



شهدت الفترة الممتدة من مطلع

القرن التاسع عشر إلى منتصف القرن العشرين تقدما كبيرا في مجال العلوم الطبية في الدول المتقدمة، نتيجة لتلك التطورات الحاصلة في جميع المجالات الأخرى خاصة التكنولوجية منها. وكان لهذا الارتقاء أثره الايجابي في تأسيس التنظيمات الصحية الحديثة، وطب القرن العشرين على وجه التحديد. ويتضح هذا من خلال تطبيق نتائج البحوث والدراسات العلمية التي أتاحت الفرص أمام الأطباء والجراحين للاكتشافات ومضاعفة تجاربهم في مجال الوقاية ومعالجة الأمراض باستخدام الأساليب والوسائل التكنولوجية المتاحة. ولتحقيق هذا الغرض تم إنشاء وتشبيد العديد من المؤسسات الصحية التي قامت بتوفير الأجهزة والمعدات والعاملين المدربين، الإطارات التقنية، وكذا الأطباء المتخصصين. ومن ثم تحولت هذه التنظيمات إلى وحدات اجتماعية تحوي بداخلها شبكة من العلاقات والتفاعلات الاجتماعية المتبادلة بين مختلف أعضاء الفريق الطبي (أطباء، ممرضين، إداريين، تقنيين..) و تتكون من أنساق فرعية متكاملة الأدوار والوظائف هدفها خدمة المرضى.

إسهامات علماء الاجتماع :

لقد عكف علماء الاجتماع الذين اهتموا بالمسائل الصحية- لفترة طويلة- على دراسة موضوع "المريض والمرض" وتفسيره بالاستناد على آراء الأطباء.

د. يوسف سعدون

من سوسولوجيا الطب
إلى سوسولوجيا
الصحة..

ذلك أن معظم إسهاماتهم قد تركزت على عدة قضايا جوهرية منها: تنظيم و تطور التقسيم الطبي للعمل « L'organisation et l'évolution de la division médicale du travail »، تنظيم المستشفيات ومؤسسات العلاج « L'organisation des établissements de soin » و كذا، السياسات الصحية « Les politiques de santé ». لكن منذ بداية الخمسينات من القرن الماضي ركزت معظم الأبحاث على دراسة موضوع " المرض كسلوك اجتماعي " « La maladie comme conduite sociale » و بمرور الوقت ظهرت رؤية أخرى مغايرة للأولى اهتمت بدراسة " المريض كمنتوج اجتماعي " « Le malade comme produit social ». و ضمن هذا الإطار يرى الباحث مارك رينو* (Marc Renaud) من خلال مقارنته بين المقاربتين السابقتين أن الأولى قد حازت على ثلث الإنتاج السوسيوولوجي، في حين لم تتل الثانية سوى ما يقارب الربع من ذلك الإنتاج في الميدان الصحي. (1)

1) المرض كسلوك اجتماعي: منذ عام 1951 قدم عالم الاجتماع تالكوت بارسونز Talcott Parsons دفعا قويا نحو بداية اهتمام التفكير السوسيوولوجي بموضوع "المرض"، وقبل ذلك كانت العوامل الاجتماعية مهمة تماما بحيث ظل تفسير المرض مبنيا فقط على العوامل البيولوجية كما يراها الأطباء دون الأخذ بعين الاعتبار الحقائق الأخرى ذات الصلة .

و من هذا المنطلق طرح بارسونز التساؤلات التالية:

- لماذا نتصرف بعض الجماعات بطرق متباينة أمام نفس الأعراض المرضية؟
- لماذا يصرح بعض الأفراد بأنهم مرضى و البعض الآخر لا يصرح بذلك؟
- لماذا يذهب البعض إلى الطبيب و البعض لا يفعل ذلك؟
- كيف يختار الناس طبيبيهم؟ و بمساعدة من؟ و كيف يتعاملون معه؟

يجيب بارسونز أن العلاقة بين الفرد و مرضه ماهي إلا صورة للعلاقة التي تربط هذا الفرد "بالمعايير الاجتماعية" (2). كما أن المرض - من وجهة نظره - يشكل تهديدا على استقرار النظام الاجتماعي يفرض على المجتمع التصدي له عن طريق الطب. فالمرض يعتبر انحراف عن القيم الاجتماعية التي تفرض على الأفراد القيام بوظائفهم و واجباتهم داخل المجتمع، و هو في الوقت نفسه انحراف بالمقاييس البيولوجية. و مع ذلك، فإن هذا الانحراف يأخذ شكلا مغايرا عن باقي الانحرافات الأخرى كالجرائم مثلا، حيث أن الفرد المريض لا يعتبر مسؤولا عن مرضه، بل بالعكس يتم إعفائه من واجباته اليومية الاعتيادية سواء كانت مادية أو معنوية. إن مصطلح " دور المريض " Le rôle du malade باعتباره مجموعة المعايير الاجتماعية و الثقافية و التوقعات فيما يخص تصرفات المريض و مكانته داخل المجتمع يضفي شرعية على الانحرافات الناجمة عن المرض و يسمح للمريض

* عالم اجتماع يشغل منصب أستاذ بقسم علم الاجتماع جامعة مونتريال بكندا. للباحث عدة إسهامات في مجال علم اجتماع الصحة و الأنثروبولوجيا الطبية رفقة نخبة من الأساتذة (جاك دوفرسن، فرناند دومنت، إيف مارتن).

بإعادة اندماجه اجتماعيا بفضل العلاقة: طبيب - مريض. و يتضمن هذا الدور حقوقا و واجبات:

- فيما يتعلق بالحقوق:
 - إعفاء المريض من المسؤولية الشخصية من حيث تسببه في المرض.
 - الإعفاء من المسؤولية و الأعباء اليومية.
- فيما يتعلق بالواجبات:
 - إلزامية طلب العلاج و الشفاء
 - إلزامية طلب المساعدة التقنية و الأخذ بنصائح أصحاب الخبرة في المجال الطبي.

و عليه، فإن " دور المريض " يتيح فرصة ظهور انحراف اجتماعي من جهة، و من جهة أخرى، فإن المرض سرعان ما ينتشر اجتماعيا بسبب كونه أحد أشكال الانحراف الشرعي. و من ثم فإن هذا الدور يسمح للمجتمع بمراقبة المرض و التخفيف من آثاره عن طريق المتابعة الطبية. و لعل ما يمكن استخلاصه من دراسة تالكوت بارسونز تلك النتيجة التي مؤداها: (3)

- أن هذه الدراسة و بغض النظر عن طبيعة النتائج التي توصلت إليها فيما يتعلق بدور المريض، إلا أنها كانت بمثابة الحافز الذي شجع الباحثين على ولوج هذا الميدان و القيام بدراسات ساهمت في إثراء مجالات المعرفة بأفكار جديدة من بينها:

- إن مصطلح " دور المريض " الذي تحدث عنه بارسونز - حسب رأي ماك رونو- غير مطابق للواقع، فمثلا يقول: نحن نعرف أن النساء هن أكثر ميلا لزيارة الطبيب طلبا للعلاج أكثر من الرجال، لكن من الصعب الوصول الى معرفة هل ذلك الأمر له صلة بنسب مرضية معينة أو أن له صلة بتنشئة اجتماعية معينة بالنظر إلى أعراض المرض و الألم؟. ذلك أن المستوى الاقتصادي، الاجتماعي و كذا المستوى التعليمي لهم أيضا تأثيرا على قابلية طلب العلاج الطبي. و باختصار، فإن هذه الدراسات قد أوضحت حقيقة مؤداها: أن الناس لا يستجيبوا بنفس الطريقة أمام نفس الأعراض المرضية.

- و من جهة أخرى، أشارت تلك النتائج إلى أن هذا المفهوم يمكن تطبيقه بصورة أفضل في حالات الأمراض المزمنة مثل: (السرطان، أمراض القلب، السكري.. الخ) التي هي في تضاعف مستمر.

- اهتمت بعض الدراسات بالميكانيزمات الماكرو- سوسيوولوجية، (إدماج - تهميش) لدور المريض و التي تدرس كيف أن المجتمع يمنح هذا الدور للمريض بغرض تدعيم النظام الاجتماعي، و كيف أن بعض الجماعات الاجتماعية تستعمل هذا الدور من أجل تبرير أفعالها و التفاوض مع الجماعات الأخرى.

- توصلت دراسة أجريت بمدينة نيويورك إلى نتيجة مؤداها: - أن المساعدين الاجتماعيين يرفضون وصف المدمنين على الكحول ب: " المرضى " لأن هؤلاء

مسئولون عن حالتهم كونهم قادرين على التخلص من هذه الوضعية إذا رغبوا في ذلك، و من ثم لا يمكن إعفائهم من مسؤولياتهم اليومية.

- المرض تصاحبه بعض التصرفات و السلوكيات المرتبطة بظروف و عوامل إما ذاتية أو موضوعية لها علاقة بالمحددات الاجتماعية و النفسية و ليس البيولوجية.

- يعتبر المرض سلوكا اجتماعيا، و عليه يجب فهم تأثير العناصر التالية: المركز الاجتماعي، الجنس، السلالة، و غيرها من العوامل، و مدى تأثيرها على المؤسسة الصحية.

مما سبق يمكن القول أن تبني بعض علماء الاجتماع لفكرة "المرض كسلوك اجتماعي" يعبر عن تأثر هؤلاء بالاتجاه الرومانسي أو المحافظ الذي يستند على مفاهيم أساسية مثل: النظام order، النسق system، البناء structure، الوظيفة fonction(4)، و غيرها من المفاهيم. و من ثم جاءت تحليلاتهم تتماشى مع منطوق هذا التوجه الذي يرى أن المرض يشكل تهديدا لاستقرار النظام الاجتماعي في مرحلة من مراحل تطوره. زيادة على ذلك فهو يشكل - في نظرهم - انحرافا عن القيم و المعايير الاجتماعية التي تفرض على الأفراد ضرورة الالتزام بأداء المهام و القيام بالواجبات المسندة إليهم داخل المجتمع. ومع ذلك يرى أصحاب هذا الرأي أيضا أن هذا الوضع لن يستمر طويلا لأن النسق الاجتماعي سرعان ما يولد ميكانيزمات جديدة سرعان ما تستطيع التغلب على هذا الخلل و تعيد المجتمع إلى حالته الطبيعية. غير أن هذا المطلب لن يتحقق - حسب رأينا - إلا من خلال وضع سياسة صحية فعالة تتصدى للأمراض و تعالج المشكلات الصحية التي يعاني منها المجتمع.

2 - المريض كمنتوج اجتماعي:

على امتداد فترة السبعينيات ظهرت أفكار جديدة حول المرض و المريض فتحت المجال نحو ظهور رؤى فكرية و آفاق جديدة. و من أمثلة ذلك أعمال كل من: إليوت فريديسون E. Freidson، ميشال فوكلت M.Foucault، و إرفينغ قوفمان E.Goffman(5) و غيرهم من الباحثين الذين أعادوا النظر في الآراء السابقة، حيث رأوا ضرورة الاهتمام بميدان جديد و هو: "علم اجتماع الصحة" sociologie de la santé عوض عن "علم الاجتماع الطبي" sociologie de la médecine(6).

إن الإشكالية الأساسية لهذه النظرة الجديدة لا تركز على "سلوك المريض" لكن على "المريض و المرض كمنتوج اجتماعي"، حيث أن الاتجاه الأول: يرى أن الطب و السلك الطبي هما انعكاس للقيم الاجتماعية. في حين أن الاتجاه الجديد يتساءل عن إستراتيجية الطب في احتكار و تحديد مفهوم المرض و علاجه و بناؤه اجتماعيا و ما يترتب عن ذلك من تمييز سلبي للمريض. و بعبارة أخرى، فالطب هو الذي يحدد مسار الفكر الذي من خلاله يتم تقدير معنى "الصحة و المرض". من هذا المنطلق، حاول بعض العلماء بحث إشكالية لماذا احتل الطب هذا الشكل من الاحتكار؟ بينما حاول البعض الآخر تحليل التأثير الاجتماعي لهذا الاحتكار من

خلال البحوث التي قاموا بها و التي يمكن تضيفها ضمن ثلاثة أفكار رئيسية كالتالي: (7)

• الفكرة الأولى:

إن اكتساب الطب المعاصر لهذه المكانة أحدث نوعا من القطيعة بين علم الأمراض و أسبابها الاجتماعية. فهناك من يرى بأن الطب هو اختصاص علمي له منطلق خاص (هناك مرض - يقابله - سبب محدد). و لعل مما زاد في قيمته العلمية هو قدرته على القضاء على كثير من الأمراض إلى درجة أنه تم تناسي أو استبعاد الأسباب الأخرى المؤدية إلى المرض، و بالتالي اهتم الأطباء بعلاج المرض بمعزل عن أسبابه الاجتماعية بفضل استخدام تكنولوجيا أكثر تطورا. في حين أشار جان فرانسوا شانلاط Jeans-François Chanlat إلى استمرارية اللامساواة الاجتماعية Persistance d'inégalité sociales في مجال الصحة، و هي تجاوزات التي تم التبليغ عنها من طرف جماعات ضاغطة. و الجدير بالذكر أن هناك أسباب مختلفة قد تم عرضها قصد تحليل قضية اللامساواة منها: (8)

- نوعية السكن
- مستوى الدخل
- مستوى التعليم
- ظروف العمل البيئية
- سوء التغذية
- صعوبة الحصول على فرص للعلاج
- العمل المتعب و الشاق

زيادة على ذلك، فإن الشيء الذي يجب فهمه هو مجموعة الأسباب الغير مباشرة التي تفسر لماذا نجد - ضمن نفس الطبقة الاجتماعية - بعض الأفراد أكثر تعرضا للمرض من غيرهم؟. فالملاحظ أن تلك الأسباب غير المباشرة (الوسيط) لها علاقة بحالات "القلق" le stress الذي أصبح متفشيا بالمجتمعات الصناعية المتقدمة و أساليب العيش المرتبطة بها. ذلك أن القلق عادة ما ينتج عنه ضعف الميكانيزمات الدفاعية للجسم تجاه المرض و تخلف قابلية أكثر للتعرض للأمراض. وهكذا يتضح من خلال استعراض عناصر الفكرة الأولى أنه بالرغم من قدرة الطب على التصدي للعديد من الأمراض ومعالجتها باعتماده على التكنولوجيا الطبية المتطورة (أجهزة الكشف بالأشعة Scanner, I.R.M) إلا أن ذلك يظل غير كاف - حسب رأينا - إذا استبعدنا الأسباب الاجتماعية للمرض باعتبارها من المؤشرات الهامة في فهم وتشخيص بعض الأمراض خاصة على مستوى الدول الفقيرة مثل: البلهارسيا، داء الفيل الناجم عن ديدان "فوشوريا بانكروفت"، "بروجيا الملايو" و "بروجيا تيمور" التي تجاوز عدد المصابين بها عام 1983 ما يعادل 81,6 مليون نسمة في كل من الهند والصين واندونيسيا وبعض المناطق في إفريقيا وجزر الكاريبي والسواحل الشرقية لأمريكا الجنوبية، حيث يسهم انتشار البرك

والمستنقعات في الريف والتصنيع في المدن في تلوث البيئة والمحيط مما يهيئ الفرصة لتكاثر الجراثيم(9). وهذا على عكس الدول الغنية التي يعاني سكانها من أعراض مرضية أخرى مثل: الاضطرابات النفسية، الاكتئاب، القلق...إلخ.

• الفكرة الثانية:

بالرغم من الدور الفعال الذي يلعبه الطب في القضاء على الأمراض إلا أنه ينبغي عدم التقيد فقط بهذا الاتجاه الذي يميز المؤسسة العلاجية الحالية، بعبارة أخرى يجب التركيز على تدعيم الأنشطة الوقائية la prévention نظرا لأهميتها المتنامية على جميع الأصعدة: الاجتماعية، الاقتصادية والسياسية. كما يجب الحذر أكثر عند استخدام التكنولوجيا الطبية أكثر من أي وقت لأن اتخاذ القرار في المسائل الطبية لم يعد حكرا على الأطباء وحدهم وهذا ما أصبح يعبر عنه الآن بعبارة " حدود الطب الحديث " « Limites de la médecine moderne » ففي هذا السياق، قام الباحث جون ماك كينلاي John Mckinlay بدراسة تطور نسبة الوفيات في كل من بريطانيا والولايات المتحدة الأمريكية خلال منتصف القرن التاسع عشر و كان من بين نتائجها: (10)

- أن احتلال الطب لمكانته المتميزة ترجع إلى قدرته على إقناع الناس بدوره في تخفيض من الوفيات الناجمة على الأمراض المعدية، بالإضافة إلى قدرته على تخفيض وفيات الأطفال في الدول المتقدمة. ومع ذلك، فإن هذا النجاح المحقق لا يمكن إرجاعه لتطور الطب وحده، بل مرده تحسن ظروف الحياة بشكل عام (تحسن ظروف السكن، التغذية، والنظافة.. إلخ). و الدليل على ذلك هو عدم قدرة الطب التصدي للأمراض المعاصرة (السرطان، الأمراض القلبية...) رغم تطور التكنولوجيا الطبية والصيدلانية (المضادات الحيوية، مختلف أنواع اللقاح... إلخ) (11). وعموما، يمكن القول أنه بالرغم من تطور الطب إلا أن مساهمته في تخفيض معدل الوفيات يتطلب ضرورة عدم الاعتماد على مؤشر "معدل الوفيات"*(12) لكن على "معدل الإصابة" باعتباره مؤشرا دالا على مدى قدرة التكنولوجيا الطبية على توفير الوسائل الوقائية التي تساعد على تخفيض معدل الإصابة بالأمراض المعدية ومن ثم التقليل من معدل وفيات الأطفال.

ففي هذا الإطار يتطلب الأمر ضرورة الاهتمام بوضع نظام صحي يعطي الأولوية للجانب الوقائي بما يتضمنه من خطط وبرامج هدفها الأساسي هو تشخيص الوضع الصحي من قبل "مصالح الصحة العمومية" (13) قصد التصدي للأمراض والأوبئة قبل انتشارها على قطاعات واسعة، وبالتالي تخفيض التكاليف المالية المحتملة التي تصرف على الأدوية والتدخلات العلاجية.

* بلغ متوسط وفيات الأطفال في الدول السائرة في طريق النمو خلال عام 1995 ما يعادل 106 في الألف يقابله 10 في الألف الدول الصناعية المتقدمة. في حين وصل هذا المتوسط في الدول الفقيرة إلى 148 في الألف في زيمبابوي، و 150 في الألف بغيانيا بيساو. ويرجع سبب هذا الارتفاع حسب خبراء منظمة الصحة العالمية إلى فشل مشاريع التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

• الفكرة الثالثة:

إذا كان الطب - خلال القرن الماضي - لم يولي اهتمامه بالأبعاد الاجتماعية للمرض، فإن ما يميز القرن الحالي هو قدرته على التكفل بالمشاكل الاجتماعية و النفسية رغم قلة الخبرة التقنية بهذا الميدان الجديد. وهذا استطاع الطب أن يوسع من مجال اهتماماته ليشمل: (الجنس، الإنجاب، الولادة، الشيخوخة، السمنة، تربية الأطفال، إدمان الكحول... إلخ). ومن جهة أخرى، أصبح الطب له القدرة على التدخل في عدة مجالات أخرى بحيث أصبح تدخله بمثابة ميكانيزم للضبط الاجتماعي *mécanisme de contrôle social* فاق الدور الذي مارسه الدين خلال العصور الوسطى. وبذلك يكون الطب قد أسهم في تقييد حرية الأفراد و استقلاليتهم بحكم أنهم أصبحوا خاضعين لأفراد مهنيين ليست لديهم الدراية الكافية بهذا المجال الجديد. وعلى الرغم من اعتراف الجميع أن مهنة الطب هي مهنة إنسانية بالدرجة الأولى، وهي أيضا مهنة صعبة و شاقة من حيث الممارسة الفعلية، ومع ذلك يقر الطبيب اليوم بأنه أصبح قادرا على ممارسة هذه المهنة بكفاءة أفضل من السابق بفضل التطور التكنولوجي الذي أتاح الفرصة للأطباء التكفل النسبي بطلبات العلاج رغم كثرتها في الآونة الأخيرة. وعليه، فإن كل هذا التطور أصبح يصب في فكرة "تطبيب المجتمع" (14) *Médicalisation de la société*. و قد ظهرت هذه الفكرة في كتابات علماء الاجتماع، و أولئك الذين فجروا الحركة النسوية و حركة السود في الولايات المتحدة. كما أحدث جدالا حول مغزى بعض الأنشطة الطبية و هذا ما شجع على ظهور تفكير نقدي حول الانحرافات الحاصلة على مستوى الفكر و كذا داخل الفريق الطبي.

مما لا شك فيه " أننا نعيش اليوم في مجتمع يحتل فيه الطب سلطة معنوية كبيرة جدا". والصحة لم تعد تعني القدرة على العمل أو كما عرفتها منظمة الصحة العالمية O.M.S على أنها " حالة من اكتمال السلامة البدنية و العقلية والاجتماعية" (15) بل أصبحت الصحة هي "السعادة والحياة نفسها". (16) فهناك عدد متزايد من المشكلات الإنسانية أصبحت اليوم تفسر من منطلق الصحة والمرض.

نستخلص من خلال تحليل العناصر الواردة في الفكرة الثالثة حقيقة هامة مؤداها: تقطن الطب أخيرا إلى أهمية الأبعاد الاجتماعية للمرض، ومن ثم سعيه إلى التكفل بالمشاكل الناجمة عنها والتي تتعدى الأبعاد التي تم ذكرها في الفكرتين الأولى والثانية. وهكذا أصبح الطب اليوم يحاول التدخل في مجالات عديدة لها علاقة بفئات اجتماعية متباينة مثل: الأمهات، الأطفال، الشيخوخة، الجنس. بالإضافة إلى ممارسة بعض الضوابط على بعض الآفات التي تضر بالصحة العامة للسكان مثل: التدخين، الكحول، المخدرات بكل أنواعها... إلخ.

الختاتمة

مما سبق نستخلص أن تلك الأفكار الأساسية التي تم عرضها آنفا جاءت مدعومة للاتجاه الذي ظهر في الدول الأنجلوساكسونية في بداية السبعينيات و الذي أعاد الاعتبار للبعد الاجتماعي للمرض، و درس حدود الطب الحديث و بين الطريقة المشوهة التي تم بواسطتها تطبيب المشكلات الإنسانية. كما أعاد النظر في بعض المبادئ التي قام عليها اتجاه "المرض كسلوك اجتماعي" الذي كان يهتم بالمريض: "الجيد" bon و "السيئ" mauvais في نظر الطب و المجتمع. في حين أن الرؤية الجديدة تهتم بالطب: "الجيد" و "السيئ" في نظر المريض.(17)

و هذا يعني ضرورة توجيه مسار البحث من الاهتمام بدراسة العلاقة بين الفرد ومرضه في علاقته بالمعايير الاجتماعية إلى الاهتمام بدراسة الأسباب و الأبعاد الاجتماعية و الثقافية للمرض لأن هذا المسعى الأخير هو الذي يستطيع-حسب رأينا- الكشف عن جملة من الحقائق العلمية المرتبطة بالوقاية من الأمراض المتقلبة و المعدية من جهة، بالإضافة إلى قدرته على معالجة البعض الآخر منها باستخدام التكنولوجيا الطبية المتطورة. ومع ذلك ينبغي الإشارة في الأخير إلى أن كل من الاتجاهين يكملان بعضهما البعض سواء من الناحية التحليلية أو من حيث النظرة الشمولية التي تعبر عن العلاقة المتساندة بين إسهامات كل من علم الاجتماع و العلوم الطبية في إثراء مجال المعرفة العلمية.

الهوامش:

- 1-Jacques Dufresne et autres, Traite d'anthropologie médicale -l'institution de la santé et de la maladie, les presses de l'université du Québec,1985,pp :281-291.
- 2- لمزيد من التفصيل حول هذا المفهوم أنظر: محمد علي محمد، تاريخ علم الاجتماع - الرواد و الاتجاهات المعاصرة - دار المعرفة الجامعية، 1989، ص ص: 471- 475 .
- 3- Jean – Morin , Précis de Sociologie, édition Na Thau, 1996 , p.144 .
- 4- أنظر في هذا المجال: علي عبد الرازق جليبي ، الاتجاهات الأساسية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1986.
- 5-E.Freidson , Profession of Medicine , New York , Dodd , 1970 .
- 6- أنظر محرك البحث Google: Sociologie de la maladie et de la santé تاريخ الفحص:2008/9/01.
- 7-Jack De Fresne et autres , opcit pp 281- 291 .
- 8 - عياش واهواه، التنمية الصحية و توزيع فرص الوقاية و العلاج في مجتمعات العالم الثالث- دراسة حالة الجزائر بين سنتي 1830-1990، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاجتماع، جامعة الإسكندرية، 1992.ص ص:177-182.
- 9- فليب عطية ، أمراض الفقر - المشكلات الصحية في العالم الثالث- في مجلة علم المعرفة ، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب - العدد161 - الكويت مايو 1992، ص ص 212 - 213 .
- 10- Mc Kinlay , The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century , 1977 pp.405-428 .
- 11- Ibid , pp .405 - 428 .

- 12- لمزيد من التفصيل حول هذا الموضوع أنظر: A.Levy et autres , Sante Publique , Masson , Paris , 1998 p 216 .
- 13- يعرف وانسلو (winslow) الصحة العامة بأنها : " علم وقف الوقاية من المرض و اطالة العمر و ترقية الصحة و الكفاية، وذلك عن طريق القيام بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل تحسين صحة البيئة، مكافحة الأمراض المعدية. . الخ" لمزيد من التفصيل أنظر: يوسف أبو الرب وآخرون، علم الاجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، 2003 ص 66 - 67 .
- 14- EFREISON,Zola, Healthism and disablingmedicalisation dans:I,disabling profession, paris, Londres, Marion Boyars,1977,pp:41-67.
- 15- يقصد أصحاب هذا الاتجاه بهذه الفكرة هو جعل المجتمع خاضعا للإجراءات والممارسات التي يفرضها الطب.
- 16- ورد هذا التعريف في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية عام 1946 كأحد المنظمات المنبثقة عن الامم المتحدة.لمزيد من التفصيل أنظر: - فليب عطية، أمراض الفقر-المشكلات الصحية في العالم الثالث في: سلسلة عالم المعرفة ، العدد ، 161 ، 1992 ، ص159 و ما بعدها.
- 17- Jack Dufresne et autres , Opcit , pp. 281-291 .