

المحاضرة الثالثة بعنوان

أهم النظريات المفسرة للصحة والمرض

عناصر المحاضرة

المدخل

أولاً: النظرية البنائية الوظيفية

ثانياً: النظرية الانثروبولوجية الطبية

أهداف المحاضرة

تفسير المداخل المنهجية للصحة والمرض:

أولاً: تطبيق النظرية البنائية الوظيفية.

ثانياً: تطبيق النظرية الأنثروبولوجية الطبية.

المدخل

يهتم علم الاجتماع الطبي Medical Sociology

بدراسة الطب كنظام قائم على استخدام مناهج وأساليب علم الاجتماع لدراسة العوامل الاجتماعية، كالعلاقات والقيم والتنظيمات والأنماط المختلفة للسلوك الإنساني في المجال الطبي، والمتخصص الأول في هذه الدراسة هو عالم الاجتماع.

يمثل علم الاجتماع في الطب ميداناً مشتركاً لعلماء الاجتماع والطب معاً، وفي الواقع تحددت مهمات البحث الاجتماعي في المجال الطبي فيما يلي :-

البحث عن الأسباب غير الطبية (النفسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية) التي تدعو الأفراد لطلب المساعدة الطبية والتعجيل فيها، وتلك التي تمنعهم من طلبها أو تأجيلها رغم حاجتهم إليها.

تحديد الحواجز والمعوقات والمآزق التي تحول بين الأفراد وبين تطوير قدراتهم الجسمية وإمكانياتهم الفكرية وأداء نشاطاتهم اليومية بثقة كفيلة على تحقيق إحساسهم الذاتي بالصحة والمعافاة؛ وايضا الوقوف على أنماط اعتقاداتهم وأطرهم التفسيرية لأعراضهم المرضية خاصة تلك التي تعزز عندهم شعورهم بالاختلاف المرضي.

معرفة مواقف الناس المرضى أنفسهم وميولهم نحو الطب والأطباء والدواء والداوين وتوقعاتهم من العملية العلاجية الطبية المهنية والشعبية التقليدية معاً ، وبالتالي تتعلق هذه المهام الذاتية والموضوعية المعقدة التي تؤثر في حسابات الافراد في الثقافات المختلفة نحو التقييمات التي يتخذونها بشأن أمراضهم تعريفاً لها واعترافاً بها، واتخاذ قرار بشأنها.

يعرف كوكر هام Cockerham

علم الاجتماع الطبي بأنه «علم يهتم بالحقائق الخاصة بالصحة والمرض وبالوظائف الاجتماعية للتنظيمات والمنظمات الصحية وعلاقة نسق توزيع العناية الصحية بغيرها من الأنساق الاجتماعية الأخرى فضلاً عن دراسة السلوك الاجتماعي للطبيب والمريض لمعرفة العلاقة المتبادلة بينهما ومدى تأثيرهما على العناية الطبية ومدى تقدمها»

علم الاجتماع الطبي يتناول الميدان الصحي باعتباره نظاماً اجتماعياً ثقافياً، فهو يشمل المؤسسات النظامية التي تعمل على المحافظة على الصحة ومقاومة المرض والمعافاة على نحو يتعلق بمعرفة العوامل الذاتية والموضوعية المتشابهة التي تؤثر في تقييمات الأفراد بشأن أمراضهم تعريفاً لها واعترافاً بها واتخاذ قرار بفعل شيء تجاهها ، وهذا يتطلب تطبيق النظريات والمناهج السوسولوجية على مجال الطب كنظام اجتماعي.

مجالات علم الاجتماع الطبي وميادينه ويتضمن :-

أ- دراسة الصحة والمرض.

ب- دراسة التنظيمات الطبية.

ج- الاستجابة الطبية والاجتماعية للمرض.

د- دراسة العلاقة بين الأطباء والمرضى.

هـ- دراسة الطب المجتمعي.

تعددت النظريات التي اهتمت بتفسير العلاقة بين الصحة والمرض، وقد بنى كل منظور فكري من هذه النظريات مدخلاً مختلفاً ، ولكن ظلت الصحة السليمة مطلباً أساسياً لأي فرد أو مجتمع.

فإذا أصبحنا أصحاء استطعنا القيام بالعديد من أنماط النشاط أو العمل ولكن إذا أصابنا المرض فسوف نواجه الكثير من المتاعب والصعوبات في القيام بالأعمال والأنشطة الضرورية لاستمرار حياتنا اليومية وبقائها.

ولذلك ظلت العلاقة بين الظروف الاجتماعية والعوامل التي تؤثر على الصحة والمرض هي الاهتمام الأول للإنسان زماناً طويلاً، وقد اتجه الإنسان عامة عبر مراحل تاريخه المختلفة للنظر إلى مشكلات الصحة والمرض من منظور ثقافتهم ومجتمعاتهم الخاصة، ومن أجل هذا كان من الضروري معرفة المعايير والقيم والبناءات الاجتماعية وأساليب المعيشة التي تكشف عن معتقدات تلك الشعوب حول طبيعة وأسباب المرض.

ومع أن الميدان الطبي في مجال علم الاجتماع يعد جديداً نسبياً إلا أن له تراثاً وفيراً من النظريات المتعددة إزاء الصحة والمرض، ومع اختلاف تلك النظريات في تفسيراتها إلا أنها تشترك في قضية واحدة هي أن مواقف الحياة غير السوية أي ضغوط الحياة اليومية تلعب دوراً هاماً في حدوث المرض.

و أن الظروف والعوامل الاجتماعية والثقافية تزيد من شعور الناس بالأحداث غير السوية ، ولا يعترف بكون الفرد مريضاً أو يعاني من المرض إلا في إطار ثقافة ومفاهيم المجتمع الذي يعيش فيه وبالتالي لا يمكن الفصل بين الجوانب البنائية الاجتماعية أو الجوانب الثقافية بل لا بد من مراعاة التكامل بينهما.

فالإنسان بناء (جسم) وثقافة وعلاقات اجتماعية، وبالتالي فالجانب البنائي (الجسمي) يؤثر في العلاقات الثقافية والاجتماعية ويتأثر بها، ومن كل هذا يتضح لنا أهمية عرض وتحليل أهم النظريات المفسرة للصحة والمرض والعلاقة بين الطبيب والمريض؛ كالنظرية البنائية الوظيفية، والنظرية الانثروبولوجية، ونظرية الضغوط الاجتماعية.

أولاً : النظرية البنائية الوظيفية

اهتم "تالكوت بارسونز" بعملية التحليل الوظيفي عندما اعتبر المرض سلوكاً انحرافياً، وفي صدر تحليله لدور المريض أوضح أن الصحة التي يتمتع بها أعضاء أي جماعة أو مجتمع تمثل مطلباً وظيفياً لأي نسق اجتماعي، وبالتالي فإن المرض يعد عائفاً وظيفياً أمام قيام المجتمع بوظائفه.

ومن ثم فقد أكد "بارسونز" على ضرورة تعريف المرض وتحديد وتشخيصه وطرق علاجه، وعلى هذا فقد أشار "بارسونز" إلى قضية العلاقة بين الطبيب والمريض، واهتم بتحديد دور كل من الطبيب والمريض والحقوق والواجبات المتعلقة بكل دور.

وأكد على أن معرفة متطلبات الدور يساعد على تيسير الانسجام والتكامل في العلاقة بينهما، فشأن الدور الذي يقوم به كل من الطبيب والمريض شأن أي دور آخر في المجتمع، كدور الأب والزوج والمدرس، إذن لا بد أن يرتبط ببعض التوقعات التي تتضمن مجموعة من الحقوق والواجبات التي يفرضها على الفرد.

ومثال ذلك أن الدور الذي يلعبه الشخص المريض وقتي وغير مرغوب فيه، وهذا ما جعل "بارسونز" يركز على مجموعة الواجبات التي عن طريقها يستطيع الشخص المريض الرجوع إلى حالته الطبيعية بطريقة سريعة ومختلفة، فالشخص المريض لا بد أن يملك بعض الامتيازات، وبخاصة أنه محتاج إلى الرعاية من الطبيب الذي يعالجه من أجل الوصول إلى حالة أفضل.

فتبادل الأدوار التي تحدث بين الطبيب والمريض شيء طبيعي حيث أن كلاً منهما يشارك في الموقف الاجتماعي، ويحاول أن يتوقع سلوك الآخر من خلال ذلك الموقف والنتيجة المحتملة لها، فالشخص المريض لديه من التوقعات ما يحدد المعايير والقيم المناسبة لكونه مريضاً، كما أن الطبيب يكون معتمداً على مقولات المريض في الدور الاجتماعي الذي يجب أن يسلكه.

فدور الطبيب كما أشار "بارسونز" هو إرجاع الشخص المريض إلى حالته الطبيعية الوظيفية أما دور المريض فمن المتوقع منه أن يكون على معرفة بالطرق التي يبحث بها عن المساعدة المتخصصة لكي يصل إلى الشفاء، ومن هنا نجد أن علاقة الأطباء بالمرض لا تمثل نمطاً تلقائياً للسلوك وإنما موقف يعمل فيه كل من الطبيب والمريض وفقاً لنمط ثابت من أنماط السلوك المتوقعة: نمط يمكن التنبؤ به قبل أن يتم حدوثه.

لقد خلص "بارسونز" من تحليله لدور المريض إلى أنه يريد أن يصل إلى مرحلة الشفاء بأقصى سرعة ممكنة ويكون الشفاء هو الهدف الأساسي، كما توصل إلى أن المريض هو ذلك الإنسان الذي يعفى إلى حد ما من بعض أنشطته ومسئولياته الطبيعية التي كان يزاولها قبل المرض. ويرى "بارسونز" أنه إذا كان المريض في حاجة دائماً إلى المساعدة والرعاية فمن حقه أن يحصل على قدر أوفر منها.

وعلى الطبيب مساعدته في ذلك الأمر، ولذا فإن هناك ثلاث محكات أساسية لقبول الدور الاجتماعي للمريض وهي :-

الأول: أن الحالة المرضية التي يعاني منها المريض ل دخل له بها وبالتالي يمكن اعتباره ضحية لقوى خارجة عنه.

الثاني: تتعلق بالسمة البنائية الاجتماعية لدور المريض والتي تختص بإعفاء هذا المريض من التزاماته الطبيعية ، مثال ذلك بقاء المريض في المنزل بدلاً من تواجده في مكان عمله.

الثالث: يبدأ المريض بالبحث عن المساعدة الطبية المتخصصة.

وقد حاول بعض الباحثين مثل "سازاس وهولندر" تطوير تصور "بارسونز" للعلاقة بين الطبيب والمريض ، وإضافة أبعاداً أخرى شملت تصنيف أنماط العلاقات بين الأطباء والمرضى إلى نمط الايجابية من جانب الطبيب ، السلبية من جانب المريض ، ونمط التوجيه والإرشاد من الطبيب والتعاون من جانب المريض.

ثم نمط المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض ، و أخيراً نمط السيطرة والتبعية ، وكيف أن الطبيب يمثل موقف السيطرة وذلك نتيجة لخبرته العملية والمتخصصة ، ولوضعه المهني واعتقاد المريض بأن حل مشكلته الصحية يكون في يد الطبيب ولذلك عليه أن يكون تابع للطبيب.

كما أضاف "روبينسون" لنموذج "بارسونز" أن المريض بمجرد أخذه هذا الدور يضع في اعتباره تكاليف الوقت الذي يقضيه في إجازة من عمله أكثر من أن يضع في اعتباره ما سيحصل عليه من العلاج ، كما يرى أيضاً أن فقدان بعض الموارد المالية يعتبر عاملاً هاماً في عدم قدرة المريض على انجاز دوره وبخاصة إن كان مسؤولاً عن عائلته.

وبرغم ذلك يرى "روبينسون" أن هناك بعض المرضى الذين يرون أن اتخاذهم لدور المريض يساعدهم على وجود سبب شرعي لتصرفاتهم وسلوكهم الشخصي.

علاوة على ذلك يرى "بارسونز" أن هناك مجموعة من التوقعات التي يجب أن يلتزم به الطبيب إلى حد ما من أجل أن يتوافق سلوكه مع ما يتوقعه منه المجتمع ومن أهم هذه التوقعات ما يلي :-

1- أن يعمل الطبيب بكامل خبرته ومهارته ومعرفته من أجل حل مشاكل المريض.

2- أن يدور الهدف الرئيسي للطبيب من أجل رعاية المريض وتحسين حالته الصحية، و أن يجعل هذا الهدف فوق اهتماماته الخاصة.

3- أن يكون معرفته بالمريض متوقعة على ممارس ته الطبية المتخصصة.

4- أن يكون ملتزماً بالتعاون في الوظائف التي تساهم في المحافظة على صحة الشخص ذاته.

5- أن يسعى الطبيب إلى أن يكون متخصصاً في مجال الرعاية الصحية حتى يستطيع التعامل مع مواقف الوهن الصحي.

6- أن يكون الطبيب مسؤولاً عن تقويم المرض وتحقيق الضبط الاجتماعي فدور الطبيب يتمثل في قدرته على تقليل حدة المرض التي يعاني منها المريض من خلال إجبار المريض على إتباع نصائحه والسير في طريق العلاج الذي يحدد له من أجل الوصول إلى مرحلة الشفاء.

فدور الطبيب كما يرى "بارسونز" إنما يدور حول مسؤوليته على شفاء المرض، وهذه المسؤولية تحتاج إلى خبرة عالية ودرجة كبيرة من التخصص الاكاديمي في العلم الطبي ، فالمعرفة التي يمتلكها ومهارته وخبرته إنما تساعده في

الوصول إلى الطرق الملائمة لتحقيق هدفه في شفاء المريض.

وعلى هذا يرى "ويليام كوكراهام" أنه بالرغم من أن علاقة الأطباء بالمرضى تتضمن مجموعة من التوقعات السلوكية إلا أن دور كل منهما غير متكافئ.

وبرغم من تصور "بارسونز" القائم على فكرة الدور وتوقعات الدور وما يترتب عليها من حقوق وواجبات سواء من الطبيب أو المريض ، وما لعبه من دور هام في علم الاجتماع الطبي إلا أن هذا التصور قد واجه نقداً لاذعاً من قبل الباحثين مثل (كلارك، وكو، وساندرز... وغيرهم) ولقد ذهبوا إلى أن العلاقات بين الأطباء والمرضى ليست دائماً علاقات تكامل وتعاون متبادلين، وإنما هي علاقات توتر.

وعليه، أكد "فريديسون" أن التوتر ينشأ عن المصالح المتباينة بين الطبيب والمريض وعن تناقض التوقعات ، ويرجع التوتر بين الطبيب والمريض إلى :-

- 1- الطبيب دائماً يتوقع أن يكون المريض مطيعاً لنصائحه وتعليماته الطبية، وقد يحدث أن يجد المريض غير مطيع وغير منفذ لتعليماته.
- 2- قد يسعى المريض للوصول إلى قرار بشأن علاجه على نحو لا يوافق عليه الطبيب فينشأ بينهما التوتر.
- 3- اختلاف نوع المعرفة الطبية والخبرة الشخصية لكل من المريض والطبيب.
- 4- اختلاف عالم الخبرة والإطار المرجعي لكل من الرجل العادي والرجل المتخصص.
- 5- الاختلافات الثقافية بين الطبيب والمريض قد تكون سبباً في التوتر.
- 6- عدم إطاعة المريض للطبيب وعدم تعاونه معه.

وخلاصة القول أنه يمكن وضع العلاقات بين الأطباء والمرضى على متصل يظهر على أحد طرفيه تكامل وانسجام هذه العلاقة ويظهر على الطرف الآخر توتر هذه العلاقة.

وبالرغم من هذا النقد لقصور "بارسونز" إلا أنه استطاع إمدادنا بتحديد واضح لدور الطبيب والمريض وتوجيههما إلى التركيز على المرض باعتباره شكلاً من أشكال الانحراف وهذا ضروري من أجل إرجاع المريض لوظيفته ونشاطه إلى حالته الطبيعية.

ثانياً : النظرية الانثروبولوجية.

تنطلق النظرية الانثروبولوجية في المجال الطبي من أهمية الثقافة في مجال الصحة والمرض والرعاية الصحية ، حيث أن الثقافة تتحكم إلى حد كبير فيما يلي :-

1- نمط انتشار المرض بين الناس.

2- طريقة الناس في تفسير المرض ومعالجته.

3- السلوك الذي يستجيب به الناس لانتشار الطب الحديث.

تهتم النظرية الانثروبولوجية الطبية بدراسة علاقة الدين والقيم بالممارسات الصحية ، ودراسة طقوس الميلاد والمرضى والوفاة، والاعتقاد في الوظيفة الوقائية للطقوس، وتأثير القيم على الصحة والأهمية الثقافية للعادات الغذائية والنتائج الصحية الناجمة عن التغيير الثقافي.

ومن ثم فإن النظرية الانثروبولوجية تؤكد على أهمية دور الثقافة في المسائل الصحية وتحديد الوسائل الملائمة لتقديم الخدمات الصحية في ضوء البناء الاجتماعي والثقافي السائد، وضرورة مراعاة اتساق الخدمة الطبية مع طبيعة البيئة

الحضرية والريفية، والبدوية والساحلية، ومن ناحية أخرى فإنه يمكن للانثروبولوجي أن يكون مساعداً للطبيب وللقائمين على الخدمة الصحية.

كما أن الثقافة تقي الإنسان من المرض وقد تصيبه به أيضاً بمعنى أن الثقافة تعمل على وقاية الإنسان من المرض، وذلك من خلال أن تبعده عن المرض الناجم عن سوء التغذية وأن الغذاء حينما يكون كافياً للإنسان فإن جسمه يتمكن من مقاومة المرض والتغلب على البكتريا والجراثيم ناقلة العدوى ومسببة المرض.

ولتوضيح ذلك نضرب مثالاً منتشراً في مجتمعات العالم النامي، حيث يلجأ الإنسان لزيادة مصادر الغذاء بأن يسمد التربة الزراعية بالنفايات البشرية ومخلفات الإنسان ليضمن خصوبتها ووفرة محصولها أو غلتها، ولكن الأمراض الوبائية والطفيليات المرتبطة بذلك تصبح مصدراً لتهديد الإنسان ويزداد خطورته بمرور الزمن، وهنا تعرض الثقافة أبناءها للمرض وتقربهم منه، ومن هنا تلعب دوراً مزدوجاً في صحتنا.

علاوة على ذلك فإن الثقافة تشكل المصدر الذي يستقى منه الفرد تعريفه للمرض، واستجابته له، وعلى هذا الأساس تختلف تعريفات المرض والاستجابات له من ثقافة إلى أخرى، كذلك تظهر تأثير الثقافة من ناحية أخرى على أسلوب أداء الرعاية الصحية.

وبالتالي قد تفشل برامج المساعدات الطبية بسبب الاختلافات في ثقافة مقدمي المساعدة الطبية عن يتلقونها، ومن ثم فإن فهم السياق الثقافي للأداء الطبي يمثل ضرورة مطلقة فإذا غاب هذا الفهم تعرضت أهداف البرنامج الطبي للخطر المحقق.

ومن النقاط الهامة التي ركزت عليها النظرية الانثروبولوجية الطبية أن المرض خطر واجه الإنسان ولا يزال يواجهه عبر الأيام، غير أن أنماط المرض التي تصيب الناس تحددها أساساً العوامل الثقافية، وبالتالي فإن تعدد المرض وتنوعه إنما يرجع إلى تعدد وتنوع الثقافة ومن ثم تتعدد الطرق التي يتبعها في تعريف إصابتهم وعلاجها.

ويُعد المدخل المعرفي أحد المداخل الهامة في دراسة مشكلة التفاعل بين الطب الحديث والطب الشعبي، حيث أكد على أهمية نمط المرض كعامل يؤثر في عملية الاختيار العلاجي، فلقد أوضح الباحثون الميدانيون إلى ميل الناس إلى التمييز بين أنواع الأمراض التي يمكن أن يعالجها الأطباء وبين الأمراض التي تستجيب لعلاج المعالجين الشعبيين.

وفي هذا الصدد أشار "فoster و أرازوس وسيمونز" إلى أن الناس الذين يستفيدون من نسق الطب يميلون نحو تصنيف الأمراض في فئتين عريضتين: أولهما فئة الأمراض التي يعالجها الأطباء دون غيرهم، وثانيهما فئة الأمراض الأكثر استجابة للمعالج الشعبي، ونتيجة لذلك فقد تثير شك المريض في العلاج فيتجه إلى نسق طبي ويترك الآخر.

وبالتالي لتصنيفات الأمراض وتصنيفات الممارسون (الأطباء والمعالجون الشعبيون) نهائية وقاطعة وخاصة أن المرضى قد يستشيروا آخرين في معالجة أمراضهم.

وبالتالي تؤكد الدراسات الانثروبولوجية على أهمية العوامل الثقافية في الصحة والمرض والوفاة، فلقد أوضح كوكراهم أن الاعتقاد في السحر والقوى فوق الطبيعية ساد المجتمعات البدائية وأصبح السحر عاملاً هاماً للمعتقدات الخاصة بأسباب وعلاج الأمراض الصحية.

حيث اعتقد البدائيون أن المرض يرجع إلى الأرواح الشريرة ومن أجل ذلك استخدمت الحيوانات والنباتات لصنع الأدوية البدائية بطريقة ترتبط بالطقوس السائدة لديهم لطرد الأرواح المؤذية من الجسد.

ومن ناحية أخرى تعوق الثقافة انتشار الخدمة الصحية وتغطية احتياجات أبناء المجتمع ولذلك فقد كان العاملون يشكون من ضياع جهودهم لنشر الخدمة الصحية والحد من ارتفاع معدلات وفيات الأطفال ، والأمهات في حالة الوضع وبخاصة في بعض بلدان الشرق الأوسط وأمريكا الجنوبية ومناطق أخرى.

حيث لا يسمح للرجال مهما كان أن يطلع على المرأة أو تنكشف أمامه في حالة فحص طبي غير زوجها، وبالتالي فالثقافة تحدد نوعية معلومات الإنسان عن المرض والوقاية منه ولذلك توجد اختلافات بين الناس حيال هذا الموضوع باختلاف المجتمعات والثقافات ، حيث تقبل بعض الجماعات على الخدمة الصحية وتدبر بعضها الآخر.

وهناك دراسات أكدت على ذلك مثل دراسة ستثمان ودراسة زبوروفسكى حيث أكدت على كيفية تأثير الثقافة على استجابات الناس للآلام والعقل في مختلف الثقافات، وهناك دراسات أكدت على تأثير الثقافة على المعرفة الفعلية لأبنائها بالصحة والمرض وعلى مدى الاعتماد على الخدمة الصحية في طبقة اجتماعية معينة مثل دراسة "ايريل كوس" والتي أجريت على 514 أسرة واستنتج أن الثقافة الشعبية ترى خطورة في بعض الأمراض كالسعال وظهور دم في البول.

ولذلك يوجد في معظم دول العالم كلاً من الطب الحديث والطب الشعبي جنباً إلى جنب ، وما زالت بعض المعتقدات والممارسات الطبية التقليدية موجودة لأن ظاهرة المرض لها جذور عميقة في التاريخ حتى قبل ظهور الطب الحديث ، ولذلك فإن القائمين على الخدمات الصحية والطبية يهملون النظام الطبي التقليدي مع أنه ما زال يتمتع بأهمية كبيرة لدى كثير من العامة.

ومن المحتم أن الإنسان يخلع عباءة أخلاقية على الكون الذي يعيش فيه ، سواء في الوقت الحالي أو في الماضي يكون للمرضى فيه وبخاصة المرض الوبائي أهمية أوسع من الناحية الاجتماعية والسياسية والثقافية ، لذا فقد أكد "دافيز لندي" من أن الطب من المنظور الانثروبولوجي يتكون من الممارسات الثقافية والطرق والأساليب والمواد الثقافية المتضمنة في نسيج القيم والتقاليد والمعتقدات و أنماط التكيف الايكولوجي التي تمدنا بوسائل المحافظة على الصحة والوقاية من الإصابة بالمرض.

وأن النسق الطبي هو التنظيم الشامل للوسائل الفنية والأبنية التي تمكن المجتمع من ممارسة الطب والتغيرات التي تطرأ على الأدوية بما يتناسب مع التغيرات الثقافية الداخلية والخارجية كنوع من الاستجابة ، وبالتالي فالطب والنسق الطبي يرتبطان بأجزاء من ثقافة المجتمع ونسقة الاجتماعي.