مهنة التطبيب بين الشعبي والرسمي... في ظل التفسيرات السوسيو ثقافية (قراءة سوسيوثقافية تنظيمية)

The profession of medicine between the popular and the official... in light of socio-cultural interpretations (Organized sociocultural reading)

مريم لنصاري [1*]، لوشن حسين [2]

[1] جامعة باتنة 01 (الجزائر)، Sociomer87@gmail.com

[2] جامعة باتنة 01 (الجزائر)، hocine.louchene@yahoo.com

تاريخ الاستلام: 2022/10/20 تاريخ القبول: 2023/01/28 تاريخ النشر: 2023/01/31

ملخص:

رغم تطور الأبحاث الخاصة بالصحة والمرض وتفرع مجالاتها إلا أن نطاق دراستها اتسع ليشمل تناول تأثير الثقافة والتاريخ الاجتماعي على تنظيم انساق الرعاية الصحية والأشكال المحددة لسمات ممارسيها، وكذا خصائصهم، حيث شهدت السنوات الأخيرة تكريس الاهتمام المتزايد نحو الخصائص المهنية للممارس الطبي والبنية الداخلية للنسق الطبي ومسؤولية المريض والجماعات المعاونة والأنماط الجديدة لممارسة الفريق الطبي، هذا الاهتمام الذي رافقه انتشار واسع للطب الشعبي الذي لا يزال يفرض وجوده رغم تطور الطب الحديث. وانطلاقا من هنا نحاول في هذه الورقة البحثية إبراز تأثير العوامل الثقافية على أنماط الممارسات العلاجية الحديثة والتقليدية على حد سواء، مع محاولة إبراز أهمية الجوانب التنظيمية للأنساق الطبية الرسمية منها وغير الرسمية

الكلمات المفتاحية: مهنة. طب شعبي؛ طب. حديث؛ رسمي. ثقافة؛ علم اجتماع. تنظيمات؛ انساق.

Abstract:

Despite the development of research in private health, diseases and branching fields, but the scope of study is expanded to include dealing with the impact of culture and social history on the organization of patterns of forms of health care and specific attributes of practitioners, as well as their characteristics, where have seen increased attention to physician professional professionalism of the internal structure of medical liability model of the patient in recent years and groups to help new models for the exercise of the medical team, the

attention that has been accompanied by widespread traditional medicine, which is still imposing its presence despite the development of modern medicine. From there, we try in this article underline the impact of cultural factors on the trends of traditional and modern healing practices both, with an attempt to

* المؤلف المرسل

highlight the importance of the organizational aspects of formal and informal medical formats.
Keywords: *Profession. Folk Medicine; Medicine. Accident; Official. Culture; Sociology. Organizations; Coordinate.*

1.مقدمة :

ترتبط المشاكل الصحية بالحياة اليومية وبالثقافة بوصفها تعبيرا عن الممارسات، فقد لا تقبل جميع إجراءات الصحة العمومية عن الطبيب خصوصا إذا كانت تتعارض مع معتقدات راسخة وهذا ما يفسر وجود ثقافات داخل المؤسسات الصحية العمومية أيضا. وعليه، فإن نقل المعارف الشعبية إلى مستويات أعلى بات شبه مكرسا.

وهو الأمر الذي استدعى وبشكل جدي التفكير في العوامل الثقافية التي قد تحدد ما يشكل خطرا بالفعل، حيث يشمل تعريف الصحة الوارد في دستور منظمة الصحة العالمية العديد من العوامل الاجتماعية التي تلعب دورا في مجال الصحة، وتعريف الصحة هو: "الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز" (وهي بذلك متأصلة في الثقافة) (العالمية، 2011، صفحة 10).

لا يكفي الاعتراف بوجود مفاهيم أخرى للرعاية والشفاء. فالتعارض بين الحداثة والتقاليد يحول دون نجاح الصحة العمومية في حال ظل هذان المفهومان معزولين عن بعضهما وقد يؤدي المعالجون التقليديون دورا حاسما في الربط بين المفهومين. وتنطبق التعددية الطبية كلما مر الأشخاص بمرحلة انتقالية في حياتهم وحيث تتعايش مفاهيم صحية مختلفة وتنطوي نظم الرعاية الصحية التقليدية على ممارسات ضارة في بعض الأحيان.

وغالبا ما تستند برامج الصحة العمومية إلى أسس منطقية ترجح أساليب الطب الحيوي وفاعليته. ولكن الأمور المتعلقة بالصحة والشفاء جزء لا يتجزأ من التجربة البشرية حيث أنها مرتبطة بالمعاناة، بما فيها المعاناة الناجمة عن وفاة الأقارب والأصدقاء وضرورة أن يدرك الإنسان إنه غير خالِد. ويشمل ذلك العواطف والصحة العقلية والمعتقدات والافتراضات الجماعية والخاصة، وهنا تبرز مجموعة من التساؤلات التي لا يمكن الإجابة عنها بشكل قطعي بالاستناد إلى الأسس العلمية بمفردها، حيث تبرز الحاجة إلى تفسيرات فلسفية أو دينية أو روحية. لذا يتطلب العمل في مجال الصحة العمومية فهم الثقافات باعتبارها مجموعة من الممارسات المتشابكة والمتنافسة أحيانا والاعتراف بأن مؤسسات الصحة العمومية تعمل في سياقات ثقافية متباينة جدا وبدرجات متفاوتة.

ومن خلال هذه الورقة البحثية سنحاول تقريب المسافة بين النسقين الطبيين الشعبي والرسمي بافتراض التكامل بينهما وان لكل نسق منهما مبررات لوجوده ثقافيا واجتماعيا بحكم اختلاف الفئات المكونة للمجتمع الواحد واختلاف الخلفيات الثقافية لها.

2. الطب الشعبي والرسمي ...مدخل مفاهيمي ...وأنماط التفاعل بين النسقين

1.2 الطب الشعبي/الرسمي مدخل مفاهيمي

- **الطب الشعبي:**

يرجع مصدر كلمة شعبي في مفهوم الطب الشعبي إلي: "**الشعب** ويعني خضوع مجموعة من الناس لنظام اجتماعي معين" (ابراهيم، 1989، صفحة 483)

أما **محمود الجوهري** فيرى أن صفة الشعبية يقصد بها كل "معتقد يؤمن به الشعب فينبعث من نفوس أبنائه، عن طريق الكشف أو الرؤية أو الإلهام" (الجوهري، 1990، صفحة 45)

أما اصطلاحا فهناك عدة تعريفات نوجز منها ما يلي:

- **تعريف بورد: "الطب الشعبي هو جمع الأفكار وترتيبها ووجهات النظر التقليدية حول المرض والعلاج وما يتصل بذلك من سلوك وممارسات تتعلق بالوقاية من المرض ومعالجته بغض النظر عن النسق الرسمي للطب العلمي"** (غنيم، 2007، صفحة 37).
- **تعريف فوستر:" يعرفه بأنه مجموعة متنوعة من الخبرات والمعلومات الناجمة من الملاحظة الفضولية للأنثروبولوجي الذي يجمع الوسائل والأساليب التي يستخدمها أعضاء المجتمع لعلاج مرضاهم.** (ميرفت، 2009، صفحة 26).

وقد تحدث ابن خلدون عن هذا النوع من الطب عند ذكره لطب البادية، حيث يقول "**للبادية من أصل العمران طب يبنونه في غالب الأثر على تجربة قاصرة على بعض الأشخاص متوارثا عن مشايخ الحي وعجائزه وربما يصح منه البعض إلا انه ليس على قانون طبيعي، ولا على موافقة المزاج وكان عند العرب من الطب الشعبي الكثير**" (عبد االرحمان، 2006، الصفحات 536-537) .

ومما سبق يمكننا القول أن **الطب الشعبي** هو مجموعة من المعارف والمهارات أو الممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات الأصلية التي تمتلكها مختلف الثقافات والتي تستخدم سواء أمكن تفسيرها أو لا، للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض الجسدية والنفسية أو تشخيصها أو علاجها أو تحسين أحوال المصابين بها.

وهو كذلك مجموعة من المعتقدات الشائعة والممارسات العلاجية الطبية التي استخدمت منذ أزمنة بعيدة في كل الثقافات وخلاصة من التجارب الشعبية والأفكار في المجتمع حول أنواع المرض وأسبابها وطرق علاجها والأساليب إلى يقوم بها الإنسان لمواجهتها سواء عن طريق الأعشاب الطبية، المعادن الأجزاء الطبيعة من جسم الحيوانات، الرقى والتقاليد، الكي...الخ، وغيرها من الخبرة المكتسبة لدى أشخاص محترفين ممن يعتقد أنهم يملكون القدرة على معالجة الناس.

كما يشير إلى الوسائل والطرق التي وجدت قبل ظهور الطب العلمي الحديث، ويتضمن أيضا المعالجات الصحية التي تنتمي إلى تراث كل مجتمع من جيل إلى جيل وهو يتناسب واحتياجات المجتمعات المحلية على الإجمال منذ عدة قرون.

- **الطب الحديث(الرسمي)**

عرف الطب الحديث بأنه **"فن وعلم الوقاية من الأمراض وعلاجها عند وقوعها"** (بومدين، 2003-2004، صفحة 304).

كما عرف كذلك **"بأنه العلم الذي يدرس أسباب وأثار الأمراض على حيوية وفاعلية جسم الإنسان ويدرس طرق وتقنيات علاجها والتحرر من أثارها السلبية"** (بوناب، 2007، الصفحات 24-25)

وعليه فان وجهة النظر الطبية هذه تفترض أن الأمراض تعد عالمية في الشكل والتطور والمضمون ،لذلك فهي متماثلة في التواتر بمعنى انه من المفترض أن مرض السل مثلا سيكون نفس المرض في أي ثقافة وفي أي مجتمع يظهر فيه وسيكون له دائما نفس السبب والصورة العلاجية والمداواة وهكذا، ومع ذلك فان وجهة النظر الطبية لا تتضمن الأبعاد الاجتماعية والنفسية للمرض التي تحدد مدلول المرض بالنسبة للشخص المريض ولكل المحيطين به ،ولان الطب الحديث يركز بدرجه كبيرة على الأبعاد الفيزيقية للمرض فان عوامل مثل الشخصية والمعتقدات الدينية والمكانة الاجتماعية للمرض لا تكون لها في الغالب أي علاقة بعملية تشخيص المرض أو في وصف العلاج.

2.2 أنماط التفاعل بين خدمات الطب الشعبي والطب الرسمي

إن الخدمات الصحية التي يقدمها الطب الشعبي ليست وهما أو ثمرة تفكير خرافي أو غيبي على عكس معظم العناصر الاعتقادية الشعبية الأخرى، ولذلك فليس لنا أن نتوقع أن يختفي بين عشية وضحاها من مجتمع بأخذ بأسباب العلم الحديث، فهو في بعض جوانبه يمثل ذخيرة من الخبرة الشعبية المتوازنة التي صقلتها المحاولة والخطأ ولعل هذا البعد هو الذي يحدد شكل المواجهة بين النسقين الطبيين الشعبي والرسمي ودرجة حدتها.

إن سلوك الإنسان حيال الطب الشعبي سلوك نسبي بين الفقراء والأغنياء وهكذا فان الأبعاد الطبقية والتعليمية فارقة في الجانب العقلاني منه، ولكن" **الأبعاد ذاتها ليست فارقة في الجانب الديني–السحري مع اختلاف في البواعث فقط، فإذا كان الباعث للفقراء هو الفقر فان الباعث للأغنياء هو استعصاء المرض، بينما يدفع المتعلمين إليه فشل الطب الرسمي أو استعجال نتائجه، وإذن فان الممارسات الطبية الشعبية باقية، ولا يزال ممارسوها موجودين بل أن من اليسير العثور عليها حتى داخل بعض الوحدات الصحية الريفية والملاحظ أن المريض أو أسرته تحرص على الجمع بين خدمات التي يقدمها المعالج الشعبي والطبيب**" (المكاوي، 1982، صفحة 325).

ومع ذلك فان واقع البلدان المتقدمة يؤكد انسحاب خدمات الطب الشعبي أمام زحف المستشفيات والخدمات الصحية الرسمية بل أن بعضها –مثل ألمانيا– قد قامت بترشيد معظم عناصر الطب الشعبي وتطوير المفيد منه واستبعاد كل ما يثبت علميا مخالفته للقواعد الصحية، كما استخلص الألمان المطهرات والعقاقير من الأعشاب الطبية ، والملاحظ أن هذه الأعشاب ليست كلها محلية بل يقومون باستيرادها ، أما" **في المجتمع الأمريكي فان الكثير من الأدوية هناك مستخلصة من الأعشاب الطبية حتى أقامت جامعة لينوي بشيكاغو محطة تنمو فيها النبتات التي تستخلص فيما عد في شكل عقاقير وأدوية وتعالج كيماويا، كذلك أنشأة منظمة دوائية معروفة في الحضارات القديمة مثل الازتيك والمايا وغيرها** (اندرو، 2003، صفحة 76)،

ولعل مرد الاهتمام أنهم يعتبرون الحياة بمثابة وحدة تضم الجسم والحواس والعقل والروح معا، وبالتالي فان تأكيدهم على الجوانب الأخلاقية والروحية هو الذي يعطي هذه الحياة أبعادا جديدة لنظم الرعاية الصحية، وهذا ما ينقص الطب الرسمي حاليا.

وإذا تأملنا واقع المواجهة بين الطب الشعبي والطب الرسمي في البلدان النامية لوجدنا أن هناك بعض ميادين الطب الشعبي استطاعت أن تثبت في جبهة المواجهة مع الطب الحديث مثل الأمراض النفسية والأعصاب والعقم.. الخ وهي تتوقف على تعديل البيئة الأسرية والاجتماعية المسؤولية عن المرض مما ليس في مقدور الطبيب.

وقد تدعم الطب الشعبي أمام الطب الحديث بفضل تفسير الأفراد لأسباب المرض إذ إن طبيعة التفسير هي التي تحدد نوع العلاج المطلوب، سواء كان حديث–أو تقليدي، ومن ناحية أخرى فان تحديد نوع العلاج المطلوب يتواءم مع المفاهيم السائدة عن المرض وأسبابه ويعتمد على تقييم الإمكانيات المتاحة في كل نسق، فعندما يصاب الفرد في الريف مثلا فلا بد من أن يطرق كل الأبواب لعلاجه بالأساليب الحديثة

أو الشعبية أو السحرية –الدينية، وربما تداوى بها المريض جميعا واحدة بعد الأخرى، وربما بما تداوى بها جميعا في وقت واحد، والملاحظ برغم ثقة القرويين في الطب الرسمي إلا أنهم يهجرون إلى الوسائل التقليدية لان هناك مساحات من الممارسة الطبية يتفوق فيها الطب الشعبي مثل التوليد والعلاج من العين والحسد والعلاج الروحاني بمختلف مفاهيمه بالإضافة إلى القصور الواضح في أداء الخدمات بالوحدات الصحية في هذه المناطق.

ولقد أسفرت المواجهة بين الطب الرسمي والشعبي في إحدى مظاهرها نوعا من التعايش والمهادنة في بعض المعالجون الشعبيون على اعتزازهم البالغ بأهمية خدماتهم الصحية وإقرارهم بخبراتهم الطويلة المدى وتجاربهم إلا أنهم لا يرون بأسا من الإفادة من الطب الرسمي في أداءهم الوظيفي فضلا عن وعيهم بحدود قدرتهم ولا يجدون حرج في إحالة الحالات المستعصية إلى الأطباء وعلى أية حال فان المواجهة الحالية بين خدمات الطب الحديث والتقليدي أو الرسمي والشعبي تتخذ نمطا أو أكثر من هذه الأنماط التفاعلية الثلاثة:

- نمط تغلب الخدمات الصحية الرسمية على الخدمات غير الرسمية (الشعبية): وهذا ما نجد في اغلب الأحيان في المجتمعات المتقدمة
- نمط تغلب خدمات الطب الشعبي على الخدمات الصحية الرسمية: وينتشر هذا النمط في المناطق الريفية وله علاقة بالثقافة الاجتماعية المنتشرة في وسط الجماعات الإثنية
- نمط المهادنة والتعايش بين نوعي الخدمات الصحية: وهذا النمط يمكن ملاحظته في المجتمعات النامية كمجتمعاتنا العربية أين يوجد تجاذب بين النسقين.

3. علم اجتماع التنظيم والمدخل الثقافي وحتمية دراسة موضوع الأنساق الطبية

1.3 علم اجتماع التنظيم ودراسة التنظيمات الطبية:

بدأت محاولات دراسة التنظيمات الطبية مع زيادة دراسات علم اجتماع التنظيم، ومحاولته تنميط التنظيمات الاجتماعية ووضع اطر نظرية للدراسات التنظيمية منها ما قام به **دافيد لفرمان** (دافيد، 1980، صفحة 20)، عندما أشار لمحاولات تقوم على اختيار متغير من المتغيرات باعتباره صفة مميزة للتنظيم (تكنولوجيا، بناء سلطة، وظيفة محدد) ومحاولات أخرى تركز على جانب واحد من العلاقات الاجتماعية داخل التنظيم أو خارجه وتستخدم ذلك في تفسير الملمح الأخرى للتنظيم. ومحاولات أخرى تستخدم علاقة التنظيم ككل ببيئته. وتفسر بذلك المشاكل التي تحدث داخل التنظيم.

وهذه المحاولات وغيرها كانت الإطار الفكري الذي انطلق منه الرؤى الأولى لدراسات التنظيمات الطبية والتي ظلت ملتصقة بعلم اجتماع التنظيم(خاصة في المناهج والأدوات للدرجة التي كانت تصنف ضمنها

علميا ،فقد اهتمت دراسات علم اجتماع التنظيم بدراسة التنظيمات الطبية واعتبرتها موضوعات حديثة، وأهمها دراسة **دافيد تاكيت** في كتابه مقدمة لعلم اجتماع الطبي ودراسة **جون أ. دنتون** في كتابه علم اجتماع الطبي ودراسة **أي جرتلي جاكو** في كتابه المرضى، الأطباء ،المرض مرجع في العلوم السلوكية والصحة فهي من الدراسات الاجتماعية الطبية الأساسية حول التنظيمات الطبية، والتي أخذت عنها الاتجاهات الحديثة بعض موضوعاتها أو مناهجها أو أدواتها البحثية.

أولا: إسهامات علم اجتماع التنظيم في نشأة الاتجاهات الكلاسيكية حول دراسة التنظيمات الطبية

نحاول فيما يلي التطرق لبعض الدراسات بإيجاز (الجوهري و وأخرون، 2009، الصفحات 31-33)

- **دافيد تاكيت وتنظيمات الرعاية الصحية:** في كتابه مقدمة لعلم اجتماع الطبي جمع دافيد تاكيت العديد من الموضوعات الاجتماعية الطبية منها العائلة وعلاقتها بالمرض، والعمل وفرص الحياة ونماذج الحياة تنظيمات المستشفيات وتنظيمات الرعاية الصحية ونلاحظ عدم تحديد تاكيت لها كتنظيمات طبية رغم أن موضوعاته وتحليلاته تلك وضعت فيما بعد تحت عنوان خاص بالتنظيمات الطبية ويبدو أن رغبته في جمع موضوعات عديد في مقدمته لعلم الاجتماع الطبي هي ما وسعت نظرته لها وجعلته يعرض تنظيمات الرعاية الصحية بنظرة نقدية لإعادة تنظيم الخدمات الصحية الشعبية، وجعلته يحلل تنظيمات المستشفيات من خلا بنائها وعلاقاتها بالتغير التكنولوجي والتنظيم الفعلي للسلطة والذي يرتبط به صناعة القرار في المستشفى ونظام تقسم العمل به.

أما عن بناء المستشفى وعلاقته بالتغير التكنولوجي فيرى **تاكيت** أن أقصى استفادة من التكنولوجيا المتقدمة يعتمد على بناء تنظيم ملائم لها والتنظيم يعني الاستفادة القصوى من الأدوات البشرية وغير البشرية في تغير حالة الأفراد صحيا ويعرف التكنولوجيا بأنها كمية الاستراتيجيات العلاجية التي يمكن أن تقدم من خلال هيئة طبية مدربة على ذلك والبناء هو الطريقة التي من خلالها تتوزع المهمات التي يجب أن يقوم بها الموظفون الطبيون، يتساءل **تاكيت** لماذا تمتد المهمات العلاجية إلى خارج المستشفى؟ ويجيب انه مع تغير العديد من الأمراض المعدية وظهور أنواع أخرى من الأمراض، أصبحت التكنولوجيا خارج المستشفى ضرورية إضافة إلى ذلك فامتداد النمو المعرفي الوقائي والتثقيفي الصحي يساعد على ذلك.

ويلاحظ **تاكيت** أن التجديد التكنولوجي يصاحبه وجود تخصصات جديدة يصاحبها تغير في أنماط المسئولية تجاه المرضى، فمن يستحمل السلطة النهائية لهذه الرعاية ؟والإجابة على ذلك مهمة في تشكيل العلاقة بين الطبيب والمريض والتنسيق بين التخصصات الإدارية، ومراعاة البعد البيروقراطي في السلطة

وكيفية اتخاذ القرار فيها، وعموما يشير المؤلف أن هناك سببا رئيسيا لتعقد تلك العلاقات والتخصصات والقرارات ألا وهو الخط المزدوج للسلطة في المستشفى وهذا ما قد يتعارض مع الإدارة وبيروقراطية التنظيم وطبيعة القرارات الإدارية ،وأنماط الهيئات التي تقع بين نمطي السلطة كالممرضات.

يشير **تاكيت** في تحليله للتنظيم داخل المستشفى إلى سلوك اتخاذ القرار وهو التحديد الحقيقي للنفوذ والسلطة كما أن السياسات والأهداف التي ترغب في تحقيقها هذه التنظيمات تختلف هي الأخرى من تنظيم لأخر ، وعموما فاختلاف المستويات التي يتخذ فيها القرار قد يؤدي إلي ضياع هذا القرار أمام الصراعات والتنافس حوله، ويؤكد **تاكيت** على أهمية تدريب أفراد الهيئة الطبية خاصة مع تغيير المواقف العلاجية التي يتعرضون لها واختلاف أنماط الأمراض وأهمية استجابة أفراد هيئة التمريض للمرضى الذين يعالجون لفترة طويلة ويراها في نمطين : أولهما **اللامبالاة** والاغتراب وهذا ما يحدث عندما يفقدون القدرة على مساعدة مرضاهم والثاني **الانسحابية** وهذا ما يجعلهم يؤدون دورهم كما لو كانوا مجبرين عليه بشكل أوتوماتيكي، وهذا نفسه ما يحدث لأفراد الهيئة الطبية وكلاهما قد يعوق تقديم الرعاية الطبية.

- **جون دنتون والمتطلبات الصحية للمجتمعات المحلية** (الجوهري و وأخرون، 2009، صفحة 33): قدم **جون دنتون** دراسة جيدة عن تنظيم المستشفى في كتابه علم الاجتماع الطبي وتعتقد في تقاربها مع دراسة **دافيد تاكيت** في الكثير من التحليلات. فنجده ناقش أهداف المستشفى وبناءها وعلاقة حجمها بحجم الرعاية الصحية التي تقدمها وبناء السلطة فيها وتعرض في أماكن أخرى من مؤلفه لأفراد هيئة التمريض ولبعض ديناميات التنظيمات الطبية والعوامل المؤثرة ف على تقديم الرعاية الطبية عن طريقهم ويناقش أيضا التكنولوجيا والبيروقراطية ونظام تقسيم العمل في المستشفى ويشير لأهمية النظر للبيئة الخارجية المحيطة بالمستشفى خاصة في جانبها الثقافي الصحي والسكاني والاقتصادي والطبقي وكيف تستطيع الاستجابة للمتطلبات المجتمعية ولتأثير المجتمع المحلى على أدائها لدورها الصحي وأخيرا يشير دنتون لبناء المستشفى وهرا ركية السلطة فيها وخاصة النموذج المزدوج وتأثيره على شكل الرعاية الطبية المقدمة ونعتقد أن كلا من تاكيت ودنتون قد اتخذا نفس المسار التحليلي للتنظيمات الصحية واختيار هما للمستشفى –كمثال—كان لأسباب تتعلق بكتاباتهم العلمية الأولى تحت مسمى علم اجتماع الطبي أو لرغبتهم في تحديد موضوعاته ولذلك لم يهتموا بتصنيف ما كتبوه عن المستشفى تحت عنوان التنظيمات الطبية وربما الفارق الوحيد بينهما الدراستين أن تاكيت كتب عن المستشفيات الانجليزية وكتب دنتون عن المستشفيات في الولايات المتحدة الأمريكية.

- **أي جارتلى جاكو وسوسيولوجيا الوظائف الصحية داخل التنظيمات الصحية** (الجوهري و وأخرون، 2009، صفحة 34): تطرق في كتابه الشهير **المرضى، الأطباء ، المرض**، الذي يعتبر مرجعا في العلوم السلوكية والصحية يعرض "**جارتلى**" في المقدمة تعريفا لعلم الاجتماع الطبي ونمو وتطوه في السنوات المعاصرة وضرورة الاهتمام بمناطقه البحثية وهي **توزع المرض وأيكولوجي والاستجابات الثقافية والاجتماعية للمرض والجوانب الاجتماعية والثقافية للرعاية الصحية ومعدل الوفيات وعلم الوبائيات الاجتماعي، والتنظيمات والعمل الطبي وسوسيولوجيا الوظائف الصحية وسوسيولوجيا المستشفى وتنظيمات الصحة المجتمعية والتغير الاجتماعي والرعاية الصحية والتعليم الطبي والضغط الاجتماعي والمرض وعلم النفس الاجتماعي والمجتمعي والسياسة الصحية**، وقد افرد "**جارتلى**" لهذا الفرع جزأين من ثلاثة: الأول ناقش فيه الإطار العام لرؤية هذا العلم ، والجزء الثاني ناقش فيه المشكلات المنهجية التي تعترض بحوثه، وبعض المداخل البحثية في ذلك .

أما التنظيمات الطبية فقد ناقشها "**جارتلى**" من خلال أهداف النظام الطبي عموما والخلفيات التاريخية له وشكل التنظيمات الطبية الحديثة، والمستشفى والمشكلات التي تعاني منها الأفراد العاملون بها، وكيفية الدراسة الاجتماعية للمستشفى وتنظيمات العلاقات بين الأطباء والمرضى، والتعاون بين الخدمات الطبية والاجتماعية وتوزيع الأطباء على التنظيمات الطبية ، ونماذج الاستفادة من الخدمات الطبية، وغيرها من الموضوعات ... ونلاحظ أن تحليل "**جارتلى**" للتنظيمات الطبية اكتسب نفس سمة العمومية التي بدأها مع تقديمه لعلم الاجتماع الطبي ومحاولته الجمع بين أكثر من محور من محاوره البحثية .

فيما يتعلق بتحليلات "**جارتلى**" للمستشفى فيرى أن هناك ثلاثة محاور تنظيمية لها:

- **الأول** أن المستشفيات يجب أن توزع وتنظم وتتعاون تبعا لأسس جغرافية حتى نتأكد من سهولة وصول الخدمات الطبية للمحتاجين إليها،
- **الثاني** أن المستشفيات يجب أن تنظم بحيث نتأكد من وصول خدمات كافية لنوعيات مختلفة من المرضى المحتاجين إليها،
- **الثالث** القرارات يجب أن تتخذ لتنظيم وإدارة وإشراف وتعاون أفراد الهيئات التي تمثل كافة المهن فيها كل بإيديولوجيته ودوره في العمل، ويشير "**جارتلى**" إلى مشكلات الأفراد العاملون في المستشفى تأتى من عدم كفاية الأعداد اللازمة للقيام بالأدوار المطلوبة منهم ، وهنا تأتي أهمية الاعتناء بالمدارس الطبية وأهمية مراجعة السياسات للاستعانة بالأطباء تعلموا خارج المجتمع تحت الدافع الاقتصادي لارتفاع تكلفة إعدادهم في مجتمعاتهم ، أما عن كيفية دراسة المستشفى

اجتماعيا فيرى "**جارتلى**" انه يمكن دراستها عبر التغير التكنولوجي، وتغير الأدوار الاجتماعية فيها، ونظام التدرج الاجتماعي والعلاقة بين الأهداف والتكنولوجيا والتخصص، والسلطة ،واتخاذ القرار ، والنموذج البيروقراطي المميز لها ، وهيراركية العمل.

كما أن جارتلى يشير إلى أهمية دراسة أنماط العلاقة بين الأطباء والمرضى سواء التي تتم داخل المستشفى أو خارجها وأهمية التعاون بين مقدمي الخدمات الطبية والاجتماعية وكيفية الاستفادة من الخدمات الطبية التي تقدمها المستشفى فمعرفتنا بذلك تساعدنا على مواجهة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية التي تواجهها هذه التنظيمات الطبية عند تقدميها لهذه الرعاية وتساعدنا على مواجهة اختلاف الخلفيات الأيديولوجية وراء تقديمها في المجتمعات المختلفة وفى المناطق المختلفة في المجتمع الواحد، وهذا ما حاول "**جارتلى**" توضيحه في مقارنته للتنظيمات الطبية في الولايات المتحدة الأميركية والسويد... الخ.

أما عن المحاولات الحديثة لباحثي علم الاجتماع الطبي الجدد في الدراسات التنظيمية فقد "بدأت بتعريف التنظيمات الطبية عموما والمستشفى خصوصا، وقدمت تحليلات أخرى تهتم بتصنيف المستشفيات وكلاهما دعمت الاتجاهات الحديثة لعلم الاجتماع الطبي حول هذه التنظيمات وبحثها عن اتجاهات جديدة لدراستها عند التعريف تنظر غالبية هذه الدراسات للتنظيمات الطبية باعتبارها بناءات اجتماعية تكونت أو أعيد تكوينها تعتمد على مبدأ التخصص وتقسيم العمل ، وأهمية الخبرة العلمية والتكنولوجيا ، وبترتيب معين للسلطة" (فوزية، 2001، صفحة 134) وبغيرها من السمات التي تعاونها على تقديم خبرة طبية وصحية وتعليمية مستمرة للأفراد فمن خلال نشاطها الطبي المتميز تعبئ المهارات والجهود لعدد من الجماعات المهنية المحترفة وشبه المحترفة وغير المهنية المحترفة حتى تصبح هذه الخدمات ذات كفاءة طبية عالية للمرضى والأصحاء داخل هذه التنظيمات وخارجها في المجتمع للحفاظ على صحة الصحيح ولعلاج المريض منهم

2.3 المؤثرات السوسيو ثقافية على الصحة والمرض:

تمثل الثقافة جوانب مشتركة من الأفكار والتصورات والمعتقدات والسلوك التي تشكل حياتنا كما تتضمن تعريفات عن الصحة والمرض وطريقة الاستجابة للمرض والشعور بالألم والتعب، إن الممارسات والمضامين الثقافية المفترضة تعتبر هي السياق الذي نتج فيه الطب كما تم تعليمه وممارسته داخل هذا السياق أيضا.

فالثقافة بهذا المفهوم بمثابة خشبة المسرح والسيناريو والإضاءة والإخراج في مسرحية المرض والعلاج، ولها مكانتها المؤثرة في هذه القضية ولكن ليس بدرجة نهائية وحاسمة، وعلى الرغم من تطور الجدال حولها

فان أكثر الانثروبولوجيين المعاصرين يرون أن الثقافة نتاجا اجتماعيا مشتركا ومتطورا وأطر معيارية قابلة للتشاور وإمكانية تحقيقها لتوجيه وفهم المراد من الحياة اليومية كما يتفقون على أن الثقافة تشمل المضامين التالية: (نجلاء، 2006، صفحة 150)

- تتضمن الثقافة القيم والأحكام والمحظورات والتفصيلات والرموز والمعاني والدلالات واللغة والممارسات التي ترشد إلى الكيفية التي يعيش بها المرء حياته اليومية والكيفية التي يدرك بها الأحداث التي تقع خارج الممارسة اليومية
- الثقافة شيء مشترك بين جماعة من الناس على الرغم من اختلافاتهم في تفسير المبادئ والممارسات
- تبقى وتستمر الثقافة عن مستوى أساسي لها غير، أنها تتغير أيضا عبر الزمن وخاصة في الأساليب والنماذج التعبيرية مثل الموسيقى والملبس.
- تنتج وتتوالد الثقافة كشكل ومحتوى بواسطة هؤلاء الذين يدركون الأحكام والتجربة ويطبقونها في حياتهم اليومية.

وقد تطورت الثقافة خلال نموذج تطور ثقافي عام اجتاز مراحل متعددة من نمط حياة إنسانية بدائية تعتمد على البحث عن الطعام إلى دول صناعية حديثة ومن مجتمعات بسيطة إلى مجتمعات مركبة، ومن اقتصاديات الطاقة المنخفضة إلى اقتصاديات الطاقة العالية وهو ما يمثل نموذج التغير التاريخي العام من مرحلة ما قبل التاريخ إلى المرحلة الحالية والذي يتسم بأربع عمليات هي:

- زيادة حجم السكان
- التوسع التكنولوجي
- زيادة التفاوت الاجتماعي
- التغيرات البيئية

وقد ارتبطت مراحل التطور الثقافي بالمرض وخاصة الأمراض الوبائية والبيئية ، حيث كانت معدلات الأمراض المعدية منخفضة نسبيا في المجتمعات البدائية بسبب حجمها السكاني الصغير وقابليتها للحركة، ثم ازداد انتشارها في المدن الصناعية، أما في عصرنا الحالي وعلى الرغم من التقدم العلمي والطبي فان المجتمعات الحديثة المركبة تتصف بنماذج وبائية جديدة ظهرت مع التطور الثقافي وما يتضمنه من أنماط حياة ثقافية جديدة كان مصاحبا بمشكلات مرضية جديدة عبر الزمن كالسمنة، وضغط الدم وأمراض القلب...الخ، ومن ثم" **فان الأمراض التي تظهر في أية جماعة إنسانية وتؤثر في أعضاء هذه الجماعة ليست بمحض الصدفة ولكنها تعبير عن المخاطر والضغوط المحيطة بهم وعن بيئتهم وسلوكياتهم والمناخ**

الذي عاشوا فيه وأنشطتهم اليومية والملبس وبنائهم الاجتماعي والفلكلور والأساطير" (تيسير، 1996، صفحة 228)

...وعلى ذلك "**فالثقافة هي نتاج لعملية تطور امتدت عبر ألاف السنين وترسبت في كل مجتمع بشري متضمنة قدرا عظيما من الحكمة في معاييرها وأنماطها المتنوعة ولا يمكن لأحد في أي مجتمع أن يهرب من تأثيرها بدأ من أكثر المجتمعات بساطة حتى أشدها تعقدا وتطور**" (الجوهري م.، 1981، صفحة 79).

وثمة علاقة بين المرض والأنماط السلوكية الإنسانية ،حيث لا يكتفي علماء الأمراض الوبائية بتصنيف نماذج حدوث المرض خلال الزمان والمكان وفقط ،بل أنهم أوضحوا أسباب المرض من خلال البحث عن عوامل الخطر التي تبدو مرتبطة بنتيجة المرض، وقد بينوا "**نوعين رئيسين من عوامل أخطار المرض، الأولى هي العوامل الذاتية المنشاة كالأمراض الوراثية والثانية هي العوامل الخارجية الحيوية مثل الكائنات الحية الدقيقة التي تسبب المرض المعدي آو المرض الغير حيوي الموجودة في البيئة مثل السموم والكيماويات**" (رفعت، 1989، صفحة 56).

وقد يزيد الأفراد من احتمالات حدوث المرض بشكل غير متعمد من خلال تعريض أنفسهم أو الآخرين لعوامل الخطر سواء الذاتية أو الخارجية بمعنى أن السلوك الإنساني قد يعني انه عامل خطر للمرض وقد يكون هذا السلوك داخل النشاط الإنساني عنصرا هام في سلسلة الأحداث التي تؤدي إلى حدوث المرض، وفي هذا الصدد يأتي دور الانثروبولوجيين من خلال محاولة فهم أسباب المرض من خلال تعريف عوامل الخطر ووصف نماذج السلوك الإنساني وربطها بالتوزيع الاجتماعي للمرض وفهم السلوكيات الإنسانية المروجة للمرض في السياق الاجتماعي والثقافي.

كما أن ثمة تكيفات ثقافية مع المرض تتضمن توظيف السلوكيات والمعتقدات التي تحد من نسبة انتشار المرض والوفيات بطريقتين رئيسيتين (المكاوي، 1990، صفحة 45):

- هناك سلوكيات ومعتقدات لها وظائف وقائية عن طريق التقليل من التعرض للكائنات الحية المسببة للمرض بالنسبة لأجزاء معينة من المجتمع
- هناك معتقدات وسلوكيات بشأن العلاج الملائم للمريض يصطلح عليها بصفة عامة بالطب العرقي

وقد أكدت الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجية دائما على دور الثقافة في فهم قضايا الصحة والمرض حيث لا يمكن فهمهما بمعزل عن البناء الاجتماعي والثقافي فقضايا الصحة والمرض تتعامل مع كائنات بشرية سواء من المرضى أم أقاربهم أم أصدقائهم وهي بيئة بشرية مسئولة إلى حد كبير عن أهمية

المغزى الوجداني الرمزي والتعبيري للعلاقات الاجتماعية والثقافية، ومن ناحية أخرى هناك مجموعة من الأحاسيس تدور حول حرمة الجسد وتستمد مقوماتها أساسا من المجتمع والثقافة السائدة فيه، والثقافة هي التي تجيز لهؤلاء الذين يمتهنون الطب الاطلاع على الجسم البشري دون غيرهم، بينما نجد أن النموذج البيولوجي يختزل مفهوم الصحة والمرض بمعزل عن الشخص وعن السياق الاجتماعي والثقافي، أما النموذج الطبي الاثنولوجي ينظر إلى هذين المفهومين في ضوء معايير الثقافة والتفاعلات الشخصية وفي حدود الإطار الذي يضم انساق المعاني والمعايير والشرعية.

4.الخاتمة:

إن قضايا الطب لم تعد مقتصرة على المجالات العلمية المجردة فقط بل تعدتها إلى مجالات إنسانية واسعة النطاق منطلقة من رؤى سوسيوثقافية بل وحتى تنظيمية لعمل الطبيب أو المعالج وصولا إلى العلاقة بين الطبيب والمريض بالإضافة إلى أهمية فهم البنية الثقافية والاجتماعية للمجتمع وضرورة ذلك في السلوك العلاجي خصوصا في المجتمعات المحلية، حيث يتوازى الطب الحديث مع الطب الشعبي ولا يمكن لأحدهما الاستغناء عن الأخر كون أن الأول يفرضه التطور الطبي بينما تفرض الحاجة الاجتماعية الثاني..

ويمكن تعزيز اعتماد إجراءات الصحة العمومية محليا من خلال أنشطة التوعية التي يقوم بها العاملون في مجال الصحة المجتمعية. وليس هناك من شك في قدرة هؤلاء على فهم لغة وثقافة المرضى، ومن ثم إيصال رسائل مفهومة إليهم.

5. قائمة المراجع:

ابن خلدون عبد االرحمان. (2006). *مقدمة في علمالاجتماع*. لبنان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

العشماوي عثمان ميرفت. (2009). *المعتقد الشعبي"في دراسة الطب العرقي"* . مصر: دار المعرفة الجامعية.

ايوب رمضان فوزية. (2001). *علم الاجتماع الطبي*. القاهرة: مكتبة نهضة الشرق.

حسين جمعة تيسير. (1996). *الانثروبولوجيا (علم الانسان)*. الاسكندرية: مطبوعات كلية الاداب جامعة الاسكندرية.

سليمان بومدين. (2003-2004). التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر"دراسة ميدانيةب مدينة سكيكدة (رسالة دكتوراه). سكيكدة الجزائر: جامعة قسنطينة.

شوفاليه اندرو. (2003). *الطب البديل والتداوي بالاعشاب الطبية*. (الايوبي عمر، المحرر) العالمية للنشر والتوزيع.

عاطف خليل نجلاء. (2006). *علم الاجتماع الطبي(ثقافة الصحة والمرض)*. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.

عبد المجيد بوناب. (2007). تجارة الدواء في الجزائر بين جهل المستهلك وضمير المعنيين. *مجلة العلم والايمان* .

علي المكاوي. (1990). *الانثربولوجيا الطبية –دراسة نظريةو ميدانية –* . الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

علي المكاوي. (1982). *المعتقدات الشعبية والتغير الاجتماعي*. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.

لفرمان دافيد. (1980). *الاطار السوسيولوجي لنظرية التنظيم*. (مختار عادل، المحرر) القاهرة: نهضة الشرق.

محمد احمد غنيم. (2007). *الطب الشعبي والممارسات الشعبيةفي دلتامصر*. القاهرة: عين للدراسات والبحوث.

محمد الجوهري. (1981). *علم الفلكلور –الاسس النظرية والمنهجية–* (المجلد الرابعة). القاهرة: دار المعارف.

محمد الجوهري، ووأخرون. (2009). *علم الاجتماع الطبي* (المجلد الاولى). الاردن: دار الميسرة للنشر والتويع.

محمد رفعت. (1989). *الموسوعة الصحية* . القاهرة: مؤسسة عز الدين للطباعة.

محمود الجوهري. (1990). *مقدمة في الانثربولوجيا العامة*. مصر: دار النهضة للنشر والتوزيع.

مصطفى ابراهيم. (1989). *المعجم الوسيط*. القاهرة: دار الدعوة.

منظمة الصحة العالمية. (05 نوفمبر, 2011). الصحة النفسية تعزز استجابتنا. منظمة الصحة العالمية.