# المهنة الطبية من منظور علماء الاجتماع
# دراسة سوسيولوجية تحليلية

رضية يسلم صالح باصمد*

تاريخ تسلُّم البحث : 2026/1/3م تاريخ قبول النشر : 2026/4/13م

**الملخص**

يستهدف هذا البحث دراسة تطور مهنة الطب، من خلال إبراز طبيعة الطب الاجتماعي بوصفه مهنة طبية في المجتمعات المعاصرة، والكشف عن طبيعة المهنة الطبية، وتحديد جوانب الهيمنة في الخطاب والممارسة الطبيَّين المعاصرين. إذ لا يكاد يخلو مجال من مجالات الحياة الإنسانية من إسهام علم الاجتماع في وصفه وتشخيصه، وتحليل أبعاده، وتفسير القوى المؤثرة فيه. ولا يُعدّ الطب استثناءً من ذلك، فقد شهد تطورًا ملحوظًا؛ إذ انتقل من ممارسة دينية إلى نشاط اجتماعي، وصولًا إلى مرتبة المهنة.

وقد اعتمد البحث على المنهج الوصفي التحليلي، وتمثلت أبرز استنتاجاته فيما يأتي:

إن ارتقاء مهنة الطب لا يُعدّ ارتقاءً معرفيا علميا خالصا بقدر ما هو ارتقاء في المكانة الاجتماعية للممارسة الطبية، إذْ بدأ ذلك في المجتمعات الأوروبية أولًا، ثم انتقل إلى بقية بلدان العالم لاحقًا. كما تم تحديد المهنة الطبية من منظور علماء الاجتماع، وتفسير عدد من العوامل التي أسهمت في جعل الطب موضوعًا لعلم الاجتماع، مثل أثر العلاقات الاجتماعية في تحديد الصحة والمرض، والتأثيرات الاجتماعية في الصحة، وكذلك السياسات الصحية.

**الكلمات المفتاحية:** الطب، المهنة الطبية، الممارسة الطبية، الطب الاجتماعي.

**المقدمة:**

يُعد الحفاظ على الصحة هدفاً مشتركاً للبشرية جمعاء، قديماً وحديثاً، فالصحة نعمة عظيمة وأساس الحياة السعيدة والمستدامة. منذُ العصور الأولى، سعى أسلافنا إلى فهم أساليب المحافظة على الصحة وتعلم طرائق الشفاء من الأمراض، مما وضع حجر الأساس لتاريخ الطب. إذ يهتم الطب بدراسة الصحة والمرض والشفاء، ويشمل ذلك العلاج والوقاية من الأمراض، بالإضافة إلى البحوث الطبية المستمرة لتحسين الرعاية الصحية.

ونخلص من ذلك إلى أن الطب الحديث طب اجتماعي حيث اسس وفق تكنولوجية معينة للجسد الاجتماعي؛ فالطب ممارسة اجتماعية، وبعض جوانبه فقط هي التي تعد فردية وتضفي قيمة للعلاقات بين الطبيب والمُعَالجَ (المريض). (Bullough,1965 ,77) فقد تطور الطب الاجتماعي من كونه مجالًا يركز على فهم العوامل الاجتماعية المؤثرة في الصحة والمرض، إلى منهجية شاملة لتقييم وتطوير النظم الصحية وتدخلاتها، لتشمل العوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية التي تساعد في علاج المشكلات الصحية للمجتمعات (https :// www.arsco.org.). فقد صار الطب اليوم نشاطًا اجتماعياً أكثر من كونه نشاطاً تدفعه المصلحة الشخصية (جمعية الطب العالمية، 2005، 25).

إذ ظهر الطب الحديث، أي الطب العلمي، خلال نهاية القرن الثامن عشر، مع بروز علم التشريح المرضي؛ وأصبح الطب من الأدوات الرئيسية التي تعتمدها الدول الأوربية، وإن كان ذلك بشكل متفاوت، بعد بناء المجتمعات التي بدأت تقوم على التصنيع. وهذا بخلاف ما كان عليه في القرون الوسطى، حيث كان العمل الطبي عملاً إحسانياً يندرج في العمل

* كلية الآداب – جامعة عدن

الـديني بمعنـاه الواسـع؛ لـذلك فالأعمـال ذات الطبيعـة الطبية في هذه المرحلة لم تكن تخضع لإطار نظري يحدد عملها، وأصبح العمل الطبي يندرج في العمل الاجتماعي بمعناه العام، ومن ثمَّ فإن تلك الأعمال لم يكن لها هدف نظري، بل لها فقط "هدف عملي"، وتميل بشكل واضح إلى الإدارة وتتوجه إلى سياستها (Claudine et Janine,2010,123).

أما تاريخ الطب في المجتمعات العربية فقد كان غنيًا ومتنوعًا، حيث أسهم العرب في تطوير العلوم الطبية بشكل كبير خلال العصر الذهبي الإسلامي (الطب النبوي، الطب الإسلامي). وقد تأثر الطب الإسلامي بالفلسفة اليونانية والفارسية والهندية، وترجم العرب العديد من النصوص الطبية اليونانية. (الفحام، 2006، 93) كما تأثر الطب الأوروبي بشكل كبير بالطب العربي، حيث ترجمت العديد من النصوص الطبية العربية إلى اللاتينية وأصبحت مرجعاً مهمًا للأطباء الأوروبيين. ومع كل ذلك كانت مكانة الأطباء في المجتمع ضعيفة.

إن تطور الفلسفة والسياسة والعلم جعل من مهنة الطب مهنة اجتماعية كغيرها من المهن. (الحيمي،1994، 51) وفي بداية النصف الثاني من القرن التاسع عشر، عرف الطب تحولات هائلة جعلت منه مهنة، بل ومعياراً لقياس المهن.

(https://maaber.org.) وقد اهتم الإصلاحيون الاجتماعيون والصحيون في القرن التاسع عشر بتنمية وتطوير الأثر السياسي للطب في خلق مجتمعات متساوية، وهدفًا أكاديميًا للطب في القرن العشرين، وإحداث فرع أكاديمي جديد هو الطب الاجتماعي . (https:// .www.**nyu.edu**)

**اولاً: الإطار المنهجي للبحث:**

**1- مشكلة البحث:**

يعد الطب كغيره من العلوم في تقدم مستمر، وكان من شأن هذا التقدم أن تغيرت وسائل العلاج، وتمكن الطب من التغلب على العديد من الأمراض وحماية صحة الإنسان وحياته. يتناول البحث إشكالية تطور الطب الاجتماعي بوصفه موضوعًا أكاديميًا وربط ذلك بالتطورات السياسية لأثر الطب كمهنة في المجتمع.. وقد أكدت (بورتر Porter) (2006م) في مقالها المنشور في مجلة (PLOSmedicine) عن الطب الاجتماعي وأثر الرعاية الصحية والسياسة الصحية في أهمية فهم التفاعل المعقد بين البيولوجيا والعلاقات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

وبالنظر إلى حداثة الطرح النسبي لموضوع الربط بين الطب الاجتماعي بوصفه حقلًا أكاديميًا والتحولات السياسية لأثر المهنة الطبية، تبرز إشكالية واضحة تتمثل في ندرة الدراسات السابقة المباشرة التي تناولت هذا الموضوع بصورة شاملة ومتكاملة، خاصة في البيئة العربية. وقد واجهت الباحثة هذا التحدي من خلال توسيع الإطار المرجعي للدراسة، بالرجوع إلى التراث السوسيولوجي الكلاسيكي والمعاصر، واستقراء المراجع والمصادر الأصيلة التي أسهمت في بناء الفكر السوسيولوجي المرتبط بالمهن والطب والمجتمع. حيث قامت الباحثة باستعراض وتحليل آراء ووجهات نظر عدد من رواد علم الاجتماع الذين تناولوا قضايا المهنة، والتنظيم الاجتماعي، والعلاقة بين المعرفة والسلطة، ثم عملت على إعادة توظيف هذه الطروحات النظرية وربطها بموضوع البحث الحالي. وقد أتاح هذا المنهج التحليلي إمكانية استخلاص دلالات علمية تسهم في تفسير التحولات التي شهدها الطب الاجتماعي، وفهم أبعاده المهنية والاجتماعية والسياسية، بما يدعم بناء إطار نظري متماسك للدراسة الحالية ويسد جانبًا من الفجوة المعرفية القائمة في هذا المجال.

وفي ضوء ذلك فإن هذا البحث يسعى للكشف عن ارتباط الطب الاجتماعي بالمهنة الطبية، أي تحليل التحول الذي شهدته الممارسة الطبية من نشاط اجتماعي ذي أبعاد إنسانية إلى مهنة منظمة، مع

الكشف عن أثر العوامل الاجتماعية والسياسية في تشكيل مكانتها ووظيفتها داخل المجتمع، وتأثير ذلك في طبيعة العلاقة بين الطب والمجتمع.

**2- أهمية البحث:**

**1- الأهمية المجتمعية:**

أ- يعالج واحدة من أهم قضايا المؤسسة الصحية، وهي مشكه تحول الطب من العمل الاجتماعي إلى المهنة، والتي تنامى الاهتمام بها مؤخراً على الصعيدين: الدولي والمحلي.

ب- التعرف على مظاهر القصور في مهنة الطب.

ج- لفت انتباه الجهات ذات العلاقة إلى الواقع الراهن لممارسة الطبيين المعاصرين.

**2- الأهمية العلمية:**

أ- تتطلع الباحثة إن يسهم هذا البحث في تقديم معرفة علمية وأثر معرفي يفتح المجال لمزيد من الأبحاث والدراسات على هذا الصعيد.

**3- أهداف البحث:**

1- إبراز طبيعة الطب الاجتماعي باعتباره مهنة طبية في المجتمعات المعاصرة.

2- الكشف عن طبيعة المهنة الطبية.

3- تحديد جوانب الهيمنة في الخطاب والممارسة الطبيتين المعاصرتين.

**4- تساؤلات البحث:**

1- ما طبيعة الطب الاجتماعي باعتباره مهنة طبية في المجتمعات المعاصرة.

2- ما طبيعة المهنة الطبية.

3- ماهي جوانب الهيمنة في الخطاب والممارسة الطبيتين المعاصرتين.

**5- مفاهيم البحث:**

وردت في هذا البحث عدد من المفاهيم الرئيسية، حيث تم استخدامها في هذا البحث وينبغي تعريفها، وذلك على النحو الآتي:

**الطب:** هو علم يَعتمد على ممارسة العلاج لتشخيص الأمراض، والوقاية من الإصابة بها من خلال استخدام وسائل وتقنيات علاجية مثل الأدوية، والعمليات الجراحية (علي وآخرون،2008، 153) وأيضاً يُعرف الطب بأنه العلم الذي يُسْهِم في المحافظة على الصحة عن طريق الاستعانة بالدواء والمواد العلاجية التي تستخدم في مُعالجة الأمراض. (الحسن،2008، 85)

**المهنة الطبية:** وقد عرفتها (WHO) بأنها الوظيفة المرتبطة بتقديم العلاج الطبي للمرضى الذين يعانون من الإصابات والأمراض، وتشمل وصف العلاجات التقليدية مثل العقاقير، وتوفير الرعاية الصحية الأولية، أو التخصص في مجال معين من الطب مثل طب الأطفال، وطب الأعصاب، والطب النفسي، وطب أمراض العيون، وطب التخدير، وغيرها. (https://www.mawdoo3.com)

هي مهنة إنسانية وأخلاقية وعلمية تتطلب درجات علمية معترف بها وتدريباً علمياً، وتهتم بالتشخيص والعلاج والوقاية من الأمراض التي تصيب الإنسان في بدنه أو نفسيته، بهدف الحفاظ على صحة المجتمع. (https://www.medfac.mans.edu.ey)

**الطب الاجتماعي:** هو علم يدرس علاقة الفرد في ضمن السياق الاجتماعي والثقافي والبيئي الذي يحيط به، ويركز على فهم المشكلات الصحية من منظور اجتماعي واسع يشمل العوامل الاقتصادية، الثقافية، والاجتماعية. (https://altibbi.com)

هو تخصص يدرس العلوم الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تؤثر في الصحة والمرض، ويطبق هذه المعرفة لتحسين الصحة العامة ووضع السياسات الصحية. (https://www.aljazeera.net)

**الممارسة الطبية:** ليست مجرد علم أو تقنية أو خبرة يباشرها الأطباء، بل تتضمن جانبًا مهمًا من المتطلبات الإنسانية تمارس على جسم الإنسان. (قاسم، 2003، 139)

هـي تطبيـق المعـارف والمهـارات الطبيـة والعلاجيـة والجراحيـة بهـدف الوقايـة مـن الأمـراض وعلاجهـا، وتخفيف الآلام، أو مساعدة وظائف الجسم الطبيعية، أو التعامل مـع نتـائج الإصـابات الجسدية والنفسـية، وهـي تشـمل مجموعـة مـن الإجـراءات مثـل الفحـص والتشـخيص، ووصـف العلاجـات، إجـراء العمليـات الجراحيـة، إجـراء التشـخيص المخبري والأشـعة، وأخـذ العينات من الجسم للفحص.
(https ://www.ar.uniproyecta.cim)

**6- منهجية البحث:**

بمـا أن موضـوع البحـث يسـلط الضـوء علـى موضـوع المهنـة الطبيـة مـن منظـور علمـاء الاجتمـاع – دراسـة سوسـيولوجية تحليليـة، فـإن البحـث الحـالي اعتمـد علـى المنهج الوصفي التحليلي الذي يُعد من أنسب المناهج العلمية في مثل هذه الدراسات السوسيولوجية التحليلية.

**ثانياً: الإطار النظري للبحث:**

**1- تحول الطب الاجتماعي إلى مهنة:**

ظهـر مفهـوم الطـب الاجتمـاعي لأول مـرة فـي عـام 1846مـن قبـل رودولـف فيرشـو ( Rudolf Virchow)، الـذي كـان مـن ضـمن الفريـق الطبـي العامـل فـي مشـفى رويـال شـاريتيه فـي بـرلين، حيـث لاحظ تفشي مرض التيفوس في مقاطعة سيليسيا العليا البروسـية. وتنبـه إلـى ضـرورة تفسـير العوامـل الاجتماعية المرتبطـة بـالمرض، واقتراح تقديم الرعاية الطبيـة مغـايرة للأنظمـة الصـحية السـابقة التـي كانـت تنـزع إلـى التعمـق بفهـم الظـواهر الاجتماعيـة وربطهـا بالعمليـة الاجتماعيـة. وبـين فيرشـو (Virchow) أن هنـاك عوامـل اجتماعيـة مثـل الفقـر ونقـص التعلـيم وغيرها تعد عناصر أساسية في تطور الوباء. وخلص مـن خـلال تجاربـه إلـى وضـع مفهـوم "الأوبئـة الاصـطناعية" التـي ظهـرت فـي أزمنـة التمـزق الاجتماعي، وهي من الخصائص المميزة للمجتمع، أو أنها نتائج ثقافة زائفة أو ثقافة ليست بمتناول جميع طبقـات المجتمـع. وتعتبـر تلـك الخصـائص مؤشـرات علـى نـواقص أنتجهـا التنظـيم الاجتمـاعي السياسـي، ولـذلك فإنهـا تـؤثر بالدرجـة الأولـى فـي تلـك الطبقـات التـي لا تحظـى بنصـيب مـن مزايـا الثقافـة. (RosenG,1974,2-4)

وهذا ما جعل الطب في ألمانيا منذُ حوالي نهاية القرن الثامن عشر يعد " علمًا سياسيًا"، وقد نـتج ذلـك عـن فلسـفة حكوميـة تسـتهدف الزيـادة المسـتمرة لمواردهـا وتحقيـق الأمـن والصـحة للشـعب، مـن خـلال "طـب الدولـة" الـذي لـم يكـن يـهدف لتكوين قوة للعمل مُكيفة مـع الحاجيـات الصـناعية والتقـدم ، و لا تهـتم الإدارة العمومية للصحة بأجساد العمال، ولكن بأجساد الأفراد أنفسـهم الـذين باجتمـاعهم تتكـون الدولـة، قبـل ابتـداع الطب العلمي.(https://democraticac.de ) فبرز واجـب التـدخل فـي حيـاة الأفراد قصـد تـأمين الحفـاظ علـى الصـحة، وفـي هذا السياق برزَ مفهوم " الشرطة الصـحية" فـي ألمانيـا. (Steffen,1987,10) وهنـا يتضح لنا أن الطب قد تميز باعتباره عملًا اجتماعيًا، خـلال القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسـع عشـر من خلال مجموعة من المميزات منها:

1- إن البيـو – تـاريخ، أي الأثـر الـذي خلفـه التـدخل الطبي على المستوى البيولوجي– هذا التدخل الذي يمكن أن يخلقه أيضًا عبر تاريخ النوع البشري– لا يختلف عن صـيرورة العـلاج الطبـي ( Amnon، 2007,2) أي أن هذا التيار قد عمل على ربط الصحة والمرض بمجالهما الاجتمـاعي العـام، ولـم يعـد بالإمكـان ربـط الصـحة والمـرض ببعـدها البيولـوجي فقـط، بـل أدخلـت عوامـل جديدة منها المناخ ومحيط البيئة وطبيعة الموارد الغذائية والتربية وغيرها.

2- أن هـذا التيـار لـم يكـن تيـاراً علميـاً، يـرتبط بالمجـال الطبـي بـل كـان تيـارًا مرتبطًـا بالخدمـة الاجتماعيـة " العمـل الاجتمـاعي" بمعنـاه الواسـع، إذ أصبح العمل الاجتماعي يأخذ طابعاً دنيوياً وينفصل

تدريجياً عن العمل الديني الذي كان يميز الممارسة الطبية الأوربية في القرون الوسطى، ونظراً للطبيعة العملية لهذا التيار هي ما جعلته عاجزاً عن صياغة إطار نظري لعمله. ( Adam et Herzlich, 2007,32) لأن طب الدولة مطالب بإتقان وتطوير قوة الدولة، كما إنه يشمل مستوى من التضامن الاقتصادي والسياسي، وهذا ما تسيطر عليه الدولة على نحو واضح .(https://democraticac.de )

3- لقد خضع هذا التيار إلى توجيه إدارة الدولة واعتبر الطب تبعاً لذلك واحدا من أهم الوسائل التي تستعملها الدولة للضبط الاجتماعي ومشروعيته التدخل في حياة الأفراد، وهذا ما جعل الطب " علمًا سياسيًا " تراقب الدولة من خلاله المجتمع عبر " الشرطة الصحية ". ومع كل ذلك، عُدَّ هذا التيار هو المؤسس لبروز " الطب الاجتماعي "في القرن التاسع عشر وما زال إلى الآن موجوداً وهو الذي أدى إلى نشأة علم الاجتماع الطبي من جهة، وناهض وجوده في مرحلة ما من جهة ثانية.

ولهذا لم يكن الطب قبل القرن التاسع عشر علمًا بالمعنى المعروف حاليًا كعلم، بل كان عبارة عن ممارسات قائمة على التجارب البسيطة والمعارف المبسوطة في كتب الأقدمين،فقد تأثر الطب في ألمانيا بالعديد من العوامل بما في ذلك التأثيرات القديمة مثل الطب الشعبي المنتشر فيها، والتأثيرات اليونانية والرومانية، وهو ما جعل من وضعية الأطباء وضعية هشة؛ إذ لم تكن المكانة الاجتماعية ترتبط بمزاولة الطب ، وهذا الأمر لا يعود إلى الطب فقط بل إلى محيطه، حيث كان الفقر منتشراً بين الناس بشكل واسع، ومن ثمَّ كان الإقبال على الأطباء نادرًا جداً، بالإضافة إلى الثقافة السائدة مثل الممارسين التقليدين الذين كان عددهم كبيرًا وكذا القابلات لتوليد النساء بشكل خاص، بالإضافة إلى النظرة الدينية التي تجعل العلاج واجباً إحسانياً.(Adam et Herzlich,2007,32) لكن في بداية الثلث الثاني للقرن التاسع عشر حدثت تحولات مهمة في الطب ومحيطه الاقتصادي والاجتماعي جعلته يشهد تطورات مهمة في العديد من المجالات خلافًا لما سبق، ويلج مرحلة جديدة من خلال مراحل متعددة وهي على النحو الآتي:

**المرحلة الأولى: مرحلة " الطب العيادي"**

ظهر في أوربا في بداية القرن التاسع عشر وقد تضمنت مرحلة الطب العيادي على العديد من الجوانب العامة، وتأسس هذا الطب على ثلاثة مبادىء:

1- استيعاب المرض، أي فهم المرض والتعرف على الأعراض والعلامات المرضية التي يعاني منها المريض، وذلك بفضل اقتراب الأطباء والجراحين من المرضى والممارسة المنظمة للتشريح.

2- توعية الممارسين العيادين وتثقيفهم وتطويرهم حول أحدث التطورات في مجال الطب العيادي- العلاج بالمستشفى- ملاحظة " المريض المتواجد بالسرير".

3- مواكبة الملاحظة بالتقنيات الحديثة للأبحاث. إن استخدام التقنيات في مجال الطب العيادي، بالإضافة إلى تطوير علاجات جديدة وفعالة للمرضى، بناءً على الأبحاث العلمية والدراسات السريرية، جعل الطب في هذه المرحلة يحدث قطيعة مع ماضيه، ولم يعرف خلال تاريخه كله مثل هذه القطيعة المباغتة التي شهدها في بداية القرن التاسع عشر، وخلال عقود قليلة أصبح المرض شيئاً آخر، ولم يعد موضوعًا خطابيا بل موضوعًا للملاحظة المادية، ولم يعد الإنسان مخلوقا استثنائيا، وأصبحت الحياة التي ينعم بها تماثل نظيرتها عند كل المخلوقات الحية. (سورينا،2002، 249).

**المرحلة الثانية: مرحلة "الطب التجريبي"**

ظهر من منتصف القرن التاسع عشر مع تيار جديد مخالف للتيار السابق له، وارتبط بالتطبيق العلمي

لمفاهيم الفيزياء والكيمياء على دراسة الجسم البشري والأمراض، وذلك تحت مسمى "الطب التجريبي". وقد تم ذلك خلال مجموعة من الاكتشافات في الميدان الطبي سواء تعلق الأمر بالوقاية أم العلاج. (29 Adam et Herzlich,2007,).

**المرحلة الثالثة: مرحلة " الطب كمهنة"**

أصبح الطب موضوعاً لعلم الاجتماع في نهاية القرن التاسع عشر إذ حدث تحول في مجال الطب ليس فقط في وضعه المعرفي بل أساساً في وضعه الاجتماعي، فأصبح الطب لأول مرة في تاريخه " مهنة بالمعنى الخاص لهذه الكلمة "، وخاصة من قبل التيار النقدي الذي بدأ يتشكل مع نهاية الستينيات من القرن الماضي، واتفق علماء الاجتماع على اعتبار وجود المهن التي تستند إلى ثلاث مساهمات رئيسية وهي تلك التي قام بها فيبر (Weber)، ودوركايم (Durkheim)، وبارسونز (Parsons). إذ شدد فيبر (Weber)، على أهمية المهن في المجتمع الغربي الحديث، ويرى في عملية " الامتهان " العبور من نظام اجتماعي تقليدي إلى نظام اجتماعي يرتبط فيه وضع كل واحد بالمهام التي يقوم بها، وحيث تخصص لهم تعويضات وفقاً لمعايير " عقلانية " للكفاية والتخصص، فالمهنة غير موروثة، ولكن يتم تحملها باعتبارها مهمة.

أما دوركايم (Durkheim)، 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 المجتمعات المهنية حيث تحكم كل مهنة آداب خاصة، تطور عند أعضائها نظاماً معيناً وتفصلهم عن الأنانية الفردية. (انفيفخ، 2018، 5-6)

وفي تحليل لصورة مهنة الطبيب أشار عالم الاجتماع الأمريكي بارسونز (Parsons)، بعد أن وسع ونظم تحليلات فيبر (Weber)، ودوركايم (Durkheim)، انطلاقًا من نموذجه المثالي للعلاقات العلاجية، أنها بالفعل بين الطبيب والمريض التي حللها بدقة وبذل جهده فيما بعد لتعميمها، وتعدّ مهنة الطب عند بارسونز نموذجًا للمهنة في المجتمعات الحديثة (Parsons,1955, 169-170). بمعنى أن وظيفة الطبيب تنتمي إلى مجموعة من الوظائف المهنية المتخصصة، وقد خضعت هذه الوظيفة للشكل النظامي فيما يتصل بالمضمون الفني للوظيفة، والقيام بإنجاز الوظيفة على أساس الكفاية الفنية العالية. ومن الملاحظ على وظيفة الطبيب أنه محكوم بقيم الإنجاز والتخصص الوظيفي والحياد الوجداني، أي أنه ذو توجه جمعي وليس ذا توجه فردي. كما يشير بارسونز (Parsons)، إلى أن الطبيب يضم مستويات عالية من الكفاية الفنية اللازمة للأداء، والمعرفة والمهارة الطبية، والتدريب المكتف. (المكاوي، آخرون ،1998، 146) بالإضافة إلى الاستقلالية الذاتية للمهنة.

لذا فقد اختلف علماء الاجتماع حول أسباب نمو المهن، ومنها المهنة الطبية في نهاية القرن التاسع عشر، إلى اتجاهين أساسيين: (انفيفخ،2018، 8)

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

لقد أصبح الطب مهنة معترف بها بفضل جهود العديد من العلماء والأطباء على مر العصور. ففي العصور القديمة، كان الطب يمارس من قبل الكهنة ورجال الدين، ولكن مع تقدم العلوم والاكتشافات الطبية، بدأ الطب يأخذ شكلاً أكثر تنظيماً، إذ ينتمي " الأطباء"، مثلهم في ذلك مثل بقية المهن مثلاً المحامين، إلى عالم المهن الحرة. (Cochoy,2001, 100). ويرى بارسونز (Parsons) بحكم العلاقة بين الطبيب والمريض في المؤسسة الطبية، أنها تتطلب من الطبيب نشاطاً احترافياً ومتخصصاً وظيفياً، طول الوقت من خلال البراعة الفنية. أما الكفاية الفنية العالية، فإنها تتطلب من الطبيب أن يكون له

تخصص وظيفي دقيق، ومن هذا التكريس المكثف للخبرة في مجال الصحة والمرض، يعقبه مباشرة تكريس للخبرة، وتكثيف لها في المجالات الأخرى (Parsons,1972,176). وتجد هذه الكفاية التقنية أساسها في التقليد الثقافي الغربي الذي يقوم على تقسيم العمل الذي يؤدي إلى التخصص، ومن تم فالمهن " كالطبيب" مثلاً يتميز بكونه قد خضع لبرنامج تكويني نظري وعملي عالٍ جداً، ويختلف جذرياً عن المعارف والأعمال التطبيقية التقليدية.

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

فهذا الاتجاه يرى أن بداية الثلث الأول من القرن التاسع عشر بدأ حدوث القطيعة مع الطب التقليدي، الذي تأسس على معرفة الكتاب الكلاسيكي، وقد أدت هذه الفجوة إلى انطلاق المهنة الطبية (Kuty,1983,119) فقد رأى وليام جود( William Judd) وتالكوت بارسونز (Talcott Parsons) أن انطلاق هذا الوضع (الربط المباشر بين المعرفة وسلطة المهنة داخل المجتمع) يرتبط بالتنظيم الجديد للعمل في المجتمعات الصناعية الحضرية، القائم على تقسيم المهام والوظائف، ومع تقدم المعرفة والكفاية أنتج ذلك بشكل طبيعي الحاجة إلى اللجوء إلى الطب (Adam et Herzlich,2007, 32).

وهذا ما شرعن الوضع المهني، فقد اعدّ هذا التوجه أن الارتقاء المهني للأطباء يرتبط بطبيعة العمل في المجتمعات الصناعية الحديثة القائمة على مبدأ التخصص وتقسيم العمل وأهمية الخبرة العلمية والتكنولوجيا وبترتيب معين للسلطة (الجوهري وآخرون، 2009، 35 ). لكن التقسيم الرسمي للعمل في الحقيقة، لا يتأسس فقط على ضرورة التقسيم التقني للعمل، بل إنه يتأسس على تقسيم سياسي يحافظ على امتيازات المجموعات المهنية في العالم الاستشفائي , Duhart,et Charton-Brassard) (1973, 100.

**الاتجاه الثاني: العوامل الاجتماعية والسياسية المحددة للوضع المهني للأطباء**

يرى علماء الاجتماع المنتسبين لمدرسة شيكاغو أن العوامل الخارجية تؤثر تأثيرًا مهمًا في تشكيل الوضع المهني والاجتماعي للأفراد.

(https://ar.wikipedia. org) كما يرى هذا التيار ومنهم فريدسون (Freidson) الذي ركز مثلاً على أن السلطة السياسية في منح هذا الاحتكار، وبذلك ميز بين الاستقلالية التقنية والاستقلالية السوسيوسياسية في سياق تحليل العمل المهني.وقد أثار جاموس (Jamous) الانتباه إلى الأصل الاجتماعي الراقي للمهنيين في المحافظة على حق التصدر في المرحلة المعاصرة، باعتبار هذا الأصل مصدراً لهذه المكانة. أما بالنسبة لجونسون (Johnson) فقد ميز بين ثلاثة أشكال من المنظمات المهنية: الأول هو نموذج الرعاية الارستقراطية التي يمتلك الزبون داخل 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 الموجود حالياً، فهو النموذج البيروقراطي حيث توسط الدولة قد حدد من جديد ممارسة الأنشطة الفكرية. وقد اكتشف جونسون (Johnson) حدود التعريف البنيوي الوظيفي للمهنة الذي يقتضي تعميم نمط التنظيم باعتباره مؤسساً لجوهر المهنة، وقد اكتشف أن الاستقلالية في جانب الزبون وزمالة النظراء لم تكن مرتبطة بالمميز

التقني للمعارف (Kuty,1983, 120)

إن هؤلاء المفكرين يرفضون فكرة أن ارتقاء المهنة نتج بشكل آلي عن الأشكال الجديدة لتقسيم العمل وكذا تقسيم المعرفة، فارتقاء الوضع المهني الذي يتحدد بشكل أساسي بالقدرة على المراقبة الذاتية الذي يمثل دائما نوعا من الصراع بين المجموعات المتنافسة، ويؤسس سيرورة ذات طبيعة سياسية حيث تكون الدولة وسيطاً في ذلك. إن استعمال أدوات متعددة منها المعرفة هو الذي يصل إلى إقناع المنافسين بالمميزات التي لا يمكن تعويضها لكفايتهم ولخدماتهم، ومن ثمّ فإن المعرفة تؤثر تأثيرًا مهمًا، لكن من الصعب تحديد متى تصبح كذلك في هذه السيرورة. (Adam et Herzlich,2007, 32).

إن الارتقاء المهني للأطباء – الذي من خلاله تتداخل 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، والكفاية والتقنية الطبية، وخطاب الطبيب (العالم، مهذب الأخلاق، المكون).

2- الطبقة الاجتماعية: إن مكانة الطبيب في الفئات السوسيو مهنية تبقى الأكثر امتيازا (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، والوساطة الطبية – العلمية –

4- توقعات الجمهور: ويقصد بها التوقعات أو الآمال التي يضعها الجمهور حول أداء أو عمل معين، أنها فقدان شرعية القيم الذاتية الكلاسيكية، والخوف من المعاناة والموت، وتطبيبي المشاكل الاجتماعية والحياة والموت، والحاجة إلى الدواء والعلاجات، قد أدت إلى مجموعة من التوقعات الغامضة، التي تتموقع بين الثقة العمياء في التقنية، التي تمنحنا أدلة منتظمة لإمكاناتها، وتحدث مجموعة من المقتضيات، وبين نقد السلطة الطبية المحددة (Barges,2001, 185).

**ثالثا: نقد الممارسة الطبية باعتبارها " مهنة"**

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

**1- نقد طبيعة المعرفة الطبية:**

إن المعرفة الطبية ليست علماً "دقيقاً"، بسبب تعقيد جسم الإنسان وتنوع الحالات المرضية، وما يُقدم باعتباره حقيقة ليس هو في واقع الأمر إلا حقيقة إحصائية لتحديد أفضل مسار للعلاج، أي أنها حقيقة قائمة على نوع من الاحتمال القوي تتطلب لأجل تأكيدها إجراء مجموعة من الدراسات، وإلا فإن نتائج دراسة واحدة معينة قابلة للتفنيد بشكل قوي. كما أن الحقيقة نفسها مرهونة بهوى التقدم العلمي ونتائج الدراسات، والخطأ الأكثر انتشاراً هو التعميم المفرط. وهذا النقد يتوجه إلى طبيعة المعرفة الطبية، فهي معرفة غير تامة (Grimadi,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 تدعى، ويترتب على هذا النقد نقد آخر مرتبط بالاحتكار الطبي.

**2- نقد الاحتكار الطبي:**

إن المعرفة الطبية باعتبارها معرفة " نسبية " يلزم عنها أن احتكارها الخطاب حول الصحة والمرض هو احتكار غير منطقي، كما بينت الدراسات 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 وجزئيًا المعرفي العلمي هو الذي أراد حسم هذا الاحتكار لفائدة الطب. ومن ثمَّ، فإن أسس هذا الاحتكار إيديولوجية أكثر منه علمية. لذلك وجب أن يكون الخطاب حول الصحة والمرض خطاباً يتداخل فيه الطبي والاجتماعي والسياسي والاقتصادي، وليس الطبي أكثر شرعية من غيره. وهذا ما يجعل من الخطاب السوسيولوجي حول الموضوع خطاباً مشروعاً. وقد صاحب هذا الاحتكار خطاب طبي اختزالي للإنسان والظواهر المرتبطة به. وقد أكد العديد من العلماء أن الاحتكار الطبي يمكن أن يؤدي إلى تأثيرات سلبية.(انفيفخ، 2018، 11)

**3- نقد الرؤية الاختزالية الطبية:**

إن الرؤية الطبية هي رؤية اختزالية، إذ تشير إلى أن النظرة الطبية التقليدية تركز بشكل كبير على الجوانب البيولوجية والسوسيولوجية للمرض، من خلال التركيز على الأعراض وليس الأسباب، وإهمال العوامل الاجتماعية والنفسية والبيئية، ومن ثمَّ فالمعرفة الطبية " تعد ألم الإنسان مرتبطًا بشكل مباشر بالوجود الجسدي الذي يعد مبدئياً 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. بذلك عمل على " انفصال الشخص عن جسده "، وأدى إلى ظهور التأمين على الجسد، ما يعني " تماثله مع الشيء الذي يؤمنه "(Chauvenet,1983, 123). بل إن انفصال الشخص عن جسده وموضوعية هذا الأخير باعتباره كفالة حية للمقاولة، قد أنتج صورة عن الطبيعة الإنسانية باعتبارها طبيعة معرضة للمرض، وأسهمت في تطوير أخلاق علاجية مؤسسة على مراقبة الأفراد ضد أنفسهم، وأصبح كل فرد في مواجهة نفسة (Chauvenet,1983, 126). وكأن الحق في الضمان الاجتماعي يمثل الحق في الصحة (Friot,1982, 123).

إن الاختزال يطرح مشكلة الكفاية الطبية، فهي بهذا الاختزال كفاية محدودة جداً، لأن عدداً هاماً من الأطباء الخبراء هم فقط خبراء في المرض وكيفية علاجه، فخبرتهم خبرة بيولوجية طبية خالصة. وإذا كان هذا الأمر لا يؤثر كثيراً عندما يتعلق الأمر بالأطباء " المهندسين – التقنيين" مثل المتخصصين في الأشعة أو الجراحة، فأن الأمر على خلاف ذلك فيما يتعلق بأطباء الطب العام أو طب الأطفال أو طب الأمراض المزمنة، فهؤلاء جميعا يجب أن يكونوا على كفاية ذات أوجه ثلاثة: كفاية بيولوجية وكفاية نفسية وكفاية بيداغوجية، بالإضافة إلى ذلك يجب أن يكون متحاوراً كفأ. والخبرة الطبية باعتبارها خبرة " علمية " هي خبرة قاصرة في هذا المجال (Chauvenet,1983, 92).

**4- نقد تطبيب المشاكل الاجتماعية:**

يشير نقد المشاكل الاجتماعية إلى أن الأطباء والمتخصصين في الرعاية الصحية يركزون بشكل كبير على علاج الأعراض الجسدية للمشاكل الاجتماعية، دون النظر إلى الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والسياسية الكامنة وراء هذه المشاكل.

إذ لاحظ مجموعة من علماء الاجتماع في بداية السبعينيات من القرن الماضي أن الطب قد تجاوز الحديث عما هو بيولوجي إلى ما هو اجتماعي، وذلك من خلال إعادة تعريف " السوي والمعتل" (ThOer-

Faber et Jose Levy,2007,47). وكذلك التكفل بذلك، وكأن تلك المشاكل مشاكل طبية خالصة، لكن من أوائل من انتبهوا إلى ظاهرة تطبيب المشاكل الاجتماعية هو إميل دوركايم (Durkheim) لأنه يرى أن الانتحار ليس ظاهرة مرضية بالمعنى الطبي الذي " جرى الدفاع عنه بطريقتين اثنتين: فإما أن يقال بأن الانتحار يشكل بحد ذاته جوهراً مرضياً فريداً، جنوناً خاصاً، وإما أن ينظر إليه كعارض لنوع أو عدة أنواع من الجنون"(دور كايم،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 في الأساس اجتماعية، كأنها مشاكل مرضية (Collin Suissa,2007, 94-95 et). وهكذا فقد أصبح الطب مثلاً مشاركاً فعالاً، باسم الصحة العمومية، في تحديد معيار السلوك لجميع نواحي الحياة (C0llin et Suissa,2007, 2). وقد تحدث علماء الاجتماع عن أسباب هذا الوضع الذي أخذه 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 الأوربية 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 وتعددها وارتفاع تكاليف النفقات العلاجية.

**السبب الثاني:** انتشار الحماية الاجتماعية، من خلال حركة الحماية الاجتماعية الواسعة المؤطرة بمجموعة من القوانين الخاصة بالعمال والأطفال وغيرهم.

**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. (Collin et Suissa,2007, 95)

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 لتتيح رقابة داخلية منفصلة ومفصلة، وذلك لمشاهدة من هم فيها، وبصورة أعم إشكالية هندسة معمارية تشكل عاملًا في تغيير الأفراد؛ والتأثير في من يأوي إليها، والسيطرة على سلوكهم، وتوصيل آثار السلطة إليهم وتقديمهم باعتبارهم موضوع معرفة وتغييرهم" (فوكو 1990 و187).

ب- **مراقبة زمانية:** إن تقنيات العزل الفضائي قد أصبحت حالياً أقل حضوراً، 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 ( Moreau et Vinit, 2007, 38-39). أي أن هناك مروراً من نمط للانضباط قد تم تأسيسه منذُ منتصف القرن الثامن عشر إلى نهاية سنوات 1970 كان بشكل أساسي متمحورًا حول معايير فضائية، في حين أصبح الانضباط منذُ نهاية القرن العشرين إلى بداية القرن الواحد والعشرين (تحت شكل التطبيب) أكثر ميلاً إلى اتخاذ رهان المعايير الجسدية (Moreau et Vinit, 2007, 43).

وحسب بعض الباحثين فإنه يتعين تفادي تحديد

التطبيب باستعمال جانب واحد للمراقبة، لأن هذه السيرورة تتحقق عبر ثلاثة مستويات: مفهومي ومؤسساتي وتفاعلي.

1- **الجانب المفهومي:** يتعلق بالفهم النظري والتفكير في المفاهيم والنماذج التي تستخدم في التطبيب وذلك تحت شكل الخطاب، والتبني للأيديولوجيات التي يتعين قبولها اجتماعياً، وكمثال على ذلك يمكن التفكير في الدور التكميلي لفلسفة الحركات مجهولة الاسم للمساعدة التي تمكن من التنشئة والقبول الكبير جدا لأيديولوجية المرض في حقول الإدمان مثلاً.

2- **الجانب المؤسساتي:** ويتعلق الأمر هنا بأثر الأطباء في تنظيم وتدبير المشاكل النفسية الاجتماعية. ففي حالة مجموعة من أنواع الإدمان مثلاً 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 العلاقات التفاعلية بين الطبيب والمريض، والعائلات والمجتمع (Collin et Suissa,2007, 96). لأن هذه العلاقة ليست في هذا النموذج الطبي علاقة إنسانية، بل هي " علاقة طبية " حيث يلتزم الطبيب بما له وما علية باعتباره مُعالِجاً، ويلتزم المريض بما له وما عليه باعتباره مُعالَجاً.

ومن الملاحظ أن هناك حقولاً أو مجالات متعددة لهذا التطبيب الاجتماعي وأهمها ما يلي:

أ- المراقبة الاجتماعية الطبية للأحداث العادية في الحياة وذلك مثل الولادة والرشد

والعقم وسن اليأس والحيض والموت وغيرها.

ب- انحرافات اجتماعية منها أنواع الإدمان ( Collin et Suissa,2007, 97). والمثلية الجنسية، والأمراض العقلية، التي انتقلت عبر مدة طويلة من العقوبة الدينية أو الإجرامية إلى السجل الطبي، فالفعل القابل للعقاب قد أصبح مرضاً ( Adam et Herzlich,2007,-37 38). وبذلك عمل الأطباء على منازعة الاحتكار الأخلاقي للخطاب الديني حول الكائن الحي وإعادة الإنتاج والأسرة. ( Chauvin et Lerch,2013, 5)

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

د- المشاكل الدراسية، حيث أصبح الفشل الدراسي متكفلاً به من طرف علماء النفس التربوي. بعد الحرب العالمية الثانية (Adam et Herzlich, 2007, 38). وعليه 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,1982,23) جديدة تحاول أن تجعل من نفسها ديناً جديداً، كما أن الطب قد تجاوز علاج الأمراض إلى اتخاذ القرارات الإدارية بالرغم من أن " هناك تمايزا بين الكشف الطبي والقرار الإداري، حيث إن مبدأ الحكم الطبي الإداري قد اختلط منذُ ميلاد أنظمة الضمان الاجتماعي" (Dodier,1992, 118).

من هناء نلاحظ تأكيد علماء الاجتماع على ضرورة استخدام المداخل السوسيولوجية المختلفة عند تشخيص الأمراض سواء للمرضى أو بدراسة طبيعة الأمراض التي توجد في المجتمع، والأسباب التي تؤدي إلى تفاقمها أو الحد من سلبياتها. وهذا ما ظهر عند دراسة الأمراض: الإيدز، والسرطان، الكوليرا، والسل، والبلهارسيا، والطاعون، وشلل الأطفال وغيرها (https://arsco.org). ولعل هذه الصورة تعكس المنظور الشامل الذي يتبناه علم الاجتماع لمهنة الطب.

وهكذا فقد أصبح الطب مشاركاً فعالاً، باسم الصحة العمومية، في تحديد معيار السلوك لجميع مناحي الحياة (Collin et Suissa,2007,2). وقد تشكل ذلك جلياً في انتشار جائحة كورونا (كوفيد 19) واثارها الكارثية على الصعيد الفردي والعالمي.

**أهم الاستنتاجات التي توصل إليها البحث هي:**

1- أن الطب باعتباره مهنة ليس محايدًا كما زعم الوظيفيون، بل إن الحياد الأخلاقي المزعوم في النموذج الطبي هو المظهر الذي يخفي التركيب الأخلاقي والمعياري في تعريف المرض، عندما نبتعد عن الأمراض العضوية الأكثر وضوحًا.

2- تأثر الطب كمهنة بالعوامل الاجتماعية، مثل " القيم، المعتقدات الاجتماعية، العلاقة بين الأطباء والمرضى، والسياسات الصحية.

3- إن بدايات الطب كانت أعمالاً إحسانية، تم أصبح العمل الطبي يندرج في العمل الاجتماعي.

4- إن مهنة الطب أصبح لها مكانتها العالية بين المهن، ولم تعد مكانة الطبيب ضعيفة في المجتمع.

وفي ضوء هذه الاستنتاجات التي توصل إليها البحث يمكن وضع التوصيات والمقترحات على النحو الآتي:

1- إيجاد التكامل والارتباط بين الجانبين النظري والواقعي " الطب الاجتماعي".

2- الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والنفسية في أثناء تعامل الطبيب مع المريض " العملية العلاجية".

3- تدريس تخصص علم الاجتماع الطبي في كليات العلوم الطبية.

## المراجع:


1- انفيفخ، محمد (2018):**المهنة الطبية: محدداتها ومحدوديتها من منظور علماء الاجتماع**، المجلة الإلكترونية الشاملة متعددة المعرفة لنشر الأبحاث العلمية والتربوية (MECS)، العدد الثامن.

2- الجوهري/ محمد وآخرون (2009): **علم الاجتماع الطبي**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

3- الحسن، ‘حسان محمد (2008): علم الاجتماع الطبي، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.

4- الحيمي، عفاف أحمد (1994): **العلاقة بين الصحة والمرض والتعليم في الأسرة اليمنية، دراسة اجتماعية مقارنه**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة صنعاء.

5- الفحام، عقيل (2006): **التعليم الطبي عند العرب**، مجلة السدير، العدد الحادي عشر، العراق، السنة الثالثة.

6- المكاوي، علي محمد وآخرون (1998): **دراسات في علم الاجتماع الطبي في الوطن العربي**، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

7- جمعية الطب العالمية (2005): **كتاب الأخلاقيات الطبية، إصدارات الوحدة الأخلاقية لجمعية الطب العالمية**، كتابة " John Willium "

8- دو كايم، إميل (2011): **الانتحار**، ترجمة حسن عودة، الهيئة العامة للكتاب، دمشق.

9- سورينا جان شارل (2002): **تاريخ الطب: من فن المداوة إلى علم التشخيص**، ترجمة إبراهيم البجلاني، عالم المعرفة، العدد281، الكويت.

10- علي، قدري الشيخ وآخرون (2008):**علم الاجتماع الطبي**، ط1، المجتمع العربي للنشر، عمان.

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

12- قاسم، محمد حسن (2003): **إثبات الخطأ في المجال الطبي**، دار الجامعة الجديدة للنشر، مصر.

13- Adam Philippe et Herzlich Claudine(2007): **Sociologie de la maladie et de la medecine,** (sous la dir. de Francois de singly) ,ed. Armand colin.

14- Amnon Jacobe,(2007): **Dependances et medicalisation : Reperes et enjeux Psychosociaux,** Nouvelles Pratiques sociales,Vol,19,N°2.

15- Barges Anne(2001): **Anthropologie et sociologie associees au domaine de la maladie et de la medicine,** (ouvrage collectif),In: Sciences humaines en medecine ( Introduction aux), Paris, Ellipses.

16- Bullough Varn L. (1965):**The Development of Medicine as a Profession**: The Contribution of the Medieval University to Modern Medicine, New York, Hafner Pub;ications.

17- Chauvenet Antoinette(1983):**La loi et le corps,** In: Sciences sociales et sante, Vol. 1,N°2.

18- Chauvin Sebastien et. Lerch Arnaud(2013): **Sociologie de l' homosexualite**, Paris, ed. La Decouveerte.

19- Claudine Herz;ich et Janine Pierret. (2010): **Au croisement de plusieurs mondes : Ia constitutiom de Ia sicioligie de Ia sante en France (1950-1985),** In Revue framcaise de sociologie,

20- Cochoy Franck(2001): **Profession, participation, patient: trois enjeux pour la qualite des soins (commentaire),** Sciences sociales et sante,Vol.19,N°2

21- Collin Johanne et Suissa Amnon Jacobe.(2007): **Les multiples facettes de la me'dicalisation du social**,Nouvelles Pratiques sociales,Vol.19,N°2.

22-Dodier N icolas(1992): **Experience privee des personnes et expertises medico – administratives, Une enquete dans la medicine du travail,** Sciences sociales et sante,Vol.9,N°2.

23- Duhart Jean et Charton- Brassard Jacqueline(1973): **Reforme hospitaliere et soin infirmier sur ordonnance medicale,** Revue francaise de sociologie.

24-Ferrand- Picard Michele(1982):**medicalization et controle social de l'avortement. Derriere la loi , les enjeux**, Revue francaise de sociologie.

25-Friot Bernard(1982):**La protection sociale et les professionnels de sante**, In: Sciences sociales et sante, VOL.1, n°1.

26- Grimaldi Andre(2010): **Les different habits de 1' expert profane**, presses de Sciences PO (P.F.N.S.P), Les Tribunes de la sante, N°27.

27- Kuty Olgierd(1983): **Les innovations scientifiques dans le champ sanitaire (1750-1825).**In : Sciences sociales et sante Vol.1,N°3-4.

28-Moreau Nicolas et Vinit Florence(2007): **Empreintes de corps: Elements de reperes dans l'histoire de la medicalisation,** Nouvelles pratiques sociales, Vol.19, N°2.

29-Parsons Talcott.(1955): **structure sociale et processus dynamique. Le cas de la pratique medicale modern,** in: Elements pour une sociologie de l'action, textes et presents par F. Bourricaud, paris, Plon.

30-Parsons Talcott.(1972):**Definition of Health and Illness in The Light if American Values and Social Structure In: patients, physicians and Illness**:A Source Book in Behavior Science and Health, 2nd Ed.Edited by E.Gerth Jaco , N.Y.Free press

31-Rosen G.(1974): **From Medical Police to Social Medicine**; Essays on the History of Healt Care. New York:Science History Publications.

32- Steffen, Monika(1987): **Les cellules rouges de la medicine, De la medecine sociale a la sociologie medicale**, Sciences sociales et sante, Vo1.5,N°1.

33-ThOer – Fabre Christine et Jose Levy Joseph(2007): **La pharmacologisation de la menopause: L' hormonotherapie substitutive et ses fonctions dans les discours de ,baby – boomers, francaise,** Nouvelles pratiques sociales, Vol.19, N°2.

34-Tichenko pavel (1988):**La sante: rapport des approaches des sciences de la nature et des sciences humaines,** In : Sciences sociales et sante , Vol.6, N°2.

**35** https: // www.aljazeera.net.
36- https: // www.goole.com.
37-https:// www.who. int.
38- https://arsco.org/articles
39-https:// democraticac.de
40- https:// ar.wikipedia. Org
41- https: // aitibbi.com
42-https://applications.emro.who.int
43- https: // www.nyu.edu

# The Medical Profession from a Sociological Perspective: An Analytical Sociological Study

**Radhia Yislam Saleh Basmad**

## Abstract

This study aims to examine the evolution of the medical profession by highlighting the nature of social medicine as a medical vocation within contemporary societies. It explores the foundational characteristics of the medical profession and identifies the dimensions of hegemony prevalent in modern medical discourse and practice. In this context, sociology plays a pivotal role in describing, diagnosing, and analyzing nearly every facet of human life, as well as interpreting the forces that influence it. Medicine is no exception to this rule; the field has undergone a significant historical transformation, evolving from a religious practice into a structured social activity, and ultimately attaining the status of a recognized profession. Adopting a descriptive-analytical approach, the study yields several key conclusions regarding the sociopolitical trajectory of the field. It argues that the advancement of the medical profession is not merely a product of pure scientific or cognitive progression; rather, it reflects a significant elevation in the social status of medical practice. This transition first emerged within European societies before proliferating globally. Furthermore, the study defines the medical profession through a sociological lens, elucidating the factors that have integrated medicine into the sociological domain. These factors include the role of social relations in defining concepts of health and illness, the social determinants of health, and the impact of systemic health policies.

**Keywords**: Medicine, Medical Profession, Medical Practice, Social Medicine.