محاضرات

مقرر علم الاجتماع الطبي

د. سوسن البيطار

المستوى الثالث – علم اجتماع

2015-2014

hadeel alnafea

المحاضرة الأولى بعنوان

مفهوم علم الاجتماع الطبي ومجالاته الأساسية

عناصر المحاضرة

أولاً: المدخل.

ثانياً: مفهوم علم الاجتماع الطبي.

أولاً: المدخل

على الرغم من حداثة وظهور فرع علم الاجتماع الطبي لأنه يضع كلاً من الصحة والمرض في المضمون الاجتماعي الذي يتضمن الشخص المريض وكل ما يحيط ببيئته ولكن هناك فرقاً واضحاً بين علم الاجتماع في الطب

Sociology in Medicine

الذى يهتم بدراسة الظروف الاجتماعية للصحة والمرض وهو بذلك يتميز بأنه بحث تطبيقي يهتم بالمشاكل الطبية أكثر من اهتمامه بالمشاكل الاجتماعية.

أما علم اجتماع الطب Medical Sociology

فيهتم 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.

إن علم الاجتماع في الطب يمثل ميدانا مشتركاً لعلماء الاجتماع والطب معا، وفى 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 بتحقيق إحساسهم الذاتي بالصحة والمعافاة والوقوف على أنماط اعتقاداتهم وأطرهم التفسيرية لأعراضهم المرضية خاصة تلك التي تعزز عندهم شعورهم بالاختلاف المرضي.

معرفة مواقف الناس المرضي أنفسهم وميولهم نحو الطب والأطباء والدواء والمداوين وتوقعاتهم من العملية العلاجية الطبية المهنية والشعبية التقليدية معاً، وبالتالي تتعلق هذه المهمات الذاتية والموضوعية المعقدة التي تؤثر في حسابات الافراد في الثقافات المختلفة نحو التقييمات التي يتخذونها بشأن أمراضهم تعريفا لها واعترافاً بها، واتخاذ قرار بشأنها في ضوء ذلك يحاول هذا الفصل تحديد مفهوم علم الاجتماع الطبي وميادينه الأساسية وعلاقته الوثيقة بالمجال الطبي ومدى الالتقاء بينهما.

hadeel almafea

ثانياً: مَفهوم علم الاجتماع الطبى Sociology of Medicine

يعرف علم الاجتماع الطبي اصطلاحياً بأنه يهتم بدراسة شكل وتأثير الطب كأيديولوجية ideology

والممارسون له كتنظيم مهني Professional

قوي يتمتع بمكانة متميزة في عملية بناء المعرفة لما يشكل الصحة والمرض في المجتمع ، وتتداخل هذه الدراسة مع كل من سوسيولوجيا المعرفة وسوسيولوجيا القوة وسوسيولوجيا المهن لأنها مرتبطة بالسوسيولوجيا الطبية.

لذلك فإنها تعتبر مساعداً مكملاً لعملية التدريس والعلاج الطبي مع تركيز الاهتمام على البعدين الاجتماعي والرمزي للمرض والعلاج، خصوصاً أن هذين يتمان في إطار المحيط النظامي الشامل المتمثل في المستشفى الحديث، وربما تتداخل مجموعة فرعية من الاهتمامات من خلال سوسيولوجيا الصحة ، وهي تطور البدائل التي تأخذ في الاعتبار اسباب المرض وشكل وطبيعة المرض في المجتمع.

وهنا يعرف كوكرهام Cockerham

علم الاجتماع الطبي بأنه 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.

وعندما دخل علم الاجتماع المجال الطبي دخل على أساس أن الطب نظام مميز للسلوك الاجتماعي الإنساني ، كما أن الطب اعترف كذلك بأن علم الاجتماع يمكن أن يساعد على فهم مرضاهم وإمدادهم بوسائل متطورة للعناية الطبية ، ومن ثم نجد أن هناك اهتماما متبادلاً بين هذين التنظيمين.

وبالتالي فإن علم الاجتماع الطبي يمثل مجالاً مشتركاً بين الطب والاجتماع يحاول أن يتناول الظواهر المرتبطة بصحة الإنسان والهيئات والتنظيمات الصحية وأن يدرسها دراسة متعمقة من منظور سوسيولوجي.

ويعرف "مكانيك" علم الاجتماع الطبي بأنه مجموعة الجهود التي تهدف إلى تطوير الأفكار الاجتماعية داخل سياق الأنساق الطبية ، فضلاً عن دراسة القضايا التطبيقية الهامة فيما يتصل بعمليات الصحة والمرض، أي أن علم الاجتماع الطبي يمثل حلقة وصل بين العلمين.

إن علم الاجتماع الطبي يساعد على معرفة أسباب ونتائج المرض التي لا يستطيع الطبيب فهمها عن طريق المرض العضوي فقط، ولكنها تحتاج إلى معرفة المبادئ التي تحكم العلاقات بين الأفراد كفهمه تماماً للعوامل التي تؤثر في السلوك ، وفى المواقف الاجتماعية المختلفة.

ولذا اهتم "هيزن Heszen"

في دراسته الهامة للتفاعل بين الطبيب والمريض بالسلوك الصحي للمرضي وأثاره على العلاج ، واستخلص إلى أن شكوى المريض من توجيهات الطبيب وسلوكه تتأثر بدرجة كبيرة بتوجيهات الطبيب بالاتجاه الانفعالي للطبيب تجاه المريض ، ونشاط المريض ، ومدى استجابته للعلاج، والموقف المشارك للمريض بطبيعة الحال.

ولكى نقرب من تعريف محدد لعلم الاجتماع الطبي يمكننا السؤال عما يفعله الباحثون الذين يعتبرون أنفسهم متخصصين في مجال علم الاجتماع الطبي ويتضح أن هؤلاء يدرسون في المجتمع الحديث التنظيم بوصفه موضوعات حول علم

الاجتماع الطبي مثل الأنثروبولوجيا الطبية وعلم الأوبئة والتعليم الطبي وطب المجتمع والتمريض وطب الأطفال والتخطيط السكاني والأنساق الطبية التقليدية.

وهناك اهتمامات متداخلة بين الأطباء وعلماء الاجتماع لأن الصحة والمرض لا يرتبطان بالعوامل البيولوجية فحسب، وإنما يرتبطان أيضا بالمعايير الثقافية لدى الشعوب ، وبالسلوك الاجتماعي الذي يستند إلى هذه المصادر ، فالمرض وعلاجه مجرد عمليات بيولوجيا في ظاهرها أما كيف يصيب المرض الإنسان وأي أنواع المرض هي التي تصيبه فهي تعتمد بالدرجة الأولى على عوامل اجتماعية وثقافية أساساً.

وبالتالي فإن 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 المتشابكة التي تؤثر في حسابات الأفراد في الثقافات المختلفة نحو التقييمات التي يتخذونها بشأن أمراضهم تعريفا لها واعترافاً بها واتخاذ قرار بفعل شيء تجاهها ، وهذا يتطلب تطبيق النظريات والمناهج السوسيولوجية على مجال الطب كنظام اجتماعي.

hadeel almatea

المحاضرة الثانية بعنوان

تابع مفهوم علم الاجتماع الطبي ومجالاته الأساسية

المحاور:

ثالثاً:

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.

رابعاً:

علاقة علم الاجتماع بالطب ومدى الالتقاء بينهما.

ثالثاً: مجالات علم الاجتماع الطبي وميادينه:

دعت أعضاء الرابطة السوسيولوجية البريطانية في اجتماعها السنوي عام 1950 بضرورة اهتمام علم الاجتماع بدراسة الطب، وبالتالي فقد عجل هذا الموقف من نشأة علم الاجتماع الطبي عام 1960، ذلك العلم الذى يمثل حلقة الوصل بين علمي الاجتماع والطب وازداد تطوراً حينما أصبحت دورية الصحة والسلوك الاجتماعي هي المنشور الرسمي للجمعية السوسيولوجية الأمريكية.

وبزغت له فروع ومجالات متشعبة ، وظهرت مداخل متباينة، وكما يقول "ميكانيك" أن مجال علم الاجتماع الطبي ليس

خيطا واحداً ولكنه يشكل مجموعة من الخيوط لها اتجاهات متباينة في آن واحد ، ومع تعدد الخيوط إلا أنه اهتم بكثير من الموضوعات مثل شرح وتغير أسباب المرض وخاصة المرض المزمن ومشكلة إدمان الكحوليات والمخدرات، ومشاكل السن ، والاضطرابات السلوكية ، كما أن من أهم المجالات التي اهتم بها هذا النوع بدراستها العلاقة بين الأطباء والمرضي والعلاقة بين الاجراءات الإدارية وأساليب التشخيص والعلاج، ودراسة الحياة اليومية للطبيب ، ودراسة الخدمات الصحية التي تقدم للمريض وذلك بمحاولة تقييمها لكى تتمشى مع احتياجات المريض الفعلية ، والاهتمام بالرعاية الصحية.

وتعتبر دراسة العلاقة بين الموت والمرض من ناحية والعوامل الاجتماعية من ناحية أخرى من أهم المجالات التي اهتم بها علم الاجتماع الطبي، فبعد أن كان يرجع اسباب المرض إلى عمليات بيوكيمائية وفسيولوجية من ناحية وإلى إجراءات التشخيص والعلاج من ناحية أخرى استطاع علم الاجتماع الطبي أن يضيف بعد ثالث وهو البعد الاجتماعي

nadeel almafaa

المتعلق بالعوامل الاجتماعية المسببة للأمراض كالطبقة الاجتماعية والعمل والتعليم والزواج والعائلة ووصف للعلاقة بين بعض العادات الاجتماعية والشخصية وعلاقتها بالسلوك الصحي وأثر أنساق المعتقدات والتجربة على أسباب المرض ، وبذلك أصبحت هذه العوامل الاجتماعية مكملة لتحليل الظاهرة البيولوجية الإنسانية.

وعلى هذا فقد انصب اهتمام علم الاجتماع الطبي على العديد من المجالات التي تؤدي إلى فهم الطب والمواقف الطبية المتنوعة على النحو التالي:-

أ- دراسة الصحة والمرض.

يرى علماء الاجتماع ان هناك الكثير من السمات الديموجرافية مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية التي تتأثر وتؤثر في صحة الأفراد، كما أن العوامل الثقافية أيضاً تؤثر في الإحساس بالصحة والمرض، كما تؤثر المعايير أيضاً في التعريف الاجتماعي للصحة بمعنى كون الإنسان سليما تماماً من الناحية البيولوجية والعقلية والاجتماعية ، ومن هنا نجد أن الصحة والمرض ما هي إلا محددات اجتماعية.

وحينما نحاول معرفة الفرق بين الشخص السليم والشخص المريض الذي يعاني من بعض الأمراض من المنظور السوسيولوجي علينا مراعاة ما يلي :-

1- معرفة العمر والجنس والحالة الاجتماعية والوظيفية للمريض فضلاً إلى معرفة نوعية الطبقة الاجتماعية والبيئية التي ينتمى إليها هذا الشخص.

2- معرفة نشاطات الفرد الفردية وتفاعلاته وعلاقاته ومدى اعتماده على الآخرين.

3- تكرار الحالة المرضية عنده ومدى وجود العلاج ومدى إتاحة خدمات العلاج له وأنماط المرض الموجودة في المجتمع وتحديد حالته المرضية.

4- محاولة توجيه الأفراد لمعرفة أعراض المرض وعلاقة ما يلاحظه بتحديد نوعية المرض

5- محاولة تصنيف الحالات إلى مرضية وأخرى غير مرضية في المجتمعات المختلفة ومستوى التقدم التكنولوجي داخل كل مجتمع.

أن علم الاجتماع الطبي يولى اهتماماً للاستجابات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض خاصة عندما يركز على تصورات الناس حول صحتهم والإجراءات الوقائية للحفاظ عليها أو تحسينها وعلى تعريفاتهم واستجاباتهم للأعراض والأمراض وآثار الاتجاهات المتنوعة والسلوك المتباين على طريق المرض ونجاح العلاج، وتوجد مداخل اجتماعية متعددة اهتمت بدراسة المرض أولها بدأ من الدراسات المكثفة للعوامل الاجتماعية التي تؤثر في المرض والآخر مدخل سوسيولوجي يحاول دراسة العوامل الديموجرافية وأثرها على الاضطرابات النفسية.

ومن الدراسات التي أجريت أيضا واهتمت بتحليل المتغيرات الديموجرافية للتعرف على أثر بعض العوامل الاجتماعية

على بعض الحالات المرضية هي تلك التي أجراها "Golb"

عام1969م والتي أكد فيها أن كثير من الأمراض التي تحدث للشباب غالبا ما يكون له العلاقة بالسلوك العقابي للأبوين، وقد أدت هذه الدراسة إلى تكوين نظرية عن أسباب المرض.

ب- دراسة التنظيمات الطبية:

يهتم علم الاجتماع الطبي بالبحث في التنظيمات والنظم الطبية التي ينتمي إليها الأطباء ، فإذا كانت المستشفى هي أحد النظم الموجودة في هذا التنظيم الطبي ، فإننا سوف نركز على الاهتمام السوسيولوجي في فهم وظيفة هذا النظام وكيف تطورت هذه الوظائف وبخاصة بعد انتشار وظائفها التعليمية وتركزها على التعليم الطبي وتدريب الأطباء على عمل خدمات نافعة للمستشفى وذلك عن طريق خدمة المريض ورعايته.

ولقد ركزت الدراسات الاجتماعية على الدور الذى يلعبه علم الاجتماع في فهم التعقيدات البيروقراطية في المستشفيات ، فإذا نظرنا إلى أي تنظيم في مستشفى نجده يشمل على عدد من الأبنية البيروقراطية وعدد من المراكز المتسلسلة في هذه الأبنية ، ولكل مركز من هذه المراكز مجموعة من الوظائف الخاصة بها.

ومن الدراسات الهامة التي اهتمت بدراسة التنظيمات الطبية دراسة قام بها "نبيل حنا" بمستشفى Kingstone

بإنجلترا وخاصة ببعض ظواهر التفاعل الاجتماعي داخل عنبر جراحة الرجال سواء بين فريق التمريض أو بينهم وبين المرضى أو بين المرضى وبعضهم ، على أن الاهتمام الأكبر كان موجها لوصف العلاقات بين فريق التمريض وبين المرضى نظراً لأن فريق التمريض هو الفريق الفعال بين فئة الأطباء وبين المرضى.

أي أن هذه الدراسة حاولت أن تقدم وصفاً للتنظيم والعلاقات والظواهر السائدة في عنبر مستشفى كينجزتون لتخطى الأهداف النظرية إلى الاهتمام التطبيقي بالصحة والمرض.

ج- دراسة الاستجابة الثقافية والاجتماعية للمرض:

إن المجال الطبي في حاجة ماسة إلى المعرفة الاجتماعية والثقافية ، وذلك من أجل فهم الجوانب الإنسانية للصحة والمرض وبخاصة العلاقة بين الطبيب المعالج والمريض ، وكيف تتأثر هذه العلاقة بالسمات الشخصية والاعتبارات الاجتماعية كالأدوار الاجتماعية لكل منهما، وقد أطلق أحد الدارسين على هذا الجانب الأبعاد الاجتماعية للرعاية الصحية.

لقد انصرف اهتمام علم الاجتماع الطبي نحو تناول ومعالجة العديد من الموضوعات والمجالات التي تركزت حول مفهوم المرض والعوامل المؤثرة عليه في الثقافات المتباينة ، والتفسيرات التي تدور حوله وأنماط ونماذج السلوك التي يتبعها الأفراد لمواجهة مخاطر المرض ، ودور المعالجين التقليديين في التشخيص والعلاج والأساليب المتبعة في ذلك.

وتكشف هذه الرؤية الثقافية لمفهوم المرض والعلاج العديد من التفسيرات التي تزخر بها الجماعات، فمنها ما يرجع أسباب المرض على عوامل مادية وأخرى غيبية.

وبالتالي يتضمن المدخل الثقافي تناول العلاقات بين محتوى الثقافة والأساليب الثقافية للحياة، وبين تعريفات الصحة والاستجابة للمرض، فهي التي تحدد كيفية إدراك المرض والتعبير عنه ورد الفعل تجاهه، ويلعب السياق الثقافي دورهو الآخر في تحديد الحالات والظروف المرضية التي ندركها والأسباب التي نعزوها إليها، والأشخاص المسئولين عن تقييمها وتعريفها ، كأن تلصق الثقافة المصرية مرض البلهارسيا بالفلاح ، والأمراض الجلدية بالبدوي ، والأمراض العصبية والنفسية بالحضري...إلخ.

د- دراسة العلاقة بين الأطباء والمرضى:

اهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة العلاقات بين الطبيب والمريض على أساس أنها لا تقتصر على مجرد التشخيص والعلاج فقط ، وإنما تمتد لتشمل الاهتمام بالجانب الإنساني أيضاً.

لذا فقد قدمت الكثير من الأبحاث معلومات متراكمة عن علاقة الأطباء بالمرضى كظاهرة اجتماعية، فلقد استطاع كثير من علماء الاجتماع بوصف مكونات هذه العلاقة باعتبارها نسقاً اجتماعياً فرعياً.

إن البحث المهتم بموضوع العلاقة بين الأطباء والمرضى نجد فيه أولاً التراث المهتم بدراسة الدور الاجتماعي لكل من الطبيب والمريض الذي يرتكز على المعايير الثقافية وكان أول من اهتم بهذا الموضوع من هذا الجانب "تالكون بارسونز" في كتابه النسق الاجتماعي عام 1950م لذى تناول قضية العلاقة بين الطبيب والمريض، واهتم بتحديد دور كل من الطبيب والمريض ولحقوق والواجبات المتعلقة بكل دور ، وأكد على أن معرفة متطلبات الدور يساعد على تيسير

الانسجام والتكامل في العلاقة بينهما وأضاف كل من "سازاس و هولاندر" إلى تصور بارسونز للعلاقة بين الطبيب والمريض أبعادا أخرى شملت تصنيف أنماط العلاقات بين الأطباء والمرضى إلى نمط الايجابية من جانب الطبيب والسلبية من جانب المريض ، ونمط الارشاد من الطبيب والتعاون من المريض ، ثم نمط المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض، وأخيراً نمط التبعية والسيطرة وكيف أن الطبيب يمثل موقف السيطرة وذلك نتيجة لخبراته العملية والفنية ولوضعه المهني المتخصص واعتقاد المريض بأن حل مشكلته الصحية يكون في يد الطبيب ولذلك يكون تابعاً له.

كما أضاف كل من "باتريك واسكامبلر" إلى نموذج بارسونز في تجديد دور الطبيب والمريض مجموعة عوامل اجتماعية أخرى ، فضلاً عن العوامل التنظيمية المتعلقة بالتنظيم العلاجي ذاته باعتباره عوامل تؤثر في علاقة الطبيب والمريض وقد أسهمت الخبرات الأمبريقية في توفير المعطيات التي انعكست من ناحية على هذه التصورات دعماً وتطويراً.

وساعدت من ناحية أخرى على تعميق فهم هذه العلاقة ويمكن تصنيف هذه الخبرات الأمبريقية على أساس أن البعض اعتبر العلاقة بين الطبيب والمريض بمثابة عملية اتصال لها أدواتها وعواملها المؤثرة فيها ، ولذا فقد اهتم "سكوبك" بتحليل المحادثة التي تتم بين الطبيب والمريض واستطاع أن يكشف على المشكلات اللغوية الممكنة ، وتفسير لماذا يفشل الأطباء والمرضى في فهم كل منهما الآخر.

يرى عالم الاجتماع أن الميدان الطبي يمكن أن يقدم لنا الكثير في إطار ما يعرف بالفرص السائحة لدراسة السلوك الإنساني ، وهذا الفصل مخصص لتناول العلاقات بين المرض والجماعات الإنسانية ، وتتشابه دراسة المرض في الجماعات الإنسانية في عدة وجوه مع دراسة المرض عند الفرد ، فبالنسبة للنوع الأخير من الدراسة قامت محاولة لفهم تطورات المرض وذلك عن طريق دراسة تأثيراته الكيميائية والحيوية والفسيولوجية في ضحاياه من بني الإنسان.

وقد ثارت تساؤلات عديدة دارت حول أي أجزاء الجسم تتأثر بالمرض؟ وما هي نوع التأثير في بناء وظيفة الكيان العضوي للإنسان؟ كيف نقى الجسم نفسه؟ وعلى نفس الوتيرة يمكن أن يقدم لنا دراسة العلاقة بين المرض والجماعات الإنسانية تساؤلات نشبه إلى حد بعيد التساؤلات السابقة، ومع ذلك :

ما هو حجم المرض وأين يكمن في المجتمع الإنساني؟ كيف يؤثر المرض في بناء ووظيفة الجماعات الإنسانية؟ وما هو تدبير الجماعات لتقي نفسها من الأمراض؟

واهتم البعض الآخر بالتوقعات المتبادلة بين الطبيب والمريض وبالعوامل الاجتماعية والتنظيمية التي تؤثر فيها وعلاقتها

برضا المريض حيث ربط "جرينGreens"

بين توقعات المرضى ورضاهم عن الرعاية الصحية المقدمة، حيث اعتبر رضا المريض بمثابة الدرجة التي يفهم منها أن توقعات المريض من الرعاية الصحية قد أنجزت أو تحققت وأنتهى إلى أن توقعات المريض تتأثر بعوامل ثلاثة أساسية هي دور مقدم الخدمة، والمسئوليات المتبادلة بين الطبيب والمريض، والقناعة بالخدمة المقدمة.

ولقد قاس "فوارى Vouri"

وزملاؤه مدى نجاح العلاقة بين الطبيب والمريض ورغبة المرضى للعودة إلى الطبيب وإتباع تعليماته وأنتهى إلى أن العوامل التعبيرية كأنت تترك تأثيراً كبيراً على رغبة مرضى المستشفى في العودة إلى نفس الطبيب.

والخلاصة أنه يمكن وضع العلاقات بين الأطباء والمرضى على متصل يظهر على أحد طرفيه تكامل وانسجام هذه العلاقات ويظهر الطرف الاخر توتر هذه العلاقة ، وهناك شروط تسهم في تأكيد التكامل والانسجام بين الأطباء والمرضي منها :-

1- وضوح دور كل من الطبيب والمريض ومعرفة متطلبات هذه الأدوار وفهم الحقوق والواجبات المخصصة لكل منهما.

2- استخدام اللغة بمهارة تساعد على تسهيل الاتصال المباشر وأثر التفاعل بينهما، وتجنب المشكلات اللغوية التي تحول دون فهم كل منهما الأخر.

3- توظيف الاستشارة الطبية لأغراض التشخيص والعلاج من خلال توفير فترة زمنية كافية لكل زيارة أو وقت يمضيه الأطباء مع المرضى، والعناية بالمشكلات الاجتماعية والنفسية التي قد تؤثر على التفاعل بينهما.

4- اعتبار الثقة المتبادلة عنصراً دائماً في العلاقة العلاجية الفعالة وتأكيد أهمية السلوك المتعاطف في هذا الصدد.

5- تعمل ايجابية الطبيب وقدرته على العمل كمدافع عن المريض من ناحية ومشاركة المريض بمعنى الأخذ بنظام التفضيلات في عملية اتخاذ قرار العلاج الذى يقترحه الطبيب من ناحية أخرى تعمل على تقوية العلاقة بينهما.

6- تأخذ العلاقات بين الأطباء والمرضى أنماطا متباينة فيها الايجابية من جانب الطبيب والسلبية من جانب المريض ، والارشاد من الطبيب والتعاون من المريض ، والمشاركة المتبادلة بينهما والسيطرة والتبعية ويتوقف كل نمط من هذه الأنماط على تأثير عوامل اجتماعية معينة وأخرى تنظيمية تتعلق بالتنظيم العلاجي ذاته، وثالثة سياسية كالحد من التكاليف الطبية والمحافظة على نوعية الرعاية الصحية.

7- أن رضا المريض بمعنى الدرجة التي يفهم فيها توقعات المريض من الرعاية الصحية قد أنجزت أو تحققت تتأثر بعوامل دور مقدم الخدمة (الأطباء) والمسئوليات المتبادلة بين الطبيب والمريض والقناعة بالخدمة، وأن المرضى قد بينوا تقويماتهم للخدمة الصحية بناء على توقعات مبالغ فيها، وأن هذه التوقعات قد تختلف من جماعة ذات خصائص اجتماعية وديموجرافية إلى أخرى.

<u>هـ - دراسة الطب المجتمعي:</u>

تمثل دراسة الطب المجتمعي أهم إسهامات علم الاجتماع وذلك لدراسة تنظيم الخدمات الصحية في المجتمعات، ومحاولة النهوض بالرعاية الطبية ، وتوزيع الخدمات على أكبر عدد ممكن من الأفراد ، ونجاحه في المجتمعات المتخلفة، فكان هناك مطالبة بتغيير مناهج الدراسة لتوسيع دائرة العناية أو الرعاية الطبية للمرضى وعائلتهم، وليس عن طريق المستشفيات فقط ولكن بالذهاب إلى الأماكن التي يتواجدون فيها

ولقد شارك العلماء الاجتماعيون الأطباء في وجهة نظرهم ومشاركتهم في وضع برنامج للرعاية الطبية يهدف إلى العناية الصحية في المجتمعات أكثر من الاهتمام بها للأفراد، ولذلك أصبحت المدارس الطبية في أمريكا تضم أقسام عن الطب المجتمعي وهذه الأقسام تحاول توجيه الخدمات الطبية والصحية لصالح المجتمع قبل أن يكون لصالح الأفراد.

hadeel alnafea

ولا يقتصر دور علم الاجتماع في مجال الطب المجتمعي على استخدام مناهج ومفاهيم المتغيرات الاجتماعية المستخدمة في علم الاجتماع ، ولكنه يعمل أيضاً على تطوير مفاهيم جديدة ومناهج مستحدثة ملائمة لهذا العلم، فالأطباء في المجتمع المحلى لا يستطيعون الإدارة أو الضبط البيئي أو التأثير في سلوك صحة السكان دون أن يستخدموا معلومات ومعارف علم الاجتماع، فهذا التعاون بين علماء الاجتماع والأطباء ومحاولة كل منهما في تعليم الآخر مبادئ علمه إنما هو خطوة هامة في تطوير مجال الصحة

ومن هنا أصبح لعلم الاجتماع دور كبير في مجال الطب المجتمعي، كما أنه هام في مجال الاتصال بين الطبيب والمريض لمحاولة علم الاجتماع إقامة جسر يقضي على الفجوة في اللغة والفهم بين الطبيب والمريض، فالطبيب في القرى والمدن الصغيرة يجب أن يكون عنده الخبرة الكافية التي تساعده على التعامل مع الأفراد في هذه المجتمعات.

رابعاً : علاقة علم الاجتماع بالطب ومدى الالتقاء بينهما

لاشك أن الصحة الجيدة تمثل شرطاً أساسياً لقيام الفرد بوظيفته داخل المجتمع ، فإذا كانت الصحة سليمة يستطيع الفرد

القيام بأنواع مختلفة من النشاطات في حياته اليومية ، فنلاحظ "Hippocrates هبيوكراتس"

من أوائل العلماء الذين وضعوا مبادئ للعناية بالصحة التي ترتكز على التفكير العقلاني ورفض الأفكار الغيبية التي كان الأفراد يعتقدون أنها تسبب الكثير من الأمراض ، ومن أشهر إسهاماته كتابه عن أسس الأخلاق الطبية المعاصرة الذى أكد فيه بأن تكون المعرفة الطبية منبثقة من فهم العلوم الطبيعية والاجتماعية، وبالتالي فإن هبيوكراتس ركز على البيئة الاجتماعية بوصفها عاملاً هاماً في فهم المرض وعلاج المريض ، ويؤكد هذا المعنى "جراهام" خاصة العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية وبين مختلف الأمراض ، وأرجع معظم الأمراض إلى عامل البيئة المسبب للمرض الذى يؤثر في الفرد ذو الاستعداد الوراثي للتأثر بالمرض.

وقد بدأ الاهتمام المتزايد بالمريض ككل في بداية القرن العشرين للعناية الصحية للمريض، وكل مشاكله الصحية من خلال التعامل مع الاضطرابات الصحية بوصفها نتيجة لمشاكل الحياة المتعددة، وأن الاختلال الوظيفي في الجسم وشعور الإنسان بالمرض لا يرجع فقط إلى جوانب بيولوجية ولكنه يرجع أيضاً إلى تأثير العوامل الاجتماعية والسيكولوجية والثقافية ، واتجه الكثير منهم إلى محاولة دراسة بعض العلوم السلوكية لكى يعرفوا المزيد عن الحياة الشخصية لمرضاهم والتعامل مع المريض بوصفه إنسان ككل وليس بوصفه حالة طبية مرضية، ولهذا أصبح الطب في عام 1975 يواجه طريقتين مميزتين وهما :-

1- المرض والعلاج من وجهة النظر الطبية.

2- قبول تصور المرض الجديد بوصفه يشمل مشاكل الحياة أيضاً.

ولقد حدث تغيير في مناهج التعليم الطبي لكى تتعامل مع هذا التصور الجديد للمرضى ، وهذه التغييرات كلها إنما ترجع إلى العلاقة الجديدة التي قامت بين الطب والعلوم السلوكية مثل علم الاجتماع والأنثروبولوجيا وعلم النفس، كما أن نمو اهتمام الطب بالعلوم السلوكية والإنسانية بدأ حينما شاركت العلوم الاجتماعية في تقييم الخدمات الصحية المقدمة للمرضى وتطوير السياسة الصحية على المستوى القومي والعالمي

فإذا كان الطب قادراً على لعب دوراً بنائياً هاماً في المجتمع فهو في حاجة إلى مصادر أخرى تساعد على القيام بهذا الدور ، فهو يحتاج إلى معلومات أساسية عن طبيعة ووظائف المنظمات الإنسانية التي تختلف عن نوعية المعلومات الطبية ، وهو يحتاج إلى جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عن نسق العناية الصحية وبخاصة من النظم المختلفة وعلى

رأس هذه النظم علم الاجتماع ، وهذا كله يعنى أن علم الاجتماع حينما دخل المجال الطبي دخل على أساس أن الطب نظام فريد للسلوك الاجتماعي الانساني ، كما أن الطب اعترف بأن علم الاجتماع يمكن أن يساعد الأطباء على فهم مرضاهم وإمدادهم بطرق متطورة للرعاية الصحية.

وبالتالي قد ساهمت مجموعة من العوامل على الالتقاء بين الطب وعلم الاجتماع ومن أهمها :-

1- التغير في نسبة انتشار المرض: اضطر الطب مع التغير في نسبة انتشار

الأمراض إلى أن يوسع من منظوراته ، ويصدق هذا على كل من علم الوبائيات ودراسة العوامل المرتبطة بتوزيع المرض بين السكان ، كما ينطبق على العلاج وذلك لأن معظم الأمراض المزمنة قد تعذر مع البحث الذى يركز فقط على السبب الوحيد للمرض والذى يقتصر في معالجته على المناهج التقليدية والمباشرة للصحة العامة.

مثلاً لم تسهم حملات تعقيم مياه الشرب ولا حملات القضاء على البعوض في تخفيض مرض السرطان ، وظهر عكس ذلك في أن الأمراض المزمنة عموماً تعد حصيلة لأسباب كثيرة، وهكذا تغير منطق علم الوبائيات في دراسة المرض المزمن وأدى إلى الاهتمام بدراسة العادات والخبرات الاجتماعية للكائنات الإنسانية، واعتبر التحكم في المرض المزمن بمثابة مشكلة لها دوافعها الاجتماعية.

2- تقدم الطب الوقائي والصحة العامة.

hadeel alnafaa

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 ميدانا مشتركاً لعلماء الاجتماع والطب معا، وفى 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 والمآ زق 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.

nadeel almafea

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

يعرف كوكرهام 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 المتشابكة التي تؤثر في تقييمات الأفراد بشأن أمراضهم تعريفا لها واعترافاً بها واتخاذ قرار بفعل شيء تجاهها ، وهذا يتطلب تطبيق النظريات والمناهج السوسيولوجية 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 زمناً طويلاً، وقد اتجه الإنسان عامة عبر مراحل تاريخه المختلفة للنظر إلى مشكلات الصحةوالمرض من منظور ثقافتهم ومجتمعاتهم الخاصة، ومن أجل هذا كان من الضروري معرفة المعايير والقيم والبناءات الاجتماعية و أساليب المعيشة التي تكشف عن معتقدات تلك الشعوب حول طبيعة و أسباب المرض.

ومع أن الميدان الطبي في مجال علم الاجتماع يعد جديدا نسبياً إلا أن له تراثاً وفيراً من النظريات المتعددة إ زاء 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 لابد 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 ، وفى 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 عائقا وظيفيا أمام قيام المجتمع بوظائفه.

ومن ثم فقد أكد "بارسونز" على ضرورة تعريف المرض وتحديده 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 لابد 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 لابد 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 "روبنسون" 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 مسئولاً عن عائلته.

وبرغم ذلك يرى "روبنسون" 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 متوقفة على ممارس ته الطبية المتخصصة.

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

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

6- أن يكون الطبيب مسئولاً 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 إ الى مرحلة الشفاء.

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

الوصول إلى الطرق الملائمة لتحقيق هدفه في شفاء المريض.

وعلى هذا يرى "ويليام كوكرهام" 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 دائما علاقات تكامل وتعاون متبادلين، وإنما هي علاقات توتر.

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

1- الطبيب دائما يتوقع أن يكون المريض مطيعا 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 سببا 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 وتوجيهما 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 لنتشار 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 التغير 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

hadeel alnafea

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 أيضا 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 مثال 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 عمن 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 يواجهة 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.

وفى هذا الصدد أشار "فوستر و أرازموس 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 ولتصنيفات الممارسون (الأطباء والمعالجون الشعبيون) نهائية وقاطعة وخاصة أن المرضى قد يستشيروا أخرين في معالجة أمراضهم.

وبالتالي تؤكد الدراسات ا لانثروبولوجية على أهمية العوامل الثقافية في الصحة والمرض والوفاة ، فلقد أوضح كوكرهام 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 ستشمان ودراسة زبوروفسكى حيث أكدت على كيفية تأثير الثقافة على استجابات الناس للآلام والعلل 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 جنبا إلى جنب ، ومازالت 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 لندى" 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.

hadeel alnafea

المحاضرة الرابعة بعنوان

أهم النظريات المفسرة للصحة والمرض (تتمة)

عناصر المحاضرة :

ثانياً: استكمال النظرية الانثروبولوجية الطبية

ثالثاً: نظرية الضغوط الاجتماعية

رابعاً: الخاتمة

استكمال النظرية الانثروبولوجية الطبية

في البداية لقد وصلنا في المحاضرة السابقة إلى ارتباط الطب والثقافة ارتباطاً وثيقاً ببعضهما ، ولذلك فقد حدد "لاندى" موضوعات الانثروبولوجيا الطبية فيما يلي :-

علم الأمراض المرتبطة بالعصور القديمة ، والأيكولوجيا وعلم الأوبئة والأنساق الطبية والتشخيص والسحر ، والعرافة والكهنة، والصحة العامة، والطب الوقائي، والتشريح والجراحة، والولادة والألم ، والضغوط والموت، والحالات العاطفية ،والضغوط الثقافية، ومكانة ودور المريض ، ودور المعالج.

بل أن هناك فرعاً يُعد من أحدث فروع الانثروبولوجيا الطبية وهو أنثروبولوجيا جسم الانسان الذي يهتم بدراسة المعنى الاجتماعي المرتبط بالجسم الانساني وبأعضائه وبحركته، كما يهتم أيضا بعلاقة هذا الجسم كظاهرة طبيعية بالواقع الاجتماعي أي أنها تجمع بين البعدين الفيزيقي والاجتماعي معاً.

وعلاوة على ذلك فإن النظرية الانثروبولوجية الطبية تهتم 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 التغير 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 مساعد ا للطبيب وللقائمين على الخدمة الصحية.

فإذا كان الطبيب يعالج الحالات المرضية ، وإذا كان القائمون على الخدمة الصحية يسعون الى الحفاظ على صحة الانسان ، فإن هؤلاء يحتاجون الى من ينظر إلى المجتمع نظرة دقيقة ومتفحصة ، كما يحتاجون الى من يستطيع أن يتتبع نتائج الممارسات الطبية والوسائل الفنية.

وعلى هذا يهتم المخطط الصحي وعالم الاجتماع والانثروبولوجي بتأثير التغير الثقافي على استجابة الناس للبرامج الصحية المختلفة ، وكيفية تدعيم الاستجابات الايجابية ، ومواجهة الرفض والمعارضة لها ، وهذا ما يؤكد أهمية الوعي

الثقافي في تقبل الخدمات الصحية حيث يمكن تحديد مراحل تقبل البرامج الصحية في المجتمع ، حتى تكون مرشداً للعاملين بالنسق الطبي الرسمي والقائمين على تنفيذ البرامج الصحية.

وتسير هذه المراحل على النحو التالي :-

المرحلة الأولى : وتشمل تكرار معالجة ناجحة لمرض معين ، والتقبل العام للتسهيلات العلاجية والوقائية وبالتالي تكون معالجتهم ووقايتهم أكثر اقناعاً وانتشاراً للآخرين.

المرحلة الثانية: وتنطوي على التجاوب مع التيسيرات الطبية ومن خلال هذا النجاح والتغير الاجتماعي والاقتصادي يزداد الطلب على الخدمات الصحية الوقائية (كالتعليم مثلاً) والعلاجية ويساعد عامل المنفعة على تغير الاتجاهات نحو العلاج الطبي اذا شعر المواطن أن الخدمة المقدمة له راقية وثمينة.

المرحلة الثالثة: والتي يحدث فيها التقبل العام للخدمات الصحية الحديثة وازدياد الوعي الصحي وتمثل الطب الوقائي لكن يتوقف نجاح هذه المرحلة في الخدمات الصحية وكفاءتها على مدى سهولة الحصول على الخدمات الصحية بمقابل ميسور.

ثالثاً: نظرية الضغوط الاجتماعية

تنطلق نظرية الضغوط الاجتماعية أساسا من أن لكل فرد نقطة ضعف اذا تعداها أصيب بالانهيار ، وتستخدم هذه النظرية من قبل الأطباء النفسيين العسكريين لتفسير الأعراض الجسمية النفسية لأفراد القوات المسلحة خاصة عند انتهاء المعارك ، كما أنها تستخدم لتفسير سلوك العمال الذين يتعرضون لضغوط كثيرة أثناء العمل.

وقد لاحظ علماء الاجتماع أن هذه الضغوط الاجتماعية أكثر انتشاراً بين الفقراء والأحياء الفقيرة ، وبالتالي قد يتعرضون لاضطرابات عقلية خطيرة، فالعلاقة بين الضغوط وبين الاضطرابات العقلية علاقة معقدة لا يمكن فهمها بسهولة، لكن بلا شك أن الضغوط الحياتية البسيطة أحيانا تكون مفيدة للفرد تدفعه دائما للاستجابة لما هو جديد وخلاق في الحياة.

ولكن كثرة هذه الضغوط وتعقدها واستمرارها لفترات طويلة تؤدى الى ارهاق الفرد واستنفاذ طاقاته، المهم معرفة الى أي مدى يمكن للفرد أن يتحمل هذه الضغوط دون أن يصاب بأي مرض نفسي أو عضوي وهذه تختلف من فرد لآخر.

ولذلك اتفقت الآراء على ضرورة استخدام مفهوم الضغوط الاجتماعية لفهم دور العوامل الاجتماعية والثقافية والنفسية كأسباب في حدوث الأمراض، ولكن السؤال هنا ماذا يقصد بمفهوم الضغوط الاجتماعية؟

في الواقع رغم صعوبة تقديم تعريف دقيق لمصطلح الضغوط من الناحية الوظيفية إلا أن هناك اتفاق على أن الضغوط هي رد الفعل البشري ازاء الظروف التي تهدد الحياة ويشمل العمليات الفسيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية في الفرد، ورغم أنه مفهوم رحب ومتسع الا أنه في نفس الوقت يحتوى الفرضية الأساسية التي تقول بأن أعراض المرض الظاهرة هي المحصلة النهائية لسلسلة من ردود الفعل المسببة يكون فيها المرض أو سبب الاجهاد ذا طبيعة اجتماعية.

وتأخذ مسببات الضغوط شكل تغيرات في ظروف الحياة لها صفة التهديد ويسميها علماء الاجتماع بأحداث الحياة ، ومن بين هذه الأحداث تلك التي تستثير أقصى ردود الفعل الاجهادية مثل فقدان شيء كالترمل والانفصال والطلاق والزواج والبطالة والسجن وغيرها.

أما الضغوط من وجهة نظر "دافيد ميكانيك" تعنى التناقض بين الالتزامات المفروضة على الفرد سواء كانت داخلية أو خارجية وبين قدرة الفرد على تحقيق هذه الالتزامات أو الاحتياجات، وعندما يتطور هذا التناقض فإنه ينجم عنها تغيرات فسيولوجية ومشاعر من القلق والازعاج ، وإن كانت هذه التغيرات تعتمد أو تتوقف على العوامل الوراثية والفسيولوجية.

ويحدد "جراى البرشت" الضغوط بوصفها نموذجا يتضمن خمس متغيرات أساسية وهي :-

1- الظروف الاجتماعية المؤدية للضغوط.

2- معرفة الفرد و ادراكه لتلك الضغوط الاجتماعية.

3- استجابات الفرد الفسيولوجية والنفسية والسلوكية للضغوط.

4- المؤثرات الخارجية لتلك الضغوط والاستجابات لها.

5- المتغيرات الموقفية والفردية التي تحدد العلاقة بين هذه المتغيرات السابقة.

وفى هذا الصدد يؤكد "توماس" أن الأزمة لا تكون في المواقف ولكن تنشأ من التفاعل بين المواقف وبين قدرات الشخص ، وما اكتسبه كشخص واعي في جماعة اجتماعية على مواجهة الموقف والتكيف والتوافق معه، بمعنى آخر اعداد الفرد للتعامل مع الأحداث عن طريق ما اكتسبه من اعداد ثقافي واجتماعي.

ولقد لاحظ كل من "لورنس هيجل وهارولدج وولف" وجود علاقة بين تقلبات الحياة وبين المرض، و أن الصحة الجيدة لم تكن فقط نتيجة القدرة الواضحة على التكيف عامة وإنما نتيجة قدرة موقف الحياة على اشباع الاحتياجات الفعلية لأعضاء المجتمع وطموحاتهم ، وأن المرض يرجع الى سوء التكيف أو إلى مواقف تتطلب قدرات أكثر من قدرات الشخص أو فشله في تحقيق طموحه.

أسباب الضغوط ومصادرها

هناك اتفاق بين الباحثين على أن أسباب الضغوط كثيرة ومتعددة، فقد ركز هوفمان الى أن الفرد الذي لا يستطيع أن يفي بمتطلبات دوره نظراً لانخفاض مستوى تعليمه أو لتدنى مكانته المهنية أو لانخفاض مستوى دخله أو لأن مكانته الاجتماعية أقل من زوجته قد يعانى من مستوى مرتفع من الضغوط والاحباطات النفسية والاجتماعية.

وهنا استطاع "دافيد ميكانيك" تحديد مصادر الضغوط بشكل واضح وشامل وهي التي تتصل بالظروف الطبيعية والاجتماعية والثقافية غير المريحة لهؤلاء الذين يعيشون في جماعة معينة.

كما تشمل ظروف الكفاح والنضال أو اجراء عملية جراحية وفى فترات التغير الاجتماعي والثقافي السريع، والتنافس الشديد و أزمات الحياة (كفقد شخص عزيز أو الفصل من الوظيفة أو المعاناة من البطالة) أو في أوقات الكوارث الطبيعية مثل (الفيضانات والزلازل والبراكين) أو الفشل والاحباط والعزلة.

علاوة على ذلك أشار ميكانيك الى أن هناك نمطان من الضغوط وهما :-

النمط الأول: يرى موقف الضغوط على أنها مثير والاشارة هنا تؤدى الى تغيرات فسيولوجية وسلوكية نتيجة الاضطرابات التي يواجهها الفرد، فالمثير أو المنبه سواء كان يثير الحزن أو الفرح يتساوى في الاستجابة له في الوصول الى إثارة الاعصاب واحداث نوع من الضغوط.

النمط الثاني: يرى مواقف الضغوط على أنها استجابة حيث تعد الاستجابة لدى بعض البشر للعمليات الداخلية والخارجية التي تؤدى الى توتر زائد يفوق القدرات الفكرية والفسيولوجية والسيكولوجية مما يؤدى الى حدوث الضغوط.

وفى ضوء هذه الفرضية قدم "بيركوفيز" نموذجاً يعتمد على اعتبار الأثر السلبي للضغوط الحياتية غير السارة متغيرات وسيطة في العلاقة بين السلوك العدواني والضغوط الحياتية، فعندما يتعرض الفرد لحدث فإنه يتجه نحو المقاومة ، وهنا تبدأ المؤثرات السلبية التي تنحصر في ردود فعل الفرد تجاه الحدث غير السار.

وقد ترتبط ردود الفعل هذه بالميل أو الرغبة في مهاجمة شخص ما، وقد ترتبط بالميل نحو الهرب من الموقف، أو الميل نحو تجنب الموقف السلبي ويستجيب الفرد لأي من الاستجابتين في ضوء متغيرات تتصل بالاستعداد الوراثي أو الخبرات المتعلمة في الماضي وطبيعة ادراك الشخص للموقف وما يتضمنه من خطر.

وكثير من النتائج الأمبريقية تكشف عن الرابطة بين المسببات الاجتماعية للضغوط وبداية أمراض مثل اللوكيما، والتصلب المضاعف والأنيميا، والنوبات القلبية، والسرطان والسل، ولقد وجد أيضا أن هناك روابط مماثلة بالنسبة للظروف الطبية النفسية.

أي أن البحث عن الأسباب التي تكمن وراء المرض تشتمل على العوامل النفسية والاجتماعية مثلما تهتم بالميكروبات أي النواحي البيولوجية ، وأن حدوث الضغوط عبارة عن سلسلة مترابطة من تلك العوامل تؤدى الى الاضطرابات والأمراض المزمنة وإذا ما تفاقمت الحالة فإنها تؤدى الى الوفاة.

وفى هذا الصدد صنف "سكواب وبريتشارد" الضغوط الى ثلاث فئات على أساس مدى استمرار تأثير الموقف ودرجة حدة الضغوط الناتجة من الموقف **على النحو التالي** :-

الفئة الأولى : مواقف الضغوط قصيرة المدى : وهي مواقف معتدلة يستغرق تأثيرها من ثواني الى ساعات مثل غلق الباب بعنف أو عدم اللحاق بالقطار والنقد وبعض أعباء الحياة اليومية البسيطة.

الفئة الثانية : مواقف الضغوط المتوسطة المدى : ويستغرق تأثيرها ما بين ساعات إلى أيام وتشتمل عوامل الاضطرابات مثل فترات العمل الزائدة وفقدان شخص محبوب أو أحداث أليمة تقع في الأسرة.

الفئة الثالثة: مواقف الضغوط الحادة : تستغرق أسابيع أو شهور أو سنوات ومن أمثلتها وفاة شخص محبوب وخسارة مادية فادحة والانفصال عن شخص محبوب.

و أشار البعض الى الدور الفعلي للضغوط كسبب في حدوث المرض ورؤيتهم إلى الضغوط اما على أنها عوامل مرسبة أو على أنها عوامل مهيأة.

والعوامل المرسبة هي التي تفجر حدوث الاضطرابات التي تؤدى الى المرض أما العوامل المهيأ ة فهي تلك العوامل التي تحمل قابلية استعداد الفرد للإصابة بالمرض، وخلاصة القول أننا اذا أردنا الوصول الى الفهم الشامل والدقيق لكل من الصحة والمرض يجب علينا أن نتجه ليس فقط للتعرف على المخاطر التقليدية للبيئة الفيزيقية والبحث عن الميكروبات.

بل يجب علينا أيضا أن نوجه الاهتمام الأكبر للعلاقات الاجتماعية والخصائص السيكولوجية لقدرات الأشخاص في مواجهة المواقف المختلفة ، فمعظم الأمراض تنجم عن عدم التكيف والتوافق، والتكيف يتوقف على تطبيق واستخدام ما اكتسبه الشخص من مهارات و أساليب ومعرفة.

وعلى تطور تلك الأساليب الفنية والطرق والحلول والممارسة العملية والتدريب الناجح وعلى درجة ادراكه للمواقف ، وعلى بواعثه وتجربته الماضية في مواجهة مواقف وكيفية معالجته لها.

و أخيراً يتضح أن لتلك النظرية (الضغوط الاجتماعية) دورا هاما في تفسير كثير من الأمراض وبخاصة في تصورها الذي يؤكد على التفاعل بين الضغوط الحياتية والميكروبات ، وما ينجم عن هذا التفاعل من أهمية سببية ، وإن كان في الواقع يبدو أن أمراضاً معينة يكون فيها أثر الضغوط واضحاً وفي أمراض أخرى يكون أثر الميكروبات أوضح.

nadeel amara

رابعاً : الخاتمة

وهكذا يتضح من عرض وتحليل أهم النظريات المفسرة للصحة والمرض في تراث علم الاجتماع الطبي تباين التفسيرات بينهما حيث ركزت النظرية الوظيفية الى أن المرض عبارة عن عقاب اجتماعي وبالتالي فإن وقوع المرض يمثل مؤشراً على أن الشخص قد انحرف عن القوانين والقواعد الاجتماعية، ومن ثم حسبما أكدت دراسات بارسونز وفوكس على أن ارتفاع معدل الإصابة بالمرض يرجع الى خلل وظيفي.

وبالتالي فإن النظرية الانثروبولوجية تنطوي على أهمية بالغة في استجلاء دور الثقافة وتحديد الوسائل الملائمة لتقديم الخدمة الصحية في ضوء البناء الاجتماعي الثقافي السائد ، ومراعاة الانسجام بين نوع الخدمة الطبية وطبيعة البيئة المحيطة سواء كانت بيئة حضرية أو ريفية أو بدوية أو غيرها.

ولذلك يمكن أن يساعد الانثربولوجي الطبيب والمعنيين بالخدمة الصحية حيث أن الطبيب يخاطب جسم المريض والانثربولوجي يخاطب المعتقدات الشعبية والاتجاهات والعادات وغيرها مما يتصل بالصحة والمرض والخدمة الصحية.

أما النظرية الثالثة والخاصة بالضغوط الاجتماعية والتي تؤثرعلى الصحة والمرض وإن كان درجة التأثير يتوقف على ظروف الفرد التي يكون لديه استعداد للإصابة بمرض حاد أو مزمن ، وبالتالي فمرور الفرد بعدد من مواقف الضغوط تنهك جسده وتضعف عاطفته مما يؤدى الى انخفاض وقلة مقاومته لأمراض حادة معينة أو يجعل دورة المرض أسرع مما هي عليه.

وعلى هذا فإن الفهم السوسيولوجي للصحة والمرض في اطار البناء الاجتماعي والثقافي وما يدور فيهما من ضغوط اجتماعية قد ساهمت في اثراء التفسير المتكامل للمريض كانسان ومحاولة فهم العلاقة بين الطبيب والمريض ومدى التفاعل بينهما ومدى تأثير الثقافة والضغوط الاجتماعية على حدوث المرض والاستجابة للعلاج.

كل هذا يجعل ما ذهب اليه "راندولف" من أن الجمع بين المنظورات الفكرية المتباينة يمكن أن تثرى التفسير في فهم علم الاجتماع الطبي للعلاقات بين الأطباء والمرضي، وفهم الانثروبولوجيا الطبية للاستجابة للمرض.

hadeel alnafea