

المقاربة البيو طبية للصحة والمرض بين الطبين البديل والشعبي وسوسيولوجيا الصحة.
**THE BIOMEDICINE APPROACH OF HEALTH AND ILLNESS
BETWEEN BOTH TRADITIONAL AND ALTERNATIVE
MEDICINES AND HEALTH SOCIOLOGY**

بوشتي الزيني، طالب باحث في سلك الدكتوراه، بمخابر سوسيولوجيا التنمية الاجتماعية،
 بكلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة سيدي محمد بن عبد الله فاس- المغرب.

ملخص: تناقش هذه الورقة المفارقات التي تطرحها المقاربة البيو طبية لمفهومي الصحة والمرض؛ باعتبارها مقاربة تحدد المرض كانحراف يصيب الجسم؛ أي حدوث عدم التوازن في الوظائف الفيزيولوجية لأعضاء جسد الإنسان، بينما تكون الصحة استمرارا لهذا التوازن. وأمام النقد الذي تعرضت له هذه المقاربة برزت مقاربات جديدة تحاول تجاوز نمذج الطب الأرثوذوكسي، كالمقاربة البيو-سيكوانجamentive التي حاولت الأخذ بعين الاعتبار العوامل الاجتماعية والسيكولوجية في الصحة والمرض. وفي هذا السياق تظهر أهمية الطبين البديل والشعبي باعتبارهما يسعian إلى فهم تجربة الصحة والمرض انتلاقا من مقاربة كليلة تراعي البعد الإنساني. إن المقاربة البيو طبية لم تسلم إذا من نقد السوسيولوجيين نظرا لإنغالها الأبعد الإنسانية في التشخيص والعلاج.

الكلمات المفتاحية: المقاربة البيو طبية، الطب البديل، الطب الشعبي، سوسيولوجيا الصحة، الصحة والمرض.

Abstract: This paper treats the paradoxes posed by biomedicine's view of health and illness. Biomedicine defines illness as a deviation that strikes the human body, causing an imbalance in physiological function of the body's members. Whereas the Biopsychosocial approach takes in consideration the psychosocial factors of health, it transcends the orthodox medicine model. In this context the importance of both traditional and alternative medicines appeared. They share a holistic understanding of the causes of poor and good health, focusing on the unity of the mind and body. Thus biomedicine is criticized by sociologists because it ignores the human dimension at diagnostic and treatment.

Key words: Biomedicine, alternative medicine, traditional medicine, health sociology, health and illness

مقدمة:

يعتبر المرض والصحة من بين الظواهر التي حظيت باهتمام الباحثين السوسيولوجيين والأثربولوجيين خلال النصف الثاني من القرن العشرين، نظراً لكونهما ظاهرتين لا ترتبطان بما يحدده مهنيو الصحة من تشخيص وعلاج وغيرهما فقط، بل ترتبطان كذلك بمتلازمات وممارسات اجتماعية لفاعلين تتجاوز غالباً المقاربة الطبية المهنية. لذلك ستنطرق في هذا الورقة إلى مفهومي الصحة والمرض، مبينين مختلف المقاربات التي تناولتهما؛ بداية بالمقاربة البيولوجية والطبية وصولاً إلى التصور السوسيولوجي بمختلف مقارباته.

يطرح تحديد مفهومي الصحة والمرض عدة صعوبات، تقتضي من الباحث السوسيولوجي الوقوف عند أبعادها البيوطبية والسوسيو-ثقافية، لهذا فمن أجل تجاوز تلك الصعوبات لابد لنا من تناول الأسئلة التالية بالتوسيح والمناقشة: إذ كيف يمكن تحديد ما هو صحي وما هو مرضي في الإنسان؟ وهل المقاربة البيوطبية كافية لتحديد الصحة والمرض وبالتالي التشخيص والعلاج؟ أليس المرض والصحة بناءين اجتماعيين؟

سنتناول في هذه الورقة الإشكالات السوسيولوجية والإشكالات الطبية التي يطرحها مفهوماً الصحة والمرض، علاوة على قراءة ومناقشة مختلف المقاربات النظرية في سوسيولوجيا الصحة والمرض، التي حاولت أن تتناول الظاهرتين في بعدهما الاجتماعي، وليس البيولوجي الطبي الصرف - كما هو الحال مع المقاربة البيوطبية الخالصة - بالإضافة إلى الوقوف عند الانتقادات التي وجهها السوسيولوجيون وغيرهم لهذه المقاربة.

تتناول المقاربة البيوبطبية أو البيولوجية ظاهرتي الصحة والمرض من زاوية طبيعية، بمعنى أنها تحدد المرض كانحراف يصيب جسد الإنسان؛ أي حدوث عدم التوازن في الوظائف الفيزيولوجية لأعضاء الجسد، بينما تكون الصحة استمراراً لهذا التوازن. وهذا ما يعبر عنه "لوريش" بقوله «الصحة هي الحياة في صمت الأعضاء» (J. Pierret, 1984)، فالمنظر الطبي بهذا المعنى يفصل المرض عن سياقه الاجتماعي والتلفيقي، وعن عوامله البيئية والاجتماعية، وبذلك يكون «المريض هنا ليس سوى مخبراً حول حالة جسد فاشل» (J. Pierret, 1984)، فالخطاب الطبي بحسب "جان كلارفول" هو خطاب حول المرض، وليس حول الإنسان»(J. Pierret, 1984). إن هذه المقاربة البيوبطانية للصحة والمرض لن تسلم من نقد الفلسفية، وعلماء الاجتماع، وعلماء النفس نظراً لإغفالها للأبعاد الإنسانية في الصحة من ناحية أولى، ونظراً لكون البحث في تاريخ الممارسة الطبية منذ اليونان، يوضح بجلاء حضور ما هو اجتماعي وبيئي في التشخيص والتوصيات والعلاج من ناحية ثانية.

١. الصحة والمرض: بين الفيزيولوجيا والباتولوجيا.

تُحدد المعرفة الطبية المرض كانحراف عن المعيار البيولوجي للصحة، ذلك أن المرض ينشأ داخل الجسد ويمكن معرفته بشكل موضوعي من خلال أعراض جسدية ملموسة، بحيث يتم تشخيص المرض بناء على معرفة بالوظائف الفيزيولوجية لأعضاء الجسد، وعندما تشير نتائج التحاليل الطبية للمريض الذي يشكو من الألم إلى وجود شيء غير عادي أو شاذ بجسد هذا الإنسان (الوحشى أحمد بيرى، عبدالسلام بشير الدوى، 1989). هكذا نجد العلوم الطبية -

الفيزيولوجيا والتشريح والإنتيولوجيا. يعتبرون أن فقدان أعضاء الجسد للتوازن وعدم قيامها بوظائفها الطبيعية على أحسن وجه، يدخل الإنسان في حالة المرض، ويوازي ذلك ظهور الألم وارتفاع في درجة الحرارة على جسده مثلاً، لذلك فالمرض حسب «ج. بارك» هو «الحالة التي يكون عندها الجسد أو بعض أعضائه أو أجهزته أو مجموعة منها تعاني اضطراباً في وظائفها» (الوحishi أحمد بيري، عبدالسلام بشير الدوبي، 1989). «وعلى هذا الأساس تضع المنهنة الطبية، القواعد الطبية التي تُعرف وتفسر الانحراف البيولوجي، وتسعى إلى فرضها بالقوله بمقتضى سلطتها لعلاج هؤلاء الأشخاص الذين تم تعريفهم بأنهم مرضى» (الوحishi أحمد بيري، عبدالسلام بشير الدوبي، 1989).

تجد هذه المقاربة أنسنة في تصور الطبيب الفرنسي " كلود برنار" صاحب كتاب «Introduction à l'étude de la médecine expérimentale» في مسألة المرض من خلال البحث عن قوانين اشتغال أعضاء الجسد، وليس البحث عن أسباب المرض، إذ لا توجد في نظره «اختلافات راديكالية بين طبيعة الظواهر الفيزيولوجية (السليمة) والباتولوجية والعلاجية (...) فكل هذه الظواهر تُسمم من قانون المادة الحية، باعتبارها ظواهر متماثلة لها نفس الجوهر، ولا تختلف إلا عبر شروط مختلفة التي تتضمنها عبرها الظواهر» (Claude Bernard, 2005). ومن أجل ذلك يرى " كلود برنار" أن الطب التجاريبي - الملاحظة والتجربة المقارنة- هو الذي يمكنه معرفة قوانين العضوية في حالة الصحة والمرض بكيفية لا تكفي بالتنبؤ بالظواهر فقط، ولكن كذلك بضبطها وتعديلها في بعض الحدود (Claude Bernard, 2005)، فالقوانين الفيزيولوجية توجد في الظواهر الباتولوجية، وبالتالي يتربت عن ذلك القاعدة العلمية الحقيقة للعلاج، والذي يعني أن يُعطى عبر معرفة العمل الفيزيولوجي لأسباب المرض(Claude Bernard, 2005)، ذلك أن الأمراض ما هي إلا تغيرات كمية تصيب العضوية في حالتها الطبيعية (ذكراء الإبراهيمي، 2016)، ولهذه الأسباب ينبغي في نظره أن تكون مناهج الاستقصاء في ظواهر الحياة، هي نفسها سواء تعلق الأمر بالحالة العادية أو بالحالة الباتولوجية (Claude Bernard, 2005). فقد حاول " كلود برنار" إبعاد كل تصور ميتافيزيقي أو تيولوجي حول ظاهرة الصحة والمرض، والنظر إليها من زاوية الحتمية البيولوجية التي اعتقاد أنها عندما تقوم على التجربة (الطب التجاريبي)، فإنها ستقود حتماً إلى معرفة تامة بالجسم في حالة الفيزيولوجية العادية والباتولوجية المرضية، من جهة أولى، ومن ثم العلاج من جهة ثانية.

وبصفة عامة يمكن تقسيم تعريفات المقاربة الطبية لمفهوم الصحة إلى قسمين، تعريفات ساكنة تعتبر « الصحة هي الحالة الفيزيولوجية والبيولوجية الحسنة والعمل المنتظم المنسق للجسد خلال فترة زمنية يكون فيها خاليًا من العلل والألام، التي ينتج عنها خلل في الوظائف الحيوية لمختلف الأجهزة» (صالح المازفي، 2008) وتعريفات ديناميكية تعتبر « الصحة هي القراءة على مقاومة المرض والمحافظة على التوازن الفيزيولوجي والبيولوجي المهدد دائمًا، نظرًا لتطور الجسم وتأقلمه المستمر مع المؤثرات الخارجية، جراثيم وبكتيريا وميكروبات (...)

ومصارعتها، بالإضافة إلى مقاومة التفاعلات الداخلية، والاضطرابات الهرمونية» (صالح المازفي، 2008).

ويخلص السوسيولوجي "أنتوني غدينز" إلى أن النموذج الطبي الحيوي في تصوره للصحة والمرض، ينطلق من ثلاثة افتراضات، أولاً اعتبار المرض انهياراً ما في الجسم يجعله ينحرف عن حالته السوية؛ لذلك ترى النظرية الجرثومية «Germ theory» أنه لكي يستعيد الجسم صحته، لابد من عزل سبب المرض وعلاجه. ثانياً يمكن معالجة الجسم بعزل عن النفس، بشكل حيادي بعد جمع البيانات وتحليلها في الملف الطبي الرسمي للمريض؛ لأن الشخص لا يمثّل فرداً مريضاً وإنما جسداً مريضاً. ثالثاً يعتبر المتخصصون الطيبون المدرّبون هم وحدهم الذين لهم المشروعية والقدرة على العلاج داخل المؤسسات العلاجية المخصصة لهذا الغرض؛ إذ لم يعد للمعالجين التقليديين أو الشعبيين مكاناً بينهم (أنتوني غدينز، 2005).

2. حدود المقاربة البيوطيبة:

لقد حاولت المقاربة البيوطيبة التأسيس لعلم الطب قائم على التجربة العلمية، من أجل تفسير الظواهر التي يعرفها جسد الإنسان، سواء كانت سليمة أو مرضية، وبذلك جعلت الجسم الإنساني مجرد آلية يمكن معرفة القوانين العلمية المتحكمة فيها، والمفسرة لظواهرها في حالة المرض أو الصحة، شريطة احترام صرامة المنهج التجريبي كما أرسى قواعده وخطوطاته الطبيب التجريبي "كولد برناار" إذا ما أريد التأسيس لطلب علمي حقيقي، يضم منطقياً الفيزيولوجيا والباتولوجيا والعلاج. إن هذا التصور البيولوجي أو الطب التقنو-علمي ركز على بعد واحد في ظاهري الصحة والمرض؛ أي ركز على منظور النظرية الجرثومية، فمن جهة أولى طور معارفه، ووسائل وتقنيات استقصائه، وإمكانيات عمله العلاجي بخصوص المرض، لكنه من ناحية ثانية تجاهل الكائن الإنساني ككلية بيو-سيكو-سوسيولوجية، تعيش في ظروف بيئية، حيث تصور المرض كشيء طبيعي ينحصر في ما هو بيولوجي فقط.

وبالفعل يرتكز النموذج البيوطبي في تصوره لصحة ومرض الجسم الإنساني على مجموعة من الخصائص تميز المقاربة البيوطيبة، حسب "لاني راسل" وبيانها على النحو التالي:

الجسد كآلية: لقد تم تخيل عمل جسد الإنسان كآلية في النموذج البيوطبي؛ أي أنه يشتغل بشكل ميكانيكي كما لو كان عبارة عن آلية، لذلك كان الأطباء الأوائل قد متحمسين لاكتشاف الكيفية الميكانيكية التي تشتمل بها بشكل جماعي أجزاء الجسم، وبالتالي لا يمكن معالجته إلا كآلية. ولهذا الغرض كان التنافس شديداً بين الأطباء على الحصول على جسد للإنسان بهدف تshireحه خلال القرن التاسع عشر (Lani Russell, 2014)، ذلك أن معرفة وظائف أعضائه تسمح للممارسين

الطيبين بعلاج اختلالاته الوظيفية (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016).

ثانية جسد-عقل: تأثرت المقاربة البيوطيبة بالتصور الديكارتي للصحة، فقد كان "ديكارت" يهدف إلى فهم طبيعة الوجود البشري والوعي والعلاقة بين العقل والجسد. هكذا اعتبر أن هناك انفصاماً بين الجسد والعقل، لذلك لا يمكن اختزال أفكار ومعتقدات وقيم الشخص في البيولوجيا وقوانينها المتحكمة في الجسد، ولكنها تُنسب إلى مجال العقل الذي يتحكم كذلك في الجسد (Lani Russell, 2014). وهذا ما يظهر بشكل واضح «في تطور الطب خلال القرن الثامن

عشر وأوائل القرن التاسع عشر، الذي ركز على جسد الفرد وبيولوجيا المرض، حيث فهم المرض أولاً كجانب من جسد الشخص المريض، إذ حاول الطب كعلم جديد محاكاة العلوم الطبيعية، من أجل إنتاج تفسيرات موضوعية حول المرض» (Kevin WHITE, 2017).

تجاهل وعدم اعتبار العواطف: أعطت المقاربة العلمية الجديدة للصحة قيمة كبيرة لمقاربة موضوعية للمعرفة، والتي لا تعطي أهمية لآراء المريض عند التشخيص؛ فمن وجهة نظر هذه المقاربة العلمية المحضة رأي المريض لا قيمة له. إن المهم بالنسبة لها هو معرفة كيفية اشتغال الجسد، الموجه بقوانين طبيعية لا تختلف من فرد لأخر، الأمر الذي جعل المقاربة البيوطبية لا تأخذ بعين الاعتبار أفكار وآراء المرضى (Lani Russell, 2014).

السبب الواحد للمرض (النظيرية الجرثومية): كان لظهور النظيرية الجرثومية خلال نهاية القرن التاسع عشر حسب "لاني راسل" أثراً واضحاً على المقاربة البيوطبية، حيث بدأ تحديد أسباب الأمراض بارجاعها إلى سبب واحد وهو الجراثيم، وبعد أن كان المرض يبدأ مشكل في عضو خاص في الجسد، أصبح بعد ذلك الاهتمام الطبي مركزاً حول كائنات دقيقة جداً، لا ترى بالعين المجردة وهي الجراثيم، التي تقف وراء مجموعة من الأمراض، التي يتم تحديدها من خلال الأعراض التي تحدثها على جسد الإنسان. وقد تم البحث عن طريقة لمقاؤتها وإخراجها من الجسد، حيث بدأ استعمال مضادات السموم أو التناصح لتحقيق ذلك الأمر الذي أدى إلى القضاء على كثير من الأمراض والأوبئة، مثل الجذري، الكولييرا والتيفوئيد، وبالتالي تم إنقاذ حياة الآلاف من الناس (Lani Russell, 2014).

يقوم تشخيص المرض في المقاربة البيوطبية إذا على الأعراض والعلامات، التي يحدثها على جسد الإنسان؛ أي أن هناك ربطاً بين ما يحدث داخل الجسد والأعراض خارجه في التشخيص والعلاج كذلك. غير أن العلاقة بين الأعراض والباتولوجيا، والمرض ليست دائماً بالبساطة التي تصورها بها النموذج البيوطبي؛ إذ يمكن أن تظهر على الشخص أعراض مرض ما دون أن يكون مصاباً به، وكذلك يمكن أن يكون مصاباً، دون أن تظهر عليه علامات وأعراض ذلك المرض. ويظهر ذلك مثلاً من خلال متلازمة العياء المزمن، حيث يناضل المصابون من أجل أن تأخذ الأعراض بجدية، لكن لا يتم الاعتراف بها كأمراض حقيقة، بقدر ما تعيش كتعاب، وفقدان للرغبة الجنسية، وطنين الأدن، ودوار الرأس، وهذه الأعراض هي مؤشرات على اختلال سيكولوجي، أكثر منه اختلالاً عضوياً (Hannah Bradby, 2009).

إن الأمراض لا توجد كمجموعة فئات قارة، بل إنها في تحول مستمر، بحسب تغير البيئة الميكروبولوجية، وتقدم الأبحاث الطبية، وتغير الاتجاهات الاجتماعية كذلك، ذلك أن خلق فئات جديدة من الأمراض، مع غياب آفة خاصة «Specific Lesion»، جانب لا مفر منه بالنسبة للممارسة الطبية. فنأخذ على سبيل المثال حالة علاج العجز الجنسي عند الرجال، فقبل تسويق عقار «الفياغرا viagra» كان الضعف الجنسي لدى الرجال، يعتبر تأثيراً جانبياً للمرض، أو لعلاج أمراض أخرى، أو للتقدم في السن، لذلك كان لاستعمال الفياغرا أثر مهم على جودة حياة الناس الذين يعانون من ضعف الانتصاب، رغم أنه يسبب للبعض ألم الرأس واحتناق الأنف. وقد دفع النجاح الذي حققه الفياغرا بالنسبة للرجال، إلى التفكير في استخدام نفس العقار بالنسبة

للنساء، اللائي يشعرن بعدم الرغبة في الاتصال الجنسي غير المرتبط بمرض خاص، حيث اعتبر كاختلال في الوظيفة الجنسية لديهن، رغم غياب مؤشرات عضوية على ذلك (Hannah Bradby, 2009).

وتُثْبِّتُ دراسة لـ "سكامبلر and Al Scambler" أن ظهور بعض أعراض المرض خلال الحياة اليومية، والتي يمكن أن تكون مؤشراً على بعض الأمراض، لا تقود الناس بالضرورة إلى طلب المساعدة الطبية. ففي هذا السياق تكشف الدراسة أن واحداً من أصل مائتي حالة ألم الرأس تقود أصحابها إلى استشارة الطبيب، واحد من أصل أربعة عشر مثلاً لألم حقيقي في الصدر، أخذ إلى الطبيب واعتبر مقلقاً بشكل كبير (Hannah Bradby, 2009).

إن الأمراض البشرية تتزايد وتحول بشكل كبير في طبيعتها، بفعل سياقات التصنيع، ففي السابق كانت تجربة المرض تعيش في عالم طبيعي معافي، بفضل وجود هواء وماء نقين، ونمو الغذاء في تربة طبيعية خصبة، كما أن العناصر المؤثرة كانت تخضع لعملية امتصاص تتم في سيرورة الحياة الطبيعية. إن ذلك لم يعد ممكناً اليوم، نظراً لوجود مواد ذات أصل غير بيولوجي إضافة إلى سيطرة النماذج الميكانيكية على ما هو طبيعي (توماس بيري، 2006)؛ لهذه الأسباب ينبغي «على مهنة الطب أن تعيد النظر في دورها الآن، ليس ضمن سياق المجتمع البشري فقط، بل في سياق سيرورة الأرض. إن إبراء الأرض هو الآن المطلب المسبق من أجل إبراء الإنسان، وإن تكيف الإنسان لشروط وقيود العالم الطبيعي يشكل الوصفة الطبية الأساسية من أجل عافية البشر، ولن يفي شيء آخر بهذه الغرض» (توماس بيري، 2006).

3. الصحة والمرض من منظور الطب التقليدي (الشعبي) والطب التكميلي أو البديل:

إذا كانت المقاربة البيوطيبة للصحة والمرض، تتناول الجسد الإنساني كشيء موضوعي، قابل للدراسة والتشريح بمعزل عن أبعاد الإنسانية والاجتماعية والنفسية - عندما تنظر إليه كآلية تشتعل بشكل ميكانيكي، وتفصل بين ما هو جسدي، وما هو عقلي في الإنسان. فإن الطيبين التقليدي والبديل يتتقاسمان فيما كلّا لأسباب الصحة الجيدة أو السيئة، حيث لا يفصلان بين الجسد والعقل، ويبيّنان كيف تتأثر هذه الوحدة بالشروط التي يعيش تحتها الشخص. وعلى الرغم من كونهما يلتقيان في رفضهما للفكرة التجزئية للإنسان، إلا أنهما يختلفان في اعتبارات أخرى؛ فالطب التقليدي (الشعبي) وُجدَ في عالم الجنوب، إذ يقوم على الخبرات والمعتقدات والثقافة، في حين وُجدَ الطب البديل أو العلاج التكميلي في عالم الشمال، وينتشر بين الناس غير الراضيين عن الممارسة الطبية التقليدية «Conventional medicine» (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016). مما هي الخصائص التي تميزهما عن الطب التقليدي أو الممارسة البيوطيبة الأرثوذوكسية؟

الطب التقليدي (الشعبي): ينتشر هذا النوع من الطب أو العلاج في دول الجنوب، حيث تحدثت منظمة الصحة العالمية سنة 2013 عن حوالي 907 مليون زيارة إلى مقدمي الطب التقليدي، تمت في الصين سنة 2009، كما أن هناك أكثر من 18226 شكلًا من الممارسين التقليديين للرعاية الصحية الأساسية لفائدة 80 بالمائة من السكان في جمهورية لاوس الشعبية الديمقراطية. ويشير الطب التقليدي بحسب منظمة الصحة العالمية، إلى مجموع المعارف

والمهارات والممارسات، القائمة على نظريات، ومعتقدات وخبرات السكان الأصليين، في ثقافات مختلفة، سواء كانت قابلة أو غير قابلة للتفسير، والتي تُستعمل للمحافظة على الصحة، كما في الوقاية والتشخيص، وعلاج الأمراض العضوية والعقلية (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016) . فهذا النوع من الطب أو العلاج لا يمكن فصله عن المعتقدات الدينية أو السحرية لممارسيه وزبنائهم؛ لأن الشفاء عندهم لا يحتاج فقط إلى الوصفة، بل يكتمل بطقوس دينية أو سحرية، مثل ما يعرف لدى المغاربة « بالبركة والبنية ».

ويختلف الطب التقليدي بحسب البلدان والمناطق، ففي شكله الإفريقي يبحث المعالج التقليدي- خلافاً للطبيب الأرثوذوكسي- عن أسباب المرض في السياق الاجتماعي والطبيعي والبيئي الروحي، ويتم استخدام نطاق واسع من الأعشاب والنباتات الطيبة، أو مصادر حيوانية أو الفقريات وغير الفقريات في تحضير الوصفات العلاجية، ففي هذا السياق لاحظ الباحثان " ولماز ووايتينغ Williams and Whiting " أن استعمال الحيوانات في الطب التقليدي في جنوب أفريقيا، تُوجهه اعتبارات اجتماعية وشخصية وثقافية (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016).

وتختلف كذلك الأسباب التي تقف وراء اختيار هذا النوع من العلاج، فالإضافة إلى الأسباب الثقافية تبقى صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية، وتتكلفها الباهظة أهم الأسباب التي تجعل الناس يُقْبِلُون على العلاج التقليدي (الشعبي). ففي المناطق التي تكون فيها المراكز الاستشفائية بعيدة، حيث يصعب الوصول إليها بفعل غياب الطرق أو خدمات النقل، أو كونها غير موجودة أصلاً، يلجأ السكان إلى المعالج المحلي قصد طلب العلاج، لأنه قريب منهم وتكلفته مناسبة بذلك، فمن خلال تحليل للأسباب الاقتصادية التي تقف وراء الإقبال على العلاج التقليدي في غانا، تبين أن هناك علاقة بين الوضع السوسيو-اقتصادي للأفراد واستعمال الرعاية الصحية. فإذا كان الأفراد المنتسبون إلى المجموعات السوسيو-اقتصادية ذات الدخل المتوسط، أو المرتفع تفضل الخدمات الطبية « Orthodox medical health care »، فإن المجموعات ذات الدخل المنخفض هي الفئات الاجتماعية الأكثر إقبالاً على العلاج التقليدي، ولكن ما يمكن تسجيله كذلك هو لجوء البعض إلى الطب الشعبي، في الوقت نفسه مع استعمال خدمات الطب الأرثوذوكسي (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016).

الطب البديل: تُعرف هذه الممارسة الطبية بالتصور غير الديكارتي للصحة « Non- Cartesian view of health » تحت اسمى الطب البديل أو الطب التكميلي، حيث تضم عدداً من الفلسفات والمناهج، بيد أنها تُشكّل تحدياً لمفهومي الصحة والمرض، كما هما في المقاربة البيوطبية. وبدل مفهوم الطب البديل أو الطب التكميلي في معناه الواسع على تلك الممارسات التي تقع خارج حدود الطب الأرثوذوكسي، لكن الباحثة " West " تقر بصعوبة وضع هذه الممارسات في تعريف واحد، غير أنها في نظرها قابلة للتصنيف، إلى فئات الممارسات الجسدية أو المادية والسيكولوجية والخوارق، كما اقترحت تمييزاً بين الممارسات إلى تتطلب تدريباً عالياً، وتلك التي يمكن أن يقوم بها الشخص بنفسه. ومن جهةه اعتبر " ساكس Saks " أن الفرق الأساسي بين الطب الأرثوذوكسي والطب البديل

هو تركيز الأول على الجوانب الجسدية، وإغفال العقل والروح، في حين يرتكز العلاج في الثاني على الجسد والعقل والروح كوحدة (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016)؛ أي أن هذه الممارسات لا تقيم أي تمييز بين الجسد والعقل والروح كمصادر للمرض (Stephen Bowler, 2013).

ويتصور الطب التكميلي الصحة حسب "أكستر Aakster" كتوازن القوى المتعارضة داخل الجسد، بخلاف المقاربة البيوطبية التي تحدد الصحة كغياب للمرض، كما يُفهم المرض كدالة على وجود القوى السلبية والمدمرة داخل الجسد، أما الأعراض بحسب هذا النوع من العلاج فينتجها الجسد في محاولة منه للتخلص من المواد السامة. ويقوم التشخيص على قراءة الجسد وفحص عادات الحمية ونمط الحياة، أما العلاج - فعلى النقيض من المقاربة البيوطبية التي تعمل على محاولة تدمير المرض والقضاء عليه - يرتكز العلاج في الطب التكميلي أو البديل حسب "أكستر" على محاولة تقوية القوى الحيوية الإيجابية داخل الجسد (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016).

وانطلاقاً من استنتاجات "شارما Sharma" و"كوارد Coward" يتضح أن الإقبال على استعمال الطب التكميلي أو البديل، يُعَيِّن عن مجتمعات ما بعد الحادثة التي لها رغبة كبيرة في الاختيار وتقرير المصير من جهة، وتحدي ثقافة الهمينة للطب الأرثوذوكسي، والاتجاه نحو المحافظة على الجسد من خلال شراء الخدمات، والمواد الاستهلاكية، من جهة ثانية. ويفسر هذا الإقبال كذلك على الاستفادة من الطب التكميلي، في كونه يعطي تفسيراً لأسباب المرض في سياق نمط الحياة الفردية للشخص، ويعالج الشخص ككل، حيث يقدم بديلاً للتكنولوجيا العالمية، كما هو الأمر بالنسبة للطب الأرثوذوكسي. إضافة إلى ذلك تتميز العلاقة بين المريض والمعالج في الطب التكميلي بنوع من المساواة، كما أن المعالج يشجع الأفراد علىأخذ مسؤولية كبيرة من أجل صحتهم، خلافاً للطب الأرثوذوكسي. لذلك يمثل الطب البديل حسب "شارما" و"كوارد" تجاوزاً لحدود المقاربة البيوطبية، المتمثلة في الانشغال بالتخفيض من حدة الأعراض، وفي عدم القدرة على شفاء بعض الأمراض، وعدم إمكانية تلافي الآثار الجانبية للعلاج البيوطبي (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016).

لقد ظهر الطب البديل أو التكميلي إذا كنتيجة للأزمة التي شهدتها الطب الديكارتي، والمتمثلة في تلك المقاربة البيوطبية الغارقة في التفسير العلمي الموضوعي للمرض، والقائمة على ثنائية العقل والجسد. فقد قام الطب البديل، في نظر "ستيفن بولر S.Bowler" بتجاوز هذه المقاربة، وذلك بإيقحام العواطف والمشاعر والأحساس في مجال التشخيص، وتوسيع معنى الصحة، ليشمل قضايا تتعلق بمسار حياة الشخص ككل، وليس فيزيولوجياه المرضية، فإذا كان الطب الأرثوذوكسي يبحث عن الحقائق، فإن الطب البديل يستعمل مع القيم؛ أي اعتبار الطبيعة كقوة نافعة ومنشطة وروحية في حياة الإنسان. وبذلك تَغيَّر موضوع الرعاية الطبية، فلم يعد يقوم على تلك الثنائية جسد/عقل التي ورثها الطب عن التصور الديكارتي للصحة، لذلك أضحت هناك اتجاه نحو التخلص من البحث التقني في بيولوجيا الإنسان، إذ ظهرت اكتشافات تربط سمة

معينة لدى الإنسان بجينات معينة، أو تكشف أن أماكن في الدماغ هي المسؤولة عن تحديد المزاج (Stephen Bowler, 2013).

على الرغم من الاختلاف الواضح بين الطب البديل أو التكميلي مع العلاج التقليدي أو الشعبي نجد هناك تداخل بينهما، يتعلق الأمر بتقاسم رفض النظرة التجزئية للإنسان، ويمكن الاستدلال على ذلك بـ «الأيورفيدا» «Ayurveda» كممارسة طيبة تقليدية في الهند، والتي يمكن أن تعود إلى العصر البرونزي القديم. إن الأيورفيدا كممارسة طيبة تؤكد على مقاربة كلية للحياة من ناحية، وأهمية توازن قوى الحياة مع التمارين والجفينة من ناحية أخرى، وعلى الرغم من كونها ممارسة ثقافية هندية - لها جذورا عميقا في التاريخ، وتعتبر ممارسة طيبة تقليدية. إلا أنها تُمارس من طرف الناس في أوروبا وأمريكا الشمالية، وإن كانوا لا ينتمون للثقافة الهندية، لذلك أصبحت تعتبر طبا بديلا أو تكميليا، وليس طبا شعبيا تقليديا (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016).

إن ذلك هو ما دفع الطبيب والفيلسوف "جورج كانغليم" في أطروحته في الطب «Le normal et le pathologique» إلى اعتبار أن المرض ليس فئة موضوعية، وإنما نمطا خاصا لقطع الواقع الاجتماعي، الذي يترجم في لحظة معينة العلاقات بين السليم والمرضى (J. Pierret, 1984) فالصحة في نظره « هي قدرة الإنسان على السيطرة على محیطه المادي بالتوازي مع إمكانية التحكم في ظروفه الاجتماعية» (صالح المازفي، 2008). وبالفعل لا يرتبط تفسير وتعریف الصحة بالعوامل البيولوجية فقط، بل تفسر كذلك بالمحیط البيئي والاجتماعي والسيكولوجي للفرد. ففي هذا السياق ومن منظور فلسفی « أكد الفيلسوف الفرنسي "ربيني ديكارت" على وجود علاقة وثيقة بين سيكولوجية الإنسان وبين الطب، وأنه يجب على الأطباء أن يضعوا في اعتبارهم العواطف الإنسانية أثناء معالجة المريض، ويرى "ديكارت" أن المشكلة الأساسية في الطب (الآن) تمثل في عدم محاولة الأطباء فهم المريض ككل، حيث إنهم يركزون فقط على الوظائف الفيزيقية (الفيزيولوجية) للجسم» (نادية عمر، 1993).

يبدو أن تصور المقاربة البيوطبية لمفهومي الصحة والمرض، يحمل في طياته كثيرا من القصور، نظرا لاقتصراره على الجوانب الوظيفية الفيزيولوجية في الجسم، وتجاهله ما هو اجتماعي ونفسي عاطفي وروحي في تحديد الصحة والمرض، بخلاف التصورات غير الديكارتية للصحة التي تحدد الصحة ككلية، أي لا يمكن فصل العقل والروح عن الجسم. لذلك تَعَرَّضَ هذا النموذج الطبي للنقد من طرف الفلسفه وعلماء الاجتماع، في إطار سوسيولوجيا الصحة باعتبارها فرعا من فروع السوسيولوجيا، تدرس الصحة والمرض في سياق اجتماعي.

4. الانتقادات السوسيولوجية للمقاربة البيوطبية:

تَعَرَّضَ تصور المقاربة البيوطبية للصحة والمرض إلى نقد عميق، من طرف السوسيولوجيين في العقود الأخيرة، حيث أثبتوا علاوة على بعض مهنيي الصحة أن النموذج البيوطبي يتضمن نقط ضعف أساسية. فبالنسبة للسوسيولوجيين كل الأمراض تبني اجتماعيا؛ فهذا لا يعني أن المرض ليس حقيقيا، وليس له بعدها بيوطبيا، ولكن يعني أن الفرد يفهم الصحة

والمرض من خلال المجتمع الذي يعيش فيه؛ أي يفهم تجربته الخاصة مع المرض من خلال ثقافته الخاصة كذلك (Lani Russell, 2014).

لقد فوجّه هذا النقد السوسيولوجي إلى النموذج البيوطبي من طرف "نتيلتون Nettleton" لمسألة اعتبار الجسد كآلة، حيث أكدت على أن هذه المقاربة تطرح عدة صعوبات، تمثل في كون علاج الجسد من خلال إزالة الأعراض يمكن ألا يزيل المشكل؛ بمعنى بيقى المرض كامناً فيه. كما أنها مقاربة تقصر في العلاج على ما هو داخل الجسد فقط، ولا تأخذ بعين الاعتبار العوامل الخارجية، مثل التلوث، والسكن السيئ، والأحياء السكنية الخطيرة، والعنف المنزلي، والعوز الاقتصادي، الذي يؤثر على صحة الشخص. وتوضح "نتيلتون" كذلك أن المقاربة البيوطبية تقصر على السبب الواحد في تفسير المرض، ذلك أن الأمراض المرتبطة بضغط الحياة اليومية، ونمط الحياة ليس لها سبب واحد، بل إن الأمراض التي تسببها الجرائم تحتاج إلى شروط خاصة للنمو (Lani Russell, 2014).

ومن جهته، اعتبر "إيليش Illich" أن النموذج الطبي للصحة بقدر ما يقوم بالعلاج، بقدر ما يمكن أن يسبب أيضاً الضرر لصحة الأفراد والسكان، عندما تحدث عن السبب الطبي للضرر «Iatrogenesis»؛ بمعنى أن المرض يكون سببه التدخل الطبي والممارسة العلاجية. لذلك يحدث الضرر الإكلينيكي للمرضى من طرف الممارسين الطبيين، في نظره بسبب استخدام العاقير المخدرة في العلاج، وبسبب الأطباء أو المستشفى، كما تحدث "إيليش" عن الضرر الثقافي الذي يعني حسبه التبعية؛ أي تبعية الناس للطلب في العلاج، والرعاية الصحية، الأمر الذي يجعل الممارسة الطبية داعمة للمرض، وتكون مجتمعاً مريضاً يجعل الناس مجرد مستهلكين للطلب العلاجي الصناعي والوقائي، وبالتالي يصبح الناس في متاهة الإصابة بالأمراض، التي لا يمكن القضاء عليها إلا بمزيد من التدخل الطبي (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016).

وإذا كان البعض يعتقدون أن تحسن الأوضاع الصحية في المجتمع الحديث تعزى إلى التطور الطبي، فإن عالم الاجتماع "ماكاون" يرى أن تحسن الأوضاع الصحية للأفراد، لا ترجع بالضرورة إلى تقدم الطب، وإنما يرجع إلى التغيرات الاجتماعية والبيئية، التي يعيش في كنهها الفرد، وإلى أساليب المحافظة على الصحة العامة ونظافة المياه، وتحسين نوعية الغذاء. وتعتبر فئة أخرى من الخبراء الاجتماعيين أن المهنة الطبية اليوم أصبحت سلطة تتدخل بقوة في تحديد ماهية المرض والصحة، وتدخل شؤون الحياة اليومية العادلة للناس ضمن نطاق الأمراض، إذ أصبح الحمل والولادة، بهذا المعنى مرضين يحتاجان إلى العناية الطبية في المستشفيات، وبحسب عالمة الاجتماع الأمريكية "آن أوكتلي" فقد حرموا المرأة من الولادة في البيت بمساعدة القابلة المحلية، التي كان لها دور فعال في هذا الصدد في أغلب المجتمعات (أنتوني غينز، 2005).

لقد تعرض النموذج الطبي الحيوى إذن إلى كثير من النقد، للأسباب التي وضحتها سابقاً، ذلك أن المرض الذي يصيب الجسم البشري هو حالة يجري تصورها وبناؤها اجتماعياً، وليس حالة فردية لا يمكن الكشف عنها إلا بالأساليب العلمية الموضوعية. كما أن تجربة المريض

ومعayıنته للمرض هي إحدى العوامل الفاعلة في عملية العلاج، فالمريض ليس كائنا سلبياً(عضوية حية)، يقتصر علاجه على المعرفة العلمية الطبية بالجوانب الجسدية فقط، وإنما هو كائن مفكراً له إرادة، كما أن الشفاء من الأمراض لا يتم بالضرورة من طرف خبراء الصحة، وفي المؤسسات الاستشفائية كذلك، بل يمكن أن يلعب الطب الشعبي والطب البديل دوراً رياضياً في عملية العلاج (أنتوني غدينز، 2005).

إن التفكير الاجتماعي في مسألة الصحة والمرض أصبح ضرورة ملحة من أجل تجاوز حدود ومحدودية المقاربة الطبية الصرفية، خاصة عندما يتعلق الأمر بالاضطرابات النفسية والعقلية، التي تكون عصية عن التفسير البيوطبي المرض. كما أن الأمراض الوبائية المعدية التي كانت أكثر انتشاراً فيما مضى، لم تعد لها اليوم نفس الخطورة، مثل الكوليرا والمalaria والسل، وشلل الأطفال وغيرها، بل إن المجتمعات أصبحت تشهد أمراضاً تعرف بالأمراض المزمنة - أي أصبح العالم أمام ما يسمى بالانتقال الوبائي - وهي أمراض يتطلب علاجها والوقاية منها أن يتم ذلك داخل البناء الاجتماعي، وليس داخل جسد الفرد، ذلك أن أمراض العصر مثل ارتفاع الضغط الدموي، والسكري، والتهاب المفاصل، ترتبط بمارسات وتمثلات الفرد الاجتماعية حول الصحة والمرض، ومحكومة بظروفه الاجتماعية والبيئية، أكثر مما ترتبط بطبيعته البيولوجية. وإضافة إلى ما سبق إن ازدياد حالات الضغط النفسي والاكتئاب، هي نتيجة لضغط الحياة الفردية، والجماعية بالمجتمع الصناعي، والتي تتطلب مزيداً من العناية النفسية الاجتماعية داخل مختلف المؤسسات الاجتماعية، من أجل تلافي آثارها على صحة الفرد والمجتمع ككل.

5. المقاربة البيو-سيكو-اجتماعية للصحة « Biopsychosocial of Heath »:

يمثل تشكل هذه المقاربة استجابة للحدود التي تسم المقاربة البيوطبية الأرثوذوكسية، وتجاوزها لها؛ فهي بقدر ما تحافظ على مميزات النموذج البيوطبي، بقدر ما تصوّب نقط ضعفه. وقد ثُحّث مفهوم النموذج البيو-سيكو-اجتماعي من طرف الطبيب النفسي " جورج أنجل George Angel "، ويشير المفهوم إلى مقاربة للصحة والمرض، ترى بأن المرض هو انعكاس للعوامل الاجتماعية والنفسية، بالقدر نفسه للعوامل البيولوجية. فانطلاقاً من تجربته مع مرضى الأمراض العقلية كان " جورج أنجل " على وعي بأن فكرة انفصال العقل عن الجسد، كما تصورها " ديكارت " تطرح مشكلاً كبيراً، ذلك أنه ليس هناك حدوداً واضحة بين الصحة والمرض في نظره، فهما معاً يتآثران بالاعتبارات الثقافية والاجتماعية والسيكولوجية. لذلك ينبغي على هذه المقاربة كممارسة طبية في نظره لا تصلح فقط للجسد، وإنما تصلح كذلك أفكار الشخص وأحساسه، ووجوده الاجتماعي، باعتباره كائناً له أبعاد بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية (Lani Russell, 2014).

وتمثل العوامل الاجتماعية للصحة والمرض، حسب " لاني راسل " في كون النموذج الاجتماعي للصحة « Social model of health »، يؤكّد على دور المجتمع ككل في كيفية فهمها، وعيشنا لتجربة قضايا الصحة؛ فمثلًا صحة الفرد هي انعكاس لانت茂نه الطيفي، وجنسوته، وسنّه، وإثنيته، والاحتياجات الخاصة التي يعاني منها، وكذلك جنسانيته. لذلك

فالعوامل الاجتماعية للصحة، لا تقتصر فقط على التفاعلات بين الناس، وإنما تتمثل في انخراط الفرد في المعايير، والقيم المشتركة الخاصة بالمجموعة الاجتماعية، والتي تحدد لفرد الكيفية الصحيحة للتصرف والسلوك، لهذا فأفكاره حول ما هو صحي أو غير صحي يتم تعلمها من المجتمع، كما أن تلك الأفكار تكون لها آثار على الرعاية الصحية. أما العوامل السبيكلولوجية للصحة في نظرها، فتتمثل في التجارب الاجتماعية، والبيئة التي تُسَبِّبُ الضَّغْطَ النفسي للأفراد، وجعلهم في وضعية هشاشة أمام المرض، إذ بينت الدراسات السوسيولوجية التأثير السلبي لعدم الاستقرار السوسيو-ثقافي على الصحة؛ مثل التغير الاجتماعي السريع، والعزلة وغيرها (Lani Russell, 2014).

ويتجلى كذلك النموذج الاجتماعي للصحة في تصاعد الرعاية الصحية للناس العاديين « Lay Person » باعتبارهم ليسوا خبراء في الصحة، إذ لم تعد هناك هوة كبيرة بين الخبراء وغير الخبراء، فكثير من الناس العاديين – خلافاً للمهنيين الطبيين الذين يكون لهم تكوين في الجامعة - اكتسبوا معرفة بيوبطية من المدرسة أو انطلاقاً من وسائل الإعلام، أو من بعض بحوثهم الخاصة (Lani Russell, 2014). لقد تم الترويج إذا للمقاربة البيو-سيكو-اجتماعية بالموازاة مع انتشار الظروف والأمراض المزمنة « Chronic conditions »، كالتهاب المفاصل الروماتيدي « Rheumatoid arthritis »، والألم المزمن، وقد احتضنت هذه المقاربة أولاً من المرضى، ثم لاحقاً من طرف المهن العلاجية « Occupational therapy » والعلاج الفيزيولوجي « Physiotherapy » (Lani Russell, 2014).

يتحدد مفهوماً الصحة والمرض في المقاربة البيوبطية إذا انطلاقاً من نتائج الأبحاث البيولógية والفيزيولوجي، التي تحدد المرض كانحراف، والصحة كغياب المرض، غير أن هذا النموذج البيوطبي الذي ينظر إلى جسد الإنسان كآلية، ويتجاهل شروطه الخارجية، تعرض إلى كثير من النقد، من طرف السوسيولوجيين وعلماء النفس والفلسفة وأيضاً المهنيين. إن هذا الأمر فسح المجال لبروز مقاربات جديدة تحاول تجاوز نقائص نموذج الطب الحيوي، أو الطب الأرثوذوكسي، والمقاربة البيو-سيكو-اجتماعية التي حاولت أن تصلح عيوب المقاربة الطبية، وذلك بتجاوز ثنائية العقل/الجسد، من جهة، والأخذ بعين الاعتبار العوامل الاجتماعية والسيكلولوجية إلى جانب ما هو بيولوجي عند التشخيص والعلاج؛ أي تبني مقاربة كلية لا تفصل الجسد الإنساني عن العقل والروح من جهة ثانية. في هذا السياق تظهر أهمية الطب البديل أو التكميلي باعتباره يسعى إلى فهم تجربة الصحة والمرض انطلاقاً من مقاربة كلية تراعي البعد الإنساني وتتجاوز النظرة التقنية الضيقة للجسد.

قائمة المراجع:

1. أنتوني غدينز، علم الاجتماع، ترجمة الدكتور فايز الصياغ، المنظمة العربية للترجمة، توزيع مركز دراسات الوحدة العربية، الطبعة الأولى أكتوبر 2005
2. الوحishi أحمد بيري، عبد السلام بشير الدوبي، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلان، 1989.

3. توماس بيري، الإنسان القابل للحياة، عالم المعرفة، الجزء الأول، الفلسفة البيئية، من حقوق الحيوان إلى الإيكولوجيا الجذرية، تحرير مايكل زيمerman، ترجمة معين شفيق رومية، العدد 332، أكتوبر 2006.
 4. نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، 1993.
 5. صالح المازفي، مدخل إلى علم اجتماع الصحة، مركز النشر الجامعي 2008.
6. Anne-Marie Barry and Chris Yuill, Understanding the Sociology of Health, Sage, 4th edition 2016
7. Claude Bernard, Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, édition du group : Ebooks libres et gratuits, édition électronique 2005
8. Hannah Bradby, Medical Sociology : An Introduction, Sage, first published, 2009
9. Lani Russell, Sociology for Health Professionals, Sage, first published, 2014.
10. J. Pierret, Les significations sociales de la santé: Paris, L'Essonne, L'Hérault, Le Sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, sous la direction de Marc Auge et Claudine Herzlich, édition des archives contemporaines, 1984 .
11. Kevin WHITE, An Introduction to the Sociology of Health and Illness, Sage, third edition
12. Stephen Bowler, The objet of Medicine, A Sociology of Health, edited by David Wainwright, Sage, 2013.