جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية قسنطينة – الجزائر
ISSN: 1112-4377, EISSN: 2588-2384
المجلد: 30 العدد: 04 السنة: 2026.
مجلة المعيار
EL MIEYAR

التمّثلات الاجتماعية للصحة والمرض من منظور سوسيو–أنثروبولوجي.

Social representations of health and disease from a socio-anthropological perspective

محمد خليفة[1]
MOHAMED.KHELIFA@univ-tiaret.dz

محمد لمين هيشور [2]
mohamedlamine.haichour@univ-tiaret.dz

تاريخ الاستلام: 2026/03/28 تاريخ النشر: 2026/09/15
Received: 28/03/2026 published: 15/09/2026

ملخص المقال:

تُعتبر الحالة الصحية والمرضية لأي مجتمع نموذج حقيقي لمدى تطور المجتمع وتخلفه،وهي نتاج طبيعي للتفاعل الديناميكي بيم عناصر البيئة السوسيوثقافية والطبيعية والبيولوجية، وتسعى هذه الدراسة إلى مساءلة موضوعًا مهمًا مطروحًا في النقاش الأكاديمي، وهو موضوع الصحة والمرض والتمثّلات الاجتماعية، على أساس أن الإطار السوسيوثقافي للمجتمع هو الذي يُعيد تشكيل القواعد المرجعية للتصرفات والأفعال. وتوصلت الدراسة إلى أن التمثيل الاجتماعي المطبق على الصحة يسمح لنا بفهم أفضل لتأثير الأبعاد الاجتماعية والثقافية على أفكار وأفعال الأفراد فيما يتعلق بعملية الحفاظ على الصحة وإدارة المرض.

الكلمات المفتاحية: التمثلات الاجتماعية، الصحة، المرض، الإطار السوسيوثقافي.

Abstract

The health and disease state of any society is a true model of the extent of the society's development and backwardness. It is a natural product of the dynamic interaction between the elements of the socio-cultural, natural and biological environment. This study seeks to question an important topic raised in academic debate, which is the topic of health, disease and social representations, on the basis that the socio-cultural framework of society is what reshapes the reference rules for behaviors and actions. The study found that social representation applied to health allows us to better understand the impact of social and cultural dimensions on individuals' thoughts and actions regarding the process of maintaining health and managing disease.

Keywords: *social representations; health; disease; sociocultural framework.*

(1) جامعة ابن خلدون تيارت (الجزائر).
(2)جامعة ابن خلدون تيارت (الجزائر).

مقدمة:

لا أحد يستطيع اليوم أن يُجادل في فكرة أن لكل مرض جانبه الاجتماعي، ومع ذلك فإن المرض والصحة كانا منذ فترة طويلة مسألة أدلة عضوية بحتة ومجالاً حصرياً للتفسير الطبي، إن الحالات التي تسمى عادة بالمرض والصحة لم تتحرر إلا مؤخرا من فهمها البيولوجي والفردي الصارم ليتم النظر إليها في أبعادها الجماعية والثقافية، وفي الواقع، فإن علم الاجتماع الغربي لم يضطلع حقًا بمهمة التحرر هذه حتى النصف الثاني من القرن الماضي، وبالتالي، فإن الأبحاث التي ساهمت في بناء ما نسميه الآن "علم اجتماع الصحة" لم تبرز إلا منذ الخمسينيات وهو التاريخ الذي تحولت فيه العلوم الطبية والبيولوجية نحو « **أراضي العلوم الاجتماعية والإنسانية** » .

إن العالم الحالي الذي يتميز بثراء في الممارسات الطبية والخطابات العلمية في مجال الصحة والمرض يعكس على نحو متزايد التحولات المختلفة في المجتمعات المعاصرة، والمناقشات الأكاديمية والاجتماعية والسياسية، ومع ذلك، فإن الخصائص المميزة للصحة والمرض نظرًا لطابعها الاجتماعي التاريخي ومكانتها في الفضاء الاجتماعي الرمزي، تجعلها موضوعًا ومجالاً للدراسة ذا صلة بتطوير التمثيلات الاجتماعية، ولذلك، يُقدم الباحثين الاجتماعيين إطارًا استدلاليًا لفهم القضايا النفسية الاجتماعية المتعلقة بالصحة، مما يُتيح لنا دراسة التطابق والتبادلية بين وجهات النظر بين نظام الأفكار والنظام الاجتماعي.

وترتبط مفاهيم الصحة والمرض في أي ثقافة ارتباطًا وثيقًا بصور الجسد، كما تُظهر أن التعريفات العلمية الاجتماعية المعاصرة للصحة والمرض والتي يُستمد معظمها تقريبًا من أعمال **بارسونز** الأصلية إلى تعريفات طبية غربية للمرض، وهي تعريفات مسلم بها خاصة في المجتمع الحديث، مما يُعيق إمكانية إجراء بحث علمي اجتماعي للتأثيرات الاجتماعية على التصورات الذاتية للأجسام السليمة أو المريضة . (Lidler, 1979, pp. 723-724)

وتُفهم الصحة عادةً على أنها انعدام المرض، والمرض على أنه حرمان من الصحة، هذه الأخيرة هي كائن شبه نموذجي يسمح لنا بدراسة العلاقة بين النظم الاجتماعية والتمثيلية، وفهم الروابط بين النظامين "البيولوجيا" و"الاجتماعي"، وبمعنى آخر، "لا تخبرنا تمثيلاتنا فقط عن العلاقة بالظواهر الجسدية وحالتنا الصحية، بل أيضًا عن العلاقات التي نحافظ عليها من خلالها مع الآخرين، ومع العالم، والنظام الاجتماعي. (Aim, 2018, pp. 31-31)

وتساهم التمثيلات الاجتماعية في تجديد وتطوير القواعد الاجتماعية، خاصة وأن الآليات والمؤسسات الأكثر كلاسيكية في التنشئة الاجتماعية خضعت لتحولات عميقة منذ عدة عقود، ويلجأ الأفراد عادة بشكل متزايد إلى الميكانيزمات غير الرسمية فيما يتعلق بالصحة والمرض بهدف التعويض عن "الاختلالات" أو"إنتاج" سلوكيات "متكيفة" في وضعية غير مستقرة، ومن ثم، أصبحت الجوانب النفسية الاجتماعية، التي تشكل أساس السلوكيات في مجال الصحة والمرض، موضوعاً مشتركاً في علم النفس وعلم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي. (T. Apostolidis, 2012, pp. 67-69)

وقد ساهمت دراسة التمثيلات الاجتماعية بشكل كبير في تقدم العلوم الاجتماعية في مجال الصحة، ومساهماتها في فهم المعرفة العامة فيما يتعلق بالأشياء الاجتماعية التي تقع في قلب السلوكيات الصحية . (Salés-Wuillemin, 2009, p. 44)

ولذلك فإن دراسة التمثيلات تجعل من الممكن تفسير الطريقة التي يتصور بها أعضاء المجموعة ويضعون أنفسهم في علاقة مع مرض أو مريض أو سلوك وقائي وما إلى ذلك.

1. مشكلة البحث:

تعتبر الحالة الصحية والمرضية لأي مجتمع نموذج لقياس مدى تطور المجتمع وتخلفه، وهي نتاج طبيعي للتفاعل الديناميكي بين عناصر البيئة الطبيعية والبيولوجية والثقافية والاجتماعية. إن الحالة الصحية للأفراد هي في المقام الأول نتيجة للتفاعل بين الأفراد وبيئتهم المعيشية، في الوقت الذي يوجد فيه إجماع واسع النطاق حول مفهوم الصحة باعتبارها نتيجة لتفاعل العديد من العوامل أو المحددات . **(Provencher, 2003, p. 257)** كما إن الحالة المرضية ليست وليدة الصدفة، سواء من حيث طبيعة المرض أو نمط توزيعه أو قوة انتشاره في المجتمع، وإنما ترجع إلى محددات فيزيقية واجتماعية محضة، ولذلك أصبحت دراسة المواضيع الطبية مواضيع متداولة من حيث الدراسة في شتى العلوم خاصة العلوم الاجتماعية، ومن غير اللائق إنكار أن الصحة والمرض أصبحتا موضوعين مفضلين لدراسة التمثيلات الاجتماعية كون المفاهيم السائدة بشأنهما أصبحت قضية اجتماعية مهمة على المستوى الدولي.

وقد ساهم علماء الاجتماع في هذا المجال كثيرا وعلى رأسهم عالم الاجتماع الأمريكي الوظيفي **تالكوت بارسونز** الذي اهتم بالطب من المنظور السوسيولوجي واعتبره آلة يحاول المجتمع بها ضبط هذا الانحراف وإرجاع الثبات والاستقرار مرة أخرى للمجتمع. فحسبه المرض هو السلوك الانحرافي والطبيب هو الذي يحدث الضبط الاجتماعي في المجتمع من خلال معالجة المريض ومساعدته في الشفاء. (عمر، 1987، صفحة 196)

وفي النصف الثاني من القرن العشرين، ظلت قضايا الصحة والمرض موضوعا طبياً بامتياز، ولم يكن علماء الاجتماع يتجرؤون على مناقشتها، نظراً إلى الاعتقاد الراسخ حينها بكونها موضوعات **بيوطبية**، إلا أن هذه الوضعية لم تبق على حالها؛ فمن جهة، ساهمت عوامل متعددة، منها ما هو مرتبط بتطور العلوم والمعارف وتطور المؤسسة الطبية نفسها، ومنها ما هو مرتبط بتطورات اقتصادية وثقافية وسياسية عامة، في «**سسلجة**» و«**أتنلجة**» الصحة والمرض باعتبارهما جزءاً من المجتمع والثقافة، وساهمت من جهة ثانية في أشكلتها وتحويلها من موضوعات بيوطبية محضة إلى مشاكل بيوسياسية. (العدوني، 2010، صفحة 96)

وفي تخصصات علم الاجتماع، وعلم النفس الاجتماعي، وعلم النفس، تثير دراسة التمثيلات الاجتماعية اهتمامًا كبيرًا، لأنها تسمح بمقارنة تصورات الأفراد للأشياء التي هي على المحك في حياتهم اليومية، وتكمن ميزة هذا **البراديغم** في أنه يسلط الضوء على وجود رؤية مشتركة داخل مجموعات الأفراد، ويسلط أيضًا على التصورات المتناقضة بين المجموعات اعتمادًا على ممارساتهم وموقع هويتهم. ولهذا تمثل تمثيلات المرض والشخص المريض والسلوكيات الوقائية الموضوعات الرئيسية التي يتم التحقيق فيها من خلال البحث العلمي الذي يثبت كيف يمكن لدراسة Représentations sociales أنها مقاربة استدلالية لفهم المعرفة المشتركة بين مجموعات اجتماعية فيما يتعلق بالسلوكيات الصحية.

وبشكل عام، تتضمن الدراسات المتعلقة بالتمثيلات الصحية عناصر مختلفة تتعلق بالمعتقدات والمعرفة وطرق إدارة المرض، حيث تعتبر الأخيرة بمثابة عكس الصحة وتعمل على إثراء المعرفة حول التمثيلات الصحية المشتركة بين مختلف الفئات الاجتماعية . (Provencher, 2003, p. 236)

وتأسيسًا على ما سبق، أردنا في هذه الدراسة فهم الرؤية المجتمعية للصحة والمرض في المجتمع، وكيفية تأثيرها على الحالة الصحية، وذلك من خلال الإجابة على التساؤل الرئيس الآتي:

كيف تساهم التمثيلات الاجتماعية في تفسير الصحة والمرض من منظور سوسيو–ثقافي وأنثروبولوجي؟

2. **أهمية الدراسة:** تأتي أهمية الدراسة كالآتي:

- تعتبر نظرية التمثيلات الاجتماعية مقاربة رئيسة لتشخيص الظاهرة والتحكم فيها؛
- أهمية الصحة والمرض في قياس تطور المجتمع وتخلفه؛
- أهمية المجال الطبي باعتباره رافعة حيوية في المجتمع؛
- ارتباط موضوع الصحة والمرض بالإطار السوسيو–ثقافي للمجتمع؛
- هيمنة التمثيلات الاجتماعية حول الممارسات الطبية غير الرسمية على شريحة كبيرة من المجتمع ومعظم التوجهات تصب في مصلحته.

3. **أهداف الدراسة:** تهدف الدراسة الى تحقيق جملة من الأهداف التالية:

- التعرف على تمثلات المرض والصحة لدى الفاعلين الاجتماعيين؛
- محاولة دراسة التمثلات الاجتماعية في سياق الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمجتمع ؛
- إلقاء الضوء على تمثلات الأفراد بشأن مرضهم وصحتهم، والمعتقدات الدائرة حولها؛
- إثراء المعرفة الإنسانية بموضوع التمثيلات، والصحة والمرض.

4. **مفاهيم الدراسة**

1.4 مفهوم التمثيلات الاجتماعية :

يعرف C .Herzlich التمثيلات الاجتماعية بأنها: عملية تتكامل فيها الخبرة الفردية والقيم المجتمعية والمعلومات المتداولة لتشكيل صورة ذات معنى. وحسبه، فإن مفهوم التمثلات الاجتماعية يرتبط بالتقليد الأوروبي وبشكل خاص بالتراث السوسيولوجي للقارة الأوروبية، وقد تمت صياغة لفظ " التمثلات الاجتماعية " أو " التمثّلات الجماعية لأول مرة مع إميل دوركهايم ، وذلك في مقاله المنشور سنة **1898** بعنوان " التمثلات الفردية والتمثلات الجماعية "، وقد غاب الاهتمام بهذا المفهوم بعد دوركايم، بل " إن هذه الفكرة قد دخلت في سبات عميق بعد دوركايم بحوالي نصف قرن من الزمان، وذلك بالرغم من حضورها الثانوي في مجموعة من الحقول المعرفية وبشكل خاص عند مؤرخي الذهنيات وعند التحليل النفسي مع فرويد خصوصا، ثم في الدراسات الأبستمولوجيا وخاصة مع جون بياجي، ولم يعرف انطلاقته باعتباره مفهوما علميا له دلالته ومنهج دراسته العلميان إلا في بداية ستينيات القرن الماضي. (أنفيفخ، 2019، صفحة 13)

كما يُعرف التمثيل الاجتماعي بأنه: نظام من القيم والمفاهيم والممارسات ذا أغراض متعددة، منها إرساء نظام يعطي للأفراد الفرصة لتوجيهه في بيئة اجتماعية مادية والسيطرة عليه، ومن ثم، ضمان التواصل بين أعضاء المجتمع من خلال منحهم رمزًا لتبادلاتهم، ورمزًا لتسمية وتصنيف أجزاء عالمهم، وتاريخهم الفردي أو الجماعي بطريقة فريدة(Labra, 2015, p. 171) .

ويشير مفهوم التمثيل إلى: شكل من أشكال المعرفة، التي يتم تطويرها وتقاسمها اجتماعيًا، ولها هدف عملي وتساهم في بناء واقع مشترك لمجموعة اجتماعية . (Salés-Wuillemin, 2009, p. 36)

نلاحظ من خلال هذا التعاريف أن التمثيلات الاجتماعية تؤثر بشكل كبير على الطريقة التي يفهم بها الأفراد العالم، وهي مبادئ تولّد مواقف مرتبطة بإدخالات محددة في مجموعة من العلاقات الاجتماعية وتُنظم العمليات الرمزية التي تتدخل في هذه العلاقات، وبالتالي فالتمثيل الاجتماعي هو عملية بناء الواقع، وبعبارة أخرى، فإن التمثيل هو مجموعة منظمة من المعارف المتعلقة بموضوع ما، والتي يتقاسمها أعضاء مجموعة متجانسة فيما يتعلق بهذا الموضوع، وبالتالي فإن التمثيل الاجتماعي ليس مجرد انعكاس للواقع وفقط، بل هو تمثيل شيء ما (شيء، موقف، إلخ) من قبل شخص يحمل في داخله تجاربه الشخصية وأمتعته الاجتماعية والثقافية، وشكل من أشكال المعرفة المتطورة والمشتركة اجتماعيا، والتي لها هدف عملي وتساهم في بناء واقع مشترك لمجموعة اجتماعية، وكمثال على ذلك، الفرد الذي يعاني من مرض عقلي، حيث يرى علاقاته مع الآخرين تتحول وتتضاءل مع مرور الوقت، وخاصة إذا كانت حالته الصحية تتطلب دخول المستشفى النفسي، وتشير دراسات مختلفة إلى أن الفرد الذي يتم تصنيفه على أنه "مريض عقليًا" يكون أكثر عرضة للرفض والعزلة الاجتماعية وعدم التسامح من قبل المحيطين به (Poulin, 1995, pp. 120-122)

وينظر الأفراد إلى المتضررين على أنهم يعتمدون على من حولهم ويتصرفون بشكل غريب في المجتمع، وبالتالي، فإن الشخص الذي يعاني من مشكلة في الصحة العقلية يكون أكثر عرضة لأن يصبح ضحية للمجتمع بفعل هذه التمثيلات في المخيال الاجتماعي للأفراد .

إن التمثيلات، والأنظمة الحقيقية لتفسير البيئة الاجتماعية، هي أساليب محددة لمعرفة الواقع تسمح للأفراد بالتصرف والتواصل في الفضاء الاجتماعي، علاوة على ذلك، يتواصل الفاعل الاجتماعي من خلال حقائق لها صفة التمثيل، أي من خلال تصريحات تعمل على صياغة تمثيل للواقع وتقيم رابطًا بين هذا التمثيل والموضوع الممثل، وترتبط التمثيلات ارتباطًا وثيقًا بهويات الجهات الفاعلة المدرجة في سياقات معينة: الهويات الاجتماعية والهويات المهنية، وتسمح التمثيلات للمجموعات بتنظيم تفاعلاتها المتبادلة.

إن البحث عن أدوات مفاهيمية، مثل التمثيلات الاجتماعية، يجب أن يمكّن الفاعلين من إعطاء المعنى، ويجب أن يساعد في تحليل الأنشطة وبالتالي توليد معرفة جديدة، وتُطرح هذه الأنشطة باعتبارها أنشطة رسمية وتواصلية تتبع أنشطة فكرية تؤدي إلى أنشطة جديدة ذات اهتمام اجتماعي تؤدي إلى تحول في التمثيلات؛ حيث إن الأفراد والفاعلين في الصحة العمومية يهتمون بالصحة والمرض، لأن ذلك له علاقة بتأدية النسق الطبي لوظائفه الاجتماعية، وهذا لإحداث نوع من الضبط الاجتماعي. كما أن المرض يكون سببا من أسباب اللقاء بين الطبيب والمريض وتبدأ العلاقة بينهما وتنتهي مع نهاية المرض.

2.4 مفهوم المرض:

يمثل المرض كما وصفته الموسوعة البريطانية انحرافا ضارا ومؤذيا عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي، حيث تظهر عليه عادة علامات وأعراض تدل على أن حالته غير طبيعية. (عمر ن.، 2003، صفحة 263)

أما من حيث المفهوم الثقافي للمرض فإن معظم المداخل الاجتماعية والسلوكية تحرص على إبراز دور الثقافة في تحديد معنى المرض والتعرف عليه وفهم أعراضه وأسبابه. حيث ان مفهوم | معنى المرض ما هو إلا مفهوم ثقافي يتنوع من مجتمع إلى آخر و يعكس وجهة نظر سكان هذا المجتمع ودور المرض في حياتهم بل إن استجابية الفرد للمرض والتي تتم بطريقة معينة قد توضح بعض القيم الثقافية والاجتماعية

الموجودة في المجتمع، او بمعنى آخر أن لكل جماعة استجابتها الخاصة للأمراض الموجودة في مجتمعاتها مما يوضح مدى التباينات الثقافية الموجودة فيها. (العشماوي، 1996، صفحة 135)

وهناك من يرى أن مفهوم المرض يشير إلى انحراف ما ، عن حالة الأداء الوظيفي السوية، تكون له نتائج غير مرغوب فيها ، نظرا إلى ما يؤدي إليه من إزعاج شخص، أو ما ينجم عنه من آثار تتعلق بالمكانة الصحية للإنسان في المستقبل. (السيد، 2003 ، صفحة 294).

ففي حالة المرض يكون هناك اختلال في أحد عوامل الصحة الجسمية والعقلية والنفسية يؤدي إلى ظهور اضطرابات تظهر له بعض أعراض المرض، والمرض هو عملية متطورة منذ ابتداء السبب حتى ظهور المضاعفات. (قطيشات، 2002، صفحة 17).

ونقصد بالمرض الاضطراب الوظيفي المتطور، فالمرض ليس حالة ثابتة، وإنما حالة حركة متطورة تطورا غير طبيعي في جسم الإنسان، وهذا التطور قد يأخذ فترة طويلة أو قصيرة ولكنه ينتهي دائما بنتيجة قد تكون إما الشفاء التام أو الوفاة أو تقف في مرحلة وسط تعمل على إعداد الجسم لظروف جديدة. (سلامة، 1983، صفحة 128)

ويرى Laplantine (1989) أن التيار السائد في الطب المعاصر يميل إلى اعتبار المرض "... ككيان خارجي لا علاقة للفرد به، اخترق جسده واقتحمه. (Christakis Nicholas, 1997, pp. 277-278)

نستنتج من خلال هذا التعريف أن المرض باعتباره حالة للفرد يعد " شيئا " (موضوعا) خارجيا عن الفرد، فهو مجرد سلوك للمريض، وذلك بخلاف الصحة، فهي حالة كذلك للفرد ولكنها كذلك خاصية للفرد وسلوك للصحيح، وهذا التمايز في الطبيعة يتولد عنه تمايز في أسبابهما كذلك، حيث يتم التعارض بين " الشيء " (الخارجي) المرض والخاصية الفردية للصحة، كما يتولد عن ذلك تعارض في السلوك بين سلوك الصحيح وسلوك المريض، وبمعنى أخر، أن المرض يعتبر مرتبطاً بكيان خارجي (البرد) أو وثيق الصلة بالعوامل البيئية، ولكن من وجهة نظر نقدية، لا نستطيع أن نقول إن الأفراد المعنيين يشعرون بالبراءة التامة وغير مسؤولين عن المرض، فهذا تحيّز في الأحكام، وبما أن درجة اتصالهم بالعالم الخارجي تعتمد على احترامهم لقيم معينة، فلا يمكننا أن نقول إن الأفراد المعنيين يشعرون بالبراءة من المرض، ومعنى هذا أن درجة اتصالهم بالعالم الخارجي تعتمد على مراعاتهم لعدد معين من القواعد (من نظام)، فإنهم لا يستطيعون اعتبار أنفسهم غير مسؤولين وفاعلين، بل مجرد سلبيين في هذه العملية، وبطبيعة الحال، فإن احترام هذا النظام من القواعد هو جزء من المناعة ضد المرض، ومن وجهة النظر هذه، وبغض النظر عن "فهمهم" للأسس "العقلانية" لهذا النظام، فإن الأفراد مسؤولين عن حمايتهم وبالتالي مذنبين عن مرضهم.

3.4 مفهوم الصحة :

إن الصحة مفهوم مرتبط أشد الارتباط بالثقافة الاجتماعية والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع ، ولا يمكن عزلها عن النسق الاجتماعي والثقافي الذي توجد فيه . لقد كشفت العديد من الدراسات الاجتماعية بان الصحة لا تنحصر في جانبها البيولوجي فقط ، بل تتعداه إلى الجانب الاجتماعي والنفسي والثقافي والاقتصادي ، من خلال العلاقة القائمة بين أسلوب المعيشة والأمراض الموجودة . من هذا المنطلق ، لم تعد مسألة الصحة مسألة فردية تخص المريض وحدة ، بل تتعداه وتتحول إلى قضية اجتماعية نظراً للعلاقة الكبيرة بين الظروف الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والثقافة للحياة وانعكاساتها على قضايا الصحة والمرض. (النبي، 2011، صفحة 9)

تعرف الصحة في الجنس البشري بمدى التواصل الفيزيقي والوجداني والعقلي للشخص وقدرته الاجتماعية في مواجهة بيئته. كما يعرف "بيركنز" "Pirkens" الصحة بأنها حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه. (مخلوف، 1991، صفحة 47)

إن التعريف الأكثر شيوعاً والأكثر استخداماً هو ذلك الذي تستخدمه منظمة الصحة العالمية OMS والذي مفاده أن الصحة حالة تامة من الراحة الجسدية والعقلية. ولا تنطوي فقط على غياب الأمراض والعاهات، لأن التمتع بأفضل حالة صحية يمكن للمرء بلوغها هو حق للإنسان بغض النظر عن عرقه أو دينه أو رأيه السياسي وشرطه الاجتماعي أو الاقتصادي. (دوغوي، 1999، الصفحات 344-343.)

5. **علم اجتماع الطبي: السياقات والمسارات:** سنتطرق في هذا العنصر إلى الجدل الفكري الذي ساد الأوساط الأكاديمية في منتصف الثاني من القرن العشرين حول العلاقة التوالجية بين علم الاجتماع والطب

1.5 العلاقة بين علم الاجتماع والطب: مفارقات ؟

طرحت مسألة التسمية الصحيحة على المستوى البيئات الأكاديمية الأوروبية والأمريكية منذ سنوات عديدة وشهدت هذه الموائد المستديرة خلافات ونقاشات ساخنة، فهل نختار تسمية « sociologie de la médecine » أو « sociologie dans la médecine » ، لكن هذا الاختلاف بمرور السنوات عرف تراجع وتسامح في الأوساط العلمية، ويهتم الباحثين في علم اجتماع الطب بشكل متزايد بتطبيق أدوات المعرفة السوسيولوجية على الممارسة الصحية، وفي الوقت نفسه، أصبح المتخصصون والممارسون في مجال الصحة أكثر اهتماما بالبحث الاجتماعي وهذه نقطة تحول تاريخية حاسمة. إن الأعمال الاجتماعية المؤثرة والدائمة هي تلك التي أنتجت أدوات مفاهيمية ونظريات قابلة للتطبيق، ومن المرجح في نهاية المطاف أن تُعالج هذه الأعمال احتياجات المرضى، وصحة السكان، ومتطلبات النظام الصحي، وبعبارة أخرى، ما يميز التحليلات الاجتماعية هو التأملات المفاهيمية والنظرية التي تولدها من فحص أسئلة مختلفة وكثيرة، ومن ثم فإن النظرية مهمة لأنها تربط علم اجتماع الصحة والطب بمشهد اجتماعي أوسع. (Annandale, 2013, pp. 15-17)

ويجلب هذا للمنشغلين في التخصصات الطبية والاجتماعية مفاتيح القراءة والقيود التي يتفاعل فيها الفاعلين، ويسهل الوصول إلى المعنى الذي يعطونه لممارساتهم، ومن ناحية أخرى، فإن علم الاجتماع، من خلال السماح بالتباعد، يجلب إلى الصحة العامة فهماً لأسس ممارساته وتشكيلاتها التاريخية، والوصول إلى تعقيد الظواهر المتشابكة، ولكن لنكن صرحاء ونتحلى بالموضوعية ونتساءل: **كيف يمكن للمختص الانتقال من الطب والصحة العامة إلى علم الاجتماع؟ وكيف يمكن للباحث الانتقال من علم الاجتماع إلى ممارسة الصحة العامة؟ وما هي مساهمات علم الاجتماع في الصحة؟ وكيف يبدو هذين المجالين: متكاملان أو متعارضان؟** حقا أنها أسئلة استفزازية وألغاز محيّرة.

يرى المختص Gabriel Girard وهو مختص في علم الطب الاجتماعي أن علم الاجتماع قد زوده بطرق جديدة للتفكير والتصرف أثناء رحلته الشخصية والمهنية، وفتح منظور علم الاجتماع لعالمه المهني أسس جديدة للتكيف في مجال الرعاية والصحة العامة، لهذا سعى في منشوراته الأكاديمية إلى تجسير العلاقة بين هذه الفضاءات الثلاثة: الطب والصحة العامة وعلم الاجتماع، ويرى أن إنشاء جسور بين التخصصات العلمية يكتنفه الكثير من الصعوبات الميدانية فالرحلة من علم الاجتماع إلى الممارسة في الصحة العامة محفوفة بالمخاطر وفرص النجاح ضئيلة نسبيا، وغالبًا ما يُنظر إلى الباحث على أنه "**عالم اجتماع**" أكثر من اللازم بالنسبة للصحة الأكاديمية، و يُنظر للمختص في "**صحة عامة**" أكثر من اللازم بالنسبة لعلماء الاجتماع (وهنا تطرح إشكالية العلاقة بين العلوم الطبيعية والعلوم الإنسانية والاجتماعية) وهذه مسافة عميقة تطرح سجال فكري على المستوى الأكاديمي.

ويتم تقديم الصحة باعتبارها الجهد الجماعي المحدد الذي ينظمه المجتمع لحماية وتعزيز واستعادة صحة السكان، من خلال الإجراءات المتعلقة بالبيئة وعادات نمط الحياة، مثل التثقيف الصحي، أو التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض، ولكن إذا كانت الصحة لها ارتباطًا وثيقًا بالسياق الاجتماعي والسياسي والتاريخي، فإن التعامل مع الصحة بمنظور اجتماعي تاريخي يطرح سياقات معقدة لم تستوعبها الأبحاث في وقتنا الراهن، بل و مازلت في المرحلة الجنينية.

وبالمقابل، يرى الباحث Cécile Fournie أن المجال التخصصي للصحة العامة والطب وعلم الأوبئة يهيمن على اتخاذ القرارات لدى الجهات الفاعلة المؤسسية وأصحاب المصلحة، ويعتقد هؤلاء أن الصحة العامة القائمة على الأدلة "بيانات وبائية أو اقتصادية كمية بدلاً من البيانات الاجتماعية هي المعيار في إيجاد الحلول وتشخيص المشكلات الصحية التي يواجهون صعوبة في فهمها، خاصة عندما يتعلق الأمر بالمقاربة الكيفية في الدراسة.

ويعتقد البعض المختصين في هذا الشأن أن الدراسة التجريبية (سواء كانت نوعية أو كمية) للظواهر الاجتماعية المرتبطة بالصحة والتي تهدف إلى الفحص النقدي للظواهر المدروسة، والمساهمة في الفهم السوسيولوجي للواقع تظل وصفية بشكل أساسي، ويظل تفسيرهم معياريًا للغاية، لأنه بحث موجه في نهاية المطاف نحو التطبيق: التدخل، أو حملة الاتصال، أو التقييم .

وهناك نقطة مهمة تدعونا إلى التراجع خطوة إلى الوراء؛ حيث تميل مناهج الصحة العامة المطبقة بشكل كبير إلى عزل ممارسات أو تمثيلات الجهات الفاعلة، سواء كانوا مرضى أو مستخدمي النظام الصحي أو متخصصين في الرعاية الصحية، وبالتالي فإن إضفاء الطابع التاريخي على الظواهر أو الحقائق المدروسة، والذي يعد جزءًا من "**مجموعة أدوات**" العلوم الاجتماعية، يشكل في كثير من الأحيان نقطة سوداء في عمل المتخصصين في مجال الصحة العامة. (Cécile Fournier, 2021, pp. 23-24)

وحول الإجابة عن القيود والموارد اللازمة لإجراء البحوث في المؤسسات الصحية العامة يرى Gabriel Girard الموارد المالية هي المشكل الأكبر في هذا السياق، فهي مكلفة في مجال البحث الصحي، مقارنة بمجالات أخرى، فضلا عن استجابةً للمخاوف المتعلقة بالبحث الطبي في بعض الأمراض المزمنة: كالزهايمر، والإعاقات، والسرطان، وفيروس نقص المناعة البشرية، والصحة العقلية، والشيخوخة، وما إلى ذلك، ونتيجةً لذلك، يميل بعض الباحثين في العلوم الاجتماعية خارج مجال الصحة إلى التعبير عن شكوكهم بشأن الجودة الاجتماعية للدراسة العلمية، وفي هذا السياق، يدعو أنه من الضروري أن يكون الباحثين استراتيجيين: فوضوح الكتابة والحجج أو تعميم المفاهيم أمر مهم للغاية هنا لإقناع غير المتخصصين، ومن المهم أيضًا إظهار أن المشروع سيكون له فوائد ملموسة لفهم ظاهرة أو مشكلة معينة.

ويعتقد الباحث Cécile Fournie أنه في المستقبل يمكن دمج المساحتين، فالطبيب يستطيع الاستعانة بالموارد التي اكتسبتها من تدريبيه وخبراته في مجال البحث الاجتماعي، وهذا ضروري لفهم المشاكل الصحية، ووسيلة لفهم التجربة الذاتية للفاعلين الاجتماعيين بشكل أفضل، والمساعدة في بناء أسئلة البحث، أو حتى تحديد تحولات الممارسات وآثارها، المتوقعة أو غير المتوقعة.

وعمومًا يمكن القول أنه يمكن خلق توليفة بين الآراء المتناقضة، وبالتالي دمج بين هذين العالمين من علم الاجتماع والصحة العامة، والمختص سواء كان ينتمي إلى العلوم الإنسانية والاجتماعية أو إلى الطب يصبح في موقع **المترجم الوسيط**.

2.5 بداية الاعتراف الأكاديمي والإنتاج العلمي

رأينا في السابق الجدل والحوار الدراماتيكي بين مجموعة متنوعة من الفاعلين الاجتماعيين الذين ينتمون إلى علم الاجتماع والطب، والقناعات التي كانت تقف على الواجهة بين العوالم الطبية والاجتماعية والسياسية، ومع ذلك، يظل من الصعب بناء التعددية التخصصية في سياق لا يشجع فيه الاعتراف الأكاديمي على إزالة الحواجز واللقاءات بين الباحثين من مختلف التخصصات.

وكما هو معلوم، فقد حدث تحول أكثر وضوحًا منذ ثمانينيات القرن العشرين، حيث زاد السعي في اتجاه ترسيخ التخصصات وزيادة الاعتراف الأكاديمي بالباحثين والبحث في مجال علم الاجتماع الصحة، ويبدو هذا واضحا من خلال التغيير جذري في سياسة البحث على مستوى القارة الأمريكية والأوروبية، أيضا نلاحظ تزايد عدد الباحثين في العلوم الاجتماعية بشكل كبير، وخاصة في علم الاجتماع الصحة، ويمكن تفسير ذلك بزيادة الطلب الاجتماعي واحتدام النقاش السياسي حول مسألة الصحة والمرض.

وفي علم الاجتماع، كانت إحدى العلامات الأولى للاعتراف على المستوى الدولي هي زيادة النشر في المجالات والدوريات التي توضح العلاقات بين علم الاجتماع والطب تحت مسميات عديدة مثل "علم اجتماع الصحة" أو "علم الاجتماع الطبي"، وهو ما يؤكد بروز خطاب جديد يدعو إلى « **التعاون الوثيق بين الأطباء وعلماء الاجتماع** » ومن جانب أخر، أصبح عالم العلوم الطبيعية ينفتح على نطاق أوسع أمام العلوم الاجتماعية، حيث تم إنشاء معاهد للأبحاث تضم لجنة مشتركة للعلوم الإنسانية والاجتماعية وأطباء وعلماء أوبئة وباحثين في العلوم الاجتماعية. مهمتها هي المساعدة في تطوير البحث الصحي.

وبمعنى آخر، يُمكن اعتبار المعرفة المتعلقة بالصحة متعددة الأطوار، وهو يشير إلى حالة يمكن فيها لأنواع مختلفة من المعرفة اقتحام الموضوع، وباستخدام أنواع مختلفة من التجربة العقلانية، وهو أمر شائع بشكل خاص في مجال الصحة، وتُظهر حالات تعدد الأشكال المعرفية أن المعرفة مكتملة لأنها مُدمجة في عمليات التبادل والتكيف الاجتماعي، ويُقدم رؤية أكثر واقعية للإدراك البشري، ويجمع بين الذات المعرفية (الطبية) والنفسية الاجتماعية، ولهذا تُعدّ الصحة مجالاً فعالاً بشكل خاص لاستخدام أنواع مختلفة من المعرفة وقابليتها للتبادل.

كما ساهمت الأمراض والأوبئة الفتاكة في تزاوج العلوم الاجتماعية والطبية وكمثال على ذلك **وباء الإيدز**: وللاستجابة له، تم وضع تدابير مبتكرة وتعبئة العلوم الاجتماعية، إلى جانب المتخصصين في الصحة لتنويع موضوعات البحث، وعلاوة على ذلك، ومع انتشار مرض **الإيدز**، بدأت قطاعات أخرى من المهنة الطبية في إقامة روابط مع العلوم الاجتماعية تترجم رغبة جماعية في اتخاذ إجراءات مبتكرة مدعومة بالبحث العلمي، وقد شكلت هذه التعبئة لمختلف الفاعلين الاجتماعيين المورد الرئيسي للاستجابة لحالة الطوارئ الصحية، ولقد

وجد علم اجتماع الصحة، الذي يهدف أحد أهدافه إلى فهم الروابط الاجتماعية التي تحيط بالمرض، في **الإيدز** موضوعاً مثمراً للدراسة. (Claudine Herzlich, 2010, pp. 121-124)

وعمومًا فإن ظهور السياسات الصحية الأوروبية، وإنشاء الوكالات الصحية، وتحول الدولة، والأهم من ذلك، قيود الميزانيات العامة التي تم تعزيزها بعد معاهدة ماستريخت والأزمة المالية، كلها عناصر مهمة في فهم المعالجة الاجتماعية للقضايا الصحية، على أساس أن هذه الأشكال الاجتماعية سيكون ذا قيمة كبيرة في دعم تشكيل المجتمع للصحة، ومن شأنه أيضًا أن يوفر الفرصة لمناقشة سلسلة من الأعمال الحديثة التي جددت الفهم الاجتماعي للقضايا الصحية. (Loriol, 2012, pp. 211-213)

6. التمثيل الاجتماعي للصحة والمرض داخل الإطار السوسيو– ثقافي :

إن المفهوم البنيوي للتمثيلات هو تصور تمثيل اجتماعي يتكون من مخططات مختلفة، تتفاعل فيما بينها، تحت اعتماد بنية تنظيمية أعمق وهي النواة المركزية، ويتميز النظام المركزي بقوة بالذاكرة الجماعية للمجموعة وبالمعايير التي يشير إليها، وهو يقاوم التغيير ويشكل الأساس التوافقي المشترك بين أعضاء المجموعة؛ لذلك فهو معياري بالأساس، أما النظام المحيطي فهو أكثر مرونة، وأكثر حساسية لتأثيرات السياق، ويسمح بالتكامل في تمثيل الاختلافات الفردية المرتبطة بتاريخ الموضوعات؛ ولذلك فهو أكثر وظيفية. (Fraysse, 2000, pp. 651-653)

وكمثال على توضيح العلاقة التوالجية بين الإطار السوسيو–ثقافي وتمثيلات الصحة والمرض نشير إلى دراسة نوعية حول التمثيلات الاجتماعية للصحة والمرض لدى الجالية الصينية في إنجلترا، وكون هذه التمثيلات ترتكز على أطر ثقافية، وتتشكل من خلال التواصل والتفاعل الاجتماعي وممارسات الحياة اليومية، وتُظهر نتائج الدراسة أنه على الرغم من الاختلافات المتعلقة بالعمر ودرجات التثاقف، يشترك الصينيون في إنجلترا في نظام تمثيلي مشترك فيما يتعلق بالصحة والمرض، ويستند هذا النظام إلى المفاهيم التقليدية لـ"التوازن" و"التناغم" بين **قوى الين واليانغ** المترابطة، فالصحة تنبع من التوازن، بينما ينشأ المرض من اختلال التوازن، ومن خلال هذه المفاهيم الصينية التقليدية، تندمج المعرفة الطبية الحيوية الغربية، مما يُنتج مجالًا تمثيليًا مختلطًا تتعايش فيه المعرفة الصينية والغربية. وينتقل هذا المجال التمثيلي من خلال الأبعاد الأساسية للثقافة: الطعام واللغة وعلاقات القرابة. (Sandra Jovchelovitch, 1999, pp. 247-250)

7. النسق السوسيو–ثقافي وإعادة إنتاج تمثلات الصحة والمرض:

اعتقد **رالف لينتون** أن مضمنون الثقافة يجعلنا نتنبأ بشكل معقول بالحالة المرضية، وهذا يكشف السياق الاجتماعي للمرض، حيث إنه يتأثر بالمضمون الثقافي، ويتكامل مع نماذج الحياة القائمة في تلك الثقافة، بمعنى أن النماذج الثقافية والأساليب النمطية للحياة لها تأثير علينا في استجابتنا وتصورنا عن المرض. (الفكي، 2016، الصفحات 211–220)

وفي هذا السياق، شاع استخدام مفهوم المرض وفقا للأبعاد الاجتماعية الثقافية، بمعنى جملة الإدراكات الحسية والخبرات التي تشكل الأبعاد المعرفية والرمزية للمرض، وهنا يتضمن مفهوم المرض دراسة شبكة العلاقات الاجتماعية التي تؤدي إلى ظهور أشكال من المرض، وتوزيعاتها داخل المجتمع كما يركز على الأنساق الاجتماعية، وبناءات القوة والمعاني والآثار الاجتماعية له، إذ توجد في كل مجتمع مجموعة من القواعد لترجمة الإشارات إلى أعراض لتحديد المرض ومن ثم أنماط العلاج، فدور القوى الاجتماعية لا يتوقف فقط على تشخيص المرض، بل يتعدى إلى إمكانية الحصول على مختلف أنواع العلاج. (الهاشمي، 2016، صفحة 34)

لقد أصبح فهم السياق الثقافي للصحة والمرض أمرا معترفا بأهميته الحيوية في السنوات الحالية نظرا للعلاقة المعقدة التي تقوم بين الرعاية الصحة وأنماط الحياة وسلوكيات الناس وتوقعاتهم من حيث أسباب المرض والوقاية منه، لذلك تطور الأمر من الدراسة الكمية لأفراد المجتمع وسماتهم إلى دراسة المعتقدات والسلوكيات المشتركة عن الصحة والمرض في المجتمع. (خليل، 2006، الصفحات 141-142)

إن استمرار فعالية النسق الثقافي بكل مكوناته حول قضايا الصحة والمرض يستدعي الاستعانة بالعلوم الاجتماعية والإنسانية بمختلف فروعها لإنجاح التنمية الصحية لمجتمعنا، و للأنثربولوجيا إسهام كبير في هذا المجال، وذلك من خلال دراستها للمدخل الثقافي للصحة والمرض، ذلك أن معرفة مضمون الثقافة لأي مجتمع يوفر إمكانية التنبؤ والاستشراف العقلاني لمجريات الأحداث، إضافة إلى أن المسار الاجتماعي للمرض أو الصحة يتأثر بالمضمون الثقافي للمجتمع .

وقد شاركت الثقافة في تشكيل تصورات أفرادها وتحديد الطرق المفضلة لديهم لالتماس العلاج ، بل أيضًا رؤيتهم لمفهوم الصحة والمرض، وتتضمن أيضا بعض الممارسات المعترف بها والمقبولة من قبل أفرادها والتي بدورها تترك أثر سلبي على حالتهم الصحية، مثل العلاقات الجنسية غير الشرعية وشرب الكحوليات. قد تكون الثقافة هي أحد العوائق التي تأخر النهوض بالحالة الصحية وقد تكون عائق لبعض البرامج والمشروعات الصحية.

إن الإصابة بالمرض ونوع المرض تتوقف بالدرجة الأساسية على العوامل الاجتماعية والثقافية، فالصحة والمرض يرتبطان بالسياق الثقافي للشعوب والسلوك الاجتماعي الذي يستند إلى هذا السياق ولا يرتبطان بالعوامل الفسيولوجية والبيولوجية فقط، وعلاج المرض هو مجرد عمليات بيولوجية في ظاهرها ، ولكن انطوى علي سلسلة معقدة من التفاعلات بين العوامل الاجتماعية والفسيولوجية والنفسية.

فضلا عن ذلك ، فإن العديد من الدراسات الأنثروبولوجيا توضح أن اختلاف الثقافات يؤدي إلى اختلاف التعبير عن الألم ، واختلاف تفسير المرض والتجارب معه ، ولعل هذا التباين يرجع إلى اختلاف طرق التنشئة الاجتماعية والثقافية لكل مجتمع ، لذلك يختلف سلوك المريض في استقباله للمرض وفي طرق الوقاية والعلاج ومعرفة الأسباب ، مثال : هناك ثقافات تربط بين الهزال الجسدي والأنيميا وأمراض سوء التغذية، ولكن أخري ترجعه إلى الحسد (وآخرون، 2024، صفحة 395).

ويؤكد الباحث **سفيان دريس** في دراسته الميدانية أن هناك تصورات مختلفة حول المرض وأسبابه منها تصورات ومعتقدات و تفسيرات طبية حديثة، وتصورات نفسية ميتافيزيقية غيبية، وتصورات دينية وثقافية شعبية بكل ما تتضمنه من تفسيرات تخص تأثير العوامل الطبيعية البيولوجية الدينية السحرية العين الحسد المس والأذى، .... إلخ، وفي هذه الحالة الشخص الذي يقع عرضة لمختلف التصورات غالبا ما يكون بفعل تأثير ونظيف لها أيضا دور الظروف الاجتماعية المحيطة بالشخص المريض، خاصة في تفهم وتقبل تصوره الشخصي للمرض، كما تشمل أيضا تقبل طريقة العلاج التي يختارها الشخص المريض ويراها مناسبة المرضه أو مشكلته الصحية مهما كان نوعها، كما تتدخل الظروف الاقتصادية كذلك كمتغيرات مباشرة أو غير مباشرة في تسهيل التشخيص وبالتالي فهم المرض وتصوره، وتسهيل العلاج المناسب للمرض (دريس، 2018، صفحة 227)

إن القيم الثقافية المتصلة بتنظيم الحياة الأسرية وأساليب العمل والترويح، وقضاء أوقات الفراغ هي الأخرى لها تأثير في تحديد أنواع الأمراض والوفيات، فلو نظرنا إلى الإنسان الساكن في البيئات الصناعية، تأثر بطبيعة البيئة التي يسكنها، ذلك أن هذا النوع من البيئات سببا رئيسيا في إصابة الأفراد ببعض الأمراض، فمثلا نجد أن أمراض القلب أكثر انتشارا بين نموذج الشخصية السائدة في الثقافة الغربية، فهذا

الأخير يحيا حياة المنافسة القوية، والاستغلال الشديد للوقت، إضافة إلى انتشار أساليب الحيل، والعدوات المختلفة (علي،وآخرون، 1987، صفحة 22).

8. أنثروبولوجيا الصحة والمرض

كان الطب إلى عهد قريب، يعتبر أن العوامل البيولوجية والطبيعية فقط هي الأسباب الوحيدة التي تحدث المرض. ولكن علم الاجتماع والأنثروبولوجيا ساهما معا في توضيح أهمية الأبعاد الاجتماعية والثقافية في قضايا الصحة والمرض ومن ثم أسهم الاجتماع الطبي في إلقاء الضوء على أهمية العوامل الاجتماعية في إحداث المرض، وعلاجه والوقاية منه، كما امتد نطاق المرض ليشمل الحياة الاجتماعية والنفسية للمريض.

إضافة إلى ارتباط الصحة بالمرض فهما يرتبطان أيضا بالجسد من حيث أنه المحور الذي يتعرض للصحة أو المرض، حيث أن أجسادنا تتأثر بالمؤثرات الاجتماعية والثقافية فهو ليس شيئا خارج عن المجتمع وإنما يتأثر بخبراتنا الاجتماعية، كما أنه يتأثر بمعايير وقيم المجموعات التي ننتمي إليها وهكذا يتعرّض للإصابة بالمرض بحجم العوامل الاجتماعية، فالمرض كينونة أنطولوجية تتخذ أبعادًا فوق – طبية ، حيث يحس المريض بأن جسده هو جسد آخر، ويرى الآخرون مرضه، ولذلك تشكل المسافة الوجودية بين المريض وجسده مكانا لتكاثف رموز الشر وفقدان الإرادة الشعور بالاغتراب، ولذلك قال **إبيكتيت** : توجد أشياء تابعة لنا، وأخرى غير تابعة لنا، أما التي هي تابعة لنا، فهي أحكامنا وتوجهاتنا ورغباتنا، وبكلمة واحدة كل فعل نابع من أنفسنا، وأما التي ليست تابعة لنا فهي الجسد، التكاليف العامة، السمعة .. وبكلمة واحدة كل ما ليس بفعل لذاتنا. وما يتبع لنا، هو في طبيعته حر، بلا عائق، أما ما لا يتبع لنا فهو غير متناسق ، عبد، غريب، مكبل. ويريد الطب تعديل تلك المسافة، من خلال الوسائل العلاجية الصيدلانية، بأن يعيد الانسجام والتناسق بين الجسد والذات بالقضاء على المرض، المرض بوصفه غريبا ودخيلا على الحياة ولكنه حياة أخرى أيضًا؛ ففي اللغة اليومية لا يقول المريض لدي مرض بل يقول (أنا مريض، وهذا يعني أنه تحوّل إلى عمق وجوده، وكأن المرض غير هويتنا إلى هوية أخرى إلى وجود مختلف (عمارة، 2014، صفحة 118)

خاتمة :

يمكن القول في ختام هذه الدراسة أن **الصورة البانورامية** لعلم اجتماع التمثيلات والصحة والمرض تؤكد على التقاطع بين هذه المجالات وتوطيدهم المتبادل، لقد أصبح عالم العلوم الطبيعية منفتح على نطاق أوسع أمام العلوم الاجتماعية، وتم إنشاء العديد من المعاهد الأوروبية والأمريكية للأبحاث والتي ضمت أطباء وعلماء أوبئة وباحثين في العلوم الاجتماعية والإنسانية، مهمتها تنويع موضوعات البحث، والاستجابة للمشاكل والطوارئ الصحية، وعلى الرغم من أن الصلات الرئيسية بين الميادين الاجتماعية للصحة والمرض فضلا عن الجهات الفاعلة، فإن مشكلة **الأفرقة** بين تخصصات العلوم الاجتماعية والطبية على مستوى التنظير والتجريب يحتاج إلى نوع من **إعادة التفاوض** على المستوى الدولي، وكما رأينا في ثنايا هذه الدراسة، فإن إن التمثيل الاجتماعي هو نوع من نظام الفكر المشترك بين العديد من الأشخاص، حيث يضم مجموعة متماسكة من المعرفة والآراء والمعتقدات والمواقف ويعطي معنى لعمل مجموعة اجتماعية، وبالتالي، إذا كانت العلاقة بصحة الأفراد تتأثر بالسياقات الاجتماعية والثقافية التي تم نشرها وترسيخها، فإن البحث عن المعرفة حول هذه الأشياء الثقافية للصحة يصبح وسيلة مميزة لفهم المنطق الشامل الذي يقوم عليه المواقف والمعتقدات والسلوكيات المتعلقة بالصحة والمرض داخل المجموعات

الاجتماعية المختلفة، وبعبارة أخرى، فإن مفهوم التمثيل الاجتماعي المطبق على الصحة يسمح لنا بفهم أفضل لتأثير الأبعاد الاجتماعية والثقافية على أفكار وأفعال الأفراد فيما يتعلق بعملية الحفاظ على الصحة وإدارة المرض نظرًا لطابعها الاجتماعي التاريخي ومكانتها في الفضاء الاجتماعي الرمزي، وكل هذا جعل موضوع الصحة موضوعٌ مُركّب ومُعقّد يُثير تساؤلاتٍ منهجيةً ومعرفيةً.

المراجع

Aim, M.-A. (2018). , Lionel Dany. Health and Social Representations: A Structural Approach. *Papers on Social Representations , 27* (1), 31-32.

Annandale, E. (2013). Théorie sociologique et sociologie de la santé et de la médecine dans les revues internationales. *Revue des Sciences Sociales et Santé , 31* (01).

Cécile Fournier, G. G. (2021). Venir à la sociologie par la santé publique, faire de la santé publique en sociologue. *Revue Acte de la Recherche en Sciences Sociales , 04* (239).

Christakis Nicholas, D. B. (1997). Représentations sociales de la santé et de la maladie chez des enfants de dix ans : quelques données et réflexions. . *Revue Bulletin de psychologie , 50* (429).

Claudine Herzlich, J. P. (2010). Au Croisement de Plusieurs Mondes: la Constitution de la Sociologie de la Santé en France (1950-1985) . *Revue Française de Sociologie , 01* (51).

Fraysse, B. (2000). La saisie des représentations pour comprendre la construction des identités. *Revue des sciences de l'éducation , 26* (03).

Labra, O. &. (2015). Représentations sociales du VIH/sida chez les étudiants de niveau universitaire d'une région éloignée du Québec. *Revue canadienne de service social , 32* (1/2).

Lidler, E. (1979). Definitions of health and illness and medical sociology . *Medical Psychology & Medical Sociology , 13*, 723-725.

Loriol, M. (2012). "La santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin, M. Drulhe, F. Sicot (Eds.)", [Online], Vol. 54 - N° 3 | Juillet-Septembre 2012, Online since 15 November 2018, connection on 18 March 2025. URL:. *Sociologie du travail , 54* (03).

Poulin, C. &. (1995). Les Représentations Sociales des étiquettes Associées à la maladie mentale. *Santé mentale au Québec , 20* (01).

Provencher, Y. (2003). Milieux sociaux d'appartenance et représentations de la santé chez un groupe de femmes âgées francophones du Nouveau-Brunswick. *Revue canadienne de service social , 50* (01).

Provencher, Y. (2003). Milieux sociaux d'appartenance et représentations de la santé chez un groupe de femmes âgées francophones du Nouveau-Brunswick. *Revue canadienne de service social, , 50* (01), 236.

Salés-Wuillemin, C. G. (2009). Apports de L'étude des Représentations Sociales Dans Le Domaine De La Santé. *Revue des Sociétés , 3* (105).

Salés-Wuillemin, C. G. (2009). Apports de L'étude des Représentations Sociales Dans Le Domaine De La Santé, ,Vol 3, N° 105 , 2009 , P44. *Revue des Sociétés , 3* (105).

Sandra Jovchelovitch, M.-C. G. (1999). Social representations of health and illness: the case of the Chinese community in England July/August . *Journal of Community & Applied Social Psychology , 09* (04).

T. Apostolidis, L. D. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales, . *Revue Psychologie Française , 57* (02).

إقبال مخلوف. (1991). *العمل الاجتماعي في الرعاية الطلية - اتجاهات تطبيقية*. الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.

الناصر عمارة. (2014). المرض: مقاربة إبتيقية هرمينوطيقية. *مجلة تبين للدراسات الفلسفية والنظريات النقدية ، 2* (8)، 118.

تالا قطيشات. (2002). *مبادئ في الصحة والسلامة العامة*. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

سعد بركة وآخرون. (2024). الرؤية المجتمعية للصحة والمرض في مملكة ليسوتو دراسة في الأنثروبولوجيا الاجتماعية395. *مجلة الدراسات الإفريقية ، 46* (2)، 395.

سفيان دريس. (2018). تمثلات المرض وأساليب العلاج في المجتمع الجزائري -دراسة ميدانية بمدينة البويرة. *مجلة علوم الإنسان والمجتمع ، 7* (28)، 227.

سليمان دوغوي. (1999). ترجمة قاسم المقداد أثر العولمة على الصحة . *مجلة الفكر السياسي* (5/4).

عايدة فؤاد النبلاوي ، سلطان بن محمد الهاشمي. (2016). الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض: دراسة أنثروبولوجية لأمراض الدم الوراثية في المجتمع العماني. (جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان، المحرر) *مجلة كلية الآداب والعلوم الاجتماعية* .

عبد الناصر علي بن علي الفكي. (2016). الثقافة المجتمعية ومعدلات الإصابة بالأمراض في إفريقيا الايبولا : (ليبريا - الإيدز إثيوبيا - السحائي بوركينا فاسو). *مجلة دراسات افريقية ، 16* (56).
عصام العدوني. (2010). الصحة والمرض رؤية سوسيو أنتروبولوجية، العدد التاسع. *مجلة إضافات (المجلة العربية لعلم الاجتماع)* (09)، 99.
عمر أكريم عبد النبي. (2011). البيئة الاجتماعية والنفسية والاقتصادية وعلاقتها بالأمراض وتوطنها في المناطق الريفية. *مجلة جامعة بنغازي العلمية ، 34* (4/3).
مأمون سلامة. (1983). *قانون العقوبات القسم الخاص*. دار الفكر العربي ، ج 2،.
محمد أحمد أنفيخ. (2019). دور التمثلات الاجتماعية في نقد التصور الطبي للصحة والمرض . *المجلة العربية للعلوم ونشر الأبحاث (مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية) ، 03* (04)، 13.
محمد علي،وآخرون. (1987). *دراسات في علم الاجتماع الطبي*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
مرفت العشماوي. (1996). *الأنثروبولوجيا الطبية والطب الشعبي الأنثروبولوجيا (علم الانسان)*. كلية الآداب، جامعة الإسكندرية .
نادية عمر محمود السيد. (2003). *علم الاجتماع الطبي المفهوم والمجالات* . الاسكندرية،مصر،: ، دار المعرفة الجامعية .
نادية محمد السيد عمر. (1987). *علم الاجتماع الطبي، المفهوم والمحالات*. الإسكندرية،: دار المعرفة الجامعية.
نجلاء عاطف خليل. (2006). *علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض*. مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.

Arabic Romanization

Iqbāl Makhlūf. (1991). al-‘amal al-ijtimā‘ī fī al-Ri‘āyah alṭlyh-Ittijāhāt taṭbīqīyah. al-Iskandarīyah, Miṣr : Dār al-Ma‘rifah al-Jāmi‘īyah.
al-Nāṣir ‘Imārah. (2014). al-maraḍ : muqārabah iytyqyh hrmynwṭyqyh. Majallat tubayyinu lil-Dirāsāt al-falsafīyah wa-al-naẓarīyāt al-naqdīyah, 2 (8), 118.
Tālā Quṭayshāt. (2002). Mabādi’ fī al-Ṣiḥḥah wa-al-salāmah al-‘Āmmah. ‘Ammān, al-Urdun : Dār al-Masīrah lil-Nashr wa-al-Tawzī‘.
Sa‘d Barakah wa-ākharūn. (2024). al-ru’yah al-mujtama‘īyah lil-Ṣiḥḥah wa-al-maraḍ fī Mamlakat lyswtw dirāsah fī al-anthrūbūlūjiyā alājtmā‘yt395. Majallat al-Dirāsāt al-Ifrīqīyah, 46 (2), 395.
Sufyān Durays. (2018). tamaththulāt al-maraḍ wa-asālīb al-‘ilāj fī al-mujtama‘ al-Jazā’irī-drāsh maydānīyah bi-madīnat albwyrh. Majallat ‘ulūm al-insān wa-al-mujtama‘, 7 (28), 227.
Sulaymān dwghwy. (1999). tarjamat Qāsim al-Miqdād Athar al-‘awlamah ‘alá al-Ṣiḥḥah. Majallat al-Fikr al-siyāsī (4/5).
‘Āyidah Fu’ād alnblāwy, Sulṭān ibn Muḥammad al-Hāshimī. (2016). al-ab‘ād al-ijtimā‘īyah wa-al-thaqāfīyah lil-Ṣiḥḥah wa-al-maraḍ : dirāsah anthrūbūlūjīyah l’mrāḍ al-dam al-wirāthīyah fī al-mujtama‘ al-‘Umānī. (Jāmi‘at al-Sulṭān Qābūs, Salṭanat ‘Ammān, al-muḥarrir) Majallat Kullīyat al-Ādāb wa-al-‘Ulūm al-ijtimā‘īyah.
‘Abd al-Nāṣir ‘Alī ibn ‘Alī al-Fakkī. (2016). al-Thaqāfah al-mujtama‘īyah wa-mu‘addalāt al-Iṣābah bi-al-amrāḍ fī Ifrīqiyā alāybwlā : (lybryā-al-Īdz Ithyūbiyā-alsḥā’y Būrkīnā Fāsū). Majallat Dirāsāt Ifrīqīyah, 16 (56).
‘Iṣām al‘dwny. (2010). al-Ṣiḥḥah wa-al-maraḍ ru’yah sūsiyū antrūbūlūjīyah, al-‘adad al-tāsi‘. Majallat iḍāfāt (al-Majallah al-‘Arabīyah li-‘Ilm al-ijtimā‘) (09), 99.
‘Umar akrym ‘Abd al-Nabī. (2011). al-bī’ah al-ijtimā‘īyah wa-al-nafsīyah wa-al-iqtiṣādīyah wa-‘alāqatuhā bi-al-amrāḍ wtwṭnhā fī al-manāṭiq al-rīfīyah. Majallat Jāmi‘at Banghāzī al-‘Ilmīyah, 34 (3/4).
Ma’mūn Salāmah. (1983). Qānūn al-‘uqūbāt al-qism al-khāṣṣ. Dār al-Fikr al-‘Arabī, J 2.
Muḥammad Aḥmad anfyfkh. (2019). Dawr al-Tamaththulāt al-ijtimā‘īyah fī Naqd al-taṣawwur al-ṭibbī lil-Ṣiḥḥah wa-al-maraḍ. al-Majallah al-‘Arabīyah lil-‘Ulūm wa-nashr al-Abḥāth (Majallat al-‘Ulūm al-Insānīyah wa-al-Ijtimā‘īyah), 03 (24), 13.
Muḥammad ‘Alī, wa-ākharūn. (1987). Dirāsāt fī ‘ilm al-ijtimā‘ al-ṭibbī. al-Iskandarīyah : Dār al-Ma‘rifah al-Jāmi‘īyah.
Mirfat al-‘Ashmāwī. (1996). al-anthrūbūlūjiyā al-ṭibbīyah wa-al-ṭibb al-sha‘bī al-anthrūbūlūjiyā (‘ilm al-insān). Kullīyat al-Ādāb, Jāmi‘at al-Iskandarīyah.
Nādiyah ‘Umar Maḥmūd al-Sayyid. (2003). ‘ilm al-ijtimā‘ al-ṭibbī al-mafhūm wa-al-majālāt. al-Iskandarīyah, Miṣr, :, Dār al-Ma‘rifah al-Jāmi‘īyah.
Nādiyah Muḥammad al-Sayyid ‘Umar. (1987). ‘ilm al-ijtimā‘ al-ṭibbī, al-mafhūm wālmḥālāt. al-Iskandarīyah, : Dār al-Ma‘rifah al-Jāmi‘īyah.
Najlā’ ‘Āṭif Khalīl. (2006). ‘ilm al-ijtimā‘ al-ṭibbī Thaqāfat al-Ṣiḥḥah wa-al-maraḍ. Maktabat al-Anjlū al-Miṣrīyah, Miṣr.