

المدخل الاجتماعي لدراسة الصحة العامة والسلوك الصحي

د. مانع عمار

المركز الجامعي عبد الله مرسلبي - تيبازة

ملخص :

في هذا المقال نحاول أن نناقش مختلف المقاربات السوسولوجية لدراسة الصحة وإسهامات علم اجتماع التنظيم وعلم الاجتماع الطبي في دراسة الأبعاد الاجتماعية للمرض والمريض والمؤسسات الموجهة للرعاية والتكفل بهذين الطرفين وكيف تطورت وأصبحت السياسات العمومية للصحة في قلب اهتمامات البحوث السوسولوجية للصحة والسلوك الصحي منذ الخمسينات.

الكلمات المفتاحية: المقاربات السوسولوجية، المريض، المرض، الرعاية الصحية.

Résumé :

Dans cet article nous allons essayer d'exposer et analyser les différentes approches sociologiques qui étudient la santé et la contribution de la sociologie du travail et la sociologie médicale à l'étude de la dimension sociale de la maladie et du malade, ainsi que les structures destinées à la prise en charges des deux parties et l'orientation de la politique publique depuis les années cinquante, qui s'appuyait sur des études sur la santé et d'hygiène publique.

Mots clés : approches sociologiques, le malade, la maladie, prise en charge des malades.

مقدمة :

أصبحت نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين من بين المظاهر التي تعبر عن المستوى الحضاري الذي بلغته المجتمعات، وإذا كانت الموارد المرصودة لترقية الصحة العمومية وبناء البنى التحتية التي توفر وتقدم مختلف الخدمات الصحية تؤرق السلطات العمومية في مختلف المجتمعات كونها تتطلب اهتماما كبيرا في جوانبها المادية والبشرية (البنى التحتية، الموارد المالية، الموارد البشرية المؤهلة)، أصبحت كذلك تستقطب اهتمام مختلف التخصصات التي تهتم بصحة الأفراد والمجتمع؛ كالطب والاقتصاد والعديد من التخصصات الأخرى التي تهتم بالنظام الصحي وتحاول تطوير الواقع المعقد لقطاع الصحة وبشكل عام؛ يمكن النظر إليها بوصفها «وضعا» أو «حالة» من الحياة اليومية والتنظيم الاجتماعي، وأن هياكل النظام الصحي الاجتماعي، والمؤسسات الصحية هي التي تحدد هوية وطبيعة «التنشئة الاجتماعية» التي تتوافق مع هذا النظام ومؤسساته الاجتماعية.

ويهتم علم الاجتماع بتفسير سلوك الفرد وفقا لما تحدده معايير هذا النظام، أو وصف التفاعل بين الفرد والنظام، ليؤدي إلى التعرف في البداية على الديناميات والعوامل والسلوكيات المرتبطة به، ثم يقوم بالتحليل وفق تفسيرات مختلفة عن الحياة الاجتماعية، مثل دراسة المحددات الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على سلوك المريض وعلاقته بمختلف الأنظمة الصحية والكيفيات التي تتبناها مختلف الأنظمة للوقاية ونشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع.

«فهو من ميادين البحث الجديدة نسبيا في علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية عموما. وفي هذا الميدان يجري استقصاء الطرق والأوجه التي يتأثر فيها الجسم أو الجسد البشري بالعوامل والمؤثرات الاجتماعية. فالجسد البشري ليس كيانا فيزيقيا ماديا يعيش في الفراغ أو خارج السياق الاجتماعي أو التجارب التي نمر بها في تفاعلاتنا غير المحدودة مع منظومة التجارب والبيئات النفسية والروحية والاجتماعية والاقتصادية والطبيعية التي تكتنف وجودنا الإنساني. وقد بدأ علماء الاجتماع في الآونة الأخيرة بإدراك الأغوار العميقة لطبيعة الترابطات القائمة بين الحياة الاجتماعية والجسد، وأخذ هذا المجال يكتسب أهمية متزايدة في العلوم الاجتماعية على وجه العموم»¹

1. انتوني جدينز، علم الاجتماع، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان، 2005، ص:

في هذه المقال سوف نتطرق إلى البدايات الأولى لسوسيولوجيا الصحة ثم نتعرض لمختلف المقاربات السوسيولوجية والمفاهيم والنظريات التي تناولت المواضيع المتعلقة بالصحة والسلوك الصحي.

1. بعض التعاريف لسوسيولوجيا الصحة :

ينطلق تعريف علم الاجتماع الطبي من مجالات اهتمام المجتمع بالصحة والمرض في إطار السياسة الصحية وتحسين مستوى المعيشة وزيادة الوعي الصحي وتخفيض معدلات الوفيات وزيادة متوسط العمر ومقاومة الأوبئة وسواها¹

فعلم الاجتماع الطبي كفرع من فروع علم الاجتماع يساعد على تفسير وتحليل خصائص ومعطيات الوسط الاجتماعي في علاقته بالصحة والمرض، حيث يتيح آلية منهجية للتعرف على المعطيات الاجتماعية الأكثر ما تكون صلة بالصحة والمرض كالفقر والغنى والتخلف والتقدم والنمو السكاني وتعاطي وإدمان المخدرات وغيرها.

فالسوسيولوجيا باعتبارها علماً يدرس بطريقة منهجية بناء المجتمع ونظمه ووظائفه في علاقتها بظاهرتي الصحة والمرض ويركز بالخصوص على فهم الظروف الاجتماعية المعيشية للأفراد المرتبطة بالسكن والدخل وسلامة البيئة والغذاء والكساء والثقافة والطرق والأساليب الشعبية للعلاج والتنمية الاجتماعية والسياسة الصحية وغيرها.

كما ينظر إليه البعض على أنه العلم الذي يهتم بالأطر الاجتماعية لصحة المجتمع، وهو على رأي "ساشمان" Suchman «يمثل توجهاً اجتماعياً وطيباً جديداً للعناية بالصحة العامة في إطار المعطيات الاجتماعية والظروف والمستجدات على الساحة الاجتماعية في ارتباطها بصحة المجتمع والصحة العامة»¹

وفي نفس السياق يشير «عبد السلام الدويبي» في تعريفه لعلم الاجتماع الطبي إلى أن هذا العلم هو من «العلوم التي تُعنى بالدراسة والتحليل بالأبعاد الاجتماعية لصحة المجتمع وبالكيفية التي تتوزع وتتنظم بها الخدمات الطبية في المجتمع كما يركز على فهم العوامل المختلفة التي تؤثر في توفير وتوزيع هذه الخدمات وفرص الاستفادة منها ودرجة ملاءمتها وجدواها وفعاليتها»²، فهو يقوم كذلك «بدراسة المظاهر الاجتماعية

1. Suchman, E.A., Sociology and the Field of Public health. 1989, Russel sage, foundation, New York.

نقلا عن: عبد السلام الدويبي، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق، عمان، الأردن، 2006، ص: 14 .
2. عبد السلام الدويبي، نحو تطوير مفهوم اجتماعي لظاهرتي الصحة والمرض، مجلة البحوث العربية للعلوم

للمرض، والاتجاهات المختلفة نحوه، وتوزيع الأمراض وعلاقتها بنظام المجتمع. كما يتضمن دراسة البناء التنظيمي لدور العلاج والأدوار الاجتماعية للمرضى ولمن يعالجون المرضى (الأطباء والممرضات... الخ)¹

تُظهر هذه التعاريف أن هناك تداخل بين علم الاجتماع الطبي والصحي وهناك من لا يفصلون بشكل واضح بينهما ولعل بعد الصحة في هذا العلم أصبح أكثر تداولا كونه ذو بعد أوسع ويشمل كل ما يرتبط بصحة الفرد في المجتمع، لأن الوضع الصحي للفرد تتحكم فيه مجموعة من المتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.

2. البدايات الأولى لسوسيولوجيا الصحة :

تظهر الصحة وبطريقة أكثر إلحاحا، باعتبارها واحدة من المتطلبات الوظيفية لأي نظام اجتماعي. فمستوى عال من انتشار المرض، ومستوى متدن للصحة يمثل خلافا وظيفيا بالنسبة لوظائف النظام. إن المرض يعيقنا في المقام الأول من الوفاء بالأدوار الاجتماعية المنوطة بنا. بهذه الجمل التي كتبها «تالكوت بارسونز» سنة 1951، فتح مجالا جديدا في سوسيولوجيا الواقع الصحي وهو الميدان الذي أهمله الرواد الأوائل في علم الاجتماع، ويعتبر هذا النص المؤسس لما يعرف بعلم الاجتماع المرضي والطبي. لأن تحليل بارسونز لم يقف عند حد الاعتراف بالبعد الاجتماعي للمرض: بل يدعونا لدراسة المكانة المركزية التي يحتلها الطب في المجتمعات الحديثة بعيدا عن الوظائف التقنية التي يضطلع بها الطب، وكذلك تحليل دوره في التنظيم الاجتماعي²

البدايات الأولى إذن ظهرت في الولايات المتحدة الأمريكية حيث برز مجال علم الاجتماع الطبي وبدأت تتبلور ملامحه في سنوات الخمسينات.

ففي بداية القرن العشرين حاول الأطباء إيجاد علاقة مع علماء الاجتماع وجرهم للاهتمام بميدان الطب؛ أطباء ومختصون في العلوم الاجتماعية ارتبطوا بعلاقات وثيقة في الجامعات، والمثال المعروف الطبيب «هندرسون» (L.G.Henderson)، الذي أسس مخبرا لدراسة ظاهرة «الإجهاد» بجامعة هارفارد، حيث تكوّن في العلوم الاجتماعية وأصبح ينشط لقاء أسماه «لقاء باريتو» (Séminaire Pareto) حيث كان يرتاده «بارسونز»

الاجتماعية التطبيقية، المعهد العالي للعلوم الاجتماعية التطبيقية العدد الأول، 1991، ص - 206 199.

1. أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، 1993، ص 402.

2. Claudine HAROCHE, Sociologie de la santé, de la maladie et de la médecine, in : Dictionnaire de sociologie, sous la direction d'André AKOUN, et Pierre ANSART, Ed. LE ROBERT/SEUIL, 1999 p.p. 469-470.

و«مرتون» وكان تأثير «هندرسون واضحاً على «بارسونز» حيث دفعه لإنجاز التحقيق الامبريقي الأول والوحيد حول «الممارسات الطبية» في مستشفى ماساشوسات بيوسطن.¹

أما في فرنسا فقد بدأت البوادر الأولى لدراسة الجسد والموت خاصة مع «مارسيل موس» سنة 1926 حول فكرة الموت وتصوراتها عند قبائل استراليا وزيلنده الجديدة وفي سنة 1936 تكلم عما سماه «تقنية الجسد» (Les techniques du corps) حيث اعتمد على ملاحظة مختلف المواقف في الحياة اليومية من الولادة، الرشد، النوم، النشاط، العناية بالجسد.

غير أن «كونغلهام» (Canguilhem) الفيلسوف الفرنسي كان أول من درس سنة 1943 في أطروحة الدكتوراه في الطب من خلال اهتمامه بالصحة كمفهوم معياري وضرورة البحث في معناه ومختلف أبعاده خاصة في مجال العلاقات الاجتماعية للأفراد: «يجب النظر خارج الجسد لكي نستطيع تقدير ما هو طبيعي وما هو مرضي للجسم» ومن هنا فتح المجال للعلوم الإنسانية والاجتماعية لاقتحام المجال الطبي والمساهمة في تفسير الأسباب الاجتماعية للمرض.

ومع تطور وتوسع مجال السوسولوجيا واستقلالها خاصة في الجامعات عن باقي العلوم الاجتماعية والإنسانية، فكانت أهم المجالات الرئيسية التي استقطبت اهتمام علم الاجتماع ميادين العمل خاصة منها الصناعي، الجريمة، الدين، عالم الريف، الترفيه، أما مجال الطب فلم يكن يعتبر مؤسسة اجتماعية جديرة بالاهتمام وأيضا مجال الصحة وذلك لكونها قضية تتعلق بالفرد والطبقة. وليس واقعا يتطلب تفسيراً سوسولوجياً.

لكن عرف هذا المجال مزيداً من الزخم بعد قيام بعض المؤسسات الخاصة بتمويل أبحاث إمبريكية حول الطب كمؤسسة اجتماعية من طرف «بارسونز وهيوكس» (Persons and Hughes) في سنة 1955 أو ميرتون وزملاؤه سنة 1957.

كما أنه لا بد من الإشارة في هذا الصدد إلى الدراسات التاريخية الفلسفية التي قام بها «ميشال فوكو بين سنة 1961 و1963» حول «الجنون، بمستشفى الطب الإكلينيكي» والذي تنبه لهذه المشكلة من خلال ربطه لظاهرة الجنون وممارسات الطب الإكلينيكي.

1. - Herzlich Claudine et Pierret Janine, « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », Revue française de sociologie, 2010/1 Vol. 51, p.p.121-148.

ولعل مساهمة عالم النفس الاجتماعي الفرنسي «جان ستوتزل» (J.Stoetzel) في دراسته بعنوان «الفرنسي وأطباؤه» من خلال تحقيق ميداني رسم ملامح حقل الأبحاث في علم النفس الاجتماعي وبين رؤيته من خلال مقال نشره في مجلة «الديمغرافيا» سنة 1960 حيث بدأ بملاحظة تعقد مفهوم المرض ثم قام بتحليل التنوع الثقافي لمفهوم المرض وأسبابه وارتباطه بمفاهيم أخلاقية، وأخذ كثيرا من مفهوم «بارسونز» لدور «المريض» ودور «الطبيب» وهو ما سوف نتعرض له لاحقا بشيء من التفصيل باعتباره أول محاولة علمية في التراث السوسيولوجي الحديث لميدان الصحة.¹

ومع تطور المساهمات في هذا الحقل انصبت الاهتمامات حول المواضيع التي تهتم بتنظيم المستشفى، تقسيم العمل به، الأدوار والاستعمالات الاجتماعية له، التمثيلات الاجتماعية للعلاقة بين الجسد والصحة والمرض، وكذا المرضى، العملاء، وأخيرا الاقتصاد الجزئي وتكاليف المرض والنظام الصحي.

ولم تتضح معالم سوسيولوجيا الصحة إلا في سنوات الثمانينات حيث أصبحت تمثل مجالا بحثيا وأكاديميا مستقلا مثله مثل سوسيولوجيا العمل وسوسيولوجيا التربية.

3. أهم المقاربات السوسيولوجية لدراسة الصحة

تهتم بالنماذج التفسيرية الطبية، حيث تركز على آليات الأمراض العضوية. إن التفسير الاجتماعي يعيد توجيه الاهتمام إلى العلاقات الاجتماعية بوصفها المحددات القوية للتجربة الصحية المتغيرة. وبالاعتماد على المعرفة بعلم الأمراض المعدية (الوبائية) وبتقنية الكشف عن التوزيع الاجتماعي للمميز للشروط المحددة تحديدا طبيا في مجموعة ما من السكان- فإن الانتباه يتركز على متغيرات مثل الجنس الاجتماعي، والطبقة، بوصفها مؤثرات مباشرة في عمليات التعرف على مسببات الأمراض.

ويتصل بهذا الاهتمام تطوير مفاهيم جديدة عن الصحة، واعتلال الصحة من زوايا غير طبية. وفي تحليل للتجربة الفردية فإن مفهوم حلول المرض يتمثل في سلسلة معقدة من التفاعلات بين العوامل الفسيولوجية والنفسية الاجتماعية وتظهر المتغيرات الاجتماعية إما على هيئة آليات وسيطة تحكم قدرة الفرد على تحمل مناقشة أحداث الحياة المتأزمة مثل الفجعة في عزيز، أو الطلاق، أو البطالة، وهي الأحداث التي تعتبر أسبابا مسبقة لحلول المرض، أو تكون محل اعتراف بكونها ذات دور سببي مستقل.

1 - Op.cit. p.p.121-148.

ويتداخل موضوع سوسولوجيا الصحة مع سوسولوجيا الطب، وعلم الاجتماع الطبي، وعلم مسببات الأمراض الوبائية¹

وفي الواقع لا يمكن فصل المقاربات السوسولوجية التي تدرس ميدان الصحة عن المداخل السوسولوجية الكبرى التي طورها رواد علم الاجتماع، وقد جسد هذه المقاربة مجموعة من علماء الاجتماع المحدثين، وتصنف هذه الاتجاهات إلى نوعين:

أولاً: الاتجاهات الكلاسيكية في دراسة التنظيمات الطبية وإسهامات علم اجتماع التنظيم.

ارتبطت دراسة التنظيمات الطبية في بداياتها الأولى بتطور سوسولوجيا العمل والتنظيم وكانت المنطلق للرؤى الأولى لدراسة المنظمات الطبية باستعمال نفس المناهج والأدوات وكان المرفق الصحي التنظيم الذي تناولته البحوث في بداياتها الأولى وفي هذا الصدد نجد «المونت لدنساى» سنة 1962، (Almont Lindsey) تحدث عن تنظيم وإدارة خدمات المستشفى، ودور السلطات الصحية المحلية، وأطباء العائلة وأدوارهم المهنية الجديدة، والضرورة الصحية للسياسة الطارئة وغيرها. «أيضا المحاولة التي قام بها «هوارد إي. فريمان وآخرون 1963، (Howard E. Freeman & Others)» عندما قاموا بتحليل تنظيمات العمل الطبي، خاصة فيما يتعلق بالتماسك في السلطة المهنية، وتجزئ المسؤولية الطبية، ونمو مشكلات التعاون بين الهيئات الطبية والإدارية في المستشفى، والعمل البيروقراطي فيها، وشكل العمل الذي يشعب حاجات المرضى فيها ويشعب حاجات الأطباء الوظيفية... وغيرها» ومحاولة «ريتشارد م. ماجرو» و«دنيال ب. ماجرو» (Magraw Richard M. & Magraw Daniel B.) في تحليل المستشفى ودوره في التعاون الطبي، ودور الطبيب ودور المريض والمهن الطبية وتدعيم الأعمال الفنية المطلوبة للمستشفى وغيرها» وأخيرا نسجل رؤية «آن كارتريت» (Anne Cartwright 1967) للعلاقة بين الأطباء والمرضى، رؤية المرضى للمستشفى ووسائل الاتصال بين الأطباء والمرضى، وبنية الخدمة الصحية المجانية والخاصة²

وما لوحظ عن هذه الدراسات بالرغم من تركيزها على التنظيمات الطبية إلا أنها لم تتحرر من تأثيرات وسيطرة البعد المرتبط بعلم اجتماع العمل والتنظيمات، حيث

1 - ميشال مان وآخرون، موسوعة العلوم الاجتماعية، ترجمة: عادل مختار الهواري وسعد عبد العزيز مصلوح، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999، ص ص 301-302.

2 - محمد الجوهري وآخرون، علم الاجتماع الطبي، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر، عمان، 2009، ص ص 28-29.

نجدها تختار متغير من المتغيرات باعتباره صفة مميزة للتنظيم كالتغير التكنولوجي، بناء السلطة ونوعية الوظائف، وعلاقة التنظيم بالبيئة الخارجية، والتنظيمات والجماعات الرسمية والغير الرسمية.

ثانياً: إسهامات علم الاجتماع الطبي:

أ- المدخل الوظيفي:

يعتبر "بارسونز" كما ذكرنا سابقاً أحد أقطاب هذا البارديغم، حيث "ينظر أصحاب هذا الاتجاه للتنظيم كنسق اجتماعي يتكون من مجموعة أنساق فرعية، وهو نفسه يعتبر نسقا فرعياً لنسق أكبر هو المجتمع، ويرون أن استمراره يلزمه مجموعة متطلبات وظيفية منها المواءمة وتحقيق الهدف، والتدعيم، والتكامل والكمون. وينظرون حديثاً للتنظيمات الطبية كنسق صحي يتميز بنظام لتقسيم العمل يختلف عن غيره من التنظيمات الأخرى. هذا التقسيم هو ما يجعل الإنجاز والفعالية التنظيمية أيضاً يتسمان بنفس سمات التمييز."

ب- المدخل النفسي الاجتماعي:

وهو الذي انتقل من دراسة المريض كحالة فردية إلى العلاقة بين الفرد والتنظيم الصحي والتركيز على الانتماء الطبقي للمريض فأصحاب هذا المدخل ينظرون "للتنظيم الاجتماعي عبر حاجات ودوافع أعضاء التنظيم الشخصية، فكلاهما يؤثر على سلوكيات الأفراد، وقد يشكل مناطق للصراع بين الفرد والتنظيم، ويؤثر على إنجاز التنظيم لمهامه الأساسية، وقد يخلق تنظيمات غير رسمية فيه. أما عن هذه الحاجات والدوافع الشخصية لأعضاء ومرضى التنظيمات الطبية فقد بحثها علماء الاجتماع الطبي في بحوثهم الحديثة عبر استجابة المرضى للرعاية الطبية، وعلاقة المرضى بأفراد هيئة التمريض، والعلاقة بين تكلفة الخدمة الطبية والمكانة (الاجتماعية- الاقتصادية للمرضى)".

ج- مدخل النسق الفني والتنظيم الطبي :

"ينظر أصحاب اتجاه النسق الفني للتنظيم بوصفه نسقا اجتماعيا ترتبط فيه التكنولوجيا بعواطف الأفراد، وكلاهما يرتبط بالبيئة المحيطة بهذا التنظيم. لهذا فالتكنولوجيا والبناء الرسمي يحددان درجة إشباع الأفراد داخل وخارج هذا التنظيم، ويحددان شكل العلاقات المتبادلة بين الجوانب الرسمية والغير الرسمية فيه، وأخيراً يحددان شكل العلاقة بين التنظيم والبيئة. أما عن نظرية التنظيم الطبي

فلم تختلف كثيرا عن سابقتها، فالتغيرات التكنولوجية والعلاقة مع البيئة المحيطة مازالا العاملين المهمين في نظرتهم لها. إضافة لذلك فالجوانب الاقتصادية للتنظيم يعتبرها أصحاب هذا الاتجاه من العوامل المهمة في تشكيل درجة إشباع الأفراد من الخدمة الطبية التي يقدمها.

د- المدخل الثقافي في دراسة التنظيمات الطبية:

مازال أصحاب الاتجاه الوظيفي في الأثروبولوجيا الطبية والاجتماع الطبي يهتمون في دراساتهم الحديثة بالعلاقة بين الثقافة والصحة والمرض خاصة فيما يتعلق بالتداوي الشعبي والمعالجين التقليديين، والطب الشعبي، والقائمين عليه، والبناء الثقافي الصحي الذي يقوم عليه، والصراع بين الطب الرسمي والشعبي، وتأثير ذلك على أنماط العلاقة بين الأطباء والمرضى. وقد حاولت هذه الدراسات الحديثة الاستفادة من أدوات علم اجتماع التنظيم في فهم تلك الموضوعات والانتقال منها لموضوعات تخص التنظيمات الطبية المختلفة.

ه- المدخل الإداري :

ساهمت العلوم الإدارية بشكل فعال "في دراسة التنظيمات المختلفة ومنها التنظيمات الطبية، وهناك مساهمات بحثية عديدة حول إدارة التنظيمات الصحية، والبنية التنظيمية الطبية، والهياكل الإدارية للتنظيمات الطبية، وغيرها من المحاور التي استفاد بها علم اجتماع الإدارة وعلم الاجتماع الطبي في دراسة التنظيمات الطبية." وقد اهتم هذا الاتجاه بالصراع بين الهيئة الإدارية والطبية في المستشفى، والعلاقات التفاعلية بين أفراد الهيئة الإدارية والطبية.

و- مدخل التنظيمات الطبية الصغرى والمتخصصة:

"لم تعد دراسات التنظيمات الطبية ترى في تميز تنظيمات المستشفى عن غيرها من التنظيمات الأخرى ما يكفي لتحليل الرعاية التي تقدمها، ففي داخلها ما لا يميز كل قسم منها رغم السمات المشتركة فيها مع بقية الأقسام الأخرى. هذا التميز لا يسمح لها بالانضمام تحت نفس السلطة والصراع والهيكلية الوظيفية، مما جعلها تستقل عن المستشفى. أكثر هذه الأقسام النفسية والعصبية، والأقسام الخاصة بالنساء والتوليد، صار لكل منهما مستشفى الخاص به، تلي ذلك أقسام طبية أخرى صار لكل منهما مستشفى الخاص وإدارته وهيئاته الطبية المميزة له"¹

1. محمد الجوهري وآخرون، مرجع سابق، ص ص: - 28 69.

4. المرض، المريض والمحيط في التيارات السوسولوجية :

أولاً: المرض :

كان المرض في السابق يفسر بعدة تفسيرات عضوية أو غيبية ميتافيزيقية، غير أن مع ظهور وتطور الدراسات الحقلية للعلوم الاجتماعية بدأ الاهتمام بالبعد الاجتماعي للمرض، حيث أصبح للمرض "بعدين أساسيين؛ أحدهما شخصي والآخر عام واجتماعي.

إن إصابة أحدنا بالمرض لا تلحق به مجرد الإحساس الفردي بالألم والخوف والنكد والحيرة والارتباك، بل إنها تؤثر في الآخرين حوله. كما أن الناس الذين حولنا أو نتعامل معهم يواجهون حالتنا المرضية بالتعاطف أو بمد يد المساعدة أو تقديم الرعاية والمساندة. وهم يبذلون الجهد لفهم مشاعر المريض ويحاولون استيعاب هذه المشاعر وترتيب آثارها على حياتهم. كما أن ردود الفعل التي تصدر تجاه المريض من الذين يتعاملون أو يتفاعلون معه تسهم في التأثير على تصور الفرد لنفسه ولأهميته بالنسبة إلى الآخرين.¹

ثانياً : المريض :

وقد برز في الفكر السوسولوجي تياران متميزان ومؤثران لفهم تجربة المرض. التيار الأول ارتبط بالمدرسة الوظيفية يضع بعض المعايير والقواعد السلوكية التي يعتقد أن الأفراد ينتهجونها في حالة المرض. أما التيار الثاني الذي يطرحه التفاعليون الرمزيون فيمثل محاولة أوسع لتقديم المبررات والتفسيرات التي توافق حالة المرض، والكيفية التي تؤثر فيها هذه المعاني على أفعال الناس وأنماط سلوكهم.

طرح زعيم المدرسة الوظيفية "تالكوت بارسونز" فكرة "دور المريض" لتفسير أنماط السلوك التي يسلكها المريض لتخفيف الآثار الضارة المربكة التي يخلفها المرض. ويرى الوظيفيون عموماً أن المجتمع في العادة بطريقة سلسة وشبه اجتماعية، ومن هنا فإن المرض يمثل نوعاً من الخلل الذي يؤدي إلى اضطراب انسياب هذه الحالة الاجتماعية الاعتيادية. فالمريض على سبيل المثال، قد لا يستطيع أن يؤدي أدواره/أدوارها المتوقعة، أو ربما لا يكون أدائه على ما عهد فيه من كفاءة. ونظراً لأن المرضى لا يستطيعون القيام بأدوارهم المعتادة، فإن حياة من حولهم من الناس يعتربها الاضطراب والارتباك: فمهمات العمل خارج البيت تظل تبحث عنم يؤديها والواجبات

1. انتوني غيدنز، مرجع سابق، ص ص: -242 240.

والمسؤوليات داخل المنزل تظل ناقصة غير مكتملة. ويرى بارسونز أن الناس يتعلمون دور المريض خلال تنشئتهم الاجتماعية الأولى، ثم يمارسونه بمساعدة الآخرين عندما يصيبهم المرض. وهناك ثلاثة عناصر أساسية لهذا الدور:

- إن الفرد المريض ليس مسؤولاً بصفة شخصية عن حالة المرض التي يعانيها. فالمرض وفق هذا المفهوم إنما هو نتيجة لأسباب بدنية فوق طاقته، ولا علاقة بين بدايات المرض وسلوك الإنسان وأفعاله الشخصية.

- إن للشخص المريض حقوقاً وامتيازات معينة، من بينها حقه في التخلي عن مسؤولياته الاعتيادية. وهو/ هي بالتالي يستحق الإعفاء من واجبات أو أدوار أو أنماط سلوك معينة. فالمريض على سبيل المثال قد يُعفى من بعض الواجبات التي كان يقوم بها في العادة داخل المنزل. وأيضاً قد يتسامح معه الآخرون في تصرفات مستهجنة أو غير مقبولة في الأحوال العادية، كما أنه يكتسب الحق في أن يلتزم الفراش أو أن يتغيب عن العمل بسبب- أو بدعوى المرض.

- ينبغي على المريض أن يعمل على استعادة صحته باستشارة خبير طبي، وأن يقبل بأن يتحول إلى مريض. ودور المريض دور مؤقت ومشروط بسعي المريض إلى الشفاء واستعادة العافية، وينبغي عليه على هذا الأساس أن يعطي مرضه طابع الشرعية بشهادة أو تقرير يعطيه له خبير طبي مهني بعد الكشف عليه. ويجب على المريض في هذه الحالة أن يبدي التعاون مع الطبيب باتباع ما يحدده الأخير له من تعليمات ووصفات للمعالجة والدواء. أما المريض الذي يرفض استشارة الطبيب أو لا يخضع لسلطته الطبية، فإنه يقوض الأساس الذي يقوم عليه دور المريض.

وقد أسهم عدد من علماء الاجتماع في تطوير وتعديل نظرية بارسونز عن دور المريض. ويرى واحد من هؤلاء (Freidson 1970) أن هناك ثلاثة أنواع من المرض يرافق كل منها دور متميز:

الأول هو الدور الشرطي الذي ينطبق على أفراد يعانون أمراضاً وعللاً مؤقتة سرعان ما يستعيدون عافيتهم بعدها. ويتوقع من المريض في هذه الحالة أن يكتسب حقوقاً وامتيازات تتناسب ووحدة مرضه.

أما الدور الشرعي اللامشروط فيؤديه المرضى المصابون بالأمراض المستعصية كالسرطان أو مرض «الباركنسون» أو «الزهايمر» التي لا يستطيع المرضى بأنفسهم بذل أية محاولة لتلافيها أو معالجتها ولهم، في هذه الحالة، الحق في أن يمارسوا أو يتخلوا عن أي دور متوقع منهم بحسب مشيئتهم.

أما دور المريض الأخير فهو غير الشرعي الذي يكتسبه المرء عند إصابته بمرض معين «موصوم» اجتماعياً (والوصم هو فصل الفرد أو عزل فئة عن بقية المجتمع وإصاق خصائص وصفات -حقيقية أو موهومة بهم- مما يجعل فئات أو قطاعات أخرى من المجتمع تنظر إلى هؤلاء «الموصومين» نظرة الشك أو العدا). وعلى هذا الأساس، فإن جانباً من المجتمع على الأقل، يعتبر أن المريض هو المسؤول الأول عما أصابه.

ويصدق ذلك على أكثرية المرضى بنقص المناعة المكتسبة (الإيدز) الذين لا يمنحون في أغلب الأحيان، الحقوق والامتيازات التي ينطوي عليها دور المريض العادي. كما يصدق ذلك، مع اختلاف الأسباب، على من كانوا يصابون بالجدام في أوروبا في العصور الوسطى.

ثالثاً: المرض باعتباره وضع يعيشه الفرد:

يُعنى التفاعليون الرمزيون بصورة عامة بالسبل التي يفسر بها الناس عالمهم الاجتماعي وما يسبغون عليه من معان وإحساءات. وقد طبق بعض علماء الاجتماع هؤلاء هذه المقاربة على ميادين الصحة والمرض، في محاولة لفهم تجربة الناس للمرض وطريقة إدراكهم له، سواء أصابهم أم أصاب الآخرين. ومن بعض الأسئلة المطروحة في هذا السياق: ما هو رد الفعل واستجابة الناس عند سماعهم عن مرض خطير؟ وكيف يؤدي المرض إلى تشكيل حياة الناس اليومية؟ وما هو الأثر الذي يتركه العيش مع مرض مزمن على هوية الفرد الذاتية؟

لقد «بدأت أنماط المرض بالتغير في المجتمعات الحديثة، وقد شغل كثير من علماء الاجتماع أنفسهم بالأساليب التي يتكيف بها المرضى المزمنين مع ما تنطوي عليه حالتهم من اعتبارات عملية وعاطفية. فبعض الأمراض تتطلب معالجات ومتابعات منتظمة قد تؤثر على الروتين اليومي لحياة الناس حولهم، ويتبدى ذلك في حالات غسل الكلى، وتعاطي الأنسولين، والحقن والأدوية. كما أن هناك أمراضاً أخرى قد تكون بعض آثارها مفاجئة وغير متوقعة، أو تكون أعراضها الظاهرية والسلوكية مثيرة للحرج لدى المحيطين بالمريض، وربما لدى المريض نفسه، مما يتطلب من أهل المريض أو من يقومون برعايته اتخاذ خطط واستراتيجيات معينة لمواجهة مثل هذه المواقف من جهة أو إعادة هيكلة حياتهم اليومية من جهة أخرى (Kelly, 1992)، ومن ناحية أخرى، استقصى بعض علماء الاجتماع الكيفية التي يتمكن بها المرضى المزمنون من «إدارة» مرضهم أو التعامل معه في سياق حياتهم الشخصية والاجتماعية

(Jobling,1988 ;Williams,1993)¹ ولعل هذا الواقع الجديد للمرض والمرضى من هذا النوع قد وضع المجتمعات أمام تحديات جديدة تفرض مقاربات جديدة تأخذ بعين الاعتبار التحولات والتغيرات الاجتماعية العميقة.

5. الأبعاد البيئية والاجتماعية والثقافية لمختلف المقاربات لدراسة الصحة والسلوك الصحي :

إن السوسولوجيا تهتم بالطب، الرعاية الصحية وممارسات الرعاية الصحية، ولكن تهتم أيضا بالمرضى ومهنيي الصحة، والمؤسسات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية... الخ، وفي كل الحالات تعمل السوسولوجيا على تحليل وتفسير الخصائص والإشكاليات الخاصة بعلاقة الفرد بالمجتمع، الجماعات والمجتمع، في سياق صحي معين.

إن " لكل مجتمع نظريته ومفهومه للصحة لأن الإفراز الطبيعي للمجتمع لا بد أن يكون ضمن ثقافة المجتمع وضمن البيئة الطبيعية والاجتماعية للمجتمع لأن أي بيئة تجد فيها المسببات للأمراض لا بد أن تجد العلاجات لهذه الأمراض ولما كانت الأسرة هي نواة المجتمع التي ترفده بأفراده فلا بد أن تختلف النظرة إلى المجتمع من فرد إلى آخر لاختلاف التنشئة الأسرية في تكوين وتهيئة أفرادها للمجتمع مما يجعل من الصعب توحيد الفكر والنظرة والهدف وتلقائيا الأسلوب الذي يتعامل الأفراد بواسطته مع المجتمع"²

وما فتئت الأنتروبولوجيا تذكرنا بأن المرض ليس ذو طبيعة بيولوجية أو فردية إنما أيضا حدث سيكولوجي واجتماعي. يمكن القول إذن أن البحث العلمي الاجتماعي في مجال الطب استطاع أن يتوصل إلى أي مدى يمكن اعتبار الظروف الاجتماعية والثقافية أسبابا أصلية أو مساعدة للإصابة ببعض الأمراض، وأثبتت الدراسات في مجال الاجتماع الطبي أهمية الاستفادة من مفهوم التغيير الاجتماعي والدراسات الوفيرة عن التغيير الاجتماعي في حقل علم الاجتماع العام، وقد أمكن في النهاية من الاستعانة ببعض المفاهيم السوسولوجية العامة في تشخيص المرض كمشكلة اجتماعية ثقافية من داخل نظريات معينة وذلك مثل الاستعانة بنظرية الأنيما (فقدان المعايير) ونظرية الإحساس بالأمان، ومفهوم العزلة الاجتماعية.³

1. انتوني غدنز، مرجع سابق، ص ص: 240-242.

2. قدرى الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي، عمان، الأردن، 2011، ص: 16.

3. محمد الجوهري، علم الاجتماع التطبيقي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998، ص - ص: 341-342.

إن البيئة والمحيط كفضاء ومجال مادي واجتماعي أصبح من بين المتغيرات الأساسية التي دفعت إلى مراجعة جذرية للمقاربات السوسولوجية الكلاسيكية للصحة وتوجهها إلى تبني البعد الشمولي والمقاربة المتكاملة لدراسة مسألة الصحة. حيث ظهرت مقاربات حديثة مثل تنظيمات الرعاية الاجتماعية لـ(دافيد تاكيت) والمتطلبات الصحية للمجتمعات المحلية لـ(جون أ. دنتون) وسوسولوجيا الوظائف الصحية داخل التنظيمات الطبية لـ(أي جارتلي جاكو).

خاتمة :

من خلال هذا العرض نستنتج إذن، أن التطور الذي عرفه مجال البحث في الصحة كان من نتائجه أن فتح للعلوم الاجتماعية الباب لدراسة الواقع الجديد، واقع المرض والجسد، الألم وطرق التعامل معه وعلاجه والتكفل به؛ أي أصبحوا مواضيع للدراسة السوسولوجية حيث لم يعودوا حكرا على ميدان الطب وعلوم الحياة.

لقد حاولنا أن نبين كيف تطورت مواضيع دراسة هذا التخصص، كما يمكن أن نقول أن العوامل التي ساعدت على هذا التطور منها: تطور السوسولوجيا في حد ذاتها والذي لعب دورا مهما؛ غير أن هناك عناصر أخرى مهمة ساهمت في تطور هذا التخصص منها التحولات الاجتماعية والسياسية التي عرفتتها المجتمعات حيث أصبح لزاما أن تتغير نظرة المجتمع للطب والصحة، لكي تدخل في مجال الدراسات السوسولوجية، إضافة إلى وجود إرادة سياسية للدول المتقدمة لتوجيه البحث ودعمه ماديا للاهتمام بهذه الميادين، ولعل أهم العوامل يكمن في الاهتمام الذي أبدته ميادين الطب بالعلوم الاجتماعية بعيدا عن الفكر الطبي المهيمن على العلاقة بين ما هو طبي واجتماعي.

فالمقاربات السوسولوجية الكلاسيكية ارتبطت بمفاهيم ونظريات التنظيم من خلال التركيز على متغير أو أكثر لتفسير تطور التنظيمات الصحية كالمستشفى والمرافق الصحية المختلفة، تقسيم العمل بهذه المؤسسات، في حين انتقلت المقاربات السوسولوجية الحديثة إلى تبني التفسير السوسولوجي المتعدد الأبعاد من خلال التركيز على المرض والمريض والمرفق الصحي والمحيط، وكذلك التمثلات الاجتماعية للعلاقة بين الجسد والصحة والمرض، وأخيرا النظام الصحي.

وهذا ما يحيلنا إلى الأبعاد البيئية والثقافية للصحة - وكان الأنثروبولوجيين قد قدموا إسهامات مهمة في هذا المجال - هذه الأبعاد هي التي قدمت إضافات هامة للتعريف بمشكلة الصحة كظاهرة اجتماعية كلية تستمد شرعيتها الاستمولوجية من التحقيقات والدراسات الحقلية التي تمثل تراثا سوسولوجيا ساهم بشكل واضح في تطور وازدهار هذا التخصص.

المراجع

- 1 - انتوني جدينز، علم الاجتماع، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان، 2005.
- 2 - د. عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، دار الشروق، عمان، الأردن، 2006.
- 3 - د. عبد السلام بشير الدويبي، نحو تطوير مفهوم اجتماعي لظاهرتي الصحة والمرض، مجلة البحوث العربية للعلوم الاجتماعية التطبيقية، العدد الأول، 1991، المعهد العالي للعلوم الاجتماعية التطبيقية.
- 4 - أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، 1993.
- 5 - ميشال مان وآخرون، موسوعة العلوم الاجتماعية، ترجمة: عادل مختار الهواري وسعد عبد العزيز مصلوح، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999.
- 6 - محمد الجوهرى وآخرون، علم الاجتماع الطبي، الطبعة الأولى، 2009، دار المسيرة للنشر، عمان.
- 7 - محمد الجوهرى، علم الاجتماع التطبيقي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1998.
- 8 - قدرى الشيخ علي وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي، عمان، الأردن، 2011.
- 9 - ديفيد أرنولد وآخرون، الطب الامبريالي والمجتمعات المحلية، ترجمة د. مصطفى ابراهيم فهمي، سلسلة كتب عالم المعرفة، رقم 236، 1998، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت.
- 10 - جان شارل سورنيا، تاريخ الطب، من فن المداواة إلى علم التشخيص، ترجمة د. ابراهيم البجلاتي، سلسلة عالم المعرفة رقم 281، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت، 2002.
- 11 - د. فيليب عطية، أمراض الفقر، المشكلات الصحية في العالم الثالث، سلسلة كتب عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت، 1992.
- 12- Suchman, E.A., 1989, Sociology and the Field of Public health. Russelsage, foundotion, New york.
- 13- Claudine Haroche, Sociologie de la santé, de la maladie et de la médecine, in : Dictionnaire de sociologie, sous la direction d'André AKOUN, et Pierre ANSART, Ed. LE ROBERT/ SEUIL .1999.
- 14- Herzlich Claudine et Pierret Janine, « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », Revue française de sociologie, 2010/1 Vol .51.