

المهنة الطبية : محدداتها ومحدوديتها من منظور علماء الاجتماع

محمد انفيفخ / طالب باحث بسلك الدكتوراه ، شعبة علم الاجتماع ، جامعة محمد الخامس ، الرباط ، المغرب

البريد الإلكتروني : med.nfifakh@gmail.com

ملخص:

يهدف هذا البحث إلى دراسة تطور الممارسة الطبية من العمل الديني إلى العمل الاجتماعي ووصولاً إلى ارتقاء هذه الممارسة إلى مرتبة المهنة، وبيان أن هذا الارتقاء ليس ارتقاء معرفياً علمياً خالصاً، بقدر ما هو ارتقاء في الوضع الاجتماعي للممارسة الطبية بالمجتمعات الأوروبية أولاً ثم بباقي بلدان العالم لاحقاً، وقد تم تحديد المهنة الطبية من منظور علماء الاجتماع ، وذلك من حيث طبيعتها وأدوارها ومكانتها في عالم المهن ، وتفسير العوامل المؤدية إلى ظهور هذه المهنة من جهة، وتفسير الارتقاء المهني لهذه الممارسة من جهة ثانية، وتم في الجانب الثاني إبراز حدود هذه الممارسة المهنية ، وذلك من خلال نقد طبيعة المعرفة الطبية التي تعد المدخل الأول المحدد للمهنة الطبية، ونقد الاحتكار الطبي المرتبط بمجالات الصحة والمرض والعلاج من حيث الخطاب والممارسة، وبيان أن هذا الاحتكار مبني على رؤية اختزالية لمفهوم المرض والصحة، وأن هذه المهنة قد انتقلت من ممارسة العلاج إلى الضبط الاجتماعي من خلال تحويل المشاكل الاجتماعية إلى مشاكل طبية خالصة.

الكلمات المفتاح: الطب ، المهنة الطبية ، الممارسة الطبية

Abstract:

This research aims to study the development of medical practice, starting from the religious action to the social one, ending in the ascension of this practicality to a job's grade. The purpose is also to highlight that this progress is not a pure scientific knowledgeable one but it is a progress at the level of social situation for medical practice in both European societies, This research aims to study the development of medical and other countries as Well. In fact, the medical job has been identified by the sociologists' views, at the level of its nature, roles, and position, in the jobs' world. Besides, there is the notion of illustrating the factors that do

not only lead to the emergence of this job but clarifying its practical progress as well. Concerning the second side, practical progress, there is the limits' display of this professional practice, through criticizing the nature of medical knowledge which is regarded as the first entry that identifies the medical job, and through criticizing the medical monopoly, related to health fields, disease, and cure, at the level of speech and practicality. Moreover, it is clarified that the monopoly is based on a brief vision for both the concept of health and disease. Furthermore, this job has moved from cure practice to social settings, by changing the social problems to pure medical problems.

Key words: medicine, medical job, medical practice

مقدمة:

لقد كان الطب عملا إحصانيا خلال القرون الوسطى ، وممارسته تدخل بشكل عام في العمل الديني، لكن بداية من النظرة الدنيوية التي بدأت تتشكل بأوروبا بداية من القرن السابع عشر ستجعل الطب عملا اجتماعيا خلال القرن الثامن عشر ، وأصبح الطب من الأدوات الرئيسية التي تعتمد عليها الدول الأوروبية ، وإن كان ذلك بشكل متفاوت ، لغاية ضبط المجتمع ، والمساهمة في بناء المجتمعات التي بدأت تقوم على التصنيع، لكن مكانة الأطباء داخل المجتمع كانت مكانة ضعيفة، وبداية من النصف الثاني من القرن التاسع عشر سيعرف الطب تحولات هائلة جعلت منه مهنة، بل معيارا لقياس المهن.

مشكلة البحث:

إن الطب حاليا ليس عملا إنسانيا، بل هو أساسا مهنة اجتماعية يتعاطاها أفراد معينون من خلال امتلاكهم أوصافا محددة ، ولم يعد من الممكن لأي كان ممارسة علاج الأمراض وبشكل خاص في المجتمعات الأوروبية، والممارسة المؤهلة لذلك معرفيا وقانونيا هي فقط الممارسة الطبية، لكن من الملاحظ أن هذه المهنة لا ترتبط بالتطور الداخلي المعرفي للطب ، بل ساهمت عوامل متعددة منها المعرفي كذلك في ارتقاء الممارسة الطبية إلى مهنة، بل اعتبار هذه المهنة من المهن العليا بالمجتمعات المعاصرة، وهذا ما جعل الطب محتكرا للخطاب والممارسة الطبيتين،

واختزال أمور الصحة والمرض إلى جوانبها الطبية فقط ، بل إن الطب قد تحول إلى أداة لتحويل المشاكل الاجتماعية إلى مشاكل طبية خالصة، لذلك فموضوع هذا البحث سيدور حول محددات المهنة الطبية وعلاقتها بهيمنة الطب الاجتماعية.

أسئلة البحث:

إن موضوع البحث المذكور هنا ينطلق من مجموعة من الأسئلة المترابطة الآتية:

- كيف تم الانتقال من الطب باعتباره ممارسة علاجية إلى الطب باعتباره مهنة؟

- ما طبيعة المهنة الطبية؟

- وما هي مظاهر القصور في مهنة الطب؟

أهداف البحث:

يهدف هذا البحث إلى ما يلي :

- إبراز طبيعة المهنة الطبية وشروط اكتسابها في المجتمعات المعاصرة.

- إبراز الجوانب البعيدة عن المجال الطبي في الممارسة الطبية.

- بيان جوانب الهيمنة في الخطاب والممارسة الطبيتين المعاصرتين.

أولاً: الطب من العمل الاجتماعي إلى المهنة

لقد أصبح الطب بداية من القرن الثامن عشر عملاً اجتماعياً بمجموعة من الدول الأوروبية، وذلك بخلاف ما كان عليه وضعه في القرون الوسطى، حيث كان العمل الطبي عملاً إحصانياً يندرج في العمل الديني بمعناه الواسع؛ لذلك فالأعمال ذات الطبيعة الطبية في هذه المرحلة لم تكن تخضع لإطار نظري يحدد عملها ، ويندرج العمل الطبي في " العمل الاجتماعي " بمعناه العام ، وبالتالي فإن تلك الأعمال لم يكن لها هدف نظري ، بل لها فقط « هدف عملي ، وتصغي بشكل واضح إلى الإدارة وتتوجه إلى سياستها »(Herzlich et Pierret,2010 : 123) ، وهذا ما جعل الطب بألمانيا منذ حوالي نهاية القرن الثامن عشر بمعنى ما عبارة عن " علم سياسي " ، وهذه النظرة ناتجة عن فلسفة معينة للحكومة قصد الزيادة المستمرة لمواردها وتحقيق الأمن والصحة للشعب ، ووراء هذا الهدف العام فإن للدولة الحق وعليها كذلك واجب التدخل في حياة الأفراد قصد تأمين الحفاظ على الصحة ، وفي هذا السياق سيبرز مفهوم " الشرطة الصحية " بألمانيا (Steffen Monika,1987 :10) .

لقد تميز الطب، باعتباره عملا اجتماعيا، خلال القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر بمجموعة من المميزات منها :

- إن هذا التيار قد عمل على ربط الصحة والمرض بمجالهما الاجتماعي العام ، ولم يعد بالإمكان ربط الصحة والمرض ببعدهما البيولوجي فقط ، بل أدخلت عوامل اجتماعية جديدة منها المناخ والمحيط البيئي وطبيعة الموارد الغذائية والتربية وغيرها .

- إن هذا التيار لم يكن تيارا علميا ، وبالرغم من أن عمله يرتبط بالمجال الطبي فإن هذا الأخير لم يكن منفصلا عن الخدمة الاجتماعية أو العمل الاجتماعي بمعناه الواسع ، وقد أصبح العمل الاجتماعي في هذه المرحلة يأخذ طابعا دنيويا وينفصل تدريجيا عن العمل الديني الذي كان يميز الممارسة الطبية الأوروبية بالقرون الوسطى ، والطبيعة العملية لهذا التيار هي ما جعلته عاجزا عن صياغة إطار نظري لعمله .

- لقد خضع هذا التيار إلى توجيه إدارة الدولة واعتبر الطب تبعا لذلك واحدا من أهم الوسائل التي تستعملها الدولة للضبط الاجتماعي ومشروعية التدخل في حياة الأفراد وهذا ما جعل من الطب " علما سياسيا " تراقب الدولة من خلاله المجتمع عبر " الشرطة الصحية " ، ولكن هذا التيار سيؤدي إلى بروز ما عرف في القرن التاسع عشر ولا زال إلى الآن موجودا وهو " الطب الاجتماعي " الذي أدى إلى نشأة علم الاجتماع الطبي من جهة ، وناهض وجوده في مرحلة ما من جهة ثانية .

لم يكن الطب قبل القرن التاسع عشر إذن علما بالمعنى الحالي للعلم ، بل كان عبارة عن ممارسة قائمة على التجارب البسيطة والمعارف المبسطة في كتب الأقدمين ، وهذا وضع يكاد يكون كونيا ، وهو ما جعل من وضعية الأطباء وضعية هشّة ؛ إذ لم تكن المكانة الاجتماعية مرتبطة بمزاولة الطب ، وهذا الأمر لا يعود إلى الطب فقط بل إلى محيطه كذلك حيث كان الفقر منتشرًا بين الناس بشكل واسع ، و " بالتالي فإن إقبالهم على الأطباء كان نادرا جدا ، بالإضافة إلى أن معرفة الأطباء لم تكن معروفة بشكل كبير عند الناس ، وهذا ما جعل الأطباء يعانون من منافسين متعددين مثل الممارسين التقليديين و " أصحاب التجربة " الذين كان عددهم كبيرا ، وحضور " القابلات " أمام النساء بشكل خاص ، كما كان الأطباء يعانون من النظرة الدينية التي تجعل العلاج واجبا إحسانيا (Adam et Herzlich, 2007:32) ، لكن بداية من الثلث الثاني للقرن التاسع عشر قد حدثت تحولات هامة في الطب ومحيطه الاقتصادي والاجتماعي جعلته " يخرج من عصوره الوسطى "،(Renaud et Bouchard, 1996:7) ويلج مرحلة جديدة ، وقد انتقل الطب عبر مراحل متعددة ليصل وضعيته الحالية .

المرحلة الأولى : مرحلة " الطب العيادي "

ففي بداية القرن التاسع عشر ظهر بأوروبا ما عرف بـ " الطب العيادي " ، وقد تأسس هذا الطب على ثلاثة مبادئ :

أولها : استيعاب المرض ، وذلك بفضل اقتراب الأطباء والجراحين من المرضى والممارسة المنظمة للتشريح .

وثانيها : تطوير الممارسين العياديين بعقريّة - في إطار العلاج بالمستشفى - ملاحظة " المريض المتواجد بالسرير " .

وثالثها : مواكبة تلك الملاحظة بالتقنيات الجديدة للأبحاث ، وهذا ما جعل الطب يحدث قطيعة مع ماضيه " ولم يعرف خلال تاريخه كله مثل هذه القطيعة المباشرة التي شهدتها في بداية القرن التاسع عشر ، وخلال عقود قليلة أصبح المرض شيئاً آخر ، ولم يعد موضوعاً خطابياً بل موضوعاً للملاحظة المادية ، ولم يعد الإنسان مخلوقاً استثنائياً ، وأصبحت الحياة التي ينعم بها تماثل نظيراتها عند كل المخلوقات الحية. (سورينا، 2002: 249)

المرحلة الثانية : مرحلة " الطب التجريبي "

وقد ظهرت بداية من منتصف القرن التاسع عشر مع تيار جديد مخالف للتيار السابق له ارتباطاً بمفاهيم الفيزياء والكيمياء ، وذلك تحت مسمى " الطب التجريبي " وقد تم ذلك من خلال مجموعة من الاكتشافات في الميدان الطبي سواء تعلق الأمر بالوقاية أم بالعلاج. (Adam et Herzlich, 2007 :29)

المرحلة الثالثة : مرحلة " الطب باعتباره مهنة "

وقد ظهر في نهاية القرن التاسع عشر أهم تحول في مجال الطب ، ليس في وضعه المعرفي فقط بل أساساً في وضعه الاجتماعي ، حيث أصبح الطب لأول مرة في تاريخه " مهنة " بالمعنى الخاص لهذه الكلمة ، وهذا الوضع الجديد هو الذي أصبح بمعنى ما موضوعاً لعلم الاجتماع ، وخاصة من قبل التيار النقدي الذي بدأ يتشكل مع نهاية الستينات من القرن الماضي ، فما هي إذن محددات " المهنة " بشكل عام و" المهنة الطبية " بشكل خاص ؟ وما هي أهم حدودها ؟

ثانياً : طبيعة ومحددات مهنة الطب

يتفق علماء الاجتماع على اعتبار وجود " المهن " من مميزات المجتمعات الحديثة ، فتطور المجتمعات الغربية بشكل خاص قد اقتضى ضرورة الانتقال من المجتمع القائم على الحرف إلى مجتمع آخر قائم على المهن .

يرى كل من بودون وبوريكو (2007: 546) أن علم اجتماع المهن يستند إلى ثلاث مساهمات رئيسية ، وهي تلك التي قام بها فيبر ودوركايم وبارسونز ، وقد شدد فيبر على أهمية المهن في المجتمع الغربي الحديث ، ويرى في عملية " الامتحان " العبور من نظام اجتماعي تقليدي إلى نظام اجتماعي يرتبط فيه وضع كل واحد بالمهام التي يقوم بها ، وحيث تخصص لهم تعويضات وفقا لمعايير " عقلانية " للكفاءة والتخصص ، فالمهنة غير موروثة كالفن ، ولكن يتم تحملها باعتبارها مهمة .

أما دوركايم فقد كان يبحث عن سلطة شرعية قادرة على تهدئة نزاعات المصالح التي تمزق المجتمعات الصناعية ، وإقامة حد أدنى من التماسك الاجتماعي بين أعضائه ، وقد اعتقد أنه وجد ذلك في التجمعات المهنية حيث تحكم كل مهنة آداب خاصة ، تطور عند أعضائها نظاما معيناً وتفصلهم عن الأنانية الفردية .

أما بارسونز فقد وسع ونظم تحليلات فيبر ودوركايم انطلاقاً من نموذج المثالي للعلاقات العلاجية ؛ إنها بالفعل العلاقة بين الطبيب والمريض التي حللها بدقة وبذل جهده فيما بعد لتعميمها ، وتعتبر مهنة الطب عند بارسونز نموذجاً للمهنة في المجتمعات الحديثة ، ومن خلال أعماله يتبين أن المهنة بشكل عام والمهنة الطبية بشكل خاص تتميز بما يلي:

1- الكفاءة التقنية :

ينتمي " الأطباء ، مثلهم في ذلك مثل المحامين ، إلى عالم المهن الحرة " ، (Cochoy, 100 : 2001 وبالتالي فإن ممارستهم تعتبر " صناعة طبية " ، (Cochoy, 2001 : 103) أي أن " الطبيب منتج والمريض مستهلك " ، (Batifoulier,1992:7) وقد انتقل " نمط العلاقة الزبونية، مع التخصص ، إلى داخل المستشفى " ، (Herzlich,1973:58) ومن ثم يرى بارسونز أن الطب باعتباره دوراً مهنيًا يتأسس على محتوى تقني محدد ، ويعد هذا المحتوى هو العنصر الأهم ضمن باقي العناصر المحددة لوضع الطبيب ، وتجد هذه الكفاءة التقنية أساسها في التقليد الثقافي الغربي الذي يقوم على تقسيم العمل الذي يؤدي إلى التخصص ، ومن ثم فالمهني كالتبيب مثلاً يتميز بكونه قد خضع لبرنامج تكويني نظري وعملي عال جداً ، ويختلف جذرياً عن المعارف والأعمال التطبيقية التقليدية .

إن دور الطبيب يتموقع - حسب بارسونز - في أعلى سلم الأدوار التي يتطلب إنجازها مستوى مرتفعا من الكفاءة التقنية ، فيتطلب معرفة دقيقة ومركبة ، كما يتطلب وجود مهارة عالية ، وتبعاً لذلك فإن الأمر يقتضي إعداداً طويلاً ومتواصلاً للطبيب ، وهذا ما يعطي صعوبات كبيرة في الشروط المعاصرة لامتلاك هذه المهنة ، وذلك بخلاف الشروط السابقة على العصر الحالي ، فالأمم مثلاً لم يكن يشترط فيها امتلاكها لخبرة تقنية لتكون مسؤولة عن صحة أطفالها ، فهناك إذن رابط ذاتي بين الأدوار الفعلية للطبيب ومتطلبات الكفاءة التقنية العالية ، بل أكثر من ذلك فإن المجتمعات الغربية تمارس ضغطاً كبيراً ليكون دور الطبيب مستوعباً لجميع المميزات المؤسسة لنظام المهن. (Parsons ,1955 :169)

إن الدور المعاصر للطبيب بهذا المعنى يجعله بعيداً على أن يكون حكيماً كما هو متداول في التراث الشعبي ، ولكنه فرد متخصص بدرجة عالية في مجاله الخاص من خلال تكوينه التقني وخبرته في المجال ، (Parsons ,1955 :170) لذا يتعين على الطبيب باعتباره خبيراً في مجاله الخاص أن يحدث قطيعة تامة ، ويفترض فيه أن يحدث تلك القطيعة مع كل ما هو خارج مجال تخصصه العلمي.

2- الحياد العاطفي :

يظهر الحياد العاطفي في مهنة الطبيب ، لأن الطب يعد علماً تطبيقياً ، ونحن ننتظر من الطبيب أن يعالج مشاكل موضوعية من خلال تعابير موضوعية وقابلة للتعليل بشكل علمي ، فإن يحب الطبيب هذا المريض أو لا يحب المريض الآخر فكل ذلك لا علاقة له بدوره ، لأن الأمر لا يتعلق بأمور عاطفية بقدر ما يتعلق بمشاكل موضوعية بشكل خالص أي علاج المرض المعين. (Parsons ,1955 :170).

3- التوجه الجماعي :

إن دور الطبيب ينتمي إلى مجموعة صغيرة من المهنيين الذين يركزون بشكل قوي على التوجه نحو الجماعة ؛ لأن " إيديولوجية " هذه المهنة تلزم الطبيب أن يضع " صحة المريض " فوق مصالحه الشخصية " وأن ينظر إلى " المتاجرة " بالمهنة باعتبارها مرضاً خطيراً جداً ، ومخادعة كبيرة يجب الصراع ضدها ، كما أن هناك خطأ فاصلاً بشكل واضح بين الطب و " الأعمال " ، فدوافع الربح منفصلة تماماً عن مهنة الطب ، إن المهنة لا تهدف مبدئياً إلى تحقيق الربح المادي ، فالمهني كالتبيب من غير المشروع له أن يجعل من الربح أولوية في عمله ،

ففي " نظام التطبيب الليبيرالي ، فالطبيب لا يختار زبناه على أساس قدرتهم المالية ، كما أنه لا يستطيع أن يتخلى عن مرضى في حالة خطر بحجة أنهم لا يمتلكون مقابلا للعلاجات الطبية "(بودون وبوريكو 2007: 547). وبدون شك فإن شعورا كهذا هو شعور مشترك بين كل المهن الحرة ، لكنه أمر مؤكد بشكل كبير عند الأطباء أكثر من غيرهم باستثناء ربما رجال الدين (Parsons ,1955 :170).

4 - الاستقلالية الذاتية

إن للمهنة استقلالية ذاتية في حدود معينة ، وهذه الاستقلالية ذات أوجه متعددة ، وفي المجال الطبي فإن الطبيب باعتباره مهنيًا يعد مستقلا عن زبانه ، كما أنه مستقل عن السلطات السياسية القائمة أو المؤسسات التي ينتمي إليها ، وتتجلى تلك الاستقلالية أساسا فيما يعود إلى خصوصية المهنة ، فالمهنة إذن " تحتكر ممارستها والاستقلال الذاتي الاستثنائي المتعلق بالممارسة وكذا بالمراقبة ، فالأطباء هم الذين يحددون مضمون الدراسات الطبية ويصوغون قانون الممارسة الطبية المتبناة من طرف الدولة ، ولا يخضعون إلا لجمعياتهم ، والمراقبة الممارسة عليهم هي أساسا مراقبة ذاتية " (Adam et Herzlich, 2007 :31). وهكذا فقد حدثت في نهاية القرن التاسع عشر تحولات أكيدة في مزاولة مهنة الطب ، فاتجهت غالبية الدول إلى قصر المهنة على أشخاص مؤهلين رسميا ، كما اتجهت إلى تقنين الصيدلة (سورينا، 2002 : 284).

لقد اختلف علماء الاجتماع حول أسباب نمو المهن ، ومنها المهنة الطبية في نهاية القرن التاسع عشر ، إلى اتجاهين اثنين أساسيين :

الاتجاه الأول : تقدم المعرفة والكفاءة باعتبارهما عاملين مفسرين لبروز مهنة الطب وارتقائها

هناك من يرى أنه بداية من الثلث الأول للقرن التاسع عشر بدأت تحدث قطيعة مع الطب التقليدي ، الذي كان يتأسس على معرفة الكتاب الكلاسيكيين ، وهذه الفجوة العلمية هي ما سيؤدي إلى انطلاق المهنة الطبية ، (Kuty,1983 :119) وهذا الربط البسيط والمباشر بين المعرفة الطبية وسلطة المهنة داخل المجتمع عليها سيتم التركيز من قبل التقليد الفكري المتمثل في الاتجاه النبوي – الوظيفي الذي سيصبح موضع تساؤل في نهاية العقد السابع من القرن العشرين ، (Kuty ,1983 :119) فبالنسبة لبعض المنتمين لهذا التيار مثل وليام جود وتالكوت بارسونز فإن انطلاق هذا الوضع يرتبط بالتنظيم الجديد للعمل في المجتمعات الصناعية الحضرية ، القائم على تقسيم المهام والوظائف ، فبالنسبة لهؤلاء فإن تقدم المعرفة والكفاءة أنتج بشكل طبيعي

الحاجة إلى اللجوء إلى الطب ، وهذا ما يوجه ويشرعن الوضع المهني ، (Adam et Herzlich, 2007 :32) وهكذا فقد اعتبر هذا التوجه الارتقاء المهني للأطباء مرتبطا بطبيعة العمل في المجتمعات الصناعية الحديثة القائم على التخصص والكفاءة المعرفية العالية ، لكن " التقسيم الرسمي للعمل ، في الحقيقة ، لا يتأسس فقط على ضرورة التقسيم التقني للعمل ، إنه كذلك تقسيم سياسي يحافظ على امتيازات المجموعات المهيمنة في العالم الاستشفائي " (Duhart et Charton-Brassard, 1973 :100) ، وعلى أساس هذا الأمر يقوم الاتجاه الثاني .

الاتجاه الثاني : العوامل الاجتماعية والسياسية هي المحدد للوضع المهني للأطباء

إن هذا التيار يعتبر مكانة المهنة الطبية ليست ناتجة عن الجانب المعرفي بشكل خاص ، فبالعودة إلى مجموعة من علماء الاجتماع وخاصة أولئك المنتسبين إلى مدرسة شيكاغو وإلى التفاعلية الرمزية نجد اهتماما كبيرا بالعوامل الخارجية المحددة لهذا الوضع ، فقد ركز فريديسون (Freidson) مثلا على السلطة السياسية في منح هذا الاحتكار ، وبذلك ميز بين الاستقلالية التقنية والاستقلالية السوسيوسياسية ، وقد أثار جاموس (Jamous) الانتباه إلى الأصل الاجتماعي الراقى للمهنيين في المحافظة على حق التصدر في المرحلة المعاصرة ، باعتبار هذا الأصل مصدرا لهذه المكانة ، أما بالنسبة لجونسون (Johnson) فقد ميز بين ثلاثة أشكال من المنظمات المهنية : الأول هو نموذج الرعاية الارستقراطية التي يمتلك الزبون داخلها سلطة معينة ، والثاني نموذج الزملاء حيث يكون المهنيون أكثر حساسية من ردود الأفعال الفكرية لزملائهم ، وأكثر استقلالية فيما يتعلق بغيرهم من الزبائن ، أما النموذج الثالث وهو الموجأود حاليا ، فهو النموذج البيروقراطي حيث توسط الدولة قد حدد من جديد ممارسة الأنشطة الفكرية ، وقد اكتشف جونسون حدود التعريف البنوي الوظيفي للمهنة الذي يقتضي تعميم نمط التنظيم باعتباره مؤسسا لجوهر المهنة ، وقد اكتشف أن الاستقلالية في جانب الزبون وزمالة النظراء لم تكن مرتبطة بالميز التقني للمعارف (Kuty, 1983 :120).

إن هؤلاء المفكرين يرفضون فكرة أن ارتقاء المهنة الطبية نتجت بشكل آلي عن الأشكال الجديدة لتقسيم العمل وكذا عن تقدم المعرفة ، فارتقاء الوضع المهني الذي يتحدد بشكل أساسي بالقدرة على المراقبة الذاتية يمثل دائما نوعا من الصراع بين المجموعات المتنافسة ، ويؤسس سيرورة ذات طبيعة سياسية حيث تكون الدولة وسيطا في ذلك ، فاستعمال أدوات متعددة منها المعرفة هو الذي يصل إلى إقناع المنافسين بالميزات التي لا يمكن تعويضها لكفاءتهم ولخدماتهم

، وبالتالي فإن المعرفة تلعب دورا هاما ، لكن من الصعب تحديد متى تصبح كذلك في هذه السيرورة. (Adam et Herzlich, 2007 :32)

إن الارتقاء المهني للأطباء - الذي تم من خلال تداخل عوامل متعددة منها ما يعود إلى طبيعة المعرفة الطبية ومنها ما يعود إلى المحيط السوسيوسياسي الذي تمارس في ضوئه الممارسة الطبية - قد جعل من الطب " سلطة " داخل المجتمع ، ومن خلال بعض الدراسات في هذا الموضوع فقد اعتبرت " السلطة الطبية ناتجة عن التقاء أسباب متعددة وعن أربعة تقاطبات أساسية هي :

- 1- أنماط التفكير الطبي الرسمي : من ذلك معرفة الطبيب ، والكفاءة والتقنية الطبية ، وخطاب الطبيب (العالم ، مهذب الأخلاق ، المكون) .
- 2- الطبقة الاجتماعية : إن مكانة الطبيب في الفئات السوسيو مهنية تبقى الأكثر امتيازاً (الطبقة الوسطى الميسورة ، نخبة مؤسساتية) .
- 3- النظام المهيمن : ويراد به سلطة الدولة والجهاز الإداري المحول لتلك السلطة (الجامعة ، المستشفيات الجامعية ، المنظمات الاستشفائية ، قانون الأطباء) ، والمنشآت الصيدلانية ، والوسائط الطبية - العلمية .
- 4- انتظارات الجمهور : ففقدان شرعية القيم الدينية الكلاسيكية ، والخوف من المعاناة والموت ، وتطبيب المشاكل الاجتماعية والحياة والموت ، والحاجة إلى الدواء والعلاجات ، قد أدت إلى مجموعة من الانتظارات الغامضة ، التي تتموقع بين الثقة العمياء في التقنية ، التي تمنحنا أدلة منتظمة لإمكاناتها ، وتحدث مجموعة من المقتضيات ، وبين نقد السلطة الطبية المحددة (Bargès, 2001 :185) .

ثالثاً : نقد الممارسة الطبية باعتبارها " مهنة "

إن الطب بهذا المعنى وهذه المكانة سيصبح نقده من أهم موضوعات علم اجتماع الصحة بداية من نهاية الستينيات من القرن الماضي ، وقد اتجه هذا النقد إلى الطب من حيث خطابه وممارسته وآثاره على المجتمع ، ومن أهم تلك الانتقادات ما يلي :

1 - نقد طبيعة المعرفة الطبية :

إن المعرفة الطبية ليست علماً " دقيقاً " ، وما يقدم باعتباره حقيقة ليس هو في واقع الأمر إلا حقيقة إحصائية ، أي أنها حقيقة قائمة على نوع من الاحتمال القوي تقتضي لأجل تأكيدها إجراء مجموعة من الدراسات ، وإلا فإن نتائج دراسة واحدة معينة قابلة للتفنيد بشكل قوي ، كما

أن الحقيقة نفسها مرهفة بهوى التقدم العلمي ونتائج الدراسات ، والخطأ الأكثر انتشارا هو التعميم المفرط ، وهذا النقد يتوجه إلى طبيعة المعرفة الطبية ، فهي معرفة غير تامة (Grimaldi, 2010: 92)، وهناك دراسات متعددة بينت أن المعرفة الطبية ليست معرفة موضوعية بشكل تام ، وأن " السحر العلمي " لم يغب بشكل كلي عن مثل تلك الدراسات ، ما يعني أن المعرفة الطبية ليست معرفة مطلقة وكونية كما تدعي ، ويترتب عن هذا النقد نقد آخر مرتبط بالاحتكار الطبي .

2 - نقد الاحتكار الطبي :

إن المعرفة الطبية باعتبارها معرفة " نسبية " يلزم عنها أن احتكارها للخطاب حول الصحة والمرض هو احتكار غير منطقي ، كما بينت الدراسات في الموضوع أن هذا الاحتكار لا يرتبط بالجانب العلمي في الطب بقدر ما يرتبط بالصراع الاجتماعي حول شرعية الخطاب في الموضوع ، وهناك أسباب متعددة منها السياسي والاقتصادي وجزئيا المعرفي العلمي هو الذي أراد حسم هذا الاحتكار لفائدة الطب ، وبالتالي فإن أسس هذا الاحتكار إيديولوجية أكثر منه علمية ، لذلك وجب أن يكون الخطاب حول الصحة والمرض خطابا يتداخل فيه الطبي والاجتماعي والسياسي والاقتصادي ، وليس الخطاب الطبي أكثر شرعية من غيره ، وهذا ما يجعل من الخطاب السوسولوجي حول الموضوع خطابا مشروعا ، وقد صاحب هذا الاحتكار خطاب طبي اختزالي للإنسان والظواهر المرتبطة به .

3 - نقد الرؤية الاختزالية الطبية :

إن الرؤية الطبية هي رؤية اختزالية ، فالمعرفة الطبية " تعتبر ألم الإنسان مرتبطا بشكل مباشر بالوجود الجسدي الذي يعد مبدئيا غير مختلف في أي شيء عن الألم الذي يصيب أجساد الكائنات الحية الأخرى (Tichenko,1988: 61) ، وهذا ما جعل الطب يتخصص في المرض وأبعد من مجاله الصحة بشكل تام ، بل إن المرض نفسه لم يتم أخذه باعتباره مرض " شخص " ، بل أخذ باعتباره مرض جسد فقط ، وبذلك عمل على " انفصال الشخص عن جسده " ، (Chauvenet,1983: 123) وأدى إلى ظهور التأمين على الجسد ، ما يعني " تماثله مع الشيء الذي نؤمنه " (Chauvenet,1983: 123) ، بل إن انفصال الشخص عن جسده وموضوعية هذا الأخير باعتباره كفالة حية للمقولة ، قد أنتج صورة عن الطبيعة الإنسانية باعتبارها طبيعة معرضة للمرض ، وساهمت في تطوير أخلاق علاجية مؤسسة على مراقبة الأفراد ضد أنفسهم ، وأصبح كل فرد في مواجهة نفسه (Chauvenet,1983: 126)، وكأن الحق في الضمان الاجتماعي يمثل الحق في الصحة (Friot,1982: 123).

إن هذا الاختزال يطرح مشكل الكفاءة الطبية ، فهي بهذا الاختزال كفاءة محدودة جدا ، لأن عددا هاما من الأطباء الخبراء هم فقط خبراء في المرض وكيفية علاجه فقط ، فخبيرتهم خبرة بيولوجية طبية خالصة ، وإذا كان هذا الأمر لا يؤثر كثيرا عندما يتعلق الأمر بالأطباء " المهندسين – التقنيين " مثل المتخصصين في الأشعة أو الجراحة ، فإن الأمر على خلاف ذلك فيما يتعلق بأطباء الطب العام أو طب الأطفال أو طب الأمراض المزمنة ، فهؤلاء جميعا يجب أن يكونوا كفاءة ذات أوجه ثلاثة : كفاءة بيولوجية وكفاءة نفسية وكفاءة بيداغوجية ، بالإضافة إلى ذلك يجب أن يكون متحاورا كفاً . والخبرة الطبية باعتبارها خبرة " علمية " هي خبرة قاصرة في هذا المجال (92: Grimaldi,2010).

4 - نقد تطبيب المشاكل الاجتماعية

بداية من السبعينات من القرن الماضي لاحظ مجموعة من علماء الاجتماع أن الطب قد تجاوز الحديث عما هو بيولوجي إلى ما هو اجتماعي ، وذلك من خلال إعادة تعريف " السوي والمعتل " (47: ThÖer –Fabre et Jose Lévy,2007) ، وكذا التكفل بذلك ، وكأن تلك المشاكل مشاكل طبية خالصة ، لكن من أوائل من انتبهوا إلى ظاهرة تطبيب المشاكل الاجتماعية هو إميل دوركايم لأنه يرى أن الانتحار ليس ظاهرة مرضية بالمعنى الطبي الذي " جرى الدفاع عنه بطريقتين اثنتين : فإما أن يقال بأن الانتحار يشكل بحد ذاته جوهرًا مرضيا فريدا ، جنونا خاصا ، وإما أن ينظر إليه كعارض لنوع أو عدة أنواع من الجنون " (دوركايم، 2011: 27) ، أي أن الانتحار مرض عقلي له أسباب طبية محددة ، لكن كل الإحصاءات تبين أن " الأسباب التي تغير الانتحار وتلك التي تسبب الاضطرابات العقلية من طبيعتين مختلفتين " (دوركايم، 2011: 49) ، وقد عرف زولا (ZOLA) التطبيب الاجتماعي باعتباره " سيرورة بواسطتها نصل إلى تعريف ومعالجة المشاكل غير الطبية ، والتي هي أساسا اجتماعية ، كأنها مشاكل مرضية " (94-95: Suissa,2007)، وهكذا فقد أصبح الطب مثلا مشاركا فعلا، باسم الصحة العمومية ، في تحديد معيار السلوك لجميع نواحي الحياة (2: Collin et Suissa,2007) ، وقد تحدث علماء الاجتماع عن أسباب هذا الوضع الذي أخذته الطب في هذه المرحلة ، ومن أهم تلك الأسباب ما يلي :

السبب الأول: النمو المطرد لعدد الأطباء في المجتمعات الغربية ، ولهذا النمو جانبان اثنان : جانب كمي ، ارتبط بالتزايد المستمر لعدد الأطباء بالمجتمعات الأوروبية المتقدمة منذ حوالي قرن من الزمان إلى أن أصبح الحديث عن " الوفرة في المجال الطبي " ، وجانب كيفي ، ارتبط

بالتغير المطرد لطبيعة العمل الطبي ، وذلك نتيجة تطور التخصصات وارتفاع تكاليف النفقات العلاجية .

السبب الثاني: انتشار الحماية الاجتماعية ، من خلال حركة الحماية الاجتماعية الواسعة المؤطرة بمجموعة من القوانين الخاصة بالعمال والأطفال وغيرهم (Adam et Herzlich,2007:36-37)

السبب الثالث: ومن العوامل كذلك بعض الميول الدينية والثقة الزائدة في العلم ، والفردانية المتنامية ، وضعف الروابط الاجتماعية ، والعقلنة والتقدم ، وفي النهاية السلطة والمكانة المتزايدة للمهنة الطبية (95:2007, Suissa).

وقد مرت هذه المراقبة الطبية بمرحلتين اثنتين تم فيهما اعتماد أدوات محددة ومختلفة لهذه المراقبة :

أ - مراقبة فضائية : وهي التي اهتم بها فوكو في أعماله حول ولادة السجن والعيادة ، حيث كان الفضاء هو أداة الضبط الاجتماعي ، إذ نمت في الفترة الكلاسيكية " إشكالية كاملة هي إشكالية هندسة معمارية لم تعد مصنوعة فقط لكي ترى أو للإشراف على الفضاء الخارجي ، بل لنتيخ رقابة داخلية منفصلة ومفصلة ، وذلك لمشاهدة من هم فيها ، وبصورة أعم إشكالية هندسة معمارية تشكل عاملا في تغيير الأفراد ؛ والتأثير على من يأوي إليها ، والسيطرة على سلوكهم ، وتوصيل آثار السلطة إليهم وتقديمهم باعتبارهم موضوع معرفة وتغييرهم (فوكو، 1990: 187).

ب - مراقبة زمانية : إن تقنيات العزل الفضائي قد أصبحت حاليا أقل حضورا ، والتطبيب اليوم لا يتناول تأطير موضوع الجسد بقدر ما يتناول إمكانية التغيير عبر الجسد ، وبشكل خاص عبر مراقبة الزمن البيولوجي ، وهذه المراقبة تتناول كل حدود الوجود من الولادة إلى الموت (38-39:2007, Moreau et Vinit)، أي أن هناك مرورا من نمط للانضباط قد تم تأسيسه منذ منتصف القرن الثامن عشر إلى نهاية سنوات 1970 كان بشكل أساسي متمحورا حول معايير فضائية ، في حين أصبح الانضباط منذ نهاية القرن العشرين إلى بداية القرن الواحد والعشرين (تحت شكل التطبيب) أكثر ميلا إلى اتخاذ رهان المعايير الجسدية (Moreau et Vinit,2007 :43).

وحسب بعض الباحثين فإنه يتعين تقادي تحديد التطبيب باستعمال جانب واحد للمراقبة ، لأن هذه السيرورة تتحين عبر ثلاثة مستويات : مفهومي ومؤسستي وتفاعلي .

1- **الجانب المفهومي** : وذلك تحت شكل الخطاب ، والتبني للإيديولوجيا التي يتعين قبولها اجتماعيا ، وكمثال على ذلك يمكن التفكير في الدور التكميلي لفلسفة الحركات مجهولة الاسم للمساعدة التي تمكن من التنشئة والقبول الكبير جدا لإيديولوجية المرض في حقول الإدمان مثلا .

2- **الجانب المؤسسي** : ويتعلق الأمر هنا بدور الأطباء في تنظيم وتدبير المشاكل النفسية الاجتماعية ، ففي حالة مجموعة من أنواع الإدمان مثلا فإن الطب قد يحكم بكونهم مرضى لإعلان صحة سيرورة تعويضات المستخدمين ، والحاجة إلى المساعدة الطبية والعلاقات مع الشغل بشكل خاص .

3- **الجانب التفاعلي** : ويتجلى هذا الأمر في تطبيب العلاقة بين الطبيب والمريض (96:2007, Suissa) ، لأن هذه العلاقة ليست في هذا النموذج الطبي الجديد علاقة إنسانية ، بل هي " علاقة طبية " حيث يلتزم الطبيب بما له وما عليه باعتباره معالجًا ، ويلتزم المريض بما له وما عليه باعتباره معالجًا.

إن هناك حقولا متعددة لهذا التطبيب الاجتماعي من أهمها ما يلي:

♦ المراقبة الاجتماعية الطبية للأحداث العادية في الحياة وذلك مثل الولادة والرشد والعقم وسن اليأس والحيض والموت وغيرها .

♦ أما المجال الثاني فيرتبط بما يمكن اعتباره " انحرافات اجتماعية " ، منها أنواع الإدمان (97:2007, Suissa) ، والمثلية الجنسية ، والأمراض العقلية ، فكلها قد انتقلت عبر مدة طويلة من العقوبة الدينية أو الإجرامية إلى السجل الطبي ، فالفعل القابل للعقاب قد أصبح مرضا (37-38:2007, Adam et Herzlich) . وبذلك عمل الأطباء على " منازعة الاحتكار الأخلاقي للخطاب الديني حول الكائن الحي وإعادة الإنتاج والأسرة " (Chauvin et Lerch 2013 :5) .

♦ مجال المشاعر (حدود الخوف المرضي ، الحب ، الغيرة ، حب الذات ، الكراهية ...) والعواطف (شرعنة الزواج أو عدمه بتقديم خبرة طبية تثبت القدرة الجسمية والنفسية والعقلية للزواج مثلا) .

♦ التوجهات الإيديولوجية (وذلك مثل الانتماءات الدينية والسياسية وغيرها مما يعد حاليا ضمن الأمراض .

♦ المشاكل الدراسية ، حيث أصبح الفشل الدراسي متكفلا به من طرف علماء النفس التربوي بعد الحرب العالمية الثانية (38:2007, Adam et Herzlich) .

• أصبح وضع القوانين من طرف الدولة يعتمد بشكل كبير على الرؤية الطبية لظواهر الحياة الاجتماعية ، وخاصة في الأمور الأخلاقية ، فقانون الإجهاض لسنة 1975 بفرنسا مثلا كان فيه الصراع بين النظرة الطبية التي اعتبرت محافظة وبعض الحركات الاجتماعية التي اعتبرت الرؤية الطبية بمثابة " مراقبة اجتماعية " (Ferrand-Picar,1982:389) جديدة تحاول أن تجعل من نفسها ديننا جديدا ، كما أن الطب قد تجاوز علاج الأمراض إلى اتخاذ القرارات الإدارية بالرغم من أن " هناك تمايزا بين الكشف الطبي والقرار الإداري ، حيث أن مبدأ الحكم الطبي الإداري قد اختلط منذ ميلاد أنظمة الضمان الاجتماعي "(Dodier,1992:118).

خاتمة:

نخلص مما سبق أن الطب باعتباره مهنة ليس علما محايدا كما زعم الوظيفيون، بل إن الحياد الأخلاقي المزعوم في النموذج الطبي هو المظهر الذي يخفي التركيب الأخلاقي والمعياري في تعريف المرض الذي يحضر بشكل خاص عندما نبتعد عن الأمراض العضوية الأكثر وضوحا ، فقد أصبح الطب يقوم بدور الدين في القرون الوسطى بأوربا ، والطبيب حاليا يعد بمثابة كاهن ، وخطابه يكاد يكون مقدسا ، ولا يهدف إلى علاج الأمراض بقدر ما يهدف إلى الحفاظ على الوضع القائم وتبريره ، وبذلك تلاقت المصالح العلمية مع المصالح السياسية تماما كتحال الكنيسة مع السياسة ، وربما لم يكتشف الغرب وسيلة أنجع للمراقبة الاجتماعية بعد انهيار المنظومة الدينية من الطب ، ولا يأخذ الطب صفة العقلانية كما تحدث عنها فيبر ، بل الصفة الكاريزمية القائمة على الخضوع الاستثنائي لصفة القداسة ، وإلى مزية في البطل " الطبيب " أو إلى قيمة مثالية للفرد.

لائحة المراجع:

أولا: المراجع باللغة العربية

- 1- بودون ريمون وبوريكو فرانسوا(2007) ، المعجم النقدي لعلم الاجتماع ، ترجمة سليم حداد ، بيروت ، منشورات مجد ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع .
- 2- دوركايم إميل(2011) ، الانتحار ، ترجمة حسن عودة ، دمشق ، الهيئة العامة للكتاب.
- 3- سورينا جان شارل (2002)، تاريخ الطب : من فن المداواة إلى علم التشخيص ، ترجمة إبراهيم البجلاتي ، عالم المعرفة ، عدد 281 ، الكويت .

4- فوكو ميشيل(1990) ، المراقبة والمعاقبة ، ولادة السجن ، ترجمة علي مقلد ، بيروت ، مركز الإنماء القومي.

ثانيا: المراجع الأجنبية

- 1- Adam Philippe et Herzlich Claudine(2007) , **Sociologie de la maladie et de la médecine** , (sous la dir. de François de Singly) , éd . Armand colin.
- 2- Bargès Anne(2001), «**Anthropologie et sociologie associées au domaine de la maladie et de la médecine**» ,(ouvrage collectif) ,In : Sciences humaines en médecine (Introduction aux) , Paris , Ellipses, pp.131-205.
- 3- Batifoulier Philippe(1992). « **Le rôle des conventions dans le système de santé**».In : Sciences sociales et santé , vol.9 , n°2. pp.5-44.
- 4- Chauvenet Antoinette(1983).« **La loi et le corps**». In : Sciences sociales et santé , VOL .1, n°2. pp.99-140.
- 5- Chauvin Sébastien et Lerch Arnaud(2013), **Sociologie de l'homosexualité** , Paris ,éd. La Découverte.
- 6- Cochoy Franck(2001). « **Profession ,participation , patient : trois enjeux pour la qualité des soins (commentaire)** » , Sciences sociales et santé ,vol.19 , n° 2. pp.99-109.
- 7- Collin Johanne et Suissa Amnon Jacobe(2007) , « **Les multiples facettes de la médicalisation du social** » , Nouvelles pratiques sociales, VOL. 19, n°2.pp.25-33 .
- 8- Dodier Nicolas(1992) , « **Expérience privée des personnes et expertises médico-administratives .Une enquête dans la médecine du travail**» , Sciences sociales et santé , vol.9 , n°2, pp.79-121.

- 9- Duhart Jean et Charton-Brassard Jacqueline(1973) , « **Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale** » ,
Revue française de sociologie , 14-1, pp. 77-101.
- 10- Ferrand – Picard Michèle(1982) , «**médicalisation et contrôle social de l’avortement . Derrière la loi , les enjeux** » ,
Revue française de sociologie , 23 – 3, pp.383-396.
- 11- Friot Bernard(1982).« **La protection sociale et les professionnels de santé**». In : Sciences sociales et santé, VOL .1, n°1. pp.123-152.
- 12- Grimaldi André(2010) , « **Les différents habits de l’ « expert profane** » » , Presses de Sciences PO (P.F.N.S.P.) , Les Tribunes de la santé, n° 27
- 13- Herzlich Claudine(1984) . « **Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social** » chapitre 5 , pp. 189 – 215, in Marc Auge et Herzlich Claudine (dir.) , **Le sens du mal : anthropologie , histoire , sociologie de la maladie** , Paris , Editions des archives contemporaines.
- 14- Herzlich Claudine et Pierret Janine(2010). « **Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950 – 1985)** » ,In: Revue française de sociologie , 51-1, pp .121-148.
- 15- Herzlich Claudine(1973) , « **Types de clientèle et fonctionnement de l’institution hospitalière**».In : Revue française de sociologie , 14-1. pp. 41-59.
- 16- Kuty Olgierd(1983). « **Les innovations scientifiques dans le champ sanitaire (1750- 1825)** » . In : Sciences sociales et santé . VOL . 1 , n°3 -4.pp. 119-173.

- 17- Moreau Nicolas et Vinit Florence(2007) , « **Empreintes de corps : Éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation**», Nouvelles pratiques sociales , VOL.19, n°2. pp.34-45.
- 18- Parsons Talcott(1955) , « **structure sociale et processus dynamique . Le cas de la pratique médicale moderne** » , in: Eléments pour une sociologie de l'action , textes réunis et présentes par F . Bourricaud , paris , Plon, pp.169-189.
- 19- Renaud Marc et Bouchard Louise(1996). «**Présentation. Technologies médicales et changements valeurs**» ,La revue sociologie et sociétés , Vol . 28 , n° 2. pp.7-16.
- 20- Steffen Monika(1987) , «**Les cellules rouges de la médecine. De la médecine sociale à la sociologie médicale** » , Sciences sociales et santé , vol. 5 , n° 1, pp. 9-40.
- 21- Suissa Amnon Jacobe(2007), « **Dépendances et médicalisation : Repères et enjeux psychosociaux** » , Nouvelles pratiques sociales , VOL , 19, n°2,pp , 92-110.
- 22- ThÖer –Fabre Christine et Jose Lévy Joseph(2007) , « **La pharmacologisation de la ménopause : L 'hormonothérapie substitutive et ses fonctions dans les discours de « baby – boomers » française** » , Nouvelles pratiques sociales , VOL. 19, n°2, pp. 46-61.
- 23- Tichenko Pavel(1988). «**La santé: rapport des approches des sciences de la nature et des sciences humaines**».In : Sciences sociales et santé , VOL .6, n°2.pp.61-74.