

أنماط التفاعل الإجتماعي بين الأطباء والمرضى من
منظور سوسيولوجي.

د. فاطمة مساني
- جامعة البويرة -

الملخص: إن أنماط التفاعل الإجتماعي بين الأطباء والمرضى درست من عدة منظورات أشهرها المدخل السوسيولوجي للأدوار الإجتماعية الذي يتزعمه عالم الإجتماع الأمريكي "تالكوت بارسونز Parsons Talcott"، حيث حدد مضامين العلاقة طبيب-مرضى من خلال مفهومين رئيسيين هما دور الطبيب ودور المريض، إذ أنهما مختلفان ولكنهما متكاملان. فكل دور يتوقف على مجموعة من الحقوق والواجبات. أما المدخل الثاني لدراسة أنماط التفاعل بين الطبيب والمريض هي دراسة العالمان "سزاس وهولندر SzaszetHollender" اللذان طوّرا التصور البارسونزي. وقد توصلا في الأخير إلى ثلاثة نماذج من العلاقات بين الأطباء والمرضى وهي نموذج السلبية والإيجابية، نموذج التعاون الموجه ونموذج المشاركة المتبادلة. وعليه نحاول من خلال هذه المقالة التطرق إلى نماذج التفاعل وطبيعة العلاقات التي تنشأ بين الطبيب والمريض في النسق الطبي من منظور سوسيولوجي، بإعتبارها مهمة جدا في نجاح العلاج الطبي والنفسي. وفي هذا المجال سوف نستعرض الدور الإجتماعي للمريض والطبيب، ماهية هذه العلاقة ومضامينها وكيفية دراستها من طرف العلماء، خاصة علماء الإجتماع.

الكلمات المفتاحية: الطبيب، المريض، التفاعل الإجتماعي، العلاقة طبيب-مرضى، دور المريض، دور الطبيب، النسق الطبي.

Abstract : Indeed social manners of the interaction between the

doctors and the illness studied from several visible her months the sociological entrance Il'adwaar social who leads him American scientist the meeting "Talcott Parsons", where guaranteed of the relationship determined doctor - main patient through concepts worry role of the doctor and role sick, then that they different and hit them integral. So all role stops on group from the truths and the duties. As for the entrance second for study evident manners of the interaction the doctor and the patient she study of the scientists "Szasz et Hollender" who the visualization phased alparsonzy. Reached in charitable to three examples from the relationships between the doctors and the illness is weak example negative and the positivity, opposite example the cooperation and alternate example the participation. On him the interaction and nature of the relationships tries through this article the touching on to examples which the doctor and the patient in the medical order originates between visible blessing sociological, in considering her task very in medical success the cure and the breaths. Fulfilled the domain raved will the social role for the patient and the doctor parades, aquatic this relationship and guaranteed her and despotic her study from edge knowledgeable, especially the knowledgeable meeting .

Key words: The doctor, the patient, the social interaction, the relationship is doctor - patient, role sick, role of the doctor, the medical order.

مقدمة:

لقد أصبحت دراسة المواضيع الطبية مواضيع متداولة في شتى العلوم خاصة العلوم الاجتماعية، والتي ساهم علماءها في هذا المجال كثيرا وعلى رأسهم عالم الاجتماع الأمريكي الوظيفي "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" الذي إهتم بالطب من المنظور السوسولوجي، وإعتبره آلة والمرض إنحراف، إذ يحاول المجتمع ضبط هذا الإنحراف من خلال هذه الآلة وإرجاع الثبات والإستقرار مرة أخرى للمجتمع. فالطبيب هو الذي يحدث الضبط الإجتماعي في المجتمع من خلال معالجة المريض ومساعدته على الشفاء (نادية محمد السيد عمر، 1987، ص 196)، حيث أن الأفراد والفاعلين في الصحة العمومية يهتمون بالصحة والمرض، لأن ذلك له علاقة بتأدية النسق الطبي لوظائفه الاجتماعية. كما أن سلوك الأفراد إتجاه الشخص المريض لا يعتمد على سماته بقدر ما يعتمد على موقفه في النسق الإجتماعي وكيفية تأثر هذا النسق بمرضه. ونظرا لذلك، فإن سلوك الجماعة ما هو إلا نتاج لتفاعل الأفراد داخل المحتوى الإجتماعي، وأن المجتمع معقد يشمل العديد من الجماعات المتنوعة وذات الأنماط

المختلفة من السلوك، ولذلك يجب توقع إتجاهات مختلفة إزاء المرض. فالأنماط المعيشة والسلوك المؤدي إلى إعتلال الصحة مرتبطان بدورهما بالسلبات الثقافية والإجتماعية للمجتمع ونظمه، لأن مشكلة الصحة تتمثل أساسا في العناصر الوظيفية للنسق الإجتماعي وكيفية تحقيقه لأهدافه، وبالتالي تدهور المستوى الصحي العام يعتبر خلافا وظيفيا واضحا في النسق. فالمرض كحالة غير مرغوب فيها تؤدي إلى العجز في القدرة على أداء الأدوار الإجتماعية، ويكون سببا من أسباب اللقاء بين الطبيب والمريض وتبدأ العلاقة بينهما وتنتهي مع نهاية المرض. وفي هذه الحالة الطبيب يوظف كل خبراته ومعلوماته العلمية لمساعدة المريض والتخفيف من آلامه، ويقابل ذلك رغبة هذا الأخير في الشفاء. وقد تتخلل هذه العلاقة في بعض الحالات صراعات وتناقضات لعدم توافق الطرفين لسبب معين. فيستخدم الطبيب قوته ونفوذه للسيطرة على المصاب خاصة في حالة عدم تنفيذ هذا الأخير للنصائح الطبية.

إن من أهم إهتمامات علم الإجتماع الإهتمام بدراسة العلاقات الإجتماعية بين الأشخاص، وفي هذا الصدد حاول علم الإجتماع الطبي التركيز على دراسة هذه العلاقات في النسق الطبي، العلاقة بين الأطباء فيما بينهم، العلاقة بين الأطباء والمرضى والعلاقة بين الأطباء والمرضى، حيث أصبحت هذه العلاقة الأخيرة ليست مجرد علاقة تشخيص المرض وعلاجه فقط، وإنما إمتدت لتشمل مختلف أنماط التفاعل الإجتماعي بين الطرفين. وفي هذا السياق قدّم بعض الباحثين والعلماء نماذج للعلاقة بين الطبيب والمريض. مثلا عالم الإجتماع الأمريكي "تالكوت بارسونز TalcottParsons" إهتم بدراسة علاقة التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض من خلال دراسة الدور الإجتماعي لكلاهما. أما الباحثان "سزاس وهولندر SzaszetHollender" فقد درسا صور التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض من حيث النماذج الثلاثة للعلاقة وهي الإيجابية/السلبية، التعاونية/الإرشاد والمشاركة المتبادلة. وبناء على ما سبق ذكره، فإن هذه المقالة تحاول الوقوف على إبراز أنماط التفاعل الإجتماعي بين الأطباء والمرضى ونوعية العلاقات بينهما من منظور سوسولوجي.

1- دور المريض:

إن إدراك الشخص للمرض، إقتناعه بأنه مريض حقا ومدى تقييمه للأعراض المرضية والتصرف حيالها هي سلوك صحي وعملية إجتماعية في نفس الوقت. وهذا كله مرتبط بدور المريض، حيث يشير علي المكاول في كتابه علم الإجتماع الطبي مدخل نظري بأن عالم الإجتماع "تالكوت بارسونز TalcottParsons" نظر إلى الصحة البدنية للإنسان على أنها مطلبا وظيفيا للنسق الإجتماعي. إذ يفترض تعريف المرض ودور المريض تعريفا دقيقا، وذلك من أجل صالح الفرد والمجتمع في نفس الوقت.

فكلاهما يستفيد من ميكانيزم دور المريض. فالمريض يلقي إهتماما ورعاية كافية، فيعود ليمارس دوره الطبيعي في المجتمع مرة أخرى. كما يتيح هذا الميكانيزم الفرص لأشخاص آخرين أصحاب مثل الإداري وصاحب العمل وغيرهم ليتلاءموا مع معنى المرض في مختلف مواقفهم، ويتكيفوا مع حاجات المجتمع. (علي الكاوي، 1996، ص ص 448-449). فزيارة المريض للطبيب تبين وجود حاجة يحاول صاحبها التخلص منها، ولهذا نجد أن هناك مواقف مختلفة للناس حول تلبية حاجاتهم الصحية، حيث يعتقد بعض الأفراد أن هذه المشكلات تكون مبررات ملائمة لطلب العلاج. وعليه فإن الإستجابة للأعراض المرضية والبحث عن المساعدة الطبية يختلفان من فرد إلى آخر حسب الوضعية المالية للمريض، عوامل الشخصية والثقافية.

وإعتراف المريض بالمشكلة الصحية يتحدد من خلال مدى إحساسه بأن هناك تغير طرأ على حالته الطبيعية، وهذا التغير هو إنحراف عن توقعاته المعتاد عليها. ونتيجة لذلك فإن إعتناء وإهتمام الأطباء بالمرضى مسألة بالغة الأهمية، لأن معاملة المريض بطريقة جيدة ومحاوله نزع له الإحساس السلبي والخوف من المرض وعواقبه يمكن أن يساعد في نجاح العلاج ومحاوله الشفاء من المرض. فهذا الأخير يفرض على الشخص الدخول في موقف إجتماعي يشير حوله إلى مجموعة من العلاقات والإرتباطات الإجتماعية، لأن الحالة المرضية هي في الحقيقة حالة بيولوجية إجتماعية لا تعتمد فقط على الأعراض المرضية وإنما تتأثر أيضا بالتفسير، الإدراك والتقييم الإجتماعي لها. فالوضع الإجتماعي للمريض يمنحه حقوقا معينة، كأن يعفيه من بعض إلتزاماته الإجتماعية مثل الذهاب للعمل، كما يفرض عليه واجبات معينة مثل البحث عن علاج لحالته و التعاون مع الطبيب. بالإضافة إلى ذلك فإن هناك إلتزامات تفرض على أسرة المريض وعلى بعض أصدقائه أوزملائه في العمل كأن يساعدوا في رعايته والتخفيف من آلامه النفسية على الأقل حتى يسترد صحته. معنى هذا أنه يشغل دورا إجتماعيا جديدا في وضع إجتماعي جديد (فوزية رمضان أيوب، 1985، ص 78). وفي هذه الحالة يظهر دور المريض الذي هو "تعبير عن نمط أو نموذج نظري يحاول تصوير اتجاهات سلوك المريض عند البحث عن علاج لحالته المرضية ولكنه لا يقدم وصفا لسلوكه من خلال تجربة حقيقية، إنه يشكل منظورا لرؤية سلوك المريض وأن كان لا يصف بالضرورة ما سيكون عليه سلوك مريض معين، ولا يوضح دقائق أو تفاصيل هذا السلوك" (نفس المرجع، ص 81). ومعنى آخر هذا الدور يمثل "مجموعة المناشط السلوكية المرتبطة بالمرض، وعلاقة هذه المناشط بالجماعة المرجعية، ومدى الإعفاء من بعض المسؤوليات والمهام الملقاة على عاتق الأصحاء، ودرجة تعاطف الجماعة معه" (علي الكاوي، مرجع سابق، ص 65).

وفي هذا المنوال فإن الوحيشي أحمد بيرى وعبد السلام بشير الدويبي يؤكدان بأن مفهوم دور المريض حسب العالم "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" مبنيا على إفتراض أن "المرض ليس شيئا مقصودا وإختيارا معروفا من قبل الفرد المريض ولذلك لا نستطيع أن نلوم المريض بأنه قد سبب لنفسه المرض، مع أن المرض يمكن أن يحصل نتيجة للتعرض للأمراض المعدية والجروح والإلتهابات. لذلك بينما يعتقد بأن المجرم يخالف المعايير والنظم الإجتماعية لأنه يريد أن يخالفها، فإن الإنسان المريض يعد منحرفا لأنه لم يستطيع أن يحول دون وقوع المرض" (الوحيشي أحمد بيرى وعبد السلام بشير الدويبي، 1989، ص 68-69)، وإعتبرا كل من المجرم والمريض أشخاص منحرفين. لقد إهتم التصور البارسونزي بتوضيح أبعاد دور المريض لإظهار الإختلاف بين الإنحراف في حالي المجرم والمريض. ويظهر هذا الإختلاف من خلال إختلاف إستجابة المجتمع لسلوك كل منهما. فإذا كان المجرم يخالف القيم والمعايير الإجتماعية لأنه يريد ذلك، فإن المريض لا يلتزم ببعض القيم والمعايير الإجتماعية، لأنه لا يستطيع أن يفعل ذلك، أي أنه مضطر إلى إتخاذ سلوكه المخالف. لهذا فإن الإستجابة الإجتماعية المتعارف عليها إزاء المجرم، هي عقابه لتغيير دوافعه وتقويم سلوكه. وبالنسبة للمريض السعي لعلاجه لتغيير الظروف التي تمنعه من السلوك وفقا للمعايير الإجتماعية السائدة في المجتمع (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 87). فهذا الدور يكون طارئ، غير متوقع وزمني، لأن الشخص المريض يكون بالفعل مريضا وهذا بحكم الأطباء في أنه أصبح عاجزا غير قادرا. وعليه فإن إحتلال الفرد لهذا الدور لا يعتبر إحتلال دائم بل مؤقتا ينسحب من صاحبه حينما يقرر الطبيب بالفعل أن هذا الشخص شفي تماما من مرضه، ونتيجة لقرار الطبيب يباشر الفرد في مسؤولياته الإجتماعية. (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 184). فالدخول في دور المريض يفرض على صاحبه التخلي عن بعض المسؤوليات، أي الإعفاء من بعض الواجبات. فهذه المزايا تجعل بعض الأفراد يجذبون دور المريض كوسيلة لتحقيق رغباتهم، التخلي عن واجباتهم ومواجهة بعض مواقف الحياة المفروضة عليهم. ومثال عن ذلك، دور المريض يعفي العامل من عمله والطالب من المدرسة، حيث يرى في هذا الصدد كل من الوحيشي أحمد بيرى وعبد السلام بشير الدويبي بأن "بعض الناس قد يجذبون دور المريض من أجل التخلص من بعض مسؤولياتهم. فالمجتمع في العادة يفرق بين الأدوار المنحرفة بمعاقبة المجرم وبتوفير العلاج للمريض. وكلا العمليتين تعمل على تخفيض الإنحراف، وتغيير الأوضاع التي قد تتدخل في عملية الإمتثال للمعايير الإجتماعية. وكذلك تتطلب تدخل بعض المنظمات الإجتماعية للتحكم في السلوك الإنحرافي مثل أجهزة العدالة والقانون، والنظم الصحية" (الوحيشي أحمد بيرى، عبد السلام بشير الدويبي،

مرجع سابق، ص69). ويمكن القول أن ممارسة دور المريض لا تتم إعتباطيا، وإنما بعد تقريرها إجتماعيا من طرف الطبيب أو من طرف أفراد أسرة المريض الذين يقررون أنه حقا مريضا. لذلك يعنى من بعض الإلتزامات الإجتماعية، ويستفيد من هذا الدور الإجتماعي. فالطبيب هو الذي يمنح تأشيرة الدخول في دور المريض. فهذا الأخير شأنه شأن أي دور آخر في المجتمع، فهو "مرتبط بمجموعة من السلوك المتوقع الذي يتضمن في داخله الإلتزامات والتوقعات لهذا الدور" (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص186). وفي هذا الإطار فإن بعض الأفراد يشعرون بأعراض مرضية يسلكون طرق معينة ولا يمارسون دور المريض، كما أنهم لا يلجئون مباشرة إلى الطبيب. فدور المريض لا يبدأ إلا عندما يتقرر أن حالة المريض حالة خطيرة تستلزم إعفائه من بعض مسؤوليات أدواره المعتادة. كما تتطلب إلتزامات جديدة تضاف إلى أدوار بعض المحيطين به تفرض عليهم ويتقيدوا بها (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص79). فهذا الدور يختلف من شخص لآخر حسب قيمه، معتقداته، وضعه الإجتماعي ووعيه بهذا الدور الذي غالبا ما تتأثر ممارسته بعادات المريض وبأفعال المحيطين به.

وكما هو معترف به، فإن العوامل الإجتماعية والنفسية لها أهمية في تقبل دور المريض، حيث تلعب دورا في قرار الإنسان بإتخاذ دور المريض أو عدم الدخول فيه، وذلك هروبا من المسؤوليات والواجبات اليومية أو العكس. إذ أن الضغوط الإجتماعية والعواطف قد تكون سببا في عدم الراحة النفسية والجسمية للفرد وتجعله في إضطراب وقلق، وهو الأمر الذي يدفعه إلى البحث عن مفر من هذه الحالة الغريبة وغير المحتملة في بعض الأحيان. ويعتبر الدخول في دور المريض حلا ولو مؤقتا وأملا في الحصول على الراحة، التخفيف من توتر الأعصاب والتخلي عن الواجبات اليومية له. وعليه فإن المعالم الإجتماعية والعاطفية تساهم في جعل دور المريض أكثر جاذبية نسبيا من الأدوار الإجتماعية الأخرى. مثلا الأشخاص الذين لا تتوفر في منازلهم الطمأنينة والأمان في الحالة العادية عكس عندما يكونون مرضى، فإنهم يتنازلون بصعوبة عن دور المريض، لأنه يلي أغراضهم الشخصية والنفسية. وهذا ما يؤكد إحتمال وجود مكاسب أخرى من المرض، نوعا من المكافأة أو الفائدة ذات مزايا أكبر من المتاعب، والتي قد تنشأ نتيجة الدخول في دور المريض. فالعديد من الناس قد يكونون غير قادرين على حل مشاكلهم الأسرية والإجتماعية وبذلك يكون المرض هو الحل الأمثل للتخلص من مشكلات الحياة.

وفي سياق الحديث عن قبول دور المريض نجد ظاهرة التمارض التي تعتبر سلوكا إنحرافيا يمارسه الفرد هروبا من بعض الواجبات والمسؤوليات الإجتماعية، وفي بعض الحالات هذا السلوك ينعكس سلبا على صاحبه. وبالرغم من ذلك، إلا أن هناك أمران يمنعان الشخص من التقيد بدور المريض والتمسك

به، وهما الخوف من المرض في حد ذاته، والخوف من النتائج التي تترتب عن دور المريض. ففي هذا الصدد فإن المرض يجعل الفرد يسلم لسلطة لا يستطيع مقاومتها، وهي سلطة الطبيب المعالج، كما يجعله في مركز الضعف وفي وضع الشخص المحتاج إلى مساعدة متخصصة ومساعدة من طرف الآخرين، فهذا يحرمه من الإستقلالية ويجعله يشعر بالدونية، وهو وضع لا يرغبه الكثيرون من الناس (الوحيشي أحمد بيرى، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص ص75، 72) خاصة الأفراد الذين لديهم إلتزامات إجتماعية لا يمكن التخلي عنها بكل سهولة.

إن مفهوم دور المريض لقي إهتماما من طرف العلماء خاصة في مجال العلوم النفسية والوسوسولوجية، لما لذلك من فائدة للطب. فدراسة هذا الدور تشمل دراسة خبرة المريض في إشتغاله لهذا الدور وكيفية الإستفادة منه، بحيث يمكن من خلاله التنبؤ والتوقع للسلوك. وفي هذا الصدد نجد دراسة الباحث "إدوارد سوشمان Suchman Edward" سنة 1965 حول "مراحل أو خطوات الإنتقال من الصحة إلى المرض". وقد توصل في الأخير إلى أن هناك خمسة مراحل هامة في حياة المريض، تبدأ بشعور الفرد بالأعراض المرضية وتنتهي بإنتهاء دور المريض. وهذه المراحل هي:

أ- مرحلة إدراك الأهمية المرضية: والتي تشمل شعور الفرد بالألم والأعراض المرضية ومدى إدراك أهميتها التي تكون علامة من علامات المرض.

ب- مرحلة بدأ الدخول في دور المريض: فزيادة شعور الفرد بأنه مريض بحاجة إلى رعاية طبية يؤدي في معظم الحالات إلى تعاطي بعض المسكنات أو الأدوية للتخفيف من حدة الأعراض المرضية التي يشعر بها، حيث يلجأ إلى أفراد أسرته أو أصدقائه يستشيرهم، وهو بهذا الفعل لا يسعى إلى مجرد أخذ رأيهم في مدى خطورة حالته، وإنما يهدف إلى الحصول على موافقتهم بأن يباشر دور المريض.

ج- مرحلة العلاج والرعاية الطبية: في هذه المرحلة يقرر المريض الخضوع إلى العلاج الطبي وعرض حالته المرضية على الطبيب الذي يشخصها ويقرر العلاج اللازم. وبذلك يحصل المريض على موافقة رسمية مشروعة، وهي رخصة تثبت أنه مريض وبإستطاعته الإستفادة من دور المريض أو عكس ذلك.

د- تتبع نصائح الطبيب: فهذه المرحلة تخص الشخص الذي يستفيد من دور المريض وعليه أن ينفذ تعليمات الطبيب ويتبع العلاج الذي يحدد له.

هـ- مرحلة الشفاء والخروج من دور المريض: في هذه المرحلة المريض يتخلص من دوره ويشفى

كلية ويعود إلى حياته الطبيعية التي إعتاد عليها.

إن الباحث "إدوارد سوشمان Suchman Edward" عند معالجته لدور المريض وأهم الخطوات المتبعة في الدخول والخروج من هذا الدور لم يتعرض إلى خصائصه وأهم مضامينه. غير أن بعض الدراسات الأنثروبولوجية الطبية أيدت هذا التقسيم وعتبرته مهم جدا في دراسة الاختلافات الموجودة بين المجتمعات المختلفة حضاريا وثقافيا في أنماط السلوك، الأفكار والمعتقدات المرتبطة بكل مرحلة من مراحل الانتقال من الصحة إلى المرض (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 81-82 نقلا عن Donald L. Patrick et Graham, Sociology As Applied to Medicine, Baillier Tindall, London, 1982). وقد كانت هذه الدراسة إلى جانب دراسة "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" منبعا لدراسات أخرى في المجال الطبي.

2- دور الطبيب:

يشير مفهوم الطبيب حسب الباحثة فوزية رمضان أيوب إلى الشخص المؤهل علميا الذي يلجأ إليه المريض من أجل مساعدته في علاج حالته المرضية مستعينا في ذلك بالوسائل الطبية، حيث كان إعداد الطبيب من المسائل الهامة التي تحرص على الإهتمام بها الهيئات العلمية والطبية والسياسية في كل مجتمع متقدم، ولذلك فقد كانت دراسة الطب من الدراسات الشاقة التي تحتاج إلى جهد متواصل ووقت طويل وقدرات ذهنية وشخصية مناسبة ولا تسمح لشخص بممارسة العمل كطبيب إلا إذا اجتاز بنجاح مرحلة دراسية وتدريبية طويلة وصعبة جدا (نفس المرجع، ص 93). فمهنة الطب مهنة نبيلة، حيث يتعامل الطبيب مع الجسم البشري مباشرة عكس المهن الأخرى التي تتعامل مع المادة الجامدة.

إن الطبيب يعتبر مسئولا مباشرا عن الوضعية الصحية للمريض وعلى شفائه، حيث لا يعتمد أدائه لدوره الاجتماعي على نوعية توجيهه وخبراته العلمية أو على أخلاقيات المهنة فقط، وإنما يعتمد دوره على توقعات المجتمع وأهم السلوك المنتظر منه من خلال المسؤولية الموكلة إليه. وعليه "فإن الأطباء مطالبون بالتعامل مع العديد من نماذج المعاناة والألم التي يحسها الناس، وهذا التعامل قد يتطلب منهم مهارات معينة وتوجيهات لا علاقة لها بخبرتهم العلمية. وأما الأساس الذي يستند إليه الطب باعتباره فنا اجتماعيا، فهو يكمن في الحقيقة التي تشير إلى أن دور الطبيب في المجتمع يحدده المجتمع ذاته، عندما يتوقع منه تقديم العون والمشورة إلى مرضاه بغض النظر عن الحالة الراهنة لعلم الطب في مجال مرضهم" (محمد علي محمد، سناء الخولي وآخرون، 1883، ص 155). وإستنادا على ذلك، فإن دور الطبيب من الأدوار الهامة يتضمن جانبيين هما الجانب الطبي والجانب الاجتماعي، إذ أن النظام

الطبي هو نظام يهتم بتوزيع الخبرات العلمية والكفاءات الفنية لغرض أداء وتقديم الخدمات الطبية للناس ورفع المستوى الصحي للمجتمع وأيضاً الأخذ بعين الاعتبار الجانب التثقيفي والإجتماعي.

وعليه فإن الباحثة فوزية رمضان أيوب تشير في مؤلفها دراسات في علم الاجتماع الطبي على أن الدور التقليدي للطبيب هو دور محدد مهنيًا، يعني أن العلاقات بين الأطباء والمرضى تتركز حول صحة المرضى ومشاكلهم الصحية لا على أية مشكلات شخصية أخرى، وهو دور إيجابي ومحاييد بمعنى أنه يقدم الطبيب خدماته الطبية للمريض، أيًا كان هذا المريض. وهذا الدور يحكمه إتجاه لتقدير القيم الجماعية يتضح من الإيديولوجية المرتبطة بمهنة الطب والتي تتمثل في تحقيق مصلحة المريض قبل تحقيق مصلحة الطبيب (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص93). ولهذا فإن دور الطبيب يتضمن مجموعة من القيم، المعايير وأخلاقيات المهنة، حيث أن هذه القيم بمثابة قوانين يحترمها ولا يمكن له مخالفتها. كما أن دوره لا يكتمل بدون وجود لدور المريض، فكلًا هذين الدورين مكملين لبعضهما البعض. فالتداخل بين الدورين يتحدد من خلال النظام أو النسق الإجتماعي كميكانيزم للضبط الإجتماعي. والجمتمع هو الذي يحدد مجموعة الحقوق والواجبات لشاغلي هذه الأدوار، والتي تعرف بتوقعات معينة تنتبأ من خلالها نوعية السلوك المتوقع من طرف كل من الطبيب والمريض. فهذا الأخير يقبل التعاون مع الطبيب الذي يحاول تطبيق معلوماته العلمية وخبراته الخاصة من أجل منفعتهم ومن أجل تشخيص المرض والعلاج. فهذا الطبيب يسعى بطريقة ودية معرفة بعض الأمور المتصلة بمريضه، والتي غالبًا ما تكون غير معروفة لغيره، فمن الضروري أن يقوم بعمل الفحوص الطبية والإختبارات المعملية. وأن يحصل على كل المعلومات التي يرى أنها ذات صلة بموضوع المرض، حيث أن توتر المريض غالبًا ما ينشأ عن الطبيعة الطبية غير الشخصية للممارسات الطبية التي غالبًا ما تخضع لإلتزامات الطبيب والتي تفرض عليه أن يكون موضوعيًا وغير متحيزًا. (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص96). وعليه يفترض أن يخضع المريض كليًا إلى أوامر طبيبه الذي يسعى إلى محاولة مساعدته للتخلص من المرض أو الحد من المعاناة. فدور كل من الطبيب والمريض مهمان جدا في العملية العلاجية.

3- العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة إجتماعية:

يعتبر المستشفى التنظيم الإجتماعي الذي يتم فيه التفاعل بين مختلف الفئات سواء ما بين الفئات المهنية أو الفئات المهنية والمرضى، فهو المكان الخصب لتفاعل الطبيب مع المرضى وبناء علاقات إجتماعية، حيث أن هذه الأخيرة هي "الروابط والآثار المتبادلة بين الأفراد في المجتمع. وهي تنشأ من طبيعة إجتماعهم وتبادل مشاعرهم وأحاسيسهم وإحتكاك بعضهم ببعض الآخر ومن تفاعلهم في

بوتقة المجتمع" (إبراهيم مذكور، 1975، ص403). كما هو الحال بالنسبة للعلاقة بين الطبيب والمريض التي تنشأ من خلال الوهلة الأولى لتلاقيهما، فيكون التفاعل الاجتماعي هو لب هذه العلاقة، حيث يتم عن طريق وسيط مهم جدا، ألا وهو الإتصال الشفوي أو غير الشفوي. فتصور وتقدير الحالة المرضية لأي شخص أصيب بمرض معين في الواقع تتم عن طريق سلسلة من المبادرات أي من خلال "اللقاء والتفاعل بين المريض والطبيب- يعرض المريض حالته، فيقدم الطبيب التفسير الملائم لها ويشخص المرض ويقترح العلاج المناسب، ويأشر الحالة ويتابع نتائج العلاج" (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 108). وإنطلاقا من هذه المراحل والعمليات تنشأ العلاقة والتي تأخذ فترات حسب مدة العلاج، ممكن أن تكون فترة العلاقة طويلة كحالة الأمراض المزمنة والعكس صحيح كحالة الأمراض القابلة للشفاء. فالحالة الصحية للمريض تبرز من خلال وصف هذه العلاقة وأهم متضمناتها، حيث أن هذه العلاقة تؤثر في الحالة المرضية للفرد، في الدور الاجتماعي للطبيب وفي تقدم العلاج والشفاء. فالجتماع يقر بأن العلاقة بين الطبيب والمريض يفترض أن تتسم بعلاقة علاجية محضة تهدف إلى علاج المصاب من مشاكله الصحية، فالطبيب هو الشخص المؤهل علميا وتقنيا لمساعدة الفرد الذي هو بحاجة ماسة إلى هذه المساعدة. فهذه العلاقة هي علاقة مهمة جدا في إتخاذ القرار الطبي من طرف المريض بذهابه إلى الخدمة الصحية والإمتثال لتعليمات الطبيب خلال مرحلة العلاج. وفي هذا الصدد يشير كل من الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي بأنه "يقع على الطبيب عبء كبير في سبيل تكوين علاقة بينه وبين مرضاه. وعليه أن يخلق الإتصال مع المريض وأن يقضي وقتا معه، وأن تكون له القدرة على مبادلة الحديث مع مرضاه، ويصغي إليهم ويتكلم معهم، ويشجعهم على أن يتكلموا معه وأن يتحمل مسؤولية الشرح وبث الثقة فيهم، وأن يظهر الرغبة والإنشغال وعلى الطبيب أن يكون مرنا عند وصف العلاج، لأن ذلك يتوقف على المريض، فكل مريض يجب أن يعالج بطريقة مختلفة وخاصة في الأمراض النفسية، أي الإهتمام الشخصي الفردي وتفريد العلاج" (الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص131). وفي هذه الحالة فإن المشكل الذي يراود الأطباء في علاقتهم مع مرضاهم هو مشكل الوقت غير الكافي وكثرة المرضى، وهذا نجده في معظم مجتمعات العالم خاصة العالم الثالث.

إن العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة إجتماعية، قد وصفت مكوناتها من طرف الكثير من العلماء بأنها نسقا إجتماعيا (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص63)، حيث أن علم الإجتماع الطبي أوضح أهمية هذه العلاقة على أساس أنها لا تقتصر على مجرد التشخيص والعلاج

فقط، وإنما تمتد لتشمل إحترام الطبيب وتعاطفه مع المريض، خاصة في حالة الأمراض الحساسة، حيث يشير العالم "فرانسوا ستودر" François Steudler إلى أن "العلاقة الطبية هي غالبا ما تعتبر كندخل محدود لشخصين، طرف المريض والطرف الآخر الطبيب بمعرفته وتقنيته. في الحقيقة العلاقة طبيب-مريض هي علاقة مشروطة بالبنية الاجتماعية ونجد في نفس الوقت مخرج للنسق الاجتماعي" (François Steudler, 1972, P43). يعني ذلك أن هذه العلاقة تأخذ بهذا اجتماعيا.

وفي نفس السياق، فقد شبهت العلاقة بين الطبيب والمريض بالعلاقة بين الطفل ووالده، حيث أن الطفل يمثل المريض والوالد يمثل الطبيب، لأن المرض قد يخلق نوعا ما من الإنكسار على الغير، أي أن المريض يعتمد على الطبيب والهئية الطبية. وهذا يشبه اعتماد الطفل على والده في تحقيق الرغبات وإشباع إحتياجاته مهما كان نوعها، ولكن الشيء الملاحظ في هذه الحالة هو أن دور الطفل لم ينضج بعد عكس المريض الذي يمثل دورا راشدا. والتشابه بينهما هو أن الطرفين يفتقدان إلى القدرة على القيام بالوظائف الاجتماعية والبيولوجية العادية التي يؤديها الشخص الراشد أو المعافي من المرض، فالطرفين يعتمدان على أشخاص أقوياء لرعايتهم وعنايتهم. وإذا تكلمنا عن الطبيب الذي يشبه دوره دور الأب، فنجد أن دوره دورا مساعدا، حيث أن هذا التشابه بينهما يتحكم وينظم المكافآت أو نتائج سلوك معين سواء تعلق الأمر بالطفل أو بالمريض. فالأب يقدم مكافئة لولده على سلوك سوي وجيد سواء كانت مكافئة معنوية كشكره وإستحسانه عن سلوكه هذا أو مادية عن طريق هدية. أما مكافئة المريض فتكون نتيجة سلوكه الجيد بإتباعه تعليمات طبيبه، فهي الشفاء من المرض ومعاناته اليومية. فهذا التشابه في الأدوار بين الطبيب والأب ليس تشابها كليا، وإنما في بعض الحالات فقط، إذ أنهما يختلفان في حجم ومقدار الإرتباط بالطرف المحتاج (المريض والطفل) وأن عمق شعورهم العاطفي نحو الطرف الآخر يختلف من الطبيب إلى الأب، لأن حالة الطفولة والحالة المرضية غير متشابهان تماما، بل يوجد عناصر تتشابه بينهما. ويمكن الإشارة إلى أن الشخص المريض جدا هو فاقد القدرة على تلبية حاجياته وواجباته اليومية أي غير مؤهلا جسميا لعلاج نفسه من الأمراض، فيعتمد كليا على الطبيب نظرا لحالته المرضية وأهم الإضطرابات التي يعاني منها. فسلوكه كسلوك الأطفال غير الراشدين في أدوارهم الاجتماعية (الوحيشي أحمد بيزي، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص 124-125). لذا فإن علاقة الطبيب بالمريض تختلف عن علاقة مريض بشخص آخر، لأنها تتركز حول طلب المريض المساعدة من الطبيب، وتلبية هذا الأخير لهذا الطلب. فموقف المساعدة في هذه الحالة

يكون أكثر تحديدا من موقف المساعدة فيما لو كان من يقدمها شخص آخر من أصدقاء المريض، أقربائه أو جيرانه، حيث أن الطبيب يقدم مساعداته من خلال نظام طبي معين ويمارس عمله في إطار رسمي يمثل مهنة الطب والالتزام بدستورها من جانب، ويمثل الخبرات العلمية الطبية من جانب آخر (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص108). وعليه فإن هذه العلاقة هي علاقة تبادلية بين الطرفين من خلال صورة للتوقعات السلوكية، لأن المراكز الإجتماعية والأدوار لكلا منهما غير متساوية. فمركز الطبيب يفرض عليه نوع من النفوذ والسلطة يبرزها خلال معاملته مع المريض، الذي يكون في موقع الضعف. وهذا يخلق توتر في العلاقات بينهما، لذلك يفترض على المريض تقبل هذا الوضع. فعدم المساواة في الأدوار بينهما ضرورية جدا في هذه الحالة، لأن الطبيب يحتاج إلى نوعا من القوة أو النفوذ في علاقته بالمريض حتى يستطيع أن يحدث تغييرا إيجابيا في حالته الصحية. ولتحقيق هذا الهدف يحتاج في بعض الأحيان إلى عمليات وطرق يمكن أن تكون مؤلمة أو غير مريحة نفسيا وجسميا للمريض، حيث توجد متغيرات من خلالها يمارس الطبيب القوة والنفوذ في عمله اليومي وهي النفوذ المهني، قوة المنصب وحالة الإعتماد الكلي على الطبيب. وفي خضم ما سبق ذكره، فإن أهم عنصر يزيد من قوة دور الطبيب هو الإيمان بقدرته على العلاج، تحقيق الشفاء وإعتماد المريض عليه في قراراته المرتبطة بالحياة والموت (الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص ص 123، 124). فإهتمام الطبيب بالمريض من جميع النواحي الإجتماعية وبث الثقة والطمأنينة في نفسه وفتح الحوار معه يعد من أهم العوامل الإيجابية في بناء علاقة جيدة بين الطرفين. فالمرضى غالبا ما يجذبون التحدث عن مشاكلهم ومحاوفهم التي تتناهم، وإذا أحسوا بأن الطبيب يستمع ويدرك ذلك، فإنهم يرتاحون نفسيا، تطمئن قلوبهم وتعم الثقة بينهم وبين طبيبيهم. وفي هذه الحالة يعد الإتصال عملية مهمة جدا في عملية التفاعل الإجتماعي بين الأفراد وبناء علاقات إجتماعية يسودها الحب والتعاون فهو إذا "عملية إرسال أو إستقبال رموز أو رسائل سواء كانت هذه الرموز شفاهية أو كتابية، لفظية أو لا لفظية" (مصطفى عشوي، 1999، ص 151). ولا شك في الأمر أن عملية الإتصال مهمة جدا في النسق الطبي، حيث يعتبر كل من الممرضين والأطباء فاعلين في عملية الإتصال مع المرضى، لأن دورهم لا يقتصر فقط على وصف العلاج وتقديم الدواء... الخ، وإنما يمتد ليشمل عملية الإتصال التي تتطلب مهارات في الحديث والمعاملة، وهي كلها مهارات سلوكية يتصف بها الأطباء أو الممرضين لبناء علاقة إجتماعية سليمة مع المرضى. ونتيجة لذلك تظهر فاعلية العناية الطبية، لأن الإحساس بالإتصال مهم جدا في تشخيص المرض، ولكي يكون التفاعل أكثر فاعلية ينصح الأطباء بتجنب

المصطلحات الطبية في التعامل مع المرضى (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 157)، لأن الإتصال هو ميكانيزم بفضل العلاقات الإنسانية موجودة وتتطور، حيث لا يمكن التكلم عن المجتمع الإنساني دون أن تكون تبادلات بين أعضائه، والتي تحدد بدورها مجموعة النشاطات الإنسانية (Jacqueline Gassier, Catherine Morel- Haziza, 1998, P 167). وفي هذا الصدد يمكن القول أن التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض مهم جدا في نجاح العملية العلاجية. إذ أن هذا التفاعل يتأثر بعدة عوامل منها نوعية المرض، المستوى التعليمي والطبقة الإجتماعية للمريض، إختلاف مفهوم المرض عند كل من الطبيب والمريض، صورة المريض لدور الطبيب، الحالة النفسية لكلا من الطبيب والمريض ونوعية الإتصال بينهما.

4- تالكوت بارسونز Talcott Parsons ودراسته لأنماط التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض:

لقد فسّر هذا العالم العلاقة بين الأطباء والمرضى على أنها علاقات تتضمن مجموعة من التوقعات السلوكية، وهذا من منظور بنائي وظيفي، حيث يركز مفهومه على الأدوار الإجتماعية لكلا من الطبيب والمريض. وفي هذا الصدد فإن العلاقة بين الطبيب والمريض هي "علاقة غير متكافئة، يحتل فيها الطبيب مكان الصدارة أو السلطة بحكم ما لديه من معرفة وخبرة متخصصة ومكانة إجتماعية كفلتها له مهنته" (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 113-114)، حيث أن كل من الطبيب والمريض، كل واحد منهما يشارك في الموقف الإجتماعي ويحاول توقع سلوك الطرف الثاني، وكل فرد في هذه العلاقة يؤدي دوره وهما دوران مختلفان (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 83). وإطلاقا من محاولة وصف المرض على أنه سلوك منحرف يعيق المريض من أداء واجباته، فإن الطبيب هو الوسيلة المثلى التي يحاول من خلالها إحداث الضبط الإجتماعي في المجتمع. وعليه فقد برزت العلاقة بين الطرفين من خلال دورهما، بإعتبارهما دوران متكاملان في إحداث إستقرار المجتمع، حيث تشير نادية محمد السيد عمر في كتابها علم الإجتماع الطبي المفهوم والمجالات، بأن "تالكوت بارسونز TalcottParsons" إهتم بالعلاقات بين الأطباء والمرضى من خلال دراسة الدور الإجتماعي لكل منهما، وترى أن هذه العلاقة تعتبر نمطا ثقافيا سوف يكون من السهل هنا نقلها من الأفراد الذين يعرفونها إلى الأفراد الذين لا يعرفونها. فكل فرد يؤدي دوره قد يكون الآخر متوقعا لهذا الدور ونتائج هذا السلوك، لذا يمكن للشخص تحديد دوره البعيد عن دور الآخر الذي يشاركه في هذه العملية.

إن الدور الإجتماعي للطبيب والمريض يرتبط ببعض التوقعات التي تشمل مجموعة من الحقوق والواجبات التي يحددها المجتمع، والتي تنماشى مع القيم والمعايير الإجتماعية. فالطبيب يتوقع من مريضه

أن يسلك سلوك معين متوقع، والمريض يتوقع من الطبيب أن يسلك سلوكا مغايرا، لأن الشخص المريض تكون لديه توقعات تحدد المعايير والقيم المناسبة لكونه مريضا، كما هو الحال بالنسبة للطبيب الذي يكون معتمدا على تصورات المريض في الدور الاجتماعي الذي يجب أن يسلكه. فدوره هو محاولة إرجاع المريض إلى حالته الطبيعية والوظيفية، أما دور هذا الأخير يتمثل في معرفة الطرق التي يبحث بها عن المساعدة المتخصصة لكي يصل إلى الشفاء، ومن هنا فإن العلاقة بين الأطباء بالمرضى لا تمثل نمطا تلقائيا للسلوك، وإنما هي موقف من الضرورة فيه أن يعمل كل من الطبيب والمريض في نمط ثابت من أنماط السلوك المتوقع الذي يمكن التنبؤ به قبل حدوثه (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 86). وللتوضيح أكثر لدور الطبيب والمريض نتطرق إلى دور كل واحد منهما على إنفراد كما عالجهما العالم "تالكوت بارسونز TalcottParsons".

4-1- مساهمة تالكوت بارسونز TalcottParsons في دراسة دور المريض: يعتبر دور

المريض من أهم المفاهيم الاجتماعية التي ساهمت في تطوير علم الاجتماع الطبي، حيث يعتبر عالم الاجتماع "تالكوت بارسونز TalcottParsons" من أهم المساهمين في هذا المجال من خلال تصوره النظري لتفسير وتحليل دور المريض ووصف خصائصه، وذلك في إطار النظرية الاجتماعية. إذ أن عمله العلمي هذا أثار الكثير من المناقشات والجدل هذا من جهة. ومن جهة أخرى ساهم في تطوير علم الاجتماع الطبي. فدور المريض في رأيه هو "دور له إغراءه لأنه يعفي المريض من بعض إلتزاماته، دون أن يحمله مسؤولية مرضه، ولذلك فمن الممكن أن يسعى شخص ما لشغل دور المريض مدفوعا شعوريا أو لا شعوريا بدوافع تشبه إلى حد ما الدوافع التي تدفع شخص آخر إلى إرتكاب أي نمط من أنماط السلوك المنحرف كالجرمة أو مخالفة القيم السائدة في المجتمع. ولذلك فإن التركيب الاجتماعي لدور المريض يتضمن عنصرا من عناصر الضبط يعمل على مقاومة إستغلال الأشخاص لهذا الدور. سواء بالسعي إلى الدخول فيه أو بالعمل على البقاء فيه وتأخير الخروج منه" (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 83-84). فدور المريض حسب التصور البارسونزي حدد من خلال مجموعة من التوقعات والتي بدورها تترجم في الحقوق والإلتزامات.

أ- الحقوق: لقد منح المريض حقوق شرعية يستغلها أثناء فترة مرضه وتمثل في:

- إعفاء المريض من بعض المسؤوليات والأدوار الاجتماعية المعتاد عليها: يعتبر إعفاء المريض من مسؤولياته الاجتماعية حق من حقوقه حسب "تالكوت بارسونز TalcottParsons"، لكن هذا يتحدد إنطلاقا من نوعية المرض وحدته، فإذا كان المرض خفيفا فإنه لا يستدعي أن يعفى المريض كليا

من هذه الواجبات اليومية والعكس صحيح في حالة المرض الخطير. ولهذا يفترض على المريض أن يعمل على التخلص من المرض ويدرك بأن هذا الأخير حالة غير مرغوب فيها وعليه أن يعود لأدواره السابقة كالإلتحاق بالعمل، الدراسة ومزاولة واجباته الأسرية. فالإعفاء من الواجبات يتطلب الشرعية الإجتماعية التي يحددها الطبيب الذي لديه الخبرة والسلطة الوحيدة للحكم على أن الشخص مريضاً. فالحصول على شرعية المرض يعني الهروب من بعض المسؤوليات الإجتماعية. ولهذا فإن الكثير من الناس يرفضون القبول بواقع حالتهم المرضية، التي تحتاج إلى العلاج والراحة التامة للوصول إلى الشفاء (الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص70). وفي هذا المنوال، تؤكد نادية محمد السيد عمر في مؤلفها، علم الاجتماع الطبي المفهوم والمجالات بأن إعفاء المريض من بعض المستلزمات الإجتماعية الطبيعية متعلق بواجباته الوظيفية أو العائلية. وهذا الإعفاء له شروط أهمها أنه لا يعفي المريض نفسه من هذه المسؤولية بل الطبيب هو الذي يعفيه أو بعض أفراد أسرته حتى يشفى ويعود مرة أخرى إلى ممارسة هذه الواجبات أي أنه إعفاء مؤقت. أما الشرط الثاني، فهو أن هذه الواجبات التي يتكهنها المريض قد تكون واجب من أجله لينال حق من حقوقه ثم يعود إليها من بعد شفائه. وكثيراً ما نرى بأنه يحاول التكيف مع دوره، لأن إلتزاماته الإجتماعية كثيرة جداً ولا يستطيع التخلي عنها لأنها ربما تسبب له الكثير من المشاكل في حياته سواء كانت الوظيفية أو العائلية (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص188). ومثالا عن ذلك رب الأسرة الفقير الذي يحاول أن لا يستجيب للأعراض المرضية، لأن إستجابته سوف تحتم عليه الذهاب إلى الطبيب والدخول في دور المريض لفترة زمنية معينة، وهذا سوف يخلق له خسائر مادية معتبرة من حيث التكفل به والإنفاق على الأسرة.

- حق المريض في الإستفادة من الرعاية الطبية: إن المريض غير مسؤول عن حالته المرضية، عكس المجرم الذي يعتبر مسؤولاً عن إجرامه بسبب عدم إحترامه للقيم والمعايير الإجتماعية وإرتكابه سلوك إجرامي. ولذلك فإن هذا المصاب يحتاج إلى مساعدة وعناية من طرف الآخرين لإستعادة قواه الصحية والقيام بأدواره الإجتماعية، حيث لا يتوقع منه "أن يجمع قواه لكي يصح عن طريق قرار أو رغبة يديها، بل لا بد من تدخل إطارات لها صفة التخصص والإختصاص للقيام بدور المساعدة والعلاج" (الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مرجع سابق، ص70). فهذا الحق المشروع يكمل الحق الأول الذي أشرنا إليه سابقاً، لأن إعفاء المصاب من المسؤوليات الإجتماعية يفرض على كل من الطبيب وعائلة المريض مساعدته وإحداث نوع من الضبط الإجتماعي في المجتمع.

ب- الإلتزامات: إن أهم الإلتزامات التي حددها "تالكوت بارسونز TalcottParsons"

حول دور المريض نلخصها كما يلي:

- بحث المريض عن شفاء لحالته المرضية: من الواجبات الأولى للمريض هي رغبته، إرادته في الشفاء والسعي إلى الطبيب بحثاً عن علاج لحالته المرضية، أي محاولة التخلص من المرض وعلاجه، لأن إعفائه من مسؤوليات دوره الطبيعي وشرعية إعتماده على الآخرين مرتبطان بمظهر آخر وهو إعترا ف المريض بأن حالة المرض هي وضع غير مرغوب فيه، وأن الإعفاء من المسؤوليات والواجبات الإجتماعية هو أمر مؤقت ومشروط برغبته في علاج نفسه ومحاولة إسترجاع صحته، أي لا نتوقع منه أن يستخدم إرادته في أن يصبح سليماً، ولكنه المسؤول الأول عن حالته الصحية إذا لم يكن لديه الدافع في أن يصبح معافاً ويخرج من مرحلة المرض، وإذا لم يفعل إعتبر منحرفاً (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص190). وهذا الإلتزام أي بحث المريض عن شفاء لحالته المرضية مرتبط بالإلتزام شديد القوة وأكثر أهمية في الخروج من دور المريض ألا وهو التعاون مع الطبيب وتنفيذ نصائحه الطبية.

- التعاون مع الطبيب وإتباع نصائحه: إن المريض يفترض عليه أن يبحث عن مساعدة طبية متخصصة لعرض حالته المرضية. ومن أهم الواجبات المفروضة عليه هي التعاون مع الطبيب، طاعته والخضوع للعلاج لتحقيق الشفاء في أسرع وقت ممكن، والعودة إلى إستلام أدواره وتأدية واجباته الإجتماعية. ومن خلال هذا الإلتزام يبرز التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض وأهم خصائص أدوارها الإجتماعية في بناء متكامل، حيث أن البحث عن المساعدة العملية المتخصصة من قبل المريض عادة وليست ضرورة. فهو عادة ما يبحث عن طبيب متعاون معه لكي يشفى، ولذلك فإنه من المستحيل أن نراه في موقف تعارض أو تنافس مع الطبيب، لأنه هو الذي يبحث عن المساعدة برغم تلازم هذا الدور مع عدد من العناصر مثل علاقته بالتدرج الإجتماعي والإختلافات الثقافية والفردية (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص191). وإذا حدث عكس ذلك ولم يسرع المريض إلى الطبيب يعني هذا إنعدام الدافع عنده في أن يشفى ويصبح في حالة صحية جيدة لمزاولة أدواره الإجتماعية.

فبالرغم من المناقشات الهامة التي أثارها "تالكوت بارسونز TalcottParsons" في دراسته لدور المريض، إلا أنه أدرك وإقتنع بعد سنوات بأنه قد بالغ في تأكيده على إعتبار المرض نمط من أنماط السلوك المنحرف. ففي سنة 1978 ذكر أن آراءه المنشورة في كتابه الصادر عام 1951 تحت عنوان النسق الإجتماعي وما تضمنته من دراسة لدور المريض كانت متأثرة إلى حد كبير بالإهتمامات التي

كانت سائدة في ثلاثينات القرن العشرين في الأوساط الطبية فترة إجراء بحوثه ودراساته. فهذه الإهتمامات كان مجال إهتمامها الطب النفسي، التحليل النفسي، الأمراض السيكولوجية والعوامل النفسية المرتبطة بالمرض والتي أثارت إنتباهه بشدة إلى دوافع السلوك الإنساني، وما ينجر من دوافع مؤثرة في الإصابة بالمرض والخضوع للعلاج. ونتيجة لهذا كله التصور البارسونزي نظر إلى دور المعالج على أنه دور وظيفي يمثل وسيلة من وسائل الضبط الإجتماعي، حيث وضع تحليلا لبعض الخصائص الوظيفية لدور المريض وإحتكاكه بالقائمين بعلاجه وتحليلا لدور الطبيب مؤكدا على وظيفته في الضبط الإجتماعي. ويضيف أن المعلومات الحديثة عن الدوافع اللاشعورية تضيف بعدا أكثر إتساعا لمفهوم دوافع السلوك، خاصة السلوك المرضي الذي تجعله أكثر قبولا مما كان عليه في الماضي. فهناك أمراضا عضوية لا يتدخل فيها عامل دوافع السلوك مثل الأمراض الناتجة عن الفيروس، الميكروب والإلتهابات المختلفة. وإنطلاقا من ذلك فإن سلوك المريض يعتبر سلوكا منحرفا إذا كان مدفوعا بدوافع معينة تجعله في الواقع سلوكا متعمدا أو مقصودا. وإستنادا على ذلك يبدو أن "تالكوت بارسونز TalcottParsons" قد عاد فأكد أنه يعتبر المرض نمطا من أنماط السلوك المنحرف إذا كان المريض مدفوعا إلى إدعاء المرض لغاية في نفسه، لتحقيق منفعة أو هدف معين شعوريا أو لا شعوريا (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص90-91 نقلا عن: Dohrenwend B.S et Dohnenwed B.P, Stressful life Events, Their Nature and Effects, New York, John Wiley, 1974). وبالرغم من الإسهامات الجبارة التي أضافها هذا العالم الأمريكي في مجال الطب وتطوير الدراسة في علم الإجتماع الطبي بصفة عامة ودور المريض بصفة خاصة، إلا أن تصوره تعرض إلى عدة إنتقادات منها الإختلاف في السلوك المرضي، إذ أن دور المريض لا يمكن تعميمه على جميع الأفراد وفي كل المجتمعات عكس ما تصوره "تالكوت بارسونز TalcottParsons"، حيث أهمل هذا الجانب. فالدراسات أثبتت أن دور المريض يختلف في خصائصه من مجتمع لآخر بإختلاف الحضارة، الثقافة وحتى الدين، ومن طبقة إجتماعية لأخرى في المجتمع الواحد. كما قد يختلف السلوك المرضي بإختلاف الجنس، السن والنوع. وهذه الإختلافات لا تنفي وجود دور المريض في كل مجتمع من المجتمعات. أما النقد الثاني الموجه لتصوير "تالكوت بارسونز TalcottParsons" حول دور المريض هو نوعية الأمراض، حيث يؤكد التصور البارسونزي على أن دور المريض هو دور مؤقت، يحدد الطبيب بدايته ونهايته. فواجب المريض التعاون مع الطبيب والبحث عن الشفاء لحالته. فهذه الحالة تنطبق فقط على الأمراض القابلة للشفاء وهي الأمراض الحادة والمعدية وليست الأمراض المزمنة التي تصاحب المسنين وغير المسنين، وهذا هو لب النقد الموجه للآراء البارسونزية حول نوعية الأمراض، حيث أن دور

المريض قد ينطبق على المرضى المصابين بأمراض مؤقتة، من الممكن توقع الشفاء التام منها. وبالنسبة للأمراض المزمنة أو أمراض الشيخوخة، فهي حالات غير مؤقتة، لا يمكن تطبيق هذا النموذج عليها. في مثل هذه الحالات المرضية الأمراض المزمنة لا يتمكن المريض من التخلص من دور المريض، كما أنه من غير المعقول أن يطلب منه محاولة الشفاء من مرض يعرف الأطباء مقدما أن الشفاء التام أمر مستحيل، ثم أن الكثير من هذه الأمراض لا تعيق الفرد كلياً عن القيام بأدواره، سواء في العمل أو في الحياة الأسرية، ولكنها تسمح له في نفس الوقت بالقيام بأدواره الإجتماعية والعلمية بطريقة تكاد تكون طبيعية في الحياة (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 85). كما هو الحال مرضى داء السكري الذين يحاولون التكيف مع حالتهم المرضية في مجال العمل والحياة اليومية وهذا بمساعدة الطبيب الذي يعتبر مرشداً لهم في بعض الأمور.

إن إفتراض "تالكوت بارسونز TalcottParsons"، بأن المريض لا يعتبر مسؤولاً عن مرضه لا يمكن تعميمه على جميع حالات المرض، فقد تكون الحالة المرضية للشخص نتيجة إصابته في حادث سيارة أثناء قيادتها، فهو بلا شك مسؤول في نظر الكثيرين عن إصابته. وأيضاً إذا أصيب طفل بمرض الشلل ولم يكن قد تم تطعيمه بالطعم الواقي من المرض فإن جزءاً كبيراً من مسؤولية إصابته تقع على والديه اللذين لم يهتموا بتحصينه ضد المرض في الوقت المناسب ومع ذلك ورغم مسؤولية الشخص أو أسرته عن إصابته بالمرض، فمن واجبه ومن حقه في نفس الوقت أن يخضع للعلاج (نفس المرجع، ص 86). وإنطلاقاً من ذلك يمكن القول أن إهمال الأفراد لصحتهم تقع على عاتقهم المسؤولية.

وفي نفس سياق النقد الموجه للتصور البارسونزي، فإن العلاقة بين الطبيب والمريض حسبه تحدد من خلال التفاعل التقليدي الثابت الذي يتم بين الطبيب والمريض. فهذا الشكل من أشكال التفاعل يكون عام، عندما يتم التفاعل في مكان معين كالعيادة الطبية فقط. ففي هذه الحالة الطبيب يتحكم في التفاعل، عكس التفاعل الذي يتم في المستشفى، حيث أن المريض لا يقابله طبيب واحد في هذه المؤسسة الإستشفائية، ولكن يقابله فريق من الأطباء إلى جانب الممرضين. كما أن العلاقة بين الطبيب والمريض تختلف إذا كان المريض في منزله. إذ يكون هو وعائلته أكثر تأثيراً على عملية التفاعل. بالإضافة إلى ذلك فإن أنماط العلاقة خارج نموذج "تالكوت بارسونز TalcottParsons" في دور المريض تختلف إذا كان المريض يذهب للطبيب من أجل الوقاية فقط أكثر من الناحية العلاجية. فهنا لا يكون هدف الطبيب هو محاولة إعادة الوظائف الإجتماعية الطبيعية للمريض بقدر ما يكون هدفه

المحافظة على الصحة العامة. وعليه نجد أن العلاقة تختلف باختلاف الهدف، فإذا كان الطبيب يهتم بعلاج مشكلة جماعة مثلا مشكلة التدخين، ففي هذا الموقف ينصب دور الطبيب في استخدامه للسلطة، فواجبه هو إقناع الأفراد بإجراء بعض الفحوصات الطبية (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 194-195)، وبفضل القوة والنفوذ يمكن للطبيب التأثير على هذه الجماعة.

لقد إعتبر "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" المرض على أنه نمط من أنماط السلوك الإنحرابي. فحسب رأيه فإن المجتمع يقوم أساسا على مجموعة من القيم وأن الإنحراف في السلوك هو معارضته للقيم السائدة في المجتمع والخروج عليها أو رفضها وعدم الإنصياع لها. فالشخص الذي لا يكون سلوكه مقبولا من طرف المجتمع، فإن سلوكه يوصف بالسلوك المنحرف. فإذا كان هذا السلوك متعمدا وصف بأنه سلوك إجرامي، وإذا كان الإنحراف غير متعمد وليس مدفوعا بهدف تحقيق غاية معينة فهو سلوك مرضي. وإنطلاقا من ذلك فإن النقد الموجه للتصور البارسونزي إنصب حول هذه المسألة إنطلاقا من تعريف المرض بأنه عدم القدرة على أداء الأدوار الإجتماعية المعتادة. فهذا التحديد أمر صعب، لأن الأجناس والجماعات الحضارية المختلفة بل وحتى الأشخاص يختلفون فيما بينهم في قدرتهم على تحمل الألم، تقبلهم وإدراكهم للأعراض المرضية. فالناس يعتبرون مرضى عادة عندما يتجاوز الإختلاف في حالتهم الصحية عن المعايير المتعارف عليها إجتماعيا لتحديد الحالة الصحية أو الطبية (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 86-87).

إن "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" قد ربط دور المريض بنمط سلوكي خاص بالطبقة المتوسطة فقط، حيث ركّز على مسؤولية الأفراد ونضالهم حول الصحة والرجوع لحالتهم الطبيعية. فهو يوجه ذلك إلى الطبقة الوسطى التي تفترض أن حل المشكلة العقلانية يعتبر السلوك المناسب لمواجهة الصعوبات. فهذا السلوك تكون نتائجه إيجابية، فهو لا يضع في إعتباره البيئة الفقيرة التي يعيش فيها بعض المرضى. فكثيرا من الأفراد الذين يعيشون في طبقات إجتماعية وإقتصادية منخفضة ومدنية غالبا ما ينكرون دور المريض، ليس لأنهم لا يملكون الوسيلة المناسبة للممارسة مثل هذا الدور، ولكن الظروف المعيشية لا تسمح للفقير، حيث أنه لا يستسلم للمرض ويسعى إلى كسب قوته لكي يعيش حياته. وعليه فإن النموذج البارسونزي لم يضع في الحسبان البيئة الفقيرة التي تجعل المريض يشعر بأنه قادر على عمل بعض النشاطات من أجل ألا يموت من الفقر (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 195). لهذا فإن السلوك المرضي ودور المريض يتأثران بالمستوى المعيشي للفرد. فالفقراء أقل إستجابة للأعراض المرضية وأقل إستفادة من الخدمات الصحية.

4-2- تالكوت بارسونز Talcott Parsons ودراسته لدور الطبيب: إن من أهم

المواضيع التي لقيت صدى كبيرا من الدراسة والإهتمام في علم الاجتماع الطبي هي موضوع دور الطبيب والمريض، حيث نجد في هذا الصدد عالم الاجتماع الوظيفي "تالكوت بارسونز TalcottParsons" الذي ساهم بشكل كبير في تحديده لدور الطبيب والمريض وأهم العلاقة بينهما بإبراز تصوره لمجموعة الحقوق والواجبات المرتبطة بدور كل من الطبيب والمريض، حيث أن المدخل البارسونزي في دراسته للدور الاجتماعي للطبيب إنما يمثل مدخلا "بنائيا وظيفيا، ينظر لدور الطبيب في ضوء الوظائف التي يضطلع بها في الحفاظ على نظام المجتمع وإستقراره" (علي المكاوي، مرجع سابق، ص130). فهذه الدراسة التي قام بها "تالكوت بارسونز TalcottParsons" كانت لها أهميتها الكبرى في توجيه وتمهيد الطريق للكثير من الباحثين والمهتمين بالمجال الطبي من المنظور الاجتماعي، حيث يرى هذا العالم أن دور الطبيب يرتكز أساسا على المسؤولية التي تقع على عاتق الطبيب في تحقيق رفاهية المريض بالدرجة الأولى وتقديم له كل التسهيلات من أجل شفائه من مرضه. وهذا يتطلب منه مستوى عاليا من التخصص الدقيق في المعرفة الطبية بالإضافة إلى القدرة على فهم العلاقات الإنسانية التي تساعد المريض على الشفاء، حيث أن التخصص الإكلينيكي وحده غير كاف للوصول إلى علاج ناجح. وقد تكون الأسباب الرئيسية في ذلك هي قلة المعرفة الطبية وعدم قدرة النموذج البيولوجي وحده في تحديد كل العوامل المسببة للمرض. وأيضا إلى النقص في قدرة الطبيب على التحكم في سلوك المريض وفي الجوانب المختلفة للمرض منها مثلا الجوانب الاجتماعية والبيئية (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص ص 64-65). وفي هذا المجال حدّد "تالكوت بارسونز TalcottParsons" خمسة عناصر يقوم عليها دور الطبيب تتمثل فيما يلي:

أ- الكفاءة التقنية **Compétencetechnique** : إن أهم محددات دور الطبيب نجد الكفاءة التقنية، حيث أنه "يبادر الطبيب بأداء الممارسة الطبية إنطلاقا من قواعدها الأساسية، وأن تكون مرشده الرئيسي في أداء الخدمة الصحية" (علي المكاوي، 1996، ص130). فبالرغم من الدور المهني الذي يتميز به الطبيب، فقد سّن الطب محتوى تقني، يمكن أن يظهر به إلى جانب العناصر الأخرى التي تحدد الإطار الخاص بالطبيب، حيث أن هذا الدور يجب أن يؤدي كما ينبغي وفقا للمعايير التي نحكم بها. فإذا ما تمت هذه العملية بنجاح فإن السبب يرجع بالدرجة الأولى إلى كفاءات الطبيب (FrançoisStuedler, Op.cit,P44). ولهذا فإن الخبرة والمهارة الطبية مهمة جدا في قيام الطبيب بدوره الاجتماعي.

ب- **العمومية Universalisme**: إن ثاني عنصر محدد لدور الطبيب حسب "تالكوت بارسونز TalcottParsons" هو العمومية أو الشمولية، وهي أحد الاتجاهات التي يسلكها الطبيب نحو مرضاه، حيث أنه "يجب أن يعالج كل المرضى بطريقة واحدة، وهذه الطريقة لا تعني وصف علاج واحد لهم ولكنها تعني أن ينظر الطبيب إلى كل المرضى على أنهم متساوون في الصحة والمرض ولا يفرق بينهم شيء كجنس أو مقدرته المالية" (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 99). فالعلاقة مع المريض إنما تحكمها قواعد مجردة مبنية على الكفاءة التقنية للطبيب وليست على العلاقات الشخصية (François Steudler, Op.cit, P45). فهذه الخصوصية تعطي نفس الفرص لجميع المرضى من حيث المعاملة والخدمة المقدمة لهم، إذ لا يفضل مريض عن مريض آخر.

ج- **الخصوصية الوظيفية Spécificité fonctionnelle**: إن الخصوصية الوظيفية من أهم محددات دور الطبيب، ففي هذه الحالة "الطبيب هو إختصاصي في مجال أكثر دقة، محدد للصحة والمرض" (François Steudler, 1972, P45)، حيث أن التخصص الوظيفي الذي يسهم في دوره الإجماعي يبرز من خلال التخصص وتكون نشاطاته مقتصرة على الناحية الطبية وربما الإجتماعية. فلا يتوقع من الطبيب مثلاً أن يكون خبيراً في الشؤون الدينية أو السياسية، ولهذا يشترط أن يكون هذا التخصص الوظيفي عاماً وشاملاً للعناية الطبية الكاملة. كما يجب أن يكون الطبيب على دراية بتفاصيل كثيرة عن حياة المريض حتى يتمكن من مساعدته في الشفاء (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 98). فمعرفة الجوانب الإجتماعية والنفسية للمصاب مهمة جداً في تحديد المرض ونجاح العلاج وحتى في إستمرار العلاقة طبيب-مريض.

د- **الحياد العاطفي Neutralité affective** : إن أهم مميزات الدور الإجتماعي للطبيب هو الحياد العاطفي. فالطبيب عليه أن يتصف بالموضوعية ويسخر كل معرفته العلمية ومهارته في علاج المريض وشفائه. "إذ لا بد أن يعالج المشكلة الموضوعية في ضوء مصطلحات موضوعية يمكن تبريرها والبرهنة عليها علمياً، فلا دخل إذن لعاطفة الطبيب نحو المريض -حبا أو بغضا- في دوره المهني. وكذلك فإن الموضوعية المطلقة تتطلب منه ألا يفاضل في تعامله" (علي المكاوي، مرجع سابق، ص 128). فينبغي أن يتعامل مع كل المرضى بطريقة موضوعية خالية من العاطفة، فرفاهية المريض فوق كل الإعتبارات الشخصية، حيث أن "العلاقات مع المريض يجب أن تكون موضوعية وليست عاطفية. الطبيب له حق الكشف عن الحرمة الجسدية للمريض (...). فحياد الطبيب يضمن موضوعية العلاقة" (François Steudler, Op.cit, P45). وبطبيعة الحال فإن "الحيادية إتجاه تخصصي يجب

أن يسلكه الطبيب تجاه مريضه، فعلى الطبيب ألا يندمج عاطفياً مع المريض للدرجة التي تتحطم بها أحكامه الموضوعية للمرض، فحيادية الطبيب لا تعني أن يكون الطبيب غير حساس أو يتسم بالقسوة في معاملته لمرضاه ولكنها تعني أن يشارك المريض وجدانياً، ولكن في الوقت ذاته لا تصل هذه المشاركة إلى التعاطف معه وتؤدي إلى عدم وضوح أحكامه التكنيكية" (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 98-99). فصفة الموضوعية والتخلي عن العاطفة مفروضة على الطبيب سواء أحب مريضاً ما أو كرهه.

هـ- التوجه نحو الجماعة **Orientation vers la collectivité**: إن التوجه نحو الجماعة سمة من سمات الدور الاجتماعي للطبيب، حيث أن شغله الشاغل هو راحة المريض، على عكس المهنة الأخرى، أين نجد محرك الربح هو المتعارف عليه. فإيديولوجية هذه المهنة تعتبر المتاجرة كشيء سلبي. ولهذا تؤكد أخلاقيات هذه المهنة على ضرورة التوجه نحو الجماعة، François steudler, Op cit, (P45). يعني ذلك أن الطبيب يضع في الإعتبار الأول مصلحة المريض قبل كل شيء قبل مصلحته الشخصية، ويسعى إلى رفاهية المريض والاستجابة لحاجياته بأسرع وقت ممكن، ويكون التعامل مع مشكلات مرضاه إنطلاقاً من خبرته الطبية. فحسب "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" يكون الطبيب موجهاً دوره لخدمة الجماعة وليس لخدمة مصلحته الذاتية والشخصية. ولهذا فإن "سلوك الطبيب يحكم بقواعد عامة تحدد سلوكه وتصرفاته وهذه القواعد هي التي تحمي الطبيب والمريض معاً" (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 98). ففي هذه الحالة دور الطبيب يتحدد من خلال مسؤوليته في توفير الشفاء والعلاج التام لمرضاه لتحقيق نوع من الضبط الاجتماعي في المجتمع.

ويمكن القول أن توقعات السلوك التي ينتظرها المجتمع من كل من المرضى والأطباء، تتمثل في درجة تعاون المرضى مع الأطباء هذا من جهة. ومن جهة أخرى يتوقع من الأطباء إستخدام كل خبراتهم وكفاءتهم المهنية في خدمة المرضى، وذلك من خلال الكشف، التشخيص الجيد، التركيز على الفحوصات الطبية والتطلع على معلوماتهم الخصوصية. وهذه من السمات التي يجب أن يعرفها المريض، وهي خصوصيات لا يصح لأحد من الأفراد الإطلاع عليها ما عدا الأطباء نظراً لمهنتهم التي تفرض ذلك، بشرط أن يتحلون بالسرية التامة وبالموضوعية في التعامل مع مرضاهم. فمن حق الطبيب الإطلاع على أسرار المريض، فحسب جسمه وإستجوابه عن حياته الشخصية والجسمية. وفي هذا الصدد يبرز "باريتو Pareto" مجموعة من الأحاسيس التي يطلق عليها "تكامل الفرد" والتي تتمحور أساساً حول "حرمة الجسد" التي لا يكشف عليه أحد. أما بالنسبة للتصور البارسونزي يسمي الإطلاع

على أجساد الآخرين وتحسسها "إمتياز" يتمتع به الطبيب وحده في ضوء المجتمع وثقافته السائدة، لأن مهنة الطب تستلزم الوصول إلى المعلومات الصادقة عن الحياة الخاصة بالمريض. ويزداد الأمر حساسية عندما ندرك أن معظم الحقائق التي ترتبط بمشكلات الناس الصحية تقع في دائرة الحياة الخاصة التي لا يزعمون في الحديث عنها مع صديق أو زميل (علي المكاوي، مرجع سابق، ص133)، بينما يمكن الإفصاح عنها للطبيب. ولهذا فإن هذه المهنة تمنح للطبيب أكبر قدر من السلطة في عمله وفي علاقته مع العاملين معه، وأيضا يشغل الطبيب وضعا يمثل القوة والنفوذ في علاقته مع المريض (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص95). وهذه العلاقة تكون علاقة غير متساوية علاقة القوة والضعف التي تتوقف على مكانة ودور كل من الطبيب والمريض.

وكخلاصة لهذا العنصر فإن تحليل "تالكوت بارسونز TalcottParsons" لدور الطبيب "يشكل إطارا عاما لتوقعات هذا الدور وما يتضمنه من واجبات وحقوق وهو إطار أقره الكثير من علماء الاجتماع، وهو في نفس الوقت يتفق مع الدور المهني للطبيب في معظم المجتمعات إلا أن هذا الإطار يتعرض ولا شك لعوامل إجتماعية وعلمية وتكنولوجية تؤثر في تفاصيل متضمنات هذا الدور حتى وإن لم تؤثر في هيكله كإطار عام" (نفس المرجع، ص96). ومنطلقا من الدور الإجتماعي للطبيب والمريض حاول "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" بناء نظريته البنائية الوظيفية في دراسة علاقة الطبيب بالمريض. وإستنادا على دراسته هذه حاول كثير من العلماء تطوير نظرية الدور الإجتماعي، وأكدوا بأن دور المريض داخل المستشفى يختلف عن دور المريض في العيادات الطبية، لأن المريض يقابل طبيب واحد عكس المستشفى. فالمريض يقابل عدة أطباء وبالتالي العلاقة تختلف. إذ أن دور المريض في المستشفى يكون غير إيجابي، فهو سلمي إلى حد ما. وهذا راجع إلى عدم إسهامه في العلاج، حيث يحدث نتيجة الظروف البنائية التي تؤثر على العلاقة بينه وبين طبيبه كروتينية الإجراءات في المستشفى وعدم الإهتمام بإمداد المريض بالمعلومات الكافية عن حالته. فالعلاقات الإجتماعية بين الطبيب والمريض حسب التصور البارسونزي بنيت على نموذج يسلم بإنتظام، إستقرار وإنسجام العلاقة بينهم. وإنطلاقا من ذلك تظهر العوامل التي تساعد على ثبات وإنتظام هذه العلاقة وكيف تكون مشاركة كل من الطبيب والمريض في الموقف الإجتماعي. وأيضا توقع سلوك الآخر من خلال هذا الموقف، إذ أن له أثر فعال في المحافظة على ثبات وإنسجام العلاقة بين الطرفين. وعليه فإن البعض من العلماء من إتخذ من هذه الدراسة منطلقا لدراسات أخرى في هذا المجال، وذلك بتبني نموذج العلاقة بين الطبيب والمريض من منظور الدور الإجتماعي لكلا منهما، حيث إعتبر "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" أن

علاقة الطبيب بالمريض تتطلب توقعات سلوكية لكلا الدورين، وهي أدوار غير متساوية، حيث أن دور الطبيب يختلف عن دور المريض. فدوره يبرز من خلال تخصصه المهني، أما دور المريض فهو إعماده على الطبيب وعلى خبرته في العلاج. وبالرغم من ذلك إلى أن هذا التصور لقي نقدا، حيث أن معظم النقد الموجه في هذا المجال يشمل أهم التوترات والصراعات التي تكتنف العلاقة بين الطبيب والمريض والتي أغفلها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" في دراسته، حيث يعتبر "فريدسون E. Freidson" رائد في هذا المجال. وهو يرى بأن دراسة العلاقات بين الأطباء والمرضى ليست بعلاقات تكامل وتعاون متبادلين كما وصفت في التصور البارسونزي وإنما هي علاقات توتر وصراعات. فهذا التوتر ينشأ نتيجة المصالح المختلفة بين الطبيب والمريض وإختلاف التوقعات وإختلاف الوسائل التي يستخدمها كل منهما من أجل تحقيق هدفه. فإطلاقا من ذلك نجد على التوتر والصراع الذي يحدث بين الأطباء والمرضى، وحاول البحث عن أسباب ذلك. وفي الأخير توصل إلى جملة من المعطيات التي تحدد أسباب التوتر في العلاقة بين الطبيب والمريض والتي تتضمن تناقض التوقعات. فحسب "فريدسون E. Freidson" يتمثل التوتر في العلاقات بين الأطباء والمرضى في التوقعات المتناقضة التي يجدها الطبيب في سلوك المرضى (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 113). ويعني ذلك أن الطبيب غالبا ما يتوقع من مريضه الطاعة وإتباع النصائح والأوامر، وقد يحدث العكس. مثلا إذا صادف الطبيب مريضا غير مطبقا لتعليماته، فإنه يصاب بالإحباط وخيبة الأمل ويبدأ التوتر بينهما، الذي يكون نتيجة محاولة كل من الطبيب والمريض إستخدام أسلوب خاص به للتأثير على الطرف الآخر وعلى نتيجة الإستشارة الطبية. ففي هذه الحالة تعارض التوقعات يكون سببا من أسباب التوتر الذي ينشأ بين الطرفين، فالطبيب دائم الشكوى من المريض الذي يستشيريه ويشخص مرضه خاصة إذا كان لا يطبق نصائحه. وفي نفس السياق فإن زيادة الوعي الصحي للمريض يدفعه إلى السعي للوصول إلى قرار بشأن علاجه، والعكس نجده عندما الطبيب لا يتوقع ذلك من هذا المريض لأنه في نظره يجب أن يقبل تشخيص وعلاج الحالة بدون توجيه إليه أية أسئلة، لأن الإقناع، المساومة والشك هم أسباب يعتمد عليها هذا الأسلوب. فالإقناع يقصد به أن المريض غالبا ما يحاول إقناع الطبيب بنوع العلاج المناسب له. في حين يحاول الطبيب إقناع المريض بضرورة إجراء الإختبارات المعملية لتحديد نوع العلاج المناسب. أما المساومة، فهي العملية التي يصل كل من الطبيب والمريض فيها إلى نوع من الإتفاق الودي بينهما. وبالنسبة للشك نجد في هذه الحالة، حيث أن الطبيب بالرغم من أنه يكون في أغلب الأحيان متأكدا من تحديد المرض وأسلوب العلاج إلا أنه يراوده الشك ويحاول

متعمدا إظهار تردده وعدم تأكيده من تحديد نوع المرض. ونجد أيضا تركيز الطبيب على تفاعلات المريض من كل الجوانب وعدم إهمالها، حيث أن العمليات غير اللفظية لا تستخدم في ضبط الإستشارة فقط، وإنما تحدد نهاية الإستشارة. وعموما فإن الطبيب غالبا ما يستخدم موقفه المسيطر في الإستشارة والتي ترجع إلى مكانته المتخصصة ومعلوماته. فقدرتة على التأثير في الإستشارة الطبية تعتمد على المستوى المعرفي والثقافي للمريض في المعرفة الطبية وفي التعبير عن مشاعره خاصة ما يتعلق بالمرض (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص ص 114-115). أما بالنسبة للسبب الثاني في وجود التوتر بين الطبيب والمريض فيتمثل في إختلاف الرأي بينهما، حيث أن الصراع في العلاقة بين الطبيب والمريض يكون نتيجة إختلاف في الرأي. وقد يظهر هذا الصراع في الحالة التي يحاول المريض فيها فهم ما يقوله الطبيب حسب منظوره العادي أو حينما يحاول المريض أن يشخص مرضه حسب ما هو شائع عند الأغلبية. وبالتالي يظهر التوتر بسبب شكوى الأطباء من المعيار غير المتخصص الذي يعتمد عليه الأفراد في إختيار أطبائهم. وفي هذا المنوال يشير "فريدسون E.Freidson" إلى التوتر الذي ينتج بسبب إختلاف الطرفين في الرأي، إما حول تشخيص المرض أو علاجه. فرغم موافقة المرضى على أن الأطباء أكثر تمتعا بالخبرة الفنية والتخصص، إلا أنهم يحاولون تقييم، تشخيص وعلاج مرضهم من وجهة نظرهم. وهنا يحدث الإختلاف بين تقييم كل من الطبيب والمريض للحالة المرضية، وهذا نتيجة إختلاف نوع المعرفة الطبية والخبرة الشخصية (نادية محمد السيد عمر، 1987، ص ص 116-117). وقد نجد أن أهم أسباب الإختلاف بين الطبيب والمريض هي الإهتمامات المختلفة لكل منهما. فالمرضى يهتم بعلاج حالته المرضية ويحاول التحدث طويلا مع الطبيب ومناقشة مشاكله في الوقت الذي يهتم فيه الطبيب بمحاولة التوازن بين الإحتياجات المنافسة لعدد كبير من المرضى. وفي هذه الحالة الطبيب يقع في صراع وتصادم بين واجباته كطبيب وحقوقه التي أقرها له المجتمع. وقد يحدث التوتر أيضا نتيجة إختلاف تقييم كل من الطبيب والمريض لمدى خطورة الحالة المرضية. فهذا الإختلاف راجع إلى الإختلافات الثقافية الموجودة بين الطرفين، وإلى قلة الوعي الصحي لدى المريض وعدم قدرته على وصف حالته الصحية.

وفي نفس السياق، نجد سبب آخر للتوتر الموجود بين الطبيب والمريض يتمحور حول أسباب تتعلق بإنجاز الطبيب لدوره، حيث أن صراع دور الطبيب يخلق توتر في العلاقة بينه وبين مريضه. فطبيعة الإحتكاك الإكلينيكي بينهما طبيعة فردية من الدرجة الأولى، حيث أن حضور المريض إلى الطبيب لحل مشكلة ما يجعله يتوقع منه عمل أي شيء إزاء حلها. وهذا يختلف عن مقدرة الطبيب، فأحيانا لا

تسمح له التكنولوجيات المتوفرة والمناسبة بحل مشكلة المرضى إذا تعلق الأمر بمشكلة طبية. أما المشاكل غير الطبية التي يحاول المريض التخلص منها، فهي تخلق الصراع لدى الطبيب، لأنه في هذه الحالة يتوقع منه الإعتناء بالمريض من الناحية الإنسانية والتعاطف معه. فهذا التوقع عن الواقع يؤدي غالبا إلى حدوث صراع وتوتر بين الطرفين. وأيضا الطبيب يواجه ضغوطا في محاولة التوفيق بين إهتماماته بالنسبة لمريض واحد وإهتماماته بالنسبة لمجموعة من المرضى كجماعة. هذا من ناحية العناية وتوزيع بعض المصادر النادرة كوقته، مهاراته والموارد المستخدمة في الكشف والتجهيزات الطبية على عدد كبير من المرضى. وتعتبر محاولة الطبيب عمل موازنة بين مسؤولياته كطبيب وبين مسؤولياته الخاصة من أهم عوامل ظهور الصراع في علاقته بمرضاه. وكما أن عدم قدرة الطبيب على التفاعل السليم مع مرضاه نتيجة نقص في إجراءات المقابلة المنظمة من أهم العوامل المؤثرة في العلاقة بين الطرفين وإحداث التوترات. فعدم قدرة الطبيب على توجيه أسئلة كافية للمريض من أهم أسباب حدوث التوتر، لأن معظم الأسئلة ذات نمط مميز ومحدود في المعلومات التي يحصل عليها منه. وهذا أيضا يؤدي إلى نقص أهمية المعلومات المتحصل عليها من المريض، الذي يوجه الكثير من الأسئلة للطبيب. ففي بعض الأحيان الأطباء يتهربون من هذه الأسئلة، ولهذا فإن كل العوامل المحددة للصراع في دور الطبيب تؤدي إلى صراعات وتوترات في علاقة الطبيب بالمريض.

وآخر نقد موجه لعالم الاجتماع "تالكوت بارسونز TalcottParsons" هو ما يتعلق بإنجاز المريض لدوره، إذ نجد أن هناك أسباب أخرى تؤدي إلى توتر العلاقات بين الأطباء والمرضى، تتمثل في كيفية إنجاز المريض لدوره، وهذا في حالة عدم طاعة المريض للطبيب والتعاون معه. فهذا الفشل في متابعة التعليمات الطبية أحد أسباب التوتر التي تحدث بينهما. وقد يكون ذلك نتيجة النسيان أو نقص فهم المريض للنصائح وإلى عدم رغبته في تغيير نمط حياته. (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 118-122). فتوصيات الطبيب للمريض بتنفيذ نظام الوجبات الغذائية مثلا وتجنب بعض العادات غير الصحية كالتدخين تتطلب منه تغيير لنمط حياته المعتاد عليه، وغالبا ما تنعدم لدى المريض الرغبة والإرادة في تغيير هذا النمط.

5-مساهمة العالمان "سزاس وهولندر Szasz etHollender" في دراسة أنماط التفاعل

الإجتماعي بين الطبيب والمريض: لقد فتحت الدراسة التي قام بها "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" المجال أمام الكثير من العلماء في تطوير التفسير البنائي الوظيفي للعلاقات بين الأطباء والمرضى. وفي هذا الصدد العالمان "سزاس وهولندر Szasz etHollender" قدما ثلاثة نماذج رئيسية

للعلاقات بين الأطباء والمرضى، والتي إتسمت بنموذج الإيجابية والسلبية، نموذج الإرشاد والتعاون ونموذج المشاركة المتبادلة. وهذه النماذج تعتمد بالدرجة الأولى على نوع المرض، طبيعته والعلاج المقرر من طرف الطبيب، حيث أن هذين العلمان حاولا تطوير التصور البارسونزي وتطبيق نماذج العلاقة بين الطبيب والمريض على الأمراض القابلة للشفاء والأمراض غير القابلة للشفاء، تطوير فكرة الدور الاجتماعي والتركيز على ردود أفعال المرضى إتجاه أطباءهم. وتوصلا إلى أن "سلوك المريض إما أن يكون سليما يتحلى بالطاقة التامة وإما أن يكون سيئا يتميز بالمقاومة، والمعروف أن الفرد الذي إعتاد الضبط والتنظيم يكون أكثر إيجابية في تفاعله مع الطبيب بخلاف الفرد الذي إعتاد السلبية (...). فالتنبؤ برد فعل المريض تجاه طبيبه يتوقف بالتأكيد على بعض المتغيرات الشخصية كالخبرات السابقة والتوقعات وعلى المدة التي يقضيها داخل المستشفى" (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 92). إلى جانب متغيرات أخرى مثل إنخفاض المستوى التعليمي لدى المريض وحتى تمسكه بالعادات والتقاليد المرتبطة بالصحة.

إن العلمان "سزاس وهولندر Szasz et Hollender" أكدا بأن هناك ثلاثة نماذج للعلاقات بين الأطباء والمرضى والتي سوف نتطرق إليها كما يلي:

النموذج الأول: علاقة الإيجابية/ السلبية: يعتمد هذا النوع على الإيجاب من طرف الطبيب والسلب من طرف المريض، أي أن الطبيب يكون إيجابيا في هذه العملية من حيث التكفل المكتف بالمريض وإخراجه من قوقعة الموت. بينما المريض يكون سلبيا في التفاعل والعلاج يجرى له دون إعطاء أي إعتبار لإسهامه في هذا النموذج، والذي يتميز بأن المريض في هذا النمط سلبيا لأنه لا يكون قادرا على المساعدة في عملية التفاعل خاصة إذا كان جريحا أو في غيبوبة. بينما الطبيب يكون ذو فاعلية وإيجابية، لأنه يقوم بإجراءات العلاج دون أن يضع في إعتباره مساهمة المريض (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 107-108). وهذا النوع غالبا ما ينتشر عند كبار السن والأطفال.

إن دور الطبيب في هذا النمط دور فعال جدا، حيث يتحدد من خلال عمل شيء ما للمريض لإنقاذه ومساعدته على إجتياز الأزمة. بينما يقتصر دور المريض على التلقي، فهو غير قادر على الرد (علي المكاوي، 1996، ص 137-138). فهذا النمط ينطبق في الحالات الخطيرة جدا كالغيبوبة، الإصابات الخطيرة، النزيف الدموي، الجراحة... الخ. ففي هذه الحالة المريض لا تكون له القدرة على الحركة والكلام، وعاجز على مساعدة نفسه وهو غير واعى كليا عما أصابه. فهو مستسلما للطبيب وللعلاج دون أن يقوم بمساعدة لذا إتسم بالسلبية. ففي "مثل هذه المواقف يكون المريض في

حالة عجز شديد عندما يتولى الطبيب أمر العناية به طبيا في ظروف تتطلب استخدام المسكنات أو التخدير، ويكون المريض خاضعا خضوعا تاما للطبيب، وليست له أية مشاركة إيجابية في عملية العلاج" (فوزية رمضان أيوب، مرجع سابق، ص 114). وفي حالة الجراحة، فإن كثير من البحوث أثبتت إيجابية المريض في هذه العملية، إذ أنه يكون على علم بما سوف يحدث له في العملية الجراحية. ومن الممكن أن يكون له دور إيجابي بعد إنتهاء العملية، حيث تساعد إيجابيته على الإسراع في إتمام الشفاء بعد الجراحة، وهذا ما كشفت عنه بعض الدراسات في هذا المجال، مما دعا بعض الأطباء إلى إعطاء المريض قبل إجراء العملية فكرة عنها وما يحيط بها من آلام وما يلزم لمواجهتها. وبذلك يغيرون موقفه من السلبية التامة إلى الإيجابية، حيث يتم تخدير المريض لضمان سلبيته التامة أثناء إجراء العملية ولا تظهر إيجابيته إلا بعد إنتهاء الجراحة وأثناء مراحل أخرى من مراحل العلاج (نفس المرجع، ص 114-115). وفي هذا الصدد، فإن هذا النمط من العلاقة يشبه نمط العلاقة الموجودة بين الوالدين والطفل الصغير خاصة الرضيع، فالأب أو الأم يمثلون الإيجابية والطفل الصغير يمثل السلبية، لأنه يعتمد كلياً على والديه.

النموذج الثاني: علاقة الإرشادية/ التعاونية: إن هذا النوع من العلاقة يعتمد على الإرشاد والتعاون. فالطبيب يتميز بالإرشاد والتوجيه، أما المريض دوره التعاون مع الطبيب. وغالبا ما يطبق هذا النمط من التفاعل في الحالات التي يكون فيها المريض أقل خطورة عن الحالة السابقة، مثلا في حالة الأمراض المعدية، التعب الشديد، الأمراض الحادة والإضطرابات المرضية الشديدة، لأن الشخص يكون على وعي تام ويدرك ما يقال له من طرف الطبيب. وأيضا تكون له القدرة على إستيعاب وتنفيذ النصائح الطبية. في هذا النوع من العلاقات الطبيب يقدم النصائح والأوامر للمريض، والذي بدوره ينفذها ويوافق تماما على كل النصائح، لأنه في حالة وعي تجعله يبحث عن أية مساعدة من أجل الشفاء والرجوع إلى حالته الطبيعية، وهو لذلك يتعاون مع الطبيب من أجل إنجاز هذا الهدف. وبالرغم من ذلك فإن الطبيب يكون أكثر تفاعلا من المريض الذي تظهر عليه تفاعلات فقط من خلال محاولته قبول إرشاداته، إلا أنه أقل سلبية من النوع السابق، لأنه على الأقل يكون مطيعا لكل أوامره. وقد يشبه هذا النموذج إلى حد ما علاقة الآباء بأولادهم في سن المراهقة، حيث يتوقع منه أن يدرك جيدا دور الطبيب ويدرك جيدا دوره في تتبع النصائح الطبية للمساهمة في العملية العلاجية.

فالنمط الثاني يكاد يشبه النمط الأول، وهذا في القوة التي يمارسها الطبيب على المريض، حيث أنها تظهر بشكل قوي في النمط الثاني عكس النمط الأول الإيجابية/ السلبية. فالطرف الأقوى وهو

الطبيب يمثل الإرشاد، التوجه وقيادة الموقف لكي لا يكون صراع قائم في هذه العلاقة. أما المريض دوره تنفيذ نصائح الطبيب دون مناقشة ومعارضة. وبالرغم من ذلك، فإن كلا الطرفين يشاركان في ذلك التفاعل، إلا أن الطبيب يمثل بناء القوة الأعلى في هذا النموذج، لأنه يملك المعلومات الطبية والخبرة التي تبنى عليها أحكامه والتي على أساسها يوصف العلاج. أما المريض فدوره في هذا التفاعل ثانوي، لأنه يتقبل أوامر الطبيب إعتقاداً منه أنها ستوصله إلى حالة أفضل (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 108-109). ولذلك يعتبر دور كل واحد منهما مكملًا لدور الآخر قصد القيام بالتفاعل الاجتماعي في العملية العلاجية.

النموذج الثالث: علاقة المشاركة المتبادلة: غالباً ما نجد هذا النمط في حالة الأمراض المزمنة كداء السكري، الضغط الدموي، القلب والربو النفسي، وهي الأمراض التي تتطلب مشاركة متبادلة من أجل التحكم في المرض. فالمريض يشارك الطبيب في تنفيذ أوامره والطبيب يساعده على ذلك (François Steudler, Op.cit, P 46)، حيث يتطلب من المريض أن يكون على إتصال دائم بالطبيب وهو الذي يقوم بعلاج ذاته طبقاً لتعليمات طبيبه. ولذلك فإن هذا الشكل غير ملائم للأطفال أو المرضى ذوي العجز العقلي أو الأفراد ذوي المستوى التعليمي المنخفض. فالتفاعل في هذه الحالة شبيه بالعلاقة بين الشباب الذين يملكون معرفة خاصة وبين الشباب الذين يحتاجون إلى تلك المعرفة. ويطلق البعض على هذا النموذج إسم نموذج التعاون الكامل، تعاون كل من الطبيب والمريض من أجل بلوغ هدف معين، أي أن مسؤولية الطبيب تتمثل في مساعدة المريض لكي يستطيع مساعدة ذاته، والذي يفترض عليه أن يكون قوي الإرادة لتحقيق سبل العلاج (نادية محمد السيد عمر، مرجع سابق، ص 109-110). مثلاً في حالة الأمراض المزمنة فإن المريض يقوم بتنفيذ برنامج علاجي تحت إشراف الطبيب الذي يصمم الخطة العلاجية والتي تتماشى مع خصائصه الديموغرافية، الاجتماعية والإقتصادية. ويمكن أن تكون التعليمات دورية من الطبيب، بشرط إستشارته في بعض المواقف لتفادي المضاعفات الخطيرة أو لإقتراح تعديل. مثلاً في حالة داء السكري يحتاج المريض إلى خبرة الطبيب، وكذلك يحتاج الطبيب منه أن يراقب مستويات السكر في الدم وأن ينظم طعامه من حيث النوع والكمية، وأيضاً أن يغير جرعة الدواء من أقرص أو أنسولين عندما يلزم ذلك (محمد علي محمد، سناء الخولي وآخرون، مرجع سابق، ص 278). ولهذا فالطبيب يساعد المريض على مساعدة نفسه بنفسه، لإتمام العلاج ونجاحه، فدوره يكمل دور المريض وحاجة كل واحد للآخر، لأن العلاج يفرض تعاون الإثنين معاً مشاركة متبادلة بين الطرفين.

وكخلاصة للنماذج الثلاثة السابقة من أنماط التفاعل الاجتماعي بين الطبيب والمريض، يمكن القول أن كل نموذج متكامل فيه وسائل إرضاء وإشباع الحاجيات النفسية للطبيب وأيضاً للمريض، وهذا ما يساعد على إستقرار مؤقت لكل نمط حسب فترة العلاقة والعلاج. وقد تعرض هذا الطرح إلى عدة إنتقادات بإعتبار أن علاقات التفاعل الاجتماعي بين الطبيب والمريض هي علاقات غير نهائية يمكن القيام بأنواع أخرى من العلاقات الإجتماعية.

خاتمة:

من خلال العرض السابق، نرى أن الصحة والمرض ظاهرتين طبييتين وفي نفس الوقت ظاهرتين إجتماعيتين، ولا يمكن فهمهما بمعزل عن الواقع الإجتماعي. وفي هذا الصدد فإن الرعاية الصحية وعلاج المرض يرتبطان بمدى تقدم المجتمع وتطوره. إذ أن إرتفاع المستوى المعيشي لأفراده وزيادة وعيهم الصحي يقلل من الإصابة بالأمراض خاصة الأمراض التي لها علاقة مباشرة مع الفقر. لذا فإن الصحة حق من حقوق كل أفراد المجتمع وهي قيمة إجتماعية ينظر إليها من منظور إجتماعي - ثقافي. ولقد إهتمت العلوم الإجتماعية بدراسة الظواهر الطبية دراسة إجتماعية نفسية مثل دراسة مهنة الطب، الأدوار الإجتماعية للأطباء والمرضى وأنماط التفاعل بينهما.

وإستناداً على تحليل دور المريض والطبيب وأهم العلاقات التي تحكمهما يتبين لنا أن دور الطبيب يتمثل أساساً في العمومية، الحياد العاطفي، النوعية الوظيفية والتوجه نحو الجماعة. فالمجتمع خوّل له حقوق تساعده على ممارسة مهنة الطب التي تختلف عن المهن الأخرى. وفي هذا المجال الطبيب له واجبات يتقيد بها لتحديد له دوره الذي يختلف عن دور المريض. فالدور الأخير يبرز من خلال الواجبات والحقوق وأهم هذه الواجبات أن تكون له الرغبة في تحقيق الشفاء بأسرع وقت ممكن. وهذا بالبحث عن علاج طبي لمرضه وأيضاً التعاون كلياً مع طبيبه، حيث يكون الشفاء هو الهدف الرئيسي الذي يسعى إليه كل واحد منهما. أما بالنسبة للحقوق، فتتمثل في إعفاء المريض إلى حد ما من بعض أنشطته اليومية ومسؤولياته الطبيعية التي كان يزاؤها قبل المرض. إضافة على ذلك، فهو دائماً بحاجة ماسة إلى مساعدة تقدم من طرف أشخاص متخصصين وحتى من أفراد أسرته، لذا فمن حقه أن يحصل على قدر أكبر من الرعاية.

وإنطلاقاً من هذه الواجبات يمارس الطبيب نفوذه وسلطته على المريض، وبالتالي تتميز العلاقة بينهما بعلاقة غير متكافئة، لأن المريض يكون في حالة الضعف عكس الطبيب. وهذا التصور يمثل عالم الإجتماع "تالكوت بارسونز Talcott Parsons" الذي عالج العلاقة طبيب - مريض من منظور الأدوار الإجتماعية لكلاهما، وإعتبر كل دور مختلف عن الدور الثاني ولكن مكمل له. أما العالمان "سزاس

وهولندر Szaszet Hollender " فقد عالجا أنماط التفاعل الإجتماعي بين الطبيب والمريض من خلال ثلاثة نماذج وهي الإيجابية/ السلبية، المشاركة المتبادلة والإرشاد/ التعاون، وكل نموذج ينطبق على نوع معين من الأمراض. وبالرغم من الاختلاف في تحديد أنماط العلاقة إلا أن هذه الأخيرة تتأثر بعدة عوامل منها ما هو مرتبط بالطبيب ومنها ما هو مرتبط بالمريض.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- 1- الوحيشي أحمد يبري، عبد السلام بشير الدويبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، طرابلس، ط1، 1989.
- 2- إبراهيم مذكور، معجم العلوم الإجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، 1975.
- 3- علي المكاوي، علم الاجتماع الطبي، مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1996.
- 4- فوزية رمضان أيوب، علم الاجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1985.
- 5- محمد علي محمد، سناء الخولي وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1983.
- 6- مصطفى عشوي، مدخل إلى علم النفس، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1999.
- 7- نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي، المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1987.

- المراجع باللغة الأجنبية:

- 1-Jacqueline Gassier, Catherine Morel- Haziza, Sciences Médico-sociales, Masson, Paris, 1998.
- 2-François steudler, Sociologie médicale, Librairie Armand colin, Paris,