

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

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

ملخص: تناقش هذه الورقة المفارقات التي تطرحها المقاربة البيوطبية لمفهوم الصحة والمرض؛ باعتبارها مقارنة تحدد المرض كانهرف يصيب الجسد؛ 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 نموذج الطب الأرثوذكسي، كالمقاربة البيو-سيكو-اجتماعية التي حاولت الأخذ بعين الاعتبار العوامل الاجتماعية والسيكولوجية في الصحة والمرض. ففي هذا السياق تظهر أهمية الطبيب البديل والشعبي باعتبارهما يسعيان إلى فهم تجربة الصحة والمرض انطلاقا من مقارنة كلية تراعي البعد الإنساني. إن المقاربة البيوطبية لم تسلم إذا من نقد السوسيولوجيين نظرا لإغفالها الأبعاد الإنسانية في التشخيص والعلاج.

الكلمات المفتاحية: المقاربة البيوطبية، 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 والأنثروبولوجيين خلال النصف الثاني من القرن العشرين، نظرا لكونهما ظاهرتين لا ترتبطان بما يحدده مهنيو الصحة من تشخيص وعلاج وغيرهما فقط، بل ترتبطان كذلك بتمثلات وممارسات اجتماعية للفاعلين تتجاوز غالبا المقاربة الطبية المَهْنِيَّة. لذلك سنتطرق في هذا الورقة إلى مفهومي الصحة والمرض، مبيينين مختلف المقاربات التي تناولتهما؛ بداية بالمقاربة البيولوجية والطبية وصولا إلى التصور السوسيولوجي بمختلف مقارباته.

يطرح تحديد مفهومي الصحة والمرض عدة صعوبات، تقتضي من الباحث السوسيولوجي الوقوف عند أبعادهما البيوطبية والسوسيوثقافية، لهذا فمن أجل تجاوز تلك الصعوبات لابد لنا من تناول الأسئلة التالية بالتوضيح 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؟

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

تتناول المقاربة البيوطبية 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 استمرارا لهذا التوازن. وهذا ما يعبر عنه "لوريش" بقوله « الصحة هي الحياة في صمت الأعضاء » (J. Pierret, 1984)، فالمنظور الطبي بهذا المعنى يَفْصِلُ المرض عن سياقه الاجتماعي والثقافي، وعن عوامله البيئية والاجتماعية، وبذلك يكون « المريض هنا ليس سوى مخبرا حول حالة جسد فاشل » (J. Pierret, 1984)، فالخطاب الطبي بحسب "جان كلافرول" هو خطاب حول المرض، وليس حول الإنسان (J. Pierret, 1984). إن هذه المقاربة البيوطبية للصحة والمرض لن تسلم من نقد الفلاسفة، وعلماء الاجتماع، وعلماء النفس نظرا لإغفالها للأبعاد الإنسانية في الصحة من ناحية أولى، ونظرا لكون البحث في تاريخ الممارسة الطبية منذ اليونان، يوضح بجلاء حضور ما هو اجتماعي وبيئي في التشخيص والوقاية والعلاج من ناحية ثانية.

1. 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 (الوحيشي أحمد بيري، عبدالسلام بشير الدويبي، 1989). هكذا نجد العلوم الطبية -

الفيزيولوجيا والتشريح والإتيولوجيا- يعتبرون أن فقدان أعضاء الجسد للتوازن وعدم قيامها بوظائفها الطبيعية على أحسن وجه، يُدْخِل الإنسان في حالة المرض، ويوازي ذلك ظهور الألم وارتفاع في درجة الحرارة على جسده مثلا، لذلك فالمرض حسب "ج. برك" هو « الحالة التي يكون عندها الجسد أو بعض أعضائه أو أجهزته أو مجموعة منها تعاني اضطرابا في وظائفها» (الوحيشي أحمد بيري، عبدالسلام بشير الدويبي، 1989). « وعلى هذا الأساس تضع المهنة الطبية، القواعد الطبية التي تُعرف وتفسر الانحراف البيولوجي، وتسعى إلى فرضها بالقوة بمقتضى سلطتها لعلاج هؤلاء الأشخاص الذين تم تعريفهم بأنهم مرضى» (الوحيشي أحمد بيري، عبدالسلام بشير الدويبي، 1989).

تجد هذه المقاربة أُسُسَهَا في تصور الطبيب الفرنسي " كلود برنار" صاحب كتاب «Introduction à l'étude de la médecine expérimentale» والذي حاول أن يبحث 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 تُسْتَمَدُّ من قانون المادة الحية، باعتبارها ظواهر متماثلة لها نفس الجوهر، ولا تختلف إلا عبر شروط مختلفة التي تتمظهر عبرها الظواهر» (Claude Bernard, 2005). ومن أجل ذلك يرى " كلود برنار" أن الطب التجريبي – الملاحظة والتجربة المقارنة- هو الذي يمكنه معرفة قوانين العضوية في حالة الصحة والمرض بكيفية لا تكتفي بالتنبؤ بالظواهر فقط، ولكن كذلك ببطيها وتعديلها في بعض الحدود (Claude Bernard, 2005)، فالقوانين الفيزيولوجية توجد في الظواهر الباتولوجية، وبالتالي يترتب عن ذلك القاعدة العلمية الحقيقية للعلاج، والذي ينبغي أن يُعْطَى عبر معرفة العمل الفيزيولوجي لأسباب المرض (Claude Bernard, 2005)، ذلك أن الأمراض ما هي إلا تغييرات كمية تصيب العضوية في حالتها الطبيعية (زكرياء 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 اعتقد أنها عندما تقوم على التجربة (الطب التجريبي)، فإنها ستقود حتما إلى معرفة تامة بالجسم في الحالة 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 خاليا من العلل والآلام، التي ينتج عنها خلل في الوظائف الحيوية لمختلف الأجهزة» (صالح المازفي، 2008) وتعريفات ديناميكية تعتبر « الصحة هي القدرة على مقاومة المرض والمحافظة على التوازن الفيزيولوجي والبيولوجي المهدد دائما، نظرا لتطور الجسم وتأقلمه المستمر مع المؤثرات الخارجية، جراثيم وبكتيريا وميكروبات (...)»

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

ويخلص السوسيولوجي " أنتوني غينز " إلى أن النموذج الطبي الحيوي في تصويره للصحة والمرض، ينطلق من ثلاثة افتراضات، أولا اعتبار المرض انهيارا ما في الجسد يجعله ينحرف عن حالته السوية؛ لذلك ترى النظرية الجرثومية « Germ theory » أنه لكي يستعيد الجسد صحته، لابد من عزل سبب المرض وعلاجه. وثانيا يُمكنُ معالجة الجسد بمعزل عن النفس، بشكل حيادي بعد جمع البيانات وتحليلها في الملف الطبي الرسمي للمريض؛ لأن الشخص لا يُمَثَّلُ فردا مريضا وإنما جسدا مريضا. وثالثا يُعْتَبَرُ المتخصصون الطبيون المُدْرَبُونَ هم وحدهم الذين لهم المشروعية والقدرة على العلاج داخل المؤسسات العلاجية المخصصة لهذا الغرض؛ إذ لم يعد للمعالجين التقليديين أو الشعبيين مكانا بينهم (أنتوني غينز، 2005).

2. حدود المقاربة البيوطبية:

لقد حاولت المقاربة البيوطبية التأسيس لعلم الطب قائم على التجربة العلمية، من أجل تفسير الظواهر التي يعرفها جسد الإنسان، سواء كانت سليمة أو مرضية، وبذلك جعلت الجسد الإنساني مجرد آلة يمكن معرفة القوانين العلمية المتحركة فيها، والمفسرة لظواهرها في حالة المرض أو الصحة، شريطة احترام صرامة المنهج التجريبي كما أرسى قواعده وخطواته الطبيب التجريبي " كلود برنار " إذا ما أريد التأسيس لطب علمي حقيقي، يضم منطقيا الفيزيولوجيا والبياتولوجيا والعلاج. إن هذا التصور البيولوجي أو الطب التقني-علمي ركز على بعد واحد في ظاهرتي 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 طبيعى ينحصر في ما هو بيولوجي فقط.

وبالفعل يركز النموذج البيوطبي في تصويره لصحة ومرض الجسد الإنساني على مجموعة من الخصائص تميز المقاربة البيوطبية، حسب " لاني راسل " وبيانها على النحو التالي:

الجسد كآلة: لقد تم تخيل عمل جسد الإنسان كآلة في النموذج البيوطبي؛ أي أنه يشتغل بشكل ميكانيكي كما لو كان عبارة عن آلة، لذلك كان الأطباء الأوائل جد متحمسين لاكتشاف الكيفية الميكانيكية التي تشتغل بها بشكل جماعي أجزاء الجسد، وبالتالي لا يمكن معالجته إلا كآلة. ولهذا الغرض كان التنافس شديدا بين الأطباء على الحصول على جسد للإنسان بهدف تشريحه خلال القرن التاسع عشر (Lani Russell, 2014)، ذلك أن معرفة وظائف أعضائه تسمح للممارسين الطبيين بعلاج اختلالاته الوظيفية (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016).

ثنائية جسد-عقل: تأثرت المقاربة البيوطبية بالتصور الديكارتي للصحة، فقد كان " ديكارت " يهدف إلى فهم طبيعة الوجود البشري والوعي والعلاقة بين العقل والجسد. هكذا اعتبر أن هناك انفصالا بين الجسد والعقل، لذلك لا يمكن اختزال أفكار ومعتقدات وقيم الشخص في البيولوجيا وقوانينها المتحركة في الجسد، ولكنها تُنسَبُ 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 كبرى 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 لآخر، الأمر الذي جعل المقاربة البيوطبية لا تأخذ بعين الاعتبار أفكار وآراء المرضى (Lani Russell, 2014).

السبب الواحد للمرض (النظرية الجرثومية): كان لظهور النظرية الجرثومية خلال نهاية القرن التاسع عشر حسب "لاني راسل" أثراً واضحاً على المقاربة البيوطبية، حيث بدأ تحديد أسباب الأمراض بإرجاعها إلى سبب واحد وهو الجراثيم، فبعد أن كان المرض يبدأ بمشكل 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 لمقاومتها وإخراجها من الجسد، حيث بدأ استعمال مضادات السموم أو التلقيح لتحقيق ذلك الأمر الذي أدى إلى القضاء على كثير من الأمراض والأوبئة، مثل الجدري، الكوليرا 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 والبيولوجيا، 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 حقيقية، بقدر ما تعاش كتعب، وفقدان للرغبة الجنسية، وطنين الأذن، ودوار الرأس، فهذه 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 الميكروبيولوجية، 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. فلنأخذ 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 واختناق الأنف. وقد دفع النجاح الذي حققته الفياغرا بالنسبة للرجال، إلى التفكير في استخدام نفس العقار بالنسبة

للنساء، اللاني يشعرون 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).

وثُبِّتَ دراسة لـ "سكامبلر وآخرون Scambler and Al" أن ظهور بعض أعراض المرض خلال الحياة اليومية، والتي يمكن أن تكون مؤشرا على بعض الأمراض، لا تقود الناس بالضرورة إلى طلب المساعدة الطبية. ففي هذا السياق تكشف الدراسة أن واحدا من أصل مائتي حالة ألم الرأس تقود أصحابها إلى استشارة الطبيب، وواحد من أصل أربعة عشر مثالا لألم حقيقي في الصدر، أخذ إلى الطبيب واعتبر مقلقا بشكل كبير (Hannah Bradby, 2009). إن الأمراض البشرية تتزايد وتتحول بشكل كبير في طبيعتها، بفعل سياقات التصنيع، ففي السابق كانت تجربة المرض تعيش في عالم طبيعى معافى، بفضل وجود هواء وماء نظيين، ونمو الغذاء في تربة طبيعية خصبة، كما أن العناصر الملوّثة كانت تخضع لعملية امتصاص تتم في سيرورة الحياة الطبيعية. إن ذلك لم يعد ممكنا اليوم، نظرا لوجود مواد ذات أصل غير بيولوجي إضافة إلى سيطرة النماذج الميكانيكية على ما هو طبيعى (توماس بيرى، 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 المطلوب المسبق من أجل إبراء الإنسان، وإن تكيف الإنسان لشروط وقيود العالم الطبيعى يشكل الوصفة الطبية الأساسية من أجل عافية البشر، ولن يفي شيء آخر بهذا الغرض» (توماس بيرى، 2006).

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

إذا كانت المقاربة البيوطبية للصحة والمرض، تتناول الجسد الإنساني كشيء موضوعي، قابل للدراسة والتشريح بمعزل عن أبعاده الإنسانية والاجتماعية والنفسية - عندما تنظر إليه كآلة تشتغل بشكل ميكانيكي، وتقصل بين ما هو جسدي، وما هو عقلي في الإنسان- فإن الطَّبَّين التقليدي والبديل يتقاسمان فهما كليا لأسباب الصحة الجيدة أو السيئة، حيث لا يَفْصِلان بين الجسد والعقل، ويُبَيِّنان 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) وُجِدَ في عالم الجنوب، إذ يقوم على الخبرات والمعتقدات والثقافة، في حين وُجِدَ الطب البديل أو العلاج التكميلي في عالم الشمال، وينتشر بين الناس غير الراضين عن الممارسة الطبية التقليدية « Conventional medicine » (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016). فما هي الخصائص التي تميزهما عن الطب التقليدي أو الممارسة البيوطبية الأرثوذكسية؟

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 شكلا 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 والنية ».

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

وتختلف كذلك الأسباب التي تقف وراء اختيار هذا النوع من العلاج، فبالإضافة إلى الأسباب الثقافية تبقى صعوبة الولوج إلى الخدمات الصحية، وتكلفتها الباهظة أهم الأسباب التي تجعل الناس يُقبلون 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 أصلا، يلجأ السكان إلى المعالج المحلي قصد طلب العلاج، لأنه قريب منهم وتكلفته مناسبة كذلك، فمن خلال تحليل لأسباب 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 المنتمون 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 إقبالا على العلاج التقليدي، ولكن ما يمكن تسجيله كذلك هو لجوء البعض إلى الطب الشعبي، في الوقت نفسه مع استعمال خدمات الطب الأرثوذكسي (Anne-Marie Barry and Chris Yuill, 2016).

الطب البديل: تُعرف هذه الممارسة الطبية بالتصور غير الديكارتي للصحة « Non-Cartesian view of health » (Stephen Bowler, 2013) تحت اسمي الطب البديل أو الطب التكميلي، حيث تضم عددا من الفلسفات والمناهج، بيد أنها تُشكل تحديا لمفهوم الصحة والمرض، كما هما في المقاربة البيوطبية. ويدل مفهوم الطب البديل أو الطب التكميلي في معناه الواسع على تلك الممارسات التي تقع خارج حدود الطب الأرثوذكسي، لكن الباحثة " واست West " تقرر بصعوبة وضع هذه الممارسات في تعريف واحد، غير أنها في نظرها قابلة للتصنيف، إلى فئات الممارسات الجسدية أو المادية والسيكولوجية والخورق، كما اقترحت تمييزا بين الممارسات التي تتطلب تدريبا عاليا، وتلك التي يمكن أن يقوم بها الشخص بنفسه. ومن جهته اعتبر " ساكس Saks " أن الفرق الأساسي بين الطب الأرثوذكسي والطب البديل

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

ويتصور الطب التكميلي الصحة حسب "أكستر Aakster" كتوازن للقوى المتعارضة داخل الجسد، بخلاف المقاربة البيوطبية التي تحدد الصحة كغياب للمرض، كما يُفهم المرض كدلالة 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 الحماية ونمط الحياة، أما العلاج - فعلى النقيض من المقاربة البيوطبية التي تعمل على محاولة تدمير المرض والقضاء عليه - يركز 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، يُعزى عن مجتمعات ما بعد الحداثة التي لها رغبة كبيرة في الاختيار وتقرير المصير من جهة، وتحدي ثقافة الهيمنة للطب الأرثوذكسي، 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 العالية، كما هو الأمر بالنسبة للطب الأرثوذكسي. إضافة إلى ذلك تتميز العلاقة بين المريض والمعالج في الطب التكميلي بنوع من المساواة، كما أن المعالج يشجع الأفراد على أخذ مسؤولية كبيرة من أجل صحتهم، خلافاً للطب الأرثوذكسي. لذلك يمثل الطب البديل حسب "شارما" و"كوارد" تجاوزاً لحدود المقاربة البيوطبية، المتمثلة في الانشغال بالتخفيف 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 الديكارتية، 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 بإقحام العواطف والمشاعر والأحاسيس في مجال التشخيص، وتوسيع معنى الصحة، ليشمل قضايا تتعلق بمسار حياة الشخص ككل، وليس فيزيولوجيا المرضية، فإذا كان الطب الأرثوذكسي يبحث عن الحقائق، فإن الطب البديل يشتغل مع القيم؛ أي اعتبار الطبيعة كقوة نافعة ومنشطة وروحية في حياة الإنسان. وبذلك تغيّر موضوع الرعاية الطبية، فلم يعد يقوم على تلك الثنائية جسد/عقل التي ورثها الطب عن التصور الديكارتية 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 طبية تقليدية في الهند، والتي يمكن أن تعود إلى العصر البرونزي القديم. إن الأيورفيدا كممارسة طبية تؤكد على مقارنة كلية للحياة من ناحية، وأهمية توازن قوى الحياة مع التمارين والحِمْية من ناحية أخرى، وعلى الرغم من كونها ممارسة ثقافية هندية - لها جذورا عميقة في التاريخ، وتعتبر ممارسة طبية تقليدية- إلا أنها تُمارَسُ من طرف الناس في أوروبا وأمريكا الشمالية، وإن كانوا لا ينتمون للثقافة الهندية، لذلك أصبحت تعتبر طباً بديلاً أو تكميلاً، وليست طباً شعبياً تقليدياً (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 لتقاطع الواقع الاجتماعي، الذي يُترجم في لحظة معينة للعلاقات بين السليم والمرضي (J. Pierret, 1984) فالصحة في نظره « هي قدرة الإنسان على السيطرة على محيطه المادي بالتوازي مع إمكانية التحكم في ظروفه الاجتماعية » (صالح المازفي، 2008). وبالفعل لا يرتبط تفسير وتعريف الصحة بالعوامل البيولوجية فقط، بل تفسر كذلك بالمحيط البيئي والاجتماعي والسيكولوجي للفرد. ففي هذا السياق ومن منظور فلسفي « أكد الفيلسوف الفرنسي "رينيه 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) تتمثل في عدم محاولة الأطباء فهم المريض ككل، حيث إنهم يركزون فقط على الوظائف الفيزيائية (الفيزيولوجية) للجسم » (نادية عمر، 1993).

يبدو أن تصور المقاربة البيوطبية لمفهومي الصحة والمرض، يحمل في طياته كثيرا من القصور، نظرا لاقتصاره على الجوانب الوظيفية الفيزيولوجية في الجسد، 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 الجسد. لذلك تَعَرَّضَ هذا النموذج الطبي للنقد من طرف الفلاسفة وعلماء الاجتماع، في إطار سوسيولوجيا الصحة باعتبارها فرعاً 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 اجتماعياً؛ فهذا لا يعني أن المرض ليس حقيقياً، وليس له بعداً بيولوجياً، 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 وُجّه هذا النقد السوسيولوجي إلى النموذج البيوطبي من طرف " نتليتون Nettleton " لمسألة اعتبار الجسد كآلة، حيث أكدت على أن هذه المقاربة تطرح عدة صعوبات، تتمثل في كون علاج الجسد من خلال إزالة الأعراض يمكن ألا يزيل المشكل؛ بمعنى يبقى المرض كامنا فيه. كما أنها مقارنة تقتصر 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 " نتليتون " كذلك أن المقاربة البيوطبية تقتصر على السبب الواحد في تفسير المرض، ذلك أن الأمراض المرتبطة بضغط الحياة اليومية، ونمط الحياة ليس لها سبب واحد، بل إن الأمراض التي تسببها الجراثيم تحتاج إلى شروط خاصة للنمو (Lani Russell, 2014).

ومن جهته، اعتبر " إيليتش Illich " أن النموذج الطبي للصحة بقدر ما يقوم بالعلاج، بقدر ما يمكن أن يسبب أيضا 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 العقاقير المخدرة في العلاج، وبسبب الأطباء أو المستشفى، كما تحدث " إيليتش " عن الضرر الثقافي الذي يعني حسبه التبعية؛ أي تبعية الناس للطب في العلاج، والرعاية الصحية، الأمر الذي يجعل الممارسة الطبية داعمة للمرض، وتكون مجتمعا مريضا يجعل الناس مجرد مستهلكين للطب 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، وتحسن نوعية الغذاء. وتعتبر فئة أخرى من الخبراء الاجتماعيين أن المهنة الطبية اليوم أصبحت سلطة تتدخل بقوة في تحديد ماهية المرض والصحة، وتُدخل شؤون الحياة اليومية العادية للناس ضمن نطاق الأمراض، إذ أصبح الحمل والولادة، بهذا المعنى مرضين يحتاجان إلى العناية الطبية في المستشفيات، وبحسب عالمة الاجتماع الأمريكية " أن أوكلي " فقد حرّموا المرأة من الولادة في البيت بمساعدة القابلة المحلية، التي كان لها دور فعال في هذا الصدد في أغلب المجتمعات (أنتوني غدينز، 2005).

لقد تعرض النموذج الطبي الحيوي إذن إلى كثير من النقد، للأسباب التي وضحناها سابقا، ذلك أن المرض الذي يصيب الجسم البشري هو حالة يجري تصورها وبنائها اجتماعيا، وليس حالة فردية لا يمكن الكشف عنها إلا بالأساليب العلمية الموضوعية. كما أن تجربة المريض

ومعايشته للمرض هي إحدى العوامل الفاعلة في عملية العلاج، فالمريض ليس كائننا سلبيا (عضوية حية)، يقتصر علاجه على المعرفة العلمية الطبية بالجوانب الجسدية فقط، وإنما هو كائن مفكر 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 دورا رياديا في عملية العلاج (أنتوني غدينز، 2005).

إن التفكير الاجتماعي في مسألة الصحة والمرض أصبح ضرورة ملحة من أجل تجاوز حدود ومحدودية المقاربة الطبية الصرفة، خاصة عندما يتعلق الأمر بالاضطرابات النفسية والعقلية، التي تكون عصية عن التفسير البيوطبي المحض. كما أن الأمراض الوبائية المعدية التي كانت أكثر انتشارا فيما مضى، لم تعد لها اليوم نفس الخطورة، مثل الكوليرا والملاريا والسل، وشلل الأطفال وغيرها، بل إن المجتمعات أصبحت تشهد أمراضا 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 بممارسات وتمثيلات 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 لضغوط الحياة الفردية، والجماعية بالمجتمع الصناعي، والتي تتطلب مزيدا من العناية النفسية الاجتماعية داخل مختلف المؤسسات الاجتماعية، من أجل تلافي آثارها على صحة الفرد والمجتمع ككل.

5. المقاربة البيوسيكو-اجتماعية للصحة « Biopsychosocial of Health »:

يُمثل تشكل هذه المقاربة استجابة للحدود التي تسم المقاربة البيوطبية الأرثوذكسية، وتجاوزا لها؛ فهي بقدر ما تحافظ على مميزات النموذج البيوطبي، بقدر ما تُصوّب نقط ضعفه. وقد نُحِث مفهوم النموذج البيوسيكو-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. فانطلاقا من تجربته مع مرضى الأمراض العقلية كان "جورج أنجل" على وعي بأن فكرة انفصال العقل عن الجسد، كما تصورها "ديكارت" تطرح مشكلا كبيرا، ذلك أنه ليس هناك حدودا واضحة بين الصحة والمرض في نظره، فهما معا يتأثران بالاعتبارات الثقافية والاجتماعية والسيكولوجية. لذلك ينبغي على هذه المقاربة كممارسة طبية في نظره ألا تصلح فقط الجسد، وإنما تصلح كذلك أفكار الشخص وأحاسيسه، ووجوده الاجتماعي، باعتباره كائنا له أبعاد بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية (Lani Russell, 2014).

وتتمثل العوامل الاجتماعية للصحة والمرض، حسب "لاني راسل" في كون النموذج الاجتماعي للصحة « Social model of health»، يؤكد على دور المجتمع ككل في كيفية فهمنا، وعيشنا لتجربة قضايا الصحة؛ فمثلا صحة الفرد هي انعكاس لانتمائه الطبقي، وجنوسته، وسنه، 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 للفرد 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 السيكولوجية للصحة في نظرها، فتتمثل في التجارب الاجتماعية، والبيئة التي تُسبب الضَّغَطَ النفسي للأفراد، وتجعلهم 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 – خلافا للمهنيين الطبيين الذين يكون لهم تكوين في الجامعة - اكتسبوا معرفة بيوطية من المدرسة أو انطلاقا من وسائل الإعلام، أو من بعض بحوثهم الخاصة (Lani Russell, 2014). لقد تم الترويج إذ للمقاربة البيو-سيكو-اجتماعية بالموازاة مع انتشار الظروف والأمراض المزمنة « Chronic conditions »، كالتهاب المفاصل الروماتيدي « Rheumatoid arthritis »، والألم المزمن، وقد احتضنت هذه المقاربة أولا من المرضى، ثم لاحقا من طرف المهن العلاجية « Occupational therapy » والعلاج الفيزيولوجي « Physiotherapy » (Lani Russell, 2014).

يتحدد مفهوما الصحة والمرض في المقاربة البيوطية إذا انطلاقا من نتائج الأبحاث البيولوجية والفيزيولوجية، التي تحدد المرض كانهرف، والصحة كغياب للمرض، غير أن هذا النموذج البيوطي الذي ينظر إلى جسد الإنسان كآلة، ويتجاهل شروطه الخارجية، تعرض إلى كثير من النقد، من طرف السوسيولوجيين وعلماء النفس والفلاسفة وأيضا المهنيين. إن هذا الأمر فسح المجال لبروز مقاربات جديدة تحاول تجاوز نقائص نموذج الطب الحيوي، أو الطب الأرثوذكسي، كالمقاربة البيو-سيكو-اجتماعية التي حاولت أن تصلح عيوب المقاربة الطبية، وذلك بتجاوز ثنائية العقل/الجسد، من جهة، والأخذ بعين الاعتبار العوامل الاجتماعية والسيكولوجية 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 انطلاقا من مقاربة كلية تراعي البعد الإنساني وتتجاوز النظرة التقنية الضيقة للجسد.

قائمة المراجع:

1. أنتوني غدينز، علم الاجتماع، ترجمة الدكتور فايز الصُّيَّاع، المنظمة العربية للترجمة، توزيع مركز دراسات الوحدة العربية، الطبعة الأولى أكتوبر 2005
2. الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، 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 زيمرمان، 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 الجامعين 2008.
- 6.Ann-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'Herault, 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.