

ثقافة الصحة والمرض لكل من الطبيب والمريض وتأثيرها على العملية العلاجية

The culture of health and disease for both the doctor and the patient and its impact on the treatment process

ريضا بن مقلّة

Redha BENMOKLA

1 جامعة البليدة 2 لونييسي علي (الجزائر)، rbenmokla@gmail.com

تاريخ النشر: 2023/07/13

تاريخ القبول: 2023/03/13

تاريخ الاستلام: 2022/11/04

الملخص: الثقافة كما جاء في تعريف ادوارد تايلور: هي الكل المركب الذي يشمل المعرفة والمعتقدات والفن والأخلاق والقانون والعادات والقدرات التي يكتسبها الفرد كونه عضوا في المجتمع. ومن هذا المنطلق فان المعلومات التي يكتسبها الأفراد عن الصحة والمرض تتأثر بهذه العناصر بدرجات متباينة. وهو ما سيؤثر كذلك نظرهم لمسببات المرض وطرق العلاج.

فالإصابة بالمرض والبحث عن العلاج يتجاوز المريض في اغلب الأحيان إلى المحيطين به (أسرته) وإلى الطاقم المعالج (الأطباء ومعاونهم). وفي المستشفيات تقع عملية الاتصال بين ثقافتين متميزتين: الأولى ثقافة شعبية تعزو المرض إلى ظواهر ثقافية واجتماعية (وهذا لا يخص المجتمعات المتخلفة فقط بل حتى المتقدمة)، والثانية ثقافة علمية تشخص المرض على نحو ما تلقوه في الجامعات والمراكز العلمية. وهذا التباين ينتج صداما في الأفكار والتصورات الذي يؤدي إلى التأثير على العملية العلاجية.

الكلمات المفتاحية: الثقافة الصحية، المرض، دور الطبيب، دور المريض، التشخيص العلاجي.

Abstract: Culture, as defined by Edward Taylor: It is a complex whole that includes knowledge, beliefs, art, morals, law, customs and abilities acquired by an individual as a member of society. From this point of view, the information acquired by individuals about health and disease is affected by these elements to varying degrees. Which will also affect their view of the causes of the disease and methods of treatment.

Infection with the disease and the search for treatment often bypasses the patient to those around him (his family) and to the treating staff (doctors and their assistants). In hospitals, the communication process falls between two distinct cultures: the first is a popular culture that attributes the disease to cultural and social phenomena (and this does not apply to backward societies only, but even developed), and the second is a scientific culture that diagnoses the disease in the way they received in universities and scientific centers. This disparity results in a clash of ideas and perceptions that leads to an impact on the therapeutic process.

Keywords: Health culture, the disease, the role of the doctor, the role of the patient, the therapeutic diagnosis.

المؤلف المرسل: ريسا بن مقلّة، الإيميل: rbenmokla@gmail.com

1. مقدمة:

يمكن أن نجد تكتلات بشرية لا نظام سياسي لها تحكم إليه، ويمكن أن نجد أعراقا بشرية لا لغة مكتوبة لها، ويمكن أن توجد مجموعات لا تمتلك من وسائل العيش الحديثة شيئا. لكن لا يمكن أن تكون هناك مجموعات مهما كانت بدائيتها أو صغرها لا تمتلك ثقافة محلية، تمكنها من تفسير مختلف الظواهر والحوادث اليومية التي تقع على أفرادها.

وإذا كان المرض والصحة من متلازمات حياة المخلوقات (البشر على الخصوص)، فإن تفسيرهما تتدخل فيه حتما تلك المعتقدات والثقافات السائدة في أي مجتمع.

ومع التطور الحاصل في نظم العيش والمعلومات والثقافات الحالية -خاصة لبعض الدول الغربية- واتجاهها لعلمنة المفاهيم والمعتقدات (تطبيق المنهج العلمي في الدراسة والتفسير والفهم)، وقع هناك "صدام مفاهيمي" فكري وثقافي، بين من يتمسكون بالمنهج العلمي في تفسير الظواهر المرضية وكيفية معالجتها، واتجاه آخر يرى أن في معتقداتهم وتجاربهم اليومية التفسير الملائم للمرض وبالتالي لطرق العلاج.

وبين هذا وذاك ظهر اتجاه ثالث يحاول التوفيق بينهما، أي تطبيق المنهج العلمي في دراسة الأمراض والوقاية منها، دون إغفال الطرف عن طبيعة الحياة الاجتماعية وصيرورة الثقافة المحلية السائدة في أي مجتمع، ليقتنع أن الحياة الاجتماعية لها دور كبير في ظهور تطور واختفاء الأمراض. فظهر علم الاجتماع الطبي/الصحي، وظهر اتجاه الانثروبولوجيا الطبية/الصحية.

الإشكالية:

إذا كانت بعض الدول لها باع طويل في هذا المضمار، فإن الدول الأخرى تأخرت كثيرا عن هذا الركب. والحديث عن الجزائر لا يخرج عن هذا الوضع. وهذا ما خلق وضعاً متأزماً ومشكلة كبيرة. نظرا لما يقع في المجتمع من جدل كبير حول المنظومة الصحية (مؤسسات صحية وعاملين ومرضى ومجتمع وثقافة صحية). فالكثير من التقارير تؤكد أن "الصحة مريضة" (هياكل مادية وبشرية)، ولدى الأفراد تعتبر المستشفيات أماكن للتعذيب وللموت وسوء المعاملة ... وسجون.

لذا كان واجب على المختصين من مسؤولين وأكاديميين إثارة هذا الإشكال لبحث الحلول الأنجع لإخراج المنظومة الصحية من هذا المأزق الأخلاقي بالدرجة الأولى والمفاهيمي المجتمعي ثانيا. وهذا البحث يحاول التطرق في مدى وعي "طرفي الصراع" [المريض (وذويه وأفراد المجتمع) وبين الطبيب (ومساعديه والمنظومة الصحية)]، ومدى وعيهم بأدوارهم وحقوقهم واجباتهم في الميدان الصحي، ومدى تأثير الثقافة المحلية حول طبيعة المرض

وطرق العلاج. وهنا يمكن ان نطرح السؤال التالي: الى أي مدى يمكن ان تؤثر نظرة الافراد (بطرفيها العامة والعلمية) في العملية العلاجية. وهذا يسوقنا الى تساؤلات فرعية:

ما هو مفهوم الصحة والمرض في الثقافة الشعبية؟

هل يؤثر مفهوم الصحة والمرض على نجاعة العلاج؟

هل يمكن التوفيق بين المفهوم الشعبي والمفهوم العلمي للصحة والمرض؟

أهمية الموضوع:

وتتبع أهمية الموضوع من خلال ما نلاحظه وما عايناه في الفترة الماضية لما حل وباء كورونا، ورد الفعل الشعبي والعلمي للوقاية ومحاربة المرض، خاصة اذا علمنا ان هذا الوباء وامراض أخرى مشابهها يمكن ان يطلق عليها امراض اجتماعية، فهي تزيد نتيجة طبيعة الحياة المختلطة اجتماعيا، والتي تتحكم بها الأفكار الشعبية ذهنيا.

2. الصحة والمرض: الإشكالية الثقافية في التعريف.

حملت الثنائية الضدية صحة/مرض الكثير من الجدل المفاهيمي حول طبيعة كل منهما، لأسباب متعددة، منها الخلفية الثقافية والعلمية والتجربة الحياتية. وحتى في الاتجاه الواحد هناك تعدد في التعريفات تكاد تكون متناقضة. هذا الأمر جعل العلاقة طبيب/مريض يشوبها الكثير من التوتر. فالطبيب يمثل الخلفية العلمية، والمريض الخلفية الثقافية والتجربة الحياتية، وبالتالي اثر هذا على العلاج. ولنتسريح هذا الوضع وجب توضيح بعض المفاهيم حول طبيعة الصحة والمرض من وجهة نظر كل طرف.

ولذلك فإن الدراسات الحيادية تؤكد على خطأ الاعتقاد بأن مشاكل الطب تقع على عاتق الأطباء وحدهم، لأن المرض ليس حقيقة معزولة كحقائق الكيمياء والرياضة، وإنما هو انعكاس لظروف المجتمع العامة التي يعايشها الإنسان، فلا جدوى من إنشاء الكثير من المستشفيات والمراكز الصحية والخدمات الصحية والعلاجية بدون حل المشاكل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسياسية.

2. 1 مفهوم المرض وأسبابه:

قبل معرفة مفهوم المرض لابد أن نوضح أن هناك فرق بين المرض والسقم والعلة، فالمصطلح الأول شامل ويشير إلى جميع الأحداث التي تنطوي على اعتلال الصحة، سواء كان الاعتلال سقماً أو علة، أما المصطلح الثاني وهو السقم فيشير إلى الحالات المرضية للكائن الحي بصرف النظر عن الإدراك الثقافي أو النفسي لهذه الحالات .

وأخيراً المصطلح الثالث وهو العلة فيشير إلى التعريف الثقافي والاجتماعي أو الإدراك الحسي والخبرات المرتبطة بالمرض، ويتضمن هذا المصطلح بعض الحالات المرضية التي يمكن أن تعد أمراضاً (وفق التعريف الطبي) وغيرها من الحالات التي ليست مصنفة كأمراض وفق التعريف الطبي للحالات المرضية.

وبالتالي فالمرض هو اضطرابات الصحة البدنية أو العقلية، وتلعب العوامل الاجتماعية دوراً هاماً في إحداث كثير من الأمراض، وقد يكون التأثير لهذه العوامل مباشراً أو غير مباشر في زيادة أو نقص احتمالات المرض.

كذلك تعتبر العوامل الاجتماعية من العوامل الحاسمة في توزيع كثير من الأمراض كما تتغير ظاهرة المرض تبعاً للمناطق الجغرافية، وتتطوي تحت معدلات تغير هذه الظاهرة أحوال اقتصادية وثقافية تؤثر على البيئة التي تسبب مرض الفرد ومدى تعرضه للمرض واستعداده له .

لكي يعرف المرض بشكل أكثر تحديداً بوصفه الحالة التي يحدث فيها خلل إما من الناحية العضوية أو الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية للشخص، ومن شأنه إعاقة قدرة الشخص على مواجهة قلة الجهود اللازمة لأداء وظيفة مناسبة.

تعددت وجهات النظر لدى الكثير من الباحثين عن المرض، فنراه مرتبطاً بالجوانب الجسمية والوظيفية تارة، ومرتبطاً بالجوانب الثقافية والاجتماعية تارة أخرى. فالمعنى الحرفي لكلمة المرض هو مجموعة انعكاسات ناجمة عن اضطراب في الجسم أو أحد أجزائه جواباً لتبنيه قد يحدث مرضاً.

2. 1. 1 معنى المرض بالنسبة للمريض (مرض المريض):

لا يوجد شخصان يعني المرض بالنسبة لهما شيئاً واحداً، حتى لو كان يعانيان من مرض واحد وقد يحصل شخص على الرضا كونه مريضاً أكثر من كونه سليماً معافى. وقد لا يرغب مريض في المستشفى كمكان يرتبط بالموت (مزاورة و آخرون، 2003، صفحة 59).

هو قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته على خير وجه أو اختلال وانعدام التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها.

و حالة يكون فيها الإنسان معتل الصحة، وتتعدد معالمها باختلاف الأفراد فيشتمل على نواحي طبية واجتماعية واقتصادية، ويحدد المرض من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام.

2. 1. 2 تطور فكرة المرض عبر العصور المختلفة:

إذا تتبعنا تطور فكرة المرض عبر العصور المختلفة نجد أن البدائيين اعتقدوا أن حياتهم تحكمها الأرواح أو الشياطين أو العفاريت، فالبعض منها خير وطيب والبعض الآخر منها شرير ومعادي. وكان الكهنة والسحرة من رجال القبيلة هم الأقدر على الاتصال والتعامل معها فكان يتم استدعائهم ويطلب منهم طرد هذه الأرواح والشياطين. لقد تغير تفسير المرض في أوائل العصر الإغريقي ولكنه ظل يعتبر بأنه نتيجة أسباب فوق طبيعية، فكان عقابا تنزله الآلهة على الناس الذين أسرفوا في الطغيان ولم يدرك الأطباء بطلان هذه النظرية إلا بظهور أبو قراط حيث تعلموا أن النظر إلى الأمراض على أنها ظواهر طبيعية تُراقب وتُدرس، ومع تقدم علم الأمراض الحديث ظهر تفسير أدق لطبيعة المرض حيث أصبح ينظر إليه باعتباره نتيجة لعدة عوامل مجتمعة، حيث بدء النظر إلى الإنسان باعتباره كل متكامل (مزاورة و آخرون، 2003، صفحة 59).

2. 2 النظريات الطبية القديمة:

كل الأمراض تسبب الألم والمعاناة (نفسية أو جسدية أو كلاهما معا)، هذا ما جعل الإنسان يحاول معرفة الأسباب التي تفسر تلك المعاناة، وغالبا ما كانت التفسيرات الأولى تتعلق بحوادث أخرى. وهذا الاتجاه لم يكن فرديا بل هو بناء اجتماعي حتمته الحياة اليومية الجمعية. وشيئا فشيئا أصبح داخلا في ثقافة ذلك المجتمع. فالانتماء الثقافي هو الذي يعطي الفرد الإطار الذي يتم من خلاله تفسير كل الظواهر التي تمس الجسم ويشكل خاص المرض وأعراضه (بومدين، 2004، صفحة 07).

هنالك العديد من المحاولات التي حاولت تفسير الظواهر الطبية قبل نشأة علم الطب الحديث. وقد كانت معظم الأفكار المتعلقة بعملية الصحة والمرض تندرج تحت تعليلين أساسيين هما التعليل الشخصي والتعليل الطبيعي، فالتعليل الشخصي يتبنى فكرة أن المرض ما هو إلا عدوان يقع على الشخص أو أنه نوع من العقاب الذي ينزل بالشخص أي أنه قد يحدث بسبب غضب من الآلهة أو بسبب قوة خارقة أو حتى بسبب الأرواح الشريرة والأشباح.

وبالرغم من أن الخرافات تحكم أفراد هذه الجماعات، إلا أن هنالك بعض الاستثناءات، حيث يفكرون بطريقة سليمة فيما يتعلق ببعض الظواهر مثل الحروق والحميات والولادات.

ويختلف الطب الصيني القديم عن طب القبائل البدائية في أن المريض لا يلجأ إلى الكهنة والسحرة وإنما يبحث عن العلاج باستخدام الأعشاب الطبية.

ومن الجدير بالذكر هنا أن المدارس الفكرية الأوروبية ظلت متأثرة بكل من (التعليل الشخصي والتعليل الطبيعي) حتى نهاية القرن الثامن عشر.

ولكن بعد ظهور النموذج العلمي للطب الذي أوضح أن لكل مرض أسبابه العلمية المحددة حدث تغيير في عملية تفسير الظواهر المرضية وفي العلاج وفي نفس الوقت (السيد، 2007، صفحة 28).

2. 3 التعريف البيولوجي للمرض (مرض الطبيب):

للمرض معان بيولوجية عديدة، منها فقد الإحساس الجسدي والعقلي العادي، أو هو قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته أحسن قيام (يوسف، 2007، صفحة 26).

هذا الاتجاه يعني أن تعريف المرض بيولوجيا يعتمد على المؤهلات العلمية للأطباء المعتمدة على المكتسبات العلمية والمعرفية والنظرية بجسم الإنسان.

3. النظريات المتعلقة بمسببات المرض:

يرى الكثير من العلماء أنه يمكن تفسير المرض عن طريق إحدى النظريتين التاليتين:

3. 1 نظرية السبب الواحد للمرض: single cause

تفترض هذه النظرية أن المرض يحدث نتيجة مسبب واحد محدد، وفي حالة ظهور وبروز هذا المسبب فإنه يظهر المرض. ومما دعا ظهور هذه النظرية وتدعيمها، اكتشاف الميكروبات كمسببات للأمراض، وفي غمار موجة الحماس التي صاحبت اكتشاف الميكروبات، تناسى العلماء آثار البيئة على الميكروب، وعلى العائل المضيف، وكذا تناسوا صفات العائل ومدى مقاومته.

3. 2 نظرية الأسباب المتعددة للمرض: Multiple causes

هذا المفهوم لا يعتبر المستوى الصحي للفرد أو المجتمع في حالة ثابتة استاتيكية، بل يعتبر في حالة حركة ديناميكية، وذلك لأنه ينتج من تفاعل عدة قوى أو عوامل يعمل كل منها في اتجاه قد يكون إيجابيا أو سلبيا فيما يتعلق باكتساب الصحة أو فقدها، ويكون المستوى الصحي في أي وقت، بمثابة محصلة أو نتيجة للتفاعل الذي ينشأ بين هذه العوامل، فإذا تغلبت العوامل السلبية، ظهرت الحالة المرضية، وإذا تغلبت العوامل الإيجابية استمرت حالة الصحة والسلامة (عبد الهادي، 2006، صفحة 125).

4. المعنى الاجتماعي للمرض:

إذا كانت مهام الطبيب هي فهم كيفية وقوع المرض ومعالجته، فإن مجهوداته تكون غير ذات جدوى إن لم تراعى أهمية العوامل الاجتماعية للمرضى. فمن خلال المنظور الاجتماعي فان التكيف عملية بالغة التعقيد، لأنها

تشمل قدرات الإنسان الأدائية ومهاراته ومدى تلاؤمه مع البيئة الاجتماعية (المكاوي و الجوهري محمد، 1990، صفحة 439).

فهناك اعتبارات اجتماعية تحكم وتحدد تعريفات المرض المنبثقة عن خبرة الناس نتيجة لعضويتهم في جماعات مختلفة بالإضافة للسن والنوع والظروف الأسرية والأصول الاجتماعية والطبقية. حيث أن المعنى يتبلور في اعتبار المرض من صنع القوى فوق الطبيعية ويظهر فقط في الإنسان على حين يذهب تعريف آخر أن المرض (عرض يعتلي مجتمعا بأثره أو جماعة بأثرها.. فالأسرة على سبيل المثال يمكن أن تكون وحدة حقيقية للأمراض)، إذ تدل الشواهد على أن الشخص الذي تظهر عليه أعراض المرض والمتألم منه (والمريض الفعلي)، قد يكونون أشخاصا مختلفين وفي مثل هذه الحالات يمكن القول بأن الأسرة كلها مريضة (سلامة، 2007، صفحة 40).

وعليه فلا أهمية لتوصيف العلاج الطبي دون الوضع في الحسبان العوامل الاجتماعية بنفس الدرجة مع العوامل البيولوجية في تشخيص الأمراض. (أي أن مرض الطبيب هو العوامل البيولوجية+العوامل الاجتماعية+مرض المريض).

4. 1 الطب في نظرية الصراع الاجتماعي

ترى نظرية الصراع أن المعافاة الصحية تعتبر مصدراً من المصادر التي يحسب لها حساب عند الرأسماليين (ويتكن، 1986، صفحة 26). فكما حازت الطبقة الرأسمالية على قصب السبق في الثروة، والقوة السياسية، والمنزلة الاجتماعية، فقد اعتبرت المعافاة الشخصية مصدراً من مصادر القوة التي ينبغي أن يسيطر عليها الأغنياء في المجتمع الرأسمالي. ولما كان المجتمع الرأسمالي مبنياً على المنافسة الاقتصادية، فإن المنافسة للسيطرة على النظام الصحي تحمل معها كل معاني المنافسة الاقتصادية؛ لأن النظام الصحي يدر على الطبقة الرأسمالية مقداراً هائلاً من الثروة، ناهيك عن اندماج قادة النظام الصحي في العملية الرأسمالية، وخصوصاً الاستثمار وما يصحبها من قدرة على تحويل القوة الاقتصادية إلى قوة سياسية. وإذا كان توزيع الثروة في المجتمع الرأسمالي محصوراً في الطبقة الرأسمالية القوية، فإن النظام الصحي . بكل ما يجلبه من خيارات . سيكون حتماً في قبضة اليد الرأسمالية.

وحسب هذه النظرية فإنه من حق الفرد في المجتمع الرأسمالي التمتع بصحة جيدة؛ ولكن لتحقيق ذلك يجب الالتفات إلى مسألتين، الأولى: حالته المعيشية والسكنية. والثانية: المستشفى الذي يعالج فيه وقت المرض. فإذا كان ذلك الفرد عضواً في الطبقة الرأسمالية، فإن السكن الذي يسكنه ونوعية الطعام الذي يتناولها يساهمان مساهمة كبيرة في المحافظة على صحته وعافيته. وحين المرض، فإن الأموال التي يمتلكها تستطيع أن تفتح له

أبواب أفضل المستشفيات وتضع في خدمته امهر الأطباء. أما الفقراء فان ظروف معيشتهم وسكنهم، ونوعية غذائهم تعرضهم لشتى أنواع الجراثيم والفيروسات، وفي النهاية تنهار مناعتهم الجسدية ضد الأمراض، وتضعف مقاومتهم. ولا شك أن وضعهم المادي الذي لا يساعدهم على دفع أجور المستشفى والطبيب والدواء يؤدي إلى حرمانهم من الخدمات الطبية. وكما كان متوقعا فان التوزيع غير العادل للخدمات الصحية، هو النتيجة الأساسية لانعدام العدالة في توزيع الثروة الاجتماعية وما يترتب عليها من إنشاء نظام طبقي بنا في مفاهيم المساواة الإنسانية. ونتيجة لهذا التفاوت الصحي بين الطبقتين الغنية والفقيرة، تتوفر للأغنياء مصادر الثقافة الطبية العامة، وطرق التغذية الصحيحة، وتوفر لهم أموالهم سبل العلم عن الأمراض، مما يؤدي إلى اهتمامهم بالأعراض المرضية، وسرعة التحرك طلبا لمعاينة الطبيب، على عكس الفقراء الذين لا يعيرون اهتماما للأعراض المرضية، ويتمنون الشفاء دون معاينة طبيب مختص (الاعرجي، 1994، صفحة 28).

4. 2 الثقافة والصحة: هل من علاقة؟

يلاحظ أن مفهوم الثقافة والصحة يتداخلان. فالثقافة السائدة في المجتمع من عادات وتقاليد وأعراف، تؤثر في الكثير من الجوانب الصحية، وفي درجة الوعي بالأمر الوقائية وفي مواقف واتجاهات الناس تجاه المرض وأساليب المعالجة. وكثيرا ما نجد تعارضا بين بعض المظاهر الثقافية السائدة في المجتمع وبين أساليب الرعاية الصحية الجيدة، حيث يلجأ الكثير من الأفراد إلى الطب الشعبي حيث تحتوي الثقافات على كم هائل من المعلومات والممارسات المتعلقة بالعلاج، أو إلى بعض مظاهر السحر والشعوذة لمواجهة الأمراض إذا استعصى الأمر.

ويرى فلانز وكيوب انه يمكن انثروبولوجيا تصنيف معتقدات مختلف الثقافات حول مفهوم المرض إلى:

1. الوصف العام والتشخيص للمرض بما يميزه عن الظواهر الاجتماعية الأخرى.

2. مظاهر المرض وأعراض كما عايشها المجتمع.

3. أسباب المرض الموضوعية والغيبية.

4. تصنيف الأمراض وأساليب التعامل معها.

5. الأحكام والمواقف الاجتماعية والنفسية من ظاهرة المرض.

يعد إيزنبرغ Eisenberg من أكثر الباحثين الذين اثاروا نقاشات حادة حينما ميز بين المرض والعلّة disease and illness، وذلك بإثارته للتباين في إدراك المرض بين الطبيب والمريض، فاقترح التمييز بين illness كمرض للمريض، و disease مرض كما ينظر إليه الطبيب، حيث قال: "أن العلة هي خبرات تغير

تقدير الذات واحترامها وكذلك الوظيفة الاجتماعية، أما الأمراض في النموذج العلمي للطب الحديث فهي اختلافات في بنية وظيفة أعضاء الجسم وأجهزته".

ويؤكد الباحث انه لا توجد علاقات مباشرة بين المفهومين السابقين، فحينما يصل المرض إلى درجة قصوى، عندها فقط تصبح العلة لا مفر منها، وبالمقابل نلاحظ أحيانا أن المرض موجود لكن المريض لا يشكو من أية علة، ويضرب لنا مثالا عن ارتفاع ضغط الدم hypertension التي قد تكون مخيفة للطبيب، في حين لا يعترف المريض انه يعاني من أي مرض كان، وقد يرفض تناول أي دواء حتى ولو فسر له الطبيب انه علاج لمرضه (Aslam, 1998, p. 10).

المريض لا يهتم تحديد معنى الصحة والمرض لغويا وفنيا، ولا يهتم الانخراط في كليات الطب لدراسة الصحة وحدودها والأمراض وأعراضها، فهو يشعر بأنه طبيعي في وقت ما، ثم يشعر بأنه أصبح غير طبيعي ويسمي نفسه حينذاك مريضا وربما يسعى لطلب العلاج. أما الأعراض التي تنتابه وأهمها بالنسبة له الألم، فتتمثل عنده الشيء غير الطبيعي الذي يجب التخلص منه، مع أنها عند الطبيب لا تعني إلا دليلا هاديا إلى المرض. ومن الملاحظ أن من الناس من يسعى للطبيب طلبا للتشخيص والعلاج لأبسط الأعراض، وآخرون يتباطئون، لأنه من المهم عند المريض انه هو نفسه الذي يقرر انه مريض وانه محتاج للعلاج، وانه محتاج لرخصة شرعية في أن يكون مريضا.

ومن المنظور المفاهيمي، هناك فجوة بين المفاهيم "العامة" عن الصحة والمرض، والمفاهيم العلمية. لذلك لا نبالغ إذا قلنا أن فعالية ونجاح العملية العلاجية تتوقف إلى حد بعيد على فهم وقبول المريض للمعنى أو التشخيص الذي يعطيه الطبيب للمرض، وإلا فإن المريض لن يتبنى تفسير الطبيب وقد لا يساهم في العلاج بطريقة فعالة (كعدم تناول الدواء في الوقت المحدد وجرعات مناسبة).

وفي مجمل القول فإن مفهوم المرض ثقافيا يأخذ عدة معان:

أ. **المعنى المقدس الديني:** هناك عودة ورجوع دائم للتفسيرات الدينية لدى عامة الناس عند تعقد حالاتهم الاجتماعية، لذلك نجد من العبارات المتداولة "الطبيب يداوي والشفا بيد ربي"، "خلق الله الدا والدوا"، "الطبيب وسيلة في يد ربي" (بومدين، المعنى الاجتماعي للمرض، 2003).

ب. **المعنى السحري:** الكثير من الأفراد من يفسر الأمراض والآلام على أنها نتيجة الغيرة أو أهداف دينية دبرها الآخرون مثل العين أو السحر. فالمرض ليس أمرا داخليا خاصا بالمريض، ولكنه حادثة خارجية دخلت بغير وجه

حق ويجب إبعادها وإخراجها بسرعة (Aouattah, 2007). ويمكن أن يفسر المرض على أنه لعنة حلت بالفرد بسبب خطأ ارتكبه "خرجت فيه الدعاوي".

وعلى هذا يرى فرانسوا لابلانتيه François laplantine أن تصورات المرضى كالتالي:

1. المريض يتصور الطبيب كشخص "يضيف" (دواء) وليس شخصا "يأخذ" (عينة من الدم).
2. يتمنى المريض الحصول على الدواء والحقن، بدل أن تتم عليه الجراحة لإزالة أعضاء منه.
3. يعيش المريض حالة الشفاء عندما تكون العملية الطبية فيها إضافة وليس عملية حذف (Laplantine, 1991, p. 26).

5. العلاقة طبيب/مريض: صراع الأدوار

الكلام عن العلاقة بين الطبيب والمريض، تحتم على الباحثين في الدراسة عن دور كل منهما. فعلماء الاجتماع عند دراستهم لتفاعل الأفراد غالبا ما ينظرون إلى هؤلاء الأفراد كممثلين يقومون بأدوار معينة. فالطبيب والممرض والمؤسسة الإستشفائية والمريض ومرافقه.. كلها مراكز اجتماعية تجعل منا نتوقع أدوارا مختلفة لكل منها. ويجب الإشارة إلى أن التوقعات الاجتماعية للأدوار تستمد عناصرها من مكونات البناء الاجتماعي (كالقيم والدين (الوحيشي و الدويبي، 1989، صفحة 116) والثقافة المحلية).

5.1 دور المريض:

يشغل كل فرد في المجتمع عدة أوضاع اجتماعية، وكل وضع يحدد له دورا يلعبه في الحياة. فإذا أصيب الفرد بمرض ما فإنه سيضعه في موقف اجتماعي جديد يؤثر حوله مجموعة من العلاقات والارتباطات الاجتماعية. فرغم أن الحالة المرضية بيولوجية، إلا أنها تتأثر بالتفسير والإدراك والتقييم الاجتماعي لها، لذلك فإن سلوك المريض يتأثر عادة بالمحيطين به (أفراد أسرته والمحيطين به)، وبالتالي سيتأثر دوره بأفعالهم واتجاهاتهم.

وتعتبر الوظيفة الأساسية لدور المريض هي تكييف حياته الخاصة مع أوضاع مرضه بان يضع نفسه كمريض بالموازاة مع أدواره الحياتية الأخرى، ولعل هذا الدور سيعزل بعض الأدوار الأخرى، ولأجل هذا الأخير، فإن البعض يحلو لهم أن يتخذوا من دور المريض وسيلة لمواجهة بعض مواقف الحياة كعدم الذهاب إلى العمل أو المدرسة. وتسمى هذه الأخيرة إذا تفاقمت متلازمة منشاوزن - Munchausen Syndrome تعرف بأنها خلل نفسي يدفع الشخص للتظاهر بالإصابة بالمرض، فيدعي الألم واختباره مجموعة من الأعراض المرضية وقد يذهب حتى إلى المستشفى ويخضع الطبيب لإجراء مجموعة من الفحوصات الطبية والتي غالبا ما تكون نتيجتها سليمة.

ولو تعرض لإصابة فعلية فتجده يعبث بها بشكل دائم لضمان عدم النثام الجرح كي يتمكن من عيش دور المريض.. فعلياً هذه المرة.. لأطول فترة ممكنة (عز الدين، 2015).

5. 2 أهم المشكلات التي تواجه المرضى

إن المريض بأي نوع من أنواع المرض التي تؤثر على جسده وتعيق من قدرته على أداء أنشطته اليومية أو تعيق بعض من وظائف جسمه لا يعاني فقط من هذه آلام جسمية وفسولوجية فقط وإنما تؤدي إلى مشكلات وتحديات اجتماعية، ونفسية سيتعرض لها بعد مرضه تسبب له قصور على أداء المهام، والمسؤوليات المطلوبة منه بحكم مركزه الاجتماعي وأدواره التي اعتاد القيام بها. وبالتالي تتعدد أنماط المشكلات التي تواجه المرضى، ويمكن تحديدها في:

النمط الأول: المشكلات الاقتصادية:

يتسبب المرض في الكثير من المشاكل الاقتصادية، وتبدو واضحة في المستشفيات العامة، حيث يذهب إليها فئات ذات مستوى اقتصاد منخفض، وهذه المشكلات قد تدفع المرضى إلى مقاومة العلاج ورفضه، أو تكون سببا في انتكاس المريض أو في تأخير الشفاء (السروجي و ابو المعاطي، 2009، صفحة 197). واهم المشكلات المادية:

- يتعرض الكثير من المرضى إلى الانقطاع عن العمل وبالتالي انقطاع مصادر الرزق.
- صعوبة التكيف مع متطلبات العلاج الطويل من الناحية التمويلية (الحسن، 2008، صفحة 374).
- الإصابة بأمراض مستعصية مع سوء الحالة الاقتصادية وعدم القدرة على تلقي العلاج المناسب.

النمط الثاني: مشكلات العلاقات الاجتماعية:

- إذا كان مرض أحد الزوجين ميثوس من شفاؤه أو نتج عن المرض عجز جنسي وخاصة إذا كان الزوجين في بداية حياتهما فإنه يصعب بل يستحيل أحيانا الاستمرار في الحياة الزوجية.
- معاملة المريض تؤثر على مستقبل العلاقة الأسرية حيث يخرج المريض بعد شفاؤه أكثر حبا أو كرها لأحد أفراد الأسرة حسب الخبرة التي مر بها أثناء مرضه (السروجي و ابو المعاطي، 2009، صفحة 198).
- قد تتأثر علاقات المريض الاجتماعية إذا كان يعاني من مرض خطير معدي، وقد يقطع بعض أصدقائه وأقاربه صلتهم به فيشعر المريض بأنه منبوذ منهم.

- قد يرفض بعض المرضى الإقامة بالمستشفى حيث يشعر المريض بالعزلة أو في نفس الوقت لا يستطيع ممارسة أنشطته الاجتماعية وعلاقاته المختلفة (السروجي و ابو المعاطي، 2009، صفحة 199).

5. 3 اعتبار المرض وصمة اجتماعية لدى بعض الناس:

كثيرا ما يحدث أن يتسبب المرض في إلصاق وصمة بالمريض، وهذا قد يؤدي إلى نفور الناس من فكرة المرض، وكثيرا ما يقتزن هذا النفور بإلصاق بعض الصفات السلبية بالمريض برغم عدم وجودهما أصلا. فهناك ردود أفعال كثيرة من أفراد المجتمع تجاه من لحقتهم ما تسمى بوصمة المرض. ردود الأفعال هذه قد تكون في صورة تجنب المريض أو عدم الاتصال به، أو إيداعه في أحد المصحات حسب المرض الذي يعاني منه. خوف الناس من المريض يرجع في المقام الأول إلى عدم معرفتهم بأسبابه. إذ أن المرض الذي تجهل أسبابه والذي لا علاج له، تدفع الفرد إلى عدم الاتصال بالمريض، حتى ولو لم يكن هذا المرض معديا (السيد، 2007، صفحة 102).

5. 4 اكتساب الدور المرضي: متى وكيف؟

اهتم تالكوت بارسونز TALKOTT parsons بتحليل دور المريض ووصف خصائص هذا الدور، ويمكن تلخيص هذا التحليل في النقاط التالية:

أولا: لا يعد المريض مسؤولا عن حالته المرضية، فعلى الرغم من أن دور المريض هو دور انحرافي (الفرد لا يؤدي دوره في الحياة الاجتماعية)، إلا أن المنحرف أخلاقيا يعتبر مسؤولا عن حالته، أما المريض لا يعتبر مسؤولا عن مرضه.

ثانيا: الطبيب هو الذي يقرر أن حالة ما مشروعة للإعفاء من بعض المسؤوليات والالتزامات.

ثالثا: إعفاء المريض من أدواره المتوقعة اجتماعيا، ليست دائمة وإنما على المريض أن يعمل على التخلص من المرض والعودة إلى أدواره العادية.

رابعا: من واجب المريض أن يسعى إلى الطبيب بحثا عن علاج لحالته، ومن واجبه التعاون تماما مع الطبيب وان يخضع للعلاج لكي يساعد القائم بعلاجه على تحقيق الشفاء.

الجدول 1: يبين تحليل بارسونز لدور الطبيب والمريض وحقوقهما:

دور الطبيب	دور المريض
التوقعات (الواجبات)	الواجبات والحقوق
1. لديه الكثير من المهارات والخبرات يستطيع أن يستفيد منها في علاج الأمراض المختلفة. 2. يعمل على تحقيق مصلحة المريض والمجتمع أكثر مما يعمل على تحقيق مصالح خاصة مادية كانت أو غير مادية. 3. عليه أن يكون موضوعيا، ويعني هذا أن لا يحكم على سلوك المرضى بناء على قيم واتجاهات خاصة به، وإلا يتورط عاطفيا مع المرضى مما يؤثر على قدرته على العمل. 4. عليه أم يلتزم بقواعد وقرارات ممارسة مهنة الطب.	1. يجب على المريض أن يرغب في تحقيق الشفاء من المرض بأسرع ما يمكن. 2. عليه أن يبحث عن علاج طبي لمرضه وان يتعاون مع الطبيب المعالج. 3. من حقه أن يسمح له بالتخلي عن بعض مسؤولياته وأنشطته المعتادة (كالعمل أو الدراسة أو الأعمال المنزلية). 4. ينظر إلى المريض على أنه في حاجة إلى مساعدة ورعاية فهو لا يستطيع أن يشفى من مرضه بناء على رغبته أو قراره الشخصي.
الحقوق	
1. من حق الطبيب أن يفحص جسم المريض وان يستجوب المريض عن خصوصياته سواء الخاصة بحالته الجسمية أو بحياته الخاصة. 2. يمنح الطبيب قدرا أكبر من السلطة في عمله وفي علاقته مع العاملين معه. 3. يشغل الطبيب وضعا يمثل القوة والنفوذ في علاقته مع المريض.	
المصدر: الجدول من تصميم الباحث حسب: الحسن، 2008.	

6. العلاقة طبيب/مريض:

يختلف تفسير المرض من مريض إلى آخر، ويتنوع -على اثر ذلك- اندفاع المريض نحو العلاج. فبعض الأفراد يفضل العلاج الطبيعي والبعض الآخر يفضل العلاج الطبي الذي تقدمه المؤسسة الطبية، وهو القائم على أساس العلوم والأجهزة الطبية الحديثة.

وطريقة الطبيب في وضع العلاج هو ربط الأعراض المرضية باسم مرض معين، فيتم على ضوءه تشخيص المرض والعلاج، لأن المرض المجهول يصعب علاجه. ولا شك أن دور الطبيب حاسم في تشخيص الحالة المرضية حتى يتم التعامل معها اجتماعيا. فقد يشعر الفرد باضطراب ولكن لا يعرف هل انه مريض أم لا، فدور الطبيب هنا هو تحديد وجود الحالة المرضية. وعلى ضوء حكم الطبيب يتعامل المجتمع ونظامه مع المريض. فإذا حكم الطبيب بوجود المرض اقتنع النظام الاجتماعي بمرض ذلك الفرد ورتب على ذلك حكما معينا، كإعفائه من دوره ومسؤولياته الاجتماعية. وإذا حكم الطبيب بعدم وجود المرض تصرف النظام الاجتماعي تصرفا مغايرا للتصرف الأول، وأنكر على المتمارض أسلوبه في التهرب من المسؤوليات الاجتماعية (الاعرجي، 1994، صفحة 44).

ولهذه المسؤولية فان الطبيب يعتمد في تشخيصه للمرض على نمطين: **يشخص علامات المرض** من خلال فحص دقات القلب، ومستوى الدهون في الدم، ومستوى السكر في البول. أما **الأعراض** فيفحصها الطبيب من خلال **شكوى المريض**، أمثال النقيؤ، وأوجاع البطن، وضعف الجسد ونحوه. وهذا التمييز بين الأعراض والعلامات مهم في تشخيص المرض، لان المريض قد لا يأخذ بعض الأعراض من الأهمية بمكان، أو يتغاضى عنها خوفا من الطبيب حتى لا يؤنبه، أو ربما كانت الأعراض عن فعل لا أخلاقي (كشرب الخمر أو تناول المخدرات أو فعل الزنا) وهذا الأمر ما يجعل التشخيص ناقصا وربما مغايرا للواقع وبالتالي فان العلاج لن يكون صحيحا، وهذه من أسباب الأخطاء الطبية.

ومما يلاحظ أن التفاوت العلمي بين الطبيب والمريض يؤثر في عملية الاتصال بينهما، فالمريض الذي لا يستطيع القراءة والكتابة، ولا يفهم طبيعة عمل أعضائه الحيوية لا يفهم مجمل كلام الطبيب، مهما أوتي ذلك الطبيب من قدرة على التبسيط والتعبير والنقاهم. وهذه الفجوة تخلق مشكلة اجتماعية في فصل الطبيب عن المريض فصلا اجتماعيا طبقياً (بعدما كان فصلا علمياً)، وهو ما يؤدي إلى حرمان المريض من الحصول على مراده في العلاج الكامل.

وقد يلعب الطبيب دورا في إخفاء المعلومات الأساسية عن "زيونه"، مما يجعل منه الشخص المتعلم والملم، صاحب السلطة، في عين المريض. وهذا الدور النفسي الذي يلعبه الطبيب، سببه أن مشاركة المريض لمعلومات الطبيب بقدر متساو قد يهدد المنزلة الاجتماعية والسلطة النفسية التي يصنعها الطبيب لنفسه أمام المريض المعالج (الفصل الاجتماعي والعلمي)، وربما كان هذا الأمر من الطبيب حتى مع العاملين معه في المستشفى ممن هم دونه في الرتبة العلمية كالمساعدين الطبيين، أو حتى على زملائه الأطباء، وإن كان هذا الأمر يمكن تبريره في العيادات الخاصة لاحتفاظ الطبيب بالكثير من أسرار العلاجات التي "تدر" عليه الكثير من المرضى، فهو في المستشفيات العمومية لا يخدم السير الحسن للعمل الطبي، ويمكن أن يصير العلاقة طبيب/مريض إلى علاقة التاجر بالمستهلك، أو البائع بالمشتري. فالاستشارة الطبية حالها حال البضاعة التجارية التي تنتظر من يشتريها من السوق الطبي.

بالإضافة إلى أن توقعات المريض عند الذهاب إلى الطبيب عظيمة ومبالغ فيها في بعض الأحيان، فهم يريدون تفهما كاملا لمشاعرهم، وسعة صدر كبيرة، ووقتا بدون حدود وهذا ما يمكن تحقيق بعضه وعدم تحقيق أخرى. لذلك فإن المريض تمتزج عنده أعراض المرض البدنية مع القلق والخوف والألم مما يجعله أقل صبرا وحكمة (الوحيشي و الدويبي، 1989، صفحة 122).

6. 1 صراع الأدوار:

يحمل دور الطبيب بحكم موقعه ومركزه الاجتماعي، ومختلف الأدوار التي يشغلها في حياته الاجتماعية، الكثير من الضغوطات والصراعات والتوترات. وبما أن المؤسسة الصحية (المستشفى أو المركز الصحي ..) التي يقوم فيها الطبيب بدوره تجاه المريض، هي الموقع الذي تتم فيه العملية الاتصالية مع المريض (ومرافقيه)، ويتفاعل فيه مع غيره من العاملين (مساعدين وأطباء وإداريين)، كل هذه الظروف عمل على إنتاج عدة مشكلات صراعية مع مختلف الأطراف، أهمها:

أ. **موقف الطبيب مع مجموعة من المرضى:** يمكن أن تتعارض مصلحة مريض مع رغبات المرضى، كأن يكون مريض في حاجة إلى عناية مركزة فيلقى الاهتمام من الطاقم الطبي، يمكن أن بهمل بقية المرضى أو يوليهم اهتماما أقل.

ب. **الطبيب الأستاذ مع طلابه والمرضى:** في جميع المستشفيات الكبيرة يكون هناك العديد من طلبة الطب، يرفض الكثير من المرضى أن يكونوا حقل تجارب أمام عديد الطلبة، خاصة إذا كان المرض يمس أماكن حساسة.

ج. الأجهزة والمعدات: صراع قد يحدث للطبيب أثناء أداء دوره وهو توزيع المصادر والإمكانات النادرة المتوفرة بالمستشفى بين المرضى. فإذا كانت الإمكانيات قليلة فعلى الأطباء أن يختاروا (مع صعوبة الاختيار) من هو المريض الذي يمكن أن يستفيد منها.

د. تطور مرض المريض: قد يجد الطبيب نفسه في حرج لإيجاد توازن بين حاجات المريض في الوقت الحاضر، وحاجات نفس المريض في المستقبل. فالمريض وأسرته دائماً ما يطالبون المعالجة ويصرّون عليها رغم أنها تجلب آمالاً كاذبة، وتطيل من معاناة المريض، حتى أنه يمكن أن يبقى "على قيد الحياة" باستعمال الأجهزة الصناعية، وفي الحقيقة هو ميت لأن كثيراً من أعضاء جسمه لا تعمل.

هـ. الخوف من الفشل: الطبيب لا يرغب في الاعتراف بالفشل، لأن واجبه كطبيب هو محاربة المرض وحفظ الحياة، ويتوقع من المريض التمسك بالحياة، بالرغم من موته المحقق. فالكثير من الأطباء يرون أن موت مرضاهم هو دليل فشله. والهروب من حقيقة الفشل في معالجة المرضى قد يشكل صدمة للمريض وأسرته.

و. تداخل المصالح: قد يقع الأطباء في مرات عديدة في مواقف صعبة الاختيار بين مصالح المريض أم مصالح أسرته، فإذا كان المريض العقلي يحتاج إلى العلاج في المستشفى وهو لا يريده، فهل يقف مع المريض أم أسرته. وكيف يحفظ أسرار المرضى إذا وقف أمام الشرطة مثلاً، وهل يعالج مجرماً من جروحه دون إخبار السلطات عنه..

6. 2 المحيط الاجتماعي للمستشفى:

إن موقع المستشفى والأحياء القريبة منه وقربه أو بعده عن التجمعات السكنية وإجراءات القبول فيه ونوعية المرضى الذين يرتادونه وغيرها من العوامل تسهم إسهاماً مباشراً في كفاءة وسير عمله، ومن الطبيعي أن تشهد معظم المستشفيات الكثير من الضغوط المجتمعية، ويتمثل ذلك في انعدام الوعي والحس المجتمعي بضرورة التعاون مع العاملين في المستشفى. ومن بين الأسباب الصدام أن هناك من المرضى من لا يقدر الخدمات المجانية المقدمة له، وهناك من ينظر إليها وكأنها حق مكتسب له دون سواء ولا يتردد في الإشارة إلى أن هذا مستشفى حكومي (رزق الباليك)، وبالتالي فلن يسمع إلى كلام أي شخص من العاملين داخل المستشفى.

من جانب آخر فإن تنوع العاملين في المستشفى يتميزون بالتفاوت العلمي، وبالتالي تفاوت في المواقع والمسؤوليات، وهذا ما يجعل الانسجام بينهم أمراً يحتاج إلى بعض الوقت. والكثير من المرضى وذويهم يتجهون في المستشفيات في البحث عن من يتكفل بهم، إذا كان هناك هروب من المسؤولية. ولعل مما يزيد الأمور تعقيداً أن اللغة المعمول بها داخل المستشفيات هي غالباً اللغة الفرنسية. فالطبيب في معظم عمله بالإضافة إلى هيئة

التمريض والكوادر الطبية الأخرى يستخدمونها، مما يجعل المريض يواجه صعوبة في التفاهم والاستفسار عن حالته الصحية. ومهما كانت المبررات فإن حاجز اللغة بين المريض وبين العاملين في المستشفى يشكل حاجزا نفسيا والكثير من حالات سوء الفهم وعدم الارتياح المتبادل سببها الوحيد عدم فهم الطرف الآخر بسبب اختلاف اللغة، ويبقى التفاهم الشخصي باستخدام لغة واحدة أكثر مصداقية وفعالية (جبرين، 2002).

7. خاتمة:

هناك علاقة وثيقة بين المجتمع، الطب، الصحة والمرض، وقد اشتغلت العديد من فروع العلوم الإنسانية والاجتماعية لدراسة هذه العلاقة، من خلال بعض المقاربات، فاهتموا بالمداخل الثقافية التي تساهم في تشكيل وصياغة تعريفات الصحة لدى الأفراد، وكذلك تحدد أنواع الاستجابات التي تصدر منهم في ضوء تلك المعارف، وتأثير ذلك على العلاقة بين الطبيب (بصفته الشخص القادر على التشخيص وإصدار العلاجات الضرورية للقضاء على المرض) والعلاقة مع العناصر الثقافية التي توجه سلوك الأفراد في حالتها الصحية والمرض.

أن معرفة مضمون الثقافة لأي مجتمع يوفر إمكانية التنبؤ لمجريات الأحداث التي يمكن أن تقع بين طرفي العلاقة طبيب/مريض، وعلى ضوءها يمكن التخفيف من درجة الصراع الواقع بينهما. لذلك فنرى (أصحاب البحث) أن أحسن وسيلة لذلك هي توفر طرف ثالث لتصحيح المعادلة ألا وهو الأخصائي الاجتماعي النفسي في المجال الصحي، فهذا الأخير بمعارفه التي سيتلقاها في الميدان الاجتماعي والتي سيأخذها على حول المجال الطبي، يمكن أن يكون همزة وصل تخفف من المشكلات المتوقعة عند التقاء الطبيب والمريض.

8. المراجع:

1. Aouattah, A. (2007). Bensmain belkacem : le sens de la maladie dans la culture maghrebine arabo-islamique. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-2-page-161.htm>: <https://www.cairn.info>
2. Aslam, m. (1998). pouvoir de guerir, povere social et prestige religieux: au tour du cheikh kurd (these nouveau regime en ethnologie). marseille, france: universite aix marseille.

3. Laplantine, F. (1991, decembre). ANTHROPOLOGIE DE LA MALADIE. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. sciences humaines.
4. ابراهيم عبد الهادي. (2006). الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية. الاسكندرية، مصر: سلسلة جدران المعرفة.
5. احسان محمد الحسن. (2008). علم الاجتماع الطبي دراسة تحليلية في طب المجتمع. عمان، الاردن: دار وائل للنشر.
6. احمد بيري الوحيشي، و عبد السلام بشير الدويبي. (1989). مقدمة في علم الاجتماع الطبي. بنغازي، ليبيا: الدار الجماهيرية.
7. امينة منصور يوسف. (2007). المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية. الاسكندرية، مصر: المكتب الجامعي الحديث.
8. ايمن مزاهرة، و آخرون. (2003). علم اجتماع الصحة. عمان، الاردن: دار اليازوري للنشر والتوزيع.
9. زهير الاعرجي. (1994). النظام الصحي .. والسياسة الطبية في الاسلام. قم، ايران: مطبعة قم المشرفة.
10. سليمان بومدين. (2003, 12 31). المعنى الاجتماعي للمرض. مجلة العلوم الانسانية، 14، الصفحات 40-31.
11. سليمان بومدين. (2004). التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر (اطروحة دكتوراه). قسنطينة، جامعة قسنطينة، الجزائر: قسم علم النفس.
12. طارق السيد. (2007). اساسيات علم الاجتماع الطبي. الاسكندرية، مصر: مؤسسة شباب الجامعة.
13. علي المكاوي، و الجوهري محمد. (1990). علم الاجتماع الطبي مدخل نظري (الإصدار 1). الاسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
14. علي جبرين جبرين. (2002). دور الاختصاصي الاجتماعي مع المرضى طويلي الإقامة في المستشفيات. (قسم العلوم الاجتماعية، المحرر، جامعة الملك سعود، المنتج، و قسم الدراسات الاجتماعية) تاريخ الاسترداد 10 30، 2015، من faculty.ksu.edu.sa

15. محمد علي سلامة. (2007). العوامل الاجتماعية والاقتصادية واثرها على الوعي الطبي (الإصدار 1). الاسكندرية، مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
16. مصطفى طلعت السروجي، و ماهر ابو المعاطي. (2009). ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية. القاهرة، مصر: الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات.
17. نسرين عز الدين. (27 10, 2015). اكتشف .. هل انت مصاب بمرض نفسي. تم الاسترداد من www.sayidy.net: www.sayidy.net
18. هارود ويتكن. (1986). المرض الثاني: تناقضات العناية الصحية الراسمالية. (زهير الاعرجي، المترجمون) شيكاغو، الو م أ: مطبعة جامعة شيكاغو.