



المدخل السوسيولوجية المفسرة لدراسة
أسلوب الحياة وأمراض الجهاز التنفسي
Explanatory sociological approaches to the study
of lifestyle and respiratory diseases

إعداد
الباحثة/أزهار محمد كامل عبد العظيم
إشراف

د/ سهام عبد الحميد فرحات
مدرس الانثروبولوجيا بقسم الاجتماع
جامعة بنى سويف

أ. د / أحمد محمد عبد الغني
أستاذ علم الاجتماع المساعد بكلية الآداب
جامعة بنى سويف



المستخلص:

تتعدد المداخل النظرية في دراسة أسلوب الحياة وأمراض الجهاز التنفسي، ويأتي البحث الرهن كمحاولة لعرض وتحليل المداخل النظرية المعاصرة في تفسير العلاقة بين أسلوب الحياة والأمراض المزمنة من منظور مرضي الجهاز التنفسي بمستشفى جامعة بني سويف في بيئات مختلفة. وذلك من خلال عرض بعض النظريات كنظرية التفاعلية الرمزية، نظرية أساليب الحياة الصحية، نموذج المعتقد الصحي، ونظرية الأسباب الجوهرية للمرض، ورصد القضايا الرئيسية لكل نظرية على حدة، وأخيرًا الإطار النظري الموجه للدراسة.

الكلمات المفتاحية: النظرية، التفاعلية الرمزية، نظرية أسلوب الحياة الصحية، نموذج المعتقد الصحي، الأسباب الجوهرية للمرض، أمراض الجهاز التنفسي.

Abstract

There are many theoretical approaches to the study of lifestyle and respiratory diseases, and the current research comes as an attempt to present and analyze contemporary theoretical approaches in explaining the relationship between lifestyle and chronic diseases from the perspective of respiratory patients at Beni Suef University Hospital in different environments. And that is by presenting some theories such as the theory of symbolic interaction, the theory of healthy lifestyles, the health belief model, the theory of the fundamental causes of disease, and monitoring the main issues of each theory separately, and finally the theoretical framework guiding the study.

key words: Theory, symbolic interactionism, healthy lifestyle theory, health belief model, fundamental causes of disease, respiratory diseases.



تمهيد:

تعد النظرية عصرًا مهمًا في البحث العلمي، فهي نشاط ذهني وعملية فكرية تفيد الباحث العلمي في تفسير الظواهر المختلفة، ومن ثم تقدم فهماً علمياً لها، وتحاول النظرية السوسولوجية كشف المبادئ العامة التي تمكن الباحثين من فهم الواقع الاجتماعي فهماً متتامياً ومتطوراً (Turner, J, ١٩٩٨ :٢). واستخدم العلماء كلمة النظرية بطريقتين رئيسيتين؛ الأولى هو تفسير مقترح لظاهرة طبيعية، مثل ما اقترحه نيوتن قانون الجاذبية، والمعني الثاني مجموعة من المفاهيم المترابطة يدعمها الدليل التجريبي، في تفسير الحقائق في حقل الدراسة، لنصل الي إطار عام لا يمكن الاستغناء عنه لتنظيم كم المعرفة (ريفن،٧،٢٠١٤).

وتعتبر النظرية والاتجاهات الفكرية بمثابة مجموعة من القضايا النظرية والمنطقية المجردة والمقبولة نسبياً، والتي تحاول تفسير العلاقات بين الظواهر. وتلعب دوراً أساسياً في توجيه البحث والملاحظة وترشيد الوصف نفسه سواء كان ظاهراً أو ضمناً وتساعد الباحث علي تحديد المتغيرات أو العناصر الهامة في نطاق دراسته؛ فهناك اتفاق بين العلماء الآن على وجوب بروز دور النظرية في توجيه البحث وقيادته. (على ليلة، ٢٠٠٥: ٤٣).

ولقد قام علماء الاجتماع الطبي والانثروبولوجيا الطبية بصياغة أطر نظرية تعمل على تفسير الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض مثل بارسونز وديفيد ميكانيك واليوت فريديسون. صاغ الجميع مفاهيم جديدة في البنية النظرية لهذا العلم؛ مثل دور المريض، وسلوك المريض، والانماط المعيارية للمرض، والضبط الاجتماعي والطب وغيرها (علي مكاي، ١٩٩٠: ٤٢٦).

مشكلة البحث



تحدد في التعرف علي اهم الاتجاهات السوسولوجية المتعلقة بدراسة أسلوب الحياة وأمراض الجهاز التنفسي، محاولة الاجابة عن سؤال رئيسي موداه ما أهم الاتجاهات النظرية المفسرة لأسلوب الحياة وأمراض الجهاز التنفسي.

ويتفرع عنه مجموعة من التساؤلات الفرعية:

ما أهم قضايا التفاعلية الرمزية المفسرة للتفاعل بين أساليب الحياة والإصابة بأمراض الجهاز التنفسي؟

ما أهم قضايا نظرية أساليب الحياة الصحية؟

ما أهم قضايا الأسباب الجوهرية للمرض.

ما أهم قضايا نموذج المعتقد الصحي.

المنهج المستخدم في الدراسة:

تعتمد الدراسة على المنهج الانثروبولوجي ومنهج دراسة الحالة.

أولاً: التفاعلية الرمزية The symbolic interaction

قبل استعراض التفاعلية الرمزية تذكر الباحثة القارئ بمدخلين كان وجودهما سبب صريح لقيام التفاعلية الرمزية وهما: الوظيفية والصراع بشكل من الایجاز. يعتمد النهج الوظيفي على وجهة النظر القائلة بأن المجتمع في حالة من التوازن والتماسك من خلال أنماط متناغمة من المعايير والقيم المشتركة. وما يجعل الحياة الاجتماعية ممكنة، هو توقع أن يتصرف الناس وفقاً للمعايير والقيم المشتركة في نظامهم الاجتماعي الخاص. هذه العملية وظيفية بالدرجة الاولى لأنها تؤدي إلى الانسجام الاجتماعي، والتوازن في العمليات ذات الخلل الوظيفي، مثل الجريمة والمرض، التي تعطل النظام الاجتماعي. إن ميل المجتمع نحو الحفاظ على الذات



(مريض الجهاز التنفسي) يشبه إلى حد بعيد المفهوم البيولوجي للتوازن، حيث يحاول جسم الإنسان تنظيم الظروف الفسيولوجية (الداخلية) ضمن نطاق ثابت نسبياً من أجل الحفاظ على الأداء الجسدي. قد يعاني الشخص من عسر الهضم، أو كسر في الساق، أو ربما حتى من سرطان غير خبيث، ولا يزال يتمتع بصحة جيدة بشكل عام. وبالمثل، يُنظر إلى النظام الاجتماعي من منظور وظيفي على أنه يحافظ على الأداء الاجتماعي من خلال تنظيم أجزائه المختلفة ضمن نطاق ثابت نسبياً. قد يواجه النظام الاجتماعي مشاكل مع الجريمة والانحراف، لكنه لا يزال يحتفظ بقدرة عامة على العمل بكفاءة (Jerolmack, Colin & Iddo Tavory, ٢٠١٤:٦٤)

ولقد عرف هيربرت بلومر التفاعل الرمزي في مؤلفه التفاعلية الرمزية symbolic interactionism بأنه خاصية مميزة وفريدة للتفاعل الذي يقع بين الناس ومما يجعل هذا التفاعل فريد ان الناس يفسرون ويؤولون أفعال بعضهم بدلا من الاستجابة المجردة؛ فالبشر يتصرفون حيال الأشياء علي أساس ما تعنيه بالنسبة لهم (أي المعاني المتصلة بها وهذه المعاني هي نتاج التفاعل الاجتماعي في المجتمع الإنساني) (محمد عبد الكريم الحوراني، ٢٠٠٨: ٢٨).

ترجع جذور هذا المنظور إلى السلوكية الاجتماعية، التي تركز على السلوك كوحدة أساسية للتحليل ضمن ثلاث قضايا انسانية اجتماعية كبرى هي: طبيعة الانسان (الذات) بوصفه متأثراً ومؤثراً معا في صنع واقعه وتغييره. الواقع الاجتماعي: باعتباره واقع ذهني عقلي، وفكري إدراكي، يتسم بالثبات النسبي. طبيعة المجتمع: الذي لا يوجد منفصلا عن الأفراد (إبراهيم عثمان وسالم ساري، ٢٠١٠: ١٩٩).

تستند النظرية التفاعلية على سبعة مبادئ أساسية على النحو التالي:

❖ يدخل الأفراد في علاقات مع بعضهم البعض لمدة قد تكون طويلة او قصيرة.



- ❖ هذه العلاقات تكون في الجماعات الصغيرة أو المتوسطة الحجم.
- ❖ بعد تكوين هذه العلاقة يبدأ كل فرد بتقييم الفرد الآخر، والتقييم قد يكون إيجابياً أو سلبياً بناءً على الصورة الذهنية التي كونها الفرد تجاه زميله خلال عملية التفاعل والاختلاط بينهم.
- ❖ عاجلاً أو آجلاً يصل تقييم الجماعة للفرد عبر عملية الاتصال والتفاعل.
- ❖ إذا كان تقييم الجماعة للفرد إيجابياً فإن الفرد يقيم نفسه أو ذاته إيجابياً والعكس صحيح. إذاً تقييم الفرد لذاته إنما يعتمد على تقييم الجماعة أو المجتمع له.
- ❖ المجتمع الإنساني عبارة عن نسيج معقد من التفاعلات والانطباعات والتقييمات الاجتماعية التي يكونها الأفراد بعضهم نحو البعض الآخر.
- ❖ أن الذات كما يراها تشارلز كولي ليست هي الفرد أولاً والمجتمع ثانياً وإنما هي حصيلة التفاعل الديالكتيكي أو الجدلي بين الفرد والمجتمع.. فأنا (I) كم أقيم نفسي لا معني ولا وجود إلا إذا اقترن بأنا كما يقيمني المجتمع (You) أو يقيمني فلان (He) أو يقيمني جماعة من الناس (They) (إحسان محمد الحسن، ٢٠١٥: ٧٤-٧٥).
- وينظر أنصار التفاعلية إلى أفراد المجتمع على اعتبار أنهم مخلوقات تحاول بناء الحقيقة ومعرفة معاني الأشياء أو الموضوعات أو الأحداث التي يواجهها الناس في حياتهم اليومية. فالمعاني من وجهة نظر التفاعلية الرمزية ليست أشياء موروثة كامنة في ذات الأشياء، ولكنها تعبر عن أحساس أولي بالشعور الإنساني نحو الأشياء. أن الناس هم الذين يصغون الحقائق الاجتماعية لتفسير ما يحدث في العالم الذي يعيشون فيه. وفي هذا الصدد يرى الفيلسوف الاجتماعي الفريد شوتز Schutz أن الناس يستمدون الحقائق من خبرة الحياة اليومية التي يعيشونها عن طريق النشاط العقلي، وذلك على اعتبار أن الحقائق من صنع العقل البشري (طلعت إبراهيم، كمال الزيات، ٢٠٠٩: ١٢١-١٢٢).



بالتالي تعتمد التفاعلية على الطريقة الكيفية، وأخذ العينات غير الاحتمالية بشكل عام، غير تجريبي. بعض الأعمال النظرية الرائدة في علم الاجتماع الطبي - مثل البناء الاجتماعي للمرض أو النموذج التفسيري للمرض، ونظريات جوفمان عن وصمة العار والمؤسسات الكلية، ومسار جلاسر وستراوس للموت، بما في ذلك مساهمات ميشيل فوكو وبيير بورديو (من بين آخرين) - تم تطويره باستخدام المنهجية الكيفية. بشكل عام، يتفق المفسرون على أن الأفعال لا تتم بوساطة قوى خارجية بل من خلال التفكير الذاتي (Akanle, O., Adejare, 2017) (يتمتع الفرد في المجتمع بقدرة على التفكير تتشكل من خلال التفاعل الاجتماعي.

نظرية أساليب الحياة الصحية healthy lifestyles

تشمل أنماط الحياة الصحية الاتصال بالمهنيين الطبيين لإجراء الفحوصات والرعاية الوقائية، ولكن معظم الأنشطة تتم خارج نظام تقديم الرعاية الصحية. تتكون هذه الأنشطة عادةً من خيارات وممارسات، تتأثر باحتمالات الفرد لتحقيقها، والتي تتراوح من تنظيف الأسنان واستخدام أحزمة مقاعد السيارات إلى الاسترخاء في المنتجعات الصحية. بالنسبة لمعظم الناس، تتضمن أنماط الحياة الصحية قرارات يومية بشأن الطعام، والتمارين الرياضية، والاسترخاء، والنظافة الشخصية، وخطر الحوادث، والتعامل مع الإجهاد، والتدخين، وتعاطي الكحول والمخدرات، بالإضافة إلى إجراء فحوصات جسدية. وفقاً لمنظمة الصحة العالمية WHO 1986، حدثت تحسينات كبيرة في الصحة في القرن التاسع عشر من خلال ما يمكن أن يسمى "الأساليب الهندسية" - بناء إمدادات المياه المأمونة والصرف الصحي وإنتاج غذاء رخيص للمناطق الحضرية من خلال استخدام الزراعة الآلية. تستمر هذه الأساليب في تحسين صحة الناس في المناطق المتخلفة من العالم. كانت الستون سنة الأولى من القرن العشرين هي "العصر الطبي"، حيث كان النهج السائد للصحة هو التلقيح



الشامل والاستخدام المكثف للمضادات الحيوية لمكافحة العدوى. (Cockerham, ٢٠١٩:١٤٦)

تشير منظمة الصحة العالمية إلى أنه في الفترة الحالية من التاريخ، تدخل المجتمعات المتقدمة في "عصر ما بعد الطب" حيث يتم تدمير الرفاهية الجسدية إلى حد كبير بسبب العوامل الاجتماعية والبيئية. تشمل هذه العوامل أنواعًا معينة من السلوك الفردي (مثل التدخين والإفراط في تناول الطعام) وفشل التنظيم الاجتماعي (مثل الوحدة والعزلة) والعوامل الاقتصادية (مثل الفقر) والبيئة المادية (مثل التلوث) التي لا يمكن تحسينها بشكل مباشر عن طريق الطب. خلصت منظمة الصحة العالمية إلى ما يلي: "في حين أن السياسة الصحية في" العصر الطبي "كانت مهتمة بشكل أساسي بكيفية توفير الرعاية الطبية ودفع تكاليفها، في حقبة "ما بعد الطب" الجديدة ستركز على تحقيق صحة جيدة ورفاهية ". وهذا ما يحدث بشكل أساسي اليوم حيث أن دور أنماط الحياة الصحية في تحسين صحة الناس في حالة ما بعد الطب يكتسب أهمية.

يساعدنا روبرت كروفورد عام ١٩٨٤ على فهم سبب ذلك. أولاً، كما يشير كروفورد ، كان هناك اعتراف متزايد بين عامة الناس بأن أنماط المرض الرئيسية قد تغيرت من الأمراض الحادة أو المعدية للأمراض المزمنة - مثل أمراض القلب والسرطان والسكري - التي لا يستطيع الدواء علاجها. ثانيًا، تحدث العديد من المشكلات الصحية، مثل الإيدز وسرطان الرئة الناجم عن السجائر، بسبب أنماط معيشية معينة. ثالثًا، كانت هناك حملة افتراضية من قبل وسائل الإعلام ومقدمي الرعاية الصحية للتأكيد على تغيير نمط الحياة والمسؤولية الفردية عن الصحة. وكانت النتيجة وعيًا متزايدًا بأن الطب لم يعد هو الحل التلقائي للتعامل مع جميع التهديدات التي تهدد صحة الفرد. لذلك، اكتسبت الاستراتيجيات من جانب الأفراد لتبني نمط حياة أكثر صحة شعبية. كما يوضح كروفورد ، عندما تستمر التهديدات على الصحة



في البيئة ولا يمكن للطب أن يوفر علاجًا ، فإن ضبط النفس على مجموعة السلوكيات الشخصية التي تؤثر على الصحة هو الخيار الوحيد المتبقي. هذا يعني أن الشخص سيواجه قرارًا باكتساب نمط حياة صحي أو الحفاظ عليه أو تجاهل الموقف وربما يكون أكثر عرضة لسوء التعافي (William C., 1974: 2019).

ويشير كوكرهام وريتشي Ritchey¹ إلى أن أساليب الحياة الصحية نشأت في الطبقة الوسطى والعليا، ولديها القدرة على الانتشار عبر الحدود الطبقة بدرجات مختلفة من الجودة، بينما لم يأخذ فيير في الاعتبار الجوانب الصحية لأساليب الحياة الصحية، حيث أن مفاهيمه تسمح لنا أن نرى أساليب الحياة الصحية ظاهرة مرتبطة بمكانة الجماعة، وتتصف بالطابع الجماعي أكثر من الفردي. تمثل أساليب وأنماط الإنتاج وليس الاستهلاك من التفاعل الجدلي بين الاختيارات للحياة والفرص للحياة (Cockerham, 1973: 2001). وتعرف نظرية انماط الحياة بأنماط جماعية للسلوك المرتبط بالصحة بناءً على الخيارات المتاحة للأشخاص وفقًا لفرص حياتهم. يمكن أن يكون للسلوكيات الناتجة عن هذه الاختيارات عواقب إيجابية أو سلبية على الحالة الصحية للشخص. مع ذلك تشكل نمطًا شاملاً من الممارسات الصحية التي تشكل أسلوب حياة موجهًا للصحة. أصبحت النظرية شكلاً شائعاً بشكل متزايد من أشكال السلوك الاجتماعي نظرًا لمحدودية الطب في علاج الأمراض المزمنة مثل أمراض الصرع والقلب والسرطان والسكري، وربط هذه الأمراض بأنماط الحياة غير الصحية (Cockerham, W. C., 1998: 2014).

الكثير مما نعرفه عن أنماط الحياة له أصوله النظرية في أوائل القرن العشرين لعمل ماكس فيير. ومع ذلك، لاحظ فروليش وكورين وبوتفين أن "مصطلح نمط الحياة، الذي تبناه الباحثون على نطاق واسع في مجال تعزيز الصحة، وعلم الأوبئة الاجتماعية، وفروع أخرى للصحة العامة، قد اتخذ معنى خاصًا ومختلفًا جدًا عن المقصود بواسطة فيير. ومع ذلك، أشار فروليش Frohlich: "عندما تتم مناقشة نمط



الحياة حاليًا في الخطاب الاجتماعي-الطبي ، هناك ميلا لاستخدامه في إشارة إلى أنماط السلوك الفردية التي تؤثر على حالة المرض ، وبالتالي إهمال خصائصه الجماعية (البنائية). ويشير كل من Mirowsky and Ross في كتابهما "التعليم والحالة الاجتماعية والصحة"، إلى صعوبة تجاهل الاختيار الفردي أو القيود الهيكلية في دراسات السلوك الصحي وأنماط الحياة. ويستخدمون مصطلح "المبالغة البنائية" structural amplification" للإشارة إلى المواقف التي يجمع فيها الأفراد المتعلمون المزايا، ويجمع الأشخاص ذوو التعليم الضعيف العيوب في "تسلسلات متتالية" تؤثر إما بشكل إيجابي أو سلبي على الصحة. ومع ذلك، ركزا على الفعل أكثر من البناء، وكان هدفهما هو إظهار أن التعليم يزيد من الفاعلية التي بدورها تزيد من سيطرة الفرد على حياته أو حياتها؛ التشجيع والتمكين لأجل أسلوب الحياة الصحي Cockerham, (٢٠٠٥:٦٤)

وترتبط النظرية السلوك الغذائي بالحالة الصحية. يمكن أن يقلل المدخول الغذائي من مخاطر الإصابة بأمراض معينة أو يزيدها. على سبيل المثال، يرتبط تناول الألياف الغذائية ارتباطا عكسياً بالعديد من الأمراض، بما في ذلك سرطان القولون والمستقيم وأمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية وارتفاع ضغط الدم والسكري والسمنة وبعض أمراض الجهاز الهضمي والقلب والأوعية الدموية. تدعم هذه النتائج الدور الوقائي للألياف الغذائية ضد أمراض معينة وتوصيات لزيادة استهلاكها. من ناحية أخرى، فإن تناول الدهون والكربوهيدرات المفرط يشكل مخاطر صحية كبيرة. السلوك الغذائي هو جزء من سلوك الفرد وخيارات أسلوب حياته. علاوة على ذلك، فإن أنماط السلوك الصحي والمرض هي أيضًا جزء من مكونات السلوك الفردي الذي يؤثر على الصحة. تعد الفحوصات الطبية البسيطة وكيفية استجابة الأفراد للمؤشرات الجسدية جزءًا من خيارات الحياة. في حين أن بعض الأفراد ينخرطون في سلوكيات وقائية مناسبة، فإن البعض الآخر قد لا يفعل ذلك. بالإضافة إلى ذلك، يتبع



بعض الأفراد أنظمة علاج طبيعية وفعالة، في حين أن البعض الآخر لا يفعل ذلك. هذه الأنماط من السلوك هي أيضًا مسائل تتعلق بنمط الحياة (٢٢-٢٦ Rachel Pechy et al. ٢٠١٣).

في الختام، السلوك الصحي هو النشاط الذي يقوم به الأفراد بغرض الحفاظ على صحتهم أو تحسينها، أو منع المشكلات الصحية، أو الحصول على صورة إيجابية عن الجسم. أنماط الحياة الصحية، بدورها، هي طرق جماعية للعيش تعزز صحة جيدة، وطول متوسط العمر المتوقع. تشمل أنماط الحياة الصحية الاتصال بالأطباء والعاملين الصحيين الآخرين، لكن معظم الأنشطة تتم خارج أنظمة تقديم الرعاية الصحية الرسمية. تشمل هذه الأنشطة اتباع نظام غذائي سليم، والتحكم في الوزن، وممارسة الرياضة، والراحة والاسترخاء، وتجنب الإجهاد وتعاطي الكحول والمخدرات.

حل ماكس ويبر، أحد أهم المنظرين في تاريخ الفكر الاجتماعي، الدور العام لأنماط الحياة ووجد المجتمع أنه بينما تتميز مجموعات الحالة الاجتماعية والاقتصادية بأنماط حياتها الخاصة، فإن بعض أنماط الحياة تنتشر عبر الحدود الاجتماعية. هذا هو الحال مع أنماط الحياة الصحية الشائعة الآن في جميع أنحاء المجتمع - على الرغم من أن جودة المشاركة تنخفض بلا شك إلى انخفاض موقع الشخص في الهيكل الطبقي. لاحظ ويبر أيضًا أن أنماط الحياة تعتمد على ما يستهلكه الناس وليس على ما ينتجون. وبينما تساعد أنماط الحياة الصحية على إنتاج صحة جيدة، فإن الهدف من أنماط الحياة هذه هو في النهاية هدف الاستهلاك حيث يتم استخدام الصحة لتجنب المرض، أو العيش لفترة أطول، أو الشعور بالتحسن، أو العمل، أو الحصول على مظهر بدني ممتع. يساهم عمل ويبر وبورديو في نموذج أنماط الحياة الصحية التي صاغها المؤلف الأمريكي. يوضح هذا النموذج كيف تؤثر المتغيرات الهيكلية الخاصة على خيارات نمط الحياة الصحية، مع وصف الظروف



الطبقيّة على أنّها متغيّر قويّ بشكل خاص. جانب آخر مهم من جوانب السلوك الصحيّ هو الرعايّة الوقائيّة التي تتضمّن اتصال الأشخاص الأصحاء بمقدمي الرعايّة الصحيّة. تتكوّن الرعايّة الوقائيّة من الفحوصات الجسديّة الروتينيّة، والعناية بالأسنان، والكشف عن الأمراض المختلفة، والتحصينات، وما إلى ذلك، بهدف منع أو تقليل فرصة الإصابة بالمرض أو تقليل آثاره. في جميع أنحاء العالم، يبدو أنّ أفراد الطبقة الدنيا أقلّ عرضة لتلقي الرعايّة الوقائيّة.

نظريّة الأسباب الجوهرية للمرض

في أوائل القرن العشرين، كانت الأسباب الرئيسيّة للوفاة عادة هي الأمراض المعدية وكذلك الأمراض الناتجة عن الصرف الصحيّ وسوء المرافق الصحيّة والازدحام السكانيّ، وذلك في المجتمعات المنخفضة SES، وتمّ القضاء عليها في العالم المتقدّم وأصبحت الأمراض المزمنة الآن هي من الأسباب الأساسيّة للوفاة في العالم مثل أمراض القلب، والسكريّ، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسيّ. (Phelan, et al. 2010: 312). وكانت الأسباب الثلاثة الأكثر انتشارًا للوفاة في عام 1900 هما: الالتهاب الرئويّ، والسل، والإسهال. وتمّ القضاء على هذه الأسباب إلى حد كبير بفضل تطوير المضادات الحيويّة واللقاحات وأنظمة إدارة المرافق الصحيّة، وتطوير التعليم، واتباع نظام غذائيّ صحيّ. ونظرًا لأنّه من المحتمل أنّ يعيش الأفراد ذوي المكانة الاجتماعيّة الاقتصاديّة "SES" الأدنى في بيئة مزدحمة وغير صحيّة، فمن المعتقد أنّ تحسين هذه الظروف سوف يؤدي تلقائيًا إلى تحسّن في الصحة، ومع ذلك ظلّ التفاوت والاختلاف بين نتائج الرعايّة الصحيّة والصحة موجودًا. (Gordis, 2008)).

ترجع جذور نظريّة الأسباب الجوهرية للمرض Theory of fundamental causes of disease إلى مفهوم الأسباب الأساسيّة الذي صاغه (ليبرسون) Lieberson عام



١٩٨٥، و قام بتطبيقه هاوس وزملائه House لأول مرة على الارتباط بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية (SES) Socioeconomic status) والوفاة في دراستين إجريتا عام ١٩٩٠، ١٩٩٤. ولقد طور لينك وفيلان Link and Phelan نظرية الأسباب الجوهرية للمرض عام ١٩٩٥ لشرح سبب تفسير الارتباط بين الحالة الاجتماعية الاقتصادية (SES) والوفيات، وعلى الرغم من التغييرات الجذرية في الأمراض وعوامل الخطر التي يفترض أنها تفسر أسباب الوفاة، فقد اقترحا أن سبب ذلك الارتباط الدائم لأن مصطلح المكانة الاجتماعية الاقتصادية تجسد مجموعة من الموارد مثل: المال، والمعرفة، والهيبة، والقوة أي السلطة، والروابط الاجتماعية المفيدة التي تحمي الصحة بغض النظر عن أي من تلك الآليات ذات الصلة والملائمة في أي وقت Phelan, et al, ٢٠١٠:٢٩١ Freese and Lutfey ((٢٠١٠)).

وطبقاً للنظرية فهناك سبب آخر لارتباط المكانة الاجتماعية الاقتصادية بالعديد من الأمراض وهي أن الأفراد والجماعات يستغلون الموارد لتجنب المخاطر وتبني استراتيجيات وقائية وأن الموارد التي ذكرناها سابقاً (المال والمعرفة والهيبة.....الخ) يمكن أن تستغل مهما كانت عوامل الخطر والحماية في ظرف محدد، وبالتالي فإن الأسباب الجوهرية تؤثر على الصحة حتي وأن تغيرت صورة المرض وعوامل الخطر والحماية بشكل جذري، فعلي سبيل المثال في حالة مرض الطاعون الشخص الذي لديه موارد أكثر يكون قادراً علي تجنب المناطق التي ينشر فيها المرض، وفي حالة مرض السكري، يكون الشخص الذي يمتلك موارد أكثر يكون أكثر قدرة في الحفاظ على أسلوب الحياة الصحي والحصول على علاج طبي أفضل وتلك الموارد تستخدم بطرق مختلفة في مواقف متباينة، ولذا تسمى الموارد المرنة Flexible resources (Cockerham, ١٠٦:٢٠١٥-١٠٧).



تؤكد النظرية على قضية أساسية وهي أن السبب الاجتماعي الأساسي في تفاوت المستوي الصحي في المجتمع هو الوضع الاجتماعي الاقتصادي الذي يتسم بأربعة سمات جوهرية وهما كالتالي: (Cockerham, 1966: 105). (٢٠١٥).

(١) هذا السبب يؤثر في النتائج المتنوعة للمرض بشكل عام، وهذا يعني أنه لا يقتصر فقط على سبب واحد أو عدد بسيط من الأمراض والمشكلات الصحية.

(٢) أنه يؤثر على هذه الأمراض من خلال عوامل خطر متعددة.

(٣) تضم الأسباب الاجتماعية الجوهرية الوصول إلى الموارد التي يمكن أن تستخدم لتجنب الخطر أو التقليل من عواقب المرض التي يمكن حدوثها.

(٤) إن الارتباط بين السبب الرئيسي والصحة يعاد انتاجه عبر الزمن عن طريق إحلال آليات التدخل، أن تأثير تلك الأسباب الدائم على الصحة بشكل عام في

مواجهة التغييرات الدرامية في الآليات هي التي تجعلنا نصفها بالجوهرية

تفترض النظرية أن التفاوتات الاجتماعية في الصحة تنشأ بسبب عدم المساواة في الوصول إلى الموارد المرنة، بما في ذلك المعرفة، والمال، والسلطة، والمكانة، والروابط الاجتماعية النافعة، التي تسمح للناس بتجنب عوامل الخطر واعتماد عوامل الحماية والوقاية ذات الصلة في مكان معين. (Clouston, et al. 1963: 2016)).

نموذج المعتقد الصحي: Health Belief Model

يعد نموذج المعتقد الصحي نموذج المعتقد الصحي (HBM) Health Belief Model) هو أحد الأطر النظرية الهامة التي يستند عليها العلماء والباحثون في معظم النظم المعرفية المهمة بقضايا الصحة والمرض كعلم الاجتماع والانثروبولوجيا الطبية وعلم النفس الطبي وعلم الصحة وعلم الأوبئة الاجتماعية وغيرها (عبد العظيم: ٢٠١٩: ١١٢). ولقد اهتم هؤلاء العلماء بزيادة استخدام الخدمات الوقائية والكشف المبكر، وظنوا أن الناس يخشون من الإصابة من الأمراض المزمنة وأن السلوكيات المرتبطة



بالصحة تعكس مستوي الخوف لدي الشخص استنادًا إلى التهديد المتصور Murphy, (٢٠٠٥:٦). ويعتبر هذا النموذج من أكثر الاتجاهات النظرية تأثيرًا في تفسير السبب الذي يدفع الناس إلى ممارسة السلوك الصحي، ويمكن تطبيق هذا النموذج من خلال معرفة عاملين، هما: الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي، وإدراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد (النصيرية.: ٢٠١٧ ١٩).

ولقد أصبح هذا النموذج منذ عام ١٩٥٠ واحدًا من أكثر النماذج والأطر النظرية انتشارًا في البحوث المتعلقة بالسلوك الصحي وذلك لقدرته على تفسير تغير وثبات أنماط السلوك المرتبطة بالصحة من جهة، وكإطار موجه للتدخل في السلوك من جهة أخرى. وعلى مدار العقدين الأخيرين اتسع النموذج وتطور مقارنة بالأطر الأخرى، وصار يستخدم لدعم التدخل من أجل تغيير السلوك (Champion and Skinner, ٢٠٠٨:٤٥). وتتص الفكرة الأساسية لهذا النموذج على أنه يمكن التنبؤ بتلك السلوكيات من خلال مجموعة من المعتقدات المركزية التي أعيد تعريفها بشكل مستمر عبر السنوات وتتمثل في تصور واعتقاد الفرد حول الاتي:

-قابلية الإصابة بالمرض (مثال: إمكانية إصابتي بسرطان الرئة مرتفعة)

-شدة المرض (سرطان الرئة مرض خطير).

-التكاليف التي ينطوي عليها تنفيذ السلوك (التوقف عن التدخين سوف يجعلني معكر المزاج).

-الفوائد التي ينطوي عليها تنفيذ السلوك (التوقف عن التدخين سيوفر لي المال) (Redding, Rossi, et al, ١٨١:٢٠٠٠-١٨٢).



ويقوم نموذج المعتقدات الصحية على فكرة مفادها أن احتمال ممارسة الفرد للسلوك الوقائي من أجل تجنب المرض يعتمد على إدراكه لأربعة عوامل والتي تتمثل في: القابلية المدركة للإصابة بالمرض: والتي تشير إلى اعتقاد الفرد الذاتي بوجود احتمال أنه قد يصاب بالمرض أو عجز ما.

✓ الخطورة المدركة للإصابة: والتي تشير إلى مدى إدراكه للعواقب المترتبة عن إصابته بالمرض أو العجز.

✓ الفوائد المدركة للفعل: وهي تدل على الفوائد المتوقعة والتي ستحقق نتيجة الإنخراط في السلوك الوقائي. على سبيل المثال: الأفراد غير المقتنعين بوجود علاقة بين التدخين والإصابة بالسرطان فمن غير المرجح أن يتوقفوا عن التدخين لأنهم يعتقدون أن عدم التدخين لن يحمي من الإصابة بالمرض.

✓ التكاليف المدركة للفعل: وهي تدل على الحواجز أو الخسائر التي تتداخل مع تغيير السلوك الصحي، إذ يجب أن يدرك الفرد أن الفوائد أهم بكثير من التكلفة (Ogden, 2004: 2).

الإطار النظري الموجه للدراسة:

هذه القضايا من القضايا النظرية لها طابع خاص، لأنها تتصل مباشرة بمجتمع الدراسة، ولا تتناقض هذه القضايا الخاصة مع القضايا العامة ولكن تكملها في نسق استنباطي منطقي. وتتنحصر القضايا النظرية الخاصة في امرين اولا الاعتماد على مدخل اساليب الحياة الصحية، والثاني الكشف عن طبيعة نوعيو الحياة عند اصحاب الامراض المزمنة خاصة الجهاز التنفسي في المجتمع المصري بمحافظة بني سويف. وانطلاقا من المدخل النظري لنظرية اساليب الحياة الصحية يمكن ابداء الملاحظات التالية:



(١) يوضح النموذج النظري لأساليب الحياة الصحية المقدمة هنا أن أربع فئات من المتغيرات (١) البنائية مثل (أ) الظروف الطبقية، و (ب) العمر والجنس، (ج) نوعية الجماعات، و (د) السياق الاجتماعي (الحالة المعيشية) (٢) التنشئة الاجتماعية والخبرة التي تؤثر على (٣) خيارات الحياة (الفعل). تشكل هذه المتغيرات البنائية مجتمعة (٤) خيارات نوعية الحياة (البناء). تتفاعل الخيارات والفرص (افعال) مرضي الجهاز التنفسي وتكلف بتشكيل (٥) ميول للتصرف (الهابيتوس) ، مما يؤدي إلى (٦) ممارسات (الفعل) ، تشمل (٧) تعاطي الكحول ، والتدخين ، والنظام الغذائي ، وغيرها من الإجراءات المتعلقة بالصحة . تشكل الممارسات الصحية أنماطاً (٨) الحياة الصحية وتعيد انتاجها (أو تعديلها) من خلال التغذية الراجعة. هذه النظرية هي تمثيل مبدئي لظاهرة نمط الحياة الصحية وتخضع للتحقق أو التغيير أو الرفض من خلال التطبيق التجريبي. إنها بداية صياغة نظرية عن السلوك الاجتماعي اليومي غير موجودة الي الان في مجتمعنا المصري.

(٢) اوضحت النظرية ان السلوكيات الصحية لمرضي الجهاز التنفسي بمثابة أنماط جماعية للسلوك الصحي في مصر بسبب ان الخيارات المتاحة للمصريين تعتمد بالدرجة الاولى على فرص الحياة وهامش الخدمة الصحية. يمكن أن ينتج عن هذه الخيارات سلوكيات او نتائج إيجابية أو سلبية على الحالة الصحية، ومع ذلك تشكل معا نمطاً عاما من الممارسات الصحية نعترف به بانها هو أسلوب الحياة الصحي في بلدنا. لقد أصبحت نظرية أنماط الحياة الصحية شكلاً من أشكال السلوك الاجتماعي نظراً للقصور الواضح في علاج الأمراض المزمنة مثل أمراض الصرع والقلب والسرطان والسكري والجهاز التنفسي، وربطها بأنماط الحياة غير الصحية.

(٣) تلقي النظرية بثقلها على التعليم كمرج يمكن الناس من دمج السلوكيات المنتجة للصحة في نمط حياة متماسك؛ يمنح الناس الشعور بالتحكم في النتائج في



حياة المرء، ويشجع على الأسلوب الحياة الصحي ويمكن تداوله ونقله الكثير من تأثيراته على البيئة الصحية والعامّة، ويمكن للأباء المتعلمين أن يبنوا أسلوب الحياة الصحي في اطفالهم، ويستفيدوا من تجاربهم في تقديم يد العون للجميع حتى تشكل توليفة من النوايا الواعية.

لقد استخلصت الباحثة من الإطار النظري السابق إطار نظرياً عن مرضى الجهاز التنفسي لمعالجة الاسئلة البحثية المطروحة عن العلاقات بين نوعية الحياة والفرص والخيارات. ويرجع ذلك الي عدة اسباب اولها الاجابة عن السؤال لماذا تقل فرص الحياة امام فرص الاختيار في الحياة الاجتماعية من خلال بعض المتغيرات في جودة الحياة مثل (أ) ضعف الوظائف الاجتماعية عادة في هؤلاء المرضى، (ب) لما تسببه المواقف السلبية في حدوث الخل.

أولاً: المراجع العربية

١. إحسان محمد الحسن، (٢٠١٥). النظريات الاجتماعية المتقدمة دراسة تحليلية في النظريات الاجتماعية المعاصرة. دار وائل للنشر والتوزيع. عمان.
٢. الحوراني، محمد عبد الكريم (٢٠٠٨). النظرية المعاصرة في علم الاجتماع - التوازن التفاضلي صيغة توليفية بين الوظيفة والصراع. دار مجدي لاوي. ط١. الأردن.
٣. ريفن، بيترهن (٢٠١٤). علم الاحياء. دار العبيكان للنشر والتوزيع. المملكة العربية السعودية.
٤. عبد العظيم، حسني إبراهيم. (٢٠١٩). مقدمة في علم الاجتماع الطبي. مكتبة دار الكتاب الجامعي. بني سويف.
٥. عثمان، إبراهيم وساري، سالم. (٢٠١٠). نظريات علم الاجتماع. الشركة العربية المتحدة للتسويق والتوريدات. القاهرة.



٦. لظفي، طلعت إبراهيم والزيات، كمال عبد الحميد. (٢٠٠٩). النظرية المعاصرة في علم الاجتماع. دار غريب للنشر والتوزيع. القاهرة.
٧. ليلة، علي. (٢٠٠٥). بناء النظرية الاجتماعية. المكتبة المصرية للطباعة والنشر، ط٢. القاهرة.
٨. مكاوي، على (١٩٩٠). علم الاجتماع الطبي. كتب عربية.
٩. النصيرية، راية بنت مسلم. (٢٠١٧). العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدي عينة من طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في ولاية صور. رسالة ماجستير. جامعة نزوي. كلية العلوم والآداب.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

١. Akanle, O., Adejare, G. S., & Ogundairo, J. A. (٢٠١٧). Theoretical and methodological perspectives in sociological research.
٢. Clouston, S. A., Rubin, M. S., Phelan, J. C., & Link, B. G. (٢٠١٦). A social history of disease: Contextualizing the rise and fall of social inequalities in cause-specific mortality. *Demography*, ٥٣(٥), ١٦٣١-١٦٥٦.
٣. Cockerham, W. C. (٢٠٠٥). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of health and social behavior*, ٤٦(١).
Cockerham, W. C. (٢٠١٥). *Medical Sociology on the move*. Springer. .٤
٥. Cockerham, W. C., (٢٠١٤), Health Lifestyles, in: The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society, London: John Wiley & Sons, Ltd. Published. P.٩٩٨.
٦. Cockerham, William C., (٢٠١٩), Medical Sociology, London: Routledge.
٧. Gordis, L.(٢٠٠٨). Epidemiology, Elsevier-Sanders, Philadelphia, ٤th Ed., ٢٠٠٨. <https://bit.ly/٣OU١٩py>
٨. Jerolmack, C., & Tavori, I. (٢٠١٤). Molds and totems: Nonhumans and the constitution of the social self. *Sociological Theory*, ٣٢(١), ٦٤-٧٧.
٩. Murphy, E. M. (٢٠٠٥). *Promoting healthy behavior*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
١٠. Pechey, R., Jebb, S. A., Kelly, M. P., Almiron-Roig, E., Conde, S., Nakamura, R., ... & Marteau, T. M. (٢٠١٣). Socioeconomic differences in purchases of more vs. less healthy foods and beverages: analysis of over ٢٥,٠٠٠ British households in ٢٠١٠. *Social Science & Medicine*, ٩٢, ٢٢-٢٦.
١١. Phelan, J. C., & Link, B. G. (٢٠١٥). Is racism a fundamental



١٢. Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (٢٠١٠). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of health and social behavior*, ١(١)_supl
١٣. Snead, M. Christine, and William C. Cockerham (٢٠٠٢) "Health lifestyles and social class in the deep South." *Research in the Sociology of Health Care* ٢٠: ١٠٧-٢٢.
١٤. Turner, J. H., & Turner, P. R. (١٩٩٨). *The structure of sociological theory*. Homewood, IL: Dorsey Press.