

محمد عبابو

سوسيولوجيا الصحة
دروس الفصل السادس علم الاجتماع

تطور المقاربات السوسولوجية للصحة والمرض

تتعدد المقاربات السوسولوجية والأنثروبولوجية التي تتناول مفهومي المرض والصحة بتعدد الثقافات والجماعات والأفراد واختلاف مستويات التقدم الطبي. وسنحاول في هذه الكتاب القيام بجرد تركيبي لأهم تلك المقاربات.

إن الموضوع الذي شكل محور اهتمامنا في هذه الدراسة¹ هو تحليل التمثلات الاجتماعية للمرض، وهنا يبدو من المفيد التذكير بأن هذا الحقل من البحث حديث نسبيا. والرواد في هذا الميدان هم الأنثروبولوجيون² في المقام الأول، ذلك أن العديد منهم قد عمل على تحليل مدى تأثير النماذج الثقافية على تمثل المرض. وانطلاقا من أعمالهم³ يمكن أن نستنتج أمرين هامين: الأول هو أن تمثل المرض والممارسة الطبية يختلفان من مجتمع لآخر. والثاني هو أن التمثلات المتعلقة بموضوع الصحة مرتبطة بنسق المعايير والقيم الثقافية لكل مجتمع. وبالرغم من كون الأنثروبولوجيين يعتمدون المقاربة الثقافية فإن هذه المقاربة تظل مفيدة بالنسبة لكل مهتم بالتصور الاجتماعي للمرض. وهكذا نجد أن علماء الاجتماع المهتمين بهذا الموضوع يستعملون مفهوم الفئة الاجتماعية بدل مفهوم المجتمع السائد عند الأنثروبولوجيين: إن تمثل الصحة والممارسة الطبية، حسب علماء الاجتماع، يختلفان بحسب الانتماء لهاته الفئة الاجتماعية أو تلك⁴. بل حتى من طبقة اجتماعية لأخرى⁵. (يمكن أن نشير هنا على سبيل المثال للمقاربة الماركسية التي اهتم بتوضيحها عالم الاجتماع الفرنسي فرانسوا أباليا). أما بالنسبة لمعظم المقاربات السوسولوجية الأخرى فإننا ننتهي من خلال استعراضها إلى خلاصة أساسية مفادها أنه لا يمكن فهم الممارسة الطبية إلا بوضعها في إطار النسق الثقافي/الإجتماعي السائد.

هذا المقال جزء من القسم النظري من دراستنا حول "الثقافة والمرض، حالة مرضى السكري بالمغرب" والتي أنجزت بدعم من "برنامج منح الشرق الأوسط" سنة 2003

² *Anthropologie, santé, maladie, autour d'études de cas: AMADES*, Jean Benoist, et al... Toulouse, 1994, 142 pages. Cf également: *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*/ Anne Retel-Laurentain, coordinatrice. Paris, Ed. l'Harmattan, 1987, 494 pages.

³ C.Herzlich, *santé et maladie*, Paris, Mouton, 1969, p. 15-17.

⁴ in: *Recherche Sociale*, N° 81, janvier 1982, 80p. François Aballéa: « besoin de santé et classes sociales »

⁵ C.Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la santé*, op. Cit. p. 68; cf également: F. Aballéa, op cit, pp 59-71.

ويعتبر تالكوت بارسونز من أبرز علماء الاجتماع الأمريكيين الذين اهتموا بهذا الموضوع. وانطلاقاً من نظريته الوظيفية سيعمل على تناول ظاهرتي الصحة والمرض معتمداً في ذلك على مفهوم "الدور" بدل مفهوم الفئة الاجتماعية السائد في السوسيولوجيا الأوروبية⁶. وبحسب هذا العالم فإن لكل من الطبيب والمريض دور اجتماعي يؤديه. إن المنظور الوظيفي يعتبر المريض منحرفاً اجتماعياً⁷: "إن المرض يضع المريض على الهامش، لأنه لا يمكنه القيام بوظائفه العادية، ولا يستجيب لما ينتظره منه المجتمع"⁸. إن دور المريض إذن هو العمل على الخروج من حالة الانحراف هذه، وذلك من خلال علاج نفسه انطلاقاً من نصائح ووصفات الطبيب. وبذلك يصبح مريضاً جيداً. ومفهوم الدور هذا انتقد كثيراً من طرف كلودين هرزليش وسارة تلتون اللتين تساءلتا عن جدوى هذا المفهوم، وبالنسبة لهما فإن "دور المريض" كمفهوم يمكن أن يكون صالحاً في حد ذاته ولكن ما تنتقدانه هو المضمون الذي اعطي له: ف"دور المريض" ليس في النهاية سوى نمطاً مثالياً معيارياً للسلوك الذي ينبغي على المريض أن يتبناه في المجتمعات الغربية وبالخصوص من طرف الطبقات الوسطى. وبتعبير آخر فإن هذا المفهوم لا يتطابق دوماً مع الواقع المعيش كما هو الشأن في المجتمعات ذات الثقافة غير الغربية حيث تتم المزوجة بين الطين التقليدي والعصري خصوصاً لما يتعلق بالأمراض المزمنة كمرض السكري.

وبالرغم من الانتقادات التي توجه للتصور المنطلق من "دور المريض" فإن بعض الباحثين لازالوا يعتمدون على هذا المنظور في دراساتهم السوسيولوجية عن الصحة والمرض. وبهذا الصدد يرى إيريك كانيون (E. Gagnon) أن الصحة هي الاستقلالية (L'autonomie)، ثم يخلص إلى "أن تمتع الفرد بالصحة يعني امتلاكه لقدرته الكاملة على المشاركة في الحياة

أوضح تالكوت بارسونز نظرية "المرض كإنحراف" في كتابه المترجم إلى الفرنسية تحت عنوان:⁶
- *Eléments pour une sociologie de l'action*, Pris, Plon, 1955

لقد طور عالم الاجتماع الأمريكي تالكوت بارسونز نظرة علم الاجتماع الوظيفي إلى المرض⁷
(*The social system* كإنحراف، وذلك عند مناقشته لمفهوم دور المرض في كتابه النظام الاجتماعي)
المنشور سنة 1951. وللمزيد يمكن الرجوع إلى المرجعين التاليين:
أ- الوحيشي أحمد بيري و عبد السلام بشير الدويبي: "مقدمة في علم الاجتماع الطبي"، دار الجماهيرية للنشر، بنغازي، ليبيا، 1989 ص.65.

Milbank Memorial Fund Talcott Parsons: « The Sick Role and the Role of Physician Reconsiderd Quartely / *Health and Society* 1975 , Vol LIII , N° 3.

⁸ F. Aballéa. *Op. Cit.* p. 42

الاجتماعية، وعلى لعب أدواره فيها، أي القدرة على الاندماج⁹ ومن ثم يصبح بالامكان حسبه إعطاء التعريف الإيجابي التالي للصحة: "إن الصحة لم تعد وبالشكل السلبي المطلق هي انعدام المرض، وإنما هي القدرة على ممارسة أدوار"¹⁰. إن هذا التعريف الإيجابي للصحة يلتقي مع التعريف الإيجابي الذي اعتمده منظمة الصحة العالمية والذي أشرنا إليه من قبل. ولكن الصحة (أو المعافاة) لا يمكن أن تدرك إلا إذا تمكنا من تعريف وقياس نقيضها، أي حالة الاعتلال أو المرض، وهي حالة نسبية وتختلف من فرد لآخر ومن مرض لآخر: "فكل التحقيقات الميدانية التي يمكننا الاطلاع عليها على المستوى العالمي تظهر أن الأغلبية الساحقة من الأفراد المصابين بأمراض مزمنة يقومون بتقييم ذاتي لحالتهم مفاده أنهم يتمتعون بـ"صحة جيدة"، بل أحيانا بـ "صحة جيدة جدا"¹¹، ومن هذا المنظور فإن مفهوم "دور المريض" أو المرض كانحراف اجتماعي، لا يصدق دائما بالنسبة لجميع الأمراض، ولجميع الأفراد، وبالخصوص بالنسبة لحالة المرض المزمن، ذلك أن العديد من أبعاد الدور ليس لها من معنى بل قد تكون متناقضة مع أهدافها في حالة هذا النوع من المرض حيث الاعفاء المؤقت من الواجبات الاجتماعية لا يبرر حسب باسونز إلا لأن الغاية النهائية تكون بالنسبة للمريض هي العودة إلى حالة الصحة الأولى، وهذا غير ممكن بالنسبة للمرض المزمن.

وفي مقابل المنظور الوظيفي الذي دشن به بارسونز بداية الاهتمام السوسولوجي بالصحة والمرض سيظهر في الستينيات من القرن العشرين اتجاه آخر يمكن تسميته بالاتجاه التفاعلي (Intéractionniste) أو البنائي (Constructiviste) وهو الاتجاه الذي طوره بالخصوص إيليو فريدسون (E. Freidson)¹² الذي ينطلق -حسب كلودين هرزليش- من مقارنة تعتبر الطب منتجا لمقولتي الصحة والمرض باعتبارهما مقولتين اجتماعيتين. وبالنسبة لهذا المنظور فإنه لا ينبغي الخلط بين الواقع العضوي للمرض وبين واقعه الاجتماعي. إن الواقع العضوي هو المرض كما يتم بناؤه طرف الطب والأطباء، فالمعرفة الطبية لا تعمل سوى على تجلية وتوضيح حالة المرض باعتبارها حالة انحراف بيولوجي

⁹ E. Gagnon, « L'avènement médical du sujet », in: *Sciences sociales et santé*, Vol. 16, N° 1, Mars, 1998, p. 66.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ M. Drulhe, « comment mesurer la santé » in: *Revue française de sociologie*,

¹² E. Friedson, *Profession of médecine: a sociologie of applied knowledge*, New York, 1970.

وذلك بالمقارنة مع حالة سواء مفترض¹³. وهكذا فإن فريديسون سيعمد من خلال النظرية التفاعلية الرمزية، إلى بناء المرض من خلال تقاطع بعدين أساسيين يتمثلان في : وجود أو عدم وجود سيرورة مرضية من جهة، ومن جهة أخرى هل تم إدراك هذه السيرورة من طرف الفرد المعني أم لا. ومن ثم يمكننا القول بأن "هناك أربع حالات ممكنة: حالة الفرد المعاني (لا وجود لأي سيرورة مرضية). ثم حالة المريض المتجاهل (ليس هناك أي إدراك لمرض موجود بالفعل). وأخيرا هناك حالة المريض "الحقيقي" (الذي يرى نفسه مريضا ويُرى كذلك من طرف الآخرين)"¹⁴. إن هذا التصنيف (البنائي) الذي وضعه فريديسون يوضح إلى حد من الصعب الحديث عن المريض كحالة فريدة خالصة، كما يوضح أن الوصول إلى إدخال فرد ما في خانة المرضى أمر من الصعوبة بمكان، نظرا لتعدد حالات المرض ووضعيات المريض. وهكذا يرى فريديسون أن الأمر يتعلق في النهاية بوجود "مسالك مرضى" (Des carrières de malades)، ذلك أن كل التفاعلات بين الطبيب والمريض ينتظمها التنافر الحاصل على مستوى الأهداف، وبتعبير آخر فمهما كانت الوضعية العلاجية لكل واحد منهما فإن المريض لا يمكن أبدا أن يكون متعاوناً (Coopératif) لأن وجهة نظره تختلف جذريا عن وجهة نظر الطبيب. ومن ثم فإن كل ما يتفاوض المريض بشأنه في التفاعل العلاجي هو السعي للوصول إلى الاعتراف له بالحق في أن تكون له وجهة نظر مختلفة. ولهذا ينبغي اعتبار المريض فاعلا في مسلسل البناء المهني للمرض، وفي تقسيم العمل الطبي.

إن العمل الطبي من وجهة النظر التفاعلية يواجه صعوبات عدة لما يكون أمام الأمراض المزمنة مهما كان نوعها، وهنا لابد للباحث المهتم بهذا الموضوع من إدراك أنه إذا كانت الغاية النهائية لكل العمل الطبي هي الوصول إلى شفاء المرض، فإن الغاية الواقعية والعملية بالنسبة للأمراض المزمنة هي الوصول إلى ضبط المرض أو على الأقل الوعي بأعراضه ونتائجه المحتملة، وبهذا المعنى يتحدث "التفاعليون" عن مسألة تدير المرض، وهي مسألة مشتركة بين سائر الأمراض المزمنة، وإن كانت هناك بعض الاختلافات بحسب نوعية وحدة المرض، وهذا ما يبرر الحديث عن البناء الاجتماعي للأمراض، وهو بناء ليس معطى بل عبارة عن سيرورة يمكن تناولها على اعتبار أنها سلسلة متتالية من المفاوضات تتم داخل

¹³ C. Herzlich, *op. cit.*, p, 195.

¹⁴ M. Drulhe; *op. cit.*

العالم الطبي، ولذا ينبغي دائما السعي إلى فهم مكانة التفاعلات بين الأطباء والمرضى، والاهتمام بدورها الحاسم في إنجاز العمل الطبي.

إن المحاولات التي تطرقت للإشكالية النظرية المتعلقة بدراسة المرض المزمن قليلة جدا في الأدبيات السوسولوجية التي تمكنا من الوصول إليها. ولذلك لم نقف أثناء تنقيبنا البيبليوغرافي إلا على دراسة متميزة واحدة وهي عبارة عن مقالة مركزة تلخص الاتجاهات النظرية في الموضوع وتشير في نفس الوقت إلى نتائج بحث ميداني انصب على حالة الأمراض المزمنة، ويتعلق الأمر بمقالة للباحثة الفرنسية "إيزابيل بازانجيه" نشرت بالمجلة الفرنسية للسوسولوجيا سنة 1986.¹⁵

تنطلق صاحبة هذه الدراسة من تذكير أولي تشير فيه إلى أنه "بعد السيطرة على الأمراض المعدية والجرثومية فإن البلدان الصناعية تعرف اليوم تحولا في مشهدها الباتولوجي، ذلك أن أمراض القلب والشرابين، والسرطان، والسكري، والربو والكلية... أصبحت اليوم هي المشاكل الصحية الأكثر تأثيرا على الجماعة. إن الأمراض المزمنة تشكل من الآن فصاعدا الأمراض المهيمنة في مجتمعاتنا."¹⁶

إن هذه الأمراض تتميز بشيء أساسي هو كونها أكثر "اجتماعية" من الأمراض الحادة المختلفة وذلك لأن المعرفة الطبية المتاحة والشك الذي يصاحبها جعل منها أمراضا غير قابلة للشفاء النهائي ولذلك سميت بالمزمنة. وهذا التعبير الذي أصبح اليوم شائعا ومقبولا من طرف الجميع يستدعي حسب "بازانجيه" ضرورة الإشارة أولا إلى سمتين مشتركتين اثنتين، "أولا مسألة مدة المرض: ذلك أننا لما نتحدث عن الأمراض المزمنة (أو الطويلة الأمد) فإننا نتحدث بالأشهر والسنوات؛ وبالفعل فإن المرض سيطول نفس المدة التي ستمتدها حياة الشخص المريض. إن المرض لا يشكل طارئا يمكن أن ينجلي في يوم من الأيام بالرغم من قساوة هذا الطارئ بالنسبة للحياة الخاصة والاجتماعية للمرضى ومحيطهم. وثانيا وعلى المستوى الطبي فإن الأمراض المزمنة تطرح مسألة تدبير المرض، ذلك أنه عوض الخطاطة المعتادة: عرض - تشخيص - علاج - شفاء (موت) ينبغي اعتماد خطاطة مفتوحة دوما على عدم اليقين، أو بتعبير آخر أي عوض الشفاء الذي يشكل نهاية المطاف سيتم الشروع في مسلسل تدبير الزمانة اليومية"¹⁷

¹⁵ I. Baszanger; « Les maladies chroniques et leur ordre négocié »; *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 1986.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

إن مسألة التدبير اليومي للمرض لا تقتصر فقط على العمل الطبي فقط أو على تكييف العلاج بالنسبة للمريض، إنها تعني أن المرض يتحول نظرا لمدته إلى حدث اجتماعي بالنسبة لكل الفاعلين المباشرين وغير المباشرين: المرضى، المهنيون الطبيون، الأسرة، العمل. إن المرض المزمن يجعل عالم المرض أكثر اتساعا ولا يقتصر لا على عالم الأسرة ولا على عالم الطب فحسب. إنه عالم يمتد إلى كل نواحي الحياة الاجتماعية، ولمدة زمنية غير محدودة.

إن الأمر بالنسبة للأمراض المزمنة يتعلق بنمط مرضي حديث نسبيا لذلك فإن علاجه وطريقة التعامل أو التعايش معه يستدعيان القيام بتمرين علاجي واجتماعي، وهذا التمرين هو اليوم في طريقه إلى أن يصبح مقبولا ومحترما من طرف المرضى ومحيطهم. إن الأمر يتعلق بوضع اجتماعي جديد يجد المريض نفسه مضطرا للتأقلم معه، ولذلك فبعد فترة الشك والحيرة والإرتياب والخوف، ينتمي المريض إلى قبول ومعرفة وضعه الصحي والاجتماعي الجديد، وهذا ما يجعل علماء الاجتماع يتحدثون عن إعادة بناء للوضع الاجتماعي، وذلك بالخروج من تناقضات وشكوك الوضع الانتقالي الذي يلي اكتشاف المرض وطبيعته المزمنة. فكيف يبني المريض استراتيجيته الحياتية الجديدة؟ وكيف يخلق وينمي علاقاته الجديدة، وهل تظهر على السطح قيم ومعايير حياتية وأخلاقية جديدة عند المريض؟ إن إثارة وطرح مثل هذه الأسئلة يبرز ويوضح ضرورة البحث عن إطار نظري للتأمل والتفكير، وطبيعة الأسئلة والتساؤلات التي تطرح تبرر وجهة تبني المقاربة السوسيولوجية التي تعتمد الفهم والتأويل.

انطلاقا من المقاربة "الفهمية" تنطلق إيزابيل بازانجيه في اقتراح مدخل نظري ترى أنه الأنسب لتناول "المرض المزمن" سوسيولوجيا، وهذا المدخل يعتمد على نظرية سوسيولوجية مستوحاة من تيار "التفاعلية الرمزية" هي نظرية "النظام المتفاوض بشأنه" (Théorie de l'ordre négocié). إن هذه النظرية تنطلق من تعريف الأمراض المزمنة بكونها أمراضا تخلق عالما اجتماعيا خاصا بها يتفاوض أطرافه بشأن نظامه، أي أننا مع الأمراض المزمنة نجد أنفسنا أمام بناء تفاوضي للمرض، لأن المريتعلق بإعادة تعريف لتوزيع المهام بين الأطباء والمرضى، وبإعادة ترتيب للوضع الاجتماعي الجديد الذي يمكنه انتظام الأنماط السلوكية الجديدة.

إن وجهة النظر التفاعلية تحاول الوصول إلى إبراز ما تسميه "بازنجيه" بالبعد المفارق للأمراض المزمنة والذي يتجلى في كونها في نفس الآن وبطريقة متكررة قطيعة واستمرارا بالنسبة للفاعلية وفي العديد من مجالات الحياة الاجتماعية.

إلى جانب الاتجاهين الوظيفي والتفاعلي، ظهرت مقاربة جديدة للمرض والمريض، وهي المقاربة التأويلية التي اعتمدها كل من ك. هرزليش C. Herzlich، وج. بييري J. Pierret، و م. أوجي M. Augé¹⁸. وهذه المقاربة تهتم من جهة بالطريقة التي يعطي بها المريض ومحيطه الاجتماعي معنى أو تأويلا للمرض، ومن جهة أخرى كيف أن هذا المعنى أو التأويل يمكن أن يكون له تأثير على سلوك الأفراد. وبهذا الصدد تقول كلودين هيرزليش: "إن المرض يظل دائما حدثا مؤلما يستدعي تأويلا هو غير التأويل الفردي بالضرورة: بل تأويلا جماعيا مشتركا بين كل أعضاء نفس الجماعة في المجتمع، ولكنه تأويل يضع المسؤولية أيضا على المجتمع ويفصح عن نوع علاقتنا مع ما هو اجتماعي. إن البعد الاجتماعي للمرض، يكمن في - وهنا تلتقي السوسيوولوجيا مع الأنثروبولوجيا - كونه يشتغل كدال (signifiant) حامل لمعنى علاقتنا مع الاجتماعي"¹⁹. إن المرض يخضع لتأويل اجتماعي جماعي "ونظرا لكونه يستدعي التأويل فإن المرض يتحول إلى حامل معنى أي دال يتمثل مدلوله في علاقة الفرد بالنظام الاجتماعي، إن هذه الأسئلة وأجوبتها يمكن أن تظل ثانوية نسبيا بالنسبة للطبيب، ولكن ينبغي أن تكون لها الأهمية الأولى من طرف عالم الاجتماع."²⁰

وبغض النظر عن النقد الذي يوجهه هذا المنهج لبرسونز فإننا نلاحظ أنه يعتمد على الموروث الأنثروبولوجي وبالخصوص تأثير القيم الثقافية على الفهم والممارسة الذين يتبناهما الأفراد في مواجهة المرض.

إن هذه المحاولة التركيبية المختزلة لأهم الاتجاهات السوسيوولوجية التي تناولت موضوع تمثيل المرض والصحة، تساعدنا على إدراك أكثر وضوحا للإشكاليات والصعوبات التي يمكن أن تعترض الدارس في هذا المجال. ومن غير شك فإن تلك الصعوبات ستكون أكثر أهمية وإثارة لما يتعلق الأمر بدراسة ظاهرتي الصحة والمرض في المجتمعات المسماة "تقليدية". والدليل على ذلك هو تدفق المعاني التي يمكن أن يعطيها الأفراد لنفس المرض ويرجع ذلك

¹⁸ M. Augé, C. Herzlich, *Le sens du mal*, Paris, Ed. Des Archives contemporaines, 1991, Cf. Particulièrement dans cet ouvrage l'article de Janine Pierret : « les significations sociales de la santé ». pp.217-256.

¹⁹ C. Herzlich, *Op. Cit*; p.

²⁰ *Ibid*, p. 202

بالخصوص إلى كون الأفراد في هذه المجتمعات أكثر ارتباطا بالقيم الدينية والثقافية والطقوس والوصفات التي لا يبخل عليهم بها الطب الشعبي. ومع ذلك لا ينبغي علينا أن نسقط في الفخ الثقافي وذلك بوضعنا لكل التمثلات في قالب التقليد. فهل لابد بالنسبة لدارس تمثلات المرض من تبني إطار نظري مسبق: ثقافيا كان أو ماركسيا أو وظيفيا أو تأويليا أو تفاعليا؟

إن تنوع الاجتهاد النظري ينبع من تنوع وتعدد الظواهر الاجتماعية؛ ودراسة الواقع هي التي يمكن أن تقربنا من هذا المنظور أو ذاك. إن مناهج وتقنيات البحث يمكن أن تحدد قبلها، أما التفسير النظري فشيء بعدي.

المنظور الوظيفي في السوسيولوجيا الطبية

النموذج التوافقي للعلاقة بين الطبيب والمريض
درس طالكوت بارسونز مكانة الطبيب والمريض في المجتمع الأمريكي الحديث وذلك في كتابه "النظام الاجتماعي" الذي ألفه في 1951، بحيث وضع اللبنة الأولى للسوسيولوجيا الطبية. ويرجع له الفضل في بناء نموذج للعلاقة التي تربط الطبيب بالمريض عندما يتعلق الأمر بالأمراض الحادة. لقد حاول بارسونز فهم دور المريض وسلوكه اجتماعي من خلال طرح بعض التساؤلات: لماذا يوجد عدم الانسجام بين تجربة المرض وسلوك المريض؟ لماذا

سلوك بعض المرضى مختلف عن مرضى آخرون اتجاه نفس الأعراض ؟ لماذا يصح بعض الأشخاص بمرضهم وآخرين لا ؟ لماذا البعض يستشير الطبيب والبعض الآخر لا ؟

المريض:

ينطلق بارسونز من فكرة عامة وهي أن الصحة ضرورية لسير المجتمع وبما أن الفرد منتج اجتماعي من المفروض أن يكون معافى وذا صحة جيدة. فالمرض يحدث قطيعة مع حالة الإنتاج مما يفرض على المريض القيام بواجبات للرجوع للحياة العادية: "من المؤكد أن أي محاولة تعريف للصحة تتضمن الحاجيات الوظيفية للفرد كعضو من أعضاء المجتمع هذا من وجهة نظر السير العادي للنظام الاجتماعي فكلما كان مستوى العام للصحة في المجتمع متدني و مستوى الإصابة بالمرض مرتفع كلما كان لذلك أثر على سير وظائف المجتمع لأن المرض ومعيقاته تترك النجاح في النشاط الاجتماعي" (ص 289)

- المريض في حالة عجز وهو في حاجة للمساعدة وهو معفى من واجباته اليومية العادية. ولا يمكن للمريض القيام بعمله ولا بمسؤولياته اتجاه العائلة. هذه الحالة معترف بها طبيا مما يشكل نوعا من الميول العفوي لحالة المرض. و هذا يضع المريض في وضعية انحراف مؤقت عن النظام الاجتماعي. وهذا الانحراف البيولوجي يؤدي بدوره إلى انحراف اجتماعي ذو صبغة خاصة لا صلة له بالانحراف الاجتماعي مثل الإجرام لأن المريض غير مسؤول عن هذا الانحراف: "حسب التعريف المؤسساتي لدور المريض، المريض في حالة عجز وغير قادر على أداء واجباته وبالتالي فهو في حاجة للمساعدة ويمكن اعتباره منحرفا لكن هذا الانحراف مختلف عن حالات الانحراف الأخرى نظرا لأنه غير مسؤول عن حالته، ولا يمكنه معالجة نفسه بنفسه، مثلا إذا حصلت له حادثة وكسرت رجله لا يمكنه علاجها ..." (ص 296). ومستوى العجز والمعاناة وخطر الموت هي التي سيحدد سرعة التدخل لمعالجة المريض.

- يخاف المريض من وضعيته الحالية ومستقبله نظرا لعدم قدرته على علاج نفسه بنفسه: "بالتالي يضع المرض المريض وأهله في حالة نفسية معقدة وغير مستقرة وهي حالة ضغط رغم أن الإصابة بالمرض، أحيانا، هي غير فيزيولوجية، فالمعاناة، العجز، عدم القدرة على أداء الأدوار وخطورة الموت تشكل الاختلالات الأساسية التي تواجه

الإنسان المريض" (ص 298). أمام الإصابة بالمرض و الحالة النفسية الغير مستقرة عدة ردود الفعل ممكنة، فالناس العاديين مثلاً يستهينون بخطورة المرض ويفترضون "أن كل شيء سيرجع بسرعة إلى الحالة الطبيعية"، من ردود الفعل كذلك عدم الاعتراف بالإصابة بالمرض أو عدم "الخضوع" لها فالمرضى لا يعيرون أهمية كبرى لأعراض المرض وأخيراً بعض المرضى يجدون في العزلة والبكاء على حالهم ملاذاً لهم ويشمئز البعض الآخر من حالة المرض ويصابون باكتئاب. (ص 298). ينبغي، إذاً، على المريض أن يعترف بمرضه وليس باستطاعته القيام بأي شيء، وعليه إذن القبول بمساعدة الآخرين. كما يجب أن تكون للمريض الرغبة في العلاج وأن يقوم بكل شيء من أجل تحقيق هذا الهدف. كما عليه أن يتعاون مع الطبيب: عليه البحث على الشخص الكفء لعلاجيه وعليه التعاون معه من أجل الشفاء رغم أن العلاج يمكن أن تكون له مضاعفات في البداية.

الطبيب:

المهنة الطبية

يعتبر بارسونز أن التطور الطبيعي للمجتمع و لعالم الشغل هو الذي أدى إلى ظهور معايير تحتكم إليها المهنة الطبية. أهم خصائص مهنيي هذا القطاع:

- تكوين جيد و مهارة تقنية: يحاول الطبيب التخصص ميدان من ميادين الصحة. " إن دور الطبيب هو دور مرتبط بمستوى الكفاءة التقنية التي تتطلبها المهارة في العمل...والكفاءة التقنية العالية تعني تخصص أكثر في الأدوار المهنية. والجهد في الكفاءة التقنية للمتخصص في الصحة والمرض هو ما يبعد متخصصين في حقول أخرى للعمل في هذا القطاع. فالطبيب، بناء على دوره الحديث ليس هو الحكيم رغم وجود تقليد تاريخي في هذا الشأن بل إنسان متخصص متميز على زملائه في حدود تخصصه وتكوينه التقني وتجربته" (ص 292)

- توجيه الخدمة الطبية لعامة الناس بناء على المفهوم التطوعي.

- ضبط ذاتي للممارسة الطبية (الهيئة الطبية، قوانين وأخلاقيات المهنة).

انطلاقاً من هذه الخصوصيات فالطب هو "مهنة" لكن مهنة من نوع خاص. الطبيب يقوم بتعديل الانحراف الذي أنتجه المرض، فهو في خدمة عامة الناس ومع المصلحة

العامة. يجب أن يؤدي الخدمة الطبية بنفس التفاني اتجاه كافة الناس بدون تمييز: من هنا كونية المهنة الطبية.

- على الطبيب أن يكون موضوعيا وأن يتحلى "بالحياد العاطفي": "الحياد العاطفي هو أيضا من مكونات أدوار الطبيب كرجل علم يعتمد على التجربة، وينتظر من الطبيب أن يكون موضوعيا وأن يبرر عمله بمنطق علمي" (ص 293)
- عليه التخلي عن المصلحة المادية مقارنة بالمهن الأخرى وأولويته هي "صحة المريض" وليس المصلحة الفردية: "إن إيديولوجية المهنة تفرض على الطبيب أن يضع راحة وصحة المريض فوق كل مصالحه الشخصية ويعتبر المصلحة الذاتية هو الشريعب مقاومته" (ص 293)

حدود الممارسة الطبية

إذا لم نعر اهتماما بالمرضى، بعائلاتهم وبشعورهم، فكفاءة الطبيب ومهارته في الممارسة الطبية كافية للوصول إلى أهداف المريض. لكن يوجد في بعض الحالات انزلاقا شعوريا يؤثر سلبا على مجريات الممارسة الطبية. هذا بالإضافة إلى أن الممارسة الطبية تواجه بعض الحالات من المرض التي لا تجد حلا يذكر.

الممارسة الطبية هي إذن شيء معقد: العلاقة الحميمة للطبيب مع جسم المريض ومع مجريات حياته، يجب أن تبقى سرية لأن السر الطبي هو الذي يؤسس لثقة المريض اتجاه الطبيب.

العلاقة بين الطبيب والمريض

إذن حسب بارسونز على كل من الطبيب والمريض الالتزام بدوره حتى تنجح الاستشارة الطبية. هذا النموذج من العلاقة بين الطبيب والمريض غير متساوي. الطبيب نشيط ومسئول، له معرفة دقيقة بالمجال الطبي، يمكن أن يعطي حلا لمشاكل المريض، وله سلطة "التصريح" أن هذا إنسان مريض أو أنه غير مريض. على العكس من ذلك، المريض هو شخص مسالم وغير مسئول. لكن علاقة المريض بالطبيب هي علاقة توافقية: على المريض التعاون مع الطبيب والاعتراف بسلطته. لهم أدوار متكاملة وهدفهم واحد هو الشفاء.

اعتمد بارسونز في تحليله للعلاقة بين الطبيب والمريض على النظرية الوظيفية (وقد تأثر بالمنظور الدوركايمي) وخاصة مفهوم الدور الاجتماعي عوض مفهوم الانتماء الاجتماعي الذي كان سائدا في السوسيولوجيا الأوروبية. النظرية الوظيفية تنطلق من فكرة أساسية مفادها أن الأفراد يقومون بشغل أدوار محددة في مختلف المؤسسات التي ينتمون إليها وهذا يساعدهم على الاندماج الاجتماعي. أما المريض فهو منحرف اجتماعي في نظر بارسونز: "المرض يعزل الفرد، ليس للمريض القدرة على أداء واجباته ووظائفه العادية ولا يستجيب لمتطلبات المجتمع". إن دور المريض هو الخروج في أسرع وقت ممكن من حالة الانحراف والسبيل لذلك هو الامتثال لنصائح الطبيب وللعلاج الذي يقترحه. حسب بارسونز علاقة المريض بمرضه تشبه علاقته بقيم المجتمع

نقد نموذج بارسونز

درس بارسونز نموذجا واحدا من العلاقات بين الطبيب والمريض وهو نموذج الأمراض التعفننية مع ظهور المضاد الحيوي. لكن في عصرنا أصبحت الأمراض المزمنة أكثر انتشارا من الأمراض الحادة وأهداف العلاقة بين الطبيب والمريض، فيما يخص هذه الأمراض، لا تتمثل في الشفاء بل البحث عن نوع من التوازن والتعايش مع المرض. هذا ولا تشكل هذه الأخيرة (الأمراض المزمنة) انحرافا على النظام الاجتماعي بل تشغل مكانة في المجتمع. هذا النموذج من الأمراض يعتمد على التعاون بين الطبيب والمريض لكنه لا يعني، دائما، احترام المرضى للوصفة الطبية، بحيث أن 68 دراسة حول احترام الوصفة الطبية تظهر أن 35 إلى 57 في المائة من المرضى المزمنين لا يقومون بذلك. هذا بالإضافة إلى أن الانتماء الاجتماعي للمريض يؤثر على العلاج وعلى اعتراف المريض بمرضه.

رغم الانتقادات التي وجهت لبارسونز ظل عمله يستلهم باحثين كثيرين في سوسيولوجيا الصحة بل أيده البعض منهم وخاصة إيريك كانيون Eric Gagnon الذي اعتبر أن الصحة والمرض مرتبطان بالأدوار الاجتماعية. فالصحة مرتبطة باستقلالية الفرد، يقول: "صحة الفرد تعني أنه قادر على المشاركة الكاملة في الحياة الاجتماعية ولعب الأدوار فيها والاندماج الاجتماعي. بهذا المعنى تصبح الصحة ليست هي غياب المرض بقدر ما هي القدرة على لعب الأدوار الاجتماعية".

سوسيولوجيا الممارسة الطبية من منظور إيوط فرايدسون

تلخيص وترجمة ذ. محمد عبابو

مقدمة

من أهم المقاربات السوسيولوجية في ميدان الصحة والمرض، مقاربتى التفاعل الاجتماعي والبناء الاجتماعي اللتين اعتمد عليهما إيوط فرايدسون في دراسته للعلاقة بين الطبيب والمريض وفي تناوله لمسألة الضبط الاجتماعي للمهنة الطبية. ولقد شكلت دراساته نقلة نوعية في فهم الميكانزمات التي تتحكم في سير الممارسة الطبية وفي العلاقة بين الفاعلين داخل هذا الحقل. وهكذا استطاع أن يتخلص من الإرث الوظيفي الذي اختزل العلاقة بين الطبيب والمريض في أدوار محكمة يكون معها الطبيب صاحب سلطة مطلقة والمريض شخص مسالم. أوضح فرايدسون أن العلاقة القائمة بين الاثنين مرتبطة ارتباطا وثيقا بانتمائهما إلى أنساق ثقافية مختلفة، الأول ينتمي إلى نسق مرجعي علمي وكوني *systeme profane* والثاني ينتمي إلى نسق مرجعي عامي ومحلي *systeme référentiel et local* والصراع بين المرضى والأطباء ليس صراعا نابعا دائما من عدم احترام الأدوار المحددة لكل واحد منهما بقدر ما هو صراع بين الأنماط الثقافية العلاجية. وبما أن المريض هو زبون فإن له سلطة على الطبيب يستمدتها من انتمائه إلى النسق العلاجي المحلي. كما حاول فرايدسون فهم المعايير التي تقوم عليها الممارسة الطبية في ظل تزايد طلبات التطبيب وازدياد عبئها على ميزانية الدولة واستخلص غياب ضوابط واضحة تحتكم إليها المهنة الطبية.

وهذا المقال هو تلخيص لما جاء في نصين منفصلين (في إصدارين مختلفين لفرايدسون) الأول حول تأثير الزبون على الممارسة الطبية²¹، والثاني تناول دراسة الضوابط التي تقوم عليها الممارسة الطبية²² وارتأينا دراستهما في مقال واحد نظرا لتكاملهما.

تأثير الزبون على الممارسة الطبية²³

²¹ Eliot Freidson "Client control and medical practice" American Journal of Sociology, 1960, 65, p. 374-382, edit. by University of Chicago Press "

²² Doctoring Together : A Study of Professional Social Control, New York : Elsevier Scientific Publishing Co., 1976.

²³ هذا المقال هو تلخيص لمقال إيوط فرايدسون 1960 op. cit., Eliot Freidson

ينتهي الطب، في المنظور المحافظ، إلى بنية مؤسسية وتنظيمية والمرضى لا يشكلون إلا كتلة من الأفراد لا تأثير لهم على الممارسة الطبية أو على الأرجح تأثيرهم ضعيف. هذه خلاصة عدة دراسات سوسيولوجية خاصة منها دراسة بارسونز²⁴. تظهر هذه الدراسات أن الممارسة الطبية تركز من جهة على العلاقات القائمة بين الطبيب وزملاءه في العمل وعلى المؤسسات التي ينتمون إليها ومن جهة أخرى على العلاقات الموجودة بين المهنة الطبية نفسها والدولة. لكن فرايدسون سيوضح أن لا وجود لممارسة طبية بدون زبناء. وفي الغالب تكون أفكار الزبناء حول ما يريدون تحقيقه مختلفة عن أفكار المهنيين الذين تتم استشارتهم. كذلك الشأن بالنسبة للمريض-الزبون وعلاقته بمهنيي الصحة. فقد أوضح علماء الأنثروبولوجيا²⁵ بما لا يدع مجالاً للشك أن اختار الزبون مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بمعايير تختلف من ثقافة إلى أخرى بل تختلف حتى داخل نسق ثقافي متعدد²⁶. بعد أن يكون الزبون قد حدد اختياراته، فالاختلافات في المعايير والثقافات التي ينتمي إليها المريض والطبيب معا تكون لها أثر كبير على جودة علاقتهم²⁷. من البديهي أن تشكل الخصائص الثقافية للزبون-المريض نوعاً من الضغط على الممارس الطبي. من هنا تأتي ضرورة التساؤل عن الشروط التي تنتج هذا الضغط وعن أسباب استمراره. للإجابة عن هذا التساؤل يقترح فرايدسون نموذجاً تحليلياً أنثروبولوجياً أكثر منه سوسيولوجياً. يمكن اعتبار الممارسة الطبية كممارسة واقعية تتم داخل نظامين ثقافيين تجمعهما معايير، مواقف ودينامكية خاصة. للاعتراف بالممارسين كأعضاء من المهنة الطبية يمكن الاعتماد على طريقة تنظيمهم وثقافتهم وكذلك للاعتراف بأن الزبناء ينتمون إلى الساكنة المحلية نأخذ بعين الاعتبار تنظيمهم وثقافتهم.

بناء على هذا النموذج من التحليل يقترح فرايدسون وضع تصنيف وصفي للعلاقة بين مهنيي الطب والمرضى-الزبناء. يقول في هذا الشأن أن الممارس لمهنة ما يدعي دائماً أن له كفاءات وقدرات عالية لا يملكها الزبون ولا يعرف قيمتها. بهذا يبرر الممارس أهمية مرتبته الاجتماعية والتي يعتمد فيها على رأي زملاءه في المهنة وليس على رأي الزبناء²⁸. هذا الإدعاء هو علامة تبين مكانته كعضو من أعضاء الجماعة المهنية²⁹. رغم أنه عضو منها، يقبل

²⁴ انظر مقالات كل من

Parsons T. (1949), p. 185-199, Merton R. K. (1957), p. 73-79 ; Goode W. J. (1957)

²⁵ انظر Paul B. D. (ed) (1955) ; Fister G. M. (1958)

²⁶ انظر مقال Koos E. L. (1954) وملخص وبيبليوغرافيا في كتاب Simmons O. G. (1958)

²⁷ انظر Saunders L. W. (1954)

²⁸ انظر Hugues E. C. (1958), p. 78-87

²⁹ انظر Goode, op. cit.

بمعاييرها وتابع رسميا لمؤسساتها فهو يظل دائما كالأجنبي في أوساط الزبناء لأن جماعة انتمائه هي زملاءه وليس زبناءه.

رغم القاسم المشترك بين للطبيب وزملاءه في الهوية، في التكوين، في المعرفة المختصة وولاءه لهم أكثر من العامة فوجوده تابع للعامة أو للزبناء. بحيث لا سلطة له على الزبناء ولا يمكن أن يجبرهم على استعمال خدماته بل هو تحت رحمة الاختيار الحر للزبون. وبما أن الزبون لا قدرة له ولا كفاءة تأهله لمعرفة جودة الخدمات التي يقدمها الطبيب وهو مجبر على الاختيار فغالبا ما يكون حكم الزبون على ممارسة الطبيب تعتمد على معايير غير مهنية. بالتالي نكون أمام نسقين: نسق عامي و نسق مهني. دور الطبيب يتأرجح بين هذين النسقين، بين النسق العامي المحلي والنسق المهني "الخارجي". بنيويا الطبيب يجد الدعم من خارج المجتمع المحلي الذي يشتغل فيه، أي من زملاءه رغم أن زبنائه المحتملين يتشكلون من هذا المجتمع. النسق الثقافي للطبيب المهني هو التراث الواسع والكوني لمهنة الطب (الفوق محلي) وعلى العكس من ذلك فالنسق المعياري لزبناءه هو التراث الضيق للمجتمع المحلي أو للجيرة³⁰. وهكذا يمكن للثقافة الطبية العامية لمجتمع محلي (حسب المناطق) أن تقترب من الثقافة الطبية المهنية لكن لا يمكن أن تكون مطابقة لها³¹.

يتساءل فرايدسون كيف يدخل الطبيب في علاقة مع زبناء محتملين لأول وهلة ؟ ما الذي يدفع لاستشارة الطبيب ؟ من البديهي أن ذلك مرتبط، أولا، بحاجة المريض للمساعدة، واقتناع المريض بأن الطبيب هو الكفيل بتقديم له تلك المساعدة. لهذا عليه اختيار أفضل طبيب. هذا الاختيار هو نتيجة لسيرورة من التأثيرات والتفاعلات الخارجة عن المهنة والتي تمر عبر المجتمع وثقافة المحليين.

إن طلب المساعدة الخارجية بعد الإصابة بالمرض، في المجتمع المحلي³²، تبدأ بمحاولة تشخيص ذاتي وتجريبي وتنطلق من احتمال أن الأعراض مؤقتة وما على المريض إلا الانتظار ولما تستمر الأعراض أو تحتد يجرب المريض بعض الوصفات العلاجية المنزلية (كالراحة، أقراص ضد الحمى، تغيير الحمية الغذائية...) وكيفما كان الحل الذي يختاره المريض بمجرد اقتناعه أنه مريض فإنه يخبر أسرته. وبهذا يصبح تشخيص المرض جماعيا وقد ينصحه الأهل باستعمال أدوية جديدة أو اللجوء إلى الطبيب. في حال استمرار الأعراض يحاول

³⁰ انظر المصطلحات والصور التي استعملها (1956), p. 43-45, et (1955), p. 113-151 Robert Redfield

³¹ انظر (1953) Sauders L. Hewes G. H.

³² هذه الدراسة التي قام بها فرايدسون اعتمدت على مقابلات معمقة مع 71 مريضا لمجمع صحي في العاصمة نيويورك وطلب فرايدسون من المرضى خلال هذه المقابلات بتقديم تقرير كرونولوجي دقيق عن الأسباب التي دفعتهم إلى طلب المساعدة الطبية.

المريض الاستعانة بقدرات الأصدقاء، الجيران وزملاء العمل للقيام بتأويل أسباب للمرض. وقد يستمر المريض في منحاه هذا في نقاش الأعراض والعلاج المناسب بطلب نصيحة من شخص أصيب بنفس الأعراض وتعافى منها أو ممرضة لها معرفة جيدة بنوع هذه الأعراض ولها القدرة على علاجها أو صيدلي قدم وصفة طبية حققت شفاء تاما للمرض أو طبيبا له كفاءة عالية في علاج هذا المرض. فمسلسل البحث عن المساعدة يبدأ من العائلة وينتقل إلى أشخاص عاميين قريبين من العائلة ثم إلى أشخاص بعيدين شيء ما ثم إلى ما أكثر بعدا وتخصصا إلى أن نصل إلى المهنيين³³. هذه الشبكة من الأشخاص التي تمت استشارتها تنتمي إلى بنية الجماعة المحلية التي تفرض منهجية في البحث عن العلاج ولها عاداتها الثقافية، ويقترح فرايدسون تسميتها "النسق المرجعي العامي" " système référentiel profane". ويعتبر فرايدسون أن تتعدد الأنساق المرجعية العامة يعود إلى تعدد الجماعات المحلية ويمكن تصنيفها حسب متغيرين: درجة التقارب بين ثقافة الزبون وثقافة الطبيب وعدد الأفراد الذين تتم استشارتهم منذ ظهور الأعراض الأولى إلى استشارة الطبيب. سيقصر فرايدسون على تقديم نوعين من الأنساق المرجعية العامة: في النسق الأول يشترك الزبناء في ثقافة عامة محلية "غيبية" Abstraite بعيدة عن المرجعية الطبية المهنية وفي النسق الثاني ينتمي الزبناء إلى ثقافة تتضمن عدة عناصر قريبة من الثقافة الطبية وقلة من العناصر العامة المحلية. في النسق الأول يقاوم المريض اللجوء إلى الخدمات الطبية بما أنه يعتقد أن سلطة تشخيص المرض هي هبة من عند الله وبركة لدى الأولياء وسلطة الطبيب غير معترف بها وفي هذه الحالة يلجأ المريض إلى المعالج التقليدي ولا يتم استشارة الطبيب إلا في الحالات الخطيرة التي يفقد معها المريض الأمل في العلاج والنموذج الثاني عكس الأول بحيث أن الثقافة العامة تشبه إلى حد ما الثقافة الطبية المهنية والمريض يحاول في البداية تجريب العلاج الذاتي وقد يطول في بعض الأحيان هذا النوع من العلاج وينتقل المريض مباشرة إلى الطبيب.

يرى كود³⁴ Goode أن اختيار الزبون يشكل نوعا من الرقابة الاجتماعية وقد يكون السبب في نجاح مهنة أو تخصصا وفي فشلها فمفهوم النسق المرجعي العامي يشكل قاعدة جيدة ليس فقط لتحليل سلوك المريض بل لقياس وفهم إلى أي حد يشكل المريض، باعتباره

³³ للإطلاع على معطيات حول سيرورة البحث عن العلاج أو شبكة المعالجين انظر Evans-Pritchard E. E. (1937) ; Yarrow M. R., Schwarts C. G. ; Goffman E. (1959)...
³⁴ Goode, op. cit., p. 198

شخص عامي، رقابة على الممارسة الطبية. فاختيار المريض للطبيب قد يكون على أساس معايير قبلية، عرقية، دينية أو على معايير الجنس، السن... وليس على أساس خبرته وكفاءته العلمية... ويصبح ممكنا، انطلاقا من هذه المعايير، معرفة أسباب نجاح أو فشل طبيب في استقطاب المرضى. في البداية يحاول المريض تجريب الطبيب، وقرار احترام وصفة الطبيب والرجوع لاستشارته مرة أخرى مرتبط بتقييمه لهذه التجربة التي يناقشها مع الأهل والأصدقاء وعلى ضوء ذلك يتخذ القرار. خلاصة القول أن الممارسة الطبية مستقلة نسبيا وليست حرة نظرا للرقابة التي يفرضها المرضى.

إن الطبيب يستمد سلطته من المكانة الخاصة التي تعطي له الدولة والدعم الذي تقدمه الدولة للطبيب يتجلى في وضع حدود صارمة للمنافسة³⁵ ومحاربة المشعوذين وفي تحديد عدد المهنيين في قطاع الصحة. هذا يضمن نوعا من الاستقرار والاستقلال للطبيب. وهناك عامل آخر يساعد على دعم سلطة للطبيب هو النسق المرجعي المهني الذي يشكل شبكة من العلاقات بين زملاء العمل ومبني على أساس تنظيمات مراقبة من طرف أعضاء المهنة كالمستشفيات وكليات الطب التي تقدم تكوينا دقيقا وثقافة طبية مهنية.

كلما توغلنا في النسق المرجعي المهني كلما كان الطبيب مستقلا عن المجتمع المحلي للمرضى وكلما توغل المريض في هذا النسق كلما فقد سلطته وأصبح تحت رحمة الأطباء.

في البداية، عندما يشعر المريض أنه غير عادي يظن أن له الكفاءة في الحكم على حالته وتقدير هل هو مريض أم لا وتكون له الكفاءة في تحديد نوع المرض وتجريب العلاج الذاتي وفشل هذا العلاج سيقوده إلى النسق المرجعي العام وفشل هذا العلاج العام يقوده إلى الطبيب وبناء على هذه السلسلة من الإخفاقات تتركز السلطة العملية للطبيب... الطبيب هو آخر شخص يتم استشارته في النسق المرجعي العام وعندما يفشل الطبيب العام في علاج المرض يحيل المريض على طبيب آخر مختص والقرار لا يرجع للمريض ولا لعائلته. آنذاك يدخل المريض إلى النسق المرجعي المهني وتسحب منه سلطة رقابة الممارسة الطبية لتصبح في حضانة الطبيب كما أن الاستفادة من الخدمات الطبية لا تعتمد على تصورات المريض.

إذا احتفظ الطبيب العام (الذي سيشكل آخر حلقة في النسق المرجعي العام) بالمريض ولم يحيله على طبيب آخر فإن عمله لن يخضع لتقييم زملاءه بل لتقييم المريض عند لقاء أهله وأصدقائه وعلى العكس تماما عندما يحيل الطبيب المريض على طبيب آخر تخضع

³⁵ هناك كتابات تاريخية عن المنافسة بين الأطباء، انظر (1954) Kristeller P. O. et (1934) Mackinney L. C.

ممارسته لتقييم من طرف هذا الطبيب. كذلك الشأن عندما ينتقل المريض من الأخصائي إلى طبيبه العام، يقوم هذا الأخير بتقييم عمل الأول. إذا استقبل الطبيب وخاصة الأخصائي المرضى الذين أرسلوا من طرف أطباء آخرين يكون عمله دائما خاضعا لتقييم ومراقبة الزملاء أما الطبيب الذي يستقطب زبناه مباشرة ولا يحيلهم على أطباء آخرين فيخضع لتقييم ومراقبة مرضاه.

هكذا يتضح أن الممارسة الطبية تخضع لتأثير النسق الثقافي العامي وقد يكون هناك نوع من الغلو في التحدث عن ممارسة طبية محكمة ودقيقة قائمة فقط على أسس علمية كما كان يحلو لبارسونز وصفها.

العلاقة بين الأطباء كشكل تنظيمي للممارسة الطبية³⁶

يقول إليوط فرايدسون أن قطاع الصحة يعاني، اليوم، من أزمة عالمية، هذه الأزمة ليست ناتجة عن فشل في النظام التقليدي القائم أو في محاولة تطويره بل ناتج عن الطلبات الجديدة للتطبيب ولل علاج من قبل جمهور كبير بالمقارنة مع الماضي، ولم تعد الأنظمة الصحية قادرة على الإجابة عن هذه الطلبات، ويمكن القول أن جانبا من هذه الأزمة له صلة بالعامل المادي، بحيث أن الموارد المالية غير كافية لتمويل الطلبات الصحية الجديدة، ولا يمكن للنظام التقليدي ضمان تدير صحي مريح للجميع ومن بين التصورات الخاصة لتدير الصحة يمكن تمييز ثلاثة استراتيجيات: الأولى لا تعطي أهمية كبرى للخدمات الطبية بل لجمعيات المرضى لتحسيسهم وتوعيتهم للاعتناء بصحتهم وتحمل وتدير مرضهم، والإستراتيجية الثانية تريد تقليص الخدمات الطبية العالية التكلفة وتوسيع الاهتمام بالممارسة الطبية العادية، بالطبيب البديل وتقريب الخدمات الطبية لمستهلكي قطاع الصحة وتلك هي بعض ملامح إستراتيجية الصين في قطاع الصحة. أما الإستراتيجية الثالثة فتقوم على اعتبار الأطباء هم العمود الفقري للخدمات الطبية لكن بإعادة تنظيم الممارسة الطبية حتى تصبح أقل تكلفة ومتوفرة للجميع وذات مصداقية (في الولايات المتحدة وأوربا الغربية).

³⁶ هذه نصوص مترجمة من كتاب إليوط فرايدسون الإطباء معا : دراسة في المراقبة الاجتماعية للمهنة Doctoring Together : A Study of Professional Social Control, New York : Elsevier Scientific Publishing Co., 1976.

تقوم فرضية فرايدسون على الاختيار الثالث الذي يقتضي إعادة تنظيم الخدمات الطبية. و يبرر رفضه للخيارات الأخرى على الشكل التالي: من المؤكد أن الزيادة من عدد المستهلكين الذين يقومون بالتدبير الذاتي لصحتهم هو شيء ممكن بل مستحب لكن التدبير الذاتي في العلاج وفي تأويل أعراض المرض غير ممكن رغم أن المريض له اطلاع كبير على المعلومات والتقنيات اللازمة لذلك نظرا لأن الفرد يهتم أكثر بعمله وبالتسلية في أوقات الفراغ ولن يضحى بهذا الوقت الانشغال بالتدبير الذاتي للصحة، لا بد إذن من اللجوء إلى الأطباء. الزيادة من الأطر الشبه طبية هي كذلك شيء مستحب لكنها تتطلب تأطيرا من الدولة وتكويننا من طرف الأطباء أنفسهم. ورغم ذلك لن تعوض الأطر الطبية.

المشكل الأساسي هو كيف يمكن أن ننظم الخدمات الطبية لتكون قادرة على تحقيق الاكتفاء الذاتي لعلاج الجميع، بمصاريف معقولة، وتحترم المعايير التقنية والاجتماعية في آن واحد. المعايير الاجتماعية مهمة أيضا في إعادة تنظيم الخدمات الصحية حتى لا نسقط في مفهوم الصحة كقطاع تابع للسوق. من الضروري أن نتساءل ما هي الكيفية الناجعة لتنظيم الخدمات الطبية لتصبح متوفرة للجميع بدون أن يكون لها أثر سلبي على الاقتصاد وأن تحقق في آن واحد جودة معقولة من الناحية التقنية والاجتماعية ؟ كباحث سوسيولوجي، يعتبر فرايدسون، أن هذا مشكل يتعلق بالضبط الاجتماعي.

حاولت دول أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية أن تنمي خدمات صحية أقل تكلفة عن طريق الزيادة في أعداد العاملين الشبه المهنيين لتعويض الأطباء في بعض الأعمال الروتينية. لكن هذه البلدان لم تتخلى عن ثقتهما في الأطباء في تدبير قسط كبير من المهام الطبية وفي تأطير العاملين الشبه مهنيين. حاولت هذه الدول أن تضع عدة مشاريع وأن تبني منظومة بيروقراطية تفرض رقابة أفضل على الممارسة الطبية وقامت بإجراءات من أجل الرفع من كمية وطبيعة الخدمات الطبية. ووضعت عقوبات على شكل التهديد بعدم صرف الأجور. كل هذه الجهود اتخذت بدون معرفة سوسيولوجية عن سلوك الأطباء وممارساتهم من بلد إلى آخر.

كما يضيف فرايدسون أننا لا نعرف شيئا عن كيفية تنظيم المؤسسات الطبية ورغم وجود أبحاث ميدانية حول الأطباء، تظل المعلومات حول الممارسة الطبية وحول علاقة الأطباء مع بعضهم البعض شحيحة. تنطلق عدة أنظمة للمراقبة من فكرة أساسية هي أن سلوك الممارسين مرتبط بالمراقبة النفسية الذاتية للفرد التي تنمو لديه من خلال التدريب الذي

يقوم به في العمل ومن خلال عملية المراقبة الاجتماعية المهنية. هاذين النوعين من المراقبة تابعان بدورهما لمراقبة النظام الإداري. لهذا فالعمل الطبي ينبغي أن يتبع نظام المراقبة الذي وضعته الإدارة. لكن هذا اعتقاد خاطئ في نظر فرايدسون لأن المراقبة الإدارية لا تستطيع قياس مستوى التحفيز لدى الممارسين الطبيين ومدى نجاح الممارسة الطبية في كل مستويات العمل الطبي اليومي. انطلاقاً من هذه الفرضية قام فرايدسون بدراسة ميدانية في مصحة أمريكية خاصة. أول ملاحظاته الميدانية هي وجود نماذج مختلفة من سلوك الأطباء اتجاه العمل ولا وجود لضغط أو إكراه جماعي من أجل اعتماد سلوك نموذجي كما كان يقول بارسونز أو كما ترغب في ذلك المهنة نفسها. لا يعير بعض الأطباء أهمية للخدمات المقدمة للمريض نظراً لكون أجرهم مرتبط بنوع عملهم، ويتبع أطباء آخرون المعايير البيروقراطية بحيث يعملون حسب العقد الذي وقعوه مع الإدارة ولا يحسنون العمل لأن الإدارة أو مرضاهم هم الذين يراقبونهم وليس هناك مراقبة مهنية. من خلال هذه الدراسة التي شملت 55 طبيب يلاحظ كذلك أن المعايير السائدة لنظام المراقبة الاجتماعية "تناضل" ضد تعزيز الخدمات الطبية بطريقة نموذجية. يعتمد هذا النظام من المراقبة على وضع شروط الحد الأدنى ليكون العمل مقبولاً بناء على الإيمان بالطبيعة الذاتية للعمل الطبي والتي تعتمد على تصورات، ومعايير ومرجعيات فردية، وعلى دعم زملاء العمل. هذا ما يحد من التقييم النقدي للزملاء ويفشل أي رأي نقدي لأن ما يهم هو البرتكول الطبي. عند دراسة فرايدسون للحدود المقبولة للمعايير التقنية المعمول بها وعلاقتها بالخطأ الطبي سيجد أن البرتكول الطبي هو السائد بحيث أن فكرة الخطأ أصبحت عادية ونسبية في عدة حالات إلى حد أن الطبيب الذي يقوم بخطأ طبي لا يتعرض للنقد ولا يحاسب من طرف زملاءه وكذلك الشأن بالنسبة للطبيب الذي لا يحترم مكانته كطبيب Etiquette، وتشكل الصورة الرمزية للطبيب بدورها حاجزاً أمام النقد والمحاسبة. كما أن الطبيب يعتبر حراً في تقييمه للحالات ولا يتعرض لمراقبة تذكر ما دام سلوكه الغير سليم لا يشكل إزعاجاً لزملائه أو يتسبب في ضجة كبيرة.

يعتمد الأطباء على تجربتهم الفردية الواقعية كسلطة عليا في تقييمهم وتعتبر مقارنة تجربة الطبيب مع تجارب أطباء آخرين أول معيار لتقييم "سليم". قد تؤدي مواجهة الممارسة الخاطئة للطبيب إلى عدم الشعور بالاستقرار والراحة في العمل. إن ميكانزمات المراقبة المقبولة والتي يمكن أن تطبق بسهولة هي الابتعاد أو مقاطعة الطبيب الذي قام بالخطأ.

لكن هذا الشيء غير ممكن في العمل الجماعي (مثلا في المستشفى). إجمالاً يمكن القول أن نظام المراقبة الذي كان سائداً غير ملائم خاصة ولا يساهم في تحفيز العمل الطبي ولا يسهل عقوبات على الأطباء اللذين لا يلتزمون بالعمل الطبي النموذجي.

الحل لمشكل المراقبة الاجتماعية للطبيب غير ممكن على الرغم من وضع نظام جديد لتنظيم لقطاع الصحة والذي أصبح فيه الدولة متدخلا أساسيا في محاسبة الأطباء لأن حرية الفرد تتناقض مع هذا النظام، والمشكل، حسب فرايدسون، هو غياب معايير واضحة وحدود للممارسة الطبية، وحتى المعايير التقليدية التي كان يعتمد عليها سابقا لم تنجح إلا بفضل نوع من التساهل وعدم المحاسبة laissez faire. لقد أصبحت، اليوم، هذه المعايير التقليدية متجاوزة نظرا للمعايير الجديدة التي تبنى على أساسها المسؤولية الاجتماعية للطبيب وطبيعة العمل الطبي وما هو مطلوب، مع ظهور تنظيم بيروقراطي جديد، هو وضع معايير جديدة للممارسة الطبية.

المراجع

- Carr-Saunders A. M., Wilson P. A., *The professions*, Oxford, Clarendon Press, 1933.
- Evans-Pritchard E. E., *Witchcraft, oracles and magic among Azande*, Oxford, Clarendon Press, 1937.
- Freidson E., Specialities without roots: the utilization of new services, *Human Organization*, 1959, 18, 112-116.
- Freidson E., "Client control and medical practice" *American Journal of Sociology*, 1960, 65, , edit. by University of Chicago Press " p. 374-382.
- Freidson E. "Relations Between physicians in an organized form of practice" In Freidson E. *Doctoring Together : A study of Professional Social Control*, New York : Elsevier Scientific Publishing Co., 1976.
- Goffman E., The moral career of mental patient, *Psychiatry*, 1959, 22, 123-142.
- Goode W. J., Community within a community : the professions, *American Sociology Review*, 1957, 22, 194-200.

Hugues E. L. License and mandate, In: Hugues E. L. (ed), *Men and Their Work*, Glencoe, Ill, The Free Press, 1958.

Koss E. L., *The health of Regionnville*, New York, Columbia University Press, 1954.

Kristeller P. O., The school of Salerno, *Bulletin of History of Medicine*, 1945, 17, 143-144.

Merton R. K., Some preliminaries to sociology of medical education, In: Merton R. K., Reader G. G., Kendal P. L., (eds), *The student-physician*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1957.

Parsons T., The profession and social structure, In: Parsons T. *Essays in Sociological Theory Pure and Applied*. Glencoe, Ill, The Free Press, 1949.

Parsons T., *The Social System*, Glencoe, Ill, The Free Press, 1954.

Paul B. D. (ed), *Health, culture and community*, New York, Russel Sage Foundation, 1955.

Redfield R., *A community within communities, The Little Community*, Chicago, University of Chicago Press, 1955.

Redfield R., *Peasant society and culture*, Chicago, University of Chicago Press, 1956.

Saunders L. Hewes G. H. Folk Medicine and Medical practice, *Journal of Medical Education*, 1953, 28, 43-46.

Yarrow M. R., Schwartz C. G., Murphy H. S., Deasy L. C., The psychological meaning of mental illness in the family, *Journal of social Issues*, 1955, II, 12-24.

أنسيلم ستراوس

نظرية التفاوض

انطلق هذا العالم من سؤال سوسيولوجي محوري : كيف يستمر نوع من النظام داخل المؤسسات رغم التحولات الخارجية والداخلية التي تعرفها هذه الأخيرة ؟ اعتمدت دراسة التنظيمات الرسمية على الدور الكبير للقوانين والقواعد والتراتبية في استقرار ونظام المؤسسات ولم تهتم بالمتغيرات التي تحدث داخلها. تأثر ستراوس بقولة ماركريت ميد التي تساءلت هي الأخرى : كيف يمكن أن نغير بطريقة منتظمة بالمحافظة على النظام ؟ انطلق ستراوس من فكرة أساسية وهي أن النظام هو شيء يتطلب عمل مشترك بين أعضاء كل مجتمع. لأن أي اتفاقيات أو تفاهات حصلت - وهي أساس كل نظام- لا تستمر إلى الأبد نظرا للطابع المؤقت لأي اتفاق. وكلما هو مؤقت يتطلب المراجعة، التجديد أو التخلي عنه نهائيا في بعض الأحيان.

من هنا يوضح ستراوس أهمية التفاوض والأسس الذي تقوم عليه هذه العملية. ولقد اهتم هذا الأخير، في بداية بحثه، بالمسار المهني للعاملين في مستشفى الأمراض العقلية، بأيدولوجية تطيب الأمراض العقلية وأخيرا درس كيفية ولوج المرضى للمستشفى والطرق التي يستعملونها لفرض وجودهم في هذا المكان. قد ينظر للمستشفى كمكان مهني بحث يوجد داخله عدد كبير من الأطباء النفسيين، ممرضات، علماء النفس، والمساعداات الاجتماعيات. تلقت كل فئة من المهنيين تكوينا خاصا ومختلفا عن الفئات الأخرى. في المنظور التقليدي، كل فئة تشغل مهمة خاصة في التقسيم العام للعمل داخل المستشفى ولها مرتبة اجتماعية ومهنية خاصة. لكن يجب رؤية هذه الأشياء بنوع من النسبية لأن داخل كل فئة هناك اختلافات فمثلا بالنسبة للأطباء النفسيين هناك من هو في بداية مشواره المهني، هناك من وصل إلى مرحلة التخصص. هذا يعني أن مهنيون نفس الفئة يمكن أن يكون لهم تكوين مختلف ومرتبة نظرية وأيدولوجية مختلفة في تأويل المرض وفي العلاج. هذا زيادة على أن بعض الأطباء النفسيين يعملون في المستشفى مدة معينة وبعد ذلك يتجهون للقطاع الخاص (العيادة) وآخرون يعملون طول حياتهم في المستشفى.

أما فيما يخص تقسيم العمل بين المهنيين يلاحظ ستراوس عدم وجود عمل مشترك بين كل المنتمين لفئة معينة وكل المنتمين لفئة أخرى. مثلا فخدمات المساعدة الاجتماعية لا يستعملها بعض الأطباء النفسيين. كذلك فبعض الأطباء النفسيون وحدهم ينجحون في إدخال مرضاهم لبض الأقسام هذا يعني أنهم لا يعملون إلا مع بعض الممرضات. بالإضافة إلى ذلك فالفئات المهنية -بمختلف مراتبها ومهامها المهنية- تعطي آراء مختلفة حول التقسيم العادل للعمل داخل المؤسسة بل داخل كل فئة توجد آراء مختلفة حول هذا التقسيم.

إن القواعد والقوانين التي تحكم كل الأنشطة المهنية أثناء مزاوله مهامها ليست واضحة. مما يتطلب تفاوض مستمر بين الفاعلين، فبعض القواعد التي كانت سائدة في المستشفى يتم التخلي عنها وقد تعمد الإدارة للتذكير بها مرات متعددة لأن الفرق لا تعمل بها أو تناستها. حسب الملاحظات الميدانية لستراوس نفس القواعد التي تفق عليها جماعيا في قسم من أقسام المستشفى تحترم لمدة قصيرة ثم تسقط في النسيان حتى تحصل أزمة جديدة ليعاود الفريق مناقشة هذه القواعد وتغييرها.

يعتمد أعضاء المؤسسات الإستشفائية على بعض القوانين والقواعد للحصول على ما يريدون مثلا الممرضات تتظاهرن في كثير من الأحيان كمدافعات عن المستشفى لمواجهة بعض متطلبات أو انتقادات الأطباء، وتستعملن في ذلك "قوانين المستشفى". في مستشفيات أخرى الأطباء واعون بما تهدف إليه فئة الممرضات ولهذا يتهمانهم بالدفاع عن مصالحهم الخاصة على حساب مصالح المرضى.

إن كل الفئات بدون استثناء لها القدرة والمهارة على تعليق العمل بقوانين معينة إذا كانت لا تتماشى مع مصالحها. إن تمديد القوانين ما هو إلا متغير من هذا التكتيك يهدف إلى ما يمكن أن نسميه "الرغبة في أن تنجز الأشياء بطريقة مناسبة ومطابقة لما يجب أن تكون عليه" في المستشفى. هذا يعني أن هناك توافقا ضمنيا بين الفئات حتى تمر الأشياء على هذا الشكل.

حتى في قمة الهرم الإداري يأخذ موقف سلس ومتسامح مع تمديد القوانين والقواعد ومع عدم الصرامة في احترامها. في حوار مع مدير المستشفى يقول هذا الأخير أن بعض الأعضاء الدائمين يريدون أن تكون القوانين الداخلية موثقة لكنه رفض ذلك. يرتكز منظور الإدارة

على الاعتقاد في أن علاج المرضى يتطلب أقل ما يمكن من القوانين الصارمة وأكثر ما يمكن من الإبداع والارتجال.

إن تعدد الأهداف، والنظريات العلاجية و المستويات المتفاوتة في العمل الفردي تجعل أن مجموعة من القوانين الصارمة لن يكون لها إلا أثر سلبي على مردودية المستشفى. يجب أن يواجه المستشفى واقع التفاوض الذي يحصل بين الفرق الطبي والمرضى وأسرههم، فتعدد وصرامة القوانين تشكل عائقا لها مش تفاوض الفاعلين الطبيين.

إن التفاوض وتقسيم العمل يصبحان أكثر تعقيدا عندما نستوعب أن كل العاملين في المستشفى يتفقون على هدف واحد فقط. هدف شيء ما غامض. ما هو هذا الهدف ؟ الهدف هو تحسين صحة المريض. هذا هو المحفز الرمزي والقاعدة الأساسية للتنظيم أأستشفائي. وهو الشيء الذي يتقاسمه كل الفاعلين الطبيين في المستشفى.

يبدأ المشكل حينما يكون هؤلاء أمام حالة خاصة (لمريض) ويحاولون علاجه. فقلة القواعد لا تأخذ بعين الاعتبار هذه الحالات مما يشكل بؤرة نزاع بين الفاعلين الطبيين و سيحصل مسلسل معقد من التفاوض، والأخذ والرد. إن الاختلاف في الآراء بين الفاعلين والذي يحتم التفاوض لا يحصل صدفة بل يأخذ أشكالا معينة.

فقد يختلف الفاعلين عن أفضل مكان لعلاج المريض في المستشفى: هل قسم الإنعاش، المستعجلات، بيت المخصص للمريض. هذا الاختلاف نابع في غالب الأحيان من الاختلاف حول تحسن صحة المريض أو عدم تحسنها وماذا نعي بأن "المريض يوجد على أفضل حال ؟" هذه المسألة هي موضع نزاع بين الأطباء والفاعلين الآخرين. فالمساعدات في العلاج aides-soignantes لهم منظور عامي آراءهن تختلف تماما عن الطبيب وفي مجملها هذه الآراء تختلف عن آراء الممرضات. لكن يمكن القول أن المساعدات في العلاج والممرضات يعتبرن أن المريض هو على أفضل حال انطلاقا من أعراض مرتبطة بسلوكه اليومي في حين الأطباء النفسيين يربطون هذه الأعراض بمستويات عميقة في شخصية المريض. لهذا يكون الأطباء مضطرين للدفاع عن موقفهم وإرجاع الأمور إلى نصابها أو يكتفون بالسكوت.

إن نوع العلاج الذي يختاره الطبيب مرتبط بإيديولوجيته في التطبيب النفسي. فطبيب ذا تكوين أو تخصص في طب الأعصاب يختلف مشروع العلاج الذي يقترحه عن الطبيب الذي تلقى تكويننا بالأساس سيكولوجي. الأول يعطي وصفة علاجية تكثر من الأدوية وتعتمد على Electrochocs ويقضي وقت قصير مع المريض. قد ترفض الممرضات هذا النوع من العلاج

ولهن إمكانيات كبيرة لإفشال العلاج في لكن في أغلب الأحيان تفضلن التفاوض لأن أهدافهن قد تختلف عن أهداف الأطباء. والأطباء مجبرون على التفاوض مع الممرضات حتى تتعاون معهم رغم أن لهم قدرة كبيرة على تطبيق أوامرهم. إذن فتحقيق أهداف كل منهم تتطلب تعاون الآخرين وذلك يتم عن طريق التفاوض.

من جهة أخرى وجود المساعدات الطبيات ساعات طويلة قرب المرضى يجعلهن في موقع أفضل لمراقبة سلوكهم: يدخلون في حوار مع المرضى ويحصلون على بعض الأسرار حول مرضهم وحول رأيهم في العلاج لهذا يعتقدن أن لهن معرفة أفضل للمرضى من الأطباء والممرضات. أما الأطباء لا يقومون فقط بأخطاء اتجاه مرضاهم بل هم مجبرين على استشارة الممرضات والمساعدات في العلاج لمعرفة أشياء عن المرضى.

في واقع الأمر المساعدات الطبيات تعترفن بعجزهن في تدبير العلاج بالصددمات الكهربائية Electrochocs لكنهن لا تستطعن تحديد الاختلاف الذي يوجد بوضوح بين ما يقوم به الطبيب مع المريض حينما يتحدث معه وعمل التطبيب النفسي. حتى المساعدات الطبيات التي تعملن بقرب الطبيب لا تفصلن بين الكلام والتطبيب النفسي. المساعدات الطبيات تعتقدن أن الكل يمكن أن يشارك في علاج المرضى بمعاملتهم الحسنة. أغلبن تعترفن أن بعض المرضى يتكلمون مع الأطباء أكثر لكن في بعض الحالات العكس أي يتكلمن أكثر مع المساعدات الطبيات. بمشاركتهن في بعض الأحيان في الاجتماعات، يستمعن لحديث الأطباء حول مشاكل المرضى، ينظرن للمرضى من زاوية غير نفسانية وتكون استراتيجياتهن الخاصة نحوهم.

المرضى والنظام المتفاوض عليه:

يشارك المرضى في مسلسل التفاوض (الزبناء ينتمون كذلك للتنظيم القائم أي المستشفى). يتفاوض المرضى كأناس عاميين، يتفاوضون مع الممرضات، مع الأطباء للحصول على امتيازات، منها مثلاً إمكانية التحرك بحرية داخل المستشفى، وفي بعض الأحيان يحاولون التأثير على نوع العلاج وعلى طريقة استعماله خاصة كمية الدواء ونقلهم إلى أقسام خاصة وكذلك مدة إقامتهم في المستشفى. يشاركون في النظام القائم في القسم الذي يوجدون به

ولهم رأيهم حول النظام بل يعملون على الحفاظ على النظام في حال وجود مريض عنيف. تتفاوض الممرضات كذلك مع المرضى للوصول على تفاهات جماعية. يتفاوض المرضى كذلك للحصول على معلومات هامة لكي يفهموا أفضل مرضهم. ما معنى التفاوض ؟

1- إن النظام الاجتماعي هو نظام متفاوض عليه. ولا يمكن وجود تنظيمات استشفائية بدون تفاوض.

2- توجد مفاوضات خاصة مرتبطة بظروف بنيوية خاصة: من يتفاوض مع من ؟ في أي وقت ؟ حول أي موضوع ؟ المفاوضات تركز على بعض القواعد ولا تتم صدفة. ما هي خصوصية وتأثير هذا التفاوض على الأفراد والتنظيمات ؟

3- نتائج كل مفاوضات محدودة زمنيا وليست نهائية (عقود، تفاهات، اتفاقيات،...) يتم مراجعتها، تقييمها، تجديدها كلما استدعت الضرورة لذلك.

4- يستمر العمل بالنظام المتفاوض عليه بطريقة مستمرة وقواعد التفاوض يعاد فيها النظر باستمرار، قد يتم الانتهاء من تفاوض في قضايا معينة وتبدأ مفاوضات جديدة حول مواضيع جديدة.

5- النظام المتفاوض عليه ليوم واحد قد يعتبر مجموع القواعد والسياسات التي سيعتمد عليها تنظيم معين. وهذا قد يشمل أيضا الاتفاقيات، التفاهات، عقود وكل الترتيبات التي توجد في العمل.

6- يؤثر كل عامل جديد على المفاوضات: انضمام عنصر جديد، حدث جديد، عدم احترام اتفاق سابق. هذا يعني أن التفاوض مسلسل لا ينتهي.

7- يتم إعادة النظر في العلاقة المعقدة التي توجد بين مسلسل التفاوض اليومي ومسلسل التقييم المستمر مؤقت لما اتفق عليه. فمسلسل الأول يساعد على استمرار العمل اليومي لكنه يؤثر على القواعد الرسمية للتنظيم وعلى السياسات، ويساعد المسلسل الثاني على وضع حدود للتفاوض وبعض اتجاهاته.

8- في أي دراسة للعلاقة المعقدة بين العناصر المستقرة نسبيا للتنظيم واتفاقات العمل الغير واضحة، يجب الانطلاق دائما من العناصر المستقرة التي تكشف لنا العناصر الغير واضحة والغير مستقرة. لكن الأهم هو الجواب على السؤال الثاني "كيف تأثر

المفاوضات و تقييمها على بعضها البعض وتأثير كل منهما على القواعد،
السياسات وعلى العناصر "الأكثر استقرارا" للنظام الاجتماعي.

براديكوم التفاوض

يقول أنسلم استراوس أن نظرية التفاوض تستلزم وصفا للتفاعلات المرتبطة بالمفاوضات،
أنواع الفاعلين، استراتيجياتهم، انعكاسات التفاوض على الفاعلين،...بعد ذلك يجب تحديد
الوسط البنيوي الذي تتم فيه المفاوضات. فمثلا الوسط البنيوي لمستشفى الأمراض
العقلية الذي تتم فيه المفاوضات يتميز بخصائص نظام العلاج الأمريكي وله تخصصات
مهنية، وأقسام العمل خاصة...وهنا لا بد من الفصل بين الوسط البنيوي و الوسط الذي
يتم فيه التفاوض. فهذا الأخير يحيل على الخاصيات البنيوية التي تتدخل مباشرة كعناصر
في صيرورة التفاوض نفسه. و يمكن ذكر عدة أنواع خاصة للأوساط الذي يتم فيه
التفاوض والتفاعلات التي تتم بين المتدخلين فيه. و هناك كذلك عدة عوامل تؤثر على
التفاوض:

- عدد المفاوضون، تجربتهم ومن يمثلون.
- سير المفاوضات في مرة واحدة، مرات متكررة، جماعيا أو فرديا.
- التوازن النسبي أو عدم التوازن بين المتفاوضين.
- طبيعة القضايا التي يتناولها التفاوض
- المفاوضات سرية أم علنية، خاصة أو عامة
- عدد وتشعب المسائل التي يتم حولها التفاوض.
- بدهة أو عدم بدهة تقسيم المسائل المتفاوض حولها.
- وجود طرق لرفض أو للتخلي عن التفاوض.

مسار المرض

يضع أنسيلم ستراوس تعريف لمسار المرض كالتالي: "إن كلمة مسار *trajectoire* لا تعني فقط
التطور الفزيولوجي للمرض بل كذلك تنظيم العمل الذي يتابع هذا التطور وأثار هذا العمل
على كل الفاعلين المنزوين فيه. أن لكل مرض مساره الذي يفرض نوع من التطبيب،
ممرضين خاصين، أنواع مختلفة من الكفاءات ومعلومات عملية، تقسيم خاص للمهام بين

المشتغلين (هذا بالإضافة للأقرباء والمريض) وعلاقات مختلفة بين كل الفاعلين قد تكون منظمة أو غير منظمة. وهذا المفهوم ضروري لفهم سوسيولوجي لتدبير المرض". ويساعد هذا المفهوم على تفادي أحكام الفاعلين في قطاع الصحة عن مرضاهم بأنهم غير ملتزمين بالعلاج أو ملتزمين فقط انطلاقاً من منظورهم الطبي. بالموازاة مع ذلك فإن هذا المفهوم يعمق ويدقق الملاحظة (الملاحظة، السمع، المقابلة) مع الأطر الطبية ومن هنا يكشف أفضل عن آراءهم. كما أن هذا المفهوم هو طريقة لترتيب تحليلي للعدد الكبير والمتنوع من الأحداث التي تلعب دوراً -على الأقل فيما يخص الأمراض المزمنة الحديثة- كلما حاول المريض، أسرته والفاعلين في قطاع الصحة مراقبة أو مواجهة هذه الأمراض.

خاصيتان تميزان العمل الصحي، الأولى تتعلق بالأحداث *contingence* الغير منتظرة، والصعبة المراقبة ليس فقط بعلاقتها بالمرض لكن أيضاً للأسئلة الكثيرة التي يطرحها العمل والتنظيم الطبي وكذلك لاعتبارات ذات طابع بيوغرافي ولها علاقة بنمط حياة المريض، أسرته والأطر الطبية نفسها. الخاصية الثانية لهذا العمل هو أنه يمارس على الإنسان، يمارس على، في محيط أو بوساطة كائن غير جامد. وعلى إثر ذلك فشيئين يحدثان: أولاً قد يكون للمريض ردود فعل تؤثر على هذا العمل، ثانياً يمكن للمريض أن يشارك في العمل الصحي وهذا يعني أن هذا العمل لا يتم فقط على وفي محيط المريض بل أيضاً معه. وهذا ما يجعل عمل مسار المرض معقداً وإشكالياً. عنصريين آخرين يعقدان مسارات المرض وهما الأمراض المزمنة والتكنولوجيا المصاحبة لها. وهذا يرجع بالأساس إلى أن مهنيي الصحة إن لم يكتسبوا خبرة كافية حول بعض الأمراض المزمنة وإمكانيات استفحاليها وتفاقمها، ولم يعرفوا بأثر العلاج الطبي على سير أعضاء أخرى من الجسم وما يتطلبه ذلك من تنظيم للعمل فسيصبح مسار المرض أكثر تعقيداً كالتعقيدات التي عرفها تاريخ علاج مرض الكلي مثلاً.

ساعد التطور التكنولوجي على تمديد مسارات المرض وخاصة الأمراض المزمنة. لكن بالمقابل الحفاظ على حياة أناس مرضى لمدة أطول تجعلهم يعيشون في ريبة من أمرهم وأمام مستقبل غامض حول آثار العلاج على الجانب الفيزيولوجي، على سير نظام أعضاء أخرى من الجسم وعلى تنظيم العمل الطبي وكذلك على نمط حياة المرضى. لهذا فالتمديد البسيط لمسار المرض يخلق مشاكل طبية، تنظيمية وبيوغرافية جديدة: فمثلاً مرضى السكري الذين يعيشون مدة أطول يصادفون في آخر مسار مرضهم تعقيدات لم يكن

يتصورها لا هم ولا طبيهم الخاص. بما أن أغلبهم يعانون من عدة أمراض مزمنة علاجهم يجب أن يكون متوازنا وإلا فسيكون لذلك عواقب وخيمة على الجانب الفيزيولوجي وبالتالي إعادة النظر في مسار المرض من طرف الأطر الطبية.

بالإضافة إلى تعقيد عمل مسار المرض يلاحظ حضور عدد كبير من المتخصصين (أطباء، ممرضين وتقنيين) الذين يتدخلون في المرض والذين يجب أن يتعاونوا مع بعضهم البعض.

يقول أنسلم استراوس عن مسار مرضى القلب أننا أمام :

1/ مسارات متعددة.

2/ بعض الحالات، مع احتداد المرض، تستدعي علاجات سريعة في المستشفى.

3/ تحديد مراحل الأولى لتشخيص المرض أو تحديد مسار الرئيسي للمرض.

4/ تعقيدات تقسيم العمل بين كل من الذين يدبرون مسار المرض أو بين مختلف التقنيين المنتمين لأقسام طبية مختلفة.

5/ تعدد أنواع العمل في تدبير مسار المرض.

إن التشخيص هو بداية عمل المسار. بعد هذه العملية، يمكن للطبيب تصور الفترة التي سيقضيها المريض بدون تدخل طبي وخطاظة عامة لأنواع التدخلات التي سيمارسها ومدى نجاعة هذه التدخلات أي خطاظة لمسار المرض. فالمراحل الأولى لعمل المسار تمارس من طرف المرضى، خاصة عندما يتعلق بالأمراض المزمنة. قد يلاحظ بعض المرضى أعراضا جديدة تؤرقهم وتدفعهم لزيارة الطبيب. هذا الأخير يمكن أن يقدم تشخيصا أوليا خاطئا أو يعتبر أن "لا وجود لمخاطر" أو ينصح المريض بانتظار ظهور أعراض جديدة. هذا ما يفسر في بعض الأحيان، تدمير المرضى من اكتشاف متأخر للسرطان أو لمرض مزمن. ويمكن، كذلك، أن يكون الخطأ تقني لمختبر معين. هذا بالإضافة إلى أن تشخيص بعض الأمراض المزمنة يتطلب مدة لا يستهان بها.

كلودين هيرزليش

/ حول مفهوم التمثلات الاجتماعية

إن مفهوم "التمثل" يعني في اللغة العادية "تكوين الفرد في ذهنه لصورة ما عن شيء ما"، وفي إطار الصحة والمرض يمكن القول بأن الفرد قد يتمثل أسبابا للمرض تكون عبارة عن تصورات ذهنية (أو خيالية أو خرافية أو واقعية...). والسؤال الذي يمكن لعالم الاجتماع المهتم بالذهنيات والتمثلات أن يطرحه هو: هل الصورة التي يكونها الفاعل الاجتماعي الذي قد يكون هو المريض مثلا، هي صورة مصدرها مُعتقد ما، أو تربية ما، أو انتماء اجتماعي أو ثقافي ما، أو بيئة اجتماعية ما...؟ إن المصدر "الخارجي" للتمثلات لا يقنع الفرد أو يعفيه من الاعتقاد دائما بأن تلك التمثلات هي تمثلاته الذاتية والشخصية وذلك من خلال عملية التمثل والاستبطان التي تفعل فعلها من خلال وبمساهمة مختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية (الأسرة، المدرسة، الوسط، وسائل الاعلام، التثقيف الذاتي...).

والغاية من خلق أو تبني أو البحث عن "تمثلات" تكمن أساسا في حاجة الفاعل الاجتماعي النشط إلى المزيد من المعرفة وباستمرار، وبذلك فإن عملية التنشئة الاجتماعية هي عملية لا تقف عند حد أو سن معين، وهذا ما يعبر عنه جون لادريير (J. Ladrière)، وهو يحاول الربط بين مفهوم التمثل ومسألة المعرفة بالقول: "يمكن أن نميز في فعل المعرفة قطبين اثنين: القطب الذات والقطب الموضوع. إن القطب الذات يعني المقام الذي ينتج التمثل بشأنه: إنه الوعي، أي الواقع الإنساني باعتباره قادرا على إدراك ذاته، وإدراك الواقع الذي يغمره...، ولكي يحصل فعل المعرفة ينبغي أن يكون هناك فعل إيجاد، (...). استبطان لواقع معروف، إنتاج لهذا الواقع في مجال الوعي: إنه التمثل بالمعنى المجازي الأول. ولكن بما أن الموضوع الواقعي نفسه لا يمكنه أن يأتي ليندرج في دائرة الحياة الذاتية، فلا بد إذن من تدخل وساطة معينة، لكي يصبح حاضرا بمساعدة وسيط: إنها التمثل بالمعنى المجازي

الثاني³⁷

ولقد ساهم العديد من علماء الاجتماع والانثربولوجيا وعلم النفس الاجتماعي في دراسة ظاهرة "التمثل". ويمكن القول أن لكل تخصص من تخصصات العلوم الإنسانية تعريفه الخاص لمفهوم "التمثل الاجتماعي"، ولكن قراءتنا لنصوص متعددة داخل حقل هذه العلوم والمتعلقة بهذا الموضوع جعلتنا ننتهي إلى أن استنتاج أن هناك جذع مشترك يجمع مختلف التعاريف. هذا الجذع يمكن أن نلخصه في المحاور السبع التالية:

³⁷ J. Ladrière « Le concept de représentation sociale », *Encyclopédie Universalis*, 1996, p. 823.

1- أن كل تمثيل هو شكل من المعرفة العملية التي تربط ذاتا ما بموضوع ما. إنها عملية بناء لصورة من طرف الذات عن موضوع ما: إن المريض مثلا يبني صورة عن مرضه.

2- إن كل تمثيل هو نقطة التقاء بين الفردي والجماعي، أي أنها تعني الفرد كما تعني الجماعة والمجتمع في نفس الوقت.

3- من أجل فهم الميكانيزمات التي تساعد على تكوين تمثيل اجتماعي معين ينبغي إذن تحليل العلاقة بين عدة محاور في نفس الوقت: النفسي والعاطفي والاجتماعي والاقتصادي والثقافي والديني.

4- إن التمثيل ليس فقط هو بناء لصورة عن شيء ما، أو المعرفة التي نتج، ولكنه أيضا الحكم أو التقييم الذي نحمله أو نكونه عن ذلك الشيء. فلما يعتقد المريض أن السبب في مرضه هو عامل خارجي ما (كالمشاكل داخل العائلة، أو القضاء والقدر..) فإنه هنا يحمل حكما عن مرضه. وهذا الحكم نفسه يتم بناؤه انطلاقا من الانتماء السوسيو-ثقافي للفرد أو انطلاقا من مقولات فكره التي يكون اكتسبها من ثقافته أو مجتمعه.

5- إن تمثلا ما لا ينحصر في معرفة موضوع معين، وليس مجرد خطاب عن واقع ما، إنه وسيلة للفعل بالنسبة للأفراد.

6- إن كل تمثيل هو تمثيل اجتماعي ومعرفي في نفس الوقت: "إنه تمثيل معرفي نظرا لكونه يفترض القيام بعملية معرفية لمعالجة المعلومة المتلقاة، وتأويل موضوع معين، وكذا البرهانات التي تتيحها هذه المعلومات أو ذلك الموضوع. ولكن فعل المعرفة هذا يتم تنشيطه بممارسة معينة، كما يتم التأثير عليه من طرف الخطاب الرائج في المجتمع. وبهذا المعنى فإن كل تمثيل هو تمثيل اجتماعي، ومن ثم يكون مرتبطا بالثقافات وبالأيديولوجيات والممارسات"³⁸

7- يتضمن كل تمثيل قسما من العاطفية واللاعقلانية، لأن كل تمثيل يعتمد على صورة-عقيدة لكي يتم بناؤه. وذلك بخلاف النظرية التي تعتبر عملية عقلنة للصورة أو الصور التي يكونها المريض عن مرضه.

إن دراسة التمثيلات الاجتماعية السائدة عن الصحة والمرض في المجتمع تهدف في نظر كلودين هرزليش إلى "البرهنة من خلالها على وجود نسق فكري منسجم، مكون من مفاهيم مستقلة سائدة عن الصحة والمرض. مستقلة عن مقولات المعرفة الطبية. إن دراسة

³⁸ P. Verges: « L'analyse des représentations sociales par questionnaires », In: *Revue Française de Sociologie*, 42-3, 2001, p. 536.

التمثلات الاجتماعية تظهر بوضوح أن اللغة التي يعبر فيها عن الصحة والمرض، ليست لغة جسم الكائن العضوي: ولكنها لغة العلاقة بين الفرد الخاضع للتنشئة الاجتماعية الخارجية وبين المجتمع³⁹.

وإذا ما عدنا لدركايم فإننا نجد لديه تصوره الخاص لمفهوم التمثلات، حيث يرى أن التمثلات الاجتماعية "تنبتق من العلاقات التي تنعقد بين الأفراد المجمعين هكذا، أو بين الجماعات الثانوية التي توجد بين الفرد والمجتمع الكلي [...]". وإذا كنا نذهب إلى القول بأن التمثلات الاجتماعية خارجية بالنسبة للوعي الفردي، فذلك لأنها لا تنبع من الأفراد طالما ظلوا معزولين عن بعضهم البعض، ولكن من اجتماعهم؛ وهذا شيء مختلف تماما. ومن دون شك، فإن النتيجة المشتركة تتضمن نصيبا من كل طرف، ولكن الأحاسيس الخاصة لا تصبح اجتماعية إلا لما تنصهر تحت تأثير قوى خاصة جدا تنمو وتتفاعل بفضل الاجتماع...⁴⁰. من الواضح هنا أن دركايم وانطلاقا من منظوره الخاص للظاهرة الاجتماعية يفصل فصلا واضحا بين التمثلات الفردية والتمثلات الاجتماعية، بل ويتحدث عن استقلال كل نمط من التمثلات عن الآخر. ولكننا في الواقع لا يمكننا إلا أن الإقرار بوجود تفاعل بين النمطين المذكورين، إن الفرد من خلال سيرورة سيكلوجية يستبطن التمثلات الاجتماعية ويجعلها تمثلاته "إن تمثل شيء ما أو حالة ما ليس مجرد استنساخه أو تكراره أو إعادة إنتاجه، بل إعادة تشكيله وتكوينه وتغيير تعابيره [...]". أن هذه البناءات المادية لما تكتمل تنسبنا أننا نحن الذين بنيناها.⁴¹ ولذلك يمكن القول بأن العلاقة بين المستويات الفردية والمستويات الاجتماعية للتمثل لا تعني فقط مجرد قولبة فكر فرد ما بواسطة تمثيل اجتماعي، ولكنها تعني بالأحرى إعادة بناء "قالي" من خلال إعادة استذكار لقطة واقعية معينة من بين لقطات أخرى متواجدة في نفس الوقت وفي إطار نفس المركب. وعليه فإن هناك تداخل بين التمثلات الاجتماعية والتمثلات الفردية.

إن دراسة التمثلات والسعي إلى معرفتها والبحث عن أسبابها وأنماطها وظروف تشكلها، تعتبر من المواضيع التي أصبحت تستأثر باهتمام علماء الاجتماع وعلماء النفس الاجتماعي في السنوات الأخيرة وبشكل يكاد يكون شاملا، وذلك راجع لكون هؤلاء العلماء أدركوا بما لا

³⁹ C. Herzlich, « la maladie comme signifiant social », *op; cit*, p. 203.

⁴⁰ E. Durkheim: « Représentations individuelles et représentations collectives », *Revue de métaphysique et de morale*, Tome IV, Mai 1898 (Texte réédité dans *Sociologie et philosophie*, Paris, Puf, 1967; pp. 34-36).

⁴¹ Serge Moscovici: *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, Puf, 1976, pp. 56-57.

يدع أي مجال للشك أن هذه التمثلات مهما كانت صائبة أو خاطئة هي التي تحدد سلوك الفاعل الاجتماعي وتوجهه في اختياراته وممارساته. وهذا الموضوع البالغ الأهمية كان من المواضيع الغائبة عن اهتمام علماء الاجتماع وذلك بالخصوص في الفترات التي هيمن فيها نمط من التفكير كان يعطي الأولوية للعوامل المادية (أو ما كان يسمى بالبنية التحتية) في تحديد الفكر والتمثلات (أي ما كان يسمى بالبنية الفوقية). والواقع أن المستويين يتبادلان التأثير بشكل دوري، ويختلف هذا التأثير من حيث الحدة والاتساع باختلاف أوضاع الأفراد الاجتماعية والنفسية والثقافية. وإدراكا منا لهذا التحول، وللأهمية التي ينبغي أن يولمها علم الاجتماع للتمثلات الاجتماعية حاولنا أن تكون هذه الدراسة منخرطة في هذا التوجه الفكري الذي لا يمكن اعتباره جديدا بالنسبة لهذا العلم، بل امتدادا لنفس التوجه الذي نجده عند أ. كونت، وإ. دركايم، وم. فيبر، وغيرهم من علماء الاجتماع المحدثين.

2/ تمثل المرض والصحة عند المريض.

إذا كان الطبيب -كما سنرى ذلك لاحقا- يبحث عن الأعراض البيولوجية-الطبية عند المريض ويسعى إلى تأويلها اعتمادا على معرفته الطبية الثابتة والمحددة سلفا، فإن المريض له هو أيضا حكمه الخاص عن حالته الصحية، وعن مصدر مرضه، وحتى أحيانا عن الطريقة الأنجع لمداواته. وفي هذا النموذج التفسيري أو في تمثل المريض هذا لمرضه فإننا نجد أن هناك حضور وتأثير للبعد الفردي، والاجتماعي، والثقافي... الخ. إن كل مريض يطرح على نفسه السؤال التالي: "ما السبب في إصابتي بهذا المرض؟"، "وكيف أصبت به؟" ومثل هذه الأسئلة يطرحها الإنسان على نفسه حتى لما يتعلق الأمر بالأمراض الخفيفة أو السهلة العلاج، فما بالك لما يتعلق الأمر بالأمراض الخطيرة أو المزمنة؟

1.2- تمثل أسباب المرض من طرف المرضى.

هناك حسب الأنثروبولوجي فرانسوا لابلاتين (F. Laplatine) نموذجين تفسيريين مهمين على تمثل أسباب المرض عند المرضى: نموذج خارجي، ونموذج داخلي. في النموذج الأول يعتبر المرض ناتجا عن تدخل عنصر خارجي (واقعي أو رمزي) عن الفرد. ولما يتعلق الأمر بعوامل واقعية أو موضوعية فإننا نتحدث عن "التسمم" (تسمم بسبب مادة ما كالمدخان، أو التلوث، أو عناصر كيميائية معينة في التغذية، أو اعتبار السكر هو

السبب في مرض السكري، أو الملح هي السبب في ارتفاع الضغط الدموي... الخ). وهنا فإن الملاحظ هو أن الأفراد لا يضعون موضع اتهام سلوكهم الغذائي الشخصي، أو نادرا ما يفعلون. بينما الأسباب الرمزية (أو ما بعد الطبيعية) قد يبدو أنها الأكثر انتشارا خصوصا في المجتمعات التقليدية حيث الثقافة الطبية لا زالت لم تتجذر بعد. وفي افريقيا التي يأخذها "لابلاتين" كنموذج فإن سبب المرض يتم إرجاعه في الغالب إلى السحرة، أو الجن، أو أرواح أجداد قدامى... إن المريض قد يكون اعتدى أو أغضب إحدى تلك القوى الخارقة دون أن يدري ومن ثم يصاب بالمرض. ويصبح مملوكا لتلك القوى الخبيثة. وللتكفير عن خطاياها ينبغي على المريض اللجوء لبعض الطقوس المتبعة في القبيلة أو في الجماعة التي ينتمي إليها المريض.

إن تصور "لابلاتين" هذا لا يختلف في شيء عن الخطاب الأنثروبولوجي التقليدي الذي يعتبر إفريقيا محمية للتقاليد وأن سلوكيات المرضى وتمثلاتهم تبنى وفقا لتلك التقاليد. وإذا كان صحيحا أن التقاليد والقيم والمعايير الثقافية تلعب دورا أساسيا في تبلور التمثل الذي يكونه المريض عن مرضه، فمن غير الصائب اعتبار هذا العامل هو العامل الحاسم. إن الرجوع إلى الانتماء الاجتماعي للفرد يشهد على أن التمثلات تختلف لما تنتقل من فئة الأميين إلى فئة المتعلمين، ومن الفقراء إلى الأغنياء ومن الإناث إلى الذكور، ومن جيل الشباب إلى الشيوخ. ومن الأكيد كذلك أن الخطاب الطبي-البيولوجي قد شق طريقه إلى الأجيال الشابة والمتعلمة من السكان. ولكن لا ينبغي أن نستغرب أننا في هذه القارة نلاحظ تواجدا صراعيا أحيانا وتوافقيا أحيانا أخرى بين التمثل البيولوجي-الطبي والتمثل الشعبي للمرض، وذلك عند نفس الجماعة، وحتى عند نفس الفرد. ففي المغرب مثلا وخلال هذا البحث لاحظنا أن بعض مرضى السكري الذين استجوبناهم والذين ينتمون إلى فئات مرتفعة المستوى التعليمي يدافعون في نفس الوقت عن الخطاب البيولوجي-الطبي، وفي نفس الوقت لا ينفون أن "العين" أو "القدر" يمكن أن يكونا سببا في إصابتهم بالمرض.

والنموذج الثاني لتمثل المرضى هو النموذج الداخلي، أي أن المرض يأتي من داخل الذات. فبعض مرضى السكري المغاربة مثلا لا يترددون في إثارة الوراثة عند الحديث عن أسباب الإصابة، كما يتحدثون عن الأسباب النفسية: إن أغليبتهم كما سنرى ذلك فيما بعد يفسرون سبب إصابتهم بالسكري "بالفقسمة"، وبالطبع فإن مدلول هذه الكلمة يظل غامضا، لأن ها السبب قد يمتد من القلق البسيط إلى الأزمة العصبية الحادة. وهناك

بعض المرضى الذين يعيدون تأويل الخطاب الطبي -البيولوجي ويؤكدون، عن خطأ أحيانا، أن لديهم استعدادات إما نفسية أو عضوية للإصابة بهذا المرض أو ذاك. وإذا كان التصنيف الذي حاولنا توضيحه أعلاه مفيدا، ويساعد على توضيح مفهوم التمثل الاجتماعي، فمن غير المستغرب أن نلاحظ أحيانا التداخل والخلط الممكنين أو القائمين بالفعل بين النموذج الخارجي والنموذج الداخلي: إن سبب المرض يفسر من طرف المريض من خلال سيرورة يخلط فيها بين النموذجين، وحيث أن كل نموذج يمكن أن يفضي إلى الآخر، كما هو الشأن مثلا بالنسبة لهذه المرأة المغربية المصابة بالسكري والتي تقول: "إذا كنت أصبت بالسكري فالسبب هو أن أولادي عاطلون عن العمل، وأني كلما رأيتهم يسرحون في الطرقات بدون فعل أي شيء، فإن ذلك يحطمني، وأشعر بالانهيار. إن "الفقسة" هي سببي في المرض..."

وإذا كان من الممكن أن يتبنى عالم الاجتماع مثل هذا التصنيف وذلك بالنظر إلى جدواه النظرية، فإنه من الأكيد أن "مصدرية" (Etiologie) المرض تظل مع ذلك متعددة بالنظر إلى الخطاب المتداول بين المرضى، إلى حد يمكن القول معه بأن كل مريض هو "له تفسيره الخاص لمرضه". إن هذه "المصدرية" التي يلجأ إليها المريض لتعليل إصابته غالبا ما تنشأ من تفاعل بين تاريخه الشخصي (العاطفي، الأسري، أو المهني...) وبين محيطه أو بيئته الاجتماعية والثقافية. ومثل هذا الطرح الذي ينتهي إليه علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا يختلف تماما بل ويتعارض مع "المصدرية" الباستورية والطبية-البيولوجية للمرض والتي تتلخص في أن المرض يعود أساسا وقبل كل شيء إلى التمثيل الكبير بين العرض والفاعل الجرثومي، والفاعل الممارس على هذا الفاعل⁴². كما أن نفس الطرح يتعارض أيضا مع "المصدرية" الوبائية التي تدعي أن بإمكانها لوحدتها "موضعة" الحالة الصحية للسكان من خلال اعتماد مؤشرات امبريقية يتم اختيارها بشكل عادي وتدعى "عوامل الخطر" (Facteurs de risques) : معدلات الوفيات، أو التعرض للموت، أو مدى الاستهلاك الطبي الخ. ومن ثم فإن هذا المنظور يحبس نفسه في ظل عقلية وضعية امبريقية، وذلك انطلاقا من فكرة مسبقة مفادها أن التجريب هو مصدر كل معرفة علمية⁴³، ومن ثم يتم تجاهل كل العوامل النظرية.

⁴² M. Augé et C. Herzlich, *le sens du mal*, (l'introduction), op. Cit. P. 26.

⁴³ M. Drulhe, op cit.

إن تعددية المعاني التي يعطيها المريض لمصدرية مرضه نجدها أكثر وضوحا عند مرضى السكري بالمغرب كما سيتضح لنا ذلك لما نتطرق لنتائج البحث الميداني، وتكتفي هنا بالإشارة إلى أن العديد من المرضى يرجعون سبب إصابتهم إلى عدة عوامل في نفس الوقت يتداخل فيها ما هو نفسي (الفقسة) بما هو ديني (القضاء والقدر) بما هو اجتماعي (مشاكل عائلية، اقتصادية، مهنية...)، الخ.

إن عالم الاجتماع وهو يتساءل عن سبب هذه التعددية في تمثل أسباب المرض عند المستجوب، يمكنه في نفس الوقت أن يختبر مدى أهمية تأثير الانتماء السوسيو-ثقافي، والسوسيو-اجتماعي، والسوسيو-اقتصادي، وكذا المستوى التعليمي، والسن، والجنس، أو بكلمة واحدة، مدى قوة أو ضعف تأثير ما يمكن تسميته بالمتغيرات الاجتماعية المستقلة على كل نمط من أنماط التمثلات التي يمكن أن يسعى المريض إلى تفسير مرضه من خلالها.

2.2- تمثل علاج المرض من طرف المرضى.

بمقابل هذه التعددية التي تلاحظ على مستوى أسباب المرض هناك تعددية على مستوى المسارات العلاجية⁴⁴، ولقد لاحظ "ديدي فاسان" (Didier Fassin) هذه التعددية بدوره حيث يرى: "إن مسار المريض في بحثه عن التشخيص والعلاج هو عبارة إذن عن محصلة لمرجعيات منطقية متعددة، ولأسباب بنيوية (نسق تمثل المرض، مكانة الفرد في المجتمع) وأسباب ظرفية (تغير الوضعية المالية، نصيحة أحد الجيران)، وهذا ما يجعل كل محاولة للتقعيد الدقيق تبوء بالفشل [...] ومن ثم ضرورة استحضار أحداث الظرف الزمني التي استدعت اللجوء للعلاج، وذلك في علاقتها بالعوامل الاجتماعية التي تقتضيها"⁴⁵.

وبالنسبة للأمراض المزمنة، فإن كل محاولة لتحديد نسق واضح للمسارات العلاجية ستكون أكثر صعوبة وتعقيدا، لأن المرض في هذه الحالة بالإضافة إلى الأسباب البنيوية والظرفية يمر بعدة مراحل: مرحلة رفض المرض، فمرحلة قبول المرض، ثم أخيرا مرحلة تعاون المريض مع الفاعلين المعالجين. وبعبارات أخرى فإن عامل مدة المرض ينبغي أخذه بعين الاعتبار عند محاولة تفسير الطريقة التي يتعامل بها المريض مع العلاج الذي يطلبه أو الذي يقدم له. فكلما كانت هذه المدة أطول كلما أدرك المريض أن حظوظ شفائه أقل، وأن

⁴⁴ J. Benoît; «Singularités du pluriel », article dans: *Soigner au pluriel*, ouvrage collectif, sous la direction de J. Benoît, p.

⁴⁵ D. Fassin, *Pouvoir et maladie en Afrique*; Ed. F.U.F, Paris, 1992, p. 118.

ما يقدمه له العلاج الطبي-البيولوجي ليس في نهاية الأمر سوى وسيلة للمساعدة على تديير التعايش اليومي مع المرض. ففي مختلف المسارات العلاجية المتعلقة بالمرض المزمن يجب العمل على الأخذ بعين الاعتبار لدور المتغيرات الاجتماعية. إن هذه المسارات تتأثر أيضا وبشكل قوي بالبيئة الثقافية للمريض. وانطلاقا من حالة المجتمع المغربي يمكننا الإشارة على سبيل المثال إلى التواجد المتوازي لنسقين علاجيين أساسيين: النسق الطبي-البيولوجي، والنسق الشعبي التقليدي. وهذا النسق الأخير هو نسق مركب يمكن أن نجد فيه عدة أنسقة فرعية تختلف من حيث الممارسات والمعارف باختلاف المناطق الجغرافية والانتماءات الإثنية والثقافية (أمازيغية، صحراوية، عروبية، شاطئية، شمالية، جنوبية، شرقية...). وإلى جانب الاستعمال العادي والواسع الانتشار للأعشاب الطبية هناك من المرضى من يلجأ في بعض الأحيان إلى "الدين" وأحيانا أخرى إلى الشعوذة أو السحر كوسيلة من وسائل العلاج: كالتداوي بالتمائم، أو التعاويذ، أو بعض الأعشاب أو الأتربة أو الأحجار التي يمكن أن تسمى أو تعتبر "مقدسة" أو ذات قدرات شفائية خارقة. ولهذا نجد هناك علاقة قوية بين الفقيه التقليدي وبين التدخل العلاجي وزيارة بعض الأضرحة والزوايا أو التبرك ببعض الأولياء التماسا لشفاء من مرض طال أو استعصى على العلاج. واللجوء إلى الطب الشعبي التقليدي أو إلى الطب العلمي الحديث لا يرتبط دائما -كما تؤكد ذلك السعدية الراضي⁴⁶- بمصدرية المرض أو بالسبب الذي يمكن للمريض أن يرجع إليه مرضه، وإنما يرتبط أكثر بالتمثل الذي يتكون لدى الفرد عن تلك المصدرية، وعن الوسائل العلاجية الناجعة أو الرائجة في الوسط الذي يعيش فيه، ذلك أنه وحتى في الحالة التي يعتقد فيها المريض أن مصدر مرضه بيولوجي محض، فإن ذلك لا يمنعه من اللجوء سويا إلى العلاج الطبي-البيولوجي وإلى زيارة الأولياء والأضرحة، هذا دون أن ننسى أن اللجوء إلى الأعشاب الطبية التقليدية هو من الوسائل العلاجية العادية التي لا يرى المرضى بالسكري في المغرب مثلا أي تناقض بين اللجوء إليها وبين اللجوء إلى الطب العصري في نفس الوقت. وبالرغم من كل هذه الملاحظات فإن أي تمثل للمرض لا يكون نهائيا أو يقف عند نمط نموذجي محدد وبالخصوص لما يتعلق الأمر بالمرض المزمن. إن العديد من مرضى السكري غير الأنسولين في المغرب كما اتضح لنا يحترمون في بداية إصابتهم العلاج الطبي بصورة دقيقة، ولكنهم ومع مرور الأيام، ولما يتسرب إليهم بعض الشك في النجاعة المطلقة للعلاج

⁴⁶ S. Radi: « Les maux entre Dieu, les génies et les hommes », article dans l'ouvrage collectif: *Soigner au pluriel*, Sous la dir. Jean Benoît, op. Cit. p.171.

الطبي، ويتأكدون من أن مرضهم غير قابل للشفاء التام، فإن تمثلم للمرض يتغير وفقا لقناعاتهم الجديدة، ويتغير معه اختيارهم العلاجي، فيتحولون تدريجيا من الاعتماد الكلي على الطب العصري وحده، إلى الاعتماد على الطب التقليدي الذي قد يتخذ عدة أشكال بحسب المستوى التعليمي والاجتماعي للمريض (إما الأعشاب الطبية وحدها، أو اللجوء إلى جانبها إلى بعض الوسائل الأخرى التي قد تكون الفقيه أو الأضرحة والأولياء...).

إن الوسط الذي يعيش فيه المريض يؤثر بدوره على تمثل المرض وتمثل العلاج. فالتمثلات السائدة في المحيط العائلي، أو في دائرة الأصدقاء، أو في مجال العمل، هي التي تساهم مساهمة فعالة وحاسمة في إدراك المريض لخصوصية مرضه ومصدريته، وللعلاج الأنجع الممكن. وإلى جانب التأثير الشخصي المباشر، لا ينبغي أن ننسى، خصوصا بالنسبة لحالة الأمراض المزمنة الدور الذي يلعبه المستوى التعليمي في الانضباط للعلاج وللحمية الغذائية، وبالخصوص ما يتيح من اللجوء إلى وسائل التثقيف الذاتي واكتساب الخبرات والمعارف الأحدث عبر الكتب والمجلات المتخصصة، واللجوء إلى وسائل الاتصال الجديدة كالأنترنت، والوسائل السمعية البصرية المختلفة الأخرى من راديو وتلفزيون وغيرهما. وبهذا الصدد ينبغي التذكير هنا بأن أول من يعلم المريض ويعطيه المعلومات الأساسية والجوهرية عن مرضه غالبا ما يكون هو الطبيب، لذلك فإن حصص التوعية الصحية التي يخصصها الأطباء لمرضى السكري مثلا تعتبر ذات أهمية قصوى، لأن الطبيب لا يكتفي بإخبار المريض بنوعية مرضه وطرق علاجه ولكنه بالإضافة لذلك يمدده بالدعم المعنوي الضروري لتجاوز مرحلة الصدمة، وإقناعه بأن المرض يمكن أن التغلب عليه إذا ما تم اتباع النصائح المقدمة للمريض بكل دقة. ومن ثم فالتمثل الأول والقاعدي للمرض يتشكل أول ما يتشكل في عيادة الطبيب، وفي نفس العيادة يمكن إعادة تشكيل ذلك التمثل لما يتغير نوع المرض أو يبلغ مرحلة أخرى من المراحل التي يمكن أن تكون إما أقل أو أكثر حدة.

3.2- : مستويات تمثل حالة المرض : المحاولة التصنيفية لهرزليتش

من خلال نتائج دراستها أن الصحة أو المرض كمفهوم يعاش وينظر إليه من باب علاقته بالمجتمع، تلاحظ هيرزليتش أنه بواسطة الصحة أو المرض يستطيع الإنسان أن يندمج أو لا يندمج في المجتمع. وهنا تلتقي مع منظور بارسونز الذي يرى الصحة كشرط أساسي لسير

النسق الاجتماعي. والمرض هو شكل من أشكال الانحراف الراجع إلى ضغط المجتمع على الفرد. إذن من خلال نشاط الإنسان السوي أو عدم اشتغال المريض تتجلى العلاقة مع المجتمع. لم تدرس الباحثة السلوك الفعلي للفرد بل المعايير والتأويلات التي يستوجبها هذا السلوك. واستنتجت أننا غالبا ما نجد أنفسنا أمام ثلاثة أنواع من التمثلات للمرض:

- المرض كهدم La maladie destructrice

نجد تمثل المرض كهدم غالبا لدى الأشخاص الذين يعتبرون أنفسهم نشيطين وملتزمين وجادين في مشاركتهم في المجتمع. إن أصل المرض في نظرهم هو "عدم الاشتغال" الذي يحتوي على معاني متعددة "التخلي عن الدور المهني والعائلي"، "المشاكل المادية"، "الإقصاء من الجماعة"، كل هذا يعني عزل المريض:

يشعر الشخص المريض بعدم نشاطه، والتخلي عن دوره هو شيء مفروض عليه، كعنف موجه ضده. عدم القيام بنشاط معين يعني نوع من هدم لروابطه الاجتماعية مع الآخرين، الإقصاء والعزلة. وعلى العكس من هذا المنظور الذي يكرس عزلة المريض، نجد أن بعض المرضى يعبرون عن ارتباطهم الوثيق بمشاركتهم الاجتماعية، ويعطون أهمية لدورهم في المجتمع والمجهود الكبير الذي يتطلبه ذلك من قبيل الحفاظ على صحتهم والاهتمام بها. لأن القيام بمجهود مستمر من أجل الحفاظ على الصحة يعني نوعا من الاستمرارية في وظيفة المريض الاجتماعية وفي الحفاظ على هويته. الشخص يتماهى في دوره الاجتماعي والذي يتطلب الصحة ويرفض المرض.

عدم القيام بنشاطه يعني كذلك اتكاله على الآخرين والتبعية لهم، وغالبا ما يشعر المريض، في هذه الحالة، بالحرج عند طلب المساعدة وينتابه شعور بالقلق وعدم الجدوى من وجوده. يصبح المرض في منظور المريض، بالإضافة إلى أنه انحراف، هو النهاية والموت. النهاية والموت ليس كنتيجة للمرض بل موت في الحياة الاجتماعية اليومية كمريض. يعتبر المريض نفسه كأنه ميتا قبل مماته. ليس الموت هنا بالمعنى العضوي بل الموت الاجتماعي والسيكولوجي. والهدم هنا يهدد شخصية الإنسان وليس جسده. هذا بالإضافة إلى شعور المريض بالنقص أو أنه كعالة على المجتمع. ويشعر أن مكانته تراجعت وأصبح كالطفل.

علاقة المريض بالمرض قد تأخذ بعدا آخر: ماذا يمكن أن أفعل اتجاه المرض ؟ يمكن أن يشكل المرض نوع من السلطة على المريض. عندما تطول مدة المرض وتظهر الأعراض الخارجية يفرض المرض نفسه على المريض وعلى أقرباءه، آنذاك يعترف الفرد بمرضه. قد يرى البعض أن التخلي عن الأدوار الاجتماعية والالتزام بسلوك المريض هي أفضل طريقة للقضاء على المرض عضويا لكن البعض الآخر قد يرى أن الاقتصار على سلوك المريض لا يزيد المريض إلا ضعفا لهذا يجب أن يحتفظ بأنشطته الاجتماعية لأنها هي السبيل للحفاظ على حياته واندماجه الاجتماعي.

رفض العلاج واللجوء إلى الطبيب وكذلك رفض الاستفسار عن حالته الصحية، قد يرجع إلى رفض الاعتراف بالمرض. لكن هذا الرفض قد يكون نسبي في بعض الحالات: رفض الطقوس المرتبطة بالمرض ورفض الأعراض أو إخفاءها، يقوم المريض في هذه الحالة بدوره كمريض في الخفاء والتكتم. لكن عندما يطول المرض ويستقر، يهزم المريض ويصبح مسالما اتجاه المرض لا قوة ولا حول له. آنذاك يعي المريض عزلته ونهايته. الاستسلام للمرض يأخذ الغلبة على الرفض. الاستسلام يعني أن الفرد يفقد الأمل في الحل الذاتي، ويصبح العلاج شأن الآخرين، كالأقارب والطبيب.

1- المرض كتحرر: La maladie libératrice

يعتبر بعض المرضى المرض "كتحرر". كل شيء يبدأ بتخلي المريض عن نشاطه اليومي كما هو الشأن بالنسبة للمرض كهدم. لكن في حالة المرض كتحرر يكون هناك إحساس لدى المريض بالتخفيف من عبء العمل والتخلص من الوظائف التي يقوم بها يوميا. التخلي عن واجباته ومسئوليته الاجتماعية يتيح له مزيدا من الراحة. تارة يشعر المريض أن الوقت الذي يقضيه في حالة مرض كقطيعة ولو مؤقتة مع أتعاب الحياة اليومية وأن المرض يعطي الوقت للمريض. وتارة أخرى يرى المريض هذا الوقت كتجربة استثنائية وغير عادية.

في بحثها حول هذه الفئة من المرضى استنتجت هيرزليش وجود منظورين للمرض كتحرر: 1- المرض هو نوع من القطيعة مع الواجبات الاجتماعية ونمط العيش اليومي الممل، ويتيح للمريض نوع من الراحة. الاستفادة من زمن المرض هي تجربة استثنائية نظرا لندرته وقلته. هذا التصور ينطبق خاصة على الأمراض الحادة، الغير مؤلمة والمحدودة في الزمن والتي هي لحظة تأمل وراحة في حياة الفرد.

- 2- التصور الثاني للمرض هو تصور أكثر درامية. المرض يشكل ظاهرة استثنائية نظرا لطبيعته ومعانيه العميقة والمؤثرة التي تشمل المرض كشيء خطير يهدد حياة الإنسان، الموت والعذاب. يبتدئ مفهوم المرض كتحرر ومفهوم المرض كهدم من نقطة انطلاق واحدة وهي تخلى المرض عن وظائفه الاجتماعية وعزلته عن وسطه مع تصور المرض كتحرر، عزلة المريض ترى ليس بمنظور سلبي أو "كهدم لشخصية المريض" بل كتحرر أو كتجربة غنية للشخص. يشكل المرض للمريض فرصة ليستعيد حيويته وحريته. يتجلى هذا الإحساس بالحرية على ثلاثة مستويات:
- بتخليه عن واجباته الاجتماعية يجد المريض الفرصة للقيام بأنشطة ثقافية.
 - يعتبر المريض العزلة كتجربة ايجابية.
 - عزلة المريض تعطيه نوع من السلطة وامتيازات متعددة: يمكن أن يستغل وقته كما يريد وأن يكون أكثر تأثيرا على ذاته وعلى محيطه. كما يكون مقبولا من الآخرين نظرا للحنان وشفقة أهله ومحيطه.

قد يعتبر بعض المرضى أن الحياة الجماعية ليست هي الحياة الحقيقية نظرا لأنها لا تلبى حاجيات ومتطلبات الإنسان. المرض يصبح كتجربة غنية للفرد على عكس التصور السائد مع الفئة الأولى (المرض كهدم) التي تعتبر المرض كانهرف اجتماعي. انطلاقا من هذه النتائج يمكن وصف شخصية المريض في ثلاثة اتجاهات:

- المرض هو تحرر لأن المريض يتحرر من واجباته الاجتماعية. المريض يعيد اكتشاف ذاته، بفضل العزلة يمكن أن يصل إلى "حقيقته كإنسان". المرض هو إذن تجربة تساعد على اكتشاف الذات.
- المرض قد يساعد على تغيير شخصية المريض في اتجاه ايجابي على عكس التصور السائد مع "المرض كهدم". يعي ويعرف المريض ذاته أفضل. يصبح المريض هنا هو النموذج المثالي، ليس المثالي بمعنى الإنسان النشيط بل الإنسان المتأمل المفكر. تجربة المرض ذات صبغة تكوينية للفرد راجعة للإحساس بالألم والخوف من الموت. هذا يؤدي إلى التأمل والتفكير الذاتي وإلى معرفة أفضل لحياة الفرد ولذاته. معرفته بذاته قد تساعده على الانفتاح أكثر على الآخرين.
- للمريض شخصية استثنائية تنتج عن التجربة الاستثنائية للمرض. تجربة استثنائية لأن المرض يغذي القدرة السيكولوجية للفرد. المريض في هذه الحالة لا

يقبل فقط المرض بل يتمناه في بعض الأحيان. والأهم، هنا، ليس هو العلاج بل التحرر الذي يؤدي إليه المرض. لهذا لا غرابة في أن بعض الأشخاص يمارضون أو يستكينون للمرض (évasion dans la maladie).

- المرض كمهنة la maladie comme métier

ينظر للمرض كمهنة لا بالمعنى اللغوي للكلمة ولكن بالمعنى المجازي: وظيفة المريض هي مقاومة المرض، وظيفة لديها خصائص المهنة، نتعلمها ونستعد لها. يجب التأكيد على طابعها الفعلي والعملي: يفرض المرض على المريض الالتزام بسلوك يرجعه إلى سلامته الجسدية والمعنوية. لهذا نتكلم دائما عن الجهد الذي يبذله من أجل الشفاء. أو نتكلم عن المرض كحالة تفرض علينا عدم الاشتغال وبالتالي تجبرنا على الذهاب للطبيب وإتباع العلاج. لهذا نركز على الجهد الفعلي للمريض.

إذا كان اعتبار عدم نشاط المريض كشيء محرج من الناحية المهنية والعائلية فله رغم ذلك وظيفة إيجابية من حيث يخلص المريض من أعباء الحياة اليومية ليركز بكل ما أوتي من قوة، على مقاومة المرض. ففقدان الدور الاجتماعي لا يترك فراغا. يعتبر المريض بالسرطان، الذي رجع إلى الحياة العادية، أن مقاومة المريض للمرض كمهنة للإنسان العادي.

يكتسي منظور المرض-مهنة عنصران يشكلان القاعدة التي يتم على أساسها مقاومة المرض:

- 1- خوف المريض من المرض لا يعني أنه يرفضه بل لا يمكن إلا الاعتراف بوجوده.
- 2- رغم أن المريض مجبر على قبول المرض، فإن له سلطة على المرض. سلطة ذات مستويات متعددة تبدأ من تحمل المرض من أجل تجاوز الألم: بعض المرضى يتكلمون عن التعايش مع المرض ومع إكراهاته. مقاومة المريض هي نوع من المساهمة (السيكولوجية) في العلاج. التعبير "ستتحسن صحتي" تتكرر في المقابلات مع المرضى وهو تعبير يبرهن على المساهمة المريض في العلاج. رأينا كيف أن رفض المرض يمكن أن يساهم في القضاء عليه (المرض كهدم) أو كيف أن الحنين للمرض يسهل رجوع المرض (المرض كتحرر). في حالة المرض-مهنة نقبل وجود المرض بدون الرغبة فيه والعوامل السيكولوجية تلعب دورا هاما في مقاومته وفي العلاج.

مع مفهوم "المرض-مهنة" نعطي أهمية للحالات التي يمر بها المريض ونعطي منظورا خاصا للصحة والمرض:

مع هذا المفهوم تكتمل صورة المرض كظاهرة عضوية. الألم، التعب، الحرارة، تشكل صورة عن المرض والأعراض هي التي تعرفه. في المنظور الأول (المرض كهدم) التصور السائد عن المرض هو فقدان الدور الاجتماعي، رفض معرفة الحالة البيولوجية العضوية. على العكس المنظور الأخير يبرز أهمية النشاط: مقاومة المرض تفترض معرفة أفضل بحالة المرض العضوية والإصابة ينظر إليها من جانبها الجسدي، منظور لا يعتمد فقط على معنويات المريض أو سيكولوجيته بل كذلك على "الرصيد الصحي" أو العضوي الذي يمتلكه.

يعطي مفهوم المرض كمهنة أهمية كبيرة لسلوك المريض واللجوء إلى الطبيب الذي له ثلاثة أبعاد الفحص، العلاج والوقاية والتي تحدد دور المريض. هذه الأدوار تتكامل مع المقاومة الشخصية والسيكولوجية للمريض: بفضل معنويات المريض و رغبته في العلاج، أداء الطبيب يكون مجديا. وعلاقة المريض بالطبيب تكون مبنية على التعاون والتبادل حتى أن دور المريض قد يضاهي في بعض الحالات نشاط الطبيب. يرفض المريض الخضوع والاستسلام للطبيب ويحبذ علاقة أكثر مساواة. تبادل المعلومات حول المرض هو شرط من شروط ارتفاع معنويات المريض ومقاومته للمرض وهو شيء يمكنه أيضا من أن يكون في نفس الموقع الذي يوجد فيه الطبيب.

صورة المريض تتركز على النشاط والمشاركة في حالة المرض، وتفقد طابعها الدرامي. هوية المريض، وخاصة المرض والصحة كشيئين يؤديان إلى إدماج الفرد هي السمات التي يتركز عليها تصور "المرض كمهنة":

- الحفاظ على القيم الاجتماعية المرتبطة بالصحة رغم أن الشخص مريضا: النشاط، القوة، الرغبة سمات تحدد معنى المريض والمرض كما تحدد معنى الصحة والإنسان السوي.
- المرض تجربة نتعلم من خلالها المقاومة، ونتعلم أن نكون أقوياء وهي سمات نستعملها عندما نكون في أتم الصحة والعافية.
- الشفاء هو النهاية العادية للمرض: المرض ما هو إلا مرحلة من المراحل التي تدفع المريض إلى الاشتغال بالشفاء. والوقت الذي يقضيه المريض في العلاج ما هو إلا وقت يمكن إدماجه في "الوقت" المخصص للصحة.
- في حالة الأمراض المزمنة، التعايش مع المرض ممكن. الشخص المريض يخلق نمط عيش جديد مع بعض الإكراهات وبعض الامتيازات.

- سلوك المريض هو صيرورة ليس فقط في مواجهة الإصابة العضوية بل لتأكيد استمرارية الاندماج في المجتمع والانتماء إليه.

المراجع

- أ- الوحيشي أحمد ييري و عبد السلام بشير الدويبي: " مقدمة في علم الاجتماع الطبي " ، دار الجماهيرية للنشر، بنغازي، ليبيا، 1989 ص.65.
- Etiologie et perception de la maladie dans les - A. Retel-Laurentain, (coordinatrice). sociétés modernes et traditionnelles/ Paris, Ed. l'Harmattan, 1987, 494 pages.*
- J. Benoist , et al... *Anthropologie, santé, maladie, autour d'études de cas: AMADES , Toulouse , 1994, 142 pages.*
- C.Herzlich, *santé et maladie*, Paris, Mouton, 1969.
- in: *Recherche Sociale*, N° 81, « besoin de santé et classes sociales » - F.Aballéa janvier 1982, 80p
- C.Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la santé*,
- T.Parsons, *Eléments pour une sociologie de l'action*, Pris, Plon, 1955
- E. Gagnon, « L'avènement médical du sujet », in: *Sciences sociales et santé*, Vol. 16, N° 1, Mars, 1998,
- M. Drulhe, « comment mesurer la santé » in: *Revue française de sociologie*,
- E. Friedson , *Profession of médecine: a sociology of applied knowledge*, New York, 1970.
- I. Baszanger; « Les maladies chroniques et leur ordre négocié »; *Revue Française de Sociologie*, XXVII, 1986.
- M. Augé, C. Herzlich , *Le sens du mal* , Paris, Ed. Des Archives contemporaines, 1991, Cf. Particulièrement dans cet ouvrage l'article de Janine Pierret : « les significations sociales de la santé ». pp.217-256.

- J. Ladrière « Le concept de représentation sociale », *Encyclopédie Universalis*, 1996, p. 823.
- P. Verges: « L'analyse des représentations sociales par questionnaires », In: *Revue Française de Sociologie*, 42-3, 2001, p. 536.
- E. Durkheim: « Représentations individuelles et représentations collectives », *Revue de métaphysique et de morale*, Tome IV, Mai 1898 (Texte réédité dans *Sociologie et philosophie*, Paris, Puf, 1967; pp. 34-36).
- Serge Moscovici: *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, Puf, 1976, pp. 56-57.
- J. Benoît; « Singularités du pluriel », article dans: *Soigner au pluriel*, ouvrage collectif, sous la direction de J. Benoît, p.
 - D. Fassin, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Ed. F.U.F, Paris, 1992, p. 118.
- S. Radi: « Les maux entre Dieu, les génies et les hommes », article dans l'ouvrage collectif: *Soigner au pluriel*, Sous la dir. Jean Benoît.

عالم الاجتماع أمام المرض المزمن (دروس تجربة ميدانية)

محمد عبابو

يعتبر الجزء الميداني الجزء الأساسي والأكثر غنى وإثارة في الدراسات السوسولوجية الحديثة، ففيه ومن خلاله يتمكن الباحثون من اختبار وتدقيق وتحسين الأدوات المنهجية المستخدمة من جهة، وبواسطته يسعون من جهة أخرى للوصول إلى ما يمكن اعتباره الغاية الأولى والرئيسية من كل بحث علمي ألا وهي الاكتشاف: اكتشاف العلاقات بين المتغيرات; وتحديد الاتجاهات الكبرى للرأي وذلك بغاية الوصول إلى فهم وتفسير الظواهر الاجتماعية. وهذا بالضبط هو ما يشكل في اعتقادنا جوهر البحث الاجتماعي، وهو أيضا ما نفضل الإشارة إليه بتعبير الإبداع السوسولوجي. ولتحقيق هذا المبتغى بالشكل الأمثل لا بد من إتباع واحترام القواعد المنهجية الخاصة بهذا النوع من البحث. ولذلك نعتقد أن عرض نتائج أي بحث سوسولوجي سيظل ناقصا ما لم يتم التطرق للوسيلة المتبعة للوصول إلى نتائجه، الشيء الذي يعني بالضرورة تناول بعض القضايا ذات الطابع المنهجي، وهي قضايا شديدة الصلة بعملية وطريقة إنجاز البحث. والقيام بهذه العملية ليس ترفا أو مجهودا زائدا، بل يعتبر في نظرنا جزء لا يتجزأ من مهمة عالم الاجتماع ومن صميم الممارسة السوسولوجية السليمة. ووفقا لهذا المنظور حاولنا قبل وأثناء وبعد إنجازنا لهذه الدراسة السوسولوجية عن مرضى السكري بالمغرب القيام بتتبع لسيرها المنهجي، الشيء الذي مكنا من الوصول إلى بعض الملاحظات والاستنتاجات والتي استخلصناها من تجربة الميدان، والتي نرمي من خلال نشر هذه الورقة بشأنها فتح النقاش بين الباحثين السوسولوجيين حول إشكالية المنهج والمنهجية في البحث السوسولوجي بالمغرب.

انطلاقاً من اهتماماتنا وقراءاتنا المتعلقة بالموضوع، واعتماداً على نتائج النقاشات التي دارت بين أعضاء فريق البحث، تم الانتهاء إلى صياغة مشروع الاستمارة والمقابلة اللذين أرفقناهما بالتقرير المرسل إلى الهيئة المشرفة على "برنامج بحوث الشرق الأوسط" ووفقاً لتوصية خبراء هذا الأخير باختزال الاستمارة، عمدنا في أول الأمر إلى مراجعتها ومحاولة حذف كل ما يمكن حذفه، أو تغيير كل ما بدا لنا في حاجة إلى تغيير، كما عملنا. بعد قبول المشروع. على إعادة النظر في ذينك المشروعين معا وعرضهما على أطباء اختصاصيين في مرض السكري، وتم وفقاً لأرائهم تغيير أو إضافة ما بدا لهؤلاء الأطباء أنه من المفيد أن يغير أو يضاف.

وهنا تجدر الإشارة إلى أننا استنتجنا من نقاشاتنا ومحاولاتنا الميدانية المتكررة، وتجاربنا السابقة، أن حرية الباحث والمبحوث تكون أوفر عند تطبيق دليل المقابلة نصف الموجهة القابل للتغيير الفوري والزيادة والنقصان بحسب حالة المبحوث، بينما غياب حرية التصرف هذه أثناء تطبيق الاستمارة يجعلنا نقر بأنه لا وجود "لاستمارة مثالية"، لأن الباحث الاجتماعي يتعامل أساساً مع ظواهر إنسانية "فريدة"، حيث يمكن القول بالنسبة لموضوع دراستنا هذه أن كل مريض يمكن اعتباره حالة خاصة، فهو يشترك بالطبع مع المرضى الآخرين في عدة خصائص، ولكنه في نفس الوقت يتميز عنهم إما بالسن أو الجنس، أو الوضع العائلي، أو النفسي، أو الاقتصادي، ... بينما عالم الاجتماع يسعى أساساً للبحث عن العام والمشارك بين مختلف الحالات الفريدة، إن هاجسه المعرفي الأول هو الكشف عن الثبات في إطار التحول والتغير، وعن الوحدة في إطار الاختلاف والتعدد. ولذلك فالاستمارة الأمثل في اعتقادنا هي تلك التي تكون الأكثر قرباً من "صورة المريض النموذجي" (بالمعنى الفيبري) وهي صورة يتم بناؤها ذهنياً قبل إنجاز الاستمارة وأثناءها ولذلك فهي صورة يتم تعديلها وباستمرار في ذهن الباحث المنخرط في البحث وذلك عن طريق الملاحظة، والمعايشة الذاتية، والتقصي الميداني والعلمي. وهذا ما يفسر اضطرارنا لتغيير الأسئلة إما بالإضافة أو الحذف وإما إعادة الصياغة أو الترتيب، وإما إعادة البحث عن الألفاظ والكلمات المناسبة لتأدية ما نتوخاه منها من قصد ودلالة وذلك عند كل اختبار جديد لتلك الأسئلة.

و لقد شارك وساهم في المرحلة الأخيرة من هذه العملية ستة باحثين ميدانيين، تم انتقاؤهم من بين حاملي الإجازة في علم الاجتماع، والمتوفرين على خبرة ميدانية مسبقة،

وتم تزويدهم بتعليمات وتوجيهات (توجد نسخة منها في الملحق صحبته)، هذا بالإضافة إلى إشراكهم بشكل مباشر في البحث الاستكشافي.

ولقد عمدنا كلما لزم الأمر إلى إعادة صياغة أسئلة الاستمارة والمقابلة عند ترجمتها إلى اللهجة الدارجة المغربية، وذلك بمشاركة ومساهمة هؤلاء الباحثين الميدانيين أنفسهم. وبعد ذلك تم اللجوء لتجريب الاستمارة والمقابلة ميدانيا في صيغتهما اللغوية الجديدة (في إطار البحث الاستكشافي) في المستشفى والمستوصفات، وهنا تم تكليف الباحثين بإبداء ملاحظاتهم كتابيا بخصوص أي سؤال يستدعي إما التغيير أو الحذف أو إعادة الصياغة، ولقد شارك الأساتذة المشرفون على البحث في هذه العملية من خلال إجرائهم لبعض المقابلات والاستمارات؛ الشيء الذي مكّنهم من اختبار الأدوات المستعملة بشكل مباشر، وتقديم اقتراحات ومناقشة وتدقيق اقتراحات الباحثين الآخرين.

وبعد إنجاز 30 استمارة و 10 مقابلات تم الاتفاق على كل التغييرات التي بدا أنها ضرورية ومفيدة. وبعد ذلك تم الشروع في تطبيق المقابلة والاستمارة في صيغتهما النهائية.

2/ سير البحث الميداني

إن إنجاز البحث الميداني قد تم وفقا لما كان مقررا، ومر في أحسن الظروف، وذلك نظرا للتهيء المناسب الذي يسبق كل "دخول" للمستشفى أو المستوصف أو العيادة، حيث يعمد الأساتذة الباحثون إلى الاتصال قبليا بالطبيب المسؤول عن المستوصف أو العيادة أو المستشفى، ويتم تناول موضوع البحث معه، وشرح غاياته وأهدافه، وكيفية إجرائه والمشرفين عليه، كما يتم إطلاع جميع الأطباء المعنيين على نسخة من استمارة البحث، والعينة المستهدفة وكذا المدة الزمنية التي سيستغرقها البحث.

إن هذا اللقاء والتعاون بين البحث الجامعي والمجتمع الطبي قد لقي-في الغالب- كامل التشجيع والمساندة، وهناك من الأطباء والممرضين والمرضى من لمسنا فيهم التعاون الصادق المشوب بالرغبة الأكيدة في معرفة ما سيفضي إليه هذا البحث من نتائج. وذلك ما أثلج صدرنا وشجعنا على البذل والعمل أكثر، وطوقنا بمسؤولية معنوية إضافية.

إن الاستعانة بالباحثين الميدانيين كانت أساسا في المستشفيات والمستوصفات العمومية في فاس والدار البيضاء، ولكن إنجاز الاستمارات والمقابلات في العيادات الخاصة قام بها الأساتذة والطلبة الباحثون ، بينما جميع المقابلات التي تمت مع الأطباء والممرضين أنجزها

الأساتذة المشرفون على البحث بأنفسهم، والسبب الرئيسي في ذلك هو أن للعيادات الخاصة طقوسا وشروطا لا بد من مراعاتها، من أهمها الحرص على عدم إثارة أو إحداث أي إزعاج للطبيب أو للمرضى (الزبناء).

إن المقابلات مع الأطباء والمرضى كانت تتم في العيادات والمستشفيات والمستوصفات، وكانت تنطلق بشكل تلقائي وحر، وكان الأساتذة يحاولون توجيهها لتتحول إلى مقابلات يتم التطرق فيها لكل المواضيع، سواء تلك التي تشغل الأطباء أنفسهم أو تلك التي تشغل بال الأساتذة وتدخل في إطار محاور هذا البحث. وخلافا لبعض ما خالجتنا من تخوف وتوجس قبل بدء البحث فإن أطباء القطاع الخاص الذين اخترنا عياداتهم لإجراء هذا البحث الميداني قد رحبوا كثيرا بهذا العمل، ووفروا لنا جميع الشروط لإنجازه في أحسن الظروف. إن إنجاز الاستمارات والمقابلات لم يمر دون صعوبات، وأغلب تلك الصعوبات كانت ذات طابع منهجي، أو تحيل إلى قضايا ومسائل تدخل في إطار الميثودولوجيا، والتي تعتبر -في الواقع- من طبيعة كل عمل ميداني. وحتى نتمكن من استخلاص كل ما ينبغي من الدروس من عملنا الميداني، حاولنا إدماج ما بدا لنا من ملاحظات منهجية في سياق استعراض سير البحث الميداني، وذلك ما سيتجلى من خلال تناولنا للمسائل الثلاث التالية:

أ / كيفية وأجواء إجراء المقابلات والاستمارات:

(كل مريض حالة خاصة)

بعد الاتفاق مع الطبيب المسؤول في العيادة أو المستشفى أو المستوصف، وإخباره للمرضى والمرضات، يتم الاتفاق على منحنا مكانا خاصا (مكتب أو جناح معزول من قاعة الانتظار) لإجراء المقابلات أو الاستمارات مع المرضى الذين يتم اختيارهم بشكل قصدي⁴⁷ إما من طرف الطبيب مباشرة أو من طرف المرضى والمرضات، وأحيانا يترك للباحثين حرية اختيار المرضى الذين يودون استجوابهم، ولقد أبدى جميع المرضى استعدادا واستجابة تلقائية للمشاركة في هذا البحث كلما أخبرهم الأطباء أو الممرضون والمرضات بموضوعه وغاياته وهوية المشرفين عليه. وتتم المقابلات إما بعد زيارة المريض للطبيب أو

إن العينة كما اتضح لم تكن "عشوائية" بالمعنى الإحصائي للكلمة، ولكنها كانت "عينة قصدية" فالطبيب غالبا ما يقترح علينا استجواب المرضى⁴⁷ الموجودون في عيادته إما قبل زيارته أو بعدها. إننا لم نكن نختار المرضى أو ننتقيهم بل كنا نستجوب كل من التقيناهم منهم بشكل منتظم، وبدون أية اعتبارات مسبقة. ولذلك فمسألة "التمثيلية" الإحصائية تبدو لنا غير ممكنة بالنسبة لمجتمع المرضى الذين لا يمكن "إخضاعهم" بسهولة لمقابلة لم بالتعيين في نفس المكان" C. Combessie. ليختاروا هم لا موعدها ولا موضوعها. وهذا ما عبر عنه جون كلود كومبيسي (échantillonnage sur place)

بعدها مباشرة. ويتم التمهيد للمقابلة بهذا التقديم الذي تم الاتفاق عليه بين الباحثين والذي كان نصه كالتالي: "نحن باحثون في الجامعة نعد دراسة عن مرض السكري، ونطلب منكم أن تساعدونا بالإجابة عن بعض الأسئلة التي سنطرحها عليكم، وذلك حتى يعرف الناس، وكذلك أطباؤكم كيف يعيش المريض بالسكري" وترجمته باللهجة الدارجة المغربية هي كما يلي:

" احنا باحثين في الجامعة كنديروا واحد الدراسة على مرض السكر، أوتانطلبوا منكم باش تعاونونا بجواب على بعض الأسئلة باش إعرفوا الناس أوحى الأطباء ديالكم كيفاش كيعيش لمريض بالسكر"

وأحيانا لما نجد الوقت الملائم، أو مريضا يبدي استعدادا أكثر للحديث نطلب منه إجراء مقابلة معمقة معه، بحسب دليل المقابلة المعد لذلك إما في نفس الوقت أو في وقت آخر نتفق معه عليه. وأجواء المقابلة تكون أكثر حرية، وتسمح لنا ببلوغ معلومات أغنى وأوفر، إلا إن إجراءها يتطلب استعداد المريض من جهة، والوقت الملائم والكافي أيضا، ذلك أنه إذا كانت المقابلة تتطلب في الغالب ما بين 20 و 25 دقيقة في المتوسط، فإن المقابلة الناجحة يمكن أن تستغرق ما بين 40 و 75 دقيقة، وذلك بحسب حالة المريض ومدى قدرته على التعبير واستعداده للحكي والحيز الزمني الذي يخصصه للباحث.

من خلال التجارب التي مررنا بها والحالات المختلفة التي عايناها وعایشناها تبين لنا أن إجراء مقابلة أو استمارة مع مريض بالسكري مسألة تتطلب الكثير من الحذر واللباقة وحسن التصرف، وذلك بالنظر لظروف المريض وحالته الجسدية والنفسية. ومثل هذه المواقف والحالات لم تغرب عن بالنا، لا أثناء تهيئ أدوات البحث، ولا أثناء تجريها أو تطبيقها، ولكن هذه المواقف والحالات كانت تجعل الباحث في أوضاع غير مريحة، فرغم كون هذا الأخير يبدأ البحث بمدخل يوضح فيه غايته وهويته إلا أنه غالبا ما يجد نفسه أمام حالات صعبة، خصوصا في المستوصفات والمستشفيات العمومية، لأن المريض . أي مريض . لما يأتي لطلب الاستشفاء والعلاج يكون غارقا في حالته الذاتية ومعاناته الآنية، ومثل هذه المواقف تتطلب من الباحث جهدا فكريا خاصا حتى لا يثير مشاعر المريض ويتعاون معه ليساعده على إحداث تلك "المسافة الذهنية" الضرورية بينه وبين مرضه لكي يمكنه الحديث عنه.

إن الباحث في مثل هذه الوضعية غالبا ما يجد نفسه أمام اختيارين ينبغي تفاديهما معا:

. إما الانخراط مع المبحوث في همومه واهتماماته الصحية والمادية الآنية، وهذا ما قد يؤثر على سير البحث وعلى "موضوعيته".

. وإما تجاهل أوضاع المريض، وعدم إبداء أي اهتمام أو اكتراث لمشاكله وهمومه، وهذا ما قد يحدث "قطيعة عاطفية" بينهما، مما قد يؤدي إلى "إفساد" جو المقابلة أو الاستمارة، وحتى إلى توقيفها "فكرياً" أو فعلياً.

إن الوعي بـ "طبيعية" مثل هذه المواقف في مثل هذه الدراسات جعل الباحثين يعملون على "تدبير" أمر كل مقابلة أو استمارة بشكل خاص وبطريقة خاصة، لأن المبحوثين لا يتشابهون جميعهم، فمستوياتهم الثقافية والاجتماعية مختلفة وأوضاعهم الصحية والنفسية متباينة، وذلك لأن كل مريض "حالة فريدة" كما أسلفنا، وكل حالة فريدة تستوجب "معالجة فريدة" أو تعاملًا فريداً. وتكرار هذه الحالات الفريدة، والوعي بها حداً بنا، وفي إطار بحثنا عن "العام والمشارك" بين المرضى، إلى إعادة تكوين وتصحيح "صورة المريض النموذجي".

ومع استمرار وتقدم البحث الميداني بدأ يتضح لنا ما يمكن تسميته: "خصوصية مرض السكري" والتي تكمن أساساً في "إزمانيته" (Chronicité)، والتي تجعل معاناة المصاب بهذا المرض معاناة "مضاعفة"، فهناك من جهة "معاناة المرض" التي قد تنتهي إلى الألم، وهناك من جهة أخرى "معاناة الشعور بأن هذا المرض يرافق صاحبه حتى القبر" كما عبر عن ذلك بعض المبحوثين، وهذه المرافقة تفترض ضرورة "التعايش" مع المرض، هذا التعايش الذي لا يكون دائماً سعيداً وأمناً.

إن معرفة واستشعار "وضع مريض السكري" جعلنا نتفهم مواقفه أكثر، ونتعامل مع هذه المواقف بكل ما ينبغي من التفهم والتعاطف، دون أن يؤثر ذلك لا على طريقة طرح الأسئلة، ولا على تدوين الأجوبة. وهذا ما يقودنا إلى إثارة مسألة على جانب كبير من الأهمية والدقة ونعني بها مسألة التواصل، وكيف تم تدبيرها في هذا البحث، وهي مسألة لها أهمية خاصة وذلك بالنظر لطبيعة عينة بحثنا:

ب/ مشكل التواصل بين الباحث والمبحوث.
(البحث عن اللغة الملائمة)

تشكل عملية التواصل بين الباحث والمبحوث جوهر العمل الميداني في العلوم الإنسانية كلها، وعلى نجاحها أو عدمه يقوم نجاح البحث الميداني أو فشله. وهذه العملية ليست أبدا مسألة ثانوية ولا مسألة مؤقتة أو عابرة، والدروس المستفادة منها أو التي ينبغي أن تستقى منها تحيل مباشرة إلى علوم التواصل، واللغة، واللسانيات. وليس هذا مجال تفصيل ذلك، لهذا نكتفي بإثارة الانتباه وتوجيه النظر إلى بعض القضايا الأساسية التي استوقفنا أثناء تطبيق استمارة بحثنا.

إن هذه الاستمارة موجهة في الأصل ومصاغة أصلا لعينة من المفترض أن يكون أفرادها من المتعلمين، بل والمتقدمين في التعليم (الثانوي والعالي خصوصا) ولذلك صيغت باللغة العربية الفصحى. ولكننا عند التطبيق وجدنا أنفسنا أمام عينة مكونة في غالبها العظمى من فئة "الأميين"⁴⁸، الذين لا يتكلمون ولا يفهمون إلا اللهجة الدارجة المغربية، والتي تختلف عن اللغة العربية الفصحى من حيث المعجم والنحو والصرف والتراكيب والدلالة، وهنا وفي هذه الحالة تطرح مسألة التواصل بين الباحث والمبحوث، وهي مسألة كانت متوقعة وتم التهيؤ لتجاوزها من خلال ترجمة كل أسئلة الاستمارة إلى اللهجة الدارجة المغربية، وجربنا هذه الترجمة مع حالات عديدة خلال البحث الاستكشافي. ولقد انتهينا من هذه التجربة إلى تسجيل الملاحظات التالية:

. إن مسألة الترجمة هذه تعتبر في حد ذاتها عملا بحثيا خاصا، لأنها عبارة عن انتقال من نسق لغوي إلى آخر مختلف عنه تماما.

. إن عملية الترجمة هذه تصبح أكثر تعقيدا وصعوبة كلما تعلق الأمر بمحاولة ترجمة الأسئلة التي تتضمن معاني أو مقاصد تتعلق بالحالة النفسية أو التمثلات الاجتماعية للمريض (نمط العيش، ردود الفعل الشخصية أو الأسرية بعد الإصابة بالمرض، المشاعر أو الأحاسيس الذاتية، التربية الصحية...)

ومن الملاحظات المثيرة أن المستجوبين (الأميين) يجدون صعوبة قصوى في الاتجاه للحديث في المجردات أو المشاعر والأحاسيس، فكلما طرحنا عليهم سؤالا في هذا الإطار اتجهوا مباشرة لإثارة وتناول الجانب العضوي من المرض. وكمثال على ذلك يمكن أن نذكر السؤال 13/2

تعتبر آفة الأمية من المشاكل الاجتماعية الكبرى التي يعاني منها المجتمع المغربي، وتبلغ نسبة الأمية حسب الإحصاء الأخير الذي أنجز⁴⁸ عند الإناث، وهذه الإحصائيات الرسمية، % في البوادي وإلى 67% من مجموع سكان المغرب، وترتفع هذه النسبة إلى 75% سنة 1994 : 55 توضح حجم هذه المشكلة. ولقد اتضحت لنا الآثار السلبية للأمية في الميدان الصحي من خلال معاناة الأطباء مع هذه الفئة الاجتماعية التي وجدنا على امتداد بحثنا هذا أنها تشكل الغالبية العظمى من نزلاء المستشفيات وزوار العيادات، وسنتطرق لهذه المسألة بما ينبغي من التدقيق والتفصيل عند تحليلنا لمعطيات البحث.

، والذي يقول: "كيف أثر اكتشافك للإصابة بالسكري على حالتك النفسية" والذي وجدنا صعوبة كبرى في ترجمته للهجة المغربية الدارجة، والصيغة الأولى التي تم الاتفاق عليها بين الباحثين تقول: "باش حسيتي فاش عرفتي راسك مريض بالسكر"، إلا أننا عند التطبيق وجدنا أن المريض يتجه رأساً لإثارة الأعراض العضوية للمرض، ولهذا عملنا إلى تغيير الصيغة لتصبح على الشكل التالي: "باش حسيتي فقلبك أو فنفسك فاش عرفتي راسك مريض بالسكر"، ثم انتهينا إلى الصيغة الثالثة التالية "واش تقلقتي فاش عرفتي راسك مريض بالسكر"⁴⁹

إن هذا المشكل التواصلية/اللغوية شكل عائقاً معرفياً (ابستمولوجيا) في العديد من الحالات ومع العديد من المرضى، وهو مشكل حاول كل باحث التغلب عليه بطريقته، إلا أن الأجوبة المستقاة عن السؤال السالف الذكر، ستظل تعتبر بالنسبة لنا أجوبة ناقصة الدقة بالنظر لهذا المشكل التواصلية. وستشكل بالنسبة لنا أيضاً إلى جانب مثيلاتها مناسبة لمحاولة معرفة أسبابها عند التحليل. والتفسير البديهي الأول الذي توصلنا إليه هو أن جل المرضى يبدون شاردين أمام هذا السؤال، لأنهم تعودوا أن يسألوا من طرف أطبائهم عن الجانب العضوي من المرض فقط، ويهتمون بالجانب العضوي من المرض فقط، ولا يثيرون مع المرضى لا أوضاعهم الاجتماعية، ولا حالتهم النفسية. وإغفال الجانب النفسي/الإجتماعي من المرض من طرف الأطباء جعل المرضى يتبعونهم في هذا المنحى. ولذلك فالثقافة الفزيولوجية/العضوية السائدة عن المرض عند الأطباء تنتقل إلى المرضى، وتؤطر نظرتهم لمرض السكري.

إن تكرار المقابلات والاستمارات جعلنا ننتهي إلى تبني أكثر الألفاظ أداءاً للمعنى المقصود من أسئلتنا، وذلك عن طريق البحث والاتفاق على الترجمة الأنسب حسب كل حالة، وذلك نظراً لأن نفس المفردات والتعابير ليس لها نفس المعنى أو الشحنة الدلالية عند مختلف الأوساط الاجتماعية، فللمديني العريق (citadin de souche) لغته الدارجة الخاصة، وألفاظه وتعابيره الخاصة، وللحضري الجديد (néo-citadin) الذي انتقل من البادية إلى المدينة لغة وسيطة تترجم وضعيته بين الثقافتين القروية والحضرية، وللقروي الخالص لغته الخاصة، وللقدام أو القاطن من/ أو في المناطق الناطق أهلها بالأمازيغية علاقة خاصة

من المناسب هنا أن نشير إلى أننا كلما ذكرنا كلمة "نفس" أو "نفسك" في السؤال الموجه للأمين الذكور ، فإن تفكيرهم يذهب مباشرة إلى مسألة⁴⁹ "القدرة الجنسية" ، لأن هذه الكلمة توحي بذلك في اللهجة الدارجة المغربية، ولأن المريض بالسكري أكثر عرضة لهذه المشكلة، والمستجوبون إما يعنونها فعلاً أو تشكل أحد هواجسهم المرتبطة بمعاناتهم مع مرض السكري.

باللهجة المغربية الدارجة، التي قد يتعرف على كل أو بعض مفرداتها، أو قد تظل بالنسبة له لغة غريبة. ولهجة أهل جنوب المغرب مختلفة عن لهجة أهل الشمال، ولهجة أهل الشرق مختلفة عن أهل الغرب. وهذا ما يجعل التواصل المثالي بين الباحث والمبحوث لا يمكن أن يتحقق إلا في إطار مجتمع متعلم. وما دام وضع الأمية في مجتمعنا على ما هو عليه فإن هذا التواصل سيظل نسبياً، وسيظل يشكل بالنسبة للباحث الاجتماعي المغربي هاجساً منهجياً مؤرقاً.

إن القصد من إبراز أبعاد وأشكال هذه التعددية اللغوية، والجانب اللغوي في الاستمارة، هو إثارة الانتباه إلى إشكالية التواصل بين الباحث والمبحوث، وهي إشكالية لا زلنا في علم الاجتماع العربي لم نعرها بعد كل ما تستحق من الدراسة والاهتمام. والوعي بهذا المشكل لا يظهر إلا في البحث الميداني العملي الذي يسعى إلى تجميع المعطيات الخامة الأقرب إلى الصدق وإلى الواقع، أو إلى أحسن وأدق ما يمكن لتقنية الاستمارة أن توصلنا إليه في مجتمع كمجتمعنا ومع أفراد كأفراد عينتنا.

ج/ النساء والسكري.

(هل السكري مرض نسائي أكثر؟)

إن الفئة المستهدفة في بحثنا هذا هي فئة المرضى بالسكري غير المستعملين للأنسولين، واختيارنا لهذا النوع من المرض المزمن والذي يعرف عند الأطباء الأخصائيين بالسكري²، يرجع بالدرجة الأولى إلى أن غالبية المرضى الذين يعانون من السكري مصابون هذا النوع من المرض من جهة، ولأنه من جهة أخرى يصيب بالخصوص الأفراد ابتداءً من سن الثلاثين تقريباً فما فوق، ولهذا، ونظراً لطبيعة العلاج الذي يستوجبه أي الحمية أو الحمية والأقراص، فهو مرض مزمن ذو طبيعة خاصة، لأن المريض لما يمتثل للعلاج وينضبط لمقتضياته بكامل العناية والحرص يتحول إلى "مريض معافي باستمرار" أو "سليم مريض باستمرار". ولبلوغ هذا الوضع المثالي للمريض بالسكري، فإن ذلك يقتضي التكيف مع المرض، والتعايش معه، وتغيير نمط العيش السابق على المرض وتبني نمط عيش جديد. فكيف يتمكن الفرد المريض إذن من تحويل مرضه من مرض ذي مضاعفات خطيرة محتملة، إلى مرض "عادي"؟ وَمَنْ مِنَ المرضى ينجح في ذلك؟

للإجابة عن هذا السؤال الجوهري بالنسبة لبحثنا قصدنا المستشفيات والمستوصفات العمومية والعيادات الخاصة، حيث تمكنا من الالتقاء بعينتنا المحتملة، أي بالمرضى الذين يقصدون هذه المؤسسات إما للاستشفاء والعلاج أو الفحص والتشخيص أو المراقبة الروتينية. وفي كل هذه الأماكن وقفنا على معطى أساسي أثار فينا العديد من الأسئلة، ألا وهو أن الغالبية العظمى من رواد المؤسسات المذكورة هم من فئة النساء اللاتي يبلغن من العمر ما بين 45 و 65 سنة. وإذا كان عامل السن المتقدم نسبيا من المسائل المشتركة بين سائر المرضى غير الخاضعين للأنسولين، فإن مسألة عدم التكافؤ على مستوى الجنس (كثرة النساء في العيادات مقارنة مع عدد الرجال) جعلتنا مع التقدم في البحث نبادر أحيانا إلى طرح السؤال إما على الأطباء أو على الممرضين والممرضات، فكانت أجوبتهم متباينة ومختلفة على النحو الذي سنوضحه عند تحليلنا للمقابلات المنجزة مع مختلف المتدخلين الطبيين في علاج السكري. ويمكن القول كتفسير أولي لهذه الواقعة بأن النساء أكثر اهتماما بصحتهن وأكثر حرصا على سلامة أجسامهن وهذا ما تبين من نتائج التحقيق الميداني حيث اتضح لنا أن النساء هن أكثر شعورا وإحساسا بصدمة اكتشاف المرض أكثر من الرجال (73% من النساء مقابل 58% من الرجال)

وأهم ما يميز هذه الفئة من المرضى الإناث هو الأمية، والعمل في البيت. ولذلك فأوضاعهن لا تعتبر مساعدة للاقتراب من المريض النموذجي الذي يحول مرضه كما أشرنا إلى مرض "عادي". وفي انتظار التفسير السوسيوولوجي نكتفي هنا بطرح فرضية تقول "إن الفشل في التعامل مع السكري يتجلى أكثر عند النساء بالمقارنة مع الرجال". وسنرى من خلال تحليل المعطيات المجمعة درجة صحة هذا الافتراض.

واعتبارا للإشارات والملاحظات السابقة ورغم كل ما اعترضنا من مشاكل على مستوى اللغة والتواصل، فإننا استطعنا كفريق بحث متجانس، منشغل بالموضوع ومتحمس له، من أن نصل إلى عينة متنوعة من المرضى، أجابنا جميع أفرادها عن أسئلتنا بكل ما يعرفون وفي حدود ما يعرفون، كما أن تجاوبهم مع انشغالاتنا ورحابة صدرهم وصدقهم الذي بلغ حد "البوح لنا بما لا يقال للطبيب" جعلنا نعتقد أن المعلومات والمعطيات المجمعة هي من الغنى والدقة بحيث تسمح لنا بالقول بأن البحث الميداني الذي أنجزناه يستحق كل ما أنفقناه فيه من وقت ومال وجهد. والعينة التي انتهينا إليها هي في اعتقادنا العينة الممكنة بالنسبة

لبحث من طبيعة بحثنا، باعتبار الظروف الاجتماعية لأغلبية المرضى، ومعاناتهم الجسدية والنفسية مع المرض، ومستواهم الفكري والثقافي، وشروط وأماكن الالتقاء بهم.

4 / استغلال المعطيات

إن المعطيات المجمعة والتي تمثلت في 309 استمارة قد تم إخضاعها لتحليل معلوماتي بواسطة برنامج "ساد" (Sade) لتحليل المعطيات الكمية. ولقد تطلبت هذه العملية إدخال نص أسئلة استمارة البحث في البرنامج والتي كان عددها الأصلي 58 سؤالاً. ثم بعد ذلك تم إدخال جميع المعطيات الخاصة بكل استمارة وبكل سؤال، وفي نهاية هذه العملية تمكنا من استخراج الجداول الوصفية الأولى (Premier tri à plat) وبعد القراءة الأولى لهذه الجداول بدأت تظهر لنا بعض عناصر التحليل الأولى، ثم عمدنا إلى استخراج بعض الجداول المركبة لمعرفة العلاقات الدالة بين متغيرين اثنين أو أكثر من المتغيرات التي اعتبرناها تدخل في صميم فرضيات بحثنا، وأثناء هذه العملية تبين لنا أن هناك متغيراً أساسياً هو "مدة المرض" لم نطرح بصده سؤالاً مباشراً ومستقلاً، وإنما كنا نروم استخراجاً من سؤالين اثنين هما "سن المبحوث حالياً" و"سنه عند الإصابة بالمرض"، والفرق بينهما يشكل "مدة المرض" (La durée de la maladie)، ومتغير مدة المرض هذا يعتبر بالنسبة لبحث متعلق بالمرض المزمن عنصراً أساسياً في التحليل، ولتجاوز هذا النقص في الاستمارة عمدنا إلى إدخال هذا المتغير كسؤال مستقل مستخرج من حساب الفرق بين "السن الحالي" و"السن عند الإصابة"، وهذا شيء ممكن بالنسبة لبرنامج "ساد" الذي يقبل إضافة المعطيات الخاصة بأسئلة جديدة، الشيء الذي ساعدنا على التمكن من اختبار العديد من فرضياتنا وذلك من خلال معرفة العلاقة بين هذا المتغير وغيره من المتغيرات الوازنة (Variables lourdes) الأخرى.

ثم عمدنا بعد هذه العملية الأولى إلى استعمال برنامج معلوماتي آخر هو برنامج "ستاتستيكا" (Statistica) حيث تم تحويل مجموعة من المعطيات الموجودة في "ساد" إليه، الشيء الذي مكنا من إجراء مجموعة من الحسابات والاختبارات الإحصائية على المعلومات المجمعة والعلاقات المستخرجة وخصوصاً الكاي تربيع (χ^2) والتحليل العاملي (l'analyse factorielle).

أما المقابلات التي بلغ عددها 60 مقابلة فقد تم إخضاعها لتحليل موضوعاتي أفقي، لأن عددها المحدود لا يسمح باستنتاجات رقمية دالة، والغاية من إنجاز مقابلات معمقة ونصف موجهة مع المبحوثين والأطباء والممرضين هو السعي إلى إلقاء بعض الضوء على عدد معين من المواضيع التي تشكل صلب إشكالية بحثنا. ولقد تم القيام بالتحليل الموضوعاتي اعتمادا على الطرق اليدوية التقليدية لأن استعمال البرامج المعلوماتية المتوفرة والخاصة بتحليل المعطيات الكيفية تنحوي في اتجاه "التحليل البنيوية" التي تركز أساسا على دراسة "شكل الخطاب" ومرفلوجيته أكثر مما تركز على "المعاني" الواردة فيه. ولذلك عمدنا إلى إعادة استنساخ جميع المقابلات المنجزة وتم تصنيف المعلومات الواردة فيها حسب مختلف المواضيع الواردة في "دليل المقابلة" مع احترام تسلسلها وترتيبها. وهكذا أصبح لدينا بالنسبة لكل موضوع كما هاما من الآراء والتصورات والأفكار التي ستعزز ولا شك المعطيات الكمية، وستدعمها بشهادات كاملة من خلال تثبيت "الكلام" المباشر الذي يترجم التمثيلات الفعلية للمبحوثين كما عبروا عنها هم بأنفسهم.

ملحق:

تعليمات وتوجيهات للباحثين الميدانيين المشاركين في البحث حول مرضى السكري بالمغرب

1- قبل الشروع في البحث الميداني ينبغي أولا ترجمة جميع الأسئلة (سواء أسئلة الاستمارة أو المقابلة) إلى اللهجة الدارجة المغربية، وينبغي أن يتفق جميع الباحثين على نفس الترجمة حتى تطرح جميع الأسئلة على جميع المبحوثين بنفس الصيغة (نفس الألفاظ والعبارات الدارجة). ويمكن أن تطرح الأسئلة على "المتعلمين" بصيغتها الأصلية أي باللغة العربية الفصحى.

2- توضع علامة (x) أمام الجواب المناسب، وذلك بالنسبة للأسئلة المغلقة. ويمكن في بعض الحالات بالنسبة لهذه الأسئلة المغلقة، وكلما رأى الباحث ذلك ضروريا أو مفيدا، أن

يسجل صيغة جواب المبحوث بالكامل، وذلك أمام علامة (x) التي ينبغي عليه أن يضعها إما قبل كتابة صيغة ذلك الجواب أو بعد ذلك مباشرة. ولا ينبغي أبدا ذكر الأجوبة الممكنة والتي توجد في نص الاستمارة، أو الإيحاء للمبحوث بإحداها. وفي حالة تعدد أجوبة المبحوث بالنسبة لنفس السؤال وفي بعض الحالات يمكن تعديد الأجوبة (من خلال تعديد علامة x).

3- بالنسبة للأسئلة المتعلقة بتعريف المبحوث ينبغي دائما تركها لآخر المقابلة أو الاستمارة. وذلك لأن طرحها عند بدء المقابلة (أو الاستمارة) غالبا ما يثير شكوك وتردد وأحيانا نفور مستجوب لازلنا لم نكسب ثقته بعد ولما يندمج معنا في أجواء موضوع البحث بما فيه الكفاية. هذا بالإضافة إلى أن الأسئلة المتعلقة بتعريف المبحوث لا تلتقي مباشرة مع موضوع البحث الذي هو السكري ومرضى السكري بالمغرب، والذي قلنا للمبحوث في التقديم بأننا بصدد القيام ببحث جامعي بشأنه.

4- بالنسبة للأسئلة التي قد يبدو للباحثين أو للمبحوثين معا أنها إما مكررة، أو غامضة، أو تثير إحراجا للباحث أو تردده في الإجابة، ينبغي على الباحثين تسجيل رقمها، وإبلاغ المشرفين على البحث بذلك عند إرجاع الاستمارات أو المقابلات المنجزة. وهنا ينبغي التذكير بأن من مهام الباحث أيضا أن يسجل وبأمانة تامة مختلف ملاحظاته وملاحظات المستجوبين وانطباعاتهم بصدد أسئلة الاستمارة ودليل المقابلة، وذلك فيما يتعلق بأهميتها ومدى إحاطتها بالموضوع المدروس، وكذلك درجة سلاستها وتسلسلها المنطقي. ومن المرغوب فيه أيضا أن يعمد الباحثون إلى تدوين ملاحظاتهم المنهجية الخاصة المتعلقة بالإستمارة وتجربة الميدان.

5 - بالنسبة لسن المبحوث ومهنته ينبغي تسجيلهما بالتمام وبكامل الدقة.

6 - بالنسبة للمقابلة: يسجل كلام المبحوث بكامل الدقة وأحيانا بنفس اللغة الدارجة، وذلك حفاظا على دلالة وبلاغة ومعنى ما يريد قوله.

7 - كل مقابلة أنجزت يجب إعادة كتابتها مباشرة بعد الانتهاء منها وذلك حتى يتمكن الباحث من استرجاع أجواء المقابلة وأهم ما دار فيها. ولا تعتبر أي مقابلة أو استمارة مقبولة إلا بعد إعادة قراءتها ومراقبتها من طرف الأساتذة المشرفين على البحث.

8 - بالنسبة لجل الأسئلة التي لا تتضمن سلما واضحا للقيم، تم وضع "جواب آخر يذكر" في آخر قائمة الأجوبة الممكنة، ويجب على الباحث في هذه الحالة أن يسجل وبدقة صيغة هذا الجواب الآخر.

9 - في مثل هذا البحث الميداني -ونظرا للنسبة العالية من الأمية في المجتمع المغربي- غالبا ما يخلط المبحوثون بين الباحث الاجتماعي وبين المساعد الاجتماعي أو الطبي. وأمام مثل هذه الحالة ينبغي على الباحث أن يكشف عن هويته الحقيقية وعن مهمته العلمية، على أساس أنه باحث جامعي يهتم بحالة وطريقة عيش مرضى السكري بالمغرب. وألا يتقمص بأي حال من الأحوال دور الطبيب أو المساعد الاجتماعي وأن يتجنب ما أمكن الدخول في أي حوار أو جدال مع المبحوث الذي يطلب المساعدة الطبية أو المادية، وعلى الباحث أن يتحلى بما ينبغي من اللباقة والحدق لكي يحسن التخلص عند تعرضه لمثل هذا الموقف، وذلك عن طريق الاستماع والانتباه لمطالب ومشاكل المبحوث. ويجب من جهة أخرى تفادي الوقوع تحت تأثير المعتقدات والتمثلات الدينية أو الاجتماعية عند تسجيل أجوبة المبحوثين، وعلى الباحث أن يتحلى دائما بروح الموضوعية والحياد الأخلاقي والنزاهة الفكرية.

10- إن سلوك الباحث وطريقة تعامله وشكل لباسه وهندامه واختيار زمان اللقاء بالمبحوثين وطريقة تقديم الذات وافتتاح الحوار، وتقديم موضوع المقابلة أو الاستمارة، ومكان الجلوس وطريقته... كلها أمور ينبغي أخذها بعين الاعتبار وإعطاؤها ما تستحق من العناية والاهتمام، لأنها وإن بدت لبعض الباحثين على أنها محض أمور شكلية إلا أنها تؤثر تأثيرا واضحا وحاسما أحيانا في نجاح أو فشل العمل الميداني.

حيرة المرضى والأطباء: الصيام أم عدم الصيام خلال شهر رمضان ؟

هذا السؤال يطرح بحدة خلال شهر رمضان لدى كل مسلم يعاني من مشكلة صحية والجواب عنه يبدو لأول وهلة بسيط وبدون أهمية كبرى لكنه في حقيقة الأمر سؤال معقد بل يمكن اعتباره مشكلة اجتماعية تستحق نقاشاً عمومياً. تطرح مشكلة الصيام مع وجود أمراض حادة أو مزمنة مرتبطة بـرمضان وهي حالة شائعة لأنها تتعلق بالحالة الصحية لنسبة كبيرة من الناس وممارسة شعائرهم الدينية.

قد يتسبب الصيام في مخاطر صحية تتفاوت في وتيرتها وحدتها. عندما يكون المرض حاد والخطر واضح، يكون من السهل الاتفاق على الموقف الصحيح من الصيام بين المرضى، أفراد أسرهم، المعالجين والعلماء لكن في معظم الحالات (الأمراض المزمنة متفاوتة الخطورة، تناول أدوية متعددة، ردود فعل مختلفة...) يظل خطر ظهور مشاكل صحية متعلقة بالصوم مشكلاً غير معروف، مستتراً، متأخراً أو غير مؤكد. في هذه الحالات المعقدة يظل الشك العلمي هو القاعدة. ليس للطبيب إجابة علمية واضحة عن سؤال الصيام أو عن عدمه وهذا ما يشكل معضلة وحرجا بالنسبة للمرضى وللمعالجين.

وقد أظهرت دراسات مختلفة أن غالبية المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة يصومون على الرغم من المخاطر المعروفة على الصحة أو ظهور أعراض تدهور حالتهم الصحية ولا يمكن للمشورة الطبية أو الدينية للمرضى بعدم الصيام أن تغير هذا الوضع.

هذا السلوك يبدو غير منطقي ظاهرياً لكنه يرتكز في الواقع على تفسيرات عديدة تنطوي على عدة عوامل: المعتقدات الدينية، المعتقدات السحرية، المعتقدات الصحية المرتبطة بشهر رمضان، العوامل النفسية، الاجتماعية، الثقافية، التجربة العملية للمرضى مع الصيام، المعلومات المنقولة من خلال وسائل الإعلام، والتثقيف الصحي، وتأثيرات المعالجين والعلماء ...

لمواجهة عدم اليقين العلمي اتجاه الصيام ، تختلف مواقف الأطباء:

- السماح بالصيام وطلب من المريض أن يراقب صحته.
- عدم السماح بالصيام لتجنب أي مخاطر صحية (وفقاً لمبدأ الحيطة والحظر) بدون إعطاء أهمية لوجهة نظر المريض.

- تشجيع المريض على اتخاذ القرار نفسه بنفسه وهذا لا يمنع الطبيب من تحذير المريض من خطر حدوث مضاعفات (قصيرة وطويلة الأجل) التي يمكن أن تنجم عن الصيام.

- قبول أو رفض السماح بصيام المريض باستخدام حجج طبية و/ أو دينية.

إنّ الأطباء عالقون من جهة بين الموضوعية العلمية والحياد (مبادئ أساسية للأخلاقيات الطبية) ومن جهة أخرى بين المعتقدات الصحية والدينية. كما أنهم يستخدمون خبراتهم و/ أو الخبرات التي اكتسبوها من خلال الممارسات الطبية المتراكمة لتفسير آثار الصيام، ومواقف المعالجين تعتمد في جزء منها على اعتبارات غير طبية. إن سلوك بعض الأطباء الأبوي يمكن أن يعزز تبعية المرضى إلى النظام الطبي في حين أنّ استقلالهم ومشاركتهم في صنع القرار أمر أساسي للإدارة الفعالة لمرضهم وللعلاج. بالإضافة إلى ذلك فهذا الموقف يعيق حرية الاعتقاد الديني للمرضى.

وما يزيد من تعقيد الوضع بالنسبة للمرضى هو موقف رجال الدين الغير محايد الذي ينطوي على كل من المعتقدات الدينية والمعتقدات الصحية في المشورة التي تقدم للمرضى، وينطبق الشيء نفسه على كثير من الناس المحيطين بالمريض (داخل الأسرة والعمل) الذين يعبرون عن وجهة نظر حول صيام المريض لا تزيد المريض إلا ارتباكاً.

بعض الاقتراحات للمناقشة

إنّ المريض-المواطن الذي لديه معرفة بمرضه المزمن يقوم بدور أساسي إلى جانب المعالجين للحفاظ على صحته من خلال الرعاية الذاتية وقرار الصيام أم عدم الصيام ينبغي أن يكون قراراً ذاتياً، لأنه يتعلق مباشرة بصحة المريض ومعتقداته الدينية الخاصة. كما أن موقف الطبيب من الصيام يجب أن يظل محايداً ودوره هو شرح المخاطر المحتملة للصيام على صحة المريض وأن يصاحب هذا الأخير عند اتخاذ قراره، وعلى كل من المريض، المعالجون، علماء الدين والعائلة أن يقوموا، كل حسب اختصاصه، بمهامه بدون خلط في الأدوار.

وسائل الإعلام والثقافة العلمية والطبية

هذه المناقشة فرصة لتوضيح اهتمام وسائل الإعلام في مجتمعنا بمواضيع الأدب والثقافة وقلّة اهتمامها بالقضايا العلمية، الطبية وإشكاليات العلاج التي يواجهها الناس. في الواقع، تتواجد الثقافة الأدبية والفنية بشكل منتظم في الصحف ووسائل الإعلام، وتعالج وسائل

الإعلام أخبار العلم والطب من خلال وكالات الأنباء التي تهتم بالاكتشافات العلمية الجديدة، صحيحة كانت أم خاطئة، أو من خلال برامج طبية مستوردة غالبا ما تكون بعيدة عن واقعنا. وتؤكد في كثير من الأحيان على أخبار مثيرة و/ أو ثقافة طبية أجنبية على حساب الممارسة الطبية والعلمية التي يمكن أن تجيب عن المشاكل الطبية والعلمية العملية التي تواجه مجتمعنا.

لهذا أقترح فتح نافذة مخصصة لدور الثقافة والممارسة الطبية العلمية في وسائل الإعلام في الصفحات الثقافية للجرائد أو المجالات وفي البرنامج الثقافية للإذاعة والتلفزيون وذلك لتلبية حاجيات وقضايا الساكنة المغربية. واعتقد أن المواضيع التي يمكن مناقشتها عديدة وغنية وأن المشاركين المحتملين كثيرين وآمل أن لا تذهب هذه الدعوة سدى (مثل دعوة افتح الشبّاك...؛ لشخصية الفيلم الكلاسيكي لصالح أبو سيف " محكمة 68).

هل يمكنني أن أصوم ؟

هذا السؤال يطرح باستمرار من قبل المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة والذين يتناولون أدوية كثيرة، وذلك قبيل حلول شهر رمضان أو خلاله. جوابي، كطبيب، لا يكون لا بالإيجاب ولا بالنفي عن سؤال المريض بل بجواب مثير للدهشة لدى البعض وهو إحالة المسألة على المريض نفسه: "وأنت، ما رأيك؟" وأمام دهشة المريض، أوصل خطابي من خلال شرح مخاطر الصيام المحتملة والاحتياطات الواجب اتخاذها، هكذا يبدو هذا الموقف غير عادي، لكنه أفضل طريقة وأكثر فعالية لحماية صحة المريض..

ما هي أسباب اتخاذ هذا الموقف ؟

يتطلب المرض المزمن الرعاية الذاتية والمراقبة المستمرة للإنجاح العلاج، ولا يوجد أي سبب لاستبعاد المريض من اتخاذ قرار الصيام. بالإضافة إلى أن هذا الأخير يتخذ قرار الصيام أو عدمه بغض النظر عن المشورة الطبية، ودور الطبيب يقتصر على شرح أخطار الصيام المحتملة للمريض ومرافقته خلال الصيام هذا الموقف يحول دون الخلط بين أدوار كل من المرضى والمعالجين ويعزز علاقة الثقة بينهم.