

## النماذج النظرية للصحة والمرض

1- النموذج الوظيفي أو التوافقي: تالكوت بارسونز:

ينتمي بارسونز إلى المدرسة الوظيفية ويعتبر أول باحث وضع تحليلاً سوسيوولوجياً للمرض (1902-1980) حيث بنى إطاره السوسيوولوجي لدراسة المرض في سياق نظريته العامة تفرغ خلال خمسينات من القرن الماضي من خلال كتابه النسق الاجتماعي، حيث انطلق من فكرة أساسية مؤداها أن البناء الاجتماعي يوضح العلاقة بين المرض والطب ويوجهها، لتحديد وضعية المرض بهدف الوصول إلى العلاج [1]، دون أن يشكك في مصداقية المعرفة ضدية، وإن يستل منطلق اشتغال المؤسسات الطبية، لأن مهمة السوسيوولوجي ستقتصر في معرفة ماذا يحدث، قبل وبعد وحول، واقع محدد طبياً للمرض [2] ولتحديد مكانة المريض من حيث نجمع انطلق من التساؤلات التالية:

1- هل نرى سنكها المريض حتى يعترف به كمنحرف شرعي؟

2- هل نصدت خاصة بهذا الشكل من الانحراف [3]؟

3- تفسير عدم الانسجام بين تجربة المرض وسلوك المريض؟ ما سر اختلاف سنوك

مرضى تجاه نفس الأعراض؟ لماذا بعض الأشخاص يصرحون بمرضهم خلافاً للبعض

الأخر؟ لماذا البعض يستشير الطبيب والبعض لا يرغب في ذلك [4]؟

4- كيف يتحمل الناس المرض وبمساعدة من يختارون شكلاً من العلاج دون غيره؟ وردود

فعلهم أمام نصائح وأوامر الطبيب؟

للإجابة عن هذه التساؤلات انطلق من دراسة العلاقة بين الطبيب / والمريض، والتي تؤسس

لتقييم العمل الصحي في الثقافة القريبة الحديثة [5]، لينحت بذلك مفهوماً يعتبر محور دراسته

إنه مفهوم الدور دور المريض، الذي اعتبره مفتاحاً لدراسة مجموعة الانتظارات والضوابط

السوسيو ثقافية، التي تم تطويرها اجتماعياً من أجل التحكم في نتائج فك الاندماج بين

المريض والمجتمع. فدور المريض يعطى شرعية اجتماعية للانحراف والخلل [6] الناتج عن المرض.

ويقود المجتمع بالحفاظ على صحة أفراد من خلال التقليل من الإصابة بالمرض الذي يعتبر حالة من الانحراف [7] و الاضطراب في السير العادي للإنسان في كنيته، كمنسق بيولوجي وكسيرونة تضاوطة الشخصية والاجتماعية، ومن هنا يظهر الطب كمؤسسة هدفها مواجهة تهديد المرض وتحقيق الاستقرار الاجتماعي عن طريق معالجة المرضى داخل مؤسسات طبية باعتبار أن الممارسة الطبية هي ميكانيزم لوضع أفراد المجتمع في حالة مقاومة للمرض التي تضمن مجموعة من الأدوار المؤسساتية وتنظم حول المعرفة العلمية المطبقة على المرض والخدمة [8]. هنا قام بارسوتز بتحديد النماذج التنظيمية التي يخلقها البناء الاجتماعي لسلوك المريض والطبيب، انطلاقاً من السياق المحدد لوظائف المرض والطب في إطار النمق الاجتماعي، ويتميز هذا النموذج المحدد للعلاقة مريض / طبيب بأنه لا متناسق يكون الطبيب يستطيع حل مشكلة المريض أي أنه فاعل في العملية العلاجية أما المريض فيعتبر دوره سلبي أي غير فاعل في العملية العلاجية. أما التوافق الذي يميز هذا النموذج فيرجع لكون المريض يعترف بسنطة الطبيب وكون العلاقة العلاجية تقوم على تبادل قوي، فهي توصف بزواج من الأدوار المتوقعة والمتكاملة بين دور المريض ودور الطبيب [9] فالأول يسعى للعلاج، والثاني يمنح العلاج، لهذا فإن اعتماد مفهوم "دور المريض" المحدد وفقاً لشروط اجتماعية يضمن للمريض حقوقاً ويلزمه بواجبات.

- حقوق المريض:

-الإعفاء من المسؤولية: باعتبار أن دور المريض يعتبر دوراً مكتسباً وليس فطرياً. فالمرضى لا يعتبر مسؤولاً أخلاقياً عن وضعه كمرضى.

-الإعفاء من الواجبات: إنه الحق الاجتماعي الثاني الذي يؤكد عليه بارسونز، فالمرضى غير مطالب بأداء الواجبات المرتبطة بدوره العادي واليومي. مع ضرورة الأخذ بعين الاعتبار حالات الأمراض المزمنة، وبعض الحالات التي لا يستطيع فيها المرضى التخلي عن لعب أدوارهم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، كأصحاب المهن الحرة أو المشغلين بالحقل السياسي [1.10]

-الحق في المساعدة: يتمثل هذا الحق حسب بارسونز في توفير أطر تقنية كفاً ومؤسسات للاستقبال قريبة من السكان، وهو ما يدل على حق كل مريض - بما فيهم الفقراء- في علاج والتوازن النفسي والدعم العالي.

2-واجبات المريض تجاه المجتمع:

-قبول المرض: بمعنى أن المريض مطالب بالاعتراف بالمرض، وما ينتج عنه من أثر على مستوى الاجتماعي والاقتصادي: أي تحمل آلام المرض، الاعتراف بحالة النجاسة التي ينبغي أن يخضع لها اتجاه من يعالجه والخضوع لأوامره. يضاف إلى ذلك القبول بواقع التنازل عن وظائفه الاجتماعية ووضعه وواجباته التي تسلبه مكانته داخل المجتمع، والعيش في عزلة ليواجه بمفرده مخاوف مرضه داخل المستشفى.

-إرادة العلاج: انطلاقاً من الاعتراف المجتمعي والمؤسساتي بحالته ودوره كمرضى، فإن هدفه الأساسي يجب أن يتمثل في التوجه إلى طلب الشفاء عن طريق البحث عن مساعدة كفاً وإتباع نصائح وتوجيهات المختصين في المجال.

-المشاركة في العلاجات: ونرجع هذه النقطة إلى رغبة المريض في العلاج وهو بذلك يبدي استعداداً أكبر في التعاون مع الهيئة الطبية وإن كانت العلاجات قاسية. وهناك فئة أخرى ترفض العلاج بدعوى عدم فعالية العلاجات التي يتلقونها، والمشاكل المادية التي تنتج عن

العلاج على المحيطين به، كما يمكن أن تتدخل عوامل أخرى في عدم المشاركة في العلاج ذات طبيعة نفسية أو ثقافية.

دور الطبيب: يتجلى دور الطبيب في كونه مسؤولاً عن وضعية المريض. ويرى بارسونز أن تنظيم هذا الدور يقوم على الخصوصية الوظيفية، والحياد العاطفي والتوجيه نحو جماعة [11]. باعتبار أن العمل الطبي الحديث يهدف لتطبيق المعرفة العلمية من طرف شخص موهب ومكون تقنيا، ويمكن تلخيص العناصر المميزة لهذا الدور فيما يلي:

- علاقة نضيب بمرريض لا تقوم على الروابط الشخصية ولكن على قواعد مجردة ترجع لكفاءة تقنية نضيب، فالنضيب يجب أن يتميز بالحياد العاطفي رغم إطلاعه على خصوصية شخصية والنفسية للمريض.

- يتميز دور نضيب بالبحث عن راحة المريض قبل كل شيء عكس المهن الأخرى وهو يتميز بتعدمية والخصوصية الوظيفية [12]، وما يمكن تمييزه أنه لا يمكن الفصل بين النموذج البارسونزي لدراسة الممارسة الطبية ونموذجه النظري العام إذ أنه يشير إلى تأسيس أدوار المريض والطبيب مرتبطة بتحقيق التوازن في الدوافع المتعلقة بالصحة أو بمجالات أوسع أي تحليل اندفاع في علاقاته مع السيرورات الاجتماعية [13].

ما يمكن استنتاجه من نظرية بارسونز هو اعتبار المرض سلوكاً اجتماعياً منحرفاً واعتبار دور المريض ميكانيكياً لتقنين الانحراف، ولتفادي الانحراف ينبغي عزل المريض عن المجتمع ووضعه في مؤسسات صحية لتحقيق الضبط الاجتماعي والاستقرار وتحقيق العلاج للمرضى.

رغم النقلة العلمية التي أحدثها بارسونز من خلال نموذجه لدراسة الدور الاجتماعي للمريض والطبيب، فقد وجهت له انتقادات تتمثل فيما يلي:

محدودية الطرح الذي قدمه بارسونز لأنه درس نموذجاً واحداً من العلاقات بين الطبيب والمريض هو نموذج المرضى المصابين بالأمراض التعفننية مع ظهور المضاد الحيوي؛ لكن في عصرنا أصبحت الأمراض المزمنة أكثر انتشاراً من الأمراض الحادة [14] وأهداف العلاقة بين الطبيب والمريض في حالة الأمراض المزمنة تتغير من البحث عن الشفاء إلى تدبير المرض، مما يجعل العديد من المرضى يحافظون على اندماجهم الاجتماعي، على الرغم من أن المرض لا يمثل تهديداً لسير المجتمع [15]، كما أنه لا يعني إعطاء المريض من مسؤوليات فدور المريض المزمّن يمتد لمجمل مجالات الحياة الاجتماعية (مهنية - أسرية). كما أن مسؤولياته ليست متروكة وموقّنة بل يتم حولها تفاعل وتفاوض مستمر يتطلب سلسلة من النشاطات الخاصة [16].

ويؤخذ عليه أنه اعتبر المريض سلبياً داخل العملية العلاجية يخضع لسلطة الطبيب وأبعد الأسرة كمجال أساسي للمرض وفاعل فيه... كما أهمل نظرية الصراع الاجتماعي داخل النظام الاجتماعي.

لكن بالرغم من هذه الانتقادات الموجهة للطرح البارسونزي فإن بعض الباحثين لا زالوا يعتمدون على هذا التصور في دراساتهم السوسولوجية عن الصحة والمرض. وهو ما أكده إيريك كانيون (E. Gagnon) إذ يرى أن الصحة هي الاستقلالية، ثم يخلص إلى أن تمتع الفرد بالصحة يعني امتلاكه لقدرته الكاملة على المشاركة في الحياة الاجتماعية، وعلى لعب أدواره فيها، أي القدرة على الاندماج [17] ومن ثم يصبح بمقدوره إعطاء التعريف الإيجابي التالي للصحة: إن الصحة لم تعد وبالشكل السلبي المطلق انعدام المرض، وإنما هي القدرة على ممارسة أدواره [18].

2- النموذج الصراعى أو اتجاه التفاعل الاجتماعى: إيليو فرابديسون:

ظهر هذا الاتجاه في الستينيات من القرن العشرين. وينطلق حسب كلودين هرزليش من مقارنة تعتبر الطب منتجاً لمقولتي الصحة والمرض باعتبارهما مقولتين اجتماعيتين [19].  
هنا لا ينبغي الخلط بين الواقع العضوي للمرض وبين واقعه الاجتماعي. فالواقع العضوي هو المرض كما يتم بناؤه من طرف الطب والأطباء، فالمعرفة الطبية لا تعمل سوى على تجلية وتوضيح المرض باعتبارها حالة انحراف بيولوجي وذلك بالمقارنة مع حالة سواء بفرض [20].

فرايدسون يعتبر المرض انحرافاً كيارسُونز ولكن يتم تقنينه عن طريق الممارسة الطبية ميكانيزم انضبط الاجتماعي/ بمعنى أن المرض عبارة عن خلل بيولوجي وفكرة المرض وردود لأفعال تجاهه تعطي لهذا الخلل تعريفاً اجتماعياً يحدد مجموعة من الأفعال الاجتماعية [21]، وبالتالي فهو يميز بين المرض كحالة اجتماعية تؤدي إلى تغيرات على مستوى السلوك يختلف باختلاف الثقافات والمجتمعات، كما أنه حدد مستويين للمرض: الانحراف الأولي والانحراف الثانوي والمرتبطة برودود الأفعال المجتمعية الناجمة عنها على مقياس الشرعية والتي يقسمها فرايدسون إلى ثلاثة أنواع:

أمرضاً برؤ قماً

- الشرعية المشروطة: ويكون المنحرف المريض معفى من مسؤولياته مؤقتاً وله امتيازات بشرط البحث عن المساعدة الضرورية للتخلص من الانحراف "المرض".
- الشرعية غير المشروطة: وهنا يمنح الطابع القائم للانحراف بدون إعفاء المنحرف المريض من مسؤولياته المعتادة والحصول على امتيازات خاصة.
- اللاشرعية: وهو المنحرف المريض مع إعفائه من بعض المسؤوليات المعتادة، بسبب الانحراف المرضي، والذي لا يعتبر مسؤولاً عنه. فإنه يحصل على القليل من الامتيازات مع وجوب القيام ببعض المهام الجديدة والمعقدة للمسار المعتاد للحياة [22].

وهكذا يرى فرايدسون أن الأمر يتعلق في النهاية بمسالك المرضى (Des carrières de <sup>سياسية</sup> malades)[23]، ذلك أن كل التفاعلات بين الطبيب والمريض ينتظمها التناظر الحاصل على مستوى الأهداف، لأن العلاقة القائمة بينهما مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بانتماهما إلى أنساق ثقافية مختلفة، فالطبيب ينتمي إلى مرجع علمي وكوني والمريض ينتمي إلى نسق مرجعي عامي ومحلي [24]، [أي معنى أن علاقة الطبيب والمريض ليست علاقة توافقية] Consensuelle، لأنها تحدث بعض الصراعات المتمثلة فيما يلي:

1- التعارض فيما يخص الثقافة المهيمنة والثقافة التقليدية، حيث إن الطبيب أدري بحاجيات المريض من خلال التكوين الذي تلقاه وتجاربه السابقة، أما المريض فيمجرد استشارة أولى للطبيب تتكون لديه فكرة مسبقة حول العلاج من خلال ثقافته التقليدية.

2- التعارض حول منطق العلاج واحترام الحياة اليومية للمريض من خلال التشخيص والوصفات العلاجية، فالمعالج له منطق آخر هو رعاية صحة المريض مع احترامه لحاجياته اليومية.

3- الاستقلالية المهنية: صراع حول السلطة، من يقرر الطبيب أم المريض؟ إن الأطباء في صراع دائم ومستمر من أجل الحفاظ على سلطتهم، أما المرضى فلهم الحق فقط في الاستماع لنصائح الطبيب فنحن إذن لسنا أمام نموذج توافقي وإنما داخل نموذج صراعي، فبالنسبة لفرايدسون فالكفاءة العلمية والتقنية لا تعطينا الحق في أن نصدر حكماً أخلاقياً حول المرضى وتفسيراتهم للمرض، فهم يعلمون بأن الطبيب ملتزم أخلاقياً ويقوم ب:  
- الواجب الطبي وأن يكون ذا نفوذ ويعمل على تقديم النصائح للمرضى لاكتساب قدراتهم الذاتية.

- التطبيب والمكانة الكبيرة للمعرفة الطبية داخل المجتمع.

ومنه أدور الطبيب الاجتماعي يتضمن سلسلة كاملة من الصراعات والتوترات وهي كالاتي [1:25]

1- الصراع الذي يجب على الطبيب أن يحسمه بين مصالح أي مريض سواء كان فردا أم جماعة.

2- الحاجة إلى توزيع الموارد التي يندر توفرها (الوقت، المهارة، المواد)، فإذا كان لدى الأطباء من هذد الموارد كمية أقل مما يحتاجه كل المرضى، فيجب اختيار المرضى الذين هم في أشد الحاجة للموارد.

3- موازنة مصالح المريض في أي فترة من الوقت مع مصلحة نفس المريض في المستقبل، بحيث يبدو أن هناك اتفاقا ضمنيًا صامتًا بين الأطباء والمرضى، بأن لا تتم مواجهة الموقف الحقيقي أو مصارحة المريض بحقيقة مرضه كالأمراض المزمنة مثلا.

4- الصراع بين اهتمامه بمصالح المريض في مقابل اهتمامه بأسرة المريض.

5- المواقف التي يعجز فيها الطبيب عن مساعدة المريض فيرتفع إلى مستوى رأيه الخاص كعلاج. / فيحدث الصراع لأن المريض يطلب نوعا من الرعاية لا يستطيع الطبيب أن يقدمها، ويكون بذلك اختلاف في المعايير والثقافات التي ينتمي إليها الطبيب والمريض معا مما يؤثر على جودة علاقتهما [26].

وهناك صراعات أخرى في دور الطبيب - صراع بين مصالح الطبيب ومصالح المريض - وهو صراع بين هذا الدور وبقية الأدوار التي قد يلعبها الشخص في حياته. إلا أن الطبيب يستمد سلطته من المكانة الخاصة التي تعطى له من الدولة [27]. ومنه فنظرية التفاعل الاجتماعي

عند فرايدسون لا تكمن في علاقة صراع بين شخصين طبيب-مريض أو بين وظيفتين ووظيفة العلاج ووظيفة تلقي العلاج، ولكن تعتبر علاقة صراع بين ثقافتين: ثقافة عامية وثقافة

عالمة أو علمية، مما ينجم عنه صراع بين منظومتين مختلفتين، المنظومة الطبية والمنظومة العامة.

٧١

لكن رغم ما قدمه فرايدسون من جديد لعلم اجتماع الصحة وخصوصا كيف يؤثر الزيون على الممارسة الطبية، فقد وجهت له انتقادات تتجلى في كونه [درس فقط البعد الاجتماعي للتجربة المرضية وذلك من خلال السيرورة التي تحدد اللجوء إلى الطبيب].

وكذلك لكون دراسته [هذه أقيمت أثناء انتشار الأمراض الحادة في مجتمعات كثيرة مما جعل دراسته للصحة والمرض تتميز بالمركزية] وهو بذلك مثله مثل بارسونز إلا أن هذا الأخير اعتبر أن المرض انحراف بشكل خلاق وظيفيا ولا يمكن ضبطه إلا من خلال الطب، وفرايدسون ارتكز على الطب كصفة لها استقلالية مطلقة في خلق الانحراف إذ لا يمكن التفكير في وجود

المرض اجتماعيا إلا في علاقته مع الطب [28].

3- النموذج التفاوضي ومسار المرض: أنسلم ستراوس؛  
مفاعلية الرمزية

انتقل بعد ذلك البحث حول الأمراض المزمنة، حيث نجد أنسلم ستراوس Anselm Stauss من الأوائل الذين قاموا بدراسات في هذا الميدان في إطار التفاعلية الرمزية الذي ظهر في الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية بجامعة شيكاغو التي تصوره للتجربة المرضية انطلاقا من التفاعل الحاصل بين مستوى الفعل الفردي، والسيرورات الاجتماعية الصغيرة والمستوى الماكرو اجتماعي البنائي المؤثرة على ظروف الفعل [29]. إن ستراوس رفض تقسيم العمل السوسولوجي بين الصياغة المنطقية والاستنباطية لنظريات منفصلة عن الوقائع من جهة، وبين التحقق من هذه النظريات من جهة أخرى [30]، كما أنه يرى أن هناك تداخلا بين العمل الأمبريقي - الميداني من جهة والعمل النظري من جهة أخرى. وقد عرّض ستراوس عدة أوجه للفعل من أهمها فعل التفاوض [31] في جميع أشكال النظام الاجتماعي،

والفعل برأيه مرتبط بتأثير التكنولوجيا الجديدة والأمراض المزمنة على العمل الطبي ويأتي  
الفعل عند ستراوس دائما متبوعا بالمحيط الثنائي أو السياق النهائي [32].

وركز ستراوس في: الشبكة التفاوضية 'Le Trame de négociation' على النظام  
التفاوضي [33]، مستخلصا هذه الفكرة من خلال اهتمامه بموضوع الطب والمرض في دراسته  
مع مجموعة من الباحثين 1957 للأمراض العقلية ومؤمنا بفكرة أساسية مفادها أن  
التنظيمات هي اساق التنازض الدائم وهذا ما يمثل القاعدة المركزية لنظرية ستراوس حيث  
أن النظام الاجتماعي هو نظام يقوم على تفاوض مستمر يتفاعل فيه الأفراد مع الشروط  
البنائية لهذا النظام. ومن خلال هذه النظرية يلعب الأفراد دورا فعالا وواعيا في التنظيمات  
وفي وضع شكل النظام الاجتماعي [34]. هذا التفاوض هو إذن شكل لتنظيم وضبط العلاقات  
الاجتماعية وفي هذا الصدد تقدم ستراوس في مجال دراسة الأمراض المزمنة والتي تحمل  
خصائص تميزها عن الأمراض الحادة باقتراح مرجعي يتجاوز البعد الطبي للتجربة المرضية  
إلى البعد الاجتماعي [35]، حيث يعطي نظرة واضحة للمشاكل الاجتماعية والنفسية التي  
يواجهها المريض وأسرته في الحياة اليومية [36] وهو لا يعتبر المرض كظاهرة بيولوجية  
فقط، وإنما كظاهرة اجتماعية وهذا يظهر من خلال تدبير المرض وهو يرى وفق هذا الاتجاه  
أن المريض والطبيب ليسا وحدهما الفاعلين في تدبير المرض وإنما هناك فاعلون آخرون في  
هذه العملية (الأسرة، زملاء العمل، المساعدات الاجتماعية...)، ومن هنا تظهر أهمية تدبير  
المرض في أطروحة ستراوس كونه قدم إطارا عاما يتعدى الدراسات والأبحاث السوسيوبيولوجية  
الخاصة بالأمراض المزمنة المختلفة والذي يستعمل في مختلف الوضعيات التي تخلقها  
الأمراض المزمنة باختلافها وباختلاف الفاعلين فيها.

وقد أشارت الباحثة بازنجيه في نقدها لنموذج النظام التفاوضي في دراسة الأمراض المزمنة  
إلى كونه لا يسمح بإعادة تشكيل ميكانيزمات الواقع الاجتماعي، بل تبني الآثار على مستوى

المريض، ولا تعالج التفاعلات الحقيقية التي يشارك فيها الفاعلين غير المرضى في تدبير العلاج. وأن إيجاد التوازن بين الحالة السوية، والحالة غير السوية في الحياة لا يمكن قراءتها فقط من خلال تجربة المريض، ولكنها تبني اجتماعيا من تفاوضات متكررة وفي أمكنة متعددة [37].

#### 4- نموذج البناء الاجتماعي: إيزابيل بازنجيه:

جعلت بازنجيه من نظرية البناء الاجتماعي حول الأمراض المزمنة منطلقا أساسيا لدراساتها. حيث حاولت تطوير نظرية فرايدسون حول البناء الاجتماعي للمرض والمريض، وانطلقت بذلك من سوان أسنسي مفاد: هل بالفعل الطبيب هو الفاعل الواحد والوحيد في الممارسة الطبية أو أن المريض يشاركه فيها؟

وفي دراساتها هذه انطلقت بازنجيه من تذكير أولي تشير فيه إلى أنه: بعد السيطرة على الأمراض المزمنة المعدية والجرثومية فإن البلدان الصناعية تعرف اليوم تحولا في مشهدها الباتولوجي، ذلك أن أمراض القلب والشرابيين (...)، أصبحت اليوم هي المشاكل الصحية الأكثر تأثيرا على الجماعة. إن الأمراض المزمنة تشكل من الآن فصاعدا الأمراض المهمة في مجتمعاتنا [38] المستحصية

فحسب بازنجيه فالأمراض الحادة يمكن القول معها بأن المريض يمكن أن يخضع للطبيب ولا يشاركه في العلاج، فالطبيب هنا يقوم بأهم الوظائف التي تتطلبها الممارسة الطبية بدءا من التشخيص وانتهاء بالشفاء، ويكون دور المريض ضعيفا أما الطبيب فتكون له السلطة الكاملة، عكس الأمراض المزمنة والتي تتميز بكونها أكثر اجتماعية فالمعرفة الطبية المتاحة والشك الذي يصاحبها جعلها أمراضا غير قابلة للشفاء [39].

وتشترك الأمراض المزمنة في سمتين اثنتين حسب بازنجيه هما:

مدة المرض والتي تطول بطول عمر الإنسان.

-تدبير المرض: وهذا التدبير لا يقتصر على العمل الطبي فقط أو على تكييف العلاج بالنسبة للمريض، وإنما يتسع ليعتمد إلى جميع نواحي الحياة الاجتماعية، ولمدة زمنية غير محدودة.

إذن فالأمراض المزمنة تشكل خصوصية في التعامل معها من قبل الطبيب والمريض ذلك أن علاجها وطريقة التعامل أو التعايش معها يستدعيان القيام بتمرين علاجي ينتهي معه 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.

### 4- النموذج التأويلي: كلودين هرزليش: المثالا ٤١

اعتمدت كلودين هرزليش المقاربة التأويلية للمرض والتي تهتم من جهة بالطريقة التي يعطي بها المريض ومحيطه الاجتماعي معنى أو تأويلا للمرض، ومن جهة أخرى كيف أن هذا المعنى يمكن أن يكون له تأثير على سلوك الأفراد [40]. المعنى أنها اعتمدت على مفهوم التمثلات، أي تمثل المرض وأسبابه من طرف المريض ومحيطه الاجتماعي/والذي يرجع مصدرية مرضه لمجموعة من الأسباب تؤثر عليها تنشئته الاجتماعية والثقافية، لتنتج عنها مجموعة من الممارسات والسلوكيات العلاجية.

وقد لاحظت هرزليش أنه بواسطة الصحة أو المرض يستطيع الإنسان أن يندمج أو لا يندمج في المجتمع، وهنا التقت مع منظور بارسونز الذي يرى أن الصحة شرط أساسي لسير النسق الاجتماعي وأن المرض هو شكل من أشكال الانحراف الذي يرجع إلى ضغط المجتمع على الفرد [41]. المعنى وجود صراع بين المريض والطبيب وهو صراع خاص بالتمثلات الاجتماعية لكل من الطبيب والمريض فيما يخص المرض والعلاج وليس صراعا في الوظائف، وهذا ما

أكدته من خلال دراستها للمعايير والتأويلات التي يستوجبها السلوك الفعلي، واستنتجت أنه غالباً ما نجد أنفسنا أمام ثلاثة أنواع من التمثلات للمرض هي:

(- المرض كهدم): وهذا التمثل يكون: غالباً لدى الأشخاص الذين يعتبرون أنفسهم نشيطين وملتزمين وجادين في مشاركتهم في المجتمع. حيث يشعر الشخص المريض بعدم نشاطه، والتخلي عن دوره هو شيء مفروض عليه، كعنف موجه ضده [42]. بمعنى أن المريض يعتبر مرضه سبباً في تخليه عن دوره المهني والعائلي، وإقصائه من الجماعة.

(- المرض كتحرر): يعتبر هذا التمثل كسابقه (المرض كهدم)، لكن هنا المريض يحس بالتخفيف من عبء نعمة والتخلص من الوظائف التي يقوم بها يومياً. وهنا يمكن وصف شخصية المريض في ثلاثة اتجاهات [43]:

- المريض يتحرر من واجباته الاجتماعية.

- المرض قد يساعد على تغيير شخصية المريض في اتجاه إيجابي على عكس التصور المساند مع المرض كهدم.

- للمريض شخصية استثنائية تفتج عن التجربة الاستثنائية للمرض.

(- المرض كمهنة): حيث يتحمل المريض المرض ويفرض سلطته عليه، فتصبح وظيفة المريض هي مقاومة المرض.

ومنه فهذا الاتجاه حول التمثل الاجتماعي والمعرفة للمرضي يعكس طريقة عيش وتفكير

الأفراد حول موضوع الصحة والمرض، وبالتالي هناك ثلاثة مستويات للتمثل:

(- المستوى المعرفي): التصور الاجتماعي للمرض، حيث سندرس بالدلالة الاجتماعية التي يعطيها الأفراد لهذا المرض.

(- المستوى التصوري السببي للإصابة بالمرض): والتي تعكس مستوى التفكير والاعتقاد الذي

يحملة الأفراد حول أسباب الإصابة بالمرض.

- (3) مستوى السلوك المرافق لظهور الأعراض: والتي تعكس مستوى ردود الفعل المرافقة لظهور أعراض المرض من خلال توجه الأفراد نحو طلب الخدمة الطبية من عدمها والعوامل المنسببة في ذلك السلوك.

6- نموذج التفاعل الاستراتيجي: إيفين كوفمان:

يقدم كوفمان نموذج آخر للعلاقات الاجتماعية بين الأطباء والمرضى ويسميه التفاعل الاستراتيجي. هذا النموذج يسمح بالتعمق في العلاقات التي تحدث بين الأطباء والمرضى، وهو يهدف إلى إلقاء الضوء على العلاقات قد تسبب الإحباط لكلا الطرفين إذا افترض كل منهما أن الآخر طبيب زائف أو مريض مزيف. يتعامل بشكل لائق.

في نموذج كوفمان الموقف التفاعلي (الاستشارة الطبيب) كنوع من المناورة يحاول فيها الأفراد الوصول إلى الحد الأقصى من المكافأة والثواب، ويمكن للأفراد الوصول بالمكافآت إلى الحد الأقصى عن طريق التصرف بأسلوب هادف وتقدير الموقف بطرق مختلفة. فهناك دائما حاجة إلى تقدير مدى ثبات كل من الطرفين بمعنى آخر إلى أي مدى يرغب الفرد في المضي قدما في هذه العلاقة؟ وما الذي يرغب في تحمله أو لا يرغب؟ وإلى متى يستطيع التحمل أو المثابرة؟ وهناك أيضا القدرة على تقدير كل النتائج المحتملة والقدرة على السلوك بالطريقة التي تتطلبها الحكم على المواقف، وأخيرا هناك تقدير التكامل أي مدى استعدادهما للبقاء مخلصين لمصالح كل منهما المتفق عليها بمجرد الاتفاق على العلاج.

يمكن اعتبار أن هذا المنظور له علاقة وثيقة بالأطباء، وذلك كأن يدرك الطبيب المصطلحات غير العلمية التي يستخدمها المريض وأسلوبه في عرض مشاكله ومقدار الثبات الذي يمتلكه وموارده، ومثل هذه التقديرات قد لا يضعها الطبيب في اعتباره، على عكس المرضى يفعلون ذلك.

وقد استعمل كوفمان مفهومًا آخر في التعامل مع الأمراض (الأمراض العقلية)، وهو مفهوم تجربة المريض في تدبير مرضه « *carrière du malade* »، حيث كان يستعمل هذا المفهوم في سوسيولوجيا العمل، فنقله كوفمان عنها واستعمله في مجال الأمراض العقلية [44]، فهو يعتقد أن هذه الفكرة مثيرة للاهتمام لأنها تشير إلى أدق التفاصيل الشخصية للمريض، وإلى هويته وطريقته في الحياة، ولكنها أيضًا تحدد موقعه داخل الحقل الاجتماعي.

وحسب دانييل كاريكابوري *Danièle Carricaburu*، يمكن نقل مفهوم تجربة المريض مع مرضه إلى مجرد الأمراض المزمنة، حين قالت بأن 'التجربة تبدأ بثلاثة مراحل: قبل، أثناء، وبعد الاستشفاء' [45]. لكن كوفمان لا يهتم بما يحصل بع الاستشفاء، بل ركز على تجربة المريض قبل طلب الخدمة الطبية وأثناءها.

غير أن هذه المراحل الثلاث لا يمكن تعميمها على جميع الأمراض. لذلك يجب اعتبارها فئات تحليلية وليست فئات وصفية، لأن كل مرحلة يجب تحليلها انطلاقًا من الأدوات الموجودة والمتوفرة. لأن فكرة التدبير تبدأ من تحليل أسباب طلب الخدمة الطبية والتعرف مع الطبيب على هوية الأمراض.