

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة محمد خيضر - بسكرة
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم: العلوم الاجتماعية

الرقم التسلسلي:.....

رقم التسجيل:.....

عنوان الأطروحة

التصورات الاجتماعية للطب الشعبي -دراسة ميدانية في منطقة الزيبان-

أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في : علم الاجتماع

تخصص: علم اجتماع التنمية

إشراف الأستاذ:
أ.د ميلود سفاري

إعداد الطالب:
سعيدة شين
أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
جابر نصر الدين	أستاذ	بسكرة	رئيسا
ميلود سفاري	أستاذ	سطيف	مشرفا و مقررا
عبد العالي دبله	أستاذ	بسكرة	عضوا مناقشا
زمام نور الدين	أستاذ	بسكرة	عضوا مناقشا
رشيد زرواتي	أستاذ	بورج بوعريرج	عضوا مناقشا
الطاهر سعود	أستاذ محاضر (أ)	سطيف 02	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2015/2014

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ
"وَنُنزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ"
الأسراء - 82 -

الإهداء

أهدي ثمرة هذا الجهد إلى:

الفخر الأبدي إلى روح أبي رحمه الله راجية من المولى عز وجل أن يتقبل مني هذا العمل ويجعله في ميزان حسناته.

إلى أمي الفاضلة حفظها الله وأدام عليها الصحة والعافية.

إلى أخواتي وإخوتي حفظهم الله ورعاهم.

إلى براعم العائلة نزيه ومحمد آدم

إلى كل من يحب الله ورسوله.

شكر وتقدير

أشكر الله العظيم رب العرش العظيم وأحمده حمدا يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه على توفيقه لي في إنجاز هذا العمل وتوفيقه لي أيضا في إنجاز هذا العمل مع أساتذة أجلاء قدموا لي المساعدة والتوجيه اللازمين.

وبداية أشكر أستاذي الفاضل المشرف على هذا العمل الاستاذ الدكتور **ميلود سفاري** الذي شجعتني على البحث في جانب حيوي يعتبر حسب تصور أغلب افراد المجتمع موضوع الساعة، فأشكره جزيل الشكر على ما قدمه لي من مساعدة وتوجيه وتشجيع متواصل، وقراءة دقيقة وتصحيح لغوي لكل فصول الرسالة.

وشكر خالص لمشرفي السابق في رسالة الماجستير الاستاذ الدكتور **نصر الدين جابر** الذي ساعدني وشجعتني في اختيار هذا الموضوع وتزويده لي بالمراجع.

كما أشكر الأستاذ الدكتور **عبد العالي دبلّة** على تشجيعي وتوجيهي في هذا العمل، وتزويدي ببعض المعلومات ذات العلاقة بالموضوع والتي ساهمت في فهم أكثر للدراسة.

كما أشكر الأساتذة والدكاترة الذين ساهموا مساهمة فعالة في تحكيم الاستمارة وتقديم بعض التوجيهات ومنهم، الدكتور **محمد لمين بحري** بقسم الأدب العربي

بجامعة بسكرة فأشكره جزيل الشكر على المعلومات القيمة التي أفادني بها في مجال الأسئلة الخاصة بالعينة القصدية، وكذا الدكتور **محمد الطور** رئيس المكتبة الوطنية بالرباط بالمغرب الشقيق الذي أسهمت آراؤه السديدة في توجيه البحث وتعديل في بعض جوانبه.

وكلمة شكر وتقدير أقدمها للأساتذة الأفاضل: الاستاذ الدكتور الطاهر براهيم، الدكتور عبد الحميد لحمر والذي كان نعم الأب ونعم الأستاذ، الاستاذ كمال بوغديري، الاستاذ لعماري الطيب، الاستاذة سعاد غياية.

وأخيرا أشكر طلبة علم الاجتماع تخصص تربية لما قدموه من مساعدات فشكرا جزيلا لهؤلاء.

فهرس المحتويات

تشكر

الاهداء

فهرس الجداول والاشكال

مقدمة:.....أ

الفصل الاول: موضوع الدراسة.....06

07	أولاً: إشكالية الدراسة.....
10	ثانياً: أسباب اختيار الموضوع.....
11	ثالثاً: أهداف الدراسة.....
12	رابعاً: أهمية الدراسة.....
13	خامساً: تحديد مفاهيم الدراسة.....
13	سادساً: فرضيات الدراسة.....
14	سابعاً: الدراسات السابقة.....
29	ثامناً: الإطار النظري للدراسة.....

الفصل الثاني: التصورات الاجتماعية.....37

38	أولاً: تعريف التصور.....
48	ثانياً: تاريخ التصورات الاجتماعية.....
56	ثالثاً: محتوى التصورات الاجتماعية.....
58	رابعاً: المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التصور.....
62	خامساً: الوظائف الاجتماعية للتصورات.....
65	سادساً: البعد النفسي الاجتماعي للتصورات الاجتماعية.....
73	سابعاً: بنية التصورات الاجتماعية.....
78	ثامناً: أسباب الاهتمام بالتصورات الاجتماعية.....
78	تاسعاً: محددات التصور الاجتماعي.....

81.....	عاشرا: التصورات الاجتماعية والعوامل المؤثرة في تكوينها
86.....	الحادي عشر: أساليب رصد التصورات

90 الفصل الثالث: علم الاجتماع الطبي والتنمية الصحية

91	أولا: طبيعة العلاقة بين علم الطب وعلم الاجتماع
95	ثانيا: تعريف علم الاجتماع الطبي ونشأته
99	ثالثا: وظائف علم الاجتماع الطبي وأهم مؤلفاته
104.....	رابعا: أهداف علم الاجتماع الطبي
105.....	خامسا: مجالات علم الاجتماع الطبي
108.....	سادسا: مشكلات علم الاجتماع الطبي
112.....	سابعا: من علم الاجتماع الطبي الى علم اجتماع الصحة
113.....	ثامنا: ماهية الصحة وأنواع الخدمات الصحية
126.....	تاسعا: المرض والنظريات المفسرة للمرض
135.....	عاشرا: تفسير العامة وأهل الاختصاص للمرض
139.....	الحادي عشر: علاقة بعض النظم بالصحة والمرض

146..... الفصل الرابع: الطب الشعبي والمعالجين الشعبيين

147.....	أولا: تعريف الطب الشعبي
152.....	ثانيا: تاريخ الطب الشعبي
163.....	ثالثا: الممارسات العلاجية الشعبية
215.....	رابعا: أهم السمات التي تميز الطب الشعبي عن الطب الحديث
216.....	خامسا: أهمية وأسباب التوجه الى العلاج بالطب الشعبي
218.....	سادسا: النظرة المستقبلية للطب الشعبي
220.....	سابعا: المعالجون الشعبيون
224.....	ثامنا: أنواع المعالجين الشعبيين
237.....	تاسعا: العوامل المشتركة بين النظم العلاجية العالمية
238.....	عاشرا: الطب الشعبي في الجزائر

248.....الفصل الخامس: الطب الإسلامي.

- 251.....أولا: تعريف الطب النبوي.
- 253.....ثانيا: أهمية التراث الإسلامي.
- 258.....ثالثا: النظرة الطبية الإسلامية في الوقاية والعلاج.
- 259.....رابعا: قواعد الوقاية العلاجية في الطب النبوي.
- 260.....خامسا: غايات الطب النبوي.
- 265.....سادسا: أنواع علاجات النبي صلى الله عليه وسلم.
- 283.....سابعا: المسؤولية المدنية للطبيب.
- 285.....ثامنا: الاختلاف بين الطب الإسلامي والطب الحديث.
- 287.....تاسعا: الطب الإسلامي طب متميز.
- 289.....عاشرا: الإسلام ومهنة الطب.
- 290.....الحادي عشر: الفقه الطبي.
- 291.....الثاني عشر: علاقة الإسلام بالطب.

294.....الفصل السادس: الاجراءات المنهجية للدراسة.

- 295.....أولا: مجالات الدراسة.
- 298.....ثانيا: عينة الدراسة وكيفية اختيارها.
- 304.....ثالثا: المنهج المتبع في الدراسة.
- 305.....رابعا: أدوات جمع البيانات.
- 309.....خامسا: أساليب المعالجة الإحصائية.

310.....الفصل السابع: معالجة ومناقشة نتائج الدراسة.

- 312.....أولا: عرض وتحليل نتائج الفرضية الاولى.
- 362.....ثانيا: عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
- 383.....ثالثا: نتائج الدراسة على ضوء فرضياتها.
- 422.....رابعا: نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة.
- 430.....خامسا: نتائج الدراسة على ضوء النظرية الوظيفية.

433.....	الخاتمة:
436.....	المراجع:
447.....	الملاحق:

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
44	يوضح عناصر النظام	1
45	يوضح مسار عملية تكون التصور الاجتماعي	2
61	يوضح العلاقة بين الآراء والقيم والمعتقد	3
67	يوضح العمليات التي تتدخل في بناء التصور الاجتماعي	4
69	يوضح إعادة بناء نظرية التحليل النفسي	5
76	يوضح العناصر المكونة للتصور الاجتماعي	6
116	يوضح عناصر البعد الصحي	7
118	يوضح مستويات الصحة	8
129	يوضح متصل الصحة والمرض	9

فهرس الجدول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	يوضح العلاج بالأسماء الحسنى	271
2	يوضح توزيع أفراد العينة القصدية حسب الجنس	300
3	يوضح توزيع أفراد العينة القصدية حسب السن	300
4	يوضح توزيع أفراد العينة القصدية حسب المستوى التعليمي	301
5	يوضح توزيع أفراد العينة القصدية حسب المهنة	302
6	يوضح توزيع أفراد العينة القصدية حسب الحالة الاجتماعية	302
7	يوضح توزيع أفراد العينة القصدية حسب الدخل	303
8	يوضح حساب معامل ألفا كرونباخ	304
9	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس	312
10	يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن	313
11	يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	314
12	يوضح توزيع أفراد العينة حسب المهنة	316
13	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	317
14	يوضح توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة	318
15	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الدخل	318
16	يوضح أكثر العوامل إصابة بالمرض	320
17	يوضح مفهوم الطب الشعبي	329
18	يوضح مسميات الطب الشعبي	336
19	يوضح كيفية انتقال الطب الشعبي	341
20	يوضح الأفراد الأكثر استخداما للطب الشعبي	348
21	يوضح المناطق الأكثر إقبالا على استخدام الطب الشعبي	351
22	يوضح طبيعة المعالج الشعبي	353
23	يوضح مسميات المعالج الشعبي	358
24	يوضح المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه	360
25	يوضح أسباب لجوء الناس للعلاج بالطب الشعبي	363
26	يوضح أسباب لجوء الناس للعلاج لدى المعالج الشعبي	373

مفتاح

مقدمة

لقد كان الحفاظ على الصحة الشغل الشاغل للمجتمعات البشرية منذ القديم، فكانت أساليب الوقاية من الأمراض أو علاجها مرهون بالبحث في الطبيعة بكل موجوداتها العشبية والحيوانية والمائية بل وحتى الحجرية، فكانت خلاصة هذه الأبحاث والتجارب الفردية ابتكار ميكانيزمات وممارسات علاجية نابعة من عمق الثقافة الشعبية كانت سببا في علاج عدد من الأمراض التي شكلت تهديدا للحياة البشرية، وقد تجسدت أشكالها الأولى في السحر، التمانم، التعاويذ، الأعشاب الطبيعية، العلاج بمياه البحار، والرقيه، الحجامه، الفصد والكي، وغيرها من الأشكال التي ثبت بالتجربة مدى فعاليتها، إن مثل هذه الأساليب وغيرها أضحت تشكل تراثا وجزءا هاما من البناء الاجتماعي وثقافة الشعوب يتوارثها جيلا بعد جيل.

هذا التراث الذي أطلق عليه مسميات عديدة كالطب "الأوروبي" الذي عرف في الهند والذي يهتم بالتغذية الطبيعية للوصول إلى حالة التوازن بين الجسم والعقل، والطب الصيني الذي كانت ولا زالت أهم مرتكزاته في العلاج بالإبر الصينية، كما يعتبر الطب الفرعوني رغم فترته الزمنية البعيدة أكثر الأنواع تطورا وقد أكد عددا من الباحثين والدارسين أهمية الطب الفرعوني وفعاليتها في العلاج ومن هؤلاء المؤرخ **هيرودوت** من خلال دراساته في تاريخ الشعوب حيث أكد على أن الطب في مصر يمارس على طريقة الاختصاص - أي أن الطبيب يعالج مرضا واحدا فقط وليس كل الأمراض - وهو بذلك يتوافق وطبيعة الطب الحديث.

إن الأساليب العلاجية الشعبية سألفة الذكر وغيرها، والتي ظهرت في ثقافات شتى من العالم تندرج ضمن ما يسمى بالطب الشعبي، الذي يعرف على أنه مجموعة المعتقدات الشعبية والممارسات العلاجية الطبية التي استخدمت منذ زمن بعيد في كل الثقافات القديمة لمعالجة الأمراض بواسطة أشخاص يعتقد أنهم يملكون القدرة على معالجة الناس يطلق عليهم تسميات تختلف بحسب الثقافة التي وجدوا فيها ومن هذه التسميات: الشامان، الطبيب الشعبي والمعالج الشعبي، هؤلاء الذين كان لهم الفضل في تبني الطب الشعبي كطريقة في العلاج باعتباره يمثل تراثا شعبيا.

غير أن ظهور العلم والتكنولوجيا الحديثة جعل من حكومات الدول تتصرف إلى الاهتمام بتقنين الطب وتطوير وسائله من حيث تكوين الإطارات الطبية المتخصصة وإنشاء المخابر والمنشآت

الصحية وتجهيزها بأحدث الوسائل التكنولوجية الحديثة وذلك بهدف الرفع من المستوى الصحي للأفراد
صناع التنمية.

وبالفعل حدث تطور ملحوظ في الوضع الصحي على المستويين الدولي والمحلي وذلك بعد
الحملات التحسيسية والتوعية الصحية من قبل فرق طبية مكونة، والتي جابت القرى والمداشر بهدف
توعية الأفراد بأهمية التلقيح ودور الأطباء في التخفيف من حدة الأمراض والقضاء عليها، فضلا عن
أهمية الكشف الدوري للمريض الذي يحول دون استفحال المرض، وغيرها من الأهداف التي لاقت في
البداية استهجانا ورفضاً من قبل عدد كبير من الشرائح الاجتماعية، انطلاقاً من تصورات يعتقدونها
الناس، ومن بينها أن الطب الحديث يسمح للرجل الطبيب أن يطلع على جسم المرأة وهذا ما يعد خرقاً
للأعراف الاجتماعية، وأن المرض ابتلاء وعلى المريض الصبر وغيرها من التصورات التي كانت
سائدة في تلك الفترة.

إن مثل هذه التصورات تقلصت تدريجياً بفعل عوامل التغيير الاجتماعي، التي ساهمت في تطور
الطب الحديث طيلة عقود من الزمن، الأمر الذي أدى إلى تراجع كبير في نسبة المصابين بأمراض
عرفت انتشاراً واسعاً في تلك الفترات كداء السل والكوليرا والأمراض المعدية.

إن التقدم والازدهار الذي حققه الطب الحديث جعل الطب الشعبي يمر بفترة أو مرحلة كمون
على حد تعبير عالم التحليل النفسي **Freud**، لكن رغم ذلك ظهرت أمراض خطيرة ومزمنة أودت
بحياة الكثيرين في الوقت الذي يعرف فيه الطب الحديث ذروة التطور والتقدم، الأمر الذي عجل في
عودة الطب الشعبي من جديد في الأوساط الشعبية واستخدامه إما كبديل للطب الحديث أو مكملاً له
باعتباره يمثل ذاكرة الشعوب وتجاربها بل تراثها الذي يعد جزءاً لا يتجزأ من النسق الاجتماعي، مما
يؤكد أن هذا الأسلوب العلاجي لم يختف بل ظل موجوداً وراسخاً في الذهنية الشعبية التي نسجت
حوله خطابات أي شبكة من المعاني حول ماهيته والعوامل التي عززت من تبنيه كأسلوب علاجي
لدى شرائح اجتماعية مختلفة، هذه التفسيرات التي يكون مصدرها في الغالب الثقافة التي ينتمي إليها
الفرد.

والمجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات توجد به أشكال عدة من الطب الشعبي وهي منتشرة
في مناطق شتى ومنها منطقة الزيبان بسكرة، التي تمارس بها هي الأخرى أشكال من العلاج الشعبي،

حيث تتنوع هذه الأشكال من ممارسات دينية، وذلك من خلال العلاج بما ثبت في السنة النبوية الشريفة كالعلاج بالرقية الشرعية والعلاج بالحجامة، أو علاجات تأخذ منحى ماديا طبيعيا كالعلاج بالأعشاب الطبيعية والكي والتجبير، أو ما تعلق منها بالعلاج الغيبي السحري من خلال اللجوء إلى السحرة والمشعوذين، وزيارة الأضرحة والأولياء الصالحين، وهي طرق تقليدية متوارثة منذ القدم ولا زالت الكثير من قطاعات البناء الاجتماعي وعلى اختلاف مستوياتها تعتبرها الملاذ الوحيد لتحقيق الشفاء وتحقيق أهدافها أيا كان نوعها، فضلا عن أن هذه الفئات تصر رغم التقدم في مجال الطب الحديث على تفسير الأمراض تفسيرات غيبية كاعتقادهم أن عقم المرأة ناجم عن عمل سحري وبالتالي فالعلاج باللجوء إلى السحرة والدجالين أو المرقين والأولياء الصالحين هو الملاذ الوحيد لفك هذا السحر، وغيرها من التفسيرات التي تنتشر بكثرة في مجتمعنا الجزائري وبمنطقة الزيبان.

وقد تكون شبكة المعاني التي يعتقدونها الأفراد متشابهة بحكم الثقافة التي ينتمي إليها هؤلاء ومعتقداتهم الدينية ونظرتهم للحياة والموت، والجماعات المرجعية، كما قد تختلف هذه التصورات وتتباين بفعل عوامل ومتغيرات داخل الثقافة الواحدة ومن جماعة ريفية إلى أخرى حضرية وبين الجنسين، وبحسب متغير العمر والمستوى التعليمي وغيرها من المتغيرات الديمغرافية.

إن مثل هذه التصورات ذات العلاقة بالطب الشعبي والتي تتدخل فيها عوامل عدة من شأنها أن تسير في اتجاهين متضادين من خلال الاعتقاد التام في فعالية كل الأنواع العلاجية الشعبية السلبية منها والايجابي ومن ثم رفض كلي لممارسات الطب الرسمي، الأمر الذي سيخلق صراع ومنافسة حادة بين التيارين الحديث والشعبي مما سيحول دون تحقيق التنمية الصحية، أو باتجاه التكامل من خلال الاهتمام بتراث الشعوب كما دعت إلى ذلك منظمة الصحة العالمية، على اعتبار أن الطب الشعبي ليس كله خرافة بل هو نظام اجتماعي قد تتم غربلته والاستفادة من تجاربه وصبغها بالصبغة الحديثة وهذا ما يسمح بتحقيق التكامل بين النوعين الشعبي والحديث.

ونظرا لكون الطب الشعبي في منطقة الزيبان قد صيغت حوله خطابات وتفسيرات عديدة خاصة مع ظهور موجة الاهتمام بهذا النوع من العلاج جاءت أهمية هذه الدراسة لتكشف عن محتوى هذا التصور، متبعة في ذلك الخطة التالية للدراسة:

مقدمة: وتم فيها إلقاء نظرة عامة عن الموضوع من خلال تناولنا الحديث عن الممارسات العلاجية الشعبية والتي ساهمت بقدر كبير في المحافظة على النوع البشري، وكذا تمسك الشرائح الاجتماعية على اختلاف مستوياتها وأعمارها بالعلاج الشعبي رغم التطور التكنولوجي الذي يعرفه الطب الحديث حالياً، مما يدل على وجود أسباب فاعلة تعزز من تمسك أفراد المجتمع بهذا الموروث وهذا ما سنحاول تناوله في الجانب النظري والتطبيقي للدراسة.

الفصل الأول: تحت عنوان موضوع الدراسة وتطرقنا فيه إلى إشكالية الدراسة، وأسباب اختيار الموضوع، وأهداف الدراسة وأهميتها مع تحديد لمفاهيم الدراسة وعرض موجز للدراسات السابقة.

أما الفصل الثاني بعنوان التصورات الاجتماعية فتضمن تعريف التصور ونبذة تاريخية عن هذا المجال النفس-اجتماعي الحساس، كما تعرضنا لمحتوى التصورات الاجتماعية والمفاهيم المتداخلة مع هذا المفهوم، وشرح لمختلف الوظائف الاجتماعية للتصورات الاجتماعية وبعدها النفسي الاجتماعي، وبنية التصورات الاجتماعية وكذا أسباب الاهتمام بها، والعوامل المؤثرة في تكوينها والأساليب المتبناة لرصد محتوى التصورات الاجتماعية.

وفي الفصل الثالث تطرقنا إلى تقديم أحد أهم فروع علم الاجتماع والممثل في علم الاجتماع الطبي والتنمية الصحية من خلال عرض لطبيعة العلاقة بين علم الطب وعلم الاجتماع وبعض تعاريفه، نشأته، وظائفه، أهم مؤلفاته، أهدافه، مجالاته، مشكلاته، كما اشتمل هذا الفصل على الصحة والمرض من حيث ماهيتهما، وكذا النظريات المفسرة للمرض، وأنواع الخدمات الصحية وعلاقة بعض النظم بالصحة والمرض باعتبارهما أحد اهتمامات علم الاجتماع الطبي.

هذا وقد تضمن **الفصل الثالث** والخاص بالطب الشعبي والمعالجين الشعبيين، المفاهيم التي صيغت حول مصطلح الطب الشعبي، كما تم التطرق إلى الناحية التاريخية للممارسات العلاجية الشعبية وأهم السمات التي تميز هذا النوع من الطب عن الطب الحديث، بالإضافة إلى تناول أهمية وأسباب التوجه إلى العلاج بالطب الشعبي خاصة في ظل التطور الذي أحرزه الطب الحديث بمؤسساته الرسمية، وحتى نصل إلى فهم أعمق للموضوع حاولنا معرفة النظرة المستقبلية للطب الشعبي كما قدمتها بعض الدراسات الأنثروبولوجية والسوسيولوجية، ناهيك عن الحديث عن من

ساهموا في استمرارية الطب الشعبي والممثلين في المعالجين الشعبيين من حيث ماهيتهم وأنواعهم والعوامل المشتركة بينهم وبين الأطباء باعتبارهم ممثلي النسق الطبي الرسمي.

وفيما يخص **الفصل الخامس** فقد خصص للطب الإسلامي من حيث أهميته والنظرة الطبية الإسلامية في الوقاية والعلاج مع الإشارة إلى قواعد الوقاية العلاجية في الطب النبوي وغاياته، والتطرق إلى أهم الممارسات العلاجية التي استعان بها النبي صلى الله عليه وسلم بغرض العلاج أو الوقاية، وكذا المسؤولية المدنية للطبيب و نقاط الاختلاف بين الطب الإسلامي والطب الحديث.

وبالنسبة للفصل السادس والمتعلق بالإجراءات المنهجية للدراسة فقد اشتمل على منهج الدراسة، مجالاتها، وعينة الدراسة وفرضياتها، أدوات جمع البيانات وأساليب المعالجة الإحصائية.

ليأتي **الفصل السابع** والأخير في هذه الدراسة لمعالجة ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الدراسة النظرية والدراسات السابقة نتائج الدراسة، وعلى ضوء الإطار النظري للدراسة، ثم الخاتمة التي كانت بمثابة التعليق على نتائج الدراسة والحديث عن أهمية دراسة الطب الشعبي باعتباره نسق طبي قائم بذاته من شأنه أن يساهم في خلق التنمية الصحية، مع وضع قائمة للمراجع التي ساعدتنا في إنجاز هذه الدراسة، والملاحق وملخص الدراسة بالعربية واللغتين الفرنسية والانجليزية.

الفصل الأول: موضوع الدراسة

أولاً: إشكالية الدراسة

ثانياً: أسباب اختيار الموضوع

ثالثاً: أهداف الدراسة

رابعاً: أهمية الدراسة

خامساً: تحديد مفاهيم الدراسة

سادساً: فرضيات الدراسة

سابعاً: الدراسات السابقة

ثامناً: الإطار النظري للدراسة

أولاً: إشكالية الدراسة

لا تزال قضية الصحة والمرض من المسائل الجوهرية التي تشغل حيزاً كبيراً من اهتمام المجتمعات بمنظوماته ومؤسساته العالمية والمحلية، لكون هذه المسألة ذات علاقة وثيقة بالانتماء الاجتماعية، والدارس لتاريخ المجتمعات قديماً يجد أن كثيراً من شعوب العالم قد طورت وسائل لمكافحة المرض أصبحت أحد مكوناتها الثقافية، الأمر الذي حدا بالكثير من المداخل الاجتماعية والسلوكية أن تحرص على إبراز دور الثقافة في تحديد معنى المرض وفهم أعراضه وأسبابه، وفي هذا السياق يذهب *Acker knecht* إلى أن علم الطب على الرغم من أنه علم مستقل إلا أنه يستمد خصائصه المميزة من الأنماط الثقافية السائدة في المجتمع، بل يذهب إلى أن المرض يأخذ معنى ومفهوم ثقافي يتنوع من مجتمع لآخر ويعكس وجهة نظر سكان هذا المجتمع ودور المرض في حياتهم.

فعلم الطب من هذا المنطلق نسق طبي نابع من الثقافة المحلية ولا يمكن فهمه وتفسيره إلا من خلال ارتباطه بالقيم الاجتماعية الثقافية الموجودة في المجتمع، هذه الأخيرة التي تعد كمحدد أساسي في استجابة الفرد للمرض ومن ثم لكل مجموعة عرقية أو منطقة محلية استجابتها للمرض تتبع من واقع ثقافتها المحلية، وهذا ما يؤكد أن للمجتمع دوراً فاعلاً في تحديده لمعنى المرض ومدى خطورته والآثار المترتبة عليه، انطلاقاً من أن الظروف العائلية والأوضاع الاقتصادية وخبرة الناس وفترة معاشتهم للمرض وتفاعلهم معه من خلال المحاولة والخطأ؛ عوامل تساعد في تحديد المرض وأسلوب التعامل معه، وهذا يعني أن المفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض ما هي إلا انعكاس لثقافة وفلسفة الشعوب حيال المرض والصحة، هذه الفلسفة التي تمنح أفراد المجتمع في أي ثقافة كانت إمكانية وصف المرض وأعراضه وتصنيفه من حيث الخطورة أو عدمها مع إضفاء أحكام قيمية وأخلاقية بالرفض أو القبول أو بتعجيل العلاج.

وبالنظر للصلة الوثيقة بين الثقافة السائدة وأنماط السلوك الاجتماعي في التعامل مع المرضى وتحقيق الشفاء، اعتبرت كل من الصحة والمرض ظاهرة اجتماعية تستدعي الدراسة والبحث في حيويتها خاصة إذا تعلق الأمر بالأساليب العلاجية التي مورست قديماً والتي تضرب بجذورها في عمق الثقافة المحلية، والتي تجسدت في ما يعرف بالطب الشعبي، حيث أصبحت ظاهرة الطب

الشعبي تشكل واقعا معاشا في ظل التطور التكنولوجي الذي مس الطب الرسمي وتشهد إقبالا واسعا في الأوساط الحضرية والريفية معا، فهي ممارسات شعبية منتشرة بدرجات متفاوتة في كافة الثقافات وإلى يومنا هذا، ولعل ما عزز انتشار واستمرار هذه الممارسات العلاجية الشعبية في الأوساط الاجتماعية المختلفة تلك الرؤى التي أكد عليها عدد من العلماء والباحثين في كون الممارسات والمعتقدات الطبية أحد أهم الأنساق الثقافية الهامة وذات ارتباط وثيق بالمعتقدات الدينية فهي جزء متكامل مع الثقافة ولا يمكن اعتبارها عناصر فلكلورية غريبة أو طريفة على حد تعبير ريفرز، إن مثل هذه الرؤى تجعل من الممارسات العلاجية الشعبية تستمر على الرغم من التطور الكبير الذي يشهده ميدان الطب الحديث الذي لم يتمكن من القضاء عليه كلية كونه لا يزال راسخا في أذهان ممارسيه، فضلا على المرونة والتكيف مع الظروف المتغيرة التي مست جانب الممارسات بشكل يفوق جانب المعتقدات كخاصية ميزت الطب الشعبي وأكسبته صورا وأشكالا جديدة تتماشى مع عوامل التغيير التي مست جوانب عدة من الحياة الاجتماعية.

فالطب الشعبي إذن، ظاهرة قديمة تضرب بجذورها في أعماق التاريخ البشري، حقل تتداخل فيه المرجعية الدينية والثقافية، التي عززت من استمراريتها وتداوله من قبل شرائح اجتماعية مختلفة تختلف من حيث مستواها التعليمي، الطبقي، المهني، وغيرها من المتغيرات، هذه المتغيرات التي قد تؤثر في التصور الاجتماعي لطبيعة المرض من حيث مفهومه وأسبابه والآثار المترتبة عليه، ومن ثم المسار العلاجي الذي يتبناه المريض أو عائلته في كيفية الوقاية أو العلاج، فإذا كان الاعتقاد في أن المرض ينتج عن أعمال سحرية فإن سلوك الناس في كيفية علاجه أو الوقاية منه سيكون باللجوء إلى العرافين والسحرة أو المعالجين الشعبيين، أما إذا كان الاعتقاد في أن المرض تتسبب فيه عوامل طبيعية فإن العلاج الطبيعي هو ملاذ هؤلاء، في حين إذا كان الاعتقاد في وجود أمراض تصنف على أنها غيبية وأخرى فيزيقية فإن المسار العلاجي الذي يتبناه هؤلاء إما أن يكون الطب الشعبي أو الطب الحديث بحسب طبيعة المرض وتصنيفه من منظور البيئة التي وجد فيها.

ولعل أحد أهم العوامل الاجتماعية والثقافية التي تحدد المسار العلاجي الذي يتبناه المريض هو نظام القرابة والذي يتجسد في الأسرة كجماعة مرجعية أهم ركائزها هي الحفاظ على التراث الشعبي واستمراريته من خلال عملية التنشئة الاجتماعية، فضلا عن دور المعالجين الشعبيين وما يقدمونه من

ممارسات شعبية لمختلف الأمراض أثبتت في أغلب الحالات نجاعتها في العلاج عامل آخر في تحديد المسار العلاجي للمريض، وهذا ما عزز من تواجد هؤلاء وممارستهم لمهامهم وبتأييد وتشجيع من أفراد المجتمع خاصة أولئك الذين يترددون عليهم وبشكل دوري، مما ساهم في تحقيق شهرة واسعة لدى بعضهم تجاوزت حدود المنطقة المحلية المتواجدين فيها إلى المناطق المجاورة ، هذه الشهرة التي تعكس كفاءتهم وقدرتهم في تحقيق الشفاء لأنواع شتى من الأمراض قد عجز الطب الرسمي عن علاجها، وقد تتعدد مصادر خبرة هؤلاء ما بين الوراثة والاكْتساب والممارسة الواقعية أي التجريب ناهيك عن استمداد الخبرة والمعرفة من المصادر المكتوبة كالكتب والمخطوطات.

إن استمرارية تواجد الطب الشعبي بالشكل الذي نعيشه اليوم جعلته يقع في صراع شديد مع الطب الرسمي، وكثيرا من علماء الاجتماع من يفسر عودة الطب الشعبي في ظل التطور والتقدم الذي يشهده العالم اليوم إلى الإخفاقات التي مست ميدان الطب الرسمي، وعجزه عن إيجاد حلول لكثير من الأمراض لا زالت تؤدي بحياة الكثيرين إلى الموت كالسرطان والسكري وغيرها.

مما سبق ندرك أهمية الطب الشعبي في حياة الأفراد والمجتمعات كما ذهب إلى ذلك عددا من الباحثين في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا في كونه يعد جزءا لا يتجزأ من الثقافة السائدة ولا يمكن النظر إليه على أنه نماذج متفرقة ومتناثرة من السلوكات التي لا يمكن تفسيرها أو فهمها، بل يجب النظر إليه على حد تعبير *revers* على أنه مجموعة من العناصر التي تشكل نظام اجتماعي قائم بذاته يستحق الدراسة والبحث فيه كأبي نظام اجتماعي آخر باعتباره نسق ثقافي.

وانطلاقا من الأهمية التي يكتسبها الطب الشعبي على المستوى العالمي والمحلي جاءت دراستنا الحالية لتكشف على الأنظمة التفسيرية للمجتمع الجزائري وبالتحديد منطقة الزيبان بسكرة حول الطب الشعبي، على اعتبار أن هذه المنطقة كغيرها من المدن الجزائرية تعرف انتشارا واسعا واهتماما بالغا بالممارسات العلاجية الشعبية كونها منطقة تتعدد فيها أنماط المعالجات الشعبيين وكذا الممارسات العلاجية الشعبية، فضلا على التواجد الكبير الذي تشهده المنطقة للأولياء الصالحين واستمرار تردد قاطنيها بكافة مستوياتهم الاجتماعية لها بغرض العلاج أو التبرك على الرغم من عوامل التغير التي مست المنطقة، ومن ثم فهي منطقة تلتقي فيها المتناقضات وتعد مجالا خصبا لمثل هذه الممارسات.

وعلى هذا الأساس جاءت دراستنا الموسومة "بالتصورات الاجتماعية للطب الشعبي في المجتمع الجزائري" لتجيب على تساؤل رئيس مفاده: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التصورات الاجتماعية للطب الشعبي والمتغيرات الديموغرافية والممثلة في السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المهنة، مكان الإقامة والدخل؟

هذه الإشكالية التي تتدرج ضمنها مجموعة من التساؤلات نوجزها في الآتي:

- 1) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معاني الطب الشعبي والمتغيرات الديموغرافية والممثلة في السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المهنة، مكان الإقامة والدخل؟
- 2) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العوامل التي تساعد على تفضيل العلاج بالطب الشعبي والمتغيرات الديموغرافية والممثلة في السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المهنة، مكان الإقامة والدخل؟

ثانياً: أسباب اختيار الموضوع:

لكل باحث أسبابه الخاصة في اختيار موضوع بحثه، فمن غير الممكن أن نتصور باحثاً قد بدأ في معالجة بحثه دون أن يكون له سبب بل أسباب في اختيار هذا الموضوع بالذات دون غيره من المواضيع الأخرى، وعليه يمكنني في هذا المقام أن أدرج الأسباب الحقيقية التي دفعتني لاختيار هذا الموضوع بعينه دون المواضيع الاجتماعية الأخرى. وحسب رأيي أن السبب الذي يدفع الباحث لاختيار الموضوع من شأنه أن يحفزه على الاجتهاد أكثر وتصبح رؤيته وتصوره للموضوع بشكل يسير وسهل له ولغيره من الدارسين لهذا الموضوع.

- 1) لعل السبب الأول في اختياري لهذا الموضوع يرجع إلى التحولات التي حصلت في شتى بقاع العالم حول العلاج بالطب الشعبي لفائدته في علاج الكثير من الأمراض، وخاصة بعد اعتراف "منظمة الصحة العالمية" بهذا المجال الحيوي وضرورة إدماجه في المؤسسات الصحية لأهميته من جهة ولأنه يعد جزءاً لا يتجزأ من الثقافة المحلية.

(2) أما السبب الثاني فيمكن في إدراك المسؤولية العلمية حول أهمية وضرورة تحليل عناصر التراث الشعبي لبعض معتقداتنا الشعبية والتي منها الطب الشعبي، الذي أصبح يمثل ظاهرة اجتماعية عالمية، وذلك من خلال البحث حول الأسباب الكامنة وراء عودة المجتمعات للعلاج بالطب الشعبي رغم التطور التكنولوجي الحاصل في مجال الطب الرسمي.

(3) والسبب الثالث وهو استكمالاً لاهتماماتي بالبحوث التي تدور حول المجالات الصحية خاصة وأنا نعلم أن البحوث في المجال الصحي من الناحية السوسولوجية قليلة جداً مقارنة بالأبحاث والدراسات الاجتماعية الأخرى.

(4) سبب آخر قد أطلق عليه السبب الذاتي أو الأسري (أي من الأجداد الأوائل للعائلة)، والذي أقصد به ممارسة أسرتي منذ القديم لنوع من التطبيب الشعبي ورؤيتي لهذه الممارسة عن كثب، وفاعلية هذه الممارسة أيضاً بحيث أنه لم تحدث أية مضاعفات للمرضى بل تحسن وضعهم الصحي وبشكل ملفت للانتباه وأقصد بذلك قصر مدة ظهور النتيجة، أي أن النتيجة الإيجابية تظهر أحياناً بعد ساعات فقط من تقديم العلاج للمريض دون تسجيل لتأثيرات جانبية غير مرغوب فيها، هذا الأمر أثار فضولي لدراسة بعض أشكال الطب الشعبي ومعرفة تصورات الناس حوله سواء منهم الممارسين لطقوس العلاج (المعالجين بالطب الشعبي والمعالجين بواسطته)، وغير المعالجين به أيضاً.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

مما لا شك فيه أن كل بحث علمي إلا وله جملة من الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها في النهاية والتي قد تكون بداية لأبحاث ودراسات أخرى، وفي دراستنا هذه عن التصورات الاجتماعية للطب الشعبي نهدف من خلالها ما يلي:

(1) معرفة التصورات الاجتماعية المنتشرة في منطقة الزيبان بسكرة والمتعلقة بالطب الشعبي، بمعنى هل التصورات المضادة للطب الشعبي هي الشائعة أم التصورات المؤيدة له هي الأكثر شيوعاً بين سكان المنطقة، أم أن هناك توازن في نسبة التصورات المؤيدة والمعارضة؟.

- (2) معرفة كيف يفهم ويعرف سكان المنطقة الطب الشعبي والمعالجين الشعبيين أي مدلولات هذين المفهومين، فهل يرون أن الطب الشعبي دجل وشعوذة وممارسوه سحرة كما يعتقد البعض، أم هو علاج بالأعشاب،... ومعاني أخرى قد نتعرف عليها من خلال تطبيق البحث الميداني.
- (3) كذلك نحاول من خلال هذه الدراسة التعرف على الأسباب الأكثر فاعلية في توجه الناس إلى العلاج بالطب الشعبي بالشكل الذي نلاحظه اليوم.
- (4) كما نود أيضا أن نتعرف على اتجاهات أفراد العينة حول الطب الشعبي والمعالجين الشعبيين وما هي نظرتهم المستقبلية له، بمعنى آخر ما هو موقف الناس من الطب الشعبي؟.
- (5) معرفة مدى تأثير المتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الدخل أو المستوى الاقتصادي للأسرة، الانتماء الجغرافي، المجال أو الحي) على التصورات الاجتماعية للطب الشعبي.

رابعاً: أهمية الدراسة:

تظهر أهمية الدراسة الحالية في كون:

- (1) هذه الدراسة تتناول ظاهرة اجتماعية - نفسية ممثلة في الإقبال على الطب الشعبي وهي ظاهرة ازدادت انتشاراً في الآونة الأخيرة وعرفت اهتماماً واسعاً من قبل شرائح مختلفة في المجتمع.
- (2) تساهم هذه الدراسة في فهمنا لطبيعة هذه الظاهرة، ومدى الاستفادة منها في تطوير برامج صحية تكون أكثر نجاعة من سابقتها، وذلك باعتمادنا على الجانب الإيجابي للطب الشعبي خاصة وأننا ندرك تماماً بوجود أساليب علاجية نافعة ومفيدة.
- (3) استمرار طرائق الطب الشعبي العلاجية حتى يومنا هذا على الرغم من التقدم التكنولوجي الذي يشهده ميدان الطب الحديث.
- (4) ارتباط بعض الطرق العلاجية الشعبية بالدين كالرقية والحجامة والكي مما يمنح هذا الأسلوب العلاجي مركزاً هاماً في نظر الكثير من أفراد المجتمع.

5) تمكن الطب الشعبي من التعامل مع القضايا الغيبية كالجن والسحر، وبروز فئة من المشعوذين والدجالين وثقة بعض الناس في قدرتهم العلاجية وفيما يقدمونه من طرائق علاجية بعيدة كل البعد عن الإطار الديني والعلمي الحديث.

خامسا: المفاهيم الإجرائية للدراسة:

1) **التصورات الاجتماعية:** وهي تلك الآراء والمعاني والمواقف والاتجاهات التي يتبناها أفراد المجتمع اتجاه موضوع ما أو قضية ما، وفي موضوعنا هذا تتمثل في مجمل الأفكار والمعاني والدلالات والمواقف التي يتبناها ويفسر بها سكان منطقة الزيبان الطب الشعبي.

2) **الطب الشعبي:** وهو مجموع الخبرات والممارسات الشعبية والمتعلقة بعلاج الأمراض والتي قد تكون متوارثة عن الأجداد أو مكتسبة بفعل التعلم، وتضم مختلف العلاجات والتي منها العلاج بالأعشاب والعلاج بالرقية والعلاج بالحجامة والعلاج بالإبر الصينية وغيرها.

3) **المعالجين الشعبيين:** وهم الأشخاص الذين يمارسون الطب الشعبي ويطلق عليهم الأطباء الشعبيون، ويعملون على تقديم الوصفات العلاجية للمرضى وهم من مستويات مختلفة ومن كلا الجنسين ومن أعمار مختلفة أيضا، ويستخدمون وسائل علاجية مستمدة من الطبيعة ومن الصيدليات أيضا كمعالج الكسور والمعالج بالأعشاب والحجامة...

سادسا: فرضيات الدراسة:

1) **الفرضية العامة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول التصورات الاجتماعية للطب الشعبي في منطقة الزيبان حسب المتغيرات الديموغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المهنة، مكان الإقامة، الدخل).

2) الفرضيات الفرعية للدراسة:

1-2 لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لعينة الدراسة حول دلالات الطب الشعبي حسب المتغيرات الديموغرافية: (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المهنة، مكان الإقامة، الدخل).

والهدف من هذه الفرضية معرفة جملة المعارف والمعلومات والتعريفات التي يطلقها الناس على الطب الشعبي وكذا المعالج الشعبي، وقد انطلقت من هذه الفرضيات من محتوى التصور الذي يتضمن ثلاثة عناصر أساسية هي: حقل التصور، اتجاه التصور، الاتجاه.

2-2 لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول أسباب لجوء الناس للعلاج بالطب الشعبي حسب المتغيرات الديمغرافية: (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المهنة، مكان الإقامة، الدخل).

أما الهدف من هذه الفرضية هو معرفة الأسباب التي تدفع أفراد المجتمع للعلاج بالممارسات الطبية الشعبية، وكذا الأسباب التي تشجعهم للجوء للمعالجين الشعبيين.

سابعا: الدراسات السابقة:

1) الدراسة الأولى: التصورات الاجتماعية للصحة والمرض

هذه الدراسة بعنوان: التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في المجتمع الجزائري، دراسة حالة مدينة سكيكدة، وهي للباحث سليمان بومدين، رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي، بجامعة منتوري قسنطينة لسنة 2004.

وقد شملت الدراسة على ثمانية فصول: حيث تطرق الباحث في الفصل الأول لإطار الدراسة، من حيث طرحه لإشكالية الدراسة، وأهداف، وفرضيات، ومفاهيم الدراسة، أما الفصل الثاني فقد شمل اتجاهات التنظير في مجال التصورات الاجتماعية للصحة والمرض أين تطرق الباحث الى عدد من المداخل كالمدخل الانثروبولوجي النفسي والمدخل الاجتماعي، وفيما يتعلق بالفصل الثالث فكان حول المنظور الأمبريقي لتصورات الصحة والمرض، في حين تطرق في الفصل الرابع الى التصورات التقليدية والحديثة للصحة والمرض، ليأتي الفصل الخامس والسادس على التوالي للحديث عن خطة الدراسة الميدانية وإجراءاتها، والخصائص الديمغرافية للمفحوصين وعلاقتها بتصوراتهم للصحة والمرض، وعن الفصل السابع فقد تناول فيه الباحث النظام القيمي والتصورات الاجتماعية للصحة والمرض، وأخيرا الفصل الثامن الذي تم فيه عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وفقا للدراسات السابقة وفرضيات الدراسة وكذا النظريات النفسية والاجتماعية، ثم خاتمة الدراسة.

وفيما يخص الإشكالية التي طرحها الباحث فقد كانت في شكل جملة تقريرية مفادها أن البحث يحاول الكشف عن التصورات الاجتماعية للصحة والمرض بالجزائر (مدينة سكيكدة)، من خلال محاولة فهم كيف يدرك عامة الناس تجربة المرض والصحة ووصف محتوى التفكير الاجتماعي حولهما، بمعنى أن هذه الدراسة يحاول من خلالها الباحث الكشف عن الأنظمة التفسيرية لعينة البحث لمفهومي الصحة والمرض، كما يحاول أن يحدد الأطر المرجعية التي تفسر من خلالها الظاهرة: ما هي الصحة وما هو المرض؟ كيف يفسران، ما سببهما ومعناهما؟ ما هو الجسم المريض وما هو الجسم السليم؟ ما هي أساليب العلاج المناسبة والى أي الناس يلجأ المريض؟ ما هي مسؤولية المريض في سبب المرض وعلاجه والوقاية منه؟ من يتخذ القرار بشأن نوعية العلاج الذي سيخضع له المريض؟ هل يلجأ الى الطب الحديث أولاً أو إلى الطب التقليدي؟ وعلى أي أساس يتم تفضيل أحدهما؟ وما علاقة كل ذلك بالنظام القيمي والثقافي المحلي؟

وقد تفرع عن هذا الإشكال فرضيتان هما:

الفرضية الأولى: وافترض فيها الباحث بوجود علاقة دالة بين ممارسة الطب التقليدي والحديث وبين متغيرات الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة العائلية، الموطن الأصلي، مدة الإقامة بالمدينة، السكن، عدد أفراد الأسرة، الدخل والانتماء الطبقي.

أما الفرضية الثانية: فقد افترض فيها الباحث بوجود علاقة ارتباط بين تصورات الصحة والمرض وبين النظام الثقافي-القيمي في مجتمع الدراسة.

وعليه تمحورت جملة الأهداف لهذه الدراسة في الآتي:

الأهداف النظرية والتي حاول من خلالها الباحث التعرف على النظرة السيكولوجية لعناصر التراث الشعبي من حيث عمق الاعتقاد وشدة الارتباط به من حيث المعاني الروحية الحقيقية والرغبة المخلصة، وكذا محاولة التعرف على محتويات التفكير الاجتماعي المتعلق بقضية الصحة والمرض وكيفية بنائه وتشكله، أي هل هو مستوحى من الهوية الثقافية الشعبية والدينية الجزائرية أم من الأفكار البيو-طبية: كما هدف الباحث الى الكشف على طبيعة العلاقة بين الأساليب العلاجية الحديثة

والأساليب التقليدية المعتمدة على الطب الشعبي من ناحية، ومدى ارتباطهما بالتحديث، التحضر، التصنيع، التكنولوجيا، ووسائل الاتصال الجماهيري من ناحية أخرى.

أما فيما يتعلق بالشق الثاني من الأهداف والمتمثل في الأهداف الميدانية: فإننا وجدنا الباحث قد حدد أهدافه في النقاط الآتية:

- تحديد العلاقة بين ممارسات التراث الشعبي في مجال الصحة والمرض وبين البيانات الديموغرافية للمبوثين.

- محاولة الكشف عن علاقة نظام القيم والتصورات والممارسات المتعلقة بالصحة والمرض في ضوء إدراك الأفراد ومواقفهم واستجاباتهم في الحياة اليومية.

- محاولة تشخيص الواقع الفعلي للتصورات الاجتماعية في مجالي الصحة والمرض.

ولتحقيق الأهداف السالفة الذكر اعتمد الباحث على خطة منهجية حدد من خلالها مجال الدراسة والعينة وكذا الأسلوب الإحصائي المناسب لمعالجة البيانات المتحصل عليه وذلك بغية الوصول الى نتائج ذات مصداقية.

وعن مجال الدراسة: نجد الباحث قد أجرى دراسته في مدينة سكيكدة وبالضبط ببلدية سكيكدة والتي تعتبر منطقة صناعية تقع وسط مناطق ريفية وجبلية والتي تقدر مساحتها بحوالي 4.13768 كلم مربع.

أما المجال البشري: فحدده الباحث في نزلاء مستشفى سكيكدة، والمترددون على العيادات الخارجية، بالإضافة الى الأطباء العاميين والأخصائيين وممارسي الطب الشعبي بأنواعه.

وعن المجال الزمني: فقد استغرقت الدراسة الميدانية ابتداء من جمع المعلومات عن تعداد مدينة سكيكدة الى غاية تطبيق الاستمارة حوالي سبعة أشهر، علما بأن تطبيق الاستمارة الفعلي على عينة الدراسة قد استغرق مدة ثلاثة أشهر، فضلا عن إجراء المقابلات في هذه الفترة بين الأطباء وممارسي الطب التقليدي لتدعيم جوانب الدراسة الميدانية.

كما أشرنا سابقا إلى أن من بين أدوات جمع البيانات التي اعتمدها الباحث في دراسته هذه الملاحظة والتي تعرف من خلالها على طرق العلاج الشعبي وكيفية تعامل المعالجين الشعبيين مع المرضى...، كما استعان الباحث بالسجلات والوثائق والإحصاءات، ليستخدم فيما بعد الاستمارة كأحد أهم أداة لجمع البيانات في هذه الدراسة والتي ضمت 47 سؤالاً تجنب فيه الباحث استخدام اللغة الطبية نظراً للمستوى التعليمي الضعيف لبعض أفراد العينة، هذه الأسئلة اشتملت على ستة محاور أساسية، اشتمل المحور الأول على البيانات الشخصية المتعلقة بالمبحوث، ليتناول في المحور الثاني والثالث على التوالي أسئلة حول تصور المبحوث للصحة والمرض من حيث تعريفهما ومؤشراتها وغير ذلك، أما المحور الرابع فقد تضمن المعنى الذي يعطيه المريض لمرضه أي جملة البراهين والتفسيرات التي يتبناها المريض لتفسير ما يحدث له، ليأتي كل من المحور الخامس والسادس للحديث عن المسارات العلاجية التقليدية والحديثة التي ينتهجها المريض في بحثه عن العلاج وأسباب اختياره ذلك، وكذا مسؤولية الفرد عن صحته ومرضه، بمعنى آخر هل يعزو ما يحدث لعوامل خارجية كالحظ أو الأطباء أو للقضاء والقدر.

وعينة الدراسة: وقد كانت وحدة التحليل المستخدمة الفرد، أما عن نوع العينة وحجمها فقد كانت من نوع العينات المساحية أو المكانية، وقدر عددها بـ 358 فرد و 20 من المعالجين والأطباء.

أسلوب المعالجة الإحصائية: وتم فيه حساب النسب المئوية، حساب معاملات الارتباط واختبار كاي تربيع لتبيان الفروق والدلالات الإحصائية.

وفيما يخص نتائج الدراسة: فقد نوقشت وفقاً لفرضيات الدراسة والدراسات السابقة والنظريات النفسية والاجتماعية.

وعلى العموم نذكر في هذا المقام النتائج التي توصلت إليها الدراسة على ضوء فرضياتها وهي كالاتي:

بالنسبة للفرضية الأولى: فقد تحققت بدرجة محدودة من الايجابية حيث دلت معاملات الارتباط على وجود علاقات ايجابية وأخرى سلبية بين خصائص المبحوث من جهة وبين الاعتقاد في الطب

التقليدي أو الحديث من ناحية أخرى، وهذا ما يؤكد التداخل في المسار العلاجي لأفراد العينة بين الطب الحديث والطب التقليدي، وعليه جاءت نتائج الفرضية الأولى كالآتي:

أما ما تعلق بالجنس: توصل الباحث الى أن النساء يفقن الرجال بشكل طفيف في إيمانهم بالطب التقليدي، وهذا يدل أن الرجال أكثر رغبة في التحديث كونهم يفوقون النساء وبشكل دال في إيمانهم بالطب الحديث.

أما متغير العمر: فعلاقته بالطب التقليدي والحديث لم تكن قوية، فالزيادة في العمر لا تعني استمرار الزيادة في التقليدية غير أن الباحث توصل الى أن الفئة العمرية من 65 سنة وأكثر هي أعلى الفئات إيماناً بالطب التقليدي واقلهم ثقة في الطب الحديث.

وبالنسبة للمستوى التعليمي: فإنه لم تزد حداثة المبحوثين ولم تقل تقليديتهم كلما ارتفع المستوى التعليمي حيث اتضح أن الجامعيين هم أكثر المستويات إيماناً بالطب التقليدي مقارنة بالمستويات الأخرى، كما كانت ثقة الجامعيين بالطب الحديث عالية ولكنهم اقل ثقة قياساً بالمستوى الثانوي.

أما ما يخص المهنة والحالة العائلية: فإن ربات البيوت هن أكثر اعتقاداً بجدوى الطب التقليدي مقارنة بفئة الإطارات التي كانت تؤمن بنسبة كبيرة بفعالية الطب الحديث، أما الحالة العائلية فمن شأنها أن تشكل تأثير كبير على التصور الاجتماعي الذي يعتقده الفرد إزاء مواضيع شتى والتي منها قضية الصحة والمرض، وفي هذه الدراسة توصل الباحث إلى أن فئة الأرامل أكثر إيماناً بجدوى الطب التقليدي.

وعن متغيرات الموطن الأصلي، مدة الإقامة، نوع السكن وعدد أفراد الأسرة: فقد كانت نتائج الدراسة تؤكد أن الريفيين هم الأكثر إيماناً بجدوى الطب التقليدي مقارنة بالحضرين، أما مدة الإقامة فلم تكن مرتبطة بممارسة الطب التقليدي والحديث، أما متغير نوع السكن وعدد أفراد الأسرة فلم يؤثر على تصورات الأفراد للصحة والمرض.

وفيما يتعلق بمتغير الأجر فقد توصل الباحث الى أن ذوي الأجور العالية يؤمنون 100% بجدوى العلاج الحديث.

وبالنسبة للانتماء الطبقي: فالعلاقة كانت عكسية حيث توصل الباحث الى ان الفئات الغنية هم أكثر إيماناً بجدوى العلاج التقليدي.

أما يتعلق بالفرضية الثانية: فالملاحظ أن هذه الفرضية قد تحققت بدرجة عالية من الايجابية، حيث توصل الباحث الى أن الأفراد يرتبطون بثقافتهم المحلية، حيث أقر 74,86% منهم من أن الطب التقليدي أو دواء عرب مفيد دون أن يتناقض ذلك مع فكرة أن الطب الحديث هو الآخر مفيد حيث أقر بذلك 82,96%، فهم يؤمنون بالنوعين معا ويحددان مجال اختصاص كل منهما. ومن ثم كانت نتائج هذه الفرضية كالآتي:

وفيما تعلق بمفهوم الصحة توصل الباحث الى أن اغلب المبحوثين قد أكدوا على أهميتها البالغة بالنسبة لهم غير أنهم لم يتمكنوا من إعطاء تعريف علمي لها يقترب من التعريف الطبية، وعليه فقد تعددت التعاريف التي قدموها للصحة واغلبها تذهب الى أن الصحة هبة من الله ويمكن تحسينها بالوقاية وتجنب القلق وكذا العبادة والصلاة وهي طبعاً مفاهيم نابعة من الثقافة العربية الإسلامية.

وعن الأمراض العابرة كالزكام وآلام المعدة وغيرها فإن أفراد العينة يقرون أنهم لا يلجئون فيها الى الطبيب بل يستعملون أعشاباً وتوابل طبيعية، وفي حالة عدم فاعليتها يتم اللجوء الى الطبيب.

وعن تصنيف الأمراض فقد كان في جزء منها علمي كتصنيف المرض الى جسدي ونفسي، وفي جزء آخر ثقافي يضرب بجذوره في عمق الثقافة كتصنيف الأمراض الى أمراض غيبية كالسحر والعين والحسد والتي لا يصلح معها العلاج بالطب الحديث ومن ثم يكون الطب الشعبي وعلى يد معالجين أكفاء الملاذ الوحيد لتحقيق الشفاء.

كما توصل أن من بين أفراد العينة من يؤمنون بالتعددية النسبية polyvalence étiologique المتعلقة بالمرض، فقد يؤمن الفرد بأن مرضه ناجم عن حادث سيارة ولكن أصل الحادث هو العين والحسد.

أما بشأن المسار العلاجي فقد تنوعت بين العلاج التقليدي أولاً ثم زيارة الطبيب وفي حال طول المرض يتم اللجوء الى العلاج التقليدي، والعكس صحيح، كما وجد من أفراد العينة من يلجأ الى العلاج بالطب الحديث بشكل حصري، ويظل السبب الرئيس الذي يحدد المسار العلاجي للمريض هو البحث عن الشفاء السريع.

2) الدراسة الثانية: التصورات الاجتماعية للعوامل المساهمة في ظهور العنف الزوجي في المجتمع الجزائري.

وهي بعنوان: التصورات الاجتماعية للعوامل المساهمة في ظهور العنف الزوجي في المجتمع الجزائري، للباحثة: بولسان فريدة، وهي مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المرضي الاجتماعي، للسنة الجامعية 2006-2007.

ومن حيث خطة الدراسة: فقد قسمت الباحثة دراستها الى جانبين، جانب نظري: تضمن الفصول الثلاثة على التوالي، إشكالية البحث، التصورات الاجتماعية والعنف الزوجي، ليشمل الجانب التطبيقي فصلين هما الإجراءات المنهجية للدراسة، وعرض ومناقشة النتائج وخاتمة.

أما عن إشكالية الدراسة: فقد طرحت بالشكل التالي: ما هي التصورات الاجتماعية للعوامل المولدة للعنف الزوجي؟ هذا التساؤل الذي تسعى من خلاله الباحثة الى تحقيق جملة الأهداف الآتية: الوقوف على أهم العوامل التي قد تساهم في حدوث العنف الزوجي وهذا عن طريق استخدام التصورات الاجتماعية كأسلوب في البحث.

معرفة مدى تأثير بعض المتغيرات الديمغرافية على التصورات الاجتماعية للأزواج فيما يخص العوامل المساهمة في ظهوره. ولتحقيق الأهداف السالفة انطلقت الباحثة من الفرضيات الآتية:

توجد عوامل أكثر شيوعا من غيرها مولدة للعنف الزوجي حسب التصورات الاجتماعية لعينة الدراسة.

لا توجد فروق بين الذكور والإناث في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المولدة للعنف الزوجي.

لا توجد فروق بين المتزوجين وغير المتزوجين في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المولدة للعنف الزوجي.

لا توجد فروق بين أفراد عينة الدراسة في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المولدة للعنف الزوجي حسب المستوى التعليمي.

وفيما تعلق بالمنهج: فقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي نظرا لملائمته للدراسة، وعلى عينة عرضية مكونة من 446 فرد من المتزوجين وغير المتزوجين، كما ونشير الى أن الدراسة قد أجريت في كل من مدينة باتنة وبسكرة في الفترة الممتدة من 10 جانفي 2007 الى غاية 25 جانفي 2007.

أما عن أدوات البحث: التي استعانت بها الباحثة في هذه الدراسة فتمثلت في مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المولدة للعنف الزوجي، وهو عبارة على استبيان يجاب عليه بطريقة التدرج في استجابات المبحوثين من الموافقة أو عدم الموافقة لكل مفردة، ومن ثم فهو مقياس خماسي عبارة عن خمس بدائل متدرجة على المبحوث أن يختار إحداها وهي على النحو الآتي: موافق بشدة 5 د، موافق 4د، محايد 3د، معارض 2د، معرض بشدة 1د.

ليشمل المقياس 38 عبارة تتضمن بعدين هما: البعد الأول ممثل في العوامل الذاتية، ذات العلاقة بشخص الزوج والزوجة، والبعد الثاني: والخاص بالعوامل الخارجية والتي شملت مختلف مجالات الحياة الاقتصادية، الأسرية والسوسيو-ثقافية.

وبالنسبة للأساليب الإحصائية: المستخدمة في هذه الدراسة فقد وجدنا الباحثة قد نوعت في استخدامها للأساليب الإحصائية، حيث استخدمت التجزئة النصفية مع 30 فرد وذلك بحساب معامل الارتباط لبيرسون مع تصحيح الطول وذلك بهدف حساب معامل ثبات المقياس وعليه توصلت الباحثة الى نتيجة 0,84 وهي درجة كبيرة تؤكد سلامة المقياس وصحته ومن ثم تطبيقه على العينة الرئيسية للبحث والمكونة كما أسلفنا الذكر على 446 فرد، كما استعانت بالنظام الإحصائي SPSS نسخة الإصدار 12.0 لتحليل البيانات المتحصل عليها، حيث وظفت الباحثة ضمن هذا البرنامج اختبار (T) للعينات المستقلة، وتحليل التباين الأحادي Anova.

وعن نتائج الدراسة: فكانت كالآتي:

فيما تعلق **بالفرضية الأولى**: فالنتيجة التي توصلت لها الباحثة مؤيدة للفرض الأول والقاضي بأي العوامل الأكثر شيوعا في توليد العنف الزوجي والتي كانت حسب النتائج ممثلة في العوامل الذاتية التي شكلت النواة المركزية للتصور، وتذهب الباحثة الى أن هذه النتيجة منطقية لكون أفراد العينة يعيشون ظروفًا اقتصادية واجتماعية وثقافية متشابهة.

أما بالنسبة **للفرضية الثانية**: وقد جاءت نتائجها مؤيدة للفرض حيث تم التوصل الى عدم وجود فروق بين الجنسين (ذكور وإناث) للعوامل المولدة للعنف الزوجي، وقد يعود سبب ذلك الى انتماء أفراد العينة لثقافة واحدة ومعايشة ظروف واحدة أيضا. وعن الفرضيتين **الثالثة والرابعة**: فإنه لم يلاحظ أي فروق تذكر بين الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والعوامل المولدة للعنف الزوجي.

3) الدراسة الثالثة: التصورات الاجتماعية للعقم لدى سكان بلدية الفيض وهي إحدى دوائر ولاية بسكرة.

بعنوان: **التصورات الاجتماعية للعقم لدى سكان بلدية الفيض، وهي مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المرضي الاجتماعي للسنة الجامعية 2007-2008، للباحث: بن خليفة محمد.**

وعن **خطة الدراسة**: فقد تضمنت المذكرة سبع فصول تطرق فيها الباحث في الفصل الأول لموضوع الدراسة، والفصل الثاني تناول فيه الباحث مفهوم التصورات الاجتماعية، وعن الفصل الثالث والرابع على التوالي فقد تطرق فيهما الباحث للحديث عن العقم عند الجنسين من حيث أسبابه وطرق علاجه، وتصور المجتمع الجزائري للعقم والإنجاب، وبالنسبة للفصل الخامس فقد خصص للإجراءات المنهجية، مع عرض النتائج في الفصل السادس، أما الفصل السابع فقد تضمن تفسير ومناقشة النتائج.

أما عن إشكالية الدراسة فقد أراد الباحث من خلالها معرفة التصورات الاجتماعية المتعلقة بمشكلة العقم لدى سكان بلدية الفيض، وقد أشار إليها الباحث في طرحه لمجموعة من التساؤلات وهي:

- ما هو التصور الاجتماعي للعقم لدى سكان بلدية الفيض؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم لدى سكان بلدية الفيض حسب الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم لدى سكان بلدية الفيض حسب السن؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم لدى سكان بلدية الفيض حسب المستوى التعليمي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم لدى سكان بلدية الفيض حسب الحالة الاجتماعية؟

ولإجابة على هذه التساؤلات طرح الباحث مجموعة من الفرضيات وهي كالآتي:

الفرضية الأولى: يعد العقم في تصور سكان بلدية الفيض بمثابة خصاء اجتماعي.

الفرضية الثانية: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم حسب (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية).

وعن المنهج المناسب للدراسة فالباحث استخدم المنهج الوصفي لأنه مناسب للدراسة، مستعينا بذلك بالاستمارة كأداة بحث رئيسية في هذه الدراسة نظرا لعدم قدرة الباحث على تطبيق المقابلة بنفسه مع الإناث نظرا لخصوصية منطقة الدراسة وعليه فقد شملت الاستمارة على 20 بند، وتم تطبيقها على سكان بلدية الفيض.

أما عينة البحث فتكونت من 400 فرد، 200 ذكور و 200 إناث، هذا وقد تم تطبيق الاستمارة الاستطلاعية على 60 فرد، وفيما يخص المجال الزمني للدراسة فكان في الفترة الممتدة من نوفمبر 2006 الى غاية أوت 2007.

وفيما تعلق بالمعالجة الإحصائية للبيانات فقد استخدم الباحث التكرارات والنسب المئوية من أجل تحديد النواة المركزية للتصور الاجتماعي للعقم، وهذا باستخدام نظام SPSS كما تم استخدام الكا تريبع لدراسة الفروق في دلالات العقم حسب المتغيرات الديمغرافية للعينة.

وبالنسبة لنتائج الدراسة: فكانت كالآتي:

نتائج الفرضية الأولى: فقد توصل الباحث الى أن العقم لدى أفراد العينة يرمز للعدم والقحط وليس للوفرة والخصوبة، ويهدد العائلة بالتوقف وعدم الاستمرارية، وهو بالتالي تشويه لوظيفة الإنجاب على المستوى الفعلي، فهو كما افترض الباحث يمثل خصاء اجتماعي.

نتائج الفرضية الثانية:

في الفرضية الثانية ذهب الباحث الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في معاني العقم لدى سكان بلدية الفيض باختلاف المتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية). وقد خلص الباحث في فرضيته هذه الى جملة من النتائج وهي:

من حيث الجنس: توصل الباحث الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس والتصورات الاجتماعية للعقم وذلك في البنود التالية: البند رقم 12 والخاص بالنبذ، والبند رقم 15 والمتعلق ب (قتل رمزي للرجولة)، والبند رقم 20 الخاص ب (الإخفاق اجتماعي)، والبند رقم 16 والقاضي ب (الفرغ الداخلي)، والبند رقم 11 والمتعلق ب (ضعف الإخصاب)، والبند رقم 09 والخاص (اليأس).

من حيث السن: أما من حيث السن فقد توصل الباحث الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم بين أفراد العينة من 20- 40 ومن 40 الى 60 سنة في البنود التالية: رقم 5(العار)، رقم 8(الموت)، رقم 14 (عدم أمن في المستقبل)، رقم 15 (قتل رمزي للرجولة).

من حيث المستوى التعليمي: لم يجد الباحث أية فروق تذكر بين الأميين وذوي المستوى الابتدائي، غير أن الفروق ظهرت جليا بين المستويات الأخرى في عدد من البنود.

أما من حيث الحالة الاجتماعية: فقد توصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم ومتغير الحالة الاجتماعية.

4) الدراسة الرابعة: أشكال الطب الشعبي بمنطقة الزيبان بسكرة.

وهي دراسة بعنوان أشكال الطب الشعبي بمنطقة الزيبان بسكرة، للطالب بوغديري كمال، وهي مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الانثروبولوجيا الثقافية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع جامعة خنشلة لسنة 2009.

وقد تضمنت الدراسة خمس فصول، تناول الفصل الأول الإطار المنهجي والمفاهيمي للدراسة، ويشمل الفصل الثاني اتجاهات التنظير للطب الشعبي والانثروبولوجيا الطبية، أما الفصل الثالث فكان حول الثقافة الصحة والمرض، وفي الفصل الرابع تعرض الباحث للطب الشعبي من حيث المفهوم والممارسات، ليتضمن الفصل الخامس أشكال الطب الشعبي في منطقة الزيبان.

وفي إشكالية الدراسة طرح الباحث التساؤل الآتي: ما هي أشكال العلاج بالطب الشعبي الأكثر انتشارا في منطقة الزيبان؟

ليتفرع عن هذا التساؤل سؤالين فرعيين هما:

- ما هي أشكال العلاج بالطب الشعبي الطبيعي الأكثر انتشارا في منطقة الزيبان؟
 - ما هي أشكال العلاج بالطب الشعبي الديني الأكثر انتشارا في منطقة الزيبان؟
- أما عن أدوات الدراسة:

فقد استعان الباحث بعدد من الأدوات البحثية، وقبل إيجازها نشير الى مجالات الدراسة لتكون البداية بالمجال المكاني حيث نجد الباحث قد أجرى دراسته الميدانية في منطقة الزيبان بسكرة، وفيما يخص المجال البشري فقد تضمنت الدراسة عينتين الأولى خاصة بالمشتغلين بالطب الشعبي كالمعالجين الشعبيين، والعينة الثانية ضمت المترددين على العلاج الشعبي من أفراد المجتمع من مختلف الأعمار والمستويات التعليمية والثقافية، ليتم انجاز الدراسة الميدانية في مدة قدرها ستة أشهر انحصرت بين عامي 2007 و2008.

وعن منهج الدراسة فقد استعان الباحث بالمنهج الوصفي كونه مناسب للدراسة أما ما يخص أدوات الدراسة الميدانية فنجد الباحث قد استعان ببعض منها نوجزها في الآتي:

- اعتمد الباحث على **الملاحظة بالمشاركة** وهذا بقصد النفاذ لواقع الممارسات العلاجية الشعبية، فهي مشاركة في الواقع حيث لاحظ الباحث السلوكيات الصادرة عن الأشخاص المرضى ومرافقتهم أثناء تواجدهم وملاحظة سلوكيات المعالجين الشعبيين، الأساليب والأدوات المستعملة، اللغة، الخطابات والرموز المستعملة.

- **الاخباريون**: ويعتبرون المصدر الرئيسي للحصول على المادة الاثنوغرافية وهم اشخاص ينتمون الى المجتمع المحلي وغالبا ما تكون معرفتهم عميقة بجانب او أكثر من جوانب الثقافة، كما استعان الباحث ببعض المرضى والمترددین على المعالجين الشعبيين في منطقة الزيبان للحصول على مزيد من المعلومات عن هذه الظاهرة وخاصة اولئك الذين يعتقدون بنجاحته.

- **المقابلة**: استعان الباحث بإجراء مقابلات مفتوحة احتوت على 12 سؤالاً وجه الى المعالجين الشعبيين وهم العشاب، المجر والكواي، وكذا استمارة مقابلة احتوت على 25 سؤال وجه لبعض الأشخاص ممن يترددون على العلاج بالطرق الشعبية.

- **أدوات مساعدة في البحث الميداني**: وتمثلت في السجلات والوثائق، التقارير المنشورة، أجهزة التسجيل الصوتي(المسجل) والمرئي (الكاميرا والفيديو).

أما عن نتائج الدراسة فقسمها الباحث إلى قسمين نوضحهما في الآتي:

نتائج خاصة بالمعالجين الشعبيين:

- أن أغلبية المشتغلين بالعلاج الشعبي ينتمون الى الفئات العمرية الكبيرة ويعزى ذلك الى أن هذه المهنة تتطلب الخبرة والتمرس، فضلا عن أن كبار السن يتسمون بالهيبة والاحترام.

- كما تبين أن اكبر عدد من المشتغلين بالعلاج الشعبي في منطقة الزيبان ينتشرون أكثر في القرى والمداشر بينما العشابون أكثر انتشارا في المدينة.

- المشتغلين بالعلاج الشعبي يعملون في أكثر من تخصص، أما التخصصات التي عليها طلب كبير فهي التداوي بالأعشاب والنباتات الطبية.

- توصل الباحث الى أن المعالجين الشعبيين يستخدمون القرآن في مهنتهم ليضمنوا سهولة التأثير على الناس وكسب ثقتهم.

- العلاج الشعبي مهنة تكتسب عن طريق الوراثة وعن طريق التعلم الفردي أيضا.

- وجود قناعة لدى المعالجين الشعبيين بأن مهنتهم مفيدة. كما دلت إجابتهم بأن الله ميزهم بموهبة أو سر معين عن غيرهم من البشر ومن ثم فهم يعملون بتأييد من الله.

نتائج خاصة بأفراد العينة: وهي كالآتي:

- كشف البحث أن الإناث هن الأكثر ترددا على العلاج الشعبي مقارنة بالذكور.
- كما تبين من البحث أن المترددين على العلاج الشعبي من الفئات العمرية ما بين 20 الى أقل من 50 سنة.

- كما توصل الباحث الى أن المترددين من الريفيين على العلاج الشعبي يشكلون نسبة عالية جدا.
- دل البحث الميداني أن المترددين على العلاج الشعبي هم من شريحة الأميين، فضلا عن نسبة قليلة ممن يقرؤون ويكتبون، كما يلاحظ أن هناك ارتباطا بين المستوى التعليمي للمتردد على العلاج الشعبي وبين دوافعه للتردد، وهذا يعني أن ذوو المستوى التعليمي العالي يترددون أيضا على المعالجين الشعبيين غير أن أهدافهم قد تكون مشابهة أو مختلفة لذوي المستوى التعليمي المنخفض.
- وتعتبر فئة المترددين هي الفئة الأكثر ترددا على المعالجين الشعبيين مقارنة بفئة العزاب.
- كما تعتبر وسائل الإعلام، الجيران، الأصدقاء، الأقارب وزملاء العمل، هم المصادر الهامة التي عرف المترددون عن طريقهم العلاج الشعبي.

(4) الدراسة الخامسة:

وهي دراسة جزائرية تم انجازها باللغة الفرنسية، وهي تحت عنوان **التحليل الاجتماعي والثقافي لممارسة الطب التقليدي**، للباحث بن حركات آسيا وهي رسالة لنيل درجة الماجستير في علم الاجتماع بجامعة قسنطينة.

وقد قسمت الباحثة دراستها الى قسمين نظري وتطبيقي، تضمن القسم النظري ثلاث فصول وهي: الفصل الأول تحت عنوان المنظورات البحثية والمدخل النظري، ليتضمن الفصل الثاني تطور الطب التقليدي، أما الفصل الثالث فتناول فيه الباحث المعالم التاريخية للطب التقليدي في الجزائر.

وفيما تعلق بالقسم التطبيقي فقد شمل ثلاث فصول، الفصل الرابع منها تضمن الجانب المنهجي للدراسة والذي تناول فيه الباحث إشكالية الدراسة وفرضياتها، أسباب وأهمية اختيار الموضوع، وعينة الدراسة، ليتناول الباحث في الفصل الخامس نتائج البحث، تفسير ومناقشة النتائج.

وفيما يخص إشكالية الدراسة: فقد طرح فيها الباحث التساؤل الآتي:

أما فرضيات الدراسة فكانت كالآتي:

الفرضية الرئيسية: الطب التقليدي مهمش منذ عقدين من الزمن، فهو ليس طب غير ضروري وغير فعال: بل هو أداة ووسيلة للنضال ضد المعاناة النفسية والجسدية للأفراد.

الفرضيات الفرعية:

- الطب التقليدي يمارس بدرجة أكبر في الوسط الريفي أكثر من الوسط الحضري.
- الطب التقليدي يمارس بدرجة أكبر لدى النساء أكثر من الرجال.
- الطب التقليدي يمارس بدرجة أكبر لدى الأسرة الممتدة
- الطب التقليدي واسع الانتشار عند الأميين أكثر من فئة المتقنين.
- وعن المجال المكاني للدراسة كان مدينة قسنطينة وبالضبط المستشفى الجامعي.

وعن نتائج الدراسة فقد توصلت الباحثة إلى أن الطب التقليدي يمارس بدرجة أكبر في الوسط الريفي أكثر من الوسط الحضري، وأن الطب التقليدي يمارس بدرجة أكبر لدى النساء أكثر من الرجال، كما توصلت الباحثة إلى أن الطب الشعبي واسع الانتشار عند الأميين أكثر من فئة المتقنين.

أما عن نقاط التشابه والاختلاف بين دراستنا الحالية والدراسات المشابهة:

فيما يتعلق بنقاط التشابه بين دراستنا والدراسات المشابهة فيمكن القول، أن في دراسة سليمان بومدين نجد الباحث قد تناول في دراسته في جانب منها البحث عن التصورات الاجتماعية للصحة والمرض من منظور المتغيرات الديمغرافية كالجنس والسن والحالة الاجتماعية والدخل، كما استخدم الباحث الاستمارة كأداة لجمع البيانات، وهذا ما اعتمدنا عليه في دراستنا الحالية، كما توصل الباحث في نتائج دراسته إلى التداخل الواضح في المسار العلاجي لأفراد العينة بين الطب الحديث والطب التقليدي وخاصة لدى جنس الإناث حيث وجد أن فئة النساء أكثر إيمانا بجذوى الطب الشعبي، وهذا ما توصلت له دراستنا أيضا مما يؤكد تمسك المجتمع الجزائري وخاصة بكل مستوياته وبالأخص النساء بالموروث الثقافي، غير أن العلاقة بين العمر ودرجة الإيمان بالنوعين التقليدي والحديث

فتوصل الباحث الى ضعف العلاقة، مما يؤكد أن الزيادة في العمر لا تعني الاستمرار في التقليدية، على الرغم من أنه توصل إلى أن الفئة العمرية من 65 سنة فما فوق هي أعلى الفئات إيماناً بالطب التقليدي واقلهم ثقة في الطب الحديث، وهذا ما تتفق فيه نتائج دراستنا.

أما عن نقاط الاختلاف فقد ظهر في مجال العينة حيث كان نوع عينتنا من نوع العينات غير الاحتمالية والتي تمثلت في العينة العرضية في حين استخدم الباحث العينة المساحية وهي أيضا من العينات غير الاحتمالية، كما يكمن الاختلاف في المتغيرات الديمغرافية التي استعنا بها في دراستنا والتي أضاف لها الباحث متغيرات أخرى تمثلت في الانتماء الطبقي، مدة الإقامة، نوع السكن، عدد أفراد الأسرة، وقد استغنينا عن هذه المتغيرات كونها لا تخدم دراستنا، كما أن أساليب المعالجة الإحصائية اختلفت طبعا بين الدراستين انطلاقا من الفرضيات المطروحة حيث اعتمد الباحث على معامل الارتباط لتبيان الفروق والدلالات الإحصائية، أما في دراستنا هذه وعلى الرغم من ملائمة معامل الارتباط لتبيان الفروق بين متغيرات دراستنا إلا أننا وجدنا ومن خلال اطلاعنا على الأساليب المختلفة لمعالجة البيانات إحصائيا، وسؤال أهل الاختصاص أيضا توضح لنا أن الاستعانة بتحليل التباين وبالضبط الانوفا ANOVA à 1 FACTEUR هو الأكثر ملائمة واستخراجا والحصول على نتائج أكثر دقة من معامل الارتباط خاصة مع استخدام نظام SPSS، أما فيما تعلق بمعامل الارتباط فقد استعنا به في التجزئة النصفية وألفا كرونباخ حيث توصلنا إلى وجود ارتباط قوي في المقياس المعتمد في هذه الدراسة.

وفيما يخص ما انفقت فيه دراستنا مع الدراسة الثانية فقد تبيننا نفس الصياغة في فرضيات الدراسة حيث ركزنا على دراسة الفروق بين المتغيرات الديمغرافية وموضوع الدراسة، غير أن الباحثة ركزت على إيجاد الفروق بين الجنسين وبين المتزوجين وغير المتزوجين وكذا المستوى التعليمي، ونحن في هذه الدراسة أضفنا متغيرات أخرى وجدنا أنها تخدم الدراسة.

ثامنا الإطار النظري للدراسة:

قبل أن نتحدث عن الإطار النظري للدراسة نشير إلى أهم الاتجاهات والمداخل النظرية في الطب الشعبي، حيث تعددت المداخل والاتجاهات النظرية التي عالجت مواضيع كالصحة والمرض

والطب الشعبي والسحر وغيرها من المواضيع ذات الصلة بعلم الاجتماع الطبي، ونشير هنا إلى أن هذه المداخل هي من إنتاج الفكر الغربي وهي بمثابة النتائج التي توصل إليها هؤلاء من خلال دراساتهم الميدانية لعدد من القبائل والمجتمعات البدائية، ولعل أهمها:

(1) مدخل السمات أو الذرات المنفصلة (كليمنتس):

للمحاولات التي بذلها كل من " كليمنتس وفورست " في توزيعهما للسمات الثقافية حول الصحة والمرض أهمية بالغة في تحديد السمات الأساسية لأسباب المرض في المجتمعات غير الصناعية، والتي تم حصرها في خمس سمات هي السحر الأسود، الضياع النفسي، خرق التابو، اقتحام سبب المرض عنوة واقتحام الروح.

لقد دعا كليمنتس إلى تتبع الكيفية التي تتوزع بها كل سمة من السمات السالفة الذكر في ثقافة معينة، وما استخلصه في دراسته أن بعضاً من هذه السمات يرجع إلى عصور قديمة وبعضها الآخر حديث، وأكد على أن العوامل التاريخية وحتى الجغرافية تلعب دوراً هاماً في انتشار هذه السمات، فضلاً على أنه نفى وجود علاقة وظيفية بين هذه السمات الخمسة، كما لا توجد علاقة وظيفية بينها وبين العوامل الاقتصادية والسياسية وغيرها.

(2) مدخل الصيغ الثقافية (روث بندكت): يؤكد هذا المدخل على ضرورة وضع الطب في مضمونه الثقافي، "وأن الذي يجب أخذه في الاعتبار ليس الأشكال بل المكانة التي يحتلها الطب في حياة قبيلة أو شعب، وروح الممارسة التي تنتشر بينهم والطريقة التي يندمج من خلالها الطب مع الممارسات الأخرى المختلفة من مجالات الخبرة"¹.

فهذا المدخل لا يركز على الأنواع المختلفة للطب بل على الوظيفة التي يؤديها في المجتمع والتي تجعل له مكانة وأهمية في المجتمع الذي وجد فيه.

(3) الطب البدائي كعناصر نمطية ثقافية أكبر كُنخت *aker khnecht* :

قدم أكركنخت إسهامه النظري سنة 1946 وكان مضمونه كالتالي:

1 محمد الجوهري، الصحة والبيئة دراسات اجتماعية واثروبيولوجية، بدون دار نشر، القاهرة، 2007، ص 32.

3-1 وجود علاقة وثيقة بين النسق الطبي وثقافة المجتمعات، أي علاقة تأثير وتأثر.

3-2 تتعدد أشكال الطب البدائي بتعدد وتنوع الثقافة البدائية، أي لا يوجد نمط واحد من الطب البدائي بل نجد لكل ثقافة ممارساتها الطبية الخاصة بها.

3-3 تختلف درجات ارتباط عناصر النسق الطبي من مجتمع لآخر، بمعنى أن عناصر النسق الطبي لها علاقة وظيفية بعضها ببعض غير أن درجة الارتباط مختلفة حسب طبيعة المجتمعات.

3-4 لا يمكن أن نضع الطب الشعبي و الطب الحديث في كفة واحدة لكون الأول ذو طبيعة سحرية؛ أي أنه يعتبره ذو طبيعة سحرية دينية حيث يعتمد في ممارساته على الدين و السحر، وهذا على الرغم من فعالية بعض ممارسته العلاجية، أما النوع الثاني فذو طريقة علمية بعيدة عن الغيبيات.

وهذا يدل على أن أكرنخت لم يفرق بين الطب الديني والطب السحري وتناولهما بالحديث على أنهما نفس الشيء.

5) الطب كنسق متغير بنيامين بول *B. Paul*:

ويرتكز النموذج التصوري له أساسا على فكرة النسق، هذه المفهوم الذي يعد من مرتكزات النظرية الوظيفية، والذي يتألف من مجموعة من العناصر المترابطة مع بعضها البعض، ويسود بينهما نوع من التساند الوظيفي، بمعنى أن كل عنصر من عناصر النسق له علاقة بالعناصر الأخرى المكونة للبناء الاجتماعي فهي علاقة تأثير وتأثر، هذه العلاقة التي تشكل بارتباطها مع بعضها البعض "النسق ككل".

وقد اعتبر بنيامين بول أن الثقافة تمثل النظام أو النسق، أما النمط فهو يعبر عن النسق الفرعي ومن ثم فهو جزء لا يتجزأ من النسق العام أو الكلي، وهنا تركز اهتمام الباحث على التغييرات المصاحبة للنسق، والنسق الفرعي عندما تظهر عناصر جديدة ذات علاقة بالصحة، كما اهتم بالتغييرات التي تحدث للعناصر الجديدة التي تدخل ضمن النسق الاجتماعي الثقافي، أي كيف يؤثر إحداهما على الآخر.

وفي هذا السياق قدم "بول" اقتراحين تجسدا في:

4-1 الاقتراح الأول: حيث يؤكد بول على ضرورة تفسير رد فعل الأنساق الثقافية للعناصر الجديدة.

بالاستناد إلى كل من طبيعة النسق أو الأنساق الثقافية نفسها، وطبيعة العناصر الجديدة أيضا وطريقة تقديمها للمجتمع، فالاعتماد في التفسير على طبيعة النسق فقط سيعرقل من عملية فهم وتحليل التغييرات التي تحدث في النسق والنسق الفرعي؛ أي في الثقافة والنمط كما أسلفنا الذكر والعناصر الجديدة ذات العلاقة بالصحة.

4-2 وفيما تعلق بالمقترح الثاني: فإننا نجد أن " بول" يؤكد على عملية التأثير المتبادل بين الأنساق الثقافية والعناصر الجديدة، حيث يتوقع أن تؤدي العناصر الصحية إلى التأثير في النسق الاجتماعي الثقافي وكذا النسق الطبي، وبالمقابل أيضا سوف تتأثر العناصر الجديدة بالواقع الاجتماعي الثقافي أو ما اصطلح عليه الأنساق الثقافية والنسق الطبي، حتى أنه يتوقع أن يعاد تشكيلها و تفسيرها من جديد.

وعليه نجد أن بول لم يقتصر في اتجاهه هذا على المجتمعات البدائية فحسب بل تجاوز إلى تناول الأنساق الطبية الحديثة والتأثير المتبادل بين النسق الطبي التقليدي و النسق الطبي الحديث.

(6) الاتجاه النظري ريفرز *W.H Revers* حول الطب والسحر والدين:

يعتبر ريفرز أول من كتب عن المعتقدات والممارسات الطبية للشعوب الأمية وكان رائدا في عملية الربط بين الطب الشعبي وجوانب أخرى من الثقافة والتنظيم الاجتماعي، الدراسة التي قدمها ريفرز كانت دراسة اثنوغرافية قدمها سنة 1927 بعنوان الطب والسحر والدين في المجتمعات البدائية والشعوب الأمية وبخاصة في شعب توداس في الهند الجنوبية وشعب ميلانيزيا وبولونيزيا، والتي أراد من خلالها التأكيد على أن الطب نسق ثقافي.

والفكرة التي انطلق منها ريفرز تكمن في أن الدين والسحر والطب ثلاث مجموعات من العمليات الاجتماعية شديدة الارتباط ببعضها البعض، وعليه فإن الافتراضات التي افترضها ريفرز ترجع إحداها إلى أن ممارسة الطب البدائي يرتبط ارتباطا وثيقا بالمعتقدات الدينية أما الفرض الثاني ضرورة النظر إلى البدائي على أنه جزء متكامل من الثقافة هذا يعني أنه لا ينظر إلى الممارسات والمعتقدات الطبية على أنها عناصر فلكلورية غريبة أو طريفة.

ومنه فتصور ريفرز للعالم الخارجي قد أخذ ثلاث مسارات وهي:

5-1 النظرية الأولى: والتي تعتمد على السحر حيث يرى أن السحر يعتمد على قدرة الإنسان في استخدام قوى مختلفة، ومن ثم فإن المرض ينتج عن أعمال سحرية باستخدام القوى الغيبية، وعليه فالعلاج يكمن في اللجوء للسحرة لاسترضاء الكائنات الخفية.

5-2 أما النظرية الثانية: وتعتمد على وجهة نظر دينية والتي تعتقد في أن المرض يحدث بسبب تأثير القوى الروحية غير الطبيعية، ومن ثم فالعمل على استرضاء القوى الروحية هو الممارسة العلاجية المناسبة لمقاومة المرض.

5-3 النظرية الثالثة: وتتمثل في النظرية الطبيعية للعالم الخارجي والتي لم يعطيها الاهتمام وعالجها بطريقة سريعة، واعتبر أن الطب الغربي هو المثل لهذه النظرية الطبيعية والتي تذهب إلى وجود عوامل طبيعية مسببة للمرض وأن علاجها يتحقق باللجوء إلى مؤسسات الطب الرسمي.

وعلى الرغم من تأكيده بوجود النظرية الطبيعية في بعض الجماعات البدائية في أحد جوانب ممارساتها الطبية؛ إلا أنه لا يمكن أن نعتبرها نوعاً من التفكير الطبيعي طالما أنها وجدت في إطار ديني وسحري، كما يعتبر أن دور ممارسي الطب الديني "الكاهن" والسحري "العراف" دوراً فاعلاً وأساسياً في استمرار الممارسات الطبية البدائية، ويذهب إلى أن التغيير قد يمس جانب الممارسة بشكل نسبي لا المعتقد، وأن سبب تغير الممارسة يرجع إلى الانتشار والإضافة الثقافية التي تنتج عن الاتصال.

ويستخلص ريفرز إلى أن المعالج "الساحر" أو "الكاهن" لهما دور فعال في استمرار الممارسات الشعبية سواء كانت دينية أو سحرية، فنوع المعتقد السائد لدى الأفراد هو الذي يحدد مسارهم العلاجي أي إلى أي معالج سيتم اللجوء؟ فعلى سبيل المثال لا الحصر إذا كان الفرد يعتقد في أن مسببات مرضه تعود بالدرجة الأولى إلى القوى الغيبية فهنا سيلجأ لا محالة إلى الاستعانة بالعرافين والسحرة لاسترضاء الكائنات الخفية.

من هذا المنطلق اعتبر ريفرز أن الثقافة لا يمكن شرحها إلا بالرجوع إلى حقائق ثقافية أخرى، فعالج نموده في السلوك كنتائج للمعتقدات التي تقوم بدور عامي النظرية إلى العالم، لذلك فإن أهم ما قدمه هو نظريته إلى عناصر الطب البدائي على أنها مجموعة من العناصر التي تكون نظاماً

اجتماعيا يستحق الدراسة كما ندرس أي نظام اجتماعي آخر لا على أنها جزئيات متناثرة من السلوكيات التي لا يمكن فهمها، ويقول ريفرز بهذا الخصوص "أن المعتقدات الطبية والممارسات العلاجية لا يجب النظر إليها على أنها عناصر فلكلورية غريبة، ولكن يجب اعتبارها جزءا متكاملًا من الثقافة"¹.

(6) الاتجاه النظري دون يودر *don yoder* حول الطب الشعبي:

يركز الاتجاه النظري لـ دون يودر على تحديد مفهوم الطب الشعبي كونه جزء من الثقافة المحلية، وفي تعريفه للطب الشعبي ذهب إلى أنه ممثل في جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية وحول المرض والعلاج وما يتصل بذلك من سلوك وممارسات تتعلق بالوقاية من المرض ومعالجته بصرف النظر عن النسق الرسمي للطب، وقد أشار إلى الاختلاف في الممارسات الطبية الشعبية حيث توصل أن هناك اختلاف في استخدام الأعشاب الطبية فهناك من يستخدم فيه عناصر سحرية ومنها ما يستخدم فيه عناصر دينية كالرقى والتعاويذ والكلمات المقدسة، ويتساءل دون يودر عن الشفاء الذي يتحقق عن طريق السحر والدين هل هو راجع إلى التأثيرات المادية للعلاج أم إلى التأثيرات الروحية. كما أشار إلى أن الطب الشعبي يصنف إلى قسمين هما: الطب الشعبي الطبيعي والذي يعتبره أكثر عقلانية لاستخدامه النباتات والأعشاب وبعض المعادن في وصفاته العلاجية، والطب الشعبي الغيبي أو السحري الذي يقوم على استخدام الرقى والتعويد، وهو بذلك يختلف على تصور أكبر **كنخت** الذي اعتبر كل من الطب الديني والسحري شيئًا واحدًا، فضلًا عن تناوله علاقة الطب الشعبي بالأولياء الصالحين.

(7) المدخل الايكولوجي:

تعد عملية تكيف الفرد مع بيئته الموضوع الرئيسي في الايكولوجيا الطبية، فوحدة الدراسة في المدخل الايكولوجي هي السكان الذين يقطنون إقليمًا معينًا، ومنه نجد المدخل الايكولوجي ينظر إلى الصحة والمرض على أنهما انعكاس للعلاقات القائمة بين السكان ومكان إقامتهم أو سكنهم وأساليب

1 طارق السيد، أساسيات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2007، ص 132.

الحياة التي يسيرون وفقها ومكونات البيئة الطبيعية وغيرها، فعلى سبيل المثال تتعدد العوامل التي تحدد المرض والتي منها، شكل المسكن، نوعية الغذاء، أو الأسلوب الذي يتم به إعداد الطعام، أنساق الضبط الاجتماعي، فضلا عن الثقافة والتاريخ.

والملاحظ أن الأبحاث والدراسات التي في هذا المجال تعددت ومن بينها نجد: دراسة نبيل صبحي الذي بحث في فترة الاحتضار قبل الوفاة وتأثيرها على المحيطين، كما تناولت " نجوى عبد الحميد " موضوع التلوث البيئي الناجم عن التكنولوجيا في منطقة حلوان مركزة في هذه الدراسة على تلوث الهواء وأمراض الأطفال المرتبطة به، وفي بحث " الطب الشعبي الساحلي للباحثة " فاتن الحناوي" تركيز على استخدام عناصر البيئة الساحلية ومكوناتها في ممارسات علاجية شعبية.

(8) المنظور المقارن: يبحث هذا المنظور في الاتجاهات التصورية تجاه المرض للشعوب غير المثقفة، والبحث في أسباب المرض وآلياته، فهدف المنظور المقارن هو التعرف على المعتقدات الطبية للجماعة وكيف ترتبط بالمجال الديني، وكيف تؤثر في العلاقات الاجتماعية، ومن ثم فهي تختلف عن النظرة الطبية البيولوجية الغربية للمرض.

(9) مدخل التكامل الوظيفي:

يعتبر المدخل النظري المعرفي الرمزي ومدخل التكامل الوظيفي من أهم المداخل النظرية في دراسة أنساق الرعاية الصحية، وعلى غرار ذلك أصبح الطب الشعبي بعد ثقافي جوهري يجب أن يخضع للبحث والدراسة، وبعض من هذه الأبحاث ركزت على تصورات المجتمع عن الإعياء، أسبابه، علاجه، دور المعالجين الشعبيين، وغيرهما.

إن هذه الأبحاث ساهمت بشكل فعال في فهم الممارسات الصحية والمعتقدات التي يؤمن بها الناس ويتبنوها كأسلوب حياة، فمثلا تعتقد بعض المجتمعات أن المرض قد يكون سببه الجيران، أو أنه عقاب لانتهاك وتجاوز المعايير الاجتماعية أو خرق بعض المحرمات، وغيرها من التصورات الاجتماعية، التي بنيت وترسخت في الأذهان نتيجة التنشئة الاجتماعية التي مر بها الفرد وتفاعله الاجتماعي مع غيره. فالمدخل الوظيفي إذا من المداخل الهامة التي أوضحت الأسباب وحللت الأسباب الفاعلة في حدوث الأمراض، ولجوء الناس إلى أساليب علاجية معينة دون أخرى.

وعليه فقد تم تبني هذا المدخل النظري من خلال التركيز على الأسباب التي تشجع الناس على تبني الطب الشعبي كأسلوب للعلاج وتفضيله على الطب الرسمي، وكذا الأسباب التي تدفع الناس للجوء إلى المعالجين الشعبيين، وهل الطب الشعبي في منطقة الزيبان يؤدي وظيفة داخل النسق الاجتماعي الكلي أم أنه مجرد عناصر فلكلورية غريبة لا يمكن أن تكون جزءا متكاملًا من الثقافة كما ذهب إلى ذلك العالم ريفرز.

الفصل الثاني: التصورات الاجتماعية

أولاً: تعريف التصور

ثانياً: تاريخ التصورات الاجتماعية

ثالثاً: محتوى التصورات الاجتماعية

رابعاً: المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التصور

خامساً: الوظائف الاجتماعية للتصورات

سادساً: البعد النفسي الاجتماعي للتصورات الاجتماعية

سابعاً: بنية التصورات الاجتماعية

ثامناً: أسباب الاهتمام بالتصورات الاجتماعية

تاسعاً: محددات التصور الاجتماعي

عاشراً: التصورات الاجتماعية والعوامل المؤثرة في تكوينها

الحادي عشر: أساليب رصد التصورات

تمهيد:

من الطبيعي أن الأفكار، المعارف، الذكريات، المستوى الاقتصادي، الاجتماعي والثقافي الذي يتمتع به الفرد والذي يصبح جزءا من حياته لم يأت من فراغ، وإنما كان نتيجة احتكاكه وتفاعله الدائم مع المجتمع الذي يحيط به بدءا بالأسرة ومرورا بمؤسسات التنشئة الاجتماعية الأخرى، فمن خلال هذا التفاعل والتواصل تبنى وتتشكل عدة عمليات عقلية وفكرية، والتي من ضمنها عملية بناء التصورات كصيورة لبناء المعارف وتنظيمها لدى الفرد، حتى أن الكثير من الباحثين يعتبرون التصور الاجتماعي أحد مفاتيح الأنشطة الذهنية، وهي نوع من المعرفة العامة المشتركة بين أفراد المجتمع الواحد، ناتجة عن نشاط عقلي يعتمد على إعادة بناء الواقع وليس استحضاره كما هو وإعطائه معنى خاص، وهذا ما يؤكد لنا وقوع التصور الاجتماعي بين الجانب النفسي والجانب الاجتماعي. فماذا نقصد بالتصورات الاجتماعية؟ وكيف نشأت؟ وما هي العوامل المؤثرة في عملية إنتاج وبناء التصور الاجتماعي؟ وكيف تتكون التصورات؟

أولا: تعريف التصور:**1. التصور أو التمثل في اللغة:**

1.1 التمثل في اللغة العربية من يمثل مثولا، ومثل التماثيل أي صورها، ومثل الشيء بالشيء أي شبهه به، وكذلك من تمثل، يتمثل تمثلا، وتمثل الشيء به بمعنى تصور له وتشخصه كقوله تعالى: (فأرسلنا إليها روحنا فتمثل لها بشرا سويا) (سورة مريم الآية 14).

وتمثل بالشيء: ضرب مثلا، وتمثل به: تشبه به.

2.1 وفي لسان العرب يعرف ابن منظور التمثل بقوله: أنه من مثل له الشيء أي صوره حتى كأنه نظر إليه وأتمثله أي أتصوره، ومثلت له كذا تمثيلا إذا صورت له مثاله بكتابة أو غيرها، وتمثيل الشيء بالشيء يعني تشبيها به.

3.1 وفي المعجم الفلسفي: فإن التمثل والتمثيل متقاربان وهما يشتركان في أمرين أحدهما حضور صورة الشيء في الذهن، والآخر قيام الشيء مقام الشيء، " فهو تصور الشيء تخيله، وتصور له الشيء، صارت له عنده صورة"¹.

4.1 وعن مفهوم التصور في قاموس *le grand Larousse* فهو إحضار أو حضور الشيء ومثوله أمام العين، أو في الخيال إما بواسطة الرسم أو النحت أو اللغة أثناء الكلام².

5.1 ولا يبتعد *George du Hummel* عن هذا التفسير حيث أنه يقول إذا كان أصدقاؤك ثلاثة وعشرين فإن لديك عنهم ثلاثة وعشرين تصورا.

6.1 أما قاموس *le petit robert* فيعرف التصور بأنه إحضار، عرض مثل أمام العين، تقديم موضوع أو فهم غائب عن الذهن بإثارة صورته كي تظهر بواسطة موضوع آخر يشبهه أو يماثله³.

والتمثل يعني أيضا التشبيه بصورة أو بكتابة أو بغيرهما، وفي التخصصات الأخرى نجد له معان مختلفة:

أ. ففي الفلسفة: يعني إدراك المعاني المجردة.

ب. أما في الطب: فالتمثل يعني كل ما له علاقة بالحمل وتكون كائن جديد في رحم الأم إثر عملية الإخصاب.

ج. وفي *didactique*: يعني تكون المفهوم أو فكرة عامة في ذهن الإنسان.

1 جميل صليبا، المعجم الفلسفي، ج1، الكتاب اللبناني، بيروت- لبنان، 1982، ص 282

2 le grand dictionnaire, Larousse, paris, 1995,

3 Robert, petit, dictionnaire de robert an alphabétique et analogique de la langue française, paris ,ed- bordas, 1983, p .

نستخلص من التعاريف السابقة أن التمثل يستلزم توفر عنصرين أساسيين هما: الغياب والذي يعد عنصرا هاما وضروريا لكل تمثّل، والصورة التذكارية التي تقفز إلى الذهن بواسطة موضوع آخر يشبهه أو يماثله أو بعبارة أخرى بواسطة موضوع بديل، وهذا ما يذهب إليه *Nikola dédisse*.

فالتمثل بهذا المعنى يعتبر عملية ترتكز على استحضار شيء أو مفهوم أو صورة غائبة، وبمعنى أدق عملية استحضار صورة موضوع غائب.

2. المدلول الاصطلاحي لمفهوم التصورات الاجتماعية:

1.2 يعرف *Emile Durkheim* التصورات بقوله: إنها ظواهر تتميز عن باقي الظواهر في الطبيعة بسبب ميزاتها الخاصة... بدون شك فإن لها أسبابا وهي بدورها أسباب... إن نتاج التصورات لا يكون بسبب بعض الأفكار التي تشغل انتباه الأفراد ولكنها بقايا لحياتنا الماضية، إنها عادات مكتسبة، أحكام مسبقة، ميول تحركنا دون أن نعي، وبكلمة واحدة إنها كل ما يشكل سعادتنا الأخلاقية¹.

2. أما *Moscovici*: فيرى أن التصورات عبارة عن شكل من أشكال المعرفة الخاصة بالمجتمع، إنها نظام معرفي وتنظيم نفسي، كما تعتبر بمثابة جسر بين ما هو فردي وما هو اجتماعي إذ تسمح للأفراد والجماعات بالتفاهم بواسطة الاتصال والذي يدخل في بنية ديناميكية المعرفة².

فالتصور حسب وجهة نظره إعادة الشيء للوعي مرة أخرى، رغم غيابه في المجال المادي وهذا ما يجعله عملية تجريدية محضة إلى جانب كونه عملية إدراكية وفكرية، وعليه فإنه يرى أن التمثل يلعب دوره في تكوين التواصل والسلوكيات الاجتماعية.

وفي تقديمه للكتاب الصحة والمرض تحليل لتصور اجتماعي لـ *Claudine herzlitch* نجد *Moscovici* يعرف التصور الاجتماعي بأنه: " نظام قيم ومفاهيم وممارسات تتعلق بمواضيع

1 Durkheim Emile, sociologie et philosophie, paris, édition puf,1967, p 113.

2 Moscovici serge, les représentations sociales in le grande dictionnaire de psychologie, Larousse, 1992, p 668.

ومظاهر أو أبعاد للوسط الاجتماعي والتي تسمح ليس فقط باستقرار وتوازن إطار حياة الأفراد والجماعات، بل تشكل أيضا وسيلة لتوجيه المواقف وبناء الاستجابات¹.

3.2 وبالنسبة لـ **أبريك**: فهو يعرف التصور بأنه حصيلة لنشاط عقلي يقوم بواسطته فرد أو جماعة بإعادة بناء الواقع الذي يواجههم وإعطائه معنى خاص².

4.2 وفي هذا السياق ترى **جودلي**: أن مفهوم التصورات يكتسي بعدا اجتماعيا، فالتصورات هي أنظمة تفسير علاقتنا مع العالم ومع الآخرين، كما توجه وتنظم سلوكياتنا واتصالاتنا الاجتماعية، إن التصورات هي ظواهر معرفية تعبر عن الانتماء الاجتماعي للأفراد من خلال إستدماجهم لممارسات وخبرات ونماذج سلوكية وفكرية.

وإذا ما قمنا بتحليل هذا التعريف نجد أن مفهوم التصورات الاجتماعية يركز على عمليتين أساسيتين حيث تتمثل العملية الأولى في أن التصور عملية معرفية، أما العملية الثانية فهي العملية الاجتماعية أي الإنتاج الاجتماعي للتصور، وهذا ما أطلق عليه **barje et louckman** عملية البناء الاجتماعي للحقيقة.

5.2 أما التصور الاجتماعي لدى **فيشر**: فهو بناء اجتماعي لمعارف عادية تهيئ من خلال القيم والمعتقدات، ويتقاسمها أفراد جماعة معينة، وتدور حول مواضيع مختلفة (أفراد، أحداث...)، وتؤدي إلى توحيد نظرتهم للأحداث كما تظهر أثناء التفاعلات الاجتماعية³.

1 سليمان بومدين، التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر حالة مدينة سكيكدة، رسالة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي، قسم علم النفس والعلوم التربوية بكلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، 2004، ص 14.

2 Abric Jean Claude, coopération, Compétition et représentations sociale, causs et delval, 1988, p 64.

3 Fischer Gustave Nicolas, les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, dunod, Montréal, 1993, P 118.

6.2 إن التصورات الاجتماعية من وجهة نظري جياكومو : تشكل نماذج تفسيرية تصنف العلاقات بين مختلف الأشياء في البيئة¹.

7.2 ويرى فرنسوا لابلاتين: أن التصورات الاجتماعية هي التقاء الخبرة الفردية بالنماذج الاجتماعية حول طريقة تناول الواقع، إنها معرفة يبنها أفراد مجتمع معين حول جزئية من وجودهم أو وجودهم برمته، إنها تفسير اجتماعي للأحداث بحيث يصبح بالنسبة للأفراد المنتمين لذلك المجتمع الحقيقة ذاتها².

8.2 أما التصور حسب سيلامي: فهو جعل الشيء حاضرا في الذهن وهو ليس مجرد إرجاع صورة بسيطة للواقع، وإنما هو بناء لنشاط ذهني، إذن التصور ليس مجرد إرجاع صورة مطابقة للواقع، وإنما هو إعادة بناء وتشكيل ذهني لعناصر المحيط³.

9.2 والتصور عند ماري دجوزي *marie djozie*: كطريقة للاستحضار على مستوى الذاكرة يستحضر موضوعا غائبا لا واقعا أو غير ممكن للإدراك بشكل أو بطريقة مباشرة، إلا أن الوعي بهذا الموضوع يتم بكيفية عقلانية، فعملية التصور إذن، هي عملية يتم فيها "إحياء منبهات أو مثيرات بذهن الفرد غير قائمة أمامه وقت قيامه بعملية التصور"⁴.

وفي جانب آخر نشير أن التمثل ذو أهمية في حياة الطفولة ذلك أن التمثل الاجتماعي ميكانيزم ذو أهمية قصوى في ميدان الطفولة من عدة جوانب، فهو أداة للإدراك تساعد الطفل على قراءة وتأويل ما يكتشفه عن العالم والاجتماع بواسطة حواسه وممارساته وخبراته لإعطائه المعنى والقيمة الذين يحددهما له المحيط الاجتماعي في سياق علاقاته وتفاعلاته مع الآخرين، ومن هنا كان التمثل أداة للتنشئة الاجتماعية والتواصل في المجتمع وهذا ما يؤكد *جان بياجيه* و*موسكوفيسي*، حيث يذهب هذا

1 سليمان بومدين، مرجع سبق ذكره، ص 15.

2 المرجع نفسه، ص 16.

3 Sillamy n, dictionnaire de psychologie, paris, ed- bordas, 1983, p 590.

4 فرج عبد القادر طه، وآخرون، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط1، دار سعاد الصباح، الكويت، 1993، ص 208.

الأخير إلى أن التصور يعتبر ميكانيزما هاما جدا يستعمله الطفل أثناء نموه المعرفي، وهو أداة للمعرفة يسمح للطفل بإعطائه تفسيراً لما يكتشفه في الوسط الفيزيقي الخارجي والوسط الاجتماعي انطلاقاً من خبراته وحركاته، فالتصور من هذا المنطلق أداة اتصال وتبادل وتنشئة اجتماعية¹.

وأن عملية التصور تحدث من خلال التغير في التراكيب المعرفية نتيجة لعمليتي التمثل والتكيف وذلك عندما يتعرض الفرد لخبرة جديدة ويحتاج إلى دمجها في بنائه المعرفي حيث يحدث لديه اختلال في التوازن العقلي فيلجأ إلى استخدام العمليتين السابقتين التكيف والتمثل ليعيد التوازن لبنائه المعرفي².

وفي نفس السياق يذهب **برونر Brauner** - أحد علماء النفس المعرفيين - إلى أهمية التصور لدى الطفل، غير أنه ركز على أهمية البيئة في التعلم وعلى الخبرات الموجهة كمدخل لتنمية تفكير الطفل والأفراد عموماً، مركزاً في ذلك على عنصر البناء الذي يستقبل فيه الطفل الخبرات، وقد أطلق عليه مفهوم التمثلات، وهي حسب رأيه "تمثل الطرق التي يتمثل فيها الطفل الخبرة التي يواجهها، والطريقة التي يخزن بها المعرفة التي يتفاعل معها، لذلك يعتبر التمثيل المعرفي هو البناء الذي يمثل وحدة نمو الفرد في مجال خبرة ما، وتقاس خبرات الفرد بما لديه من تمثيلات معرفية، كما يمكن مقارنة خبرات الأفراد بما لديهم من تمثيلات"³. ومن ثم فهو يذهب إلى أن الفروق في ذكاء الأطفال ترجع إلى فروق في تمثيلاتهم المعرفية وأن سبب الاختلافات ترجع إلى المتغيرات والمثيرات البيئية.

10.2 وعن **ميشال جويلي Michelle Julie**: فالتصور لديه يرتبط بالتفاعل على أساس أنه إنتاج اجتماعي من طرف الأفراد يتحول إلى شكل للتعبير، وهكذا يكون التمثل اجتماعياً عندما تنقسمه مجموعة من الأفراد عندما يتم إنتاجه بشكل جماعي، بمعنى أنه ينتج من تفاعل جماعي يكون التمثل تعبيراً عنه.

1 Fischer Gustave Nicolas, op.cit., 1993, P 125.

2 جمال مقال القاسم، علم النفس التربوي، ط1، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان - الأردن، 2000، ص 130.

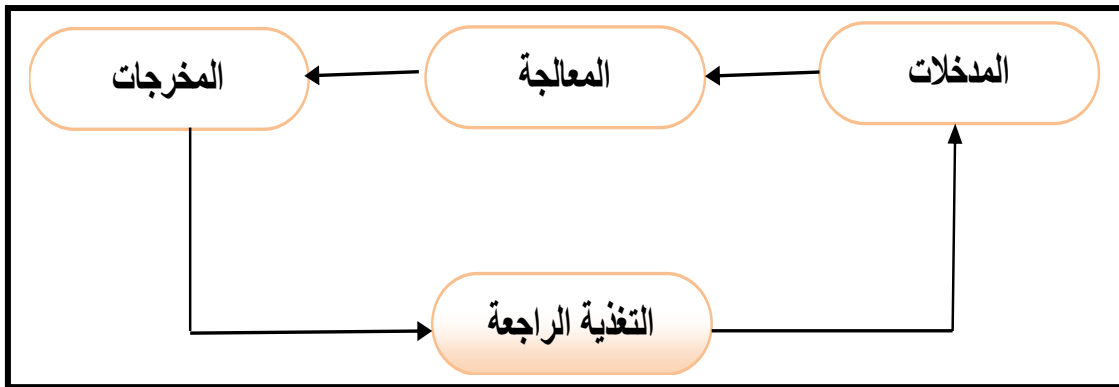
3 يوسف قطامي، تفكير الأطفال وتطوره وطرق تعليمه، ط1، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان، 1990، ص 255.

ومما سبق ذكره يعتبر التمثل نوعاً من المعرفة الاجتماعية المتداولة بين الأفراد في شكل رموز ومفاهيم كانت نتيجة للتفاعل الاجتماعي، وبهذا المعنى يصبح التمثل موجه لسلوكنا اليومي ويسمح لنا بفهم العالم المحيط من حولنا ومن ثم نجد لها ضرورة في حياتنا الاجتماعية، وعليه يمكن أن نستنتج أن الهدف من التمثل الاجتماعي هو "تحقيق أكبر درجة من التشابه والترابط بين الأفراد باعتباره الطريق إلى التماثل التام"¹.

فالتصور الاجتماعي عملية يتفاعل فيها الأفراد والجماعات حيث تكون نتيجة هذا التفاعل انصهار الثقافات الفرعية في تيار الثقافة القومية، وعملية الانصهار هذه تتم أو تتحقق بعد حدوث التغيير في عناصر الثقافات الفرعية باتجاه الثقافة القومية باعتبارها الثقافة المسيطرة.

وسنقوم بترجمة التعاريف السابقة في الشكل التالي، وبما أن التصورات الاجتماعية وصفت على أنها أنظمة معرفية، فهي إذن تمثل نظاماً مفتوحاً يتضمن العناصر التالية:

شكل رقم (1) يوضح عناصر النظام

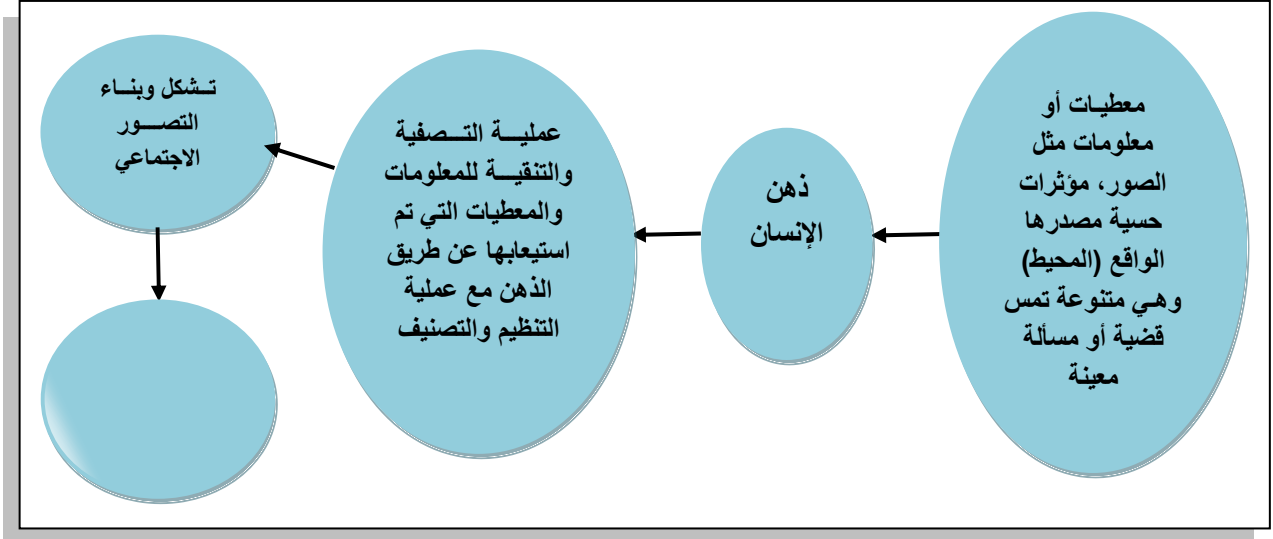


المصدر: حسين حريم، مبادئ الإدارة الحديثة (النظريات - العمليات الإدارية - وظائف المنظمة)، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 70.

1 فرج عبد القادر طه، وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 248.

ووفقا لهذا النظام سنشرح كيف تتم عملية تكوين التصور الاجتماعي في الشكل التالي:

شكل رقم (2) يوضح مسار عملية تكون التصور الاجتماعي



المصدر: الخضر بن عبد الباقي محمد، الصورة الذهنية لإفريقيا والأفارقة عند العرب، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الإعلام، جامعة القاهرة، مصر، 2002، ص 19.

ويمكن تفسير النموذج في النقاط الآتية:

1. يتحصل الفرد على العديد من المعلومات والمعارف والمعطيات من خلال احتكاكه بالواقع الذي يعيش فيه وتفاعله مع أفراد واتصاله بهم، وقد يكون هذا الاتصال شخصيا كما قد يكون عن طريق وسائل الإعلام، فكل شخص منا يقوم بعملية استقبال وتلقي واستيعاب هذه المعلومات والمعارف التي يكون مستودعها في الأخير ذهن الإنسان.

2. وبعد عملية التلقي كعملية أولى تبدأ العملية الثانية والتي من خلالها يتم إخضاع هذه المعلومات للمعالجة أين يتم اختبارها، وهذا ما يصطلح عليه بعمل التصفية الذهنية والتي تخضع لعدة عوامل أو ظروف ذاتية، حيث تتدخل نفسية الإنسان وظروفه البيولوجية والعاطفية فهذه صفات وسمات شخصية تتحكم في معالجة المعلومات كما تتحكم ظروف أخرى كالظروف الاجتماعية والتي منها علاقات الفرد الاجتماعية ومعتقداته وتقاليد وأعرافه وانتماءاته.

3. وتأتي المرحلة الثالثة والتي يتم فيها تحديد مكان أو فئة التصنيف والمجموعة التي تنظم إليها القضية في الذهن.

4. والمرحلة الأخيرة وفيها يتم بلورة وتشكل التصور الاجتماعي من خلال عملية التصنيف السابقة وحينها فقط يمكن استدعاء التصور الاجتماعي كلما دعت الحاجة إلى ذلك.

إن ما تطرقنا إليه سلفاً يؤكد لنا أن التصور الاجتماعي عبارة عن نظام معرفي قائم بذاته وأن حدوثه ليس عشوائياً وإنما تتدخل في بنائه العديد من العمليات العقلية كالذكاء، التخيل، الإدراك، والذاكرة كما تتدخل في تكوينه عوامل وظروف أساسية منها ماله علاقة بالجانب الذاتي الشخصي ونقصد بذلك نفسية الإنسان وعاطفته وجوانبه البيولوجية وكذا عوامل اجتماعية لها علاقة بالبناء الاجتماعي ككل.

وبعد معرفة الكيفية التي يتم عن طريقها تكون التصور سندرج في الآتي بعض النقاط التي ستسمح لنا بتوضيح هذا المصطلح بشكل أفضل.

1- التصورات الاجتماعية تربط الفرد بموضوع التصور:

إن موضوع التصور والشخص الذي يقوم بعملية التصور يرتبطان ببعضهما ارتباطاً وثيقاً، إذ كيف تحدث عملية التصور إذا لم يكن هناك موضوع أو مسألة تستدعي التصور مع وجود الشخص القائم بالتصور، والعكس صحيح إذ لا نستطيع تصور موضوع ما دون وجود الشخص القائم بالتصور، وعليه فالتصور الاجتماعي هو تصور يقوم به شخص ما إزاء قضية أو موضوع ما في المجتمع ويترتب على ذلك أن يتأثر التصور بخصائص كل من الموضوع المتصور والشخص المتصور، وهذا يدل على أن الشخص حينما تتوفر لديه خصائص الموضوع يقوم بعملية بنائها من جديد وفقاً لخصائصه هو، وهذا ما تذهب إليه نظرية التصورات الاجتماعية والتي تعتبر أن الحقيقة الموضوعية غير موجودة، وأن كل حقيقة هي حقيقة متصورة بمعنى أنه قد تم إعادة بنائها انطلاقاً من خصائص الشخص المتصور، ومن ثم تصبح الحقيقة التي تم إعادة بنائها من الشخص المتصور هي الحقيقة ذاتها.

2- التصورات الاجتماعية هي بناء معرفي اجتماعي:

في التعريف الذي قدمه *Moscovici* للتصور الاجتماعي وجدناه يرى أن التصور الاجتماعي يعتبر بمثابة جسر بين ما هو فردي وما هو اجتماعي، فهو من هذا المنطلق يؤكد أنه مفهوم مشترك فهو ليس نشاطا نفسيا بحتا كما أنه ليس نوعا من أنواع التفكير الاجتماعي بل إنه الاثنين معا.

هذا يعني أن التصور عملية يقوم فيها الفرد بإعادة بناء المواضيع التي استوعبها من واقعه في ذهنه، وبحسب خصوصيته وطريقته وبطبيعة الحال أن التصور الاجتماعي لا يتأثر فقط بخصوصية الشخص المتصور بل حتى بالظروف الاجتماعية التي يتشكل ضمنها كالقيم والإيديولوجيات والمعايير الاجتماعية التي يتم اكتسابها من خلال التفاعل والاتصال بأفراد المجتمع.

إن، فالتصور نمط معرفي أي أن الفرد هو من يقوم بهذا بإعادة بناء الموضوع المتصور وفقا لخصائصه هو، وبعد أن تتوفر له خصائص الموضوع المتصور هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يعتبر التصور عملية وإنتاجا اجتماعيا، فمن حيث كونه عملية فهو يتم أثناء عملية التفاعل والتبادل والاتصال الاجتماعي، كما يعتبر الفرد القائم بعملية التصور إنتاجا اجتماعيا أي أن هذا الشخص المتصور قد تمت تربيته وتنشئته وتكوينه انطلاقا من معايير وقيم الجماعة والوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه، فالتصورات من هذا المنطلق جاءت نتيجة للعلاقات الاجتماعية القائمة في المجتمع، وهذا ما يجعلها ذات صبغة اجتماعية.

3- التشابه والاختلاف في التصورات:

إن التصورات الاجتماعية ما هي إلا أسلوب ترجمة واقعنا اليوم، فهي باختصار المعرفة الاعتبارية أو الساذجة التي تهم العلوم الاجتماعية والتي اعتدنا على تسميتها بمعرفة الحس العام أو التفكير الطبيعي على خلاف التفكير العلمي.

هذه المعرفة التي تشكلت لدينا من خلال تجاربنا والمعلومات والمعارف وأنماط نماذج التفكير التي نتلقاها وتنقل إلينا بواسطة مؤسسات التنشئة الاجتماعية، وحسب تعبير كل من *lukmen et berger* سنة 1966م من أن التصورات الاجتماعية تقدم لنا معرفة علمية حيث تعطي قيمة ومعنى

للأحداث والأفعال التي تصبح عامة، وتساهم في البناء الاجتماعي لواقعنا. وما دام أن التصورات تتموقع بين ما هو نفسي وما هو اجتماعي، فإنها لن تكون دائما مشتركة بين أفراد المجتمع فالجماعة الاجتماعية المختلفة لا تتقاسم بالضرورة نفس القيم والمعايير والأيديولوجيات ولا نفس الخبرات العملية، وهذا ما يفسر النقاشات الاجتماعية الحادة حول قضايا البيئة كالنقاشات حول المدرسة من حيث إيجابياتها وسلبياتها وأساليب معالجة مشكلاتها وإصلاحها، فاتجاهنا ومواقفنا حول هذه القضية تتوقف إلى حد بعيد على تصوراتنا حول التربية والثقافة والمعلم... ومن ثم فالتصورات الاجتماعية تحمل من جهة طابع الانتماء الاجتماعي للأفراد الذين يحملونها فهي ضمان لهويتهم، ومن جهة ثانية تسمح لهؤلاء الأفراد بالتميز عن الآخرين الذين لا يحملون نفس التصورات ويبدون لهم وكأنهم مختلفون، فالتصورات الاجتماعية إذن قد تتشابه بين أفراد المجتمع وقد تختلف أحيانا أخرى بسبب تدخل عوامل نفسية واجتماعية وبحسب طبيعة الشخص في حد ذاته وطريقة تقبله واستيعابه للمعلومات والمعارف التي تعترضه في المجتمع الذي يعيش فيه.

ثانيا - تاريخ التصورات الاجتماعية:

إن المتتبع لتاريخ ونشأة التصورات الاجتماعية يجده مرتبطا بمصطلح آخر ألا وهو الصورة النمطية والذي يطلق عليه في اللغة الإنجليزية " *stéréotype* " وبالتالي فإن مفهوم التصورات الاجتماعية يعد من المفاهيم ذات الصلة بمفهوم الصورة النمطية¹.

إن أول من أدخل مفهوم الصورة النمطية إلى علم النفس العالم *ليمان* سنة 1922، وقد احتل هذا المفهوم مكانة هامة في علم النفس الاجتماعي بوجه خاص، واشتق هذا المصطلح من عالم الطباعة حيث تستخدم هذه الكلمة للإشارة إلى قالب يعد للطباعة ويصعب تغييره بعد صنعه².

1 روبرت ماكليفن، ريتشارد غروس، مدخل إلى علم النفس الاجتماعي، ترجمة ياسمين حداد، وآخرون، ط1، دار وائل للنشر، عمان - الأردن، 2002، ص223.

2 المرجع نفسه، ص 223.

وسنحاول التعرض إلى النظريات والبحوث المتعلقة بأصول الصورة النمطية الثقافية والاجتماعية لكي نفهم أكثر التصور الاجتماعي ومن بينها الآتي:

1. النظرية الضمنية في الشخصية والارتباطات الوهمية:

أظهرت إحدى الدراسات التي أجراها *آش* سنة 1946م في مجال الإدراك الاجتماعي أن الناس يتجاوزون المعلومات التي تعطي لهم عن شخص ما، ويصلون إلى استنتاجات حول ذلك الشخص تتجاوز حدود المعلومات المعطاة حيث وجد *Asch* أننا إذا وصفنا شخصا بأنه ذكي ودود وعملي،... فإن الناس يصلون إلى استنتاج أن ذلك الشخص بالضرورة يتصف بالمتابعة والالتزان والثبات والاستقامة، بمعنى أننا نميل إلى أن نعزو إليه صفات إيجابية أخرى مما يخلق هالة إيجابية حوله، والعكس صحيح أي إذا كان الشخص يمتلك صفة غير مرغوبة كأن يكون جافا فإننا نعزو إليه صفات أخرى غير مرغوبة مما يخلق حوله هالة سلبية وهذا ما أطلق عليه *آش* "أثر الهالة"، فضلا عن وجود بعض الصفات التي لها الأثر الأكبر من غيرها على انطباعنا عن الشخص الموصوف، فعلى سبيل المثال صفة ودود ونقيضها جاف تؤثران في الانطباعات عن الأشخاص الموصوفين أكثر من وصف مسابير ونقيضها غير مسابير، مما أدى بـ *آش* إلى أن يطلق مصطلح " السمات الهامشية " بالإشارة إلى الصفات الأقل تأثيرا، ومصطلح "السمات المركزية" للإشارة إلى الصفات المؤثرة.

ويرى *برونر وتاغايوري* سنة 1954م أن إدراكنا للآخرين لا يقوم على معرفة حقيقتهم في الواقع وإنما يقوم على نظرية عامة أو توقعات تشكلها حولهم، وبمعنى آخر كل منا يحمل أفكارا بشأن السمات الشخصية التي ترتبط أو تتسق مع سمات شخصية أخرى، ونستخدم هذه الأفكار لملء الفجوات في تصوراتنا عن الآخرين أو في تمثيلاتنا الذهنية لهم، وقد استخدم الباحثون مصطلح **النظرية الضمنية** في الشخصية لوصف عمليات الاستنتاج اللاشعورية التي تمكننا من تشكيل انطباعات عن الآخرين بناء على أدلة محدودة جدا بشأنهم.

والنظرية الضمنية في الشخصية حسب *برونر وتاغايوري* تكون مشتركة بين أفراد الثقافة الواحدة، وهذا ما يفسر لنا لماذا يعتقد كثير من الناس أن العيون الواسعة دليل على الانبساطية وأن الشفاه الممتلئة تدل على الشراهة وأن للأذكاء جماجم أكبر من الأشخاص العاديين، ونظرا لأن هذه

الاعتقادات تظل راسخة في اعتقادات الناس على الرغم من الأدلة المناقضة لها فقد اصطلح على وصفها "بالارتباطات الوهمية" من حيث أنها تقوم على افتراض وجود ارتباطات بين سمات شخصية وبين سمات شخصية أخرى.

"وبالرغم من أن نظريتنا الضمنية في الشخصية تشتق جزئياً على الأقل من خلفيتنا الثقافية، إلا أن الخبرات الشخصية القائمة على التفاعل مع الناس وعلى الوصول إلى أحكام بشأنهم تزودنا بمنظومة من الافتراضات والاستنتاجات الخاصة، التي قد نشترك فيها مع الآخرين، مثال ذلك إذا سمع طالب في صف ما أن الطالب الجديد شخص مفعم بالحيوية فقد يشعر إزاءه بشعور يختلف عن شعور طالب آخر يمتلك خبرة شخصية مختلفة بشأن الناس الذين يتصفون بالحيوية"¹، ويمكن القول مع **أبراهام وستانلي** سنة 1922م أننا نشترك في نظرية أساسية حول الآخرين من خلال لغتنا ولكننا نطور قدرنا من الاختلاف فيما بيننا بناء على خبرتنا الاجتماعية الخاصة.

2. الصورة النمطية والتنميط:

يمكن تعريف الصورة النمطية الاجتماعية على أنها تصورات مجردة بالغة التبسيط والتعميم يحملها الناس عن جماعاتهم أو عن جماعة أخرى، ففي النظرية الضمنية في الشخصية تفقد معلومة واحدة عن الشخص إلى استنتاجات عن مظاهر أخرى من شخصيته، أما في التنميط فتتحدد المعلومة المولدة للاستنتاجات في جانب بارز لدى الشخص المعين مثل جنسه، أو العنصر الذي ينتمي إليه أو قوميته، فتولد تلك المعلومة أحكاماً بأن أي فرد ينتمي إلى الجماعة المعينة يتصف بخصائص شخصية معينة تمثل صورة نمطية للفرد، وبأن جميع الأفراد الذين ينتمون إلى تلك الجماعة يمتلكون خصائص مشابهة تمثل صورة نمطية للجماعة.

ومن البحوث التي أجريت على الصورة النمطية، البحث الذي قام به كل من **كاتز وبيبرلي** سنة 1933م، حيث طلبا من مجموعة من طلبة جامعة **برنستون** الإشارة إلى خمس أو ست كلمات من قائمة مكونة من (84) صفة شخصية وكل صفة من هذه الصفات ترتبط ارتباطاً وثيقاً بكل جماعة من

1 روبرت ماكليفين، ريتشارد غروس، مرجع سبق ذكره، ص 225.

(10) جماعات عرقية (تمثل الألمان، الزوج، اليهود والأترك). واعتمد الباحثان الاتفاق بين الطلبة كمعيار لوجود صورة نمطية فإذا اتفق (75%) أو أكثر من الطلبة على القول بوجود صفة الطاعة لدى الجماعة المعينة، أخذ ذلك كدليل على وجود صورة نمطية لتلك الجماعة¹.

وأكدت النتائج التي وصلت إليها هذه الدراسة على وجود درجة عالية من الاتفاق بين الطلبة في أحكامهم على الجماعات المختلفة وبشكل يتفق مع الصور النمطية التقليدية، وبخاصة ما يتعلق منها بالسمات المهنية على سبيل المثال وصف الزوج بالكسل والجهل بينما وصف اليهود بالدهاء والجشع والطمع، الملاحظ وعلى سبيل رأي الباحثين أن الطلبة يفترض أنهم تمثلوا الصور التي تعكسها وسائل الإعلام عن تلك الجماعات وأن هؤلاء الطلبة لم تكن لهم علاقة شخصية بأعضاء الجماعات العرقية الأخرى، ولقد استخدمت نتائج هذه الدراسة للمقارنة بين الجماعات العرقية المختلفة من حيث المرغوبية.

حيث ظهر في الثلاثينات أن الصورة التي يحملها الأمريكيون عن الأترك سيئة بينما كانت الصورة التي يحملونها عن أنفسهم أفضل الصور حيث تضمنت أوصافاً مثل الجد والذكاء، غير أن هذه الصورة قد تغيرت عبر الزمن حيث كشف بحث *كارلنر* وزملاؤه سنة 1969م أن صورة الأمريكيين قد أخذت في التغير أيضاً فقد أصبح ينظر إليهم سنة 1967م على أنهم يتصفون بالمادية ولا يتصفون بالكثير من الجد والذكاء عكس ما كان ينظر إليهم في سنوات الثلاثينات، ونفس الشيء يقال عن المرغوبية الاجتماعية للجماعات العرقية، حيث تحسن وضع الأترك عام 1967م من حيث المرغوبية الاجتماعية، بينما خسر الأمريكيون شيئاً من مكانتهم السابقة.

الملاحظ عن الأبحاث السابقة أنها تؤكد على أن الصور النمطية تتغير بتغير الظروف والأوضاع والزمن أيضاً، وبالرغم من أن البحوث السابقة مثيرة للاهتمام، إلا أن النقد الموجه إليها هو أنها ترغم الناس على إجراء الأحكام مما قد يدفعهم إلى الاستجابة بالشكل المرغوب اجتماعياً، كما يلاحظ عن الأبحاث أنها بينت أن الطلبة أصبحوا أقل قبولاً للقيام بمثل هذه المهمات والتي تتطلب

1 روبرت ماكليفين، ريتشارد غروس، مرجع سبق ذكره، ص 227.

منهم تعميم صفات على أفراد لمجرد انتمائهم لجماعة معينة، ولقد أشار *رازان* أن عدم معرفة المشاركين في دراسة بأنهم يخضعون لدراسة حول التتميط بدؤوا يطمنون إلى استجابتهم تخلص من تأثير المرغوبة الاجتماعية.

3. تفسير التتميط فرضية بذرة الحقيقة:

وفي هذا الصدد يطرح التساؤل التالي: كيف تظهر الصور النمطية التي نحملها عن الآخرين إلى حيز الوجود؟ إن "الصورة النمطية تنشأ من مصدرين هما: الخبرة الشخصية بالآخرين موضوع الصورة من جهة، ونقل هذه الخبرات للآخرين من جهة أخرى"¹، وهذا ما يذهب إليه *Campbell* سنة 1967م فعلى سبيل المثال إذا كانت النظرة النمطية للألمان أنهم مجدون فهذا يعني أن أحد الناس قد لاحظ ذلك في الواقع، ونفس الشيء يقال على الاسكتلنديين فإذا كانت النظرة النمطية إلى الاسكتلنديين أنهم مقتصدون جدا فلا بد أن أحد الناس قد رأى ذلك في أحد الاسكتلنديين الذين تعامل معهم.

فالصورة النمطية التي تعزى إلى جماعة ما، لا بد من وأن تكون قد جرت ملاحظتها لدى عضو واحد على الأقل من أعضاء تلك الجماعة، وتؤدي عملية الاتصال التي يتم من خلالها نقل الملاحظة إلى الآخرين إلى إنشاء الصورة النمطية في عقول الناس، وبناء على ذلك تأخذ الصورة النمطية طريقها إلى حيز الوجود نتيجة للخبرة المباشرة بالأشخاص موضوع الصورة، فالاستنتاجات التي يصل إليها الناس بشأن الآخرين تعتمد على خبراتهم الشخصية مع أولئك الآخرين، وهذا ما أكده *فاغنر* وزملاؤه في إحدى دراساتهم سنة 1967م، حيث توصلوا إلى أن الخبرات السابقة بالأشخاص وصفاتهم يمكن أن تغير من توقعاتنا بشأن السلوك الاجتماعي للناس.

4. طبيعة التتميط هل هو ذو طبيعة سوية أم غير سوية:

انقسم الباحثون في هذا المجال إلى تيارين أحدهما ينادي بإيجابية الصورة النمطية ومن هؤلاء *بيرزلاين* سنة 1933م الذي يقول "إن الصور النمطية تعكس حاجة البشر إلى تنظيم المعلومات

1 روبرت ماكليفن، ريتشارد غروس، مرجع سبق ذكره، ص 229.

وتذكرها واستدعاؤها مما قد يكون مفيدا لهم في سعيهم إلى تحقيق الأهداف ومواجهة متطلبات الحياة¹.

وهو بذلك يؤكد على أن الصور النمطية مؤشر دال على السواء وليس العكس، كما يذهب أصحاب التيار الثاني من علماء النفس في أمريكا الشمالية أمثال *katz et braly* سنة 1933م الذين لديهم نظرة سلبية اتجاه الصور النمطية باعتبارها مغلوطة وغير منطقية، أضف إلى ذلك أنهم يصفون أفراد المجتمع الذين يلجئون إلى استخدامها على أنهم متعصبون واعتبروهم مرضى وغير أسوياء، فضلا عن وجهة نظر كل من *تايلور وبورتر* سنة 1994م التي تعتبر الأيديولوجية السياسية كأحد الأسباب الرئيسية في سخط الأمريكيين على الصور النمطية ورجبتهم في تخليص وإنقاذ المجتمع من شرورها، حيث تذهب هذه الأيديولوجية إلى أن كل من يعيش في أمريكا هو أمريكي أولا وقبل كل شيء بغض النظر عن موطنه الأصلي وأصوله العرقية والثقافية، وأن أمريكا مكان تتصهر وتذوب فيه كل الفوارق بين الناس وتفضي إلى ثقافة واحدة هي الثقافة الأمريكية، ومن ثم فإن الصور النمطية والتفرقة بين الناس تعد خروجاً على هذه الأيديولوجية.

وعليه فالتضاد واضح بين وجهة النظر الأوروبية ووجهة النظر الأمريكية حول الصور النمطية حيث نجد علماء النفس الاجتماعي في أوروبا يرون أن من يعيش في الإطار الثقافي الأوروبي يعتبر تصنيف الناس في جماعات شيئاً عادياً، ويألف ويعتاد التنوع والاختلاف بين الناس واعتزازهم بهوياتهم، ومن أهم رواد هذا التيار *هنري و تاجفل* الذي يذهب إلى أن عملية التتميط يمكن النظر إليها كنتيجة طبيعية لعمليات معرفية عامة لدى البشر غير المتعصبين بالضرورة، فهو يعتبر التتميط حالة خاصة من حالات التصنيف تقوم على افتراض أن هناك تشابه واختلاف داخل الجماعات ويطلق على هذه الظاهرة " مبدأ البروز".

ويبقى أن نشير إلى أن الصور النمطية لا تعبر دائماً عن الحقيقة كلها، فليس هناك ما يؤكد أن ما ينطبق على شخص معين بالضرورة ينطبق على الأشخاص الذين ينتمي إليهم فالمسألة نسبية،

1 روبرت ماكلين، ريتشارد غروس، مرجع سبق ذكره ، ص234.

وهذا ما تؤكدته دراسة *makouly et steit* سنة 1978م حيث بينت هذه الدراسة أن وصف الشخص النمطي من جماعة ما بسمات معينة لا يعني أن المستجيب يطلق بذلك تعميماً شاملاً على جميع أعضاء الجماعة دون استثناء، ففي دراستهما كان يتم توجيه أسئلة للمستجيبين تتطلب إعطاء تقدير لنسبة الأمريكيين الذين يمتلكون نوعاً معيناً من السيارات، وبالإضافة إلى هذا النوع من الأسئلة فقد كان يطلب منهم إعطاء تقدير لنسبة الألمان الذين يتصفون بالكفاءة في العمل، وشدة الانتماء القومي، والميل إلى المتعة... وإلى جانب ذلك كان يطلب منهم إعطاء تقدير لنسبة الناس في العالم الذين يتصفون بهذه الصفات، فجاءت نتائج الدراسة تشير إلى أن التقديرات التي أعطيت للألمان لم تصل إلى نسبة 100% مما يؤكد أن الاعتقاد بأن الشخص النمطي في جماعة ما يتصف بصفات معينة لا يعني بالضرورة أن جميع أفراد الجماعة يتصفون بالخاصية المعنية دون استثناء.

وهذا الاعتقاد يعني أن نسبة من يتصفون بالخاصية المعنية من جماعة ما تفوق النسبة المقابلة لدى الناس بوجه عام، وعليه نجد أن الاعتماد على الصور النمطية كأساس ومبدأ لتشكيل الانطباعات عن الأشخاص الغرباء من الطرق المعرفية الأقل كلفة، وعلى العكس من ذلك نجد أن الاعتماد على الخصائص لشخص بعينه أو معالجة المعلومات بناء على الخصائص الملاحظة للشخص المعين من الطرق المعرفية الأكثر كلفة.

فالصور النمطية من هذا المنطلق تمثل طريقة مريحة وسهلة لتبسيط العالم المعقد الذي نعيش فيه، والملاحظ أن البحوث والدراسات استمرت في مجال التمييز باعتباره عملية معرفية سوية خاصة ما يتعلق منها بالتعصب والتمييز، خاصة أن الصورة النمطية تقدم الدليل على الطبيعة الاجتماعية المشتركة للأفكار الاجتماعية فكوننا أفراداً في جماعة نحقق مع الآخرين قدراً من الفهم المشترك للعالم المحيط بنا، غير أن هذا لا يعني أبداً أننا نحمل البنى المعرفية ذاتها أو أننا نصل إلى نفس الآراء ونطلق نفس الأحكام بشأن الآخرين، ومع ذلك نجد كلا من *layenz et dardine* سنة 1996م يلفتان النظر إلى ملاحظة هامة هي وجود عدد من المعلومات والمفاهيم الجمعية المشتركة بين أي مجموعة من الأفراد، وهذا طبعاً يعود إلى طبيعة الحياة الاجتماعية التي نعيشها والتي تتضمن عدد لا يحصى من المعلومات والمعارف والاتجاهات والاتصالات بين الناس.

والملاحظ أن العديد من الدراسات تذهب إلى أن السياق الإيكولوجي الذي يحيط بنا هو الذي يحدد إدراكنا وحتى معتقداتنا الدينية وقناعاتنا حول ما هو صواب أو عكس ذلك، وهذا ما يطلق عليه التصورات الاجتماعية الذي يعد كلا من *إيميل دوركايم* و*موسكوفيسي* من الأوائل الذين استخدموا هذا المصطلح في أبحاثهم ودراساتهم حيث يذهب *موسكوفيسي* إلى أن التصورات الاجتماعية منظومة من المفاهيم والمقولات والتعليقات التي تتبثق عن الاتصالات الاجتماعية التي تأخذ مجراها بين الأفراد في سياق الحياة اليومية، ومن ثم تعتبر رؤيته بمثابة الانطلاقة الحقيقية لحركة البحث حول مفهوم التصور الاجتماعي في فرنسا، وهذا ما شجع على عقد الملتقيات وتعدد المنشورات حوله في أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية وباقي دول العالم. أما *إيميل دوركايم* فيعد أول من استخدم هذا المفهوم بداية القرن العشرين حينما قارن بين التصورات الفردية والتصورات الجمعية¹.

حيث نشر مقالا له في مجلة الميتافيزيقا والأخلاق سنة 1898م وذلك انطلاقا من أن *Durkheim* اعتبر التصورات الجماعية موضوعا مستقلا للدراسة مؤكدا في ذلك على خصوصية التفكير الاجتماعي بالنسبة للتفكير الفردي، فهو يؤكد أن التصورات الاجتماعية أكثر حضورا وموضوعية وأصدق دلالة من التصورات الفردية، فكما أن التصورات الفردية لها خصائص تميزها، حيث لا يمكن اختصارها في مجرد عملية فيزيائية كيميائية يقوم بها المخ الذي سببها، والتصورات الجمعية حسب *Durkheim* لا يمكن اختصارها في مجرد مجموع تصورات الأفراد الذين يشكلون المجتمع.

ونشير هنا إلى أن هذا المفهوم قد غاب فترة من الزمن بعد هيمنة المدرسة السلوكية في علم النفس، والتي تقول أن سبب حدوث عملية الإدراك ناتج عن مؤثرات مختلفة على الحواس، وهذه الحواس هي التي تتحول إلى مجموعة صغيرة من الذرات، وأن الكل يتكون من مجموع الأجزاء لا غير، فإذا كل عادة معقدة ما هي إلا مجموعة مترابطة من عادات بسيطة².

1 إحصان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي دراسة تحليلية في طب المجتمع، ط1، دار وائل للنشر، عمان، 2005، ص251.

2 محمد عبيدي، علم النفس العام، دار بوحالة للطبع، الجزائر، 2000، ص32.

وعليه نجد أن التصورات الاجتماعية تركز على دراسة السلوك الموضوعي للإنسان، وهذا السلوك هو الذي يستطيع الإنسان أن يلاحظه ويقيسه أيضاً، وبالتالي فهي تنفي نفياً قاطعاً وترفض التأمل الداخلي أو ما يعرف بالاستبطان، حتى أن أحد أبرز زعماء هذه المدرسة كالعالم *Watson* الذي كان يهدف إلى الوصول بعلم النفس إلى مصاف العلوم الطبيعية التي تعتمد على الملاحظة الموضوعية والتي بدورها تخضع إلى معيار التجريب والقياس، ناهيك عن أنه رفع شعار التخلص من المفاهيم الغيبية التي تعلقت بها النفس كالشعور والوجدان والإدراك... هذا يعني أن *Watson* لم يكن يؤمن بالاستجابات الكامنة الضمنية المعرفية، ورغم أن المدرسة السلوكية قد هيمنت ولفترة طويلة من الزمن إلا أن مفهوم التصور الاجتماعي سرعان ما عاد إلى الوجود كأحد أهم مباحث علم النفس الاجتماعي، كما لا ننسى أن من بين الأسباب التي عرقلت مسار تطور التصور الاجتماعي سيطرة النموذج الماركسي الذي يؤمن بأن إنتاج الأفكار والتصورات يرتبط بالنشاط المادي للناس.

لقد أصبح لمفهوم التصور الاجتماعي مكانة في علم الاجتماع والتاريخ وعلم النفس الاجتماعي والانثروبولوجيا خاصة مع التطور الذي عرفه علم النفس المعرفي وعلم اجتماع المعرفة، لكن التطور الحقيقي لهذا المفهوم حدث في ميدان علم النفس الاجتماعي وعلى يد *Moscovici* الذي اهتم بدراسة الجماعات المختلفة للتحليل النفسي، ونشرت نتائج دراسته في كتابه المعنون بالتحليل النفسي صورته وجمهوره سنة 1961م في هذه الدراسة حاول *Moscovici* أن يفهم كيف تنتشر نظرية علمية لدى الجمهور، وكذا التغيرات التي تطرأ عليها بعد مرور نصف قرن من الزمن، مع الإشارة أنه لا يوجد تصور واحد للتحليل النفسي بل تصورات هذه التصورات التي تختلف في محتواها ومستوى بنائها وتوجهها العام نحو التحليل النفسي، كما تختلف أيضاً حسب الانتماء الاجتماعي.

ثالثاً: محتوى التصورات الاجتماعية:

حسب *Moscovici* فإن تحليل التصورات الاجتماعية يتم وفقاً للأبعاد الثلاثة التالية: المعلومة، حقل التصور وأخيراً الاتجاه وسيتم عرضها مفصلة كالاتي:

1. المعلومة l'information:

في هذا الشأن يمكن أن نورد المثال التالي: حينما يقوم القاضي بعملية الفصل بين المتخاصمين يجب أن تتوفر لديه المعلومات الكافية والمعطيات الخاصة بكل طرف من أطراف النزاع هنا فقط يستطيع أن يقدم حكمه في القضية، أما إذا كانت هذه المعلومات والمعطيات الخاصة بالقضية غائبة فلا يستطيع أبداً أن يفصل في هذه القضية وإن حدث وقدم حكمه في القضية بدون توفر المعلومات عنها فسيكون حكمه خاطئاً لا محالة، وسيلحق الضرر بأحد المتخاصمين أو كليهما، ونفس الشيء يمكن أن يقال على الشخص القائم بعملية التصور، أي لا بد من أن يتوفر لديه قدر من المعلومات والمعارف عن الواقع الذي يعيش فيه، أو لمسألة جزئية منه حتى يتمكن من الإدلاء برأيه اتجاه هذه المسألة أو القضية أو موقفه منها، فبناء التصور لدى أي فرد حول مواقف معينة لا يتم إلا بتوفر كمية من المعلومات وكذا نوعيتها.

وهذا يعني أن المعلومات عبارة عن مجموعة من المعارف التي يكتسبها الفرد حول موضوع ما من خلال اتصاله وتفاعله مع أفراد مجتمعه أو المحيط الذي يعيش فيه، وتلعب الأسرة ومختلف مؤسسات التنشئة الاجتماعية دوراً بارزاً في تزويد الفرد بهذا العنصر الهام ألا وهو المعلومة والتي تعد عنصراً هاماً في تشكيل وبناء التصور الاجتماعي للفرد، وحسب دراسة *Moscovici* عن التصورات الاجتماعية للتحليل النفسي وجد أن هناك ضعفاً في المعلومات الخاصة بهذا الموضوع عند شريحة العمال، وبالمقابل توفر المعلومات بشكل لا بأس به عند الطلبة وأصحاب الطبقة الوسطى وأيضاً لدى أصحاب المهن الحرة، ومن بين المعلومات التي تحصل عليها المعلومات الخاصة باسم مكتشف التحليل النفسي ومدة العلاج النفسي والحالات التي يحصل فيها استعمال هذا الأسلوب من العلاج.

2. حقل التصور le champ de representation:

ويقصد به وجود كمية معتبرة أو حد أدنى من المعلومات والمعطيات التي تسمح بتنظيم المحتوى، وعليه نجد أن حقل التصور يعبر عن فكرة تنظيم المحتوى، إذ أنه كلما وجدت وحدة هرمية للعناصر كلما وجد ما نطلق عليه "بحقل التصور" فحقل التصور مثله مثل مستوى المعلومات يختلف من جماعة لأخرى وحتى داخل الجماعة ذاتها وفقاً لمعايير خاصة، فبالنسبة لأصحاب المهن الحرة

فإن حقل تصور التحليل النفسي يشتمل على بعض المظاهر المشتركة كتصور الممارسة التحليلية وصورة المحلل النفسي وتقييم العناصر المتسببة في اتساع نطاق التحليل النفسي، وبالمقابل نجد تباينا واختلافا داخل الجماعة نفسها تبعا لمعايير إيديولوجية حول قضية علاقة التحليل النفسي بالمشكلات الاجتماعية والعمل السياسي، فعلى سبيل المثال يرى اليمينيين والوسطيون أن المشكلات النفسية والاجتماعية والسياسية تتداخل والتحليل النفسي، بينما يرى اليساريون العكس بعدم وجود أي تداخل بين التحليل النفسي والمشكلات الاجتماعية فهما لا ينتميان إلى نفس المجال.

3. الاتجاه attitude:

فيما سبق ذكره توصلنا إلى أن حقل التصور يتطلب توفر حد أدنى من المعلومات القابلة للتنظيم، وعلى العكس من ذلك نجد أن الموقف أو الاتجاه يتواجد حتى في ظل معلومات قليلة من حيث الكم والتنظيم، وفي هذا الصدد يرى *Moscovici* أن الموقف سابق عن المعلومة وحقل التصور وذلك انطلاقا من أن الفرد يستوعب المعلومات ويتبناها أحيانا بعد أن اتخذ موقفا حيا لها، فالموقف إذن يعبر عن استجابة سلبية أو إيجابية تجاه مسألة ما.

رابعاً: المفاهيم المتداخلة مع مفهوم التصور:

كثيرا ما نجد بعض المفاهيم والمصطلحات المتشابهة مع بعضها البعض مما يؤدي بنا إلى استعمالها في نفس السياق على الرغم من وجود اختلافات عديدة بينها وإن كانت بسيطة وغير واضحة فمثلا هناك من يخلط بين موضوع التصور والاتجاه، أو التصور والإدراك، والتصوير والصورة...وعليه سنحاول إبراز الاختلاف بين التصور والمفاهيم المشابهة له.

1. التصور والاتجاه:

قبل الحديث عن الفرق بين التصور والاتجاه يمكن القول أن هناك علاقة بين الرأي والاتجاه، فالرأي هو التعبير المعلن عن اتجاه نحو أمر جدلي أو قضية خلافية، بينما يعبر الاتجاه عن الميل أو الاستعداد لدى الفرد للقيام بسلوك إيجابي أو سلبي نحو موضوع ما¹.

فالاتجاه يعرف لدى **George Herbert Mead** على أنه مجموعة منظمة من الاستجابات، وهو استظهار للحالة النفسية الداخلية لأخبار الآخر، فهو يخضع لعملية الاتصال².

أما **gage** فيرى أن الاتجاه يتكون لدى الطالب نحو موضوع ما من الإحساسات أو المشاعر نحو أو ضد ما يفهمه الطالب عن ذلك الموضوع، وعليه فإن الاتجاه يتكون من جانب عاطفي وجانب معرفي وتوجيهي (مع أو ضد) كما يتضمن ناحية موضوعية (الشيء نفسه)³.

إن التعاريف السالفة الذكر تشير إلى أن الاتجاه هو مجموعة من الاستجابات أو ردود الأفعال إما بالقبول أو الرفض أو الإيجاب والسلب حيال موضوع أو مسألة قابلة للنقاش أو أشخاص أو أشياء وما إلى ذلك، وعليه نقول أن الاتجاه هو الموقف الذي يتخذه الفرد نحو موضوع ما كأن يقبل استهلاك سلعة ما دون الأخرى انطلاقاً من المعلومات والمعارف التي يحملها اتجاه هذه السلعة حتى وإن كان كم المعلومات الذي لديه ضئيل، وعلى العموم نجد لكل شخص اتجاهين أحدهما شخصي والثاني عام حيث نجد "الاتجاه الشخصي هو مجموعة اتجاهات نحو أحداث حياته وظروفها، أما الاتجاه العام أو الاجتماعي فهو مجموعة اتجاهات نحو الأحداث العامة"⁴.

1 معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، علم النفس الاجتماعي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2001، ص 417.

2 محمود منسي، علم النفس التربوي للمتعلمين، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة - مصر، 1990، ص ص 206-207.

3 محمد مسلم، مقدمة في علم النفس الاجتماعي، دار قرطبة للنشر والتوزيع، المحمدية - الجزائر، 2007، ص 62.

4 باسم محمود ولي، محمد جاسم محمد، مدخل لعلم النفس الاجتماعي، مكتبة دار الثقافة، عمان - الأردن، 2004، ص 141.

2. التصور والرأي:

يعتبر التصور أشمل وأوسع من الرأي لأن الرأي كما يراه الدكتور عبد الرحمان العيسوي يعتنقه الفرد لمدة محدودة، وغالبا ما يعبر عن الشعور القومي السائد لدى أفراد المجتمع، وغالبا ما يعبر رأي الفرد على ما يجب أن يكون عليه الوضع وليس على ما هو كائن فعلا، والآراء قابلة للتغيير مثل الاتجاهات والاختلاف بين الاتجاه والرأي في الدرجة بمعنى أن الاتجاه يتعرض للتغيير بدرجة أقل عمقا من الرأي، وبما أن الرأي خاص بالفرد ويعتقه لمدة محدودة فهو لا يعطيه خاصية، في حين نجد أن التصور يتميز بشيء من الثبات ويحمل خصائص الجماعة.

وعليه فإن التصور كما يراه Moscovici يتأثر بالآراء الشخصية حينما يقول أن التصور هو "جمع من الآراء"، فالرأي إذن بمثابة الأداة التي تمكننا من التعرف والوصول إلى التصور، أما Henri فيعرف الرأي بأنه حكم معياري أو برغماتي عن موضوع ما وأنه أكثر تحديدا ونوعية من الاتجاه، فالآراء تشير إلى موضوعات محددة بينما الاتجاهات أكثر تنظيما وعمومية، كما قد يشير الرأي إلى التعبير الصادر الذي يدلي به الفرد من خلال استجابته لسؤال عام مطروح عليه في موقف معين فهو يتضمن الإعلان عن وجهة نظر قد تتغير تبعا للمواقف المختلفة وهذا ما أكده Karl Hoflande الذي يفرق بين مصطلحين متداخلين وهما الرأي والحكم، حيث يرى أن الحكم يعني الرأي الذي سبقته الدراسة العميقة للمبررات والأسباب الإيجابية والسلبية.

3. التصور والصورة:

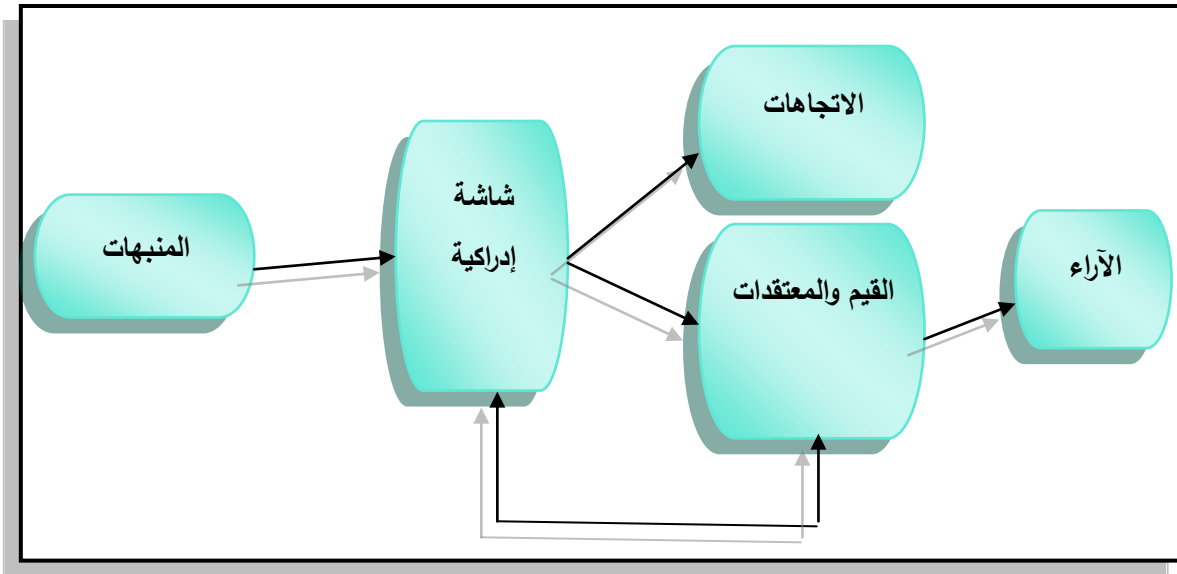
وتقابل كلمة صورة الكلمة اليونانية القديمة Icon والتي تشير الى التشابه والمحاكاة والتي ترجمت الى Imago في اللاتينية، وقد ساهمت هذه الكلمة في تأسيس الكثير من أنظمة التمثيل أو التمثل للأفكار، ومن ثم فالصورة تعني: "وصفا لأشياء ثابتة في مقابل المحسوسات الكثيرة، وبهذا تعبر الصورة عن وجود غير المحسوس"¹.

1 عبد الرحمان بدوي، موسوعة الفلسفة، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، 1974، ص 163.

تعكس الصورة الواقع كما هو موجود أي انعكاس حقيقي للواقع وقد نشبه ذلك بالصورة التي يلتقطها الفوتوغرافي أو المصور بآلة مخصصة لذلك كالكاميرا أو آلة التصوير، فالملاحظ أنها صورة طبق الأصل، وبالمقابل نجد التصور يعبر على انعكاس داخلي لواقع خارجي، فإذا كانت الصورة طبق الأصل لما هو موجود في الواقع فإن التصور قولبة لما هو موجود فعلا نتيجة الخصائص البنائية والاجتماعية، وبالتالي فالفرق بين الصورة والتصور يكمن في ميكانيزم أو آلية الانعكاس، بمعنى آخر يتشكل التصور من الصورة أي بعد وصول الصورة لذهن الإنسان يبدأ فعل التصور بالنشاط بحيث يعطي لهذه الصورة الملتقطة قيمة ومعنى وتفسيرا لها تتدخل فيه عوامل عديدة كالخبرة الشخصية وعملية التنشئة الاجتماعية وغيرها.

4. التصور والقيم والمعتقدات:

شكل رقم (3) يوضح العلاقة بين الآراء والقيم والمعتقدات



المصدر: معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، مرجع سبق ذكره، ص 416.

قد نوضح الشكل الذي أمامنا بما ذهب إليه *Henri* حيث فرق بين المعتقدات والقيم والاتجاهات والآراء، في كون القيم تعبر عن المعتقدات التي تمثل أهمية خاصة بالنسبة للفرد سواء كانت معتقدات غائية أو وسيلة، أما المعتقدات فهي تفكير الفرد حول شيء ما كائن أو ما ينبغي أن يكون، في حين تدل الاتجاهات على ميول للاستجابة نحو موضوع ما في موقف معين.

خامسا- الوظائف الاجتماعية للتصورات:

ونظرا للدور الفعال الذي تلعبه التصورات الاجتماعية في حياتنا حيث يتم من خلالها تفسير الواقع الذي نعيشه ومن خلالها أيضا يتم القضاء على المشكلات الاجتماعية، ليس فقط أهميتها تعود بالنفع والفائدة على الجانب الاجتماعي بل تمتد إلى الجوانب الحيوية الأخرى في المجتمع، وأن هذه الأهمية التي تتمتع بها إنما تعود إلى الوظائف الاجتماعية الهامة التي تؤديها، وعليه نقول أن التصورات الاجتماعية لها عدة وظائف اجتماعية وسنعرض أهمها في الآتي:

1. وظيفة المعرفة:

يعتبر تفاعل الأفراد فيما بينهم من أهم العوامل المؤدية إلى اكتساب المعارف والمعلومات وترسيخها في ذهن الفرد، مما يؤدي بهذا التراكم المعرفي إلى تشكل التصور لديهم إزاء مواضيع وقضايا اجتماعية وسياسية واقتصادية مختلفة، هذا التصور الذي يسمح للفرد أن يقوم بعملية إعادة بناء الواقع وتفسيره بما لا يتعارض مع القيم والمعايير الاجتماعية السائدة، وبالتالي فالتصورات الاجتماعية هي التي تسمح للفرد باكتساب واستيعاب المعارف والمعلومات الجديدة التي يتلقاها من خلال تفاعله الاجتماعي والتي يدمجها مع معارفه السابقة بعد تنقيتها وتصنيفها وتنظيمها بما لا يتعارض مع العناصر الأساسية المكونة للنظام المركزي، والتي ستساعده فيما بعد على عملية الاتصال الاجتماعي واستيعاب معارف أخرى من جديد، هذه المعرفة هي التي ستسهل له عملية التكيف مع الأوضاع الجديدة في المجتمع، والملاحظ أن *jean Piaget* قد أشار إلى هذه العملية بما أطلق عليه التمثل والاستيعاب.

2. وظيفة الهوية:

إن التصورات الاجتماعية تسمح بمعرفة سلوكيات الجماعة التي ينتمي إليها الفرد وكذا خصوصياتها التاريخية والثقافية مما يسهل عملية المقارنة والتصنيف بين الجماعات وكذا التصورات التي تحملها كل جماعة عن الأخرى، فالفرد يربط تصور الناس لموضوع ما بهويتهم ومن ثم الجماعة التي ينتمون إليها.

3. وظيفة التوجيه:

تعمل التصورات عمل الموجه لسلوك الناس وممارساتهم ويكون ذلك كالتالي:

1.3_ كل منا يرغب في أن يكون لديه أصدقاء يؤمنون بنفس المبادئ التي نؤمن بها ويحملون نفس التصورات التي نحملها فيما يتعلق بقضايا واقعنا المعيشي، إن هذه الرغبة تولدت من تصوراتنا أو بالأحرى تصوراتنا هي التي أملت علينا هذه الرغبة، ومن ثم نقول أن التصورات الاجتماعية تلعب دورا هاما في تحديد نمط ونوعية علاقتنا المناسبة مع الآخرين فهي تتدخل مباشرة في توضيح وتعريف الغاية والهدف من الموقف، ومن خلال هذا التعريف والتوضيح تحدد العلاقة التي ينبغي أن تكون بين الأفراد بعضهم بعض.

2.3- تفيدنا التصورات الاجتماعية في أنها تشكل لنا نظاما من التوقعات فكل تصوراتنا تؤثر على سلوكنا الذي نقوم به وحتى قبل القيام به، من خلال الاتجاهات التي نحملها والتي تؤثر بدورها على عملية تفاعلنا واتصالاتنا مع الآخرين، وهذا يعني أن التصورات الاجتماعية تقدم لنا النتيجة من وراء ذلك السلوك حتى قبل قيامنا به أحيانا، فالتصورات تشكل أنظمة تفكك بها رموز الواقع حتى أنه يصبح جليا وواضح بالنسبة لنا.

3.3- ومن ثم نجد التصورات تحدد لنا الممارسات التي نقوم بها من حيث هي مسموحة أو مقبولة، أو غير مقبولة فهي من هذا المنطلق بمثابة المعايير التي نسير وفقها وبموجبها ولا ينبغي تجاوزها.

4- وظيفة التبرير:

ومفهوم التبرير يعني تقديم تفسير وتعليل على الفعل أو قول صدر من أي شخص، وعليه نجد التصورات الاجتماعية تسمح بإعطاء شرح وتفسير لمختلف السلوكات والمواقف التي يتبناها الناس تجاه مسائل معينة في واقعهم، بحيث أنها تحدد لهم سلوكهم قبل القيام به وتبرره، كما أنها تبرره بعد ذلك أو ما يطلق عليه التبرير البعدي للسلوك، فالتبرير إذن هو التفسير المنطقي للأفعال والاتجاهات والأفكار التي قررتها الدوافع اللاشعورية من ناحية، أو غير المقبولة للفرد أو المجتمع أو التي عجز

عن تحقيقها من ناحية أخرى، ويظهر التبرير سلوك الفرد في صورة مقبولة على الرغم من أن الأسباب التي يبنيتها قد تكون زائفة وغير حقيقية.

ومن صور التبرير إلقاء اللوم على أسباب عارضة يراها الفرد مسئولة عن فشله، فالطالب الذي يرسب في مادة دراسية يلقي اللوم على مدرسه، ومن صور التبرير أيضا إظهار حسن النية عند أداء السلوك، ويختلف التبرير عن الكذب حيث نجد أن الكذب؛ إرادي يهدف صاحبه إلى خداع الآخرين، أما التبرير فهو لاشعوري يهدف صاحبه إلى خداع نفسه، ومثال ذلك يقال أن الثعلب عندما عجز عن الوصول لارتفاعه عن مستوى قفزته قال: إن كل العنب حامض ومن ثم نلاحظ أنه حاول تبرير فشله في الوصول إلى العنب بتحقيق الهدف الذي يسعى إليه.

وبالإضافة إلى الوظائف السالفة الذكر فقد قدم الباحث **الخضر بن عبد الباقي محمد** الوظائف

التالية¹:

1. توفير الأحكام الجاهزة للتقييم من خلال ما توفره من أنماط القوالب للاستجابات للأشخاص والمجتمعات والأحداث التي تلعب دورا مهما في التأثير على التفاعلات الاجتماعية للأشخاص.
2. التمكّن من إدراك العالم الخارجي خارج الذات قبل مشاهدته ولو كان هذا الإدراك جزئيا.
3. توفير الأمن والاستقرار من خلال تحديدها لمراكزنا في المجتمع وعلاقتنا بالجماعة التي ننتمي إليها والجماعات الخارجية المحيطة بنا والتي ننتمي إليها.
4. إبراز الاتجاهات ونقاط التميز عن الآخرين، مما قد يشعر بالتفوق والإحساس بالاختلاف الذي ينتج عنه قاعدة لحكم متعصب، والدفاع عن الذات والتقليل من شأن المجموعات الأخرى.

1 الخضر بن عبد الباقي محمد، مرجع سبق ذكره، ص 24.

5. عامل مهم للتعبئة وتحريك الأشخاص عند الحاجة للتحريض ضد أو مع، عن طريق إيقاظ استخدام مجموعات من الصورة الذهنية الإيجابية للذات أو الصورة السلبية للآخر فهي عامل فاعل في تدعيم فكرة جديدة أو سلعة كما هو الحال في الإعلان والدعاية التسويقية.

6. آلية فاعلة لخلق منفعة شخصية أو جماعية، مثل استخدام الصورة النمطية القائلة بأن السود أو السيدات عاجزون أو عاجزات عن شغل مناصب مهمة.

سادسا: البعد النفسي الاجتماعي للتصورات الاجتماعية:

إن الحديث عن البعد النفسي الاجتماعي للتصورات الاجتماعية يقودنا إلى طرح التساؤلات التالية: كيف تتشكل التصورات الاجتماعية؟ هل تظهر العلاقة بين التصور والموضوع في نفس الوقت؟ هل يزول أحدها بزوال الآخر؟ وهل يمكن تصور موضوع لا وجود له؟ هل توجد تصورات بدون موضوعات لها؟.

للإجابة على هذه الأسئلة يقول كل من *rocket et ratio* أن التصورات هي شكل من أشكال المعرفة التي تبدو وكأنها حقائق بالنسبة للمجتمع الذي يتبناها ويقدمان الأفكار التالية¹:

1. إن الموضوع الذي لا يمكن أن نتصوره غير موجود بالنسبة للمعرفة، إنه ميدان اللامعقول لأن لا أحد يمكنه تحديده، وقد يكون هذا الموضوع موجودا ولكن لا أحد يعرف ذلك.

2. إن الموضوع المتصور لا يوجد فعلا إلا بطريقة تصوره، فنظام تفكيرنا هو الذي يمكننا من إجراء الملاحظات في أوقات وظروف معينة، فالساحرات اعتبرن في القرون الماضية حليقات للشيطان ومقترفات الشر، أما اليوم فإن الثقافة الغربية تعتبرهن مسكينات يثرن الشفقة وهن أقرب للهستيريا منه إلى الشيطان، وهذا يعني أن حقيقتهم تغيرت عبر الزمن لدى المجتمعات الغربية طبعاً، أما لدى المجتمعات الإسلامية فلا زالت النظرة لهذه الفئة وستبقى إلى أن يرث الله الأرض ومن عليها تؤكد على أن السحر من الموبقات، وهذا ما تم تأكيده في الحديث الشريف الذي رواه أبي هريرة رضي الله

1 سليمان بومدين، مرجع سبق ذكره، ص 23.

عنه عن النبي صلى الله عليه وسلم حينما قال: " اجتنبوا السبع الموبقات قالوا يا رسول الله وما هي؟ قال: الشرك بالله، والسحر، وقتل النفس التي حرم الله إلا بالحق، وأكل الربا، وأكل مال اليتيم والتولي يوم الزحف، وقذف المحصنات المؤمنات الغافلات"، وأن القائم به كافر في قوله تعالى: " واتبعوا ما تنزلوا الشياطين على ملك سليمان وما كفر سليمان ولكن الشياطين كفروا يعلمون الناس السحر وما أنزل على الملكين ببابل هاروت وماروت" (سورة البقرة، آية 102).

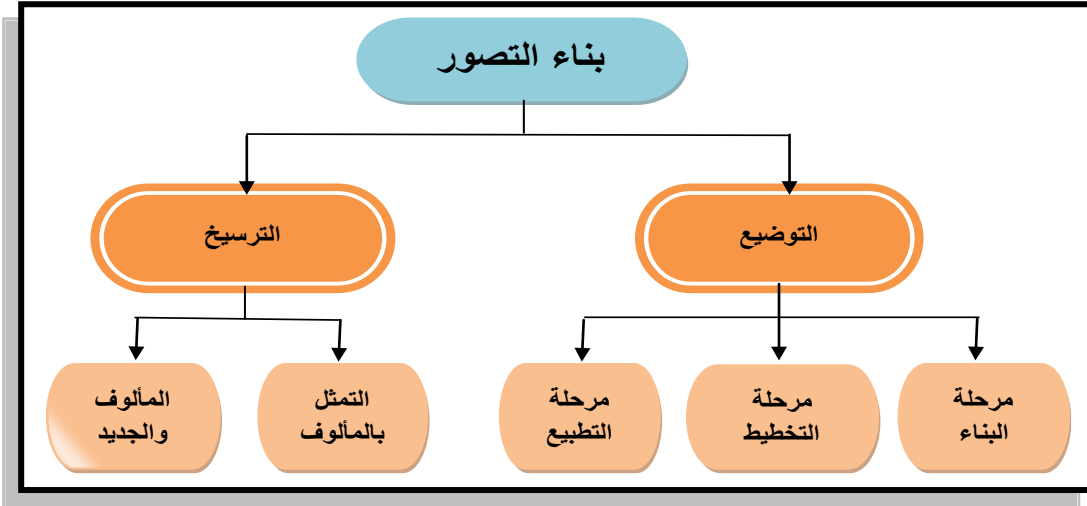
وما يمكن أن نعلق عليه في هذا العنصر هو أن الكثير من المسائل قد تتغير وجهة نظرنا اتجاهها في الوقت الحاضر مقارنة بالفترات السابقة، وقد نقدم لذلك مثالا نعتبره بسيطا غير أنه يوضح لنا النقطة السالفة الذكر، ففي سنوات السبعينات كان يتصور الكثير من الناس أن امتلاك سيارة أمر غير ضروري ولكن هذا التصور قد تغير بفعل التطورات الحاصلة واتساع شبكة الطرقات وازدحام وسائل النقل وما إلى ذلك، حيث أصبح كل فرد يريد أن يملك سيارة بحكم أنها تسهل له قضاء أموره في هذه الحياة، غير أننا نحن المسلمون لا نؤمن بتغير التصور كلما تغيرت الأوضاع الاجتماعية فهناك مسائل وقضايا لها نصوص قطعية لا ينبغي تجاوزها، فحينما يؤكد الشارع الحكيم بحرمة السحر فهو حرام ولا ينبغي أن نحمله فنطلق عليه اسما آخر وهكذا الأمر بالنسبة للمواضيع الشرعية، أما بخصوص المسائل الحياتية التي لا تمس جانب الشريعة الإسلامية فلا ضرر في ذلك إذا تغيرت تصوراتنا واختلفت عما كانت عليه في الماضي، أي أن تصوراتنا قد تتغير بما لا يسيء إلى عقيدتنا.

3. إن الموضوع الذي يمكن أن نتصوره قد لا يصبح موضوعا للتصور لاحقا، فكثير من الخرافات حول الصحة والسعادة أو الشؤم والموت قد عفي عليها الزمن اليوم هذا من جهة، ومن جهة ثانية فإن الموضوع غير القابل للتصور في زمننا والذي يبدو غير معقول قد يصبح قابلا للتصور بعد ذلك، فمرض فقدان المناعة المكتسب أو ما يصطلح عليه "الايدز" يعد موضوعا جديدا دخل المجتمع وجعل هذا الأخير يضع آليات لإدماجه فكريا حتى يمكنه التحكم فيه والتصرف إزاءه، وقد قدم Moscovici مثلا عن هذه الظاهرة حينما درس كيف يتم التعديل في نظرية علمية مثل التحليل النفسي حتى تدخل المجتمع ويتم استهلاكها من قبل مختلف الجماعات الاجتماعية، وقد توصل من خلال هذه الدراسة إلى أن عملية التصور تتضمن نشاطا تحويليا للمعرفة من خلال عمليتين أساسيتين هما التوضيح

والترسيخ، وكلاهما يبين كيف تبنى وتعمل التصورات الاجتماعية، كما يوضحان الاعتماد المتبادل بين النشاط السيكولوجي والاجتماعي.

والشكل التالي يوضح لنا العمليات التي لها علاقة ببناء التصور.

شكل رقم (4) يوضح العمليات التي تتدخل في بناء التصور الاجتماعي.



المصدر: من إعداد الباحثة

وسنحاول أن نشرح المخطط في الآتي:

1_ التوضيح:

التوضيح من الوضعية، وباللغة الفرنسية يطلق عليه *objectivation* وبالمفهوم العام تعني فصل المعلومات العلمية عن إطارها الأصلي الذي تنتمي إليه ليتم استهلاكها وتبنيها من طرف عامة الناس وتصبح بذلك جزء من حياتهم، أو بمعنى آخر هي تفكيك المفاهيم العلمية عن إطارها الأصلي خاصة وأنها نعلم أن أفراد المجتمع لا يقبلون بسهولة المعارف الجديدة إن صح القول فلا يقبلون الرابط بين معارفهم الخاصة والأنماط الأخرى من المعرفة بشكل سهل، فالتوضيح إذن يعتبر عملية على درجة كبيرة من الأهمية وذلك لأنها تسهل عملية التواصل وهذا ما أكدته *ghiglione* مما يؤدي إلى ربط النسيج الاجتماعي.

فمثلا المعلومات المتداولة بين عامة الناس حول قضايا الصحة والمرض لم يكن أفراد المجتمع على اقتناع بها ولم يتم إدخالها في عالمهم الخاص إلا بعد أن تم انتقاؤها وفقا للمعايير الثقافية السائدة في ذلك المجتمع، ونقصد بذلك مستوى الفهم، المحرمات،...وأیضا وفقا لمحكات معيارية أي لا يتم الاحتفاظ إلا بما هو ملائم ويوافق القيم الاجتماعية والدينية.

إذن، ومن خلال هذا المثال يتضح لنا مفهوم التوضيح والذي فسرتة jodlait بالإزاحة عن الإطار الأصلي لعناصر النظرية، فضلا عن أنها تعتبر التوضيح عملية تصويرية وبنائية حيث قسمت عملية التوضيح هذه إلى ثلاث مراحل أساسية هي: مرحلة البناء الانتقائي، مرحلة التخطيط البنائي، وأخيرا مرحلة التطبيق.

1.1 فبالنسبة لمرحلة البناء الانتقائي:

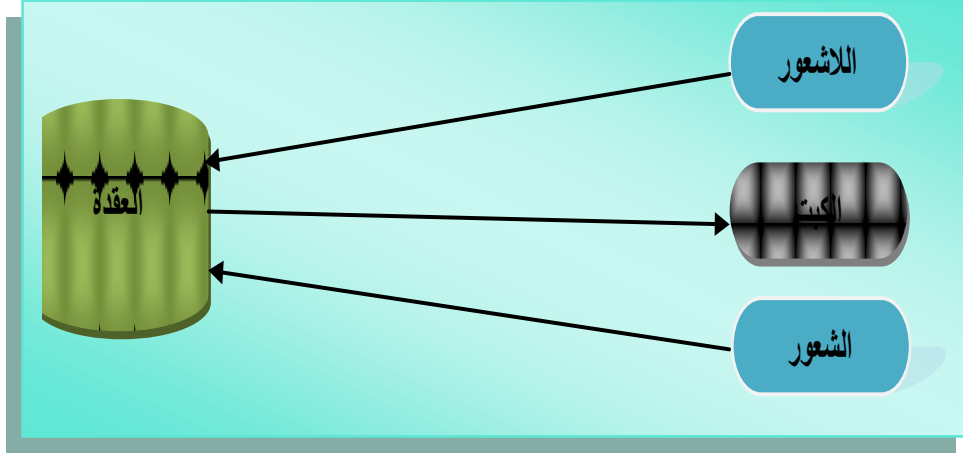
فيمكن القول أن مختلف مكونات الموضوع الجديد يتم فصلها عن إطارها الأصلي وانتقاؤها، فالمعلومات المتداولة عن الموضوع يتم فرزها وفقا لمعايير ثقافية - إذ أن أفراد المجتمع لا تتوفر لهم بالتساوي فرص الاستعلام حول التحليل النفسي مثلا، ففرص الأطباء والمتقنين تفوق بكثير فرص العمال في هذا المجال - كما يتم فرزها وفقا لمحكات معيارية حيث لا يحتفظ إلا بما يوافق النظام أقيمي للجماعة، فالمواضيع ذات العلاقة بالقضايا الجنسية أدت إلى إغفال بعض عناصر النظرية التحليلية كعنصر libido رغم أهميته في النظرية، وهذا لكونه سيثير قلقا وجدلا من قبل المستجوبين بل وإحجاما عن تقديم الإجابة الشافية والكافية. وعليه وبالاستناد إلى هذا العنصر فإنه يتم فصل المفاهيم عن الإطار الذي تنتمي إليه ليتم إدماجها مع البنية المعرفية للأشخاص الأمر الذي يجعلهم يتحكمون فيها فيما بعد.

2.1 مرحلة التخطيط البنائي:

أو ما يصطلح عليه مرحلة تكوين النواة الشكلية والتي يقصد بها أن العناصر أو المعلومات المنتقاة في المرحلة السابقة تشكل في هذه المرحلة نواة شكلية وهي عبارة على بنية تصويرية والتي تقوم بعملية إعادة إنتاج البنية المفاهيمية في شكلها النظري بطريقة ملموسة، فنظرية التحليل النفسي كما يقول Moscovici قد تم اختصارها وإعادة إنتاج بنيتها المفاهيمية إلى مجرد عناصر مادية لها

علاقات ملموسة، فالشعور الذي يشير إلى الإرادة - إلى الظاهر - يتعارض مع اللاشعور الذي يشير إلى اللاإرادي - أي إلى الجزء الخفي أو المختفي- وهذا التعارض يؤدي إلى الكبت والذي يترتب عنه العقد النفسية. والشكل التالي يوضح ذلك:

شكل رقم (5) يوضح إعادة بناء نظرية التحليل النفسي



المصدر: سليمان بومدين، مرجع سبق ذكره، ص 26.

3.1 مرحلة التطبيع:

عندما يدخل مخطط شكلي لموضوع ما المجتمع وينتشر بداخله فإنه يصبح بديلا عن الموضوع ذاته، أي يصبح طبيعيا بحيث يصبح التصور من البديهيات، فهو مجرد نسخة على الموضوع بل نظرية قائمة بذاتها، إن هذه الحقيقة هي التي تصبح فيما بعد الموجهة لإدراكاتنا وأحكامنا وسلوكياتنا واتجاهاتنا... فمصطلحات مثل الكبت والعقد النفسية تصبح مصطلحات مجسدة في الواقع أي أنها تصبح متداولة بين الناس، فعلى سبيل المثال نقول عن فلان أنه يعاني من عقدة الخجل لأنه اتصف بصفة الخجل على الرغم من أن **Freud** لم يشر إلى هذه العقدة وهكذا تستخدم هذه العبارات التجسيدية في تصنيف الأفراد والسلوكيات.

ولقد وجدت **هرزليتش** من خلال دراستها للتصورات الاجتماعية للصحة والمرض مخططا شكليا ذا قطبين به الأزواج المتعارضة التالية (الفرد، المجتمع) و (الصحة، المرض)، وتتدخل هذه النواة الشكلية في تنظيم التصورات الاجتماعية حول منشأ الأمراض والسلوكيات المؤدية إلى المرض، وبعد

المرض، استقرار النواة الشكلية، ننتقل إلى الآلية الثانية في عملية بناء التصورات الاجتماعية ألا وهي الإرساء أو الترسخ والذي يتعلق بعملية الإدماج المعرفي للموضوع المتصور في نسق التفكير السابق.

وعلى غرار المراحل السابقة التي قدمتها *jodlait* نجد في نفس السياق *Moscovici* يفسر لنا مرحلة التوضيح بتقسيمها إلى مرحلتين حيث يرى أن عملية التوضيح تشتمل على حركتين، فالحركة الأولى تذهب من النظرية إلى الصورة في حين تذهب الحركة الثانية من الصورة إلى البناء الاجتماعي، وفي هذه الأخيرة تتم عملية بناء الواقع، وقد عرف *Moscovici* التوضيح بقوله: " أنه الإزالة التدريجية للمعاني الزائدة وذلك عن طريق تجسيدها"، إنه بهذا التعريف يتفق مع *jodlait* في أن التوضيح يتم فيه التخلي عن بعض المصطلحات أو المفاهيم العلمية أي تجريدها من إطارها الأصلي وبلورتها في شكل جديد لا يتعارض مع القيم والمعايير الاجتماعية السائدة في المجتمع الذي طرحت فيه حتى يتم استهلاكها وتبنيها في المجتمع، والملاحظ أن كلا من *jodlait* و *Moscovici* يختلفان في تقسيم التوضيح ويتفقان في مضمونه.

2. مرحلة الترسخ:

عملية الترسخ تدور حول التساؤل التالي: كيف يمكن أن يجد موضوعا جديدا أو فكرة جديدة مكانا لها في نظامنا المعرفي السابق؟ للإجابة على هذا السؤال نقول أن الفكرة أو الموضوع الجديد الذي يتم اكتسابه من تفاعلنا الاجتماعي وتواصلنا مع الآخرين عن طريق مؤسسات التنشئة الاجتماعية قد يتم تثبيته وترسيخه في النظام المحيطي ومن ثم النواة المركزية من خلال المرور بمرحلتين أساسيتين وهما:

1.2 التمثل بالمألوف:

التمثل بالمألوف يعتبر المرحلة الأولى التي يتم من خلالها إدراج وتضمين المعلومات الجديدة التي نتلقاها من واقعنا في تفكيرنا الموجود (القائم)، والتمثل بالمألوف يعني أنه قبل ضم المعلومات الجديدة إلى تفكيرنا القائم يجب أن نحاول مقارنتها وتفسيرها بالمعلومات والممارسات والأفكار المعروفة لدينا، فعلى سبيل المثال نجد *Moscovici* يرى أن التحليل النفسي في بداية ظهوره قد تمت مقارنته بالممارسات المتداولة والمعروفة لدى عامة الناس كالحوار والاعتراف، ولكنه في نفس الوقت اعتبر في

كثير من الدوائر خطرا على النظام القائم، إذن نستنتج أن عملية ترسيخ الأفكار الجديدة ليس بالأمر السهل وإنما يتطلب جهدا ووقتا لكي يتم تثبيتها مع الأفكار المسبقة، فالترسيخ يترجم ميل الأفراد إلى استعمال ما هو متداول كنقطة مرجعية تسمح بتحويل موضوع غير مألوف (غير معروف) إلى ميدان معروف سلفا، فنحن نجد الناس في السابق يتصورون مرض السيدا sida وذلك بمقارنته بالزهري أو الطاعون، ومن ثم فهم يستخدمون أصنافا قديمة لفهم موضوع جديد.

وقد نؤكد على ما ذهب إليه *Moscovici* بما جاء به *Géant Piaget* في نظريته عن النمو المعرفي في أن الفرد يمر بأربع مراحل حتى يتمكن من ترسيخ المعلومات لديه والتي يطلق عليها *بياجية* مراحل النمو المعرفي*، والتي تبدأ بالمرحلة الحس حركية والتي تشمل السنتين الأولى من عمر الطفل والتي يحدث فيها التعلم والنمو المعرفي من خلال الحواس والنشاطات الحركية، أما المرحلة الثانية فتبدأ من السنة الثانية من عمر الطفل حتى سن السابعة وتتميز بازدياد قدرة الطفل على استخدام اللغة وظهور القدرة على التصنيف هذه المرحلة التي أطلق عليها *بياجية* اسم مرحلة ما قبل العمليات، لتأتي المرحلة الثالثة والتي تعرف بمرحلة العمليات المادية والتي تمتاز عن سابقتها بتطور عمليات التفكير في أكثر من طريقة أو بعد واحد، كما تتطور عمليات التجميع والتصنيف وتكوين المفاهيم، في حين نجد أن الفرد في المرحلة الرابعة والتي تتعلق بالتفكير المجرد يتميز بوجود التفكير الاستدلالي والذي يعد المحك الرئيس للدلالة على وصوله إلى درجة من التفكير المجرد من خلال توازن عمليتي التمثل والمواءمة لديه، وعادة ما يكون فيها الفرد في المرحلة العمرية من اثني عشرة سنة فما فوق.

* للمزيد أنظر: صالح محمد علي أبو جادو، *علم النفس التربوي*، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الإسكندرية، ص 103-111.

2.2 المؤلف والجديد:

يرى *Moscovici* أن التعود على الغريب يتماشى مع الإرساء وتدعيم الأطر التقليدية للتفكير¹، هذا يعني أن التصور يخلق جوا من التفاعل بين ما هو مألوف وما هو جديد، وأن عملية إدماج موضوع جديد في النظام القيمي القائم لا بد لها وأن تصطم بما هو قديم- المعارف السابقة- لأن الجديد يزعج أحيانا النظام القائم (وهذا ما ذهب إليه *Jean Piaget* حينما تطرق إلى تحليل الكيفية التي عن طريقها ترتقي المعارف لدى الإنسان) وهذا ما يفسر شعور بعض الجماعات بالتهديد عند ظهور التحليل النفسي لأنه يهدد بقلب القيم والأطر المعيارية المعتادة.

ونشير هنا إلى أن الدمج الاجتماعي للمواضيع الجديدة يؤدي إلى إحداث تغييرات وتحولات في العمليات الإدراكية، مع بقاء الأطر الفكرية القديمة والمسيطر إلى حد ما على الأطر الفكرية الجديدة مما يقودنا إلى القول أن التصورات الاجتماعية هي في نفس الوقت مجددة ومبقية ويقصد بمجددة أي أنها تعمل على إدماج الجديد وهذا ما أطلق عليه التعيين أو التسمية ويعني إعطاء كل عنصر جديد اسما وذلك لأنه من الصعوبة بمكان أن نقوم بعملية التصنيف دون إعطاء أسماء، فمثل هذه التسمية من شأنها أن تسهل وتبسط لنا عملية نسب الصنف للموضوع الجديد وبالتالي تميزه عن بقية الموضوعات، ومبقية وذلك لأنها تتقبل التجديد والتغيير وفي نفس الوقت تحافظ على ما هو موجود مسبقا، كما أنها تتصف بالحركية والجمود وهذا ما أطلق عليه *Moscovici* اسم *poliyphasie cognitive*.

أما *Jodlait* فتعتبر أن عملية الترسخ موازية لما أسمته استعمال المعرفة انطلاقا من موضوع التحليل النفسي حيث ذهبت إلى أن تحويل العلم إلى معرفة عادت بالفائدة والمنفعة للجميع فقد أعطيت لها قيمة وظيفية تتمثل في فهم وتفسير سلوكياتنا وسلوكيات الآخرين المحيطين بنا، فهناك من يرى في احمرار وجه فلان عقدة خجل والآخر يرى أنها تعبر عن الخوف وغياب الثقة بالنفس،...ومن ثم فقد أصبح هذا العلم نظاما للتفسير وتصنيف الأفراد والسلوكيات.

1 بوخريسة بوبكر، المفاهيم والعمليات الأساسية في علم النفس الاجتماعي، منشورات جامعة باجي مختار، عنابة، 2006، ص 163.

سابعا: بنية التصورات الاجتماعية:

إن مرحلة التخطيط البنائي التي قدمتها لنا *jodlait* كأحد المراحل الهامة في بلورة النواة الشكلية والتي من خلالها يتم إعادة إنتاج البنية المفاهيمية بطريقة ملموسة هي الأساس الأول الذي تنشأ حوله التصورات الاجتماعية، وهذا ما أكدته *abric* من أن كل تصور يعبر عن مجموعة من العناصر أي المعارف والأفكار التي لها علاقات فيما بينها، والملاحظ أن بين هذه الأفكار والمعارف ما نجده أساسيا، بمعنى أن بعضا من تلك الأفكار يلعب دورا جوهريا مما يؤدي إلى تكوين النواة المركزية التي تعمل على تسيير هذا التصور وتنظيمه وكذا استقراره، وعلى هذا الأساس نقول أن النواة المركزية تعبر عن مخطط لقضية معينة أو موضوع معين والذي يتكون من عناصر يتم اختيارها وفقا لقيم وثقافة الجماعة والتي تكون بطبيعة الحال قد تم فصلها عن إطارها الأصلي ومن ثم تصبح مقبولة لدى فئات المجتمع، إذن فالنواة المركزية هي التي تنظم حولها بقية العناصر المتعلقة بالموضوع.

وهذا يدل على أن التصور يتمحور حول عنصرين أساسيين أولهما: توفر العناصر المشكلة للموضوع أي المعارف والمعطيات والأفكار، وثانيهما: أن يتم تنظيم هذه الأفكار وربط العلاقات فيما بينها، وهذا يعني أن التصور لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نختصره في مجرد معاني العناصر المكونة له كل على حده، ذلك لأنه بهذه الطريقة يفقد قيمته ومعناه، ومن ثم فالعلاقات التي تربط العناصر بعضها ببعض الآخر هي التي تبني وتشكل التصور وتصيغه بصيغة لها معنى وقيمة، وانطلاقا مما سبق يتبادر لنا أن نوضح مفهوم كل من النواة المركزية وأدوارها، والنظام المكمل لها والذي يطلق عليه النظام المحيطي وأهم وظائفه:

1. النواة المركزية:

إن أغلب الدراسات التجريبية أكدت صحة افتراض *abric* والذي مؤداه أن كل تصور ينشأ أو ينتظم حول نواة مركزية، والسؤال الذي يمكن طرحه الآن ما هي وظيفة النواة المركزية؟.

1.1 وظائف النواة المركزية:

النواة المركزية هي التي تعمل على تسيير وتنظيم التصور واستقراره، وعليه فمن الضروري فهمها حتى نتمكن من فهم التصور ككل، وذلك راجع إلى أنها هي وحدها التي تحدد طبيعة العلاقات القائمة بين عناصر التصور، مما يجعلها كتلة واحدة تتميز بالاستقرار، وهذا ما يقودنا إلى القول أنها العنصر الأكثر استقرارا في التصور، وبالتالي الأكثر مقاومة للتغيير، وعليه فإن أي تغيير يلحق بالنواة المركزية سيؤدي بالضرورة إلى حدوث زعزعة وانهيار في كيان وبنية التصور، وهذا ما يؤكد أهمية النواة المركزية بالنسبة لبقية العناصر المحيطة بها أي أنها هي التي تعطي معنى لبقية العناصر المحيطة بها وكأنها هي التي تتحكم في حرة أي عنصر من العناصر الأخرى الموجودة خارج إطارها أو ما يصطلح عليه بالنظام المحيطي.

2.1 تكرار ونوعية العنصر المركزي:

إن نوعية العنصر هي التي تجعله عنصرا مركزيا وليس تكراره فبعض العناصر تتكرر كثيرا في الخطاب اليومي ولكنها مع ذلك لا تنتمي إلى النواة المركزية للتصور، وعلى هذا الأساس سنعرض أهم الخصائص التي تجعل من العنصر يحتل مكانة في النواة المركزية دون غيره من العناصر الأخرى.

1/ نوعية العنصر هي التي تجعله ينتمي إلى النواة المركزية وليس تكراره.

2/ النواة المركزية هي التي تحدد طبيعة العلاقات التي تربط مختلف أجزاء العناصر ببعضها البعض مما يجعلها كقالب واحد يتصف بالاستقرار.

3/ ونظرا لتمييز النواة المركزية بالاستقرار فهذا يجعل من مهمة إحداث التغيير فيها صعبا نوعا ما إذ تتطلب هذه العملية الوقت والجهد المضاعف.

4/ النواة المركزية هي المسؤولة على إنتاج العناصر المختلفة للتصور.

2. النظام المحيطي:

لا يقل النظام المحيطي أهمية على النواة المركزية وذلك من خلال دوره في إعطاء المعنى المادي الملموس لمعنى التصور، أي أنه يعمل على توضيحه وهو بهذا المعنى يكون قريبا من العناصر المكونة للنواة المركزية، وبالتالي نقول أن النظام المحيطي يعد نظاما مكملا وضروريا في نفس الوقت للنواة المركزية، وفي هذا السياق يقدم لنا *abric* تفسيره وتصوره للنظام المحيطي بالقول " إن للعوامل المحيطة علاقة واتصال مباشر بالنواة المركزية، وهي التي تحدد محتوى التصورات حيث تمثل الجزء الأكثر فهما ووضوحا والأكثر حيوية وتجسيدا"¹. هذا النظام الذي يؤدي ثلاثة وظائف أساسية هي :

1.2 وظيفة التجسيد:

على الرغم من أهمية النواة المركزية إلا أنه لن يكون لها معنى وقيمة إذا ما ظلت في إطارها المفاهيمي التجريدي ولم يتم بلورتها في الواقع أو تجسيدها، ولذلك نجد أن عملية التجسيد هذه تعتمد في جانب كبير منها على النظام المحيطي الذي يقوم بعدة وظائف، أهمها وظيفة التجسيد؛ حيث يقوم بتحويل المفاهيم والعناصر المجردة المتواجدة على مستوى النواة المركزية إلى عناصر مادية ملموسة تظهر في شكل سلوك أو مواقف أو اتجاهات.

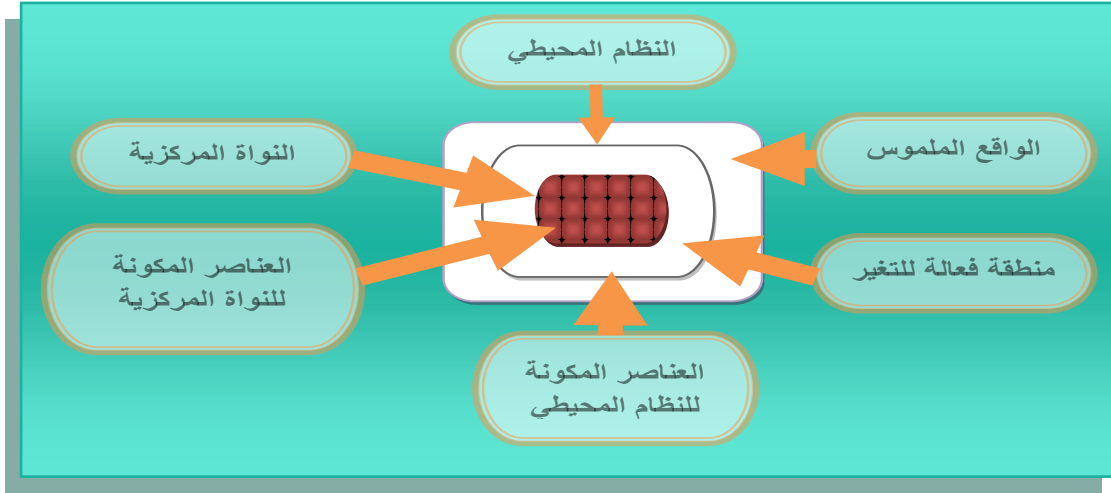
فالنظام المحيطي إذن بمثابة همزة الوصل بين النواة المركزية والواقع المحيط بنا، وعليه فإننا نشبه النواة المركزية بالوجه الخفي غير الظاهر من التصورات وعلى العكس من ذلك يمثل النظام المحيطي الجانب الآخر من التصورات، ألا وهو الجانب الظاهر الملاحظ من قبل الآخرين، فمن خلال مقابلة الناس والحديث معهم نتعرف على تصوراتهم التي يؤمنون بها تجاه مسألة أو قضية ما.

وهذا يدل على التساند الوظيفي بينهما، بمعنى وجود التكامل بين النواة المركزية والنظام المحيطي، ومن خلال هذه الطبيعة التكاملية بينهما فهما يجعلان من التصورات تتصف بخصائص

1 Abric Jean Claude, **pratique sociales et représentations**, paris, presses, universitaire de France, 1994, p 25.

فريدة من نوعها، فالإ جانب كونها تتميز بالثبات والجمود - تتحدد بنظام مركزي يتغلغل بعمق في نظام قيمي يسير وفقه المجتمع- فهي أيضا تتصف بالحركية أو الديناميكية والمرونة في الوقت ذاته - حيث أنها تتغذي من الخبرات الفردية وتاريخ الفرد وتفاعلاته مع الآخرين. والشكل التالي يوضح ذلك:

شكل رقم (6) يوضح العناصر المكونة للتصور الاجتماعي.



المصدر: من إعداد الباحثة.

2.2 وظيفة التكيف مع التغير:

في ظل واقع يمتاز بالتغير والتحول المستمرين تتبادر إلى أذهاننا في كل دقيقة آلاف المعلومات والمعارف الجديدة التي لم يسبق لنا التعرف أو الإطلاع عليها، غير أنه من الضروري أن يتم إدماجها في بنيتنا المعرفية لأننا بحاجة لها في مسيرتنا الحياتية بل وحتى نواكب التغيرات والتطورات الحاصلة في المجتمع. وفي هذه الحالة يتحتم علينا أن نتكيف مع هذه الأوضاع والمعارف الجديدة لا أن نتعارض أو نتصادم معها بعد إن ندخل عليها بعض التعديلات، وهذا لكي يتحقق لنا الاتزان العاطفي والنفسي والاجتماعي.

والسؤال المطروح هنا من الذي يقوم بمهمة التعديل والتكيف مع هذا التغير؟ والإجابة على هذا التساؤل تذكرنا بالخصائص التي يتصف بها النظام المحيطي في كونه همزة الوصل بين النواة المركزية والواقع الاجتماعي، وعليه نقول أن النظام المحيطي هو الكفيل في القيام بهذه المهمة وذلك

لأنه هو الأول الذي يستقبل ويدمج العناصر الجديدة ليسمح للتصورات بالتكيف مع الحفاظ على معناها المركزي.

3.2 وظيفة التفرد:

مادام النظام المحيطي يتكيف مع التغيرات الحاصلة في المجتمع فهذا يعني أنه نظام مرن، هذه المرونة التي يتم من خلالها إحداث تغيير أو تعديل في التصورات الاجتماعية التي يحملها الأفراد على مستوى هذا النظام ودون تجاوزه إلى النواة المركزية، وبطبيعة الحال أن هذه التعديلات يقوم بها الأفراد وقد تكون نابعة من تاريخهم وخبراتهم الشخصية وتفاعلاتهم الاجتماعية المتواصلة مع أفراد آخرين من بيئتهم أو من بيئات أخرى أو عن طريق معاشتهم للأحداث وهذا يدل على أن التصورات الاجتماعية تقبل بوجود فروق واختلافات بين الأفراد في حدود النظام المحيطي مع بقاء عنصر الإجماع المركزي للتصور.

وهذا ما أدى بـ **بيطار** إلى التأكيد على التفرد كأحد أهم وظائف النظام المحيطي الذي يسمح بشيء من التحوير الفردي للتصورات، وفي ذلك يقدم **Guimelli** في دراسته عن **تصورات الصيادين للصيد** وتوصل إلى أن بعض الصيادين يعتبر أن " الصيد نشاطا يتم على إنفراد، في حين اعتبره البعض الآخر وسيلة للالتقاء بالأصدقاء، وفي هذا اختلاف ولكنه اختلاف محيطي لا أكثر لأنه لا ينفي أبدا عنصر الإجماع المركزي للتصور وهو تسيير الإقليم **la gestion du territoire**"¹، الملاحظ للنتيجة التي توصل إليها الباحث تؤكد أن التصورات تتعدد تجاه موضوع واحد، غير أن الاختلاف قد يمس النظام المحيطي فقط كما في المثال السابق، وأن التصورات التي قدمها الصيادون جاءت نتيجة للخبرة الشخصية لهؤلاء ومعايشتهم للأحداث وتفاعلهم معها وكذا تاريخ هذه الظاهرة، كل هذه العوامل تلعب دورا فاعلا في بلورة التصور نحوها. وعلى الرغم من الاختلاف الموجود بين فئة الصيادين إلا أنه لم يؤثر سلبا على عنصر الإجماع المركزي للتصور والمتمثل في تسيير الإقليم،

1 سليمان بومدين، مرجع سبق ذكره، ص 33.

بمعنى أن الصيد يحافظ من خلاله على البيئة كما أنه يمثل مصدر رزق للكثير من الناس؛ فضلا عن الاستهلاك اليومي لهذه المادة وكل ذلك يتم وفق قوانين الدولة التي يزاول فيها هؤلاء هذه المهنة.

ثامنا: أسباب الاهتمام بالتصورات الاجتماعية:

لقد اختلفت مواقف الباحثين عن الأسباب المؤدية إلى الاهتمام بموضوع التصور الاجتماعي ويمكن تصنيف آرائهم إلى أربعة أصناف هي:

1. الصنف الأول: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن سبب الاهتمام الرئيس يرجع إلى أن التصورات الاجتماعية تنتج تعميمات لدى الأفراد عن البيئة الإنسانية من خلال بناء رمزي، حيث تسري الصورة المنطبعة في الأذهان على الظروف والمواقف والأشخاص المشابهة.

2. الصنف الثاني: إن الاهتمام بالتصورات الاجتماعية يرجع إلى أن مفعولها يتعدى مجرد التعميم بل يصل إلى درجة الاعتقاد والرسوخ والثبات بسبب ما تعكسه الرسائل الإعلامية عن الشخصيات والأحداث والقضايا بتكرار يجعل المشاهد يعتقد أن ما يشاهده على الشاشة ما هو إلا صورة طبق الأصل للعالم الحقيقي.

3. الصنف الثالث: ويرى أن معرفة السلوكيات المتوقعة من الفرد مرهونة بالصورة المترسخة في ذهنه عن الآخر أو القضية لأنها تتصل اتصالا وثيقا بالاتجاهات أنواع السلوك التي يتعامل بها الفرد مع الجماعة أو الموضوعات والقضايا والآخرين في الحياة.

4. الصنف الرابع: ويذهب إلى أن الثقافة في الأصل تعبير عن الرسائل والصورة الذهنية التي تنظم العلاقات الاجتماعية وتعيد إنتاجها فهي تقدم لنا الأدوار التي ينبغي أن نقوم بها.

تاسعا: محددات التصور الاجتماعي:

يرى الباحث **الخضر بن عبد الباقي محمد** بوجود مجموعة من الشخصيات التي تحدد هوية الصورة الذهنية القومية عند الآخرين، وهي مجموعة السمات التي يدركها الافراد عن جماعة قومية معينة ويتذكرونها عند ذكرها، ولعل أهم تلك المحددات هي: "الانجازات الحقيقية، أداء العناصر

المكونة للقوم، الحروب والأزمات، النقل على الصعيد الدولي، الواقع الاجتماعي، صورة القيادات"¹. كل هذه السمات وغيرها هي التي تحدد هوية التصور الاجتماعي عند الآخرين.

1. الحروب والأزمات:

إن الحروب التي خاضتها وتخوضها الآن بعض الدول في العالم كالثورة الجزائرية، حرب الخليج، فضلا عن الأزمات التي حدثت في بقاع شتى من العالم كالأزمة الاقتصادية العالمية سنة 1929م وكذا الاضطرابات والتوترات في مناطق شتى من العالم كما هو الحال في دارفور وجورجيا أوت سنة 2008م، والأزمة التونسية 2011م، الأزمة المصرية 2011م، والأزمة السورية 2011م، أزمة القرم 2014م، وغيرها من مناطق العالم، إضافة إلى الانقلابات العسكرية كالانقلاب على الرئيس الموريتاني أوت 2008م، وأحداث العنف والإرهاب كما هو الحال في الجزائر في التسعينات، ساهمت وبشكل فعال في رسم التصور الاجتماعي لدى الناس المتواجدين في مسرح الأحداث، ولدى الآخرين - عند الأشخاص - الذين هم بعيدين عن مسرح الأحداث، وهذا ما يؤكد لنا الارتباط الوثيق والعلاقة التي تسير بشكل طردي بين الحروب والأزمات وتشكل التصور الاجتماعي.

2. صورة القيادات:

الزعماء والقادة هم الوجه البارز للدولة والشخصية القومية لهذا فسلوكهم أكثر تأثيرا وأقوى نموذجا للتعميم، وقد عنيت الدراسات الإعلامية بصورة القيادات السياسية وتأثيرها على صورة شعوبها وعلى السلوك الجماهيري داخل شعوبها، حتى أننا نجد نتائج استطلاع لآراء الفرنسيين أبرزت صورة ياسر عرفات وصادام حسين في مقدمة الشخصيات في الوطن العربي، كما لا ننسى أن نشير إلى أن الفرنسيين يعرفون من العرب الشاب خالد الجزائري، " وهذا ما نشرته صحيفة الشرق الأوسط تحت عنوان الفرنسيون يعرفون من العرب الشاب خالد، عرفات، وصادام سنة 1997"².

1 الخضر بن عبد الباقي محمد، مرجع سبق ذكره، ص ص 15-17.

2 المرجع نفسه، ص 17.

3. مكانة الدولة على الصعيدين الإقليمي والدولي:

إن مكانة الدولة على الصعيد الدولي لها دور كبير في رسم تصور عنها لدى الآخر، فعلى سبيل المثال ارتبطت صورة منطقة الخليج بالنفط حيث أعطاهما ثقلا دوليا ومكانة مرموقة بين الدول، مما كان له انعكاس مباشر في تحديد صورتها عند الآخرين خاصة في الغرب، وهذه المكانة التي تحتلها دول الخليج ستؤدي إلى الهيمنة على وسائل الإعلام المختلفة، وهذا يؤكد أن ثقل الدولة على الصعيدين الإقليمي والدولي وتعدد علاقاتها يفرض الاهتمام بها ومن ثم رسم صورة ذهنية إيجابية عنها عند الآخر، فالمكاسب والإنجازات المحققة على أرض الواقع في أي دولة من دول العالم وخاصة المتقدم منها من العوامل ذات الأهمية في رسم التصور الاجتماعي عنها لدى الآخر، وعلى سبيل المثال تعتبر دولة قطر أحد دول العالم المتقدم في تصور الكثير من الناس؛ نظرا للإنجازات المحققة على الصعيد الاقتصادي خاصة حيث لا يجد الآخر ملابذا من الاعتراف بها مهما بلغت قوة دعايته المعارضة، ذلك لأن الدعاية الزائفة لا تلبث طويلا حتى تتكشف وتتضح أمام الإنجازات الكبرى المحققة.

4. الأوضاع الاجتماعية للدولة:

يعتبر الرخاء الاقتصادي والثراء الفاحش والتفكك الأسري والانطوائية والعزلة والحريات الفردية وفي مقابلها أيضا انعدام الأمن والحريات العامة الأساسية وغياب الشرعية والثورات والانقلابات كلها عوامل وقوى متفاعلة داخل المجتمع ومؤثرة فيه، وهي بهذا الشكل تعد أساسية في تكوين التصور الاجتماعي وعليه فلا يمكن تكوين تصور اجتماعي عن دولة أو مجتمع معين دون النظر إلى أوضاعه الاجتماعية.

5. أداء العناصر المكونة للقوم:

إذا سافر شخص ما من بلده إلى بلد آخر فكل تصرفاته محسوبة على قومه وبلاده ولاسيما الأفراد ذوو المكانة الاجتماعية والسياسية، ولعل هذه الجزئية من أهم وأخطر العوامل تشويها للصورة القومية العربية والإسلامية في أذهان الغربيين بتعميم سلوكيات شاذة ببعض العرب المسافرين أو المقيمين في تلك البلاد.

عاشرا: التصورات الاجتماعية والعوامل المؤثرة في تكوينها:

من المتعارف لدينا أن التصور الاجتماعي لم يأت اعتبارا بل كان نتيجة عوامل وظروف معينة، وعليه نجد **بولدنغ** يرى أن "الصورة الذهنية تتكون من معرفة الإنسان بالعوامل المختلفة والمحيطه به من عدة نواحي، والتي من شأنها أن يترك كل منها أثره على الشكل الذي تتخذه الصورة المترسخة في الذهن"¹، غير أنه أكد التركيز على خمسة مؤثرات وهي:

أ- المكان الذي يعيش فيه الفرد وموقعه من العالم الخارجي.

ب- الزمان والمعلومات التاريخية للحضارة الإنسانية.

ج- العلاقات الاجتماعية - الشخصية ونوعية الروابط الأسرية - الأصدقاء، كلها عوامل تؤثر في التصور الاجتماعي للفرد.

د- وكذا الأحاسيس والمشاعر والانفعالات.

ورؤية أخرى نجدها لدى العالم **أبزلوك** يقول واصفا الصورة الذهنية بأنها " تأليف تركيبى صناعي يشكل الخيال أهم العناصر الرئيسية فيها بالإضافة إلى الخبرة والتذكر"².

إن وصف الصورة الذهنية بهذا الشكل يعبر لنا عن تصورات علماء وخبراء علم النفس تجاه هذا المصطلح حيث نجدهم يرون أن الصورة الذهنية أو التصور الاجتماعي يقوم على الخيال من خلال قدرة الإنسان على التخيل الذي يشكل حسب وجهة نظر **أبزلوك** النسبة الأكبر في تشكيل وبلورة التصور، معتمدا في ذلك - أي التخيل - على عاملين هما الخبرة والتذكر أي تذكر الأحداث والوقائع، هذا يعني أن التخيل لا يعمل لوحده في تشكيل التصور بل تتدخل عوامل أخرى ومن المؤكد أن للعوامل التي ذكرها **بولدنغ** أثر في ذلك، وسنشير إلى العوامل التي تؤثر في التصور الاجتماعي بشيء من التفصيل في الآتي:

1 الخضر بن عبد الباقي، مرجع سبق ذكره، ص 20.

2 المرجع نفسه، ص 21.

1. العوامل النفسية:

تعد معرفة الجوانب النفسية للإنسان والتي تختص بفهم طبيعة الإنسان من المنظور الشخصي بمثابة السبيل الذي يقودنا إلى معرفة اهتماماته وسلوكياته تجاه المسائل والموضوعات التي تثار وتناقش، ذلك لأن الجانب النفسي هو الذي يجبر الفرد على أن يفكر بطريقة ما ويتجه إلى هذا الاتجاه دون غيره، ومن هذه المؤثرات التي ستترك بصماتها على شكل وطريقة تصور الفرد لمسألة معينة نجد الانفعالات، العاطفة، والمشاعر، الإحساس والإدراك، إن مثل هذه المؤثرات لها تأثير كبير في عملية بناء التصور الاجتماعي للفرد تجاه قضايا اجتماعية وسياسية واقتصادية،...

2. العوامل الإيكولوجية (البيئية):

ونقصد بالعامل البيئي كل ما يتعلق بالمحيط أي المكان الذي يوجد فيه الإنسان نفسه ومجتمعه أثناء تفاعله معه، وما يشتمل عليه من مناخ ومناظر طبيعية ومعمارية، فالعامل البيئي لا يقل أهمية عن العوامل الأخرى التي لها تأثير في عملية بناء التصور الاجتماعي.

3. العوامل الثقافية:

إن من أهم العوامل المساهمة في عملية بناء التصور الاجتماعي العامل الثقافي الذي يتمتع به الفرد، ونقصد بذلك الثقافة بجميع مكوناتها من حيث¹:

1-3 المسلمات والبداهيات التي لا تحتاج إلى إثارة جدل حولها، أو حتى المناقشة وإبداء الرأي.

2-3 الأهداف والنتائج المرغوبة.

3-3 الميكانزمات والوسائل المحققة للأهداف والتي تعتبر كعامل مهم يعتمد عليه الفرد في رسم وبناء تصوره إزاء قضية أو مسألة ما، والتي منها اللغة والعادات والتقاليد والأعراف والأعمال الأدبية وحتى الأغنية الشعبية لها دور في ذلك، كما لا ننسى المادة الإعلامية التي تعرض في وسائل الإعلام،

1 الخضر بن عبد الباقي، مرجع سبق ذكره، ص 22.

وعليه لتتضح الصورة أكثر ندرج المثال التالي: إذا أراد شخص ما أن يرسم تصورا في ذهنه عن مجتمع من ثقافة أو حضارة أخرى تختلف عن الحضارة التي يعايشها أو ينتمي إليها فلا يمكنه ذلك إلا إذا اعتمد على الخلفية الثقافية له لكي يتمكن فعلا من تحقيق ذلك، فالثقافة جزء هام ولا يمكن الاستغناء عنه في عملية بناء التصور الاجتماعي.

4. العوامل التاريخية:

لكل شعب من شعوب العالم تاريخ وإنجازات محققة تعتبر فخرا واعتزازا لكل شعب، بالإضافة إلى ما شيدته من حضارات وما تتمتع به من تراث عريق يضرب في عمق التاريخ والأصالة، إن هذا التاريخ وهذه الحضارة وهذا التراث عوامل تؤثر بشكل كبير في بناء التصور الاجتماعي عند شعب أو جماعات معينة، ففي هذه الحالة يستعين الإنسان بما يملكه من رصيد في المعلومات التاريخية، وهذا ما يؤكد *بالزك** لما استعان بمخزونه ورصيده في المعلومات التاريخية حينما أراد كتابة رواياته حيث قام باستحضار المجتمع الفرنسي خلال فترة الإصلاح.

5. العوامل السياسية:

لقد كانت ولا زالت الأحداث السياسية تحتل الصدارة من حيث درجة تأثيرها على مستوى التفكير، فقد أخذت هذه الأحداث ترسم لنا تصوراتنا اتجاه القضايا والمسائل الدولية خاصة إذا كانت لهذه الأحداث صفة التراكمية في التاريخ مثل الأحداث الكبرى كالانقلابات والاغتيالات والحروب كالحرب العالمية الثانية التي كان لها صدى كبير ودرجة أكبر في تشكيل التصور لدى المجتمع الأوروبي بشكل خاص والذي تجلّى في كراهته للحروب لكونه مسرحا لهذه الحرب، وكذا الحرب العراقية الإيرانية وحرب الخليج الثانية والتصور الذي شكلته الشعوب تجاه موقف مجلس الأمن الدولي من هذه الأحداث، بل وتصوراتنا نحن الجزائريين من الثورة الجزائرية وموقفنا من فرنسا من جراء الإبادة الجماعية التي ارتكبتها في حق الشعب الجزائري وتصوراتنا أيضا السلبية التي نحملها

* *اونوري بالزك Honoré de Balzac* روائي فرنسي (1799 - 1850 م).

للإرهاب نظرا لما خلفه من فساد في بلادنا، كذلك طبيعة العلاقات بين الدول من حيث التوتر والتوطد هبوطا وارتفاعا، كل هذه الأحداث يكون لها أثر في تحديد طبيعة التصور الاجتماعي لدى الناس.

6. العوامل الاقتصادية:

على الرغم من عدم معرفة موقع المملكة العربية السعودية على خريطة العالم الجغرافية إلا أن نسبة (12%) من الكنديين يقرون بأنها دولة نفطية وغنية، إن هذا يدل على أن ثراء الدولة وغناها يدل على أن لها قوة اقتصادية ضخمة وبالتالي لها وزن على الصعيد العالمي والعكس صحيح إذ أن فقر الدولة يؤدي إلى بناء تصور عنها لدى الناس وحكومات الدول بأنها ذات اقتصاد هش وضعيف، وبالتالي نجد أن مكانة الدولة على صعيد الاقتصاد العالمي تحدد بالفعل طبيعة التصور الاجتماعي، فعلى سبيل المثال نجد أنفسنا نحمل تصورا ايجابيا مفاده أن دولة الإمارات العربية المتحدة دولة ذات اقتصاد قوي وذلك لما تتمتع به من الثراء والغنى ومصادر الرفاهية والاستثمارات والسياحة...

ولمزيد من التأكيد نقول أن أغلب بل جميع التجمعات الرياضية كأولمبياد أو البطولات العالمية تقام في الدول ذات الاقتصاد القوي أو بمعنى أدق ذات المكانة الدولية العالية، فلحد الآن لم نجد تجمع رياضي ضخم أو بطولة عالمية أقيمت في دولة ذات دخل متوسط أو ضعيف، وهذا ما نلاحظه في الأولمبياد الأخير الذي أقيم في شهر أوت من سنة 2008م بجمهورية الصين الشعبية.

ونشير هنا إلى أن العامل الاقتصادي ليس وحده الذي أهلها لاحتضان هذه التظاهرة الرياضية بل يوجد عامل آخر يقف جنبا إلى جنب مع العامل الاقتصادي يعطي لهذه الدولة مكانة مرموقة على الصعيد الدولي وهو حقها في الفيتو باعتبارها أحد أعضاء مجلس الأمن الدولي، إضافة إلى العامل التاريخي والمتمثل في ثورة *Taitung Maw* سنة 1949م وما ساهمت به في تحرير الصين، والعلاقات الأمريكية الصينية التي كانت تتصف بالتوتر في سنوات مضت، فضلا عن أن الصين تحتل سلفا مرتبة ثاني أكبر اقتصاد في العالم*، كل هذه العوامل كانت متداخلة ومتكاملة فيما بينها

* للمزيد أنظر: أوديد شينكار، العصر الصيني القوة الاقتصادية الفائقة في القرن 21، ترجمة، مركز التعريب والبرمجة، الدار العربية للعلوم، بيروت، 2005، ص.22.

جعلتنا نكون تصورا إيجابيا تجاه هذه الدولة حتى أنها أصبحت من الدول القوية اقتصاديا مما جعلها تصبح مسرحا ومجالا خصبا للكثير من التجمعات والمؤتمرات السياسية والرياضية والاقتصادية، وغيرها.

7. العوامل الدينية:

يعتبر العامل الديني أحد أهم العوامل في بناء وتشكل التصور الاجتماعي، فالأوضاع الدينية والعقائدية في المجتمع هي التي تحدد طبيعة التصور لدى الآخرين لهذا المجتمع، فالمكانة المقدسة التي تحتلها المملكة العربية السعودية على الصعيد الديني كفيلة بأن ترسم تصورا لها لدى المجتمعات الإسلامية وغير الإسلامية، العربية والغربية، فالعامل الديني يعتبر معيارا وإن صح القول قانونا لا ينبغي مخالفته في حال قيامنا بتصوير ما عن شيء ما أو مجتمع أو قضية ما.

كما ونشير الى أن لوسائل الإعلام دورا بارزا في تشكيل الصورة الذهنية وفي هذا السياق يذهب كل من دويتش وميريت الى أن " وسائل الإعلام الجماهيرية من أكثر المؤثرات قدرة على إحداث تغيير في الصور القائمة وذلك بما لها من قدرة فائقة في التأثير على الرأي العام وعمليات التنشئة الاجتماعية والتنمية والثقافة والتعليم والاتجاهات والتراث والعادات والتقاليد والفن والسياسة والاقتصاد أي لقدرتها على التأثير في كل شيء يتصل بالفرد والجماعة والحياة ذاتها"¹.

وهذا بالفعل ما نلاحظه في مجتمعنا اليوم ومدى تأثر الأجيال بما يعرض من أفلام تلفزيونية أو ما يعرض من أشكال الموضة والتي نجدها قد أصبحت حاضرة في سلوكياتهم وتصرفاتهم وعلاقاتهم الاجتماعية كما ويؤكد بعض الباحثين على أن الإعلام الاجتماعي يسهم مساهمة فعالة في تغيير طريقة تواصلنا مع الآخرين كما ويؤثر على أفكارنا ومشاعرنا وفي ذلك تقول خبيرة الإعلام الاجتماعي سوزان رايس لينكولن في مقال لها عن الإعلام الاجتماعي سنة 2010 "... فبعد دراسة الموضوع من الزوايا كافة أعتقد أن الانترنت الاجتماعي ليست وحدها التي ستبقى هنا، لكنها أيضا ستعمل على

1 جيهان أحمد فؤاد عبد الغني، العلاقة بين صورة رجال وسيدات الأعمال في الدراما التلفزيونية وإدراك الجمهور لواقعهم الاجتماعي، رسالة مقدمة للحصول على الدكتوراه في الإعلام، غير منشورة، جامعة القاهرة، 2007، ص

تغيير الطريقة التي يتواصل بها كل فرد منا وستؤثر في أسلوب أداء عمله، وعلى نهج عيشه في النهاية¹، خاصة وأنه قد أتاح الفرصة لإنتاج وتشاطر المحتويات مع الآخرين، وتحول من مجرد أداة إعلامية نصية للتواصل الى أداة سمعية بصرية، مما زاد من تواصل المستهلكين مع منصات الإعلام الاجتماعي المختلفة التي تلبي احتياجاتهم المحددة.

كما يرى المدير العام الإقليمي لشركة يونيفرسال بول قطري من أن الإعلام الاجتماعي يواصل تغيير طريقة تواصلنا مع الآخرين كما ويؤثر على مواقفنا وسلوكياتنا وأفكارنا بل وحتى مشاعرنا، وعلى هذا الأساس نجده يؤكد على " القيام بدراسة وفهم كيفية استخدام المستهلكين لشبكات الإعلام الاجتماعي وتأثيرها عليهم، بغية مساعدة الشركات لتعزيز حصة منتجاتها في الأسواق وزيادة المبيعات وتنمية الولاء لعلاماتها التجارية وتعزيز سمعتها"². وخاصة الأحداث والأفكار التي يروج لها في شبكة التواصل الاجتماعي facebook*.

الحادي عشر: أساليب رصد محتوى التصورات

في الواقع يوجد أسلوبان لرصد محتوى التصورات الاجتماعية، الأسلوب الأول ويطلق عليه أسلوب تداعي الأفكار، أما الأسلوب الثاني فيطلق عليه الأسلوب الاستفهامي ويتم فيه الحصول على عبارات لفظية أو مجازية من الأفراد حول الموضوع المدروس.

1. الأسلوب الأول: والمتمثل في أسلوب التداعي الحر والذي يشمل الآتي:

1 محمد صاحب سلطان، وسائل الإعلام والاتصال دراسة في التنشئة والتطور، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان- الأردن، 2012، ص 354.

2 محمد صاحب سلطان، مرجع سبق ذكره، ص 357.

* شبكة اجتماعية تأسست سنة 2004 على يد الأمريكي **مارك زوكربيرج** بالتعاون مع اثنين من رفاقه في جامعة هارفارد، وفي البداية كان مقتصرًا في البداية على طلبة الجامعة ثم امتد ليشمل طلبة الجامعات الأمريكية ثم الى أوروبا والعالم.

1.1 طريقة التداعي الحر:

وهي نوع آخر من طريقة المنبهات الإسقاطية*، إن هذا الأسلوب يساعد كثيرا في الوصول بسرعة إلى الموضوع المراد دراسته، حيث يطلب من الشخص أن يشير إلى كل العبارات أو الكلمات التي ترد إلى ذهنه، وهو بذلك يحث أو يدفع الفرد على التعبير اللفظي من خلال كلمة أو سلسلة من الكلمات. أو يطلب من الفرد أن يصف الشخص أو الأشخاص الآخرين بكلمات أو عبارات من عنده ثم يلي مباشرة تحليل مضمون استجاباته¹.

2.1 خريطة التداعي الحر:

وفيها يطلب من المستجوب من خلال كلمة حث أن ينتج تداعيات حرة، وبعد الرصد الكلاسيكي للتداعيات يطلب من المستجوب أن ينتج سلسلة ثانية من التداعيات من خلال أزواج جديدة تكون من كلمة الانطلاق الأولى وكل الكلمات التي أنتجها الفرد في السلسلة الأولى وهكذا حتى يتم إنتاج سلاسل من خمسة إلى ستة عناصر ليتم تفسيرها بعد ذلك، ونشير إلى أن دراسة *Alfred shaklee* من أهم الدراسات التي طبقت هذه الطريقة.

2. الأسلوب الاستفهامي: وهو الأسلوب الثاني لرصد التصورات ويتم بتطبيق العناصر التالية:

1.2 المقابلة:

تعد المقابلة من أهم الأدوات لرصد محتوى التصورات الاجتماعية، ومن الأفضل ألا يعتمد الباحث أثناء دراسته لموضوع التصورات الاجتماعية خاصة على المقابلة وحدها بل يفضل ربطها

* المنبهات الإسقاطية: وهي طريقة يتم من خلالها قياس اتجاهات الأفراد نحو موضوع ما، وهي بدورها تنقسم إلى قسمين هما: طريقة التداعي الحر، وطريقة الصور الغامضة للباحث فروم، الذي يعتمد فيها على مقارنة استجابات المبحوثين عن أسئلة معينة من خلال استبيان أعد لذلك مع تقديم صور غامضة لموضوعات معينة لنفس المبحوثين على أن يقدموا تفسيراتهم لهذه الصور . للمزيد أنظر: محمود السيد أبو النيل، علم النفس الاجتماعي عربيا وعالميا، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2009.

1 معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، مرجع سبق ذكره، ص 472.

بأدوات أخرى تضبطها وتكملها وتعمق معلوماتها الاستمارة مثلا، وذلك راجع إلى أن استعمال المقابلة يطرح بعض المشكلات.

2.2 الاستمارة:

الاستمارة من أكثر الأدوات استعمالا في دراسة التصورات الاجتماعية، خاصة وأنه يتم فيها عرض نفس المواضيع والعبارات ونفس الترتيب على العينة محل الدراسة، وإذا كانت هذه من أهم إيجابيات هذه الأداة فإنه يؤخذ عليها التحديد المسبق لنوع المواضيع المقترحة والاستجابات اللازمة، وهو ما قد يختلف عن استفهام الأفراد، وأمام هذه الصعوبات يلجأ الباحثين عادة إلى استعمال أسئلة مفتوحة يقترح فيها على المستجوبين اختيارات كثيرة.

3.2 البطاقات الاستقرائية:

وهي إحدى تقنيات التحلل النفسي، وتستعمل مع الأشخاص الذين يصعب معهم استعمال تقنية المقابلة أو الاستمارة، وفيها يطلب من المبحوث الاستجابة لسلسلة من الصور ذات مواضيع يحددها الباحث بحيث لا يستثار فيها المستجوب لفظيا ولكن بواسطة الصور.

كما يوجد أسلوب آخر قريب الشبه من الأسلوب السابق ويعرف بأسلوب الرسم، حيث يطلب فيه من المستجوب إنتاج سلسلة من الرسومات ليعبر عنها لفظيا بعد ذلك مثل الدراسة التي أنجزت من قبل الباحثة **جودلي** حول تصور مدينة باريس.

4.2 المدخل المونوغرافي:

وهو من الأساليب المستمدة من الأساليب الأنثروبولوجية*، وإذا ما قارناه بالأساليب السابقة فهو طويل وصعب في نفس الوقت لكنه من أحسن الأساليب للوصول إلى التصورات الاجتماعية، وفيه يتم

* الأنثروبولوجيا: وتعني العلم الذي يدرس الإنسان من حيث هو كائن عضوي حي يعيش في مجتمعات تسوده نظم وأنساق اجتماعية. للمزيد أنظر: عيسى الشماس، **مدخل إلى علم الإنسان ((الأنثروبولوجيا))**، منشورات اتحاد الكتاب العرب، دمشق، 2004، ص ص 9-28.

استخراج محتوى التصور من خلال الرجوع إلى المواقف الفعلية الحقيقية ودراسة علاقتها بالممارسات الاجتماعية مثل دراسة *جودلي*. ويمكن الإشارة إلى أن هذا الأسلوب يعتمد على تقنيات كثيرة منها التقنيات الإنثروغرافية والمسح الاجتماعي، والتحليل التاريخية والتقنيات النفسية الاجتماعية.

خلاصة الفصل:

نستخلص من هذا الفصل إلى أن التصورات الاجتماعية تتشكل من خلال عملية التواصل والتفاعل الاجتماعي التي يقوم بها الفرد نتيجة احتكاكه الدائم بيني جنسه، ونشير إلى أن التنشئة الأسرية لها الدور الفاعل في عملية بناء التصورات الاجتماعية، فضلا عن العوامل الأخرى التي تؤثر في عملية بنائها كالعوامل الاقتصادية، الاجتماعية، السياسية، التاريخية والثقافية، ونظرا لأهمية التصورات في حياة الفرد جعل عددا من الباحثين يولونها اهتمام كبير لدورها الكبير في مساعدة الأفراد على تحقيق تكيفهم مع وسطهم الاجتماعي، ومن هؤلاء *موسكوفيسي*، *ايميل دوركايم*، *أبريك*، وغيرهم، ممن ساهموا مساهمة فعالة في تحديد مفهوم التصور الاجتماعي وتحديد أبعاده فضلا عن الدراسات التي أجريت في هذا المجال كدراسة *جوميلي* تحت عنوان تصورات الصيادين للصيد، ودراسة *جودلي* حول تصور مدينة باريس.

الفصل الثالث: علم الاجتماع الطبي والتنمية الصحية

أولاً: طبيعة العلاقة بين علم الطب وعلم الاجتماع

ثانياً: تعريف علم الاجتماع الطبي ونشأته

ثالثاً: وظائف علم الاجتماع الطبي وأهم مؤلفاته

رابعاً: أهداف علم الاجتماع الطبي

خامساً: مجالات علم الاجتماع الطبي

سادساً: مشكلات علم الاجتماع الطبي

سابعاً: من علم الاجتماع الطبي الى علم اجتماع الصحة

ثامناً: ماهية الصحة وأنواع الخدمات الصحية

تاسعاً: المرض والنظريات المفسرة للمرض

عاشراً: تفسير العامة وأهل الاختصاص للمرض

الحادي عشر: علاقة بعض النظم بالصحة والمرض

تمهيد:

لقد اقتصر مفهوم الصحة في سنوات مضت على أنها مجرد غياب للمرض وأن المرض لا يفسر إلا في نطاقه البيولوجي أي أنه لا يتعدى هذا المجال، غير أن الأبحاث المتتالية في الميدان الصحي أثبتت وجود عوامل أخرى لها علاقة بحدوث المرض وتحقيق الصحة، ولعل أحد أهم هذه العوامل العامل الاجتماعي والبيئي، الأمر الذي حدا بثلة من الباحثين إلى تقديم مفهوم شامل للصحة يتجلى في كونها تعبر عن الحالة الكاملة من السلامة العقلية، الانفعالية، الجسمية والاجتماعية، وكان لهذا أثره الكبير في ظهور علم الاجتماع الطبي وتعزيز الاهتمام به نظرا لدوره في دراسة قضايا الصحة والمرض في علاقتهما بالبيئة الاجتماعية للفرد.

أولا: طبيعة العلاقة بين علم الطب وعلم الاجتماع

قبل الحديث عن ماهية علم الاجتماع الطبي ومجالاته ينبغي أن نتطرق أولا إلى العوامل أو الظروف التي ساعدت على التقاء الطب وعلم الاجتماع وظهور ما يعرف بعلم الاجتماع الطبي.

من هذا المنطلق يمكن القول أن علم الاجتماع كعلم قائم بذاته ظهر لدراسة الظواهر الاجتماعية ومن الباحثين في هذا المجال من يعرفه بالقول انه " علم قوانين الظواهر الاجتماعية"¹. ولقد اهتم علم الاجتماع في السنوات الأولى من نشأته بدراسة المشاكل الاجتماعية كالفقر وبعض المشاكل الناجمة عن الثورة الصناعية، غير انه على الرغم من تأخر ظهوره كنظام فكري خاص بالمقارنة مع العلوم الأخرى التي سبقته بالظهور، إلا انه تمكن من فرض وجوده حتى انه أصبح معترفا به في كثير من التخصصات.

إضافة إلى أنه حقق نتائج باهرة، من هنا تفرعت عنه عدة تخصصات وبالتالي اتسعت دائرة اهتماماته وأصبح يشمل أحد أهم الميادين ألا وهو ميدان الطب الذي اعتبر "علما بيولوجيا يقيس تقدمه

1 Joseph Sumpf, Michel Hugues, **Dictionnaire de Sociologie**, Librairie Larousse, Paris, 1973, p 199.

على ضوء معايير الكفاية في انجاز العمليات الفنية والتشخيصية والعلاجية¹. وفي هذا الصدد اعتبر *Talcott Parsons* علم الطب من "المهن الحرة"²، ويبقى أن نؤكد هنا على أن الطب لا يعد نشاطا عرضيا وإنما هو علم قائم بذاته وبدأ يعيش فترة من اليقظة وكان ذلك بالضبط أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، حيث استفاد من الدروس التي يتضمنها تاريخ الطب وخاصة تلك المتعلقة بأهمية الأبعاد الاجتماعية في تحليل المرض. من هنا اتسع نطاق الطب وتخلص بالتالي من تلك النزاعات التقليدية التي كانت تعيق تقدم الطب وانفتح بذلك على ميادين معرفية أخرى ومنها علم الاجتماع. ويمكن أن نستدل هنا بما قالته *Claudine Herzlich* في كتابها "Médecine Maladie et Société" من أن "بناء ونشاط المؤسسات الصحية ليس مستقلا عن باقي المؤسسات الاجتماعية الأخرى فهو يرتبط بكل المحتويات والمضامين الاقتصادية والإيديولوجية للمجتمع"³. وقد نؤيد ما ذهبت إليه *Herzlich* على ذلك بالمفهوم القديم للصحة والذي استمر فترة ليست بالقليلة أين كان معظم الناس يعتقدون بأن الصحة ما هي إلا خلو أو غياب المرض، وأن المرض خلل قد يصيب أحد أعضاء الجسم وبالإمكان التخلص من هذا الخلل بزيارة الطبيب وتناول الدواء، بمعنى أن التفسير السائد في القرون الماضية للصحة كان تفسيراً بيولوجياً فسيولوجياً محضاً لم يراع الجوانب الأخرى التي قد تؤثر على صحة الإنسان، غير أن الأبحاث المتواصلة في مجال الصحة وظهر علم الاجتماع والأنثروبولوجيا وعم الاجتماع الطبي ساعد على إعادة صياغة مفهوم الصحة في كونها لا تعني مجرد غياب المرض من الجسم، بل هي حالة من السلامة الكاملة حيث يقصد بالسلامة الكاملة السلامة العقلية والنفسية والبدنية والاجتماعية، وهذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية في تعريفها للصحة بأنها "حالة كاملة من السلامة الفيزيائية والعقلية والاجتماعية، وليس غياب المرض فحسب"⁴.

1 علي عبد الرزاق جليبي، الطب النفسي الاجتماعي النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988، ص 20.

2 Claudine Herzlich, Médecine Maladie et Société, Paris, Librairie Maloin, A. , Paris, 1970, P169.

3 Claudine Herzlich, opcit. p 155.

4 Marie-Thérèse Lacource avec la collaboration du Michel Emond, sociologie de la santé, 2e édition, Chenelière éducation, Montréal (Québec), 2006, p 6.

وذلك من منطلق أن الإنسان كائن اجتماعي يعيش وسط بيئة اجتماعية لها ظروف معينة، ومن ثم يتأثر بكل ما يحدث في هذه البيئة من ناحية المناخ ومن ناحية الظروف الاقتصادية والظروف الاجتماعية...

وهذا ما يقودنا إلى أن علم الاجتماع والطب ميدانان هامين في الحياة قد يبدو في الظاهر أنهما منفصلان عن بعضهما البعض، غير أن العكس هو الصحيح وذلك انطلاقاً من أن كل ميادين ومجالات الحياة مرتبطة ببعضها البعض ومتداخلة ومتكاملة أيضاً، حيث أن أحدها يكمل الآخر ويتأثر به ويؤثر فيه كذلك، وعلى هذا الأساس أصبح ينظر " للطب باعتباره علماً اجتماعياً"¹، كونه يعالج الكائنات الحية وبخاصة الكائن الاجتماعي المتمثل في الإنسان الذي يتأثر بكل ما يحيط به.

والسؤال الذي يمكن طرحه هنا هو: ما هي أسباب الاهتمام السوسولوجي بالصحة؟ وهنا يجيبنا François Stendler "والذي يرجع أسباب الاهتمام السوسولوجي بالصحة إلى سببين أو خاصيتين مهمتين للطب المعاصر: "الخاصية الأولى تكمن في التطور التقني والتنظيمي، أما الخاصية الثانية فترجع إلى دور العوامل الاجتماعية والبيئة في ظهور وتطور الأمراض فههدف الطب الحديث هو جعل الإنسان سيداً ومالكا للطبيعة ولحياته ومماته"².

وإذا حللنا الخاصية الأولى وما مدى علاقتها بعلم الاجتماع نقول أن التطور التكنولوجي قد مس كل قطاعات المجتمع ومن هذه القطاعات النسق الطبي، أين عرفت الهياكل الصحية بناءاً مميّزا وتجهيزات خاصة تسهل من عملية العلاج وطاقماً طبياً له وظائفه الخاصة به حيث تعد أهم وظيفة يقوم بها هي خلق علاقة جيدة مع المريض. وعليه ولكي تحدث مثل هذه العلاقة لابد من وجود علم الاجتماع الطبي الذي يقوم بدراسة العلاقة القائمة بين الطبيب والمريض، وهذا الأخير وهيئة التمريض ومدى رضاه على مستوى الخدمات المقدمة إليه، وما هي السلبيات الناتجة عن هذه العلاقة، وما هي

1 علي عبد الرازق جليبي، مرجع سبق ذكره، ص 22.

2 عبد العالي دبله، سوسولوجيا الصحة من خلال إسهامات علم الاجتماع، المؤتمر الدولي الثاني، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، 6-8 افريل 2003، ص 5.

إيجابياتها أيضا. كل ذلك من اهتمام علم الاجتماع الطبي وليس بإمكان الطبيب أو الممرض القيام بذلك، فضلا عن دراسة البناء الوظيفي للمؤسسات الصحية، وكأن عالم الاجتماع الطبي يسهل من عملية أداء الطبيب وهيئة التمريض لمهامها مما يسمح بالتقدم في المجال الطبي ومعرفة المعوقات التي من شأنها أن تعيق المسار الطبي. ونفس الشيء يمكن أن يقال في تحليلنا للخاصية الثانية حيث نجد علم الاجتماع يولي اهتماما بالغا بدراسة الظروف الاجتماعية أو الأسباب الاجتماعية الكامنة وراء إصابة الشخص بالمرض، كأن تكون الظروف الاقتصادية أو التنشئة الأسرية والاجتماعية سببا في ذلك وكذا الأمراض التي تكون ناتجة من البيئة وطريقة العيش ناهيك عن دراسة التصورات الاجتماعية للصحة والمرض التي يؤمن بها عدد كبير من أفراد المجتمعات والتي قد تكون مؤيدة أو معارضة للبرامج الصحية، كل هذه الظروف وغيرها والتي يهتم بدرستها عالم الاجتماع الطبي من شأنها أن تساعد حكومات الدول في وضع إستراتيجيات صحيحة وواقعية يمكن تطبيقها دون إحداث خلل أو اضطراب خاصة في المجتمعات التي لا زالت تؤمن بما هو موروث شعبي (ونقصد بذلك دور الداية أو القابلة ودور الساحر وحفلات الزار...).

ونتيجة لهذه العلاقة الوظيفية الواضحة بين علم الاجتماع والطب ظهر ونشأ علم الاجتماع الطبي وأصبح علما قائما بذاته واستطاع أن يفرض وجوده وأن يحقق كثيرا من التقدم، مما ساعد على إنشاء قسم لهذا العلم سنة 1960م في إطار الجمعية الأمريكية لعلم الاجتماع.

ومن كل ما سبق نصل إلى نتيجة على درجة كبيرة من الأهمية وهي أن النظرة السوسولوجية قد شملت كل مجالات الحياة وأصبح كل شيء لا يخرج عن نطاق المجتمع، بمعنى آخر أن كل شيء يقع داخل الإطار الاجتماعي " كما يشير إلى ذلك *François Ewald* بالقول أن " المجتمع ليس له خارج " *la société n'a plus d'extérieure*"¹. وهذا ما أكده أيضا " *Jean Claude Guyot* " في كتابه " أي طب لأي مجتمع؟ " أن أزمة الطب في حد ذاتها أزمة المجتمع، ذلك أن الحقيقة السوسولوجية ليست بعيدة عن الحقيقة الطبية، فكلاهما مكمل للأخر، إذ أن المجتمع إذا لم يولي اهتماما بالبرامج الصحية التي تصدرها الدولة، سيؤدي ذلك إلى انتشار مزيد من الأمراض كان

1 عبد العالي دبله، مرجع سبق ذكره، ص 1.

بالإمكان تقاديها من خلال حملات التوعية الصحية بكيفية الوقاية من الأمراض أو علاجها قبل استفحالها. وبالمقابل لن يكون للجانب الطبي أي أهمية إذ لم يعنى بالجانب الاجتماعي ويطلع على ظروف الفرد الاجتماعية التي كانت سببا في إصابته بالمرض، ولا بد من أن ننوه إلى أن ما أكدته *Jean Claude Guyot* صحيح وذلك لأن أي تطور يحصل في أي مجال من مجالات حياتنا إنما يكون بدعم من المجتمع، والمتمثل في الفرد الذي تحدث التنمية من خلاله ولأجله، وإذا تصورنا هذا الفرد رافضا للمشاريع التنموية ولتكن في المجال الصحي فهذا يعني حصول الأزمة والخلل في الأنظمة الطبية المعمول بها.

وفي هذا المقام نشير إلى أن *Jean Stætzl* يعد من الأوائل الذين بينوا في دروسهم حول علم النفس الاجتماعي بأن الصحة والمرض قيم بل النموذج الأصلي لكل قيمة ويلاحظ أن مصطلح قيمة *valeur* يأتي من المصطلح اللاتيني *Valère* ومعناه الحالة الجيدة أو الصحة الجيدة وعليه فإن كل قيمة هي ذات طبيعة اجتماعية، لهذا نرى أن أي تفسير طبيعي لا يكفي لتعريف الصحة والمرض ففي اللحظة التي يغادر فيها الملاحظ المجتمع الذي ينتمي إليه بفكره وعاداته فان عشوائية القرارات الاجتماعية التي تخص حالته الصحية ومرضه تكون هي الملازمة له¹.

وبعد هذا العرض الموجز عن الظروف التي التقى فيها علم الاجتماع والطب ونشأة علم آخر جديد أصبح يطلق عليه علم الاجتماع الطبي، نتساءل عن ماهية هذا العلم؟ وما هي أهم مجالاته واهتماماته؟.

ثانيا: تعريف علم الاجتماع الطبي ونشأته

قبل إدراج تعاريف علم الاجتماع الطبي من الضروري الإشارة إلى أن هذا الأخير ظهر بعد الحرب العالمية الثانية كتخصص جديد في علم الاجتماع في بعض البلدان المصنعة حيث: "ظهر كاستجابة للحاجات الاجتماعية ضمن المجال الصحي التي عرفتها تلك المجتمعات لاسيما المتصلة

1 Jean Claude Guyot, Quelle médecine pour quelle société, Edition privat, Toulouse, 1982, p 28_29.

منها بالتغيرات التي مست المجال الصحي على المستوى التقني، التنظيمي، الاقتصادي والاجتماعي"¹.

وعلى الرغم من ظهور علم الاجتماع الطبي أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين إلا انه لم يقدم أحد تعريفا دقيقا لهذا العلم، وعليه سنقدم التعاريف الآتية:

1- تعريف علم الاجتماع الطبي:

1.1 تعريف محمد الجوهري: ويعرف علم الاجتماع الطبي في كتابه الموسوم بعلم الاجتماع التطبيقي "أن علم الاجتماع الطبي يقوم على محاولة تطبيق النظريات والمناهج السوسولوجية على ميدان الطب كنظام اجتماعي، كما يتضمن هذا الفرع دراسة تصورات الناس عن الصحة والمرض"².

2.1 أما حسين عبد الحميد رشوان فيرى "أن علم الاجتماع الطبي من ميادين علم الاجتماع العام يهتم بدراسة التأثير المتبادل بين المجتمع من جهة والطب والتمريض من جهة أخرى، ويبحث في الأسباب والنتائج الاجتماعية للمرض في المجتمع المحلي"³.

من هذين التعريفين نستنتج بوجود علاقة وترابط بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحة، بمعنى أن إحداهما تؤثر في الأخرى وتتأثر بها أيضا، إضافة إلى أن صحة الناس مسؤولية مباشرة تقع على عاتق المجتمع.

1 محمد رضا بالمختار، نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علم الاجتماع جامعة الجزائر، 1988، ص 2.

2 محمد الجوهري، علم الاجتماع التطبيقي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988، ص 333.

3 حسين عبد الحميد رشوان، علم الاجتماع وميادينه، ط 4، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2000، ص 222.

3.1 ويذهب **دافيد ميكانيك** إلى أن علم الاجتماع الطبي عبارة عن مجموعة الجهود التي تهدف إلى تطوير الأفكار السوسولوجية داخل سياق الأنساق الطبية وإلى دراسة القضايا التطبيقية الهامة فيما يتصل بعمليات الصحة والمرض¹.

4.1 أما "**Donald Patrick**" فيرى في علم الاجتماع الطبي على أنه " العلم الذي يدرس الأسباب الاجتماعية للمرض والوفاة والأسباب الاجتماعية للصحة والحيوية وطول العمر"².

5.1 وفي نفس السياق يذهب **Talcott Parsons** " إلى إن علم الاجتماع الطبي هو العلم الذي يدرس الصلة بين المجتمع والمرض من حيث طبيعته وأسبابه وأثاره وكيفية معالجته، وصلته بالمجتمع الذي يوجد فيه ويتطور في ظل ظروفه ومعطياته"³.

المتفحص للتعريف السابقة يجدها تربط مفهوم الصحة والمرض بالمجتمع، وهذا ما جعل علم الاجتماع الطبي يؤكد على العلاقة التكاملية بينهما ويعمل على تزويدنا بمجال معرفي حول القيم المتعلقة بالصحة والمرض لدى أفراد المجتمع، وكذا الطرق التي يلجأ إليها هؤلاء الأفراد لعلاج الأمراض التي يتعرضون لها، وهذا يدل على أن هذا العلم يركز في دراسته على الجوانب ذات الطبيعة الاجتماعية والثقافية، وهو في ذلك يستعين بعدد من المداخل في دراسة قضايا الصحة والمرض كالمدخل البنائي الوظيفي، المدخل الايكولوجي، المدخل المقارن وغيرها من المداخل التي سبق وأن تعرضنا لها في الفصل التمهيدي.

ومن ثم فعلم الاجتماع الطبي يمثل حلقة وصل بين علم الاجتماع والطب، وهذا ما ذهب إليه **Susser et Watson** في كتابهما علم الاجتماع في الطب بتعريف علم الاجتماع الطبي بالقول أنه " العلم الاجتماعي الذي يهتم بدراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والنفسية التي لها علاقة وتأثير على صحة الجماعات والمجتمعات، وعلى انتشار الأمراض والأوبئة مع التركيز العملي

1 نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص 21.

2 إحسان محمد الحسن، مرجع سبق ذكره، ص 21.

3 المرجع نفسه، ص 21.

التطبيقي على المجال الاجتماعي كتوفير الخدمات الطبية والاجتماعية لنشر الصحة ومقاومة المرض وتوفير الحلول المناسبة للمشكلة الصحية في إطارها الاجتماعي"¹.

فتركيز علم الاجتماع الطبي إذن يكون على دراسة الظاهرة الصحية والمرضية في إطارها الاجتماعي، ومنه نستنتج أن أي فكرة أو تصور يقدمه علم الاجتماع الطبي ينعكس على النسق الطبي من حيث تزويد أعضائه بأهمية العوامل الاجتماعية ذات العلاقة بالصحة والمرض، ونمط الأسرة ودوره في اتخاذ القرار الطبي، وسلوك المريض وعلاقته بالخدمة الصحية، وغير ذلك.

2 - نشأة علم الاجتماع الطبي:

تعددت الأسباب حول العوامل الفاعلة في ظهور علم الاجتماع الطبي ولعل أهمها عاملين الأول ويتمثل في إهمال علم الاجتماع للظاهرة الصحية والمرضية في المجتمع، وعدم اهتمامه أيضا بدراسة وتحليل المؤسسات الصحية وبيان دورها الفاعل كنسق اجتماعي أو كمؤسسات اجتماعية مسئولة على تحقيق الرعاية الصحية لأفراد المجتمع هذا من جهة، أما العامل الثاني والذي يعد أحد الأسباب الرئيسية في نشأة وظهور علم الاجتماع الطبي متمثل في الإهمال من جانب علم الطب في عدم اهتمامه بالبيئة الاجتماعية المحيطة بالمريض ومدى تأثيرها عليه، وأثر الأمراض على البناء الاجتماعي خاصة وأننا ندرك تماما ما للبيئة من دور فاعل في التأثير على صحة الإنسان من جهة أخرى، ومن خلال هذا الإهمال لكل من علم الطب وعلم الاجتماع ظهر علم الاجتماع الطبي وبالضبط في عقد الخمسينات من القرن العشرين أين حاول من خلال مواضيعه أن يربط ويوضح العلاقة المتفاعلة بين الظواهر الطبية والظواهر الاجتماعية والأمثلة في ذلك كثيرة، فعلى سبيل المثال وليس الحصر نجد أمراض القلب وأمراض السكري ترجع إلى عوامل اجتماعية فضلا عن الأمراض النفسية العصبية كأمراض الخوف والقلق والهستيريا التي يكون سببها العوامل الاجتماعية.

ومما زاد من تطوير هذا العلم تلك المؤلفات التي نشرت في علم الاجتماع الطبي كمؤلف **د/فيد ميكانيك** سنة 1952م بعنوان الإجهاد والسلوك المرضي والمريض، ومؤلفه الآخر بعنوان علم الاجتماع

1 نجلاء عاطف خليل، في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006، ص136.

الطبي سنة 1959م، إضافة إلى كتاب الطبيب ومريضه والمرض للبروفسور **Ballent** سنة 1954م، كما نجد **Talcott Parsons** الذي ألف كتاب بعنوان دور المريض في المستشفى وتغير أنماط واجباته وحقوقه سنة 1961م وغيرها من المؤلفات التي لعبت دورا حاسما في نشأة وتطور علم الاجتماع الطبي.

ثالثا: وظائف علم الاجتماع الطبي وأهم مؤلفاته: من أهم الوظائف التي ظهر علم الاجتماع الطبي نذكر الآتي:

1- وظائف علم الاجتماع الطبي:

1-1 تركيزه على دراسة العلاقة بين الواقع الاجتماعي والأمراض السائدة في المجتمع.

2-1 تحليله لآثار الصحة والمرض على المجتمع والبناء الاجتماعي.

3-1 "ربط معطيات الواقع الاجتماعي بالأمراض النفسية وأثر الأمراض النفسية في الأمراض الجسمية. وهذا يدل دلالة واضحة على أن هناك علاقة متفاعلة بين الأمراض الاجتماعية والأمراض النفسية والأمراض الجسمية"¹.

4-1 تشخيص أسباب الأمراض الاجتماعية وسبل علاجها.

5-1 دراسة وتحليل العلاقة الإنسانية في المؤسسات الصحية، أي دراسة العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض والمرضة وكل أعضاء الفريق الطبي.

2- المؤلفات التي ساهمت في ظهور علم الاجتماع الطبي: لقد تعددت وتنوعت مؤلفات علم الاجتماع الطبي بحسب المدارس الفكرية التي ينتمي إليها كل مفكر، غير أننا نشير الى أن المؤلفات الست لكل من: **Quinte Edwin Lemert ،David Méchanic ،Talcot Parsonse**

1 إحصان محمد الحسن، مرجع سبق ذكره، ص 39.

Emile Durkheim, Jonces، وهي مؤلفات في طب المجتمع وعلم الاجتماع الطبي تعتبر الأساس في ظهور علم الاجتماع الطبي وتطور نظرياته ومناهجه وسنستعرضها في الآتي:

2-1 تالكوت بارسونز ومؤلفه النظام الاجتماعي (1902-1979):

يعد Parsons رائد النظرية البنوية الوظيفية، وقد كان تركيزه في كتابه الموسوم بـ "النظام الاجتماعي" على دراسة النسق الاجتماعي والذي حلله إلى عدد من المؤسسات كالمؤسسة الدينية والمؤسسة العسكرية...، وكان الهدف من تحليل هذه المؤسسات يكمن في الوصول إلى الأدوار الاجتماعية والتي تشمل الحقوق والواجبات، وبدراسته للأدوار الوظيفية اختار Parsons المؤسسة الصحية وركز اختياره على المستشفى وشخص أدوارها وأهمها دور المريض ودور الطبيب والعلاقة الاجتماعية القائمة بين الدورين. "لقد اعترف Parsons في كتابه النظام الاجتماعي بالدور الاجتماعي الرسمي للمريض الذي يظهر من خلال المهنة الطبية. يقول Parsons بأن توازن النظام الاجتماعي إنما يعتمد على أن يؤدي كل فرد دوره بما يمكن النظام من العمل والفاعلية والاستمرار. لذا فإن الناس يجب أن يكونوا مدفوعين بشعور الواجب والالتزام بالعلاقات الاجتماعية"¹.

ونظرا لكون المرض يمكن الشخص من التوقف عن العمل فإنه لا بد من وجود معايير تنظيمية تضبط وتجنب استعمال المرض كحجة أو عذر للتحرر من الواجبات والمسؤوليات المنوطة بكل شخص، ولنا أن نتخيل واقع أي مؤسسة في غياب موظفيها عن العمل بداعي الإصابة بالمرض أو الإعياء وعدم وجود البديل الملائم، كغياب العامل عن المصنع من شأنه أن يحدث شلل في القطاع الصناعي أو نقص في مستوى الإنتاج وهذا بدوره سيؤثر حتما على مسار التنمية الاقتصادية ومن ثم على التنمية الشاملة، ولكي تصبح العملية موضوعية مضبوطة لا تدع مجالا للفرد العامل التحجج بالمرض وترك مسؤولياته أو واجباته تم الاعتماد على عنصر فعال لضبط دور المريض وتأكيد غيابه عن العمل الموكل له فترة من الزمن حسب الحالة الصحية له هذا العنصر الفاعل متمثل في الطبيب، وفي هذا الصدد يقول Parsons "بأننا نستطيع ضبط دور المريض من خلال تعيين أطباء يكونون

1 إحصان محمد الحسن، مرجع سبق ذكره، ص 43.

بمثابة أدوات للضبط الاجتماعي من خلال احتضان دور المريض بمراجعة الطبيب¹. أي أن الطبيب يعمل على توجيه المريض لبلوغ الشفاء وعودته للقيام بدوره الوظيفي في المجتمع، وهكذا يفسر دور Parsons المريض في الأسرة والمجتمع أنه دور قائم على التزام المريض بواجباته وحقوقه².

2-2 كتاب علم الاجتماع الطبي للعالم دافيد ميكانيك (1915-2001):

وهو أحد أهم علماء الاجتماع الأمريكيين، وقد تخصص بداية في علم الطب وبعدها تخصص في علم الاجتماع الطبي، وعن أهم مؤلفاته إضافة للكتاب السالف الذكر كتابه عن "طب الأسرة" وكتاب آخر عن "طب المجتمع"، والمطلع على كتاب علم الاجتماع الطبي سيد الباحث قد ركز فيه على أهم المواضيع التي يعنى علم الاجتماع الطبي بدراستها والتي منها التفاعل القائم بين الطبيب والمريض، ناهيك عن مقارنته لأنظمة الرعاية الصحية في عدد من بلدان العالم بنظيرتها في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا، وغيرها من المواضيع الأخرى التي تطرق لها الكتاب ولا يسعنا ذكرها في هذا المجال.

3-2 *Ti.Holmez* وكتابه عن الدراسات السيكو-اجتماعية والسيكو-فيزيولوجية لمرض السل (التدرن الرئوي):

إن هذا الكتاب أولى عناية بالغة بدور العوامل النفسية والاجتماعية والفيزيولوجية أيضا في حدوث مرض السل والتي تصعب من إمكانية علاجه، وعلى هذا الأساس أكد صاحب الكتاب في الفصل الأخير من مؤلفه هذا على مجموعة من التوصيات والعلاجات التي تخفف من حدة المرض وكيفية الوقاية منه وهي جميعها تتعلق بالجانب الفيزيولوجي والجانب الاجتماعي والنفسي، وهذا بعد تطرقه في الفصول الأولى بالتعريف بالمرض وبيان دور العوامل النفسية والاجتماعية في حدوث المرض والتصورات التي يحملها المريض نحو نفسه وتصورات الآخرين له، وكيف أن العوامل الفيزيولوجية أيضا من شأنها أن تؤثر على الحالة النفسية للمريض، حيث يصبح هذا الأخير ينظر

1 إحصان محمد الحسن، مرجع سبق ذكره، ص 44.

2 المرجع نفسه، ص 44.

لنفسه نظرة تشاؤمية تؤدي فيما بعد إلى القلق والخوف من المستقبل، كما تطرق أيضا إلى أسباب البيئة الاجتماعية التي يحيا فيها المريض والتي قد تكون أحد أهم الأسباب في حدوث المرض والمتمثلة في البيئة السكنية والبيئة الاقتصادية والدينية والتربوية وحتى السياسية، فضلا عن بيئة العمل التي يشتغل فيها الشخص والتي تخلف ما يعرف بأمراض المهنة.

2-4 كتاب المرض الاجتماعي لـ **Edwin Lemert** (1917, 1992)

لقد ألف **Lemert** كتابه المرض الاجتماعي بعد تبنيه لنظرية الوصم الاجتماعي*، هذا الكتاب الذي صنف فيه الأمراض الاجتماعية إلى أمراض اجتماعية أولية وأمراض اجتماعية ثانوية، حيث توصل إلى أن الأمراض الثانوية تتحول إلى أمراض أولية وكذلك الشأن بالنسبة لهذه الأخيرة تتحول هي أيضا إلى أمراض ثانوية، والأمراض الاجتماعية الأولية حسب **Lemert** هي: "الأمراض التي يصاب بها الأفراد نتيجة سبب اجتماعي أو آخر كالإدمان الكحولي والإدمان على تناول المسكرات والتطرف الطائفي والطبقي والإيديولوجي، الإصابة بالمرض سرعان ما يعلم بها أبناء المجتمع المحلي الذي يعيش فيه المريض هؤلاء الأفراد صورة نمطية ذهنية متعصبة عن ذلك الفرد بحيث تتحول هذه الصورة إلى وصمة عار تلازمه طيلة حياته إذ ينعت ذلك الفرد بالسكير مثلا"¹. طبعا هذه الصورة النمطية لا تتغير نحو الشخص الموصوف بها حتى ولو أقلع عن الإدمان ونظرا لبقاء الصورة في أذهان المجتمع دون تغيير فإن الفرد يعود مرة ثانية للإدمان لعدم إمكانية إزالة هذه الصورة، وهنا نقول أن هذا الفرد مصاب بمرض اجتماعي أولي ومرض اجتماعي ثانوي والمتمثل في وصمة العار التي تلازمه طيلة حياته حتى لو ابتعد عن تناول المسكرات أو غيرها، وقد أشار الباحث في أحد فصوله إلى عدد من الأمراض الاجتماعية الأولية كتعاطي المخدرات والمشروبات الكحولية،...، كما تطرق

* نظرية الوصم الاجتماعي تعالج نظرة المجتمع نحو الفرد ومبادرة الأخير بالسلوك والممارسة في المجتمع بناء على النظرة التي يحملها المجتمع تجاهه، وتستخدم هذه النظرية في تفسير الأبحاث التي تتعلق بالجريمة والانحراف. للمزيد انظر: إحسان محمد الحسن، النظريات الاجتماعية المتقدمة، ط1، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005.

1 المرجع نفسه، ص 48.

إلى أسباب وآثار الأمراض الاجتماعية وكيفية معالجتها، وغيرها من المواضيع، فضلا عن إدراجه جملة من التوصيات التي تقضي على هذا النوع من الأمراض.

2-4 كتاب علم الاجتماع في الطب لمؤلفه كينث جونز *kenith jonce*:

تطرق الكتاب إلى العلاقة بين علم الاجتماع والطب والأسرة والتنشئة الاجتماعية وتأثيرها في سلوك الأفراد وعلاقاتهم الاجتماعية، وفي الفصل الثامن من هذا الكتاب تعرض مؤلفه إلى دراسة الايكولوجية الاجتماعية والديموغرافيا من خلال دراسة اتجاهات النمو السكاني في المجتمع بكل ما له صلة بالمرض والرعاية الصحية، أما الفصل الحادي عشر فقد ركز فيه على دراسة علم الاجتماع في الطب حيث وضع فيه مجال علم الاجتماع في الطب وأنواع الأمراض المنتشرة بين السكان، كما درس البناء الاجتماعي في المستشفى كأحد أهم المؤسسات الصحية كما فعل ذلك *talcott Parsons*.

2-6 كتاب الانتحار لـ *Emile Durkheim* (1858-1917):

يعد كتاب الانتحار أهم مؤلف في علم الاجتماع الطبي، يدرس فيه *Durkheim* العوامل الاجتماعية للانتحار والتي ترجع إلى ثلاثة عوامل هي العزلة الاجتماعية، والإيثار الاجتماعي، والتفكك الاجتماعي، وبهذا التصور يؤكد أن أسباب الانتحار وآثاره ليست نفسية ولا طبية فحسب بل هي أسباب اجتماعية بالدرجة الأولى، حيث يعتبر العامل الاجتماعي هو المؤثر بداية في الحالة النفسية للفرد هذا العامل الذي يحدث نوعا من الخلل والاضطراب في حالة الفرد النفسية وكلما زادت حدة هذا الاضطراب كلما اتجه الفرد الى الانتحار، ونفس الشيء يمكن أن يقال على بقية الظواهر الاجتماعية الأخرى ومنها الفشل الدراسي على سبيل المثال لا الحصر.

إن المؤلفات السابقة الذكر تؤكد جميعها على العلاقة الوثيقة بين علم الاجتماع وعلم الطب، وأن المجتمع قد يكون سببا رئيسيا في إصابة الفرد بالمرض، كما قد يكون المرض العضوي سببا أيضا في تدهور الحالة الاجتماعية للمريض وانحرافه.

رابعاً: أهداف علم الاجتماع الطبي

تعددت أهداف علم الاجتماع الطبي وقد هدفت جميعها إلى الاهتمام بالإنسان من جميع جوانبه النفسية والعقلية والبدنية والاجتماعية، ونظراً لهذا التنوع في الأهداف فقد تم تصنيفها الى نوعان تمثلت في الأهداف العملية والأهداف العلمية والمنهجية وهي كالآتي:

1-الأهداف العملية والبراغماتية: وتتلخص في الآتي

1-1 تحديد أسباب الأمراض ونتائجها ووسائل معالجتها والوقاية منها.

2-1 دراسة البيئة الاجتماعية ودورها في ظهور الأمراض الاجتماعية والنفسية.

3-1 دراسة بناء المؤسسة الصحية ووظائفها وعلاقاتها الداخلية والخارجية ونظامها بهدف تفعيلها، ذلك لأن تفعيل المؤسسة الصحية يساهم بشكل فعال في مواجهة الأمراض والتعرف على أسبابها ومعالجتها.

4-1 فهم طبيعة العلاقات الاجتماعية السائدة في المؤسسة الصحية وسبل تقويتها والمحافظة عليها من خلال التعرف على أسبابها وأثارها.

5-1 تحديد الأمراض الاجتماعية وتمييزها عن الأمراض النفسية والعصبية والأمراض الجسمية*.

2- أما عن الأهداف العلمية والمنهجية لعلم الاجتماع الطبي فهي

1-2 الاهتمام بزيادة عدد الباحثين والأساتذة في مجال علم الاجتماع الطبي وذلك بهدف تطوير وتنمية الأبحاث العلمية في هذا المجال وجعلها أكثر فاعلية في تفسير أغلب الظواهر الاجتماعية التي يهتم بها.

* ويعرف المرض الاجتماعي بأنه شكل من أشكال الاضطراب الذي يعتري المجتمع والذي يؤثر تأثيراً سلبياً على صحة الفرد وحيويته وقدرته على أداء مهامه المناطة به.

2-2 تنمية نظريات ومناهج علم الاجتماع الطبي وبشكل خاص المنهج التحليلي المستخدم في الحصول على المعلومات الجديدة.

2-3 فتح أقسام علمية متخصصة في علم الاجتماع الطبي تابعة لأقسام علم النفس وعلم الاجتماع لأن مثل هذه الأقسام من شأنها أن تزيد في تنمية علم الاجتماع الطبي وطب المجتمع أيضا.

2-4 "تثبيت الحدود العلمية بين علم الاجتماع الطبي وعلم الاجتماع والطب حيث أن تثبيت هذه الحدود يقود الى استقلالية علم الاجتماع الطبي ونضوجه واستقلاليته الكاملة"¹.

خامسا: مجالات الاهتمام في علم الاجتماع الطبي

ينبغي أن نشير هنا إلى أن علم الاجتماع الطبي ينقسم إلى قسمين: الأول ويطلق عليه علم دراسة الطب أو علم الاجتماع في الطب، والثاني يطلق عليه استخدام علم الاجتماع في ميدان الطب أو سوسيوولوجية الطب، هذا التقسيم الذي اقترحه العالم روبرت شتراوس *R. Strauss*

1- تصنيف روبرت شتراوس لعلم الاجتماع الطبي:

1-1 فعن المجال الأول نجده "يهتم بدراسة الطب كنظام، والفروع العديدة للنظام الطبي القائم، بمناهج وأساليب علم الاجتماع"². ويعتبر عالم الاجتماع هو المتخصص وحده في دراسة مثل هذه الموضوعات.

1-2 أما المجال الثاني "فيهم بدراسة الظروف والشروط الاجتماعية للصحة والمرض، وخاصة الشروط المتعلقة بأمراض معينة"³، فحسب وجهة نظر *R. Strauss* "أن سوسيوولوجية الطب يمكن أن تكون مجالا لاهتمام أشخاص خارج نطاق مهنة الطب، أي أنهم ليسوا على صلة وثيقة بتدريس الطب

1 إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي، مرجع سبق ذكره، ص 31.

2 محمد الجوهري، الصحة والبيئة دراسات اجتماعية وأنثروبولوجية، بدون دار نشر، القاهرة، 2007، ص 8.

3 محمد الجوهري، علم الاجتماع التطبيقي، مرجع سبق ذكره، ص 334.

أو البحث الإكلينيكي¹. بمعنى آخر أن المجال الأخير يمثل ميدانا للاهتمامات المشتركة لعلماء الاجتماع، علماء الانثروبولوجيا، علماء الايكولوجية والأطباء على السواء، فعلم عديدة تشترك فيه بل المجتمع ذاته يشترك في هذا المجال وذلك من حيث معرفة آراء الناس وتصوراتهم حول الأسباب الفاعلة في حدوث المرض والأساليب العلاجية المعتمدة في القضاء على الأمراض والتخفيف من حدتها، فالمشاركة الشعبية إذن لها دور فاعل في تعزيز خطط التنمية الصحية إذا ما أولت حكومات الدول عناية واهتماما بها.

وعلى العموم نقول أن التمييز بين هذين المجالين لا يعني الفصل القاطع بينهما، وإنما الغرض من الفصل التوضيح بأن لكل ميدان اهتمامه الخاص به بما يؤدي ذلك في النهاية إلى تكامل الميادين بعضها ببعض مما ينتج لنا رؤية وتصور سليم لتحقيق التنمية الصحية، هذا يدل على أن الحياة الاجتماعية تزخر بالعديد من المواضيع التي تحتاج إلى البحث والدراسة، ومن هذه المواضيع ما يتعاون فيه الطبيب المختص مع عالم الاجتماع ومنها التي يدرسها عالم الاجتماع بمفرده، وفي هذا الصدد يقول محمد الجوهري "أن العلاقة الوثيقة بين فرعي علم الاجتماع الطبي هذين تبدوا بأوضح صورها في ميدان دراسة مستشفيات الصحة العقلية والتي يمكن تطبيقها بنفس الروح في دراسة سائر أنواع المؤسسات الصحية"².

أما عن مجالات الاهتمام في علم الاجتماع الطبي فإن كتاب علم الاجتماع الطبي لمؤلفه **Rodney coe** سنة 1970م يعتبر من أهم المؤلفات التي أشارت إلى أهم مجالات علم الاجتماع الطبي، حيث ذهب الباحث إلى أن هناك أربع منظورات أساسية تستخدم في ميدان علم الاجتماع الطبي ومن هذه المنظورات "أن كل مجتمع يستحدث نظاما خاصة به للرعاية الصحية وتختلف هذه النظم في درجة تقدمها، وهي تبدأ من الطب الشعبي إلى الطب الرسمي النظامي الحديث"³.

1 محمد علي محمد، وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة، ص 35.

2 محمد الجوهري، علم الاجتماع التطبيقي، مرجع سبق ذكره، ص ص 334-335.

3 محمد علي محمد، وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 31.

2- أما دافيد ميكانيك فقد حدد أهم مجالات الاهتمام في علم الاجتماع الطبي كالاتي:

1-2 السياسة الصحية: حيث يختص هذا الميدان بدراسة مختلف أساليب الرعاية الصحية في المجتمع، والعلاقات بين الهيئات الحكومية والطوعية في هذا المجال، والتعاون الدولي في مجال الخدمة الطبية، كما يدرس هذا الميدان أيضا حاجات الناس للخدمات الطبية، ومدى توافر الإمكانيات المالية، والعلمية والفنية لتوفير هذه الخدمات¹.

2-2 العلاقة بين الضغوط الاجتماعية والمرض: أي دراسة العلاقة بين الضغوط التي يتعرض لها سكان المجتمع وبين معدلات إصابتهم بالأمراض وتتم هذه الدراسة بين علماء الاجتماع والأطباء.

3-2 الطب النفسي الاجتماعي والمجتمعي: ويدرس هذا الأخير العوامل التي تساعد في تحقيق الارتقاء بالمستوى الصحي للأفراد، وكذا الرفع في درجة الوعي الصحي والوقاية من الأمراض، والاستجابة النفسية الصحيحة للمرض والعلاج.

4-2 دراسة نظم التعليم الطبي ونتائجه: ويعنى بدراسة الإستراتيجية المعمول بها في التعليم الطبي ونتائجها إضافة إلى دراسة بعض المهن الطبية كمهنة التمريض والمهن المساعدة للطب.

5-2 بناء ووظائف منظمات صحة المجتمع: وطبيعة علاقتها بالسكان، وأساليب تقديم الرعاية الطبية.

6-2 كما يهتم بالمواضيع التالية: توزيع الأمراض بين السكان وأسبابها، الاستجابات الثقافية والاجتماعية للمرض، وكذا الجوانب الاجتماعية والثقافية للرعاية الطبية، دراسة الوفيات، دراسة المستشفى بوصفها تنظيما اجتماعيا، كما لا ننسى في هذا الصدد أهم ميدان من ميادين علم الاجتماع الطبي والمتمثل في علم الأوبئة الاجتماعية ويقصد بهذا الأخير دراسة ظهور وتوزيع الأمراض بين السكان أي دراسة الأصول الاجتماعية للأمراض، والأسباب الفاعلة في تغير معدلات الوفيات، مستعينا ببعض البيانات الإحصائية المتوفرة.

1 محمد علي محمد، وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 35.

وفيما يخص المواضيع التي يتخصص علم الاجتماع الطبي في دراستها فنتمثل في:

- 1- مفهوم وأهداف علم الاجتماع الطبي ومجالاته ومناهجه ومشكلاته.
 - 2- تاريخه واهم رواده وأعمالهم العلمية.
 - 3- علاقة علم الاجتماع الطبي بعلم الاجتماع وعلم الطب.
 - 4- ظهور علم الاجتماع الطبي كعلم مستقل عن علم الاجتماع والطب والعوامل التي أدت إلى استقلاليته عن الفروع العلمية الأخرى.
 - 5- التحليل البنوي الوظيفي للمؤسسة الطبية كالمستشفيات والعيادات الطبية والمراكز الصحية وغيرها، هذا التحليل الذي يشمل تحليل الأدوار الاجتماعية في المؤسسة الصحية والحقوق والواجبات،...
 - 6- العلاقة الإنسانية بين الطبيب والمريض وأيضاً بين الممرض والمريض.
 - 7- العوامل الاجتماعية المؤثرة في الصحة والمرض.
 - 8- طب المجتمع وطب الأسرة.
- وبالتالي نجد أن علم الاجتماع الطبي يتسم باتساع مجال اهتمامه، خاصة وأنه يهتم بدراسة قضايا ومسائل تطبيقية شديدة الأهمية، ومن ثم فدوره يكاد لا يختلف مع الدور الذي يقوم به الطبيب النفسي، أو المتخصص في مجالات أخرى.

سادساً: مشكلات علم الاجتماع الطبي

وقبل التطرق إلى الحديث عن مشكلات علم الاجتماع الطبي نشير إلى عنصر مهم في هذا المجال والممثل في طبيعة علم الاجتماع الطبي، فماذا يقصد بهذا الأخير، وما هي العوامل المساعدة على استقلالية علم الاجتماع الطبي عن علم الطب وعلم الاجتماع؟

1- طبيعة علم الاجتماع الطبي:

يقصد بطبيعة علم الاجتماع الطبي مكانته العلمية بالنسبة للعلوم الإنسانية والطبيعية، وعليه فهو علم يجمع بين المجال العلمي والمجال الإنساني والأدبي. ويمكن أن نشير هنا إلى أن علم الاجتماع الطبي يشترك في بعض الصفات التي يتميز بها الموضوع العلمي الصرف ومنها:

1- يعتبر هذا العلم نظريا لكونه يتضمن عددا من النظريات والفرضيات كنظريات الطبقة الاجتماعية والمرض، ونظرية البيئة والوراثة والمرض، وغيرها من النظريات الأخرى وبطبيعة الحال قد تتغير هذه النظريات وتتحول إلى أن تتكامل.

2- كما أن هذا العلم تراكمي وذلك من منطلق أن نظرياته قابلة للتحويل والتراكم من مرحلة لأخرى حسب الدراسات والبحوث التي يجريها العلماء في هذا المجال، مما يعني عدم ثبات هذه النظريات فهي تتصف بالتغير والديناميكية.

3- كما ويعتبر علما تجريبيا، فالدراسة الميدانية يمكن إجراؤها في جميع موضوعاته للتحقق من مدى صحتها وذلك من خلال استخدام الاستمارة والمقابلة والأساليب الإحصائية وغيرها من المراحل المعتمدة في البحوث العلمية.

4- فضلا عن كونه علما لا يهتم بما ينبغي أن يكون بل بما هو كائن.

ومن جانب آخر يشترك علم الاجتماع الطبي ببعض الخصائص التي تتسم بها الآداب، ومنها أنه "يدرس الإنسان كوحدة بحث، ولهذا الإنسان عقلا: عقل ظاهري وعقل باطني، والعقل الأخير يشغل مساحة أكبر من العقل الظاهري. وهذا يعني بأن الفرد لا يقول الحقيقة دائما بل يخفيها في العقل الباطني، وأن ما يكشفه الإنسان للعالم الخارجي ينبعث من الأنا وما يخفيه يبقى مطمورا في منطقة الأنا السفلى أو الغرائز الحيوانية"¹.

1 إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي، مرجع سبق ذكره، ص 26.

وبما أن البعض من المعلومات التي يحصل عليها علم الاجتماع الطبي من منطقة الأنا السفلى هذا يعني أنه لا يمكن الاعتماد على هذه المعلومات في الوصول إلى الحقيقة، وعليه لا نعتبر هذا العلم علما "صرفا شبيها بالرياضيات والفيزياء والكيمياء"¹، وذلك يرجع للأسباب التالية:

أ. تتعدد وتتوزع المعلومات والحقائق ذات العلاقة بالظاهرة الاجتماعية الطبية والتي يصعب على عالم الاجتماع معرفتها جميعها.

ب. طبيعة الإنسان المعقدة، وهذا راجع كما أسلفنا الذكر أن الإنسان يخفي العديد من الحقائق في منطقة العقل الباطن ولا يصرح إلا بالقليل من المعلومات التي يذكرها، ولذلك فلا يمكن التأكد من صحة المعلومات التي يصرح بها.

أما العوامل المساعدة على استقلالية علم الاجتماع الطبي عن علم الطب وعلم الاجتماع: فيمكن القول أن المؤلفات المتعلقة بعلم الاجتماع الطبي قد زادت من استقلالية هذا العلم عن علم الاجتماع وعلم الطب، هذه الاستقلالية التي ساهم فيها عددا من العوامل سنذكرها بإيجاز وهي:

أ- ظهور عددا من العلماء والباحثين المتخصصين في أحد العلمين إما علم الطب أو علم الاجتماع، ومن هؤلاء *Edwin Lemert* و *Emile Durkheim* و *talcott Parsons* وغيرهم.

ب- عدم تمكن كل من علم الاجتماع وعلم الطب من دراسة الظواهر الصحية والمرضية دراسة اجتماعية، حيث اهتم علم الطب بدراسة الجوانب الفيزيولوجية للظاهرة المرضية وعدم الإحاطة بالجوانب الاجتماعية لها، ناهيك عن فشل علم الاجتماع في تناوله للظاهرة المرضية والصحية والمؤسسات الصحية أيضا ودراستها من الناحية الاجتماعية من خلال دراسة البيئة وتأثيراتها على صحة الإنسان. وبطبيعة الحال أن الفشل الذي وقع فيه هذين العلمين شجع الباحثين وأهل الاختصاص في تأسيس علم الاجتماع الطبي.

ج- تأسيس عدد من الأقسام العلمية في مجال علم الاجتماع الطبي تكون تابعة أي ملحقة بأقسام طب المجتمع أو أقسام الطب أو علم النفس أو علم الاجتماع أو علم النفس العلاجي أو الطب النفسي،

1 إحصان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي، مرجع سبق ذكره، ص 27.

وهذا فعلا ما نجده في عدد من جامعات العالم التي فتحت عددا من الأقسام المتخصصة في طب المجتمع، في عواصم الدول التالية باريس، برلين، الولايات المتحدة الأمريكية، وكذا جامعات بريطانيا والمجر،...

د- تثبيت الحدود العلمية والأكاديمية بين علم الاجتماع الطبي وعلم الاجتماع وعلم الطب بحيث لا يدعي أي عالم من هذه الاختصاصات الثلاثة موضوعات العلوم الأخرى على أنها موضوعاته ومن حقه دراستها أو تدريسها في قسمه العلمي المختص¹.

إن هذه الاستقلالية مكنت علم الاجتماع الطبي من زيادة أبحاثه ودراساته وتطور نظرياته ومناهجه الدراسية أيضا.

2- مشكلات علم الاجتماع الطبي:

لكل علم من العلوم صعوبات ومشاكل يعاني منها وعلم الاجتماع الطبي كغيره من العلوم يعاني من عدد من المشاكل العلمية والمنهجية سنذكر منها:

1. وجود بعض المواضيع التي لها حساسية من حيث التناول بالدراسة والبحث كموضوع الآثار الاجتماعية التي تخلفها الأمراض المزمنة على المريض وأسرته.

2. كما تعتبر حداثة نشأة هذا العلم تجعل من المتخصصين فيه يشكلون نسبة قليلة مما ينعكس على كمية ونوعية الأبحاث العلمية التي تشكل بدورها نسبة ضئيلة جدا مقارنة باختصاصات أخرى مما يجعله غير قادر على تفسير المظاهر الطبية الجسمية والمظاهر السببية للأمراض الاجتماعية.

3. إن التخصص في علم الاجتماع الطبي يتطلب ضرورة التخصص في مادتي علم الاجتماع والطب، ونظرا لصعوبة تحقيق هذا الشرط فإنه من الطبيعي وجود عدد قليل من المتخصصين في علم الاجتماع الطبي كما قلنا سابقا.

1 إحصان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي، مرجع سبق ذكره، ص 2.

4. عدم وجود حدود واضحة بين علم الاجتماع الطبي وعلم الاجتماع من ناحية، وبين اختصاص الطب وعلم الاجتماع الطبي من ناحية أخرى.

سابعا: من علم الاجتماع الطبي الى علم اجتماع الصحة

عندما نتحدث عن المرض فإننا لا نعني به اختلالا وظيفيا في الجسم فحسب، بل يعتبر اختلالا وظيفيا في المجتمع أيضا، من هذا المنطلق أصبح ميدان الطب موضوعا للبحث السسيولوجي وكنتيجة لذلك نشأ ما يعرف بعلم الاجتماع الطبي، وبداية كان هدف الطب على مر العصور إيجاد العلاج لمختلف العلل، غير أن التطور الحاصل في ميدان الطب وعلم الاجتماع الطبي عمل على تحويل وظيفة الطب من فن العلاج والشفاء للأمراض إلى وظيفة أسمى تتجسد في المحافظة على الصحة لدى الأصحاء، وهذا ما يطلق عليه الوقاية الصحية. مما جعل مفهوم سسيولوجيا الطب يتحول إلى سسيولوجيا الصحة، وهذا ما ذهب إليه بعض الباحثين من ضرورة توسيع مجال علم الاجتماع الطبي إلى علم اجتماع الصحة، وذلك لكون المجال الثاني أشمل وأوسع من المجال الأول الذي يصب جل اهتمامه بالأمراض، الإعاقات، المؤسسات والمهن التي تتكفل بها، بينما علم اجتماع الصحة نجده يشير إلى نفس الميادين عندما تكون مطبقة على دراسة الأصحاء أي أن "علم اجتماع الصحة استخدم للإشارة إلى المقاربات العلمية للوقاية ثم الصحة بعد ذلك"¹.

والملاحظ أن هذا التحول لم يمس علم الاجتماع الطبي فقط بل مس جوانب أخرى، حيث أنه لم يعد الآن الحديث عن علم اجتماع طبي، واقتصاد طبي، بل تغير الأمر وحل محل ذلك سسيولوجيا الصحة، واقتصاد الصحة، وعلم نفس الصحة، والسياسة الصحية،...، وأصبح الاهتمام بصحة الإنسان في الوصول إلى الطرق الكفيلة التي من خلالها يحافظ على صحته، ونشير هنا إلى أن القصد بلفظة صحة الإنسان ليس الشخص المريض فحسب بل الشخص السليم أيضا الذي لا يعاني من مرض ما، وهذا يدل على أن علاج المريض وحده غير كاف بل لا بد من وقايته وتنقيفه صحيا ونفس الشيء يقال للشخص السليم بضرورة وقايته وتنقيفه صحيا من خلال الحملات التحسيسية سواء

1 عبد العالي دبله، مرجع سبق ذكره، ص 7.

كانت في أماكن العمل أو على مستوى الأسرة... وهذا ما هو معمول به في أغلب دول العالم المتقدم منها والنامي.

وهكذا يمكن القول أن علم الاجتماع ساهم مساهمة فعالة في توضيحه للأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض هذه المساهمة التي تجسدت في صدور عدد من الأبحاث والمؤلفات التي تناولت البعد الاجتماعي للمرض والصحة، إضافة إلى تحمس طلبة كليات الطب الذين نادوا بضرورة إعطائهم دروس حول الأبعاد السيكولوجية والسوسولوجية للمرض والصحة، وهذا يعني أن المرض لا يمكن اعتباره حدث بيولوجي فحسب بل هو أيضا حدث سيكولوجي واجتماعي.

ثامنا: ماهية الصحة وأنواع الخدمات الصحية

لقد زاد الاهتمام بالمجال الصحي في كثير من دول العالم كونه يمثل أحد الأبعاد الأساسية للتنمية، ذلك لأن جزء كبير من التقدم الصحي يعتمد على التحسن في الميدان الاقتصادي والتعليمي والاجتماعي، وعليه فسناحاول في هذا الجزء أن نستعرض أهم التعاريف التي صيغت حول مفهوم الصحة وأهم مؤشراتها وأنواعها وعلاقتها بالتنمية الصحية.

1- تعريف الصحة:

في البدء نشير إلى أن التصور السائد قديما ينظر للصحة على أنها مجرد خلو الجسم من العجز والضعف أو غياب المرض، وذلك لأن علوم الطب سابقا كانت مهمتها محصورة في علاج المرض فقط، وبالتالي كان هناك إهمال للجوانب الأخرى التي أدت إلى المرض الأمر الذي يجعل العلاج وحده غير كاف، وكننتيجة للتطور الذي عرفه المجال الطبي والمجال العلمي واستعمال التكنولوجيا في شتى المجالات أصبحت الصحة حسب المفهوم الحديث لها هي ذلك التوازن بين الإنسان والوسط الذي يعيش فيه، وعن الناحية اللغوية تعني الصحة البريء من كل عيب أو ريب، " فهو صحيح أي

سليم من العيوب والأمراض، والصحة في البيئة حالة طبيعية تجري إفعاله معها على المجرى الطبيعي¹. ولكي يتضح لنا مفهوم الصحة سنورد أهم التعاريف التي صيغت حولها.

وقبل ذلك نشير إلى أن معنى كلمة طب في اللغة تعني: "الحذق بالشيء والمهارة فيه، والمتطبيب: الطبيب، وفي قولهم تطبيب له، أي سأل له الأطباء"².

أما اصطلاحاً فيعرف على أنه العلم الذي يبحث في بدن الإنسان حيث الصحة وعدمها³.

كما يعرفه *ابن سينا* بالقول: "أقول أن الطب علم يتعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يصح ويزول عن الصحة ليحفظ الصحة حاصله ويستردّها زائلة"⁴، كما يعرف الطب لدى ابن رشد بأنه "صناعة علمية وفنية"⁵.

وعن الطب الحديث بوصفه مهنة يمكن تعريفه بأنه "مهنة إنسانية وأخلاقية وعلمية تحتم على من يمارسها أن يحترم الشخصية في جميع الظروف والأحوال"⁶، وهذا يعني أن الطب الحديث أسلوب علاجي يعتمد على المعرفة العلمية ويمارسه ذوي الاختصاصات الأكاديمية الطبية.

ويقسم *المجوسي* الطب إلى قسمين: أحدهما العلم أي الطب النظري وموضوعه الفكر والثاني العمل والذي يعني خروج الشيء والذي محله الفكر إلى المباشر المحسوس، والطب النظري ينقسم إلى ثلاثة أقسام " أحدها العلم بالأمر الطبيعية، وهي الاسطقسات*، المزاج، الأخلاط، الأعضاء الحادثة

1 أميرة منصور يوسف علي، المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1997، ص16.

2 سامي حمود الحاج جاسم، تطور العلوم عند العرب علم الطب أنموذجاً، مجلة دراسات وبحوث الوطن العربي، العدد 20-21، بدون بلد وسنة النشر، ص 194.

3 المرجع نفسه، ص 194.

4 أبو علي الحسين بن علي بن سينا، القانون في الطب، الجزء الأول، دار صادر، بيروت، بدون سنة، ص 3.

5 ابن رشد، الكليات في الطب، مراجعة أبو شادي الروبي، الهيئة المصرية للكتاب، مصر، 1989، ص 6.

6 عبد الرزاق صالح محمود، الطب الشعبي في منظور أطباء الطب الحديث دراسة ميدانية في مدينة الموصل، مجلة دراسات موصلية، العراق، العدد الثامن عشر، شوال 1428، ص 5.

* وتعني: التراب، الماء، الهواء والنار.

عن الأخلاط، القوى التي بها تفعل الأعضاء أفعالها الحادثة على المجرى الطبيعي، الأرواح التي بها يكون تمام مدة الحيوان وقوامه وتدييره. والثاني العلم بالأمور التي ليست بطبيعية، والثالث العلم بالأمور الخارجة عن الأمر الطبيعي"¹.

1-1 تعرف **الصحة** على أنها: "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وهي علم وفن الوقاية من المرض وأن الارتقاء بالصحة يكون من خلال مجموعة من المجهودات المنظمة من قبل المجتمع وتشمل العديد من المجالات والميادين"²، وهذا ما توصل إليه **claud bernard** في كتابه مبادئ الطب **les principes de medecines**.

2-1 أما مفهومها لدى **perkins**: فهي تعني "حالة التوازن بين وظائف الجسم وأن هذا التوازن ينتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها بصفة مستمرة وهي عملية ايجابية مستمرة تقوم بها قوة الجسم المختلفة للمحافظة على البيئة الداخلية للجسم بحالة اتزان أي حالة الصحة"³.

3-1 تعريف **منظمة الصحة العالمية***: الصحة لا تعني غياب المرض والوهن فحسب بل هي حالة كاملة من السلامة البدنية والذهنية والاجتماعية"⁴.

وبناء على هذا التعريف نجد أن الصحة تشمل ثلاثة أوجه متمثلة في السلامة الجسمية أو سلامة البدن، والسلامة العقلية، والسلامة الاجتماعية والتي تعني قدرة الإنسان على التكيف والاندماج

1 سلسلة التراث الفلسفي العربي مؤلفات ابن رشد، المشرف محمد عابد الجابري، **الكليات في الطب**، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 1999، ص 32.

2 سلوى عثمان الصديقي، **مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999، ص 25.

3 عصام حمدي الصفدي، **مبادئ علم وبائيات الصحة**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2001، ص13.

* وهي وكالة متخصصة بالأمر المتحدة هدفها الإبقاء على الأشخاص في أعلى مستوى صحي ممكن. للمزيد انظر: **مؤشرات التنمية في العالم**، البنك الدولي، 1999. وتعتبر المنظمة وكالة متخصصة ... فهي ليست وكالة توريد، ولا وكالة تمويل، ولا وكالة إعانة، لكنها وكالة دعم تقني. للمزيد انظر: **المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط**، مرجع سبق ذكره، ص 244.

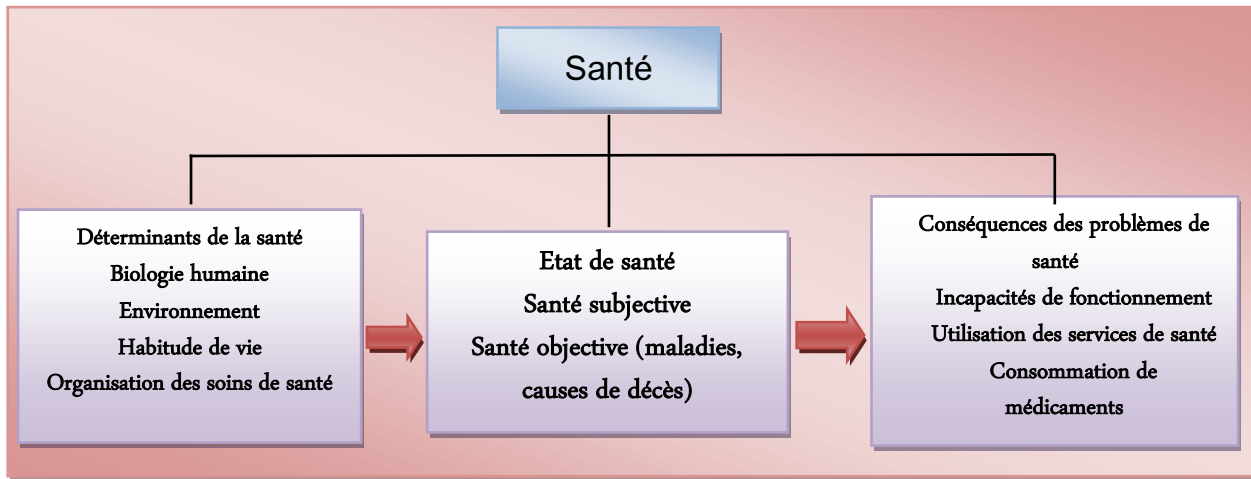
4 محمود بستان، **مناهج التربية الصحية**، ط1، دار القلم، الكويت، 1981، ص189.

في الوسط أو البيئة التي وجد فيها، وعليه فالتعريف السالف الذكر يؤكد على ضرورة الترابط بين الأوجه الثلاثة حتى تكتمل الصحة، فالمرض وحده ليس دال على عدم الصحة بل يجب أن يكون هناك تكامل بين مكونات شخصية الإنسان، والدليل على هذا التكامل يظهر في أداء الإنسان لأدواره الاجتماعية ووظائفه في الحياة على أكمل وجه.

وعن مفهوم الصحة العامة: فيمكن تعريفها بأنها "الصحة العامة تعد أحد فروع العلم الذي يدرس كيفية تطوير وترقية الحياة الصحية للإنسان، سواء من ناحية دراسة الأمراض ومسبباتها وطرق انتقالها وكيفية الوقاية منها، أو ما يتعلق بنشر الوعي الصحي والاهتمام بصحة البيئة ومكافحة الأضرار التي تهدد الصحة، كما تعتبر الصحة العامة علم اجتماعي يربط الطب بالنواحي الاجتماعية ويعتني بالرعاية الصحية لأفراد المجتمع"¹.

وعن العناصر المكونة للبعد الصحي فتتلخص في ثلاث عناصر أساسية هي محددات الصحة، وحالة الصحة وأخيرا الآثار المترتبة عن المشاكل الصحية، ويمكن أن نوجزها في الشكل التالي:

شكل رقم (7) يوضح عناصر البعد الصحي



المصدر: Marie-Thérèse, Marie-opcit, p11

1 أمان محمد أسعد، الثقافة الصحية، ط 1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008، ص9.

2- أوجه الصحة:

1-2 الصحة البدنية: وتتمثل في التركيب الوراثي والحالة الغذائية والمناعة والحالة الصحية، وهي حالة السلامة البدنية التي تتوقف على سلامة أعضاء جسم الإنسان¹، وبمعنى آخر يعني اكتمال الناحية البدنية أن تؤدي جميع أعضاء جسم الإنسان وظائفها بصورة طبيعية، وبالتوافق والانسجام مع أعضاء الجسم الأخرى ومن غير الممكن أن يتحقق ذلك إلا إذا كانت أعضاء الجسم سليمة من أي خلل أو إصابة، ومن ثم فسيشعر الإنسان بالحيوية والنشاط والراحة ما دامت أعضاء جسمه تعمل بصورة سليمة.

2-2 اكتمال الناحية النفسية: وتعني أن يكون الإنسان في سلام مع نفسه وأن يكون متمتعاً بالاستقرار الداخلي وأن يكون قادراً على التوفيق بين رغباته وأهدافه وبين الحقائق المادية والاجتماعية ونتيجة لهذا الاستقرار يتمكن الإنسان من التكيف مع واقعه الاجتماعي المحيط به.

2-3 الصحة الاجتماعية: ويقصد بها قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مقبولة مع الناس، ولتحقيق الحياة الصحية السليمة لا بد من سعي الإنسان لتوفير المسكن المناسب والغذاء الصحي المناسب... غير أن عدم قدرة الإنسان على الاتصال مع الآخرين قد تجعل منه إنساناً مريضاً أو قد يصفه الناس بالمريض حتى لو كان لا يشكو من مرض، وهنا يمكن أن نؤكد ما قاله العلامة ابن خلدون من أن الإنسان مدني بطبعه أي اجتماعي ولا يمكنه بالتالي العيش بمفرده وبمعزل عن المجتمع، كما تعني الناحية الاجتماعية تجانس وتناغم في العلاقات أو الروابط الفيزيائية والعقلية داخل أو ضمن الإنسان ومحيطه الخارجي (الطبيعة، المجتمع، الثقافة،...) ويمكن أن نقدم هذه المستويات في الشكل التالي:

1 أميرة منصور يوسف علي، مرجع سبق ذكره، ص17.

شكل رقم (8) يوضح مستويات الصحة



Source : Ahmed Aroua, santé et environnement, Alger, E.N.A.L, 1985, p 89.

2-4 الصحة العقلية: أما فيما يخص العقلية فهي تعنى بمدى سلامة العملية العقلية والتي نجدها متنوعة كالتذكر، التصور، التفكير، الإدراك، التخيل، الذاكرة والذكاء.

أما عن درجات الصحة فتجدر الإشارة إلى أن الصحة كما لها أوجه لها أيضا درجات وذلك يتبين في التعريف الذي قدمه الدكتور فوزي جاد الله حين قدم تعريفا للصحة يرى فيه أن "الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها مدرج قياس أحد طرفيه الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت) وبين الطرفين درجات متفاوتة من الصحة"¹.

فبالنسبة للصحة المثالية فتعتبر هدفا أسمى تحاول المنظومات الصحية في العالم أن تصل إليه، ومعناه أن يحدث تكامل في النواحي الثلاثة السالفة الذكر غير أننا يمكن أن نقول أن هذا الهدف مثالي ولا يمكن أن يتحقق إلا نادرا.

والدرجة الثانية والمتمثلة في الصحة الايجابية وفيها "تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكن الفرد والمجتمع من مواجهة المشاكل والمؤثرات البدنية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أي أعراض أو

1 أميرة منصور يوسف علي، مرجع سبق ذكره، ص 18.

علامات مرضية"¹. وفي حالة عدم توفر هذه الطاقة من الصحة وبمجرد التعرض لأي مؤثرات يسقط الفرد والمجتمع فريسة المرض هنا يمكن أن نطلق على هذا المستوى بالسلامة المتوسطة أو متوسط السلامة.

أما المرض غير الظاهر ففيه نجد المريض لا يشكو من أعراض غير أنه يمكن أن تكتشف حالته المرضية من خلال اختبارات خاصة وبعلامات معينة.

وتأتي بعد هذه الدرجة المرض الظاهر الذي يعكس ما قلناه تماما في الدرجة الرابعة، حيث أن المريض في هذه الحالة يشكو من أعراض يشعر بها أو من خلال علامات مرضية ظاهرة له، وفي مستوى الاحتضار تصل حالة المريض إلى درجة يصعب معها الشفاء حيث تكون فيها حالة المريض سيئة جدا. ومما سبق نقول أن درجات الصحة نسبية وليس من السهل قياسها بالتحديد.

3- أنواع الخدمات الصحية:

تتعدد الخدمات الصحية الموجودة في كل بقاع العالم منها خدمات الصحة المدرسية وخدمات الصحة المهنية والصحة البيئية، وغيرها وسنستعرض هنا البعض منها وهي كالاتي:

3-1 الصحة المدرسية: يشكل الطلاب قطاع بالغ الأهمية في المجتمع ولذلك فقد كانت العناية بأحوالهم الصحية من الناحية الوقائية والعلاجية أمرا في غاية الأهمية، وعلى هذا الأساس نقول أن خدمات الصحة المدرسية يجب أن تعمل على توفير إرشادات صحية، توفير بيئة مدرسية صحية، بالإضافة إلى خدمات الطلاب والهيئة التدريسية، وبطبيعة الحال أن هذه الخدمات تقدم من طرف الصحة المدرسية للطلاب ومدرسيهم وأسرههم بهدف رفع المستوى الصحي لطلاب المدارس وبيئتهم. وعن برنامج الصحة المدرسية فيتكون من الخدمات التالية²: (الفحص الصحي الدوري للطلاب، التغذية المدرسية، الإسعافات الأولية، مكافحة الأمراض السارية والمعدية، الإرشاد والتثقيف الصحي

1 أميرة منصور يوسف علي، مرجع سبق ذكره، ص 19.

2 وفاء فضاء، يوسف قزاقزة، كامل العجلوني، تمريض صحة المجتمع العامة، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص 50.

وأهمية التربية الصحية، الكشف عن أسنان الطلبة ووقايتها من التسوس، تحسين بيئة المدرسة، أو ما يطلق عليه صحة البيئة المدرسية والتي تعني "مجموعة من المؤثرات التي تحيط بالطفل، سواء كانت طبيعية خاصة بمبنى المدرسة ومكوناته وظروفه ومدى صلاحيتها في تلبية احتياجاته التي تساعد على النمو وسد متطلبات حياته المدرسية"¹.

ونشير هنا إلى أن مجال البيئة الصحية المدرسية من وجهة نظر معلمات المدارس الابتدائية وأولياء أمور الأطفال حسب الدراسة التي قامت بها الباحثة حنان عيسى الجبوري* يتمثل في : سعة القاعات الدراسية، والتجهيزات المدرسية الكافية، وتوفر وسائل مناسبة لنقل الأطفال، وأن يكون مبنى المدرسة ملائم للأطفال، وأن توجد حديقة مناسبة للأطفال، كما يجب أن يكون موقع المدرسة مناسب، وأن تكون الإضاءة في القاعات ملائمة والتهوية جيدة في القاعات، ودرجة رطوبة مناسبة في القاعات وهذا أمر في غاية الأهمية، مع توفر ألعاب الأطفال داخل وخارج الفصل.

أما منظمة الصحة العالمية 1989م فتذكر أن مكونات برامج الصحة المدرسية في ثلاثة مكونات رئيسية هي:

أ- "الخدمات الصحية المدرسية وتشمل الرعاية الصحية المدرسية للتلاميذ وهيئة المدرسة، البيئة الصحية المدرسية، التربية الصحية المدرسية، إدارة برنامج الصحة المدرسية.

ب- تدريب العاملين في مجال الصحة المدرسية.

ج- إجراء البحوث في الصحة المدرسية"².

1 حنان عيسى سلطان الجبوري، الرعاية الصحية المدرسية في المدرسة الابتدائية للبنات بين الواقع والتطلعات المستقبلية، مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربي للطفولة والتنمية، دورية علمية، العدد 5، المجلد الثاني، 2002، ص109.

* للمزيد أنظر: حنان عيسى الجبوري، مرجع سبق ذكره.

2 محمد عبد الجبار عبد الرحمان، محمد خندقجي، واقع خدمات الصحة المدرسية التي يمارسها أطباء الصحة المدرسية في المدارس الأساسية الحكومية في محافظة اربد من وجهة نظر مديري المدارس والمشرفين، رسالة ماجستير، كلية التربية والفنون، قسم الإدارة وأصول التربية، جامعة اليرموك، 2000، ص6.

وكخلاصة لما سبق ذكره فإن "البيئة المدرسية تتطلب الاهتمام بهدفين هما: (حماية الطفل من الإصابة بالأمراض، تعويد الطفل على سلوكيات صحية)"¹.

3-2 الصحة البيئية: قبل أن نتحدث عن العلاقة القائمة بين الصحة والبيئة يجدر بنا أن نفهم مدلول كلمة البيئة، وعليه فإن البيئة تعني "ذلك الوسط الذي يحيط بالإنسان والإطار الذي يعيش فيه طوال عمره"².

والبيئة تنقسم إلى أبعاد وهي البيئة الفيزيائية والبيئة الاجتماعية حيث أن " والبيئة الفيزيائية تتضمن الملوثات والآفات في الوسط المعيشي للفرد والوسط المهني، بالإضافة إلى نوعية الماء والهواء..."³ أما البيئة الاجتماعية فتشمل "الجانب الثقافي والتصورات، الشبكة الاجتماعية من ناحية الفرد والأسرة... والوضعية الاجتماعية، والتركيبة الديموغرافية للوسط الاجتماعي وكذا الوضعية الاقتصادية العامة، والمحتوى السياسي..."⁴

وتدرج بيئة الإنسان ضيقا وسعة، فالمنزل مثلا يعد بيئته الصغرى وتأخذ هذه البيئة في الاتساع لتشمل القرية أو المدينة، وتزداد اتساعا إلى الأمة والوطن الكبير، ونتيجة للتفجير الذري في وقتنا الحالي ترتفع الأصوات من وقت لآخر تحذر من تلوث البيئة، كما ازداد الاهتمام بالبيئة على اعتبار أنه "لا يكفي للنهوض الصحي الاجتماعي أن نعرف كيف يعيش الإنسان، بل لا بد أن نعرف أين يعيش"⁵. وبالفعل يعتبر المكان الصحي ضروري لكي يعيش الإنسان في صحة جيدة، فكثيرا من الأبحاث تؤكد على انتشار وتفشي الأمراض في المناطق السكنية العشوائية القصدية، أو المساكن الضيقة، أو التي لا تتوفر على أدنى شروط الحياة كالماء، الصرف الصحي، التهوية وضوء الشمس

1 مها البسيوني، المدرسة والتربية الصحية، مجلة الطفولة والتنمية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص159.
2 مصطفى القمش، خليل المعايطه، سحر مخامرة، مبادئ الصحة العامة، ط 1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 27.

3 Marie-thérèse , op cit ,p12.

4 ibid,p12.

5 مصطفى القمش، مرجع سبق ذكره، ص 27.

وغيرها، وقد سبق أن وضح **أحمد عروة** أهمية البيئة ومدى علاقتها بالمرض حين أكد على وجود ثلاث مستويات للصحة أحدها يتمثل في المستوى البيئي.

من هذا المنطلق تتأكد لنا العلاقة الواضحة بين الصحة والبيئة حيث نجد أن صحة أفراد المجتمع تتأثر بالبيئة التي يعيشون فيها، أو بمعنى آخر صحة الإنسان لها جذورها الممتدة في بيئته، فأحوال البيئة قد تؤثر في نموه وكذلك في تعرضه للعدوى وتغذيته وإصابته بالمرض أو وقايته منه، وفي مجالات أخرى من مجالات حياته.

وعلى الرغم من إعلان فترة الثمانينات بالعقد الدولي لتوفير مياه الشرب والصرف الصحي من قبل الهيئات الدولية للمعونة وهذا ما جاء في تقرير التنمية لسنة 1993م، إلا أن معظم الناس في بلدان العالم الثالث يعانون من نقص بل عدم وجود مياه الشرب النقية نظرا لعدم قدرتها على حماية مصادر المياه العامة لأنها قد تكون نقية عندما تؤخذ من مصنع الضخ ولكنها خلال عملية التوزيع تتلوث نتيجة لوجود خلل في نظام المجاري، مما سيعمل على انتقال الكثير من الأمراض منها أمراض التنفس، والطفيليات المعدية التي تؤدي في كثير من الأحيان إلى الوفاة، كما أن "الإمداد غير الكافي للمياه يسبب الأمراض التي تمثل 10% من إجمالي الأمراض في الدول النامية"¹.

هذا ويمكن أن نذكر أهم الأمراض المنتشرة في العالم وخاصة في البلاد الإسلامية "السل، ومرض الجذام، البلهارسيا، الملا ريا، داء الفيلة أو الفيلاريا، مرض النوم، الليشمانيا، وأمراض خطيرة أخرى، وهي من أمراض الفقر، الأمر الذي يجعلنا نقول أن المرض والفقر متلازمان وقد أكد هذه الفكرة الدراسات التي قام بها عددا من الباحثين في الولايات المتحدة الأمريكية والتي بينت وجود أمراض مسببة للاعتلال والعجز (الطويل والقصير الأمد) في الأسر الفقيرة مقارنة بالأسر ذات الدخل المرتفع، هذا يعني أن "البيئة الفيزيقية والبيئة الاجتماعية الثقافية للأسر الفقيرة من شأنها أن تصبح معوقات تحد من إمكانية تحقيق الصحة المثالية"².

1 تقرير التنمية في العالم، مرجع سبق ذكره، ص 97.

2 Marie -thérèse, op cit ,p98.

كما نجد البروفسور البريطاني *Winslow* يؤكد على التأثير المتبادل بين الفقر والمرض بقوله: "في البلاد الفقيرة يمرض الرجال والنساء لأنهم فقراء... ويزيد فقرهم عندما يصابون بالأمراض، يشتد المرض عليهم لأنهم فقراء معدمون... وهكذا تتشكل "الحلقة المفرغة" ويستمر دوران المساكين المسحوقين فيها"¹.

هذا يعني أن المشاكل الصحية في البلاد النامية قد تعددت، وما يهمنا الآن هو معرفة أسباب هذه المشاكل والتي يمكن تصنيفها إلى أربعة عوامل أهمها: عوامل سكانية، وثانيها سوء التغذية، وأوضاع معيشية سيئة، وأخيرا عدم وجود العناية الصحية بكمية ونوعية وأصناف مناسبة، ومن خلال هذه الأسباب الأربعة للمشاكل الصحية يمكن أن نتناول العنصر الثاني والمتمثل في سوء التغذية هذا المفهوم الذي "يشمل جميع الحالات التي تعاني من تغذية غير سليمة خارجة عن المعايير العلمية لاحتياجات الإنسان الفعلية من المواد الغذائية بما يؤدي إلى اعتلال الصحة والمرض، وهذا المفهوم يشمل حالات فرط التغذية كما يشمل حالات نقص التغذية"².

فضلا عن أن هذا العامل يعد السبب الرئيس في وفيات الأطفال حيث يؤكد عدد من الخبراء "أن سوء التغذية هو أكبر عامل منفرد في زيادة وفيات الأطفال في الدول الفقيرة، ولقد قدر أنه هو العامل المسبب لـ 28% من وفيات الأطفال - دون سن الخامسة - في نيجيريا، و 76% في مصر"³.

إذن، فالأمراض تنتشر في المجتمعات التي تنخفض فيها مستوى صحة البيئة وانخفاض الوعي بين الأفراد، وكذا انتشار العادات الضارة بالصحة، ويشير *Marie-Thérèse* إلى أن الباحثين يركزون على الظروف المعيشية الملموسة والتي تؤثر بشكل سلبي على الحالة الصحية والتي منها الأحياء ذات الكثافة السكانية العالية، وقرب الأحياء من مصادر التلوث كالمصانع أو الحركة المرورية الكثيفة، بعد المساكن عن الخدمات الصحية، المساكن الضيقة والتي لا تتوفر على أدنى الشروط

1 نبيل صبحي الطويل، كتاب الامة الحرمان والتخلف في ديار المسلمين، ط2، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1985، ص 32.

2 السيد أرناؤوط، التلوث البيئي وأثره على صحة الإنسان، ط1، أوراق شرقية، مصر، 1997، ص 66.

3 نبيل صبحي الطويل، مرجع سبق ذكره، ص35.

الضرورية للحياة، غياب المساحات الخضراء، سوء التغذية المرتبط بالدخل المنخفض، البيئة المهنية الملوثة والسامة... ولكي تحقق الرعاية الطبية أهدافها ينبغي توفير المؤسسات الصحية المختلفة، إضافة إلى إثارة وعي المواطنين بالأمراض وأعراضها وهذا ما تقوم به التربية الصحية، التي تهدف إلى نشر الحقائق الصحية بكيفية حدوث العدوى بهذه الأمراض وطرق الوقاية منها ومكافحتها وتوعية المواطنين¹.

والتي تعرف على أنها: " ليست مجرد نشر تعليمات عن الصحة أو عرض فيلم عن الصحة وإنما تعرف بأنها جزء من الصحة العامة تستهدف تعليم المجتمع ما هو معروف عن التربية الصحية مثل كيفية حمايته من الأمراض والمشاكل. وهي كذلك عملية تغيير أفكار وأحاسيس وسلوك الناس².

ونفس الشيء يشير له *Yannick jaffré* حيث يعرف التربية الصحية على أنها "مجموعة الجهود التي تهدف إلى التغيير أو التعديل الطوعي- الإرادي - لسلوك الأفراد في المجتمع مقابل صحتهم"³.

ولعل أهم من يقوم بهذه المهمة هم الآباء تجاه أبنائهم وذلك بتثقيفهم صحيا من خلال عملية التنشئة الصحية، كما تقوم المدرسة التي يلتحق بها الطفل بهذا الدور أيضا، وفي غالب الأحيان ما نجد الطفل ينقل ما تعلمه في المدرسة إلى البيت فيتأثر به الآباء ومن ثم تحدث عملية التربية الصحية من الكبار إلى الصغار والعكس، ولا ننسى الدور الفعال الذي تقوم به المؤسسات الصحية كالمستشفيات* وحاليا نجد المؤسسات الصحية المتنقلة خاصة إلى المناطق النائية البعيدة عن مركز

1 السيد عبد العاطي، وآخرون، الأسرة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية 1998، ص 361.

2 حسين عبد الحميد رشوان، السكان من منظور علم الاجتماع، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2001، ص 156.

3 Didier fassin Yannick jaffré, éducation et santé, sociétés développement et santé, ellipses , paris 1990, p 51.

* والمستشفيات على نوعين: المتخصصة في علاج جزء معين من أجزاء الجسم كالعين والأعصاب، والنوع الثاني فهو عام والذي يضم اختصاصات متعددة وتعالج أمراض مختلفة من خلال استقبال المرضى والمصابين بالأمراض، للمزيد انظر: حسين دنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، ط 1، دار وائل للنشر، عمان، 2005.

المدينة، والمراكز الصحية بالتنظيف الصحي، كما تتعدد وسائل التربية الصحية وأهمها وسائل الإعلام والفصول الصحية، ووسائل الإيضاح السمعية والبصرية وذلك بهدف الإبقاء على الصحة الجيدة للفرد والمجتمع.

البيداغوجيا الصحية كمصطلح مرادف للتربية الصحية يشمل حتى الأشخاص غير المرضى وذلك من منطلق دعوتهم للحفاظ على صحتهم بأنفسهم وهذا هو مفهوم البيداغوجيا الحديثة الذي ذهب إليه بعض الباحثين بالقول إن "وظيفة البيداغوجيا الجديدة هي تزويد الناس بالمعارف اللازمة وحتى بالتقنيات العلمية التي تجعلهم يحافظون دوماً على حالتهم الصحية الجيدة والتكفل الذاتي بذلك وحتى يتخلصوا شيئاً فشيئاً من التبعية للصيدلاني أو الطبيب. كما أشار إلى ذلك كل من ج.ب. دبوي. وس. كازنتي في كتابهما الغزو الصيدلاني (l'invasion pharmaceutique) 1974 وسنة بعد ذلك 1975 حينما نشر إيفان إلتش كتابه (النأر الطبي) (la Némésis l'expropriation) عندما صرح منذ البداية أن العمل الطبي أصبح خطراً كبيراً بالنسبة للصحة"¹.

وإذا حاولنا تحليل ما قاله كل من دبوي وكازنتي فإننا نجد أنه وفي القرن الواحد والعشرين لا زالت الهوة شاسعة في مجال الصحة بين العالم المتقدم والعالم المتخلف، ففي الوقت الذي تبحث فيه مجتمعات العالم المتقدم عن كيفية المحافظة على الصحة بمعنى محاولة الشروع في تطبيق برامج البيداغوجيا الصحية الجديدة نجد فيه المجتمعات النامية تعاني من أمراض الفقر، والأمراض المتقلبة عن طريق المياه، وتدهور البيئة، إلى جانب الأمية والجهل، وهذا ما يدفعنا إلى القول بأن أي إستراتيجية أو أي تصميم لبرامج صحية ينبغي أن ينطلق من واقع ثقافة الدولة أو المنطقة التي سوف يطبق فيها، فإذا كانت دول العالم الثالث لا زالت تعاني من الحصول على مياه الشرب النقية فكيف لنا أن نتحدث عن تربية صحية، فالأولى أن نحقق ما يتطلبه المجتمع من ضروريات حتى نتمكن من إقناعه بضرورة السير وفق شروط معينة قد تكون جديدة بالنسبة له كزيارة الطبيب ليس لغرض الكشف عن ما يعانيه من مرض وإنما بغرض الوقاية فحسب، فالشرط الثاني لا يمكن أن يتحقق إذا لم يتوفر الشرط الأول المتمثل في توفير الضروريات الحياتية ومن ثم اللحاق بركب الدول المتقدمة وتحقيق

1 عبد العالي دبله، مرجع سبق ذكره، ص ص 9-10.

التنمية الصحية، وقد نستدل على ما قلناه بما توصلت له الدراسة المعنونة بالسلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة أين توصلت الباحثة إلى أن نسبة من يزرون طبيب الأسنان دون أن يعانون من ألم أو مرض قد قدرت بـ 30.3% وهي طبعا نسبة ضئيلة جدا مقارنة بالدول المتقدمة وهذا يرجع لأسباب عديدة والتي منها ما ذكرناه آنفا.

3-3 الصحة المهنية:

كانت تسمى سابقا الصحة العمالية وهي تشمل كافة العاملين في المعامل والمصانع والمؤسسات التجارية، وهي عبارة عن إيصال الخدمات الصحية إلى هؤلاء العاملين في أماكن عملهم بما في ذلك خدمات وقاية بيئة العمل من المخاطر والتلوث، كما تعرف أيضا بأنها "أي خلل في الوظائف الجسمية والنفسية الذي يتعرض له الشخص بسبب ممارسته لمهنة ما وقد يكون هذا المرض مستديما أو يستعصى علاجه وقد يكون وقتيا ينتهي بالعلاج أو بتغيير المهنة، ويدخل ضمن أمراض المهنة إصابات العمل وهي تلك الإصابات التي تلحق بالشخص وتكون ناشئة عن عمله أو في أثناءه"¹.

من هنا نقول أن توفير الجو النفسي والبدني الجيد للعمال من أهم المتطلبات التي يسعى المسؤولين والمهتمين بالصحة المهنية إلى تحقيقها، بدءا بعملية الكشف عن مخاطر العمل ومكافحتها والسيطرة عليها، والتعاون مع المؤسسات والخدمات الصحية الاجتماعية لتمكين العامل من أداء واجباته دون معاناة. وعلى الرغم من محاولة تحقيق الصحة الجيدة للعمال في أماكن عملهم إلا أن ذلك لا يعني غياب الأمراض الناتجة عن بيئة العمل والتي نجدها متعددة بل وخطيرة في أحيان كثيرة.

تاسعا: المرض والنظريات المفسرة له

مما لا شك فيه أن المرض ظاهرة اجتماعية تسعى المجتمعات إلى معرفة أبعادها، كما أنهم يحاولون إعطاء تسميات متنوعة لمختلف الأمراض المنتشرة في بيئاتهم كأن يطلق مرض السرطان أو أي مرض خطير باسم المرض الخبيث، وقبل أن نتحدث عن آراء كل من *Freidson* و *Parsons* عن الدور الاجتماعي للمريض يجدر بنا أن نتساءل عن معنى المريض والمرض.

1 عبد السلام بشير الدويبي، علم الاجتماع الطبي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص126.

1- تعريف المرض:

1-1 ففي اللغة العربية يعرف المريض على أنه الشخص الذي فسدت صحته فضعف، أو هو من به مرض أو نقص أو انحراف، ونقصد بذلك الانحراف عن الحالة الطبيعية للفرد من كافة الجوانب النفسية والاجتماعية والعقلية والجسدية.

1-2 أما المرض فيعرف على أنه "حالة انحراف أو اختلال في السلامة والتكامل والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية تكون معه البيئة الداخلية للجسم غير متزنة"¹.

إن هذا التعريف يصف المرض على أنه انحراف عن الحالة الطبيعية التي ينبغي أن يكون عليها الإنسان، هذا الانحراف الذي يؤثر على الجانب العقلي والجسمي بل على الجانب الاجتماعي له من حيث علاقاته بأفراد المجتمع، وهذا من شأنه أن يؤثر سلباً على الناحية النفسية والاستقرار الداخلي للفرد، أما التعريف الأول فنجد أنه يعطي أهمية بالغة لدور الطبيب في عملية إعادة التوازن للمريض وهذا ما أكدته *Parsons* حينما تحدثت عن دور الطبيب والدور الاجتماعي للمريض.

وتعريف المرض كغيره من المفاهيم الأخرى يختلف من مجتمع إلى آخر، أي حسب الخصوصية الثقافية لكل مجتمع، فأى تطور أو تقدم اجتماعي لأي مجتمع من المجتمعات يعني تطوراً في التصور الثقافي فعلى سبيل المثال: نجد المجتمعات القديمة تعرف المرض على أنه قوى أو روح شريرة تهاجم الشخص وتسكن داخل جسمه وتسبب له الآلام وربما الموت، أما في القرون الوسطى فيرون أنه عقاب يحل بالشخص بسبب ارتكابه إثم من الآثام أو اختراق التابو وارتكاب المحرمات، ولشفاء المريض يقومون بالابتهالات الدينية أو حفلات الزار وغيرها من أنواع العلاجات، غير أن التقدم التكنولوجي أدى إلى تغير التصور التقليدي للمرض وأصبح ينظر له على أنه ألم بيولوجي غير طبيعي أو اضطراب عقلي يسبب أعراض معينة للإنسان يتطلب نوع من الرعاية، وعلى الرغم من اقتناع عدد كبير من الناس بالتقدم التكنولوجي وتغير مفاهيم لديهم إلا أن التصور التقليدي للمرض على أنه عقاب أو... وينبغي أن يعالج بالعودة إلى الطبيعة بكل موجوداتها أو

¹ عصام حمدي الصفدي، مرجع سبق ذكره، ص15.

بالأحرى باستخدام العلاج الشعبي لبعض الأمراض لم يلغى تماما التصور التقليدي للمرض بل صار هذا التصور يسير جنبا الى جنب مع التصور الحديث للمرض، ونجده حاضرا لدى فئات مختلفة في المجتمع إلى يومنا هذا ولا يقتصر الأمر على طبقة اجتماعية دون أخرى أو على مستوى تعليمي دون آخر، وهذا راجع إلى تأثير البيئة الثقافية التي يعيش فيها الفرد على تكوينه وشخصيته.

1-3 كما يعرف المرض على أنه: الحالة التي يعجز فيها الفرد عن القيام ببعض أو كل أنواع النشاط أو الوظائف التي يباشرها الأسوياء أو ترتبط عند القيام بها بالألم أو الضيق¹.

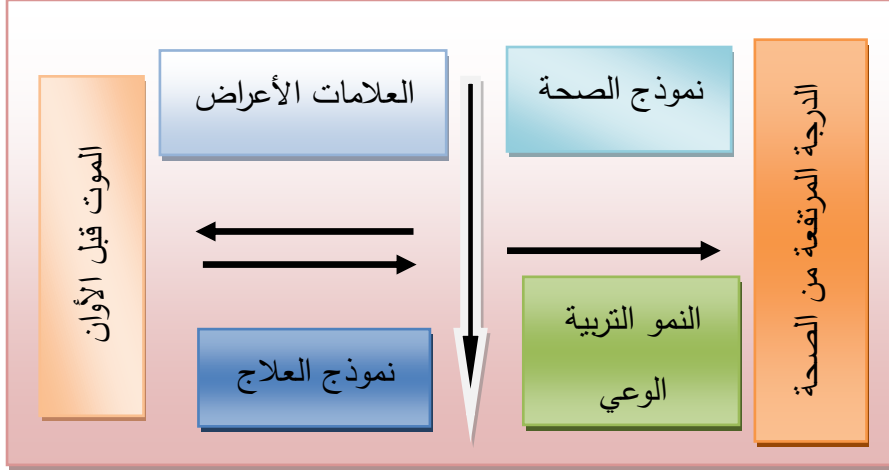
وعليه نؤكد على أن المرض مناقض تماما للصحة فهو يشل حركة الأشخاص المصابين به ويشغل تفكيرهم، أو بعبارة أدق المرض يعيق أي شخص من أدائه لمهامه وأدواره في مؤسسات المجتمع المختلفة، فعلى سبيل المثال: التلميذ في المدرسة لا يمكنه استيعاب دروسه بشكل أفضل إذا كان مريضا، والعامل في المصنع لا يمكنه أن يقدم إنتاجا وفيرا إذا كان يعاني من تعب وإعياء أو مرض ما وتكون نتيجة ذلك حدوث خسائر اقتصادية وفقدان لقوى منتجة في المجتمع إذا لم يتم معالجته خاصة وأنه يعتبر أحد الكفاءات الهامة في ميدانه مما سينعكس سلبا على التنمية.

هكذا نجد أن الصحة والمرض وجهان لعملة واحدة، فلا يمكن إطلاقا فصلهما عن بعضهما البعض فهما متلازمان متداخلان، ويرى **Aron antovisqui** "أن معظم الناس ينظرون إلى الصحة والمرض على أنها نهايات وأطراف عبر متصل وأن الناس يقعون في درجات على هذين الطرفين وعبر هذا الخط المتصل"². و يعني ذلك أن الصحة والمرض حالات نسبية تتوزع بشكل كمي على هذا المتصل ولكل فرد درجة ومركز عليه، والشكل التالي يوضح ذلك:

¹ محمود حسن، الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1981، ص 73.

² محمد قاسم عبد الله، مدخل إلى الصحة النفسية، ط1، دار الفكر، عمان، 2001، ص 16.

شكل رقم (9) يوضح متصل الصحة والمرض



المصدر: محمد قاسم عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص 16.

الملاحظ للشكل يتضح له أن الانتقال من المركز (أي النقطة المحايدة) إلى اليسار يعبر عن حالة متزايدة من تدهور الصحة وبالتالي ازدياد الأعراض والمرض وقد تؤدي شدة المرض وعدم وجود علاج أو تهاون الشخص في العلاج إلى الموت، في حين يحدث العكس أي بمجرد الاتجاه نحو اليمين فإن ذلك يعبر عن ازدياد درجة الصحة، حيث أنه بالإمكان دفع الشخص إلى مزيد من الصحة عن طريق برامج التوعية والتثقيف الصحي والوقاية والنمو المتكامل (وهذا ما يركز عليه المنهج الوقائي والإنمائي)، أما فيما يخص المنهج الذي ننتهجه من أجل تخفيف الأعراض عند الشخص والتخلص من المرض ومن ثم إبعاده عن التوجه إلى اليسار فهو المنهج العلاجي.

2- تصنيف المرض: ويصنف المرض كآلآتي

1-2 الأمراض الوراثية: والتي ينتقل فيها المرض من أحد الوالدين أو كلاهما إلى الأبناء، ويصعب الشفاء منه كمرض *le syndrome de dawn* متلازمة داون* والذي يصنف من ضمن فئات

* وتعود أصل هذه التسمية إلى الطبيب الانجليزي Langdon Dawn الذي أطلق على هذه الفئة من الأطفال اسم الأطفال المنغوليين وذلك سنة 1866م. ويتصف الطفل المصاب به بقصر القامة والسمنة، للمزيد أنظر: أمان محمد أسعد، مرجع سبق ذكره، ص ص118-119.

الإعاقة العقلية ويحدث بفعل "انقسام الخلية بسبب وجود كروموسوم زائد في كل خلية من خلايا الجسم، حيث يكون الطفل المصاب لديه 47 كروموسوما بدلا من 46 كروموسوما"¹.

2-2 الأمراض العائلية: وتصيب هذه الأمراض عددا من أفراد العائلة الواحدة كارتفاع ضغط الدم الشرياني ومرض السكري...

3-2 الأمراض الخلقية: وهي الأمراض التي تصيب الطفل أثناء وجوده داخل الرحم مثل: خلع الورك الولادي².

4-2 الأمراض المعدية أو الأمراض الانتقالية: وتنتقل هذه الأمراض من شخص إلى آخر وهي على أنواع أمراض بكتيرية كالسل الرئوي، الكوليرا، الأمراض الفيروسية كالأنفلونزا والحصبة وشلل الأطفال، أمراض الطفيليات ك: الملاريا وأمراض الفطريات كالإصابات الجلدية الفطرية.

5-2 الأمراض غير المعدية أو غير الانتقالية: وهي عكس النوع السابق فهي لا تنتقل عدواها من شخص لآخر كمرض الحمى الرئوية، وحصوات الكلى، ومرض السل (ويعرف بـ(TB tuberculosis) "الذي يشكل تهديدا للصحة العامة منذ آلاف السنين، في طليعة الأمراض القاتلة في مختلف مناطق العالم... وفي عام 2000م وقعت حوالي 8 ملايين إصابة جديدة بمرض السل ومات بسببه ما يقدر بمليوني شخص من النساء والرجال، معظمهم ما بين سن 15 سنة و 45 سنة، وكانت 95% من هذه الإصابات في البلدان النامية"³.

والملاحظ لهذا المرض أنه ينتقل عن طريق السعال والعطس كما أنه ينتشر في الهواء، ويصاب به الأشخاص المتواجدين أكثر في المناطق المزدحمة أو سيئة التهوية، "وتعتبر نصف حالات

1 رمضان محمد القذافي، رعاية المتخلفين ذهنيا، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1996، ص 14 .

2 عصام حمدي الصفدي، مرجع سبق ذكره، ص 17.

3 المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، الإدارة الصحية، أكاديمية انترناشيونال، بيروت، 2007،

ص 494.

الإصابة بالسل الرئوي معدية، ويمكن التعرف إليها بفحص البلغم أو القشع أو البصاق تحت المجهر، ومن المعروف أن نسبة 10-12% من كافة حالات السل تصيب أعضاء أخرى في الجسم¹.

2-6 الأمراض المهنية: وهي أمراض تنتج من بيئة العمل ومنها أمراض الرئة المهنية.

2-7 الأمراض النفسية: وتكون ناتجة من التغيرات النفسية كمرض التوتر والقلق.

وفي حالة إصابة الشخص بمرض معين فإنه ينتهي إلى: الشفاء الكلي أو التام، أو انتشار وتفشي المرض، أو الوفاة، أو إحداث عاهة، أو إحداث عجز مؤقت أو دائم، أو التحول إلى المرض المزمن، أو التحول إلى حمل للمرض، وهذا ما يطلق عليه بمخرجات المرض.

وبالإضافة إلى ما سبق وبالنظر إلى واقعنا الاجتماعي نجده مليء بالأمراض المتعددة والمتنوعة في عصرنا هذا، وقد زادت حدة وكثرة الأمراض مع التقدم التكنولوجي الحاصل بدءاً بالمواد التي يتم وضعها في فترة الحرث على التربة والتي يؤكد عدد كبير من الباحثين في العلوم الزراعية خاصة مدى تأثيرها السلبي على حياة البذرة ومن ثم على حياة الإنسان، فضلاً عن بعض الأدوية التي لم تعد لها فاعلية في علاج الأمراض والأخطاء الطبية المتكررة، التي سببت في ظهور أنواعاً شتى من الأمراض عرفت انتشاراً رهيباً في أوساط المجتمعات المتقدمة منها والمتخلف وهو ما اصطلح عليه بأمراض العصر سنقدم نماذج منها في الآتي:

أ- **مرض القلق:** القلق "انفعال معين، فهو حالة شعورية مصحوبة بتغيرات فسيولوجية داخلية، وتأهب حركي خارجي، وموضوعه الخوف من شيء مجهول أو توقع خطر غير معروف"²، كما يعرف **القلق**

1 المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، مرجع سبق ذكره، ص 494.

2 نهرو محمد عبد الكريم الكسنزان الحسيني، **خوارق الشفاء الصوفي والطب الحديث**، ط1، دار القادري للنشر والتوزيع، دمشق، 2007، ص 101.

على أنه "حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم والشخص القلق يتوقع الشر دائما"¹.

وتتعدد أنواع القلق فمنه القلق الموضوعي والذي يكون فيه مصدر القلق خارجي عن ذات المريض، والنوع الثاني ويتمثل في القلق الذاتي ويكون نتيجة "لإحباط دوافع الذات العليا"²، وثالثا القلق العصبي والذي تكون أسبابه لاشعورية مكتوبة ولدى **Freud** يظهر هذا النوع في ثلاث صور أساسية متمثلة في صورة قلق عام، وفي صورة مخاوف مرضية، وأخيرا في صورة تهديد.

وعن الأعراض الجسدية والنفسية المترتبة عن القلق: الضعف العام، والصداع والدوار، مع اضطراب النوم والنبض والتنفس، والخوف الزائد والرعب، والشروذ والنسيان وصعوبة التركيز، برودة في الأطراف وآلام المعدة والأمعاء، ونظرا لخطورة هذه الأعراض فإن الطب النفسي اقترح جملة من الأساليب العلاجية لهذا الداء إما للقضاء عليه أو التخفيف من حدته والتي تبدأ بإقامة علاقة إيجابية مع المريض وملاً ذهنه بالأفكار البناءة التي يدفع بها تلك الأسباب ويخفف بها من حدة القلق، غير أن المريض سرعان ما يعود إلى حالته المرضية في كثير من الحالات، ومن جهة ثانية اقترح الطب الصوفي أسلوبا آخر للعلاج يرى بضرورة "السير في منهج روحي يوصل العبد إلى أهلية التلقي المدني، وهو المنهج الموصل إلى اليقين"³.

فحسب رأي الصوفيين أن الإنسان إذا ما وصل إلى هذه المرتبة ألا وهي اليقين والمتمثل في الذكر فسوف يستخدم حواسه القلبية لاكتشاف الأمور وعلاجها وهذا ما لا يستطيع العقل إدراكه، وهنا يصل الإنسان إلى الاستقرار النفسي والاطمئنان ومن ثم ذهاب القلق.

ب- **المس الشيطاني أو الصرع:** و"هو عبارة عن اختلال في التوازن، يصيب عقل الإنسان، فيفقدته التحكم والسيطرة على باقي أجهزة الجسم، فلا يستطيع المصاب أن يربط بين ما قاله وما سيقوله،

1 سامية لطفي الأنصاري، أحلام حسن محمود، الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية، مركز الإسكندرية للكتاب، الأزاريطة، 2007، ص 18.

2 المرجع نفسه، ص 20.

3 نهرو محمد عبد الكريم الكسنزان الحسيني، مرجع سبق ذكره، ص 104.

فيغيب عن الوعي، ويفقد الذاكرة، نتيجة اختلال في أعصاب المخ، ويصاحب هذا الاختلال العقلي اختلال في حركات المصروع، فيتخبط في حركاته وتصرفاته القولية والفعلية والفكرية¹. كما يعني " تأثير نوع من الجن على عقل الإنسان أو حواسه وأعضائه بكيفيات مختلفة تأخذ أحيانا صورة شلل في بعض الأعضاء، أو اعوجاج في بعضها الآخر، وقد يكون المس جزئيا يتأثر فيه عضو من الأعضاء كاليد والرجل واللسان"²، ويذهب **الحافظ ابن حجر** إلى وجود عدد من الأسباب التي يحدث من خلالها الصرع والتي من بينها بخار رديء يوجد على مستوى الدماغ، أو قد يكون السبب الجن وهذا ما أقره الصوفية وفي ذلك قال ابن حجر في هذا الشأن " ... وقد يكون الصرع من الجن، ولا يقع إلا من النفوس الخبيثة منهم،... "³ والمس الشيطاني على مستويات نذكر منها:

- **الوسوسة**: "وهي الخواطر التي يلقيها الشيطان في الصدر، فتطوف فيه تنتظر الدخول إلى الحياة الشعورية لتصبح جزءا من أفكار الشخص وإرادته"⁴.

- **المرض**: وقد يأخذ أشكالا عدة كالتخبط والخنق دون أي سبب عضوي ظاهر، والصرع الذي يعرف على " أنه نوبات متكررة من تغير الإيقاع الأساسي لنشاط المخ "⁵، ويكون الصرع مصحوبا بنقص في درجة الوعي يؤدي في كثير من الأحيان إلى الغيبوبة، ولعلاج هذا المرض في المجتمعات الأوربية ينصح المصاب بالذهاب إلى راهب في دير أو كنيسة، وفي المجتمعات الإسلامية يتم اللجوء إلى الرقاة أو السحرة والمشعوذين، أما في الطب الصوفي فيوجد علاج لهذه الحالات وسنشير إليها في الفصل الموالي.

3- **النظريات المفسرة للمرض**: وهي متعددة غير أن أهمها نظريتي العلة والأسباب المتعددة

للمرض وهي كالاتي:

1 عبد الحق زداح، **الرقية الشرعية**، دار الهدى، عين مليلة الجزائر، 2003، ص 109.

2 نهرو محمد عبد الكريم الكسنزان الحسيني، مرجع سبق ذكره، ص 109.

3 عبد الحق زداح، مرجع سبق ذكره، ص 109.

4 نهرو محمد عبد الكريم الكسنزان الحسيني، مرجع سبق ذكره، ص 110.

5 أمان محمد أسعد، مرجع سبق ذكره، ص 132.

3-1 نظرية العلة: ترى أن المرض يحدث نتيجة سبب واحد، وقد يكون نفسيا أو عضويا أو بيئيا أو اجتماعيا.

أ- ولكي تتم عملية العلاج لا بد من معرفة سبب المرض وحجمه ومدى تأثير هذا السبب، وذلك باستعمال أساليب علمية كالفحص المجهرى والتحاليل الطبية والعلاج الإشعاعي،

ب- ويتحقق العنصر السابق يتم القيام بأدوار وقائية تجنب الأفراد إصابتهم بنفس المرض مستقبلا،

ج- أما عن فترة العلاج فتفترض هذه النظرية على أن تحديد فترة العلاج المسئول الأول عنها هو المريض وذلك حسب درجة رغبة واستجابة المريض في العملية العلاجية.

3-2 نظرية الأسباب المتعددة للمرض: ولهذه النظرية افتراضاتها أيضا نوجزها في الآتي:

أ- ترى أن المرض يحدث من خلال تفاعل عدد من العوامل وليس عاملا واحدا فحسب هو المسئول عن حدوث المرض كما ذهبت إلى ذلك النظرية السابقة،

ب- يكون التفاعل بين العوامل إما سلبيا أو إيجابيا¹،

ج- وإذا تغلبت العوامل الإيجابية يظل الفرد يتمتع بصحة جيدة، أما إذا حصل العكس فسيصاب الشخص بالمرض،

د- وفي حالة حدوث المرض فإن عملية العلاج تتطلب التنسيق بين مختلف التخصصات كالأخصائيين في المجال النفسي والاجتماعيين والأطباء،

هـ- أما الوقاية من المرض فهي تتطلب مراعاة العوامل المسببة للمرض وذلك من خلال إعداد برامج تقلل من نسبة حدوث المرض أو الشفاء منه وتقاديه.

1 عبد المنصف حسن علي رشوان، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، ط 1، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2007، ص 18.

وكخلاصة عن أسباب الصحة والمرض نجد *ابن سينا* يؤكد على أن معرفة الشيء إنما تكمن في معرفة أسبابه ويقول في ذلك " لما كان الطب ينظر في بدن الإنسان من جهة ما يصح ويزول عن الصحة والعلم بكل شيء إنما يحصل ويتم إذا كان له أسباب بعلم أسبابه فيجب أن يعرف في الطب أسباب الصحة والمرض والصحة والمرض قد يكونان ظاهرين وقد يكونان خفيين لا ينالان بالحس بل بالاستدلال من العوارض... وقد تبين في العلوم الحقيقية أن العلم بالشيء إنما يحصل من جهة العلم بأسبابه ومبادئه إن كانت له وإن لم تكن فإنما يتم من جهة العلم بعوارضه ولوازمه الذاتية"¹. ويضيف على ذلك أن الأسباب أربعة أصناف هي: الأسباب المادية، الأسباب الفاعلية، الصورية وأخيراً التمامية*.

عاشرا: تفسيرات الأطباء وأهل الاختصاص للمرض وأسبابه

1- نظرة الأطباء للمرض: تتسم تفسيرات الأطباء وأهل الاختصاص للمرض وأسبابه بالطابع العلمي، فهي تفسره تفسيراً مادياً حيث ترجع هذه الفئة سبب حدوث المرض إلى التغيرات المناخية أو نوعية الأغذية التي يتم تناولها، كما قد ترجع سبب المرض إلى التغيرات الداخلية التي تحدث داخل الجسم.

وبما أن الكون يتكون من أربع مكونات* أو ما يطلق عليه اليونانيون مصطلح استقصات فإننا نجد الأطباء عادة ما يفسرون الأمراض بناءً على هذه المكونات، حيث يرون أن زيادة كمية عنصر ما سيؤدي إلى حدوث اضطراب في الجسم الذي ينتج عنه الإصابة بالمرض، بل يصل الأمر إلى الموت، ومن ثم وتقادياً لمثل هذه الإصابات ينصح الطبيب المريض بتناول الدواء ليقطع المادة الزائدة

1 ابن سينا، مرجع سبق ذكره، ص 4.

* للمزيد أنظر: ابن سينا، مرجع سبق ذكره، ص 4.

* وهي: النار (الحرارة)، الأرض (البرودة)، الهواء (اللبوسة)، الماء (الرطوبة)، والأشياء الطبيعية التي هي قسم من أقسام العلم تنقسم بدورها إلى سبعة: إستقصات، مزاجات، أخلاط، أعضاء، قوى، أرواح، أفعال، والمزاجات تنقسم بدورها إلى تسعة، أما الأخلاط أو الأمشاج فهي أربعة: دم، بلغم، مرة صفراء، ومرة سوداء. للمزيد أنظر: حازم البكري الصديقي، *المنصوري في الطب*، لأبي بكر محمد بن زكريا الرازي ت 303هـ، الطبعة الأولى، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، الكويت، 1987، ص ص 29-30.

ويعيد التوازن للجسم وهذا هو تفسير المدرسة الطبية لجالينوس وهو تفسير شائع جدا في أوساط الأطباء وخاصة المسلمين، كما ويؤكد جالينوس على ضرورة حفظ الصحة أولا وفي ذلك يقول " ... فقد ينبغي لنا نحن أيضا أن نفحص أولا كيف نحفظ الصحة، ومن بعد ذلك كيف نشفي الأمراض شفاء فاضلا"¹.

كما يفسر الأطباء أسباب المرض بإسنادها لتغيرات المناخ، وفي نفس السياق نجد ابن خلدون يذكر أن سبب الأمراض يعود إلى تعفن الهواء ونوعية الأغذية التي يتناولها الناس وكذا انعدام الحركة في الجسم بمعنى عدم القيام ببعض التمارين الرياضية وخاصة في الأمصار الكبرى من شأنه أن يعجل بحدوث الأمراض، كما يذهب البعض إلى أن سبب انتشار الأوبئة يرجع إلى نزول الأمطار في غير موسمها وتغير الهواء.

2- تفسيرات العامة للمرض:

أما تفسيرات العامة غير المتخصصة لأسباب المرض فهي متعددة، فمثلا يفسر هؤلاء إصابة العيون بضعف البصر أو العمى إلى الجهد أو كثرة الاستعمال، كأن يقال فلان ذهب بصره لكثرة قراءته أو كثرة بكائه فقد "ورد عن أبي زكريا يحيى بن صالح المصطاوي الهسكوري أنه كثير البكاء والخوف من الله تعالى وما زال يبكي إلى أن سقطت عيناه من كثرة البكاء"². والمطلع لتاريخ المغرب والأندلس يجد أن مثل هذه التفسيرات قد كثرت بشكل ملفت للانتباه في القرنين الخامس والسادس الهجري أي في القرنين الحادي عشر والثاني عشر الميلادي.

كما يعتبر الناس أن سبب الإصابة بمرض الحصى في الكلى ومرض الأمعاء إلى عدم وجود نظام في الأكل مع عدم توفر الماء الصالح للشرب، وفي حالة العجز عن تقديم تفسير لمرض ما نسب إلى تغير في الطقس أو الهواء وهذا التصور الأكثر شيوعا لدى شريحة كبيرة من أفراد المجتمع

1 محمود مصري، حفظ الصحة لأبي الحسن علي بن زين الطبري، منشورات المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة- إيسيسكو isesco، 2011، ص 37.

2 محمد حقي، الموقف من المرض في المغرب والأندلس في العصر الوسيط، مطبعة مانيبال، بني ملال، 2007، ص 27.

مقارنة بالتفسيرات السالفة الذكر، وفي هذا الصدد نشير إلى أن ابن عذارى "فسر مرض وموت يعقوب المنصور الموحي بكثرة تعرضه لأهوية الأقاليم المختلفة لفترة طويلة"¹. ضف إلى ذلك العامل النفسي كأحد أهم تفسيرات العامة للمرض، فالغضب الشديد، القلق والخوف كلها عوامل قد تسبب أمراضا عضوية إذ لم يتم علاجها.

ولا يكتفي العامة بهذه التفسيرات فحسب وهي كما رأينا تفسيرات مادية للمرض تتضمن جزء كبير من الصحة، بل يوجد نوع آخر من التفسيرات وهو أكثر غموضا وبعدا عن الواقع والمتمثل في دعاء الأولياء وتأثير الجن، حيث يرجع العامة الأمراض إلى دعاء الأولياء وخاصة دعاء الزهاد والمتصوفة، هذه التفسيرات التي برزت خلال القرن السادس هجري أي بعد أن أصبحت الصوفية حركة قائمة بذاتها وذات قوة وتنظيم كبيرين، ومن ثم فالمتصوف له القدرة على إصابة الناس بالأمراض أو موتهم إذا ما خالفوهم أو ضايقوهم، ومن أمثلة ذلك "ذكر ابن عذارى أن المقتدر بن هود (ت 475هـ - 1082م) أصيب بعلة في جسده فكان ينبح كالكلب لدعوة رجل صالح"².

وإلى جانب التفسيرات السالفة الذكر للمرض نجد اعتقادا سائدا إلى يومنا هذا والذي يتم فيه ربط المرض بالقوى الغيبية كالجن، وعليه نقول أن المجتمع لا زال عرضة صراع بين الاتجاه الغيبي والاتجاه المادي الحسي في تفسير المرض، إضافة إلى العين كأحد أهم الأسباب في الإصابة بالمرض خاصة أنه قد ورد فيها أحاديث نبوية شريفة تعد المرجع الأساسي الذي يستقي منه الناس تفسيراتهم.

3- نظرة المريض إلى مرضه:

المرض واقع معاش في كل المجتمعات العربية والغربية المتقدم منها والمتخلف، ونظرا للنتائج التي يتركها المرض على المريض فإننا نجد أفراد المجتمع يتخذون مواقف تختلف درجتها حسب الأشخاص ومواقعهم، فالشخص المريض ينظر الى مرضه بشكل يختلف عن نظرة الآخرين له، ذلك لأن الآخرين ما هم إلا متتبعين لحالته أو قد سمعوا عنها فهم إذن لا يعيشون نفس الحالة المرضية أو أنهم لا يعانون من أي مرض كان، سواء كانوا من الأطباء أو الأقارب أو غيرهم.

1 محمد حقي، مرجع سبق ذكره، ص 28.

2 المرجع نفسه، ص 29.

وعليه نجد أن موقف المريض من مرضه يختلف حسب الشخصية التي تعاني المرض، فمواقف المرضى تتخذ أبعاداً مختلفة حيث نجد القبول والرفض والشكوى وغيرها من المواقف، فأحياناً نجد المريض غير منقبِل تماماً لمرضه مما يجعله دائم الشكوى وساعياً بشتى السبل للبحث عن العلاج، ومن أمثلة ذلك ابن الحصار الطليطلي (438هـ - 1047م) وأثناء مرضه " يتمنى لو كان الموت يشتري لاشتراه ليتخلص من شدة الألم والمعاناة"¹. وتقابل حالة الرفض حالة الرضا وتقبل المرض كونه ابتلاء من الله تعالى، فالمرض بالنسبة لهذه الشريحة ابتلاء يثبت فيه مدى القدرة على الصبر والتحمل وعمق الإيمان، وأغلب الحالات التي تتدرج ضمن هذا الموقف المتصوفة وأمثلة ذلك " يتحدث التادلي عن أبي يعقوب يوسف بن علي المبتلى (593هـ - 1197م) من مراكش قائلاً: سقط بعض جسده في بعض الأوقات فصنع طعاماً كثيراً للفقراء شكراً لله تعالى على ذلك"².

وفي جانب آخر نجد شريحة من أفراد المجتمع تعتمد إخفاء وستر أمراضهم لعدة أسباب، والتي منها التدين وقد أشرنا إلى ذلك حينما تحدثنا عن المتصوفة الذين يتميزون بالصبر على المرض محبة لله وشكراً لنعمه، وأمثلة ذلك "أن أبو صالح ابن الدلال المراكشي مرض (...). مرضه الذي مات منه فما عرف علته أحد فلما مات وجد الجنب الذي كان ينام عليه قد أنفذته الأكلة إلى جوفه وما علم أحد بذلك إلى أن مات"³.

وقد يكون الستر بسبب الخجل والحياء وخاصة إذا كان الأمر يتعلق بالأعضاء الجنسية حيث ينقل الزموري عن أحدهم: "أصابتنى علة عظيمة في موضع قد استترت من جسمي وأنا أكره أن يطلع عليه أحد إلا الله تعالى، وكنت أعالج منها أمدا عظيماً"⁴. كما قد يكون التكبر والخوف من شماتة الأعداء سبباً في ستر المرض ذلك لأن المرض في بعض المجتمعات يعتبر عيباً يثير سخريّة الآخرين. وستر المرض قد يأخذ منحنيين إما ستر المرض عن كل الناس أو ستره على الأجنبي، كما أن ستر المرض قد يعود إلى رفض المريض العلاج فبعض الأشخاص لا يبوحون بأمراضهم لأحد

1 محمد حقي، مرجع سبق ذكره، ص 33.

2 المرجع نفسه، ص 34.

3 المرجع نفسه، ص 35.

4 المرجع نفسه، ص 35.

لأنهم يرفضون العلاج، وقد يأخذ هذا الرفض اتجاهين كأن يكون الرفض لكل أنواع العلاج أو قد يكون الرفض جزئياً أي إلى بعضها فقط، وقد نجد هذه الظاهرة أكثر في الفترات التي عرف فيها الطب الرسمي تطوراً وبدأ يدمج في الأرياف خاصة، وأيضاً في الفترة التي عرفت تطوراً في الحركة الصوفية.

إحدى عشر: علاقة بعض النظم الاجتماعية بالصحة والمرض

وقبل التطرق للحديث عن العلاقة بين النظم الاجتماعية والصحة والمرض نشير إلى أن الصحة تؤثر فيها عوامل عديدة، إذ من الطبيعي أن الميكروبات ليست وحدها المسؤولة عن حدوث المرض، مما يجعل عوامل أخرى تتسبب في حدوثه ويتفق عدد من الباحثين بوجود ثلاثة عوامل رئيسية تؤدي إلى المرض، أحدها يتعلق بالمسببات النوعية، وثانيها يتعلق بالإنسان أما العامل الثالث فيتمثل في البيئة.

فبالنسبة للعوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للأمراض فهي عبارة عن عناصر أو مواد حية كالطفيليات، أو مسببات غذائية أو طبيعية، أو مسببات نفسية وعاطفية أو اجتماعية...¹، أما العوامل المتعلقة بالإنسان فهي تعتمد على مدى قدرة الإنسان على مقاومة المسببات النوعية للمرض وهي بذلك تشمل العناصر التالية: السن، الجنس، العرق، العوامل الوراثية، العوامل العقلية، العوامل الاجتماعية، والعادات، وغيرها، وعن العوامل المتعلقة بالبيئة فهي ثلاثة أنواع، البيئة الطبيعية، البيئة الحيوية (البيولوجيا) والبيئة الاجتماعية والاقتصادية.

إن العناصر السالفة الذكر تؤكد وجود علاقة بين الصحة والمرض والأنظمة المختلفة الموجودة في المجتمع كالنظام الاقتصادي، النظام التربوي الأسري أو التنشئة الاجتماعية الأسرية، والنظام السياسي، غير أنه يجدر بنا أن نشير إلى أن الصحة والمرض لهما علاقة وطيدة بالنظام الديني، ونقصد بذلك النظم الدينية القديمة كالديانة اليهودية والديانة المسيحية والديانة الإسلامية.

1 تالا قطيشات، وآخرون، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص 18.

إذن فالعلاقة بين الديانات القديمة والنظم الصحية قديمة قدم المجتمعات الإنسانية حيث اهتمت معظم الأديان بالفئات المحتاجة وتقديم المساعدة والعون لها وفي مقدمة هذه الفئات المرضى والمعاقين، وفي المجتمعات البدائية اكتشف الكهنة بعض العقاقير التي كانت تشفي بعض الأمراض فكانوا بذلك أطباء ومعالجين يتم على أيديهم الشفاء، وفي الحضارة الفرعونية استعان المصريون القدماء بالجراحة " حيث توجد صورة لعملية جراحية على جدران مقبرة في ممفيس يبدو فيها الكاهن الطبيب وهو يزاول العمل في عام 2500 قبل الميلاد تقريبا"¹.

أما في الديانة المسيحية فنجد أن الكثير من رجال الدين قد تخصصوا في الطب، فضلا عن الديانة الإسلامية التي أولت اهتماما بالغا بالصحة ويتضح ذلك من خلال الأحاديث النبوية الشريفة التي تحث على العناية بالصحة لما لها من أثر على الحياة وفي ذلك يقول الرسول صلى الله عليه وسلم "صوموا تصحوا" كما شجع الرسول صلى الله عليه وسلم الطب فيقول: "تداووا فإن الله تعالى لم يضع داء إلا وضع له دواء غير داء واحد الهرم" رواه احمد في مسنده وأبو داود والترمذي. وسنعرض لذلك بشيء من التفصيل في الفصول القادمة.

1_ النظم الاقتصادية والأمراض:

نفس الشيء يمكن أن يقال عن علاقة النظم الاقتصادية بالصحة، حيث نجد الإنسان منذ القديم عمل على تأمين غذائه من خلال جمع الثمار وصيد الحيوانات مستعينا في ذلك ببعض الأدوات البدائية المصنوعة من الخشب والحجر والتي أدت في كثير من الأحيان إلى إصابته ببعض الأمراض نذكر منها على سبيل المثال الملاريا، الهذيان، التيفوس، الحمى والتيتانوس. كما ظهرت المجاعات وازدادت الحوادث، فضلا عن انتشار مرض البلهارسيا في الريف أين يعمل السكان بالزراعة، كما لا ننسى التأثيرات السلبية للصناعة الكيماوية التي تؤدي إلى التلوث البيئي الذي يخلف الكثير من الأمراض والتسمم أيضا، ونتيجة لذلك ازداد الاهتمام بأمراض المهنة بحلول القرن التاسع عشر ونشأت ضرورة الاجتماعية لإدخال عنصر التشريع الوقائي للعلاج من أمراض المهنة والتعويض عنها.

1 مصطفى القمش، خليل المعايطه، سحر مخامرة، مرجع سبق ذكره، ص 153.

2_ النظم التربوية الأسرية والصحة:

وفي هذا الصدد يمكن أن نؤكد على أن التعليم يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة، حيث أن الأساليب الصحية والمسار الذي يتبناه الفرد للعلاج له ارتباط وثيق بالمستوى التعليمي الذي يتمتع به وقد أكد هذا التصور عدداً من الدراسات، فقد توصل الباحث **محمد رضا بالمختار** في رسالته المعنونة بنسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه إلى نتيجة هامة تتمثل في أن المستوى الدراسي الجامعي يساعد على فهم اللغة المتداولة طبياً فيما يخص المرض والعلاج، وبالتالي قرب المبحوث من العقلانية الطبية، وعلى العكس من ذلك فإن انخفاض المستوى الدراسي يؤدي إلى صعوبة فهم لغة الأطباء.

فالمستوى الدراسي إذن له علاقة بمدى تدني أو سلامة صحة الأفراد، غير أن الملاحظ في السنوات الأخيرة زيادة وانتشار الوعي الصحي فضلاً عن اعتماد دول العالم على التربية الصحية التي تعتبر جزءاً لا يتجزأ من الصحة العامة التي تهدف إلى تعليم الأفراد كل ما يتعلق بالأمور الصحية، كتعريف المواطنين كيفية حماية أنفسهم من الأمراض وكيف تتم التغذية السليمة للأطفال وكيف يمكن تخطي المشاكل الصحية وغيرها من الاهتمامات، وعلى هذا الأساس أصبحت لغة الأطباء مفهومة إلى حد ما من قبل الأشخاص ذوي المستوى التعليمي المنخفض.

ولا يعد التعليم وحده كعامل مؤثر على تدني أو ارتفاع المستوى الصحي بل توجد متغيرات أخرى ذات أثر بالغ على الصحة ك: "ظروف العمل التي تعمل في ظلها الطبقات العاملة المستغلة. فانخفاض الدخل، وسوء الرعاية الصحية، وسوء التغذية، واضطرار المرأة للعمل بسبب الفقر_ كل ذلك أدى إلى إهمال الأطفال وتعرضهم لمعدلات وفيات مرتفعة".¹ فضلاً عن حجم الأسرة من حيث قلة أو كثرة عدد أفرادها، وفي ذلك تؤكد عدداً من الدراسات على أنه كلما كان حجم الأسرة كبير سيؤدي ذلك حتماً إلى تفشي الأمراض بها خاصة إذا صاحب ذلك انخفاض في مستوى دخل الأسرة، هذا يعني أن الأسر التي تسكن بيوتاً ضيقة وفي أحياء لا تتوفر فيها على أدنى الشروط الضرورية للحياة ستكون مكاناً سهلاً لتفشي الأمراض، وقد يكون حجم الأسرة ومستوى الدخل لها انعكاساً للفقر حيث يؤثر الفقر

1 مصطفى خلف عبد الجواد، علم اجتماع السكان، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2009، ص96.

بشكل مباشر في وفيات الرضع " وذلك من خلال سوء المسكن، وسوء الخدمات الصحية في المنزل، ونقص الغذاء والملبس، ونقص الرعاية الطبية في المستشفيات. وهذه العوامل لها تأثيرات هدامة في صحة المولود الجديد".¹

هذا ويمكن أن نشير إلى أن الحديث عن النظام الأسري وعلاقته بالصحة والمرض يقودنا إلى الحديث عن التنشئة الأسرية ومدى ارتباطها بصحة الأم والطفل وكذلك دور المرأة في صحة طفلها، وفي هذا الشأن نقول أن المرأة قد تعرقل برامج الصحة العامة إذا كانت تؤمن بشكل كبير بالقدرية والتي تعني الاعتماد المفرط على القضاء والقدر، كذلك اعتمادها على العادات والتقاليد المتوارثة والتي قد تتضمن وصفات علاجية خطيرة والفصل الثالث كفيل بشرح بعض هذه الوصفات التي لا زالت في بعض المجتمعات تمارس على الرغم من خطورتها، ناهيك عن " التمرکز الذاتي للثقافة مثل الاقتناع بأن الولادة بواسطة الداية هي أفضل الطرق ومن الصعب عليهم الاقتناع بالمولدات صغيرات السن"².

وعليه فالمرأة إذا كانت تعتقد بهذه الأفكار فإننا لا ننتظر من المجتمع أن يقوم بدوره كما ينبغي أو أن يساهم في التنمية الصحية، ولذلك فقد عملت حكومات الدول على الاهتمام بالتنقيف الصحي أو ما يعرف بالثقافة الصحية للمرأة والتي "تمرر إليها وتستدخلها في ذاتيتها منذ بداية حياتها وليس في سن متأخرة من عمرها، فالأسرة كأول جماعة اجتماعية تنتمي إليها أن تضطلع بمهمة تمرير الثقافة الصحية إلى بناتها وأبنائها عن طريق التنشئة الاجتماعية* الأسرية والتربية الاجتماعية"³، فالأسرة إذن

1 مصطفى خلف عبد الجواد، مرجع سبق ذكره، ص 97.

2 عصام حمدي الصفدي، مرجع سبق ذكره، ص 36.

* التنشئة الاجتماعية ويقصد بها: تحويل الكائن البيولوجي الى شخص اجتماعي عبر جماعات اجتماعية متنوعة في نوعها ولكنها مترابطة في وظائفها، للمزيد انظر: معن خليل العمر، التنشئة الاجتماعية، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص18.

كما عرفها مراد زعيمي بأنها عملية اجتماعية تشمل حياة الإنسان كلها منذ بداية تخلقه ويتم من خلالها تنمية استعدادات الفرد الفطرية وتدريبه على تلبية حاجاته وتأهيله للحياة الاجتماعية في ظل ثقافة مجتمع ما، للمزيد انظر كتاب: مراد زعيمي، مؤسسات التنشئة الاجتماعية، ط1، دار قرطبة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2007، ص 11.

3 إحسان محمد الحسن، علم اجتماع المرأة دراسة تحليلية عن دور المرأة في المجتمع المعاصر، ط1، 2008، ص 275.

وعن طريق التنشئة الاجتماعية من شأنها أن تساهم في عملية إتمام العلاج الطبي والاجتماعي للمريض بما توفره له من وسائل للراحة، فعلى سبيل المثال نجد أن إشباع الأسرة لحاجات المريض النفسية والفسولوجية من شأنه أن يعجل بعملية العلاج، كما أن مساعدة المريض على إشباع حاجاته الثقافية والإبداعية والترويحوية أثناء المرض سيسهم في تحقيق الشفاء، ثم يأتي بعد ذلك دور المدرسة، ووسائل الإعلام في نشر الثقافة الصحية والتي تعرف بأنها: المعرفة والاتجاهات ومهارات التفكير العلمي اللازمة للمتعلم والتي تمكنه من الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية ليكون قادرا على التعامل مع مواقف الحياة اليومية بشكل يضمن تحقيق سلامته وتلبية حاجاته، كما لا ننسى الدور الفاعل الذي تقوم به المؤسسات الصحية* بكل أنواعها.

4. النظم السياسية والصحة والمرض:

تولي حكومات الدول في العالم اهتمام كبير بتحقيق التقدم في المجال الصحي أو ما يعرف بالتنمية الصحية، وذلك من منطلق علاقة الصحة بتحقيق التنمية الشاملة وفي كافة المجالات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، ولتحقيق هذا الهدف سعت هذه الدول على تحسين مستوياتها الصحي بتقديم الخدمات الصحية بنوعيتها العلاجي والوقائي.

ويعد الجانب الوقائي أحد أهم الاهتمامات التي سعت السياسات الصحية في كل دول العالم إلى تحقيقه، ونظرا لأهميته في تحقيق التنمية الصحية فقد أجريت حوله عدة دراسات والتي منها دراسة بعنوان **السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة¹** حيث كانت أهم نتائجها متمثلة في أن 53% من المفحصين قد قاموا مرة بقياس ضغط الدم لديهم وهي نسبة مقبولة حسب رأي الباحث مقارنة بالنسبة الخاصة بمراجعة الأطباء والمستشفيات في حالة الحاجة إليها وبشكل منتظم والتي قدرت بـ 34,3%.

* المؤسسة الصحية وهي عبارة عن مجموعة من الهياكل الصحية مهمتها الوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التكيف الطبي، كما تتكفل بحاجيات السكان الصحية. للمزيد انظر: المرسوم التنفيذي رقم 467/97. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية)، العدد 81، الصادر بتاريخ 10 ديسمبر 1997، ص 29.

1 فبراير سلام إبراهيم حمام، **مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الأول الثانوي وأثره في اتجاهتهن الصحية في عمان**، رسالة ماجستير تربية غير منشورة، جامعة اليرموك، 1995، ص 1.

فقط، ونسبة 30,3% من العينة أجابت عن السؤال المتعلق بمراجعة طبيب الأسنان دون أن يكون هناك ألم أو مرض.

وعلى الرغم من أهمية الوقاية الصحية للفرد خاصة مع ظهور أمراض مختلفة وخطيرة في أيامنا هذه إلا أن التزام المجتمعات بها يعد من المحال وذلك لارتباط هذه الأخيرة الوثيق بالجانب المادي للفرد، ففي الدراسة السالفة الذكر المعنونة بالسلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة توصلت إلى نتيجة ضعيفة من حيث التزام الأفراد بالجانب الوقائي إذ تؤكد ما قلناه سابقاً من أن الوقاية الصحية ذات علاقة مباشرة بالدخل الفردي وفي ذلك يقول الباحثان أن الوقاية الصحية تتعلق " على نحو المراجعة الدورية لطبيب الأسنان أو للأطباء عموماً بالوضع المادي للأفراد مستقلين وإمكاناتهم. في حين يبدو أن تقنيات الفحص الذاتي للثديين أو لمناطق أخرى من الجسد غير منتشرة في سوريا كما هو الحال في أوروبا"¹.

خلاصة الفصل:

نستخلص مما سبق إلى أن خلق التنمية الاجتماعية والاقتصادية في أي مجتمع يتطلب الاهتمام والارتقاء بالموارد البشري حاضراً ومستقبلاً، وهذا لن يتأتى إلا من خلال الاهتمام بمجموعة من المجالات والتي منها الجانب الصحي، الذي يعد جزءاً هاماً من المشاريع التنموية في كل دول العالم ذلك أن مشاريع التنمية لا يمكن لها بأي حال من الأحوال أن تتحقق على أرض الواقع إلا إذا حدث توازن في النظام الاجتماعي على حد تعبير **Talcott Parsons** هذا التوازن الذي يعتمد على أن يؤدي كل فرد دوره بدافع الواجب والالتزام الأمر الذي يساعد النظام من العمل والفاعلية والاستمرار.

وعليه ولكي تتحقق التنمية الصحية لا بد أن يتم تطبيق العناصر الآتية والتي حددتها منظمة الصحة العالمية والمتمثلة في:

1 سامر جميل رضوان، كونراد ريشكه، مجلة شؤون اجتماعية، مجلة فصلية محكمة، تصدر عن جمعية الاجتماعيين والجامعة الأمريكية في الشارقة، العدد 72، السنة (volume)، 2001م، ص 280.

1- التربية الصحية والتنظيف الصحي، فعلى الصعيد العربي بدأت في الثمانينات حركة الاهتمام بالتربية الصحية وتضمينها في المناهج ويتعاون بعض الدول العربية كالكويت ودول البحر المتوسط مع منظمة الصحة العالمية واليونيسيف *Unicef* سنة 1985م تم إعداد " منهاج دراسي ذو مردود عملي للتربية الصحية مؤلفا من 22 وحدة صحية وبدأ تطبيقه على المرحلة الابتدائية " ¹.

2- توفير الغذاء والتغذية الصحية

3- توفير الماء الصحي النقي والصرف الصحي للفضلات

4-مكافحة الأمراض المستوطنة

5- التحصين ضد الأمراض المستوطنة

6- علاج الأمراض الشائعة

7- رعاية الأم والطفل وتنظيم الأسرة

8- توفير العقاقير والأدوية الأساسية.

ومن الضروري أن تتواجد هذه العناصر في كل مؤسسات المجتمع، حيث لا بد من وجودها في المؤسسات التعليمية، وكذا المؤسسات الاقتصادية، وغيرها من المؤسسات الأخرى.

1 فريال سلام إبراهيم حمام، مرجع سبق ذكره، ص 3.

الفصل الرابع: الطب الشعبي والمعالجين الشعبيين

أولاً: تعريف الطب الشعبي

ثانياً: تاريخ الطب الشعبي

ثالثاً: الممارسات العلاجية الشعبية

رابعاً: أهم السمات التي تميز الطب الشعبي عن الطب الحديث

خامساً: أهمية وأسباب التوجه إلى العلاج بالطب الشعبي

سادساً: النظرة المستقبلية للطب الشعبي

سابعاً: المعالجون الشعبيون

ثامناً: أنواع المعالجين الشعبيين

تاسعاً: العوامل المشتركة بين النظم العلاجية العالمية

عاشراً: الطب الشعبي في الجزائر

تمهيد:

يعد الاهتمام بدراسة التراث الشعبي جزءا هاما من العناية بتنمية المجتمعات، وخاصة إذا كان هذا الاهتمام منصبا في جانب منه على دراسة الطب الشعبي. لأنه سيساهم في التنمية الصحية، بإعتبار الطب الشعبي جزء من المعتقدات الشعبية ولا يمكن بسهولة التخلي عنه لأنه راسخ في العقلية الشعبية لممارسيه، ويؤدي وظيفة في المجتمع ولأنه أيضا حقق نتائج إيجابية في بعض ممارساته.

ونظرا لأهمية دراسة الطب الشعبي وخاصة بعد المعلومات الرائجة هذه الأيام والتي تدعو إلى العودة إلى الطبيعة، فضلا عن أهميته في هذه الدراسة فسنحاول الإلمام بأهم العناصر والمباحث التي قد تقيدنا في هذه الدراسة، غير أنه لا بد من التنويه إلى أن الإحاطة بكل ماله علاقة بالطب الشعبي يعتبر من الصعوبة بمكان لكونه يتطلب الجهد والوقت معا، وعليه فسنعرض في هذا الفصل إلى الحديث عن الطب الشعبي، العلاج بالحجامة، العلاج بالكي، العلاج بالوشم، العلاج بالزوار، العلاج بالطب النبوي، العلاج الصوفي والعلاج باليوغا.

اولا: تعريف الطب الشعبي

(1) يعرف الطب الشعبي بأنه: "جزء من القيم والمعرفة الثقافية التي تشكلت منذ أحقاب بعيدة، نظاما طبيا علاجيا يبنى على أشكال تقليدية من المعتقدات والسلوك والممارسات التي هدفها مقاومة المرض طلبا للشفاء¹.

(2) كما يعرف "الطب الشعبي من حيث أسلوب توارثه بين الأجيال بأنه:

1-2 يعتمد بدرجة كبيرة على النقل اللفظي (أي السماعي) وبالرغم من أنه يتأثر بالمطبوعات مثل الكتيبات والنشرات،...

1 محمد أحمد غنيم، الطب الشعبي الممارسات الشعبية في دلتا مصر دراسة أنثروبولوجية في قرى محافظة الدقهلية، ط1، عين للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية، القاهرة، 2007، ص 25.

2-2 يعد نظاما غير رسمي في البناء الصحي نسبيا بالرغم من أنه يتم تدريب المتخصصين فيه في مراكز تدريب مهنية رسمية.

3-2 لا يهدف الى الريح، مع أن بعض المتخصصين فيه مثل العشابين قد يتقاضون بعض المدفوعات النقدية أو المبادلات¹.

3) ويعرفه البعض وفقا لنوعية الممارسات التي تمارس من خلاله، وأنماط المعالجين الشعبيين الذين يمارسونه إلى أنه:

1-3 ممارسات طبية شعبية خاصة بأعضاء جماعة عرقية معينة مثل الطب الشعبي الصيني أو الطب الشعبي المكسيكي الأمريكي.

2-3 يمارس بواسطة ممارسين طبيين من خارج المؤسسات الطبية الرسمية.

3-3 قد تكون وسائله العلاجية إما وسائل جيدة مستمدة من موروثات سامية قديمة أو قد تكون وسائل علاجية رديئة مثل التي تعالج بها المجتمعات البدائية نفسها بدلا من العناية الطبية المدربة.

4) كما تنظر منظمة الصحة العالمية إلى الطب الشعبي على إعتبار أنه شكل من أشكال الطب التقليدي وتعرفه بأنه: "يشير الى الطرق والوسائل التي وجدت قبل ظهور الطب العلمي الحديث. كما تتضمن المعالجات الصحية التي تنتمي إلى تراث كل مجتمع وتنتقل من جيل إلى جيل"².

كما تعرفه أيضا بأنه: "المعارف والمهارات والممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات الأصيلة التي تمتلكها مختلف الثقافات والتي تستخدم للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض الجسدية والنفسية أو تشخيصها أو علاج أو تحسين أحوال المصابين بها، ويشمل الطب التقليدي

1 نجلاء عاطف غيث، في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006، ص 260.

2 المرجع نفسه، ص 261.

(الشعبي) طائفة واسعة من المعالجات والممارسات التي قد تختلف باختلاف البلدان والمناطق. ويشار إلى هذا الطب في بعض البلدان بمصطلح الطب البديل أو الطب التكميلي¹.

(5) يقول **ميير** أن الطب الشعبي هو الإستخدام الأكثر انتشارا بين أصحاب الثقافات التقليدية وأن اللجوء لما تحتوي عليه الثقافات القديمة من طرق ومناهج في الحياة سواء في الحياة الاجتماعية أو الصحية هي محاولة للتمسك بكل ما هو تقليدي حتى في صورته الثانوية خاصة عند الانتقال المكاني والإحتكاك بثقافات أخرى مغايرة فالتراث الثقافي يعد تمسكا بالهوية².

(6) أما **يودر yoder**: فيذهب إلى أن الطب الشعبي هو جميع الافكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض، وما يتصل بذلك من سلوك وممارسات تتعلق بالوقاية من المرض ومعالجته، بغض النظر عن النسق الرسمي للطب العلمي³.

(7) الطب الشعبي أو ما يعرف بالرعاية الصحية غير الرسمية وهو مجموع الخدمات الصحية غير المرتبطة بالعلوم الطبية العلاجية أي بعيدا عن المستشفيات والأطباء والأخصائيين، فهي ممارسات وخدمات تقدم للمرضى من قبل أشخاص ليس لهم أي إرتباط علمي بمهنة الطب أو الفريق الطبي وقد تكون عندهم خبرة ميدانية أو معلومات أو ممارسات موروثة من آبائهم أو أجدادهم⁴.

والرعاية الصحية غير الرسمية تشمل العلاج بالحجامة، والعلاج بالكي، والعلاج بالأعشاب، والإستشفاء بالأولياء الصالحين، والممارسات السحرية أيضا.

وتجدر الإشارة هنا إلى وجود بعض الدراسات في المجال الأنثروبولوجي إهتمت بدراسة الطب الشعبي في عدد من الدول منها الدراسة التي أجريت في مجتمعين محليين في مصر، ودراسة أخرى

1 الأرض الطبية للأعشاب والمنتجات الطبيعية، دعوة للاستفادة من منافع الطب البديل وإدراجه ضمن نظام الرعاية الصحية، www.al2rdaltebh.com، 2010/10/28، ص 4.

2 محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 35.

3 نجلاء عاطف غيث، مرجع سبق ذكره، ص 263.

4 أيمن مزاهرة، وآخرون، **علم إجتماع الصحة**، طب1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص 162.

أجريت في الريف العربي*، وفي دول الخليج العربي أيضا أجريت دراسة عن الطب الشعبي، بالإضافة إلى الدراسة التي تم إجراؤها في ليبيا، وقد خلصت الدراسات السابقة إلى تقديم بعض التعاريف لهذا الأخير، والملاحظ لهذه التعاريف أنها تتشابه مع التعاريف السابقة التي أدرجناها وعليه فسنحاول الحديث عن النقاط المشتركة في هذه الدراسات حول مفهوم الطب الشعبي وهي كالآتي:

أ- الطب الشعبي مجموعة من الخبرات والمعتقدات والممارسات المتوارثة والتي إنتقلت من جيل إلى جيل عن طريق السماع أو شفاهيا، وهي مرتبطة أشد الارتباط بالبيئة المحلية وبالثقافة السائدة.

ب- يمارس هذه المهنة فئة من أعضاء المجتمع (محترفين أو غير محترفين) قد يكونون في الأغلب من كبار السن أو شيوخ دين، غير أننا في الوقت الراهن ومن خلال الدراسة الإستطلاعية وجدنا أن هذه المهنة ليست حكرا على الكبار فحسب بل من الشباب من يمارس هذه المهنة أيضا.

ج- المواد المستخدمة في العلاج عبارة عن نباتات أي أعشاب وبعض الأجزاء من الحيوانات والدهانات.

إن التعاريف السالفة الذكر تجعلنا نستخلص **التعريف التالي للطب الشعبي**: على أنه مجموعة الخبرات والممارسات المتوارثة من الأجداد إلى الأبناء من جيل إلى جيل عن طريق النقل اللفظي (السماعي)، فهو جزء لا يتجزأ من الثقافة الشعبية ويعتمد في ممارساته على أشخاص ذوي خبرة يملكون مكانة وثقة في البيئة المحلية التي يمارسون فيها عملهم، وأغلبهم من كبار السن والذين يستخدمون في علاجاتهم موادا علاجية متعددة يكون مصدرها الطبيعة بكل موجوداتها من أعشاب وأعضاء بعض الحيوانات وجلودها، وبعض المواد الطبيعية الأخرى كالخشب والحديد وغيرها.

وعن المفاهيم المشابهة لمفهوم الطب الشعبي فقد أشار التعريف السابق الذي قدمته منظمة الصحة العالمية إلى أن الطب الشعبي في بعض المناطق من العالم يعرف بتسميات أخرى كالطب التكميلي أو الطب البديل، غير أن هناك من الباحثين من يرى بوجود إختلاف وفروقات بسيطة بين مفهوم الطب الشعبي والمفاهيم سالفة الذكر والتي تتمثل في الآتي:

* للمزيد: أنظر نجلاء عاطف غيث، مرجع سبق ذكره.

أ- **الطب التقليدي:** ويعرف على أنه ممارسة الطب بواسطة الطبيب الأكاديمي الحاصل على الدرجة العلمية في الطب والتي تضم كافة التخصصات والفئات الممارسة له من ممارسي التمريض والاختصاصيين والاطباء وجميع التخصصات.

هذا هو مفهوم الطب التقليدي الذي يؤكد عليه الكثير من العلماء والباحثين في المجال الصحي والذي يعرف بالطب العلمي الحديث ومن بينهم الطبيب *أندروويل*، أما المتعارف عليه لدينا متمثل في أن الطب التقليدي هو الطب القديم الذي ظهر قبل ظهور الطب الحديث والذي يعتمد على المعالجين التقليديين الذين يستخدمون الوسائل التقليدية في العلاج والمواد المتوفرة في الطبيعة كالأعشاب والحيوانات، وغيرها وهو ما يعرف لدينا بإسم الطب الشعبي.

ب- **الطب البديل:** "يستخدم هذا الطب مكان الطب التقليدي أي بديلا عنه والمثال على الطب البديل نجد أن العلاج البديل فيه يستخدم مثلا نظاما غذائيا معيناً لعلاج السرطان بدلا من الجراحة أو الإشعاع أو العلاج الكيميائي والذي يوصي به الطب التقليدي"¹.

وتتعدد الوسائل التي تستخدم في الطب البديل كالوخز بالإبر الصينية، الطب الأيروفيدي، والكايروبراكتيك والذي يعرف على أنه علاج يركز على العلاقة بين العمود الفقري والجهاز العصبي وتأثير هذه العلاقة على صحة الإنسان، الهدف منه هو تصحيح فقرات العمود الفقري لكي يستعيد وظيفته.

ج- **الطب المكمل:** يستخدم الطب المكمل مع الطب التقليدي أي يكمله، فعلى سبيل المثال يتم استخدام الروائح أي العطور كعلاج مكمل لتخفيف آلام المريض بعد العملية الجراحية.

د- **الطب الشامل المتكامل:** "وهو ذلك النوع من الطب الذي يجمع بين العلاجات الطبية وأساليب الطب المكمل والبديل والتي يتحقق فيها أعلى الدلائل العلمية من الأمان والفعالية في العلاج"².

1 أحمد موسى، الطب البديل والطب المكمل والطب التقليدي، 06 جانفي 2008، ص 16.

2 المرجع نفسه، ص 01.

غير أننا وفي هذه الدراسة نرى أن الطب الشعبي يشمل كلا من الطب التكميلي والطب البديل، وذلك لأن أساليب العلاجات التي تستخدم في الطب البديل قد تم استخدامها في الحضارات القديمة كالحضارة الصينية والحضارة الفرعونية كإستخدام الإبر الصينية، والفرق بين الطب الحديث والطب قديما يكمن في الإستخدام لهذه الطريقة، حيث نجد الطب الحديث قد ابتكر وسيلة حديثة تحل محل الوسيلة القديمة إضافة إلى تعقيم الأدوات بشكل مستمر وإجراء هذه العملية في هياكل صحية أنشئت خصيصا لذلك وغيرها، وتبقى الإبر الصينية إذن وسيلة علاجية شعبية قديمة ونفس الشيء يمكن أن يقال على علاجات أخرى، كما ونشير إلى أنه قبل ظهور الطب الحديث كان هناك في الحضارات القديمة إستخدام واسع للروائح والعطور لتكامل من خلالها العملية العلاجية.

ثانيا: تاريخ الطب الشعبي

لقد عرفت حضارات عديدة الطب الشعبي واعتمدت عليه كأسلوب للعلاج مستعينة في ذلك بالبيئة الاجتماعية الثقافية وبما تزخر به الطبيعة من موجودات مستخدمة في ذلك عددا من الأدوات العلاجية والتي منها "الجباير مفردا جبارة وجبيرة وهي الخشبة التي توضع على الكسر حتى ينجبر العظم، الرضفة وهي حجارة تسخن ثم يكمد بها الجرح"¹، فضلا عن السبار أو المسبار والضمام والمحراف والمكواة والميسم*، وسنحاول الآن أن نعرض لعدد من الحضارات التي إعتنت بالناحية الطبية للإنسان.

1- الطب الشعبي في العصر الفرعوني

قد نتعرض الى تحليل هذا العنصر من وجهتين، الوجهة الأولى متمثلة في تأثير البيئة الفيزيكية، والوجهة الثانية تتعلق بالعوامل الداخلية ومدى تأثيرها في الاهتمام بالطب الشعبي.

1 سامي حمود الحاج جاسم، تطور العلوم عند العرب علم الطب أنموذجا، دراسات وبحوث الوطن العربي، العدد 20_21، بدون سنة، ص 205.

* السبار وهو الفتيلة التي يعرف بها عمق الجرح ومقداره، والمكواة الحديدية التي يكوى بها، أما الميسم فهو الإبرة التي يوخز بها.

1-1 تأثير البيئة الفيزيائية: بطبيعة الحال للبيئة الفيزيائية تأثير كبير على صحة الإنسان ومرضه وهذا لما تتمتع به من مناخ يختلف من فصل لآخر، بل وحتى في اليوم الواحد من جو حار وآخر بارد أو دافئ معتدل، وهبوب للرياح، وانتشار للحشرات، هذه الأخيرة التي ساهمت بشكل ملفت للنظر في إصابة الانسان بالمرض، الأمر الذي حتم عليه البحث على اساليب علاجية تقيه وتعالجه من المرض، فكانت البيئة هي الحل في ذلك حيث منحت هذا الانسان العديد من طرق العلاج من خلال ما تتوفر عليه من موارد طبيعية نباتية، وحيوانية، ومعدنية.

فقد برع المصريون القدماء باكتشاف الاعشاب التي لها دور في علاج الأمراض، - ونفس الشيء يقال عن بلاد آشور حيث برع هؤلاء في الطب من خلال عمليات التشخيص ومعالجة المرضى فضلا عن سن قوانين تخص محاسبة الأطباء في حالة التقصير، "وقد ورد في بعض نصوص مكتبة آشور بان إبلي المتعلقة بالطب أسماء 250 نوعا من النباتات و 120 مادة معدنية"¹، كما ذكرت البيرة والزيتون والعسل بوصفها مواد علاجية.

وفي الحضارة الفرعونية أيضا تم مزج نباتات مع بعضها بعد معرفة مكوناتها فأصبح بعضها مراهم ودهونا وأخرى حولت لتصبح سوائل للشرب او الحقن، وبعضها الاخر استخدم كلبخات توضع على الموضع المصاب، هذه النباتات التي يتم احضارها من حدائق المعابد، وبعضها الآخر يتم جلبه من وادي النيل، وكذلك الصحراء، واخرى جلبت من بقاع مجاورة، ناهيك عن الاتصال بالشعوب والحضارات القريبة منها بسبب موقعها الاستراتيجي والذي مكنها من معرفة طرق ووسائل اخرى للعلاج، واستمر الاهتمام بالطب الشعبي الامر الذي سمح لهم باستخدام عدد كبير من النباتات في العلاج كالبقوليات، والنباتات المخدرة، واخشاب الاشجار، وثمار الفاكهة، والخضروات، وغيرها. ولم يقف الامر الى استخدام عالم النباتات فحسب، بل ايضا كان لعالم الحيوان جزءا من الاكتشافات الطبية لدى المصريين القدماء، حيث استخدم هؤلاء عسل النحل، والالبان، وكبد الثور ومرارته، بل وحتى دماء بعض الحيوانات.

1 نسرين أحمد عبد، هيفاء أحمد عبد، معالجة بعض أمراض العيون والأسنان والأذنان في الطب الآشوري، مجلة دراسات موصلية، العراق، العدد 34، شوال 1432، أيلول 2011، ص 3.

اما عن اهم المعادن التي تم استخدامها لاهميتها في العلاج فنجد الذهب والفضة، واكسيد الحديد، والنفط وغيرها، ونشير هنا الى ان كبار السن هم من يقومون باستخدام الوصفات العلاجية والتي مصدرها البيئة الطبيعية بكل مكوناتها، ولا يزال البعض من هذه الوصفات منتشرا الى يومنا هذا ليس في مصر فحسب بل حتى في المغرب العربي والجزائر.

1-2 تأثير العوامل الداخلية: منذ عصر الاسرات اهتم المصريون القدماء بالطب، نظرا للاستقرار السياسي واتحاد البلاد في هذا العصر والذي حقق للبلاد الازدهار في كل المجالات وبخاصة المجال الاقتصادي، والذي نتج عنه نشأة المدن على ضفاف نهر النيل، فضلا عن النهضة العلمية والفكرية والتي احتوت في مضمونها عددا لا يحصى من الانجازات الطبية، فقد مارس الفراعنة اساليب متعددة ومتنوعة اعتقدوا انها تحول بينهم وبين المرض هذا يعني انهم عرفوا الطب الوقائي، كما عرفوا الحمية مما جعلهم يقتصرون على عدد معين من الاطعمة كالخضروات والثمار والاسماك، والطيور والامتناع عن غيرهم كلحم الخنزير، كما مارسوا الصوم ايضا.

والمصري القديم مارس التجريب من خلال إستفادته من خبرات الاخرين، وفي حالة إصابة الشخص بمرض ما ولم يشفى يتم وضعه في اشهر الميادين او الطرقات الموصلة الى المجتمعات العامة حيث يبقى في كل منها فترة معينة من الزمن ليراه الناس وكان برفقته حارس يصف للناس المارين بجواره بداية المرض واسبابه واعراضه ويتباحث معهم طرق العلاج الملائمة اذا كانت لديهم خبرة وتجربة في هذا المجال ليقوم بتنفيذها، وفي حالة ما اذا تم تجريب هذه الوصفات ونجحت يتم تدوينها في سجلات وحفظها في المعابد والهيكل، ويأتي دور الكهان هنا لرقابتها والمحافظة عليها اثناء الاطلاع عليها من قبل الاخرين، الامر الذي صارو من خلاله اطباء متخصصين في امراض عديدة، وتطور الامر الى ان نسخت تلك الوصفات الى نسخ عديدة، ووضعت في اماكن يتردد عليها الناس في المناسبات العامة واطلقوا عليها (**الكتاب المقدس**) وقد نسبوها الى المعبود (**تحتوت**). واصبحت بمثابة قانون اساسي للفنون والعلوم الطبية، ومن يخالف هذه الوصفات يتم معاقبته لدرجة تصل الى الاعدام. هذا إن دل على شئ فإنما يدل على أن الطب في هذا العصر شديد الارتباط بالدين والكهان.

ومرت العصور وتطور الطب وتم انشاء المدارس التعليمية، واختاروا لدراسته من يتحلون بالفضائل والاخلاق العالية والرفافة، وبالذات من عملوا ولو لبضع سنوات في الكهنوت، ووضعوا لهم شروط كحلاقة شعر الرأس، ولبس جلود الفهد على الظهر، وارتداء الثياب المصنوعة من الكتان، واختاروا افضلهم للعمل كأطباء للملوك وللشخصيات الهامة، اما عن اجرة الطبيب فوضعها مختلف تماما عما هو الان، حيث كان اجر الطبيب يتحدد بعد شفاء المريض وبحسب وضعه الاجتماعي وقد تغير الاجر وأسلوبه حسب كل عصر، كما برع المصريون القدامى في وضع تخصصات للطب كطب العيون والعظام وغيرها، فقد ذكر **هيروودوت** أن المصريين القدامى نبغوا في مهنة الطب وتخصصوا فيها فمنهم أطباء العيون وأطباء النساء وهكذا، كما تميزوا في أمور أخرى عديدة كتشخيص المرض وصناعة العقاقير وبناء المستشفيات واجراء العمليات الجراحية كإستئصال الاورام.

كما لم يخفى عليهم الاهتمام بالناحية النفسية للمريض اي اهتمامهم بالعلاج النفسي من خلال التنزه وسماع الموسيقى واداء الرقصات والالعب فقد تم العثور في مقبرة (امنحوتب)* على بعض الوصفات تؤكد اسلوب العلاج النفسي تتحدث عن دور السير في حدائق المعبد واللعب،... في عملية الشفاء من الامراض النفسية.

كما اعتقد المصريون القدامى بأن للمرض اسباب مادية حيث كان المصاب بالصداع يعالج بالحجامة، والكي يستعمل لمعالجة الامراض الصدرية وآلام المفاصل، ولعلاج عضه الكلب والمغص والعين يتم استخدام طاسة الخضة* والتي يعتقد المصريون في قدرتها على الشفاء من الامراض، فضلا عن اعتقادهم بالغيبيات بما فيها ان المرض قد يكون منشأه الارواح الخبيثة او غضب معبود من

* أمنحوتب: طبيب مصري شهير من الأسرة الثالثة، وفي ذلك يقول الدكتور حسن كمال: "أن هناك كل الأسباب التي تجعل الإنسان يعتقد أن الطب نشأ في وادي النيل، وأن مصر هي مهده، وعلى ذلك فالذي يجب أن يحمل لقب قديس العبقرية الطبية هو أمنحوتب المصري لا أسكلوبيوس الإغريقي". للمزيد أنظر: الفاضل العبيدي، مرجع سبق ذكره، ص 16.

* طاسه الخضة: ويرجع استخدامها الى العصر الفرعوني ويوجد في مركز الفنون الشعبية طاس للخضة تحت رقم 1818 يرجع تاريخه للعصر الايوبي القرن 7هـ و13م يتضمن البسمة وسورة الاخلاص، بالاضافة الى وجود بعض الرسوم الطلسمية، للمزيد أنظر: سمية حسن محمد ابراهيم، العادات المصرية القديمة في العصر الإسلامي، مكتبة غريب، بدون سنة، ص 79.

المعبودات، وفي هذا يستعين بالرقى لطرد هذه الارواح، كما اعتقدوا في السحر ودوره البارز في الوقاية والعلاج من الامراض حيث كانوا يكتبون على التماثيل الصغيرة رموزا سحرية، وعلى الفخار واوراق البردى والاستعانة ايضا بأسماء الآلهة* لتكون حجابا ضد كل سم كما تستخدم في التعاويذ والرقى السحرية، كما كانوا يعلقون التماسح المحنط على ابواب منازلهم كحرز أو تعويذة تدفع عنهم الشرور وهذا ما رواه الرحالة التركي **أوليا شلبي** بعد زيارته لمصر في القرن السابع عشر، ولنجاح الممارسات السحرية لا بد من توفر شروط كالتطهر لمدة تسعة ايام، والتبخر والاعتسال بماء الفيضان...، ولم يقف المصريين القدامى عند هذا الحد بل وصل الامر بهم الى زيارة القبور وخاصة قبور الاولياء طلبا للشفاء، وتقديم الاضاحي، وهي ممارسات منتشرة الى يومنا هذا ويمارسها المسلمون وغيرهم، وهي معروفة في مجتمعنا الجزائري بتسميات مختلفة (كالزردة) مثلا.

2- الطب في العصر اليوناني والروماني والبيزنطي:

تميزت الحضارة اليونانية بالاستقرار السياسي والذي نجم عنه تطور في العلوم والفنون وبخاصة في العصر البطلمي الذي ازداد فيه الرخاء ونظم الري الجديدة مما ساهم في زيادة مساحة الاراضي الزراعية والمحاصيل الجديدة، هذا التطور تأثر به العرب والمصريون حيث أخذ عنهم المصريون في مجال الطب ان جسم الانسان يتكون من اربعة اخلاط وهي الدم، البلغم، السوداء، وان جميع الموجودات تتكون من عناصر اساسية متمثلة في الماء والهواء والتراب والنار، وان حدوث التوازن في هذه الاخلاط والمواد سيجعل الانسان يتمتع بصحة جيدة.

* كالألهة إيزيس و الامراض التي كانت منتشرة في هذا العصر: الأنيميا، البلهارسيا، الرمد الحبيبي، وأمراض القلب، والبواسير، والتهاب الأمعاء، وهي لازالت إلى يومنا هذا تنتشر في الريف المصري وكان سببها البعوض والذباب وغيرها من الحشرات الأخرى.

2-1 الطب في العصر اليوناني (331. 30 ق.م):

في البدء نشير إلى أن الدكتور حسن كمال يقول عن الطب اليوناني بأنه " طب لم ينبت في بلاد الإغريق كما اعتقد الناس أولاً بل كثيره مأخوذ عن قدماء المصريين"¹، وهذا يعني أن الإغريق أخذوا ثقافتهم الطبية من شعوب عدة والتي منها حضارة بابل القديمة، والحضارة المصرية القديمة، وعلى العموم يمكن القول أن الطب اليوناني مر بثلاث مراحل أساسية حيث المرحلة الأولى شملت الطب الالهي، والذي اعتمد على امور غيبية، فالطب الفلسفي والذي يأتي كمرحلة ثانية ويقوم بدوره على البحث عن العلاقة بين الاحداث التي تحدث في مكان واحد او في زمان واحد، لتأتي مرحلة الطب التجريبي وذلك في عهد الاسكندر المقدوني، ومما يميز العهد التجريبي هو إنشاء ثلاث مدارس للطب*، اسسها كل من (هيروفيل وارسيترات) والتي كان يدرس فيها وظائف جسم الانسان وتشريحه، وزرعت في حدائق هذه المدارس العقاقير الطبية، ويبقى ان نقول ان مهنة الطب في العصر اليوناني هي من اهم وافضل المهن على الاطلاق، مما جعل الملوك والسلطين يتنافسون للظفر باحسن الاطباء وافضلهم لخدمة صحتهم، كما تم ادخال تعديلات على الادوات الجراحية والعقاقير، والشئ السلبي الذي يمكن استنتاجه لهذا العصر هو أن عامة الشعب لم تستفد من هذه النهضة العلمية الطبية وذلك لأن الإغريق هم من كان لهم الحظ في الإلتحاق بدراسة الطب.

ويبقى أن نشير إلى أن أبقرط قد أكد على أن يتداوى العليل بعقاقير أرضه، كما أكد على ضرورة تعاون الطبيب والمريض أو أهل المريض لتحقيق الشفاء، وذلك من منطلق أن الطبيب وحده غير كاف لتحقيق الشفاء للمريض وهذا ما أكدته نظرية التبادل الاجتماعي، كما تناول ابقرط الحديث عن علم التنجيم وأثره على أعضاء الجسم وقد كانت جل المعالجات في عصر أبقرط تعتمد على " الراحة والرياضة والتغذية والهواء الطلق والتسميد والمسهلات والمقيئات والفضد والحجامة، وقليلاً ما

1 الفاضل العبيد عمر، الطب الاسلامي عبر القرون، ط1، دار الشواف للطباعة والنشر، المملكة العربية السعودية، 1989، ص 19.

* تم انشاء هذه المدارس في الاسكندرية التي أنشئت بدورها في سنة 30 قبل الميلاد، وقد تخرج من هذه المدارس أشهر الأطباء ك: بلوتينوس المصري الأسيوطي، وهارون الذي عرف العرب مجموعة من مؤلفاته.

تستعمل الادوية التي كان غالبيتها من أوراق الاعشاب وزهورها وجذورها¹، كما كتب ابقراط في أصناف عدة من الطب، حيث تناول طب الأطفال وتحدث عن الأجنة وكيفية تكوينها، فضلا عن تقديمه لجملة من الشروط لطالب الطب والتي منها أن يكون من أهل العفاف والرحمة لأبناء جنسه وأن يكون حسن الصورة، كما نجد من أطباء اليونان الطبيب *دياسقوريدوس* والذي يعني باليونانية شجار الله أي ملهم الله وقد برز هذا الأخير في إستخلاص الأدوية من الأعشاب والنباتات، يقول جالينوس في ذلك "تصفحت أربعة عشر مصحفا في الأدوية المفردة لأقوام شتى فما رأيت أتم من كتاب ياسقوريدوس"²، أما جالينوس فقد برع في علم التشريح وكتب عن تشريح الموتى والاحياء.

2-2 الطب في العصر الروماني (30 ق.م . 285م):

بعدما شهدنا في العصر السابق إرتقاء لمهنة الطب وجعلها من أفضل المهن، تراجع هذا الاهتمام في العهد الروماني لتحل محله المهن التجارية، واصبحت مهنة الطب مهنة العبيد والفقراء، وهذا طبعا بعد سقوط الامبراطورية اليونانية على يدي الرومان عقب وفاة الاسكندر المقدوني.

ان هذا التراجع في الاهتمام بمهنة الطب ادى الى تدهور في الحالة الصحية لعامة الشعب، الامر الذي نتج عنه انتشار وزيادة في الاصابة بالجذري والتهابات الرئوية الحادة، ان هذه الوضعية من الاهتمام بالطب قد دام مدة طويلة، غير أن الحروب وما نتج عنها جعلت من الاهتمام بالصحة أمر ضروري جدا فبدأت مهنة الطب تسترجع مكانتها وخاصة في عهد يوليوس قيصر، حيث ألحق هذا الاخير والاطباء بالجيوش لدرجة منحهم الجنسية الرومانية، وازدهر الطب مرة اخرى، وظهر عدد من الاطباء منهم *سلزوي*، و*كوسيم* وغيرهم ترجمت كتبهم الى العربية في زمن الدولة العباسية.

وعلى الرغم من ازدهار الطب الرسمي من عمليات جراحية وعقاقير الا ان ايمان واعتقاد الناس بالغيبات والسحر ظل منتشرا بينهم فما نحن نجد معبد (*سيرابيس*)* الكبير بالاسكندرية والذي كان وجهة الناس والمرضى يحج اليه هؤلاء ليلتمسوا نعمة الشفاء بفضل قواه السحرية، فضلا عن نحت

1 محمود مصري، مرجع سبق ذكره، ص 51.

2 الفاضل العبيد عمر، مرجع سبق ذكره، ص 22.

* سيرابيس: هذا المعبد أسسه بطليموس الثالث بأبي قير بالإسكندرية.

التمائيل والصلاة لها لجلب الشفاء، كما استخدموا اللوحات الاستشفائية السحرية كلوحة *آمون** أو *ايوس* اليوناني أو *جوبيتر* الروماني وهي على شكل اسد براس الامبراطور وهو سيد الالهة المصرية اليونانية والرومانية في مصر، يلتمسون منها الشفاء والتخلص من اضرار قرص العقرب ولدغة الثعابين وقد استخدمت هذه اللوحات في عصر الاسكندر المقدوني، اضافة الى اللوحات العلاجية توجد اللوحات الوقائية والتي من خلالها يتقي الشخص الامراض والشورر يبتهل امامها الناس في الصباح وهي في شكل حيوانات كالاسد والعقرب والتمساح والغزال والثعبان.

2-3 الطب في العصر البيزنطي (من بداية القرن الرابع 4 الى غاية 641 م):

وما يلاحظ لهذا العصر أنه امتداد للطب اليوناني ولا نجد فيه كتب متخصصة في الصحة سوى بعض التفسيرات والشروح لكتب جالينوس، وأن أهم ما يميز هذا العهد هو الاهتمام بالعامل الديني خاصة مع اعتناق الملك *قسطنطين الاول* المسيحية، هذا الاخير الذي نقل عاصمة الامبراطورية الرومانية من روما الى بيزنطة سنة 330م، من هنا "بدأ انشاء المدارس الطبية في شمال سوريا 352م، وأثينا"¹.

كما كان لظهور الطائفتان الدينيتان النساطرة واليعاقبة أثرا كبيرا على العلوم وبخاصة الطب، هاتان الطائفتان كانتا تختلفان حول طبيعة المسيح، حيث ذهبت الأولى الى غلبة الطبيعة الانسانية على اللاهوتية، بينما ذهبت الطائفة الثانية عكس ذلك، وبما ان الصفة الغالبة على هذا العصر هي الدين فقد تم اتهام الطائفة الاولى بالخروج عن الدين ونفيهم خارج البلاد، ان هذا التفرق والتشتت في

* *آمون*: هو الحامي الشافي من أذى كل الهوام والشورر "وحورس" يخلص المصابين من آثار اللدغات والجروح أو الخوف من الحيوانات، وهي لوحة قاعدتها منقوش عليها نصوص هيروغليفية سحرية وأسماء بعض الآلهة وتحتها حوض صغير، ويقال أنها أصل طاسة الخضة في مصر.

1 سعاد عثمان، *تقارير بحث التراث والتغيير الاجتماعي الكتاب الثامن الطب الشعبي، دراسة في اتجاهات التغيير الاجتماعي في المجتمع المصري*، ط1، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 2002، ص 07.

بلدان العالم جعل لهم مركزا اطلق عليهم اسم الاديرة* والتي صارت مراكز فكرية وعلمية ودينية الى جانب انها اماكن للعلاج والاستشفاء ومن اشهرها (دير ابي هور في مصر).

3- الطب قبل وبعد ظهور الاسلام:

يتضمن هذا العنصر حالة الطب قبيل ظهور الاسلام وبعد ظهوره والطب النبوي أيضا، يلي ذلك مرحلة الفتح الاسلامي وقيام الدولتين الاموية في دمشق والعباسية ببغداد، غير أننا سنتعرض لهذه النقاط بالتفصيل في الفصل الرابع، ونشير هنا إلى أنه في مطلع الاسلام اشتهر الطبيب البيزنطي *بولص الاجانطي paul of agina* والذي صنف باللغة الاغريقية جملة المعارف الطبية في سبعة كتب أين ذكر فيها أهمية الطب والعناية بالطفل والاهتمام بالرياضة والأطعمة نظرا لتأثيرها على الصحة.

3-1 الطب في العصر الجاهلي: اذا القينا نظرة على البيئة الفيزيائية في شبه الجزيرة العربية في هذه الفترة نجدها اثرت كثيرا وبشكل سلبي على حياة سكانها حيث كانت تتميز بقساوة المناخ كارتفاع درجة الحرارة، وقلة المياه والغذاء، وغيرها مما نتج عنها تفشي العديد من الامراض بسبب انتشار الطفيليات والحشرات الضارة والذباب، كالملاريا والتراخوما والجذري والكساح والعمى والاستقربوط، هذا كله كان له دور فاعل في زيادة معدلات الاطفال خاصة بشكل كبير.

وعلى الرغم من المستوى الصعب الذي تتميز به هذه البيئة الا انها ساهمت وبمواردها الطبيعية في تقديم عددا من المواد الطبيعية التي كانت سببا في شفاء المرضى من بعض الامراض، كالنباتات العشبية التي استخدمت بطرق شتى كأن يتم أخذها كما هي أي في صورتها الطبيعية، او مزجها بخليط او مادة اخرى، او استخدام منقوعها، فمثلا استخدموا السواك لعلاج الاسنان، وعسل النحل،

*الاديرة: وتعني مبنى عبادة لدى بعض الديانات ويستخدم للعبادة والتأمل ويتميز بوجود رهبان او راهبات او نساك يقطنون به ويعتنون به ويعود اصل الكلمة في اللغة العربية الى الآرامية وتعني المزرعة او بيت الفلاح نسبة الى معيشة النساك الاوائل من المسيحيين واليهود.

واللبن لعلاجات اخرى وغيرها، كما كان للموقع الجغرافي الذي تحتله شبه الجزيرة العربية عنصرا فاعلا في اكتشاف عدد من العقاقير التي كان لها دورا فاعلا في العلاج والشفاء من بعض الامراض.

فضلا عن الحروب التي قامت بين قبائل شبه الجزيرة العربية والتي كان لها دورا في اكتشاف البعض من وسائل التعقيم كالتسخين، وابتكار طرق جديدة لعلاج الجروح، كما لاننسى الجانب الاقتصادي والذي ركز فيه السكان على الرعي والتجارة، فممارسة الرعي مكنتهم من معرفة اسباب المرض والشفاء منه من خلال مراقبتهم لعمليات حمل الحيوانات والولادة وكيفية النمو، كما قدمت التجارة ومن خلال الاسواق كسوق عكاظ فرصة للتبادل التجاري كتبادل الاعشاب والادوية وشرح فائدتها وكيفية تحضيرها، وتبادل الخبرات الطبية وهذا كله انعكس بشكل ايجابي في مجال الطب الشعبي.

أما من الناحية الدينية فقد كان لعبادة الاصنام إنتشار واسع رافقته حالة من الجهل والفرقة فانتشرت معتقدات حول المرض ومصدره (كأن يكون مصدره الأرواح الشريرة)، وطرق علاجه التي تمحورت حول الروحانيات، وظهرت بذلك عدة طرق استخدمت للعلاج، ولمعرفة حالة المريض وعلاجه يتم الاستعانة بالكاهن الذي يستخدم الجن في عملية العلاج، وما هو ملاحظ في هذه الفترة هو أن العامة من الناس كانوا يتفائلون باتجاه ويتشائمون باتجاه آخر وهذا حسب انتمائهم القبلي، كما عرف التنجيم ايضا والذي يعني رصد حركة الكواكب والنجوم ومعرفة الطالع من حركتها، أما السحر عندهم فهو على انواع واشهره السحر الاسود والشعوذة نسبة الى شعابذة الذي كان يقوم بهذا العمل حيث يتم الاعتماد على خفة اليد في تغيير الاشياء وتقليبها، فضلا عن الاحجية التي هي عبارة على رقعة تدون فيها خطوط ورموز لها طابع سحري جلبا للخير ودفعاً للشر، ايضا وجود التمام وهي "احجار ماخوذة من الطبيعة لها استخدامات الاحجية حيث يؤدي كل حجر وظيفة محددة مثلا العقيق ضد الحشرات، والفيروز للتوفيق بين الزوجين... كما قسموا الحروف الى مجموعات نارية، وهوائية، ومائية وترابية، واعتقدوا ان لها جسما وروحا ونفسا وقلبا وقوة فاستخدموها لاغراض علاجية"¹.

1 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص 44.

3-2 الطب النبوي: لقد ظهر الإسلام في وقت انتشر فيه السحر والشعوذة، وعليه فقد جاء الرسول صلى الله عليه وسلم يدعو الى ترك الاستشفاء على ايدي الكهنة ورجال الدين، وعدم الايمان بما يروجون له في قدرتهم على طرد الشياطين، كما حارب طرق العلاج التي كانت منتشرة انذاك والتي كان اساسها السحر،...

وهكذا، فالمتأمل في كتب الطب النبوي يجد أنه ينقسم الى ثلاثة انواع وهي: الطب الالهي، والطب الطبيعي، واخيرا الطب الذي يمزج النوعين السابقين.

ان الطب النبوي قدم لنا ممارسات علاجية على قدر كبير من الاهمية وأكد على ضرورة ممارستها وهي من ناحية علاج لبعض الامراض ومن ناحية اخرى ترفيه ورياضة للانسان وهي متمثلة في ممارسة السباحة، والفروسية، والرماية، كما حرم تناول المسكرات والمخدرات لما فيها من مواد ضارة قد تؤدي بالانسان الى التهلكة، ناهيك عن حث الانسان على تناول الغذاء المفيد للصحة وهو ما يطلق عليه التداوي بالحمية من خلال تنظيم الغذاء وبشكل موزون، وغيرها من العلاجات، والملاحظ في الطب النبوي انه لم يهتم بالمريض فحسب بل اهتم ايضا بالمعالج حيث وضع قواعد للقائمين بمهمة العلاج واهم هذه القواعد هي احترام الطبيب للمريض وعدم افشاء اسراره وان لا يستخدم علاجا لا فائدة له للمريض، كما يمكن ان يعالج المريض من قبل اطباء من أديان أخرى.

4- الطب في العصر الحديث: لقد ازداد عد المرضى في كل بلدان العالم وفي امراض شتى، والكثير من هذه الامراض لم يجد الطب الحديث لها علاجا، الامر الذي جعل منظمة الصحة العالمية تعقد مؤتمرا للطب التقليدي في الفترة من 9-7 نوفمبر من عام 2009 شاركت فيه 74 دولة، هذا المؤتمر الذي أشادت فيه مديرة منظمة الصحة العالمية **مارغريت تشان** بأهمية الطب الشعبي بحيث ان كل من نظام الطب التقليدي والحديث لا ينبغي ان يكونا متضادين لبعضهما البعض فهما نظامين متكاملين وكل منهما يعوض النقص الموجود في الآخر مؤكدة أن ذلك " لن يتم بصورة مستقلة بل يجب اتخاذ قرارات سياسية مقصودة لكن يمكن لذلك ان يتم بنجاح"¹، وهذا ما يؤكد الطبيب **أندروويل**

1 أحمد موسى، مرجع سبق ذكره، ص 03.

بقوله "... وأتطلع الى الوقت الذي تعاود فيه مدارس الطب تعليم الطلاب ان الشفاء والتداوي متأصلان في الطبيعة، وليس في التدخلات عالية التكلفة والتكنولوجية المتقدمة"¹.

إن ما أدلى به كل من *مارغريت تشان والبروفسور أندروويل* عن الطب الشعبي يجعلنا نستنتج بداية أهمية ودور الطب الشعبي في الوقاية والعلاج، وضرورة إدماجه ضمن نظام الرعاية الصحية الرسمية لكونه جزءاً لا يتجزأ من البيئة المحلية المتواجدة فيها، فهو جزء هام من البناء الاجتماعي ويؤدي وظيفة اجتماعية فيه وهذا ما يراه أغلب السكان في مناطق شتى من العالم وفي الجزائر أيضاً، حيث أكدت الدراسة الاستطلاعية لدى فئات مختلفة من المجتمع - المتعلمين منهم وغير المتعلمين، الاغنياء والفقراء، سكان الحضر وسكان الريف-، ونظراً للأهمية التي يكتسبها هذا النوع من العلاج فسنتطرق الآن إلى عرض أهم الانواع العلاجية التي كانت منتشرة في مختلف البيئات في العالم وكذا التي انحصرت بعضها في حدود أو بيئات معينة.

ثالثاً: الممارسات العلاجية الشعبية

يصنف البعض الطب الشعبي إلى ثلاثة تصنيفات متمثلة في الطب الشعبي الطبيعي، وثانيها الطب الشعبي الديني السحري، أما النوع الثالث فيتمثل في الطب الشعبي المنزلي وغير المنزلي، وسنعرض هذه الأنواع كالاتي:

1. **الطب الشعبي الطبيعي:** سنتناول في هذا العنصر جانبين من الطب الشعبي المنزلي منها والاحترافي، ونشير هنا الى ان الطب الشعبي الطبيعي المنزلي يعتمد على عناصر طبيعية منها النباتية والحيوانية والمعدنية والحجرية، وعلى الماء والهواء، هذه العناصر تستخدم بغرض الوقاية أوالعلاج والتجميل أيضاً.

1 أندروويل، *الصحة والشفاء اطلالة على اسرار الممارسات الطبية من العلاجات العشبية الى التكنولوجيا الشعبية*، ط1، مكتبة جرير، السعودية، 2007، ص 02.

ونؤكد هنا على إنتشار وإستمرارية هذا النوع من الممارسات في مناطق عدة من عالمنا العربي وكذا في العديد من مناطق العالم مثل ما هو الشأن في القبائل الإفريقية، وجنوب القارة الأمريكية، وبعض المناطق في القارة الآسيوية بشكل ملفت للإنتباه، وقد يعود ذلك إلى عدة أسباب نذكر منها:

أ- اعتياد الانسان منذ القديم على وجود مثل هذه العناصر التي وفرتها البيئة الفيزيائية، مما سمح له بتجريبها وانتقاء منها ما يفيد صحته،

ب- اكتشفت الابحاث والتجارب العلمية التي اجريت على بعض العناصر الطبيعية سواءا كانت نباتية او حيوانية،... على احتوائها مواد فعالة لها دور في العلاج مما دفع ببعض شركات الدواء بتحويلها الى اقراص وكبسولات بل وحتى مساحيق تباع في الصيدليات،

ج- كذلك تأكيد الأديان السماوية على اهمية وفعالية بعض العناصر الطبيعية مثل القرآن الكريم، والانجيل حيث ورد ذكر التين، والزيتون، والتمر، والعسل، والرمان، وغيرها، بالاضافة الى وصفات الطب النبوي التي تحوي عددا لاحصر له من العناصر الطبيعية المفيدة لحياة الانسان،

د- الاهتمام المتزايد بالطب الطبيعي مكن من استمراريته وانتشاره وبخاصة تأليف الكتب التي تضم وصفات علاجية طبيعية،

ك- لوسائل الاتصال والاعلام دورا فعالا في هذه الاستمرارية،

هـ- الاهتمام العالمي بالطب الطبيعي وبشكل خاص منظمة الصحة العالمية التي أولت هذا الجانب إهتماما بالغا،

و- إعتقاد الناس بعدم وجود الآثار الجانبية أثناء إستخدام هذا النوع من الطب عكس إستعمال العقاقير التي تخلف أثارا خطيرة، وكما يقول البعض الطب الشعبي إذا لم ينفك لا يضرك غير أن المعالجين الشعبيين أنفسهم وخاصة منهم الأطباء المهتمين بهذا المجال يؤكدون خطأ هذا الإعتقاد وذلك بوجود خطورة على الشخص إذا لم يتم إختيار المواد المناسبة للداء وبكميات مناسبة أيضا.

ي- إضافة إلى أن عددا من الأشخاص تفضل هذا الطب لتكلفته البسيطة وسهولة الحصول عليه.

1.1 الطب الشعبي الطبيعي المنزلي: ويشمل العناصر النباتية والحيوانية وبعض مستخلصاتها، كما يتضمن عناصر معدنية وحجرية.

عالم النبات عالم غني جدا بما يوفره من عناصر تشمل الخضروات والفاكهة، والأعشاب، والنباتات العطرية، ومنها ما هو شائع ومتاح في أغلب المجتمعات، ومنها ما هو خاص بمنطقة معينة ولا يتواجد بأخرى، هذه العناصر التي قد تستخدم بأكملها أو جزءا منها، كالثمار أو الأزهار أو الجذور، وغيرها، وإلى جانب استخدام العناصر النباتية استخدمت العناصر الحيوانية، فمنذ القديم إعتبرت شحوم الحيوانات أحد العناصر الهامة في علاج عدد من الامراض، وكذا لحوم الحيات وجلدها، وبعض انواع الطيور ايضا استخدمت للعلاج، وفيما يخص العناصر المعدنية والحجرية فتشمل الذهب والفضة والرمال، وغيرها كما تشمل العناصر الطبيعية المياه كماء العيون والآبار ومياه البحار والتي لها دور فعال في علاج الامراض الجلدية، في حين تشمل المستخلصات النباتية والحيوانية الزيوت بأنواعها كزيت الزيتون، وزيت حبة البركة، وغيرها.

ومن هذا النوع من الممارسات نجد العلاج بالعيون والحمامات فكل منا يدرك أهمية الماء ودوره الكبير في العملية العلاجية، وقد استعانت به حضارات قديمة لعلاج عدد من الأمراض كالقروح والأمراض الجلدية وأمراض المفاصل والأمعاء وغيرها، وفي ذلك يذكر *ابن أبي زرع* أهمية الماء في العلاج في كتابه الأنيس المطرب عند حديثه عن نهر فاس أن " من فضائل ماء هذا النهر أنه يفتت الحصا، ويذهب الصنان لمن اغتسل به وداوم على شربه"¹.

وهنا إشارة إلى أن المياه الباردة لها دور فعال في علاج بعض الأمراض، ونفس الشيء يمكن أن يقال في المياه الحارة، هذه الأخيرة التي قصدتها المرضى من كل مكان للعلاج خاصة بعدما بنيت لها حمامات خاصة بها، ومن ثم فقد تنوعت وتعددت الحمامات العلاجية بالمغرب الكبير والتي يقصدها الناس للعلاج والاستشفاء من أمراض معينة وخاصة الأمراض الجلدية، ففي الجزائر نجد حمام المسخوطيين، وحمام بوحنيفية، وحمام الصالحين، وغيرها، والتي يلجأ لها الناس بهدف العلاج.

1محمد حقي، مرجع سبق ذكره، ص 81.

2.1 الطب الشعبي الطبيعي الإحترافي: يعتبر العطار العنصر الأساس في هذا النوع من الطب أين يمارس مهنته هذه في محل خاص يسمى في العادة بإسمه وخاصة في بعض الدول العربية، ففي مصر توجد محلات عديدة قد أخذت إسم صاحبها كرجب العطار وخضر العطار، وأحيانا قد يأخذ المحل مسميات أخرى. أما عن مكان وجودها فهي تتموقع في الأحياء الشعبية خاصة فمثلا في مدينة بسكرة نجدها في الحي الشعبي المعروف بإسم زقاق بن رمضان، والملاحظ ان العطار لا يمزج بين مهنة العطارة ومهنة اخرى بل نجده متمسكا بمهنته هذه، وفي أحيان كثيرة يقدم العطار وصفات علاجية للزبائن.

2. الطب الشعبي الديني-السحري: يقوم هذا النوع من الطب على فكرة رئيسية مؤداها ان اسباب اصابة الناس بالمرض كالقلق والصداع مثلا ترجع الى تأثير العين* الشريرة والحسد* أو تأثير الجن أو القرينة، ويعرف الطب الشعبي الديني بأنه "أحد الوسائل العلاجية الشعبية للوقاية أو العلاج أو الحماية من مرض ما أصيب به الشخص ويكون الإعتماد في المحل الأول على العلاج بالقرآن والطب النبوي وتذكرة داوود الى جانب اللجوء للعلاج داخل المؤسسات الدينية كالجوامع والكنائس، ولعل الإرتياح النفسي في وجود صلة بين الدين والعلاج هو ما ينبع من ثقافة المجتمع فيما ينظر أعضاؤه الى حماية الدين وقوته في صد الغيب عن الافراد"¹.

ونشير إلى أن الكثير من افراد المجتمعات في الماضي والحاضر يرجعون اسباب الاصابة بالمرض العضوي وغير العضوي - كالتهاب العيون والمفاصل وشحوب الوجه، والحساسية الجلدية،

* الإصابة بالعين: و"هي عبارة عن مجموعة من القوى الشريرة تمور في قلب العائن، وتتكاثر وتصطلي إلى أن تصدر مثل البركان، ثم تتجمع في العينين مثل الشرر اللافح فتصيب الانسان، وتنشأ عن حسد العائن لشخص ما، أو إعجابا به". للمزيد أنظر: عبد الحق زداح، مرجع سبق ذكره، ص 244. كما نشير هنا إلى أن الإصابة بالعين قد تم إثباتها بالعلم الحديث عن طريق التجربة وذلك من منطلق أن العائن تنبعث من عينيه أشعة (أمواج أثرية) لها تأثير شبيه نوعا ما بالومضات الكهربائية والتي تؤثر في الشيء المنظور له.

* الحسد مصدره الشر الصادر من الحاسد والذي يستكثر فيه الحاسد النعمة على المحسود متمنيا زوالها عنه، وقد يعالج الحسد في المجتمعات التي تعتقد به بإستخدام ممارسات عديدة منها: التعويذة، الحجاب والتمايم، الكف والأصابع الخمسة، والرقية الشرعية، وغيرها من الممارسات، للمزيد أنظر: فانتن محمد شريف، **الثقافة والفلكلور**، من ص 248 إلى ص 268.

1 محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 200.

الصداع، وغيرها- الى اسباب قد تكون غيبية وخاصة اذا لم ياتي العلاج الطبي الحديث بالفائدة او طالت فترة العلاج، هذا يدفع بالفرد الى اللجوء الى المعتقدات الشعبية الثقافية عليها تفيده، وهنا يبدأ الفرد بتحديد اسباب الاصابة بالمرض الى المعتقدات وبخاصة العوامل الغيبية ومنها السحر، الحسد، العين، القرين، المس،...

ولازالة هذه الاشياء يصبح من الضروري اللجوء الى طرق روحية او غيبية او لاشخاص كوسيلة للعلاج كزيارة شيخ، او احد الاولياء الصالحين، مقام، دجال، مشعوذ، او احد القديسين. وفي المجتمع المصري نجد بعض المسلمين يعتقدون في شطارة المسيحيين فليجاون الى القساوسة داخل الكنائس وحتى الدجالين والمشعوذين المسيحيين، كما نجد ايضا لجوء بعض المسيحيين الى زيارة اولياء الله الصالحين، وهذا يدل على قوة التأثير الثقافي على افراد المجتمع فالثقافة عامل هام في خلق الترابط والتواصل بين افراد المجتمع.

ويمكن أن نطرح التساؤل الآتي: لماذا يلجا الناس الى الاستعانة بالوسائل والطرق الشعبية سواء الدينية او غير الدينية؟ وفي هذا الشأن تجيب دراسة محمد أحمد غنيم بالاتي:

أ- لأنها مجربة من قبل،

ب- الخوف من العلاج الطبي الرسمي والذي يستخدم موادا كيميائية في العلاج، فالعلاج الحديث الممارس في المؤسسات الصحية قد يفيد في شفاء المرض لكنه يسبب مضاعفات اخرى،

ج- "العادات الشعبية اجدادنا طلوعوا عليها وكانوا احسن منا وصحتهم زي الفل"¹،

د- الاولياء مباركين ولهذا يلجا لهم الناس طلبا للبركة والشفاء،

هـ- القران الكريم شفاء وبركة في نفس الوقت،

و- الاشخاص الذين لم يتم شفائهم من امراضهم يجعلهم يبحثون عن الشفاء ويجربون اي وصفة تقدم لهم من اي شخص.

1 محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 202.

ولعل الاسباب السالفة الذكر ترجع الى العوامل التالية:

أ) **العوامل النفسية:** والتي تشجع الفرد على الايمان وتصديق من يحيطون به حول فاعلية العلاج الشعبي ولا مانع من تجربة ما يوصف له.

ب) **وسائل الاعلام:** حيث تزود افراد المجتمع وتشجعهم بالعودة الى الطبيعة مثل فاعلية طب الاعشاب، والحجامة، وغيرها.

ج) **الكتب:** ويقصد بذلك انتشار الكتب الخاصة بكيفية العلاج بالقران والرقية الشرعية، وكتب طب الاعشاب وكيفية تحضيرها،...

وعليه تعد الممارسات الدينية الشعبية احد وسائل العلاج الشعبي على حد تعبير عددا من علماء الاجتماع، حيث تتفق اراء كل من *ايميل دوركايم* و*آراء كليفور جيرتر* في اهمية الشعائر والمعتقدات وما تشمله من مفاهيم داخل المجتمع، فبالنسبة لـ *جيرتر* يعرف الدين على انه "الافكار الاساسية للوقوف على دراسة النظام الاجتماعي"¹. اما دوركايم فيذهب الى ان المعتقدات الدينية تحمل في طبيعتها كل ما هو مقدس وبيدوره قدم "تصورا خاصا للدين يقوم على اساس التمييز بين جانبيين في كل دين وهو قسم العقائد، وقسم العبادات وتتمثل العقائد في مجموعة من الحالات الفكرية او التصورات العقلية، اما العبادات فهي مبادئ عملية تتعلق بالتقرب من المقدس. وتقوم العقائد اساسا على تقسيم الوجود الى ما هو مقدس وما هو علماني"²، ولتاكيد ما ذهب اليه *جيرتر* تلك الدراسة التي قام بها عن المعتقدات الدينية والممارسات الشعبية في مجتمع *جافا باندونيسيا* حيث يرى بوجود متشابهات ومفاهيم موجودة في كل معتقدات الشعوب رغم اختلاف المجتمعات، ومن هذه المفاهيم الاتي:

أ) ان المعتقدات الدينية الشعبية هي ترجمة انماط فكر تلقائي شكله التراث الثقافي،

1 محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 203.

2 نبيل محمد توفيق السمالوطي، *الدين والبناء العائلي دراسة في علم الاجتماع العائلي*، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع والطباعة، جدة، 1981، ص52.

ب) يرى الناس ان اللجوء للممارسات الغيبية مستعنيين بالتراث الديني التقليدي هو نوع من الحماية من المجهول (العالم الغيبي)،

ج) يستعين اعضاء المجتمع بأشخاص ذي سمات روحية لمساعدتهم في الشفاء من امراض بعينها او التخلص من تاثير عالم الجن عليهم،

د) ان هناك في العالم الغيبي ارواحا مؤمنة، كافرة، قد تسبب الاذى او الضرر بالشخص ويجب استرضائها،

هـ) العلاج بالقران من خلال عقد جلسات علاجية معدة لذلك.

طبعاً، اذا تأملنا هذه المفاهيم جيداً نجد انفسنا نتفق فيها مع **جيرتر** من ان جزءاً كبيراً منها منتشر وموجود في مجتمعاتنا العربية وخاصة في المجتمع الجزائري بما اننا ننتمي اليه، وهذا ما نطمح الى تحقيقه والوصول اليه من خلال الدراسة الميدانية.

ومن جانب اخر يذهب **سول تاكس Sol Tax**، الى ان الحفاظ على الموروث الثقافي التقليدي وممارسته في ظل معتقدات ذلك المجتمع هو وسيلة الاستمرار والحماية في ظل مجتمع غربي متغير، وهذا ما استنتجته من خلال دراسته لمجتمع (**الجواتيمالا**)، حيث وجدهم يحافظون على موروثهم الثقافي وما يحمله هذا الإرث من معتقدات وممارسات، هذا يعني أن أغلب إن لم نقل جل العلماء الغربيين الذين اهتموا بدراسة المعتقدات الشعبية يؤكدون على ان هذه المعتقدات هي اسلوب للحياة.

"اما اللجوء للممارسات الشعبية طلباً للشفاء والتداوي فهو اللجوء لكل ما تحمله الثقافة القديمة من ممارسات وطرق يستعين بها الفرد في مواجهة ما يطرا عليه"¹. وقد قدم امثلة على ذلك ومنها الطبيب المعالج، الروح، الطبيعة، الشمس، الاماكن المقدسة وغيرها، فالطبيعة تشمل نوعاً من التفكير الغيبي وعلاقة الانسان بالحيوان اذ ان رؤية الذهب مثلاً تسبب المرض وعليه فلا يجب التعرض اليه حتى لا يكون سبباً في حدوث الامراض، كذلك اللجوء للمعالجين مع زيارة الاماكن المقدسة كالاولياء الصالحين والمقام،... وتقديم الاضاحي لها احد اهم عوامل الشفاء، كما ان الشمس تمنح

1 محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 205.

الانسان القوة والصحة دون ان ننسى الروح الموجودة في ذواتنا والتي اذا كانت سليمة ومعافاة انعكست ايجابيا على بدن الانسان وقوته فتمنحه الصحة والقوة والاقبال دون خوف، ان المتأمل في هذه المعاني التي اشار اليها *تاكس* يجدها تنطبق مع واقعنا الى حد ما، ففي بعض المناطق الجزائرية لازال الاهالي يقبلون على الاضرحة والاولياء الصالحين ويقدمون لهم الاضاحي والمال وغيرها طلبا لشفاء ابنائهم واهاليهم، وأصبح أمر ضروري بالنسبة لهم وعدم القيام به هو خروج عن اطار الممارسات التقليدية لتلك المنطقة، ناهيك عن رؤية القطط السوداء والتي لا يزال الى يومنا هذا من عامة الناس من يتشائمون من رؤيتها فهي روح في اعتقادهم، فبالرغم من التطور والتقدم الحاصل في مجتمعاتنا الا ان عملية الحفاظ والتمسك بالتراث الثقافي التقليدي لازالت قائمة الى يومنا هذا.

وقد وضح كل من *روبرت سميث، وريتشارد دورسون* على ان الطب الشعبي في معظم الدراسات ربط تفسيراته بالتراث الديني الشعبي وعالم الغيبيات وفي ذلك امثلة عديدة، فاصابة الشخص بالعجز او اي نوع اخر من الامراض يعود سببه الى عدم رضا الارواح وعليه يلجا الشخص المريض الى ضرورة استرضائها بالطقوس المعروفة داخل المجتمع.

وفي كل مجتمع مهما كانت درجة تقدمه فهو يحتوي على جزء ليس بالهين من المعتقدات سواء كانت ممارسات شعبية أو شعبية دينية وتبنيها كاسلوب للعلاج، ويعمد افراد المجتمع على اضاء الجانب الديني الشعبي على تلك الممارسات وهذا امر بامكان افراد المجتمع تفسيره على النحو التالي:

(أ) تواجد الاضرحة منذ القديم ولجوء الناس للاستعانة والتبرك بهم في العلاج قد رسخ لديهم فاعلية تلك الممارسات.

(ب) الميل نحو تصديق عالم الغيب كالجن والسحر وتسببهم في الأضرار بالشخص يحتم على هذا الاخير اللجوء الى اشخاص اخرين ممن يتصلون بهذا العالم الغيبي، وغيرها من طرق المساعدة على الشفاء كالزار والسحر وغيرها.

(ج) احترام وتصديق كبار السن كالمشايع الموجودين في تلك المناطق، والمعالجين ايضا، ومما يرددونه من اقوال وما يقومون به من ممارسات تنبع من خبرتهم بالحياة، والامر الذي زاد من اقبال الناس عليهم ما روي عنهم من قصص وبركات وكذا علاجات اعطت نتائج ايجابية وفعالة.

د) فضلا عن رغبة افراد المجتمع في اضافة الشرعية على الممارسات التي يقومون بها، واحترامهم للعادات المتوارثة جعل للممارسات الشعبية قيمة يحرص عليها هؤلاء الافراد.

وعن طرق العلاج الديني الشعبي فهي متعددة ومتنوعة تتمثل في العلاج بالقران، والعلاج بالحجامة، العلاج بالزار والإبر الصينية وغيرها، غير أننا نشير هنا إلى أن بعض العلاجات التقليدية الشعبية كالحجامة على سبيل المثال سيتم الحديث عنها في الفصل الرابع لكونها تعتبر علاج شعبي ظهر منذ أزمان بعيدة وفي نفس الوقت علاج نبوي وهذا تفاديا للتكرار .

وهذا ما ساعد على استمرارية وانتشار هذه الممارسات وقد يرجع احد اهم اسبابها الى ان الانسان منذ عقود مضت قد تعرض لبعض الامراض وقف امامها حائرا وعاجزا عن ايجاد حلول لها، ودون ان ننسى تأكيد الاديان السماوية وبخاصة القران الكريم على وجود الجن والشياطين، وعلى تأثير العين والحسد والسحر في بني البشر في قوله تعالى " **واتبعوا ما تتلوا الشياطين على ملك سليمان وما كفر سليمان ولكن الشياطين كفروا يعلمون الناس السحر وما أنزل على الملكين ببابل هارون وهارون وما يعلمان من أحد حتى يقولوا إنما نحن متنبئون فلا كفر به يعلمون** منما ما يفرقون به بين المرء وزوجه" (سورة البقرة الآية 102)، فضلا عن آيات قرآنية أخرى وأحاديث نبوية شريفة، والملاحظ الان انتشار طرق العلاج الدينية بشكل ملفت للانتباه في بعض المواقع على شبكة الانترنت وعلى شرائط الكاسيت، بل توجد قنوات فضائية تبث العلاج الشعبي وتلقى اقبالا كبيرا منقبل الجمهور المشاهد لها، غير انه وبمرور الزمن نسجت حول الممارسات الدينية ممارسات اخرى شعبية، حتى انه يمكن القول ان الممارسات الدينية-السحرية العلاجية تتفاوت فيما بينها وتختلف، "وتقع على متصل ما بين الشرعية الخالصة والشعبية الخالصة"¹. وسنعرض الآن إلى الجانبين معا:

1-2 العلاج الديني-السحري المنزلي: تعبر هذه الطريقة على تلك الوصفات الخاصة " لعلاج الاعراض المرضية البسيطة أو المراحل المبكرة لظهور المرض"². هذه الوصفات التي تتداخل فيها الممارسات الدينية بالممارسات الشعبية وهي كالاتي:

1 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص 136.

2 المرجع نفسه، ص 137.

أ- ممارسات دينية الرقى الشرعية: استخدمت الرقى كوسيلة للعلاج منذ القديم، وقد قبلها الطب لما لها من فاعلية في تحقيق الصحة والسلامة النفسية والجسدية شريطة ألا تتضمن شركا بالله وقد وردت احاديث نبوية شريفة في ذلك، وفي كثير من الاحيان يفضل القائم بهذه الممارسات الشخص الكبير في السن غير المنقطع عن العبادة وأداء الفرائض، كما يمكن ان يقوم الانسان برقية نفسه او احد من افراد عائلته، وعن مضمون هذه الرقى فهي تشمل آيات من القرآن الكريم وبعض الاحاديث النبوية الشريفة واسماء الله الحسنی. واحيانا ما يصاحب الرقية الشرعية اطلاق بعض البخور بغرض طرد الشياطين.

ب- ممارسات ذات جذور دينية وطقوس دينية وشعبية: هذا، وقد تستخدم الرقية الشرعية بإضافة طقوس قد تكون دينية كما قد تكون شعبية، ففي دراسة سعاد عثمان نجد الراقي يمسك ببعض الملح في يده ثم يمرره على جسم المريض وبعدها يضع يده بما بقي فيها من ملح تحت صنوبر المياه وهو يردد يا عين كوني باردة ثلاث مرات، هذا الى أن الملح يعد من وصفات الطب النبوي غير ان الطريقة في تمريره على الجسم ووضعه تحت الماء وترديد تلك العبارات يعد طقوسا شعبية فهنا نلاحظ إمتزاج الديني بالشعبي.

وفي المجتمع المصري لايزال الاعتقاد السائد بأهمية وفعالية طاسة الخضة أو ما يطلق عليها طاسة الطرية، بغرض التخلص من بعض الاعراض المرضية كالبكاء والخوف، وغيرها، وقد استخدم المصريون القدماء طاسة الخضة، كما استخدمت في عصر الدولتين اليونانية والرومانية مع اختلاف الكلمات المحفورة عليها. ثم قبلها الطب النبوي حيث قال صلوات الله عليه وسلامه: (فانه لا بأس به، وأن الرجل يكتب القرآن في إناء ثم يسقيه للمريض)¹.

وبالإستناد إلى هذا الحديث فقد أضاف ممارسوا هذه التقنية بعضا من معتقداتهم الشعبية كوضع ثمرة أو ثلاث تمرات في طاسة الخضة لياكلها المريض، وغيرها من الممارسات التي تعتمد على طاسة الخضة بهدف الشفاء، وللماء ايضا دورا فاعلا في تحقيق الشفاء واحيانا يتخذه المرضى كممارسات سحرية واحيانا اخرى طرقا شرعية، وعن هذه الاخيرة فقد توصلت الابحاث العلمية الحديثة من خلال التجارب المخبرية بوجود اختلاف في مكونات الماء الذي يقرا عليه القران مقارنة بالماء الذي لم يقرا

1 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، 140.

عليه، وان تلك المكونات الموجودة في الماء المقروء عليه لها فاعلية كبرى في تحقيق الشفاء اذا اقترنت بصفة اليقين بالله. كما قد يقرأ في الماء بعض التعويذات السحرية ايضا وهذا ما يخالف الشرع الحكيم.

ج- ممارسات سحرية تستند الى فكرة دينية: تتعدد وتختلف الممارسات السحرية المنزلية سواء منها الوقائية او العلاجية والتي تقوم على فكرة دينية في الاساس، فقد يستخدم موضوع الاضحية في الاسلام والذي يقوم على فكرة اساسية وهي الفداء اي فداء اسماعيل عليه السلام بكبش، من هذه الفكرة انطلق الانسان الشعبي باستخدام دم الاضحية في عدد من الممارسات فعلى سبيل المثال يستخدم لعلاج العقم حيث يتم جلب بعضا من دم سبع أضحى لتمزجها المرارة العقيم بقليل من الماء وتستهتم بها مساء، وللوقاية من الحسد تستعمل بعض الممارسات الاخرى، ان مثل هذه الممارسات بعيدة كل البعد عن الطرق الشرعية في العلاج وان استخدمت بعض رموزه.

2.2 العلاج الديني السحري-الاحترافي: يشمل هذا الاسلوب علاج المشكلات الاسرية ومعرفة مكان الغائب والحصول على الزواج المناسب والانتصار في الحرب وما الى ذلك، ويتضمن نوعان من العلاج هما: العلاج الاحترافي الديني، والعلاج السحري الاحترافي.

أ-العلاج الديني الاحترافي: والذي يمارسه شيوخ مسلمون، كما يمارسه قساوسة مسيحيون يكون سنهم يقارب الخامسة والستين، الهدف منه هو وقاية او علاج الاشخاص الذين لديهم اعراض المس او السحر، والصرع، والعقم، رؤية الاحلام المزعجة، وما الى ذلك من خلال قراءة آيات من الذكر الحكيم،... أو القيام بمفاوضات مع الجن للخروج من جسد المريض، وعن الاماكن التي يزول فيها هؤلاء عملهم فهي منازلهم او منازل عملائهم او حول أضرحة بعض الاولياء، وقد يتقاضى المعالج اجرا على عمله وقد لايتقاضى، وفي ايامنا هذه نجد المعالجين من هذا النوع تتعدد مستوياتهم التعليمية كما أنهم قد يعملون في مهن اخرى، وقد يبلغ سن اقدمهم الخامسة والعشرين فقط ولكنه يجيد هذا العمل كما أن هذا العمل لم يعد يقتصر على الرجال فحسب بل أصبحت المرأة لها دور فاعل فيه، فضلا من أن بعضهم لديه عيادات خاصة.

ب- العلاج غير الديني (السحري الاحترافي): يطلق على القائم بهذه التقنية الدجال او المشعوذ او الشيخ او الساحر، والقائمين بها هم من الرجال والنساء، ويكتسبون قدرتهم السحرية اما من خلال قراءاتهم المتواصلة لكتب السحر، او من خلال تلبس الجن لهم،... وتهدف ممارساتهم السحرية الى تخليص المصاب من مرضه بعمل سحر له، او التخلص من تلبس الجن له بالاستعانة بهذا الاخير، او إلحاق الأذى والضرر بشخص ما، طبعاً يعتمدون في ذلك كما قلنا بالجن، "وقياس الاثر_ مندبل او صورة او إسم من تظهر عليه أعراض المرض_ أو فتح الكتاب او قراءة الفنجان، او قراءة النجم (بحساب النجم من خلال اسم الشخص واسم امه)"¹.

كما يستخدمون البخور وبعض العناصر القذرة كدم الحيض، والشعر، والأظافر، وقراءة القرآن بشكل مقلوب او دون طهارة، ويقوم الدجال بتقديم العلاج في شكل احجبة او كتابات تنقع ويشرب ماؤها او يرش، وقد يصل الامر الى نوم المريض في المقابر، وعلى العموم سنشير في أسطر إلى هذا النوع من العلاج الذي إستخدم قديما ولا زال إلى يومنا هذا يستعان به في قضايا شتى.

وتتعدد أنواع وتصنيفات السحر، فهناك التصنيفات الثنائية التي شاع تداولها أكثر من غيرها من التصنيفات العالمية، ومن أشهرها السحر الأبيض والسحر الأسود، السحر الايجابي والسحر السلبي، سحر العامة وسحر النخبة، السحر التشاكلي والسحر الاتصالي، " وفي المغرب يقسم *موشون* السحر الى قسمين: سحر دفاعي وسحر عدواني"²، فبالنسبة الى السحر الدفاعي يختص بعلاج المصابين بالعين الشريرة ولعنة سوء الحظ، مثال ذلك الفتيات اللواتي لم يتمكن من الزواج، الرجال الذين لا تتجح أعمالهم، وغيرها، أما السحر العدواني، فيهتم بالمسائل المتعلقة بالمصائب والموت والحب والهجر وغيرها، وكمثال على ذلك يقال: "كيف ما غاب العمر، بغيت فلان يغيب"³. وهذا السحر من النوع الثاني الذي يهدف الى الانتقام والتدمير والذي يطلق عليه أيضا السحر الأسود. والملاحظ لهذين النوعين نجدهما مرتبطين أشد الارتباط بوضع الشهر القمري، ذلك لأن هذا الأخير يلعب دورا فاعلا في إنجاح أو إفشال العملية السحرية، فإذا تحدثنا عن السحر الدفاعي نجده لا ينجح إلا خلال النصف

1 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، 146.

2 مصطفى واعراب، *المعتقدات السحرية في المغرب*، ط1، دار النشر المغربية، المغرب، 2003. ص 12.

3 مصطفى واعراب، مرجع سبق ذكره، ص 13.

الأول من الشهر القمري، على عكس النوع الثاني والذي لا ينجح إلا خلال النصف الثاني من الشهر القمري، وكمثال على ذلك يقال: " كيف ما غاب القمر، بغيت فلان يغيب"¹.

ويعتبر تصنيف السحر الى أبيض وأسود من أشهر التصنيفات الثنائية، ويقصد بالسحر الأبيض في أبسط معانيه، عدم إلحاق الأذى بالآخرين، أثناء تحقيق مصلحة شخصية، ومن ثم فهو يهدف الى تلبية أغراض تعود بالفائدة والنفع للأفراد، ويصنفه البعض من الباحثين في السحر الخاص بالتنبؤ بالمستقبل أو التنبؤ بالغيب، والسحر الخاص بالعلاج والتداوي. أما السحر الأسود فهو عكس الأول تماما، حيث يهدف الى إلحاق الضرر بالآخرين ومن أشكاله سحر الانتقام، أما أنواع السحر حسب تصنيف **ابن كثير*** فهي متمثلة في سحر الكلدانيين، سحر أصحاب الاوهام والنفوس القوية، سحر الاستعانة بالارواح الارضية، وغيرها.

ويعتبر السحر المكتوب أو سحر الأحرف والرموز أكثر أهمية من السحر الشعبي، كون الأول يقوم على علوم مضبوطة وقواعد تجعله أكثر فاعلية لتوفره على شرطي الغموض والسرية، على عكس الثاني الذي تنتقل وصفاته بين الناس مشافهة ومن ثم عدم توفره على الشرطين السابقين، الأمر الذي يجعل فاعليته لا تتحقق في كثير من الحالات، وفي البلدان العربية يمارس السحر باستخدام اللغة العربية شفوية، أي تقال في شكل تعاويذ وضمن طقوس معينة، أو مكتوبة على أوراق أو أي شيء آخر، فاغلب الوصفات السحرية عبارة عن آيات من كتاب الله (أسماء الله الحسنى، مع أرقام ورموز سحرية غامضة المعنى لاعتقاد الساحر ان في اجتماعها في نفس الوقت تحدث الأثر المطلوب). إن الرموز السحرية الغامضة في نظر الساحر، تعتبر وسيطا له مع القوى الخفية كالجن مثلا، هذا وتعتبر الأرقام ذات اهتمام كبير من قبل الساحر وبل ومن قبل الناس أيضا، ففي حياتنا اليومية كثير ما نسمع عن الرقم خمسة (5) في عبارات تردد من الكثيرين وشكل اليد معلق على أبواب البيوت، وهذا إنما يدل على اعتقاد الناس في أهمية الرقم خمسة أو غيره في دفع الضرر وصد العين والحسد وخاصة

1 مصطفى واعراب، مرجع سبق ذكره ، ص13.

* والنوع الاول ينسب للنجوم وبعض الكواكب، اما النوع الثاني فيتم فيه قراءة العزائم والتعاويذ للتقرب من الجان الذي سيستخدم في السحر، للمزيد أنظر: محمد سيد محمود، علاج المسحور بالقران والمأثور، المكتبة التوفيقية، القاهرة، بدون سنة.

أمام أولئك الذين لا يذكرون اسم الله عند رؤيتهم لأشياء جميلة وغالية، كالمنزل أو السيارة، فهو يمثل حرزا، حيث يكفي رسم العدد باليد أو النطق به لإبطال أذى العين الشريرة. أما عن الأرقام لدى الساحر فإن لبعضها خاصيات سحرية وتدخل في إعداد بعض الوصفات العلاجية أو الوقائية، ومن بينها الرقم (5 و7)، فحسب **موشون**: "يبدو أن الرقم 7 يستمد قوته الغامضة من كونه يشير الى عدد قبائل الجن (عدها سبعة وفقا لرواية بعض الأساطير المحلية). ولأن الجن هم أصل المعتقدات السحرية كلها لدى المغاربة، فإن العدد سبعة يحظى لديهم بقيمة سحرية فريدة من دون غيره من الأعداد"¹.

هذا يعني أن تشخيص حالة المسحور ذكرا كان أو أنثى يتم بعد تفكيك اسمه الشخصي واسم والديه الى أرقام، ومثال ذلك: الشخص الذي يصاب بمرض ما ويعجز الطب الحديث عن إيجاد علاج لحالته يذهب به أو بأحد الأفراد الاعتقاد الى انه وقع ضحية عمل سحري، فيلجا الى الساحر، الذي يبدأ أولا بسؤاله عن اسمه واسم والدته ووالده، ويتم تفكيك اسمه الشخصي واسم والديه الى حروف، ثم تحول الحروف الى أرقام أين يقوم بجمعها ويقسم الخارج على سبعة او ثلاثة حسب الجنس، حيث يقسم الخارج على سبعة إذا كان المريض امرأة، وعلى ثلاثة إذا كان رجلا، والعدد أو الناتج الذي يتحصل عليه الساحر بعد هذه العملية الحسابية، يبحث عنه في جدول ملئ بالأعداد في احد الكتب السحرية القديمة الموجودة لديه، والملاحظ لهذا الجدول يجد أن كل عدد كتب مقابله تفسير لحالة المريض، واصل مرضه وعلاجه، إن هذه العملية بأكملها تتم أمام أعين المريض.

أما سحر الحروف فيتم تقسيم الحروف العربية الى مجموعات ولكل مجموعة منها خاصيتها بحسب التفسير الذي يعطي لها، حيث توجد حروف منقطة وأخرى غير منقطة، كما توجد حروف يطلق عليها سواقات الفاتحة وهي سبعة أحرف ويقصد بها الحروف التي تتضمنها فاتحة الكتاب، كما ونشير الى وجود رموز سحرية تتضمن الوصفات السحرية، وهي رموز يزعم السحرة، أنها تمثل الحروف الأولى لأسماء بعض الأرواح المؤثرة في دنيا السحر، ويتم التوسل إليها لتحقيق الهدف المنشود، أيضا يوجد الوفق أو ما يطلق عليه الجدول أو المربع أو الخاتم، حيث يتكون من عدد معين

1 مصطفى واعراب، مرجع سبق ذكره، ص 36.

من الخانات أفقيا وعموديا، مشتملة على أعداد وأحرف غير متكررة، كما تختلف في أسماء الأوفاق بحسب عدد أضلاعها. فهي تسمى المثلث إذا كان عدد أضلاعها ثلاثة، ومربعا إذا كان أربعة، الخمس، المسدس، المثلث، المتسع، والمعشر. وبطبيعة الحال لكل صنف من الأوفاق وظائف معينة يتوسل به الى قضاائها، والملاحظ أن الأوفاق تتسم بالتعقيد ويصعب فهمها من قبل الشخص العادي لكونها تخضع أعدادها للتكعيب أو التكسير، ويتم وضع الأعداد في شكل الفرد، وفرد الفرد، وفرد الفرد أو يتم وضعها في شكل الزوج، وزوج الزوج، وزوج الزوج، وهكذا دواليك، أما عن كتابته فنجدته يكتب على بيضة أو ورق أو عظم حيوان أو فوق حجر أو جلد أو أي شيء آخر.

فالمعتقد السحري كما يذهب إلى ذلك **محمد الجوهري** "ليس بضاعة معلنة يمكن أن تتعرض لرياح التغيير بسهولة، ولذلك خضعت أكثر من غيرها من عناصر التراث الشعبي لنظريات الاستمرار ومقولات الثبات"¹، فالتغيير في ميدان السحر موجود غير أنه يسير ببطء، هذا التغيير الذي نلمسه في شخصية الساحر، وقد نورد تصور محمد الجوهري لملاح التغيير في شخصية الساحر والتي قسمها إلى تسع أقسام هي: (السحرة الشباب، الساحر المتعلم، الساحر والكتاب، الساحر والتكنولوجيا الحديثة، الساحر الأفندي، الساحر الموظف، الساحر التلميذ، الساحر في زيارة منزلية، أجر الساحر).

ويذهب **ليفي ستراوس** الى أن العملية السحرية يشترط فيها توفر الاعتقاد بثلاث مسائل جوهرية ليكتمل نجاحها، هي:

أ- الإيمان أو الاعتقاد في **سند إيديولوجي**: للمجموعة التي يكون ضمنها الفاعل، وقد يكون هذا السند الإيديولوجي ضريح ولي، أو الساحر نفسه، حيث ينبغي على الممارس أن يعتقد بهذا السند وبفاعليته في تحقيق الهدف المنشود، ومن ثم نقول أن الاعتقاد أو النية كما يطلق عليها الكثير من الأفراد، وفي أقطار اجتماعية متعددة، تكون من قبل الساحر والزبون معا بنجاح الممارسة السحرية، بمعنى أن النية تعد أحد الشروط الأساسية لنجاح الممارسات السحرية في تحقيق الغرض، والكثير من

1 محمد الجوهري، **السحر في مجتمع اليوم دراسة في ملامح التغيير، في التراث الشعبي في عالم متغير دراسات في إعادة إنتاج التراث**، ط1، عين للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية، القاهرة، 2007، ص361.

السحرة في المغرب يكررون هذا القول: "النية بالنية والحاجة مقضيه" ويقصدون بذلك أن من شروط تحقيق المصلحة لابد من توفر شرط النية بين الساحر والزيون.

والنية تحتاج الى شرط آخر لتحقيق الهدف المرجو من الممارسة السحرية والمتمثل في السرية: حيث ينبغي أن تتم بشكل فردي وممارسته في الخفاء تعد من الشروط الأساسية لصحته، وتحققه وهذا ما تمت ملاحظته من قبل الباحثين **أوبيير وموس**. هذا ويعتبر اختيار الزمان المناسب والمكان المناسب: شروط أخرى لتحقيق الممارسات السحرية، وقد ذكرنا سابقا بأن النصف الأول من الشهر القمري يستغل في عمل السحر الأبيض، والنصف الثاني منه يستغل في عمل السحر الأسود، وليس هذا فحسب بل إن الأعمال السحرية يختلف تأثيرها على الفرد والمجتمع حتى في اليوم الواحد، فهناك سحر يصلح للنهار وآخر لليل، إذا فالساحر يختار الوقت المناسب ليمارس عمله السحري حسب الهدف المرجو، وحسب موقع الكواكب السيارة في الفضاء " ولذلك يترصد السحرة المحترفون حلول (منزلة) كوكب حسب جدول (المنازل) المعروف لديهم بدقة متناهية، من أجل القيام بالعمل السحري الذي يتوافق مع تأثير الكوكب"¹.

أما المكان الذي تتم فيه الطقوس السحرية فهو أيضا يخضع لنوعية السحر وهدفه، ومن ثم تتعدد الأماكن التي تقام فيها الممارسات السحرية، كالحمامات، المقابر، البحر وغيرها، فضلا عن احترام عناصر الطقوس السحرية وتوفر المواد لإعداد الوصفات السحرية، وهي مختلفة طبعا فمنها الحيوانية، النباتية والمعدنية، ومستحضرات خاصة كدم الإنسان (دم الحيض)، الماء الذي غسل به الميت، الشعر، الأظافر وغيرها.

ب- والاعتقاد الثاني الذي قدمه " ليفي سترأوس" يتمثل في **اعتقاد الفاعل في فعالية الطقوس الممارسة**: أي لا يجب أن يراود الفاعل شك في هذه الممارسات بل لابد من أن يكون متيقنا تماما بتحقيق هدفه من خلال هذه الممارسات.

ج- ويتعلق الاعتقاد الثالث **بالساحر**: إذ على الساحر أن يؤمن بنجاعة تقنيات السحر.

1 مصطفى واعراب، مرجع سبق ذكره، ص 19.

والساحر في الجزائر كغيره من السحرة في الدول الإسلامية والعربية، يظهر للعامة تمسكه بالدين الإسلامي، وقد يكون أحيانا حافظا لكتاب الله وعالما بقواعد اللغة العربية، وقد يصل به الأمر أن يكون حاجا لبيت الله الحرام، وبهذا يزيل عن نفسه كل شبهة، فهو في نظر الناس إذا مصدر ثقة يقدره ويحترمه الكثير لأنه بالنسبة لهم يمتلك القدرة على التأثير في مصيرهم بالخير أو الشر حسب قدرته هو، لقد شهدنا في واقعنا الاجتماعي أن الساحر هو الطالب أي رجل الدين الذي يدرس القرآن في الكتاتيب، وتلجأ إليه النساء كما يلجأ إليه الرجال كل حسب هدفه ليكتب لهم أحجبة، قد توضع في صدر الفاعل أو على حد تعبيرهم المسحور، هذه الأحجبة التي تكتب عليها أرقام وحروف غير مفهومة، وأحيانا أخرى آيات من القرآن الكريم، وما يؤكد كلامنا هذا، ما ذهب إليه "بول باسكون" عالم الاجتماع المغربي من أن: "الساحر الذي يكتب أو على الأصح يرسم الطلاس وهو في البدء والمنتهى "الفقيه" و "الطالب" أي رجل الدين"¹. ويضيف "باسكون" الى أن الوضع الاجتماعي المزري لهؤلاء السحرة هو الذي دفعهم لممارسة هذا النوع من الطقوس كرد فعل على ظلم اجتماعي لحقهم، فهم أبناء لعائلات مجردة من حقوقها كما قد يكونون محرومون من الإرث أو غير ذلك. وليس امتهان الساحر لهذا العمل كرد فعل على الظلم الذي لحقه في حياته فحسب، بل توجد أسباب أخرى قد تكون في العائد المادي الكبير الذي يحققه السحر للساحر والوضع الاجتماعي المتميز الذي يصبح عليه بممارسته هذا الطقس.

ونشير الى أن السحر في عرف ممارسيه ومعتقديه له شروط وقواعد تجعله غير متاح للعامة من الناس، والساحر لا يولد ساحرا، وحتى يصبح الشخص العادي سواء كان رجلا أو امرأة ساحرا من الضروري ان يشق طريقا صعبا ومعقدا في أماكن سرية حتى يتمكن من احتراف هذه المهنة أو الطقس وفي هذا الشأن يقدم الدكتور "أخميس" المسار الذي يقطعه الساحر المتعلم في مدارس تعلم السحر السرية في منطقة سوس بجنوب المغرب، وعن أولى الخطوات التي يبدأ بها المتعلم هي العزلة عن الحياة العادية لينظم الى حياة أخرى مسكونة بالأرواح، ولا ينبغي عليه أن يرى أحدا طيلة مائة يوم، وان لا يحلق وجهه أو يغتسل، وغذائه التمر والحليب وخبز الشعير فقط، وغيرها من الخطوات التي تكون نتيجتها مزاولته هذا العمل مع العامة. وتتعدد الخطوات التي تجعل من الساحر المتعلم ساحرا،

1 مصطفى واعراب، مرجع سبق ذكره ، ص 25.

فبالإضافة الى الخطوات سالفة الذكر توجد خطوات أخرى شبيهة الى حد ما بالخطوات السابقة رواها احد السحرة المغاربة للطبيب الفرنسي "موشون". ويتنوع السحرة فمنهم الأكثر تواضعا ومنهم من هم أكثر أناقة، فالنوع الأول يتخذون دكاكين بسيطة في الأسواق، أو زوايا في السوق والنوع الثاني لهم مكاتب خاصة في شقق راقية، وأرقام هواتف وفاكس، ومنهم أيضا من يريد لقاء أدائه لعمله أجرا كبيرا ومنهم من يرضى بالقليل، وتبقى قوة الساحر تظهر في مهاراته العالية في إقناع زبائنه بقدرته على علاجهم فهو من ناحية نفساني حيث نجده يقرأ نقاط ضعف مرضاه، ويستدرجهم شيئا فشيئا لتفريغ ما بجعبتهم من أفكار ومشاكل شخصية وغيرها، كما ويظهر جانب آخر منه الساحر المخادع الذي يتقن بل ويتفنن في استغلال زبائنه، بل يصل الأمر الى أن يضع ضمن زبائنه من العامة زبائن وهميين يروجون بضاعته ويتداولون الحديث عن خوارقه وقدراته بينهم حتى يتمسك الحاضرون بالهدف الذي أتوا من أجله وعن خصائص زبائن الساحر فنجدهم من الأغنياء والفقراء، المتعلمين وغير المتعلمين، فالاعتقاد في السحر ليس حكرا على الأميين فحسب بل يشمل أيضا طبقة (الأنتلجنسيا) المثقفة يقول عبد الرحمان العيسوي في الشأن "والمثير للدهشة أن يلجأ إلى مثل هذه الأساليب الخرافية ليس البسطاء من الناس أو قليلي التعليم، ولكن حتى أصحاب التعليم الجامعي والعالي"¹. وفي هذا الصدد نؤكد على أن التأثير بالسحر أو الخوف من الساحر والاعتقاد بقدرته يرجع سببه الأول الى التنشئة الاجتماعية التي تلقاها الفرد في حياته ومن قبل الوالدين خاصة، تقول الباحثة سامية حسن الساعاتي في هذا الشأن: " أن الشخص الذي حصل على قدر عال من التعليم، يلجأ عندما يقع تحت وطأة الظروف القاسية مثل المعاناة من مرض عضال تعجز أساليب العلم عن علاجه، الى الاستعانة بهذه الأساليب السحرية والخرافية، لأنه على رغم تعلمه الراقى فإنه قد تعرض في تربيته الأولى للمؤثرات السحرية والخرافية، فللتنشئة الاجتماعية هنا دور أخطر من دور التعليم"².

1 عبد الرحمان محمد العيسوي، السحر والشعوذة دراسة ميدانية حول المعتقدات الخرافية لدى عينة من الشباب

الجامعي، ط1، منشورات الحلبي، بيروت، 2008، ص 14.

2 مصطفى واعراب، مرجع سبق ذكره، ص 31.

3. العلاج المنزلي والعلاج غير المنزلي

1.3 العلاج المنزلي: يعتبر العلاج المنزلي اول خطوة قد يلجأ إليها المريض لعلاج مرضه وخاصة اذا كان بسيطاً كالصداع او المغص او حالات الزكام كما هو الشأن عندنا في غلي بعض النباتات وشربها لإزالة الآلام والالوجاع، وقد يكون العلاج المنزلي آخر خطوة يلجأ إليها المصاب بعد فشل المحاولات العلاجية الاخرى، وما يؤكد انتشار هذه الممارسات هو سهولة ممارستها كما انها لا تحتاج الى تدريب او خبرة.

ومن بين العلاجات المنزلية القديمة في بعض المجتمعات العربية وبالضبط في حالة اصابة الطفل بالسعال فإنه يتم وضع جريدة مملوءة بالزيت على صدر الطفل المصاب اسفل ملابسه ليلا مع الحرص على تدفئته. والشاهد في وضع الجريدة ان من خصائصها انها تتشرب السوائل وبالتالي فان تشربه للزيت يجعل منه مادة عازلة تحمي جسم المريض من البرد والتيارات الهوائية، وغيرها من الممارسات كالتدليك بالزيت مثلا والذي يعرف انتشارا واسعا في شتى بقاع العالم ناهيك عن دور الحجامة الفعال في العلاج.

ان هذه الممارسات التي ذكرت سلفا لا تعني خلو المجتمعات من الممارسات الزائفة، بل لازالت الممارسات الزائفة منتشرة في بعض المناطق وخاصة الشرقية منها فعلى سبيل المثال يتم استعمال ليفة استخدمت في غسل الميت تضعها المرأة العقيم على راسها ثم يصب الماء فوقها ليمر على كامل أجزاء جسمها وهذا بهدف علاج العقم، غير ان الدراسات الحديثة اثبتت تناقص مثل هذه الممارسات الشعبية.

ولعل أهم علاج منزلي يلجأ اليه الفرد في حالة مرضه هو العلاج بالأعشاب، وفي هذا الصدد يمكن القول أن أعظم علماء الأعشاب والصيدلة ابن الرومية (ت637هـ)* الذي "أتقن علم النبات والأدوية، زار عدة بلدان وتعرف على نباتاتها ودرس بيئتها، له مقالة في تركيب الأدوية"¹. ونظرا

* ابن الرومية هو أبو العباس احمد بن محمد ابن أبي الخليل الأموي من أهل اشبيلية

1 صوفية السحيري بن حنيرة، الجسد والمجتمع دراسة أنثروبولوجية لبعض الاعتقادات والتصورات حول الجسد، ط1، دار محمد علي للنشر، تونس، 2008، ص 293.

لأهمية الأعشاب في العملية العلاجية فقد نبه ابن الجزار (ت400هـ) بأن "يتداوى كل عليل بعقاقير أرضه فإن الطبيعة تفزع إلى عاداتها"¹.

والطب الحالي له رؤية ميكانيكية للجسد، فهو إذن يعالج الآلة البشرية أي الجسد، وفي هذا الشأن يذكر المؤرخ الكبير للتفكير الطبي mirkod d. Grmek "أنه منذ العصور القديمة اعتبر الأطباء أن كل الأمراض التي تصيب الإنسان هي أمراض جسدية فيزيولوجية (somatiques) وأن الأمراض النفسية ليست سوى بدعة أتى بها الأخلاقيون (les moraliste)"².

2.3 العلاج غير المنزلي: وتمثل خطوة علاجية أخيرة في أغلب الأحيان، ويعالج بها الأمراض المزمنة والمستعصية وتشمل **العلاجات الجراحية**، ومنها نجد الحمصة، الكي، الوشم، الخزام، ونوع ثاني ويشمل **العلاجات الإعتقادية** كزيارة الأولياء، الزار، وأخيرا **الممارسات العلاجية المستحدثة**، وسنعرضها في الآتي:

1.2.3 الممارسات العلاجية الجراحية: إن الممارسات العلاجية الجراحية كالحمصنة والوشم قد قلت نسب ممارستها في السنوات الماضية وذلك يرجع الى عدة أسباب منها:

- إرتباط هذه الممارسات بمجتمعات معينة دون الأخرى، وهذا ما صعب من عملية انتقالها من مجتمعاتها الأصلية الى المجتمعات الأخرى ومن ثم عدم انتشارها مثل ممارسة الحمصنة،
- صعوبة ممارستها حيث نجدها تتطلب خبرة وتدريب مستمرين، فضلا عن صعوبة ازالة اثارها المادية كالوشم الذي يحى بماء النار- هذا قديما- اما الان فقد ابتكرت ادوات حديثة لإزالته، وبالرغم من تحريم الدين الإسلامي له إلا أن فئات كثيرة وفي مجتمعات عديدة لا زالت تمارسه كلون من ألوان الموضه.

فاليوم نشهد عودة مثل هذه الممارسات وباستخدام تقنيات مختلفة عن سابقتها أين نجد بروز وظيفة الوشم الجمالية كموضه للشباب كما أسلفنا الذكر ومن كلا الجنسين وخاصة لدى الذكور، ومما

1 صوفية السحيري بن حنيرة، مرجع سبق ذكره، ص 294.

2 المرجع نفسه، ص 295.

لاشك فيه انها منتشرة وبشكل ملفت للانتباه لدى فئات مشهورة في العالم كاللاعبين والفنانين، بل وحتى القائم بهذه المهنة لم يعد ذلك الشخص العادي الذي يملك وسائل بسيطة بل اصبحت هناك مؤسسات قائمة بذاتها مختصة في التجميل وباستخدام ادوات حديثة واكثرها سهولة، مع ظهور رسوم وأشكال جديدة على الجلد ومؤقتة بمعنى امكانية محوها والتخلص منها على الرغم من الألم الذي تحدثه.

اما اذا تاملنا في النوعين التاليين من العلاج الا وهما الكي والخزامة فإننا نلاحظ العكس تماما حيث انتشرت واستمرت هذه الانواع في مجتمعات عدة وهذا راجع لعدد من العوامل نذكرها في الآتي:

- اعتقاد ممارسيه ان العلاج بالكي يعد جزءا من الطب النبوي باعتبار انه آخر علاج كما ورد ذلك في الاحاديث النبوية الشريفة،

- "تعاون بعض ممارسي الطب الرسمي مع بعض المعالجين بالكي، حتى انهم قد يرسلون لهم بعض الحالات المرضية التي استعصت على العلاج"¹.

- كما أثبتت بعض الأبحاث العلمية التي أجريت في الغرب أن تأثير العلاج بالكي والخزامة يشبه الى حد كبير العلاج بالإبر الصينية وهذا ما أشارت إليه دراسة سعاد عثمان. وفيما يلي عرض مبسط عن كيفية العلاج بهذه الأنواع:

أ- **الحمصة:** وتوصف على أنها " شق ثقب بواسطة الضغط بسن حمصة سوداء نية يشد عليها بأريطة قوية فوق الجزء المتقيح، فتحدث تقيحا ثاقبا في الجلد، وبالتالي يسيل الصديد القديم والجديد. أي ان العلاج هنا يتم على أساس ان المثل يبرئ المثل"². وتستخدم لعلاج الصداع وامراض اخرى، وطبعا تتعدد الطرق للعلاج بهذه الوسيلة.

1 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص 163.

2 المرجع نفسه، ص ص 163-164.

ب- **الوشم أو الدق:** ويعرف على أنه "وخز سريع أو دق بأسنان الإبر عددها سبعة غالبا في مواضع معينة وعلى أشكال كالثعابين، أو الاسود، أو بعض الشخصيات الاسطورية، أو نقط أو خطوط".¹ وتعددت في الوقت الحاضر أشكاله من صليب وسمكة أو نخلة، وبعد عملية الوخز يتم طلاء او دهن الموضع بورق شجر أخضر كورق الخروع اوغيرها، كما يستخدم في مناطق اخرى رماد الفرن او الكحل ممزوجا بماء أو لبن، لإكساب الوشم اللون الأخضر، ويمكن أن يكون لون الوشم أبيض وذلك بدهن الموضع باللبن والدقيق.

وتتعدد أغراض تفضيل الوشم، حيث نجده يمارس بغرض الزينة والتجميل كما هو منتشر الآن في اوساط الشباب حيث يستخدم لتحديد الشفتين والحاجبين وغيرها، ومنهم من يستخدمه بغرض العلاج كعلاج آلام الركبة، ففي دراسة **سعاد عثمان** استخدم المعالج مجموعة من الإبر في شك الركبة وبعدها وضعت لبخة من أغصان السنط الغضة، مما نتج عنه إفرازات صفراء يعتقد ان عملية الافراز هذه من شأنها ان تخلص الجسم من آلامه.

أما الوشم من الناحية الطبية عبارة عن " بقع ملونة يتم صنعها بإدخال جزئيات ملونة في الأدمة عن طريق الوخز بواسطة الابر، ويستعمل عادة الحبر الهندي او الكربون الاسود حيث تعطي لونا ازرق بعد ادخالها في الادمة ضمن الجلد. ويحدث حقن السندار (سافيد الزئبق) لونا احمر، اما اوكسيد الكروم فيحدث لونا اخضر ويعطي سلفيد الكادميوم لونا اصفر، والومينات الكوبالت لونا ازرق فاتحا. واكسيد الحديد لونا بنيا. وتستخدم الاصبغة التركيبية عادة في هذه الايام"².

وإذا تمعنا في كتب التاريخ لوجدنا ان الوشم عرف عند المصريين القدماء قبل اربعة الاف سنة وخاصة لدى فئة النساء، وبطبيعة الحال كان لغرض التجميل وانتقل فيما بعد الى حوض البحر الابيض المتوسط والجزيرة العربية حتى وصل الى الصين، اما في الهند فقد كان يتم وشم الزوجين برسم واحد يؤكد أنهما زوجان، وفي انجلترا انتشر وشاع استخدام الوشم في الاسرة الحاكمة، غير انه

1 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص 164.

2 جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، الحجامة العلاج بالحجامة والابر الصينية من منظور العالم الحديث، شركة ألفا للنشر والانتاج الفني، القاهرة، 2008، ص 229.

تم تحريمه سنة 1969 وبشكل رسمي، وفي القرن التاسع عشر وبالضبط في الولايات المتحدة الأمريكية إنتشر إستخدام الوشم والأمر لم يكن مقتصرًا على عامة الشعب الأمريكي فحسب بل إستخدمه أيضا الرؤساء أمثال "ترومان وكينيدي"¹. كما استعمل اليابانيون الوشم وفي سنة 1870 تم تحريمه، وفي غينيا يتم وشم الصبيان كدليل لانتقالهم الى اهم مرحلة الا وهي مرحلة الرجولة وهم يعتقدون بأن الوشم يعبر عن أثر اسنان الالهة التي عضت الموشومين ليصبحوا رجالا، وقد يكون سلاحا يتم من خلاله إبطال السحر والوقاية من الحسد في بعض القبائل الافريقية، ومنهم من يستعمله للزينة والتجميل اذا كان باللون الاخضر، وحماية من العين اذا كان لونه اسود وهذا في بعض القبائل العربية حيث يتم وشم الأذرع والوجوه، وعن الحالة الاجتماعية والنفسية للموشومين فقد اكدت دراسات عديدة أن حوالي 56% من الشباب الموشومين ظروفهم الاجتماعية غير مستقرة وعاطلين عن العمل.

كما قلنا سابقا ان الوشم انتشر وشاع استخدامه في كثير من بلدان العالم، وبقي مستمرا الى يومنا هذا حتى اصبح فنا قائما بذاته وها نحن نرى اليوم ابطال العالم في المجال الرياضي والفني يرسمون الوشم على ايديهم وارجلهم بل وحتى على صدورهم وفي اماكن اخرى من الجسم، وعلى الرغم من تحريم الإسلام للوشم حرصا على كرامة الإنسان إلى جانب تحريمه الوصل والنمص لكونها تشكل خروج على الفطرة التي جبل عليها الانسان وتغيير لخلق الله إلا أننا نجد أن بعض الناس لازالت تستخدم الوشم، وفي تحريمه نجد الحديث الذي رواه **عبد الله ابن مسعود** رضي الله عنه انه قال "لعن الله الواشمات والمستوشمات والمتمصصات والمنفجات للحسن المغيرات خلق الله، فقالت له امرأة في ذلك، فقال: ومالي لا ألعن من لعنه رسول الله طلى الله عليه وسلم وهو في كتاب الله، قال الله تعالى: وما آتاكم الرسول فخذوه وما نهاكم عنه فانتهوا"². متفق عليه.

وإذا كانت السنة النبوية قد حرمت الوشم فتلك حكمة ربانية عن مدى التأثير السلبي الذي تلحقه المواد المستخدمة فيها واسلوب استخدامها ناهيك عن التشوه الحاصل لجسم الانسان، وللطب راي مؤيد للسنة النبوية فهذا استاذ الامراض الجلدية الدكتور **عصام شلبي** يقول: "الوشم من اشهر التقلبات التي

1 جمال محمد الزكي، مرجع سبق ذكره، ص 230.

2 أبي زكريا يحي بن شرف النووي دمشقي، **رياض الصالحين**، دار البصائر، الجزائر، 2004م، ص ص 469-

يؤذى بها الانسان نفسه، حيث ان اغلب المواد الكيميائية المستخدمة في الحبر هي صبغات صناعية صنعت في الاصل لاغراض اخرى مثل طلاء السيارات او احبار الكتابة فضلا عن تلوث دم الانسان عند ثقب الجلد واختلاط الدم بالتراب والملوثات خلال تعرض الجلد لجرح فيتترك ندبة او اثر فيكون الانسان عرضة للاصابة بفيروسات خطيرة مثل فيروس h. المسبب للايدز او الاصابة بفيروسات الالتهاب الكبدي والاصابات البكتيرية الناجمة عن تلوث الابرة المستخدمة في الوشم والتي قد تسبب هي الاخرى سرطان الجلد والصدفية والحساسية بالاضافة الى انتقال عدوى بعض الامراض خاصة عند الكتابة بالوشم¹.

ويضيف الدكتور محمد عبد المنعم استشاري الامراض الجلدية عن خطورة الوشم بان له تاثير سلبي على المخ والجهاز العصبي للانسان لدرجة انه يؤدي الى حدوث تلف على مستوى الجلد والانسجة الموجودة تحته، كما قد يلحق الوشم تشوهات بالجلد وخاصة عند عدم إلتئام الجلد بعد إجراء عملية الوشم إذ ينتج عنه ندوبا وأليافا، كما ويؤدي الى اضطرابات نفسية وتعطيل وظائف الجهاز العصبي ويفتح مسام الجلد للجراثيم والفيروسات التي تعرف طريقها بكل سهولة وفي أي وقت.

فضلا عن الابحاث والدراسات التي تؤكد إصابة الاشخاص الموشومين بالعدوى البكتيرية التي سببتها الجروح الناجمة عن ممارسة الوشم أضف الى ذلك العدوى بفيروس التهاب الكبد الوبائي او فيروس الايدز*، ويشير الدكتور **فايز بدوي** استشاري الجلد والتجميل ان الوشم الاحمر والاخضر من اخطر انواع الوشم لاحتوائهما على الزئبق والكروم مما يسهل انتقال واختراق الجراثيم للجسم، هذه الاخطار الناجمة عن ممارسة الوشم دفعت الكثير من الدول الى تحريمه وهذا ما يؤكد لنا الحكمة الإلهية من تحريمه، ناهيك عن تحذير اللجنة الأوروبية من استخدام الوشم خاصة بعد حالتى الوفاة بسبب هذا الاخير منذ نهاية سنة 2002.

1 جمال محمد الزكي، مرجع سبق ذكره، 233.

* هذه دراسة اجريت في الولايات المتحدة الامريكية والتي تناولت شبابا يرسمون الوشم على اجسادهم وقد بلغ عدد افراد العينة 454 شخص.

والسؤال الذي يتبادر الى أذهاننا هو ما هي الحالة النفسية والاجتماعية لمن يقومون بوشم أجسادهم؟ إن هذا السؤال يقودنا الى معرفة رؤية علم الاجتماع الذين اهتموا بالبحث في هذا الموضوع، فالابحاث العلمية الاجتماعية تؤكد ان الوشم اصبح ظاهرة خطيرة شاعت بين فئة الشباب والذين يهدفون من وراء هذه العملية التقليد لعدد من الرياضيين والفنانين، وعن اهم اسباب لجوء الشباب لذلك تقول الدكتورة **عزة كريم** أستاذ علم الاجتماع "الفراغ القاتل وعدم احساسهم بالثقة والامان من حولهم بالاضافة الى عدم وجود ثقافة قومية ودينية، وعدم شعورهم بقيمة الحياة ولهذا فالمسؤولية تقع على الاباء قبل الابناء لانشغالهم عن ابنائهم وعدم متابعتهم ومراقبة سلوكياتهم"¹. حتى أن هناك من يقوم بكتابة عقد الزواج بالوشم على جسد الزوجين وهذا ما هو معمول به في الهند وفي بعض المجتمعات العربية الآن.

ونحن نشير الى أن غياب التنشئة الاجتماعية في المجال الاسري والمدرسة وباقي مؤسسات التنشئة الاجتماعية الاخرى يعد اكبر سبب في انتشار مثل هذه الظاهرة الخطيرة في مجتمعاتنا، خاصة وان الدراسات تؤكد ان اغلب من يقدمون على الوشم هم من الذين لديهم اضطرابات سلوكية ويعانون من انعدام الاستقرار والعاطلين عن العمل. ويبقى ان نشير الى ان الوشم يمكن معالجته جراحيا بواسطة التخثير الكهربائي مما يؤدي الى حصول ندبات على شكل رسم الوشم وغيرها من المعالجات الاخرى، وحديثا فقد تم تطبيق ليزر روبي والذي يعتمد على خاصية قوية في تفتيت الاصبغة حيث ruby _q_ switchlaser يستطيع البدن إمتصاصها كاملا دون ترك أي أثر.

ج- الخزام: كلمة خزيمة تطلق على الثقب الذي يتقب في أنف الجمل، حيث يوضع داخل الثقب حلقة لغرض سحبه منها، وفي بعض المناطق من العالم كالهند تثقب أنوف النساء لوضع قرط معدني عليها، وعليه يعرف الخزام على أنه " ممارسة علاجية يقوم خلالها الممارس بعمل ثقبين في الجلد في موضع الألم أو بالقرب منه مستخدما إبرة وخيط، حيث يمرر الخيط بين الثقبين ويعقد، ويتم تحريكه من حين الى آخر ليخرج مادة سائلة ودم اعتقادا بسحب الألم مع هذه الحركة"².

1 جمال محمد الزكي، مرجع سبق ذكره، ص 236.

2 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص 165.

ان الخزام بإتباع الطريقة السابقة المتعارف عليها يعالج امراضا عدة حسب اعتقاد ممارسيه والذين هم من الجنسين كأن يعالج آلام المفاصل، وأمراض العيون، والبطن، وآلام الظهر من خلال حساب عدد الفقرات.

د- الكي: تتم ممارسة الكي لعلاج الصفراء وذلك بكي الذراع، وتستخدم أيضا لعلاج اللوزتين، والمغص، وغيرها من الأمراض مستخدمين في ذلك قطعة من الحديد الساخنة أو مسمار صلب يوضع على مكان الألم وبعد ذلك يوضع الخروع مبللا بالماء على مكان الكي لتخفيف الألم، ونشير هنا الى وجود بعض الأمراض لا يصلح علاجها بالكي، وسنتطرق للحديث عنه في الفصل المخصص للطب النبوي.

2.2.3 العلاجات الاعتقادية: وهي ثلاثة أنواع نذكرها في الآتي:

أ- العلاج بزيارة الأولياء: وقد طغت هذه الظاهرة في العهد الحفصي حيث اعتقد الناس في قدراتهم على تحقيق الشفاء، ومن ثم يمكن القول ان زيارة الأولياء* تعد معتقدا شعبيا قديما يؤمن بأن للولي الصالح كرامات* معينة، ولكل ولي كرامة شفاء لمرض من الأمراض أو تحقيق نجاح في الدراسة أو العمل، فعلى سبيل المثال لا الحصر الولي الصالح سيدي عقبة، والولي الصالح سيدي زرزور بمنطقة الزيبان بسكرة قد عرفا في الزمن القريب زيارات من قبل سكان المنطقة لنفس الأغراض التي ذكرت سابقا، وقد كانت هذه الزيارات بشكل مكثف غير انها سرعان ما بدأت في التناقص حتى اصبح من النادر زيارتهما خاصة بعد ادراك الناس بخروج مثل هذه المعتقدات عن الدين الحنيف، وكذلك كان لإنتشار التعليم دورا في التوعية الدينية والصحية أيضا من خلال تعليم النشأ مبادئ الوقاية من الامراض وكيفية علاجها في حالة حدوثها وهذا ما أشرنا له في الفصل الثاني، لكن هذا لايعني بأي حال من الاحوال انعدام زيارتها تماما بل لازال بعض الناس يعتقدون في قدرتها على تحقيق أحلامهم،

* يقول ابن قنفذ: " الاولياء لهم صفات خارقة: اولها العلوم الالهامية وحواسم مخالفة لحواس غيرهم مما يجعلهم يرون الماورائيات او الغيب وما في السماوات "، هذه الصفات التي يلخصها ماكس فيبر في مفهوم الكاريزما. للمزيد انظر: صوفية السحيري بن حنيرة، مرجع سبق ذكره، ص 310.

* والكرامات انواع منها: احياء الموتى، المشي على الماء، ابراء العلل، الاخبار ببعض الغيبات، الصبر على عدم الطعام،..

وليس في هذه المنطقة فحسب بل تعرف مدن الجزائر العديد من الأولياء الصالحين الذين يزورهم عدد من المواطنين كل حسب هدفه الخاص.

والملاحظ عند سؤالنا لبعض الناس عن تخصص الضريح او بمعنى آخر لماذا يذهب الناس الى ضريح سيدي عقبة؟ فيجبنا اغلبهم لعلاج العقم، وهذا هو ما توصلت اليه الباحثة سعاد عثمان في دراستها الى ان كل ضريح متخصص في أحد العلل، فهناك من يتخصص في علاج الاطفال، وآخر لعلاج العقم، وغيرهم، ويرى هؤلاء الزائرون أنه في حالة تعذر الزيارة فانه يتم المناداة بإسمه او الاستعانة باحد اجزاء الضريح كاستخدام ماء البئر التابع للضريح اما للشرب أو الإستحمام للشفاء او رشها في زوايا المنزل، وغيرها من الاعتقادات.

كما نشير هنا إلى أن كتب التراجم والتاريخ مليئة بعبارات التحذير من الاساءة أو ذم الأولياء ومن بين هذه العبارات "اعتقد ولا تنتقد فمن اعتقد سلم ومن انتقد ندم"¹ وقد قال البرزلي: "رأينا كرامات الاولياء، احياء أو امواتا، فلا ينكرها إلا مخذول فاسد الاعتقاد في أولياء الله وخواص عباده نفعنا الله ببركاتهم وبحسن الاعتقاد في جنابهم"²، فالوقوف على قبور الأولياء دليل على الاهتمام بالأثر الذي يتركه الولي على المكان والزمان معا وهي إرادة الجماعة طبعا في جعل العلاقة متواصلة بينها وبين المقدس في شكل حسي طبعا، أما عن النذور المقدمة للضريح فقد تغيرت بمرور السنين من نذور عينية إلى نقدية وهذا راجع إلى ثقافة المجتمع المتواجد به الضريح ونمطه، فبعد أن كانت تتمثل في البعض من الدقيق أو بعض المأكولات أصبحت تقدم الذبائح والأموال.

ويشتمل العلاج بزيارة الاولياء الصالحين العلاج بالطب الصوفي: والدارس لتاريخ الشفاء الصوفي يجده بدأ منذ بداية الخلق أي من آدم عليه السلام ويمتد الى يومنا هذا من خلال الاولياء الصالحين، ويمكن ان نلمس الشفاء الصوفي في ديانتين هما الديانة الاسلامية والديانة المسيحية، ففي الديانة المسيحية نجد "السيد المسيح عليه السلام كان قد اشتهر بقدرته على الشفاء الخارق بشكل

1 صوفية السحيري بن حنيرة، مرجع سبق ذكره، ص 313.

2 المرجع نفسه، ص 313.

واسع"¹، قال تعالى: "ورسولا إلى بنى إسرائيل أني قد جئتكم بنياية من ربكم إني أظن لكم من الطين كهيئة الطير فأنفخ فيه فيكون طائرا بإذن الله وأبرىء الأكمه والأبرص وأحيى الموتى بإذن الله وأنبئكم بما تأطلون وما تحذرون في بيوتكم إن في ذلك لآية لكم إن كنتم مؤمنين" (سورة آل عمران، الآية 49).

فمن الآية الكريمة يستنتج وجود ثلاث قدرات تتمثل في: قدرة الخلق، وقدرة الشفاء العاجل لأمراض مستعصية التي لم يعالجها الطب الحديث رغم ما يستعمله من ادوات متطورة في العلاج، اما القدرة الثالثة فهي إحياء الموتى، بطبيعة الحال نجد أن ما ذكر في هذه الآية الكريمة معجزات خصها الله سبحانه وتعالى ببعض الأنبياء والمرسلين عليهم الصلاة والسلام.

أما في المغرب فقد ظهرت حركة التصوف حوالي القرن 6هـ و12م في الأندلس وفرضت نفسها على المجتمع، والتصوف يعبر عن حركة منظمة تظم جماعة من الأشخاص تمارس طقوسا موحدة، إن ظهور هذه الحركة ترك بصمات واضحة على كل مجالات الحياة اليومية في المغرب والأندلس، وعن أهم الجوانب التي اهتم بها المتصوفة الطب حيث تأثر هذا الأخير بالتصوف وتوجيهاته خاصة بعدما تكفل المتصوفة بعلاج عدد كبير من المرضى، والسؤال الذي يتبادر إلى أذهاننا متى بدأ تدخل المتصوفة في مجال الطب؟ إن تدخل المتصوفة في ميدان الطب قديم جدا، أي قبل القرن السادس الهجري وفيما يخص الطريقة التي يعالج بها المتصوف المرض فنجده يعتمد على بركة الولي، مستخدما في ذلك وسائل معينة في عملية العلاج كاللمس والمسح والريق وهي من نوع الوسائل المادية، وقد تكون الوسائل مجردة كالدعاء والصدقة والرقى.

لقد لعب العلاج بالريق أو البصق دورا كبيرا في طب المتصوفة، فهذه الوسيلة من شأنها أن تعالج أنواعا كثيرة من الأمراض كالبرص، مرض العيون، والكسر وغيرها من الأمراض، ففي تلمسان " كان الحسن بن مخلوف أبركان (ت 857 - 1455م) يعالج الأكلة في الوجه بالريق والبصاق فتخف

1 نهرو محمد عبد الكريم الكسنزان الحسيني، مرجع سبق ذكره، ص 29.

في وقتها¹. كما كان أبو زكرياء يحيى بن ميمون الصنهاجي الأسود من أزمور (ت 601هـ - 1204م) يبرئ العلل بالتقل عليها².

أما فيما يخص العلاج باللمس فكان يتم وضع اليد على مكان الألم أو العلة أو بمجرد وضع اليد على الجسم سواء كان في منطقة الرأس أو الظهر وغيرها، ففي أحد المدن المغربية كان أحد الشيوخ والذي يطلق عليه " أبو محمد الأبله (ت 765هـ - 1365م) من سلا إذا لمس بيده مريضا شفي³.

كما يستعين المتصوفة ببعض وسائل الطب الشعبي مدعminها بقوة كرامتهم، ومنها استخدامهم للرقة بالحناء وكتابة التائم والحروز وقراءة القرآن على المريض، ومن أمثلة ذلك يقال " كتب سليمان بن يوسف الأنفاسي أبو الربيع (ت 779هـ - 1378م) تميمة لزوجة أبي الوليد إسماعيل بن يوسف بن الأحمر تصاب بالصداع فذهب ألمها وسكن الوجع⁴.

فضلا عن أهمية الماء في العملية العلاجية لدى المتصوفة حيث يعالج هؤلاء بالماء المتبقي من وضوء الولي في علاج المرضى بالصرع والمس بالجن، بالإضافة إلى استعمال بعض ممتلكات الولي للعلاج كبرنوس الولي الذي يتم حرقه بهدف علاج العمى.

فالمتصوف من هذا المنطلق استخدم وسائل علاجية مادية ومعنوية متنوعة أثناء ممارسته للعملية العلاجية التي أثبتت فعاليتها، ولا تتوقف كرامة الولي بوفاته بل يستمر مفعولها من خلال العناصر التي خلفها فيلجأ إلى استخدامها المرضى أو ذوو الحاجات، فعلى سبيل المثال نجد تراب قبر الولي من العناصر الأكثر استخداما في العلاج حيث تؤخذ عينة منه ويتم نشرها على المريض أو أن يقوم المريض بلعقها، كما أن لأماكن إقامة الأولياء في حياتهم دور في عملية العلاج وكثيرا ما ترتبط باسم الأولياء عين ماء أو بئر يستخدمها الزوار للعلاج.

1 محمد حقي، مرجع سبق ذكره، ص 75.

2 المرجع نفسه، ص 74.

3 المرجع نفسه، ص 75.

4 المرجع نفسه، ص 76.

وتتعدد أنواع التصوف فبالإضافة الى التصوف اليهودي، المسيحي والاسلامي يوجد التصوف الهندي، البوذي، اليوناني والفارسي، وأنواعا أخرى من التصوف، لكن قبل الشروع في الحديث عن العلاج بالطرق الصوفية يتعين علينا معرفة معنى التصوف، فما المقصود بالتصوف؟ التصوف كما عرفه محمد عبد الكريم الكسنزان يعني "علم معرفة الله سبحانه وتعالى"¹.

فالشفاء الصوفي من هذا المنطلق " هو ذلك الشفاء الفوري الذي يحصل للمريض او المصاب بحالة طارئة في نفسه او بدنه بالاعتماد على الجانب الروحي للدين السماوي، أي على معجزات الأنبياء أو كرامات الاولياء من غير الاعتماد على وسائل العلاج التقليدية"². فالشفاء حسب هذا التعريف معجزة نبي او كرامة ولي، وعن نموذج الخوارق الشفائية في الطريقة العلية القادرية الكسنزانية ففيه يتم ضرب الجسم بالرصاص أو أن يدخل في بدن أحدهم الخناجر تعريض الجسم أيضا للسعات الحيات وللهبب النار ايضا دون ان يصاب بأذى، وفي العصر الحديث يتم تعريض الجسم لصعقات التيار الكهربائي، وعلى الرغم من اصابتهم احيانا ببعض الحروق والالآم الا انها سرعان ما تشفى، غير أننا لا بد أن نشير هنا إلى أن الله سبحانه وتعالى قد كرم بني آدم ومنحهم أساليب أخرى للعلاج تقي الجسم والنفس معا من الأمراض وتعالجها إذا أصيبت بالمرض، وعلى الرغم من الفائدة الكبيرة التي يحققها العلاج بالكي إلا أن الرسول الكريم عليه الصلاة والسلام جعلها آخر العلاج. فكيف بالعلاج الصوفي يؤكد تعريض الجسم للنار من أجل تحقيق العلاج وغيرها من الاساليب التي ذكرت في هذا المقام والتي لم يتم ذكرها فضلا عن الأدوات المستخدمة والتي لا يتقبلها العقل، ويبقى رفضنا لهذا النوع من العلاج على الرغم من وجود إستخدام له في بعض المجتمعات والمناطق.

وعن الادوات المستخدمة في ضرب الجسم نجد الاسياخ، طلقات الرصاص من نوع الكلاشنكوف او المسدس، كما تستخدم السيوف والخناجر والعصي الخشبية، هذه الادوات تستخدم في اجزاء معينة من الجسم والتي تكون معينة بالضرب فيها، وهي الخدين وعظم الترقوة، وعضلات الصدر واللسان، البطن، قاعدة الفم، الذراع، جمجمة الرأس، العين وشحمة الاذن، وغيرها من الاماكن. ونوجز الان اهم النتائج التي يتركها هذا النوع من العلاج:

1 نهرو محمد عبد الكريم الكسنزان الحسيني، مرجع سبق ذكره، ص 69.

2 المرجع نفسه، ص 28.

فبالنسبة للنوع الاول والمتعلق بفعاليات ضرب الجسم بأدوات جارحة فمن نتائجها أن يصبح الشخص لديه مناعة ضد الالم، كما يصبح لديه مناعة ضد النزيف الدموي، ان اصحاب هذه الطريقة يؤكدون ان الدم الذي يخرج بعد عملية الضرب امرا مهما يدل على حصول الضربة بشكل فعلي، فضلا عن حصول مناعة ضد الالتهابات على الرغم من ان الادوات المستخدمة غير معقمة، والغريب في هذا النوع من العلاج هو الفترة الزمنية القليلة للتماثل الى الشفاء والمقدرة بحوالي 15 إلى 20 ثانية فقط.

أما النوع الثاني والمتعلق بفعاليات تعريض الجسم للحرق بالنار، وفيه تستخدم بعض الأدوات كقطع الفحم الملتهب، كما تستخدم المشاعل وهي عبارة على عصا خشبية تلف عليها قطعة قماش وتغمر في النفط، اما الاداة الاخرى فتتمثل في الصفائح المعدنية اين يتم تسخينها جيدا، ويتم وضع هذه الادوات على اليدين والاقدام بل وحتى الفم والوجه.

إن استعمال هذه الأدوات على هذه المناطق بالذات من شأنه ان يؤدي الى حدوث احتراق المناطق المتعرضة للنار كما انها تحدث التسمم الناتج عن استنشاق الشخص المصاب لكميات كبيرة من اوكسيد الكربون، غير ان العكس تماما هو الذي يحصل حيث تصبح لدى الشخص مناعة ضد الحرق ومناعة اخرى ضد التسمم، ناهيك عن الشفاء السريع جدا للمناطق المتعرضة للنار، فالشفاء الفوري هو سمة الشفاء الصوفي كما لاحظنا ذلك في النوع الاول وسيحدث نفس الشيء في الانواع الاخرى.

والنوع الثالث الخاص بتعريض الجسم للسموم فيستخدم في ذلك الأفاعي والعقارب على مواضع من الجسم متمثلة في الأيدي واللسان وأماكن أخرى. إن الشيء العادي الذي يمكن ملاحظته من خلال اصابة شخص بعضة أفعى او سم عقرب هو الألم الشديد في موضع التسمم، وبعد إثنتي عشرة ساعة يصاب الشخص بصدمة ويصحب ذلك انخفاضاً في درجة الحرارة واحيانا يصاب بغيبوبة أو الموت، لكن ما يحدث في هذه الطريقة أن الشخص المعالج تصبح لديه مناعة تامة ضد كل أنواع التسمم لأي نوع من أنواع الأفاعي أو العقارب، غير أن الدراسات تؤكد أن إستمرارية تعرض الشخص للدغات قد يضعف من مناعة الجسم.

أما النوع الرابع وفيه يتم تعريض الجسم للصدمة الكهربائية، هنا يتم استخدام دائرة كهربائية يربط معها مصباح أو مروحة مع استخدام تيار متناوب يقدر بـ (220 فولت)، كما يتم إضافة كميات من الماء على جسم المعالج وهذا في بعض الحالات، وتعرض الرقبة والذراعين والصدر وأماكن أخرى لهذه الأدوات وما ينتج عن هذا الاستخدام مناعة ضد التيار الكهربائي مع شفاء فوري للمناطق التي تعرضت لهذا التيار.

أما على أرض الواقع فإننا نجد الشخص الذي تعرض أو أصيب بتيار كهربائي إما ان يموت أو أن يصاب بحروق على مستوى الجلد، أو إعاقة في أحد الأعضاء أو إعاقة كلية.

وعن النوع الخامس أكل الأشياء الجارحة أو السامة، وفيها يتم استخدام زجاج المصابيح الكهربائية والمواد الزئبقية التي تطل على المصابيح وشفرات الحلاقة حيث يتم تناولها أو مضغها أو ابتلاعها، ونتيجة هذا الاستخدام تصبح لدى الشخص مناعة ضد الالتهابات والتسمم والشفاء السريع، لعنا نؤكد هنا على وجود آيات قرآنية نصت على ما أحله الله لنا من مأكولات ومشروبات ولم يرد ذكر أكل الزجاج أو ما شابه بهدف العلاج، كما توجد نصوص قرآنية تؤكد على تحريم بعض المأكولات والمشروبات أيضا ومنها تحريمه تعالى للخمر وأكل لحم الميتة والخنزير وغيرها، وطبعا توجد أنواع أخرى للعلاج بالطريقة الصوفية.

ب- الزار كطقس علاجي ويطلق عليه في الجزائر الزردة، التهوال والوعدة:

يعتبر الزار ظاهرة ثقافية توجد في الكثير من المجتمعات ويتخذ أسماء مختلفة، ومن هذه الأسماء نجد: Shamanisme , Trumba. إن المجتمعات التي تستخدم الزار تشترك في العديد من الخصائص أثناء إقامة حفلات الزار، على الرغم من اختلافها في التفاصيل، ومن هذه الخصائص نذكر:

1. يتعرض المشاركون في الزار إلى حالات وأعراض مختلفة مثل الإغماء وفقدان الوعي،
2. ممارسات الزار تتضمن الموسيقى والرقص والغناء،
3. ممارسو الزار يعتقدون بوجود صلة بين الأرواح والناس.

وفي دراسة لعبد الرحمان العيسوي* وجد أن ما نسبته 3,6% فقط من طلبة الجامعة من يرون أن الزار له دور فعال في علاج الأمراض، وهذا يدل على أن التعليم قد ساهم مساهمة فعالة في القضاء على بعض التصورات الشعبية ذات العلاقة بتقاليد المنطقة.

ونشير الى أن الزار يرتبط ارتباطا وثيقا بالسحر، فالبحر والفيضانات يعتبرها البدائي قوى سحرية، وفي **الملايو** يوجد ما يطلق عليه علاج المثل بالمثل، أين يستطيع الساحر إلحاق الأذى أو المرض بأي شخص شاء، من خلال تشكيله لتمثال صغير على شكل حية وكل ما يلحق بهذه الحية من أضرار يعتقد أنه سيصيب الهدف أي الشخص المراد أذيته.

ومن أمثلة العلاج بالمثل، يتم علاج الالتهابات بالكمامات الساخنة، والقيء يشفى بالأشياء التي تثير القيء، أما في الهند فيتم أخذ المريض الى كاهن أو كاهنة القرية " فيلقى بقبضة من الحبوب وهو ينادي أجداد المريض، بينما يتدلى من السقف مصباح يهتز وعند اسم معين من أسماء الأسلاف يتوقف عن الحركة، فتقدم الضحية الى روح ذلك السلف وهي إما خنزير أو دجاجة أو جوز الهند¹. وفي **بوليفيا** يتم ذبح ماعز وفرخة وبعد سيلان الدم يبصق الساحر على إصبع المريض ويغمسه في مسحوق معين، ثم يحكه حتى يتهيج ثم يوضع المريض في كوخ تشعل فيه النار ويظل به، حتى ينجو منه آخر لحظة من الموت.

وتؤكد أغلب الدراسات على أن الموطن الأصلي للزار السودان ويبقى الإختلاف حول أصل الزار² فمنهم من يراه ذو جذور فرعونية، ومنهم من يراه حبشي الأصل وانتقل الى مصر في القرن التاسع عشر بعد الفتح المصري للسودان وعوامل الهجرة من السودان الى مصر، وان سبب استمرار

* للمزيد أنظر: عبد الرحمان محمد العيسوي، مرجع سبق ذكره.

1 فاطمة المصري، الزار دراسة نفسية تحليلية اثروبولوجية. الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، بدون طبعة، 1975. ص 77.

* الموطن الاصلي للزار هو منطقة القرن الافريقي، وأصل منطقة زار تعود الى "الآلهة الكوشيين ويسمى الاله السماوي **جارو** وهو كمصطلح كلمة أمهرية، ويمثل الزار أحد الطقوس الدينية في القبائل الزنجية حيث أنه انتقل من الحبشة الى السودان ثم مصر تقريبا عام 870. للمزيد أنظر: محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 221.

هذه الطريقة هو الاعتقاد بوجود الجن وقدرتهم في إلحاق الضرر بالإنسان بل وحتى تلبسه، خاصة أن الدين الإسلامي أكد على وجود الجن وضرورة التحصن منه بالقرآن الكريم والأذكار النبوية الشريفة، فضلا عن وجود بعض الأمراض المستعصية والتي لم يكتشف لها علاج بعد من طرف مؤسسات الطب الرسمي، وكذلك الأمراض النفسية والأمراض المزمنة كلها عوامل ساهمت في استمرار هذا الطقس، وعليه فالزار يعبر عن احتفالات يقيمها بعض الأشخاص بهدف التخلص من الأمراض وذلك بإجراء الصلح مع الجن أو الأسياد كما يقال.

وتبدأ عملية الاحتفال بمعرفة أسباب المرض وذلك من خلال الاستعانة بالجن، بعدها تأتي مرحلة التجهيز للحفل وتحضير ما يستلزم لذلك ثم إقامة الحفل واخيرا اقامة الوليمة وختام الزار كآخر مرحلة. وتعتبر الساعة العاشرة صباحا هي بداية احتفالات الزار وتمتد الى غاية المغرب او بعد العشاء، بل تمتد الى مغرب الليلة الموالية ولكل منها تسميتها وهي على التوالي (دقة نهار، دقة ليل، دقة يوم بليلة)، وهذه الاخيرة سنوية ولها موعدها المحدد، ومما زاد من استمرارية هذا الطقس هو مرونته، حيث نجده يتميز بتغيير البعض من تفاصيله ليتماشى مع أوضاع المجتمع المتغيرة من حين لآخر، لكي يحافظ على إستمراره وتأثيره، وعليه تنتوع طقوس الزار تبعا لظروف الجن، وللحالة المرضية (بسيطة او معقدة) وكذلك تبعا لإختلاف الوضع الاقتصادي الاجتماعي لمقيمه، فعلى سبيل المثال " قد تقيمه فرقة واحدة الى ثلاث فرق، وقد يتفاوت نوع وعدد الذبائح"¹. بل وحتى عدد المشاركين ومدة الاقامة،...

والهدف من الزار هو علاج الاختناق، وآلام الظهر، الصرع، العزوف عن الزواج او تأخره،...، ويطلق على المكلف بإقامة الزار او رئيسة الزار وهي امرأة طبعا اسم الشيخة او الكودية، وهذه الاخيرة هي الاكثر انتشارا سنويا حوالي خمسين سنة سمراء البشرة اكتسبت عملها بالوراثة او من خلال العمل مع كودية اكبر منها سنا، وهي اما امية او تقرا وتكتب، واهم ما تردده في الحفل أسماء مثل (كوشي، يورا، حكيم باشا) وهي تعبر عن أسماء الجن.

1 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص 175.

أما طريقة العلاج بهذا الاحتفال فتكمن في ارتداء المريضة والتي يطلق عليها عروس الزار ملابس بيضاء أو ذات ألوان فاتحة متزينة بالحلي بالنوع الذي يطلبه الجن (كأن يكون فضة أو ذهباً)، وتسير في مقدمة الحفل تتبعها الشیخة بمبخرة والأصدقاء ويتمایل الحاضرون يمينا وشمالا حتى تصاب العروس بالاعماء وتقع أرضا فتقوم الشیخة بتريد كلمات ذكرت سابقا ثم تجلس العروس في غرفة لوحدها وتذبح الطيور ويتم تلطيخا بدم هذ الطيور (بعض أجزاء الجسم) ثم تغتسل وترتدي ملابس أخرى وأخيرا تقام الوليمة. هذا في بعض دول المشرق كمصر مثلا أما في دول المغرب العربي فتوجد بعض الاختلافات الطفيفة على طريقة العلاج السالفة الذكر.

يعتبر الزار أو ما يطلق عليه طريقة الحفلات والنذور أحد الطقوس والممارسات الشعبية التي تتخذها بعض المناطق في العالم كأسلوب في العلاج، فهو طريقة " يقوم بها المشعوذون، حيث يطلبون من المريض إحضار أنواع الأطعمة واللحوم والفواكه، والأموال، ثم يفعلون مآدبة طعام يقومون إثرها بالرقص والغناء والمزامير، ويختلط فيها الرجال بالنساء، وكثيرا ما تقع فيها الفواحش والمنكرات، وهذه الطريقة أكثر تفشيا بين النساء اللواتي يكثرن التردد على الكهان والسحرة عن جهل، والكثيرات يعلنن ذلك عن علم، وهو لا شك نوع من الشرك وسخط الله¹.

3.2.3 الممارسات العلاجية المستحدثة: لقد اثبتت منظمة الصحة العالمية امية وفعالية هذا النوع من

العلاج الامر الذي ساعد في انتشاره على المستوى العالمي، وسنعرض الان اهم انواعها في الآتي:

أ- العلاج بالإبر الصينية: لقد ظهر هذا العلاج في الصين " قبل ميلاد المسيح بمئات السنين"²، مستخدمين في ذلك وسائل من مختلف المواد حيث يتم استخدام الابر المصنوعة من مادة الخشب، او العاج، أو الحديد، أو الذهب أوالفضة، "ويقال أن المصريين القدماء هم أول من استخدم الإبر الرفيعة المصنوعة من النحاس والفضة لعلاج الفقراء، أو من الذهب لعلاج الأغنياء"³، تحتاج هذه الممارسة

1 عبد الحق زداح، مرجع سبق ذكره، ص 149.

2 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص 179.

3 المرجع نفسه، ص 179.

نوعاً من الخبرة والتدريب، وقد كانت محل العديد من الأبحاث والدراسات من قبل منظمة الصحة العالمية، الأمر الذي جعلها ترسل بعثات لاختبار مدى فعالية هذه الممارسة وضرورتها للعلاج.

إن هذا الإهتمام سهل من عملية انتشارها ومن قبل أطباء يعالجون بهذه الطريقة التي تعالج عدداً من الأمراض التي تصاحبها آلام، فهي تعالج الربو، والجيوب الأنفية، كما تعالج القولون والروماتيزم والسمن، وغيرها من الأمراض.

فالإبر الصينية ما هي إلا إبر رفيعة جداً تغرز في مواضع محددة من جسم الإنسان بهدف الوقاية من بعض الأمراض أو علاجها هذا يعني أن العلاج بالإبر من شأنه أن يعيد التوازن في الجسم فهو أسلوب قديم حديث عرف منذ ثلاثة آلاف سنة قبل الميلاد أي منذ عصر الامبراطور الأصغر للصين *yellow emporor* والذي يعد كتابه " *الطب الداخلي* او *هوانج دي ناي جنج* حجر الزاوية في الطب الصيني التقليدي"¹. كما يقال انه اقدم كتاب في العالم، حيث يوجد به فصل خاص بالإبر الصينية والكي والاعشاب يطلق عليه *لينج شو* او البوابة السحرية، وعن سبب بداية استعمالها كعلاج فقد كان من خلال " تلقي احد المحاربين القدماء حربة في صدره طرفها مصنوع من حجر مدبب جعلته يشعر بفقدان الاحساس من بعض مناطق جسده البعيدة عن موضوع الإصابة"²، والملاحظ انه قد جمعت تلك الخبرات عن الوخز بالإبر في كتاب من جزئين، جزء منه خصص للحديث عن الطب الباطني، والجزء الاخر شمل المحادثة التي تمت بين امبراطور الصين الاصغر وطبيبه الخاص المعروف باسم *شي . بو . chi . po* حيث كان هذا الاخير طبيباً ماهراً في كل فروع الطب، وفي سنة 1884 نشر الامبراطور *تاوكنغ taokuang* استخدام هذه الطريقة بين الطبقات الفقيرة من الشعب الصيني بينما لجأ البعض الاخر وهم اغنياء الصين للطب الاوروبي، وبمجيئ *ماوتسي تنغ* تم تعميم هذا الاسلوب العلاجي بين كل الطبقات، حتى انه قاد حملة " لتطوير طب

* جي هونج: عاش في عصر مملكة ين في القرن الرابع قبل الميلاد (281/341 ق.م).

1 أحمد توفيق منصور، *الطب البديل العلاج الطبيعي لحل المشاكل الصحية اليومية*، ط2، الاهلية للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص 165.

2 فتحي سيد نصر، *الوخز بالإبر الصينية وهم ام حقيقة*، مكتبة مدبولي، القاهرة، 1991، ص 11.

الوخز لحل مشكلة النقص في عدد الاطباء وامر بتدريب المسعفين ليقوموا بتطبيب الامراض في القرى والنجوع عن طريق الوخز واطلق عليهم الاطباء الحفاة¹.

ومن الجمل المأثورة في الصين قولهم ان الوخز بالابر يعتبر مرحلة حيوية في بناء الصين الجديدة، اما عن مادة هذه الابر فهي مصنوعة من عظام الحيوانات، وفي عهد **ماو تسي تنغ** صنعت من الصلب الذي لا يصدأ مع راس من النحاس، وفي الشرق الاوسط عرف العلاج بالابر الصينية باسم **الخرم** وفي اوروبا عرف منذ 120 عاما بعد العلاج بالعقاقير والاعشاب، ومن بين الاطباء الاوروبيين الذين كان لهم الفضل في جلب واستعمال هذا النوع من العلاج الدكتور **dübry** سنة 1863، والدكتور **soulic de mourant** والذي استعمله سنة 1930، ومن جانب اخر اهتم الألمان بالعلاج بالوخز بالابر الصينية ومن هؤلاء العالم الالمانى **bachman** "الذي ترجم مصطلحات طريق المعالجة عن اللوائح الصينية"².

ان القاعدة الاساسية التي ينطلق منها العلاج الصيني هي ان كل علاقة في هذا الكون تعبر عن ثنائية كالموجب والسالب، والليل والنهار، وما الى ذلك " ومن هذه العلاقة وجود الذكر الذي يرمز له بالموجب، وما اصطلح على تسميته **باليانغ** والانثى او السالب والذي اصطلح على تسميته بـ **الين** أو **الينغ**، حيث تشكل هذه الازدواجية عنصر التوازن في الحياة"³. وبالطبع ان هذه القاعدة تنطبق على جسم الانسان، وعليه فما يطلق عليه **يانغ** يدل على الزيادة في نسبة الشئ، وما يطلق عليه **ين** يدل على النقصان فيه.

وبما ان الحالة الطبيعية للجسم البشري تتمثل في وجود التوازن بين الموجب والسالب فهذا يعني ان الطاقة* تسير في مسارات متعددة في الجسم وبشكل منتظم ومتوازن، ولكن احيانا يتعطل سريان الطاقة في الجسم مما يؤدي الى حدوث خلل في التوازن يعبر عن اصابة الشخص بحالة مرضية

1 فتحي سيد نصر، مرجع سبق ذكره، ص 05.

2 حنا شاربين، المرشد الطبي الحديث في علم الوخز بالابر الصينية، تحرير عمران ابو حجلة، يدون دار وبلد نشر، ص 05.

3 جمال محمد الزكي، مرجع سبق ذكره، ص 212.

* الطاقة في اللغة الصينية تعني تشي.

معينة تؤدي بذلك الى حدوث عطل في بعض المسارات فيتاثر سريان الطاقة، وعليه يتم اعادة توازن الطاقة في الجسم المريض بواسطة غرز ابر في اماكن معينة من هذه المسارات، وفي بداية العلاج بهذه الطريقة كانت توجد حوالي 365 نقطة أو مواضع متفرقة في الجسم لغرز الابر وهذا العدد يفوق العدد الذي ذكره **هوانغ فومي في كتابه** تحت عنوان **الوخز بالإبر وملحقه** والذي يشير فيه " إلى وجود 349 نقطة، في البدن كله، صالحة للوخز بالإبر"¹، غير أن تطور مجال البحث والعلاج بهذا الأسلوب زاد من عدد هذه النقاط التي تم ترتيبها في مساحات مختلفة يطلق عليها مدارات أو قنوات ولكل منها إسم يدل على عضو من أعضاء الجسم، هذه المدارات ماهي الا خطوط مرئية وهي حوالي أربع عشرا، منها إثني عشرة قناة مزدوجة من اليمين واليسار، وقناتان امامية وخلفية في منتصف الجسم، وتتمثل في قنوات الرئة والامعاء الغليظة والمعدة والبنكرياس والقلب والامعاء الدقيقة، والمثانة والكلية وغلاف القلب وقناة الحرارة الثلاثية وقناة المرارة والكبد والقناة الامامية والخلفية المنتصفة، وهذا ما أوضحه الدكتور **فايز رشيد** استشاري العلاج الطبيعي والوخز بالابر الصينية.

هذا من وجهة النظر الصينية في العلاج بالإبر الصينية، اما من وجهة نظر المدرسة الاوروبية وتحليلها لاسلوب العلاج بالابر الصينية فقد تم التركيز وبالضبط في السنوات الماضية على معرفة التركيب الفيسيولوجي لنقاط الوخز، حيث وضحت هذه المدرسة وجود فارق كبير في تركيبية نقاط الوخز عما حولها من النقاط المجاورة، اذ تبين ان نقاط الوخز غنية بوجود النهايات العصبية والشعيرات الدموية فيها، ووجود خلايا شعبية في هذه النقاط لها القدرة على افراز مواد حيوية نشطة لها دور فعال في احداث التوازن العصبي في الجسم كما وتساهم في تنظيم عمل الشعيرات الدموية كمركبات **الاندروفين والهستامين والسيروتونين** وغيرها.

كما توصلت الابحاث حديثا الى ان الدورة الدموية تزداد في مناطق الوخز وعليه " تزداد عملية التبادل الغذائي في الخلايا وافراز المواد التي تؤدي الى تقوية جهاز المناعة في الجسم"². وعن مناطق الوخز حسب رأي الدكتور **تشيوي يويه هو** فإننا نجده يحدد نقاط الوخز والتي بالإمكان التدريب عليها ومنها نقطة **تايتسونج**، ونقطة **خه فو** وهي تقع بين الإبهام والسبابة، ونقطة **تسوسان لي**، ونقطة

1 جوزيف كلاس، **مسيرة الطب في الحضارات القديمة**، ط2، مكتبة دار طلاس، دمشق، 2008، ص 140.

2 جمال محمد الزكي، مرجع سبق ذكره، ص213.

النثرة "والنثرة هي الإنخفاض في منتصف الشفة العليا، تحت الأنف"¹، وكل نقطة من هذه النقاط تعالج عددا من الأمراض، كما توجد نقاط أخرى عديدة.

وعن الحالات التي يستحيل معها استعمال الوخز بالابر الصينية نجد على سبيل المثال الامراض المعدية والطفيلية، اما الحالات التي تستعمل فيها الابر الصينية نذكر على سبيل المثال علاج الأمراض المزمنة، التوتر، القلق والاكتئاب.

ولهذه الممارسة العلاجية سبع نظريات تفسر كيفية عمل الوخز بالابر الصينية، وهي كالآتي:

- **نظرية الفطرة:** تذهب هذه النظرية الى فكرة مفادها ان جسم الانسان يعمل على استعادة توازنه بشكل تلقائي بمجرد حدوث اي خلل فيه، وان جسم الانسان بداخله قوى كبيرة لها القدرة على فعل المعجزات هذه القوى التي ينبغي على البشر الاعتماد عليها كليا قبل اللجوء الى مساعدة خارجية، وهذا ما حاول الاطباء الصينيون توكيده لدى شعوبهم، كما اكد عددا من الاطباء على دور الطبيعة في الشفاء من الامراض **كابوقراط**، وان اعتماد البشر على الادوية والكيمواويات سيؤدي الى تناقص المناعة الطبيعية والطاقة الذاتية التي منحهم اياها الله عزوجل في اجسادهم، ومن ثم يتم استخدام أسلوب الوخز بالابر على تنبيه الطاقة الذاتية لتقوم بدورها وتقوية المناعة لدى الانسان.

- **نظرية الطاقة:** يولد الانسان وهو مزود بطاقة تنمو هذه الاخيرة بالغذاء والهواء، وكلما قام الانسان باداء نشاط معين يستهلك جزء من هذه الطاقة، فاذا قلت هذه الطاقة عن الكمية اللازمة لنشاطات الانسان يحدث المرض وعند نفاذ هذه الطاقة تماما يحصل الموت لدى الانسان.

- **نظرية الدم:** لقد أجريت عدة تجارب لاستخدام الوخز بالابر على الحيوانات كالارانب والفئران وتوصلت إلى النتائج الآتية:

- "إن اتساع الاوعية الدموية في ظهر صدر الارنب عن طريق الابر يؤدي الى اتساع مماثل في اوعية الامعاء الدموية،

1 جوزيف كلاس، مرجع سبق ذكره، ص 242.

- وعند حدوث انقباضات في الاوعية الدموية في اماكن حصينة في ظهر الفأر يحدث إنقباض في الاوعية الدموية للمخ. "كذلك وجد ان الوخز بالابر في بعض المناطق يؤدي الى زيادة خلايا الدم التي تزيد من مناعة الجسم مما يعتبر انشاء مضاد حيوي داخلي"¹.

- **نظرية الأعصاب:** "تعتبر القنوات الخاصة بالوخز بالابر ممرات تسيير فيها الطاقة خلال الجسم ولا بد من وجود اتصال بين هذه القنوات"²، حيث وجد ان المناطق التي يتم من خلالها الوخز بالابر والتي تاخذ نفس اتجاه الاعصاب تزول بعض اللالام بها.

- **نظرية التعادل الكهربائي:** ويمكن توضيح هذه النظرية بالمثال التالي قد يعالج المصاب بضغط الدم المرتفع والمنخفض عن طريق وخز النقاط مع دوران الابرة في اتجاه او عكس عقارب الساعة.

- **نظرية التحكم في بوابة الألم:** إن الاعصاب في هذه النظرية ثلاثة انواع من الالياف العصبية وهي الرفيعة والمتوسطة والسميكة، وان المسؤول عن احداث ألم النوعين الاول والثالث بحيث لما يتم تنبيه الألياف السميكة تغلق بوابة الألم، في حين لما يتم تنبيه الألياف الرفيعة تفتح بوابة الألم، ومن ثم فإن هذه النظرية تذهب إلى أن الوخز بالإبر يؤدي إلى تنبيه الألياف السميكة كي لا يشعر الشخص بالألم.

وطريقة العلاج الوخز كما أشرنا سابقا تتم عن طريق الابر والتي عرفت في العصر الحالي تطورا مقارنة بالعصور الماضية، فبعد أن كانت الابر قديما تصنع من الحجارة وفروع الاشجار، وبعض الحيوانات أصبحت تصنع من المعادن كالذهب والفضة وغيرها، ومع زيادة التطور في المجال الطبي أضحت تصنع من الصلب الذي لا يصدأ كما أشرنا الى ذلك مسبقا، وهي عدة انواع من حيث الشكل.

- **الابر العادية:** ان هذه الابرة مكونة من ثلاثة اجزاء هي: الرأس، العنق ثم الجسم، والملاحظ ان لها طرف مدبب والذي يتم الوخز به وادخال كل او جزء من هذا الجسم داخل جسم المريض ويتم دوران

1 فتحي سيد نصر، مرجع سبق ذكره، ص 16.

2 المرجع نفسه، ص 16.

الابرة اما باجهزة خاصة تقوم بعملية الدوران او من خلال اليدين اي باستعمال السبابة والابهام، وتختلف الابرة من حيث الطول والحجم اذ يتراوح طولها من 5 الى 8 وحدة قياس صينية، اما حجمها فيتراوح بين 28 إلى 34 حسب اختلاف مساحة مقطع الابرة.

- **الإبر المخفية او المخفية:** حيث يتم ادخال الابرة تحت الجلد وتثبت ثم تترك في مكانها وتغطي بلاصق، اما الحالات التي تستعمل فيها فهي حالات الصداع، وحالات التهاب الكبد الوبائي، وبعض حالات قصر النظر.

- **إبرة الضغط:** وتستعمل هذه الاخيرة في حالة الاصابة بالربو والادمان والسمنة، وهي عبارة على ابرة صغيرة على شكل دبوس ولها طرف مدبب صغير وقاعدتها قد تكون مستديرة كما هو موضح في الشكل او مثلثة ومكان تثبيتها هو الاذن. أضف الى هذه الانواع توجد الابرة النجمية ذات السبع رؤوس والتي تستعمل في حالات الاصابة بالامراض الجلدية والروماتيزم، والابرة المثلثة ومن خلالها يتم معالجة الربو الصدري والحمى المرتفعة والصرع.

ويمكن القول بأن الوخز بالابر كغيره من العلاجات الاخرى له اثار اولية واخرى متاخرة اي بعد عدد من الجلسات، فعن الاثار الاولية التي يحس بها المريض بعد عملية الوخز مباشرة حدوث ألم في مكان الوخز بالابر غير أن مهارة الطبيب تخفض من درجة الألم، كما يحدث تتميل في مكان الوخز بالابر وقد ينتشر على طول قناة الطاقة، وغيرها، اما عن الاثار المتأخرة فهي الشعور بنوع من التوازن الجسماني والطمأنينة والهدوء مع زيادة القوة العضلية لان مرور التيار الكهربائي في العضلات يسهم في تقويتها، فضلا عن تنبيه جهاز المناعة وزيادة الاجسام المضادة في جسم الانسان.

أما عن طريقة الوخز بالابر فتتم بطرق عديدة ومتنوعة، ففي الطريقة الأولى نجد الطبيب يمسك برأس الابرة من خلال السبابة والابهام مقاربا لسطح الجلد، وفي الطريقة الثانية يقوم الطبيب فيها بشد سطح الجلد الى اعلى مستخدما ايضا السبابة والابهام ثم يدير الابرة بالسبابة وابهام اليد الاخرى، أما الطريقة الثالثة يثبت فيها الطبيب جزءا من جلد المريض بين سبابة وابهام اليد اليسرى مع شد هذا الجزء بين الاصبعين، ثم يقوم بادخال الابرة وادارتها باليد اليمنى، وفيما يخص الطريقة الرابعة فإننا نجد الطبيب يحدد النقطة الخاصة بالوخز فيضع الطرف المدبب للابرة ثم تدار الابرة بين السبابة

والابهام مع الضغط عليها داخل الجلد وعلى الطبيب ان يحافظ على الاتجاه الصحيح حتى تصل الابرّة الى العمق المطلوب، واخيرا نجد في احد الطرق "يمسك الابرّة بالابهام من جهة والسبابة والوسطى من الجهة الاخرى ثم يقوم بتوجيه الابرّة بحركة سريعة فيتم اختراق المنطقة السطحية الحساسة للجلد بدون ألم"¹.

وتبعاً لاختلاف طرق الوخز بالابرّة تختلف ايضا اتجاهات غرز الابرّة حيث تاخذ ثلاث اتجاهات تختلف باختلاف درجة ميل الابرّة على سطح الجلد، فنجد الاتجاه المستقيم والذي يكون عمودي على سطح الجلد، والاتجاه المائل ويتخذ زاوية قدرها 45 درجة على سطح الجلد، واخيرا الاتجاه الافقي ويميل بين 10 حتى 15 درجة على سطح الجلد.

وعن مدة العلاج فهي تختلف حسب الحالة والحاجة لذلك أي انها تختلف من مريض لآخر ومن مرض لآخر ايضا، فاذا كانت الحالة مريضة جدا فقد تحتاج يوميا الى جلسة او جلتين حتى يتحسن، وفي الحالات العادية يتم التخفيض من عدد الجلسات الى واحدة كل يومين او ثلاثة ايام وذلك على مدة 6 الى 12 جلسة، ويمكن ان يكرر هذه الجلسات في حالة حاجة المريض لها. هذا يعني انه توجد حالات تحتاج اسابيع وربما اشهر، أما في حالة الوقاية من الامراض وتحسين الصحة النفسية فان اربع جلسات في السنة كافية لتحقيق ذلك.

ولكي تكون الجلسات ذات فائدة ينصح الاطباء مرضاهم بعدد من النصائح التي تساعدهم في الامتثال للشفاء فعلى سبيل المثال ينصح بتجنب اكل الوجبات الدسمة قبل او بعد الجلسة العلاجية مباشرة ونفس الشيء نجده في العلاج بالحجامة، او تجنب القيام بعمل عضلي كبير وغيرها من الارشادات التي من شأنها ان تعزز عملية الشفاء.

وقد يؤدي الوخز بالإبر إلى حدوث مضاعفات على المريض غير أن الأطباء يؤكدون إمكانية معالجتها، فعلى سبيل المثال عند إنتشاء الابرّة يتم ترك الابرّة لفترة مع تهدئة المريض ثم تدار بعد ذلك حتى تنزع، وفي حالة كسر الابرّة يتم تحديد مكان الابرّة ثم يخدر موضعها وتنزع الابرّة جراحيا، أما في

1 فتحي سيد نصر، مرجع سبق ذكره، ص 28.

حالة نسيان الابرّة والتي تكون نتيجة لكثرة العمل فيرى الاطباء انه بإمكان اي شخص قريب من المريض نزعها وتطهير مكانها.

وقد يبدو أن العلاج بالإبر الصينية معقد نوعا ما غير أن الدكتور **تشيوي يويه هورا** يذهب إلى أن هذا الأسلوب بسيط وبالإمكان ممارسته بسهولة بشرط أن يعرف القائم بهذه العملية أماكن الوخز الأساسية وأن يتدرب عليها حيث قال أن العلاج بالإبر الصينية " ... قابل للتطبيق والتعميم بسهولة، إذ ليس من العسير، حتى على غير الطبيب، أن يعرف عدة نقاط وخز أساسية، وأن يتدرب على وخزها، في سبيل الوقاية من بعض الأمراض ومعالجتها"¹.

ب- العلاج بالفصد: "وقربا من الكي نجد الفصد الذي يقوم على مبدأ تقليل ضغط الجسم بإخراج جزء من الدم. وهذه عملية تمارس في الطب الشعبي والطب العلمي على حد سواء. وتمارسها كل الفئات الاجتماعية بداية من قمة الهرم إلى قاعدته، وكان يوم الفصد عند الملوك يوم احتفال يحضره الندماء والخاصة وتفرق فيه الجوائز والهدايا.

وبناء على ما سبق ذكره ماذا يعني الفصد؟ وماهي الفترة التي بدأ فيها الاهتمام بالفصد؟ وما هي الأمراض التي يمكن أن يعالجها الفصد؟. الفصد يعني " شق العرق فصدّه يفصده وفصادا، فهو مفصود وفصيد، وفصد الناقة، شق عرقها ليستخرج دمه فيشره، وتاويل هذا ان الرجل كان يضيف الرجل في شدة الزمان فلا يكون عنده ما يقويه، ويشح ان ينحر راحلته فيفصدها فاذا خرج الدم سخنه للضيف الى ان يجمع ويقوى فيطعمه إياه"².

كما تعرف على أنها: "سحب كمية من دم المريض عن طريق الوريد لغاية الفحص المخبري أو لإستطباب معين، ويتم اجراؤها بالعلق الطبي* أو بإبرة غليظة، حيث يؤخذ مقدار من الدم يتراوح بين 200 و 500 سم³ من الدم في كل جلسة"³. ان الفصادة بالعلق الطبي استخدمت منذ القديم، حيث يتم

1 جوزيف كلاس، مرجع سبق ذكره، ص 142.

2 جمال محمد الزكي، مرجع سبق ذكره، ص 203.

* العلق الطبي: تفرز دودة العلق مادة الهيرودين اثناء قيامها بامتصاص الدم، مادة الهيرودين مانعة لتخثر الدم.

3 حسام أحمد توفيق، مرجع سبق ذكره، ص 181.

وضع دودة العلق على الموضع المراد فصدته فتقوم العلقة بامتصاص من 10 الى 15 غ من الدم وتسقط بعد الشبع، حيث يسيل من 10 الى 15 غ من الدم اضافة الى الكمية الاولى، وفي حالة عدم سقوط العلق فانه يتم عصر بعض الليمون وبعض الملح فيسقط، ونظرا لاهمية العلق الطبي فقد تم الاعتماد عليه في سنوات الثمانينات من القرن العشرين لعلاج القصور الوريدي.

وأما ما ورد عن الفصادة في الموسوعة الطبية الفقهية للدكتور أحمد محمد كنعان: في أن "الفصادة او الفصد هي شق او قطع العرق او الوريد لاستخراج الدم، وهي بذلك تختلف عن الحجامة التي تجري بتشريط الجلد وليس شق العرق"¹.

وعن الفصادة من الناحية الطبية وما كتبه البروفسور ب. كونيافي وغيره من الباحثين في الموسوعة الطبية السوفيتية الكبرى عام 1980، "ان الفصادة هي طرح لكمية من الدم من الدورة الدموية لغاية علاجية بحته بطريقة البزل للوريد بآبرة او جرح الوريد او تشطيه واحيانا ببزل الشريان"².

وتعتبر الفصادة علاجاً قديماً جداً وقد ورد ذكرها في اوراق البردى الفرعونية، كما أنها لاقت اهتماماً من قبل أبو قراط، ويعتبر القرن الثالث قبل الميلاد القرن الذي تم فيه وضع أول نظرية متكاملة قدمت الاسباب حول ماهية واهمية الفصد والهدف منه وكان ارسطو طاليس هو من وضع هذه النظرية، حيث فسّر الفوائد الجمة الناتجة عن استخدام الفصد كطريقة للعلاج، كما أكد جالينوس على اهمية الفصادة في تعديل الاخلات في الجسم او تحريكها، خاصة انه كان يعتقد بان اسباب الامراض تعود الى حدوث خلل في هذه الاخلات.

والأطباء المسلمين اكدوا بدورهم اهمية الفصد واثره الوقائي على جسم الانسان، وفي اوربا انتشر الفصد بنوعيه الوقائي والعلاجي، وبالتحديد في ايطاليا عرف الفصد انتشاراً واسعاً خاصة في القرن السابع عشر لدرجة استعمالهم لافضل واجمل الاواني والتي كان الهدف منها جمع دم المفصود، وعملية الفصد إذا كانت قد لاقت إستحساناً وقبولاً من قبل بعض الاطباء والناس فقد لاقت ايضاً

1 جمال محمد الزكي، مرجع سبق ذكره، ص 203.

2 المرجع نفسه، ص 206.

معارضة من الاطباء الاخرين امثال **هارفي ومالبيغي**. وزمرة من المجتمعات المختلفة، ورغم ذلك فقد استمرت عمليات الفصد من قبل الاطباء في القرن الثامن عشر.

اما في القرن التاسع عشر في اوروبا عرف الفصد أوج تطبيق له حيث أن 75% من نزلاء المستشفيات يفصدون، حتى اننا نجد الجراح الفرنسي **بروسي Broussais** من اهم المهتمين بطريقة الفصد في علاج الالتهاب الرئوي الجيني الامر الذي مكنه من وضع قواعد للفصد اعتمد فيها على النبض والحالة العامة للجسم، وتبعه عددا من الاطباء الذين يؤكدون على فائدة الفصد في علاج الحمى الرئوية والالتهابات، ورغم ان الفصد كاسلوب علاجي ناجح اكده عددا من الاطباء وبخاصة في القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين وما كتبه **Osler** في طبقات كتابه المتتالية بداية من عام 1892 وحتى عام 1947، الا انه سرعان ما اصبح مجهولا تغافلته كتب الطب وذلك منتصف القرن العشرين.

ولازال الباحثون من الاطباء يؤكدون الفوائد الجمة لعملية الفصد فهذا **جيروم سوليفان** اختصاصي القلب في المركز الطبي **شارلستون** بولاية كارولينا الجنوبية، ومن خلال الابحاث التي اجراها عدد من الاطباء الفنلنديين وبعد متابعة دامت خمس سنوات اجريت على مجموعة من الرجال من متوسطي العمر اكدت نتائج ابحاثهم ان زيادة نسبة الحديد في الدم تؤدي الى الاصابة بالنوبات القلبية وان علاج هذه الحالة يكون بفقدان الدم بانتظام حيث ان جسم الانسان بهذا الاسلوب سيفقد كمية من الدم كما يفقد في الوقت ذاته عنصر الحديد الذي يخزنه الجسم في صورة مركب الفيريتين، وعلى هذا الاساس فمن الافضل للرجال التبرع بالدم وبشكل منتظم كأن يكون ثلاث مرات في السنة مثلا، وفي هذا الشأن يؤكد البروفسور **سالونين** وزملاؤه بفنلندا ان امراض القلب قد اختفت لدى الاشخاص المتبرعين بالدم وتقدر نسبتهم بـ 83% من مجموع 2682 شخصا.

أما عن الفرق بين الفصد والحجامة فيمكن في ان الاستفراغ في الاولى يكون من العروق، اما الاستفراغ في الحجامة فيكون من الجلد، بمعنى آخر ان التبرع بالدم ينتمي الى الفصد والذي يعني "التخلص من بعض مكونات الدم بكميات معينة في وقت قصير ويتم ذلك من خلال وريد دموي وليس

من خلال مسام الجلد¹. أي أن الفصد يهدف الى اخراج كمية من دم المريض على ذلك ببزل الشريان او ببزل الوريد بآبرة عريضة، وعليه نقول أن الفصد لا يستفاد منه في تنبيه اماكن معينة في الجلد وهذا ما تحققه لنا الحجامة، حيث ان اي خدش يحدث في الجسم يؤدي الى حدوث حالة استنفار لجهاز المناعة فيزداد بذلك افراز كرات الدم البيضاء وتزداد المناعة، وهذا ان دل على شيء فانما يدل على ان الجسم له القدرة على الدفاع عن نفسه بنفسه.

وعن الامراض التي يستخدم فيها الفصد نجد* : (فرط الكريات الحمراء في الدم، حالات الارتجاج eclampsia المرافقة لالتهاب الكلى او الحمل، قصور البطين الايمن المتوافق مع ارتفاع الضغط الوريدي، الانسمامات المزمنة التي طال فيها وجود السم في الدم، القصور الحار في البطين الايسر).

ج- العلاج بالقوة المغناطيسية الذاتية: او ما يعرف بالقوة الحيوية الشخصية، وهي ذات منشأ ديني وتسمى (برانا) وتعالج هذه الطريقة أمراض المعدة والامعاء، والضعف العام، والاعصاب، وعن اسلوب هذا العلاج في حدوث توازن الصحة للمصاب فيكون من خلال وضع المعالج يده على مكان الداء او الالم لمدة معينة فيحدث الشفاء، " يفسر العلماء ذلك بان المعالج يرسل بعضا من فيض قواه الحيوية الى الجزء المعتل بتوجيهها بقوة ارادته، فيقوى الجزء المريض ويعود الى حالته الطبيعية"².

ان المنتبع لهذا النوع من العلاج يجده يتشابه تماما مع العلاج الذي كان يقدمه الرسول صلى الله عليه وسلم للمرضى مع قول بعض الادعية اثناء وضعه يده على مكان الالم، وقد ذكرناها سلفا في مبحث الطب النبوي.

د- العلاج بأدوات علم الموجة الذاتية: لقد نشطت حركة الاهتمام بهذا العلم خلال القرن التاسع عشر ومن بين الدول المهتمة به الولايات المتحدة الامريكية، انجلترا، فرنسا، هولندا، بلجيكا، وقد اثبتت

1 ابو الفداء عزت محمد عارف، أسرار العلاج بالحجامة والفصد، دار الفضيلة للنشر و التوزيع والتصدير، القاهرة، بدون سنة، ص 90.

* اما عن الامراض التي كانت منتشرة في هذا العصر فهي الانيميا، والبلهارسيا، والرمد الحبيبي، وامراض القلب، والبواسير، والتهاب الامعاء...وهي لازالت الى يومنا هذا تنتشر في الريف المصري يعتبر البعوض والذباب أحد أهم أسبابها.

2 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص 180.

التجارب فعاليته، حيث اثبتت هذه التجارب ان نصفي جسم الانسان يملكان قطبية مغناطيسية مختلفة، اما عن سر هذا العلم فنجده يرى " ان الانسان يصدر اشعاعات موجبة ذاتية متوازنة تمثل لونه الذاتي، ولكل انسان موجة خاصة به قد تكون سالبة او موجبة الشحنة، ويحدث المرض عند اختلال التوازن في هذه الاشعاعات في اي جزء من جسمه".¹

اما عن الادوات المستخدمة في فنجد اهمها البندولات والتي استعملها قدماء المصريين في الكشف عن مكان المرض عند حدوثه او قبل حدوثه، بالاضافة الى انها تستخدم كأداة لإمتصاص المعالج الروحي للإشعاعات الكونية الشافية الموجودة في الغلاف الجوي والتي يجب ان يتناسب طولها مع طول الموجة الثانية والتي تصلح لعلاج المريض، وبعدها تاتي الخطوة التالية والتي يقوم فيها المعالج بإرسالها بواسطة البندول على شكل موجات كهربائية غير مرئية فيحصل بذلك الشفاء للمريض، كما تم استخدام الاهرامات واحجار تشع موجات شافية واخرى عكس ذلك حيث تكون موجات قاتلة للحبوية.

ونشير هنا الى ان الادوات المستخدمة في علم الموجة الذاتي قد عرفت تطورا حيث اصبح ت يستخدم فيها اجهزة الكترونية، وحاليا فان هذا النوع من العلاج يستخدم في مجالات عدة واصبح محل اهتمام وعناية وبحث وتجارب من قبل المعاهد المتخصصة في الطب التكميلي في عدد من دول العالم، بل قد وصل ببعض من الافراد في مختلف المجتمعات يعتقد في فعالية بعض المعادن كالححاس والفضة من خلال ارتدائها كعامل مهم للتخلص من الآلام او بعض الامراض او الوقاية منها.

هـ - العلاج بالتدليك أو التمسيد: ويعرف بـ *massage* وهو طريقة قديمة الهدف منها تنشيط الدورة الدموية وتسكين الآلام، وتستخدم في عملية التمسيد اليد كاملة أو باحدى الأصابع كالسبابة والإبهام والوسطى، وذلك خلال فترات زمنية تختلف بين الثواني والدقائق بل وحتى الساعات وهذا حسب الحالة المرضية كما ان جلسات التدليك قد تكون مرة او مرتين يوميا او تمتد اسبوعين حسب الحاجة لذلك، على ان تتخلل عملية التمسيد فترات من الراحة، والبعض يستخدم المراهم كوسيلة

1 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص 180.

للتدليك او زيت الزيتون او الفازلين او مواد اخرى، وقد يعتمد التدليك على الضغط او القرص وفي نقاط محددة من الجسم يستعمل فيها عددا من الوسائل كالكرات المعدنية او الصفائح الرقيقة او قطع معدنية كالنحاس والفضة والذهب، فضلا عن استخدام الأحجار في عملية العلاج وذلك من خلال تسخينها في الماء ثم وضعها على الجسم، ويتم وضع الأحجار الكبيرة الحجم على مستوى الظهر ومناطق أخرى من الجسم، أما الأحجار الصغيرة الحجم فيتم وضعها على الأصابع، ويمكن القول أن العلاج بالتدليك وسيلة منتشرة في كل المجتمعات وتعتمد عليها المجتمعات العربية بشكل كبير نظرا لفعاليتها ولا زال يعتمد عليها إلى يومنا هذا.

و- **العلاج باليوغا:** اليوغا كلمة هندية قديمة تعني الاتصال، والمقصود بهذه الكلمة " فن السيطرة على النفس والجسد وسمو بالعقل والروح"¹. فهي مجموعة من التمارين البدنية الهدف منها تنمية الشخصية الانسانية ومساعدتها على التكيف الاجتماعي مع المحيط أو البيئة الموجودة فيها والمليئة بالتوترات النفسية والقلق وغيرها.

كما تعرف ايضا على انها طريقة من خلالها يتم المحافظة والتوازن بين جهازي الفكر والجسد، فهي تساعد على السمو الروحي فتجعل " الأنا تماس الطبيعة وتؤدي للتناغم والتوافق بين الانسان وبين الآخرين"².

واليوغا اسلوب مميز يعلم الفرد فن الصبر والهدوء والمراقبة الذاتية، كما تحرض عندنا اهمية الانتباه، وتساعد في التغلب على الآلام الجسدية، فهي تربط بين الجانب النفسي والجسدي والفكري للإنسان وعن طريقها " تتصل روح الإنسان بروح خالقه تعالى فهي صلة الوصل بين الإنسان وخالقه كما في الصلاة والذكر والدعاء"³.

وتشمل ممارسة اليوغا تحلي الشخص بعدد من الصفات نوردها في الآتي:

- الإبتعاد عن السلوكات السيئة كالكذب والايذاء والحسد والافراط الجنسي وغيرها،

1 حسام أحمد توفيق، مرجع سبق ذكره، ص 75.

2 المرجع نفسه، ص 77.

3 المرجع نفسه، ص 76.

- ممارسة السلوكات الخيرة كالنظافة، والتكشف والتدين والاخلاص لله،

- اتخاذ الاوضاع المريحة وذلك بغية التركيز الفكري والتأمل، السيطرة على الحواس وتركيز فعاليتها وعدم الاصغاء لأي مؤثر من المحيط الخارجي، فضلا عن تنظيمها لعمليات التنفس،
- التركيز على فكرة محددة، والتأمل، وكذا التركيز العالي نحو المثل الاعلى، وهي المرحلة الاخيرة التي يصلها اليوغي.

ي- العلاج بالتصور: ويعرف التصور كما أشرنا إلى ذلك في الفصل الأول على أنه " إدراك عقلي بسيط لشيء ما، لأن العقل هو الذي تتمثل لديه ماهية ذلك الشيء بتمامها"¹، فالتصور إذن أحد النعم التي أودعها الله سبحانه وتعالى فينا والتي إذا استعملت بطريقة صحيحة ستسهم بشكل فعال في الصحة النفسية والفكرية والاجتماعية والجسمانية، وعلى هذا الأساس تؤكد الكثير من الأبحاث على أهمية العلاج بالتصور وفي ذلك ذكر *ابن سينا* أن قوة الفكر قادرة على إحداث المرض والشفاء منه، وأن للفكر قوة مؤثرة ليس على جسم الفرد بل على أجسام الآخرين²، وفي نفس السياق يؤيد هذا التصور عددا كبيرا من الفلاسفة أمثال *أرسطو طاليس* و*أبقراط* حيث يرون أن التصور من شأنه أن ينشط القلب والجسد حيث " كانوا يعتقدون أن الصور توظف الروح في المخ فتتنشط القلب وسائر أعضاء الجسد. كما كانوا يعتقدون أن التصور القوي للمرض يؤدي لظهور أعراضه فعليا"³، نجد أيضا *بومباناسيوس* والذي أكد ما ذهب إليه *ابن سينا* في ضرورة استخدام المخيلة للوصول إلى أحسن النتائج.

إن ذلك يعني أن العلاج بالتصور قديم وجد في حضارات قديمة كالحضارة المصرية واليونانية كما يستخدم لدى القبائل الإفريقية والهندية وخاصة لدى هنود *النافاجو* وفي أمريكا الجنوبية أيضا، أما على المستوى الطبي فنجد تأييدا واسع لهذا الأسلوب العلاجي من قبل ثلة من الأطباء أمثال الطبيب

1 رشيد قوقام، *أسس المنطق السوري*، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2008، ص 45.

2 حسام أحمد توفيق، مرجع سبق ذكره، ص 116.

3 أحمد توفيق حجازي، *العقل الباطن قوة خارقة كامنة في أعماقك*، دار كنوز المعرفة، عمان، 2007، ص 185.

براسلوس الذي قال "بأن الفكر يمكن أن يسبب المرض والشفاء"¹، وفي نفس السياق يؤكد أستاذ الطب النفسي دينيس جيرستن على أهمية التصور حيث يرى انه اللغة الاساس الموجودة داخلنا، فنحن نتفاعل بفكرنا مع كل شئ يحدث من خلال الصور، وان الصور حسب رأيه ليست بصرية فحسب بل قد تكون صوتا او رائحة او ملمسا بل وحتى مذاقا، وتتفاعلنا اليومي مع هذه الصور تعبر الى أذهاننا آلاف الصور منها السلبي ومنها الايجابي، وأن الصور السلبية هي التي تؤدي الى التدهور الصحي على عكس الصور الإيجابية التي تساهم بشكل فعال في تحقيق الشفاء، هذا يعني أن أفكارنا هي السبب في نوعية حياتنا التي نحياها فهي التي توجه سلوكياتنا فتبني شخصيتنا أو تدمرها، وعن أهمية الفكرة في خلق التنمية الشاملة يرى المفكر الجزائري مالك بن نبي أن " المجتمع المتخلف ليس موسوما حتما بنقص في الوسائل المادية (الأشياء)، وإنما بإفتقار للأفكار، يتجلى بصفة خاصة في طريقة إستخدامه للوسائل المتوفرة لديه، بقدر متفاوت من الفاعلية، وفي عجزه عن إيجاد غيرها، وعلى الأخص في أسلوبه في طرح مشاكله أو عدم طرحها على الإطلاق، عندما يتخلى عن أي رغبة ولو مترددة بالتصدي لها"²، إن مالك بن نبي يؤكد العلاقة الوثيقة بين التخلف والفكر البشري وأن المشكلة الرئيسية في التخلف ليس في عدم توفر الموارد المادية الطبيعية منها والمالية بل تكمن في سوء تسيير أفكارنا بما يخدم مصالحنا ومن ثم مصالح الآخرين.

واليابان كأحد الدول العملاقة على المستوى العالمي مثالا على ذلك إهتمت بصناعة المورد البشري من خلال تنمية فكره بضرورة خلق تنمية شاملة على الرغم من النقص الكبير الذي تعرفه في الموارد الطبيعية، فضلا عن طبيعتها الجبلية التي عرقلت الكثير من مخططاتها التنموية غير أن حسن إستخدام الفكر جعل منها أحد الدول الكبرى في العالم وفي كل المجالات.

ونفس الشيء يمكن أن يقال على ألمانيا بعد الحرب العالمية الثانية سنة 1945م ونتيجة لإستخدام الفكر والإستثمار في المورد البشري مع قلة الإمكانيات المادية بل وإنعدام أغلبها جعلها الآن من أهم وأكبر الدول في المجال التعليمي والإقتصادي وغيره من المجالات، فهو الفكر إذن الذي

1 حسام أحمد توفيق، مرجع سبق ذكره، ص 116.

2 مالك بن نبي، مشكلة الأفكار في العالم الإسلامي، ترجمة بسام بركة، وآخرون، دار الفكر، دمشق، 2005، ص

يصنع المعجزات وقد قال سقراط عن الفكرة بها يستطيع الإنسان أن يجعل عالمه من الورود أو من الشوك.

وبالفعل مع بداية السبعينات طبق الطبيب *كارل سيمنتون* العلاج بالتصور إلى جانب استخدام الكيماويات والإشعاع على 160 شخص مصاب بالأورام السرطانية يستحيل شفاؤها، ف" حدث أن 40% من مرضى هذه التجربة ظلوا على قيد الحياة بعد أربع سنوات من بدئها، و22% أظهروا تحسنا ملموسا، و19% تراجعت أورامهم منكمشة"¹، ويضيف قائلا "إن التصور يمكن أن يقوي الجهاز المناعي بتخيل صور لكرات دم بيضاء تقهر خلايا السرطان الضعيفة"².

فالصورة الذهنية تفسر طبيا على أنها تؤدي إلى حدوث تغيرات فسيولوجية إذ كلما كانت هذه الصورة تسير في خط سلبي سيؤدي ذلك حتما إلى إنتاج عدد كبير من الأدرينالين، مما يعيق الشخص عن إيجاد الحل إذا كان في مشكلة ما، أما إذا كانت الصورة إيجابية، فبدلا من انطلاق الأدرينالين في الجسم يتم إطلاق المهدئات الطبيعية التي تعين الشخص على التنفس الهادئ وينخفض التوتر وينشط جهاز المناعة ويقوى.

إن ذلك يقودنا إلى القول بضرورة تعلم كيف نوظف الصورة في دماغنا، ذلك لأن توظيفها بالشكل الصحيح من شأنه أن يكون له تأثيرا إيجابيا على صحتنا وحياتنا ككل، وفي هذا الشأن يرى *جيرستن* أن "الإنسان لو تعلم كيف يجيد توظيف الصورة في دماغه بدلا من تركها تتدفع وتمر بلا إرادة، فيمكن أن تكون لها تأثيرات إيجابية طويلة المدى على صحته وعلى عيشه منسرحا"³. غير أن التحكم في الصورة الذهنية أمر في غاية الصعوبة ويتطلب جهدا ووقتا أطول واستمرارية خاصة إذا علمنا أن حوالي عشرة آلاف فكرة تدمج في أذهاننا يوميا وأن نصفها على الأقل ذو طابع سلبي.

كذلك نجد الطبيب الأمريكي *بيرنارد سيجل birnard sigel* وهو استاذ الجراحة المساعد لكلية الطب بجامعة يال قد توصل إلى أن الكثير من المرضى يملكون القدرة على الشفاء الذاتي، ولكن

1 أحمد توفيق حجازي، مرجع سبق ذكره، 184.

2 المرجع نفسه، 184.

3 المرجع نفسه، ص 120.

تتقصم الارادة الامر الذي يجعلهم يعتمدون على الطبيب والادوية ومن ثم فلا ينفع معهم العلاج بالتصور، وركز إهتمامه على الصور التي يراها المرضى في أحلامهم أو التي يقومون برسمها ودورها في إكتشاف المرض، ومن الأبحاث الرائدة في مجال العلاج بالتصور البحث الذي قام به **جاكوبسون** djakobson سنة 1925 والذي إكتشف من خلاله ان الانسان حينما يتصور انه "يركض فإن عضلات ساقيه تغمز بانقباضات صغيرة لا ارادية"¹، فضلا عن الدراسة الإيرلندية التي أثبتت أن التصور قد رفع من عدد الخلايا القاتلة السوية للجهاز المناعي، ذلك لأن هذه الخلايا هي المسؤولة عن الفيروسات المعدية، والميكروبات التي قد تصيب الجسم، ويذهب **مانتاك شيا mantak chia** وهو أحد علماء العلاج بالطاقة البشرية في كتابه الإبتسامة الداخلية " إن الفكرة تؤثر على الحواس الخمسة ثم تؤثر على جميع الأعضاء الداخلية وذلك يسبب عدم إتزان طاقة الإنسان مما يؤدي إلى الأمراض بكافة أنواعها"².

وعلى هذا الأساس لا بد أن نستغل أفكارنا بوعي وعقلانية أي بصورة إيجابية بناءة كي نحقق أهدافنا وطموحاتنا بما يخدم الوسط الذي نحيا ضمنه يقول تعالى "إن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم" (سورة الرعد، الآية 11).

فضلا عن وجود انواع اخرى من العلاجات الطبيعية الحديثة كالعلاج بالاعطور او العلاج العطري الذي استخدم منذ الاف عدة من السنين، يقول جون ستيل احد استشاريي العطور في لوس انجلس: "لقد كانت في مصر القديمة حضارة عطرية للغاية، فلقد قاموا بتحضير الزيوت العطرية لاغراض التدليك والاستحمام والطب، واحرقوا البخور في الاحتفالات الدينية، واستخدموا زيت شجر الارز العطري لتحنيط الموتى"³، فالروائح لها دو فعال في التأثير على نشاط المخ يقول الدكتور هيرش: "اننا نعلم من دراسات تردد موجات المخ ان شم اللافندر يزيد موجات الفا في مؤخرة الراس وهذه تكون مصحوبة بالاسترخاء. بينما تسبب رائحة مثل الياسمين زيادة موجات بيتا في مقدم المخ

1 أحمد توفيق حجازي، مرجع سبق ذكره، ص 117.

2 إبراهيم الفقي، **قوة التفكير**، بدون بلد ودار نشر، 2007، ص 78.

3 بيل غوتليب، **إختيارات جديدة في العلاج الطب البديل**، ط 1، مكتبة جرير، السعودية، 2003، ص 22.

وهذه تكون مصحوبة بحالة من زيادة اليقظة¹، كما تستخدم عن طريق التدليك باضافتها لزيوت اخرى كزيت الزيتون او زيت السمسم وغيرها حيث يؤدي ذلك الى تعزيز فوائد التدليك وتحسين الدورة الدموية.

رابعاً: أهم السمات التي تميز الطب الشعبي عن الطب الحديث

ان الطب الشعبي ينظر الى الكائن البشري كوحدة واحدة لا تتجزأ، مشتملة بذلك الابعاد الروحية والعقلية والجسمية والاجتماعية، فهو كما سبق الذكر انه وثيق الصلة بحياة وثقافة جماعات معينة من الناس، وعليه فاهم الخصائص التي ميزت الطب الشعبي عن الطب الحديث نوردتها فيما يلي:

1- ينظر الطب الشعبي للفرد من جميع النواحي، على عكس الطب الحديث الذي تعد نظرتة قاصرة حيث يركز على النواحي الفيزيكية من حياة الانسان فهو يتعامل مع الجسم البشري كآلة، وهذا ان دل على شئ فانما يدل على ان اي خلل يحصل في الجانب الفيزيقي للانسان له علاقة بتاثير الجوانب الاخرى المحيطة به والمتمثلة في الروح، العقل، المجتمع، وعليه ولكي يتمتع الانسان بصحة جيدة فعليه ان يعيد تنظيم الجوانب الاخرى من الحياة البشرية، وهذا يقودنا الى القول ان الصحة كمفهوم لم تعد تعني صحة وسلامة البدن كما كان سائداً في السابق، بل اتسع مفهومها ليصبح حالة من السلامة البدنية والعقلية والروحية وكذا الاجتماعية بما ان الانسان يعيش في وسط اجتماعي وليس بمعزل عن الاخرين من بني جنسه، وهذا يوافق الحديث الشريف في قول الرسول صلى الله عليه وسلم: "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم كمثل الجسد الواحد اذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى" (أخرجه البخاري ومسلم عن النعمان بن بشير).

2- لا توجد أضرار جانبية من ممارسة الطب الشعبي.

3- كثيراً ما يقدم الطب الشعبي علاجاً لعدد من الامراض التي لم يجد لها الطب الحديث حلاً او علاجاً لها كالخلل الكولاجيني وامراض المفاصل والعظام، وحتى الامراض النفسية.

1 بيل غوتليب، مرجع سبق ذكره، ص 24.

4- يؤكد الطب الشعبي على اتباع نظام غذائي مناسب، مع ممارسة التمارين الرياضية، وإقامة علاقات انسانية وسلوكيات ايجابية وبيئية...

5- يعتمد الطب الشعبي في عملية العلاج على النباتات الطبية التي يجذب ان تكون مزروعة في نفس البلد الذي يمارس فيه العلاج، ومن ثم فهي تجنب الفرد تناول العقاقير واجراء العمليات الجراحية.

إن المتأمل في النقاط الخمسة السابقة سيقف بالضرورة على النقطة الثانية محاولا في ذلك التأكد من مدى صحتها، فيتساءل هل فعلا الطب الشعبي لا يؤدي الى اضرار نهائيا كما هو شائع في مجتمعنا من ان الطب الشعبي اذا لم ينفع لم يضر. اننا ومن خلال بحثنا في هذا الموضوع ومن خلال تتبعنا لما قدمه بعض الاطباء المتخصصين في الطب الرسمي والطب الشعبي او الطب البديل يؤكدون خطأ هذه النظرة التي يؤمن بها العديد من افراد المجتمعات في كل بقاع العالم، فهم يذهبون - أي اهل الاختصاص من الاطباء - الى القول بان الخطا في استخدام الاعشاب بمقادير معينة او خلط اعشاب مع بعضها البعض دون معرفة المواد المكونة في كل عشبة من شأنه ان يؤدي الى اخطار وخيمة قد تصل الى حد وفاة الشخص، كذلك استخدام الحجاماة او الكي بوسائل غير معقمة ودون معرفة الحالة الصحية العامة للجسم او استخدامها في مواضع من الجسم قد يكون صاحبها مصابا باحد الامراض ومن ثم لا يحتاج الى اجرائها في تلك المواضع بل في مواضع اخرى قد يسبب لهذا الشخص الاعاقة او الموت، ونحن في هذا الصدد نؤكد بعد البحث والدراسة المتواضعة في هذا الموضوع الى ان لكل شئ سلبيات وايجابيات ينبغي الحذر منها والاحاطة بها وان لكل علاج ظروفه ووسائله ينبغي ان يراعى فيها الدقة والتخصص خاصة اذا تعلق الامر بجسد الانسان.

خامسا: أهمية واسباب التوجه الى العلاج بالطب الشعبي

لقد أصبح الكثير من المرضى الان يفضلون العلاج بالطب الشعبي على العلاج بالطب الحديث، وعليه يمكن تحديد اهم اسباب الاهتمام بهذا الاسلوب العلاجي والتي في معظمها لها علاقة بالعناصر الخمسة السالفة الذكر، ويصنفها الباحثين الى قسمين يمثل القسم الاول منها في الاسباب الاساسية، والقسم الثاني في الاسباب الثانوية ونوجزها في الاتي:

1- الأسباب الرئيسية: وتتمثل في الآتي

1-1 تزايد الآثار الجانبية للطب الالوباثي* وخوف الناس من هذه الآثار والتي نتجت من استعمال الادوية الكيماوية المصنعة، فعلى الرغم من ان المستحضرات الطبية لم يتم استعمالها الا بعد اختبارات ودراسات مخبرية من قبل المختصين في هذا المجال الا انها قد ادت الى هلاك عدد كبير من المرضى فمثلا حوالي " 60% من الادوية المصنعة قد منعتها منظمة الصحة العالمية، او حذرت من استعمالها خلال ربع القرن الماضي، وذلك بسبب عوارضها الخطيرة وآثارها الضارة، خاصة وان الدراسات والاختبارات الحالية التي تخضع لها الادوية قبل طرحها للاستعمال مازالت غير كافية، كما ان نسبة 80% من المرضى يفضلون العلاج بوسائل الطب البديل (الاعشاب مثلا)."¹ وهذا هو السبب الاول والاكثر اهمية والذي اقلق الناس بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة،

1-2 التكلفة الحزونية (المتزايدة) للطب الالوباثي وخاصة في دول العالم الثالث، " فنفاقات ومخاطر الطب التقليدي تعد نتائج مباشرة لاعتماده المتزايد على اجراءات توسعية قد تضر باجزاء اخرى غير مصابة، وآلات تكنولوجية وعقاقير تشكل خطورة على المريض."²

1-3 حينما يصاب الناس بالاحباط او الفشل في الحصول على العلاج المطلوب لامراضهم من خلال الطب الحديث فانهم سوف يبحثون عن بعض اشكال العلاج البديلة التي تخفف عنهم آلام المرض، وهنا يكون الطب الشعبي ملاذهم، وفي ذلك يقول **عبد المجيد بوناب** تتعدد اسباب لجوء الناس الى العلاج الشعبي ومنها" الفاقة التي تدفع المريض في غالب الاحيان الى ذلك، وكذلك اليأس من الشفاء بالعلاج الطبي والدواء العادي لقللة فاعليته. وذلك ما يفسر بروز الدجالين والمشعوذين، وعودة الحديث عن السحر والعين وغيرها بهذه الدرجة."³

* الطب الالوباثي: اسم اطلقه صاموئيل هانمان على الطب التقليدي اي النظام العلاجي السائد في العالم والذي يعتمد على الاطباء والجراحون.

1 حسام أحمد توفيق، مرجع سبق ذكره، ص 04.

2 أندروويل، مرجع سبق ذكره، ص 124.

3 عبد المجيد بوناب، تجارة الدواء في الجزائر بين جهل المستهلكين وضمير المعنيين، مجلة العلم والإيمان، العدد الخامس، مؤسسة المعالي للنشر والإعلام، الجزائر، 2007، ص ص 24-25.

1-4 البعد عن مصادر الخدمة الصحية الحديثة، ففي بعض المناطق تعد امكانية الوصول للخدمة الصحية امكانية جد ضئيلة، خاصة اذا كان سكان هذه المناطق من الفقراء. وان كان هذا السبب في الوقت الحالي لا يعد سببا رئيسيا وذلك نظرا لتواجد الخدمات الصحية تقريبا في كل المدن والقرى.

2- الأسباب الثانوية:

1-2 كثيرا من الناس يلجؤون للطب الشعبي نظرا لبساطته وسهولته،

2-2 كما نجد ان الكثير من الناس يفضلون العلاج بالطب الشعبي ايمانا منهم بانه الشافي، ومن ثم نجد لديهم كرها ونفور دينيا أو فلسفيا وعدم تقبل لبعض الممارسات الطبية الغربية، كما لا ننسى الارتباط الوثيق بين الثقافة والطب الشعبي في العديد من المجتمعات وخاصة في المناطق الريفية، مما يجعل سكان الريف يقبلون بالطب الشعبي.

3-3 الاعتقاد السائد بين الناس من ان بعض انماط المرض قد تكون غير قابلة للعلاج بواسطة الطب الحديث، ان هذه المعتقدات نجدها اكثر شيوعا في الكثير من مجتمعات الدول النامية.

3-4 كما ان سيطرة المعتقدات التي ترجع اسباب المرض الى اسباب اجتماعية كالسحر، والعين الشريرة والشعوذة، او الى اسباب غيبية، او اشكال اخرى كالحظ السيء،... كلها اسباب جعلت المريض وأهله يؤمنون بان العلاج بيد الطبيب الشعبي.

سادسا: النظرة المستقبلية للطب الشعبي

1- تعايش الطب الشعبي مع الطب الحديث:

إن هذا العنصر يقودنا إلى طرح التساؤل التالي: هل العلاقة بين الطب الحديث والطب الشعبي علاقة تكامل وتعايش ام هي على العكس من ذلك علاقة تضاد وتنافر؟. ان الواقع الذي نعيشه يؤكد مدى التعايش الحاصل بين الطب الشعبي والطب الحديث، وما يدل على ذلك ما سنورده في العناصر التالية:

1-1 الاتفاق حول مفهوم البرودة المسببة للمرض: الكثير من افراد المجتمع يعتقدون ان المرض يأتي نتيجة تعرض الانسان للبرد، وتتعدد انواع الامراض التي يكون سببها البرد في كل المعتقدات كالتهاب المفاصل، كذلك الملابس غير الملائمة لحالة الطقس والنظام الغذائي غير المتوازن وغيرها تعد اسبابا فاعلة في الاصابة بالبرد.

1-2 الاتفاق حول استعمال بعض الاعشاب الطبية والوصفات الشعبية: يتفق كل من الطب الشعبي والطب الحديث على استعمال بعض الاعشاب الطبية، فمثلا نجد دراسات حديثة تؤكد مدى نجاعة وفعالية عصير التوت ضد عدوى المسالك البولية عند النساء، وخميرة الزبادي ضد الفطريات المهبلية، كما ان الباحثون الطبيون ينجزون ابحاثا حول استعمال بذور نبات الزنجبيل، نظرا لان هذه البذور استخدمت في الطب الصيني لمعالجة حالات الغثيان ولازال استخدامه في الطب الحديث حتى الان نظرا لفعاليتها.

2-3 الطب الشعبي والممارسات الطبية العرقية: لقد اثبتت الدراسات الانثروبولوجية ان العلاج الذاتي والعلاجات المنزلية والطب الشعبي هي المصدر الرئيس للرعاية الصحية في الولايات المتحدة الامريكية، هذا يعني ان كل الثقافات لها اساليبها الصحية الخاصة بها، وهذا ما دعى احد المؤرخين الطبيين بالقول ان الطب الشعبي عبارة عن 10% طب بدائي، و50% طب جالينوسي، و40% تقنيات اخرى جديدة غير مفهومة، فكل مجتمع يعطي وياخذ العديد من الممارسات والمعتقدات الصحية التي تفيد في علاج المرضى، حيث نجد أن المهاجرين الصينيين قد علموا الامريكيين طريقة العلاج بالابر الصينية، كما علم الهنود ممارسة اليوجا لعدد كبير من الامريكيين، مما جعل الامريكيين يمزجون بين الطب الشعبي والطب الحديث.

ففي الوقت الذي تصدر فيه الولايات المتحدة الامريكية الطب الحديث لمناطق شتى من العالم نجدها تستعير وتستورد الممارسات الصحية من كل الثقافات في العالم محاولة بذلك اعادة تشكيلها وصياغتها كي تصبح اكثر فاعلية في علاج المرضى، ان هذا يجعلنا نقول ان الاعتقاد السائد لدى الناس من ان الطب الرسمي يختلف ويتنافر مع الطب الشعبي هو راي مردود ولا يؤخذ به والادلة كثيرة في واقعنا.

2- تشابه الممارسات العلاجية في الطب الشعبي مع الطب الحديث:

1-2 في العصور القديمة كان يعتقد الناس ان المرض يحدث بسبب الارواح الشريرة والشياطين التي تدخل جسم الانسان حينما يكون غير محصن، ونفس الشئ يقال الان من ان المرض يحدث بسبب مخلوقات لا يمكن رؤيتها بالعين المجردة تدخل الجسم البشري ويطلق عليها فيروسات وجراثيم.

2-2 في الوقت الحاضر يقوم عدد كبير من الخبراء في المجال الطبي على المستوى العالمي بمحاولات نشيطة لدمج الطب الصيني التقليدي مع الممارسات الطبية العلمية الحديثة، مثال على ذلك العلاج بالوخز بالابر الصينية والعلاج الاستبطاني، كما نجد ايضا توجهها لدراسة الطب النبوي وتطبيق العديد من اساليبه العلاجية في عدد من المستشفيات العالمية كالعلاج بالحجامة، ناهيك عن العلاج ببعض الاعشاب كالعلاج بـ **الداتورا DATORA**، **الكوكا COCA**، **والكينينا CINCHONA**، والصبار والساجرادا وغيرها، والتي يجري تصنيعها حاليا كمستحضرات دوائية يتم وصفها من قبل الاطباء كدواء الراؤوليفيا الذي يوصف كعلاج لضغط الدم.

سابعا: المعالجون الشعبيون

المعالج الشعبي له دور فعال في المجتمعات التقليدية، لدرجة انه مارس سلطة على اعضاء المجتمع لاسباب عدة منها خبرته الواسعة بطرق واساليب العلاج لكثير من الامراض، وقدرته في احيان اخرى على القيام بالممارسات الغيبية والسحرية حتى ان مكانته وصلت في بعض المجتمعات الى درجة تقديسه، ومما يزيد من شعبية المعالج الشعبي هو تفسيره لاسباب الامراض على انها ترجع الى سببين اثنين هما الاسباب العضوية والاسباب غير العضوية ومن بينها الاحباط والغضب، وكذا الفراغ الروحي الذي يسمح بولوج الداء الى الانسان.

"اما عن صورة المعالج فهي تتباين بحسب تباين واختلاف المجتمعات والثقافات، فعلى سبيل المثال نجد صورة المعالج الشعبي داخل مجتمع **java** باندونيسيا هو الرجل كبير السن والذي يملك الخبرة والمعرفة التقليدية بعالم الطبيعة والارواح، وهو صاحب القوة الروحية التي تعرف بـ **dukun titan** وكذلك هو صاحب المقدرة على العلاج العضوي والعلاج النفسي، زد على ذلك من خلال ما

يملكه من قوة روحية وقدرة على مخاطبة العالم الغيبي الى جانب اعداد الوصفات والطرق الشعبية العلاجية¹.

(1) تعريف المعالج الشعبي:

1-1 يعرف المعالج الشعبي على انه "احد الاشخاص الذي لديه القدرة على تحديد المرض، واكتشاف اسبابه وتحديد طرق العلاج من خلال ما يملكه من خبرات متوارثة"²

2-1 كما انه "الشخص الذي لديه القدرة على التعامل مع الطبيعة، والاحساس بجسد الشخص المريض من خلال معتقداته الدينية والشعبية"³.

3-1 المعالج الشعبي هو الشخص المعترف به من قبل الجماعة التي يعيش فيها على اعتبار انه شخص مؤهل لاداء عملية العلاج والتطبيب من خلال استعمال النباتات والحيوانات والمواد المعدنية ووسائل اخرى معينة تعتمد على خلفيات دينية وثقافية واجتماعية، بالاضافة الى المعرفة السائدة في المجتمع والاتجاهات والمعتقدات المتعلقة بالسلامة الاجتماعية والعقلية والجسمية واسباب المرض والعجز في الجماعة.⁴

4-1 المعالج الشعبي يعرف ايضا على انه "صاحب الكاريزما والقوة التي عادة تمتزج بقوى سحرية ولديه القدرة على ادماج الكذب والخداع واستخدام اعضاء جسده، وحركاته والفاظه بطرق لا يفهمها المريض لكي يحيط تفسيراته وممارساته بهالة من الاعجاز والتصديق وقد يصل الامر ان يطلق على هذا المعالج the clenic ". بمعنى العيادة.⁵

1 محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 155.

2 المرجع نفسه، ص 156.

3 المرجع نفسه، ص 156.

4 نجلاء عاطف غيث، مرجع سبق ذكره، ص 335.

5 محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 156.

1-5 المعالج الشعبي " هو من لديه المعرفة بالاعشاب الطبيعية ومسمياتها ووسائل جمعها وكذلك طرق اعدادها وتركيباتها معرفة باجزاء الحيوانات التي تصلح للاستخدام العلاجي، المعرفة بالطلاسم السحرية التي يستخدم البعض منها في اعداد الدهانات والمرام التي يستخدم فيها اجزاء النباتات والاشجار".¹

ان الاتجاهات الحديثة في اوربا وامريكا والمهتمة بصناعة الدواء اهمية تؤكد على ان العودة للطبيعة في صناعة هذا الاخير انما تعتمد على خبرة الشامان في عملية البحث والتعرف على النباتات الطبية وجمعها، وذلك لخبرته المتوارثة في معرفة اماكنها، وفيما يمكن ان يستفاد بها علاجيا، " وكذلك يصل الامر الى معرفة المادة الفعالة بالعشب وبهذا فقد تم خلق اتجاه علمي جديد يمزج ما بين الخبرات التقليدية والتكنولوجيا الطبية".²

إننا حينما نتأمل الفقرة السابقة يتبادر الى أذهاننا سؤال مؤداه من هو الشامان وماذا يقصد بمصطلح الشامانية؟

(2) **الشامانية shamanism** تعني الخبرات المعرفية التقليدية التي قد توارثها الشامان من اسلافه والقدرة على القضاء على الامراض او الالام التي تواجه المريض، ناهيك عن انها القدرة على التحكم في الطبيعة والسيطرة على الارواح الشريرة وتفسير الاحلام، وقد تطرق عدد من الباحثين الى تقديم تعريفات عن الشامان وسنورد ثلاث منها فقط، وهذا راجع الى ان كل التعريفات المقدمة من قبل هؤلاء متشابهة الى حد كبير ولا توجد اختلافات بينها:

1-2 تعريف **christin van pool** بأن الشامان "الشخص الذي يجمع ما بين الطبيعة والروح، هو معالج ومرتحل وصياد وهي مكونات عناصر الانيميزم الممثلة في قدرة الشخص على مخاطبة العالم

1 محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 156.

2 المرجع نفسه، ص 157.

الغيبى، وهو من لديه معرفة بطرق العلاج الشعبي ويأتي إليه الناس من اقاصي الارض للشفاء والراحة¹.

2-2 هذا وقد اكدت دراسة *graham harby* على ان الشامانية عقيدة تنشأ من خلال الاعتقاد بوجود اشخاص يملكون القدرة والحكمة والخبرات العقائدية وحتى السحرية على ايقاف السحر وتحديد طرق العلاج الشعبي.

2-3 وفي كتاب لـ *alica kehoen* بعنوان *shaman and religion* ان مصطلح الشامان مقسم الى قسمين هما: sha و man ويقصد به الطبيب المعالج وموطنه الاصلي افريقيا وامريكا اللاتينية وبالضبط مناطق الامازون، ويشير ذات المؤلف بان معظم الشامان من الرجال، غير ان بعض الكتب القديمة قد اشارت بوجود بعض الشامان من النساء.

"والشامانية هي الديانة التقليدية للشعوب البدائية التي تعتمد على الصيد والجمع في جميع انحاء العالم. والشامانية في اكثر اشكالها تجريدية_ تعود اصولها الى منطقة وسط وشمال آسيا، ومنها انتقلت إلى العالم الجديد عن طريق الهجرات.² والشامانيين نجدهم الآن في الأمريكيتين، كما يتواجدون في سيبيريا وأستراليا ومناطق أخرى من العالم.

إن ماسبق ذكره يقودنا إلى القول بأن الشامان يعد نموذجا من المعالجين الشعبيين الذين ينقلون صورة قديمة ولا زالت مستمرة الى يومنا هذا في العلاج الشعبي، وهذا ما يجده الارس للتراث الانثروبولوجي، وبطبيعة الحال ان طرق ووسائل العلاج تتباين من منطقة الى اخرى ومن بلد لآخر وذلك لان التطبيب الشعبي يعد معتقدا شعبيا وجزءا لا يتجزأ من ثقافة المنطقة او الدولة التي يمارس فيها وقد اشرنا الى ذلك سلفا.

1 محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 157.

2 اندروويل، مرجع سبق ذكره، ص 231.

3) الخصائص المشتركة بين المعالجين الشعبيين والشامان

يشارك كل من الشامان والمعالجين الشعبيين في كل اقطار العالم في بعض الخصائص والميزات سنذكر بعضها منها:

1-3 إحاطة الشخص بهالة من الغموض والتميز لجذب اكبر عدد ممكن من افراد المجتمع اليه ومن ثم تصديقه.

2-3 يعتمد المعالج الشعبي على عناصر علاجية يستمدّها من الطبيعة ووسائل اخرى سحرية، ويتفوه ببعض الالفاظ والكلمات لدرجة القيام بعدد من الحركات الجسدية التي تكون في اغلبها غريبة وغير مفهومة لدى الشخص المعالج.

3-3 قدرته على تفسير الاحلام وبالتالي تشخيص الحالة المرضية سواءا كانت عضوية او نفسية.

4-3 يصنف المعالجين الشعبيين الى عدد من التصنيفات فمنهم المعالج بالاعشاب، والمتخصص في فك السحر، والمتخصص في علاج الكسو،...

ثامنا: أنواع المعالجين الشعبيين

كما اشرنا في العنصر السابق ان المعالجين الشعبيين في كل بقاع العالم يشتركون في خاصية تصنيفهم الى انواع وتخصصات متباينة، اي ان من المعالجين من يعالجون كل الحالات المرضية، واصناف اخرى قد تتخصص في علاج عرض مرضي معين او يجمع بين اثنين، والتباين بين المناطق والبلدان يكمن في التسمية ونقصد بذلك تسمية التخصص فعلى سبيل المثال نحن في الجزائر نطلق على المعالج الشعبي الذي يعالج كسر العظام بمعالج الكسور، اما في مصر فيطلق عليه المجبراتي، وفي مصر يطلق على المرأة التي تقوم بتوليد الحامل الداية، اما في الجزائر فيطلق عليها القابلة، وهكذا نجد نفس الوظيفة تسمى بمسميات متعددة وقد نجد الاسماء تتشابه احيانا، وسنحاول في هذا العنصر الحديث عن بعض تخصصات المعالجين الشعبيين.

1) القابلة أو الداية:

ان القائمين بهذه المهنة هم النساء اللواتي يتراوح سنهم ما بين الخامسة والعشرين والخامسة والستين، ونظرا للخبرات التي يمتلكها الكبار فانه يفضل في اي مجتمع القابلة الكبيرة السن لخبرتها الواسعة في هذا المجال، ذلك لانها تتصف بميزات خاصة منها الصبر والبشاشة والنظافة، وليست حاسدة.

وتتعدد انواع القابلات فمنهم من امتهنت هذه المهنة بالوراثة من الجدات وكبار السن اللواتي لديهن خبرة، ونوع اخر اكتسب هذه المهنة من خلال الدراسة في مدارس الطب والتمريض، او من خلال العمل في احدى مؤسسات الطب الرسمي، ونوع اخر اكتسب هذه المهن عن طريق الخبرة في عمليات التوليد او القيام بالمهام والادوار التي تقوم بها الداية اي القابلة من خلال متابعتهم لحالات الوضع التي تتم داخل مجال الاسرة.

وإذا حاولنا اجراء مقارنة بين عمل القابلة في الماضي والحاضر فاننا سنلاحظ فرقا شاسعا جدا، فبعد ان كانت القابلة هي الوحيدة التي تقوم بكافة حالات الوضع المتيسر منها والصعب ايضا ونقصد بذلك الولادة المتعسرة، اصبحت اليوم كل حالات الولادة تتوجه الى عيادات ومستشفيات الطب الرسمي نظرا لتوفر الامكانيات والوسائل المساعدة على انجاز هذه المهمة على اكمل وجه وخاصة بعد زيادة الوعي الصحي لدى افراد المجتمع وبعض القوانين التي اصدرتها الوزارة المعنية في الجزائر والمتمثلة في ضرورة ان تتم حالات الانجاب في الهياكل الصحية خاصة بعد ظهور امراض ناتجة عن تلوث الحبل السري للجنين، او للأُم وهو ما قد يعرضها للاصابة بالتيتانوس او حمى النفاس بسبب الولادة المنزلية والتي اودت بحياة الكثير من النساء، غير ان مجتمعات اخرى خاصة في المشرق مصر مثلا لازالت بعض حالات الوضع تتم في البيوت وخاصة الحالات السهلة، اما الحالات الصعبة فيتم تحويلها الى اقرب مؤسسة طبية بأمر من الداية، ان مثل هذا التصرف يؤكد تزايد الوعي بالمسؤولية لدى هذا النوع من المعالجين من جهة والخوف من المسائلة القانونية من جهة ثانية.

ويمكن ان نشير هنا الى ان الدراسة التي قامت بها الباحثة **سعاد عثمان** مع فريق البحث والتي اجريت سنة 2000 وبعد استطلاع لراي افراد المجتمع المصري وبخاصة في احد الاحياء (حي شبرا)

حول مدى تفضيل الداية للمؤسسات الطبية تم التوصل الى ان اكثر من نصف العينة فضلن الذهاب الى الداية وهذا يرجع للأسباب التالية:

أ- قصور بعض المؤسسات الصحية في أداء دورها،

ب- بعد المؤسسات الصحية عن مقر سكنهن ومن ثم يتطلب الامر جهد ووقت طويل خاصة مع زحام المواصلات،

ج- ترى هذه الفئة من النساء ان الولادة التي تتم في المؤسسة الصحية تؤدي الى اختلاط الاطفال وتبديلهم خاصة مع كثرة عدد المواليد،

د- وجانب اخر يتمثل في عدم تحلي الطبيب بالصبر، مما يؤدي الى تعجيل موعد الولادة باجراء عملية قيصرية، ناهيك عن تعرض المرأة للحسد،...

هـ- وقد تفضل الداية لمرونة الأجر، والملاحظ ان الأجر بعد أن كان عينيا تحول إلى نقدي ويخضع في تحديده الى عدد من المتغيرات كالابن البكر، انجاب الذكور ليس كالاتاها بمعنى اخر نوع المولود بحيث يتضاعف اذا كان ذكرا، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة له دور ايضا، كما يتضاعف الاجر اذا كان المولود ذكرا بعد عدد من الاتاها او في حالة الانجاب بعد عقم، ونظرا لدور الداية الفعال فقد تم منحها " بطاقة تكفل لهن ممارسة المهنة بشكل رسمي".¹ وهذا بعد التدريبات التي تقدمها وزارة الصحة لهن حتى يقدمن افضل الخدمات وبالوسائل الصحية كالمشروط الطبي والقطن واستخدام التعقيم،...

1 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص191.

(2) معالج الكسور أو المجبراتي:

يقول المجبراتي المعالج بان كلمة المجبراتي تعني "ارجاع الشئ لما هو عليه ومشتقة من كلمة جبر وهي اسم او صفة او مهنة يعني ممتهن المهنة دي"¹. والكسور انواع منها الشرخ الذي يعني انه كسر غير كامل وعلاجه بسيط فهو يحتاج الى رباط او جبيرة فقط.

ان مهنة التجبير تجد اهتماما كبيرا من قبل اعضاء المجتمع، حيث يلجأ الناس اليه لعلاج الكسور وغيرها من الحالات التي تتعلق بالعظام. والمجبراتي محل ثقة لدى افراد مجتمعه، حيث يعرفونه جيدا من حيث الاسم والعنوان، ومهنة التجبير مهنة متوارثة من الاجداد، وفي العادة يتراوح سن المجبراتي بين الخمسين والستين سنة، غير انه في بعض المناطق وجد من هم دون هذا السن، وتتفاوت مستويات تعليمهم ما بين الامية ومستوى التعليم المتوسط والثانوي، واغلب المجبراتيية قد ورثوا مهنتهم من الاجداد الى الآباء واصبحت هذه المهنة لقبا لبعض العائلات التي تمارسها _ كما هو الحال لدينا في منطقة الزيبان اين نجد المجبراتي بوطرفايه قد اخذ لقب عائلته إذ بمجرد القول بوطرفاية تاتي مباشرة في اذهاننا صورة المجبراتي _ ، كما يوجد البعض منهم من اكتسب مهنته هذه من خلال العمل بنسق الطب الرسمي، والبعض الاخر اكتسب مهنته من اشخاص اخرين لا تربطهم به علاقة قرابة وذلك من خلال العمل معهم، كما تعتمد فئة اخرى على قراءة كتب الطب الشعبي والاستفادة من الطرق العلاجية الموصوفة وليست دائما مهنة التجبير هي العمل الرئيسي او الحرفة الرئيسية لبعض المعالجين بها، فمنهم من يمتن الزراعة، ومنهم من يشغل وظائف حكومية،...

وبالعودة الى التاريخ القديم نجد ان هذه المهنة قديمة جدا ففي مصر مثلا وجدت منذ عصر الفراعنة، وعن الادوات والوسائل المستخدمة في هذه المهنة القطن، الواح الخشب، البيض، الزيت، الكرتون، الشاش، جريد النخيل ودهون الحيوانات، والبلح وغيرها، ويمكن ان نشير في هذا المقام الى ان اغلب ان لم نقل جميع المجبراتيية من الرجال وهذا حسب بعض الدراسات التي اجريت في مصر، اذ لاتوجد سيدة تقوم بهذه المهنة، والشيء الايجابي الذي نلاحظه في هذه المهنة هو ان المجبراتي لا يستعمل السحر والشعوذة في مهنته هذه، وانه لايقوم بمهنة التجبير فحسب بل الى جانب ذلك يقوم

1 محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص163.

بممارسة الكي والحجامة والحروق،... إلخ، وحسب دراسة سعاد عثمان فان من الخصائص التي تجعله متمكنا في مهنته "ان يكون عمه خاله، أو ان تكون سيدة ام لتوأم.¹ وتبقى الاسباب نفسها والتي ذكرت سابقا في تفضيل المجبراتي على الذهاب الى طبيب المؤسسة الطبية.

(3) الحلاق المعالج أو حلاق الصحة:

نشير هنا الى اننا لا نقصد بالحلاق كحرفة (المزين) اي مزين الشعر والذقن فهؤلاء منتشرين في كل الازمنة والعصور حتى اننا لا نكاد نرى حي يخلوا من حانوت او صالة حلاقة سواء للرجال او النساء. لقد اكتسب الحلاق مهنته هذه بالوراثة او من خلال العمل في احدى المؤسسات الطبية الرسمية، ويعود سبب تفضيل الحلاق للقيام بمهمة الختان خاصة او بعض الممارسات العلاجية الاخرى لمرونة الاجر الذي يتقاضاه بعد العملية.

وعليه فالمقصود بالحلاق المعالج الشعبي، الذي يقوم بختان الاطفال الذكور، وبماكانه ايضا ضرب الحقن، كما انه يقوم بعمل (كاسات الهواء) خاصة في الام الظهر سواء كان ذلك بسبب البرد او حمل ائقال، يعالج ايضا الصلع والجروح او وجود حشرات في الراس (قمل مثلا)، يعالج ايضا الصداع والضعف الجنسي وكذا الامراض الجلدية،...

اما عن الادوات التي يستعملها فنجد الموس، القطن، مطهر، ماسكة الغلف والتي تعني ماسكة حديد تشبه المقص وهذا في حالة ختان الطفل، حيث يتم فيها امسك غلف الطفل كي يستطيع المعالج ختانه ثم يضع مطهرا ومرهما ويلفه بشاشة نظيفة هنا في الريف المصري، فضلا عن ان هذه المهنة مقتصرة على الرجال، وان كانت توجد بعض التدخلات ما بين عمل الحلاق والقابلة.

(4) الحاوي:

وهو الشخص الذي يعالج المصابين بلسعات العقارب والثعابين، بالاضافة الى عمليات الوقاية من هذه اللدغات، وعن سن الحاوي فهو يتراوح بين الثلاثين والستين سنة ويبقى ان نشير الى ان ظروف البيئة هي العامل الاساسي في ظهور الحاوي وتبنيه لهذا النوع من العلاج و " قد دعم آداه

1 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص193.

الاعتقاد في كرامات الطرق الصوفية_ حيث لا بد ان ينتمي الحاوي الى الطريقة الرفاعية*، اي ضرورة انتمائه الى هذه الفئة خاصة وان لها القدرة على التعامل مع الثعابين والتحكم فيها وخراجها من امكانها¹، فضلا عن استخدامه الأدعية والآيات القرآنية، وبخاصة غياب أو بعد الخدمة الصحية عن مناطق سكن المصابين بها.

أما طريقته في العلاج فتكمن "بربط رباط على مسافة من موضع اللدغة في اتجاه القلب ثم تشريط مكانها ونزع السم بمصه وبصقه مع الحرص على عدم بلعه، ثم اعطاء المصاب بعض الماء ليشربه. وقد يتلو عليه الممارس بعض آيات القرآن الكريم.² إن طبيعة عمل الحاوي تفرض عليه التنقل الى البيوت والمساكن لتخليصها وتأمينها من الثعابين من خلال قرائته لبعض الادعية الخاصة والمناداة على الثعابين وذكر عبارة (مدد يا رفاعي مدد) فتخرج من امكانها ويتم التخلص منها، فالحاوي يزعم أن بإستطاعته أن يكتشف مكان الثعابين بحاسة الشم لديه، بالإضافة الى عمل تحويطة* كوقاية من لدغات الثعابين حتى لو تعرضوا لها، وتعتبر السنوات القليلة الماضية فترة تزايدت فيها استخدامات الحاوي نظرا لكثرة المستثمرين الموجهين لاستصلاح الاراضي الصحراوية على الرغم من ارتفاع مستواهم الاجتماعي.

(5) المعالج بالاعشاب:

وليس من الغريب القول ان العلاج بالاعشاب قديم جدا، فمنذ ان وجد الانسان على وجه الارض وهو يسعى من اجل الحصول على الطعام كي يبقى على قيد الحياة، واثناء عملية البحث هذه اكتشف عددا من النباتات والاعشاب التي لها فائدة في توقيف نزيف الدم، وألم الأسنان، وقد تطور هذا المجال الى ان وصل الى ما هو عليه الان من وجود محلات خاصة بالاعشاب والمعالجين

* يكسب الكثير من الرفاعية رزقهم بالتنقل للمنازل والبيوت لإبعاد الثعابين عنها، للمزيد أنظر: إدوارد وليم لاين، عادات المصريين المحدثين وتقاليدهم مصر ما بين 1833-1835م، ط1، ترجمة سهير دسوم، مكتبة مدبولي، القاهرة، 1991، ص 393.

1 سعاد عثمان، مرجع سبق ذكره، ص199.

2 المرجع نفسه، ص200.

* التحويطة: تعني استخدام ثعبان سبق نزع أنيابه في عض حلمة أذن الشخص المراد الممارسة له.

الشعبيين المختصين في العلاج بالاعشاب الطبيعية، وبقراءة التاريخ المصري القديم يجد ان بلدة (ابو تيج) بصعيد مصر كانت مخزنا للاعشاب والنباتات الطبية بمصر الفرعونية، ويذهب البعض من المهتمين بهذا المجال الى التفرقة بين مصطلح العطار والعشاب، حيث يشير الاول الى الشخص الذي يبيع البهارات المنزلية كالكسبرة والزعرتر وغيرها، في حين تشير كلمة عشاب الى المختص ببيع وعمل تركيبات الاعشاب الطبية التي تستخدم في عملية العلاج فضلا عن بيعه البهارات.

وفي دراسة عن الطب الشعبي في المجتمع المصري قام الباحث بطرح عددا من الاسئلة على عدد من العطارين والعشابيين تدور حول اكثر الزبائن الذين يترددون على هذا النوع من المحلات فاجاب هؤلاء بان النساء هي الفئة الاكثر في ارتيادها لهذه المحلات لعوامل عديدة تكمن في ان المرأة في كل مرحلة من مراحل عمرها لها متطلباتها واحتياجاتها وحتى امراضها ومن ثم فالعلاج ضروري لهن، مثل الداية والنساء اللواتي يقمن بعملية العلاج تحضر لهن انواع عدة من الاعشاب التي يحتاجونها اثناء اعداد الوصفات الطبية التي تفيد المرأة بشكل خاص، بالاضافة الى النساء اللواتي يحتجن بعض الاعشاب المساعدة على عملية التخسيس، وجمال الوجه وشده، او زيادة الوزن، نظافة البطن بعد الولادة وغيرها كثير، وبالمقابل نجد نسبة الرجال قليلة جدا مقارنة بالنساء.

كما اهتم الباحث في دراسته هذه بطرح سؤال على العطارين والعشابيين يتمحور حول طرق تخزين الاعشاب وكيفية الحصول عليها، حيث اجابو بوجود اعشاب تخزن في الثلجة ك: جنين القمح، والتهوية الجيدة، لان الاعشاب حسب رايهم تتعفن، وبالنسبة لاماكن الحصول عليها فمنها ما هو محلي، ومنها ما يستورد من بعض دول العالم كالاردن والصين وغيرها.

(6) المعالج الساحر:

"لقد كان الأشيبو *asipu* والذي يقصد به العراف أو الساحر أو طارد الأرواح الشريرة الشخص الخبير بتشخيص المرض والأخبار عما ستؤول إليه حالة المريض"¹.

1 نسرین أحمد عبد، هيفاء أحمد عبد، مرجع سبق ذكره، ص 4.

وتعتبر قوة شخصية الساحر وذكائه أحد أهم العوامل التي شجعت على استمرار السحر في العديد من المجتمعات، أضاف الى ذلك الروايات والقصص التي تحاك حول السحرة، والتي تروي قدرتهم الفائقة في تحقيق حاجات الناس، التي عجزوا هم أنفسهم عن تحقيقها. وتحقيق أغراض مختلفة كالقضاء على الشخص بالسحر أو إنزال نقمة عليه وغيرها، فالسحر إذا : "ليس إنتاجا ميتا من الأزمنة الغابرة يعيش كخرافة صامته ولكنه قوة حية تحدث ظواهر جديدة تزكيها اعترافات الجماعة وشهاداتها، ويعتمد على الأساطير التي تتناقلها الأجيال والتي تحكي غالبا قصصا خرافية عن تلك الأزمنة الميثولوجية، ومنها تتكون الآداب الشعبية وهي تختلف من جماعة الى أخرى تبعا لعوامل انتشار الثقافة"¹.

"إن الاعتقاد في السحر قد يكون راسخا في جماعة ما بالنسبة لوضوح طبيعته العملية فالمسألة دائما هي عبارة عن إثبات قوة الإنسان في إحداث تأثيرات معينة بواسطة تعويذة أو طقس معين"²، والسحر حسب مجمع اللغة العربية هو: " كل أمر يخفى سببه ويتخيل على غير حقيقته ويجري مجرى التمويه والخداع"³، اي ان السحر سمي كذلك لانه يقع خفيا، أما في لسان العرب فإن: "أصل السحر صرف الشيء عن حقيقته"⁴.

وفي مقدمة ابن خلدون نجده يخصص فصلا للحديث عن السحر والطلاسم ويعرفهما أنهما: " علوم بكيفية استعدادات تقتدر النفوس البشرية بها على التأثيرات في عالم العناصر، إما بغير معين أو بمعين من الأمور السماوية، والأول هو السحر والثاني هي الطلسمات"⁵.

والملاحظ في وقتنا الحاضر استعمال مصطلح السحر بشكل أكبر من استعمال مصطلح طلسم، ليستأثر بكل المعاني ذات العلاقة بالممارسات الخفية، كما ويعرف السحر بتسميات عدة، فمن خلال اطلاعنا على التراث اللاتيني وخاصة اللغة الفرنسية وجدنا التسميات التالية:

1 فاطمة المصري، مرجع سبق ذكره. ص 83.

2 المرجع نفسه، ص 84.

3 مصطفى واعراب، مرجع سبق ذكره، ص 11.

4 المرجع نفسه، ص 11.

5 المرجع نفسه، ص 11.

- La Magie ✓
- La Sorcellerie ✓
- La Satanisme ✓
- La Démonologie ✓

ويعرف المعجم الفرنسي لعلم الاجتماع السحر La Magie بأنه: "عملية تستهدف العمل ضد قوانين الطبيعة، بواسطة وسائل خفية تفترض وجود قوى خارقة وحالة من العالم"¹، ويعرف المعجم ذاته La Sorcellerie بأنه: "القدرة على إيذاء الآخرين من خلال عمل روحاني"². ونشير هنا الى أن هذين المصطلحين، هما الأكثر استخداماً وتداولاً في لغة ديكارت.

أما السحر عند محمد الجوهري: فيقسمه الى نوعين السحر الرسمي والذي يتطلب شروط معينة من ممارسيه كأن يكونوا على علم بتقنيات السحر المعقدة، والسحر الشعبي، أي سحر العامة المتداول بين الناس لبساطته وسهولة تنفيذه عكس النوع الأول الذي يتميز بالتعقيد والصعوبة في الوقت ذاته.

وعن صفات الساحر فإننا نجده يخضع الى رجم معين كأن يمتنع عن تناول مواد معينة، وإلا زالت عنه قدرته على السحر، فعلى سبيل المثال في *أوغندا* يحرم الساحر على نفسه شرب الشاي الساخن، ويستخدم أثناء ممارسته السحر الرقص والموسيقى والتي عن طريقها يستشعر ما بالمريض من آلام وعقد نفسية، وفيما يخص العلامات التي يعرف بها الساحر، فامتعارف لدى العامة أن الساحر يسأل المريض عن اسمه واسم والدته، كما أنه يأخذ شيئاً أو أثراً من آثار المريض كأن يكون قطعة من ثوب أو منديل أو ما شابه ذلك، يكتب الطلاسم غير المفهومة ويعطي للمريض حجاباً يحتوي بداخله على مربعات وأرقام وحروف وغيرها من العلامات.

إننا كثيراً ما كنا نتصور أن الساحر هو ذلك الشخص كبير السن والذي يتمتع بخبرة وحنكة في ممارسة طقوسه السحرية، غير أنه ومع التغير والتطور الحاصل اليوم في شتى مجالات الحياة، طرأ على هذه الظاهرة تغير كبير والذي تجسد في ولوج جيل من الشباب لا تتجاوز أعمارهم الخامسة والعشرين عاماً في صفوف محترفي الممارسة السحرية، وهذا ما أكدته الباحثة منى الفرنواني في

1 مصطفى واعراب، مرجع سبق ذكره، ص 12.

2 المرجع نفسه، ص 12.

دراستها تحت عنوان دراسة أنثروبولوجية لتغير المعتقدات الشعبية بحدوث تغير كبير في مهنة السحر والمتمثل في توجه الشباب في مزاوله هذه المهنة، وهذا يدل على أن الممارسة السحرية لم تعد مقتصرة على كبار السن، غير أن السؤال الذي يمكن طرحه هنا ما هي عوامل هذا التغير؟ إن أحد أهم عوامل هذا التغير التعليم والذي يعتبر من العناصر التي ساعدت على حدوث التغير في ميدان السحر، فالشباب المتعلم في نظر الساحر أكثر علما وفهما لكثير من القضايا والمسائل الاجتماعية والتي تمس كل نواحي الفرد، وعليه فإن المستوى العلمي العالي يسمح للساحر بالإطلاع على أمهات الكتب السحرية وفهم أعقق لمذلولاتها ورموزها مع استخدام صحيح لمصطلحاتها، كما يتسنى لهم وصف العمل السحري بدقة متناهية مع استخدام العقاقير الطبية الحديثة، وهذا كله من شأنه أن يساهم في إيهام العميل وجعله يصدق كل ما يرويه أو يفعله الساحر، فضلا عن قدرة الشاب على فهم التغيرات والتحويلات التي تحدث من حوله واستيعابها - المجتمع المعاصر - فهم أقدر من الكبار على فهم مشكلات اليوم.

خاصة إذا كان هؤلاء من خريجي المعاهد الدينية حيث نجد علي المكاوي "يتحدث عن تلاميذ في مدارس إعدادية وثانوية عامة وثنوية أزهريه دخلوا ميدان الممارسة عن طريق القراءة، سواء الكتب أو المخطوطات الموروثة عن بعض أقاربهم أو التي يستعيرونها من زملائهم أو من المكتبات العامة..."¹. فالتعليم المنتشر بين السحرة المحترفين إنما يمثل دعما للمعتقد السحري، كما أن التعليم في الميدان السحري يتبعه حدوث تغييرات في هذا المجال، فضلا عن أنه يمنح الساحر القدرة على الإقناع والتفاعل مع الآخر، بالإضافة إلى أن الناس تفضل دائما المتعلم على غير المتعلم حتى أننا نجد في بعض الأقوال المصرية أن الساحر المتعلم قارئ وبحره واسع.

وكما أشار على المكاوي إلى أن بعض الشباب قد امتهن واحترف السحر من خلال الإطلاع على الكتب والمخطوطات الموروثة، في نفس السياق تؤكد منى الفرنواني في أبحاثها على لجوء السحرة للمكتبات العامة لاقتناء أو استعارة الكتب والمؤلفات السحرية، ومنهم من يشتري هذا المؤلفات من الموالد أو يكون قد ورثها من والده أو أحد أصدقائه.

1 محمد الجوهري، السحر في مجتمع اليوم دراسة في ملامح التغير في التراث الشعبي في عالم متغير، مرجع سبق ذكره، ص 364.

وإلى جانب ما سبق ذكره نجد أن الساحر اليوم وانطلاقاً من مستواه التعليمي فإنه يستخدم التكنولوجيا الحديثة من خلال التسجيلات الصوتية والتحكم في الإضاءة الكهربائية وغيرها من الوسائل المتطورة، وهذا بهدف إبهام الزائر بقدرته على تحقيق أي شيء يريده، كما أن السحرة الشباب اليوم يرتدون ألبسة حديثة الأمر الذي يؤكد لنا تخلي الساحر عن الزي التقليدي، كما نجد السحرة ينتقلون إلى منازل المرضى لمزاولة مهنتهم على عكس السحرة من كبار السن الذين يمارسون عملهم في بيوتهم حسب النظام التقليدي السائد، وقد تعود أسباب لجوء السحرة الشباب إلى بيوت عملائهم كما ذكرت منى الفرناوي إلى:

(أ) محاولة خلق قدر من الشعور بالأمان للعميل كونه في منزله ومن ثم لا يمكن خداعه.

(ب) كما أن وجود الساحر داخل منزل العميل يوفر له - للساحر - أماناً قانونياً، كونه يخلع عنه صفة احتراف الدجل.

والشواهد الواقعية تؤكد أن السحر ظاهرة منتشرة في كل المجتمعات، وأن التصورات الاجتماعية تختلف حول دور السحر في العملية الجراحية، ففي دراسة عبد الرحمان العيسوي* توصل إلى أن نسبة 9,4% فقط من أفراد العينة يرون أن السحر يمكنه علاج بعض الأمراض الجسمية، وأنه يتسبب في حدوث حالات الكره والطلاق بين الزوجين حيث بلغت نسبة من أقرت بذلك في نفس الدراسة بـ 50,7% وهي نسبة كبيرة لدى عينة من طلبة الجامعة، وأن ما نسبته 42% من الطلبة الجامعيين تفر بخوفها من السحر كونه يلحق الأذى بالآخرين، إلى جانب وجود فئة أخرى تؤكد عدم وجود السحر خاصة مع التقدم التكنولوجي الحالي، بالإضافة إلى أن أفراد العينة تفر بدور الحسد في حدوث المرض بنسبة 73,9% وهذا راجع إلى أن الحسد لا يدخل كلية ضمن الخرافات خاصة وأن السنة النبوية الشريفة قد تطرقت لهذا الموضوع.

* للمزيد أنظر: عبد الرحمان محمد العيسوي، مرجع سبق ذكره.

7- تصنيف آخر لأنواع المعالجين الشعبيين نوجزه في كالاتي:

أ) المعالجون العاديون (غير المتخصصين): حيث يقدم العلاج للمريض من قبل الاقارب والجيران واصدقاء العمل وغيرهم من يشكلون مجال ثقة للمريض، ويشمل ايضا أنشطة العلاج والرعاية التعاونية في دور العبادة او استشارة شخص ما لديه خبرة شخصية في مرض معين.

وجدير بالذكر هنا ان نقول ان الرعاية الصحية الاولية في كل المجتمعات مصدرها العائلة، حيث يقبل الوالدين وخاصة الام او الجدة لمعالجة المصاب بالمواد المتوفرة لديهن وهذا ما ذهب اليه شيرسمان *chrisman*، ويقدر *كليمان kleinman* ان حوالي 70% الى 90% من العمليات العلاجية تتم بواسطة هذا النمط من المعالجين سواء في المجتمعات الغربية وغير الغربية حيث يتبع المرضى التسلسل الهرمي للوسيلة العلاجية من الطبيب الذاتي الى استشارة الاخرين، ويعتمد الطبيب الغربي على معتقدات طبية حول بناء ووظيفة الجسد ونشأة وطبيعة المرض كما يحتوي تنويعه من المواد مثل الادوية والعلاجات الشعبية التقليدية والافكار التقليدية الخرافية (حكايات العجائز) وكذلك تغيير السلوك الغذائي.

هذا يعني وجود صلة قرابة او صداقة او سكن او عضوية في المنظمات الدينية او زمالة العمل بين الطبيب المعالج والمريض، ومن ثم وجود تصور موحد حول المفاهيم المرتبطة بالصحة والمرض واساليب علاجها، ومن النادر جدا أن يحدث الاختلاف بينهما حول هذه التصورات، وما يلاحظ في هذا النمط من المعالجين أن شهادة اعتمادهم كمعالجين ليست في مستواهم التعليمي بل في خبرتهم الشخصية التي يمتلكونها في هذا المجال ومكانتهم الاجتماعية وهم:

- أصحاب المهن الطبية الوسطية كالمرضات والصيادلة او موظفي الاستقبال بعيادات الاطباء.
- زوجات وازواج الاطباء الذين يشاركون ازواجهم وزوجاتهم في بعض الخبرة.
- الأشخاص الذين لديهم خبرة طويلة بامراض معينة او بنوع معين من العلاج.
- الأعضاء المعالجون في دور العبادة.

- أخصائيو العناية بالاقدام والحلاقون واصحاب الوظائف العامة الذين يتعاملون مع الجمهور بصفة مستمرة.

- المرأة التي حملت مرات عديدة من شأنها ان تعطي النصيحة للنساء الحديثات في الحمل والولادة بحيث تعرفهن بالاعراض المتوقعة وكيفية التعامل معها.

ب) المعالجون المهنيون (المتخصصون): ويشمل هذا النمط المعالجين الذين أجاز لهم ممارسة مهنة الطب وينتظمون داخل منظمات مهنية مثل الاطباء المتخصصين والمهن الطبية المساعدة كالممرضات والقابلات واخصائي العلاج الطبيعي، حيث يكون الطب العلمي الحديث هو النسق الرسمي لهؤلاء المعالجين. هذا يعني ان هؤلاء الاطباء لديهم الحق في فحص المريض ووصف الدواء له، والتحكم في المرض من حيث نوع الغذاء الذي يقدم له والملائم لحالته المرضية طبعاً،...

ج) المعالجون الشعبيون: يحتل المعالجون الشعبيون مكانا وسطا بين النمط الاول والمتمثل في المعالجون العاديين، والنمط الثاني الذي يشمل المعالجون المهنيون، فهم لا يعدون من النسق الطبي الرسمي ويشمل هذا النمط رجال الدين او افراد عاميين من المجتمع او خليط بين الاثنين. وهم على فئات وانواع فمنهم مجبري العظام والمولدات، والمعالجين العاميين، كما نجد المتخصصين في خلع الاسنان والضروس والمعالجين الروحانيين والمستبصرين والشامانية وكذا المعالجين بالاعشاب، وقد وصفت *سنوي snow* في دراستها عن المعالجين الشعبيين السود في مدن امريكا الذين يتعاملون بصفة خاصة مع الامراض التي يعتقد انها ناجمة عن السحر (الشعوذة والتمايم) او بسبب العقوبات الالهية وهم: اطباء الاعشاب والروحانيين ومستحضري الارواح من كلى الجنسين والمعالجين الدينيين والنبوئين والمولدات وبائعي الاعشاب السحرية والمعالجين الروحانيين الذين يعملون خارج الاماكن الدينية.

والملاحظ لهؤلاء المعالجين الشعبيين ان لديهم نفس القيم الثقافية التي يعتقد ويؤمن بها افراد مجتمعهم حول المرض واساليب معالجته، كما يلاحظ ان المجتمعات التي ترجع اسباب حدوث الامراض الى اسباب غيبية _ كالالهة والارواح واشباح الاجداد... _ واجتماعية _ كالسحر والشعوذة

والعين الشريرة _ يكثر فيها المعالجون الشعبيون والممارسات الشعبية على عكس المجتمعات أو المناطق التي تقل فيها نسبة هذه المعتقدات اذ قلما نجد بها معالجون شعبيون.

تاسعا: العوامل المشتركة بين النظم العلاجية العالمية

من خلال الزيارات التي قام بها الطبيب اندروويل *andrew weil* لعدد من الممارسين لمختلف النظم العلاجية الوجود في العالم وبعد اطلاعه على اعمالهم العلاجية توصل الى عدد من النتائج نذكر بعضها منها:

(1) لا يوجد نظام علاجي له القدرة على تحقيق الشفاء دائما، وهذا يعني ان كل الطرق العلاجية تؤدي الى شفاء بعض الحالات وليس كلها، اي ان الانظمة العلاجية تعالج بعض الاشخاص فقط.

(2) الايمان او الاعتقاد وحده يؤدي الى تحقيق الشفاء، ان ذلك يعزز ما قلناه سابقا في مبحث الطب النبوي من ضرورة وجود اليقين بان الله هو الشافي لدى الشخص المريض، وطبعا ليس هذا ما يقصده اندروويل وانما يقصد بذلك اعتقاد الناس في الاضرحة والمعالجين الدينيين وغيرهم من ان لهم القدرة على تحقيق الشفاء.

(3) لا يوجد نظام علاجي يفشل دائما، فعلى الرغم من دقة النظرية التي يقوم على أساسها اي نظام علاجي، وعلى الرغم من مدى دقة تطبيقه الا انه قد يخفق لبعض الوقت، وان نسبة الاخفاق هذه كبيرة جدا ومجهول سببها في ذات الوقت.

(4) وجود تناقض بين الانظمة العلاجية القائمة، حيث يوجد تضارب وعدم اتفاق بين النظم العلاجية المتنافسة فيما بينها فمثلا، ترى الشامانية بعدم فاعلية الوخز بالابر الصينية في علاج الامراض وذلك "لانه لا يواجه اسبابا تتعلق بالقوى الروحانية الخارقة مثل وجود قوة شريرة".¹

1 اندروويل، مرجع سبق ذكره، ص 289.

عاشرا: الطب الشعبي في الجزائر

يمكن الحديث عن خصائص المجتمع الجزائري في أنه ينقسم إلى قسمين أي عالمين اجتماعيين؛ عالم خارجي وعالم داخلي، ففيما تعلق بالعالم الخارجي فهو ذلك العالم الذي يتسم بوجود مؤسسات اجتماعية بقوانين رسمية وتقنيات حديثة ونظام رمزي يستمد مبادئه من النموذج الغربي، وعالم اجتماعي خاص أو داخلي والذي تكون العائلة أحد أهم مؤسساته هذا العالم الذي يتشبث بالقيم والعادات والتقاليد الضاربة في القدم، ويستعين بممارسات شعبية متوارثة عبر الأجيال.

إن هذان العالمان يبدوان في حالة تعايش على الرغم من التناقضات الظاهرة في كليهما إلا أنهما وعلى حد تعبير مصطفى بوتفنوشت "هناك عالم للحياة الرسمية الاجتماعية وتسييره الدولة وعالم آخر يخص الحياة الخاصة للناس وتحكمه العادات والتقاليد العائلية والاجتماعية"¹.

فمن حديث بوتفنوشت نستخلص أن المجتمع الجزائري يتواجد به نظامين اجتماعيين يتجسدان في النظام الاجتماعي الحديث الذي يستمد مفاهيمه من النموذج الغربي، وهو بذلك يعكس النمط الغربي والنظام الاجتماعي التقليدي والذي يعكس أساليب الحياة التقليدية المتوارثة جيلا عن جيل، وعليه فالمجتمع الجزائري يحيا ضمن ثنائية تقليدي - حديث، وهذا طبعا لا يعني بأي حال من الأحوال أن نرجح كفة التقليدي أو نعني بها التخلف وفكرة الحديث نعني بها التقدم والرقي، كما كانت الايدولوجيات الاستعمارية قديما تذهب إلى ذلك.

وفي نفس السياق يرى ليفي ستروس *Lévi-Strauss* أن ثنائية تقليدي - حديث لا تمثل فترتين متلاحقتين بل هما مرحلتان متلازمتان، إن هذه الثنائية التي تجلت في المجتمع الجزائري كانت أحد أهم مخلفات الفترة الاستعمارية التي عاشتها الجزائر تحت ظل الاستعمار الفرنسي الذي لعب دورا كبيرا في إحداث تغييرات على المستوى المحلي، غير أن ذلك لم يمنع الجزائريين من تشبثهم وتمسكهم بقيمهم وثقافتهم الدينية رغم التطور الذي مس جوانب عدة من الحياة وعلى رأسها الجانب الصحي، إلا

1 Boutefnouchet Mustapha, *systeme sociale et changement sociale en Algérie*, o. p.u, Alger, 1984, p 12.

أننا نلاحظ أن الفرد الجزائري لا يزال إلى يومنا هذا متمسكا بالتراث الشعبي في تعامله مع المشكلات الصحية .

إن خصوصية وتميز المجتمع الجزائري بوجود نمطين من الحياة تقليدي - حديث يؤكد على تمسك الفرد الجزائري بالموروث الشعبي، وفي الوقت ذاته تطلعه للعيش في كنف الحضارة والمدنية على الرغم من أنها تتعارض في حالات كثيرة مع أحكام القرآن الكريم، وكأن الناس يبحثون عن وسيلة التصالح بين النهضة والتطور كما ذهب إلى ذلك **روجي باستيد r-bastide** والتي تؤهله في أن يكون واحدا من الدول المتطورة وهذا يعني محاولة المزج بين النمطين من أجل الحفاظ على كليهما.

إن وجود نظامين في المجتمع الجزائري كما أسلفنا الذكر تقليدي_ حديث، يعني وجود نمطين من التفكير، خاصة إذا تعلق الأمر بالصحة والمرض، حيث تتعدد المفاهيم والخطابات حول مفهوم الصحة والمرض، ومتى يكون الشخص مريض ومتى نستطيع القول أننا في صحة جيدة ، وعليه يمكن القول أن في ظل ثنائية تقليدي_حديث توجد شبكة من المعاني المعقدة حول معنى الصحة والمرض، حيث يفسر كل من الصحة والمرض تفسيرات متعددة نجدها في أغلبها تأخذ اتجاهين؛ أحد هذه الاتجاهات ذات ارتباط وثيق بالمريض ومحيطه والذي يتبنى في غالب الأحيان نموذج ثقافي محلي من جهة، وأما الاتجاه الثاني فيرتبط بنمط تفكير الطبيب والذي يتبنى النموذج العلمي.

وتذهب في هذا الصدد **نفيسة زردومي** " إلى وجود نوعين من الطب في المغرب العربي يتعايشان جنبا إلى جنب، وكل منهما يحظى بأهميته ومكانته، وهما الطب العلمي الغربي والطب الشعبي الذي يعتمد في طرائقه على تقاليد شفوية أو بعض المؤلفات القديمة المشهورة مثل كتاب الهارونية وهو كتاب الاستعجالات الطبية"¹.

إن ما أدرجته الباحثة **زردومي** يؤكد على أن كل من نسق الطب الحديث والتقليدي في حالة تعايش ولا يوجد أي تعارض أو تنافر بينهما، ففي الوقت الذي يتمسك فيه المجتمع الجزائري بالموروث الطبي الشعبي نجده يؤكد أيضا على ضرورة تحسين الخدمات الصحية لمواطنيه، وهذا خلافا لما كان سائدا

1 Zerdoumi nefissa, enfants d hier l'éducation de l'enfant au milieu traditionnel algérien, éd François Maspero, paris, 1982,p 122.

في الحقبة الاستعمارية أين كان الشعب الجزائري يرفض رفضا قاطعا أية خدمات صحية أو تعليمية مقدمة من قبل المستعمر، بحجة أن كل ما يقدم من قبله هو محاولة للقضاء على الجزائريين.

وعلى الرغم من الاختلاف الواضح حول تشخيص المرض لدى كل من الطبيب الأكاديمي والمعالج التقليدي أو الشعبي إلا أن ذلك لا يعني تضاد النسقين الرسمي والشعبي، وفي هذا السياق ناقش الباحثان الفرنسيان *ناتان ناثان nathan* و *بونوا benoits* العلاقة بين أشكال العلاج التقليدي والحديث حيث توصلا إلى أن الأطباء يبحثون من خلال ملاحظتهم ومن خلال تفسيرهم لخطاب المريض عن شيء ذي معنى يقودهم إلى المرض، أما المعالجون التقليديون فإنهم يتناولون خطاب المريض كواقع وهو ما يقودهم مباشرة إلى قلب العلة، وهو ما يظهر الفرق المعنوي بين المعالجين التقليديين والأطباء الأكاديميين في طريقة وصولهم إلى المرض، وهذا ما يدل على أن المعالج الشعبي يعمل عمل الطبيب النفساني الذي يخلق جو من الثقة المتبادلة بينه وبين المريض الأمر الذي يجعل المريض يسرد جزءا كبيرا من حياته النفسية والعائلية وظروف المرض للمعالج الشعبي؛ وهذا ما يجعل المعالج الشعبي ينجح في كثير من الأحيان في استقطاب المرض وفي التشخيص السليم للأمراض، وعلى الرغم من أن الأطباء في العصر الحالي ومع زيادة الاهتمام بعلم الاجتماع الطبي إلا أن الهوة لازالت شاسعة بين تعامل الطبيب للمريض وتعامل المعالج الشعبي له، وهذا ما أكدته الشواهد الواقعية من خلال الدراسة الميدانية.

إن وجود ثنائية طب تقليدي وطب حديث لا يقتصر وجودها في الجزائر فحسب فالمطلع على أبحاث العلماء والباحثين سواء في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا يجد هذه الثنائية متواجدة في كل شعوب العالم، ولعل التصنيف الذي قدمه *ريفرز* يؤكد ذلك حيث صنف هذا الأخير الطب إلى ثلاثة أنواع - كما ذكرنا ذلك في الفصل الأول من هذه الدراسة - وكل نوع منها مرتبط بنوع المعرفة السائدة في تلك الحقبة التاريخية كالسحر والدين والعلم، كما قسم *Dun yoder* الطب إلى طب محلي وطب مختلط، في حين نجد *أكرنخت* قد صنفته إلى طب بدائي وطب غربي، أما *كليمنتس* فقد صنف الطب إلى ثلاثة تصنيفات فتمثلت في الطب الحديث ويقصد به الطب المهني المتخصص، والطب الفلكلوري ويعني به طب المعالجين التقليديين غير المهنيين والطب الشعبي والخاص بالعائلة والجيران

ومما سبق نجد المجتمع الجزائري يصنف الأمراض إلى أمراض تعالج عن طريق الشعبي كالصرع العقم السحر العين والحسد...، وأمراض تعالج بالطب الحديث ومنها بعض الأمراض العضوية والمزمنة والخطيرة فكل ما تعلق بالغيبيات لا يعالج إلا بالطب الشعبي؛ حيث لا يتمكن الطب الحديث من علاجه لأن هذا الأخير يؤمن بالمحسوس على عكس الطب الشعبي الذي يجعل الشخص المصاب بمرض يعيش في عالم رمزي محاط بالغموض يشعر من خلاله بالأمن، وهذا كله راجع إلى المكانة التي يحتلها المعالج الشعبي والقداسة والقوى الخارقة التي يتمتع بها هذا الأخير والتي تجعله يحيط المريض بعالم رمزي غامض يشعر فيه المريض بالراحة والثقة في المعالج في تحقيق العلاج.

وعليه يمكن القول أنه على الرغم من ارتفاع الوعي الصحي إلا أن ممارسات الطب الشعبي لم تختفي ولقد جاء على لسان العديد من أعضاء مجتمع الدراسة من خلال الدراسة الاستطلاعية، حيث وجدنا إقبالا وتفضيلا كبيرين في العودة للطب الشعبي وهم من فئات متنوعة علميا وثقافيا، وهذا يدل على أن اللجوء لممارسات الطب الشعبي في منطقة الدراسة لا يقتصر على الفئات ذات التعليم والوضع الاجتماعي و الاقتصادي المتدني بل يمتد ليشمل المتعلمين وخاصة ذوي التعليم العالي، وفي هذا السياق يقول أحد أفراد العينة "في الوقت الحالي الأدوية غالية الثمن كما أن بعضهما غير متوفر بالشكل الكافي، فضلا على أنها تحتوي مواد كيميائية وهذا ما يسبب أمراض أخرى ومضاعفات خطيرة ومن الأحسن أن نجرب العلاج الطبيعي الذي (إذا ما فادش مضرش)".

كذلك أجمعت كل الأمهات المتعلمات منهن وغير المتعلمات على أنهن لا يفضلن إعطاء الأدوية الصيدلانية إذا كانت الحالة المرضية بسيطة بل يفضلن تقديم وصفات منزلية عن الأدوية، تقول إحداهن في حالة إصابة ابني بالحمى أو الزكام ألجأ في البداية إلى أمي أو حماتي أو حتى الجارة كي أستشيرهم في الحالة والوصفة الملائمة لذلك، وإذا كانت لدي معرفة بالوصفة لهذه الحالة أعملها لابني، ولجئني لمثل هذه الوصفات الشعبية سببه أن الأدوية الصيدلانية تخلف كثيرا من الأضرار والمضاعفات الخطيرة على الإنسان، وهذا ما هو شائع في خطابات المجتمع بل حتى وسائل الإعلام تؤكد ذلك.

وعن أنواع أو أشكال الطب الشعبي في منطقة الزيبان فهي متنوعة، ومنها طب الأعشاب والذي يعد فرعا من فروع الطب الشعبي الطبيعي، حيث يعتبر هذا الأخير أحد الطرق العلاجية الموروثة

وذات تراث ثقافي وقد لوحظ من خلال الشواهد الواقعية الاعتماد عليه بشكل كبير، وطب الأعشاب عبارة على نظام يستعمل المصادر الطبيعية المتوفرة في الطبيعة مستخدماً في ذلك معرفة وتقنية مكتسبة من التقليد الشفهي ومن خبرة كبار السن والكتب الطبية القديمة، فهو بذلك يشمل جميع العناصر التي تنتجها الطبيعة من نباتات وأعشاب والتي لها فاعليتها في مقاومة الأمراض، والملاحظ أن هذا النمط من العلاج متوارث من خبرات ومعتقدات يرثها الناس عن أسلافهم وتنقل عبر الأجيال وتستخدم الأعشاب باستخدامات مختلفة فقد تستخدم كمساحيق، كما تستخدم كبخور وفي التكميد وغيرها من الاستخدامات، وقد يستعين مجتمع الدراسة بوصفات يعدها المعالج بالأعشاب والذي يملك خبرة بخبايا الكثير من الأمراض والأعشاب المناسبة لها، وقد يمارس العشابون مهنتهم في دكاكين مخصصة لذلك أو في مكان إقامتهم.

1_ العلاج بالتجبير:

ومن الممارسات الطبية الشعبية في منطقة الزيبان **العلاج بالتجبير**، ويقوم بهذه المهنة أشخاص توارثوها أبا عن جد أو من خلال تراكم خبرات سنوات عديدة في هذه المهنة مستخدمين في ذلك أدوات بسيطة جداً ولها فاعليتها في العملية العلاجية، ومنها زيت الزيتون لعلاج الرضوض من خلال عملية التدليك، وفي حالة الكسور يتم تحضير عجينة توضع على مكان الكسر ومن بين موادها الملح، بياض البيض، القصب،...، وغالباً ما يستخدم معالج الكسور أطراف أصابعه في موضع الألم حتى يتبين له نوع و موضع الكسور، وإن كان في الوقت الحالي يطلب من المريض إحضار صور أشعة ليتأكد من موضع الكسور وامتدادها، وقد تمتد مدة الجبيرة ما بين (15 إلى 30 يوم) حسب عمر المصاب وحالته ويمكن أن يعرف المعالج أن العملية سليمة إذا لم يحدث انتفاخ للعضو المصاب أو تغير لونه، وعن أحد أفراد العينة يقول أن مجبر الكسور يعتمد في تشخيصه على طرح عدد من الأسئلة الدقيقة للمريض، ومنها سؤاله عن طبيعة الألم هل هو دائم أم متقطع، هل هو مرتبط بحركات معينة، وهل المريض مصاب بمرض ما كالسكري،...، وغيرها - وقد شاهدت ذلك عن كئيب لدى أحد المعالجين المتواجدين على مستوى بلدية سيدي عقبة والذي يطلق عليه بوطرفاية أثناء معالجاتي عنده بعد حدوث التواء بالكاحل حيث قدمه في الضغط على موضع الإصابة واستخدم الجبيرة الخاصة بهذه الإصابة كما استعمل الكي - وغيرها من الأسئلة التي تساعد المعالج على القيام بعملية التجبير الصحيحة،

حيث يتم تحريك العضو المصاب ببطء ويلاحظ عن كثب ردود الأفعال التي يصدرها المريض، فهذا الأسلوب في التعامل مع المريض يسهل عملية التشخيص ومن ثم الشروع في العلاج.

2_ العلاج بالكي:

وفضلا عن وجود المعالج بالأعشاب والمجبراتي في مجتمع الدراسة نجد أيضا المعالج بالكي أو ما يطلق عليه الكواي، وعن الأدوات المستخدمة في هذه العملية نجد النار، الحديد، والتي يتم تسخينها جيدا ثم وضعها على مكان الألم ومواضع أخرى لها علاقة بالعضو المصاب، وعن أهم الأمراض التي يلجأ لها الناس للعلاج عن طريق الكي مرض عرق النساء، الروماتيزم، الصفيير وغيرها، غير أن مرض عرق النساء هو المرض الذي يلجأ إليه بكثرة إلى المعالج بالكي، فمن خلال مقابلتنا لأحد الأشخاص الذين عالجوا لدى المعالج بالكي يقول أن المعالج الذي زرته بغرض العلاج من مرض عرق النساء يؤكد أن الطريقة الحديثة والمستعملة في المستشفيات خاطئة في علاج هذا المرض فهي بمثابة تخفيف للألم فقط؛ لكن سرعان ما يعود هذا المرض من جديد في خلال سنة بعلاجه بالطب الحديث؛ وأنه غير مقتنع بها لأن النسق الطبي الحديث نجده يجري على أغلب الحالات عمليات جراحية وهذا مالا يتلاءم مع طبيعة هذا المرض، ويؤكد أفراد العينة ممن أرادوا العلاج بالكي أن هذا المعالج يعترف بعجزه عن الأمراض التي يعجز عن علاجها ولا يفعل إزاءها أي شيء فقط ينصح المرضى بأن يتوجهوا إلى طبيب مختص.

3_ العلاج الشعبي الغيبي:

وفي العلاج الشعبي الغيبي نجد العلاج بالأحجبة "الكتاب" وقد اشتهر كل من المجتمع التونسي والمغربي والجزائري باستخدام الأحجبة كأحد أهم المعالجات الشعبية الغيبية، والمجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات يؤمن بوجود القوى الخفية وتأثيرها على الصحة وعلى مستقبل الأفراد، إن مثل هذا الاعتقاد جعل أفراد المجتمع تمارس العلاج بالغيبيات والتي منها العلاج بالأحجبة والتي هي عبارة عن ورق أبيض يكتب عليه المعالج أو ما يصطلح عليه بالعامية اسم "الطالب" بحبر مقاطع من آيات القرآن الكريم وأسماء الله الحسنى وبعض الأذكار ويخط غير واضح أحيانا كما يتضمن أشكالا هندسية، والهدف من هذا الحجاب هو إما أن يكون للعلاج أو للوقاية من الأمراض أو الكائنات الخفية

وتطوى هذه الورقة حتى تصبح كالمربع الصغير يلف في قماش وعادة ما يعلق في يد الشخص المريض أو على رقبته وغيرها من الممارسات، وفيما تعلق بالمدة المحددة لحمل الحجاب فتكون بحسب حالة المريض فإذا تحسنت يمتنع الشخص من حمله والعكس صحيح.

وفي هذا السياق تقول الباحثة *Mathéa Gaudry* في كتابها المرأة الشاوية الأوراسية "أن الحجاب يكتب باللغة العربية بماء الزعفران أو بحبر يصنع من الصوف المحترق على الورقة أو الجلد فهو من صنع أشخاص لهم وضع خاص في المجتمع، ويتم وضعه في حافظة من الجلد أو في علبة من الفضة، فهناك أحجبة لمقاومة كل الحالات الصعبة ومنها الأحجبة الوقائية التي تبعد العين الشريرة أو الجن والحشرات السامة وأخرى بحالات طارئة كالزواج والولادة الغيرة التي تعد مرض يتسبب فيه الجن"¹.

ونلاحظ أن مجتمع الدراسة يؤمن بهذا الأسلوب العلاجي لارتباطه بالدين حيث يشتمل كما أسلفنا الذكر القرآن الكريم والدعاء الذي ثبت عن النبي صلى الله عليه وسلم وأسماء الله الحسنى، وعلى حد تعبير أحد أفراد العينة أن الأحجبة تؤدي وظيفة جد هامة للشخص المريض بل وحتى غير المصاب بمرض ما، فهي تعمل على تحقيق الراحة والطمأنينة للشخص كما تشعره بالقوة وعدم الرضوخ للعجز وهذا طبعا لاحتوائها على كلام الله تعالى، وهناك من أفراد العينة من سألناهم عن محتوى الأحجبة فوجدنا منهم من تقبل السؤال وأجاب ومنهم من رفض كلية الحديث عن السحر أو الأمور الغيبية؛ وكان من بين أفراد العينة القصدية اثنين أحدهما يؤكد أن الأحجبة تحتوي في مضمونها على القرآن الكريم كآية الكرسي وبعض الأدعية الواردة في السنة النبوية الشريفة وأسماء الله الحسنى ومن ثم فهي بعيدة كل البعد عن ما يخالف الشرع الحكيم، أما الفرد الثاني فكانت إجابته عكس الأول حيث يذهب أن الأحجبة لها علاقة وثيقة بالممارسات السحرية فهناك أحجبة ليست بالقرآن وإنما تشتمل على طلاس ورموز سحرية وأشكال هندسية غريبة بل من يقوم بوصفها وتحضيرها هم السحرة أنفسهم.

وتقول أحد أفراد العينة الحجاب فيه بركة كبيرة وأن أجدادنا في الماضي كانوا يضعون لنا أحجبة في طفولتنا في أيدينا أو تحت الملابس التي نرتديها وخاصة الأطفال الذين يعانون من حالات مختلفة

1 Mathéa Gaudry, *la femme Chaouia de l'Aurès*, ed, chibah, Awal, 1998, pp 222-223.

كالبكاء والقلق والأرق، وتضيف أن الحجاب يستخدم أيضا في حالات تأخر الزواج وحالات العقم خاصة إذا لم تثبت من خلال الطب الرسمي من خلال الفحوصات الدورية بعدم وجود مانع للحمل هنا يتم اللجوء للاستعانة "بالطلبة" في استخدام هذا الأسلوب. وللحجاب حسب ما أدلى به أفراد العينة وظيفتان منه الوقائي ومنه العلاجي الشخصي، ونقصد بذلك أن الطالب من بين ما يكتبه في هذا الحجاب اسم الشخص المريض أو الذي يريد الوقاية واسم أمه وأن الحبر الذي يكتب به هذا الكتاب مزيج من الصوف المحترق المدقوق والماء.

إن ما يمكن قوله في هذا السياق أن حضور المريض أو إحضاره من قبل جماعته المرجعية "للطالب" هو الاعتقاد الراسخ في مجتمعنا الجزائري وبالضبط في مجتمع الدراسة؛ وخاصة ما تعلق منه بالأمراض التي تنسب إلى الكائنات الخفية، بمعنى آخر أن الاعتقاد بتأثير القوى الخفية على صحة الإنسان هو ما يجعل الكثير من الناس تفسر المرض تفسيرا غيبيا، الأمر الذي جعل أفراد المجتمع الجزائري تصنف الأمراض إلى أمراض يعالجها الطب الشعبي وأمراض أخرى يعالجها الطب الحديث، على اعتبار أن الأولى تكون من مهمة العشابين أو السحرة أو الطلبة وغيرهم، بل يصل الحال حتى في الأمراض التي من المفروض أن يعالجها الطب الرسمي في حالة فشله يتم تفسيرها وتصنيفها على أنها أمراض تسبب فيها السحر والعين الشريرة وعليه تعالج بالطب الشعبي مثلما هو الشأن في مرض العقم، حيث يتوجه المرضى إلى علاجها باللجوء إلى السحرة وأطباء الأعشاب.

4_ العلاج بزيارة الأولياء الصالحين:

يشتهر تاريخ الجزائر بوجود الأضرحة أو الأولياء الصالحين كما يطلق عليهم البعض في كثير من المدن والقرى، ويطلق على الولي الصالح لدى الباحثين الغربيين اسم "المرابطين" ويعني القريب من الله أو هم الأولياء الذين يتولاهم الله بالكرامة، ويعود تاريخ وجودهم في الجزائر إلى القرن الثاني عشر الميلادي، ويقصد بالولي الصالح في المعتقد الشعبي الناس أو الأشخاص الصالحين الذين يملكون كرامات وقدرات خارقة للطبيعة، وعن مبنى الضريح يمكن القول أن الأضرحة في أغلبها متشابهة من حيث المعمار ويكون لونها أبيض أو أخضر وفي وسطها يوجد الضريح المغطى بالزرايب، فتكون محطة لزيارة فئات مختلفة من المجتمع المتعلم منها وغير المتعلم، الغني والفقير وغيرها من الشرائح الاجتماعية وذلك بغرض تحقيق أمنية أو تجاوز مشكلة أو طلب زواج أو الشفاء

من العقم وغيرها من المطالب، بل ما شاهده عن كثب في أحد الأضرحة "سيدي عقبة" أثناء زيارتي له عقد قران بحضور إمام المسجد والعروسين وأهلها وللإشارة أنهما من إحدى المدن الجزائرية أي أنهم ليسوا من منطقة الزيبان.

وعن المقامات الموجودة في مجتمع الدراسة منطقة الزيبان بسكرة ضريح " سيدي عقبة"، ضريح "سيدي زرزور"، ضريح "سيدي جودي"، ضريح "سيدي محمد بن موسى" والمتواجد بقرية الحوش وهو ينحدر من آل البيت وبالتحديد علي كرم الله وجهه وفاطمة بنت الرسول صلى الله عليه وسلم، وضريح "سيدي خالد" وغيرها.

ونشير هنا الى أن مقام سيدي خالد وسيدي محمد بن موسى هي المقامات التي لا زالت إلى يومنا هذا تجد إقبالا كبيرا من الزوار سواء كانوا من أهل المنطقة أو من مناطق أخرى من الوطن وخارجه.

5_ العلاج بالرقية الشرعية:

كما انتشرت في الآونة الأخيرة العلاج بالرقية الشرعية وتهافت الناس لمثل هذا الأسلوب العلاجي نظرا لاستخدامه تعاليم الدين الإسلامي؛ أي بما تضمنه الطب النبوي في هذا المجال غير أننا وبحديثنا لأفراد العينة عن الرقية تأكد لنا أن الرقية الشرعية لم تسلم هي الأخرى من الممارسات المحرمة، حيث وجدنا من ممارسي الرقية من يستعين بالجن في ممارساته وعليه أصبح من الصعوبة الآن إيجاد أشخاص نقاة يستخدمون الرقية كما وصفها النبي"، هذا على حد تعبير بعض الأفراد في منطقة الزيبان.

خلاصة الفصل:

وفي نهاية هذا الفصل نقول ان العلاج الشعبي يقدم مزايا للمنتفعين به تفوق ما يقدمه الطب العلمي الحديث السبب الذي جعل الاقبال عليه بهذا الحجم المتزايد يوما بعد يوم، وذلك لان الطبيب الشعبي يقوم بتشخيص المرض وتقديم العلاج بمساعدة عائلة المريض، وعليه فالمريض وعائلته الاثنان يشكلان اهتمام المعالج على عكس الطب الحديث الذي يركز جل اهتمامه على المريض فقط،

وإثناء عملية التشخيص والعلاج يحاول المعالج الشعبي ان يخلق جوا من الحميمية والالفة باستخدام اللغة العامية في الحوار حتى يكسب ثقة الجميع وهذا يعد جزءا مهما في العلاج، ان المريض قد لا يحتاج الى الدواء بل يحتاج الى كلمات تشجيعية للرفع من معنوياته، الامر الذي يؤكد ان الدواء يعد احد العوامل الهامة للشفاء وليس هو العامل الوحيد لذلك.

وان ما ذكر من الطب الشعبي في هذا الفصل ما هو الا جزءا يسيرا فقط، فالعلاج لا يتوقف على الحجامه واليوغا وغيرها مما ذكر سابقا، بل يمتد الى العلاج المثلي، والعلاج بالصوت، والعلاج بالموسيقى، والمعالجة بالاغذية والتي اكد عليها **ابوبكر محمد بن زكريا الرازي** حيث كان يفضل النباتات الطبيعية كما خلقها الله تعالى على العقاقير، وقد كتب "وحيث المواد الغذائية تشفي وتنتفع فعليك بها دون العقاقير، وحيث المواد البسيطة تكفي فعليك بها دون المركبة".¹

ان حديثنا عن الطب الشعبي في هذا الفصل وتبيان مدى اهميته في تحقيق الشفاء لايعني ابدا تخلينا عن الطب الالوباثي ومعاداته، بل على العكس من ذلك حيث نجده اكثر فاعلية من غيره في التعامل مع الامراض الخطيرة والشائعة كـ "الاصابات الحادة مثل العدوى الحادة الناجمة عن البكتيريا والكائنات الدقيقة الاخرى".² كذلك نجد الشخص الذي يتعرض الى حادث سيارة خطير فان اول ما يلجأ إليه هو غرفة الطوارئ في احد المستشفيات، ولن يذهب باي حال من الاحوال الى شامان او طبيب اعشاب، وعليه يمكن القول في هذا المقام وكنتيجة استخلصناها من هذا الفصل وبتأكيد عدد من الاطباء بل وحتى منظمة الصحة العالمية هو ضرورة دمج الطب الشعبي مع الطب الالوباثي وتحقيق التكامل بينهما.

1 أحمد توفيق منصور، التطبيب بالطعام الوقاية والعلاج بالغذاء الصحي، ط2، الاهلية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص ص 5 6.

2 اندروويل، مرجع سبق ذكره، ص 122.

الفصل الخامس: الطب الإسلامي

أولاً: تعريف الطب النبوي

ثانياً: أهمية التراث الإسلامي

ثالثاً: النظرة الطبية الإسلامية في الوقاية والعلاج

رابعاً: قواعد الوقاية العلاجية في الطب النبوي

خامساً: غايات الطب النبوي

سادساً: أنواع علاجات النبي صلى الله عليه وسلم

سابعاً: المسؤولية المدنية للطبيب

ثامناً: الاختلاف بين الطب الإسلامي والطب الحديث

تاسعاً: الطب الإسلامي طب متميز

عاشراً: الإسلام ومهنة الطب

الحادي عشر: الفقه الطبي

الثاني عشر: علاقة الإسلام بالطب

تمهيد:

"لقد ظل التأريخ للطب والصيدلة عند العرب طيلة القرن الميلادي الماضي والنصف الأول من هذا القرن من عمل المستشرقين"¹، حيث اهتم هؤلاء بالكتب الطبية العربية والتعريف بالأطباء العرب والمسلمين ومدى إسهامهم في إثراء الثقافة الإسلامية وتطويرها، ولحد الآن تعد مؤلفاتهم مراجع أساسية يرجع إليها كل من بحث في هذا المجال، على الرغم من النقص الذي تعانيه والتحيز وغياب الموضوعية أحيانا خاصة حينما يتعلق الأمر بالمغالاة في الحديث عن أبناء أوطانهم، فضلا عن كونها كتبت بلغة مؤلفيها، وهذا ما دعا العرب في النصف الثاني من القرن الماضي إلى إعطاء أهمية بالغة بالتأريخ لتراثهم الطبي والصيدلي، غير أن المتفحص لمؤلفاتهم يجدها صورة طبق الأصل عما قدمه المستشرقون من قبل وفي ذلك يقول إبراهيم بن مراد "ولذلك فإن كثيرا من تأريخاتنا الطبية والصيدلية الحديثة هي صورة منقحة وصيغ مهذبة مما ألفه الأوروبيون، إلا أنها غير خالية من النقائص والهناات"².

كما يختلف البعض حول مضمون الطب العربي والطب الإسلامي حيث يذهب هؤلاء إلى أن الطب العربي والإسلامي شيء واحد لكون الحضارة الإسلامية جزءا من الحضارة العربية ولا اعتبارات أخرى لا يسعنا ذكرها في هذا المجال، غير أن الصواب يكمن في أن الطب العربي شيء والطب الإسلامي شيء آخر، وفي هذا الصدد يقول الدكتور أحمد رجائي الجندي الأمين العام المساعد للمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية: "فمنذ بزوغ الطب الإسلامي منذ خمسة عشر عاما والحديث لم ينقطع عن معنى الطب الإسلامي وهل هناك طب إسلامي وطب غير إسلامي وكنا أمام آراء ثلاثة"³، وهذه الآراء تمحورت حول أفكار أساسية تضمن الرأي الأول منها الدين بالقول بأن ليس له دور في المجال الطبي، وأن الطب تراث تتوارثه الأجيال عن بعضها البعض، غير أننا نرفض هذا الرأي رفضا قاطعا خاصة إذا تعلق الأمر بالدين الإسلامي ونقول في هذا الصدد أن للدين دور هام في الميدان الطبي فكون الطب ناتج عن الفكر الإنساني والذي من صفته الخطأ والصواب، ففي فترات من

1 إبراهيم بن مراد، بحوث في تاريخ الطب والصيدلة عند العرب، دار الغرب الإسلامي، بيروت، ط1، 1991، ص 5.

2 المرجع نفسه، ص 5.

3 احمد رجائي الجندي، الطب الإسلامي الوقاية في الإسلام، الجزء الأول، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الكويت، 1994، ص8.

التاريخ سيطرت علي الفكر الإنساني تصورات ودعاوى أن العلم للعلم وأن الدين مكانه المسجد أو الكنيسة أو المعبد وبسيطرة الكنيسة وجعل العلم يقتصر على الكهنة تحول العلم من شيء ايجابي الى سلبى نتج عنه إنتاج وسائل مدمرة للإنسانية كالقنبلة الذرية التي قال فيها صانعها **ابنهيمر** بعد مشاهدته للانفجار الذي خلفته في هيروشيما (الآن والآن فقط وقع العلم في الخطيئة).

أما الرأي الثاني فيذهب الى أن الطب الإسلامي متخلف ويجب عدم الأخذ بممارساته فهو ماضي لا يتماشى مع التطور التكنولوجي الحاصل في أيامنا هذه، ونرفض مرة أخرى هذا الرأي مستدلين في ذلك بالأمراض الخطيرة المنتشرة.

اليوم في عالم يسوده التطور التكنولوجي في كل الميادين وخاصة المجال الطبي الذي نعرف فيه اليوم اختراعات عدة كالهندسة الوراثية وزراعة الأعضاء واستخدام الليزر وغيرها من التقنيات الحديثة، كل ذلك لم يجد حلوًا للأمراض اليوم والتي منها السيدا أو الايدز والسرطان وغيرها من الآفات الاجتماعية المنتشرة.

إن الحضارة التي نعيشها اليوم اهتمت بالجوانب المادية وأهملت الجوانب الروحية وهذا سر فشلها، في حين أن الطب الإسلامي الذي وصف بالتخلف قد راعى كل الجوانب التي تمس الحياة البشرية وغيرها، فإذا ما تناولنا الحديث عن الايدز نجد إن الإسلام قد حرم العلاقات غير الشرعية بين الجنسين بل قد حدد الضوابط الصحية السليمة التي يتصل فيها كل من الرجل والمرأة في حالة الزواج بغرض عدم حدوث الأمراض بينهما، في حين نجد الحضارة الحالية قد نشطت فقط في توزيع العوازل الذكورية والأنثوية للوقاية من الايدز دون الحديث عن العفة والفضيلة والأخلاقيات، فضلا عن تأكيد الإسلام في الاهتمام بالبيئة وحذر من الفساد، ليشمل الرأي الثالث دور الدين في إكساب الممارسات العلاجية طابعا خاصا، ويقول الدكتور **أحمد رجائي الجندي** في هذا الشأن "أن الطب رغم أنه ممارسات بشرية وخبرة إنسانية، إلا أن لكل دين ولكل رسالة طابعها وأخلاقياتها وممارساتها، المستمدة من تعاليمها والتي تضي عليه أسلوبها"¹، ومن الطبيعي أن الفترة الإسلامية غيرت الكثير من المفاهيم والممارسات والتي صبغت بالصبغة الإسلامية المستمدة من القرآن والسنة النبوية الشريفة والتي

1 أحمد رجائي الجندي، مرجع سبق ذكره، ص 8.

انعكست ايجابيا على الميدان الطبي، خاصة إذا علمنا أن نظرة الإسلام للإنسان شمولية تراعي جميع جوانب الشخصية الإنسانية الروحية والنفسية والاجتماعية والعقلية والبدنية.

فمن سماحة الإسلام انه اعتنى بالإنسان من قبل أن يولد بل عند اختيار الزوجة والزوج الى أن يكون نطفة طفلا فشابا وكهلا وشيخا، ووضع له ضوابط يسير وفقها وهي تمثل أسلوب حياة منظم، وهذا ما اتضح في مقاصد الشريعة الخمسة من الإسلام يدعو الى حفظ الدين والعقل والنفس والعرض والمال، وقد حدد الرسول عليه الصلاة والسلام ثلاث نقاط إذا ما توفرت فستمنحه الراحة والسعادة وذلك في قوله صلى الله عليه وسلم: (من أصبح منكم آمنا في سربه معافى في بدنه عنده قوت يومه فكأنما حيزت له الدنيا بحذافيرها).

أولا: تعريف الطب النبوي

وقبل أن نتعرض للحديث عن الطب الإسلامي نشير إلى أن الطب العربي "هو كل ما ظهر من فنون الطب بمختلف أشكاله في شبه الجزيرة العربية خلال عصور الجاهلية وحتى فجر الإسلام ثم تمشى هذا النوع من الطب بعد ذلك موازيا لخطوات تطور الإمبراطورية الإسلامية"¹. كما يعرف على انه "كل ما كتب باللغة العربية بقطع النظر عن جنسية الكاتب وديانته. ولا نعني بهذه العبارة أن الطب الذي كتبه العرب بلغتهم وأقلامهم كان كله من قرائحهم وبنات أفكارهم"². فالعرب اكتسبوا العلوم بداية من اليونان بعد ترجمتها الى العربية وفهمها والتعمق فيها وقد كان للعرب دور كبير في نمو الطب وإكسابه طابعا خاصا جعل عددا من الأوروبيين يتتلمذون على أيديهم ومساهماتهم بعد ذلك في عملية ترجمة الكتب من العربية الى اللاتينية، كما يرجع للعرب الدور الكبير في ازدهار المدرستين في الطب اللتين ظهرتتا في أوروبا وهي مدرسة سلرنا Salerne في ايطاليا، ومدرسة مقلدون في Montpellier في فرنسا.

وقد وجهت انتقادات كثيرة للعرب في كونهم لم يضيفوا شيئا في الطب مما أخذوه من اليونان كما أن الاكتشافات التي أتى بها العرب ليست من العرب بل من الفرس والقوقازيين والأندلسيين والنصارى وغير ذلك، غير أن الحقيقة تكمن في أن العرب عملوا على جمع التراث العلمي اليوناني مخافة

1 مختار سالم، الطب الإسلامي بين العقيدة والإبداع، مؤسسة المعارف للطباعة والنشر، بيروت، 1988، ص ص 51-52.

2 الحكيم أحمد بن ميلاد، الطب العربي التونسي، ط2، دار الغرب الإسلامي، بيروت، 1999، ص 21.

الضياح والتلف وهذا طبعا كلف العرب إنفاق أموال ضخمة لتحقيق ذلك مع توفير العوامل والشروط الفيزيائية الملائمة أيضا، وهذا لا يعني أن العرب اكتفوا بجمع التراث العلمي اليوناني فحسب بل نجدهم أسسوا وشيدوا المستشفيات التي أصبحت مدارس للطب والتي من خلالها تم اكتشاف العديد من الأدوية والعلاجات لشتى الأمراض ولولاها أيضا لما تمكن الرازي من فصل مرض الجدري عن مرض الحصباء وغيرها من الاجتهادات والاكتشافات التي ظهرت على أيدي العرب وبدورهم الفعال في هذا الميدان.

وعن الطب في العصر الجاهلي فيمكن القول أن معظمه كان طباً وقائياً أكثر منه علاجياً وفي ذلك يقولون "لا تتداوى ما احتمل بدنك الداء، فإن الدواء لا يصلح شيئاً إلا أفسد مثله"¹، فضلا عن أنهم برعوا في جراحة التجميل حيث تمكنوا من شد الأسنان بالذهب وغير ذلك، يقول الدكتور علي عبد الله الدفاع في كتابه لمحات من تاريخ الطب عند المسلمين الأوائل "أما أطباء العرب في الجاهلية فقد انقسموا إلى قسمين: أحدهما يتبع طريقة الكي بالنار والآخر يتبع شرب العسل أو منقوع بعض الأعشاب، أو يعتمد على الحمية"².

أما الطب الإسلامي فقد تعددت تعريفاته وسنحاول ذكر بعضها:

وهو "الطب العربي القديم الذي لا يزال يمارس في بعض الدول العربية على أيدي من يطلق عليهم الناس لقب حكيم"³، فضلا عن أن البعض يرى أنه طب شعبي فلكلوري يعتمد على نظام غذائي خاص وعلى الأعشاب.

"الطب النبوي هو ما ثبت عن النبي صلى الله عليه وسلم من قول أو فعل أو تقرير في مجال الصحة وعلاج الأمراض ومجال الأغذية، بدليل من الأحاديث النبوية الصحيحة"⁴.

1 الفاضل العبيد عمر، مرجع سبق ذكره، ص 30.

2 المرجع نفسه، ص 30.

3 مختار سالم، مرجع سبق ذكره، ص 52.

4 أحمد عبده عوض، الأدوية الإسلامية الجامعة العلاجات القرآنية والنبوية والدعاء بالأسماء الحسنى، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2008، ص 27.

كما يعرف على أنه "كل ما يتصل بالصحة والمرض والعلاج والمعلومات الطبية والإرشادات الصحية في الآيات القرآنية، والأحاديث النبوية الشريف"¹.

والطب النبوي يقدم لنا علاجات عديدة لكثير من الأمراض، مصدرها الكتاب والسنة والطبيعة بما تحتويه من مواد وعناصر نباتية وحيوانية، فالطب النبوي طب تشريعي أخلاقي إنساني حيث يشتمل على تعاليم أخلاقية عديدة متضمنة في النصوص القرآنية والأحاديث النبوية، ونلمس ذلك في النهي عن التعاطي أو حتى التداوي بالمسكرات والنجاسات واحترام جسد الإنسان سواء كان حيا أو ميتا بالإضافة الى أحكام الحلال والحرام.

ثانيا: أهمية التراث الطبي الإسلامي

بداية نشير إلى أن التراث العلمي الإسلامي تتازعته ثلاثة مواقف، أولها: الموقف التمجيدي حيث يرى أصحاب هذا الاتجاه أن التراث العلمي الإسلامي هو المنبع أو المصدر الذي نهلت ولا زالت تنهل منه الحضارة الحالية فهو بمثابة القاعدة أو الدعامة التي كانت عاملا حاسما في نشأة الحضارة العلمية والتقنية الغربية الحديثة، وما يمكن أن يقال عن هذا التوجه أن فيه من المغالاة الكثير حيث غلبت العاطفة والتحيز لهذا التراث وهذا من شأنه أن يضر بالماضي والمستقبل أيضا فهو ضرب من "التوقيف العلمي"².

أما الموقف الثاني فيرى أصحابه أن التراث الإسلامي ما هو إلا مادة جمعت من المصادر الأعجمية المترجمة في القرون الأولى للإسلام وبالضبط أثناء حركة الإنشاء العلمية الإسلامية، وما يمكن أن يقال في هذا الصدد هو أن هذا الموقف ظالم قائم على جهل لأنه ينكر تماما علاقة الثقافة العربية الإسلامية بالثقافات الأخرى وإنكاره أيضا لدور العلماء والأطباء والفلاسفة الذين قدموا إضافات وإسهامات جليلة للطب لا يزال إلى الآن يعمل بها الأطباء في مختلف دول العالم، فنحن لا ننكر أبدا فضل الطبيب المسلم **الزهراوي** الذي ابتكر أسلوبا جديدا في العملية العلاجية قد نحتاج له في بعض الحالات المرضية والتمثل في علم الجراحة والأدوات الجراحية الواجب استعمالها والطرق الصحيحة لإجراء العمليات الجراحية، وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على أن الأطباء العرب المسلمين قد

1 مختار سالم، مرجع سبق ذكره، ص 52.

2 إبراهيم بن مراد، مرجع سبق ذكره، ص 11.

طبّقوا العلم النظري والعملي معا بشكل ملفت للانتباه وأضافوا الكثير إلى فنون الطب، دون أن ننسى إسهامات من سبق **الزهراوي** في مجال الطب كالطبيب المسلم **الرازي** والذي يعد أول من انتقد النظريات الطبية القديمة لكل من **أبو قرط** و**جالينوس**، وتجاربه التي قدم فيها وصفا دقيقا لحالات الشلل والتي منها الشلل النصفي وشلل الوجه، ومن بين التصريحات التي صرح بها **جالينوس** واثبت العلم خطاه هو قوله بان عظم الفك الأسفل عظمت في حين أكد البغدادي بالقول " والذي شاهدناه من حال هذا العضو انه عظم واحد، ليس فيه مفصل ولا درز أصلا..."¹.

إن هذه الإسهامات وغيرها تجعلنا نفند ما ذهب إليه أصحاب هذا الاتجاه، خاصة إذا علمنا أن الجراحة في العصور الوسطى الأوروبية محتقرة والجراحون كان ينظر لهم على كأنجاس، حتى أن الجراحة عندهم كانت بأيدي الحلاقين والجزارين، فضلا عن أن المدارس الطبية الأوروبية تتحاشى تعليم الجراحة من القرن الحادي عشر الى القرن الخامس عشر " ففي عام 1613م اصدر مجلس تورس البابوي قرارا يفرض على المدارس الطبية إهمال تعليم الجراحة، كان كل ذلك يجري في أوروبا في حين أن أطباء العرب يشيدون للطب مقاما رفيعا ويعدون الجراحة قسما منفردا ومحترما من الطب "²، وهذا يدل على أن الجراحة عند العرب علم طبي قائم بذاته فهي وسيلة لحسم الداء في بعض الحالات، وفي سياق آخر يذهب أصحاب الموقف الثالث إلى إنكار التراث الإسلامي جملة وتفصيلا ويعتبرونه صفحة من صفحات الماضي وقد طويت، وفي ذلك قال إبراهيم بن مراد " وثالث المواقف موقف لا يعني أصحابه من شأن التراث العلمي الإسلامي تمجيذا أو تحقيرا لأنه لا يعدو في نظرهم أن يكون حديثا من أحاديث الماضي الذي انطوت صفحاته ولا يفيد اليوم إلا ما يفيد درس التاريخ القديم "³، هذا يعني أنهم ينكرون بل وينفون تماما الحقبة العلمية العربية الإسلامية التي استغرقت ثمانية قرون بداية من منتصف القرن الثاني الهجري إلى غاية منتصف القرن العاشر أي (من ق9م إلى ق15م)، وقد نرد على هذا الموقف بما قدمه **ابن النفيس** للدورة الدموية وصفا علميا صحيحا لأول مرة في تاريخ الطب ونقده لآراء كل من **جالينوس** و**ابن سينا** وتصحيحه لأخطائهما يجعلنا نعدّه المكتشف الأول للدورة الدموية الرئوية.

1 بركات محمد مراد، **التراث الطبي العربي والصيدلة**، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2008، ص98.

2 المرجع نفسه، ص98.

3 إبراهيم بن مراد، مرجع سبق ذكره، ص 11.

لقد أثار موضوع اكتشاف الدورة الدموية الرئوية في النصف الأول من القرن الماضي جدلا كبيرا من قبل العلماء ومؤرخي العلم والطب في العالم بأسره، حيث نسب هذا الاكتشاف إلى العالم الإنجليزي **William Harvey** عام 1628م الذي قدم وصفا دقيقا قائما على البراهين والحجج العلمية والتجارب الدقيقة، وقد شارك **Harvey** في هذا الاكتشاف العديد من أطباء وفلاسفة عصر النهضة في إيطاليا أمثال: **vesalius، cesalpino، Colombo، servetus** ، هذا ما كانت تروييه كتب تاريخ الطب والفيزيولوجيا، ولم يتطرق أحد لذكر المكتشف الأول ابن النفيس إلا بعد مجيء الطبيب المصري الدكتور **محي الدين التطاوي** الذي قدم أطروحته إلى جامعة فرايبورغ بألمانيا عام 1924 معلنا فيها أن ابن النفيس هو من وصف وصفا صحيحا الدوران الرئوي في كتابه شرح تشريح القانون معتمدا في ذلك على مخطوطة موجودة في برلين ألمانيا، ليأتي بعد ذلك المستشرق **Meyerhof** 1931م ليكرر نفس الحقيقة العلمية في تقرير مفصل قدمه في المعهد المصري، وقد تلت هذه الأبحاث أبحاث أخرى أكدت هذه الحقيقة على أيدي أطباء من العرب وغير العرب.

وفي هذا الصدد يقول الدكتور **عبد الكريم شحادة** "لقد وجدت أثناء تحرياتي في باريس عن صدى نظرية **ابن النفيس** في عصر النهضة أن هذا الطبيب العربي لم يكن مجهولا كما يعتقد بعضهم، وأن كتابه شرح تشريح القانون قد ترجمت أجزاء منه إلى اللاتينية ونشرت في مدينة البندقية عام 1547، ولقد قام بهذه الترجمة طبيب إيطالي اسمه **الباغو apago**، كان قد زار دمشق وأقام فيها ردحا من الزمن يتعلم اللغة العربية ويطلع على الكتب الطبية ويصحح ترجمات كتب ابن سينا التي كانت قد نقلت إلى اللاتينية آنذاك ... ولم تمض ست سنوات على ظهور ترجمة كتاب ابن النفيس حتى صدر مؤلف ***servetus**: إصلاح المسيحية عام 1553 وفيه يصف الدورة الرئوية كما ذكر ابن النفيس قبل ثلاثة قرون، في الشكل والمعنى"¹.

وتوالى المؤلفات عن الدورة الدموية من قبل أستاذ الجراحة في جامعة يادوفا **vesalius** الذي أكد عدم وجود منافذ بين البطنين، ليأتي بعده مساعده **Colombo** وهو أستاذ التشريح بنفس الجامعة

* وهو إسباني المولد يعرف اللغة العربية ولديه معرفة كبيرة بالمؤلفين العرب وكتبهم كما يعرف لغات أخرى كالإيونانية، اللاتينية، الفرنسية وحتى العبرية.

1 عبد الكريم شحادة، **ابن النفيس المكتشف الأول للدورة الدموية الرئوية**، لمحات عن ابن النفيس، الكويت، سلسلة مطبوعات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية السلسلة الثقافية، 1996، ص79.

والذي يصف الدورة الرئوية كما جاءت في كتاب *servetus* دون أن يشير إلى المرجع الذي أخذ منه ويؤكد على أن أحدا لم يسبقه بهذا الوصف، ثم يأتي أحد أتباع *Colombo* وتلامذته وأحد أساتذة كلية الطب في بيزا إيطاليا *cesalpino* الذي يعزى إليه أنه أول من استعمل كلمة الدوران *circulation* وأنه أول من أشار إلى اتجاه الدم في دورانه وهذا خطأ طبعا لكون ابن النفيس هو أول من ذكر اتجاه الدم في القلب والرئة في كتابه السالف الذكر.

إن هؤلاء الأطباء قد أنكر كل واحد منهم على أصحابه أسبقية اكتشاف الدورة الدموية وكل منهم لم يذكر المصدر الذي نهل منه على الرغم من أنهم جميعا قد نشئوا في وسط واحد وعملوا معا حيث يعتبر *servetus* معاصر لـ *vesalius* و *Colombo* مساعدا لـ *servetus* و *cesalpino* من أتباع *Colombo*، فجميعهم يشكلون وحدة متكاملة من الأفكار والآراء الطبية، التي ساعدت *William Harvey* على وصف الدوران الدموي وصفا علميا دقيقا مبنيا على الخبرة والتجارب في كتابه دراسة تشريحية تحليلية لحركة الدم والقلب في الحيوان*، بفضل التجارب التي قاموا بها على الحيوان وتشريح الجثث.

وهذا يدل على أن الطب الحديث الراهن ما هو إلا امتداد للحضارة الإسلامية والأطباء المسلمين ويقول في ذلك البروفسور أنيس بركة بالجامعة الأمريكية ببيروت "إننا ينبغي أن نذكر العالم أنه قبل 600 سنة مضت، كانت لمدرسة الطب في باريس أصغر مكتبة في العالم، وكانت لا تحتوي إلا على كتاب دراسي واحد هو كتاب الحاوي... وبقي المرجع الرئيسي في الطب لأوروبا أكثر من 400 سنة"¹، كما يقول كل من *أوتوبتمان* و *قلب هنش* في كتابهما تاريخ الطب المصور "أن عبد الملك بن زهر استطاع بكل جدارة أن يشخص مرض السرطان في المعدة والمرئ، ويعتبر ابن زهر أول الأطباء الذين نشروا فكرة حقن المواد الغذائية بالفتحة الشرجية"²، فضلا عن الاكتشافات لبعض العلماء كابن سينا والطبيب المسلم *نجيب الدين السمرقندي* مكتشف ورم الكلية المعروف بإسم "برايت" منذ عدة قرون قبل أن يكتشفه ريتشارد برايت في القرن 18، وحتى نهاية القرن 16 ظلت جامعات أوروبا معتمدة على إسهامات علماء العرب في الطب، وهذا ما ذكره *رونالد كامبل* في كتابه الطب العربي، فضلا

* صدر هذا المؤلف عام 1628 في لندن، للمزيد أنظر: عبد الكريم شحادة، ص 83.

1 الفاضل العبيد عمر، مرجع سبق ذكره، ص 34.

2 المرجع نفسه، ص 35.

عن الدور الذي لعبه العرب في علم الصيدلة حيث كان اهتمامهم منصبا على أي الأجزاء من النبات يكون العقار فيها أفيد وأفضل، وكذا مواعيد جمع العقاقير من النبات وجنيها وكيفية تخزينها دون فسادها، ويعتبر ابن البيطار احد أهم العلماء الذين أبدعوا في مجال الصيدلة وعلم النبات بشكل خاص حيث جعله علما مستقلا عن علم الطب كما ظهر إبداعه في المنهج التجريبي الذي تبناه في دراسة النباتات وتصنيفها، هذا المنهج الذي لم تقدم الحضارة الغربية عليه أية إضافات الى الآن إلا ما تعلق منها في استخدام التقنية الحديثة.

أما ما يخص التراث الطبي الإسلامي فإننا نجد قد تأثر بالنظرية اليونانية التي تخضع الطب للفلسفة كغيره من العلوم الأخرى وتجعله جزءا منها وأحد علومها، وكان ذلك خلال القرون الهجرية الخمسة الأولى حيث اعتمد المسلمون منذ بداية إنتاجهم العلمي على هذه النظرية، ومن هؤلاء نجد الطبيب الفيلسوف **إسحاق بن عمران 279 هـ** والذي قال في كتابه **المالينخوليا** أثناء حديثه عن المهن أو العلوم التي قد يكون أصحابها عرضة للإصابة بمرض الوسواس: "وأما المكبون على قراءة الكتب الفلسفية أعني كتب الطب وكتب المنطق وكتب النظر في جميع الأشياء وكتب الناظرين في أصول الحساب وعلمه المسمى باليونانية الأرثماطريقي، والنظر في علل الفلك والكواكب وهو علم التنجيم المسمى باليونانية الأسطرونميا والنظر في علم الهندسة والمساحة ويسمى علم الخطوط بالعربية ويسمى بالرومية الجو مطريا (...). فإنهم - والله أعلم - قرييون من الوسواس السوداوي"¹.

ويشهد **مايرهوف** بأهمية ودور الطب الإسلامي بالقول: "إن الطب الإسلامي قد عكس ضوء الشمس الغاربة في اليونان وتلألأ كالقمر في سماء العصور المظلمة وثمة نجوم سطعت من تلقاء نفسها وأضاء سناها ظلمة السماء ثم أفل القمر وخبأ ضوء النجوم في عصر الأحياء وإن بقي أثرها"²، كما ويؤكد **مونتجمري واط** على أن الحضارة الإسلامية قد أحرزت تفوقا كبيرا على جميع الأصعدة ومع ذلك فالأوروبيون لا يقدرين كم هم مدينون لهذه الحضارة بل ويضيف أن تبعية الطب للطب العربي قد استمرت حتى القرنين الخامس عشر والسادس عشر، ويقول عن الإسلام " لم يكن الإسلام في جوهره

1 إبراهيم بن مراد، مرجع سبق ذكره، ص 13.

2 أحمد رجائي الجندي، مرجع سبق ذكره، ص 22.

حركة دينية بحثة وإنما هو أيضا قيمة إنسانية تغلغت في صميم حياة الشعوب التي اعتنقته أو اتصلت به وكانت نوعا للتعايش الإنساني الفريد في العالم...¹.

ثالثا: النظرة الطبية الإسلامية في الوقاية والعلاج

وتتجسد النظرة الطبية الإسلامية في ثلاث نقاط هي: بناء الجسم وتحسين الصحة، الطب الوقائي، الطب العلاجي.

(1) **بناء الجسم وتحسين الصحة:** إن منهج الإسلام في بناء الصحة وتحسينها يبدأ بالاهتمام بالفرد وهو جنين في بطن أمه من خلال الاختيار المناسب للزوج والزوجة قال صلى الله عليه وسلم (تخيروا لنطفكم)، كما أكد على أهمية الرضاعة الطبيعية ودورها في حماية البدن وإكساب القوة والمناعة ضد بعض الأمراض وهذا ما كشفه الطب الحديث، لتأتي المرحلة التالية والتي يؤكد فيها الشرع الحكيم ضرورة تربية الطفل ورعايته روحيا وبدنيا، والتغذية السليمة المتوازنة وتنمية الشخصية وتهذيبها.

(2) **الطب الوقائي في الإسلام:** يقول سبحانه وتعالى (ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة) (سورة البقرة الآية 195)، إن حفظ الصحة من شأنه أن خصائص الشريعة الخمس حفظ الدين، البدن، العقل، النسل والمال، وعليه يؤكد الإسلام على الصحة الشخصية كأحد أهم عناصر الوقاية في الإسلام من خلال النظافة الشخصية والعناية بأعضاء الجسم المختلفة كالفم والأسنان والأنف وغيرها، وهذه السلوكيات التي جانب أنها تمثل جانب النظافة والعناية بالجسم فهي أيضا عبادة، فقد روى البخاري عن عائشة رضي الله عنها عن النبي صلى الله عليه وسلم انه قال: (السواك مطهرة للفم، مرضاة للرب)، فضلا عن تحريم الإسلام للخمر والمخدرات لحماية النفس البشرية وخاصة حماية الأجنة من التشوّهات، ولحماية الصحة الاجتماعية شجع الإسلام الزواج المبكر محذرا بذلك من الفاحشة والتي تعتبر مصدر كل الأمراض الاجتماعية، روى احمد وابن ماجه حديث رسول الله قال: (ما ظهرت الفاحشة في قوم قط يعمل بما فيهم علانية إلا ظهر فيهم الطاعون والأوجاع التي لم تكن في أسلافهم).

كما يؤكد الإسلام على صحة البيئة كعنصر ثان من عناصر الطب الوقائي وقد قال الرسول عليه الصلاة والسلام في هذا الشأن: (اتقوا الملاعن الثلاثة: البراز في الموارد وقارعة الطريق والظل)، وقد روى الترمذي عنه عليه الصلاة والسلام أنه قال: (إن الله طيب يحب الطيب، نظيف يحب

1 أحمد رجائي الجندي، مرجع سبق ذكره، ص 23.

النظافة، كريم يحب الكرم، جواد يحب الجود، فنظفوا أفئيتكم ولا تشبهوا باليهود)، أما العنصر الثالث من عناصر الوقاية في الطب الإسلامي فتمثل في الوقاية من الحوادث حيث عمل الإسلام على وضع المعايير الرئيسية في الوقاية من الحوادث من خلال إجراءات محددة في مجالات الصناعة وحوادث الطرق والمنازل قبل أن يظهر علم السلامة الذي يذهب إلى أن لكل حادثة سبب ويتجنب الأسباب نتجنب الحوادث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: (لا تتركوا النار في بيوتكم حين تنامون).

3) الطب العلاجي: على الرغم من الوقاية التي يتخذها الفرد كمبدأ في حياته حتى يتجنب الإصابة بالأمراض انطلقاً من مبدأ الوقاية خير من العلاج إلا أنه يصاب بالمرض وهنا جاء الطب الإسلامي ليؤكد على أهمية العلاج والتأهيل للجسم والأحاديث النبوية كثيرة في الأمر بالتداوي كما أوضحت الفرق بين الإيمان بالقضاء والقدر وبين طلب العلاج أي أن الأمر بالتداوي لا ينافي التوكل على الله.

رابعاً: قواعد الوقاية العلاجية بالطب النبوي

وسنذكر بعض هذه القواعد في الآتي:

1. القاعدة الأولى تجنب الكحول والمسكرات في الدواء: وهذه القاعدة ليست شرعية فقط بل حتى الطب الحديث يقرها ويؤكد عليها، يقول الرسول صلى الله عليه وسلم في الخمر (إنها داء وليست دواء) فضلاً على أن الدراسات والأبحاث الطبية قد أثبتت مخاطر تعاطي الكحول وأنه لا حاجة إلى استخدام الكحول في الدواء.

2. القاعدة الثانية تجنب الدواء الخبيث: "عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: "نهى رسول الله صلى الله عليه وسلم عن كل دواء خبيث كالسم ونحوه" أخرجه الترمذي، وفي ذلك نهى عن العلاج في كل ما خبث شرعاً وطبعاً، كالجاسات والأدوية ذات الفاعلية الشديدة والتي تكون جرعاتها العلاجية قريبة من جرعاتها السامة وما كانت لها"¹.

3. القاعدة الثالثة الاستفادة بالأثر الإعتقادي: للجانب النفسي دور كبير في تحقيق الصحة أو المرض لدى الإنسان، وما يقصد به هنا هو أن الطب النبوي الوقائي يستفيد من بعض العوامل النفسية في عملية العلاج كالاعتقاد والقبول والإقناع حيث أن هذه العوامل ثبت تأثيرها على حالة المريض وفاعلية الدواء.

1 أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 41.

هذا ونشير الى أن المسيحيين كغيرهم من شعوب العالم يمارسون علاجات خاصة بهم، حيث تلجأ هذه الفئة إلى الكنيسة للعلاج من خلال أداء الصلاة الخاصة بالعلاج، غير أن معظم طرق العلاج الديني تتم في المنازل وبحضور القسيس للمنزل. وتعتبر صلاة القنديل أحد الصلوات التي يتم من خلالها الشفاء من المرض.

خامسا: غايات الطب النبوي

لقد حدد ابن رشد في كتابه الكليات غاية الطب ووسائله ويذكر " أن غاية صناعة الطب هذه إنما هي حفظ بدن الإنسان، وإبطال المرض وذلك بأقصى ما يمكن، في واحد من الأبدان "1، ومن قول ابن رشد نخلص إلى أن الهدف العام من الطب والطب النبوي بشكل خاص هو محاولة الوصول الى تحقيق الصحة بكل جوانبها، النفسية والجسدية والاجتماعية والبيئية، وبشكل مختصر نقدم في هذا العنصر الأهداف السامية للطب النبوي:

(1) علاج الإنسان ككل:

حيث يستطيع الطب النبوي أن يصل الى العلاج المتكامل للمريض من خلال اهتمامه بالجانب النفسي الإيماني والذي مصدره القران الكريم والأدعية النبوية الشريفة، والجانب الجسدي عن طريق الأدوية والعقاقير الخالية من الآثار الجانبية واغلبها من الأعشاب، والجانب الآخر وهو "جانب الطاقة الحيوية وذلك بالوسائل العلاجية المناسبة سواء المعروفة منها في الطب النبوي أو ما يتحقق بالأنظمة العلاجية الأخرى"2.

(2) معرفة التعاليم الوقائية الصحيحة:

تتعدد أشكال الطب الوقائي في الطب النبوي ومنها:

1-2 الفرار من المجذوم: حيث يذهب كل من الحنفية والمالكية والشافعية والحنابلة الى عدم مخالطة المجذوم إلا إذا رضي المخالط بذلك، وهو ما يعرف بالحجر الصحي الإسلامي، فقد روى أبو هريرة أنه صلى الله عليه وسلم قال: "لا عدوى ولا طيرة ولا هامة ولا صفر وفر من المجذوم كما تفر من الأسد"3. رواه البخاري

1 ابن رشد، مرجع سبق ذكره، ص 6.

2 أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 31.

3 المرجع نفسه، ص 32.

وقد قال الشيخ ابن عثيمين رحمه الله في هذا الصدد: (قوله صلى الله عليه وسلم : (لا عدوى) ولا هنا نافية للجنس، ونفي الجنس أعم من نفي الواحد والاثنين والثلاثة، لأنه نفي للجنس كله، فنفي الرسول صلى الله عليه وسلم العدوى كلها.

والعدوى تعني انتقال المرض من المريض إلى الصحيح، وكما يكون في الأمراض الحسية يكون أيضا في الأمراض المعنوية الخلقية، ولهذا أخبر النبي صلى الله عليه وسلم أن جليس السوء كنافخ الكير، إما أن يحرق ثيابك، وإما أن تجد منه رائحة كريهة.

فقوله صلى الله عليه وسلم: "لا عدوى" يشمل الجوانب الحسية والمعنوية، وإن كانت في الحسية أظهر.

وقوله عليه الصلاة والسلام: "ولا طيرة" فالطيرة هي التشاؤم بمرئي أو مسموع أو معلوم.

أما قوله صلى الله عليه وسلم: "ولا هامة" والهامة بتخفيف الميم فسرت بتفسيرين وهما:

أما التفسير الأول: فهي عبارة على طير معروف يشبه البومة، أو هي البومة تزعم العرب أنه إذا قتل القتل صارت عظامه هامة تطير وتصرخ حتى يؤخذ بثأره، وربما اعتقد بعضهم أنها روحه.

وفي التفسير الثاني: أن بعض العرب يقولون الهامة هي الطير المعروف لكنهم يتشاءمون بها، فإذا وقعت على بيت أحدهم ونعقت قالوا: إنها تتعق به ليموت ويعتقدون أن هذا دليل قرب أجله، وهذا كله بلا شك عقيدة باطلة.

وقد قال سبحانه وتعالى في سورة يس بسم الله الرحمان الرحيم: (قالوا انا تطيرنا بكم لنن له ننتهموا لنرجمنكم وليمسناكم منا عذاب اليم، قالوا طائركم معكم أنن ذكركم بل أنتم قوم مسرفون) (سورة يس الآية 18-19).

وفي قوله: "ولا صفر" فقد قيل إنه شهر صفر وقد كانت العرب يتشاءمون به ولاسيما في النكاح، كما قيل: إنه داء في البطن يصيب الإبل وينتقل من بعير إلى آخر وعلى هذا فيكون عطفه على العدوى من باب عطف الخاص على العام، والأقرب أن صفر يعني الشهر وأن المراد نفي كونه مشئوما أي لا شؤم فيه فهو كغيره من الأزمان يقدر فيه الخير ويقدر فيه الشر.

2-2 الاحتراز من الطاعون: فقد ورد عن النبي صلى الله عليه وسلم في الحديث الذي رواه الإمام مسلم بسنده أن رجلا سال سعد بن أبي وقاص عن الطاعون فقال أسامة بن زيد: أنا أخبرك عنه، قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "هو عذاب أو رجز أرسله الله الى طائفة من بني إسرائيل أو ناس كانوا قبلكم فان سمعتم به بأرض فلا تدخلوها عليه وإذا دخلها عليكم فلا تخرجوا منها فرارا"¹. رواه مسلم

2-3 تصحيح المفاهيم الصحية والممارسات العلاجية: أحيانا يحتاج العلاج الى استعمال العقاقير المحرمة شرعا، ورغم فائدتها للجسم إلا أن الطب النبوي يحرمها ويوجه الى الاستغناء عن استخدامها في الدواء كالخمر وخاصة الكحول الإيثيلي، وهذا ما طالبت به وأكدت منظمة الصحة العالمية OMS.

2-4 الطب النبوي مصدر للبحث والاستكشاف العلمي: نحن نعلم أن الطب النبوي طب تراثي أي منشأه الكتاب والسنة النبوية الشريفة، إلا انه يقوم على الحقائق العلمية، فمنذ سنوات مضت اتجهت البحوث في مجال الصحة والمرض على تحليل الأدعية والأحاديث النبوية ولم يكن مقتصرًا على العلماء والباحثين المسلمين بل امتد ليشمل العلماء والأطباء الغربيين المنحدرين من عقائد وإيديولوجيات مختلفة، وتوصلت أبحاثهم حول الأحاديث التي تم تحليلها علميا بأنها صحيحة، والأمثلة كثيرة ومنها البحوث التي اهتمت بالتحليل والبحث في الحبة السوداء وغيرها.

2-5 الطب النبوي فيه دعوة وتوجيه لأهل الاختصاص: حيث يؤكد الطب النبوي على ضرورة اهتمام العلماء المختصين في الطب بالبحث والاهتمام بالصحة في قوله عليه الصلاة والسلام (ما انزل الله من داء إلا وانزل له دواء) رواه البخاري.

ونشير هنا إلى جود أربعة قواعد علاجية في السنة النبوية الشريفة تعد أصلا من أصول العلاج السليم وهي قواعد أسسها ووضعها الرسول صلى الله عليه وسلم، وتعتبر الآن مصدرا لكل القواعد العلاجية الحديثة ونعرضها في الآتي:

(أ) لكل داء دواء: وهذه هي القاعدة الأولى التي أسسها الرسول صلى الله عليه وسلم فلا يمكن لدواء أن يصلح لعلاج كل الأمراض، وما يمكن الإشارة إليه في هذا العنصر أن كثيرا من الناس يعتقدون أن

1 أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص31.

العلاج محصور في ثلاث، الحجامة، العسل والكي، ويقول الرسول صلى الله عليه وسلم الشفاء في ثلاث في شرطة محجم، أو شربة عسل، أو كية بنار، وأنا أنهى أمتي عن الكي. وهذا طبعا لا يعني الإحجام عن العلاج بوسائل وأدوية أخرى، وإنما التنبيه لهذه العناصر الثلاث لكونها تمثل أصول العلاج، لقول "الإمام ابن حجر: ولم يرد عن النبي صلى الله عليه وسلم الحصر في الثلاثة الحجامة والعسل والكي . فان الشفاء قد يكون في غيرها وإنما نبه بها على أصول العلاج".¹

الأمر بالتداوي والحث عليه وتحميل الإنسان المسؤولية عن بدنه:

كما ذكر في القاعدة الأولى إن لكل داء دواء، أي لا يوجد مرض إلا وله علاج، تأتي القاعدة الثانية لتؤكد ذلك بالأمر في الأخذ بالعلاج، وعلى المختصين من الأطباء وغيرهم أن يجتهدوا في البحث حتى يصلوا الى الدواء، ذلك لان النفس البشرية أمانة في يد صاحبها وفي ذلك قال الرسول عليه الصلاة والسلام: "إن لجسدك عليك حقا"، وعليه أن يحافظ عليها كما أمرنا الله سبحانه وتعالى في كتابه العزيز الحكيم، فكلما تعرض المرء لمرض معين عليه أن يسعى للحصول على العلاج، فعن "أسامة بن شريك رضي الله عنه قال: شهدت الأعراب يسألون النبي صلى الله عليه وسلم علينا حرج في كذا؟ فقالوا: يا رسول الله، هل علينا حرج أن لا نتداوى؟ قال: تداووا عباد الله سبحانه لم يضع داء إلا وضع معه شفاء إلا الهرم"².

(ب) تحصيل العلم بالطب وممارسة التطبيب:

ويقصد بهذه القاعدة ضرورة طلب العلم في المجال الطبي، فلا يمكن بأي حال من الأحوال أن نصف دواء لشخص عن مرض قد أصابه ونحن نجهل أصول العلم بالطب وفروعه، أو حتى بهذا الدواء الموصوف والعوارض التي يمكن أن يحدثها للشخص، أو أن نصف نفس الدواء لنفس الداء لشخص آخر، وهذا لن يتأتى إلا من خلال الاعتماد على الملاحظة والتجربة والمسائلة والتي يجب أن يتحلى بها الطبيب ومواصلة البحث في هذا المجال حتى يحدث التجديد والتطور في هذا الميدان وهذا

1 أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 24.

2 المرجع نفسه، ص 25.

طبعا ما أكده ابن رشد في كتابه الكليات في الطب، وفي هذا الصدد نجد الرازي يقول " ان الحقيقة في الطب لا تدرك بالعلاج بما تصفه الكتب دون أعمال الماهر الحكيم رأيه"¹.

"فعن ابن مسعود عن النبي عليه الصلاة والسلام: قال تداوو يا عباد الله، فإن الله لم يضع داء إلا وضع له شفاء علمه من علمه وجهله من جهله" يقول ابن حجر: ومما يدخل في قوله "جهله من جهله": ما يقع لبعض المرضى أن يتداوى من داء بدواء فيبرأ ثم يعتريه ذلك للداء بعينه فيتداوى بذلك الدواء بعينه فلا ينجح والسبب في ذلك الجهل بصفة من صفات الدواء"².

ج) التوجيه إلى النظافة الشخصية والعامة: ولذلك أهميته في تحقيق الطب الوقائي التي تسعى حكومات الدول إلى تحقيقه، والطب النبوي يؤكد على أن تحقيق هذا الهدف يكون بإتباع سنة المصطفى عليه الصلاة والسلام من خلال الوضوء والغسل وتكرار تنظيف السبيلين، ونظافة الماء المستعمل فقد قال الرسول عليه الصلاة والسلام: "لا يبولن أحدكم في الماء الدائم ثم يغتسل منه" رواه البخاري.

كما حض على استعمال السواك وذلك حفاظا على طهارة الفم والأسنان بل ويصل الأمر إلى علاقة السواك في عملية الهضم وغيرها من الميزات التي يشتمل عليها السواك، فضلا عن العناية بالجسد وتقليم الأظافر والختان والإستحداد، وفي ذلك قال الرسول عليه الصلاة والسلام: "خمس من الفطرة الاستحداد، والختان، وقص الشارب، ونتف الإبط، وتقليم الأظافر" رواه البخاري؛ ويقصد بالإستحداد الإحتلاق بالحديد أي الحلاقة.

د) إلغاء دور السحر والكهانة بالطب وذلك لتحريم الإسلام لهما، والاهتمام بالبحث والتأمل في الطبيعة بكل موجوداتها لاستخلاص ما يفيد منها لبني البشر وخاصة في المجال الطبي.

تحريم ما هو ضار بالجسم: كتحريم الميتة والدم ولحم الخنزير قال تعالى: "إنما حرم عليكم الميتة والدم ولحم الخنزير وما أهل به لغير الله" (سورة البقرة الآية 173) ، كما حرم تعالى الخمر في قوله سبحانه: "يسألونك عن الخمر والميسر قل فيهما إثم كبير ومنافع للناس" (سورة البقرة الآية 219)، وفي موضع آخر أكد سبحانه وتعالى على تحريم جماع الحائض في قوله تعالى: "يسألونك

1 منصف المرزوقي، أبحاث وأعمال المؤتمر العالمي الأول عن الطب الإسلامي، العدد الأول، ط2، وزارة الصحة العامة، الكويت، 1981، ص 105.

2 أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 26.

عن المحيض قل هو أذى فاعتزلوا النساء في المحيض ولا تقربوهن حتى يطهرن" (سورة البقرة الآية 222).

هـ) **الوقاية من الأمراض:** "ومثال ذلك استعمال مبدأ الحجر الصحي كما في الوقاية عن الطاعون، قال صلى الله عليه وسلم: فإذا سمعتم به بأرض فلا تقدموا عليه، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا فرارا منه" رواه البخاري.

وفي هذا نشير إلى أن ثلث مؤلفات العرب الطبية في مجال الطب قد انصبت على الوقاية الوقائي والمحافظة على الصحة، ومن دلالات هذا الاهتمام "أن يخصص علي بن عباس في كتاب الصناعة الطبية واحدا وثلاثين فصلا في حفظ الصحة وتدبيرها بالرياضة والاستحمام والغذاء والشراب والنوم والجماع والهواء النقي..."¹.

و) **اختيار الأطعمة النافعة وعدم الإسراف في الطعام، وحفظ الطعام:** قال تعالى "وكلوا واشربوا ولا تسرفوا" والإسراف قسمان: إسراف من جانب الكمية حيث يكون الأكل بمقدار وكميات كبيرة قد تفوق حاجة الجسم لها، ومن جانب آخر إسراف في نوع الأغذية حيث يتم تناول أغذية معينة دون تناول الأخرى بمعنى حرمان الجسم من أغذية معينة على الرغم من حاجة الجسم لها، كما أكدت السنة النبوية الشريفة على ضرورة الاعتناء بالغذاء من حيث الأدوات المستعملة في ذلك في قوله صلى الله عليه وسلم: "غطوا الإناء، وأوكلوا السقاء، فإن في السنة ليلة ينزل فيها وباء، ولا يمر بإناء ليس عليه غطاء وسقاء ليس عليه وكاء إلا وقع فيه من ذلك الداء" رواه مسلم.

فضلا عن العناية بالفصد والحجامة، والوقاية من الأمراض الجنسية بتحريم الزنا واللواط، والحث على ممارسة التمارين الرياضية، والحفاظ على صحة البيئة، والحفاظ على الجانب النفسي بإتباع تعاليم السنة النبوية الشريفة

سادسا: أنواع علاجات النبي صلى الله عليه وسلم للمرض

ونشير هنا إلى أن الطب النبوي متعدد وتتنوع فيه الوسائل العلاجية، وعليه كلما كان المختص عالما بأصول العلاج كلما ساعده ذلك في معرفة الوسائل الملائمة التي تستخدم في العلاج، حيث يجد المختص نفسه أو الطبيب يستخدم عددا من الوسائل العلاجية للمرض الواحد، ولا ينبغي على

1 بركات محمد مراد، مرجع سبق ذكره، ص ص 90-91.

المختص أن يستخدم وسيلة علاجية وهو يجهل كنهها ودورها في العلاج، ففي هذه الحالة لا بد للمعالج أن يحيل هذه الحالة الى من هو أقدر منه، وفي حالة خطأ الطبيب الماهر فإنه يعذر وهذا ما أكده ابن رشد بالقول "يعذر الطبيب الماهر إذا أخطأ في صناعة الطب والحاكم الماهر إذا أخطأ في الحكم، ولا يعذر فيه من ليس من أهل ذلك الشأن"¹، ويقصد بذلك أن لا يدخل في مجال العلاج من ليس من أهل العلم الطبي ومن ثم فالطبيب يعذر إذا أخطأ، أما الجاهل المتطفل فلا يعذر إذا أخطأ، وهو في ذلك يسير وفق القاعدة الشرعية التي أقرها الفقهاء بناء على ما ورد في الحديث الشريف "ومن تطبب ولم يعلم منه الطب قبل ذلك فهو ضامن".

فعن سعد قال: مرضت مرضاً أتاني رسول الله عليه الصلاة والسلام يعودني، فوضع يده بين ثديي حتى وجدت بردها على فؤادي فقال: "إنك رجل مفؤود إئت الحارث بن كلدة أبا ثقيف فإنه رجل يتطبب فليأخذ سبع ثمرات من عجوة المدينة فيلجأهن بنواهن ثم ليدلك بهن"².

أما عن علاجات النبي صلى الله عليه وسلم فالمتمتع لكتاب ابن القيم الجوزية يجد أن هدي الرسول صلى الله عليه وسلم في علاجه للأمراض ينقسم إلى ثلاثة أنواع، النوع الأول ويطلق عليه العلاج بالأدوية الإلهية، والثاني بالأدوية الطبيعية، أما الثالث فهو مركب بين النوع الأول والثاني، وعلى العموم توجد وسائل علاجية كثيرة استخدمها الطب النبوي هي:

1) العلاجات الروحانية:

أو ما يسمى بالأدوية الإلهية وهي أهم علاج في الطب النبوي كالاستشفاء بالقران الكريم يقول الله تعالى "وننزل من القرآن ما هو هدى ورحمة للمؤمنين" (سورة النور الآية 82). فالقران شفاء كما اشرنا الى ذلك سابقا ولجميع الأمراض غير انه يشترط فيه الصدق واليقين التام بان الله هو الشافي، والآيات الدالة على الشفاء كثيرة كقوله تعالى: "وقل رب أعوذ بك من همزات الشياطين وأعوذ بك ربّي أن يحضروني" (سورة المؤمنون الآية 97). كما ورد عن الرسول صلى الله عليه وسلم الاستشفاء بسورة الفاتحة.

وسنحاول أن ندرج في هذا الصدد العبادات التي أكد عليها الرسول صلى الله عليه وسلم في علاج الأمراض ليس فقط الأمراض النفسية فحسب بل علاج الأمراض البدنية والعضوية أيضا.

1 ابن رشد، مرجع سبق ذكره، ص 7.

2 المرجع نفسه، ص 27.

1-1 العلاج بالصلاة:

"عن أبي هريرة رضي الله عنه قال: هجر النبي صلى الله عليه وسلم فهجرت، فصليت ثم جلست، فالتفت الى النبي صلى الله عليه وسلم فقال: أشكمت درد، قال: قلت: نعم يا رسول الله قال: قم فصل فإن الصلاة شفاء". مسند أبي هريرة رضي الله عنه¹.

ولفظة أشكمت درد فارسية الأصل ويقصد بها أوجعك بطنك؟. إن هذا الحديث يعني أن الصلاة لها دور فعال في الشفاء من الأمراض النفسية كالقلق مثلا، فضلا عن كونها تذهب الداء من الجسد، وفي ذلك يقول الرسول صلى الله عليه وسلم (وجعلت قرّة عيني في الصلاة)، الحقيقة انه إذا تأملنا في الصلاة وجدناها تشتمل على مجموعة من الحركات البدنية كالركوع والسجود وطريقة الجلوس للتنشيد وغيرها من الحركات الأخرى والتي كلها مناسبة لجسم الإنسان وبخاصة الحفاظ على الظهر، فحركة العظام في الصلاة تعتبر من أهم اسباب بقاء الأنسجة العظمية حية، لذلك ينصح بأداء الصلاة في سن مبكرة حتى لا يصاب الشخص بآلام الظهر، وهذا ما تأكد في البحث المقدم الى احد مؤتمرات الإعجاز الطبي في القران والسنة.

"قال الموفق عبد اللطيف في كتاب الأربعين: وما انفع السجود لصاحب النزلة والزكام وما اشد إعانة السجود على فتح سدة المنخرين وما أقوى معاونة السجود على تعفن الأخبثين وحرر الطعام عن المعدة والأمعاء وتحريك الفضول المحتقنة فيها وإخراجها، إذ عنده تتعصر أوعية الغذاء بازديادها وتساقط بعضها على بعض وكثيرا ما تسر الصلاة وتمحق الهم، وهي تطفئ نار الغضب وتفيد الأحباب للحق والتواضع للخلق، وترقق القلب وتحبب العفو وتكره قبح الانتقام"².

وهذا ما جعل الرسول صلى الله عليه وسلم يقول (أرحنا بها يا بلال)

1-2 العلاج بالصوم:

"قالصيام على الحقيقة ليس مجرد شعيرة، بل هو تأسيس لحياة جديدة أولها في النفس وآخرها عند الله"³.

1 ابن رشد، مرجع سبق ذكره، ص 27.

2 المرجع نفسه، ص 28.

3 صلاح الدين عبد الله، شعيرة الصوم من أداء الطقس الى إشراقه الروح، العربي، مجلة شهرية ثقافية تصدرها وزارة الإعلام بدولة الكويت، العدد 575، رمضان 1427هـ اكتوبر 2006م، ص 103.

ويعرف الصيام بأنه: الإمساك عن الشيء أي الإمساك عن الأكل والشرب وسائر المفطرات مع النية من طلوع الفجر الى غروب الشمس، والصائم سمي كذلك لإمساكه عن شهوتي البطن والفرج، ويقال صوم الماء ركوده، والصامت عن الكلام صائم وفي ذلك قوله تعالى في سورة مريم الآية 26 "إني نذرت للرحمان صوما فلن اكلم اليوم انسيا"(سورة مريم الآية26).

هناك من يعتقد أن للصيام تأثيرا سلبيا على صحة الفرد كونه فيه انقطاع لفترة معينة في اليوم عن الطعام والشراب، خاصة بعد تأكيد الأوساط الطبية على ضرورة تناول ثلاث وجبات يوميا أمر في غاية الأهمية للحفاظ على الصحة وإن ترك وجبة طعام واحدة من شأنه أن يؤثر سلبا عليها، مما يؤدي الى إصابة الفرد بالأمراض، وهذا التصور قد يكون ناتجا عن الجهل بفائدة الصيام الإسلامي، وعليه فسندوضح في هذا الجزء أهمية وفائدة الصيام الإسلامي خاصة بعد تطبيقه في بعض العبادات الطبية في العالم الغربي لمعالجة بعض الأمراض والتي تحقق بموجبها الشفاء الكلي بعد تبني هذا الأسلوب في العملية العلاجية.

وفيما يلي نوضح الإعجاز العلمي في الصيام في النقاط الآتية:

الوجه الأول ويتمثل في الوقاية من العلل والأمراض: لقد أثبتت الأبحاث الطبية الكثير من فوائد الصيام ضد كثير من الأمراض الجسمية والنفسية ومنها، أن الصيام يعتبر مقويا لجهاز المناعة ومن ثم فهو يقي من الإصابة بالكثير من الأمراض، حيث " انه يتحسن المؤشر الوظيفي للخلايا للمفاوية عشرة أضعاف، كما تزداد نسبة الخلايا المسئولة عن المناعة النوعية زيادة كبيرة كما ترتفع بعض أنواع الأجسام المضادة في الجسم، وتنشط الردود المناعية نتيجة لزيادة البروتين الدهني منخفض الكثافة"¹.

إلى جانب ما سبق فإن الصيام يقي الجسم من أخطار السموم المتراكمة في أنسجته وخلاياه، وأيضا الوقاية من مرض السمنة الناتج عن تظافر جملة من العوامل والتي منها الضغوط النفسية والاجتماعية وكذا عدم توازن الغذاء فيكون الصيام بذلك عامل استقرار نفسي وعقلي نظرا لما يتضمنه الصيام من أجواء إيمانية وكثرة العبادة والذكر وتوجيه الطاقات الإنسانية توجيها ايجابيا، إلى جانب أنه

1 عبد الجواد الصاوي، من أوجه الإعجاز العلمي، بحث مقدم في الهيئة العلمية للإعجاز العلمي في القرآن والسنة، http://www.eajaz.org/Arabic/index.php?option=com_content&view=article&id=274&catid=5

5:2008-05-29-15-33-11&Itemid=76، بتاريخ 2014-06-15.

بقي من تكون حصيات الكلى حيث يرفع معدل الصوديوم في الدم فيمنع تشكل أملاح الكالسيوم، وفي الحديث الشريف يقول صلى الله عليه وسلم: "يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج، ومن لم يستطع فعليه بالصوم فإنه له وجاء"، وهذا يدل على أن الصوم من شأنه أن يهدئ ثورة الغريزة الجنسية.

الوجه الثاني ويضمن قوله تعالى "وان تصوموا خير لكم إن كنتم تعلمون" (سورة البقرة الآية 184): فالصيام فيه فائدة للأصحاء كما للمرضى، ففي فترات ماضية اعتقد الأطباء في خطورة الصيام على مرضى المسالك البولية وخاصة أولئك الذين يعانون من تكون الحصيات حيث ينصحون مرضاهم بالفطر وتناول كميات كبيرة من السوائل، وقد ثبت حالياً من الأبحاث العلمية خلاف ذلك، إذ ومن خلال الصيام يتم إذابة بعض الأملاح ومن ثم عدم تكون حصيات الكلى، كما أن الصيام لم يؤثر حتى لدى أولئك الذين يعانون الفشل الكلي، كما أن الصيام لا يشكل خطورة على المرضعات والحوامل، كما يفيد الصيام في تحسين القدرة على التعلم وتقوية الذاكرة من خلال العطش الذي يفيد في إمداد الجسم بالطاقة.

فضلا عن أن الصيام يقوي لدى الإنسان الجوانب النفسية، فيقوي لديه الصبر، قوة الإرادة، كما يضيف على نفسه السكينة والرضا والفرح، قال رسول الله عليه الصلاة والسلام: "للصائم فرحتان يفرحهما إذا افطر فرح بفطره، وإذا لقي ربه فرح بصومه" متفق عليه، وقد ثبت بالدليل العلمي القاطع أن الصيام الإسلامي ليس له أي تأثير سلبي على الأداء العضلي وتحمل المجهود البدني.

1-3 العلاج بالصدقة: بطبيعة الحال إن الأحاديث النبوية أكدت على أن لكل داء دواء، وما على الإنسان إلا البحث في الطبيعة بكل موجوداتها لإيجاد الدواء، فضلا عن أن الدواء موجود أيضا في النفس البشرية من خلال التوكل على الله وأداء ما أمر الله به عباده من صلاة وزكاة وصدقة وغيرها، ذلك لأن كثيرا من الأمراض والحالات المرضية عجز أمامها الأطباء في إيجاد الدواء الملائم لها، وأحيانا يوجد الدواء لكنه غير نافع لهذا المريض مثلا والسبب خفي لا يمكن إدراكه، بل المريض هو نفسه من يدركه، من هنا يلجأ المريض إلى الصدقة، هذه الأخيرة التي كانت سببا في شفاء أشخاص كثر حتى في حالات الأمراض الخطيرة كالسرطان.

إن ما سبق ذكره يؤكد قول الرسول صلى الله عليه وسلم حينما قال: "داووا أمراضكم بالصدقة وحصنوا أموالكم بالزكاة واعدوا للبلاء بالدعاء".¹

1-4 العلاج بالنظر في المصحف والتفكير فيه: وهي من العبادات الهامة التي يعالج بها الإنسان نفسه من أمراض شتى خاصة أمراض العيون، فهاهو رجل يشكو الى رسول الله صلى الله عليه وسلم وجعا أصاب عيناه فقال له الرسول عليه الصلاة والسلام (انظر في المصحف). "وروى زيد بن اسلم عن عطاء ابن يسار عن أبي سعيد الخدري قال: قال رسول الله عليه وسلم: أعطوا أعينكم حظها من العبادة. قالوا: يا رسول الله: وما حظها من العبادة؟ قال: النظر في المصحف والتفكير فيه، والاعتبار عند عجائبه".²

1-5 العلاج بالدعاء أو ما يصطلح عليه الاستشفاء بالرقية والعلاج بالأسماء الحسنى: لقد وردت أحاديث كثيرة دعا فيها الرسول عليه الصلاة والسلام الى استخدامها وهي لا تتطلب من الشخص نفسه المصاب بالمرض أو أي أحد من أفراد أسرته إلا أن يضع يده فوق الألم ويدعو بها، والدعاء عبارة عن كلمات واضحة مصدرها القرآن الكريم أين يتفوه بها الإنسان المريض بيقين في أن الله وحده هو الشافي، ومن بينها الأدعية الخاصة بالحمى وأخرى خاصة بالأرق، وغيرها، "فعن عثمان بن أبي العاص رضي الله عنه أنه شكا إلى رسول الله صلى الله عليه وسلم وجعا يجده في جسده منذ اسلم فقال له الرسول اجعل يدك اليمنى على الذي تألم ثم قل: بسم الله ثلاثا، وقل سبع مرات: أعوذ بعزة الله وقدرته من شر ما أجد وأحاذر".³

وباستطاعة الإنسان أن يحيا حياة آمنة وبصحة جيدة بطاعات أخرى كأكل الحلال والابتعاد عن الحرام، وحفظ الجوارح، والابتهاال الى الله عز وجل والذكر وقيام الليل وغيرها مما أكدته السنة النبوية الشريفة.

أما **العلاج بالرقية** في أيامنا هذه فهو منتشر بشكل ملفت للانتباه، ومن الأحاديث النبوية التي كان الرسول صلى الله عليه وسلم يرقى بها هي قوله "اللهم رب الناس اذهب البأس واشف أنتم الشافي لا شفاء إلا شفاؤك شفاء لا يغادر سقما". حتى أن لدغة العقرب كان الرسول عليه الصلاة والسلام يرقى

1 أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 29.

2 المرجع نفسه، ص 29.

3 المرجع نفسه، ص 29.

منها. ويبقى أن نشير الى أن العلاج بالرقية يتطلب استيفاء شروط معينة للقائم بالرقية والمريض أيضا.

وقد انتشر هذا الأسلوب بظهور الكتب الدينية والتي تقدم لنا تفاصيل الرقية الشرعية ونصوصا للأدعية خاصة بكل الأوقات والمناسبات كالأذكار اليومية* .

أما تعلق في العلاج بالأسماء الحسنى فنبينه من خلال الجدول التالي:

جدول رقم (1) يوضح العلاج بالأسماء الحسنى

اسم المرض	اسم الله	اسم المرض	اسم الله	اسم المرض	اسم الله
الأذن	السميع (211)	العين	النور/البصير/الوهاب (45/323/287)	الجيوب الانفية	اللطيف/الغني/الرحيم (289/1091/160)
العمود الفقري	الجبار (237)	العظام	النافع (232)	المثانة	الهادي (51)
الشعر	البيدع (117)	الركبة	الرؤوف (318)	الغدة الصنوبرية	الهادي (51)
العضلات	القوي (147)	قشرة الشعر	جل جلاله (102)	الغدة فوق الكلوية	البارئ (245)
عضل القلب	الرازق (329)	القلب	النور (287)	الرتة	الرازق (329)
الشريان	الجبار (237)	اوردة القلب	الوهاب (45)	الروماتيزم	المهيمن (176)
السرطان	جل جلاله (102)	الأعصاب	المغني (1131)	الغدة التيمومية	القوي (147)
الفخذ	الرافع (283)	الصداع النصفي	الغني (109)	عصب العين	الظاهر (1137)
شرايين العين	المتعالي (572)	الغدة الدرقية	الجبار (237)	ضغط الدم	الخافض (1512)
القولون	الرؤوف (318)	المعدة	الرازق (329)	أكياس دهنية	النافع (232)
الكبد	النافع (232)	الكلى	الحي (49)	الرحم	الخالق (761)
البكرياس	البارئ (245)	الأمعاء	الصبور (329)	البروستاتا	الرشيد (545)

المصدر: محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص .

حيث يبين الجدول اسم المرض وأسماء الله الحسنى التي توافق العضو المصاب بالداء وعدد المرات التي يكرر فيها المصاب هذا الاسم.

* ومن الكتب التي وردت فيها هذه الأذكار كتاب: سعيد بن علي بن وهف القحطاني، حصن المسلم من أذكار الكتاب والسنة، دار الهدى، للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر، 2000.

ومما سبق ذكره، يمكن القول أن مقياس النجاح في الطب على حد تعبير الزهراوي هو حصول الشفاء، في قوله: "إن مقياس النجاح في الطب مقياس عملي هو حصول الشفاء أو تحقيق البرء-بتعبير الزهراوي وبحديث تصبح حالة المريض في عافيته غيرها في مرضه"¹.

ويضيف قائلاً: "أن أركان حفظ الصحة هي: حسن تقدير الحركة والسكون والمطعم والمشرب وإخراج الفضول وتعديل المساكن وتلاحق الحوادث الرديئة قبل أن تعظم وموافقة الهمم النفسية والتحفظ بالعادات"².

كما ويؤكد ابن سينا في كتابه القانون في الطب على مكافحة الحشرات والأوبئة، والوقاية من حرارة الشمس من أجل حفظ الصحة.

أما ما تعلق بالختان فيعتبر الختان شعاراً دينياً في الحضارة المصرية القديمة حيث يرجع إلى خمسة وثلاثين قرناً قبل الميلاد، كما كان سائداً في بلاد آشور بوجود أجسام غير مرئية تدخل الجسم البشري عن طريق الجهاز التنفسي أو جهاز الهضم أو الجلد، وهذا ما يعرف بالعدوى.

(2) العلاجات الطبيعية:

2-1 العلاج بالحجامة:

والحجم من الناحية اللغوية: يعني المص، يقال: حجم الصبي ثدي أمه إذا مصه، سمي به فعل الحاجم لما فيه من المص للدم في موضع الشرط، والفعل منه (حجم) بفتح الجيم ويحجم (بالكسر والضم)، وإحتجم: طلب الحجامة، يقال احتجم من الدم، والحجام (المصاص). قال الأزهري: يقال للحاجم (حجّام) لامتصاصه فم المحجمة³.

1 المصطفى اللبيب عبد الغني، في تاريخ العلوم عند العرب دور الزهراوي في تأسيس علم الجراحة (404هـ، 1013م)، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص 20.

2 محمود مصري، مرجع سبق ذكره، ص 44.

3 جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 02.

أما الحجامة فهي فعل الحاجم وحرفته، والمحجم: الآلة التي يحجم بها، أي يمص بها الدم، وهي أيضا مشروط الحجام، وكذلك الآلة التي يجمع بها الدم (أي قارورته)¹. ويقال أيضا: "المحجمة: الآلة التي تجمع فيها دم الحجامة، والمحجم: مشروط الحجام"².

ولكلمة حجامه معاني أخرى أيضا في اللغة العربية، ومنها "أحجم" بمعنى تراجع أو منع، مثال على ذلك أحجم فلان فم الحيوان بمعنى جعل عليه حجاما ليمنعه من العض، هذا فيما يخص المعنى الأول أما المعنى الثاني فيقال حجم فلانا عن الأمر أي كفه وصرفه، والمعنى الثالث يقال حجم أي بمعنى إعادة إلى طبيعته أي حجمه الطبيعي أو جمعه، وقد فسر بعض العلماء والباحثين في هذا المجال المعاني الثلاث السابقة من خلال شرحهم لعملية الحجامة بقولهم: أن الشفط يؤدي إلى تجميع الدم (وهذا ما تم ذكره في المعنى الثالث)، فيتراجع ويمتنع المرض بإذن الله تعالى (وهذا ما ذكر في المعنى الأول والثاني).

ومن ناحية الاصطلاح فهي عبارة عن "عملية جراحية يقصد بها تخفيف أو شفاء الالتهاب الذي يحصل في أعضاء غائرة لا تصل إليها العمليات الجراحية بدون هذه الوساطة أو نحوها، وذلك بجذب كمية من الدم من مقابل ذلك المكان الملتهب إلى الجلد ثم استخراج هذا الدم إلى الخارج كما في العلق والفص داو حبسه مدة تحت الجلد بحيث ينقطع عن الدورة فيخفف بذلك الالتهاب المذكور أو الألم الحاصل"³.

فماذا يقصد بالحجامة من الناحية الطبية؟ وعن الحجامة من الناحية الطبية فهي " شفط جزء من طبقة الجلد *skin* وأنسجته *épidémies* في مواقع محددة على الظهر غالبا لتوليد ضغط سالب *négative pressùre* يؤدي إلى تجميع الدم بالشعيرات الدموية *Blood capillaries* في هذه المنطقة، ثم إعادة الشفط على الموقع نفسه بعد تشريط سطح الجلد *scratching*، لسحب الدم *Blood section* من مواضع التشريط بما يحتويه من مسببات المرض ومسببات الألم"⁴.

1 جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 02.

2 سامي حمود الحاج جاسم، تطور العلوم عند العرب علم الطب أنموذجا، دراسات وبحوث الوطن العربي، العدد 20-21، بدون سنة، ص 197.

3 المرجع نفسه، ص 03.

4 جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 04.

كما تعرف أيضا بأنها: "مص أو تسريب كمية من الدم من موضع محدد بغرض مداواة عضو أو مرض معين"¹.

فبالحجامة يعود الدم الى حجمه الطبيعي ومن ثم تنشيط الدورة الدموية، ذلك لان ازدياد الكريات الهمة في جسم الإنسان والتي تأخذ مكانها في أهدأ منطقة في الجسم إلا وهي منطقة الظهر، من شأنها ان تسبب في عرقلة سريان الدم في الجسم مما يؤدي الى شبه شلل بعمل الكريات الفتية هذه الحالة التي ستؤدي فيما بعد وخاصة بعد سن العشرين الى جعل الشخص عرضة وفريسة سهلة للأمراض، فإذا إحتجم الشخص عاد الدم الى نصابه الطبيعي حيث يندفع الدم النقي العامل من الكريات الحمراء الفتية ليغذي الخلايا والأعضاء كلها، بمعنى أن المرء إذا تخطى سن العشرين تزداد كمية الدم الفاسد في جسمه اثر توقف نموه، وأن هذا الدم لا يمكن إخراجة من الجسم إلا بعد القيام بعملية الحجامة.

وفيما يخص التبرع بالدم فهو ينتمي إلى الفصد وليس الحجامة ذلك لان التبرع بالدم يؤدي الى التخلص من بعض مكونات الدم بكميات معينة من خلال الوريد عن طريق السحب وليس بالتشريط من خلال الجلد كما في الحجامة.

أما عن الحجامة في الشرع: فقد تعددت الأحاديث التي دعا فيها الرسول صلى الله عليه وسلم على التداوي بالحجامة منها ما رواه أبي هريرة رضي الله عنه قال: اخبرني أبو القاسم "أن جبريل اخبره أن الحجم أنفع ما تداوى به الناس."

وعن ابن عباس رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: ما مررت بمأ من الملائكة ليلة اسري بي إلا قالوا: عليك بالحجامة يا محمد."

أما عن الحجامة في السنة النبوية الشريفة فقد وردت الأحاديث كثيرة في الأخذ بها. ومن الناحية التاريخية تعد الحجامة من أقدم فنون العلاج التي عرفتتها البشرية في كل الحضارات، كالحضارة الصينية، البابلية، الفرعونية، الهندية والحضارة العربية وبمجيء الإسلام أصبحت سنة عن الرسول صلى الله عليه وسلم، وسنحاول التعرض في هذا العنصر لأهمية الحجامة في كل الحضارات.

1 محمد أحمد غنيم، مرجع سبق ذكره، ص 216.

أ) **الحجامة في مصر:** وسنتعرض لهذا الأسلوب العلاجي لدى قدماء المصريين وفي الريف المصري، ففيما يخص الحجامة عند قدماء المصريين فتعتبر الحجامة أسلوباً طبياً قديماً استخدمه الفراعنة، حيث نجدهم قسموا الطب إلى طب الصوم وطب الحجام أو ما يعرف عندهم بطب الإخراج وهذا ما ذكره **أبو قراط** (أبو الطب)، وما يؤكد ذلك تلك الرسوم التي وجدت في مقبرة الملك **توت عنخ آمون**، كما توجد وثائق تاريخية قديمة كبردية إيبيرس دون فيها قدماء المصريين طريقة العلاج بالحجامة الدموية والتي كتبت سنة 1550 ق.م تقريبا في مصر، وبردية فيترنايري **veterinary payrus** الشهيرة المكتوبة سنة 220 ق.م. وكلاهما يوضح كيفية إخراج الدماء الفاسدة في الجسم، إضافة إلى الرسومات والوثائق التاريخية فقد وجدت نقوش في معبد "كوم امبو" - والذي يعد أكبر مستشفى في تلك الفترة - صورة لكأس يتم استخدامه لسحب الدم من الجلد من خلال الفتحات التي يحدثها الطبيب على مستوى الجلد، هذه الكؤوس تعددت من حيث نوعيتها فمنها قرون الثيران والتي كانت من قرون الأغنام أين يتم هز ثقب عند طرفها المدب وبواسطة الفم يتم امتصاص الدم إلى خارج الجسم، والكؤوس المعدنية وأشجار البامبو، ثم استخدمت الكؤوس الزجاجية والتي كانوا يفرغون منها الهواء عن طريق حرق قطعة من القطن أو الصوف داخل الكأس. وكان استخراج الدم من الجسم بهدف تنقية الدم والذي يتم من خلال أربعة طرق:

- استخراج الدم من الشرايين.

- فصد الشريان.

- استخراج الدم من الأوردة.

- فصد الأوردة.

- استخراج الدم من خلال الجلد باستخدام الكؤوس.

- الحجامة.

- استخراج الدم من الجلد باستخدام العلق.

أما في الريف المصري فقد استخدم أهل الريف المصري الحجامة لآلام الظهر وبخاصة الروماتيزم، وكان من يقوم بهذا العلاج الأم أو الجدة التي كانت تستخدمها لأفراد الأسرة، وسبب لجوء أسر الريف المصري لهذا الأسلوب من العلاج هو اعتقادهم بتعرض الجسم إلى تيار من الهواء البارد الذي أدى إلى حدوث الألم في منطقة الظهر، ومن ثم فلا يمكن أن نجد في الريف المصري في ذلك

الوقت عائلة إلا ويعرف عجائزها تلك الطريقة، فهم يظنون أن الحجاماة بمثابة العلاج السحري لآلامهم، وبشكل خاص آلام الظهر فكلما شفي مريض من المرض - آلام الظهر - إلا وأكد أن سبب شفائه هو إجراء كاسات الهواء له على مستوى الظهر أو المنطقة المصابة على مستوى الظهر بقوله "كسروا لي على ظهري"¹.

فالحجاماة عندهم طريقة أو أسلوب متوارث عن الأجداد وتعود جذوره الى الطب الفرعوني، ولم يقتصر استخدام الحجاماة على آلام الظهر فحسب والروماتيزم بل تعدى ذلك ليشمل مشاكل عدم الإنجاب - العقم -، أما عن الوسائل المستخدمة لهذه الطريقة فهي متنوعة فمن المعالجات من يعمل على وضع قطعة عجيب على ظهر المريض ثم يضع عليها شمعة ومن فوقها الكأس ولا يهم إن كان الكأس من الزجاج أو غيره، وهناك من يضع داخل الإناء المعد للعلاج ورقة مشتعلة من ورق الجرائد على شكل قرطاس أو قطعة قطن مبللة بالكحول وتلصق بأعلى الكأس وغيرها، هذا يعني أن الحجاماة في الريف المصري قد عرفت من خلال استخدام النار كأحد أهم العوامل الرئيسية في إحداث التأثير المستخدمة في ذلك عددا متنوعا من الأدوات والوسائل بما يتلاءم والبيئة المحيطة.

(ب) الحجاماة في أرض النوبة (السودان):

الطب الشعبي في المجتمع النوبي امتداد للطب الفرعوني، حيث يتم نقله من جيل الى جيل فهو طب متوارث عن الأجداد، والحجاماة هي جزء أساسي من هذا الطب وتستخدمه الأسر النوبية وبخاصة كبار السن في هذا المجتمع نظرا لخبرة هؤلاء في هذا المجال، وتتنوع وتتعدد طرق استعمال الحجاماة لدى النوبيين يكاد بعضها يكون مقتصرا عندهم دون سواهم من المجتمعات الأخرى، فمثلا نجد النوبيين يستخدمون الحجاماة الجافة والدموية حيث تستخدم في الأولى النار أو كؤوس الهواء، وفي الثانية بواسطة الكاسات، كما يستخدمون الحجاماة بالعصر حيث يتم تخديش المنطقة المريضة ومسحها بعد ذلك بسعفة نخل من التي تحمل الثمار بشكل طولي، وبعد الانتهاء من تلك الإجراءات يقومون بوضع الرماد على مكان الخدوش، فعلى سبيل المثال يتم تخديش الناحية الوحشية للساق أي من أسفل الركبة بقليل مقدار كفين، ويتم العصر باتجاه من أعلى الى أسفل ثم القيام بعملية المسح كما شرحنا سابقا ووضع الرماد، وفي جانب آخر نجد البدو في الصحاري المصرية يستخدمون الحجاماة

1 جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 10.

بأسلوب آخر مختلف عن سابقه حيث يستخدمون حزمة من الإبر المجمعة في حزمة واحدة ويقومون بشك المنطقة المريضة أو المصابة بشكل متتابع حتى خروج الدم أو استخدام الإبرة بدل الشفرة في إحداث خدوش على سطح المنطقة المصابة وتركها تخرج مقداراً من الدم.

(ج) الحجامة في الصين:

تعرف الحجامة في اللغة الصينية باسم **جياوفا jiaofa** والتي تعني طريقة القرن اي قرن الحيوان، وقد ورد "ذكر العلاج بكؤوس الهواء لعلاج الأمراض الداخلية في التاريخ الصيني القديم قبل حوالي اربعة آلاف سنة"¹. وفي سنة 1973 تم العثور على كتاب **boshu** العتيق والذي أشير فيه الى الحجامة كأحد أهم الأساليب في علاج عددا من الأمراض والتي تعد أول إشارة تاريخية للحجامة، كما وصفت الحجامة كعلاج لمرض الدرن الرئوي أو ما شابهه وهذا ما ورد في التاريخ القديم لمملكة تاج وحتى العلاج بالحجامة لمرض الدرن الرئوي قد عرف في سنة 755 ق.م. وهذا ما تم تسجيله في التاريخ الصيني وكذا علاج لدغات الأفاعي السامة والسعال المزمن بالحجامة وهذا ما سجله طبيب آخر اسمه **sùsen liang fang** بعد ذلك بحوالي ثلاثمائة عام، وفي منحنى آخر نجد الطبيب العشاب الصيني الشهير **جي هونج** ذكر الحجامة كأسلوب للعلاج وبخاصة الحالات الطارئة تحت اسم طريقة القرن حيث كان يقوم بإحداث جروحا بسيطة في الجلد ثم مص الدم بواسطة كاسات مصنوعة من قرون الحيوانات كالثيران والأبقار وهذا لعلاج التقرحات الجلدية.

(د) الحجامة في الهند:

قديماً وفي شبه القارة الهندية كانت الحجامة تمارس بكثرة ولا تختلف الوسائل التي استخدمها الصينيون عن الوسائل التي استخدمها الهنود، حيث كانوا يقطعون أطراف القرون المجوفة لبعض الحيوانات ثم يقومون بوضع الجزء الواسع من القرن على سطح الجلد المصاب، وبعدها تتم عملية المص عن طريق الفم من الطرف الضيق للقرن الى أن يتم تفريغ الهواء داخل القرن ثم يتم إغلاق هذا الطرف بالإبهام مع الضغط على القرن بشدة.

1 جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 12.

هـ) الحجامة عند العرب قديما:

من الأمراض التي عالجتها الحجامة عند العرب قديما تبليغ الدم، ويعد **النضر بن الحارث بن كلدة** أشهر أطباء العرب والذي قدم جوابا كافيا لسؤال كسرى عن الحجامة بقوله: "في نقص الهلال، في يوم صحو لا غيم فيه، والنفس طيبة، والعروق ساكنة، لسرور يفاجئك وهم يباعدك"¹، ولم تقتصر جهود واكتشافات العرب عند حد الحجامة كعلاج للعلل بل امتدت واكتشافاتهم لعدد كبير من العقاقير خاصة بعد اكتشافهم لأمراض أخرى غير التي عرفوها في ذلك الوقت، هذا قبل ظهور الإسلام أما عن الفترة الإسلامية فقد كان لها الدور الفاعل في الاهتمام بالعلوم الطبية وبخاصة الاهتمام بالحجامة حيث اشتهرت خلال هذه الفترة لحث الرسول صلى الله عليه وسلم على المعالجة بها ومما زادها تنظيما وفائدة أكثر لبني البشر تحديد موعدها بدقة من كل شهر هجري، وهذه هي معجزة الرسول صلى الله عليه وسلم التي أثبتتها الطب والمعامل المخبرية الحديثة.

ولقد تعددت أسماء الأطباء الذين اهتموا بالطب والحجامة خاصة كأسلوب للوقاية والعلاج، مثل **الرازي** الذي وصف أسلوب للوقاية من مرض **الحصبة والجذري باستخدام الحجامة**، وفي جانب آخر نجد ابن سينا في كتابه القانون يتحدث عن الحجامة كعلاج هام لما يزيد عن ثلاثين مرض، وأطباء آخرين **كالزهراوي وأبي فرج بن موفق الدين الكركي** وغيره². وفي كل العصور والأزمان تبقى الوسائل والأدوات المستعملة في الحجامة هي نفسها تقريبا، ففي الفترة الإسلامية تم استعمال القرون، والخشب، والنحاس، والزجاج أيضا كأدوات يستخدمها الحجام في العلاج، ويذهب **الزهراوي** الى أن الحجامة تكون على وجهين الأول الحجامة بالشرط وإخراج الدم وثانيها الحجامة بلا شرط وتكون على وجهين إما بنار أو بغير نار، فبالنسبة للأولى فلها أربعة عشر (14) موضعا من الجسم نذكرها كالاتي:

1 جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 13.

• من بين الأطباء نجد الطبيب أبي الفرج بن موفق الدين بن إسحاق بن القف الكركي الملك، ويعد كتابه العمدة في الجراحة من المصنفات المهمة في علم الحجامة، كما نجد ابن سينا الذي وضع أهمية الحجامة بالشرط والتي يرى ان لها ثلاثة منافع للجسم: أولها: الاستفراغ من نفس العضو، وثانيها: استنقاء جوهر الروح من غير إستفراغ تابع لاستفراغ ما يستفرغ من الأخلاط، وأخيرا: تركها التعرض للاستفراغ من الأعضاء الرئيسية، وفي كتابه القانون شرح معنى الحجامة ووضح فائدتها وطريقة العمل بها وأكد على عدم جواز تطبيق الحجامة على من هم دون سن الستين وفوق الستين من العمر، وعن الطبيب الأندلسي الزهراوي فقد برع في استخدام العلق لما تعذر استعمال كاس الحجامة، هذا وقد ألف بختشوع بن جبريل كتابا مفصلا خصصه للحجامة.

- تحت الفك الأسفل من الفم أو ما يطلق عليه محاجم الذقن،
- محاجم الكتفين،
- محاجم العصعص،
- محاجم الزنديين أي وسط الذراعين،
- محاجم مؤخرة الرأس (النقرة)،
- وسط القفا أو الكاهل،
- محاجم الأخدعين وهما صفحتا العنق من الجهتين،
- محاجم الساقين،
- محاجم العرقوبين.

(و) الحجامة في العصر الحديث:

بشكل مختصر وبتتابع زمني سنعرض لأهمية الحجامة في هذا العصر، وبداية يمكن القول انه قد "ظهرت أوراق بحث تفيد تطبيق الأطباء الأوروبيين والأمريكيين للحجامة في الممارسة العملية"¹ وكان ذلك مع بداية القرن التاسع عشر، كما طبقت الحجامة كأسلوب علاجي أساسي في المستشفيات الصينية.

وبعد هذه الفترة وبخاصة مع نهاية القرن العشرين عرفت الحجامة تطورات مهمة إذ تم تعويض استعمال النار في تفريغ الهواء بكؤوس مزودة بمضخات يدوية حيث يوجد بها مدك وصمام يتم غلقه أثناء سحب المدك ثم يعاد فتحه حال الانتهاء من الحجامة فيتسلل الهواء الى داخل الكأس، وأخذت الأساليب المستعملة في الحجامة تتطور الى أن ظهرت بعد ذلك محاجم مجهزة بمضخات كهربائية لتفريغ الهواء، وما زالت لحد الآن التطورات جارية في كل المجالات وبخاصة في المجال الطبي، والحجامة بشكل خاص، وهذا ما أكده الدكتور **عبد المعطي قلعجي** من انه حتى عام 1960 لم تكن تصدر مجلة طبية أو كتاب في علم وظائف الأعضاء أو العلاج إلا وقد ذكرت فيه أهمية وفوائد الحجامة والوسائل التي تستخدمها. وما زاد من أهميتها اهتمام بعض الشركات المختصة بإنتاج

1 جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص16.

الأجهزة الطبية بإنتاج حقيبة خاصة لأدوات الحجامة. وهكذا بدأت الأبحاث تترا من سنة 1973 وسنة 1975 حول الحجامة وتبيان فوائدها.

وبعد أن تعرفنا على الحجامة ومدى فائدتها للجسم البشري، سنشير الآن الى الفحوصات الميكروسكوبية التي أجراها عددا من الأطباء السوريين بعد إجراء الحجامة أين أجرى هؤلاء دراسة على 300 حالة تم علاجها بالحجامة فكانت النتائج كالاتي:

- في حالة ارتفاع الضغط انخفض الضغط الى الحدود الطبيعية،
- في حالة انخفاض الضغط ارتفع الضغط الى الحدود الطبيعية،
- اعتدل رسم القلب الكهربائي (ECG) وظهر تحسن في كثير من الحالات وعودة الى الحالة الطبيعية تكمل مع باقي العناصر الأخرى.

أما عن الرابط بين العلاج الحجامة والعلاج بالإبر الصينية فإننا نجد أن كلا منهما يتفقان في استخدام نفس خريطة مراكز الإحساس في الجسم لعلاج نفس العلة، أما الفرق بينهما فيمكن في أن العلاج بالحجامة يتم فيه تنبيه مراكز الإحساس مع تحريك وتنشيط الدورة الدموية وتنبيه جهاز المناعة، أما في الإبر الصينية فيتم تنبيه مراكز الإحساس فحسب.

وفي نفس السياق ذكر الأستاذ **زكي سويدان** في كتابه **التمريض والإسعاف** مواضع الحجامة، وان دورها كبير في علاج حالات هبوط القلب المترافق مع ارتشاح في الرئتين، ويعني أمراض القلب وألام المفاصل، ومن جانب آخر عرفت الحجامة لعلاج عسر التبول من خلال إجرائها على منطقة الخاصرة وهذا ما ذكره أستاذ الجراحة في جامعة القاهرة الدكتور عبد العظيم رفعت سنة 1978.

توجد عناصر أخرى في كتاب جمال محمد زكي يجب تلخيصها

2-2 العلاج بالكي:

والكي يعني إحراق الجلد بحديدة أو ما شابهها، والكية تعني موضع الكي، واكتوى الشخص اي استعمل الكي في بدنه. "والكاوياء: ميسم يكوى به. واكتوى الرجل يكتوي اکتواءا. استعمل الكي الرجل: طلب أن يكوى. والكاوياء: فعال من الكاوي"¹.

1 جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 217.

أما "الوسم فهو اثر الكي جمعه وسوم. وسمه يسمه وسما وسمة فاتسم. والميسم بكسر الميم المكواة ما ليس فيه. واستكوى طلب الكي"¹.

ومن الناحية التاريخية، نجد العرب وخاصة البدو منهم مالوا الى استعمال الكي كوسيلة للعلاج من الأمراض بشكل مغالى فيه وذلك قبل الإسلام، ونظرا لانعدام الدواء وندرة الأطباء في البداية فإن المريض أو أهله يسعون من اجل إيجاد العلاج لهذا المرض، فيلجئون الى تقبل أي وسيلة علاجية مهما كانت مؤلمة المهم أنها في النهاية تشفي من المرض كعملية الكي بالنار مثلا، ومما زاد أهل البداية تمسكا بهذا الأسلوب هو ما توارثته الأجيال عن أهمية هذه الطريقة وفائدتها لدرجة أصبحت فيها هذه الطريقة تستعمل كوقاية من المرض وليس للعلاج فحسب، أما الأشخاص الذين يؤدون هذه الوظيفة فهم من غير الأطباء والخبراء.

وللكي استعمالات عديدة فقد يستخدم لمعالجة الألم الجنبى أو ذات الجنب*، ويقصد بالألم الجنبى المرض أو العلة التي تصاحب ألم في الجنب هذا في لغة العرب، اما بعد ترجمة الطب اليوناني، فقد أصبح العرب يطلقون عليها التهاب غشاء الجنب كما عند اليونان، وفي الطب الحديث تعني ذات الجنب plürisy التهابا يصيب الجنب أو البلورا pleùra وهي عبارة عن غشاء مزدوج الطبقة يحيط بالرئتين ويفصلهما عن جدار الصدر، وعلى الرغم من أن الكي له دور في علاج الألم الجنبى إلا أنه ليس كل من هو مصاب بهذا الداء يتم كيه بل يوجد بعض الأنواع فقط التي بإمكانها الاستفادة من الكي، وذلك لوجود أدوية أخرى غير الكي قد تعالج داء ذات الجنب كالأدوية العشبية أو الأدوية المضادة أو من خلال تناول مضادات حيوية لمعالجة أي عدوى في الرئة، فضلا عن استخدام الوسائل والأدوات الحديثة في الكي خاصة مع تطور الطب كالمكواة الكهربائية والتي تستعمل حاليا في العمليات الجراحية ذلك لأنها تفيد في تخثير الأوعية وإيقاف النزيف، واستخدام البرودة الشديدة في الكي أيضا والأشعة وغيرها من الأدوات.

1 جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره ، ص 217.

* يصاب المرء بهذا الداء، فعندما يكون الإنسان في الحالة الطبيعية أي الصحة الجيدة تتعرض أغشية الصدر للتلين المستمر مما يؤدي الى حدوث عملية هامة تسمح للهواء بالدخول الى الرئتين والخروج منهما بشكل سهل من خلال انزلاق طبقتا الجنب بنعومة أثناء عملية الشهيق والزفير إحداهما فوق الأخرى، أما في حالة إصابة الإنسان بذات الجنب فإن الالتهاب يصعب من حدوث هذه الحركة الناعمة فتحتك الطبقتان فوق بعضهما، الأمر الذي يؤدي الى حدوث ألم شديد أثناء التنفس كما يمكن أن يكون الالتهاب الرئوي كسبب في حدوث مرض ذات الجنب.

وعند مجيء الإسلام دعا الى ترغيب الناس على أن يعيدوا النظر في أدويتهم الشعبية كالعسل والحجامة وغيرها من العلاجات الأخرى، وان لا يستخدم الكي إلا في حالات خاصة تكون فيها ضرورة، هذا يدل على أن السنة النبوية لم تنهى عن استعمال الكي إطلاقاً، بل جعلته آخر الدواء نظراً لتألم الجسم بالنار وتشوّهه، ولوجود أدوية أخرى تفي بالغرض دون أن تلحق الضرر والألم بالجسم البشري، وفي ذلك أحاديث كثيرة فقد روى البخاري عن جابر ابن عبد الله رضي الله عنهما قال سمعت النبي صلى الله عليه وسلم يقول: "إن كان في شيء من أدويتكم، أو يكون في شيء من أدويتكم خير، ففي شرطة محجم أو شربة عسل أو لدغة بنار توافق الداء وما أحب أن اکتوى"، قال الحافظ ابن حجر في شرحه (توافق الداء): فيه إشارة الى أن الكي إنما يشرع عندما يتعين طريقاً الى إزالة الداء وأنه لا ينبغي التجربة لذلك ولا استعماله إلا بعد التحقيق¹.

فالكي إذن لا يستعمل مطلقاً ولا يترك مطلقاً كما قال ابن حجر في فتح الباري، فالكي يجوز للحاجة، والأولى تركه إن وجدت أدوية أخرى غيره، ويبقى الكي دواءً أو وسيلة للعلاج اعترف بها الرسول صلى الله عليه وسلم حينما توافق الداء، وعلى العموم يمكن ذكر بعض الأمراض التي تم فيها استعمال الكي كوسيلة للعلاج في العهد النبوي وهي كما يلي: يستعمل الكي لقطع النزيف وفي ذلك ما رواه الإمام مسلم عن جابر، قال: "بعث رسول الله الى أبي بن كعب طبيباً فقطع منه عرقاً ثم كواه عليه، والكي في موضع الفصادة إنما هو لإيقاف النزيف بعد سيلان مقدار كاف من الدم"².

وعلى العموم فليس كل من هو مصاب بذات الجنب أن يتم كيه بل يوجد عدداً من الأنواع التي بإمكانها الاستفادة من الكي، وذلك لوجود أدوية أخرى غير الكي قد تعالج داء ذات الجنب كالقسط البحري ممزوجاً بالزيت المسخن وهذا ما رواه الترمذي عن ميمون أبي عبد الله قال: سمعت زيد بن أرقم قال: أمرنا رسول الله عليه وسلم ان تداوى من ذات الجنب بالقسط البحري والزيت³. أما العلاج لهذا الداء في الطب الحديث فيكون من خلال تناول مضادات حيوية لمعالجة أي عدوى في الرئة بالإضافة الى الأدوية المضادة. ويتطور العصور وتطور الطب تطورت معه الوسائل والأدوات

1 جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، مرجع سبق ذكره، ص 219.

2 المرجع نفسه، ص 223.

3 المرجع نفسه، ص 225.

المستخدمة في الكي كالمكواة الكهربائية والتي تستعمل حاليا في العمليات الجراحية ذلك لأنها تفيد في تخثير الأوعية وإيقاف النزيف واستخدام البرودة الشديدة في الكي أيضا والأشعة وغيرها من الأدوات.

سابعا: المسؤولية المدنية للطبيب

"ولعل أقدم وأشهر القوانين القديمة التي حددت المسؤولية الطبية هو قانون **حمو رابي** الذي نظم تسجيل الأطباء وتحديد أجورهم والعقوبات التي تتألف في حال وقوعهم في أخطاء ينتج عنها ضرر يلحق مرضاهم"¹.

وقد كان الطبيب المخطئ يعاقب بالإعدام في القانون الفرعوني، أما في القانون الروماني فالطبيب الذي تعمد في حدوث الضرر للمريض كان يعاقب بالإعدام من قبل أهل المريض، وعن القانون الكنسي فقد كان يسلم الطبيب إلى أهل المريض ولهؤلاء الحق في قتله أو استرقاقه، وفي الشريعة الإسلامية أكد الرسول صلى الله عليه وسلم المسؤولية الطبية في قوله "**من تطيب ولم يعلم منه طبع فهو ضامن**".

قال ابن أبي أصيبعة: "قالت الحكماء: إن المطالب نوعان: خير ولذة، وهذان الشيطان إن يتم حصولهما للإنسان بوجود الصحة، لأن اللذة المستفادة من هذه الدنيا والخير المرجو في الدار الآخرة لا يصل الواصل إليهما إلا بدوام صحته وقوة بنيته، وذلك إنما يتم بالصناعة الطبية لأنها حافظة للصحة الموجودة، ورادة للصحة المفقودة"².

والأهم من ذلك نجد العرب قدموا حفظ الصحة على إعادة الصحة، فقالوا: "إن حرز الشيء الموجود أجل من طلب الشيء المفقود"³، "كما قال سنان بن ثابت بن قرة لعضد الدولة البويهبي: إن موضوع صناعتنا حفظ الصحة لا مداواة الأمراض"⁴، والملاحظ لهذا الاتجاه في تقديم الطب الوقائي على الطب العلاجي لم نجده في الطب اليوناني.

1 إبراهيم صالح عطية، المسؤولية المدنية للطبيب الناتجة عن خطئه العادي دراسة مقارنة، مجلة ديالى، العدد التاسع والأربعون، 2011، ص 3.

2 محمود مصري، مرجع سبق ذكره، ص 53.

3 المرجع نفسه، ص 53.

4 المرجع نفسه، ص 53.

والمتمفحص للطب الوقائي العربي قبل الإسلام يجده قد عُرف عن طريق التجربة والخبرات البسيطة، حيث كان العرب يعرفون أن أضرار التخمّة في المعدة مما دعا الحارث بن كلدة الثقفي إلى القول " إن البطنة تذهب الفطنة" وقال العرب " البطنة بيت الداء، والحمية رأس الدواء" كما استعملوا الفصد والحجامة والختان.

أما في فجر الإسلام وعصر الراشدين (11 - 40هـ) في هذا المقام تقول Émilie Smith: "كان الهدف من الطب النبوي يبدو مضاعفا: فقد رمى الهدف الأول إلى إظهار القيمة الدينية للطب بإظهاره يمثل أكبر فضل من الله على الناس، أما الهدف الثاني فيتمثل بجعل الطب متوافقا مع الإسلام، بدل السماح بإخضاعه لتقاليد غريبة"¹.

وفي العصر الأموي (41 - 132هـ) هذه الفترة لم تلاحظ تقدما ملموسا في الطب الوقائي وما وجد عبارة عن قواعد صحية ووقائية أوصى بها تياذوق* وهي لا تختلف عما كان يمارسه العرب قديما، ومن توجيهاته: "لا تأكل حتى تجوع، ولا تتكارهن على الجماع، ولا تحبس البول، وخذ من الحمام قبل أن يأخذ منك،..."². وفي هذا العصر أيضا بنى الوليد بن عبد الملك بيمارستان للمجذومين سنة 88هـ وأمر بحبسهم لمنع انتشار المرض، كما اشتهر في هذا العصر عبد الملك بن أبجر الكناني، وأبو الحسن عيسى بن حكم بن أبي الحكم (ت قبيل 210هـ).

وفي العصر العباسي (231 - 656هـ) حيث بدأ الاهتمام في عصر الترجمة وبالضبط في عصر المنصور بالعلوم والمعارف، حيث قام المترجمون بنقل ميراث الحضارات القديمة إلى العربية، واستمرت الترجمة منذ صدر الخلافة العباسية في القرن الثاني الهجري حتى نهاية القرن الثالث الهجري، وهذا فيما يخص الترجمة المتعلقة بالطب الوقائي، أما عن ترجمة المؤلفات الطبية في هذه الفترة فهي منقولة عن الكتب اليونانية والهندية والفارسية.

وقد تميزت مرحلة النضوج في العصر العباسي بالتأليف الطبي العربي حيث بدأت منذ أوائل القرن الرابع الهجري واستمرت حتى القرن السادس الهجري ونوجزها في النقاط التالية:

1 محمود مصري، مرجع سبق ذكره، ص 54.

* وهو أحد أمهر أطباء الروم بدمشق كان طبيبا للحجاج بن يوسف الثقفي في الكوفة، توفي مع نهاية القرن الأول الهجري.

2 المرجع نفسه، ص 59.

أ) استخدام التجريب والتطبيق العملي في الطب إلى جانب العلم النظري وفي ذلك "يرى الأستاذ **سزكين** أن أهم ما ينبغي أن يسجل للمسلمين استطاعتهم أن يعرفوا الناحيتين: النظرية والعملية في الطب، وأن يؤسسوا عنصر العدالة بينهما في وقت مبكر، وأن يطوروا هذا المبدأ باستمرار"¹.

ب) الدقة في عملية التأليف والتصنيف للمادة العلمية.

ج) نقد المضمون العلمي في كتب اليونان سمح بعدم النظر إليها على أنها شيء مسلم به دائماً خاصة بعدما أكدت التجارب عدم صلاحيته.

د) وضوح المادة العلمية ودقتها مقارنة بالمادة العلمية اليونانية التي اتسمت بالغموض والركاكة.

الفرق بين الطب الإسلامي والطب الحديث:

ثامناً: الفرق بين الطب الإسلامي والطب الحديث

ويختلف الطب الإسلامي عن الطب الحديث في النقاط التالية:

المعيار الأول: الطب الإسلامي طب رائد ومتميز مقارنة بأنواع العلاج الأخرى، وسيتم التركيز على بعض النقاط دون غيرها، ففي مجال استئصال الأمراض والقضاء عليها نجد الطب الحديث قد حقق تقدماً في بعضها بينما أصابه الفشل في البعض الآخر حيث نلاحظ في أيامنا هذه زيادة نسب الإصابة بالأمراض الخطيرة، مع ازدياد حالات الانتحار على مستوى العالم المتقدم والعالم العربي أيضاً وهذا يعني تقصير الطب الحديث في الرفع من مستوى الصحة المعنوية والسعادة الشخصية للأفراد، ففي عام 1970م بلغت 23480 وازدادت هذه النسبة لتصل إلى 27500 عام 1978* أي في غضون ثماني سنوات زادت أعداد المنتحرين بشكل ملفت للانتباه، ونفس الشيء يمكن أن يقال عن نسب الطلاق الذي ارتفعت معدلاته كذلك. إن هذه الأرقام التي زادت في السنوات الأخيرة سواء ما تعلق بعدد حالات الانتحار أو عدم السيطرة على الأمراض الخطيرة وبخاصة الإيدز يجعل من المعيار الأول ألا وهو التميز لا ينطبق على الطب الحديث.

المعيار الثاني: الطب الإسلامي طب يرتكز على الإيمان المطلق بالعقيدة الإسلامية قولاً وعملاً، غير أن الطب الحديث في الدول الغربية المتقدمة لا يمانع في إقامة علاقات بين الجنسين قبل الزواج، كما

1 محمود مصري، مرجع سبق ذكره، ص 63.

* للمزيد أنظر: أحمد القاضي، أبحاث وأعمال المؤتمر العالمي الأول عن الطب الإسلامي، نشرة الطب الإسلامي، العدد الأول، ط2، وزارة الصحة، الكويت، 1981، ص 53.

لا يرفض علاقات الشذوذ الجنسي، وهو أيضا لا يرى ضررا في إدخال الكحول في بعض المأكولات أو غيرها على الرغم من الضرر الذي ستحدثه حتما مثل هذه المخالفات على الفرد والمجتمع، "فالسطة العليا في الطب الحديث هو إجماع غالبية الأطباء، غاضين النظر عن كلمة الله فيما يتداولونه من آراء"¹.

المعيار الثالث: الطب الإسلامي طب موجه وهادف يتبع الأخلاقيات السماوية ولا يعالج بالمحرمات وفي هذا الصدد يقول أحمد القاضي "لو أمعنا النظر في الممارسات الطبية المعاصرة في الطب الحديث لوجدناه مضللا ومنحرفا فالقاعدة العقائدية التي يركز عليها الطب الحديث قاعدة مشوشة تفتقر إلى المنطق السليم: فإذا كان الطب الحديث يسعى لإنقاذ حياة أكبر عدد ممكن من البشر، فإنه على استعداد لأن يدمر حياة الملايين الغفيرة من الأطفال الذين لم يولدوا بعد"²، وهنا تشير إلى حالات الإجهاض التي ازدادت معدلاتها في السنوات الأخيرة.

المعيار الرابع: الطب الإسلامي طب شامل يهتم بالجسم والروح والعقل وبالفرد والمجتمع، حيث نجد الطب الحديث يهتم بدرجة كبيرة بالنمو الجسمي للأطفال الصغار، غير أنه يتجاهل احتياجات نشأتهم الأخلاقية ونموهم الروحي مما أدى إلى تحول عدد كبير من هؤلاء الأطفال إلى ضحايا للمخدرات والانحرافات وهي مشكلة ذات أبعاد اقتصادية ووبائية، "وإذا كان الطب الحديث قد تقدم بنا كثيرا في معرفة المكونات الفيزيائية لاضطرابات العصابات الهضمية والأوعية القلبية، فإن معدل حدوث هذه الاضطرابات ما زال عاليا جدا، وذلك بسبب نقص الاهتمام والرعاية التي يجب أن نعطيها لاحتياجات المريض الروحية والاجتماعية والتي قد تلعب دورا هاما في علم شفاء الأمراض"³.

المعيار الخامس: الطب الإسلامي طب عالمي كوني استفاد من كل المصادر النافعة، ويقدم خدماته للبشرية جمعاء، وهذا يعني أن هذا الطب يكون مستعدا بأن يهتم بأي وسيلة علاجية ناجحة، وتتم الاستفادة منها إذا ما ثبتت فعاليتها وجدواها بعد إخضاعها للتجربة والفحص المناسب، أما الطب الحديث فعلى الرغم من عدم جدوى بعض الأساليب العلاجية في القضاء على الكثير من الأمراض إلا أنه لا يتقبل أي وسيلة علاجية لا تنبثق من مدارسه الخاصة حتى لو أثبتت بعض الوسائل العلاجية

1 أحمد القاضي، مرجع سبق ذكره ، ص53.

2 المرجع نفسه، ص 53.

3 المرجع نفسه، ص 53-54.

التقليدية فعاليتها، وهذا ما دفع عدد كبير من أفراد المجتمعات وخاصة العربية منها في اللجوء إلى العلاج بما جاء في الطب الشعبي والطب النبوي، الأمر الذي جعل منظمة الصحة العالمية تعيد النظر في مفهوم الصحة على أنها لا تعني مجرد خلو المرض بل هي تحقيق السلامة من جميع النواحي الاجتماعية، والنفسية، والفكرية، وهذا ما دفع كما أشرنا إلى ذلك سابقاً **Margrit channe** إلى تأكيدها أن النظام التقليدي والحديث نظامين متكاملين، وطبقاً لذلك نقول أن لكل من العلمين أساليبهما العلاجية التي قد تفيد في حالات مرضية معينة وما يحتاجه الطب الشعبي من قبل الخبراء هو تنقيته من كل الشوائب العالقة به.

المعيار السادس: الطب الإسلامي طب علمي حقيقي بعيد عن الخرافات والسحر والشعوذة والدجل يخضع للحقائق السماوية الثابتة في القرآن الكريم والأحاديث النبوية الشريفة ولا يتعارض مع اجتهاد العلماء في هذا المجال إذا لم يتعارض مع الشرع.

تاسعاً: الطب الإسلامي طب متميز

على الرغم من إعجاب الأطباء العرب المسلمين بعملاقي الطب اليوناني القديم **أبو قراط** و**جالينوس** إلا أنهم لم يترددوا في نقد أخطائهما الطبية، وبعد **أبو بكر الرازي** الطبيب المسلم أول من انتقد النظريات الطبية القديمة لكل من **أبو قراط** و**جالينوس** حيث "يقول في صراحة عنيفة عن قول **جالينوس** من أن ماء العين يصل إلى الرئة فيزيد في السعال إن هذا قول سمج"¹، ولم يمارس **الرازي** النقد فحسب بل إلى جانب ذلك قدم إضافات فبنقده للطب اليوناني أضاف إليه الكثير من تجاربه حيث نجده قدم وصفاً دقيقاً لحالات الشلل النصفي وشلل الوجه، وفي جانب آخر يتفق معه في "قوله عن الحميات أن بعضها يكون عن ورم وبعضها بغير ورم"²، ويقصد بذلك **الرازي** أن الحميات إما مرض وإما عرض وهذا طبعا ما يقول به الأطباء المعاصرون الآن.

وإلى جانب ما قدمه **الرازي** من إسهامات في مجال الطب نجد الطبيب المسلم والفيلسوف **ابن سينا** الذي قدم إيضاحات جوهرية في الطب، فضلاً عن الطبيب المسلم **الزهراوي** الذي أضاف إلى الحضارة الطبية اختراعات كبرى تمثلت في الأدوات الجراحية والطرق الصحيحة لإجراء العمليات

1 مختار سالم، مرجع سبق ذكره، ص 55.

2 المرجع نفسه، ص 55.

الجراحية، وهذا ما يقودنا إلى القول أن الأطباء العرب المسلمين قد طبقوا العلم النظري والعملية معا بشكل ملفت للانتباه وأضافوا الكثير إلى فنون الطب.

ونشير هنا إلى أن العصر الذهبي للطب العربي الإسلامي قد بلغ ذروته في السنين المائة الواقعة بين 750-850م وهو القرن الذي تلا الخلافة العباسية وعاصمتها بغداد، علينا أن نميز بين ثلاث حقبة تاريخية تسبق العصر الذهبي للطب الإسلامي، وهي العصر الجاهلي، العصر النبوي، العصر الأموي.

وفي هذا الصدد نتطرق الى الحديث عن المنابع التي نهل منها الطب العربي الإسلامي، ولعل اهمها مدرسة جنديسابور: يرجع وجود مدينة جنديسابور إلى الأسرة العظيمة التي تسمى باللغة الفارسية أزدي شير بباكان والتي يرجع وجودها إلى شاهبور الأول الملك الساساني وهو ابن أزدي شير بباكان، وتقع مدينة جنديسابور في قرية شاه آباد بمحافظة خوزستان في الجنوب الغربي من إيران. لقد كانت مدرسة جنديسابور عند مولد الرسول صلى الله عليه وسلم في أوج عظمتها، حيث يعتبر أهم عصرين في بلاد فارس السابقة على الإسلام عصر الأخمينيين وبالضبط من 330 إلى 500ق.م، وعصر الساسانيين من 226-640م أين التقت العلوم اليونانية والشرقية، ويعتبر سرجيوس أحد الذين ترجموا كتب الطب لأبوقراط وجالينوس إلى السريانية، وفيما يخص التدريس الطبي في مدرسة جنديسابور كان باللغة اليونانية أساسا، وفي هذا المجال ذكر في كتاب الأفيستا* **Avesta** ثلاث فئات من المعالجين، وهم المعالجين بالصلوات والطقوس الدينية وبالغذية والعقاقير، أي المعالجين الكهنة والأطباء والجراحين، وفيما يخص الجراحة وجد في كتاب فينديداد **vendidad** شروط للقائم بالجراحة وهي: "يجب على الجراح المبتدئ أن يجري ثلاث عمليات ناجحة لمرضى من الكفار بل أن يحاول إجراء عملية لواحد من أتباع الديانة المزدوية وكان هناك عدد كبير من أطباء اليونانيين أشهرهم تيسياس **tesias** بالإضافة إلى وجود طبيب مصري من وقت إلى آخر في بلاط الأسرة الملكية للأخمينيين حتى عام 330 قبل الميلاد"¹. وعن الأطباء المتخرجين من هذه المدرسة نجد: الحارث بن كلدة، جرجس بن بختيشوع، ثابت بن قرّة وابنه سنان بن ثابت، أبو بكر الرازي وغيرهم.

* **Avesta**: وهو الكتاب المقدس لدى أتباع أزدي شير.

1 مختار سالم، مرجع سبق ذكره، ص 63.

وفي طب العصر الجاهلي: نجد أن عرب الجاهلية لم يدونوا تاريخهم الطبي لكونهم اعتمدوا على نقل هذا الموروث شفاهة وفي غير نظام، أما عن أطباء هذا العصر نجد الحارث بن كلدة الثقفي، النظر بن الحارث بن كلدة، ابن أبي رمثة التميمي، ابن حزيم الشمردل بن قباب الكعبي.

أما طب العصر النبوي: فقد بدأ الطب النبوي من عصر الرسول عليه الصلاة والسلام حتى عصر الخلفاء الراشدين واستمر أقل من أربعين عاما أي "ابتداء من عام 622م حتى اغتيال الإمام علي بن أبي طالب كرم الله وجهه عام 661 ميلادية"¹.

وعن الآيات القرآنية المتعلقة بالطب النبوي والأحاديث الشريفة: فقد تعددت الآيات القرآنية التي تشير إلى البحث في علم الصحة والتشريح والكيمياء الحيوية والأمراض وطرق علاجها، قال تعالى "يخرج من بطونها شراب مختلف ألوانه فيه شفاء للناس" (سورة النحل الآية 69). فأغلب نصوص الآيات القرآنية ذات العلاقة بالمجال الطبي جاءت كإرشادات وتوجيه المسلمين بضرورة البحث والاجتهاد للوقوف على عظمة الخالق عز وجل.

أما الأحاديث النبوية الطبية فقد جمعت ورتبت في مجموعات بحسب الموضوع خلال القرنين التاسع والعاشر من الميلاد، ويوجد في أول المجلد الرابع لصحيح البخاري كتابين في الطب والمرض يحتويان على ثمانين بابا.

عاشرا: الإسلام ومهنة الطب

وسنستخلص ذلك في النقاط الآتية:

(1) يحث الإسلام على العمل والكسب الحلال، كما ويؤكد على أهمية العمل ودوره الإيجابي على مستوى الفرد والمجتمع، والطب يعد من المهن التي إمتدحها الرسول صلى الله عليه وسلم حيث قال: "نعم العبد الحجام". وقد ورد أنه إحتجم وأعطى الحجام أجره.

(2) العمل عبادة من وجهة النظر الإسلامية، ولتحقيق هذه الغاية ينبغي أن تتوفر في ممارسه النية الصادقة بأنه موجه إلى رضا الله.

ومن المبدئين السابقين نجد الإسلام يدعو الطبيب المسلم لأن ينطلق في ممارسة الطب بإتباع قواعد ثلاث هي:

1 مختار سالم، مرجع سبق ذكره، ص 73.

- دفع الضرر عن المجتمع من خلال توفير مقومات الصحة، والطبيب في مجال تخصصه مطالب بأن يقدم علمه وخبرته لصالح المجتمع المسلم.
- أن يكون هدف الطبيب تخفيف آلام المريض أسى عنده من الرغبة في الحصول على الجزاء الدنيوي أو الأجر.
- على الطبيب أن يتحلى بالرحمة الإنسانية وهذه الرحمة لا تخص الطبيب المسلم فحسب فقد يتحلى بها الطبيب غير المسلم.

إحدى عشر: الفقه الطبي

وفيه ثلاث قضايا رئيسة هي:

الأولى: الحكم التكليفي لطلب علم الطب: وفيه يقسم الفقهاء التكاليف الشرعية من حيث وجوبها على المكلف إلى قسمين، فرض كفاية، وفرض عين وذلك من منطلق حاجة المجتمع إليه بمعنى آخر إذا كان المجتمع بحاجة إلى الطب هنا يصبح فرض عين إلى حين أن تسد حاجة المجتمع ويأخذ كفايته، وعليه نجد من الباحثين من يؤكد على ضرورة معرفة الأطباء للحكم التكليفي لدراسة الطب وفي هذا الصدد يقول خالد مذكور "وبالتالي ينبغي أن يكون معرفة الحكم التكليفي لدراسة الطب ضمن مادة فقه الطبيب لكي يعرف طالب الطب واجبه تجاه مجتمعه"¹. فالباحث هنا يربط الطب بالعقيدة الإسلامية التي تدعو إلى الالتزام الأخلاقي في ممارسة مهنة الطب خاصة وأن الطبيب سيتعامل مع كلى الجنسين بل مع أرقى مخلوق وهو الإنسان، فضلا عن حفظه لأسرار مهنته.

الثانية: دراسة كل ما له علاقة بالطب: وذلك بأخذه من كتاب الله وسنة نبيه عليه الصلاة والسلام وكتب الفقه، حيث تتم دراسة كل ما يتعلق بالإنسان وهو جنين في بطن أمه إلى وفاته، وذلك من خلال معرفة موقف الشريعة من الجنين في جميع مراحلها وبداية هذه المراحل، وما هي أحكام الجنين وحقوقه مع فهم فقهي لمرحلة البلوغ وما يطرأ عليها من تغييرات لكلى الجنسين وما تعلق منها بنزول السوائل وما يترتب عنها من انتقاض للوضوء، وكذا دراسة منهجية شرعية للمرض وما هي الأدلة الشرعية الواردة في ذلك وما يترتب عليها من أحكام مثل الرخص في الصوم والصلاة، وغيرها من

1 خالد مذكور، حاجة كليات الطب للفقه الطبي، الطب الإسلامي، نشرة الطب الإسلامي، أبحاث وأعمال المؤتمر العالمي الخامس عن الطب الإسلامي العدد الخامس، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الكويت، 1988، ص 110.

الأحكام الفقهية التي يتوجب على الطبيب أن يكون على دراية بها حتى يتمكن من أداء مهمته وفق الشرع الحكيم.

الثالثة: دراسة المشكلات المعاصرة التي تواجه الطبيب المسلم: نتيجة للتطور التكنولوجي في الميدان الطبي فإننا نلاحظ عددا من المشكلات المعاصرة التي تواجه الطبيب المسلم والتي منها التغيير الحاصل في الأساليب العلاجية، وعليه يتوجب على الطبيب أن يراعي هذه المتغيرات لتحسين عمله والاطلاع على نظرة الفقه الإسلامي في ذلك، وفي هذا الشأن يقول خالد مذكور "فكل متخصص في أي علم من العلوم يجد في الإسلام ما يعينه على معرفة حكم الشريعة في تخصصه حتى نبعد عن مناهجنا في كليات الطب وغيرها العلمانية والاعتراب ونعيد أصولنا التي أرادها الله لنا وفق شريعته وميزانه"¹.

الثاني عشر: علاقة الإسلام بالطب

"علاقة الإسلام بالطب عنصر جزئي ينطلق من حقيقة كبرى تحكم نظرة الإسلام للإنسان، فالإنسان في القرآن الكريم هو خليفة الله في الأرض، وهو مخلوق الله المكرم الذي أمر الملائكة فسجدت له وسخر له الأرض ليبنى فيها ويعمر"²، وهذا لن يتأتى إلا بتسلح الإنسان بالعلم والمعرفة والتي يعتبر الطب جزء هام منها، وطلبه فرض عين إذا كان المجتمع بحاجة.

1- الإسلام ومهنة الطب:

1-1 الإسلام يحترم العمل المهني من أجل الكسب الحلال والطب مهنة للكسب الحلال امتدحها الرسول الكريم بقول (نعم العبد الحجام).

1-2 يدعو الإسلام الطبيب المسلم لأن ينطلق في ممارسة مهنة الطب من القواعد الآتية:

- (أ) دفع الضرر عن المجتمع المسلم بتوفير مقومات الصحة للمجتمع.
- (ب) أداء واجب الأخوة في الله نحو أخيه المسلم المريض، وهذا يدل على أن يكون هدف الطبيب إنساني لا مادي أي تخفيف الآم المريض أسمى من الرغبة في الأجر الدنيوي.

1 خالد مذكور، مرجع سبق ذكره، ص 112.

2 إبراهيم الصياد، الأبحاث وأعمال المؤتمر العالمي الأول عن الطب الإسلامي، العدد الأول، ط2، وزارة الصحة العامة، الكويت، 1981، ص 56.

2- نظرة الإسلام للمرض:

يعتبر المرض في الإسلام حالة غير طبيعية تصيب أعضاء من الجسم، لذلك فالمرض ليس ناتجا عن الشياطين والأرواح الشريرة، وعليه نجد الإسلام قد حرم ومنع كل الممارسات المبنية على المعتقدات الخاطئة كالتطير والتمايم وإتيان السحرة والدجالين وغيرهم، يقول الرسول الكريم: (من علق تميمة فقد أشرك)، وقال أيضا (من أتى عرافا أو كاهنا فصدقه بما يقول فقد كفر بما أنزل على محمد). وغيرها من الأحاديث النبوية الشريفة، والمتتبع لتاريخ الطب الإسلامي يجده لم يوضح الأسباب الكامنة وراء حدوث المرض بالصورة التي نفهمها الآن غير انه أكد على ضرورة صحة البيئة والتغذية الصحيحة والنظافة الشخصية فالمسلم مطالب بحفظ صحته وبوقاية نفسه من الأمراض، كما تناولت أحاديث الرسول صلى الله عليه وسلم أحاديث عن الطاعون والذي نعتبره الآن أسلوب الحجر الصحي الحديث للأمراض الانتقالية بدون أن يذكر العامل المرضي والمتمثل في الميكروب وطريقة انتقاله، يقول الرسول صلى الله عليه وسلم (إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها وإذا وقع بأرض وانتم بها فلا تخرجوا منها). فهنا نجد الإسلام يؤكد على عامل الوقاية ذلك لان الوقاية والحفاظ على الصحة تجعل المؤمن اقدر على أداء الرسالة التي خلق الله الإنسان من اجلها فالإسلام يرفض رفضا قاطعا أن تكون امة الإسلام غناء كغناء السيل تعيش ف عجز فكري وجسماني.

وقد أعطى الإسلام المريض رخصة تعفيه من الالتزامات حسب ما تمليه الضرورة ففي القرآن الكريم يقول تعالى " ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج ولا على أنفُسِكُمْ أَنْ تَأْكُلُوا مِنْ بَيْوتِكُمْ أَوْ بَيْوتِ آبَائِكُمْ أَوْ بَيْوتِ أُمَّاتِكُمْ أَوْ بَيْوتِ إِخْوَانِكُمْ أَوْ بَيْوتِ أَخَوَاتِكُمْ أَوْ بَيْوتِ أُمَّامِكُمْ أَوْ بَيْوتِ عَمَّاتِكُمْ أَوْ بَيْوتِ أَعْوَالِكُمْ أَوْ بَيْوتِ خَالَاتِكُمْ أَوْ مَا مَلَكَتْهُنَّ مَخَانِمُهُنَّ أَوْ حَدِيثِكُمْ لَيْسَ عَلَيْكُمْ جُنَاحٌ أَنْ تَأْكُلُوا جَمِيعًا أَوْ أَشْتَاتًا إِذَا حَضَرَ بَيْوتًا فَسَلِمُوا عَلَى أَنْفُسِكُمْ تَحِيَةً مِنْ عِنْدِ اللَّهِ مَبَارَكَةٌ طَيِّبَةٌ كَذَلِكَ يَبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمْ الْآيَاتِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ" (سورة النور الآية 61)، ولذلك يباح استخدام الذهب في العلاج التعويضي كما يباح استعمال الحرير في المرض الجلدي فق صرح الرسول عليه الصلاة والسلام لعبد الرحمان بن عوف والزيبر بن العوام في لبس الحرير لحكة كانت بهما مع أن كليهما محرم على الرجال.

3- الإسلام وآداب ممارسة الطب: إن رعاية المريض تحمل في طياتها التزامات أخلاقية، فالطبيب ستواجهه الكثير من المواقف اليومية التي تتطلب منه استفتاء الضمير، وعليه فستتأثر قراراته بمدى علاقته بربه، فمفهوم الواجب في القرآن الإسلام هو أن نعمل بقصد إرضاء الله يقول تعالى في كتابه

العزير الحكيم (قل إن صلاتي ونسكي ومحياي ومماتي لله رب العالمين). إن ما سبق ذكره يؤكد على أن هدف الإسلام هو تكوين الذات الإسلامية منذ الطفولة وذلك بالتنشئة الإسلامية الصحيحة من طرف كل مؤسسات التنشئة الاجتماعية حتى ينشأ الفرد منسجماً مع فطرته النقية بسهولة وبدون تناقضات، والطبيب المسلم هو أولى الناس بهذه التربية وعليه يكون التزام الطبيب بخلق الإسلام جزءاً من طبع الطبيب يمارسه بلا تكلف.

وتتدرج ضمن القاعدة السالفة الذكر والتي تعتبر القاعدة الأساسية جملة من الفضائل والأخلاقيات التي أوصى بها القرآن الكريم والرسول عليه الصلاة والسلام وهي: الصبر، الإحسان في العمل، الكلام الطيب، الابتسامة، الحياء، الرحمة، الرفق، التواضع.

خلاصة الفصل:

اتضح لنا من خلال هذا الفصل أن الطب الإسلامي قد تعددت حوله الآراء، فمن جهة كان ينظر له على أنه طب نافع ومفيد ويجب الأخذ به وفقاً لتعاليم السنة النبوية الشريفة، في حين كان الرأي الثاني مخالف تماماً للرأي الأول حيث يصف أصحاب التيار الثاني الطب الإسلامي بطب التخلف ومن ثم فلا ضرورة للأخذ به.

وقد نكون مضادين تماماً للرأي الثاني وذلك من منطلق أن الدين الإسلامي قد اعتنى بالإنسان من قبل ولادته إلى نهاية أجله، حيث وضع الإسلام ضوابط يسير وفقها اشتملت هذه الضوابط على مراعاة كل جوانب الشخصية الإنسانية فاعتنت بالناحية الجسمية، النفسية، الوجدانية، الفكرية والاجتماعية بما تشمله من جوانب ثقافية واقتصادية وغيرها، وعليه فقد خصت الشريعة الإسلامية اهتمامها بصحة الأفراد فأكدت على أهمية الصيام في تحقيق الصحة الكاملة للإنسان، كما أكدت على أهمية الصلاة، الصدقة، القصد والحجامة وغيرها، فضلاً عن تأكيدها على الأخذ بكل ما جاء في القرآن الكريم من خلال تطبيق شرعه سبحانه وتعالى وما جاء في سنة النبي الكريم محمد عليه الصلاة والسلام.

الفصل السادس: الاجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: مجالات الدراسة

ثانياً: عينة الدراسة وكيفية اختيارها

ثالثاً: المنهج المتبع في الدراسة

رابعاً: أدوات جمع البيانات

خامساً: أساليب المعالجة الإحصائية

تمهيد:

تفرض البحوث الاجتماعية على الباحث اختيار الإجراءات المنهجية الملائمة لدراسته بهدف الوصول إلى نتائج ذات مصداقية ومن ثم تحقيق الهدف المرجو من البحث، وعليه فقد حاولت الباحثة مراعاة الخطوات المنهجية المناسبة التي تخدم البحث، وذلك من حيث اختيار المكان الذي ستطبق فيه الدراسة الميدانية، وكذا اختيار العينة التي تحقق أهداف الدراسة، ومراعاة تصميم الأداة المناسبة واختبارها، وسوف نعرض كل ما سبق ذكره في العناصر التالية:

أولاً: مجالات الدراسة**1-1 المجال المكاني:**

أجريت الدراسة الميدانية بمنطقة الزيبان بسكرة التي تتميز بإطارها الجغرافي الممتاز والهام، فهي حلقة وصل بين التل والصحراء على خط طول 5 درجات شرق خط غرينتش ودائرة عرض 34,5 درجة شمالاً، كما تتمتع المنطقة بشتاء معتدل حيث لا يقل معدل الحرارة في شهر جانفي عن 11 درجة أثناء النهار، غير أن صيفها شديد الحرارة حيث تزيد أثناء النهار في كثير من الأحيان عن 35 درجة، وبالنسبة للمناخ فهو جاف خال من الرطوبة خاصة في فصل الصيف، يقول عنها أحمد توفيق المدني: "وتدعى ملكة الحبوب ، وهي أشهر الواحات الجزائرية على الإطلاق، لها في الشتاء طقس معتدل يجعلها محط الرحال المتسوحين، حيث أن معدل حرارتها في أيام الشتاء تبلغ 15 درجة وأقصى ما تبلغه الحرارة في تلك الأيام هو 16 درجة وأقله 6 درجات، أما المطر فلا ينزل بها إلا بمعدل 175 ملمتر في السنة، واحة بسكرة تمتد نحو 5 كيلومترات يمين الوادي وتشمل 1400 هكتار ... وبسكرة كانت قرية بربرية عتيقة"¹.

أما من الناحية الإدارية فيحدها من الشمال الشرقي ولاية باتنة، ومن الشرق ولاية خنشلة، أما من الشمال الغربي تحدها ولاية المسيلة، ومن الجنوب ولاية الوادي، ومن الجنوب الغربي الجلفة، وعن الناحية التاريخية، فكما ذكرنا آنفاً أن موقعها الجغرافي يعتبر موقعا استراتيجيا هاما، فهو يعد حلقة

1 أحمد توفيق المدني، كتاب الجزائر، ط2، دار المعارف، البلدة الجزائر، 1963، ص ص 185-186.

وصل بين الجنوب الشرقي الصحراوي والشمال الشرقي التلي للقطر الجزائري، وقد عرفت هذه المنطقة تاريخا مليئا بالأحداث عبر الفترات الزمنية المتعاقبة، ففيما يتعلق بالحقبة الرومانية فيمكن القول أن بسكرة لم تبرز كمدينة ذات أهمية اقتصادية وسياسية في العهد الروماني كونها بوابة الصحراء والتل، بل اتخذت كحصن عسكري ضمن حصون خط الليمس، وأطلق عليها اسم فيسيرا *vescera* والتي تعني المحطة، وقد تضمن خط الليمس أبراج حراسة وطرقا رئيسية وإقامة مستعمرات للجنود المسرحين ومراكز تجارية، يقول الباحث ستيفان غزال *st-Gsell* أن الحي القديم الرئيسي كان يقع في الناحية الشمالية لوادي بسكرة، إضافة إلى وجود بقايا الحمامات والحجارة المصقولة التي استعملت فيما بعد في المباني الإسلامية، إلا أنه يبدي بعض التحفظ فيما يخص أخذ تسمية "فيسيرا" من "بيسانام"، ورأيه ربما يكون اسم بسكرة قد أخذ من إسم فيسيرا التي كانت تمثل أسقفية كاثوليكية تابعة للكنيسة المسيحية في نوميديا، أما عن أصل تسميتها فكانت وما تزال مشكلا مطروحا تتخلله ثلاثة آراء مختلفة: الرأي الأول: مفاده أنها تعني المحطة التجارية، أما الرأي الثاني: فينسبها إلى كلمة "أديسران" التي تعني المنبع المعدني نسبة إلى حمام الصالحين، وعن الرأي الثالث: فقد أخذت من كلمة سكرة نسبة إلى حلاوة وغزارة تمرورها.

أما بسكرة في النصوص التاريخية الإسلامية فقد تطرق المؤرخون والرحالة العرب في كتاباتهم حول المدينة بسكرة حيث يقول إسماعيل العربي: "أنها ذكرت لأول مرة في المصنفات العربية في القرن التاسع الميلادي عند الحديث عن إخماد ثورة قام بها أهل الزيبان في وجه الأمير الأغلب أبي عبد الله، وقد قضى على هذه الثورة قائد خفاجة"¹.

كما ذكرت بشكل دقيق من طرف عبد الله البكري (ت487هـ)²، واصفا إياها: "بسكرة كورة فيها مدن كثيرة وقاعدتها بسكرة، وهي مدينة كثيرة النخيل والزيتون وأصناف الثمار... ومن مدنها "جمونة"، ومدينة "طولقة" ومدينة "مليلي" ومدينة "بن طيوس" وهي من البنيان الأول..."³.

1 العربي إسماعيل، الصحراء الكبرى وشواطئها، الجزائر، 1983، ص 148.

2 أبو عبيد الله البكري، المغرب في ذكر بلاد إفريقية والمغرب، وهو جزء من كتاب المسالك والممالك، تحقيق دي سلان، مكتبة الحكومة، الجزائر، 1857، ص ص 52-53.

3 ابن سعيد المغربي، معجم البلدان، ط2، المجلد 1، دار صادر، بيروت لبنان، 1995، ص 422.

كما نجد ياقوت الحموي (ن626هـ) وهو أحد الجغرافيين الذين وصفوا حدود بسكرة جغرافيا حيث يقول: هذه بلدة من المغرب من نواحي الزاب بينها وبين قلعة بني حماد مرحلتان، فيها نخل وشجر قصب جيد، بينها وبين طبنة مرحلة كذا ضبطها الحازمي يقول: وهي مدينة ميسورة ذات أسواق وحمامات، وأهلها علماء وعلى مذهب المدينة المنورة ، بها جبل ملح يقطع منه كالصخر، وتعرف بسكرة النخيل.

1-2 المجال الزمني:

ويقصد بالمجال الزمني الفترة التي أنجزت فيها هذه الدراسة في شقها الميداني، وأشير هنا إلى أن بداية النزول للميدان كانت منذ ثلاثة سنوات تقريبا من خلال الزيارات الميدانية التي أجريتها لعدد من المناطق في الجزائر عموما، وذلك لمعرفة الطرق التي يتبناها المعالجين الشعبيين في العملية العلاجية الشعبية من خلال زيارتي لهم، وكذا إجرائي لعدد من المقابلات العرضية التي تمت مع العامة من الناس فضلا على البحث على الأولياء الصالحين المتواجدين بالمنطقة ومعرفة إذا ما كان الناس في منطقة الزيبان يزورون هذه الأضرحة، وما الهدف منها، وما سبب زيارتهم للمعالج الشعبي، وغيرها من الأسئلة التي تمت بشكل عرضي، لتبدأ الدراسة الميدانية بشكلها الفعلي وتوزيع الاستمارة العرضية والقصدية في شهر فيفري من العام 2013، لتنتهي في شهر جوان من نفس السنة.

1-3 المجال البشري:

حسب موضوع البحث وإشكاليته، فإن مجتمع الدراسة يتكون من:

- النوع الأول: والخاص بالعينة العرضية ويتكون من الأفراد الذين يقطنون في منطقة الزيبان وهم من مستويات مختلفة: من حيث المستوى التعليمي، والمستوى الاقتصادي، والجنس، والحالة الاجتماعية، ومن أعمار مختلفة أيضا.
- النوع الثاني: والخاص بالعينة القصدية والتي تتكون من الأفراد الذين عالجوا مرة أو أكثر لدى المعالج الشعبي، كما ضمت بعض المعالجين الشعبيين.

ثانيا: عينة الدراسة وكيفية اختيارها

إن إجراء الدراسة الميدانية على جميع مفردات المجتمع الأصلي للظاهرة الاجتماعية المدروسة يعد من الصعوبة بمكان خاصة إذا كان هذا المجتمع كبيرا من حيث العدد، وقد يرجع سبب الصعوبة في عامل الوقت، إذ أنه لو استجوب الباحث جميع أفراد المجتمع الأصلي لأخذ وقتا أطول لاستكمال بحثه، كما أن تكلفة إنجاز هذا البحث ستكون مكلفة جدا قد لا يستطيع الباحث تحملها، إن هذه الأسباب وغيرها جعلت ثلثة من الباحثين والعلماء في هذا المجال يلجأ إلى استعمال عينة فقط من أفراد المجتمع تكون ممثلة للمجتمع الأصلي تكون مختارة وفق أسس علمية حتى نتمكن من تعميم نتائجها على المجتمع ككل.

ومما سبق نشير إلى أن حجم المجتمع الأصلي في هذه الدراسة كبير جدا، ويتعذر علينا استخدام الأساليب الأخرى لاختيار العينة، نظرا لانتشار وحدات العينة في مساحات جغرافية متشعبة، ولأنه من الصعوبة أيضا إعداد قوائم تفصيلية لكل وحدات المجتمع، فإنه سيتم اختيار العينة بالطريقة غير العشوائية.

ونظرا لكون دراستنا تتناول موضوع الطب الشعبي الذي يلقي تأييدا ورفضاً في الوقت ذاته بين أفراد المجتمع محل الدراسة، فقد لجأت إلى استخدام نوعين من العينات غير العشوائية وهما كالآتي:

1-2 العينة العرضية:

وتعرف العينة العرضية على أنها "تتشكل من خلال اختيار الباحث الأفراد الذي يصادفهم بشكل مباشر وبسيط والذين ينتمون إلى المجتمع الأصلي"¹.

وعليه كانت طريقتي في اختيار أفراد العينة أن أستجوب كل فرد أصادفه حتى أصل إلى العدد المطلوب الذي حددته مسبقا، والذي قدر بـ: 230 مفردة من مختلف مناطق الزيبان، هذا العدد الذي تم جمعه لمدة ستة أشهر، وبمساعدة فريق بحث قدر عدده بـ: ستة أفراد كونته من طلبة الليسانس والماجستير في علم الاجتماع التربوية بعد أن شرحت لهم طريقة العمل والهدف من الدراسة والكيفية

1 أحمد عياد، مدخل لمنهجية البحث الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2006، ص 118.

التي يتم من خلالها طرح وشرح الأسئلة في حالة غموضها لدى المبحوث، وتم توزيع الفريق على المناطق المختلفة لمنطقة الزيبان، وهي:

الزباب الغربي ويشمل كل من: طولقة، البرج، ليشانة، بوشقرون، فارفار، العامري، فوغالة، مليلي، ليوة، الصحيرة، مخادمة، بنطيوس، أورلال، أوماش، الدوسن، أولاد جلال، سيدي خالد.

والزباب الشرقي ويشمل: سيدي عقبة، شتمة، الدروع، سيدي خليل، سيدي ناجي، زريبة الوادي، ليانة، بادس، زريبة حامد.

ونشير في هذا الصدد إلى أن الزباب قديما كان مقسما إلى الزباب الشمالي أو الظهر اوي ويشمل: طولقة، البرج، ليشانة، بوشقرون، فارفار، العامري، والزباب القبلي أو الجنوبي ويشمل: مليلي، ليوة، الصحيرة، مخادمة، بنطيوس، أورلال، أوماش، الدوسن، أولاد جلال، سيدي خالد.♦

وقد قدر عدد الذكور ب: 88 مفردة، في حين بلغ عدد الإناث 142 مفردة، أما عن المستويات التعليمية لأفراد العينة، وحالتهم الاجتماعية، وسنهم، ومستوى الدخل فنجدته بالتفصيل في الفصل السابع الخاص بتحليل ومناقشة نتائج الدراسة.

2-2 أما العينة القصدية:

أما النوع الثاني من العينات الذي اعتمده في هذه الدراسة فتمثل في العينة القصدية، والتي تم فيها اختيار الأفراد الذين ثبت أنهم عالجوا مرة أو أكثر لدى المعالج الشعبي، وقد قدر عددهم ب: 16 مفردة.

أما عن خصائص أفراد هذه العينة فسنوجزها في الجداول التالية:

♦ للمزيد انظر مديرية التخطيط والتهيئة العمرانية.

جدول رقم (2) يوضح جنس المبحوثين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة	التكرار	الاحتمالات
0.51235	1.4375	52.9	9	ذكر
		41.2	7	أنثى
		94.1	16	المجموع

يتضح من الجدول أن أغلب أفراد العينة من جنس الذكور والذين بلغت نسبتهم 52.9% مقابل 41.2% إناث، وهذا يدل على أن جنس الذكور يعالج هو الآخر لدى المعالجين الشعبيين وأن الأمر لا يقتصر على الإناث فقط، كما كان ذلك سائدا في السابق.

جدول رقم (3) يوضح سن المبحوثين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة	التكرار	الاحتمالات
1.29099	2.7500	23.5	4	30-20
		11.8	2	40-31
		29.4	5	50-41
		23.5	4	51 فما فوق
		94.1	16	المجموع

كما يلاحظ في الجدول أن أكبر نسبة عالجت لدى المعالج الشعبي هي من فئة السن من (41 إلى 50) سنة بنسبة قدرت بـ: 29,4%، تليها كل من الفئة من (20 الى 30) سنة و الفئة من 51 سنة فما فوق، وأخيرا الفئة العمرية من (31 الى 40) سنة.

جدول رقم (4) يوضح المستوى التعليمي للمبحوثين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة	التكرار	الاحتمالات
1.45488	4.6250	5.9	1	تعليم ابتدائي
		11.8	2	ابتدائي
		23.5	4	متوسط
		17.6	3	ثانوي
		35.3	6	جامعي
		94.1	16	المجموع

وفيما يخص المستوى التعليمي فقد كان أغلب أفراد العينة من ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة قدرت ب: 35.3%، وهذا ما يؤكد أن العلاج بالطب الشعبي لا يقتصر على الفئات غير المتعلمة أو ذات المستوى التعليمي الأولي كالابتدائي والتعليم القرآني كما كان سائداً في السابق، بل حتى الفئات المتعلمة تعليم عالي تلجأ للعلاج الشعبي اقتناعاً منها بأنه يمثل جزءاً هاماً من البناء الاجتماعي ويؤدي وظيفة هامة فيه خاصة مع الإخفاقات الحاصلة على مستوى الطب الرسمي، خاصة إذا تعلق الأمر ببعض الأمراض المزمنة والتي يعمل الطب الحديث على التخفيف منها فقط في حين يساهم الطب الشعبي في حالات كثيرة على القضاء عليها كلية.

جدول رقم (5) يوضح مهنة المبحوثين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة	التكرار	الاحتمالات
1.36015	2.8750	23.5	4	ربة بيت
		5.9	1	بطل
		35.3	6	إطار
		17.6	3	مهن حرة
		11.8	2	أخرى تذكر
		94.1	16	المجموع

وعن متغير المهنة فقد توصلنا إلى أن أعلى نسبة كانت من نصيب الإطارات حيث قدرت بـ: 35.3%، وهذه النسبة مرتبطة مع متغير المستوى التعليمي والتي كانت فيه أعلى نسبة للمستوى الجامعي، وعليه كان أغلب أفراد العينة يشتغلون في مهن كالآتي: أستاذ (ة) جامعي وأساتذة من أطوار تعليمية أخرى، مدير مؤسسة، مهندس دولة في تخصصات مختلفة، طبيب، وغيرهم، في حين كانت النسبة الثانية على الترتيب من نصيب ربات البيوت، وهذا شيء طبيعي أن تعالج المرأة بالطب الشعبي فهي المسئول الأول على الحالة الصحية لأفراد أسرتها أو كما يقول أفراد العينة "أن المرأة تعتبر طبيب الأسرة الأول من خلال تقديمها للعلاج المنزلي الأولي الذي تتنوع وصفاته".

جدول رقم (6) يوضح الحالة الاجتماعية للمبحوثين

الاحتمالات	التكرار	النسبة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
متزوج	11	64.7	1.4375	0.81394
أعزب	4	23.5		
أرمل	1	5.9		
المجموع	16	94.1		

أما متغير الحالة الاجتماعية فيدل الجدول على أن أغلب من عالجوا بالطب الشعبي هم من فئة المتزوجين بنسبة كبيرة جدا مقارنة بالنسب الأخرى، حيث قدرت نسبتهم بـ: 64.7%، ونفس الشيء يقال هنا من أن هذه الفئة تكون مسئولة على أفراد عائلتها وعليه تبحث دائما على الحلول خاصة بعد يئسها من العلاج بالطب الحديث كما سيأتي الحديث بهذا الخصوص في تحليلنا لفرضيات الدراسة، وعلى العموم يمكن القول أن إصابة هؤلاء بأمراض عجز عن علاجها الطب الرسمي هو السبب الأكبر في لجوئهم للعلاج بالطب الشعبي ولدى المعالجين الشعبيين، خاصة ما تعلق منها حسب تصور أفراد العينة " بالعقم، وعدم ثبوت الحمل"، وكذا توقف المرأة عن الرضاعة الطبيعية والذي يفسره أفراد العينة بوجود عمل سحري، وغيرها من الأسباب التي شجعت هذه الفئة على العلاج لدى المعالج الشعبي.

جدول رقم (7) يوضح دخل المبحوثين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة	التكرار	الاحتمالات
0.71880	1.8750	29.4	5	جيد
		47.1	8	متوسط
		17.6	3	ضعيف
		94.1	16	المجموع

من الجدول يتضح أن أغلب أفراد العينة من أصحاب الدخل المتوسطة والذين قدرت نسبتهم بـ: 47.1%، لتأتي في المرتبة الثانية ذوي الدخل الجيد بنسبة 29.4%، ونسبة 17.6% لذوي الدخل الضعيف في المرتبة الثالثة.

وأشير هنا إلى أن الدراسة الاستطلاعية ساعدتني في بلورة الاستمارة المبدئية ودليل المقابلة، هذه الدراسة التي مكنتني من استخدام عينة استطلاعية طبقت على عينة تجريبية قدرت بـ (30) فرداً، وللتأكد من مدى سلامة المقياس الذي أعدناه قمنا بتوزيع الاستمارة على عدد من الاساتذة في تخصصي علم الاجتماع وعلم النفس وتخصص الأدب العربي أيضاً والذين أكدوا على سلامة الاسئلة ومطابقتها للموضوع.

كما قمنا بحساب التجزئة النصفية و ألفا كرونباخ للتأكد أيضاً من سلامة المقياس والذين تحصلنا من خلالهما على النتيجة التالية: والمتمثلة في أن "ألفا كرونباخ" قدر بـ (0,783) وهي نتيجة جيدة تؤكد ثبات المقياس، والجدول التالي يوضح لنا معامل "ألفا كرونباخ" حيث نجد الخانة الأولى خاصة بعدد الاحتمالات والتي قدر عددها بـ: (44) والخانة الثانية الخاصة بنتيجة "ألفا كرونباخ" والتي قدرت كما ذكرنا (0.78) وهي نتيجة عالية تؤكد ثبات المقياس وصلاحيته تطبيقه في ظروف أخرى.

جدول رقم (8) يوضح معامل ألفا كرونباخ

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,783	44

المصدر: نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS إصدار رقم 20.

ثالثاً: المنهج المتبع في الدراسة

وحتى تصل أي دراسة علمية إلى تحقيق أهدافها من الضروري أن تتبع نهجاً يتلاءم وإشكالية الدراسة وفرضياتها، وعليه نشير في هذا الصدد إلى أن دراستنا الحالية تدخل ضمن الدراسات الوصفية، ومن ثم فالمنهج الوصفي هو المنهج المناسب لهذه الدراسة والذي يعرف على أنه " يقوم بدراسة الظروف أو الظواهر أو المواقف أو العلاقات، كما هي موجودة في الواقع دون أي تدخل من الباحث، ثم يقوم بعمل الوصف الدقيق والتحليل الشامل، والتأويل للبيانات الوصفية من أجل التنبؤ بها"¹.

وقد اعتمدت في هذه الدراسة على المنهج الوصفي وذلك من منطلق أن ظاهرة التصورات الاجتماعية للطب الشعبي تنطلق من البحث على الأسباب التي تعزز من لجوء الناس للعلاج بالطب الشعبي والأسباب التي تشجعهم على اللجوء للمعالجين الشعبيين، فضلاً على البحث في المعاني التي يتداولها الناس في خطابهم اليومي عن مفهوم الطب الشعبي، والمعالجين الشعبيين، وعن التسميات الأكثر استخداماً لمفهوم الطب الشعبي، والفئات الأكثر استخداماً لهذا النوع من الممارسات العلاجية، وعلى هذا الأساس استعنت في هذه الدراسة ببناء على المنهج الوصفي أدوات لجمع البيانات تتناسب وطبيعة الدراسة متمثلة في المقابلة والاستمارة وكذا الملاحظة بالمشاركة وبدون مشاركة.

1 منسي محمود عبد الحليم، مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2000، ص 200.

رابعاً: أدوات جمع البيانات

إن بحثاً كهذا تتعدد فيه الأدوات التي تستخدم في جمع المعلومات، ومن ثم يستحيل على الباحث أن يستخدم أو يستعين بأداة واحدة ويحصل على معلومات دقيقة وذلك راجع لحساسية الموضوع في بعض جوانبه، وعلى هذا الأساس فقد اعتمدنا في جمعنا للمعلومات على أداتي الملاحظة والمقابلة ثم استخدمنا أداة الاستمارة بالاستعانة بالأداتين السابقتين، وسنعرض الآن كيفية استخدامنا لهذه الأدوات:

4-1 أداة الملاحظة: تعتبر الملاحظة وسيلة سهلة وصعبة في نفس الوقت، ونحن لا نعني بها الملاحظة العادية أو الملاحظة العابرة التي يلاحظها الناس يومياً، وإنما نقصد بها الملاحظة العلمية التي تستند إلى مجموعة من الشروط والضوابط، وذلك لأنها تتطلب الدقة في عملية المراقبة ورصد المعلومات ومعاينة الظاهرة المراد دراستها.

وقد استخدمت الملاحظة بالمشاركة من خلال حضوري لجلسات مع بعض المعالجين الشعبيين كالجلسة التي أعدها أحد الرقاة في إحدى المدن الجزائرية، وذلك في حدود المرتين وأحياناً الثلاث مرات، طبعاً إحداها كانت بشكل جماعي وذلك كان في الجزائر العاصمة عند أحد الرقاة "هذا الأخير لديه رخصة لمزاولة هذه المهنة"، وكان يجري العلاج بحضور عدد كبير من النساء والرجال يقدر في حدود (20 إلى 30) فرد من الجنسين كل منهما في غرفة خاصة، ويبدأ بعملية العلاج الجماعي، هذه الطريقة من العلاج التي ينكرها الشرع الحكيم، كما حضرت جلسات هنا في مدينة بسكرة عند معالج شعبي يعالج بالأعشاب وبالرقية ومعالج الكسور والمعالج بالحجامة أيضاً، ولكن كانت طريقة العلاج بالرقية تختلف عن الأولى حيث كان يطلب هذا المعالج حضور الأسرة دون غيرها لتلاحظ عملية علاج أحد أبنائها، كما حضرت ولاحظت بل ومارست العلاج بالحجامة لعدة سنوات بدأت منذ اختياري لهذا الموضوع، وهذا بهدف الوقوف عن كثب على فعالية العلاج الشعبي، وكذا معرفة مدى إقبال الناس لهذا النوع من الممارسات الشعبية في إحدى العيادات الخاصة التي لها رخصة لمزاولة مهنة الحجامة، فضلاً عن العلاج لدى معالج الكسور بعد أن ثبت خطأ العلاج بالطب الرسمي وهذه تعتبر تجربة شخصية حصلت لي بعد التواء الكاحل وقد تحقق الشفاء بعد اللجوء للمعالج الشعبي.

لقد استفدت كثيرا من الملاحظة التي اعتمدت فيها على المشاركة مع الآخرين في عملية العلاج، وسجلت بذلك ملاحظاتي التي لها علاقة بموضوع الدراسة، غير أنه لم أتمكن من استعمال جهاز التصوير بل وحتى التسجيل، ذلك لأن النساء ترفضن ذلك وهذا راجع للخوف من أسرهن وللعادات السائدة في مجتمعاتنا من أن المرأة لها خصوصية ولا ينبغي تجاوز هذه الخصوصية وخاصة في مواضيع كالصحة والمرض.

لقد وقفت على عدد من الممارسات العلاجية التي حكمت لنا الواقع الذي نعيشه ونؤمن به، إذ على الرغم من ارتفاع المستوى العلمي لبعض الأشخاص إلا أنهم يؤمنون بالثقافة الشعبية، وما أنتجته من علاجات لمختلف الأمراض، كما رصدت أيضا طريقة معاملة المعالج للمريض، والتي أكدت لي ما توصلت إليه في الجانب النظري من وجود الثقة بين الاثنين،....

4-2 أداة المقابلة: وتعرف على أنها "عملية اجتماعية صرفة بين شخصين، الباحث أو المقابل الذي يستلم المعلومات ويجمعها ويصنفها، والمبحوث الذي يعطي المعلومات إلى الباحث بعد إجابته على الأسئلة الموجهة إليه من قبل المقابل"¹.

استنادا للتعريف السابق، نقول أن المقابلة تعد أحد أهم وسائل جمع البيانات، وذلك لأنها تلزم الباحث بالاحتكاك المباشر مع المبحوث ومعرفة الأفكار التي يؤمن بها ويعتقد فيها والتي تكون لها علاقة بموضوع البحث، بل يتعرف الباحث أيضا حتى على الأحاسيس والمشاعر التي يحس بها المبحوث اتجاه كل سؤال وذلك من خلال الإيماءات والإشارات التي يراها الباحث على وجه المبحوث، كذلك من خلال تردد المبحوث على الإجابة على الأسئلة، أو إلغائها تماما وهكذا دواليك.

وعليه فإنني في هذه الدراسة قد اعتمدت على المقابلة الموجهة (غير المقننة)، من خلال طرح الأسئلة على بعض الناس ومن مختلف الفئات (أنظر الملحق رقم 1) وعلى بائعي الأعشاب، وحتى على ممارسي الطب الشعبي، وقد كان طرح الأسئلة يتم بطريقة تلقائية وبأسلوب الأسئلة المفتوحة لاستدراج المبحوث في الإجابة بكل حرية، بل قد يجيب أحيانا على بعض الأسئلة التي لم نسأله عنها،

1 أحمد عياد، مدخل لمنهجية البحث الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2006، ص 128.

ومن ثم الاستفادة في هذا الموضوع من حيث بناء أسئلة الاستمارة وكذا تحليل البيانات التي تم جمعها.

إن وسيلة المقابلة هذه قد بدأ استخدامها منذ اختياري لهذا الموضوع والبدء في دراسته حيث كنت أسأل أي شخص أصادفه عن مفهومه للطب الشعبي والمعالجين الشعبيين، وتأيدهم لهذا النوع من العلاج أو رفضهم له، وأسباب لجوء بعض فئات المجتمع لهذا العلاج، وغيرها من الأسئلة الأخرى، إنني ومن خلال هذه العملية أمكنني أن ألم إلى حد ما بصلب الموضوع، ومدى قبول أو رفض الناس لهذا النوع من الطب وساعدتني في ذلك تقنية الملاحظة، ناهيك عن مقابلة بعض المعالجين الشعبيين سواء كان ذلك من خلال المقابلة المباشرة في أنني أنجز بحثا علميا أو من خلال الحديث معهم في كوني مريضة.

4-3 الاستمارة:

وتعرف الاستمارة بأنها "نموذج يضم مجموعة أسئلة توجه إلى الأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، ويتم تنفيذ الاستمارة إما عن طريق المقابلة الشخصية أو أن ترسل إلى المبحوثين عن طريق البريد"¹.

وقد كانت استمارة هذه الدراسة والخاصة بالعينة العرضية عبارة عن مقياس ثنائي (نعم، لا) درجاته على الترتيب (2 و 1)، وقد صمم بناء على الدراسة الاستطلاعية والمقابلات العرضية التي استعنت بها قبل التصميم النهائي لهذا المقياس، وكانت الاستمارة تعتمد على المحور الأول بشكل أساسي والمتمثل في المتغيرات الديموغرافية وهي (الجنس، السن، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة الاجتماعية، مكان الإقامة، الدخل) كونها المتغيرات التي نصل من خلالها إلى الفروق بين أفراد العينة حول ظاهرة التصورات الاجتماعية للطب الشعبي.

أما المحور الثاني فقد خص للفرضية الأولى والتي اشتملت على ثمانية بنود هي:

1 رشيد زرواتي، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط 3، ديوان المطبوعات الجامعية المطبعة الجهوية، قسنطينة-الجزائر، 2008، ص 182.

البند الأول: عن مفهوم الطب الشعبي حسب تصور أفراد العينة، واشتمل على الاحتمالات التالية:
(1، 2، 3، 4).

البند الثاني: الاسم الذي يطلقه أفراد العينة على الطب الشعبي، واشتمل على الاحتمالات التالية: (5، 6، 7).

البند الثالث: كيفية انتقال الطب الشعبي حسب تصور أفراد العينة، واشتمل على الاحتمالات التالية:
(8، 9، 10).

البند الرابع: الأشخاص الأكثر استخداما للطب الشعبي، واشتمل على الاحتمالات التالية: (20، 21، 22، 23، 24، 25).

البند الخامس: المناطق الأكثر استخداما للطب الشعبي، واشتمل على الاحتمالات التالية: (26، 27، 28، 29).

البند السادس: مفهوم المعالج الشعبي حسب تصور أفراد العينة، واشتمل على الاحتمالات التالية:
(30، 31، 32).

البند السابع: الاسم الذي يطلقه أفراد العينة للمعالج الشعبي، واشتمل على الاحتمالات التالية: (33، 34، 35).

البند الثامن: المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه حسب تصور أفراد العينة، واحتمالاته هي: (40، 41، 42، 43، 44).

وبالنسبة للمحور الثالث: فقد تضمن أسباب لجوء الناس للعلاج الشعبي والمعالجين الشعبيين واشتمل على الاحتمالات التالية: (11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 36، 37، 38، 39).

كما اعتمدت هذه الدراسة على العينة القصدية والتي كانت من نوع الأسئلة المفتوحة، وقدرت ب: (13) سؤال. (أنظر الملحق رقم 2).

خامسا: أساليب المعالجة الإحصائية

للإجابة على التساؤل المطروح في إشكالية الدراسة، والتحقق من صدق فرضياتها، تمت الاستعانة بمجموعة من الأساليب الإحصائية التالية:

- النسبة المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري.
- كما تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ.
- استعنت كذلك بالنظام الإحصائي نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) إصدار (20) وذلك بهدف الوصول إلى الفروق بين المتغيرات الديموغرافية وأسئلة الاستمارة من خلال استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA 1 FACTOR.

الفصل السابع: معالجة ومناقشة نتائج الدراسة

أولاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

ثانياً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

ثالثاً: نتائج الدراسة على ضوء فرضياتها

رابعاً: نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة

خامساً: نتائج الدراسة على ضوء النظرية الوظيفية

تمهيد:

يعتبر الفصل الخاص بتحليل البيانات الميدانية من أهم فصول الدراسة كونه الجانب الذي يؤكد لنا مدى تطابق فرضيات دراستنا بالواقع الاجتماعي، أي هل ما افترضناه من حلول مؤقتة لتساؤل الدراسة يوافق ما تحصلنا عليه من معلومات من أفراد العينة أم أن افتراضاتنا تخالف ما هو سائد في المجتمع من تصورات، وكما ذكرنا سالفاً أن دراستنا قد اعتمدت على عينتين من المجتمع عينة عرضية وتشمل الأفراد الذين صادفناهم سواء قد عالجوا لدى الطبيب الشعبي أو أنهم لم يعالجوا لديه، وعينة ثانية وهي العينة القصدية والتي تعتبر بياناتها المتحصل عليها كمساعد ومدعم في التحليل للعينة العرضية وقد اشتملت على الأشخاص الذين زاروا مرة أو أكثر المعالج الشعبي، وعليه فقد قمنا بإدراج المعلومات المتحصل عليها من العينة القصدية ضمن التحليل الخاص بالعينة العرضية ولم نفردها لجدول خاصة في هذا الفصل بل اكتفينا بوضعها في الملاحق، كما تضمن هذا الفصل نتائج الدراسة والتحقق من صدق فرضياتها ومقارنتها بالدراسات السابقة حتى نكتشف الفرق بينها وبين البحوث التي أجريت في هذا الجانب، وما هي المقترحات التي يمكن أن تقترحها هذه الدراسة.

ومن خلال ما سبق ذكره نود أن نصل إلى الهدف الأسمى في هذه الدراسة والممثل في هل التصورات الاجتماعية للطب الشعبي في المجتمع الجزائري مؤيدة أم معارضة للطب الشعبي، ونشير هنا إلى أنه سيتم عرض الجداول الإحصائية التكرارية فقط أما الجداول الخاصة بتحليل التباين فسيتم عرضها في الملاحق، أما تحليل هذه الأخيرة فيكون في متن الدراسة بالتوازي مع تحليل الجداول التكرارية، كما أشير هنا إلى أنه سيتعذر علينا إدراج عدد كبير من الجداول التكرارية المركبة والبسيطة بكل متغير نظراً لكثرتها، إذ سنقوم بذكر نسبها أثناء التحليل فقط، ويتم عرضها في ملاحق الدراسة أنظر ملحق رقم (3) .

أولاً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

1- عرض وتحليل البيانات الشخصية لأفراد العينة

للبيانات الديموغرافية دور هام في عملية تحليل الشق الميداني في البحوث الاجتماعية وهذا طبعاً بحسب احتياجات الدراسة، ودراستنا الحالية تتطلب منا الإحاطة بهذه البيانات من خلال معرفة جنس المبحوثين وسنهم وكذا مستواهم التعليمي فضلاً عن معرفة الموطن الأصلي والحالة الاجتماعية لهم ونوع المهنة التي يشغلونها والدخل، وقد أدرجنا مثل هذه البيانات في دراستنا هذه لارتباط عملية التحليل بها خاصة وأنها نبحث عن الفروق في التصورات الاجتماعية للمبحوثين ومدى تأثرها بالمتغيرات الديموغرافية.

جدول رقم (9) يوضح جنس المبحوثين

النسب الاحتمالات	التكرارات	%	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ذكر	88	38.3	1.62	0.487
انثى	142	61.7		
المجموع	230	100		

يتضح من الجدول أن نسبة الإناث تفوق نسبة الذكور حيث قدرت نسبتهم بـ 61,7% مقارنة بالذكور والذين قدرت نسبتهم بـ 38,3%، وترجع هذه النسبة إلى أن أغلب من صادفناهم كانوا من النساء، والملاحظ أثناء إجراء الدراسة الميدانية ميل هذه الفئة إلى الحديث في مثل هذه المواضيع سواء كانوا من مستويات تعليمية عالية أو منخفضة، أما الذكور فقد وجد لدى الكثير منهم نفور تام للإدلاء بالمعلومات الموجودة في الاستمارة، فضلاً عن إلغاء الكثير من الاستمارات التي خصصت لجنس الذكور نظراً لعدم الإجابة على كل الأسئلة على الرغم من محاولتنا أن تكون النسبة بين الجنسين إلى حد ما متقاربة، وعليه فقد قدر المتوسط الحسابي لمتغير الجنس 1,62 وانحراف معياري قدر بـ 0,487.

أما ما تعلق بالعينة القصدية فقد كان عدد الذكور يفوق عدد الإناث على عكس العينة العرضية، حيث بلغت نسبتهم على التوالي: 52.9% في حين قدرت نسبة الإناث بـ: 41.2% ويمتوسط حسابي قدر بـ: 1.437، وبانحراف معياري بلغ 0.51235، وقد توصلنا إلى هذه النسبة بعد أن تأكدنا من أن هؤلاء الأفراد قد عالجوا مرة أو أكثر لدى المعالج الشعبي حتى تتمتع دراستنا بنوع من المصادقية ومن ثم معرفة تصوراتهم للطب الشعبي بما أنهم قد جربوا العلاج بهذا النوع.

جدول رقم (10) يوضح سن للمبحوثين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%	التكرارات	النسب
				الاحتمالات
1.020	1.89	46.5	107	من 20 الى 30 سنة
		29.1	67	من 31 الى 40 سنة
		13.0	30	من 41 الى 50 سنة
		11.3	26	من 51 سنة فما فوق
		100	230	المجموع

من الجدول أعلاه يتضح لنا أن أغلب أفراد العينة من الفئة الأولى والتي يتراوح سنها من (20-30) سنة والذين قدرت نسبتهم بـ 46,5%، لتليها الفئة الثانية والتي قدرت نسبتها بـ 29,1% وهي الفئة التي يتراوح سنها من (31-40) سنة، أما الفئة الثالثة فكانت نسبتها 13,0% والفئة الرابعة قدرت نسبتها بـ 11,3%، ويعود السبب في النسبة القليلة في كل من الفئة الثالثة والرابعة إلى كونهم لم يستجيبوا للحديث عن موضوع الطب الشعبي كونه موضوع مقترن بالسر والشعوذة من جهة، فضلا على أن أغلب استمارات هؤلاء لم تستوفي الشروط اللازمة حيث وجدنا أسئلة كثيرة في الاستمارة لم يتم الإجابة عليها مما استدعى إلغائها، وبالمقارنة مع الفئة الأولى والثانية فقد وجدنا إقبال واهتمام كبيرين لهاته الفئات في الخوض والحديث عن موضوع الطب الشعبي الذي يعتبر على حد رأي هؤلاء موضوع الساعة، وهل الطب الشعبي كأسلوب علاجي فعال أم لا؟ وهل يمكن أن يكون كبديل للطب الحديث؟ وهل يمكن إدماجه مستقبلا مع الطب الحديث؟ وغيرها من التصورات التي أدلى بها هؤلاء أثناء مقابلاتنا لهم، أما عن المتوسط الحسابي لمتغير السن فقد قدر بـ 1,89 وانحراف معياري قدر بـ 1,020.

وعن العينة القصدية فقد قدر المتوسط الحسابي والانحراف المعياري على التوالي ب: 2.7500، و1.290، وعليه كانت الفئات العمرية بالترتيب كالتالي: المرتبة الأولى كانت لذوي الأعمار من (41 إلى 50) سنة، أما المرتبة الثانية فكانت للفئة من (20 إلى 30 وأكثر من 50) سنة، أما المرتبة الثالثة فكانت لصالح الفئة من (31 إلى 40) سنة، ومن خلال هذه النسب نستنتج أن أغلب من تمت مقابلتهم هم من فئة الراشدين والذين تصدروا المرتبة الأولى، على عكس العينة العرضية التي كان أغلبها من الفئات الشابة.

جدول رقم (11) يوضح المستوى التعليمي للمبحوثين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%	التكرارات	النسب
				الاحتمالات
1.485	5.06	5.2	12	تعليم قرآني
		6.1	14	يقرا ويكتب
		3.0	7	ابتدائي
		9.1	21	متوسط
		16.1	37	ثانوي
		60.4	139	جامعي
		100	230	المجموع

في الجدول أعلاه يتبين لنا أن المستويات التعليمية للمبحوثين قد تنوعت بين الجامعيين وذوي المستوى المتوسط والتعليمي القرآني وغيرها، غير أن النسبة الغالبة هي من أصحاب المستوى التعليمي الجامعي حيث قدرت نسبتهم ب 60,4% وهذا ما يؤكد الجدول السابق، حيث توصلنا إلى أن أغلب أفراد العينة ممن يتراوح سنهم بين (20-30) سنة، لتأتي في المرتبة الثانية والثالثة كل من المستوى الثانوي بنسبة تقدر ب 16,1% والمستوى المتوسط ب 9,1%، أما المستوى الابتدائي فقد وصلت نسبته إلى 3,0% وهي نسبة ضئيلة جدا مقارنة بالنسب الأخرى، والملاحظ أثناء توزيعنا للاستمارة أننا لم نجد صعوبة إطلاقا لدى المستويين الجامعي والثانوي وهذا راجع إلى الاهتمام البالغ لهؤلاء بهذا الموضوع من جهة، ومن جهة ثانية أن لديهم مستوى تعليمي عال يؤهلهم لقراءة وفهم الغرض من

الأسئلة على عكس المستويات الأخرى وخاصة ذوي المستوى التعليمي القرآني والابتدائي ويكتب ويقرأ حيث وجدنا صعوبة في فهم واستيعاب هذه الفئة للغرض من هذا البحث، وكذا صعوبة في استيعاب مضمون أسئلة الاستمارة خاصة لدى ساكني القرى المجاورة لبلدية بسكرة ولدى الفئة العمرية من خمسين سنة فما فوق، كما لم نجد هناك وعي لدى سكان هذه المناطق بوجود أبحاث علمية في هذا المجال حيث وجدنا أغلبهم لأول مرة يتعرض لموقف كهذا وأقصد بذلك سؤال جواب وتسجيل الإجابة والحديث عن موضوع كالطب الشعبي الذي يعد من العادات والتقاليد وكأن الموضوع لدى بعضهم لا يحتاج إلى دراسة، وغيرها من التصورات والتي من أهمها رفض شديد لمقابلة الأعراب واستجوابهم وهذا ما دفعني للاستعانة ببعض الأفراد القاطنين في بعض هذه المناطق لمساعدتي في توزيع الاستمارة بعد شرح مفصل لحيثياتها، أما المتوسط الحسابي لمتغير المستوى التعليمي فقد قدر بـ 5,06 وبتباين معياري 1,485.

وفي العينة القصدية فقد كان أغلبها من ذوي المستوى الجامعي حيث قدرت نسبتهم بـ: 35.3%، وهي بذلك تتفق مع العينة العرضية، وهذا ما يؤكد أن العلاج بالطب الشعبي لا ينحصر فقط لدى فئة غير المتعلمين كما كان سائدا فيما مضى، بل نجده بقوة لدى الفئات المتعلمة وذات التعليم العالي خاصة، حيث تؤكد هذه الفئة إلى أن العلاج الشعبي يمثل جزءا هاما من الثقافة الشعبية الذي ينبغي الحفاظ عليه، ومن ثم من غير المعقول اعتباره طب خرافي أو عناصر فلكلورية غريبة أو طريفة، وهم بذلك يؤكدون رؤية وتصور العالم ريفرز في دراسته للطب والسحر والدين، لتأتي في المرتبة الثانية ذوي المستوى المتوسط بـ: 23.5%، أما المرتبة الثالثة والرابعة على الترتيب فكانت لذوي المستوى الثانوي فالابتدائي، وأخيرا ذوي التعليم القرآني، أما قيمة المتوسط الحسابي فقد قدرت بـ: 4.6250 وبتباين معياري قدر بـ: 1.45488.

جدول رقم (12) يوضح مهنة المبحوثين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%	التكرارات	النسب الاحتمالات
1.449	3.64	14.3	33	ربة بيت
		4.3	10	بطل
		30.0	69	اطار
		5.7	13	مهن حرة
		45.7	105	اخرى تذكر
		100	230	المجموع

تنوعت مهن المبحوثين وقد لا يسعنا المقام لذكرها جميعها وعليه فقد فصلنا وذكرنا بعض المهن أما المهن الأخرى والتي صعب علينا التفصيل فيها وحصرها فقد ادرجناها في الخانة الخاصة بأخرى تذكر، هذه الأخيرة التي احتلت المرتبة الأولى من حيث تصنيف المهن وقد قدرت نسبتها بـ 45,7% حيث يشتغل أفراد هذه الفئة في سلك القضاء، والشرطة، والخياطة، وبعض المؤسسات الحكومية الأخرى، أما المرتبة الثانية فقد كانت لصالح الإطارات من مهندسين وأساتذة في كل الأطوار التعليمية أين قدرت نسبتهم بـ 30,0%، أما النسب الأخرى فقد توزعت على التوالي 14,3% ربة بيت، 5,7% مهن حرة، و 4,3% بطالين، أما المتوسط الحسابي فقد قدر بـ 3,64 وانحراف معياري قدر بـ 1,449.

أما في العينة القصدية فتوصلنا إلى أن أعلى نسبة كانت من نصيب الإطارات حيث قدرت نسبتها بـ: 35.3%، لنأتي في المرتبة الثانية فئة ربات البيوت بـ: 23.5%، وعليه فقد قدر متوسطها الحسابي بـ: 2.8750 وانحراف معياري قدر بـ: 1.36015.

جدول رقم (13) يوضح الحالة الاجتماعية للمبحوثين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%	التكرارات	النسب الاحتمالات
0.658	1.60	47.0	108	متزوج
		48.7	112	أعزب
		1.7	4	مطلق
		2.6	6	أرمل
		100	230	المجموع

في الجدول نلاحظ أن نسبة العزاب والمتزوجين متقاربة جدا حيث بلغت نسبتهم على التوالي 48,7% و 47,0%، وهذه النسبة لها علاقة مباشرة بالجدولين الخاص بالسن والخاص بالمستوى التعليمي حيث توصلنا إلى أن أعلى نسبة ممن تمت مقابلتهم هم من فئة الشباب وذوي المستوى التعليمي الجامعي الأمر الذي يجعلنا نؤكد مدى اهتمام هذه الفئة بالمواضيع المطروحة حاليا على الساحة الإعلامية والتي مست جانب هام من جوانب الحياة ألا وهو الصحة، والتساؤل دائما لدى هذه الفئات حول مدى فعالية الطب الشعبي كأسلوب علاجي قد فرض نفسه في العشرية الأخيرة، وعليه يمكن القول أننا قد وجدنا إقبال كبير لهذه الفئات في الحديث عن هذا الموضوع وبخاصة لدى الجامعيين الذين قدموا لنا وصفات علاجية ساهمت بشكل فعال في حدوث الشفاء لأنواع شتى من الأمراض حتى بدا لنا من الوهلة الأولى تأييد هذه الفئة للطريقة الشعبية في العلاج وتأكيدهم من بداية هذه الدراسة على أهمية وفعالية هذا الأسلوب العلاجي خاصة لدى فئة النساء المتزوجات، لتأتي المرتبة الثالثة والرابعة على التوالي لفئة الأرمال والمطلقين حيث قدرت النسبة في الأولى 2,6% وفي الثانية 1,7%، أما المتوسط الحسابي لمتغير الحالة الاجتماعية فقد قدر بـ 1,60 وانحراف معياري قدر بـ 0,658.

ونشير هنا إلى أن العينة العرضية تتفق مع العينة القصدية في أن أغلب من قابلناهم كانوا من فئة المتزوجين، حيث قدرت نسبتهم بـ: 64,7% مقارنة بفئة العزاب والأرامل التي قدرت على التوالي بـ: 23,5% و 5,9%.

جدول رقم (14) يوضح سكن المبحوثين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%	التكرارات	النسب الاحتمالات
0.442	1.73	26.5	61	ريف
		73.5	169	حضر
		100	230	المجموع

لقد أدرجنا هذا المتغير في الدراسة حتى يتضح لنا هل فعلا توجد فروق في تصورات سكان الريف عن سكان الحضر حول موضوع الطب الشعبي أم لا؟ خاصة وأن الدراسة قد شملت عددا لا بأس به من مناطق الزيبان المختلفة، والملاحظ للجدول يجد أن السكان من أصول ريفية هم أقل من حيث النسبة مقارنة بالسكان من أصل حضري، حيث قدرت نسبتهم على التوالي بـ 26,5% و73,5%، أما المتوسط الحسابي لمتغير الموطن الأصلي فقد قدر بـ 1,73 وبتباين معياري قدر بـ 0,442 وهذا يدل أن الموطن الأصلي ينحرف باتجاه السكان الحضريين.

جدول رقم (15) يوضح دخل المبحوثين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%	التكرارات	النسب الاحتمالات
0.560	1.93	19.6	45	جيد
		68.3	157	متوسط
		12.2	28	ضعيف
		100	230	المجموع

يتضح من الجدول أن أغلب أفراد العينة من ذوي الدخل المتوسط وقد قدرت نسبتهم بـ 68,3% وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن أغلب أفراد العينة من الفئة الشابة التي يتراوح سنها بين (20 إلى 30) سنة والتي تعمل في مهن مختلفة ذات الدخل المتوسط كما ذكرنا ذلك آنفاً، وهي نسبة مرتفعة جدا مقارنة بذوي الدخل المرتفع والتي قدرت نسبتهم بـ 19,6%، وبذوي الدخل المنخفض والتي قدرت

ب 12,2%، أما المتوسط الحسابي فقد قدر في هذا المتغير بـ 1,93 وبانحراف معياري قدر بـ 0,560، وقد أدرجنا هذا المتغير لصلته الوثيقة بالدراسة، وعلى إثر ذلك افترضنا أنه كلما كان الدخل ضعيفا كلما كان سببا في لجوء الناس للعلاج بالطرق الشعبية نظرا للتكلفة العالية التي يتطلبها الطب الرسمي خاصة إذا تعلق الأمر بالأمراض المزمنة أو الأمراض التي تتطلب مثلا عمليات جراحية والعكس صحيح، وقد تثبت دراستنا الحالية هذا الافتراض كما قد تفنده.

أما في متغير الدخل في العينة القصدية فقد توصلنا إلى نفس ترتيب العينة العرضية، حيث وجدنا أن أغلب أفراد العينة من ذوي الدخل المتوسط والذين قدرت نسبتهم بـ: 47.1%، و بقيمة 29.4% للدخل الجيد، في حين وصلت نسبة ذوي الدخل الضعيف إلى 17.6%.

2- عرض وتحليل المعارف والمعلومات التي يحملها المبحوثين عن الطب الشعبي

وقد اشتمل هذا المحور على عدد من البنود والتي تمثلت: العوامل الأكثر تسببا للأمراض هل هي العوامل التقليدية أم العوامل الحديثة، وما هو المعنى المتفق عليه بين أفراد العينة للطب الشعبي، وكذا مسمى الطب الشعبي، ومن هو المعالج الشعبي وما المكان الأنسب في تقديمه للوصفات العلاجية.

أما فيما تعلق بالبند الأول فقد خصص لتناول الأسباب الأكثر إصابة بالمرض: حيث افترضنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الديموغرافية والعوامل المسببة للمرض، وللتأكد من مدى صحة هذا الفرض قمنا بتقسيم العوامل إلى عوامل تقليدية وعوامل حديثة حيث تشتمل العوامل التقليدية على السحر، العين والحسد، المكتوب، ارتكاب المحرمات، أما العوامل الحديثة فقد تجسدت في العوامل الوراثية، سوء التغذية، العدوى والفيروسات والمشاكل العائلية، والجدول التالي سيجيب على هذا الافتراض وكذا جداول الانوفا.

جدول رقم (16) يوضح أكثر العوامل إصابة المرض

الإحصائيات	ك ²	%	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المقترحات				
التقليدية	75	32,6	1,67	0,470
الحديثة	155	67,4		
المجموع	230	100		

الملاحظ للجدول التكراري أن النسب تتراوح ما بين العوامل التقليدية والحديثة فكلاهما له دور في الإصابة بالمرض حيث أن ما نسبته 32,6 % من الجنسين يرون أن سبب المرض يرجع للعوامل التقليدية، ونسبة 67,4 من الجنسين ترى أن السبب حديث، وهذا ما أكدته تحليل التباين بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل الأكثر تأثيراً في الإصابة بالمرض باختلاف الجنسين، حيث بلغت قيمة $F_{0,141}$ ودرجة معنوية 0,707 وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

فنحن نتصور دائماً أن المرأة تهتم بجوانب الأسرة وصحة أطفالها أكثر من الرجل وهذا راجع إلى التنشئة الاجتماعية التي تنشأت عليها والتي تختلف في بعض جوانبها على التنشئة التي يتلقاها الرجل والتي تؤكد دائماً دورها الفعال والأساس في الحفاظ على أسرته، وعليه نرى أن المرأة تختلف في توجهاتها وتصوراتها عن الرجل في كثير من المواضيع ولعل أهمها ميدان الصحة، وذلك انطلاقاً من ترددها الدائم للمعالجين الشعبيين واستخدام الأعشاب ومعرفة كل جديد في هذا المجال خاصة إذا تعلق الأمر ببعض الأمراض التي لم يتمكن الطب الرسمي من إيجاد حلول لها كتأخر الحمل الذي ترجع المرأة أسبابه إلى السحر أو العين والحسد كما ذكرت ذلك بعض النساء ممن قابلناهن، ومن ثم ترسخت لدى المرأة قناعة بأن المرض سببه عوامل تقليدية بالدرجة الأولى مما يستدعي المرأة سواء كانت متعلمة أو غير متعلمة إلى اللجوء إلى العلاج الشعبي بزيارة المعالج الشعبي أو بتحضير بعض الوصفات وذلك باستشارة كبار السن أو من لهم خبرة في فنون العلاج الشعبي، وهذا ما كان يحدث فعلاً في السنوات الماضية وخاصة في فترة الستينات إلى غاية الثمانينات كما أدلت بذلك بعض من قابلناهن.

غير أن دراستنا الحالية أثبتت عكس ما كنا نتصوره حيث وجدنا أن التصور الاجتماعي للمرأة والرجل متقارب جدا ولا يوجد فروق بينهما حول أي العوامل أكثر إصابة بالمرض، فكلاهما يرى أن العوامل الحديثة كالعدوى والفيروسات، سوء التغذية، الوراثة وغيرها هي التي تسبب الإصابة بالمرض أكثر وقد قدرت نسبة الإناث والذكور ممن [يعتقد بهذا التصور على التوالي: 68,30% و65,90%، وهذا طبعا له أسبابه ففيما مضى كانت المرأة تعتقد بالأمر الغيبية بشكل كبير خاصة وأنه لم يسمح لها بمواصلة تعليمها كما لم يكن لوسائل الإعلام الدور البالغ الذي يلعبه الآن في نشر الوعي الصحي، فضلا عن القصور في الخدمة الصحية بل غيابها في الكثير من المناطق وخاصة الريفية منها كل هذه الأسباب وغيرها جعلت المرأة في السابق تؤمن بكل ما هو غيبي محاولة في ذلك الحفاظ على التراث الشعبي الذي تنشأت عليه، مما يجعلنا نؤكد على أن تصور المرأة في السابق يختلف عن تصور الرجل في كثير من ميادين الحياة، غير أن هذا الافتراض في وقتنا الراهن ومع المستوى التعليمي العالي الذي وصل إليه كل من الرجل والمرأة والتطور التكنولوجي الذي مس كل ميادين الحياة جعل مثل هذه التصورات تغيب تدريجيا، الأمر الذي جعل كلا الجنسين يتقاربان في تصوراتهما بعض الشيء، حيث نجد كلاهما يذهب إلى وجود أمراض بإمكان الطب الرسمي علاجها وذلك إذا تعلق الأمر بأمراض معينة كالأمراض المزمنة أو حوادث المرور وغيرها، كما توجد بعض الأمراض التي بإمكان الطب الشعبي علاجها وخاصة إذا تعلق الأمر بأمراض كالسحر والعين والحسد وغيرها من الأمور الغيبية وكأننا نقف أمام تصنيف شعبي لسبب المرض والأسلوب الكفيل والملائم لعلاجها، وبالنظر لما سبق ذكره نقول أن الفرض تتحقق وعليه نخلص إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين في هذا البند فكلاهما يسير بنفس المنطق.

وإذا نظرنا إلى متغير العمر فإنه يمكن القول أنه أحد أهم المتغيرات الديمغرافية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على مستوى التصور، فتصور الشاب إزاء مواضيع معينة والتي منها موضوع الصحة يختلف عن تصور الشيخ كبير السن، فأغلب تصوراتنا حول مواضيع معينة تغيرت ولم تظل هي نفسها بحكم التقدم في العمر وبحكم الخبرة وغيرها، وهذا ما أكده جان بياجيه حينما درس النمو المعرفي في نظريته عن الارتقاء المعرفي والتي مؤداها أن الفرد تتطور معارفه كلما انتقل من مرحلة عمرية إلى مرحلة أخرى فالمعارف من هذا المنظور تتطور بتقدم العمر، فالطفل في بداية حياته قد

يصاب بأمراض معينة تكون الأم هي المسؤولة عن حالته الصحية وعن الأسلوب العلاجي الذي تتبناه، حيث نجدها تتبنى الأسلوب التقليدي في العلاج كما كان شائعاً في السابق كزيارة الأولياء الصالحين أو زيارة المعالج الشعبي وغيرها، وأحياناً أخرى قد تتخذ من الطب الرسمي أسلوباً للعلاج وهذا طبعا حسب التنشئة التي تنشأت عليها، غير أن مرور الفرد بمراحل عمرية معينة يجعله إما أن يتمسك بالعادات والتقاليد التي عايشها في أسرته ومن ثم السير على نفس الأسلوب العلاجي المتبنى في مرحلة من مراحل حياته، أو التخلي كلية على هذا الأسلوب وتبني أسلوب آخر قد يكون تقليدي وقد يكون حديث أو المزج بينهما كما هو حاصل الآن بحكم التطور التكنولوجي الذي مس جميع مجالات الحياة والذي جعل مستوى التفكير يتقارب بين الجنسين كما رأينا ذلك في متغير الجنس.

وهذا فعلا ما توصلت إليه دراستنا حيث اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المسببة للمرض ومتغير العمر حيث بلغت قيمة $F = 2,010$ ومستوى الدلالة $0,113 \text{ Sig}$ وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة $0,05$ ، وقد يعود ذلك إلى المستوى التعليمي المتقارب لأفراد العينة كما قد يعود إلى مستوى الوعي الذي يتمتع به المجتمع وخاصة في المجال الصحي، ونشير في هذا الصدد أنه وبمقارنة متوسطات الفروق اتضح أن الفروق بين أفراد العينة قد ظهرت عند المستويات التالية ($20-30$ سنة و $41-50$) حيث قدرت قيمة $\text{Sig} = 0,022$ وهذا يدل على أنه رغم التطورات التي مست ميادين الحياة ورغم التقارب في المستويات التعليمية إلا أن الاختلاف يبقى موجود بين الشرائح الاجتماعية المختلفة بل بين الفئة الاجتماعية الواحدة نجد فروق، ولهذا الاختلاف أسباب قد ذكرنا بعضها سابقا.

وقد أكد ما قلناه الواقع الاجتماعي ومن خلال ملاحظاتي ومقابلاتي مع بعض المعالجين الشعبيين وبائعي الأعشاب إلى أن مختلف الفئات الاجتماعية ومن ذوي أعمار مختلفة تتردد على "الطالب"، "الشيخ"، "المركي"، "الأولياء الصالحين" ظنا منهم أن سبب المرض يعود إلى أسباب تقليدية وهذا ما توصلت إليه دراسة سليمان بومدين حول التصورات الاجتماعية للصحة والمرض من أن بعض المعالجين يؤكدون أن الفئات التي تتردد على المعالج الشعبي من أعمار مختلفة وهذا ما يجعله يفند التصور الشائع الذي مرده أن الفئات العمرية الشابة هي الأقرب إلى الحداثة، ودراستنا الحالية أيضا تؤكد ذلك خاصة وأن أغلب أفراد العينة ومن مختلف الأعمار قد فسروا سبب المرض على أنه

يعود إلى العوامل الحديثة، على الرغم من أن الفئات العمرية المتقدمة في السن وخاصة النساء منهم لا يزالون يتمسكون بالعادات والتقاليد الشعبية.

وعليه فلا يمكننا الجزم بأن فئة الشباب أكثر حداثة في تفسيرها لمسببات المرض نظرا لانتمائها إلى جيل معين يحمل جملة من الأفكار والمفاهيم عن البيئة التي يعيش فيها، وكذا الانتماء لماض معين وعادات وتقاليد محددة، مع العلم أن الجيل الذي ينتمي إليه الفرد يؤثر حتما في بناء وصقل شخصيته وله أثاره الواضحة في سلوكيات الفرد فكما يختلف سلوك النساء عن سلوك الرجال، كذلك الشأن بالنسبة للعمر فتصورات الشباب تختلف عن تصورات وسلوكيات الشيوخ فهم لا يعيشون نفس الخبرات الفردية والجماعية ولا يملكون أيضا نفس المستوى الثقافي الذي يمكنهم من الاستفادة من برامج التنقيف الصحي.

وفي متغير المستوى التعليمي وبالنظر إلى الجداول الإحصائية فقد تعددت المستويات التعليمية لأفراد العينة وهذا شيء إيجابي حتى نتمكن من رصد التصورات الاجتماعية للطب الشعبي في منطقة الزيبان، حيث توصلنا إلى أن النسبة الأكبر التي أدلت بأن للعوامل الحديثة لها أثر أكبر في الإصابة بالمرض هي من ذوي المستوى التعليمي الجامعي وذلك بنسبة 67,74% لتأتي في المرتبة الثانية ذوي المستوى التعليمي الثانوي وذلك بنسبة 13,54% ثم المستويات التالية على التوالي يقرأ ويكتب بنسبة 7,09%، والمستوى المتوسط والتعليم القرآني بنسبة 4,51% والتعليم الابتدائي بنسبة 2,58%، وهي نسب متفاوتة وتختلف من مستوى تعليمي لآخر.

ونفس الشيء يقال في الإجابة الخاصة بالعوامل التقليدية، وهذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المسببة للمرض حسب متغير المستوى التعليمي حيث بلغت قيمة 3,980F، وبلغ مستوى الدلالة 0,002 Sig وهي دالة عند مستوى 0,05، وهذا يؤكد أن المستوى التعليمي يؤثر في تصورات الناس على عكس متغير الجنس والسن، فنظرة المتعلم ليست كنظرة غير المتعلم بل وحتى التخصص الدراسي، حيث تختلف رؤية من يدرس في الآداب عن تصور من يتخصص في العلوم التجارية والسياسية وغيرها من التخصصات، وكذا تصور من لهم مستوى متوسط تختلف عن من لديهم مستوى جامعي وهكذا، وقد اتضحت الفروق

في تصورات أفراد العينة عند مقارنة المتعدد بين المستوى الجامعي والثانوي حيث بلغت قيمة Sig 0,027، وبين المستوى المتوسط ومستوى يقرأ ويكتب أين بلغت قيمة Sig 0,004، والمستوى المتوسط والجامعي حيث بلغت قيمة Sig 0,000، وهذه القيم دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما مع بقية المستويات فلم نلاحظ أية فروق تذكر بين أفراد العينة.

وقد ترجع أسباب الاختلاف في التصورات بين المستويين الجامعي والثانوي إلى أن كلا المستويين قد بلغ مستوى معين من التعليم ودرجة كبيرة من الوعي واهتمام كبير بما يحدث على الساحة الإعلامية والواقع المعاش، فكل منهما يؤمن بأفكار وتصورات معينة ومن الطبيعي أنه كلما كان المستوى التعليمي عال كلما ساهم في تجدد المعارف والأفكار الأمر الذي سيجعل الاختلاف بين الشرائح الاجتماعية ضرورة حتمية، حيث نجد أن كل فرد سيطرح وجهات نظره بناء على المستوى التعليمي الذي يمتلكه وعلى تنشئة اجتماعية قد نشأ عليها، حيث نجد أن أغلب من لديهم مستوى تعليمي جامعي يرون أن العوامل الحديثة هي الأكثر إصابة بالمرض، في حين نجد أن ذوو المستوى الثانوي يرون في أن كلا العاملين التقليدي والحديث لهما الدور البارز في إصابة الفرد بالمرض، وهذا الاختلاف يكمن في أن المستوى التعليمي لهؤلاء من شأنه أن يؤهلهم للإطلاع على الكتب في مجال الصحة والطب الشعبي، وكذا الحصص المقدمة في وسائل الإعلام، كما ونشير أن الكثير منهم يذهب إلى أن عدم تمكن الطب الحديث من إيجاد حلول للمشكلات الصحية الكثيرة من شأنه أن يسمح بتعميق المعتقد في أذهان الناس من أن بعض الأمراض لها أسباب غيبية كالسحر أو العين والحسد خاصة بعد أن جرب معها الطب الحديث وهذا ما يسمح بوجود الاختلاف بين المستويات التعليمية، بل الاختلاف نجده حتى في المستوى التعليمي الواحد إذ على الرغم من أن الفئة الجامعية تؤكد أن أسباب المرض تعود إلى العوامل التقليدية إلا أن ذلك لم يمنع فئة أخرى من هذا المستوى أن تؤكد بأن للعوامل التقليدية لها أثر كبير في إصابة الفرد بالمرض، بل منهم من يرى في جدوى العلاج التقليدي في علاج بعض الأمراض، وكأن هذه الفئة تبرر إيمانها بالقوى الغيبية كالسحر والجن والعين والحسد كونها قد ذكرت في القرآن الكريم، وفي هذا الصدد توصلت دراسة سليمان بومدين إلى أن 78,79% من فئة التعليم العالي لها قناعة بجدوى العلاج التقليدي، وعليه نشير إلى أنه بالرغم من ما توصلت إليه دراستنا الحالية من أن أسباب المرض حديثة إلا أن الشواهد الواقعية تؤكد تداخل الممارسات التقليدية

والحديثه معا كما أكدت ذلك الباحثة نفيصة زريومي، حيث وجدنا أن ذوي المستويات التعليمية العالية من أساتذة وموظفين وأطباء لا يختلفون في كثير من الممارسات الشعبية عن غيرهم من ذوي المستويات التعليمية الدنيا من حيث تناول بعض مغلى الأعشاب أثناء الإصابة بالزكام، ووضع الآيات القرآنية في السيارات ووضع "خمسة" في المساكن تجنباً للعين أو الحسد، وعليه فهناك الكثير منهم ممن يؤكد أهمية الطب الشعبي في حياتنا اليومية وأنه توجد بعض الأمراض لا يصلح معها إلا العلاج الشعبي.

أما متغير المهنة فقد توصلنا فيه إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل الأكثر تأثيراً في الإصابة بالمرض باختلاف المهنة، حيث بلغت قيمة $F = 0,016$ ومستوى الدلالة $Sig = 0,400$ وهي قيمة غير دالة عند مستوى $0,05$ ، فعلى الرغم من اختلاف المهن التي يشغلها أفراد العينة إلا أن ذلك لم يؤدي إلى الاختلاف في تصوراتهم، هذا يعني أن العلاقة بين مهنة الفرد وتصوراته للعوامل المسببة للمرض علاقة ضعيفة، وبمقارنة المتعدد توصلنا إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المهن التالية وبدرجة كبيرة بين الإطارات وأخرى تذكر حيث وصلت قيمة مستوى الدلالة $0,998$ ، وبين المهن الحرة والبطالين $0,846$ ، والإطارات وأخرى تذكر $0,798$ ، وهي درجات عالية تؤكد عدم وجود فروق في إجابات العينة، هذه النسب تؤكدها الشواهد الواقعية حيث نجد المعالجين الشعبيين يؤكدون على أن الفئات الاجتماعية التي تزور المعالج الشعبي طلباً للعلاج هي من مستويات اجتماعية مختلفة، ويشغلون في مهن مختلفة خاصة إذا كان معتقدتهم أن المرض الذي أصيبوا به سببه تقليدي كالسحر والعين والحسد، أو عدم تمكن الطب الرسمي من علاجه، وهذا على عكس النتائج التي توصلت إليها دراسة سليمان بومدين من أن فئة البطالين هي الفئة الأكثر إقبالاً على مختلف أنواع الطب الشعبي مفسراً ذلك بأن حالة هذه الفئة تشجع الخيال والإيمان بالقوى الغيبية والحظ والقدرية التي تحتل مكانة مركزية في حياة الجزائري بشكل عام، خاصة وأنها تشعر بأنها تعيش حالة على المجتمع وأن لجوئهم إلى السحر كنوع من أنواع الطب الشعبي من شأنه أن يحل كل مشاكلهم، غير أن دراستنا الحالية تؤكد على أن فئة البطالين ترى في أن العوامل المسببة للمرض هي عوامل حديثة وتقليدية معا وأن النوعين معا لهما

الدور الفعال في العلاج حسب نوعية المرض، ونشير هنا الى أن تداخل الممارسات التقليدية بالحديثة لا يعني إطلاقاً تزايد الاتجاهات غير المنطقية في الأوساط الشعبية.

ونفس النتيجة توصلنا إليها في متغير الحالة الاجتماعية حيث تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المسببة في حدوث المرض حسب هذا المتغير، حيث بلغت قيمة $F = 0,960$ ومستوى الدلالة $0,413$ وهي قيمة غير دالة عند مستوى $0,05$ ، ومقارنة المتعدد تؤكد ذلك حيث وصلت مقارنة المتوسطات بين فئة المتزوجين والمطلقين، وبين فئة العزاب والأرامل على التوالي $0,908$ و $0,747$ وهي درجات عالية؛ تعني بأن العلاقة بين عوامل المرض والحالة الاجتماعية ضعيفة جداً، والملاحظ للجداول التكرارية يجد أن فئة الأرامل ترى أن العوامل التقليدية والحديثة معا لها دور في حدوث الأمراض حيث بلغت نسبتهم إلى مجموع العينة الكلية $2,60\%$ ، مقارنة بالفئات الأخرى التي تذهب إلى أن العوامل الحديثة هي المسبب الأكبر في حدوث المرض والذين قدرت نسبتهم كالتالي: المتزوجين $50,32\%$ ، العزاب $45,80\%$ ، المطلق $1,93\%$ ، وقد ترجع النسبة الأولى والخاصة بالأرامل إلى كون المستوى التعليمي لهؤلاء منخفض جداً حيث اتضح لنا ومن خلال الجدول المركب بين الحالة الاجتماعية وعوامل المرض إلى أن الأرامل لهم مستوى تعليم قرآني ويقرأ ويكتب وفردين ذوي المستوى المتوسط والآخر جامعي كما أن أغلبهم من جنس الإناث وريات بيوت؛ ونحن نعلم أن الأنثى ربة البيت تهتم كثيراً بالعلاجات الشعبية كونها تأخذ أغلب النصائح والإرشادات في المجال الصحي من الأم أو كبار السن، كما ترجع الأسباب إلى متغير السن حيث أن أغلب الأرامل من فئة 51 سنة فما فوق وهذه الفئة من الطبيعي أن تتمسك بالتراث الشعبي والثقافة الصحية الشعبية لخبرتها ومعايشتها لمن يملكون الخبرة في هذا المجال خاصة إذا كانت من أصول ريفية وهذا ما وضحته لنا الجداول المركبة بين المتغيرات السالفة الذكر ومتغير الحالة الاجتماعية، كما أن حالة الترمل من شأنها أن تجعل أصحابها أقل صلابة من الناحية النفسية فيصبحون أكثر تمسكا بالغيبيات عليهم يجدوا فيها حلاً لمشكلاتهم، كل ذلك جعل هذه الفئة ترى في أن أسباب المرض تتقاسمها العوامل التقليدية والحديثة وأن العلاج لا بد أن يتقاسمها كل من الطب الشعبي والطب الرسمي فكلاهما مفيد، وعلى العموم ومن خلال تحليل التباين لم نجد فروق على الإطلاق بين أفراد العينة في هذا البند.

ونشير في هذا الصدد إلى وجود عدد من العوامل التي لفتت انتباه الباحثين في دراستهم للظواهر الاجتماعية، ومن بينها المواطن الأصلي للأفراد ونقصد به مكان ميلاده الذي يظل له تأثيره على سلوك الفرد في مسار حياته، وبالنتيجة المتوصل إليها من الجداول الإحصائية في متغير المواطن الأصلي يمكن القول أنها عكست تماما ما كنا نعتقد من أن سكان الريف يختلفون في تصوراتهم عن سكان الحضر في أن عوامل المرض تكون بالدرجة الأولى تقليدية، خاصة إذا علمنا أن سكان الريف لا زالوا يتمسكون بالموروث الثقافي وأن تفسيراتهم للمرض غيبية، غير أن دراستنا الحالية أثبتت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المسببة في حدوث المرض حسب هذا المتغير حيث بلغت قيمة $F_{0,124}$ ، ومستوى الدلالة $0,725$ ، وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة $0,05$ ، طبعا عدم وجود فروق يرجع إلى تمازج سكان الريف بالحضر حتى أنه لم تعد هناك فواصل فكرية بين النوعين نظرا لتوفر جزء كبير من الخدمات الصحية في هذه القرى، فضلا عن ارتفاع في مستوى تعليم أبنائها جعل التفسيرات الغيبية لا تحتل درجة عالية من النسب، حيث قدرت نسبة من أدلوا بأن أسباب المرض حديثة بـ $67,39\%$ وهي نسبة عالية مقارنة بالتقليدي والتي قدرت بـ $32,60\%$ فقط، وعلى العموم يمكن القول في هذا السياق إلى أن الفروق الريفية الحضرية تتضاءل تدريجيا بحكم عوامل متعددة لعل أهمها التصنيع، زيادة الحراك الاجتماعي، الاتصال الجماهيري والتطور التكنولوجي، إن مثل هذه العوامل من شأنها أن تؤدي إلى حدوث تقارب كبير في أساليب الحياة الريفية والحضرية ومن ثم صعوبة التمييز أو وضع حدود فاصلة بين ما هو ريفي وحضري، وإن كان الأمر يختلف في بلدان العالم الثالث غير أن النتيجة أكدت عدم وجود فروق.

أما عن متغير الدخل فقد تبين لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المسببة في حدوث المرض حسب متغير الدخل؛ حيث بلغت قيمة $F_{6,055}$ ومستوى الدلالة $0,003$ وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة $0,05$ ، فالدخل سواء كان ضعيفا أو متوسطا أو منخفضا سيؤدي حتما إلى الاختلاف في تصورات الناس حول أسباب المرض، فما افترضناه في هذا المتغير أنه كلما كان الدخل ضعيفا كلما كانت التصورات الاجتماعية حول الأسباب الأكثر إصابة بالمرض تتجه إلى الأسباب التقليدية التي سبق وأن ذكرناها،

وعلى العكس من ذلك إذ كلما كانت مستويات الدخل عالية كلما كانت تصوراتهم للمرض وأسبابه حديثة، وبالنسبة للجداول التكرارية فقد توصلنا إلى أن أغلب أفراد العينة يتمركزون في فئة الدخل المتوسط، كما اتضح من الجدول أن ذوو الدخل الضعيف هم من أدلو بأن العوامل التقليدية هي العوامل الأكثر تسببا في حدوث المرض حيث بلغت نسبتهم بـ 51,81%، وهذا يعني أنه كلما كان دخل الفرد ضعيفا كلما ترسخت لديه التصورات التقليدية كاللجوء إلى العلاج المنزلي أولا أو اللجوء إلى المعالجين الشعبيين واستخدام الدواء الشعبي، وعلى هذا الأساس نجد أن أصحاب الدخل الجيد حينما يشعرون بالمرض يكون لجوئهم لطلب المساعدة الطبية الرسمية أسرع من ذوي الدخل الضعيف الذين يلجئون الى تجريب بعض الأدوية الشعبية قبل زيارة الطبيب وهذا ما يؤكد الفرض الذي افترضناه، ومن هنا نشير إلى أن الصحة كمفهوم تختلف حسب متغير الدخل فنظرة الغني للصحة ليست كتصور الفقير لها، وفي هذا السياق توصل بييري في دراسته (1984) إلى أن الصحة عند ذوي الدخل المتوسط تختلف عن ذوي الدخل المنخفض ففي المستوى الأول تعني أنها غياب المرض، وفي المستوى الثاني تعني لهم أداة أي أداة للعمل *la santé instrument*، فكلما كان الفرد بمقدوره أن يتحرك ويعمل فهذا يدل على أنه ذو صحة جيدة والعكس صحيح، بل حتى في مجال الاهتمامات نجد أن ذوي الدخل المرتفع لهم اهتمامات خاصة كالاهتمام بالتغذية والسعرات الحرارية التي يحتاجها الجسم يوميا والملابس وصحة المسكن بل ويكون إقبالهم على استشارة الطبيب بشكل دوري، وهذا يختلف عن اهتمامات ذوي الدخل المنخفض.

أما ما تعلق بالعينة القصدية من خلال طرحنا للسؤال التالي: أي العوامل الأكثر تسببا في الأمراض، هل هي العوامل التقليدية أم الحديثة؟ فكانت إجابة أغلب أفراد العينة والذين قدرت نسبتهم بـ 52.9% حول العامل الأول والخاص بالعوامل التقليدية والتي منها المكتوب أو الابتلاء، العين، الحسد، السحر، فهي بالنسبة لهم العوامل الأكثر فعالية في حدوث المرض، مقارنة بالعامل الثاني والذي قدرت نسبته بـ 41.2%، والسبب في هذه النسب يرجع إلى أن المرض لدى الأفراد الذين يعالجون بالطب الشعبي يؤمنون بالتفسيرات الغيبية للمرض خاصة إذا تحقق لهم العلاج من أمراضهم بالطريقة الشعبية، إذ على الرغم من مستوى الوعي والمستوى التعليمي العالي الذي تتمتع به عينة الدراسة إلا أن هذه التفسيرات لازالت عالقة بأذهانهم، فحسب تصورهم أنه إذا كان المرض يرجع

بالدرجة الأولى للعوامل التقليدية فهذا يعني أن علاجه لا يتم إلا بالرجوع للتراث الشعبي وما يقدمه من ممارسات شعبية أثبتت نجاعتها.

إن الملاحظ لأفراد هذه العينة أنهم يؤكدون على أن المرض ابتلاء من الله تعالى ويقول بعضهم "المرض تخفيف للذنوب"، بل يصل تفسير المرض في أحيان أخرى إلى أنه نتيجة لارتكاب تصرفات لا أخلاقية وأن إصابة هذا الشخص بالمرض من قبيل العبرة، أي كي يعتبر المريض ويتوب عما قام به من سلوكات سيئة، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات الاجتماعية والانتروبولوجية من أن المرض مرتبط بارتكاب المحرمات كما في بعض القبائل الإفريقية.

وبذلك فإن تفسير المرض على أنه يرجع للسحر والحسد... يؤكد مدى ارتباط المجتمع بالتراث الديني خاصة وأنها ذكرت في القرآن الكريم، وهذا أيضا ما جعل كل من المجتمعات العربية وغيرها تؤمن بوجود العالم الخفي أي عالم الجن والشياطين ودورهم في إلحاق الأذى ببني البشر، ونشير أيضا إلى أن الدراسات الانتروبولوجية أكدت على الصلة الوثيقة للدين ومدى تأثيره على السلوك الاجتماعي للأفراد، وأن كل خروج عن معايير المجتمع سيؤدي الى حدوث أمراض قد تؤدي بحياة الفرد على التهلكة، والتي تفسرها الانتروبولوجيا بالقول أن تجاوز قواعد التابو أو المحرم سي جلب معه العقوبة للأفراد المتجاوزين، والتي قد تكون من نتائجها العقم أو حدوث عاهات وغيرها.

أما البند الثاني فقد تناولنا فيه أي المفاهيم الأكثر تداولاً في خطاب أفراد العينة عن معنى الطب الشعبي: وقد افترضنا في هذا المحور بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمفهوم الطب الشعبي تعزى للمتغيرات الديمغرافية.

جدول رقم (17) يوضح مفهوم الطب الشعبي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%		ك ²		الإحصائيات المقترحات
		نعم	لا	نعم	لا	
0.500	1.54	53.9	46.1	124	106	المقترح 01
0.295	1.90	90.4	09.6	208	22	المقترح 01
0.282	1.09	8.7	91.3	20	210	المقترح 03
0.351	1.14	14.3	85.7	33	197	المقترح 04

الواضح من الجدول أنه يتضمن أربع مقترحات خصصت للتعرف على معنى الطب الشعبي لدى عينة البحث، وحسب متغير الجنس توصلنا من خلال تحليل التباين على أن استجابات أفراد العينة تتراوح بين (نعم و لا)، حيث لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية لمفهوم الطب الشعبي حسب هذا المتغير وذلك في المعنى الأول والثالث للطب الشعبي، حيث كان المفهوم الأول يتعلق بكون الطب الشعبي هو كل ما أكدته السنة النبوية الشريفة، أما المفهوم الثالث فكان يتمحور حول كون الطب الشعبي يعتمد على السحر في العملية العلاجية، أين بلغت قيمة F على التوالي 1,535، و0,028، وبدرجة معنوية بلغت على التوالي: 0,217 و 0,868 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

غير أننا لاحظنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة على مقياس التصورات الاجتماعية وذلك في المعنى الثاني والذي تمحور حول كون الطب الشعبي يستخدم الأعشاب في العملية العلاجية، والرابع الذي كان حول كون الطب الشعبي هو الطب الذي يعتمد على زيارة الأولياء الصالحين كونهم لهم القدرة على تحقيق الشفاء للمريض والوقاية أيضا، وقد بلغت قيمة F على التوالي: 6,363، و4,798 وبدرجة معنوية بلغت 0,012 و0,029 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

وبالنظر للجدول أعلاه نخلص إلى أن أغلب أفراد العينة يرون في أن الطب الشعبي هو طب الأعشاب وهذا هو التعريف الذي شكل النواة المركزية، حيث حصل على النسبة الأكبر من إجابات أفراد العينة والتي قدرت بـ 90.4%، غير أننا لاحظنا وجود فروق بين الجنسين حيث توصلنا إلى أن نسبة الإناث تفوق نسبة الذكور في إجاباتهم على هذا المقترح أما عدد المبحوثين الذكور الذين أدلو بنعم فقد قدر عددهم بـ 85 فرد مقابل 123 من الإناث، وعليه نستنتج أن هذا التعريف هو التعريف المتفق عليه من قبل أفراد المجتمع مقارنة بالتعريف الأخرى، وهذا راجع إلى تأكيد أفراد العينة على أن الطب الشعبي يختلف تماما عن الطب النبوي وإن كان يتشابه معه في بعض الحالات كما أنه لا يمكن أن نعتبره طب سحري كونه له فعاليته التي حققها في علاج الكثير من الأمراض، ويمكن القول في هذا السياق أن لوسائل الإعلام الدور الفعال في عودة هذا النوع من الممارسات العلاجية وكذا الاستخدام اليومي على نطاق الأسرة وخاصة لدى النساء، هذه الفئة التي تحاول دوما الحفاظ على

الموروث الشعبي، وكما هو متعارف عليه منذ أزمان بعيدة أن المرأة هي طبيب الأسرة بمعنى أنها هي المسؤولة على الناحية الصحية لأفراد أسرتها فهي التي يوكل لها مهمة العلاج مقارنة بالرجل، ومن ثم نجدها تبحث دائما عن الحلول لمختلف الأمراض التي تحدث في نطاق الأسرة بدءا بالأمر الخاصة بالحمل والولادة وأمراض الأطفال وغيرها، فهي تسعى في حالة حدوث أمراض في سؤال كبار السن ومن لهم خبرة في هذا المجال، وهذا ما يجعلنا نقول أن المرأة في أغلب الحالات تجرب بعض الأعشاب الطبية على مرضاها قبل اللجوء الى الطبيب وخاصة في الأمراض التي تحدث في فصول السنة ومتعارف عليها على أنها تعالج بنوع معين من الأعشاب، على عكس الرجل الذي يوكل مهمة العلاج إلى الزوجة أو الأم نظرا لدرايتها بالمسائل الصحية.

ونفس الشيء يقال في الجدول الخاص بمتغير السن من حيث أن إجابات المبحوثين قد تراوحت بين وجود فروق وعدمها حسب متغير السن، حيث توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول مفهوم الطب الشعبي وذلك في المفهوم الثاني والثالث حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,768 و 0,066، وبدرجة معنوية قدرت بـ 0,154 و 0,106 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، في حين وجدت فروق في المفهوم الأول والرابع أين بلغت قيمة 4 F، 237 و 3,341، أما درجة المعنوية فقد وصلت إلى 0,006 و 0,020 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

وأثناء مقارنة المتعدد وجدنا أن الفروق في الإجابات قد ظهرت عند الأفراد الذين يتراوح سنهم من (20 إلى 30) سنة مع مختلف الفئات العمرية الأخرى، ومن الطبيعي أن يكون هناك اختلاف في التصورات لدى هذه الفئة لكونها فئة شابة من جهة كما أنها قد وصلت إلى درجات علمية عالية وعليه تكون تصوراتها تتميز ببعض الخصوصية مقارنة بالفئات الأخرى، فكما أدلى البعض أنه على استمرارية دائمة بمعرفة الجديد في هذا المجال خاصة في وسائل الإعلام التي تبث حصص حول العلاج بالطب الشعبي، وقد ظهر الفرق واضحا أثناء مقارنة هذه الفئة مع فئة 51 سنة فما فوق حيث بلغ مستوى الدلالة أثناء المقارنة 0,002 وهو فرق كبير جدا بين الفئتين، على العكس من ذلك لم نجد اختلاف في التصور أثناء مقارنة الفئتين العمريتين فئة من (31 إلى 40 مع فئة من 41 إلى 50) وأيضا فئة 51 سنة فما فوق، وهذا يعني تقارب الأفكار والتصورات لهذه الفئات مقارنة بالفئة الأولى، إذن فالاختلاف يكمن في الفئة العمرية الشابة من (20 إلى 30) سنة.

وبما أن التعريف الثاني هو التعريف المتفق عليه بين أفراد العينة فإننا نستخلص أنه لا توجد فروق كما يوضحها الجدول أعلاه حول مفهوم الطب الشعبي حسب متغير السن على عكس ما توصلنا إليه في متغير الجنس، حيث بلغت درجة المعنوية 0,154 وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وقد اتضحت الفروق أثناء مقارنة المتعدد فقط بين الفئة العمرية من (31 إلى 40 و51) سنة فما فوق حيث بلغ مستوى الدلالة 0,029 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,05 وهذا يؤكد أن الفئة العمرية من 51 سنة فما فوق تختلف في تصوراتها على الفئات الأخرى.

كما توصلنا إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة حسب المستوى التعليمي حيث بلغت قيمة F على التوالي 1,048، 1,569، 1,442 أما درجة المعنوية فقد بلغت 0,390، 0,170، 0,819 في كل من التعريف الثاني والثالث والرابع، غير أننا لاحظنا وجود فروق حسب هذا المتغير في التعريف الأول أين بلغت قيمة F 3,097 وبدرجة معنوية قدرت بـ 0,010 وهي دالة عند مستوى 0,05.

وقد وجد الفرق واضحاً في التعريف الأول أثناء مقارنة المتعدد بين مستوى التعليم القرآني مع المستوى الثانوي والجامعي حيث قدر مستوى الدلالة على التوالي 0,034 و0,015 وهو فارق كبير جداً خاصة مع مقارنة المستوى الجامعي بالتعليم القرآني ومن الطبيعي أن تصل الفروق إلى هذه القيمة، فكل من المستويين له تصورات وأفكاره التي يؤمن بها حول ظاهرة أو مسألة ما، ففي الوقت الذي يرى فيه أغلب أصحاب المستوى الجامعي فيما يخص التعريف الأول أن الطب الشعبي ليس هو الطب النبوي نجد ذوو التعليم القرآني يرون أن الطب الشعبي هو الطب النبوي ولا يختلف عنه كثيراً حيث قدر عدد الأفراد الذين أدلو بهذه الإجابة 10 أفراد من مجموع 12 فرداً، والاختلاف هذا له مبرراته فمن حيث السن نجد أن فئة التعليم القرآني أغلبها يتراوح سنها من 51 سنة فما فوق، والسن له دور كبير في تشكيل التصور الذهني للفرد بحكم الخبرة، الأمر الذي يجعلنا نلاحظ في واقعنا تمسك الأفراد وخاصة كبار السن منهم ببعض المعتقدات القديمة والتقليدية حتى وإن كانت خاطئة مبررين سلوكهم هذا بأنهم يحافظون على الموروث الشعبي فضلاً إذا كانت هذه الفئة ذات مستوى تعليمي ضعيف فهذا يعني أنها ستلجأ حتماً لكل ما هو تقليدي.

وبما أن التعريف المنفق عليه للطب الشعبي من قبل المبحوثين هو التعريف الثاني فإننا نلاحظ من خلال الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول معنى الطب الشعبي بين المستويات التعليمية المختلفة بدرجة معنوية قدرت بـ 0,390 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05 فكل المستويات التعليمية لها وجهة نظر واحدة متمثلة في أن الطب الشعبي هو طب الأعشاب، خاصة وأن العلم الحديث الآن قد أثبت فعالية العديد من الأعشاب الموجودة في الطبيعة وأن جل الأدوية الكيماوية هي من مستخلصات الأعشاب الطبيعية.

أما ما تعلق بمتغير المهنة فمن خلال الإحصائيات توصلنا إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة حسب متغير المهنة حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,653، 1,365، 0,377، 1,086، أما درجة المعنوية فقد بلغت 0,162، 0,247، 0,825، 0,364، وهذا يدل على أن العلاقة بين المهنة ومعنى الطب الشعبي علاقة ضعيفة جدا بحيث لا تؤثر هذه الأخيرة على تصورنا، ونفس النتيجة توصلنا لها من خلال متغير الحالة الاجتماعية بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة ومفهوم الطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,138، 0,408، 1,675، 1,263، وبدرجة معنوية بلغت: 0,335، 0,747، 0,173، 0,288، وعليه فالعلاقة بين معنى الطب الشعبي ومتغير الحالة الاجتماعية علاقة ضعيفة جدا أيضا، على الرغم من أننا افترضنا أننا سنجد فروقا في الحالة الاجتماعية بحكم الحالة النفسية الناجمة عن الترميل أو الطلاق وما يصحبها من تفكير غيبي يجعل الفرد يتصور أن طلاقه كان بسبب السحر أو الحسد أو ما شابه ذلك، وأن زيارة الأولياء الصالحين من شأنها أن تحافظ على الأولاد بعد وفاة الأب على سبيل المثال وغيرها من التفكير الخرافي، لكن الشواهد الواقعية أثبتت لنا عكس ما تصورناه، حيث لم نلاحظ أية فروق تذكر حول هذا المتغير فكل أفراد العينة يؤكدون على أن الطب الشعبي هو الطب الذي يستخدم الأعشاب في علاج الأمراض وله فائدة كبيرة في تحقيق الشفاء.

كذلك الشأن بالنسبة لمتغير الموطن الأصلي حيث توصلنا إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة حسب متغير هذا المتغير ومفهوم الطب الشعبي؛ حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,398، 0,178، 3,083، 1,371، أما درجة المعنوية فقد بلغت 0,529، 0,673، 0,080، 0,243، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، إن هذه النتائج عكست تماما ما

افتراضنا قبل النزول الى الميدان من أن سكان الريف يتصورون أن الطب الشعبي هو طب السحر والخرافة وزيارة الأولياء الصالحين خاصة إذا ما علمنا أن مثل هذه الممارسات لازالت تمارس على مستوى الريف، وأن سكان الريف لازالوا يقدمون النذور للأولياء الصالحين للتبرك بهم، ويزورون السحرة ويعتقدون في قدرتهم على تحقيق الشفاء وجلب الحظ ودفع الأذى خاصة إذا كان سببه السحر والمس والحسد وغيرها من الاعتقادات التي لا يزال المجتمع الجزائري يعتقد بها، لكن نتائج دراستنا الميدانية عكست تماما ما كنا نتصوره، ولقد توصلنا إلى وجود تقارب كبير في إجابات العينة، حيث وجدناهم يؤكدون على أن الطب الشعبي لا يمكن اعتباره طب سحري أو خرافي وإنما السحر والخرافة هي جزء من الممارسات الطبية الشعبية وعليه فالطب الشعبي فيه النافع وفيه الضار، وأن المقترحات التي قدمت كتعاريف للطب الشعبي هي جزء منه فقط لأن الطب الشعبي أشمل من ذلك فهو يضم كل المقترحات السالفة الذكر ويضيف أفراد العينة إلى أنه على الرغم من أن في بعض مناطق الوطن لا زال هناك تواجد لبعض الممارسات الشعبية التي ثبت عدم صلاحيتها أو بمعنى آخر فيها نوع من الشرك بالله تعالى كزيارة الأولياء الصالحين وتقديم النذور والتبرك وما شابه ذلك، والاعتماد على الممارسات السحرية في جلب الحظ مثلا، إلا أننا نؤكد على أن التعريف الأنسب للطب الشعبي هو طب الأعشاب حتى نعطي لهذا النوع من العلاج فائدته وأهميته الحالية في تحقيق الشفاء خاصة لتلك الأمراض التي عرفت عجز الطب الرسمي عن علاجها.

وحسب متغير الدخل اتضح لنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة ومعنى الطب الشعبي في المقترحات الثلاثة الأولى، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 2,623، 0,155، 0,959، وبدرجة معنوية بلغت 0,075، 0,856، 0,385، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، في حين وجدنا الفرق قد ظهر جليا في المقترح الأخير والخاص بكون الطب الشعبي عبارة عن زيارة للأولياء الصالحين والتبرك بهم بحيث بلغت درجة المعنوية 0,031 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وقد ظهر الفرق أثناء مقارنة المتعدد بين المستوى المتوسط والجيد إذ بلغت درجة المعنوية 0,010، أما بقية المستويات في هذا المقترح فلم نلاحظ أي فرق يذكر وهذا يدل أن العلاقة بين متغير الدخل ومعنى الطب الشعبي ضعيفة جدا ولا يؤثر الدخل في التصور، كما ظهر الفرق عند مقارنة نفس المستويات السالفة الذكر في المقترح الأول حيث وصلت درجة المعنوية

0,023، هذا ونشير إلى أن اغلب المستويات التي ذكرناها ترفض أن يكون الطب الشعبي طب سحري أو زيارة للأولياء، وإنما هو طب يستخدم فيه الأعشاب وما جاء في السنة النبوية الشريفة وأن ذوي المستوى المتوسط هم من يؤكدون ذلك مقارنة بالمستويات الأخرى لتأتي في المرتبة الثانية ذوي الدخل الجيد وأخيرا ذوي الدخل الضعيف، وقد يكون الترتيب بهذا الشكل لأن أغلب أفراد عينتنا من المستوى الثاني.

وما تعلق بالعينة القصدية، فقد توصلنا أثناء طرحنا للسؤال المفتوح: ما هو التعريف الأنسب للطب الشعبي حسب تصورك؟ فكانت إجابة الباحثين تؤكد أن الطب الشعبي هو الطب الذي يتكون من الممارسات التقليدية عن العلاج والوسائل المستخدمة في الثقافات القديمة، وقد قدرت نسبة الإجابات حول هذا التعريف بـ 70.6 %، وعليه فإن الطب الشعبي لا يمكن أن يكون طب بديل أو طب يستخدم الأعشاب فقط في العملية العلاجية فقط، أو طب يعتمد على السحر والشعوذة، وإنما نجده أشمل من ذلك فهو تراث يتضمن كل الممارسات التقليدية التي مارسها الأفراد منذ آلاف السنين واستخدموا على إثرها وسائل و مواد متوفرة في الطبيعة وهذا بهدف تحقيق العلاج والشفاء، وهذا يقودنا الى القول أن الطب الشعبي يشمل العلاج بالأعشاب كما يشتمل على العلاج بالإبر الصينية، فضلا عن العلاج بالسحر والشعوذة، ومنه فعينة الدراسة ترى أن كل الممارسات السالفة الذكر تندرج ضمن مسمى الطب الشعبي.

يقول أحد أفراد العينة: "حتى استخدام الإبر الصينية اليوم بالوسائل الحديثة والذي يطلق عليها مسمى الطب البديل نجدها تضرب بجذورها إلى الطب الشعبي الصيني، ومن ثم فهي أحد العناصر الهامة للثقافة الطبية الشعبية، ونفس الشيء يقال في الحجامة كونها كانت موجودة منذ القدم وأكدها السنة النبوية الشريفة بتحديد الأيام التي يصلح فيها التحجيم، بل هناك من أفراد مجتمعنا من يستخدم جزءا من الحجامة للأطفال أي صغار السن وهو ما يعرف "بالتشلاط" وذلك من خلال وضع ثلاث خطوط صغيرة بواسطة شفرة الحلاقة على مواضع متعددة من الجسم هي: الجبهة، خلف الأذنين، أسفل الظهر، وبين الإبهام والسبابة، هذه الممارسة العلاجية التي تحقق الشفاء في غضون ساعات فقط"، ويضيف أفراد العينة أن أسباب لجوء الناس لعلاج الطفل الصغير بالطب الشعبي يرجع إلى كون هذا الصغير قد أصيب بالعين أو الحسد أو السحر خاصة مع عجز الطبيب على علاجه، وأشير

هنا الى أن هذه الممارسة الخاصة بالتشلاط تقوم بها عائلتي وأنا شاهدت فعليا بعض الأشخاص ممن يرسلهم الطبيب لنا لإجراء لهم هذه الممارسة وفعلا يتحقق العلاج في غضون ساعة من الزمن، وهذا ما يؤكد لنا ما قاله المبحوث سابقا، كما ويضيف أفراد العينة من أن الكثير من الممارسات العلاجية التي هي من ضمن الطب النبوي تعود في جذورها الى الطب الشعبي كالفصد والختان والتي كان يمارسها الفراعنة، ونظرا لفعاليتها جاءت السنة النبوية الشريفة لتؤكد أهميتها وتنظم الأوقات المناسبة لممارستها. وعليه يمكن القول أن الطب الشعبي حسب العينة القصدية هو طب شامل ولا يمكن حصره في طب الأعشاب فقط.

وعن البند الثالث فقد خصص للتسمية التي يطلقها أفراد العينة على الطب الشعبي:

جدول رقم (18) يوضح مسميات الطب الشعبي لدى أفراد العينة

الاتحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%		ك ²		الإحصائيات المقترحات
		نعم	لا	نعم	لا	
0.438	1.74	74.3	25.7	171	59	المقترح 05
0.323	1.88	88.3	11.7	203	27	المقترح 06
0.762	1.11	06.5	93.0	15	214	المقترح 07

الملاحظ لهذا المحور يجد أن أغلب أفراد العينة يتفقون على أن المقترح السادس هو المناسب، حيث قدرت النسبة بـ 88,3% ممن يرون أن طب الأعشاب هو الاسم الملائم للطب الشعبي، بينما نجد الأغلبية من أفراد العينة رفضوا المقترح السابع والداعي بكون الطب الشعبي هو طب خرافي حيث قدرت نسبة من أدلوا بتأييد هذه الإجابة بـ 6,5% فقط، أما بخصوص المقترح الخامس فهو يقترب في نسبته من المقترح الثاني الذي نال أغلبية الإجابة حيث قدرت نسبة من يؤيدون هذا المقترح حسب ما تبين لنا في الجداول التكرارية بـ 74,3% حيث يؤكد أفراد العينة أن الطب الشعبي نستطيع أن نطلق عليه مسمى الطب البديل لكونه يستخدم المواد الطبيعية بالاعتماد على التقنية الحديثة.

ولمعرفة الفروق بين أفراد العينة حسب متغير الجنس توصلنا من خلال جدول الأنوفا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المقترح الخامس والسابع حسب متغير الجنس، حيث بلغت قيمة

F على التوالي: 0,564، 0,493، وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,453، 0,483، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما المقترح السادس والذي نال أغلبية الموافقة من قبل أفراد العينة فقد توصلنا فيه إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية حيث قدرت قيمة F 7,283 وبدرجة معنوية قدرت ب 0,007 بين الجنسين وهذا الاختلاف قد يرجع إلى أن الكثير من الناس لها خلط حول مضمون الطب الشعبي، حيث نجد أن هناك من يرى أن الطب الشعبي شيء والطب الخرافي شيء آخر وطب الأعشاب شيء ثالث، وبحسب ما تناولناه بالشرح في الفصل النظري حول مفهوم ومضمون الطب الشعبي توصلنا إلى أن الطب الشعبي يشتمل على هذه الأنواع الثلاثة كما يتضمن السحر فهو إذن طب يشتمل على العلاج الطبيعي أي بالأعشاب كما يشتمل على العلاج الديني السحري، فإلى كونه يستخدم الأعشاب فهو أيضا يستخدم التعاويذ السحرية وهذا حسب طبيعة المعالج الشعبي أما الطب البديل فليس بعيد عن الطب الشعبي كما يعتقد البعض بل هو طب شعبي أيضا غير أنه يستخدم في العملية العلاجية الوسائل الحديثة وأطباء مكونين في معاهد متخصصة ممن يشرفون على العلاج، فمصدر الطب البديل هو الطب الشعبي إذن وهذا ما أدلت به العينة القصدية كما أسلفنا الذكر، وحسب الجداول التكرارية تبين لنا أن الإناث هن من أكدن على أن الطب الشعبي هو طب الأعشاب نظرا لطبيعة المرأة في كونها طبيب الأسرة وكثرة استخدامها للأعشاب في الحالات المرضية المختلفة.

وحسب متغير السن فقد توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينه وبين مسمى الطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي حيث بلغت قيمة F على التوالي: 2,478، 0,669، 0,749، وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,062، 0,572، 0,524، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، والملاحظ للجداول التكرارية المركبة أن الفئة من (20 الى 30) سنة والمقدرة ب 78 شخص ترى أن الطب الشعبي هو الطب البديل وأن مصدر هذا الأخير هو الطب الشعبي، هذا وتؤكد هذه الفئة على أن الطب الشعبي هو أصل الطب الأكاديمي الحالي، وأن 93 من هذه الفئة ترى أن الطب الشعبي هو طب الأعشاب وقد يرجع ذلك إلى أن هذه الفئة شابة وذات تعليم عالي أهلها لأن تكون مطلعة على كل ما يطرح من مسائل وقضايا في هذا المجال، وتؤكد هذه الفئة من أن الطب الشعبي يمثل جزءا هاما من البناء الاجتماعي وهو بذلك يؤدي وظيفة هامة إلى جانب الطب الأكاديمي ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن يستغنى عليه مهما بلغ الطب ذروته من التطور،

فهو راسخ في أذهان الكثير خاصة لدى من يتوارثونه بل هو يمثل تاريخ ومعتقد عند البعض ومن ثم ينبغي المحافظة عليه، كما تؤكد هذه الفئة أن الطب الشعبي يشتمل على جزء من الخرافة واستخدام السحر والشعوذة، مقارنة بالفئة 51 سنة فما فوق التي ترى أن الطب الشعبي خالي من الخرافة والشعوذة، وهذا يدل على أن هذه الفئة تعتقد أن الممارسات السحرية التي يمارسها المعالج الشعبي ليست بسحر وإنما هي جزء طبيعي في الطب الشعبي فكيف نؤمن بممارسات ولا نؤمن بأخرى، وعليه كل ما يمارس في الطب الشعبي هي ممارسات طبيعية من أجل تحقيق الشفاء وأن ما يطلق عليه سحر فهو في الأصل جزءا من العناية الطبية الشعبية، وعليه فإن الفروق قد توضحت لنا أثناء مقارنة المتعدد في المقترح الأول بين فئة (31 إلى 40 سنة و 51 سنة فما فوق)، حيث قدرت قيمة درجة المعنوية بـ 0,020 وهو فرق كبير جدا بين الفئتين مما يؤكد أن كبار السن لهم معتقدات وتصورات تختلف عن الفئات الشابة الأخرى خاصة أولئك الذين عاشوا الاستخدامات المختلفة للطب الشعبي سواء في الأسرة أو مع المعالجين الشعبيين قديما، حيث كانوا هم الملجأ الوحيد لعلاجهم أفراد أسرهم في غياب العناية الطبية المتوفرة حاليا في القرى والنجوع.

أما عن متغير المستوى التعليمي فقد توصلنا إلى وجود فروق ذو دلالة إحصائية في مسمى الطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي في الاقتراح الأول، حيث قدرت F 2,331 وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,043 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وبمقارنة المتعدد نجد الفرق قد اتضحت عند مقارنة المستوى المتوسط بالمستوى الثانوي حيث بلغت درجة المعنوية 0,027 وهي قيمة عالية حيث سجلنا في الجدول المركب الخاص بهذا المقترح اختلافا شاسعا بين المستويين في إجابتهم بـ "لا" حيث توصلنا إلى أن ثلاثة أفراد فقط من جملة واحد وعشرين فرد من المستوى المتوسط يؤكدون بأن الطب الشعبي ليس هو الطب البديل فكلى النوعين له خصائصه مقارنة بالمستوى الثانوي والتي قدرت نسبة من أدلو بنفس الإجابة بـ خمسة عشرة فردا من جملة سبعة وثلاثون فرد، مما يؤكد وجود فارق كبير جدا بين المستويين في الإجابة الأولى "لا"، ونحن نتفق بطبيعة الحال مع هذه الإجابة إذ أنه على الرغم من كون الطب البديل جزءا من الطب الشعبي إلا أننا لا نستطيع أن نطلق عليه مسمى الطب البديل لأن هذا الأخير له خصائصه وميزاته وأدواته بل وحتى المدارس الأكاديمية التي يدرّب فيها الأطباء هذا النوع من الطب.

أما بقية المقترحات فلم نلاحظ أي فروق تذكر حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,758، 0,285، ودرجة معنوية قدرت بـ: 0,581، 0,921، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، والملاحظ للجداول المركبة في المقترح السابع يجد أن كل من المستوى التعليم القرآني ومستوى يقرأ ويكتب والمستوى الابتدائي يؤكدون أن الطب الشعبي تنعدم فيه الخرافة تماما، وأن كل ما يتضمنه الطب الشعبي هو في خدمة الصحة وأن الطقوس المستخدمة كالزار وغيرها عادات وتقاليد للوقاية والحفاظ على الصحة لا غير وينبغي المحافظة عليها، وكما رأينا في المتغير السالف الذكر أن ذوي الأعمار من 51 سنة فما فوق يؤكدون على أن الطب الشعبي لا توجد ضمن ممارساته أية خرافة أو سحر بل هو ممارسات للحفاظ على الصحة.

أما عن متغير المهنة فلم نتوصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين هذا المتغير ومسمى الطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,678، 1,846، 830,0، ودرجة معنوية قدرت بـ: 0,608، 0,121، 0,507، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وعليه فالعلاقة بين هذين المتغيرين ضعيفة جدا وأن المهنة لا تؤثر في تصوراتنا.

كذلك الشأن بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية حيث لا توجد فروق أيضا ذات دلالة إحصائية بين مسمى الطب الشعبي ومتغير الحالة الاجتماعية على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي 0,648، 0,255، 0,751، ودرجة معنوية قدرت بـ: 0,585، 0,858، 0,523، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وهذا يدل على أن العلاقة بين المتغيرين ضعيفة جدا، وحتى عند مقارنة المتعدد توصلنا إلى أن كل الفئات الاجتماعية من متزوجين وعزاب، أرامل وكذا المطلقين لا يختلفون حول مسمى الطب الشعبي ويؤكدون أن التسمية الأصح هي طب الأعشاب.

وتوصلنا في متغير الموطن الأصليه إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بينه وبين مسمى الطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي في المقترح الخامس والسابع، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,315، 2,539، ودرجة معنوية قدرت بـ: 0,575، 0,112،

وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، في حين وجدنا الفرق في المقترح السادس حيث قدرت قيمة F ب: 5,831 بدرجة معنوية بلغت 0,017 وهي بذلك قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

وبالنظر الى الجداول التكرارية فقد توصلنا إلى أن أغلب أفراد العينة الذين أكدوا على أن الطب الشعبي هو الطب البديل هم من أصول حضرية وريفية أيضا حيث قدرت نسب الريفيين المؤيدين بـ 04,77%، أما الحضريين فقد قدرت نسبتهم بـ 73,37%، كما ويؤكد في المقترح الثاني أغلب أفراد العينة من ذوي الأصول الريفية والحضرية معا بأن الطب الشعبي هو طب الأعشاب، حيث قدرت نسبتهم على التوالي: 96,72% و 85,20%، أما فيما يخص المقترح الثالث فيرفض كل من الريفيين والحضريين أن الطب الشعبي هو طب خرافي، غير أننا توصلنا إلى أن 4 أفراد من مجموع 61 فرد من الأصول الريفية يؤكدون على أن الطب الشعبي هو طب خرافي، وعلى الرغم من ذلك نقول إلى أن الموطن الأصلي ومع التطور التكنولوجي واتصال الريف بالمدينة لا يؤثران في تصورات الناس على الرغم من أننا نلاحظ أن سكان الريف لا يمكنهم بأي حال من الأحوال الاستغناء عن الطب الشعبي.

وفي متغير الدخل توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الدخل ومسمى الطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,101، 0,203، 0,32، وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,904، 0,816، 0,969، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وعليه نقول أن علاقة الدخل بالتسميات التي تطلق على الطب الشعبي علاقة ضعيفة جدا كما وضحتها قيم F ودرجة الدلالة وما أكدته أيضا مقارنة المتعدد.

وفي الجداول التكرارية تبين لنا من خلال النتائج المتوصل إليها أن الفئة التي أدلت بأن الطب الشعبي هو الطب البديل هم من ذوي المستوى المتوسط والتي قدرت عددهم بـ 118 فرد من مجموع 157 فرد لهذا المستوى، مقابل 33 و 20 فرد فقط على التوالي في كل من المستوى الجيد والمستوى الضعيف، أما المقترح السابع والخاص بكون الطب الشعبي طب خرافي فأغلب أفراد العينة يؤكدون على أن الطب الشعبي طب مفيد ولا يمكن أن نطلق عليه طب خرافي حيث أنه من مجموع 230 فرد نجد 15 فرد فقط يرون أنه طب خرافي نظرا لأنه يستخدم الشعوذة والسحر والخرافات وغيرها من

بعض الممارسات كالزار أو الوعدة وغيرها، أما فيما يخص المقترح الذي نال موافقة الأغلبية والقاضي بأن أنسب اسم يطلق على الطب الشعبي هو طب الأعشاب، حيث توصلنا ألى أنه من جملة 203 مفردة من أفراد العينة يرون أن الطب الشعبي هو طب الأعشاب نظرا للفائدة والفاعلية التي حققها خاصة في السنوات الأخيرة، وأن نسبة قليلة جدا قدرت بـ 27 فرد ترفض هذه التسمية.

أما عن العينة القصدية ومن خلال المقابلة التي أجريناها معهم فقد كانت إجابتهم حول هذا البند تتفق مع المقترح السادس والخاص بطب الأعشاب على أساس أنه الأصلح من التسميات السابقة، رغم أنهم يؤكدون على تفضيل تسمية الطب الشعبي على اعتبار أنه مفهوم أعم وأشمل من التسميات السالفة الذكر.

أما ما تعلق بالبند الخامس فكان خاص بكيفية انتقال الطب الشعبي فكانت النتائج كالتالي:

في هذا المحور طرحنا ثلاث اقتراحات تدور حول كيفية انتقال الطب الشعبي وتوارثه من جيل الى جيل، حيث صيغ المقترح الأول كالتالي: ينتقل الطبي الشعبي بين الناس من خلال الكلام أي شفاهة، والمقترح الثاني مؤداه أن الطب الشعبي ينتقل من خلال الوراثة أي من الآباء الى الأبناء، أما المقترح الثالث فيدور حول أن الطب الشعبي ينتقل بين الناس من خلال قراءة كتب الطب القديمة، وبعد حساب التكرارات تبين لنا أن النواة المركزية لهذا البند هي في الاقتراح الثالث والذي تحصل على 70% ليأتي في المرتبة الثانية الاقتراح الثاني بـ 3،68%، وأخيرا المقترح الأول والذي قدرت نسبته بـ: 8،64%، وهذا يدل على أن أغلب أفراد العينة يتصورون بان الطب الشعبي وخاصة أيامنا هذه يتشكل من خلال قراءة كتب الطب القديمة.

جدول رقم (19) يوضح كيفية انتقال الطب الشعبي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%		ك ₂		الإحصائيات المقترحات
		نعم	لا	نعم	لا	
0.479	1.65	64.8	35.2	149	81	المقترح 08
0.466	1.68	68.3	31.7	157	73	المقترح 09
0.459	1.70	70.0	30.0	161	69	المقترح 10

يلاحظ من جدول الانوفا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حيث بلغت قيمة F على التوالي 0,000، 0,073، 0,170 أما درجة المعنوية فقد بلغت على التوالي 0,998، 0,787، 0,680، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وهذا ما وضحته الجداول المركبة حيث توصلنا إلى تقارب كبير في القيم أو الإجابات بين الجنسين، وعلى سبيل المثال لا الحصر نتناول المقترح العاشر والذي وافقت عليه أغلب أفراد العينة أين وجدنا الذكور يتقاربون في تصوراتهم مقارنة بالإناث في كون الطب ينتقل من خلال قراءة كتب الطب القديمة حيث توصلنا إلى أنه من مجموع 88 ذكر ما يقارب من 63 منهم يؤكدون هذا التصور مقابل 98 من الإناث من يؤكدن ذلك.

ومن ثم فإجابة أفراد العينة بالأغلبية في المقترح العاشر قد ناقض تماما التصور المبدئي الذي افترضناه من كون الطب الشعبي ينتقل بين الناس عن طريق الوراثة أي من الآباء إلى الأبناء، وكذا اختلاف التصور بين الإناث حيث افترضنا أن الإناث يؤكدن على المقترح الأول أكثر من الرجال والذي مؤداه أن الطب الشعبي ينتقل عن طريق المشافهة أي الحديث العابر الذي يتم بين النسوة من خلال النقائهن في أماكن متعددة ومناسبات مختلفة وتجاذب أطراف الحديث عن الأعشاب والتوابل وأهميتها للصحة، غير أننا ومن خلال الدراسة الميدانية توصلنا إلى عكس هذا التصور تماما.

حيث وجدنا أن نسبة كبيرة من النساء ترى أن هذا المقترح لم يعد معمولاً به كما كان في السابق، وحتى إن كان هناك حديث بين النساء فيما يتعلق بالجوانب الصحية فإنه لا يتعدى أن يكون كلاماً عابراً ولا يتم تطبيقه لعدم الثقة في الشخص الذي يتناول هذا الحديث من جهة، ومن جهة ثانية الخوف من الأخذ بما ينتشر بين الناس من فعالية بعض الأعشاب في العملية العلاجية نظراً للوعي الذي يختص به أفراد المجتمع في كون نوع المرض قد يختلف من شخص لآخر وأن مستحضر عشبي معين قد ينفع في حالة ويضر بحالة لها نفس الأعراض، وعليه فأغلب المعالجين الشعبيين يستمدون في وقتنا الراهن معلوماتهم من الكتب الطبية القديمة لأنها المصدر الأول في الطب الشعبي.

وعليه فقد توصلنا في جدول الانوفا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كيفية انتقال الطب الشعبي بين أفراد المجتمع ومتغير السن، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,269، 0,378، 0,997 أما درجة المعنوية فقد بلغت على التوالي: 0,286، 0,769، 0,395، وهي قيم غير دالة

عند مستوى الدلالة 0,05، وهذا ما أكدته مقارنة المتعدد حيث لم نجد أية فروق تذكر بين مختلف الأعمار، وهذا يدل على أن أفراد العينة لهم التصور ذاته فيما يخص كيفية انتقال الطب الشعبي، وفي الجداول المركبة توصلنا إلى أن أغلبية أفراد العينة من ذوي السن 51 سنة فما فوق يؤكدون على أن الطب الشعبي ينتقل بين الناس مشافهة عن طريق الكلام اليومي ومن خلال الجلسات العائلية أو بين الجيران أو من لهم خبرة بالأدوية الشعبية حيث يتم في هذه الجلسات الحديث على مختلف مناحي الحياة وخاصة منها ما تعلق بالمجال الصحي الذي يسترعي اهتمام كافة أفراد المجتمع، والتي يتم فيها طرح مختلف الأمراض التي يعانيتها الحضور وتقديم الصفات التي ثبتت بالتجربة فعاليتها، حيث توصلنا إلى أنه من جملة 26 فرد من هذه الفئة أيد هذا المقترح ما يقرب من 20 فرد أي أغلب أفراد هذه الفئة، في حين لا نجد سوى 16 فرد فقط من يرون أن الطب الشعبي ينتقل من خلال قراءة كتب الطب القديمة، فالطب الشعبي في رأيهم لا بد أن يكون مجرب وثبتت فاعليته حتى يتم توارثه وانتقاله من جيل إلى جيل، فلا يكفي أن نقرأ كتاب طبي قديم ثم نقدم وصفاته للناس فهذا سيشكل خطرا كبيرا على المرضى هذا حسب ما أدلى به أفراد العينة من هذه الفئة.

أما بقية الفئات فهي تؤكد أن الطب الشعبي قد تشترك فيه المقترحات الثلاث السالفة الذكر، فهو إلى جانب كونه ينتقل عن طريق الوراثة فهو أيضا يتداول بين الناس من خلال الحديث اليومي والاتصال والتفاعل الاجتماعي كما أن للكتب الطبية القديمة دورا فاعلا في تزويد الأفراد بمختلف الأدوية الطبية خاصة وأن أغلب المعالجين الشعبيين اليوم قد تلقوا تكويننا في مجال الطب الشعبي وخاصة طب الأعشاب والحجامة وكذا الإبر الصينية في مدارس ومعاهد متخصصة في ذلك، عن طريق كتب الطب القديمة حيث يتم تجريب مختلف الصفات الشعبية وزيادة معارفهم وهذا ما أدلى به بعض الأطباء الشعبيين في منطقة الزيبان.

كما توصلنا أيضا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كيفية انتقال الطب الشعبي بين أفراد المجتمع ومتغير المستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,420، 0,838، 0,625 وبدرجة المعنوية فقد بلغت على التوالي 0,218، 0,524، 0,681، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، ومن ثم العلاقة بين المستوى التعليمي وكيفية انتقاله بين الناس ضعيفة جدا فالمستوى التعليمي لا يؤثر إطلاقا في طريقة انتقال الطب الشعبي، غير أنه وبالنظر إلى جدول مقارنة

المتعدد توصلنا إلى وجود فروق بسيطة ظهرت عند مقارنة التعليم القرآني بالابتدائي وذلك في المقترح الثامن حيث بلغت درجة المعنوية 0,032 واختلاف المتوسطات بدرجة قدرت ب: 0,488، وكذا بين المستوى الثانوي والمستوى الجامعي حيث بلغت درجة المعنوية 0,049، طبعاً هذا الاختلاف من الطبيعي أن يحدث لأن المستوى التعليمي من شأنه أن يؤثر على التفكير، كما يذهب إلى ذلك العالم السويسري جان بياجيه إلى أن المعارف تتطور وتنمو وتحسن كلما انتقل الفرد من مرحلة عمرية إلى مرحلة عمرية أخرى، هذه المراحل التي يمر من خلالها الفرد بمستويات تعليمية معينة، تكون فيها كل مرحلة أرقى من المرحلة التي تسبقها من حيث المناهج وطرق التدريس وغيرها، وعليه فمستوى التعليم القرآني من شأنه أن يكون أقل حظاً من حيث وفرة المعلومات مقارنة بالمستوى الابتدائي والثانوي والجامعي، وعليه فكل من هذه المستويات له رؤيته الخاصة.

فعلى سبيل المثال لا الحصر ومن خلال الجداول الإحصائية المركبة توصلنا إلى أن ذوي المستوى التعليمي القرآني في المقترح الثامن والتاسع يؤكدون على أن الطب الشعبي ينتقل عن طريق الوراثة أي من الآباء إلى الأبناء وعن طرق الكلام العابر بين الناس الذي يحدث من خلال الاتصال اليومي وسهولة استقبال الرسالة التي لم تكن محددة بمواعيد، فبمجرد اللقاء اليومي صدفة تنتقل عشرات الوصفات الطبية والتصورات الشعبية عن مرض معين وكيفية علاجه، وفي دراستنا الميدانية توصلنا إلى أنه من مجموع 12 فرد ما يقارب 11 فرد و10 أفراد على التوالي في المقترح الثامن والتاسع يؤكدون هذا التصور ومن ثم فهم يرفضون إلى حد كبير انتقال الطب الشعبي عن طريق قراءة الكتب الطبية القديمة، ويبقى أن نشير إلى أن كل أفراد العينة من مختلف المستويات يرون أن الطب الشعبي تتدخل فيه عوامل عديدة هي السبب في انتقاله من جيل إلى جيل، ومن ثم فلا نستطيع بأي حال من الأحوال أن نميل إلى كفة دون أخرى فالمقترحات الثلاثة متكاملة مع بعضها البعض مشكلة بناء متكامل تسهم من خلاله في انتقال الطب الشعبي عبر الأجيال.

كما توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المهنة وكيفية انتقال الطب الشعبي بين أفراد المجتمع حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,786، 0,844، 1,701 وبدرجة المعنوية فقد بلغت على التوالي 0,133، 0,498، 0,151، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة، وبالنظر إلى جدول مقارنة المتعدد توصلنا في المقترح

التاسع إلى وجود فروق وذلك عند مقارنة المهن الآتية: (مهن حرة والإطارات، وكذا بين البطالين وربة البيت) حيث بلغت درجة المعنوية: 0,033 وباختلاف المتوسطات قدرت بـ 0,207، وبالنظر الى الجداول المركبة توصلنا الى أنه في المقترح الأول قدرت نسبة من أجابوا بـ نعم ولا على التوالي: 6,52% و 93,04% وهذا يعني أنهم لا يتفوقون على أن الطب الشعبي ينتقل عن طريق الكلام اليومي بين الناس في اللقاءات التي تتم بشكل غير قصدي أو قصدي أحيانا، وعلى الرغم من أننا افترضنا أن ربات البيوت هن من سيؤيد هذا المقترح غير أننا توصلنا الى عكس ما افترضناه حيث أجاب كل أفراد العينة من هذه الفئة في هذا المقترح بالنفي و قدرت نسبتهم بالنسبة لمجموع العينة الكلية 15,42% ومن ثم نجدهن يؤكدن على أن الطب الشعبي ينتقل عن طريق الوراثة أي من الآباء الى الأبناء أكثر من كونه ينتقل عن طريق قراءة الكتب القديمة، وهم بذلك يؤيدون فئة كبار السن كما رأينا في الجداول السابقة، وفيما يخص المقترح التاسع فقد بلغت نسبة المؤيدين والرافضين على التوالي: 64,78% و 35,21%، أما عن المقترح العاشر فنجد النسبة على التوالي بـ: 68,26% و 46,49%، وبالنظر الى النسبتين في المقترحين التاسع والعاشر نجدهما متقاربتين جدا وهذا يؤكد أن الطب الشعبي يؤثر فيه عاملان في عملية انتقاله عبر الأجيال وهما الاطلاع على الكتب الطبية القديمة والوراثة أي توارث هذه المهنة من الكبار الى الصغار، ومنه نستنتج انطلاقا من هذا التحليل أن المهنة لا تؤثر في الكيفية التي ينتقل بها الطب الشعبي.

أيضا توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الحالة الاجتماعية وكيفية انتقال الطب الشعبي بين أفراد المجتمع حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,398، 0,934، 0,775 أما درجة المعنوية فقد بلغت على التوالي 0,761، 0,425، 0,509، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجداول المركبة اتضح لنا أن كل أفراد العينة في فئة المطلق ترى أن الطب الشعبي ينتقل عبر الأجيال من خلال الوراثة وقراءة الكتب الطبية القديمة، ومن ثم فهي ترفض الاقتراح الأول، لنجد فئة الأرامل تقدم نفس الإجابات في المقترحات الثلاثة، وعليه فكل أفراد العينة تنفق على أن الطب الشعبي ينتقل عبر الأجيال من خلال المقترحات الثلاثة فجميعها لها دور في ذلك.

وفي متغير الموطن الأصلي نجد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الموطن الأصلي وكيفية انتقال الطب الشعبي بين أفراد المجتمع حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,026، 0,013، 0,052 وبدرجة معنوية بلغت على التوالي: 0,872، 0,908، 0,820، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وهذا ما يؤكد أن الموطن الأصلي ليست له علاقة بالكيفية التي ينتقل بها الطب الشعبي بين الناس إذ أننا توصلنا إلى أن كل من سكان الريف والحضر لهم نفس التصور وهذا راجع كما أسلفنا الذكر إلى الاتصال بين الريف والحضر واندماجهم ببعض.

أما عن متغير الدخل فتوصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الدخل وكيفية انتقال الطب الشعبي عبر الأجيال في المقترح الثامن والتاسع حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,089، 0,037، وبدرجة معنوية فقد بلغت على التوالي 0,338، 0,964، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما في المقترح العاشر فتوصلنا إلى وجود فروق بين المتغيرين حيث بلغت قيمة F 3,804، وبدرجة معنوية قدرت بـ 0,024 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وقد ظهرت بشكل جلي في مقارنة المتعدد بين ذوي الدخل المتوسط والجيد أين بلغت درجة المعنوية 0,007 وهي قيمة عالية جدا تؤكد أن للدخل تأثير كبير في تشكيل تصوراتنا، وفي الجداول المركبة نجد أن فئة الدخل المتوسط والتي تقدر بـ 68,78% تؤكد على أن الطب الشعبي ينتقل من جيل إلى جيل عن طريق قراءة كتب الطب القديمة المنتشرة اليوم في المكتبات العمومية خاصة، فضلا عن الدور الكبير الذي تلعبه وسائل الإعلام عبر القنوات المخصصة لذلك في نشر هذا النوع من العلاج.

وفي هذا السياق طرحنا على أفراد العينة القصدية في هذه الدراسة سؤالاً مفاده: إذا كان الطب الشعبي ينتقل عبر الأجيال بالوراثة، أو بقراءة كتب الطب القديمة، أو من خلال المشاهدة التي تتم بالاتصال اليومي بين أفراد المجتمعات، فكيف يتعرف المعالج الشعبي على حالتك المرضية، هل يكون ذلك من خلال طلبه للتحاليل الطبية التي تم إجراؤها على مستوى الطب الرسمي مع العلم أن كل الذين قابلناهم قد جربوا العلاج بالطب الرسمي أولاً؛ كما سنتحدث عن ذلك في الجدول الخاص بأسباب اللجوء للعلاج الشعبي، أم من خلال وصف المريض لحالته للمعالج الشعبي؟

فكانت إجابة العينة تميل إلى المقترح الثاني، حيث نجد المعالج الشعبي يطلب من المريض تقديم وصفا دقيقا لحالته والأعراض الجانبية التي تحدث له، ولا يكتفي المعالج الشعبي بهذا الوصف فحسب بل يطرح عددا من الأسئلة ذات العلاقة بالحالة الموصوفة؛ وهذا انطلاقا من خبرته في هذا الميدان مركزا في ذلك على عامل الثقة المتبادلة بينه وبين المريض، حتى يتمكن من التشخيص الدقيق للحالة ووصف العلاج المناسب لها، وقد قدرت نسبة من أيدوا هذا المقترح 70.6%، يقول أحد أفراد العينة "أن أغلب المعالجين الشعبيين وخاصة منهم من ورثوا مهنة العلاج بالطب الشعبي يكتفون فقط بالوصف أي بما يصفه المريض من أعراض، غير أنه مع التطور التكنولوجي في المجال الطبي والذي أثر بدوره على طبيعة عمل المعالج خاصة أن العديد منهم لهم مستوى تعليمي لا بأس به يطلبون من المريض إحضار التحاليل الطبية أولا قبل البدء في العلاج؛ وخاصة منهم من تلقوا تكويننا في مجال العلاج الشعبي ببعض الدول العربية ونذكر على سبيل المثال المعالجين بالحجامة أو الإبر الصينية، تجبير العظام".

إن ما قدمه أفراد العينة من آراء حول هذا المقترح تؤكد العلاقة الوثيقة بين نوعي الطب الرسمي والطب الشعبي، مما يؤكد التساند الوظيفي بينهما وأن كل من النسقين الطب الشعبي والرسمي له وظيفته في المجتمع بما أنه يعتبر أحد أهم أجزاء البناء الاجتماعي، وهذا ما دعا منظمة الصحة العالمية وعددا من الباحثين والعلماء -كما رأينا ذلك في المباحث والفصول السابقة للرسالة- في المجال الطبي والاجتماعي والانثروبولوجي يؤكدون أهمية دراسة التراث الشعبي ومنه الطب الشعبي وأهمية إدماجه ضمن الرعاية الطبية الرسمية، خاصة إذا علمنا أن المجتمع اليوم يتأرجح بين النسقين الطبي الشعبي والرسمي.

والبند السادس خاص بأكثر الأفراد استعمالا للطب الشعبي:

وفي هذا البند طرحنا ست مقترحات، حول الأفراد الذين يستخدمون الطب الشعبي بكثرة هل هم من المتزوجين، أم من كبار السن، أم من غير المتعلمين، أم من البطالين، أم من النساء أو الرجال.

جدول رقم (20) يوضح أي الأفراد أكثر استخداما للطب الشعبي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%		ك ²		الإحصائيات المقترحات
		نعم	لا	نعم	لا	
0.491	1.40	40.0	60.0	92	138	المقترح 20
0.422	1.77	77.0	23.0	177	53	المقترح 21
0.500	1.54	53.9	46.1	124	106	المقترح 22
0.483	1.37	36.5	63.5	84	146	المقترح 23
0.440	1.74	73.9	26.1	170	60	المقترح 24
0.466	1.32	31.7	68.3	73	157	المقترح 25

من خلال الجدول يتضح لنا أن أغلب أفراد العينة والمقدر عددهم بـ 77.0% يرون أن فئة كبار السن هي أكثر الفئات استخداما للعلاج بالطب الشعبي، وهي نسبة قريبة جدا من المقترح (24) والخاص بفئة النساء، لتأتي في المرتبة الثالثة فئة غير المتعلمين في المقترح (22)، ثم على التوالي: المتزوجين في المقترح (20)، البطالين في المقترح (23)، والرجال في المقترح (25)، وهي نسب منطقية ذلك لأن كبار السن يستمرون في محاولة الحفاظ على الموروث الشعبي خاصة أنه مجرب بالنسبة لهم، كما أن المرأة تؤكد من خلال هذه النسبة على أن الطب الشعبي ذو أهمية كبيرة في حياتها بشكل خاص والأسرة بشكل عام.

وقد اكدت العينة القصدية المقترحين السابقين، حيث يذهب أغلب افراد هذه العينة الى ان كبار السن والنساء هم الاكثر استخداما للطب الشعبي مقارنة بالفئات الاجتماعية الاخرى، حيث ان المرأة تهتم بالوصفات الشعبية بكثرة وهي دائمة السؤال حول الوصفات الشعبية للحالات المرضية التي قد يصاب بها افراد عائلتها، وقد تكون البداية من استشارة كبار السن نظرا لمعايشتهم وخبرتهم الطويلة من خلال السماع اليومي للوصفات العلاجية المتنوعة بأهل الخبرة، وفي هذا السياق طرحت على أفراد العينة القصدية السؤال التالي: في حالة إصابة احد افراد اسرتك بمرض ما ماهو المسار العلاجي الذي تتبناه؟

فكان أغلب افراد العينة يؤكدون على انه يتم اخذ العلاج في البيت من خلال الوصفات التي يتم تحضيرها باستشارة كبار الاسرة والممثلين في الجدة او الزوجة او الام، بمعنى انه يتم تجريب العلاج المنزلي اولاً قبل الذهاب الى الطبيب الرسمي او المعالج الشعبي، وهذا هو بالفعل المسار العلاجي الاول الذي تلجأ اليه كل اغلب الاسر الجزائرية، تقول احد افراد العينة: "حينما امرض او يصاب احد ابنائي بنزلة برد أو السعال، او الحمى وغيرها من الاصابات الخفيفة مثلاً فألجأ الى استخدام مغلى بعض الاعشاب مثل "التيزانة مع قليل من الليمون" ويشربها المصاب وينام وبعد ساعات قليلة يتمثل الى الشفاء، اما إذا ساءت حالة المريض بعد بضع ساعات او يوم يتم اخذه إلى المصححة أو المعالج الشعبي في حال مالم ينفعه العلاج الطبي بالمؤسسة الصحية".

كما وتؤكد إحدى من قابلناهن على أن المرأة تلجأ لعلاج أفراد أسرتها بالعلاج المنزلي إذا كانت المؤسسة الصحية بعيدة عن مقر سكنها حيث يصبح هذا العلاج ضروري جداً، وهذا عامل مهم يجعل المرأة دائماً تبحث عن الوصفات العلاجية الشعبية حتى تتفادى الأخطار الصحية التي قد تلحق بأفراد أسرتها بعد أن ثبت نجاحها في حالات كثيرة، فمثلاً " في حالة وجع الأسنان يتم غلي الخل مع حبة البركة ويمضض بها الفم المصاب قبل ذهابه الى المؤسسة الصحية، فهذا العلاج بمثابة تخفيف من ألم المريض خاصة إذا كانت المؤسسة الصحية بعيدة عن سكن المريض".

وعليه يمكن القول أن الأم وكبار السن هم المؤهلين بإعطاء الوصفات العلاجية المنزلية - وهذا ما أسماه **كليمان** "الطب المنزلي أو طب الجيران" وما ينجر عنه من وصفات منزلية مستمدة من خبرات وتجارب كبار السن من الشيوخ والعجائز، بل هم من يحددون المسار العلاجي للمريض، وهذا ما جعل أفراد العينة العرضية يؤكدون على أن فئة كبار السن والنساء هي الفئات الأكثر استخداماً للطب الشعبي كما رأينا ذلك في الجدول السابق.

الملاحظ لجدول الانوفا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير الجنس والأشخاص الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 3,570، 1,899، 0,023، 0,646، 0,103، ودرجة معنوية قدرت ب: 0,060، 0,170، 0,880، 0,422، 0,748، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وعليه من

الجدول نستخلص أن الفرق قد وجد في المقترح الخامس والعشرين حيث قدرت قيمة F ب: 5,619 وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,019 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05

ونفس النتيجة توصلنا لها في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير السن والأشخاص الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,760، 1,521، 1,814، 0,137، 1,519، وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,156، 0,210، 0,145، 0,938، 0,210، وهي بذلك قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، في حين وجدنا الفرق قد ظهر في المقترح (20) أين بلغت قيمة F 4,462 وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,005 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

وكذلك الشأن في متغير المستوى التعليمي لم نلاحظ هناك فروق ذات دلالة إحصائية حول هذا المتغير والأشخاص الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,293، 2,067، 1,552، 0,774، 1,445، وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,268، 0,071، 0,175، 0,569، 0,209، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، غير أنه وحسب الجدول توصلنا إلى وجود فرق معنوي في المقترح (20) حيث قدرت قيمة F ب: 2,559 وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,028 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وهي متغيرات ضعيفة جداً حسب ما أوضحته مقارنة المتعدد.

نفس النتيجة في متغير المهنة إذ لم نتوصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير المهنة والأشخاص الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,450، 1,141، 1,252، 0,581، وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,773، 0,338، 0,676، 0,290، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما الفرق فقد كان بسيطاً ووجد في المقترحين (20 و 24) أين قدرت قيمة F على التوالي: 2,509، 2,786، وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,043، 0,027، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

وكذا في الحالة الاجتماعية توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول هذا المتغير والأشخاص الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث

بلغت قيمة F على التوالي: 1,075، 1,507، 0,714، 1,603، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,360، 0,213، 0,544، 0,190، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما الفرق فقد وجد في كل من المقترحين (20 و 23) حيث بلغت قيمة F 4,142، 3,004 وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,007 و 0,031 وهي قيم دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

توصلنا أيضا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير الموطن الأصلي والأشخاص الأكثر استعمالا للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,181، 1,171، 0,398، 0,050، 1,770، 1,958، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,671، 0,280، 0,529، 0,824، 0,185، 0,163، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05

وكذا في متغير الدخل لم نلاحظ للجدول فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير الدخل والأشخاص الأكثر استعمالا للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,055، 0,376، 0,647، 1,647، 2,126، 2,245، 2,209، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,946، 0,687، 0,195، 0,122، 0,108، 0,112، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05

معالجة البند السابع والذي يتمحور على المناطق الأكثر إقبالا على استخدام الطب الشعبي حسب تصور أفراد العينة:

جدول رقم (21) يوضح المناطق الأكثر إقبالا على استخدام الطب الشعبي حسب تصور أفراد العينة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%		ك ₂		الإحصائيات المقترحات
		نعم	لا	نعم	لا	
0.410	1.79	78.7	21.3	181	49	المقترح 26
0.491	1.60	60.0	40.0	138	92	المقترح 27
0.491	1.40	40.0	60.0	92	138	المقترح 28
0.419	1.23	22.6	77.4	52	178	المقترح 29

حسب متغير الجنس توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير الجنس والمناطق أو طبيعة الحي الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,003، 2,586، 1,594، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,956، 0,109، 0,208، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما الفرق فقد وجد في المقترح (26) حيث قدرت قيمة F بـ: 8,644 وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,004 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05، كما لم نتوصل إلى فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير السن والمناطق أو طبيعة الحي الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 2,361، 1,647، 1,511، 0,810، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,072، 0,179، 0,212، 0,489، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05

وفي متغير المستوى التعليمي لم نلاحظ فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير المستوى التعليمي والمناطق أو طبيعة الحي الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,595، 1,258، 1,502، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,162، 0,283، 0,190، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، في حين ظهر الفرق في المقترح (29) حيث قدرت قيمة F بـ: 2,568، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,028، ونفس الشيء في متغير المهنة حيث لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير المهنة والمناطق أو طبيعة الحي الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,107، 0,497، 0,698، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,354، 0,738، 0,594، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما الفرق فقد ظهر في المقترح (29) حيث قدرت قيمة F بـ: 2,518، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,042.

أيضاً لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير الحالة الاجتماعية والمناطق أو طبيعة الحي الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,683، 1,148، 2,610، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,563، 0,331، 0,052، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما الفرق فقد ظهر في المقترح (27) حيث قدرت قيمة F بـ: 3,708 وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,012 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05،

وكذا متغير الموطن الأصلي الذي لم نجد فيه فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير الموطن الأصلي والمناطق أو طبيعة الحي الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,131، 0,625، 0,181، 0,185، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,718، 0,430، 0,671، 0,668 وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

توصلنا أيضاً إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير الدخل والمناطق أو طبيعة الحي الأكثر استعمالاً للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,721، 1,821، 0,068، 0,437، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,487، 0,164، 0,935، 0,646 وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وعليه فأغلب أفراد العينة حسب الجدول الموضح أعلاه يتفقون على أن المناطق الريفية هي الأكثر إقبالا على استخدام الطب الشعبي وذلك بنسبة 78.7%.

معالجة البند الثامن والخاص بطبيعة المعالج الشعبي:

وقد تضمن هذا البند ثلاث مقترحات، أحدها خاص بكون المعالج الشعبي كبير السن وله خبرة في علاج المرضى، أما المقترح واحد وثلاثون فيذهب إلى أن المعالج الشعبي هو الشخص الذي يستعين بعالم الجن والشياطين في العملية العلاجية، أما المقترح الثاني والثلاثون فمضمونه أن المعالج الشعبي هو الذي لديه معرفة بالمواد الطبيعية المناسبة لكل مرض وكيفية تحضيرها وإعدادها للمريض.

جدول رقم يوضح (22) طبيعة المعالج الشعبي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%		ك ₂		الإحصائيات المقترحات
		نعم	لا	نعم	لا	
0.493	1.59	58.7	41.3	135	95	المقترح 30
0.317	1.11	11.3	88.7	26	204	المقترح 31
0.282	1.91	91.3	8.7	210	20	المقترح 32

الملاحظ للجدول يجد أن المقترح الثاني والثلاثون هو الذي تحصل على أكبر النسب حيث قدرت بـ 91.3% وهي نسبة عالية جدا مقارنة بالمقترحات الأخرى، والتي جاءت على التوالي: المقترح الثلاثون، والمقترح واحد وثلاثون كما هو موضح في الجدول، وهذا يعني أن المعالج الشعبي في نظر الكثير من أفراد المجتمع الشخص الذي لديه معرفة بالمواد الطبيعية التي تساعد على عملية الشفاء، وطبعا فإن هذه المعرفة تدل على أن المعالج الشعبي له خبرة كبيرة ولا يهم عمره إذا كان كبيرا أو صغيرا فالمهم لدى أفراد العينة الخبرة.

أما عن الفروق بين المتغيرات الديموغرافية وهذا البند فنوجزها كالتالي: فبالنسبة لمتغير الجنس اتضح عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير الجنس وطبيعة المعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,028، 0,000، 0,416، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,520، 0,982، 0,868، وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، كذلك فيما تعلق بالسن أين توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير السن وطبيعة المعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,979، 1,997، 0,916، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,403، 0,115، 0,434، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، ونفس النتيجة بالنسبة للمستوى التعليمي لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير المستوى التعليمي وطبيعة المعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,270، 0,714، 0,917، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,278، 0,613، 0,471، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

وفي متغير المهنة كذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,804، 0,098، 0,774، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,129، 0,983، 0,543، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، ومتغير الحالة الاجتماعية لم نتوصل فيه إلى فروق على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 2,724، 0,403، 0,318، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,045، 0,751، 0,813، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، كذلك بالنسبة لمتغير الموطن الأصلي بعد وجود فروق على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي:

0,297، 1,865، 1,489، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,586، 0,173، 0,224، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05 وكذا الدخل حيث لم نلاحظ فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير الدخل وطبيعة المعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,457، 1,182، 0,959، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,634، 0,309، 0,385، وبالتالي فهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

أما ما تعلق بأفراد العينة القصدية في إجاباتهم لهذا البند، فيمكن القول أننا لم نجد فروق في إجابات العينة، ومن ثم نجدهم يؤكدون على أنه لا يشترط في المعالج الشعبي كبر السن فكثيرا من المعالجين الشعبيين خاصة أولئك الذي ورثوا المهنة من آبائهم نجدهم صغار في السن ويجيدون هذه المهنة بكفاءة عالية، فضلا على أن البعض منهم تلقى تكويننا في العلاج الشعبي ومنه العلاج بالإبر الصينية، العلاج بالحجامة، العلاج بالطاقة، وهم من صغار السن، وعليه لا يرتبط المعالج الشعبي بصفة كبر السن، بل حتى ما تعلق بالزى الذي يرتديه المعالج أصبح يواكب العصر إلا في حالات نادرة نجد المعالج الشعبي يرتدي الزي التقليدي، ويؤكد أفراد العينة على أن المعالج الشعبي في منطقة الزيبان يصنف إلى أنواع؛ فهناك المعالج بالأعشاب، المعالج بالرقية، معالج الكسور، المعالج بالسحر والشعوذة من خلال الاستعانة بالجن والشياطين في عملياته العلاجية، ويضيف أحد أفراد العينة إلى أنه رغم الوعي الديني الذي وصل إليه مجتمع منطقة الزيبان، إلا أننا لازلنا نشهد استمرار الممارسات السحرية واعتقاد الكثيرين في فعاليتها خاصة إذا تحققت أهدافهم بعد زيارة الساحر أو المشعوذ، ولا يقتصر الأمر على غير المتعلمين بل يمتد ليشمل ذوي التعليم الجامعي وحتى فئة الأغنياء، كما أن زيارة الأولياء الصالحين وإقامة ما يعرف بـ "الزردة" لا يزال منتشرا في عدد من المناطق الجزائرية ومنطقة الزيبان أيضا؛ وإن كان ليس بنفس الدرجة التي كانت في السابق، غير أنه يظل الاهتمام والاعتقاد بها في تحقيق آمالهم وأحلامهم وشفاء أمراضهم وزيادة البركة في حياتهم، وغيرها من الاعتقادات.

وعليه نجد أن المعالج الشعبي في نظر أفراد العينة هو ذلك الشخص الذي يملك معرفة واسعة بالمواد الطبيعية المناسبة لكل مرض وكيفية تحضيرها وإعدادها للمريض بالشكل الذي يحقق له الشفاء.

وضمن هذا التصور الذي تعتقده عينة الدراسة القصديّة قادنا إلى طرح التساؤل التالي لنفس العينة كونها عالجت مرة أو أكثر لدى المعالج الشعبي: هل تفضل الوصفة التي يتم إعدادها من طرف المعالج الشعبي، أم أنك تفضل تحضير الوصفة بنفسك؟، فكان أغلب أفراد العينة يميلون إلى المقترح الثاني، حيث يفضل المريض إعداد الوصفة العلاجية بنفسه أو من قبل أحد أفراد عائلته، والسبب في ذلك أن الوصفات في أغلبها بسيطة وموادها متواجدة في الأسواق ومحلات الأعشاب من السهل تحضيرها، أما إذا تعلق الأمر بالوصفات التي قد لا تتوفر موادها في السوق أو محلات الأعشاب فيمكن تحضيرها من طرف المعالج الشعبي، فضلا على أن أغلب المعالجين الشعبيين لا يحضرون الوصفات بل يطلبون من المريض أو عائلته إعدادها.

كما قد يكون سبب تفضيل المريض أو عائلته إعداد الوصفة بأنفسهم لكي تكون لديهم خبرة على الأقل في الحالات المرضية التي عايشوها ومن ثم الحفاظ على التراث الشعبي من الزوال بفعل المدنية والتحضر، ومن ناحية ثانية كما أدلى بذلك أفراد العينة لسهولة تحضيرها وبساطة موادها، ناهيك على وجود فئة أخرى رغم ثقتها بقدرة وكفاءة المعالج الشعبي في تحقيق الشفاء إلا أنها لا تثق في الوصفات التي يحضرها خوفا من أنها تشمل على مواد يحرمها الشرع الحكيم، خاصة إذا علمنا أن بعض المعالجين بالأعشاب يستخدمون مواد أخرى مع الأعشاب تكون ذات صلة بالوصفات العلاجية السحرية.

وتبقى استشارة الجماعة المرجعية للمريض ممثلة في: كبار السن ومن لهم خبرة بالوصفات العلاجية الشعبية الركيزة الأساسية قبل تجريب أفراد العينة للوصفات المقدمة لهم من طرف المعالج الشعبي - أي قبل استعمالها في موضع الداء -، هذه الاستشارة تؤكد على أن الجماعة المرجعية تمثل الطبيب الأول أو المصدر الفعال في العملية العلاجية بطريقة غير مباشرة.

غير أننا ومن خلال مقابلاتنا العرضية لأحد المعالجين الشعبيين وجدناه يؤكد على أن الوصفة العلاجية من الضروري تحضيرها من قبل المعالج الشعبي خاصة ما تعلق منها ببعض الأمراض كالسكري أو العقم وغيرها، وذلك انطلاقا من العلاج بالأعشاب يعتمد على أسس وضوابط طبية ولا يتم بشكل عشوائي، وأن علاج نفس الحالات المرضية بنفس الوصفة قد يؤدي بحياة المريض إلى التهلكة،

ومن ثم نجد المعالج الشعبي يعتمد في وصفاته العلاجية على رؤية المريض أولاً ومعرفة الأعراض المرضية وأسبابها وموضعها ثم وصف العلاج الذي قد يتحقق بزيارة وحدة للمعالج الشعبي أو بمرات متعددة حتى يتحقق الشفاء.

فالمعالج الشعبي يعتمد في وصفاته التي يقدمها لمرضاه وزائريه على الأخلاط والأمزجة الموجودة في جسم الإنسان والتي منها السوداوي والصفراوي وغيرها، فضلا على اعتماده على طبائع النباتات والممثلة في الحار-البارد، والرطب-اليابس، إلخ، وكذا اعتماده على مكونات الجسم من تراب وماء ونار وهواء - وقد تم ذكرها في الفصول النظرية بشيء من التفصيل-، هذه العناصر السالفة الذكر التي يعتمد عليها المعالج الشعبي في وصف الدواء المناسب للمريض، وعليه يؤكد هذا المعالج على أن بعض الحالات من الضروري أن يحضر فيها المعالج الشعبي الوصفة بنفسه وأن يلزم المريض باستعمالها في مواعيد مضبوطة لكي يتحقق الشفاء، أما إذا حضر المريض أو أهله الوصفة بأنفسهم فلا محالة سيحدث الخطأ في الكمية أو في اقتناء الأعشاب.

معالجة البند التاسع والخاص بالتسميات التي يطلقها أفراد العينة على المعالج الشعبي:

هذا البند اشتمل على مقترحات ثلاث، تمحور المقترح الثالث والثلاثون على تسمية المعالج الشعبي "الطبيب الشعبي"، في حين تضمن المقترح الرابع والثلاثون مسمى "المعالج التقليدي"، أما المقترح الخامس والثلاثون كان حول مسمى "الساحر"، وقد طرحنا هذه التسميات الثلاث دون غيرها بالاستناد إلى ما توصلنا إليه من خلال المقابلات العرضية بداية إنجاز هذا البحث، وذلك من خلال حديثنا مع أفراد المجتمع ومن مستويات عدة حول موضوع الطب الشعبي والمعالج الشعبي، فكان في كل مرة يطلق هؤلاء تسميات عديدة فمرة نجدهم يطلقون عليه الطبيب الشعبي وهناك من يطلق عليهم السحرة أو المشعوذين وهؤلاء تقريبا هم من الفئة المعارضة تماما للطب الشعبي وذلك انطلاقا من أن الطب الشعبي طب متخلف وغير نافع، وهذا ما دفعنا لمعرفة أي التسميات التي ستحصل على الدرجة الأكبر حسب تصور المجتمع الجزائري.

جدول رقم (23) يوضح التسميات التي يطلقها أفراد العينة على المعالج الشعبي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%		ك ₂		الإحصائيات المقترحات
		نعم	لا	نعم	لا	
0.435	1.75	74.8	25.2	172	58	المقترح 33
0.500	1.53	53.0	47.0	122	108	المقترح 34
0.289	1.09	9.1	90.9	21	209	المقترح 35

الملاحظ للجدول يجد أن النسبة الأكبر تحصل عليها المقترح ثلاثة وثلاثون وهي نسبة عالية جدا فأغلب أفراد العينة يرون أن المعالج الشعبي هو الطبيب الشعبي؛ كونه يساهم في تحقيق الشفاء لمرضاه وتقديم النصح والإرشاد لزمائره ومن ثم فهو يقوم مقام الطبيب الأكاديمي، ليأتي في المرتبة الثانية المقترح الرابع والثلاثون، وأخيرا المقترح الخامس والثلاثون والذي تحصل على نسبة ضئيلة جدا قدرت بـ 9.1% وهي الفئة المضادة للطب الشعبي ووجوده في البناء الثقافي في إطار التطور التكنولوجي الذي عرفه الميدان الصحي، حيث تعارض هذه الفئة الدور الذي يؤديه الطب الشعبي في البناء الاجتماعي واصفة إياه بطب السحرة والدجالين ومن ثم طب التخلف، ونحن من خلال دراستنا هذه نؤكد الدور الفعال الذي حققه الطب الشعبي في الميدان الصحي من خلال إيجاد علاجات جمة لكثير من الأمراض وهذا انطلاقا من تجربتي الشخصية كوني قد عالجت لدى الطبيب الشعبي الذي ساهم في التجبير السليم بعد التواء الكاحل بخلاف التجبير الخاطئ الذي حصل بعلاجي في المستشفى، وهذه عينة فقط من عدد من العلاجات الشعبية التي ثبتت فعاليتها، غير أننا في هذا المقام لا ننكر وجود سلبيات في الطب الشعبي ومن ثم نكون حريصين في توجيهنا للعلاج بالطب والشعبي وكذا حريصين في اختيارنا للمعالج الشعبي.

وعن الفروق في المتغيرات الديموغرافية فيمكن القول أننا لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير الجنس وتسمية المعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,712، 0,811، 0,236، ودرجة معنوية قدرت بـ: 0,192، 0,369، 0,628، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

أيضا لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير السن وتسمية المعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,557، 2,638، 0,530، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,644، 0,050، 0,662، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، ونفس النتيجة حيث لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير المستوى التعليمي وتسمية المعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,310، 515,0، 1,787، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,261، 0,765، 0,116 وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

وعن متغير المهنة لم نتوصل إلى فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير المهنة وتسمية المعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,369، 1,711، 1,790، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,246، 0,148، 0,132 وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وكذا الأمر بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية حيث لم نتوصل إلى فروق ذات دلالة إحصائية حول تسمية المعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,921، 1,130، 0,613، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,127، 0,338، 0,607 وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، ونفس النتيجة في متغير الموطن الأصلي إذ لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية حول تسمية المعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 6,833، 5,705، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,010، 0,018 وهي قيم دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما المقترح (33) فلم نجد فيه فروق حيث قدرت قيمة F 2,275 وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,133 وهي غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أيضا بالنسبة لمتغير الدخل لم نتوصل إلى فروق ذات دلالة إحصائية حول تسمية المعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,503، 0,894، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,605، 0,411 وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما الفرق فقد وجد في المقترح (35) حيث بلغت قيمة F 3,566، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,030 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

معالجة البند العاشر والخاص بالمكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه:

وقد اشتمل هذا البند على خمس مقترحات، المقترح (40) مضمونه أن المعالج الشعبي يعالج مرضاه في منزله الخاص، أما المقترح (41) فمؤداه أن المعالج الشعبي يعالج مرضاه في الأسواق، وعن المقترح (42) فكان مضمونه أن المعالج الشعبي يعالج مرضاه في محل خصه لذلك، أما المقترح (43) فكان مؤداه أن المعالج الشعبي يعالج مرضاه في منزله الخاص، ليأتي المقترح (44) عن معالجة المعالج الشعبي لمرضاه في محل الأعشاب، فكانت النتائج الرقمية موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (24) يوضح المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%		ك ²		الإحصائيات المقترحات
		نعم	لا	نعم	لا	
0.492	1.60	59.6	40.4	137	93	المقترح 40
0.433	1.25	24.8	75.2	57	173	المقترح 41
0.492	1.60	59.6	40.4	137	93	المقترح 42
0.500	1.47	47.4	52.6	109	121	المقترح 43
0.500	1.47	47.0	53.0	108	122	المقترح 44

في هذا البند وباستخدام الجداول التكرارية توصلنا الى أن المقترح الأول الذي نال الأغلبية من قبل أفراد العينة هو المقترح (40) و (42)، وعليه فالنواة المركزية انحصرت في المقترحين بنسبة 59,6% أي بمتوسط حسابي قدره 1,60، ومن ثم فأغلب أفراد العينة يرون أن المعالج الشعبي يعالج مرضاه في محلين، المحل الأول منزله الخاص وهذا ما نجده في منطقة الزيبان بشكل كبير، والمكان الآخر قد يكون في محل خصه لذلك كأن يكون عيادة طبية مثلما الحال في العيادات الخاصة بالحجامة في منطقة الزيبان، لتأتي في المرتبة الثانية المقترح (43) والذي مؤداه أن المعالج الشعبي يعالج مرضاه في منزل المريض، والمقترح (44) الخاص بالعلاج في محل الأعشاب الخاص بالمعالج الشعبي وذلك بنسبة قدرت بـ: 47,4% وبمتوسط حسابي قدره 1,47، أما المرتبة الثالثة أي الأخيرة

في الترتيب فكانت من نصيب المقترح (41) والخاص بكون المعالج الشعبي يعالج مرضاه في الأسواق وعلى حد تعبير أفراد العينة أن هذا النوع قلما نجده في منطقة الزيبان وكان ذلك بنسبة قدرت بـ: 24,8% أي بمتوسط حسابي قدره 1,25. وعن الفروق بين المتغيرات الديموغرافية حول هذا البند فقد توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس والمكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه، وكان ذلك واضحا في المقترحات التالية، المقترح (40)، (42) و(44)، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,152، 0,026، 0,034، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,697، 0,873، 0,854، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وفيما يخص الفروق فقد وجدت في كل من المقترح الثاني والرابع أين قدرت قيمة F على التوالي بـ: 5,177، 13,715، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,024، 0,000، وهي قيم دالة عند مستوى الدلالة 0,05، كما توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير السن والمكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,498، 1,550، 0,648، 0,251، 0,368، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,684، 0,202، 0,585، 0,861، 0,776، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، ونفس النتيجة توصلنا إليها في عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المستوى التعليمي والمكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,206، 0,558، 1,087، 0,336، 0,772، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,960، 0,732، 0,369، 0,891، 0,571، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

في حين وجد فرق واحد فقط بين متغير المهنة والمكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي وذلك في المقترح (43)، حيث بلغت قيمة F 4,524 وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,002، وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05، في حين لم نتوصل إلى فروق مع بقية المقترحات، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,710، 0,696، 0,138، 0,164، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، فضلا عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الحالة الاجتماعية والمكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,633، 1,074، 0,251،

0,009، 1,544، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,595، 0,361، 0,861، 0,999، 0,204، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

كذلك في متغير الموطن الأصلي لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية بينه وبين المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 2,016، 1,159، 1,026، 0,001، 0,164، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,157، 0,283، 0,312، 0,978، 0,686، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، غير أنه وجد فرق واحد في المقترح (40) بين متغير الدخل والمكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F 3,349، كما قدرت درجة المعنوية بـ 0,037، وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05، بينما لم نلاحظ أية فروق تذكر في المقترحات المتبقية حيث قدرت قيمة F على التوالي: 0,185، 0,481، 0,608، 1,302، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0,831، 0,619، 0,545، 0,274، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05.

وفيما تعلق بالعينة القصدية فإننا لم نلاحظ فروق تذكر حيث أن أغلبية إجابات المبحوثين أكدت على أن حالة المريض هي التي تتحكم في المكان الذي سيتم فيه العلاج، ومنه إذا كان المريض في حالة خطرة ولا يمكنه التنقل والذهاب حيث يتواجد المعالج الشعبي فهنا يتحتم على المعالج الشعبي أن يزور المريض في منزله، أما إذا كانت الحالة تستدعي الذهاب به إلى منزل المعالج أو المحل المخصص للعلاج فيكون ذلك، وفيما يخص المعالجة في الأسواق فإن أفراد العينة ترى أنها نادرة ولا تتم إلا في الحالات المرضية البسيطة كالزكام أو الحمى وغيرها، ذلك أن الأمراض التي تشكل جانبا حساسا لدى المريض والمجتمع لا يمكن معالجتها أمام الملاء كما أدلى بذلك أحد أفراد العينة وإنما تتم في سرية تامة.

ثانياً: عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

ونشير هنا إلى أن هذا المحور قد تضمن بندين، البند الأول وخصص للحديث عن أسباب لجوء الناس للعلاج بالممارسات الطبية الشعبية والذي تمن المقترحات التالية:

(11,12,13,14,15,16,17,18,19,19)، في حين اشتمل البند الثاني اسباب لجوء الناس للعلاج لدى المعالجين الشعبيين، والذي اشتمل على المقترحات التالية: (36، 37، 38، 39).

1- عرض وتحليل أسباب لجوء أفراد العينة للعلاج بالطب الشعبي:

جدول رقم (25) يوضح أسباب اللجوء للعلاج بالممارسات الطبية الشعبية

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%		ك ²		الإحصائيات المقترحات
		نعم	لا	نعم	لا	
0.497	1.43	43.5	56.5	100	130	المقترح 11
0.488	1.61	61.3	38.7	141	89	المقترح 12
0.498	1.44	44.3	55.7	102	128	المقترح 13
0.487	1.38	38.3	61.7	88	142	المقترح 14
0.416	1.78	77.8	22.2	179	51	المقترح 15
0.438	1.26	25.7	74.3	59	171	المقترح 16
0.427	1.24	23.9	76.1	55	175	المقترح 17
0.473	1.33	33.5	66.5	77	153	المقترح 18
0.445	1.73	73.0	27.0	168	62	المقترح 19

من حيث الجنس اتضح لنا عبر جداول الانوفا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس وأسباب لجوء الناس للعلاج بالطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي 1,043، 1,270، 0,000، 0,234، 0,032، 2,580، 0,017، ودرجة معنوية قدرت بـ 0,308، 0,261، 0,994، 0,629، 0,859، 0,110، 0,895، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، فكل من الجنسين يتصور أن هذه هي الأسباب التي قد تدفع بالناس الى اللجوء الى العلاج بالطب الشعبي، وهذا ما أكدته الشواهد الواقعية فكلها اسباب منطقية تشجع المريض للجوء الى هذا النوع من العلاج، فكل الجنسين لهما نفس المنطق فأجابتهم كانت متقاربة الى حد ما بين الذكور والإناث، ولم نلاحظ الاختلاف في الإجابة إلا في الاقتراح التاسع عشر الذي يرجع سبب لجوء أفراد المجتمع للعلاج بالطب الشعبي بسبب يئس المريض من الشفاء، حيث وجدنا فروق ذات دلالة

إحصائية حيث قدرت قيمة F بـ 8,266 وبدرجة معنوية قدرت بـ 0,004 وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05، أين وجدنا الإناث هن من يؤيدن هذا السبب ويرون أن عدم شفاء المريض مما يعانيه من أمراض من خلال استخدام الأدوية الطبية الكيماوية، واستخدام العمليات الجراحية وغيرها سبب كافي في لجوء الناس اليوم للعلاج الشعبي ومن ثم تغيير الوجهة للعلاج بالأعشاب الطبية وغيرها من موجودات الطبيعة واستخدام الطب النبوي في العلاج أيضا.

ونستخلص من هذا البند أن جل أفراد العينة بنسبة 77,8% تؤكد أن أهم سبب يلجأ فيه الناس للعلاج بالطب الشعبي هو السبب 15 والمتمثل في أن الطب الشعبي يعتمد على مواد طبيعية من السهل على المريض الحصول عليها وتحضيرها بنفسه، وكانت قيمة درجة المعنوية في هذا السبب لدى الجنسين 0,629، مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ومن ثم فعلاقة الجنس بالأسباب المؤدية للعلاج بالطب الشعبي علاقة ضعيفة، فمع انتشار الوعي الصحي والتربية الصحية لدى أفراد المجتمع من خلال حملات التوعية فضلا عن الدور الذي تلعبه وسائل الإعلام، كما لا ننسى تمسك المجتمع بالموروث الثقافي وبخاصة ما تعلق منه بالطب النبوي باعتباره يؤدي وظيفة في المجتمع، وكلها عوامل ساعدت على أن لا تكون هناك فوارق بين الجنسين حول هذا البند وأن المجتمع يلجأ دائما الى ما هو أسهل وأسرع في التأثير وهذا ما أكدته لنا المقابلات التي أجريناها في الدراسة الاستطلاعية حيث أكد لنا الكثير من الناس أن سهولة تحضير المادة العشبية والحصول على تأثير ايجابي سريع هو الذي شجع أفراد المجتمع على الاهتمام بالعلاج بالطب الشعبي، فضلا عن الأسباب الأخرى التي ذكرت أنفا كتنقص التأطير الطبي حيث يؤكد جل المبحوثين أن التأطير الطبي في منطقة الزيبان لا يزال يعاني من العجز والنفص في بعض التخصصات، كما أن للأخطاء الطبية دور بارز في هذا الشأن.

أما بالنسبة لمتغير السن فالملاحظ لجدول الانوفا نجد أن الفرق في إجابات المبحوثين يظهر في الاقتراح الحادي عشر والسابع عشر، حيث توصلنا من الدراسة الميدانية الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية للأسباب المؤدية للعلاج بالطب الشعبي حسب متغير السن حيث بلغت قيمة F 2,700 و 2,809 وبدرجة معنوية قدرت بـ 0,046 و 0,40 وهي قيم ليست عالية حيث ظهر الفرق واضحا أثناء مقارنة المتعدد بين فئة الأعمار من (20 الى 30) سنة بنظيرتها من (31 الى 40) سنة، حيث

وصل الاختلاف في المتوسطات الى قيمة 0,186 وبدرجة معنوية قدرت بـ 0,016 - في الاقتراح الحادي عشر - وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05 وهي إذن قيمة عالية جدا تؤكد وجود علاقة قوية بين متغير السن للفئتين وسبب لجوء الناس للعلاج بالطب الشعبي بسبب التكلفة المرتفعة للطب الرسمي، فعلى الرغم من تقارب السن بين الفئتين العمريتين إلا أننا وجدنا اختلافا في تصوراتهم وميل الفئة العمرية من (30 الى 41) سنة الى التأكيد على أن هذا السبب جدير بأن يكون فاعلا في حث الأفراد على العلاج بالطب الشعبي، في حين ترى الفئة العمرية من (20 الى 30) سنة أنه لا يعد سببا فاعلا في ذلك، أما مع بقية الأعمار فلم نتوصل الى فروق تذكر.

وفيما يخص المقترحات الأخرى فلم نجد فروق تذكر بين الفئات العمرية حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,065، 0,709، 1,347، 1,269، 0,663، 0,573، وبدرجة معنوية قدرت بـ 0,365، 0,547، 0,260، 0,286، 0,576، 0,633، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وهذا يعني أن علاقة السن بالأسباب المؤدية للعلاج بالطب الشعبي ضعيفة وان السن لا يؤثر في تصورات الناس حول أي الأسباب الفاعلة في لجوئهم للعلاج الشعبي، حيث توصلنا الى أن تصوراتهم مقارنة الى حد ما على عكس ما نتصوره من أن كبار السن ستكون لهم نظرة مختلفة تماما عن الشباب، كأن تكون الفئة الأولى والتي تفوق أعمارهم 40 سنة يتصورون أن الأسباب التقليدية كأن تكون سرعة تأثير الطب الشعبي في العملية العلاجية أو سهولة تحضير المواد الطبيعية المساعدة على العلاج، غير أننا وجدنا حتى صغار السن يتصورون في أن الأسباب التقليدية هي التي تدفع الناس للعلاج الشعبي، وهذا ما توصلنا إليه من خلال السبب الذي اتفق عليه أغلب أفراد العينة كبارا وصغارا في أنه السبب الذي يسمح لكثير من الناس في اعتماد الطب الشعبي كبديل على الطب الرسمي لأنه يعتمد على مواد طبيعية من السهل على المريض الحصول عليها وتحضيرها بنفسه وتجربتها، فهي إذا لم تنفع لا تضر حسب رأيه، غير أننا ورغم النتيجة العامة التي توصلنا إليها في عدم وجود فروق إحصائية إلا أن الاختلاف وإن كان بسيطا قد ظهر أثناء مقارنة المتعدد في الاقتراح 15 الخامس عشر بين الفئة العمرية من (31 الى 40) سنة و 51 سنة فما فوق حيث بلغت قيمة sig 0,047 والاختلاف بين المتوسطات بلغ 0,192 وهي قيمة ضعيفة وليست قوية، فالاختلاف هنا كان بسيطا بين الفئتين العمريتين وهذا يدل على أن متغير العمر يؤثر ولو بشكل بسيط على تصوراتنا.

أما من حيث المستوى التعليمي فيتضح من الجدول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول أسباب لجوء الناس للطب الشعبي حسب متغير المستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة $F_{1,811}$ ، 1,166، 1,419، 0,809، 0,133، 0,328، 1,328، 0,510، 0,625، وبدرجة معنوية قدرت بـ 0,112، 0,327، 0,218، 0,545، 0,985، 0,253، 0,769، 0,681، وهي قيم غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 وهذا يدل على أن العلاقة بين المستوى التعليمي والأسباب علاقة ضعيفة جدا، إذ كل المستويات التعليمية لها نفس التصور تقريبا حتى وإن كان هناك اختلاف فهو اختلاف بسيط جدا وقد وصلنا الى بعض الفروق البسيطة أثناء مقارنة المتعدد نذكر بعضها والتي وجدت على مستوى الاقتراح رقم إحدى عشر بين المستوى الابتدائي والتعليم القرآني حيث بلغت قيمة $sig_{0,049}$ ، وبين المستوى الجامعي والقرآني حيث بلغت قيمة $sig_{0,014}$ ، وفي الاقتراح الثاني عشر ظهر الفرق أثناء مقارنة مستوى يقرأ ويكتب بالابتدائي حيث بلغت قيمة $sig_{0,028}$ وبين الابتدائي والجامعي حيث بلغت قيمة $sig_{0,031}$.

فالمستوى التعليمي من شأنه أن يؤثر في تصوراتنا فإذا كان أصحاب المستوى الجامعي يرون في أن عدم توفر المؤسسة الصحية على التجهيزات اللازمة ونقص في التأطير الطبي دليل على لجوء الناس الى الطب الشعبي، فإننا نجد في مستوى آخر من يرى في خطورة الأدوية الكيماوية وما تخلفه من مضاعفات خطيرة على المريض سببا في تبني الطب الشعبي كبديل عن الطب الحديث فلكل مستوى نظرتة وتوجهه، فحسب تصورنا أنه كلما كانت الأسباب منطقية في لجوء الناس للعلاج الشعبي والعكس صحيح، غير أننا وجدنا أن كل المستويات لها تصور واحد متمثل في أن سهولة استخدام المواد الطبيعية هو ما يحفز الناس على العلاج الشعبي سواء كانوا ذوي مستويات تعليمية عالية أو متدنية، حيث نجد أصحاب المستوى التعليمي العالي يؤيدون العلاج بالطب الشعبي حتى مع عدم وجود الأخطاء الطبية أو النقص في التأطير الطبي، فكما أن العالم المتقدم توجه الى استخدام العلاج بالأعشاب والإبر الصينية والحجامة وغيرها رغم التطور التكنولوجي الذي يشهده المجال الصحي واستخدام أرقى التقنيات للعلاج فبدورنا نحن كعالم ثالث يعتبر الطب الشعبي جزءا من تراثنا وقد تم تجريبه والاستفادة منه خاصة مع سهولة الحصول على موارده وسهولة تحضيرها ناهيك عن التأثير السريع والفعال.

أما من حيث المهنة فقد تبادر الى ذهننا أثناء طرح هذا السؤال وربطه بمتغير المهنة بأننا سنصل الى نتيجة مؤداها أن نوع العمل الذي يشغله الفرد هو الذي يحدد توجهه للعلاج إما التقليدي أو الحديث، وأنه كلما كان الفرد يشغل مهنة بسيطة كلما لجأ الى العلاج بالطب الشعبي وأما إذا كان يشغل مهنة جيدة ويحقق دخلاً مرتفعاً سيلجأ حتماً الى العلاج بأحدث التقنيات المتطورة في المجال الصحي حتى يحقق الوقاية والعلاج معاً، غير أن دراستنا الحالية أثبتت أن المهنة ليست لها علاقة بالأسباب التي تدفع الناس للعلاج الشعبي، حيث توصلنا الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المهنة والأسباب حيث بلغت قيمة F على التوالي 0,725، 0,104، 0,338، 0,988، 1,061، 2,223، 2,402، وبدرجة معنوية قدرت بـ 0,576، 0,981، 0,852، 0,415، 0,377، 0,067، 0,051، وهي قيم غير دالة عند مستوى دلالة 0,05 فالعلاقة بين المتغيرين ضعيفة.

فالشواهد الواقعية تذهب الى أن هناك من أفراد المجتمع من لهم مهن بسيطة لكنهم يفضلون العلاج بالطب الرسمي على الرغم من عدم نجاعته أحياناً، ذلك لأنهم يملكون قناعة في أن الطب الرسمي هو الطب الكفيل بتحقيق العلاج، فالتنشئة الاجتماعية لعبت دوراً بارزاً في ذلك في حين نجد أفراد آخرين من لهم مهن جيدة لكنهم يفضلون استخدام الأعشاب بل حتى اللجوء الى السحرة والدجالين لتحقيق العلاج لمرضاهم كونهم يؤمنون بأن الطب الشعبي له فائدته وقد جرب منذ أزمان بعيدة كما قد يكون أحد من أهليهم فقد جرب العلاج به ونفع فالتنشئة الاجتماعية هي التي تحدد المسار العلاجي للأسرة، بل يمكن القول أن المرأة هي التي تؤثر في هذا المجال، وفيما يخص عدم وجود فروق في هذا البند فيرجع كما قلنا سابقاً الى درجة الوعي التي أصبحت سائدة في مجتمعنا كما أن الاتصال بين الريف والحضر وتأثير وسائل الإعلام والتنشئة أيضاً كلها عوامل ساهمت في إذابة الفوارق الاجتماعية وتجعل التفكير يكاد يكون واحداً، ورغم ذلك إلا أننا لاحظنا بعض الفروق البسيطة والتي ظهرت أثناء مقارنة المتعدد بين المهن التالية: (المهن الحرة والبطالين حيث بلغت قيم sig 0,009، وبين المهن الحرة والإطارات حيث بلغت قيمة sig 0,029، وبين المهن الحرة وأخرى تذكر بلغت قيمة sig 0,030) هذا عن الاقتراح الثامن عشر، أما ما تعلق بالاقتراح التاسع عشر فقد وجدت الفروق أثناء

مقارنة المتعدد بين المهن التالية: (المهن الحرة والإطارات وربة البيت والبطال وأخرى تذكر على التوالي: 0,029، 0,008، 0,019، 0,072).

وعن الحالة الاجتماعية فتوصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الحالة الاجتماعية والأسباب الدافعة إلى اللجوء للعلاج بالطب الشعبي حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,469، 0,182، 0,918، 0,652، 0,132، 1,597، 0,954، 0,616 وبدرجة معنوية قدرت بـ 0,224، 0,909، 0,433، 0,583، 0,941، 0,191، 0,415، 0,605، وهي بذلك قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وهذا يعني أن علاقة هذا المتغير بالأسباب علاقة ضعيفة، وأن الحالة الاجتماعية لا تؤثر على تصورات الناس، فكون الفرد متزوج أو أعزب أو مطلق أو أرمل لا يعني الاختلاف في التصور فأغلب أفراد العينة يرون أن الأسباب المقترحة في الاستمارة لها دور كبير في لجوء الناس للعلاج الشعبي فقد يلجأ البعض إلى هذا العلاج بسبب نقص التأطير الطبي أو بسبب خطورة ومضاعفة الأدوية الكيماوية.

لكن رغم الاتفاق بين أفراد العينة في تصوراتهم إلا أننا وجدنا الفرق قد ظهر أثناء مقارنة المتعدد بين فئة المتزوجين والعزاب في الاقتراح الثاني عشر حيث قدر الاختلاف بين المتوسطات بـ 0,1317 وبدرجة معنوية قدرت بـ 0,047 وهي قيمة ضعيفة جدا تؤكد أن الحالة الاجتماعية لا تؤثر بشكل فعال في تصوراتنا إزاء قضايا الصحة والمرض وهذا راجع كما أسلفنا الذكر إلى ارتفاع مستوى درجة الوعي لدى أفراد المجتمع، ففيما سبق كنا نلاحظ اختلافا في التصورات بين فئة الأرامل والمطلقين والعزاب والمتزوجين لكون ظروف كل منهم تختلف عن بعضها البعض، فعلى سبيل المثال ظروف المطلقة تحتم عليها الاهتمام بكل ما هو غيبي نظرا للحالة النفسية التي تمر بها والتي تؤكد لها دائما أن حالتها هذه سببها العين الشريرة أو السحر وعليه نجدها دائما تبحث في دفع الضرر عنها باللجوء إلى العلاج بالغيبيات وأن حالتها هذه لا يصلح معها العلاج بالطب الرسمي أو الحديث، ومن ثم فإن أول وأهم سبب قد يؤثر في المطلقة وبحثها عن العلاج بالطب الشعبي هو كون الطب الشعبي كفيل بعلاجها ولا يصلح معها الطب الحديث، ونفس الشيء للأرامل كما أنه في السابق كان التصور السائد لدى المتزوجين هو استخدام كل ما جادت به الطبيعة من أعشاب ومواد حيوانية لعلاج أطفالها الذين يتعرضون في كل مرة لنوع معين من الأمراض وعليه يكون اهتمامها أكبر بصحة أطفالها وتجريب

الطب الشعبي أولاً خاصة مع انعدام العناية الصحية المتطورة التي يشهدها العالم اليوم، وبإجراء بعض المقابلات مع بعض النساء أكد أن في الماضي وجدت بعض الأمراض لم يجد لها الطب الرسمي علاجاً مثلما هو الحال الآن مما يضطرهن لاستخدام المواد الطبيعية خيفة فقدان أبنائهن مما يحتم عليهن الاعتقاد بأهمية الطب الشعبي من خلال زيارة المعالجين الشعبيين وزيارة السحرة أو الأولياء الصالحين وتقديم النذور ومن ثم يكون السبب الدافع للجوء للعلاج الشعبي هو عدم تمكن الطب الحديث من العملية العلاجية، كما يكون السبب أيضاً في بعد المؤسسة الصحية عن سكن المريض، وعليه نجد الاختلاف واضحاً بين فئة المتزوجين والعزاب، أما في وقتنا الحالي لم تعد هذه هي الأسباب حسب رأيهن بل السبب الرئيس يكمن في سهولة الحصول على المواد الطبيعية وسهولة تحضيرها، ووجود بعض الأمراض التي ينفع معها العلاج بالطب الشعبي وأخرى ينفع معها العلاج بالطب الرسمي وهذا هو التصور السائد في أوساط المجتمع لدى كل الفئات وبمختلف الأعمار والمستويات التعليمية، إن هذه المتغيرات لم تعد تؤثر على تصوراتنا بقدر تأثير وسائل الإعلام وما تبثه من برامج تؤكد أهمية وفعالية العلاج الشعبي، وفضول الناس في التجريب فهي كما يقولون إذا لم تنفع لا تضر وعليه نجد كل أفراد العينة يؤكدون على أن هذه الأسباب كلها تدفع الفرد للجوء للعلاج الشعبي غير أن السبب الرئيس يكمن في كون سهولة الحصول على المواد الطبيعية مع سهولة تحضيرها.

وعن الموطن الأصلي فنفس الشيء يقال في هذا المتغير حيث لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول أسباب لجوء الناس للطب الشعبي حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,197، 0,240، 0,378، 1,262، 0,787، 0,212، 0,392، 0,584، 0,035، وبدرجة معنوية بلغت قيمها كالتالي: 0,658، 0,625، 0,539، 0,263، 0,376، 0,645، 0,123، 0,446، 0,852، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وعليه نستنتج أن العلاقة بين الموطن الأصلي وأسباب لجوء الناس إلى العلاج بالطب الشعبي ضعيفة جداً وهذا ما وضحته درجات المعنوية حيث كانت قيمها عالية جداً، فالموطن الأصلي سواء كان ريفاً أو حضر لا يؤثر في تصوراتنا إزاء مسائل عديدة والتي منها الصحة والمرض، خاصة بعد غياب الفوارق الاجتماعية وانتشار التعليم والوعي الصحي وتوفر المؤسسات الصحية في كل منهما، الأمر الذي حدا بأفراد العينة

أن يتفقوا على أن هذه الأسباب جميعها لا تؤثر في لجوئهم للعلاج الشعبي، غير أن السبب الرئيس حسب متغير الموطن الأصلي والدافع للعلاج بالطب الشعبي متمثل في سهولة الحصول على المواد العلاجية وسهولة تحضيرها.

أما في متغير الدخل فقد افترضنا أنه كلما كان الدخل ضعيفا كلما شجع أفراد المجتمع على استخدام العلاج الطبيعي الشعبي كونه أقل تكلفة من الطب الحديث الذي يتطلب في أحيان كثيرة إجراء عمليات جراحية والتي تتطلب تكاليف باهظة، وأنه كلما كان الدخل عالي كلما توجه الفرد للعلاج بالطب الرسمي والزيارة الدورية للطبيب الأكاديمي بهدف الوقاية والعناية بالصحة، غير أن الشواهد الواقعية والتي أثبتتها دراستنا أكدت العكس حيث لم نلاحظ الفروق حسب هذا المتغير إلا في الاقتراح الثالث عشر والذي مؤداه أن الخوف من الأخطاء الطبية هو الذي يدفع الناس للعلاج بالطب الشعبي حيث بلغت قيمة $F_{3,850}$ وبدرجة معنوية بلغت قيمتها $0,023$ وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة $0,05$ ، حيث توضح الفرق أثناء مقارنة المتعدد بين أصحاب الدخل الضعيف والجيد أين بلغت درجة الاختلاف بين المتوسطات $0,006$ وهي دالة عند مستوى الدلالة $0,05$ ونؤكد أنها قيمة كبيرة جدا وهذا يؤكد أن الدخل يؤثر في تصوراتنا، فأفراد العينة تعتقد في أن الناس تلجأ إلى العلاج الشعبي نظرا لارتفاع تكلفة الطب الرسمي فالفرد ذو الدخل الضعيف يعجز عن توفير متطلبات الأسرة وخاصة ما تعلق منها بالدواء نظرا لتعدد الحياة الاجتماعية وصعوبتها والاحتياجات التي تتطلبها الأسرة بين الفينة والأخرى، وهذا ما جعل هذه الفئة في الاقتراح الثالث تؤكد أن سبب لجوء ذوي الدخل الضعيف للعلاج الشعبي لا يكمن في الأخطاء الطبية ومن ثم خطورة الطب الرسمي كما ذهب لذلك ذوي الدخل المرتفع بل أن السبب الرئيس يكمن في ارتفاع تكلفة الطب الرسمي وما يتطلبه من زيارات دورية خاصة إذا كان الشخص مصاب بمرض ما، وما تتطلبه من مصاريف العلاج والذي يثقل كاهل هؤلاء مما يضطرهم إلى اللجوء إلى العلاج الشعبي والذي يعتبر مقارنة بالرسمي أقل تكلفة وقد يقضي نوع العلاج على المرض كلية.

غير أنه في الاقتراحات الأخرى لم نلاحظ أية فروق تذكر وهذا ما يؤكد أن العلاقة بين الدخل والأسباب علاقة ضعيفة جدا، حيث أننا وأثناء مقارنة المتعدد لم نجد فروقا تذكر وخاصة في المقترح الخامس عشر والذي حصل على أكبر نسبة كما أسلفنا الذكر، وبالفعل فمن خلال المقابلات التي

أجربناها توصلنا إلى أن الناس تلجأ للعلاج الشعبي لاعتماده على مواد طبيعية من السهل على المريض الحصول عليها وتحضيرها بنفسه، فحتى وإن لم تكن هناك أخطاء طبية وعلى الرغم من التطور التكنولوجي في ميدان الصحة إلا أن الناس تميل إلى التجريب والحصول على النتيجة الأسرع فضلا عن العوامل السابقة فهي بدورها عوامل عززت من أهمية العلاج الشعبي في الوقت الراهن وخاصة العلاج بالأعشاب نظرا لتأكيد أهميته في السنة النبوية الشريفة.

أما ما تعلق بالعينة القصدية في هذا البند فقد توصلنا إلى أن أغلب أفراد العينة أكدوا على أن الأسباب متعددة ولا يمكن حصرها في سبب واحد فقط، بل نجدها متكاملة مع بعضها البعض وتتأثر بحسب الظروف الاجتماعية والاقتصادية وحتى النفسية للمريض وعائلته، غير أنه يمكن ترتيبها من السبب الأكثر أهمية إلى الأقل أهمية، وعليه كان الترتيب الأول والذي أكد عليه أفراد العينة هو اليأس من الشفاء بالطب الحديث في حين نجد أن هذا السبب قد تصدر المرتبة الثانية في العينة العرضية، ويبقى أن نشير إلى وجود تقارب بين العينتين حول هذا السبب خاصة إذا علمنا أن النسب بين السبب الأول والثاني في العينة العرضية متقاربة جدا أنظر الجدول أعلاه، ليأتي في المرتبة الثانية ارتفاع تكلفة الطب الرسمي خاصة إذا تعلق الأمر بإجراء عمليات جراحية أو فحوصات دورية، وهذا له علاقة بدخل الفرد، حيث أدلى أحد أفراد العينة بالقول "أنه كلما كان الدخل ضعيفا أو متوسطا فإنه لن يسمح بالعلاج بالطب الرسمي، وعليه يلجأ أغلب أصحاب الدخل الضعيف والمتوسط إلى طلب العلاج أولا من خلال الإطار الأسري والممثل في الأم والجدة وكبار السن، ثم التوجه إلى المعالج الشعبي، والسبب في ذلك التكلفة المرتفعة للأدوية".

كما يرى أفراد العينة أن الخوف من الأخطاء الطبية سبب كفيل في تحويل وجهة العلاج إلى العلاج الشعبي والمعالج الشعبي، فضلا عن المضاعفات الخطيرة التي تخلفها الأدوية الكيماوية، فيروي لنا أحد الأفراد أن الأخطاء الطبية كثيرة ومنها حالة ابنه الذي تعرض لكسر على مستوى الذراع حيث أخطأ الطبيب لمرتين متتاليتين في تجبير يده الأمر الذي جعل الأب يتوجه إلى معالج الكسور الموجود بمنطقته فأعاد تجبير يد الطفل بالشكل الصحيح وبعد فترة لا تتجاوز الأسبوعين شفي الطفل تماما، ليحتل المقترح الأول في العينة العرضية المرتبة الرابعة في العينة القصدية والخاص بسرعة تأثير العلاج الشعبي كما قال أحد أفراد العينة "العلاج الشعبي نتائجه سريعة على عكس الطب

الحديث"، وبضيف أفراد العينة إلى أن أحد الأسباب يكمن في قناعة أفراد المجتمع في تصنيفهم للأمراض إلى أمراض عضوية وأخرى غيبية، وعليه توجد أمراض يعالجها الطب الحديث كما توجد أمراض يعالجها الطب الشعبي بل يصل الأمر إلى قناعتهم بوجود أمراضا عضوية كالعقم مثلا سببها السحر والحسد والعين وعليه لا يمكن علاجها بالأدوية الكيماوية بل لا بد من علاجها لدى المعالج الشعبي وقد يكون في غالب الأحيان "الراقي" أو "الساحر".

وفي هذا السياق طرحنا على أفراد العينة القصدية سؤال مؤداه، هل تلجأ للعلاج لدى المعالج الشعبي مع بداية إصابتك بالمرض، أم بعد أن تستقل حالته الصحية وتصبح في حالة خطيرة؟

فكانت إجابة أفراد العينة تؤكد على المقترح الثاني، أي بعد أن يصل المريض إلى حالة خطيرة هنا فقط يلجأ للمعالج الشعبي خاصة بعد أن جرب فشل العلاج بالطب الرسمي، وكأن أفراد العينة تؤكد أن سبب عودة أفراد المجتمع للعلاج الشعبي هو فشل الطب الرسمي في إيجاد علاجات للأمراض لازالت متفشية إلى يومنا هذا، كما أن الأفراد الذين استجوبناهم قد أتوا للمعالج الشعبي طلبا للعلاج لأن تجربتهم في العلاج بالطب الرسمي لم تحقق أية نتيجة ايجابية.

إن فشل الطب الرسمي في تحقيق الشفاء للمرضى يجعل المريض وجماعته المرجعية يفكرون في البحث عن بدائل وحلول للشفاء، وهنا يستعين هؤلاء بالسؤال عن المعالجين الشعبيين ذوو الكفاءة المتواجدين على مستوى منطقة سكنهم أو حتى مناطق أخرى قد حققوا نجاحا في مثل هذه الحالة المرضية، ولعل أول من يلجأ إليهم لأخذ النصح والمشورة هم كبار السن وخاصة الذين جربوا العلاج بالطب الشعبي.

2- عرض وتحليل أسباب لجوء أفراد العينة للعلاج لدى المعالج الشعبي:

جدول رقم (26) يوضح أسباب لجوء أفراد العينة للعلاج لدى المعالجين الشعبيين

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	%		ك ²		الإحصائيات المقترحات
		نعم	لا	نعم	لا	
0.500	1.47	47.4	52.6	109	121	المقترح 36
0.493	1.59	58.7	41.3	135	95	المقترح 37
0.494	1.42	41.7	58.3	96	134	المقترح 38
0.447	1.73	72.6	27.4	167	63	المقترح 39

وقد تضمن هذا البند كما أسلفنا الذكر أربع مقترحات والتي تشمل الأسباب التي تدعو الناس إلى اللجوء إلى المعالج الشعبي، وقد توصلنا في الاقتراح السادس والثلاثون إلى أن أكثر من نصف أفراد العينة والمقدرة نسبتهم بـ 52,6% يرفضون كون الناس تلجأ للمعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجة المريض أو الزائر أي استخدامه اللغة اليومية، وهذا ما يعني أنه توجد أسباب أخرى فاعلة، كأن يكون المعالج محل ثقة بالنسبة لزواره كما في المقترح السابع والثلاثون، أو في المقترح الثامن والثلاثون والقاضي بلجوء الناس للمعالج الشعبي لأنه من نفس المنطقة، غير أننا ومن خلال الجداول التكرارية توصلنا إلى أن المقترح التاسع والثلاثون والخاص بقدرة المعالج الشعبي في علاج الأمراض المختلفة وفاعليته في تحقيق الشفاء هو المقترح الذي تحصل على أكبر نسبة موافقة من قبل العينة، حيث قدرت نسبته بـ 72,6% مقارنة بالمقترح السابع والثلاثون والذي قدرت نسبته بـ 58,7% والمقترح الثامن والثلاثون والمقدرة نسبته بـ 41,7%.

وفيما يخص المقترحات السالفة الذكر مع متغير الجنس فقد اتضح من الجدول عموماً بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين هذا المتغير وأسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي وذلك في المقترحات التالية: رقم (37، 38، 39) حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,206، 1,376، 1,556، وبدرجة معنوية بلغت القيم التالية: 0,651، 0,242، 0,214 وهي بذلك قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05 فكلى الجنسين له التصور ذاته غير أن الملاحظ في الجداول التكرارية توصلنا إلى أن فئة النساء ترى أن عامل الثقة مهم جداً في تعامل المعالج الشعبي مع المريض إلى جانب تمكنه في

علاج الأمراض حيث بلغ عدد الإجابات بنعم 85 امرأة في الاقتراح السابع والثلاثون مقابل 99 منهم في الاقتراح التاسع والثلاثون، فعامل الثقة ذو أهمية بالغة ومكمل للعامل الأخير، خاصة وأنا نجد المعالج الشعبي يجعل من خلال طريقة كلامه واهتمامه بالمريض من جميع النواحي النفسية والاجتماعية وحتى الاقتصادية بداية لخلق جو من الطمأنينة للمريض قبل معالجته، ومن ثم خلق جو من الألفة والارتياح يجعل المريض وأهله يشعرون بنوع من الراحة والاطمئنان مما يحفز المريض وأهله على الحديث وعدم الخوف من إعادة الزيارة مرة أخرى إذا تطلب الأمر ذلك، وهذه عوامل تحفز الناس على زيارة المعالج الشعبي وهي نفس التصورات التي يؤكد عليها الجنس الذكوري خاصة إذا علمنا أن هذا الأخير بدوره يقوم بزيارات للمعالج الشعبي من أجل الوقاية أو تلقي العلاج خاصة في حالة فشل الطب الرسمي من إيجاد العلاج المناسب أو الخوف من الأخطاء الطبية ومضاعفة الأدوية الكيماوية وهذا ما أدلى به البعض ممن قابلناهم،

فمعرفة المعالج الشعبي أو السماع عنه وعن قدرته في تحقيق الشفاء لمختلف الأمراض أي من خلال المشاهدة والتجريب وكذا السماع من خلال تناقل الناس لما يحدث لدى المعالج من طرق وأساليب في العملية العلاجية جعلت التصور يكاد يكون واحد لدى جميع أفراد العينة ومن ثم المجتمع بأكمله وخاصة دوره في غرس الثقة بينه وبين المريض وأهله.

ورغم التقارب الشديد في تصورات المبحوثين حول هذا البند إلا أننا توصلنا من خلال دراستنا الميدانية الى وجود فروق بين المبحوثين في الاقتراح السادس والثلاثون والتي بلغت فيها قيمة F 8,031 وبدرجة معنوية قدت ب 0,005 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05، حيث توصلنا من خلال الجداول التكرارية ما معدله 85 امرأة من جملة 142 ترفض هذا الاقتراح مما يعني أنها تلغي تماما لجوء الناس للمعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجة المريض، مبررين هذا النفي بكون الفرد في حالة إصابته بالمرض لا يهتم إن كان المعالج الشعبي يتكلم بنفس اللهجة أو لا بل يهتم تحقيق الشفاء من خلال السؤال والاستقصاء على أي المعالجين الشعبيين المتواجدين بالوطن قد حققوا نجاحا في ميدان الطب وخاصة في نفس الحالة التي يعاني منها، وهذا ما أكدته أغلبية النساء اللواتي قابلناهم في أنهن قد تنقلن الى معالجين شعبيين أثبتت كفاءتهم في العلاج الشعبي منهم من يتواجد في قرى منطقة الزيبان ومنهم من يتواجد في مدن مجاورة.

في حين ترى فئة الذكور أن اللغة التي يتكلم بها المعالج الشعبي لها الدور الفعال في لجوء الناس للمعالج الشعبي مبررين إجابتهم هذه في كون الناس يقومون بزيارة الطبيب الأكاديمي سواء في المؤسسة الخاصة أو العامة، بعدما يتأكدون من جدارة الطبيب في امتلاكه فن التعامل مع مرضاه وزواره فهذا من شأنه أن يعزز زيارته مرة أخرى إذا استدعى الأمر، وهذا طبعا ما يؤكد عليه علم الاجتماع الطبي في دور العلاقة التبادلية الحسنة بين المريض والطبيب التي من شأنها أن تساهم بشكل فعال في تفعيل العملية العلاجية وتحقيق الشفاء، ونفس الشيء يقال للمعالج الشعبي إذ كلما كان حسن الاستقبال وامتلاكه لتقنيات مميزة في تعامله مع زبائنه بدءا بالسؤال عليه وتشجيعه وتبيان أن المرض الذي يعانیه ليس بالأمر الصعب والخطير حتى وإن كان كذلك، وخلق جو أبوي وأخوي مع المريض جو تسوده الثقة المتبادلة من شأنه أن يعزز العلاقة بين المعالج ومرضاه، مما يدفعهم للالتزام بالمواعيد وبالوصفات المقدمة الأمر الذي يسهل من عملية تحقيق العلاج.

اتضح أيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أسباب لجوء الناس للمعالجين الشعبيين ومتغير العمر، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,926، 0,668، 0,648، 2,392، وبدرجة معنوية بلغت قيمتها الأتي: 0,126، 0,572، 0,585، 0,069، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وهذا يدل على أن العلاقة ضعيفة بين السن والأسباب، فبالنسبة للاقتراح السادس والثلاثون فقد وجد الفرق عند مقارنة المتعدد بين المستويات العمرية الآتية: (من 20 الى 30 سنة مع 51 سنة فما فوق، وفئة 51 سنة فما فوق مع الفئة العمرية من 31 الى 40 سنة) حيث قدرت قيمة الاختلاف بين المتوسطات على التوالي بـ 0,234، وقيمة sig بلغت 0,032، 0,025 وبالنظر الى الجداول التكرارية فإننا نجد من جملة 26 فرد 18 فرد في الفئة العمرية من 51 سنة فما فوق تذهب إلى أن الناس تلجأ للمعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجة المريض، فحسب رأيهم أنه كلما كانت اللغة واللهجة واحدة بين المريض والمعالج كلما ساهم ذلك في الشعور بالارتياح وحصول الثقة بينهما وحصول الشفاء، خاصة إذا كانت هذه الفئة العمرية غير متعلمة وعليه فاللغة واللهجة المستخدمة من قبل المعالج عامل أساسي في تكرار زيارة المريض للمعالج إذا تطلب الأمر، فغالبا ما نجد كبار السن يتعثرون في فهم اللغة الطبية كونهم ذوي مستوى تعليمي منخفض وهذا ما أدلى به كبار السن ممن تفوق أعمارهم الستين سنة، خاصة في السنوات التي تلت الاستقلال أين كان المستوى التعليمي قد

اقتصرت على فئة معينة من الجزائريين وخاصة في الأرياف حيث كان الأطباء يستخدمون اللغة الفرنسية في التعامل مع المريض، أما الآن ونظرا لاستخدام اللغة العامية في التعامل مع المريض لنفس الفئة العمرية فقد جعل زيارة المريض للطبيب الأكاديمي يتسم بالسهولة وعدم إحساس المريض بالحرج في تعامله مع الطبيب، هذا يعني أن كبار السن يؤكدون على أهمية اللغة في عملية التواصل الاجتماعي فبواسطتها تذوب الفوارق الاجتماعية وتعزز العلاقة المتبادلة بين المريض والطبيب كما تذهب لذلك نظرية التبادل الاجتماعي مما يعجل في عملية الشفاء، وهذا سبب لجوء الناس للمعالج الشعبي خاصة وأن المعالج يشعر المريض بأنه يشعر بحالته التي يعانيتها وأسبابها والحلول الكفيلة بعلاجها، غير أن هذا الاقتراح نجده مرفوض مع بقية الفئات العمرية خاصة في الوقت الراهن حيث تؤكد هذه الفئات بوجود أسباب أخرى كالتالي ذكرت في المقترحات السابقة أكثر تأثيرا من هذا السبب رغم أهميته.

وعلى الرغم من أن المقترح التاسع والثلاثون الذي نال أغلبية الموافقة يؤكد على عدم وجود فروق إلا أننا لمسنا هذه الفروق أثناء مقارنة المتعدد بين الفئات العمرية الآتية: (من 20 الى 30 سنة مع 51 سنة فما فوق، وبين 31 الى 40 سنة مع 51 سنة) حيث بلغت قيمة الاختلاف بين المتوسطات 0,213، أما قيمة sig فقد بلغت على التوالي 0,029، 0,010، وهذا يدل على أن السن يؤثر الى حد ما في تصوراتنا؛ فتصورات الكبار وبحكم الخبرة تختلف عن تصورات صغار السن ومن ليست لهم خبرة، وهذا ما يجعلنا نصل في هذا البند بوجود اختلاف وإن كان بسيطا بين الفئات الشابة وكبار السن، وبالنظر للجدول التكراري في هذا الاقتراح نجد بأن الفئة من (20 الى 30) سنة تؤكد أن لهذا الاقتراح دور كبير في توجه الناس للمعالج الشعبي، فما يشد الأفراد في المسائل العلاجية ليست طريقة الحديث أو اللغة واللهجة المستخدمة لأن هذه الفئة مثقفة ولا تعاني مشكلة عدم فهم اللغة الطبية فأى أسلوب أو أي لهجة يتكلم بها المعالج بإمكان هذه الفئة أن تفهمها، كما أن مكان إقامة المعالج لا يشكل مشكلة على الإطلاق سواء كان من نفس المنطقة أو غيرها، بل ما يهم هذه الفئة هو كفاءة المعالج وتمكنه من علاج الحالات المرضية المختلفة، فالبعض من هؤلاء يقول لنا: "لنفرض أن المعالج يتكلم بنفس لهجتي غير أنه لم يتمكن من معالجتني رغم زيارتي المتكررة له فهل سأستمر في الذهاب إليه طبعاً لا لأن ما يهمني هو حصول الشفاء حتى وإن تطلب الأمر التنقل الى مناطق

أخرى وإن كانت بعيدة جدا عن مقر سكني المهم أن يتحقق لي الشفاء" وهذا ما أكدته اغلب أفراد العينة والمقدر عددهم بـ 76 فرد من مجموع 107 فرد، أما بقية المقترحات فلم نلاحظ أي فرق يذكر في مقارنة المتعدد.

كما يتضح من الجدول عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة على مقياس التصورات الاجتماعية بين أسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي ومتغير المستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,926، 2,139، 1,079، 1,205، وبدرجة معنوية بلغت قيمها على التوالي: 0,091، 0,062، 0,373، 0,308، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05 وهذا يدل على أن العلاقة بين المستوى التعليمي والأسباب ضعيفة.

وفي مقارنة المتعدد توصلنا الى وجود فروق بين بعض المستويات التعليمية حيث قدرت درجة المعنوية في الاقتراح الأول عند مقارنة المستوى الأول بالمستوى الثانوي والجامعي على التوالي الى 0,024، 0,007، وهذا ما يدل على أن اللهجة التي يتكلم بها المعالج الشعبي تلعب دورا بارزا في توجه المرضى لهذا الأخير، حيث تذهب فئة التعليم القرآني الى أنه كلما كانت اللهجة واضحة وخاصة إذا كانت بنفس لهجة المنطقة التي يقطن بها المريض كلما حفز ذلك المريض الى زيارة المعالج الشعبي وإتباع التعليمات والنصائح التي يقدمها هذا الأخير لمرضاه، وهذا ما توصلنا إليه في الجداول التكرارية حيث وجدنا أن أغلب أفراد العينة من المستوى الأول يؤكدون ذلك، على عكس المستويين الثانوي والجامعي فاللغة أو اللهجة بالنسبة لهم ليست السبب الرئيس في ذهاب الناس للمعالج الشعبي وإن كان لها دور.

وفي الاقتراح السابع والثلاثون بلغت درجة المعنوية أثناء مقارنة المستويين التعليم القرآني بالمتوسط 0,016 حيث يؤكد كل الأفراد الذين استجوبناهم من ذوي مستوى التعليم القرآني على عامل الثقة ودوره الفعال في تحقيق الشفاء للمريض، وهذا يعني أن المريض إذا وثق في المعالج الشعبي سيتيح له فرصة الحديث معه بحرية ولا يتعلق الأمر بالحديث على الحالة المرضية فحسب بل يتجاوز ذلك للحديث في كل ما يتعلق بالحالة النفسية والاجتماعية وحتى الاقتصادية للمريض، مما يسمح للمعالج بالتشخيص الدقيق للحالة ومن ثم وصف الدواء الملائم، وفي الاقتراح الثامن والثلاثون وجد

الفرق عند مقارنة فئة التعليم المتوسط بالتعليم الثانوي حيث بلغت درجة المعنوية 0,038، حيث نجد من خلال الجداول التكرارية أن أغلب أفراد العينة في المستوى الثانوي قد أكدت أهمية أن يكون المعالج الشعبي من نفس المنطقة مما يجعل الناس تلجأ إليه لأسباب متعددة منها أنه من نفس المنطقة بمعنى أنه يتكلم بنفس اللهجة التي يتكلم بها المريض، ومن جهة أخرى أنه يعرف عادات المنطقة وتقاليدها ومن ثم فالدواء الذي سيصفه سيكون متاح وموجود في المنطقة التي يقطن بها.

وحسب متغير المهنة توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس التصورات الاجتماعية بين متغير المهنة وأسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 0,683، 2,100، 0,594، 1,425، وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,604، 0,082، 0,667، 0,226، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، لكن رغم ذلك فقد لاحظنا الفرق في المتوسطات عند مقارنة المتعدد في المقترح السابع والثلاثون وذلك عند مقارنة مهنة الإطارات بربات البيوت حيث بلغت درجة المعنوية 0,017، و0,48 أثناء مقارنة فئة الإطارات بأخرى تذكر، وهي قيم دالة عند مستوى الدلالة 0,05، والجداول التكرارية يوضح ذلك حيث تؤكد فئة ربات البيوت والمقدر عددهم بـ 24 مفردة من مجموع 33 بضرورة وجود الثقة بين المعالج الشعبي والمريض حتى يتحقق الشفاء، فعامل الثقة مهم جدا ليس فحسب في هذا المجال وإنما في مجالات أخرى كالأسرة مثلا إذ كلما وجدت الثقة بين الأم وأبنائها كلما حفز ذلك الأبناء على الدراسة وتحقيق متطلباتها، ونفس الشيء يقال في هذا المجال، فثقة المريض في المعالج من شأنها أن تحفز المريض على الحديث بطمأنينة وتقديم تفسيرات دقيقة للحالة المرضية مما يعزز الثقة لدى المعالج أيضا في تمكنه من تشخيص الحالة، فقبل أن ينجح المعالج في تحقيق الشفاء لمختلف الأمراض ينبغي أن يتصف بميزة الثقة حتى يجلب إليه زبائنه لأن هذا يعد جزء هام من العناية الطبية، بل حتى في الطب الرسمي نجدهم يؤكدون عليها لأهميتها في العملية العلاجية.

ويلاحظ أيضا من خلال جدول أنوفا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس التصورات الاجتماعية بين متغير الحالة الاجتماعية وأسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 2,002، 2,038، 0,800، 0,785، وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,114، 0,109، 0,495، 0,503، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما الفرق فقد اتضح أثناء

مقارنة المتعدد في الاقتراح الأول عند مقارنة فئة المطلق بفئة العزاب والمتزوجين، حيث بلغت درجة المعنوية على التوالي : 0,027، 0,042، وهي قيم دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وبالنظر للجدول التكرارية نجد أن فئة المطلق جميعها تؤيد الاقتراح السادس والثلاثون والداعي بأن الناس تلجأ للمعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجة المريض، وأن استخدام نفس اللهجة حسب هؤلاء من شأنه أن يساعد المريض على استيعاب وفهم كل ما يبلي به المعالج، على الرغم من أن هذه الفئة تختلف في مستوياتها التعليمية، كالمستوى الجامعي والمستوى الابتدائي وغيرها، كما أن أغلبهم حضر ويشغلون في مهن مختلفة وذوو أعمار مختلفة أيضا.

كما توصلنا إلى أن العلاقة ضعيفة جدا بين متغير الموطن الأصلي وأسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,495، 0,935، 0,588، 0,056، وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,223، 0,334، 0,444، 0,813، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، ومن ثم نستنتج بعدم وجود فروق تذكر حسب متغير الموطن الأصلي وأن أغلب أفراد العينة تؤكد حسب الجداول التكرارية وجدول الانوفا أن نجاح المعالج الشعبي في علاج الأمراض هو السبب الفعال في لجوء الناس إليه طلبا للشفاء وتبقى المقترحات الأخرى مجرد عوامل مساعدة لا غير.

كذلك الشأن بالنسبة لمتغير الدخل حيث لم نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس التصورات الاجتماعية بين متغير الدخل وأسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي، حيث بلغت قيمة F على التوالي: 1,646، 0,198، 0,510، 1,932، وبدرجة معنوية قدرت ب: 0,195، 0,821، 0,601، 0,147، وهي قيم غير دالة عند مستوى الدلالة 0,05، مما يؤكد انه مهما كان الدخل جيد أو غير ذلك لا يؤثر في تصوراتنا بشكل كبير.

وعن إجابات العينة القصدية في هذا البند نجدها قد أكدت على أن السبب الرئيسي يكمن في أن المعالج الشعبي يتكلم بنفس لهجة المريض وهذا يعني أنه يستخدم نفس اللهجة أو اللغة اليومية العامية فضلا عن عامل الثقة، فكلاهما عاملان مرتبطان ببعضهما البعض في التعامل مع الحالات المرضية، وهي بذلك تختلف مع العينة العرضية والتي أكدت أن سبب اللجوء يعود أساسا لنجاح

المعالج في تحقيق الشفاء للمرضى، غير أن عامل الثقة في المعالج الشعبي تصدر المرتبة الثانية في العينتين، وهذا يدل على أن عامل الثقة في العملية العلاجية يشكل الركيزة الأساسية في لجوء الناس له طلبا للعلاج أو المشورة في المسائل الصحية، وعلى العموم تبقى اللغة عامل هام لدى أفراد العينة القصدية، حيث يرى أفرادها أنه كلما كانت اللغة مفهومة كلما زادت من توطيد العلاقة بين المريض والمعالج الشعبي، فطريقة حديث المعالج بالأسلوب الذي يفهمه المريض يزيد من ثقة المريض بالمعالج الشعبي الذي يتمكن من السماح للمريض بعد خلق جو من الثقة المتبادلة على الإفصاح عن كل الآلام المصاب بها، ويذكر لنا أحد المعالجين الشعبيين إلى أن المريض لا يقدم وصفا لحالته المرضية فحسب بل يصل به الأمر إلى الحديث حتى عن أموره الشخصية وظروفه الاجتماعية وغيرها، ويرى المعالج الشعبي أن ذلك قد يفيد في حالات كثيرة على تحقيق العلاج وشفاء المريض، وتؤكد مرة أخرى أفراد العينة أن استعمال المعالج لهجة تختلف مع لهجة المريض من شأنه أن يعرقل مسار العملية العلاجية، وكأن اللهجة غير المفهومة للمريض تجعله في حالة اغتراب بينه وبين المعالج الشعبي مما يجعل المريض يختصر في وصفه لحالته المرضية أو قد يخطئ في ذلك وهذا من شأنه أن يؤدي بالمعالج إلى الخطأ في تشخيص ووصف العلاج.

وفي هذا السياق سألنا أفراد العينة القصدية على التصرف أو الإجراء الذي يتبناه المريض أو أفراد أسرته في حالة خطأ المعالج الشعبي في الوصفة العلاجية التي يقدمها لهم، ونشير هنا إلى أن أفراد هذه العينة قد جربوا العلاج بالطب الحديث أولا وبعد فشله تغيرت الوجهة للعلاج بالطب الشعبي، وعليه فقد كانت أغلب إجابات العينة ترى أنه على المريض أن يتوقف على العلاج الذي وصفه المعالج الشعبي ومن ثم يكون الملاذ الوحيد هو العودة إلى العلاج بالطب الحديث أو الرسمي لأن الخطأ واد في النسقين الشعبي والحديث، وأنه من غير الممكن التوجه لمعالج شعبي آخر إلا في حالات نادرة وجدنا بعضا منهم يؤكد توجهه إلى معالج آخر في هذه الحالة أو أن يعيد المعالج نفسه وصفة ثانية عليها تأتي بالفائدة فتحقق الشفاء للمريض، خاصة "أن دواء عرب إذا ما نفع ما يضر" كما أدلى بذلك أفراد العينة، أي أنه لا يخلف أضرارا للمريض.

أما في حالة نجاح الوصفات العلاجية المقدمة للمرضى فيذهب أفراد العينة إلى نصح الآخرين ممن يعانون من بعض الأمراض في اللجوء للمعالج الشعبي كونه قد حقق نجاحا في علاج عدد لا

بأس به من الأمراض، حيث قدرت نسبة من أدلوا بذلك 70.6% من أفراد العينة، حيث يؤكد هؤلاء أنهم يدلون بعضهم البعض على المعالجين الشعبيين ذوي الكفاءة العالية في العلاج من الأمراض، وهذا سبب استمرارية العلاج الشعبي؛ وأنهم لا يكتفون بنصح الأقارب أو الأصدقاء فحسب بل حتى أولئك الأشخاص الذين يلتقون بهم بطريق الصدفة، حيث يتم توجيههم إلى المعالج "فلان" لأن لديه القدرة على شفاء مرض ما.

إن أهمية النصح والتوجيه هذه تؤكد أهمية الطب الشعبي واستمراريته لحد الآن رغم التطور الحاصل في المجال الطبي، كذلك توصلنا إلى أن أغلب أفراد العينة والمقدر عددهم بـ 64.7% أكدوا على أنهم توجهوا للعلاج لدى المعالج الشعبي بعد أن تأكدوا من فعالية الممارسات العلاجية الشعبية ونجاحها أي بعد أن جربها غيرهم؛ هنا فقط يتم اللجوء وتجريب هذا النوع من العلاج، عليه نجد أن المعالج الشعبي يشكل جزءا هاما من البناء الاجتماعي والذي لا يمكن بحال من الأحوال الاستغناء عليه في تقديم النصيحة والوصفة العلاجية لأمراض متعددة، خاصة بعدما ثبت كفاءته ونجاعته في علاج العديد من الأمراض وخاصة إذا تحصل على هذه الخبرة بطريق الوراثة.

إن كفاءة المعالج الشعبي في علاج الأمراض تؤكد لنا على فعالية الوصفات التي يصفها لمرضاه، من هنا أردنا معرفة هل هذه الوصفات تعالج المرض من جذوره أم أنها تخفف من حدته فقط؟، فكانت إجابات العينة تميل إلى المقترح الثاني، أي أنها تخفف من حدة المرض وذلك بنسبة 58.8% من أفراد العينة، فهي إذن لم تقض على المرض كلية كما أنها لم تخلف أضرارا خطيرة على المريض، على عكس الأدوية الكيميائية التي تخفف من حدة المرض لكنها غالبا ما تترك أثارا جانبية على المريض، هذا السبب الذي يجعل الكثير من أفراد المجتمع يبحث عن البدائل العلاجية التي لا تشكل خطورة في حال عدم نجاح وصفاتها، هذا البديل الذي يروونه يتجسد في الطب الشعبي.

أما باقي أفراد العينة والمقدر عددهم بـ: 23.5% فيرون أن الوصفات العلاجية التي قدمها المعالج الشعبي لهم قد ساهمت في الشفاء الكلي من المرض بل قد صححت الأخطاء العلاجية التي تمت على مستوى الطب الرسمي، ويذهب هؤلاء إلى أن زيارة المعالج الشعبي قد تراوحت بين الشهر والسنة، حيث نجد منهم من عالج بالكي، وكذا بتجبير الكسور والذي لا تتجاوز مدته في الكسور

البسيطة 15 يوما، ومنهم من عالج بالأعشاب، وقد تحفظ أغلب أفراد العينة عن نوع المرض الذي كان سببا في علاجهم لدى المعالج الشعبي.

وعن موعد زيارة المعالج الشعبي فقد أكد لنا كل أفراد العينة على أن الزيارة تتم بشكل عشوائي أي دون موعد مسبق وخاصة إذا تعلق الأمر بالزيارة الأولى، أما إذا كان نوع المرض يحتاج إلى زيارات متكررة فهنا فقط يحدد المعالج الشعبي الوقت الملائم لاستقبال المريض.

ثالثاً: نتائج الدراسة على ضوء فرضياتها

من خلال العينة العرضية والمعطيات الإحصائية للبيانات، توصلنا إلى مجموعة من الاستنتاجات والتي تشير إلى:

1) نتائج الفرضية الأولى:

والتي افترضنا فيها الفرضية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معلومات أي معارف أفراد المجتمع عن الطب الشعبي والمتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة الاجتماعية، الموطن الأصلي، الدخل).

وبالنظر للجداول الإحصائية توصلنا إلى أن هذه الفرضية قد تحققت بدرجة عالية، حيث قدرت قيمة المتوسط الحسابي بـ 1،5146، وانحراف معياري قدر بـ: 0،14566، وبحساب معامل الارتباط لبيرسون لمعرفة درجة العلاقة بين متغيرات الفرضية توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفرضية الأولى والمتغيرات الديمغرافية حيث بلغت درجة المعنوية 0،839 وهي قيمة عالية جداً تؤكد عدم وجود فروق لأنها قيمة أكبر من مستوى الدلالة 0،05، ومنه نقول أن كل أفراد المجتمع لهم التصورات ذاتها ولم يؤثر الجنس أو السن أو الحالة الاجتماعية وغيرها من المتغيرات في تصوراتهم إزاء موضوع الطب الشعبي.

ولتأكيد ما قلناه سابقاً عن تحقق هذه الفرضية سوف نحلل كل محور فيها مع المتغيرات الديموغرافية السالفة الذكر:

1-1: العوامل الأكثر تسبباً في حدوث المرض: ف فيما يخص علاقة الجنس بالعوامل المسببة للمرض توصلنا في دراستنا هذه إلى أن أفراد العينة تتقارب وجهات نظرهم أي إجاباتهم في كون المرض له أسباب حديثة، وقد قدرت نسبة من أدلو بذلك 86،58% كما أن له مسببات تقليدية حيث قدرت نسبة هذه الإجابة 87،70%، وبدرجة معنوية قدرت بـ: 0،707 وهذا يدل على عدم وجود فروق في إجابات العينة، وهنا يؤكد أفراد العينة أن الإيمان بالطب الحديث لا يعني إطلاقاً الاستغناء عن الطب الشعبي فهذا الأخير له دور كبير في العملية العلاجية.

فكما أن المرض تنتسب فيه عوامل حديثة كالفيروسات والعدوى وغيرها ومن ثم يكون اللجوء للعلاج الرسمي الذي يتم على مستوى المؤسسات الصحية كفيل بتحقيق العلاج، فنفس الشيء يقال إذا ما كان المرض سببه عوامل خفية وغيبيات كالسحر والمس والعين أو الحسد فلا يمكن للطب الحديث علاجها بل يكون الطب الشعبي هو الملاذ الوحيد لتحقيق العلاج، وحتى في حالة تعثر الطب الحديث في علاج المرض العضوي يكون الطب الشعبي هو الملاذ أيضا والعكس صحيح، إذ أن عدم مقدرة الطب الشعبي في علاج مرض ما أو إلحاق خطر بالمريض من جراء الخطأ في العلاج الشعبي يكون الطب الحديث هو الملجأ لذلك، فالعملية هنا تبادلية لدى أفراد المجتمع فكل من الطب الشعبي والحديث يمثلان ثنائية علاجية في المجتمع لا يمكن الاستغناء عنها، بل نجد المجتمع الجزائري من خلال عينة البحث يميل إلى تصنيف الأمراض إلى نوعين إحداها تعالج بالطب الحديث وأخرى تعالج بالطب الشعبي، فكلا من النوعين الطب الشعبي والحديث يشكلان أهم أجزاء البناء الاجتماعي ومن ثم فلهما دور ووظيفة هامة في المجتمع، بل هناك من أفراد المجتمع من يؤكد على العلاقة التكاملية بين الاثنين.

وفي دراستنا هذه توصلنا إلى أن نسبة النساء قد فاقت نسبة الذكور في تأكيد دور العوامل الحديثة في الإصابة بالمرض حيث قدرت نسبة من أدلوا بذلك 68,30% مقارنة بالذكور الذين قدرت نسبتهم بـ: 65,90%، فالدراسة الحالية أثبتت عكس ما كنا نتصوره حيث وجدنا أن التصور الاجتماعي للمرأة والرجل متقارب جدا ولا يوجد فروق بينهما حول أي العوامل أكثر إصابة بالمرض، فكلاهما يرى أن العوامل الحديثة كالعدوى والفيروسات، سوء التغذية، الوراثة وغيرها هي التي تسبب الإصابة بالمرض أكثر من غيرها، وهذا طبعا له أسبابه ففي وقت مضى كانت المرأة تعتقد بالأمور الغيبية بشكل كبير مع انتشار الأمية خاصة بين النساء، كما لم يكن لوسائل الإعلام الدور البالغ الذي يلعبه الآن في نشر الوعي الصحي، فضلا عن القصور في الخدمة الصحية بل غيابها في الكثير من المناطق وخاصة الريفية منها، كل هذه الأسباب وغيرها جعلت المرأة في السابق تؤمن بكل ما هو غيبي محاولة في ذلك الحفاظ على التراث الشعبي الذي تنتشأت عليه مما يجعلنا نؤكد على أن تصور المرأة في السابق يختلف على تصور الرجل في كثير من ميادين الحياة، غير أن هذا الافتراض في وقتنا الراهن ومع المستوى التعليمي العالي الذي وصلت إليه كل من المرأة والرجل والتطور التكنولوجي في كل ميادين الحياة جعل مثل هذه التصورات تغيب تدريجيا.

وتبين لنا أيضا من خلال جدول الانوفا لهذا المحور عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المسببة للمرض ومتغير العمر، وقد يعود ذلك إلى المستوى التعليمي المتقارب لأفراد العينة كما قد يعود إلى مستوى الوعي الذي يتمتع به المجتمع وخاصة في المجال الصحي، ونشير في هذا الصدد أنه وبمقارنة متوسطات الفروق اتضح أن الفروق بين أفراد العينة قد ظهرت عند المستويات التالية (20-30 سنة و41-50) حيث قدرت درجة المعنوية بـ 0,022 وهذا يدل على أنه رغم التطورات التي مست ميادين الحياة ورغم التقارب في المستويات التعليمية إلا أن الاختلاف يبقى موجود بين الشرائح الاجتماعية المختلفة بل بين الفئة الاجتماعية الواحدة نجد فروق، ولهذا الاختلاف أسباب قد ذكرنا بعضها سابقا.

وقد أكد لنا ما قلناه الواقع الاجتماعي ومن خلال ملاحظاتي ومقابلاتي مع بعض المعالجين الشعبيين وبائعي الأعشاب إلى أن مختلف الفئات الاجتماعية ومن ذوي أعمار مختلفة تتردد على "الطالب"، "الشيخ"، "المركي"، "الأولياء الصالحين" ظنا منهم أن سبب المرض يعود إلى أسباب تقليدية، وهذا ما توصلت إليه دراسة سليمان بومدين حول التصورات الاجتماعية للصحة والمرض من أن بعض المعالجين يؤكدون أن الفئات التي تتردد على المعالج الشعبي من أعمار مختلفة، وهذا ما يجعل الباحث يفند التصور الشائع الذي مرده أن الفئات العمرية الشابة هي الأقرب إلى الحداثة، ودراستنا الحالية أيضا تؤكد ذلك خاصة وأن أغلب أفراد العينة ومن مختلف الأعمار قد فسروا سبب المرض على أنه يعود إلى العوامل الحديثة، على الرغم من أن الفئات العمرية المتقدمة في السن وخاصة النساء منهم لا يزالون يتمسكون بالعادات والتقاليد الشعبية، وتبقى المسألة مسألة قناعات لدى أفراد المجتمع.

كما أكدت لنا الجداول التكرارية أن النسبة الأكبر التي أجابت بتأثير العوامل الحديثة - كالفيروسات وسوء التغذية - في الإصابة بالمرض هي من ذوي المستوى التعليمي الجامعي وذلك بنسبة 67,74% لتأتي في المرتبة الثانية ذوي المستوى التعليمي الثانوي وذلك بنسبة 13,54% ثم المستويات التالية على التوالي يقرأ ويكتب بنسبة 7,09%، والمستوى المتوسط والتعليم القرآني بنسبة 4,51% والتعليم الابتدائي بنسبة 2,58%، وهي نسب متفاوتة وتختلف من مستوى تعليمي لآخر، ونفس الشيء يقال في الإجابة الخاصة بالعوامل التقليدية، وهذا ما يدل على وجود فروق ذات دلالة

إحصائية بين أفراد العينة على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المسببة للمرض حسب متغير المستوى التعليمي، وهذا يؤكد أن المستوى التعليمي يؤثر في تصورات الناس على عكس متغير الجنس والسن، فنظرة المتعلم ليست كنظرة غير المتعلم بل وحتى التخصص الدراسي حيث تختلف رؤية من يدرس في الآداب عن تصور من يتخصص في العلوم التجارية والسياسية وغيرها من التخصصات، وكذا تصور من لهم مستوى متوسط تختلف عن من لديهم مستوى جامعي وهكذا، وقد اتضحت الفروق في تصورات أفراد العينة بدرجة عالية عند مقارنة المستوى الجامعي بالثانوي حيث بلغت درجة المعنوية: 0,027، وبين المستوى المتوسط ومستوى يقرأ ويكتب أين بلغت درجة المعنوية: 0,004، والمستوى المتوسط والجامعي حيث بلغت درجة المعنوية: 0,000 وهذه القيم دالة عند مستوى الدلالة 0,05، أما مع بقية المستويات فلم نلاحظ أي فروق بين أفراد العينة.

وقد ترجع أسباب الاختلاف في التصورات بين المستويين الجامعي والثانوي إلى أن كلا المستويين قد بلغ مستوى معين من التعليم ودرجة كبيرة من الوعي واهتمام كبير بما يحدث على الساحة الإعلامية والواقع المعاش، فكل منهما يؤمن بأفكار وتصورات معينة ومن الطبيعي أنه كلما كان المستوى التعليمي عال كلما ساهم في تجدد المعارف والأفكار الأمر الذي يجعل الاختلاف بين الشرائح الاجتماعية ضرورة حتمية، حيث نجد أن كل فرد سيطرح وجهات نظره بناء على المستوى التعليمي الذي يمتلكه وعلى تنشئة اجتماعية قد نشأ عليها، حيث نجد أن أغلب من لديهم مستوى تعليمي جامعي يرون أن العوامل الحديثة هي الأكثر إصابة بالمرض في حين نجد أن ذوو المستوى الثانوي يرون في أن كلا العاملين التقليدي والحديث لهما الدور البارز في إصابة الفرد بالمرض، وهذا الاختلاف يكمن في أن المستوى التعليمي لهؤلاء من شأنه أن يؤهلها للإطلاع على الكتب في مجال الصحة والطب الشعبي وعلى الحصص المقدمة في وسائل الإعلام، كما ونشير أن الكثير منهم يذهب إلى أن عدم تمكن الطب الحديث من إيجاد حلول للمشكلات الصحية الكثيرة من شأنه أن يسمح بتعميق المعتقد في أذهان الناس من أن بعض الأمراض لها أسباب غيبية؛ كالسحر أو العين والحسد ومن ثم ضرورة علاجها بالطب التقليدي في مجتمع لا زال يؤمن بالغيبيات ويصنف الأمراض إلى أمراض عضوية وأخرى غيبية ناتجة عن السحر والعين والحسد والمس الجنّي، رغم المستوى العلمي العالي الذي يمتلكه أفرادها، بل إننا نجد من أفراد المجتمع من يفسر الأمراض العضوية على أنها عين وحسد وغيرها من التفسيرات.

أما ما يخص متغير المهنة فقد توصلنا في دراستنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل الأكثر تأثيراً في الإصابة بالمرض باختلاف المهنة، إذ على الرغم من اختلاف المهن التي يشغلها أفراد العينة إلا أن ذلك لم يؤدي إلى الاختلاف في تصوراتهم، هذا يعني أن العلاقة بين مهنة الفرد وتصوراته للعوامل المسببة للمرض علاقة ضعيفة، وبمقارنة المتعدد توصلنا إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المهن التالية وبدرجة كبيرة بين الإطارات وأخرى تذكر حيث وصلت درجة المعنوية 0,998، وبين المهن الحرة والباطالين 0,846، والإطارات وأخرى تذكر 0,798، وهي درجات عالية تؤكد عدم وجود فروق في إجابات العينة، هذه النسب تؤكدها الشواهد الواقعية حيث نجد المعالجين الشعبيين يؤكدون على أن الفئات الاجتماعية التي تزور المعالج الشعبي طلباً للعلاج هي من مستويات اجتماعية مختلفة أغنياء وفقراء، ويشغلون في مهن مختلفة كالتعليم والهندسة والخياطة ومنهم البطالين وغير ذلك، هذه الفئات تلجأ إلى العلاج الشعبي إذا كان معتقدتهم أن المرض الذي أصيبوا به سببه تقليدي كالسحر والعين والحسد، أو عدم تمكن الطب الرسمي من علاجه، كما أنها أيضاً تلجأ للعلاج الحديث إذا كان المعتقد في أن أسباب المرض حديثة كالفيروسات، وعليه نقول أن تداخل الممارسات التقليدية بالحديثة لا يعني إطلاقاً تزايد الاتجاهات غير المنطقية في الأوساط الشعبية، وإنما هي مسألة قناعات لا غير.

كذلك الشأن في متغير الحالة الاجتماعية، فحسب تحليل الجداول الإحصائية تبين لنا أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المسببة في حدوث المرض حسب متغير الحالة الاجتماعية، وهذا ما أكدته نتائج مقارنة المتوسطات بين فئة المتزوجين والمطلقين، والعزاب والأرامل على التوالي 0,908 و 0,747 وهي درجات عالية تعني بأن العلاقة بين عوامل المرض والحالة الاجتماعية ضعيفة جداً، والملاحظ للجداول التكرارية يجد أن فئة الأرامل ترى أن العوامل التقليدية والحديثة لها دور في حدوث الأمراض حيث بلغت نسبتهم 2,60% للمجموع الكلي للعينة وقد يرجع هذا التصور لكون هذه الفئة ذات مستوى تعليمي منخفض حيث اتضح لنا ومن خلال الجدول المركب بين الحالة الاجتماعية وعوامل المرض إلى أن الأرامل لهم مستوى تعليم قرآني ويقرأ ويكتب، وأن أغلبهم من جنس الإناث ومن ثم نقول أنه من دون شك سيكون بين هذه الفئة من يؤمن بالغيبيات كالحسد والعين والسحر وتسببها في حدوث المرض ومن ثم يكون الملجأ الوحيد هو المعالجين الشعبيين، مقارنة بالفئات الأخرى التي تذهب إلى

أن العوامل الحديثة هي المسبب الأكبر في حدوث المرض كفئة المتزوجين التي قدرت نسبتها بـ 50,32%، ونشير هنا إلى أن نسبة المبحوثين ممن يؤكدون أن أسباب المرض هي أسباب حديثة قد قدرت بـ 67,39% مقابل 32,60% تؤكد على الأسباب التقليدية، وحسب الحالة الاجتماعية نجد كل الشرائح الاجتماعية سواء عزاب أو متزوجين أو مطلقين لهم نفس التصور ما عدى فئة الأرامل التي تعزى الأسباب إلى النوعين التقليدي والحديث وذلك لأن حالة الترمل من شأنها أن تجعل أصحابها أقل صلابة من الناحية النفسية فيصبحون أكثر تمسكا بالغيبيات عليهم يجدوا فيها حولا لمشكلاتهم كل ذلك جعل هذه الفئة ترى في أن أسباب المرض تتقاسمه العوامل التقليدية والحديثة وأن العلاج لا بد أن يتقاسمه كل من الطب الشعبي والطب الرسمي فكلاهما مفيد.

وعن متغير **الموطن الأصلي** نقول هنا أن النتيجة المتوصل إليها عكست تماما ما كنا نعتقد في أن سكان الريف يختلفون في تصوراتهم عن سكان الحضر في أن عوامل المرض تكون بالدرجة الأولى تقليدية، خاصة إذا علمنا أن سكان الريف لا زالوا يتمسكون بالموروث الثقافي وأن تفسيراتهم للمرض غيبية، غير أن دراستنا الحالية أثبتت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المسببة في حدوث المرض حسب متغير **الموطن الأصلي**، طبعا عدم وجود فروق يرجع إلى تمازج سكان الريف بالحضر حتى أنه لم تعد هناك فواصل فكرية بين النوعين نظرا لتوفر جزء من الخدمات الصحية في هذه القرى، وارتفاع في مستوى تعليم أبنائها جعل التفسيرات الغيبية لا تحتل درجة عالية حيث قدرت نسبة من أدلوا بأن أسباب المرض حديثة بـ 67,39% وهي نسبة عالية مقارنة بالتقليدي والتي قدرت بـ 32,60% فقط، أما ما يخص النسبة الخاصة بسكان الريف حول كون أسباب المرض حديثة فقد قدرت بـ 65,57% وهي نسبة عالية جدا أي أكثر من نصف العينة الريفية وهي بذلك تقترب كثيرا من نسبة الحضرين والتي قدرت بـ: 68,04%، مقابل 34,42% تقليدي من الريفين طبعا، وهذا ما يجعلنا نؤكد على عدم وجود فروق.

غير أننا في متغير الدخل ومن خلال جدول الانوفا توصلنا إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة في درجاتهم على مقياس التصورات الاجتماعية للعوامل المسببة في حدوث المرض حسب متغير الدخل، فالدخل سواء كان ضعيفا أو متوسط أو منخفض سيؤدي حتما إلى

الاختلاف في تصورات الناس حول أسباب المرض كأن يكون سببه تقليدي كالسحر والعين والحسد وقد نجد هذا التصور لدى الأشخاص ذوي الدخل الضعيف، وكما اتضح لنا من خلال الجدول المركب أن ذوو الدخل الضعيف هم من أدلو بأن العوامل التقليدية هي العوامل الأكثر تسببا في حدوث المرض حيث بلغت نسبتهم بـ 51،81%، وهذا يعني أنه كلما كان دخل الفرد ضعيفا كلما ترسخت لديه التصورات التقليدية وأن الملجأ لتحقيق الشفاء هو العلاج الشعبي، على عكس أصحاب الدخل الجيد الذين يلجئون لطلب المساعدة الطبية الرسمية أولا، ومن هنا نشير إلى أن الصحة كمفهوم تختلف حسب متغير الدخل فنظرة الغني للصحة ليست كتصور الفقير لها.

بل وحتى في مجال الاهتمامات نجد أن ذوي الدخل المرتفع لهم اهتمامات خاصة كالاهتمام بالتغذية والسعرات الحرارية التي يحتاجها الجسم يوميا والملابس وصحة المسكن بل ويكون إقبالهم على استشارة الطبيب بشكل دوري وهذا يختلف عن اهتمامات ذوي الدخل المنخفض.

1-2 معنى الطب الشعبي لدى أفراد العينة:

وعن معنى الطب الشعبي حسب متغير الجنس توصلنا إلى أن النواة المركزية انحصرت في المعنى الذي مؤداه أن الطب الشعبي هو ذلك الطب الذي يستخدم الأعشاب الطبيعية في العملية العلاجية وقد قدرت نسبة الإجابة على هذا المعنى بـ: 90،4%، وعليه نستج من معاني الطب الشعبي إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من المقترح الأول والخاص بكون الطب الشعبي هو كل ما أكدته السنة النبوية الشريفة حيث قدرت درجة المعنوية 0،217، وكذا المقترح الخاص بكون الطب الشعبي هو الطب الذي يعتمد على السحر في العملية العلاجية، أما الفرق فقد ظهر في المعنى الثاني والمعنى الرابع والذي يعرف الطب الشعبي على أنه طب يعتمد على زيارة الأولياء الصالحين، أما إجابة الجنسين وأيهما قد حقق نسبة أكبر فنقول أن نسبة الإناث تفوق نسبة الذكور في إجاباتهم على المقترح الثاني حيث وصلت نسبة المبحوثين الذكور الذين أدلوا بنعم بـ 86،40% مقابل 59،13% إناث، على الرغم من أن هذه النسبة ليست عالية ولا تبرز الفرق إلا أننا نقول أن نسبة الإناث هي الغالبة في هذا المقترح، وهذا راجع إلى أن فئة النساء هي التي تحاول دوما الحفاظ على الموروث الشعبي كما أنها منذ أزمان بعيدة المرأة هي المسئولة على الناحية الصحية لأفراد أسرتها فهي التي يوكل لها مهمة العلاج مقارنة بالرجل، ومن ثم نجدها تبحث دائما عن الحلول

لمختلف الأمراض التي تحدث في الأسرة بدءاً بالأمور الخاصة بالحمل والولادة وأمراض الأطفال وغيرها، فهي تسعى في حالة حدوث أمراض في سؤال كبار السن ومن لهم خبرة في هذا المجال، وهذا ما يجعلنا نقول أن المرأة في أغلب الحالات تجرب بعض الأعشاب الطبية على مرضاها قبل اللجوء إلى الطبيب وخاصة في الأمراض التي تحدث في فصول السنة كالزكام على سبيل المثال، وفي باقي المقترحات نجد أن أفراد العينة في المقترح الثالث والخاص بالسحر يرفضون كون الطب الشعبي طب يعتمد على السحر وكانت نسبة الإناث تفوق مرة أخرى نسبة الذكور وقد قدرت على التوالي: 61,90% و 38,09%، حيث تؤكد الإناث أن الطب الشعبي له فائدة كبيرة في علاج العديد من الأمراض التي فشل الطب الحديث في علاجها رغم التقنية العالية التي يعتمدها هذا الأخير، أما المقترح الرابع فقد كانت نسبة الإناث اللواتي يرفضن الطب الشعبي على أنه زيارة للأولياء الصالحين تفوق نسبة الذكور الراضين أيضاً حيث قدرت نسبتهم على التوالي: 58,88% و 41,11% لنفس التبرير الذي ذكر أنفاً، ونفس الشيء يقال في المقترح الأول حيث قدرت نسبة الإناث 59,13% مقابل 40,86% ذكور.

ونفس النتيجة توصلنا لها فيما تعلق بمعنى الطب الشعبي حيث توصلنا إلى أن إجابات الباحثين قد تراوحت بين وجود فروق وعدمها حسب متغير السن، حيث توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول معنى الطب الشعبي وذلك في المعنى الثاني والثالث، في حين وجدت فروق في المفهوم الأول والرابع، وأثناء مقارنة المتعدد وجدنا أن الفروق في الإجابات قد ظهرت عند الأفراد الذين يتراوح سنهم من 20 إلى 30 سنة مع مختلف الفئات العمرية الأخرى، ومن الطبيعي أن يكون هناك اختلاف في التصورات لدى هذه الفئة لكونها فئة شابة من جهة كما أنها قد وصلت إلى درجات علمية عالية وعليه تكون تصوراتها تتميز ببعض الخصوصية مقارنة بالفئات الأخرى، فكما أدلى البعض أنه على استمرارية دائمة بمعرفة الجديد في هذا المجال خاصة في وسائل الإعلام التي تبيث حصص حول العلاج بالطب الشعبي، وقد ظهر الفرق واضحاً أثناء مقارنة هذه الفئة مع فئة 51 سنة فما فوق حيث بلغ مستوى الدلالة أثناء المقارنة 0,002 وهو فرق كبير جداً بين الفئتين، على العكس من ذلك لم نجد اختلاف في التصور أثناء مقارنة الفئتين العمريتين فئة من 31 إلى 40 مع فئة من 41 إلى 50 وأيضاً فئة 51 فما فوق وهذا يعني تقارب الأفكار والتصورات لهذه الفئات مقارنة بالفئة الأولى، إذن فالاختلاف يكمن في الفئة العمرية الشابة من 20 إلى 30 سنة، وعلى الرغم من ذلك

نصل إلى نتيجة مؤداها أنه لا توجد فروق بين الفئات العمرية المختلفة ومعنى الطب الشعبي حسب جدول مقارنة المتعدد.

وفي متغير المستوى التعليمي توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة حسب المستوى التعليمي في كل من التعريف الثاني والثالث والرابع، غير أننا لاحظنا وجود فروق حسب هذا المتغير في التعريف الأول أين وجد الفرق واضحا أثناء مقارنة المتعدد بين مستوى التعليم القرآني مع المستوى الثانوي والجامعي حيث قدر مستوى الدلالة على التوالي 0,034 و 0,015 وهو فارق كبير جدا خاصة مع مقارنة المستوى الجامعي بالتعليم القرآني ومن الطبيعي أن تصل الفروق إلى هذه القيمة، فكلاهما له تصوراته التي يؤمن بها حول ظاهرة ما، ففي الوقت الذي يرى فيه أغلب أصحاب المستوى الجامعي فيما يخص التعريف الأول أن الطب الشعبي ليس هو الطب النبوي نجد ذوو التعليم القرآني يرون أن الطب الشعبي هو الطب النبوي ولا يختلف عنه كثيرا حيث قدرت نسبتهم بـ 83,33%، أي أغلب أفراد هذا المستوى بما معدله 10 أفراد من مجموع 12 فردا، والاختلاف هذا له مبرراته فمن حيث السن نجد أن فئة التعليم القرآني أغلبها يتراوح سنها من 51 سنة فما فوق، والسن له دور كبير في تشكيل التصور الذهني للفرد بحكم الخبرة الأمر الذي يجعلنا نلاحظ في واقعنا تمسك الأفراد وخاصة كبار السن ببعض المعتقدات القديمة والتقليدية حتى وإن كانت خاطئة مبررين سلوكهم هذا بأنهم يحافظون على الموروث الشعبي، فضلا عما إذا كانت هذه الفئة ذات مستوى تعليمي ضعيف فهذا يعني أنها ستلجأ حتما لكل ما هو تقليدي، وكما أسلفنا في متغير العمر من أن فئة 51 سنة فما فوق تؤكد أن الطب الشعبي طب موروث أبا عن جد وهذا ما عزز من استمراريته خاصة مع استخدام ما جاء في السنة النبوية الشريفة وقراءة آيات من القرآن الكريم أثناء الممارسة العلاجية.

كما اتضح لنا في متغير المهنة عدم وجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة حول معنى الطب الشعبي، وهذا يدل على أن العلاقة بين المهنة ومعنى الطب الشعبي علاقة ضعيفة جدا بحيث لا تؤثر هذه الأخيرة على تصورنا، وفيما يخص التعريف الذي تم الاتفاق عليه من قبل أفراد العينة فقد حصل على الترتيب الآتي: حيث تحصلت فئة أخرى تذكر على المرتبة الأولى بما نسبته 44,71%، لتأتي في المرتبة الثانية فئة الإطارات بنسبة 28,84%، ثم فئة ربات البيوت بنسبة 15,38%، أما المرتبة الرابعة فكانت لفئة المهن الحرة بنسبة 6,25%، وأخيرا فئة البطالين بنسبة

4.80%، كما ونشير إلى جود نسب لا بأس بها من مهن مختلفة تؤيد الطب الشعبي على أنه طب سحري حيث قدرت نسبتهم في كل من ربات البيوت والإطارات على التوالي: 10% و35%، أما كونه طب الأولياء الصالحين فقد قدرت نسبة من أدلوا بذلك في المهن الآتية: الإطارات، أخرى تذكر وربات البيوت على التوالي بـ: 42،42%، 33،33%، 12،12%، وهذا يدل على أن المجتمع الجزائري يؤكد تواجد السحر في العملية العلاجية الشعبية إذ أن هذه الأخيرة لا تخلوا إطلاقا من السحر، وهذا ما يجعل أفراد المجتمع يحتاطون في استخدام الوصفات الشعبية ويسألون عن أهلية الطبيب الشعبي قبل الذهاب إليه للعلاج.

اتضح لنا أيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية ومعنى الطب الشعبي، وعليه فالعلاقة بين معنى الطب الشعبي ومتغير الحالة الاجتماعية علاقة ضعيفة جدا، على الرغم من أننا افترضنا أننا سنجد فروقا في الحالة الاجتماعية بحكم الحالة النفسية الناجمة عن الترمل أو الطلاق وما يصاحبها من تفكير غيبي يجعل الفرد يتصور أن طلاقه كان بسبب السحر أو الحسد أو ما شابه ذلك، وأن زيارة الأولياء الصالحين من شأنها أن تزيل كل ما يعيق الحياة الكريمة للأفراد وغيرها من التفكير الخرافي، لكن الشواهد الواقعية أثبتت لنا عكس ما تصورناه، حيث لم نلاحظ أية فروق تذكر حول هذا المتغير، فكل أفراد العينة يؤكدون أن الطب الشعبي هو الطب الذي يستخدم الأعشاب في علاج الأمراض وله فائدة كبيرة في تحقيق الشفاء.

كما توصلنا في متغير **الموطن الأصلي** بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة ومعنى الطب الشعبي، إن النتائج المتوصل إليها قد عكست تماما ما افترضناه قبل النزول إلى الميدان من أن سكان الريف يتصورون أن الطب الشعبي هو طب السحر والخرافة وزيارة الأولياء الصالحين خاصة إذا ما علمنا أن مثل هذه الممارسات لازالت تمارس على مستوى الريف، وأن سكان الريف لازلوا يقدمون النذور للأولياء الصالحين للتبرك بهم، ويزورون السحرة ويعتقدون في قدرتهم على تحقيق الشفاء وجلب الحظ ودفع الأذى خاصة إذا كان سبب المرض السحر والمس والحسد وغيرها من الاعتقادات التي لا يزال المجتمع الجزائري يعتقد بها، لكن نتائج دراستنا الميدانية عكست تماما ما كنا نتصوره، حيث توصلنا إلى وجود تقارب كبير في إجابات العينة، حيث وجدناهم يؤكدون على أن

الطب الشعبي لا يمكن اعتباره طب سحري أو خرافي وإنما السحر والخرافة هي جزء من الممارسات الطبية الشعبية وعليه فالطب الشعبي فيه النافع وفيه الضار.

ويضيف أفراد العينة إلى أنه على الرغم من أنه في بعض مناطق الوطن لا زال هناك تواجد لبعض الممارسات الشعبية التي ثبت عم صلاحيتها أو بمعنى آخر فيها نوع من الشرك بالله تعالى كزيارة الأولياء الصالحين وتقديم النذور والتبرك وما شابه ذلك، والاعتماد على الممارسات السحرية في جلب الحظ مثلا، إلا أننا نؤكد على أن التعريف الأنسب للطب الشعبي هو طب الأعشاب حتى نعطي لهذا النوع من العلاج فائدته وأهميته الحالية في تحقيق الشفاء، خاصة لتلك الأمراض التي عرفت عجز الطب الرسمي عن علاجها.

والملاحظ للجداول التكرارية وبخاصة في المقترح الأول يجد أن نسبة الحضريين التي تؤيد وترفض في نفس الوقت هذا المقترح تكاد تكون متساوية حيث قدرت على التوالي: 52,66% و 47,33% رافضة له مقارنة بالمقترح الثاني الذي نجد فيه هذه الفئة تؤيده حيث قدرت نستهم ب 89,94%، وبهذه النسبة نخلص إلى أن فئة الحضري ترفض المعنى الأول وتقبل بالمعنى الثاني بدرجة أكبر خاصة إذا علمنا أنها ترفض المقترحات الأخرى أيضا، حيث قدرت درجة الرفض للمقترح الثالث والرابع على التوالي: 89,34% و 84,02% ونفس الشيء يقال بالنسبة للريفين الذين يرفضون هذين المقترحين أيضا لكون الطب الشعبي له فوائده التي لا يمكن أن نستغني عنها خاصة أنه راسخ في الذهن الشعبية لمستعمليه والتي تمت تنشئتهم عليها فهو إذن جزء من الثقافة المحلية التي ينبغي المحافظة عليها عبر الأجيال.

ونفس النتيجة في متغير الدخل تؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة ومعنى الطب الشعبي في المقترحات الثلاثة الأولى، في حين وجدنا الفرق قد ظهر جليا في المقترح الأخير حيث بلغت درجة المعنوية 0,031 وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,05، وقد ظهر الفرق أثناء مقارنة المتعدد بين المستوى المتوسط والجيد حيث بلغت درجة المعنوية 0,010، أما بقية المستويات في هذا المقترح فلم نلاحظ أي فرق يذكر وهذا يدل أن العلاقة بين متغير الدخل ومعنى الطب الشعبي ضعيفة جدا ولا يؤثر في التصور، هذا ونشير إلى أن أغلب المستويات التي ذكرناها ترفض أن يكون الطب الشعبي طب سحري أو زيارة للأولياء الصالحين، بل هو طب يستخدم فيه

الأعشاب وما جاء في السنة النبوية الشريفة وأن ذوي المستوى المتوسط هم من يؤكدون ذلك مقارنة بالمستويات الأخرى حيث بلغت نسبتهم في المقترحين على التوالي: 68،26% و 62،90% وهي نسب متقاربة تؤكد اتفاق العينة على أن الطب الشعبي يحمل في معانيه كل ما جاء في السنة النبوية الشريفة، كما فيه استخدام للأعشاب بشكل كبير وهذا ما دعا أفراد المجتمع منذ سنوات مضت إلى الاهتمام بالطب الشعبي وضرورة عودته لما فيه من فائدة كبرى، خاصة مع الأبحاث التي تجرى على المستوى العالمي والتي أثبتت أهمية الصوم للصحة والختان والحجامة والأعشاب الطبيعية وغيرها، ورغم الفرق الذي ذكر آنفا إلا أن مقارنة المتعدد تؤكد أن هذه الفروق بسيطة ولا تؤثر بشكل كبير على تصوراتنا.

3-1 مسمى الطب الشعبي:

وما فيما يتعلق بالاسم الذي يطلقه أفراد العينة على الطب الشعبي فقد توصلنا إلى أن أفراد العينة يتفقون على أن طب الأعشاب هو التسمية الملائمة التي نطلقها على الطب الشعبي، وعليه فقد شكل مقترح طب الأعشاب النواة المركزية والتي قدرت نسبتها بـ 88،3%، وعلى العموم توصلنا من خلال جدول الأنوفا إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس وتسمية الطب الشعبي خاصة في المقترحين الأول والثالث، بينما وجد الفرق في المقترح الثاني حيث قدرت درجة المعنوية 0،007، ونشير هنا إلى أن أفراد العينة تؤكد على أن الطب الشعبي يمكن أن نطلق عليه طب أعشاب كما أنه بإمكاننا أن نطلق عليه الطب البديل، وهذا ما أكدته الجداول التكرارية إلى أن ما نسبته 74،3% تطلق عليه طب بديل كونه يستخدم الأعشاب في العملية العلاجية وبعض المواد الشعبية ولكن باستخدام التقنية الحديثة، ومثال ذلك الحجامة والفصد والوشم فكلها طرق علاجية شعبية كانت قديما تستخدم الوسائل البسيطة المتاحة في البيئة غير أن التطور التكنولوجي وكذا الاهتمام الذي أولته منظمة الصحة العالمية للطب الشعبي نظرا لفائدته الطبية أدى إلى تطوير أدواته حتى تواكب العصرنة، وفي هذا السياق ترى منظمة الصحة العالمية أن الطب الشعبي قد نطلق عليه مسميات عدة كالطب البديل أو الطب التكميلي وقد ورد في تقرير المنظمة الأتي: "هناك أربعة نظم رئيسية للسياسة الوطنية للطب البديل أو الشعبي على الصعيد العالمي، فهناك النظام الإدماجي، والنظام التضميني، والنظام التسامحي، والنظام الاستبعادي، ولا يوجد في الوقت الحاضر سوى أربعة

بلدان الطب البديل فيها مدمج في نظم الرعاية الصحية، كما قل حالياً عدد البلدان التي تأخذ بسياسة الاستبعاد أما غالبية البلدان فتأخذ بسياسات تضمينية أو تسامحية إزاء الطب البديل أو الشعبي¹.

وهذا ما يؤكد أن هناك من المجتمعات من ترى في الطب الشعبي والطب البديل شيئاً واحداً، فضلاً على أن أفراد العينة يؤكدون أن الطب الشعبي لا يمكن أن نطلق عليه طب خرافي لأنه طب له مكانته وممارساته التي تعتمد على عدد من الطقوس والرموز وكذا وظيفته في البناء الاجتماعي، فكثيراً من الأمراض تمت معالجتها بالطب الشعبي في حين لم يتمكن الطب الحديث من معالجتها حتى في أبسط الإصابات والأمراض، وقد نستدل بما توصل إليه الباحث **كمال بوغديري** في أن المعالج الشعبي المتواجد بمنطقة سيدي عقبة والمختص بعلاج الكسور قد عالج العديد من الكسور والتي تقع في مناطق حساسة من الجسم كمنطقة الحوض مثلاً والتي غالباً ما يفشل الطب الحديث في علاجها قد تمكن هذا المعالج من علاجها وذلك بإعادة المنطقة التي تعرضت للكسر إلى طبيعتها، وفي الجداول التكرارية توصلنا في التسمية الثانية للطب الشعبي بطب الأعشاب إلى أن من أدلوا بتأييد هذه الإجابة من الإناث قد قدرت بـ: 58,62% وبذلك فهي قيمة تفوق نسبة الذكور والتي قدرت بـ: 41,37%، وحتى في بقية المقترحات الأخرى نجد أن الإناث تفوق نسبتهم الذكور.

وحسب متغير السن توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين هذا المتغير ومسمى الطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، والملاحظ للجداول التكرارية المركبة أن الفئة من 20 إلى 30 سنة والمقدرة بـ 45,61% ترى أن الطب الشعبي هو الطب البديل وأن مصدر هذا الأخير هو الطب الشعبي هذا وتؤكد هذه الفئة على أن الطب الشعبي هو أصل الطب الأكاديمي الحالي، و 45,81% من هذه الفئة ترى أن الطب الشعبي هو طب الأعشاب وقد يرجع ذلك إلى أن هذه الفئة شابة وذات تعليم عالي أهلها لأن تكون مطلعة على كل ما يطرح من مسائل وقضايا في هذا المجال، وتؤكد هذه الفئة من أن الطب الشعبي جزء هام من البناء الاجتماعي وهو بذلك يؤدي وظيفة هامة إلى جانب الطب الأكاديمي ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن يستغنى عليه مهما بلغ

1 عبد الجواد الصاوي، **الطب البديل والإعجاز العلمي**، الإعجاز العلمي، مجلة فصلية تصدر عن الهيئة العالمية للإعجاز العلمي في القرآن والسنة، العدد 31، ذو القعدة 1429هـ، جدة السعودية، ص 38.

الطب ذروته من التطور، فهو راسخ في أذهان الكثير خاصة لدى من يتوارثونه، بل هو يمثل تاريخ ومعتقد عند البعض ومن ثم ينبغي المحافظة عليه، كما تؤكد هذه الفئة أن الطب الشعبي يشتمل على جزء من الخرافة واستخدام السحر والشعوذة، مقارنة بالفئة 51 سنة فما فوق التي ترى أن الطب الشعبي خالي من الخرافة والشعوذة، وهذا يدل على أن هذه الفئة تعتقد أن الممارسات السحرية التي يمارسها المعالج الشعبي ليست بسحر وإنما هي جزء طبيعي في الطب الشعبي فكيف نؤمن بممارسات ولا نؤمن بأخرى، وعليه كل ما يمارس في الطب الشعبي هي ممارسات طبيعية من أجل تحقيق الشفاء، وأن ما يطلق عليه سحر فهو في الأصل جزءا من العناية الطبية الشعبية، وعليه فإن الفروق تبين لنا أثناء مقارنة المتعدد في المقترح الأول بين فئة 31 إلى 40 سنة و 51 سنة فما فوق حيث قدرت درجة المعنوية بـ 0,020 وهو فرق كبير جدا بين الفئتين مما يؤكد أن كبار السن لهم معتقدات وتصورات تختلف عن الفئات الشابة الأخرى خاصة أولئك الذين عايشوا الاستخدامات المختلفة للطب الشعبي سواء في الأسرة أو مع المعالجين الشعبيين قديما، حيث كانوا هم الملجأ الوحيد لعلاجهم في غياب العناية الطبية المتوفرة حاليا خاصة في القرى والنجوع.

أما ما تعلق بالمستوى التعليمي فقد توصلنا من خلال البيانات الإحصائية إلى وجود فرق ذات دلالة إحصائية ومسمى الطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي في الاقتراح الأول، وبمقارنة المتعدد نجد الفرق قد اتضح عند مقارنة المستوى المتوسط بالمستوى الثانوي وإن كان الفارق ليس كبير بالقدر الذي سيؤثر فيه على بنية التصور، حيث بلغت درجة المعنوية 0,027، أين سجلنا في الجدول المركب اختلافا بسيطا بين المستويين في إجاباتهم بـ "لا"، حيث توصلنا إلى أن ثلاثة أفراد فقط من جملة واحد وعشرين فرد من المستوى المتوسط يؤكدون بأن الطب الشعبي ليس هو الطب البديل فكلى النوعين له خصائصه مقارنة بالمستوى الثانوي، حيث أجاب حوالي خمسة عشرة فردا من جملة سبعة وثلاثون فرد بنفس الإجابة، والملاحظ أن الفارق بسيط بين المستويين في الإجابة الأولى "لا"، ونحن نتفق بطبيعة الحال مع هذه الإجابة إذ أنه على الرغم من كون الطب البديل جزءا من الطب الشعبي إلا أننا لا نستطيع أن نطلق عليه مسمى الطب البديل لأن هذا الأخير له خصائصه وميزاته وأدواته بل وحتى المدارس الأكاديمية التي يدرّب فيها الأطباء هذا النوع من الطب.

أما بقية المقترحات فلم نلاحظ أي فروق تذكر، وفي المقترح الثالث نجد أن كل من المستوى التعليم القرآني ومستوى يقرأ ويكتب والمستوى الابتدائي يؤكدون على أن الطب الشعبي تنعدم فيه الخرافة تماما، وأن كل ما يتضمنه الطب الشعبي هو في خدمة الصحة وأن الطقوس المستخدمة كالزوار وغيرها عادات وتقاليد للوقاية أو العلاج لا غير وينبغي المحافظ عليها وهذا ما أكده كبار السن.

كما توصلنا في هذه الدراسة أيضا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المهنة ومسمى الطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، وعليه فالعلاقة بين هذين المتغيرين ضعيفة جدا وأن المهنة لا تؤثر في تصوراتنا، وبالنظر للجداول التكرارية توصلنا إلى أفراد العينة حسب المهن المختلفة يؤكدون صلاحية تسمية الطب الشعبي طب الأعشاب وكذا الطب البديل حيث قدرت نسبتهما على التوالي: 88،26%، 74،34%، لكون الأول يستخدم الأعشاب وبالطرق التقليدية المتعارف عليها وهي في أغلبها بسيطة، في حين أن الطب البديل هو أيضا طب يستخدم الأعشاب ولكن بطرق ووسائل أكثر حداثة وبتقنيات عالية الجودة وبتكوين للأطباء يتم تلقينهم في معاهد متخصصة على عكس الأول الذي يكون قد تم توارثه أو من خلال التجربة، وبالنسبة للمقترح الثالث فقد وجدنا أن ما نسبته 93،04% ترفض كون الطب الشعبي طب خرافي بل هو على العكس من ذلك طب له دوره ووظيفته في البناء الاجتماعي الذي وجد فيه على الرغم من أن بعض علاجاته يتخللها نوع من السحر مقابل 6،25% من الإطارات وأخرى تذكر يؤكدون على أنه طب خرافي وليس له فائدة تذكر في تحقيق الشفاء للمرضى.

ونفس الشيء يقال حيث توصلنا في متغير الحالة الاجتماعية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مسمى الطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، وهذا يدل على أن العلاقة بين المتغيرين ضعيفة جدا، وحتى عند مقارنة المتعدد توصلنا إلى أن كل الفئات الاجتماعية من متزوجين وعزاب، أرامل وكذا المطلقين لا يختلفون حول مسمى الطب الشعبي ويؤكدون أن التسمية الأصح هي طب الأعشاب، حيث قدرت نسبة من أيد هذه الإجابة 88،26% مقابل 11،73% والملاحظ أن فئة الأرامل بكل أفرادها ترى في أنه طب بديل وطب أعشاب في الوقت ذاته ولا يمكن إطلاقا أن نطلق عليه طب خرافي.

أما مع متغير الموطن الأصلي فتوصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين هذا المتغير ومسمى الطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي في المقترح الأول والثالث، في حين وجدنا الفرق في المقترح الثاني، وبالنظر إلى الجداول التكرارية فقد توصلنا إلى أن أغلب أفراد العينة الذين أكدوا على أن الطب الشعبي هو الطب البديل هم من أصول حضرية وريفية أيضا حيث قدرت نسب الريفيين المؤيدين بـ 77,04%، كما أن هذه الفئة أيضا تؤيد تسمية الطب الشعبي طب الأعشاب بنسبة 96,72%، وهي بذلك ترفض تماما كون الطب الشعبي طب خرافي، وعليه يمكن القول أن الموطن الأصلي ومع التطور التكنولوجي واتصال الريف بالمدينة لا يؤثر في تصورات الناس حول مسائل الصحة والمرض وأن التأثير بسيط جدا خاصة وأنا على علم بأن سكان الريف لا يمكنهم بأي حال من الأحوال الاستغناء عن الطب الشعبي.

وعن مسمى الطب الشعبي مع متغير الدخل فقد توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس التصورات الاجتماعية للطب، وعليه نقول أن علاقة الدخل بالتسميات التي تطلق على الطب الشعبي علاقة ضعيفة جدا كما وضحتها قيم F ودرجة الدلالة وما أكدته أيضا مقارنة المتعدد، وفي الجداول التكرارية تبين لنا من خلال النتائج المتوصل إليها أن الفئة التي أدلت بأن الطب الشعبي هو الطب البديل هم من ذوي المستوى المتوسط والتي قدرت نسبتهم بـ 69% ، مقابل 19,29% و 11,69% فقط على التوالي في كل من المستوى الجيد والمستوى الضعيف، كما أكدت العينة أن الطب الشعبي ليس طب خرافي، أما فيما يخص المقترح الذي نال موافقة الأغلبية والقاضي بأن أنسب اسم يطلق على الطب الشعبي هو طب الأعشاب فقد توصلنا إلى أن ما نسبته 88,26% يؤكدون ذلك وهي نسبة تتقارب مع المقترح الأول والتي قدرت بـ 74,34% وعليه نجد أن كل أفراد المجتمع ومن شرائح مختلفة يرون في أن الطب الشعبي هو نفسه الطب البديل وهو ذاته طب الأعشاب.

1-4 انتقال الطب الشعبي:

وعن كيفية انتقال الطب الشعبي وعلاقته بالجنس فقد افترضنا أن الطب الشعبي ينتقل عن طريق الوراثة أي من الآباء إلى الأبناء خاصة أن أغلب المعالجين الشعبيين المتواجدين على مستوى منطقة الزيبان هم ممن ورثوا المهنة عن آبائهم وأجدادهم، إلا أننا في دراستنا الحالية وبعد تحليل

البيانات توصلنا إلى أن النواة المركزية قد انحصرت في المقترح الثالث والخاص بقراءة الكتب الطبية القديمة بما نسبته 70%، وذلك لكون أن معظم الأطباء الشعبيين اليوم قد اطلعوا على الكتب الطبية القديمة وليس بالضرورة أن يكون أحد من عائلاتهم قد مارس الطب الشعبي بل أصبحت هناك مدارس أو معاهد يدرس فيها الطب الشعبي وكيفية العلاج بالأعشاب والحجامة والإبر الصينية، وغيرها، وفي منطقة الزيبان وجدنا عددا من الممرضات لازلن يمارسن مهنتهن كمرضات وفي الوقت ذاته يمارسن نوع من أنواع الطب الشعبي والمتمثل في العلاج بالحجامة والإبر الصينية والعلاج بالطاقة، وهذا بعد تكوين تلقونه من قبل عدد من الأطباء المختصين في هذا المجال وهذا ما أدلت به إحداهن أثناء مقابلتنا لها، حيث تؤكد هذه الأخيرة أنها تلقت تكوينا وتربصا في هذا الميدان في الجزائر العاصمة وبعض الدول العربية، بالإضافة إلى إطلاعها على عدد من الكتب الطبية الشعبية، فضلا عما تقدمه وسائل الإعلام من وصفات شعبية في الأغلب يتم تجربتها من قبل أفراد المجتمع لمعرفة مدى فعاليتها انطلاقا من تصور يؤمن به أفراد المجتمع مؤداه " أن الأعشاب إذا لم تنفع لا تضر " علما بأن هذا التصور شائع حتى في أوساط المتعلمين ومنهم الجامعيين، حيث أنني في عدد من الحصص الدراسية لطلبة علم الاجتماع تم طرح تساؤل حول تأييد أو رفض المقولة السابقة فكانت إجابة الطلبة في عمومها بالتأييد، على الرغم من أن هذه المقولة خاطئة وذلك انطلاقا مما ذكره عدد من الأطباء الأكاديميين المهتمين بمجال الطب البديل أمثال الأستاذ الدكتور عبد الباسط محمد السيد* وجدناه يؤكد على ضرورة رفض هذه المقولة انطلاقا مما سيلحقه دمج بعض الأعشاب دون العلم بمكوناتها في غالب الأحيان إلى الإصابة بالتسمم أو أمراض معينة بل قد تؤدي بحياة الكثيرين إلى الموت، ليأتي في المرتبة الثانية المقترح الأول والخاص بانتقال الطب عن طريق الكلام اليومي شفاهة بنسبة قدرت ب: 64,8%، والمرتبة الثالثة للمقترح الثاني والذي مؤداه أن الطب الشعبي ينتقل عن طريق الوراثة بنسبة 63,3%، وحسب جدول الانوفا لم نلاحظ أية فروق تذكر حول المقترحات السالفة الذكر.

وعن متغير السن توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كيفية انتقال الطب الشعبي بين أفراد المجتمع، وهذا ما أكدته مقارنة المتعدد حيث لم نجد أية فروق تذكر بين مختلف

* وهو أستاذ ورئيس قسم التحاليل بالمركز القومي للبحوث.

الأعمار، وهذا يدل على أن أفراد العينة لهم التصور ذاته فيما يخص كيفية انتقال الطب الشعبي، وفي الجداول المركبة توصلنا إلى أن أغلبية أفراد العينة من ذوي السن 51 سنة فما فوق يؤكدون على أن الطب الشعبي ينتقل بين الناس مشافهة أي عن طريق الكلام اليومي ومن خلال الجلسات العائلية أو بين الجيران أو من لهم خبرة بالأدوية الشعبية، حيث يتم في هذه الجلسات الحديث على مختلف مناحي الحياة وخاصة منها ما تعلق بالمجال الصحي الذي يسترعي اهتمام كافة أفراد المجتمع، وذلك من خلال التطرق أثناء الحديث إلى مختلف الأمراض والإصابات التي يعانيتها الحضور أو التي أصابت أحد الأشخاص في البيئة ذاتها وتقديم الوصفات التي ثبتت بالتجربة فعاليتها ونجاحها، حيث توصلنا إلى أنه من جملة 26 فرد من هذه الفئة أيد هذا المقترح ما نسبته 76,92% مقابل الراضين له والذين قدرت نسبتهم 23,07%، أي أن أغلب أفراد هذه الفئة تؤكد على أن الطب الشعبي ينتقل بالوراثة كما يقال في منطقة الزيبان باللهجة العامية (معطيلوا)، مقابل 73,07% من يرون أن الطب الشعبي ينتقل من خلال قراءة كتب الطب القديمة ومن ثم فالافتراض الذي افترضناه قبل البدء في الدراسة الميدانية تحقق فقط مع كبار السن لأن النتيجة المتوصل إليها كما توضحت في الجداول التكرارية والانونا كانت عكس ذلك مع بقية الفئات العمرية، فعلى الرغم من تقارب إجابة المبحوثين في هذه الفئة العمرية حول المقترحين إلا أننا نجدهم يؤكدون على أن الطب الشعبي لا بد أن يكون مجرب وثبتت فاعليته حتى يتم توارثه وانتقاله من جيل إلى جيل، فلا يكفي أن نقرأ كتاب طبي قديم ثم نقدم وصفاته للناس فهذا سيشكل خطرا كبيرا على المرضى.

كذلك توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كيفية انتقال الطب الشعبي بين أفراد المجتمع ومتغير المستوى التعليمي، ومن ثم العلاقة بين المستوى التعليمي وكيفية انتقاله بين الناس ضعيفة جدا فالمستوى التعليمي لا يؤثر إطلاقا في طريقة انتقال الطب الشعبي، غير أنه وبالنظر إلى جدول مقارنة متعدد توصلنا إلى وجود فروق بسيطة ظهرت عند مقارنة التعليم القرآني بالابتدائي وذلك في المقترح الأول حيث بلغت درجة المعنوية 0,032، وكذا بين المستوى الثانوي والمستوى الجامعي حيث بلغت درجة المعنوية 0,049، طبعا هذا الاختلاف من الطبيعي أن يحدث لأن المستوى التعليمي من شأنه أن يؤثر على التفكير، كما يذهب إلى ذلك العالم السويسري *jean Piaget* إلى أن المعارف تتطور وتنمو وتحسن كلما انتقل الفرد من مرحلة عمرية إلى مرحلة عمرية أخرى وأن الفرد في كل مرحلة تتشكل لديه تصورات ومعتقدات عن الحياة وما يتخللها من ظواهر،

وعليه فمستوى التعليم القرآني من شأنه أن يكون أقل حفا من حيث وفرة المعلومات مقارنة بالمستوى الابتدائي والثانوي والجامعي، ومن ثم فكل من هذه المستويات له رؤيته الخاصة.

فعلى سبيل المثال لا الحصر ومن خلال الجداول الإحصائية المركبة توصلنا إلى أن ذوي المستوى التعليمي القرآني في المقترح الأول والثاني يؤكدون على أن الطب الشعبي ينتقل عن طريق الوراثة أي من الآباء إلى الأبناء، وعن طرق الكلام العابر بين الناس الذي يحدث من خلال الاتصال اليومي وسهولة استقبال الرسالة التي لم تكن محددة بمواعيد، فبمجرد اللقاء اليومي صدفة تنتقل عشرات الوصفات الطبية والتصورات الشعبية عن مرض معين وكيفية علاجه، وفي دراستنا الميدانية توصلنا إلى أنه من مجموع 12 فرد ما يقارب 11 فرد و 10 أفراد على التوالي في المقترح الأول والثاني يؤكدون هذا التصور ومن ثم فهم يرفضون إلى حد كبير انتقال الطب الشعبي عن طريق قراءة الكتب الطبية القديمة ونشير إلى أن هذه الفئة تتراوح أعمارهم ما بين الخمسين إلى الثمانين سنة.

ومن بعض المقابلات العرضية وجدنا أن أفراد المجتمع ومن مختلف المستويات يرون أن الطب الشعبي تتدخل فيه عوامل عديدة هي السبب في انتقاله من جيل إلى جيل، وعليه فلا نستطيع بأي حال من الأحوال أن نميل إلى ترجيح كفة دون أخرى، فكل من المقترحات الثلاثة متكاملة مع بعضها البعض مشكلة بناءا متكاملًا تسهم من خلاله في انتقال الطب الشعبي عبر الأجيال.

وفيما تعلق بكيفية انتقال الطب الشعبي بين أفراد المجتمع ومتغير المهنة توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية، ونشير هنا إلى وجود بعض الفروق البسيطة التي ظهرت في الجداول المركبة حيث توصلنا في المقترح الأول أن نسبة من أجابوا بـ نعم ولا على التوالي: 6,52% و 93,04% وهذا يعني أنهم لا يتفقون على أن الطب الشعبي ينتقل عن طريق الكلام اليومي بين الناس في اللقاءات والمناسبات، وعلى الرغم من أننا افترضنا أن ربات البيوت هن من سيؤيد هذا المقترح غير أننا توصلنا إلى عكس ما افترضناه حيث أجاب كل أفراد العينة من هذه الفئة في هذا المقترح بالنفي ومن ثم نجدهم يؤكدون على أن الطب الشعبي ينتقل عن طريق الوراثة أي من الآباء إلى الأبناء أكثر من كونه ينتقل عن طريق قراءة الكتب القديمة، وبالنظر إلى النسبتين في المقترحين الثاني والثالث والمقدرة كالاتي: 64,78% و 68,26% نجدهما متقاربتين جدا وهذا يؤكد أن الطب

الشعبي يؤثر فيه عاملان في عملية انتقاله عبر الأجيال وهما الاطلاع على الكتب الطبية القديمة والوراثة أي توارث هذه المهنة من الكبار إلى الصغار.

كما توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الحالة الاجتماعية وكيفية انتقال الطب الشعبي بين أفراد المجتمع، ومن خلال النتائج المتوصل إليها في الجداول المركبة اتضح لنا أن كل أفراد العينة في فئة المطلق ترى أن الطب الشعبي ينتقل عبر الأجيال من خلال الوراثة وقراءة الكتب الطبية القديمة، ومن ثم فهي ترفض الاقتراح الأول، لنجد فئة الأرامل تقدم نفس الإجابات في المقترحات الثلاثة، وعليه فكل أفراد العينة تتفق على أن الطب الشعبي ينتقل عبر الأجيال من خلال المقترح الثاني والثالث حيث بلغت النسبة على التوالي: 64,78% و 68,26% ونجد فئة العزاب هي التي تصدر قائمة الترتيب في المقترح الثالث، في حين نجد نسبة كبيرة جدا ترفض أن ينتقل الطب الشعبي عن طريق الكلام اليومي الذي يتم من خلال عملية التفاعل الاجتماعي حيث قدرت نسبة الراضين لهذا المقترح 93,04% وهي نسبة كبيرة جدا.

وفي جدول الانوفا توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المواطن الأصلي وكيفية انتقال الطب الشعبي بين أفراد المجتمع، وهذا ما يؤكد أن المواطن الأصلي ليست له علاقة بالكيفية التي ينتقل بها الطي الشعبي بين الناس إذ أننا توصلنا إلى أن كل من سكان الريف والحضر لهم نفس التصور وهذا راجع كما أسلفنا الذكر إلى الاتصال بين الريف والحضر واندماجهم ببعض، وحسب رأيهم أن كل العوامل السالفة الذكر لها دور في انتقال الطب الشعبي ولا يمكن ترجيح عامل على آخر وان كان العامل الأخير هو الذي نال الأغلبية بالموافقة.

أما في متغير الدخل فقد توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كيفية انتقال الطب الشعبي عبر الأجيال في المقترح الأول والثاني، أما في المقترح الثالث فتوصلنا إلى وجود فروق بين المتغيرين، وقد ظهرت بشكل جلي في مقارنة المتعدد بين ذوي الدخل المتوسط والجيد أين بلغت درجة المعنوية 0,007 وهي قيمة عالية جدا تؤكد أن للدخل تأثير كبير في تشكيل تصوراتنا، وفي الجداول المركبة نجد أن فئة الدخل المتوسط والتي تقدر نسبتها 68,78% تؤكد على أن الطب الشعبي ينتقل من جيل إلى جيل عن طريق قراءة كتب الطب القديمة المنتشرة اليوم في المكتبات العمومية خاصة مقارنة بذوي الدخل الضعيف والذين قدرت نسبتهم بـ 19,10%، وهي نسبة تتقارب

مع النسبة المتوصل لها في المقترح الثاني حيث قدرت نسبة ذوي الدخل الجيد 18,79% ونسبة 71,14% للدخل المتوسط، وعليه نجد أن مقترح انتقال الطب الشعبي عن طريق الوراثة حسب الدخل المتوسط والضعيف يترتب في المرتبة الأولى، فضلا عن الدور الكبير الذي تلعبه وسائل الإعلام عبر القنوات المخصصة لذلك في نشر هذا النوع من العلاج.

1-5 الأشخاص الأكثر استعمالا للطب الشعبي:

توصلنا من خلال النتائج الإحصائية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول متغير السن والأشخاص الأكثر استعمالا للطب الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، وكانت النواة المركزية قد انحصرت في المقترح الثاني والخاص بكبار السن حيث بلغت نسبة الإجابة بالموافقة 77%، ليأتي في المرتبة الثانية فئة النساء في المقترح (24) بنسبة قدرت بـ: 73% وهي نسب عالية جدا مقارنة بالشرائح الاجتماعية الأخرى، حيث قدرت النسب على التوالي : فئة غير المتعلمين في المقترح (22) بنسبة 53%، وفئة المتزوجين في المقترح (20) بنسبة 40%، وفئة البطالين في المقترح (23) والذين قدرت نسبتهم بـ: 36,5%، وفئة الرجال في المقترح (25) بنسبة قدرت بـ: 31,7%، وهذا يؤكد أن كبار السن لازالوا إلى يومنا هذا يعتمدون بدرجة كبيرة على الطب الشعبي كعلاج أساسي لمختلف الأمراض نظرا لفعاليتها التي ثبتت من خلال التجربة والخبرة، وتعد المرأة الفاعل الأساس في الاهتمام بهذا الجانب كما تصرح عينة البحث، حيث أكدت الجداول التكرارية المركبة أن المرأة تهتم بشكل واسع بالعلاج الشعبي وأن أول من تلجأ إليه في حالة حدوث المرض العلاج بالطب الشعبي بدءا بالعلاج المنزلي أولا، وتعتبر النسب التي توصلنا إليها في المقترح (25) والتي تؤكد أن شريحة الرجال هي الأقل من حيث استخدامها للطب الشعبي دليل واضح على أن المرأة سواء كانت متزوجة أو غير ذلك أو متعلمة أو غير متعلمة فهي الأكثر استخداما لهذا النوع من العلاج لكونها أكثر احتكاكا بالتراث الشعبي وتجربيا له، وهذا يدل على أن فئة الرجال أكثر إيمانا بالطب الحديث في منطقة الزيبان، ونجد أن فئة النساء تؤكد هذا التصور حيث بلغت نسبتهم 73,94% من مجموع 142 امرأة، أما من حيث متغيرات الدراسة فقد وجدنا الفرق قد ظهر في المقترح (20) حيث دلت الجداول الإحصائية إلى أن فئة 51 سنة فما فوق تؤكد على أن فئة المتزوجين هي الفئة الأكثر استخداما للطب الشعبي وذلك بنسبة 65,38%، مقارنة بالفئة من (20)

إلى 30 سنة) والتي ترى عكس هذا التصور، حيث قدرت نسبة الراضين لهذا المقترح 70,09% أي أن فئة المتزوجين حسب تصور هذه الفئة لا تستخدم الطب الشعبي بل فئة الكبار هي الأكثر استخداماً له وقد قدرت نسبة من أدلو بذلك بـ: 78,50% وهي نسبة عالية جداً مقارنة بالفئات الأخرى، أما نسبتها للمجموع الكلي للعينة قد قدرت بـ: 47,45%.

أما من حيث المستوى التعليمي فقد وجد الفرق في المقترح (20) بين مستوى التعليم الابتدائي والجامعي حيث قدرت نسبة الجامعيين الراضين لهذا المقترح 66,90% من المجموع الكلي لهم، في حين بلغت نسبة الابتدائي 28,57% من مجموعهم أيضاً، مما يؤكد أن هذه الفئة ترى أن المتزوجين هم الفئة الأكثر استخداماً للطب الشعبي وقد قدرت نسبتهم بـ: 71,42% وهي نسبة عالية جداً وهذا طبيعي خاصة إذا علمنا أن أفراد عينة المستوى الابتدائي كلهم من المتزوجين وكذا الفئات الأخرى تؤكد هذا التصور في حين نجد أن نوي المستوى الجامعي يؤكدون على أن كبار السن هم الأكثر استخداماً للطب الشعبي وقد قدرت نسبتهم بـ: 76,25%.

كما وجد الفرق في المقترح (23) حيث وجدنا أن كل أفراد عينة المطلق تؤكد على أن فئة البطالين هي الفئة الأكثر استخداماً للطب الشعبي مقارنة بالفئات الأخرى، وقد تلجأ هذه الشريحة الاجتماعية لهذا النوع من الطب لأسباب عدة والتي منها ارتفاع تكلفة الطب الرسمي كما قد تكون لجلب الحظ أو الحصول على عمل حيث نجد البعض من أفراد العينة يرون أن الحالة الاجتماعية السيئة التي يمر بها البطال تدفعه إلى اللجوء في أحيان كثيرة للسحرة والدجالين أو إلى الرقاة لدفع الأذى والمتمثل حسب رأيهم في إصابته بالعين أو الحسد أو ما شابه ذلك.

أما فيما تعلق بالمقترحات (26، 27، 28، 29) فقد انحصرت النواة المركزية في المقترح الأول والخاص بسكان الريف حيث ترى أغلب أفراد العينة أن هؤلاء هم الأكثر استخداماً للطب الشعبي وقد بلغت نسبة من أدلو بهذا التصور 78,7% وبمتوسط حسابي قدر بـ: 78,7 وانحراف معياري قدر بـ: 0,410، أما المقترح الثاني على الترتيب فتمثل في الأحياء الشعبية وقد قدرت نسبته بـ: 60% وبمتوسط حسابي قدر بـ: 60,1 وانحراف معياري قدر بـ: 0,491، أما المقترح الثالث فقد قدرت نسبته بـ: 40% وبمتوسط حسابي قدر بـ: 1,40 وانحراف معياري قدر بـ: 0,491 والخاص بالأحياء القصديرية، ليأتي المقترح الأخير والخاص بالأحياء الراقية والذي قدرت نسبة من يعتمدون على العلاج

بالطب الشعبي بـ: 22% ويمتوسط حسابي قدر بـ: 1,23 وانحراف معياري 0,491، والنتائج السالفة الذكر تؤكد أن سكان الريف هم الأكثر استخداما للطب الشعبي نظرا للطبيعة التي يعيش فيها هؤلاء والتي قد تكون بعيدة عن مصادر الخدمة الصحية من جهة، وفعالية الطب الشعبي كونه مجرب في هذه المناطق وكذا تمسك هذه الفئة بالموروث الشعبي، وفي متغير الجنس توصلنا إلى أن الفرق وجد في المقترح (26) حيث نجد أن فئة الإناث الراضة لهذا المقترح قد قدرت بـ: 79,59% من العينة الكلية والمقدرة بـ: 49 فردا رافض لهذا المقترح أما نسبة الذكور فقد قدرت نسبتها بـ: 20,40% ومن ثم فنسبة الإناث أعلى بكثير من نسبة الذكور، وهذه النسبة العالية للإناث في هذا المقترح تؤكد على أن الشرائح الاجتماعية بمختلف مستوياتها التعليمية وحالتها الاجتماعية ومستوى الدخل تستخدم الطب الشعبي وأن الطب الشعبي لا يقتصر على سكان الريف فحسب إذ قد نجد في منطقة الزيبان وبالضبط في الأحياء الشعبية عددا كبيرا من أفرادها من يعتمد بشكل كبير على العلاج الشعبي؛ بل قد نجد في هذه الأحياء عددا لا بأس به من المعالجين الشعبيين أو ما اصطلح عليهم أفراد العينة الأطباء الشعبيين الذين يملكون خبرة واسعة في علاج المرض.

1-6 من هو المعالج الشعبي حسب تصور أفراد العينة؟:

وفي المقترحات (31، 32، 33) فقد انحصرت النواة المركزية في المقترح (32) والقاضي بأن المعالج الشعبي هو الشخص الذي لديه معرفة بالمواد الطبيعية وكيفية تحضيرها حيث قدرت نسبة التأييد لهذا المقترح بـ: 91,3%، في حين بلغت في المقترحين على الترتيب (30 و 31) 58,7% و 11,3% والخاصين بكون المعالج الشعبي هو الشخص الكبير السن والذي لديه قدرة على العلاج، والثاني الخاص بكون المعالج الشعبي هو الشخص الذي يستعين بالجن والشياطين لعلاج مرضاه، وقد قدر المتوسط الحسابي على الترتيب بـ: 1,91، 1,59، 1,11، وانحراف معياري قدر بـ: 0,282، 0,493، 0,317، وقد أيد جنس الإناث هذا التصور (32) بنسبة 91,54% من مجموعهن مقارنة بجنس الذكور الذين قدرت نسبة تأييدهم بـ: 90,90%، وهي كما يلاحظ نسبة متقاربة جدا مما يؤكد أن المعالج الشعبي هو الشخص الذي يعالج بالمواد الطبيعية التي وجدت في الطبيعة وأنه لا يستعين بالجن والشياطين في العملية العلاجية، حيث نجد هذا المقترح قد رفض بنسبة كبيرة من أفراد العينة وقد قدرت نسبة الرفض فيه من قبل الإناث بـ: 88,73% ومن قبل الذكور بـ: 88,63% وهي نسبة

عالية جدا ترفض أن يكون المعالج الشعبي ساحرا أو يستخدم جزءا من السحر والشعوذة، لكن هذا لا يعني أن وجود فئة وإن كانت قليلة من أفراد العينة من تؤكد على أن بعض المعالجين الشعبيين يستخدمون في علاجاتهم السحر، كما يرى أفراد العينة أن المعالج الشعبي لا يشترط فيه كبر السن والذي يعني الخبرة الواسعة في هذا المجال، بل يؤكدون على أن أغلب المعالجين الشعبيين الآن هم من صغار السن ويجيدون العملية العلاجية الشعبية خاصة مع تلقي هؤلاء لتكوين في هذا المجال، بل يرون أن صغر سن المعالج كفيلا بأن يجعل هذا الأخير يستخدم التقنية الحديثة في العملية العلاجية، وقد ظهر الفرق في هذا البند في المقترح (30) في متغير الحالة الاجتماعية حيث نجد أن كل أفراد العينة في فئة المطلق تؤكد ضرورة أن يكون المعالج الشعبي كبير السن لأن السن له دور كبير في أن يكون المعالج ذو خبرة أو غير ذلك، وكون المعالج كبير السن هذا يعني أن له خبرة في علاج الأمراض لأن سنوات الممارسة العلاجية تعني تشخيصه لعديد من الحالات المرضية المختلفة ومن ثم كفاءته في العلاج، مقارنة بالشخص المعالج صغير السن فمن شأنه أن يخطئ في عملية التشخيص لقلة خبرته، وعليه نجد أن هذه الفئة ترى أن المعالج الشعبي هو الشخص الكبير في السن والذي يعتمد على المواد الطبيعية في علاج الأمراض دون استخدامه للسحر أو الشعوذة.

1-7 الاسم الذي يطلق على المعالج الشعبي:

أما في المقترحات (33، 34، 35) والتي تناولت الاسم الذي يطلقه المجتمع على المعالج الشعبي، فقد قدمنا فيها ثلاث مقترحات وهي على الترتيب: (الطبيب الشعبي، المعالج التقليدي، الساحر أو الشواف) وقد انحصرت النواة المركزية في المقترح (33) وذلك بنسبة 74،8%، ليأتي في المرتبة الثانية المقترح (34) بنسبة 53% وأخيرا المقترح (35) بنسبة 9،1%، وعليه نجد أن أغلب أفراد المجتمع تطلق على المعالج الشعبي الطبيب الشعبي، والملاحظ في جدول الانوفا يخلص إلى أن الفرق قد ظهر فقط في متغير الموطن الأصلي وفي المقترح (34) حيث توصلنا إلى أن نسبة الحضر أكثر من الريفين تأييدا لهذا المقترح ورفضاً له أيضاً، مقارنة بسكان الريف والتي تؤيد بنسبة عالية المقترح الأول، كما وجد الفرق بين فئات الدخل الثلاث في المقترح (35)، حيث توصلنا إلى أن ذوي الدخل الضعيف ترفض تماما هذا المقترح، وقد ترجع هذه النسبة لكون هذه الفئة تلجأ في حالات كثيرة إلى المعالجين الشعبيين نظرا لضعف دخلهم والذي لا يمكنهم من الزيارة الدورية للطبيب الرسمي وكذا

عدم قدرتهم على تحمل تكلفة العلاج والدواء خاصة مع غلاء المعيشة كما يصرح البعض، مقارنة بالفئات الأخرى والتي قدرت نسبة رفضها بـ: 91،71% لذوي الدخل المتوسط و 82،22% لذوي الدخل الجيد.

1-8 المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه:

وما توصلنا إليه في المقترحات: (40-41-42-43-44) أن النواة المركزية شملت المقترحين (40 و 42) حيث بلغت نسبة من أجابوا بـ: "نعم" أكثر من نصف العينة أي بما يقدر بـ: 59،6%، في حين بلغت نسبة الراضين بـ: 40،4%، أما المقترح الثاني على الترتيب فقد كانت نسبة الإجابة بـ "نعم" 47،4% والإجابة بـ "لا" بلغت نسبتها: 52،6%، وعليه نستنتج أن أكثر من نصف العينة قد رفضت أن يعالج المعالج الشعبي مرضاه في منزل المريض، حيث يرون أن هذا الأسلوب كان متبع في الماضي لكن مع عودة الطب الشعبي وأهميته في العلاج اليوم وإتباعه للأساليب الحديثة في العملية العلاجية جعل عددا من المعالجين الشعبيين يمتلكون أدوات ووسائل علاجية حديثة تسهل لهم عملية العلاج، ومن ثم فهم أشبه بالأطباء الأكاديميين ومن ثم فلا يمكنهم من أخذ معداتهم الطبية إلى بيت المريض هذا من جهة، ومن جهة ثانية قد يرجع السبب لكثرة زبائن المعالج الشعبي التي تكاد تكون بشكل يومي، والتي تجعل من ذهاب المعالج لمنزل المريض أشبه بالمستحيل أو أمرا في غاية الصعوبة فضلا عما إذا كان المعالج لا يقطن بنفس المنطقة التي يقطن بها المريض فهذا سيجعل الأمر من الصعوبة بمكان تحقيقه، وعليه يتحتم على المريض نفسه الذهاب للمعالج إذا كان يريد فعلا العلاج بهذا الأسلوب وقد يتحقق ذلك في حالات نادرة.

أما في المقترح الثالث فقد قدرت نسبة الإجابة بـ: "نعم" و"لا" على التوالي بـ: 47،00% و 53،00%، وطبعا نجد أن أغلب أفراد العينة ترفض أن يعالج المعالج الشعبي مرضاه في محل الأعشاب لكون أن بعض الحالات المرضية تستدعي المعالجة سرا، خاصة وأنا نعلم أن محل الأعشاب محل أنظار الكثير من الناس لأنه المكان الذي يتم فيه بيع الأعشاب الطبية وكذا المواد المستعملة في المطبخ الجزائري، وهذا هو الشائع في منطقة الزيبان، وعليه من الصعوبة بمكان أن يكون محل الأعشاب محل للتشخيص والعلاج، فمن الناحية الأخلاقية العملية العلاجية تتطلب توفر جو من السرية والثقة المتبادلة بين المريض والمعالج، وهذا ما أكده البعض ممن قابلناهم، وقد يكون

محل الأعشاب للاستشارة فقط على أمور عامة سواءا كانت في الجانب الصحي، أو غير ذلك، وفي الوقت الراهن نجد في منطقة الزيبان أن أغلب حوانيت الأعشاب خاصة بالبيع فقط، أما ما تعلق منها بالجانب العلاجي فيتم لدى أشخاص آخرين توكل لهم هذه المهمة وأحيانا كثيرة نجد أن بائع الأعشاب هو من يكون كهمة وصل بين المريض والمعالج أو الذي يبحث عن حلول لمسائل معينة كالحمل والتجميل والزواج وما شابه ذلك.

ليأتي في المرتبة الرابعة من حيث الترتيب المقترح الثاني والذي قدرت نسبته ب: 24,8% ممن أجابوا ب "نعم" في حين كان أغلب أفراد العينة قد أجابوا ب "لا" و قدرت نسبتهم ب: 75,2% وهي نسبة عالية جدا تؤكد أن السوق مكان مرفوض للعلاج لما فيه من عدم السرية التي تتطلبها هذه العملية، على الرغم من وجود بعض الأسواق في منطقة الزيبان على حد تعبير بعض الأشخاص المرتادين لها من نساء ورجال من وجود هذه الظاهرة، لكن يؤكد أغلب من قابلناهم بعدم ثقتهم في مثل هذه العلاجات التي تتم في هذا المستوى، مبررين ذلك كما أسلفنا الذكر بأن العملية العلاجية تتطلب السرية كما تتطلب تشخيص فعال وليس مجرد السؤال عن المرض الذي يعانيه الشخص كما يفعل ذلك بعض المعالجين الشعبيين في الأسواق.

ومن حيث المتغيرات الديمغرافية توصلنا إلى عدم وجود فروق على مستوى الجنس إلا في المقترح (41-43) وهي المقترحات التي رفضها أغلب أفراد العينة، غير أننا نجد أن جنس الإناث هن أكثر رفضا مقارنة بالذكور حيث قدرت نسبتهم على التوالي: 65,89% و 34,10% ونفس الشيء يقال في المقترح (43)، فالمرأة تفضل دائما السرية في الأمور الخاصة بصحتها، فإذا كان سبب مرضها العقم فمن المستحيل أن تستفسر عن الحل أو العلاج لدى المعالج الشعبي المتواجد في الأسواق، لأن هذا الأخير سيكون محل أنظار الجميع وغيرها من الأسباب، أما ما تعلق بالدخل فقد وجد الفرق في المقترح الأول بين المستويات الثلاث واضحا حيث دلت النسب أن أكبر فئة مؤيدة لهذا المقترح هي: فئة الدخل المتوسط ثم الضعيف فالجيد و قدرت النسب على التوالي: 64,96%، 53,57%، 44,44% هذه النسب بالنسبة لمجموع عينة كل مستوى، ليكون الترتيب حسب العينة الكلية، أصحاب الدخل المتوسط، فأصحاب الدخل الجيد ب: 14,59% ثم ذوي الدخل الضعيف ب: 10,94%.

ونشير انطلاقاً مما سبق إلى تزايد الأشخاص الممارسين للطب الشعبي في العالمين المتقدم والنامي، ففي إفريقيا نجد نسبة ممارسيه حوالي 80%، أما في كندا فقد بلغت نسبتهم 70% وهي نسبة مرتفعة جداً مقارنة ببعض الدول المتقدمة كفرنسا والولايات المتحدة الأمريكية التي بلغت نسبتهم على التوالي 49% و40% وهذا حسب ما ورد في المقال الأنف الذكر للباحث **عبد الجواد الصاوي**، ويضيف الباحث بأن التقرير الكندي أشار إلى أن الشباب وخريجي الجامعات في كندا والولايات المتحدة الأمريكية يميلون إلى استخدام الطب البديل، أما في ألمانيا فأتضح أن أصحاب الدخل المرتفع هم الأكثر استخداماً له، وهذا يتعارض مع التصور الداعي إلى أن أصحاب الدخل المنخفض وغير المتعلمين هم من يستخدمون ويمارسون الطب الشعبي مقارنة بالفئات الأخرى وخاصة المتعلمين منهم وذوي الدخل المرتفع.

ونستخلص من الفرضية الأولى كما أشرنا إلى ذلك في بداية تحليلنا لنتائج الدراسة وكما وضحت المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري وكذا معامل الارتباط إلى عدم وجود فروق بين المتغيرات الديموغرافية ومعلومات أفراد العينة عن الطب الشعبي، وعلية فقد تحققت فرضية دراستنا.

(2) نتائج الفرضية الثانية:

والتي افترضنا فيها الفرضية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أسباب لجوء الناس للعلاج بالطب الشعبي والمتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة الاجتماعية، الموطن الأصلي، الدخل).

وبالنظر للجداول الإحصائية توصلنا إلى أن هذه الفرضية قد تحققت بدرجة عالية، حيث قدرت قيمة المتوسط الحسابي بـ 1,4936، وانحراف معياري قدر بـ 0,21007، وبحساب معامل الارتباط لبيرسون لمعرفة درجة العلاقة بين متغيرات الفرضية توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفرضية الثانية والمتغيرات الديمغرافية، حيث بلغت درجة المعنوية 0,566 وهي قيمة عالية جداً تؤكد عدم وجود فروق لأنها قيمة أكبر من مستوى الدلالة 0,05، ومنه نقول أن كل أفراد المجتمع لهم التصورات ذاتها ولم يؤثر الجنس أو السن أو الحالة الاجتماعية وغيرها من المتغيرات في تصوراتهم إزاء أسباب لجوء الناس للعلاج بالطب الشعبي، وما تم استنتاجه من هذا العنصر أن جل أفراد العينة

بنسبة 77,8% تؤكد أن أهم سبب يلجأ فيه الناس للعلاج بالطب الشعبي هو السبب (15) والمتمثل في أن الطب الشعبي يعتمد على مواد طبيعية من السهل على المريض الحصول عليها وتحضيرها بنفسه.

ولتأكيد تحقق هذه الفرضية سوف نحلل كل متغير في هذه الفرضية:

2-9 من حيث الجنس يتضح من الجداول الإحصائية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس وأسباب لجوء الناس للعلاج بالطب الشعبي، حيث أكدت لنا الشواهد الواقعية أن هذه هي الأسباب المنطقية التي تشجع المريض للجوء إلى هذا النوع من العلاج، ومن ثم نجد أن إجاباتهم كانت متقاربة إلى حد بين الذكور والإناث، ولم نلاحظ الاختلاف في الإجابة إلا في الاقتراح الأخير الذي يرجع سبب لجوء أفراد المجتمع للعلاج بالطب الشعبي بسبب يئس المريض من الشفاء، حيث وجدنا فروق ذات دلالة إحصائية قدرت درجة معنويتها بـ 0,004، أين وجدنا الإناث هن من يؤيدن هذا السبب ويرون أن عدم شفاء المريض مما يعانيه من أمراض من خلال استخدام الأدوية الطبية الكيماوية، واستخدام العمليات الجراحية وغيرها سبب كافي في لجوء الناس اليوم للعلاج الشعبي، وخاصة ما تعلق منها بمرض العقم والذي يكون سببه السحر أو الحسد أو التابطة كما تؤكد ذلك البعض ممن قابلناهم من النساء، ومن ثم فيئس المرأة أو الرجل من عدم تمكن الطب الحديث من علاج هذا المرض يستدعي كل منهما على تفسيره تفسيرات غيبية كأن يكون سببه سحر أو مس من الجن أو غيرها، ومن ثم تغيير الوجهة للعلاج بالأعشاب الطبيعية وغيرها من موجودات الطبيعة، واستخدام الطب النبوي في العلاج أيضا كالرقية الشرعية لنفس الأسباب السالفة الذكر.

أما بالنسبة لمتغير السن فقد وجد أن الفرق في إجابات المبحوثين يظهر في الاقتراح الأول والسابع فقط، وقد قدرت درجة المعنوية بـ: 0,046 و 0,40 وهي قيم ليست عالية ظهر فيها الفرق واضحا أثناء مقارنة المتعدد بين فئة الأعمار من (20 إلى 30 سنة بنظيرتها من 31 إلى 40 سنة)، حيث تؤكد الفئة الثانية على أن سبب لجوء الناس للعلاج بالطب الشعبي يعود بالدرجة الأولى إلى التكلفة المرتفعة للطب الرسمي.

أما عن علاقة السن بالأسباب المؤدية للعلاج بالطب الشعبي فنجدها ضعيفة، وأن السن لا يؤثر في تصورات الناس حول أي الأسباب الفاعلة في لجوئهم للعلاج الشعبي، حيث توصلنا إلى أن تصوراتهم متقاربة إلى حد ما، على عكس ما نتصوره من أن كبار السن ستكون لهم نظرة مختلفة تماما عن الشباب كأن تكون الفئة الأولى والتي تفوق أعمارهم 40 سنة يتصورون أن الأسباب تقليدية، والمتمثلة في سرعة تأثير الطب الشعبي في العملية العلاجية أو سهولة تحضير المواد الطبيعية المساعدة على العلاج، غير أننا وجدنا حتى صغار السن يتصورون في أن الأسباب التقليدية هي التي تدفع الناس للعلاج الشعبي.

ومن حيث المستوى التعليمي توصلنا أيضا إلى عدم وجود فروق حول أسباب لجوء الناس للطب الشعبي وهذا يدل على أن العلاقة بين المستوى التعليمي والأسباب علاقة ضعيفة جدا، إذ كل المستويات التعليمية لها نفس التصور تقريبا حتى وإن كان هناك اختلاف فهو اختلاف بسيط جدا، وقد وصلنا إلى بعض الفروق البسيطة أثناء مقارنة المتعدد والتي ذكرنا بعضها منها في التحليل والتي منها الفرق الذي وجد على مستوى الاقتراح رقم إحدى عشر بين المستوى الابتدائي والتعليم القرآني وبين المستوى الجامعي والقرآني.

ورغم ذلك نخلص إلى أن كل المستويات لها تصور واحد متمثل في أن سهولة استخدام المواد الطبيعية هو ما يحفز الناس على العلاج الشعبي سواء كانوا ذوي مستويات تعليمية عالية أو متدنية، حيث نجد أصحاب المستوى التعليمي العالي يؤيدون العلاج بالطب الشعبي حتى مع عدم وجود الأخطاء الطبية أو النقص في التأطير الطبي، ويذهب أفراد العينة إلى أنه بالنظر إلى اعتماد وتوجه العالم المتقدم إلى استخدام العلاج بالأعشاب والإبر الصينية والحجامة وغيرها رغم التطور التكنولوجي الذي يشهده المجال الصحي، واستخدام أرقى التقنيات العلاجية، فبدورنا نحن كعالم ثالث استخدام هذا الأسلوب العلاجي والذي يعتبر جزءا من تراثنا، أي جزء هام من البناء الاجتماعي والذي ثبت بالتجربة فعاليته خاصة مع سهولة الحصول على موارده وسهولة تحضيرها، ناهيك عن تأثيره السريع والفعال في تحقيق الشفاء.

ومن حيث المهنة فقد تبادر إلى ذهننا أثناء طرح هذا السؤال وربطه بمتغير المهنة بأننا سنصل إلى نتيجة مؤداها أن نوع العمل الذي يشغله الفرد هو الذي يحدد توجهه للعلاج إما التقليدي أو

الحديث، أي أنه كلما كان الفرد يشغل مهنة بسيطة كلما لجأ إلى العلاج بالطب الشعبي، أما إذا كان يشغل مهنة جيدة ويحقق دخلاً مرتفعاً سيلجأ حتماً إلى العلاج بأحدث التقنيات المتطورة في المجال الصحي حتى يحقق الوقاية والعلاج معاً، غير أن دراستنا الحالية أثبتت أن المهنة ليست لها علاقة بالأسباب التي تدفع الناس للعلاج الشعبي، حيث توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المهنة والأسباب فالعلاقة بين المتغيرين ضعيفة جداً.

والشواهد الواقعية تذهب إلى أن هناك من أفراد المجتمع من لهم مهن بسيطة لكنهم يفضلون العلاج بالطب الرسمي على الرغم من عدم نجاعته أحياناً، ذلك لأنهم يملكون قناعة في أن الطب الرسمي هو الطب الكفيل بتحقيق العلاج.

وعليه يمكن القول أن التنشئة الاجتماعية لعبت دوراً بارزاً في ذلك، في حين نجد أفراد آخرين من لهم مهن جيدة لكنهم يفضلون استخدام الأعشاب بل حتى اللجوء إلى السحرة والدجالين لتحقيق العلاج لمرضاهم كونهم يؤمنون بأن الطب الشعبي له فائدته وقد جرب منذ أزمان بعيدة، كما قد يكون أحد من أهلهم قد جرب العلاج به ونفع، فالتنشئة الاجتماعية هي التي تحدد المسار العلاجي للأسرة، بل يمكن القول أن المرأة هي التي تؤثر في هذا المجال فهي طبيبة الأسرة الأولى الذي يلجأ إليه المريض، وفيما يخص عدم وجود فروق فقد يرجع السبب كما قلنا سابقاً إلى درجة الوعي التي أصبحت سائدة في مجتمعنا فضلاً عن الاتصال بين الريف والحضر وتأثير وسائل الإعلام والتنشئة أيضاً، فكلها عوامل ساهمت في إذابة الفوارق الاجتماعية وجعلت التفكير يكاد يكون واحداً.

كما توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الحالة الاجتماعية والأسباب الدافعة إلى اللجوء للعلاج بالطب الشعبي، وهذا يعني أن علاقة هذا المتغير بالأسباب علاقة ضعيفة، وأن الحالة الاجتماعية لا تؤثر على تصورات الناس، فكون الفرد متزوج أو أعزب أو مطلق أو أرمل لا يعني الاختلاف في التصور فأغلب أفراد العينة يرون أن الأسباب المقترحة في الاستمارة لها دور كبير في لجوء الناس للعلاج الشعبي، فقد يلجأ البعض إلى هذا العلاج بسبب نقص التأطير الطبي أو بسبب خطورة ومضاعفة الأدوية الكيماوية.

وهنا نشير إلى ما أدلى به المفوض الأوربي لشؤون الصناعة **جونترفيرهويجن** *Johnterverhoegn* في تصريحاته لصحيفة *Die Welt* الألمانية بأن: "ثمة تزايد مستمر في عدد العقاقير الطبية المغشوشة والتي تصل لأيدي المرضى في أوروبا وهو أمر تشعر المفوضية الأوروبية حياله بالقلق الشديد"¹، وعلى إثر هذه الظاهرة والحملات التي قامت بها عددا من دول الاتحاد الأوروبي لمواجهة هذه المعضلة والتي تفشت في بعض دول العالم الثالث جعلت الكثير من المجتمعات تسعى لإيجاد طب بديل تتفادى من خلاله الوقوع في الأخطاء الطبية، ومن ثم فقد كان هذا أيضا أحد أهم الأسباب التي دعت البعض إلى اللجوء للعلاج بالطب الشعبي، ونفس الشيء يمكن أن يقال في هذا السياق وهو ما أدلت به **Katie Schoen** نائبة رئيس صندوق الكومنولث بالقول: "لقد وصل عدد المرضى الأمريكيين الذي يتناولون أدوية خاطئة أو علاج غير مناسب أو صحيح أو حدث تأخير في فحوصاتهم في عام 2005 و 2006 إلى 34% منهم 30% في كندا وأستراليا، 25% في نيوزيلندا، 23% في ألمانيا، و22% في بريطانيا، وتصل نسبة حالات الوفاة نتيجة خطأ طبي إلى معدلات عالية سنويا في معظم أنحاء العالم، ففي الولايات المتحدة الأمريكية ما يقارب 98000 حالة وفاة سنويا وفي بريطانيا ثلاثين ألف شخص، هذا غير من يعانون من عواقب وخيمة من جراء تلك الأخطاء دون أن تصل بهم إلى حد الوفاة"².

ورغم ذلك إلا أن كل من الطب الشعبي والطب الرسمي لا يمكن اعتبارهما نسقين متضادين بل هما على العكس من ذلك نظامين متكاملين كل منهما يعوض النقص الموجود في الآخر، وهذا ما أشارت إليه مديرة منظمة الصحة العالمية **Margaret Chan**.

غير أنه رغم الاتفاق بين أفراد العينة في تصوراتهم إلا أننا وجدنا الفرق قد ظهر أثناء مقارنة المتعدد بين فئة المتزوجين والعزاب في الاقتراح الثاني عشر، حيث قدر الاختلاف بين المتوسطات بـ 1317,0 ودرجة معنوية قدرت بـ 0,047 وهي قيمة ضعيفة جدا تؤكد أن الحالة الاجتماعية لا تؤثر بشكل فعال في تصوراتنا إزاء قضايا الصحة والمرض، ففيما سبق كنا نلاحظ اختلافا في التصورات بين

1 الأرض الطبية مرجع سبق ذكره.

2 عبد الجواد الصاوي، مرجع سبق ذكره، ص 34.

فئة الأرامل والمطلقين والعزاب والمتزوجين لكون ظروف كل منهم تختلف عن بعضها البعض، فعلى سبيل المثال ظروف المطلقة تحتم عليها الاهتمام بكل ما هو غيبي نظرا للحالة النفسية التي تمر بها والتي تؤكد لها دائما أن حالتها هذه سببها العين الشريرة أو السحر، وعليه نجدها دائما تبحث في دفع الضرر عنها باللجوء إلى العلاج بالغيبيات وأن حالتها هذه لا يصلح معها العلاج بالطب الرسمي أو الحديث، ومن ثم فإن أول وأهم سبب قد يؤثر في المطلقة وبحثها عن العلاج بالطب الشعبي هو كون الطب الشعبي كفيل بعلاجها ولا يصلح معها الطب الحديث، ونفس الشيء يقال في فئة الأرامل، كما أن التصور الذي كان سائدا في السابق لدى المتزوجين هو استخدام كل ما جادت به الطبيعة من أعشاب ومواد حيوانية لعلاج أطفالها الذين يتعرضون في كل مرة لنوع معين من الأمراض وعليه يكون اهتمامها أكبر بصحة أطفالها وتجريب الطب الشعبي أولا خاصة مع قصور العناية الصحية التي يشهدها العالم اليوم، وبإجراء بعض المقابلات مع بعض النساء أكدن أن في الماضي وجدت بعض الأمراض لم يجد لها الطب الرسمي علاجاً مثلما هو الحال الآن مما يضطرهن لاستخدام المواد الطبيعية خيفة فقدان أبنائهن، هذا الأمر الذي يحتم عليهن الاعتقاد بأهمية الطب الشعبي من خلال زيارة المعالجين الشعبيين وزيارة السحرة أو الأولياء الصالحين وتقديم النذور.

أما في وقتنا الحالي فقد أصبح التصور السائد في أوساط المجتمع لدى كل الفئات وبمختلف الأعمار والمستويات التعليمية أن السبب الرئيس يكمن في سهولة الحصول على المواد الطبيعية وسهولة تحضيرها، ووجود قناعة لدى الناس من أن بعض الأمراض ينفع معها العلاج بالطب الشعبي وأخرى ينفع معها العلاج بالطب الرسمي، فهذه المتغيرات إذن لم تعد تؤثر على تصوراتنا بقدر تأثير وسائل الإعلام وما تبثه من برامج تؤكد أهمية وفعالية العلاج الشعبي، وفضول الناس في التجريب فهي كما يقولون إذا لم تنفع لا تضر.

ونفس الشيء يقال في متغير **الموطن الأصلي** حيث لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حول أسباب لجوء الناس للطب الشعبي، وعليه نستنتج أن العلاقة بين الموطن الأصلي وأسباب لجوء الناس إلى العلاج بالطب الشعبي ضعيفة جداً، وهذا ما وضحته درجات المعنوية حيث كانت قيمها عالية جداً، فالموطن الأصلي سواء كان ريف أو حضر لا يؤثر في تصوراتنا إزاء مسائل عديدة والتي منها الصحة والمرض، خاصة بعد غياب الفوارق الاجتماعية وانتشار التعليم والوعي الصحي وتوفر

المؤسسات الصحية في كل منهما، الأمر الذي حدا بأفراد العينة أن يتفقوا على أن هذه الأسباب جميعها لا تؤثر في لجوئهم للعلاج الشعبي، غير أن السبب الرئيس حسب متغير الموطن الأصلي والدافع للعلاج بالطب الشعبي متمثل في سهولة الحصول على المواد العلاجية وسهولة تحضيرها.

وفي متغير الدخل افترضنا أنه كلما كان الدخل ضعيفا كلما شجع أفراد المجتمع على استخدام العلاج الطبيعي الشعبي كونه أقل تكلفة من الطب الحديث الذي يتطلب في أحيان كثيرة إجراء عمليات جراحية والتي تتطلب تكاليف باهظة، وأنه كلما كان الدخل عالي كلما توجه الفرد للعلاج بالطب الرسمي والزيارة الدورية للطبيب الأكاديمي بهدف الوقاية والعناية بالصحة، غير أن الشواهد الواقعية والتي أثبتتها دراستنا أكدت العكس حيث لم نلاحظ الفروق حسب هذا المتغير إلا في الاقتراح الثالث عشر والذي مؤداه أن الخوف من الأخطاء الطبية هو الذي يدفع الناس للعلاج بالطب الشعبي، حيث توضح الفرق أثناء مقارنة المتعدد بين أصحاب الدخل الضعيف والجيد أين بلغت درجة الاختلاف بين المتوسطات 0,006 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0,05 وفي الجداول التكرارية بلغت نسبتهم على التوالي: 6,86% و 25,49%، ونؤكد أنها قيمة كبيرة جدا وهذا يؤكد أن الدخل يؤثر في تصوراتنا، فأفراد العينة تعتقد في أن الناس تلجأ إلى العلاج الشعبي نظرا لارتفاع تكلفة الطب الرسمي فالفرق ذو الدخل الضعيف يعجز عن توفير متطلبات الأسرة وخاصة ما تعلق منها بالدواء نظرا لتعدد الحياة الاجتماعية وصعوبتها والاحتياجات التي تتطلبها الأسرة بين الفينة والأخرى، وهذا ما جعل هذه الفئة في الاقتراح الثالث تؤكد أن سبب لجوء ذوي الدخل الضعيف للعلاج الشعبي لا يكمن في الأخطاء الطبية ومن ثم خطورة الطب الرسمي كما ذهب لذلك ذوي الدخل المرتفع، بل السبب الرئيس يكمن في ارتفاع تكلفة الطب الرسمي وما يتطلبه من زيارات دورية خاصة إذا كان الشخص مصاب بمرض ما، وما تتطلبه من مصاريف العلاج والذي يتقل كاهل هؤلاء مما يضطرهم إلى اللجوء إلى العلاج الشعبي والذي يعتبر مقارنة بالرسمي أقل تكلفة وقد يقضي نوع العلاج الشعبي على المرض كلية.

ونستخلص من هذا البند أن جل أفراد العينة بنسبة 8,77% تؤكد أن أهم سبب يلجا فيه الناس للعلاج بالطب الشعبي هو السبب الخامس عشر والمتمثل في أن الطب الشعبي يعتمد على مواد طبيعية من السهل على المريض الحصول عليها وتحضيرها بنفسه، وهذا يؤكد تمسك المجتمع بالموروث الثقافي وبخاصة ما تعلق منه بالطب النبوي باعتباره يؤدي وظيفة في المجتمع، وكلها

عوامل ساعدت على أن لا تكون هناك فوارق في إجابات المبحوثين حول هذا البند، وأن المجتمع يلجأ دائما إلى ما هو أسهل وأسرع في التأثير، وهذا ما أكدته لنا المقابلات التي تم إجراؤها في الدراسة الاستطلاعية حيث أكد لنا الكثير من الناس أن سهولة تحضير المادة العشبية والحصول على تأثير إيجابي سريع هو الذي شجع أفراد المجتمع على الاهتمام بالعلاج بالطب الشعبي، فضلا عن الأسباب الأخرى التي ذكرت أنفا كنقص التأطير الطبي حيث يؤكد جل المبحوثين أن التأطير الطبي في منطقة الزيبان لا يزال يعاني من العجز والنقص في بعض التخصصات، كما أن للأخطاء الطبية دور بارز في هذا الشأن.

2-10 أسباب لجوء أفراد العينة للمعالجين الشعبيين:

وفي المحور الخاص بأسباب لجوء الناس للمعالجين الشعبيين فقد تضمن هذا المحور أربع مقترحات، وقد توصلنا في الاقتراح السادس والثلاثون إلى أن أكثر من نصف أفراد العينة والمقدرة نسبتهم ب: 52,6% يرفضون كون الناس تلجأ للمعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجة المريض أو الزائر من خلال استخدامه للغة اليومية، وهذا ما يعني أنه توجد أسباب أخرى فاعلة، كأن يكون المعالج محل ثقة بالنسبة لزواره كما في المقترح السابع والثلاثون، أو في المقترح الثامن والثلاثون والقاضي بلجوء الناس للمعالج الشعبي لأنه من نفس المنطقة، غير أننا ومن خلال الجداول التكرارية توصلنا إلى أن المقترح التاسع والثلاثون والخاص بقدرة المعالج الشعبي في علاج الأمراض المختلفة وفاعليته في تحقيق الشفاء هو المقترح الذي تحصل على أكبر نسبة موافقة من قبل العينة حيث قدرت نسبته ب 72,6%، مقارنة بالمقترح السابع والثلاثون والذي قدرت نسبته ب 58,7% والمقترح الثامن والثلاثون والمقدرة نسبته ب 41,7%.

وعن متغير الجنس فقد اتضح لنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين هذا المتغير وأسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي وذلك في المقترحات التالية: رقم (37، 38، 39) فكلى الجنسين لهما التصور ذاته، غير أن الملاحظ في الجداول التكرارية توصلنا إلى أن فئة النساء ترى أن عامل الثقة مهم جدا في تعامل المعالج الشعبي مع المريض، ونشير في هذا الصدد إلى أن أغلب المصابين بالأمراض يعتقدون بضرورة وضع النية في الطبيب المعالج وانتظار النتيجة ويقول المثل المغربي في ذلك " النية بالنية والحاجة مقضيه "، إلى جانب تمكنه في علاج الأمراض، فعامل الثقة ذو أهمية

بالغة ومكمل للعامل الأخير، حيث ومن خلال زيارتنا لأحد المعالجين الشعبيين وجدناه في كل مرة يبتكر ويبدع في طريقة كلامه واهتمامه بالمريض من جميع النواحي النفسية والاجتماعية وحتى الاقتصادية، ومن ثم خلق جو من الألفة والارتياح يجعل المريض وأهله يشعرون بنوع من الراحة والاطمئنان، مما يحفز المريض وأهله على الحديث وعدم الخوف من إعادة الزيارة مرة أخرى إذا تطلب الأمر ذلك، وهذه عوامل تحفز الناس على زيارة المعالج الشعبي وهي نفس التصورات التي يؤكد عليها جنس الذكور أيضا.

إذن معرفة المعالج الشعبي أو السماع عنه وعن قدرته في تحقيق الشفاء لمختلف الأمراض أي من خلال المشاهدة والتجريب، وكذا السماع عنه من خلال تناقل الناس لما يحدث لدى المعالج من طرق وأساليب في العملية العلاجية جعلت التصور يكاد يكون واحدا لدى جميع أفراد العينة، ومن ثم المجتمع بأكمله وخاصة دوره في غرس الثقة بينه وبين المريض وأهله.

ورغم التقارب الشديد في تصورات المبحوثين حول هذا البند إلا أننا وصلنا من خلال دراستنا الميدانية إلى وجود فروق بين المبحوثين في الاقتراح السادس والثلاثون، حيث توصلنا من خلال الجداول التكرارية ما معدله 85 امرأة من جملة 142 ترفض هذا الاقتراح مما يعني أنها تلغي تماما لجوء الناس للمعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجة المريض، مبررين هذا النفي بكون الفرد في حالة إصابته بالمرض لا يهم إن كان المعالج الشعبي يتكلم بنفس اللهجة أو لا بل ما يهم هو تحقيق الشفاء من خلال السؤال والاستقصاء على أي المعالجين الشعبيين المتواجدين بالوطن قد حققوا نجاحا في ميدان الطب وخاصة في نفس الحالة التي يعاني منها، وهذا ما أكدته أغلبية النساء اللواتي قابلناهن في أنهن قد تنقلن إلى معالجين شعبيين أثبتت كفاءتهم في العلاج الشعبي منهم من يتواجد في قرى منطقة الزيبان ومنهم من يتواجد في مدن مجاورة، في حين ترى فئة الذكور أن اللغة التي يتكلم بها المعالج الشعبي لها الدور الفعال في لجوء الناس للمعالج الشعبي. فامتلاك المعالج لفن التعامل مع مرضاه وزواره بدءا بحسن استقبالهم وتبيان أن المرض الذي يعانيه ليس بالأمر الصعب والخطير حتى وإن كان كذلك، وخلق جو أبوي وأخوي مع المريض جو تسوده الثقة المتبادلة من شأنه أن يعزز العلاقة بين المعالج ومرضاه، مما يدفعهم للالتزام بالمواعيد وبالوصفات المقدمة الأمر الذي يسهل من عملية تحقيق العلاج، كما أنه سيعزز زيارته مرة أخرى إذا استدعى الأمر ذلك، وهذا طبعا ما يؤكد

عليه علم الاجتماع الطبي ورائد المدرسة الوظيفية *Talcott Parsons* في دور العلاقة التبادلية الحسنة بين المريض والطبيب التي من شأنها أن تساهم بشكل فعال في تفعيل العملية العلاجية وتحقيق الشفاء.

أيضا توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أسباب لجوء الناس للمعالجين الشعبيين ومتغير العمر، وهذا يدل على أن العلاقة ضعيفة بين السن والأسباب، فبالنسبة للاقتراح السادس والثلاثون فقد وجد الفرق عند مقارنة المتعدد بين المستويات العمرية الآتية: (من 20 إلى 30 سنة مع 51 سنة فما فوق، وفئة 51 سنة فما فوق مع الفئة العمرية من 31 إلى 40 سنة).

وبالنظر إلى الجداول التكرارية فإننا نجد أن ما نسبته 16,51% في الفئة العمرية من 51 سنة فما فوق تذهب إلى أن الناس تلجأ للمعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجة المريض، فحسب رأيهم أنه كلما كانت اللغة واللهجة واحدة بين المريض والمعالج كلما ساهم ذلك في الشعور بالارتياح وحصول الثقة بينهما وحصول الشفاء، خاصة إذا كانت هذه الفئة العمرية غير متعلمة، وعليه فاللغة واللهجة المستخدمة من قبل المعالج عامل أساسي في تكرار زيارة المريض للمعالج إذا تطلب الأمر، فغالبا ما نجد كبار السن يتعثرون في فهم اللغة الطبية كونهم ذوي مستوى تعليمي منخفض وهذا ما أدلى به كبار السن ممن تفوق أعمارهم الستين سنة، خاصة في السنوات التي تلت الاستقلال أين كان المستوى التعليمي قد اقتصر على فئة معينة من الجزائريين وخاصة في الأرياف حيث كان الأطباء يستخدمون اللغة الفرنسية في التعامل مع المريض، أما الآن ونظرا لاستخدام اللغة العامية في التعامل مع المريض لنفس الفئة العمرية فقد جعل زيارة المريض للطبيب الأكاديمي يتسم بالسهولة وعدم إحساس المريض بالحرج في تعامله مع الطبيب، وهذا يعني أن كبار السن يؤكدون على أهمية اللغة في عملية التواصل الاجتماعي فبواسطتها تذوب الفوارق الاجتماعية وتعزز العلاقة المتبادلة بين المريض والطبيب كما تذهب لذلك نظرية التبادل الاجتماعي مما يعجل في عملية الشفاء، وهذا سبب لجوء الناس للمعالج الشعبي خاصة وأن المعالج يشعر المريض بأنه على علم بحالته ويحس بآلامه ومعاناته التي يعانها وأسبابها والحلول الكفيلة بعلاجها، غير أن هذا الاقتراح نجده مرفوض مع بقية الفئات العمرية خاصة في الوقت الراهن حيث تؤكد هذه الفئات بوجود أسباب أخرى كالتي ذكرت في المقترحات السابقة أكثر تأثيرا من هذا السبب رغم أهميته، ونخلص إلى أن ما يشد الأفراد في المسائل

العلاجية ليست طريقة الحديث أو اللغة واللهجة المستخدمة من قبل المعالج فهي لا تعد سببا فاعلا في اللجوء للمعالج الشعبي بغرض العلاج، كما أن مكان إقامة المعالج لا يشكل مشكلة على الإطلاق سواء كان من نفس المنطقة أو غيرها، بل ما يهم هو كفاءة المعالج وتمكنه من علاج الحالات المرضية المختلفة، فالبعض من هؤلاء يقول لنا: (لنفرض أن المعالج يتكلم بنفس لهجتي غير أنه لم يتمكن من معالجتني رغم زيارتي المتكررة له فهل سأستمر في الذهاب إليه، طبعاً لا لأن ما يهمني هو حصول الشفاء حتى وإن تطلب الأمر التنقل إلى مناطق أخرى وإن كانت بعيدة جداً عن مقر سكني المهم أن يتحقق لي الشفاء)، وهذا ما أكدته أغلب أفراد العينة والمقدرة نسبتهم بـ 71,02% من مجموع 107 من الفئة العمرية من 20 إلى 30 سنة، في حين وجدنا أن الفئة العمرية من 31 إلى 40 ترى أن لجوء الناس للمعالج الشعبي يتقاسمه سببين رئيسيين، الأول والمتمثل في كفاءة المعالج وقدرته على تحقيق الشفاء والذي قدرت نسبته بـ: 26,34%، والثاني والقاضي بكون المعالج محل ثقة والذي قدرت نسبته بـ: 30,37% من المجموع الكلي للعينة الموافقة بـ "نعم".

كما تبين لنا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة نحو أسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي ومتغير المستوى التعليمي، وهذا يدل على أن العلاقة بين المستوى التعليمي والأسباب ضعيفة، وفي مقارنة المتعدد توصلنا إلى وجود فروق بين بعض المستويات التعليمية وظهرت في الاقتراح الأول عند مقارنة المستوى الأول بالمستوى الثانوي والجامعي، أين أكد ذوي التعليم القرآني على أن اللهجة التي يتكلم بها المعالج الشعبي تلعب دوراً بارزاً في توجه المرضى لهذا الأخير، فكلما كانت اللهجة واضحة وخاصة إذا كانت بنفس لهجة المنطقة التي يقطن بها المريض كلما حفز ذلك المريض إلى زيارة المعالج الشعبي وإتباع التعليمات والنصائح التي يقدمها هذا الأخير لمرضاه، على عكس المستويين الثانوي والجامعي فاللغة أو اللهجة بالنسبة لهم ليست السبب الرئيس في ذهاب الناس للمعالج الشعبي وإن كان له دوراً في ذلك حسب رأينا.

وفي الاقتراح الثاني أثناء مقارنة المستويين التعليم القرآني بالمتوسط حيث يؤكد كل الأفراد الذين استجوبناهم من ذوي مستوى التعليم القرآني على عامل الثقة ودوره الفعال في تحقيق الشفاء للمريض، وهذا يعني أن المريض إذا وثق في المعالج الشعبي سيتيح له فرصة الحديث معه بحرية ولا يتعلق

الأمر بالحديث على الحالة المرضية فحسب بل يتجاوز ذلك للحديث في كل ما يتعلق بالحالة النفسية أي الشخصية والاجتماعية وحتى الاقتصادية للمريض، مما يسمح للمعالج بالتشخيص الدقيق للحالة.

وفي الاقتراح الثالث وجد الفرق عند مقارنة فئة التعليم المتوسط بالتعليم الثانوي حيث توصلنا إلى أن أغلب أفراد العينة في المستوى الثانوي قد أكدت أهمية أن يكون المعالج الشعبي من نفس المنطقة، فهذا العامل من شأنه أن يجعل الناس تلجأ إليه لأسباب متعددة منها: أنه من نفس المنطقة بمعنى أنه يتكلم بنفس اللهجة التي يتكلم بها المريض، ومن جهة أخرى أنه يعرف عادات المنطقة وتقاليدها ومن ثم فالدواء الذي سيصفه سيكون متاح وموجود في المنطقة التي يقطن بها.

ونفس النتيجة توصلنا إليها في متغير المهنة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس التصورات الاجتماعية بين هذا المتغير وأسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي، لكن رغم ذلك فقد لاحظنا الفرق في المتوسطات عند مقارنة المتعدد في المقترح السابع والثلاثون وذلك عند مقارنة مهنة الإطارات بريات البيوت، والجدول التكراري يوضح ذلك حيث تؤكد فئة ربات البيوت والمقدرة نسبتهم بـ: 17,77% من المجموع الكلي للعينة و72,72% من مجموع ربات البيوت والمقدر عددهم بـ 33 مفردة بضرورة وجود الثقة بين المعالج الشعبي والمريض حتى يتحقق الشفاء، فعامل الثقة مهم جدا، ليس في هذا المجال فحسب وإنما في مجالات أخرى كالأسرة مثلا إذ كلما وجدت الثقة بين الأم وأبنائها كلما حفز ذلك الأبناء على الدراسة وتحقيق متطلباتها، ونفس الشيء يقال في هذا المجال فتقنة المريض في المعالج من شأنها أن تحفز المريض على الحديث بطمأنينة وتقديم تفسيرات دقيقة للحالة المرضية مما يعزز الثقة لدى المعالج في تمكنه من تشخيص الحالة، فقبل أن ينجح المعالج في تحقيق الشفاء لمختلف الأمراض ينبغي أن يتصف بميزة الثقة حتى يجلب إليه زبائنه لأن ذلك يعد جزءا هام من العناية الطبية، ونجد نفس الخاصية في الطب الرسمي في التأكيد على أهمية الثقة المتبادلة بين المريض والطبيب في العملية العلاجية ودورها في تحقيق العلاج.

كما استنتجنا أيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس التصورات الاجتماعية بين متغير الحالة الاجتماعية وأسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي، غير أن الفرق قد اتضح أثناء مقارنة المتعدد في الاقتراح الأول عند مقارنة فئة المطلق بفئة العزاب والمتزوجين، حيث بلغت نسبتهم على التوالي: 100%، 43,45%، 48,84% ليكون الترتيب بالشكل التالي: فئة المطلق ثم

المتزوجين وأخيرا العزاب، هذا يعني أن فئة المطلق جميعها تؤيد الاقتراح الأول والداعي بأن الناس تلجأ للمعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجة المريض، وأن استخدام نفس اللهجة حسب هؤلاء من شأنه أن يساعد المريض على استيعاب وفهم كل ما يدلي به المعالج، على الرغم من أن هذه الفئة تختلف في مستوياتها التعليمية، كالمستوى الجامعي والمستوى الابتدائي وغيرها، كما أن أغلبهم حضر ويشغلون في مهن مختلفة وذوو أعمار مختلفة أيضا.

أما في متغير **الموطن الأصلي** فقد اتضح أن العلاقة ضعيفة جدا بينه وبين أسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي على مقياس التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، ومن ثم نستنتج بعدم وجود فروق تذكر حسب متغير **الموطن الأصلي**، وأن أغلب أفراد العينة تؤكد حسب الجداول التكرارية وجدول الانوفا أن نجاح المعالج الشعبي في علاج الأمراض هو السبب الفعال في لجوء الناس إليه طلبا للشفاء حيث بلغت النسبة في الريف 73,77% من مجموع الريفيين و72,18% من مجموع الحضر، غير أن ما توصلنا إليه في الجداول التكرارية في المقترح الثالث تؤكد أن الإجابات بـ: "لا" قد حصلت على النسبة الأكبر لدى الريفيين والحضر حيث قدرت في كليهما على التوالي: 54,09% و59,76% من مجموع الريفيين والحضرين، هذا يعني أن يكون المعالج من نفس المنطقة حتى يتم اللجوء إليه للعلاج يعد سببا غير رئيسي بل هو سبب مكمل لما تقدم ذكره، فالمهم هو فاعلية المعالج الشعبي والثقة فيه هي من تعزز زيارته وتصبح بذلك معيار يتبنى أثناء الإصابة بالمرض والبحث عن العلاج.

كذلك الشأن بالنسبة لمتغير **الدخل** حيث لم نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس التصورات الاجتماعية بين متغير الدخل وأسباب لجوء الناس للمعالج الشعبي، مما يؤكد أنه مهما كان الدخل جيد أو غير ذلك لا يؤثر في تصوراتنا بشكل كبير، ومن خلال الجداول الإحصائية توصلنا إلى أن ذوي الدخل المتوسط والمقدرة بـ: 49,68% من مجموعها الكلي تؤكد على دور اللهجة المستعملة من قبل المعالج الشعبي في استقطاب من يبحثون على الشفاء بالطرق التقليدية، في حين لا تعتبر ذات أهمية لدى ذوي المستوى الجيد والمقدرة نسبتهم بـ 64,44% من مجموع هذه الفئة التي تؤكد على عامل الثقة والكفاءة بنسبة 62,22%، أما ما يخص ذوي المستوى الضعيف فهم يؤكدون على

عامل الكفاءة وقدرة المعالج في تحقيق الشفاء بنسبة قدرت ب 82،14% مقابل 73،88% لذوي الدخل المتوسط.

ونخلص مما سبق ذكره إلى القول بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفرضية الثانية والمتغيرات الديمغرافية حيث بلغت درجة المعنوية 0،566 وهي قيمة عالية جدا تؤكد عدم وجود فروق كونها قيمة أكبر من مستوى الدلالة 0،05، وهذا يدل على أن كل أفراد العينة لهم التصورات ذاتها في هذا المحور.

رابعاً نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة:

في دراسة سليمان بومدين حول التصورات الاجتماعية للصحة والمرض توصل الباحث في متغير الجنس إلى أن النساء يفقن الرجال بشكل طفيف في إيمانهم بالطب التقليدي أي الشعبي، مما يؤكد أن الرجال أكثر رغبة في التحديث، وهي نفس النتيجة التي توصلت لها دراستنا الحالية غير أن نسبة النساء نسبة عالية جدا مقارنة بفئة الرجال حيث قدرت نسبة النساء اللواتي يؤمن ويلجأن للعلاج الشعبي ب 73% من أفراد العينة، في حين قدرت نسبة الرجال ب 31،7% فقط، وقد يرجع سبب هذه النسبة العالية إلى أن النساء كما أسلفنا الذكر هن أكثر احتكاكا بالتراث الشعبي وبكبار السن والأخذ منهم المشورة في الحالات المرضية التي تمر بها أسر هؤلاء، حيث يلجأن للعلاج الشعبي ومنه العلاج الشعبي المنزلي أولاً قبل اللجوء للعلاج الحديث، خاصة فيما تعلق بالمسائل الخاصة بالمرأة والحمل والإنجاب والرضاعة وغيرها.

أما ما تعلق بالعمر فعلاقته بالطب التقليدي والحديث لم تكن قوية وهذا ما توصلت له الدراسة السالفة الذكر، إذ يؤكد الباحث أن الزيادة في العمر لا تعني استمرار الزيادة في التقليدية، ورغم ذلك فقد توصل الباحث إلى أن الفئة العمرية من 65 سنة فأكثر هي أعلى الفئات إيمانا بالطب التقليدي وأقلهم ثقة في الطب الحديث، ونفس النتيجة توصلنا إليها في دراستنا هذه في أنه لا توجد فروق بين متغير العمر وأكثر الفئات لجوءاً للعلاج بالطب الشعبي، فزيادة العمر لا تعني التمسك بكل ما هو تقليدي، حيث تؤكد الشواهد الواقعية أن الشرائح الاجتماعية بمختلف مستوياتها تؤمن بفعالية الطب الشعبي وقد تكون للتنشئة الاجتماعية الدور الفاعل في ذلك، غير أننا وأثناء مقارنة المتوسطات

توصلنا إلى ما توصل إليه الباحث **بومدين** من أن فئة كبار السن والتي تفوق 51 سنة هي أكثر الفئات إيماناً بالطب الشعبي واعتماداً عليه في علاج الأمراض، وقد أكد ما قلناه الواقع الاجتماعي فمن خلال ملاحظاتي ومقابلاتي مع بعض المعالجين الشعبيين وبأعي الأعشاب تأكد لنا أن مختلف الفئات الاجتماعية ومن ذوي أعمار مختلفة تتردد على "الطالب"، "الشيخ"، "المركي"، "الأولياء الصالحين" ظناً منهم أن سبب المرض يعود إلى أسباب تقليدية، وهذا ما توصلت إليه دراسة **سليمان بومدين** أيضاً من أن بعض المعالجين يؤكدون أن الفئات التي تتردد على المعالج الشعبي من أعمار مختلفة، وعليه نقول أن المسألة تبقى مسألة فئات لدى أفراد المجتمع.

وبالنسبة للمستوى التعليمي فلم تزد حادثة المبحوثين ولم تقل تقليديتهم كلما ارتفع المستوى التعليمي، حيث اتضح أن الجامعيين هم أكثر المستويات إيماناً بالطب التقليدي مقارنة بالمستويات الأخرى، كما كانت ثقة الجامعيين بالطب الحديث عالية ولكنهم أقل ثقة قياساً بالمستوى الثانوي، وفي دراستنا هذه توصلنا إلى خلاف ما توصل إليه الباحث في أن أغلب من لديهم مستوى تعليمي جامعي يرون أن العوامل الحديثة هي الأكثر إصابة بالمرض في حين نجد أن ذوو المستوى الثانوي يرون في أن كلا العاملين التقليدي والحديث لهما الدور البارز في إصابة الفرد بالمرض، وهذا الاختلاف يكمن في أن المستوى التعليمي لهؤلاء من شأنه أن يؤهلهم للإطلاع على الكتب في مجال الصحة والطب الشعبي وعلى الحصص المقدمة في وسائل الإعلام، وعليه نخلص إلى أن المستوى التعليمي يؤثر في بناء تصوراتنا إزاء قضايا عديدة، إذ من الطبيعي أنه كلما كان المستوى التعليمي عال كلما ساهم في تجدد المعارف والأفكار، الأمر الذي سيجعل الاختلاف بين الشرائح الاجتماعية ضرورة حتمية، حيث نجد أن كل فرد سيطرح وجهات نظره بناءً على المستوى التعليمي الذي يمتلكه وعلى تنشئة اجتماعية قد نشأ عليها.

وهذا ما أكدته نظرية الارتقاء المعرفي لـ: **jean Piaget** من أن المعرفة تتطور وترتقي وتصبح بذلك أفضل من المعرفة السابقة كلما انتقل الفرد من مرحلة عمرية إلى أخرى ومن مستوى تعليمي إلى آخر، كما ونشير إلى أن أسباب الاختلاف في التصورات بين المستويين الجامعي والثانوي قد تعود إلى أن كلا المستويين قد بلغ مستوى معين من التعليم ودرجة كبيرة من الوعي واهتمام كبير بما يحدث على الساحة الإعلامية والواقع المعاش، فكل منهما يؤمن بأفكار وتصورات معينة، ورغم ذلك إلا أننا

نجد أن جميع المستويات تؤكد على أن أحد العوامل التي ساهمت في عودة الطب الشعبي والإيمان به تكمن في عدم تمكن الطب الحديث من إيجاد حلول للمشكلات الصحية الكثيرة، هذا الأمر الذي من شأنه أن يسمح بتعميق المعتقد في أذهان الناس من أن بعض الأمراض لها أسباب غيبية كالسحر أو العين والحسد ومن ثم ضرورة علاجها بالطب التقليدي في مجتمع لا زال يؤمن بالغيبيات ويصنف الأمراض إلى أمراض عضوية وأخرى غيبية.

أما ما يخص المهنة والحالة العائلية حسب دراسة **بومدين** فإن ربات البيوت هن أكثر اعتقاداً بجدوى الطب التقليدي مقارنة بفئة الإطارات التي كانت تؤمن بنسبة كبيرة بفعالية الطب الحديث، أما الحالة العائلية فمن شأنها أن تشكل تأثيراً كبيراً على التصور الاجتماعي الذي يعتقده الفرد إزاء مواضيع شتى والتي منها قضية الصحة والمرض، وفي هذه الدراسة توصل الباحث إلى أن فئة الأرامل أكثر إيماناً بجدوى الطب التقليدي، أما في دراستنا هذه فلم نتوصل إلى وجود فروق.

وعن متغيرات **الموطن الأصلي، مدة الإقامة، نوع السكن وعدد أفراد الأسرة** فقد كانت نتائج الدراسة تؤكد أن الريفيين هم الأكثر إيماناً بجدوى الطب التقليدي مقارنة بالحضرين، أما مدة الإقامة فلم تكن مرتبطة بممارسة الطب التقليدي والحديث، أما متغير نوع السكن وعدد أفراد الأسرة فلم يؤثر على تصورات الأفراد للصحة والمرض، وفي دراستنا الحالية توصلنا إلى أن التصور لدى الريفيين هو ذاته لدى سكان الحضر ومن ثم فلم نجد فروق تذكر حول درجة إيمان هؤلاء بالطب التقليدي والحديث أو ممارسته وأسباب اللجوء للعلاج بالنسقين وأيهما أفضل في تحقيق العلاج، حيث توصلنا حسب عينة دراستنا إلى أن كلا من العلاج التقليدي والحديث له دور في العملية العلاجية حسب نوع المرض، وعليه فالنتيجة المتوصل إليها من خلال هذا المتغير قد عكست ما توصل إليه الباحث بومدين وقد نرجع سبب الاختلاف في النتيجة إلى اختلاف المدة الزمنية التي أجريت فيها الدراستين، وكذا إلى زيادة الوعي الصحي لدى الشرائح الاجتماعية المختلفة والمستوى التعليمي الذي يلعب الدور الفاعل في إذابة الفوارق الاجتماعية.

وفيما يتعلق بمتغير الأجر فقد توصل الباحث إلى أن ذوي الأجر العالية يؤمنون 100% بجدوى العلاج الحديث، أما في دراستنا الحالية فتوصلت إلى بعض الفروق الطفيفة حسب مقارنة المتعدد بين ذوي الدخل الضعيف والجيد، غير أن النتيجة العامة وحسب جدول الانوفا أكدت لنا أن

علاقة الدخل بتصور الناس للطب الشعبي ضعيفة جدا، حيث وحسب بعض أفراد العينة من ذوي الدخل الجيد ومع بداية تعرضهم للمرض يتم تجريب العلاج الحديث أولا وفي حالة عد حصول الشفاء تبدأ عملية البحث عن الأطباء الشعبيين وخاصة أولئك الذين ثبت بالتجربة قدرتهم على علاج مختلف الأمراض، وعليه نخلص إلى أن الدخل لا يؤثر في مستوى التصور الشعبي فيما تعلق بالعلاج الشعبي.

وبالنسبة للانتماء الطبقي: فالعلاقة كانت عكسية حيث توصل الباحث إلى أن الفئات الغنية هم أكثر إيمانا بجدوى العلاج التقليدي، وذلك راجع إلى أن الأفراد يرتبطون بثقافتهم المحلية، فقد أقر 74,86% منهم من أن الطب التقليدي أو دواء عرب مفيد دون أن يتناقض ذلك مع فكرة أن الطب الحديث هو الآخر مفيد وذلك بنسبة 82,96%، فهم يؤمنون بالتنوعين معا ويحددان مجال اختصاص كل منهما وهو ما يؤكد الواقع الاجتماعي من أن النسقين كلاهما له دور ووظيفة في البناء الاجتماعي، أما ما تعلق بمفهوم الصحة فقد توصل الباحث إلى أن أغلب المبحوثين قد أكدوا على أهميتها البالغة بالنسبة لهم غير أنهم لم يتمكنوا من إعطاء تعريف علمي لها يقترب من التعريفات الطبية، وعليه فقد تعددت التعاريف التي قدموها للصحة وأغلبها تذهب إلى أن الصحة هبة من الله ويمكن تحسينها بالوقاية وتجنب القلق وكذا العبادة والصلاة وهي طبعا مفاهيم نابعة من الثقافة العربية الإسلامية، وعن المقترحات التي قدمت لأفراد العينة عن معنى الطب الشعبي في دراستنا هذه فقد تنوعت إجاباتهم وكل منهم له رؤية خاصة للطب الشعبي، حيث توصلنا إلى أن من أفراد المجتمع من يرى أن الطب الشعبي هو طب الأعشاب ومن ثم لا يمكن اعتباره سحر أو شعوذة ومنهم من يرى أنه ممثل في الطب النبوي وغيرها من التصورات، ويبقى أن نشير إلى أن أغلب أفراد العينة ترى في الطب الشعبي على أنه طب أعشاب رغم أن الطب الشعبي يشمل كل المقترحات التي قدمت لأفراد العينة فهو أشمل من أن يكون طب أعشاب فقط.

وعن الأمراض العابرة كالزكام وآلام المعدة وغيرها فإن أفراد العينة يقرون أنهم لا يلجئون فيها إلى الطبيب بل يستعملون أعشابا وتوابل طبيعية، وفي حالة عدم فاعليتها يتم اللجوء إلى الطبيب وهذا هو المعمول به في حياتنا اليومية.

وعن تصنيف الأمراض فقد كان في جزء منها علمي كتصنيف المرض إلى جسدي ونفسي، وفي جزء آخر ثقافي يضرب بجذوره في عمق الثقافة كتصنيف الأمراض إلى أمراض غيبية كالسحر والعين والحسد والتي لا يصلح معها العلاج بالطب الحديث، ومن ثم يكون الطب الشعبي وعلى يد معالجين أكفاء الملاذ الوحيد لتحقيق الشفاء.

كما توصل الباحث سليمان بومدين إلى أن من بين أفراد العينة من يؤمنون بالتعددية النسبية *polyvalence étiologique* المتعلقة بالمرض، فقد يؤمن الفرد بأن مرضه ناجم عن حادث سيارة ولكن أصل الحادث هو العين والحسد، وهو نفس التصور لدى عينة دراستنا حيث يؤكد هؤلاء على أن العديد من الأمراض في ظاهرها فيزيولوجي أو بيئي كأن يكون سبب المرض الفيروسات أو سوء التغذية غير أن أصل المرض يرجع لأسباب غيبية كالسحر والتابعة والعين والحسد وغيرها.

أما بشأن المسار العلاجي فقد اتفقت الدراستين بخصوص ذلك حيث تنوعت بين العلاج التقليدي أولاً ثم زيارة الطبيب وفي حال طول المرض يتم اللجوء إلى العلاج التقليدي، والعكس صحيح، كما وجد من أفراد العينة من يلجأ إلى العلاج بالطب الحديث بشكل حصري، ويظل السبب الرئيس الذي يحدد المسار العلاجي للمريض هو البحث عن الشفاء السريع.

وعن متغير المهنة فنشير إلى أنه على الرغم من اختلاف المهن التي يشغلها أفراد العينة إلا أن ذلك لم يؤدي إلى الاختلاف في تصوراتهم، هذا يعني أن العلاقة بين مهنة الفرد وتصوراته للعوامل المسببة للمرض علاقة ضعيفة، وهذا على عكس ما توصلت إليه دراسة سليمان بومدين من أن فئة البطالين هي الفئة الأكثر إقبالا على مختلف أنواع الطب الشعبي مفسرا ذلك بأن حالة هذه الفئة تشجع الخيال والإيمان بالقوى الغيبية والحظ والقدرية التي تحتل مكانة مركزية في حياة الجزائري بشكل عام، خاصة وأنها تشعر بأنها تعيش عالية على المجتمع وأن لجوئهم إلى السحر كنوع من أنواع الطب الشعبي من شأنه أن يحل كل مشاكلهم، غير أن دراستنا الحالية تؤكد على أن فئة البطالين ترى في أن العوامل المسببة للمرض هي عوامل حديثة وتقليدية معا وأن النوعين معا لهما الدور الفعال في العلاج حسب نوعية المرض، وعليه نقول أن تداخل الممارسات التقليدية بالحديثة لا يعني إطلاقا تزايد الاتجاهات غير المنطقية في الأوساط الشعبية.

كما تؤكد الشواهد الواقعية أن أصحاب الدخل الجيد حينما يشعرون بالمرض يكون لجوئهم لطلب المساعدة الطبية الرسمية أسرع من ذوي الدخل الضعيف الذين يلجئون إلى تجريب بعض الأدوية الشعبية قبل زيارة الطبيب، ومن هنا نشير إلى أن الصحة كمفهوم تختلف حسب متغير الدخل فنظرة الغني للصحة ليست كتصور الفقير لها، وفي هذا الصدد نورد ما توصل إليه بييري في دراسته سنة (1984) إلى أن الصحة عند ذوي الدخل المتوسط تختلف عن ذوي الدخل المنخفض ففي المستوى الأول تعني غياب المرض.

إن هذا التصور كما أسلفنا الذكر هو ذاته التعريف التقليدي للصحة الذي كان سائدا لفترة طويلة ومعترف به من قبل عدد كبير من العلماء والباحثين في مجال الصحة والرعاية الطبية قبل أن يتم تغييره بإدماج العوامل الأخرى المؤثرة في الصحة؛ كالعامل النفسي والاجتماعي، وفي المستوى الثاني تعني لهم أداة أي أداة للعمل *la santé instrument*، فكلما كان الفرد بمقدوره أن يتحرك ويعمل فهذا يدل على أنه ذو صحة جيدة والعكس صحيح.

وفي دراسة التصورات الاجتماعية للعوامل المساهمة في ظهور العنف الزوجي في المجتمع الجزائري، للباحثة بولسنان فريدة فقد توصلت الباحثة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين (ذكور وإناث) للعوامل المولدة للعنف الزوجي، وقد يعود سبب ذلك إلى انتماء أفراد العينة لثقافة واحدة ومعايشة ظروف واحدة أيضا، وهي بذلك تتفق مع النتيجة المتحصل عليه في دراستنا من أن الجنس ليست له علاقة بالتصور فكل من الذكور والإناث لهم التصور ذاته حول الطب الشعبي سواء من حيث شبكة المعاني الخاصة بمعنى الطب الشعبي والتسميات التي تطلق عليه وكذا المعالجات الشعبيين وأكثر الفئات ترددا على هؤلاء للعلاج، وأيضا فيما تعلق بالأسباب الدافعة للعلاج بالطب الشعبي.

أما في دراسة التصورات الاجتماعية للعقم لدى سكان بلدية الفيض، فقد افترض الباحث بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في معاني العقم لدى سكان بلدية الفيض باختلاف المتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية)، وقد خلص الباحث في دراسته هذه إلى جملة من النتائج والتي منها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس والتصورات الاجتماعية للعقم، على عكس ما توصلنا إليه في دراستنا من عدم وجود فروق حسب متغير الجنس

حول تصوراتهم للطب الشعبي والذي يرجع سبب عدم وجود الفروق إلى الاتصال أو الانحلال الثقافي كما ذهب إلى ذلك **حسن الخولي**.

أما من حيث **السن** فقد توصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في دلالات العقم بين أفراد العينة من 20-40 ومن 40 إلى 60 سنة وقد نتفق مع الباحث في النتيجة المتوصل إليها لهذا المتغير في بعض الأسئلة، حيث توصلنا إلى وجود فروق طفيفة بين الفئة العمرية من 20 إلى 30 سنة وبين الفئة العمرية من 50 سنة فما فوق، وبالنظر إلى جدول المتعدد كانت درجة المعنوية ضعيفة جدا مما يؤكد النتيجة العامة التي توصلنا إليها والممثلة في عدم وجود فروق بين هذه الفئات.

ومن حيث **المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية** فلم يجد الباحث أية فروق تذكر بين الأميين وذوي المستوى الابتدائي أو بين العزاب والمتزوجين والأرامل والمطلقين، وإن كانت توجد بعض الفروق الطفيفة بين المستويات الأخرى في عدد من البنود، ونفس النتيجة توصلت إليها دراستنا مما يؤكد أن الحالة الاجتماعية والمستوى الاجتماعي لا يؤثران في عملية التصور الاجتماعي لظاهرة الطب الشعبي.

وفي دراسة **"بوغديري كمال"** بعنوان **أشكال الطب الشعبي بمنطقة الزيبان بسكرة**، توصل فيها الباحث إلى أن أغلبية المشتغلين بالعلاج الشعبي ينتمون إلى الفئات العمرية الكبيرة ويعزى ذلك إلى أن هذه المهنة تتطلب الخبرة والتمرس، فضلا عن أن كبار السن يتسمون بالهيبة والاحترام، كما تبين أن أكبر عدد من المشتغلين بالعلاج الشعبي في منطقة الزيبان ينتشرون أكثر في القرى والمداشر بينما العشابون أكثر انتشارا في المدينة، وأن المشتغلين بالعلاج الشعبي يعملون في أكثر من تخصص، أما التخصصات التي عليها طلب كبير فهي التداوي بالأعشاب والنباتات الطبية، وهذا ما توصلنا إليه من خلال بعض المقابلات العرضية، أما عن المصدر الذي يستلهم منه المعالج الشعبي مهنته هذه فقد اتفقت دراستنا من خلال نتائج الدراسة الميدانية مع النتيجة التي توصل لها كمال بوغديري من أن العلاج الشعبي مهنة تكتسب عن طريق الوراثة وعن طريق التعلم الفردي أيضا خاصة مع الانتشار الواسع لكتب الطب الشعبي، وكذا القنوات المتخصصة في العلاج بالرقية الشرعية والطب الشعبي والتي تزداد يوما بعد يوم خاصة مع اهتمام شرائح كبيرة من المجتمع العربي والجزائري بها.

كما تتفق دراستنا مع ما توصل له الباحث في كون الإناث هن الأكثر تردداً على العلاج الشعبي مقارنة بالذكور، ونفس النتيجة توصلت لها دراسة بومدين وكذا دراسة بن حركات آسيا، غير أننا لا نتفق مع ما توصل إليه الباحث بالاستناد إلى ما توصلنا إليه من نتائج في كون أن المترددين على العلاج الشعبي من الفئات العمرية ما بين 20 إلى أقل من 50 سنة، حيث توصلنا إلى أن كل الفئات العمرية من 20 إلى أكثر من 65 سنة يترددون على المعالج وبشكل خاص نجد فئة كبار السن هم من يشكلون الفئة الأكبر، وقد تتفق نتائج الباحث مع النتائج التي توصلت إليها الباحثة بن حركات آسيا في أن المترددين من الريفيين على العلاج الشعبي يشكلون نسبة عالية جداً غير أننا في دراستنا الحالية توصلنا إلى أن كل من سكان الريف والمدينة يترددون بشكل يكاد يكون موازي على العلاج بالطب الشعبي، كما توصل الباحث إلى أن المترددين على العلاج الشعبي هم من شريحة الأميين، فضلاً عن نسبة قليلة ممن يقرؤون ويكتبون، كما يلاحظ أن هناك ارتباطاً بين المستوى التعليمي للمتردد على العلاج الشعبي وبين دوافعه للتردد، وهذا يعني أن ذوو المستوى التعليمي العالي يترددون أيضاً على المعالجين الشعبيين غير أن أهدافهم قد تكون مشابهة أو مختلفة لذوي المستوى التعليمي المنخفض، أما في دراستنا فقد توصلنا إلى أن مختلف الشرائح الاجتماعية تعالج بالطب الشعبي لأن غرضها هو تحقيق الشفاء والبرء من المرض بشكل أسرع وبأقل تكلفة.

كما توصل الباحث إلى أن فئة المتزوجين هي الفئة الأكثر تردداً على المعالجين الشعبيين مقارنة بفئة العزاب، فضلاً عن وسائل الإعلام، الجيران، الأصدقاء، الأقارب وزملاء العمل والتي تعتبر من أهم المصادر الهامة التي عرف المترددين عن طريقهم العلاج الشعبي.

كما توصلت دراسة جزائرية أخرى تم إنجازها باللغة الفرنسية، وهي تحت عنوان **التحليل الاجتماعي والثقافي لممارسة الطب التقليدي**، للباحثة بن حركات آسيا حيث توصلت الباحثة إلى أن الطب التقليدي يمارس بدرجة أكبر في الوسط الريفي أكثر من الوسط الحضري، وهذا على عكس ما توصلت له دراستنا الحالية فكل من الريف والحضر في مستوى واحد من حيث استخدام الطب الشعبي في العملية العلاجية وهذا راجع إلى عملية الاتصال الثقافي بينهما والتي عملت على إذابة الفوارق الاجتماعية بين الريف والحضر، وبالمقابل اتفقت دراستنا مع ما توصلت له الباحثة في أن الطب التقليدي يمارس بدرجة أكبر لدى النساء أكثر من الرجال وهذا راجع إلى طبيعة المرأة والتي تعد

المسئول الأول عن الحالة الصحية لأبنائها، ونفس الشيء يقال في عدم وجود فروق من حيث نسبة أو درجة انتشار الطب الشعبي بين الفئات الاجتماعية المتعلمة وغير المتعلمة مقارنة بما توصلت له الباحثة في وجود فروق بين المستويين، حيث توصلت إلى أن الطب الشعبي واسع الانتشار عند الأميين أكثر من فئة المثقفين، ومن الطبيعي أن نصل إلى الاختلاف في النتيجتين والسبب في ذلك هي عوامل التغيير الاجتماعي التي مست ميادين شتى في الجزائر لفترة السبعينيات والثمانينات تختلف بكثير عن الفترة الراهنة والتي أنجز فيها هذا البحث، حيث حدثت تحولات كبيرة مست قطاعات عديدة ساعدت على تحسن كبير في المستويات التعليمية وزيادة في الوعي الصحي وغير ذلك.

خامسا نتائج الدراسة الراهنة على ضوء النظرية الوظيفية:

من خلال نتائج الدراسة يتضح لنا ما يلي:

- 1- تضرب التصورات الاجتماعية بجذورها في البناء الاجتماعي ولها صلة كبيرة بذاتية الفرد الجزائري في تطوره عبر مراحل تاريخية مختلفة.
- 2- كما كانت للتغيرات التي مست مختلف الميادين الاجتماعية والاقتصادية دورا فاعلا في تشكيل أنماط التصورات الاجتماعية للطب الشعبي، هذه التغيرات التي ساهمت في امتزاج التصورات التقليدية بالتصورات الحديثة.
- 3- يرتبط مفهوم أو تصور أفراد المجتمع بمختلف فئاتهم المتعلمة وغير المتعلمة بل وحتى ذات التعليم العالي للطب الشعبي بثقافة المجتمع سواء كانت هذه الثقافة ذات ارتباط ديني أو غير ذلك، وهذا ما اتضح من خلال نتائج دراستنا إذ نلمس فروقا جوهرية بين هذه الفئات، فجميعهم يعتقدون بالمكتوب والعين الشريرة والحسد، حتى أننا توصلنا إلى أن المرض يحدث بالشكل الذي تكون فيه العوامل الطبيعية كالفيروسات مثلا سببا في حدوثه، غير أن أفراد المجتمع يرجعون في الأصل إلى العين والحسد وغيرها من المعتقدات، وهذا لدليل واضح على ارتباط التصور بالثقافة المحلية والتنشئة الاجتماعية، وهذا يدل على أن الثقافة هي التي تمد الفرد بمجال يستمد منه تفسيراته عن الصحة والمرض، مما يجعل البعض من أفراد المجتمع يحاولون تفسير الظواهر الطبيعية والبيولوجية بتفسيرات ذات منحنى ثقافي ديني.

4- فضلا عن أن الثقافة تحدد للمريض أو عائلته الأمراض الخطيرة من غيرها والتي تستدعي الاهتمام الأكبر أكثر من تلك الأعراض البسيطة والعابرة.

5- كما يعتبر الطب الشعبي من المعتقدات والقيم الاجتماعية الواجب الحفاظ عليها، فالطب الشعبي حسب تصور أفراد المجتمع لا يمكن اعتباره طب خرافي أو طب سحري ينبغي التخلي عنه، بل على العكس من ذلك هو طب أثبت جدارته وفعاليته خاصة مع الفشل الذي مني به الطب الحديث في تحقيق الشفاء لبعض الأمراض.

6- وجود علاقة ارتباطيه بين تصورات أفراد المجتمع للصحة والمرض وممارساتهم العلاجية ومن المسئول عن تحديد مساهم العلاجي.

7- كما توصلت دراستنا إلى اعتبار أن الطب الشعبي إذا لم ينفع لا يضر أي لا يلحق الأذى أو الضرر بمستخدميه، وهذه رؤية نجدها راسخة في الذهنية الشعبية الجزائرية حتى لدى صغار السن أو الشباب إن صح القول، وهذا يعني أن الطب الشعبي يشكل جزء هام من البناء الاجتماعي ويحقق وظيفة علاجية لا يمكن الاستغناء عنها على الرغم من أنه يحمل في طياته الكثير من السلبيات.

8- عوامل استمرار المعالج الشعبي وشعبيته ترجع بالدرجة الأولى إلى الخصائص التي يتصف بها المعالج والتي منها الصبر، الهدوء، الابتسام، المرونة في التعامل مع زواره وخاصة المرضى حيث ينتقل المعالج الشعبي في الحالات الصعبة إلى منزل المريض... وغيرها، وهذا ما زاد من تمسك بعض أفراد المجتمع بالعلاج الشعبي.

9- يمارس المعالج الشعبي مهنته انطلاقا من السياق الاجتماعي الثقافي الذي ينتمي إليه، حيث نجده يتكلم بنفس اللهجة ويرتدي نفس اللباس، وهذا ما يجعل زواره يشعرون بقربه منهم على حد تعبير الباحثة سعاد عثمان.

10- ونظرا لأهمية الطب الشعبي في حياة المجتمعات كونه يشكل نسقا طبيا قائم بذاته ويؤدي وظيفة هامة في المجتمع الذي وجد فيه؛ فإننا توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى أن كل المعالجين القدامى قد توارثوا المهنة من الآباء والأجداد إلى الأبناء، وهذا ما جعل هؤلاء يحظون بثقة كبيرة من قبل زوارهم كونهم يمتلكون خبرة في هذا الميدان أكدتها طول فترة ممارستهم للعلاج الشعبي، فضلا عن وجود فئة

أخرى من المعالجين ممن لهم مكانة لدى أفراد المجتمع من خلال تكوينهم وقراءاتهم المتواصلة لهذا الميدان، وإثباتهم بالتجربة نجاعة ممارساتهم العلاجية وتطويرهم لأساليب ووسائل علاجية تقليدية.

11- تعدد وتنوع أدوار المعالجين الشعبيين، فمعالج الكسور يمارس دوره الرئيسي كمجبر للعظام التي تعرضت للكسر، ومعالج الأعشاب يمارس دوره بتقديم وصفات علاجية تشتمل على عدد منوعة من النباتات والأعشاب الطبيعية، إلى جانب ممارسات أخرى كالحجامة والكي والعلاج بالطاقة وغيرها.

خلاصة الفصل:

توصلنا من خلال هذا الفصل إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الديموغرافية التالية: الجنس، السن، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة الاجتماعية، مكان السكن، الدخل في علاقتها بالمعلومات التي يحملها الناس عن الطب الشعبي وكذا المعالجين الشعبيين من جهة، ومن جهة ثانية بينها وبين العوامل التي شجعت أفراد المجتمع على العلاج بالطب الشعبي.

غير أننا توصلنا في مقارنة المتعدد إلى وجود بعض الفروق البسيطة بين فرضيات الدراسة ومتغيراتها وخاصة في متغير المستوى التعليمي ومتغير السن، وهذا يعني أنه مهما كان التشابه كبير في التصورات التي يؤمن بها أفراد المجتمع إزاء ظواهر اجتماعية عديدة والتي منها الطب الشعبي، إلا أن المستوى التعليمي يظل يؤثر في تصوراتنا وليس بين المستويات الدنيا والعليا كأن يكون بين المستوى الابتدائي والجامعي فحسب، بل نجد الاختلاف حتى في نفس المستوى وحتى نفس التخصص فتخصص دراسي معين من شأنه أن يؤثر في التصور، فالمختص في الاقتصاد قد يختلف في تصوره على المختص في الطب أو في علم الاجتماع، لكن تظل هذه الاختلافات طفيفة ولا تؤثر في التصور العام إزاء هذه الظاهرة وغيرها، والسبب في ذلك قد يكون التنشئة الاجتماعية بجميع مؤسساتها التي كان لها دور في تشكيل التصور الذي يكاد يكون واحداً، كما أن متغير العمر يؤثر أيضاً في تصوراتنا فالمعارف التي يحملها الكبار لهذا الموضوع ليست كالمعارف التي لدى الصغار.

كما توصلت دراستنا إلى وجود بعض التشابه والاختلاف أيضاً في نتائجها بنتائج الدراسات السابقة، وقد يرجع سبب الاختلاف إلى الفترة الزمنية التي أنجزت فيها هذه الأبحاث، وكذا التطورات الحاصلة والتي مست جميع مجالات الحياة وخاصة المجال الطبي.

الأختام الثلاثة

الخاتمة:

ونخلص في ختام هذه الدراسة إلى أن الطب الشعبي طب راسخ في أذهان المجتمع الجزائري، وأن هناك من يؤمن ببعضه وينكر بعضه الآخر، كما نجد من يؤمن به بشكل كلي أي بكل محتوياته، وفريق ثالث نجده لا يعترف به إطلاقاً ويعتبره خرافة ومن ثم فهو أحد المعوقات التي تعرقل مسار التنمية الصحية حسب رأيهم، رغم تأكيد عدد من العلماء والباحثين في هذا المجال أمثال *ريفرز* وكذا منظمة الصحة العالمية *oms* على أهمية الطب الشعبي في المجال الصحي كونه يمثل جزءاً هاماً من النسق الطبي الشعبي الذي ينبغي دراسته والبحث في حيثياته، الأمر الذي يمكننا من القضاء على ما يتضمنه من سلبيات وتطوير جوانبه الإيجابية وهذا من منطلق أن الطب الشعبي لن يختفي بتطور الطب الرسمي.

وهذا ما أكدته الدراسة الميدانية، حيث توصلت إلى أن منطقة الزيبان يتعايش بها نظامان طبيان؛ وهما النظام التقليدي والمتمثل في الممارسات الطبية الشعبية ونظام حديث مستمد من النموذج الغربي، إذ على الرغم من التطور التكنولوجي الذي يشهده مجال الطب الرسمي إلا أن لجوء الناس لمختلف الممارسات العلاجية الشعبية أصبح مجالاً مطلوباً وبكثرة من قبل شرائح اجتماعية مختلفة بالتوازي مع نسق الطب الرسمي.

وعليه فإننا نجد الأفراد في منطقة الزيبان يلجئون للنسقين الطب الرسمي والطب الشعبي بشكل مواز حسب الحالة المرضية، إذ كلما تطلبت الحالة العلاج الشعبي كان اللجوء إلى المعالين بالأعشاب الطبية، أو العلاج بالأحجية أو زيارة الأولياء الصالحين وكذا العلاج بالكي فضلاً عن وجود معتقد في فعالية العلاج بالسحر لفك السحر وإن كان هذا الاعتقاد محرم شرعاً، أما إذا تطلبت الحالة نوعاً آخر من العلاج فإنه يتم اللجوء إلى العلاج بالطب الرسمي، طبعاً هذا المسار العلاجي

المتبنى من قبل الأفراد يرجع بالدرجة الأولى إلى نوع المرض من جهة وإلى التفسيرات التي يؤمن بها المريض وأهله عن المرض.

وانطلاقاً مما سبق ذكره نطرح التساؤل الآتي عله يحضى بأبحاث أكاديمية مستقبلية مفاده:
هل من اللائق محاربة الطب الشعبي على الرغم من أنه جزء من النسق الاجتماعي الذي أثبتت فعاليته في إيجاد حلول لكثير من الأمراض، والذي لا يزال أفراد المجتمع الجزائري وفئات اجتماعية أخرى من بقاع العالم متمسكة به كونه يمثل معتقدا شعبيا يجب المحافظة عليه عبر الأجيال وعن طريق التنشئة الاجتماعية؟ أم يجب تطويره وترقيته من خلال إدماجه في كليات الطب الأكاديمي، ومن ثم ضرورة إدماجه مع النسق الطبي الرسمي في المؤسسات الإستشفائية والاستعانة بالأطباء الشعبيين ممن ثبتت جدارتهم في الجانب العلاجي؟

الأمر الجع

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المصادر

1. القرآن الكريم

ثانياً: القواميس والموسوعات

2. جميل صليبا، المعجم الفلسفي، ج1، الكتاب اللبناني، بيروت- لبنان، 1982.

3. عبد الرحمان بدوي، موسوعة الفلسفة، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت، 1974.

ثالثاً: الكتب

4. إبراهيم الفقي، قوة التفكير، بدون بلد ودار نشر، 2007.

5. إبراهيم بن مراد، بحوث في تاريخ الطب والصيدلة عند العرب، دار الغرب الإسلامي، بيروت، ط 1، 1991.

6. ابن رشد، الكليات في الطب، مراجعة أبو شادي الروبي، الهيئة المصرية للكتاب، مصر، 1989.

7. أبو الفداء عزت محمد عارف، أسرار العلاج بالحجامة والفضيلة للنشر و التوزيع والتصدير، القاهرة، بدون سنة.

8. أبو عبيد الله البكري، المغرب في ذكر بلاد افريقية والمغرب، وهو جزء من كتاب المسالك والممالك، تحقيق دي سلان، مكتبة الحكومة، الجزائر، 1857.

9. أبو علي الحسين بن علي بن سينا، القانون في الطب، الجزء الأول، بيروت، دار صادر، بيروت، بدون سنة.

10. أبي زكريا يحيى بن شرف النووي الدمشقي، رياض الصالحين، دار البصائر، الجزائر، 2004.

11. إحسان محمد الحسن، النظريات الاجتماعية المتقدمة، ط1، عمان، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2005.

12. إحسان محمد الحسن، علم اجتماع المرأة دراسة تحليلية عن دور المرأة في المجتمع المعاصر، ط1، 2008.

13. إحسان محمد الحسن، علم الاجتماع الطبي دراسة تحليلية في طب المجتمع، ط1، دار وائل للنشر، عمان، 2008.

14. أحمد توفيق المدني، كتاب الجزائر، ط2، دار المعارف، البلدية الجزائرية، 1963.

15. أحمد توفيق حجازي، العقل الباطن قوة خارقة كامنة في أعماقك، دار كنوز المعرفة، عمان، 2007.

16. أحمد توفيق منصور، التطبيب بالطعام الوقاية والعلاج بالغذاء الصحي، الطبعة الثانية، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان، 2005.
17. أحمد توفيق منصور، الطب البديل العلاج الطبيعي لحل المشاكل الصحية اليومية، ط2، الاهلية للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
18. أحمد رجائي الجندي، الطب الإسلامي الوقاية في الإسلام، الجزء الأول، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الكويت، 1994.
19. أحمد عبده عوض، الأدوية الإسلامية الجامعة العلاجات القرآنية والنبوية والدعاء بالأسماء الحسنى، مركز الكتاب للنشر، القاهرة، 2008.
20. أحمد عياد، مدخل لمنهجية البحث الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2006.
21. إدوارد وليم لاين، عادات المصريين المحدثين وتقاليدهم مصر ما بين 1833-1835م، ط1، ترجمة سهير دسوم، مكتبة مدبولي، القاهرة، 1991.
22. أمان محمد أسعد، الثقافة الصحية، ط1، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008.
23. أميرة منصور يوسف علي، المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1997.
24. أندروويل، الصحة والشفاء إطلالة على أسرار الممارسات الطبية من العلاجات العشبية الى التكنولوجيا الشعبية، ط1، مكتبة جرير، السعودية، 2007.
25. أوديد شينكار، العصر الصيني القوة الاقتصادية الفائقة في القرن 21، ترجمة مركز التعريب والبرمجة، الدار العربية للعلوم، بيروت، 2005.
26. أيمن مزاهرة، وآخرون، علم اجتماع الصحة، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2002.
27. باسم محمود ولي، محمد جاسم محمد، مدخل لعلم النفس الاجتماعي، مكتبة دار الثقافة، عمان الأردن، 2004.
28. بركات محمد مراد، التراث الطبي العربي والصيدلة، ط1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، 2008.
29. بوخريسة بوبكر، المفاهيم والعمليات الأساسية في علم النفس الاجتماعي، منشورات جامعة باجي مختار، عنابة، 2006.
30. بيل غوتليب، اختيارات جديدة في العلاج بالطب البديل، ط1، مكتبة جرير، السعودية، 2003.
31. تالا قطيشات، وآخرون، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2002.
32. جمال متقال القاسم، علم النفس التربوي، ط1، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان-الأردن، 2000.

33. جمال محمد الزكي، أحمد عبده عوض، الحجامّة- العلاج بالحجامّة والإبر الصينية من منظور العلم الحديث، شركة ألفا للنشر والإنتاج الفني، القاهرة، 2008
34. جوزيف كلاس، مسيرة الطب في الحضارات القديمة، ط2، مكتبة دار طلاس، دمشق، 2008.
35. حازم البكري الصديقي، المنصوري في الطب لأبي بكر محمد بن زكريا الرازي ت 303هـ، الطبعة الأولى، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، الكويت، 1987.
36. حسام أحمد توفيق، الطب البديل العلاج الطبيعي لحل المشاكل الصحية اليومية، ط2، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان- الأردن، 2004.
37. حسين حريم، مبادئ الإدارة الحديثة النظريات-العمليات الإدارية-وظائف المنظمة، دار حامد للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
38. حسين ذنون علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، ط1، دار وائل للنشر، عمان، 2005.
39. حسين عبد الحميد رشوان، السكان من منظور علم الاجتماع، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2001.
40. حسين عبد الحميد رشوان، علم الاجتماع وميادينه، ط4، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2000.
41. الحكيم أحمد بن ميلاد، الطب العربي التونسي، ط2، دار الغرب الإسلامي، بيروت، 1999.
42. حنا شاربين، المرشد الطبي الحديث في علم الوخز بالإبر الصينية، تحرير عمران أبو حجلة، بدون دار وبلد نشر.
43. رشيد زرواتي، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط3، ديوان المطبوعات الجامعية المطبعة الجهوية، قسنطينة-الجزائر، 2008.
44. رشيد فوقام، أسس المنطق السوري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2008.
45. رمضان محمد القذافي، رعاية المتخلفين ذهنياً، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1996.
46. روبرت ماكليفن، رتشارد غروس، مدخل الى علم النفس الاجتماعي، ط1، دار وائل للنشر، عمان- الأردن، 2002.
47. سامية لطفي الأنصاري، أحلام حسن محمود، الصحة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية، مركز الإسكندرية للكتاب، الأزاريطة، 2007.
48. سعاد عثمان، تقارير بحث التراث والتغيير الاجتماعي الكتاب الثامن الطب الشعبي، دراسة في اتجاهات التغيير الاجتماعي في المجتمع المصري، ط1، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، 2002.

49. سعيد بن علي بن وهف القحطاني، **حصن المسلم من أذكار الكتاب والسنة**، دار الهدى، للطباعة والنشر والتوزيع، عين مليلة، الجزائر، 2000.
50. سلوى عثمان الصديقي، **مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية والاجتماعية**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999.
51. سمية حسن محمد إبراهيم، **العادات المصرية القديمة في العصر الإسلامي**، مكتبة غريب، القاهرة، بدون سنة.
52. السيد أرناعوط، **التلوث البيئي وأثره على صحة الإنسان**، ط1، أوراق شرقية، مصر، 1997.
53. السيد عبد العاطي، وآخرون، **الأسرة والمجتمع**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.
54. صالح محمد علي أبو جادو، **علم النفس التربوي**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الإسكندرية، بدون سنة.
55. صوفية السحيري بن حتيرة، **الجسد والمجتمع دراسة أنثروبولوجية لبعض الاعتقادات والتصورات حول الجسد**، ط1، دار محمد علي للنشر، تونس، 2008.
56. عبد الحق زداح، **الرقية الشرعية من المس - السحر - العين - والعلاج الفكري والجسدي مع أذكار الصباح والمساء**، دار الهدى، عين مليلة الجزائر، 2003.
57. عبد الرحمان محمد العيسوي، **السحر والشعوذة دراسة ميدانية حول المعتقدات الخرافية لدى عينة من الشباب الجامعي**، ط1، منشورات الحلبي، بيروت، 2008.
58. عبد السلام بشير الدويبي، **علم الاجتماع الطبي**، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
59. عبد الكريم شحادة، **ابن النفيس المكتشف الأول للدورة الدموية الرئوية**، لمحات عن ابن النفيس، سلسلة مطبوعات المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية السلسلة الثقافية، الكويت، 1996.
60. عبد المنصف حسن علي رشوان، **الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي**، ط1، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2007.
61. العربي إسماعيل، **الصحراء الكبرى وشواطئها**، الجزائر، 1983.
62. عصام حمدي الصفدي، **مبادئ علم وبائيات الصحة**، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2001.
63. علي عبد الرازق جلبي، **الطب النفسي الاجتماعي النظرية والتطبيق**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988.
64. عيسى الشماس، **مدخل الى علم الإنسان ((الأنثروبولوجيا))**، منشورات اتحاد الكتاب العرب، دمشق، 2004.
65. فانتن محمد شريف، **الثقافة والفلكلور**، ط1، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2008.

66. الفاضل العبيد عمر، الطب الإسلامي عبر القرون، ط1، دار الشواف للطباعة والنشر، المملكة العربية السعودية، 1989.
67. فاطمة المصري، الزار دراسة نفسية تحليلية أنثروبولوجية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، بدون طبعة، 1975.
68. فتحي سيد نصر، الوخز بالإبر الصينية وهم أم حقيقة، مكتبة مدبولي، القاهرة، 1991.
69. فرج عبد القادر طه، وآخرون، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط1، دار سعاد الصباح، الكويت، 1993.
70. مالك بن نبي، مشكلة الأفكار في العالم الإسلامي، ترجمة بسام بركة، وآخرون، دار الفكر، دمشق، 2005.
71. محمد أحمد غنيم، الطب الشعبي الممارسات الشعبية في دلتا مصر دراسة أنثروبولوجية في قرى محافظة الدقهلية، ط1، عين للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية، القاهرة، 2007.
72. محمد الجوهري، السحر في مجتمع اليوم دراسة في ملامح التغير، في التراث الشعبي في عالم متغير دراسات في إعادة إنتاج التراث، ط1، عين للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية، القاهرة، 2007.
73. محمد الجوهري، الصحة والبيئة دراسات اجتماعية وأنثروبولوجية، بدون دار نشر، القاهرة، 2007.
74. محمد الجوهري، علم الاجتماع التطبيقي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988.
75. محمد الجوهري، علم الاجتماع وقضايا التنمية في العالم الثالث، ط3، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1982.
76. محمد حقي، الموقف من المرض في المغرب والأندلس في العصر الوسيط، مطبعة مانبال، بني ملال-الدار البيضاء المغرب، 2007.
77. محمد سيد محمود، علاج المسحور بالقران والمأثور، المكتبة التوفيقية، القاهرة، بدون سنة.
78. محمد صاحب سلطان، وسائل الإعلام والاتصال دراسة في التنشئة والتطور، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان-الأردن، 2012.
79. محمد عبيدي، علم النفس العام، دار بوحالة للطبع، الجزائر، 2000.
80. محمد علي محمد، وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، بدون سنة.
81. محمد قاسم عبد الله، مدخل الى الصحة النفسية، ط1، دار الفكر، عمان، 2001.

82. محمد مسلم، مقدمة في علم النفس الاجتماعي، دار قرطبة للنشر والتوزيع، المحمدية-الجزائر، 2007.
83. محمود السيد أبو النيل، علم النفس الاجتماعي عربيا وعالمي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2009.
84. محمود بستان، مناهج التربية الصحية، ط1، دار القلم، الكويت، 1981. محمود حسن، الأسرة ومشكلاتها، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1981.
85. محمود مصري، حفظ الصحة لأبي الحسن علي بن زين الطبري، منشورات المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة- إيسيسكو isesco، 2011.
86. محمود منسي، علم النفس التربوي للمتعلمين، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، مصر، 1990.
87. مختار سالم، الطب الإسلامي بين العقيدة والإبداع، مؤسسة المعارف للطباعة والنشر، بيروت، 1988.
88. مراد زعيبي، مؤسسات التنشئة الاجتماعية، ط1، دار قرطبة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2007.
89. مصطفى القمش، خليل المعاينة، سحر مخامرة، مبادئ الصحة العامة، ط1، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، 2000.
90. مصطفى اللبيب عبد الغني، في تاريخ العلوم عند العرب دور الزهراوي في تأسيس علم الجراحة (404هـ، 1013م)، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، 2000.
91. مصطفى خلف عبد الجواد، علم اجتماع السكان، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2009.
92. مصطفى وأعراب، المعتقدات السحرية في المغرب، ط1. دار النشر المغربية، المغرب، 2003.
93. معن خليل العمر، التنشئة الاجتماعية، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
94. منسي محمود عبد الحليم، مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2000.
95. نادية محمد السيد عمر، علم الاجتماع الطبي المفهوم والمجالات، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003.
96. نبيل صبحي الطويل، كتاب الامة الحرمان والتخلف في ديار المسلمين، ط2، مؤسسة الرسالة، بيروت، 1985.

97. نبيل محمد توفيق السمالوطي، الدين والبناء العائلي دراسة في علم الاجتماع العائلي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع والطباعة، جدة، 1981.
98. نجلاء عاطف غيث، في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006.
99. نهرو محمد عبد الكريم الكسنزان الحسيني، خوارق الشفاء الصوفي والطب الحديث، ط1، دار القادري للنشر والتوزيع، دمشق، 2007.
100. وفاء فضة، يوسف قزاقزة، كامل العجلوني، تمييز صحة المجتمع الصحة العامة، ط1، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2002.
101. يوسف قطامي، تفكير الأطفال وتطوره وطرق تعليمه، ط1، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان، 1990.

رابعاً: الرسائل الجامعية

102. بن خلفه محمد، التصورات الاجتماعية للعقم لدى سكان بلدية الفيض، وهي مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المرضي الاجتماعي، 2007-2008.
103. بوغديري كمال، أشكال الطب الشعبي بمنطقة الزيبان بسكرة، رسالة ماجستير في الانثروبولوجيا الثقافية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع، جامعة خنشلة، 2009.
104. بولسان فريدة، التصورات الاجتماعية للعوامل المساهمة في ظهور العنف الزوجي في المجتمع الجزائري، رسالة ماجستير في علم النفس المرضي الاجتماعي غير منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا، جامعة بسكرة، 2006-2007.
105. جيهان أحمد فؤاد عبد الغني، العلاقة بين صورة رجال وسيدات الأعمال في الدراما التلفزيونية وإدراك الجمهور لواقعهم الاجتماعي، رسالة مقدمة للحصول على الدكتوراه في الإعلام، غير منشورة، جامعة القاهرة، 2007.
106. الخضر بن عبد الباقي محمد، الصورة الذهنية لإفريقيا والأفارقة عند العرب، رسالة ماجستير، كلية الإعلام، جامعة القاهرة، 2002.
107. سليمان بومدين، التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر حالة مدينة سكيكدة، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس والعلوم التربوية، جامعة منتوري - قسنطينة، 2004.

108. فريال سلام إبراهيم حمام، مستوى الثقافة الصحية لدى طالبات الصف الأول الثانوي وأثره في اتجاهاتهن الصحية في عمان، رسالة ماجستير تربية، جامعة اليرموك-الأردن، 1995.
109. محمد عبد الجبار عبد الرحمان، واقع خدمات الصحة المدرسية التي يمارسها أطباء الصحة المدرسية في المدارس الأساسية الحكومية في محافظة إربد من وجهة نظر مديري المدارس والمشرفين، رسالة ماجستير، كلية التربية والفنون، قسم الإدارة وأصول التربية، جامعة اليرموك، 2000.

خامسا: الندوات والمؤتمرات

110. إبراهيم الصياد، الأبحاث وأعمال المؤتمر العالمي الأول عن الطب الإسلامي، العدد الأول، الطبعة الثانية، وزارة الصحة العامة، الكويت، 1981.
111. أحمد القاضي، الأبحاث وأعمال المؤتمر العالمي الأول عن الطب الإسلامي، نشرة الطب الإسلامي، الطبعة الثانية، العدد الأول، وزارة الصحة، الكويت، 1981.
112. خالد مذكور، حاجة كليات الطب للفقهاء الطبي، الطب الإسلامي، نشرة الطب الإسلامي، أبحاث وأعمال المؤتمر العالمي الخامس عن الطب الإسلامي، العدد الخامس، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الكويت، 1988.
113. عبد العالي دبله، سوسيولوجيا الصحة من خلال إسهامات علم الاجتماع، المؤتمر الدولي الثاني، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، 6-8 أفريل 2003.
114. منصف المرزوقي، الأبحاث وأعمال المؤتمر العالمي الأول عن الطب الإسلامي، الطبعة الثانية، العدد الأول، وزارة الصحة العامة، الكويت، 1981.

سادسا: المجلات والدوريات

115. إبراهيم صالح عطية، المسؤولية المدنية للطبيب الناتجة عن خطئه العادي دراسة مقارنة، مجلة ديالى، العدد التاسع والأربعون، 2011.
116. حنان عيسى سلطان الجبوري، الرعاية الصحية المدرسية في المدرسة الابتدائية للبنات بين الواقع والتطلعات المستقبلية، مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربي للطفولة والتنمية، دورية علمية، العدد 5، المجلد الثاني، 2002.
117. سامر جميل رضوان، كونراد ريشكه، مجلة شؤون اجتماعية، مجلة فصلية محكمة، تصدر عن جمعية الاجتماعيين والجامعة الأمريكية في الشارقة، العدد 72، السنة (volume)، 2001.

118. سامي حمود الحاج جاسم، تطور العلوم عند العرب علم الطب أنموذجاً، دراسات وبحوث الوطن العربي، العدد 20-21، بدون سنة.

119. صلاح الدين عبد الله، شعيرة الصوم من أداء الطقس إلى إشراقه الروح، العربي، العدد 575، مجلة شهرية ثقافية تصدرها وزارة الإعلام بدولة الكويت، رمضان 1427 هـ أكتوبر 2006م.

120. عبد الرزاق صالح محمود، الطب الشعبي في منظور أطباء الطب الحديث دراسة ميدانية في مدينة الموصل، دراسات موصلية، العدد الثامن عشر، شوال 1428.

121. عبد المجيد بوناب، تجارة الدواء في الجزائر بين جهل المستهلكين وضمير المعنيين، مجلة العلم والإيمان، العدد الخامس، مؤسسة المعالي للنشر والإعلام، الجزائر، 2007.

122. نسرین أحمد عبد، هيفاء أحمد عبد، معالجة بعض أمراض العيون والأسنان والآذان في الطب الآشوري، دراسات موصلية، العدد 34، شوال 1432، أيلول 2011.

سابعا: مقالات على شبكة الانترنت

123. الأرض الطبية للأعشاب والمنتجات الطبيعية، دعوة للاستفادة من منافع الطب البديل وإدراجه ضمن نظام الرعاية الصحية، www.al2rdaltebh.com، 2010/10/28.

124. الهيئة العلمية للإعجاز العلمي في القرآن والسنة، عبد الجواد الصاوي، من أوجه الإعجاز العلمي، http://www.eajaz.org/Arabic/index.php?option=com_content&view=article&id=274&catid=5

http://www.eajaz.org/Arabic/index.php?option=com_content&view=article&id=274&catid=5

125. أحمد موسى، الطب البديل والطب المكمل والطب التقليدي، 06-01-2008، <http://www.panet.co.il/online/articles/63/68/S-101455,63,68.html>

ثامنا: الوثائق الرسمية

126. سلسلة التراث الفلسفي العربي مؤلفات ابن رشد، المشرف محمد عابد الجابري، الكليات في الطب، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 1999.

127. المرسوم التنفيذي رقم 467/97. (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية)، العدد 81، الصادر بتاريخ 10 ديسمبر 1997.

تاسعا: المراجع باللغة الأجنبية

128. Abric Jean Claude, coopération, Compétition et représentations sociale, causs et delval, 1988.
129. Abric Jean Claude, pratique sociales et représentations, paris, presses, universitaire de France, 1994.

130. Benharkat assia, analyse socioculturelle de la pratique de la médecine traditionnelle : cas du constantinois, thèse pour l'obtention du magister, institut de sociologie, université de Constantine, 1994.
131. Boutefnouchet Mustapha, systeme sociale et changement sociale en Algérie, o. p.u, Alger, 1984
132. Claudine Herzlich. **Médecine Maladie et Société**. Paris. Librairie Maloinés. A. . Paris, 1970.
133. Didier fassin Yannick jaffré, **éducation et santé, sociétés développement et santé**, ellipses , paris 1990.
134. Durkheim Emil, **sociologie et philosophie**, paris, édition puf, 1967.
135. Fischer Gustave Nicolas, les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, dunod, Montréal, 1993.
136. Jean Claude Guyot, **Quelle médecine pour quelle société**, Edition privat, Toulouse, 1982.
137. Joseph Sumpf. Michel Hugues. **Dictionnaire de Sociologie**. Librairie Larousse. Paris. 1973.
138. le grand dictionnaire, Larousse, paris, 1995,
139. Marie-Thérèse Lacource avec la collaboration du Michel Emond, **sociologie de la santé**, 2e édition, Chenelière éducation, Montréal (Québec), 2006.
140. Mathéa Gaudry, la femme Chaouia de l'Aurès, ed, chibah, Awal, 1998
141. Moscovici serge, les représentations sociale in le grande dictionnaire de psychologie, Larousse, 1992.
142. Robert petit, dictionnaire de robert an alphabétique et analogique de la langue française, paris ,ed- bordas, 1983 .
143. Sillamy n, **dictionnaire de psychologie**, paris, ed- bordas, 1983.
144. Zerdoumi nefissa, enfants d hier l'éducation de l'enfant au milieu traditionnel algérien, éd François Maspero, paris, 1982.

الملاحق

ملحق رقم 01

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

استمارة بحث حول :

التصورات الاجتماعية للطب الشعبي في المجتمع الجزائري

دراسة ميدانية في منطقة الزيبان - بسكرة.

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم اجتماع التنمية

إشراف الأستاذ الدكتور:

ميلود سفاري

إعداد الطالبة:

سعيدة هين

سيدي، سيديتي:

إليك مجموعة من العبارات تعبر عن التصور الاجتماعي للطب الشعبي، يرجى منك الإجابة عنها وذلك بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة.

ملاحظة: البيانات الواردة في الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

نرجو منك عدم ترك أية عبارة دون إجابة.

نشكرك على تعاونك معنا

السنة الجامعية: 2012. 2013

الاستمارة

المحور الأول: البيانات الشخصية للعينة:

- 1- الجنس: ذكراً أنثى
- 2- السن:
- 3- المستوى التعليمي: تعليم راني ، يكتب ، ابتدائي ، درّاس ، ثانوي ، جامعي
- 4- المهنة:
- 5- الحالة الاجتماعية: م ج أعزب ، مطلق ، أرمل
- 6- الموطن الأصلي أو الحالي: ريف حضر
- 7- عدد أفراد الأسرة:
- 8- الدخل: جيد متوسط ضعيف
- 9- ما هي أكثر ثلاثة عوامل ترى أنها سببا في حدوث المرض مع ترتيب الإجابة: لدوى والفيروسات المشاكل العنقبة العين والحسد السحر المكتوب أو الابتلاء سوء التغذية التلوث الوراثة نتيجة ارتكاب المحرمات

العبارات		لا	نعم
1	الطب الشعبي هو الطب الذي يستخدم كل ما أكدته السنة النبوية الشريفة في علاج المرض		
2	الطب الشعبي هو الطب الذي يستخدم الأعشاب الطبيعية في علاج المرض		
3	الطب الشعبي هو ذلك الطب الذي يعتمد على السحر في العلاج		
4	الطب الشعبي هو الطب الذي يلجأ فيه الناس إلى زيارة الأولياء الصالحين من أجل العلاج		
5	تطلق على الطب الشعبي اسم الطب البديل		
6	تطلق على الطب الشعبي اسم طب الأعشاب		
7	تطلق على الطب الشعبي اسم الطب الخرافي		
8	ينتقل الطب الشعبي من جيل إلى آخر من خلال الكلام بين الناس		
9	ينتقل الطب الشعبي إلى الأجيال من خلال الوراثة أي من الآباء إلى الأبناء (من الكبار إلى الصغار)		

		10 ينتقل الطب الشعبي إلى الأجيال من خلال قراءة كتب الطب القديمة
		11 يلجأ الناس للعلاج بالطب الشعبي نظرا لارتفاع تكلفة الطب الرسمي
		12 لخطورة ومضاعفة الأدوية الكيميائية
		13 الخوف من الأخطاء الطبية
		14 لأن الطب الشعبي أسرع تأثيرا في علاج المرض (نتائج سريعة)
		15 لأنه يعتمد على مواد طبيعية من السهل على المريض الحصول عليها وتحضيرها بنفسه
		16 لأن المؤسسة الصحية بعيدة عن سكن المواطنين
		17 لأن المؤسسة الصحية لا تتوفر على كل التجهيزات والوسائل الطبية اللازمة
		18 نقص في التأطير الطبي كعدم وجود الأطباء المختصين
		19 لأن المريض يئس من الشفاء بالطب الحديث
		20 الأشخاص الأكثر استعمالا للطب الشعبي هم من المتزوجين
		21 من كبار السن
		22 من غير المتعلمين
		23 من البطالين
		24 من النساء
		25 من الرجال
		26 سكان المناطق الريفية هم الأكثر إقبالا على العلاج الشعبي (أي يذهبون بكثرة)
		27 سكان الأحياء الشعبية هم الأكثر إقبالا على العلاج الشعبي
		28 سكان الأحياء القصديرية
		29 سكان الأحياء الراقية أو المخططة
		30 المعالج الشعبي هو الشخص كبير السن وله خبرة في علاج المرضى
		31 هو الشخص الذي يستعين بالجن والشياطين لعلاج مرضاه
		32 هو الشخص الذي لديه معرفة بالمواد الطبيعية المناسبة لكل مرض وكيفية تحضيرها أو إعدادها للمريض
		33 المعالج الشعبي تطلق عليه اسم الطبيب الشعبي
		34 تطلق عليه المعالج التقليدي
		35 تطلق عليه الساحر أو الشوافة
		36 يعالج الناس عند المعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجة المريض أي أنه يستخدم اللغة اليومية العامة
		37 لأن الناس تثق به
		38 لأنه من نفس المنطقة يعرف عاداتها وتقاليدها وقيمها السائدة
		39 لتمكنه ونجاحه في علاج الأمراض
		40 يعالج المعالج الشعبي مرضاه في منزله الخاص
		41 يعالج المعالج الشعبي مرضاه في الأسواق
		42 يعالج المعالج الشعبي مرضاه في محل خصمه للعلاج (كأن يكون عيادة طبية مثلا)
		43 يعالج المعالج الشعبي مرضاه في منزل المريض
		44 يعالج المعالج الشعبي مرضاه في محل (حانوت) الأعشاب

ملحق رقم 02 والخاص بالمقابلة المخصصة للجنة القصدية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

عنوان الدراسة

التصورات الاجتماعية للطب الشعبي

دراسة ميدانية في منطقة الزيبان - بسكرة.

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم اجتماع التنمية

إشراف الأستاذ الدكتور:

ميلود صفاري

إعداد الطالبة:

معيذة هيون

سيدي، سيدتي:

إليك مجموعة من العبارات تعبر عن التصور الاجتماعي للطب الشعبي، يرجى منك الإجابة عنها وذلك بوضع علامة () في الخانة (X) المناسبة.

ملاحظة: البيانات الواردة في الاستمارة سرية ولا تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.
نرجو منك عدم ترك أية عبارة دون إجابة.

نشكرك على تعاونك معنا

السنة الجامعية: 2012. 2013

الأسئلة:

- 1) الجنس:.....
- 2) السن:.....
- 3) المستوى التعليمي:.....
- 4) المهنة:.....
- 5) ما هي العوامل الأكثر تسببا في حدوث المرض؟
- 6) ما هو التعريف الأنسب للطب الشعبي حسب تصورك؟
- 7) بمجرد أن تمرض هل تكون وجهتك الأولى للعلاج بالطب الشعبي أم الطب الرسمي ولماذا؟
- 8) ما هو سبب لجوئك للعلاج بالطب الشعبي؟
- 9) هل المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه ملائم للقيام بالعملية العلاجية؟
- 10) هل موعد زيارتك للمعالج الشعبي يتم بشكل عشوائي أم يتم تحديده من قبل المعالج الشعبي؟
- 11) هل تفضل استخدام الوصفة التي يتم إعدادها من قبل المعالج الشعبي، أم تفضل إعدادها بنفسك؟
- 12) ما مدى فعالية الوصفة العلاجية التي وصفها لك المعالج الشعبي حسب حالتك المرضية؟
- 13) إذا كان المعالج الشعبي قد نجح في القضاء على مرضك أو التخفيف منه فهل نصحت أحد ممن يعاني نفس حالتك بالعلاج لدى المعالج الشعبي؟
- 14) في حالة خطأ المعالج الشعبي في عملية التشخيص والعلاج، ما هو التصرف أو الإجراء الذي تتخذه لذلك؟

ملحق رقم 03

جدول رقم (1) يوضح البيانات الديموغرافية لأفراد العينة

	الجنس	السن	المستوى التعليمي	المهنة	الحالة الاجتماعية	الموطن الاصلي	عدد افراد الاسرة	الدخل
Valide	230	230	230	230	230	230	230	230
N Manquante	0	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne	1,62	1,89	5,06	3,64	1,60	1,73	2,21	1,93
Médiane	2,00	2,00	6,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Mode	2	1	6	5	2	2	3	2
Ecart-type	,487	1,020	1,485	1,449	,658	,442	,782	,560
Somme	372	435	1164	837	368	399	508	443

جدول رقم (2) يوضح الفروق بين متغير الجنس وعوامل المرض

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,031	1	,031	,141	,707
Intra-groupes	50,512	228	,222		
Total	50,543	229			

جدول رقم (3) يوضح متغير السن مع عوامل المرض

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,314	3	,438	2,010	,113
Intra-groupes	49,230	226	,218		
Total	50,543	229			

جدول رقم (4) يوضح متغير الجنس مع عوامل المرض

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	4,124	5	,825	3,980	,002
Intra-groupes	46,419	224	,207		
Total	50,543	229			

جدول رقم (5) يوضح المهنة وعوامل المرض

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,897	4	,224	1,016	,400
Intra-groupes	49,647	225	,221		
Total	50,543	229			

جدول رقم (6) يوضح الحالة الاجتماعية وعوامل المرض

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,636	3	,212	,960	,413
Intra-groupes	49,908	226	,221		
Total	50,543	229			

جدول رقم (7) يوضح عوامل المرض مع متغير الموطن الأصلي

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,027	1	,027	,124	,725
Intra-groupes	50,516	228	,222		
Total	50,543	229			

جدول رقم (8) يوضح الدخل وعوامل المرض

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2,560	2	1,280	6,055	,003
Intra-groupes	47,984	227	,211		
Total	50,543	229			

مفهوم الطب الشعبي:

جدول رقم (9) يوضح مفهوم الطب الشعبي حسب متغير الجنس

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,382	1	,382	1,535	,217
1 Intra-groupes	56,766	228	,249		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	,540	1	,540	6,363	,012
2 Intra-groupes	19,355	228	,085		
Total	19,896	229			
Inter-groupes	,002	1	,002	,028	,868
3 Intra-groupes	18,259	228	,080		
Total	18,261	229			
Inter-groupes	,583	1	,583	4,798	,029
4 Intra-groupes	27,683	228	,121		
Total	28,265	229			

جدول رقم (10) يوضح مفهوم الطب الشعبي حسب متغير السن

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	3,043	3	1,014	4,237	,006
1 Intra-groupes	54,105	226	,239		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	,456	3	,152	1,768	,154
2 Intra-groupes	19,440	226	,086		
Total	19,896	229			
3 Intra-groupes	,487	3	,162	2,066	,106

Intra-groupes	17,773	226	,079		
Total	18,261	229			
Inter-groupes	1,200	3	,400	3,341	,020
4س Intra-groupes	27,065	226	,120		
Total	28,265	229			

جدول رقم (11) يوضح مفهوم الطب الشعبي حسب متغير المستوى التعليمي

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	3,695	5	,739	3,097	,010
1س Intra-groupes	53,453	224	,239		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	,455	5	,091	1,048	,390
2س Intra-groupes	19,441	224	,087		
Total	19,896	229			
Inter-groupes	,618	5	,124	1,569	,170
3س Intra-groupes	17,643	224	,079		
Total	18,261	229			
Inter-groupes	,276	5	,055	,442	,819
4س Intra-groupes	27,989	224	,125		
Total	28,265	229			

جدول رقم (12) يوضح معنى الطب الشعبي حسب متغير المهنة

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,632	4	,408	1,653	,162
1س Intra-groupes	55,516	225	,247		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	,471	4	,118	1,365	,247
2س Intra-groupes	19,424	225	,086		
Total	19,896	229			
Inter-groupes	,122	4	,030	,377	,825
3س Intra-groupes	18,139	225	,081		
Total	18,261	229			
Inter-groupes	,535	4	,134	1,086	,364
4س Intra-groupes	27,730	225	,123		
Total	28,265	229			

جدول رقم (13) يوضح معنى الطب الشعبي حسب متغير الحالة الاجتماعية

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,850	3	,283	1,138	,335
س1 Intra-groupes	56,298	226	,249		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	,107	3	,036	,408	,747
س2 Intra-groupes	19,788	226	,088		
Total	19,896	229			
Inter-groupes	,397	3	,132	1,675	,173
س3 Intra-groupes	17,864	226	,079		
Total	18,261	229			
Inter-groupes	,466	3	,155	1,263	,288
س4 Intra-groupes	27,799	226	,123		
Total	28,265	229			

رقم (14) يوضح معنى الطب الشعبي حسب متغير الموطن الأصلي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,100	1	,100	,398	,529
س1 Intra-groupes	57,048	228	,250		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	,016	1	,016	,178	,673
س2 Intra-groupes	19,880	228	,087		
Total	19,896	229			
Inter-groupes	,244	1	,244	3,083	,080
س3 Intra-groupes	18,017	228	,079		
Total	18,261	229			
Inter-groupes	,169	1	,169	1,371	,243
س4 Intra-groupes	28,096	228	,123		
Total	28,265	229			

جدول رقم (15) يوضح معنى الطب الشعبي حسب متغير الدخل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,291	2	,645	2,623	,075
س1 Intra-groupes	55,857	227	,246		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	,027	2	,014	,155	,856
س2 Intra-groupes	19,868	227	,088		

Total	19,896	229			
Inter-groupes	,153	2	,076	,959	,385
3 Intra-groupes	18,108	227	,080		
Total	18,261	229			
Inter-groupes	,850	2	,425	3,520	,031
4 Intra-groupes	27,415	227	,121		
Total	28,265	229			

حول مسمى الطب الشعبي:

جدول رقم (16) يوضح مسمى الطب الشعبي حسب متغير الجنس

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,108	1	,108	,564	,453
5 Intra-groupes	43,757	228	,192		
Total	43,865	229			
Inter-groupes	,738	1	,738	7,283	,007
6 Intra-groupes	23,093	228	,101		
Total	23,830	229			
Inter-groupes	,287	1	,287	,493	,483
7 Intra-groupes	132,774	228	,582		
Total	133,061	229			

جدول رقم (17) يوضح مسمى الطب الشعبي حسب متغير السن

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,397	3	,466	2,478	,062
5 Intra-groupes	42,468	226	,188		
Total	43,865	229			
Inter-groupes	,210	3	,070	,669	,572
6 Intra-groupes	23,621	226	,105		
Total	23,830	229			
Inter-groupes	1,309	3	,436	,749	,524
7 Intra-groupes	131,751	226	,583		
Total	133,061	229			

جدول رقم (18) يوضح مسمى الطب الشعبي حسب متغير الجنس المستوى التعليمي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2,170	5	,434	2,331	,043
5 Intra-groupes	41,695	224	,186		
Total	43,865	229			

Inter-groupes	,396	5	,079	,758	,581
كس Intra-groupes	23,434	224	,105		
Total	23,830	229			
Inter-groupes	,841	5	,168	,285	,921
كس Intra-groupes	132,219	224	,590		
Total	133,061	229			

جدول رقم (19) يوضح مسمى الطب الشعبي حسب متغير المهنة

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,522	4	,131	,678	,608
كس Intra-groupes	43,343	225	,193		
Total	43,865	229			
Inter-groupes	,757	4	,189	1,846	,121
كس Intra-groupes	23,073	225	,103		
Total	23,830	229			
Inter-groupes	1,936	4	,484	,830	,507
كس Intra-groupes	131,125	225	,583		
Total	133,061	229			

جدول رقم (20) يوضح مسمى الطب الشعبي حسب متغير الحالة الاجتماعية

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,374	3	,125	,648	,585
كس Intra-groupes	43,491	226	,192		
Total	43,865	229			
Inter-groupes	,080	3	,027	,255	,858
كس Intra-groupes	23,750	226	,105		
Total	23,830	229			
Inter-groupes	1,313	3	,438	,751	,523
كس Intra-groupes	131,748	226	,583		
Total	133,061	229			

جدول رقم (21) يوضح مسمى الطب الشعبي حسب متغير الجنس الموطن الأصلي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,061	1	,061	,315	,575
كس Intra-groupes	43,805	228	,192		
Total	43,865	229			
Inter-groupes	,594	1	,594	5,831	,017
كس Intra-groupes	23,236	228	,102		

Total	23,830	229			
Inter-groupes	1,465	1	1,465	2,539	,112
7س Intra-groupes	131,595	228	,577		
Total	133,061	229			

جدول رقم (22) يوضح مسمى الطب الشعبي حسب متغير الدخل

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,039	2	,019	,101	,904
5س Intra-groupes	43,826	227	,193		
Total	43,865	229			
Inter-groupes	,043	2	,021	,203	,816
6س Intra-groupes	23,788	227	,105		
Total	23,830	229			
Inter-groupes	,037	2	,019	,032	,969
7س Intra-groupes	133,024	227	,586		
Total	133,061	229			

كيفية انتقال الطب الشعبي:

جدول رقم (23) يوضح كيفية انتقال الطب الشعبي حسب متغير الجنس

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,000	1	,000	,000	,998
8س Intra-groupes	52,474	228	,230		
Total	52,474	229			
Inter-groupes	,016	1	,016	,073	,787
9س Intra-groupes	49,815	228	,218		
Total	49,830	229			
Inter-groupes	,036	1	,036	,170	,680
10س Intra-groupes	48,264	228	,212		
Total	48,300	229			

جدول رقم (24) يوضح كيفية انتقال الطب الشعبي حسب متغير السن:

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,869	3	,290	1,269	,286
8س Intra-groupes	51,605	226	,228		
Total	52,474	229			
Inter-groupes	,249	3	,083	,378	,769
9س Intra-groupes	49,582	226	,219		
Total	49,830	229			

Inter-groupes	,631	3	,210	,997	,395
10س Intra-groupes	47,669	226	,211		
Total	48,300	229			

جدول رقم (25) يوضح كيفية انتقال الطب الشعبي حسب متغير المستوى التعليمي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,612	5	,322	1,420	,218
8س Intra-groupes	50,861	224	,227		
Total	52,474	229			
Inter-groupes	,916	5	,183	,838	,524
9س Intra-groupes	48,915	224	,218		
Total	49,830	229			
Inter-groupes	,665	5	,133	,625	,681
10س Intra-groupes	47,635	224	,213		
Total	48,300	229			

جدول رقم (26) يوضح كيفية انتقال الطب الشعبي حسب متغير المهنة

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,614	4	,404	1,786	,133
8س Intra-groupes	50,859	225	,226		
Total	52,474	229			
Inter-groupes	,737	4	,184	,844	,498
9س Intra-groupes	49,093	225	,218		
Total	49,830	229			
Inter-groupes	1,417	4	,354	1,701	,151
10س Intra-groupes	46,883	225	,208		
Total	48,300	229			

جدول رقم (27) يوضح كيفية انتقال الطب الشعبي حسب متغير الحالة الاجتماعية

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,270	3	,090	,389	,761
8س Intra-groupes	52,204	226	,231		
Total	52,474	229			
Inter-groupes	,611	3	,204	,934	,425
9س Intra-groupes	49,220	226	,218		
Total	49,830	229			
Inter-groupes	,492	3	,164	,775	,509
10س Intra-groupes	47,808	226	,212		

Total	48,300	229			
-------	--------	-----	--	--	--

جدول رقم (28) يوضح كيفية انتقال الطب الشعبي حسب متغير الموطن الأصلي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,006	1	,006	,026	,872
8س Intra-groupes	52,468	228	,230		
Total	52,474	229			
Inter-groupes	,003	1	,003	,013	,908
9س Intra-groupes	49,828	228	,219		
Total	49,830	229			
Inter-groupes	,011	1	,011	,052	,820
10س Intra-groupes	48,289	228	,212		
Total	48,300	229			

جدول رقم (29) يوضح كيفية انتقال الطب الشعبي حسب متغير الدخل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,499	2	,249	1,089	,338
8س Intra-groupes	51,975	227	,229		
Total	52,474	229			
Inter-groupes	,016	2	,008	,037	,964
9س Intra-groupes	49,814	227	,219		
Total	49,830	229			
Inter-groupes	1,566	2	,783	3,804	,024
10س Intra-groupes	46,734	227	,206		
Total	48,300	229			

جدول رقم (30) يوضح الأشخاص الأكثر استعمالا الطب الشعبي حسب متغير الجنس

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,851	1	,851	3,570	,060
20س Intra-groupes	54,349	228	,238		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,337	1	,337	1,899	,170
21س Intra-groupes	40,450	228	,177		
Total	40,787	229			
Inter-groupes	,006	1	,006	,023	,880
22س Intra-groupes	57,142	228	,251		
Total	57,148	229			
23س Intra-groupes	,151	1	,151	,646	,422

Intra-groupes	53,171	228	,233		
Total	53,322	229			
Inter-groupes	,020	1	,020	,103	,748
24 Intra-groupes	44,328	228	,194		
Total	44,348	229			
Inter-groupes	1,199	1	1,199	5,619	,019
25 Intra-groupes	48,632	228	,213		
Total	49,830	229			

جدول رقم (31) يوضح الأشخاص الأكثر استعمالا الطب الشعبي حسب متغير السن

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	3,087	3	1,029	4,462	,005
20 Intra-groupes	52,113	226	,231		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,931	3	,310	1,760	,156
21 Intra-groupes	39,856	226	,176		
Total	40,787	229			
Inter-groupes	1,131	3	,377	1,521	,210
22 Intra-groupes	56,017	226	,248		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	1,254	3	,418	1,814	,145
23 Intra-groupes	52,068	226	,230		
Total	53,322	229			
Inter-groupes	,080	3	,027	,137	,938
24 Intra-groupes	44,267	226	,196		
Total	44,348	229			
Inter-groupes	,985	3	,328	1,519	,210
25 Intra-groupes	48,845	226	,216		
Total	49,830	229			

جدول رقم (32) يوضح الأشخاص الأكثر استعمالا الطب الشعبي حسب متغير المستوى التعليمي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2,982	5	,596	2,559	,028
20 Intra-groupes	52,218	224	,233		
Total	55,200	229			
21 Intra-groupes	1,144	5	,229	1,293	,268

Intra-groupes	39,643	224	,177		
Total	40,787	229			
Inter-groupes	2,520	5	,504	2,067	,071
22س Intra-groupes	54,628	224	,244		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	1,785	5	,357	1,552	,175
23س Intra-groupes	51,537	224	,230		
Total	53,322	229			
Inter-groupes	,753	5	,151	,774	,569
24س Intra-groupes	43,595	224	,195		
Total	44,348	229			
Inter-groupes	1,557	5	,311	1,445	,209
25س Intra-groupes	48,274	224	,216		
Total	49,830	229			

جدول رقم (33) يوضح الأشخاص الأكثر استعمالا الطب الشعبي حسب متغير المهنة

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2,357	4	,589	2,509	,043
20س Intra-groupes	52,843	225	,235		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,324	4	,081	,450	,773
21س Intra-groupes	40,463	225	,180		
Total	40,787	229			
Inter-groupes	1,136	4	,284	1,141	,338
22س Intra-groupes	56,012	225	,249		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	,545	4	,136	,581	,676
23س Intra-groupes	52,776	225	,235		
Total	53,322	229			
Inter-groupes	2,093	4	,523	2,786	,027
24س Intra-groupes	42,255	225	,188		
Total	44,348	229			
Inter-groupes	1,085	4	,271	1,252	,290
25س Intra-groupes	48,745	225	,217		
Total	49,830	229			

جدول رقم (34) يوضح الأشخاص الأكثر استعمالا الطب الشعبي حسب متغير الحالة الاجتماعية

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2,877	3	,959	4,142	,007
20س Intra-groupes	52,323	226	,232		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,574	3	,191	1,075	,360
21س Intra-groupes	40,213	226	,178		
Total	40,787	229			
Inter-groupes	1,121	3	,374	1,507	,213
22س Intra-groupes	56,027	226	,248		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	2,045	3	,682	3,004	,031
23س Intra-groupes	51,277	226	,227		
Total	53,322	229			
Inter-groupes	,417	3	,139	,714	,544
24س Intra-groupes	43,931	226	,194		
Total	44,348	229			
Inter-groupes	1,038	3	,346	1,603	,190
25س Intra-groupes	48,792	226	,216		
Total	49,830	229			

جدول رقم (35) يوضح الأشخاص الأكثر استعمالا الطب الشعبي حسب متغير الموطن الأصلي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,044	1	,044	,181	,671
20س Intra-groupes	55,156	228	,242		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,208	1	,208	1,171	,280
21س Intra-groupes	40,579	228	,178		
Total	40,787	229			
Inter-groupes	,100	1	,100	,398	,529
22س Intra-groupes	57,048	228	,250		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	,012	1	,012	,050	,824
23س Intra-groupes	53,310	228	,234		
Total	53,322	229			
24س Inter-groupes	,342	1	,342	1,770	,185

Intra-groupes	44,006	228	,193		
Total	44,348	229			
Inter-groupes	,424	1	,424	1,958	,163
25س Intra-groupes	49,406	228	,217		
Total	49,830	229			

جدول رقم (36) يوضح الأشخاص الأكثر استعمالا الطب الشعبي حسب متغير الدخل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,027	2	,013	,055	,946
20س Intra-groupes	55,173	227	,243		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,135	2	,067	,376	,687
21س Intra-groupes	40,652	227	,179		
Total	40,787	229			
Inter-groupes	,818	2	,409	1,647	,195
22س Intra-groupes	56,330	227	,248		
Total	57,148	229			
Inter-groupes	,981	2	,490	2,126	,122
23س Intra-groupes	52,341	227	,231		
Total	53,322	229			
Inter-groupes	,860	2	,430	2,245	,108
24س Intra-groupes	43,487	227	,192		
Total	44,348	229			
Inter-groupes	,951	2	,476	2,209	,112
25س Intra-groupes	48,879	227	,215		
Total	49,830	229			

جدول رقم (37) يوضح الأشخاص الأكثر إقبالا على العلاج بالطب الشعبي حسب متغير الجنس

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,409	1	1,409	8,644	,004
26س Intra-groupes	37,152	228	,163		
Total	38,561	229			
Inter-groupes	,001	1	,001	,003	,956
27س Intra-groupes	55,199	228	,242		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,619	1	,619	2,586	,109
28س Intra-groupes	54,581	228	,239		

Total	55,200	229			
Inter-groupes	,279	1	,279	1,594	,208
29س Intra-groupes	39,964	228	,175		
Total	40,243	229			

جدول رقم (38) يوضح الأشخاص الأكثر إقبالا على العلاج بالطب الشعبي حسب متغير السن

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,172	3	,391	2,361	,072
26س Intra-groupes	37,389	226	,165		
Total	38,561	229			
Inter-groupes	1,181	3	,394	1,647	,179
27س Intra-groupes	54,019	226	,239		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	1,085	3	,362	1,511	,212
28س Intra-groupes	54,115	226	,239		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,428	3	,143	,810	,489
29س Intra-groupes	39,815	226	,176		
Total	40,243	229			

جدول رقم (39) يوضح الأشخاص الأكثر إقبالا على العلاج بالطب الشعبي حسب متغير المستوى التعليمي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,326	5	,265	1,595	,162
26س Intra-groupes	37,235	224	,166		
Total	38,561	229			
Inter-groupes	1,508	5	,302	1,258	,283
27س Intra-groupes	53,692	224	,240		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	1,791	5	,358	1,502	,190
28س Intra-groupes	53,409	224	,238		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	2,181	5	,436	2,568	,028
29س Intra-groupes	38,062	224	,170		
Total	40,243	229			

جدول رقم (40) يوضح الأشخاص الأكثر إقبالا على العلاج بالطب الشعبي حسب متغير المهنة

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,744	4	,186	1,107	,354
26س Intra-groupes	37,817	225	,168		
Total	38,561	229			
Inter-groupes	,483	4	,121	,497	,738
27س Intra-groupes	54,717	225	,243		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,676	4	,169	,698	,594
28س Intra-groupes	54,524	225	,242		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	1,725	4	,431	2,518	,042
29س Intra-groupes	38,519	225	,171		
Total	40,243	229			

جدول رقم (41) يوضح الأشخاص الأكثر إقبالا على العلاج بالطب الشعبي حسب متغير الحالة الاجتماعية

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,347	3	,116	,683	,563
26س Intra-groupes	38,214	226	,169		
Total	38,561	229			
Inter-groupes	2,590	3	,863	3,708	,012
27س Intra-groupes	52,610	226	,233		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,828	3	,276	1,148	,331
28س Intra-groupes	54,372	226	,241		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	1,348	3	,449	2,610	,052
29س Intra-groupes	38,896	226	,172		
Total	40,243	229			

جدول رقم (42) يوضح الأشخاص الأكثر إقبالا على العلاج بالطب الشعبي حسب متغير الموطن الأصلي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,022	1	,022	,131	,718
26س Intra-groupes	38,539	228	,169		
Total	38,561	229			
27س Intra-groupes	,151	1	,151	,625	,430
Intra-groupes	55,049	228	,241		

Total	55,200	229			
Inter-groupes	,044	1	,044	,181	,671
28س Intra-groupes	55,156	228	,242		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,033	1	,033	,185	,668
29س Intra-groupes	40,211	228	,176		
Total	40,243	229			

جدول رقم (43) يوضح الأشخاص الأكثر إقبالا على العلاج بالطب الشعبي حسب متغير الدخل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,243	2	,122	,721	,487
26س Intra-groupes	38,318	227	,169		
Total	38,561	229			
Inter-groupes	,872	2	,436	1,821	,164
27س Intra-groupes	54,328	227	,239		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,033	2	,016	,068	,935
28س Intra-groupes	55,167	227	,243		
Total	55,200	229			
Inter-groupes	,154	2	,077	,437	,646
29س Intra-groupes	40,089	227	,177		
Total	40,243	229			

جدول رقم (44) يوضح طبيعة المعالج الشعبي حسب متغير الجنس

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,101	1	,101	,416	,520
30س Intra-groupes	55,659	228	,244		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,000	1	,000	,000	,982
31س Intra-groupes	23,061	228	,101		
Total	23,061	229			
Inter-groupes	,002	1	,002	,028	,868
32س Intra-groupes	18,259	228	,080		
Total	18,261	229			

جدول رقم (45) يوضح طبيعة المعالج الشعبي حسب متغير السن

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,715	3	,238	,979	,403
30 Intra-groupes	55,046	226	,244		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,596	3	,199	1,997	,115
31 Intra-groupes	22,465	226	,099		
Total	23,061	229			
Inter-groupes	,219	3	,073	,916	,434
32 Intra-groupes	18,042	226	,080		
Total	18,261	229			

جدول رقم (46) يوضح طبيعة المعالج الشعبي حسب متغير المستوى التعليمي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,537	5	,307	1,270	,278
30 Intra-groupes	54,224	224	,242		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,362	5	,072	,714	,613
31 Intra-groupes	22,699	224	,101		
Total	23,061	229			
Inter-groupes	,366	5	,073	,917	,471
32 Intra-groupes	17,895	224	,080		
Total	18,261	229			

جدول رقم (47) يوضح طبيعة المعالج الشعبي حسب متغير المهنة

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,733	4	,433	1,804	,129
30 Intra-groupes	54,028	225	,240		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,040	4	,010	,098	,983
31 Intra-groupes	23,021	225	,102		
Total	23,061	229			
Inter-groupes	,248	4	,062	,774	,543
32 Intra-groupes	18,013	225	,080		
Total	18,261	229			

جدول رقم (48) يوضح طبيعة المعالج الشعبي حسب متغير الاحالة الاجتماعية

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,946	3	,649	2,724	,045
30 Intra-groupes	53,815	226	,238		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,123	3	,041	,403	,751
31 Intra-groupes	22,938	226	,101		
Total	23,061	229			
Inter-groupes	,077	3	,026	,318	,813
32 Intra-groupes	18,184	226	,080		
Total	18,261	229			

جدول رقم (49) يوضح طبيعة المعالج الشعبي حسب متغير الموطن الأصلي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,073	1	,073	,297	,586
30 Intra-groupes	55,688	228	,244		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,187	1	,187	1,865	,173
31 Intra-groupes	22,874	228	,100		
Total	23,061	229			
Inter-groupes	,118	1	,118	1,489	,224
32 Intra-groupes	18,142	228	,080		
Total	18,261	229			

جدول رقم (50) يوضح طبيعة المعالج الشعبي حسب متغير الدخل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,223	2	,112	,457	,634
30 Intra-groupes	55,537	227	,245		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,238	2	,119	1,182	,309
31 Intra-groupes	22,823	227	,101		
Total	23,061	229			
Inter-groupes	,153	2	,076	,959	,385
32 Intra-groupes	18,108	227	,080		
Total	18,261	229			

جدول رقم (51) يوضح التسمية التي يطلقها أفراد المجتمع على المعالج الشعبي حسب متغير الجنس

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,318	3	,106	,557	,644
33س Intra-groupes	43,056	226	,191		
Total	43,374	229			
Inter-groupes	1,938	3	,646	2,638	,050
34س Intra-groupes	55,349	226	,245		
Total	57,287	229			
Inter-groupes	,133	3	,044	,530	,662
35س Intra-groupes	18,949	226	,084		
Total	19,083	229			

جدول رقم (52) يوضح التسمية التي يطلقها أفراد المجتمع على المعالج الشعبي حسب متغير السن

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,232	5	,246	1,310	,261
33س Intra-groupes	42,142	224	,188		
Total	43,374	229			
Inter-groupes	,651	5	,130	,515	,765
34س Intra-groupes	56,636	224	,253		
Total	57,287	229			
Inter-groupes	,732	5	,146	1,787	,116
35س Intra-groupes	18,350	224	,082		
Total	19,083	229			

جدول رقم (53) يوضح التسمية التي يطلقها أفراد المجتمع على المعالج الشعبي حسب متغير المستوى التعليمي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,030	4	,258	1,369	,246
33س Intra-groupes	42,344	225	,188		
Total	43,374	229			
Inter-groupes	1,691	4	,423	1,711	,148
34س Intra-groupes	55,596	225	,247		
Total	57,287	229			
Inter-groupes	,589	4	,147	1,790	,132
35س Intra-groupes	18,494	225	,082		
Total	19,083	229			

جدول رقم (54) يوضح التسمية التي يطلقها أفراد المجتمع على المعالج الشعبي حسب متغير المهنة

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,079	3	,360	1,921	,127
33 Intra-groupes	42,295	226	,187		
Total	43,374	229			
Inter-groupes	,846	3	,282	1,130	,338
34 Intra-groupes	56,440	226	,250		
Total	57,287	229			
Inter-groupes	,154	3	,051	,613	,607
35 Intra-groupes	18,929	226	,084		
Total	19,083	229			

جدول رقم (55) يوضح التسمية التي يطلقها أفراد المجتمع على المعالج الشعبي حسب متغير الحالة الاجتماعية

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,429	1	,429	2,275	,133
33 Intra-groupes	42,945	228	,188		
Total	43,374	229			
Inter-groupes	1,667	1	1,667	6,833	,010
34 Intra-groupes	55,620	228	,244		
Total	57,287	229			
Inter-groupes	,466	1	,466	5,705	,018
35 Intra-groupes	18,617	228	,082		
Total	19,083	229			

جدول رقم (56) يوضح التسمية التي يطلقها أفراد المجتمع على المعالج الشعبي حسب متغير الموطن الأصلي

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,191	2	,096	,503	,605
33 Intra-groupes	43,183	227	,190		
Total	43,374	229			
Inter-groupes	,448	2	,224	,894	,411
34 Intra-groupes	56,839	227	,250		
Total	57,287	229			
Inter-groupes	,581	2	,291	3,566	,030
35 Intra-groupes	18,501	227	,082		
Total	19,083	229			

جدول رقم (57) يوضح التسمية التي يطلقها أفراد المجتمع على المعالج الشعبي حسب متغير الدخل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,323	1	,323	1,712	,192
33 Intra-groupes	43,051	228	,189		
Total	43,374	229			
Inter-groupes	,203	1	,203	,811	,369
34 Intra-groupes	57,084	228	,250		
Total	57,287	229			
Inter-groupes	,020	1	,020	,236	,628
35 Intra-groupes	19,063	228	,084		
Total	19,083	229			

جدول رقم (58) يوضح المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه حسب متغير الجنس

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,037	1	,037	,152	,697
40 Intra-groupes	55,359	228	,243		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	,952	1	,952	5,177	,024
41 Intra-groupes	41,922	228	,184		
Total	42,874	229			
Inter-groupes	,006	1	,006	,026	,873
42 Intra-groupes	55,389	228	,243		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	3,254	1	3,254	13,715	,000
43 Intra-groupes	54,090	228	,237		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	,008	1	,008	,034	,854
44 Intra-groupes	57,278	228	,251		
Total	57,287	229			

جدول رقم (59) يوضح المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه حسب متغير السن

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,364	3	,121	,498	,684
40 Intra-groupes	55,032	226	,244		
Total	55,396	229			
41 Intra-groupes	,864	3	,288	1,550	,202
Intra-groupes	42,010	226	,186		

Total	42,874	229			
Inter-groupes	,473	3	,158	,648	,585
42 Intra-groupes	54,923	226	,243		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	,190	3	,063	,251	,861
43 Intra-groupes	57,153	226	,253		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	,279	3	,093	,368	,776
44 Intra-groupes	57,008	226	,252		
Total	57,287	229			

جدول رقم (60) يوضح المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه حسب متغير المستوى التعليمي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,254	5	,051	,206	,960
40 Intra-groupes	55,142	224	,246		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	,527	5	,105	,558	,732
41 Intra-groupes	42,346	224	,189		
Total	42,874	229			
Inter-groupes	1,312	5	,262	1,087	,369
42 Intra-groupes	54,084	224	,241		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	,426	5	,085	,336	,891
43 Intra-groupes	56,917	224	,254		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	,971	5	,194	,772	,571
44 Intra-groupes	56,316	224	,251		
Total	57,287	229			

جدول رقم (61) يوضح المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه حسب متغير المهنة

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,523	4	,131	,536	,710
40 Intra-groupes	54,873	225	,244		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	,419	4	,105	,555	,696
41 Intra-groupes	42,455	225	,189		
Total	42,874	229			
42 Inter-groupes	1,678	4	,419	1,757	,138

Intra-groupes	53,718	225	,239		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	4,268	4	1,067	4,524	,002
43 Intra-groupes	53,075	225	,236		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	1,629	4	,407	1,646	,164
44 Intra-groupes	55,658	225	,247		
Total	57,287	229			

جدول رقم (62) يوضح المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه حسب متغير الحالة الاجتماعية

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,461	3	,154	,633	,595
40 Intra-groupes	54,934	226	,243		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	,602	3	,201	1,074	,361
41 Intra-groupes	42,271	226	,187		
Total	42,874	229			
Inter-groupes	,184	3	,061	,251	,861
42 Intra-groupes	55,212	226	,244		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	,007	3	,002	,009	,999
43 Intra-groupes	57,336	226	,254		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	1,150	3	,383	1,544	,204
44 Intra-groupes	56,137	226	,248		
Total	57,287	229			

جدول رقم (63) يوضح المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه حسب متغير الموطن الأصلي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,486	1	,486	2,016	,157
40 Intra-groupes	54,910	228	,241		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	,217	1	,217	1,159	,283
41 Intra-groupes	42,657	228	,187		
Total	42,874	229			
Inter-groupes	,248	1	,248	1,026	,312
42 Intra-groupes	55,148	228	,242		
Total	55,396	229			

Inter-groupes	,000	1	,000	,001	,978
43 Intra-groupes	57,343	228	,252		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	,041	1	,041	,164	,686
44 Intra-groupes	57,246	228	,251		
Total	57,287	229			

جدول رقم (64) يوضح المكان الذي يعالج فيه المعالج الشعبي مرضاه حسب متغير الدخل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,588	2	,794	3,349	,037
40 Intra-groupes	53,808	227	,237		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	,070	2	,035	,185	,831
41 Intra-groupes	42,804	227	,189		
Total	42,874	229			
Inter-groupes	,234	2	,117	,481	,619
42 Intra-groupes	55,162	227	,243		
Total	55,396	229			
Inter-groupes	,305	2	,153	,608	,545
43 Intra-groupes	57,038	227	,251		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	,650	2	,325	1,302	,274
44 Intra-groupes	56,637	227	,250		
Total	57,287	229			

جدول رقم (65) يوضح أسباب العلاج بالطب الشعبي حسب متغير الجنس

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,956	3	,652	2,700	,046
1 Intra-groupes	54,566	226	,241		
Total	56,522	229			
Inter-groupes	,760	3	,253	1,065	,365
12 Intra-groupes	53,801	226	,238		
Total	54,561	229			
Inter-groupes	,530	3	,177	,709	,547
13 Intra-groupes	56,236	226	,249		
Total	56,765	229			
Inter-groupes	1,085	3	,362	1,535	,206
14 Intra-groupes	53,245	226	,236		

Total	54,330	229			
Inter-groupes	,697	3	,232	1,347	,260
15س Intra-groupes	38,994	226	,173		
Total	39,691	229			
Inter-groupes	,727	3	,242	1,269	,286
16س Intra-groupes	43,138	226	,191		
Total	43,865	229			
Inter-groupes	1,504	3	,501	2,809	,040
17س Intra-groupes	40,344	226	,179		
Total	41,848	229			
Inter-groupes	,447	3	,149	,663	,576
18س Intra-groupes	50,775	226	,225		
Total	51,222	229			
Inter-groupes	,342	3	,114	,573	,633
19س Intra-groupes	44,945	226	,199		
Total	45,287	229			

جدول رقم (66) يوضح أسباب العلاج بالطب الشعبي حسب متغير السن

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2,196	5	,439	1,811	,112
1س Intra-groupes	54,326	224	,243		
Total	56,522	229			
Inter-groupes	1,383	5	,277	1,166	,327
2س Intra-groupes	53,177	224	,237		
Total	54,561	229			
Inter-groupes	1,743	5	,349	1,419	,218
3س Intra-groupes	55,023	224	,246		
Total	56,765	229			
Inter-groupes	3,794	5	,759	3,363	,006
4س Intra-groupes	50,537	224	,226		
Total	54,330	229			
Inter-groupes	,704	5	,141	,809	,545
5س Intra-groupes	38,988	224	,174		
Total	39,691	229			
Inter-groupes	,130	5	,026	,133	,985
6س Intra-groupes	43,736	224	,195		
Total	43,865	229			

Inter-groupes	1,205	5	,241	1,328	,253
17س Intra-groupes	40,643	224	,181		
Total	41,848	229			
Inter-groupes	,576	5	,115	,510	,769
18س Intra-groupes	50,646	224	,226		
Total	51,222	229			
Inter-groupes	,623	5	,125	,625	,681
19س Intra-groupes	44,664	224	,199		
Total	45,287	229			

جدول رقم (67) يوضح أسباب العلاج بالطب الشعبي حسب متغير المستوى التعليمي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,719	4	,180	,725	,576
1س Intra-groupes	55,803	225	,248		
Total	56,522	229			
Inter-groupes	,100	4	,025	,104	,981
12س Intra-groupes	54,461	225	,242		
Total	54,561	229			
Inter-groupes	,339	4	,085	,338	,852
13س Intra-groupes	56,426	225	,251		
Total	56,765	229			
Inter-groupes	2,306	4	,576	2,493	,044
14س Intra-groupes	52,025	225	,231		
Total	54,330	229			
Inter-groupes	,685	4	,171	,988	,415
15س Intra-groupes	39,006	225	,173		
Total	39,691	229			
Inter-groupes	,812	4	,203	1,061	,377
16س Intra-groupes	43,053	225	,191		
Total	43,865	229			
Inter-groupes	,752	4	,188	1,029	,393
17س Intra-groupes	41,096	225	,183		
Total	41,848	229			
Inter-groupes	1,947	4	,487	2,223	,067
18س Intra-groupes	49,275	225	,219		
Total	51,222	229			
19س Inter-groupes	1,855	4	,464	2,402	,051

Intra-groupes	43,432	225	,193		
Total	45,287	229			

جدول رقم (68) يوضح أسباب العلاج بالطب الشعبي حسب متغير المهنة

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2,341	3	,780	3,254	,023
1س1 Intra-groupes	54,181	226	,240		
Total	56,522	229			
Inter-groupes	1,043	3	,348	1,469	,224
2س12 Intra-groupes	53,518	226	,237		
Total	54,561	229			
Inter-groupes	,137	3	,046	,182	,909
3س13 Intra-groupes	56,629	226	,251		
Total	56,765	229			
Inter-groupes	,654	3	,218	,918	,433
4س14 Intra-groupes	53,676	226	,238		
Total	54,330	229			
Inter-groupes	,340	3	,113	,652	,583
5س15 Intra-groupes	39,351	226	,174		
Total	39,691	229			
Inter-groupes	,077	3	,026	,132	,941
6س16 Intra-groupes	43,788	226	,194		
Total	43,865	229			
Inter-groupes	,869	3	,290	1,597	,191
7س17 Intra-groupes	40,979	226	,181		
Total	41,848	229			
Inter-groupes	,641	3	,214	,954	,415
8س18 Intra-groupes	50,581	226	,224		
Total	51,222	229			
Inter-groupes	,367	3	,122	,616	,605
9س19 Intra-groupes	44,920	226	,199		
Total	45,287	229			

جدول رقم (69) يوضح أسباب العلاج بالطب الشعبي حسب متغير الموطن الأصلي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,049	1	,049	,197	,658
1س1 Intra-groupes	56,473	228	,248		
Total	56,522	229			

Inter-groupes	,057	1	,057	,240	,625
12 Intra-groupes	54,503	228	,239		
Total	54,561	229			
Inter-groupes	,094	1	,094	,378	,539
13 Intra-groupes	56,671	228	,249		
Total	56,765	229			
Inter-groupes	,299	1	,299	1,262	,263
14 Intra-groupes	54,031	228	,237		
Total	54,330	229			
Inter-groupes	,137	1	,137	,787	,376
15 Intra-groupes	39,555	228	,173		
Total	39,691	229			
Inter-groupes	,041	1	,041	,212	,645
16 Intra-groupes	43,824	228	,192		
Total	43,865	229			
Inter-groupes	,434	1	,434	2,392	,123
17 Intra-groupes	41,413	228	,182		
Total	41,848	229			
Inter-groupes	,131	1	,131	,584	,446
18 Intra-groupes	51,091	228	,224		
Total	51,222	229			
Inter-groupes	,007	1	,007	,035	,852
19 Intra-groupes	45,280	228	,199		
Total	45,287	229			

جدول رقم (70) يوضح أسباب العلاج بالطب الشعبي حسب متغير الدخل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,224	2	,112	,451	,638
11 Intra-groupes	56,298	227	,248		
Total	56,522	229			
Inter-groupes	,713	2	,357	1,503	,225
12 Intra-groupes	53,848	227	,237		
Total	54,561	229			
Inter-groupes	1,862	2	,931	3,850	,023
13 Intra-groupes	54,903	227	,242		
Total	56,765	229			
Inter-groupes	,100	2	,050	,209	,811
14 Intra-groupes	54,230	227	,239		

Total	54,330	229			
Inter-groupes	,465	2	,233	1,346	,262
15 Intra-groupes	39,226	227	,173		
Total	39,691	229			
Inter-groupes	,557	2	,278	1,460	,234
16 Intra-groupes	43,308	227	,191		
Total	43,865	229			
Inter-groupes	,351	2	,176	,960	,384
17 Intra-groupes	41,497	227	,183		
Total	41,848	229			
Inter-groupes	,503	2	,251	1,125	,326
18 Intra-groupes	50,719	227	,223		
Total	51,222	229			
Inter-groupes	,459	2	,230	1,162	,315
19 Intra-groupes	44,828	227	,197		
Total	45,287	229			

جدول رقم (71) يوضح أسباب لجوء أفراد المجتمع للمعالجين الشعبيين حسب متغير الجنس

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,951	1	1,951	8,031	,005
36 Intra-groupes	55,392	228	,243		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	,050	1	,050	,206	,651
37 Intra-groupes	55,711	228	,244		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,336	1	,336	1,376	,242
38 Intra-groupes	55,595	228	,244		
Total	55,930	229			
Inter-groupes	,310	1	,310	1,556	,214
39 Intra-groupes	45,433	228	,199		
Total	45,743	229			

جدول رقم (72) يوضح أسباب لجوء أفراد المجتمع للمعالجين الشعبيين حسب متغير السن

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,430	3	,477	1,926	,126
36 Intra-groupes	55,914	226	,247		
Total	57,343	229			
37 Intra-groupes	,490	3	,163	,668	,572

Intra-groupes	55,271	226	,245		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,477	3	,159	,648	,585
38 Intra-groupes	55,453	226	,245		
Total	55,930	229			
Inter-groupes	1,407	3	,469	2,392	,069
39 Intra-groupes	44,336	226	,196		
Total	45,743	229			

جدول رقم (73) يوضح أسباب لجوء أفراد المجتمع للمعالجين الشعبيين حسب متغير المستوى التعليمي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2,364	5	,473	1,926	,091
36 Intra-groupes	54,979	224	,245		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	2,541	5	,508	2,139	,062
37 Intra-groupes	53,220	224	,238		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	1,315	5	,263	1,079	,373
38 Intra-groupes	54,615	224	,244		
Total	55,930	229			
Inter-groupes	1,198	5	,240	1,205	,308
39 Intra-groupes	44,545	224	,199		
Total	45,743	229			

جدول رقم (74) يوضح أسباب لجوء أفراد المجتمع للمعالجين الشعبيين حسب متغير المهنة

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,688	4	,172	,683	,604
36 Intra-groupes	56,656	225	,252		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	2,007	4	,502	2,100	,082
37 Intra-groupes	53,754	225	,239		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,585	4	,146	,594	,667
38 Intra-groupes	55,346	225	,246		
Total	55,930	229			
39 Inter-groupes	1,130	4	,283	1,425	,226

Intra-groupes	44,613	225	,198		
Total	45,743	229			

جدول رقم (75) يوضح أسباب لجوء أفراد المجتمع للمعالجين الشعبيين حسب متغير الحالة الاجتماعية

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	1,485	3	,495	2,002	,114
36 Intra-groupes	55,859	226	,247		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	1,469	3	,490	2,038	,109
37 Intra-groupes	54,292	226	,240		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,588	3	,196	,800	,495
38 Intra-groupes	55,343	226	,245		
Total	55,930	229			
Inter-groupes	,472	3	,157	,785	,503
39 Intra-groupes	45,271	226	,200		
Total	45,743	229			

جدول رقم (76) يوضح أسباب لجوء أفراد المجتمع للمعالجين الشعبيين حسب متغير الموطن الاصلي

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,373	1	,373	1,495	,223
36 Intra-groupes	56,970	228	,250		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	,228	1	,228	,935	,334
37 Intra-groupes	55,533	228	,244		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,144	1	,144	,588	,444
38 Intra-groupes	55,787	228	,245		
Total	55,930	229			
Inter-groupes	,011	1	,011	,056	,813
39 Intra-groupes	45,732	228	,201		
Total	45,743	229			

جدول رقم (77) يوضح أسباب لجوء أفراد المجتمع للمعالجين الشعبيين حسب متغير الدخل

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,820	2	,410	1,646	,195
36 Intra-groupes	56,524	227	,249		
Total	57,343	229			
Inter-groupes	,097	2	,048	,198	,821
37 Intra-groupes	55,664	227	,245		
Total	55,761	229			
Inter-groupes	,250	2	,125	,510	,601
38 Intra-groupes	55,680	227	,245		
Total	55,930	229			
Inter-groupes	,766	2	,383	1,932	,147
39 Intra-groupes	44,978	227	,198		
Total	45,743	229			

ملخص الدراسة:

تعالج هذه الدراسة والموسومة بالتصورات الاجتماعية للطب الشعبي في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية بمنطقة الزيبان. ظاهرة نفسية - اجتماعية لا تزال تشكل حيزا هاما من اهتمامات المجتمعات وخاصة العربية منها، ويشكل خاص إذا تعلق الأمر بأحد أهم الممارسات العلاجية الشعبية والمتمثل في الطب الشعبي والذي يعد أحد مكونات ثقافتها.

ونظرا لعودة الكثير من أفراد المجتمعات للعلاج والاعتقاد في هذه الممارسات الشعبية، جاءت دراستنا هذه لتكشف عن التصورات الاجتماعية للطب الشعبي من خلال ربطها بالمتغيرات الديموغرافية كالجنس، السن، المستوى التعليمي، الموطن الأصلي، الحالة الاجتماعية، المهنة والدخل، من خلال معرفة ما تشمله البنية المعرفية على حد تعبير **جان بياجيه Jean Piaget** و **برونر Broner** من معلومات حول مفهوم الطب الشعبي، ومن هم الأفراد الذين يلجئون للعلاج بالطب الشعبي، وما هي المناطق الأكثر استخداما للطب الشعبي فضلا عن الأسباب والعوامل التي تدفع أفراد المجتمع مع التقدم الهائل والتطور الذي عرفه المجال الطبي إلى طلب العلاج من المعالجين الشعبيين، وكذا أهم الأسباب التي تدفع الفرد في الإيمان والاعتقاد بالطب الشعبي.

ولتحقيق الأهداف السالفة الذكر فقد قسمت دراستنا إلى سبع فصول، إثنان منها تعلق بالدراسة الميدانية، في حين تضمن الجانب النظري خمس فصول، اشتمل الفصل الأول منها إطار الدراسة والذي تناولنا فيه إشكالية الدراسة وأهدافها، وأسباب اختيار الدراسة، أما الفصل الثاني فقد عالجت فيه جانب التصورات الاجتماعية من حيث مفهومها وأنواعها ومصدرها، ليتناول الفصل الثالث الحديث عن علم الاجتماع الطبي، أما الفصل الرابع فقد خصص للطب الشعبي والمعالجين الشعبيين من حيث مفهوم كل منهما وأهميته كأسلوب علاجي بديل أو مكمل، ليعالج الفصل الخامس الطب الإسلامي أو

ما يعرف بالطب النبوي، أما الفصل السادس فتطرقنا فيه إلى الإجراءات المنهجية للدراسة من حيث المنهج المستخدم في الدراسة وأدوات جمع البيانات وعينة الدراسة، ليشتمل الفصل السابع على تحليل البيانات الإحصائية ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء فرضياتها وعلى ضوء الدراسات السابقة والنظرية الاجتماعية.

وتوصلت الباحثة في هذه الدراسة الى النتائج التالية:

- فيما يخص الفرضية الأولى للدراسة توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الديموغرافية التي ذكرناها سابقا وجانب المعلومة التي يعتقدونها الفرد حول الطب الشعبي.
- ونفس الشيء يقال في الفرضية الثانية حيث توصلنا إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العوامل أو الأسباب التي دفعت أفراد المجتمع للجوء للعلاج بالطب الشعبي ولزيارة المعالجين الشعبيين.

وعليه نستنتج من خلال الدراسات المشابهة التي ذكرت في الفصل الأول إلى وجود فروق في بعض البنود الخاصة بالطب الشعبي والصحة حيث كان تصور كبار السن يختلف تماما عن صغار السن، كما أن تصور المرأة يختلف عن تصور الرجل، ناهيك عن المستوى التعليمي إذ كلما كان المستوى التعليمي منخفض كلما كان التوجه إلى العلاج بالطب الشعبي على عكس ما توصلت إليه دراستنا من عدم وجود فروق، بل نجد أفراد مجتمعنا يتعاملون مع النسقين الطب الشعبي والحديث بشكل متوازي نظرا لأن كل منهما له دوره ووظيفته في البناء الاجتماعي، وهذا ما جعلنا نتوصل في هذه الدراسة إلى أن أصحاب المستوى التعليمي العالي يرون في العلاج بالطب الشعبي ضرورة يفرضها نوع المرض وذاتية المريض واقتناعه بهذا الأسلوب العلاجي، الذي تلعب فيه التنشئة الاجتماعية الدور الفعال في عملية التأثير حيث نجدها تؤكد على أهمية الحفاظ على التراث الشعبي.

Abstract :

This study which deals with the social perceptions of traditional medicine in the Algerian society, a field study in the Ziban area, treats a psychological and social phenomenon that still constitutes an important aspect of the concerns of the communities, especially Arab ones. Particularly if it is related to one of the most popular healing practices represented in traditional medicine, which is a component of its culture.

Due to the return of many members of the communities for treatment and the belief in these popular practices, came this study to reveal social perceptions of traditional medicine by linking them with demographic variables such as sex, age, educational level, place of origin, marital status, occupation and income, by knowing what is covered by cognitive structure In the words of Jean Piaget and Bruner of information about the concept of traditional medicine, and who are the individuals who resort to treat with traditional medicine. What are the areas with the most commonly use of traditional medicine as well as the causes and factors that drive members of the community with the tremendous progress and development defined by the medical field to seek treatment from traditional healers, as well as the most important reasons why does an individual have faith and belief in traditional medicine.

To achieve the aforementioned objectives, our study is divided into seven chapters, two of which are attached to the field study, while the theoretical side includes five chapters. The first chapter of which includes the framework of the study in which we deal with the problem of the study and its objectives, and the reasons for choosing the study. Whereas in the second chapter we treat the social perceptions in terms of its concept, types and source. The third chapter talks about medical sociology. Chapter IV has been allocated for traditional medicine and traditional healers in terms of the concept of each and its importance as an alternative or complement method of treatment. The fifth chapter addresses Islamic medicine or what is known as medicine of the Prophet. The sixth chapter tackles the methodological procedures of the study in terms of the methodology used in the study and data collection tools and the study sample. The focus of chapter VII is on statistical data analysis and the discussion of the results of the study in light of their assumptions and in light of the previous studies and the social theory.

The researcher in this study found to the following results:

- With regard to the first hypothesis of the study we came to the lack of statistically significant differences between the demographic variables that we have mentioned previously, and the information side which a person believes about traditional medicine.

- And the same thing is said about the second hypothesis, where we came to a lack of statistically significant differences between the factors or reasons that prompted members of the community to resort to traditional medicine treatment and to visit traditional healers.

Accordingly, we conclude by similar studies that were mentioned in the first chapter to the existence of differences in some of the items on traditional medicine and health, where the perception of the elderly is quite different from the young, and the perception of women differs from the perception of men. Not to mention the level of education as whenever the level of education is low the more people are directed to traditional medicine to reverse the findings of our study of the lack of differences, but we find members of our society are dealing with both modern and traditional medicine in parallel because each of them has his role and function in the social structure, and this made us arrive in this study to the fact that people with high educational level see treatment with traditional medicine a necessity imposed by the type of disease and the patient's self-belief and his conviction of this therapeutic method, where socialization plays an active role in the process of influencing as it emphasizes the importance of preserving the folklore.