

Beirniadaethau o Parson

Beirniadaethau o rôl salwch a swyddogaetholdeb Parsons

Dim ond i afiechydon llym y mae'r model hwn yn berthnasol mewn gwirionedd. Mae'n bosibl y bydd unigolyn â chyflwr hirdymor megis MS am fod yn iach ond na all wella. Ateb Parsons i hyn yw bod rhwymedigaeth ar unigolyn â chyflwr hirdymor megis MS neu ddiabetes i wneud cymaint ag y gall drosto'i hun er mwyn gallu gweithredu mewn cymdeithas gan gyflawni rolau y cyfeirir atynt fel rolau cymdeithasol normal. Disgrifiodd Saflios-Roschild (1970) hyn fel y rôl adsefydlu.

Yn ei ddamcaniaeth, rhoddodd Parsons gryn bŵer a statws i'r proffesiwn meddygol.

Nid yw'r model hwn bob amser yn golygu y gall pobl ymgymryd â rôl y claf. Ystyrir mai bai'r unigolyn yw ei fod yn dioddef o salwch a gaiff ei stigmatiddio mewn cymdeithas megis AIDS, ac felly mae'n bosibl na chaiff yr unigolyn yr un hawliau ag eraill.

Nid yw pobl bob amser yn mynd at y meddyg. Mae'n bosibl y byddant yn gofyn i ffrindiau a theulu neu'n 'stryffaglu ymlaen'. Yn 1981, canfu Scambler ar gyfer pob un ymweliad â'r meddyg a wnaed gan ei sampl o 79 o ferched, roedd 11 o ferched eraill a ofynnodd am gyngor gan deulu a ffrindiau, ac o'u plith, gofynnodd 50% am gyngor gan gymar. Gallant hefyd ddefnyddio'r rhyngrwyd i wneud hunanddiagnosis. Dadleuodd Friedson (1970), a oedd yn arddel barn Weberaidd, pe nad oeddent wedi mynd at y meddyg ond wedi gofyn am wybodaeth leyg gan ffrindiau a theulu, nad oedd hynny'n golygu nad oeddent yn sâl. Dadleuodd hefyd fod gan feddygon bŵer a statws a oedd yn rhoi rheolaeth iddynt.

Mae rhai pobl yn ceisio ymgymryd â rôl y claf yn gyflymach nag eraill ac yn mynd at y meddyg neu adrannau damweiniau ac achosion brys cyn gynted ag y byddant yn profi symptom/symptomau ond gall eraill osgoi mynd at y meddyg cyhyd â phosibl ac efallai na fyddant yn mynd o gwbl, er enghraifft, gallai rhiant unigol â dau blentyn osgoi mynd at feddyg oherwydd bod angen iddo/iddi ofalu am y plant.

Gellir ystyried, er enghraifft gan gyflogwyr, fod rhai pobl yn ffugio gleifion ac yn ffugio symptomau. Os felly, oni allant ddarbwylllo'r proffesiwn meddygol i'w cymryd o ddifrif, mae'n bosibl y caiff eu hawliau eu gwadu iddynt. Yn y 1990au, canfu Cooper (1997) nad oedd rhai meddygon yn credu bod Enseffalomyelitis Myalgig (ME) yn bodoli. Dangosodd hyn, fel y nododd Cooper, nad yw symptomau corfforol ar eu pen eu hunain mor bwysig â diffiniadau gan feddygon. Dadleuodd Cooper (1997) fod y methiant hwn i gydnabod y salwch yn golygu bod rôl y claf wedi'i gwadu i bobl ac o ganlyniad fod eu statws cymdeithasol i ryw raddau yn cael ei leihau, bod eu hunaniaeth gymdeithasol yn cael ei dibrisio a'i stigmatiddio a'u bod yn ei chael hi'n anodd cael cyfnodau o absenoldeb o'r gwaith neu fudd-dal anabledd.

Caiff y gydberthynas rhwng meddygon a chleifion weithiau ei disgrifio gan Turner fel maes o wrthdaro. Gall fod gan gleifion wahanol anghenion i feddygon. Er enghraifft, mae'n bosibl y bydd rhai cleifion am gael gwrthfotigau ond y bydd meddyg yn amharod i'w rhagnodi gan ei fod o'r farn bod y claf yn dioddef o haint feirol na ellir ei wella drwy wrthfotigau.

Mae swyddogaethwyr yn dadlau drwy gysylltu pobl sâl â'r proffesiwn meddygol sy'n ffit ac yn iach, fod hynny'n eu hynysu oddi wrth ei gilydd ac yn atal isddiwylliant o fod yn sâl rhag datblygu. Gellid ystyried hefyd fod rhyddhau cleifion o'r ysbyty cyn gynted â phosibl i fynd adref i wella/cryfhau ymhlith pobl iach yn

rhan o'r broses hon o atal isddiwylliant gwyredig rhag datblygu.