسه ولكن في أغلب الأحيان تبقى العادات الشخصية للطبيب هي موضوع حوار في المجتمع. وكذلك فالطبيب الذي يوضح لمريضه مشكلة تعاطي الكحول بأنها تناول لأكثر من مقدار معين فيجب عليه أن يعيد النظر في تناوله للكحول.

وينبغي لمساعد طبيب العائلة ألا يخرب محاولات تعزيز الصحة وبحسن نية

كأن يقول عبارات مثل «حسناً، أنت تعلم أن طبيب العائلة متعصب بشأن التمارين»، أو «أنا كذلك لا أستطيع إنقاص وزني»، أو غيرها من العبارات التي تبدو بريئة ويراد منها تطمين المريض. ولكن وقع هذه العبارات يمنح المرضى فرصة لتجاهل نصيحة طبيب العائلة وإخفاق سعيهم وجهودهم. وعموماً فإن المرضى يعرفون محاولات تعزيز الصحة خلال الإنكار، أو الإجابات الغامضة (التهرب من الجواب) أو محاولات تأجيل البحث في المشكلة. وإن ترديد إجابات معينة للرد على تبريرات المريض قد أثبت فائدته في التركيز على السلوك الذي هو موضع النقد.

وفي حين أن الجهة الممولة تستفيد من فعاليات تعزيز الصحة، إلا أنها تبطئ في دفع التعويضات من أجل الوقت المبذول في تشجيع المرضى على اختيار أنماط حياة أفضل للصحة. وهذا هو أحد العوامل التي تفسر عدم انخراط الأطباء والمرضى في هذه الفعاليات.

أما العوائق التي يضعها المجتمع في طريق الجهود الرامية إلى تعزيز الوضع الصحي فهي أكثر مكرراً ويصعب التغلب عليها. ولكن يمكن للأنشطة الفعالة أن تقاوم هذه العوائق إذا ما جرى تحديدها فهي تعتمد أساساً على الحافز المالي. ويمكن إيضاح ذلك بسهولة بوساطة محاولات التوبة عن التدخين والحد من تعاطي الكحول عند الشباب. وتواجه مثل هذه المحاولات أشد الصعوبات بسبب أنشطة المجتمع كسباق السيارات، والحفلات الموسيقية، والأحداث الرياضية، وحتى جمع الأموال لأغراض إنسانية أو لصالح مؤسسات خيرية تقام برعاية شركات الكحول والدخان. وهذه الأحداث تهدف إلى خلق نوع من القبول الاجتماعي والرضى بين الذين لا يتعاطون الدخان أو الكحول ثم «المشاركة الساذجة» مثلما هي الحال بين المتعاطين. إن القوة المالية الهائلة لهذه الشركات خلال الكفالة والضرائب وبيع الإعلانات يمكنها أن تجعل محاولات الوقاية غير شعبية.

وإذا نجحت محاولات تعزيز الصحة (Health promotion) فإن عدداً واسعاً من الناس سيفقدون أعمالهم في كثير من الصناعات: التبغ والكحول والوجبات السريعة والسيارات والصناعات الدوائية والمستشفيات ودور الرعاية والأطباء وكل ما يتعلق بالصحة باستثناء القليل. ويجب أن يأخذ الأطباء حذرهم من أولئك الذين لا يعرفون ما تسببه هذه الأحداث من أذى للمجتمع أو الذين يعدون أن المكاسب المالية أكثر قيمة من الصحة الجيدة، ولكن من دون أن يمنعهم ذلك من تأدية الرسالة.

الإجابات المقترحة ردا على تبريرات المرضى

- لقد حاولت بكل الوسائل ولم أستطع.....

- * ما هذه الحاولات بالضبط؟
- * كل محاولة تعلمنا شيئا ما ولو لم تحل المشكلة؟
- * معظم الناس يقومون بمحاولات كثيرة قبل النجاح.

- ليس لدي الوقت...

- * دعنا نستعرض برنامجك على نحو سريع.
- * أحيانا نحتاج لإعادة ترتيب الأولويات.

- أنا أضع حزام الأمان فقط عندما أكون على الطريق العام.

- * فعليا معظم الحوادث تقع قرب البيت.
- * إن استخدام أحزمة الأمان في كل الأوقات يعطي لأطفالك مثلاً جيداً (يحتذى).

- أنا لا أكل كثيرا.

- * في أغلب الأحيان ليست هي كمية الطعام ولكن نوع الطعام الذي نأكله.
- * دعنا نضع جدولا يتضمن كل شيء بما في ذلك المشروبات.
- * ثمة كثير من الحريرات الخفية ها هنا، سجل في مفكرتك كل شيء يمر إلى فمك.

- إنها تساعدني في حل مشكلاتي.

- * المشكلات هي أوضاع حقيقية تحتاج إلى تعديل.
- * لنلق نظرة فاحصة (دقيقة) على حقيقة أوضاعك.
- * كيف يمكننا تبديل هذا الواقع للأفضل؟

- لماذا....

- * ماذا تتوقع أن تربح؟
- * ماذا تتوقع أن تخسر؟
- * نحن لا نفعل ذلك من أجلي، نحن نفعل ذلك من أجلك.
- * إن لم يكن من أجلك، فكر من أجل الذين تحبهم.

- إنها ليست سيئة إلى هذا الحد.

* إلى أي حد يجب أن تكون سيئة؟

* ما الذي ربما تسببه حتى تثبت لك أنها سيئة؟

* لو كنت مكاني، كيف لك أن تقنعني بالاستجابة؟

- إن كان لزوجي (أو زوجتي) أن....، سأفعل.

* حسناً، هل يمكنني تحديد موعد لكما معاً الأسبوع القادم؟

* ما هو الوقت اللازم لإقناعها....؟

- أنا أستمتع (بها).

* ما هو بالضبط الذي تجده (فيها) ممتعاً؟

* هل ثمة نشاط بديل ربما يعوضك عنها؟

* هل المتعة التي تجدها تستحق المخاطرة وما فيها من ألم ومعاناة حتى

الموت.؟

* هل تستحق هذه المتعة المال الذي تنفقه ؟

- سأتوقف حينما أريد ذلك.

* متى سيكون ذلك؟

* كم من الوقت يلزمك حتى تتخذ القرار؟

* ماذا أستطيع أن أفعل لأساعدك في ذلك؟

* وفيم تريد أن تخاطر بحياتك وبصحة الذين تحبهم؟

- لقد تحولت إلى القطران المخفف (تدخين جزء من السيجارة —

الغليون — السم).

* هل تعني تخفيض السم؟

* هل يعني ذلك أنك تحت تأثير سنتي متر أقل إماتة؟

* هذا يشبه قولك إن القفز من نافذة على ارتفاع 20 طابقاً أهون خطباً من

القفز من ارتفاع 30 طابقاً.

* يجب أن تهتم بشأن صحتك.

- متى سنتوقف؟

عكس الصورة أو قلب المفاهيم:

وهي عملية تعكس التصورات والمفاهيم التي ترتبط عادة بنمط حياة أو سلعة منتجة، وذلك من أجل تأسيس سلوك عدم استخدام سلعة ما أو عدم استخدامها، وتعزيز أنماط حياة أفضل للصحة. ويتطلب كل نوع من المفاهيم أسلوباً خاصاً من التعامل. كل منا يختار نمط حياة معين ونستخدم المنتجات التي نعتقد أنها تحسن نمط معيشتنا أو لأننا بقصد أو من دون قصد نريد أن نظهر أمام الآخرين بصورة معينة، خلال الثياب التي نلبس والطعام الذي نأكل والسيارة التي نقود. هنا تتراءى الدوافع والنتائج، وعندما يتطابق السبب مع النتيجة ينبغي للطبيب أن يستنتج الوسيلة الأفضل التي يمكنها أن تعزز الصحة عند مريض معين.

قد يكون السعر حافزاً قوياً إذا ما جرى تقديمه بمنظوره الملائم. فالطالب المبتدئ في الجامعة قد يكون رده إيجابياً، إذا علم أنه سيتمكن من شراء جهاز كمبيوتر في نهاية العام إن هو وفر ثمن الدخان والكحول، وفي نهاية دراسته الجامعية يمكنه شراء سيارة. أما الشاب الموظف فيمكن له أن يقتنع بترك علبتين من السجائر يوميا إذا أخبرته أن ادخار هذا المبلغ من المال سنويا قد يصل إلى نحو عدة كيلو جرامات من الذهب عندما يبلغ سن التقاعد.

ينبغي لطبيب العائلة عندما يقوم بوضع الخطط، أن يهتم بإنشاء حلف مع المريض ضد «خصم أو عدو» أو نمط الحياة غير الصحي أو الشركة التي تسوق له. ولكن كثيرا ما يقوم الأطباء بدور أبوي أو سلطة عليا، مما ينفر المرضى الذين سئموا تلقي الأوامر، وهؤلاء هم المراهقون بصورة خاصة.

التدخين:

قد يكون السؤال الأهم للمدخن «ما النوع الذي تشتريه؟» إذ إن أنواع السجائر تسوق على نحو يروق للمستهلك أو يساعد على خلق مفاهيم خاصة، والصنف المستخدم يعطينا المفتاح للصورة الذاتية الرائجة أو المرغوبة لدى المريض. ولذا يمكن الاستفادة من هذه المفاهيم كجزء من سياسة التوقف عن التدخين (ضد التسويق)، ويجري التأكيد من خلالها على أن النتائج القريبة والبعيدة للتدخين هي على العكس تماما من الصور التي تخلقها الدعاية حول ذلك الصنف. وعلى سبيل

المثال، الفتاة ذات الخمسة عشر ربيعاً وتدخن نوع (Virginia slims)، لكي تبدو جذابة تتمتع بالحرية، ربما تستمتع باهتمام للمعلومات التي تبين أن التدخين يسبب «أزيراً في التنفس» وأسناناً مصفرة، أو كيف أن شركة فيليب موريس تستغلها بأن تجعلها تعتقد أنها «حققت نجاحاً واسعاً» في حين أنها فعلاً تضللها وتهزأ بحريتها عندما تجعلها تدمن التدخين. ولكن قلما تستمع إلى إحصاءات حول ما قد يسببه التدخين من أمراض في غضون 20-30 سنة أو حتى الموت لاحقاً.

إن مدخن سجائر (Carlton) (أو غيرها من الأصناف المخفضة القطران) هو عادة يهتم بمسائل الصحة. فهل يمكن لهذا الشخص أن يشتري خبزاً أو حساء يسوق بأنه أقل سمية؟ أما مدخن (Players) (وغيره من الأصناف الثمينة ومشتقاتها) فقد يستجيب حين يحسب المدخرات التي ربما يحققها من التوقف عن التدخين سنوياً وعلى مدى الحياة. وثمة طريقة أخرى للإشارة إلى أن التدخين هو سلوك مخالف للمنطق، وذلك بأن تسأل المريض إن كان يدخن صنفاً يتعارض مع مفهومه أو مراده. وعلى سبيل المثال، بدلاً من أن تطلب من سائق الشاحنة الذي يدخن (Marlboro) أن يمتنع عن التدخين، اقترح عليه أن يتحول إلى (Virginia slims) الخاص بالمراهقات كما يزعمون، مما سيجعل المدخن يبتسم على الأغلب ويدرك أن التدخين سخيف أو مناف للعقل.

الكحول:

ينبغي للطبيب أن يفتش عن الأعراض والعلامات المتعلقة بتعاطي الكحول، إذ يكون تعاطي الكحول قاسماً مشتركاً لكثير من الأمراض. ويجب أن نتذكر «حيثما توجد مشكلات يوجد الكحول، فتعاطي الكحول هو المشكلة». ومن الحكمة أن نبحث عنها بدقة ونحدد ما يتعلق منها بتعاطي الكحول لا سيما أنها تكون نسبة الثلث بين الكهول.

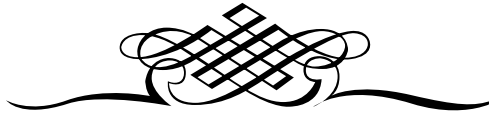
إن الإنكار هو الحاجز الواسع الذي يعيق البحث في مسألة تعاطي الكحول، ويجب أخذ قصة دقيقة خلال أسئلة محددة بإحكام وتفسير بديهي (حدسي) لإجابات المريض من أجل كشف المشكلات المتعلقة بتعاطي الكحول. وهنا يجب السؤال عن الاسم التجاري للكحول ونوعه، وكذلك الظروف المحيطة، إذ ربما يقدم لنا فكرة عن شخصية المريض ومفتاحاً لمقابلة أو مواجهة ناجحة. عندما نشك

بوجود مشكلات متعلقة بتعاطي الكحول.

التمارين والرياضة:

قد تكون التمارين الرياضية هي أكثر عادة صحية ربما تعطي بمفردها نتائج واضحة للعيان: مثل تحسن المظهر، والقدرة على التوقع، والثقة بالنفس، والنظرة الإيجابية للمستقبل. ويجب أن تكون وصفة التمارين فردية تماما، وتراعي الوضع الصحي للمريض وحالته الجسدية وكذلك نوع التمارين، وتكرارها، ومدتها، ومواعيدها. ويجب أن تكون التمارين الرياضية مثل بقية التبدلات في نمط الحياة وحدة متكاملة، لا أن تقطع أو تضاف إلى نشاطات المريض اليومية. والقاعدة الهامة هنا أن نختار المستوى الأعلى من النشاط لكل مريض.

إن زيادة الحرارة أو البرودة أو الرطوبة قد تكون عائقا للتمرينات خارج المنزل. وقد تكون الاعتبارات المالية عقبة في سبيل استخدام الوسائل الرياضية داخل المنزل. وكثيرا ما قد تركز وصفة التمارين على القيام بنزهات للتسوق، وقد أصبح هذا أمرا شائعا في أوساط المتقاعدين.



الفصل السادس عشر

تعزير الصحة

Health Promotion

يبدو مفهوم الصحة بسيطاً إلا أنه ليس كذلك. إن الصحة لم تعد مسألة طبية فقط، فهي مسألة سياسية واجتماعية واقتصادية. ويؤكد أنها ستبقى كذلك في المستقبل. ويبدو أن ثمة فجوة متناقضة بين إدراك المرض والأطباء فيما يخص النصائح الطبية في جو العيادة. وعلى سبيل المثال لم يستطع معظم المرضى في أحد الاستقراءات أن يتذكروا أن طبيب العائلة قد ذكر لهم فائدة التمارين الرياضية. وفي استقراء آخر فإن الكثير من الكهول الذين أقلعوا عن التدخين لم يذكروا أبداً أن طبيب العائلة نصحهم بإيقاف التدخين. وبالمقارنة وجدت دراسة أن قلة من أطباء الرعاية الصحية الأولية يسألون مرضاهم على نحو اعتيادي عن التدخين والكحول، وتعاطي الأدوية. وابتداءً من السؤال وانتهاءً بالنصيحة فإن المنطقة بينهما هي التي يشير الأطباء إلى وجود مشاكل فيها فيما يتعلق بفعاليات تعزير الصحة. إذ إن حفنة فقط من الأطباء ذاتهم الذين أجابوا في الاستقراء السابق نجحوا شخصياً في مساعدة المرضى على تبديل عاداتهم وسلوكهم.

إن نقص التدريب وعدم توفر كتب التثقيف للمريض بنوعية جيدة. وغياب تعريض جيد والإحباط الناجم عن النجاح المحدود ذكرت من ضمن الأسباب التي تجعل معظم الأطباء لا يشاركون بقوة أكبر في برامج تعزير الصحة.

فبدلاً من مناقشة الوبائيات ونظرية تعزير الصحة فإن هدف هذا الفصل هو

مراجعة أسلوب علمي لتعزيز صحة جيدة ربما يدخل في ممارسة طب العائلة. وإن الجهود الفعالة للمحافظة على المعرفة والمهارات في هذا المجال ستؤدي ليس للوصول إلى جمهور أكثر صحة وتقديراً فحسب، ولكن كذلك إلى إرضاء مهني وممارسة أكثر إرضاء من الجوانب المهنية. وأكثر جزاء على الصعيد الشخصي.

تعاريف:

على الرغم من التشابه في العديد من المظاهر والتداخل في مظاهر أخرى كثيرة فإن تعزيز الصحة يتميز عن التثقيف الصحي والوقاية من المرض. فالتثقيف الصحي يتضمن معلومات الاتصال. وتوصيل وتفسير المعرفة الطريقة وتشجيع نمط حياتي إيجابي ودحض الخرافات. وهو جزء من هدف الوقاية من المرض وتحسين السلوك. إن التثقيف الصحي هو الخطوة الأولى الأساسية في الطريق للوصول إلى تعزيز الصحة. ويجمع تعزيز الصحة بين أهداف الوقاية من المرض وطرق التثقيف الصحي وبكلمة أخرى فإن تعزيز الصحة: هو مجرد اشتراك استراتيجيات بسيطة ومعقدة تشجع على الصحة البدنية، والنفسية والعقلية، والاجتماعية، والمالية: أي المعافاة على نحو عام.

ويحتاج التعزيز الصحي إلى عمل أكثر من التفكير. ففي الممارسة الطبية لم تعط الحوافز الملائمة للتشجيع على الانخراط في نشاطات تعزيز الصحة. ولهذا الأمر عدة أسباب: إذ إن التدريب الطبي موجه بصورة عامة نحو التشخيص والعلاج. والتعويض على ما يسمى بالخدمات المعرفية التي تشمل مهارات التدريس مقارنة مع تعويضات الخدمات العلاجية والجراحية يعدُّ تعويضاً زهيداً.

لن يتخلى الأطباء عن مسؤولياتهم التعليمية لمن حولهم من العاملين في مهنة الطب بما في ذلك المثقفين الصحيين للمرضى. ولاريب أن التثقيف الصحي بفكرته الأساسية - التي أسيء فهمها - هي ضرورة شعور الأطباء بالوقوف على الحياد فهم ليسوا قضاة وعليهم ألا يتدخلوا في الأمور الشخصية للمرضى. وخلال دراسة الطب والإقامة قد يقضي الطالب شهوراً في تعلم أسلوب رعاية المصاب بالاحتشاء القلبي (Cardiac infarction). وقلما يصرف ولو ساعة في التدريب على استشارات التغذية، أو التربية المنزلية للطفل، أو طرق الإقلاع عن التدخين. وبالنتيجة فطبيب العائلة الذي يقبل قضاء عدة ليالٍ من دون نوم لمراقبة المرضى في

العناية المشددة. قد يرفض أو لا يرغب في قضاء بعض الوقت مع مراهق لمناقشة تخفيض عامل الاختطار لأمراض القلب الوعائية. ويستنتج الإنسان من كل ذلك أن الاهتمام الفكري للطبيب موجه نحو المرض وليس المريض. فالاهتمام الفكري للطبيب ينصب على التأكد من أن المريض قد فهم الرسالة التي أراد طبيب العائلة أو يوصلها إليه. والتأكيد على الحلول العلاجية والدوائية بالجرعات اليومية المفصلة. والمطويات والكتيبات والنشرات والملصقات التي يحولها أشخاص وشركات الأدوية، تؤدي إلى تخفيف دور طبيب العائلة كمعلم ويكون عقبة في شحذ المهارات الكلامية.

ولو كان ثمة تقييم دوري لطلاب الطب والمقيمين وحتى للممارسين لمعرفة مدى قدرة مرضاهم على تذكر ما نصح به طبيب العائلة فإن ذلك سيدفعهم إلى زيادة الاهتمام بتعزيز الصحة.

لا تقتصر المسؤولية المهنية لكل طبيب عائلة في الدفاع عن الصحة على الأشخاص الذين هم نحت رعايته المباشرة بل تتعداهم لتشمل المجتمع ككل. لذا فإن أسلوب تعلم طبيب العائلة في موضوع تعزيز الصحة تشمل عدة أطر استراتيجية. في العيادة، والمستشفى، والمدرسة، والمؤسسات المدنية، ووسائل الإعلام.

العيادة هل هي المكان الملائم لتعزيز الصحة؟

يتوقع أن يرى طبيب العائلة أسبوعياً حوالي 150 مريضاً، وسنجد أن نصف المراجعين تقريباً هم مرضى لديهم مشاكل شخصية تتعلق بنمط الحياة. ولكن عيادة طبيب العائلة هي من الأمكنة غير المستخدمة بصفة جيدة لأهداف تعزيز الصحة وإدخال نشاطات تعزيز الصحة في العيادة بلا تأثير على تدفق المرضى أو زيادة التكاليف هي من المتطلبات التي لا يصعب على المرء تصورها وتوقعها. وبوساطة التفكير وبالتعرف على مشاكل القلق والأمور النفسية الأخرى المتعلقة بزيادة طبيب العائلة نستطيع تطوير استراتيجيات إيجابية لتعزيز الصحة والوقاية من المرض.

فالخطوة الأولى هي جلب انتباه المريض، وتوجيه العيادة لخلق جو صحي. فالوقت الذي يمضيه المريض في غرفة الانتظار يفوق عدة مرات وقت مقابلة طبيب

العائلة، وهذا الأمر غالباً ما يهمل، فهو فرصة ممتازة لتعزيز الصحة وقد تستخدم عن غير علم لتشجيع نمط من الحياة غير صحي. ومن الاعتبارات الأساسية والمهمة هي الفكرة التي يعكسها العاملون في العيادة بما في ذلك طبيب العائلة للمرضى. فالعاملون في العيادة الذين يلتزموا بتطبيق توصيات طبيب العائلة ونصائحه لا يساعدوا على تعزيز الصحة فقط وإنما يساهموا في زيادة جدوى توصيات تعزيز الصحة، فالمرضة، وعامل الاستقبال، والمحاسب والحاجب كلهم يساهمون في تطبيق مفاهيم طبيب العائلة في تعزيز الصحة وتوصياته. فعلى أقل تقدير لا يتوقع المريض أن يدخل الموظفون في العيادة أو أي موضع آخر للرعاية الصحية. ومن جهة أخرى يؤثر طبيب العائلة المدخن الذي يعترف بالطبيعة المؤذية للتدخين والمؤدية للإدمان واعترافه بالخجل كونه نموذجاً محبطاً على نحو أكبر على المرضى من طبيب العائلة غير المدخن الذي يختار إهمال موضع التدخين لخوفه من تغيير المريض وخسارة الزبون. ويجب أن تظهر العيادة الانطباع أنها مركز لتعزيز الصحة حالما يزورها المريض. حقا، إن ترتيب العيادة يعكس رسالة عن الاهتمام بالمجتمع ككل. وعلى نحو مماثل فإننا نستتكر وجود أدوات التدخين، وأكياس الطعام الخفيف ومشروبات الصودا والكولا في عيادة طبيب العائلة. إن وضع لوحة للإعلانات متبدلة والتي تحمل رسائل متفاوتة في مدخل العيادة يسترعي الاهتمام إذ أنها تعطي المريض فرصة للسؤال عن مشاكل شخصية قد لا تكون السبب الحقيقي لقدمه. وأكثر من ذلك فهي تعطي طبيب العائلة الفرصة للتعليق على موضوعات عاطفية من دون الحاجة لأن يظهر بمظهر الحكم أو أن يؤدي شعور المريض. ومثال ذلك: سأسأل اليوم كل مراجع عن وجود مشاكل تتعلق بالكحولية في عائلته. هذا التصرف يبدو بريئاً، وفي الوقت نفسه يعطي الفرصة لفتح المجال للمناقشة والحوار للذين لديهم مشاكل من هذا النوع.

يمكن توجيه العاملين في العيادة لدعم مثل هذه الجهود خلال المحادثات القصيرة والتعليقات الودية الصادرة مثال «سيدة سميرة... أراك اليوم بصحة طيبة ومتألقة هل فقدت بعض الوزن» فهذه المبادرة لها تأثير أكبر لتسهيل متابعة الجهد لإنقاص الوزن من مراجعة أوراق النظام الغذائي بزيارات عديدة، ويجب أن تناقش هذه التعليقات بصورة خاصة أثناء اجتماع العاملين مع طبيب العائلة في العيادة.

ليس غريباً أن يقضي المريض وقتاً في غرفة الانتظار أطول من وقت مقابلة طبيب العائلة، لذا يجب زيادة فرص تعزيز الصحة فيها. ولما كانت غرفة الانتظار جزءاً من عيادة طبيب العائلة، فإنها تعني المصادقية والدعم لمثل طبيب العائلة وقيمه بكل ما نحتويه.

ويعتقد معظم الأطباء أن غرفة الانتظار موضع جيد لتعلم الأمور الصحية، ومعظم المرضى يظنون كذلك أيضاً، ومع ذلك فقد اعترف نصف الأطباء في إحدى الدراسات أنهم لم يبذلوا أي مبلغ من المال على مواد صحية في غرفة الانتظار. تحتوي غرفة الانتظار النموذجية منشورات تقدمها شركات الأدوية والمؤسسات الحكومية، والعديد من المجالات الشعبية، وأحياناً جهاز تلفزيون وجهاز فيديو.

وعلى الرغم من وجود عدد من المنشورات الجيدة. ولكن يستبعد أن يأخذ المريض تلك التي تحمل العناوين المربكة والمخجلة خوفاً مما سيفكر به الآخرون. وعلى سبيل المثال قد يتردد المراهق عن أخذ منشورات تتعلق بالأمراض المنقولة جنسياً أو عن مانعات الحمل. وإن أحد البدائل الواعدة هي ملاحظات مذكرات وسائل الإعلام. وحتى الموضوعات المبالغ بها والدعايات والإعلانات غير السليمة قد تؤدي دوراً في تثقيف المرضى عندما تترافق مع تعليقات من طبيب العائلة يناقش فيها أوجه الخطأ في الفهم الذي تحويه، ومنتجات الشعوذة المعلن عنها. ويجب أن يراجع الأطباء كل ورقه للتأكد أن المعلومات سليمة وتنسجم مع فلسفة الممارسة الطبية. ويجب أن لا يتجاهل طبيب العائلة رغبة المريض في الحصول على المعلومات ولا الإفراط في تقدير التمكن من فهمه وتطبيقه لها. وعندما يعطي طبيب العائلة منشوراً صحياً لمريض يجب التأكيد على الجملة الأساسية للمنشور بوجود المريض لإضفاء طابع التأكيد الشخصي عليه. وحتى المنشورات الضعيفة لها بعض القيمة التثقيفية وينبغي للطبيب إلقاء بعض الضوء على النقاط الأساسية. مما يظهر أن طبيب العائلة قام بالتحضير ولم يلجأ للكتب لخداع المرضى به. «اقرأ هذا وأخبرني إن كان لك أي سؤال في الزيارة القادمة».

إن الأطباء مستهدفون من قبل الناشرين الذين يحاولون عرض مجلاتهم في العيادات بهدف إظهار الموافقة والدعم الضمني للمجلة وهبئة تحريرها والمحتويات التجارية التي نحويها. وأكثر المجالات المثيرة للقلق هي المجالات الهابطة ذات المستوي المهني الضعيف جداً والتي تعد نفسها كمجلة صحية، وعلى نحو مماثل ثمة مجلات تعد ذات طابع صحي وكل إصدار منها قد يحوي حوالي 10-15 إعلاناً عن التدخين أو مواد ضارة أخرى موضوعة إلى جانب مقالات يدعى بأنها صحية.

ومن الظواهر السيئة وضع ملصقات تعزيز الصحة من قبل القسم الإعلاني لشركات الأدوية والصناعات الدوائية، فيجب أن لا يجعل طبيب العائلة عيادته مجالاً لتجار تسويق الأدوية ووسائل التحاليل الأخرى. وثمة الكثير من المجالات التي قد تعد مفيدة نوعاً ما ولكنها متخمة بإعلانات التدخين والكحول والمواد الضارة ومستحضرات التجميل والأجهزة غير النافعة، والتي تروج لبعض الدجالين.

إن من السخف أن تحتوي غرفة الانتظار على إعلانات براقية تحت على التدخين. فالأطباء ربما ينصحوا المرضى والمعلمين بإلغاء اشتراكهم في هذه المجالات وعدم تقبل نشر دعايات تضر بالصحة. ومن الآليات البديلة للفت الانتباه إلى الطبيعة الضارة وغير الصادقة للإعلانات هي وضع ختم بلاستيكي أو الشطب عليها، أو إلصاق لصاقه مع تعليقات مثل «هذا نصب واحتيال» وكذلك نستطيع وضع ملاحظة في غرفة الانتظار تنبه المرضى إلى الأسباب التي دعت إلى وجود مواد خاصة للقراءة في العيادة.

وبوجود التلفزيون والفيديو في غرفة الانتظار يمكن عرض فيديو مستمر عن تعزيز الصحة ومعلومات تعليمية أكثر من التركيز على برامج ومواد التلفزيون الإعلانية. وبالإعلان عن مواعيد البرامج التعليمية التي ستعرض قد يؤدي إلى عودة المريض خصيصاً لمشاهدة برنامج محدد. ويمكن بموافقة المريض تصوير مقابلة تركز على شرح الأعراض والمعالجة والوقاية أو النصائح لتبديل نمط الحياة أو تعزيزه. وعلى نحو بديل يمكن بث نصائح صحية مسجلة على فقرات على جهاز

الفيديو، فالمرضى يقدرّون ويستجيبون أكثر عند مشاهدة طبييهم على التلفزيون أو سماع نصائحه وكلماته خلال المذيع في غرفة الانتظار. ويجب أن لا نهمل موضوع المرحاض، إذ يحتاج المرضى للدخول إليه لأمر شخصية، أو لوضع عينة من البول أو البراز، وفي كلتا الحالتين فإن وجود ملصقات حائطية تتعلق بتعزيز الصحة ربما تلقى اهتماما!.

غرفة الفحص:

مهما كانت المشكلة الحادة يجب أن يكون مفهوم تعزيز الصحة جزءاً من جدول العمل. فجمع المعلومات الأساسية وتحديد مشاكل نمط الحياة ووضعها ضمن قائمة الاضطرابات التي يجب مناقشتها هي الخطوة الأولى.

والبداية المبكرة في تعزيز الصحة حتى بعمر 4-5 سنين بوساطة تبادل العبارات مثل «هل تدخن؟ لا... إنه مقرف أليس كذلك؟» ربما يؤثر على سلوك الصغير وربما والديه. إن تجديد قائمة الاضطرابات المطروحة ضروري. وتنبه طبيب العائلة والعاملين الصحيين للتعليق على متغيرات نمط الحياة في كل زيادة ضروري. فهذا يعزز جهود المريض، لأن لاهتمام طبيب العائلة تأثيرات مهمة على سلوك مرضاهم. إن اختيار زمن التعليم ووقته يزيد من فرص النجاح، وكذلك طرح العوامل المحفزة التي يبني عليها. فإنه ليس غريباً أن يكون المريض الذي شخص له السكري حديثاً توافقاً لتجنب أمراض أخرى، فهو يكون أكثر استجابة وتطبيقاً للنصائح المتعلقة بالنظام الغذائي، والتوقف عن تعاطي المشروبات الكحولية أو التدخين. فما ينبغي للطبيب التعرف فقط على فرص التعليم العفوية بل عليه خلق هذه الفرص أيضاً. أما للطبيب الفطن، فتؤدي الشكوى التي يأتي بها المريض إلى العديد من فرص تعزيز الصحة. وعلى سبيل المثال عندما يأتي مريض طفل لديه التهاب قصبات، أو التهاب أذن، وحتى الرشح العادي. يخلق فرصة تعليمية للحديث عن تدخين الوالدين، وتدفئة المنزل، والنظام الغذائي، ومشاكل أخرى. وأما الرضوح والحوادث فربما تقود إلى مناقشة مشاكل الكحولية، ووضع حزام الأمان على أمل تجنب حوادث أخرى في المستقبل. والصداع يعطي الفرصة لمناقشة الضغوط الاجتماعية وأسلوب تخفيفها وآليات التحمل. والفحص الطبي في المعسكرات ووجود الرياضة وألعاب القوى يفسح المجال لمناقشة مسائل تتعلق بالمراهقة

والمراهقين. مثل القرار الجنسي، إدمان المخدرات، ضغوط الأقران.

ربما يوفر الفحص بحد ذاته ربما يوفر الفرص. فبدلاً من النظر إلى نقطة على الحائط أثناء الفحص العيني ينبغي للطبيب أن يستبدلها بوضع ملصق لتعزيز الصحة لجعل المريض ينتبه له ويركز عليه، وتؤدي التعليقات العابرة أثناء فحص الفم: (لا زلت تدخن، كما أرى). أو أثناء جس الكبد (أخبرني عن تناولك للكحول) لزرع بذرة التبدل في العقل الباطن عند المريض. كذلك فإن مواد تعزيز الصحة الملصقة على السقف ربما تسترعي انتباه المرض المستلقي أثناء إجراء فحص، القلب أو البطن أو الحوض.

ولدى بعض الأطباء رسائل تحفيز أو تعليم مطبوعة على وصفاتهم. ويمكن كتابة هذا التعليق على الوصفة (الرجاء صرف هذه الوصفة من صيدلية لا تباع المضادات الحيوية من دون وصفة طبية. وعلى الرغم من أن الاستراتيجية العامة تظهر أن طبيب العائلة يخوف المريض إلا أنها أكثر دهاء مما تبدو. حقاً، إنها ليست أكثر من محاولة لضبط البيئة وبأسلوب بسيط لمقاومة الضغوط التجارية للمجتمع ككل. والنقطة الوحيدة المهمة التي يجب تذكرها في تعزيز الصحة والتنظيف الصحي والتواصل بصورة عامة هي أن الرسائل البسيطة والمتكررة هي التي تنفذ إلى القلب والعقل، ومع وجود مجال بالتأكيد لتبادل المعلومات حول الفيزيولوجية المرضية والوبائيات المتعلقة بمشكلة المرض. إلا أنه لا يوجد تأثير فعال لثقافة التخويف أو محاولات التخويف لتغيير سلوك المريض.

ولزيادة الفعالية ينبغي لأطباء العائلة أن يتفحصوا على نحو دقيق الأسباب الرئيسية التي أدت إلى سلوك غير صحي لدى مرضاهم. والتفكير والبحث في الذاكرة عن الوسائل التي اتبعت لبيع منتجات متعلقة بهذا النمط في الحياة. ومثال ذلك التدخين أو مضع التبغ، وتعاطي الكحول، أو القيادة غير الآمنة للسيارة، أو التغذية السيئة. فمعظم الأشخاص ولاسيما المراهقين يختارون المنتجات التي تظهر إعلاناتها التجارية أنها ستجعلهم يظهرون أكثر نضجاً، ورجولة، وإغراء ونجاحاً أو تقبلاً من قبل أقرانهم.

ولما كانت هذه المنتجات غالباً ما تعطي عكس المظهر الذي روجت له الدعاية فإن الصور نفسها التي تروج سلوك الشراء والاستخدام ربما يستخدمها طبيب

العائلة على نحو ناجح لتغيير السلوك. كالمثال الذي اتبعته منظمة الصحة العالمية في مكافحة التبغ عندما استعملت أسلوب شركة مارلبورو في الإعلان عن السجائر، عبر راعي البقر الشاب الذي يمتطي الفرس المظهم والذي كان يقول أهلا بك إلى عالم مارلبورو، فلقد استبدلت هذه العبارة بعبارة أهلا بك إلى عالم السرطان مع الاحتفاظ بالصورة الخلفية نفسها.

يجب أن يستغل الأطباء احترام المرضى لهم وموافقهم بالرأي. فإن الشكر والمكافأة في محلها، والتربيت الصادق على الظهر لأقل كسب في التبديل يشجع على الاستمرار في تعديل السلوك. فالفهم والمطاوعة مع أنهما مرتبطان مع بعضهما إلا أنهما ليستا متبادلتين، وينبغي للطبيب أن يسأل هل تفهم قصدي؟ مع ذلك هل تعمل كذا؟ وإن فهم المريض لقيمة الرسالة قد يكون مرتبطاً بالطريقة التي عرضت بها، فكل تبديل باللحن والإيماء أو تعابير الوجه ربما يضيق أو ينقص من قيمة الرسالة.

البدانة (Obesity):

إن الترويج لعادات غذائية معينة يتجاوز مرحلة النصيحة. مثلا يجب أن تتناول أليفا أكثر في طعامك... أو يجب أن تخفف الدهون والحلو من الطعام... أو عليك أن تتبع نظاما غذائياً. ونحتاج لأن نتوسع في الأمر إذ تشمل معرفة متى وأين نأكل ومن يطهو الطعام، ومن يشتري الطعام، وما وجهة نظر المريض عن حاجته لتغيير البرنامج الغذائي، وما التبدلات التي يظن أنها ضرورية، وما نظرتة عن القوت والطعام وما العقبات التي يواجهها في تطبيق النظام الغذائي.

إن النظام الغذائي (Regimen) جزء من التراث والثقافة وأسلوب الحياة وهو غالبا ما يتنامى مع مرور الزمن لينسجم مع الاحتياجات الخاصة للشخص، وعلى النحو الذي يتلائم معه. فمحاولة التبدل من دون تقييم لما ينطوي عليه هذا التبدل يقلل من فرص النجاح.

وينبغي أن نذكر الأباء أن نصيحة أولادهم بالابتعاد عما تروج له الدعايات التجارية من أطعمة غنية بالدهن المشبعة، والصوديوم، والسكريات هي خطوة هامة. وكذلك من المفيد الإشارة إلى القيمة الغذائية القليلة لكثير من الأطعمة السريعة

المتوفرة في المحال التجارية. وفوق كل ذلك يمنع استخدام الحبوب المنحفة.

من الأدوار المهمة لطبيب العائلة التأكيد على أن الأدوية التي نحتويها الغنيل بروبانولامين وأدوية أخرى مما يدعى بالأدوية المنحفة ليست فقط مضرّة لكنها تعطي فكرة بجانبها الصواب عن النظام الغذائي للمرضى. فتنظيم الوزن على نحو ملائم لا يأتي من الأدوية المنحفة، بل بالعمل والاهتمام بأن نأكل على النحو الملائم ونجري التمارين البدنية المعقولة والملائمة.

الكرب أو الإجهاد:

يتراوح مجال الاضطرابات المتعلقة بالكرب ما بين مقبولة، ومحمولة، ومنتبدلة، ومنتجبة. فالمشكلة على نحو أساسي هي حالة واقعية وتحتاج إلى تبديل بسبب تأثيراتها المادية والفيزيائية والعقلية على الفرد وعائلته أو أصدقائه. فينبغي للطبيب كذلك التعرف على المشكلة وتحديدها وأن يكتشف العوامل المساعدة من أجل زيادة فرص التداخل ولتطوير ووضع استراتيجية ناجحة. وإن مفتاح النجاح يكمن في القدرة على التعرف على صنف المشكلة متيحاً الفرصة لمناقشة الموضوع واتباع السلوك الملائم للتأقلم.

المسنون والشيخوخة:

الصحة الجيدة والعافية لها معنى خاص عند المسنين. فإن معظم الأشخاص فوق سن 65 سنة من العمر يكون لديه على أقل تقدير مشكلة صحية مزمنة تؤثر على فعالياته. ومع أن أكثر المسنين ربما لا يكونوا أصحاء بمعنى الخلو من المرض أو الإعاقة، إلا أنهم ربما يكونون بحالة جيدة باتباع السلوك والعادات التي تعزز الصحة. وحقاً نجد أن الأشخاص ما فوق الـ 65 سنة من العمر هم أكثر اهتماماً من الفئة الشبابية من السكان بالمعلومات الصحية، وهذا لا يعني أن المسنين يجب أن يتعرفوا ويكتشفوا هذا الكم الهائل من المعلومات الطبية التي تنشر في الصحف العامة. فالمسنون نظراً لتعرضهم الأكثر للمرض والإعاقة فهم غالباً ما يكونون هدفاً

للكتيرين من مروجي الأدوية الذين يموهون ثغرات مبيعاتهم بكتابة مقالات في مجلات لها سمعتها. ولسوء الحظ فإن ذلك ربما ينطبق أيضاً على العديد من خدمات الرعاية الصحية التي يسوق لها في المعارض الصحية. لذا فإن طبيب العائلة وكجزء من القصة المرضية يجب أن يسأل عن الممارسة الصحية، والمعالجات المنزلية والإضافات الغذائية. فموضوع المعالجة الدوائية وتجنب الحوادث هي من المجالات الإضافية التي يجب زيادة التركيز عليها. متذكرين أن أكثر المرضى المسنين ربما يكونوا إما فخورين أو خجولين من طلب المساعدة، أو الاستفسار عن الصحة والأمور الصحية.

الأمر التي يجب مراعاتها عندما نعالج مريضاً مسناً:

المعالجة الدوائية:

- بطاقة المحفظة الشخصية بقائمة الأدوية.
- صرف الأدوية التي تزيد من المطاوعة.
- التعليمات المكتوبة عن الأدوية.
- وضع صحيفة المداواة في مكان يمكن رؤيته بسهولة (على سبيل المثال باب (الثلاجة)).

التغذية:

- قائمة بمصادر التحويل.
- محددات ميكانيكية.
- الحواجز المادية.
- الصعوبات في النقل.

الوقاية من الحوادث:

- منع الحوادث المنزلية ولاسيما السقوط.
- بطاقات المحفظة الشخصية للمعلومات الصحية وعنوان واسم أقرب شخص لديه.

التمارين الرياضية:

- برنامج خاص للمسنين.
- الليونة والديمومة في الجهد وليست القوة.
- المحافظة على سجل قياس التطور والتحسين.

- تشجيع المشي في محلات التسوق الكبرى.

أمور عامة:

- المعالجة الدوائية.
- الأشرطة المسموعة لمن لديه ضعف قدرة بصرية.
- فرش غرفة الجلوس على نحو تسهل الحركة ضمنها.
- شجع وضع قائمة بالأسئلة قبل المراجعة في العيادة .
- شجع النشاطات الاجتماعية لتجنب العزلة والوحداية.
- جند الجهود لتعزيز الصحة في المجتمع.

المجتمع:

لايراجع أكثر الأشخاص الذين يحتاجون إلى خدمات تعزيز الصحة طبيهم إلا بعد أن تحصل الأذية لسوء الحظ. والحمد لله فإن أطباء العائلة هم في موقع له أهميته الواسعة على الصحة العمومية. إذ إن كل طبيب عائلة قد يكون اختصاصيا في تعزيز الصحة في المجتمع. ويجب أن يستفيد من الفرص للمساهمة أو لأخذ الريادة في تعزيز الصحة في الشارع على مستوى المجتمع ككل. فالطبيب يجب أن يسأل المريض ويفهمه ليستطيع المساعدة على تغير السلوك، وعلى طبيب العائلة أن يدرس عوامل الاختطار في المجتمع ويفهمها ليستطيع أن يكون فعالا في نشاطاته وتداخلاته الوقائية. ويجب أن يكون لدى الطبيب تصور للحجم الحقيقي لأهم أسباب المراضة والإماتة في المجتمع. ولا يحتاج الطبيب لأن يحصي كل أفراد العائلة، والأصدقاء، أو المرضى الذين ربما يدخلوا في الإحصاءات لكي يعرف أن التدخين وتعاطي الكحول وحده يكوّن حوالي ثلث حالات المرض والموت لكي نمنحهما اهتماماً خاصاً. فصيحات العمال المدخنين عن فرصة حدوث التسممات بالمواد الكيميائية في موضع العمل. وشكوى الأباء بصدد استخدام الأسبستوز في أسقف صفوف الدراسة في المدارس. إن حجم التحدي الواضح لهذه المشكلة وغيرها من الاضطرابات الأخرى التي تحتاج إلى الاهتمام مثل (مشاكل الكحولية والحوادث عند المراهقين، التناسل في سن المراهقة، تعاطي المخدرات، الكرب الناجم عن البطالة وأمثلة كثيرة أخرى يمكن تسميتها) يجب أن لا تطفئ علينا. فبوساطة تحريك وسائل الإعلام المحلية، والمحاضرات في النوادي العمالية، والجمعيات الخيرية،

والمحامين، والموظفين، والتعاونيات، وتحفيز همهم لحملة الـراية هي الضمان للحصول على صحة أفضل للمواطنين. ومثال بسيط وهو التذكير بتعديل درجة حرارة سخانات الماء من درجة 75 درجة مئوية إلى 50 درجة مئوية يقي من فرصة حدوث الحروق بالماء الساخن من دون أن يبدل شيئاً من أهداف استخدام الماء الساخن. فبدلاً من أن نطلب وضع قوانين وتشريعات لتطبيق هذا الأمر، يستطيع طبيب العائلة اللجوء إلى قسم المبيعات والتحدث إلى عمال الصيانة ومناقشة الموضوع معهم وعمل التعديلات اللازمة وضعها قيد التنفيذ والاستفادة من الإعلام والدعاية بالطلب من مديريات الصحة لوضع ضوابط لذلك على المستوى المحلي.

الشباب:

إن إحدى أكثر الخبرات مردوداً وحتى لطبيب العائلة المشغول هي الخبرة مع الشباب عبر نظام المدارس. إن معظم أنماط السلوك غير الصحية التي تسبب كثيراً من حوادث الموت والإعاقة تبدأ خلال سني التكون والنضج هذه. فدفاع طبيب العائلة هو مصدر جيد ليس للطلاب فحسب، بل للمدرسين أيضاً، والإداريين، والأباء. إن العمل مع المدارس يشمل عدداً من الحقول، مثل وضع السياسة الصحية، وتقييم التثقيف، وتوجيه النصح للهيئة التعليمية، والموجهين، والمدرسين عن أمور تهم الصحة هي من أهم الفرص الحيوية لخلق انطباع سريع ومثير.

إن البرامج الصحية والسياسات الصحية غالباً ما تضعها الدولة. إلا أن طريقة تطبيقها يترك إلى المراقبين المحليين والهيئة التعليمية وأطباء العائلة ربما يساعدوا في تفسير هذه الأمور. وعلى سبيل المثال إلغاء أماكن التدخين في المعسكرات لا يلغي فكرة الإقرار بالتدخين فقط وإنما يقلل أيضاً يقلل من مشاكل تعاطي المخدرات. إن الضبط متلبساً بالتدخين في أي موضع ومن أي نوع في المعسكر يعرض صاحبه للعقوبة. فإذا ما اعتاد الناس أن يقدم طبيب العائلة في قاعات التدريس في المدرسة محاضرات عن التشريح والفيزيولوجيا وآلية الأمراض، علاوة على أنه يزيد من مستوى المعرفة بين الطلاب إلا أنه يعطي صدى جيداً لتغيير السلوك غير الصحي. وبإضافة الرسائل المصورة عن أنماط الحياة والسلوك غير المرغوب تضيفي جواً من المرح. ومن ثم الضحك على موزعي المخدرات من المرور خارج البلد، ولأريب أن مهارة اتخاذ القرار (مثال لعب الأدوار أثناء المناقشات

الجماعية) وأن نعلم الفرد كيف يقول «لا» من دون خجل أو خوف من خسارة وجوده ضمن مجموعة من القراء، يسهم في فرصة حدوث التبدل في السلوك.

وإن الانخراط مع التلاميذ يجب أن يذهب إلى أكثر من النشاطات الصفية والدراسة لتشمل نشاطات تثير تفكير التلاميذ وتشغلهم بها على نحو مستمر.

على الرغم من أن العديد من الأنظمة المدرسية نظمت مسابقات ضد المخدرات والتدخين، إلا أنه يجب أن ننوه إلى أن التدخين وتعاطي الكحول ما زالوا حجراً الأساس المهملين في موضوع تعاطي المخدرات وإدمانها. ربما تختلف المسابقات والمشاريع من حيث موضوع المادة التي يقدمها الأطباء. فبعض الأفكار الناجحة لتعزيز الصحة تشمل مسابقات الملصقات، والكتابات للإعلانات التجارية في برامج الإذاعة والتلفزيون المحلية، والمقالات الصحفية، والأحداث الرياضية، ونشاطات أخرى يقوم بها التلاميذ وينظمونها. يجب أن تشمل الجهود التثقيفية الأساتذة والتلاميذ. والتهاون من قبل بعض المدرسين لتغطية موضوعات مثل التدخين، وتعاطي الكحول، والمخدرات، والأمراض المنقولة جنسياً، ناجم عن غياب التدريب الملائم. «الأطفال يعرفون أكثر مني» هو أحد التعقيبات التي نسمعها كثيراً. وأطباء العائلة ربما يخدموا النظام المدرسي كمصدر مهم لتحفيز فهم أفضل وحماس للموضوع بين التلاميذ والمدرسين.

ويجب أن نشجع إدخال المعلومات والمفاهيم الصحية إلى الموضوعات التقليدية من الرياضيات واللغة العربية والإنكليزية والفرنسية والتاريخ والتربية الدينية والدراسات الاجتماعية. ومثال ذلك مسألة رياضية قد يكون لها علاقة بعدد الحيريات في وجبة سريعة أو حساب كم ينقص التدخين من العمر. مقالة باللغة العربية أو الإنكليزية ربما يناقش الشعوذة الطبية.

الكهول والراشدون:

بجانب التعليم ودورات التثقيف المستمر، فإن طبيب العائلة ربما يتصدى إلى العادات الصحية للكهول في المجتمع، مع التأكيد المتزايد على مفهوم الجدوى المالية، فطبيب العائلة بمجال تدريبيه الواسع وخبرته الإكلينيكية قد يكون مصدراً ممتازاً ومنطقياً لقيادات المجتمع. فالسؤال المهم بين الناس هو كيف تزيد نوعية الحياة وتحسنها. لا بد من مشاركة متخذي القرار في تحسين الجدوى المالية للصحة. فالسلطة التنفيذية مدفوعة لإدخال مفهوم تعزيز الصحة في مواقع العمل بسبب زيادة نسبة التخلف عن العمل ونقص الإنتاجية، وزيادة الإعاقة، وكلفة الرعاية الصحية. إن التبدلات ذات المعنى في السلوك الصحي يمكن التوصل إليها في أماكن العمل خلال نشاطات تعزيز الصحة. والسؤال عن الجدوى المالية يمكن الجواب عنه على نحو جازم إذا ما نظرنا إلى معطيات الموضوع على المدى البعيد، ولكن مهما كانت الجدوى المالية للبرنامج فإن العامل الأهم هو تحسين الصحة بين العاملين.

الإعلام:

ثمة طريقتان أو وسيلتان أساسيتان لتوصيل المعلومات إلى عامة الناس: هما الإعلام المكتوب والإعلام السموي والمرئي، ومع التعاطف وتوفير الوقت والجهد فإن أطباء العائلة ربما يستخدموا كلا الوسيلتين بنتائج بارزة، ومفتاح النجاح هو تشكيل علاقات جيدة ما بين المجتمع وممثلي الإعلام. ويبدأ الإنسان بزيارات خاصة لمكتب ممثل الإعلام بهدف أخذ فكرة عن الموضوع ومناقشة الرغبة في تقديم الخدمات كمصدر لموارد تعزيز الصحة.

الإعلام المكتوب:

يقدم الإعلام المكتوب لطبيب العائلة العديد من الفرص المتفردة للتأثير والوصول إلى المرضى والمجتمع. فزيادة رغبة سائر الناس بالحصول على المعلومات الصحية ووجود العديد من الفرص المتفاوتة المتاحة في كل مجتمع بغض النظر عن الحجم نتج عنها جعل الإعلام المكتوب إحدى الوسائل الأكثر شعبية من أدوات تعزيز الصحة المستخدمة من قبل الأطباء. والفجوة ما بين ما يعرف طبيب العائلة

أنه صواب وما يعتقد العوام أنه الصواب ربما تتوسع بسبب الحملات الإعلامية الخاطئة، التي يروج لها منتجو الأدوية.

ثمة أربعة مجالات يتضمنها الإعلام المكتوب وهي: الأخبار، والصور الكاريكاتورية، ورسائل إلى المحرر، والتعليقات الشخصية المشمولة في المجلات والصحف المحلية. ومع أن أكثر الأطباء شاركوا في رسائل أخبارية في ممارستهم كطريقة للوصول إلى المرضى، فإن استخدام الصحف المحلية هو طريقة فعالة لإيصال المعلومة نفسها إلى أكبر قدر ممكن من الأشخاص. فأعمدة المقالات عن الموضوعات الصحية المكتوبة من قبل الأطباء موجودة تقريباً في معظم الصحف. ولا يجد الأطباء المهتمون بتقديم هذا النوع من الخدمات العامة صعوبة في نشر المقالات المكتوبة بصفة جيدة إما في زاوية رأي التحرير أو في أحد أعمدة الصحيفة. وربما تكتب المقالات الأصلية أو تلخص من مصادر أخرى. ويجب أن تكتب بأسلوب موجز، وأن تكون مؤقتة، ومكتوبة بمستوى فهم سائر الناس. إن الصيغة التي قد نحصل عليها من المحرر المحلي، والصور الكاريكاتورية قد تكون مماثلة لتلك التي نجدها في الصفحة الهزلية أو صفحة التحرير.

تنشر الرسائل إلى المحرر من قبل الأطباء دوماً على وجه التقريب، وهي مقروءة بصفة جيدة والتحفيز على قراءة هذه الرسائل ربما نجده في عدد من أعداد الصحيفة مثل «تسم دوائي من قبل شخص بعمر 13 سنة» «سيجارة مشتعلة تؤدي إلى خسارة 180,000 درهماً» يجب أن تحدد الرسائل المشكلة بوضوح، ويجب أن توضح أو تثبت وقائع تؤيد الموقف المكتوب، وتنتهي الموضوع بدعوة مختصرة ومفيدة للقيام بتحرك أو عمل ما. وتحترم بعض الصحف الصغيرة طلب نشر رسالة في الإصدارات الواسعة التوزيع.

وعندما يكون ممكناً فالمحرر أو المعلق ربما يضيف نكهة محلية على قصة

ذات طابع وطني. بمعرفته للكاتب وربما يستدعى الشخص للتعليق على خبر ذي قيمة وطنية صدر في نشرة الأخبار الطبية. ولا ننسى مقاعد الحافلات العامة، والقمصان، وملصقات الحفازات، وملصقات المفكرات، والشكالات التي يمكن توزيعها على الناس والتي تحمل رسالة طبية، وشعار عيادتك أو ممارستك. إن مقاعد الباصات غير مكلفة وهي وسيلة مرئية بصفة جيدة لترويج الرسائل الصحية، والقمصان ربما تعطى للمولود الجديد، وفي أثناء المناقشة في المدرسة لأفضل سؤال، أو كلباس رسمي للمنافسات الرياضية في الدوري. ولصاقات دفاتر الأطفال لها تأثير دائم.

الإعلام المرئي والمسموع:

يوازي استخدام المذياع والتلفزيون في كثير من الطرق استخدام الإعلام المكتوب. فكثير من الآليات والاعتبارات متماثلة. وينبغي قيام علاقات جيدة مع المسؤولين والمعلقين الطبيين، وينبغي للطبيب أن يكون مستعداً وراغباً بالمشاركة على نحو شبه اعتيادي في البرامج أو أن يكون جاهزاً للتعليق على قصة أو ملاحظة وطنية نشر خبر عنها حديثاً. ونظراً لوجود أكثر الأطباء الذين يرغبون بالمشاركة ولكن تنقصهم الخبرة في استخدام الإعلام.

الأنشطة التشريعية:

بسبب ضيق الوقت فإن أكثر الأطباء نراهم مترددين في المساهمة بتطوير التشريعات الصحية التي تعدُّ أكبر محرض لتغيير السياسة الطبية. ففي السنين الأخيرة، سنت التشريعات المتعلقة بالأمور الصحية من المجتمع على مستوى وطني في معظم الدول بسبب مداخلات الأطباء. تمثل هذه النشاطات فرصة للوصول إلى نتائج مساوية إلى كل الخدمات الأخرى التي يقوم بها طبيب العائلة عبر حياته المهنية. ويجب ألا يستهين أطباء العائلة بتأثيرهم كمستشارين في مسائل تشريعية ولا أن يفرطوا في تقدير الوقت الضروري لانخراطهم في هذه الأمور. فعلى المستوى المحلي والوطني، من المثمر أن نركز على مجالات قليلة، مثل وضع قوانين بسيطة لمنع بيع الدخان وتعاطي الكحول. والجرائم المتعلقة بالمخدرات، والقوانين المعيقة لسلامة الطفل والكهل. وإن شهادة طبيب في جلسة تشريعية تعزز الصحة الجيدة لأفراد

المجتمع ككل (والتي قد تنقص من دخله) تفوق بكثير شهادة أولئك الذين يشهدون ليستفيدوا من تمرير تشريعات غير مرغوب بها. مثال على ذلك التحريف المقصود من قبل طبيب في جلسة تشريعية عن ضرورة وضع الخوذة من قبل راكبي الدراجات النارية، يرفض ذلك مدعياً أن ثمة نقص في عدد المتبرعين بالأعضاء للزرع. ولكي تبدأ بالانخراط في الأمور السياسية الصحية يجب أن تأخذ على أقل تقدير يوم عطلة من الممارسة والسفر إلى العاصمة للاجتماع بالمسؤولين والمشرعين.

تعزيز الصحة هل هو رديف للممارسة العائلية أم هو جوهر طب العائلة؟

يجب أن يحافظ طبيب العائلة على ثلاثة أهداف في ذهنه بما يتعلق بمبدأ تعزيز الصحة، وهي:

- 1 - تخفيف حالات الموت والمرض الناجمة عن أمراض متعلقة بنمط الحياة .
- 2 - تثقيف سائر الناس ولا سيما الشباب عن أسباب تدهور الصحة.
- 3 - تحفيز الآخرين وتدريبهم على فن تعزيز الصحة.

وكما في أخذ القصة الإكلينيكية أو فحص المريض، فإن الدراسة، والملاحظة، والممارسة هي الأساس، وهي ضرورية للقيام بمهارة تعزيز الصحة إلى الحد الذي تنسجم مع ممارسة طبيب العائلة وليس كإضافة ثانوية لها. يجب أن يصبح تعزيز الصحة أمراً طبيعياً مثل أي جزء آخر من المقابلة الطبية والممارسة. وإن زيادة مدى الحياة في المستقبل قد يكون ناجماً عن نقص في المراضة، وقدرتنا لخدمة مرضانا بصدق ويعتمد على أسلوب تطبيقنا لجهود الوقاية التي لخصناها. وأطباء العائلة هم الاختصاصيون في تعزيز الصحة، وإن لم يكونوا هم كذلك فمن يكون كذلك ؟



الفصل السابع عشر

المشورة في العيادة

المشورة هي عملية مساعدة شخص آخر لمواجهة مشكلة في الحياة. ويكون التركيز على المعلومات المتبادلة بين المريض والمشاور وعلى إيجاد الحلول لمصاعب الحياة النوعية.

ينبغي للمريض أن يستفيد من المشورة من دون ارتباط فيما إذا وجد اضطراب نفسي قابل للتشخيص أم لا. وتختلف المشورة عن العلاج النفسي الذي يؤكد على تعديل القضايا الشخصية أو القضايا النفسية الداخلية، والذي غالباً ما يستخدم العلاقة بين طبيب العائلة والمريض كمركز أساسي للانتباه.

والمرضى الذين نرشحهم للعلاج النفسي عادة ما يكون لديهم اضطرابات نفسية قابلة للتشخيص. وفي الممارسة يصبح الفصل بين المشورة والعلاج النفسي غامضاً.

وحقاً، إن الحدود بين العناية المعهودة لطب العائلة بالمريض وتأهيل المريض والمشورة غالباً ما تصبح صعبة.

مهارة إنجاز المشورة في طب العائلة مهارة ينبغي لأي طبيب عائلة أن يقوم بها بمهارة.

إنّ الأسلوب المحكم البناء لتقديم المشورة في موقع العيادة مفيدٌ للطبيب الذي يطلب أن يكتسب البراعة فيها.

ومع أن طبيب العائلة قد يتلقى اتصالاً لإجراء مشورة للمرضى ضمن طيف واسع من الاضطرابات في عدة مواقع. فإن هذه المداخلات التشاورية قد تكون

موجهة من خلال مجموعة من الخطوات بغض النظر عن المشكلة والموقع.

المراحل الثلاثة للمشورة:

أ - المرحلة الأولى (البداية): يجري التعرف إلى المشكلة وتحديد الأهداف وعقد الاتفاقية العلاجية (المفاوضة). وكذلك فإن التبلور الأولي للأحاسيس والمشاعر والأفكار والأعمال المترافقة مع المشكلة يجري البدء بها.

وإن تعريف المشكلة القابلة للعلاج ليس سهلاً غالباً لأن المرضى في ممارسة طب العائلة يحضرون بشكاوى واسعة ومعقدة ومتعددة. كمثل للاضطرابات المعروفة هو التكيف مع المرض المزمن، وتقبل موت أحد الأحباب، والتعامل مع أحد الوالدين الكحوليين.

والتغلب على المظاهر النفسية للاكتئاب مع تناول مضادات الاكتئاب كذلك.

يقوم مشاور المريض بكشف نظرة المريض للمشكلة وتعديلها فقط إذا جرى العثور على مواصفات أكثر قبولاً ونوعية. ويجب أن يجري تعريف المشكلة بصورة واضحة ومشتركة ومقبولة وضمن جملة واحدة أو اثنتين:

* منذ أن قررت أنت وزوجتك أن تشتروا المنزل، أصبحت تعاني من آلام البطن.
* منذ أن ذهب ابنك الصغير إلى المدرسة أنت وزوجك أصبح لديكم مناقشات ومجادلات.

* لقد شعرت بالكسل وتثبيط الهمة منذ شهرين ولا تعرف لماذا أصبح لديك صعوبة في تشكيل الصداقات والمحافظة عليها.

تتضمن المعالجة إظهار الوضوح والنوعية بقدر ما يمكن بالنسبة لتوقعات المريض حول التحسن، ولكنها غالباً التي تؤسس على الهدف غير الموضوعي من أجل «الشعور الأفضل». لذلك تعد تعويضاً لوقت طبيب العائلة، الذي يجب أن يحدد الأعراض المستهدفة لتحسينها أو النتائج النوعية التي يتوقعها المريض أن تحدث.

يسمح هذا التعريف للطبيب والمريض أن يتفاوضا لتعديل التوقعات غير الواقعية ويقودهما إلى أهداف مقبولة ومشتركة. وحالما يتوضح هدف المعالجة تكون

الخطوة التالية هي تأسيس اتفاقية المعالجة (عقد المعالجة) وهي تتألف من جزئين:

1 - **تفاصيل العلاج:** مثال: الأجرور الطبية، وأوقات المواعيد والفترة وعدد الجلسات.

2 - **مسؤوليات المريض والطبيب خلال المشورة:** ومرة ثانية كن واضحاً قدر المستطاع في بداية الاستشارة أو العلاج، وتنازل عن احتمالية النجاح الواسع كثيراً، ووضح للمريض معاناة الفحوص المتكررة الموجودة في موضع المشورة.

يجري شرح السرية التامة ومناقشتها، والفرص المتاحة للطبيب للاستدعاء خارج جلسات المشورة. ويجب الاتفاق على عدد الجلسات على نحو رقم محدد، وعند اكتمال هذه الجلسات يجب تقييم مدى التقدم في تحقيق الأهداف.

إن عشرة جلسات أو اثني عشرة جلسة كل منها نصف ساعة، غالباً ما تكون كافية للتأكد فيما إذا حصل تقدم، أو أنه ينبغي يجري إجراء إحالة إلى اختصاصي الصحة النفسية.

ب - **تتضمن المرحلة المتوسطة للمشورة** استكشاف المريض لطرق جديدة للتفكير والسلوك وذلك في سبيل تحقيق الأهداف. ويكون دور طبيب العائلة في هذه المرحلة الدعم والتشجيع أو مواجهة المريض، وذلك اعتماداً على إدراكه لحاجة المريض. وغالباً ما يحدث لدى المريض تبدلات جوهرية خلال هذه المرحلة.

ج - **في المرحلة النهائية:** ثمة مزيج متماسك من التبدلات المحققة تماماً كالتعرف إلى الحاجة إلى عمل أكثر بعداً، ولتقبل مواقع غير قابلة للتبديل أو غير متبدلة مع الإحساس المرافق من الانتعاش والتثبيط.

ربما تحدث النهاية كذلك عندما يعتقد المريض أو طبيب العائلة أنه لا يمكن حدوث تقدم أكثر، أو أن أعراض المريض تسوء أكثر، أو أن تتنامى لدى المريض أو طبيب العائلة أحاسيس تتجاوز حدود العلاقة العلاجية. إن سوءاً عابراً في الأعراض غالباً ما قد يحدث خلال المرحلة النهائية عندما يدرك المريض أن وقت

طبيب العائلة واهتماماته يجب أن يسحب منه عندما تنتهي المشورة. وخلال كل المراحل يستخدم طبيب العائلة مجموعة صغيرة من مهارات التدخل المعروفة لإدارة المشورة في العيادة . ويتراوح هذا السلوك في مجال مقياس درجة التدخل، من الحد الأصغر لطاقة طبيب العائلة حتى الحد الأعلى.

والمشورة الجيدة تستخدم السلوك التدخلي الصغير على نحو أكثر. لذا يكون التركيز على الاهتمام الأولي بحاجات المريض ونموه أكثر من التركيز على طبيب العائلة.

وأقل مهارة تدخلية موجهة هي التسهيل، الذي يتضمن الإشارة البسيطة وغير اللفظية للمريض بأن طبيب العائلة يعتني به ويهتم بأقواله. ومثال ذلك: التعبير الوجيه الذي يظهر الاهتمام - تعبير «همم - همم» أو الإيماء بالرأس أو التشجيع للاستمرار - وهذا سلوك تسهيلي للمريض لمتابعة كلامه.

وغالبا ما يكون من المفيد تكرار الكلمات الأخيرة ببساطة أو إعادة صياغتها باختصار للهدف نفسه.

وأما المهارة التالية فهي المواجهة: التي تستخدم لوصف المهارة التدخلية. تعود المواجهة إلى وصف بسيط من قبل طبيب العائلة للحقائق السلوكية الموصوفة المتوفرة للمريض والطلب من المريض أن يوضح معناها. مثال: ربما يقول طبيب العائلة: «لقد لاحظت أنك تبتسم عندما تصف شعورك بالحزن، هل يمكنك مساعدتي في فهم ذلك». يسمح هذا الأسلوب للمريض باختبار استخدامه لهذه المعلومة في أي طريقة تكون أكثر فائدة .

أما المهارة الثالثة: فهي التفسير أو ترجمة معاني الأحداث والمشاعر. وقد تكون الترجمة محددة بطريقة مؤقتة وافترضية في سبيل أن تكون مسهلة لتطور المريض. وعلى سبيل المثال: ربما يقول طبيب العائلة: «إنني أتعجب إذا كنت لسبب ما راضياً بشعورك الحزين».

يجب أن نقول ذلك مع أنه قلماً يجب أن يعطي طبيب العائلة نصيحة مباشرة أو اقتراحات للمريض خلال المشورة. وإن طبيب العائلة الخبير يعلم حقاً أنه غالباً ما يستدعى لإعطاء النصيحة المباشرة والتعليم المباشر للمريض. والأغلب أن لا يطرح أي مشكلة.

عموماً عندما يكون التركيز الأولي على إتاحة الفرصة للمريض للتحليل ومواجهة أحداث الحياة، فإنه سيكون من الصعب على طبيب العائلة أن يمتنع عن النموذج الأكثر توجيهاً للاتصال ويتحول إلى النموذج الأقل تدخلاً للمشورة. ينبغي لأطباء العائلة أن يعتنوا بمهارة التحرك بارتياح بين هذه النماذج من التداخلات.

يجب أن نتعرف ونفكر بالمظاهر الأهم للمشورة في العيادات، إنها ليست سلسلة شبيهة بالطهي من الخطوات المتبعة. أو مهارات نوعية تستخدم في قضية المشورة.

لاريب أن أطباء العائلة الخبيرين يقدمون للآخرين، وينمون لديهم الوسائل الملائمة لمهارات المشورة. إنهم يضمون إلى المهارات السابقة: الاتصال الواضح والعلاقة الإيجابية مع المريض والاستخدام العلاجي للذات. وربما يجري تعلم هذه المهارات جزئياً بوساطة المراقبة لمهارات المشورة عند الآخرين بوساطة الارتجاع (Feedback) من الأساتذة أو من القرناء الذين راقبوا سلوك المشورة لدى من يتقنها.

إن أكثر قواعد تطوير مهارات المشورة هي الانتباه للنفس.

إن طبيب العائلة غير المنتبه لنفسه أو الذي يخطئ في تفسير أحاسيسه وأفكاره يتصرف بمشاعره بطرق ربما تؤثر سلباً على المريض.

وإن طبيب العائلة الذي يمكنه التعرف بدقة إلى أفكاره ومشاعره في غمرة مداخلاته مع المريض يمكن أن يبدأ بصنع اختيارات واعية عن أسلوب السلوك المطلوب. وهذا الانتباه الذاتي هو كذلك القاعدة لتأسيس التعاطف الدقيق مع المريض.

يتعلم طبيب العائلة أن يتحكم بجريان الأحداث كما هي تحدث حقاً.

لذا.... يجب أن يمارس طبيب العائلة ملاحظة هذا السلوك كتغيير القلق

المتزايد والموضوعي عند المريض وطبيب العائلة، أو تجنب الأسئلة. إنها مرتبطة بالأحداث السابقة واللاحقة على نحو عاجل في المقاربة.

حالما تتنامى هذه المهارة في المشورة، يمكن لطبيب العائلة أن يبدأ العمل على نحو تجريبي أكثر. إذ يقوم طبيب العائلة بطريقة واعية باختبار الأسلوب الخاص مع المريض مثل: أحد التفاسير ومن ثم يراقب تأثيره على المريض. ولا يحتاج التأويل لأن يكون دقيقا بدرجة كاملة لكل من الجهتين أي المريض وطبيب العائلة ليتعلما منه، ومن ثم يمكن تعديل سلوكه بناء على ذلك.

وما يشبه ذلك: اختيار المفردات، ودرجة التشكيل، وحجم اللمس، وسرعة الكلام واستخدام السلوك الاتصالي غير اللفظي، وربما تستخدم كل المظاهر الأخرى للتدخل من قبل طبيب العائلة. ومع زيادة الخبرة يتعلم طبيب العائلة النماذج الجزئية للتدخل التي تلائم المرضى بصورة أفضل.

إن طبيب العائلة الذي اكتسب هذه المهارات يمكن أن يحتفظ بها في كل الأوقات ويستخدمها بصورة سوية في كل المقابلات مع المرضى.

فعلى سبيل المثال: إن التعاطف الدقيق ربما يساعد طبيب العائلة على التعرف إلى القلق الموجود لدى الأم التي يتعرض طفلها باستمرار لالتهاب الأذن الوسطى.

وإن الرغبة في توثيق هذه المشاعر التعاطفية والعمل من خلالها ربما تجعل طبيب العائلة يسأل الأم عن مشاعرها تجاه مرض ابنها. وهذا السؤال قد يؤدي إلى مناقشة انتقادية هامة حول الحقيقة أن الوالدين قلقون لأن المضادات الحيوية قد تسبب الأذى للطفل.



الفصل الثامن عشر

المشورة الجنسية والمشورة الزوجية

لا يعني الانفتاح الجنسي الحالي أن الناس قد أصبحوا أكثر علماً بالقضايا الجنسية، بل على العكس فربما يكون هذا الانفتاح قد أدى إلى زيادة المفاهيم الخاطئة، كتلك التوقعات الوهمية عن الأداء الجنسي، وربما أدى هذا الانفتاح لإدراك الاضطرابات والمساوئ وزاد في الشكوى. إلا أن هذا الانفتاح قد سمح للمرضى بمناقشة الاضطرابات التي كانوا في الماضي يخفونها مما أجبر الأطباء على تقديم خبراتهم في هذا المضمار.

دور طبيب العائلة في المشورة الجنسية:

من الطبيعي أن يعود المريض لطبيبه الخاص عندما تعترضه اضطرابات جنسية، أو عندما يحتاج لمساعدة في حل بعض المصاعب الشائكة. فالطبيب يمثل في نظر المريض الشخص البار والمجاً الدائم لكل ما يتعلق بالصحة من معلومات، ويعدّ بالنسبة له المرشد الذي يوجهه نحو من يريد الاستعانة بهم من الزملاء الآخرين إذا اقتضى الأمر ذلك، كأن يرسله إلى طبيب المسالك البولية أو أمراض النساء أو الطبيب النفسي أو مستشار الجنس أو حتى المحامي إذا لزم الأمر. فعلى الطبيب بالإضافة للمعلومات الأساسية في تشريح الجنس وفيزيولوجيته وسلوكه، أن يواكب أبحاث الاستجابة الجنسية عند البشر، وعليه أن يعرف تأثير الأمراض والعمليات الجراحية والأدوية على الوظيفة الجنسية. ولسوء الحظ، فإن بعض كليات الطب لم تدخل حتى الآن دروساً عن الجنس في مناهجها الجامعية قبل التخرج وبعده، ولكن أصبحت المقالات التي تعالج النواحي الجنسية المختلفة تظهر في أكثر المجالات الطبية. وبصرف النظر عن خبرته، يمكن لوضعية الطبيب نحو الجنس أن تقلل من فائدته كمستشار في الأمور الجنسية، فقد يشعر المريض عند طبيبه ببعض

المعارضة الشخصية المُقنَّعة الماكرة، مما يفسر دوره السلبي في الإجابة عن شكاوى مريضه الجنسية التي تعتمد - إلى حد كبير - على تقبل الطبيب للفكرة، وتعاونه مع مريضه فيها.

يشعر بعض أطباء العائلة بأنهم غير أكفاء لمعالجة قضايا الجنس. وبعضهم يخشون أن تستغرق الاستشارات الجنسية الكثير من وقتهم أو أن تؤدي لزيادة تورطهم في قضايا انفعالية وعاطفية. وأما مبادئ الطبيب الأخلاقية نحو الجنس أو انزعاجه من بحث بعض نواحي الجنس كالشذوذ الجنسي (اللواط والسحاق) أو الانحرافات الجنسية فقد تمنعه من معالجة هذه الموضوعات؛ هذا بالإضافة لما قد تحمله المناقشات المفتوحة من مظاهر الإغراء التي قد تكون محرجة لكل من الأطباء ومرضاهم.

الخوض في الموضوعات الجنسية بين الطبيب والمريض هل تسبب التوتر؟

تأخذ مشاكل تبادل الرأي في الأمور الجنسية من خلال خطوط الشريعة الإسلامية والأخلاق والاقتصاد والتربية دلالات خاصة. إلا أن الأسلوب الطبي الموضوعي للأعراض الجنسية يخفف التوتر بين طبيب العائلة ومريضه، وتمكنهما من بحث هذه القضايا الحساسة بتفهم.

لا يطلب من الطبيب أن يكون عالماً نفسياً أو خبيراً في شؤون الجنس ليفيد مريضه، فالمرضى الذين يطلبون نصيحة جنسية من أطبائهم إنما يطلبونها باعتبارها مشكلة طبية. وكثيراً ما تعكس الاضطرابات الجنسية مخاوف المريض ومفاهيمه المشوشة عن الجنس. وكثيراً ما يؤدي تقييم الأعراض الموضوعي لشفاء المريض من دون علاج. لذا كانت مسؤولية الطبيب هي وضع التشخيص الصواب الكامل الذي يضم العوامل الفيزيولوجية والنفسية ويتماشى مع إمكانات المريض التربوية والثقافية ومع طراز حياته، لتقييم دلالة المشكلة ولمعرفة إمكانات العلاج.

كتمان الأسرار في المشورة الجنسية بين الطبيب والمريض:

يجب أن يطمئن المريض لسرية المعلومات الجنسية التي يدلي بها، مع أن هذه السرية مفروضة في كل علاقات الطبيب بمريضه. والسرية مهمة جداً عندما يعالج الطبيب أفراداً آخرين من العائلة أو عندما يضطر المريض لبحث الخيانات الزوجية أو الانحرافات الجنسية أو السلوك المحرم. ويجب أن يحتفظ الطبيب بوقار المهنة وأن يحفظ كرامة المريض أثناء سماعه للقصة، فيستعمل دوماً الكلمات العلمية للدلالة على الأعضاء الجنسية أو الأفعال الجنسية بدلاً من استعمال الكلمات الدارجة أو المصطلحات العامية التي يظن خطأً أن استعمالها يخفف من ارتباك المريض وخجله. ويجب الامتناع عن المزاح، أو الملاحظات العامية، حتى ولو بدأ بها المريض نفسه.

يجب أن نعلم أن التعليقات العابرة التي يذكرها الطبيب بدون قصد تبقى ثابتة في فكر المريض مما يتطلب من الطبيب الحذر والدقة في ملاحظاته وتعليقاته.

استجواب المريض في أثناء المشورة الجنسية:

مع أن استجواب المريض في شؤون الجنس يتطلب براعة وذوقاً وتوقيتاً ملائماً، إلا أنه لا تجوز فيه المبالغة في حماية المريض من الارتباك والخجل، فخوف الأطباء من إزعاج مرضاهم قد يدعوهم لسلوك تهرابي في استجوابهم بينما يفضل المريض - غالباً - الأسئلة المباشرة. وقد يلمح بعض المرضى لاضطراباتهم الجنسية بجمل اصطلاحية مثل (تغير الطبيعة) أو (مشاكل العلاقات)، فإذا لم ينتبه الطبيب لما يقصده المريض ولم يسأله توضيح مشاكله أمسك المريض عن حديثه هذا ظناً منه أن الطبيب غير مهتم بالحصول على معلومات إضافية. وقد تبدو الشكوى الجنسية بطريقة لا مباشرة من خلال شكاوى أخرى تتعلق بالجهاز البولي التناسلي.

يمكن نحاشي الكثير من التوتر والشك عند أخذ القصة الجنسية بتوجيه الأسئلة عن فيزيولوجية الجنس، وعن الممارسة الجنسية ورضا المريض عنها، أثناء استجوابه عن وظائف أجهزته الأخرى.

المشورة الجنسية عند المسنين:

أما اضطرابات الجنس عند المسنين فقليل من الأطباء من يفهمها، وكثير من الأطباء لا يسألون عن الجنس لأنهم يظنون خطأ أن المسنين - بسبب العمر - لم يعودوا قادرين على تحقيق رغباتهم الجنسية أو أنهم لم يعودوا راغبين بها، أحياناً يقبل المرضى المسنون عجزهم الجنسي بصمت بسبب خطأ مفاهيمهم عن تأثيرات المرض والعمر. وكثيراً ما تنجم عن ذلك إصابتهم بالاكتئاب. وهنا يأتي سؤال الطبيب عن حالة المريض الجنسية وحديثه المطمئن عما يظن بعض الناس خطأ بأنهم لم يعودوا قادرين على المتعة الجنسية بسبب السن، فيفتح باب المناقشة ويحيي آمالاً جديدة عند المريض.

القصة المفصلة للشكوى الجنسية:

عندما تثار الشكوى الجنسية لا بد من الحصول على قصة مفصلة عن سلوك المريض الجنسي الخاص. وقد يسيء المرضى استعمال المصطلحات الجنسية، وقد يبالغوا في شكاوهم، وقد يساء فهمهم. فكثير من الشكاوى الجنسية تعكس فهم المريض الخاطيء عن الجنس أو تعكس جهله أو مخاوفه. وقد يكتشف في النهاية وبعد أن تستقصى الشكوى بالتفصيل أنه لا يوجد هناك مشكلة حقيقية. إذ يميل المرضى لأن يعطوا المشكلة قيمة أكبر مما تستحق أو أن يقللوا من قيمتها، وذلك حسب توجيهاتهم النفسية. فمثلاً، لقد اعتقدت امرأة بأنها باردة جنسياً لأن زوجها - لأسباب عصابية فيه - قد انتقصها وهو يقارنها بغيرها من شريكاته السابقات.

يستفاد كثيراً من معرفة أسلوب بدء المشكلة الجنسية، وسلوك المريض منذ بدء الأعراض، ومن معرفة ما إذا كانت المشكلة لا تزال مستمرة ثابتة، أو أنها تتغير مع الظروف أو مع طبيعة الممارسة الجنسية. ودوماً وفي كل الاضطرابات، ثمة تفاعل معقد بين الجسم وبين العاطفة. ويجب أن يقيم كل عرض على ضوء العلاقة بين المريض وزوجته، وعلى ضوء ممارساته ووضعياته الجنسية. وقد يعثر على وجود علاقة بين المشكلة وبين سوابق المريض بما فيها تجاربه الباكرة، ومواقف الوالدين، ومواقفه هو من الجنس في طفولته، وتطوره الجنسي، وموقفه من الزواج والحمل.

تحري الحالة الصحية عند المصابين باضطرابات جنسية:

يجب أن يؤخذ بالحسبان الصلة بين الوظيفة الجنسية وبين حالة المريض الصحية العامة. ويكون الفحص الفيزيائي العام ولاسيما فحص أعضاء التناسل جزءاً هاماً في تقييم الشكاوى الجنسية. فقد يخفي المريض أحياناً عيوباً في أعضائه الجنسية، وقد لا يعرف أنها مشوهة، وقد يكون لدى بعض الناس وحتى المتقنين منهم مفاهيم خاطئة غريبة عن أعضائهم أو يشعرون بالخجل من أجسامهم، وقد يحتاجون لتأكيد محسوس على صحة أعضائهم الجسدية. وإذا لم يقيم الطبيب الناحية الطبية للمشكلة فقد لا يقتنع المريض بأن مشكلته ليست مشكلة طبية، فإذا اقتنع أمكنه أن يرى أن مشكلته نفسية فقط.

الفحوص والاختبارات الإضافية في تشخيص الاضطرابات الجنسية:

يجب إجراء الاختبارات المخبرية الملائمة لتحري الأمراض الجسدية، والاعتلالات الصماوية والأمراض العصبية، وغيرها من الأمراض العامة التي تترافق باضطرابات جنسية. ويجب الانتباه للحالة العقلية والنفسية بما فيها تقييم المزاج والوجدان ومحتوى الفكر والمحاكمة واختبار الواقع، لأن ذلك يمكن الطبيب أن يحدد ما إذا كان العَرَض الجنسي مظهراً لاضطراب عقلي أو نفسي.

أمراض الجهاز العصبي المركزي والاضطرابات الجنسية:

قلماً تكون الاضطرابات الجنسية وخاصة فقد الشبق من علامات اضطراب الجهاز العصبي المركزي. وعندها يمكن للفحص العقلي أن يكشف علامات للخرف أو غيره من تظاهرات أمراض الدماغ العضوية. وقد يقدم فهم عادات المريض اليومية مفتاحاً هاماً للتشخيص، إذ يمكن للتعب والقلق والكرب والإجهاد والكحول والمخدرات والأدوية أن تؤثر على الوظيفة الجنسية. ويمكن للرضوض؛ كحوادث السيارات والعمليات الجراحية، أو من مرض شخص عزيز أو موته أن تحدث تأثيرات حادة أو مزمنة في السلوك الجنسي.

كيف يرتكس المرضى عادة لضعفهم الجنسي؟

تختلف شدة الضعف الجنسي من فقدان التام وفي كل الظروف، إلى الاضطراب البسيط وفي بعض الظروف الخاصة، ولاسيما مع بعض الشركاء فقط (أي في حالات تعدد الزوجات عند المسلمين، أو حالات تعدد العشاق أو العشيقات عند غير المسلمين). ويختلف المرضى أيضاً من حيث تفاعلهم مع أعراضهم الجنسية؛ فبعضهم يخفي عجزه التام أو يتجاهله، وبعضهم يتفاعل بذعر مع الاضطرابات البسيطة.

الاضطرابات الجنسية الأولية والثانوية:

ثمة عوامل عضوية مهمة، يجب التفريق فيها بين **الأعراض الجنسية الأولية** الناجمة مباشرة عن الخلل العضوي كاضطرابات بنية الجهاز البولي التناسلي والاضطرابات العصبية التي تصيب أعضاء التناسل، والاعتلالات الصماوية التي تؤثر على فيزيولوجية الجنس، وبين **الأعراض الجنسية الثانوية** لتغيرات الصحة العامة كالاضطرابات الجنسية المرافقة لالتهاب المفصل الروماتويدي والأورام الخبيثة وفشل الكلية والداء السكري وغيرها من الأمراض المزمنة، وتلك التي تحدث في الأمراض المنهكة الحادة كاحتشاء العضلة القلبية والجراحات الواسعة والتهاب الكبد.

تدبير الاضطرابات الجنسية الأولية والثانوية:

يحتاج المرضى في الاضطرابات العضوية الأولية لاستشارة تساعدهم على التلاؤم مع فقد الوظيفة الجنسية الدائم إذا لم تتمكن المعالجة الطبية من تصويب الحدث المرضي. وعندما تكون الاضطرابات الجنسية تالية لتأخر الصحة، فكثيراً ما يبالغ الطبيب والمريض في تأثير العوامل العضوية فيها. ومع أن الرغبة الجنسية تتأثر عامة بفقد الحيوية وبالعوامل السمية والاستقلابية، إلا أن الاضطرابات الجنسية المرافقة للأمراض العضوية غالباً ما تكون تعبيراً عن اليأس والاكتئاب أو القلق ويمكنها أن تستمر فترة طويلة بعد زوال الأمراض العضوية.

دور المسكرات والمخدرات وتعاطي المخدرات واستعمال المواد في الاضطرابات الجنسية:

يؤدي الكحول دوراً مهماً في اضطراب القدرة الجنسية، فقد تأتي الهجمة الأولى من العناية الثانوية مرافقة لاستعمال الكحول، وتشتد العناية الثانوية المرافقة لاكتئاب منتصف العمر باللجوء للكحول. وتنقص البربيتورات والأفيونات أيضاً الرغبة الجنسية، وتزيد العناية. ويمكن للأدوية الخافضة للضغط والمهدئات والمخدرات ومضادات الألم والمسكنات أن تؤثر أيضاً على الوظيفة الجنسية في الرجل.

الرضوح والاضطرابات الجنسية:

ربما تحدث الاضطرابات الجنسية بعد الحوادث الرضحية؛ فقد تحدث العناية بعد تنظير المثانة أو بعد قطع الأسهر (Ductus deferens) (القناة الناقلة للمني) مع أن كلا العمليتين لا تؤثران على فيزيولوجية العناية (Impotence)، وقد يكون لحوادث السيارات تأثير مماثل.

**إن الحمل ومانعات الحمل لا تأثير لها في الاضطرابات الجنسية
سوى ما تسببه من صعوبة الجماع.**

دور الانفعالات في الاضطرابات الجنسية:

ربما تحدث السورات (Exacerbations) الانفعالية المهمة تغيراً فجائياً في وظيفة الجنس، وقد يكون المريض مدركاً لهذه السورات أو أنه لا يريد مناقشتها.

الحدود الفاصلة بين الأداء الجنسي الجيد والاضطرابات الجنسية:

قد يببالغ الطبيب المجد عن غير قصد في تشخيص الاضطرابات الجنسية، فأكثر المرضى يشكّون في أنفسهم ولا يكونون راضين جنسياً مع أن أداءهم الجنسي يكون سليماً، ولذا يجب على الطبيب أن يضع في باله مفهوم عتبة الخلل للتفريق بين التبدلات السوية في وظيفة الجنس وبين الاضطرابات التي تحتاج للمعالجة.

طرق معالجة الاضطرابات الجنسية وتدبيرها:

تحل بعض الاضطرابات الجنسية نفسها أثناء عرض المشكلة وتقييمها، وخاصة إذا امتدت لعدة زيارات طبية، أما في الاضطرابات التي لا تحل، فقد يقرر الطبيب معالجتها بنفسه أو إحالة مريضه لزميل آخر؛ وغالباً ما يقرر ذلك بعد زيارة المريض الأولى. وعموماً تكون الاضطرابات الجنسية النفسية المنشأ قابلة للتحسن بعد زيارة قصيرة، ولا سيّما إذا كانت نتيجة للشدة أو للكرب. وتعالج الاضطرابات الجنسية الناجمة عن مرض جسدي أو اضطراب فيزيائي من قبل الطبيب العام أو طبيب العائلة.

الطريقة المثالية للمشورة الجنسية:

لا يمكن رسم خطة المشورة الجنسية رسماً، ولكنها تتطلب وقتاً كافياً وجواً مريحاً واهتماماً حقيقياً من الطبيب، ويجب أن يشجع المريض على سرد مشكلته كاملاً مع الانتباه الخاص للظروف التي أحاطت ببداية الأعراض الأولى، ولواقف المريض وشريكه، ولطبيعة علاقتهما، وللعوامل التي تكون قد أدت للقلق والاكتئاب. ويجب استعراض التفاصيل الفيزيائية لممارسات المريض الجنسية، إذ لا يمكن إزالة الأعراض إلا بالرجوع اللامباشر للطرق التي يمارسها المريض. والضعف الجنسي غالباً ما يسبب القلق الذي يؤدي بدوره لزيادة الفشل ولتثبيط الشبق، فإذا لم يخفف القلق ويزول الاكتئاب لا يمكن معالجة الاضطراب.

متى يجب إحالة المريض لإجراء المشورة الجنسية؟

لا يرغب بعض الأطباء بالاستشارات الجنسية، بينما يجدها بعضهم مُرضية ومجدية، وفي كلا الحالتين يجب على الأطباء أن يكونوا على علم بمشاكل بيئاتهم ومجتمعاتهم، وعليهم أن يعرفوا قدرة مختلف طرق المعالجة وحدودها. ويحيل الأطباء العامون مرضاهم عادة للطبيب النسائي أو البولي أو النفسي، هذا بالإضافة لإحالتهم للعيادات الخاصة بالأمر العائلية والاستشارات الجنسية المنتشرة في كثير من المجتمعات. وتكون الإحالة حسب طبيعة المشكلة وطراز حياة المريض وشخصيته، ولا يقبل بعض المرضى بمناقشة حالتهم الجنسية إلا مع طبيب نسائي أو بولي، بينما يفضل بعضهم الآخر إحالتهم إلى عيادة مشهورة حيث تتوفر طرق

السلوك المباشر الحديثة في معالجة الاضطرابات الجنسية.

محاذير إحالة المريض الذي يطلب المشورة الجنسية إلى طبيب آخر

تعدّ إحالة المريض إلى طبيب آخر غالباً نقطة تحول صعبة عند المريض، لأنها توجب عليه البوح لشخص غريب آخر بما باح به لطبيبه، وقد يفقد حماسه في المعالجة عندما يحيله طبيبه إلى زميل آخر. ولبعض الأطباء مستشارون يشاركونهم رأيهم في المريض، ولهذا النظام ميزة كبيرة هي وجود صلة شخصية دائمة بين الأطباء ومستشاريهم، إلا أنه له مساوئ أيضاً هي تشجيع الأطباء على الاعتماد على المستشارين في تقييم الاضطرابات الانفعالية بدلا من القيام بأشواط التشخيص المختلفة بأنفسهم. فإذا بقي الأطباء على صلة بمرضاهم خلال معالجتهم مكنهم ذلك من الحكم على فعالية برنامج المعالجة، ومن تقديم الدعم والاطمئنان لمريضهم.

المبادئ الرئيسية في معالجة الاضطرابات الجنسية عند الذكور:

يمكن سرد هذه المبادئ من خلال استعراض المثالين التاليين:

المثال الأول: المريض «ب. أ» وعمره 54 عاماً وهو رجل أعمال أصيب حديثاً باحتشاء العضلة القلبية، شكا لطبيبه فقد الشبق (Loss of libido)، وقد كان المريض طوال حياته نشيطاً فعلاً منافساً هجوماً عصابياً يمارس الرياضة، وكان رجلاً مرموقاً في الشركة التي يعمل فيها. وقد سأل الطبيب عن تفاصيل حياته اليومية، فوجد أن نقص الشبق ليس سوى إحدى التثبيطات العديدة الأخرى التي أصيب بها؛ فقد أصبح يتحاشى النقاش، وامتنع عن لعب كرة اليد، وقلل من أعباء عمله، وابتدأ وزنه ينقص، وأفاد بأنه مصاب بالأرق وفقد الشهية. وبمتابعة استجوابه تبين أنه أصبح يخاف من الموت الفجائي وتساوره أفكار بأن أيامه قد أصبحت معدودة. لذا فقد أصبح يعتقد بأن تقليص فاعليته أمر ضروري. وقد شاركته زوجته في هذا الاعتقاد، وحثته على تحاشي الإجهاد والكره، وقد قرر الزوجان معاً الامتناع عن الجماع لفترة بعد إصابته بالنوبة القلبية، وأنه حالياً لم يعد يجد رغبة في الجماع. وخلال عدة جلسات استشارية طمأنه الطبيب بأن مخاوفه مبالغ بها، وأن الكثيرين غيره من مرضى القلب يساورهم الشعور نفسه،

وبين له مدى عجزه، وساعده هو وامرأته على وضع خطة واقعية بالعودة إلى نشاطاته السابقة بما فيها العلاقات الجنسية.

المثال الثاني: المريض «ع. غ.» بائع عمره 34 سنة، شكا لطيبه من العنانة، وهو رجل عصبي، وغير مطمئن وغير فعال، يعمل عند الآخرين. وزوجته امرأة فعالة، تعمل في تجارة الملابس أصبحت قاسية ومنطوية على نفسها. وولده اليافعان تورطا في حوادث جنوح بسيطة. وقد اقتصرت عنانته على علاقته بزوجته، وقد رضي عن أدائه الجنسي في علاقته الأخيرة خارج إطار الزوجية، وقد قال بأنه لم يعد قادراً على إرضاء زوجته بأية طريقة، إذ تكون دوماً إما منطوية أو لجوجة. وقد تأكد الطبيب أن العنانة ليست عضوية المنشأ. ولوجود صراع عائلي فقد حول المريض إلى قسم الخدمات العائلية حيث يمكن دراسة العائلة من قبل وحدة طبية نفسية واجتماعية، وهناك وجدت الزوجة مصابة بالاكتئاب، وعولجت المعالجة النفسية الملائمة. وقد ذكر الزوج أن عنانته زالت بتحسن الاكتئاب عند زوجته.

المبادئ الرئيسية في معالجة الاضطرابات الجنسية عند الإناث:

يمكن سرد هذه المبادئ من خلال استعراض المثالين التاليين:

المثال الأول: حالة المريضة «ج. ش.» عمرها 26 سنة، استشارت طبيباً بسبب البرودة الجنسية، فقد تركت زوجها بعد ست سنوات من زواج فاشل، وفتشت عن المتعة المحرمة في عدة مغامرات فاشلة قصيرة، وقد تبين من مقابلتها أنها منذ نشأتها كانت ضجرة، قلقة، منافسة، وساخطة؛ وأنها تعيش في عملها، وخاب رجاؤها في كثير ممن تعرفهم. وبعد تقييم دقيق لمظاهر صعوبتها الجنسية الفيزيائية قرر الطبيب أن مشكلتها تعكس صراعات نفسية مزمنة وأحالتها إلى مُعالِجَةٍ نفسية.

المثال الثاني: المريضة «ك. ل.» المصابة بسرطان الثدي، سئلت عن زواجها فأجابت بأن زوجها لم يعد يجامعها منذ اكتشف إصابتها بنقائل سرطانية، فطلب الطبيب رؤية الزوج الذي اعترف بأنه متزوج من امرأة أخرى ورغبته في ترك زوجته الأولى، وأبدى غضباً لا مبرر له وشعوراً بالخجل والتفاهة، وقد تبين أن زواجهما كان سعيداً وأنه لا يستطيع تحمل موت زوجته المرتقب، وأن الاقتراب من زوجته

الأولى يذكره بفقدائها القريب، وكان الغضب والزواج الثاني كرد فعل للحزن. وبعد عدة جلسات، ومن دون أن يفصح الطبيب عن رأيه في موضوع هجر الزوجة الأولى من الناحية الشرعية، وبعد أن بين الطبيب لمريضه أن أكثر أزواج المريضات المصابات بأمراض خطيرة تساورهم المشاعر نفسها وقد يتلمسون السلوى بالزواج من امرأة ثانية، تمكن الطبيب من مساعدته في التغلب على خجله ومشاطرته حزنه. وقد أعطى هذا التدبير العلاجي نتائج باهرة، إذ أصبح المريض بعد عدة جلسات قادراً على البقاء مع زوجته الأولى ومساعدتها في أيامها الأخيرة.

ما المقصود بالمشورة الزوجية وما الذي يفرقها عن المشورة الجنسية؟

يؤدي تقييم الاضطرابات الجنسية دوماً للتعرض للعلاقات الزوجية وغيرها من العلاقات الجنسية. وقد سميت المشورة التي تركز مبدئياً على هذه المعلومات باسم المشورة الزوجية. وعلى عكس العلاقة الطبية التي تخص المريض نفسه فقط تشمل المعالجة في المشورة الزوجية كلا الشريكين اللذين يزوران الطبيب معاً، ويمكن للطبيب أن يطلب رؤية كل منهما على انفراد أحياناً. إن طبيعة المشورة الزوجية النوعية تعتمد على شكاوى الزوجين وعلى فترة تعايشهما.

مسؤوليات طبيب العائلة في المشورة الزوجية:

إن أهم ما يطلب من الطبيب في هذه الحالات هو الرغبة في تخصيص الوقت الكافي لهذا النوع من المسؤولية، وأن ينمي في نفسه الاهتمام بصحة مرضاه الوظيفية فيما وراء الاضطرابات التي يسببها المرض. ويجب أن يؤخذ الإجهاد والكرب والشدة والتغيرات التي يتعرض لها الزوجان في السنوات الأولى للزواج بالحسبان، ومثلها مجيء الأولاد وما يمارسونه من ضغط على الوالدين فيما يلي من السنين، وهناك مشاكل العمل والصراع حول دور كل من الزوجين. وبعدها تأتي متلازمة «العش الخالي» (Empty nest syndrome) بعد ترك الأولاد لمنزل الوالدين، ثم اضطرابات اليأس من المحيض ومنتصف العمر ومتلازمة «اكتئاب الرجل» عندما تغلق الأفاق وتظهر حقائق الشيخوخة.

أسباب الاضطرابات الزوجية:

يجب أن نعرف أن الصعوبات الجنسية ليست السبب في معظم الاضطرابات الزوجية مع أن الاضطرابات الجنسية قد تكون الحافة الرئيسية للمشكلة، وخاصة في عصرنا الحديث حيث انتشر مفهوم التلاؤم الجنسي بين الناس واتسع. ويعتمد الرضا الجنسي في أبعاده الواسعة على العلاقة بين الزوجين وعلى الصحة البدنية والنفسية. فعلى طبيب العائلة النبيه أن يسبر بعمق هذه المستويات عند إعطاء مشورته للزوجين. وبهذا المعنى تتعلق المشورة الجنسية بنتائج المشورة الزوجية الناجحة. ففي البدء يجب أن يقيم الطبيب هدف الشريكين من المشورة، فإذا كان أحد الشريكين مصمماً على فسخ الزواج فقد لا تتعدى المشورة عندئذ أكثر من نقل القرار إلى الشريك الآخر وربما نصحه بالرجوع إلى القضاء. ومن جهة أخرى قد يحتاج تصميم أحد الطرفين على الطلاق للتقييم، لأنه قد يخفي اكتئاباً أو تفاعلاً زورياً لطبيب العائلة أو مشكلة خفيفة يتحاشاها بالطلاق أو يروغ منها كالخجل من الزنا أو الخيانة الزوجية أو الخوف أو المرض أو الفشل الشخصي.

إسداء المشورة الزوجية:

يجب في الاستشارات الزوجية - كما في غيرها من الاستشارات الطبية- تفادي إعطاء نصيحة مباشرة عن العلاقات بين الزوجين، لأن الطبيب بتحديدته للمشكلة قد يمكن للمريض من الوصول إلى قرار يعتلج في باله منذ مدة طويلة. وبتدخل الطبيب في الصراعات العائلية بمناصرتة أو بمجاملته أحد الزوجين، يدخل في المشورة اتجاهاته الخاصة ويتخلى عن حياده، وقد يجد نفسه خاضعاً لتأثير أحد الزوجين. ويعدّ طبيب العائلة في موقع مهم لتقديم المشورات الزوجية المفيدة. ومع ازدياد أهمية الطب الوقائي يمكن للاستشارات الزوجية أن تقدم لأطباء العائلة إرضاءً مهنيًا كبيراً.



الفصل التاسع عشر

الاضطرابات النفسية الجنسية

الاضطرابات الجنسية النفسية المنشأ:

يمكن لطبيب العائلة أن يفرق أيضا بين مختلف الاضطرابات الجنسية النفسية المنشأ؛ فالاضطرابات النفسية الأولية التي تحدث منذ البلوغ تعكس صراعات جنسية مزمنة وعميقة، يمكن تمييزها عن الاضطرابات الثانوية التي تمثل انكسار المعاوضة الوظيفية الملائمة السابقة. وعندما يراجع المريض طبيبه بسبب اضطراب مزمن، يجب أن يسأل الطبيب مريضه عن سبب مراجعته في هذا الوقت بالذات؛ لأن انكسار المعاوضة الثانوي قد يتمثل بالفشل أو باضطراب علاقة المريض بشريكه أو بانقطاع هذه العلاقة فبعض الاضطرابات الجنسية تتصاحب مع ضوائق الحياة أو لمراحل الانتقال أو التحول كالتقاعد والحمل وأزمات العمل وفقد شخص عزيز. إن المآل في هذه الحالة حسن إذا عرف السبب المحدث أو اعترف به المريض. وإن تركيز المريض على أعراضه الجنسية وحصر اهتمامه بها يزيدان من شدتها ويطيّلان من مدتها بدعمها قلق المريض على أدائه الجنسي.

الأسباب النفسية في الاضطرابات الجنسية:

ما يهمنا في التشخيص هو تقدير ما إذا كانت الحالة عضوية المنشأ أم نفسية المنشأ. ويبدو من إحصاءات بعض عيادات المشورة الجنسية أن (10-20٪) من الحالات منشؤها عضوي بينما (80-90٪) منها منشؤها نفسي.

الاضطرابات الجنسية عندما تكون مظهرا للاضطرابات النفسية:

تكون بعض الاضطرابات الجنسية تظاهرات لاضطرابات نفسية مهمة، ولا تستجيب إلا لمعالجة هذه الاضطرابات النفسية ذاتها. فقصص الاستجابة الجنسية

والعانة وسرعة القذف قد تكون أدلة على الاكتئاب، والشكاوى الجنسية الغربية والمستهجنة مع زيادة الفعالية الجنسية قد تشير إلى زهان خطير، وغرابة الأعراض أو شدة الشعور بها قد يكونان أحسن مفتاح للتشخيص. فازدياد الفاعلية الجنسية يحدث في بدء الهوس، وقد يحدث كمعادل اكتئابي، وخاصة في سن اليأس من المحيض عند المرأة. أما العصابات فتترافق غالباً بتثبيط جنسي.

الشُّبُق (Libido):

تتضمن الاضطرابات النفسية الجنسية الصعوبات في الوظائف الجنسية والشخصية الداخلية. وتحدث في حوالي 10٪ من المرضى في ممارسة طب العائلة. ولا يسأل العديد من الأطباء بصفة رتيبة عن الشُّبُق (Libido) عند المرضى. لذلك فإن هذه الاضطرابات عادة مايجرى إهمالها خلال الفحوص المعهودة. إن القصة الجنسية والفحص التناسلي قد يكون مستبعداً بسبب إزعاج طبيب العائلة من الأحاسيس التي تظهر عند المريض والطبيب معا. يعاني الأطباء كثيراً من فتنة قوية أو نفور شديد عندما يتعاملون مع الاضطرابات الجنسية. ويجب أن يجري التعرف إلى هذه الأحاسيس وتحملها وتوجيهها وجهة جديدة. ويجب أن يتنامى لدى طبيب العائلة طريقة إيجابية غير إغوائية وغير إكراهية. ويستطيع طبيب العائلة أن يسهل هذا الموقف بوساطة تطوير الحذر والارتياح مع الأحاسيس الشخصية والقيم حول الحالة الجنسية والمتعة. وهذه الراحة ربما تترجم بمساعدة المريض لتطوير فهمه لنفسه وتقبله لذاته، يلي ذلك الإرادة لمحاولة سلوك جديد.

باختصار يجب أن يقبل طبيب العائلة التعامل مع الحالات الجنسية، وأن يتنامى لديه حس التعامل المريح في بحث القضايا الجنسية الذاتية وفي بحث القضايا الجنسية مع المرضى في سبيل استقصاء الاضطرابات النفسية الجنسية ومعالجتها بدرجة كافية.

**إن طبيب العائلة الذي يبدي فهماً رحيماً وحماسة وفضولاً ألعيا
وذكياً حول الأمور الجنسية يمكن أن يساعد المريض للتغلب على
الخلج والإحساس بعدم الكفاءة الذي يشعر به فيما يخص
مشاكله الجنسية.**

ينبغي لطبيب العائلة أن يلم بالمراحل التي تمر بها الاستجابة الجنسية وهي قاعدة أساسية للتأهيل السليم للمريض.

وينبغي للطبيب أن يستخدم أسلوباً مريحاً ومنهجياً للأسئلة التي تدخل ضمن القصة المرضية، مما يساعد على التقليل من الكرب أو الإجهاد الانفعالي، ومما يجعل المريض وطبيب العائلة غيراً منزعجين عند التكلم عن هذه القضايا.

يجب أن نسأل عن عدد مرات الجماع بسهولة عند استقصاء السبيل البولي التناسلي للرجل والمرأة. والأسئلة ذات النهاية المفتوحة هي المفضلة وبأسلوب يفهمه المريض من دون أي إسفاف.

تجنب الأسئلة التي يكون جوابها نعم أو لا وافتح المجال للمريض ليسأل عن المعاني التي تؤدي إلى فرص أكثر لتقييم الشبق (Libido).

إن السؤال عن الشبق، هو أمر أساسي لجعل المريض يتألف مع حقيقة أن الأداء الجنسي هو جزء من السلوك البشري الذي يحظى باهتمام طبيب العائلة، وذلك للسماح بزوال الحساسية تجاه طبيب العائلة. عندما تظهر مشكلة ما أو يجري توقعها، يجب أخذ قصة مرضية مفصلة، يسأل طبيب العائلة عما إذا كانت المشكلة حادة أم متكررة، وعن الظروف التي ظهرت خلالها المشكلة والجهود التي بذلها المريض لإزالتها وعن درجة معرفة عن المشكلة وعن القضايا الجنسية عموماً، وعن حقيقة المشكلة، وماذا يعتقد عنها. وربما تطرح الأسئلة الإضافية لاستكمال الوصف التام لهذه المشكلة.

تتنامي المصاعب النفسية الجنسية عادة كنتيجة لمزيج من الاضطرابات الاجتماعية والنفسية والحيوية (البيولوجية)، وفي كل الأحوال يجب أن يجري تشخيص الأسباب البيولوجية الصرفة المحضة لاضطراب الشبق أو استبعادها.

إن قائمة الأسباب الممكنة للضعف الجنسي هي قائمة طويلة ومعظم الأسباب المذكورة فيها هي نادرة عملياً. ويجب أن يعرف طبيب العائلة الأدوية التي تسبب الضعف الجنسي.

يخضع كل المرضى المصابين باضطرابات الشبق عادة لفحص بدني مركز مع زحريات ملائمة. يتضمن الفحص الفيزيائي التحري العام إضافة إلى فحص تناسلي مركز. يتضمن التقييم المخبري الأساسي تعداد كامل لعناصر الدم (C.B.C) والفحوص المخبرية للأمراض المنقولة جنسيا VDRL بما فيها (الايدز) وفحوص مختبرية متنوعة، والوظيفة الدرقية، والفحص الخلوي لعنق الرحم والمستويات الهرمونية.

ثمة أسباب عضوية للعانة في 80٪ من الرجال الذين جرى تقييمهم باستخدام عيارات مستويات التستوستيرون في المصل، والهرمون الملوتن (LH) والهرمون المحرض للجريبات (FSH) والبرولاكتين والتستوستيرون وتصوير الأوعية الكهفية (في القضيب) وتصوير الأوعية الحرقفية الداخلية الثنائية الجانب الانتقائي، وأخيرا فحوص الاختبارات خلال النوم وكذلك التقييم المخبري الأساسي النظامي.

جرى وصف الأسلوب الاستشاري الجنسي للعانة والقذف المبكر وفقد هزة الجماع باختصار لتشجيع طبيب العائلة على استكشاف مشاعره كاستجابة لهذه الإرشادات العلاجية والتحريض لمزيد من القراءة والتدريب كقاعدة للمشاركة في المشاورة الجنسية في الممارسة الطبية.

العانة (Impotence):

يمكن تدبير العانة أو عسر وظيفة النعوظ بمداخلات بسيطة نسبياً. العانة البدئية (الأولية) هي عدم حدوث النعوظ من قبل، وأما العانة الثانوية فهي العجز عن إحداث النعوظ (الانتصاب: Erection) أو المحافظة عليه لبدء الجماع واستكمال بعد أن كان ذلك ممكناً من قبل.

وهذا هو ثاني أكثر الشكاوى الجنسية انتشاراً عند الذكر (مشكلة سرعة القذف أكثر انتشاراً).

وعادة ما يكون التسامح والمعلومات المحددة التي تخفي الاضطرابات الحادة للعنائة كافية لمساعدة ثلث المرضى أو نصفهم. ويجري إخبار المرضى بصورة واضحة لكي يبحثوا المشكلة ويناقشوها مع القرين، ويجري إبلاغهم أن المشكلة شائعة كثيراً ويجب أن نخبرهم كذلك ثمة عوامل محرضة لحالات العنائة تتضمن العقاقير وتعاطي الكحول و التعب والنواب الانفعالية، وأنه يجب أن يعود الشبق فوراً بعد تحديد المشكلة وإزالتها.

يجري تقديم بعض الاقتراحات النوعية للمريض وقرينه تبدأ باقتراحات «التركيز الحسي» مثل: الاستمتاع غير التناسلي، التطوير التدريجي للوصول إلى التلامس الجنسي التناسلي. ثم الإيلاج مع تباعد ساقى المرأة «وضعية المرأة فوق» ثم حركات حوضية وأخيراً الإيلاج الكامل ثم الانتقال جنباً إلى جنب ومن ثم وضعية الذكر في الأعلى.

إن دورات الممارسة والاستشارة قد تستمر أكثر من بضعة أسابيع يحتاج كلا القرينين أن ينضموا إلى تحديد متطلبات الإنجاز مما يؤدي إلى الانزعاج والتقليل من الأهبة للإنجاز.

كثيراً ما يكون الجو غير ملائم لتمارين التركيز الحسي التي قد تؤدي إلى النعوط، ولكن ينبغي للزوجين الحذر من محاولات الجماع المبكر لأن هذا قد يؤدي إلى مشاكل في النعوط.

القذف المبكر:

وهي المشكلة الأشيع عند الرجال وهي كذلك صعبة التعريف. إن التعريف المفضل هو العجز عن الامتناع عن القذف قبل أن تكون القرينة الجنسية الأنثى قد أصبحت راضية جنسياً 50٪. بينما يقول كابلان أن المظهر الحاسم لسرعة القذف هي غياب التحكم الإرادي بمنعكس القذف. وإن إعطاء القبول والمعلومات المحددة في القذف المبكر غير مجدية ويحتاج الأمر إلى اقتراحات نوعية. وإن المقدمة الأساسية للعلاج أن القرين الذكر لم يتعلم بعد كيف يعتني ويتحكم بحتمية القذف والاستثارة حيث تكون سريعة الحدوث.

لذلك تتوجه كل العلاجات إلى القرين الجنسي لمساعدة الرجل ليكتسب

الانتباه ومن ثم التحكم باستثارته الجنسية. إن مشاركة القرين ضرورية ويجب أن تجري رؤية القرينين وذلك للبدء بتمارين «التركيز الحسي» ثم تعطى التعليمات للمريض وزوجته ليمارسا الأمور التالية في المنزل:

1 - يقوم القرين بمداعبة المريض باليد للمريض في حين يركز المريض انتباهه على مستوى الاستثارة لديه. ويعطى إشارة للقرين ليتعرف حين يشعر باقتراب الاستثارة القذفية.

2 - على القرين أن يستخدم طريق العصر لإنقاص الاستثارة إذا كان ذلك ضرورياً. ومن أجل هذه الطريقة يجب أن يضغط القرين على حشفة القضيب بثبات بين السبابة والإبهام حتى يشعر المريض بزوال الإلحاح القذفي. يجري تكرار هذا النظام أربع مرات في كل جلسة، قبل أن يحدث القذف. وبعد القذف يقوم الرجل بتحريض هزة الجماع عند القرين (المرأة) وذلك يدوياً.

3 - يجري تكرار الجلسات السابقة مرتين أو ثلاثة باستخدام مزلق مثل الجل المائي، وليس باستخدام مزلق ذي أساس بترولي (قازلين).

4 - يجري إعادة التحريض حتى مرحلة ما قبل القذف باستخدام المداعبة بمكونات المهبل بدلاً من المداعبة باليد. (وهذا غالباً ما يجري بوضعية الأنثى من أعلى وذلك لسهولته نسبياً ولكن إذا وجد الرجل أن هذه الوضعية غير محرضة فيمكن للزوجين أن يستخدموا أي وضعية مشتركة مرضية لهما).

5 - يبدأ الرجل بحركات خفيفة لطيفة لاستعادة الاستثارة ثانية وينجز ثلاثة تحريصات إلى خمسة قبل الوصول إلى النقطة الحتمية للقذف قبل حدوث هزة الجماع لدى المرأة.

6 - يستخدم المريض إيلاجاً لطيفاً لتحريض نفسه ثلاث أو خمسة مرات قبل هزة الجماع.

7 - يتحول الزوجان إلى وضعية الذكر أعلى مع استخدام إيلاج خفيف و (بداية - توقف) عند الإشارة وذلك حسب الضرورة للمحافظة على التحكم.

8 - يستخدم الرجل حركات أكثر عفوية خلال الجماع، ويستخدم البطة أكثر من

التوقف كطريقة لتحسين تحكمه وللمحافظة على درجة عالية من الاستثارة دون حدوث القذف. ويقوم الشريكان بالاستفسار خلال المعالجة عن الحاجة للاتصال الواضح والكامل عن مستويات الاستثارة. إن قيمة النواحي غير التناسلية في الجنس لتحريض المتعة لديهم تحتاج إلى استمرار التشديد والتأكيد.

فقد هزة الجماع عند المرأة:

يحدث تثبيط هزة الجماع (Orgasm) عند المرأة عندما يتكرر أو يستمر غياب هزة الجماع أو تتأخر هزة الجماع التالية لتحريض كاف وتحقيق مرحلة إثارة سوية من التهيج الجنسي. إن معدلات الحدوث الحقيقية لحالات تثبيط هزة الجماع عند المرأة مجهولة ولكن من المتوقع أنها شائعة. خاصة في الحالات المعتدلة.

يجب وضع قصة مرضية جنسية مفصلة لتحديد الظروف التي أدت إلى التثبيط. وينبغي أن نميز بين:

- 1 - غياب هزة الجماع التامة: عدم حدوث هزة الجماع بالتحريض الذاتي أو مع القرين.
- 2 - فقد هزة الجماع مع القرين، مثال: يمكن الوصول لهزة الجماع بوساطة التحريض الذاتي ولكن ليس مع القرين.
- 3 - غياب هزة الجماع يعني العجز عن تحقيق هزة الجماع خلال الجماع.

يختلف العلاج حسب النوع الموجود لغياب هزة الجماع. يبدأ علاج غياب هزة الجماع التام بالتحريض الذاتي اليدوي للبظر. فإذا كان ذلك غير كاف يجب أن يزداد التحريض باستخدام أداة اهتزاز (هزازة)، وتحتاج المريضة كذلك لمقاومة «المراقبة» أو الانشغال الوسواسي بمراقبة الذات بوساطة إلهاء نفسها بتخيلات مثل: الإبداعات المثيرة المحببة لها، يجري الانشغال بالتخيلات الفكرية بينما تقوم بتحريض نفسها. إن فقد هزة الجماع مع القرين قد تكون شكوى أولية أو قد تكون الخطوة التالية في معالجة المريضة التي بدأت بالأساس بحالة فقد هزة الجماع

التام. وأحد الأهداف الرئيسية في المعالجة هو إنقاص الانزعاج المتعرض من وجود القرين الآخر. ويجري ذلك بوساطة التحريض الذاتي لهزة الجماع بوجود القرين مع الازدياد التدريجي للحميمية البدنية بين القرينين. على نحو أولي يكون القرين في الغرفة ولكن لا يراقب المريضة وهي تقوم بتحريض نفسها. ثم يتحرك القرين قريباً من المريضة ثم يلي ذلك أن يلامس أو يمسك بالمريضة وهي تعرض نفسها. قد تأخذ هذه القضية لزيادة الحميمية البدنية تدريجياً وقتاً يدوم أكثر من بضعة أيام أو أسابيع وذلك بالاعتماد على نجاح المريضة في تحريض نفسها بطريقة متلازمة مع إنقاص الانزعاج. وينبغي للطبيب أن يكون واضحاً بأنه ينبغي للقرين أن لا يضغط على المريضة لإجراء الجماع أو الزيادة السريعة في مستويات الاتصال الحميمي. وعندما تتمكن المريضة من تحقيق الوصول لهزة الجماع الناجح كثيراً بوجود القرين فقد يكون تعاقب التحريض الذاتي للمريضة أو التحريض اليدوي اللطيف من قبل القرين بينما تستخدم المريضة تخييلات لإشغال نفسها. يمكن للقرين أن يحتاج إلى التدريب على التركيز الحسي وطريقته قبل هذه المرحلة حيث لا يكون التحريض الجنسي والممارسة هي مجرد أوامر أو تلبية طلبات للآخرين. وعندما تتمكن المريضة من أهبة الوصول لهزة الجماع عن طريق التحريض الذاتي والتحريض من قبل القرين ربما ننتقل إلى مرحلة غياب هزة الجماع في أثناء الجماع. وإن المخاوف التي تتعلق بانتقاب المهبل تحتاج للظهور والتبلور من الجوانب العملية للتمكن من إنقاص الانزعاج.

ولما كان التحريض البظري (Clitoral stimulation) خلال الجماع أقل شدة، فيجب أن تتعلم المريضة كيف تقوي التحريض بوساطة ضغط الحوض بأسلوب فعال ليقابل عظم العانة عند الزوج. وهذا يجري بسلاسل مدرجة من الدروس التي تتعلم فيها المريضة أن تعرض نفسها بضغط حوضها مقابل يدها ثم تتحول المهمة إلى التحريض البظري المتواتق مع الإيلاج المهبلي مع التحريض لهزة الجماع بصفة متدرجة، أما الانتهاء المبكر والتحريض البظري الأخف فيجري استخدامه مع احتواء المهبل (Vagina) للقضيب في سبيل إحداث هزة الجماع بمساعدة البظر في النهاية. ويجب أن يبقى في ذهن طبيب العائلة بأنه أمر جيد

خلال المجال السوي للحياة الجنسية الأنثوية للمرأة أن تشعر بهزة الجماع فقط عندما تحصل على تحريض للبظر. وإن الهدف ليس هو هزة الجماع المهبلية، ولكن ممارسة الحب الذي يكون متبادلاً ومرضياً للزوجين، ويحقق قدرة القرينين للوصول للذروة بنجاح. بصفة عامة، تتضمن معالجة الاضطراب الوظيفي الجنسي إزالة العقبات أمام التطور السوي للاستجابة الجنسية بواسطة رغبة الزوجين إنشاء بيئة مسترخية غير زجرية أو غير خضوعية ورعاية هذه البيئة، حيث يكون استخدام النشاطات الموجهة مثل التركيز الحسي والمداعبة والملاعبة والتطوير الجنسي مفيداً كصور محرضة من الاحتكاك الجنسي.

إن الإجراءات العلاجية السابقة ليست هي كل الصفات الموصوفة وقد يزود الزوجين نفسيهما بقناعة مفادها بأن الاستثارة الجنسية غير رحيمة وأنها ميكانيكية.

إن حقيقة المشورة الجنسية هو أنها قد تكون بالواقع إحدى المشاركات الداعمة بين طبيب العائلة والزوجين. ويجب أن يراجع طبيب العائلة زميلاً أكثر خبرة ويشترك معه لأداء معالجة مشاركة في سبيل أن يتعلم ويكتسب خبرة. وكذلك من المفيد إجراء المقابلات الكثيفة والمقابلات التي يكون فيها مجموعات من الأزواج الذين يكافحون لتحسين ممارستهم الجنسية مع الأخذ بالحسبان الضوابط الشرعية الإسلامية في هذا المجال لأنها تمنع من البوح من أسرار العلاقات الجنسية للأخرين - ماعدا الطبيب المعالج - إلا في حالات استثنائية جداً.

إن الحصول على علاقة استشارية مع المعالج المختص في اضطرابات الشبق (Libido) هو الحل الشافي لهؤلاء المرضى الذين لا تستجيب مشاكلهم للأساليب العادية ويحتاجون إلى معالجة أكثر كثافة وأكثر مدة.

مراحل الإثارة الجنسية

المرحلة	الرجل	المرأة
الاستثارة (Excitation)	أحاسيس شبكية نعوظ القضيب ارتفاع الخصيتين تسمك الصفن	أحاسيس شبكية إفرازات مهبلية مُرَلَّقة انتباج الثديين انتباج الحلمتين
الهضبة (Plateau)	اشتداد النعوظ القضيب احتقان الخصيتين وتضخمهما ذروة الاحتقان الوعائي	احتقان الأشفار انتباج الثلث الخارجي للمهبل ارتفاع الرحم من قاع الحوض انتفاخ الثلثين الداخليين للمهبل يبدأ انسحاب البظر
هزة الجماع (Orgasm)	يتدفق المنى بفواصل 0.8 ثانية بصورة تالية لانكماشات البروستاتة والحويصلات المنوية والإحليل الفترة العنيدة: تزداد هذه الفترة مع تقدم العمر	تقلصات مهبلية بفواصل 0.8 ثانية ربما تتعرض لتكرار الإرجاز أي هزة الجماع
الانصراف (Resolution)	الارتخاء القضيب هبوط الخصيتين	يعود البظر إلى وضعه السوي ارتخاء الثلث الأخير من المهبل نزول الرحم إلى قاع الحوض على نحو متوافق

الأدوية التي تسبب العنانة:

الأدوية الخافضة للضغط الشرياني:

- * مدرات البول الثيازيدية
- * جوانيتيدين
- * كلونيدين
- * ميثيل دوبا
- * فينوكسي بنزامين

- * بروبرانولول ومحصرات بيتا الأخرى
- * رزيبين
- * هيدرالازين

العوامل المضادة للذهان:

- * ثيوريدازين
- * كلوربروتيكسين
- * هالوبيريدول
- * ميزوريدازين
- * موليندون
- * بيرفينازين
- * بيرااسيتازين
- * تيوتيكسين
- * ري فلوبيرازين

مضادات الاكتئاب:

- * أميتربتلين
- * دي زيبرامين
- * دوكسي مين
- * أميبرامين
- * ايزوكاربوكسازيد
- * نورتيبتلين
- * فيني ليزين
- * بروتري بيتيلين
- * ترانيل سيبرومين

العوامل المضادة للأورام:

إدمان الكحول ومثبطات الجهاز العصبي المركزي:

- * السيميتيدين

* ديازنام
* ديچوكسين
* ديزويراميد
* ليشيوم
* نابروكسين
* فينيتوين *



الفصل العشرون

مقاربة طبيب العائلة للأمراض والمشاكل

يتحدث هذا الفصل بصفة موجزة عن طيف من الأمراض التي ينبغي لطبيب العائلة إتقان تشخيصها وعلاجها ومتابعتها، وإحالتها إلى بقية الاختصاصيين عندما يتطلب الأمر، وذلك على سبيل المثال وليس الحصر، أما التفاصيل الإكلينيكية والتشخيصية والعلاجية في طب العائلة فتحتاج لكتاب مفصل بأضعاف مضاعفة لحجم هذا الكتاب، ولا بد من التأكيد بأن مراجعة الكتب التخصصية الداخلية أو الجراحية لاتغني البتة عن مراجعة أمهات كتب العائلة سواء منها ما كان بحجم كتاب اليد أو بحجم المجلدات المتعددة، وينبغي لطبيب العائلة أن يتخذ موقفاً صريحاً وواضحاً من التعامل مع الكتب التخصصية خارج نطاق طب العائلة، لأن هذه الكتب غير موجهة بالأصل لطبيب العائلة الذي يقارب الأمراض والاضطرابات والمشاكل المرضية بأسلوب قد يختلف كثيراً عن أساليب غيره من الأطباء الذين تخصصوا باختصاصات أخرى. ولقد بدأنا بذكر الأمراض بطريقة تتماشى مع الآية القرآنية: **﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْئُولًا﴾** ٣٦ سورة الإسراء. فبدأنا بنقص السمع، ثم بأمراض العين، ثم بأمراض القلب وهكذا، واللافت أن هذا الترتيب كان مطابقاً للترتيب المذكور في معظم مراجع طب العائلة، فلنتابع معاً هذه الرحلة الشيقة في أطول فصل من فصول هذا الكتاب.

أمراض الأنف والأذن والحنجرة:

تتضمن أعراض الأذن والأنف والحنجرة حوالي عشر الأسباب التي تدعو لمراجعة طبيب العائلة، وينبغي لطبيب العائلة أن يكون ماهراً في تدبير هذه الشكاوى أي التهابات الأذن والأنف والحنجرة الشائعة ومشاكل الرضوح أو الجروح، ومشاكل نقص السمع أو عيوب السمع عند الأطفال، وريحة الصوت، وشذوذات الحبال الصوتية، والأجسام الغريبة ولا سيّما في البلعوم التي تحتاج إلى تشخيص

وتدبير. والشيء الهام غير النادر هو الأورام الخبيثة التي يجب كشفها باكراً لإيصال المريض إلى نتيجة جيدة.

نقص السمع:

قد يكون الرضع و الأطفال المصابون بالتهاب الأذن الوسطى المصلي عديمي الأعراض ويكشفون في أثناء التقييم السمعي بوساطة طبيب العائلة أو طبيب المدرسة إذ يكشف وجود نقص سمع نقلي، ويجب أن يشجع طبيب العائلة على استعمال وسائل التقصي أو التحري لعيوب السمع عند الأطفال والكهول، إذ لما كانت معظم عيوب السمع تبدأ تدريجياً فقلما ينتبه لها إلا بعد تأثر السمع بدرجة واسعة، والمعالجة والعناية تكون أكثر فعالية إذا كشف فقد السمع مبكراً. ويجب أن يكون لدى طبيب العائلة وسائل موضوعية لفحص السمع في العيادة. ويجب إجراء فحوص أدق إذا كان الأطفال لا يسمعون جيداً عند مسافة 3 أمتار. وأما عند الأطفال المتعاونين القادرين على الكلام فيستطيع طبيب العائلة قياس السمع لديهم وفق قواعد النخل. وثمة وسائل أخرى للنخل بمتناول طبيب العائلة تعطي تخطيط السمع المكتوب أو المخطط الطبلي وذلك بمراقبة مرضى التهاب الأذن الوسطى المزمن و التهاب الأذن الوسطى المصلي.

الدوخة والدوار (Vertigo):

الدوخة (Dizziness) هي شكوى شائعة في ممارسة طبيب العائلة ولسوء الحظ فإن أسبابها كثيرة، والزمن اللازم للمقابلة والفحص يستغرق وقتاً أطول، ولذا فإن طبيب العائلة يجب أن يعتمد على القصة الجيدة ليصل إلى تحليل تشخيصي مفصل، أو لكي يقرر على أي منطقة يجب أن يركز.

الأذن عند طبيب العائلة تُعشَقُ قبل العين فهل عرفت السبب؟

الأمراض العينية:

يمثل العمى مشكلة رئيسية في مجالات الطب والصحة العمومية (Public Health)

(health)، وما زالت هذه المشكلة تحتاج إلى المزيد من الاهتمام والجهود العالمية. وتعيش الغالبية العظمى من مكفوفي العالم في البلدان النامية، إذ تؤدي العدوى وسوء التغذية ونقص رعاية العيون إلى نسبة عالية من العمى، لا سيما بين سكان الريف. ففي هذه البلدان تزيد معدلات العمى عن معدلات البلدان الصناعية بحوالي 10-40 ضعفاً، إذ يفقد البصر أساساً نتيجة للاضطرابات التنكسية والاستقلابية. وليست أمراض العين الجرثومية مصدر خطر على البصر فحسب، وإنما هي في الغالب تجربة مؤلمة وغير سارة، الألم الحاد في العين عادة ما يكون مزعجاً ومثيراً للمخاوف، وذرف العين للدموع قد يضاعف عبء الأعمال اليومية. إن منظر طفل يبكي متألماً بسبب التصاق جفنيه وإغماض عينيه نتيجة التهاب الملتحمة السيلاني (Gonorrhoeal conjunctivitis) يعد من الاضطرابات الأكثر تأثيراً في النفوس ولو أنه نادر. والخبر السار هو توفر التكنولوجيا اللازمة لشفائها والوقاية منها على مستوى الرعاية الصحية الأولية. فالأدوية الأساسية الفعالة متوفرة بأسعار زهيدة. وثمة دلالات تشير إلى السيطرة التدريجية على أمراض العين الجرثومية الأخطر. ويجب أن يتعرف طبيب العائلة على بعض الأمراض العينية الخطرة وطرق الوقاية منها وطرق استعمال القطرات والمراهم المستخدمة في طب العيون. وينبغي لطبيب العائلة أن يكون على علم بالمرضى الحساسين للستيرويدات إذ إن 30٪ تقريباً من الناس البالغين يصابون بزيادة في الضغط داخل العين عند استخدامهم للقطرات العينية الستيرويدية لفترة أكثر من أسبوع أو أسبوعين. وربما يظهر لدى المرضى المعالجين بالستيرويدات لفترة طويلة ازدياداً في ضغط العين.

فحص القدرة البصرية:

إن فحص القدرة البصرية من قبل طبيب العائلة عادة ما يعطي إشارة إلى التشخيص وإلى إحالة المريض إلى اختصاصي العيون في الوقت الملائم. وبصورة نموذجية يجرى تصوير عيوب الإنكسار لدى البالغين بسهولة. وأما عند الأطفال فإن عيوب الإنكسار تسبب حدوث ضعف القدرة البصرية بسهولة إذا تأخر التشخيص. والتحدي الهام لطبيب العائلة أن يتأكد بأن المعالجة ستستمر بنجاح بوساطة تطمين الطفل وأبويه وتوضيح ضرورة هذه المعالجة الصعبة. وعندما تظهر العين الضعيفة وظليفة بصرية سوية يجب اصلاح الانحراف جراحياً. وبها عادة

شيء من ضعف البصر. ويجب أن يكتشف طبيب العائلة قرحات القرنية في العيون المحمرة والمؤلمة، وأن يبدأ العلاج بالتنظيف واستعمال المضادات الحيوية موضعياً. وبعد ذلك يجب إحالة المريض فوراً إلى طبيب العيون. وأما في حالات الأجسام الغريبة في القرنية (Cornea) وعندما يتأكد طبيب العائلة من أن الجسم الغريب لم يخترق القرنية فيمكن محاولة نزعها تحت التكبير. وإذا توفر المصباح الشقي فإنه يعطي تكبيراً جيداً ولكن قلماً نحتاجه في معظم أجسام القرنية الغريبة. وقد يكون طبيب الرعاية الصحية الأولية أو طبيب العائلة أحياناً عاجزاً عن نزع الأجسام العالقة وهنا يعالج المريض بمرهم المضاد الحيوي والضماد العيني ويحال إلى طبيب العيون. وإن طبيب العائلة يعرف الحالة الفيزيائية للمريض المصاب بالساد ويستطيع أن يختار حالة المريض الملائمة للإجراء الجراحي الملائم. ولكن ثمة عوامل أخرى يجب الأخذ بها على سبيل المثال: المريض المسن الذي يستعمل الكرسي المدولب بسبب التهاب المفاصل مع فشل القلب الاحتقاني المرافق يمكن بسهولة أن يعد غير مرشح للجراحة لأسباب طبية. ومن جهة ثانية فإن هذا المريض والذي تكون أنماط حياته محددة بشدة قد يكون لديه سبب صغير جداً للحياة، عدا بعض المتعات القليلة المتوفرة فقط خلال القراءة ومشاهدة جمال الطبيعة. وعند تجاهل فرصة إعادة الرؤية لهذا المريض فإننا بذلك ننكر حق المريض بالحياة. وإن طبيب العائلة بمعرفته العلمية وقدرته على فهم آمنيات المريض وتصرفاته واحترامها فهو بذلك يمكن اعتباره مستشاراً مؤهلاً بأسلوب جيد.

فحص قاع العين:

ربما يكون السبب الأساسي الذي يفحص من أجله طبيب العائلة قاع العين (Eyeground) هو تقييم التبدلات الوعائية لدى المرضى المصابين بالتصلب الشرياني العصيدي، أو فرط ضغط الدم، أو الداء السكري. وتعد السيطرة على الداء السكري من أهم أعمال طبيب العائلة. وما زال ثمة جدل حول العلاقة الدقيقة بين السيطرة على سكر الدم ودرجة التبدلات التنكسية الوعائية في الداء السكري. ومن جهة ثانية ازدادت الأدلة التي تدعم الاعتقاد بأن السيطرة الدقيقة على سكر الدم والبيولة السكرية يمنع حدوث اعتلال الشبكية أو يعدل من حدوثه. ولما كانت المعالجة بالليزر قد أدت إلى إنقاص خطر حدوث العمى لأكثر من النصف فإن دور

طبيب العائلة هو: أولاً التعرف على العلامات الباكرة لاعتلال الشبكية (Retinopathy) وثانياً إجراء فحوص عينية روتينية للشخص السكري.

العدسات اللاصقة (Contact lenses):

يتكيف معظم الناس جيداً مع العدسات اللاصقة ويرتدونها بارتياح وأمان، وإذا أظهر المريض الرغبة الكافية للانتقال إلى استخدام العدسات اللاصقة يستطيع طبيب العائلة أن يدعم قانونياً رغبة المريض لارتداء العدسات اللاصقة. ولا ريب أن بعض الفحوص العينية لا يمكن إجراؤه إلا عند اختصاصي العيون إذ يتعذر على طبيب العائلة أن يمتلك جميع الوسائل المطلوبة لإجراء مثل هذه الفحوص.

هل يضع طبيب العائلة عينيه على طب العيون، أم يضع طبيب العيون طبيب العائلة في عينيه؟

المشاكل الفموية والثوية والسنية:

التهاب اللثة والفم:

يجب أن يشمل الفحص المعهود للمريض من قبل طبيب العائلة فحص جوف الفم بأكمله. وثمة العديد من الأمراض التي تنشأ من الفم وتكون خاصة بجوف الفم. وثمة العديد من الأمراض المجموعية التي تتجلى تظاهراتها المبكرة في هذه المنطقة، يستطيع طبيب العائلة أو طبيب الأسنان أن يكتشف أو يحدد باكراً هذه الأمراض. قلما يزور معظم الناس طبيب الأسنان، لذلك فإن العديد من الحالات والأمراض الفموية غير المكتشفة يلاحظها طبيب العائلة. ويجب أن يتيقظ طبيب العائلة للتظاهرات الفموية للإيدز والتي تشمل: السلاق المزمن أو المتكرر (Thrush)، وساركومة كابوزي، والطلوان الشعري، والعدوى حول السن، والثآليل الزهريّة، وجفاف الفم، والسرطانة الحرشفية الخلايا (Squamous cell carcinoma)، وأي مريض لديه اختطار عال للإيدز يجب أن يثير الشبهة وأن يجرى له العمل الملائم، ويشمل ذلك الحماية الشخصية من العدوى. وأما أعراض التهاب اللب السني فهي

الشكوى الفموية الأشيع، والتي تجعل المريض يفتش عن خدمات طبيب الأسنان، وأحياناً طبيب العائلة. وفي النهاية يجب أن يوجه المريض إلى طبيب الأسنان ولكن ينبغي لطبيب العائلة أن يحضر المريض بوصف المسكنات والمضادات الحيوية عند الضرورة. وقد يكون الأسبرين والباراسيتامول كافيين عندما يكون الانزعاج خفيفاً. ولكن عندما يكون الألم أكثر شدة يفضل أن توصف المستحضرات التي تحتوي الكوديين. وأحياناً قد يكون الألم شديداً حتى أن إزالة الألم بدرجة كاملة قد لا نحصل عليها ما لم تجر المعالجة من قبل طبيب الأسنان. وقد يختار طبيب العائلة الشق والتفجير للكتلة المتموجة في خراج السن ولكن يجب أن يوجه المريض بعد ذلك إلى طبيب الأسنان لإجراء المعالجة النهائية. أما سرطانات الشفة والفم فهي شائعة في الكبار والمدخنين، وينبغي لطبيب العائلة أن يكون يقظاً لأورام هذه الناحية.

العدوى حول التاج: «إنتان ماحول التاج»:

عدوى الأنسجة حول التاج كثيراً ما توجد عند الأطفال واليافعين وهي نادرة عند الكهول. والنموذج الأشيع للعدوى حول التاج هو إصابة الطاحن الثالث ولاسيما في الفك السفلي. وفي العدوى حول التاج يكون النسيج المغطي للسن غير البازغ ملتهباً - ويحدث بالنتيجة خراج حاد (Pericoronal abscess) أو التهاب النسيج خلوي. وغالباً ما يلاحظ الألم الشديد، والضرن، والتهاب العقد اللمفية، والأعراض قد تشابه أعراض الخراج حول اللوزة مع ألم الأذن أو التهاب البلعوم، لذلك قد يطلب المريض ابتداء خدمة طبيبه البشري، وعندما تظهر هذه الأعراض عند بالغ شاب ينبغي لطبيب العائلة أن ينتبه إلى تشخيص التهاب ما حول التاج الحاد، والمعالجة هي معالجة العدوى الحادة ويجب أن يتخذ القرار حول ضرورة شق النسيج المغطي أو خلع الضرس، وتتكون المعالجة البدئية من المضادات الحيوية، ولاسيما البيتا لاكتامات، والمسكنات للسيطرة على الألم والغرغرة الفموية بمحلول ملحي دافئ أربع مرات يومياً وتحويله إلى طبيب الأسنان.

الطوارئ السنية (Dental emergencies):

يستدعى طبيب العائلة لمعالجة حالات الطوارئ التي تكون من مصدر سني

صرف وأكثر الطوارئ مشاهدة هو النزف والألم بعد القلع. وربما يحدث النزف مباشرة بعد الجراحة أو بعدة عدة أيام وقد يكون شديداً. قد يتنوع الألم بعد القلع من خفيف إلى شديد جداً وعادة ما ينجم عن حدوث التهاب العظم الموضعي (الجوف الجاف)، والعوامل التي تزيد من حدوث الألم بعد القطع هي الرض، والعدوى، والتروية الوعائية للعظم المحيط والحالة العامة المجموعية. يحدث الألم كثيراً في اليوم الثالث والرابع بعد العمل الجراحي بنسب مختلفة. وعادة ما تحدث في الفك السفلي أكثر من العلوي. وعند النساء أكثر من الرجال. ويبيدي فحص الجوف عادة علقة ذات رائحة كريهة متفسخة وغالباً ما مع انكشاف العظم السنخي. ويجب أن ينظف الفم في معالجة النزف بعد الخلع من كل العلقات الدموية، ويجب أن يطبق الضغط بالشاش فوق منطقة النزف لتبطين الجريان الدموي، وقد يكون وضع الاسفنجة الجيلاتينية القابلة للمص (جلفوم) مفيدة في النزف من الجوف العميق ويمكن وضع شاش بطول 5 سم مشبع بمعجونة مصنوعة من تحت جالات البزموت (Bismuth subgallate) وتوضع في عمق الجوف وهذه تسيطر على النزف في كثير من الأحيان.

**طبيب العائلة وطبيب الأسنان صديقان حميمان، فهل عرفت
السبب؟**

الأمراض القلبية الوعائية:

دور طبيب العائلة في مرض القلب التاجي:

إن مرض القلب التاجي (Coronary heart disease) يضع طبيب العائلة أمام تحد ثنائي: الأول هو تشخيص الحالات المرضية ومعالجتها، والثاني هو التدخل الفاعل في إنقاص اختطار هذه الأمراض لدى الفرد، والعائلة، والمجتمع. كالتوبة عن التدخين وتحسين العادات الغذائية، والخضوع لنظام غذائي طبي، وهذا الأمر بحاجة إلى صبر لكنه هام جداً للمرضى ولعائلاتهم.

عندما تشخص حالة مرض القلب التاجي فإن وضع العائلة كلها ضمن

برنامج التدابير الوقائية أساسي للوصول إلى الرعاية الصحية المثلى. ويجب أن يناقش طبيب العائلة مباشرة مع المرضى وعائلاتهم قيمة المرض القلبي التاجي، وما أبعاده والنواحي الإنذارية وقيمة المرحلة العديدة الأعراض من المرض، وقيمة التشخيص في هذه المرحلة. تسبب هذه الأمراض كثيراً من الاضطراب العاطفي ويجب أن يوضع هذا بالحسبان كجزء هام في التدابير الفعالة.

عندما يوافق المريض على مناقشة موضوع مرضه مع أفراد العائلة، فإن تبادل المعلومات ما بين طبيب العائلة والعائلة يزيل عن كاهل المريض عبئاً واسعاً، وذلك بالجواب عن أسئلة هامة أو معقدة. يجب أن يكون التركيز في النقاش بتوزيع الأدوار على الشكل التالي ما دور المريض؟ ما دور طبيب العائلة؟ وما دور العائلة؟ بدلاً من التركيز على المظاهر السلبية للمشكلة.

إن طبيب العائلة الماهر لديه الخبرة في معرفة مصادره لرعاية مرضاه، ويكتنف ذلك استشارة أطباء آخرين ذوي اختصاصات وخبرات متفاوتة: مثل اختصاصي القلبية وغيره، وينبغي أيضاً لطبيب العائلة أن يكون خبيراً في استخدام مصادر الدعم الأخرى للمريض مثل الدعم العائلي ودعم الأصدقاء، وعلماء الدين والأعيان ووجهاء الحي ومرضى مروا بالظروف نفسها للاستفادة من خبرتهم، وكذلك دعم المجتمع بوساطة التنظيمات المتفاوتة. تعتمد قدرة أي طبيب على المساعدة على إمكانات الدعم المتاحة له بقدر ما تعتمد على إمكاناته الفنية وخبرته المهنية.

احتشاء العضلة القلبية (Cardiac infarction):

على طبيب العائلة أن يكون بارعاً في رعاية المرضى المشتبه لديهم بوجود احتشاء عضلة قلبية (Cardiac infarction) ومن الهام أن يكون المرضى على علم بأعراض احتشاء العضلة القلبية.

آفات القلب الصمامية (Valvular heart disease):

لقد انخفضت الإصابات الصمامية القلبية في بقاع كثيرة من العالم بسبب العلاج الفعال للعدوى بالعقديات وبذلك فإن طبيب العائلة يحتاج إلى مهارة أكثر

لكشف مثل هذه الإصابات ويحفظ معايير تشخيصية للشك بهذه الإصابات، ومع ذلك فإن معدل تحديدها منخفض.

ولما كان المرضى المصابون باضطرابات في صمامات القلب يتناولون المضادات الحيوية وقائياً قبل الإجراءات الطبية المترافقة مع جرحهم الدم فإن تحديد هؤلاء المرضى ليس بالأمر السهل، وعلى طبيب العائلة أن يلم بأسلوب جيد بالمضادات الحيوية القديمة والحديثة، وهذا الإلمام يقوده إلى اختيار المضاد الحيوي الملائم في الإجراءات الطبية التي تحمل خطورة مرتفعة، وكذلك العديد من هؤلاء المرضى لديهم خطورة تطور حدوث مشاكل حركية دموية (Hemodynamic) نتيجة إصابتهم الصمامية، وعندما يكون هذا الخطر جسيماً فيصعب متابعة المريض اعتماداً على السريريات فحسب، ويجب الاستعانة بالوسائل التشخيصية الحديثة والاستشارات في تدبير المريض.

تقييم المريض القلبي قبل الجراحة:

عادة ما يواجه طبيب العائلة الحاجة إلى تقييم المريض المصاب بمرض قلبي وفي الأوعية التاجية ويحتاج إلى عمل جراحي غير قلبي.

اختبار الجهد (Exercise test):

يستطيع طبيب العائلة - بالتدريب الملائم والخبرة - أن ينجز اختبارات الجهد من أجل تقييم الحالة القلبية الوعائية للمريض ومن أجل وضع برنامج رياضة خاص به.

هل يضع طبيب القلب طب العائلة في قلبه، أم على قلبه؟

الأمراض التنفسية:

يجب أن يعرف طبيب العائلة تشخيص الاضطرابات التنفسية وكذلك معالجتها بسبب شيوعها، ويجب أن يراعي طبيب العائلة ما يلي خلال تدبير

الأمراض التنفسية:

1 - تؤخذ قصة مهنية كاملة ويلاحظ خلالها التعرض للدخان والغازات والغبار في البيئة. إذ يمكن الوقاية من داء الأسبست (الأميانت) وتفحم الرئة لدى عمال مناجم الفحم وداء السيليكوز في صناعة المناجم. وقد يحدث تليف الرئة بسبب التعرض الطويل للغازات المخرشة مثل الكاديوم، والكلور، وأبخرة الزئبق أو أبخرة النتروجين، ويمكن للغبار العضوي مثل الأبواغ الفطرية المستضدية أن تسبب التهاب الرئة الخلالي (Interstitial pneumonia).

2 - تؤخذ قصة عائلية للأمراض الرئوية ذات الميل الوراثي. فيمكن وراثته نوع من (Emphysema) النفاخ بسبب نقص أنزيم أنتي تربسين. وللداء الليفي العصبي والتصلب الحدبي (Sclerosis tuberosa) غالباً مشاركات رئوية، ويورث توسع الشعيرات النزفي الوراثي (أوسلر - راندو - ويبر) والنواسير الشريانية الوريدية كصفة سائدة غير مرتبطة بالجنس. وأما الداء الليفي الكيسي (Fibrocystic disease) فهو مرض وراثي جسمي متنح إذ إن كلا الوالدين يحملان مورثة ولكن من دون أعراض (وبسبب ذلك فإن القصة العائلية قد تكون سلبية).

3 - يمكن الوقاية من الاضطرابات والأمراض التنفسية في عدد لا بأس به من الأمراض التنفسية، وعلى سبيل المثال لدى طبيب العائلة فرصة ملائمة ليؤيد بقوة الانقطاع عن التدخين. فتدخين باكيت من السجائر يومياً يقصر العمر من 6-8 سنين، وحوالي أربع دقائق لكل سيجارة مدخنة، والسبب الرئيسي هو زيادة الأمراض الوعائية والقلبية وسرطان الرئة وسرطان المثانة وسرطان المريء والقصور التنفسي، إن ذكر قيمة التدخين وإيقافه مع مواجهة بسيطة مع المدخن لها أثر واسع.

4 - ثمة أوجه أخرى للوقاية تشمل إعطاء التمنيع الملائم فيجب أن يعطى اللقاح ضد الرئويات مرة قبل استئصال الطحال، وعند مرضى الأمراض التنفسية المزمنة، والمرضى الواهنين وذلك للمساعدة في الوقاية من التهاب الرئة بالمكورات الرئوية. ويعطى لقاح الانفلونزا سنوياً للمسنين المصابين بأمراض مزمنة مع أن اللقاح ذو فعالية جزئية فقط.

5 - إنَّ معالجة الأمراض التنفسية هي فرصة لتثقيف المريض وتعديل سلوكه، ومع أن قطع التدخين يطغى على كل الاعتبارات الأخرى، فإن تعليم المريض الربوي وتعريفه على أسباب مرضه والحاجة لاتباع التعليمات الطبية قد ينقص الحاجة لدخول المستشفى. وإن التدريب السليم لاستخدام البخاخ (الارذاذ) واستخدام الأكسجين في المنزل قد يساعد كذلك المرضى المصابين بأمراض رئوية مزمنة أي الداء الرئوي المسد المزمن (C.O.P.D).

6 - إن النصائح ذات الأوجه العائلية والسلوكية عند المرضى الرئويين ذات جوانب خاصة. فالعجز في القصور التنفسي بداء السيليكوز أو الداء الرئوي المسد المزمن (C.O.P.D) له تطبيقات وقائية عائلية كبرى. غالباً ما يكون مثل هؤلاء المرضى معتمدين على الآخرين في العديد من النشاطات اليومية. وكما في الأمراض المزمنة الأخرى فقد يمر الاكتئاب أو الاضطرابات الجنسية من دون تشخيص ومن دون معالجة ولذا يكون الدعم الاجتماعي والعائلي لبرامج التوبة عن التدخين هاماً جداً.

7 - إن تأهيل أولئك المصابين بالفشل التنفسي يعطي الأمل لتحسين الحالة الوظيفية خلال تمارين التنفس والتدريب والدعم النفسي.

8 - يجب أن يوازن طبيب العائلة مريضه ويزوده باستمرار بالعناية والاستخدام الحكيم للأساليب التشخيصية والعلاجية وتسهيل الاتصال بين المريض والعائلة والأطباء الاستشاريين.

دور الاستشارة الصدرية:

إن قيمة عمل طبيب العائلة وعلى نحو وثيق مع المستشارين (اختصاصي الأمراض الرئوية وجراحي الصدر وأطباء الأشعة) تظهر جلية في الأمراض التنفسية. ولاسيما من أجل:

- 1 - تدبير الفشل التنفسي الوخيم لأي سبب كان.
- 2 - المساعدة في التشخيص عند عودة آفة مدبرة سابقاً، أو كتلة أو انصباب الجنبية.

- 3 - عند المعالجة الحالية لمرضى الداء الرئوي المسد المزمن (C.O.P.D)، أو داء الرئة الخلالي.
- 4 - عند المعالجة للحالات غير العادية مثل الداء الليفي الكيسي، والتدرن غير النموذجي، والساركويد أو أمراض الرئة الفطرية.
- 5 - لإنجاز العمليات التشخيصية أو العلاجية الخاصة مثل التنظير القصبي، خزعة الجنبية والتصوير المقطعي المحوسب C.T.scan أو الاستئصال الرئوي.
- 6 - عندما يحتاج المريض أو العائلة أو طبيب العائلة التأكيد بأن المريض يعامل حقاً بأسلوب ملائم. والفكرة الأهم هنا هي التواصل. فالطبيب يحتاج لأن يكون نوعياً ومفصلاً قدر المستطاع قبل أن يرى المريض طبيبه الثاني المستشار، إذ تراجع الحاجة والهدف من الاستشارة مع المريض ويحتاج طبيب العائلة للاتصال مع زميله المستشار عند طلب الاستشارة (أرجو أن ترى المريض مرة أو مرتين وتساعد في وضع خطة تشخيصية أو علاجية).

وعند تحويل المريض فثمة عدة أسئلة حول فرصة اهتمام المستشار بكل ما يتعلق بالمريض فهو سيشارك في الرعاية وفي وضع القرار. فعند وضوح دور كل الأطراف (طبيب العائلة، المستشار، المريض) يقل احتمال القرار غير السليم.

وأفضل أسلوب هو كتابة رسالة من طبيب العائلة إلى المستشار، بحيث تشمل القصة المرضية، ونتائج الفحص السريري، والاختبارات السابقة، والسؤال الذي يكون الجواب عنه واضحاً بصفة خاصة. وترسل كذلك نسخ عن ملاحظات العيادة أو المعلومات الملائمة الأخرى. وإذا لم يتوفر وقت لكتابة رسالة (على سبيل المثال المريض في وحدة العناية المشددة، القصور التنفسي الوخيم). فقد يكون الاتصال الهاتفي بين الأطباء كافياً. ويجب أن يتلقى طبيب العائلة معلومات حول متابعة المريض من زميله المستشار لاستمرار رعاية المريض والتعاون من أجل ذلك. والمستشار الذي لايزود طبيب العائلة بهذه المعلومات يعرض رعاية المريض للخطر.

**هل يتنفس طبيب العائلة بوجود طبيب الرئتين، أم تتنفس
الرئتان الصعداء بوجود طبيب العائلة.**

الأمراض الهضمية:

إن أمراض جهاز الهضم كثيرة المصادفة في عيادة طبيب العائلة. وتتخذ الحالات المرضية أشكالاً متعددة بسبب البنية المعقدة لجهاز الهضم من حيث اتساع مساحة سطحه، وتعدد العناصر الكيماوية والعصبية التي تتدخل في عمله.

وتعتمد مقدرة طبيب العائلة في تقديم الرعاية لمريض لديه مشكلات هضمية على عوامل كثيرة. فإذا كان لدى طبيب العائلة اهتمام بالمشكلات المتعلقة بجهاز الهضم، يمكنه أن يحقق أو يحرز مستوى عالياً من الخبرة خلال الدراسة المستمرة أو الممارسة. وعموماً فإن قدرة طبيب العائلة على تفريق المشكلة وتقديم التدبير الملائم هو الأمر الأهم سواء أكان التدبير هو بالعلاج مباشرة أم بالإحالة. ويمتلك طبيب العائلة فرصتين كبيرتين على أقل تقدير لمساعدة المرضى. أولاًهما أنه يرى المريض باكراً في بداية ظهور المرض، في حين أن المراحل المتأخرة من المرض تشاهد عموماً في مراكز الرعاية الصحية الثالثة. وتكون الفرصة الثانية بمتابعة المريض حين يعود بعد إحالته إلى مستشار خبير لإجراء جراحة تصحيحية أو وضع التدابير أو العلاجات اللطيفة في المراحل النهائية لمرض ما.

وعلى طبيب العائلة وكل طبيب أن يميز المشكلات التي تقع خارج نطاق معلوماته ومهارته، والتي تحتاج إلى الاستشارة أو الإحالة الفورية. ومن جهة أخرى ينبغي لطبيب العائلة أن يطور ويكتسب مهارات كافية ليجنب الإحالات المكلفة غير الضرورية. ويجب ألا يكون طلب الاستشارة بسبب نقص في الاهتمام أو المقدرة ولكن تطلب الاستشارة من أجل الحصول على معرفة أو مهارة إضافية لرعاية المريض.

ويدرس طبيب العائلة الأسرة بكاملها من أجل وضع التشخيص والتدبير للآفة الهضمية. ونجد أن معدل الأزمات العائلية والتفكك الأسري مرتفع في الأمراض المزمنة. وكثيراً ما يعد طبيب العائلة رمزاً للأمل للأسر التي تربطها به سنين من التعامل. ويجب استمرار التواصل بين طبيب العائلة و المريض والعائلة والاستشاري الخبير من أجل تطوير الثقة والألفة. إذ إن هذه الصلات هي التي تعتمد عليها مطاوعة المريض الهضمي واستجابته للعلاج وتحقيق الفائدة المرجوة من الاستشارة.

هل يستطيع طبيب العائلة هضم المشاكل الهضمية، أم أن
المشاكل الهضمية تهضم طبيب العائلة.

الاضطرابات الكلوية والبولية:

الاضطرابات الكلوية:

يجب أن يطلع طبيب العائلة على التطورات الحديثة في الجوانب البولية والتناسلية، وأن يدمج هذه المعرفة بالأمراض الكلوية حيث يقدر بأسلوب جيد أي من المرضى ينبغي أن يبقى عند مقدم الرعاية الأولية (Primary care taker) وأي منهم يجب إحالته لاختصاصي الكلية للمعالجة. وتعد مشاركة العائلة مهمة ولا سيما في المراحل النهائية للمرض إذ يصبح المريض أكثر عرضية وتصبح المتطلبات من عائلته أكثر صعوبة. تحدث هذه الحالة عندما يترقى المرض الكلوي إلى نقطة الفشل الكلوي الحاد أو المزمن مما يتطلب نظاماً غذائياً خاصاً وتحديد بعض الأطعمة، وتخصيص الوقت المخصص للمعالجة بالديال وربما زرع الكلية. ولما كان طبيب العائلة يعرف المريض وعائلته معرفة أعمق من الاختصاصي فإنه يتمكن من مناقشة المريض وعائلته حول القرارات البعيدة المدى والخطط العلاجية المتوقعة اعتماداً على معرفته بالتطور الطبيعي للمرض.

يواجه طبيب العائلة التحديات ليس أمام المرضى المصابين بمرض كلوي مزمن فحسب، ولكن أمام المصابين بالحالات الحادة أيضاً كما في التهاب كبيبات الكلى والمتلازمة الكلوية (Nephrotic syndrome) وينبغي للطبيب أن يتعامل مع القلق والحاجات النفسية المتزايدة ليس عند المريض فحسب، بل عند عائلته أيضاً. وإن فهم وبائيات الأمراض الكلوية المتفاوتة وأسبابها هو المفتاح لمقدرة طبيب العائلة على تدبير المريض بأسلوب ملائم.

اضطرابات السبيل البولي التناسلي:

مع أن اضطرابات السبيل البولي التناسلي تعد منذ فترة طويلة جزءاً هاماً من ممارسة طبيب العائلة فقد حدثت تبدلات هامة في التشخيص والمعالجة.

وحصلت الكثير من التبدلات بسبب التركيز الخاص على طبيب الرعاية الصحية الأولية وفرصة الوصول إلى قاعدة معلومات سيطرة أكثر واقعية عن المريض. ويمكن تشخيص معظم الاضطرابات البولية التناسلية ومعالجتها من قبل طبيب العائلة من دون إحالة، وعندما تكون الاحالة ضرورية فإن التدبير والمعالجة عادة ما يتصفان بالفورية، ولا يحتاجان لمتابعة مديدة.

يعد الكثير من الاضطرابات البولية التناسلية مثل التهاب البروستاتة غير الجرثومي ووجع البروستاتة والمتلازمة الإحليلية مشاكل مزمنة مع وجود قلة من الأدلة الموضوعية على وجودها، ويعد طبيب العائلة في الموقع المثالي للتعامل مع الأسباب البيولوجية والنفسية والاجتماعية المتعددة لهذه الاضطرابات وتقديم الدعم للمرضى الذين يعانون منها. أما الاضطرابات الأخرى مثل ضخامة البروستاتة السليمة وعدوى السبيل البولي المزمنة والمتكررة والبيلة الدموية المجهرية فقد تحتاج لمتابعة دقيقة يجري تقديمها بالتواصل مع طبيب العائلة.

إذا اشتكى الزوجان معا من مشكلة تناسلية، فهل يراجع الزوج طبيب المسالك البولية والتناسلية، وتراجع الزوجة طبيبة الأمراض النسائية، أم يراجعان معا طبيب العائلة.

أمراض الجهاز التناسلي الأنثوي:

إن الأخطار الصحية التي تواجهها المرأة طوال دورتها الحياتية أصبحت معروفة. وفي وقتنا الحالي تحدث مرحلة المراهقة ضغطاً كبيراً على الحياة الاجتماعية، وبما يتعلق بالأمور الجنسية الخاصة، وبإدمان المخدرات وتعاطي الكحول وما يتعلق بأمور التغذية. وكثيراً ما يترتب على المرأة الشاب أن تختار ما بين حياتها المهنية والزواج وبين الحمل واستخدام موانع الحمل. ويجب أن تتعامل المرأة في سن الكهولة مع أمور تربية الأطفال ومع رعاية الآباء المسنين، بالإضافة لما تتعرض له شخصياً من أخطار متزايدة للإصابة بالأمراض الخطرة (كسرطان الثدي أو السرطان الحوضي).

ففي العقد السابع من الحياة تقريباً، نجد أن حوالي نصف النساء قد فقدن

أزواجهن، وتعيش كثيرمنهن تحت حد الفقر ويعيداً عن أسرهن. وبالمقارنة مع الرجل، نجد أن المرأه تراجع عيادة طبيب العائلة ضعفي عدد زيارات الرجل لها، وتتناول كمية أكثر من الأدوية. وتحتاج إلى دخول المستشفى عدداً أكثر من المرات. والمرأه تطلب الرعاية الصحية أساسا من طبيب العائلة، ولذا فإن طبيب العائلة يفحص عدداً أكبر من المرضى الإناث أكثر من أي إختصاصي آخر.

ويبقى الفحص السريري المعهود الذي يشمل الرعاية النسائية الخاصة، هو السبب الرئيسي لزيارة المرأه للعيادة في جميع فترات حياتها. ويجب أن يتحسس طبيب العائلة التبدلات المتوقعة عند المرأه وما يتطلب ذلك منها تجاه عائلتها ومجتمعها.

المرأة الفائقة (Superwoman):

إن تركيب الشخصيات المتعددة والأدوار الوظيفية المتفاوتة عند المرأة، يؤدي إلى المتلازمة التي يطلق عليها المرأة الفائقة، والإرهاق الفائق. وإن الاختلافات في وجهات النظر بما يتعلق بالممارسة الطبية تجاه الموضوعات التالية: موانع الحمل، والأمراض المنقولة جنسياً ولاسيما الإيدز الذي يعصف بالنساء أكثر فأكثر وخصوصاً في الدول النامية وفي الدول الواقعة جنوب الصحراء على وجه الدقة والتحديد، وكذلك موضوعات الإعاضة الهرمونية والمسح الجموعي النسائي للسرطان ولاسيما سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، كل ذلك يتضح خلال الحركات النسائية في الحياة العامة. فالأشخاص المستهلكون يبحثون عن أجوبة من جانب المنتجين الذين يهتمون كذلك بموضوعات التكلفة. ويتحمل طبيب العائلة المسؤولية الكبرى والميزة المفضلة في تحسين صحة مريضاته من الجنس اللطيف من خلال العناية الوقائية الخبيرة والمستمرة وكذلك التعليم والتثقيف الأمثلين لهؤلاء المريضات.

تشمل ممارسة طبيب العائلة رعاية المراهقات والنساء العازبات والمتزوجات والأمهات بعد الولادة والنساء المصابات بحالات مرضية أخرى، والنساء الراغبات في تحديد النسل أو تنظيم الأسرة. إن المشورة الطبية لمنع الحمل بهدف تحديد النسل والوقاية من الحمل غير المقصودة هي جزء هام من ممارسة طبيب العائلة ويجب توفير الوقت الملائم للتثقيف الجيد والكافي للنساء والرجال. وإن إختيار

طريقة ما لمریضة معينة هو قرار شخصي وتبادلي أو تعاوني يستند إلى الحالة الصحية للمرأة وقصتها النسائية التوليدية والجنسية. وقد يطلب طبيب العائلة الموافقة الخطية للسيدة على الطريقة المختارة بعد تسجيل موثق لشرح ميزاتها وفوائدها وأخطارها والبدائل الممكنة. ويطلب حالياً من صانعي جميع أنواع وسائل منع الحمل الفموية، وصانعي الأجهزة داخل الرحم لمنع الحمل (اللولب) أن تزود كل مستخدم بنشرة معلومات تتضمن طريقة الإستخدام ومضادات الإستطباب والتأثيرات الجانبية والمضاعفات المتوقعة لكل من هذه الطرق. وفي وقتنا الحاضر يصل عمر المرأة الوسطي إلى حوالي (78 سنة) لذلك يستطيع طبيب العائلة أن يتوقع منطقياً القيام برعاية عدد واسع من النسوة اللاتي سيمضين فترة تزيد عن ثلث طول حياتهن في مرحلة ما بعد سن اليأس من المحيض.

**متلازمة المرأة الفائقة "Superwoman" هل نحتاج لطبيب فائق
"Superdoctor"؟ ما رأيك بطبيب العائلة؟**

الكسور والخلوع:

قد يستغرب الكثيرون من أن يكون لطبيب العائلة بعض الأدوار الرئيسية في معالجة الكسور والخلوع، ولكن من الملاحظ أن الكثير من الإصابات العظمية والمفصلية، يمكن تدبيرها من قبل طبيب غير متخصص في الجراحة العظمية، وبناتج لاتقل روعة عن تلك التي نحصل عليها بوساطة طبيب العظام الذي غالباً ما يكون مشغولاً، وفي الكثير من الدول يلجأ بعض المصابين إلى التدواي عند من يسمون أنفسهم بمجبري العظام، وذلك لأنه من السهل الوصول إليهم، وخير لهؤلاء الناس أن يعالجوا عظامهم عند طبيب يعرف مستويات الإحالة، ويقدم لهم الرعاية الصحية الفورية والرخيصة والمتقنة. كل ذلك مع مراعاة كثير في العوامل المشتركة بين معالجة الكسور والخلوع وما تتطلبه من وقت مديد وما ينجم عنه من اضطرابات عائلية بحيث لا يخفى دور طبيب العائلة في تدبيرها. ونعرض فيما يلي بعض المشاكل العظمية التي يمكن لطبيب العائلة متابعتها ومعالجتها على سبيل المثال وليس الحصر.

الجنف (Scoliosis): يجب المتابعة المنتظمة من قبل طبيب العائلة وأخصائي العلاج الطبيعي للمحافظة على حماس كل من الطفل والأبوين ولكشف أي تغير في درجة الجنف. ربما يستشار الاختصاصي في الجراحة العظمية إذا تجاوزت درجة التقعر 15 درجة أو إذا أصبحت زاوية التقعر أكثر حدة عند هذه النقطة فقد يصبح الجهاز ضروريا.

الكسور (Fractures): ينبغي لطبيب العائلة أن يعالج كل الكسور غير المتبدلة. وربما يعالج الكسور المتبدلة القابلة للرد. ولكن تحال كل الكسور غير القابلة للرد بسهولة وكل كسور منتصف الجسم في الساعد المثيرة للجدل لدى البالغين. وأما كسور الورك: فيجب أن تحال إلى اختصاصي الجراحة العظمية. ويمكن ألا يأتي اختصاصي الجراحة العظمية مباشرة، هنا يستطيع طبيب العائلة أن يقبل المريض في المستشفى وأن يثبت الطرف بالشد بالطرق المختلفة الملائمة المتاحة. ويعطى المريض المسكنات بحسب مستوى الألم لديه.

خلع الورك: يستطيع طبيب العائلة أن يحاول بلطف رد الخلع (Dislocation) الخلفي والأمامي تحت التخدير العام.

وئي الكاحل الوحشي: معظم حالات وئي (Stemma) الكاحل التي تأتي إلى طبيب العائلة هي نتيجة أذيات الانقلاب الداخلي. ويمكن معالجتها بالجبيرة الجبسية أو البلاستيكية.

إصابات الكاحل الأنسية: إن اهتمام طبيب العائلة هو ثباتية هذا المفصل ويجب لدى إجراء الفحص الإكلينيكي تحديد فيما إذا كان يوجد عدم ثباتية خلفية/أمامية (اختبار الجر الأمامي) أو عدم ثباتية أنسية/وحشية (اختبار ميلان عظم الكعبه). الأشعة مفيدة ليس لتحديد وجود كسر فحسب، لكن كذلك الشيء الأهم حالة مفصل الكاحل.

الألم في القدم: قد يكون الألم في القدم نتيجة رض أو إصابة خلقية أو مكتسبة في القدم. وهذه الإصابات عادة غير مستقرة وتترافق كثيرا مع جروح مفتوحة في القدم. وإن مسؤولية طبيب العائلة في هذه الإصابات هي التدبير الجيد للرضح وتطبيق الضماد المعقم.

هل يستطيع طبيب العائلة جَبْرَ الكسور و معالجتها، أم أن الكسور هي التي تُجْبِرُ طبيب العائلة على معالجتها؟

أمراض المفاصل:

إن الاضطرابات التي تشمل المفاصل والنسيج الضام قد تكوّن حوالي 5٪ من مراجعات أطباء العائلة، ومع أن معدل الإماتة في هذه الأمراض منخفض، إلا أن معدل المراضة مرتفع جداً. وإن تعدد المراجعات الطبية خلال السنة، وارتفاع كلفة المعالجة، والوقت الضائع بسبب الإعاقة هي أمر شائع في هذه الأمراض. والفصال العظمي يحتل المرتبة الثالثة عشر في المراجعات في العيادات الخارجية. وإن دور طبيب العائلة في تقديم الرعاية الداعمة في الحالات التي يؤدي فيها المرض إلى عجز وظيفي لدى المريض ذو قيمة واضحة. وإن تقييم إمكانات الدعم للمريض من قبل العائلة وأسلوب التكيف ربما يساعد في وضع خطة المعالجة على المدى البعيد. لأن معظم هذه الأمراض لها صفة النوبات والنكس، يجب أن تكون خطة التدبير مرنة كفاية للتجاوب مع النوب الحادة وفي الوقت نفسه يجب أن يكون لها أهداف واضحة على المدى البعيد. هذه الأهداف يجب أن يوافق عليها من كلا الطرفين أي طبيب العائلة والمريض حيث يكون التواصل واضحاً ومفتوحاً لاستيعاب أي حالات طارئة قد تحصل في المستقبل.

الفصال العظمي: «Osteoarthritis التهاب المفاصل التنكسي»: هو

أشيع مرض يصيب المفاصل يشاهد من قبل طبيب الرعاية الصحية الأولية أو طبيب العائلة. وأما التهاب الأكياس المصلية والغشاء الزليل (Arthromeningitis)، والتهاب أعمدة الأوتار والتهاب الليف العضلي، والألام المفصالية فتصنف كذلك بين الحالات العشرين الأوائل من حالات المراجعات الخارجية.

النقرس: إن قدوم مريض النقرس (Gout) إلى طبيب العائلة شائع. ويأتي

في المرتبة الحادية عشرة في أمراض المفاصل كسبب لمراجعة الأطباء، وينبغي لطبيب العائلة أن يكون معتاداً على تظاهرات النقرس وتشخيصه وتدييره. ربما يدبر طبيب العائلة بمفرده ودون إحالة معظم هؤلاء المرضى. وينبغي لكل طبيب عائلة أن يكون قادراً على تشخيص هؤلاء المرضى ومعالجتهم. وقد يضطر طبيب العائلة

لإجراء الإحالة إلى الخبير بالأمراض الروماتزمية لتدبير الحالة المعقدة على المعالجات المعتادة أو عند غياب الخبرة الكافية لديه في تدبير الحالة.

قضايا عائلية مفصلية عامة:

قد تكون المفاصل المؤلمة أحياناً ناجمة عن ارتكاس لشدة عائلية أو قد تكون طريقة للحصول على كسب ثانوي. وإن المريض ولا سيما إذا كان مسناً، ربما يستخدم الألم المفصلي كعامل للحصول على التعاطف، وربما لعرض حاجة لم يجر الحصول عليها. إن التحري الدقيق من قبل طبيب العائلة حول ما يحيط بالعائلة ربما يكشف هذه العوامل مما يساعد في تشخيص هذه الأمراض وتدبيرها.

الأمور العائلية في التهاب المفاصل الروماتويدي:

إن مريض التهاب المفاصل الروماتويدي (Rheumatoid arthritis) لديه دور صعب يؤديه ضمن العائلة، فمن جهة يجب أن يبقى النشاط الفيزيائي مستمراً ولكنه مقيد بحدود معينة للمحافظة على صحة النفسية الجيدة، ومن جهة ثانية يستخدم مرضى الداء الروماتويدي مرضهم في الكثير من الأحيان كحجة لإعفائهم من الواجبات اليومية الطبيعية، وهذا الضرر ربما يقود إلى العداء من قبل باقي أعضاء العائلة. لذا يجب معرفة أسلوب التعامل مع أعضاء العائلة المصابين بالداء الروماتويدي ولاسيما الأطفال. وينبغي تزويد كل أعضاء العائلة بفرصة ملائمة للتعبير عن مشاعرهم باتجاه معاناة المريض أو مرضه. وعادة ما يساعد تحقيق الاتصال المفتوح بين المريض وأعضاء العائلة في تحسين استقرار العاطفة العائلية وثباتها. إن طبيعة المرض من حيث الهوادة والنكاس تملي حدوث فترات من النشاط والعجز، وهو الشيء الذي قد يمنع المصاب بالداء الروماتويدي من الوصول إلى مستواه المعهود في الواجبات اليومية. فالواجبات التي يقوم بها المريض في شهر ربما لا يمكن القيام بها في الشهر التالي. وإن تنبه طبيب العائلة إلى تأثير نوبات المرض على الأسرة ربما يساعد كثيراً في دمج المريض ضمن العائلة.

أمراض المفاصل هل هي سبيل للتواصل مع طبيب العائلة، أم هي سبيل لعدم التواصل بين أفراد العائلة؟

الأمراض الجلدية:

يستطيع طبيب العائلة أن يعالج معظم الاضطرابات الجلدية في الوقت الحاضر. وإن معرفة الحالات الجلدية الشائعة سيزودنا بعلاجات ملائمة مع أقل ما يمكن من التأثيرات الجانبية، وهكذا يجري تعزيز خضوع المريض للأنظمة الصحية ويزيد الفرصة للنتائج الناجحة. ولما كان التشخيص والعلاج للاضطرابات الجلدية هما أمران شائعان في طب العائلة فيجب أن يحتفظ طبيب العائلة بالحد من عدم الخضوع الذي يعدُّ في نواحي الطب الأخرى مشكلة على قدر واسع من القيمة وسبباً شائعاً للفشل في الشفاء أو التحكم في الأمراض الجلدية. وإن العامل الأهم في العلاج الناجح قد يكون العلاقة بين طبيب العائلة والمريض.

يملك طبيب العائلة الأفضلية الحاسمة في هذا الجانب بسبب صلته القريبة مع المريض والعائلة وإلمامه بالعوامل الاجتماعية.

نصائح لطبيب العائلة في طب الجلد:

- 1 - ضع تقييماً تشخيصياً بأسرع وقت وبأقل تكلفة ممكنة.
- 2 - إن لم يكن ثمة سبب ثانوية لحل لمشكلة الجلدية التي تتطلب فحوصاً أخرى أخرى فابدأ بالمعالجة الفورية.
- 3 - ضع هدفاً علاجياً واضحاً ومقبولاً.
- 4 - فصل العلاج حسب وضع المريض وتركيبته النفسية.
- 5 - خفف من عوامل الاخطار على المريض.
- 6 - تجنب البرامج المعقدة والمكلفة.
- 7 - حدد ما إذا كان العلاج يحتاج إلى تعديل.
- 8 - حدد المطاوعة بالمتابعة بزيارات دورية، واطلب تفسيراً جدياً عن عدم المطاوعة.

أسباب عدم مطاوعة المرضى للمعالجة الجلدية عند طبيب العائلة:

إن من أعمال طبيب العائلة التي لا تشجع على المطاوعة هي نقص الحماس والدفع في العلاقة ما بين طبيب العائلة والمريض، أو الفشل في شرح التشخيص والعلاج، أو في وضع خطة معقدة ومكلفة تشمل عدة معالجات، أو التدخل الواسع في نمط حياة المريض.

إن طبيب العائلة الذي يعتقد بفعالية العلاج الذي وصفه، والمتفائل بتحسين حالة المريض يحصل على مطاوعة أفضل من مرضاه.

إذا إن مطاوعة المريض هي مشكلة تشمل كلاً من طبيب العائلة والمريض، فالعلاقة بين طبيب العائلة والمريض هي العامل المهم في الحصول على المطاوعة. وطبيب العائلة هو في موقع مفضل في هذا المجال نظراً لقربه من المريض والعائلة. ويتفهم أكثر حركية العائلة حين يقدم الرعاية والمعالجة الطويلة الأمد.

الاستشارة والإحالة:

لما كانت الاضطرابات الجلدية شائعة جداً، وهي غالباً ما تكون حميدة، وغالباً ما تكون طويلة الأمد، فإن على طبيب العائلة أن تكون لديه الكفاءة في معالجتها. وإن من أشيع الاضطرابات الجلدية مصادفة هي العد أو حب الشباب، والمث أي التهاب الجلد الدهني، والتهاب الجلد بالتماس والتهابات الجلد العدوائية، وكلها تستجيب للطرق العلاجية المتوفرة لدى طبيب العائلة. وقد تظهر الحاجة إلى الاستشارة أو الإحالة من ضرورة استخدام طريقة علاجية خاصة. مثل كشط الجلد أو العلاج الضوئي للصدف وبعض الحالات التنشؤية. ولكن في كثير من الأحيان قد يكون سبب الاستشارة هو الفشل في استجابة مشكلة شائعة على المعالجة المقدمة من طبيب العائلة في كل الحالات. ويجب أن تبدو الاستشارة كتمرين يتعلم فيه طبيب العائلة طريقة جديدة للتعامل مع مشكلة جلدية شائعة، وعلى عكس الاستشارة فإن الإحالة التامة للمريض تقلل من خبرة التعلم لأن طبيب العائلة لم يعد يمارس العلاج.

الوقاية:

إن تعديل التأهب الوراثي قد يكون غير ممكن، ولكن ربما نضبط كثيراً من العوامل البيئية والمهنية التي لها دور في حدوث الاضطرابات الجلدية. والحقائق التي بين يدينا من الدراسات الوبائية والإكلينيكية حول التأثير السلبي للتعرض للشمس والأشعة المؤينة على الجلد. والعادات اليومية بتطبيق العديد من المنتجات المتفاوتة على الجلد مثل الصابون، والبخاخات، والمساحيق، والكريمات هي أمثلة أخرى على أمور متعلقة بنمط الحياة قد تؤدي إلى حدوث مشاكل يمكن تجنبها.

تحتاج المشكلات الجلدية المحددة لذاتها. والتي يكون كثير منها مجهول السبب، إلى الانتباه من جانب طبيب العائلة الذي يقدم للمريض المعلومات التشخيصية الملائمة. وكلمات التشجيع الدافئة على تجنب المعالجة غير الضرورية. وهذا النمط الدافئ من المناقشة يساعد المريض على المحافظة على استقرار نفسي، في فترة غالباً ما تنطوي على الكرب لديه.

دور طبيب العائلة في تثقيف المريض حول الأمراض التحسسية:

إن معظم الاضطرابات التحسسية هي مزمنة، لذا يعتمد نجاح تدبيرها على قدرة المريض على التعاون الفاعل في البرامج العلاجية. مما يتطلب أن يفهم المريض وعائلته المرض وأسلوب تدبيره. وبصورة مثالية يجب أن يتلقى المريض المصاب بالتحسس وعائلته معلومات وافية عن آلية المرض، والأعراض، والمضاعفات وتدبير المرض، ويستفاد من هذه المعلومات لتدبير مريضهم كشركاء فعالين في المعالجة والتدبير مع طبيب العائلة. ويمكن في الحياة الواقعية الوصول إلى هذا الهدف على نحو جزئي لأن المرضى يختلفون في قدراتهم على التعلم، ولديهم كمية متفاوتة من المعلومات المسبقة ومنها المعلومات الخاطئة حول مشاكلهم الصحية. لذا يجب أن يكون التثقيف شخصياً ويعطى بقدر طاقة المريض على الاستيعاب وجاهزيته للتعلم. ويعتمد المحتوى على المرض وقدرة المريض وعائلته لاستيعاب المعلومات واستخدامها.

الجانب السلوكي في الأمراض الجلدية:

كانت العلاقة ما بين الحساسية والعوامل السلوكية دوماً مجالاً للمداولة بين الأطباء، ويعود ذلك جزئياً إلى غياب الدراسات المضبوطة في الموضوع، وميل كل من المريض والطبيب إلى تشخيص حالة الحساسية على نحو غير دقيق، والسبب الأهم هو الفشل في تسمية الاضطرابات بعناوينها السليمة. ومع كل ذلك فإن النقاط التالية يجب تبقى واضحة وجائمة في ذاكرة طبيب العائلة دوماً:

- 1 - لا تسبب العوامل العاطفية أمراضاً تحسسية. نعم، ثمة العديد من الملاحظات التي تبدي العلاقة ما بين الحساسية والاضطرابات النفسية

ولكن لم تبد أي منها أن الاضطرابات النفسية هي السبب الأولي للاضطرابات التحسسية.

2 - ربما تفاقم العوامل العاطفية الاضطرابات التحسسية. وإن الكروب أو الإجهادات النفسية والاجتماعية ربما تنقص قدرة الشخص على تحمل الأعراض المزعجة مهما كان السبب. لذا ينبغي لطبيب العائلة توخي الحذر عندما يقرر حدوث تفاقم لهجمة الربو أو الإكزيما التأتبية عند وجود شدة أو وجود ظواهر عصابية.

3 - ربما تؤثر معتقدات المريض ومواقفه من الأحداث على تقبله للأعراض. وهذا له مضامين عملية عند طبيب العائلة الذي عليه تحليل القصة الإكلينيكية ووضع خطة المعالجة. ثمة حالات صعبة التدبير ولا سيّما بعض المرض الذين قد يكون لأعراضهم التحسسية منافع ثانوية، وربما يشك بهذا الوضع عندما يكون ثمة اختلاف ما بين الشكوى الشخصية والموجودات الإكلينيكية، وإذا تطلب الأمر استخدام العديد من الأدوية بلا فائدة أو رضى من قبل المريض، أو عندما يعرض المريض وباستمرار أعراضاً جديدة كلما انتهى من أعراض سابقة.

4 - ربما تؤثر الأمراض التحسسية على الوظيفة والحالة العاطفية للفرد وعائلته. وربما يتعامل مع حالات الحساسية البسيطة على نحو عادي دون أن تحدث سوى شدة بسيطة أو لا يحدث شيء البتة. إلا أن حالات الحساسية الوخيمة ربما تؤثر على توازن الفرد والعائلة، ولا سيّما إذا كان الأمر يتطلب نفقات مادية أو إخلالاً في النشاطات السوية للعائلة. ولا يؤدي التأثير إلى مرض محدد ولكنه يسبب وخامة المرض.

المعالجة الشاملة في الأمراض التحسسية:

تبدأ المعالجة الشاملة بالمعالجة الطبية المثلى، إذ يفضل ضبط الكرب أو الإجهاد ونتائجها بوساطة إزالة السبب. ويجب أن يكون طبيب العائلة موجوداً للتعامل مع تفاقم الحالة على نحو آني. وإن كان الضبط التام للأعراض غير ممكن فإن الاضطرابات النفسية التالية تـضمحل إلى أقل مستوى عندما يفهم أو يعتقد

المريض والعائلة أن طبيب العائلة متمكن ويرعى مصالحهم.

تحتاج المطاوعة المثلى للبرنامج العلاجي إلى تثقيف المريض والعائلة، وتصويب المعلومات الخاطئة، والدعم العاطفي، والمساعدة في إيجاد حلول عملية للاضطرابات الوظيفية المتعلقة بالمرض. ويكون كثير من المرضى منذ البداية غير مطاوعين، وربما نعلمهم نهج سلوك أكثر فائدة بوساطة الإقناع والاستمالة والمثابرة من قبل طبيب العائلة وأفراد الفريق الطبي الآخرين الذين يرعون المريض. وربما يساعد الموقف الإيجابي من قبل طبيب العائلة كثيراً لمساعدة مريض الحساسية للإبقاء على تماسكه الشخصي وشعوره أنه مسيطر على المشكلة والزم، ويجب أن يتعلم المرضى أن يعملوا ما استطاعوا لأنفسهم وأن يمارسوا الحياة السوية حتى يقضي الله أمراً كان مفعولاً.

وإذا لاحظ طبيب العائلة أن المريض يعاني من مشاكل التأقلم مع الإجهاد النفسي فينبغي للطبيب إما أن يعطي الوقت الكافي لمعرفة خلفية المشكلة وحلها أو أن يحيل المريض إلى طبيب آخر قادر على حل المشكلة. ويستغرق هذا الأمر وقتاً طويلاً إلا أن الوقت المقتطع في النهاية يكون أقل ويعطي نتائج أفضل مما لو حاولنا معالجة الأعراض فقط. أحياناً يكون دعم طبيب العائلة كافياً، ولكن في حالات أخرى يفضل إشراك أشخاص آخرين من الجمعيات الاجتماعية أو المهنيين الصحيين الآخرين.

الأمراض التحسسية والجلدية... متى يستطيع طبيب العائلة أن يعالجها بجدارة وجدية؟

الرعاية المستمرة لمريض الإيدز:

يحتاج المصابون الإيدز والأشخاص المحيطون بهم إلى الدعم والنصائح في تدبير مشكلة الموت المحتم الذي ينتظرهم إن لم يخضعوا للمعالجة. وكذلك يحتاجون إلى المساعدة في الرعاية اليومية، وذلك يشمل العائلة الممتدة والمنظمات الاجتماعية. وإذا كانت الرعاية مقدمة من العديد من الأطباء والمنظمات فإن لطبيب العائلة دوره الهام في تنظيم الرعاية والعمل كمصدر للمعلومات.

وثمة أمور تسيطر على محتوى تفكير مرضى الإيدز ينبغي لطبيب العائلة أن يضعها في الحسبان، مثل الغضب والإحباط المتعلق بالمآل أي الإنذار المهدد للحياة وغير المثبت وعجز مقدم الرعاية على معالجة المرض أو توقع مساره بدقة. وأكثر المرضى عزلوا اجتماعيا قبل إصابتهم بمرض الإيدز، وأصبح التواصل مع أفراد عائلتهم وأصدقائهم أعقد بعدما عرفوا التشخيص. ويعد بعضهم أن المرض هو عقاب على سلوك سابق.

وأخيرا نريد أن نؤكد على المشاعر التي ترافق رعاية شخص مصاب بمرض مهدد للحياة، بما في ذلك الألم والمعاناة وتوقع فقد السيطرة في جو الرعاية الحرجة نظراً للضغوط التي تنجم عن الصراع ما بين العمل على إطالة الحياة أو الموت بكرامة. ويجب أن يقدر الأطباء ومقدمو الرعاية الآخرون المشاعر القوية السلبية والإيجابية التي تتولد لديهم بتواصلهم مع مرضى الإيدز. بما يشمل الخوف من العدوى، والإحباط من طريقة المعالجة غير المقنعة، والأمور المتعلقة بالوفاة والموت، وردود الفعل العاطفية التي يعبر عنها المريض بما في ذلك الغضب، والخوف، والضياع، والشعور بالذنب، والتواكل. ورعاية المريض ضمن فريق هي الأفضل إذ يشارك الجميع في تحمل مسؤولية رعاية المريض.

**عندما يرعى طبيب العائلة مريض الإيدز، هل يحتاجان لمن
يرعاهما؟ فكر في السبب!**

أمراض الغدد الصم:

إن الاضطرابات الاستقلابية والصماوية هي من أكثر الاضطرابات المشاهدة من قبل طبيب العائلة. وقلماً تعالج الاضطرابات الصماوية على نحو إسعافي ومعظم هذه الاضطرابات مثل الداء السكري وتخلخل العظم تستمر مدى الحياة وتخضع للرعاية المستمرة.

ويتيح الأسلوب الموجه للعائلة الوصول إلى نتائج أفضل، ولاسيما

الاضطرابات التي تصيب الأطفال، وكذلك الداء السكري. وفرط شحوم الدم. إن تزايد معدلات انتشار الداء السكري مع تقدم السن لتصل إلى واحد من كل عشرة مسنين بعد سن الستين وأكثر من 20٪ بعد سن السبعين، وسنتخذ من الإرشادات العامة التي ينبغي لطبيب العائلة تعليمها لعائلة المصاب بالداء السكري مثلاً واضحاً على دور طبيب العائلة في تدبير الداء السكري على جميع المستويات أي من الألف إلى الياء ومن مفرق الرأس حتى أخصم القدم بكل معنى الكلمة. إذ ينبغي لمرضى السكري على مستوى الرعاية الذاتية لأنفسهم أن يتبعوا ما يلي: مراجعة عيادة طبيب العائلة بصورة دورية. واستعمال العلاج بدقة والتقيد بالمواعيد. وتجنب التدخين والكحول. واتباع النظام الغذائي الموصوف، والتعود على المشي وممارسة الرياضة الخفيفة. والمحافظة على وزن معتدل قريب من الوزن الطبيعي. والابتعاد عن الانفعال النفسي وعن المشاكل العاطفية. والحرص على النظافة البدنية والاستحمام الدوري. وفحص القدمين يومياً للتأكد من عدم وجود جروح أو بثور أو تغير لون أو حرارة القدمين وذلك من قبل المريض أو القائمين على خدمته أو المهتمين في العائلة. وغسل القدمين وتجفيفهما ولاسيما بين الأصابع والتأكد من عدم وجود فطريات بينها حيث تظهر بصورة قشور بيضاء طرية واستعمال بودرة في حال التعرق أو المراهم المطرية في حال جفاف الجلد. ويستحسن تقليم الأظفار بعد الحمام وأن لا يبالغ في قصها لكي لا يؤذي الجلد وقص أظفار القدمين على نحو مستقيم مع تجنب ترك حافات حادة وضرورة الاستعانة بشخص آخر إذا كان المريض يعاني من ضعف البصر أو الرجفان. وتجنب تعريض القدمين للحرارة من المدفأة أو الماء الساخن. وتجنب المشي من دون حذاء. وتجنب الأحذية المفتوحة مثل الصندل لأنها تسهل جرح القدمين ورضهما. وتجنب لبس الأحذية الضيقة لأنها تسبب صعوبة جريان الدم في الأقدام ونقص ترويتها ورضها أو جرحها وتشكل الأثقان أي ما يشبه التسمكات القاسية في جلد القدمين. واختيار الأحذية المريحة الطرية. وفحص الحذاء للتأكد من عدم وجود مسامير أو حصى أو أجسام أخرى داخل الحذاء قبل ارتعاله. وتجنب لبس الجوارب المطاطية الضيقة. وتغيير الجوارب يومياً وغسلها جيداً. فهل يستطيع اختصاصصي الغدد الصم متابعة كل هذه التفاصيل البسيطة جداً ولكنها على جانب كبير من الأهمية للمريض السكري.

**إذا أصيب الشخص السكري، بالاكْتئاب، والقدم السكرية، وضعف
البصر، والوذمات و مشاكل القلب، والعنانة و..... وأوصدت
في وجهه الأبواب، فمن يراجع من الأطباء أو الصيادلة أو بائعي
الأحذية، ووصفة من يتبع؟
طبيب العائلة هل هو الحل؟**

الحمل والولادة والنفاس:

يمتلك طبيب العائلة دوراً فريداً في رعاية الحامل. إذ يستطيع أن يقدم للحامل رعاية تسير بها نحو ولادة صحية، وأن يساعد في تشكيل وحدة عائلية ترعى المريضة، وذلك لأنه يعرف عائلة المريضة وأوضاعها المعيشية ونظام الدعم الاجتماعي المتاح لها. إن الحمل والولادة من دون مضاعفات هما حدثان فيزيولوجيان بالواقع، ولكن من أجل تحديد النساء ذوات الاخطار المرتفع لحدوث المضاعفات يجب أن نقدم لكل الحوامل الرعاية التي تتضمن الحصول على قصة مرضية بدئية مفصلة، وإجراء الفحص الإكلينيكي الدقيق، وإجراء الفحوص المختبرية. وإن مراقبة تطور الحمل والمخاض والولادة بدقة وباستمرار، تحسن من تعافي الأم والجنين والعائلة جميعهم. وإن تثقيف المريضة في الزيارة الأولى من الحمل وفي كل الزيارات التالية التي يحضرها زوجها وعائلتها لكي تتحمل الشكوى الرئيسية الشائعة والإزعاجات الشائعة الناتجة عن الحمل، ويهيئ الزوج والعائلة كلها لأحداث الولادة ولأسلوب رعاية الوليد لاحقاً. يمتلك طبيب العائلة كذلك فرصة كافية لكي يعمل كمُدافع عن المريضة في سبيل تقوية النظم العائلية وجعل الحمل والولادة تجربة إيجابية، وذلك بأن يسهل على الأب (الزوج) حضور جلسات التثقيف التي تجري تحضيراً للولادة، وأن يراعي حاجات المرأة الشخصية أثناء الولادة وأن يؤمن بيئة مستشفى أقرب إلى بيئة المنزل.

**هل يقبل طبيب العائلة أن يعمل كقابلة، أم تبقى القابلة هي
طبيبة العائلة؟**

رعاية الأطفال والرضع:

تتاح لطبيب العائلة الفرصة لمساعدة العائلات لتعظيم صحة أطفالهم. وألية نمو الأطفال وتطورهم، وتتيح للطبيب أن يقدم كل ما لديه في مجال الوقاية من الأمراض أو العناية اللازمة بالمرض الحاد أو المزمن، وكذلك المتطلبات الاجتماعية والسلوكية للطفل والعائلة.

وإن تعليم العائلات الشابة أساليب الممارسة الصحية السليمة بشأن أطفالهم يوفر جهداً واسعاً في تحسين صحة المجتمع، لأن اعتناء الآباء بصحة أطفالهم وتحملهم مسؤولية ذلك ومتابعة أحوالهم الصحية يفتح طريقاً لتحسين صحة الأبوين وصحة العائلة والأقارب وكذلك انتقال المفاهيم والممارسات الصحية إلى الأجيال التالية. إن تأثير العائلة ودورها في صحة ومرض الأطفال حقيقة لا مفر منها، ولذا ينبغي للأطباء ولا سيّما أطباء العائلة أن يراعوا الدور الأساسي للعائلة في تطور الصحة والمرض للأطفال، وقدرة العائلة على تعزيز حالة الصحة أو تدبير آثار المرض الحاد والمزمن، وكذلك الآثار المهمة للحالة الجينية للأبوين أو التعرض للتدخين السلبي، أو الآثار السلبية للعائلات المفككة.

إن تعليم الأطفال دور المريض وما يترتب عليه ينعكس سلباً عليهم ليس في تطوير الأفكار والانطباعات الذهنية وتنميتها فحسب، بل أحيانا يضيعون وقتاً مهماً للقيام بنشاطاتهم وفعاليتهم السوية، إذ قد يؤخر التطور الثقافي والعاطفي والاجتماعي أو يعيقه.

ومن الوسائل المساعدة والمهمة لتقديم العناية الطبية للطفل استخدام المخططات الوراثية أي الجينوجرام، أو أي أسلوب تسجيلي آخر يتضمن الاضطرابات الوراثية أو معطيات عوامل الاختطار الطبية أو الاجتماعية النفسية، ولذا فإن التأثيرات الوالدية والجينية وعوامل الاختطار على الطفل (التأثيرات الطولانية) هي لطبيب العائلة من مستلزمات رعاية الأطفال والرضع.

هل يمارس طبيب الأطفال طب العائلة، أم يمارس طبيب العائلة طب الأطفال؟

رعاية المراهقين (Care of Adolescents):

دور طبيب العائلة:

إن عمل طبيب العائلة مع العائلات التي لديها مراهقين هو أن يفهم الطبيب العائلة كلها بمهامها تجاه القضايا النمائية للمراهقين. وعندها قد يكون كل أسلوب إكلينيكي مع العائلة أو المراهق أسلوباً ملائماً وينبغي أن يكون هذا التعامل مماثلاً لنمط التعامل مع الراشدين، إذ إن هذا التعامل يقوي استقلالية المراهق ويعززها، هذا الاستقلال الذي يتنامى على نحو متدرج حتى الوصول إلى الأفعال النمائية للمراهق و العائلة وبدرجة كاملة وناجحة. وغالباً ما يشعر المراهقون الذين تتراوح أعمارهم بين 12-19 عاماً بعدم الثقة بالأطباء، ولذا ينبغي لطبيب العائلة أن يقلل من عدم الثقة ما أمكنه اعتماداً على العلاقة المديدة بالعائلة والأطفال، وتكون نقطة البداية من زيارات الطفولة الباكرة إذ يجب أن يتكلم طبيب العائلة مباشرة مع الطفل، ويجب أن يؤكد طبيب العائلة كما في أي قرار يتخذه بشأن العناية الصحية أن يشمل ذلك الطفل.

أما قبل بداية البلوغ فينبغي لطبيب العائلة أن يضع قاعدة للزيارات خلال سني المراهقة ويجب إعلام الوالدين والأطفال أن المسائل التي تناقش على نحو مستقل سواء مع الأبوين أم المراهقين هي أمور سرية.

يجب أن يفحص المراهق من دون حضور والده وبهذا الإجراء تؤسس نمط العلاقة بين الوالدين والمراهقين وهي علاقة راشد مع راشد وليس علاقة راشد مع طفل.

الاضطرابات المدرسية:

إن طبيب العائلة هو في موضع تفسير الموجودات عند المراهق وعائلته وإن استخدام أسلوب الفريق الحازم أسلوب فعال للعمل مع هذه الاضطرابات المدرسية المعقدة، حيث يقوم طبيب العائلة بدور المنسق لعمل الفريق والمدافع والمؤيد لهذه الخدمات سواء أكانت طبية أم نفسية أم قانونية أم مدرسية. ويجب مراقبة أي علاج أو تطبيب من قبل طبيب العائلة و بانتظام. ويجب أن يكون جزءاً من برنامج العلاج

الشامل، وينبغي لطبيب العائلة أن يقدم قدراً واسعاً من الدعم والتوضيح للمريض والعائلة حول حقوقهم واجباتهم. وإن الثقة واستمرار العلاقة مع العائلة والمراهق مهمة لتسهيل المتابعة الجيدة لخطط العلاج التي يتلقاها المراهق الذي يعاني من العجز عن التعلم.

الانتهاك الجنسي (Sexual Abuse) عند المراهقين:

يتعرض المراهقون كما الأطفال الصغار إلى خطورة الإهمال وسوء المعاملة، وربما نشاهد شكوى ناجمة عن الإهمال والاعتداء والانتهاك ولكنها غير متعلقة بها، أو الاضطرابات النفسية الجسدية. وعندما تظهر مثل هذه الشكوى غير النوعية، فينبغي لطبيب العائلة التفتيش عن المشاكل السرية المحتملة لأنه يصعب الحصول على الأسرار العائلية فيما يتعلق بالانتهاك الجنسي.

إن الانتهاك الجنسي هو حادثة راضة وبدرجة واسعة للطفل أو الشاب لدرجة أنها ربما تغير من التوجه العاطفي والعقلي للفرد تجاه العالم، ويمكن لهذه الحادثة أن تشوه فهم الطفل لذاته وقدراته الشعورية، ويحس الطفل بأنه خدع وغرر به عندما يُرتكب الانتهاك من قبل من يعتمد عليهم الطفل، وهو غالباً ما يحصل، و تؤدي الصدمة التي نحدث للطفل المعتدى عليه إلى شعوره بقلّة احترامه لذاته، إضافة إلى شعوره بالإنثم وإحساسه بالخجل، هذا عند الأطفال. أما عند المراهقين فإن المشاعر والأحاسيس السابقة ربما تتنامى إلى اكتساب بعض السلوك الخطر مثل تعاطي الكحول أو المخدرات أو الانتحار أو السلوك المؤذي أو التدميري للذات، أو البغاء، أو الهروب من المنزل.

وينبغي لطبيب العائلة الذي يتعامل مع المراهقين أن يفتش عن قصة الانتهاك الجنسي عندما يكون مع المراهق وحده، - وفي حال كون المراهق أنثى فلا بد من مراعاة القضايا التي تمنع من سوء الظن بالطبيب - ولاسيما عندما يشاهد الطبيب مريضاً مصاباً بشكوى جسدية مبهمّة أو أعراض مشوشة معقدة. وعند التأكد من

أن الانتهاك قد حصل هنا ينبغي إعلام المريض وبأسلوب ملائم من أن طبيب العائلة يتوجب عليه قانونياً تسجيل الحادثة، وينبغي للطبيب أن يدرك متطلبات التسجيل القانوني للحادثة في منطقتة ويوثق بدقة نتائج الفحص. وإذا كان الانتهاك حديثاً ينبغي فحص المريض بعناية ومن ثم طلب استشارة خبير في مسائل الانتهاكات الجنسية. وأما إذا كان انتهاك الطفل الجنسي قد حصل عندما كان صغيراً فيجب أيضاً إحالة المريض لتقديم الاستشارة له لوقايتها من العقابيل المديدة والمستمرة الناجمة عن هذه الحوادث الراضة ولهذه الإحالة المتأخرة القيمة السابقة نفسها فيما لو كان الانتهاك حديثاً، وينبغي للطبيب أن يحمي الطفل كذلك من التهديدات باعتداء آخر أو الانتقام أو الضغوط النفسية والجسدية. وينبغي لأطباء العائلة أن تتاح لهم تدبير الاضطرابات النفسية والعاطفية الحادة للضحية والعائلة.

وقد نجد مظهراً آخر للانتهاك الجنسي وهو ارتكاب الجرائم الجنسية من قبل المراهق نفسه إذ تفيد الموجودات بأن أغلب المسجونين البالغين بسبب جرائم جنسية كانوا قد شرعوا بارتكابهم لجرائمهم الجنسية هذه في فترة المراهقة المبكرة.

ويلاحظ أن هؤلاء المجرمين الجنسيين من المراهقين والكبار لديهم قصة تعرض لاعتداء جنسي سابق خلال مرحلة الطفولة، وغالباً ما سيتجه هؤلاء الضحايا ومن دون تدخل علاجي لحالتهم إما لتكرار تعرضهم للاعتداءات الجنسية أو سيتجهون وبحركة ارتجاعية إلى ارتكاب الجرائم والسلوك العدواني المشابه تجاه الآخرين.

أما دليل العمل مع المجرمين الجنسيين المراهقين فهو كالتالي:

- 1 - يجب أن يوقف هذا المراهق بسبب ارتكابه لأعمال جنسية مرفوضة.
- 2 - يجب أن يتلقى هؤلاء المراهقين علاجاً خاصاً بالجرائم الجنسية.
- 3 - نمط العلاج المختار هو الانضمام إلى مجموعة الزملاء مع العلاج السلوكي والفردية، وعلاج العائلة الداعم.
- 4 - ربما تساعد المعايير التي نستخدم فيها تقييم الخطورات الأساسية في تحديد في تحديد الأمان والسلامة النسبية في اختبار برنامج العلاج للمريض كمرضى خارجي أو بوساطة إدخال المريض للمستشفى.
- 5 - إشراك دور المحكمة يكون مصدر قوة لتسهيل الالتزام ومتابعة العلاج.

6 - ربما يساعد تعليق تنفيذ الأحكام القضائية للأحداث في المتابعة مديدة.

ونأمل أننا بمواجهتنا للمشكلة خلال سني المراهقة ربما تحدث بعض التبدلات النهائية في شخصية المراهق. وإضافة إلى الطريقة الانضباطية المتعددة المصادر المدعومة بالقانون والأطباء الإكلينيكين والمجتمع. تكون كل هذه العوامل مجتمعة معظم الوسائل المتاحة لنا والواعدة لكبح تطور جيل جديد من مرتكبي الانتهاكات الجنسية.

المراهقون هل يُرْهَقُونَ مع طبيب العائلة... أم يُرْهَقُونَ أم يراهقون؟

رعاية المسنين (Care of the elderly):

سنأخذ من داء ألزهايمر مثلاً على أهمية طب العائلة في رعاية المسنين التي تعد مع رعاية المراهقين من أهم القضايا الجوهرية في طب العائلة، إذ على الرغم من حقيقة أن نصف الموجودين في المرافق الصحية الخاصة بالمسنين هم مصابون بخرف ألزهايمر الذي يتطلب رعاية مؤسساتية فإن العائلات هي المصدر الأساسي للرعاية المديدة للمرضى المسنين المصابين بخرف ألزهايمر.

لذلك فإن دور طبيب العائلة ليس التشخيص والتدبير الملائم للمريض ذاته فحسب، وإنما كذلك رعاية كل أفراد عائلة المريض المصاب بخرف ألزهايمر ودعمهم.

تعاني معظم العائلات من عملية تفاعل شديدة مؤلفة من خمس مراحل عندما يواجهون حقيقة أن أحد أفراد عائلتهم لديه هذا المرض وتتضمن هذه المراحل: الإنكار، وفرط الاهتمام، والغضب، والشعور بالذنب، ثم القبول. كل مرحلة هي تطور طبيعي لعائلة تواجه خرف ألزهايمر، ولكن قد تحتاج العائلة إلى المساعدة في كل مرحلة من هذه المراحل. وقد تحتاج في مرحلة الإنكار إلى المعلومات السليمة والمساعدة في فهم حقيقة المرض، وقد تحتاج في مرحلة فرط الاهتمام إلى الراحة وأن تطور توقعات منطقية لذاتها، وقد تحتاج في المرحلة الثالثة إلى المساعدة للتفريغ الملائم لغضبها، والمساعدة في إنقاص الكروب أو الضوائق الناجمة عن التعب

والمطالبات الزائدة المحملة لهذه العائلة. وتحتاج العائلة كذلك إلى دعم واسع خلال مرحلة الشعور بالذنب إذ قد يكون مفيداً لمجموعات عائلات المصابين بخرف ألزهايمر، ولا بد من زيادة الاستشارات العائلية والشخصية، أما في المرحلة الخامسة وهي القبول فإن الاضطرابات والتفاعلات التي واجهت العائلة في المراحل الأربعة السابقة ستخف إلى حد كبير، ولكن العائلة ما تزال بحاجة إلى الدعم وإلى فرصة الوصول إلى طبيب العائلة بسبب النوبات التي ربما تحدث لدى المريض، أو الاحتياجات العاطفية والصحية التي يتطلبها باقي أفراد العائلة. وتتضمن أهم الاضطرابات التي تنجم عن محاولة العائلة في مساعدة أحد أفرادها الذي أصيب بالعجز والخرف المتزايدين الموضوعات التي تتعلق بتبدل الأدوار في العائلة، وتفاعل الاضطرابات بين الأشخاص مدى الحياة، وقلة التفهم لداء ألزهايمر، والخوف من كونه مرضاً ينتقل وراثياً، وأما الأمل الدائم بالشفاء من هذا المرض فهو الذي يقود العائلة إلى محاولة الحصول على معجزات تكون أحياناً على نحو غير ملائم.

وأحد الأمور المفيدة للعائلات هو أن يعقد طبيب العائلة اجتماعاً مع كل المهتمين برعاية المريض لمناقشة التشخيص، والإنذار أو المال، والتدبير العملي للمريض في المنزل. ويجب أحياناً اتخاذ القرارات أو بعض الإجراءات الأخرى. وإن عقد الاجتماعات مع العائلة قد يكون ذا قيمة كبرى في تخفيف الشعور بالذنب الذي قد يشعر به المهتمون برعاية المريض عند اتخاذهم لبعض القرارات الصعبة.

أحد القرارات المهمة للعائلة هو عندما يوضع مريض ألزهايمر في إحدى مرافق الرعاية الصحية الليلية أو النهارية أو الدائمة، وأشيع أسباب ذلك هو التصرفات العدوانية الجسدية، وازدياد الحاجة إلى الرعاية الطبية والجسدية، والسلس البولي، والإصابات العاطفية أو الجسدية لدى المهتمين برعاية المريض، وعدم توفر القدرة المالية لشراء الخدمات الداعمة ضمن المنزل. وعندما يجري تقييم حاجة العائلة إلى وضع المريض في أحد المرافق الصحية فإنه ينبغي للطبيب أن ينظر إلى أبعد من المريض أي إلى مظاهر نظام دعم المهتمين برعاية المريض. ويرجح أن تبقى الرعاية ضمن المنزل إذا كان المهتم برعاية المريض مسناً، أو زوجاً لا يعمل، وإن بنات المريض اللواتي يعملن يعانين من أشد درجات الكرب أو الإجهاد التي قد تؤدي إلى وضع المريض في أحد المرافق الصحية على نحو أبكر مما لو كان المهتم برعاية المريض له مواصفات أخرى.

تتضمن المشاكل الشائعة لمن يقوم برعاية المريض المسن ولا سيّما المصاب بالخرف: التعب المزمن، والغضب، والاكتئاب، والخلاف العائلي، وفقد الأصدقاء، والشعور بالذنب، وإن زيادة دعم المهتم برعاية المريض شيء إجباري، لذلك فإن على طبيب العائلة أن يبقى منتبها لعلاجات الشدة والكرب والإجهاد، والاكتئاب، وتناول الأدوية أو تعاطي الكحول لدى المهتم برعاية المريض وعلى نحو عملي في الكروب الوخيمة، وحتى لو وضع المريض في منزل رعاية المسنين فليس حتماً أن يرتاح المهتم برعاية المريض من عبء الشعور بالذنب أو الغضب أو الاكتئاب، وحقاً، فإن المهتمين السابقين برعاية المريض تزداد معدلات تناولهم للأدوية النفسية بعد وضع المريض في أحد المرافق الصحية، ويكون لديهم شعور أقل بالرضى عن حياتهم وتفاعلهم الاجتماعي يصبح أقل.

مجموعات الدعم والاستشارات:

يجب أن ينضم طبيب العائلة إلى شبكة أكبر متعددة الجوانب في سبيل مساعدة المرضى وعائلاتهم على نحو أمثل. والإحالة إلى مدير للحالة (عادة ما يكون أحد العاملين الاجتماعيين) وهذا قد يفيد العائلة في الوصول إلى الخدمات المتاحة، ولأن معظم المجتمعات والحكومات مهتمة بشدة بمشاكل داء ألزهايمر وتأثيره على المجتمع فقد جرى تطوير أنماط عديدة من الدعم.

وقد تكون مجموعات الدعم فعالة جداً في مساعدة العائلة على إنقاص الشعور بالعبء ودرجة الاكتئاب وعلى زيادة معرفتهم العامة وفهمهم حول الخرف وداء ألزهايمر.

الخرف في أَرذل العمر، هل يعالجه طبيب في مقتبل العمر؟

الاضطرابات النفسية بين طبيب العائلة والطبيب النفسي:

لقد جرى انتقاد علاج المصابين بالاضطرابات النفسية في الرعاية الصحية الأولية بسبب المعالجة النفسية المقدمة مع الاستشارة القليلة جداً، وكذلك بسبب استخدام الأدوية النفسية على نحو غير ملائم. ولكن ذلك خير من نتائج العلاقات المتفاوتة مع المرضى والأدوار المتفاوتة ما بين الاختصاصيين النفسيين وأطباء العائلة.

تتشابك في مواقع ممارسة طب العائلة رعاية الاضطرابات النفسية مع العناية المبذولة للاضطرابات الأخرى غير النفسية. ومثال ذلك: ربما يعطي طبيب العائلة علاجات مختلفة مع العلاج النفسي للاكتئاب لمريض يعالج بسبب أمراض مزمنة أو حادة غير نفسية مثل الداء السكري. وإن طبيب العائلة لا يتطفل على الحدود المصطنعة بين جوانب رعاية المريض من الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وإن التواصل السريع والعلاقات القوية لطبيب العائلة التي يتمتع بها مع الأشخاص الآخرين من العائلة ومع البيئة الاجتماعية للمريض تعطيه أدوات ذات قدرة قوية لتقييم وضع المريض وعلاجه بنجاح على الصعيد النفسي والبدني.

ثمة نتيجة هامة أخرى للأسلوب الشامل لرعاية المريض من قبل طبيب العائلة. إذ عندما يريد المريض إنقاص الاهتمام بالتقييم النفسي ينبغي للمريض والطبيب أن يستمررا في المحافظة على العلاقة التي تركز على العناية المستمرة بالاضطرابات الطبية الحادة والمزمنة حتى بلوغ الوقت الذي يعود المريض فيه للاهتمام بالمساعدة على التكيف النفسي.

الاستشارات النفسية:

كما في أي نموذج للاستشارة يجد طبيب العائلة تنوعاً واسعاً في المهارات والمجالات للاهتمام عند اختصاصيي الصحة النفسية. إذ يكون لدى الاستشاريين في مجال الاضطرابات النفسية والسلوكية تدريبات واسعة التنوع وخلفيات علمية لا يمكن للأطباء العاميين أو أطباء العائلة أن يمتلكوها. وعموماً فإن الاختصاصيين النفسيين هم مصادر جيدة للمساعدة في تدبير المتلازمات النفسية الواسعة مثل: الاضطرابات الفصامية، واستخدام الأدوية النفسانية التأثير. وفي بعض الجماهرات

يكون علماء النفس الإكلينيكيون والعمال الاجتماعيون النفسيون أكثر فاعلية من الأطباء المختصين بالطب النفسي في إدارة العلاج العائلي.

**طبيب العائلة والطبيب النفسي المستشار... ما ندعم من شاور
وما خاب من استشار؟
ولكن... متى يكون طبيب العائلة مستشاراً للطبيب النفسي،
ومتى يكون الطبيب النفسي مستشاراً لطبيب العائلة؟**

السرطان... السرطان:

إن خبرة طبيب العائلة أكثر قيمة وأكثر وضوحاً في نهايتي دورة الحياة في مرضى الأورام، أي في فترة الوقاية البدئية، والتشخيص البدئي، والإحالة للملائمة، وفي فترة المعالجة الملطفة للأعراض في المراحل النهائية من المرض ولاسيما الألم. إن دور طبيب العائلة الذي يدبر مريض الورم هو أن يجري الإحالة للملائمة إلى الموضع الملائم لتلقي العلاج الشافي، وأن يدبر أعراض المرض، وأن يكون قريباً من المريض والعائلة وأن يعمل مع الأطباء الاستشاريين. وغالباً ما يكون طبيب العائلة عضواً هاماً في فريق المعالجة، والذي ربما يتألف من اختصاصي الأورام والطبيب الجراح والطبيب الشعاعي أو اختصاصي علاج الأورام بالأشعة. وهنا، يقوم طبيب العائلة بدور الشخص الذي يفسر اختيارات المعالجة للمريض والعائلة ويناقشها معهم وينقل رغبات العائلة والمريض ومخاوفها إلى فريق المعالجة. وكما نلاحظ يشارك طبيب العائلة في اتخاذ القرار مشاركة فعالة لمعرفته الجيدة بالمريض والعائلة. ويجب أن يعرف طبيب العائلة بصورة جيدة أعراض السرطانات وأن يكشف علاماتها الباكرة لكي يتنبه إلى معظم صور الأورام بالاعتماد على العمر والعرق والعادات الجنسية ولكي يتنبه إلى الطرق الخفية التي يتجلى بها الورم عند المرضى غير المشخصين. ومن بين هذه التظاهرات الخفية نذكر: نقص الوزن غير المفسر، وفقد الشهية، والآلام المبهمة، والتعب غير المفسر، وفقر الدم الخفيف إلى المعتدل، والنزف من أي من الفوهات، وتبدلات الشخصية، وتبدلات الشهية، واضطراب حاسة الشم.

مكافحة السرطان، هل تضع طبيب العائلة في الميزان

أمراض المسافرين:

أصبح السفر والترحال والتنقل ولأسباب مختلفة سمة القرن الحادي والعشرين، مع ما يحمله من نقل للأمراض والأوبئة، ويمكن لأطباء العائلة بسبب معرفتهم الإكلينيكية لكل فرد من أفراد العائلة أن يضعوا تقييماً شاملاً لأخطار السفر بين بحسب التلوث الوبائي: (الشخص والزمان والمكان).

أين، متى، كم استمر من الزمن، من؟.

إن مراجعة اليوميات يعطينا تقييماً للعوامل الفيزيائية والمسببة للعدوى وكذلك للتأثيرات البيئية والحالات الإكلينيكية التي تعني درجة ما من الاختطار وإعطاء النصيحة. فعلى سبيل المثال: يجب على المصابين بالداء السكري الذين يسافرون تعديل جرعة الأنسولين بحسب اختلاف الليل والنهار وبما يعادل 25% من الجرعة لكل 6 مسافات زمنية إذا كانوا يسافرون إلى المشرق. والتحسس أو الحمل يمنع تطبيق بعض الإجراءات الوقائية وبعض اللقاحات. والاستحمام في القرى المريضة قد يزيد أخطار الإصابة بالأمراض المنقولة بالماء والقوت.

ويستطيع طبيب العائلة أن يخطط للرعاية المستمرة مسترشداً بالتقييم الشامل لكل مسافر من حيث تعرضه للخطر. نظرياً يبدأ تقييم الأخطار قبل 6 أسابيع على أقل تقدير من بداية الرحلة، ويسمح هذا الوقت باستكمال التمنيع واللقاحات التي تحتاج إلى سلسلة من الحقن ولاسيما لقاحات التهاب الكبد البائية والألفية ولقاحات الحمى الصفراء ولقاحات التهاب السحايا الدماغية الشوكية، أو لقاحات الحمى التيفية، وتناول المعالجات الوقائية من الملاريا أو لقاح الملاريا الذي قد يكون قد أصبح متاحاً.

يمكن لأطباء العائلة أن يتواصلوا مع مرضاهم قبل السفر بستة أسابيع، ويستحسن عدم التأخر عن أسبوعين قبل المغادرة.

إذا أراد المريض السفر بأي وسيلة . . فما الوقت الملائم لاستشارة طبيب العائلة؟

الصحة المهنية (Occupational health):

ينبغي لطبيب العائلة أن يكون مسؤولاً مثل طبيب المعمل أو الشركة، وهنا يجد طبيب العائلة نفسه في مسؤوليته الوقائية الواسعة. وسنتخذ من الأمراض الجلدية المهنية كمثال عن دور طبيب العائلة في الصحة المهنية لأسباب لاتخفى على القارئ اللبيب. وهنا ينبغي لطبيب العائلة ما يلي:

- 1 - المعرفة بالخصائص الفيزيائية للمواد الكيميائية والخواص البيولوجية (الحيوية)، والسمية التي ربما تصل إليها مع استمرار تعرض العمال لها.
- 2 - مراقبة بيئة العمل لرصد المواد السامة التي تسبب الخطر.
- 3 - التزويد بالملابس العملية للوقاية ولا سيما لوقاية الجلد والجهاز التنفسي والعينين والسمع، وبالحوافز القوية للحصول على امتثال العمال لهذه الوسائل وحسن تطبيقهم لها.
- 4 - تسهيلات إزالة التلوث والتطهير للعمال في التعرض، وللغسل المعهود لليدين والوجه.
- 5 - المراقبة الكيميائية المختبرية لبعض المواد الكيميائية.
- 6 - تأسيس لجنة من العمال للإخبار عن الأعراض الفيزيائية غير المألوفة.

المبادئ العامة للوقاية والمكافحة

(General principles of prevention and control):

إن معظم الأمراض الجلدية المهنية هي أمراض يمكن الوقاية منها. لذا غالباً ما يطلب من طبيب العائلة أن يسدي النصائح وأن يتخذ القرارات اللازمة وأن يجيب عن الأسئلة التالية:

- 1 - ما العوامل المساعدة التي تسهم في أمراض الجلد المهنية خلال العمل الخاص؟ (مثل: عامل بناء أشقر الجلد يتعرض بصورة مزمنة لأشعة الشمس).

2 - ما النصائح للمرضى المصابين بأمراض جلدية سابقة، وما يجب أن ينصحوا بالابتعاد عنه من الأوساط المهنية الخاصة.

3 - ما الإجراءات الوقائية التي يجب أن يطبقها العامل أو المستخدم أثناء العمل (مثل ارتداء الملابس الخاصة الكتيمة أو القفازات الكتيمة لمنع الزيوت لتجنب العد المهني).

التحري قبل التعيين (Preplacement screening):

إن هدف إجراء الفحوص الاستقصائية ما قبل التعيين في العمل أو الوظيفة هو تحديد ما إذا كان لدى العامل أي شكوى مسبقة ربما تعرضه لمرض مرتبط بالعمل، إن استجاباً بسيطاً مع معاينة جلدية هما كافيان كفحص استقصائي.

إذا كان لدى المستخدم مرض جلدي من المتوقع أن يتعرض لخطر محتوم من العمل فينبغي للطبيب أن لا ينصح باستخدامه. ولكن وإن وجدت فرصة واسعة لأن تسوء الحالة ولكن هذه النتيجة غير حتمية، فلا يستطيع الطبيب في الجوانب الأخلاقية أن يرفض قبول العامل طبيًا.

التصاح (Hygiene):

ربما تجري الوقاية من عدة أمراض جلدية بوساطة التحسين والدعم للتصحح الشخصي أو النظافة الشخصية ونظافة المصنع.

ويستطيع طبيب العائلة أن يقدم المشورة الشخصية للعمال حول الصحة العامة الشخصية بما يتضمن تجنب المحاليل العضوية المؤذية لتنظيف اليدين. والاستخدام الملائم للمطريات ومرطبات البشرة والغسولات الطبية لليدين والكريمات بعد الغسل العادي، وكذلك تكرار تبديل الملابس وتكرار الاستحمام، والإزالة السريعة للزيوت وارتداء الملابس المتصلة للمواد الكيميائية، واستخدام تسهيلات الغسل والكوي في الشركة أو العمل أو الغسل الذاتي للعمال لملاصهم في المنزل، وعدم تناول الطعام والشراب والتدخين في موضع العمل واستخدام كريمات الوقاية من أشعة الشمس لبعض العمال أو ارتداء واقيات الرأس من الأشعة الشمسية.

التحكم الهندسي والإداري

(Engineering and administrative controls):

يجب إبلاغ أرباب العمل عن مسؤوليتهم في وقاية العمال صحياً خلال العمل ويجب إعلامهم أن الوقاية من الإصابات الجلدية المهنية هو أمر فيه فوائد مادية لهم أي توفير المال. ويتضمن التحكم الهندسي: السياج الآلي، والمراوح الماصة للأبخرة، وواقيات الإرذاذ، والمصارف الصحية، والتهوية الملائمة، والأتمتة أي جعل بعض المراحل غير يدوية للإقلال من التماس الجلدي، و تبديل بعض الطرق في العمل (على سبيل المثال استخدام الأسمنت الممزوج مسبقاً ينقص من التعرض للغبار ثنائي الكرومات، وأخيراً استبدال بعض العناصر والمواد).

التحكم الإداري:

يتضمن تناوب العمال أو اختصار فترات العمل بالمخرشات للإقلال من التعرض، وتزويد العمال بخزائن مخصصة للملابس العمل، وأخرى للملابس الخروج وأخيراً إجراءات الغسل والكوي.

تقييم العجز والضعف (Evaluation of impairment or disability):

إن المتغيرات الإحصائية السكانية والميول الاجتماعية تضطر طبيب العائلة المؤهل والموجود ضمن المنطقة أن يقيم العجز. وإن المسنين في مجتمعنا الذين هم أكثر أهبة للوقوع في الأمراض المزمنة هم في ازدياد من حيث العدد.

وإن التشريعات أو قانون تكافؤ الفرص لا يسمح بصفة رتيبة لأصحاب العمل باستبعاد المعوقين وغيرهم من المصابين بأي نوع من العجز الوظيفي أو الانفعالي. والأمراض والإصابات المتعلقة بالعمل هي قابلة للتعويض عند أكثر العمال وتحتاج إلى تقرير طبي لتقدير العجز المؤقت أو الدائم. وإن مؤسسات التأمينات الاجتماعية الحكومية تعتمد على التقييم الطبي الشرعي للحالات الطبية المعقدة. وهنا تظهر قيمة الكفاءة المتوقعة لطبيب العائلة في جهازين كبيرين يحتاجان لتقييم العجز هما: التأمين الاجتماعي وتعويض العمال. وإن تحديد العجز وهو حالة غير طبية تعني العجز عن كسب حياة سوية ويتضمن جوانب طبية وغير طبية، مع

أن الاعتبارات غير الطبية هي غالباً ما تكون أكثر قيمة.

دعم العامل المريض وتأييده (Worker patient advocacy and support):

كثيراً ما تفيد المشورة السريعة العمال المصابين بالعجز. وإن الأمن الاقتصادي واحترام الذات والقضايا العائلية هي غالباً ما تكون ذات قيمة للعمال العاجزين، وكذلك المشورة الداعمة، ويستطيع طبيب العائلة تقديم التقييم لإعادة للعمل خلال احتكاكه الشخصي مع رب العمل أو مدير العمل لبحث فرصة أداء العمل الخفيف أو الساعات المختصرة. لأن معظم الأشخاص يرغبون بالعودة للعمل. وغالباً ما يتحقق هذا الهدف بوساطة تبديل مؤقت لوضع العمل وعند إعطاء توضيحات للحالة الطبية ينبغي للأطباء جميعهم أن يكونوا موضوعيين قدر المستطاع في تقييم الشذوذات الملحوظة.

الصحة المهنية والعمل والعمالة.... هل عرفت أين مواقعها في طب العائلة؟

الأمراض الجراحية:

عند تحضير الأطباء لممارسة طب العائلة، يكون التدريب والممارسة في الجراحة وبعض الإجراءات مادون الاختصاصية ذا قيمة خاصة لاستكمال متطلبات الاختصاص في طب العائلة. وإن المعطيات المتداولة المثبتة ومهارات حل المشاكل الجراحية هي أمور ضرورية لكل أطباء العائلة الذين يعالجون المرضى من كل الأعمار ومع كل مشاكل الأجهزة والأعضاء. وينبغي لطبيب العائلة كما يدافع المريض، أن يمتلك أيضاً المعرفة الملائمة للعلاج الجراحي حيث يمكن المساعدة في مشورة المريض عن الأخطار والنتائج. ويستطيع طبيب العائلة أن يقدم مساعدة واسعة للمريض والعائلة في تسهيل الصدمة التي تتركها الجراحة الواسعة على الأشخاص المتأثرين. وثمة مهمة أخرى لطبيب العائلة وهي مهمة اختيارية ومهمة تقييمية، فهو يتحمل مسؤولية التأكيد على العناية القصوى من الجراح الذي يتلقى الاحالة.

يجب أن يستمر تقديم العناية المنسقة والمتوافقة والمتزامنة للاضطرابات الطبية المستمرة للمريض، حتى في الظروف التي تكون فيها الخدمات المهنية غير مطلوبة، إذ إن زيارة اجتماعية مختصرة قد تكون مصدراً لتشجيع واسع وتدعم الشخص الذي خرج من جراحة واسعة. وكما الحال عند الاستشاريين الآخرين ينبغي وجود علاقة عمل جيدة بين أطباء العائلة والجراحين وتحتاج هذه العلاقة للتطوير ولأن تحظى بالرعاية.

قد يكون إجراء عملية جراحية جزءاً متمماً للعلاج لبعض ممارسات أطباء العائلة سواء في العيادة أم المركز الجراحي للمرضى الخارجين أم في غرفة العمليات في المستشفى. وإن مستوى العناية الجراحية التي يقدمها أطباء العائلة لا تعتمد فقط على اهتمام طبيب العائلة ولكن تعتمد كذلك على احتياجات السكان في المنطقة التي تجري فيها الممارسة. وحيثما كان الموضع في المدينة أو الريف يجب أن لاتجري المعاناة من نوعية الخدمات المعطاة بحجة أن طبيب العائلة ليس جراحاً.

وفي مناخ سوء الممارسة اليوم لاتوجد استثناءات للحكم على الكفاءة في الجزء الذي يخص طبيب العائلة المسؤول. وبسبب التبدلات في العناية الصحية المطبقة حالياً، ربما سيكون بعض أطباء العائلة داخل غرفة العمليات الجراحية في المستشفى وينبغي لمراجع طب العائلة أن تغطي هذه الأمراض الجراحية بصورة ملائمة.

يمكن لأطباء العائلة في موقع العيادة أو مركز الجراحة للمريض الجوال أن يقدموا عناية جراحية كافية وقليلة الكلفة. ويجب أن يحصل أطباء العائلة على معلومات حقيقية تساعد على اكتساب المحاكمة لإنجاز النجاح في تدبير الاضطرابات الجراحية، وكذلك توصيف الطريقة التي ستفيد في اكتساب المهارات لإنجاز الإجراءات الجراحية، ذات الطبيعة الاسعافية والاختيارية في موقع الإسعاف.

العناية ما قبل العملية الجراحية:

إن العناية وتحضير المريض من أجل العملية الواسعة كثيراً ما قد يكون مسؤولية الجراح الذي سيجري العملية أو طبيب العائلة، اعتماداً على الظروف

الشخصية أو على موقع المريض وعلى العلاقة ما بين الطبيين كذلك.

ينبغي للجراح أن يتولى مسؤولية العناية التامة بالمريض أو بالاضطرابات الإكلينيكية التي يكون مسؤولاً عنها. وفي عدة حالات قد تتداخل الاضطرابات الإكلينيكية حيث لا تكون مرتبطة مباشرة بالاضطرابات الجراحية، لذا يحتاج طبيب العائلة لأن يستمر بالعناية المترافقة والمشاركة. حقاً قد يُستحسن لطبيب العائلة أن يكون قادراً على تحضير المريض لاتخاذ القرار وإجراء التحضير للعمل الجراحي، وكذلك في تقديرات أخطار التخدير، والعلاجات وتداخلاتها مع العوامل المخدرة والاعتبارات العامة في تحضير المريض للعمل الجراحي.

إن طبيب العائلة الذي يتابع عنايته بهذا المريض يمكن أن يفيد لأقصى درجة في تنظيم الأنظمة العلاجية أو تعديلها خلال التحضير للجراحة بوساطة إعطاء هذه المعلومات للمخدر والجراح.

مع أن طبيب العائلة لن يستطيع الإحاطة بكل الأخطار الممكنة والمضاعفات المتوقعة لأي إجراء جراحي معطى، ومع ذلك ينبغي له أن يتحدث بصفة كافية عن مظاهر العلاج الجراحي حيث يمكن أن يكون ناصحاً ومرشداً للمريض. وإن التحدث في الأخطار والفوائد المحتملة (المتوقعة) والمضاعفات الممكنة، ومدة الاستشفاء قد يفيد في الحصول على النتيجة المرغوبة. ويجب أن تكون مثل هذه المناقشة متشاركة مع الجراح الذي سيقوم بالجراحة بالتأكيد.

ومن الهام جداً إيقاف تدخين السجائر قبل 10-15 يوماً من تطبيق التخدير العام. وإن دور طبيب العائلة هام في إنجاز هذا الإجراء. وكل المرضى سواء المدخنين أم غير المدخنين يحتاجون لتعليمهم التنفس بعمق والسعال الفعال ويجب أن يعلموا الحركة الباكرة المتكررة بعد فترة الجراحة مباشرة، وهي إجراءات تجنب المريض من المضاعفات التي ربما تطيل فترة المكوث في المستشفى.

لا يحب المرضى المنغصات غير المتوقعة لذلك يجب إعطاء بعض التعليمات بما

يتعلق ببعض الأمور مثل الحلاقة، أو الغسل بصابون معقم، والحقن الشرجية، والمظهر. ويكون المريض المتفهم - في كل مظاهر العناية قبل الجراحة - والمزود بالمعلومات أكثر تقبلاً للنتائج المرغوبة وسيتعاون مع طبيبه عندما يظهر أي شيء غير متوقع.

الرعاية ما بعد الجراحة:

إن أطباء العائلة سواء أكانوا هم الذين يجرون الجراحة، أم كانوا مساعدين فيها، أم متابعين لأمراض مصاحبة، أم أصدقاء داعمين للمريض، فهم يحتاجون لبعض الدرجات من المهارة في متابعة المريض بعد الجراحة.

وينبغي لأي طبيب عائلة اتباع طريقة محددة لكتابة التعليمات ما بعد العمل الجراحي حيث تعطى كل مظاهر العناية.

أمثلة على تدبير بعض المشاكل التي قد تتطلب الجراحة:

البطن الحاد:

ينبغي لطبيب العائلة أن يكون حذراً لحالات البطن الحاد وأن يكون ماهراً في التقييم الأولي للمريض المصاب بالبطن الحاد. والمشاورة مع الجراح أو أي اختصاصي آخر ملائم هي أمر ضروري عندما يكون ثمة شك في التشخيص. ويجب إجراء إعادة التقييم كل عدة ساعات أو أكثر إذا اقتضى الأمر، وهذه الحقيقة تؤكد على قيمة طبيب العائلة الذي قد يكون أول من يفحص المريض وهو غالباً الأكثر تألفاً مع الملامح الهامة والتاريخ الطبي الاجتماعي.

تقييم كتلة أربية:

إن تقييم كتلة أربية (Inguinal mass) عند الطفل هو أمر صعب أحياناً. إن هذا الفحص التشخيصي هو أمر هام لطبيب العائلة.

مرض القلب التاجي:

لن يحتاج الكثير من مرض القلب التاجي إلى العملية الجراحية لذلك يجب

فهم التدبير الطبي لهؤلاء المرضى ولاسيما من قبل طبيب العائلة الذي يقدم العناية الطبية المستمرة، وأما التدخلات الهامة لتحقيق هذه العناية، فهي التمارين فإذا اتبعنا القواعد نجد أن برامج التمارين تحت الإشراف هي عملياً نادرة لهؤلاء المرضى، وعلى طبيب العائلة أن يصف لهم التمارين الفيزيائية اليومية المعهودة. والقاعدة الرئيسية لطبيب العائلة هنا، هي الدعم والمساعدة وتحريض المريض في برنامج تأهيلي.

استئصال الآفات الجلدية وتحت الجلدية:

إن آفات الجلد والأنسجة الرخوة هي مشاكل شائعة تواجه طبيب العائلة وهي تسمى جراحة الكتل والأورام، ومع التدريب الملائم والممارسة المستمرة يمكن للأطباء أن يصبحوا مقبولين في هذه المهارات الجراحية الصغرى ويمكنهم إنجازها في عياداتهم أو أجنحة العيادات الخارجية. ويجب اكتساب مهارة طرق التعقيم الملائم، ويجب أن يجري تحضير الموضع بأسلوب جيد وتعقيمه، وينبغي للطبيب أن يلبس القفازات بعد غسل اليدين ويجب أن تكون كل الأدوات المستخدمة معقمة.

وإن عدم الانتباه لهذه التعليمات والتقيد بها سيؤدي إلى عناية ضعيفة بالمريض ونتائج سيئة. وسيظهر عدم الاكتراث من طبيب العائلة والمريض سوية.

يجب أن يتذكر طبيب العائلة ثلاثة مبادئ رئيسية عند استئصال الكتل الجلدية:

- 1 - يجب إتمام الإجراء تحت تخدير موضعي ملائم.
- 2 - يجب الحصول على نسيج كاف للحصول على تشخيص دقيق أو أن يجري استئصال تام للآفة.
- 3 - يجب أن نحصل في النهاية على أقل مايمكن من التندب وأقل مايمكن من التداخل الوظيفي (التأثير الوظيفي).

هل يمارس طبيب العائلة الجراحة الصغرى.. ويتابع مرضى الجراحات الكبرى؟

الطوارئ (Emergencies):

أين موضع طبيب العائلة في رعاية الطوارئ؟

ثمة خمسة أماكن على أقل تقدير وهي:

1 - الوقاية من الحوادث (Accident prevention):

يجب أن لاتحدث العديد من الحوادث، وذلك بتحفيز طبيب العائلة لمرضاه الذين يعتني بهم على اتباع نمط حياة صحي يقيهم من الحوادث الاسعافية. فالتأكد على وضع الطفل في مقعد خاص عند قيادة السيارة أو حث العجوز على شراء عكاز، هما من مهمة طبيب العائلة في مساعدة مرضاه على تجنب الأذى. ويمكن الإطلاع على الملف الإعلامي الخاص بيوم الصحة العالمي لعام 2004 لمعرفة أهمية الوقاية من حوادث السيارات.

2 - الجاهزية للحالات الطارئة:

يتطلب تدريب طبيب العائلة معرفته لتدبير الطوارئ، فالتدرب على الدعم القلبي المتقدم (Advanced cardiac life support) وعلى دعم الحياة بعد الرضح المتقدم (Advanced trauma life support). هما أمران أساسيان لطبيب العائلة لكي يكون نافعا في الطوارئ ، وجاهزية العيادة أو غرفة الطوارئ من الأمور الضرورية. ويجب أن تكون المعدات سهلة التوفر وصالحة للعمل دوماً، وعلى الفريق الذي يتعامل مع الطوارئ أن يكون متمرساً في المهمة الموكلة إليه. ويجب مقارنة الطوارئ على نحو جماعي منسق فالطبيب والفريق والمحيط يجب أن يكونوا جاهزين.

3 - تحديد الأولويات في الطوارئ:

ينبغي لطبيب العائلة كمقدم للرعاية الأولية أن يحصي الطوارئ وأن يعالج تلك التي يمتلك المهارة في معالجتها وأن يحيل الحالات التي تحتاج لرعاية تخصصية.

4 - تأمين استقرار الحالات الحرجة عند النقل:

قد يواجه طبيب العائلة العديد من الحالات المهددة للحياة التي تحتاج العمل

على استقرار حالة المريض قبل نقله إلى مركز تخصصي، ويتطلب القيام بهذا العمل مهارة السرعة واحترام أسس الانعاش ومعرفة حدود طبيب العائلة في هذا المجال.

5 - الرصد المستمر:

ينبغي لطبيب العائلة في مجالات الرعاية كافة أن يتابع تقييم أدائه الشخصي خلال التقييم الراجع ومتابعة التعلم ومراجعة الحالات.

أمثلة على دور طبيب العائلة في الطوارئ:

دور طبيب العائلة في الوقاية من الموت المفاجئ:

إن المفتاح لمعدل البقاء المرتفع هو الإنعاش القلبي الرئوي خلال أربع دقائق والدعم القلبي المتقدم (إزالة الرجفان على نحو رئيسي) خلال عشر دقائق. وأما دور طبيب العائلة هنا، فهو المساعدة على تأمين الشروط التي تجعل معدل البقاء ممكنة إذ يجب التأكيد على مايلي أثناء ممارسته:

1 - إن أسلوب الاتصال مباشرة بطلب الرقم المباشر، وتوزيع لصاقات لرقم طبيب العائلة وأرقام الطوارئ من الطرق العملية للتأكيد على هذه المعرفة.

2 - دعم تعليم الإنعاش القلبي الرئوي، مع أن بعض المجموعات السكانية أظهرت أنه ليس لهذا أي قيمة في معدل البقاء، إلا أن هذه الجمهرات تمتلك مركبات للطوارئ ومنظومة إسعاف قادرة على الوصول خلال دقيقتين. وثمة مجموعات سكانية أخرى أظهرت أن الانعاش القلبي الرئوي قد ضاعف معدل البقاء وأنقص المضاعفات بنسبة 50%. وينبغي لأطباء العائلة معرفة التصرف عند حدوث توقف قلبي. والتأخير في تدبير احتشاء العضلة القلبية يؤدي لزيادة معدل الوفيات. وعلى أطباء العائلة دعم جهود المجتمع في زيادة سرعة الاستجابة في إزالة الرجفان ووقت الوصول.

3 - غالباً مايتولى طبيب العائلة في بعض الدول القيادة في تأمين نوعية الرعاية المقدمة من قبل خدمات الطوارئ.

4 - ينبغي لطبيب العائلة أن يتأكد أن من يقوم بإسعاف المرضى القلبيين مؤهل في الانعاش القلبي المتقدم أو مايعادله. والقيمة في الحصول على أشخاص

متمرنين بأسلوب وتفكير متشابه يخلق جواً من السرعة والفعالية الضروريتين لنتائج مثالية.

5 - يجب القيام بكل جهد ممكن لتأمين دعم الحياة القلبي المتقدم ACLS في موضع الإصابة -على العكس من الرضوح - فاحتمال انعاش المريض في غرفة الطوارئ بعد توقف القلب خارج المستشفى ضئيل جداً، وإذا لم ينقذ المريض في موضع الإصابة بالدعم القلبي المتقدم فإن فرصته في الحياة معدومة. ويعني هذا في المناطق الريفية ضرورة تطوير أنظمة يمكن من خلالها لأناس متدربين على الدعم القلبي المتقدم ACLS أن يذهبوا بسيارة الطوارئ أو يلحقوها بسيارة شرطة أو غيرها. إنه اضاعة للوقت أن يعلم طبيب العائلة بتوقف القلب وذهابه لغرفة الطوارئ لانتظار المريض لبضع دقائق في حين بإمكانه الذهاب إلى موضع الإصابة لتأمين الإنعاش اللازم للمريض.

إن المرضى الذين جرى الإنعاش القلبي لرئوي عندهم بنجاح هم الذين شوهوا من قبل الآخرين والذين بدورهم استدعوا سيارة الطوارئ بسرعة وتلقوا الإنعاش القلبي الرئوي السريع وأجري لهم إزالة الرجفان على نحو مبكر وأنعشوا في موضع الإصابة ، وقد تمت هذه الاجراءات بفضل تثقيف المريض والاشخاص المحيطين ، وبإمكان طبيب العائلة تأمين هذه المعايير الأربعة.

عندما يتوقف القلب: متى يبدأ عمل طبيب العائلة ومتى يبدأ عمل طبيب الطوارئ؟

الغشي (Syncope) والرضح (Trauma):

على طبيب العائلة أن يستقصي ثلاث نقاط:

- 1 - أسباب الغشي القلبي،
- 2 - التقييم الأولي لنوبة الغشي الوحيدة،
- 3 - تقييم نوب الغشي المتكررة.

ويتركز دور طبيب العائلة في الرضخ:

- 1 - في الوقاية،
- 2 - تدبير الرضوح الصغرى،
- 3 - اقرار حالة المريض والنقل في الإصابات الرضحية الكبرى.

دور طبيب العائلة في الرضوح الوخيمة هو إقرار حالة المريض من أجل النقل لمركز الرضوح أو الجراحة، وعند الشك بوضع الحالة يجب الاتصال بمركز الرضوح التناقش حولها. ولايجوز لطبيب العائلة الذي يتعامل مع الرضوح المغلقة على البطن أن يقوم بأي إجراءات إلا إذا امتلك الخبرة الكافية في اجرائها، إذ قد يغفل الفحص السلبي العديد من الأعراض المرضية.

يملك تثبيت الكسور وتضميد الجروح والسرعة في الحصول على المعالجة النوعية من اعطاء الفرصة الأفضل للحياة، ولاشك أن مراكز الرضوح تأثيرات على معدل الوفيات بسبب ارتباطها بذلك المبدأ.

يعد طبيب العائلة الذي يؤخر نقل المريض مهماً إذا لم يكن قادراً على تقديم العلاج النوعي

التسممات (Poisoning):

يواجه طبيب العائلة ثلاث مجموعات من مرضى التسممات:

- * الطفل المتسمم بسبب تصرفاته الاستنشاقية.
- * الكهل المتعرض على نحو غير مقصود لعوامل مؤذية.
- * الكهل الذي تعرض لجرعة عالية من دواء، أو السلوك الانتحاري.

تتضمن المفاهيم الأساسية في علم السموم الوقاية، ودعم الوظائف الحيوية، والتحديد السريع لنوع السم، والإزالة أو التعديل أو الالغاء أو المعاكسة لتأثير السم ومعالجة الاعضاء المتأذية.

طب العائلة + طب الطوارئ = ؟ ... هل هو جمع بين الضرائر؟

برامج التبرع بالأعضاء

لا يمكن لأحد أن ينكر أهمية التبرع بالأعضاء كالقلب والكلى والقرنية والكبد المأخوذة من الموتى، في إنقاذ حياة العديد من البشر، على الرغم من الجدل الذي يمكن أن يثار حول جدوى بعض هذه العمليات.

وتقع على طبيب العائلة مسؤولية توعية العائلة حول التبرع بالأعضاء. وتتضمن بعض الاقتراحات حول أخذ الموافقة لزرع الأعضاء، والتحدث مع الأشخاص في مركز الزرع قبل التحدث مع العائلة، والجلوس مع العائلة، وذكر المتوفى باسمه وتجنب تلك العبارات مثل الجثة أو الجيفة وإعطاء العائلة وقتاً للتفكير. تفيد في هذا المجال عبارة (بهذا العمل) سيستفيد أحدهم من هذه المسألة، وسيكسب الأهل والمتبرع الثواب الجزيل عند رب العالمين. ويمكن شرح القلق حول التكاليف إن كان مركز زرع الأعضاء سيعوض كل تكاليف المستشفى المتعلقة بالزرع اعتباراً من لحظة الموت الدماغي، يمكن مناقشة القلق حول الجنازة والتبرع بالأعضاء وتطمين العائلة بعدم وجود التضارب في ذلك.

أعضاء العائلة هل يستفيدون من استشارة طبيب العائلة عند التبرع بأعضاء أحد أفراد العائلة؟

التبرع بالدم:

وينبغي لطبيب العائلة في مجال التبرع بالدم أن يشجع الناس على التبرع بالدم ويحدد الأشخاص الذين يسمح لهم بالتبرع بالدم وأن يبين لهم الحكم الشرعي الإسلامي في هذا المجال، ويجب أن يشرح لهم الفوائد الصحية وبأنها تفوق تلك التي تروج عن الحجامة.

من يستطيع التبرع بالدم:

يستطيع كل شخص، ذكراً كان أم أنثى أن يتبرع بالدم على أن لا يقل وزنه عن 50 كيلو جراماً ويتراوح سنه بين 18-65 سنة. يستطيع الفرد التبرع بوحدة دم

واحدة، أي ما يقارب نصف لتر مرة كل ثلاثة أشهر. وهذه الكمية الصغيرة لا تؤثر إطلاقاً عليه. يحتوي جسم الإنسان البالغ 5-6 لترات من الدم، والجسم يسترجع هذا الحجم من الدم خلال يوم واحد فقط، إن عملية التبرع بالدم سهلة وغير مؤلمة وتستغرق 4 إلى 6 دقائق، يزاول بعدها المتبرع نشاطه الاعتيادي، مع العلم بأن الأدوات التي تستخدم في عملية سحب الدم ونقله لا يعاد استعمالها مرة أخرى حيث نتخلص منها بعد استخدامها مباشرة. يجري للمتبرع كشف طبي للتأكد من سلامته وقدرته على التبرع. والتبرع بانتظام يعطي الإنسان فرصة لإجراء فحص شامل على صحته وبصورة منتظمة.

الحكم الشرعي في نقل الدم

يعد نقل الدم إلى المريض في كثير من الحالات ضرورياً، لا يمكن الاستغناء عنه كما هو معروف في علم الطب، فقد تكون حياة المريض مستحيلة بدونه.

والنصوص الشرعية تحض المسلم على أن يكون في عون أخيه، لا بل توجب عليه ذلك في كثير من الأحيان. ففي الحديث الشريف: «من نفّس عن مؤمن كربة من كرب الدنيا نفس الله عنه كربة من كربات يوم القيامة». وفي الحديث أيضاً «والله في عون العبد مادام العبد في عون أخيه».

ما المبرر الشرعي لإباحة نقل الدم والتبرع به؟

لقد نهى النبي صلوات الله وسلامه عليه المسلمين عن تسليمهم أفراد مجتمعهم للردى والهلاك، ولقد قال صلى الله عليه وسلم «المسلم أخو المسلم لا يخذله ولا يظلمه ولا يسلمه». أي لا يتركه فريسة للعدو أو المرض يفتك به.

وإن العمل على إحياء النفوس المعصومة من المسلمين وغير المسلمين بإنقاذها من الهلاك، ورفع الضرر عنها من أجل القربات وأعظمها عند الله تبارك وتعالى حيث قال سبحانه:

﴿ومن أحيائها فكأنما أحيى الناس جميعاً﴾ . وإحياء النفس يكون بإنقاذها من أسباب الهلاك، وهذا يصدق على نقل الدم للمريض من إنسان صحيح سليم.

وإذا كان إعطاء الدم للمريض ضرورياً لاستبقاء حياته أو رفع الضرر عنه، كان حكمة في دين الله واجباً، عملاً بالأدلة السابقة ومبادئ الشريعة التي منها حفظ الأنفس، وعملاً بقواعد الشريعة «الضرر يزال» و«الضرورات تبيح المحظورات» وبقواعد التكافل الاجتماعي الاستفادة من الأدلة النصية السابقة وغيرها.

هل يمكن استعمال الدم الصناعي وما حكم استعمال دم الحيوانات كبديل عن الدم البشري؟

إن من المعلوم أن الدم لا يمكن استحضاره صناعياً لتكونه من خلايا حية لا يزال العلم عاجزاً عن صنعها، ولا يمكن الاستفادة من دم الحيوانات في هذا المجال لاختلاف طبيعته عن طبيعة دم الإنسان، فتعين استعمال دم إنسان لإنقاذ حياة إنسان آخر.

هل من الواجب الشرعي ادخار الدم المتبرع به لوقت الحاجة؟

إذا كان الاستطباب بالدم واجباً، كان ادخاره وإعداده لوقت الحاجة واجباً كذلك، لأن ما لا يتم الواجب إلا به فهو واجب، فإن الحوادث كثيرة وتحتاج إلى معالجة فورية، لا يمكن أن تتم إلا بتوفر وحدات من الدم، فيقتضي أن يكون الدم متاحاً في المستشفيات لهذا الغرض، وقد وجدت بنوك حفظ الدم لهذه الغاية.

هذا بالنسبة للمتبرع بالدم، وأما المريض فإنه لا يجوز له أن يمتنع عن أخذ وحدات الدم الضرورية، لأن في امتناعه إلقاء نفسه إلى التهلكة. وقد نهى الله تبارك وتعالى عن ذلك بقوله: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ وبقوله سبحانه: ﴿وَلَا تَلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ﴾.

ما الفرق بين التبرع بالدم والفسادة؟

مما تجدر الإشارة إليه في هذا المقام، أنه قد ورد في الأحاديث الصحيحة الاستطباب بالفصد والحجامة، لما فيهما من فائدة في ذلك الوقت، وهذا يبين لنا أن التبرع بالدم لا يلحق ضرراً بالمتبرع، بل يفيد، حيث ينشط الخلايا الخاصة بإعادة كريات الدم. قال صلى الله عليه وسلم «إن كان في شيء من أدويتكم خير ففي شرطة محجم». وأخذ الدم بطريقة الحقنة كأخذ الدم بطريق الفصد، إلا أن الأول يمكننا من الاستفادة من الدم المأخوذ لإنسان آخر، وبطريقة الفصد لا يمكن

ذلك. والحجامة أمر خلافي وقد تنقل العدوى ولاسيما الإيدز والتهابات الكبد إن لم تراعى طرق التعقيم.

هل التبرع بالدم فرض عين أم فرض كفاية؟

إن التبرع بالدم واجب على الكفاية، إن قام به نفر من الناس وكان ما تبرعوا به يكفي الحاجة القائمة والمتوقعة، سقط الإثم على الباقين، وإن لم يصل ما تبرعوا إلى حد الكفاية أثم الجميع، لأنهم سلموا إخوانهم المرضى، وجرحى المعارك والحوادث إلى الهلاك، فكانوا بذلك آثمين.

متى يعد التبرع بالدم فرض عين؟

قد يكون إعطاء الدم في بعض صورته واجباً عينياً في بعض حالاته، كما لو وجد مريض فصيلة دمه تتفق مع فصيلة دم شخص آخر ولا ثالث لهما من فصيلة الدم نفسها، أو كان نقل الدم للمريض أمراً ضرورياً في مدة زمنية محددة، إن لم يعط المريض فيها دماً جديداً هلك في الغالب، ولم يوجد إلا شخص واحد فصيلة دمه تتفق مع فصيلة دم المريض، ففي هذه الحال يكون التبرع بالدم واجباً عينياً، يأتى من تخلف عن القيام به.

هل يعرف من العلماء من أفتى بحرمة التبرع بالدم؟

لقد أفتى بجواز التبرع بالدم عدد كبير من علماء المسلمين حتى استفاض الحكم فيه واشتهر، ولم يعرف من قال بخلافه من أهل العلم الذين يعتد بأرائهم وأقوالهم.

هل يكون الدم بعد أخذه من الجسم بوساطة الحقنة نجساً؟

لا خلاف بين العلماء في نجاسة الدم بعد انفصاله عن موضعه لقوله تعالى: ﴿أَوْ دَمًا مَسْفُوحًا﴾. والمسفوح هو الدم المراق، والدم المأخوذ بالحقنة ليس مسفوحاً، فلا يأخذ حكم الدم المسفوح من حيث النجاسة.

هل يجوز التداوى بالدم مع نجاسته؟

إن ما ورد من الأحاديث التي توجب غسل الدم عن البدن والثوب فذلك لأنه دم مسفوح أي مراق. ولو سلمنا بنجاسته بعد خروجه بوساطة الحقنة، فإن الفقهاء أجازوا التداوي بالنجاسات عند الحاجة.

هل يؤدي نقل الدم إلى التحريم كما في الرضاع؟

لقد نصت الأحاديث على ثبوت التحريم بالرضاع وفق شروط مبسطة في كتب الفقه. والعلة التي يثبت الرضاع التحريم لوجودها هي إنبات اللحم وإنشاز العظم، وهذا يتحقق في اللبن قبل أن يعتاد الطفل أكل الطعام؛ قال صلى الله عليه وسلم: «لا رضاع إلا ما أنشز العظم وأنبت اللحم»، ولا يتحقق هذا الأمر بنقل الدم. وعلى ذلك إذا نقل الدم من رجل لزوجته فإن هذا لا يؤدي إلى التحريم بينهما.

هل يجوز بيع الدم؟

الإنسان مكرم عند الله تبارك وتعالى قال سبحانه: ﴿ولقد كرمنا بني آدم﴾. ولذا فإنه لا يجوز بيع جسم الإنسان ولا بيع شيء من أعضائه ولا يجوز بيع دمه. ويأثم من أخذ العوض المالي ويكون كمن خلط عملا صالحا وآخر سيئا.

هل أخذ الدم بوساطة الحقنة يفطر الإنسان؟

إن التبرع بالدم لا يفطر الصائم، وإعطاء المريض الدم لا يفطره أيضا، كما صرح بذلك العديد من العلماء المسلمين.

المصدر: المكتب الاقليمي لشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية.

الرعاية الحرجة (Critical care):

يمكن تقدير علاقة أطباء العائلة بوحدات الرعاية الحرجة من الدراسات المجراة على مهارات الرعاية الحرجة. وقد لاكتتفت المهارات الاجراءات كلها فقد وجد في إحدى الاحصائيات أن 39٪ فقط من أطباء العائلة لديهم فرصة إدخال قنطار مركزي، و32٪ قادرين على التعامل مع المنفسة، و5٪ لديهم المهارة في إدخال قنطار الشريان الرئوي. وثمة إشارة إلى أن فرصة استمرار أطباء العائلة في الحصول على هذه المهارات أخذ في التناقص، وقد يكون من الحكمة الاستمرار في تعليم أطباء العائلة في مجال الرعاية الحرجة إذ يمكن الافادة من هذه المعرفة في مجالي الطوارئ والتنسيق الملائم للرعاية داخل المستشفى.

تنسيق الرعاية الحرجة:

تجري رعاية المرضى الحرجين من قبل فريق من العاملين، وتتطلب العناية الجيدة التنظيم والتنسيق في عمل الفريق. وهم فريق المعالجة الوريدية، والمرضات، والمعالجين الطبيعيين والمعالجين التنفسيين. وقد يساعد العامل الاجتماعي في تنسيق احتياجات العائلة وقد يحتاج الأمر لطبيب نفسي للتعامل مع الارتكاس الانفعالي للمرضى كالاكتئاب النفسي.

غالباً ما يولى أمر غازات الدم لطبيب القلب، إضافة لطبيب الرئة من أجل المنفسة، وطبيب الكلية وممرضة الديال لإجراء التصفية الكلوية، والشعاعي للمساعدة في تصوير الأعضاء المصابة. ويصبح هنا لطبيب الرعاية الأولية للمريض أي لطبيب العائلة دور الممثل المركزي. ومع أنه يغلب ألا يكون مخولاً لإبلاغ المعلومات إلا أن طبيب العائلة هو المفضل من قبل المريض لإيضاح المعلومات المعطاة من قبل الاستشاريين.

ويتوقع من طبيب العائلة إجراء مسح لمجمل الصورة الإكلينيكية والتأكد من العمل المنسجم للاستشاريين نحو الفائدة الأفضل للمريض. وقد يكون طبيب العائلة هو الأدرى بما يفضله المريض من اختيارات مما يخوله ليقوم بدور محامي المريض أمام باقي عناصر الفريق الطبي.

موت القلب المفاجيء في المستشفى:

قد يتدهور المريض الحرج على نحو مفاجيء وعلى طبيب العائلة أن يكون قادراً على تدبير التوقف القلبي الرئوي واستقرار حالة المريض في المرحلة مابعد الانعاش.

توجيه الإنعاش:

في ظروف وحدة الرعاية الحرجة ، تكون حالة المريض الإكلينيكية تحت رقابة لصيقة مباشرة قبل حدوث التوقف، إضافة لتوفر الطريق الوريدي المسبق والفريق المتمرن والمعالجة الدوائية، والمعدات اللازمة لإزالة الرجفان وتعديل نظم القلب التي يمكن إحضارها بسهولة خلال الدقائق الأولى للتوقف. تجري جميع مكونات تدبير

التوقف في الوقت نفسه عادة: وهي الانعاش القلبي الرئوي، وتأمين الطريق الوريدي، والتنبيب الرغامي، ومراقبة كهربية القلب بالمساري الاثني عشر، وتقييم الاضطرابات الإكلينيكية الاساسية المحرصة للتوقف، وتسجيل فعاليات التوقف وسحب الدم للدراسة المختبرية، وقد تؤدي هذه الدوامة من الفعاليات للتشويش اذا لم يأخذ أحد دور الموجه لجهود الإنعاش لذلك يكون الدور الاساسي لطبيب العائلة هو التأكد من وجود قائد يقوم بإدارة تدبير التوقف، والذي ينبغي له التأكد من عدم فقد أي اجراء أساسي وأن الأحداث تتقدم بأسلوب منطقي وبحسب جهود الفريق.

والخلاصة:

كثيراً ما يطلب من طبيب العائلة رعاية مرضى مصابين بأمراض خطيرة، وعندها يجب تشكيل فريق ينسق خدمات المستشفى واستشارات الأطباء. وعلى طبيب العائلة أن يتفهم عناصر المراقبة الحرجة أو المشددة وتفصيل المحافظة على أعضاء الجسم عند المرضى المضعفين، وأن يكون جاهزاً للتعامل مع توقف القلب في المستشفى عند حدوثه. ويتمتع طبيب العائلة بموقع مثالي لخدمة المريض اضافة لدوره كوسيط للعائلة هنا.

الرعاية الحرجة والرعاية المركزة وتنسيق الرعاية، هل نخرج طبيب العائلة أم نركز دوره في تنسيق الرعاية.

الطب الرياضي (Sports medicine):

أصبحت معظم المجتمعات أو ستصبح مجتمعات هاجسها اللياقة. وبالفعل فقد بدأت بعض الدول تحسب حساباً لهذا الأمر أكثر من قبل وإن التقارير المنشورة في الصحف التي تسلط الضوء على فوائد التمارين المنتظمة دفعت إلى زيادة عدد المشاركين من الأعمار كلها وذلك بإدخال التمارين الرياضية في طراز حياتهم اليومية. يبدو أن النشرات الطبية استطاعت تقديم الأدلة القوية على إظهار فائدة التمارين الرياضية المنتظمة من كل الوجوه فلقد بينت البحوث أن معدل الوفيات قد تناقص كثيراً وعلى نحو ملموس لأن صرف السعرات الحرارية يزداد خلال النشاط

الفيزيائي المنتظم، إلا أنه بتزايد عدد الرياضيين الذين يتنافسون بقوة في هذا النشاط الجسماني ازداد عدد الإصابات الناجمة عن زيادة هذا النشاط. وإن أطباء العائلة يصادفون معظم هذه الإصابات سواء أكانوا يقدمون خدماتهم من خلال مرافق صحية كبيرة أم يقومون بالرعاية الصحية الأولية من عياداتهم.

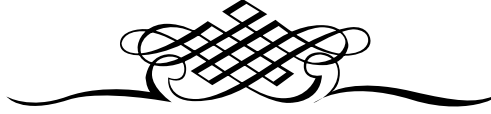
ولما كان الالتزام التقليدي لأطباء العائلة هو تقديم العناية المستمرة الشاملة. وكما هو متعارف عليه يكون طبيب العائلة أول وسيلة اتصال بجهاز الرعاية الصحية، فيجري استدعاؤه لمعالجة الإصابات التي تصيب الرياضيين المتنافسين أو إحالة هذه الإصابات، سواء أكانوا من فريق كرة قدم بعمر عشر سنين أم من منتخب الألعاب الأولمبية وفي هذا الدور تواجه طبيب العائلة بعض المشاكل، وربما تكون العديد من هذه الاضطرابات من منشأ غير رضحي، ومع ذلك ربما تؤثر على الأداء على نحو لا يستهان به، وغالباً ما يعتقد بأنها تدخل حصراً في دائرة اختصاصي الطب الرياضي. وإن ماتوصلت إليه جراحة تصحيح التشوهات من تقدم ألفت ظلاً على الدور الهام الذي يؤدي فيه طبيب الرعاية الصحية الأولية أي طبيب العائلة في مجال اهتمامه بالرياضيين. وقد يعالج طبيب العائلة الإصابات الرضحية وقد يعالج الاضطرابات المتدرجة من التهابات القصبات الهوائية العلوية إلى إصابات النسج إلى الأمراض المنقولة جنسياً. وهذه المعطيات تبين مجال العناية التي يقدمها طبيب العائلة الذي يعالج الرياضيين. إنها شاملة في طبيعتها ولكنها ليست محدودة ضمن نطاق الجهاز العضلي الهيكلي. وإن تقديم مثل هذه العناية ضروري في تزويد العناية القصوى للرياضيين على مختلف أعمارهم. ويجب أن يستدعي طبيب العائلة لإنجاز الفحوص قبل مشاركة الرياضيين الراغبين في ممارسة الألعاب الرياضية التي تجري بين المدارس وبين الكليات، وكذلك الأمر للمرضى المسنين الراغبين في القيام ببرنامج تمارين رياضية للمرة الأولى.

إن تطوير وصفات التمارين الرياضية الدقيقة أصبحت أداة أساسية لطبيب العائلة لمقاومة البدانة وأمراض القلب والأمراض الناجمة عن حياة القعدة والخمول والكسل. وأما المرضى الذين يعانون من هذه الأمراض فيستطيع طبيب العائلة أن يؤدي دوراً حيوياً في التأهيل القلبي وذلك بالانضمام إلى برنامج مستشفى أو مؤسسة اجتماعية تشترك بالتنظيم نفسه. يؤكد طبيب العائلة على الوقاية، وتشكّل علاقته الوثيقة مع المريض وقدرته على تقديم العناية المستمرة؛ عناصر أساسية في

الوقاية من الإصابة.

ولاريب أن طبيب العائلة يؤدي دوراً مركزياً في معالجة الاضطرابات الصحية التي ربما تعزى للتمرين الرياضي فهو كذلك يخدم كملاذ هام للمجموعة عندما يقوم بدوره كطبيب في فريق.

الطب الرياضي هل يضم طبيب العائلة إلى فريقه الطبي أم إلى فريقه الرياضي؟



الفصل الحادي والعشرون

التثقيف الصحي

Health Education

يجري التثقيف الصحي (التوعية الصحية) من خلال تعليم الأفراد والجماعات السلوك الصحي الذي ينهض بالصحة ويحافظ عليها أو يستردها. ويبدأ بالناس كما هم وحسب اهتماماتهم لتحسين أحوالهم المعيشية الصحية، وهدفه أن يخلق فيهم شعوراً بالمسؤولية تجاه الأحوال الصحية كأفراد وكأعضاء في العائلة وفي المجتمع ككل. وهو مرادف للتعليم الصحي ويمكن تعريفه كما يلي:

1 - عملية تعليمية تهدف لملء الفجوة بين معلومات الناس الصحية وسلوكهم الصحي.

2 - ذلك الجانب من الرعاية الصحية الأولية الذي يعنى بتحسين السلوك

3 - أي مجموعة من الأنشطة التعليمية المنظمة والمصممة لتسهيل اختيار الفرد للسلوك الملائم للصحة.

4 - العملية التي يتعلم من خلالها الأفراد أو الجماعات أسلوب السلوك وتنفيذ طريقة التصرف بهدف تعزيز الصحة والمحافظة عليها واستعادتها.

ينبغي لطبيب العائلة أن يكون قادراً على استخدام مهارات التواصل والتدريب والتعليم، لكي يسهم بصفة فعالة في تثقيف العائلات في شتى الجوانب الصحية، وذلك بهدف تغيير السلوك.

نهدف في هذا الفصل وما بعده من فصول إلى تمكين طبيب العائلة من التأثير على أفراد المجتمع وإيصال المعلومة الصحية السليمة استناداً إلى مهارات التواصل الجيدة بحيث يؤدي ذلك:

- * زيادة المعرفة الصحية النافعة.
- * تحسين مستويات التفهم للمرض.
- * التغييرات الإيجابية في السلوك، ولاسيما في مجال النظام الغذائي والتمارين الرياضية.
- * استعمال الدواء بأسلوب سليم.
- * الرعاية الصحية الذاتية الجيدة (الضغط، السكر، الوزن).
- * الوقاية الفعالة من المضاعفات الحادة والمزمنة في حال التعرض للمرض.
- * التحسن في نوعية الحياة.
- * تبني أنماط الحياة الصحية وممارستها، ونبذ العادات الضارة في مجال الصحة والبيئة.

دور مهارات التواصل في التثقيف الصحي:

ولمهارات التواصل دور هام في إيصال المعلومة الصحية السليمة التي تحدث الأثر البالغ لجميع أفراد المجتمع ولاسيما النساء وهن محور الأسرة. وذلك للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض عن طريق إحداث تغيير في الممارسات والمعلومات الخاطئة مما يؤدي إلى إحداث تغيير في المواقف ومن ثم السلوك وصولاً إلى تبني السلوك الصحي السليم ونشره للجميع.

يجب علينا التركيز في مجال التوعية الصحية على مهارات التواصل بحيث يؤدي ذلك إلى تأثير إيجابي على المتلقي مما يؤدي بإذن الله إلى نتائج حسنة تنعكس على الناس كافة وتؤدي إلى مجتمع سليم معافى يساهم أفراداه الأصحاء في تنميته وتطويره.

ولكي يتمكن الناس من تعلم هذه المهارات نحن بحاجة إلى:

- * إقامة علاقات طيبة.
- * التواصل بوضوح.
- * التشجيع على المشاركة.
- * تجنب المحاباة أو التحيز.

التواصل: هو عملية إرسال رسالة واستقبالها أي عملية أخذ وعطاء

وهو نقل أو توصيل أو تبادل للمعلومات أو الأفكار أو المشاعر بالكلام أو الكتابة أو الإشارة. فالتواصل إذاً عملية ناجحة في إرسال رسالة واستقبالها.

ولكي يحقق التواصل أهدافه ثمة ثلاث مراحل:

أولاً: يجب أن يحدث تغير في المعلومات بإحدى الطرق الثلاث التالية:

* تقديم معلومات جديدة

* تصحيح معلومات خاطئة.

* تقديم معلومات إضافية.

ثانياً: إن ذلك يؤدي إلى تغير في الموقف بحيث: يتبنى الشخص المتلقي المعلومات السليمة ويطبقها.

ثالثاً: تغير في السلوك:

الهدف هو مساعدة الناس على تجنب السلوك الصحي الخاطئ وتطبيق

السلوك الصحي السليم. لنحقق مايلي:

* تعزيز الاتجاه الإيجابي الموجود لدى الفرد والعائلة والمجتمع.

* التعديل المقبول في الاتجاه نحو الأفضل.

* تغيير الاتجاه الخاطئ نحو الأفضل.

لكي يكون الشخص المرسل مقنعاً:

* يجب أن يتحلى بالصدق والدقة والمعرفة الكافية بالموضوع لضمان المصداقية.

* يجب أن يجري الإقناع بطريقة النصح والحجة والمنطق.

* يجب أن يكون الاتصال شفوياً مباشراً، ويمكن أن يكون مكتوباً أو سمعياً أو بصرياً.

* إن احترام الآخرين والإصغاء الجيد لهم والتواضع في التعامل معهم يؤدي إلى الاقتناع.

* إن الابتسامة الطبيعية هي المفتاح السليم لتقديم الخدمة المميزة.

* القدوة الحسنة أفضل من الموعظة البليغة.

ولكي يكون التواصل ناجحاً يجب مراعاة ما يلي:

- 1 - أن تكون الرسالة واضحة بحيث يدرك الشخص المستقبل في نهاية الأمر عناصرها الأساسية الستة: (ماذا، كيف، لماذا، متى، من، أين).
- 2 - أن يكون الكلام بلغة مفهومة.
- 3 - عدم استخدام المصطلحات العلمية المعقدة.
- 4 - اختيار الوقت الملائم لضمان استماع الآخرين لما نقول.
- 5 - التركيز على النقاط الرئيسية الهامة وتكرار كل ما يعد معقداً أو جدياً أو هاماً.
- 6 - توجيه الأسئلة والاستماع إلى الإجابات لضمان الارتجاع أي التغذية الراجعة.
- 7 - إن المناقشة والمشاركة في المعلومات المقدمة تؤدي إلى تفهمها.
- 8 - الفهم المشترك أهم نتائج الاتصال الناجح.
- 9 - المطلوب الوصول إلى حمل النفوس على فعل شيء أو اعتقاده أو التخلي عن فعله أو اعتقاده.

لكي تكون مستمعاً جيداً وتكسب ثقة محدثك يجب أن تراعي مايلي:

- 1 - تفرغ تماماً لمحدثك وركز انتباهك نحوه.
- 2 - أعطه الفرصة لقول كل ما يود التعبير عنه.
- 3 - حاول استقراء ما لم يقله صراحة.
- 4 - تنبه إلى تعبيره غير اللفظي.
- 5 - ركز على الأفكار الأساسية.
- 6 - تجنب سرعة الاستنتاج أو التعميم.
- 7 - تجنب تصنيف المتحدث أو إطلاق الأحكام القطعية عليه.
- 8 - تنبه إلى إمكانية ميلك نحو التحيز.
- 9 - حافظ على التواصل العيني بأسلوب مهذب.
- 10 - تفاعل مع السؤال. وبغض النظر عن موقفك من السؤال.

القدوة الحسنة أفضل من الموعظة البليغة، والمتحدث الجيد هو المستمع الجيد

الطريقة الفعالة للتثقيف الصحي:

لن يكون التثقيف فعالاً ما لم يكن أولئك الذين يقومون بالتثقيف الصحي أنفسهم مدربين تدريباً جيداً لذا ينبغي لطبيب العائلة معرفة ما يلي وفهمه:

- 1 - الموضوعات التي سيقوم بتدريسها ومدى صلتها بالأفراد المستهدفين.
- 2 - أسلوب استخدام مختلف طرق التدريب المجدية في توعية الأفراد وإدارة مناقشات المجموعات الصغيرة، والإدلاء بأحاديث توجيهية لمجموعات أكبر.
- 3 - أسلوب التخطيط للدورات التثقيفية المختلفة والإعداد لها.
- 4 - الاستخدام الفعال للوسائل البصرية المساعدة والمواد العلمية المطبوعة لدعم الموضوع الذي يقوم بتقديمه.

نماذج التثقيف الصحي:

تدرج في إطار هذه الاستراتيجيات مجموعة متنوعة من الطرق التثقيفية هي:

- 1 - التوعية الفردية والأسرية.
- 2 - المناقشات في مجموعات صغيرة.
- 3 - المحاضرات في مجموعات كبيرة.
- 4 - المناقشات الجماعية في الندوات والجمعيات المخصصة لبعض الأمراض.
- 5 - المشاورة.
- 6 - التثقيف عن طريق وسائل الإعلام (الصحافة، والإذاعتين المسموعة والمرئية).

التوعية الفردية والعائلية:

وهي أكثر الأساليب فعالية في نقل المعلومات لأنها تنمي علاقة الشخص السليم أو المريض بطبيب العائلة، وتتيح الفرصة لبحث موضوعات تهمه شخصياً أو تهم الأسرة.

وهي عملية بسيطة جداً وتشمل مناقشة ما يلي:

- 1 - أسلوب تأثير المرض على المصابين.
- 2 - ما يستطيع الأشخاص الأصحاء أو المرضى فعله للحد من تأثيرات المرض وأن يحيا حياة طبيعية.

- 3 - أهمية المداومة على النظام الغذائي.
- 4 - المهارات الواجب تنميتها (مثلاً طريقة حقن الإنسولين، المراقبة الذاتية للداء السكري، والرعاية الذاتية للمرض).
- 5 - ما يحرزهُ الشخص السليم أو المريض من تقدم وما يعانیه من مشاكل.
- 6 - أسلوب معالجة الطوارئ والإسعافات.

ينبغي تعزيز كافة النشاطات التثقيفية بمواد تثقيفية تدعم الموضوعات التي يجري بحثها. ويجب أن يقوم طبيب العائلة باستعراض التقدم الذي جرس إحراره، وتعديل برنامج التوعية الفردية إذا لم يحقق أهدافه المرجوة. كما ينبغي أن ينفذ طبيب العائلة برنامجاً للزيارات لبعض الأشخاص الأصحاء أو المرضى وعائلاتهم كلما كان ذلك ممكناً.

وينبغي لطبيب العائلة مايلي:

- 1 - تحديد الهدف التثقيفي الصحي من الزيارة المنزلية.
- 2 - الاتفاق مع الشخص السليم أو المريض، إن أمكن، على تاريخ الزيارة وموعدها.
- 3 - كتابة مذكرة عن الزيارة في سجل الشخص.

المناقشات في مجموعات صغيرة «مثال ذلك الداء السكري».

تستهدف هذه المناقشات تشجيع الأفراد المصابين بالمرض نفسه مثل السكري على العمل معاً على زيادة معارفهم الحالية عن طريق التعبير عن أفكارهم، وخبراتهم، وأنماط سلوكهم، وتبادل ذلك كله مع الآخرين.

ولكي يكون لمجموعات المناقشة أثر ملموس، يجب أن تركز على احتياجات الأفراد الأصحاء منهم أو المرضى.

ولا يجوز إجراء المناقشة من دون تحضير أو مداخلة، وعلى طبيب العائلة أن يكون مستعداً على نحو جيد وأن يستخدم بعض الوسائل البصرية ولا سيما جهاز العرض بالحاسوب، كلما أمكن ذلك لتوضيح نقاط المناقشة الأساسية.

كما ينبغي لطبيب العائلة إيجاز النقاط الرئيسية التي جرى بحثها والخلوص من النقاش بنتيجة يجد الأشخاص الأصحاء أو المرضى صلة بينهم وبينها.

المحاضرات في مجموعات كبيرة:

يتألف تثقيف المجموعات الكبيرة عموماً من محاضرات يكون الأشخاص الأصحاء أو المرضى فيها مجرد متلقين سلبيين للمعلومات.

وتكمن ميزة هذا الأسلوب في حقيقة أن بالإمكان إعطاء المعلومات للعديد من الأشخاص في وقت واحد أما عيوبه فتتلخص في انعدام التفاعل بين المحاضر والأشخاص الأصحاء أو المرضى، الأمر الذي يزيد من صعوبة تحديد ما جرى تعلمه وما بقي في الذاكرة.

مشورة المرضى الزملاء :

يستطيع الشخص السليم أو المريض الذي أكمل برنامجاً تثقيفياً وأظهر نشاطاً في مجموعات النقاش أن يصبح مشاوراً لشخص مريض مثله شخصاً حديثاً وأن يقدم الدعم والتوعية والتثقيف، وربما يحدث ذلك في المركز الصحي أو العيادة في فترات الانتظار. وقد جرى تغطيتها بالتفصيل في فصل سابق.

أهداف البرنامج التثقيفي الصحي:

القواعد العامة المتبعة:

- 1 - يجب تحديد أهداف التثقيف الصحي والبيئي من قبل طبيب العائلة ووضع خطة مدروسة مفصلة عن المعلومات التي يريد نقلها إلى الأشخاص الأصحاء أو المرضى وماذا ينبغي أن يعملوه ويفضلوه.
- 2 - سبر معارف الأشخاص الأصحاء أو المرضى الذين توجه إليهم المعلومات بشأنه، عن الموضوع المطروح.
- 3 - تنمية المعلومات لدى الأشخاص الأصحاء أو المرضى وتطويرها.
- 4 - جذب انتباه الأشخاص الأصحاء أو المرضى والمستمعين إلى طبيب العائلة،

وذلك بأن يطلب مساعدتهم في عرض الوسائل البصرية أو السمعية مما يجعل التعليم عملية مشاركة وجهد متكامل ويجب الإكثار من عرض الشرائح (Slides) والصور والإعلانات الملونة وترك الأشخاص الأصحاء أو المرضى يمارسون ما يتعلموه.

5 - يجب إعادة المعلومات وتلخيصها مرة بعد أخرى وتوجيه الأسئلة والاستفسارات وعدم التسليم بأن ما يقال يعرف ويفهم دوماً.

6 - اختبار معلومات الأشخاص الأصحاء أو المرضى بالسرد الشفهي أو بالتنفيذ العملي ومقارنة النتائج مع أهداف البرنامج الموضوع لرفع مستوى المعلومات.

7 - الحذر من توجيه النقد وعلى الأخص النقد اللاذع والاستعاضة عنه بالتشجيع والاستحسان وإعادة المعلومات بطريقة مفهومة وبسيطة.

8 - يمكن الاستعانة بالوسائل السمعية البصرية ومنها:

* الملخصات والمواد المطبوعات الأخرى.

* السبورة.

* جهاز عرض الشرائح وجهاز شفافية (الفانوس السحري). ولقد استبدلت

حالياً بجهاز العرض بوساطة الحاسوب.

* الرسوم البيانية والملصقات.

* اللوحات القلابة (Flipcharts).

* الراديو والتلفزيون والفيديو.

مهارات التدريب والتعليم:

تطورت نظم التثقيف الصحي والبيئي في السنوات الأخيرة تطوراً كبيراً، وبدأت المحاضرات التقليدية التي يقتصر دور المتدربين فيها على الاستماع من دون المشاركة، تفسح المجال لأشكال أكثر تطوراً من التدريس والتدريب، يؤدي فيها المتدربون أدواراً أنشط ويشاركون بفاعلية وينتقل فيها المدرب من دور المحاضر إلى دور الميسر الذي ينظم حوار الجماعة سعياً إلى المعرفة.

ونهدف هنا إلى اتباع طرق التثقيف الصحي المتطورة وصولاً إلى تغيير في السلوك يكون مجدياً لجماعات المتدربين.

المحتوى التدريبي:

ويتضمن المعلومات الضرورية حول المشكلات التي يطلب من المتدربين تناولها وعلاجها مع فهم للأسباب والنتائج المرجوة والمتوقعة كنتيجة لتدخلهم.

وإن طبيب العائلة المدرب جيداً هو الذي يمكنه أن يصنف المعلومات إلى فئة «ما ينبغي» تعلمه وفئة «ما ينفع» تعلمه، ويتأكد من اكتساب المتدرب لما ينبغي تعلمه مع إرشاده للمصادر التي يمكنه من خلالها معرفة ما يتعلق بما ينفع تعلمه، مع ملاحظة أن الاستغراق في التفاصيل والفروع قد يؤدي أحياناً إلى إغفال بعض الأساسيات الهامة التي ينبغي في كافة الأحوال اكتسابها وتعلمها.

أي أن دور طبيب العائلة باختصار هو مساعدة المتدرب على التعلم وليس تلقينه المعلومات، والوعي دائماً بأن المحاضرة هي مجرد إحدى وسائل التعلم وأن هناك وسائل أخرى أفضل منها لاكتساب المعرفة ويبدو من المفيد في هذا الصدد أن نتذكر دائماً المثل الصيني القائل:

أسمعُ فأُنسى

أنظرُ فأفهم

أفعلُ فأتذكرُ وأتعلم.

فن المحاضرة:

قد نضطر أحياناً إلى المحاضرة ولاسيما إذا لم تتوفر البدائل الأفضل. وفيما يلي بعض الاقتراحات المفيدة لجني أكبر المنافع وتجنب المساوئ لهذا الأسلوب القديم في التعلم المعتمد على المحاضرة.

- 1 - تعرف أولاً على ما يعرفه المتدربون بالفعل، فهذا يوفر وقتك ويمنع التكرار وحدد ما الذي يمكن للمتدربين تعلمه في نهاية المحاضرة.
- 2 - لخص الموضوعات الأساسية التي ستغطيها محاضرتك قبل البدء فيها. فقد وجد دوماً أنه من المفيد أن تذكر للمتدربين في البداية الموضوعات التي ستتناولها وأهميتها وفائدتها في تحقيق الأهداف التي يطلب ويتوقع من

- المتدربين إنجازها في مجتمعاتهم المحلية.
- 3 - اهتم بجذب اهتمام المتدربين خلال المحاضرة، فالمحاضرة المملة والحديث البارد على وتيرة واحدة هو أضمن طريق للوصول إلى محاضرة عبثية لا تفيد أحداً. وتعتمد بعض الطرق لإثارة الاهتمام على سؤال المتدربين وطلب استجاباتهم والتعرف على آرائهم وطرح المشكلات على المتدربين مع الطلب منهم اقتراح الحلول الملائمة لها.
- 4 - تحدث بوضوح مواجهاً المتدربين، فأكثر المحاضرين إثارة للملل أولئك الذين يتجنبون النظر للمتدربين ويقضون معظم الوقت ناظرين إلى السبورة أو إلى أوراقهم الخاصة.
- 5 - استخدم لغة بسيطة حتى يتمكن المتدربون فهم ما تقول.
- 6 - استخدم وسائل الإيضاح البصرية كلما أمكنك ذلك فهي تكسر الملل وتساعد على جذب الاهتمام.

التقييم الذاتي لطبيب العائلة كمدرّب:

ينبغي لطبيب العائلة أن يراجع أداءه ويقيمه ذاتياً بعد اللقاء التدريبي وذلك بأن يسأل نفسه الأسئلة الآتية:

- * هل أمكن تحديد الأهداف التدريبية بوضوح؟
- * هل تعرّف المتدربون على هذه الأهداف وفهموها؟
- * هل كان محتوى المحاضرة ووسائلها الإيضاحية سليماً وملائماً لتلك الأهداف؟
- * هل كانت هناك متابعة جيدة لتقدم المتدربين في التحصيل؟
- * هل جرى ربط المحاضرة في البداية بما سبقها من محاضرات؟
- * هل جرى ضرب الأمثلة الملائمة لتوضيح النقاط الهامة؟
- * هل أعطى وقتاً كافياً لطرح الأسئلة؟
- * هل كانت المادة التعليمية المقدمة واضحة وهل جرى الاستماع له جيداً كمحاضر؟
- * هل حصل تلخيص الموضوع جيداً في نهاية المحاضرة؟

الاستفادة من وسائل الإيضاح البصرية السمعية:

تستخدم وسائل الإيضاح البصرية في رفع مستوى اكتساب المعلومات

والمهارات بإظهار ما ينبغي تعلمه أو فعله. لذا ينبغي اختيارها بعناية لتلائم موضوع المحاضرة. وفي حالة الحاجة إلى إعداد وسائل إيضاحية جديدة يفضل اتباع ما يلي:

- * استخدم الصور كلما أمكنك ذلك.
- * استخدم أقل عدد ممكن من الكلمات والأرقام.
- * استخدم الألوان كلما أمكنك فهي أكثر جذباً للانتباه ولاسيما اللون الأحمر والأزرق، وإن استخدام الألوان فعال في توضيح الصور والتأكيد على النقاط الأساسية والمقارنة.
- * احرص على البساطة وسهولة الفهم واستخدم الأشكال المبسطة والخطوط وعدد قليل من الألوان المختارة فزحام الحروف والكلمات والألوان قد يفسد الأمر كله.
- * تأكد من وضوح الحروف وكبر حجمها وعدم تكديسها واستخدم لذلك الوسائل التي تراها ملائمة كالحروف الجاهزة اللاصقة مثلاً أو أقلام ملائمة للكتابة وتأكد في النهاية أن الجالسين في المؤخرة يستطيعون أيضاً قراءة تلك الحروف.
- * تأكد من ملائمة وسائل الإيضاح المستخدمة مع بعضها ومع موضوع العرض واختر الوسيلة الملائمة في الوقت الملائم لنقل الرسالة التدريبية للمتدربين وذلك من بين الوسائل الإيضاحية الأكثر شيوعاً مثل المطبوعات والأوراق المعدة سلفاً والسيبورة وأوراق العرض والملصقات وعارض الشرائح «الفانوس السحري» وعارض الشفافيات وأفلام الفيديو وحتى الأمثلة الواقعية كأن تشرك أحد المشاركين بالفعل لتحاوره ويحاوره المتدربون في موضوع التدريب.

طرق التدريب في طب العائلة:

تعتمد فاعلية التدريب في طب العائلة على الطرق والأساليب المتبعة في توصيل الرسالة التعليمية، وينبغي لطبيب العائلة أن يختار الأسلوب الملائم بعد وزنه لمزاياه وعيوبه، وينبغي أن يضع المدرب في اعتباره العوامل الرئيسية الآتية عند اختياره أسلوباً معيناً من بين تلك الأساليب.

أ - مدى المعلومات والخبرة التعليمية لدى المدرب نفسه ومدى تمكنه واتقانه للأسلوب المستخدم.

ب - المتدرب ومستواه العلمي وخلفيته من معرفة وخبرة عملية بموضوع التدريب.

ج - الأهداف التدريبية.

فعلى سبيل المثال إذا كان هدفنا أن يكتسب المتدربون المهارات الملائمة ينبغي استبدال أسلوب المحاضرة بأساليب أخرى كدراسة الحالة أو لعب الأدوار.

ومن الأساليب التعليمية الشائعة الاستخدام إضافة إلى المحاضرة:

1 - المناقشات الجماعية: وتتيح هذه الوسيلة مساحة أكبر للمشاركة الفعالة من قبل المتدربين، وقد تكون فعالة للغاية في تناول الأبعاد المختلفة لموضوع المناقشة واكتشاف البدائل والآراء المختلفة والوصول إلى اتفاق حول الحلول الممكنة. وإن كان يعيب المناقشات الجماعية أنها تستنفذ وقتاً أطول وأن بعض المتدربين قد يشارك بفاعلية أقل من سواه.

2 - لعب الأدوار أو تمثيل الأدوار: يمثل المتدربون في هذه الوسيلة أدوار بعض الأشخاص في موقف متخيل يماثل المواقف الحقيقية التي ينتظر أن يواجهونها في الممارسة العملية كأن يمثل أحد المتدربين دور المسن على حين يمثل آخر دور طبيب العائلة أثناء محاولته لتعريف المسن بكيفية المحافظة على صحته وخفض معاناته المرضية.

2 - خبرات الحياة الواقعية: وفيها يؤخذ المتدربون إلى بيوت بعض الأشخاص الأصحاء أو المرضى أو إلى المستشفيات حيث يتلقون الرعاية ليشاهدوا بأنفسهم المواقف والمشكلات الحقيقية ويجري التعرف على الأوجه الحسنة والسيئة والمشكلات المرتبطة بتقديم هذه الرعاية.

يجب الاهتمام بما يشعر به الناس بالفعل لا بما نعتقد أنه الشعور الذي يجب أن يشعروا به. ويجب أن نهتم برؤية الناس لمشاكلهم الخاصة لا بالمشكلات التي نراها نحن. ونحن نريد أن ينمي الناس الثقة والمهارات اللازمة ليساعدوا أنفسهم بأنفسهم ولا ننتظر جزاءً ولا شكوراً، ولكن يحدونا شعور بهيج إذا تعلموا على أيدينا المهارات اللازمة لحل مشكلاتهم الخاصة.

الفصل الثاني والعشرون

كيف نتعرف إلى المجتمع في القرية

إن الفصول من 22 إلى 26 موجهة على وجه الخصوص إلى أطباء العائلة الذين سيعملون في الريف، ولكنها مفيدة للأطباء كافة، بغض النظر عن مكان ممارستهم لطب العائلة.

بعد أن يدرس طبيب العائلة هذا الفصل سيصبح قادراً على ما يلي:

- 1 - التحري عن عدد الناس والأسر وساكني المنازل، الذين يكونون القرية.
- 2 - التحري عن الأشخاص الذين يتخذون القرارات الهامة بشأن القرية أو أصحاب النفوذ في القرارات المتعلقة بالمجتمع.
- 3 - التحري عن المشاكل والاهتمامات الرئيسية وأهم أسباب سوء الصحة في القرية، وذلك بالتعاون مع غيره من الأطباء والمسؤولين المعنيين.
- 4 - رسم خريطة للمنطقة التي يتعامل معها، بالاستعانة بالأطباء والمسؤولين المعنيين وغيرهم، توضح الأماكن التي يعيش فيها الناس والمعالم الرئيسية كمجموعات المنازل والمباني الرئيسية والأنهار والآبار والبرك.
- 5 - مساعدة القرية في تقرير ما تحتاج إلى تحسينه أولاً، وكيف يحقق ذلك.

المقدمة:

يتكون المجتمع المحلي من أنواع كثيرة من الناس. وإذا فهمت كيف ينظمون أنفسهم في جماعات صغيرة لمختلف الأغراض مثل مجموعات الشباب أو المجموعات النسائية أو المجموعات المهنية والنقابية والدينية سهلت عليك مساعدتهم ليكونوا أصحاء. ولكي يكون الناس أصحاء يجب أن يأكلوا القدر الكافي من الطعام الطيب وأن يشربوا ماء نقياً، ويعملوا ويعيشوا في بيئة نظيفة، وأن تكون لهم عادات صحية سليمة.

ما عدد الأشخاص والأسر والمنازل في المجتمع؟

ينبغي لك أن تعرف القرية معرفة تامة، ولكي تساعد الناس على أن يكونوا أصحاء. يجب عليك إحصاء عدد الأشخاص الذين يضمهم المجتمع، ونسبة الصغار والكهول والشيوخ. ويجب أن تعرف أيضاً من منهم الفقراء الذين لا يستطيعون شراء الطعام الكافي لبقائهم أصحاء. والمنازل التي بها مراحيض، والتي ليس بها، والمنازل التي لها مورد للمياه أو بئر خاصة وتلك التي تفتقر إلى هذا المورد.

من أصحاب القرار في القرية؟

ينبغي لك أن تتحرى عن الأشخاص الذين يتخذون القرارات المتعلقة بالقرية. فهؤلاء هم المسؤولون. وقد يكونون رؤساء قبائل أو مسؤولين دينيين أو سياسيين. والمسؤولون عادة هم الذين يساعدونك، إلى أبعد حد، على القيام بعملك على الوجه الأكمل. وكثيراً ما يوجد أشخاص آخرون تُحترم آراؤهم وقراراتهم كالشيوخ وأصحاب المعامل والمزارع ورجال الأعمال. وسوف تحتاج إلى معرفة هؤلاء ومعرفة الطريق إلى الحصول على تأييدهم لعملك. وينبغي لك أن تتحرى عن أسلوب تنظيم المجتمع ومن الذي يدير شؤونه. فعلى سبيل المثال، ينبغي لك أن تجمع الإجابات عن الأسئلة التالية:

- 1 - ما المجموعة التي تتخذ القرارات المتعلقة بجميع الناس؟ أهى لجنة تنمية أم لجنة حزبية أم جمعية أم مجموعة أخرى؟
- 2 - هل تعالج هذه المجموعة جميع شؤون المجتمع؟ هل تشكل لجاناً فرعية تعنى باحتياجات المجتمع المختلفة كالصحة وموارد المياه والتعليم على سبيل المثال ؟
- 3 - هل توجد لجنة صحية؟ ومن أعضاؤها؟ وهل هم معينون أم منتخبون؟ وما مهامهم؟ وما الفترات الزمنية التي تفصل بين اجتماعاتهم؟ ومن الذي يدعوهم للاجتماع؟ وهل جميع قطاعات المجتمع أو مجموعاته ممثلة في اللجان الصحية في المنطقة؟
- 4 - ما المجموعات الأخرى المكونة في المجتمع؟ كاتحاد الشباب أو الجمعية التعاونية الزراعية على سبيل المثال؟
- 5 - وينبغي لك أن تعرف جماعات القرية أو المجتمع المحلي معرفة جيدة حتى

تستطيع الحصول على مسانبتها لعملك الصحي.

ما المشاكل الصحية الرئيسية وما أسبابها؟

ربما يكون قد سبق لك العلم بأمور كثيرة عن القرية قبل البدء بعملك الصحي في طب العائلة، ولا سيّما إذا كان المجتمع صغيراً. وسوف تتعرف إلى المزيد بالتحدث مع المسؤولين المحليين وغيرهم من الناس.

وفيما يلي بعض الأسباب العامة لسوء الصحة:

- 1 - تكديس الناس أكثر مما ينبغي في معيشتهم أي الازدحام.
- 2 - فقدان الماء الكافي أو أن الماء غير نظيف.
- 3 - فقدان الطعام الكافي اللائم.
- 4 - وجود المنازل غير نظيفة في بيئة قذرة.
- 5 - فقدان وسيلة تطهير الجو في الحر أو جلب الدفء في البرد.
- 6 - فقدان المراحيض أو أنها أقل مما ينبغي أو قذرة.
- 7 - عدم حماية الناس لأنفسهم من الحشرات التي تحمل الأمراض.
- 8 - عجز الناس عن الوصول إلى المركز الصحي بسهولة.
- 9 - ظروف عمل الناس غير الصحية.
- 10 - الأمية وجهل الناس بالقراءة، ولذا فهم لا يتعلمون شيئاً عن الصحة والعادات الصحية.

ما الاهتمامات الرئيسية للناس؟

ينبغي لك أن تزور الجماعات المختلفة، ومختلف أفراد المجتمع وأن تتحدث معهم أي الأسر أو أهالي المنازل (الأغنياء والفقراء على السواء)، ومن بيدهم اتخاذ القرارات الخاصة بالمجتمع نيابة عنه، وأعضاء الجمعيات أو الروابط، وحاول التحري عن ما يأتي:

- 1 - ما الجزء الذي يخصصونه للصحة من مواردهم المتاحة؟
- 2 - ما مشاكل القرية التي تقلقهم بصفة خاصة؟

3 - ما الذي فعلوه بشأن هذه المشاكل؟

4 - ما الذي يمكن عمله في ظنهم؟

5 - ما الأسلوب الذي يودون أن تساعدهم به في حل هذه المشكلة؟

وإذا أنت استطعت مساعدة الناس في حل هذه المشاكل أو تقليلها، فإنك بذلك تساهم في تحسين صحتهم. وكثيراً ما تكتشف أن ما يظنه الناس مشاكل صحية أو أسباباً للمرض، مختلفة عما يظنه موظفو المركز الصحي الذي تديره أو تعمل فيه. وقد تكتشف أيضاً أن الناس لا يربطون، في أحيان كثيرة، بين مشاكلهم الصحية والمشاكل العامة الأخرى مثل رداءة المياه أو سوء الاتصالات أو ندرة الوقود والكهرباء .

فعلى سبيل المثال، إذا كانت مشاكل القرية متعلقة بإمدادات المياه والاتصالات والوقود والكهرباء، فستضطر إلى توجيه أسئلة من نوع الأسئلة التالية:

1 - إمدادات المياه:

ما السبل المختلفة التي يتبعها الناس للحصول على الماء للشرب والاستحمام وإطفاء ظمأ الحيوانات وري المحاصيل والحدائق؟ وهل الماء مأمون للشرب أو للاغتسال به؟ وهل يسبب مرضاً؟ وهل الماء متاح طوال العام؟

2 - النقل والمواصلات والاتصالات:

ما عدد الأشخاص الذين يذهبون إلى الأسواق والمدارس والمراكز الصحية والمستشفيات؟

3 - الوقود والكهرباء:

ماذا يستخدم الناس للطهي والتدفئة (الكهرباء، زيت الجاز، الخشب، الغاز، الفحم، روث البقر)، وماذا يستخدمون للإضاءة؟ وهل هذا باهظ الثمن للأسر الفقيرة؟ وهل يستطيع سكان المنازل غلي مائهم بسهولة؟ وهل يستطيعون طهي طعامهم كما ينبغي؟

إن هذه الأسئلة السابقة جميعها تؤثر في الصحة وفي المرض، ولما كنت متخصصاً بطب العائلة، فإنك ستضطر إلى أن تجعل الناس يدركون هذه المشاكل

كجزء من تثقيفهم لتحسين الصحة.

رسم خريطة لمنطقتك:

إذا لم تكن هناك خريطة لمنطقتك ولقريرتك، فاطلب من بعض الأشخاص (المدرسة ومدرس الجغرافية على سبيل المثال) أن يساعدوك في رسم خريطة. واطلب منهم أن يوضحوا الأنتهار والمنتزهات والمدارس والمعابد والطرق والأماكن الهامة الأخرى وفي حالة المجتمع الصغير، ربما توضح الخريطة جميع المساكن في المنطقة. انقل الخريطة إلى الأطباء الآخرين أو المسؤولين المعنيين في المنطقة وضعها حيث يستطيع الناس رؤيتها.

وكلما حصلت على معلومات جديدة ثبتها على الخريطة. فعلى سبيل المثال وضع الآبار أو المنازل التي ليست في حالة جيدة. وداوم على تحديث الخريطة فإنها ستساعدك في توضيح بعض المشاكل الصحية في المجتمع وبيان مقدار تحسن صحة المجتمع من عام إلى عام. وسوف تساعدك هذه الطريقة في تسجيل المعلومات المفيدة، وفي إعداد التقرير عن هذه المعلومات.

مساعدة مجتمعك على اتخاذ إجراء:

* يجب أن تحصل على تأييد لجنة القرية والجماعات الأخرى.

إن الأطباء أو المسؤولين المعنيين في المنطقة، وكذلك الناس لا يفكرون في المشاكل الصحية منفصلة عن المشاكل الأخرى. إنهم يفكرون في المرض والطعام والماء والكهرباء والإسكان والتنمية الاقتصادية وغيرها معاً. وينبغي لك أن تهتم بالصالح العام للناس وليس بمرضهم فقط. ومهمتك أن تساعدك في إدراك أنه يجب عليهم اتخاذ إجراءات معينة بأنفسهم للمحافظة على صحتهم.

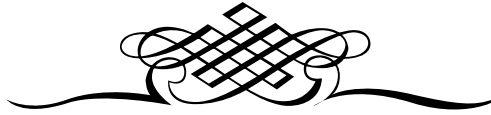
* قم بالتحري عن أهم مشاكل الناس في المنطقة، وعن الموارد في القرية لحل هذه المشاكل. وقم بالتحري عن العمل الممكن بشأن هذه المشاكل، ثم انظر ما تستطيع عمله للمساعدة.

* تعاون وتبادل الآراء مع المجتمع فيما يجب عمله بما يتعلق بالقرية، فقد تستدعي الحاجة مثلاً لتنظيف القرية، وهنا تكون مهمتك دراسة ما يلي ومناقشته:

* كيف تكُون فرق النظافة، وما يجب أن تكون عليه واجباتها وسبل استخدامها. أين يكون البدء ومتى. ومواعيد تقديم التقارير عن التقدم الذي يحرز.

* وقد توجد، في مناسبة أخرى، أو قد تنشأ مشكلة صغيرة متعلقة بصغار الأطفال وتركهم بمفردهم في الشارع. وهنا يمكن التعاون مع اللجان المحلية للمساعدة في إنشاء ملعب أو مركز للرعاية النهارية للأطفال. ويمكنك المساعدة في ذلك بمناقشة الاقتراح الأفضل من هذين الاقتراحين وطريقة تنفيذه مع المجموعة النسائية أو مجموعة الشباب.

وعادة ما يمكن عمل أشياء كثيرة لحل المشاكل، ولكن سوف يكون عليك المساعدة في الوصول إلى قرار بشأن أفضل الاقتراحات المختلفة للبدء به. وتذكر أن هذا الاقتراح يجب أن يكون هو ما يريده معظم الناس، وما هم على استعداد لمساندته.



الفصل الثالث والعشرون

المنزل الصحي في القرية

بعد أن يدرس طبيب العائلة هذا الفصل سيصبح قادراً على ما يلي:

- 1 - تقديم المشورة بشأن المكان الذي يختار لموقع المنزل القروي.
- 2 - تقديم المشورة بشأن مساحة المنزل وتنسيقه وتهويته.
- 3 - تبصير الناس بما يلزم لكي يوفر المنزل الحماية الضرورية.
- 4 - تبصير الناس بالطرق التي تتبع لجعل الأرضيات والجدران مأمونة.
- 5 - تبصيرهم بضرورة تنظيفه وصيانتته وتحذيرهم من فرط الزحام.
- 6 - إعطاء المشورة للناس فيما يتعلق بالسبل التي يحسنون بها منازلهم لينعموا ببيئة أصح وصحة أفضل.

المقدمة:

إن المنزل هو مركز الحياة العائلية. وأنواع المنازل التي يعيش فيها الناس تؤثر في صحتهم، فالمنازل الجيدة تصون الصحة أما المنازل الرديئة فقد تضرر بالصحة. يجب أن تعلم جميع الناس ولا سيما النساء كيف يؤثر السكن في الصحة.

الإسكان:

ثمة خمس نقاط هامة للحكم على درجة ملاءمة المنزل هي:

- 1 - موقع المنزل.
- 2 - مساحة الفضاء والتنسيق والتهوية.
- 3 - الوقاية من المطر والرياح والحرارة والبرودة والحشرات والحيوانات.

- 4 - المواد المستخدمة في إنشاء المنزل.
5 - كيف يصون الناس منازلهم ويستخدمونها.

المنزل الصحي:

ليس ضرورياً أن يكون المنزل الصحي كبيراً ومصنوعاً من مواد حديثة. فالنازل التقليدية كثيراً ما تكون أفضل من المنازل الحديثة في ملاءمتها لاحتياجات الناس وأنشطتهم وللمناخ المحلي. وفي كثير من الأحيان يمكن جعل المنازل التقليدية أسلم صحياً إذا روعيت النظافة وبعض التحسينات التي لا تكلف كثيراً.

ويجب أن نتحدث مع السكان والمعنيين في منطقتك في شأن أحسن الطرق التي يمكن بها تحسين الإسكان في منطقتك، وما يجب أن تبحث عنه لكي ترى ما إذا كان منزل من المنازل صحياً، وعلى الطريقة التي يمكن أن يتحسن المنزل بها بأسهل السبل وأرخصها.

موقع المنزل:

إن موقع المنزل مهم للصحة، فعلى سبيل المثال يجب ألا يختار موقع المنزل قريباً من مكان يتخلص فيه الناس من النفايات. ويرجع السبب في ذلك إلى أن الذباب والحشرات الأخرى والجرذان تكثر بالقرب من مقلب النفايات. وهذه الحيوانات تنشر المرض. وإذا غمر ماء المطر الموقع أو تسربت المياه الجوفية في الجدران، فإن المنزل يكون رطباً وغير صحي.

ويجب مراعاة تعرض الموقع للشمس:

ففي المناخ اللطيف أو البارد يمكن للشمس أن تدفئ الجدران، أما في المناخ الحار، فيجب أن يحجب الموقع عن الشمس قدر الإمكان باختبار موقع تحيط به الأشجار على سبيل المثال.

وعموماً، فإن موقع المنزل الصحي هو ما تتوفر فيه الشروط التالية:

- 1 - القرب من مورد للماء المأمون يعول عليه.

- 2 - البعد بما يزيد على 100 متر من المكان الذي يتخلص الناس فيه من النفايات.
- 3 - القرب من وسيلة صحية للتخلص من المفرغات.
- 4 - أن ينصرف منه ماء المطر والماء القذر، ولا تتكون فيه برك صغيرة.

مساحة المنزل وتصميمه وتهويته:

المساحة:

عندما يكون المنزل مزدحماً جداً، يسهل انتشار الأمراض من شخص لآخر، فكلما زادت المساحة كان ذلك أفضل للصحة.

التنسيق:

إن الماء القذر والنفايات مملوءة بالجراثيم التي قد تسبب المرض.

فيجب أن توجد وسيلة لصرف المياه القذرة (مياه البالوعات) أو لاستخدامها في ري الحديقة. ويجب التخلص من النفايات الصلبة بأسلوب مأمون، لأن النفايات تجذب الذباب وغيره من الحشرات الأخرى والحيوانات التي قد تنشر المرض. ويجب إيواء الحيوانات المنزلية في مكان مستقل لتجنب الإتيان بالقذارة إلى داخل المنزل الذي يعيش فيه الناس. ويجب أن يوجد سور لمنع الدجاج والماعز والحيوانات الأخرى من دخول المنزل.

ويجب أن يكون لكل منزل المراض الخاص به. ويجب أن يكون المنزل مأموناً لصغار الأطفال. فلا يكون في مقدورهم الوصول إلى أي شيء قد يصيبهم بضرر، مثل النار والسكاكين والأدوية والمواد الكيميائية المستخدمة في الحديقة. ويجب ألا يسمح لصغار الأطفال بالبقاء في مكان الطهي أو المطبخ.

التهوية:

ينبغي أن ينساب الهواء النقي انسياباً طلقاً خلال المنزل حتى يزول الدخان والهواء الفاسد سريعاً. وربما يجري ذلك بوضع الأبواب والنوافذ بأسلوب يمكن الهواء من المرور حراً خلال حجرات المنزل. وإذا كان لا بد من غلق النوافذ في الفصل البارد من السنة، فيجب أن يكون للمنزل مدخنة أو ثقب في السقف لخروج الدخان المتصاعد من النار.

وعموماً يتميز المنزل الصحي بما يلي:

- 1 - مساحة كافية حتى لا يتكدس الناس، ولا سيّما أثناء النوم.
- 2 - حواجز لمنع دخول الحيوانات، ومنطقة محاطة بسور على بعد 10 أمتار على أقل تقدير من المنزل أو أماكن المعيشة المكشوفة، تخصص للماعز أو الغنم أو الدجاج أو البقر أو الحيوانات المنزلية الأخرى.
- 3 - أماكن مستقلة للاستحمام وغسل الأدوات المنزلية والملابس، تحتوي بالوعات لسرف الماء المستعمل لري النباتات في الحديقة في بعض الأماكن الريفية.
- 4 - مكان لحفظ الطعام والماء، يمكن الوصول إليه بسهولة، ويمكن في الوقت نفسه المحافظة على بقائه نظيفاً جداً وفي مأمن من الجرذان والفئران والحيوانات والحشرات الأخرى.
- 5 - مكان للنار أو موقد الطهي (تحت مدخنة أو ثقب في السقف لخروج الدخان) تراعى وقايته لتقليل خطر الحرق بالنار أو بالسوائل الساخنة إلى الحد الأدنى، ولا سيّما لصغار الأطفال.
- 6 - نوافذ تسمح بتيارات الهواء المتصالبة، بحيث ربما يدخل الهواء النقي، ويسحب أو يطرد الهواء الفاسد أو المحمل بالدخان.
- 7 - أماكن محمية لحفظ المواد والأشياء الخطرة بعيداً عن متناول الأطفال.

يجب أن يهيئ المنزل الحماية اللازمة:

المنزل الصحي ليس مفرط الدفء، ولا مفرط البرودة، فيجب أن يشعر الناس بالراحة فيه. ويجب أن يكون له باب لمنع الحيوانات من الدخول. ويجب أن يحفظ الطعام الموجود في المنزل بحيث لا تستطيع الجرذان ولا الفئران الوصول إليه. ويجب أن تكون الأبواب والنوافذ شبكية، إن أمكن، لمنع الذباب والبعوض من الدخول. ويمكن أيضاً استخدام الناموسيات فوق الأسرة أثناء النوم. وفي المناخ الدافئ تجب وقاية الجدران من الشمس، بالمظلات الشمسية، على سبيل المثال أو بشرفة بسيطة تحيط بالمنزل. ويجب أن ينساب ماء المطر من سطح المنزل من ميزاب

أي مزارب يؤدي إلى بالوعة أو وعاء، فهذا يحفظ الجدران المحيطة بالمنزل جافة.

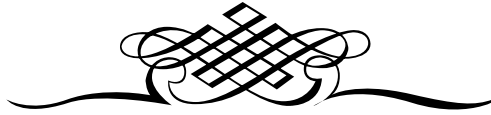
وعموماً يتميز المنزل الصحي في القرية بما يلي:

- 1 - أسقف ملائم للوقاية من المطر.
- 2 - جدران وأبواب ملائمة للوقاية من الطقس الرديء ولنع الحيوانات من الدخول.
- 3 - ستائر أو شبك من السلك على النوافذ والأبواب لمنع دخول الحشرات، ولاسيماً البعوض.
- 4 - مظلات شمسية حول المنزل لوقاية الجدران من ضوء الشمس المباشر في الطقس الحار.
- 5 - يجب أن تكون الأرضيات والجدران مأمونة.

وعموماً فإن المنزل الصحي يجب أن يتضمن ما يلي:

- 1 - أرضية من الخشب أو البلاط أو الإسمنت بحيث لا يضطر الناس إلى السير على الأرض الترابية، وبحيث يمكن تنظيف الأرضية.
- 2 - جدران ذات سطح أملس صلد، بحيث يمكن تنظيفها بسهولة، على أن تكون خالية من الثقوب أو الشقوق التي ربما تعيش فيها الحشرات أو حاملات المرض الأخرى.
- 3 - يجب أن يكون المنزل نظيفاً، جيد الصيانة وغير مفرط الازدحام:
- 4 - يمكن للأسلوب الذي يستخدم به الناس منزلهم أن يؤثر في صحتهم. وإن جميع المنازل، مهما صغر الواحد منها أو مهما كانت المواد المصنوعة منها، يمكن جعلها أسلم صحياً بالتنظيف المنتظم وإزالة النفايات، وإجراء الإصلاحات في وقتها، واستخدام المراحيض وفقاً لما تمليه القواعد الصحية. وعندما يعيش عدد كبير من الأشخاص في منزل واحد، يصعب تنظيفه وصيانته. وكذلك يسبب التوتر بين السكان وقد يؤدي إلى أمراض تنفسية ومعدية.

إن المواد المحلية والمنشآت المحلية ربما تكون ملائمة وصحية جداً في كثير من الأحيان. فليس ضرورياً أن تكون قوالب الطوب والإسمنت والصفائح الحديدية المتموجة أفضل من المواد التقليدية التي تؤدي الغرض منها على الوجه الأكمل دائماً. وليس ما يعرف بالأساليب (الحديثة) لبناء المنازل أفضل دائماً من الأساليب القديمة. ويجب أن تختار مواد البناء التي لا تحترق بسهولة بدلاً من المواد التي يسهل اشتعالها، كلما أمكن ذلك.



الفصل الرابع والعشرون

سلامة الماء والغذاء في القرى

سلامة الماء:

بعد أن يدرس طبيب العائلة هذا الجزء من هذا الفصل سيصبح قادراً على ما يلي:

- 1 - اكتشاف ما إذا كان الماء المستمد من مصدر الماء في القرية مأموناً للشرب والطهي أو للاستحمام والاستخدامات الأخرى.
- 2 - مناقشة الناس في الخطر الناجم عن شرب الماء الملوث.
- 3 - مناقشة الناس في السبل التي يستطيعون بها وقاية مصادر مياههم.
- 4 - تعليم الناس كيف ينظفون الماء بالترشيح أو الغلي أو التطهير أو التعريض لأشعة الشمس.
- 5 - مناقشة الناس في الأسباب التي تدعو إلى وجوب محافظتهم على نظافة الماء ومراعاة العناية في تغطية الأوعية والمستودعات التي يخزنون فيها الماء.

المُقدِّمة:

إن موارد الماء النظيف أساسية لصحة القرية. والماء النظيف يأتي من صنوبر مصان أو من بئر أو ينبوع أو مضخة تسحب المياه الجوفية. والماء المستمد من أي مصدر آخر للشرب، تجب معالجته أولاً بجعله مأموناً. وإذا لم يمكن غليه فيجب تنظيفه بالترشيح، ويجب المحافظة على نظافة الأواني والأوعية الأخرى المستخدمة لخن الماء ونقله.

ويجب أن يداوم المجتمع بأكمله على الاهتمام بتحسين نوعية مورد الماء وصيانتته.

يتسبب الماء الملوث أو غير المأمون في حدوث أمراض كثيرة.

ولكي يكون الناس أصحاء، فإنهم يحتاجون إلى الماء النظيف في الأغراض

التالية:

* الشرب.

* إعداد الطعام وطهيه.

* الاغتسال.

* غسل الملابس.

الماء الملوّث يسبب الإسهال:

إذا كثرت إصابة الناس بالإسهال في القرية، فينبغي لك أن تتحقق من المكان الذي يحصل منه الناس على مائهم ومن الطريقة التي يستخدمون بها الماء. فاستخدام الماء غير النظيف كثيراً ما يكون سبباً رئيسياً للإصابة بالإسهال.

يحصل الناس على الماء من المصادر التالية «في حال عدم وجود شبكة مياه

عامة»:

1 - بركة.

2 - نهر.

3 - ينبوع.

4 - بئر أو مضخة تسحب المياه الجوفية.

5 - مستودع (ماء المطر).

وقد يكون الأسلوب الذي يتبعه الناس للحصول على الماء هو رفعه من المصدر مباشرة، أو قد يأتي خلال مواسير إلى صنوبر عام أو ماسورة عامة قائمة في القرية أو إلى توصيلات منزلية مستقلة. ويجب أن تراقب كيف يرفعون ماء الشرب من المصدر وكيف ينقلونه ويحفظونه. وقم بزيارة المنازل لتتحرى عن ما يفعلونه للمحافظة على نظافة ماء الشرب.

الماء المستمد من بركة:

إذا لم يوجد مكان آخر للحصول على الماء منه:

وجّه الناس إلى تسخين الماء حتى الغليان أو ترشيحه أو تعريضه لأشعة

الشمس لمدة 24 ساعة في وعاء شفاف أو تطهيره بالمواد الكيميائية قبل شربه، وحفظه في وعاء نظيف. ويجب عليهم أن يتجنبوا الاستحمام في البركة «أو التربة». وناقش مع رئيس القرية أسلوب إيجاد وسيلة أخرى للحصول على ماء نظيف كماء النهر أو الينبوع. وإذا وجد مكان آخر (نهر أو ينبوع أو بئر) للحصول على الماء:

تأكد أولاً من أن هذه المصادر الأخرى نظيفة، وليست بعيدة أكثر مما ينبغي، ثم انصح الناس بتجنب استخدام ماء البركة للشرب. وحينئذ ربما تستخدم البركة في الأغراض الأخرى مثل سقي الماشية أو ري الحدائق، ولكنها لا تستخدم في الشرب أو الطهي.

الماء المستمد من النهر:

إذا لم يوجد مكان آخر للحصول على الماء:

يجب أن يرفع الناس الماء من النهر قبل وصوله إلى القرية ويغسلونه أو يرشونه أو يطهرونه قبل شربه. ويجب ألا يستحموا في النهر أو يغسلوا ملابسهم فيه إلا بعد أن يغادر القرية، وألا يدعوا الحيوانات تشرب الماء إلا من مكان أبعد في مجرى النهر.

إذا وجد بئر أو ينبوع:

إنصح الناس بأن الأسلم أن يحصلوا على ماء الشرب من البئر أو الينبوع إذا علم بأن الماء نظيف في هذين المصدرين.

الماء المستمد من ينبوع:

إن ماء الينابيع نظيف عادة، ولكن هذا ليس صحيحاً إلا إذا توفرت للينبوع الحماية الملائمة.

وتجري الحماية الملائمة للينبوع عندما يوجد ما يلي:

* سور يحيط بالينبوع من جميع الجهات وبوابة مغلقة دائماً ولا تفتح إلا عندما يريد شخص الحصول على الماء.

* مصرف يحيط بالينبوع لتصريف الماء.

- * جدار من الحجر المثبت بالإسمنت بارتفاع نصف المتر حول ينبوع.
- * ماسورة نافذة من الجدار. ويؤخذ الماء من هذه الماسورة.
- * غطاء فوق الينبوع لمنع الحيوانات والطيور والحشرات والأقذار.

إذا لم تكن للينبوع حماية ملائمة أو إذا لم يكن مستخدماً:

قابل رئيس القرية، وساعد القرية في تهيئة الحماية الملائمة للينبوع. وإذا لم تستطع عمل الترتيبات اللازمة للحصول على الماء من الينبوع أو حمايته كما ينبغي فيجب اللجوء إلى المسؤولين عن موضوع المياه.

إذا أراد الناس توصيل الماء من ينبوع إلى القرية خلال مواسير:

إنها فكرة صائبة عادة. فتشاور مع الجهة المشرفة على عملك في أمر أي مساعدة أو مشورة قد تكون لازمة.

الماء المستمد من بئر:

إن ماء البئر نظيف عادة، ولكن هذا لا يكون صواباً إلا إذا توفرت الحماية الملائمة.

تتوفر للبئر الحماية الملائمة إذا تحقق ما يلي:

- 1 - أن تكون البئر على بعد 20 متراً على أقل تقدير عن أي مرحاض أو أكوام النفايات، وفي مكان مرتفع عنهما.
- 2 - أن يكون عمقها 3 أمتار على أقل تقدير.
- 3 - أن تكون مبطنّة من الداخل بالأحجار المثبتة بالملاط.
- 4 - أن يوجد جدار حجري حول البئر بارتفاع لا يقل عن نصف المتر.
- 5 - أن يكون للبئر غطاء متحرك ومضخة يدوية، إن أمكن، أو وسيلة بسيطة أخرى لرفع الماء.
- 6 - أن يوجد مصرف لتصريف ماء المطر.
- 7 - ألا يدع الناس الأقذار تسقط في البئر وألا يغتسلوا فيها.
- 8 - أن يمكن لأي ماء ينسكب أن يصرف بعيداً عن البئر.

إذا لم تكن للبئر الحماية الملائمة:

تناقش مع المختصين أو المسؤولين المعنيين في المنطقة في الطرق التي يمكن بها حماية البئر تماماً. وتحدث مع الجهة المشرفة على المياه في اختيار مكان ملائم لبئر جديدة، إذا اقتضى الأمر. وإذا أراد الناس تحسين (بتركيب مضخة على سبيل المثال) أو إذا تحدثوا عن الحفر بحثاً عن الماء، فالتمس المشورة من أصحاب الخبرة والعلم في المنطقة.

الماء المستمد من مستودع ماء المطر:

إذا جمع ماء المطر في مستودعات للشرب وللطهي، فاشرح للناس طريقة المحافظة على نظافة ماء المستودع.

يكون الماء الموجود في المستودع نظيفاً إذا تحقق ما يأتي:

- 1 - أن يدخل الماء المستودع خلال حائل أو مرشح لمنع أوراق الشجر والأقذار والحشرات من دخول المستودع.
- 2 - أن يغطي المستودع لتجنب الأقذار والحشرات.
- 3 - أن يفرغ المستودع وينظف عند بدء موسم الأمطار.
- 4 - أن يؤخذ الماء من المستودع إما عن طريق صنوبر (إذا كان المستودع فوق سطح الأرض) وإما بوساطة مضخة يدوية (إذا كان المستودع تحت سطح الأرض).
- 5 - أن ينقل الناس الماء من البئر أو الينبوع في وعاء نظيف ويخزنونه في المنزل.

ويبقى الماء نظيفاً إذا روعي في الوعاء ما يلي:

- 1 - المحافظة على نظافته.
- 2 - تنظيفه وشطفه قبل ملئه.
- 3 - تطهيره بمسحوق إزالة الألوان أو غلي الماء فيه.
- 4 - استخدامه للماء النظيف فقط.
- 5 - بقاؤه مغطى بغطاء أو بقطعة من القماش النظيف.
- 6 - منع وضع الأيدي أو الكؤوس أو المغارف القذرة في الماء. وتستخدم كأس بيد طويلة لأخذ الماء من الوعاء.

ترشيح الماء:

إن ترشيح الماء لا يطهره، كما يفعل الغليان، ولكنه طريقة بسيطة لإزالة بعض الجراثيم المسببة للمرض وبيوض بعض الديدان. فالترشيح يجعل الماء أقل خطراً.

كلورة الماء (Chlorination):

يمكن تنقية الماء وجعله آموناً للشرب بإضافة مطهر، كالكلور إليه. وكلورة الماء إجراء ينفذ على أحسن وجه على صعيد القرية، وإذا لم تتوفر الكلورة فيجب تعريض الماء لأشعة الشمس لمدة 24 ساعة في وعاء زجاجي أو بلاستيكي شفاف عند الضرورة.

الطعام في القرى.. كيف تضمن سلامته؟

بعد أن يدرس طبيب العائلة هذا الجزء من هذا الفصل سيصبح قادراً على ما يلي:

- 1 - التحري عن الأطعمة التي يأكلها الناس في القرية، وكيف يعدون الطعام ويحفظونه.
- 2 - تعليم الناس الطرق التي يجب أن تتبع في ذبح الحيوانات وعرضها للبيع وفقاً للأساليب التي تحفظ الصحة.
- 3 - مناقشة الأطباء والمسؤولين المعنيين والأسر وأولئك الذين يتداولون الطعام أو يبيعونه، في احتمالات التعرض لأخطار صحية من أكل طعام ملوث، وفي طرق حماية الطعام من التلوث.
- 4 - تعليم الناس طرق تخزين الطعام وحمايته من القوارض والحشرات والأقذار.

المقدمة:

إن الطعام ثمين جداً، ويجب على الناس ألا يدعوه يفسد أو تأكله الجرذان والحيوانات الأخرى أو تفسده. وتجب المحافظة على نظافته في جميع المراحل بدءاً

من الإنتاج حتى يؤكل. ويمكن للغذاء غير الطازج أو الملوث أن يتسبب في الإصابة بالإسهال والأمراض الأخرى.

وربما يتلوث الطعام أيضا بالمواد الكيميائية للأسباب التالية:

- 1 - سوء استخدام مبيدات الحشرات المنزلية.
 - 2 - سوء استخدام الفلاح لمبيدات الآفات الزراعية.
 - 3 - معالجة البذور بالمواد الكيميائية.
 - 4 - التلوث العرضي أثناء النقل والتخزين.
- وينبغي لك أن تعرف سبل الوقاية من المرض أو الداء الذي قد يصيب الناس بأكلهم أغذية غير طازجة أو ملوثة.

يمكن للغذاء الملوث أن يسبب الإسهال:

إذا وجد خمسة أشخاص مرضى أو أكثر مصابين بإصابات جديدة بالإسهال في الأسبوع، أو إذا طرح السؤال عما فعلته بشأن حماية أهل القرية، أو إذا لاحظت أن الطعام يخزن من دون عناية، أو اللحوم تعرض للبيع في أكشاك قذرة بالسوق، أو أن البركة التي يأتي منها السمك ملوثة، فماذا تفعل؟

قم بالتحري عما يأتي:

- 1 - ما يأكله الناس.
- 2 - كيف يعد الناس غذاءهم.
- 3 - كيف يخزن الناس غذاءهم.
- 4 - قرر بعد ذلك ما يجب اتخاذه من إجراءات.

ماذا يأكل الناس؟

- الحبوب (القمح أو الأرز أو البرغل أو غيرها).
- تذكر إن المشاكل الرئيسية للحبوب مرتبطة بالتخزين.

تخزين الحبوب:

تتوفر لمخزن الحبوب الحماية الملائمة من الجردان عند مراعاة ما يلي:

- 1 - أن يكون مغلقاً من جميع الجوانب.
- 2 - أن يكون مرتفعاً فوق الأرض بما لا يقل عن 30 سم.
- 3 - ألا توجد حبوب (أو طعام آخر) مبعثرة قريباً منه أو قريباً من المنزل.
- 4 - أن يوجد غطاء لإحكام غلق الوعاء.
- 5 - أن توضع مخاريط معدنية على الأعمدة التي تحمل الوعاء لمنع الجرذان من تسلقها.

وإذا رأيت مخزن الحبوب غير محكم الوقاية من الجرذان، فبين لربة المنزل ما يجب عمله. وإذا ظلت الجرذان موجودة بعد مضي شهر، فتشاور مع الجهة المشرفة على مكافحة القوارض في ذلك.

الخُضَر (Vegetables):

يجب ألا يستخدم البراز في تسميد الخُضَر التي تؤكل نيئة. وإذا كان البراز قد استخدم كسماد، فيجب دائماً غسل الخُضَر جيداً وأن تطهى على الوجه الأكمل قبل أن تؤكل.

اللحم (Meat):

قد يكون أكل اللحم نيئاً أو غير كامل الطهي خطراً جداً. فربما يتسبب أكل اللحم المصاب بالعدوى أو الملوث في حدوث قيء وإسهال وخيمين وفي الإصابة بالديدان وغير ذلك من الأمراض التي تؤدي أحياناً إلى الوفاة. ويجب أن تذبح الحيوانات بأسلوب يحفظ الصحة وبطريقة تقي من المرض. يجب أن تكون الحيوانات المذبوحة سليمة الصحة. ويجب أن تعلق أثناء الذبح، وبعد ذلك يجب أن ينزف دمها تماماً. ويجب أن يحاط المذبح أو مكان الذبح بسور وأن يبقى نظيفاً. ويجب أن تحرق أو تدفن جميع الأجزاء المصابة بالمرض (كالكدب المصاب بالديدان) التي تكتشف أثناء إزالة فضلات الذبيحة ومعاملة جسدها. ولا تعطى هذه الأجزاء للكلاب.

تداول اللحم عند الجزارين:

- 1 - تجب المحافظة على نظافة متاجر بيع اللحوم.

- 2 - يجب أن يباع اللحم مستقلاً عن الأغذية الأخرى في متاجر خاصة مغطاة.
- 3 - يجب أن تبقى القطعة الكبيرة من اللحم معلقة قبل بيعها.
- 4 - تجنب حمايتها من الحشرات والحيوانات.
- 5 - يجب أن يغسل الجزار (بائع اللحم) يديه جيداً قبل أن يبدأ بيع اللحم.
- 6 - يجب أيضاً أن يغسل يديه بالصابون كلما عاد من المراض.
- 7 - يجب أن يستخدم قطعة نظيفة من القماش لتجفيف يديه.
- 8 - يجب أن يتأكد بائع اللحم من أن جميع أدوات القطع والسطوح التي يقطع عليها اللحم نظيفة دائماً.
- 9 - انصح الجزار بشأن الطرق التي يحافظ بها على نظافة الحانوت واللحم. وقم بزيارة الحانوت بين الحين والحين لتتأكد من أنه يعمل بنصيحتك. وإذا تبين لك أنه لا يعمل بالنصيحة فأبلغ المسؤولين المعنيين في المنطقة لاتخاذ الإجراءات الرادعة.

تداول اللحم في المنزل:

- 1 - يجب أن تغسل السطوح التي يقطع عليها اللحم والأدوات المستخدمة في قطع اللحم النيء غسلاً جيداً وتجفف قبل استخدامها.
- 2 - ويجب أيضاً أن تنظف بالمثل الأواني التي يطهى فيها اللحم ويقدم للأكل.
- 3 - ولتجنب فساد اللحم يجب وضعه في البراد ويمكن تجفيفه، أو تملّحه أو طهيه فوراً. فاللحم المجفف أو المملح كما ينبغي يظل بحالة جيدة مدة طويلة. أما اللحم المطهي فيجب أن يؤكل فوراً أو خلال زمن قصير جداً بعد طهيه.

السمك:

إن السمك طعام لذيذ ونافع جداً، ولكنه يفسد سريعاً في المناخ الحار، بل إنه، أحياناً، يفسد خلال بضع ساعات من صيده. ويمكن للسمك والمحار أن ينشر أمراضاً كثيرة تسببها الجراثيم والسموم، ولاسيما إذا صيد من ماء ملوث أو إذا أكل نيئاً أو غير كامل الطهي.

ويجب دائماً إجراء ما يلي في السمك الطازج:

- 1 - إخراج أحشائه بأسرع ما يمكن.
- 2 - حفظه بعيداً عن ضوء الشمس المباشر والرياح الجافة.
- 3 - حفظه بارداً في أقل درجة حرارة ممكنة.
- 4 - طهيته وأكله من دون تأخير.
- 5 - وإذا لم يكن في النية أكل السمك سريعاً فيمكن تملিحه أو تدخينه (معالجته بالتعرض للدخان) أو تجفيفه. أو وضعه في الثلجة.

وإذا كان الماء (بحر أو بحيرة أو نهر أو بركة) الذي يصاد منه السمك أو المحار ملوثاً بمياه البالوعات أو البراز أو النفايات الحيوانية، فيجب ألا يؤكل السمك نيئاً. وإذا كان الماء ملوثاً بالمواد المنصرفة من المصانع أو بالنفط، فإن أكل السمك في هذه الحالة غالباً ما يكون خطراً. وينبغي لك أن تناقش هذه المشكلة مع الأطباء الآخرين أو المسؤولين المعنيين في المنطقة وأن تطلب مساعدة المركز الصحي في معالجتها.

اللبن (أي الحليب):

إن اللبن (أي الحليب) غذاء لذيذ ونافع جداً، ولكنه قد ينقل أمراضاً عديدة من البقرة أو الناقة أو العنزة إلى الشخص الذي شربه. وكذلك يتلوث بالأقدار من الحيوان أو من يدي الشخص الذي يتداول اللبن (أي الحليب) أو من حلق هذا الشخص (عن طريق السعال)، وينتشر المرض بهذه الطريقة. وإذا كانت هناك ضرورة لحفظ اللبن (أي الحليب) لاستخدامه أثناء النهار، وعند انقطاع الكهرباء أو عدم توفر البراد، فإنه يغلى كل 4-5 ساعات، وإذا لزم حفظه طوال الليل فإنه يغلى ويحفظ في مكان لطيف الحرارة بعيداً عن الحشرات والقوارض والقطط، ثم يغلى مرة أخرى قبل استخدامه.

ولتجنب الأمراض التي تنتشر باللبن (أي الحليب) يراعى ما يلي:

- 1 - يؤخذ اللبن (أي الحليب) من الحيوانات التي تبدو سليمة وغير مريضة، وليس من غيرها.
- 2 - يغسل ضرع الحيوان قبل الحلب، ويجب أن يغسل الشخص القائم بالحلب يديه أيضاً.

- 3 - يغلى اللبن (أي الحليب) قبل شربه.
- 4 - يحفظ اللبن في أوعية نظيفة يكون قد غلي فيها ماء أو شطفت بماء ساخن.

البيض:

يمد البيض الجسم بالمكونات الأساسية لبنائه. ولا يؤكل بيض الدجاج نيئاً، ولو كان طازجا وكذلك بيض البط إذ يجب طهيهما جيداً.

الفاكهة:

تحتوي الفاكهة الطازجة الكثير من الفيتامينات والأملاح المعدنية المفيدة جداً للجسم. ويجب أن تؤكل الفاكهة طازجة بعد غسلها أو تقشيرها.

كيف تحمي الطعام من التلوث؟

- 1 - يجب على الأشخاص الذين يتداولون الطعام ويجهزونه ويقدمونه للأكل غسل أيديهم جيداً بالماء النظيف والصابون.
- 2 - ويجب عليهم دائماً تضميد أي جراح في الأصابع بضمادات نظيفة.
- 3 - ويجب المحافظة على نظافة المناضد أو السطوح الأخرى التي يعد عليها الطعام وكذلك الأواني المستخدمة.
- 4 - علم النساء اللاتي يقمن بإعداد الطعام طريقة غسل أيديهن وتجفيفها كما ينبغي. واطلب من الجميع أن يذكروا الناس في القرية، بين الحين والحين، بغسل أيديهم قبل لمس الطعام ولا سيّما بعد عودتهم من المرحاض، أو دخولهم إلى المنزل.

ويجب أيضاً تذكير الناس بانتظام بما يلي:

- 1 - أن يطهوا الطعام لوجبة واحدة فقط في المرة الواحدة، إذا لم تتوفر طريقة لحفظ ما تبقى بارداً.
- 2 - أن يراعوا أكل الطعام حالما يجري طهيهِ، وكذلك يجب تجنب ترك الطعام مدة طويلة في مكان دافئ.

ما الطرق التي يجب أن يتبعها الناس في حفظ غذائهم؟

حفظ الطعام المطبوخ: (عند انقطاع الكهرباء أو عدم وجود البراد أو الثلاجة).

يوضع الطعام في وعاء نظيف بعد غليان الماء فيه مباشرة أو بعد شطفه بماء ساخن. ويغطى الوعاء بقطعة نظيفة من القماش، ويحفظ في مكان لطيف الحرارة محمي من الذباب والحشرات الأخرى والفئران والجرذان وغيرها من الحيوانات.

إن الناس، في البلاد الحارة، كثيرا ما يحفظون ماء الشرب في ركن ظليل من المنزل معرض لهبوب النسيم. فهذا يعمل على بقاء الماء معتدل البرودة. وإنها لفكرة صائبة أو يحفظ الطعام المطهو قريبا من وعاء ماء الشرب، فبذلك يظل الطعام معتدل البرودة دون أن يفسد لبضع ساعات. وإذا استخدمت قدر فخارية لحفظ الماء، فإن المكان المحيط بالوعاء يزداد لطفا.

وللمحافظة على نظافة الطعام وسلامته يراعى ما يلي:

- 1 - غسل اليدين قبل لمس الطعام أو إعداده.
- 2 - منع غبار المنزل أو الطريق، وكذلك الذباب والملابس والفئران والجرذان والحيوانات وأيدي الكبار والأطفال من لمس ما هو مهيا للأكل.
- 3 - طهي الطعام الكافي لوجبة واحدة فقط، وعدم حفظ بقايا الطعام إطلاقا ما لم يمكن تبريدها.
- 4 - المحافظة على نظافة المطبخ والأواني.
- 5 - تجنب ترك الأواني النظيفة ملقاة على الأرض.

ذكر الجميع دائما: إن الطعام الملوث يجلب الأمراض (ولا سيما الإسهال) للأسرة بأكملها ولتجنب تبديد الطعام يراعى منع الذباب والديدان والجرذان والحيوانات الأخرى من الوصول إلى الطعام وأكله أو تلوئته. وأكل الطعام فورا بعد طهيهِ.

الفصل الخامس والعشرون

النفايات الصلبة والسائلة في القرى

النفايات الصلبة (Solid waste):

بعد أن يدرس طبيب العائلة هذا الجزء من هذا الفصل سيصبح قادراً على ما يلي:

- 1 - إخبار الناس بالمشاكل الصحية الرئيسية التي تنجم عن الأساليب غير المأمونة للتخلص من النفايات.
- 2 - التحري عن الأساليب التي تتخلص بها الأسر من نفاياتها المنزلية.
- 3 - مناقشتهم فيما إذا كان ما يفعلونه مأموناً، وكيف يجعلونه أكثر أماناً.
- 4 - عرض الاقتراحات على رئيس القرية أو اللجنة القروية بشأن ما يمكن أن يفعله القرية بأكملها أو الأسر فرادى للتخلص من النفايات المنزلية بالأسلوب الملائم.

المقدمة:

إن كل منزل من المنازل ينتج نفايات (أو قمامة) من الطهي والأكل والكنس والتنظيف وغير ذلك من الأعمال الأخرى. وإذا تركت هذه القمامة ملقاة حول المنزل فإنها تصير خطرة. وفي المناخ الحار يجب أن تزال القمامة يومياً. ولكي يظل أهل المنزل أصحاء يجب عليهم التخلص من قمامتهم بأسلوب مأمون.

المشاكل الصحية الرئيسية الناجمة عن النفايات:

عندما تترك النفايات مبعثرة على الأرض فإنها تجعل المنطقة تبدو قذرة وتفوح منها رائحة كريهة. وكذلك تجتذب الذباب والجرذان والحيوانات التي يمكنها نقل جراثيم الأمراض للناس. فعلى سبيل المثال، إن الذباب، الذي يكون قد سبق له

أن حط على نفاية قذرة، يحط على الطعام، وقد يصاب الأشخاص الذين يأكلون هذا الطعام بالمرض. وإذا ما تركت النفايات لتتعفن بالقرب من نهر أو بركة أو بئر أو ينبوع نشأ خطر تلامسها بماء الشرب وتلويثه. وعندما يشرب الناس هذا الماء الملوث فربما يصابوا بالإسهال وغيره من الأمراض الأخرى. وإذا جرح الأطفال أثناء لعبهم بالنفايات أو قريباً منها، فربما تلوث جراحهم وتنتقل عدوى الأمراض بصورة خطيرة إليهم.

ولذا، يجب ألا تترك القمامة ملقاة على الأرض أبداً. ويجب التخلص منها بأسلوب مأمون. فقم بالتحري عن الأماكن التي يلقي فيها الناس نفاياتهم وتناقش معهم فيما يفعلونه، واقترح الإجراء الذي يلزم اتخاذه.

التخلص من النفايات في حفرة عامة:

توجد في معظم القرى حفرة عامة يلقي فيها الناس نفاياتهم. ويجب أن تهيأ لهذه الحفرة الحماية الملائمة من الحيوانات والذباب للوقاية من المرض في القرية. هذا، ويكون موقع الحفرة وحمايتها ملائمين عند مراعاة ما يلي:

- 1 - أن تكون خارج القرية وعلى بعد 20 متراً على أقل تقدير من أقرب منزل لها.
- 2 - أن تكون في وهدة (حفرة) وليست على تل.
- 3 - أن تبعد 100 متر على أقل تقدير من أي نهر أو بئر أو ينبوع.
- 4 - أن تكون محاطة بسور.
- 5 - أن تكوم النفايات في حفرة ولا تبعثر.
- 6 - أن تغطي النفايات دائماً بالتراب بسمك قدره سنتيمتران أو ثلاثة سنتيمترات على أقل تقدير.
- 7 - ألا يمكن للمياه السطحية أن تجري فيها.

وإذا لم تكن الحفرة مستخدمة كما ينبغي، فتناقش مع رئيس القرية في أمر أن يكون للقرية حفرة عامة ملائمة. وحالما تنتهي الترتيبات الملائمة تحقق من أنها تستخدم الاستخدام السليم بزيارتها بانتظام.

عندما لا توجد حفرة عامة:

1 - إذا ألقى الناس النفايات حول منازلهم، فربما يكون ذلك خطراً. فقد يصاب الناس بالإسهال وبأمراض أخرى إذا تركت النفايات لتتعفن حول المنزل. ويجب عليك مناقشة هذا الأمر مع الناس ومع رئيس القرية، وأن تحاول تهيئة حفرة عامة بأسرع ما يمكن. وتأكد من أن الحفرة العامة مأمونة ومحمية جيداً. ومن المفيد أن تطلب المشورة من الخبراء أو المسؤولين المعنيين في منطقتك بشأن الطريقة التي تتبع في حفر الحفرة أو بشأن السبل الأخرى للتخلص من النفايات وحرقتها.

2 - وإذا ألقى الناس النفايات بالقرب من مصرف يصب في النهر نشأ خطر تلوث الماء. فإذا شرب الناس من هذا الماء الملوث، فإنهم قد يصابون بالمرض. ناقش هذه المشكلة مع رئيس القرية ومع الجهة المشرفة على عملك، وحاول أن تعمل على حفر حفرة. وتأكد من أنها تستخدم كما ينبغي.

اقتراحات أخرى يمكنك التقدم بها للتخلص من النفايات:

1 - دفن النفايات في حفرة على مسافة مأمونة من المنازل ومن مصادر مياه الشرب.

2 - جمع النفايات في وعاء أو تكويمها في كومة منسقة ثم حرقها مرة كل أسبوع بعيداً عن القرية لتجنب مشاكل الدخان والرائحة.

3 - إذا وضعت النفايات الناتجة من النباتات (الأوراق والخُصَر والفاكهة والجذور) في حفرة مستقلة أو على شكل كومة (وتخلط بالتربة إن أمكن)، فسرعان ما تصير سماداً خليطاً يمكن استخدامه في زراعة الخُصَر والنباتات الأخرى. وإذا وجد اختصاصي للإرشاد الزراعي في القرية، فتناقش معه في طريقة صنع السماد الخليط، وفيما يمكنه تقديمه من مساعدة لك في إقناع أهالي المنازل بصنعه.

النفائيات السائلة في المنزل القروي:

بعد أن يدرس طبيب العائلة هذا الجزء من هذا الفصل سيصبح قادراً على ما يلي:

- 1 - التحري عن الأماكن التي يذهب إليها أهل القرية للتبرز.
- 2 - المناقشة مع الناس في أسباب خطر التبرز العشوائي، وفي الأسباب التي توجب على أهل المسكن بناء مرحاض وكيف يفعلون ذلك.
- 3 - مساعدة أهالي المنازل في بناء المراحيض الخاصة بهم والتأكد من أنهم يستخدمونها ويصونونها كما ينبغي.
- 4 - تعليم الناس الطريقة التي يجب أن تتبع في استخدام المراض وصيانتها كما ينبغي.

المقدمة:

إن الأشخاص المصابين بالإسهال أو الكوليرا أو الديدان ينقلون هذه الأمراض وينشرونها عن طريق برازهم. والبراز، كالنفائيات، يجذب الذباب والحيوانات. والذباب الذي يحط على براز يحتوي الجراثيم يمكنه نقل هذه الجراثيم إلى الطعام، وقد يصاب الأشخاص الذين يأكلون هذا الطعام بالمرض. ولذا يجب أن يكف الناس عن إهمال المكان الذي يتبرزون فيه. وإذا تبرز الناس بالقرب من نهر أو ينبوع نشأ خطر إكمان تلوث الماء، وإصابة الأشخاص الذين يشربون هذا الماء بالمرض. وللوقاية من الأمراض التي تنتشر عن طريق البراز، يجب ألا يتبرز الناس في مكان قريب حيث يمكن أن يتعرض غيرهم من الناس للتلوث به، أو حيث يحط عليه الذباب والطيور، أو حيث يمكن أن يتلوث الماء بهذا البراز. ويجب أن يكون لكل مسكن مرحاض خاص به.

إن مفرغات الإنسان إذا تركت لمدة شهرين أو ثلاثة أشهر في حفرة تحولت إلى سماد. وربما يستخدم هذا السماد في زراعة النباتات.

المشكلة:

إن بعض الناس في القرية يتبرزون في الخلاء أو البساتين بلا مبالاة. ولا

يحافظ أناس آخرون على نظافة مراحيضهم. وإن أطفالاً كثيرين وأناساً آخرين يعانون من الأمراض التي ينقلها البراز. والناس لا يعلمون أن الأسلوب الذي يتبعونه في التبرز يتسبب في انتشار الأمراض، فماذا تفعل؟

أولاً ينبغي لك أن تتحرّى عن الأماكن التي يذهب إليها أهل القرية للتبرز، ثم تناقش أسباب الخطر الناجم عن التبرز في أي مكان حيثما اتفق. ويمكن اتخاذ الإجراءات التالية تبعاً للوضع في القرية.

عندما لا توجد مراحيض لدى الناس:

إذا كان الناس يتبرزون حول منازلهم:

ثمة خطر الإصابة بالمرض من البراز، ولا سيّماً عندما يتبرز الناس على بعد يقل عن 20 متراً من المنزل أو في الممرات المؤدية له.

إنصح ربة المنزل بأن تأمر العائلة بالتبرز في مرحاض، أو إذا لم يكن لديهم مرحاض فليتبرزوا في مكان خاص بعيداً عن المنازل ريثما يجري بناء المرحاض.

اطلب مساعدة رئيس القرية، فقد يتحدث مع الناس بشأن المشكلة. وإذا أراد أن يبني الناس مراحيض فاطلب المساعدة من المسؤولين المعنيين في منطقتك. وتأكد، بعد ذلك، من أن المراحيض تستخدم كما ينبغي.

إذا كان الناس يتبرزون في النهر:

عندما يتبرز الناس في النهر فإن ماءه يصبح ملوثاً. علم الناس ألا يتبرزوا في الأماكن التالية:

- 1 - النهر.
- 2 - داخل حدود 20 متراً من النهر.
- 3 - في الممر المؤدي إلى النهر.

وإذا استمر الناس يفعلون ذلك على الرغم من أنك نهيتهم عنه فاطلب من رئيس القرية أن يساعدك في إقناعهم ببناء مراحيض وتجنّب التبرز في النهر أو حوله.

إذا كان الناس يتبرزون في الحقول أو في الغابة:

لا يوجد خطر كبير من المرض إذا تبرز الناس في الحقول أو الغابة بالشرطين التاليين:

- 1 - أن يتبرزوا بعيداً عن أي ممر أو طريق.
- 2 - أن يتبرزوا على بعد لا يقل عن 20 متراً من أي منزل أو ينبوع أو نهر.
- 3 - وفي حالة التبرز في الخلاء، فإن التبرز في الأماكن المشمسة أفضل منه في الظل. فيمكن للشمس أن تقتل الجراثيم الموجودة في البراز. ويجب ألا يتبرز الناس في الحقول الزراعية. ذكّر الجميع، أن الأفضل دائماً هو استخدام المراض إن أمكن.

إذا كان لدى الناس مراحيض ولكنهم لا يستخدمونها كما ينبغي:

إنصح ربة المنزل بما يلي:

- 1 - التأكد من عدم ترك البراز على بلاطة (غطاء) المراض.
- 2 - العمل على حك المراض وتنظيفه بالماء بانتظام.
- 3 - تابع التحقق بين أن وآخر من أن الناس يحافظون على نظافة المراحيض.

عندما يستخدم الناس مراحيضهم كما ينبغي:

قد يعاني الأطفال من المرض الذي ينتشر بالبراز حتى لو كان أهلهم شديدي الحرص ويستخدمون المراحيض حسب الأصول الصحية، وذلك لأن أناساً آخرين ليسوا كذلك. وربما يساعدك الأشخاص الذين يستخدمون مراحيضهم حسب الأصول الصحية في أن يبينوا للناس كيف يبنون المراحيض ويستخدمونها حسب الأصول الصحية.

متى يكون بناء المراحيض حسب الأصول الصحية؟

يتميز المراض الملائم بالملامح التالية:

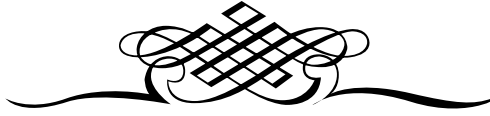
- 1 - يقع في مستوى منخفض بعيداً عن مصدر الماء (بئر - نهر - مضخة لمياه الجوفية - ينبوع - بركة) بما يزيد على 20 متراً.

- 2 - يبعد عن المنزل بما لا يقل عن 20 متراً.
- 3 - له حفرة لا يقل عمقها عن المتر.
- 4 - له بلاطة (غطاء) فوق الحفرة مصنوعة من الخرسانة (وهذا هو الأفضل) أو الخشب. وفي البلاطة فتحة يمكن للبراز والبول أن يسقطا خلالها. ويجب أن تكون الفتحة صغيرة بالقدر الكافي لأن يستطيع الأطفال أيضاً استخدام المراض. ومع هذا، فيجب أن تكون بالاتساع الكافي لأن يسقط خلالها البول والبراز. ويجب أن تكون للفتحة غطاء.
- 5 - له سقف وجدران من مواد يسهل الحصول عليها، وغير مكلفة في الشراء أو الإصلاح.
- 6 - ينظف دائماً. (يجب تخصيص مكنسة وجردل لتنظيف المراض. ويجب أيضاً وضع ماء للغسل أو ورق للنظافة الشخصية دائماً في المراض). ويمكن أيضاً بناء أنواع أخرى من المراحيض تبعاً للظروف المحلية.

متى يكون المراض مستخدماً كما ينبغي؟

- يكون المراض مستخدماً كما ينبغي عندما يراعى ما يلي:
- 1 - أن يستخدمه كل فرد من أهل المنزل.
 - 2 - أن يظل نظيفاً وأن يتكرر غسل الأرضية والبلاطة مراراً.
 - 3 - أن تبقى الحفرة مغطاة عند عدم استخدام المراض.
 - 4 - أن تكون مواد النظافة الشخصية متاحة دائماً (الماء أو الورق).
 - 5 - أن تفرغ الحفرة عندما تمتلئ أو تحفر حفرة جديدة.
- وعندما تحفر حفرة جديدة ينقل المراض إلى الموقع الجديد. وتستخدم الأتربة الناتجة من الحفرة الجديدة في ردم الحفرة القديمة. ولكن تستخدم البلاطة نفسها لتبقى الحفرة الجديدة مغطاة.

ذكَرَ الْجَمِيعَ دَائِماً؛ أَنَّهُ لِكَيْ يَتَجَنَّبَ النَّاسَ الِّأَمْرَاضَ الَّتِي يَنْقُلُهَا
الْبَرَّازَ عَلَيْهِمْ أَنِ يَتَبَرَّزُوا فِي مَرَحِاضٍ. وَعِنْدَمَا لَا تَوْجِدُ مَرَحِيطِصَ،
فِيْمَكُنْ لِلنَّاسِ أَنِ يَتَبَرَّزُوا فِي حَفْرَةٍ بَعِيدَةٍ عَنِ الْمَنْزَلِ وَعَنِ مَصْدَرِ
الْمَاءِ (بئر القريية أو النهر أو الينبوع أو البركة) ثم تردم الحفر
بالتراب بعد التبرز. ويراعى دائماً غسل الأيدي بالماء والصابون
بعد التبرز.



الفصل السادس والعشرون

مكافحة الأوبئة

الأوبئة:

بعد أن يدرس طبيب العائلة هذا الجزء من هذا الفصل سيصبح قادراً تثقيف الناس حول ما يلي:

- 1 - شرح الوباء للناس، وكيف يحدث.
- 2 - وصف الطرق التي بها يمكنه ويمكن للمجتمع منع ظهور الأوبئة.
- 3 - وصف الطرق التي بها يمكنه ويمكن للمجتمع منع الأوبئة من الانتشار.

المقدمة:

عندما يمرض أشخاص عديدون بالداء نفسه وفي الوقت نفسه، فهذا وباء. ويحدث الوباء عندما ينتقل مرض من شخص إلى آخر في مجموعة - كالأطفال في المدرسة أو الناس في مجتمع محلي - أو عندما يأكل أشخاص عديدون الطعام الملوث نفسه.

كيف يحدث الوباء؟

يحدث الوباء عندما يصاب عدد كبير من الأشخاص بمرض ما، كالبرد أو السعال أو الإسهال والقيء في الوقت نفسه. وربما يوجد وباء الحصبة أو السعال الديكي بين أطفال المجتمع عندما لا يجري تمنيع (تلقيح أو تطعيم) الرضع أو صغار الأطفال ضد هذين المرضين. وعندما يصاب عدد قليل من الأطفال فقط بالتدرن أي السل في الوقت نفسه، فهذا وباء صغير. وهذا يعني عادة أن الأطفال التقطوا المرض من شخص واحد أو ربما شربوا لبن أو حليب بقرة مصابة بالسل.

وأحياناً يحدث الوباء فجأة، على سبيل المثال ، عندما تأكل العائلات أو غيرها من المجموعات الأخرى طعاماً فاسداً يحمل الجراثيم، أو عندما يشربون ماء ملوثاً أو شرباً ساماً في حفل زفاف أو بمناسبة أحد الأعياد، ويصابون جميعاً بالمرض في الوقت نفسه.

والداء المسبب للسعال والمصحوب بحمى يبدأ عادة بأشخاص قليلين ثم ينتشر سريعاً من شخص إلى آخر حتى يصاب به أشخاص كثيرون في المجتمع في الوقت نفسه. ويشفى معظم الناس من دون معالجة، ولكن بعض الأطفال الصغار أو كبار السن الضعفاء أو سيئي التغذية قد يقتلهم المرض.

كيف تمنع الأوبئة من أن تبدأ؟

تأكد مما يلي:

- 1 - أن جميع الرضع والأطفال في المجتمع ممنعون (مطعمون أي ملقحون) ضد الأمراض العشرة. فهذا يمنع أوبئة السُّل والخنق (الدفتيريا) والسعال الديكي والكزاز أي التتanos والتهاب سنجابية النخاع (شلل الأطفال) والحصبة والحصبة الألمانية والنكاف والتهاب الكبد الوبائي.
- 2 - أن جميع الرضع يتغذون بالرضاعة من ثدي أمهاتهم، فهذا يقيهم من الإسهال الذي يسببه الماء والطعام الملوثن. وكذلك لبن أي حليب الثدي يقي الأطفال من الأمراض المسببة للسعال.
- 3 - أن الطعام والماء في المجتمع مأمونان، فهذا يمنع أوبئة الإسهال والقيء.
- 4 - أن المراحيض مبنية ومستخدمة بالأساليب السليمة، فهذا يساعد على منع أوبئة الإسهال والديدان المعوية.
- 5 - ويجب أيضاً أن تناقش مع الوالدين والأطفال وجماعات المجتمع السبل التي يمكن بها منع الأوبئة.

كيف يمكنك المساعدة في منع الأوبئة من الانتشار؟

يجب عليك القيام بما يأتي، فور اكتشافك وجود وباء في المجتمع:

- 1 - التأكد من المسؤولين المعنيين بأن وباء قد بدأ بالانتشار.

- 2 - تقديم النصح للأشخاص المصابين بالمرض بالابتعاد عن الأشخاص الآخرين.
- 3 - نصح الأسر بالابتعاد بولدانهم وصغار أطفالهم وكبار السن عن المرضى وعن الأماكن التي يجتمع فيها الناس.
- 4 - ضرورة معالجة المرضى المصابين بالأمراض التالية: ارتفاع الحرارة والسعال والإسهال والديدان المعوية.
- 5 - وعندما تصاب أسر بأكملها بصورة مفاجئة أو مجموعات كاملة بالإسهال والقيء وآلام البطن، فسبب هذا عادة أنهم جميعاً أكلوا الطعام الفاسد نفسه أو شربوا ماء أو شرباً آخر فاسداً من المكان نفسه وفي الوقت نفسه. وينبغي لك أن تبذل المركز الصحي فوراً. وحاول أن تتحرى عن مصدر الطعام أو الشراب الفاسدين، أو ما إذا كان جميع المرضى قد شربوا ماء بئر معينة. وإذا تبين أن طعاماً أو شرباً معينين هما سبب هذا المرض، فيجب عليك وبالتعاون مع المركز الصحي إبلاغ الناس بأنه يجب ألا يتعاطى أي شخص هذا الطعام الفاسد أو الشراب الفاسد مرة أخرى، إلى أن يصرح طبيب العائلة بالأمان.

استفد من الوباء دائماً فيما يلي:

- 1 - مناقشة المشكلة مع الأطباء والمسؤولين المعنيين والعائلات.
- 2 - حثهم على تقرير ما يمكنهم عمله لمنع حدوث الوباء مرة أخرى.
- 3 - تذكير الناس بأن أوبئة كثيرة يمكن منعها بالتمنيع أي التلقيح والمحافظة على نظافة الماء والطعام.
- 4 - مكافحة الحشرات والحيوانات التي تحمل المرض، وتلقيح الأطفال باللقاحات بانتظام.

مكافحة الحشرات والقوارض:

- بعد أن يدرس طبيب العائلة هذا الجزء من هذا الفصل سيصبح قادراً على تعليم الناس ما يلي:
- 1 - شرح أخطار نواقل المرض (Disease vectors) (بعض الحشرات والحيوانات) للناس في المنطقة.
 - 2 - تحديد الأماكن التي تعيش فيها نواقل الأمراض وتكاثر، وشرح طرق

مكافحتها.

3 - المناقشة مع الأسر والجماعات المحلية المختلفة فيما يمكن عمله لتقليل الاختلاط بين الناس وناقل الأمراض.

4 - إخبارهم بما تفعله الخدمات الصحية لمكافحة النواقل المختلفة على صعيد المجتمع.

المقدمة:

إن ناقل المرض حيوان ينقل المرض من حيوان أو شخص إلى حيوان أو شخص آخرين.

وتنتقل أمراض خطيرة كثيرة إلى الإنسان بوساطة نواقل الأمراض كالتالية:

1 - الحشرات (كالبعوض والذباب).

2 - الحيوانات التي تعيش في الماء (كالقواقع).

3 - الحيوانات البرية (كالجرذان والكلاب).

ويجب أن تعرف من الأطباء أو المسؤولين المعنيين في منطقتك نواقل الأمراض الشائعة في منطقتك. وأن تخبرهم بالحالات المرضية الناجمة عنها.

ويجب أن يجري جمع المعلومات عن الأمراض التي تنشرها النواقل وأن تبلغ هذه المعلومات إلى الأطباء والمسؤولين المعنيين للتمكن من تقرير ما ينبغي أن يعمل للوقاية من أكبر عدد ممكن من هذه الأمراض.

إن النواقل تنقل الأمراض المعدية والأمراض في منطقتك:

في كثير من أجزاء العالم، ولا سيّما البلاد الحارة، يمكن لحشرات وحيوانات كثيرة كالبعوض والقواقع والجرذان والكلاب أن تحمل الأمراض التي قد تنقلها إلى الناس.

الحشرات:

يمكن للبعوض حمل الملاريا والليشمانيا «وأمرض أخرى غير موجودة في في الوطن العربي مثل الحمى الصفراء وحمى الضنك (الدينج) والحمى النزفية وداء

الفيلاريات». ويمكن للذباب المنزلي حمل جراثيم الإسهال. ويحمل الذباب الأسود الديدان الصغيرة التي تكون كتلاً تحت الجلد وتسبب العمى النهري.

الحيوانات المائية:

يمكن للقواقع التي تعيش في الماء أن تحمل الديدان الصغيرة (ديدان الدم المثقوبة) التي تستطيع الوصول إلى الماء والنفاذ خلال جلد الأشخاص الذين يسبحون أو يغتسلون في هذا الماء. وتسبب هذه الديدان في وجود دم في البول (داء المنشقات أو البلهارسيا).

الحيوانات البرية:

إن الجرذان تحمل أمراضاً. وقد تعض الإنسان أو الحيوانات الأخرى وتلوث الطعام، وبهذه الطريقة تنقل الأمراض المعدية وأمراضاً أخرى وخيمة. وربما تكون عضات الكلاب المريضة خطرة جداً، إذ إنها تنقل داء الكلب.

فاستعلم من المسؤولين المعنيين في منطقتك عن نواقل الأمراض المعدية والأمراض الأخرى الشائعة في منطقتك. واسأل عما يمكنك المساعدة به في الوقاية من هذه الأمراض المعدية والأمراض الأخرى.

مكافحة نواقل الأمراض المعدية والأمراض الأخرى:

تدمير أماكن تكاثر نواقل المرض أو الحد منها:

يتكاثر البعوض في الماء الراكد. ويمكنه التكاثر حتى في الكميات الصغيرة من ماء المطر التي تتجمع في العلب القديمة وإطارات السيارات القديمة والحفر الصغيرة في الأرض أو الأشجار وغير ذلك. ولتذكّر الجميع دائماً أنه حيثما يوجد البعوض فأى ماء يتجمع في الحفر المكشوفة أو الأوعية أو الإطارات القديمة أو العلب وغيرها يكون خطراً على الصحة.

ويتكاثر الذباب على جميع أنواع النفايات والقمامة وفي مفرغات الحيوان والإنسان. أما الذباب الأسود ناقل داء العمى النهري فيتكاثر في الماء الجاري (الجدول والأنهار).

وإذا أنت عرفت الأماكن التي تتكاثر فيها النواقل أمكنك المساعدة في تدمير هذه الأماكن أي القضاء على النواقل. ويجب أن تعمل، أنت والناس معاً، وتواصلوا تدمير أماكن تكاثر هذه النواقل في مجتمعكم المحلي وتمنعوا نشوء أماكن جديدة.

ذكر جميع أفراد المجتمع (ويشمل ذلك الأطفال والمسنين) بأن البعوض يتكاثر في ماء المطر الذي يتجمع في أشياء مثل العلب القديمة والجرار القديمة والقوارير المكسورة وإطارات السيارات القديمة وفي الحفر الموجودة في الأرض والأشجار، ويتكاثر أيضاً في البرك والآبار المكشوفة والبحيرات والمستنقعات.

واطلب من الناس أن يبحثوا عن أماكن التكاثر ويتخلصوا منها. فعلى سبيل المثال، يمكنهم أن يحرقوا جميع الأشياء التي يتجمع فيها الماء. وإذا كانوا يحفظون الماء في جرار فيجب عليهم أن يفرغوا الجرة مرة كل يومين أو ثلاثة أيام حتى لا تصبح مكاناً للتكاثر. وإذا وجدت علب وقوارير قديمة كثيرة في القمامة فاطلب من الناس أن يدفنوا القمامة. وفي حالة الإطارات القديمة، يمكن للناس أن يثقبوا فيها ثقوباً حتى لا يتجمع فيها الماء.

يجب أن تؤكد على أن تكون المراحيض نظيفة دائماً وأن تكون الحفر مغطاة دائماً في الأوقات التي لا تستخدم فيها. ويجب أن تبقى الآبار والينابيع مغطاة. وإنصح الناس بأن يردموا أو يعالجوا البرك والأخاديد التي يتجمع فيها الماء. والمصارف التي يمكن للبعوض والقواقع التكاثر فيها. واسأل الأطباء أو المسؤولين المعنيين في منطقتك عن طرق معالجة البرك والمصارف.

منع نواقل الأمراض من الوصول إلى الناس:

- 1 - يجب على الناس قتل البعوض والذباب بكل الطرق الممكنة، بما في ذلك استخدام المبيدات الحشرية.
- 2 - يجب على الناس أن يحموا أنفسهم من لسعات الحشرات بوضع شبك أو

حوائل على النوافذ والأبواب وبالنوم تحت الكلل (الناموسيات).
3 - اعرف من المسؤولين المعنيين في منطقتك أفضل الطرق لمكافحة الأمراض في منطقتك، وما الذي يقوم به المركز الصحي لمكافحتها. وتناقش مع الأطباء والمسؤولين المعنيين فيما يجب أن يفعله الناس لمكافحة النواقل.

معالجة الأشخاص المصابين بالأمراض:

يمكن أيضاً مكافحة الأمراض التي تنقلها النواقل بالإسراع في معالجة المرضى. فعلى سبيل المثال إذا وجد شخص مصاب بالمalaria أو الليشمانيا، فتجب معالجته بأسرع ما يمكن حتى لا ينتقل المرض إلى أي بعوضة تلدغه. إن الأمراض ونواقلها تختلف باختلاف الأماكن.

إذا أردت معرفة المزيد عن نواقل الأمراض في منطقتك فاطلب ذلك من المسؤولين المعنيين في منطقتك. فربما يزودوك بكتب أخرى لقراءتها.

داء المنشقات أو البلهارسيا (وجود الدم في البول):

نواقل هذا المرض هي القواقع. ويصاب الناس به عندما يغتسلون أو يسبحون في ماء توجد به قواقع. فتخرج طفيليات صغيرة من القواقع وتدخل الجسم من خلال الجلد. وتتكاثر هذه الديدان في الجسم وتحدث داء المنشقات (البلهارسيا: Bilharziasis) حيث يوجد دم في البول. ويحتوي بول وبراز الشخص المصاب بهذا المرض ببيض الديدان. فعندما يبول هذا الشخص أو يتبرز في بركة أو بحيرة بها قواقع، يدخل البيض في القواقع ويتحول إلى طفيليات. وربما تحدث هذه الديدان المرض في الأشخاص الآخرين الذين يغتسلون أو يسبحون في ذلك الماء. وينبغي لك أن تطلب من الناس ألا يتبولوا أو يتبرزوا في البرك والبحيرات.



الفصل السابع والعشرون

التلقيح الصحي في مجال اللقاحات

بعد أن يدرس طبيب العائلة هذا الفصل سيصبح قادراً على أن يشرح للناس ويثقفهم فيما يلي:

- 1 - التحري عن الأطفال والنسوة الحوامل الذين يلزم تلقيحهم ضد الأمراض المعدية الشائعة.
- 2 - إعلام المجتمع بالسباب التي توجب تلقيح الأطفال والحوامل، وكيف ومتى وأين يجب إجراء التلقيح.

المقدمة:

إن الأمراض المعدية تتسبب في وفيات كثيرة من الأطفال. وهذه الأمراض تحدثها جراثيم تهاجم الجسم، ويمكنها أن تنتقل من شخص إلى آخر. ويستطيع الجسم حماية نفسه من الجراثيم عندما «يلقح» الشخص. والتلقيح يعني أن دواء يسمى «اللقاح» يحقن في الجسم أو يبلع إذ إن لقاح التهاب سنجابية النخاع الشوكي (شلل الأطفال) يعطى بالفم ليحمي الجسم من هجمات الجراثيم المحتملة. يمكن الوقاية ضد أكثر من عشرة أمراض معدية بالتلقيح وأهمها: السُّل والخناق (الدفتيريا) والسعال الديكي والكزاز (التيتانوس) والتهاب سنجابية النخاع الشوكي (شلل الأطفال) والحصبة والحصبة الألمانية والنكاف والتهاب السحايا والتهاب الكبد البائي. تحقق بمساعدة الأطباء أو المسؤولين المعنيين في منطقتك من الأسماء المحلية لهذه الأمراض. واستخدم دائماً الأسماء المحلية في حديثك مع الناس عن الأمراض.

يجب تلقيح جميع الأطفال ضد الأُمراض العشرة الشائعة

ويجب تلقيح النساء ضد الكزاز (التتانوس):

- * كل امرأة حبلَى لوقاية طفلها من الإصابة بهذا المرض بعد الولادة.
- * جميع النساء الأخريات اللاتي في سن الحمل، ولم يسبق تلقيحهن ضد الكزاز (التتانوس).

ماذا يجب أن يعلم الناس عن اللقاحات والأمراض المُعدية:

ما فائدة التلقيح؟

يجب أن يعلم المجتمع بأن صغار الأطفال والنسوة اللاتي في طريقيهن إلى إنجاب الأطفال، يمكن وقايتهم من أكثر من عشرة أمراض مُعدية (يمكنك استخدام الأسماء المحلية)، فهذه الأمراض خطيرة جداً ويمكنها أن تسبب الوفاة، ولكن الوقاية منها ممكنة بالتلقيح.

ويجب دائماً ألا يصيب الوالدين الخوف من تلقيح أطفالهم. فالحقن تحدث ألماً بسيطاً جداً للحظة فقط، ولكن هذه الأمراض الخطرة يمكن أن تجعل الأطفال معاقين طوال حياتهم، وربما تقتلهم.

كيف يجري التلقيح ومتى؟

لا يمكن تلقيح الطفل تلقياً كاملاً ضد جميع الأمراض في زيارة واحدة، فيجب على الأم أن تذهب بطفلها إلى المركز الصحي سبع مرات على أقل تقدير. وينبغي لك أن تجعل جميع الأمهات يدركن ذلك لكي يواظبن على إحضار أطفالهن كلما طلب منهن ذلك.

يضم برنامج التلقيح (Vaccination program) اللقاحات التالية:

- 1 - لقاح السُّل.
- 2 - لقاح شلل الأطفال الفموي.
- 3 - اللقاح الرباعي ويضم ما يلي:
 - * لقاح الدفتيريا.

- * لقاح السُّعال الديكي.
- * لقاح الكُزَّاز.
- * لقاح المستدمية النزلية نمط ب.
- 4 - لقاح التهاب الكبد البائي.
- 5 - لقاح MMR ويضم مايلي:
- * لقاح الحَصْبَة.
- * لقاح الحَصْبَة الألمانية
- * لقاح النكاف

الجدول المثالي للقاحات المعتمدة

نوع اللِّقَاح	عُمُر الطِّفْلِ	الرَّيَاة
السُّل + الشلل صفر + الكبد الأولى	الأيام الأولى بَعْدَ الوِلادَة	الأولى
الرباعي والشلل الأولى + الكبد الثانية	بداية الشهر الثالث	الثانية
الرباعي والشلل الثانية	بداية الشهر الرابع	الثالثة
الرباعي والشلل الثالثة	بداية الشهر الخامس	الرابعة
الحَصْبَة + الكبد الثالثة	بداية الشهر العاشر	الخامسة
الحَصْبَة الألمانية - الحَصْبَة - النُّكاف MMR	بداية الشهر الخامس عشر	السادسة
الثلاثي والشلل الداعمة	بداية الشهر الثامن عشر	السابعة

اللقاحات التي تعطى في المدرسة:

الشلل، الدفتيريا والسعال الديكي، التهاب السحايا	الصف الأوَّل
الدفتيريا والسعال الديكي الكهلي	الصف السادس

يجب أن تعرف الأم المعلومات التالية عن لقاح السل:

- 1 - عَدَمَ عصر مَوْضِعِ التلقيح.
- 2 - ترك مَوْضِعِ التلقيح مكشوفاً عند التلقيح.
- 3 - يجب أن تفضِ الممرضة غلاف المحقنة أمام الأم.
- 4 - كشف ذراع الطُّفْلِ الأيسر كاملاً عند إجراء التلقيح.
- 5 - يعطى لقاح السل مرة واحدة في خلال الأسبوع الأول من الولادة.
- 6 - عَدَمَ خدش مَوْضِعِ التلقيح عِنْدَمَا يبدأ اللقاح بالتفاعل.
- 7 - عزل مَوْضِعِ التلقيح عن الماء عِنْدَ ظهور القشرة وذلك بتغطيته بغطاء خاص أثناء الحمام (بَعْدَ شهرٍ مِنَ التلقيح).
- 8 - إن ظهر ندبة بحجم 5ميلي متر مَوْضِعِ الحَقْنِ بَعْدَ أسبوعين أو ثلاثة أسابيع هو أمر طبيعي.
- 9 - يجب مراجعة المركز الصحي عند ظهور التهاب العُقْدِ القَيْحِيِّ تَحْتَ الإِبْطِ أَوْ تَحْتَ الفك.

يجب أن تعرف الأم المعلومات التالية عن لقاح شلل الأطفال الذي يعطى بالفم:

- 1 - الجُرْعَةُ حسب تعليمات المعمل المنتج من 4-2 نقط بالفم.
- 2 - التنقيط مِنَ القطارَةِ دون أن تلامس القطارَةَ فم الطُّفْلِ أَوْ لسانه أَوْ يد الممرضة أَوْ ملابس الطُّفْلِ وَعِنْدَ الملامسة تبديل القطارَةَ.
- 3 - الإسهال لا يشكل مانعاً للتلقيح وهذه الجُرْعَةُ لا تحسب بل تعاد عِنْدَ أَقْرَبِ فُرْصَةٍ.
- 4 - لا توجد آثار جانبية للقاح.

اللقاح الرباعي:

- يعطى في الوجه الأمامي الجانبي الخارجي للفخذ عميقاً بالعضل وعمودي على محور العَضَلَةِ.
- يعطى جميع الأطفال دون السنة مِنَ العُمُرِ ثلاث جُرْعَاتٍ مِنَ اللقاح الرباعي بفواصل شهر ابتداءً مِنَ الشهر الثالث مِنَ العُمُرِ.

تعطى الجرعة الداعمة كاللقاح الثلاثي بعمر 18 شهر أي بعد سنة من الجرعة الثالثة.

يجب أن تعرف الأم المَعْلُومَات التالية عن اللقاح الرباعي:

- 1 - ارتفاع درجة حرارة الطُّفْل بعد اللقاح أمر طبيعي يعطى خافض حرارة وتزول عادة خلال 48 ساعة والألم موضع الحقن يزول تلقائياً.
- 2 - عند حدوث انتفاخ أو تورم موضع الحقن عليها استعمال كمادات الماء البارد أو الساخن حسب حرارة موضع الحقن.
- 3 - يجب فض غلاف المحقنة أمام الأم.
- 4 - يجب كشف فخذ الطفل كاملاً ثم الحَقْن في الموضع المحدد بعد سحب المدحم للتأكد من بعده عن الوريد.
- 5 - يجب إعلام الأم بموعد اللقاح التالي.
- 6 - ارتفاع الحرارة البسيط والأمراض البسيطة لا يشكل مانعاً للتلقيح.
- 7 - لا يجوز تلقيح الأطفال بعد السادسة من العمر باللقاح الثلاثي ويستعاض عنه باللقاح الثنائي.
- 8 - لا يترافق إعطاء اللِّقَاح مع تأثيرات جانبية هامة.
- 9 - إن سبب الخراجات بعد إعطاء اللقاح الرباعي يعود إلى سوء التعقيم كأن يلامس رأس المحقنة يد الممرضة أو ثياب الطُّفْل أو لأي سبب آخر أو عَدَم وصول اللِّقَاح إلى العضل أي أعطي قسم منه تحت الجلد.
- 10 - إن حدوث الحمى والتفاعلات الموضعية بعد التمنيع أمور عادية إذ يقدر أن حوالي 25% منها، قد يحدث احمرار - تورم ألم موضع الحقن وتبدأ هذه الأعراض خلال اليوم الأول للقاح وتستمر من 1-3 أيام
- 11 - كذلك تحدث حرارة لفترة قصيرة بعد التلقيح تعالج بخافضات الحرارة وتزول عادة خلال 48 ساعة ويقدر أن 62% من الأطفال الملقحين ترتفع درجة حرارتهم إلى 39 درجة أو أكثر.
- 12 - إذا حدث تفاعل شديد بعد الجرعة الأولى من اللقاح الرباعي مثل الصراخ الشديد والتشنجات يستعاض عن اللقاح الرباعي بلقاح من نوع آخر

لقاح الحَصْبَة والحصبة الألمانية والنكاف أي لقاح MMR:

يجب أن تعرف الأم المَعْلُومات التالية عن هذا اللقاح:

- 1 - قد ترتفع حرارة طفلك بعد أسبوع إلى عشرة أيام من تاريخ التلقيح فهذا أمر طبيعي، ويعطى الطفل خافض حرارة ملائم مثل الباراسيتامول.
- 2 - قد يظهر بعض الطفح أو الإندفاعات الجلدية بعد أسبوع إلى عشرة أيام فهذا أمر طبيعي.
- 3 - الآلام في موضع الحقن تزول تلقائياً بعد 24 ساعة وقد نستخدم الكمادات الباردة أو الدافئة لتسكين الألم.
- 4 - يجب فض غلاف المحقن أمام الأم.
- 5 - يجب كشف ذراع الطُّفْل كاملاً أثناء التلقيح.
- 6 - الإصابة السابقة بالحصبة والحصبة الألمانية والنكاف لا تشكل مانعاً للتلقيح.
- 7 - ارتفاع الحرارة البسيط والأمراض البسيطة لا تشكل مانعاً للتلقيح.
- 8 - يجب إعلام الأم بموعد الجرعة التالية للقاح.
- 9 - لا يوجد آثار جانبية تذكر إلا ارتفاع الحرارة البسيط، وظهور اندفاعات جلدية بعد أسبوع إلى عشرة أيام من اللقاح.

لقاح الكزاز: التيتانوس

يجب أن تعرف كل أنتى المَعْلُومات التالية عن هذا اللقاح:

- 1 - يعطى بالعضل في الإلية أو أعلى الذراع.
- 2 - يعطى للنساء الحوامل وغير الحوامل والعازبات من عمر 15-45 سنة.
- 3 - خمس حقن من لقاح الكزاز تشكّل مناعة طوال فترة النشاط التناسلي.
- 4 - قد يحدث ألم وتورم موضع الحقن يستمر لبضعة أيام تزول هذه الأعراض من تلقاء نفسها ومن دون علاج.
- 5 - يجب إعلام الفتاة أو السيدة الملقحة عن موعد الزيارة القادمة.
- 6 - يعطى لقاح الكزاز للنساء الحوامل في كل فترات الحمل دون أي تأثير مجهض أو مشوه للجنين.

جدول اللقاحات بالكزاز لغير الملقحات سابقاً و مدة المناعة

الجرعة	الموعد	مدة المناعة
الأولى	عند أول زيارة للمركز الصحي	لا تحدث مناعة كافية
الثانية	بعد شهر من الزيارة الأولى	3 سنين
الثالثة	بعد ستة أشهر من الزيارة الثانية	5 سنين
الرابعة	بعد سنة من الزيارة الثالثة	10 سنين
الخامسة	بعد سنة من الزيارة الرابعة	طوال فترة النشاط التناسلي

لقاح التهاب الكبد البائي:

يجب أن تعرف الأم المعلّومات التالية عن هذا اللقاح:

- 1 - يعطى في منتصف الوجه الأمامي الخارجي الجانبي للفخذ حقناً بالعضل.
- 2 - يعطى أبداً بالوريد أو تحت الجلد ولا يعطى بالعضلة الأليوية.
- 3 - قد ترتفع درجة حرارة الطفل وهذا أمر طبيعي.
- 4 - قد تحدث تفاعلات موضعية بسيطة موضع الحقن تزول تلقائياً.
- 5 - يجب فض غلاف المحقنة أمام الأم.
- 6 - يجب كشف فخذ الطفل كاملاً ثم الحقن في الموضع المخصص للتأكد من بعده عن الوريد.
- 7 - إن الأمراض البسيطة وارتفاع الحرارة البسيط والإسهال البسيط لا تشكل مانعاً للتلقيح.
- 8 - يجب إعلام الأم بموعد اللقاح التالي.

موانع التلقيح العامة:

- 1 - الأمراض المنهكة الوخيمة التي تستدعي دخول المستشفى.
- 2 - الأمراض الخبيثة والإيدز والأمراض الكابحة لظهور المناعة مثل ابيضاض الدم. والمعالجة بالكورتيزون (يعطى اللقاح بعد 30 يوم من آخر جرعة كورتيزون).

أين يمكن تلقيح الأطفال والنساء؟

يوجد احتمالان هما:

- 1 - إما أن تأخذ النساء أطفالهن إلى المركز الصحي.
- 2 - وإما أن يأتي فريق صحي بصفة دورية إلى القرية أو الحي لتلقيح أولئك الذين حل موعد تلقيحهم.

كيف يمكنك المساعدة في التحضير لجلسة التلقيح؟

عندما تلزم النساء بأخذ أطفالهن إلى المركز الصحي، فيمكنك المساعدة بعمل ما يأتي:

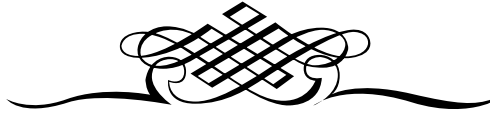
- 1 - معرفة مكان جلسة التلقيح، ويوم عملها ووقتها.
 - 2 - إبلاغ جميع الأمهات بالموعد الذي يذهبن فيه والمكان الذي يذهبن إليه والتأكد من ذهابهن.
 - 3 - مراجعة مخططات تسجيل النمو الخاصة بالأطفال بانتظام للتأكد من أنهم وأمهاتهم قد حصلوا على التلقيح الذي يحتاجون إليه.
- وعندما يحضر فريق خاص للتلقيح إلى منطقتك، فيمكنك المساعدة بما يأتي:

- 1 - معرفة التاريخ المفروض أن يحضر فيه الفريق ووقت وصوله.
- 2 - مناقشة ما يأتي مع الأطباء والمسؤولين المعنيين المحليين:
- 3 - المكان الذي تنظم فيه الجلسات أي المكان المستور المزود بالماء والصابون والضوء وغير ذلك.
- 4 - المعدات المطلوبة مثل المناضد، الكراسي، المقاعد الطويلة لجلوس عدة أشخاص.
- 5 - كيف ومتى وأين يجري إعلام الأمهات والأطفال اللازم تلقيحهم وتجميعهم.

- 6 - مراجعة سجلاتك وإعدادها .
7 - المساعدة في إعداد مكان الانتظار لتوفير الراحة للأمهات والأطفال بقدر الإمكان.
8 - تنظيم صف العائلات عند المدخل.

تذكر دوماً:

يجب تلقيح الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية وهم أحوج من الأصحاء .
إذا لم يتقيد الأهل بإعطاء أطفالهم اللقاحات وفق الجدول أو لم يأخذ الطفل اللقاحات لأي سبب آخر يعطى الطفل أكثر من لقاح في جلسة واحدة حسب عمره وحسب اللقاح المستحق .



الفصل الثامن والعشرون

الاستعمال الرشيد للدواء

ينبغي لطبيب العائلة ذكر عبارة الاستعمال الرشيد للدواء أمام المريض لأنها تدل على قيمة استعمال الأدوية بأسلوب رشيد من المريض نفسه. وأما النصائح التي يجب أن يعرفها المرضى عندما يتعاملون مع الأدوية فهي التالية:

1 - عدم تصديق الدعايات والإدعاءات التي تروج لها بعض وسائل الإعلام عن الأدوية، ولاسيما الأدوية المنحفة أو الأدوية التي تزيل التجاعيد وتنعم الترهل وتطيل العمر وتعيد الحيوية وتقاوم المرض فهذه الدعايات كلها ليس لها سند علمي حقيقي.

2 - إن الطبيب هو الشخص الوحيد القادر على وصف الدواء بحكمة ودراية بعيداً عن التأثير بالدعايات والإدعاءات.

3 - ينبغي للطبيب فقط أن يصف الأدوية وحتى الأدوية الطبيعية أو الأعشاب والنباتات الطبية أو المعالجات الفيزيائية أو الأجهزة أو الأدوات التي تروج لها بعض وسائل الإعلام بأنها سليمة العاقبة وتحمل النفع للمرضى.

4 - ينبغي لكل إنسان ألا يستعمل الدواء إلا عند الحاجة الحقيقية له وبناء على نصيحة طبيبه فقط.

5 - الاستفسار في البداية عن الطريقة الصحيحة لاستعمال الدواء الموصوف، وعن الاحتياطات الواجب اتباعها قبل استعماله.

6 - التأكد من استعمال الكمية الصحيحة.

7 - إذا لم يأت الدواء بالأمل المنشود منه، أو إذا تسبب بأي مشكلة فاستشر طبيب العائلة.

8 - إذا كان لديك أقل شك بأي دواء فالتمس المشورة الطبية.

- 9 - اسأل عما يمكنك أن تفعله إن فاتك تناول إحدى جرعات الدواء في الوقت المحدد.
- 10 - احتفظ بالأدوية جميعها بعيداً عن متناول الأطفال.
- 11 - تأكد من وجود بطاقة التعريف على الأدوية كلها.
- 12 - يجب أن يستعمل الأطفال أدويتهم بإشراف صارم من قبل الأهل.
- 13 - اسأل عما إذا كان الاستمرار في تناول الدواء لازماً بعد الشعور بالتحسن والعافية.
- 14 - لاتأخذ دواء وصفه طبيب العائلة لغيرك.
- 15 - يجب إبقاء الأدوية في أوانيتها الأصلية، وإبقاء بطاقة التعريف الأصلية عليها.
- 16 - يجب ألا تستخدم الدواء من دون رؤيته بوضوح في الظلام لأنه يجب أن ترى بالفعل ما تدخله إلى فمك وجوفك.
- 17 - لاتجعل الطفل يحضر دواءه بنفسه ولا تتركه يتناوله بنفسه أيضاً ولو كان يمكنه ذلك.
- 18 - احتفظ بالأدوية كلها في موضع منخفض الحرارة، ولا تعرّض أي دواء لأشعة الشمس أو التجميد.
- 19 - إذا احتجت لترك بعض الدواء في السيارة فيجب أن تتأكد من حفظها بعيداً عن التلوث والشمس والحرارة.
- 20 - يجب أن تخبر من يعالجك بأنك لا تريد الدواء ما لم يكن ضرورياً حقاً لأن بعض الأطباء يظنون أن المرضى يتوقعون وصف الأدوية وأنهم لن يطمئنوا إلا عند أخذها.

النصائح التي يجب أن نوجهها للمرضى للوقاية من مشاكل التداخلات الدوائية

- إن طرق تفادي التداخلات الدوائية التي غالباً ما تكون سيئة وغير مرغوبة، تختصر باتباع النصائح التالية من قبل المريض.
- 1 - يجب أن يخبر المريض طبيبه عن الأدوية التي يستعملها دون وصفة طبية، أو بوصفة طبية من أطباء آخرين وخاصة الأدوية القلبية وأدوية السكري وارتفاع الضغط الشرياني والمسكنات والأدوية العصبية وغيرها من أدوية الأمراض المزمنة التي ينسى المريض ذكرها للطبيب وخاصة عندما يستعمل المريض عدة

- وصفات طبية لأطباء متخصصين باختصاصات مختلفة دون تنسيق بينهم.
- 2 - يجب الاحتفاظ بسجلات المرضى المتضمنة الأدوية التي يستعملونها للرجوع إليها عند الحاجة، إذ يستلزم إعطاء أي دواء جديد إعادة تقييم المريض ثانية وبأسلوب كامل، وهذا يستدعي أن يعلم المريض طبيبه بالأدوية المستعملة كلها.
- 3 - يجب أن يمتنع المرضى عن استعمال أي دواء إلا بمعرفة طبيب العائلة وبإذن واضح منه.

نصائح الاستعمال السليم للأشكال الصيدلانية الدوائية:

يجب أن يعلم طبيب العائلة من يرعاهم على استعمال مايلي:

- * قطرة العين.
- * مرهم العين.
- * نقط الأذن.
- * قطرة الأنف.
- * رذاذ الأنف.
- * اللطخة الجلدية (Dermal patch) «ولا سيّما في أمراض القلب».
- * الضبوب (البخاخ).
- * منشقة المحافظ (منشقة تستخدم فيها الكبسولات) في الربو.
- * الحَمُولات أي التحاميل أو (اللبوس: Suppository).
- * القرص المهبلي مع جهاز إيداع مهبلي (المطابق: Applicator).
- * لقرص المهبلي من دون جهاز إيداع مهبلي (مطابق).
- * الكريم المهبلي والمرهم المهبلي والهلامه المهبلية.

المقدمة:

لا تتاح المعلومات بسهولة دائما عن الأسلوب السليم لوضع القطرة في عين طفل أو أسلوب استعمال المنشقة الضبوية (البخاخ)، بلغة بسيطة، وسنشرح هنا الإرشادات عن أسلوب استعمال الأدوية. وسنقدم لك هذه المعلومات لتشرحها بدورك للمراجعين في عيادتك ويمكنك طباعة هذه المعلومات بعد تعديلها بحسب الواقع المحلي.

الأسلوب السليم عند استعمال قطرة العين:

- 1 - اغسل يديك.
- 2 - لا تلمس فتحة القطارة.
- 3 - انظر إلى أعلى.
- 4 - شد الجفن السفلي إلى أسفل لتكوين ما يشبه «الميزاب».
- 5 - ضع القطارة في موضع أقرب ما يكون إلى «الميزاب» من دون ملامستها أو ملامسة العين.
- 6 - ضع الكمية الموصوفة من القطرة في «الميزاب».
- 7 - أغلق العين لمدة دقيقتين تقريباً. لا تغلق العين بشدة.
- 8 - يزال السائل الزائد باستعمال منديل ورقي نظيف وجديد.
- 9 - في حال استعمال أكثر من نوع واحد من القطرات، انتظر خمس دقائق على الأقل قبل وضع النوع التالي.
- 10 - قد تسبب القطرة إحساساً بالحرقة في العين غير أن هذا يفترض أن لا يدوم أكثر من بضع دقائق وإلا وجبت استشارة طبيب العائلة.

ما تفعله الأم عندما تضع قطرة العين للأطفال:

- 1 - دعي الطفل يرقد على ظهره مستقيم الرأس.
- 2 - يجب أن تكون عينا الطفل غير مغلقتين.
- 3 - نقطي الكمية المطلوبة من القطرة في ركن العين.
- 4 - حافظي على استقامة الرأس.
- 5 - أزيلي السائل الزائد.

الأسلوب السليم عند استعمال مرهم العين:

- 1 - اغسل يديك.
- 2 - لا تلامس أي شيء بطرف الأنبوبة.
- 3 - قم بإمالة الرأس إلى الوراء قليلاً.
- 4 - أمسك الأنبوبة بإحدى يديك وشد الجفن السفلي إلى أسفل باليد الأخرى بحيث يتكون ما يشبه «الميزاب».

- 5 - قرب طرف الأنبوبة بقدر المستطاع من «الميزاب».
- 6 - ضع الكمية الموصوفة من المرهم.
- 7 - أغلق العين لمدة دقيقتين.
- 8 - أزيل المرهم الزائد بمنديل ورقي نظيف وجديد.
- 9 - نظف طرف الأنبوبة باستعمال منديل ورقي نظيف آخر.

الأسلوب السليم عند استعمال نقط الأذن:

- 1 - أدفئ نقط الأذن بإغلاق اليد عليها أو بوضعها تحت الإبط لعدة دقائق. لا تستعمل صنوبر الماء الساخن فقد لا يمكن التحكم في درجة حرارة الماء.
- 2 - قم بإمالة الرأس جانبا أو أرقده على أحد الجانبين بحيث تكون الأذن في الأعلى.
- 3 - شد شحمة الأذن برفق لتكشف قناة الأذن.
- 4 - ضع الكمية الموصوفة من النقط.
- 5 - انتظر خمس دقائق قبل أن تنتقل للأذن الأخرى.
- 6 - لا تستخدم القطن الطبي لسد فتحة قناة الأذن بعد وضع النقط إلا إذا أوصت الشركة المنتجة صراحة بذلك.
- 7 - لا يفترض أن تسبب نقط الأذن حرقة أو لسعة تدوم أكثر من بضع دقائق.

الأسلوب السليم عند استعمال نقط الأنف:

- 1 - تَمَخَّطُ.
- 2 - اجلس مع إمالة الرأس بشدة إلى الوراء أو ارقد على ظهرك مع وضع وسادة تحت الكتفين والمحافظة على استقامة الرأس.
- 3 - أدخل القطارة مسافة سنتيمتر واحد داخل المنخر.
- 4 - ضع الكمية الموصوفة من النقط.
- 5 - بعد ذلك مباشرة، قم بإمالة الرأس إلى الأمام بشدة (بحيث يكون الرأس بين الركبتين).
- 6 - اجلس منتصباً بعد بضع ثوان، فالنقط ستدخل عندئذ إلى داخل البلعوم.

7 - كرر الإجراءات ذاتها لوضع النقط في المنخر الآخر، إذا كانت هناك ضرورة لذلك.

8 - اشطف القطارة بالماء المغلي.

الأسلوب السليم لاستعمال رذاذ الأنف:

- 1 - تمخط.
- 2 - اجلس مع إمالة الرأس قليلا إلى الأمام.
- 3 - رج العبوة.
- 4 - أدخل طرف الرذاذ في أحد المنخرين.
- 5 - أغلق المنخر الآخر والفم.
- 6 - رذ بالضغط على القنينة (القنينة أو العبوة) وتنشق ببطء.
- 7 - أبعاد طرف الرذاذ عن الأنف واحن رأسك إلى الأمام بشدة (بحيث يكون الرأس بين الركبتين).
- 8 - اجلس منتصباً بعد بضع ثوان، فسوف يتقطر الرذاذ داخل البلعوم.
- 9 - تنفس عن طريق الفم.
- 10 - كرر الإجراءات ذاتها من أجل المنخر الآخر، إذا احتاج الأمر.
- 11 - اشطف طرف الرذاذ بالماء المغلي.

الأسلوب السليم لاستعمال اللطخة أي اللصاقة الجلدية «لا سيّما في الأمراض القلبية»:

- 1 - فيما يتعلق بمكان اللطخة، اتبع التعليمات في طبيب العائلة أو طبيب أمراض القلب.
- 2 - لا تضع اللطخة على الجلد المكدم أو المتضرر.
- 3 - لا تضع اللطخة على ثنيات الجلد أو تحت الملابس الضيقة واحرص على تغيير المواضع بانتظام.
- 4 - احرص على نظافة الأيدي وجفافها عند وضع اللطخة.
- 5 - نَظِّفْ وَجَفِّفْ موضع اللطخة تماماً.
- 6 - اخرج اللطخة من العلبة مع مراعاة عدم لمس جانب «الدواء».

- 7 - ضع اللطخة على الجلد واضغط بقوة. وامسح على الحواف لتختمها.
- 8 - انزع اللطخة واستبدلها حسب التعليمات.

الأسلوب السليم لاستعمال الضبوب (البخاخ):

- 1 - أخرج أكبر كمية ممكنة من البلغم بالسعال.
- 2 - رُجَّ العبوة قبل الاستعمال.
- 3 - أمسك العبوة وفق تعليمات الشركة المنتجة للضبوب (بأن تجعل عاليها سافلها عادة).
- 4 - اضغط بشفتيك جيداً حول فم العبوة.
- 5 - احن رأسك إلى الوراء قليلاً.
- 6 - ازفر الهواء ببطء لإفراغ الرئتين من الهواء بقدر المستطاع.
- 7 - خذ نفساً عميقاً واضغط على موضع تشغيل الضبوب مع مراعاة خفض اللسان.
- 8 - امتنع عن التنفس لمدة عشر ثوانٍ إلى خمسة عشر ثانية.
- 9 - ازفر الهواء عن طريق الأنف.
- 10 - اشطف فمك بماء دافئ.

الأسلوب السليم لاستعمال منشقة الكبسولات «في الربو»:

- 1 - أخرج أكبر كمية ممكنة من البلغم بالسعال.
- 2 - ضع الكبسولة في المنشقة حسب تعليمات الشركة المنتجة.
- 3 - ازفر الهواء ببطء لإفراغ الرئتين منه بقدر المستطاع.
- 4 - اضغط بشفتيك ضغطاً محكماً حول فم العبوة.
- 5 - احن رأسك إلى الوراء قليلاً.
- 6 - خذ نفساً عميقاً خلال المنشقة.
- 7 - امتنع عن التنفس لمدة عشر ثوانٍ إلى خمسة عشر ثانية.
- 8 - ازفر الهواء عن طريق الفم.
- 9 - اشطف فمك بماء دافئ.

الأسلوب السليم لاستعمال الحمولات أي التحاميل (Suppositories):

- 1 - اغسل يديك.
- 2 - انزع الغلاف (إلا إذا كان الحمل طرياً).
- 3 - إذا كان الحمل طرياً جداً، فدعه يتصلب أولاً بالتبريد (بوضعه، قبل نزع الغلاف، في الثلاجة أو تحت ماء جار بارد) ثم انزع الغلاف.
- 4 - قم بإزالة الحواف الحادة للحمول إن وجدت بتدفئته في اليد.
- 5 - رطبّ الحمل بماء بارد.
- 6 - استلق على جنبك وارفع ركبتيك.
- 7 - ادخل الحمل برفق بتوجيه الطرف المدور إلى فتحة الشرج.
- 8 - امكث مستلقياً لبضع دقائق.
- 9 - اغسل يديك.
- 10 - حاول أن تتجنب التغوط خلال الساعة الأولى.

الأسلوب السليم لاستعمال القرص المهبلي مع جهاز إيداع مهبلي (المطابق):

- 1 - اغسلي يديك.
- 2 - انزعي الغلاف عن القرص.
- 3 - ضعي القرص في فتحة جهاز الإيداع المهبلي (فتحة المطباق).
- 4 - استلقي على ظهرك واثني الركبتين إلى أعلى قليلاً وباعدي بينهما.
- 5 - ادخلي جهاز الإيداع وفي مقدمته القرص برفق إلى أبعد مسافة ممكنة داخل المهبل، مع مراعاة عدم العنف.
- 6 - اضغطي الكباس بحيث يتحرر القرص.
- 7 - اسحبي الجهاز.
- 8 - اطرحي جهاز الإيداع جانباً إذا كان من النوع النبوذ.
- 9 - نظفي جزئي جهاز الإيداع المهبلي جيداً بالصابون والماء الفاتر الذي سبق غليه (إذا كان من النوع غير النبوذ).
- 10 - اغسلي يديك.

الأسلوب السليم لاستعمال القرص المهبلي من دون جهاز إيداع مهبلي (المطباق)

- 1 - اغسلي يديك.
- 1 - انزعي الغلاف عن القرص.
- 1 - اغمسي القرص في ماء دافئ (36-39°) مئوية لمجرد ترطيبه.
- 1 - استلقي على ظهرك واثني الركبتين إلى أعلى قليلاً وباعدي بينهما.
- 1 - ادخلي القرص برفق إلى أبعد مسافة ممكنة داخل المهبل، مع مراعاة عدم العنف.
- 1 - اغسلي يديك.

الأسلوب السليم لوضع الكريمان والمرام والمهلمات المهبلية:

- 1 - اغسلي يديك.
- 2 - انزعي غطاء الأنبوبة التي تحتوي الدواء.
- 3 - ركبي المطباق لولبيا على الأنبوبة.
- 4 - اعصري الأنبوبة حتى تنتقل الكمية المطلوبة إلى المطباق.
- 5 - افصلي المطباق عن الأنبوبة (وأمسكي بالأسطوانة).
- 6 - ضعي كمية ضئيلة من الكريم على الطرف الخارجي من المطباق.
- 7 - استلقي على ظهرك واثني الركبتين إلى أعلى قليلاً وباعدي بينهما.
- 8 - ادخلي المطباق برفق، إلى أبعد مسافة ممكنة داخل المهبل، مع مراعاة عدم العنف.
- 9 - أمسكي بالأسطوانة واضغطي باليد الأخرى على الكباس إلى أسفل حتى يدخل الدواء في المهبل.
- 10 - اسحبي المطباق من المهبل.
- 11 - اطحري المطباق جانباً إذا كان من النوع النبوذ، أو نظفيه جيداً (بالماء المغلي) إذا لم يكن نبوذاً.
- 12 - اغسلي يديك.

الاستعمال الآمن للحقن (Injection):

- يجب أن يكون طبيب العائلة قادراً على تعليم الآخرين ولاسيما المرضى
السكريين الذين يستعملون الإنسولين ما يلي:
- 1 - الشفط من الأمبولات (الزجاجية أو البلاستيكية).
 - 2 - الشفط من القنينة.
 - 3 - إذابة الدواء الجاف.
 - 4 - الحقن تحت الجلد.
 - 5 - الحقن داخل العضل.
 - 6 - الحقن الوريدي.
 - 7 - التخلص الآمن من المحاقن وفضلات الحقن.

الأسباب التي توجب وصف الحقن للمرضى:

ثمة سببان لوصف الحقن (Injection)، أولهما الحاجة إلى مفعول سريع
وثانيهما أن تكون الحقنة هي الشكل الصيدلاني الوحيد المتاح الذي يحدث التأثير
المطلوب. ويجب أن يكون طبيب العائلة على دراية تامة بأسلوب إعطاء الحقن ليس
في الطوارئ أو غيرها من المواقف التي تتطلب هذا فحسب، بل لأنه من الواجب
أحياناً أن يعلم الحقن لعاملين صحيين آخرين (الممرضة على سبيل المثال) أو
للمرضى أنفسهم.

محاذير وصف الحقن:

إن كثيراً من الحقن توصف وهي خطيرة مع كونها غير ضرورية، بالإضافة
إلى كونها مزعجة. وهي أغلى ثمناً دائماً على وجه التقريب من الأقراص والمحافظ
(الكبسولات) وغيرها من الأشكال الصيدلانية. وعند وصف كل حقنة ينبغي أن
يوازن طبيب العائلة بين الضرورة الطبية من جانب وخطر التأثيرات الجانبية
والإزعاج والتكلفة من جانب آخر فعند حقن دواء ما، يتوقع حدوث تأثيرات معينة،
مع بعض التأثيرات الجانبية كذلك، وعلى الشخص الذي يعطي الحقنة أن يكون على
علم بهذه التأثيرات وبأسلوب الاستجابة أيضاً في حال حدوث أي خطأ. وهذا يعني
أنه إن لم تكن أنت الذي يعطي الحقنة، فعليك أن تتأكد من أن الذي يقوم بهذا العمل
مؤهل له.

ويتحمل الشخص الذي يعطي الحقن أيضاً مسؤولية أسلوب التخلص من الفضلات بعد إتمام الحقن، فالإبرة والمحقنة تعدان فضلات ملوثة وتحتاج إلى إجراءات خاصة للتخلص منها، وعلى المريض الذي يتعاطى الحقن في المنزل أن يدرك هذه المشكلة أيضاً.

القواعد العامة للحقن:

هناك بعض القواعد العامة التي ينبغي أن تظل ماثلة في ذهنك، بالإضافة إلى طريقة الحقن في حد ذاتها. ويجب التأكد مما يلي:

- 1 - **تواريخ انتهاء الصلاحية:** راجع تواريخ انتهاء الصلاحية لكل المكونات بما في ذلك الدواء.
- 2 - **الدواء:** تأكد من أن القنينة أو الأمبولة تحتوي الدواء السليم، وبالتركيز السليم.
- 3 - **التعقيم:** يجب المحافظة على تعقيم الدواء أثناء عملية التحضير.
- 4 - **اغسل يديك** قبل أن البدء بتحضير الحقنة. وطهر الجلد في موضع الحقن.
- 5 - **انعدام الفقاعات:** تأكد من عدم وجود فقاعات هواء في الحقنة؛ وتزداد قيمة هذا في الحقن الوريدي.
- 6 - **الحنن:** بمجرد إزالة الغطاء الواقي للإبرة، ستكون هناك حاجة إلى المزيد من التروي. لا تلمس أي شيء بالإبرة المكشوفة. وبعد الانتهاء من الحقن احرص على ألا تחדش نفسك أو أي شخص آخر. وأما الفضلات: فتأكد من أن الفضلات الملوثة قد جرى التخلص منها بطريقة مأمونة.

الأسلوب السليم للشفط من الأمبولات الزجاجية أو البلاستيكية:

أما المواد المطلوبة فهي:

- 1 - محقنة ذات حجم ملائم.
- 2 - إبرة ذات حجم ملائم.
- 3 - أمبولة تحتوي الدواء أو المحلول المطلوب.
- 4 - شاش أو قطن.

أما الطريقة فهي:

- 1 - اغسل يديك.
- 2 - ركب الإبرة على المحقنة.
- 3 - قم بإزالة السائل ضمن عنق الأمبولة إما بنقرها أو بهزها بسرعة، وبحركة لولبية إلى أسفل.
- 4 - قم بحز عنق الأمبولة بالمبرد.
- 5 - احم أصابعك بالشاش عندما تكون الأمبولة من الزجاج.
- 6 - اكسر رأس الأمبولة بعناية (ويكفي فيه إذا كانت الأمبولة بلاستيكية).
- 7 - اشطف السائل من الأمبولة.
- 8 - قم بإزالة أي هواء من داخل المحقنة.
- 9 - نظف، وتخلص من الإبرة المستعملة بطريقة مأمونة، واغسل يديك.

الأسلوب السليم للشطف من القنينة (Vial):

أما المواد المطلوبة فهي:

- 1 - قنينة تحتوي الدواء أو المحلول المطلوب،
- 2 - محقنة ذات حجم ملائم، وإبرة ذات حجم ملائم (للحقن العضلي، أو الوريدي أو تحت الجلد) مثبتة على المحقنة.
- 3 - مطهر وشاش أو قطن.

أما الطريقة فهي:

- 1 - اغسل يديك. وطهر رأس القنينة (Vial).
- 2 - استعمل محقنة حجمها ضعف حجم كمية الدواء أو المحلول المطلوبة وركب الإبرة.
- 3 - اسحب من الهواء بقدر يماثل كمية المحلول المطلوب شطفها.
- 4 - أغرس الإبرة في غطاء القنينة واقلبها رأساً على عقب.
- 5 - ضخ الهواء إلى داخل القنينة (لتحدث زيادة في الضغط).
- 6 - اشطف الكمية المطلوبة من المحلول مع زيادة 0.1 ميلي لىتر. وتأكد من أن طرف الإبرة تحت مستوى سطح السائل.

- 7 - اسحب الإبرة إلى خارج القنينة.
- 8 - تخلص من الهواء المتوقع وجوده داخل المحقنة.
- 9 - نظف، وتخلص من الفضلات بطريقة مأمونة، واغسل يديك.

الأسلوب السليم لإذابة الدواء الجاف:

أما المواد المطلوبة فهي:

- 1 - القنينة التي تحتوي الدواء الجاف المراد إذابته.
- 2 - محقنة تحتوي الكمية الصحيحة من المذيب.
- 3 - إبرة ذات حجم ملائم لمختلف أنواع الحقن.
- 4 - مادة مطهرة.
- 5 - إبرة حقن وشاش أو قطن.

أما الطريقة فهي:

- 1 - اغسل يديك.
- 2 - طهر الغطاء المطاطي للقنينة التي تحتوي الدواء الجاف.
- 3 - أدخل الإبرة في القنينة، وامسكها معاً في وضع عمودي.
- 4 - اسحب من الهواء ما يماثل كمية المذيب الموجود في المحقنة.
- 5 - احقن في المحقنة السائل فقط وتجنب إدخال الهواء معه.
- 6 - رج المحقنة. واقلب القنينة رأساً على عقب.
- 7 - احقن الهواء داخل القنينة (لتحدث زيادة في الضغط).
- 8 - اشفط كل كمية المحلول من دون الهواء.
- 9 - تخلص من أي هواء داخل المحقنة.
- 10 - نظف، وتخلص من الفضلات بطريقة مأمونة، واغسل يديك.

الأسلوب السليم للحقن تحت الجلد:

أما المواد المطلوبة فهي:

- 1 - محقنة الدواء الذي سيعطى (خالية من الهواء)،
- 2 - إبرة قياس جاوس 25 (25G)، قصيرة ورفيعة؛ مثبتة على المحقنة،

- 3 - سائل مطهر،
- 4 - قطن وشريط لاصق.

أما الطريقة فهي:

- 1 - اغسل يديك.
- 2 - ابعث في المريض الطمأنينة واطرح له الإجراء الذي تقوم به.
- 3 - اكشف الموضع الذي سيجري فيه الحقن (أعلى الذراع، أعلى الساق، البطن).
- 4 - طهّر الجلد.
- 5 - «أقرص» طية الجلد.
- 6 - اغرس الإبرة في قاعدة طية الجلد بزاوية مقدارها بين 20 و30 درجة.
- 7 - ارفع يدك عن الجلد.
- 8 - أشفط قليلا، في حال ظهور دم، واسحب الإبرة واستبدلها بأخرى جديدة. إن أمكن، وابدأ مرة أخرى في الخطوة 4.
- 9 - احقن ببطء (على مدى نصف دقيقة إلى دقيقتين!).
- 10 - اسحب الإبرة بسرعة.
- 11 - اضغط قطعة من القطن الطبي على الفتحة. ثم ثبتها بالشريط اللاصق.
- 12 - دقق في رد فعل المريض وابعث في نفسه مزيدا من الطمأنينة، إذا اقتضى الأمر.
- 13 - نظّف، وتخلص من الفضلات بطريقة مأمونة، واغسل يديك.

الأسلوب السليم للحقن داخل العضل:

أما المواد المطلوبة فهي:

- 1 - محقنة تحتوي الدواء الذي سيعطى (خالية من الهواء)؛
- 2 - إبرة قياس جاوس 22 (22G)، طويلة ومتوسطة الثخانة؛ مثبتة على المحقنة؛
- 3 - سائل مطهر؛
- 4 - قطن وشريط لاصق.

أما الطريقة فهي:

- 1 - اغسل يديك.

- 2 - طمئن المريض واشرح له الإجراء الذي تقوم به.
- 3 - اكشف المنطقة التي سيجري الحقن فيها (الربع العلوي الوحشي من العضلة الأليوية الرئيسية) الجانب الوحشي من الفخذ العلوي، العضلة الدالية في العضد أي أعلى الذراع).
- 4 - طَهِّرَ الجلد .
- 5 - اطلب من المريض أن يرخي العضلة.
- 6 - أدخل الإبرة بسرعة بزاوية مقدارها 90 درجة (لاحظ عمق دخول الإبرة).
- 7 - اشفط قليلاً ؛ وعند ظهور دم، اسحب الإبرة واستبدلها بأخرى جديدة، إن أمكن، وابدأ مرة أخرى من الخطوة 4.
- 8 - احقن ببطء (فهذا أقل إيلاماً).
- 9 - اسحب الإبرة بسرعة.
- 10 - اضغط قطعة من القطن المعقَّم على الفتحة. ثم ثبتها بالشريط اللاصق.
- 11 - تحقّق من رد فعل المريض وابعث في نفسه مزيداً من الطمأنينة، إذا لزم الأمر.
- 12 - نظف، وتخلص من الفضلات بطريقة مأمونة، واغسل يديك.

الأسلوب السليم للحقن الوريدي:

أما المواد المطلوبة فهي:

- 1 - محقنة تحتوي الدواء الذي سيعطى (خالية من الهواء)،
- 2 - إبرة (قياس 20، طويلة ومتوسطة الثخانة؛ مثبتة على المحقنة).
- 3 - سائل مطهر.
- 4 - قطن.
- 5 - شريط لاصق.
- 6 - عاصبة.

أما الطريقة فهي:

- 1 - اغسل يديك.
- 2 - طمئن المريض واشرح له الإجراء الذي تقوم به.
- 3 - اكشف الذراع تماماً.

- 4 - اطلب إلى المريض أن يرخي ذراعه واسند ذراعه أسفل الوريد الذي سوف يجري حقنه.
- 5 - ثبت العاصبة وابحث عن وريد ملائم.
- 6 - انتظر حتى ينتفخ الوريد.
- 7 - طهر الجلد.
- 8 - ثبت الوريد بسحب الجلد المشدود في الاتجاه الطولاني للوريد. واستخدم في هذا يدك التي لن تستخدمها لإدخال الإبرة.
- 9 - أدخل الإبرة بزاوية مقدارها حوالي 35 درجة.
- 10 - ثم قم بوخز الجلد وحرك الإبرة قليلاً داخل الوريد (3-5 مللي متر).
- 11 - امسك بالمحقنة والإبرة بثبات.
- 12 - اشفط قليلاً؛ وعند ظهور دم، امسك المحقنة بثبات فقد جرى دخول الإبرة بالوريد، وإذا لم يخرج الدم، فكرر المحاولة.
- 13 - فك العاصبة.
- 14 - احقن ببطء شديد. وتحقق من عدم حدوث الألم أو التورم أو الورم الدموي. وإذا كنت تشك في خروج الحقنة من الوريد فاشفط مرة أخرى.
- 15 - اسحب الإبرة بسرعة. واضغط قطعة من القطن الطبي على الفتحة وثبتها بالشريط اللاصق.
- 16 - تحقق من ردود فعل المريض، ابعث في نفسه مزيداً من الطمأنينة، إذا اقتضى الأمر.
- 17 - نظف، وتخلص من الفضلات بطريقة مأمونة، واغسل يديك.

الأسلوب السليم للتخلص من الفضلات الناجمة عن عملية الحقن:

- 1 - لا تلمس بيدك العارية الإبرة المستعملة.
- 2 - لا تحاول كسر الإبرة أو تثبيتها بعد استعمالها واستعمل الملقط الخاص بذلك.
- 3 - ضع الإبرة المستعملة داخل علبة قاسية الجدران من البلاستيك أو غيرها كي لا يتعرض غيرك للوخز.
- 4 - لا تحاول إعادة الغطاء إلى الإبرة بعد استعمالها كي لا تتعرض للوخز.
- 5 - ضع الشاش أو القطن المستعمل ضمن أكياس بلاستيكية كتيمة.

الفصل التاسع والعشرون

موضوعات مختارة للتشيف الصحي

من قبل طبيب العائلة

هناك العديد من الموضوعات والقضايا الصحية التي ينبغي لطبيب العائلة التصدي لها، وهذا الفصل يضع بعض النقاط الرئيسية أمام الطبيب، وهذه القضايا هي بالواقع محور طب العائلة.

الرعاية الصحية للحامل:

- 1 - الشرح للمرأة كيف تَحْمَل وكيف ينمو الجنين في داخلها.
- 2 - الشرح للأمهات عن عوامل الخطر التي تجعل الحمل خطرا على الأم والجنين.
- 3 - شرح المشاكل الخطيرة في الحمل وضرورة البدء في معالجتها. ومناقشة الأسرة في السبب الذي من أجله يجب أن تذهب المرأة إلى المستشفى أو المركز الصحي للمعالجة، وأن تساعد الأسرة في وضع الترتيبات لذهابها.
- 4 - مناقشة العائلة فيما يمكن عمله لوقاية وتحسين صحة الحامل وجنينها.
- 5 - مناقشة المعنيين والمسؤولين الصحيين، حول احتياجات الحوامل ومشاكلهن، والمساعدة في اتخاذ قرار بشأن ما يقوم به المجتمع من عمل لوقاية وتحسين صحة الحوامل.
- 6 - جمع معلومات عن النسوة الحوامل في المجتمع واستخدام هذه المعلومات في عملك.

الولادة والوضع:

- 1 - أن يشرح كيف يخرج الطفل من جسم أمه، والعناية الواجب مراعاتها أثناء

الوضع.

- 2 - تقرير ما إذا كانت امرأة ما في حالة ولادة.
- 3 - تحضير كل ما يلزم للولادة المألوفة، وذلك بمساعدة الأسرة.
- 4 - المساعدة حين الوضع باستخدام المواد التي أعدت من قبل.
- 5 - تقرير اللحظة الملائمة التي يجب فيها أن تنقل الأم إلى أقرب مستشفى، ووضع ترتيبات هذه الرحلة مع الأسرة، وترتيبات الرعاية التي تقدم أثناء الرحلة.
- 6 - اتخاذ إجراءات الطوارئ.
- 7 - المناقشة مع الأطباء والمسؤولين والعائلات في الإجراء الذي يتخذه المجتمع لتحسين صحة الحوامل وللوقاية من الاعتلال الخطير أو الوفاة.

الرعاية الصحية التالية للولادة أي النفاس (Puerperium):

- 1 - الحصول على معلومات عن الولادة من الأم أو الأسرة أو ممن شهد الولادة، وتسجيل هذه المعلومات أو إبلاغها للمركز الصحي.
- 2 - توجيه الأسئلة للمرأة التي ولدت في الأسبوع السابق، ومعرفة طرق فحصها.
- 3 - وضع قائمة بمشاكل الأمهات الشائعة بعد الولادة، والمناقشة مع الأسرة في أسلوب معالجة هذه المشاكل.
- 4 - فحص الوليد أي الطفل الحديث الولادة وسؤال الأسرة عن الرعاية التي تعطى له.
- 5 - شرح مشاكل المواليد الشائعة للأمهات وكيف يعالجها.
- 6 - مناقشة أعضاء الأسرة فيما يمكنهم عمله للمحافظة على صحة الأم والطفل.
- 7 - تزويد المجتمع بالمعلومات عن المشاكل الصحية للأمهات والمواليد أولاً بأول، والحصول على تعاون المجتمع في حل هذه المشاكل.

تنظيم الأسرة:

- 1 - إعطاء المعلومات للأسر والمجتمع لمساعدتهم في التفكير في تنظيم أسرهم.
- 2 - تقديم توضيحات بسيطة لطرق تنظيم الأسرة التي يمكنهم استخدامها.
- 3 - معالجة المشاكل المتعلقة باستخدام طرق تنظيم الأسرة، ومعرفة متى يجب الإحالة إلى المستشفى.

4 - حفظ سجلات للأزواج الذين يستخدمون طريقة من طرق تنظيم الأسرة ومتابعة هؤلاء الأزواج.

5 - التعرف على الأزواج الذين ليس لديهم أطفال، ولكنهم يودون الإنجاب، وإعطائهم المعلومات اللازمة.

المشاكل الصحية النسائية:

1 - الشرح للنساء المشاكل الصحية الشائعة التي لا تؤثر إلا فيهن فقط وشرح طرق المعالجة.

2 - التحري عن مشاكل النساء الصحية في المجتمع.

3 - التعرف على النساء اللواتي يحتجن إلى معالجة وإحالتهم عند الضرورة إلى أقرب عيادة أو إلى مستشفى تعالج فيها مشاكل النساء الصحية.

صحة الأطفال:

1 - الشرح للوالدين الأسباب لإجراء الفحوص الصحية للأطفال خلال السنوات القليلة الأولى من أعمارهم.

2 - التحقق من أن الطفل يتطور تطوراً عادياً.

3 - التعرف على الطفل الناقص التغذية.

4 - نصح الأمهات بشأن الأغذية المفيدة في نمو الطفل وتطوره على النحو السوي.

الرضاعة الطبيعية وفوائدها:

1 - معرفة فوائد الرضاعة الطبيعية للطفل.

2 - معرفة فوائد الإرضاع الصحية للأم.

3 - معرفة مساوئ الإرضاع الصناعي.

4 - معرفة طرق وضع الطفل على الثدي بالشكل السليم.

5 - معرفة أسلوب حمل الطفل للرضاعة.

6 - معرفة سلوك الطفل أثناء مص الحليب من الثدي.

7 - معرفة العلامات التي تدل على تناول الطفل للثدي بأسلوب غير جيد.

رعاية الطفل المريض:

- 1 - تعريف الأسر بأمراض الأطفال الخطيرة الشائعة.
- 2 - مساعدة الأم في رعاية الطفل المريض بالمنزل.
- 3 - تحديد الأطفال الذين يجب إرسالهم إلى المستشفى.

الرعاية الذاتية في ارتفاع الحرارة:

- 1 - الحكم بأن شخصاً ما مصاب بحمى.
- 2 - المناقشة مع الناس في مجتمعك في طريقة مهاجمة الجراثيم للجسم ودخوله.
- 3 - نصح الناس بالطرق التي يقون بها أنفسهم من الجراثيم والعدوى بصفة عامة
- 4 - تقرير ما يفعل المصاب بارتفاع الحرارة في الأحوال التالية:
 - * إذا كانت مدة ارتفاع الحرارة أقل من 24 ساعة.
 - * إذا كانت مدة ارتفاع الحرارة أكثر من 3 أيام.
 - * إذا كان ارتفاع الحرارة مصحوباً بعلامات أخرى.

ذكر الجميع:

يجب أن يشرب المريض المصاب بارتفاع الحرارة ماء كثيراً لأنه يفقد كمية كبيرة من الماء بالعرق. ويساعد إعطاء الباراسيتامول، والحمام بالماء المعتدل الحرارة (غير البارد وغير الساخن) على التخلص من ارتفاع الحرارة.

الرعاية الذاتية في السعال:

- 1 - الحكم بما إذا كان الطفل (المريض) الذي يسعل، مصاباً بمرض خفيف أو متوسط أو وخيم.
- 2 - تعليم الأسرة كيف ترعى الطفل الذي يسعل.
- 3 - معالجة الطفل الذي يعاني سعالاً وخيماً.
- 4 - التحدث مع المجتمع فيما يمكن عمله للوقاية من الأمراض المسببة للسعال.

ذكر الجميع:

إن معالجة السعال نجرني بصورة جيدة جدا بواسطة مزيج العسل الطبيعي والليمون والجليسيرين أي دهن الحلو، والتي نمزج بمقادير متساوية أي ثلث من العسل، وثلث من عصير الليمون، وثلث من الجليسيرين بحيث يعطى الطفل ملعقة من هذا المزيج 3-4 مرات في اليوم، وأما الكبار فيأخذون ملعقتين 3-4 مرات في اليوم

الطفل وخطر الإسهال:

- 1 - الحكم بما إذا كان شخص ما مصاباً بالإسهال.
- 2 - أن تصف للناس الطرق الأربع التي قد يصابون بها بالإسهال.
- 3 - إدراك ما إذا كان الشخص المصاب بالإسهال مصاباً بالجفاف (التجفاف).
- 4 - تحضير المشروبات التي تقي الشخص المصاب بالإسهال من الجفاف.
- 5 - تحضير محلول تعويض السوائل (الإماهة) بالفم عندما يصبح المريض جفيفاً أي مصاباً بالجفاف.
- 6 - تقرير ما يتخذ من عمل عندما يصاب شخص بالإسهال
- 7 - نصح الناس بسبل الوقاية من الإسهال.

تذكر دو ما:

إذا وجد، في أي وقت من الأوقات، مصابون بالإسهال أكثر من المعتاد، يصاب كل منهم تلو الآخر مباشرة، أو إذا وجدت وفيات بالإسهال، فقد يكون هناك وباء.

لا تنس واجب تعويض السوائل التي يخسرها الكبار والصغار والتي تنجم عن القيء والإسهال. وإن لفافات أملاح الإماهة الفموية المتوفرة في جميع المراكز الصحية والصيدليات، تساعد في معالجة الإسهال والوقاية من الجفاف. أما الأدوية

والمضادات الحيوية التي يتوهم بعض الناس بأنها مضادة للإسهال فلا فائدة ترجى منها في معظم الحالات، وقد تحمل الضرر في معظم الحالات.

الحوادث بين الأطفال:

- 1 - الشرح للأسر من الأسباب الرئيسية للحوادث في مختلف مراحل الطفولة والمراهقة.
- 2 - المشورة بما يمكن للمجتمع عمله لمنع الحوادث التي تشمل الأطفال.
- 3 - اقتراح ما يمكنك عمله لمنع الحوادث في مرحلة الطفولة.

الرعاية الصحية للتلاميذ:

- 1 - المناقشة مع المسؤولين في منطقتك في صحة المجتمع والتحدث معهم فيما يمكن عمله بشأن الصحة في المدارس.
- 2 - تبادل المعلومات والأفكار مع المركز الصحي في منطقتك بشأن الصحة والمشاكل الصحية بانتظام.
- 3 - تقديم تقارير عن صحة تلاميذ المدرسة وسبل تحسينها إلى المسؤولين المعنيين في المنطقة.

**ذكر الجميع دائماً:
إن دورك هو المساعدة في التنمية الصحية أو تنمية المجتمع
التي تشمل أطفال المدرسة.**

الثلاسيمية وأمراض الدم الوراثية:

- 1 - معرفة الفرق بين أنواع الثلاسيمية وفقر الدم والأنيميا.
- 2 - صفات الدم عند الشخص المصاب بالثلاسيمية والطرق الوراثية لانتقال الثلاسيمية. وأسلوب الأطباء في تشخيصها.
- 3 - دور نقل الدم في معالجة الثلاسيمية الكبرى والمضاعفات والطرق التي تمنع تراكم الحديد عند المصابين بالثلاسيمية

4 - طرق الوقاية من الثلاسيميا وأهمية المشورة الطبية قبل الزواج والتناسل عند المصابين بالثلاسيميا.

العجز والإعاقات الجسدية عند الكبار:

- 1 - التعرف إلى الأشخاص المعوقين في المجتمع ومعرفة الأمراض التي تسبب الإعاقة.
- 2 - المناقشة معهم ومع أسرهم ومع المعنيين في منطقتك حول سبل تقليل عجزهم بالتدريب في المنزل.
- 3 - نصيحة أولئك المعوقين الذين يمكنهم الاستفادة من المعالجة لتقليل عجزهم، من دون غيرهم، بمراجعة المركز الصحي أو المستشفى التعرف على المعوقين ومساعدتهم.
- 4 - دور تخلخل العظم في العجز والطرق التي تقي من العجز ولاسيما الرياضة وتناول الحليب ومشتقاته والفيتامين D والتعرض للأشعة الشمسية.

ذِكْرُ الْجَمِيعِ

إن الكسور الناجمة عن تخلخل العظم سواء في الورك أو الفقرات الظهرية أو عظام الساعد، قد تسبب عجزاً أو إعاقة مؤقتة أو دائمة والوقاية منها بسيطة، وذلك بتناول الكالسيوم والفيتامين D أبي الحليب ومشتقاته، وكذلك بالرياضة الخفيفة والتعرض للملائم لأشعة الشمس. ويمكن استعمال حبوب الكالسيوم والفيتامين D.

الأطفال والمراهقون والإعاقة:

- 1 - فهم الأطفال ذوي المشاكل الخاصة، وكيف يتعلم الأطفال المعاملة الحسنة للطفل المعوق.
- 2 - معرفة الأشياء التي يفعلها المعوق جيداً، وطرق اللعب مع طفل معوق وأهمية السباحة للمعوقين.

- 3 - فهم الأطفال المعوقين جداً، ومشاكل الإعاقة عند الرضع.
- 4 - الأسلوب الذي يجب تعليمه للأطفال لكي يساعدوا طفلاً معوقاً.
- 5 - معرفة نقص السمع الناجم عن التهابات الأذن المتكررة.
- 6 - معرفة العمى الناجم عن نقص الفيتامين A، وطرق الوقاية منه.
- 7 - مشاكل الإعاقة عند المراهقين، والاضطرابات النفسية التي تصيب المراهق المصاب بمرض مزمن أو بالإعاقة.

ذكر الجميع:

يسبب نقص الفيتامين A العداوس الوخيمية والآلاف من المكفوفين ويقدر أن ما بين ربع مليون أو نصف مليون طفل يصابون سنوياً في العالم بعمس جزئي أو كلي نتيجة لعوز الفيتامين A. ويشتهر بأن لعوز الفيتامين A عند النسوة الحوامل عواقب على الجنين مثل تشوهات العين.

العجز والإعاقات النفسية:

- 1 - الصلة بين كل من العمر، والحالة المادية، والجنس، والمنطقة الجغرافية، وبين الاضطرابات النفسية ولاسيما التي تسبب العجز.
- 2 - عبء الاضطرابات النفسية والسلوكية على المجتمع والأسرة والفرد. ولاسيما الخرف والفصام وفقد الذاكرة والكرب والاكتئاب.
- 3 - العجز الناجم عن مرض التوحد (الذاتوية: Autism) عند الأطفال، ووقاية الأطفال من الاضطرابات والإعاقة النفسية.

تدبير الاضطرابات النفسية والتخلف العقلي:

- 1 - معرفة الطفل الذي يعاني يعاني مشكلة عقلية أو نفسية.
- 2 - معرفة التخلف العقلي، والذكاء، ودرجات التخلف العقلي، وطرق اكتشاف التخلف العقلي.
- 3 - فوائد اكتشاف التخلف العقلي مبكراً، وأسباب التخلف العقلي وبعض طرق تدريب المصابين بالتخلف العقلي.

- 4 - معرفة الرد على الخرافات المتعلقة بالاضطرابات النفسية.
- 5 - طرق مكافحة الغضب، مثل طريقة إرخاء كامل الجسم، والتخيلات الموجهة.
- 6 - معرفة أنواع الكرب و طرق تدبير الشدة والكرب والإجهاد ولاسيما عند الأمهات العاملات. وماذا يفعل الناس حيال الكرب.

تَذَكُّر:

الرعاية المنزلية خير رعاية للمعوقين أو المصابين باضطراب نفسي، ولا سيّما عند توفر الدعم من العائلة كلها والمجتمع كافة. وأن جنة المعوقين في الأرض هي منازل عائلاتهم.

النمو، البلوغ، وأمراض المراهقين وطرق علاجها:

- 1 - تعريف المراهقة.
- 2 - معرفة أهمية تزويد المراهقين بالمعلومات الصحيحة.
- 3 - إشباع فضول المراهقين بأسلوب علمي.
- 4 - معرفة دور الأهل في قضية الصحة الإنجابية والنشاط الجنسي.
- 5 - معرفة دور وسائل الإعلام في صحة المراهقين.
- 6 - معرفة دور التنقيف الصحي في صحة المراهقين.
- 7 - معرفة المشكلات الصحية التي تواجه المراهقين.
- 8 - المراهقون بين الصحة النفسية والصحة الشخصية
- 9 - أهمية النظافة الشخصية، والعناية بالأسنان، وصحة اللبس والسكن. بالنسبة للمراهقين.
- 10 - أهمية الرياضة البدنية والترويح عن النفس عند المراهقين.
- 11 - أهمية التمنيع أو التحصين، والرعاية الطبية الدورية عند المراهقين.
- 12 - الصحة النفسية للمراهقين، والاضطرابات النفسية ولا سيّما مرض الاكتئاب (Depression)، وقلق المراهقين من البلوغ.
- 13 - خطورة التفرقة في المعاملة بين الفتيان والفتيات.
- 14 - العوامل الإيجابية للصحة النفسية.

التغذية والمشاكل الغذائية أثناء المراهقة:

- 1 - معرفة الحاجات اليومية من المغذيات.
- 2 - معرفة المشكلات الغذائية عند المراهقين.
- 3 - معرفة طرق تحسين تغذية المراهقين.
- 4 - معرفة القوت الصحي.
- 5 - معرفة المشكلات التغذوية التالية.
- 6 - مشكلة البدانة.
- 7 - فقر الدم بعوز الحديد (Iron deficiency anemia).
- 8 - عوز اليود (Iodine deficiency).
- 9 - فقد الشهية العصبي أو القهم العصبي.

التدخين:

- 1 - معرفة لمحة تاريخية عن التدخين.
- 2 - معرفة التدخين وأثره على الصحة.
- 3 - معرفة الأمراض المرتبطة بالتدخين.
- 4 - معرفة الظواهر الحديثة في التدخين.
- 5 - حملات منع التدخين.
- 6 - الدفع العمدي لوباء التدخين في اتجاه العالم الثالث.
- 7 - اكتشاف ضرر التدخين القسري «التدخل السلبي»
- 8 - استهداف المراهقين والشباب.
- 9 - رأي الدين في التدخين.

المخدرات والكحول:

- 1 - معرفة تأثير الخمر ولا سيّما على المراهقين.
- 2 - رأي الدين في الخمر.
- 3 - العوامل المساعدة على انتشار المخدرات.
- 4 - أثر المخدرات على الشباب.
- 5 - الوقاية من تعاطي المخدرات وطرق علاجها.

6 - أضرار الحشيش والهيروين والمورفين وغيرها .

الشباب والعنف:

- 1 - تعريف العنف وصلته بمرحلة المراهقة.
- 2 - معرفة صور العنف ضد المراهقات والمراهقين.
- 3 - معرفة مشاكل العنف من قبل المراهقين والمراهقات أنفسهم.
- 4 - معرفة العواقب الصحية والنفسية للعنف.
- 5 - معرفة طرق الوقاية من العنف، والبُعد الإيماني.
- 6 - معرفة أهمية رعاية المرأة وعدم تعريضها للعنف والاعتصاب.
- 7 - معرفة أهمية منع العنف ضد الأطفال.
- 8 - معرفة الانتحار والضرر بالنفس.
- 9 - معرفة طرق منع العنف.

الأمراض المنقولة جنسياً:

- 1 - معرفة طرق العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً.
- 2 - الأعراض والعلامات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً.
- 3 - التثقيف والإرشاد في مجال الأمراض المنقولة جنسياً.
- 4 - التوصيات المتبعة في علاج الأمراض المنقولة جنسياً.
- 5 - الوقاية وتجنب العدوى.
- 6 - السلوك الجنسي للمراهقين والأمراض المنقولة جنسياً.
- 7 - علامات الأمراض المنقولة جنسياً عند الذكور والإناث .
- 8 - كيف يتعرض المراهقون والشباب للعدوى.

الزواج:

- 1 - معرفة أهمية الزواج كنمط رائع للحياة والإعفاف.
- 2 - معرفة مخاطر الزنى، وأضراره على الفرد والأسرة والمجتمع.
- 3 - معرفة مخاطر الشذوذ الجنسي وأضراره على الفرد والأسرة والمجتمع.
- 4 - معرفة النصوص الدينية من الكتب السماوية الخاصة بالزواج والزنا واللواط.

التربية الجنسية:

- 1 - معرفة المعارف البيولوجية والجنسية التي يجب تزويدها للمراهقين بحسب أعمارهم المختلفة.
- 2 - معرفة مصادر التأثير على المراهقين.
- 3 - معرفة تشريح أعضاء الإنجاب في الإناث.
- 4 - معرفة دورة الحيض أو الطمث.
- 5 - معرفة التغيرات الطارئة على جسم الفتاة في فترة البلوغ.
- 6 - معرفة سن بدء الحيض والزواج.
- 7 - معرفة مشاكل الحمل أثناء المراهقة.
- 8 - معرفة أسباب حمل المراهقات قبل الزواج.
- 9 - معرفة طرق تنظيم الإنجاب عند المراهقات المتزوجات.
- 10 - معرفة الرد عن بعض الأسئلة الموجهة من الزوجات والأزواج من المراهقين.

خصائص الشيخوخة والمسنين:

- 1 - تفهم أن المسنين بعد عمر 60 سنة لا يبقون بالوضع الصحي السابق.
- 2 - القدرة على الشرح لكل من المسنين والقائمين على رعايتهم وأسراهم أن الشيخوخة تتخللها بعض المشاكل الصحية التي يمكن الوقاية منها باتخاذ بعض الإجراءات البسيطة.

المحافظة على صحة المسنين:

- 1 - اقناع المسنين والقائمين على رعايتهم بأن الرعاية الذاتية للمسنين أنجح وسيلة للمحافظة على صحتهم وحيويتهم ونشاطهم.
- 2 - إيصال الرسائل الصحية للمسنين وإقناعهم لتنظيم نمط حياتهم اليومي الذي يساعدهم على الحفاظ على صحتهم مع تقدم السن.

تغذية المسنين:

- 1 - معرفة تغير الاحتياجات الغذائية عند المسنين وأسلوب تليتها.
- 2 - تقديم النصائح للمسنين والمهتمين بهم في العائلة لبذل الاهتمام الخاص في

- تحضير الطعام للمسنين.
- 3 - التعرف على الأشخاص المسنين المصابين باضطرابات صحية تتطلب نظاماً غذائياً خاصاً، ومساعدتهم لوضع البرنامج الغذائي الملائم.

المشكلات الصحية الشائعة لدى المسنين:

- 1 - معرفة الاضطرابات الصحية الرئيسية التي يعاني منها المسنون.
- 2 - إعطاء النصائح والإرشادات اللازمة للمسنين الذين يعانون من اضطرابات صحية للتغلب على الضعف والعجز والبقاء فعالين بديناً أطول فترة ممكنة من الحياة.
- 3 - تمييز الحالات التي تحتاج للاستشارة الطبية وإحالتها.
- 4 - التعاون مع الجمعيات والمنظمات التي تعنى برعاية المسنين والمؤسسات غير الحكومية والجمعيات الأهلية والخيرية لتقديم المساعدة للمسنين مثل النظارات، والعكازات، وأجهزة تقوية السمع.

ذكر دو ما: بأن واجب توقيير المسنين وتبجيلهم واحترامهم ولا سيّما الآباء والأجداد، قد حض عليه الإسلام في القرآن والسنة، وكذلك الإنجيل وجميع الكتب السماوية.

الأمراض المزمنة:

- 1 - التعرف على الأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة في المجتمع والذين يحتاجون إلى الرعاية.
- 2 - نصح المرضى المصابين بأمراض مزمنة بمراجعة المركز الصحي للتشخيص والمعالجة.
- 3 - نصح الأسرة ومساعدتها في أسلوب رعاية المريض بمرض مزمن عندما يكون قادراً على التجول بنفسه. أو عند العاجز عن التجول من دون دعومات. أو عند الرائد طوال الوقت.
- 4 - حث المريض المصاب بمرض مزمن ونصحه بمواصلة النشاطات العادية للحياة اليومية بقدر استطاعته.

المعالجة الملمطة لآلام السرطان:

- 1 - التعامل السليم مع المريض المصاب بالسرطان.
- 2 - معرفة طبيعة آلام السرطان واضرار الألم على الإنسان.
- 3 - معرفة أهم أسباب فشل السيطرة على آلام السرطان.
- 4 - معرفة طرق الرعاية المستمرة للمصاب بالسرطان وتخفيف المعاناة.
- 5 - معرفة الطرق التي يتبعها الأطباء في مكافحة آلام السرطان.
- 6 - تفهم الأهداف العلاجية التي يطبقها الأطباء في معالجة السرطان.
- 7 - معرفة طرق رعاية المصابين بالسرطان.

الآلام والصداع:

- 1 - النصح في حالات الصداع و المغص والألم في البطن.
- 2 - نصح المريض الذي تنتابه آلام في البطن من وقت إلى آخر.
- 3 - الشرح للناس حول الأسباب الرئيسية لآلام المفاصل.
- 4 - نصح الأشخاص المصابين بالآلام في مفاصلهم لم تنجم عن إصابة بطرق تفريج الألم، وكيف يستريحون، وكيف يحركون مفاصلهم وكيف يحافظون على قوة عضلاتهم لمنع التيبس.
- 5 - عمل عصابة من القماش لتدعيم مفصلي الكاحل والمعصم.
- 6 - تقرير متى يجب إرسال شخص بالغ أو طفل مصابين بألم في مفصل أو في عدة مفاصل، إلى طبيب العائلة.
- 7 - الشرح للناس الأسباب الرئيسية لآلام الظهر والرقبة.
- 8 - نصح الأشخاص بطرق تفريج آلام الرقبة والظهر والكتفين، وكيف تمنع هذه الآلام.

ذكر الجميع:

إن الأسيبرين والباراسيتامول دواءان فعالان ورخيصان ومن السهل الحصول عليهما لتفريج آلام المفاصل والظهر. وأن الكثير من الأعشاب الطبية والمعروفة على المستوي الشعبي مثل البابونج والمرمية وغيرها مفيدة في تسكين المغص وآلام البطن.

الهضم الثلاثون

الأنظمة الغذائية العلاجية

(Therapeutic Diets)

بعد أن يدرس طبيب العائلة هذا الفصل سيصبح قادراً على ما يلي:

- 1 - تعريف النظام الغذائي.
- 2 - معرفة النظام الغذائي في البدانة والسمنة، والحميات القليلة الكالوري.
- 3 - النظام الغذائي عند الإصابة ببعض أنواع السرطان.
- 4 - النظام الغذائي في سوء الامتصاص، والمشاكل والاضطرابات الهضمية، مثل أمراض القولونات والأمعاء والكبد والبنكرياس.
- 5 - النظام الغذائي في الأمراض القلبية الوعائية مثل الذبحة الصدرية، وفرط الضغط الدموي، وفشل القلب الاحتقاني.
- 6 - النظام الغذائي في الأمراض الكلوية، والنظام الغذائي في النقرس والداء السكري. والأمراض التي تسبب الوذمات، ونقص سكر الدم، وفرط شحوم الدم.
- 7 - النظام الغذائي في الفترة المحيطة بالعمليات الجراحية بمختلف أنواعها.

المقدمة:

النظام الغذائي هو اتباع أسلوب خاص في التغذية بغية التخلص من بعض الأمراض أو معالجتها. والمقصود بالنظام الغذائي هو الريجيم (Regimen) وهي كلمة غير عربية ولكنها أصبحت معروفة لدى الكثيرين. وسنستعمل مصطلح النظام الغذائي للدلالة على الريجيم. إن مسؤولية طبيب العائلة الذي يصف النظام الغذائي لأي مريض تعادل مسؤوليته عندما يصف دواءً أو يقرر إجراءً طبياً آخر، إذ ينبغي لطبيب العائلة أن يعرف ما يلي:

- 1 - تركيب الأغذية المسموحة والمحظورة.
- 2 - العقابيل الناجمة عن اتباع النظام الغذائي.
- 3 - العناصر الواجب مراقبتها عند المريض من الجوانب الطبية والمخبرية.

ينبغي للطبيب أن يتأكد أن المريض سيتبع نصائجه بدقة وإلا أصبح النظام الغذائي غير مجد، وقد يكون ضاراً أحياناً. إن ملاحظة مدى صبر المريض على اتباع النظام الغذائي وملاحظة مستواه ذكائه وفهمه وتعاونهم، وتفهم طبيب العائلة للوضع العائلي والاجتماعي والمالي للمريض، هي عوامل هامة في نجاح النظام الغذائي.

وعندما يصف طبيب العائلة للمريض نظاماً غذائياً ما فإن من واجبه أن يأخذ الوقت الكافي لكتابة هذا النظام الغذائي ومناقشته مع الشخص وقلماً تساهم بعض القوائم المطبوعة في تفهيم المريض ويجب عدم استخدامها إلا عند الضرورة.

ولابد للطبيب من تفهيم المريض النقاط الستة التالية:

- 1 - الأغذية المسموحة.
- 2 - الأغذية المحظورة.
- 3 - المقادير المسموح بها بدقة حسب الوزن والحجم. ويمكن الإستعانة بطرق أخرى مثل تقدير الغذاء بالكأس أو الفنجان أو الملعقة.
- 4 - طرق طهي الغذاء وإعداده.
- 5 - الأشربة.
- 6 - وضع عدة قوائم نموذجية للوجبات عند اللزوم. وما ينبغي أن تكون القاعدة هي تسليم المريض قائمة مطبوعة سلفاً.

النظام الغذائي في البدانة وزيادة الوزن:

ليست البدانة (Obesity) وزيادة الوزن إلا مجموعة من الاضطرابات المتداخلة التي تتجلى بزيادة الوزن بمقدار 10٪ عن الحد الطبيعي. تنجم هذه الزيادة عن تراكم الدهون في البدن. بسبب زيادة المدخول الحروري عن حاجة الإنسان.

تقدير الوزن الطبيعي للإنسان:

يصعب بالواقع تقدير الوزن الطبيعي لأي إنسان على نحو دقيق وقد وضع العلماء والباحثون جداول قياسية متعددة تساعد في تحديد الوزن الطبيعي حسب الطول والعمر والجنس. ومن أحسنها اللجوء إلى منسب كتلة الجسم (BMI).

يخضع وزن الإنسان لمجموعة من العوامل هي:

الاستعداد الوراثي والوضع الإقتصادي وطريقة المآكل ونمط الحياة ونوع العمل والجنس والإصابة ببعض الأمراض ولا سيّما العصبية والغديّة ينبغي أن نفرق بين زيادة الوزن الناتجة عن اكتناز الشحوم وبين زيادة الوزن الناتجة عن احتباس السوائل في الجسم كما في الوذمات والاستسقاء.

يحتوي الجلد 50% من مجمل شحوم البدن، لذلك يمكن تقدير سماكة الجلد لمعرفة مدى إصابة الشخص بالبدانة وزيادة الوزن.

الأمراض الناجمة عن البدانة وزيادة الوزن:

آفات القلب التاجية، ارتفاع الضغط الدموي، أمراض المرارة، الداء السكري، النقرس، متلازمات نقص التهوية الرئوية.

تزداد الإصابة ببعض السرطانات عند البدناء: سرطان القولون، سرطان المرارة، سرطان الثدي، سرطان باطن الرحم.

تزداد خطورة العمليات الجراحية وخطورة الحمل عند البدناء.

معالجة البدانة وزيادة الوزن:

تعد بعض الأدوية التي يلجأ إليها الناس لإنقاص أوزانهم أدوية غير نافعة وخطرة في معالجة البدانة وزيادة الوزن، فالهرمون الدرقي الصناعي خطر إذا استعمل لمعالجة البدانة وزيادة الوزن، وأما مركبات الأمفيتامين فقد ثبت ضررها الأكيد ولا سيّما في تأسيس الإدمان الذي يجرّ مشاكل فظيعة.

تقسم معالجة البدانة وزيادة الوزن إلى أربعة أقسام هي:

- 1 - النظام الغذائي.
- 2 - الرياضة والتمرين.
- 3 - المعالجة الجراحية.
- 4 - المعالجة النفسية.

لا بد من اتباع المبادئ التالية في معالجة البدانة وزيادة الوزن بوساطة النظام الغذائي:

- 1 - ينبغي أن لا يخل المدخول الحروري «الكالوري» بالتوازن النفسي أو البدني للسمنين، فلا ينصح بالصيام المطلق الطويل، أو بالنظام الغذائي الذي يقل المدخول الحروري فيه عن ألف كالوري، إذ قد يصاب البدين بحالة من الاكتئاب ونوبات النقرس، وأحياناً قد يصاب الصائم صياماً مطلقاً مديداً بالموت الفجائي بتوقف القلب. ولا ينطبق هذا الصيام على الصيام الإسلامي لأن هذا الصيام لا تقل فيه نسبة الحريرات عن ألف حريرة وكذلك لا يعدُّ هذا الصيام ليس مديداً بل هو محدود بين الفجر والمغرب، ومن المعروف أن النبي صلى الله عليه وسلم نهى عن الوصال في الصيام، أي صيام ثلاثة أيام متواصلة من دون فطور أو سحور. وعن أبي هريرة رضي الله تعالى عنه قال: «نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن الوصال، فقال رجل من المسلمين فإنك تواصل يا رسول الله؟ فقال: وأيكم مثلي؟ إني أبيت يطعمني ربي ويسقيني». رواه البخاري ومسلم.
- 2 - ينقص المدخول الحروري على حساب الدهون والسكريات أما البروتينات فينبغي أن لا تقل عن (60) جرام في اليوم، وإذا أنقص البدين من طعامه (800) كالوري في اليوم فإن وزنه سينخفض (100) جرام في اليوم على وجه التقريب.
- 3 - يعطى المريض النظام الغذائي بعد دراسة عميقة لجميع أوضاعه الغذائية والمهنية والنفسية و أوقات فراغه. أما تلك الجداول والقوائم الجاهزة لمعالجة البدانة فيجب أن تهمل وأن ترمى عرض الحائط.
- 4 - يجب تجنب الأغذية الصناعية التي يدعي مروجوها أنها تقدم طريقة سهلة لإنقاص الوزن بالاعتماد على أطعمة خاصة أو مزيج غير عادي من الأطعمة غير الصالحة والضارة.

5 - إذا اتبع أي إنسان طبيعي نظاماً غذائياً خالياً من الملح لعدة أيام فسوف يخسر (3-2) كيلوجرام في بضعة أيام ولكن هذا النقص مؤقت وسيعود حالما يعود الملح إلى الطعام، وهذا ينطبق أيضاً على المرضى البدناء، إذ على الرغم من النتيجة الباهرة ظاهرياً من الحميات الخالية من الملح فإنها مؤقتة وغير دائمة.

الحميات القليلة الكالوري:

حمية تحتوي (1250) كالوري باليوم:

يناسب هذا النظام الغذائي البدناء القليلي الفعالية، تحتوي (85) جرام من البروتينات، (45) جراماً من الدهن، و (115) جراماً من النشويات أو السكريات، وهي غنية بالفيتامينات والمعادن.

الفتور:

(30) جراماً: خبز.

(50) جراماً حليب مع القهوة أو الشاي من دون سكر.

(5) جرامات زبدة.

الساعة (10): لبن رائب (كوب واحد).

الغداء:

حساء اللحم القليل الدهن بقدر ما يريد المريض الخاضع للنظام الغذائي.

(125) جراماً لحم.

(150) جراماً خضر تحتوي 30% من النشويات والسكريات.

(100) جرام بطاطا مسلوقة.

(10) جرامات زيت نباتي أو زبدة.

(150) جراماً فاكهة تحتوي 10% من السكريات.

الساعة (4): (150) جراماً حليب.

العشاء:

بيضة مسلوقة.

- (150) جراماً خضر تحتوي 3٪ من السكريات.
- (5) جرامات زيت نباتي أو زبدة.
- (30) جراماً خبز.

النظام الغذائي الذي يحوي (1500) كالوري باليوم:

يحتوي هذا النظام الغذائي (50) جراماً من البروتين، (170) جراماً من السكريات، (50) جراماً من الدهن وهي غنية بالمعادن والفيتامينات.

الطور:

- (250) جراماً من الحليب مع القهوة أو الشاي من دون سكر.
- (5) جرامات من الزبدة.
- (40) جراماً من الخبز.

الغداء:

- حساء اللحم القليل الدهن بقدر ما يريد المريض الخاضع للنظام الغذائي.
- (150) جراماً لحم.
- (200) جراماً خضر تحتوي 2٪ من النشويات والسكريات.
- (100) جرام بطاطا مسلوقة.
- (15) جرامات زيت نباتي أو زبدة.
- (200) جراماً فاكهة تحتوي 10٪ من السكريات.

العشاء:

- بيضة مسلوقة.
- (200) جراماً خضر تحتوي 3٪ من السكريات.
- (40) جراماً جبن أصفر.
- (50) جراماً خبز.
- (250) جراماً فاكهة تحتوي 10٪ من السكريات.

ثانياً: الرياضة والتمرين:

تعد الرياضة وزيادة المجهود أمراً بالغ الأهمية في إنقاص الوزن على الرغم

من أن الرياضة تستلزم الكثير من الكالوريات ولكن التحديد الحروري والنظام الغذائي المتواقت مع الرياضة هما أمران يستحقان العناية والإهتمام.

ثالثاً: المعالجة الجراحية:

تعد الجراحة أسلوباً معقداً وتفيد بعض البدناء الذين يزنون ضعف الوزن الطبيعي المثالي ممن فشلت عندهم وسائل معالجة البدانة وزيادة الوزن الأخرى. يؤدي هذا الإجراء الجراحي إلى نقص دائم في الوزن، ويسبب بعض الأخطار والمشاكل مثل سوء الامتصاص المعوي، واضطراب السوائل والأملاح، ونقص كلس الدم، وتخلخل العظم، والحصىات الكلوية، والفشل الكلوي، واعتلال المفاصل، والحصىات المرارية، والتشمع الكبدي والاضطرابات النفسية، ومشاكل أخرى قد تكشف فيما بعد.

وقد عدت الطريقة الجراحية السابقة بطريقة أخرى تحدد كمية الطعام المستهلكة، ويبدو أن هذه الطريقة أقل خطراً من سابقتها ولكنها لا تخلو من الأخطار بأي حال.

رابعاً: المعالجة النفسية:

يستجيب المرضى البدينون (بدانة قليلة أو متوسطة) للدعم النفسي والتشجيع وينكس هؤلاء مراراً لذلك يجب التعامل معهم بصبر وتؤدة ويجب أن يقتنع البدين بضرورة الإعتدال في الطعام باستمرار للمحافظة على نقص الوزن. ويجدر الانتباه إلى أن إنقاص الوزن السريع عند الأشخاص غير المستقرين من الناحية النفسية قد تكون له عواقب وخيمة مثل فقد الشهية العصبي وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى.

النظام الغذائي في السرطان:

يسبب السرطان سوء التغذية نتيجة لاجتماع عاملين أساسيين هما:

التأثيرات الموضعية والجهازية للسرطان نفسه: مثل نقص الشهية وسوء الإمتصاص والإنسدادات المعوية والنزوف والإسهالات وضياع الأيونات أي

خسارة الأملاح.

التأثيرات العلاجية: الأدوية الكيميائية، الأشعة، العمليات الجراحية.

لذلك ينبغي تعديل غذاء المريض المصاب بالسرطان بما يكفل منع سوء التغذية.

فقد يضطرنا الأمر إلى اللجوء للتغذية بوساطة القناطر بالإضافة إلى التغذية عن طريق الفم، حتى يتزود المريض بالحريرات اللازمة والبروتينات والأحماض الدهنية والمعادن والفيتامينات.

يجب أن يراقب المريض بوساطة الفحوص المخبرية والإكلينيكية، مع دعم حالته العامة ورفع معنوياته.

ومن المعروف أن المرضى المصابين بالسرطان الجيدي التغذية يعانون من مشاكل السرطان أقل مما يعانونه المرضى السيئو التغذية ويحملون وطأة المعالجة السرطانية على نحو أفضل.

النظام الغذائي في سوء الامتصاص:

إن سوء الامتصاص (Malabsorption) أو مايسمى بالداء البطني هو مرض نادر، وغير شائع كما يظن الكثيرون، ولا بد عند تشخيصه من إجراء فحوص مخبرية دقيقة، أما الفحص المخبري القديم أي مايسمى تحليل الدكستروز فهو تحليل مضلل ويوقع الأهل في حيرة من أمرهم ويسبب الضرر للطفل بالنتيجة. وينجم سوء الامتصاص عن عدم تحمل الأمعاء للجيادين (Gliadin) الموجود في الجلوتين (Gluten)، والجلوتين مادة توجد في القمح والشيلم والشوفان والشعير، ويتميز هذا الداء باضطراب الامتصاص المعوي والشذوذ النسجي في الغشاء المخاطي الموجود في الصائم والإثناعشري وهما أجزاء من الأمعاء الدقيقة.

ويتحسن هذا الداء عند حذف الجلوتين (Gluten) الموجود في الحبوب السابقة الذكر. وينكس هذا الداء بعد إدخال الجلوتين (Gluten) مع الغذاء، وتجري معالجة الداء البطني (Celiac disease) أي سوء الامتصاص بحذف جميع الأغذية التي تحوي الجلوتين (Gluten)، والمصنوعة من الشليم أو القمح أو الشوفان أو

الشعير أو البسكويت أو الحلويات أو المعجنات أو المعكرونة ومستحضرات السميد والطحين مهما كانت المقادير التي تحويها هذه المستحضرات وتلك الأغذية. ويجب أن يحوي طعام المريض أغذية بروتينية عالية القيمة مثل الحليب والجبن والبيض واللحوم والأسماك، ومواد دهنية كالزبدة والزيوت إضافة إلى بعض الخضراوات ذات الألياف القليلة ومواد نشوية خالية من الجلوتين كالأرز والبطاطا والذرة والصويا وبعض السكريات كالفاكهة والمربيات والعسل والموز. وتوجد في بعض الأسواق مستحضرات غذائية خاصة بالأطفال المصابين بسوء الامتصاص.

متلازمة سوء امتصاص السكار:

إن أكثر حوادث عدم تحمل السكريات الثنائية حدوثاً هو عدم تحمل اللاكتوز، واللاكتوز هو السكر الطبيعي الموجود في الحليب وينجم هذا المرض عن عوز في إنزيم اللاكتاز، واللاكتاز هو إنزيم الذي يساعد على هضم السكر الموجود في الحليب ويكتشف هذا المرض في الطفولة ويعالج بحذف الحليب ومشتقاته من الغذاء.

يستثنى اللبن الرائب إذ يمكن أن يتحملة هؤلاء المرضى وتوجد في الأسواق أنواع من الحليب المصنع الفقير إلى اللاكتوز، ينبغي أن لا نخلط بين عوز إنزيم اللاكتاز عند الأطفال المكتسب أو الخلقى وبين عدم تحمل سكر اللاكتوز الذي يحدث عند البالغين على نحو فيزيولوجي بسبب انخفاض فعالية إنزيم الاكتاز عندهم. يتفاوت الناس في عدم تحملهم لسكر اللاكتوز، وعموماً يعتاد كل إنسان على شرب الكمية الملائمة من الحليب من دون أن تحدث عنده مشكلة هضمية.

يلاحظ أيضاً التحسس لحليب البقر الذي يتميز بعوز إنزيم اللاكتاز وعدم تحمل سكر اللاكتوز، و يترافق باضطرابات تحسسية أخرى مثل الشرى، والارتكاسات التأقية أي التحسسية الشديدة في الجلد والأغشية المخاطية.

النظام الغذائي المضادة لانتفاخ البطن:

لا يمكن تحديد أسباب انتفاخ البطن على نحو دقيق، ولذلك لا يمكن تحديد نظام غذائي دقيق لمعالجة هذه المشكلة. وكذلك فإن تحمل الأشخاص لبعض الأطعمة متفاوت. ولكن يمكننا أن نعدد الأغذية التي قد تساعد على حدوث انتفاخ البطن.

الأطعمة التي تحوي هواء زائداً: المشروبات الغازية، الحليب المخفوق، الخبز المنفوخ (ويدخل البيض في تركيبهما).

الأطعمة التي يدخل اللاكتوز في تركيبها: بسبب عدم تحمل اللاكتوز. واللاكتوز هو السكر الموجود في الحليب وبعض أنواع القنبيط والكرنب والملفوف والفاصولياء الجافة والعدس والحمص والفاصولياء الجافة والبقول والخس والفسق والجوز والبصل والبالزلاء والفجل والخيار والبطيخ والخوخ والتفاح غير اليانع.

الأغذية الغنية بالدهن ولا سيما الغنية بالأحماض الدهنية المشبعة. ولا يحتوي زيت الزيتون هذه الأحماض المشبعة.

النظام الغذائي في القولون المتهيج أي تشنج القولون (Irritable colon):

إن المعالجة الفيزيائية للقولون المتهيج صعبة، ولاسيما عندما يبطل المريض بتناوب الإمساك أو الإسهال.

يتجه النظام الغذائي غالباً إلى مكافحة الإمساك عن طريق زيادة حجم البراز من دون أن يسبب ذلك تخريش الأمعاء ولكن إذا أصيب المريض بالإسهال فإنه ينبغي أن نضع المريض على نظام غذائي خاص بالإسهال المزمّن لمدة أسبوع أو أسبوعين.

يعالج النظام الغذائي التالي القولون المتهيج المترافق بالإمساك كما يلي:

أولاً: الأغذية الممنوعة:

- التوابل والفلفل والفليفلة.
- البوظة (الآيس كريم: Ice cream) والأشربة الثلجة و خاصة الكميات الوافرة المأخوذة بسرعة.
- القهوة والشاي بكثرة.
- البقول التي تولد الغازات في البطن: العدس، الفاصولياء الجافة الحمص، الفول.

المسهلات وهي ممنوعة قطعاً.

ثانياً الأغذية المسموحة:

ينصح باتباع نظام غذائي متوازن يتألف من البروتينات والدهن والسكريات بحيث يكون هذا النظام الغذائي غنياً بالألياف.
الخبز الكامل (دقيق + نخالة).

الخضر المطبوخة (الجزر الخس فاصولياء خضراء، بطاطا).

الخضر النيئة (السلطة، البندورة، الخيار، القثاء)، وتعطى هذه الخضر تدريجياً حسب تحمل المريض.

الفاكهة: يبدأ المريض بالفاكهة المطبوخة ثم النيئة ولا سيما اليانعة حسب تحمل المريض وينصح بتناول التفاح لأن غناه بالبكتين يسهل مرور الغائط وينصح أيضاً بتناول الخوخ الناضج.

ملاحظة: ربما نضيف لهذا النظام الغذائي حسب تحمل المريض، النخالة أو بعض البذور النباتية مثل بذور قطناء أو الكتان.

النظام الغذائي في الإمساك الوظيفي المزمن (Constipation):

المبادئ: تتنبه الحركات الحوية المعوية بزيادة حجم البراز.

وذلك بإعطاء الأغذية الغنية بالألياف السللوزية.

الأغذية الغنية بالألياف التي ينصح بها:

- الدقيق: الخبز الكامل، خبز الشيلم (وهو غير موجود في بلادنا العربية).
- الخضر: تحتوي الخضر (1-3٪) من وزنها أليافاً وينصح بتناول هذه الخضر: الأرضي شوكي، الجزر، اللفت الكرفس، القنبيط، الكرنب، السبانخ، الخس، البصل، الحمص، البندورة، ويوصى بالخضر النيئة، لأن الألياف النباتية المطبوخة هي أقل تنبيهاً للحركات التمعجية المعوية.
- الفاكهة: تحتوي الفاكهة الطازجة (1٪ - 7٪) من وزنها أليافاً. وتحتوي الفاكهة الجافة ولا سيما المشمش الجاف والتين الجاف (20٪) من وزنها أليافاً. وينصح

أن تتنقع بضع حبات من هذه الفاكهة الجافة في المساء ضمن كأس من الماء، ويشرب هذا المنقوع وتؤكل هذه الفاكهة عند الصباح.

الأغذية الفقيرة إلى الألياف المنهي عنها أو التي يسمح بكميات قليلة منها: المعجنات، الأرز، النشا، الكاكاو، الشوكولا، الحلويات، الأسماك.

مشتقات الحليب: يخلف الجبن القليل من البقايا ويجب أن يؤكل بكميات قليلة، أما اللبن أو الحليب الرائب فقد يسبب وجود اللاكتوز فيها التخمرات التي تعرض على الحركات الحوية.

ثمة العديد من الإمساكات المزمنة التي لا تستجيب سريعاً للنظام الغذائي الغني بالألياف والتي قد تثير ألماً بطنياً بسبب تطبل البطن وانتفاخه. إذاً يستحب في هذه الحالات اللجوء التدريجي لهذا النظام الغذائي حسب زحمات المريض. يجب على المرضى أن يتغاطوا في مواعيد ثابتة، على الرغم من غياب حس التغوط. ويشجع هؤلاء المرضى على التمارين العضلية ويمنعون من تعاطي المسهلات. يمكن إضافة مواد يعرفها الصيادلة تسمى الآجار آجار أو بزر القطون أو بزر الكتان أو النخالة. ويمكن إعطاء بعض المواد الدهنية مثل: زيت الزيتون أو القشدة الطازجة أو الزبدة إذ إن لها مفعولاً مليناً ومفرغاً للصفراء.

النظام الغذائي في الإسهال الحاد (Acute diarrhea):

يسبب الإسهال الحاد ضياع الماء والأملاح أي الشوارد أو الأيونات (الصوديوم، البوتاسيوم، البيكاربونات). وقد يكون هذا الضياع شديداً إذا ترافق مع القيء. لا يمكن في بعض الحالات إصلاح الماء والأيونات إلا بالتغذية الوريدية. ولكن أكثر الحالات يمكن معالجتها عن طريق الفم (التهاب المعدة والأمعاء الفيروسي، التسممات الغذائية، إسهال المسافرين داء الشيجيلية أو داء السالمونيلا).

مرحلة الإسهال الغزير (اليوم الأول أو الثاني):

يعطى المصاب محلولاً خاصاً (يحتوي بعض الماء والملح والقليل من السكر) بمقدار 100-200 مل كل (6) ساعات، وتوجد في بلادنا باسم محلول معالجة الجفاف (ORS)، وحسب تطور المرض. وعند عدم توفر هذا المحلول يمكن إعطاء الأرز المطبوخ المغلي المملح (50 غراماً أرز يطبخ بوساطة ليتر ماء) وكذلك تعطى الخضّر المغلية المملحة.

مرحلة النقاهة (Convalescence): يسمح للمريض في هذه المرحلة بحساء طحيني. (سميد، المعجنات، الرز، البطاطا المسلوقة) وفيما بعد يعطى المريض البروتينات كالبيض واللحم المفروم، والفاكهة والخضّر الطازجة التي تعطى حسب تحمل المريض الخاضع للنظام الغذائي، لا يسمح بتناول الخضّر النيئة إلا بعد الشفاء الكامل.

ينصح بإعطاء الفاكهة الغنية بحمض التنيك مثل السفرجل لأن حمض التنيك يساعد على القبض والإمساك.

تعطي المواد الغنية بالبكتين نتائج حسنة في معالجة الإسهال الحاد ولاسيما عند الأطفال. وهذه المواد هي مسحوق الجزر والتفاح المبشور وعصيدة الخرنوب.

النظام الغذائي في الإسهال المزمن (Chronic diarrhea):

تعد المبادئ التالية أساساً هامة في معالجة الإسهال المزمن مهما كان سبب هذا الإسهال.

- * حظر جميع المخرشات الكيميائية أو الآلية للجدر المعوية.
- * النظام الغذائي الغني بالبروتينات، تغطية الحاجة الحرارية المتزايدة، عند هؤلاء المرضى.
- * تعويض خسارة المعادن (ولاسيما الكلس والحديد).
- * تعويض خسارة الأيونات (ولا سيّما الصوديوم والبوتاسيوم).
- * الوقاية من عوز الفيتامينات.

الأغذية التي لا ينصح بها:

- * المشروبات: القهوة، الشاي الثقيل، والمياه الغازية، والمثلجات.

* البهارات والتوابل: الفلفل والفليفلة، الكتشب، الخردل، والفلفل الحلو والمخل.
* الفاكهة غير اليانعة والفاكهة أو الثمار المجففة (جوز، لوز، بندق، عنب جاف، تين جاف).

* الخضر: جميع الخضر ذات الألياف وحتى المطبوخة منها.
* (الكرب، القنبيط، الخس).
* البقول: العدس، الحمص، الفاصولياء الجافة.
* الدقيق الكامل، الكاتو، الحلويات التي تحتوي فاكهة جافة.
* جميع أنواع الأطعمة المقلية.
* لحوم الصيد والمترديلا، اللحوم الدهنية واللحوم الغنية بالألياف.

الأغذية التي ينصح بها:

* الأشربة: الشاي الخفيف، الماء المعدني، عصير الفاكهة المحلى أو الممدد بالماء.
* مشتقات الحليب: الحليب الكامل أوالمقشود (ما عدا حالات عدم تحمل الحليب)،
القشدة الطازجة، الزبدة، اللبن الرائب، الجبن الأبيض.
* البروتينات: قطع طرية من لحم البقر أوالغنم أو الجمل، الطيور، الأسماك المشوية
أوالمسلوقة، البيض.
* الطحين: الخبز الأبيض الطازج أوالمحمص، المعجنات، الأرز، السميد، الذرة،
النشا، البرغل.
* الخضر: البطاطا (المسلوقة أوالعصيدة)، الخضر الطرية التي لا تحتوي الألياف.
* ينصح بإعطاء الخضر الغنية بالبوتاسيوم التي تفيد في معالجة نقص البوتاسيوم
في الدم مثل الجزر والكرفس و ثمرة المحامي واللفت.
* الفاكهة: يسمح بالفاكهة اليانعة كالموز والبرقوق، والبرتقال الذي يسهم في
معالجة نقص بوتاسيوم الدم لغناه بهذه المادة.
* السكريات: المربي، العسل، عصيدة الفاكهة، القشدة، والشوكولا الخالية من
الثمار المجففة.
* المحضرات العديدة الفيتامينات: يشار باستعمالها في أغلب الأحيان علماً أن
معظم هذه المحضرات خالية من الفيتامين B₁₂ وحمض الفوليك والفيتامين K لذا
يفضل إعطاؤها منفردة.

النظام الغذائي في التهاب المعدة (Gastritis):

التهاب المعدة الحاد (Acute gastritis):

ينجم هذا الالتهاب غالباً عن الإفراط الغذائي أو امتصاص بعض السموم، يشفى هذا الالتهاب تلقائياً بعد الصيام والنظام الغذائي المائي المطلق. ويتبع هذا النظام الغذائي نظام غذائي ذو طعام طري قوامه حساء الدقيق الكثيف، والخُضَر المسلوقة، أما إدخال الغذاء العادي فيتم تدريجياً وحسب تحمل المريض.

التهاب المعدة الضموري المزمن (Chronic atrophic gastritis):

تقتضي معالجة هذا المرض من الناحية الغذائية الإمتناع عن الكحول والتدخين والتوابل وبعض الأدوية مثل الأسبرين. ويجب أن يمضغ الطعام جيداً وأن يعتنى بصحة الأسنان، ويعطى المريض غذاء عادياً مع تجنب اللحوم الدهنية ولحوم الصيد والمرديلا والأطعمة المقلية والنشويات.

النظام الغذائي في قيء الدم (Hematemesis):

دوالي المريء (Esophageal varices):

يجري تشخيص القيء الدموي بوساطة التنظير، يتبع المريض نظاماً غذائياً ذا طعام طري قوامه السوائل في البدء ثم الطعام المفروم وإذا وصف للمريض الحبوب يجب أن تذوب الحبات وتمزج مع الطعام، ويتبع المريض نظاماً غذائياً خالياً من البروتين بوجود خطر اعتلال الدماغ بسبب مرض كبدي وهو مرض نادر جداً يمكن أن يشخصه طبيب العائلة المتخصص.

القرحة المعدية الإثنا عشرية وباقي التسحجات المعدية المخاطية:

يجري تشخيص سبب قيء الدم بوساطة التنظير، ويتبع أيضاً المريض نظاماً غذائياً ذا طعام طري قوامه الحليب والقشدة الطازجة والبيض في خلال (24-48) ساعة تالية للقيء الدموي، يجب أن يعطى المريض حوالي (2000) كالوري يومياً وينبغي ألا يترك المريض على النظام الغذائي المائي من دون وارد حروري، يعطى اللحم المفروم والخضر المطبوخة تدريجياً حسب تحمل المريض.

النظام الغذائي في القرحة المعدية الإثنا عشرية

:(Gastro-duodenal ulcer)

مازال النظام الغذائي المتبع في علاج القرحة المعدية الإثنا عشرية موضع نزاع بين العلماء إذ لم يبرهن بعد على جدوى النظام الغذائي في شفاء القرحة أو منع نكسها.

القرحة المعدية الإثنا عشرية الحادة:

يتناول المريض الطعام كل ساعتين، منذ الاستيقاظ وحتى النوم. يشرب المريض الحليب الغني بالدهن [150] مللي لـ لتر حليب + (50) جراماً قشدة طازجة] مع كعك بالحليب، أو قطعة من الخبز المحمص مع الزبدة عند اليقظة ثم عند الفطور وفي الساعة العاشرة والثالثة بعد الظهر والخامسة بعد الظهر ومساءً قبل النوم.

يعطى المريض البروتينات أيضاً كالبيض عند الفطور اللحم المفروم القليل الدهن ويعطى لحم الطيور أو السمك المطبوخين، عند الظهر وفي المساء.

تعطى الخضرة الفقيرة إلى الألياف أيضاً (البطاطس، الهليون، الجزر المسلوق جيداً) وتعطى المعجنات والرز والفاكهة المطبوخة بقليل من السكر (خشاف).

الوقاية من نكس القرحة:

يعطى المريض غذاءً عادياً متوازناً. وينصح بتناول ثلاث وجبات رئيسية تتخللها وجبات خفيفة في الساعة العاشرة والرابعة بعد الظهر وقبل النوم بإعطاء الحليب الكامل الدهن لما له من فائدة جلية ويتجنب المريض التدخين والقهوة والشاي الثقيل والمشروبات التي تحتوي الكافيين مثل أنواع المشروبات الغازية (ولا سيما الكولا بأنواعها المختلفة) والشوكولا والبهارات والفلفل و يسمح للمريض بشرب القهوة الخالية من الكافيين.

النظام الغذائي في فغر القولون (Colostomy) أي الشرح المضاد للطبيعة

نقصد بفغر القولون الشرح الصناعي أو (الشرح المضاد للطبيعة). وهو إجراء جراحي مؤقت أو دائم لمعالجة بعض أمراض الجهاز الهضمي.

أ - النظام الغذائي في مرحلة ما بعد العمل الجراحي:

يعتنى بالنظام الغذائي الذي يؤمن للمريض احتياجاته كافة. من حيث غناها بالبروتين أما في طور النقاهة حيث يميل المريض للإسهال فيحذف من غذائه الخبز الكامل (دقيق نخالة) والخضر الغنية بالألياف والخضر النيئة ويعطى المريض الأرز والمعجنات والبيض والجزر ومربى السفرجل.

ب - مرحلة الاستقرار:

يعطى الخبز والفاكهة والخضر الغنية بالألياف تدريجياً حتى يصل إلى تناول الغذاء العادي وعلى الرغم من ذلك ينصح المريض بتجنب الأطعمة التي تسبب التخمرات والغازات والروائح الكريهة وهذه المواد هي:

المشروبات الغازية والتوابل وبعض الخضر مثل الكرنب والبصل واللفت والبقول كالعدس، والفاصولياء الجافة، والبقول، والحمص، والجبن المتخمر وملحقات الذبائح والنقانق.

يجب أن يمتنع المريض الخاضع للنظام الغذائي طعامه جيداً وأن يأكل بهدوء، ربما يحرض التغوط - في الكيس الموضوع - بوجبات غنية بالسوائل وليأخذ المريض على سبيل المثال كأساً كبيراً من الماء أو الشاي أو القهوة في نهاية الوجبة ولا ينصح مطلقاً بشرب السوائل بين الوجبات.

النظام الغذائي في فغر اللفائفي (Ileostomy):

يبتر القولون من دون بتر اللفائفي أي الجزء الأخير من الأمعاء الدقيقة من الناحية العملية في الأشكال الوحيدة من التهاب القولون القرصي، وإذا بتر القولون وجرى فغر اللفائفي نجم عن ذلك تصريف في المفرزات الطبيعية لهذا القسم من الأمعاء الدقيقة الذي يدعى اللفائفي مع اضطرابات في توازن الماء والأيونات الذي يجري إصلاحه بصورة طبيعية من قبل الجسم في خلال بضعة شهور.

يسبب فقد الصوديوم نقصاً في حجم البلازما وينقص مقدار البول ويميل تفاعله إلى الحموضة مما يسبب تشكل الحصيات، ويصاب المريض بفرط الألدوستيرون الثانوي وهو من الأمراض النادرة جداً.

يقتضي النظام الغذائي لهؤلاء المرضى تزويدهم بوارد حروري عالٍ منخفض البروتين غني بالملح فقير إلى الألياف، وافر بالسوائل لمنع تشكل الحصيات في الجهاز البولي.

النظام الغذائي في استئصال المعدة (Gastrectomy):

يعود المريض الذي استؤصلت معدته تدريجياً على الطعام ويبدأ ذلك بعد العمل الجراحي وفي مرحلة النقاهة. وبعد خروجه من المستشفى ويجب أن توجه العناية نحو إصلاح الأسنان المصابة.

النظام الغذائي في مرحلة النقاهة:

يعطى المريض في هذه المرحلة خمس وجبات تحمل (2500) كالوري يومياً موزعة على الشكل التالي:

(120) جراماً بروتين.

(300) جراماً سكريات.

(90) جراماً دهن.

وجبة الفطور عند الاستيقاظ:

(150) مللي ليتر حليب كامل الدهن أو مقشود.

(4) قطع كعك بالحليب.

(15) جراماً زبدة.

(40) جراماً جبن.

يمكن الاستغناء عن الحليب إن لم يستطع المريض تحمله.

الغذاء:

(100) جرام لحم أو سمك (قليل الدهن مشوي أو مسلوق).

(200) جرام بطاطا مسلوقة أو رز مع الزبدة النيئة والخبز محمص أو كعك

بالحليب.

قطعة فاكهة يانعة أو مطبوخ هذه الفاكهة المحلى قليلاً بالسكر أي (الخشاف).

الساعة 4: كأس لبن رائب.

بسكويت.

العشاء:

(100) جراماً لحم أو سمك أو بيضتان.

خضر مطبوخة مع الزبدة الطازجة.

(30) جراماً جبن أو كأس لبن رائب.

خبز محمص أو (2-3) قطع كعك بالحليب.

قطعة فاكهة يانعة أو مطبوخ هذه الفاكهة المحلى بقليل من السكر (الخشاف).

وجبة الساعة (10) ليلاً: (اختيارية).

الأغذية المحظورة في مرحلة النقاهاة:

الجبن المتخمر، اللحم المدهن، اللحم غير المشوي جيداً، اللحم غير المفروم جيداً، التوابل (صلصة التوابل) الحلزون، المحار، الخضر الجافة، الأطعمة المقلية، البطاطا المقلية، الخبز الكامل الطري، الحلويات، البوظة، الخضر النيئة أو المطبوخة التالية: الكرنب، اللفت، البصل، البندورة «الطماطم»، الفطر، البازلاء، الفليفلة، الفلفل الحلو، بقية الخضر النيئة، الفاكهة الفجة، المشروبات الغازية عصير الفاكهة.

نستعمل الزبدة الطازجة أو الزيت بدلاً من بقية المواد الدهنية.

يجب أن لا يستعمل المريض الخاضع للنظام الغذائي أكثر من (25) جراماً السكر النقي باليوم.

يمنع شرب السوائل أو الماء أثناء الوجبات.

النظام الغذائي بعد مضي 6 أشهر على العمل الجراحي:

يسمح بعد هذه المدة بتناول الفاكهة اليانعة جيداً (إجاص، دراق) وسلطة

الخضّر، والخضّر المبروشة جيداً. (جزر، كرفس، ضلوع الخس). ثم يسمح بالبرتقال والتفاح والليمون الهندي أي الكريفون، ولكن بكميات قليلة ثم يسمح بالبندورة المطبوخة وغير المطبوخة وبعد ذلك يسمح بالخضّر الجافة المطبوخة بشكل حساء ثم يسمح بها مطهوه بطرق أخرى.

يمنع شرب السوائل أو الماء خلال الوجبات.

النظام الغذائي في التشمع الكبدي (Liver cirrhosis):

يكون الغذاء عادياً ومتوازناً إذا لم يكن المريض مصاباً بالاستسقاء وهو تجمع السوائل في البطن) أو الوذمات وينصح بالنظام الغذائي الغني بالبروتين أو بالنظام الغذائي البروتيني المرتفع قليلاً (1-1.5) جرام لكل كيلو جرام من وزن المريض باليوم.

ويضاف عادةً إلى غذاء المريض مجموعة الفيتامينات B ويعطى حمض الفوليك في حالات فقر الدم العملاق الخلايا بمقدار (1) مللي جرام باليوم عن طريق الفم. تكمن صعوبة تغذية مرضى التشمع الكبدي في التغلب على القهم والزهد في الطعام، ويجب تنويع الطعام عند هؤلاء المرضى على نحو نافع.

النظام الغذائي في التهابات الكبد الفيروسيّة واليرقان:

ما ينبغي أن يتبع المرضى المصابون بالتهاب الكبد الفيروسي نظاماً غذائياً خاصاً، إذا كان سير المرض عندهم خالياً من المضاعفات.

ويبقى المدخول الحروري والبروتيني والسكري والدهن عادياً ولكن يعطى الدهن بصورة زبدة طازجة وحليب وقشدة طازجة وجبنه بيضاء وزيت نباتية. ولا تطبخ الدهون مطلقاً وإنما تضاف إلى الطعام بعد طبخه، يتجنب المريض الخاضع للنظام الغذائي اللحوم الدهنية ولحوم الصيد والمرديلا والجبن المتخمر والشوكولا والحلويات والقهوة والشاي الثقيل ولا ينصح بالبهارات.

النظام الغذائي في التهاب البنكرياس الحاد (Acute pancreatitis):

يقتضي هذا الداء صياماً مطلقاً من المريض، مع سحب المفرزات المعدية

بوساطة الأنبوب المعدي، وذلك طيلة وجود الألم والغثيان، وعندما تطول الحالة أكثر من (4-5) أيام يلجأ إلى التغذية الوريدية المحيطية أو التغذية الوريدية المركزية، تصادف العودة إلى التغذية العادية بعض الصعوبات.

يحذف الدهن على نحو مطلق ويبدأ المريض الخاضع للنظام الغذائي بتناول المشروبات السكرية وعصير الفاكهة والحليب المقشود والحساء الكثيف المؤلف من الدقيق أو الخضر.

النظام الغذائي في التهاب البنكرياس المزمن (Chronic pancreatitis):

يعطى الدهن بالتدريج، وحسب تحمل المريض. وتقلل الشحوم قدر المستطاع وفي الأشكال الوخيمة يمكن استعمال بعض الدهون الخاصة المؤلفة من الجليسيريدات الثلاثية المتوسطة.

عندما يسبب التهاب البنكرياس المزمن الداء السكري فيجب إنقاص مقدار النشويات. من دون أن يؤثر ذلك في مجمل الحاجة الكلية من الحريرات عند هؤلاء المرضى. ويجب السيطرة على الداء السكري والحفاظ على الراتب الحروري من دون نقصان.

النظام الغذائي في العمليات الجراحية بصورة عامة:

النظام الغذائي قبل العمل الجراحي:

المريض السيئ التغذية: يفضل إعطاء المريض السيئ التغذية - في حالات العمليات الجراحية غير الإسعافية- قبل عدة أيام من إجراء العمل الجراحي غذاء وافراً بالبروتين والحريرات.

جراحة البطن ولا سيّما جراحة القولونات: يعطى المريض غذاء فقيراً إلى الألياف قبل العمل الجراحي بعدة أيام.

النظام الغذائي في الليلة التي تسبق العمل الجراحي:

يكون الغذاء خفيفاً وينصح بتجنب الدهون المطبوخة والأطعمة المقلية، والجبن المتخمّر، والتوابل والمايونيز، أو الأغذية الغنية بالألياف (الخضر النيئة، الفاكهة

الفجة) تكون وجبة العشاء قليلة المقدار وتتضمن مثلاً: الشاي الخفيف مع بضعة قطع من البسكويت مع القليل من الزبدة والمربى أوالجبن الأبيض ويمكن للمريض أن يشرب في خلال الليل قليلاً من الشاي الخفيف أو بعض المشروبات السكرية ولكن يبقى المريض صائماً تماماً قبل أربع ساعات على الأقل من موعد العمل الجراحي.

النظام الغذائي بعد العمل الجراحي:

تتعلق العودة إلى التغذية العادية بنوع العمل الجراحي ومدى شدته وتتعلق كذلك بعودة الحركات الحوية المعوية. وفي الأيام التالية للعمل الجراحي (3-4) أيام. تكمن المشكلة في الحفاظ على الماء والأيونات أي الشوارد ويجري ذلك بإعطاء المحاليل السكرية المدعمة بالأيونات ومن المعروف أن مئة غراماً من السكر في اليوم تعطى عن طريق الوريد تكفي لمنع التقويض البروتيني.

تعود الحركات الحوية المعوية عادةً بعد إجراء العمليات الجراحية الكبيرة. وينبغي إدخال الغذاء العادي تدريجياً. يقبل المريض عادةً على تناول السوائل بسهولة (حساء الدقيق الكثيف، الحليب المكثف القشدة الطازجة، اللحم المسلوق أو الخضر المسلوقة، عصير الفاكهة) وبعد ذلك يمكن العودة إلى الغذاء الطبيعي العادي، وقد نضطر في بعض العمليات الجراحية الفكية إلى إعطاء المريض طعاماً مطحوناً (أغذية مخلوطة بوساطة الخلاط) وفي هذه الحال توضع البروتينات على نحو كاف (لحم مفروم، لحم طير، بيض)

يحتوي غذاء المريض بعد العمليات الجراحية كميات مرتفعة من البروتينات والكالوري (2500-3000) كالوري، (100) جراماً بروتين باليوم ويضم هذا النظام الغذائي اللحم بأنواعه والبيض والحليب ومشتقاته.

النظام الغذائي في الذبحة الصدرية (Angina pectoris):

يتبع المريض المصاب باضطرابات في الأوعية التاجية القلبية، نظاماً غذائياً فقيراً إلى الدهن إذا كان مصاباً بفرط شحوم الدم. أو نظاماً غذائياً فقيراً إلى الملح إذا كان إذا كان يعاني من فشل القلب. أو نظاماً غذائياً قليل الكالوري إذا كان المريض سميناً وفضلاً عن ذلك ينصح المريض باتباع النظام الغذائي التالي:

تجنب الإفراط في الطعام وتقسيم مجمل الكالوري إلى ثلاث وجبات. ويشار

للمرضى الذين يشعرون بآلام الذبحة بعد الطعام إلى تقسيم طعامهم إلى ثلاث وجبات رئيسية قليلة تتخللها ثلاث وجبات خفيفة تؤخر إحداها إلى ما قبل النوم.

تجنب الأغذية التي تولد الغازات مثل المشروبات الغازية والبقول (العدس، الفول، الحمص، الفاصولياء الجافة).

ينصح المرضى الذين يشعرون بآلام الذبحة بعد الطعام بالخلود إلى الراحة بعد الطعام لمدة نصف ساعة أو ساعة.

النظام الغذائي في الحصيات البولية (Urolith):

المعالجة والإدرار:

يحرص الإدرار البولي لمدة ثلاث أسابيع، لأن زيادة الإدرار البولي يساعد على طرح الأملاح والرمل مع البول وهذا الإجراء هو أكثر الإجراءات نفعاً في كل أنواع الحصيات الكلوية ويفضل إعطاء الماء المعدني الخفيف المعادن وإذا أعطي الماء بكميات وافرة فإن الحاجة إلى النظام الغذائي سيكون قليل الأهمية.

الحصيات اليوراتية:

يجب قلونة البول «بوساطة مركبات يصفها طبيب العائلة» ويفضل إعطاء الفاكهة والخضر والسكريات. ويستمد الجزء الأكبر من البروتينات من الحليب أو مشتقاته. ويسهم إعطاء المياه المعدنية القلوية في قلونة البول.

الحصيات الأوكزالية:

لا يجدي النظام الغذائي الفقير إلى الأوكزالات في الغذاء لتخفيف طرح الأوكزالات المرضى في البول ويبقى تحريض إدرار البول الوسيلة الناجعة في معالجة هذه الحصيات.

لم تثبت فائدة إعطاء الفيتامين B₆ بمقدار (100-200) مللي جرام باليوم في سياق معالجة الحصيات الأوكزالية.

وفي هذه الحال بالذات يوصى بما يلي:

النظام الغذائي الفقير إلى الشحوم. ويعطى طبيب العائلة عند اللزوم الكوليستيرامين.

النظام الغذائي الفقير إلى الأوكزالات. وذلك بحذف الأغذية التالية أو الإقلال منها كثيراً، وهي الأغذية الغنية جداً بحمض الأوكزاليك:

تحتوي الأغذية التالية في كل مئة جرام من وزنها حوالي 100-400 مللي جرام من هذا الحمض:

البقدونس، السبانخ، الكاكاو، القهوة التجارية السريعة الذوبان، الشمندر الأحمر، الحميض، الراوند، الشاي. (يمنع المريض الخاضع للنظام الغذائي من تناول هذه الأغذية منعاً باتاً).

الأغذية الغنية بحمض الأوكزاليك: تحتوي الأغذية التالية في كل مئة جرام من وزنها حوالي (10-100) مللي جرام من هذا الحمض:

اللفت، الجزر، التين الجاف، الفاصولياء الخضراء والجافة، البرقوق، الشوكولا، توت العليق، الحمضيات (يسمح بتناول القليل من هذه الأغذية).

الحصيات الكلسية:

يعد إنقاص الكلس من الأغذية وتحميض البول بوساطة الغذاء أمرين لازمين، في المعالجة الغذائية للحصيات الكلسية ولكنهما قد لا يكونان مجديين. يعتمد النظام الغذائي المحمض للبول على إنقاص البروتينات الحيوانية المنشأ (باستثناء الحليب ومشتقاته) والحبوب والإكثار من الخضر والفاكهة ويكثر من الدهن في حالات الحصيات الكلسية المجهولة السبب.

يقوم طبيب العائلة أحياناً بخفض كلس البول بوساطة المدرات الثيازيدية بسهولة أكثر من اتباع النظام الغذائي الفقير إلى الكلس.

الأغذية الغنية جداً بالكلس:

تحتوي الأغذية التالية في كل مئة جرام من وزنها حوالي (1000-200) مللي جرام من الكالسيوم: اللوز الشوكولا بالحليب، الجبن المتخمر، مسحوق الحليب، الحليب المركز، الجوز، السردين، ثفل قصب السكر.

الأغذية الغنية بالكلس: يحتوي كل مئة جرام من الأغذية التالية حوالي

(100-200) مللي جرام من الكالسيوم: التين الجاف، الجين الأبيض، الحليب الكامل الدهن، البقدونس، فول الصويا اللين الرائب، الملفوف، وتوجد بعض المياه المعدنية الغنية بالكلس والتي تحتوي من (100-600) مللي جرام: في كل ليتر.

الحصيات السيستينية:

لايوجد في هذا الشكل من الحصيات أي نظام غذائي خاص ما عدا تحريض الإدرار بشرب الماء الكثير وقلونة البول أي جعل تفاعل البول قلوياً، بوساطة أدوية يصفها طبيب العائلة وهي: [الأسيتازولاميد وبيكاربونات الصوديوم أو سيترات الصوديوم].

النظام الغذائي في الفشل الكلوي الحاد (Acute renal failure):

ينصح باتباع النظام الغذائي التالي في جميع حالات الفشل الكلوي الحاد مع شح البول، مهما كان سبب هذا الفشل، وفي حالات فقدان أي وسيلة لإجراء الديال الدموي أي الكلية الصناعية.

الماء: يعطى المريض مقداراً من الماء يعادل حجم البول المطروح مضافاً إليه ما يضيع عن طريق القيء أو الإسهال أو النواسير ويضاف إلى ذلك أيضاً ضياع الماء بوساطة جهاز التنفس.

الكالوري: يعطى الكهول وارداً لا يتجاوز (30) حريرة (سُعر حراري) اليوم لكل كيلو جرام من الوزن، أما الأطفال فيعطون (40-50) حريرة لكل كيلو جرام من الوزن ويلاقي إعطاء هذا المدخول من الكالوري عن طريق الفم للأطفال واليافاعين بعض الصعوبات لأن المريض يكون مصاباً بالغثيان وتكون كمية السوائل المسموح بها محددة. لذلك يلجا إلى التغذية بوساطة القناطر.

البروتين: يترافق الفشل الكلوي الحاد بزيادة بروتينات البدن لذلك يعطى البروتين بمقدار (1) جرام لكل كيلو جرام من الوزن باليوم ويجب أن يعطى البروتين أقل من (10٪) من الحاجة الكلية للحريرات باليوم. وكمبدأ يقدم الحليب (المنزوع الملح في حالات الوزمة) والبيض وكافة الأحماض الأمينية الضرورية للجسم.

الدهون والساكار: تعطي الدهون والساكار الجزء الأكبر من الحاجة اليومية

من الكالوري، وتقدم الأغذية ذات الحريرات العالية مثل الزبدة، والقشدة والمشروبات السكرية والعسل والمرببات مما يسمح بوصول مدخول السعرات إلى (2000-1800) كالوري.

تمنع الأغذية الغنية بالبوتاسيوم، في حالات فرط بوتاسيوم الدم لذلك يصبح عصير الفاكهة خطراً و محظوراً.

النظام الغذائي في الفشل الكلوي المزمن (Chronic renal failure):

يتضمن النظام الغذائي في الفشل الكلوي إنقاص الأغذية التي تحتوي عناصر تطرح عن طريق الكلية وتزيد في فشلها، والحفاظ على المدخول الحروري.

الماء: تطبق المبادئ نفسها في الفشل الحاد، ولكن عندما تفقد الكليتان قدرتهما على التكتيف فإن زيادة وارد الماء يصبح أمراً لازماً بسبب تعدد البيلات الحاصل.

البروتين: يعطى المريض (1) جرام لكل كيلو جرام من الوزن إذا كان الفشل الكلوي معتدلاً وعندما يصبح الفشل الكلوي متوسط الشدة فهذا يستدعي إنقاص قيم البروتين في الغذاء إلى (0,6-0,7) جرام لكل كيلو جرام من الوزن بالتدرج ويجب أن يكون ثلثا وزن البروتين المقدم إلى المرضى البالغين من مصدر حيواني والثلث الباقي من مصدر نباتي.

الدهون والسكريات: يقسم المدخول الكلي من الغذاء كما يلي:

10٪ بروتينات (ثلثين حيوانية، وثلث نباتية)

40٪ دهن يحتوي أقل مقدار من الحموض الدهنية المشبعة.

50٪ سكريات.

ذكَرُ الجَمِيعِ:

أن زيت الزيتون هو أفضل أنواع الزيوت، وهو أحد الزيوت التي نحتوي الأحماض الدهنية غير المشبعة.

الصوديوم:

يكون النظام الغذائي عادياً فيما يتعلق بالصوديوم في غياب الودمات.
النظام الغذائي الناقص الصوديوم، في حالات ارتفاع الضغط الدموي والودمات.

يزداد إعطاء الصوديوم في بعض حالات الفشل الكلوي المزمن الفاقد للصوديوم (التهاب حويضة وكلية مزمن، الكلية العديدة الكيسات، اعتلال الكلية الأنبوبي الخلالي).

البوتاسيوم:

يكون النظام الغذائي عادياً فيما يتعلق بالبوتاسيوم إذا كان بوتاسيوم الدم طبيعياً وإذا كان الفشل الكلوي معتدلاً. وهذا يعني تجنب الأغذية الغنية بالبوتاسيوم. وتعطى الخضر المطبوخة بحيث يرمى الماء الذي سلقته به جانباً، هنالك صعوبة بالواقع في إعطاء المريض نظاماً غذائياً يحتوي كميات قليلة من البوتاسيوم من دون أن يتأثر الراتب الإجمالي من الحريرات من الناحية الكمية والنوعية.

تمنع الأطعمة الغنية بالبوتاسيوم إذاً، وقد يضطر طبيب العائلة إلى إضافة الراتنج الذي يلتقط الأيونات على الرغم من التقيد بالنظام الغذائي.

الكالسيوم:

يأتي الكلس من الحليب ومشتقاته وعلى نحو أقل الخضر الطازجة وينقص وارد الكالسيوم بسبب حصر هذه المواد وتحديدها في الفشل الكلوي المزمن المتقدم. يقدم الغذاء في هذه الحال حوالي (500-600) مللي جرام من الكلس بينما يحتاج المريض 900 مللي جرام من الكلس لذلك نضطر في مثل هذه الظروف إلى إضافة الكالسيوم الغذاء بمقدار (500-1000) مللي جرام في كل يوم. ويعطى الفيتامين D أيضاً أو أحد مشتقاته، ويجب مراقبة عيارات الكالسيوم في الدم على نحو دائم.

يستدعي هذا النظام الغذائي الصارم أيضاً إضافة الفيتامينات إلى الغذاء أما الفيتامين A فيعطى بمقادير قليلة، لتجنب تجاوز الجرعات المسموح بها في الفشل الكلوي.

الفسفور:

تقلل مقادير الفسفور في الغذاء في حالات الفشل الكلوي المتلقي، يأتي الفسفور من الأغذية البروتينية (الحليب و مشتقاته واللحوم ولاسيما السمك والدقيق).

يصعب من الناحية العملية وضع نظام غذائي فقير إلى الفسفور إذ يجب في حالات الفشل الكلوي المتلقي ألا يحتوي الغذاء أكثر من غرام واحد من الفسفور باليوم، ونضطر في هذه الظروف إلى إعطاء المريض مادة هيدروكسيد الألمنيوم وهي المادة المعروفة المضادة لحموضة المعدة بمقدار 30 مللي ليتر باليوم لأن هيدروكسيد الألمنيوم يرسب الفسفور في الجهاز الهضمي ويمنع امتصاصه.

النظام الغذائي في زرع الكلية (Renal transplantation):

لا يختلف الغذاء في بعض حالات زرع الكلية عن الغذاء العادي إذا كانت وظيفة الكلية حسنة. أما في حالات المعالجة المكثفة بالكورتيكوستيرويدات أي مركبات الكورتيزون ولدة طويلة فيلجأ للنظام الغذائي الفقير إلى الصوديوم والسكريات.

النظام الغذائي في النقرس الحاد أي ارتفاع حمض اليوريك

(Acute gout)

تسبب هجمة النقرس الحادة ألاماً شديدة، تجعل المريض يفقد شهيته وينصح بشرب السوائل بكثرة (الماء الفقير إلى المعادن، الشاي الخفيف، عصير الفاكهة الممدد بالماء، الحليب) وينصح بحساء الدقيق مع قليل من البيض أو القشدة الطازجة.

النظام الغذائي في النقرس المزمن (Chronic gout):

يعد النظام الغذائي الفقير إلى البورينات (Purines) عنصراً هاماً في المعالجة. يكفي في بعض حالات النقرس المتوسط الشدة تحديد وارد البورين

بحوالي (200) ملي جرام في اليوم ونحصل على هذه الغاية باتباع مايلي:

- 1 - ضبط مقدار اللحوم بكل أنواعها.
- 2 - تجنب الأغذية الغنية جداً بالبورين.
- 3 - الإقلال من الأغذية التي تحتوي البورين قدر الإمكان.
- 4 - استهلاك الأغذية الفقيرة إلى البورين وفق رغبة المريض الخاضع للنظام الغذائي.
- 5 - شرب السوائل بكثرة.

الأغذية الغنية جداً بالبورينات (Purines): (يجب تجنبها)

* ملحقات الذبائح: الدماغ، الكبد، اللسان، النقانق.

* الأسماك: السردين، الرنجة، الطون.

* الخميرة.

الأغذية الغنية بالبورينات (Purines): (تستعمل بكمية محدودة).

* لحوم البقر والغنم والعجل والطيور: تستعمل هذه اللحوم بمقدار أقل من (150) جرام باليوم في النقرس المتوسط الشدة علماً أن اللحوم المسلوقة تفقد كمية من البورينات.

* السمك الضئيل الحجم والقشريات. الجبن المتخمر، العدس، الحمص، الفاصولياء الجافة، الهليون، السبانخ، الفطر، الخبز الكامل.

الأغذية الفقيرة إلى البورينات (Purines):

* البيض، الحليب ومشتقاته، الجبن الأبيض القريديس، الجيلاتين.

* الفاكهة جميعها، الجوز، اللوز، البندق.

* الخضرا، الأرضي شوكي، الجزر، الحبوب، الكرنب، الفاصولياء الخضراء، الحمص الأخضر، البطاطا، البندورة الخس، الخيار.

* المعجنات، الخبز الأبيض، الرز، وجميع أنواع الطحين المغريل.

* الزبدة، القشدة، الزيوت.

* السكر، العسل، المربي.

* لا يزال دور القهوة والشاي والكاكاو في النقرس موضع نقاش بين العلماء لأنه لم

يثبت أن للكافيين أو للتيوبرومين ضرراً أكيداً على طرح البول.

النظام الغذائي في الداء السكري:

الداء السكري غير المعتمد على الإنسولين:

يشبه النظام الغذائي في هذه الحال ذلك النظام الغذائي المطبق في حالة البدانة وزيادة الوزن.

الداء السكري المعتمد على الإنسولين (IDD):

الحاجة اليومية من الكالوري في الداء السكري:

لا تختلف الحاجة اليومية في الداء السكري عن مثيلتها في الإنسان السليم وتتعلق بالوزن والقامة والعمر والفعالية البدنية.

اختيار السكريات:

مقدار السكريات: يعطى مريض السكري مقداراً من السكر يغطي (45%) - (50%) من مجمل الحريرات اليومية.

نوع السكريات: تقسم السكريات من حيث سرعة الإمتصاص إلى نوعين:

السكريات الوحيدة أو الثنائية (جلكوز، فركتوز، سكاروز) وهي سريعة الإمتصاص في الجهاز الهضمي.

النشويات، الطحين، الخضر، الفاكهة وهي بطيئة الإمتصاص في الجهاز الهضمي.

تستعمل في الداء السكري السكريات البطيئة الإمتصاص وتهجر السكريات السريعة الامتصاص إلا في حالات نقص سكر الدم المفاجئ.

الأغذية المحظورة: السكر، المربيات، الشوكولاته، الحلويات، الجاتو، الكاراميل، النوجا، الفاكهة الجافة أو المحفوظة بالسكر، عصير الفاكهة المحلى بالسكر، المشروبات الصناعية السكرية (كوكاكولا، ليمونادة).

اختيار البروتينات:

تعطي البروتينات 15% - 20% من مجمل الكالوري اليومي أي ما يعادل (75 - 100% جرام باليوم إذا كان المريض يحتاج إلى (3000) كالوري.

البروتينات النباتية المنشأ: توجد هذه البروتينات على نحو أساسي في الدقيق والخبز والرز ولكن يقيد استعمال هذه الأغذية بسبب ارتفاع نسبة محتواها من النشا ولأنه لا يقدم جميع الأحماض الأمينية الضرورية الأساسية (الليزين، التريبتوفان، الأحماض الأمينية الكبريتية).

البروتينات الحيوانية المنشأ: تستمد من اللحم والسّمك ومشتقات الحليب. يشكل استعمال بعض البروتينات الحيوانية بعض العقبات لأن بعض أنواع اللحوم تحتوي كمية وافرة من الدهون المشبعة بنسبة (1) جرام بروتين إلى (1) جرام دهن.

ينصح مرضى السكر بأن يأكلوا اللحم بلا دهن بالإضافة إلى السمك والفروج (ماعدا الجلد) والحليب المقشود واللبن الرائب (المصنوع من الحليب المقشود) والجبن الأبيض الخالي من الدهن.

اختيار الدهون:

تغطي الدهون 30% - 40% من مجمل الحاجة اليومية الحرارية، تمنع اللحوم الدهنية والنقانق، وتفضل السمنة النباتية عن الزبدة.

يحتوي زيت دوار الشمس وزيت الصويا وزيت الذرة حموضاً دهنية غير مشبعة بنسبة أقل مما هي عليه في زيت الزيتون وزيت الفستق السوداني. ولذلك تفضل الزيوت الأخيرة.

يعد تقسيم الوجبات في الداء السكري غير المستقر هاماً ويجب أن تقسم الوجبات إلى ثلاث وجبات رئيسية تتخللها ثلاث وجبات صغيرة.

الفتور: 15% من مجمل الراتب الحروري اليومي.

الساعة (10): 8% من مجمل الراتب الحروري اليومي.

الغداء: 30% من مجمل الراتب الحروري اليومي.

الساعة (4): 8٪ من مجمل الراتب الحروري.
العشاء: 30٪ من مجمل الراتب الحروري اليومي.
قبل النوم: 8٪ من مجمل الراتب الحروري اليومي.

الداء السكري غير المعتمد على الإنسولين (NIDD):

لا يختلف النظام الغذائي هنا عن مثيله السابق سوى أن عدد الوجبات ليس هاماً هنا، إذ يمكن إدخال وجبة إضافية صغيرة واحدة ويمكن الاقتصار على الوجبات الرئيسية الثلاث.

النظام الغذائي في أثناء الغيبوبة السكرية (Diabetic coma):

يأكل المريض الطعام بعد أن يستعيد وعيه وإذا لم يكن الغثيان موجوداً، يعطى المريض السوائل السكرية. كل ساعتين أو ثلاثة حسب تحمله. وينصح بما يلي:

* حساء الخضر.

* عصير الفاكهة المحلى [100) ميلي ليتر عصير + (10) جرام سكر]

* كأس حليب (100) مللي ليتر مع قطعة كعك بالحليب.

ثم يعود المريض إلى نظامه الغذائي السابق تدريجياً حسب فترة النقاهة من السبات السكري.

مثال لتوزيع وجبات مريض السكري (2000) كالوري.

يحتوي المثال التالي وجبات تعادل (2000) كالوري موزعة على ثلاث وجبات رئيسية تتخللها ثلاث وجبات إضافية صغيرة. ويناسب هذا المثال الداء السكري المعتمد على الأنسولين على نحو خاص.

(220) جرام سكريات أي ما يعادل 45٪ من مجمل الكالوري اليومي.

(100) جرام بروتينات أي ما يعادل 20٪ من مجمل الكالوري اليومي.

(80) جرام دهن أي ما يعادل 35٪ من مجمل الكالوري اليومي.

يمكن أن يلجأ المرضى الذين يحبون الطعام الحلو في مشروباتهم إلى استعمال السكرين ولكن ثمة من يحذر من استعماله عند المرأة الحامل ويمكن

استعمال الاسبارتام.

الفتور:

- (75) جرام خبز أو ما يعادله.
- (10) جرام زيت زيتون.
- (80) جرام جبن أبيض قليل الدهن أو بيضة أو (40) جرام لحم قليل الدهن.
- (50) مللي ليتر حليب مقشود مع القهوة.

الساعة (10):

- (100) حليب مقشود.
- قطعة بسكويت أو قطعة كعك بالحليب.

الغداء:

- حساء الخضر (150-200) مللي ليتر
- (75) جرام لحم قليل الدهن أو لحم قليل الدهن من دون الجلد أو
- (300) جرام سمك
- (120) جرام بطاطا أو ما يعادلها.
- الخضر بحسب الرغبة (بحيث لا تتجاوز نسبة السكريات فيها أكثر من 3٪ - 5٪).
- (15) جرام دهون نباتية.

فاكهة نيئة أو مطبوخة من دون سكر: يؤخذ نوع واحد من الفاكهة التالية:
برتقالة أو تفاحة أو إجاص أو دراق أو نصف بطيخة صفراء أو ليمونة هندية
أو ربع قطعة أناناس أو (15) حبة كرز أو (4) حبات مشمش أو نصف موزة أو
ثلاث خوخات أو (20) حبة فريز أو (15) حبة عنب.

الساعة الرابعة:

- حليب مقشود مع القهوة (100) مللي ليتر
- قطعة بسكويت أو قطعة كعك بالحليب.

العشاء:

- (75) جرام خبز أو ما يعادله.
- (100) جرام لحم قليل الدهن أو (200) جرام سمك أو بيضتان.
- (100) جرام سلطة (جزر، شمندر، كراث).
- (15) دهون نباتية.
- فاكهة نيئة أو مطبوخة كما في وجبة الغذاء.

قبل النوم:

- (100) مللي ليدر حليب مقشود.
- فاكهة نيئة أو مطبوخة كما وجبة الغذاء.

الداء السكري والحمل:

يكون النظام الغذائي عند الحامل السكرية صارماً ومراقباً ويقسم الطعام اليومي إلى ثلاث وجبات رئيسية تتخللها ثلاث وجبات صغيرة. ويتطلب الحمل أيضاً حقن الإنسولين بثلاث جرعات يومية.

يرتفع الكالوري أي الحريرات في الثلث الثاني من الحمل بمقدار 200-300 كالوري وفي الثلث الأخير من الحمل يرتفع مجمل الكالوري اليومي بمقدار (300-400) كالوري باليوم.

يزداد مقدار اللحم والسمك القليلي الدهن والبيض والحليب المقشود ومشتقات الحليب التي تقدم من جهة أخرى وارداً من الكلس.

يراقب مقدار السكر دائماً لتقييم النظام الغذائي ولضبط جرعات الأنسولين.

الداء السكري والفشل الكلوي:

لا يختلف النظام الغذائي لمريض السكري المصاب بالفشل الكلوي من دون اختلاطات ومن دون نقص بروتين الدم، عن مثيله في الفشل الكلوي المزمن، يقيد البروتين حسب شدة الإصابة الكلوية. أما في حالات الداء السكري المختلط مع نقص بروتين الدم والوذمات فإن المدخول البروتيني الأمثل هو الذي يحافظ على

البروتين الدموي على نحو كاف من دون أن يرفع من نسبة اليوريا في الدم وهذا المدخول يجب أن يقيم على نحو تجريبي ولكل مريض على حدة من قبل طبيب العائلة المختص المعالج.

الداء السكري والعمل الليلي أو العمل بمواقيت غير منتظمة

يطرح العمل الليلي أو العمل بمواقيت غير منتظمة في الداء السكري المعتمد على الإنسولين مشكلة تتعلق بمواقيت الإنسولين وتناول الوجبات، إذ يجب تحليل طريقة حياة المريض وطراز عمله ثم تدرس كل حالة بعمق لإعطائها الطريقة الملائمة في العلاج والنظام الغذائي.

الداء السكري والسفر:

يخل السفر الطويل بوساطة الطائرة، عند مريض السكري بانتظام الحياة اليومية ويجعله خاضعاً لنظام غذائي غير ملائم، وفي مثل هذه الحالات ينصح بترك الإنسولين البطيء، واللجوء إلى الإنسولين النظامي، واستعمال جرعتين أو ثلاثة باليوم، ريثما يتاح للمريض بالعودة إلى الحياة المنتظمة والاستقرار الغذائي الكامل.

النظام الغذائي في الأمراض التي تسبب الوذمة (Edema):

تنجم الوذمات في الجسم من الأسباب التالية:

- 1 - فرط الضغط الدموي (Hypertension).
 - 2 - فشل القلب الاحتقاني (Congestive heart failure).
 - 3 - المتلازمة الكلائية (Nephrotic syndrome).
 - 4 - المعالجة بالكورتيكوستيرويدات.
- يعتمد النظام الغذائي المتبع في معالجة الوذمات الناجمة عن انحباس الماء والصوديوم في البدن على الإقلال من ملح الطعام (كلوريد الصوديوم)، أو الإقلال من الصوديوم.

إن غذاء يحتوي عشرة جرامات من ملح الطعام يعادل غذاء يحتوي (4) جرامات من الصوديوم.

يشار باستعمال النظام الغذائي الناقص الصوديوم في الحالات التالية:

- 1 - الفشل القلبي.
- 2 - فرط الضغط الدموي.
- 3 - المتلازمة الكلائية.
- 5 - المعالجة بالكورتيكوستيرويدات (الكورتيزون).

يحتوي طعام الفرد في الدول الصناعية (6-18) جراماً من ملح الطعام باليوم. ويبدو أن الطعام الذي يحتوي أكثر من عشرة جرامات من ملح الطعام باليوم ضار بالصحة ويؤهب للإصابة بفرط الضغط الدموي ويكفي في واقع الأمر أن يعطى الإنسان (750) مللي جرام من ملح الطعام أي (300) مللي جرام من الصوديوم للحفاظ على ميزان الصوديوم في البدن.

ثمة ثلاثة أنواع من الأنظمة الغذائية التي تتعلق بملح الطعام

وهي:

النظام الغذائي القليل الملح:

يعني هذه النظام الغذائي حذف الملح من الغذاء ما عدا الملح المضاف إلى الأغذية في أثناء الطبخ ويعطي هذا النظام الغذائي المريض الخاضع له مقادير متفاوتة من الملح ولكنها مفيدة على الرغم من ذلك.

النظام الغذائي الفقير إلى الملح:

وتقدر كمية الطعام المعطاة إلى المرضى بحوالي (3) جرام أو (2,1) جرام صوديوم في اليوم الواحد.

النظام الغذائي الفقير جداً إلى الملح:

(النظام الغذائي الصارم) لا يأخذ المريض في هذه الحال إلا (2,1) جرام من ملح الطعام باليوم أي (0.48) جرام صوديوم.

الأغذية الغنية بملح الطعام أو بالصوديوم:

الأغذية الطبيعية:

- * آح البيض (البياض).
- * بعض المياه المعدنية.
- * أصداف البحر.
- * الفاكهة الجافة والثمار الزيتية (جوز، لوز، بندق).
- * الحليب ومشتقاته (زبدة، جبنة، قشدة، لبن رائب).
- * الخضراوات: الخرشوف (الأرضي شوكة)، الشمندر، القنبيط، الكرنب، الجزر، البقول، السبانخ، البصل، البقدونس، الخضر المجمدة.

الأغذية الصناعية:

- * المشروبات: الكوكا كولا، الليمونادة.
- * المقبلات، الكاتشب، المايونيز، الخردل، المخللات.
- * الحلويات والمربيات التجارية.
- * الخضر المحفوظة، المرغرين، الخبز، البسكويت، الحلويات، المشروبات المحفوظة بالزجاجات أو بالتمليح أو المجففة، الحساء المجفف.

الأدوية الغنية بالصوديوم:

هنالك العديد من الأدوية الغنية بالصوديوم مثل بعض المسهلات كسلفات الصوديوم، وبيكاربونات الصوديوم، وسيترات الصوديوم، ومركبات البنسلين الصودية ومشتقاتها، وحبوب الكالسيوم الفوارة أو حبوب الفيتامينات الفوارة التي تحتوي ببيكاربونات الصوديوم.

الأغذية الفقيرة إلى الصوديوم: (أغذية تركيبية):

(نقصد بهذه الأغذية تلك الأنواع التي يحتوي كل (100) جرام منها على أقل من (120) مللي جرام من الصوديوم) أما الأغذية الفقيرة جداً إلى الصوديوم هي الأغذية التي تحتوي في كل (100) جرام منها أقل من (40) مللي جرام من الصوديوم

- * بعض أنواع الحليب الصناعي المملح بأسماء تجارية مختلفة.
- * الخبز والكعك القليل الملح.
- * الحساء المركز.

أطعمة قليلة الملح:

أطعمة تحوي أملاحاً بديلة:

وينبغي استعمال هذه الأطعمة السابقة بحذر بسبب غناها بالبوتاسيوم في حالات الفشل الكلوي.

النظام الغذائي الفقير إلى ملح الطعام (ثلاث جرامات من ملح الطعام أو (2-1) جرام من الصوديوم باليوم).

يمنع إضافة الملح إلى الطعام إلى الطبخ أو غير ذلك.

تمنع جميع الأغذية المحفوظة والأصداف البحرية والتوابل.

يستبدل الخبز القليل الملح بالخبز العادي. يسمح بالحليب الكامل الدهن واللبن الرائب والجبن الأبيض (غير المحفوظ بالملح).

مثال لنظام غذائي فقير جداً بملح الطعام (النظام الغذائي صارم) أي التي تحوي أقل من (2-1) جرام من ملح الطعام.

يستبدل الحليب القليل الملح بجميع أنواع الحليب ومشتقاته ويستعمل اللبن الرائب والجبن الأبيض إذا صنعا من حليب قليل الملح.

يقيد استعمال الخضر الطازجة الغنية بالملح، إذ تعطى بمقدار (100-150) جرام باليوم.

يشرب الماء العادي ويمنع شرب المياه المعدنية الغنية بالصوديوم.

تحري وجود الصوديوم في الأدوية المستعملة.

يسبب النظام الغذائي الفقير جداً إلى ملح الطعام القهم أي قلة الشهية أو فقدتها بسبب الطعم السيئ للأطعمة الذي ينجم عن قلة ملح الطعام، ولا يمكن دوماً

اللجوء إلى الأملاح البديلة مثل أملاح البوتاسيوم لأنها قد تكون ممنوعة في حالات الفشل الكلوي لذلك يلجأ لتحسين طعم الغذاء بشي اللحم والسمك أو سلقه بإضافة بعض البهارات أو الأعشاب العطرية أو الثوم أو البصل الذي يناسب اللحم والسمك.

النظام الغذائي في نقص بوتاسيوم الدم (Hypokalemia) وفرط بوتاسيوم الدم (Hyperkalemia):

يشار باستعمال الأغذية الغنية بالبوتاسيوم في حالات نقص البوتاسيوم في الدم، بينما يشار باستعمال الأغذية الفقيرة إلى البوتاسيوم في حالات زيادة بوتاسيوم الدم.

النظام الغذائي في نقص سكر الدم (Hypoglycemia):

ينصح في حالات نقص سكر الدم باتباع ما يلي:

- 1 - تقسم الوجبات الغذائية إلى ثلاث وجبات رئيسية تتخللها ثلاث وجبات صغيرة.
- 2 - إنقاص مقدار السكريات ولا سيما السكريات النقية.
- 3 - زيادة البروتينات واللجوء إلى البيض واللحم والجبن عند الفطور ولا سيما عند أولئك المرضى الذين يشكون من نقص سكر الدم عند الصباح.

النظام الغذائي في فرط شحوم الدم (Hyperlipidemia):

يحتوي غذاء الفرد في الدول الصناعية كمية عالية من الدهن بحيث يصل مقدارها إلى (40% - 45%) من مجمل الحريرات الداخلة إلى الجسم علماً أن النسبة المثالية (30% - 35%).

دواعي استعمال النظام الغذائي الفقير إلى الدهن:

- 1 - ارتفاع نسبة الشحوم في الدم.
- 2 - فشل البنكرياس: الناجم عن الإلتهاب المزمن أو التليف الكيسي.
- 3 - استئصال اللفائفي (Ilectomy)، بتر الأمعاء الدقيقة.
- 4 - الداء المعوي الكيسي.
- 5 - البدانة وزيادة الوزن أو الداء السكري المصحوبان مع فرط شحوم الدم ويعدّ

النظام الغذائي الفقير إلى الدهن في هاتين الحالتين أفضل من إنقاص الوزن أو إنقاص السكريات أما عند الكحوليين المصابين بفرط شحوم الدم فإن اجتناب الكحول هو التدبير الأمثل.

مبادئ تطبيق النظام الغذائي الفقير إلى الدهن:

- * إنقاص المدخول الحروري إلى الحد الأدنى الضروري في حالات البدانة وزيادة الوزن، وفي المعالجة بإنقاص الوزن.
- * الإمتناع عن الدهون أو إنقاصها بشدة: سواء أكانت موجودة في الأغذية الحيوانية نفسها أم كانت محضرة من مصادر حيوانية (اللحم، السمك، الحليب ومشتقاته، البيض). ذلك أن وفرة الحموض الدهنية المشبعة فيها يجعل منها وسيلة هامة في زيادة كولسترول الدم والدقائق الكيلوسية (Chylomicrons).
- * اللجوء إلى الدهون الغنية بالأحماض الدهنية غير مشبعة: يجب أن تكون الدهون في الطعام مكونة من أحماض دهنية غير مشبعة ولا سيّما حمض الكتان وهذه الدهون نباتية المنشأ.
- * إعطاء الجليسيريدات الثلاثية المتوسطة السلسلة: تحضر هذه الدهون من زيت جوز الهند.
- * تحضر هذه الدهون بأشكال زيتية متعددة ولكنها غالية الثمن ويشار باستعمالها بجرعة (1-2) جرام باليوم عند اتباع النظام الغذائي الصارم الفقيرة بالدهون وفي حالات الفشل الكلوي البنكرياسي أو القصور الصفراوي أو المعوي أو في حالات التغوط الشحمي.

النظام الغذائي الفقير إلى الدهن:

يمكن تعديل هذا النظام الغذائي الصارم الصعب التطبيق على المدى البعيد، حسب تبدل نسبة الشحوم في الدم وتقدر نسبة الحيريات في هذه النظام الغذائي بحوالي (2500) كالوري موزعة على الشكل التالي:

- الدهن:** (50) جرام أو (20%) من مجمل المدخول الحروري اليومي.
- السكريات:** (380) جرام أو (60%) من مجمل المدخول الحروري في اليوم.
- البروتينات:** (250) أو (20%) من مجمل المدخول الحروري في اليوم.

الفتور:

- (100) جرام خبز.
- (20) جرام مربى.
- (200) جرام حليب مقشود مع القهوة أو الشاي.
- (10) جرام سكر.

الغداء:

- (150) جرام لحم أو سمك خالٍ من الدهون.
- (200) جرام معجنات أو رز مطبوخ.
- (200) جرام خضر.
- ملعقة كبيرة زيت نباتي.

العشاء:

- (100) جرام خبز.
- (100) جرام فاكهة تحتوي أقل من (1٪) من السكريات.
- (100) جرام سمك أو لحم بلا دهن.
- (200) جرام خضر (سلطة أو مطبوخة).
- ملعقة كبيرة زيت نباتي.

ملاحظة: تعد الزيوت النباتية المحضرة من الزيتون أو الفول السوداني غنية بعض الشيء بالأحماض الدهنية المشبعة، (20٪) تقريباً ولكن هذه الأحماض مستقرة كيميائياً في أثناء الطبخ أما زيت الذرة أو زيت الصويا أو زيت دوار الشمس فهي فقيرة إلى الأحماض الدهنية المشبعة (7٪ - 15٪) ولكنها غير مستقرة كيميائياً وما ينبغي استعمالها إلا بقصد تطيبب الطعام.

الأغذية المسموحة والمحظورة في النظام الغذائي الفقير بالدهون

الغذاء	الأغذية المسموح بها	الأغذية المحظورة
الأغذية الحيوانية المنشأ	اللحم بلا دهن: بقر، عجل، حصان، طيور - من دون الجلد - أرنب، سمك بلا دهن، بياض البيض.	اللحوم الدهنية، السمك المحفوظ بالزيت، الرنجة، الكافيار، القريدس، الأنقليس، الطون، السردين، صفار البيض.
المواد الدهنية	الزيت النباتي: حسب شدة الإصابة، ينبغي ألا تتجاوز خمسة عشر جراماً باليوم.	الزبدة، القشدة.
الحليب ومشتقاته	الحليب المقشود والسائل أو المسحوق - اللبن الرائب المصنوع من حليب مقشود، الجبنة البيضاء المصنوعة من حليب مقشود.	الحليب الكامل (مسحوق، سائل، مركز). جميع الأجبان اللبن الرائب المصنوع من حليب كامل.
الدقيق	القمح، الأرز، الذرة، المعكرونة، الخبز.	المعجنات التي تدخل الدهون في تركيبها.
الفاكهة والخضر	جميعها ما عدا	اللوز، الجوز، البندق، الكاجو، الزيتون.
المواد السكرية	السكر، العسل، المرببات.	الشوكولا، البوظة، المعجنات التي يدخل الدهن في تركيبها.
المقبلات	جميعها ما عدا	المايونيز، الحساء التجاري.
المشروبات	جميعها ما عدا	المركبة من الحليب الكامل.

* المقشود أي المنزوع الدهن

المراجع

- مبادئ طب العائلة وأسسها

تأليف: روبرت تايلور، جون بوكينجام، توماس جونسون، جوزيف تشريجر.
الناشر: سبرينجر - فيرلاج نيويورك - الولايات المتحدة الأمريكية.
سنة النشر: 1989 - اللغة: إنجليزي.

المرشد إلى ممارسة طب العائلة

تأليف: روبرت تايلور.
الناشر: ليبينكون - ويليامز - ويلكنز.
سنة النشر: 2002 - اللغة: إنجليزي.

التقارير السنوية الصحية العالمية

تأليف: خبراء منظمة الصحة العالمية.
الناشر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية - القاهرة، جمهورية مصر العربية.
سنة النشر: أعوام متفرقة - اللغة: إنجليزي - عربي - فرنسي.

كبح جماح الوباء

تأليف: خبراء البنك الدولي.
الناشر: البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية.
سنة النشر: 2000 - اللغة: إنجليزي - عربي فرنسي.

مبادئ الطب الباطني «هاريسون»

ترجمة: أساتذة كلية الطب بجامعة دمشق.
الناشر: وزارة التعليم العالي السورية.
سنة النشر: 1981 - اللغة: عربي.

الهدى الصحي سلسلة للتثقيف الصحي من خلال تعاليم الدين

تأليف: مجموعة من الخبراء.

الناشر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية - جمهورية مصر العربية.

سنة النشر: 1995-1996 - اللغة: عربي.

التثقيف من أجل الصحة

تأليف: مجموعة من الخبراء.

الناشر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية - جمهورية مصر العربية.

سنة النشر: 1989 - اللغة: إنجليزي - عربي.

عامل صحة المجتمع

تأليف: مجموعة من الخبراء.

الناشر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية - جمهورية مصر العربية.

سنة النشر: 1989 - اللغة: إنجليزي - عربي.

المرشد إلى اختيار العلاج المناسب

تأليف: مجموعة من الخبراء.

الناشر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية - جمهورية مصر العربية.

سنة النشر: 1998 - اللغة: إنجليزي - عربي.

المرجع في أساسيات المريض

ترجمة: مجموعة من المترجمين.

الناشر: وزارة التعليم العالي السورية - دمشق - سورية.

سنة النشر: 1999 - اللغة: عربي.

الحمية والتغذية

ترجمة: د. ناصر بوكلي حسن.

الناشر: دار الثقافة العربية - بيروت - لبنان.

سنة النشر: 1991 - اللغة: عربي.

التدخلات والمشاركات الدوائية والمخبرية

ترجمة: د. ناصر بوكلي حسن.

الناشر: دار المأمون للتراث - بيروت - لبنان.

سنة النشر: 1993 - اللغة: عربي.

دليل الطبيب في الرعاية الصحية الأولية

ترجمة: د. ناصر بوكلي حسن.

الناشر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة - دمشق - سورية.

سنة النشر: 1994 - اللغة: عربي.

في سبيل الصحة

الناشر: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية - جمهورية مصر العربية.

سنة النشر: 2003 - اللغة: عربي - إنجليزي - فرنسي.

مجلة طب العائلة الأمريكية

سنة النشر: أعداد متفرقة - اللغة: إنجليزي.

مجلة طب العائلة الأسترالية

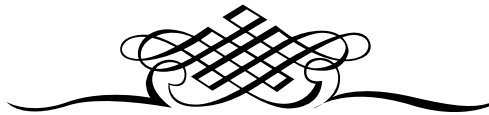
سنة النشر: أعداد متفرقة - اللغة: إنجليزي.

المضمونة الإرشادية للسياسات والدمات الصحية النفسية

ترجمة: مجموعة من الخبراء.

الناشر: منظمة الصحة العالمية - جنيف - سويسرا.

سنة النشر: 2003 - اللغة: إنجليزي.



المحتويات

ج	- تقديم الأمين العام
هـ	- تقديم الأمين العام المساعد
ز	- مقدمة المؤلف
ط	- المؤلف
ك	الأهداف العامة للكتاب
1	الفصل الأول: التعريف العام باختصاص طب العائلة
17	الفصل الثاني: أسس طب العائلة
29	الفصل الثالث: طبيب العائلة
37	الفصل الرابع: الرعاية الصحية للمريض والعائلة
61	الفصل الخامس: الرعاية الصحية المركزة على العائلة
71	الفصل السادس: نمط الصحة، والمرض، والرعاية الصحية
87	الفصل السابع: العناية الطولانية
99	الفصل الثامن: مهارات التواصل مع المريض والمقابلة المثمرة
117	الفصل التاسع: تفريق الاضطرابات والمشاكل
133	الفصل العاشر: التعليل الإكلينيكي وتدبير المشكلة
143	الفصل الحادي عشر: التدخل في الأزمات
165	الفصل الثاني عشر: المراضة في العالم بين الحاضر والمستقبل
	الفصل الثالث عشر: تحسين السلوك للوقاية من المرض
201	والمحافظة على الصحة
213	الفصل الرابع عشر: التحري عن المرض

223	_____	الفصل الخامس عشر: الوقاية من المرض والمحافظة على الصحة
233	_____	الفصل السادس عشر: تعزيز الصحة
251	_____	الفصل السابع عشر: المشورة في العيادة
257	_____	الفصل الثامن عشر: المشورة الجنسية والمشورة الزوجية
269	_____	الفصل التاسع عشر: الاضطرابات النفسية الجنسية
281	_____	الفصل العشرون: مقارنة طبيب العائلة للأمراض والمشاكل
341	_____	الفصل الحادي والعشرون: التثقيف الصحي
353	_____	الفصل الثاني والعشرون: كيف تتعرف إلى المجتمع في القرية
359	_____	الفصل الثالث والعشرون: المنزل الصحي في القرية
365	_____	الفصل الرابع والعشرون: سلامة الماء والغذاء في القرية
377	_____	الفصل الخامس والعشرون: النفايات الصلبة والسائلة في القرية
385	_____	الفصل السادس والعشرون: مكافحة الأوبئة
393	_____	الفصل السابع والعشرون: التثقيف الصحي في مجال اللقاحات
403	_____	الفصل الثامن والعشرون: الاستعمال الرشيد للدواء
		الفصل التاسع والعشرون: موضوعات مختارة للتثقيف الصحي
419	_____	من قبل طبيب العائلة
433	_____	الفصل الثلاثون: الأنظمة الغذائية العلاجية
475	_____	المراجع