

الأكاديمية العربية الدولية



الأكاديمية العربية الدولية
Arab International Academy

الأكاديمية العربية الدولية المقررات الجامعية

في

علم الاجتماع الطبي

ثقافة الصحة والمرض

د. نجلاء عاطف خليل

منتدي سيد الأزبكية

www.books4all.net

مُتَّصِّلُونَ

WWW.BOOKS4ALL.NET

<https://www.facebook.com/books4all.net>

في علم الاجتماع الطبي

ثقافة الصحة والمرض

دكتورة
نجلاء عاطف خليل



مكتبة الأنجلو المصرية
١٦٥ ش. محمد فريد - القاهرة

أسم الكتاب : في علم الاجتماع الطبي - ثقافة الصحة والمرض

أسم المؤلف : د. نجلاء عاطف خليل

أسم الناشر: مكتبة الأنجلو المصرية

أسم الطابع: مطبعة محمد عبد الكريم حسان

رقم الإيداع : ٢١٥٦٣

سنة الطبع : ٢٠٠٦

الترقيم الدولي : ٧ - ٠٢١٩٥ - ٥٥ - ٩٧٧ - I.S.B.N

٥	مقدمة
الفصل الأول	
٢٣ المفاهيم والاتجاهات النظرية والدراسات السابقة	
الفصل الثاني	
١٢١ علم الاجتماع الطبى والأنثربولوجيا الطبية ودورهما فى قضايا الصحة والمرض	
الفصل الثالث	
١٤٧ المؤثرات الاجتماعية- الثقافية على الصحة والمرض	
الفصل الرابع	
٢٥٣ الطب الشعبي والأمراض الشعبية	
الفصل الخامس	
٣٢٩ المعالجون الشعبيون والممارسات العلاجية في الطب الشعبي	
٣٧١	مصادر الدراسة

تقديم

الاستاذ الدكتور/ حسين عبد القادر

إطلالة على صفحات من بحث متفرد

إن الحق في العلم والتفنن فيه، والاستيلاء عليه، إنما هو بحصول ملكة في الإحاطة بمبادئه وقواعده، والتعرف على مسائله، واستنباط فروعه من أصوله،

(ابن خلدون - المقدمة)^(١)

«بقدر ما تزداد دراستنا للانسان، بقدر ما تعوزنا معرفته،

(جان جاك روسو - أصل الامساواه)

أى سعادة تواثى المرء عندما يتاح له تقديم عمل متفرد، كلما امتد النظر إليه، والى الجهد العلمي الذي بذلته صاحبته، تعالى بالخاطر حشد من معاني، ليس بأقلها كيف استطاعت الدكتورة نجلاء عاطف خليل، وقد كانت لما تزل في بوادر حياتها العلمية، أن تشيد مثل هذا الصرح العلمي بين يدي القاريء، وهو ولحق - كما سنرى - جزء من كل، إذ استطاعت برائق رؤاها، وب بصيرة تخطت البصر بعمق الفكر والموسوعية التي تعانق المجاهدة والدأب، لتشق الموج المتلاطم من معرفة في ميدان

(١) يستشهد إيف لاكوت (في كتابه : ابن خلدون، وأمنع علم ومقرر استقلال، ترجمة زهير فتح الله، مكتبة المعارف، بيروت، ١٩٥٨) بالمؤرخ ترينيي الذي يرى أن ما بسطه ابن خلدون في كتابه لم يبرهن شكل اعظم انتاج أبدعه ذهن في أي عصر وفي أي زمن، كما يستشهد لاكوت بجان مارسيه الذي رأى أن «مقدمة ابن خلدون هي إحدى المؤلفات الأكمل ضرورة والأكمل إثارة من بين المؤلفات التي قيد للعقل البشري انتاجها»، يرى لاكوت نفسه «أن ما قدمه ابن خلدون في القرن ١٤ ... يظهر حتى يرمي هذا، مفهوما عقلانيا تقدما».

أما جمبوليفيش Gamloviez فيري أنه «قبل أو جست كونت، بل وقبل فيكو الذي أراد الإيطاليون أن يجعلوا عنده أول اجتماعي أوربي، جاء مسلم نقى فدرس الظواهر الاجتماعية بعقل متزن، ولتن في الموضوع بآراء عميقه، وما كتبه هو ما نسميه اليوم علم الاجتماع، Gamplaviez Un Sociologue Arabe au XIV Siecle. (dans Apercu Sociologique)

- انظر : محمد عبد الله عنان، ابن خلدون، حياته وتراثه الفكري، دار الكتب المصرية، القاهرة ١٩٣٣ .

متعدد الروايد، بلوغا لشطآن الجديد الذى يعيد بناء الواقع، ويُسرى في الافهام نورا، كمنار لكتاب الغد الذى تعبّر به متن الصعب لتصنيع مساحات من عنمة، فتغمر كون العلم في مجال «علم الاجتماع الطبي»، بآيات من تنوير، في مبحث تجاوزت فيه المنقول والمتاح (وإن أبانت عنهما) ، لتهوم بنا من خلجان المأثور إلى ماكنا نظنه مستحيلًا، إذ هو جماع (لاف) Synthesis يتخطى النقيض Antithesis بالجديد الذي يتحدى قناعات الذات المستلبة، في رؤى تشي بموسوعية يتوضّح دفقها بالمتعدد الذي يرتوي منه عطشى الجديد في العلم، بنبوءات تسكب رائق الفهم في العقول، إذ تنطلق بنا الدكتورة نجلاء عاطف خليل لمدارات عصبية، وللحق، مازلت استغرب كيف بلغتها، لكنها في وجه من أوجهها قد تشير- بل هي تشير - لمواضعات تتصل بواقع التنشئة والتکوين، فيما لا سبيل لأن يغفله مشتغل بالتحليل النفسي، ذلك أن الفرد يولد ولديه إمكانات قابلة للتطور في ظل أسرة، ومدرسة وحركة وبنية مجتمع، وهنا كيف لنا أن نغفل دوراً اسرياً تربوياً في التنشئة، حيث تبرز دلالات الاسم: نجلاء عاطف خليل بما يتضمنه فيما تقوم فيه الصور الوالدية بالنقلة الكيفية من الطبيعة إلى الثقافة، لا في ضوء مفهوم كلود ليفي اشتراوس Claude Levi - Strauss فحسب، بل وبرؤية المحل النفسي الفرنسي جاك لakan J. Lacan^(١).

وما أكثر ما سيراه القارئ بين صفحات الكتاب بين يديه من إضاءات تتحدى أحراضاً ناقصة تجاهد لتكميل جملة لا غنى عنها، توظّف ذاكرة الخصب، وتفتح أکواناً من تنوير لمن يسعى لمعرفة أخرى تتحدى المجهلة..

وحين أحاول ركض مسافات الكلام بلوغاً لتدفقات تجيش بالأعمق، أحس العبارة على لسان الحرف عصبية لقصورها عن بلوغ مراميها، وأه من رجفة القلم حين تداعى المعانى وتعجز الكلمات عن الإحاطة بمضمونى سفر موسوعي، وباحتة

(١) أحدث جاك لakan ثورة في نظرية التحليل النفسي الفرويدي، تحت دعوى إعادة قراءة فرويد وأسس قراءة أخرى للدور الوالدي في التنشئة حيث الانتقال من الطبيعة إلى الثقافة إنما يتحقق منذ البدء في ضوء بنية الاستعارة الأبوبية، حيث يمثل اسم الاب القانون اللغوي بقدر ما تكون رغبة الام اللاشعورية دوال بديلة (انظر: عبد الله عسکر، مدخل الى التحليل النفسي اللاكانى، مكتبة الانجلو، القاهرة، ٢٠٠١ ط٢).

طلعه، كصرح دال، تتعدد معطياتها كمنار تضيء في خطتها مشروعًا وحلاً ..

وقد يرى قارئ أنني أفترض فحسب، وربما بغير بينة، وللهذا القارئ أذكر بأن بيته بين يديه في صفحات هذا الكتاب / السفر، وإن الزمني مثل هذا القارئ، بأن ألقى بعض ضوء لا سبيل لإغفاله، وبخاصة أن ما بين يديه هو بعض من كل، دفعت إليه الضرورة المطلقة، لما يتصل بحجمه الأصلي الذي نيف على ستمائة صفحة ويزيد، فهو في أصله أطروحة للدكتوراه في علم الاجتماع الطبي، لم تقف عند جوانب نظرية في الموضوع فحسب، بل تخطت تعدد ميادينه النظرية بتشكيله تباينات روافدها وتيارانها ومدارسها - كما سيرى القارئ بين دفتري الكتاب بين يديه - إلا أن هناك بجانب الفصول التي نقرأها هنا جهداً ميدانياً هو بذاته إسهام أتاح له هذه المبتلة في محارب العلم أن تبرز تحققها مراوياً - إن صح التعبير - لجهد عارم يتحدى العقق الصادم فيما نراه اليوم في كثير من اطروحات ودراسات (ونقولهما تجاوزاً)، تمثل بذاته واحدة من علامات تدهور العملية التعليمية والتي لا سبيل هنا للغوص في تكاثر أبعادها، فتلك قضية أخرى، ويكفي لهذا العمل (في الجزء الذي يطالعه القارئ) أنه ينسينا هوناً، وبالجهد العلمي المبذول في جنباته على تعدداتها، عديداً من مسالب واقع معيش ... و ..

وهنا أحسب أن على أن أشير لهذا الجانب الذي سيعيب عن القارئ (في الكتاب بين يديه)، وأعني به ذلك الجانب الميداني من البحث وهو أمر، لا أحسبني بمستطاع أن أغفله، وسأعود إليه، فقد جاء بذاته لآلئ موصولة من سعي ومجاهدة لم تقف في أدواتها - على سبيل المثال - عند الملاحظة المألوفة، بل تخطتها الباحثة إلى الملاحظة بالمشاركة Participant observation (مع التسليم بأن دور الباحثة المزدوج كان معروفاً من أفراد مجتمع الدراسة)^(١) وهي أداة أصبحت جد نادرة - على أهميتها - في الدراسات الميدانية، بما تفرضه على الباحث من إقامة شبه دائمة التزمت بها الدكتورة نجلاء عاطف خليل - مع ما تتحمله من أعباء عائلية - لمدة

(١) انظر: محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧٩ .

ثمانية أشهر في مجتمع دراستها (أغسطس ٢٠٠٣ و حتى مارس ٢٠٠٤) ، وذلك التزاما منها وباردة تتحدى الصعب ، للغوص في أعماق مجتمع الدراسة لسرغور وفهم الظواهر والأحداث والأفعال وأنماط التفكير ، التي تكمن وراء الواقع والحقائق - إن كانتها - في الماظهر ، وكأنها بحدس فريد التزمت بما يشير إليه كلود ليفي اشتراوس عن محسوس الظاهر ، ومعقول النظام الخفي ، بلoga لمستويين مختلفين ومتكملين - على حد قولها - في مجتمع الدراسة ، حيث الرؤى الآنية الواقعية (التي يراها أفراد عينة البحث) من ناحية ، ورؤيتهم المستقبلية بتصورها المثالى الذي يتمنى الفرد ان يكون عليه واقعه المعيش من ناحية أخرى ، وكان مبعث هذا الجهد المضنى من الباحثة ، في وجه من أوجهه ، هو وضع يدها على مجموعة « من الإسقاطات لشخص معين من خلال تصوّره لموضوع ما ، أو نسبته للأخرين ، فيتم الحصول على الأبعاد المختلفة لنظرة الشخص لموضوع بعينه »^(١) وهو ما أحسبه كان دافعا لها لاتباع منهج « دراسة الحال » ، مع ما يلزم به الباحث من تمكن وإمكانات شخصية وعلمية حتى يتعمق الفهم والدراسة ويمسك بناصية مبحثه ، وبخاصة في تلك المقابلات التي انتنست فيها بدليل العمل الميداني ، موثقة بالدليل الذي لا معاظلة معه ، حيث التسجيل الكامل للمقابلات والصور الفوتوغرافية التي تؤكد الماصدق ، وهو ما يشير في بعد منه إلى تلك العلاقة الحميّمة ، أو الودودة Rapport والتي أقامتها برهافة حس مع أفراد مجتمع الدراسة ، وهي علاقة يعتبرها التحليل النفسي جوهر المنهج والنجاح ، في دراسة الحال ، حتى انه أطلق عليها العلاقة « الطرحية » أو التحويلية Transference حيث ابتعاث الماضي في الحاضر من خلال تلك العلاقة التي تمثل وجودا محايضا لافكاك منه في علاقة انسانية ، وإن تحددت مظاهرها في أبعاد ثلاثة ، إما أن تكون موجبة حيث الحب ، أو سالبة مشوبة بالكره ، أو ثنائية الوجودان^(١) .

(١) نجلاء عاطف خليل : المقومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض في مجتمعات الصيد في بحيرة المذلة : دراسة علم الاجتماع الطبي ، رسالة دكتوراه ، كلية الاداب ، جامعة المنصورة ، ٤٢٠٠٤ م (غير منشورة) . وتتجدر الاشارة الى أن الاسطر تحت العبارات هي من وضعتنا ، وذلك لما فيها من دلالة سينولوجية ، سندود لطرف منها .

وأحسبنى بمستطاع كمشتغل بالتحليل النفسي، وفي صنوه ما يبين من الجانب الميدانى - الذى حالت الضرورة المطلقة ان يكون بين يدى القارئ لضخامة السفر الأصلى - أن أقرر فى موضوعية تدرك حتمية الذاتية، ان الدكتورة نجلاء عاطف خليل بحس اكلينيكي وقدرات انسانية، وفهم علمي يضارع - بما يبين فيما أنجزته بأطروحتها - ما يتحلى به المعالجون المتمرسون فى علم النفس المرضى لا مجرد المتخصص المتعمق فى الميدان.

ولمزيد من إضاءات حول هذا المجال الميدانى الذى حرم القارئ منه، وإن كنت آمل أن يكون بذاته جزءا ثانيا لهذا الكتاب، على أن أشير الى ان اختيارها لمجتمع الدراسة قد جاء فريدا فى بابه، إذ أن عنوان اطروحتها يلزمها بمجتمع صيد ليكون مجالا للتحقق فى دراسة ميدانية متعمقة وكاشفة للمقومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض فى مجتمعات الصيد فى بحيرة المنزلة، وما كان أيسر أن تختار هذا المجتمع عشوائيا، وهناك عديد من قرى المنزلة تعصى به، لكنها وبعد دراسة استطلاعية ها هي تعدد أسباب اختيارها لقرية العزيزة (العزيزه سابقا)، فهى من الناحية الديمografية ثانى قرية من حيث المساحة وعدد السكان فى مركز المنزلة، وهى وإن كانت قرية تقليدية كمعظم قرى مصر، إلا أنها قرية نموذجية تطل على البحيرة وبها وحدة صحية، كما أنها تعج بالمعالجين التقليديين من «المجبراتي، والداية، وحلاق الصحة، والمعالج بالقرآن الكريم وبعض من لهم ديناميات خاصة من يقال لهم «المبروكون»، وما كان للباحثة ان تضع يدها على هذا المجتمع النموذجي الذى تتوافر فيه كل تنوعات أفراد العينة من أهالى القرية الى المعالجين

(١) انظر لدراسة ظاهرة الطرح، أحمد فائق التحليل النفسي بين العلم والفلسفة، مكتبة الانجلو، القاهرة ١٩٦٨ .

حسين عبد القادر/ مصطلح الطرح، في فرج طه وأخرين، معجم علم النفس والتحليل النفسي، دار سعاد الصباح، الكويت، ١٩٩٣ .

دانيل لاجاش: المجمل في التحليل النفسي، ترجمة مصطفى زبور وعبد السلام للفاش، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٥٨ ، ط ١ .

Freud, S Observations on transference-love, Vo112, S.E., Hogarth Press, London.

الشعبيين، بجانب أولئك الأفراد التابعين للنسق الصحي الرسمي (حيث الوحدة الصحية)، بغير جهد إنساني / علمي، يترسم الخطى المنهجية المثلثى مهما كانت تبعات ذلك من مشقة سواء فى المرحلة الأولى (وهي عبارة عن دراسة اثنوجرافية أولية بهدف الاحاطة بمجتمع الدراسة وكذلك التعرف على أعضاء المجتمع وتوطيد العلاقة معهم .. ثم المرحلة الثانية: وهي مرحلة الدراسة المتعمقة من خلال تطبيق دليل العمل الميدانى فى ضوء مدخل رؤى العالم .. والإقامة فى مجتمع الدراسة،).

ولنغض الطرف مؤقتا عن «فى ضوء مدخل رؤى العالم»، فسنعود بقينا إليه، ولننظر فيما تشير إليه الباحثة عن الصعوبة الوحيدة التى واجهتها إبان الدراسة الميدانية والتى تمثلت - على حد قولها - في تخوف المعالجين التقليديين من أبناء القرية .. لأنهم يمارسون عملهم بشكل غير رسمي، إلا أن هذا التخوف سرعان ما تتبدد معالمه ويتم التغلب عليه - على حد قولها - «بعد توطيد علاقة الباحثة معهم».

إلى هذا الحد يمضى التفاني والجلد والتحمل، والقدرة على تذليل الصعاب، حتى أنها - مع ما يعرفه كل باحث عن مغبات وعقبات العمل الميدانى في مصر - لم تواجه «غير تخوف المعالجين التقليديين» .. (!؟) وحتى هذا التخوف فقد استطاعت أن تجتته بفضل العلاقة التي أقمتها (الطرح). ومع التسليم بصدق القول، وهى لمن يعرفها واحدة من آيات الصدق، الذى يشير ماكنلى J. Mckinley، وهاثواوى Hathaway، S. (١) مصمما اختبار الشخصية المتعدد الأوجه بما يتضمنه من مقاييس متعددة للصدق، إلى أن هؤلاء عادة ما يتجهون بالنقد إلى ذواتهم، فهم يتحملون الغبن سواء أكان ذلك شعوريا أم لا شعوريا، وما أكثر ما يتحملون، لكنى أحسب أيضا أن إنكار المعلوم بالضرورة (مما لا سبيل لأنكاره عما يلاقيه الباحثون الميدانيون من عنت ومشقة ومصاعب وما إليها) قد يبصر القارئ الذى افترضت أنه قد يبدي تحفظا على تقرير مازلت أراه قاصرا عن بلوغ مرماه، ليرى ما أراه، وقد يزيد عليه عندما

(1) Hathaway, S & Mckinley, J.: MMPI, Manual, the Psychological corporation, New York. 1951.

يعرف أن مشكلة هذا المبحث قد دارت حول المتعدد الذي يحتاج لجهود مجموعات بحثية في ميادين شتى، وهو ما أظنه يبين بجلاء من عنوان الأطروحة، إلا أن الدكتورة نجلاء عاطف خليل قد قامت بها مجتمعة، بل ومحضت بالفكرة لتفجر التساؤلات التي تتوالد بمشاكل المبحث - لا مشكلته - وهو ما دفعها للالتزام بميادين شتى تتصل بالمقومات الاجتماعية والثقافية المتصلة بالصحة والمرض لمجتمعات الصيد ببحيرة المنزلة، كدراسة في علم الاجتماع الطبى على تعدد ميادينه ومناحى الدراسة فيه ما بين علوم الاجتماع والأنثروبولوجيا والأنثنوجرافيا ونظريات الفولكلور، بل وعلم النفس بمدارسه وتياراته وميادين شتى فيه - وما أكثرها - وبخاصة ما يتصل منها بعلم نفس الجشطالت والتحليل النفسي (وهو ما قد تدفعني المستدعيات لأعود إليه) ، وما أكثر ما تناولته الدكتورة نجلاء عاطف خليل، وللقارئ أن يتحقق من طرف منه فيما يبين بيده في الفصل الثاني من هذا الكتاب . وفي هذا السياق، احسبها وهي القارئة النهمة والباحثة المدققة، قد ألمت نفسها فيما التزمت به، بما يشير إليه كلود لييفي اشتراوس في الفصل السادس عشر من كتابه « الأنثروبولوجيا البنوية » (وهو عن المعايير العلمية في فروع المعرفة الاجتماعية والانسانية) من أن كل العلوم التي تعنى ضمناً بالانسان وتهتم به فإن كونها « إنسانية » قبل ذلك يخولها حق أن تكون اجتماعية بصورة تلقائية . زد على ذلك أن كل العلوم قد تكون بهذا المعنى اجتماعية^(١) .

في ضوء هذا الفهم الرصين والملزم بالموسوعية لفهم الواقع الاجتماعي للظاهرة الإنسانية والذي يمتد بهذا المعنى لكل مدارج العلوم وفروعها وتياراتها ومدارسها في العلم الواحد، وما أكثر العلوم التي تنشغل بالانسان وتتخذه موضوعاً لها على اختلاف في التناول والتنظير والمفاهيم، وهو كلود لييفي اشتراوس يسميه جميعها بالاجتماعية - حتى ما يتصل منها بالعلوم الطبيعية (الفيزيائية) - إذ يراها

(١) انظر: أرمان كرفيليه: مدخل إلى علم الاجتماع، ترجمة نبيه صقر، مشررات عربيلت، بيروت. محمد خير عرقسون: الدراسات الاجتماعية والتربية عند ابن خلدون، مطبعة العلم، دمشق ١٩٦٩ .

بالضرورة على صلة بالمفاهيم الاجتماعية، ذلك أنه «حتى الحيواني والفيزيائي يعرّيان اليوم عن وعي متزايد بالمفاهيم الاجتماعية لاكتشافاتهم.. فالإنسان لم يعد يكتفى بالمعرفة (فهو) كلما ازدادات معرفته، كلما رأى نفسه كنهاية عن ذات عارفة، فصار الموضوع الحقيقي لبحثه يتضاعف كل يوم ..»

وإذا ما كان المناطقة منذ أرسطو يتعرضون من حقبة لأخرى لاشكالية تصنّيف العلوم، ويزوغر أفرع وانحسار أخرى، فإن علم الاجتماع لم يشذ عن هذه القاعدة منذ نشأته، وإن صاحبت تصنّيفاته منذ البدائلية علاقته بالعلوم الطبيعية، وهي إشكالية عامة في الإنسانيات، ويكتفى أن أذكر هنا بما سبق إليه العالم البلجيكي كتلي (1796-1874) عندما سمي علم الاجتماع باسم *Queetelet* أو علم *La physique sociale* (الطبيعيات الاجتماعية) وهي نفس التسمية التي أطلقها عليه في البدء أوجست كونت قبل أن يطلق تسمية علم الاجتماع ومن قبلهما فإن سيمون سن ١٧٦٠-١٨٢٥ في كتابه « مذكرة في علم الإنسان » ١٨١٣ أقام تصوره للعلم الجديد « علم الإنسان » باعتباره جزءاً من علم الحياة العضوية، ليأتي تلميذه الطبيب بوشيز ويبداً من أبريل حتى سبتمبر عام ١٨٢٦ سلسلة مقالات في مجلة « المنتج »، السان سيمونية تدور كلها حول « مواقف الانتقال من علم الحياة العضوية الفردية إلى علم الحياة العضوية الاجتماعي »، ثم يأتي الروسي لييليا نفيلا (١٨١١-١٨٧٣) في كتابه « أفكار علم اجتماع المستقبل » ليشدد على تشبيه المجتمع بجهاز عضوي حي، مما من شأنه في المجتمع إلا يوجد - من وجهة نظره - في الطبيعة الحية. وتتابع المسيرة في اتجاهات شتى وتنامي التصنيفات وتبدل الأدوار ويستغير علماء الحياة من حقل علماء الاجتماع، فهم لم يروا إدرا في أن يلجأوا إلى الأحداث الاجتماعية لكي يستغيروا منها بعض التشابه وذلك منذ حقب باكرة في نشأة علم الاجتماع، لكن « إن يكن علماء الحياة قد استعاروا من حقل علماء الاجتماع .. فإن هؤلاء الآخرين قد استرجعوا من أولئك مقابل ما كانوا قد استعاروه (انظر : أرمان كوفيليه ، الفصل الثاني ، خصوصية

الاجتماعي). وفي أحدث معجم عربى للعلوم الاجتماعية (مازال تحت الطبع) ^(١)، يحصلون فيه ٢٧ فرعا تحت مسمى علم اجتماع ال .. أو علم الاجتماع ال .. ولأننا بإزاء باحثة موسوعية، فإن قدرها المصنوع بارادتها، وفي ضوء عوامل موضوعية تتصل بديناميات الشخصية والتنشئة، فقد ألمت نفسها - فيما نظن - بأن تتجه دوما وتطمح للأمثل وذلك في ظل تكوين نفسي داخلى Unenvelt كما يقول فرويد تكون في مراحل العمر الأولى واستمد معينة من أنا مثالية فرضت نفسها من خارج Umvelt، وهو تكوين سابق على نشأة أنا الأعلى، لذا فهو تكوين لأشورى يدفع الفرد من خلاله لتحقيق ما يهدف إليه، في ضوء التصور الذي نشئ عليه منذ الطفولة الأولى، فكيف الحال هذه لا تشق على نفسها وتلتزم بالأخلاق والتفاني والصرامة العلمية فيما تقوم به من دراسات، والصرامة والالتزام ديدنها التي أصبحت واقعها المعيش، وأحسب أن اطروحتها للماجستير شاهد على ما نقول، وهي ما كانت باكورة انشغالها العلمي بعلم الاجتماع الطبي، الأمر الذي يبين من عنوانها «الأبعاد الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي، دراسة ميدانية في مركز أمراض الكلي»، كلية الآداب - جامعة المنصورة ١٩٩٨)، وليس أدل على جديتها وما تضمنته اطروحتها من جهد علمي، ان يشارك في مناقشتها هذا العالم المتبدل الذي أسس صرحا فريدا ومتفردا للغد الآتي، في انكار ذات وتفان وإحساس المسؤولية ودور القدوة، وهل هناك غير العلامة الطبيب الانسان الاستاذ الدكتور/ محمد غنيم، مؤسس وراعي مركز الكلى والمسالك البولية بجامعة المنصورة، والذي يعرف الكافة بأنه كان وسيظل في المكان الذي لم يكن أو يكون بغيره، وآه لو أن كل الخطى ناغمت خطاه، عندها ينصلح باليقين حال مصرنا، فمفتاح الاصلاح قدوة، يؤمن بإنسان هذا الوطن، وبقيمة الوطن معا، وتلك قضية أخرى.

(١) المعجم العربي للعلوم الاجتماعية : منظمة الامم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (يونسكو)، والمركز الاقليمي العربي للبحوث والتوثيق في العلوم الاجتماعية (اركس)، طبعة أولية، القاهرة، ١٩٩٤ (فيما يتصل بمصطلحات الاجتماع والانثروبولوجيا، وقد بلغ عدد محرريها ٢٧ محررا بدءاً بأحمد خليفة، وانتهاءً بنادية سالم، وقد راجعها كل من حسن الساعاتي ومحمد أبو زيد).

منذ أطروحة الدكتورة نجلاء عاطف خليل للماجستير - وربما قبلها فيما أظن - وهي لا تكفي عن اطلاع وشغف بالميدان الجديد الذي اندفعت اليه، وهي اذ اختارت موضوعها الجديد، ها هي فوق كل ما قامت به من اختيارات ممهورة بالصعب الذي يفرضه الموضوع، وبالجدية التي تؤثّرها، ومع تعدد مواضعات بحثها وأفاقه العلمية والمعرفية، وميادينه وتباراته، (وأحسبني ما اشرت الا لشذرات منها)، إلا أنها لم تقنع بذلك كله مع ان ما في عنوان اطروحتها من اشكاليات تحتاج لحشود تسدّد ثغراتها وتبلي سودتها وتوسّس لمعارفها، بجانب ما تحتاجه من غوص في المتعدد من نظريات ومدارس وعلوم، ورغم هذا كله، إذ بها تزيد على نفسها شدة (وإن لم تعتبرها كذلك !!)، وختارت إطاراً مرجعياً لمبحثها في « إطار رؤية هؤلاء الناس (مجتمع دراستها) للعالم الذي يعيشون فيه، ونظرتهم لذواتهم وللناس الآخرين » (١).

عالمة نفس، بل ومشغولة بالتحليل النفسي ايضاً، حيث الذات والآخرين هنا، والاسقطات من قبل (!!) وما أكثر ما طمحت اليه وكان يبدو عسير المنال، ولكنها إذ تقدم، فإنها تقتحم تخوم المجهول وتقوم بحفائر لا غنى عنها لمن يتصدّى للصعب، بلوها لذرى قارات جديدة من معرفة، إذ توغل فيها وتكتشف دروبها وأغوارها، فإنها تمشق برأها رأية ترد لنا اليقين بعد العلم الذي ستتحمل وجيئها - الذي نأمل أن يكفر فيه من هو على شاكلتها - إيماناً بالعلم ومنهجه وأدواته وفنياته - مشعل قد ينير لنا معلم طريق، ويصحح مسيرة، ويتحطى عثرات الأمس ومساريه.

لقد اختارت الدكتورة نجلاء عاطف خليل، اتجاه رؤى العالم كاطار تصوري، نظري، مرجعي يمكن في صورتهتناول موضوع الصحة والمرض وبالها من رؤية تحتاج تبعاً لاصولها المعرفية إلى استيعاب فلسفي متعدد المناحي، بجانب ما فيها من تعدد لاطر ثقافية وما تتصل به من حشود لعلماء وفلاسفة، وما يستتبعه ذلك من إطار موسوعي بما يتضمنه من جوانب معرفية ووجودانية ومعيارية، تلك التي تعبّر عن الثقافة

(١) نجلاء عاطف خليل: المقومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض في مجتمعات الصيد في بحيرة المنزلة: دراسة في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق (ص:ك).

السائدة في مجتمع ما، أي مجتمع «وذلك من وجهة نظر الشخص أو الذات Self موضوع الدراسة، فتجعل من الشخص أو الذات المحور الأساسي في عملية بناء وتبني التصورات الأخرى المتعلقة بالكون والمكان والزمان، وحيث لا تتم دراسة الذات بمعزل عن الآخرين، وكذلك تعكس أسلوب نظرته لنفسه في مجتمعه وعلاقته بما حوله، ومن ثم سوف يتم التركيز على المحور الأساسي في رؤى العالم، وهو ما يعرف بالذات، ومن المعروف أن هناك عدداً من المصطلحات الهامة التي تدرج تحت النظرة للذات، مثل تقدير الذات وتقدير الذات، وإدراك الذات، وبحث الذات، كما أنه في ضوء هذا المدخل سوف يتم التركيز على الفهم أكثر من مجرد رصد الواقع في حد ذاته.

فقرة طالت هنا، وقد قصتناها، من متن حرم منه القاريء، في ظل الضرورة المطلقة، وإن كان الكتاب بين يديك - عزيزي القارئ - قد تضمن الفصول الخمسة المتصلة بالإطار النظري وأظنك ستجد في فصله الأول حيث المفاهيم والاتجاهات النظرية والدراسات السابقة .. (والتي آثرت أن تتركها على حالها لما قد يفيد القارئ) مما قد يشي بما أشير إليه من تفرد غير مسبوق في الدراسات التي تناولت قضياباً الصحة والمرض في المجتمعات المحلية، لكن الدكتورة نجلاء عاطف خليل بالمثابرة التي يعرفها أقرانها، وفيما نحسب أن القارئ المنصف والمتابع، قد يعاينه رأي العين فيما بين يديه من دراستها هذه، ليتحقق من بعض بعض ما أشير إليه عن دأبها وموسوعيتها وعمق بصيرتها، وهي التي ألزمت نفسها - فضلاً عما قامت به من إطار نظري غير مسبوق في كثير منه - بأن تتحقق ميدانياً من تلك العلاقة المباشرة بين رؤى العالم وتفسير الصحة والمرض، حيث يعيش الإنسان «تبعاً لرؤيته للعالم الذي يوجد فيه بكل ما يدخل فيه من ظواهر طبيعية أو فيزيقية، ونم كائنات ومخلفات أو قوى ملموسة مرئية، ومن نظم اجتماعية وأنشطة وأبداعات ثقافية الخ»^(١).

ترى هل تقنع الباحثة بهذه الحشود من متابعتها، كان لها ظلال في المتن بين يدي القارئ، في أكثر من موضع، من قبيل «المفاهيم الأساسية لرؤى العالم - ما

(١) نجلاء عاطف خليل: المرجع السابق.

المقصود بالعالم - ماهية رؤية العالم - الحاجة الى رؤى العالم - رؤى العالم كمدخل في الدراسات الاجتماعية والأنثربولوجية (بين النشأة والتكون والدراسات المعاصرة) - الجوانب النظرية والمنهجية لدراسات رؤى العالم، مفهوم رؤية العالم عند دلتاي، روث بندكينت، كيرني ..) وما أكثر ما تناولته علينا أن نلهث وراء مصادره ما بين علم الاجتماع بأصوله وفروعه والأنثربولوجيا والأنثروجرا菲ا بتعدد اتجاهاتها (وهو ما سبق وأشارنا لطرف منه) ، وها نحن هنا أيضًا بازاء الفلسفة، تلك التي لم يغب عنها فلاسفة للتاريخ (من قبيل دلتاي)، بل وفلسفة العلم (الاستمولوجيا)، وكأنها كانت تقوم من أجل تعليق الحكم Epoche أي وضع العالم بين قوسين كما يرى الفيومينولوجيين) قبل اقتحام الميدان، بوضع قارئها بالفعل في خضم عالمها الموسوعي، الذي افتحمت معه منابع شتى تضمنت فيما ألمت به، علم النفس بعامة والرؤية الجشطلية (حيث الكل ليس حاصل مجموع أجزاء، بل هو انتظام دينامي الجزء فيه في علاقة متمنفصلة Articulation بالكل المكون له ، ولا يمكن عزل هذا الجزء عن كله، وإلا انتظم البناء الكلى الجديد انتظاما آخر) ، والتحليل النفسي بخاصة، حسب جوهر موضوعاتها هو الإنسان في الصحة والمرض. وهو البدء والمنتهى في كافة تيارات التحليل النفسي على اختلاف متجهاته منذ كان على فرويد . وللحق مع جوزيف بروير J Breur ، ان يقبل فكرة المعالج Physician ، بدلا من المطبب Therapist فالمعالج يدخل مع المريض (أو السوى إن كان كذلك !) في علاقة مباشرة للتعرف على كافة جنبات الشخصية، سواء أكان ذلك بهدف التغلب على المرض، أما تناول هذا الجانب أو ذاك من نشاط الإنساني في الصحة والمرض والانحراف، أما المطبب فرجل يدخل مع المرض في صراع وغالبا ما يكون المريض سلبيا في موقفه، وتتجدر الإشارة هنا أن الدخول في علاقة مع الآخر (المريض أو السوى) تعنى إن المعالج قد قبل أساسا مبدأ كشفه لذاته في مقابل كشفه وكشف المريض بذاته، اي أنه ومرتضنه صنوان في مستويين مختلفين بين المعرفة والجهل ، وإن كان على المحل (المعالج) التزام لا يحد بسبر غور ما يجهله عبر تساؤلات مضمورة ومعلنة في جدل المعرفة- المجهلة .

وهاى الدكتورة نجلاء عاطف خليل وقد ألمحت بمعرفة لا تغيم عنها شمس التحليل النفسي من قبيل اشارتها للإسقاط Projection، وللذات Self، بل ولنمط الحياة كما سرني، هاى تندفع بالتساؤلات التى تكمل بالإجابة عليها، مع غيرها، لوحه اجتماعية (اكلينيكية) لواقع اجتماعى للصحة والمرض، إذ تسأل .كيف يتمتع الإنسان ب حياته؟ ، وما هو تصوره بالنسبة لجسده؟ ، وكيف يتعامل معه؟ ، وكيف يشكل بيته؟ .

إن الجسد هنا مدخل أحسبه جديدا فى الدراسات الاجتماعية فى مصرنا، لكنه فى الآن نفسه اقتحام لا غنى عنه - وإن كان ملزما بجديد بدأ مع النيرولوجيين وأثراه الأطباء من المحللين النفسيين ، وتعمقت مناهجه على يد المحللين النفسيين بعامة والفينومينولوجيين منهم من الفلسفه بخاصة، وها هو الفيم، من بعد شيلدر(صاحب المؤلف الشهير صورة الجسم^(١) ، يشبه صورة الجسم، كبعد ما هو وجوهى باعتباره الأعمق لفهم الإنسان (إذ ما أشبهها بظلام القاعة تلك التي لا يمكن مشاهدة فيلم سينمائى بدونه) ، إن صورة الجسم بهذا المعنى، الذى استقر فى الإنسانيات بعامة، هي أعمق مكونات الهوية التى تشكلها البيئة والمجتمع (حيث التنشئة بكل مراحلها ومكوناتها وдинاميقاتها) لتترسخ فى ثقافة الفرد معها، وبها، وعبرها، جملة الواقع الاجتماعية المسقطة على محور الفعل، وهو ما يمكن ان نتمثله بأبسط عبارة فيما أجابت به الدكتورة نجلاء عاطف خليل، من أن كل هذه التساؤلات وغيرها، كل هذه الأشياء محكمة ببرؤية الإنسان للعالم، إذا بينما تشكل رؤية العالم نمط الحياة، فإن نمط الحياة هو الذى يحدد الحالة الصحية، كما ترتبط معظم أمراض العصر- بدءا من مرض القلب حتى مرض السرطان- بنمط الحياة . غير أن نمط الحياة لا يسبب الأمراض المتعارف عليها

(١) انظر:

Schilder, Poul: the image and appearance of human body, international unive. Press New York, 1935.

Fisher, S& Clevel and, S.: Body image and personality, Dover Publication inc, New York, 1968.

فحسب، بل يمكن أن يحدث أمراضنا جديدة أيضاً، كما يمكن أن يحول الأمراض المعروفة (القديمة) إلى أمراض أخرى، (١)... و ...

وها هي تستشهد بزیدین ساردار Ziaddin Sardar ، الذي يرى أنه كي يمكن فهم كافة المعتقدات والممارسات الصحية في الثقافات المختلفة يجب فهم رؤى العالم التي خرجت خلالها هذه المعتقدات والممارسات (٢)، ومرة أخرى هاهي رحى الدائرة تعود إلى مركزها وإن لم تقف الجنبات الأخرى من روافد تصب بها في النهر الذي لا يغيم أفقه أو ينتهي مداه حيث رؤى العالم ، وكان بعض من مداه واستكمال الغائم فيه والمتبليد من سمائه، هو ذلك الإبحار للتحقق الميداني من إطار نظرى غير مسبوق في جانبه التطبيقي - وذلك في حدود معرفتنا - في الدراسات المحلية أو العربية، وهو ما سبق وأشارنا أننا سنعود اليه .

لقد كانت هناك أهمية تطبيقية - ميدانية لهذه الرؤى والإسهامات المتفردة النظرية، إذ كان على الباحثة أن تتوجه بها هذا الجهد النظري الموسعي، الجامع ، ومن ثم أن تفهم في ضوئه ما يتصل بنماذج الطب الحديثة وأنماط الطب الشعبي السائدتين في مجتمع دراستها، وذلك في إطار ثقافة المجتمع الفرعية ومدى تعامل الناس معها، وبالمثل دراسة مدى إمكانية تهيئة مجتمع الدراسة لاستعارة نماذج وممارسات علاجية أخرى من خارج ثقافته، مما قد يسهم بنتائجها في خطى تخطيطية صحية وعلاجية تأخذ بيد أفراد مجتمع الدراسة للشاطئ الآخر من أساليب العلاج الحديثة، مع عمق الفهم الواضح للأسباب الحقيقة المسببة للمرض واعتلال الصحة (٣) والباحثة في ذلك كله موثقة للميدان في ضوء فهمها المتعدد الأوجه لرؤى العالم وللمفاهيم والأطر النظرية

(١) نجلاء عاطف خليل: المقرمات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض في مجتمعات الصيد في بحيرة المثلثة: دراسة في علم الاجتماع الطبي، مرجع سابق (ص: د).

(٢) المرجع السابق، ص: د وتتجدر الاشارة هنا الى أننا نطلب ان زيدين Ziaddin هو زين الدين ساردار، وحرف اسمه في الاستخدام اللاتيني، كما فعل الغرب في عديد من أئمة الفكر الانساني من العرب أو ذري الأصول الاسلامية.

(٣) نجلاء عاطف خليل: المرجع السابق.

الأخرى، كى تكشف عن «السلبيات والأيجابيات .. ومن ثم فيمكن أن تسهم هذه الدراسة في زيادة وتعزيز الوعي العام لدى العاملين في القطاعين الطبي ووزارة الصحة ومجالات الرعاية الصحية الأهلية والرسمية .. والتعرف على الخصوصيات الثقافية والمعتقدات التي تعنتها (هذه المجتمعات) .. للوصول بالمريض إلى الاستفادة الكاملة من العلاج الطبي والتكيف مع بيئته الاجتماعية والثقافية»^(١) ..

وكم تمنيت أن تكون الأطروحة بإطارها النظري (وجله بين يدي القارئ) وجوانبها الميدانية المتعددة حيث المعالجون الشعبيون والممارسات العلاجية في الطب الشعبي، والمقومات الاجتماعية والثقافية وفقاً لنظرية أفراد مجتمع الدراسة لذواتهم ، بجانب ما أفضحت الباحثة فيه عن الممارسات والوصفات العلاجية الشعبية في صنوه رؤية أفراد مجتمع الدراسة للعالم ، حيث المعالجات التي تقوم على الأعشاب والمواد الطبيعية ، أو تلك التي تستند للطابع الديني أو البعد الغيبي.

إن باحثة لها مثل هذا الجلد والتطبع للإمساك بنجوم السماء ، كيف لها أن تغفل صور وأساليب اختيار المعالجين بعامة ، بجانب العوامل الاجتماعية والثقافية التي تشجع على اللجوء للمعالجين الشعبيين وخاصة دور هذه الزمرة الأخيرة على تعدد تنويعاتهم وطرق علاجهم (!؟) لقد كان ذلك كله مضمون الفصل التاسع من أطروحتها ، والذي دفعت الضرورة المطلقة بسبب حجم الأطروحة التي نيف - كما سبق القول - على ما يزيد عن ستمائة صفحة ليغيب عن القارئ رحى دراسة ميدانية متفردة من حيث الجوانب المنهجية والأدائية والتقنيات ، لكن ذلك معقود على أمل أن يتبع هذا الجزء بين يديه بجزء ثان لتكتمل به دالة من يريد التقويم من ناحية ، ويتسع مدى الفائدة من جهد علمي يجب ألا يقع بين الأرفف كمصير جل الجهد العلمي في مصرنا من ناحية أخرى (!!) ، وبخاصة أن ارتباط النظرية بالتجربة (الميدانية) في مجال العلوم الاجتماعية هو ارتباط يتذرع فصله ، حيث تقوم الدعامات النظرية من البحث مقام شرط الإمكان والعلة المولدة لمعقولاتها التي تتحقق في التجربة ، فما

(١) نجلاء عاطف خليل: المرجع السابق.

بالنها - ونحن ممن يرون رأى ميرلو بونتى ، من ان الكائن فى علاقته بموضوعه وتصوراته له ، لم يعد الكائن فى حد ذاته ، إذ أنه يصبح نظامين تكونا داخل الفعل فى تجربة بعينها^(١) والإشكالية هنا لا تتصل بالعلاقة بين الذاتية والموضوعية فحسب ، بل تتصل بواعي الباحث بموضوعه ، وعمق الصلة التى تتناغم ما بين الإنسانيات والعلوم الطبيعية من حيث قضايا المنهج ، ومدى اليقين فى الماصدق الذى ينتهى إليه الباحث ويتحقق فى حقله الميدانى .. .

وما أكثر ما أنت به الدكتور نجلاء عاطف خليل وحققته ، ويكفى أن ننظر فى الفصل الثانى من أطروحتها (الفصل العاشر) ، وقد دار حول رؤى العالم فى صورة العلاقة بين النسق الصهى الرسمى والعلاج الشعبي .. لمجتمع الدراسة ، وقد تضمن ثلاثة محاور يتصل أولها بنظرية الأهالى للنسق الصهى والرسمى والعاملين به ، ثم نظرة المعالجين الشعبيين ، لتكون خاتمة الدراسة ، حشدا من النتائج استغرق ما يزيد عن عشرين صفحة ، وما أكثر ما قدمته الباحثة فى زمن زاد فيه صخب الحروف الكسيرة ، وما أكثرها ، لكننا هنا نحن مع عالمة ممسكة بناصية موضوعها تستبق به وتجاوز بما قدمته فيه ، ما نالته من لقب علمي ، فقد كانت وستظل حركة موصولة لا ينقطع سعيها بحثا عن قيمة أخرى ، وأبحاث أخرى ، من أجل اكمال لا يكفي عن بلوغ مراميه ، إذ تنقب فى لألى المتنون ، ولا تقلي بما تضع يدها عليه ، بل وقد تدخل معه فى جدل معرفى لا يقنع بانزان زائف او مجرد محاولة لتكوين النقيض ، وصولا لمجمل أو جماع يمضى بحركة العلم لما هو أبعد ، مدركة - كما قد يرى القارئ - أن العلوم خطابات نقديه ، بمعنى آخر ، أن العلم لا يتقدم بغير الجديد الذى يتحدى عقم الأمس ، بالجهد والمثابرة وموسوعية المعرفة والاطلاع والتعمق ، والانتقال من البصر الى البصيرة ، ومن الرأى الى الرؤى ، ومن الإحجام الى الإقتحام ، بالمنهج الذى يتناغم مع الموضوع والأدوات والفنينيات التى تنسق والميدان ، ومن قبل ومن بعد بخلق العلم والعلماء .. .

(1) Merleau-Ponty. Maurice: *Le visible et l'invisible*, Gallimard, Paris, 1964.

ويقى أن أترك القارئ ليستمتع بعمل موسوعى موشح بجدية، وقد يدفع لجديد لكنى قبل أن أنهى تقديمى هذا، أحسبنى بحاجة لتحية واجبة لإدارة مكتبة الأنجلو المصرية التى تدير عالما ثقافيا ، ولا أقول مؤسسة، وأخص بالذكر هذا الشاب المجدد لتراث الأب والجد الأستاذ / فادى أمير صبحى، والذى حمل راية الأب بكل ما كان يعده به وهو كثير ، ومشغل الجد الذى أسس ورسخ القواعد، لكنى وقد شارفت ختاما، أعلم أنى أغفلت قبله الكثير، فما أكثر ما أغفلت وما أقل ما أوفيت، لكن ثمة تحية إعزاز وود وثناء لواهب ابنته بشارة التكين، وأحسب أن لولاه ما كانت الأطروحة بكلها، وأعني به الانثربولوجى الطلعة والعلم فى ميدانه، الأستاذ الدكتور / محمد أحمد غنيم، وهو من حظيت الدكتورة نجلاء عاطف خليل باشرافه المتميز، وجميل توجيهاته التى أعرفها له ، فقد كان بعض حظى أن عرفته عن قرب، وأذكر له دوما صفاء رؤاه ، وعشقه لعلمه، ورائق مساندته لطلابه وأبنائه . وإن أنسى لا أحسبنى أنسى ثناء وإعزازا هو أهل لها، وإن كنت آمل أن يحمل عنى التحية والتقدير لمن يرى أنهم اسهموا فى إثراء هذا النضج المعرفي الموسوعى الفذ للدكتورة نجلاء عاطف خليل .. و ..

وعلى لسان الصمت آن أن اكف ، وفي الصمت لغة ، فقط أحب ان أذكر القارئ بأن اختبار الواقع وتقويمه ليس هو اكتشاف الموضوع فى إدراك مماثل لما هو متخيل ، وإنما هو إعادة اكتشاف هذا الموضوع بحصول ملكة فى الإحاطة بمبادئه وقواعدة ، والتعرف على مسائلة ، واستنباط فروعه من أصوله كما قال ابن خلدون، بلoga للحقيقة Truth إن كانتها كما يقول هайдجر Heidegger الذى يرى أن الحقيقة فى أصلها اليونانى Alathio إنما تعنى «اللامحتجب» وكأنها فى حقيقتها محتجبة، مما يلزم بالجهد وال بصيرة لكشف حجبها، وهو ما أحست الدكتورة نجلاء عاطف خليل قد قامت به ، فهى شغوفة بالعلم مسكنة بروحه ، معلقة دوما على سارية من جهد لا يكل ، متحدية لكل صعب ومحظوظ، فى حركة موصولة - كما سبق القول - لا ينقطع سعيها وراء الجديد .. و ..

تبارك ما يرتوى من علمها ساعة الارتشاف .. تبارك ما يسرى من نهجها وخلقها فى النفوس الكبار.. تبارك ما نأمل أن تواصله لزمان يجيئ، عليها والتابهين من جيلها يعوضوننا ومصرنا وأمنهم بجهدهم وعلمهم عما ترسخ من ردئ ، فتسرج مصابيح العلم بأمل متجدد يشرق ويضيئ .. و ..

ولإيلاف ما قدمته كل الوفاء

روفاء لما قدمته كل تقدير وإعزاز وثناء ..

حسين عبد القادر

أستاذ التحليل النفسي - كلية الآداب

جامعة الزقازيق

الفصل الأول
المفاهيم، والاتجاهات النظرية
والدراسات السابقة

مقدمة :

يتناول هذا الفصل في جزئه الأول أهم المفاهيم الدراسية التي استعانت بها الباحثة في دراستها وهي مفاهيم الصحة والمرض والطب الشعبي والمعالجون الشعبيون والعلاج الشعبي والمعتقدات والممارسات الطبية الشعبية . كما يتضمن أيضاً مفهوم رؤى العالم كاتجاه نظرى للدراسة الراهنة باعتبار أن الطب الشعبي نتاجاً لرؤى العالم في حضارة وثقافات المجتمعات التي تمارسه . وكذلك مفاهيم الثقافة وكل من الثقافات التقليدية والثقافات الفرعية في إطار مفاهيم الجماعات العرقية والمجتمع الفرعى والمجتمع المحلي والمناطق الثقافية الفرعية ثم في النهاية وصفت الباحثة المفهوم الإجرائي للدراسة لتحديد ما هو المقصود بـ المقومات الاجتماعية - الثقافية المتعلقة بالصحة والمرض في مجتمعات الصيد .

ثم تناول الجزء الثاني شرح الاتجاه النظري للدراسة رؤية العالم موضحاً المفاهيم الأساسية لها ومقوماتها وكيفية بنائها ونشأتها وتطورها كمدخل في الدراسات الاجتماعية والأنثروبولوجية .

أما الجزء الثالث فقد تضمن أهم الدراسات والأبحاث السابقة التي تناولت موضوع الدراسة الراهنة بشكل مباشر أو غير مباشر .

أولاً: مفاهيم الدراسة

يطلب البحث العلمي تحديداً دقيقاً وواضحاً للمصطلحات المستخدمة في أي دراسة علمية ، بحيث تصاغ صياغة دقيقة في صورة مفاهيم وبنية Construction النظرية العلمية التي يتبعها الباحث لكي تظهر دلالتها ومعانيها . كما ينبغي التعبير عنها بلغة فنية علمية حتى تؤدى إلى الوصول للهدف المراد تحقيقه ، ولذلك ظهرت هذه المفاهيم أو البناءات النظرية لتجريد مفردات الحياة اليومية وتقدير معناها وتحديده ، حتى لا يحدث الخلط حينما يستخدم علماء الاجتماع كلمات ومفردات علمية بمعنى فني علمي وحتى لا يؤدى الخلط إلى تفسيرات تختلف باختلاف الباحثين^(١) .

(١) علي المكارى ، علم الاجتماع الطبى - مدخل نظري ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية : ١٩٩٠ ، ص ٣٩٨ .

على سبيل المثال هناك بعض الأحكام والقضايا التي تختلف فيها بعض المفاهيم مثل المرض Disease الذي يشير إلى المرض كظاهرة بيولوجية حالة من الاختلالات الباثولوجية والعضوية في نظام وأعضاء الجسم، والمرض Illness حالة تتعلق بالشخص المريض وتشير إلى إدراكه الجسدي وخبرته الحياتية بوجود علة. أو حينما يساوى البعض بين الاضطراب العقلي Mental Disorder ومرض الذهان Psychosis، ومن ثم كان لزاماً على الباحثين إعادة النظر في هذه المفاهيم بما يؤدي إلى تحديد دلالاتها تحديداً دقيقاً واضحاً وأن ينقوها بما يخرجها عن احتمالات الخلط فيما بينهما، والمقصود بعملية التنقية Refinement هنا أنها عملية تعنى الارتفاع بالمفهوم من مستوى ظواهر الحياة اليومية إلى المستوى الخاص المحدد أو الانتقال من المفاهيم النظرية ذات المعانى المتعددة والمتزايدة إلى مفاهيم ذات ارتباط أمنيريكى دلالة واحدة وهى ما نسميه بعملية القياس Measurement أو الاتجاه الإجرائى Operationalism. وفي ضوء هذا الفهم علينا أن نشير إلى أن ظواهر الحياة اليومية في علم الاجتماع الطبى تحوى الصحة والإعفاء والمرض الفيزيقى وغيرهما، والمجتمع هو الذى ينظم التعامل مع هذه الواقع والأحداث، وهكذا يسعى البحث الاجتماعى الطبى للكشف عما تعنيه هذه الظواهر من خلال التتحقق من العلاقات القائمة بين المفاهيم والمقولات التى تشخيص معالم المشكلة محل الاهتمام. وبالتالي تنتقل النظرية من مستوى المفهوم الافتراضى أو المقوله الفرضية Hypothesis إلى مستوى الملاحظة^(١).

وفيما يلى عرض لأهم المفاهيم الرئيسية التى ستأتى فى سياق دراستنا هذه ونرى أهمية التعرif بها.

١ - مفهوم الصحة :

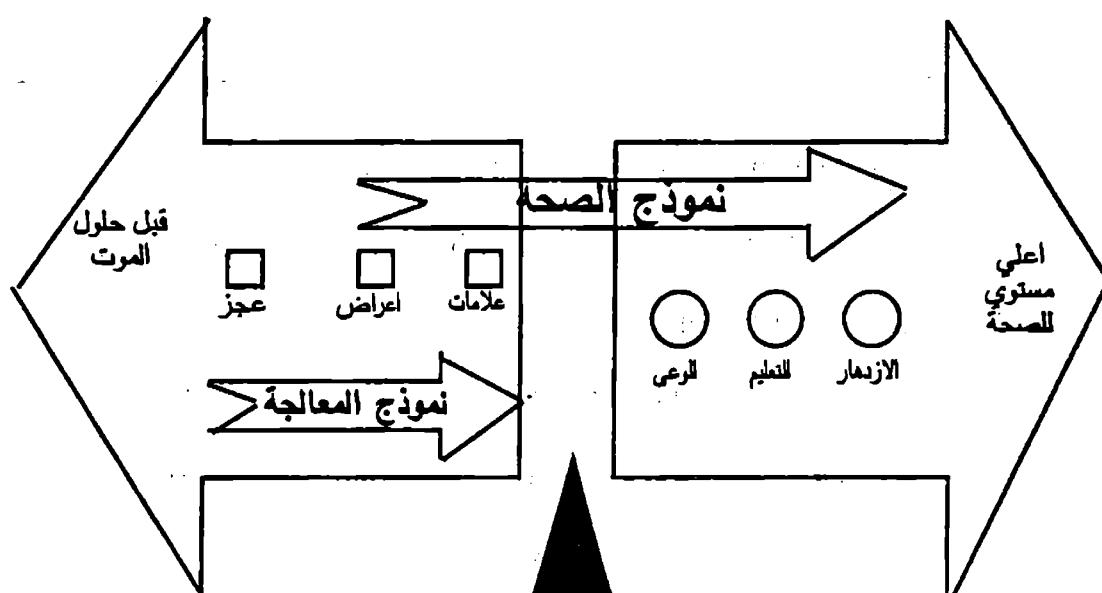
تعرف الصحة فى الجنس البشرى بمدى التواصل الفيزيقى والوجданى والعقلى للشخص وقدرته الاجتماعية فى مواجهة بيئته، وهو تعرif يتم بوجود نقاط عديدة

(١) المرجع السابق ، ص ٢٩٩

من الضعف، وكما تعرف الصحة السيئة بوجود المرض فيمكن أن تعرف الصحة الجيدة بغيابه^(١).

وقد جاء في تعريف بركنز Perkins للصحة أنها «حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها المحافظة على توازنه»^(٢).

وهناك تعريف ثالث ينظر إلى الصحة لا باعتبارها غياب للمرض فحسب، بل يعرفها من خلال الأطوار المتعددة لكل من الصحة والمرض ويفترض تدريجاً قياسياً يوضح العلاقة بين نموذج الصحة ونموذج المعالجة كما في الشكل التالي^(٣).



(1) Dante G. Scarpelli, "Health-Disease", Encyclopaedia Britannica, www.britanica.com., (1999-2001) 20/5/2001

(2) إقبال مختلف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية-اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ٤٧، ص ١٩٩١

(3) John W. Travis, "Illness / Wellness Continuum", http://www.thewellspring.com. (1999-2001) 20/5/2001.

ويوضح هذا الشكل أن الانتقال من الوسط حيث (النقطة المحايدة) إلى ناحية اليسار يعرض حالة الصحة التي تسوء تدريجياً . وأن الانتقال من الوسط إلى اليمين يشير إلى نمو مستويات الصحة والسعادة . كما أن نموذج المعالجة (الأدوية والأعشاب الطبيعية أو التدخلات الجراحية أو الطب النفسي أو الإبر الصينية ... الخ) يمكن أن توقف الشخص عند النقطة المحايدة وذلك عندما تسكن أو تزول أعراض المرض . كما يساعد نموذج الصحة - الذي يمكن أن يستخدم عند أي نقطة على التدرج - على التحرك تجاه المستويات العليا للصحة لأنه يوجه إلى ما بعد النقطة المحايدة ويشجع على التحرك نحو ناحية اليمين بقدر الإمكان . وهو بذلك لا يعني أن يحل محل نموذج المعالجة، بل إنه يعمل بالتوافق معه، بمعنى عدم توقف الشخص المريض بعد العلاج عند النقطة المحايدة، وإنما يجب التحرك تجاه أعلى مستوى للصحة . وقد يكون الشخص مضجراً أو متوتراً أو قلقاً أو غير سعيد بشكل عام في حياته على الرغم من عدم ظهور أعراض فيزيقية عليه . غير أن هذه الحالات الوجدانية قد تعتبر مرحلة ممهدة للمرض النفسي أو الفيزيقي . كما يمكن لهذه المشاعر ان تسبب إيداء الجسم من خلال التدخين والإفراط في الأكل أو الإفراط في شرب المواد المخدرة حيث عادة ما تعيش هذه السلوكيات تلك الاحتياجات الإنسانية للشخص من قبيل تقدير الآخرين له وموتهم ورعايتهم له ، وجود بيئه محفزة وباعثة للرضا عن الذات . ومن ثم فالصحة ليست حالة ساكنة ، وهو ما نرى معه أن الوصول للمستوى الأعلى للصحة يستلزم توفير عناء جيدة بالجسم وأن يستخدم الشخص عقله بشكل بناء ، وأن يعبر عن عواطفه بشكل مؤثر و حقيقي وأن يهتم بيئته الفيزيقية والنفسية والروحية وأن يبدع وسط كل المحيطين به .

وقد حاولت هذه التعريفات وصف الصحة بغياب المرض بعلاماته البيولوجية غير أن الواقع يظهر أن هناك مساحة عريضة متنقلة بين الصحة والمرض فأمراض الحساسية الموروثة أو المكتسبة قد يبقى معها الشخص على حالته الصحية الطبيعية وقد تسبب له أمراض أخرى وهنا يكون تعريف الصحة غامضاً في جزء منها في الوقت الذي يصعب معه تعريفها في جزء آخر . كما أن وصف الصحة كحالة من

التوازن النسبي لوظائف الجسم أظهرت أن الحالة الفيزيقية والصحة مصطلحات متراوحة وإن لم يكونا بالضرورة كذلك، لأن هناك من هم في حالة فيزيقية ممتازة وقد يكونوا أو لا يكونوا في صحة جيدة إذ يتوقف ذلك على سبيل المثال على من تعرض للإصابة بالأنفلونزا أم لا. كما أن الشخص الذي يظل معاً وسلاماً داخل بيته المعتمادة ربما يتعرض لنوبة قلبية بسبب عاصفة ثلجية، كما أن الشخص المقيم في مستوى البحر قد ينتقل إلى منزل جديد فوق هذا المستوى حيث تنخفض نسبة الأكسجين في الجو ويعاني من قصور في التنفس والأنيميا إلى أن توطن خلايا الدم الأحمر نفسها على المستوى الجديد . وهكذا فإن مفهوم الصحة الجيدة – حتى من خلال هذه التعريفات يجب أن يفترض بعض الاعتبارات بسبب التغير في البيئة وأن لا يتوقف هذا التعريف على مجرد غياب المرض وإنما غياب المرض بشكل مستمر^(١).

وهناك مشكلات أخرى في اختيار تعريف لصحة الإنسان، فالشخص قد يكون قوياً من الناحية الفيزيقية ومقاوماً للعدوى وقدراً على التغلب على المصاعب الفيزيقية ومع ذلك يعتبر مريضاً إذا ما كانت حالته العقلية غير سليمة^(٢) . كما أن النظام الذي نشأ في المجتمعات الحديثة لتأييد تعريف الصحة كحالة الخلو من المرض قد قلل من الجانب الاجتماعي للصحة والمرض إلى الدرجة التي أصبحت السيطرة فيها للتقنية الطبية العالمية . وياستبعد هذه العوامل الاجتماعية فإن هذا النظام يفترض أن الصحة تعتبر حالة يمكن إحداثها بشرط امتثال الأشخاص لتعليمات وقرارات الأطباء والخبراء^(٣) .

ولإزاء هذا الخلط والغموض قد يكون من المفيد أن تعرّف الصحة بالصحة الجيدة والصحة السليمة بمعنى أنها يمكن أن تُقياس وتُفسر فيما يتعلق بقدرة الشخص

(1) Dante G. Scarpelli, Loc., Cit.,

(2) Idem

(3) Frieling Sonnenberg W.; "Health is not just the absence of disease", Pflege-8 (2),

على الأداء الوظيفي بالأسلوب الطبيعي في كل مرة يتم فيها القياس، عندما يتعلق الأمر باحتمال حدوث المرض. وتجدر الاشارة هنا إلى أن بعض هذه الاختبارات تعين وصفية (تصويرية) أكثر من كونها كمية. كما أنها يمكن أن تشير إلى وجود المرض بينما يبدو الشخص سليماً صحياً^(١). غير أن إخضاع الجسم البشري لأسباب موضوعية بشأن القدرة على قياس الصحة بشكل مستقل عن أحداث الحياة يؤيد في النهاية البحث عن المؤشرات والضغوط الكلية في العالم حينما ينظر إلى سكون الأعضاء البشرية - وهو ما يعني في وجه منه عدم الشعور بالألم - كدليل على جودة الحياة^(٢) وسلامة الصحة.

٢ - مفهوم المرض :

يمثل المرض - كما وصفته الموسوعة البريطانية^(٣) - انحرافاً ضاراً ومؤذياً عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي، حيث تظهر عليه عادة علامات وأعراض تدل على أن حالته غير طبيعية، ولذلك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي لكي يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض - ورغم ذلك، فإن الخطوط الفاصلة والقاطعة بين المرض والصحة غير واضحة دائماً.

كما يرى Durkheim^(٤) أن المرض يلازم الإنسان بنسب متفاوتة، ولا يوجد إنسان خال من الأمراض، وأن معنى الصحة أن يكون الإنسان في حالة أقل قدر ممكن من الأمراض وأن الإنسان الحالي من الأمراض غير موجود وأن هناك علامات مرضية تبدو على الإنسان ولكنها في الواقع علامة على الصحة فإذا اخترت وظهر وكأن الإنسان سليماً فهو في الواقع يكون مريضاً وقد قدم دور كايم مقالاً على ذلك بالمرض الشهري عند النساء.

(1) Dante G. Scarpelli, Loc. cit.,

(2) Frieling Sonnenberg W., Loc., Cit.

(3) Dante G. Scarpelli, "Health-Disease", Loc., Cit.

(٤) نجلاء محمد عاطف، الأبعاد الاجتماعية لمرض الفشل الكلوي - دراسة ميدانية في مركز أمراض الكلى - جامعة المنصورة، رسالة ماجستير - قسم الاجتماع - كلية الآداب - جامعة المنصورة، ١٩٩٨ .

ويُطلق على دراسة المرض Pathology أي علم الأمراض وهو ما يتضمن افتراض أسباب المرض (Etiology)، وفهم ميكانيزمات تطوره والتغيرات البنائية المرتبطة بعملية المرض (Morphological changes) والنتائج الوظيفية لهذه التغيرات. كما يُعد التحديد الواضح والدقيق لسبب المرض أمراً ضرورياً لتحديد مسار العلاج المناسب.

(١) المفهوم البيولوجي للمرض :

يتمثل الوضع الطبيعي للكائن الحي في حالة من التوازن الفسيولوجي الدقيق أو ما يطلق عليه الاتزان البدني homeostasis حيث استمرار العمليات الوظيفية والفيزيقية والكيميائية بواسطة ميكانيزمات معقدة داخل الجسم . ومن ثم فإن المعنى البديهي للمرض يتمثل في التبعات المترتبة على تعطل الميكانيزمات التي تحكم وتسيطر على الاتزان البدني داخل الكائن الحي .

وقد يمكن السبب الأولى لحالة المرض داخل الكائن الحي (الفرد) نفسه، وهنا يقال أن هذا المرض ذاتي (Idiopathic) أو خلقي (Innate) أو ابتدائي (Primary) أو أصلي (Essential). كما قد ينشأ المرض خلال مرحلة العلاج الطبي إما كآثار جانبية لا مفر منها أو لأن العلاج نفسه كان غير حكيم وفي كلتا الحالتين يصنف المرض كمرض طبى المنشأ (Iatrogenic) أي أنه ناشيء عن المعالجة الطبية. كما قد يعزى المرض إلى عامل بعيته خارجي عن الكائن الحي كمادة كيميائية (عامل سام) وفي هذه الحالة يكون المرض غير قابل للانتقال noncommunicable أي أنه يؤثر في الكائن الحي الذى تعرض له وحده. كما قد ينجم المرض بسبب اختلالات أيضية محددة (metabolic) موجودة بالوراثة مثل نقص إنزيم معين ضروري لتوازن عمليات البناء والهدم داخل الجسم والتي تترك الكائن الحي مهيناً للمرض بالتعامل مع المواد الطبيعية التي تواجهه في حياته اليومية، أو بسبب الاختلالات الأيضية التي ظهرت مؤخراً في الحياة من قبيل مرض النقرس gout ومرض السكر diabetes. كما ترتبط الاختلالات الأيضية أيضاً بالشيخوخة والتدحرج المرافق لها في ميكانيزمات

محاولة التخلص من حالته المرضية وعلاج نفسه حتى يصبح سليماً معافأً، وأن يبحث عن المساعدة الطبية المتخصصة^(١).

(٣) المفهوم الثقافي للمرض :

تحرص معظم المداخل الاجتماعية والسلوكية على إبراز دور الثقافة في تحديد معنى المرض والتعرف عليه وفهم أعراضه وأسبابه، ويدهب Ackerknecht إلى أن علم الطب بالرغم من كونه علماً مستقلاً إلا أنه يستمد خصائصه المميزة له من الأنماط الثقافية الموجودة في المجتمع، بل إنه يذهب إلى أن معنى أو مفهوم المرض إنما هو مفهوم ثقافي يتتنوع من مجتمع لآخر ويعكس وجهة نظر سكان هذا المجتمع ودور المرض في حياتهم. بل إن استجابة الفرد للمرض والتي تتم بطريقة معينة قد توضح بعض القيم الثقافية والاجتماعية الموجودة في المجتمع، أو بمعنى آخر أن لكل جماعة عرقية استجابتها الخاصة للأمراض الموجودة في مجتمعاتها مما يوضح مدى التباينات الثقافية الموجودة فيها^(٢). ومعنى ذلك أن كل مجتمع يعرف المرض طبقاً لثقافته، كما يتحدد مفهومه في ضوء البيئة الثقافية والواقع الاجتماعي لهذا المجتمع سواء أكان ذلك في الطب الشعبي أم أو في الطب العلمي الحديث.

و يعد علم تصنیف الأمراض Nosology من أهم مقومات النظم الطبية والثقافة الكلية في المجتمعات بما تشمله من أفكار وقيم وطرق تناول الأشياء، فالنظم الطبية الموجودة في هذه المجتمعات تعد من أشكال الطب الشعبي أو الطب العرقي. كما يعد الطب الحيوي المعاصر طبًا عرقياً أيضاً مثل طب الشamanistic في المجتمعات الأمازون أو الطب التقليدي في الهند والصين والتي تختلف أشكالهما وفقاً للنظريات الطبية والتصنيفية المختلفة في هذه المجتمعات، وفي ضوء اختلاف الثقافات واختلاف الأزمان. فالثقافات التي تحتويها هذه المجتمعات تنطوى على كم

(1) Ellen Annanadale, "the sociology of Health Medicine A critical Introduction", Blackwell Publishing Inc. U.S.A., 1990: PP. 9-10.

(2) مرفت العشماوي، الإنثروبولوجيا الطبية والطب الشعبي- الإنثروبولوجيا (علم الإنسان) ، كلية الآداب - جامعة

هائل من المعرفة والممارسة والخبرة التاريخية في التعرف على المرض وتشخيصه وعلاجه^٠ وهو ما يمكن أن نرى إيضاً له، من خلال تصنيفات ثلاثة للمرض في ثلاثة مجتمعات مختلفة الثقافات يبين معها كيف يصنف المرض وفقاً للمفهوم الثقافي^(١).

(أ) مجتمع السوبانون : Subanum

وهم مجموعة من البشر يمثلون إحدى قبائل جزيرة (مندناو) في جنوب الفلبين^{*} وهم يعيشون في المناطق الجبلية، وليس من بين أفراد هذا المجتمع من يعمل في مجال تشخيص وعلاج الأمراض، وإنما يعتمد كل منهم على معرفته الشخصية وعلى الأهل والجيران في تشخيص ما يعانيه من المرض والأعشاب الطبية والوسائل العلاجية الأخرى^٠. وتتسم عملية تصنيف الأمراض لديهم وفقاً لأربعة معايير: حيث كانت معظم الحالات تميز على أساس الأعراض، وحالات أخرى تميز بواسطة الآليات والأدوات المساعدة للمرض من قبيل الآفات أو الحيوانات الدقيقة مثل الحشرات، وكذلك بواسطة الضغط وأشياء تدخل الجسم وأفعال رمزية فقد الروح، كما كانت بعض الحالات تميز على أساس مجموعة الأعراض التي تسبق المرض، وباقى الحالات كانت تميز وفقاً للتفسير الشخصي لأسباب المرض. كما كان تحديد سببية المرض يتطلب «العرفة»، أو جلسة تحضير أرواح للكائنات فوق الطبيعية.

(ب) مجتمع النديمبو : Ndembu

وهي قبيلة زنجية تعيش على الحدود بين زائير وأنجولا^{**}. وتنفذ الأرواح إلى عالم المرض في هذه القبائل الأمر الذي يعتبرون معه المرض كأحد أشكال سوء الحظ الذي يعزونه إلى الحظ السيء في الصيد، أو تعطل الإنتاجية، أو الحوادث الفيزيقية، أو فقد ممتلكات^٠. ومنطقهم في ذلك منطق هاجسي حتى ولو كان مبنياً على افتراضات

(1) Robert Hohn, "Sickness and Healing: on anthropological perspective" New Haven: Yale University Press, 1995: pp. 15-18.

* قاموس الأنثروبولوجيا الطبية، شاكر مصطفى سليم، جامعة الكويت: ١٩٨١، ص ٩٢٩.

** المرجع السابق، ص ٦٦٨.

منطقية فهم يعتبرون أن سبب كل أنواع الكوارث والمصائب قوى غامضة تتولد وتتنبع وتصوب بواسطة أرواح مقصودة قد تكون حية أو ميّة، بشرية أو غير بشرية. كما يعتمد تشخيص المرض في هذه المجتمعات على إظهار القوى الخفية وراء حالات معينة ويأخذ العلاج بـ **شكل التعاطف (Sympathy)** بمعنى المعالجة بمادة تصور وتشبه المرض وتحدث تأثيراً نظيراً على نفس المرض.

(ج) الطب الحيوي في مجتمع غربي :

من المفترض أن الطب الغربي طب عقلاني ومنهجي يعتمد على الدلائل التجريبية والمنطق الاستقرائي أو الاستدلالي غير أن مقارنة مفاهيم المرض عبر الحدود الثقافية تثير العديد من الأسئلة - حول ماهية المرض وما الذي يميزه عن الصحة وما هي أبعاده ومظاهره وكيف تصنف المعرفة بالمرض بين المرضى والمعالجين وبين المجتمعات الغربية والمجتمعات الأخرى وفي حالة ما إذا كان هناك نوعان من المرض متشابهين أو مختلفين ومصنفين بلغتين فأى المصطلحات هو الاسم الصحيح - والتى تستلزم الإجابة للتعرف على مفاهيم المرض وعلاجه فى هذه المجتمعات، وحيثما يعتقد أن أسباب المرض تعرف فى مجتمع ما بواسطة متغيرات تشريحية وفسيولوجية فسوف يركز هذا المجتمع على السمات الفيزيقية للشخص دون الاستماع إلى تفسير المريض أو شكاوه. وعلى العكس من ذلك حينما يعتقد أن المرض يعرف بواسطة الخبرة الإنسانية ومرده إلى التفاعلات الإنسانية فقد يهتم المجتمع بتنظيماته الاجتماعية ويفهم مرضاه فى تفسيره لمفهوم المرض.

- ٣- مفهوم الطب الشعبي :Folk Medicine

يمثل الطب الشعبي مجموعة من المعتقدات الشعبية والممارسات العلاجية التي استخدمت منذ أزمان بعيدة في كل الثقافات القديمة لمعالجة الأمراض بواسطة مجموعة من الأشخاص ممن يعتقدون إنهم يملكون القدرة على معالجة الناس. وهو بمثابة نظام علاجي يبني على أشكال وطرق تقليدية من السلوك والتصورات التي تقاوم المرض^(١)

(1) Hand W., "Magical Medicine: The Folkloric component of medicine in the folk Belief, Custom and Ritual of peoples of Europe and American", Berkeley, University of California, Press, 1980: pp.17-42'.

ويمكن أن يعرف الطب الشعبي بأنه مجموعة من الأفكار والمعتقدات الشائعة في المجتمع حول أنماط المرض والنظرة العامة لمسبباته والأنساق الثقافية التي تحدد طريقة المجتمع في اختيار المعالجين الشعبيين والممارسات العلاجية الشعبية خارج النسق الطبي الرسمي والتي تشمل الطقوس والعادات والوصفات العلاجية المتعلقة بإجراءات الوقاية من المرض ومعالجته^(١).

وقد يعرف الطب الشعبي في التراث الأنثربولوجي بـ الطب الإثنولوجي وهو المفهوم الذي ينظر إلى الصحة والمرض على إنهم يحملان دلالات لفظية ومعنى تتعدد بطرق وأساليب مختلفة لدى المرضى وعائلاتهم.

٤- مفهوم المعالجون الشعبيون :Folk Healers

حينما يحدث المرض، يمكن إهماله أو علاجه دون اللجوء إلى معالج متخصص، فإذا قرر المريض الذهاب إلى معالج شعبي فإنه سوف يجد أنماطاً عديدة من المعالجين المتخصصين مثل : (المعالج بالأعشاب) Herbalist والمعالج بالكهانة (العراف) Diviner والشaman Shaman ، والمجبراتي والمعالج بالتدليل masseur والمعالج بالحجامة والقابلات وغيرهم . ولقد حفظت بعض التخصصات شهرة واسعة ، كما تختلف كفاءة المعالجين باختلاف خبراتهم وتدربيهم^(٢).

٥- مفهوم العلاج الشعبي :Folk Remedies

يمثل مفهوم العلاج الشعبي مجالاً متسعاً، إذ يشتمل على الإجراءات والممارسات الدينية والسحرية والميكانيكية والكميائية. وقد أكد (لافلين) Laughlin على أن تتابع الجنس البشري واستمراره إنما يعزى إلى قدرته على التكيف مع المشكلات الصحية، وأن تقييم الأنساق الطبية الشعبية حتى في المجتمعات الأمية - يكشف عن ممارسات أكدها على وجود المعرفة العلاجية الإمبريقية والخبرة الواسعة،

(١) هنا هو التعريف الذي اقترحه الباحثة للطب الشعبي في الفصل الرابع من هذه الدراسة.

(٢) على المكارى، الأنثربولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحث ميدانية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩٤،

كما في مجالات تجفيف العظام والتوليد والكى والحمامات بأنواعها (الحارة والباردة والدافئة والرملية... الخ) .

كما تحتوى أدوية الطب الشعبي العديد من العناصر المناظرة للأدوية الحديثة مثل الكينيا والأفيون والكوكا وغيرها . وقد سجل كويسمبنج Quisumbing حوالي ٨٠٠ نوع من النباتات الطبية التي تستخدم في علاج أمراض عديدة منها الإسهال والمalaria والسكر والكلى وغيرها^(١) . بالإضافة إلى الوصفات الطبية التي تعالج الكثير من الأمراض من قبيل تلك التي وردت في تذكرة أولى الألباب لابن داود الإنطاكى المعروفة باسم تذكرة داود^(٢) .

٦- مفهوم المعتقدات والممارسات الطبية الشعبية Flok Medicine

:Practicees and Beliefs

هناك مجموعة من المعتقدات الشعبية المرتبطة بالصحة والمرض مازالت، راسخة وثابتة لدى مجموعات كثيرة من الناس ولا تتغير حتى في مجالات قصور العلاج أو الفشل في الاستشفاء . وغالباً ما تجد هذه الحالات متعلق عليه أسباب الفشل وهذه هي الوظيفة التي يضطلع بها المعتقد في حياتنا الثقافية والاجتماعية وفي الصحة والمرض . حيث يفسر المرض بأنه نتيجة تقصير الإنسان في حق الأسلاف أو إتيان سلوك غير مرغوب فيه أو انتهاك المحرمات . كما تحدد المعتقدات ل أصحابها نوع العلاج الطبى الذى يلجأ إليه ، فقد تحدثه على اللجوء إلى الطب الشعبي والاعتماد عليه بالرغم من توافر الرعاية الصحية الحديثة ، كما قد تحدد العادات والمعتقدات أشكال التغذية وقواعدها والرضاعة والفطام الخ . . وكما توجد بعض المعتقدات التي تعوق الخدمة الصحية وتعطلها عن طلب الفحص الطبى مما يضيع عليها فرصة العلاج فهناك معتقدات أخرى ذات أثر إيجابي على الصحة . هذا بالإضافة إلى الاعتقاد فى الممارسات السحرية لعلاج أمراض المشاهرة والعقم وتكرار الإجهاض^(٣) .

(١) المرجع السابق ، ص ٢٩ .

(٢) بدر التازى ، الطب الشعبي في القرن الـ ١٧ من خلال الأرجوزة الشقرورية ، الهيئة العامة للكتاب ، القاهرة : ١٩٨٤ ، ص ٢١-١٩ .

(٣) علي المكارى ، الأنثروبولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحوث ميدانية ، مرجع سابق ، ص ٦٠ - ٦٥ .

٧- مفهوم رؤى العالم : World Views

تعرف رؤية العالم بأنها مجموعة من الافتراضات أو Presuppositions الدعوى Assumptions التي يتصورها الشخص بوعي أو بدون وعي فيما يتعلق بالبنية الأساسية للعالم الذي يعيش فيه^(١). فهي بمثابة شرح وتفسير لهذا العالم في المقام الأول ثم تطبيق هذه الرؤية على الحياة، ويعنى أبسط أن رؤية العالم هي رؤية من العالم ورؤية تجاه العالم^(٢). وهى تعنى بوجه خاص الطريقة التي يرى بها الشخص نفسه داخل مجتمع ما في علاقته بكل ما عداه داخل هذا المجتمع، أي خصائص الوجود ومقوماته من حيث تميزها عن الذات وارتباطها بهذه الذات في نفس الوقت، وهي باختصار تعد فكرة الشخص عن الكون أو هي منظومة الأفكار التي تجيب هذا الشخص عن تساؤلاته حول موقفه من الوجود والأشياء المحيطة به وعلاقته بها^(٣).

وتقوم رؤى العالم بدور يشبه دور (النظارة أو العدسة اللاصقة) بالنسبة للعين، بمعنى أنها يمكن أن تعرض الدعوى الصحيحة لفهم العالم حيث تقوم بوضع الدعوى الصحيحة أمام عين الشخص لكي يستحضر الأشياء داخل مساحة الرؤية . وهناك حاجة واضحة أمام الإنسان للرؤية الصحيحة للعالم فهي تساعده على التعامل مع الثقافات المتنوعة والتكيف مع الجوانب التأملية والفلسفية من حوله، وهي تمثل جزءاً كبيراً جداً من حياة الإنسان التي يراها ويسمعها يومياً سواء أدركتها أم لم يدركها، فعلى سبيل المثال يمكننا أن نرى كيف أن أفلام السينما والتليفزيون والموسيقى والمجلات

(1) James W. Sire, " the Universe Next Door", Downers Grove, 111 : Inter Varsity, 1988 : P. 17.

(2) W. Gary Philips and William E. Brown, "Making Sense of your World", Chicago, Moody Press, 1991: p. 29 .

(3) Robert Redfield, the primitive World View" Quoted in :

أحمد أبو زيد، الذات وما عدما مدخل لدراسة رؤى العالم ، المركز القرمي للبحوث الاجتماعية والجنائية ، القاهرة:

والجرائد والحكومة والتعليم والعلوم والفنون وجميع الجوانب الثقافية الأخرى تتأثر
برؤى العالم^(١).

٨- مفهوم الثقافة :Culture

يتحدد مفهوم الثقافة والأشخاص الموجدين داخل هذه الثقافة من خلال سلسلة مركبة وдинاميكية ومتناقصة من الأفكار المتدخلة والمشاهدات والرموز التي تفترضها رؤية العالم . فالثقافة تشارك رؤية العالم في الفعل، وهي مرادفة للممارسة الثقافية التي تعنى أن هناك حقيقة تحدث أو حدثت في عالم حقيقي، مثل التخاطب ولغة الكلام والأسطورة المنقولة والأحداث العلمية وصناعة أدوات المائدة وهلم جرا.....

و بما أن الثقافة تنبع من خلال رؤية عالم فهذا يعني أن كل ما يحدث داخل الثقافة له مدلول ، يتصل برؤيه العالم لتلك الجماعة الاجتماعية، وهكذا يمكن استنتاج كيف تفك الثقافات الأخرى ، وذلك بالنظر عن كثب إلى مجموعة متنوعة من الممارسات الثقافية ومحاولة تفسير رؤية العالم من خلال هذه الممارسات . والقاعدة الأساسية للثقافة هي : التنظيم الاجتماعي (Social Organization) والتماسك الاجتماعي (Social Cohesion) والمعالجات اليدوية التي تنسن بالبراعة بالشكل العملي والرمزي في العالم المادي^(٢) .

ويرى جمهرة من العلماء ان الثقافة تتكون من العمليات الاجتماعية التالية :

(١) الهوية الاجتماعية (Social Identity) :

وهي تتضمن الممارسات الثقافية التي تميز الجماعة الاجتماعية باعتبارها ذات هوية مشتركة مختلفة عن الجماعات الاجتماعية الأخرى . وقدر ما تعدد الهوية

(1) Jerry Solomon, "World Views", <http://www.Probe.Org/does/w.views.html>. 1994: 22/5/2001.

(2) Richard Hooker, "World Civilization - General Glossary", World View - Culture- Tradition, <http://www.wsu.edu/dee/ABOUT.HTM>. 1996: 11/12/2003.

(3) Idem.

الاجتماعية عملية سلبية فإن عملية التمييز بين الجماعات تعد عملية إيجابية . ومن ثم فإن جميع الممارسات الثقافية التي تصنف هوية على جماعة اجتماعية تنطوي على فكرة الآخر The other ، وأن تعبير جماعة أو جماعات اجتماعية يستخدم كتعريف سلبي (نحن لا ننأى بهم) .

(٢) الذاكرة الاجتماعية (Social memory)

وهي كعملية فرعية من الهوية الاجتماعية تستخدم لتعريف جماعة ثقافية . والذاكرة الاجتماعية لا تعرف الجماعات الثقافية بشكل إيجابي فحسب ، ولكنها تحدث أيضاً أنماط السلوك والطقوس والممارسات الاجتماعية الأخرى . إن الوظيفة الأساسية للذاكرة الاجتماعية هي تفسير نشأة ومدلول الممارسات الثقافية للجماعة ، كما تتخذ الذاكرة الاجتماعية عدة أشكال: الديانة والأساطير والتاريخ . وكل الممارسات الثقافية للذاكرة الاجتماعية مثل جميع تعبيرات الممارسات الثقافية تشق معانيها وأشكالها من رؤية العالم .

(٣) كل ما يحدث داخل الجماعة :

كل الأشياء التي تجري داخل جماعة اجتماعية: الزواج والطقوس والأدب والعلم تعد ممارسات ثقافية وكلها تحدث لمجرد أن الجماعة الاجتماعية لها رؤية عالم محددة . وهذا يعني أنه يمكن أن تشتق رؤية العالم من أي شيء داخل الجماعة الثقافية .

(٤) التكيف مع المتغيرات :

تشكل الاستجابة الداخلية أو الخارجية للتغيير داخل رؤية عالم وممارسة ثقافية بمعنى أن كل رؤى العالم وكل الممارسات الثقافية لديها المرونة على تشكيل ما بداخليها . كما أن الاستجابة للتغيير، تغير رؤية العالم والممارسة الثقافية معاً . وعندما يتحقق التغيير بشكل أكثر سرعة داخل الثقافة فإن إستراتيجيات التكيف مع المتغيرات تسيطر على رؤية العالم لدى تلك الجماعة الاجتماعية .

٩- مفهوم الثقافات التقليدية (Traditional Cultures):

التقليد هو الحس الثقافي الذي يصل الحاضر بالماضي ويكرر ويعيد أشكال ومعانى الماضى الثقافى فى الحاضر بطريقة ما . وبهذا المعنى أو بهذا المفهوم فإن رؤية العالم تتناقض مع الحس الثقافى (العصيرية أو الحداثة) حيث ترى أن الحاضر منقطع عن الماضى ويختلف عنه إلى حد ما فيما يتعلق بالتقدم سواء الجيد أم الردى .

وتميل الثقافات التقليدية إلى تبني رؤية عالم سببية (Aetiological) تعتمد على دراسة أسباب الأحداث التاريخية والتى ترى أن بدايات التاريخ هي التي تحدد المعنى والقيمة لكل تاريخ يليه . وهى على خلاف رؤية العالم الغائية (Teleological) التي تتجه مباشرة نحو المستقبل حيث يمكن للمستقبل أن يقرأ فى الحاضر . فرؤى العالم السببية تهتم بالنظر إلى الحياة والتاريخ باعتبارهما ينحصران فى بدائل وخيارات قليلة ومحدودة ، ومن ثم لا يوجد أى بليلة حول توالي الخيارات والبدائل السيرية والتاريخية^(١) .

١٠- مفهوم الثقافة الفرعية :Sub-Culture

ظهر مصطلح الثقافة الفرعية إثر محاولات تحليل قضايا البناء الاجتماعى والثقافى المعقد ، بما يسوده من تناقضات سلوكية وقيمية بين الأشخاص والجماعات الإنسانية ، حيث تمثل المدنية المعاصرة مجالاً هاماً لدراسة هذه الثقافات والأبنية الفرعية لاحتوائها العديد من الجماعات ذات الاختلافات البنائية والأنثروبولوجية والعرقية إلى جانب الانتماءات الإقليمية مما يتربى عليه ظهور نماذج وأنماط متعددة من السلوك بين أعضائها ، في جوهر القيم واتجاهات هذه الثقافات الفرعية . وتشير الثقافات الفرعية طبقاً للدراسات القائمة على هذا الأساس إلى أنها نمط من المعيشة تختلف عن الثقافة الكلية للمجتمع أو أنها نمط من السلوك تتميز به الجماعات الخاصة التي تعيش داخل المجتمع الأكبر . وقد تتضمن الثقافة الفرعية لهذه الجماعات عناصر تشتراك فيها مع الثقافة الكلية أو قد تحتفظ لنفسها بعناصر سلوكية أخرى تميزها عن

(1) Idem.

غيرها من الثقافات^(١). فالثقافة الفرعية إذن هي نمط ثقافي خاص يمثل قسماً أو فرعاً من المجتمع، أي ثقافة فرعية خاصة داخل الثقافة العامة للمجتمع ولا تتعارض معها، غير أنها تتسم في نفس الوقت بصفات وسمات تميزها عن الثقافة العامة في بعض الوجوه، كطريقة الحياة الخاصة ومعايير الأخلاقية والقيم الاجتماعية لهذه الجماعة الخاصة^(٢).

غير أن هناك كثيراً من المشكلات النظرية والمنهجية ظهرت عند استخدام مفهوم الثقافة الفرعية - حول تفسير الأنماط السلوكية التي تختلف عن السلوك العام داخل النسق الاجتماعي، فقد ميز يانجر Yanger بين استخدامين لمفهوم الثقافة الفرعية حيث يشير الاستخدام الأول إلى الأنساق المعيارية للجماعات التي تختلف عن المجتمع الأكبر وهذا هو الاستخدام الشائع لمفهوم الثقافة الفرعية والتي تتصف بالشمول لأنها تقوم على أساس علاقات الجماعة مع النسق الاجتماعي الرئيسي. في حين يشير الاستخدام الثاني إلى وجود فكرة الصراع بين الجماعة والمجتمع الأكبر وذلك في إطار مفهوم الثقافة المضادة Countra-Culture والتي يكون الصراع هو العنصر الرئيسي فيها^(٣). ولذلك يجب أن يعالج مفهوم الثقافة الفرعية من الناحية النظرية في ضوء ثلاثة قضايا هامة ترتبط بهذا المفهوم هي :

- أ - توضيح فكرى الثقافة والبناء كمنظورين أساسيين يعتمدان على فهم سير العلاقات الاجتماعية من حيث الفروق بين الثقافة والبناء الاجتماعي للجماعة وأهمية التمييز بين الثقافة الفرعية التي ترتبط بنسق الأفكار وبين البناء الاجتماعي الذي يرتبط بالأحداث الاجتماعية أو السلوك.
- ب - توضيح الحدود أو الفوائل الخاصة بأى ثقافة فرعية.
- ج - إدراك المكونات والاستمرار والتغير في مستوى الثقافة الفرعية^(٤).

(١) محمد عباس إبراهيم، الثقافات الفرعية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩٧، ص ١٢٧ .

(٢) شاكر مصطفى سليم، مرجع سابق نكره، ص ٩٢٩ .

(٣) محمد عباس إبراهيم، مرجع سابق، ص ١٢٧ .

(٤) المرجع السابق، ص ١٢٤ .

ولما كانت الثقافة الفرعية هي الثقافة الخاصة بطبقة أو جماعة اجتماعية لذا فهي تتميز بأنها ثقافة مستقلة ومتغيرة عن الثقافة الكلية، وهي التي تميز هذه الجماعة الخاصة بصفة التكامل والكلية إذا نظر إليها من داخل الجماعة نفسها. ومن منطلق ارتباط هذه الثقافة الفرعية ببعض الجماعات الخاصة، وببعض الأفعال والممارسات الفكرية والعقائدية لأنماط مجتمعية وأنماط ثقافية وبالمثل ظهور فكرة المناطق الثقافية الفرعية. فإنه يجب تحديد مصطلح الثقافة الفرعية من خلال بعض المفاهيم المترادفة مثل: مفهوم الجماعة العرقية والجماعات المجتمعية الفرعية والمجتمع الفرعى والمجتمع المحلى والمناطق الثقافية الفرعية وما إذا كانت كل هذه ذات ثقافات فرعية تميزها عن غيرها أو لا، وذلك في ضوء بناء النسق الاجتماعي والثقافي الفرعى لها :

أ - الثقافة الفرعية والجماعة العرقية^(١) :

تحدد الجماعة العرقية بأنها ذات وضع سلالي خاص يميزها عن غيرها من الجماعات الأخرى، ومن خلال اشتراكاتها في محتوى ومضمون النماذج الثقافية التي تحدد وحدة الجماعة. كما يتميز أفراد تلك الجماعة بشخصيات ذاتية مستقلة من خلال عضويتهم وانتسابهم لها ومن خلال عضويتهم لبعض الجماعات والمنظمات الأخرى داخل المجتمع الكبير. كما تتميز هذه الجماعة ببنائها الخاص من وسائل الاتصال والتفاعل الداخلي بين الأعضاء. غالباً ما تشير هذه الجماعة إلى منطقة ثقافية تقليدية وتتميز بالإقامة المحلية بالإضافة إلى السمات الثقافية الخاصة بها.

ب - الثقافة الفرعية والجماعات المجتمعية الفرعية^(٢) :

توصف المجتمعات التي تنقسم إلى أقاليم وإلى جماعات سياسية وأيديولوجية تتواءز مع التقسيمات والتخصصات المعرفية والعلمية الخاصة بمعرفة وتفسير عناصر المجتمع واتجاهاته، بأنها تتكون من جماعات مجتمعية فرعية يجب النظر من خلالها

(١) المرجع السابق، ص ١٣١ .

(٢) المرجع السابق، ص ١٣١ .

إلى تحديد وصياغة مفهوم الثقافات الفرعية وتحليله في ضوء أن الثقافة الفرعية تعالج، باستمرار على أنها مرادف للمكونات السكانية للمجتمع الفرعى، وأنها ذات مكونات متكاملة فيما يتعلق بالفهم والمعايير والاهتمامات المحورية، وأن النسق الثقافي الفرعى يصور دائمًا على أنه متجانس وثابت ومغلق، وأن هذه الثقافة الفرعية دائمًا ما تفحص دون اهتمام بالترابط المتبادل فيما بينها وبين الأفراد الذين يكونون الإطار المرجعى لها. وقد جاء هذا الترافق نتيجة النظر إلى أعضاء الجماعات الفرعية بأنهم متميزين جغرافيًّا أو سكانياً عن بقية المجتمع الكبير أو الأشمل.

ج - الثقافة الفرعية والمجتمع الفرعى (١) :

نشأت الحاجة لوضع صياغة ملائمة لثقافة المجتمعات الصغيرة التقليدية أو القبلية بالاستناد إلى ثلاثة أسس ترتبط بأعضاء تلك المجتمعات وهى : تميز ثقافة تلك المجتمعات بمعدلات معيارية ثابتة لتوقعات سلوك أعضائها التي تمتاز بالاستقلالية والبساطة والتجانس ، كما تتحدد الثقافة القبلية بأنها نمط ثقافي أو صيغة ثقافية ، كما يتحدد مفهوم الثقافة القبلية الفرعية في ضوء فكرة النسبة الثقافية لأن المعايير والأنماط الثقافية تختلف بطبيعة الحال من ثقافة إلى أخرى . وعلى ذلك يجب النظر إلى الثقافة الفرعية إما على أنها خاصة بجماعات محلية لها خصائصها الثقافية وأساليبها في التكيف الأيكولوجي الثقافي ، أو على أنها ثقافات فرعية ترتبط بجماعات ذات مستويات أفقية أو متوازية مثل الثقافات الخاصة بعض الطوائف أو الطبقات أو الجماعات المهنية .

د - الثقافة الفرعية والمنطقة الثقافية الفرعية (٢) :

كان لدراسة النمط الثقافي أثره في ظهور فكرة المناطق الثقافية وارتباطه بها حيث وضع حداً لثقافة كل منطقة على حدة باعتبار أن النمط الثقافي يختلف من

(١) المرجع السابق، ص ١٣٦ .

(٢) مصطفى عمر حمادة، مجتمعات وثقافات البحر المتوسط - دراسة في الأنثropolجيا الأركيولوجية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩٦، ص ٣٠ - ٤٠ .

مجتمع آخر أو حتى داخل المجتمع نفسه، وتعرف المنطقة الثقافية بأنها منطقة جغرافية يشارك سكانها في ثقافة واحدة أو في نموذج ثقافي واحد وقد تشمل على عدد من الثقافات الفرعية لكل منها عناصره الثقافية المميزة، وذلك في الوقت الذي تشارك فيه مع خصائص النموذج الثقافي العام في المنطقة الثقافية، وهي وحدة مكانية توجد بها ثقافات متشابهة تستخدم كطريقة للتصنيف الجغرافي للثقافة، وقد حدث تطور في مفهوم المنطقة الثقافية، فالمنطقة الثقافية ذاتها هي منطقة تنتشر فيها صفات ومميزات معينة، وتنتشر هذه السمات وتنكيف داخل منطقة فرعية اصطلاح على تسميتها بالمنطقة الثقافية الفرعية لما لها من سمات وخصائص محددة إيكولوجياً وثقافياً واجتماعياً واقتصادياً.

هـ - الثقافة الفرعية والمجتمع المحلي^(١) :

يشير المفهوم السوسيولوجي والأنثروبولوجي للمجتمع المحلي إلى جماعة من الأفراد الذين تجمع بينهم روابط عديدة ومتعددة، ويشاركون في قدر من المصالح والاهتمامات، كما يشير إلى ارتباط هذه الجماعة بحيز مكاني محدد ومحدد كالبلدة الصغيرة أو جزء من المدينة (الحي)، ومن ثم فهو ينطوي على فكرة المعيبة (أى العيش معاً والسعى نحو تحقيق استمرار الحياة)، والشعور بالانتماء والاستمرار في الوجود داخل نطاق جغرافي محلي معين، كما يتضمن المفهوم مجموعة من العلاقات بين الأفراد الذين يكونون الجماعة الكبيرة وهي علاقات تحكمها قواعد ومبادئ معينة، وقد تكون هناك صعوبة في وجود مجتمعات محلية ذات حدود واضحة بسبب ذوياتها أو اندماجها في مجتمع اليوم داخل كيان المجتمع الأكبر الذي تنتهي إليه (المجتمع الجماهيري) والذي يتميز بزيادة معدلات التصنيع والتحضر وتحتفي فيه الأهداف المشتركة للأفراد وتصبح المصالح هي الرابطة التي بينهم، ومع ذلك ما زالت هذه المجتمعات موجودة وقائمة خاصة على المستويين الشعبي والثقافي.

(١) سعاد عثمان، محمد لجوهرى، دراسات في الأنثروبولوجيا الحضرية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩١،

١١- المفهوم الإجرائي للدراسة:

بقي أن نشير إلى أن «السمومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض في مجتمعات الصيد» (أو، أي مجتمع آخر) يقصد بها مجموع الخصائص الاجتماعية والثقافية التي تشكل السلوك والأفعال التي ينهجها الفرد أو الجماعة تجاه جميع الأساليب والوسائل المتبعة للمحافظة على الصحة ومقاومة الأمراض.

وتتألف الخصائص الاجتماعية من مجموعة متداخلة من السمات والصفات الاجتماعية التي تحكم السلوك المرضي والصحي للأفراد أو الجماعات في ضوء معايير معينة مثل الوضع الاقتصادي والطبقة والسلالة ومستوى التعليم والنوع أو الجنس بالإضافة إلى طبيعة المرض نفسه، وكذلك نمط الإقامة ومستوى المعيشة السائد وأمكانية وصول الأفراد لمصادر الرعاية الطبية وسهولة الحصول على العلاج وذلك في مجتمع ما .

وينسحب ذلك على الخصائص الثقافية التي استفادت من المعطيات التاريخية والدينية للأفكار والقيم الثقافية والاجتماعية المنتشرة في المجتمع والتي تؤثر في بعض المفاهيم والأفكار، وكذا عملية التراكم الثقافي للتراث الشعبي في المجتمع والتي تتدخل في تشكيل السلوك الفردي والجماعي والاستجابة للصحة والمرض .

وتعد الممارسات الطبية في ضوء هذه الخصائص التقليدية ظاهرة عامة يمارسها معظم الناس أينما كانوا ودرجات واتجاهات مختلفة . ومن ثم نرى أن البعد الثقافي من أهم الأبعاد وأكثرها تأثيراً في توجيه الأفراد نحو الممارسات الطبية التقليدية .

كما تلقى الضوء على هذه الممارسات في مجال مواجهة الأمراض والاهتمام بالصحة في إطار الخصائص السابقة، كما توضح جانباً من دور المعالجين التقليديين ومحاولة التعرف على الممارسات العلاجية التي يتبعونها في علاج مرضاتهم ، بالإضافة إلى دراسة النسق الصحي الرسمي للتعرف على رؤيتها لهذه الممارسة في أحد مجتمعات الصيد وهو مجتمع محلى له ثقافة محلية خاصة .

وتعرف المجتمعات الصيد بالمجتمعات التي لديها مصادر س מקية كبيرة وتعيش شعوبها في مناطق ملائمة لصيد الأسماك والأطعمة البحرية الأخرى عن طريق استغلال موارد البحيرات والمجارى المائية، وتعد الأسماك مصدراً أساسياً للطعام في هذه المجتمعات وكذلك النشاط الاقتصادي الرئيسي لها، الأمر الذي يجعل لها ثقافات متميزة تعتمد في وجودها على صيد الأسماك وتأثير على عاداتهم ومعتقداتهم. والمعنيون بالدراسة في هذه المجتمعات هم الصيادون وكذلك أفراد المجتمع المحلي والمعالجون الموجودون في هذا المجتمع وأخيراً أعضاء النسق الصحي الرسمي فيه وذلك من خلال التعرف على رؤيتهم للعالم ونظرتهم المستقبلية والمثالية.

ثانياً: الاتجاه النظري للدراسة :

يتمثل مفهوم رؤي العالم World Views أو النظرة إلى العالم أو استشراف العالم - وهي المصطلحات السائدة والشائعة في اللغة العربية كترجمة للمصطلح الألماني الأساسي Weltanschauung - أحد المداخل النظرية والمنهجية الهامة المستخدمة في مجال الدراسات الأنثربولوجية الثقافية ودراسات علم الاجتماع الطبيعي.

وتتميز دراسة رؤي العالم، وكذلك الدراسات الاجتماعية التي تبني على أساسها الشمولية Universality و الكلية Holistic. فهي تتصرف بالشمولية من ناحية لأنها تتضمن الجوانب المعرفية والمعيارية والوجدانية التي تعبر عن الثقافة السائدة في مجتمع ما وذلك في وحدة واحدة دون تمييز أو تفضيل أو تركيز أو تحيز لجانب على حساب الجوانب الأخرى، بالإضافة إلى اشتغالها على كل جوانب العالم الفردية والجماعية والانتقال بينهما دون صعوبة^(١). كما تتصرف بالكلية لأنها تهدف إلى الإحاطة بكل أبعاد العالم من وجهة نظر الشخص أو الذات Self موضوع الدراسة وليس من وجهة نظر الباحث^(٢). وذلك لتفادي أوجه النقد الذي تعرضت له دراسات الطابع القومي أو الشخصية القومية. ومن هنا تدور أهمية هذه الدراسات في أنها تجعل من الشخص أو الذات المحور الأساسي في عملية بناء وتبني التصورات الأخرى المتعلقة بالكون والمكان والزمان ، حيث لا تتم دراسة الذات بمعزل عن الآخرين من البشر أو غير البشر^(٣).

ومن مظاهر رؤي العالم أنها تتسم بـ الترابط Coherence والثقة بالخبرة Fidelity to experience فهي تعد كلاً مترابطاً من المفاهيم وال المسلمات والنظريات والاستعارات التي لا تلغى بعضها البعض وإنما يتم التفكير فيها معاً، وأنها تقوم على خبرة الناس التي تتضمن نظماً مختلفة من القيم والمهارات والأنماط والعادات والخبرة

(١) السيد حافظ الأسود، تصور رؤية العالم في الدراسات الأنثربولوجية، المجلة الاجتماعية القومية، المجلد السابع والعشرون - العدد الأول، القاهرة: ١٩٩٠، ص ٤٦ .

(٢) أحمد أبو زيد، مرجع سابق ذكره، ص ٨٨ .

(٣) السيد حافظ الأسود، مرجع سابق، ص ٤٧ .

الأخلاقية والخبرة السياسية وتحدث تفاعلاً فيما بينهم، وكذلك الثقة في هذه الخبرة طالما أنها لا تتناقض مع الحقائق التجريبية المعروفة، فما يمكن اعتباره حقيقة لا يكون أمراً عادياً، فالحقيقة عن جيل هي مجرد نظرية لجيل آخر حتى ولو كانت مخزية في بعض الأحيان، وهي وإن كانت لا تتناقض مع الحقائق التجريبية المعروفة فهذا لا يعني أنها تتفق معها فقد تحدث تطوراً إضافياً في العلوم الاجتماعية والإنسانية التي تؤسس هذه الخبرة، قد يكون بالضرورة من نقطة تفضيل معينة أو من خلال نقد معين لجانب واحد من جوانبها^(١) .

وقد جذبت هذه الدراسات اهتمام الكثير من الرواد الأوائل لعلم الاجتماع والأنثربولوجيا، ثم اتسع مجال استخدامها وامتدت تطبيقاتها من خلال بعض الدراسات التي قدمها بعض العلماء المعاصرین الذين أسهموا بدرجة كبيرة في بلورة وتأصيل مفهوم رؤية العالم وتعريفه وتطبيقه كأداة علمية منهجية للتعرف على فلسفة المجتمعات والشعوب ونظرتهم إلى أنفسهم وإلى الكون أو العالم بما فيه من بشر وغير بشر.

وها نحن نعرض فيما يلي المفاهيم الأساسية لرؤى العالم وتعريفها ومدى الحاجة إليها ومقوماتها وذلك من خلال نشأة وتطور الدراسات التي انبنت عليها، ثم نتناول بالشرح الجوانب النظرية والمنهجية لهذه الدراسات.

١ - المفاهيم الأساسية لرؤى العالم :

هناك بعض المصطلحات التي تداخل معانيها مع ما يعنيه مصطلح رؤية العالم أو أنها تستخدم نفس المعنى مثل: نظرة أو رؤية Vision ، صورة Image ، توجيه معرفي Cognitive View ، رؤية معرفية Cognitive Orientation ، منظور رؤية العالم World View Perspective ، مباديء متضمنة Implicit Premises ، فروض أساسية Basic Assumptions ، روح الثقافة Ethos أو الخرائط المعرفية Cognitive Maps.

(1) Aerts D., and et., aL., "World Views: from Fragmentation to integration", [http://pespmcl.Vub.Ac.BE/ CLEA/ reports/ World View. \(1994\), 24/6/2000.](http://pespmcl.Vub.Ac.BE/ CLEA/ reports/ World View. (1994), 24/6/2000.)

(2) السيد حافظ الأسود، مرجع سابق، ص ١١ .

أن رؤية العالم تختلف عن كل ما تضمنته معانٍي كل هذه المصطلحات من حيث أنها الصورة التي يكونها أعضاء المجتمع عن الخصائص والمقومات والشخصيات في هذا المجتمع حسب تصورات أعضاء المجتمع أنفسهم . أو أنها تشير إلى الشكل الذي يبدو به العالم في نظر الناس أنفسهم ، بمعنى أنها تعني بوجه خاص - ما سبق وشرنا إليه - بأنها الطريقة التي يرى بها الشخص أو الذات في مجتمع معين نفسه وعلاقته بكل ما عداه^(١) . إلا أن تحديد ماهية رؤية العالم تستلزم أولاً تفسير ما المقصود بالعالم ودوره في الثقافة .

(١) ما المقصود بالعالم ؟

يقصد بالعالم المحيط المطلق واللا محدود الذي نرتبط به معرفياً وعملياً وجودانياً . ولذلك نقول عن العالم الذي نعيش فيه البيئة كما يختلف هذا العالم تبعاً لاختلاف الثقافة المبحوثة . وهكذا يمكن الكلام عن العالم في العصور القديمة وعن العالم في الإسكيمو . كما لا يجب تعريف العالم بـ الكره الأرضية ولا بـ الموجودات الكونية البشرية وغير البشرية الممكن رؤيتها وإنما يعرف بالكل الذي نعيش فيه والذي ترتبط به ذواتنا بشكل هادف ذي معنى^(٢) .

(٢) ماهية رؤية العالم ؟

هي مجموعة متماسكة من المفاهيم والنظريات التي تسمح ببناء صورة شاملة عن العالم ، ويفهم مقومات كثيرة من خبرة الناس بقدر الإمكان ، فدائماً ما يتأمل الأفراد والمجتمعات قضاياً معتقدة تتعلق بكونيتهم وصيرورتهم ويكينونة وصيرورة العالم ، وتشكل الإجابات التي يكتونها عن هذه القضايا رؤيتهم للعالم . وعلى الرغم من وجود قناعة بالضرورة والأهمية العملية لدراسة رؤي العالم إلا أننا نظن أن أهميتها النظرية تمثل ركيزة لا غنى عنها للفهم وبخاصة مع شح الدراسات التي نتناولها ، في التراث العربي - على أهميتها - إذ تعكس الانفتاح اللا محدود للعقل

(١) أحمد أبو زيد ، مرجع سابق ، ص ٥٥ .

(2) Aerts D, and et., al., Loc., Cit.,

البشري على الواقع ككل.

كما أنها تعبّر عن الغاية القصوى الإثارية للإنسانية المتمثلة في الرغبة في المعرفة وفي خصائص وسمات العناصر البشرية، وبالتالي تعد رؤية العالم نظام إحداثيات رأسية متساوية أو الإطار المرجعي الذي يعرض كل شيء بواسطة الخبرات المتعددة التي يمكن أن توضع داخله. فهي بمثابة نظام رمزي من التصور الذي يسمح بتكامل كل شيء عن العالم وعن ذاتنا في صورة شاملة، الأمر الذي يلقي الضوء على الواقع كما هو معروض داخل ثقافة ما^(١).

وهناك أكثر من تعريف لرؤية العالم وضعه علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا خلال المراحل الزمنية لتطور الدراسات والبحوث التي تناولت رؤى العالم. فقد عرفها Robert Redfield بأنها الرؤية الداخلية الكلية لجماعة ثقافية كما يعلّمها أو يعرّفها ويجمعها الدارس من خارج تلك الجماعة. وهو ما يتفق مع مفهومه الوصفي لها من حيث هي تصورات عما يجب أن يكون وعما هو كائن ، ومن أنها تتضمن الطرق والأساليب التي تتحد أو تتفرق من خلالها الخبرات وأنماط التفكير وكذلك الجانب المعرفي والوجداني للأشياء الموجودة في العالم وأنماط التفكير والاتجاهات السائدة حول الحياة^(٢).

وفي إطار دراسة العلاقة بين رؤى العالم والنسق الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية السائدة في مجتمع هنود جواتيمالا ومدى تأثيرها بالعلاقات الاجتماعية السائدة في المجتمعات الفردية نتيجة للاحتكاك الثقافي، عرفها صول تاكس Sol Tax بأنها الفهم العقلي للواقع بما يتضمنه من معرفة ومعتقدات عن الطبيعة والإنسان^(٣). كما عرفها كليفورد جيرتز Clifford Geertz من خلال اهتمامه بدراسة الأنماط الرمزية التصورية للمجتمعات البشرية بأنها: الصورة التي لدى الناس عن الأشياء في الواقع

(١) أحمد أبو زيد، مرجع سابق، ص ٥٥ .

(٢) السيد حافظ الأسود، مرجع سابق، ص ص ١٥ - ١٦ .

(٣) المرجع السابق، ص ١٧ .

وهي التصور الذي لديهم عن الطبيعة والذات والمجتمع بالإضافة إلى أنها تتضمن أكثر الأفكار وضوحاً عن النظام^(١).

ثم قدم جونز Jones تعريفاً آخر لرؤيا العالم من خلال منظور سيكولوجي يركز فيه على الفرد أكثر من تركيزه على الجماعة أو المجتمع بأنها: مجموعة من الاتجاهات واسعة النطاق في إطار المعتقدات التي اكتسبها الفرد أو تعلمتها مبكراً في حياته والتي لا تتغير بسرعة وهي ذات تأثير قوي على كثير من سلوكه الملاحظ اللفظي وغير اللفظي، غير أنه نادراً ما يعبر عنها لفظياً في شكل مرجعي مع أنها تنقل بواسطته بشكل ثابت في نمط تعبيري وفي صورة معان مستترة^(٢).

وهناك بعض التعريفات الأخرى التي ترى أن هناك دوراً إيجابياً للفرد في بناء رؤيا العالم بمعنى أنه يأخذ أو يبني نظرة معينة ولا يكتفي باستقبال المؤشرات والأفكار التي ترد إليه حتى لا يكون دوره سلبياً محضاً، كالتعريف الذي وضعه أونج Ong موضحاً فيه أن رؤيا العالم ليست مادة خام يستقبلها الفرد من العالم الخارجي بل هي بناء يقوم به الفرد أو الثقافة التي ينتمي إليها^(٣). وهو ما يشير إلى أن رؤيا العالم ليست أحد المعطيات التي تقدم للفرد أو تذهب له ولكن الفرد نفسه (أو الثقافة التي يشارك فيها) هو الذي يقوم ببناء هذه الرؤية وصنعها وذلك باعتبار أن رؤيا العالم هي الطريقة التي ينظم بها الإنسان من داخل نفسه معطيات الحقيقة الواقعية التي تأتي من الخارج ومن الداخل على السواء. فرؤيا العالم هنا بمثابة تفسير وتأويل للعالم^(٤).

وقدم كيرني Kearney تعريفاً منهجاً لرؤيا العالم من خلال التأكيد على الجانب المادي في تشكيل رؤيا العالم وإعطائه الأولوية والأسبقية على الفكر بمعنى إخضاع الأفكار والتصورات ورؤيا العالم لعوامل مادية خارجية معللاً ذلك بأن الأفكار ورؤيا العالم تعتمد على المادة ولا توجد أفكار أو تصورات بدون وجود أساس مادي

(١) المرجع السابق، ص ١٩.

(٢) المرجع السابق ، ص ٢٣ .

(٣) المرجع السابق ، ص ١٨ .

(٤) أحمد أبو زيد ، مرجع سابق ذكره ، ص ٨٨ .

بينما توجد المادة بالفعل في غياب أو عدم وجود الأفكار^(١)، حيث عرف روّي العالم بأنّها مجموعة من الافتراضات الأساسية التي تكون لدى الفرد أو المجتمع عن الواقع والتي يمكن وصفها كمقترنات كنتيجة لطبيعة المقدرة العقلية بقدر ما هي نتيجة الواقع الذي تشير إليه^(٢).

ويتضح من كل هذه التعريفات والمفاهيم التي تناولت مصطلح روّي العالم أنها تحمل نفس المعنى أو المدلول باعتبارها مدخلاً ونظريّة ومنهجاً ومادة إثنوجرافية تؤلّف نسق الفكر أو نسق المعتقدات أو نسق الرموز التي تكمن وراء العلاقات والنظم والأنساق الاجتماعيّة. ومع أنها قد تختلف بالنسبة لدور الفرد ودور الثقافة التي ينتمي إليها ويشارك فيها في بناء وصنع هذه الروّيّة، أو في التأكيد على الأساس المادي للأفكار أكثر من التأكيد على الأفكار والتصورات، فإنّها تتفق جميعها في أنها تهدف إلى التعرّف على موقف ونظرية الإنسان إلى العالم الذي يعيش فيه بكل ما يدخل في تكوينه من ظواهر طبيعية أو فيزيقية ومن كائنات ومخلوقات وقوى ملموسة مرئية وغير مرئية ومن نظم اجتماعية وأنشطة وإيداعات ثقافية، وأنّ الذات هي المحور الأساسي في عملية بناء وتبني التصورات المتعلقة بالكون والمكان والزمان وأنّها لا تدرس بمعزل عن الآخرين من بشر وغير بشر.

(٣) الحاجة إلى روّي العالم:

إن التوحد الأكبر للإنسانية والتفاعل بين الثقافات وانتشار العلم والمعرفة ونمو الإمكانيات التكنولوجية تدل على أن خطط الحياة تتعدد من خلال علاقتها بالجماعات الأكبر. فالناس يواجهون الكون كله كما يواجهون قضايا حول دور الإنسانية في هذا الكل الأكبر، كذلك أصبحت المشكلات البيئية المتعلقة ببقاء الإنسانية على وجه الأرض تمثل اهتمام كل شخص على الرغم من أنه قد أصبح من الصعب إطالة البحث في خطة الحياة نظراً لتعقد هذا الكل. ومع ذلك فإنه من الممكن التفكير

(١) السيد حافظ الأسود، مرجع سابق ذكره ، ص ٢٦ - ٢٧ .

(٢) محمد أحمد غليم ، روّي العالم - تأليف ميكائيل كيرني ، عرض وتحليل محمد أحمد غليم ، المجلة الاجتماعية القومية ، المجلد السابع والعشرين ، العدد الأول ، القاهرة: ص ١٤٦ .

بأسلوب منطقي والتصرف بطريقة مسؤولة إذا أخذ في الاعتبار المناطق المختلفة التي تنتهي إليها والتفاعل القائم بينهما، ولكي يتبصر الناس داخل ذاتهم واحتياجاتهم وقيمهم وأهدافهم عليهم أن يبنوا صوراً أو نماذج لبيئتهم الاجتماعية والمادية ولذواتهم ككائنات تشعر وتفكر وتعمل، وأن يقارنوا إياها بمعرفتهم عن الكون والكرة الأرضية والمحيط الحيوي^(١). ومن ثم فهناك حاجة واضحة لرؤية عالم صحيحة، فهي التي تساعد الإنسان على التعامل مع الثقافات المتعددة والمتنوعة. فالإنسان يواجه أشكالاً مختلفة من رؤى العالم وكل منها يدعي الصدق وعليه أن يصنف هذه التنوعة من رؤى العالم بالحكمة والمعرفة ومن خلال اجتيازها لاختبارات معينة^(٢):

- (أ) أن تكون عقلانية ولا تدعو الإنسان لأن يؤمن بالأشياء المتناقضة.
- (ب) أن تكون مؤيدة بالدلائل والبراهين ومتغيرة مع ما يلاحظه الإنسان.
- (ج) أن تعطي التفسير الشامل والمقنع للواقع.
- (د) أن تقدم الأساس المرضي للحياة بحيث لا يشعر الإنسان أنه مكره على استعارة مقومات رؤية عالم آخر لكي يعيش في هذا العالم.

وباختصار تعد رؤى العالم جزءاً كبيراً جداً من حياة الإنسان التي يراها ويسمعها يومياً سواء تعرف عليها أم لا، وهي التي توحد أسلوب التفكير وأسلوب الحياة، وتعرف الحياة السليمة وتكتشف الأمل والهدف من الحياة، وتوجه الرأي والتفكير والعمل^(٣). وهكذا تصبح الحاجة إلى رؤى العالم بمثابة الحاجة إلى إطار مفاهيمي يربط كل الأشياء معاً، ويسمح بفهم المجتمع والعالم ومكان الناس فيه ويساعد على اتخاذ القرارات الحرجة التي تشكل مستقبلهم.

(1) Aerts D., et., al., Loc., Cit., .

(2) Jerry Solomon, Loc., Cit., .

(3) Arthur F. Holmes, "Contours of an World View", Grand Rapids: Eerdmans, 1983: P. 5.

(٤) مقومات رؤي العالم :

يتربّك بناء رؤية العالم من محاولة تشكيل رؤي للعالم تأخذ في اعتبارها كل جوانب الخبرة لدى الناس، ودائماً ما يقتربن هذا البناء بالثقافة حيث تتناقل المفاهيم والمدلولات وتنتقل أنماط السلوك من جيل إلى جيل وتنظر مشكلات سياسية - اجتماعية وتتناقل ألوان الفنون والمهارة والبراعة. وتنبعث المادة المستخدمة في بناء رؤية العالم من الخبرة الداخلية للأشخاص ومن التعامل الواقعي مع الأشياء ومن تفسير التاريخ والمعرفة العلمية بالعالم، ومن الضروري أن ترتبط كل هذه الجوانب بثقافة معينة حيث لا تمثل كيانات جامدة وإنما تكون دائماً في عملية تغير - وهكذا فإن رؤية العالم بهذا المعنى ليست صوراً ثابتة أو نسخاً طبق الأصل عن العالم وإنما تحاول أن تحيط بكل الجوانب بقدر الإمكان، ولذلك غالباً ما تبدأ رؤي العالم الحديثة برؤي الجماعات الصغيرة أو الثقافات الفرعية ثم تقوم تدريجياً لتحضير وإعداد مفاهيم جديدة للواقع^(١). وتمثل العناصر السبعة التالية المقومات الأساسية لبناء رؤية العالم^(٢):

(أ) نموذج للعالم :Model of World

بحيث يسمح بفهم طبيعة العالم وما هي وظائفه وكيف بني وكيف يعمل، والعالم هنا يعني الكلية Totality. كل شيء موجود حولنا بما في ذلك العالم الفيزيقي والأرض والحياة والعقل والمجتمع والثقافة والناس.

(ب) الإيضاح :Explanation

وهو يعني كيفية بيان وتفسير الطبيعة الإنسانية، ولم يكون العالم على النحو الذي نراه عليه وليس مختلفاً. ومن أين جاء كله ومن أين جئنا. ولماذا نحن بهذا الشكل ولسنا مختلفين.

(1) Aerts D, and et., al., Loc., Cit.,

(2) F. Heylighen, "What is a World View", <http://pespmct.vub.ac.be/worldview.html>. (2000), 10/6/2000.

(ج) نظرية القيم : Values

وهي تتضمن المبادئ الأخلاقية أو الفضيلة. ما هو الخير وما هو الشر، ونظام المبادئ التي تخبر بما يجب أو مالا يجب أن يسلكه الإنسان وتعطي المعنى والهدف وتوجه الأفعال.

(د) الفعل : Action

وهو معرفة ما يتلوخى الإنسان عمله ولا تعنى معرفة كيف يحصل عليه . · كيف يعمل الإنسان وكيف يبدع في هذا العالم · وما هي الوسائل التي يؤثر بها في هذا العالم · وبغيره وما هي المبادئ العامة التي ينظم بها أفعاله ·

(هـ) اكتساب المعرفة : Knowledge acquisition

ويعني هذا المفهوم أن الخطط تبني على المعرفة والمعلومات والنظريات والنماذج التي تصنف الظواهر التي يواجهها الإنسان · فهو يحتاج كيف يبني النموذج الصحيح · وهو يعادل في الفلسفة نظرية المعرفة التي تسمح بالتمييز بين النظريات الأفضل والأسوء وتضع الإجابة على السؤال الفلسفى التقليدى ما هو الحقيقى وما هو الزائف ·

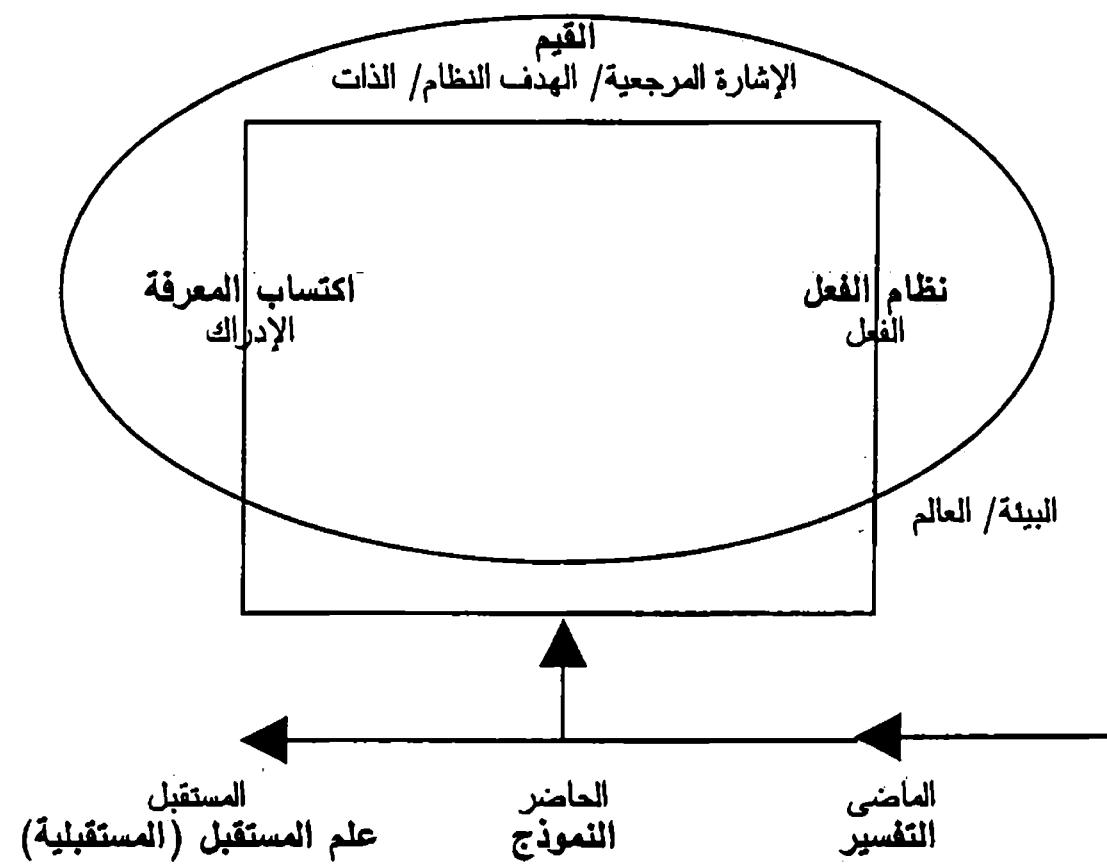
(و) مجموعات البناء : Building Blocks

وهي بمثابة الإجابات الجزئية على المقومات الستة السابقة · وهي تذكر أن رؤى العالم لا يمكن أن تبني على لاشيء · فالإنسان يحتاج إلى مجموعات بناء ليبدأ بها وهذه المجموعات يمكن أن تكتشف في النظريات القائمة وفي النماذج والمفاهيم والإرشادات والقيم · وهو ما يشى بأن أجزاء رؤية العالم تمثل نقطة البداية نحو فهم أعمق ·

والنموذج التالي^(١) : نموذج ضبط سبيرنطيقي Cybernetic يصف التفاعل بين النظام أو الذات وبين العالم أو البيئة، ويحاول أن يحقق أهدافه أو قيمه بالمبادرة

(1) F. Heylighen, Loc., Cit.,

بالأعمال الصحيحة التي تعيشها الأضطرابات الناجمة من البيئة . ولذلك يحتاج من يتبنى هذا النموذج إلى أن يتلقى معلومات عن تأثيرات أفعاله وتأثيرات الحوادث الحاصلة في العالم كما يحتاج أكثر إلى الفهم بإن أحداث خاصة (في الماضي) تسبب أحداث أخرى (في المستقبل) وهو ما يعني الاحتياج لنماذج يسمح بتفسير وتوقع الأحداث .



القومات الستة لرؤية العالم تحتوي على الجوانب الأساسية لنماذج الضبط وهي مكتوبة بخط ثقيل ومقومات الشروع المناظر مكتوبة بخط عادي .

٢- رؤى العالم كمدخل في الدراسات الاجتماعية والأنثربولوجية (النشأة والتطور) :

نشأ تصور رؤية العالم في الأصل كتصور فلسي حيث كان يعني النظرة الخاصة إلى العالم أو الكون في إطار المفهوم الفلسي لنظرية المعرفة والنظرية الثانية: المادة والروح، المعرفة المادية والجوهر، النفس والجسد، والله والكون^(١). ثم أصبح مدخلاً منهجياً شاع استخدامه في الدراسات الاجتماعية والأنثربولوجية خلال مراحل تطورها. وفي المرحلة الأولى التي بدأت مع نشأة علم الأنثربولوجيا منذ منتصف القرن التاسع عشر حتى ستينيات القرن العشرين اهتم العلماء بتعريف وإعادة صياغة تصور رؤية العالم لكي تتناسب مع طبيعة الدراسات الأنثروغرافية. ثم تعددت المناهج والمدارس خلال المرحلة المعاصرة والتي بدأت منذ سبعينيات القرن الماضي بحيث تنوّعت وأضافت تفسيرات جديدة لما وضعه رواد الأوائل لتصور رؤي العالم.

(١) رؤى العالم في مرحلة الدراسات الأنثربولوجية المبكرة^(٢) :

وتمثل هذه المرحلة المحاولات الأولية لصياغة نظريات اجتماعية لتفسير رؤي العالم والاهتمام بمضمونها في مجتمعات محلية معينة. وفيها وضع عالم الاجتماع الألماني ديلتاي Dilthey مصطلحه Weltanschauung الذي يعني رؤية العالم ورأي أنه على الرغم من أن فهم الواقع يعد عاملاً هاماً في تكوين رؤي العالم، فإنه لا يقوم على أساس معرفي إدراكي صرف ولا تنبع من مجرد الرغبة في المعرفة وإنما من الاتجاهات نحو الحياة والقيم المرتبطة بها. وت تكون رؤية العالم في رأيه من ثلاثة عناصر هي: صورة العالم التي تعد معرفية في جوهرها وتنبني على التفكير، ونماذج الحياة التي تنبني على الإرادة والنشاط، وأخيراً خبرة الحياة التي تنبني على الشعور أو الإحساس والقيم.

(1) Masudul Alam, "The Tawhidi World View and World - System", www. Uccb. ns. ca/ mchoudh/ ipe. htm. 1994, 18/5/1999.

(2) السيد حافظ الأسود، مرجع سابق، ص من ١٠ - ٢٣ .

ولقد توضح وترسخ هذا المصطلح بعد ذلك بفضل اهتمامات بعض علماء الاجتماع والأنثربولوجيا، من قبيل اهتمام ماكس فيبر Max Weber بالجوانب المعرفية والأخلاقية والرمزية لرؤي العالم ، باعتبار أن الأشياء والأحداث الفعلية اليومية هي مظاهر ورموز لعالم آخر خفي يقف وراءها ولا يمكن إدراكه - بما فيه من روح على سبيل المثال - إلا من خلال الرموز الشخصية . وذهب إلى أن رؤي العالم لها تأثير كبير في الحياة الداخلية للفرد وعلى علاقته الخارجية بالعالم أو الكون .

كما اهتم إميل دوركيم Emile Durkheim بالتصورات أو رؤي العالم الدينية وأطلق على نسق الأفكار والرموز التي تدور حول تفسير الطبيعة أو الكون اسم التصورات الجمعية Collective Representation التي تعكس بناء المجتمع الذي نشأت وتأصلت فيه وتصور الناس أنفسهم وتقدم تفسيراً لهويتهم وارتباطهم بهذه العالم . فقد ميز دوركيم بين عالمين ؛ العالم الواقعي والعالم المثالي فذهب إلى أن الإنسان وضع فوق عالمه الطبيعي الذي تسير فيه حياته العادلة الدينوية عالماً آخر مثالياً لا يوجد إلا في مخيلته . وأن الخصائص المثالية ليست من صفات العالم الواقعي ولا هي داخلة في تركيبه ، وإنما هي من خلق الإنسان الذي فرضها على هذا الواقع . وأن كل المعتقدات الدينية البسيطة أو المركبة تمثل خاصية واحدة عامة أو مشتركة تفترض تصنيفاً لكل الأشياء الواقعية والمثالية التي يفكر فيها الإنسان ، وقسم الكون أو العالم قسمين : قسم يحتوي على كل ما هو مقدس والأخر يشمل كل ما هو دنيوي أو مدنى .

وعلى عكس دوركيم نظر مرسيا إلياد Mircea Eliade إلى رؤي العالم والتصورات الكونية من زوايا أخرى وهي فكرة القداسة . ولم يعنوا هذه الفكرة إلى المجتمع كما ذهب دوركيم بل نظر إليها على أنها انعكاس للبناء الفعلي للكون من حيث هو خلق مقدس في حد ذاته يثير الشعور الديني لدى الأفراد ويؤثر في أسلوب وأنماط حياتهم .

ويلور روبرت ردفيلد Robert Redfield تصور رؤية العالم وحدد معناه وخصائصه في أنه يشير إلى بناء الأشياء كما يراها ويدركها الإنسان ، وهو الأسلوب أو

الطريقة التي يرى فيها الإنسان نفسه بالعلاقة مع الآخرين والعالم أو الكون ككل . ووضع إطاراً نظرياً عاماً لمكونات وعناصر رؤي العالم على أنها تشمل الذات وما هو غير الذات من بشر (الذات) وغير البشر (الله والطبيعة) والزمان والمكان . كما فرق في تصوره بين رؤية العالم وهي التصورات التي يشترك فيها معظم أفراد الجماعة ومفهوم دراسة الكون Cosmology وهي الدراسة يقوم بها المفكرون أو الصفو .

وقد حاول صول تاكس Sol Tax دراسة العلاقة بين رؤي العالم والنسق الاجتماعي أو العلاقات الاجتماعية السائدة في المجتمع ، وتوصل إلى أنه لا توجد علاقة سببية بين العلاقات الاجتماعية ورؤي العالم مفسراً ذلك بأنه بينما تتأثر العلاقات الاجتماعية في مجتمع تقليدي بنمط العلاقات الاجتماعية السائدة في مجتمع آخر نتيجة للاحتكاك الثقافي ، فإن رؤي العالم لا تتأثر بذلك الاحتكاك الثقافي ، في حين اختلف معه كليفورد جرتيز Clifford Geertz في هذه النظرة مشيراً إلى أن رؤي العالم التقليدية في بعض المجتمعات الإسلامية (إندونيسيا والمغرب) تحولت وتغيرت نتيجة للاحتكاك الثقافي والاتصال بالحضارة الغربية وتقدير العلم أو برؤي العالم القائمة على التفسير العلمي .

ووصل جورج فوستر Gorg Foster من خلال دراسته الإثنوجرافية على بعض المجتمعات الزراعية التقليدية الغربية إلى تأثر أفراد هذه المجتمعات بما أطلق عليه صورة الخير المحدود The Image of Limited Good وفقاً لهذه الفكرة يرى الفلاحون أنه طالما أن الخير محدود ، وأنه إذا كان النسق مغلفاً فإن الإنسان لا يمكن أن يعدل أو يحسن من وضعه إلا على حساب الآخرين ، وبالتالي فإن الارتقاء أو التحسن ينظر إليه على أنه يمثل تهديداً للجماعة كلها . كما يرى فوستر وهالويل Foster & Hallowell أنه ليس بالضرورة أن يكون الفرد مدركاً أو واعياً لرؤيه العالم أو المبدأ المعرفي الذي يوجه تفكيره ، فرؤيه العالم تكون لا شعورية وغير مدركة ولكنها تكون متضمنة في القضايا والأفعال التي يقوم بها الفرد ، وذلك على عكس ما يراه بعض العلماء الآخرين من أن الأفراد لديهم شعور قوي وإدراك واضح برؤي العالم الخاصة بهم .

(٢) رؤي العالم في مرحلة الدراسات الأنثربولوجية المعاصرة^(١) :

تميزت هذه المرحلة بالاعتماد الشديد على الدراسات الإثنوجرافية التي تهدف إلى استكشاف رؤي العالم كما هي لدى أفراد المجتمعات موضوع هذه الدراسات، كما تعددت النظريات والمناهج التي تناولتها.

قدم جونز Jones نظريته بتصور رؤية العالم مستخدماً المنظور السيكولوجي بالتركيز على الفرد أكثر من الجماعة، وأعطى أهمية وأولوية لما أطلق عليه الاتجاهات واسعة النطاق Wide Rang Vectors بدرجة أكثر من المعتقدات مبرراً ذلك بقوله إن قصر النظرة إلى رؤية العالم التي تم صياغتها - حول الله والطبيعة على سبيل المثال - في النطاق المحدود من المعتقدات هو بمثابة تحديد وتضييق لمصادر المعلومات عن رؤي العالم، لأن هذه المعتقدات تعد اتجاهات واسعة المجال لها تأثير قوي على السلوك، ويدلاً من تناول المعتقدات ذاتها يجب البحث عن الاتجاهات واسعة النطاق بحيث لا تكون مجرد رسائل تنقل في صياغات فلسفية لاهوتية فحسب، بل تكون أيضاً معاني مستقرة تنتقل في صورة تعبيرية في أشكال متنوعة من أنماط السلوك اللغوي وغير اللغوي. وقد بعض الفروض والسميات التي تزلف اتجاهات رؤي العالم في شكل ثنائيات متقابلة: البساطة / التعقيد والثبات / والتغيير، والاستمرارية / الانفصالية، المباشرة / التوسط، الرؤية الضعيفة / الرؤية الحادة، التلقائية / القسرية.

ثم قدم ميكائيل كيرني Kearney مفهومه عن رؤي العالم بقوله إنه لا توجد نظرية متسقة عن رؤي العالم ، وأن هناك نظريتين أساسيتين أثرتا في مفهوم رؤي العالم: النظرية «المثالية الثقافية»، التي تهتم بالأبنية الفكرية التي تسقط من اعتبارها كيفية ظهور تلك الأبنية. والنظرية «المادية التاريخية»، التي تخضع الأفكار والتصورات ورؤي العالم لعوامل مادية تاريخية. وقد دافع كيرني عن المادية التاريخية منتقداً أصحاب الاتجاه المثالى الثقافي بزعمه أن الأبنية أو الأنساق الفكرية نتجت عن الشروط التاريخية والاجتماعية المتغيرة، وأن المثالية الثقافية تتبنى في -

(١) المرجع السابق، ص ٤٥ - ٤٣ .

شكلها المتطرف - الوجود المستقل للمادة غير أنها تعطي الأولوية للقوى اللا مادية (التصورات والأفكار والله والأرواح) في تحديد وتشكيل العالم المادي. في حين أن الاستراتيجية الأساسية للاتجاه المادي التاريخي تكون في التركيز على العوامل المادية والاقتصادية والتاريخية التي يتمخض عنها الصراع الطبقي، والتي تؤثر في تشكيل وجود الأفكار والتصورات التي تؤلف رؤى العالم والبناء القومي (الأيديولوجي) للمجتمع.

ولقد تحول رابابورت Rappaport عن النظرية المادية وأولي اهتماماً كبيراً ب المجالات الدين والمعنوي واتبع مدخلاً شمولياً حديثاً بين من خلاله حتمية الاختلافات الموجودة بين تصورات الناس عن الطبيعة بما فيها المجتمع وبين البناء الفعلي للطبيعة وكشف عن التفاعل القائم بينهما دون إخضاع أي عنصر للأخر في عملية الوصف أو التحليل الأنثروبولوجي. وميز رابابورت في ذلك بين نموذجين: عرف الأول «بالنموذج المعرفي» Cognized Model وهو بمثابة رؤية العالم المميزة للمجتمع أو الثقافة محل الدراسة ، ويمثل هذا النموذج الجانب الداخلي أو الذاتي للأفراد حيث يشير إلى المفاهيم والمعاني والمعتقدات المتعلقة بالبيئة أو العالم الذي يعيشون فيه . والنماذج الثاني هو ذلك «النموذج الإجرائي» Operational Model الذي يشير إلى الوصف الموضوعي لظاهرة ما ويهتم باكتشاف القوانين والمعاني المميزة لشعب ما .

وتعد الدراسة الإثنوجرافية لـ بارنز Barnos عن التقليد الجماعي في إحدى المجتمعات الآسيوية (أندونيسيا) من الاسهامات الأنثروبولوجية المتميزة في دراسات رؤى العالم حيث اعتمد فيها على منهج التحليل اللغوي للتعرف على رؤى العالم والتصورات الجمعية وأنساق التفكير في هذا المجتمع بواسطة الكشف عن معانٍ الكلمات والعبارات وأسماء الأشياء والأشخاص والأماكن التي يستخدمها الأفراد في مضمون حياتهم اليومية المادية بواسطة الكشف عن أوجه التشابه في معانٍ الكلمات والعبارات الأساسية أو المحورية وتتبع معانيها والتصورات المرتبطة بها في جوانب الحياة، وذلك بهدف الكشف عن التصور الرئيسي الذي يؤثر في باقي التصورات

الأخرى ويصنفي عليها طابع الوحدة والتكمال، بالرغم من التناقضات والأضداد التي تتضمنها. وقد طبق في هذه الدراسة مدخلاً شموليًا اعتمد فيه على الشكل والمضمون حيث يتضح مضمون تلك الرؤى في الوصف الإثنوجرافي المفصل للأفكار والتصورات المعبّر عنها باللغة اليومية للأفراد، ويتبّع شكل هذه الرؤى في العمل الذي يقوم به الأنثربولوجي نفسه في الكشف عن العلاقات القائمة بين الأفكار ورؤى العالم في شكل أضداد ثنائية أو هرمية أو في شكل تكامل يضمها في وحدة واحدة.

ومع تطور الدراسات الأنثربولوجية اتسع تصور رؤية العالم ليضم أبعاداً سياسية وأيدلوجية بجانب الأبعاد الاجتماعية والفلسفية والاقتصادية. قدم كيرنان Kiernan نمطين من الأطر التصورية التي تنظم التصورات والأفكار ، أطلق على النمط الأول العالم «المغلق أو المقيد» Bounded World وينتصف هذا النمط باحتواه على نماذج محددة من الزمان والمكان وتحصر فيه خبرة الفرد في المتطلبات المادية والاجتماعية كما يتصرف بعده السياسي بالانغلاق والمحليه وترتبط فيه الحركة بالمكان الذي يعيش فيه، ويتميز فيه واقع الحياة بالبطء الشديد وينضف الزمان لينحصر في الحاضر، والنمط الثاني هو «العالم المفتوح» Open World الذي يقدم إطاراً أكثر حيوية فتمتد فيه الخبرة إلى مجالات أوسع لتشمل أماكن ومجتمعات وثقافات أخرى غير المجتمع المحلي المحدود، ويتسع فيه مفهوم الزمان ليشير إلى الماضي والحاضر والمستقبل القريب ويصبح الزمان فيما يتصل بمحنوي المستقبل لا نهائياً ولا محدوداً كما يتصرف المكان بالشمول والعالمية .

وفي دراسة معاصرة وضعها بالمر Palmer عن العلاقة بين رؤى العالم وتصورات الأفراد عن الصحة والمرض والحياة والموت في أحد المجتمعات الأفريقية (يوروبا). حدد فيها ثمانية تصورات ترتبط فيما بينهما من خلال مفهومين أساسين هما «القوة ، والعلاقة». وهذه التصورات هي :

أ - العلية أو السببية: ويعني هذا التصور أن الأحداث لا تقع بشكل عشوائي بل تحدث بواسطة قوة شخصية، وأن القوة الروحية التي يمتلكها الإله الأعظم هي أشد

وأرقى أشكال هذه القوة . كما توجد القوة في كل الكائنات البشرية على المستوى الاجتماعي بدرجات مختلفة ومتغيرة تبعاً لاختلاف وتفاوت مكانة الأفراد الاجتماعية .

ب - الذات: وتناقض الذات - طبقاً لمعتقدات المجتمع المدروس - من المادة والروح . غير أن الفكرة الأساسية في رؤية العالم هي وعي الفرد بأنه يعد كياناً منفصلاً عن الآخر أو عن كل ما هو خارج عليه بالرغم من وجود علاقة بينهما .

ج - الذات والآخر: الذات جزء من ذات أكبر تشمل الأسرة والجماعة والأسلاف (الأحياء والأموات) والأصدقاء والأحفاد أو النسل بصفة عامة . وينتشر مفهوم العلاقة بين الذات والآخرين ليشمل علاقة الإنسان بكل شيء آخر في الكون (البشر والآلهة وكل الكائنات الحية وغير الحية) .

د - الذات والكائنات الروحية: وتعني علاقة الأفراد بأرواح الأسلاف والآلهة باستثنائها بإقامة الشعائر وتلبية رغباتها اعتقاداً بأن الكائنات الروحية بشر وغير بشري تسيطر على حياتهم اليومية وتملهم الصحة والأمن والحظ السعيد .

ه - الذات والطبيعة: ويعني هذا التصور أن الكون يؤلف وحدة واحدة تمثل الذات فيه شكلاً واحداً من الحياة وأن مبدأ القوة أو تبادل الطاقة بين الأشياء المخلوقة هو الذي يحقق التوازن في هذا الكون ولكي يتحقق هذا التوازن يجب أن يربط الإنسان نفسه بالظواهر الطبيعية .

و - التصنيف: وهو الحد الفاصل للتمييز المادي وغير المادي وبين الطبيعي وغير الطبيعي وبين الشعور واللاشعور . وقد يختلف مجتمع عن آخر في هذا التصور إذ لا يوجد في تفكير أفراد المجتمع المدروس هذا التمييز القاطع ويعتقدون أن العالم يتكون من كميات متفاوتة من المادة والروح توجد جميعها في علاقات تكاملية .

ز - الزمان: ويتضمن تصور الزمان في هذا المجتمع بعدين هما: الماضي البعيد والحاضر ، أما المستقبل فليس له وجود ، فالزمان هو مجموعة من الأحداث التي

وقدت بالفعل أو التي سوف تقع في التو والحال أما مالم يقع وما لا حدود له في الماضي والحاضر فلا زمان له .

ح - المكان: وينتمي المكان في تصور هذا المجتمع بأنه لا محدود ولا نهائي، غير أن القرب أو البعد الجغرافي يشكل محوراً في تصور المكان لديهم لارتباطه بالأمن والخطر.

ويجيء في ختام الدراسات الأنثروبولوجية المعاصرة لرؤى العالم ما قدمه السيد الأسود في دراسته الإثنوجرافية لإحدى قرى مصر في محافظة البحيرة عن أنماط التفكير في المجتمع القرى المصري، والتي طبق فيها المدخل الشمولي الذي يهتم بالمضمون والشكل مستخدماً منهج التحليل اللغوي ومعتمداً على المدخل الرمزي الذي يسعى نحو الكشف عن الرموز - سواء الموضوعات أو الأحداث أو الكلمات أو الأفعال - وعلى مفهوم التقابل والأضداد الهرمية الذي يعني وجود علاقة بين الكل والجزء الداخل في بناء هذا الكل وبعدى هذه العلاقة من حيث أنها علاقة تقابل (ضدية) وعلاقة شمولية استغرافية. وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن رؤى العالم في المجتمع القرى المصري تنتظم حول تصورين أساسين يأخذان شكل التقابل أو التضاد والاستغراق ويرتبطان بتصورات أخرى مؤلفة من شبكة من الأفكار والمعتقدات المتداخلة التي تدور حول الباطن والظاهر، والذين يرتبطان بدورهما بتصورات الغيب والشهادة. وعلى ذلك فالمجتمع المصري لديه رؤى عالم مختلفة لكنها متراقبة ومتتشابكة وتؤلف وحدة واحدة. فهناك رؤية عالم غيبية ورؤية عالم دينية ورؤية عالم دنيوية ورؤية عالم قائمة على التفكير التجريبي، وبالتالي فإن الإنسان القرى المصري لديه عالمان مختلفان أحدهما منظور يخضع لعالم الحواس والآخر غيلي غير خاضع لها، وهو ما يفسر كثيراً من الأفعال وأنماط السلوك لديه . ومع أنه ينظر إلى هذين العالمين نظرة شمولية على أنهما يؤمنان وحدة واحدة هي الكون ذاته ككل فإنه يعتقد أن العالم الغيلي اللا منظور يحتوي العالم المنظور المادي لأن الأول ترتبط به قيمة تعلو على الثاني . كما أن كلّاً من نمطي التفكير التجريبي والتفكير الغيلي لدى

أفراد هذا المجتمع محكمان بنمط التفكير الديني من خلال البعد الديني الذي يؤكد قداسة عالم الغيب والبعد غير الديني الذي يتمثل في استخدام القوة والكائنات الغيبية غير المنظورة مثل الجن والأرواح.

٣- الجوانب النظرية والمنهجية لدراسات رؤي العالم :

تعد دراسة رؤية العالم مدخلاً ومنهجاً ونظرية ومادة إثنوجرافية تؤلف نسق الأفكار والمعتقدات والرموز التي تكمن وراء العلاقات والنظم والأنساق الاجتماعية في المجتمع. ومن ثم فهي بمثابة أداة علمية يستخدمها الباحث الأنثربولوجي لدراسة موقف الإنسان وطريقته في النظر إلى الواقع بالنسبة لكل ما يحيط به من وجهة نظر (الشخص) أو (الأشخاص) أفراد مجتمع الدراسة. ويفهم من ذلك أن كل شخص من هؤلاء الأشخاص هو مركز أو محور الدراسة الذي يدور حوله البحث وهو العنصر الأساسي ونقطة الانطلاق فيها، وذلك بما يكتشف من خلال نظرته أو رؤيتها الخاصة التي تعبّر عن المباديء العقلية التي تكمن وراء هذه النظرة أو تلك الرؤية. وأن هذه الرؤية تعبّر في مجموعها عن الأوضاع والقيم السائدة في مجتمع الدراسة. وهذا طالما كان الهدف الأساسي من دراسات وبحوث رؤي العالم هو الكشف عن المباديء العقلية وأنساق الأفكار التي تكمن وراء نظرة الشخص أو الذات وتتدخل في تكوينها وتوجيهها، فإنه يتبعه على الباحث الأنثربولوجي التعرف على نظرة ذلك (الشخص) أو (الذات) إلى ذاته وإلي العالم الذي يحيط به وعالمه الخفي غير المرئي، وطريقة فهمه للواقع بما في ذلك تصوره للطبيعة وأعضاء المجتمع وأنساقه وقيمه وعالمه الخفي غير المرئي^(١).

وتحتّل دراسات رؤي العالم عن الدراسات الأنثربولوجية والأثنوغرافية المألوفة من حيث أن الأخيرة تهتم بدراسة البناء الاجتماعي بكل علاقاته ونظمه وأنساقه المختلفة وتعني بملاحظة الواقع المعيش ورصده وتحليله وفقاً لما يلاحظه الباحث الأنثربولوجي نفسه أثناء الدراسة الميدانية عن سلوك الناس وتصرفاتهم. أما

(١) أحمد أبو زيد ، مرجع سابق ، ص ٥٥ .

دراسات رؤي العالم فتنبني على فهم الظواهر والأحداث والأفعال بمعنى أنها تبحث عن أنماط التفكير والمبادئ العقلية المجردة التي تكمن وراء الواقع والحقائق الشخصية الملمسة والغوص وراءها من خلال ما يراه (الشخص) أو (الذات) موضوع البحث نفسه وعن غيره من أشخاص وكائنات وأشياء وظواهر وقوى مختلفة . ولذلك فإن التعرف على «رؤي العالم» في الدراسات والبحوث الاجتماعية والأنثروبولوجية غالباً ما يتم على مستويين مختلفين ومتكملين من الرؤية: الأول وهو مستوى (الرؤية الحالية الواقعية والمثالية) بمعنى رؤية الناس للواقع القائم بالفعل وتوقع الشخص ما سيكون عليه هذا الواقع في المستقبل، والثاني مستوى (الرؤية المستقبلية) وهو التصور المثالي الذي يتمنى الشخص أن يكون عليه الواقع الذي يعيشه من ناحية وما يتوقع أن يكون عليه ذلك التصور الحالي في المستقبل من ناحية أخرى^(١) .

وهنا أحسب أن على أن أبين أهم الجوانب النظرية والمنهجية لدراسات رؤي العالم من وجهات نظر وأيديولوجيات مختلفة، حيث تنطلق بداية من فكر الفيلسوف الألماني فيلهلم ديلتاي Wilhelm Dilthey كى اتناول بعدها إسهامات اثنين من العلماء الأنثروبولوجيين الأمريكيين في هذا المجال وهما: روث بندิกت Ruth Benedict وروبرت ردفيلد Robert Redfield ، لتكون أفكار ميكائيل كيرني Michael Kearney وإبراز معالجته لمفهوم رؤية العالم من مدخل ماركسي نهاية مطاف في هذا الجانب، الذي أريد من خلاله الكشف عن أهم الخصائص والملامح المشكلات وأساليب البحث والأفكار التي تبناها كل منها.

١- مفهوم رؤية العالم عند ديلتاي^{(٢)، (٣)} :

إن أي محاولة لتأصيل مفهوم رؤية العالم يجب أن تبدأ من فكر المؤرخ الألماني ديلتاي الذي يعد من أبرز المفكرين الذين تعرضوا بالدراسة والتحليل لمفهوم

(١) المرجع السابق، ص ٤ .

(٢) المرجع السابق ، من ص ٦٢ - ٦٩ .

(3) Richman, H.: Diltey, Selected writing, Cambridge univ. Press, (p) 1976 .

رؤيه العالم وهو الذى يرى ان العلوم الانسانية يجب ان تقوم على التجربة المعيشة (الحياة) Erlabnis . وهو يبني ديلتاي مفهومه عن رؤيه العالم على التمييز بين العلم الطبيعي الذى يهتم بالبحث عن القوانين الطبيعية الكلية ، والعلم الإنساني الذى يضم العلوم التاريخية والاجتماعية ويهتم بالبحث فيما هو فردي ويتبع في ذلك منهاجاً وصفياً بحثاً . ويرى ديلتاي أن دراسات رؤي العالم التي تدور حول الشخص أو الذات والناس والبشر تدرج تحت العلم الإنساني ، وذلك لأن العلم الطبيعي يدرس ظواهر الأشياء دون أن يهتم بالتعرف على داخلها إذ ليس للأشياء الطبيعية داخل أو باطن وأن كل ما يفعله العلم الطبيعي هو شرح الظواهر والأحداث عن طريق ربطها بغيرها من الظواهر والأحداث التي تتلاءم مع القوانين العامة التي لا تكشف عن الطبيعة الداخلية لتلك الظواهر والأحداث ، وذلك على العكس بالنسبة للناس أو البشر الذين هم موضوع العلم الإنساني والذين تدور حولهم بحوث رؤي العالم .

وينظر ديلتاي إلى دراسات رؤي العالم على أنها دراسات وصفية تاريخية يمكن أن تستخدم (المنهج التاريخي) بمعنى الدراسة الوصفية المتكاملة للمشكلة موضوع الدراسة - وليس الاكتفاء بالتتابع الزمني لها. ذلك أن المقومات التي يقوم عليها العالم التاريخي إنما تتجسد منذ البدء في الكائنات الإنسانية والتي هي في صميمها كانت سيكلوجية ومن ثم يتنافي مفهومه مع إمكان تطبيق منهج العلوم الطبيعية الذي لا يصلح للظواهر والأحداث التاريخية ذات البعد النفسي عن دراسة الناس أو البشر الذين تدور حولهم بحوث رؤي العالم التي تتطلب الغوص وراء الأفعال والتصرفات العيانية الملموسة ، لأن الهدف من الكشف عن نظرتهم إلى العالم هو البحث وراء الأفعال الظاهرة عن الأفكار والمشاعر والوجدانيات والميول والرغبات وغيرها من العناصر الداخلية التي تساعد على فهم أعمق وأكثر دقة لتلك الأفعال والتصرفات التي تتطلب المعرفة بأفكار الناس أو أعضاء المجتمع ، وأحكامهم التقويمية ، والبواعث والدافع والأغراض والأهداف التي توجه أفعالهم وتتملي عليهم هذه الأفعال . كما يرى أن فهم هذه المعرفة بما تتضمنه من خطوات وعلاقات وارتباطات - تؤلف (بناء) الشخصية الفردية - هو الذي يقود في النهاية إلى فهم العمليات التاريخية فالطبيعة نحن نفسها ،

بينما حياة الناس ورؤى العالم فنحن نفهمها، فالناس يتصلون ببعضهم البعض ويتواصلون فيما بينهم بحيث تستثير تجربة أي فرد منهم أفكار الآخرين ومشاعرهم ووجداناتهم وتدفعهم إلى القيام بأفعال مماثلة، ولذلك يجب أن يتشعب وينتكرر نمط (بناء) الشخصية الفردية بحيث يصبح هو نمط الحياة بالنسبة للجماعة كلها أو المجتمع القومي أو لإحدى الحضارات أو للحضارة الإنسانية كلها. ومن هنا يذهب ديلتاي إلى أن الحياة التاريخية للجنس البشري هي عملية مستمرة ومتواصلة من هذا النوع من التفاعلات بين الناس ومن ثم فإن محاولة فهم أي حادث فردي أو عمل فردي تتطلب بالضرورة دراسة ذلك الحادث أو الفعل ضمن السياق العام الشامل، لتصبح الظاهرة موضوعاً لفهم لا التفسير فحسب كما هو الحال في العلوم الطبيعية.

لقد بني ديلتاي مفهومه حول دراسة رؤى العالم - إلى جانب تمييزه بين نوعي العلم - على وجود علاقة قوية بين الخبرة والتعبير والفهم باعتبار أن كل خبرة لها تعبير في الواقع يجب فهمه للتعرف على أبعادها، وأن أفضل وسيلة لفهمه هي استرجاع الخبرة أو استعادتها عقلياً بطريقة واعية، وأن أشكال التعبير تتفاوت فيما بينها تفاوتاً كبيراً من حيث الدقة والقدرة على التفسير، وعلى ذلك فقد أولى اهتماماته بمشكلات التأويل والتفسير وهو ما يفسر الاعتماد على المواقف الافتراضية للتعرف على رؤية الناس لعالمهم بكل نظمه وأنساقه ولنظرتهم إلى الآخرين.

ونظراً لأن مفهوم رؤية العالم عند ديلتاي مفهوم مركب يضم العقائد والأحكام المختلفة عن المشكلات والتساؤلات النهائية المتعلقة بالإنسان ومصيره و موقفه من الحياة والتي تتحدد عن طريق البناء النفسي والاتجاهات الأساسية للفرد وتفكيره المنطقي الذي يبدأ من اعتقاده بصحة وصدق بعض الافتراضات والمسلمات، فإن رؤية العالم عنده تقوم وتنشأ من الحاجة إلى الترابط المنطقي والرغبة التي تكمن في الحياة العقلية للبشر في العثور على معنى للوجود والأسرار التي تحبط بوضع الإنسان في العالم وهو ما أطلق عليه «لغز الحياة»، مع أنه لاحظ أن الناس في كل المجتمعات الإنسانية - البدائية والمتقدمة - لم ينشغلوا بحل هذا اللغز واقتصرعوا بالتخمين

حول المجهول في ضوء ما يعرفونه أو يعملونه وبالرجوع إلى ما يفهمونه ويعقلونه للوصول إلى تفسير كامل للكون من خلال تكوين رؤية منهجية ومطردة للعالم، كما تقوم رؤية العالم في رأيه أيضاً على ما يطلق عليه (الصورة الكونية) التي تؤلف النواة الأساسية للمعتقدات والمسلمات الافتراضية عن العالم الحقيقي والواقعي، والتي تعطي الإجابات الشافية عن التساؤلات حول مغزى الكون، ومن ثم اعتبارها الأساس الذي تقوم عليه مباديء السلوك ومُثل الحياة وتستند إليه أسباب اختلاف الرؤي في الثقافات الإنسانية المختلفة والصراع القائم بينها.

ويرى ديلاتاي-إزاء هذا الاختلاف وهذا الصراع- ضرورة إخضاع رؤي العالم للدراسات المقارنة واقتراح نماذج من الرؤي يمكن أن توجد في الثقافات الإنسانية المختلفة، وميز في ذلك بين ثلاثة نماذج أساسية وفقاً للطابع العام الذي يغلب على كل منها وهو الطابع الديني والطابع الشاعري أو الحالم والطابع الميتافيزيقي. ثم اقترح نسفاً آخر من نماذج رؤي العالم يضم أنماطاً يغلب على كل منها جوانب أو خصائص معينة وتجمع كل الصور المحتملة - من وجهة نظره - عن رؤي العالم في مختلف الثقافات وفي مختلف الخبرات الإنسانية هي:

أ - النموذج الطبيعي أو رؤية العالم الطبيعية: ويعبر عن تأثير الشخص بالنظام أو الترتيب اللا شخصاني للطبيعة وإدراك الناس بأنهم جزء من الطبيعة في نفس الوقت.

ب - نموذج مثالية الحرية: وهو أحد مظاهر الرؤية المثالية الواقعية للعالم ويقوم على الأولوية المطلقة لمكانة الإنسان المتميزة ككائن أخلاقي حر، وعلى الأولوية المطلقة للعقل على الحس.

ج - نموذج المثالية الموضوعية: وهي الرؤية المثالية الموضوعية للعالم والتي تعني تصور الشخص للكون كوحدة عضوية متكاملة وما يتربّط على ذلك من انسجام وتجانس وتناغم بين مكوناتها وتعاطف المثل والقيم في الثقافات المختلفة.

٢- مفهوم رؤية العالم عند روث بندكت (١، ٢) :

اتجهت بندكت إلى الاهتمام بدراسة الثقافة باعتبارها تعبير عن القراءات المختلفة للحياة أو لتفسيرات الحياة وترى مارجريت ميد Mead في تقديمها لكتاب روث بندكت «أنماط من الثقافة» بأن بندكت عندما بدأت في دراستها للأنثروبولوجيا عام ١٩٢١ لم تكن كلمة «الثقافة»، في حينها تجري إلا على السنة القلة من المتخصصين وتمضي السنوات وتترى بندكت حقل الدراسات الأنثروبولوجية مستخدمة مفهوم رؤية العالم في مدخلها الصياغي لدراسة الثقافة كوسيلة لإقامة نظرية عن صيغة الثقافة ككل . ولم تكن الثقافة في رأيها مجرد مجموعات متفرقة أو عشوائية من الأفكار والأشياء المادية المصنوعة ولكنها كانت تعتقد أن كل مجتمع يستمد كيانه وجوده وتماسكه ووحدته نتيجة لوجود مباديء معينة من الترتيب والتنظيم بحيث يكشف النسق الثقافي الناجم عن ذلك أنماطاً أو صيغة محددة ومتغيرة خاصة بذلك النسق بالذات، بمعنى وجود صيغ وأنماط ثقافية متمايزة لكل ثقافة من الثقافات الإنسانية كانعكاس للاتجاه السيكولوجي السائد في هذه المجتمعات . ومن هنا كانت تنظر إلى هذه الأنماط والصيغ الثقافية على أنها نظرة أو رؤية للعالم، فالفرد منذ ميلاده وهو خاضع للسائل في مجتمعه من عادات - تؤكد رؤيتها جون ديوي من وجهة نظرها . عن الدور الذي تلعبه العادة في تشكيل سلوك الفرد وما ان يستطيع الطفل نطقا حتى يكون قد تلقى ثقافته الأولى والتي لا يكفي عن تلقيها لتصوغ رؤيته للعالم، ولا يمنع ذلك - وهو ما تؤكد هذه الأدلة - من أن الجماعات الإنسانية تستطيع اقتباس بعض محددات ثقافتها من جماعات مختلفة عنها مما يشير إلى انتقال التقاليد عن طريق الثقافة، مما يكون رؤية للعالم تقوم على صيغ كلية للثقافة .

٣- مفهوم رؤية العالم عند ردفيلد (٣) :

قدم العالم الأمريكي روبرت ردفيلد إسهامات عميقه في مجال دراسة رؤى العالم وارتبط اسمه بهذا النوع من الدراسات ثم من بعده تلاميذه من الأنثروبولوجيين

(١) أحمد أبو زيد، مرجع سابق، ص من ٧٢-٧٤ .

(2) Ruth Benedict: Patterns of culture, New American Library, U.S.A. 195. Preface by Margaret Mead.

(٣) أحمد أبو زيد، مرجع السابق، ص من ٧٨-٨١ .

المعاصرين الذين يُؤلفون معاً ما يطلق عليه جماعة ردفيلد . وقد اتَّخذ ردفيلد صيغتين مختلفتين في معالجته لمفهوم رؤى العالم بمتلان مرحلتين مختلفتين من تطوره الفكري . فقد بذى مفهومه في الأولى على فكرة الذات وأن كل ما في هذا العالم يدور حول الشخص أو الذات بمعنى أن الشخص أو الذات - وليس الباحث - هو الذي ينظر إلى العالم من حوله وهو الذي يعبر عن هذه النظرة أو تلك الرؤية ، وأنه يتَّعِين على الباحث أن يمسك عن تصوراته ويكبح أفكاره وراءه حتى يسمع من الناس أنفسهم وبذلك يكون ما يرصده هو ترتيبهم ومقولاتهم هم أنفسهم وتوكيدهم لجانب معين بالذات دون غيره من الجوانب . أما الثانية فكان يعني بها أن رؤية العالم هي النظرة الداخلية لأى جماعة محلية ثقافية والتعرف عليها وتجميع المعلومات عنها من خلال الباحث نفسه الذي يعيش أصلاً خارج هذه الجماعة وحيث يأخذ في اعتباره - في وصف هذه النظرة إلى العالم - أشياء وأموراً معينة مثل أشكال أو فنات الخبرة التي يتَّوصل إليها من خلال سلوك الناس ولغتهم سواء كانوا يدركون وجودها أم يجهلونه .

ويتبَّع من هاتين الصيغتين أن ردفيلد لم يقصر مفهومه على فكرة الذات فقط ونظرة الذات إلى كل ما عداها فحسب ، فهو لا يمانع من أن يستشف الباحث من سلوك الناس ومن خبراتهم وتجاربهم وعلاقاتهم ولغتهم أنماط التفكير التي تكمن وراء هذا السلوك دون أن يعطيها الأولوية التي يعطيها للذات وأن ما يصل إليه الباحث هو خطوة مكملة لرأي الذات وفكرة وترتيبه وتنظيمه وذلك لأن هناك عناصر أخرى يصعب إغفالها لأنها تضيف أبعاداً وأعمقاً جديدة ، وتقوم على فنات ومجالات من التجربة الواقعية قد يغفل الشخص أو الذات الإشارة إليها أو لا يدرك وجودها ويقع على الباحث عدم الكشف عنها .

وينتهي ردفيلد في توضيح مفهومه لرؤى العالم بتفرقته بين كل «ثقافة» - التي توحى إلى الأفهام الطريقة التي يبدو بها الناس أو المجتمع موضوع الدراسة - ورؤى العالم التي تعنى الطريقة أو الكيفية التي تبدو بها الأشياء في نظر هؤلاء الناس أو المجتمع ذاته . ليصل إلى أن مفهوم رؤى العالم عنده يعني ويهتم بالطريقة التي

يرى بها الإنسان نفسه في علاقته بكل ما عداه وذلك من منطلق أن الإنسان هو مركز العالم وأنه هو الذي يتولى عليه التنظيم والترتيب والتفصيم وإصدار الأحكام سواء فيما يتعلق بذاته أم بعلاقته مع الآخرين أو في علاقته بالطبيعة أو بالعالم الروحي أو العالم الغيبي ونظرته إلى الدين والكائنات الخفية، ويخلص في ذلك إلى أن كل رؤية للعالم ينبغي أن يتوافر لها بعض العناصر الأساسية التالية:

أ - نظرة الإنسان إلى نفسه على أنه جزء من الطبيعة ويؤلف في نفس الوقت كياناً متميزاً وخارجياً عنها.

ب - عدم إغفال بعدي الزمان والمكان فالكون له ابتداء وله أمد بالإضافة إلى الفترات الزمنية المنتظمة (تعاقب الظواهر الكونية وتتابع الفصول) مما يستلزم رصد المكان وتحديده كما يراه الشخص أو الذات أو أفراد الجماعة.

ج - إدراك الذات لذاتها وللآخرين وتحديد أوجه التشابه والاختلاف ومدى القرب أو البعد وأسباب ذلك من وجهة نظر الذات.

د - إدراك الكائنات وال موجودات غير البشرية والعلاقات القائمة بينها وبين الشخص أو الذات بما في ذلك الظواهر الكونية والكائنات غير المرئية والقوى والإرادات المختلفة.

وقد تكون هناك بعض الشكوك حول وجود رؤية واضحة واعية لدى الشخص عن العالم بكل مقوماته وأبعاده وخصائصه في ضوء هذه العناصر ومع التسليم بوجود بعض المسلمات التي تؤلف رؤية العالم بشكل ضمني في كل ثقافة من الثقافات فإن مهمة الباحث هي الوصول إلى هذه الرؤية بكل تفاصيلها وتفرعاتها.

٤- مفهوم رؤية العالم عند كيرنی^(١):

قدم ميكائيل كيرنی نموذجاً شاملاً لرؤى العالم ركز فيه على القضايا الرئيسية المتعلقة بدور الفكر الثقافي وطبعته وهي الفروض المعرفية الأساسية المترابطة

(١) محمد أحمد غنيم، مرجع سابق، ص ١٤١ - ١٨١.

والمتداخلة ديناميكياً الخاصة بمجتمع ما أو جماعة معينة والتي تحدد سلوكياتهم وقراراتهم وتنظم إيداعاتهم الرمزية من الأسطورة والدين والنظرية إلى الكون والفلسفة العرقية، وذلك من خلال تبنيه لنظرية المادية التاريخية وما يرتبط بها من مفهوم المادية الثقافية ودفاعه عنها وإنقاده لنظرية المثالية الثقافية.

وشرح كيرنی دفاعه عن الاتجاه المادي بقوله أن رؤى العالم تعنى المعرفة الخاصة بالعالم، ومن ثم فإن ما يدور حوله البحث هو نظرية المعرفة Epistemology وأن هناك اتجاهين متصارعين في فلسفة ما قبل الماركسية وعلم النفس عن طبيعة الأفكار (التصورات والفرض) وعلاقتها بالعالم وهو ما يشار إليهما بـ الإمبريقي Rationalism وـ العقلانية Empiricism".

تنشأ من التجربة أي من الإحساس بالبيئة ومن إدراك الأفكار داخل العقل وبالتالي لن تكون هناك معرفة للعالم قبل التجربة أي أنه لا توجد أفكار فطرية في العقل وهو الرأى الذي تأسست على الإنسانيات وبخاصة في النصف الثاني من القرن التاسع عشر وبناء الوضعيون من قبيل أوستن كونت وجون استيورات ميل، فالتجربة عند ميل - على سبيل المثال - يتقاسمها عاملان، هما ذلك التنظيم الناتج عن مشاهدة الواقع، وفعل عقلي للتضمين^(١). أما الأشكال المختلفة للعقلانية لدى كيرنی فهي ترمي إلى تحليل المعرفة الإنسانية عن طريق التركيز على بناء ومحظى العقل، وقد لفتت الطريقة العقلانية الانتباه - في تناول المعرفة الإنسانية - عن التجربة وعن العالم ووجهته إلى بناء العقل وطريقة عمله، وانحازت بذلك إلى اتجاه المثالية الفلسفية التي اتبعته معظم الدراسات الأنثروبولوجية الثقافية. وتري المثالية الثقافية - في شكلها المتطرف - أن الأفكار هي الملامح الجوهرية للواقع، وتفترض في شكلها غير المتطرف أن الظروف المادية تشكلها قوي غير مادية تعمل بطريقة مستقلة عن المادة وتكون مسؤولة عن الظواهر المادية وتعطي أهمية خاصة لقوة واستقلال الفكر البشري، ويعود السلوك الإنساني في هذه المثالية الإنسانية وكذلك التاريخ بصفة عامة نتاج

(١) عبد الفتاح الريدي: النفسيات المنطقية عند جون استيورات ميل، دار الكاتب العربي للطباعة والنشر، القاهرة،

ظهور الأفكار وتفاعلها في حين أن المفترض أن تعمل الشخصية والأفكار الرئيسية والأنماط والأبنية على تشكيل مظاهر السلوك وتركز الاهتمام على الأبنية العقلية وليس على كيفية ظهورها وتطورها كنتيجة للظروف الاجتماعية والبيئة المتغيرة. وعلى النقيض من المثالية الثقافية، ترى المادة الثقافية والاتجاه الإمبريقي أن تحديد الأفكار الموجودة في العقل يتم عن طريق الظروف الخارجية التي تظهر هذه الأفكار وأنها ظواهر مصاحبة للمادة وتشكل عن طريق الإدراك المعرفي وتنشأ في المخ كانعكاسات للعالم الخارجي. وخلص من ذلك إلى أن وجهة النظر الماركسية التي عرفت بـ «المادية التاريخية»، تمثل نموذجاً للمعرفة الإنسانية. كما تعدد في الوقت ذاته نموذجاً للعملية التي يتم عن طريقها كشف التاريخ ومعرفته.

ثم حاول كيرني أن يتخذ مساراً وسطاً بين المادة والمثالية فقال صراحة إن الاستراتيجية الرئيسية للأنثروبولوجيا الثقافية تهم بتفسير تصرفات الناس وشرحها عن طريق الأفكار الموجودة في رؤسهم على المدى القصير. أما على المدى الطويل فال المشكلة تتمثل في شرح تلك الأفكار، ولا يتسع ذلك إلا بدراسة بيئه هذه الأفكار وتاريخها وهذا يرجع التوازن لصالح الظروف المادية والاجتماعية. وانتهي في ذلك إلى أن نظرية رؤية العالم بمثابة نظرية عقلية من الناحية التكنيكية ولكنها تقوم على أساس المادة التاريخية من الناحية الاستراتيجية.

وفي تعريفه المنهجي لماهية رؤية العالم - ناقض كيرني طرق وأساليب تشكيل الرؤى المختلفة باعتبارها نظماً للمعرفة عن طريق التفاعل بين البشر وبينهم، فوضج أن رؤى العالم الخاصة بمجموعة من الناس هي طريقتهم في النظر إلى الواقع . وهي تتكون من الصور والافتراضات الأساسية التي تخلق أسلوباً للتفكير في العالم ، وتتضمن صورة الذات وكل ما يعرف باللادات . لاحظ وجود اختلاف كبير بين الافتراضات الخاصة بالواقع من جماعة لأخرى مع أنها تعتمد على وتأثير في هذا الواقع . ولذلك فهي ترى أن هذه الافتراضات مقترنات لطبيعة المقدرة العقلية وقدر ما هي نتيجة الواقع التي تشير إليه، بما يعني أن هناك أساليب وطرائق مفاهيمية خاصة - أطلق

عليها المباديء العمومية لرؤي العالم - ضرورية لكي يقوم الناس بالتفاعل مع أنفسهم ومع بيئتهم أو بمعندي أن أحد الافتراضات النظرية - في رأيه - هو أن فئات رؤي العالم تشكل في حد ذاتها الفئات الجوهرية للفكر الإنساني وهي فئات عامة فيما بين الأجناس، ومع أنها فئات ثابتة فإن محتواها غير ثابت وهناك وقت لمنه محتواها (بالصور والافتراضات) بمستويات قد تكون متساوية بدرجة أو أخرى نقل أو تكرار على الرغم من اختلافها.

ويضيف كيرني أنه نظراً لأن أي نظرية مكتملة لرؤي العالم يجب أن تفسر كيفية بناء التمثيل الثابت والنافع للبيئة الاجتماعية والمادية، كما يجب أن تنشأ في عالم الواقع، وأن الحواس هي التي تقوم بتحقيق هذا الاتصال بين العقل والواقع، فإن المشكلة تصبح هي معرفة طريقة تحويل المعلومات المكتسبة عن طريق الحواس إلى صور وافتراضات وعمليات الاستقبال المادي للمعلومات من البيئة والتحديد الأعلى للأحساس الأولية لاستقبال المعلومات عند كل مستوى من مستوياتها ثم وضعها في تراكيب بنائية موجودة من قبل (الخطط - الخرائط المعرفية - الصور - الافتراضات) وهكذا يكون الإدراك ورؤي العالم نتاجاً للواقع والعقل والأداء والتاريخ .

وقد لاحظ كيرني أن أصحاب الاتجاه المثالي في دراسة رؤية العالم (النظريات والدراسات المثالية الثقافية) قد طرحاً عدداً من المسائل في مجال وصفهم لأوجه الشبه والاختلاف بين مجتمعات العالم مثل مشكلة النمط Pattern والصيغة الجمالية الثقافية Configuration والشخصية الأساسية Basic Personality وروح الشعب Ethos ورؤي العالم World View ، وأن الاهتمام الأساسي لهذا الاتجاه هو الأمور الذهنية والعقلية التي تعد من أهم خصائص الثقافة . وكيفية قيام الثقافات باستعارة السمات من بعضها البعض بطريقة منتقاة وتحول السمات المقبولة عند إدخالها في بيئه ثقافية جديدة ، والطريقة التي يرفض بها الناس السمات الثقافية المتميزة ، أو التي تعدل بها تلك السمات شيئاً من القيم الأساسية لهؤلاء الناس . وكذلك تنظيم التاريخ الثقافي للتقاليد الثقافية والمحليـة المتميـزة من جـديـد عن طـرـيق التـجمـيع الشـامل لـكـل العـناـصر

الثقافية السائدة في بعض المناطق الثقافية المختلفة، وظهور مدرسة الثقافة والشخصية التي ركزت على مشكلة تكوين الشخصية، كما يوضح أنه بالرغم من التشابه الكبير بين نظرية الثقافة والشخصية مع نظرية رؤي العالم، فإن هناك فارقاً جوهرياً بينهما وهو أن مدرسة الثقافة والشخصية تهتم بالتعبير عن المشاعر والوجدان في حين تعطي دراسة رؤي العالم الاهتمام الأكبر للوظائف العقلانية للعقل.

وقد حدد كيرني ثلاثة مشكلات رئيسية تؤخذ في الاعتبار عند إقامة نموذج لرؤي العالم هي:

أ - تحديد الفئات المعرفية التي تعد أبعاداً ضرورية للمقارنات الثقافية المتقطعة لرؤي العالم.

ب - تحديد أنواع القوى التي تشكل مضمون الفئات المعرفية العامة.

ج - تحديد العلاقة بين المقدمات المنطقية لرؤي العالم والسلوك الثقافي الاجتماعي.

وقد وضع إطاراً لوصف رؤي العالم والمقارنة بينهما شريطة أن يكون هذا الإطار قابلاً للتطبيق على أي رؤية إنسانية للعالم دون تحريفها، بمعنى أن هناك مؤشرات تشخيصية عامة لوصف رؤي العالم يجب على الباحث اكتشافها وأولها هو وجود الذات بصورة واضحة ومميزة عن البيئة أو عن «ما عدا الذات»، وتكون الذات من جانبين الأول: وهو إدراك الذات أنها متميزة عن البيئة المحيطة بها والثاني: هو مفهوم العلاقة بين الذات وما يحيط بها، وفي بحثه عن أساليب تعدد الرؤي العالمية واختلافها لاحظ أنه على الرغم من احتواء كل رؤية للعالم على افتراضات عن طبيعة الذات والزمن والعلية، فإن تلك الافتراضات قد تختلف كثيراً من رؤية لأخرى، وتتطلب دراسة هذه الاختلافات معرفة الأسباب الخارجية التي تعبّر عن البيئة بمعناها الواسع وتشير إلى القوى البيئية غير المعرفية التي تؤثر في محتوي وشكل الفكر وتندرج تحتها القوى الثقافية والاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي تصطدم بالمجتمع المحلي من خارجه، والتي ترى أن الأسباب البيئية المادية أو الطبيعية هي

المسئولة عن تشكيل رؤي العالم وأهمها مقوله «الزمن»، كوجود بعض الظواهر الفلكية التي تحدث في دورات رئيسية منتظمة ومطردة وتفرض نفسها على اهتمام بعض الشعوب دون غيرها وانعكاس ذلك في بعض النظم الاجتماعية في هذه المجتمعات مثل نسق القرابة ونظام طبقات العمر بالنسبة للذكور والعلاقة بين الزمان والمكان وقياس الزمن بوحدات مكانية٠ كما يتطلب أيضاً معرفة الأسباب الداخلية عن افتراضات رؤية العالم والتي تعبر عن الجوانب السلوكية والتي تشير إلى قدرة الإنسان على التكيف وتعديل سلوكه في مختلف البيانات من ناحية وإلى قدرته الهائلة على تعديل البيانات الطبيعية التي ينتقل إليها ويعيش فيها ويُسخرها لمصالحه الخاصة في نفس الوقت٠ وتتطلب كذلك معرفة نوع التكامل القائم بين كل من الأسباب الخارجية والأسباب الداخلية على أساس أنها مبنية معاً ما يمكن اعتباره خارجي وداخلي في تشكيل أي رؤية للعالم٠

ويرى كيرني أن دراسة السلوك الإنساني وأنساق الأفكار كل على حدة هو من قبيل المغالطة الثقافية لأنها تبحث عن أسباب السلوك والتفكير الإنساني بعيداً عن العقل، كما أن محاولة تفسير الظواهر الثقافية والاجتماعية على حدة هو أيضاً شكل من أشكال المغالطة المثالية٠ ولأن العلوم الطبيعية سبقت العلوم الاجتماعية، فقد نظرت الأخيرة - خلال تطورها - إلى ما سبقها من علوم، غير أن السلوك الإنساني له بعد عقلي وبعد ظاهرة فيزيقية ولا يخضع لما تخضع له الطبيعة من أحداث عارضة، ومن ثم فهناك جانباً لأي رؤية للعالم أولهما: المحتوى والمضمون) ووصف هذه المحتوى يعد عملاً أثنوجرافياً أميرقياً، والثاني: هو بناء رؤية العالم ويطلب تحديد مستويات الفكر الأساسية التي تشارك فيها أي نظرية لرؤية العالم مع كل النظريات الأخرى٠ وفي هذا السياق يمكننا أن نرى اتجاهين متعارضين لبناء رؤية العالم: الاتجاه الأميركي والاتجاه العقلاني وبالتالي فإن أي مناقشة للمقدمات الكلية لنظرية رؤي العالم يجب أن توقف بين هذين اتجاهين وبين نموذج العقلانية وما أطلق عليه التركيبية الجدلية أو التفاعلية التي تراعي العلاقات المتبادلة بين الذات وما عداتها٠

ويضيف كيرني أن نظرية رؤية العالم تفترض وجود درجة عالية من التقارب بين نظام الفكر البشري وطبيعة الثقافة بحيث تؤثر الافتراضات المعرفية المؤثرة في أي مجال من مجالات الحياة في نسق الأفكار المتعلقة ب المجالات الحياة الأخرى أو الأفكار الخاصة بالطبيعة الإنسانية ومن هنا كان اهتمام نظرية رؤي العالم بمشكلة تكامل الثقافات.

ونستطيع أن نرى من النماذج السابقة والتي تمثل الجوانب الأساسية لمفهوم رؤي العالم أن كل نموذج فيها ينظر إلى رؤية العالم من زاوية معينة. فالمنهج الوصفي الذي اتبعه ديلتاي وأطلق عليه Ideographic الدراسة رؤي العالم باعتبارها دراسات تاريخية تستخدم المنهج التاريخي في دراسة الأحداث والواقع القائمة والظواهر التي تحدث في زمن محدود، مع اهتمامه بالفلسفات الكبرى وتفسيرات الحياة وتأويلاتها وتحليل جانب من تاريخ الفكر لكي يبين نسبة المذاهب الفلسفية المعبرة عن أنماط الحياة وتنوعها، إنما يعني أنه كان يدرس التاريخ من خلال تجميع الرؤى الفلسفية المختلفة للعالم. والدراسة التاريخية عنده هي دراسة كلية تقوم على الفهم والاهتمام بالعمليات الذهنية والفكر المجرد مع ادراك بأن تطور العلوم الإنسانية على صلة وثيقة بتقدم علم النفس، وضرورة الاستقلال المنهجي عن العلوم الطبيعية. كما كانت له طريقة في شرح أي فترة تاريخية معينة في إطار روح العصر Zeitgeist بمعنى الطابع الأخلاقي والثقافي للعصر. ذلك أن مقولات الحياة نابعة من الحياة نفسها. واستخدمت بنديكت مفهوم رؤية العالم في مدخلها الصياغي المتكمّل لدراسة الثقافة كوسيلة وأداة لإقامة نظرية عن طبيعة الثقافة ككل، وقدرتها على اتخاذ صيغ وأنماط ثقافية متباينة لكل ثقافة من الثقافات الإنسانية تعكس الاتجاه السيكولوجي والعادات السائدة في المجتمعات المختلفة. أما ريفيلد فقد نظر إلى مفهوم رؤية العالم على أنه يحدد أو يشير أو يرمز إلى جزء أو قطاع فحسب من التراث الثقافي لمجتمع معين دون أن يهتم باستخدام هذا المفهوم في إقامة أو تطوير نظرية عامة عن طبيعة الثقافة إلا بقدر ما تعتبره رؤية العالم الخاصة بثقافة من الثقافات هي ذاتها ظاهرة ثقافية، ووجه اهتمامه نحو البحث عن الطرق والوسائل والأساليب التي، يستخدمها

الناس في تصنيفهم للظواهر التي يدركونها عن طريق العقل مفترضاً أن لكل الناس وعي بوجود (ذات) بداخلهم وأنها محور رؤي العالم - أما كيرني فإن اعتناته للمدخل الماركسي في معالجته لرؤيـة العالم يجعله ينظر إلى الثقافات على أنها نتاج للتاريخ وأنها هي التي تخلق نفسها بنفسها عن طريق الاستجابة للظروف القائمة، وأن أنساق الفكر والثقافة بصفة عامة هي في أساسها استجابات واستمرار لما حدث من قبل على الرغم من كل ما يقال عن تمعتها بدرجة عالية من الاستقلال والتمايز، كما يرى أن التاريخ والوضع الاقتصادي هما أساس الثقافة لوجودهما في كل المجتمعات المحلية وتأثيرهما في علاقة بعضهما ببعض ومن ثم يرى أن الجانب الأكبر من ثقافة أي مجتمع هو في الحقيقة من صنع جيرانه، فلم تعد الثقافات المحلية تنشأ وتطور بمعزل عن غيرها كما كان يحدث في الماضي أو عند المجتمعات البدائية، كما يبدو التفاوت واضحـاً في المجتمعات المعاصرة وداخل المجتمع الواحد وهو ما يعبر عنه الفكر الماركسي بـ صراع الطبقات وهو الدور الذي تلعبه الأيديولوجيا في تكوين رؤية العالم في المجتمعات الطبقية وغيابه النسبي في المجتمعات اللا طبقية^{(١)، (٢)، (٣)}.

ومعنى هذا أن النظرة إلى العالم في ثقافة من الثقافات ليست نتاج فلسفـي أو هامشي لتلك الثقافة، وإنما هي الأساس المؤلف من الافتراضات وال المسلمات والدعـوى المعرفـية التي تكون كل أنماط السلوك والتصرفـات والعادات السائدة في تلك الثقافة. وهو ما يفسـر الاهتمام بدراسة التصورـات الخاصة بالكون وفهم الفلسفـات والمعتقدـات الدينـية وتـتبع تفاصـيل النظـرة العلمـية السائدة بالإضافة إلى تـتبع أشكـال السلوك وأنمـاط الفـعل وأنـساق العـلاقـات الـاجـتمـاعـية التي تـخـفي وراءـها بعضـ هذه التـصـورـات والنـظرـات الفلـسفـية ومـبـادـيء الفـكرـ التي تـؤـثـرـ في سـلـوكـ النـاسـ وـتـحـكمـ في عـلـاقـاتـهـمـ.

ونخلص من كل ذلك إلى أن أهم المبادـيء العامة التي تـعبـرـ عن الجـوانـبـ

(١) محمد أحمد غـيمـ، لمـرجعـ الصـابـقـ، صـ ١٥٩ـ، ١٦١ـ، ١٧٨ـ، ١٨١ـ .

(2) Richman, H., Diltey ap.cit.

(3) Ruth Benedict: Patterns of Culture, ap.cit.

النظرية والمنهجية لدراسات رؤى العالم هي^(١):

(١) أن رؤية العالم هي دراسة نظرة أو رؤية الشخص للعالم الذي يعيش فيه ويحيط به، وأن لكل ثقافة نظرة أو رؤية خاصة للعالم، فالثقافات الإنسانية تزود أعضاءها برؤى محددة وبذوق خاص ومحدد للحياة، ومع ذلك لا تعني رؤية العالم لشخص ما أنها مادة خام يستقبلها من العالم الخارجي وإنما هي بناء يقوم به الفرد أو الثقافة التي ينتمي إليها باعتبار هذه الرؤية هي الطريقة التي ينظم بها - من داخل ذاته - معطيات الواقع الآتية إليه من الخارج ومن ثم تكون رؤية العالم بمثابة تفسير للعالم.

(٢) تقتضي دراسة رؤية العالم الإحاطة بمجموعة من الأفكار التي يعتقد بها الشخص (الذات) موضوع الدراسة عن العالم الذي يعيش فيه، كما تهتم بإبراز الذات في مواجهة الكون بأسره وكل مشتملاته ومكوناته أي بالطريقة التي ينظر بها الشخص إلى الكون وهذا يعني:

أ - الإحاطة بكل أبعاد العالم الطبيعية والفيزيقية والكائنات المرئية واللامرئية من وجهة نظر الشخص (الذات) وليس من وجهة نظر الباحث وهو ما يصبح صفة الكلية على دراسة رؤية العالم.

ب - لم تعد المبررات - التي كانت ترى الاكتفاء بدراسة رؤية (شخص) واحد فقط في المجتمعات البدائية لصغر حجمها وتجانسها ثقافياً واجتماعياً - كما أنها لا تصدق على المجتمعات المعقّدة وغير البدائية.

ج - لا يعني اهتمام دراسات رؤية العالم بجمع المعلومات المتعلقة بأنماط التفكير وتصور الشخص للأحداث التي تدور حوله وتفسيره لها ونظرته إلى الآخرين وتقويمه لسلوكهم أكثر من اهتمامها بجمع المعلومات الوصفية عن هذا السلوك أو رصد الأحداث، كما يراها الباحث - إهمالاً للظواهر السلوكية أو العلاقات الاجتماعية التي تكمل نظرة الشخص للعالم الذي يعيش فيه.

(١) أحمد أبو زيد، مرجع سابق، ص ٨٦ - ٩١.

د- قد تشمل دراسات رؤي العالم عدداً من المشكلات المدرجة تحت مفهوم الطابع القومي أو بعض التصورات والأفكار المتعلقة بما ينبغي أن يكون وليس ما هو كائن أو قائم بالفعل، أو قد تعني بدراسة الجوانب الانفعالية في حياة الشخص ومن وجهاً نظره الخاصة، وهذا كلّه ما يصنفي عليها صفة الشمولية والكلية.

(٣) تتطلب عملية الفهم استرجاع أو استعادة الخبرة، وهذا يفرض على الباحث اللجوء إلى أسلوب المواقف الافتراضية.

(٤) تعني دراسة رؤي العالم الإحاطة بعدد من الجوانب التي تغفلها البحوث الأنثربولوجية التقليدية أو البحوث التي تهتم بدراسة العلاقات والنظم والأنساق والأبنية الاجتماعية وهي:-

أ- أنماط التفكير والمبادئ الذهنية في النظرة الثقافية للشخص والتي تكمن وراء الثقافة وتصنفي عليها معناها.

ب- الاهتمام بالمبادئ المجردة التي تحكم السلوك وأنساق القيم التي توجه الشخص في علاقاته و اختياراته.

ج- نظرة الشخص إلى ذاته وإلى الآخرين وتقديره لهم والتصرفاتهم وأفكارهم وقيمهم الشخصية ومثلهم العليا وعلاقته بهم وكذا نظرته إلى البيئة الطبيعية والعالم المرئي واللامرئي وفهمه لمكوناته ومدى اتفاق هذا الفهم مع حقائق الفهم وعلاقة كل ذلك بالواقع الاجتماعي والثقافي في المجتمع ذاته.

د- الطريقة التي تبدو بها الأشياء والعلاقات والتصرفات في نظر الشخص والحكم عليها بمعنى الاهتمام بالجوانب المعيارية والتقويمية باعتبار أن رؤية العالم هي الأسلوب الفكري المميز الذي ينظر به شخص ما أو مجتمع معين إلى الكون ويرى به هذا الكون.

هـ- الاهتمام بمفهوم الزمان والمكان لدى الشخص موضوع الدراسة نظراً لارتباطهما بالبعد التاريخي والاحتكاك الثقافي وتأثير ذلك على حياة وقيم المجتمع.

وـ النظرة المستقبلية لدى الشخص على اعتبار أن المستقبل هو امتداد للماضي بمعنى أن المستقبل واقع لم يتحقق بعد . وباعتبار أن رؤية العالم ذات طبيعة معيارية وتقويمية أيضاً.

ويتضح من كل ما سبق أن بحوث رؤي العالم تعالج موضوعات وتساؤلات متعددة وأن النقطة المحورية التي تدور حولها هي رؤية الإنسان ونظرته إلى العالم الذي يعيش فيه والذي يحيط به في مختلف مراحل حياته وفي مختلف أنماط الحياة الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية في مجتمع الدراسة، والكشف عن العلاقة بين الواقع الموضوعي للشخص أو نظرته الذاتية لهذا الواقع وتعريف النظرة المثالية له . والهدف الأساسي من إبراز هذه الجوانب ليس محاولة العثور أو الوصول إلى مبررات تؤكد أو ترفض دعوى معينة فلسفية أو سياسية أو أيديولوجية، وإنما بهدف توسيع المعرفة والفهم لمختلف جوانب الحياة وتطبيق هذا التراث المعرفي الذي تقدمه الرؤى المتعددة لمفهوم رؤية العالم والتى يمكن ان تستقي العديد من مقوماتها فى إطار من التكامل فى الدراسات الاجتماعية أو الانثربولوجيا بعامة، وإن كنا أخرج ما نكون إليها فى الدراسات والابحاث التى تهتم بعلم الاجتماع الطبى لتعمق فهم المقومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض فى أي مجتمع أو ميدان نتناوله بالدراسة، ومن ثم تطبيق مفاهيم رؤية العالم على مجتمع الدراسة الراهنة، فيما يتصل بالمقومات الاجتماعية والثقافية المتعلقة بالصحة والمرض فى مجتمعات الصيد.

ثالثاً: الدراسات السابقة

تستعرض الباحثة في هذا الفصل أهم الدراسات والأبحاث العربية والأجنبية التي تناولت موضوع هذه الدراسة بشكل مباشر أو غير مباشر، مبينة الأساليب المنهجية والأدوات البحثية المستخدمة فيها وأهم النتائج التي خلصت إليها.

وتشير الباحثة في هذا الصدد إلى ندرة الدراسات والأبحاث التي قدمها علم الاجتماع الطبي فيما يتعلق بالمقومات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض في مجتمعات الصيادين في إطار رؤى العالم. فقد اقتصرت الدراسات العربية على الدراسة الأنثropolوجية للطب الشعبي والممارسات الشعبية والعادات والتقاليد في مواجهة المرض في ضوء بعض الأبعاد الاجتماعية والثقافية سواءً أكان ذلك في الريف المصري أم في بعض المجتمعات العربية الأخرى. كما تناولت إحدى الدراسات في الأنثropolوجية التطبيقية دراسة مدينة العريش^(١) وتطورت إلى ما يتعلق بالصحة والمرض في مجتمعات هذه المدينة بصفة عامة من زاوية مظاهر الطب الشعبي والمطبيين الشعبيين فيها، ولم تنظر إلى مجتمع الصيادين في هذه المدينة إلا من حيث الأوضاع الأيكولوجية والنشاط الاقتصادي والمشكلات الاقتصادية التي تواجهه. وهناك أيضاً العديد من الدراسات والبحوث الأجنبية التي تناولت موضوع الطب الشعبي في هذه المجتمعات بصفة عامة والمعالجين الشعبيين والأمراض السائدة ووسائل معالجتها في ضوء الثقافات الخاصة بكل منها. كما أن هناك بعض الدراسات التي نظرت في موضوع الصحة والمرض بين جماعات الصيادين في هذه المجتمعات وفيما يلي أهم هذه الدراسات:

١ - الدراسات العربية:

(١) دراسة أنثropolوجية لملامع الطب الشعبي في الريف العربي^(٢): أوضح الباحث أن دراسته تقع في نطاق جغرافي يتضمن خصوصية ثقافية

(١) فرزقي العربي، فاروق مصطفى، دراسات في الأنثropolوجيا التطبيقية - مدينة العريش، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية: ١٩٨٢ .

(٢) عبد الرحيم أبو كريشه، دراسة أنثropolوجية لملامع: الطب الشعبي في الريف العربي، مكتبة التنمية المصرية، القاهرة: ١٩٩٢ .

تتميز عن غيرها من النطاقات الأخرى في المجتمع المصري، كما أنها تمثل حقلًا جديداً في الدراسات السوسيوأنثربولوجية الحديثة من وجهة نظره. وكان موضوع الدراسة هو إلقاء الضوء على الطب الشعبي، ومعتقدات الناس حول الأمراض والممارسات العلاجية الشعبية، ومن ثم التعرف عليها وعلى فائدتها، أو ضررها، وخطورتها أو عدم جدواها، وتتجذر هذه الدراسات في المشروعات والبرامج الصحية، إذ يمكن الانتفاع بنتائجها لتوجيه الحملات الصحية توجيهًا واعيًّا. كما يمكن أن تفيد في تنمية ما هو مفید من الممارسات الشعبية وما يمكن منها أن يكون عاملاً من عوامل التغلب على الأمراض بحيث يتعاون هذا الجانب مع أهداف الطب الرسمي، خاصة وأن وسائل العلاج الشعبي أخذت تقدم مع تقدم الإنسان في دراسة الأعشاب والنباتات.

وقد اختار الباحث ريف محافظة قنا لتدور حوله الدراسة لأن هذا المجتمع يمثل النمط التقليدي المتغير وغير المخالط لمجتمعات أخرى، حيث يقع معظمه في الأطراف ومجاور للصحراء، وكان لهذا الموقع أهمية كبيرة في الحياة التقليدية، وكان وما زال متميزاً بخصوصية في كثير من أنماط السلوك وخاصة السلوك العلاجي الشعبي.

ومن مبررات اختيار مجتمع الدراسة، ظهور إرهامات تحمل ملامح التغيير، وذلك في غضون التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي يمر بها الريف المصري، وهو بعد ممكن أن يتيح للباحث (من وجهة نظره) رؤية عناصر التراث في هذه التحولات وكذلك دينامييات التغيير، وما ينبع عن ذلك من اختيار بين البدائل العلاجية.

وتساعد هذه الدراسة على الكشف عن الطرق العلاجية الشعبية التي يمارسها عامة الناس، ومنها ممارسات علاجية غريبة وغير غريبة يتمسك بها الناس رغم عدم جدواها، تحتاج إلى تفسير وتصنيف وتفريق بين الممارسات القائمة على السحر، والوصفات ذات الأسلوب الطبقي التقليدي مع عدم التحيز لجانب على حساب الآخر.

كما تساعد أيضاً في تكوين مجموعة من الأفكار التي يمكن أن تتخذ كأساس للتفكير عند تناول المشكلات الصحية، ومن جانب آخر تساعد هذه الدراسة في التعرف على فئة المعالجين الشعبيين من حيث أنواعهم والتمييز بينهم وكيفية التخصص في العمل وكيفية اكتساب الخبرة والتدريب، والمقابل الذي يتلقاها المعالج الشعبي.

ويمكن إيجاز وتحديد الأهداف التي تسعى الدراسة إلى تحقيقها من خلال الإجابة على السؤال التالي:

هل هناك تناقض بين الطلب الشعبي والطلب الرسمي؟ وأيهما هو الأكثر شيوعاً بالمناطق الريفية؟ ويتفرع من هذا السؤال الأسئلة التالية:-

(أ) ما نوع الممارسات الطبية الشعبية التي يلجأ إليها الأفراد عند مواجهة المرض؟

(ب) ما مدى تأثر هذه الممارسات في مجتمعات الدراسة ببعض المتغيرات التالية:

- الاتصال والعزلة لمجتمع الدراسة.

- البعد الطبيعي.

- النوع.

- العمر.

- الخدمات المتوفرة بالمجتمع (الخدمة الطبية، الخدمة التعليمية، الخدمات

الاجتماعية والثقافية).

- وجود الأضرحة.

(ج) هل هناك وجود للمعالجين التقليديين؟

وفي حالة وجودهم. ما هي الممارسات العلاجية التي يقومون بعلاجها؟ وهل يلاقون إقبالاً يفوق النسق الرسمي؟ وما الدافع نحو هذا الإقبال؟ وهل يمثل الطب الرسمي عنصراً ضاغطاً على مصادر الرزق بالنسبة لهم؟

الإطار المنهجي للدراسة :

لقد كان الهدف من هذا البحث إنما هو التعرف على الممارسات العلاجية الشعبية وجمعها جمعاً سليماً وتصنيفها وتحليلها، هذا بالإضافة إلى إلقاء المزيد من الضوء على المعالجين التقليديين بالريف المصري، وبعد هذا الموضوع من الموضوعات التي تدخل في مجال دراسة المعتقدات الشعبية والذي يمثل وبالتالي أحد الأقسام الرئيسية التي ينقسم إليها ميدان البحث في علم الفولكلور وهي: المعتقدات والمعارف الشعبية، والعادات والتقاليد الشعبية، والثقافة المادية.

ومن هنا فإن هذه الدراسة تضع في اعتبارها الدليل الميداني الذي وضعه محمد الجوهرى كما تضع في اعتبارها أيضاً الاستفادة من المنهج الأنثروبولوجي بوسائله المتعددة كـ الإخباريين، والصور الفوتوغرافية، والملاحظة، ويقاء الباحث لفترات كافية في مجتمع الدراسة للتحقق من مجتمع الدراسة.

مجال الدراسة :

تم حصر هذه الدراسة في المناطق الريفية، وقد شمل المجال الجغرافي في هذا البحث ١٣ قرية من محافظة قنا اعتمد في اختيارها بقدر الإمكان على عينة مشروع أطلس الفولكلور المصري لـ محمد الجوهرى.

أما المجال البشري فإنه يضم الإخباريين من أبناء هذه الوحدات الريفية، ويتحدد المجال الزمني بأكثر من عام بدأ في أبريل ١٩٩١ حتى يوليو ١٩٩٢.

نتائج الدراسة :

(أ) كشفت الدراسة عن أن هناك تواجداً مستمراً للطلب الشعبي في أدائه لبعض وظائفه في مجتمعات الدراسة، وتعد فئة النساء أكثر الفئات تعاملًا مع الطلب الشعبي، وبخاصة في علاج أمراضهن مثل تأخر الحمل.

(ب) كما كشفت الدراسة بأن فئات السن الكبيرة من الرجال لا يقل اعتقادهم عن فئات السن الكبيرة من النساء في الممارسات الطبية الشعبية.

(ج) أظهرت الدراسة بأن الريفيين في مجتمعات الدراسة لا يعرفون التخصص في الممارسات الطبية التقليدية، حيث إذا أفاد نوع من الممارسات في علاج مرض معين، فسرعان ما تجد الغالبية تقدم على تجريب هذه الممارسة في علاج مرض آخر.

(د) أوضحت الدراسة بأن هناك تأثيراً واضحاً للبيئة على الممارسات الطبية الشعبية، فمثلاً كشفت الدراسة أن ممارسة تخطي سكة القطار للتخلص من المشاهرة كانت أكثر انتشاراً في المجتمعات التي تقع على خط السكة الحديد، أما زيارة القبور في معظم القرى المجاورة لقبور القدماء (الأثار) فكانت النساء تتوجه لزيارتها وإحضار بعض الحجارة والأترية لوضعها في المنزل كاعتقاد بوجود أثر من الأسلاف يدرأ المرض.

(هـ) أما عن الخدمة الصحية الرسمية فجمل القول أنها لم تصل لكثير من القطاعات الشعبية الريفية، وهي إن تحققت في بعض الحالات فإنها تكون محدودة وأحياناً بنفقات مرتفعة مما يجعل الاستفادة منها شبه محدودة.

(٢) الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن دراسة لعلاقة البناء الاجتماعي بطرق العلاج^(١):

اتجه الباحث في دراسته هذه إلى مناقشة أساليب العلاج في حالة المرض والعوامل الاجتماعية - الاقتصادية المؤثرة في تحديد هذه الأساليب، محاولاً الاستفادة من معطيات علم الاجتماع الطبيعي والأنثروبولوجيا الطبية، وحدد الباحث مشكلته الأساسية في دراسة الأساليب العلاجية في ضوء البناء الاجتماعي في المجتمع اليمني، حيث سعى لمحاولة الكشف عن أساليب العلاج في ضوء اتصالها بالأوضاع الاجتماعية والاقتصادية، ونوعية وحجم التغيرات الاجتماعية والاقتصادية بعد ثورة

. ١٩٦٢

(١) عبد الله معمر، الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن دراسة لعلاقة البناء الاجتماعي بطرق العلاج، مكتبة مدبولي، القاهرة: ١٩٩٠ .

لذلك فإن المعالجة النظرية والمنهجية للموضوع قد اعتبرت البعد الثقافي من أهم الأبعاد الاجتماعية وأكثرها تأثيراً في توجيه الفرد نحو العلاج التقليدي بصفة خاصة.

وهذا جعل الباحث ينطلق من فرضية أن المجتمع اليمني قبل ثورة ١٩٦٢ خصوصية خاصة به تختلف عن خصوصيات المجتمعات النامية، نتيجة للعوامل التاريخية الداخلية كغياب الدولة المركزية والعزلة التي أدت إلى خلق ظروف اجتماعية واقتصادية وثقافية خاصة بالمجتمع اليمني كرست عدم الانفتاح على العالم الخارجي والاعتماد الكامل على البيئة في كل جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والعلاجية، كما لعب ذلك دوراً في تشكيل البيئة الاجتماعية والتي وقفت ضد التطور التاريخي للمجتمع اليمني لكن بعد الثورة ازداد دور العوامل الخارجية، فتدخلت الأساليب العلاجية الحديثة مع الأساليب التقليدية، ولا يمثل ذلك ظاهرة في المناطق الريفية والجبلية في المجتمع اليمني حالياً بل وفي المناطق الحضرية أيضاً.

وإذا كان مجتمع الدراسة المجتمع اليمني من ضمن المجتمعات النامية، فقد عانى لفترة طويلة من حالة الانغلاق والعزلة التامة حتى عام ١٩٦٢ ، وعدم حدوث أي اتصال حضري سواء كان ثقافياً أم اقتصادياً أم اجتماعياً لذلك يتسم المجتمع اليمني قبل الثورة بالآتي:-

أ- وجود فئات تقليدية تعتمد على البعد السلالي والعرقي والديني والمهني في عملية التصنيف والانتماء .

ب- عدم وجود قطاع اقتصادي متتطور ويعتمد على التجارة أو الصناعة بل كان الاعتماد على الزراعة بأدوات وأساليب إنتاجية تقليدية .

ج- تفشي الأمية وعدم وجود قطاع تعليمي حديث ، باستثناء بعض الكتاتيب .

كما كان المجتمع اليمني يتسم بوجود تشكيلة اجتماعية متداخلة من الأنماط والعلاقات الاجتماعية التي تفرضها التشكيلة الاجتماعية الاقتصادية . ومن ضمنها أساليب ونظم العلاج والتي تشمل أسلوبين فقط هما: العلاج التقليدي، والعلاج الطبي الحديث .

واستخدم الباحث مفهوم الأساليب العلاجية بمعنى الطرق العلاجية التي يتجه إليها المريض سواء كانت طريقة تقليدية (عشبية أو غريبة) أو حديثة للشفاء من مرضه، ولا يقصد الباحث من ذلك دراسة الأساليب العلاجية بحد ذاتها، وإنما الكشف عن الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية ذات العلاقة بتحديد وتوجيه المريض لاختيار أسلوب للعلاج دون آخر.

وتوصلت هذه الدراسة للنتائج التالية :-

(أ) عملت البنية الاجتماعية قبل ثورة ١٩٦٢ على خلق مناخ مناسب لانتشار العديد من القيم والمعتقدات حول المرض ومسبباته يعجز الطب الحديث عن تقديم تفسير لها. وقدرت الثقافة أساليب علاجية مختلفة لمواجهة هذه التفسيرات يقوم بها الأفراد بأنفسهم أو بمساعدة أحد المعالجين.

(ب) تلعب العائلة والجماعة المرجعية دوراً هاماً في توجيه الفرد نحو العلاج التقليدي أو الحديث. آخذين في الاعتبار التفسير المسبق ل النوعية المرض والمرتبط بثقافة الفرد وجماعته المرجعية. فكلما كان تفسير المرض واقعياً كلما كان الاتجاه إلى العلاج الحديث، وكلما كان التفسير غيبياً كان الاتجاه إلى العلاج التقليدي وبالذات الطقوسي منه كالزار والسحر.

(ج) تتدخل النشطة الاجتماعية بشكل قوي في تحديد نوعية المعالج، وقد يكون دورها أقوى من المستوى التعليمي والاقتصادي في حالات عدة وتعمل الأسرة ممثلة ببارها على تكريس مثل هذا التوجيه إما من خلال التلقين أو السلوك العملي للتعامل مع المرض.

(د) يرى الباحث أن العزلة الاجتماعية والفيزيقية أسهمت في بقاء واستمرار الملامح الثقافية في مجال العلاج وما ترتب عليها من انتشار الأممية وتأخر وصول العلاج الحديث. مما عمل على بقاء واستمرار أسلوب العلاج التقليدي بكل تفرعاته المختلفة حتى الآن وبصورة قوية في المجتمع اليمني.

(هـ) يلعب المستوى الاجتماعي الاقتصادي دوراً موجهاً للأفراد تجاه أسلوب

معين من أساليب العلاج، وليس ذلك فحسب بل ويحدد نوعية المعالج، أو الطبيب أو المؤسسة العلاجية التي يتجه إليها الفرد.

(و) انتشر العلاج التقليدي قبل ثورة ١٩٦٢ في الريف والحضر بشكل واسع نظراً لعدم وجود البديل العلاجي آنذاك. إلا أن الأمر تغير بعد الثورة في المدن نظراً لانتشار الخدمات العلاجية الحديثة ورافق هذا الأمر سوء توزيع هذه الخدمات إذ تركزت في المدن وبالذات العاصمة، وعلى الرغم من التقدم الهائل الذي حدث في مجال الطب، وبالرغم من الدقة العملية التي توصل إليها في هذا المجال فإن الطرق التقليدية ما زالت تتعايش جنباً إلى جنب مع الوسائل الحديثة.

(ز) وأخيراً حاول الباحث إلقاء الضوء على قضية الاتجاه إلى العلاج في حالة المرض موضحاً دور البيئة الاجتماعية الخاصة بالفرد والمجتمع في تحديد الأسلوب الأنسب للعلاج من وجهة نظر المريض. وأنصح للباحث من خلال ذلك عدم وجود محك واحد وأساسي يوجه الفرد نحو أسلوب العلاج، بل هناك عدة محکات متداخلة مع بعضها البعض تشكل في نهاية المطاف شبكة من العلاقات الاجتماعية التي تحدد في النهاية نوعية العلاج، وترتبط أساساً بازدواجية البيئة الاجتماعية في المجتمع اليمني.

(٣) الخصائص الديموغرافية لزوار المعالجين الشعبيين في وسط السودان^(١) :

تهدف هذه الدراسة إلى:

- أ - وصف الخصائص الديموغرافية لزوار المعالجين الشعبيين .
- ب - دراسة أسباب زيارة المعالجين الشعبيين ومدى تواترها ودرجة ارتياحهم إليها.
- ج - دراسة سلوكيات ومعتقدات الزوار تجاه المعالجين الشعبيين .

وقد تضمنت الدراسة أربعة أقاليم تمثل أنماطاً متنوعة من المعالجين الشعبيين في وسط السودان وباستخدام تقنيات ملائمة للحصول على البيانات من خلال

(١) ابراهيم محمود محمد وأخرون، الخصائص الديموغرافية لزوار المعالجين الشعبيين في وسط السودان، المجلة الصحية لشرق المتوسط - منظمة الصحة العالمية، المجلد الخامس، العدد ١، ١٩٩٩، ص ٨٥-٧٩ .

استخدام أسلوب الاستقصاء لعينة ممثلة والتركيز على مجموعة من الأسئلة وافتراض أن الزائرين لديهم الحرية في تحديد يوم الزيارة.

وقد عرفت الدراسة المعالج الشعبي بوسط السودان بأنه الشخص العامي أو المتعلم الذي يدعي أن لديه القدرة أو الموهبة لعلاج الأمراض أو لديه المهارة لعلاج أنواع معينة من المرض أو الألم وأنه قد يحقق كسباً أو شهرة في مجتمعه أو في أي مكان آخر. كما بيّنت أن الطب الشعبي في السودان يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمعتقدات الدينية وبمعتقدات أخرى قوية. وأن هناك معالجين شعبيين في كل مكان في المجتمع السوداني ولكنهم يتركزون في وسط السودان في منطقة الجزيرة حيث تنوع الثقافات للسكان البالغ عددهم ٢٥ مليون نسمة داخل مساحة مليون ميل مربع والتي تتعكس في اللغة والعادات والتقاليد والمعتقدات الدينية.

وينقسم العلاج الشعبي في السودان بصفة عامة إلى مجموعتين متميزتين:

أ - المعالجون الدينيون وهم المتأثرون بالثقافة العربية والإسلامية مثل المعالجين بالقرآن والمعالجين الصوفيين.

ب - المعالجون غير الدينيين وهم المتأثرون بالثقافة الأفريقية مثل ممارسي زار Zar والمتخصصين في العلاج بالأرواح والذين لديهم قدرات فوق الطبيعية - Tal asim and Kogour.

وقد خلصت الدراسة إلى أن : العلاج الشعبي ينتشر في السودان، حيث يحظى المعالجون الشعبيون باحترام كبير في المجتمع ولقد أظهرت النتائج أن الأطفال دون سن العاشرة من العمر لا يشاركون في هذه الزيارات وأن أعمار معظم الزوار (بنسبة ٦١٪) تتراوح بين ٢١ - ٤٠ سنة، كما تشكل النساء نسبة ٦٢٪ من المجموع. وزوار المعالجون الشعبيين أقل تعليماً بالمقارنة بعامة الناس في المنطقة، وكانت أهم أسباب لجوئهم إلى هؤلاء المعالجين هي: طلب العلاج (بنسبة ٦٠٪)، وطلب البركة (بنسبة ٢٦٪)، ولم يذكر الزائرون أي أضرار ت Stem عن زيارات المعالجين الشعبيين.

٢ - الدراسات الأجنبية :

(١) مرض الجذام لدى قبائل الليمبا : المرض والعلاج في إطار رؤية العالم^(١)

تظهر أهمية هذه الدراسة في أن هناك فجوة ثقافية بين الأطباء ومرضاهما في الأماكن التي لا يكون الطب الغربي (العلمي) مقبولاً فيها بشكل كامل، وأن المرضي لا يستجيبون لمبادرات الصحة العامة، كما لا يذهبون إلى عيادات الأطباء إلا بعد فشل الوسائل التقليدية للعلاج، كما لا يستجيبون تماماً لأسلوب العلاج. وأنه على الرغم من أن بعض المتخصصين الطبيين في الدول النامية لا زالوا يشكرون من جهل مرضاهما، فقد بدأ يشعر معظم هؤلاء المتخصصون بجهلهم الشخصي بوجهات النظر الثقافية لمرضاهما التي لوفهموها لأمكنهم الاتصال بمرضاهما بشكل أكثر فعالية وأن يؤثروا فيهم بطريقة أكثر سهولة.

كما تظهر أهمية الدراسة أيضاً في خطورة مرض الجذام الذي ينتشر في المناطق الاستوائية والمجاورة لخط الاستواء حيث تسود المعتقدات التقليدية حول المرض والعلاج، وأن معظم العاملين في مكافحة هذا المرض يحتاجون لفهم هذه المعتقدات لتصميم برامج موسعة وفعالة وملائمة ثقافياً. بالإضافة إلى ما يسببه هذا المرض من تعزق شديد في عائلة المريض وفي الحياة الاجتماعية لأن ترك المريض بلا علاج سوف ينتهي إلى عاهات وعجز شديد يظل المريض بسببها يعاني من الوصمة والرفض الاجتماعي.

(١) Opala J., Boillot F., "Leprosy among the limba: Illness and Healing in The context of world view," So. Sci. Med., 1996, Jan, 42:1, pp. 3-19.

تشكل قبائل الليمبا من مزارعي الأرز الذين يعيشون في منطقة غابات السافانا في شمال وسط سيراليون، وسيطربون على سبعه مناطق من ١٤٩ منطقة ريفية بها ويمثلون ثالث أكبر مجموعة عرقية في البلد. ويعتبر قبائل الليمبا من السكان الأصليين في سيراليون، وقد أدى وجودهم الطويل بالتساوي في منطقة متعددة جغرافياً إلى درجة عالية من التنوع الغري. وهم ينقسمون إلى ثلاث مناطق أساسية لكل منطقة لهجتها المحلية: وارا وارا في الشمال، بيريورا / سافرووكو في الجنوب، تونكتو / سيلا في الغرب. والمجموعة الشمالية هي المجموعة الأكثر تأثيراً بالإسلام، والمجموعة الجنوبيّة بال المسيحية، بينما تأثرت المجموعة الغربية بالاثنيين. وتؤثر المعتقدات والمعارف الدينية التقليدية أو الروحية بشكل قوي في كل مناطق قبائل الليمبا وتنعماش مع الإسلام والمسيحية (نفس المصدر السابق).

كما أكدت هذه الدراسة على أهمية رؤية العالم كمفتاح لفهم اتجاهات وسلوك المريض في الدول النامية وإجراء المقارنات الصحيحة بين الثقافات المختلفة، وعلى أهمية فهم هذا المرض وسببه وعلاجه وموقف المجتمع والعائلات من هؤلاء المرضى في إطار رؤية العالم. وأهمية فهم الطريقة التي تنظر بها ثقافة معينة إلى المرض والعلاج بشكل عام وذلك لفهم أوسع لرؤية ثقافة العالم وذلك لفهم المفاهيم الثقافية للمرض والعلاج.

فرؤية العالم هي رؤية ثقافية للكون، ولتصوراته التي تشمل كيف يعمل العالم وكيف تعيش وتعمل المخلوقات البشرية، وهي التي تقدم الاتساق المنطقي لتفكير وافتراضات الناس وعاداتهم وسلوکهم، فالمارسات الثقافية يمكن أن توصف من خلال المشاهدة ولكنها لن تفسر إلا بالرجوع إلى رؤية كلية للعالم.

وقد تناولت هذه الدراسة تحليل الممارسات والمعتقدات التقليدية المعنية بمرض الجذام لدى شعوب الليمبا في سيراليون، حيث أظهرت أن تلك المجموعة العرقية المتعددة اللهجات لها رؤيتين لمرض الجذام وأسبابه، ونوعين من العلامات الدامغة الوصمات stigma المرتبطة بهذا المرض، كما أعادت تفسير مفهوم "الجراثيم germs" الذي وضع بواسطة المشتغلين بالطب، كما أن العاملين في برنامج التحكم في / والسيطرة على مرض الجذام كان لهم هم الآخرون فهمهم الخاطئ للممارسات والمعتقدات الخاصة بقبائل الليمبا.

وخلصت الدراسة إلى أنه حينما يوطن بعض الناس أنفسهم على تغيير أحوالهم، فإنهم يعدلون من سلوكهم بشكل أكثر سرعة من تعديل رؤيتهم للعالم. فالسلوك يمكن أن يتغير تدريجياً في شكل ممارسات جديدة تعطي تفسيرات قديمة. ولكن لأن رؤية العالم تعتبر وحدة كاملة ومتسقة ومتراقبة منطقياً فإنها لا تستجيب للتغيير التدريجي، حيث عادة ما يتمسك الناس برؤيتهم للعالم حتى بعد أن يحدث كم كبير من التغيير التكنولوجي والاجتماعي. ومن هنا يواجه المشتغلون بالطب قيوداً على ما يقومون به من أساليب الصحة العامة التقليدية. فقد ينجحون في تغيير سلوك الناس إلى حد ما

بتقدیم عقایر فعالة أو من خلال التعليم الصحي، لكن طالما أن رؤية العالم التقليدية تظل غير قابلة للتغيير فإنه من الصعب أن يكون هناك تأثير للتغييرات، في السلوك. وأن الأسلوب الوحيد الذي يمكن به التغلب على هذه القيود هو دعوة المرحني داخل إطار من رؤيتهم للعالم بواسطة صياغة رسالة تتفق مع أسلوبهم التقليدي في التفكير.

وتحليل معتقدات وممارسات قبائل اليمبا المتعلقة بمرض الجذام داخل السياق

الأوسع من رؤية العالم، كشفت الدراسة عن:-

١- رؤية قبائل النيمبا للعالم:

تقسم قبائل الليمبا العالم إلى منطقتين متقابلتين ومتضادتين: هما المدينة town

Bush (feli) والغابة او الدغل . (mehti)

وتعد المدينة منطقةً متحضرةً ومكانَ النّظامِ والتّناغمِ حيث يعيشُ البشر معاً تحت قانونِ للسلوكِ الجيدِ موضوعاً بواستطاعِ أسلافهم. وهي مُحكمةً بواستطاعِ الرؤساءِ والأمراءِ الذين يحافظون على السلامِ من خلال المناقشاتِ والتسوياتِ العلنيةِ ويؤدونَ تصريحاتِ عامةً لمناشدةِ الأُسلافِ أن يبعثُوا في الأحياءِ المودةِ الجماعيةِ، ويُزعمُونَ أنَّ الأُسلافَ يسكنونَ المدينةَ بشكلٍ خفيٍّ ويراهُم الأفرادُ كشيوخَ للإلهِ. وكما أنَّ اللهَ الأعلى لا يدركُ - فان الرؤساءُ والأمراءُ يسألُونَ الأُسلافَ أن يصعدُوا إلى اللهِ وأنَّ يسألُوهُ البركةَ بالنيابةِ عنْ أبنائهمِ الأحياءِ.

أما الغابة أو الدغل فمكان غير متحضر ومنطقة فوضي مأهولة بالأرواح القوية والخالية أو بالشياطين . ويوصف الشياطين فيها ببساطة الهيئة وهم مكسوون بالشعر ويشبهون الحيوانات الوحشية . ويخاف الناس من دخول الغابة بمفردهم أو أثناء الليل . فالشياطين معروفة بأنهم يقتلون البشر ويأكلونهم . وهناك بجانب الشياطين الحيوانات الوحشية والنباتات البرية التي تُعد جزءاً من هذا المكان الفوضوي .

وتري قبائل الليمبا أن المدينة كحصن تحت الحصار مهددة بشكل دائم من اضطرابات الغابة (الدغل) المحيطة بهم. كما يعتقدون أن هناك بعض الناس يسمون (bokele) مولودون بأربعة عيون أو بصر خارق يمكنهم من رؤية الشياطين في الغابة

ويتصلون بهم ويتعلمون القوة من النباتات البرية. وغالباً ما يصبح هؤلاء الـ bokele سحرة ويستدرجون القوى المخربة من الغابة للدخول للمدينة كما يدsson المرض للآخرين ليدخل أجسامهم في الليل ويمتص دماءهم وتوجهون إلى الحيوانات الوحشية ليقتلوا الناس أو يبيدوا حقول الأرز التي تحفظ الحياة.

٢- وتشير الدراسة إلى أن هناك رؤيتين متناقضتين لمرض الجذام داخل ثقافة قبائل اليمبا تعكس احتمالات مختلفة لتفسير المرض في رؤيتهم للعالم.

أ- تنسب القبائل التي تعيش في منطقتي - بيريوا/ سافرووكو في الجنوب و تونكوا/ سيلا في الغرب - المرض إلى السحر. حيث يمثل مرض الجذام في الواقع بالنسبة لهم السحر، فإذا تلفت السحرة بـ «تلف» الجسم فهذاك عدة أمراض تتطبق على هذا التعريف. أنهم يشعرون بالشفقة بالنسبة لهؤلاء المصابين بمرض الجذام باعتبارهم ضحايا أبرياء، وفي الوقت نفسه يخافون منهم لاعتقادهم أن المرض يمكن أن ينتقل إلى الآخرين. وكانوا ينفون هؤلاء المرضى منذ أربعين أو خمسين عاماً وبينون لهم ملاجي مؤقتة عند أطراف القرية ويجلبون لهم الطعام على فترات قصيرة ولا يسمح لهم بالاقتراب من القرية وذلك بافتراض أن المريض سوف يموت عاجلاً إما بسبب الجوع الذي يتعرض له أو بسبب فصول المطر الطويلة. كما كانوا يدفنون الجسد في تل النمل الأبيض على مقربة من المدينة اعتقاداً منهم أنه يفسد سريعاً وأن المرض لن ينتشر إلى الآخرين.

ب- أما القبائل التي تعيش في منطقة «الوارا وارا»، في الشمال فهم يعتقدون أن المصابين بالمرض هم السحرة وليسوا ضحايا السحر. إن افتراضهم المدهش يشير لافتراض باعتباره شيئاً خطير يحدث بسبب السحر وبسبب الصفة الشاذة للمرض، فالبقع الحمراء وعلامات المرض المبكرة تفترض السحر بالمعنى العملي ذلك إن الأحمر إنما هو الرمز الشائع للسحر كما أن شيطان هذه القبائل المتنكر والمتحفظ يسمى ماوثما أي Mathoma الأحمر مثل الأدوات الخطرة ورداء القوة الأحمر، الذي يصنعه الحداد للرئيس.

٣- ظهر نوعان من العلامات الدامغة (الوصمة) بشكل مختلف في أوضاع متغيرة:

فحينما رأى قبائل الليمبا في الغرب والجنوب أن مرض الجذام يمكن أن يعالج، فقد تخلوا سريعاً عن مواقفهم السلبية تجاه المرضي، وذلك على الرغم من أنهم عاملوهم بقسوة إذ كانوا خائفين من المرض بشدة، ولم يكن خوفهم وليس من المصابين بالمرض. ومن ثم اختفي الخوف حينما شفي المصابون بالمرض.

أما قبائل الليمبا في المنطقة الشمالية فقد كانوا أقل ميلاً للتخلص من مواقفهم السلبية. فعلى الرغم من أنهم عاملوا المصابين بطريقة أفضل إلا أنهم كانوا يخافون منهم بدرجة أكبر من خوفهم من المرض. فقد أوقفوا عزل المصابين ولكنهم استمرروا في الخوف منهم وهكذا استمرت مواقفهم السلبية على الرغم من ظهور العقافير الحديثة. والشئ الذي قد يدعو للغرابة هي أن السيطرة على هذا المرض قد أدت إلى تحجيم (تقليل) الوصمة بالنسبة للمرضي الذين عاملهم الناس بقسوة، بدرجة أكثر من المرضي الذين عاملهم الناس بالشفقة.

٤- إعادة تفسير نظرية «الجرائم» الذي وضع بمعرفة المشتغلين بالطب:

كانت قبائل الليمبا عندما تظهر على أحدهم بقعًا قليلة تراها كمرض بسيط أو تأثير خارق للطبيعة قليل الأهمية ربما يسموه Nkehrchkehreh مرض جلدي (ثعلبة)، أو قوبا متعددة الألوان tawo، أو يرونه ببساطة كلدغة حشرة. وقد يفسروها أيضاً باعتبارها إشارة مرسلة بواسطة الأسلاف كنوع من أنواع الوصمة التي تظهر -مؤخراً- على الجلد، ويقال أنها تظهر في سنوات البلوغ. غير أن التفسير الأكثر شيوعاً هو أن هذه البقع إنما هي طفح جلدي (kulang) سببه قتل الفرد لحيوان مقدس (طوطم) وأن اسم عائلته يرتبط بهذا الطوطم وأعضاء عائلته تحرم ذبح أو قتل هذا الطوطم ويقال أن هذا الفعل يؤدي إلى مرض بسيط (طفح جلدي) يعتقد في شفاؤه في وقت قصير إذا لم يتكرر الإثم.

ولكن إذا زادت البقع الجلدية فإن المريض يحتاج للعلاج، والمعالجة التقليدية واحدة في مناطق الليمبا الثلاث. حيث يقوم الأعشابي بدعك البقع الجلدية بورقة نبات ذات سطح خشن لتنبيب النزف وحينئذ يفركها بمعجون أسود مصنوع من أوراق نباتية محروقة وزيت نخيل محروق وفي بعض الحالات يحرق البقع الجلدية بسكين ساخن. وتؤدي هذه المعالجة إلى قاعدة الإبطال أو التحييد للسمة الأساسية لهذا المرض وهو اللون الأحمر للبقع في هذه الحالة. وال فكرة الأساسية هي إبطال اللون الأحمر بالأسود أو بالاتصال المثبط للأحمر.

(٢) كيف تؤثر رؤية العالم لدى الطبيب المعالج والعالم في عملهما؟^(١)

وستكشف هذه الدراسة دور العالم والطبيب المعالج فيما يتعلق برؤيتهم الشخصية للعالم. وهل تؤثر هذه الرؤية على نتائج العالم، وتحث تأثيرها على الملاحظات العلمية للباحث، وعلى عمل الطبيب المعالج مع مرضاه. كما تبني (رؤية عالم) تعتمد على وجهة نظر دينية وتشير إلى افتراضات أساسية معينة:

أ - افتراضات حول وجود الله، و حول نشأة وطبيعة الكون، و حول طبيعة الإنسان، و حول المعنى والهدف من الحياة على هذه الأرض، و حول القضاء والقدر.

ب - هل رؤية العالم النظرة العالمية The Weltanschauung المحيطة بالعالم لها أي تأثير جدي على عمله؟

ج - هل تؤثر رؤية الطبيب المعالج للعالم بشكل هام في دوره سواء أكان باحثاً يتعامل مع البحث أم كطبيب ومعالج يعالج المرضى؟

وقد تناولت الدراسة رؤية الطبيب المعالج للعالم (كرؤية مسيحية) من حيث تأثيرها في عمل العلماء كأطباء معالجين، ومن حيث مفعولها على أدوارهم بالنسبة لرعاية وعلاج المرضى. كما حددت بعض المعايير البسيطة

(1) Armand M. Nicholi, 'How does the world view of the scientist & the clinician influence their work', from perspectives on science and Christian faith, 41:4, 1989: P. 214-220.

للعلاقة بين الطبيب والمريض والتي يجب أن يلتزم بها الطبيب لإقامة علاقة ناجحة بينه وبين المريض داخل حدود العلاقة المهنية بدون تعصب أو تعاطف.

وقد خلصت هذه الدراسة إلى :

أ - إن رؤية المريض كإنسان خلقه الله ضعيفاً، تؤثر على لهجة وسلوك الطبيب المعالج نحو المريض. كما أنها تحول دون التعامل مع المريض ك مجرد «حالة مرضية»، يجب أن تقيم أعراضها لربطها بالتشخيص الملائم، وتشجع السلوك الذي يوجه نظر الطبيب إلى ما وراء أسباب المرض، وأن ينظر إلى المريض كإنسان مثله، له خصائصه المتفردة وبنفس الآمال والتخوفات والطموحات والمشاعر وربما نفس الصراعات أيضاً، وما يعانيه الإنسان - وخاصة الإنسان الضعيف - الذي اضطره المرض للاعتماد على الطبيب.

ب - إن التعامل مع المريض وفقاً لهذه الرؤية سوف يكفل قدر من التواضع لدى الطبيب وتجنبه الترفع والكبراء الذي يصيب من يتولى مقاليد السلطة على الآخرين. كما تهيئ إعطاء المريض المودة والاحترام التي تعطي لزائر محترم أو قريب محبوب أو شخص مرغوب، وتشجع الرغبة لديه أن يخدم المريض وبهدى من روعه ويخفف من ألمه.

ج - هذه الرؤية توجه الطبيب إلى ابتناء الأفضل للمريض والتصريف وفقاً لذلك، سواء أكان المريض يثير المشاعر الموجبة أم السالبة، ومن ثم فإنها تقتضي درجة ليست قليلة من النضج الروحي من قبل الطبيب كما تتطلب منه أيضاً أن يبذل أقصى اهتمام بالمريض بصرف النظر عن مشاعره التي قد يضطر إلى عكسها ويصرف النظر عن المكانة الخاصة بالمريض.

* (٣) **الطب الشعبي والمعتقدات الصحية^(١)**: من وجهة نظر السكان الأبلاشينيين.

تؤكد هذه الدراسة على أهمية قضية الرعاية الصحية التي أصبحت تمثل جدلاً مستمراً في المجتمع الأمريكي، كما تؤكد أيضاً على أن هناك تفاوتاً كبيراً بين الاستخدام الفعلى والاستخدام المنشور المسجل والمعلن لخدمات الرعاية الصحية، وذلك حيث يسقط الباحثون والممارسوون جزءاً كبيراً من السكان الأمريكيين حينما لا ينظرون إلى الطب الشعبي كنظام بديل قابل للتطبيق في تقليد الرعاية الصحية. ومن ثم تهتم هذه الدراسة بصفة خاصة بمارسات الطب الشعبي وسط السكان الأبلاشينيين. كما تأخذ بعين الاعتبار أهمية استعمال نظرية تكاملية ونموذج معتقد صحي لفهم فائدة الطب البديل في الولايات المتحدة وتهدف إلى:-

- أ - **بحث أهمية الطب الشعبي داخل نظام معتقد ثقافي أبلاشيني.**
- ب - ومن ثم كيف يمكن أن يقوم مقدمو الرعاية الصحية بتقييم دور الطب الشعبي للسكان (العلماء) الأحياء.
- ج - **بحث كيف يمكن أن يقوم المتخصصون في الرعاية الصحية بدور المدافعين والمؤيدين والوسطاء المهتمين بنقلية الطب الشعبي.**

(1) Hellton L. R., "Folk Medicine and Health Beliefs: An Appalachian Perspective".

J. Cult. Divers., vol 3, N. 4, 1996: pp. 123-280 .

* يعرف الأبلاشينيون بكل الأفراد وسلامتهم الذين نشأوا في غرب فرجينيا بالولايات المتحدة أو أجزاء من ولاية الأخرى التي تمر خلالها سلسلة جبال الأبلاشين. وتشمل هذه الولايات: ولاية ألاباما، والمسيسيبي وجورجيا وشمال كارولينا وجنوب كارولينا ونيبوري وفرجينيا و كنتاكي وبنسلفانيا وميرلاند ونيويورك. وقد بدأ سكان هذه الجبال في الهجرة إلى المدن الغربية بأعداد كبيرة في العشرينات والأربعينات، وقد قدر علماء الاجتماع أن حوالي ٣٦,٣ % من سلسلي من جبال الأبلاشين يكشفون عن قيم ثقافية راسخة من المعتقدات الدينية المتشددة (المتعصبة) والاتجاه الحالي والشخصانية والعائلية والتقاليدية. والإحساس القوى بالمكان. وعلى الرغم من أن معظم الأبلاشينيين فوقازيين وأسكتلنديين وإنجليز وأيرلنديين من السلالة البريتية، فإن حوالي مليون ونصف منهم يعتبروا من الأمريكيين الأفارقة. كما أن سكان جبال الأبلاشين الذين هاجروا من جنوب الولايات المتحدة هم الذين ساهموا بالقيم الثقافية المشابهة المتعلقة بالروابط القرابية والمعتقدات الدينية وتفضيلات مصادر الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية غير الرسمية. (نفس المصدر السابق)

د - كيف يمكن للطب الشعبي الأ بلاشي أن يندمج في نظام الرعاية الصحية ويتكمّل معه.

وستعرض الدراسة العوامل التي أدت إلى تزايد الطب الشعبي في المجتمع الأمريكي، ففي المجتمعات المتعددة الثقافات تمنع معظم الجماعات العرقية الفرقة من الثقة في الطب الشعبي حيث يشعرون به كمميز لهويتهم الثقافية، بالإضافة إلى أسباب أخرى مثل تصاعدتكلفة الرعاية الصحية السائدة في المجتمع وبعض القيود الموضوعة على الإجهاض ومعارضة بعض السياسيين لتطبيق نظام التأمين الصحي وعدم قدرة الكثيرين على الوصول لخدمات الرعاية الصحية.

كما تشير الدراسة إلى أنه على الرغم من أن البحث في مجال الطب الشعبي يعد محدوداً، فمن المسلم به أن الثقافة تلعب دوراً حيوياً فيه كما أن أنواع ومدى الممارسة الطبية تعد مفروضة بواسطة كل ثقافة. وأن الدور الرئيسي المتعلق بأسباب المرض داخل الثقافات يعد عملية «تنشئة اجتماعية» Socialization، تستلزم أنظمة معتقدات عائلية والتزامات وتضامن مع المعنيين الآخرين. ومع أنه من المعلوم أن العديد من القوى التطورية المختلفة تؤثر في ممارسة الطب الشعبي فإن هناك نظرية بسيطة موحدة تتطور في هذا المجال (نموذج معتقد صحي) تبشر بأن تكون إطاراً لدراسة الطب الشعبي، وتعتمد على فكرة أن احتمال أداء عمل صحي يتوقف على إدراك فائدة العمل والشعور بتهديد المرض أو الموت.

وعلى ذلك فإن قرار الشخص باستعمال طرق ووسائل الطب الشعبي يعتمد على نظام المعتقد الخاص به وقدر من الثقة في مهارات ممارس الطب الشعبي.

وقد أظهرت الدراسة أن الطب الشعبي الأ بلاشي يعتمد على قوة الاعتقاد حيث تتم المعالجات الشعبية بالاقتناع والاحترام للمعالج حيث يمارس كبار السن منهم العلاج الشعبي المتوارث من الأجيال السابقة. ويكون المعالجون الشعبيون في جبال الأ بلاش من الجدات (المولدات) والمتخصصين المحليين ذوي القدرة فوق الطبيعية في العلاج. والوظيفة الرئيسية للجدة هي التوليد، والتوليد له طقوس عبارة عن

استنشاق المرأة أثناء الولادة (الطلق) حيث يقوم الزوج بمساعدة المولدة ونفع النسق في وجه زوجته ليبسب «العطسه»، وبالتالي تسرع في الولادة. بالإضافة إلى استخدام أنواع كبيرة من الأدوية العشبية مثل نبات الساسفراس وشجر بلسم المسكن وجذور نبات عنب الذئب، ونبات الجنسة الصيني.

كما تأثر الأ بلاشينيون أيضاً بالخرافة والفلكلور في ممارسة الرعاية الصحية. كما يتمسكون بالمعتقدات الدينية الأساسية، من أن الصحة الجيدة تعزى للصدقة في حين أن المرض يحدث من عند الله والشفاء هو علامة المغفرة.

وقد انتهت الدراسة إلى ضرورة الاعتراف بوجود الطب الشعبي وتناوله كموضوع بحث هام وعنصر محوري في تطور استراتيجيات العلاج في الرعاية الصحية. وعدم إهماله كمؤثر قوي في خيارات وسائل الرعاية الصحية. ومع أن لكل من الطب الشعبي والطب السائد نظرياته وخطط علاج مختلفة غير أنه من المتوقع أن تكون نتائجهم سواء ، لا وهي علاج المرض. وعلى الرغم من أن أهدافهما متشابهة وأن أسلوب علاجهما يتضمن نفس العناصر فنادراً ما يتصلون ببعضهم البعض. ولذلك يجب تشجيع وتطوير الجمعيات الطبية العامة والشعبية وتشجيع التعاون البحثي لكي يسمع بالتفاعل المتزايد والمشاركة بالخبرة بين كل مقدمي الرعاية الصحية والمهنيين الطبيين.

(٤) ممارسة الطب الشعبي : في المناطق الحضرية المتنوعة السكان^(١) :

استهدفت هذه الدراسة الكشف عن أنماط الطب الشعبي ومدى استعمالها في المناطق الحضرية المتنوعة السكان ، من خلال استطلاع مدى الاستفادة من الخدمات الصحية للطفل من قبل والدين منخفضي الدخل . وسؤال الوالدين عن استفادتهم الحالية من الخدمات الصحية ، و موقفهم تجاه نوعية هذه الخدمات و حاجتهم لها . ومدى توفر الخدمات الملائمة ومدى ممارستهم للعلاج المنزلي والمصادر البديلة للرعاية الصحية.

(1) Rosina M. B, Alfred P.L., "Folk Medicine use: Diverse Populations in a Metropolitan Area", Social Work in Health Care, vol 21(4) 1995: PP. 37-52.

وقد اختير المبحوثون في هذه الدراسة من أربع مجموعات عرقية مختلفة لكي تسمح بالمقارنات الثقافية المشتركة: أمريكيان- أفريقيون وأمريكان- مكسيكيون وأمريكان- صينيون، وأسبان غير بيض من مشروعات إسكان عامة والحي الصيني الحضري بولاية لوس أنجلوس، بالولايات المتحدة.

وقد حرصت الدراسة من بدايتها إلى تحديد ما يعنيه مصطلح «الطب الشعبي»، مبينة أن له عدة تعريفات في سياق الحديث، حيث يمكن أن يشير إلى:-

أ- ممارسات خاصة بأعضاء جماعة عرقية مثل: الطب الشعبي الصيني أو الطب الشعبي الأمريكي - المكسيكي.

ب- يستعين بممارسين طبيين من خارج المؤسسة الطبية الغربية.

ج- وسائل علاجية جيدة مستمدّة من تقاليد الأسلاف السابقين. أو وسائل علاجية رديئة مثل التي تعالج بها المجتمعات البدائية نفسها بدلاً من العناية الطبية المدرية.

كما أوضحت الدراسة أن هناك مفهوماً ضمنياً في أي تعريف يستخدم للطب الشعبي وهو أن سكان الحضر الذين لهم القدرة على الوصول إلى ممارس الطب العلمي الحديث، أقل احتمالاً من نظرائهم الريفيين في استخدام الوسائل العلاجية للطب الشعبي كمصدر لعلاجهم وعلاج أطفالهم. وأن هناك اعتقاداً شائعاً يتمثل في أن ممارسة الثقافة الشعبية يقتصر أساساً على الأماكن الريفية التي تكون الرعاية الصحية فيها محدودة، وأن الثقافة الشعبية والمجتمع الحضري شيئاً متافقان من وجهة النظر الشعبية. في حين يزعم (Foster) أن من الخطأ اعتبار «الثقافة الشعبية» منفصلة عن حياة المدينة الحضرية، ويفترض أن أنماط الثقافة الشعبية اندمجت وتحورت من مجتمع ريفي إلى حياة مدنية، ولم تتمهي بتقدم التحضر. كما عرضت أيضاً رأي (Roeder) المتضمن أن الهجرة والانضمام لجماعة أقلية تزيد من وعي الفرد بثقافته وتقاليله بما في ذلك تقاليد الرعاية الصحية، ويؤدي هذا الوعي إلى التدقيق في تقاليد الرعاية الصحية في ثقافة الفرد وفي ثقافة الأغلبية وكذلك في تقاليد الرعاية الصحية

الطبية - الحيوية ، غير أنه بسبب عدم وضوح خيارات الرعاية الصحية وعدم تغطيتها لكل الأمراض فمن المحتمل أن يستفيد الأفراد بمارسات كل من الرعاية الصحية التقليدية والرعاية الصحية الطبية - الحيوية .

والأساس النظري الذي ترتكز عليه هذه الدراسة هو:

أ - أن معظم معتقدات الطب الشعبي لدى شعوب المجتمعات الغربية مشتقة من النظرية اليونانية القديمة عن الأخلط الأربعة ، التي تقوم على أن الأخلط الجسمية الأربع: الدم والبلغم والصفراء والسوداء تتصرف بالصفات المرتبطة بالنار والأرض والماء والهواء وهذه الصفات هي: الحرارة والبرودة والرطوبة والجفاف على التوالي . وينتهي التوازن الملائم لهذه الأخلط إلى ما يعرف بالصحة الجيدة وأن اختلال توازنها يؤدي إلى المرض . بمعنى أن البرد المفرط والزيادة الشديدة في الحرارة والرطوبة أو الجفاف يؤدي إلى حالة من عدم التوازن الذي يميز المرض . وتنسب هذه الأفكار إلى «أبو قراط» و«جالنيوس»، وربما كان نموذج «الحار / البارد» مشتقاً من مبدأ الـ (yin and yang) (توازن الثنائيات) الذي يرجع إلى سنة ٢٦٩٨ - ٢٥٩٨ قبل الميلاد .

ب - أن هناك مزيجاً من ممارسات الطب الشعبي والطب الحديث أو الطب الغربي ، يقوم على الاعتقاد بفعالية النوعين في معالجة أنواع مختلفة من المرض ، وأن الأعشاب الطبية تستخدم بالتزامن مع الأدوية الأخرى التي يصفها الأطباء . كما يمكن الشعور بالمرض كعدم توازن في النظام الطبيعي أو قد ينسب بشكل متباين للعقاب الإلهي أو السحر ، والعلاج يكون بالإيمان أو بالطبيعة ويستعاد التوازن بالأدوية العشبية أو الطبيعية أو بالقوة الإلهية أو الدينية حيث يكون المعالجون الذين يزعمون أنهم على اتصال بالقوة الإلهية قادرین على إبعاد الخطيئة عن الشخص المريض واستعادة الصحة .

ج - هناك مفهوم آخر يمكن أن يقال بأنه وجه الطب الشعبي ونعني به المفهوم العملي (الذرائي) الذي يتخذ من النتائج العملية معياراً له «إذا تحققت نتائجه - استعمله» ، وذلك على عكس الطب العلمي . فالطب الشعبي لا يحتاج لإثبات «لماذا أو

كيف يعمل الشئ ، بل إثبات أنه يعمل فقط . ويؤكد هذا المفهوم ما يرويه (Meyer) عن تاريخ الطب الشعبي بقوله أن ممارسة البابليين للطب الشعبي كانت تتم بوضع المريض في سوق عام لكي يراه كل شخص وأن يجرب معه العلاج ، وحينما تتحقق نتيجة العلاج تنتشر المعرفة به في كافة أرجاء المملكة وهذا التقليد مازال مستمراً حتى الآن.

وقد كشفت الدراسة عن من هم هؤلاء الذين يستخدمون الوسائل العلاجية الشعبية؟ حيث أظهرت أن الأمهات هن اللائي يقررن استخدام الوسائل العلاجية الشعبية المتاحة بصفة عامة ، أو عدم استخدامها . كما يبدو أن هذه الأنواع من العلاج تم تعلمها من خلال الروابط العائلية والعرقية والثقافية حيث ذكر العديد منهن أن معرفتهن بالوسائل العلاجية المنزلية كان من خلال أمهاتهن أو جداتهن أو خالاتهن أو عماتهن بطريقة تلقائية وأن العائلات التي كانت من مجموعات عرقية مماثلة كانت تميل إلى استخدام الأنواع الرئيسية من هذه العلاجات .

كما انتهت هذه الدراسة إلى أن نتائج هذه الممارسات مازالت مفيدة ومناسبة حتى اليوم ، وأن الطب الشعبي مازال باقياً بسبب نجاحه وتصاعد تكلفة الرعاية الصحية وعدم الثقة والارتياح في الأطباء ، والعادات العائلية المتوارثة التي استمرت بمثابة تقاليد طبية شعبية ، الأمر الذي يعني أن ممارسات الطب الشعبي تنتقل سمعياً بين الأجيال وتحتفظ بدرجة عالية من الاتساق خلال الزمن . وقد انتهت الدراسة إلى النتائج التالية :-

أ - أن تقليد الطب الشعبي كان قوياً جداً بين كل المجموعات التي تم مقابلتها في هذه الدراسة ولكن كان هناك اختلاف هام في النسبة المئوية لمستعمليه من هذه المجموعات .

ب - ظهر أن الأسبانيين غير البيض كانوا أكثر احتمالاً لاستعمال الطعام كعلاج بينما استعمل الأمريكيون الأفارقة تنوعة من الأعشاب غير العادية أما الأمريكيان المكسيكيون فقد اعتمدوا أساساً على نبات (المنزانيلا) و (اليربابينا) وبضعة

أعشاب أخرى مقبولة ثقافياً لعلاج بعض أنواع المرض كما اعتمد الأميركيون الصينيون على مستحضرات خاصة تعرف بدون وصفة طبية من التركيبات الدوائية الصينية.

ج- أصبحت المعرفة بالوسائل العلاجية المنزلية أكثر شعبية بين أفراد الطبقة المتوسطة، كما زاد اهتمامها بالأغذية الصحية واللياقة والفيتامينات. وأصبح معظم الأفراد أكثر وعياً بقابلية ومقبولية الوسائل العلاجية المنزلية وطريقة استعمالها لعلاج الأمراض البسيطة والوقاية من الأمراض الخطيرة، مع عدم استعمال الطب الشعبي كعلاج للأمراض المزمنة ولا كبديل للأطباء أو التكنولوجيا الطبية الأخرى.

د- سيستمر الطب الشعبي موجوداً، ولن تمحوه التكنولوجيا ولا التحضر، وأينما تزدهر الثقافة الخاصة بتلك المجموعات العرقية فإن المعتقدات الشعبية حول الصحة والمرض سوف تسود، كما يمكن أن يرى الطب الشعبي كجانب من الدور الذي تلعبه العائلة كنظام علاجي بديل. وتتجسد الممارسات العائلية في السياق الثقافي الذي يحدد ويعرف هذه الممارسات بالنسبة لكل العائلات بغض النظر عن العرقية.

هـ- إذا اعتبر الطب الشعبي كتطور منطقي لتفاعل الفكر العلمي مع الاتجاهات والممارسات الصحية لجماعة ثقافية عبر الزمن، فإنه لا يمكن أن يعرف بشكل واضح كأسلوب بطل استعماله لفعل الأشياء. لأنه ببساطة ليس مجموعة من الوسائل العلاجية التي تتوارث بين السكان الاقرويين الريفيين من خلال الكلمة المنطقية، بل أنه دليل أسلوب متمرس في التفكير وأن ما يندمج فيه أو يتضمنه كان أكثر فعالية من الأجيال السابقة نحو أسلوب حديث لفعل الأشياء كما أنه المدخل الذي يحاول أن يصون أفضل ما في الماضي في ممارسات صحية حالية.

(٥) تأملات فيما هو خاطئ: تشخيص المرض ومفاهيم المريض عن المرض^(١):

تري هذه الدراسة أن عملية طلب المشورة الطبية للمساعدة في تفسير الأحساس الجسمية السلبية تمثل مرحلة حاسمة في عملية فهم المريض للمرض وتصريفه بناء على ذلك. ومن ثم فهي تهدف إلى:

أ - الفهم الأفضل للدور الذي تؤديه عملية الاستشارات الطبية وخاصة التشخيص الطبي في توضيح ما هو الخطأ في تفسيرات المرضى للمرض، وذلك خلال استشارة طبية واحدة أو استشارتين بالنسبة لحالة مرضية معينة أو مجموعة من الشكاري والأعراض.

ب - تتبع كيفية تفاعل التفسير السابق للمريض مع الشرح الطبي لموضوع المرض.

وقد اهتمت هذه الدراسة أساساً ب موضوعين رئيسيين:-

الأول: الأسباب التي تؤثر على تصرف الأفراد حينما يفهمون ما يشعرون به.

الثاني: عملية شرح وتوضيح المفاهيم التي يتشاركون فيها.

وقد سمحت هذه الدراسة - من خلال المنهج المستخدم - ببحث الأساليب التي تمارسها مجموعة من النساء في إعادة تنظيم مفاهيم مرضهن تبعاً لأطوار حياتهن. وكذلك بحث العمليات التفاعلية التي تستند عليها مفاهيم المرض في سياق أوضاع وخبرات الحياة اليومية. وذلك من خلال مقابلات مكونة من أسللة ذات اجابات مفتوحة ومقيدة والتي تناولت أسباب استشارتهن للطبيب والأعراض التي كن يشعرن بها وأفكارهن عن أسبابها وما الذي يخفف أو يثير هذه الأعراض وتفكيرهن في تأثير المعالجة ومصادر معلوماتهن عن الصحة بشكل عام، بالإضافة إلى أسللة عن روتينهن

(1) Linda M. Hunt, "views of what's wrong: Diagnosis and Patient's Concepts of Illness", soc. sci. Med. Vol. 9, 1989: PP. 945-956.

اليومي وكيف تأثر بهذه الأعراض وأي تغيرات في حياتهن خلال فترة المقابلة. كما تضمنت المقابلة الثانية والأخيرة انطباعاتهن عن الطبيب وفهمهن للتشخيص والوسائل العلاجية الموصي بها.

كما تمت مقابلات لأربعة من الأطباء بالإضافة إلى مقابلات المرضى، بشأن ممارساتهم ومرضائهم واستنباط رؤيتهم لما هو خطأ بالنسبة لكل المرضى.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :-

أ- أن توضيحات المرض لا تمثل معايير فكرية ساكنة لكي تقدم أنماطاً للأداء، ولكنها توجد مستقلة وديناميكية لكي تتذبذب خلال الوقت وبالطريقة التي تسمح لها أن تندمج بشكل هادف في أوضاع الحياة المتطورة.

وأن التفاعل الطبي هو مجرد أحد الحالات الاجتماعية الكثيرة التي لها تأثير شديد على طبيعة وتطور معنى المرض.

ب- أن خبرة الناس بالمرض وفهمهم له وتعاملهم معه كجانب من حياتهم اليومية، تتوافق مع افتراض أن معانٍ المرض تعد خاصة بالسياق الذي يعيش فيه الناس. وأن معنى المرض المستخدم بواسطة النساء اللائي تم مقابلتهن كان خاصاً بسياق حياتهن اليومية، وأنهن فهمن مرضهن من خلال عملية إعادة النظر التي أسفرت عن توضيحات قابلة للتعديل ومنطقية بالنسبة لهن من حيث تفكيرهن اليومي ومستمدٍ من حاجتهن اليومية.

ج- أثبتت التصورات المبدئية - حول أمراضهن والتي تمسكن بها قبل التشخيص - أنها متماسكة ودائمة. كما كانت توضيحات الطبيب غير مقنعة كبديلة للمفاهيم السابقة ولكنها كانت تعدل في الأساليب التي تقلل من تناقضها مع الأفكار المسينة.

د- تشير النتائج إلى أن الناس يمكنهم بطريقة فعلية في عملية ديناميكية لشرح مفاهيم وتفسيرات خبرتهم بالأعراض وهذه تعد عملية تفاعلية بشكل أساسي:

فالمواد الخام تؤخذ من البيئة الاجتماعية والتوضيح المفيد في هذه البيئة يقدم المعيار لكفاءتها، كما يلعب التسخين الطبي في هذه العملية دوراً بسيطاً نسبياً، وقد سمح التركيز على أوضاع الحياة بالنسبة للناس بتتبع بعض الأساليب التي يجلبون بها بعض الإيضاحات الحساسة التي تصبح بعد ذلك متواقة وصالحة للاستعمال في تجربتهم المعاشرة.

هـ- رغم افتراض أن التسخين الطبي للأطباء يمكن أن يقوم بدور رئيسي في تفسير المرضي لتجربة مرضهم، فقد كانت أوضاع حياة الناس الحالية وتجاربهم وبيئتهم السابقة أكثر وضوحاً من التفسير الطبي المعروض. ويوضع مثل هذه العوامل في الاعتبار يتضح أن الأسلوب الوحيد لفهم معاملات وسلوكيات المرض يبدو متناقضاً وغير منطقي من ناحية أخرى. وعلى ذلك يكون التسخين الطبي شيئاً اجتماعياً وتفاعلياً له استعمالات غير انتاج وتبرير المعالجة الطبية، فالتسخين الطبي يجرب ويعدل ويجدد في البيئة الاجتماعية بالإضافة إلى البيئة الطبية. وقلما تؤدي هذه العملية إلى رفض التوضيح الطبي، ولكن الأكثر شيوعاً أن تشخيص الطبيب يصبح مدمجاً - بطريقة ما - في تفسير مرض المريض ولو بطريقة ظاهرية بمعنى أنه تشخيص على المستوى الاصطلاحي.

وـ- أن المساهمة النظرية الأكثر أهمية لهذه الدراسة تنبع من مناسبة تتبع تطور توضيح المرض خلال الوقت. إن مفهوم النماذج التفسيرية لـ Kleinman استخدم في الأنثروبولوجيا الطبية وفي التطبيقات العيادية (الاكلينيكية) على نطاق واسع غير أنها وظفت كمفهوم ساكن في الحالات العيادية. وعلى النقيض كانت إيضاحات المرضي توجد مستقلة وديناميكية تعدل ويعاد تعديلها باستمرار. ولعب تشخيص الطبيب دوراً ما ولكنه لم يكن الدور الأساسي على الإطلاق حيث ظهرت البيئة الاجتماعية بالإضافة إلى البيئة الطبية والتاريخ السابق أكثر أهمية من التشخيص الطبي. وقد كانت هذه النتائج ترتاب في مكانة النماذج المعرفية في الأنثروبولوجيا بصفة عامة لأنها تعاني من نفس العيوب كالنماذج التفسيرية في

الأنثربولوجيا الطبية.

(٦) الأوضاع الصحية بين الصيادين الذين يعيشون في منطقة يتفشى فيها المرض (ميناماتا)^(١)

استهدفت هذه الدراسة بحث الأحوال الصحية الشائعة بين الصيادين الذين يعيشون بمحاذاة المنطقة الساحلية لبحر ياتسوشiro الذي تعرض للتلوث الشديد بغاز المثيل الزئبقي حيث أجرت استقصاء بالمقابلة على عينة عشوائية من ٢١٥ صياد سمك خلال الفترة ١٩٨٨-١٩٩٠ في منطقتين متجاورتين تم تصنيفهما كمناطق ملوثة وهما: مدينة ميناماتا بولاية كوماموتو ومدينة أزومي بولاية كاجوشima.

كما استخدمت الدراسة أربعة مؤشرات لقياس الأحوال الصحية هي:-

أ- نشاطات الحياة اليومية.

ب- وجود أمراض مزمنة.

ج- أعراض ذاتية.

د- أعراض كآبة.

كما تم بحث أي ارتباطات بين كل من هذه المؤشرات والمستويات المأخوذة المقدرة من السمك والمحار خلال فترة التلوث الشديد. وتم تصنيف المقيمين في المناطق الملوثة في ثلاثة مجموعات:

أ- الأشخاص الذين تم تميزهم رسمياً كمرضى بمرض ميناماتا.

ب- أشخاص ينطبق عليهم هذا التمييز كمصابين بمرض ميناماتا ولكن لم يتم تميزهم بشكل رسمي.

ج- أشخاص لا ينطبق عليهم هذا التمييز.

وقد استخدمت الحالات المرتبطة بالتمييز في هذا التحليل كأحد العوامل

(١) Sugisawa A., "Health conditions among fishermen living in the Minamata disease prevalent area". Nippon Koshu Eisei Zasshi 41(5), 1994: pp. 428-40.

الضابطة (الحاكمة) وخلصت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:-

(أ) لوحظ أن هناك علاقة معنوية في تلك المدينتين بين الأعراض الذاتية والمستويات المأخوذة من السمك بعد التحكم في عامل الجنس والعمر. كما يفترض من الأعراض الذاتية أنها أظهرت أن مستوى الصحة للمرضى الذين تم تمييزهم كان أقل بين الثلاث مجموعات المرتبطة بالتمييز - وكان مستوى الصحة للمرضى الذين لم يتم تمييزهم أقل من الذين لم ينطبق عليهم التمييز.

(ب) اختفي التأثير المعنوي للمستويات المأخوذة من السمك على الأعراض الذاتية بعد التحكم في الجنس والعمر والحالات المرتبطة بالتمييز وذلك بين الصيادين في مدينة ميناماتا. وظلت العلاقة المعنوية بين الأعراض الذاتية والمستويات المأخوذة من السمك بنفس التحليل وسط الصيادين بمدينة أزومي .

(ج) كان مستوى الصحة العقلية للمرضى الذين لم يتم تمييزهم وكذلك الذين تم تمييزهم أقل نسبياً من الذين لم ينطبق عليهم التمييز. ومن ناحية أخرى لم يكن هناك ارتباط واضح بين الصحة العقلية والمستويات المأخوذة من السمك داخل حدود هذه الدراسة.

(٧) الموت في البحر: بعض العوامل المسئولة عن أخطار المهنة على البحارين البولنديين^(١) وصيادي الأسماك في أعماق البحار.

استهدفت هذه الدراسة التعرف على أسباب وظروف ومعدلات الموت بين البحارة البولنديين وصيادي السمك في أعماق البحر. وقد تكونت المجموعة التي أجريت عليها الدراسة من ١١٣ عامل في شركة عددها ٢٦٠ عامل في مشروعات صيد الأسماك. وقد سجل من هذه الأرقام ١٤٨ حالة موت (١٠٩ بحار، ٣٩ صياد سمك) وذلك خلال الفترة من ١٩٨٥ - ١٩٩٤ كان قد تم استجوابهم بالكامل ، وكان

(١) Jaremin B. and et., al., "Death at Sea: Certain Factors Responsible for Occupational Hazard in Polish seamen and Deep - Sea Fishermen", Int. J. Occup. Med. Environ. Health. 10(4), 1997: pp.405-16.

المتوسط السنوي لمعدلات الوفيات (٦٣٠) والحوادث المميتة (٦٧,٨) محسوباً لكل مائة ألف عامل.

وقد أظهرت الدراسة معدلات أعلى من هذه النسبة بين صيادي الأسماك والسكان الذكور من نفس الفئة العمرية (٢٠ - ٥٩) سنة العاملين في الفروع الاقتصادية الأخرى على الأرض، مع أنها تعد أقل بالمقارنة ببيانات البحارة وصيادي السمك الإنجليز والأمريكان. كما أظهرت الدراسة أن خطر الموت كان أعلى وخاصة بالنسبة للأشخاص الذين فوق سن الأربعين وعلى عكس النسبة العامة للسكان حيث كانت ترجع نسبة ٥٢٪ من حالات الموت لأسباب خارجية - كوارث البحر بالدرجة الأولى والإصابات والتسمم والمفقودين. وكان من بين الأسباب الذاتية للموت: تعل أكثر من ٨٠٪ من حالات الموت بسبب أمراض الدورة الدموية منها خمس هذه الحالات بسبب الذبحة الصدرية الحادة والثالث بسبب قصور في القلب الذي تم تشخيصه قبل رحلة السفر في البحر. كما أظهرت الدراسة أيضاً أن الأسباب التالية تمثل صفة مميزة لحدوث الموت أثناء رحلة السفر:

- الموت في عرض البحر لكون الشخص وجيداً في الكابينة بشكل مستمر.
- عدم إمكانية ترحيل الشخص المريض لمؤسسة طبية على الأرض.
- محدودية الإمكانيات للوصول إلى المساعدات الطبية المؤهلة وإنقاذ السريع من الخارج.
- رداءة وسائل إنقاذ الحياة وصعوبة الاتصالات.

كما أشارت الدراسة إلى أن النسبة المئوية الحقيقية لحالات الموت تؤثر تأثيراً عكسيّاً على أداء العمل في البحر، حيث ثبت أن عملية الإبحار والأحوال الجوية تمثلان خطورة وتهددان الحياة وهما المسؤولتان عن عواقب الهلاك والموت.

وخلصت الدراسة إلى أن الإجراءات المضادة التي اقترحها الباحثون لتقليل الأخطار الصحية وتهديد الحياة بالنسبة للبحارة وصائدِي الأسماك تعد محدودة القيمة نظراً لكل من الأسباب الاقتصادية والتنظيمية. وما زالت مراكب صيد الأسماك تمثل

أكثر مواقع العمل خطورة.

(٨) العمل والتأثيرات الصحية المزمنة بين صيادي السمك في تشيوجيا بايطاليا^(١):

تبحث هذه الدراسة في ما إذا كان هناك ارتباط بين مهنة صيد السمك في أعماق البحار والإصابة بالأمراض المزمنة الشائعة وتقدير هذا الارتباط. واستخدمت في ذلك طريقة البحث بالاستقصاء القطاعي بين مجموعات من المشغلين في صيد الأسماك ومجموعات أخرى من غير المشغلين. وتم تجميع البيانات العادلة من خلال القائمين بالمقابلة كما تم جمع البيانات الطبية بواسطة المتخصصين في الطب السريري وأخصائيي رسم القلب وقياس الضغط الشرياني وأخصائيي قياس اختبارات التنفس وأخصائيو فحص الأنف والأذن والحنجرة وقياس السمع وأخصائيي الرمد. كما استخدمت تحليل الانحدار التدريجي لإيجاد عوامل الخطر بالنسبة للأمراض والتأكد من تقديرات الخطر بالنسبة للمتغيرات المقدرة.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود ارتباط بين ساعات العمل الطويلة التي يقضيها الصياد في البحر وبين استهلاكه المرتفع من تدخينه السجائر وشرب الكحوليات، كما وجدت أيضاً ارتباطات معنوية بين كل من حوادث العمل والضوضاء المسببة لفقد السمع والالتهابات القرنية الناتجة عن الشمس والعشى الليلي والتهابات الشعبية والتهاب الجيوب الأنفية وأوجاع طبلة الأذن والتغيرات في رسم القلب من ناحية وبين جوانب أخرى مختلفة تتعلق بمهنة صيد السمك وهي العمل المتواصل في صيد السمك والصيد في أعلى البحار.

وخلصت الدراسة إلى أن مهنة الصيد في أعماق البحار هي مهنة خطيرة ومرهقة وأن تخفيض عدد سنوات العمل في البحر والإقلال من التعرض للضوضاء والأحوال الجوية السيئة والشمس وكذا الإقلال من التدخين والمواد الكحولية قد يؤدي

(1) Cosson F. F., and et., al., "Work and Chronic Health Effects among Fishermen in Chioggia Italy", G. Ital. Med. Lav. Erogn. 20(2), 1998: pp. 68-74.

إلى تقليل أمراض القلب والأمراض الجلدية والتنفسية وإصابات العمل.

(٩) مساهمات علم الأنثروبولوجيا الطبية في دراسة مقارنة لثقافة المرض : السوستو والدرن^(١).

تستهدف هذه الدراسة عرض طريقة تكيف المجتمعات المختلفة مع بناءاتها الاجتماعية، وعرض إسهامات الأنثروبولوجيا الطبية في فهم كيفية تصوير الثقافة ذاتها لمظاهر العمليات الفيزيقية واستجابة الأفراد والجماعات لها، وكذا المبادرات الأنثروبولوجية الطبية التي تؤثر ثقافياً في العمليات والأداء الوظيفي الطبيعي وغير الطبيعي للجسم، ومقارنة استجابات الثقافات المتنوعة لهذه الواقع والأحداث المتماثلة.

وقد بينت الدراسة «المعاناة من مرض السوستو»، في ضوء افتراض أن الإنسان يتكون من جسد وروح أو الجوهر اللا مادي للذات (immaterial essence) والذي ينفصل عن الجسد ويطوف بحرية حتى يقع أسيراً للقوى فوق الطبيعية. وأن الروح تترك الجسد خلال النوم وخاصة أثناء الأحلام وغالباً ما تنفصل عنه نتيجة لعدم الاستقرار أو حين الشعور بالخوف. كما بينت الدراسة أيضاً معتقدات المجتمعات الأصلية في أمريكا اللاتينية بالنسبة لأنفصال الروح عن الجسد ووقعها في الأسر يكون بسبب إساءة المريض بقصد أو بدون قصد للروح الحارسة في الأرض أو النهر أو البحيرة أو الغابة أو جماعات الحيوانات والطيور والأسماك، ومن ثم تحتاج عملية استعادة الروح إلى التكفير عن هذه الإساءة. أما بالنسبة لمعتقدات الهندوس فهم يرون أن انفصال الروح عن الجسد يحدث بسبب الرعب غير أن الروح لا تقع في الأسر. وتتركز الجهود في كل من هذين المعتقدين لاستعادة الروح في جسدها.

وبالنسبة لدراسة مرض السوستو فقد تم اختيار مجموعة من البالغين الذين

(1) Arthur J. Rubel and Carmella c. Moore, "The contribution of Medical Anthropology to a Comparative Study of Culture: Susto and Tuberculosis", *Medical Anthropology Quarterly*, 15(4), 2001: pp. 440-454.

- يعرف مرض السوستو بمرض الرعب والخوف وهو ينتشر بشكل كبير في كثير من المجتمعات أمريكا اللاتينية التي تختلف فيما بينها لغرياً وثقافياً. نفس المصدر.

يعانون من هذا المرض في ثلاثة مجتمعات ومقارنتهم بمرضى آخرين من كل مجتمع من نفس الجنس والعمر، ولكن لا يعانون من نفس المرض (السوستو). وقد تبين من الدراسة أن الذين يعانون من مرض السوستو - مع أنهم يمثلون المتغير التابع - لا يختلفون عن مجموعات المقارنة في أي أمراض بيولوجية أخرى، وإنما ظهرت عليهم أعراض وعلامات إكلينيكية متراكمة بدرجة أعلى من التي ظهرت على المجموعة غير المصابة بمرض السوستو. كما أتضح أيضاً أن هناك ارتباطاً بين مرض السوستو وتزايد الضغوط الاجتماعية في هذه المجتمعات الثلاثة الناتج عن حالة الاضطراب وعدم التوازن بين الدور الذي يقوم به الفرد ومستوى إحساسه بذاته. وقد تم قياس هذه المستويات بمعيار موسع للضغط الاجتماعي لجمع المعلومات عن إنجازات وأحاسيس المشتركين ووقعاتهم الاجتماعية وتقسيمهم حسب الجنس بصرف النظر عن المجتمع الذي يعيشون فيه.

وبناءً على التعامل مع العلامات الموضوعية والذاتية للمرض واختبار حالات الضعف العقلي وقياس الضغوط الاجتماعية للبحث عن الحالات المصابة بمرض السوستو، وتمييز نتائجهم عن ذوي المشكلات الصحية والاجتماعية الأخرى - فقد أظهرت الدراسة أن مرضى السوستو كانوا أكثر تعرضاً لوسائل الضغط الاجتماعي وظهرت عليهم العلامات الإكلينيكية وأعراض المرض الجسمي بدرجة أكثر وبالتالي ارتفعت بينهم نسبة الوفيات.

أما بالنسبة لدراسة حالات مرض الدرن، فقد بينت الدراسة أن أعراض هذا المرض ووسائل تشخيصه تختلف عن مرض السوستو فهي واضحة ويمكن اكتشافها بسهولة ولذلك استهدفت الدراسة كيفية تفسير المرض والاستجابة له من خلال السيطرة على العلامات المتكررة والقابلة للقياس للمرض النفسي - كمتغير مستقل - لمقارنة الاختلافات الديموغرافية والثقافية لدى جانب من الطبقة العاملة في مدينة *Ensenada* والتي يأتي إليها العديد من المهاجرين من مختلف أنحاء المكسيك ومدينة *Guadalajara* باعتبارها تمثل محور التقاء المهاجرين القادمين من والي الولايات

المتحدة. وتم إجراء مقابلات مع أفراد العينة وسؤالهم عن فهمهم لمشكلة المرض وأسبابه والعلاج المطلوب له وأين كانوا يبحثون عنه قبل الذهاب لعيادة الطبيب؟.

وقد خلصت الدراسة إلى أن بعض الباحثين قد أشاروا إلى دور عدم الثقة في المعرفة بالنظام الخلطي (humoral system) وذلك لأن:

- أ - هذا النظام قد يكون غير هام.
- ب - قد يكون ضعيفاً في مواجهة التفسيرات البيولوجية المتنافسة.
- ج- أن الناس قد ينسون أو يسقطون ببساطة ما كان يعتبر من مقوماته الأساسية من قبل.
- د - إن المرضي صغار السن إما يخفقون في تعلم هذه المعرفة التقليدية أو يتذمرون سبباً ضعيفاً للاحتفاظ بها.

كما تأكّدت وجهة نظر أخرى- بمقارنة ردود المفحوصين في مركزين حضريين نساء ورجال بالغين ومرضى أكبر وأصغر سنًا من مستويات تعليمية مختلفة - أن:

- أ - لا تزال هناك أهمية لهذا النظام الخلطي .
- ب - إن هذا النظام ليس ضعيفاً في مواجهة التفسيرات البيولوجية الأخرى للمرض.

وقد استمر علماء الأنثروبولوجيا الثقافية مشغوفين بانحراف الجسم البشري عن الحالة السوية المفترضة وبالجهود الثقافية لاستعادة توازن حالة الجسم حينما يتعرض للاختلال الوظيفي.

(١٠) **تصنيف المعرفة الطبية الأهلية وفقاً للجنس (النوع) : استعمال الأعشاب الطبية في الرعاية الصحية الأولية في الأمازون^(١).**

تعالج هذه الدراسة المعرفة الطبية الأهلية (المحلية) بما لها من أهمية وتأثير شديد على خطط الرعاية الصحية الأولية. وتوضح طبيعة العلاقة بين المعرفة الطبية

(1) Coral Wayland, "Gendering Local Knowledging: Medicinal Plant use and Primary Health Care in the Amazon", *Medical Anthropology Quarterly*, 15(2), 2001: pp. 171-188.

والسلطة والنوع (الجنس) داخل العائلة ومدى تأثير هذه العلاقة على استراتيجيات الرعاية الصحية. وتوضح الدراسة أن أدوار النساء كمعالجات غير رسميات في العائلة تعطي مثلاً لتصنيف المعرفة الطبية وفقاً للجنس، ففي جميع أنحاء العالم تعتبر النساء مثل الأمهات والزوجات والجدات هن المصدر الأول والأساسي للرعاية. ويمثلن دوراً واسعاً من المعرفة العلاجية التي تراكمت لديهن طوال حياتهن لعلاج العديد من الأمراض. إنهم يستخدمون خبرتهن ومعرفتهن في تشخيص المرض ويتعرفون على مسارات العلاج الملائمة ومعالجة الأمراض بالمواد المتاحة لديهن. حتى حينما يكن معالجات رسميات مثل المطبيات الشعبيات والطبيات والمعالجات بالأعشاب فلا تزال النساء تعالجن معظم الأمراض وسط أفراد العائلة. كما تعد المرأة من أهم مصادر علاج المريض في غياب الرعاية الصحية المجانية أو المنخفضة التكاليف. ومن ثم تصبح خبرة ومعرفة النساء كمعالجات مصدر السلطة والتأثير داخل العائلة. وقد لفت انتباه الباحث أن هناك ارتباطاً بين هذه المعرفة الطبية واستخدام الأعشاب الطبية في المجتمعات ذات الدخل المنخفض في الأمازون بالبرازيل، وبين السلطة والتأثير التي تتمتع بها النساء داخل هذه المجتمعات. حيث تعد المرأة هي مدير الرعاية الصحية في الأسرة ومن ثم تتعكس خطط ومشروعات الرعاية الصحية التي تضعها الدولة سلبياً على سلطة المرأة ودورها في الأسرة.

وcameت الدراسة باستخراج البيانات الكمية عن استخدام الأعشاب الطبية من خلال استطلاع أجري في مجتمع شبه متحضر في منطقة (بيرودي لوز) في البرازيل من خلال مسح عينة عشوائية لـ ١٥٣ عائلة خلال الفترة من أغسطس حتى سبتمبر ١٩٩٦ حيث أسفرت المناقشات الأولية مع الرجال والنساء أن النساء هن المسؤولات في المقام الأول عن إدارة أحداث المرض وسط أفراد العائلة في الـ ١٥٣ عائلة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أهمية العلاج العشبي في إدارة العائلة للمشكلات الصحية في منطقة البحث حيث جاءت إجابات النساء كما يلي:-

أ- ٤١٪ يستخدمن الأعشاب الطبية بشكل دائم.

ب- ٢٨٪ يستخدمن الأعشاب الطبية أحياناً

ج- ١٦٪ نادراً ما يستعملن الأعشاب الطبية.

د- ٤٪ لم يستعملن العلاج المنزلي مطلقاً.

كما أظهرت إجابات النساء أن أسباب استعمالهن للأعشاب الطبية في العلاج

المنزلي هي:-

٣٦٪ العلاج المنزلي ليس له تكلفة مالية.

٣٢٪ العلاج المنزلي أفضل من المستحضرات الصيدلانية.

١٥٪ ليس هناك حاجة لاستشارة الطبيب.

١٣٪ العلاج المنزلي أكثر فاعلية من المستحضرات الصيدلانية.

٨٪ هناك ثقة أكثر في العلاج المنزلي.

٦٪ العلاج المنزلي هو العلاج التقليدي.

٥٪ العلاج المنزلي أكثر ملاءمة لأمراض معينة.

٥٪ إنهم أكثر دراية بالعلاج المنزلي.

٣٪ العلاج المنزلي أكثر فاعلية وأسرع في الشفاء.

٣٪ لا توجد آثار جانبية للعلاج المنزلي.

ويلاحظ أن مجموع الإجابات تزيد عن نسبة ١٠٠٪ لأن بعض النساء اخترن

أكثر من سبب.

وقد خلصت الدراسة إلى أن تضمين المعرفة الطبية لدى النساء في برامج الرعاية الصحية يؤدي إلى نتائج فعالة في تحقيق أغراض هذه البرامج من حيث تحسين الأحوال الصحية للمجتمعات ذات الدخول الضئيلة كما يوفر بديلاً جيداً للرعاية الصحية ذات التكلفة العالية في عيادات الأطباء. كما أن تضمين هذه البرامج إنشاء صيدليات للأعشاب الطبية من شأنه تحسين تداول هذه الأعشاب والتعامل معها، ويحقق العديد من المنافع للعائلات حيث لها أنواع من النباتات وخدمات علاجية غير متاحة.

كما أن سلبيات هذه الاستراتيجية تظهر في تأثيرها على دور المرأة باعتبارها المسئولة عن الرعاية الصحية داخل الأسرة.

الفصل الثاني
علم الاجتماع الطبيعي والأنثروبولوجيا الطيبة
ودورهما في قضايا الصحة والرضا

- مقدمة -

- أولا ، المعالم الفكرية لعلم الاجتماع الطبيعي
- ثانيا ، المعالم الفكرية للأنثروبولوجيا الطيبة

مقدمة :

اهتمت الأفراد والمجتمعات منذ زمن بعيد بموضوعات الصحة والمرض من حيث العوامل الاجتماعية التي تؤثر على الصحة وتؤدي إلى انتشار المرض. كما اهتم الأطباء القدماء بتأثير الثقافة والسلوك الاجتماعي على الصحة والمرض ومدى تأثير صحة الإنسان بنمط الحياة وببيئته الاجتماعية والطبيعية. وقد كان الناس ينظرون إلى «الصحة» من خلال رؤية مجتمعية ويقيسونها وفقاً لبعديها الفيزيقي والاجتماعي وفي إطار ثلاثة محاور هي (١) :-

المحور الأول :

إن حالة الإحساس بالصحة ينظر إليها إما كظاهرة ذاتية أو موضوعية، ويبحث أن أيّاً من النظريتين يمتد إلى ما وراء المجال الفيزيقي.

المحور الثاني :

ويتضمن وسائل تحسين الصحة والمحافظة عليها.

المحور الثالث :

ويتناول قيمة الصحة والهدف منها، بمعنى أنها كيف تسمح للفرد أن يقوم بأداء وظائفه؟

وكان البعد الفيزيقي للصحة يقاس من حيث «توقع الحياة»، ومعدل وفيات الرضع والمقاييس الأخرى المرتبطة بذلك. أما البعد الاجتماعي فقد أعطي في قياسه الاهتمام بمفهوم «رأس المال الاجتماعي»، وهو المصطلح الذي استخدم للاعتراف بأهمية الشبكات الرسمية وغير الرسمية التي يعتمد عليها الأفراد والأسر والمجتمعات، وكذلك المساواة في الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للأفراد بحيث ينظر إلى عدم المساواة كعائق نحو بلوغ الصحة الاجتماعية.

وقد بدأ الاهتمام بدراسة العلاقة بين الواقع الاجتماعي والأحوال الصحية والمرضية في المجتمع منذ أواخر القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، وهو بداية

(1) Derek Yach, Loc., Cit.

ظهور علم الاجتماع الطبي كفرع حديث من علم الاجتماع. إلى أن تطور نتيجة للمعرفة والإلمام بالمعايير والقيم والمعتقدات والبناء الاجتماعي. مما ساعد على فهم طبيعة وأسباب المرض وكيفية استجابة الناس له. كما ساعد إدراك العلاقة بين العوامل الاجتماعية للمرض وتفسير ظاهرة الصحة والمرض في المجتمع على تفسير التنظيم الاجتماعي والوظيفي للمستشفيات والهيئات الصحية ودراسة العلاقات الاجتماعية بها. ومن ثم تبلورت اهتمامات علم الاجتماع الطبي حول عدة موضوعات كان من أهمها تطوير الخدمات الطبية والمساهمة في وضع السياسات الصحية، ودراسة العوامل الاجتماعية كالعادات والتقاليد والمعتقدات التي تسبب إصابة الإنسان بالمرض، واللجوء لطلب المساعدة الطبية والعلاقة بين الطبيب والمريض، ودراسة الأسباب الاجتماعية والأيكولوجية للمرض، وتوزيع الأدوية ومعدلات الوفيات وكافة مجالات الصحة العامة. بالإضافة إلى دراسة تنظيم الممارسات الطبية واتجاهات التعليم الطبي. هذا فضلاً عن دراسة الطب الشعبي وفنونه وممارساته العلاجية والمطبخ الشعبيين. ومقارنته بالطب الحديث وبيان مدى التداخل أو التعارض بينهما.

ومثلاً كان هناك اهتمام مشترك بين الطب وعلم الاجتماع، كان هناك اهتمام سابق بين الطب وعلم الأنثروبولوجيا الثقافية والاجتماعية أفرز الأنثروبولوجيا الطبية والتي تهتم بجانب كبير من الظواهر البيولوجية وخاصة ما يتعلق بالصحة والمرض وهي تركز على العلاقة البيئية بين الصحة والبيئة الثقافية- البيولوجية، كما تركز أيضاً على تعريفات الثقافة الاجتماعية لكل من المرض والعلاج. ولذلك فهي كدراسة بحثية تقع في منطقة التداخل والتشابك بين العلوم الطبيعية والعلوم الاجتماعية وتستمد رؤيتها من كليهما.

وهكذا فإذا كان علم الاجتماع الطبي يبرز اتجاهات وقيم المجتمع نحو العلاج الشعبي والعلاج الرسمي وكيفية استثمار هذه الاتجاهات والقيم في تدعيم الصحة العامة في المجتمع. فإن الأنثروبولوجيا الطبية تساعد على استكمال ظاهرة الصحة والمرض بالتركيز على العناصر الثقافية كالعادات والمعتقدات والطقس الشعبي

والمعالجين الشعبيين دورهم في قضايا الصحة والمرض.

أولاً : المعالم الفكرية لعلم الاجتماع الطبي

يعد علم الاجتماع الطبي أو علم اجتماع الصحة والمرض مجالاً علمياً حديثاً من مجالات علم الاجتماع، حيث بدأ الاهتمام به منذ سبعينيات القرن الماضي. ويكمّن تفسير تلك النشأة الحديثة لهذا العلم في أن الاتجاه السائد للنظريات الاجتماعية نجم عن حركة التّنوير والحركات السياسية والاجتماعية - في القرن الثامن عشر - القائمة على مفاهيم التّقدم باستخدام التّفكير العقلي والمنطقى. وفي حين كانت الموضوعات المعنية بالصحة والجسد وليدة في النّظرية الكلاسيكية، كان تراث حركة التّنوير يعني إمكانية النظر إلى تصرفات الأفراد كمتراوفة للوعي والنشاط العقلي. كما كان الموت مجالاً بالنسبة لعلم اجتماع الصحة والمرض في حالات جديرة بالاعتبار. والأكثر أهمية أن موضوعات الصحة والمرض والجسد لم تكن جزءاً من الطرح الواضح لعلم الاجتماع في مراحله المبكرة إذ كان قائماً آنذاك على اختلافه عن العلوم الطبيعية .

في عمل أميل دوركايم Emile Durkheim في أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين على سبيل المثال . وكما كتب شيلانج Shilling إن هذه الرؤية أثرت تأثيراً شديداً على علم الاجتماع، وتدل على أن العلوم الطبيعية والبيولوجية كانت مستبعدة من، وغير هامة للتخصص التقليدي لأبحاث علم الاجتماع، حيث كانت تعتمد هذه الأبحاث على عوامل اجتماعية بالكامل . والشيء المثير أن هذا المجال الفرعى لعلم الاجتماع (علم اجتماع الصحة والمرض) قد أُقى للتّيار متشبساً بجوهر علم الاجتماع ذاته، معرضًا عن الجسد الفيزيقي، ومؤكداً في بعض الأحيان على مدلول المرض على حساب الخبرة الجسدية . وهذا تبدو الأوضاع مقلوبة لأن النّظرية الاجتماعية تلقت الانتباه دائمًا إلى الطبيعة المتضمنة في الخبرة التي تتعكس على الفرد، والتي الخطر في المجتمع المعاصر ومن ثم يتعلّق علم اجتماع الصحة والمرض بالتجربة الاجتماعية الشاملة^(١) .

(1) Ellen Annandale, Op., Cit., pp.3-4.

غير أنه قد ظهر اعتراف مباشر بالعوامل الاجتماعية للصحة والمرض، وارتباط المرض بالبيئة الاجتماعية من جانب الطب الأمر الذي انعكس في النظرية والتطبيق، حيث ظهر مع بداية الثلاثينيات من القرن العشرين - خاصةً منذ الحرب العالمية الثانية - علاقات تبادلية بين الطب وعلم الاجتماع، مما يعني أن الطب لم يدرك الأبعاد الاجتماعية سواء على مستوى النظرية أم التطبيق حتى منتصف القرن التاسع عشر. على عكس علم الاجتماع الذي أبدى اهتماماً بسيطاً حال ظهوره بالجوانب الاجتماعية المتصلة بالطب، حيث نظر علماء الاجتماع إلى الطب باعتباره ميداناً من ميدانين دراستهم للثقافة الإنسانية واستمدوا رؤيتهم العلمية من الأفكار البيولوجية المحتواة في علم الطب. وبينما كان يركز الطب على الأفراد والأحداث التي تجري داخل الكائن العضوي، كان اهتمام علم الاجتماع ينصب على ما هو فوق الفرد أو الكائن العضوي، مما يشير إلى أن هناك انقساماً إجرائياً بين الطب والعلوم الاجتماعية خلال هذه الفترة^(١). فقد اهتم علم الطب بالعوامل الاجتماعية في تخفيض معدلات المرض وظهر ذلك في شكل ممارسات طبية بدائية وتدابير شعبية كانت تعتمد على مضمون التضامن الاجتماعي.

ثم ظهرت تلك الاهتمامات مرة ثانية من جانب علماء الطب حينما فتحوا المجال أمام علماء الاجتماع للنظر ثانية في الحقل الطبي كمجال للدراسات الاجتماعية. وهذا ما أدي في الآونة الأخيرة إلى خلق ميدانين علمية متضاربة أكثر من كونها متقاربة ثارت بشأنها بعض القضايا حول علاقة علم الاجتماع الطبي بالطب من ناحية، وعلاقة فروع علم الاجتماع الطبي ببعضها البعض من ناحية أخرى. وهكذا يعتبر علم الاجتماع الطبي مجالاً مشتركاً بين الطب وعلم الاجتماع و مجالاً للبحث التطبيقي، ومن ثم فهو يسعى إلى تطوير الأفكار السوسيولوجية في داخل السياق الطبي ودراسة القضايا الهامة **التطبيقية المتصلة بالصحة والمرض والرعاية الصحية**^(٢). ومن هنا تولدت فكرة تقسيم

(١) على عبد الرحمن جلبي وأخرين، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ص ٩-٦.

(٢) على مكارى، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية - دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة

علم الاجتماع الطبي إلى قسمين هما (١) :-

(١) علم اجتماع (سوسيولوجيا الطب) Sociology of medicine

وهو يدرس الطب كنمط سلوكي، كما يهتم بدراسة مجموعة من الموضوعات مثل البناء التنظيمي الطبي وعلاقـات الدور.

(٢) علم الاجتماع في الطب Sociology in medicine

ويهتم بالبحوث المشتركة بين علم الاجتماع والطب والتعليم الطبي وتكامل المفهومات والأساليب الفنية والمشكلات المتعلقة بالممارسة الطبية.

١ - المصادر النظرية لنشأة وتطور علم الاجتماع الطبي :

تشير المصادر الغربية إلى أن ظهور علم الاجتماع الطبي في كل من أوروبا والولايات المتحدة كفرع من علم الاجتماع كان في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية، على الرغم من أن جذوره تمتد إلى ما قبل ذلك. وقد جاء الكثير من دوافعه النظرية من الولايات المتحدة من خلال وضع مفاهيم للمرض مثل الانحراف الاجتماعي، والاهتمام بالنتائج والمتغيرات الصحية للتغيير الاجتماعي في عصر التصنيع والتحضر السريع. أما في أوروبا فترجع جذوره إلى علم الطب الاجتماعي الذي بزغ في بريطانيا في ما بين سنوات الحرب، واهتماماته بالأنماط الاجتماعية للصحة والمرض (١). وتختلف الجذور التي اشتق فيها هذا العلم ظهوره ونموه في كل من أوروبا وأمريكا باختلاف الأيديولوجيات السائدة في تلك المجتمعات، وقد كان نموه أسرع وأكثر تطوراً في أوروبا عنه في الولايات المتحدة لأن أوروبا كانت أكثر تقدماً في تلك الفترة، كما كان للسياسات الاقتصادية في هذه المجتمعات تأثيرها الواضح عليه (٢).

(1) Robert Straus, "The Nature and Status of Medical Sociology", A.S.R. 22, 1957:
p. 204.

(2) Ellen Annandale, Op., Cit., p. 4.

(٣) عامل شحادة، مقدمة في علم الاجتماع الطبي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة: ١٩٩٢، ص ١٢ .

كما تشير المصادر العربية الإسلامية إلى ظهور علم الاجتماع الطبي عند العرب، حيث اهتم بعض كتاب هذه الحقبة التاريخية - (القرن التاسع الميلادي) أمثال الأندلسى بن عبد ربه، وابن قتيبة الدينوري وإخوان الصفا وابن سينا والبغدادي والأزرق إبراهيم بن عبد الرحمن بن أبي بكر. بدراسة الجوانب الصحية والوقائية للحياة الاجتماعية وبينوا أهميتها في حفظ نوع الإنسان وتنظيم حياته اليومية وتعويذه على ممارسة الأنماط السلوكية والأنشطة الاجتماعية اليومية ذات الطابع الصحي والوقائي. وتطوروا خلال هذه الفترة إلى تناول الموضوعات الرئيسية ذات الصلة الوثيقة بما يسمى الآن «علم الاجتماع الطبي»، وتناولوا صورة الطبيب الاجتماعية ونظام العمل الطبي بين الأطباء والمطبيين ومجبرى العظام والمتخصصين في علاج النساء وغيرهم من المعالجين. كما تضمن التراث العربي الإسلامي أيضاً لمحات تفصيلية حول نظام الصحة الوقائية من حيث نسق التغذية وشروطها وكفايتها وقواعد الاغتسال والنظافة، مما يتبع معه أن جذور علم الاجتماع الطبي تمتد إلى بداية العصر الإسلامي الأول، وأن ازدهاره كان واضحاً منذ القرن التاسع الميلادي، في حين لم يبدأ الاهتمام به في أوروبا وفي الولايات المتحدة إلا في القرن التاسع عشر - أي بعد عشرة قرون - ثم بدأ في النمو والازدهار بعد الحرب العالمية الثانية، حيث تم الأخذ بالأسباب الاجتماعية عند التفسير الفسيولوجي والبيولوجي للمرض^(١).

وتربى على هذه التطورات الثانية لعلم الاجتماع الطبي في كل من أوروبا والولايات المتحدة أن أصبح هذا العلم مثار اهتمام علماء الاجتماع منذ أوائل السبعينيات في القرن الماضي حتى اليوم. كما تبين أن هؤلاء العلماء سيرروا علم الاجتماع نحو ذراعي علم الطب، وتبنّت أفكارهم - في مراحله الأولى - ما كان مثيراً للجدل من جانب علم الطب، كما توارثوا أحکامه القيمية الخاصة مثل اعتبار أن (عوائق الصحة الجيدة تقع على التصرف والسلوك غير الملائمين من جانب المرضى مثل عدم الإذعان والانصياع للمعالجة)^(٢).

(١) علي مكارى، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، ص ٢٢-٢٥.

(2) Ellen Annandale, Op., Cit, p. 5.

٢- المدخل الاجتماعي لتفصير الصحة والمرض :

إن عملية إظهار العلم الطبي والممارسات الطبية كخطوة تقدمية للقضاء على المرض أظهرت في نفس الوقت انحياز المعرفة الطبية، فكان العلم الطبي يعكس ويعبر عن الأفكار السائدة في المجتمع في حينها. وتظهر هذه العملية من خلال انتشار ثلاثة نظم طبية متميزة، أو الأطر التي يفهم من خلالها الممارسون الطبيون أعراض وعلامات المرض ويضعون خطط العلاج. كما تعد أيضاً هذه النظم بمثابة أنماط التفاعل الاجتماعي الموضوعة داخل علاقة اجتماعية لإظهار المعرفة الطبية. وهذه النظم هي^(١):-

(١) نظام موجه بالشخص :

وقد عمل الممارسون الطبيون داخل هذا النظام في الفترات المبكرة المتصفة بـ (الطب العيادي) حيث كانت تؤسس الأحكام وفقاً للخصائص الشخصية لشخص مريض بذاته. ولكي يبقى المريض على قيد الحياة في مناخ يتسم بالمنافسة، وفي وقت كانت فيه عمليات اختيار الطبيب خاضعة لشريحة قليلة من المرضى الأغنياء ذوي القدرة على دفع تكاليف العلاج والوصول إلى الكثير من الممارسين الطبيين في تخصصات مختلفة، كان على الطبيب المنشود أن يكتشف المتطلبات الخصوصية للمريض لكي يقنعه بالابتعاد عن منافسيه الموجودين في كل مكان. كما كانت الصلة الشخصية ضرورية لضمان العمل بالمهنة التي تعتمد على فهم الطبيب للمريض كحالة نفسية جسدية متكاملة لا تتجزأ فيها الاختلالات الفيزيقية والوجودانية.

(٢) نظام موجه بالهدف :

انتشر بهذا النظام مع تطوير طب المستشفيات في فرنسا في أوائل القرن التاسع عشر، حيث لم تعد النخب الطبية - مع تطور المستشفى - تعتمد على المريض الخاص (زيون) وإنما كان تحت تصرفها كم من المرضى الفقراء وانتقلت عملية اختيار الطبيب من المريض - الذي أصبح من المتوقع أن يتحمل وينتظر - إلى

(1) Idem.. .

الطبيب العيادي، ونظام جديد من المرض تلاشي في غضونه أي اهتمام بالصفات المميزة للشخص السليم ليحل محلها دراسات عن قصور أو عجز عضوي معين. وقد اندمج هذا النظام مع «طب المعامل»، في منتصف القرن التاسع عشر حيث خرج المريض كشخص راع من هذا الإطار ليصبح شيئاً مادياً قابلاً للتحليل، وأصبح المرض عملية فизيقية - كيميائية يمكن أن تفسر في ضوء القوانين الجامدة غير المرئية للعلم الطبيعي. وبالتالي أصبحت مفاهيم المهنة الطبية واختيار الطبيب مرتبطة بتغيير العلاقة بين رجال الطب والمريض. وذلك يوضح أن هذه العملية أصبحت تتم خارج علاقات اجتماعية شخصية.

(٣) نظام الطب الحديث:

وقد ولد هذا النظام في القرن التاسع عشر خلال فترة التغير الاجتماعي المرتبطة بحركة التصنيع وتحول السكان من الريف للمدينة وظهور الرأسمالية. وعلى الرغم من اختلاف المفسرين في تجسيد خصائص الطب الحيوى الحديث، هناك ثلاثة خصائص أساسية له هي^(١):

أ) تبني ما اصطلاح عليه بالمدخل الإنقسامي:

يفترض الطب الحيوى أن الصحة والمرض ظاهرة طبيعية تكمن في جسم الفرد أكثر منها في تفاعل الفرد مع العالم الاجتماعي. ووفقاً لهذه الرؤية فإن الطبيب ينظر إلى العلامات الإكلينيكية التي تعرض عليه على إنها غير ذاتية ومستقلة عن خبرة المريض بالأعراض (مثل الإحساس بالألم) وقد كان ينظر إلى المريض في القرن الثامن عشر كشخص متكامل واليوم أصبح ينظر إلى الجسد بشكل إجمالي كما كينة معقدة منفصلة عن العقل.

ب) الاعتقاد في أسباب معينة للمرض:

ويفسر هذا المصطلح التحول عن رؤية المرض في نهاية القرن التاسع عشر كعدم توازن بين الشخص والبيئة إلى رؤية جديدة حيث أمكن إحداث المرض بالإرادة

(1) Ibid., p. 6.

بواسطة الافتعال المجرد بإدخال عنصر معين (كائن عضوي سام صغير جداً) في جسم حيوان سليم صحيًا وقد امتد هذا الاعتقاد إلى مجالات أخرى في الطب مثل أمراض العجز حيث لا يوجد هناك كائن عضوي صغير دخيل وإنما نقص في الفيتامين أو الهرمون الضروري. وقد تعرض هذا الاعتقاد لسلسلة من الانتقادات مثل: أن العوامل المعدية تعد عوامل دائمة وكل الناس معرضون لها غير أن ليس كلهم سوف يحصلون على العدوى. كما فشل هذا الاعتقاد أيضًا في تفسير تأثيرات التعدد العائلي *maltifactorial* للبيئة الاجتماعية الواسعة عند التعرض للمرض بسبب عوامل مثل الضغط والنقص الغذائي. كما فشل أيضًا في فهم أن نموذج السبب / النتيجة هذا النموذج البسيط، غير ملائم لوصف عملية التشخيص، إذ أن علامات إكلينيكية معينة مثل ارتفاع ضغط الدم لا تظهر نفسها للممارس الطبي ولكنها تستشف بواسطة التفسيرات الشخصية للأعراض وخبرة كل من الطبيب والمريض، أو بواسطة أقواء المريض في حالات كثيرة.

ومن هنا يتبيّن أن مهمة الطبيب ليست مجرد أن يدرك العلامات والأعراض، الظاهرة وإنما عليه أن يتباحث في التشخيص بالتفاصل مع المرضى.

ج) الادعاء بالحياد العلمي :

وذلك بمعنى أن الطب يمكن أن يكون عقلانياً وموضوعياً ومجانياً ويعالج كل شخص وفقاً لاحتياجاته بصرف النظر عن قيمته المعنوية. وبينما يهدف الطب إلى أن يكون مستقلاً عن أي تحيزات فقد كشفت عدة دراسات عن أن الممارسة تتم بطريقة انتقائية مثل: تصنيف طاقم الحوادث في إحدى المستشفيات المرضي الذين يعرفون بالحالات غير الحرجة والذين أوقعوا الإصابات بأنفسهم أو الأشخاص ذوي الطابع السيئة وتتأثر ذلك في نوعية العلاج المقدم إليهم.

ولتناول خلاصة خصائص الطب الحيوي والانتقادات الموجهة له فإنه من المفيد في هذا الصدد عرض توضيح مختصر للكيفية التي يعتمد بها الطب الحيوي في عمله على الأفكار الثقافية العامة في المجتمع بعيداً عن كونه موضوعياً أو مجانياً.

فمن خلال مثال عن مرض الإيدز يتبيّن أن معرفة الطب الحيوي كانت دائمًا مقالات عن النظام الاجتماعي وعبارات عن الأعضاء الجسدية ونشر الثقافة الجنسية. مما أدي إلى تعرضه للنقد الشديد بسبب الأسلوب الذي يعكس ويصور به الأفكار السائدة في المجتمع. وعلى اعتبار أنه لا يمكن فهم الطب الحيوي إلا من خلال عباراته الخاصة فيجب عليه أن يدمج القيم الاجتماعية في ممارساته وبالتالي يدرس من منظور اجتماعي. وبالمقابل تعرض أيضًا علم الاجتماع الطبي لنفس الانتقاد بسبب أن بحوثه تتبنّى منظور الطب الحيوي وأنه يجب أن يتحول إلى النظرية والبحث بعيداً عن الناحية البيولوجية وباتجاه العمليات الاجتماعية. وقد بلور فريدسون Freidson الموقف في مذكرته النقدية مهنة الطب حيث أعلن أن الطب وعلم الاجتماع لهما دعاوى مختلفة، ومن ثم يجب على علماء الاجتماع الطبي أن لا يهتموا بمهنة الطبيب التي تجرب وتنتفي المفاهيم الطبية عن المرض وعلاجه، وإنما يجب عليهم أن يهتموا بالواقع الاجتماعي لحياة الإنسان^(١). وفي هذا الصدد تمثل نظرية «البنائية الوظيفية»Structural functionalism، لبارسونز Barsons، وكذلك تحليله النظري - الذي تخيل دور الطبيب ودور المريض - بناءات معيارية متكاملة ومدخلاً اجتماعياً لموضوعات الصحة والمرض. ويظهر ذلك واضحاً من خلال إصراره على النظر إلى المرض باعتباره ظاهرة اجتماعية وليس كونه شيئاً فيزيقياً أو خاصية في الأشخاص، وعلى فهم المرض من خلال الدور الوظيفي للمجتمع ككل. والنظر إلى الصحة كسلعة اجتماعية قيمة ومصدر رئيسي لتحقيق الذات.

لقد شكل بارسونز Barsons رؤيته النظرية لعلم الاجتماع التي أصبحت معروفة بالبنائية الوظيفية والتي تنطوي على ترتيبات اجتماعية يمكن ملاحظتها وتحليلها من حيث مساهمتها في تواصل النظام الاجتماعي والوحدة الاجتماعية الكلية التي تعتبر جزءاً منه، أي من حيث وظائفها الاجتماعية. فبالنسبة للمجتمع هناك مستوى معين من الصحة يمثل ضرورة أساسية ومتطلب وظيفي أساسي لأعضاء هذا المجتمع. كما أن المشكلة الأساسية للصحة والمرض - من وجهة نظره - هي العناية

(1) Ibid., p.7.

بالأفراد وبقدرتهم على أداء أدوارهم العادلة في المجتمع، بمعنى أن يشتركون في الأداء المجتمعي الكلي. أما بالنسبة للنظام الاجتماعي فإن المرض ليس خطراً عرضياً ولكنه جزء لا يتجزأ من التوازن الاجتماعي نفسه، والمشكلة الأساسية كما يراها بارسونز هي مشكلة تحفيز الأفراد لأداء الأدوار، فالمرض قد يتعامل معه كأسلوب وحيد للاستجابة للضغوط الاجتماعية وكوسيلة واحدة لتقليل المسؤوليات الاجتماعية^(١).

كما يمكن تصور الممارسة الطبية كميكانيزم في النظام الاجتماعي لمقاومة أفراد المجتمع للمرض من خلال تطبيق المعرفة الطبية، غير أن هناك أيضاً عناصر أخرى تدرج منه، حيث تتضمن هيكل الممارسة الطبية نموذجة لدور الطبيب ودور المريض. لقد تصور «بارسونز» شخصية المريض كدور اجتماعي يجب أن ينظر إليه كإطار نظري وليس وصفاً تجريبياً حرفياً وذلك من خلال أربع سمات تعريفية، اثنتين منها توصفان بالحقوق واثنتين توصفان بالواجبات. وتتألف الحقوق من إعفاء المريض من أداء الوظائف الاجتماعية العادلة ومن مسؤولية المرض، أما الواجبات فهي أن يتعهد المريض بالعمل على أن يصبح سليماً معافي بمعنى أن يتنازل عن دور المريض بقدر السرعة وينقدر الإمكان، وأن يبحث عن المساعدة المهنية المتخصصة ويتعاون مع الطبيب أو أي شخص آخر يقدم الرعاية الصحية. وتنعكس هذه الحقوق والواجبات في دور الطبيب والذي يفتقر إلى التعريف الجيد عند «بارسونز». أن هذا الدور يتضمن كسب ثقة المرضى والاقتراب من إحساسهم والالتزام بتطبيق أعلى مستويات الكفاءة في رعايتهم وأن تكون مدفوعة بأفضل اهتمامات المريض وليس بالكسب الشخصي^(٢).

ويمكّنا أن نستخلص من ذلك أن دور المريض إنما هو دور طارئ (عارض) قد يوجد فيه أي شخص، وذلك في ظل حالة وقته. وقد يقول شخص ما أن هذا الدور

(1) Paul Ten Have, "Current Trends in Qualitative Medical Sociology. Some Recent Studies from The Netherlands", <http://www.Pscw.Uva.Nl/emca/presov.htm>. 21/6/2000.

(2) Ellen Annandale, Op., Cit, p. 8.

يتحقق بشكل سلبي بسبب الفشل في أن يظل سليماً معافي. وبالإضافة إلى دور المريض السابق توضيحه يمكن الإشارة إلى دور آخر للمريض كمستلم للرعاية الصحية من الطبيب المهني المدرب علمياً. ولابد من التعريف بدور المريض للمريض المرتقب حيث من المحتمل أن تكون حالة هذا المريض ضعيفة وفي حاجة للمساعدة أو أن يكون عاجزاً نسبياً أو مضررياً عاطفياً أي في حالة صدمة وحزين وغير متفائل ومن ثم يكون عرضة للاستغلال ومستهدفاً لمجموعة من الممارسات والمعتقدات اللا معقولة. أما موقف الطبيب فيواجه أشكالاً من الطاقة المحدودة والامتناع والتردد خاصة إذا كانت الأخطار العاطفية شديدة وأن الموضوع يتعلق بالجسم. وهنا يحتاج الطبيب إلى الاقتراب من الجسم والدخول في الخصوصيات والمعلومات المخجلة. وخلاصة القول أن بارسونز تصور أن توازن الصحة والمرض والعمل الطبي المنظم حوله بمعنى الضبط الاجتماعي المعياري، يعتبر نظاماً مؤسسيأً يسمح بالانسحاب المؤقت من المسؤوليات الطبيعية لكي يعزز ويقوى إمكانيات الأفراد الفيزيقية والأخلاقية^(١).

وقد اشتمل هذا المفهوم على بعض الجوانب الاستدلالية المتعلقة بالصحة والمرض بشكل جيد، ولكنه أهمل بعض الجوانب الأخرى والتي أدت إلى الكثير من الانتقادات التي تعرض لها «بارسونز» بالنسبة لدور المريض وهي^(٢):-

(١) أن دور المريض ليس دوراً وقتياً بالضرورة، فمفهوم بارسونز ينطبق وينتفق مع الأمراض الحادة لكنه لا ينطبق على الحالات المزمنة على الرغم من أهمية هذه الحالات. كما أن المعاني الأخلاقية والعمليات الإجرائية للمرض المزمن تختلف في جوانب هامة عن الأمراض الحادة، وباعتبارها حالات مرضية فمن ثم لا تعد موضوعاً للنقاش أو التعارض الاجتماعي.

(٢) أن دور المريض ليس دوراً اختيارياً دائماً، فالتبغية التي يتضمنها غالباً ما تكون بالإكراه وقد لا يقدر الناس على تحمل هذا الدور، وربما يتضمن وصمة وقد

(1) Paul Ten Have, Loc., Cit.

(2) Idem.

يفرض على شخص في حالة ما وقد ينكر على الآخرين، ولذلك فإن الدخول في دور المريض يعد عملية سياسية واجتماعية.

(٣) إن الدخول في دور المريض ليس مباشراً وصرياً كما افترضه «بارسونز»، فهناك تغير في قانونيته وشرعنته وفقاً للزمن والجنس والطبقة والثقافة وخطورة المرض.

(٤) تعد قضية مسئولية الشخص عن مرضه أكثر تعقيداً مما يشير إليه «بارسونز»، فبينما لا يعد المرض مسئولية المنحرف، فإن بعض الأمراض تحمل وصمة ترتبط بسببها الافتراضي مثل مرض الإيدز، بينما العديد من الحالات الأخرى التي أصبحت معالجة مازالت تحمل وصمة ككيان منحرف مثل الاضطراب العقلي وإدمان الخمور.

وقد رد «بارسونز» في منتصف السبعينيات على بعض هذه الانتقادات التي وجهت إليه مستجيبةً إلى بعضها وعلينا موقفه الأصلي من البعض الآخر حيث زعم أن المرض المزمن يمكن أن يعلل بحيث أن ما كان يشير إليه لا يعني بالضرورة الشفاء الكامل وإنما العودة إلى الأداء الوظيفي نسبياً كلما أمكن ذلك. كما أن المرضي ليسوا دائماً سلبيون فغالباً ما يقومون بدور فعال في علاجهم.

٣- تعريف علم الاجتماع الطبي :

يعد علم الاجتماع الطبي فرعاً هاماً من فروع علم الاجتماع ويمثل مجالاً مشتركاً بين الطب وعلم الاجتماع، أي أنه العلم الذي يهتم بدراسة الإنسان من حيث علاقته بالمجتمع وبالصحة والمرض. وهو لا يقتصر على مجرد الدراسة والفهم النظري بل يمتد إلى مجالات البحث التطبيقي. فإذا كان الطب يهتم بقضايا الصحة والمرض وعلم الاجتماع يدرس البناء الاجتماعي فإن علم الاجتماع الطبي يمثل حلقة الوصل بينهما، أي أنه يدرس قضايا الصحة والمرض في ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والإدارية. وقد تنوّع وتعددت تعریفاته بتتنوع اهتمامات ودوافع الباحثين فيه من حيث المشكلات الصحية أو المجال الاجتماعي

الطبي، ويسبب حداثته النسبية كفرع جديد من علم الاجتماع أيضاً. ويمكن الإشارة إلى أهم التعريفات التي وضعت لعلم الاجتماع الطبي فيما يلي:

(١) عرفه «ميكانيك» Machanic بأنه «مجموعة الجهد التي تهدف إلى تطوير الأفكار السوسيولوجية في داخل سياقات الأنساق الطبية، والتي تهدف أيضاً إلى دراسة القضايا التطبيقية الهامة فيما يتعلق بموضوعات المرض ورعاية المريض»^(١).

(٢) ويعرفه «سوسر وواتسون» Susser and Watson بأنه «العلم الاجتماعي الذي يهتم بدراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والنفسية التي لها علاقة وتأثير على صحة الجماعات والمجتمعات، وعلى انتشار الأمراض والأوائل مع التركيز العملي التطبيقي على المجال الاجتماعي كتوفير الخدمات الطبية والاجتماعية لنشر الصحة ومقاومة المرض وتوفير الحلول المناسبة للمشكلة الصحية في إطارها الاجتماعي»^(٢).

(٣) ويعرفه «علي المكاوي»، بأنه «الدراسة السوسيولوجية لقضايا الصحة والمرض، وتناول المستشفى كنسق اجتماعي وثقافي، ودراسة علاقة المريض بالقوى العاملة الطبية والمؤسسات العلاجية كما يحددها البناء الاجتماعي والوضع الطبيعي»^(٣).

وهكذا يتضح أن علم الاجتماع الطبي - كفرع من علم الاجتماع - يركز اهتمامه على الدافع الاجتماعي وعلاقته بالظروف والأحوال الصحية لأفراد المجتمع، أي أنه يركز على دراسة الظاهرة الصحية والمرضية في إطارها الاجتماعي ومن ثم تتعكس أفكاره السوسيولوجية على النسق الطبي وتقدم لأعضائه صورة شاملة عن أهمية العوامل الاجتماعية المرتبطة بالصحة والمرض، وعن سلوك المرض، وعلاقته بالخدمة الصحية المقدمة، ونمط الأسرة ودوره في اتخاذ القرار الطبي، وصورة بناء

(1) David Machanic, "Medical sociology", 2ed., The Free press, New York, 1978: p. 516.

(2) Susser and Watson, "Sociology in Medicine," Oxford, London, 1962: pp. 1-4.

(3) علي مكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق ذكره، ص ٣٢ .

القوة السائدة في المجتمع ودرجة تأثيرها على أداء الخدمة الصحية.

٤ - خصائص علم الاجتماع الطبي :

هناك مجموعة من التخصصات التي تحدد الملامح الرئيسية لعلم الاجتماع الطبي، وتوجه مساره ومعالجاته وموضوعاته من حيث الدراسة المنهجية للأبعاد الاجتماعية للصحة والمرض والتفسير الاجتماعي لها وأسبابها وأثارها ودراسة وفهم صحة المجتمع وتشخيص أمراضه، ونشر الوعي الصحي وأساليب وبرامج الوقاية من المرض، وتحسين الظروف المعيشية وعلاج المشكلات الاجتماعية المتعلقة بالصحة والمرض. وتلخص أهم هذه الخصائص في النقاط التالية^(١):-

أ - التركيز على دراسة العلاقة بين الحالة الصحية والمرضية والواقع الاجتماعي بأبعاده وتأثيراته المتداخلة بين الميدانين الطبي والاجتماعي.

ب - الاهتمام بالمفاهيم الاجتماعية للصحة والمرض من خلال تحليل عناصر الثقافة السائدة في المجتمع في شكل عادات وتقالييد وأعراف وقيم وقوانين وفنون وأساليب المعيشة.

ج - التأكيد على دراسة التأثير الاجتماعي الذي يمارسه الأفراد علي بعضهم البعض، والربط بين المفاهيم الاجتماعية للأفراد وبين مواقفهم ومعتقداتهم حول الصحة والمرض والوقاية والعلاج .

د - التأكيد على أهمية الوظيفة الاجتماعية للمؤسسات الطبية في توعية الأشخاص ومحاربة العادات والتقالييد السيئة التي تؤدي إلى انتشار المرض.

ه - استخدام المناهج العلمية للبحوث الاجتماعية التي تمكن هذا العلم من الوصول إلى التفسير المنهجي العلمي للظواهر والمواضيع التي يتناولها، وكذلك استخدام المداخل المنهجية العلمية المستمدة من العلوم الطبية مثل مدخل الخبرة الطبية العلاجية، ومدخل دراسة معدلات المرض، ومدخل دراسة معدلات الوفيات.

ثانياً : المعالم الفكرية للأنثربولوجيا الطبية

ظهرت الأنثربولوجيا الطبية كأحد أهم المجالات الحيوية للبحوث النظرية

(١) الرحيمي بيري، عبد السلام دوبي، مرجع سبق ذكره، ص ١٥ - ١٦ .

والتطبيقية في الدراسات الأنثروبولوجية، حيث اجتذبت العديد من الموضوعات المتعلقة بالحياة والموت كدراسة الصحة والمرض عبر الزمان والمكان وتراوحت من وقائع وأحداث مرض معين إلى بناء الجسم الإنساني وأمراضه إلى مقارنات للنظم الطبية المتنوعة داخل الثقافات إلى الخبرات النفسية والجسمية للمعاشر البشرية.

والأنتروبولوجيا الطبية هي الطريقة أو الأسلوب الذي يفسر به الناس الموجودين في جماعات اجتماعية وثقافية مختلفة أسباب المرض وأنواع المداواة وأنماط العلاج التي يعتقدون فيها، ومن هم المعالجون الذين سيلجأون إليهم. كما تعني أيضاً بدراسة كيف ترتبط هذه المعتقدات والممارسات بالتغييرات البيولوجية في الكائنات البشرية في حالي الصحة والمرض. والتعرف على الأنثروبولوجيا الطبية من هذا المنظور يقتضى بالضرورة التعرف على علم الأنثروبولوجيا نفسه والذي تمثل الأنثروبولوجيا الطبية فرعاً جديداً مقارناً منه. فكلمة أنثروبولوجيا تعني باللغة اليونانية القديمة «دراسة الإنسان» ويطلق عليها «الغاية العلمية من العلوم الإنسانية والغاية الإنسانية من العلوم الطبيعية، وأن الهدف منها هو الدراسة الكلية للجنس البشري والتي تشتمل على نشأته وتطوره وتنظيماته السياسية والاجتماعية وديانته ولغته وفنونه ومهاراته وكل ما هو من صنعه^(١). ومن ثم فهي تقدم الأسلوب الوحيد لفهم خبرة وتجربة البشر، وذلك لأن كل الكائنات البشرية - بصرف النظر عن الثقافة والطبقة والحقبة التاريخية - تتعرض للمرض والموت. وفي الوقت نفسه كل الثقافات - بصرف النظر عن التعقد التكنولوجي لها نظم طبية تساعد الناس على مقاومة حتمية المرض، مثلما لها أيضاً نظم دينية تتعامل مع حتمية الموت. وهكذا تحاول الأنثروبولوجيا الطبية فهم أسباب الصحة والمرض في المجتمعات ومدى تأثيرهما بالبيئة والعوامل الوراثية والأحوال الاجتماعية - الاقتصادية^(٢).

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness - An Introduction for Health Professionals", WRIGHT- PSG, Third Ed., London, 1995; P. 4.

(2) Peter J. Brown, "Understanding and Applying Medical Anthropology", Mayfield Publishing Co. U.S.A., 1998 : PP. 2 - 3.

وقد تزايد الاهتمام بالأنثروبولوجيا الطبية بتزايده الوعي بدور الثقافة في قضايا الصحة . فقد أشار الأنثروبولوجيون الذين درسوا الهدف الاجتماعي - الثقافي لهذا الجانب إلى أن المعتقدات والممارسات المتعلقة بالصحة والمرض في كل المجتمعات تعد ملحاً رئيسياً لثقافة هذه المجتمعات وغالباً ما ترتبط بمعتقدات تتصل بمصدر وسبب سلسلة كبيرة من الحوادث السيئة التي تشتمل على المصائب والصراعات الشخصية بين الأفراد، والكوارث الطبيعية ، وتلف المحاصيل أو سرقتها أو فقدانها والتي يعتبر المرض هو الشكل الوحيد لها . وقد يلقي بمسؤولية كل هذه المصائب في بعض المجتمعات علي القوي فوق الطبيعية أو العقاب الإلهي أو علي أحقاد السحرة والمشعوذين . كما تعد القيم والعادات المرتبطة بالمرض جزءاً من ثقافة أوسع ولا يمكن دراستها في الواقع بمعزل عن هذه الثقافة . كما لا يمكن فهم الطريقة التي يتفاعل بها الناس مع المرض أو الموت أو أشكال المصائب الأخرى دون أن يفهموا نمط الثقافة التي نشأوا فيها أو الثقافة التي اكتسبوها بمعنى أنها عدسة العين التي يدركون ويفسرون العالم بواسطتها^(١) .

وكما أن هناك مدخلين أساسين يستعملهما علماء الأنثروبولوجيا في دراسة المجتمع والثقافة هما المدخل الإثنوجرافي : الذي يتضمن دراسة المجتمعات ذات الحجم الصغير لفهم طريقة رؤيتهم للعالم وكيف ينظمون حياتهم ، بمعنى آخر كيف يرون العالم من وجهة نظر أفراد هذا المجتمع؟ . وهناك المدخل المقارن : الذي يسعى إلى التركيز على دراسة الملامح الرئيسية لكل مجتمع وكل ثقافة ومقارنتها بالثقافات والمجتمعات الأخرى لكي تستخلص النتائج عن الطبيعة الكلية للإنسان وتصنيفاته الاجتماعية - فهناك أيضاً مدخلان أساسيان للأنثروبولوجيا الطبية هما :

- المداخل الثقافية البيولوجية والتي تشتمل على :-
- التطور البشري والصحة والطب
- الاختلافات البيولوجية في البشر
- الآثار البيولوجية وتاريخ الصحة

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Loc., Cit.

- البيئات السياسية والثقافية للمرض

ب - المداخل الثقافية والتي تشمل على:-

- النظم الطبية العرقية والمعتقدات

- البناء الاجتماعي للمرض والناتج الاجتماعي للصحة

- المعالجون من منظور الثقافات المختلفة

- الثقافة والمرض والصحة العقلية

- الأنثربولوجيا الطبية النقدية

وعلى الرغم من أن هذا التمييز يعد في حد ذاته تجزئة مصطنعة غير أنه مفيد، لأن مصطلح الثقافة البيولوجية يشير إلى الرؤية الأنثربولوجية للأساليب التي يتکيف بها الناس مع بيئتهم وكيف يغيرون من هذه البيئة لكي تصبح الأحوال الصحية أفضل أو أسوأ. في حين تؤكد المداخل الثقافية على دور الأفكار والمعتقدات والقيم في صياغة نظم تصنيف المرض وإعداد البرامج الطبية لعلاج الأمراض. بمعنى آخر: ترکز المداخل الثقافية البيولوجية على الصحة في حين ترکز المداخل الثقافية على الجوانب الطبية والطب العرقي^(١).

كما تعتمد الأنثربولوجيا الطبية من الناحية البيولوجية على تقنيات واكتشافات العلم الطبي و مجالاته الفرعية المتنوعة التي تشمل الميكروبولوجي والكيمياء الحيوية والوراثة والطفليات والباتولوجي والتغذية والفيزيائيات. كما يمكن في حالات كثيرة ربط التغيرات البيولوجية التي تكتشف من خلال التقنيات بالأعمال الاجتماعية والثقافية في مجتمع ما. مثال: المرض الوراثي ينتقل بواسطة جين متعدد (Recessive gene) وقد يحدث بشكل متكرر بدرجة كبيرة في مجتمع معين بسبب أن ثقافة الجماعة تفضل الزواج الداخلي Endogamy بمعنى الزواج داخل الأسرة الواحدة فقط أو داخل جماعة قرابة محلية، وحل هذه المشكلة يحتاج الأمر إلى عدد من وجهات النظر والرؤى التالية:-

(1) Peter J. Brown, Loc., Cit.

- (١) الطب العيادي: للتعرف على المظاهر العلاجي للمرض.
- (٢) الباثولوجي: للتأكد من المرض على مستوى الخلايا أو على مستوى الكيماء الحيوية.
- (٣) الوراثة: للتعرف على / والتنبؤ بالأسس الوراثية للمرض وارتباطها بالجين المتنحى.
- (٤) البيانات : لتبیان أعلى حدوث المرض في مجتمع ما من حيث مساهمة الجينات المتنحية وبعض عادات الزواج.
- (٥) أنثروپولجيا اجتماعية وثقافية : لتفسير أنماط الزواج في هذا المجتمع والتعرف على من يتزوج منهم داخل المجتمع .

وتحاول الأنثروپولجيا الطبية أن تحل هذا النمط من المشاكل الطبية ليس من خلال الاستفادة من الاكتشافات الأنثروپولوجية فقط ، ولكن من خلال العلوم البيولوجية أيضاً أي الثقافة الحيوية^(١).

١ - السياق الثقافي والاجتماعي للأنثروپولجيا الطبية :

لقد أصبح فهم السياق الثقافي للصحة والمرض أمراً معترفاً بأهميته الحيوية في السنوات الحالية . فعندما تتعرض الخدمات الصحية في كل المجتمعات إلى الفحص والمراجعة المستمرة ، يظهر التعدد في العلاقة بين الرعاية الصحية وأنماط الحياة وتوقعات الناس . كما تزداد أهمية الأساليب التي تؤثر من خلالها معتقدات وسلوكيات الناس في أسباب المرض والوقاية منه في العالم الحديث . وبالتالي تحتاج هذه الموضوعات ليس فقط من خلال الدراسة الكمية لأفراد المجتمع وسماته ولكن من خلال البحث النوعي لأنماط المعتقدات والسلوكيات المشتركة عن الصحة والمرض في المجتمع . ولذلك عادة ما يتضمن المدخل الأنثروپولوجي تفضيلات كيفية ودراسات إثنوغرافية لثقافة الجماعات البشرية . بمعنى اتجاهاتها المشتركة من

(١) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Loc.. Cit.. p. 5.

المعتقدات والسلوكيات . التي يمكن التمييز بينها من شخص لآخر بالطرق التي يفهمون بها الصحة والمرض ويشعرون بالرعاية الصحية ومن هم الذين سيلجأون إليهم للمساعدة .

كما أنه من الضروري أيضاً . بالإضافة إلى فهم السياق الثقافي للصحة والمرض في المجتمع . دراسة التنظيم الاجتماعي للصحة والمرض في ذلك المجتمع والذي يشمل الأشكال التي يميز بها الناس كمرضى ، وكذلك الأساليب والطرائق التي يعرضون بها هذا المرض على الآخرين (المعالجين) . كما يهتم الأنثروبولوجيون بصفة خاصة بسمات ونوعيات هؤلاء المعالجين من حيث اختيارتهم وتدريبهم ومفاهيمهم وقيمهم وتنظيمهم الداخلي ، كما يدرسون أيضاً الطريقة التي يتكيف بها هؤلاء المعالجون داخل النظام الاجتماعي ككل من قبيل ترجمتهم الاجتماعية وقوتهم السياسية أو الاقتصادية وتقسيم العمل بينهم وبين أفراد المجتمع الآخرين . وقد يقوم المعالجون في الجماعات الإنسانية بأدوار أخرى بالإضافة إلى وظائفهم العلاجية كمكملين للمجتمع إذ يدافعون عن قيمه بانتظام ، أو كوكلاء للضبط الاجتماعي عندما يساعدون في تصنيف ومعاقبة السلوك المنحرف اجتماعياً . ولذلك فإنه من الأهمية بمكان دراسة الكيفية التي يدرك ويتفاعل بها أفراد مجتمع معين مع المرض ومع أنماط الرعاية الصحية التي يلجأون إليها وذلك لمعرفة الاتجاهات الاجتماعية والثقافية للمجتمع الذي يعيشون فيه^(١) .

٢ - تاريخ الأنثروبولوجيا الطبية :

يرجع تاريخ الأنثروبولوجيا الطبية ك المجال فرعياً من الدراسات الأنثروبولوجية إلى خمسينات القرن الماضي وذلك على الرغم من أن تاريخ العلاقة التبادلية بين الطب والأنثروبولوجيا يرجع إلى نهاية القرن التاسع عشر من خلال الإرهاصات الأولى للعالم الأنثروبولوجي فيرسشو Virchow المعروف باهتماماته في مجال الطب الاجتماعي . مع أن روئيته النظرية المميزة لم تبلغ مكانتها داخل النظرية

(1) Idem .

الأنثروبولوجية - الطبية إلا في بداية السبعينات في القرن الماضي. وقد كانت الأعمال المبكرة جداً - والتي يمكن اعتبارها بحوثاً طبية أنثروبولوجية - من تأليف كتابٍ كانوا يركزون في الواقع على شيء آخر، وحينما تعرضوا لوصف الثقافات التقليدية التي قابلتهم أعطوهما بعض الاهتمام للنظم العلاج. وقد جاءت المصادر الأقرب للأنثروبولوجيا الطبية - على الرغم من أنها اكتشفت كنقطة تقارب بين وجهات النظر المختلفة حول البحث العلمية والأعمال السياسية - مع نهاية الحرب العالمية الثانية. وهناك ثلث مجالات نظرية وراء مصادر الأنثروبولوجيا الطبية أثرت تأثيراً عميقاً في تطورها هي:

أ - الأنثروبولوجيا البيئية :

والتي تتضمن التفاعل المستمر بين الثقافة والبيئة، وتطور الإطار المفاهيمي الذي يخدم الأنثروبولوجيا الطبية بشكل مباشر.

ب - نظرية التطور والارتقاء :

التي تعد أساساً لكل العلوم البيولوجية والتي تقدم الصورة التطورية والمرحلية الضرورية .

ج - دراسات عن الصحة العقلية وعن ثقافة الاختلالات العقلية :

والتي أدت إلى صياغة المفاهيم التي نقشت كثيراً حول الأعراض المرتبطة بالثقافة^(١).

٣ - تعريف الأنثروبولوجيا الطبية :

يمكن أن توصف الأنثروبولوجيا الطبية باختصار وبشكل عام بأنها دراسة المعتقدات الثقافية والممارسات الاجتماعية المرتبطة بمصدر وفهم وإدارة الصحة والمرض. وهي لا تتناول الموضوعات المعنية بفهم الأسباب العامة أو الشعيبة للمرض

(1) Stefania Consigliere, "Medical Anthropology: The Conceptual Frame", [htt://emdb.lettere.Unige. It/emdb. 1999-2001 Em Db. 4/10/2001](http://emdb.lettere.Unige. It/emdb. 1999-2001 Em Db. 4/10/2001).

فقط بل تتضمن أيضاً أكثر النظم الرسمية للرعاية الصحية المنتشرة عالمياً مثل التطبيق الذاتي والمعالجون الشعبيون والشمنانية والمولادات أو القابلات وممارسي الطب البديل، وكذلك أصحاب المهن الطبية التي تعتمد على العلم الغربي. هذا بالإضافة إلى أنها تعني بالموضوعات التي تتعلق بالرؤى الثقافية المختلفة للذات في الصحة والمرض وكذلك المعتقدات المشتركة والصور والممارسات المرتبطة بالتعرف على الجسم البشري.

وهناك تعاريفات عديدة لأنثربولوجيا الطبية تنظر إليها من حيث هي دراسة للصحة والمرض والرعاية الصحية في سياق مفهوم الثقافة الحيوية، ومن حيث ترتكزها على العلاقة الأيكولوجية بين الصحة والبيئة الثقافية الحيوية وعلى تعاريفات الثقافة الاجتماعية للمرض والعلاج. وإذا كانت الأنثربولوجيا الطبية تدرس الظواهر المتعلقة بالصحة والمرض، فإن هذه الظواهر تترواح ما بين الدراسات البيولوجية على المستوى الفردي مثل فحص المؤثرات الثقافية على الضغط وسوء التغذية، إلى الدراسات على المستوى الجزيئي لخيارات الرعاية الصحية ومعتقدات المرض، إلى البحوث الشاملة حول نظم الرعاية الصحية في محيطها الاقتصادي والسياسي^(١).

وفيما يلي أهم التعاريفات الموضعية لأنثربولوجيا الطبية:

(١) يعرفها Foster بأنها «علم الثقافة الحيوية الذي يعني بكل الجوانب البيولوجية والاجتماعية - الثقافية في السلوك البشري، والذي يهتم بصفة خاصة بالطرائق والأساليب التي تفاعلت بها هذه الجوانب خلال التاريخ الإنساني للتأثير في الصحة والمرض»^(٢).

(٢) كما يمكن أن تعرف كفرع من الدراسات والبحوث الأنثربولوجيا التي تدرس العوامل التي تسبب وتفيد أو تساعد على المرض والاعتلال، وكذا

(1) Noel J. Chrisman and Thomas M. Johnson, "Clinically Applied Anthropology", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson (EDS.), *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*, Westport, Connecticut, London, 1996: p. 89

(2) Foster G.M. and Anderson B. G., "Medical Anthropology" New York: Wiley, 1978 : PP. 2-3.

الاستراتيجيات والممارسات التي كشفت عنها المجتمعات الإنسانية المختلفة للاستجابة للمرض والاعتلال، كما تمثل الإطار المفاهيمي العام للدراسات الطبية للأجناس البشرية (العرقية) ^(١).

(٣) ويمكن أن نعرف أيضاً بأنها دراسة التقاليد المتنوعة للعلاج والتداوي بما في ذلك المعالجون الطبيون وكذلك منهج وأيديولوجية وفلسفة الأسباب والنتائج. بالإضافة لدراسة التقاليد وال מורوثات أو السلوكيات الثقافية التي تؤدي إلى أو تنتقص من صحة الفرد والمجتمع. كما يندرج داخل هذا التعريف معرفتنا ورؤيتنا للعادات الغذائية والأعشاب الطبية بالنسبة لأسلافنا القدماء. وتمثل الأنثروبولوجيا الإكلينيكية التطبيق لهذه المعرفة المقارنة ^(٢).

(٤) وهناك أيضاً الأنثروبولوجيا الطبية النقدية والتي تعرف بالجهود النظرية والتطبيقية لفهم والاستجابة لقضايا ومشكلات الصحة والمرض والعلاج فيما يتعلق بالتفاعل بين الاقتصاد السياسي على المستوى الكلى والبناء الطبقى والسياسي على المستوى القومى، والمستوى المؤسسى لنظام الرعاية الصحية والأفعال والمعتقدات العامة والشعبية على المستوى المجتمعي، وخبرة ومعنى وسلوك المرض على المستوى الفردى، وفسيولوجيا الإنسان والعوامل البيئية. وهذا الجهد الأنثروبولوجي يعد جهداً مميزاً بالمعنى الذي يعتبر كلياً وتاريخياً ويتعلق مباشرة بالخصائص الأساسية للحياة الاجتماعية وال العلاقات الاجتماعية والمعارف الاجتماعية وبالنظم المؤسسية الثقافية أيضاً المعنية. بالإضافة إلى أن الأنثروبولوجيا الطبية النقدية تعتبر سياسية بشكل واع في أنها:-

(١) تدرك أن الصحة ذاتها تعتبر موضوعاً سياسياً بشكل شديد.

(1) Stefania Consigliere, Loc., Cit.

(2) John A. Rush, "Applying Medical Anthropology: Gut Morphology, Cultural Eating Habits, Digestive Failure and Ill Health", www. Medanth - com 1999-2003.

- (٢) أنها واعية وناقدة للإرث الاستعماري للأنثروبولوجيا واتجاهات الأنثروبولوجيا الطبية التقليدية لخدمة كمساعدة للطب الحيوي .
- (٣) توازن بين الاهتمام بالعلم الاجتماعي المتجرد والوعي بنشأة التاريخ الاجتماعي والطبيعة السياسية للمعرفة العلمية .
- (٤) تعترف بالأهمية الحيوية للطبقة والعرق والمساواة في الجنس في تحديد توزيع الصحة والمرض وشروط العمل والمعيشة والرعاية الصحية .
- (٥) توضح القوة كمتغير أساسى في البرمجة والسياسة والبحوث المتعلقة بالصحة .
- (٦) تمنع الانفصال المصطنع للمجتمعات الصغيرة والتجمعات المحلية عن محياطها السياسي والاقتصادي الواسع .
- (٧) تؤكد أن رسالتها تحريرية : لا تهدف إلى الفهم فقط بل إلى التغيير الثقافي للنماذج غير الملائمة والمتحيزة والاستقلالية في مجال الصحة وما يتبعها .
- (٨) ترى أن التعهد بالتغيير شرط أساسى للانضباط^(١) .

(1) Merrill Singer, "Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology", In: J. Brown, (ED.), Understanding and Applying Medical Anthropology, Mayfield Publishing Co. U.S.A, 1998: PP.225-226.

الفصل الثالث
المؤثرات الاجتماعية - الثقافية على
الصحة والمرض

- مقدمة

- المبحث الأول: الثقافة والصحة والمرض
- المبحث الثاني: المعتقدات الثقافية
والخصائص الاجتماعية للصحة والمرض

مقدمة :

يعالج هذا الفصل «المؤثرات الاجتماعية - الثقافية على الصحة والمرض»، وهو ما سأتناوله في مبحثين: الأول بعنوان «الثقافة والصحة والمرض»، أتناول فيه مفهوم الثقافة كشبكة مركبة من الأنماط والسلوكيات التي تكتسب بالتعلم وأهمية المعاني الرمزية في تعريف الثقافة ونقلها إلى أشياء فعلية، مستعرضة المداخل الثقافية للمرض سواء من المنظور التاريخي أو من المنظورين العلمي والعامي موضحة وجهتي النظر الطبية والعامية للمرض ثم نتناول بعدها المؤثرات الثقافية على السلوك المرضي ودراسة بعض الجوانب التقليدية والفولكلورية في ثقافة بعض المجتمعات الإنسانية التي يمكن اعتبارها دراسة شاملة للإنسان ككائن ثقافي. كما سأتناول في هذا البحث تلك المعتقدات الثقافية والخصائص الاجتماعية للصحة والمرض حيث تبين العادات والدين والطقوس كجوانب ثقافية مؤثرة في الصحة والمرض وهو ما يلزم في ظني بعرض المعتقدات والمعارف الشعبية والمعتقدات الدينية والسحر الديني والسحر الشعبي والطقوس والعادات والتقاليد الشعبية كمؤثرات ثقافية في الصحة والمرض لنوضح بعدها هذه النظرة الاجتماعية - الثقافية للجسد من عدة جوانب: حيث الجسد الفردي من حيث شكله وصورته وتركيبه البنائي وأدائه لوظائفه، والمفهومين الاجتماعي السياسي للجسد، ثم الجسد في التقاليد الشعبية - لتناول في نهاية هذا الفصل تلك الخصائص الاجتماعية والتقاليد مثل العرقية والطبقة الاجتماعية والجنس والعمرا والتفاوت الاجتماعي - الاقتصادي كمتغيرات مؤثرة في الصحة أو المرض.

المبحث الأول

الثقافة والصحة والمرض

مقدمة :

تتمثل الثقافة جوانب مشتركة من الأفكار والتصورات والمعتقدات والسلوك التي تشكل حياتنا، كما تتضمن تعريفاتنا عن الصحة والمرض وطريقة الاستجابة للمرض،

والشعور بالألم والتعب. إن الممارسات والمصانمين الثقافية المفترضة تعتبر هي السياق الذي نتج فيه الطب كما تم تعليمه وممارسته داخل هذا السياق أيضاً.

فالثقافة بهذا المفهوم بمثابة خشبة المسرح والسيناريو والإضاءة والإخراج في مسرحية المرض والعلاج، ولها مكانتها المؤثرة في هذه القضية ولكن ليس بدرجة نهائية أو حاسمة. وعلى الرغم من تطور الجدال حولها فإن أكثر الأنثربولوجيين المعاصرین يرون الثقافة نتاجاً جماعياً مشتركاً ومتطوراً وأطراً معيارية قابلة للتشاور وإمكانية تحقيقها لتوجيه وفهم المراد من الحياة اليومية، كما يتفقون على أن الثقافة تشمل المصانمين التالية^(١):

- ١- تتضمن الثقافة القيم والأحكام والمحظورات والتفضيلات والرموز والمعاني والدلالات واللغة والممارسات التي ترشد إلى الكيفية التي يعيش بها المرء حياته اليومية والكيفية التي يدرك بها الأحداث التي تقع خارج الممارسة اليومية.
- ٢- الثقافة شيء مشترك بين جماعة من الناس على الرغم من اختلافاتهم في تفسير المباديء والممارسات.
- ٣- تبقى وتستمر الثقافة عند مستوى أساسي لها، غير أنها تتغير أيضاً عبر الزمن وخاصة في الأساليب والنماذج التعبيرية مثل الموسيقى والملابس.
- ٤- تنتج وتتوالد الثقافة كشكل ومحظى بواسطة هؤلاء الذين يدركون الأحكام والتجربة ويطبقونها في حياتهم اليومية.

وقد تطورت الثقافة خلال نموذج تطور ثقافي عام اجتاز مراحل متعددة من نمط حياة إنسانية بدائية تعتمد على البحث عن الطعام إلى دول صناعية حديثة، ومن مجتمعات بسيطة إلى مجتمعات مركبة، ومن اقتصاديات الطاقة المنخفضة إلى اقتصاديات الطاقة العالية وهو ما يمثل نموذج التغير التاريخي العام من مرحلة ما قبل التاريخ إلى المرحلة الحالية والذي يتسم بأربع عمليات هي :

(1) Sue E. Estroff, "A Cultural Perespective of Experinces of Illness, Disability and Deviance", In: Gail E. Aenderson and et., al., (Editors), The Social Medicine Reader, Duke University Press, London, 1998: PP. 6-7.

- ١- زيادة حجم السكان
- ٢- التوسيع التكنولوجي
- ٣- زيادة التفاوت الاجتماعي
- ٤- التغيرات البيئية

وقد ارتبطت مراحل التطور الثقافي بالمرض وخاصة الأمراض الوبائية والبيئية، حيث كانت معدلات الأمراض المعدية منخفضة نسبياً في مجتمعات البحث عن الطعام بسبب حجمها السكاني الصغير وقابليتها للحركة ثم زاد انتشارها في المدن قبل الصناعية، وفي العصر الحالي وعلى الرغم من التقدم العلمي والطبي فإن المجتمعات الحديثة والمركبة تتصف بنماذج وباينية جديدة ظهرت مع التطور الثقافي مثل أمراض السمنة وارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب بمعنى أن التطور الثقافي وما يتضمنه من أنماط حياة ثقافية جديدة كان مصاحباً بمشكلات مرضية جديدة عبر الزمن^(١)، ومن ثم فإن نوعية الأمراض التي تظهر في أي جماعة إنسانية وتؤثر في أعضاء هذه الجماعة ليست بمحض الصدفة ولكنها تعبير عن المخاطر والضغوط المحيطة بهم وعن بيئتهم وسلوكياتهم والمناخ الذي عاشوا فيه والتربة التي أمدتهم بالغذاء والحيوانات والنباتات التي شاركتم موطنهم وعن أنشطتهم اليومية وعاداتهم الغذائية واحتيازهم للمسكن والملابس وبنائهم الاجتماعي والفولكلور والأساطير^(٢). وعلى ذلك فالثقافة هي نتاج لعملية تطور امتدت عبرآلاف السنين وترسبت في كل مجتمع بشري متضمنة قدرأً عظيماً من الحكمة في معاييرها وأنماطها المتنوعة ولا يمكن لأحد في أي مجتمع أن يهرب من تأثيرها بدءاً من أكثر المجتمعات بساطة حتى أشدتها تعقداً وتطوراً^(٣).

(١) Peter J. Brown, et., al., " Disease, Ecology and Human Behavior", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Editors), *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*, Westport Connecticnt, London, 1996: PP. 193 - 194.

(٢) نيسير حسن جمعة، الأنثروبولوجيا (علم الإنسان)، علم الأمراض القديمة (الباليوباثولوجيا)، مطبوعات كلية الآداب، جامعة الإسكندرية: ١٩٩٦، ص ٢٢٨.

(٣) محمد الجوهرى، علم الفولكلور - الأسس النظرية والمنهجية، ج ١ ، دار المعارف، الطبعة الرابعة ، القاهرة : ١٩٨١ ، ص ٧٨-٧٩ .

والثقافة كمصطلح تتضمن الأنماط والقيم والقواعد والأعراف والتقاليد التي تبدع وتنظم لدى جماعة ما، فهي عبارة عن مجموعة من المعرفات والاعتقادات والقيم والأخلاق والعادات التي يكتسبها الفرد في المجتمع أو الجماعة التي ينتمي إليها كما أنها الانعكاس الذهني لتعامل الإنسان مع الطبيعة والمادة عبر تاريخه الطويل وتعبير صادق عن أسلوب الحياة في المجتمع^(١). وقد نشأ هذا المصطلح عند الحاجة لوجود مصطلح ملائم لوصف الجوانب المشتركة لبعض أنواع السلوك التي بلغت قدرًا كبيرًا من التطور والتنوع عند الإنسان، وهو ما يظهر في كل الأنشطة التي يؤديها بدءاً من عادات الطعام إلى الملبس إلى الزينة وكذلك الطرق التي تحكم سلوك الناس تجاه بعضهم البعض^(٢).

وثمة علاقة بين المرض والأنماط السلوكية الإنسانية، حيث لا يكتفي علماء الأمراض الوراثية بتصنيف نماذج حدوث المرض خلال الزمان والمكان فقط، بل أنهم أوضحوا أسباب المرض من خلال البحث عن عوامل الخطر التي تبدو مرتبطة بنتيجة المرض، وقد بيّنا نوعين رئисين من عوامل أخطار المرض: الأول وهو العوامل الذاتية المنشأ كالأمراض الوراثية والثاني وهو العوامل الخارجية الحيوية مثل الكائنات الحية الدقيقة التي تسبب الأمراض المعدية أو الأمراض غير الحيوية الموجودة في البيئة مثل السموم والكيماويات. وقد يزيد البشر من احتمالات حدوث المرض بشكل غير متعدد من خلال تعريض أنفسهم أو الآخرين لعوامل الخطر سواء الذاتية أو الخارجية المنشأ بمعنى أن السلوك الإنساني قد يعني أنه عامل خطر للمرض وقد يكون هذا السلوك داخل النشاط الإنساني عنصرا هاما في سلسلة الأحداث التي تؤدي إلى حدوث المرض. ويلعب الأنثربولوجيون دوراً واضحاً وحاسماً في فهم أسباب المرض من خلال تعريف عوامل الخطر ووصف نماذج السلوك الإنساني وربطها بالتوزيع الاجتماعي للمرض وفهم السلوكيات الإنسانية المروجة للمرض في

(١) عبد الله معمر، مرجع سبق ذكره، ص من ٧٤-٨٥.

(٢) رالف ل. بيلز وهاري هيرجر، مقدمة في الأنثربولوجيا العامة ، ج ١ ، ترجمة محمد العوهري والسيد الحسيني ، دار نهضة مصر للطبع والنشر، القاهرة: من ص ١٣٥ - ١٣ .

السياق الاجتماعي والثقافي^(١) .

كما أن ثمة تكيفات ثقافية مع المرض تتضمن توظيف السلوكيات والمعتقدات التي تحد من نسبة انتشار المرض والوفيات بطرقين رئيسيين:-

الأولى : هناك سلوكيات ومعتقدات لها وظائف وقائية عن طريق تقليل التعرض للكائنات الحية المسببة للمرض بالنسبة لأجزاء معينة من المجتمع .

الثانية: هناك معتقدات وسلوكيات بشأن العلاج الملائم للمرض يصطلح عليها بصفة عامة بالطب العرقي^(٢) .

وقد أكدت الدراسات الاجتماعية والأنثربولوجية دائماً على دور الثقافة في فهم قضايا الصحة والمرض حيث لا يمكن فهمها بمعزل عن البناء الاجتماعي والثقافي. فقضايا الصحة والمرض تتعامل مع كائنات بشرية سواء من المرضى أم أقاريهم أم أصدقائهم وهي بيئة بشرية مسؤولة إلى حد كبير عن أهمية المغزى الوجوداني والرمزي التعبيري للعلاقات الاجتماعية والثقافية. ومن ناحية أخرى هناك مجموعة من الأحساس تدور حول حرمة الجسد وتستمد مقوماتها أساساً من المجتمع والثقافة السائدة فيه، والثقافة هي التي تجيز لهؤلاء الذين يمتهنون الطب في الاطلاع على الجسم البشري دون غيرهم^(٣). وفي دراسة لـ Kleinman قدم فيها تعريفاً للنموذج الطبي الإثنولوجي وميز بينه وبين النموذج الطبي البيولوجي حيث وضح أن النموذج الأول ينظر إلى الصحة والمرض على أنهما مفهومان يحملان دلالات لفظية تتحدد بطرق مختلفة لدى المرضى وعائلاتهم والمجتمعات المحلية التي يعيشون فيها والممارسين العلاجيين الذين يتعاملون معهم ، بينما يختزل النموذج البيولوجي مفهومي الصحة والمرض بمعزل عن الشخص وعن السياق الاجتماعي والثقافي. فالنموذج الطبي الإثنولوجي ينظر إلى هذين المفهومين في ضوء متغيرات الثقافة

(1) Peter J. Brown, et., al., OP., Cit., P. 194.

(2) Ibid, PP. 194 - 195 .

(3) علي المكارى، الأنثربولوجيا الطبية، دراسات نظرية وبحث ميدانية، مرجع سابق ذكره، ص ٤٥ .

والتفاعلات الشخصية وفي حدود الإطار الذي يضم أنساق المعاني والمعايير والشرعية، كما يتناولهما في ضوء العوامل السلالية والتنظيمية وأوضاع الدور، وتتركز تحليلاته حول الخبرات المرضية الحقيقة للمرض وتبين كيف يتصرف المريض حيال هذه الخبرات أثناء تفاعله مع العائلة ومع شبكة العلاقات الاجتماعية ومع الممارسين، فالمرض يتخذ شكلًا منظماً بالنسبة للمريض وأسرته في إطار الثقافة السائدة العامة أو الفرعية (المكانية أو المهنية) على نحو مواز لشبكات المعاني اليومية وشبكات العلاقات والتفاعلات الشخصية والاجتماعية التي يشارك فيها المريض وأسرته والتي في إطارها تتحدد التسمية التي تطلق على المرض وأنماط التوتر التي تصيب الأسرة بسبب المرض ونظرية الآخرين للمرض واستجابتهم له، والمعالجين الذين تستند إليهم في مهمة العلاج^(١).

كما تتأثر الثقافات الأسرية بعدة عوامل أهمها الوضع الاقتصادي للأسرة وثقافتها الأصلية (الديانة والعرقية) وموطن إقامتها الحالي والموطن الأصلي والخصائص الشخصية والعائلية بالإضافة إلى القوى الاقتصادية والتاريخية والاجتماعية الأكثر انتشاراً. وقد تؤدي العوامل الاقتصادية والاجتماعية مثل الفقر والبطالة والسكن السيء والمنشآت الاجتماعية الهزيلة إلى إضعاف البناء والتماسك الأسري، أو قد تؤدي إلى ترسیخ ثقافة الأسرة حيث قد تشكل بعض الأسر جماعات متربطة في مواجهة الحرمان وال حاجات الاقتصادية. كما يمكن المحافظة على ثقافة الأسرة حتى في وسط المدينة الحديثة والتشتت الجغرافي لأطرافها حيث تتعدد هذه الثقافات وتندعم حينما يشتراك أفراد الأسرة معاً في بعض المناسبات الهامة مثل الزواج والميلاد وتشييع الأموات أو في المناسبات الدينية والوطنية. والجانب الهام لأى ثقافة أسرية هو استراتيجية العلاج الذاتي المستعملة حينما يمرض الناس حيث يتم التعرف على المرض أولاً وتسويته ثم علاجه بعد ذلك بواسطة الأمهات والجدات وبالتالي فإن أشكال العلاج الذاتي تعد أدواراً حقيقة في ثقافة الأسرة ولها تأثير قوي

(١) إبراهيم خليفة، مرجع سابق ذكره، ص ١٨ - ٢٠.

على صحة الجماعة (١) .

ويمكن تضمين الثقافة الأسرية كنظم متغيرة في الرعاية الصحية من خلال توسيع وإثراء ممارسة العلاج العائلي مع الأخذ في الاعتبار السياق الأيكولوجي والاجتماعي الأوسع، فقد نجح العلاج العائلي في دمج جوانب من العلوم الاجتماعية والسلوكية كما انتقل من نموذج علاجي ثانوي (علاقة بين مريض وطبيب) إلى نظم عائلية لنموذج للرعاية الصحية (علاقة بين أسرة وطبيب ومريض) (٢) .

كما أن اهتمام علم الفولكلور المعاصر بدراسة الثقافة التقليدية أو التراث الشعبي المتوارث عبر الأجيال مستبعداً المعارف المكتسبة بالتعلم، إنما يعني بذلك أنه يتسع ليشمل ميادين أو مجالات عديدة لعل من أهمها الثقافة المادية والعادات والتقاليد والمعتقدات والمعارف الشعبية (٣) .

وكذلك تعد دراسة الفولكلور للتاريخ الثقافي لمجتمع من المجتمعات بمثابة المدخل الرئيسي والمقدمة الأساسية لفهم الثقافة الحالية والبناء الاجتماعي القائم، فالنظرة التاريخية المقترنة بالنظرة الجغرافية مع البعدين الاجتماعي وال النفسي للعناصر المعنية بالدراسة هم الذين يضمنون الفهم العميق والكامل للثقافة والبناء الاجتماعي. غير أن علم الفولكلور لا يقتصر على الاهتمام بدراسة ثقافة معينة بذاتها فحسب، ولكنه يساهم كذلك في تحليل علاقات التفاعل والتأثير المتبادل بين الثقافات المختلفة (الاختلاك الثقافي) (٤) . فعلم الفولكلور يتعلق بالعقائد الدينية وعادات الشعوب البدائية كموروثات ثقافية مازالت مؤثرة في الحياة العقلية للإنسان وما زالت قادرة على أن

(1) Cecil G. Heleman, "The Family Culture : A useful Concept for Family Practice", Fam., Med., Vol. 23, N. 5, 1991: PP. 337 - 78.

(2) Robert G. Like, R. Preasead Steiner, " Medical Anthropology and The Family Physician", Family Medicine, Vol. 18 No. 2, March / April 1986: P. 87.

(3) سعاد عثمان، آخرون، العادات والتقاليد والمعارف الشعبية، التراث الشعبي - مجموعة مقالات لأستاذة جامعة الإمارات، دبي: من ٧٧ .

(4) محمد الجوهري ، علم للفولكلور- الأسس النظرية والمنهجية، ج ١ ، مرجع سابق ذكره ، من من ٣١ - ٣٢ .

تمنع كثيراً من تاريخها للملاحظة العلمية، ويظهر ذلك من التعريف القديم التي وضعته (Burme) للفولكلور أنه معارف الناس المأثورة سواء بين الأجناس المختلفة أو بين الطبقات المختلفة في الأجناس الأكثر تقدماً. إنه ليس اللغة ولا الفنون أو الحرف اليدوية ، لكنه ثمرة الفكر، إنه فكرة الإنسان البدائي أو الإنسان المتبرير عبر عنها في كلمة أو فعل أو عقيدة أو عادة أو قصة أو أغنية أو قول مأثور... بمعنى أنه ليس شكل المحراث هو الذي يثير انتباه عالم الفولكلور ولكن الطقوس التي يمارسها الحراث وهو يشق التربة بمحراثه وليس صنع الشبكة أو الشخص بل المحظورات التي يراعيها الصياد في البحر وليس عمارة الجسر أو المباني هي التي تثير انتباهه ولكن القرابين التي تصاحب تشبيدها والحياة الاجتماعية لأولئك الذين يستخدمونها كما يظهر أيضاً في أحد تعريفاته بأنه المأثرات الروحية الشعبية وبصفة خاصة التراث الشفوي والعلم الذي يدرس هذه المأثرات^(١).

كما يمكن النظر إلى الفولكلور كعلم: على أنه ذلك النوع من المعرفة الإنسانية الذي يقوم بجمع المادة الفولكلورية وتصنيفها ودراستها دراسة علمية ثم تفسير حياة الناس وثقافتهم عبر الأجيال ، بمعنى أنه أحد العلوم الاجتماعية التي تقوم بدراسة تاريخ الحضارة وتفسير جوانبها المتعددة . وهو كمادة: كم متراكم من الخبرات التي اكتسبها الإنسان والتجارب التي خاضها عبر القرون فاستقرت في وجدهانه علي شكل عادات وتقالييد ومعتقدات أثرت في حياته وما تزال تؤثر فيها فكراً وسلوكاً، ومن ثم فهو يتكون من المعتقدات والعادات والأمثال والألغاز والأساطير والحكايات الشعبية والاحتفالات الدينية وطقوس السحر والشعوذة وما هو إلى ذلك من حياة الناس الأميين وعامة الناس في المجتمعات المتحضرة^(٢).

ونحسب أن هذه الشبكية المركبة التي تتدخل في بنية مفهوم الثقافة تلزمنا بأن نجلو ما يتصل بهذا المفهوم فيما يسهم في ايضاح المؤثرات الاجتماعية والثقافية علي الصحة والمرض وما يتصل بذلك من مداخل ثقافية لدراسة المرض ومن ثم دراسة

(١) فوزي العتيل ، الفولكلور - ما هو ؟ دراسة في التراث الشعبي ، دار النهضة العربية للنشر ، القاهرة : ص ١٢١٠ ، ٣٨ .

(٢) أحمد علي مرسى ، مقدمة في الفولكلور ، عين للدراسات والبحوث الإنسانية ، القاهرة : ١٩٦٥ ، ص ٥٩ - ٦٠ .

الثقافة وسلوك المرض ودراسة بعض الجوانب التقليدية والfolkloric في ثقافة بعض المجتمعات الإنسانية التي يمكن اعتبارها دراسة شاملة للإنسان كائن ثقافي.

أولاً : مفهوم الثقافة :

على الرغم من أن كلمة الثقافة تستخدم في أكثر من مناسبة وتفهم بعده طرق مختلفة فإن النشأة التاريخية لها تقوم على أنها تكتسب بالتعلم بواسطة أفراد المجتمع على مر الأجيال.

وقد قدم علماء الأنثروبولوجيا العديد من التعريفات لتعبير «الثقافة»، لعل أكثرها شهرة هو التعريف الذي وضعه (Tylor) في كتابه «الثقافة البدائية» عام ١٨٧١ ، كمجال مستقل من البحث إلى جانب المجال السيكولوجي والمجال البيولوجي وكسلوك متعلم ومكتسب بالخبرة على عكس السلوك الموروث أو المتأصل بالفطرة،^(١) وعرفها بأنها «ذلك الكل المركب الذي يشمل المعرفة والمعتقدات والفن والأخلاق والقانون والعرف وكل القدرات والعادات الأخرى المكتسبة عن طريق الإنسان بوصفه عضو في مجتمع»^(٢).

ويتضمن هذا التعريف ستة عناصر هي: المعرفة وهي المعرفة بالأشياء بدايةً من الأدوات البسيطة إلى التكنولوجيا المعاصرة، والمعتقدات التي تظهر في علاقة الإنسان بالكائنات فوق الطبيعية، والفن سواء في شكله البسيط منذ إنسان ما قبل التاريخ أم في شكله المعقد في المجتمعات المعاصرة، والأخلاق التي تعني بالأفكار المتعلقة بالصواب والخطأ، والقانون وهو ذلك النسق الذي يتضمن معايير تنظيم السلوك الإنساني، وأخيراً العادات وهي صورة من صور السلوك الاجتماعي. كما تتطوّر أيضاً على عدة أفكار أولها أن هذه العناصر الستة تنتقل من جيل إلى جيل بالاكتساب بواسطة عملية التثقيف التي تتضمن جانبين أحدهما شعوري والآخر لا شعوري، كما يعني بعبارة - ذلك الكل المركب - أن السمات الثقافية التي تشتمل عليها أي ثقافة لا توجد منعزلة عن بعضها البعض وإنما هي نسق متكامل وأن خصائصها ليست

(1) Robert G. Like , R. Preasead Steiner, Op., Cit., P. 88.

(2) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P.2.

عشوانية ولكن هناك علاقة متبادلة بين السمات الثقافية والخصائص الثقافية. كذلك ينطوي هذا التعريف أيضاً على فكرة التقدم حيث تأخذ الثقافة شكلاً تطوريًا يحدث من خلال عملية تراكم المعرفة^(١).

ويشير مصطلح «الثقافة الصحية» إلى جميع الظواهر المرتبطة بالمحافظة على السلامة الصحية، والتي بواسطتها يقاوم الناس مشكلات المرض بأساليبهم التقليدية الخاصة بهم ومن خلال الشبكات الاجتماعية الخاصة بهم أيضًا^(٢).

ويؤكد (Keesing) في تعريفه للثقافة على الجانب التصورى بمعنى أن الثقافات تتشكل من: منظومة من الأفكار المشتركة ومنظومة من المفاهيم والأحكام والمبادئ والمعاني والدلائل الرئيسية والتي تعبّر عن أسلوب حياة الناس^(٣).

كما يؤكّد (White) على أهمية العلاقات السياقية وعملية تطوير المعاني الرمزية كعنصر هام في تعريف الثقافة^(٤). ويعتبرها سياقاً للرموز والمعاني التي يبتدعها الناس ويعيدوا إحيانها لأنفسهم في عملية التفاعل الاجتماعي؛ وكتوجيه لطريقة شعور وتفكير وجود الناس في العالم، تفسر من خلالها كل التجارب والأفعال الإنسانية والأحساس الوجداني^(٥)، ويعرفها - وفقاً لذلك - بالأشياء والأحداث التي تعتمد على القدرة العقلية للكائنات الإنسانية التي يطلق عليها اصطلاح الرمزية وتشتمل على الأشياء المادية والأفعال والمعتقدات والاتجاهات. وهو يقصد بمصطلح (الرمزية) أن الناس يستخدمون الرموز مثل الكلمات التي تعبّر عن أشياء حدثت في خبراتهم ويستطيع الناس عن طريق هذه الرموز أن ينقلوا المعرفة والمعتقدات إلى

(١) محمد حسن غامرى، مقدمة في الأنثروبولوجيا العامة، المركز العربي للنشر والتوزيع، الإسكندرية: ١٩٨٤، ص

: ٤٠ - ٣٧

(2) Robert G. like, R. Preasead Steiner, Op., Cit., P. 88.

(3) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P.2.

(4) Robert G. like , R. Preasead Steiner, Loc., Cit.

(5) Janis H. Jenkins, "Culture, Emotion and Psychiatric Disorder", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Editors), Op., Cit., P. 74.

أشياء فعلية وأن يعطوا معاني خبراتهم من خلال استخدامها^(١).

وقد اعترضا كلوكهون وكروير (Kluckhohn and Kroeber) على وجهة نظر علماء السلوكيات بالنسبة لتعريف الثقافة حيث أعلنا في مقالة لهما عام (١٩٦٠) أن الثقافة هي عملية تجريد للسلوك الإنساني المادي وليجت السلوك نفسه^(٢)، بمعنى أن علماء النفس قد لاحظوا السلوك بينما بحث الأنثربولوجيون تجريدات السلوك. وقاما بفحص ما يزيد على مائة تعريف من التعريفات التي قدمها الأنثربولوجيون للثقافة ولم يجدا من بينها تعريفاً مقبولاً وكان وجه القصور في كثير من التعريفات أنها لا تميز بوضوح بين المفهوم والأشياء التي يشير إليها هذا المفهوم، وقد حدد كلوكهون (Kluckhohn) هذا المفهوم في قوله «يقصد بالثقافة جميع المخططات الضمنية والصريرة العقلية واللا عقلية وهي توجد في أي وقت كموجهات لسلوك الناس عند الحاجة»، كما بين في هذا السلوك تنوع السلوك البشري في قوله: إن ثقافة أي مجتمع من المجتمعات هي نسق تاريخي المنشأ يضم مخططات الحياة الصريرة والضمنية ويشارك فيه جميع أفراد الجماعة أو أفراد قطاع معين فيها^(٣).

وقد أيد ردفيلد (Redfield) فكرة أن الثقافة هي عملية تجريد للسلوك بقوله إن الثقافة تتضح في الأفعال وفي الأشياء المادية ولكنها لا تكون من تلك الأفعال والأشياء ذاتها، ودلل على ذلك بأن دارسي الأنثربولوجيا يدرسون أنواعاً عديدة من الأفعال الإنسانية ليس مجرد كونها عناصر سلوكية منعزلة وإنما بسبب ما تلقى من ضوء على الأساليب التي يتعلم من خلالها الأفراد كيف يسلكون في المجتمعات التي يعيشون فيها^(٤).

وقد ظهرت معارضه للنظرية التطورية للثقافة عند وايت (White) حيث اتجه

(١) محمد حسن غامري ، مرجع سبق ذكره ، ص ٤١ .

(٢) Ropbert G. like R. Preasead Steiner, Loc., Cit.

(٣) محمد الجوهرى، الأنثربولوجيا - أسس نظرية وتطبيقات عملية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩٠ ، ص ٦٣-٦٤ .

(٤) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 2.

علماء الأنثروبولوجيا نحو الاهتمام بمعرفة حياة وثقافات المجتمعات وذلك من خلال تحليلها لأنساق على أساس أن كل علاقة أو نظام له وظيفة يمكن فهمها كجزء من كل أكبر هذا الكل هو المجتمع . وقد استند هذا التحليل على مبدأ الوظيفية عند (Ma- linovaski) (١) فقد نظر (Radcliffe - Brown) إلى الثقافة بوصفها وسيلة لإشباع الحاجات السيكولوجيـة والبيـولوجـية الأساسية والثانوية للإنسان ، وأبرز في ثانياً تحليله كيفية الإرتباط بين مختلف عناصر الثقافة وإن كان لم يغفل التنوع الفردي في السلوك ، فبينما توجد نظم ثقافية لإشباع الحاجات الأساسية وهناك أيضاً ثقافة أخرى تشبع الحاجات الثانوية التي تنشأ عنها ، فمثلاً الحاجة الأولى لراحة الجسد قد تتحول في إحدى الثقافات إلى انتاج وسائل مطاطة (٢) . وهكذا على حين يرى مالينوفيسكي أن الظاهرة الثقافية ميكانيزمات تقابل حاجات الفرد فإن راد كلـيف براون يركـز على حاجات المجتمع وأن الغرض من العلاقة الاجتماعية إنما هو تحقيق التكامل وثبات البناء الاجتماعي الذي يشكل أساس المجتمع ، وأن المجتمع أو النـسـقـ الـاجـتمـاعـيـ عـنـدـهـ هوـ الـكـلـ الـذـيـ يـتـأـلـفـ مـنـ عـلـاقـاتـ اـجـتمـاعـيـةـ مـتـنـاسـقـةـ وـأنـ الـبـنـاءـ الـاجـتمـاعـيـ هوـ الـذـيـ يـلـاحـظـ فـيـ كـلـ الـحـيـاةـ الـيـوـمـيـةـ لـلـنـاسـ ،ـ وـهـوـ بـذـكـرـ يـؤـكـدـ عـلـيـ ضـرـورـةـ الـنـظـرـةـ الـكـلـيـةـ وـالـشـمـولـيـةـ لـلـثـقـافـةـ مـنـ خـلـالـ حـالـةـ التـواـزنـ الـتـيـ تـؤـدـيـ فـيـهـاـ كـلـ عـنـاصـرـ الـمـجـتمـعـ لـوـظـائـفـهـاـ أـدـاءـاـ كـامـلـاـ دـوـنـ صـرـاعـ وـمـحاـوـلـةـ الـمـجـتمـعـ اـسـتـعادـةـ التـواـزنـ فـيـ حـالـةـ اـخـتـلـالـ أـدـاءـ الـوـظـيفـيـ لـلـنـسـقـ إـنـ كـانـ قـدـ تـجـاهـلـ الـفـرـدـ وـمـظـاهـرـ التـنوـعـ الـمـوـجـودـةـ فـيـ السـلـوكـ (٣) .

كما ظهرت فكرة النسبية الثقافية عند روث بندикت (Ruth Benedict) والتي تقوم على أن كل الأنماط الثقافية تتساوى في حقيقتها وصدقها وأن فهم الأنساق الثقافية الأخرى إنما يكون في علاقة بعضها ببعض وليس في صورة مضمون ثقافة أخرى ، فقد حاولت أن تضع حلولاً لمشكلة نكامل الثقافة من خلال وصفها لثقافة معينة

(١) محمد حسن غامري ، مرجع سابق ذكره ، ص ٤٦ .

(٢) رالف بيـلـزـوهـارـيـ هـويـجـرـ ،ـ مـرـجـعـ سـبـقـ ذـكـرـهـ ،ـ مـنـ صـ ١٥٠ـ ـ ١٥١ـ .

(٣) محمد حسن غامري ، مرجع سابق ذكره ، ص ٤٧ .

في ضوء خطة موحدة ومتكاملة في كتابها «أنماط الثقافة»^(١)، عندما ترى أنه لا يوجد أي تضارب بين المجتمع والفرد، فثقافة المجتمع تقدم للفرد تلك المادة الخام التي تصوغ حياته، كما أن الثقافة شأنها شأن الفرد تقريباً تمثل نمطاً متسلقاً إلى حد ما من الفكر والسلوك، فتوجد داخل ثقافة بعض الأهداف المميزة التي لا تشارك بالضرورة مع أنماط المجتمعات الأخرى ويحاول كل مجتمع في تحقيقه لهذه الأهداف أن يركز تجربته وخبرته الخاصة ويلورها أكثر وأكثر وقدر إلحاد هذه الأهداف وقدر ما تحظى به من أهمية تتحول عناصر السلوك المتنافرة إلى شكل يزداد تلاوياً وانسجاماً باستمرار. ومن ثم فالتكامل الثقافي في رأي (Benedict) هو مسألة نسبية تختلف في درجاتها من ثقافة لأخرى ويمكن أن تقدر بالنسبة لكل ثقافة بمدى خضوع أساليب السلوك فيها لمبدأ أساسي كلي واحد.

ومع أن هناك خلافاً يبدو بين نظرية كل من (Benedict) و(Radcliffe-Brown) من حيث التنوع الثقافي، إلا أنه يمكننا أن نلاحظ قدرًا من الاتساق بين نظرية كل منهما حيث يشتركان في الفروض الأساسية للتنوع الثقافي ذلك أن بروان يكشف عن توجهه نحو التنوع الثقافي ومفهومه للبنية الاجتماعية بشكل يماثل توجه Benedict من نواحي كثيرة حينما يعبر عن ذلك بقوله: إذا ما التقى واحدة من أصداف البحر وأنا على الشاطيء فإنه أتعرف عليها من حيث أن لها بنية خاصة ، وربما أتعذر على أصداف أخرى من النوع ذاته له بنية مماثلة ، وهذا يحقق لي القول أن ثمة شكلًا لبنيّة مميزة للنوع ، وبعد أن أفحص عدداً من الأنواع المختلفة يصبح في وسعي أن أتعرف على صور أو أساس لبنيّة عامة... وأدرس فاحصاً مجموعة محلية من مجتمع ما وأجد نظاماً للأشخاص لدى عدد من العائلات وأسمى هذا الوضع البنية الاجتماعية لهذه المجموعة بذاتها في تلك اللحظة من الزمن، وثمة مجموعة محلية أخرى لها بنية تشبه من نواحي مهمة كثيرة بنية المجموعة الأولى، ومن ثم أستطيع بناء على الدراسة الفاحصة لعينة مماثلة لجماعات محلية في منطقة

(١) رالف بيلاز وهاري هويجر ، مرجع سبق ذكره، ص من ١٥٢ - ١٥٣ .

واحدة أن أصف صورة معينة تميز البنية^(١) .

وقد اقترح أوبلر (Opler) نظرية في الثقافة تعالج نواحي الخلاف بين رؤى التكامل الثقافي والأنماط الثقافية مفادها أن مضمون ثقافة من الثقافات ينتمي حول عدد من المبادئ الكلية الشاملة وليس حول مبدأ واحد سائد ويطلق على هذه المبادئ الأساسية إسم (الموضوعات الأساسية Themes) ويعرف الموضوع الأساسي بأنه : فرض أو قضية أو موقف معن أو ضمني يتحكم في سلوك الأفراد عادة أو يحفز عليه ، ويقره المجتمع ضمناً أو يشجع عليه صراحة ويتم التعرف على الموضوع الأساسي من واقع مظاهره الخارجية التي يبدو فيها وهي المظاهر التي يطلق عليها اسم «الأنماط الثقافية»، ومن ثم تتحدد الموضوعات الأساسية عن طريق تجريد أساليب السلوك التي تنتشر في مجتمع ما^(٢) .

كما أشار بعض علماء الأنثروبولوجيا من أمثال ليتش (Leach) إلى أن كل المجتمعات لها في الواقع أكثر من ثقافة واحدة داخل حدودها فأغلب المجتمعات لها شكل معين من التراصف الاجتماعي داخل طبقات أو درجات اجتماعية ، وأن كل طبقة تتسم بخصائص ثقافية مميزة خاصة بها تتضمن استخدامات لغوية وأساليب تعبيرية وطريقة الملبس وأنماط السكن والتغذية ... الخ ، وكل من الغني والفقير والقوى والضعف وجهة نظره الثقافية الموروثة . كما أن معظم المجتمعات المركبة الحديثة تضم داخل كل منها أقليات عرقية ودينية وسائلين ودارسين ورجال أعمال أجانب ومهاجرين وكل منهم ثقافة مميزة خاصة بهم وتخضع أكثر هذه المجتمعات لدرجات معينة من الاحتكاك الثقافي الذي تندمج بناء عليه بعض الخصائص الثقافية في المجتمع الأكبر . كما أن هناك ثقافات فرعية أخرى تمثل الثقافات الفرعية للمهنيين المختلفين الموجودين داخل المجتمع مثل الأطباء والمحامين والقطباط والذين يمثلون جماعات مستقلة لكل منها مفاهيم وتنظيمات ، ومبادئ اجتماعية خاصة بها . وبينما كل ثقافة فرعية تنشأ من الثقافة الأكبر وتشترك في العديد من قيمها ومفاهيمها

(١) مايك كارينز ، لماذا يفرد الإنسان بالثقافة ، ترجمة شوقي جلال ، عالم المعرفة ، الكويت: ١٩٨٨ ، ص ٤٢ - ٤٣ .

(٢) رالف ل بيلز ، هاري هريجر ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٥٤ .

فإن لها أيضاً سمات مميزة وفريدة خاصة بها كما يخضع الدارسون في هذه المهن لشكل من أشكال التثقف ويكتسبون الثقافة ببطيء من مهنهم المختارة وبالتالي يكتسبون وجهة نظر مختلفة عن الحياة من هؤلاء الذين خارج المهنة مثل العلاقة بين الطبيب والمريض في مهنة الطب^(١).

ولفهم مدى اختلاف الثقافات الإنسانية وما إذا كانت هذه الاختلافات تلغي بعضها البعض أو تناقض بعضها البعض أو تتعاضد لتشكل مجموعة متباينة فإن الأمر يستلزم مراجعتها وتصنيفها مع الوضع في الاعتبار أن الثقافات الإنسانية لا تختلف فيما بينها بالطريقة نفسها ولا على الصعيد نفسه مع عدم إغفال أشكال الحياة الاجتماعية التي توالّت عبر الزمن والتي لا يمكن التعرف عليها بالتجربة المباشرة، فالثقافات الإنسانية هي ثقافة مجتمعات متباينة في المكان بعضها قريب والأخر بعيد غير أنها معاصرة لبعضها.

ثم ماذا تعني الثقافات المختلفة؟ فهي تبدو مختلفة ولكن إذا هي نشأت من جذع واحد مشترك فإنها لا تختلف عن بعضها بنفس النسبة التي يختلف فيها مجتمعان لم تقم بينهما أي علاقة في أي وقت من الأوقات، كما أن مسألة التنوع لا تطرح بالنسبة للثقافات المقصودة في علاقتها المتبادلة فحسب ولكنها موجودة أيضاً في داخل كل مجتمع خلال التجمعات التي يتشكل منها مثل الفئات والطبقات والأوساط المهنية والطائفية ، فتنوع الثقافات الإنسانية يجب ألا يتم إدراكه على نحو ساكن. فاختلاف الثقافات التي أجزها الناس بفعل التباعد الجغرافي والخصائص المميزة للبيئة لا تكون صحيحة إلا إذا كانت كل ثقافة وكل مجتمع في عزلة شديدة عن المجتمعات الأخرى، والمجتمعات البشرية ليست وحيدة أبداً فعندما تبدو في أقصى درجات الانفصال فإن ذلك يأخذ أيضاً شكل الكتل أو المجموعات^(٢) . ولذلك لا بد من التأكيد على أن هناك بعض الصلات الوثيقة بين المجتمعات البشرية ، فإلي

(1) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 3.

(2) كلوه ليفي شتراوس، العرق والتاريخ، ترجمة سليم حداد، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، جـ ١،

جانب الفوارق الناتجة عن العزلة هناك ثمة فوارق بنفس القدر من الأهمية ناتجة عن التجاول مثل الرغبة في التمايز وتحقيق الذات، فالكثير من العادات الثقافية لم ينشأ نتيجة لحاجة داخلية بقدر ما هو نتيجة إرادة عدم البقاء في فراغ بالنسبة لمجموعة مجاورة ومن ثم فإن تنوع الثقافات الإنسانية هو نتيجة للعلاقات التي تجمع بين المجتمعات أكثر مما هو بفعل انعزال هذه المجتمعات عن بعضها البعض^(١).

وعلى ذلك يمكن النظر إلى الثقافة على أنها عدسة متوارثة (Inherited Lens) يري ويفهم الشخص بواسطتها العالم الذي يوجد فيه ، ويتعلم كيف يعيش داخله ، مثلاً يكون النمو داخل كل مجتمع بمثابة شكل من أشكال التكيف الذي يكتسب الفرد وفقاً له عدسة الثقافة في هذا المجتمع^(٢). كما يمكن النظر إليها على أنها ابتكار إنساني بشري في مواجهة الحياة ومنهج إبداعي للتعامل والتفاعل لكي تمضي الحياة ولا تتوقف ، فكما قال الفيلسوف الهندي (رادها كريشنان) : إذا ما تعاليمنا عن مظاهر الاختلاف بين المعتقدات والثقافات فسنجد لها جميعاً واحدة لأن الإنسانية واحدة وإن تنوعت وتعددت ثقافتها^(٣). أو كما قالت (Mead) إذا ما أدركتنا أن كل ثقافة إنسانية شأن كل لغة هي كل متكامل... نستطيع إذن أن نرى الأفراد أو جماعات البشر إذا ما كان لابد أن يتغيروا... فسوف يكون الشئ الأهم هو أن يتحولوا من نمط كلي متكامل إلى آخر^(٤).

وفي صيغة هذا الشبكية المركبة التي تتدخل بثرائها في مفهوم الثقافة، ها نحن نقترح تعريفاً للثقافة نحاول فيه أن نجمع بين المتعدد في هذه التعريفات في إطار من التكامل، نرى معه إن الثقافة هي مجموعة من التوجهات الصريحة والضمنية التي يكتسبها الشخص بوصفه عضواً في مجتمع معين ، والتي تدلله على كيفية رؤيته للعالم وطريقة تصرفه فيه من حيث علاقته الناس الآخرين والبيئة الطبيعية والقوى

(١) المرجع السابق، ص ١٢ .

(2) Cecil Heleman, 'Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 2.

(٣) مايكل كاريذرس، ترجمة شوقي جلال ، مرجع سبق ذكره، ص من ١٤ - ١٥ .

(٤) المرجع السابق ، ص ٤٠ .

فوق الطبيعية ، وتمده بالأسلوب الذي ينقل به هذه التوجهات إلى الأجيال الأخرى من خلال استخدام الرموز واللغة والفن والطقوس والشعائر، ٠

ثانياً : المداخل الثقافية لدراسة المرض

١- دراسة المرض من منظور تاريخي :

إن النظرة التاريخية للمداخل الثقافية حول مفاهيم الصحة والمرض تبين كيف أن المسببات العامة والمعالجات الشعبية للمرض وما تحتويه من اعتقاد في تلبس الأرواح وسط الشعوب البدائية والاعتقاد في الوساطة الروحية والمزاج بين الطقوس والوسائل الطبية في التطبيب والمعالجة والعلاقة بين المرضي والقوى فوق الطبيعية - قد استحوذت على اهتمام الأنثروبولوجيين منذ البداية الأولى لعلم الأنثروبولوجيا. وقد كانت هذه الأفكار الكلاسيكية المبكرة والمتوارثة من ثقافات عديدة تعتمد على استحضار أرواح القوى فوق الطبيعية أو أرواح قرناء السوء أو أرواح الجنان تبدو كأفكار غريبة بالنسبة لأسباب المرض وأساليب التشخيص. كما أُعجب الناس في ذلك الوقت بروايات توظيف واستخدام العرافين والمتخصصين في السحر المضاد للكشف عن أسباب المرض وذلك قبل أن تغير معتقداتهم الشخصية عن الصحة والمرض بشكل جذري بسبب الثورات العلمية والصناعية، كما كان البعض السائد في الثقافة الأنثروبولوجية هو البحث في نشأة ومصادر المكونات الثقافية للنظم الطبيعية ثم اعتبرت الأفكار والسلوكيات المرتبطة بالمرض والعلاج جانباً هاماً من هذه الثقافة بعد ذلك، وتضمنت محاولات تجديد عمليات البناء الثقافي دراسة للأدوات والمنتكرات الشخصية الأخرى التي يستخدمها المعالجون^(١).

ومن بين هذه المحاولات كانت محاولة كليمونتس (Clements) لرسم وتحليل توزيع الخصائص الثقافية المتعلقة بالصحة والسيطرة على المرض^(٢)، وانتهي فيها إلى تحديد خمسة أسباب رئيسية للمرض في العالم غير الصناعي وهي :

(1) Arthur J. Rubel and Michael R. Hass, "Ethnomedicine" In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Editors), Op., Cit., PP. 113 - 114.

(2) Lorna G. Moore et., al., "The Biocultural Basis of Health Expanding Views of Medical Anthropology" WAVELAND PRESS. INC. U.S.A, 1987: PP. 194 - 195.

- (١) السحر والشعودة.
- (٢) فقدان الروح.
- (٣) انتهاك المحرمات.
- (٤) إفحام شيء بسبب المرض.
- (٥) إفحام روح داخل المريض.

وخلص إلى أنه من الممكن أن يتصف المجتمع بالمرض الذي يلجم عن سبب يكون متواصلاً فيه بشكل واضح مثل : مجتمع إفحام روح داخل المريض أو مجتمع فقدان الروح . كما حاول أن يستخلص من التوزيع المكاني لهذه الخصائص إلى متى يمكن اعتبار هذه الخصائص جزءاً من ثقافة معينة^(١) .

وقد تعرضت محاولة كليمونتس (Clements) للنقد الصريح من قبل الباحثين الذين كانوا أكثر التزاماً بمدخل علماء التشكيل الثقافي الذي قدمته (Ruth Benedict) في عملها «أنماط الثقافة» ، حيث أكدت دراسة (Ackermann) على أن مدخل علماء التشكيل الثقافي قد وضع الطب في سياقه الثقافي مبيناً الممارسات التي لا تُعدُّ من أشكال الطب ولكنها تقوم بدور الطب في حياة القبيلة أو الناس وكذلك الروح التي تتخلل هذه الممارسات والأسلوب الذي يندمج فيه الطب مع الخصائص الأخرى للمجالات المختلفة من الخبرة . وقد كان هذا الانتقاد بمثابة بادرة للتحول الجذري من المدخل التاريخي للبحث عن ظاهرة الصحة إلى الاتجاه التجريبي التاريخي ، كما أدى انبعاث مذهب الوظيفية إلى رؤية المجتمع كمجتمع يتشكل من مفاهيم ومكونات مترابطة عن المرض وأسبابه وسمات المعالجين المجددين فيه^(٢) .

وحيينما أصبح علم الأنثروبولوجيا أكثر تنظيماً وأصبح البحث فيه أكثر حنكة صار الطب العرقي أحد الأبعاد الأساسية للثقافة المدروسة وازداد انتشار منهج دراسة الجماعة وخاصة في المكسيك وجواتيمالا ، كما أعطيت أهمية أكبر لتكوين مفاهيم

(1) Arthur J. Rubel and Michael R. Hass, Op., Cit., P. 114.

(2) Idem.

المجتمع عن المرض (الأسباب والعلاج) ودور المعالجين فيه والعلاقة بين مفاهيم المرض والعلوم الكونية وتحددت الصلات بين المعتقدات الصحية التي ظهرت غربية عن المجتمع وبين الممارسات والجوانب الأخرى للنظام الثقافي أو الاجتماعي. وقد أدت هذه النتائج إلى اتخاذ موقف نحو الناس الآخرين بشكل أكثر ثقافي لدرجة أن أكثر السلوكيات والمعتقدات الصحية التي كانت تبدو مجلوبة ودخيلة على المجتمع كانت مقبولة في السياق الثقافي التي وجدت فيه. فعلى سبيل المثال كانت الأسباب التي تنسب المرض والموت إلى السحر والشعوذة بمثابة مصادر أولية لمعرفة التفسيرات الثقافية لكيف ولماذا يزور المرض أو الموت بعض أعضاء الجماعة دون الآخرين، كما تأسست الافتراضات القائمة على أن الناس يصبحون مرضى حينما يجني عليهم جيرانهم الذين يتحولون في شكل حيوانات ، وأن المرض يزور الشخص الذي يخل بالمعايير الاجتماعية كنتيجة وعوقبة لسلوكه بهذه المعايير^(١) .

كما استخدمت فيا روخاس (Villa Rojas) مدخل البنائية الوظيفية بطريقة جيدة في تحليل أسباب المرض وسط مجتمع التزيتالسيين بجنوب المكسيك . وقد ظهر هذا التحليل في طليعة عدد من الأعمال الهامة التي استنتجت الارتباطات بين المعايير الاجتماعية التي تحكم السلوك وبين الأسباب التي تنسب المرض إلى القوى فوق الطبيعية المكافلة بالمحافظة على هذه المعايير^(٢) ، ومن ثم تحدد الثقافة أسباب الأمراض التي يتعرض لها الناس وكيفية ومسار علاجها كما تلعب الدور الحيوي في تحديد حجم الطلب على الخدمة الصحية المقدمة سواء كانت في شكل طب رسمي أو غير رسمي^(٣) .

وللثقافة أيضاً أهميتها الحيوية في مجال الصحة والمرض من خلال تأثيرها في نمط انتشار المرض بين الناس وطريقة تفسير المرض ومعرفة أسبابه ، وبالتالي تظهر اختلافات واضحة عبر الثقافات في التعرف على المرض وكيفية علاجه.

(1) Ibid, P. 115.

(2) Idem.

(3) علي المكارى، الأنثروبولوجيا الطبية . دراسات نظرية وبحوث ميدانية ، مرجع سابق ذكره ، ص من ٤٦ - ٤٧ .

فالتدخل الثقافي يتناول العلاقات بين محتوى الثقافة والأساليب الثقافية للحياة وبين تعاريفات الصحة والاستجابة للمرض، كما يلعب السياق الثقافي دوره هو الآخر في تحديد الحالات والظروف المرضية التي يدركها الشخص والأسباب التي تعزيز إليها الأشخاص المسؤولين عن تقييمها وتعريفها. كما تمارس التعريفات الثقافية تأثيرها على ناتج تحديد حالات مرضية معينة كأن تلخص الثقافة المصرية مرض البلهارسيا بالفلاح المصري والمرض الجلدي بالرجل البدوي، كما تقرن الأمراض العصبية والنفسية بالرجل الحضري ٠٠٠٠ الخ، كما تحدد هذه التعريفات أيضاً أساليب علاج هذه الأمراض والبدائل العلاجية المتعددة لها (١). ويؤكد هذا الرأي ما عرضه روجرز (Rogers) من أمثلة عن ارتباط تصنيف المرض الذي وصفه كلمنت (Clements) وسط الجماعات البدائية والأمية وبين طرائق معالجة وتطبيب المرض نفسه، فقد بين أن علاج المرض الذي يعتقد أنه نتيجة لأعمال السحر يتضمن السحر أيضاً أو شيئاً يتصل بالسحر كالقوى التي تبطله، أما المرض الناجم عن انتهاك المحرمات وهو السبب الشائع وسط شعوب الاسكيمو فإن المعالجة بالطريقة (الشامانية) عندهم تتطلب أن يسأل المعالج الروح التي تبسه ما هي المحرمات التي انتهكت، كما يتطلب توضيح وتفسير هذه المشكلة اعتراف المريض بما انتهكه من محرمات وتصديق المرافقين له على اعترافه ٠ وكذلك تعتمد معالجة المرض الناجم عن إفحام شيء يسبب المرض على البراعة وخفة اليد وحيل الشعوذة التي يستخدمها (الشaman) المعالج وهو يحاول إقناع المريض والمشاهدين على حد سواء بأنه قد تمكّن من إزالة الشيء المؤذن المسبب للمرض بنجاح. كما تحتاج معالجة المرض الناجم عن إفحام روح داخل المريض إلى تعازيم وترانيم معينة لطرد الروح وأحياناً جلد المريض بالسوط أو تقديم بعض الأضاحي والقرابين. أما معالجة المرض المعروف بفقدان الروح فهي طريقة معقدة جداً وتستخدم طقوساً معينة يطلق عليها (زورق الروح) لاستعادة الروح الضالة أو الثانية وبالتالي استعادة الصحة والعافية، وتتضمن هذه التعبيرات الطقوسية رحلة المعالجين إلى العالم التحتي التي تعيش فيه أرواح الأموات للبحث عن الروح المفقودة

والطواف بين المساكن في قرية الأموات على أمل أن يجدوها وبعد استرجاعها يقومون بتغليفها بقطعة من القماش ويزدونها للمريض وحيثما تكون الروح قد أعيدت إلى مكانها^(١).

وأحسب أن هذه البدائل المتعددة المعروضة لعلاج تلك الأمراض والتي تنطوي على خرافات كثيرة بعيدة عن منطق العقل والدين، قد تعيق الاستفادة الكاملة من الخدمة الصحية في بعض الأحيان ويحدث ذلك عادة في المجتمعات التقليدية، كما قد تتفاعل مع الطلب الحيوي والخدمة الصحية المقدمة في سياقه في أحيان أخرى وكما يحدث عادة في المجتمعات الأكثر تقدماً.

وها نحن نعرض الباحثة بعض النماذج التي تدلل على هذا الرأي:

النموذج الأول : عدم الاستفادة الكاملة من الخدمات الصحية

أكيدت بعض المراجع الطبية القديمة على وجود مرض صديدي اسمه ماسوريكا مكتوب باللغة السنكريتية والتي ترجع إلى مايزيد عن ألفي عام، وهو مرادف لمرض الجدري المعروف حالياً وهو ما يؤكّد قدم هذا المرض وانتشاره بين شعوب جنوب آسيا. وقد كان مرض الجدري واحداً من أعنف وأقسى الأمراض التي تعرض لها الجنس البشري (كارثة الهند) حيث توطن في معظم أنحائها وظهر بشكل وبائي له قوته في دورات موسمية حيث كان يزداد انتشاراً في وقت الجفاف (شهور الربيع) ثم ينحصر مع بداية فترة الرياح الموسمية. فبالإضافة إلى الظروف المناخية التي تفسر حدوث هذا المرض كان هناك أيضاً العديد من التأثيرات الاجتماعية والثقافية التي تسهم في انتشاره فشهر الربيع في الهند هي شهور الاحتشاد والسفر حيث تكون مواسم الحج إلى المزارات المقدسة والمواسم الدينية الشعبية واحتفالات الزواج أكثر شيوعاً في الوقت الجاف من السنة لسهولة السفر وبالتالي توفر الحركة والمخالطة الاجتماعية الالزمة لانتقال العدوى بالإضافة إلى تأثير المجاعة علي إضعاف المقاومة البشرية للعدوى. وكان معظم الأوروبيين الموجودين في الهند في

(1) Loran G. Morre, et., al., Loc., Cit.

هذا الوقت ينظرون إلى هذا المرض نظرة علمانية من خلال «نظرية الجراثيم»، أما الأمر بالنسبة للهندوين فكان مختلفاً حيث كان يمثل المرض بالنسبة لهم معنى دينياً قوياً وكانوا يعتبرون - من البنغال شرقاً حتى مهاراشترا وجوارات جنوباً - أن الآلهة «ستيالا» هي المسئولة عن جلب أومنح المرض ، وفي الهند الجنوبية كانت الآلهة «مارياما»، تشارك في بعض هذه الخواص كما أن هناك أمراضاً أخرى مماثلة في «بانثيون»، هيكل الآلهة الهندوسية الشعبية، غير أن الآلهة «ستيالا»، كانت ذات فعالية استثنائية نظراً لما تتمتع به من أهمية بارزة حيث يمكنها أن تمنع الوقاية من المرض أو التخفيف من آثاره إذا ماتم تمجيدها من خلال الصلاة وتقديم القرابيين والعادات الأخرى أما إذا أغضبت أو أهملت فإن غضبها كان يتخذ شكل الحمي العنيفة التي تجتاح أجساد صنحاياها التي تؤدي إلى التشوه الدائم أو الموت ٠

وكانت تقام احتفالات سنوية لتكريم الآلهة في شمال وشرق الهند تبعاً لدورة المرض في فصل الربيع ، وكان الإيمان بـ «ستيالا»، و «مارياما»، جزءاً من الفهم الأوسع للمرض وللقوى الخيرة والشريرة لدى معظم الهندوس وكذلك الكثير من المسلمين الذين شاركوا الهندوس في هذا الجانب من الثقافة الشعبية في حين كانت هذه المعتقدات بالنسبة للأطباء البريطانيين ورجال الإدارة والمبشرين ورجال الدين الموجودين في الهند في ذلك الوقت من قبيل الخرافات ودليل على خمول الهند وجهلهم الذي ظهر في تشتيتهم بالإيمان بالعلاج الآلهي بواسطة «ستيالا»، ونفورهم الفطري من العلاج غير الآلهي (التطعيم ضد الجدري) الذي يحمله الأوروبيون^(١) ٠

وهناك مثال آخر لتفسير أسباب المرض من خلال الثقافة السائدة في المجتمع، فقد كان اجتياح مرض « الأنفلوانزا » لرو迪سيما الجنوبية - زيمبابوي حالياً - في سنة ١٩١٨ يمثل نوعاً من التحدى للتفسيرات العلمية للمرض وبعد ظهور وباء الأنفلوانزا في زيمبابوي اعتمد الإفريقيون على التفسيرات الشعبية والدينية في التعامل مع هذا المرض حيث لجأ بعضهم إلى العلاج بالأعشاب وتحول الآخرون إلى العرافين

(١) دافيد أرنولد، الطب الإمبريالي والمجتمعات المحلية، ترجمة د. مصطفى فهمي، عالم المعرفة، الكويت: ١٩٩٨،

للكشف عن السحرة الذين جلبوا المرض أو رسل الإله الأعلى الآتين بعقيدة الكهوف أو إلى أنبياء الأرواح الجديدة التي أعلنت عن وصولها بواسطة هذا الوباء.

وعلى الرغم من شدة جنوح هذه التفسيرات فمن الواضح اقتناع الكثيرين بها ومن المفارقات التي حدثت في حينها، أنه مع زيادة نسبة الوفيات إلى أعلى معدلاتها اضطر الأوروبيون إلى عزل المرضى الأفريقيين في محجر صحي في «بولاوايو» الأمر الذي أصابهم بالفزع من هذا الاحتياز وتفادي إرسالهم إليه بكل ما يستطيعون من قوة، وما أن سقط الطبيب المعالج نفسه صريع هذا المرض ومعه حراس المحجر الصحي حتى هرب العديد من المرضى ونشروا المرض لمسافات بعيدة ولم يعد لديهم أي ثقة في (المستشفيات) الموجودة في مجتمعات التعدين هناك ورفضوا أية أدوية لعلاجهم وروجوا فكرة أن زيادة عدد الوفيات هي بسبب الأدوية وأن الأوروبيين هم المسؤولون عن إدخال هذا المرض وفضلوا المرض على الأدوية.

وعلى الرغم من أن هذه الهجمة الوبائية كانت مهلكة فإن مدتها كان قصيراً جداً وانتهي في شهرين مما أدى لاقتناع الكثير من الأفريقيين بأن هذه الهجمة أمكن فهمها والتحكم فيها بوسائل من التراث فقد أعتقد البعض منهم أنهم أنقذوا أنفسهم من هذا المرض باللجوء إلى أدويتهم الخاصة «عشب الأوكاليميلا»، كما فسر الآخرون أسباب المرض بالسحر والشعوذة معتقدين أن هناك وفيات كثيرة سببها وسائل غير طبيعية في العائلات التي فقدت العديد من أفرادها بينما هناك آخرون يعيشون في القرية ولم يفقدوا إلا القلة ألم يفقدوا أحداً على الإطلاق وطالبو بمحاكمة السحرة وطردتهم إلى جبل «دميوشاوا». ولم تكن فكرة «العزل الأخلاقي» هذه هي الاستجابة التراثية الميتافيزيقية الوحيدة لهذه الهجمة فقد كانت المناطق الغربية والجنوبية من روبيسيا مشهورة بسيادة عقيدة التكهن بالغيب عند الإله الأعلى «مليمو» أو «مواري»، الذي يبعث رسله من الهياكل في الكهوف وكان أهل هذه المناطق يفسرون هذه المصائب بسبب إهمال ملاحظات الإله الأعلى وكانت الأوامر تصدر في هذه الأحوال بتقديم الأضاحي والقرابين وإتباع وصايا معينة والامتناع عن خرق المحظورات

التابو، أما المهاجرون من شمال روسييا ومن «نياسالاند» و«موزمبيق»، فكانوا يشكلون الأغلبية العظمى من عمال المناجم وكان التراث الديني الراسخ لديهم هو الاعتقاد بأن المرض يعزى إلى كائنات فوق طبيعية، والأرواح الغيبية مثل «الجوكر»، وكانوا ينتقلون إلى الغابات - مرتدين مذايل ملونة - في حفلات راقصة لاسترضاة هذه الروح الغيبية ومعترفين بخطاياهم ليقيّلهم بأن من لم يعترف بخطاياه علنا لن يشفى أبداً^(١).

وأحسب أنه بإمكاننا أن ننخلص مما سبق أن التفسيرات الشعبية والدينية لأسباب المرض والتجاوب معه تتم من خلال أساليب وممارسات وطقوس ثقافية تمثل الثقافة السائدة في ذلك المجتمع الذي ظهر فيه المرض ومن ثم فهي تفسيرات ثقافية للمرض: أسبابه وعلاجه - وقد تتعارض هذه التفسيرات مع التفسيرات العلمية للمرض كما قد تتناقض مع الوسائل العلاجية للطب الحديث وترفض الانتفاع من الخدمة الصحية التي يوفرها. فالتهرب من التطعيم ضد الجدري في الهند - على سبيل المثال - كان يمثل عائقاً أمام الهنود بسبب ثقافتهم ومعتقداتهم الدينية عن المرض وسببًا في زيادة انتشار هذا المرض. وكذلك الحال بالنسبة للإفريقيين في روسييا في التعامل مع هجمة « الأنفلوانزا »، ومع ذلك فهناك نموذج آخر يؤكد على تأثير الثقافة في الاستفادة من الخدمات الصحية في المجتمعات الحديثة نسبياً.

النموذج الثاني: التفاعل مع الطب الحيوي والخدمة الصحية:

ويقوم هذا المدخل على تداخل وتشابك كل من المجالات الثقافية وال مجالات البيولوجية وهذا لا يعني أن الثقافة تحتوي كل شيء، وإن لم ينف أن كل جوانب الحياة الاجتماعية والبيولوجية تتأثر بالثقافة، فالحياة سلوك وأفعال ثقافية في كل موضع مثل: النباتات الطبية التي تستخدم في العلاج، وأنواع المحاصيل التي تزرع ، والمنطقة والمناخ اللذان يساعدان على بلورة وتشكيل المعتقدات والعادات المحلية وبالطبعية تفسر هذه المعتقدات والعادات أو تعطي المدلول الرمزي للطقس أو التطهير

(١) المرجع السابق، ص ص ٢٤٧ - ٢٥٦ .

أو الطعام ، ثم يحدد الترتيب الاجتماعي بعد ذلك طريقة توزيع الموارد داخل الجماعة (من يحصل عليها ويكم وأين) والتي قد تؤثر بعد ذلك في أنماط المرض . ومن ثم فليس هناك تعارض بين العوامل والقوى البيولوجية والثقافية ، فال الأولى ثابتة والثانية مرنة ولكن هناك تفاعل بينهما فالمرض يدرك بالحواس ويشعر به الإنسان داخل الجسم من خلال الألم أو عدم الراحة أو فقد أو تغير الأداء الوظيفي للجسم . والمرض والإصابة شيء مجسد مرئي وظاهر واضح للذات وللآخرين ، وطريقة وكيفية الشعور وما يشعر به الإنسان كحالة من الألم وعدم الراحة والاضطرابات تكتسب كلها بالتعلم وتشكل من خلال المفاهيم الثقافية . فالإنسان يتصور ويتخيل الشكل المثالي للجسم داخل قياسات ومنظومات ثقافية ، والدليل على ذلك أن التقنيات الجديدة التي تتبع للإنسان استبدال الركب والسيقان الصناعية تؤدي إلى مجرد احتمال وليس إمكانية «التزحلق» على الجلد عند سن السبعين . وكذلك جراحات التجميل التي تخلص الوجه من التجاعيد أو تزيل الشحوم من الجسم وزرع أسنان جديدة كل هذه النماذج تفسر الأسباب والوسائل لتطوير الأفكار بالنسبة لشكل وأداء الجسم الإنساني خلال عمر الإنسان ، هذا التفاعل بين التكنولوجيا الطبية والتوقعات الجسدية يعد دليلاً هاماً على التداخل المتبادل للثقافة والطب^(١) .

٢- دراسة المرض من المنظور العلمي والمنظور العالمي :

ينظر كل من الطبيب والمريض إلى المرض بطرق مختلفة حتى ولو كانوا يشتراكون في خلفية ثقافية واحدة ، حيث تبني وجهة نظر كل منهم على افتراضات مختلفة ويستعملون نظاماً مختلفاً لإثبات وتقييم فعالية المعالجات بطرق مختلفة . وكل من وجهتي النظر لها قوتها ولها أيضاً مواطن ضعفها ، والمشكلة هي كيفية التفاعل بين كل من الطبيب والمريض وتبادل المعلومات بينهما أثناء المعالجة الأكلينيكية (السريرية) ومن هنا وجد علماء الاجتماع ضرورة التمييز بين المرض بمعنى Dis-ease (كونه مرض) وبين المرض كظاهرة بيولوجية وبين المرض كخبرة أو illness

(1) Sue E. Estroff, Op., Cit., P. 9.

تجربة تتأثر شخصياً واجتماعياً وثقافياً باصابة الجسم بالمرض وباثولوجيا المرض، والتمييز بين هذه المفاهيم يلفت الانتباه إلى الخبرة الشخصية بالمرض وعلم أسباب المرض ووظائف الأعضاء كعمليات منطقية ومتراقبة ، كما يؤدي إلى ترسيخ الرأي بعدم ضرورة انفصال البيولوجي عن الثقافة والجسد عن الشخص^(١) .

أ- وجهة النظر الطبية للمرض (Disease) :

يشكل هؤلاء الذين يمارسون الطب العلمي الحديث جماعة مستقلة وفقاً لقيمهم الشخصية ونظرياتهم عن المرض وأحكامهم السلوكية وتنظيمهم في سلسلة هرمية من الوظائف المتخصصة. كما يمكن أن ينظر إلى المهنة الطبية كثقافة فرعية علاجية وفقاً لرؤيتها الخاصة للعالم. ويحتاز الطبيب خلال عملية التعليم الطبي مرحلة تثقيفية يكتسب تدريجياً بواسطتها وجهة النظر بالنسبة للمرض والتي تستمر طوال حياته المهنية ، كما يكتسب أيضاً مكانة اجتماعية عالية وقدرة على تحقيق الدخل المرتفع وكذلك الوضع القانوني والاجتماعي لدور المعالج والذي يتضمن حقوق والتزامات محددة. وتتصف الافتراضات الأساسية لوجهة النظر الطبية للمرض بالآتي :

- (١) العقلانية العلمية.
- (٢) التأكيد على المقاييس العددية والموضوعية.
- (٣) التأكيد على البيانات الفيزيائية - الكيميائية.
- (٤) ثنائية العقل والجسم.
- (٥) النظر إلى المرض ككونونة (حدوث المرض).

فالطلب يشبه العلم الغربي بشكل عام ويعتمد على العقلانية العلمية بمعنى أن كل فرضيه وقضياته يجب أن تكون قابلة للاختيار والإثبات تحت الشروط الموضوعية والتجريبية. فالظواهر المرتبطة بالصحة والمرض تصبح ظواهر واقعية حينما يتم ملاحظتها وقياسها بموضوعية تحت هذه الظروف فقط، فإلي أن يتم ملاحظتها

(١) Idem.

وقياسها تصبح حقائق علاجية (إكلينيكية) ويعدها يجب أن يكتشف السبب والنتيجة. فكل الحقائق لها سبب وأن مهمة الطب العلاجي (الإكلينيكي) هي الكشف عن السلسلة المنطقية للتأثيرات السببية التي مهدت إلى هذه الحقيقة. مثال ذلك، أن نقص الحديد ينشأ عن فقر الدم الذي قد يكون نتيجة لاستهلاك ورم سرطاني في المعدة الذي ربما يكون ناشئاً عن مسببات سرطانية معينة في الغذاء، وحيثما لا يمكن عزل تأثير سببي محدد فإن الحقيقة العلاجية تصنف على أنها شخصية بمعنى أنه تم التوصل إلى السبب وأن المسبب اكتشف أيضاً. وحيثما لا يمكن ملاحظة أو قياس الظاهرة بشكل موضوعي، مثال: معتقدات الشخص بالنسبة لما يسبب مرضه، تعد أقل واقعية من الاستدلال بلون لسانه أو عدد خلايا دمه البيضاء وذلك لأن لون اللسان وعدد خلايا الدم البيضاء يمكن أن تقايس ويتافق عليها من خلال عدة ملاحظات وأنها شكل من أشكال الحقائق العلاجية التي يعتمد عليها التشخيص والعلاج^(١).

إن نموذج الطب الحديث موجه بالدرجة الأولى نحو استنتاج وقياس المعلومات الكيميائية - والفيزيائية عن المريض بدلاً من العوامل الوجدانية والاجتماعية الأقل قابلية للقياس وكما يطرح كلينمان (Kleinman) أن رؤية الطبيب الغربي للواقع العلاجي تفترض أن الموضوعات البيولوجية تعد شيئاً أساسياً وواقعياً وذات أهمية إكلينيكية بدرجة أكثر من الموضوعات السيكولوجية والثقافية والاجتماعية^(٢)، وهذا يعني أن الطبيب يقوم أولاً وقبل كل شيء بمحاولة ربط أعراض المرض بالعملية الفيزيقية التابعة لها، مثال : لو أن المريض يعاني نوعاً معيناً من الألم في الصدر فإن مدخل الطبيب سيتضمن عدداً من الفحوصات والاختبارات للتعرف على السبب الفيزيقي للألم مثل مرض شرايين القلب، وإذا لم يكن هناك سبب فيزيقي فإن هذا العرض قد يصنف كعرض نفسي المنشاً (Psychogenic) أو كعرض نفسي ناتج عن عرض نفسجي (Psychosomatic) ولذلك فإن الأعراض الشخصية تصبح أكثر واقعية حينما تفسر بتغيرات فيزيقية موضوعية . وكما يطرح (Good and Good) أن

(1) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 66.

(2) Idem.

الأعراض تكتسب دلالاتها فيما يتعلق بالحالات الفسيولوجية (الوظائفية) حيث تفسر كمراجع سببي لأعراض - أضرار جسمية أو اختلالات وظيفية - تسبب عدم الراحة وتغيرات سلوكية تظهر في شكل شكاوى المريض^(١).

ويرى فينستين (Feinstein) أن هناك تغيراً في طريقة جمع المعلومات عن المرض الكامن بواسطة الأطباء حيث كانت الطريقة التقليدية بواسطة الاستماع لأعراض المريض، وكيف تطورت هذه الأعراض (التاريخ الطبي للمريض)، ثم البحث بعد ذلك عن العلامات الفيزيقية الموضوعية (الفحص الطبي). ثم انتهي الطب الحديث إلى الاعتماد بشكل متزايد على التقنيات التشخيصية في جمع وقياس الحقائق الطبية العلاجية. وقد اقتضي ذلك التحول من المسألة «الشخصية»، بمعنى الأعراض الشخصية للمريض وتفسير الطبيب الشخصي للعلامات الفيزيقية - إلى الأشكال الموضوعية النظرية للتشخيص. كما أصبح في الإمكان التعرف على العمليات الفسيولوجية بشكل قاطع بواسطة اختبارات الدم وأشعة إكس والأشعة المقطعة وفحوصات أخرى تجري في عيادات أو مختبرات متخصصة. وقد نتج عن ذلك تزايد استخدام التعريفات الرقمية للصحة والمرض، فحالة الصحة أو الحالة السوية أصبحت تعرف بالاستناد إلى عوامل متغيرة فيزيقية وكيميائية حيوية مثل الوزن والطول والمحيط وعد الدم ومستوي الهيموجلوبين في الدم ومستوي الذوائب الكهربائية أو الهرمونات وضغط الدم وحالة القلب والحالة النفسية وحجم القلب وحدة الإبصار، وقياس كل من هذه العوامل، وإن كان هناك مدى رقمي لقياس كل منها «القيمة الطبيعية»، التي يكون الفرد في داخلها طبيعياً وسليماً، وأعلى أو أدنى من هذا المدى يكون الفرد غير طبيعي ويشير إلى وجود المرض كانحراف عن هذه القيمة الطبيعية المصاحب بالحالة اللا سوية في وظيفة وبناء أعضاء الجسم أو الأنظمة. مثال : أعلى أو أدنى من القيمة الطبيعية بالنسبة لهرمون الغدة الدرقية في الدم يكون هناك قصور في الغدد الصماء وبين الإثنين يكون أداء الغدة الدرقية طبيعياً^(٢) .

(1) Idem.

(2) Feinstein A., "Science, Clinical Medicine and The Spectrum of Disease", In: Beeson P. B. and Mc Dermott W. (EDS.), Text Book of Medicine Philadelphia : Sounders, 1975: PP. 4-6.

وعلى هذا الأساس يعتمد التعريف الطبي للمرض على التغيرات الفيزيقية في بناء أو أداء الجسم التي يمكن إثباتها بشكل موضوعي، والتي يمكن أن تُقاس بالاستناد على القياسات الفسيولوجية الطبيعية. وينظر إلى هذه التغيرات اللاسوية أو المرض ككونونة «حدث المرض»، بمواصفاتها الشخصية الخاصة من الأعراض والعلامات - ومن ثم فإن كل مرض شخصي يتتألف من سبب مميز وصورة علاجية (أعراض وعلامات) يفضي إلى فحوصات عيادية وتاريخ طبقي وتنبؤ وعلاج ملائم. مثال : مرض السل : من المعروف أنه ينشأ بواسطة نوع من البكتيريا ويكشف عن نفسه من خلال أعراض مميزة ويظهر علامات فيزيقية معينة عند الفحص ويظهر بصورة دقيقة بواسطة أشعة الصدر واختبارات البصاق ، ومن المحتمل أن يصبح تاريخاً طبيعياً بالاعتماد على ما إذا تم معالجته أو لا^(١) .

ويرى فابريجا وسلفر (Fabrega and Silver) أن وجهة النظر الطبية تفترض أن الأمراض تعد عالمية في الشكل والتطور والمضمون، ولذلك فهي متماثلة في التواتر بمعنى أنه من المفترض أن مرض السل سيكون نفس المرض في أي ثقافة وفي أي مجتمع يظهر فيه وسيكون له دائماً نفس السبب والصورة العلاجية والمداواة وهكذا. ومع ذلك فإن وجهة النظر الطبية لا تتضمن الأبعاد الاجتماعية والنفسية للمرض التي تحدد مدلول المرض بالنسبة للشخص المريض ولكل المحيطين به . ولأن الطب الغربي يركز بدرجة أكبر على الأبعاد الفيزيقية للمرض فإن عوامل مثل الشخصية والمعتقدات الدينية والمكانة الاجتماعية للمريض لا تكون لها في الغالب أي علاقة بعملية تشخيص المرض أو في وصف العلاج^(٢) .

بـ- النظرة العالمية للمرض :

يستخدم كاسل (Cassel) كلمة المرض (Illness) ليرمز بها إلى ما يشعر به المريض حينما يذهب إلى الطبيب، وكلمة المرض (Disease) إلى ما يكون عليه

(1) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 67.

(2) Fabrega H., and Silver D., "Illness and Schamanistic Curing in Zinacantun: An Ethnomedical Analysis", Stanford University Press , 1973 : PP. : 218 - 223.

المريض وهو في طريق عودته من عيادة الطبيب إلى منزله . فالمرض بمعنى (Dis-Ease) هو شيء يتعلق ببعض أعضاء الجسم بينما المرض بمعنى (Illness) يتعلق بالشخص نفسه ، وهو يعبر عن الاستجابة الشخصية للمريض وكل الذين حوله لكونه مريضاً وخاصة تلك الطريقة التي يفسر بها المريض وكل من حوله مصدر ومغزى هذا المرض وكيف أنه يؤثر في سلوكه وفي علاقته مع الناس الآخرين وفي الخطوات المختلفة التي سيتخذها لعلاجه . إن هذه الاستجابة لا تشتمل على خبرة المريض بالمرض فحسب ، بل على المدلول الذي يعطيه لهذه الخبرة أيضاً . مثال ذلك الشخص الذي يمرض فجأة وعندما قد يسأل نفسه لماذا حدث ذلك له أو ما هو الشيء الخطأ الذي فعله ليستحق ذلك . أو حتى - في بعض المجتمعات - من هو الشخص الذي سبب له هذا المرض (١) .

كما يرى رني فوكس (Renee Fox) أن كلاً من المعانى المعطاة لواقعية المرض ، واستجابة المريض للمرض تتأثر بشدة بخلفيته الثقافية والاجتماعية وكذلك بسماته الشخصية ، بمعنى أن المرض نفسه مثل (السل) أو أعراضه مثل (الآلام) قد يفسر بشكل مختلف تماماً بواسطة اثنين من المرضى ذوي ثقافات مختلفة وأن هذا التفسير سوف يتأثر بسلوكهم التالى للمرض وبأنواع العلاج الذى سوف يلجأون إليه (٢) .

إن وجهة نظر المريض حول المرض هي جزء من نموذج مفاهيمي واسع يستخدم في تفسير أسباب الضرر والمحن بصفة عامة ، وفي هذا النموذج يعد المرض مجرد شكل خاص من أشكال المحن . مثال : في كثير من المجتمعات تنسب كل أشكال الضرر والمحن إلى نفس السلسلة من الأسباب حيث الحرارة شديدة ، وضياع المحصول ، سرقة المال ، وانهيار سقف المنزل ، وزوال القوة بفعل السحر أو نتيجة لعقوبة آلية بسبب

(1) Cassell E.J., *The Healer's Art: A New Approach to The Doctor - Patient Relationship* "New York: Lippincott, 1976 : PP. 47 - 83.

(2) Fox R.C. "Illness", In: sills D. (ED.) "International Encyclopaedia of the Social Science", New York, Free press, 1968: PP. 90 - 86.

بعض الخطايا الأخلاقية، وفي الحالة الأخيرة يكون السبب مشابها للإحساس بارتكاب الفاحشة أو الإثم ويتطلب أنواعاً متشابهة من العلاج مثل الدعاء والتوبة. ولذلك فإن المرض بمعنى Illness غالباً ما يشترك مع الأبعاد الاجتماعية والأخلاقية والسيكولوجية المرتبطة بالأشكال الأخرى من المحن والأضرار داخل ثقافة معينة. ومع ذلك فهو يمثل مفهوماً أوسع انتشاراً من مفهوم المرض بمعنى Disease ويجب أن يؤخذ في الاعتبار في فهم طريقة تفسير الناس لأمراضهم والاستجابة لها^(١).

ومن ثم فإن التمييز بين المرض (Disease) والمرض (Illness) له أهمية حيوية فال الأول يشير إلى وجود مظاهر وعلامات إكلينيكية سطحية وموضوعية لاضطراب الوظيفة الجسمية أو عدوى منقوله بواسطة شخص أو مضيف وهو بهذا المفهوم يمثل شيئاً أساسياً في الطب الحيوي «تصنيف المرض» وبالتالي فهو يشير إلى الاختلالات الباثولوجية والعضوية الموجودة في نظام وأعضاء الجسم بمعنى أنه ظاهرة بيولوجية ومعرفة ثقافياً. أما الثاني فهو حالة تتعلق بالشخص المريض وتشير إلى إدراكه الحسي وخبرته الحياتية بوجود علة وعليل بمعنى حالات غير مقيدة اجتماعياً تشمل على - ولا تقتصر على - المرض Disease وذلك فهو يتضمن موضوعات وأبعاد سيكولوجية واجتماعية ومعرفية.

كما يعكس هذا التمييز اختلاف الأفكار بين المهنيين المتخصصين والشعبين بالنسبة للمرض بما يعني أن المرض (Disease) يعبر عن شيء حقيقي أما المرض (Illness) فهو غير ذلك. وقد تعرض هذا التمييز للنقد في السنين الأخيرة بسبب أن انفصال الحقائق البيولوجية عن البنية الثقافية يرجع بشكل خاطئ نموذجاً طبياً حيوياً لا يرتبط بالثقافة - كما أن توزيع المرض Disease والIllness لا يتوافقان داخل السكان فهناك أناس مرضى بمرض يمكن تشخيصه كارتفاع ضغط الدم ولا يعرفون أو يعتقدون أنهم مرضى ، وبال مقابل هناك نسبة كبيرة من الناس تشعر بالمرض وتزور الأطباء دون أن يكون لديها مرض يمكن تعريفه. مما يمكن الإشارة إليه بتوهם المريض Psychosomatic Hypochondria ، وذلك بجانب تلك الأمراض النفسيجسمية

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 68.

والتي تندلع بسبب ضغوط نفسية تؤدي لحالة مرضية من قبيل فرحة المعدة على سبيل المثال وذلك بجانب حالات أخرى ذات طابع عضوي لا يوجد لها سبب عضوي من قبيل الشلل الهمسي، وهو ما يعني أن اختلال الحالة النفسية للمرضى أدت إلى اختلالات جسمية. وبالتالي يجب أن لا يلام المريض باعتبار أنه السبب في أعراضه الخاصة. ومن هنا أصبح الطب الحيوي التقليدي المصنف تحت هذا المفهوم وكذلك مفهوم التمييز بين المرض Disease والمرض Illness هدفاً محورياً للتحليل في مجال الأنثربولوجيا الطبية النقدية^(١).

ثالثاً : الثقافة وسلوك المرض :

يستخدم مصطلح الثقافة للدلالة على أنماط سلوك خاصة بمجتمع معين أو للدلالة على أساليب حياة خاصة بمجموعة من المجتمعات التي يوجد بينها قدرًا من التفاعل. وهي بهذا المعنى عبارة عن تجريد للسلوك الفعلي مما يستوجب عدم الخلط بينها وبين النواتج السلوكية نفسها أو المنتجات المادية الثقافية. وقد لاحظ ردفيلد (Redfield) في هذا الصدد أن الثقافة تتضح في الأفعال وفي الأشياء المادية ولكنها لا تكون من تلك الأفعال والأشياء ذاتها . كما أن أساليب السلوك التي تكون ثقافة أي مجتمع هي عبارة عن تعميمات لسلوك كل أو بعض أفراد ذلك المجتمع فهي لا تتصف بدقة ولا تتناول العادات الشخصية الخاصة بأي فرد من أفراد ذلك المجتمع. ومن ثم فإن الثقافات دائمًا ما تنطوي على نمطين رئيسيين من أنماط السلوك هي الأنماط المثالية والأنماط السلوكية (الواقعية). وقد عرف كلوكهون (Kluckhohn) الأنماط المثالية بأنها : ما ينبغي أن يفعله أو يقوله أفراد مجتمع معين في مواقف معينة إذا ما أرادوا الامتثال الكامل لمعايير السلوك التي تحدها ثقافاتهم أما الأنماط السلوكية (الواقعية) فتقوم على ملاحظة ما يمارسه الناس فعلًا في مواقف معينة^(٢) .

(1) Peter J. Brown, Op., Cit., PP. 108 - 110.

(2) رالف ل بيلز وهاري هريجر ، مرجع سابق ذكره ، ص من ١٤٣ - ١٤٧ .

وقد حظيت دراسة الثقافة وسلوك المرض باهتمام الأنثربولوجيين فقاموا بتنميط هذا السلوك من خلال وجهتي نظر تكمل كل منهما الأخرى ، فتري وجهة النظر الأولى أن الأنماط السلوكية هي نتاج لعملية التكيف الاجتماعي والثقافي لأنها تمارس دورها في سياق اجتماعي وثقافي ترتبط به ، كما ترى وجهة النظر الثانية أن الأنماط السلوكية للمرض هي جزء من عملية تواؤم كبرى لمواجهة المرض وعلاجه^(١) . ولذلك لا تعتبر الثقافة مجموعة قواعد أو ممارسات جامدة يتبعها كل شخص في جماعة معينة ، كما أن تبني رؤية واحدة لهذه الثقافة سوف يؤدي إلى القولبة والتكرار الذي يفتقر إلى الأصالة وإضفاء السمات الشخصية عليها أو إلى تبني رؤية ثقافية أحادية تصادر أفكار المجموعات المتجانسة ذوي المعتقدات المتجانسة . وعلى ذلك يجب الاعتقاد بأن الثقافة تخلق استجابات متباعدة للشعور بالمرض والعجز أو الموت وبالتالي فإن تناول ودراسة طبيعة ومدلول المرض والعلاج من المنظور الثقافي لسلوك المرض يجب أن تكون من خلال تبني رؤية متعددة الأبعاد تعتمد على أطر ونتائج الأنثربولوجيا الطبية والثقافية والاجتماعية وعلم الاجتماع والتاريخ الاجتماعي وتاريخ العلم والطب ، كما تعتمد أيضاً على التفسيرات القصصية الخيالية ، وغيرها ، تلك التي تبزغ من داخل وخارج نطاقات المرض والعلاج ، وذلك لأن الحكايات الحية عن المرض المتحكم في حياة الناس اليومية والعجز وعدم القدرة خلال عمر الإنسان تساعده على فهم السير الذاتية الشخصية والنصوص القصصية الإخبارية للأفراد الذين يعانون المرض والعجز^(٢) . وهكذا فإن الثقافة مهما كان نوعها وطبيعتها تترك بصماتها على سلوك المرض وعلى أدوار المريض بوضوح وأن الفروق الثقافية أكثر تأثيراً وبروزاً عن الاختلافات الاجتماعية - الاقتصادية في هذا الجانب^(٣) . كما أن ثقافة الأسرة لها تأثير هام على صحة أفرادها من حيث دورها في التعرف على المرض وتسميته ثم تحديد خيارات المعالجة سواء منزلية أو تقليدية أو داخل مؤسسات الطب الرسمي .

(١) على المكارى، الأنثربولوجيا الطبية . دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره، ص ٥١ .

(2) Sue E. Estroff, Op. , Cit., P : 7.

(٣) على المكارى، الأنثربولوجيا الطبية . دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره، ص ٥١ .

١- سلوك التعرف على المرض :

إن سلوكيات المرض في أي مجتمع تعتبر سلوكيات متسمة ثقافياً، كما أن الأسلوب أو الطريقة التي يعبر بها الأفراد عن أعراض مرضهم وكيفية الإبلاغ عن مشاكلهم الصحية والقرارات التي يتخذونها بشأن الرعاية الصحية تتأثر كلها بالمعتقدات الثقافية والقيم المتعلقة بالمرض. ومع ذلك فإن العلاقة بين الثقافة والسلوكيات والمعتقدات المرتبطة بالصحة تعد علاقة مركبة، ودائماً ما تعتمد القرارات التي يتخذها الأفراد بشأن العناية الصحية على سلوكياتهم ومعتقداتهم المرتبطة بالصحة وبالتالي تتأثر هذه القرارات بالتفاعل بين مجموعة من العوامل التي تشمل المعتقدات الثقافية عن المرض والعلاج والخبرة الذاتية بالمرض، والاتصال بالمهنيين الصحيين وكذلك المعلومات والنصائح التي تقدم من الأصدقاء والأقارب.

واستخدام نموذج المعتقد الصحي يلخص التأثيرات المختلفة، وبناء على هذا النموذج هناك إمكانية أن يقوم الفرد بعمل صحي يعتمد على الفائدة الملموسة من هذا العمل وكذلك العلاج المعروف للمرض. وبعد نظام معتقد الشخص أساس هذا النموذج ويقدم جزءاً هاماً من الاستعداد النفسي لكي يؤثر في نتيجة العلاج ، ونظرياً يمكن الوصول إلى بعض العوامل المؤثرة في نظم الاعتقاد الفردية لشريحة عريضة من المجتمع مثل دور نظم التعليم ووسائل الإعلام في توصيل المفاهيم والأفكار الطبية بشكل مؤثر. وهناك عوامل أخرى إلا أنها أكثر خصوصية ومن الصعب التنبؤ بها ، فالتوقعات والمعتقدات الشخصية بالنسبة للمرض تعد متغيرة إلى أقصى حد كما أن هناك اختلافات هامة في الاتجاهات المتعلقة بالصحة عبر الحدود العرقية والطبقية والعائلية^(١).

وتباين التعريفات التي تحدد حالة الصحة والمرض بين الأفراد والمجموعات الثقافية والطبقات الاجتماعية المختلفة. ففي معظم المجتمعات غير الغربية يعبر عن

(1) Sensky T., "Patients reactions to illness: Cognitive Factors determine responses and are amenable to treatment. BMJ. 1990, 300 PP. 622-623 In: Report 13 of The Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Folk Remedies Among Ethnic Subgroups. 1997.

الصحة بالعلاقة المتوازنة بين الإنسان والإنسان وبين الإنسان والعالم الطبيعي وبين الإنسان وما وراء الطبيعة، أما في المجتمعات الغربية فإن تعاريفات الصحة - في جمهرتها - لا تشمل ذلك كله، إذ تغلب عليها الجوانب السلوكية والنفسية والجسمية .

ويعرض فوكس (Fox) مدي تباين هذه التعاريفات بين الطبقات الاجتماعية ، ففي دراسته عن مدينة (ريجون فيل) في أعلى ولاية نيويورك بأمريكا وجد أن أفراد الطبقة الاجتماعية الأعلى دائمًا ما يشكون لأطبائهم من أوجاع مستمرة في الظهر كعرض غير طبيعي على عكس أفراد الطبقة الاقتصادية - الاجتماعية الأدنى فيعتبرون هذه الأوجاع أمر حتمي وغير مضره بالحياة وبالتالي من غير المناسب أن يرجعوا في ذلك إلى الطبيب. وبالمثل في دراسة بلاكستر وترسون (Blaxter & Paterson) عن أهميات الطبقة العاملة في (أبردين) وجد أنهن لا يعرفن أطفالهن كمرضى حتى لو كان لديهم أعراض جسمية غير طبيعية بشرط أن يكونوا مستمرین في الحركة واللعب بشكل طبيعي . وينبني هذا التعريف الوظيفي عن الصحة والشائع وسط الناس الأفقر على حاجتهم الاقتصادية للعمل بالرغم من إدراهم المستوى الرعاية الصحية الأدنى لهم . كما تختلف التعاريفات العامة للمرضى عن تعاريفات المهنيين الطبيين^(١) .

وتعتمد عملية تعرف المرض على ذاته كشخص مريض على الملاحظات الخاصة بالشخص نفسه أو على ملاحظات الآخرين له أو على الاثنين معاً . والملاحظات التي يتعرف بها الشخص على حالته كمريض تشمل عدة تغيرات في شكل الجسم أو في وظائفه أو تغيرات وجذانية ونفسية مثل :

- أ- تغيرات في شكل الجسم مثل نقص الوزن أو تغير في لون البشرة أو سقوط الشعر .
- ب- تغيرات في الوظائف الجسمية المنتظمة مثل التبول المتكرر ودورات الطمث الحادة وعدم انتظام ضربات القلب .
- ج- إخراجات جسمية غير عادية مثل الدم في البول والبراز والبصاق .

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 70.

- د- تغيرات في وظائف الأطراف مثل الشلل والارتعاش
- هـ- تغيرات في الحواس مثل الصمم والعمى فقد حاسة الشم فقد الإحساس بالذوق
- و- أعراض جسمية غير مستحبة مثل صداع الرأس وألم البطن وارتفاع الحرارة أو الارتجاف .
- ز- الحالات العاطفية غير الطبيعية أو الشديدة مثل الحزن والكآبة والمخاوف الزائدة .
- ح - التغيرات السلوكية في العلاقة مع الآخرين مثل عدم الانسجام في العمل أو الزواج .

ومع أن معظم الناس قد يشعرون بهذه التغيرات غير الطبيعية في حياتهم اليومية، فإن الشعور بواحد أو اثنين من هذه الأعراض لا يكفي لأن يصنف المرء نفسه كمريض، ففي دراسة أبل (Apple) عن الأميركيين من الطبقة العاملة كان ينظر إلى الأعراض غير الطبيعية كمرض إذا ما كانت تتعرض للأنشطة اليومية العادمة وفي بدايتها وكانت غامضة بمعنى صعوبة التشخيص بالنسبة للرجل العماني^(١).

كما يمكن أن يعرف الشخص أنه مريض بواسطة الآخرين حتى في غياب الإحساس الذاتي بالأعراض الغير طبيعية وذلك من خلال بعض التغيرات التي تقال له مثل : أنت تبدو شاحباً اليوم أو لابد أنك مريض أو أنت تعمل بشكل زائد في الآونة الأخيرة^(٢) .

ولذلك تتضمن عملية التعرف على المرض الخبرة الذاتية للشخص للتغيرات الجسمية أو العاطفية التي نطراً عليه وتأكيد الأشخاص الآخرين على حدوث هذه التغيرات ، ولكي يتم هذا التأكيد يجب أن يكون هناك اتفاق في الرأي بين كل المعنيين حول ما يحدد حالة الصحة والأعراض والعلامات الغير طبيعية .

وحيثما تتفق أكثرية من الناس في مجتمع ما أو في ثقافة معينة علي نمط من

(1) Idem.

(2) Idem.

الأعراض والعلامات بالنسبة لمرض محدد ونشأته ومدلوله وعلاجه يصبح هذا النمط «كيلونة المرض»، أو مرض شعبي بالتماثل المتكرر والمتوازن. كما يتم تعريف هذا التماثل بحرية أكثر من تعريف الأمراض الطبية كما يتأثر كثيراً بالمحيط الاجتماعي - الثقافي الذي يظهر فيه^(١).

٢- النماذج التفسيرية للتعرف على المرض :

ظهرت النماذج التفسيرية للمرض من خلال تعاون كل من المعتقدات الثقافية والمعتقدات الخصوصية والفردية ومفاهيم وأفكار الطب الحيوي ، ونادراً ما تكون هذه النماذج مقصورة على الأشكال الشعبية من جانب أو أن تكون كلها طب حيوي من الجانب الآخر. وقد ظهرت هذه النماذج بدلاً من النماذج الفردية التي عادة ما تكون مصفوفة في شكل سلسلة من معتقدات المرض وتتمثل - على المستوى الفردي - اندماجات انتقائية لعناصر من التقاليد الشعبية والطب الحيوي التقليدي والدينانية ٠٠٠٠ الخ ، وتحدد فيها حرية اختيار وسائل العلاج بصفة عامة بواسطة أفكار فردية بشأن الصحة والمرض حيث تكون المعالجات التي توصف بسهولة كمعالجات منزلية أو تقليدية على أول الطرف وفي نهاية السلسلة تكون المعالجات التي تلخص داخل الطب الحيوي التقليدي^(٢) .

وقد قدم كلينمان (Kleinman) نموذجه التفسيري للمرض في عام ١٩٨٠ كأسلوب مساعد لتنمية وتفسير المرض وعلاجه . ويعرف هذا النموذج بـ «مفاهيم وأفكار عن الأحداث المرتبطة بالمرض ووسائل علاجاتها المستعملة بواسطة كل الممارسين للعملية العلاجية السريرية»، وهذه النماذج تلزم كل من المرضى والممارسين المهنيين ، وتقدم تفسيرات للمرض والعلاج وهي بمثابة أدوات توجيهية

(1) Ibid., P. 73.

(2) Pachter LM., "Culture and Clinical Care: Folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery," JAMA. 1994, 271 PP. 690-694. In: Report 13 of The Council on Scientific Affairs, American Medical Association, Folk Remedies Among Ethnic Subgroups. 1997.

تساعد على الاختيارات من بين الوسائل العلاجية المتاحة والمعالجين، كما تصنفي المعنى الاجتماعي والشخصي على الخبرة بالمرض وتقدم بصفة خاصة التفسيرات لخمسة جوانب من المرض هي :

أ- أسباب مرض الحاله.

ب- شكل وتوقيت بداية الأعراض.

ج- العمليات الفسيولوجية المرضية المحتواء.

د- التاريخ الطبيعي للمرض وخطورته.

هـ- العلاجات الملائمة لحالة المرض.

ويرتب هذه النماذج الاستجابة لواقعه مستقلة من المرض ، وهي لا تتطابق مع المعتقدات العامة للمرض التي يلتزم بها المجتمع . وهناك نوعان من النماذج : نماذج تفسيرية عامة وأخرى طبية^(١) .

أ- النماذج التفسيرية العامة:

وتمثل هذه النماذج إلى الخصوصية والقابلية للتغير كما تتأثر بشدة بالعوامل الثقافية والعوامل الشخصية (الذاتية) ، وهي إلى حد ما نماذج شعورية وقد تكون خارج نطاق الوعي أيضاً، كما أنها تتسم بالغموض وتنوع المعاني والتغييرات المتتابعة والافتقار إلى الحدود القاطعة بين الخبرة والأفكار والمفاهيم .

ب- النماذج التفسيرية الطبية:

وهي على العكس إذ تقوم على كم سببي فردي من المنطق العلمي ، وهي ترتب أيضاً للتعامل مع واقعه مستقلة من المرض .

وتمثل الاستشارات الطبية تفاعلات واقعية بين النماذج التفسيرية العامة والنمادج التفسيرية الطبية بالنسبة لمرض محدد . ولذلك تستخدم النماذج التفسيرية بواسطة الأفراد لتفسير وإدارة وقائع محددة من المرض ولا تدرك إلا من

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 72.

خلال الظروف والأحوال التي استخدمت فيها^(١).

٣- الثقافة وسلوك الاستجابة للمرض :

تعتبر استجابة المرضى للمرض وكذلك استجابة المحيطين بهم جانباً من

(1) *Ibid.*, p. 73.

(2) Idem.

(3) Idem.

المبادئ الثقافية بمعنى أنها استجابات تلقائية وفقاً للثقافات المكتسبة. وكما يقول ميكانيك (Mechanic) أنه قد يكون للجماعات الثقافية الأخرى تعريفات مختلفة لدور المريض، غير أنه ليس مهماً ما هو نوع النظام العلاجي السائد في هذه الجماعات بقدر أهمية قواعد الفهم الصحيح للتعامل مع سلوكيات المرض، فسلوكيات المرض هي تلك الممارسات التي تصاحب المرض واحتلال الأداء الوظيفي للشخص، والتي تتراوح من تناول حساء الدجاج إلى أداء الأغاني في المساء إلى استرضاء الروح المؤذية^(١).

وعلى الرغم من أن سلوكيات المرض هي سلوكيات ثقافية وفقاً للثقافة النابعة منها، وأنها سلوكيات متغيرة عبر الزمن، فإنها لا تزال تعكس المباديء الطبية القديمة أو التقليدية التي تقوم على التوازن بين الأخلاط أو العناصر الموجودة داخل الجسم البشري مثل البارد والحار والرطب والجاف، ولذلك يفسر بعض الأمريكيون بداية عدوى الجهاز التنفس العلوي على أنها الإصابة بالإجهاد أو الإصابة بالرطوبة والبرد أو عدم تناول أطعمة معينة بالقدر الكافي أو عدم المحافظة على التوازن وذلك على الرغم من أنهم يفهمون الطبيعية الفيروسية لمعظم أمراض البرد. ومع أن مرحلة الـطب الحيوي بلغت العالمية فإن الأقلية من المجتمع العالمي هي التي تعتمد على رعاية الـطب الحيوي كلية أو حتى في المقام الأول، أو تتبع المعتقدات الخلطية بشأن المرض، كما أن الإيوروفيدا الهندية والـطب الصيني التقليدي والتقاليد الطبية الروحانية ما زالت تستعمل أيضاً إلى جانب الـطب الحيوي بواسطة نسبة كبيرة من المجتمع العالمي^(٢).

وهناك اختلافات جديرة باللحظة داخل المجتمعات المتعددة الثقافات في كيفية التعرف على المرض وكيفية تعرف الناس حينما يصبحون مرضى وكيفية الاستجابة للمرض بواسطة الآخرين^(٣). ولذلك من الضروري أن يكون هناك أسلوب موحد يستطيع الشخص المريض بواسطته أن يلتفت الانتباه إلى التغيرات الغير طبيعية

(1) Sue E . Estroff., Op . Cit ., P 11

(2) Idem.

(3) Idem..

الي طرأت عليه وذلك لكي يحشد الرعاية والمساندة . وقد طرح (Gilbert Lewis) هذا الأسلوب حيث توجد في كل مجتمع بعض التقاليد والعادات حول الكيفية التي يتصرف بها الناس حينما يكونون مرضى....، وهناك شيء من التفاعل في معظم الأمراض للاستجابات الإرادية واللا إرادية في أسلوب التعبير عن المرض، كم يتحكم المريض إلى حد ما في الأسلوب الذي يعرض به مرضه وما يقوله بشأن هذا المرض^(١).

وقد قامت مارجريت لوك (Margart Lock) بدراسة عن الشيخوخة وانقطاع الطمث في اليابان وفي أمريكا الشمالية توضح التفاعل الصريح بين المفهوم البيولوجي والمفهوم الاجتماعي الثقافي للمرض الذي يؤثر في سلوك المريض ووجدت أن انقطاع الطمث عند النساء اليابانيات تختلف من الناحية الفيزيقية عن النساء الأمريكيات، فالإليابانيات لا يحكين التقلبات الوج다انية التي يحكى عنها الأمريكيةات ولكن يتركز إحساسهن حول مفهوم الجسد ووجع المفاصل والألام الجسمية الأخرى. كما يختلف الأطباء الأمريكيون واليابانيون في طريقة التعامل مع انقطاع الطمث ووصف العلاج البديل حيث تتجسد علاقاتهم مع المرضى في مفاهيم ثقافية ذات أفكار مختلفة تتصل بال النوع (ذكر/أنثى) وبالقوة وبiology الأنثى والشيخوخة . ومن ثم يختلف سلوك النساء اليابانيات المتمثل في مشاعرها الحقيقة عند انقطاع الطمث عن سلوك النساء الأمريكيةات عند مواجهة نفس العملية البيولوجية وبالتالي يختلف سلوك تحمل الألم والأوجاع لدى اليابانيات كتأثير ثقافي مقابل التقلبات الوجداانية لدى الأمريكيةات والكنديات على الرغم من أن كلهن يجتنن نفس العملية البيولوجية^(٢) .

وكما أن عملية التعرف على المرض تعد عملية اجتماعية تضم أناس آخرين بجانب الشخص المريض بمعنى أن الشخص يعرف كمريض حينما يكون هناك توافق بين ملاحظاته عن السلامة الصحية التي يفتقدها مع ملاحظات المحظيين به، فإن تعاون هؤلاء المحظيين به، مطلوب أيضاً بالنسبة له لكي يختار حقوق ومزايا المريض

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 71.

(2) Sue E., Estroff, Op., Cit., P. 10

ودور المريض وهو الدور المقبول اجتماعياً للشخص المريض، فالأشخاص المرضى يمتنعون مؤقتاً عن التزاماتهم تجاه الجماعات الاجتماعية التي ينتسبون إليها مثل العائلة والأصدقاء وزملاء العمل وفي الوقت نفسه تتلزم هذه الجماعات برعاية أعضائها المرضى طوال مدة مرضهم، ولذلك وكما يشير فوكس (Fox) أن دور المريض يوفر سبيلاً شبيه قانوني للانسحاب من الالتزامات المقررة على الأصحاء كما يوفر أيضاً الأساس المؤهل لرعاية الآخرين له^(١). وكما أن الثقافة تكمن في كل من التعرف على والخبرة بـ علاج المرض، فإنها أيضاً كائنة في، وتحدد بواسطة الأدوار التي يتوقع أن يؤديها الأفراد في المجتمع، والتعبير الأكثر دقة من هذه الوجهة هو رأي عالم الاجتماع الشهير (Talcott Parsons) عن دور المريض^(٢). والذي وصف فيه توقعات الأشخاص المرضى التي تعتمد على قيم من المسئولية والاستقلالية والإنتاجية والتي تتمثل في العناصر التالية :-

أ- العنصر الأول : ويقوم على مدى خطورة المرض، وكيف يعتذر الشخص عن القيام بمسؤوليات الوظيفية الاجتماعية العادية فالناس الذين يسمح لهم بالبقاء في المنزل وعدم الذهاب للمدرسة أو العمل إذا ما كانوا مرضى يعتبر ذلك بمثابة إعفائهم من المسؤوليات بسبب المرض. وفي مجال القانون الجنائي تعتبر مفاهيم مثل «نافض الأهلية»، «لامذب»، بسبب المرض العقلي من المفاهيم القانونية التي تعبر عن الممارسة الثقافية لإعفاء المرضى من المسئولية الكاملة وتؤكد بوضوح على أهمية التأثيرات الاجتماعية والثقافية في إحداث التفاعل بين المفاهيم الطبية .

ب- العنصر الثاني : وهو أن الشخص المريض يستحق أن يكون مشمولاً بالرعاية سواء من قبل الأسرة أو من قبل المؤسسات الاجتماعية لكي يصبح معافي صحياً.

ج - العنصر الثالث : يعد الأشخاص المرضى أن المرض شيء غير مرغوب فيه ويكونون ملزمين بمحاولة الوصول إلى الصحة والعافية بالبحث عن العلاج ، بتغيير نظام الغذاء والامتناع عن التدخين وإتباع نصائح وأوامر الأطباء، أما الذين

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit, P. 71.

(2) Sue E . Estroff ., Op ., Cit ., P. 10.

يخلون بهذا المبدأ ويرفضون العلاج بسبب إدمانهم للعقاقير المخدرة فهؤلاء قد يخسرون الوضع القانوني لاستحقاقهم المساعدة . ومع أن حالات الإدمان قد عرفت بوضوح حالة طبية تخضع لممارسة الطب الحيوي فإنها لم تؤثر على ما يتعلق بالوضع الأخلاقي للأشخاص المدمنين وهذا يبين أيضا دور المفاهيم الثقافية بالنسبة لمبدأ المسؤولية عن المرض وإلغاء المظلة الطبية المستحقة بسبب المرض ٠

كما أن استجابة الآخرين للمرض غالباً ما تتحدد بواسطة عوامل اجتماعية - ثقافية . فلكل ثقافة لغتها الخاصة في التعبير عن الألم والأحزان والتي تملأ الفجوة بين الخبرة الذاتية بحالة السلامة الصحية التي يفتقدها الشخص المريض والتسلیم الاجتماعي بها . كما تحدد العوامل الثقافية أيضاً أي من العلامات والأعراض التي تفهم كعلامات وأعراض غير طبيعية ، وتساعد كذلك على تصوير التغيرات الجسمية والوجودانية المنتشرة داخل نمط يمكن أن يفهمه المريض والمحبيين به^(١) .

٤- الثقافة الأسرية وسلوك المرض :

تعد الأسرة مجتمعاً صغيراً يختلف بتنظيمها الداخلي الفريد وثقافتها المميزة الخاصة بها . وثقافة الأسرة مثل الثقافة الأوسع التي تتواجد فيها وهي تعرف بـ «العدسة»، التي تعكس الرؤية المتراثة من المفاهيم المشتركة ويفهم بواسطتها أفراد الأسرة العالم الذي يعيشون فيه كما توجه ردود أفعالهم الوجودانية وسلوكياتهم خلال حياتهم اليومية وتنظم علاقاتهم مع الآخرين ومع البيئة الطبيعية والقوى فوق الطبيعية^(٢) . كما تعد كل أسرة كياناً اجتماعياً فريداً بعض الشيء ، فعلى الرغم من أنها تشتهر في العديد من السمات مع الأسر الأخرى وخاصة التي من نفس الخلفية وفي نفس المكان ، فإن لها أيضاً سماتها الخاصة التي تتميز بها؛ فلها تعاريفاتها الخاصة لأفرادها وغير أفرادها وللنجاج والفشل ولحدودها الداخلية والخارجية وديانتها ورؤيتها للعالم وتاريخها الشخصي وأساطيرها وعادتها وطقوسها وتفسيرها للأمراض وطرق

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit, P. 71.

(2) Cecil Helman, "The Family: A useful Concept for Family Practice", Op., Cit., P. 377.

علاجها كما لها لغتها الخاصة في التعبير عن الألم سواء بطريقة لفظية أو غير لفظية . وتنقل ثقافة الأسرة بين الأجيال من خلال النصوص المكتوبة والخرافات والأساطير وهي مثل ثقافة أي مجتمع إنساني ليست ثقافة موحدة ، حيث عادة ما يكون هناك بعض الخلاف وعدم الاتفاق بين أفرادها ، غير أنهم دائمًا ما يشتركون في نواحي رؤي العالم والتي تنتقل إلى الأجيال التالية لتشكل ثقافة كل أسرة . والأسرة من وجهة نظر الطب العائلي تعد مجتمعاً مصغراً يقوم على معايير اجتماعية وبيولوجية وسociولوجية كما تعدد كل وظائف الأسرة أيضًا وحدة سياسية واقتصادية صغيرة بالنسبة للإنتاج والتوزيع واستهلاك الموارد ولها وجهة نظرها الخاصة بالنسبة للصحة والمرض .

إن كل الثقافات الأسرية تثمر وتحتفظ بنماذج معينة من المعتقدات والسلوكيات والعادات أو أنماط الحياة بالنسبة لأفرادها وعلاقاتهم المباشرة بالصحة والمرض . وقد تكون هذه المعتقدات والسلوكيات حمانية لصحة أفراد الأسرة أو قد تتعلق بمسببات المرض بالنسبة لهم . ولذلك تعد معرفة وفهم ثقافة الأسرة التي ينشأ فيها الفرد المريض أمراً أساسياً وهاماً بالنسبة للممارسة الناجحة للأسرة حيث تساعد هذه المعرفة الطبيب المعالج في الفهم والتنبؤ بنماذج الأعراض والمرض والمتغيرات في نمط الحياة والعادات السيئة في المشروبات والتغذية والتدخين والاستجابة للمعالجة الطبية وكذلك تأثير الأزمات وتغيرات دورة الحياة على صحة الأسرة . كما تتضمن ثقافة أي أسرة الجوانب وأنماط المتعلقة بالصحة والمرض ، والإحاطة بكل أو بعض هذه الجوانب وأنماط يعد عاملاً مساعداً بالنسبة لطبيب العائلة في الممارسة الإكلينيكية وفي طريقة فهم السياق الموروث للصحة والمرض . وهذه الجوانب هي^(١) :

- المعتقدات الصحية

- أنماط الأعراض المرضية في الأسرة

- استراتيجيات العلاج الذاتي

- تصور الجسد

(1) Ibid., P. 379.

- ممارسات تربية الأطفال
- الأدوار بالنسبة للنوع (ذكر / أنثى)
- العادات الجنسية
- معلومات عن العقم (موانع الحمل)
- أنماط التغذية
- أنماط العمل
- ممارسة الهوايات وتمضية أوقات الفراغ
- الحيوانات الأليفة والمنزلية
- استخدام المهدئات الكيميائية
- أنماط الإقامة والسكن العائلي
- أنماط المساعدة والشبكات الاجتماعية
- أنماط الزواج
- النصوص المكتوبة والأساطير والحكايات العائلية
- الطقوس العائلية وإدارة الأزمات
- الممارسات والمعتقدات الدينية

وفي هذا الصدد يجب على طبيب العائلة أن يكون قادراً على استنباط النواحي الذاتية والموضوعية لخبرة الصحة والمرض من وجهة نظر المريض (شكوى المريض، تعريف المشكلة، أسباب المرض، التوقعات، المطلوب) وهي الخطوة الجوهرية الأولى فيما يسمى بدخل التشاور للرعاية الإكلينيكية ويشمل المفاهيم الأساسية التالية (١) :

نماذج المريض التفسيرية عن المرض (أسباب المرض وبدايته وفسيولوجيته والتكمين به ويعلاجه) .
النماذج الأولية للمرض (الخبرة الشخصية بالمرض وخبرة الآخرين والمعلومات المنقولة بواسطة وسائل الإعلام) .

(1) Robert G. Like, R. Preasand Steiner, Op., Cit., PP. 88 - 89.

طلبات المريض (ما يأمله المريض من مساعدة) .

كما تمثل المعتقدات الصحية بالنسبة لنشأة وأهمية المرض والتکهن به وعلاجه الملائم - وهي المعتقدات التي غالباً ما تختلف بين الأفراد والأسر والجماعات الثقافية - الجانب الأساسي في ثقافة أي أسرة ، فالكيفية التي يجاوب بها الناس على أسئلة مثل: ماذا حدث ؟ ولماذا حدث معي ؟ ولماذا الآن وما هي تأثيراته المحتملة على علي أسرتي وأصدقائي في العمل ؟ تعد كلها أموراً هامة، ثم بعد هذه التأثيرات كيف تعرف وتفسر أعراضها ولمن يلجأ المرضى طلباً للمساعدة . وغالباً ما تبحث أعراض المرض بالنسبة للفرد وسط أفراد الأسرة الآخرين ويتخذ قرار جماعي بشأنه في ضوء ثقافة الأسرة بخصوص ماذا يجب عمله- هل يبقى الفرد المريض ملازماً للسرير أم يذهب إلى عمله؟ هل يستشار رجل الدين أم طبيب العائلة ؟ وما هو الأكثر ملائمة لعلاج هذه الحالة التوينة والندم أم البنسلين .

غالباً ما تتضمن ثقافة الأسرة «لغتها الخاصة بالشجن والآلم»، وهي نمط خاص بالأعراض أو التغيرات السلوكية يعبر عن معاناة أفراد الأسرة أمام الآخرين أو أمام طبيب الأسرة . هذه اللغة سواء كانت لفظية أم غير لفظية قد تكون خاصة بهذه الأسرة أو مشتركة مع الآخرين من نفس الخلقة الثقافية ، فهناك اختلاف كبير بين الأسر في كيفية طلب أفرادها المصابين بالمرض للمساعدة من الذين حولهم، فقد يشكون أفراد أسرة ما بطريقة لفظية وفي أسرة أخرى قد يكتم أفرادها الألم وفي ثالثة قد يعبرون عن الشكوى من خلال إظهار العلامات والأعراض الجسدية وفي أسرة رابعة قد تظهر الشكوى في شكل إساءة استخدام المهدئات والمسكنات مثل التبغ والعقاقير المخدرية . كما تجتمع أنماط أعراض معينة داخل الأسرة وخاصة عبر أجيال معينة وقد يكون التعبير عن هذه الثقافة وتلك الأنماط بواسطة السجلات العرقية للأسرة أو شجرة العائلة الصحية وقد يساعد ذلك على كشف الأنماط الخاصة والمتوترة عن المشاكل الأسرية مثل (الإدمان والطلاق . . . الخ) (١) .

(1) Cecil Heleman, "The Family: A useful Concept for Family Practice", Op. , Cit, P. 397.

كما تتأثر أيضاً أنماط الأعراض - سواءً أكان ذلك داخل أم خارج الأسرة - بالثقافة الأصلية (ثقافة المنشأ) . فالتجسدية Somatization على سبيل المثال - تعد نمطاً شائعاً بين بعض المجموعات العرقية الاجتماعية كما أن هناك أشكالاً معينة من سلوك الشعور بالألم مثل التعبير الزائد عن الحد بطريقة مسرحية والانفعال المتزايد تعتبر أنماط شائعة أيضاً بين مجموعات عرقية أخرى . كما تختلف أيضاً علامات الاستجابة للضغط بين المجموعات الثقافية المختلفة ، وقد تعكس بعض أنماط هذه العلامات المختلفة اختلافات في تصور الجسم داخل ثقافة الأسرة بمعنى اختلاف المعتقدات حول بناء ووظيفة الجسم الإنساني ومواقع الأعضاء في الجسم كما قد تختلف هذه المعتقدات اختلافاً كثيراً عن رؤية الأطباء . وقد عرض (Boyle) في هذا الصدد كيف أن بعض المرضى يرون أن القلب يحتل مكان الصدر كله في جسم الإنسان وهذا يفسر لماذا يشخص هؤلاء أنفسهم بطريقة خاطئة على أن ألم الصدر يعد دليلاً على مرض القلب وتسرعهم لزيارة الطبيب^(١) .

المبحث الثاني

المعتقدات الثقافية والخصائص الاجتماعية للصحة والمرض

مقدمة :

يعاني الإنسان على مر العصور من الشعور بالقلق والمخاوف بسبب الكثير من الأخطار الغامضة التي تحيط به مثل حالات المحن والمصائب غير المتوقعة أو الهجوم المفاجيء للأمراض التي تنزل به أو بعائلته ، ومن هنا جاء اعتقاده بوجود قوة عليها تسيطر وتوجه الأحداث وجاء حرصه على الاتصال بها بحثاً عن الأمان الروحي ولما عجز عن تفسير ما يراه ويشاهده من أحداث الطبيعة توصل بخياله إلى أن هناك قوى فوق الطبيعية .

ومع تقدم البشرية واحتيازها المرحلة البدائية ظهرت الديانات القديمة مثل الوثنية أو الديانات القائمة على عبادة بعض الطواهر الطبيعية ثم ظهرت بعد ذلك

(1) Idem.

الديانات السماوية التي تقوم على مبدأ التوحيد ، على الرغم من أنه لا يزال هناك كثير من المجتمعات البسيطة تسودها كثير من المعتقدات البدائية التي ترتبط بالدين والسحر وما ينتج عنها من أنماط سلوكية في شكل طقوس وعادات للسيطرة على الظواهر الكونية والأحداث والتعامل مع المرض وتحيit أصبحت هذه المعتقدات تشكل أحد النظم الثقافية التي تشمل عليها ثقافتها ، كما أصبحت هذه الطقوس جزءاً هاماً من الطريقة التي تحتفل بها أي جماعة للمحافظة على / وتجديد العالم الذي تعيش فيه وأسلوب الذي تتعامل به مع الأخطار التي تهدد ذلك العالم ، متذكرة أشكالاً متعددة ومؤدية لوظائف متنوعة سواء دينية أو غير دينية وخاصة تلك الطقوس التي تتعلق بالصحة والمرض والتي تتعامل مع النكبات والمحن .

وكما توجد هذه المعتقدات في كل المجتمعات والثقافات على اختلاف وتباعد أنماطها ، فإنها تقوم بوظائف اجتماعية داخل هذه المجتمعات . فإذاء إحساس الفرد بوجود الكائنات فوق الطبيعة أدي إلى تدخله معها بطرق مختلفة ، ولذلك استخدمت المجتمعات البسيطة «السحر» لكي تتعامل مع العالم الغيبي .

وقد حظيت دراسة الدين والسحر من منظور التبادل الثقافي باهتمام الأنثروبولوجيين منذ البداية الأولى لعلم الأنثروبولوجيا ، فقد بحث علماء النشوء الاجتماعي - الثقافي أمثال فريزر (Frazer) وتيلور (Tylor) في تحليل الظواهر الدينية من حيث مراحل التطور الثقافي ، ورأى الإثنان أن البشرية يجب أن تمر بثلاث مراحل: من السحر والخرافة إلى الدين ثم بعد ذلك إلى العلم والعقلانية ، ووضعوا مفهومهما عن السحر والخرافة بأنهما مثل العلم الزائف فالسحر يحاول السيطرة على الأحداث ولديه قناعة شديدة بالنظام وانتساب الطبيعة ويؤمن بقوانينها الثابتة . أما الدين فعلى النقيض فهو يفترض أو يسلم جدلاً بعالم يعتمد فيه الأحداث على أهواء الأرواح^(١) . وأن الدين هو وسيلة للتقارب إلى القوى العليا في حين يقوم الفرد بتقديم تосلات من خلال السحر إلى قوى غير علوية^(٢) . أما مالينوفסקי (Malinovski)

(1) Lorna G. Moro, et., al., Op., Cit., p. 192

(2) محمد حسن غامری ، مرجع سبق ذكره ، ص ١٧١ .

فقد اهتم بوظيفة السحر والدين في حياة المجتمعات ولم يهتم بنشرأة أي منها، وميز بين الشعائر الدينية والشعائر السحرية ، فالشعائر الدينية ليس لها غرض خفي في حين أن الشعائر السحرية تهدف إلى تحقيق هدف خاص وأن لكل هدف متضمنات سينكولوجية وسوسيولوجية ، حيث أدرك أن مهمة السحر الحقيقة أنها تؤدي من الناحية السينكولوجية إلى التكامل العقلي والثقة في مواجهة الأخطار أما من الناحية الاجتماعية فيضع القيادة في يد شخص واحد ويستطيع عن طريقها أن يوحد التنظيم في الوقت والظروف التي تتطلب حركة منظمة وفعالة وهي طريقة للتعامل مع الأخطار الحقيقة في الحياة ولذلك فهو يقوم أساساً على الحاجات النفسية ، في حين نجد أن رادكليف براون (Radcliffe Brown) يرى أن الشعائر السحرية تعمل على إثارة القلق والشعور بعدم الأمان والخطر . وليس هناك تعارض بين تفسيرهما فهما يكملان بعضهما البعض ولكن مرجع الاختلاف هو طبيعة الشعائر ذاتها التي تؤدي في المجتمع فالفرد الذي نشأ في ثقافة لها تقاليد خاصة به في أداء الشعائر قد يجد فيها وسيلة للتخلص من القلق وعادة ما تكون في شكل أداء جماعي للشعائر، ولكن عند رادكليف Radcliffe فإن حالات القلق التي تظهر يكون سببها وجود الشعائر كما تؤدي المشاركة فيها إلى ضغوط نفسية عامة مما يفرز التماسك الاجتماعي وضرورة المشاركة في أدائها ومن ثم فهما يتفقا في دراسة وظيفة الدين في المجتمع غير أن مالينوفסקי (Malinowski) يهتم بالوظائف السينكولوجية للسحر والدين في حين يهتم رادكليف براون (Radcliffe Brown) بالوظيفة الاجتماعية^(١) . كما يؤكد علي دور الوظيفة الاجتماعية للدين والطقوس والشعائر الدينية في التعبير عن التضامن والوحدة الاجتماعية التي تؤدي إلى خلق وتتجدد المجتمع، وكذلك الجزاءات الاجتماعية التي تفرض على كل خارج أو مارق على المجتمع وقيمه حيث تقوم الوظيفة الاجتماعية للجزاءات الدينية بدور كبير في ضبط ميكانيزم المجتمع^(٢) . وبما أن عملية الضبط

(١) المرجع السابق ، نفس الصفحة.

(٢) فهاري محمد إسماعيل ، رادكليف براون ، مؤسس الأنثروبولوجيا الاجتماعية المعاصرة ، منشأة دار المعارف ،

الاجتماعي تهدف إلى تحقيق درجة من التوازن والتوافق مع القيم والمعايير الاجتماعية التي ارتضتها الجماعة لنفسها فإنه يمكن النظر إلى الطب الشعبي على أنه أحد ميكانيزمات الضبط الاجتماعي ووسيلة من وسائله وذلك لأن مفهوم المرض كما هو معروف لدى الجماعات البسيطة هو انحراف عن قواعد المجتمع أو خرق لقواعد العرف أو ناتج عن الأرواح بسبب عدم قيام الفرد بالتزاماته تجاهها أو بسبب السحر أو الحسد ومن ثم يصبح العلاج الشعبي وسيلة من الوسائل التي تلجأ إليها الجماعة للتحكم في حالات الانحراف والخروج عن قواعد المجتمع بافتراض أنه يعمل على إعادة تواجد الفرد وتوازنه مع المعايير الاجتماعية وإعادة تنظيم سلوكه^(١).

كما أن وجهات النظر الثقافية التي تشكل أساس المناقشة والتفسير لمعاناة الفرد من المرض تركز الاهتمام على الفرد والمعاناة الفردية بالمرض، فالأفراد في النهاية هم الذين يعانون المرض وهم الذين يدخلون في علاقات مع الأطباء والمعالجين، غير أن دراسة العوامل والخصائص الاجتماعية المؤثرة في الصحة والمرض تقتضي التحول من الفرد إلى الجماعة لدراسة العلاقات بين التصنيفات الأساسية لأعضاء الجماعة الاجتماعية - الطبقة الاجتماعية والعرقية أو الإثنية والجنس والعمر - والخطر المتبادر للمرض والوفاة ، وأن يكون التركيز على خطورة المرض فيما يتعلق بمجموع أعضاء الجماعة - ففي حين يؤثر مجموع أعضاء الجماعة في طريقة معاناة وفهم الأفراد فإن العوامل التي تعرف الجماعة الاجتماعية يمكن أن تؤثر أيضاً في الأفراد من خلال تزايد احتمال معاناتهم من المرض أو الموت المبكر^(٢). كما تقتضي وبالتالي الكشف عن تأثير الأدوار الاجتماعية والوضع أو الحالة الاجتماعية على الصحة أو المرض وتوضيح وتفسير كيف أن الأفراد الذين هم أيضاً أعضاء في جماعات معينة يدركون ويفسرون خطورة المرض والموت ؟ ودراسة مدلولات تصنيفات الخطر مثل العرقية والطبقة الاجتماعية ٠٠٠٠٠ الخ ..

(١) ميرفت العشاري ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ٢٦١ - ٢٦٥ .

(2) Gail E. Henderson, the Social Medicine Reader, Duke University Press, London, 1997: P. 100.

أولاً : المعتقدات والدين والطقوس :

١- المعتقدات والمعارف الشعبية :

تعرف المعتقدات الشعبية بأنها موروثات احتلت عقول الناس وشغلت حياتهم وشغفت بها نفوسهم وملكت قلوبهم وصارت معتقدات وأensi التسليم بها والخضوع لحكمها من المسلمات والبديهيات التي لا يمكن أن يرقى إليها الشك . وقد أخذت هذه المعتقدات سببها إلى قلوب الناس ونفوسهم ، عامتهم وخاصلتهم ، منذ بداية عمرها الطويل في تعاقب الأجيال وتدوال الأزمان إلى أن رسمت في الوعي وأضحت جزءاً هاماً من الوجدان الشعبي ودخلت في عداد المأثور الشعبي^(١) . كما يمكن تعريفها أيضاً من خلال مضمون وظيفتها فهي تمثل جانب المعلومات والمفاهيم الأكثر تصلباً والأكثر بعدها عن وقائع الحياة اليومية ومتطلباتها الضرورية بصورة غير مباشرة وعن طريق الوسائل الغيبية وهي محاطة بالتقديس ولا مكان فيها للمناقشة أو المحاكمة العقلية على الإطلاق وهي أقرب إلى الخطأ وأكثر التصاقاً به^(٢) .

ويقصد بالمعتقدات الشعبية تلك المعتقدات التي يؤمن بها الشعب فيما يتعلق بالعالم الخارجي والعالم فوق الطبيعي . وسواء نسبت هذه المعتقدات من نفوس أبناء الشعب عن طريق الكشف أو الرؤية أو الإلهام أو أنها كانت أصلاً معتقدات دينية ثم تحولت في صدور الناس إلى أشكال أخرى جديدة بفعل التراث القديم الكامن على مدى الأجيال ولم تعد بذلك معتقدات دينية رسمية بمعنى أنها لم تعد تحظى بقبول وإقرار رجال الدين الرسميين^(٣) .

كما تختلف المعتقدات عن سائر الشعبيات الأخرى مثل اللغة الشعبية والذى الشعبي والعادة الشعبية وذلك لأنها لا تنطق ولا تكتب ولا تستمد قيمتها من إظهارها وإعلانها على الناس أو ممارستها على الملا ، وإنما هي خبيئة في صدور الناس ، ولا

(١) سعاد عثمان ، آخرين ، العادات والتقاليد والمعارف الشعبية ، مرجع سابق ذكره ، ص ٨٩ .

(٢) حمود العودي ، التراث الشعبي وعلاقته بالتنمية في البلاد النامية ، دار العودة ، بيروت : ص ص ١٢٦-١٢٧ .

(٣) محمد الجوهرى ، علم الفولكلور - الأسس النظرية والمنهجية - ج ١ ، مرجع سابق ذكره ، ص ص ٩٩ - ١٠٠ .

تلقن من الآخرين ولكنها تختتم في صدور أصحابها وتشكل بصورة مبالغ فيها أو مخففة - يلعب فيها الخيال الفردي دوره ليعطيه طابعاً خاصاً وتكون في أعماق النفس الإنسانية وتوجد في كل مكان عند الريفيين والحضر وعند المثقفين وال العامة^(١). كما تتسم أيضاً بأنها لا تاريخية بمعنى أنها لا تنتمي إلى مرحلة تاريخية معينة أو أنها من صنع فرد بعينه^(٢).

ومع أن المعتقدات الشعبية تعد مستقلة من حيث نشأتها، فهناك رابطة قوية تربطها ببعضها، ويظهر هذا النوع من المعتقدات في الأفكار والأحاسيس التي تحرك الناس إزاء الظواهر الطبيعية العادلة والشاذة كتصورات الناس عن الزلازل والبرق والكسوف والشهب... الخ. وكذلك تصوراتهم عن أسرار بعض الظواهر الفيزيقية والنفسية كالأحلام والنوم والميلاد والموت مما يطلق عليها اسم «النظائر الثقافية»، بمعنى الظواهر الثقافية المتشابهة وال موجودة في مختلف أجزاء العالم^(٣). كما أن مفهوم المرض يتحدد في صورة هذه المعتقدات الشعبية التي تتعلق بوجود الإنسان والملائقات المختلفة وعلاقتها بالكون وبني البشر ورؤية الإنسان للحياة والموت والصحة والمرض وتأثير الموجودات الطبيعية وفوق الطبيعية عليه كالجبن والأنهار والنباتات والرياح والحيوانات^(٤). ومن ثم هناك علاقة وثيقة بين المعتقدات الشعبية والصحة والمرض.

٢- المعتقدات الدينية :

لقد اهتمت الدراسات الأنثربولوجية بالمعتقدات والشعائر والطقوس والخبرات الروحية. ويشير مصطلح (المعتقد) إلى حالات عامة يؤمن أعضاء المجتمع بصدقها، وتخالف المعتقدات الدينية عن الأنواع الأخرى من المعتقدات في تأكيدها على القوي فوق الطبيعية وقد ميز الأنثربولوجيون بين نوعين مختلفين من القوي فرق الطبيعية الأولى وهي المحسدة في

(١) سعاد عثمان، وأخرون، العادات والتقاليد والمعارف الشعبية ، مرجع سبق ذكره ، ص ٩٠ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٩١ .

(٣) المرجع السابق ، ص ٩٠ .

(٤) علي المكارى ، الأنثربولوجيا الطبية ، دراسات نظرية وبحوث ميدانية ، مرجع سبق ذكره ، ص ٦٠ .

قوى طبيعية الـ "Mana" والثانية وهي الأرواحية (الحيانية) الـ "Animism". وقد كان العالم الأنثروبولوجي تيلور (Tylor) أول من وضع نظرية تفسر المعتقدات ولا حظ أوجه التشابه بين البيانات العديدة وخاصة الاعتقاد في وجود الروح ولذلك اعتقد في أن ثانية الوجود تشكل أساس المعتقدات الدينية وتمثل في الجانب الفيزيقي الذي يظهر في الجسد المرنّي وفي الجانب النفسي الذي يعبر عن عدم وضوح رؤية الروح^(١).

وتري بعض النظريات السيكولوجية أن الدين هو شيء كلي «عالمي» لأنّه يساعد على تخفيض القلق الناجم عن شعور جميع الأفراد بالشيء المجهول. بينما يعطي إميل دوركايم (Emile Durkheim) للدين تفسيراً اجتماعياً كما يفسر التطورات التي طرأت على الظاهرة الدينية بفعل الدور العقلي والدور الاجتماعي للتطور الفكر الديني، وهو في ذلك يؤيد الدور العقلي للتطور الديني عند أوّلست كونت (Auguste Conte) الذي قسمه إلى ثلاثة مراحل بدأت بالديانة الوثنية لأنّها كانت ديانة منزلية تتعلق بالأسرة والآلهة الأسرة ثم تطورت إلى حالة أرقى وتحققت في ظاهرة «تعدد الآلهة»، بظهور المدن وتحول الأسر والعشائر والقبائل وتركزها في مدن وأقاليم ثم ظهرت ديانة «التوحيد» بظهور الحضارات والإمبراطوريات الكبرى. أما الدور الاجتماعي فيتمثل في أن الديانة الإنسانية كانت منبعاً لكل الظواهر الاجتماعية من سحر وعلم وسياسة واقتصاد ثم تحررت الوظائف الاقتصادية والسياسية من الوظيفة الدينية شيئاً فشيئاً. ولذلك كانت كل النظم الاجتماعية عنده ذات أصل ديني وأن كل ما هو اجتماعي هو ديني الأصل . كما يرى أن الظواهر الدينية تنقسم إلى قسمين أساسين هما العقائد والطقوس ، وتفترض العقائد في رأيه تقسيم الأشياء والعالم إلى ما هو مقدس وما هو غير مقدس وبعد هذا التقسيم هو الصفة المميزة للفكر الديني مهما بلغت درجة سذاجته أو تعقدّه . ولذلك كانت العقائد الدينية هي أفكار أو تصورات تعبّر عن طبيعة الأشياء المقدسة وغير المقدسة وما بينهما من علاقات.

أما الطقوس فهي نماذج الأفعال وأشكال السلوك التي ينبغي أن يمارسها الإنسان حيال تلك الأشياء المقدسة^(٢).

(١) محمد حسن غامري ، مرجع سابق ذكره ، ص ص ١٦٣-١٦٥ .

(٢) قباري محمد إسماعيل ، مرجع سابق ذكره ، ص ص ٢٠٣ - ٢٠٥ .

وهناك نظريات أخرى توضح أن نشأة الدين تقوم على أساس مداخل مشتركة سيكولوجية وسوسيولوجية حيث تشير هذه النظريات إلى أن الدين هو استجابة لظروف التوتر أو الحرمان الذي يشعر به الأفراد أو عندما يتهدد استقراره بسبب خلاف أو نزاع داخله أو بسبب قوى خارجية فتولد حركات دينية جديدة . ومع ذلك فرغم اتفاق العلماء على حاجة الناس إلى الدين فهناك تباين بين المعتقدات الدينية وطرق ممارستها في الثقافات المختلفة ، فالمجتمعات تختلف في إدراكتها لأنواع الكائنات فوق الطبيعية وفي تفسيرهم لسلوك هذه الكائنات^(١) . ومن ثم تعتبر المعتقدات انعكاساً لرؤى أفراد المجتمع للعالم وأنماطهم الموحدة من السلوك وهي التي تعكس العلاقات الواضحة بين الثقافة والبيئة وتنبع بالتباعية بأفكار عن الطبيعة الأساسية لعناصر مقوماتها وبالتالي فهي تتصل مباشرة بعلاقات السبب - النتيجة^(٢) .

٣- السحر والدين :

يعرف كليفورد جريتز Clifferd Greetz الدين كنظام ثقافي بأنه: نظام من الرموز يقوم بترسيخ وتأصيل الدوافع والأخلاق القوية في البشر من خلال صياغة مفاهيم النظام العام للوجود وإصنافه جو من الواقعية على هذه المفاهيم لكي تظهر هذه الدوافع والأخلاق في شكل واقعي بديع^(٣) . والدين نظام اجتماعي يقوم على علاقة الإنسان بكائن أو كائنات أو قوي فوق الطبيعية أو إله أو آلهة يؤمن بها ويعبدوها عن طريق وسطاء يعتقد أنهم يمثلونه أو يمثلونهم . ويتجسد الدين بنسق سلوكي وقانوني وأخلاقي كما تأخذ العلاقة بين العابد والمعبد شكل نسق اجتماعي مقرر ونمط ثابت . وأهم سمات الدين الإيمان واتخاذ مواقف عاطفية حيال المعبد ، وسلوك أسلوب محدد في التقرب إليه وإقامة الاحتفالات والطقوس .

(١) محمد حسن غامري ، مرجع سابق ذكره ، ص ١٦٢ .

(٢) Lorna G.Moor, et., al ., Op ., Cit., P.199.

(٣) Michael Banton, " Anthropological Approaches to the study of Religion ", <http://WWW.Antao.../htm. 10 May 1993, 6/3/2000>.

والدين موجود في كل الحضارات رغم اختلافه في كل منها عقيدة وتطبيق ، وهو يساعد الذين يعتنقوه علي تفسير الأحداث المعقدة والغامضة التي يواجهونها ويخلق تماساً اجتماعياً قوياً بينهم ، كما يأخذ أشكالاً مختلفة في الشعوب البدائية .

أما السحر فيعرّف بنظام عملي ومفاهيمي داخل ثقافة معينة مركبة ، يفترض أن يحاول الساحر من خلاله بواسطة وسائل سحرية يدوية أن يحدث تغير سيني في توافق الحالة النفسية - الفيزيقية لشخص آخر تابع لنفس الثقافة المركبة ، كما يعتقد أن هذه التغيرات تحدث بواسطة قوى خفية متصلة في شخصية الساحر^(١) .

غير أن دور كارل دوركهايم (Durkheim) يرى السحر كالدين فهو ينطوي على معتقدات وطقوس وله كل مظاهر الدين المختلفة من صلوات وطقوس وأضحيات ولذلك امتزج السحر بالدين امتصاصاً شديداً، ولكن هوبرت وموس (Hubert and Mauss) فصلاً بين الدين والسحر فصلاً تماماً بالمقارنة بين طقوس الدين وتجارب السحر . فالسحر في حقيقة أمره بقايا معتقدات قديمة وأن ما يفرقه عن الدين هو « التحرير » . فالتحرر يضع حدأً فاصلاً بين التعارض بين طقوس الدين وتجارب السحر، فإذا كان الدين يتعلق بظاهرة الخير والأضحيات فإن السحر يرتبط بظاهرة الشر والضرر . وإذا كان السحر يقتضي العزلة والخفاء وتردد كلمات غير مميزة ولغة غامضة حتى تتحقق السرية التامة فإن الدين على العكس تماماً حيث يقتضي العلانية والوضوح وتميز كلماته ولغته . وإذا كان الساحر يقوم بأساليبه السحرية كي يفرض على الأرواح والقوى الشيرية القيام بأعمال معينة بالذات وفقاً لرغبات الساحر فإن رجل الدين يسترحم الآلهة دون فرض أو إكراه فهو يطلب الرحمة والمغفرة كي تصفح عنه الآلهة . ولذلك توجد في كل الديانات دائماً أنواعاً من المثالية الروحية التي تتجلّى في القرب من الله بالتسابيح والعبادة والأضحيات والأمني والنذور وهذه تعد مظاهر دينية خالصة وبعيدة كل البعد عن السحر وظواهره وتجاربه التي لا تتجه إلى الله وإنما إلى استدعاء أرواح الأئلاف والأجداد لإيقاع الأذى والضرر عن طريق ممارسة بعض الإجراءات السحرية^(٢) .

(1) Lorna G.Moore, et., al ., Op ., Cit ., P.202.

(2) قبارى محمد اسماعيل ، مرجع سابق ذكره ، ص من ٢٩٨-٣٠٨ .

٤- السحر الشعبي :

يقوم السحر الشعبي على المعتقد المحفوظ في صدور الناس وعلى الخبرات المكتسبة التي يتم توارثها وحفظها شفاهة مثل: الجسد وما يدور حوله من معتقدات وممارسات، والتغاؤل والتشاؤم كالتغاؤل بكلمة معينة أو العزوف عن ذكر أسماء خطيرة كمرض السرطان أو غيره إيماناً بالقوة السحرية للاسم، فذكر الاسم استحضار لمضمونه واتصال بهذا المضمون^(١).

وتستهدف الممارسة السحرية تحقيق رغبات الناس التقليدية المعروفة وأهمها شفاء الأمراض بمعنى أن هناك بعض الوصفات والأعمال السحرية التي تنفع في علاج الأمراض مثل أمراض العيون والحمى والصرع وعلاج أمراض الأطفال ومشكلات تزييتهم كسوء الخلق أو الانحرافات أو البكاء الدائم. علاوة على بعض الوصفات التي تستهدف إدخال السرور على الحزين أو المسح على رأس الغضبان لإزالة غضبه والتخلص من الأحلام المزعجة والمخيفة والإبراء من الوسواس^(٢).

وليس هناك أسباب تدعو للتشكيك في فعالية بعض الممارسات السحرية ودورها في العلاج أو الإيذاء أو الضبط الاجتماعي. فتنطوي فعالية السحر على الإيمان بالسحر الذي يتمثل في ثلاثة أوجه تكمل بعضها البعض: إيمان الساحر بفعالية التقنيات السحرية التي يمارسها، وإيمان المريض أو الضحية بقدرة الساحر، ثم توقعات وثقة الجماعة التي تعمل دائمًا كمجال جاذب تعرف وتقع في داخله العلاقة بين الساحر والمسحورين^(٣).

(١) محمد الجوهري، علم الفولكلور - دراسة المعتقدات الشعبية - ج ٢ ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية: ١٩٩٠، ص ١٩٥ - ١٩٦.

(٢) المرجع السابق ، ص ص ٢١٩ - ٢٢١ .

(3) Claude Levi - Strauss, "The Sorcerer and his Magic", In: Peter J. Brown, (ED.), Understanding and Applying, Medical Anthropology , Mayfield Publishing Company, London, 1998: P . 129.

وتمثل أعمال السحر والشعودة والفوود والعرافة (التنجيم). موضوعات شعبية واسعة الانتشار، كما ينظر إليها في معظم الأحوال كموضوعات متاخمة لبعضها البعض في الدراسات والبحوث المتعلقة بالرعاية الصحية والمرض والعلاج ونظم المعتقدات. وتشير هذه النظرة إلى أن النماذج العملية والمقاهيمية للمعنى التي يتضمنها كل مصطلح من هذه المصطلحات ترتبط بإحكام بالعناصر الأخرى للمجتمع. فعلى سبيل المثال : يتكامل الطب الشعبي إلى حد كبير بالتواافق مع الاتجاهات التقليدية في نموذج الاعتقاد الأسباني - الأمريكي حيث يتماشي مع نمط التوازن في الصحة الذي يمكن عزوه إلى التكيف وفقاً لمفهوم التوازن الخلطي ، وكذلك يقوم السحر على أساس الاعتقاد بأن الساحر يستخدم السحر السري ضد صحيته مثل: العين الشريرة، وهذا السحر يمكن مقاومته ومن ثم استعادة التوازن . ومع ذلك لم يتفق هؤلاء الأسبان - الأمريكيان حتى بين أنفسهم عما إذا كان المعالج التقليدي (الكوراندور) يمكن أن يكون ساحراً أيضاً، ولا سيما إذا كان من الممكن الاعتراف بالسحر (كإباحة اجتماعية) في السياق الثقافي الذي يعترف بوجود السحر على أساس أنه اتهام^(١). وقد درس علماء الأنثروبولوجيا في محاولاتهم لفهم هذا الاتجاه السلبي كيف يمكن تعريف «الشamanية»، واتهامها بالسحر بأنماط محلية من القوة والسيطرة ، فالإيمان بالسحر على سبيل المثال قد يوفر نظام الأحكام والعقوبات في المجتمعات التي تنقص فيها قوة الشرطة والقوانين المكتوبة والنظام القضائي الرسمي، كما أنه يساعد على تحديد سبب سوء حظهم ومحنهم ونكباتهم كما أنه يدعم الديانات التي تربط الناس بعالم الروح^(٢).

والمعالج أو الشaman هو النظير المشابه والمقابل للساحر، فالشaman يعالج والساخر يؤذى، الأول يستعمل التأثير المهدى للمريض والثاني يسخر التأثير المؤذى الضار.

(1) Lorna G. Morre, et.,al ., P. 202.

(2) Michael F. Brown, "Dark Side of Shaman", In: Peter J. Brown, (ED.), Understanding and Applying, Medical Anthropology, Mayfield Publishing Company, London, 1998 : P. 172.

والساحر يعمل في الخفاء مستخدما سهام الروح لمعاقبة أعدائه بالألم والمعاناة أما الشaman فيعمل في العلن ويستخدم سهامه الروحية لتعطيل مخططات الساحر لإحداث الألم والموت قبل الأوان^(١).

وعلى سبيل المقارنة كان يعتقد في المجتمع الأزتيكي القديم أن السحرة يشبهون إلى حد كبير مصاصي الدماء، حيث كانوا يمتصون دماء الأطفال ويخيفون الناس في الليل ويترقصون أشكال الحيوانات ولديهم القدرة على الطيران. ويمثل الـ «فودور» أحد الأديان البدائية الشائعة في غرب أفريقيا وتطور بشكل سري وسط العبيد المنقولين إلى جزيرة هايتي وأمريكا الجنوبية وبحوي الكثير من الشعوذة والطقوس السحرية وبعد تلبس الأرواح ركنا من أركانه ، وتزايد العضوية في هذا النظام تدريجيا وتتجه إلى حد ما نحو تفسير رغبات الآلهة التي تعتبر نفسها معروفة بواسطة تلبس أشياعها المختارين ، وكذلك تعد العرافة نوعا من السحر يتضمن الشعوذة والتنجيم وهي على صلة بالممارسات الدينية إذ يمارسها رجال دين أو كاهن متخصص يدعى «العراف» ونقوم على أساس أن القوى فوق الطبيعية تعطي إشارات عن إحداث المستقبل قبل وقوعها . وتركز العرافة على تجارب فيزيقية - سحرية - غامضة بواسطة عرافين متدربين على تشخيص حالات المرض والتنبؤ بتأثير الأحداث على سعادة الإنسان. ويستعمل العرافون أساليب مختلفة مثل دراسة الأصوات الناتجة عن احتراق الملح أو أغصان الشجر في النار وملاحظة ماذا سيكون عليه شكل قطع صغيرة من العظام أو العصي تلقى عشوائيا على الأرض أو قطرات الشمع المتتساقطة من شمعة محترقة أو أشكال الرذاذ أو الدواائر التي تكون من إلقاء جسم في الماء أو أشكال السنة لهب النار أو حركات الطيور أثناء طيرانها، وكذلك استشارة وسطاء الوحي «عصي الاستثناء» التي تستخدم كوسيلة اتصال لنقل التشخيص أو رسالة الوسيط إلى الأشخاص المعنيين^(٢).

وبصرف النظر عن كل هذه الأشكال السحرية فلا يمكن إغفال دور المعتقدات

(1) Ibid, P . 171.

(2) Lorna G. Moore, et.,al., PP. 202-203.

وسائل السحر الشعبي على الصحة والمرض سواء في المجتمعات التقليدية أو حتى في المجتمعات الحديثة وإن كان ذلك بحسب متفاوتة . وقد توالىت الدراسات الأنثropolوجية بعد ذلك في مناقشة العلاقة بين المعتقدات الشعبية وتأثيرها على الصحة والمرض في ضوء المتغيرات الهامة كالطبقة الاجتماعية والفرق الجينية والفرق بين الريف والحضر . وانتهت إلى أن هناك تأثير واضح تمارسه المعتقدات السائدة في الوسط الاجتماعي على تقييم أعراض المرض وتفسير أسبابه وبالتالي على اللجوء للخدمة الصحية الرسمية أو الشعبية . وأوضحت أن الأساق الطبية غير الغربية تتوصف على أنها أساق شخصانية Personalistic بمعنى أن تفسيرها لأسباب المرض تتركز أساساً حول بنية المجتمع بما فيها من مؤثرات وضغوط في علاقات الناس كالغيرة والتنافس، وأنها تفسيرية Interpretative لأنها تبحث عن تفسير سوء الحظ (المرض) بدلاً من الكشف عن سببه الفيزيقي^(١) .

٥- الطقوس :

عرف لودون (Loudon)^(٢) الطقوس بأنها مظاهر من السلوك والفترائض الشكلية التكرارية بمعنى مظاهر تقاليد معينة ليس لها نتائج تكنولوجية مباشرة ، وهي تعبيرات رمزية بمعنى سلوك أو أفعال تحكي شيء عن شأن من الشئون وخاصة عن الأحوال الاجتماعية لهؤلاء الذين يشاركون في هذه الطقوس . والطقوس بالمعنى الاجتماعي تعبر عن وتجدد بعض القيم الأساسية لذلك المجتمع وخاصة تلك التي تتعلق بعلاقة الإنسان بالإنسان والإنسان بالطبيعة والإنسان بعالم ما وراء الطبيعة وكذلك العلاقات التي تعد مكملة لوظائف أي جماعة إنسانية . ويرى (Turner)^(٣) وظيفتين للطقوس هما :

(١) علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية . دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مرجع سبق ذكره ، من ٦١ .

(2) Loudon J. B.. "Private Stress and Public ritual"; Quoted In: Cecil Helman, Health and Illness, op., Cit., p.123.

(3) Turner V. W., "The Drums of Affliction", Quoted In: Cecil Helman, Health and Illness, op., Cit., p. 124.

أ - الوظيفة التعبيرية : التي تصور بعض القيم الأساسية والتوجهات الثقافية في شكل رمزي، بمعنى أنها تعبر عن هذه القيم الأساسية في شكل مثير وتنقلها إلى كل المشاركين والمشاهدين.

ب- الوظيفة الإبداعية : التي يدرك الناس من خلالها حقيقة البديهيات الواقعة تحت بناء المجتمع والقوانين الطبيعية والنظم الأخلاقية، ومن ثم فهي تعيد صياغة بعض قيم ومبادئ المجتمع على أسس متسقة وسلوك أفراد المجتمع تجاه الآخرين والآلهة والقوى فوق الطبيعية وتساعد على إحياء وإنعاش عقول المشاهدين ورؤيتهم الجماعية للعالم .

وتحقق هاتان الوظيفتان بواسطة استعمال الرموز التي تتضمن بعض الأشياء الموحدة من ملابس وحركات وإشارات وكلمات وأصوات وأغاني وموسيقى وروائع بالإضافة إلى الشكل المرتب الثابت الذي يظهر به المشاركون فيها . والرموز الطقوسية لها دور هام في حفظ ونقل المعلومات عن المجتمع كما أنها تعمل على الكشف عن معنيين متناقضين أو تقوم بربط المراحل الفسيولوجية والاجتماعية للحياة الإنسانية .

وهناك أنواع كثيرة من الطقوس أهمها :

أ- الطقوس التقويمية :

وهي التي تمثل احتفالات بالتغييرات في الدورة الكونية مثل تغيرات الفصول والأعياد والمهرجانات وتستخدم الرموز في مثل هذه الطقوس لربط الأبعاد الكوزمولوجيـة (الكونية) والاجتماعية ولمساعدة في تقوية وتجديد النظام والقيم الاجتماعية للمجتمع .

ب- طقوس التحول الاجتماعي :

وتنبع بالتغييرات التي تحدث في دورة الحياة الإنسانية وبالتغييرات في الأوضاع الاجتماعية داخل المجتمع من خلال ربط النواحي الفسيولوجية بالظاهر الاجتماعي في حياة الفرد مثل الطقوس المرتبطة بالحمل والولادة وسن البلوغ

والحيض وحفلات الزفاف وتشييع الجنائز والأمراض الشديدة . كما تشير هذه الطقوس إلى انتقال الفرد من حالة إلى حالة أخرى مثل من زوجة إلى أم في حالة الحمل .

كما تعد طقوس الاستشفاء أحد طقوس التحول الاجتماعي حيث يتحول خلالها الشخص المريض إلى شخص سليم ومعافي وهو ما يتضمن انسحاب المريض من الحياة اليومية بينما يتبع بعض المعالجات ويلتزم بالمحرمات وإذا ما شفي فإنه يندمج ثانياً في المجتمع من خلال هذه الطقوس .

ج- طقوس المحن والكوراث :

وتحدث هذه الطقوس في أوقات الأزمات والكوراث غير المتوقعة مثل الحوادث والأمراض الخطيرة . ويرى لودون (Loudon) أن هناك وظيفتين لهذه الطقوس الأولى ظاهرة وتتضمن حل مشكلات محددة والثانية مستترة وتنطوي على إعادة إرساء العلاقات المضطربة بين الناس . وعادة ما تتضمن هذه الطقوس مرحلتين متتاليتين الأولى : مرحلة التشخيص أو التكهن بسبب المحن أو الكارثة . والثانية : مرحلة معالجة آثارها وإزالة أسبابها^(١) .

٦- العادات والتقاليد الشعبية :

تمثل التقاليد الشعبية والعادات الاجتماعية والفردية مجالاً كبيراً من الأهمية تهتم فيه الأنثروبولوجيا الطبية بحل كثير من المشكلات الصحية ، كما أنها ترتبط بالصحة والمرض وتمارس دورها في تحديد نوعية الإجراءات العلاجية ونوعية الخدمة الصحية الرسمية وغير الرسمية التي يلجأ إليها المريض ، كما قد تقف في بعض الأحيان ضد فكرة اللجوء للعلاج الطبي الحديث لأنها تنسب المرض إلى ظروف مؤقتة ولا ترى فيه الخطورة التي تستدعي اللجوء للطبيب^(٢) .

وتتعدد وتتنوع المجالات التي تمارس فيها وظائف هذه العادات فهي تشمل العالم غير الإنساني والعالم فوق الإنساني كما تشمل حياة الإنسان نفسه سواء

(1) Cecil Heleman , "Culture, Health and Illness" , Op ., Cit ., PP. 123-134.

(2) علي المكاري، الأنثروبولوجيا الطبية . دراسات نظرية وبحث ميدانية، مرجع سبق ذكره ، من ٢٥ .

البيولوجية أو الاجتماعية (الميلاد والموت والزواج والعلاقات مع الجيران والمجتمعات المحلية والقرية والمدينة ... الخ) كما تغطي حدود الزمن (كالمناسبات المرتبطة بنتائج العام والمواسم والتاريخ والذكريات) . وهناك علاقة وثيقة بين مصطلح العادة وبعض المصطلحات الأخرى مثل المعتقدات والمعارف والتقاليد الشعبية فقد تكون الفروقات بينهما فروقاً دقيقة وأحياناً تكون فروقاً زائفة أو مصطنعة لأنها تستخدم بالتبادل وقد يحل بعضها محل الآخر^(١) . ويرى ساوير (Sapir) أنه من الصعب أن تخضع كل هذه المصطلحات للتعریف العلمي الدقيق ، حيث تشارك كلها في صفة أساسية واحدة هي أنها تعبّر عن مظاهر السلوك الجماعي المتكرر وأساليب الناس الجماعية في التفكير والعمل . كما أن أنواع السلوك الجماعي نفسها تمثل شكلاً متصلة تداخلاً جزأوه في بعضها البعض تداخلاً كبيراً وتشابكاً شديداً مهما تميزت عن بعضها البعض بقصد التحليل العلمي وإزالة الغموض عن معانيها^(٢) .

ولتعريف العادة كمفهوم أساسي في دراسات الحياة الشعبية ينبغي التأكيد على عمومية العادة وعلى قوتها المزمرة وعلى أهم خصائصها وهي أنها متوارثة ، بالإضافة إلى بعض الخصائص الأخرى كأن تكون مفيدة أو وظيفية . فيقول مالينوفסקי (Malinowski) أن العادة هي أسلوب مقنن من أساليب السلوك يتم فرضه تقليدياً على أفراد المجتمع المحلي . ويقول ساوير (Sapir) تستخدم كلمة عادة للدلالة على مجموعة الأنماط السلوكية التي يحملها التراث وتعيش في الجماعة وذلك على خلاف أوجه النشاط الشخصي لفرد الذي تتصف بمزيد من العشوائية . ويقول شبايزلر (Shpizer) يجب أن لا يسمى بالعادة إلا ما كان حياً منبعثاً عن الوعي الموحد للجماعة وما يبعده كل شخص من أبناء الشعب مفيداً انطلاقاً من هذا الوعي . كما أوضح ريهل (Richel) أن السلوك يتحوال إلى عادة عندما يثبت من خلال عدة أجيال ويتسع وينمو ومن ثم يكتسب سلطاناً^(٣) .

(١) محمد الجرهى ، علم الفولكلور ، الأسس النظرية والمنهجية ، جـ ١ ، مرجع سابق ذكره ، ص ١١١ .

(٢) فوزيه دباب ، القيم والعادات الاجتماعية - مع بحث ميداني لبعض العادات الاجتماعية ، دار النهضة العربية ، بيروت: ١٩٨٠ ، ص ١٠٤ .

(٣) سعاد عثمان ، آخرين ، العادات والتقاليد والمعارف الشعبية ، مرجع سابق ذكره ، ص ٧٩ .

وقد أصنفي البعض على العادة صفة «الشعبية»، بينما أصنفي عليها البعض الآخر صفة «الاجتماعية»، كما أطلق عليها بعض ثالث «العادة الاجتماعية الشعبية»، وعلى الرغم من هذه الاختلافات التي لا تعدو أن تكون اختلافات لفظية في تعريف العادة فهي كلها تتفق في المضمن والمعنى .

أما من حيث أهمية العادات الاجتماعية فهي بمثابة الدعامات الأولى التي يقوم عليها التراث الثقافي في كل بيئه اجتماعية، كما أنها الأصول الأولى التي استمدت منها النظم والقوانين عادتها وأنها القوى الموجهة لأعمال الأفراد والجماعات، حيث لا يمكن تصور قيام أي مجتمع منظم دون عادات اجتماعية. فهناك طائفة من الممارسات والأفعال والإجراءات والطرق تنشأ في كل جماعة من الجماعات ويزاولها الأفراد لتنظيم أحوالهم والتعبير عن أفكارهم وما يجول في مشاعرهم وتحقيق الغايات التي يسعون إليها، وهم في ذلك يتجلبون الأفعال المؤلمة والمضررة أو الفاشلة ويكررون الأفعال التي تحقق لهم أغراضهم وسعادتهم ورفاهيتهم ومن ثم تصبح عادات أصيلة وأعرافاً يعتزون بها وقواعد ملزمة بعد أن تترسخ وتستقر في عقول الأفراد وفي شعور الجماعة ، وبالتالي تمثل أهم عوامل التنظيم والضبط في علاقات الأفراد داخل المجتمع وداخل الهيئات الاجتماعية الخاصة^(١) .

كما تمثل العادات ألواناً من التراث الاجتماعي حيث تمد الفرد بسلسلة متكاملة الحلقات عن مشكلات انتهت الثقافة من حلها من خلال أجيال سابقة^(٢) . وهي كذلك ظاهرة أساسية من ظواهر الحياة الاجتماعية الإنسانية وحقيقة أصيلة من حقائق الوجود الاجتماعي وتؤدي وظائف اجتماعية هامة عند الشعوب البدائية وعند الشعوب المتقدمة وفي حالات الاستقرار وفي حالات التحول والاضطراب والانتقال . ولذلك من الخطأ الاعتقاد بعدم وجودها إلا في التقاليد الموروثة فقط ومن العبث أيضاً قصر تفسيرها في حدود صورها القديمة وأصولها الغابرة وذلك لأنها ظاهرة تاريخية ومعاصرة

(١) فوزيه دباب، مرجع سابق ذكره ، من من ١٠٧ - ١٠٨ .

(٢) موزه غباش، سosiولوجيا العادات والتقاليد فى مجتمع الإمارات، دار القراءة للجميع للنشر والتوزيع، دبي: ص ١٠.

في نفس الوقت وتتعرض لعملية تغير دائم يتجدد بتجدد الحياة الاجتماعية واستمرارها^(١).

وهناك علاقة وثيقة بين هذه العادات والصحة والمرض فعادات أبناء الريف المصري كالاستحمام في الترع والنزول إلى المصايف والقنوات ومستنقعات الماء الآسن حفاة الأقدام ترتبط بمرض البليهارسيا، كذلك تعود الريفيات على غسل الأواني والملابس والخضروات في مياه الترع. كما تحدد العادات أيضاً كيفية الإعلان عن المرض وأساليب التعبير عنه وتحديد الطرق العلاجية الأساسية والبدائلة في مواجهة المرض وهو ما يوضح دور العادات الفردية والاجتماعية في تقييم مدى خطورة المرض. كما تمثل العادات المتعلقة بصحة الأم وطفلها والعادات الغذائية أكثر العادات الشعبية أبرزًا لطبيعة العلاقات بين العادات الاجتماعية والصحة والمرض^(٢).

ومن مميزات العادات الاجتماعية الشعبية في جميع الثقافات وخاصة الثقافات البدائية أنها تتصل بنواحي أسطورية وعناصر سحرية وخرافية كالخوف من المبيت في منزل مهجور خشية الأرواح المحبوسة والحرص على ألا ينام الطفل في حجرة بمفرده أو في مكان مظلم خشية الجان. ويعرض رادفورد (Radford) وزوجته بعض الأفعال الخرافية التي كانت تراعي عند كثير من الأقوام أثناء ولادة الطفل كفتح كل قفل وفتح الأبواب لتسهيل الولادة وتسهيل مرور الطفل إلى العالم الخارجي - وما زال الكثير من المصريين خاصة في الريف المصري يعتقدون في هذه الأفعال إذ يرفعون الأغطية عن الأواني ويفكون العقد المريوطة ويفتحون النوافذ لتسهيل عملية الولادة^(٣).

وهناك دور آخر للعادات الشعبية ينبغي التأكيد عليه وهو ضرورة الحصول على الدواء عند اللجوء للطبيب بمعنى حرص المريض على أن يصف له الطبيب دواءً أو

(١) محمد الجوهرى ، علم الفولكلور - الأسس النظرية والمنهجية ، ج ١ ، مرجع سابق ذكره ، من ١٠٥ - ١٠٦ .

(٢) علي المكارى ، الأنثروبولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحوث ميدانية ، مرجع سابق ذكره ، من ٥٦ - ٥٨ .

(٣) فرزيه دياب ، مرجع سابق ذكره ، من ١٢٣ - ١٢٤ .

علاجاً من أي نوع لإرضائه لأن تأثير الثقة في هذا الدواء يلعب دوراً بارزاً في الرعاية الصحية وفي العلاج النفسي للمريض^٠ وفي المجتمع الفروي المصري يومن الفلاحون أن الطب والدواء هما الأدوات الأساسية في يد الطبيب وبالتالي يمكن تقديره الوحيدة الصناعية في ضوء كمية الدواء المتوفر بها كما أن سمعة الطبيب ترتبط بقدرته على الحصول على الأدوية من المخازن المركزية ويمدّي كرمه في وصفها وتوزيعها على المرضى وتأتي الحقن في المقدمة يليها الدواء السائل خاصة إذا كان مقبولاً الطعم حلو المذاق أما الحبوب المغلفة فهي أكثر قبولاً من الحبوب المكشوفة^(١).

٧- الصحة والمرض والعلاج من منظور المعتقدات الدينية والرموز الطقوسية:

لقد كان لكل نوع من المجتمعات أشكال مميزة من المرض على مدار التاريخ، فقد استبدلت أمراض مثل مرض الطاعون الخطير في العصور المظلمة والبلاء في عصر النهضة الأوروبية بأمراض أخرى مثل الأنفلوانزا والسرطان في العصر الحديث، غير أن كل مجتمع هو الذي يحدد طريقته الخاصة في الاستجابة للمرض في زمانه ومكانه ، فلكل من الكهنة والشامان والعرافين والسحرة والأطباء والروحانيين والكوراندور والغورو (المعلم الروحي في الهندوسية) مهمته في استجابات المجتمعات للمرض كحالة باثولوجية أو للمرض بمعنى طريقة الاستجابة الشخصية للمرض . وبالتالي تصنفي كل ثقافة شكلًا فريداً على رؤيتها للسلامة والصحة^(٢) . كما أن نماذج المعتقدات الثقافية بالنسبة للصحة والمرض تصلح كمبادئ أساسية لكل أشكال الرعاية الصحية ، ولفهم لماذا يعالج أحد أفراد المجتمع نفسه من جرح مفتوح عن طريق حشوة بروث البقرة في حين يستعمل الآخر محلول الكبريت ، فإن الأمر يحتاج لفهم عميق لنماذج ومعتقدات كل مجتمع . فالتعويذات والطقوس تختلف معاناتها باختلاف الجماعات كما أن تنوع المعتقدات الثقافية يظهر التكيفات والقدرات الهائلة للجنس البشري من الناحية التطورية أو البيئية بشكل واضح^(٣) .

(١) علي المكارى، الأنثروبولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحث ميدانية، مرجع سبق ذكره ، من ٥٩ - ٦٠ .

(2) Lorna G.Morre , et.,al .. Op .,Cit., P. 200.

(3) Idem.

وتلعب المعتقدات الدينية دوراً كبيراً في الارتباط بين المعايير الاجتماعية في المجتمع وبين تنسيب المرض إلى القوى المكلفة بالحفظ على هذه المعايير في غياب الآليات الرسمية للضبط الاجتماعي (الشرطة والجيش والمحاكم والقضاء) حيث تنسب الأمراض في هذه المجتمعات لأعمال السحر والشعوذة التي تعد آلية للمحافظة على النظام الاجتماعي بين الناس. وقد ظهر هذا الارتباط في دراسة وايتنج(Whiting) التي انتهت إلى أن تنسيب المرض إلى السحر والشعوذة في المجتمعات التي تغيب فيها آليات الضبط الاجتماعي تكون أكثر تكراراً من المجتمعات الأخرى التي يوجد فيها هذه الآليات، كما أن الأمراض التي ترتبط بخلافات اجتماعية بين أفراد المجتمع والتي لا يعهد بها إلى وكلاء الضبط الاجتماعي تعد شكلاً من أشكال العقوبة التي تفرض بواسطة السحر والشعوذة بمعنى أن السحر والشعوذة تملأ الفراغ في غياب آليات الضبط الاجتماعي في المجتمعات^(١).

وتدل الشواهد الأنثropolجية على العلاقة الوثيقة التي تربط بين الدين والصحة والمرض منذ العصر الإغريقي حتى الآن فقد نجست نظرة الإغريق إلى الصحة في عباداتهم الدينية ولا تزال تتجسد حتى اليوم في زياراتهم للأضرحة المشهورة وتقديسهم لها مثل أضرحة

«ديلفي»، «ديلوس»، وأوليمبيا ، التي تؤكد على وجود فكرة «الإنسان الكامل» روحياً واجتماعياً وفيزيقياً. كما اصطبغت الخدمات الصحية بالصبغة الدينية حيث كان «البيمارستانات» هي المسئولة عن العناية بالمرضى في العصور الإسلامية وكان الدين الإسلامي هو الموجه الأول لأداء هذه الخدمات فضلاً عن الأوقاف التي كانت توقف للإنفاق على رعاية المرضى وعلاجهم، كما اهتمت الديانة المسيحية والكنيسة بالاهتمام بالمرضى ورعايتهم بالأديرة والمستشفيات^(٢) كما يمكن أن تستنبط رموز نماذج المعتقدات الدينية وفقاً للمناطق الثقافية حيث تقوم على التاريخ الأنثropolجي منذ عام ١٦٠٠ بعد الميلاد وتتمثل في «التوحيدية»، في الإسلام والمسيحية واليهودية

(١) Arthur . J . Rubel and Michael R. Hass, Op., Cit., PP . 115 - 116 .

(٢) علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحث ميدانية، مرجع سابق ذكره ، ص ٦٩ .

والأوليمبية، في إفريقيا الوسطى و المشاعية، في جزر المحيط الهادئ والشمنانية، في المناطق القطبية وهذه الأخيرة توضح التفاعل بين المعتقدات الدينية والمعتقدات الصحية^(١).

والسؤال الذي يثور هنا كيف تصيل المجتمعات لنماذج معتقداتها عن الصحة والمرض، وكيف تتعرف على أسبابها ، ففي معظم الأحوال تحتاج عملية أو عرض باثولوجي معين - مثل الانتفاخ أو تغير اللون أو النقص في الإحساس بالأداء الوظيفي الكامل كثرة الإبصار - إلى أن تفسر داخل سياق ثقافي فالمجتمعات التي لا تستخدم الطرق العلمية قد تستخدم مفاهيم دينية أو سحرية لتساعد في تعين حدود وأسباب وقياسات الحالة ومن ثم تصل إلى أسباب المرض. أما في الطلب العلمي الحديث فتتعدد أسباب المرض من خلال المعرفة القائمة على اختبار فرضيات بطرق علمية مثال : يمكن أن يعلل سبب التهاب الحلق بأنه نتيجة لعدوى مباشرة باللوزتين والغشاء العلوي للحلق بالبكتيريا العنقودية، حيث يرى السبب القريب أو المباشر كشيء باثولوجي باطنى ، أما في النظم الأممية فمن الممكن أن يرى السبب كشيء بعيد مثل: الصراع بين الجيران والطمع وإنزال البلاء بواسطة السحر. ونتيجة للنقص في المعرفة بعلم التشريح ووظائف الأعضاء فإن سبب المرض يرى بصفة عامة بسبب حدوث شيء خارجي عن الجسم . ومع أن العلاج يستهدف السبب المفترض في الحالة في كل من المجتمعات المتقدمة أو الأممية فإن المعالج في الطلب العلمي يحاول القضاء على العدوى باستخدام العقاقير أو بالتغذية أو بالتدخل الجراحي، أما المعالجون الشعبيون فيحاولون تسكين الألم وتخفيف تأثيرات السحر والأرواح أو العلاقات الاجتماعية المتوترة^(٢).

ولا يزال الاعتقاد في الأولياء واللجوء إلى الأضرحة يعتبر مصدراً دينياً هاماً في تفسير أسباب المرض . حيث يقصدها الناس التماساً للشفاء من أنواع متعددة من الأمراض مثل العقم وكافة المشكلات المتعلقة بالخصوبة والحمى بأنواعها والأمراض

(1) Lorna G . Moore, et .., al .., Loc., Cit.,

(2) Ibid .., P 201.

الجلدية والعصبية والنفسية وأمراض العيون . . . الخ . كما أنه من المعروف أن هناك نوعاً من التخصص بين الأولياء في علاج الأمراض فمنهم من يتمتع بشهادة خاصة في علاج مرض معين وإن كان ذلك لا يمنع من إلتحاق الشفاء لديهم جميعاً^(١) .

وغالباً ما يسأل هؤلاء الذين يصابون بأمراض خطيرة أسلمة معنوية أو غيبية عن مغزى المرض والمعاناة ولماذا هم مرضى وهل هذه المعاناة عدل (جزء مستحق) ؟ إن هذه الأسئلة تعني - بالأحكام الدينية - تبرير آلهي لوجود الأذى وفي حالة ما إذا كان هذا الأذى في صورة المرض فغالباً ما يري كمعاناة خالية من الآثام والذنوب وتطرح أسللة صعبة على المؤمن . أما الإجابات التي يقدمها نموذج الطب الشعبي كنظام ثقافي فهي متنوعة جداً وتتراوح ما بين الإيمان إلى الآخرين إلى الفهم الواعي بسر الإرادة الإلهية والإيمان المطلق بالخير الآلهي . وغالباً ما تكون تبريرات هذه المعاناة مركبة بمعنى أنها تؤدي عدة وظائف في وقت واحد فهي تحول دون التحرر والانسلاخ عن المعتقدات الدينية ، وتتوفر أسس الرضاء بالمعاناة كما تقدم المعاني التي تجعل من المعاناة شيئاً صالحاً كما في ممارسة معاناة التضحية لأغراض محددة أو لتنمية وسائل التحكم والسيطرة على المرض^(٢) . وقد يسلط الضوء على ذلك ضرورة تحديد طبيعة المعاناة وارتباطها بالألم ، فكلمة المعاناة دائماً ما تكون مقرونة بكلمة الألم مثل «المعاناة والألم»، ولمحاولة فهم ما هي المعاناة وهل تتطلب قدرة الأطباء على إزالتها فعلاً أن يتغلب الطبع على الانقسام بين العقل والجسد والانقسامات الأخرى المصاحبة بين الذاتي والجسمي والذات والجسم، والإجابة على هذا التساؤل تكمن في النقاط التالية :

- ١- إن المعاناة تدرك بواسطة الشخص وفي حالة الانفصال بين العقل والجسم فإن مفهوم الشخص أو صفة الشخص ترتبط تبعاً لذلك بالعقل والروح والجسم . ومع

(١) محمد العجمى ، علم الفولكلور - دراسة المعتقدات الشعبية ، ج ٢ ، مرجع سبق ذكره ، ص ٩٠ - ٩١ .

(2) David Hufford , " Folk Medicine and Health Culture, In Contemporary Society", Primary Care, 1997: 24(4), P. 729.

ذلك فالشخص ليس مجرد عقل فقط ولا مجرد المعرفة الروحية أو الجسمية فقط، فصفة الشخص لها العديد من المظاهر وأن عدم المعرفة بها تساهم في معاناة المرضي، كما أن فهم حالة الشخص في المرض الإنساني تقتضي رفض الثانية التاريخية للعقل والجسم .

٢- والنقطة الثانية تشق من تفسير الملاحظات الإكلينيكية ، فالمعاناة تحدث حينما يشعر الشخص بأن الهلاك علي وشك الحدوث ، وتستمر هذه المعاناة حتى يزول التهديد بالهلاك أو إلى أن تستعاد سلامه الشخص ببعض التصرفات الأخرى . وعلى الرغم من أن المعاناة تحدث غالباً في وجود ألم شديد وعجز في عملية التنفس أو وجود أعراض جسمية أخرى ، فإنها تمتد بعد ذلك إلى ما وراء الناحية الجسمية. ومن ثم يمكن أن تعرف المعاناة بصفة عامة بأنها حالة من الألم الشديد المرتبط بوقائع تهدد سلامه الشخص .

٣- النقطة الثالثة هي أن المعاناة قد تحدث في أي جانب بالنسبة للشخص سواء كان ذلك في نطاق الوظائف الاجتماعية أو اندماجه مع الجماعة أو في العلاقة مع النفس أو الجسم أو العائلة، أو في العلاقة مع ما وراء الشخص أو مع مصدر غامض^(١) .

وقد اهتمت كل المجتمعات البشرية بتفسيرات «المعاناة»، حيث تتضمن الموروثات التقليدية شرح هذه المصطلح في نظريات العدالة الآلهية والذي يعود إلى عام ١٧١٠ عند ليبنز (Laipens) بمصطلح «نقطة آلهية»، إلى ماكس فيبر (Max Weber) عام ١٩٦٣ حين صاغ هذه المشكلة تصنيفاً في إطار نظرياته لمنطق وتقسيم المعتقدات الدينية وشعر بأن المنطق العقلاني لفكرة الإله الواحد أدت إلى ضغط هائل على تطور النظريات التي يمكنها شرح التوزيع غير العادل للمعاناة في العالم. وتبدو مشكلة المعاناة في أن التحدي الذي يواجه الأديان لا يمكن في تجنب المعاناة ولكن في كيفية تحمل المعاناة ، فالمعاناة

(1) Cassel E. J., "The Nature of Suffering and The Goals of Medicine", In: Gail E Henderson and et., al., (Editors), "The Social Medicine Reader", Duke University Press, London, 1998: PP. 13 - 15.

- كما يرى ماكس فيبر (Max Weber) ضرورة للقصد النهائي في حياة الجماعة، وتسمح الرموز الدينية لألم المعاناة بأن يتخذ معنى يستحق معه أهل الثواب، ويتحول الألم الشخصي لوعي منفرد إلى شيء يتسم بالمشاركة الجماعية. كما تعد المعاناة أيضاً وسيلة تربوية، حيث قام كلاسترنس (Clastres) بفحص نوع من ممارسة المعاناة في المجتمعات البدائية أطلق عليه «التعذيب»، يشير إلى طقوس التحول والانتقال التي تحدد دخول الشاب الصغير إلى مرحلة البلوغ واستنتاج أن المعاناة في المجتمع البدائي هي أساس طقوس الإعداد للمستقبل كما يذهب إلى ما هو أبعد من ذلك قائلاً أنه بعد إتمام الطقوس يتبقى أثر على الجسم والرجل الذي خاض مرحلة الإعداد يصبح هو البطل الحائز على الأثر، ويصبح الأثر عائقاً أمام النسيان بمعنى أن الجسم يصبح الذكري المائلة من خلال تسجيل الألم، ومن ثم تعد هذه الطقوس بمثابة تربية لتأكيد الذات بدون حوار وانضواء الصغار في عضوية الجماعة^(١). ومن الأمور الشيقة في هذا الصدد المقارنة بين ماكس فيبر ودوركايم حول كيفية تمثيل الألم ك وسيط يتم من خلاله خلق الذاكرة و بواسطته يرسخ المجتمع هيمنته فرق أعضاؤه فال الأول يراه من خلال المكانة المخصصة للجسد في الترسير الداخلي لقانون المجتمع خلال فرض الألم على الأفراد، والثاني يراه من خلال قيام المجتمع بتلقين الألم كوسيلة شرعية خاصة بالمجتمع ذاته^(٢).

وتقوم الطقوس بعده وظائف بالنسبة للشخص المريض أو بالنسبة للمجتمع وذلك تبعاً لرؤيه المريء لها، وتتمثل هذه الوظائف في ثلاثة مجموعات متداخلة هي:-

أ - الوظائف النفسية :

تقدم الطقوس طريقة موحدة لتفسير المجهول والسيطرة عليه في حالات المحن غير المتوقعة أو المرض فالهجوم المفاجيء للمرض يسبب شعوراً بالقلق والغموض للمريض ولعائلته ٠٠٠ ماذا حدث؟ ولماذا حدث ذلك؟ وهل هو شيء خطير؟ وتقديم تفسيرات للمرض من وجهة النظر الثقافية للمرتضى هو جانب من وظيفة طقوس

(١) ثيدادس ، المعاناة وأوجه العدالة وممارسات فروع المعرفة والتخصص ، ترجمة حمدى الزيات ، المجلة الدرلية للعلوم الاجتماعية ، إصدارات اليونسكو ، ديسمبر ، ١٩٩٧ ، العدد ١٥٤ ، ص من ١٧١ - ١٧٣ .

(٢) المرجع السابق ، ص ١٧٣ .

العلاج ، بمعنى أنها تحول اضطراب الأعراض والعلامات إلى حالة مدركة ومعترف بها ثقافياً لها اسم وسبب معروف وبهذه الطريقة تخفف القلق والغموض لدى المريض وعائمه بالتحول من المجهول إلى المعلوم ، كما تقلل حالة القلق أيضاً أثناء التغير الفسيولوجي مثل حالات الولادة ، كما تزود بأسلوب موحد من العادات أثناء الأزمات (الفواجع) يساعد على التخفيف من الإحساس بالقلق والخساره.

ب- الوظائف الاجتماعية :

تداخل الوظيفة الاجتماعية مع الوظيفة النفسية وخاصة في المجتمعات الصغيرة الحجم حيث تهدد النزاعات الشخصية تماسك الجماعة . فحينما ينبع المرض إلى النزاعات الشخصية يمكن للجماعة أن تستخدم المحن لالقاء هذه النزاعات إلى عرض البحر ووضع حلولاً لها . وهذه سمة المجتمعات التي ينبع فيها المرض إلى الأحقاد والضغائن بين الأشخاص كالسحر والشعوذة ، فالمرض يؤدي إلى الرعاية الوقية للمريض من قبل الجماعة المحيطة به والتي نسيان الخصومات ولو مؤقتاً .

ج- الوظائف الحماية (الوقائية) :

ويمكن للطقوس التي تتعامل مع المريض أن تحمي المشاركون فيها بطريقتين : إما نفسياً أو فيزيقياً ، فمشاهدة الطقوس يمكن أن تحمي الشخص المريض أو الشخص الضعيف من الأخطار الجسمية مثل التعرض للعدوي - في حالات الحمل والولادة وما بعد الولادة - حيث تحمي المرأة وطفلها من مصادر التلوث والعدوي والإصابة خاصة إذا تضمنت هذه الطقوس انسحابهم من الحياة الاجتماعية العادية . كما أن عزل الشخص المريض الذي يعده جزءاً من طقوس التحول الاجتماعي قد يحد من انتشار الأمراض المعدية داخل الجماعة^(١) .

وقد قدم كلينمان (Kleinman) من خلال طقوس الشفاء الاجتماعي الموحدة في كل مجتمع نموذجاً للمعاناة كإنتاج اجتماعي بمعنى تجميع لمشاكل بشرية تعود

(1) Cecil Heleman , "Culture, Health and Illness" , Op . , Cit . , PP. 134 - 138.

بجذورها وأثارها إلى الأضرار المدمرة لتجربة الحياة الإنسانية بفعل القوة الاجتماعية . ويسعي الأفراد من خلال الحياة الاجتماعية نحو فهم تجاربهم والعمل على شفائهم من على الحياة . ويظهر ذلك من خلال دور الحكمة والكهنة ورجال الطب الشعبي والأطباء من تقديم المساعدة لضحايا الحروب والكوارث والثورات والفيضانات والمجاعات والأوبئة والذي يعتبر بمثابة شهادة مؤثرة في طريقة معالجة المعاناة الناشئة عن أحداث الحياة اليومية^(١) .

ويوضح تورنر (Turner) دور الألوان في نماذج الطقوس في أفريقيا وحول العالم حيث يرى أن الألوان الثلاثة : (الأبيض والأحمر والأسود) بمثابة اختصار أو إيجاز لجميع مجالات الخبرة النفسية - البيولوجية المشتملة على السبب وكل الأحساس والتي تتعلق بالعلاقات الاجتماعية للجماعة في المجتمعات البسيطة ، وهو يزعم أن رمزية اللون تعتبر شيء أساسي بالنسبة للتصنيف الاجتماعي البشري^(٢) .

كما يصف هارriet Nguban (Harriet Nguban) الرموز المستعملة في طقوس العلاج بواسطة قبائل الزولو في إفريقيا الجنوبية حيث يتم تعريف الأدوية بإضفاء الألوان على الأدوية بدلاً من خصائصها العقاقيرية التي تعد أهم خاصية بالنسبة للأدوية . وهكذا تظهر أهمية رمزية اللون في الأدوية التي تستخدم في أغراض الرفائية أو في معالجة الأمراض التي يعتقد أن مصدرها أسباب فرق الطبيعية . فالأدوية تقسم في ثلاثة مجموعات: الأسود والأحمر والأبيض وكل لون يرتبط بمجموعة من المعاني والدلائل الفسيولوجية والاجتماعية والكوزمولوجية (الكونية) .

فاللون الأسود يعبر عن وقت الليل والظلمة والقذارة والتلوث والبراز والموت والخطر : والقذارة والموت ترى كعوامل اجتماعية بعيدة عن اللقاءات الاجتماعية الطبيعية ، كما يمثل الليل أيضاً الوقت الذي لا يمكن أن يُرى فيه الناس أو عندما ينسحبون من أنشطتهم الاجتماعية العادية وفيه يصبح المرضي أشد مرضًا وأشد سحرًا .

(١) ثينداس ، مرجع سابق ذكره ، ص ١٨٢ .

(2) Michael Banton , Loc ., Cit .

وفيه أيضاً تزور أرواح الأسلاف أبناءهم في الأحلام ، حتى اليوم فهو نقطة اتصال بالموت ويعتبرونه موتاً مصغراً يأخذ الشخص بعيداً عن حياة النهار الوعية .

وعلى العكس يرمي اللون الأبيض إلى الأشياء الجيدة في الحياة مثل الصحة الجيدة والحظ السعيد ويمثل ضوء النهار والأحداث التي تقع خلاله مثل تناول الطعام والتفاعلات الاجتماعية ، فالناس مشاركون في الحياة الاجتماعية خلال النهار ويعيشون حياتهم ويرون بوضوح ولا يشعرون بالخطر ، ومن ثم فاللون الأبيض يمثل القيم الاجتماعية للحياة وتناول الطعام والرؤى والوعي والإدراك .

ويرمز اللون الأحمر إلى حالات الانتقال بين الأسود والأبيض مثل غروب الشمس أو شروقها بين النهار والليل كما يمثل موقعاً وسطاً أكثر خطورة قليلاً من الأبيض وأقل من الأسود . كما أنه يرمي إلى حالات أخرى من الانتقال أو التحول مثل النمو والتجدد والنهضة وكذلك الارتباط بالدم كما في حالات الولادة أو الإصابات القاتلة .

ويهدف المعالج في قبائل الزولو حين معالجته للشخص المريض إلى استعادة صحته التي يراها في التوازن بين الشخص وبينه ، ويتحقق ذلك بطرد كل ما هو ضار بالجسم واستعمال الدواء الأسود والأحمر ثم تحصينه بالأدوية البيضاء (ودائماً تستعمل الأدوية بنظام ثابت الأسود فال أحمر فال أبيض وهذا يعني تحقيق الانتقال من حالة المرض إلى حالة الصحة ومن ظلمة الليل إلى وضوح النهار ومن الموت إلى الحياة ومن الخطر إلى الأمان ومن السلوك اللا الاجتماعي إلى السلوك الاجتماعي) .
وكما يقول نجوبان (Ngubane) أن النهار يمثل الحياة والصحة الجيدة وأن المرض شيء باطنني غامض يشبه التحول عن ضوء النهار نحو ظلام الليل أو غروب الشمس ، ويسعى المعالج لإخراج المريض من هذه الظلمة الغامضة بواسطة استخدام الدواء الأسود ، ثم بواسطة الدواء الأحمر أثناء غروب الشمس ثم يعود إلى الحياة وضوء النهار بواسطة الدواء الأبيض (١) .

(1) Cecil Heleman , " Culture, Health and Illness " , Op . , Cit , PP. 127 - 128.

-٨- النظرة الاجتماعية - الثقافية للجسد:

يمثل الجسم البشري بالنسبة للأفراد في كل المجتمعات أكثر من مجرد عضو فيزيقي يتوازج بين الصحة والمرض، حيث يعد كذلك محور المعتقدات بشأن أهميته الاجتماعية والنفسية وتركيبه وبنائه وأدائه لوظائفه. وقد استخدم مصطلح «صورة الجسد» لوصف كل الطرق التي يكون بها الفرد مفهوماً عن جسده ويشعر به سواء بوعي أم بدونوعيٍّ، ويتضمن ذلك - في تعريف فيشر (Fisher) موافقه الجمعية والأحساس والتخيلات عن جسده بالإضافة إلى الأسلوب الذي يتعلم الشخص من خلاله تنظيم وتكامل خبراته الجسدية ومن ثم فإن صورة الجسد هي شيء يكتسب بواسطة الشخص في عائلة أو في مجتمع معين، وذلك على الرغم من وجود اختلافات في هذه الصورة داخل المجتمع الواحد^(١).

كما تعد دراسة الجسد من الموضوعات الملائمة للتحليلات الأنثربولوجية حيث تنتهي إلى المحاور التي تحدد هوية الإنسان ، فلن يكون الإنسان على ما هو عليه بدون هذا الجسد الذي يعطيه وجهه وستكون حياته احتزاًلا مستمراً للعالم في جسده عبر الرمز الذي يجسده . فوجود الإنسان هو وجود جسيدي كما أن المعالجات الاجتماعية والثقافية والصور التي تعبّر عن العمق الإنساني الكامن فيه والقيم التي تميزه تدور كلها حول الشخص وحول المتغيرات التي يمر بها تعريفه وأنماط وجوده وبنائه الاجتماعية^(٢) .

ونظراً لأنّ الجسد يوجد في العمل الفردي والجماعي وفي الرمزية الاجتماعية ، الأمر الذي يقتضي دراسة العلاقة بين هذه المستويات الثلاثة للجسد لفهم الثقافات والمجتمعات ومدلولات الصحة والمرض:

أ. المستوى الأول: والأكثر بساطة وهو الجسد الفردي والذى يفهم بالإحساس الظاهري الفينومينولوجي للتجربة الحية للجسد ذاته ، حيث يفترض منطقياً

(1) Ibid ., P. 7.

(2) دافيد لوبرتون ، انثربولوجيا الجسد والحداثة ، ترجمة محمد عرب صاصيلا ، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ، بيروت: من ٥ .

أن كل الناس يشتركون - على الأقل - في الإحساس البدائي بالذات المحسدة كوجودها مستقلة عن الأجساد الفردية الأخرى ، وذلك على الرغم من وجود اختلاف شديد بين الأجزاء التي تكون الجسم مثل العقل والمادة والنفس والروح والذات وعلاقتهم ببعضهم البعض وكذلك الطرق التي يشعر من خلالها الجسد بالصحة والمرض .

ب. المستوى الثاني : وهو الجسد الاجتماعي والذي يشير إلى الاستخدامات التصورية للجسد كرمز طبيعي تدرس من خلاله ثقافة وطبيعة المجتمع . وهنا يعرض الجسد نموذج للتكامل العضوي في حالة الصحة ، أما في حالة المرض فهو يعرض نموذج للتنازع والصراع والتفكك الاجتماعي - وبال مقابل يعرض المجتمع في حالة الصحة وفي حالة المرض نموذج لفهم الجسد .

ج. المستوى الثالث : وهو الجسد السياسي الذي يشير إلى الانضباط والرقابة وإدارة الجسد الفردي والجماعي في التكاثر والجنسانية والعمل والفراغ والمرض وهناك أنماط كثيرة من أشكال الحكم تتراوح من التجمعات التي ليس لها زعيم في المجتمعات البسيطة للبحث عن الطعام والتي يتم فيها اهمال المنحرفين أو معاقبتهم بطريقة أخرى بنبذهم من المجتمع الكلي والذي يؤدي إلى الموت ، ومروراً بمنصب شيخ القبيلة والحكومات الملكية والأوليغاركية (حكم الأقلية) والديمقراطية والديكتاتورية الحديثة ، حيث يقوم استقرار الجسد السياسي في كل هذه النظم على القدرة في تنظيم الأفراد (الجسد الاجتماعي) وكذلك ضبط وتهذيب الأجساد الفردية^(١) .

كما تنقسم مفاهيم صورة الجسد بصفة عامة في ثلاثة منظومات من المعتقدات

هي :-

(1) Margaret Lock and Nancy Scheper , "A Critical - Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent " , In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Editors), *Medical Anthropology Contemporary Theory and Method* " Westport, Connecticut, London , 1996 : PP. 45 - 46.

* المعتقدات حول الحجم والشكل الأمثل للجسد بما في ذلك الملابس ووسائل تزيين مظهره الخارجي .

* المعتقدات حول التركيب البنيوي للجسد .

* المعتقدات حول طريقة أداء وظائفه .

وتتأثر كل هذه المعتقدات الثلاثة بالخلفية الثقافية ، كما أن لها تأثيرات هامة على صحة الفرد^(١) .

إن مفاهيم الجسد تخضع لمفاهيم الشخص ، ولذلك لا تميز المجتمعات التقليدية بين الإنسان وجسده وفقاً للثنائية التي لا تميز الجسد عن الشخص . كما أن المواد الأولية التي تؤلف عمق الإنسان هي نفسها التي تعطي القوام للكون والطبيعة حيث يسود نفس السبب بين الإنسان والعالم والآخرين ولكن بذوافع وألوان مختلفة لا تغير من اللحمة المشتركة . أما الجسد في تصوره الحديث فهو من نوع آخر ، يتضمن انقطاعاً بين الشخص والآخرين في شكل بنية اجتماعية من النمط الفردي ، وبين الشخص والكون بمعنى أن المواد الأولية التي يتالف منها الجسد ليس لها ما يقابلها في أي مكان آخر ، وبين الشخص نفسه لأنه يمتلك جسداً أكثر من أنه يكون جسد^(٢) .

ومن ثم ترتبط المفاهيم الحالية للجسد بتصور الفردية كبنية اجتماعية ، وبانبعاث فكر عقلاني ووضعي وعلمي حول الطبيعة ، ويتراجع تدريجي في التقاليد الشعبية المحلية ، كما ترتبط أيضاً بتاريخ الطب الذي يجسد المعرفة الرسمية حول الجسد في مجتمعاتنا . ومع ذلك ليس هناك إجماع سائد حول ماهية الجسد حيث مازالت تؤثر المفاهيم المنتشرة والمألوفة في المعالجين وتغذى الطب التقليدي مثل العلاج بالмагناطيسية ومكتنموا الأسرار أو في العلوم الطبيعية الحديثة مثل الوخذ بالإبر والطب السمعي وطب العظام والطب التجانسي . وظهرت الثنائية المعاصرة التي تعارض بين الإنسان وجسده وجعلت من الجسد نوعاً من الآنا الآخر فهو مكان مميز

(1) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Loc., Cit.

(2) ديفيد لوبرتون ، مرجع سابق ذكره ، ص ٦ .

للرفاهية (شكل الجسم) ولحسن المظاهر (بناء الجسم وتزيينه وتغذيته) ولشهرة الجهد (الألعاب الرياضية) أو المخاطرة . وبالتالي صار الجسد عامل تفرد أو علامة الفرد ومكان اختلافه وتميزه، غير أنه منفصل عنه في نفس الوقت بشكل متناقض وظاهري نتيجة للتمييز الغربي بين الإنسان وجسده، وجرى الحديث عن تحرر الجسد كصيغة ثانية بشكل نموذجي ولكن بمنطق الشعارات لأنها تنسى أن الوضع البشري جسدي وأن الإنسان لا يمكن تمييزه عن الجسد الذي يعطيه عمق وحساسية كينونته في العالم^(١) . ومن هنا تكمن أسباب العديد من المناقشات الأخلاقية المعاصرة حول أهمية الطب في الميدان الاجتماعي وذلك لأن الطب التقليدي جعل من الجسد آنا آخر للإنسان حيث أبعد الإنسان المريض وتاريخه الشخصي وعلاقته مع الوعي من دائرة اهتمامه ولم ينظر إلا للعمليات العضوية التي تحدث فيه بمعنى أنه يهتم بالجسد والمرض وليس بالمريض . وهكذا أصبح التساؤل الهام حول مفهوم الشخص الآن يعبر عن الصدي الاجتماعي للطب الحديث ، واضطربت معطيات أنثروبولوجية في الفصل بين الإنسان وجسده وارتبطت المسائل الأخلاقية العصرية بالوضع المعطى للجسد في التعريف الاجتماعي للشخص^(٢) .

(١) الجسد الفردي :

لقد أدت النهضة العلمية إلى دخول الإنسان أنفاق المعرفة الخاصة وإلى خطوات فعلية نحو المعرفة العلمية حيث تمكن من أن يرى العالم ككل أو أن يري نفسه والقيام بمحاولات واعية باتجاه المادية والانقسامية لعلم الطب الحيوي والتي انتهت في الغالب إلى التجديد اللا شعوري للمقابلة بين العقل والجسد في شكل جديد . فالتمييز بين المرض Disease والمرض Illness على سبيل المثال – قد تم تفسيره بمحاولة تمييز فكرة الطب الحيوي للمرض Disease بالحالة الغير طبيعية للبناء أو الأداء الوظيفي أو أنظمة أعضاء الجسم، والمرض Disease بالخبرة الذاتية للمريض بالألم والتوعك . وبينما يساعد هذا المثال على إظهار حساسية علماء الاجتماع والإكلينيكيين

(١) المرجع السابق ، ص ٦ - ٧ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٨ .

بالنسبة للأسباب الاجتماعية للمرض فهناك نتيجة غير متوقعة وهي أن الأطباء المعالجين يطالبون الآن بكلتا الفكرتين فيما يتعلق بمجال الطب . ونتيجة لذلك فإن بعد المرضي للألم الإنساني يصبح فردياً وطبياً أكثر من كونه سياسياً واجتماعياً. كما تقتضي العملية الطبية تحقيق الاندماج المفقود بين الجسد الفردي والجسد الاجتماعي والاتجاه إلى التحول من الاجتماعي إلى البيولوجي حيث ترتبط ثنائية العقل - الجسم بمعارضات مفاهيمية في نظرية المعرفة الغربية مثل التباينات بين الطبقة والثقافة وبين الألم والسبب، وبين الفرد والمجتمع كاختلافات بين المفكرين الاجتماعيين أمثال (Emile Durkheim, Karl Marx, Marcel Mauss, Sigmund Freud) وهذا النوع من التفكير المادي الراديكالي هو نتاج لنظرية المعرفة الغربية والتي ترجع إلى وجهة نظر أرسطو البيولوجية القوية عن الروح البشرية والتي توجد أيضاً - كأساس للممارسة الإكلينيكية - في مجموعة مبادئ أبقراط حيث عزم الأبقراطيون على محاربة التفكير السحري - الديني عن الجسد الإنساني وتقديم أساس منطقي للممارسة الإكلينيكية والتي سوف تواجه قوة المعالجين الشعبيين القدماء أو (الدجالين) و (السحرة) طبقاً لوصف أبقراط لمنافسيه من المعالجين^(١) .

أ. شكل الجسد وحجمه ، والملابس ، ومظهره الخارجي :

هناك واقع اجتماعي وفيزيقي للجسد في كل مجتمع، بمعنى أن شكل وحجم الجسد وتزيينه، وتجميده تعتبر وسيلة للتوصيل وإبلاغ معلومات عن وضع ومكانة الشخص في المجتمع وتشتمل هذه المعلومات على النوع (الجنس) والمكانة الاجتماعية للشخص وعضويته في جماعات معينة سواء الجماعات المدنية أو الجماعات الدينية، كما تدرج إيماءات وإشارات الجسم وطريقة الجلوس والوقف ضمن طريقة المعلومات المبلغة والتي غالباً ما تختلف بين الثقافات وبين المجموعات المختلفة داخل الثقافة الواحدة . وتعطي الطريقة المستقيمة لمشي ضباط الجيش، أو الرجل الأحدث أمثلة على ذلك . وللبس أهمية خاصة في الإشارة إلى الترتيب

(1) Margarte lock and Nancy Scheper, Op., Cit., P . 48.

(2) Ibed., P. 46.

الاجتماعي والمهمة حيث يشير ارتداء الفراء والمجوهرات للغني ، كما تشير الملابس الرثة إلى الفقر. وبالمثل لا ينطوي ارتداء الأطباء للمعطف الأبيض وارتداء الحكيمات للكاب المنسي على الجانب العملي فقط وهو الحماية من العدو ولكن ينطوي أيضاً على وظيفة اجتماعية حيث يشير ذلك إلى عضويتهم في جماعات مهنية لها اعتبارها وقوتها ولها حقوقها وامتيازاتها الخاصة. كما يشار غالباً للتغير في الوضع الاجتماعي بالتغيير في الملابس فالرداء والشال الأسود يعد مؤشراً لتحول المرأة من امرأة متزوجة إلى أرملة أو وحيدة وحزينة وبالمثل يرتدي المتخرجون الجدد عند تخرجهم من الجامعات القنسوة والروب الجامعي .

ومن ثم فهناك أوجه عديدة لتزيين الجسد وبخاصة الملابس التي لها وظيفة اجتماعية حيث تعطي معلومات عن الوضع الحالي للفرد في المجتمع بالإضافة إلى الوظيفة التي تهدف إلى حماية الجسد من البيئة المحيطة له . وكذلك التغيير المصطنع في شكل وحجم الجسد له وظيفة اجتماعية أيضاً وهو المفهوم المعرف ثقافياً بـ « التجميل » والحجم والشكل الأمثل للجسد . وبينما يتم حماية الجسد بالملابس من خلال تغطية الجلد فهناك بعض أجزاء سطحية في الجسم تعد أكثر حساسية للمرض من أجزاء أخرى . وفي دراسة (Heleman) عن المعتقدات الإنجليزية حول البرد والقشعريرة والحمى كانت الصورة العامة للجسد تشمل مناطق محددة من الجلد (قمة الرأس، خلف الرقبة، الأقدام) تعد أكثر حساسية من أجزاء أخرى لاختراق البرودة والرطوبة ، وفي نفس الوقت كان يعتقد أن الحميات تنجم عن اختراق الجراثيم والبكتيريات والفيروسات من خلال فتحات في الجسم الخارجي مثل فتحة الشرج وجري البول والأنف والحنجرة^(١) .

ب. صورة الجسد :

ترتبط صورة الجسد إلى حد بعيد بمفاهيم الذات وربما تتمحور حولها، وتشير صورة الجسد إلى التخيلات المتراكمة والخصوصية لما يضممه الشخص عن الجسد في

(1) Cecil Heleman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., pp. 8-9.

ويعبر لبن الأم عن مدلولات ثقافية ورمزية جديدة حيث أصبحت اقتصادات البقاء بدالة عن أجور العمل، فقد اكتشف هيغس (Hygges) أن ثقافة غذاء الثدي حلّت كمشكلة خلال الفترة التاريخية القصيرة في مجتمع زراعة السكر في شمال البرازيل، والذي كان ينطوي على معتقدات النساء الفقيرات في الجودة الأمومية لما يخرج من أجسادهن القدرة والمرىضة بالمقارنة بما يخرج من الأشياء النظيفة والصحية والحديثة في شكل علب لبن الأطفال الرضع والإبر الطبية تحت الجلد والأنبيب المعقمة . وتنقل الطقوس التي تحدث الآبوبة الاجتماعية في مدن الأكواخ في البرازيل لبن الطفل من ثدي الأمهات بواسطة نساء عطوفات طيبات في شكل علب جميلة من اللبن الجاف كغذاء بديل للأطفال حيث يحمل إلى المنازل بواسطة رجال عطوفين طيبين . أما الآبوبة اليوم فتقوم من خلال لبن الذكر بمعنى لبن جاف . فلبن الأب ليس هو المني (ماء الرجل) وإنما هو ما يعنيه من منح الآبوبة وأضفاء الرمزية الشرعية للطفل . خلاصة القول أن القدرات المعرفية للطب العرقي تشمل صورة الجسد وتقدم مصدراً غنياً بالمعلومات لكل من المعاني الثقافية والاجتماعية عن كينونة الإنسان وعن التهديدات المختلفة التي تهدد الصحة والرفاهة والتكمال الاجتماعي والتي تؤمن البشرية بتجريتها^(١) .

وتُخضع معرفة وتصورات الجسد لحالة اجتماعية ولرؤيا الشخص للعالم ولتعريفه الذي يصفه من خلال هذه الرؤية . فالجسد بناء رمزي وليس حقيقة في ذاتها ، ومن هنا نشأت التصورات العديدة التي تعطيه معنى ، وتبين هذه الرؤية في دراسة لينهاردت (Leenhardt) عن مجتمع الكاناكي في ميلانيزيا ، حيث وجد أن الجسد لدى أفراد هذا المجتمع يستثير خصائصه من المملكة النباتية ، فهو جزء صغير غير منفصل عن العالم الذي يحتويه ، أنه يصوغ وجوده من الأشجار والثمار والنباتات ويشبه جلد الإنسان بلحاء الشجرة ويحيل وحدة اللحم والعضيات إلى لب أو نواة الثمرة ويسمى الجزء الصلب من الجسد أو الهيكل العظمي بنفس الكلمة التي تطلق على قلب الخشب ويشير إلى الأصداف البرية أو البحرية للتعرف على العظام المغلفة كعظم

(1) Ibid , P . 56.

الجمجمة، كما تستمد الأعضاء الداخلية للجسد أسماءها من المصطلحات النباتية فالأمعاء تشبه الصنفان المتسلاقة في الغابة وكذلك الكلستان والغدد والرئتان فالجسد عندهم يبدو كشكل نباتي آخر كما يعد العالم النباتي امتداداً طبيعياً للجسد ولا توجد لديهم حدود بينهما كما أن الصلة بين الجسد والعالم النباتي ليست مجازاً وإنما هي هوية جوهرية^(١). وتُبرز أمثلة كثيرة مستقاة من الحياة اليومية للدلالة الجسدية لديهم فالطفل الكسيع يقال عنه أنه ينمو أصفر، كما يعرف كل إنسان في عالمهم من أي شجرة في الغابة ينحدر كل هؤلاء الأجداد، فالشجرة ترمز للانتماء إلى المجموعة من خلال غرس الإنسان في أرض أجداده وإعطائه مكاناً وسط الطبيعة يذوب بين الأشجار حيث يدفن هناك «الجبل السري» عند ولادة الطفل ويغرس برمع ينمو شيئاً فشيئاً ويكبر تدريجياً مع نضوج الطفل^(٢).

كما تتعدد معاني الجسد أيضاً، فصياغة كلمة جسد كجزء مستقل عن الإنسان الذي يحمل هذا الجسد وجهه تفترض أولاً تنوعاً غريباً بين المجتمعات البشرية، فالجسد في المجتمعات التقليدية ذات التركيب الجمعي المتجانس لا يشكل موضوعاً للانفصال لأن الإنسان يمتزج بالكون والطبيعة والجماعة ، كما أن تصورات الجسد في هذه المجتمعات هي في الواقع تصورات للشخص ، وأن صورة الجسد هي صورة ذاته التي تغذيها المواد الأولية التي تتألف منها الطبيعة والكون في شكل عدم التمييز ، وتفرض هذه المفاهيم شعوراً بالقرابة ومشاركة فعالة من الإنسان في كل ما هو حي^(٢). كما يمكن أن تعطي هذه الكلمة «جسم» مفاهيم مختلفة جداً من مكان لآخر ، ففي المجتمعات الريفية الإفريقية لا يكون الشخص محدوداً بحدود جسده المنغلق على ذاته ولا تتوقف هويته عند جسده ولا يفصله هذا الجسد عن المجموعة وإنما يدرجه فيها ، فالإنسان الإفريقي التقليدي ينغرم وسط الكون وفي جماعته ويشترك في إطار أجداده وفي عالمه البيئي وفي الأسس التي تقوم عليها كينونته ويبقى نوعاً من القوة المتصلة بمستويات مختلفة من العلاقات ويستمد مبدأ وجوده من هذا النسيج المتبادل.

(١) ديفيد لوبرتون ، مرجع سابق ذكره ، ص ١١ - ١٥ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٢٠ .

وهكذا فإن الجسد في المجتمعات التقليدية يعمل كواصل لطاقة الجماعة حيث يكون الشخص بواسطة جسده على اتصال ب مختلف الميادين الرمزية التي تعطي معنى للوجود الجماعي . وذلك على عكس الجسد في المجتمعات الغربية من النمط الفردي حيث يعمل كقاطع للطاقة الاجتماعية . وبالتالي يكون التعريف المعطى دائمًا للجسد هو تعريف مجوف من خلال تعريف الشخص ومبني على ثقافة الإنسان ، وينظر إليه بمثل نظرة المجتمعات البشرية للشخص . فهي التي تحدد معلم تخومه دون أن تميزه عن الإنسان الذي يجسده ، ولذلك فهو لا يأخذ معناه إلا من خلال نظرة الإنسان الثقافية له^(١) .

ج. التركيب البنوي الباطني للجسد :

يمثل التركيب البنوي الباطني للجسد موضوع تخميني وحدسي بالنسبة لمعظم الناس في بدون الاستفادة من علم التشريح وخرائط الهيكل العظمي للجسد وصور الأشعة فأن معتقدات كيفية بناء الجسد تعتمد على الموروث الشعبي والخبرة والتنظير^(٢) وقد كان «التشريح الجسدي»، ممنوعاً خلال القرون الوسطى حيث لم يكن الجسد متميزاً عن الشخص الذي يعيشه وجهه ، وكان الإنسان غير قابل للانفصال عن جسده ، وكان كسر أداة في جسده في ذلك الوقت يشكل انتهاكاً للكائن البشري الذي هو ثمرة الخلق الآلهي ويمثل تعدياً على جلد ولحم العالم . إلى أن ولد التمييز الضمني في المعرفة الغربية بين الإنسان وجسده مع كتاب فيسال Vesal «بناء الجسد البشري» واستمدت منه الثنائية المعاصرة مصدرها وأصبحت تنظر إلى الجسد بشكل معزول عن الإنسان وتدرسه لذاته كحقيقة مستقلة وبات الجسد البشري مؤشراً على انقطاع الإنسان عن ذاته وانقطاعه عن الآخرين وعن الكون^(٣) . وترجع أهمية تصور ما بداخل الجسد إلى تأثير هذا التصور في إدراك الناس للمرض وعرض شكاواهم الجسدية ، وفي تأثيره أيضاً على استجاباتهم للعلاج الطبي فعلى سبيل المثال : امرأة تبلغ من العمر عشرون

(١) ديفيد لوبرتون ، مرجع سابق ذكره ، من ٢٠ - ٢٥ .

(2) Cecil Heleman , 'Culture, Health and Illness" , Op., Cit ., P. 9.

(٣) ديفيد لوبرتون ، مرجع سابق ذكره ، ص ٤٤ - ٤٥ .

عاماً في شمال لندن وتعاني من التهاب في المعدة وموصوف لها مزيج مضاد للحموضة ، وفي الأسبوع التالي ذهبت لطبيب آخر وهي تعاني من نفس المرض وصرحت له أنها لم تأخذ الدواء المضاد للحموضة ولما سألها الطبيب لماذا لم تستجب لنصيحة الطبيب الأول أجبت بالطبع لنأخذ هذا الدواء كيف عرف الطبيب أنني أعاني من التهاب في المعدة وهو لم يستمع إلى قلبي . وقد أجريت عدة دراسات على التصورات العامة لما يقع داخل الجسد، ففي دراسة بويلي (Boyle) على ٢٣٤ مريض بمساعدة استقصاءات متعددة الاختيارات للكشف عن المعرفة بالبناء الجسدي ووظائفه ثم مقارنة ذلك بعينة من ٣٥ طبيب . وقد وجد تعارضاً كبيراً بين إجابات المجموعتين خاصة بالنسبة لمواقع الأعضاء الداخلية فعلى سبيل المثال : ١٤ % من المرضى وضعوا القلب كعضو يحتل معظم القفص الصدري، ٥٨ % وضعوا المعدة كعضو يحتل كل البطن من الوسط إلى الفخذين، ٧٤ % وضعوا الكليتين أسفل الفخذين و ٤٥ % قالوا أن الكبد يقع أسفل البطن في تجويف الحوض بالضبط . ومن ثم تؤثر هذه التصورات الجسدية التي توضح التناقضات الشديدة في إجابات هؤلاء الناس على كيفية تفسير المرض وعرض أعراض جسمية معينة ومع ذلك لم تكن تصورات ما داخل الجسد ثابتة ، فقد كانت تتغير بالنسبة لحالات نفسية وجسمية معينة ، كما كانت تبدو مختلفة أيضاً بالنسبة للعمر ، حيث كان يميل مرضي التدخلات الجراحية إلى التركيز على العضو أو النظام الذي يتضمن عملية المرض والذي كان يدخلون المستشفى بسببه مثل الرئة أو الكليتين أو الجهاز العضلي العملي . كما أن تأثير صورة الجسم في التشخيص الإكلينيكي ترى أيضاً في عرض علامات وأعراض المرض الغير عضوي (نفسي)^(١) .

د. الأداء الوظيفي للجسد :

بينما تمثل المعتقدات الخاصة ببنية الجسد أهمية إكلينيكية، فإن هذه المعتقدات بالنسبة لطريقة أداء الجسد لوظائفه تعتبر أكثر أهمية في تأثيرها على سلوك الناس . فالمعتقدات حول الأداء الوظيفي للجسد تتعامل مع واحد أو أكثر من النواحي المتعلقة به :

(1) Cecil Heleman , "Culture, health and Illness", Op ., Cit., PP. 9 - 11.

- الأداء الداخلي للجسد .

- نتيجة هذا الأداء على المؤثرات الخارجية مثل التغذية والبيئة .

- الحالة الطبيعية و(التخلص من) الفضلات الناتجة عن الأداء الوظيفي للجسد

مثل البراز والبول ودم الطمث .

ويعد الأداء الصحي للجسد في كل النظريات بمثابة فكرة تعتمد على التوازن المتناغم بين اثنين أو أكثر من القوي أو العناصر الموجودة داخل الجسد . كما يعتمد هذا التوازن على مؤثرات خارجية مثل الغذاء والبيئة أو عوامل فوق الطبيعية بالإضافة إلى المؤثرات الداخلية كالضعف الوراثي أو الحالة العقلية^(١) .

وتعد النظرية الخلطية (السوائل الأربع) أكثر نظريات التوازن وأوسعها انتشاراً حيث ترجع جذورها إلى الهند والصين القديمة ثم تطورت في شكل نظام طبي بواسطة «باقرات»، ويحتوي الجسد في هذه النظرية على أربعة سوائل أو أخلاط هي: «الدم والبلغم والصفراء والسوداء»، وتحقق الصحة في وجود هذه السوائل الأربع في تناسب أمثل بين بعضهم البعض ، كما يحدث المرض نتيجة زيادة أو نقص في أي سائل منهم . وهناك أيضاً نظرية (الأنماط الشخصية) التي تعتمد على تفوق أحد هذه السوائل ، وهذه الأنماط هي : الدموي (الدم الزائد) والبارد (البلغم الزائد) والسريع الغضب (صفراء زائدة) والكليب (سوداء زائدة) ، وتسمى النظرية الخلطية في الطب الشعبي في أمريكا اللاتينية بنظرية الحار - البارد حيث تصنف كل الأمراض الناتجة عن أسباب طبيعية وفوق الطبيعية في أنماط ثنائية داخل التصنيفات الحارة أو الباردة وللحافظة على الصحة يجب أن تبقى درجة الحرارة الداخلية للجسم فيما بين الطاقات المتقابلة في الحار والبارد . وترتبط هذه النظرية الأداء الداخلي للجسم بالمؤثرات الخارجية مثل التغذية والبيئة^(٢) .

وينظم شعور الشخص - بجميع أجزاء جسده وحدودها المكانية الدقيقة بالإضافة إلى معرفته بالفكرة التي يكونها المجتمع عن العمق غير المرئي للجسد ومما

(1) Ibid , P . 11.

(2) Ibid , P . 12 .

يتكون وكيف تنظم الأعضاء وطريقة أدائها لوظائفها - داخل التصور الذي يكونه الشخص عن جسده والطريقة التي يبدو له بها عبر سياق اجتماعي وثقافي وشخصي لا تحدد بدونه صورة هذا الجسد ولا هوية هذا الشخص . كما تعكس هذه الصورة عبر التقدم في السن ما يكون الشخص مؤهلاً لإنجازه من الناحية الجسدية والتعديلات الفسيولوجية التي يكون موضوعاً لها^(١) .

كما أن هناك مفاهيم أخرى لتركيب الجسد وأدائه لوظائفه اقتبست من دنيا العلم والتكنولوجيا واستعير تفسيرها من الإمام بنظم أنابيب الصرف والكهرباء والماكينات وألات الاحتراق الداخلي . والمفهوم الشائع لذلك هو المفهوم الذي أسطّح عليه (بالنموذج الأمبوبي) حيث يصور الجسد كسلسلة من التجويفات أو الفجوات المتصلة ببعضها البعض ويفتحات الجسد بواسطة سلسلة من الأنابيب . وت تكون التجويفات من الصدر والمعدة وتملأ تماماً كل فراغات القفص الصدري والبطن وتنصل ببعضها البعض وبالفتحات من خلال أنابيب مثل الأمعاء والأحشاء والقصبة الهوائية والأوعية الدموية . وأهم ما يركز عليه هذا النموذج هو الاعتقاد بأن المحافظة على الصحة يكون بواسطة التدفق المتواصل للمواد المتنوعة (الدم - الهواء والطعام والبراز والبول ودم الطمث) فيما بين هذه الفجوات أو التجويفات وخارج الجسم من خلال واحد من هذه الفتحات وبالتالي يعد المرض نتيجة لانسداد أي أنبوب داخلي . وتنظر خطورة الإمساك بمعنى انسداد الأمعاء من هذا المفهوم وذلك لأن البراز المستبقى ينوي الانشار في مجرى الدم ويلوثه بالقاذورات والسموم وحينئذ يؤثر في الصحة العامة وفي لون جلد البشرة^(٢) .

والنموذج الآخر ينظر إلى الجسد كماكينة ، وهو يقوم على فكرة الوقود القابل للتجديد أو طاقة البطارية التي يحتاج إليها الجسد لمداده بالحيوية والقدرة والنشاط لأداء وظائفه بطريقة سهلة . ويشمل الوقود هنا مجموعة متنوعة من المواد الغذائية والمشروبات والمنشطات والفيتامينات والأدوية العلاجية الأخرى^(٣) . إن الجسد هنا

(١) ديفيد لورتون ، مرجع سابق ذكره ، ص ١٥٩ .

(٢) Cecil Heleman , "Culture, Health and Illness" , Op ., Cit ., P . 15.

(٣) Ibid , P . 16 .

يشبه بالآلة التي يجب العناية بها أو كمحرك يجب عدم الإهمال بأي قطعة منه من أجل حسن سيره كمجموعة ومن خلال عقلانية تعدل المعطيات الرمزية المرتبطة بالوجبات الغذائية وتصفي مدلولات الطواهر الطبيعية عليه ومن أمثلة ذلك مشاركة الجسم - الآلة - في بعض المصطلحات الآلية مثل الراحة والمرونة والقول بأن الجهاز العضوي يصدأ كما يصدأ الحديد^(١). فالرجل حينما يختار لغة الآلة ليصف جسمه كانعكاس لنفسه بالنسبة للعالم الخارجي وكصيغه نموذجية تمثل التعبير على الوضع الحالي للإنسان الحديث . فيستعيّر لغة الآلة في وصف الحالة الجسدية والنفسية بمصطلحات ميكانيكية ويقول أنه مجهد أو متنهي أو حينما يقول أنه مرهق أو أن بطاريته تحتاج إلى شحن . ثم انتقل أسلوب الاستعارة في السنوات الأخيرة من الأسلوب الميكانيكي إلى الأسلوب الكهربائي ويقول الشخص مثلاً أنه انقطع عنه التيار أو أنه جاهز للاستقبال أو أنه مشحون ، كما أعطي عصر الكمبيوتر له الكثير من التعبيرات الحديثة التي تمثل التعبير عن لغة الشكوى الشائعة مثل «طاقي منخفضة»^(٢) .

كما يتضمن نموذج الجسد الآلة أيضاً فكرة أن الأجزاء الفردية في الجسد تشبه أجزاء السيارة قد تفشل أو تتوقف عن العمل وأحياناً تحتاج إلى الاستبدال والتعامل الحديث الواسع الانتشار في مجال زراعة الأعضاء مثل القلب أو الكلية والكبد والقرنية وكذلك الأعضاء الصناعية المختلفة مثل المفاصل الصناعية والعظم والأربطة والشرابين بالإضافة إلى استخدام الأجهزة الكهربائية المعاونة مثل بطاريات إثارة نبضات القلب والمعاونات السمعية الدقيقة تساعد كلها في تدعيم تصور الجسد بالعلاج بواسطة استبدال أجزاء تالفه بأجزاء أخرى جديدة . كما يساعد رسام المخ الكهربائي الذي يقيس التيارات أو الموجات الكهربائية في الجسم على تصور مفهوم الجسد الآله في عقول المرضى^(٣) .

ويثير تقدم الطب في ميدان زرع الأعضاء حالات ضميرية لدى المريض

(١) دافيد لوبرتون ، مرجع سابق ذكره ، ص ١٥٩.

(٢) Margaret Lock , and Nancy Scheper , Op ., Cit ., P . 60.

(٣) Cecil Heleman , "Culture, Health and Illness" , Op ., Cit. , PP . 16 - 17.

ولدي الطبيب ولدي النتائج الإنسانية لهذا العمل لأنها تجعل من الكائن البشري مادة من بين مواد أخرى ، وقطع الوجدة البشرية وتأخذ الحياة مظاهر القوة الميكانيكية ويقع الجسد المقطوع تحت قانون التحول والتبادل الذي يصعب تعميمه دون النظر إلى العرقية . ولم يعد الجسد في هذا المنظور وجهاً للهوية البشرية وإنما تجتمع أعضاء وملکية أو عرية يستخدمها الإنسان يمكن تبديل بعض قطعها بأخرى من نفس الطبيعة^(١) .

كما تشتهر كل الثقافات في معتقداتها حول حساسية الأم والجنين خلال فترة الحمل وما بعد الولادة أو فترة الرضاعة ، حيث غالباً ما تثار المفاهيم الثقافية لعلم وظائف الأعضاء بعد الولادة لكي تفسر أي نتائج غير مرغوبة من الحمل مثل طفل معاق أو معتل أو مشوه ، ويعتقد في معظم الثقافات أن سلوك الأم (نظام تغذيتها ونشاطها الجسيمي وحالة العقل والسلوك الأخلاقي والتدخين) يمكن أن يؤثر مباشرة على وظائف الأعضاء في عملية الولادة ويسبب الضرر للطفل الذي سيولد . وقد ناقش الأنثربولوجيون أنه لا يمكن تفسير كل المحظوظات أو القيود التي تحيط بالمرأة الحامل كعامل حماية لها وللجنين من الأضرار الجسدية ، فهي في حالة من الحساسية والغموض الاجتماعي بمعنى حالة انتقال بين وظيفتين اجتماعيتين دور الزوجة ودور الأم ، وهي حالة مثل حالات التحول الاجتماعي التي تؤثر عليها وعلى الآخرين ولذلك فإن الطقوس والشعائر والمحظوظات تخدمها حيث تنبه إلى هذا التحول وتحمي كلاً من الأم والجنين أثناء فترة الحمل^(٢) .

(٢) المفهوم الاجتماعي للجسد :

عرض علماء الأنثروبولوجيا البنائية والرمزية مفهوم الجسد «كرمز» فالكائن البشري قد يستخدم كخربيطة معرفية تمثل العلاقات الاجتماعية والطبيعية وفوق الطبيعية والعلاقات المكانية الأخرى . كما تساعد البناء ثقافية للجسد وحول الجسد

(١) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ٢٢٤ - ٢٢٥ .

في تأكيد الرؤية الخاصة للعلاقات الاجتماعية والمجتمعية كما يظهر هذا المفهوم في التوازنات الرمزية بين مفاهيم الجسد السليم والمجتمع السليم، والجسد المريض والمجتمع العاجز. ويشير جانزن (Janzen) إلى أن كل مجتمع لديه مفهوم يوطّبني عن الصحة يمكن تطبيقه من المجتمع إلى الجسد والعكس بالعكس. أما المرض والموت فيرجعان إلى التوترات الاجتماعية والتناقضات والحروب ، كما شرح فوستر (Foster) رؤية العلاج المكسيكي لصورة الخير المحدود وفي تزامن الحار - البارد وفي عدم التوازن الرمزي في الطب الشعبي المكسيكي وفي مصطلحات طبية مثل السحر والشعوذة والعين الشريرة والضغط^(١).

وتخصّص هذه التصورات الاجتماعية وضعًا محدداً للجسد في داخل الرمزية العامة للمجتمع فهي تسمى الأجزاء المختلفة التي تؤلفه والوظائف التي تقوم بها وتوضح علاقاتها وتتفذ إلى الداخل غير المرئي في الجسد وتودع فيه صوراً دقيقة وتحدد موقعه وسط الكون أو بيئة الجماعة البشرية . وتسمح هذه المعرفة الثقافية للجسد بإعطائه معنى لعمقه الاجتماعي ، وما صنع ، وترتبط أمراضه وأوجاعه بأسباب دقيقة ومتقدمة مع رؤية مجتمعية للعالم كما تسمح بمعرفة موقعه تجاه الطبيعة والناس الآخرين عبر نظام قيمي محدد^(٢) .

كما أن أحد الاستخدامات الرمزية الشائعة في العالم غير الغربي هو تجسيد المناطق التي يعيش فيها ، بمعنى إضفاء الصفات الجسدية على هذه المناطق ، فكان أفراد قبائل «الكونيجيو»، يفهمون أجسادهم الخاصة بمصطلحات الجبل وكانوا يتأملون الجبل بمفهوم تركيبهم البنوي «البستي» . فالجسد البشري والجبل يتكونان من أجزاء متراكبة مثل الرأس والصدر والقلب والبطن والأحشاء والثدي ، والجبل مثل الجسد لا بد من أن يتغذى على الدم والشحم ليبقى قوياً وسلاماً . وكما يفهم المرض كتفسخ

(1) Margret Lock , Nancy Scheper , Op ., Cit ., P . 56 - 57.

(2) دافيد لويدتون ، مرجع سبق ذكره ، ص ١١ .

- قبائل الكونيجيو: إحدى قبائل الهنود الأمريكيين من بوليفيا - يتكلمون لغة الكونيجيو ويسكنون أسفل جبل الكاتا ويعرفوا بالمعالجين الأقوية وأسياد الحقيقة الروائية ، معجم الأندرولوجيا ، شاكر مصطفى سليم ، مرجع سبق ذكره ، ص ٧٩٢ .

في الجسد فهو مشابه للزلزال والهزات الأرضية وإنهيار الصخور في الجبل، ويحدث المرض بسبب التمزق بين الناس في الأرض وخاصة بين ساكني الأجزاء المختلفة من الجبل : الرأس (قمة الجبل) والقلب (القرية الرئيسية) والقدم (قاعدة الجبل) . ويقوم المعالجون بالعلاج عن طريق تجميع السكان المتنوعين معاً لتغذية الجبل واستعادة السلامة والصحة . وقد استنتاج باستين (Bastien) أن مفاهيم الجبل لدى قبائل الكونيجيوا تعد مفاهيم كلية في الأساس أكثر منها مفاهيم ثنائية، فهو يفترض أن الكل أعظم من مجموع الأجزاء . كما أن صحة وسلامة الجبل ينظر إليها على أنها عملية تتعاون فيها القوى الطاردة والقوى الجاذبة ونشر السوائل التي توفر العواطف والأفكار والمواد الغذائية والشحوم لجميع أعضاء الجسد . ويتلخص بعض الاختلافات الأساسية بين نظم الطب العرقي غير الغربية والطب الحيوي الحديث ، يفهم من وجود كل من الجسد والذات في الطب الحيوي الحديث أنه وجود ظاهر ومميز وقابل للانفصال ومن ثم يمكن أن يكمن المرض في الجسم أو العقل وتترى العلاقات الاجتماعية كعلاقات مجزأة ومقسمة ومكانية وغير مترابطة مع الصحة والمرض، أما في نظم الطب العرقي فليس هناك تمييز بين الجسد والعقل والذات ومن ثم لا يمكن أن يكون المرض في العقل وحده أو في الجسد وحده وبالتالي تفهم العلاقات الاجتماعية كمشارك أساسي في صحة الفرد ومرضه . باختصار يرى الجسد كجانب أحادي ومتكملاً مع الذات وال العلاقات الاجتماعية، وأنه يعتمد على ، وسريع التأثر بمشاعر ورغبات وأفعال الآخرين بما في ذلك أرواح الأسلاف والموتى . ومن ثم لا يفهم الجسد على أنه آلة معقدة ولكن صورة مصغرة من العالم^(١) .

إن صورة الجسد هي التصور الذي يكونه الشخص عن جسده والطريقة التي يبدو بها له عبر سياق ثقافي اجتماعي ويصنفي عليه طابعاً خاصاً من تاريخه الشخصي، وتنظم هذه الصورة في شكل ومضمون . الشكل يتجلّي في الشعور بوحدة مختلف أجزاء الجسم وبإدراكتها ككل وبحدودها المكانية الدقيقة أما المضمون فهو صورة الجسد كعالم متصل ومتآثر تدرج فيه أحاسيس يمكن التنبؤ بها والتعرف

(1) Margret Lock, Nancy Scheper, Op., Cit., PP. 58 - 59 .

عليها ، بالإضافة إلى محورين آخرين هما محور المعرفة ، أي معرفة الشخص بالفكرة التي يكونها المجتمع عن العمق غير المرئي للجسد ، ومحور القيمة بمعنى أن يقوم الشخص باستنباط الحكم الاجتماعي الذي يحيط بالصفات الجسدية التي تميزه حيث يبني الشخص حكماً عن الصورة التي يكونها عن جسده طبقاً ل تاريخه الشخصي والطبقة الاجتماعية التي يبني علاقته بالعالم بداخلها^(١) .

(٣) الجسد في المفهوم السياسي :

تهتم العلاقة بين الأجسام الفردية والأجسام الاجتماعية بأكثر من الاستعارات والتصورات الجمعية للطبيعة والثقافة حيث تهتم أيضاً بعوامل القوة والضبط في المجتمعات . ويظهر الجسد كمفهوم سياسي في المجتمع حينما تشعر الجماعة أنها باتت مهددة فأنها تستجيب بوضع عدد من الضوابط الاجتماعية التي تنظم معايير حدود الجماعة ، وفي حالة ما إذا استطاعت هذه التهديدات أن تلوث وتتدخل إلى داخل الجماعة فإن هذه الحدود تصبح مركز التنظيم والمراقبة^(٢) . وقد تكون هذه التهديدات في شكل تهديدات حقيقة أو تهديدات تخيلية ، أو قد يكون المعذبين غير معروفين حتى يفرض أنها تهديدات حقيقة أو تهديدات تخيلية ، وعندئذ تصبح الشعوذة والسحر بمثابة الاستعارة أو اللهجة الثقافية للخطر . وقد أوضح ليندنباوم (Lindenbaum) كيف أدي وباء الكورو* في غينيا الجديدة إلى اتهام السحر وإلى اتهامات مضادة ومحاولات تطهير الأجسام الفردية والجماعية من الملوثات والقادورات ، حيث استخدم السحر والشعوذة في غرب أفريقيا كاستعارات للعلاقات الاجتماعية . وفي هذا السياق يمكن أن تعبّر اتهامات السحر عن الانزعاجات بسبب التناقضات الاجتماعية في أسواق المدن الصناعية بسبب الرأسمالية . وهذا توجه الاتهامات إلى الأفراد والعائلات الذين يسعون وراء النجاح الاقتصادي ويظهرون التنافس الشديد والجشع والفردية في العلاقات الاجتماعية ، ومن ثم تمثل اتهامات السحر تعبير بدائي لمقاومة تأكل القيم

(1) دافيد لورتن ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٤٥ - ١٤٦ .

(2) Margaret Lock and Nancy , Op ., Cit ., P . 61.

* الكورو مرض أسرى وراثي مميت ، القاموس الطبى ، يوسف حتى ، الطبعة الرابعة ، مكتبة لبنان ، بيروت : ص ٣٦٨ .

الاجتماعية التقليدية التي تعتمد على التبادلية والمشاركة والولاء للجماعة والعائلة. كذلك تشير هذه الاتهامات في سياق (تسلیع) الحياة الإنسانية إلى الاختلالات الاجتماعية والمرض في الجسد السياسي المتولد عن التطبيقات الرأسمالية^(١) بتقديم النموذج الميكانيكي كمبدأ لفهم العالم وتمثل الجسد ووظائفه بهيكل ميكانيكي من خلال تكنولوجيا سياسية تصل إلى داخل حركات الجسد^(٢).

وحيثما يُهدى النظام الاجتماعي ، فإن الحدود بين الأجساد الفردية والأجساد السياسية تصبح غير واضحة ويقوى الاهتمام بموضوعات النقاء الجنسي والطقوس والتي غالباً ما يعبر عنها بالحذر خلال الحدود الاجتماعية والجسدية. كما أن القلق من اختراق وانتهاك المنافذ والمداخل الجسدية والحدود المتصلة بالرموز المادية للجسم : المنزل وأبوابه ومداخله وأسياجه وحدوده الصخرية وما حوله من طقوس حماية وصلوات وعادات اجتماعية تساعد في خلق المعنى والبعد الاجتماعي للأمن والضبط الشخصي ، وتولد المجتمعات الأجساد التي تحتاجها في وقت الأزمة وتخضعها للعملية الاجتماعية . وقد طور تورنر (Turner) في هذا السياق أيضاً مفهوم جلد المجتمع ليعبر عن بصمة الفناد الاجتماعية على جسد الشخص ، حيث يمثل المظهر الخارجي للجسد الحد المشترك للمجتمع الذي يصبح خشبة المسرح الرمزية التي تمثل عليها مسرحية العملية الاجتماعية ، وتصبح الملابس والأشكال الأخرى من الزينة بمثابة اللغة التي تعبّر عن الهوية الثقافية^(٣) .

(٤) الجسد في التقاليد الشعبية :

لم تعد التصورات الحالية للجسد مستمدة من الموروث الثقافي والمعرفة المرتكزة على التقاليد الشائعة في المجتمع بقدر ما أصبحت تعتمد على معرفة المتخصصين والمهنيين وخاصة في مجال الطب . فالحديث عن الجسد في

(1) Idem .

(2) دافيد لورتن ، مرجع سبق ذكره ، ص ٧٦ - ٧٧ .

(3) Margaret Lock and Nancy , Op ., Cit , P . 62.

المجتمعات الغربية يعني الإشارة إلى المعرفة التشريحية - الفيزيولوجية التي يرتكز عليها الطب الحديث وما يتضمنه من معرفة وتطبيقات، وذلك لأن المعرفة الطبية الحيوية تمثل التصور الرسمي للجسد البشري في هذه المجتمعات . غير أن هذه المعرفة والتي قد يستوعبها الفرد بالتجربة المعيشة من خلال التعامل اليومي مع الجيران والأصدقاء أو بالاتصال مع المؤسسات الطبية أو بتأثير وسائل الإعلام ، تعد معرفة طفيفة وبدائية بالنسبة لمعظم الأشخاص حسبما سبق وإن استبان عدم الدراسة الحقيقة للأفراد عن مكان الأعضاء وعدم فهمهم المباديء الفسيولوجية للأداء الوظيفي للجسم . ومن ثم فهم يلجأون - بالرغم من اختلاف انتماماتهم وفلانهم الاجتماعية إلى الممارسات الشعبية الطبية . ولا يعبر اللجوء إلى هذه الممارسات عن ضآللة المعرفة التشريحية أو الفيزيولوجية للجسم فحسب ، فحينما يأخذ إنسان المدينة طريقه إلى الريف أو يصادف معالجاً تقليدياً في مدينته نفسها فهو لا يبحث فقط عن الشفاء الذي عجز الطب في توفيره له ، وإنما يجد أيضاً في اتصاله بهذا المعالج كشفاً عن صورة لجسمه أكثر جدارة بتأثيره اهتمامه من الصورة التي تقدمها له المعرفة الطبية - الحيوية . فهو يكتشف في حواره مع المعالج بعداً رمزاً يثير دهشه . حيث تعدد المعارف التي تبينها التقاليد الشعبية والتي ترتكز على المهارات وأداب السلوك التي ترسم صورة للجسم بشكل مجوف تتفق مع معارف الإنسان . ولا ينظر إليه باعتباره متميزاً عنه كما في المعرفة الحيوية - الطبية ، كما أن هذه المعارف التقليدية لا تعزل الجسم عن الكون حيث تتركز على نسيج من الاتصالات التي تظهر أن المواد الأولية في الكون هي نفسها التي تدخل في تركيب الإنسان والعالم ^(١) .

وقد أجريت دراسات عديدة حول المعتقدات العامية والشعبية عن فسيولوجية وأخطار الحمل بواسطة لودل إسنو (Loudell Snow) وظهر أن هذه العادات كانت تختلف بشكل واضح في حالات كثيرة عن حالات أخرى في مستشفيات علاجية خاصة بالولادة . وفي دراسة عن ٣١ امرأة حامل في مستشفى للولادة بميتشجان وجد أن ٧٧٪ منها يعتقدن أن الأجنة يمكن أن تولد موسومة بعلامة ، بمعنى ممسوحة أو

(١) دافيد لوبرتون ، مرجع سبق ذكره ، ص من ٨٠ - ٨٢ .

مشوهة إلى الأبد أو تولد ميتة وذلك بسبب حالات الانفعال الشديدة من جانب الأمهات أو العقاب الآلهي بسبب الانحرافات السلوكية ، وقوة الطبيعة أو النوايا الشريرة من قبل الآخرين . كما كن يخشين التأثير على الطفل لو أنهن رأين خسوف القمر ، ويعتقدن أيضاً لأن امرأة حامل غادرت منزلها وهي غير آمنة في هذا الوقت فإن الطفل قد يولد ميتاً أو بجزء ناقص في الجسم ، كما يعتقدن أن حمل مفتاح معلق حول الوسط يكفي لإضعاف الحماية في هذا الوقت . كما كان الكثير منهم يعتقدن أن الأحاسيس الزائدة بالنسبة للألم مثل الخوف والكره والحسد والغضب والحزن والشفقة يمكن أن تمثل خطورة على الطفل المولود . وإذا ما رأت المرأة الحامل شيئاً ما يخففها مثل قطة أو سمكة فإن الطفل يولد شبيهاً بهذا الشيء ، فالمرأة التي تخاف من السمكة مثلاً أثناء الحمل قد تلد طفلة تشبه السمكة وتسبح مثلها . كما يمكن أن تؤدي الانحرافات السلوكية من جانب الأم إلى إيذاء الجنين ، فالتهم على شخص أعرض أو معاق أثناء فترة الحمل يجعل الله سبحانه وتعالى يؤثر في الطفل المولود بإعاقته مشابهة^(١) .

وفي دراسة يوفن فردير (Yvonne Verdier) عن التقاليد التي مازالت موجودة في قرية ميلو بمنطقة البرجوني قامت بتحليل الفيزيولوجية الرمزية للمرأة وخاصة أثناء فترة الطمث ، حيث لا تنزل المرأة إلى القبو الذي تخزن فيه المؤن الغذائية للأسرة خلال هذه الفترة خوفاً أن تمسها وتفسدتها . كما يمتد تأثير الدم الذي ينفر منها إلى المهام التي تقوم بها عادة في المنزل مثل إعداد الطعام أو الحلويات أو القيام بفرش البياضات النظيفة . أن هناك صلات رمزية وثيقة منسوجة بين جسد المرأة وبيتها تؤثر على العمليات الطبيعية وعلى أعمالها المعتادة ، كما لو كان للجسد المتحول حينذاك من خلال سيلان الدم القدرة على الانتشار خارج حدوده لكي يغير من ترتيب أمور الحياة : ونظراً لأن المرأة تكون غير قابلة للحمل في هذه الفترة فإنها تعطل النساء عن عملية الحمل ، لأن جسدها يشبه مجال له صدي مع ما يقترب منه وهو يمثل في التقاليد الشعبية قطعة غير منفصلة عن العالم^(٢) .

(1) Cecil Heleman , "Culture, Health and Illness" , Op . , Cit . , P . 17.

(2) ديفيد لوبرتون ، مرجع سابق ذكره ، ص ٨٢ .

وهناك مفاهيم للجسد في المعتقدات الشعبية تهيمن على تفسير الأمراض وتعيد الوضع البشري إلى وصاية الكون مثل نظرية طب العلامات ومفهوم المعالجة المثلية التي تفترض عنصراً معدنياً أو نباتياً يساعد على الشفاء من المرض لأنّه يحتوي في شكله أو عمله أو مادته بعض التشابه مع العضو المصاب بالمرض أو مع مظاهر المرض ، وكذلك الرؤية الفلكية للجسد التي تدرج الأعضاء تحت تأثير الكواكب السيارة عبر نسيج من الاتصالات يبدو فيها الإنسان كعالم صغير يدخل في تركيبه نفس العناصر التي تدخل في تركيب العالم ، ومن ثم ترتكز القوانين التي تتحكم في سلوك الإنسان على صفات الكواكب وحركاتها ، كما يعبر الإنسان عن نفسه أيضاً في الحالة الكلية للعالم من خلال اتصاله الملائم ببعض الأحجار والينابيع والسوافقي والأشجار والنصب الحجرية القديمة والنصب التاريخية ، التي يفترض أنها تساعده على الشفاء^(١).

كذلك تنسب التقاليد الشعبية والعادية المرض والمحن إلى الجسد الذي يعطل جسد الضحية أو يصيبه بالتلف والخسارة هو وأسرته وأمواله ، ولكي يضمن الساحر نفوذه استطاع أن يستعمل قلامة ظفر أو براز أو شعر خاص بضحيته وهنا يتركز حضور الشخص كلياً في القطع الدقيقة المأخوذة من جسده ، أن السحر الجذاب يفترض بداهة وجود صلة بين العناصر المرتبطة بالجسد وخاصة المنتزعه منه مثل الأظافر ، أما السحر بالتقليد فيتم عمل دمية تشبه الضحية حيث يؤثر الشبيه في الشبيه . إن الجسد في السحر الشعبي ليس محصوراً داخل حدود جلده بل في كل ما يصنع الهوية الاجتماعية للإنسان : أمواله وأقريائه ومواشيه ... فالجسد ليس مقطوعاً عن الشخص بل أنه يجسد وضعه ويبيّني متضامناً مع كل المواد التي تنفصل عنه أثناء حياته بمعنى أن القطعة المأخوذة من الجسد تتضمن بشكل رمزي حدوث التأثير على الضحية^(٢).

(١) المرجع السابق ، ص ٨٣ .

(٢) المرجع السابق ، ص ٨٤ .

كما تظهر الكثير من المعتقدات الشعبية الخاصة بالمرض والجسد في (أناجيل المغازل) وهو موجز للمعارف التقليدية للنساء يبرز القوة المحيطة التي تحكم بالعالم وأمكان اكتسابها لصالح الإنسان أو إطلاقها ضد شخص آخر ، ومن أمثلة هذه التقاليد: إذا تبول شخص مابين منازلين أو في وجه الشمس فإنه يصاب بمرض عيون . ولكي يتتجنب الشخص الإصابة بشلل الرأس أو الكليتين يجب عليه الامتناع عن أكل رأس أو لحم قطة أو دب . وعندما تنبغ الكلاب فإنه ينبغي سد الآذان لأنها تحمل أخباراً سيئة ، وبالمقابل ينبغي الاستماع لصهيل الحصان . وعندما يولد طفل جديد ويكون ولداً يجب حمله إلى والده ووضع رجليه مقابل صدره لكي لا يموت مطلقاً بحادث سيء^(١) .

ثانياً: الخصائص الاجتماعية - الاقتصادية كمتغيرات مؤثرة في الصحة والمرض :

لقد استطاعت العديد من الأبحاث الدراسية في علم الأوبئة وعلم الاجتماع الطبي والعلوم الاجتماعية الأخرى المرتبطة بالصحة والمرض أن تكشف عن أسباب ونتائج معدلات المرض المختلفة وعن تأثير الأدوار الاجتماعية والوضع الاجتماعي على الصحة والمرض وتوضيح الطريقة التي يفسر بها الناس خطورة المرض والموت وذلك من خلال دراسة مستويات الخطر مثل العرقية والطبقة الاجتماعية . كما تغيرت الأفكار والمفاهيم حول أسباب المرض طوال القرنين الماضيين حيث ساهمت الديانة والثقافة والاكتشافات العلمية في تغيير التعاريفات حول ماهية المرض ولماذا يعاني منه بعض الناس دون الآخرين .

وهناك مدخلين أساسين في هذا الصدد الأول هو مدخل علماء الأوبئة والثاني هو مدخل علماء الاجتماع^(٢) فقد ركز علماء الوبائيات علي عوامل الخطر المباشرة التي تنذر بالمرض وكان منطقهم في هذا أنه كلما ارتبط عامل الخطر بالميكانيزم البيولوجي للمرض بشكل وثيق كلما كان من المرجح أنه يسبب حدوث المرض بدرجة

(١) المرجع السابق ، ص ٣١ - ٣٢ .

(2) Gail E . Henderson , Op ., Cit ., P . 101.

أكبر، وكلما كان أكثر إفادة في تطوير التدخل الفعال ، وتنحصر الثنائيات السببية التقليدية للمرض في : لدغ البعوض والإصابة بالملاريا ، والمشي حافي القدمين في المياه المملوئة بالقواقع والإصابة بالبلهارسيا ، والإقامة بين الأشخاص المصابين بالسل المعد والإصابة بمرض الدرن . وبينما تتطلب الزيادة في الأمراض المزمنة شبكة مركبة من العوامل التفسيرية أكثر من تلك التي تتطلبها الأمراض الحادة، فرغم ذلك اضطررت الأمراض الوبائية في إبراز العوامل المباشرة المحددة للمرض. وعلى العكس ركز علماء الاجتماع على العمليات الاجتماعية والبنائية للمجتمعات في تفسير أسباب المرض واكتشفوا أن معدلات المرض يمكن التنبؤ بها من خلال المعرفة بعادات وخصائص البناء الطبيعي للمجتمع وخصائص الجماعة داخل المجتمع مثل العرقية والجنس والอายุ . وطبقاً لهذه الرؤية فإن وضع الشخص في المجتمع هو الذي يحدد تعرضه للأخطار البيولوجية مثلاً تفعل كل الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لذلك المجتمع . ومن ثم فإن مقارنة هذا المدخل برؤية علم الأوبئة نجده يركز على الأسباب البنوية الأساسية أو المساعدة في حدوث المرض بدلاً من العوامل التي تكون استنتاجية عند حدوث المرض .

وياندماج هاتين النظريتين المشتملتين على عوامل اجتماعية وأخرى بيولوجية، سوف يسفر ذلك عن نموذج أكثر اكتمالاً عن سببية المرض وتحدد الخصائص الاجتماعية - الاقتصادية كمتغيرات مؤثرة في الصحة والمرض . غير أن الجانب الصعب هو تحديد الخطوات الموازية لمدخل المتغيرات الاجتماعية مثل مستوى التعليم بالنسبة للمتغيرات البيولوجية المتمايزة . والمدخل المشترك لهذه المشكلة هو أن العوامل الاجتماعية العامة تفترض أن تعمل من خلال سبل وسيلة أو منحازية مثل سلوكيات محددة تؤثر في النهاية على توزيع العوامل البيولوجية . كما تتضمن معظم الدراسات المتطرفة نماذج متعددة المستوى من التحليلات التي تشتمل على معلومات عن المجتمع والعائلة والأسرة والفرد لكي تتنبأ بحدوث المرض^(١) .

ويظهر دور المتغيرات الاجتماعية والبيولوجية للتنبؤ بالمرض في ارتباط حدوث مرض الشريان التاجي بالعوامل الاقتصادية ، حيث غالباً ما يوجد بين الطبقات العليا - في المجتمعات ذات التطور الصناعي البسيط - والتي لها قدرة كبيرة على تناول الغذاء الغني بالمواد الدسمة ويعيشون طويلاً يعانون من عواقبه ، أما في المجتمعات الصناعية فإنه أكثر شيوعاً بين الطبقات الدنيا . كما أنه أكثر شيوعاً أيضاً بين الرجال عن النساء كما تشمل العوامل الوسيطة المرتبطة بارتفاع معدل مرض القلب عند هؤلاء الناس بعض السلوكيات مثل التدخين والتغذية الغنية بالدهون ونمط الحياة الذي يضطرهم إلى الجلوس لمدد طويلة وبعض الخصائص الشخصية (مثل القيادة الشاقة للسيارات ونمط الشخصية الأولي) والضغط التي تحيط بواقع الحياة الهامة وعوامل الضغوط المزمنة والافتقار للعلاقات الاجتماعية القوية . فالتدخين والضغط المزمن والغذاء الرديء تعتبر سلوكيات أكثر شيوعاً بين الفقراء عن الأغنياء ^(١) .

وفي محاولة لتفسير أسباب اختلاف معدل الوفيات بالنسبة للتنوع العرقي في المجتمع الأمريكي في مرحلة عمرية معينة باستخدام ستة عوامل خطر - بالإضافة إلى دخل الأسرة - وهي :

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| ١- التدخين | ٢- ضغط الدم في القلب |
| ٣- مستوى الكوليستيرول | ٤- حجم وضخامة الجسم |
| ٥- امتصاص الكحول | ٦- مرض السكر |

تبين أن نسبة ٣١% من الوفيات للبالغين السود علت بعوامل الخطر الستة و ٣٨% علت بالاختلاف في دخل الأسرة و ٣١% علت بعامل أخرى . ولم يؤخذ في الاعتبار أن التباين في إمكانية الحصول على الرعاية الصحية وفي خصائص المجتمع مثل اختلاف البيئة الاجتماعية أو الفيزيقية للسود قد تسهم في عدم تفسير أسباب الوفيات ^(٢) .

(1) Laasker , et , al . , " Community Social Change and Mortality " Social Science and Medicine, 1994: 39 , P . 54.

(2) Otten M . , et., al., The Effect of Known Risk Factors on The Excess Mortality of Black Adults in The U.S.A, JAMA , 1990 : 263, PP . 845- 850.

كما أظهرت التفسيرات الوراثية الشائعة تفسيراً بسيطاً لبعض الاختلافات في معدل الوفاة بالنسبة للتنوع العرقي في المجتمع الأمريكي واقتصر البعض أن هذه الخلافات توضح ببساطة أنه من الصعب أن يظل الشخص معافي وسلاماً إذا كان منتمياً إلى الطبقات الاجتماعية الدنيا ، وبالرغم من التغير الاجتماعي مازال هناك ارتباط شديد بين العرقية والمؤشرات التي تستخدم دائماً لقياس الطبقة الاجتماعية مثل الدخل والتعليم والمهنة^(١) . وفيما يلى شرح الخصائص الاجتماعية - الاقتصادية التي تعتبر متغيرات مؤثرة في الصحة والمرض:

١ - العرقية (الإثنية) والطبقة الاجتماعية :

طللت العرقية - كما تعرف بلون الجلد - تحديداً حتى عهد قريب جداً الوضع أو الطبقة الاجتماعية للشخص في المجتمع الأمريكي ونظراً لأن معظم المعلومات عن الصحة مثل معدل الوفيات ومعدل وفيات الرضع ومعدل انتشار وحدوث المرض كانت تجمع بواسطة العرقية كبديل عن استخدام القياسات التقليدية للطبقة الاجتماعية ، فقد تبنت الأبحاث الطبية عادة استخدام العرقية كمصطلح مختصر أو بالنيابة عن مصطلح الطبقة الاجتماعية . غير أن محاولة إظهار الصحة كرمز للطبقة الاجتماعية ويعيناً عن الاختلافات العرقية تعتبر تفسيراً مقنعاً ولكنه ناقص ، فحتى لون نظر المرء إلى أناس ذوي سلوك وعناصر خطر وراثية متشابهة وفي نفس مستوى دخل وتعليم الجماعة فإن هناك اختلافات صحية هامة بين العرقيات المختلفة ، وذلك بسبب التباين في إمكانية الوصول للرعاية الصحية أو الاختلاف في مدى الخضوع للضغط الطويل الأمر الذي يزيد من حساسية الشخص للإصابة بالمرض . ومع أن هذه المناقشات قد تبدو كمناقشات نظرية ، فإن لها نتائج سياسية واقعية ، فحينما تستخدم اختلافات السلوك الفردي لتفسير عوامل الخطورة الكبيرة لنسبة انتشار المرض والوفاة فإن الهدف هو استنتاج أن الناس حصلوا أو يحصلون على حقوقهم في الرعاية الصحية ولكن حينما يتبنى البحث مدخلاً واسعاً فإنه يركز على بنية المجتمع والأخطار الصحية لهؤلاء الذين يعيشون في مستوى الفقر

(1) Gail E . Hennderson , Op ., Cit ., P . 102 - 103.

والتعريض الشديد للتسمم في بيئة العمل وعدم كفاية المعيشة والغذاء والتعليم والقدرة المحدودة للحصول على الرعاية الصحية . فالصحة ليست مجرد فشل أو مبادرة فردية للشخص ولكنها نتاج المجتمع والقوى الاقتصادية والثقافية له ، ومن ثم فالطبقة الاجتماعية والعرقية قد تفسر مجموعة من العوامل التي ترتبط بصحة الفقراء إلا أن هناك العديد من السبل المختلفة تعمل معاً سواء بصورة فردية أم مجتمعية لتسبب الخطر الأكبر فيما يتعلق بالمرض (١) .

٢ - الجنس (النوع) :

يرجع الاختلاف في معدلات انتشار المرض والوفيات إلى اختلاف (النوع) بمعنى اختلاف الأدوار التي يؤديها كل من النساء والرجال ، وما يستتبع ذلك من اختلاف في سلوكياتهم الفردية مثل التدخين واستعمال العقاقير والمشاركة في السلوكيات الأخرى الخطيرة والعمل في الوظائف الحافلة بالضغط والتعرض للأخطار المهنية (٢) . كما أنهم مختلفون اجتماعياً، الأمر الذي يجعلهم مختلفين أيضاً في الارتباط بال شبكات الاجتماعية التي توفر لهم المضادات الوقائية لتأثيرات المرض ، فمنذ الطفولة المبكرة يتم تلقين الذكور والإثناين مواقف مختلفة إزاء الطرق والأساليب المناسبة للاستجابة للمرض ، فربما يكون الذهاب إلى الطبيب علامة ضعف عند الكثير من الرجال بينما السعي لطلب المساعدة الطبية يعتبر سلوكاً مناسباً عند النساء ، كما يكشف اختلاف (النوع) في تفسير معدلات مرض القلب عن أكثر العادات الشخصية المرتبطة بهذا المرض فالرجال يدخنون أكثر من النساء وهم أقل في الروابط الاجتماعية التي تعزلهم عن المرض (٣) .

ومع إن النساء غالباً ما يكن أضعف من الرجال صحياً وأقل وصولاً للرعاية الصحية في العالم الثالث ، فإن الصورة تنكشف بشكل آخر في أرقام الوفيات وانتشار المرض في الدول الصناعية والمتقدمة :

(1) Ibid , P . 103.

(2) Ellen Annandale, Op., Cit., P. 148 .

(3) Gail E Henderson , Op ., Cit ., P . 104.

أ . إن النساء يستعملن خدمات الرعاية الصحية بشكل أكثر تكراراً ويسجلن مستويات أعلى من المرض حتى مع استثناء الحالات المرتبطة بالولادة ، وعلى العكس يسعى الرجال إلى طلب الخدمة الصحية بشكل أقل تكراراً وغالباً ما يكون ذلك في المراحل التالية للمرض ^(١) .

ب . إن النساء يعشن أطول من الرجال ، وأن الرجال يحققون معدلات أعلى في الوفيات بالنسبة لكل الأسباب الرئيسية للموت مثل : أمراض القلب والسرطان والأمراض المعدية والطفيليات والحوادث والتسمم والعنف ^(٢) .

وهناك تفسيرات متعددة لاختلافات الجنس (ال النوع) في انتشار المرض والوفيات وفي استعمال الرعاية الصحية ، تتضمن عوامل فردية وأخرى مجتمعية ومن ثم تعكس النماذج التي تربط الطبقة والعرقية بنتائج الصحة . كما حدد البعض أسباب المرض من الناحية البيولوجية حيث نسبوا البداية المبكرة لمرض القلب عند الرجال إلى الأثر الوقائي للهرمون المحفز للدورة قبل انقطاع الطمث عند النساء ، كما استنتجت بعض الأبحاث أن التكوين الفسيولوجي عند الرجال ينزع إلى العدوانية أكثر من النساء وبالتالي تعتبر التفسيرات البيولوجية الدقيقة مرجحة عن الأسباب الاجتماعية والتفسيرات الأخرى ^(٣) .

وهناك اعتراض على المعرفة التقليدية بأن النساء أضعف صحيًا من الرجال ، يوضح نمط مركب من تقارير المرض تبعاً لاتجاه وأهمية اختلاف النوع في الحالة الصحية وفقاً لأعراض معينة وفي مرحلة من دورة الحياة . فقد وجد أن نسبة المرض تزيد عن الحد بالنسبة للأنثى بشكل ثابت خلال مرحلة من الحياة بسبب آلام نفسية ونقل كثيراً بالنسبة لعدد من الأعراض الجسمية . ولأن تقارير نسبة المرض تعد ذاتية بالطبيعة فإن تفسير هذه الأنماط يعد أمراً صعباً، وأن التفسيرات الممكنة تشتمل على التبدل في أدوار النوع والتغير في معدلات المرض والاختلافات الصحية (مثل توقع

(1) Idem.

(2) Ellen Annandale , Op ., Cit PP. 158 - 159.

(3) Gail E . Henderson , Loc ., Cit ,

العمر) بين المجتمعات في مرحلة مختلفة من التطور أو الاختلاف الثقافي والاتجاهات الدينية تجاه أدوار النوع^(١).

٣- العمر :

العمر مثل النوع (الجنس) يمكن أن ينظر إليه كمتغير بيولوجي بسيط ، وليس هناك شيء ينبيء بالوفاة أقوى من العمر . وبينما يتغير متوسط العمر عند الموت خلال الزمن فإن العلاقة بين العمر والوفاة تعد علاقة ثابتة بشكل ملحوظ . كما أن رؤية العمر وحالات الابتهاج والمخاطر التي تواكب كل عمر تعتبر أيضاً نتاج لحظة تاريخية وتوقعات مشتركة لطبيعة دورة حياة الإنسان . وهي بمثابة التقويم الذي يبدأ الأطفال الرضع بعده سنتهم الأولى في الحياة . كما تضع منظمات العمل الحكومية الناس في هذا التقويم داخل مراحل عمرية يعيشها الإنسان (سن الشباب وسن العمل وسن التقاعد) وتشير هذه المراحل إلى العمر كفئة رقمية محددة^(٢) .

ولم يكن لدى معظم الناس في العصور الأولى أي فكرة بسيطة عن أعمارهم الزمنية فغالباً ما كان يتحدد هذا العمر بواسطة طقوس الانتقال من مرحلة زمنية إلى مرحلة زمنية أخرى مثل طقوس الميلاد والزواج والموت . فلم يكن هناك قديماً أي مناسبة لسن التقاعد في الثقافة الشعبية التقليدية حيث لم يخصص للشيخوخة كمرحلة من الحياة أي عادات أو طقوس معينة من طقوس التحول الاجتماعي ، كما كانت الكوارث والمجاعات والوبائيات والأمراض المعدية تحول بين تقدم معظم الناس في العمر وترتبطه بالموت . ويختلف هذا السيناريو عن الخبرة المعاصرة بالعمر والشيخوخة ، حيث استبدلت الأمراض المعدية بالأسباب التي تؤدي إلى الموت من خلال مرض القلب والسرطان والسكبة الدماغية وتعتبر هذه الأمراض مقدمات للشكل الفيزيقي الذي ينذر بقدوم الموت . كما تعكف أبحاث التوفيات على دراسة وجود حد بيولوجي لتوقع الحياة (بفعل العملية البيولوجية لتقدم العمر) والتحكم في المرض ، وإذا ما بلغ الناس هذا الحد فسوف يؤدي ذلك إلى تعمد منحنيات البقاء على قيد الحياة

(1) Ibid , P . 105 .

(2) Idem .

حيث سيظل الناس أحياء خلال امتداد حياتهم البيولوجية الطبيعية . وتركت النقطة الثانية بالنسبة للعمر على نوعية الحياة التي يتوقعها الناس في الشيخوخة ، والسؤال عما إذا كان مجرد طول الحياة يوسع من فرصة الإصابة بالأمراض وما يترتب عليها أم أن التحسينات الطبيعية في العلاج ستؤدي إلى خفض نسبة انتشار المرض (١) :

٤- التفاوت الاجتماعي - الاقتصادي والصحة :

تمثل الحالة الاجتماعية - الاقتصادية عنصر تبايني وثابت لنسبة انتشار المرض والوفيات المبكرة . فالأشخاص الذين هم في أدنى الترتيب الاجتماعي - الاقتصادي يعانون تقريباً من أي مرض بشكل غير متجانس ويظهرون معدلات وفيات أعلى من هؤلاء الذين فوقهم في الترتيب الاجتماعي - الاقتصادي . كما توجد هذه الارتباطات مع كل المكونات الأساسية للحالة الاجتماعية - الاقتصادية: الدخل والتعليم والحالة المهنية . وهناك مدخلات متعددة تم تبنيها لتفسير هذه الارتباطات . غالباً ما تتركز البحوث التجريبية على تأثير الفقر ومترباته مثل السكن السيء والتغذية الغير ملائمة على الرغم من أن العوامل المرتبطة بالفقر لا تفسر المترببات الصحية للحالة الاجتماعية - الاقتصادية إن الفهم الكامل لعدم المساواة في الصحة يتطلب الأخذ في الاعتبار جميع العوامل الموزعة على طول الترتيب الاجتماعي للحالة الاجتماعية - الاقتصادية التي تؤدي إلى هذه الأعباء الصحية الثقيلة ، كما يجب ألا تدرس هذه العوامل وسط الفقراء فقط ولكن عند كل مستويات الطبقة الاجتماعية ودرجة انحدار الصحة . فهناك علاقة قوية بين المكانة الاقتصادية والاجتماعية ومستوى الصحة من حيث نسبة الوفيات وانتشار المرض وكذلك من حيث القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والحصول عليها بدرجة كافية وكلها تقاس بمستوى الدخل . هذا بالإضافة إلى بعض العوامل الأخرى مثل التعليم والمهنة والتي تتعكس في سلوكيات تمثل عناصر الخطر وتسبب الإصابة بالمرض (٢) ..

(1) Ibid , P . 106.

(2) Ellen Annandale , Op ., Cit., PP. 100 - 102 .

ابع
عن الشعبيّة

عبى في التراث

عن الشعبيّة :

مقدمة :

يعالج هذا الفصل موضوع «الطب الشعبي والأمراض الشعبية»، وقد عرضنا في مبحثين جاء الأول بعنوان «الطب الشعبي في التراث الأنثربولوجي»، استعرضنا فيه التعريفات المختلفة للطب الشعبي والسميات العديدة التي أطلق她 عليه في سياق هذه التعريفات وتناولنا كل منها بالشرح والتحليل وخلصنا إلى وضع تعريف إجرائي له. ثم عرضنا أهم المصادر الثقافية للطب الشعبي وجذوره القديمة التي ترجع إلى العصر الفرعوني وما يتصل بها أيضاً من أصول مستمدة من العصر الإسلامي، وبالمثل تلك المصادر الثقافية التي أثرت في معتقداته ثم أوردنا العلاقة بين الطب الشعبي والنظريات الطبية القديمة سواء النظريات المصرية القديمة من قبيل نظريات الأخلاط الأربعة والعناصر الأربعة والصفات الأربعة، أم نظرية الحر - البارد في أمريكا اللاتينية، ونظرية الأيونوفيدا الهندية. ثم تعرّضنا بالبحث لأهمية الطب الشعبي لتبين أهم السمات التي تميّزه عن الطب الحديث ثم النظرة المستقبلية للطب الشعبي.

وجاء المبحث الثاني بعنوان «الأمراض الشعبية»: المسببات والعلاج والذي ميزنا فيه بين نظرة الطب العلمي لأسباب المرض على أساس فسيولوجية - بائولوجية ونظرة الطب الشعبي لأسباب المرض والتي تعزي إلى أسباب طبيعية وأسباب فوق الطبيعية. ثم تناولنا الأمراض الشعبية من حيث تعريفها والمسببات العامية لها في ضوء النظريات الشعبية لمسببات المرض. ثم تناولنا أنماط المعالجات الطبية والافتراضات التي تقوم عليها سواء في الطب الحديث أو في الطب الشعبي والتي تنقسم إلى أنماط رئيسية تضم (الطب الأوليائي، المعالجة الطبيعية والشعبية) وأنماط ثانوية تضم (تقويم العظام، تقويم العمود الفقري يدوياً، الوخز بالإبر الصينية... الخ) واستعرضنا أهم المعالجات الشعبية التي تشتمل على (العلاج بالنباتات والأعشاب الطبيعية، والعلاج بالصوم عن الطعام، وتجبير العظام وعلاج الأمراض بالحجامة والعلاج بحلقات الذكر وحفلات الزار).

المبحث الأول

الطب الشعبي في التراث الأنثربولوجي

مقدمة :

يتمثل الطب الشعبي في مجموعة من المعتقدات الشعبية والممارسات العلاجية الطبية التي استخدمت منذ أزمان بعيدة في كل الثقافات القديمة لمعالجة الأمراض بواسطة مجموعة من الأشخاص ممن يعتقدون أنهم يملكون القدرة على معالجة الناس. كما تمتذ جذوره في جميع النظم والأنماط العلاجية المتواصلة منذ بداية الثقافة، فقد ازدهر فترات طويلة قبل تطور الطب العلمي المعول عليه حالياً في معظم بلدان العالم. ثم أصبح يمثل أحد الفروع الدراسية الهامة لعلم الغولكلور والعادات الشعبية منذ منتصف القرن التاسع عشر، واستمر في تطوره إلى جانب الطب الحديث، ثم ازدادت أهميته في السنوات الأخيرة مع تطور علم الأنثربولوجيا الطبية وعلم الاجتماع الطبـي.

ولما كان الطب الشعبي يمثل أحد جوانب القيم والمعرفة الثقافية فإنه ينظر إليه على أنه نظام علاجي يبنـي على أشكال وطرق تقليدية من السلوك والتصرفات التي تقاوم المرض^(١). أما بالنسبة للنظر إليه على اعتبار أنه مصطلح، فهو تعبير حديث نسبياً أدخل ليعني علاج الشخص المريض بواسطة مـعالـجين غير مرخص لهم رسميـاً بالقيام بعملية العلاج بما فيهم هؤلاء الذين يمارسون الطب السـحرـي والـعلاـج بالأعشاب^(٢). وكثيراً ما يباح استعمال هذه الممارسات الشعبية لتخفيف ألم المرض أو لإعادة التوازن للمرضي المصـابـين بـمـرضـ جـسـمي أو وجـدـاني أو كـلاـهما وـذـلـك بنـاء على شـكـواـهم أو وـفـقاً لـمـعـقـدـاتـهـم الدينـيـة^(٣).

(1) Hand W., Op., Cit., p. 17.

(2) Snow L., "Folk Medical Beliefs and their Implication for Care of Patients: A review Based on Studies Among Black Americans", Ann Intern Med 81, 1974: p 82.

(3) Hand W., Op., Cit., P. 18.

ويختلف الطب الشعبي عن كثير من المعتقدات الشعبية فهو لا يندرج كله تحت الأشكال الوهمية كما أنه ليس ثمرة لنوع من الفكر الخرافى أو الغيبي، ولذلك ليس من المتوقع أن يختفى اختفاءً كلياً في المجتمعات التي تأخذ بأساليب العلم الحديث، وذلك لأنه يتضمن في بعض جوانبه ذخيرة من الخبرة الشعبية المتراثة التي صقلتها المحاولة والخطأ^(١) فقد يلتمس الكثير من الناس مساعدتهم حينما يصابون بالمرض، كما يأمل البعض في جدوبي رعايتهم الطبية في حين يرفض الآخرون هذه الرعاية لتعارضها مع العلاج الديني. وعلى الرغم من أنهم لا يحددون الأسلوب أو الطريقة التي يستخدمها كل منهم، يمكن اعتبار كلاً من هاتين الممارستين جزءاً من الطب الشعبي^(٢).

وتعرف تقاليد وعادات الطب الشعبي بين كل المشتركين في ثقافة معينة بشكل دائم ومشهور حيث تنتقل من جيل إلى جيل من خلال المشافهة، ومع ذلك فإن نظام الطب الشعبي نفسه يعد نظاماً مرنًا حيث يسمح باستخدام أفكار جديدة عن المرض والممارسات العلاجية كما يستعيير الكثير منها من الطب القديم والحديث^(٣).

كما يمثل الطب الشعبي أيضاً جانباً أساسياً من عادات وتقاليد المجتمعات التي يمارس فيها. ومع احتمال انحسار استعماله في بعض المجتمعات فإنه ما زال متداولاً في مجتمعات أخرى وما زالت نظمه وأنماطه تسيطر على أنشطة العلاج الأهلية بها، وذلك لأنه على الرغم من الاكتشافات الحديثة في مجال العقاقير والأدوية الطبية والتوسيع الشديد في الخدمات الصحية في كثير من المجتمعات وارتفاع الوعي الصحي فيها فلم تختف ممارسات الطب الشعبي. كم يمكن القول أن زيادة التعقيبات والتقنيات وتكلفة الطب الحديث في الوقت الحالى تعد عوامل محفزة لاحياء وتجديد الطب الذاتى واستخدام المستحضرات النباتية الطبية وبالتالي تجديد الممارسات الطبية الشعبية^(٤).

(١) محمد الجوهري، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سابق ذكره، ص ٥٢١.

(2) David J. Hufford, Op., Cit., P. 723.

(3) Hand W., Loc., Cit.,

(4) Idem.

ويوجد الطب الشعبي حالياً في جميع المجتمعات الحديثة، وينعكس عملياً على كل المرضى والأطباء بدرجة معينة، كما يعد المصدر الأساسي لأفكار وقيم الطب البديل. الذي يعرف بكل الأفكار والممارسات الصحية التي لا يتضمنها النظام الصحي السائد سياسياً في مجتمع معين وفي فترة زمنية معينة، بمعنى الأفكار، والممارسات الصحية التي لا تشكل النظام الصحي الرسمي في المجتمع - والتي تعتمد بشدة على تقليد لفظي وتتأثر بقوة بالمعايير والقيم الثقافية. ومن ثم يتشكل الطب الشعبي بصفة عامة من المعتقدات الصحية العامة وغير الرسمية الموجودة في كل المجتمعات^(١). وهو بذلك عكس الطب الحيوي التقليدي الذي يحدد بتدخلات في الشؤون الطبية تدرس في المدارس الطبية ويصرح به بواسطة التراخيص والشهادات العلمية واعتماد الأطباء. ومع أن الطب الشعبي يرتبط بصفة عامة بالأفراد داخل مجموعات عرقية معينة، فهناك مجموعة كبيرة من العلاجات الشعبية تنتشر بشكل واسع في معظم المجتمعات مثل الوخز بالإبر الصينية والمعالجة بالطبيعة والطب العشبي، كما يندرج داخل الطب الشعبي أيضاً الممارسات والمعتقدات الدينية التي يعتقد أنها تؤثر في الصحة مثل العلاج من خلال وسيط والعلاج بالتأمل وبالإيمان والعقيدة^(٢). كما يعد أيضاً الملمح الرئيسي للاختلافات الثقافية بين المرضى، ويمثل في نفس الوقت الجانب الأساسي للسلوك الصحي الذي يشترك فيه جميع المرضى والذي يجب أن يؤخذ في الاعتبار في الرعاية الصحية لأي مريض في المجتمع^(٣).

وعلى الرغم من الأهمية الكبيرة للطب الشعبي فإن أكثره يعد طبًا غامضاً وغير مدرك بالنسبة لهؤلاء الذين يعارضونه. كما تظهر أهميته في الواقع من حيث أنه غزير جداً ومتتنوع لكي يتعلم منه الأطباء كل الممارسات والمعتقدات الهامة التي

- هذا التعريف موضوع برواضحة مؤتمر مناهج بحث الطب البديل والمكمل المقام تحت رعاية مكتب الطب البديل بالولايات المتحدة الأمريكية (NIA) عام ١٩٩٥ .

(1)David J. Hufford, Loc., Cit.,

(2) Wad fogel S. "Spirituality in Medicine", Primary Care, 24, 1997: P. 963.

(3) David J. Hulford, Loc., Cit.,

تؤثر في مرضاهما . وبالآخر يحتاج المطربون أن يتعلموا ما هو الطب الشعبي وكيف يتعرفون على تأثيراته الطبية على سلوك المريض وكيف يتوصلون إلى اتفاق مع المريض حينما يمثل الطب الشعبي خطورة على حياته بطريقة ما^(١) .

وغالباً ما ينظر إلى الطب الشعبي على أن استخدامه مقصور على الفقراء وغير المتعلمين ، غير أن حقيقة هذا الموضوع هي أن معظم الناس يستخدمون شكلًا من أشكال الطب الشعبي والذي يسمى بالعلاج المنزلي أو رعاية الأمهات من خلال تجربة شرب أنواع من الشاي أو الحساء والأدوية العشبية أو أدوية الطب الشعبي الأخرى لكي تساعد على علاج مجموعة كبيرة من الأمراض والحالات بدءاً من معالجة حالات البرد الشائعة إلى معالجة حالات التعب الشديد . وعادة ما تعطى هذه المعالجات في منزل الشخص المريض أو في منزل بعض أقاربه أو حتى في منزل المعالج نفسه . وهناك أسباب كثيرة للجوء إلى الطب الشعبي وتفضيله على نظم علاجية أخرى أهمها أنه أسرع تأثيراً في علاج الأمراض الثانوية التي لا تحتاج إلى استشارة طبيب ، والاستمرار في رعاية الشخص المريض من خلال التوجيه الذاتي ، وسهولة الوصول إلى مصادر العلاجية والقدرة على شرائها^(٢) . ثم هناك السبب الأهم وهو عدم الثقة في نظم الرعاية الصحية التقليدية^(٣) .

وسوف نستعرض هنا التعريفات المختلفة للطب الشعبي وتناول كل منها بالشرح والتحليل مع اقتراح تعريف إجرائي له . ثم نعرض أهم المصادر الثقافية للطب الشعبي وأهميته والنظرة المستقبلية له .

(1) Ibid., PP. 723-724.

(2) Wilkinson D.Y. "Traditional Medicine in American Families: Reliance The Wisdom Elders" Marriage and Family Review, 1987: 11,3-4: P. 65.

(3) Bakx K., "the Eclipse of folk Medicine in Western Society", Sociology of Health and illness, 1991: 13,1: p. 20.

أولاً : تعريف الطب الشعبي :

هناك مسميات عديدة أطلقت على الطب الشعبي مثل: الطب المحلي أو الأهلی، والطب التقليدي، والطب البديل، وطب الأعشاب وأحياناً الطب المكمل، ومن ثم فقد تعددت التعريفات الموضعة له في سياق هذه المسميات.

فقد تنظر هذه التعريفات إلى الطب الشعبي على اعتبار أنه موروث شعبي ينتقل عبر الأجيال، أو قد تشير إلى تعريفه بالممارسات الطبية التي تمارس من خلاله أو بأنماط المعالجين الشعبيين الذين يمارسونه. كما قد تشير في بعض الأحيان إلى تحديد نوعية الوسائل العلاجية الطبية التي تجري فيه أو إلى المجتمعات والجماعات الثقافية التي يمارس في داخلها. وقد يعرف أيضاً من خلال التمييز بينه وبين الطب الرسمي أو من حيث نظرته إلى مسببات المرض. وتتلخص هذه التعريفات فيما يلى:

١- يعرف الطب الشعبي من حيث أسلوب توارثه بين الأجيال بأنه^(١):

أ- يعتمد بدرجة كبيرة على النقل اللفظي (السمعى)، وبالرغم من أنه قد يتأثر بالمطبوعات مثل الكتب والنشرات ... الخ

ب- يعد نظاماً غير رسمي في البناء الصحي نسبياً، بالرغم من أنه قد يتم تدريب المتخصصين فيه في مراكز تدريب مهنية رسمية.

ج- لا يهدف إلى الربح، مع أن بعض المتخصصين فيه مثل العشابون قد يتقاضون بعض المدفوعات النقدية أو المبادرات.

ونظراً لأن كل خصيصة من هذه الخصائص التعريفية تمثل جزءاً من كل، فمن المنطقي أن تكون بعض هذه الموروثات أكثر أو أقل شعبية من موروثات أخرى.

٢- كما يشير تعريف الطب الشعبي. وفقاً لنوعية الممارسات التي تمارس من خلاله، وأنماط المعالجين الشعبيين الذين يمارسونه إلى أنه^(٢):

(1) David J. Hufford, Op., Cit., P. 370.

(2) Rosina M. Becerra, Alfreda P. Glhart, Op., Cit., PP. 37-38.

أ - ممارسات طبية شعبية خاصة بأعضاء جماعة عرقية معينة مثل الطب الشعبي الصيني أو الطب الشعبي المكسيكي الأمريكي.

ب - يمارس بواسطة ممارسين طبيين من خارج المؤسسات الطبية الرسمية.

ج - 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 بدلاً من العناية الطبية المدرية

٣ - كما تنظر منظمة الصحة العالمية إلى الطب الشعبي على اعتبار أنه شكل من أشكال الطب التقليدي وتعرفه بأنه يشير إلى الطرق والوسائل التي وجدت قبل ظهور الطب العلمي الحديث. كما تتضمن أيضاً المعالجات الصحية التي تنتهي إلى تراث كل مجتمع وتنتقل من جيل إلى جيل. وتلمح المنظمة في هذا التعريف إلى أن النظم الصحية التقليدية تناسب احتياجات المجتمعات المحلية على الإجمال منذ عدة قرون، فالصين والهند طورت على سبيل المثال من نظمها الطبية مثل الوخز بالإبر الصينية وطب الأ Fiorifida *، ويشير هذا التعريف من الناحية العملية إلى الممارسات التالية: العلاج بالوخز بالإبر الصينية والمولادات (القابلات) والمعالجون النفسيون وطب الأعشاب^(١).

٤ - وجاء في تعريف الجمعية الطبية الأمريكية للطب الشعبي أن هذا المصطلح كثيراً ما يستخدم في المراجع العلمية بالتبادل مع مصطلح الطب البديل والطب المكمل على الرغم من وجود اختلافات دقيقة في معانى هذه المصطلحات. فالطب البديل والطب المكمل اسمان واسعان لكل الممارسات الصحية التي تخرج عن الطب الحيوي التقليدي ولكن قد تزيد من استخدام العلاج الطبي الحيوي وتشمل هذه الممارسات:

* الأ Fiorifida الهندية أسلوب علاجي يعود إلى بضعة الآف من السنين ويستخدم في الهند للوصول إلى حالة من الصحة التامة عن طريق التوازن بين الجسم والعقل والأحاسيس والدروج والكشف عن أسباب عدم التوازن، كما يقترح أدرية طبيعية وغذاء طبيعي لإعادة التوازن.

(1) Valery Abrumov, Traditional Medicine, Fact Sheet Who, N. 134, Spetember 1996; <http://www.Who.Int/Inf-23/4/2000>.

الطب الشعبي مثل طب الاعشاب والعلاج بالتصريع والابتهاه ... الخ والأمور فيما
الهندية والعلاج باليوجا والتدعيم والزيوت العطرية والعلاج بالتنظيم الغذائي، كما يعد
الطب الشعبي - من ناحية اخرى نظاماً فرعياً من الطب البديل والطب المكمل، وهو
يشير بشكل عام إلى استعمال الشخص العامي للمعالجات والأدوية المنزلية والتقليدية
وذلك على عكس مصطلح الطب الحيوي التقليدي الذي يشير إلى المعالجات والأدوية
التي تتبني على نموذج طبى للرعاية الصحية^(١).

٥- وهناك أيضاً العديد من الدراسات التي تناولت تعريف الطب الشعبي:

فقد عرفته إحدى الدراسات الأنثropolوجية التي أجريت عن الطب الشعبي في مجتمعين محليين في مصر^(٢) بأنه مجموعة المعرف والمعتقدات والممارسات التي يمارسها أعضاء المجتمع والتي تتوارث من جيل إلى آخر، وأن هذه المعرفة تنحدر من إطار الثقافة الشعبية وليس من إطار الطب الحديث وإن كان التحليل العملي قد أثبت أن بعضها يتسم ببعض الكفاءة العملية، ويستطيع أي عضو من أعضاء المجتمع أن يستوعب هذه المعرف والمعتقدات وبالتالي يستطيع أن يقوم بتحديد الأسلوب العلاجي الذي يحتاجه، أي أن الطب الشعبي في هذه الحالة هو طب العامة من أعضاء المجتمع أو قد يلجأ الشخص إلى ذوي الخبرة والمتخصصين في العلاج الشعبي. كما أن أساليب العلاج الشعبي ليست أساليب بالية بل إن كلاً منها قد ارتكز على أساس معين بالنسبة لجماعة من الناس سواء أكانت هذه الاساليب أساليب بدائية أم أساليب أثبتت التحليل كفاءتها فيما بعد. ورأى هذه الدراسة أنه من الصعب التعميم في مجال الطب الشعبي لأن كلاً من مفهومي المرض والعلاج يختلفان باختلاف ظروف المجتمع الاجتماعية والثقافية.

(1) Fugh-Berman A., "Alternative Medicine: What Works", Baltimore, Williams and Wilkins, 1997. Quoted in : Report 13 of The Council on Scientific Affairs (A-97), AMA, Folk Remedies Among Ethnic Subgroups.

(2) مرفق العشماوي، مرجع سبق ذكره، ص من ٢٤٠ - ٢٤١ .

كما أكدت دراسة انتريولوجية أخرى عن الطب الشعبي في الريف العربي^(١) على أن الطب الشعبي جزء من المعارف الشعبية التي تكونت عبر أزمنة طويلة واستمرت بسبب ارتباطها بالطبيعة ويظروف اجتماعية، وهو نوع من التداوى يقوم به محترفون أو غير محترفين يستخدمون النباتات وبعض أجزاء من الحيوانات والدهانات. كما أكدت هذه الدراسة أيضاً على أن معظم الممارسات الطبية الشعبية تحوي قدراً من الممارسات الخرافية، وأن طرق علاجه تتسم أحياناً بالغموض بحيث لا يستطيع الشخص أن يدرك جدواها الفعلية ويصعب عليه أن يعطي لها تفسيراً صحيحاً.

كما أشارت هذه الدراسة أيضاً إلى التعريف الذي أورده دون يودر (Don Yoder) في إحدى الدراسات التي عالجت موضوع الطب الشعبي من حيث المفاهيم المتصلة به وتقسيماته والمواد العلاجية الشعبية والعلاقة بين الطب الشعبي والأولياء والقديسين، وأوضح فيه أن هناك فرعين رئисيين للطب الشعبي هما:

أ - الطب الشعبي الطبيعي.

ب - الطب الشعبي الديني - السحري (أو ما يعرف أحياناً بالطب الغامض).
وانتهي يودر (Yoder) إلى أن الطب الشعبي هو: جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض والعلاج، وما يتصل بذلك من سلوك وممارسات تتعلق بالوقاية من المرض ومعالجته، بعض النظر عن النسق الرسمي للطب العلمي.

وفي دراسة أخرى عن الطب الشعبي في دول الخليج العربية^(٢) عرفت الطب الشعبي بأنه التطبيب من الأمراض أو الأعراض الصحية والنفسية عن طريق الأعشاب والأدوية الشعبية أو الممارسات التقليدية والتي أمكن التعرف عليها منذ القدم بواسطة مطبيين محليين أو شيوخ دين.

(١) عبد الرحيم أبو كريشة، مرجع سابق ذكره، ص ص ٢٥-٢٦، ١٦-١٧.

(٢) عبد الرحمن مصيفر، الطب الشعبي في دول الخليج العربية - فصل من كتاب التراث الشعبي، الإمارات العربية المتحدة، دبي: ١٩٩٦، ص ١١٣.

كما رأت دراسة أنثروبولوجية أخرى عن الطب الشعبي الليبي ودوره في الأنساق العلاجية في منطقة البطنان^(١) أن الطب الشعبي هو مجموعة من المعتقدات والخبرات والممارسات المتوارثة أو التي يتم تعلمها والمنقولة شفاهياً والمرتبطة بالبيئة الأيكولوجية للمجتمع المحلي بشكل كبير وكذلك بالبناء الاجتماعي وبالثقافة السائدة، ويمارسها فئة من أعضاء المجتمع المتخصصين وخاصة كبار السن وتهدف بالدرجة الأولى إلى تحقيق التكيف الذاتي للمرضى وإزالة أسباب الشكوى والتحول من الدور السلبي الذي يفرضه عليه المرض إلى الدور الإيجابي الفعال وممارسة حياته اليومية بشكل طبيعي.

وهنا نقترح تعريفاً إجرائياً للطب الشعبي كما يلي :

«الطب الشعبي هو مجموعة الأفكار والمعتقدات الشائعة في المجتمع حول أنماط المرض والنظرة العامة لمس بياته، والأنساق الثقافية التي تحدد طريقة المجتمع في اختيار المعالجين الشعبيين، والممارسات العلاجية الشعبية خارج النسق الطبي الرسمي والتي تشمل الطقوس والعادات والوصفات العلاجية المتعلقة بإجراءات الوقاية من المرض ومعالجته».

ثانياً: المصادر الثقافية للطب الشعبي

يعد الطب الشعبي جزءاً من الثقافة والمعارف الثقافية الموجودة في كل المجتمعات. والثقافة في هذا السياق ليست مجرد مجموعة من الأساطير والخيالات الاجتماعية ولكنها تعنى الموروث الابيولوجي الكلى للإنسانية وهى تشمل - بهذا المفهوم - الحقيقة والخيال والجيد والردىء والفعال وغير المجدى والعلم والطب واللغة والدين والمؤسسات التعليمية والبناءات الأسرية- بمعنى أن ما يكتسب بالتعلم وينتظر اجتماعياً يمثل جانباً من الثقافة^(٢).

(١) بحثي مرسى بدر، الطب الشعبي الليبي ودوره في الأنساق العلاجية - دراسة أنثروبولوجية في منطقة البطنان مقدمة إلى مؤتمر الثقافة الشعبية والتنمية بجامعة المنصورة، أكتوبر: ١٩٩٩، ص ٨.

(2) David J. Hufford, Op. Cit., P. 725.

وقد ترتبط بعض مظاهر الثقافة بمجموعات عرقية أو قبالية معينة مثل ثقافة أبناء النوبة في مصر أو ثقافة بعض المجتمعات البدوية في الصحراء الشمالية في مصر، أو قد ترتبط بتجمعات اجتماعية معينة مثل ثقافة الطب - بمعنى المعرفة العلمية والاجتماعية للعاملين في المهن الصحية - أو ثقافة جماعة من صيادي الأسماك في مجتمع معين - وهو محور اهتمام الدراسة الراهنة . وهناك أيضاً بعض الجوانب الثقافية الأخرى التي تعتبر جوانب عامة ولا تقتصر على جماعة معينة مثل الاعتقاد في نظرية (البارد - الحار) كطب شعبي عالمي لوقاية من أمراض البرد.

ومع ذلك يجب أن لا نفهم الثقافة على أنها تعنى التشابه والإنساق من شخص لأخر أو أنها بمثابة شيء نمطي مكرر يفتقر إلى الصفات الفردية المميزة . كما أنها لا تمثل أي إشكالية أو تعقيد في عملية الرعاية الطبية ، بل إنها مصدر الحلول لكل مشكلة بدءاً من التدخل الجراحي إلى المساندة العائلية إلى المعالجة بالمواد الكيماوية إلى المعالج الديني . وبالتالي فإن فهم الجذور الثقافية للطب ، وكذلك فهم المخزون الضخم والغنى من المصادر الثقافية المختلفة في كل المجتمعات للتعامل مع المرض بعد عنصراً أساسياً في الرعاية الطبية الفعالة^(١) .

١- الجذور القديمة للطب الشعبي :

ترتكز المعتقدات والممارسات الطبية والشعبية عند جميع الشعوب وفي كل العصور على معتقد أساسي يرى أن الله خلق لكل داء دواء وعلى الإنسان أن يسلك الطريق السليم للبحث عن هذا الدواء . ويتباين الناس في مدى ما يصيبهم من حظ في الوصول إلى الدواء المناسب ، ولا تختلف أقدم الشعوب البدائية مع الطبقات الشعبية في أي مجتمع حديث في هذا الأمر . ولأن الممارسة الطبية الشعبية كانت ترتكز في جانب كبير منها على المحاولة والخطأ ، فقد كان من الطبيعي أن تتزايد درجة إنقاذ الشعب لطرق العلاج الشعبي على مدار العصور ، وتأكيداً لمقوله فولجن (Folgen) أن تاريخ الطب الشعبي في العالم ليس إلا تاريخ الطب نفسه^(٢) .

(1) Idem., PP. 724-725.

(2) محمد الجوهري، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص ٤٧١ - ٤٧٤ .

وترجع الجذور القديمة للطب الشعبي إلى عدة مصادر أهمها الكتب الطبية الفرعونية المسماة بـ القراءات الطبية والمحفوظة على أوراق البردي المصري ومسطر عليها أهم الأمراض وأعراضها وطرق علاجها بالعقاقير النباتية التي كانت تتكون من الأمزجة والمراهم والأدمنة والحبوب والاستنشاق والحقن الشرجية وغير ذلك. وأضخم هذه القراءات هو قرطاس إبرس نسبة إلى مكتشفه الأنثى الألماني (Ebers) والذي عثر عليه بمقابر مدينة طيبة القديمة سنة ١٨٦٢ ميلادية ويرجع تاريخه إلى سنة ١٥٥٠ قبل الميلاد ويحتوى على ٨٧٧ وصفة طبية وهو محفوظ الآن بمتحف (ليبزيج) الألماني. وكذلك قرطاس هيرست الذي يرجع تاريخه أيضاً إلى سنة ١٥٥٠ قبل الميلاد وعثر عليه في منطقة دير البلاص بالوجه القبلي سنة ١٨٨٩ ميلادية ويحتوى على ٢٦٠ وصفة طبية وهو موجود الآن في جامعة كاليفورنيا بالولايات المتحدة الأمريكية بالإضافة إلى القراءات الطبية الأخرى مثل قرطاس برلين الطبي رقم ٣٠٣٨ والذي يرجع تاريخه إلى سنة ١٣٥٠ قبل الميلاد والذي عثر عليه (بسالاكا) في القرن التاسع عشر بمقدمة سقارة، وقرطاس (ادرين سميث) الذي عثر عليه بمقبرة الأقصر عام ١٨٦٢ ميلادية ويرجع تاريخه إلى سنة ١٧٠٠ قبل الميلاد^(١).

كما يستدل من بعض المصادر القديمة * أن الطب البدائي الذي يعد المصدر الأول للطب الشعبي كان يعتمد أساساً على الدين والسحر كما كان يتضمن أيضاً استخداماً متزايداً للأعشاب الطبية والمنتجات المعدنية وأن كل الأمراض كانت تعالج في الأصل بواسطة (الشaman) الكاهن أو الطبيب الساحر أو بواسطة بعض الممارسين الشعبيين الآخرين الذين لديهم القدرة على طرد الأرواح الشريرة التي تسبب المرض. ويمضي الزمن أصبح المعالجون أكثر تخصصاً، كما لاحظ المؤرخ الإغريقي هيرودت تزايد التخصص بين الأطباء المصريين^(٢).

(١) حسن كمال، الطب المصري القديم، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، ١٩٩٨، ص ٣ - ٤.

* هذه المصادر هي (الازارفانيا) وهو الكتاب الرابع للدوانة الهندية والمسطر حوالي سنة ١٢٠٠ قبل الميلاد، و(يتري) المجمع من قرطاس كاهن الطبي في مصر القديمة والذي عثر عليه بدرى في اللاهون بمديرية الفيوم عام ١٨٨٩ ويرجع تاريخه إلى سنة ١٨٠٠ قبل الميلاد، و(الافستا) وهو كتاب الزارد شنبه المقدس وهي الديانة الفارسية القديمة المنسوبة إلى زارديشت والمؤلفة في حوالي القرن السادس عشر بعد الميلاد.

ويسوق حسن كمال في كتابه الطب المصري القديم الدليل على ذلك فيقول :

لقد تواجدت شخصية ساحر القرية أو طبيبها أو ولديها أو كاهنها في كل الأزمنة السحرية فيسائر جهات الأرض، ونسبت إليه موهب خارقة للعادة، حيث كان يلجأ الناس إليه إذا أصابهم مرض وعجزوا أمامه لكي يتلمسوا منه المعرفة الإلهية. وعلى مدى التاريخ القديم يجد الإنسان في كل بقعة من بقاع الأرض الطبيب الساحر مرتدياً رداءه الخاص المتغير بتغير الوسط الاجتماعي، فهو أحياناً غول، وأحياناً حيوان ضخم يتكلم كلاماً غامضاً بصوت جهوري مشفوع بدقائق الطبول للتاثير على المرضي نفسياً ولا تزال البقية الباقيه من هذه الطائفة ممثلة في مجتمعنا في عالمة الزار وفي الغجريات اللاواتي ينادين في الأحياء الأهلة نبين زين ونرمي الودع وندق ونطاهر^(١).

كما توضح الدراسات الحديثة أن أصول الطب القديم ترجع إلى مجموعة معلومات دينية وطب ركة * امتزجت معاً وكانت الطب البدائي الذي ما ثبت أن تفرع إلى ثلاثة شعب معينة هي: الطب الروحاني والطب الديني والطب الحقيقي^(٢) وهو ما يؤكد أن المعرفة الطبية الشعبية كانت منتشرة بدرجة كبيرة بين الحضارات القديمة وخاصة في مصر الفرعونية، ثم تتابعت مراحل تطورها خلال النهضة الاغريقية من «أبو قرات» في القرن الرابع قبل الميلاد حتى «ديوسكوريوس» مؤلف كتاب المادة الطبية الشاملة لأكثر من ٥٠٠ نبات طبى وعطرى وعقار معدنى كوصفات وعلاجات شعبية للعديد من الأمراض^(٣).

(١) حسن كمال، مرجع سبق ذكره، ص ١١.

* الركة في اصطلاح النساء المجائز قطعة من الخشب يلتفض عليها الكتان لإزالة ما اعتوره من المواد الغريبة وكانت تدور المحادثة بين النساء أثناء هذا العمل على الانتحار بنجاح وصنة جريتها إحداهمن لبعضها أو لبعضها أو فرد من أفراد عائلتها ومن هنا نسبت هذه الوصفات للركه. والركرة في القاموس والركللة بكسر الكاف هي المرأة العجوز الضعيفة العقل وهذا هو السبب في تسمية رصفات النساء بعلم الركة لأن مصدرها أوهام المجائز ومعتقداتهن الباطلة. المصدر: عبد الرحمن إسماعيل، طب الركة، المطبعه البهيه بحوش قدم بمصر المحمية، الطبعة الأولى، ١٣١٠هـ، ص ٨-٧.

(٢) حسن كمال، مرجع سبق ذكره، ص ٥٤.

(٣) سمير عبد العزيز، اللدارى بالأعشاب الطبية، (بحث مقدم إلى مؤتمر الثقافة الشعبية والتنمية بجامعة المنصورة، أكتوبر، ١٩٩٩)، ص ٤-٥.

٢- الطب الشعبي في العصر الإسلامي :

لم يكن في شبه الجزيرة العربية في عصر ما قبل الإسلام سوى طب بدائي، ولذلك كانت المعرفات والمهارات الطبية نتيجة الاكتشافات العرضية والملاحظة. وفي كثير من الأحيان كانت هذه المعرفات تمتزج بالسحر والمعتقدات الخرافية إلى أن اكتشف العرب الطب الإغريقي والطب الفارسي من خلال الفتوحات الإسلامية لمصر وبلاد ما بين النهرين وبلاد فارس. ثم تأسست المدرسة الطبية الإسلامية في بلاد المشرق في أواخر القرن التاسع وحتى ملتصف القرن الثالث عشر المشهورة بأسماء شخصياتهم العظيمة من أمثال: الرازى^(١)، وابن سينا وابن النفيس وابن داود الأنطاكي مؤلف تذكرة أولى الألباب المعروفة باسم تذكرة داود لاشتمالها على كثير من الأمراض وأعراضها والوصفات الطبية التي تعالجها وتؤدي إلى سرعة الشفاء منها. ثم تبعتها المدرسة المغربية في بلاد المغرب من أمثال: الزهراوى وابن زهر وابن رشد. ومن الجدير بالذكر أن المدارس الطبية الأوروبية تأسست بعد ذلك في القرنين الحادى عشر والثانى عشر فى سالىرونو بإيطاليا ومونتلىير بفرنسا بفضل ترجمة المؤلفات العربية إلى اللغة اللاتينية بواسطة قسطنطين الإغريقي حيث بدأ ينتشر الطب شيئاً فشيئاً في أوروبا^(٢). كما تجدر الإشارة أيضاً إلى أن الآثار الروحية للإسلام طفت على ما كان موجوداً من عطارة وأعشاب في الطب التقليدي في البلاد العربية قبل الإسلام، كما ازداد الطب العربي الإسلامي ازدهاراً أيام العباسيين وأيام الحضارة العربية في الأندلس إلى أن جاءت الامبراطورية العثمانية باهتماماتها العسكرية الحديثة، فتسربت أساطير القرون الوسطى وخرافات المشعوذين والدجالين ونسبت إلى المجتمعات العربية والإسلامية، وتجاهل بعض المؤرخين ما انتقل إلى أوروبا من الحضارة العربية الإسلامية، وفي مقدمتها علوم الطب والصيدلة والفالك والاجتماع وخاصة ما يسمى بالطب الشعبي في مقابل الطب الحديث أو الطب التقليدي. وما اتسم

(١) Savage S. E., "Islamic Culture and Medical Arts", U.S. National Library of Medicine (NLM), [http://www- ningov/](http://www-ningov/): (1998). 17/3/2000.

(٢) بدر التازى، مرجع سبق ذكره، ص ١٩ - ٢١ .

به الطب العربي الإسلامي من تحرره من مفاهيم السحر والجان وحدوث اكتشافات وأبتكارات ومستحدثات في المعرفة الطبية نتيجة محاولات وتجارب عديدة وليس نتيجة الصدفة^(١).

فمن السمات الواضحة في الطب الإسلامي تحرره من مفاهيم السحر والجان وسيادة الجانب الروحي على ممارساته واحتواه على جوانب شعبية وأخرى علمية. ويذكر العصر الإسلامي بالعديد من العلماء المسلمين الذين اشتهروا بمكانتهم الطبية. ومن أشهر هؤلاء العلماء ابن سينا الملقب بالشيخ الرئيس وكان طبيباً وشاعراً وفيلسوفاً ويعالج الأمراض بلا مقابل وقد تعرض في كتابه القانون لما يمكن تسميته الآن بعلم وظائف الأعضاء وعلم الأمراض وعلم الصحة وعلم الأدوية والتشريف وكانت له نظرة شاملة إذ كان ينظر إلى المرض وظروفه الاجتماعية ومقدار شدته وسن المريض. وكذلك الكندي الذي استخدم الموسيقى للتأثير على المرضى. والطبرى صاحب كتاب فردوس الحكمة الذى تحدث فيه عن كيفية استخدام الأدوية والفصى والحجامة والغذاء الصحى. وابن البيطار الذى يعد إمام النباتيين وشيخ علماء الأعشاب^(٢).

كما عالج القرآن الكريم الأسس التي يقوم عليها بناء الصحة المتكامل سواء على مستوى الفرد أو الجماعة وهي: النظافة والغذاء والرياضة والطهارة(طهارة الجسم والملابس) والرعاية الإنسانية للمحافظة على صحة الإنسان وتجنبه ما لا يستطيع أن يتحمله بدنـه، كما أورد العديد من التوجهات في مجال الطب العلاجي والوقائي.

وكذلك يؤلف الطب النبوى جزءاً هاماً من الطب العربي فى فجر الإسلام، فكان من أهم أهدافه - وهو طب وقائى - تصحيح الأخطاء الشائعة فى المعالجات الشعبية. والنـص على مشروعية الحمية ومشروعية التداوى بالأدوية المادية وعدم تنافيها مع التوكل على الله تعالى والإيمان بقدرـه. وبيان بعض المعالجات الروحية

(١) إبراهيم خليفة، مرجع سابق ذكره، ص ٣٧-٣٨.

(٢) المرجع السابق، ص ٤٧، ٤٨.

الإسلامية لتحمل مكان رقى الجاهلية كما صاحب الرسول عليه الصلاة والسلام الكثير من الأخطاء الشائعة في المداواة الشعبية كالمبالغة في المعالجة بالعسل والحجامة والكى والعذر (أمراض الحلق والبلعوم)، كما ورد في الأحاديث النبوية وفي أخبار الصحابة أسماء لأعضاء وأمراض وأعراض مما يشير إلى أن العرب كانوا على شيء من المعارف الطبية منذ قبل الإسلام^(١).

٣- تأثير المصادر الثقافية على معتقدات الطب الشعبي :

هناك ثقافة رسمية وأخرى غير رسمية. فالطب الشعبي يتكون من المعتقدات والممارسات غير الرسمية الموجدة في كل المجتمعات والتي تشمل على مجالات دينية مثل التصرع والابتهالات من أجل العلاج أو فكرة أن الإثم والخطيئة يسببان المرض، ومجالات أخرى مادية ومحسوسة مثل تناول إفطار ساخن لمقاومة برد الشتاء أو استعمال أعشاب معينة لمعالجة بعض الأمراض مثل (الزهرة الجزايرة لعلاج اللبلاب السام). وهو بهذا الوصف عكس الطب الرسمي الذي يبني على أساس رسمي - بمعنى أن الشيء يكون رسمياً إذا كان مرخصاً به بطريقة رسمية. وينتصف الطب الشعبي بالإجازة والاعتماد ولكنها إجازة غير رسمية مبنية على خبرة الحياة وليس على الشهادات العلمية والتراخيص الرسمية كما في الطب الرسمي. ولذلك تتغير وتتنوع ممارسات و BELIEFS الطب الشعبي بدرجة أكثر من معتقدات وممارسات الطب الرسمي^(٢).

وحيثما تسيطر الأفكار الدينية والثقافية على صياغة المفاهيم المتعلقة بالصحة والمرض فإن ذلك يعد بمثابة عوامل محفزة لاستعمال الطب الشعبي. وبالتالي تؤدي الاختلافات الثقافية إلى اختلافات كبيرة وهامة في أسباب وطبيعة المرض. فعلى سبيل المثال يرى سكان جزر الباسفيك أن المرض هو تعبير ومؤشر للمتناقضات والصراعات العائلية، كما يؤمن الأفراد بتفسية التوترات والخلافات العائلية غير

(١) راجع : محمد ناظم النسيمي ، الطب النبوي والعلم الحديث ، الشركة المتحدة للتوزيع - دمشق ١٩٨٤ الجزء الأول ، الجزء الثاني.

(2) David J. Hufford, op. cit, pp. 725-726

المقبولة اجتماعياً من خلال المرض بدلاً من تسويتها من خلال المواجهة والتحديات المباشرة^(١). كما يعتقد الكثير من الهنود الأميركيين أن القوي فوق الطبيعية غالباً ما تسبب المرض عقاباً لاستباحة المحرمات الدينية^(٢) كما ينظر أيضاً بعض الأميركيين الأفارقة إلى المرض بسميات دينية أو فوق طبيعية مثل أعراض السحر^(٣). ولذلك يرى كثير من الآسيويين من جنوب شرق آسيا أن المرض نصيب طبيعي من المعاناة المكتوية على الإنسان^(٤).

وعلى الرغم من وجود اختلافات ثقافية فيما يتعلق بالنظر إلى الصحة والمرض فإن معتقدات وممارسات الطب الشعبي تمثل نظاماً معرفياً متكاملاً لفهم المنطقى لأسباب المرض واتخاذ قرار بشأن العلاج. فهناك عادات وتقالييد طبية شعبية مختلفة تشتراك أيضاً في كثير من الخصائص والسمات المشتركة وهي:

أ - ينظر الطب الشعبي إلى أن الحالات الأساسية للمرض بصفة عامة هي نتيجة لنوع ما من عدم التوازن أو نقص التناغم والذي يتراوح بين الإثم والخطيئة إلى التوازن غير الملائم في العلاقات الشخصية.

ب - هناك مرجعية مشتركة للمسؤولية الشخصية في الطب الشعبي التي توفر العامل الأخلاقى الذى يساعد على تأكيد وضع الترابط بين صحة الفرد والجماعة أو المحيط المادى. هذا الطابع الأخلاقى الذى يلقي الضوء على الوظيفة الاجتماعية - النفسية لنظم العلاج الشعبي (تكامل خبرة المرض داخل رؤية ذات معنى للعالم).

(1) Douglas kc, Fujimoto D., "Asian Pacific elders: Implications for health care providers", clin Geriatr, 1995: 11:p. 69.

(2) Jackson LE, "understanding, eliciting, and negotiating client's multicultural health beliefs," Nurs Pract, 1993:18: p. 30.

(3) Barker-cummings C., et., al., "Ethinc differences in the use of peritoneal dialysis as initial treatment of end-stage renal disease JAMA, 1995: 274 p 1858.

(4) Uba L., "Cultural barriers to health care for southeast Asian refugees", Public Health Rep., 1992: 107. p. 544.

ج- عادة ما تكون ممارسات الطب الشعبي مركبة وتنطوى على أسباب متعددة أو نظرة كلية لأسباب المرض.

د - هناك تأكيد على أنواع مختلفة من الطاقة التي تحقق مفاهيم التنااغم والتكميل والتوازن، أمثلة الطاقة المحتوارة في الطبيعة (الطهي غير الملائم للأطعمة)، والأفكار فوق الطبيعية للمرض مثل (السحر) والتي توصف كطاقات موجبة أو سالبة وطاقات مدمرة للحياة.

وتتدخل هذه الخصائص المشتركة للطب الشعبي وتخدم مجموعة مركبة من الأهداف، ومع أن هدف الطب الشعبي هو علاج تأثيرات المرض مثل هدف الطب الحيوي المأثور فإن معظم نظم الطب الشعبي تساعد وتخدم أهدافاً لا ترتبط بالنموذج الطبي على الإجمال والتى يمكن أن تؤثر في ملاحظة وعلاج المرض. مثال: سوف تسمح معتقدات الطب الشعبي للفرد بأن ينظر إلى أبعد من العملية البايثولوجية الأساسية للسعى للتخلص عن المسئولية بالنسبة للمرض وتوسيع قائمة احتمالات التشخيص التي قد يوافق عليها الفرد. فالمسئولية قد تقع على المريض مثل: الخلاص من الخطيئة أو الإثم، وقد تقع على البيئة التي يعيش فيها المريض مثل السحر أو أي شكل من أشكال الشعوذة. ومن ثم فإن تحديد المسئولية يستوجب تركيز المعالجة الشعبية^(١).

ثالثاً: العلاقة بين الطب الشعبي والنظريات الطبية القديمة:

تبعد الممارسات الطبية الشعبية متشابهة بشكل بنائي في كل بلاد العالم، فقد احتفظت الجماعات العرقية القادمة من حوض البحر المتوسط ببعض المعتقدات عن المعالجين اليونانيين القدماء والتي تنطوى على نظرية توازنات معينة. وتنبني هذه النظرية على الاعتقاد بأن الجسم يجب أن يكون في حالة توازن بين الحار والبارد، والرطب والجاف، والضغط الخارجي والضغط الداخلي، وإذا ما اختلت هذه التوازنات ستكون النتيجة هي حدوث المرض. وهذا ما يعبر عنه هذه الأيام في شكل تحذير الأم لطفلها بأن لا يخرج إلى الهواء البارد بعد حمام ساخن خوفاً من المرض^(٢).

(1) David J. Hufford, Op., Cit., PP. 723-741.

(2) Snow L., Loc., Cit.,

كما أن أحد المفاهيم السحرية التي انتشرت وسط هؤلاء الناس عن أسباب المرض هو أن المرض يمكن أن يحدث من جراء العين الشريرة (الحاسدة)، فالتحديق في الناس وتسديد نظرة إعجاب شديد أو التملق البغيض أو إظهار الحسد الصريح تضرب كلها الأمثلة للعين الحاسدة. وفي بعض الحالات قد ترفع الإصابة الناتجة من العين الحاسدة بواسطة التبرك أو المس الخفيف^(١).

ويستمد الطب الشعبي أصوله أيضاً من النظريات القديمة التي تبني على فكرة أن الصحة الكاملة تعتمد على التوازن المتناغم بين اثنين أو أكثر من العناصر والقوى الموجودة داخل الجسم، وأن هذا التوازن يعتمد بدرجة ما على قوى خارجية مثل الغذاء والبيئة أو عوامل فوق الطبيعية بالإضافة إلى المؤثرات الداخلية كالضعف الوراثي أو الحالة العقلية، وأن أسباب المرض ترجع إلى اختلال التوازن بين هذه القوى وتلك العوامل. وتبني كل هذه النظريات على أساس النظريات الطبية القديمة بشأن أسباب المرض وهي:

١- النظريات الطبية المصرية القديمة^(٢) وهي:-

أ - نظرية الأخلط الأربعة : الدم والبلغم والصفراء والسوداء والتي وردت في قرطاس إبليس سنة ١٥٥٠ قبل الميلاد.

ب - نظرية العناصر الأربعة : الأرض والهواء والنار والماء والتي ابتكرها أمباذوكليس سنة ٤٩٠ - ٤٣٠ قبل الميلاد، واعتبر أن كل الأشياء مكونة من هذه العناصر الأربعة، وأن الصحة نتيجة توازن هذه العناصر والمرض نتيجة عدم توازنها. وقالت هذه النظرية بعدم النشى الذاتي وهو قول يتفق مع النظرية الحديثة القائلة بالاحتفاظ بالطاقة، وقالت أن كل شيء يبدأ باتصال هذه العناصر وينتهي بتناورها. ثم طبق هذه النظرية على الحب والكرابية ثم على الخلق. وعلى ذلك فتوارد الماء هو نتيجة اجتماع عناصر مماثلة. أما التلف فهو نتيجة أيلولة كل عنصر إلى ما يماثله

(١) Idem.

(٢) حسن كامل، مرجع سابق ذكره، ص ٥٣-٦٢.

فالهواء يعود ثانية إلى هواء والنار إلى نار والأرض إلى أرض.

ج- نظرية الصفات الأربع: البرودة والحرارة والجفاف والرطوبة التي وضعها أرسطو سنة ٣٨٤ - ٣٣٢ قبل الميلاد، ثم جمعها مع العناصر الأربع بطريقة الصم والتبادل لتصبح كما يلى:

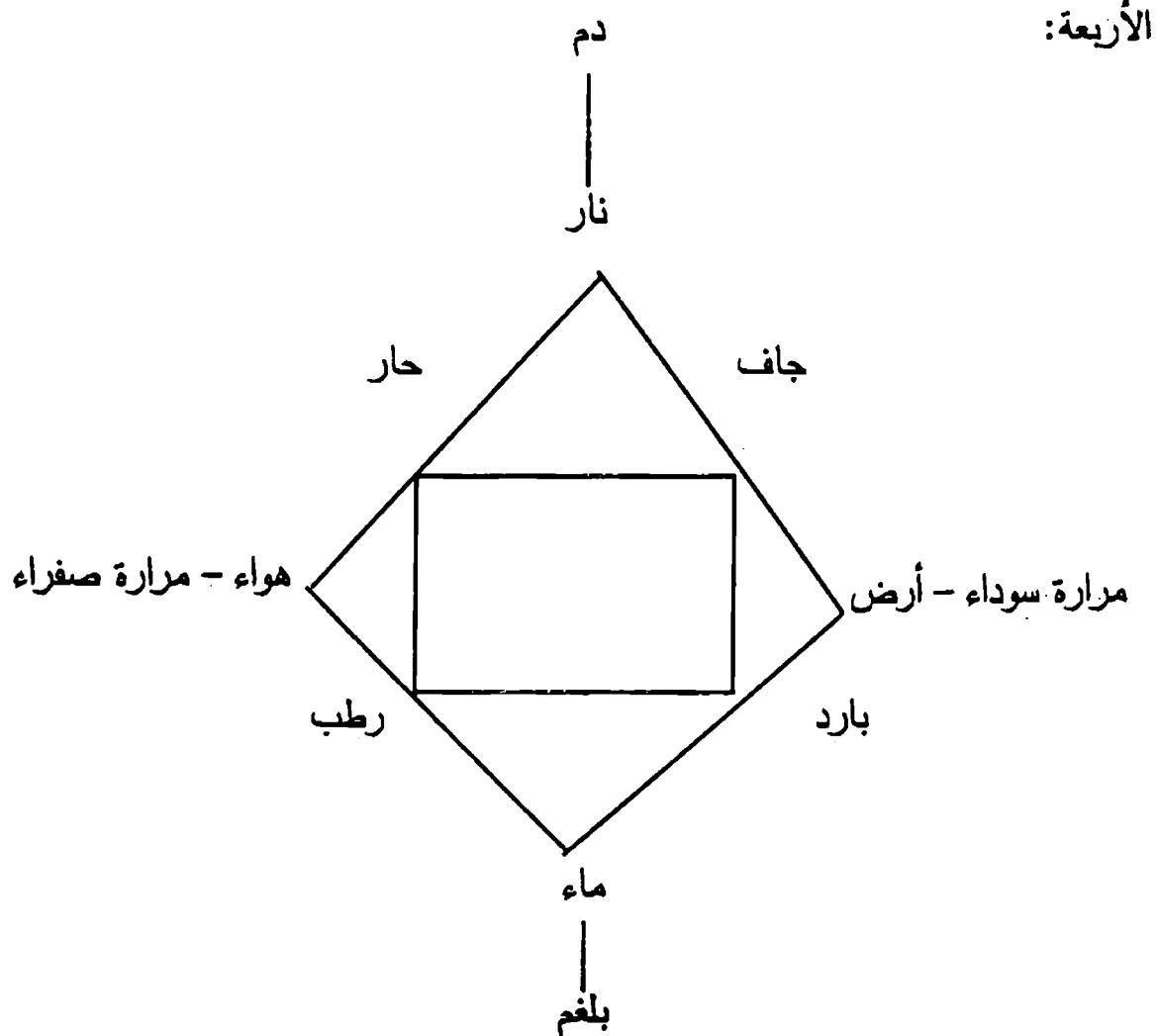
الحرارة + الرطوبة = الدم

البرودة + الرطوبة = البلغم

الحرارة + الجفاف = المراة الصفراء

البرودة + الجفاف = المراة السوداء

واعتبرت باثولوجيا الأخلال أن الصحة والمرض هما نتيجة توازن أو عدم توازن هذه الأجزاء. وفيما يلى رسم لهذه العناصر بالاتحاد مع الأخلال والصفات الأربع:



وقد تطورت هذه النظريات بعد ذلك بواسطة (أبو قراتط) وأعيد صياغتها في نظام طبى يحتوى فيه الجسد على هذه الأخلال الأربع حيث تتحقق الصحة بالتناسب الأمثل بين بعضها وبعض، كما يحدث المرض بسبب زيادة أو نقص أياً من هذه الأخلال. كما يمكن أن تؤثر البيئة والتغذية في هذا التوازن الأمثل لهذه الأخلال بإزالة الزيادة عن طريق فصد الدم وتطهير البطن والتفقيؤ والتجويع أو بواسطة الإحلال بدلاً من النقص الذي يوجد فيها بواسطة التغذية وعقاقير معينة^(١).

وقد تضمن هذا النظام أيضاً نظرية الأنماط الشخصية: الدموي (الدم الزائد)، والبارد (البلغم الزائد) والسريع الغضب (زيادة الصفراء) والكئيب (زيادة السوداء). ثم تطور الطب الأبوقاراطى بعد ذلك عن طريق الطبيب اليونانى جالينوس سنة ٢٠٠ - ١٣٠ قبل الميلاد وانتشرت أعماله تدريجياً في العالم الرومانى والعالم الإسلامي خلال القرون التالية، وترجمت أجزاء كبيرة منها إلى اللغة العربية خلال القرن التاسع عشر في ظل الحكم العباسى ببغداد. كما تم استعارة الكثير من طب الأخلال بواسطة الأطباء الأسبان والبرتغاليين أثناء الفتح الإسلامي للأندلس ثم نقل بواسطة أسلافهم بعد ذلك إلى جنوب ووسط أمريكا ثم إلى الفلبين. واستمر طب الأخلال في هذه الأيام يمثل أساس المعتقدات العالمية حول الصحة والمرض في معظم أمريكا اللاتينية وفي العالم الإسلامي فضلاً عن أنه يعد أحد مكونات طب (الأيورفيدا) التقليدي في الهند^(٢).

٢ - نظرية الحار - البارد في أمريكا اللاتينية :

تعرف نظرية الأخلال في الطب الشعبي في أمريكا اللاتينية بنظرية (الحار - البارد) وهي تفترض أنه يمكن المحافظة على الصحة أو فقدانها تبعاً لتأثير الحرارة أو البرودة على الجسم. ولا تتعلق هذه النظرية بدرجة الحرارة الفعلية بل بطاقة رمزية محتواة في المواد التي تشمل على الطعام والأعشاب الطبية والأدوية العلاجية هذا بالإضافة إلى أن كل الحالات النفسية والأمراض والقوى الطبيعية تتدرج في شكل

(1) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, OP., Cit., p. 12.

(2) Idem.

ثانية داخل الأنواع الحارة والباردة. وللحافظة على الصحة يجب أن يبقى توازن درجة الحرارة الداخلية للجسم بين القوى المترادفة للحرارة والبرودة وخاصة بتجنب التعرض لأي من هاتين الخاصيتين فترة طويلة. وتسترد الصحة في حالة المرض بواسطة استئناف درجة الحرارة الداخلية من خلال تعرض المرأة للحرارة أوتناول مواد ذات خواص متناقضة مع تلك المواد التي يعتقد أنها مسؤولة عن حدوث المرض. ويتم علاج الأمراض التي تعد من قبيل الأمراض الحارة - والتي يعتقد أنها تحدث بسبب التعرض للشمس أو النار أو بسبب تناول أطعمة أو مشروبات حارة وكذلك حالات العمل والطمث التي تعد أيضاً من الحالات المرضية الحارة - بتناول طعام بارد أو بالتداوی بعلاج بارد مثل كمادات الماء البارد. وترتبط النظرية العامة لأسباب المرض بين الأداء الداخلي للجسم والتاثيرات الخارجية مثل التغذية والبيئة، حيث توجد أطعمة وعوامل بيئية حارة وباردة وأن عدم التوازن بينها داخل الجسم يسبب الأمراض الحارة أو الباردة والتي تعالج بتناول أطعمة ذات خواص متناقضة لها. والدم الزائد الذي يرى كسمه للأمراض الحارة يعالج بواسطة تبريد سطح الجسم وتناول الأطعمة الباردة أو باستخدام الحجامة والجراحة عند الرقبة لامتصاص وسحب الدم^(١).

٣- نظرية الأيورفيدا الهندية :

هناك مفاهيم وأفكار معقدة جداً في نظرية الأيورفيدا الهندية القديمة مماثلة لعلم وظائف أعضاء الجسم الذي يساوى بين الصحة وحالة التوازن، حيث تفترض الأيورفيدا الهندية أن هناك خمسة عناصر أساسية في الكون هي: السماء والهواء والماء والأرض والنار وتعتبرها المقومات الأساسية لكل الحياة وتشكل الأخلال الثلاثة وهي الهواء والصفراء والبلغم. فالطعام الذي يحتوى على العناصر الخمسة يطهي بواسطة النار في الجسم ويتحول إلى فضلات جسمية وإلى جزء منقي. ويتحول هذا الجزء المنقي وبالتالي إلى سبعة مكونات أساسية في الجسم هي: العصارة الغذائية والدم

(1) Logan M.H., "Selected references on the hot -cold theory of disease.", med. Anthropol Newsletter 1975: 6, p 8. and hand W., Loc., Cit.

واللحم والعظم والنخاع والمني، وتذهب العناصر الخمسة أيضاً لتشكل ثلاثة أخلاط في الجسم: حيث يتحول عنصر الهواء إلى غازات وتنظر النار في شكل الصفراء والماء في شكل البلغم. وينتج الأداء المتناغم للجسم من التوازن الأمثل لهذه الأخلاص كما تحدث الأمراض بسبب الزيادة أو النقص النسبيين لواحد أو أكثر منها^(١).

رابعاً: أهمية الطب الشعبي :

أحدث الطب الشعبي دوياً هائلاً في كل المجتمعات وفي مختلف الأوساط والثقافات في السنوات الأخيرة، وبحيث أصبح الكثير من المرضى يفضلون الطب الشعبي على الطب العلمي الحديث. كما أضحت هناك اهتمام متجدد بهذا الطب الشعبي الذي ظهر منذ زمن بعيد، والذي أهملت ممارسته لفترة ما بسبب براعة الطب الأوليائي*. غير أن الناس - في معظم أنحاء العالم - بدأوا يهتمون وينظرون في نظمهم الطبية القديمة مرة ثانية - والتي يشكل الطب الشعبي أهم مقوماتها - وذلك بعد سنوات طويلة من الشك الشديد في النظام الطبي الحديث الذي قدم إليهم من الغرب. وعلى ذلك يمكن تحديد أسباب الاهتمام بالطب الشعبي وازدهاره وازدياد شعبيته في أسباب رئيسية تنسب إلى الطب الأوليائي وأخرى ثانوية أو فرعية ترجع إلى الطب الشعبي نفسه^(٢).

١- الأسباب الرئيسية :

(أ) تزايد الآثار الجانبية للطب الأوليائي وخوف الناس من هذه الآثار، وهذا هو السبب الأول والأكثر أهمية والذي أقلق الناس بصفة عامة والمرضى بصفة خاصة.

(1) Obeyese kere G., "The theory and Practice of Ayurvedic medicine", cult. Med. Psychiatry, 1977:1, p. 155.

*الطب الأوليائي: طريقة في التطبيق تقوم على استعمال علاجات تحدث آثار مترافقنة مع تلك الآثار التي أحدها المرض المعالج. انظر: Lorna G. Moore, Op., Cit, pp. 235-36

(2) Bethesda, "What is complementary and Alternative Medicine", publication No. D156, May 2002. National center for complementary and Alternative Medicine (NCCAM).

(ب) التكلفة الحلوانية (المتزايدة) للطب الألوبائي وخاصة في دول العالم الثالث أو الدول النامية.

(ج) حينما يصاب الناس بالإحباط والفشل في الحصول على العلاج المطلوب لأمراضهم من خلال الطب الحديث فإنهم سوف يبحثون عن بعض أشكال العلاج البديلة التي تخفف عنهم آلام المرض، وهذا يكون الطب الشعبي هو ملاذهم:

٢ - الأسباب الثانية:

(أ) هناك ارتباط بين الثقافة والطب الشعبي في كثير من المجتمعات وخاصة في المناطق الريفية، ومن ثم يكون من السهل على المجتمع الريفي أو الناس الريفيين قبول الطب الشعبي.

(ب) تجذب بساطة ممارسات الطب الشعبي الكثير من الناس وتدفعهم للجوء إليه.

(ج) هناك بعض الناس لديهم كره أو نفور ديني أو فلسفى لبعض الممارسات الطبية الغربية، وبالتالي يفضلون ممارسات الطب الشعبي.

أهم السمات التي تميز الطب الشعبي عن الطب الحديث:

يكتب الطب الشعبي أهميته أيضاً باعتباره أحد أشكال الطب البديل التي يشترك معها في العديد من السمات والخصائص التي تميزه عن الطب الحديث، فهو يمارس منذ زمن بعيد مثل الطب التقليدي، كما أنه يفضل عن الطب الألوبائي في كثير من الحالات مثل الطب المكمل، كما أنه ينظر إلى الجسم البشري ككل متكامل ليشمل الأبعاد الروحية والاجتماعية والعقلية والجسمية مثل الطب الكلي، وهو وثيق الصلة بحياة وثقافات جماعات معينة من الناس مثل الطب العرقي، وقد تعتمد أساليبه أيضاً على قوانين الطبيعة والمادة الطبيعية مثل الطب الطبيعي. وعلى الرغم من أنه قد يكون لكل من هذه الأشكال الطبية سماتها وخصائصها الخاصة بها، فهي تشترك مع الطب الشعبي في بعض من هذه السمات البارزة التي تميزه عن الطب الحديث وتتمثل في نفس الوقت محور الاهتمام به وتعمل على ازدياد شعبيته^(١). وتتلخص

(١) Ibid.,

هذه السمات في النقاط التالية:

- ١ - تُشترك هذه النظم في أن مفهوم الصحة بالنسبة للفرد هو السعادة في كل الجوانب الروحية والاجتماعية والعقلية والجسمية. بينما يتعامل الطب الحديث مع الجسم البشري كآلة، بمعنى أن تركيزه الأساسي يقع على النواحي الفيزيقية من الحياة. وقد استطاعت هذه النظم أن تحدد أن هناك صلة معينة بين الأبعاد المختلفة للحياة، وأن المجالات الروحية والاجتماعية والعقلية لها تأثير واضح على الجسم البشري من الناحية الفيزيقية. ومن ثم لكي يحصل الفرد علي رعاية طبية نموذجية وأن يحتفظ بصحة جيدة فعليه أن يعيid تنظيم الجوانب الأخرى من الحياة البشرية. فالصحة تعرف علي أنها حالة من السلامة الفيزيقية والعقلية والتكيف الاجتماعي والسمو الروحي.
- ٢ - تؤكد معظم هذه النظم علي المحافظة علي الصحة باتباع أنماط حياة صحية، بمعنى أنها تؤكد علي اتباع نظام تغذية مناسب وممارسة التدريبات الرياضية وإقامة العلاقة الإنسانية والسلوكيات الايجابية والبيئية النظيفة وعلى القيم الروحية والأخلاقية ... الخ. ومن ثم فهي تعطى الجوانب الوقائية والتشجيعية للصحة ما تستحقه من أهمية وقيمة وتجعل الشخص علي وعي بالمحافظة علي صحته الكلية.
- ٣ - تُتجنب الممارسات البسيطة للطب الشعبي تناول وامتصاص الجسم الإنساني للعقاقير الفعالة والصعبة، ومعاناة التشخيص والتدخل الجراحي غير الضروري، وذلك بما لها من فلسفة فريدة ووسائل غير مكلفة في التشخيص والعلاج، حيث تعتمد بشكل كبير علي نباتات طبية تزرع في نفس البلد الذي يمارس فيه.
- ٤ - ليس هناك ثمة أضرار جانبية من ممارسة الطب الشعبي أو نظم الطب البديلة.
- ٥ - تقدم هذه النظم الطبية المجرية بدائل وإجابات معقولة لمعظم الأمراض التي ليس لها إجابات في العلاج الطبي الحديث مثل الخلل الكولاجيني وأمراض التفسخ وأمراض العظام والمفاصل وكذلك الأمراض النفسية وخاصة حينما يكون هناك دور هام للعوامل الروحية والوجودانية والسلوكية في العلاج.

٦- الثقة .. فالنتيجة الكالية لكل هذه المقدمات (السمات) تؤدي إلى ثقة في الطب الشعبي وسط كل هؤلاء الذين يمارسونه . وهناك حقيقة معروفة لكل الأطباء أن الإيمان والثقة غالباً ما تعالج المرض حينما يعجز الطب الحديث عن تقديم العلاج ولذلك ينصرف أكثر الناس عن الطب الحديث ويلجأون لأنواع طبية أخرى لها ثقة وإيمان في قلوبهم وابتهالات على شفائهم ، حيث يكون لهذه النظم قوة السحر الذي يحرك الجبال .

ويتضح مما سبق أن الاهتمام بدراسة الطب الشعبي ليس مجرد قضية علمية تستحق العناية وتستحق ما يبذل فيها من جهد فحسب ، ولكنه أيضاً قضية مجتمعية وقومية تستحق التوقف عندها ولفت النظر إليها . فقد أثبتت كل الدراسات الحديثة في الطب الشعبي أن الصراع بينه وبين الطب الحديث وخاصة في المناطق الريفية هو صراع متصل ولم يتوقف بالرغم من كل المنجزات العلمية التي حققها وما زال يحققها الطب الحديث^(١) .

خامساً : النظرة المستقبلية للطب الشعبي :

لقد كان من المفترض أن ينقرض الطب الشعبي مع القرن الماضي وذلك بسبب التقنيات الطبية الحديثة والتطور الهائل الذي حدث في مجال الطب العلمي . غير أن الواقع أثبت أن هذه الفكرة بانت خاطئة ، فازداد الاهتمام ببدائل الطب الحديث وزاد استعمالها في الوقت الذي حققت فيه التقنيات الطبية مستويات جديدة من التطبيقات والمنجزات بشكل مثير . وبناء على ذلك ويسوء الانتشار الكبير لثقافة الطب البديل الذي بدأ يستحوذ على الاهتمام العام والاهتمام الطبي فقد شاع مصطلح الطب الكلى في نهاية السبعينيات من القرن العشرين . وفي التسعينيات أصبح هناك اعتراف عام بأن الطب البديل أضحت منافساً شديداً للطب الرسمي ، وبالتالي ازداد انتشار الطب الشعبي وتواصل ولم ينقرض بتطور الطب الحديث . بل قد تعايش معه فضلاً عن تشابه بعض الممارسات العلاجية في كل منهما :

(١) عبد الرحيم أبو كريشه ، مرجع سبق ذكره ، ص ٣ .

١- تعايش الطب الشعبي مع الطب الحديث:

إن التساؤل الذي يفرض نفسه في هذا الصدد هو ما العلاقة بين الطب الشعبي والطب العلمي الحديث خلال مراحل التقدم التي تمر بها كل المجتمعات، وما هي طبيعة هذه العلاقة هل هي علاقة تضاد وتناقض أم علاقة تقارب وتعايش جنباً إلى جنب؟ فالواقع العملي يبين أن الكثير من أفكار الطب الشعبي توجد في كل المجتمعات بالتزامن مع تقاليد ومعتقدات الطب العلمي الحديث وتعيش معها. كما أن الطب الشعبي لم يكن مقصوراً على الفئات الأقل تعليماً في المجتمع - أو بمعنى آخر - المعزولة عن الثقافة السائدة في المجتمع. والنقطة التالية تعد أمثلة لبعض المعتقدات والمفاهيم الطبية الشعبية التي تؤكد اتفاق مفاهيم ومعتقدات الطب الشعبي مع الطب الحديث:-

أ- الاتفاق حول مفهوم البرودة المسببة للمرض :

يعتقد كثير من الناس أن المرض يحدث بسبب التعرض للبرد، وخاصة عندما يتعرض له الشخص وهو في حالة ضعف وإعياء. وهناك أنواع عديدة من الأمراض ترتبط بالتعرض للبرد في كل المعتقدات، بعضها خطير مثل التهاب المفاصل ولكن أكثرها حدوثاً هو حالة البرد الشائع التي تصيب معظم الناس. كما تتعدد الأسباب التي يعتقد أنها تزيد من حساسية الإصابة بالبرد كالنظام الغذائي غير المتوازن وفتررة الطمث (الحيض) والملابس الغير ملائمة لحالة الطقس والاجهاد الشديد. وتمثل المعتقدات المتعلقة بالبرودة وأسباب المرض جانباً كبيراً من تقاليد ومعتقدات واسعة الانتشار يرجع تاريخها إلى عصر (أبو قراط)، وهي جزء محوري في نظام الطب الشعبي حيث تشكل معرفة شعبية مقبولة ومنشورة في معظم المجتمعات. حتى بالنسبة لهمّـاء الذين ينظرون إلى الطب الحديث على أنه مرجعهم الوحيد في الرعاية الصحية، فإن معتقداتهم الخاصة بالبرودة وأسباب المرض الناجم عنها هي التي تشكل سلوكهم الصحي بدءاً من إجراءات الوقاية من المرض وخلال فترة مقاومة المرض حتى مرحلة النقاهة ومن ثم فإنها تتدخل مع الطب الرسمي وتعيش معه^(١).

(1) Harwood A., "The hot-Cold theory of disease" JAMA, 216, 1971: P. 1153.

ب - الاتفاق حول استعمال بعض الأعشاب الطبية والوصفات الشعبية :

هناك مفاهيم مشتركة توضح مدى التفاعل بين الطب الرسمي والطب الشعبي حول استخدام بعض أنواع الأعشاب الطبية في معالجة أمراض معينة. فعلى سبيل المثال: لقد استخدمت بذور نبات الزنجبيل منذ قرون طويلة في الطب الصيني التقليدي لمعالجة حالات الغثيان وما زال استخدامه منتشرًا في الطب الرسمي حتى الآن وعلى مر الأجيال، وما زال الباحثون الطبيون يجرون أبحاثهم حول استعمال هذا النبات حتى الآن^(١). كما أن هناك دراسات حالية تؤكد وتوثق فاعلية عصير التوت البري ضد عدوى المسالك البولية عند النساء، وخميرة الزبادي الطبيعي ضد الفطريات المهبليـة^(٢).

وقد يثير الاستعمال المتزامن لهذه النباتات والوصفات الطبية الشعبية في الطب الشعبي والطب الرسمي التساؤل عما إذا كانت ممارسة هذه المعتقدات ستتوقف كممارسة شعبية بعد أن يتم توثيقها كعلاجات في الطب الرسمي. والإجابة بالطبع لا، لأن إضفاء الصفة الشعبية هنا يشير إلى سياق النقل والاستخدام أما المعتقد الشعبي نفسه أو استخدامه فلا يكون رسمياً أو شعبياً بشكل متواتر. فبعض الناس يحفظون وصفات علاجية خاصة بهم ثم يستعملونها وفقاً لأفكار ومفاهيم عرفوها من خلال تقليد سمعى واندمجت مع كثير من الأفكار المبنية على الطب الرسمي. وهذا لا يصنف على العلاجات الموصوفة نفسها صفة طب شعبي ولكنها تصبح «عقاراً علمياً» بعد أن توثق فاعليته ويوصى به الأطباء وهذا يبين كيف يمكن أن تنتقل المفاهيم والأفكار من نظام طبى إلى نظام آخر^(٣).

(1) Mowrey D., Clayson D., "Motion Sickness, Ginger and Psychophysics, Lancet 1, 1982: P. 655.

(2) Hilton E., and et ., al., "Ingestion of Yogurt Containing Lactobacillus Acidophilus as Prophylaxis for Candidal Vaginitis Ann Intern Med 116, 1992: P. 353.

(3) David J Hufford, Op., Cit., P. 733.

جـ- الاتفاق حول ما يتعلق بصحة المرأة :

هناك اتجاه ثقافي جدد الاعتراف بتقاليد الطب الشعبي بجانب الطب الحديث ، وهو الجانب الذي يتعلق بصحة المرأة . حيث أشارت انتقادات عديدة موجهة إلى الطب الحديث في موضوع المساواة بين الرجل والمرأة في ممارسة مجالات الرعاية الصحية المختلفة ، والجانب الهام الذي سبب هذا التوتر بين الطب الرسمي والتقاليد الصحية للمرأة هو مجال طب التوليد من وخاصة حينما استبدل الطب الرسمي تقليد المولدات بالمنازل (القابلات) بأطباء التوليد من الذكور ومستشفيات الولادة^(١) الأمر الذي أدى إلى عودة نظام القابلات في النصف الثاني من القرن العشرين مما يعطى أمثلة جديدة لدخول الممارسات الصحية الشعبية النسائية في أشكال طبية بديلة .

كما انتشرت تقاليد طبية نسائية أخرى عبر الحدود العرقية والاجتماعية مثل استخدام المستحضرات العشبية من ورق التوت الشوكى أثناء الحمل أو مشاكل الطمث (الحيض) وأصبحت تمثل أفكاراً ومفاهيمًا تنتقل في وقت واحد في الطب الشعبي وفي الدوريات العلمية المتخصصة من خلال الكلمة المنقوله أو المطبوعة^(٢) .

دـ- الطب الشعبي والممارسات الطبية العرقية :

كان من المفترض أن تتصهر المجموعات العرقية داخل الأنماط الثقافية للمجتمعات الموجودة فيها باعتبارها البوتقة التي ينتصر فيها المهاجرون في وطن واحد على اختلاف أعراقهم . ولأن الاختلافات الثقافية لها تأثير كبير على سلوك المرضى ، فقد افترض أن المرضى الذين هم أقل احتكاكاً وتكيفاً مع الثقافات الجديدة في المجتمعات المهاجرة إليها هم الأكثر افتئاماً بالسلوك والمعتقدات الصحية في الثقافة

(1) O'connor B., "The Home Brith Movement in The United States", J Med Philosophy 18, 1993: P.147.

(2) Avorn J., "Reduction of Bacteriuria and Pyuria after Ingestion of Cranberry Juice" JAMA, 227 1994: P.751.

العرقية^(١). غير أن الدراسات الانثropolوجية التالية أثبتت أن العلاج الذاتي والطب الشعبي والعلاجات المنزلية هي المصدر الرئيسي للرعاية الصحية في كل مكان في الولايات المتحدة الأمريكية، كما وصف بعض المؤرخين الطبيين صورة الطب الشعبي خلال الألف عام الماضية فقال: أن الطب الشعبي عبارة عن ١٠ % طب بدائي، ٥٠ % طب جالينوسي، ٤٠ % تقنيات أخرى جديدة غير مفهومة، معنى ذلك أن الأوضاع الثقافية القديمة والدائمة لم تتغير وأن كل الثقافات لها وسائل صحية مختلفة تتراوح من الرعاية الذاتية والمساعدة المنزلية الأولى بواسطة أنواع مختلفة من المعالجين والمتخصصين وأن المجتمعات التي لها احتكاك حقيقي بالثقافات المتبادلة دائماً ما تستوعب وتستعيير الممارسات والمعتقدات الصحية لهؤلاء الناس الذين وجدوا فيها. وأن الاعتقاد بأن الطب العلمي الحديث يختلف مع الطب الشعبي وأنه ليس هناك أساس للمعرفة الحقيقة خارج المؤسسات الطبية العلمية هو قول مردود عليه، لأن الطب الشعبي لا يؤيد هذا الاعتقاد. فلقد علم المهاجرون الصينيون الآلاف من الأمريكيين العلاج بالإبر الصينية كما علم الهندود ممارسة اليوجا لأجيال كثيرة من الأمريكيين، وفي نفس الوقت الذي تصدر فيه الولايات المتحدة الطب الحديث لكل أنحاء العالم فإنها تستورد وتعيد تشكيل وصياغة الممارسات الصحية من كل الثقافات حول العالم^(٢).

هـ- تقارب التأثير الروحي للطب الشعبي مع الأفكار العصرية:

السبب الأخير والهام للتأثير المتزايد للطب الشعبي هو تقارب جوانبه الروحية مع أفكار العصر الحديث التي ظهرت كرد فعل لتأثير الثورة العلمية على الديانة الغربية واقترنـت بالتأثير المتزايد للفكر الروحاني الآسيوي على تقاليـد الـديانـة الغـربـية. وقد انبعـثـقـ فـكـرـ العـصـرـ حـدـيثـ بـصـفـةـ عـامـةـ وـسـطـ الطـبـقـاتـ الـمـتوـسـطـةـ وـالـشـخـاصـ الـذـينـ هـمـ عـلـىـ درـجـةـ مـنـ التـعـلـمـ وـانـ انـفـصـلـواـ عـنـ ثـقـافـتـهـمـ الـخـاصـةـ وـعـارـضـواـ السـيـطـرـةـ المـتـزـاـيدـةـ لـلـعـلـمـ وـالـتـزـاـيدـ المـتـزـاـيدـ المـتـزـاـيدـ لـلـفـلـسـفـةـ الـمـادـيـةـ^(٣). وكانت الفكرة الأساسية لهذا

(1) Pachter L., "Culture and Clinical Care", JAMA, 27-9, 1994: P. 127.

(2) David J Hufford, Op., Cit., p.734.

(3) Melton J. (ed), "The new Age Encyclopedia" Detroit, Gale Research, 1990.

المفهوم هي إعادة تفسير الروحانية والعلم بشكل متسق لإعادة التكامل بين الأبعاد الروحانية والأبعاد المادية، الأمر الذي يصبح معه هذا الفكر متقارباً بشكل كبير مع أفكار الطب الشعبي. هذا بالإضافة إلى أن الملمح الهام لفكر العصر الحديث كان جذب الإصدارات العلمية الحديثة لكل تقاليد الطب الشعبي وذلك لأن هذه التقاليد كانت تمتلك جوانب روحية سابقة على تأثيرات الفلسفة المادية الحديثة^(١).

وخلاله القول أن هناك عوامل كثيرة تحفز على تجديد وإحياء تقاليد الطب الشعبي، وعلى استعمال المستحضرات العشبية الدوائية. كما أن هناك أفكار وممارسات للطب الشعبي تشتراك أو تتشابه مع أفكار وممارسات الطب الحديث، ويؤكد ذلك - وكما سبق أن تبين - أن الكثير من الأفكار والمفاهيم التي يقوم على أساسها الطب الشعبي توجد أيضاً في الطب الحديث وتعتمد على السياق الثقافي التي تمارس فيه.

وعلى الرغم من اختفاء طب الأل宦اط من الطب الحديث فإن مفاهيم استعادة الصحة من خلال إبطال أو تعطيل أحد العناصر داخل الجسم بواسطة عنصر آخر ما زالت مستمرة، كما لا يزال يتضمن العلم الحديث لوظائف الأعضاء أمثلة عديدة عن الأمراض التي تنشأ بسبب وجود نقص أو زيادة في مادة معينة في الجسم مثل الهرمونات والأنزيمات والألكترونيات والفيتامينات وخلايا الدم والتي يمكن أن تصحح بتعويض النقص أو إبطال مفعول الزيادة في هذه المادة، كما ينظر إلى مفهوم حلقة التغذية الاسترجاعية السالبة في علم الغدد حيث يؤدي صعود أحد الهرمونات فيجرى الدم إلى هبوط هرمون آخر - نظرة توازن أو عدم توازن في الصحة، كما يتضمن هذا المفهوم أفكار النقص والزيادة في نفس الوقت. ونفس الأمر بالنسبة للمعتقدات الثقافية عن البرودة والقشريردة والتي يفهم حدوثها بسبب اختراق البرودة أو رطوبة البيئة إلى داخل الجسم، فإن العلاج في هذه الحالة هو إبطال مفعول البرد بالحرارة سواء بأدوية حارة أو في شكل مشروبات وأطعمة دافئة تساعد على توليد الحرارة الذاتية للجسم أو النوم في فراش دافئ^(٢).

(1) McGuire M., Kantor D., "Ritual Healing in suburban America", New Brunswick Rutgers University Press, 1988. Quoted in: David J. Hufford, Loc., Cit.

(2) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., PP. 14-15.

٢- تشابه الممارسات العلاجية في الطب الشعبي مع الطب الحديث:

(أ) تتنمي الممارسات العلاجية للهنود الأمريكيين والصينيين وكذلك ذوى الثقافات البدائية المتنوعة إلى مجال الطب العرقى أو الأنثربولوجى . غير أن التشابهات الأساسية لهذه الممارسات مع الطب البدائى فى العالم الغربى ، واتصالها بالطب الشائع حالياً جعلها جزءاً من دراسة الطب الشعبي . فكما استخدم الهنود الأمريكيين التعاويد والاغانى والممارسات السحرية والأدوية العشبية مثل الداتورا Da-Cascara والكوكا Coca والكينا Cinchona والصبار Curare والكسكرة tura والساجرada Sagrada لطرد شياطين المرض ، وهناك أيضاً أعشاب متشابهة لتلك الأعشاب الطبيعية تستخدم كعقاقير في الطب العلمي الحديث . وكما استخدم الصينيون أيضا الدين والسحر والعلاج بالوحز بالابر والعلاج بالاعشاب مثل نبات الجنسيج ginseng والعلاج الاستبطانى ، وهناك أيضاً محاولات نشيطة لدمج الطب الصينى التقليدى مع الممارسات الطبيعية العلمية الحديثة^(١) .

(ب) وهناك أيضاً عدداً من الأدوية الشعبية التي كانت تستخدم في الماضي ، ويجري تصنيعها حالياً كمستحضرات دوائية نباتية ويتم وصفها بمعرفة الأطباء مثل دواء الراؤليفيا rauwolfia المستخلص من نبات سام كان يستخدم في مناطق الشرق الأقصى منذ قرون طويلة لتأثيره المهدئ والذى يوصف الآن بواسطة الأطباء لعلاج ضغط الدم . وكذلك دواء الريسيرين reserpine المشتق من الرؤاليفيا والذي يصفه الأطباء النفسيون لعلاج الاضطرابات العقلية والنفسية الخطيرة . وكذلك نبات كف الثعلب Foxglove الذي كان يخمر في الهند منذ أزمنة بعيدة لعلاج الاستسقاء والسائل المائي الذي يتربس في الأقدام بسبب المشاكل القلبية وذلك قبل أن يكتشف أن هذا النبات يساهم بالعناصر الفعالة المعروفة بالديجيتاليز digitalis ، واليوم أصبح دواء الديجيتاليز دواء شائع الاستعمال لتنشيط وعلاج ضعف القلب في الطب العلمي الحديث^(٢) .

(1) Snow L., Loc., Cit.

(2) Hand W., Loc., Cit.

(ج) تشير الوثائق القديمة أن المرض كفكرة عامة كان يحدث بسبب الشياطين الخفية والآرواح الشريرة التي تدخل إلى الجسم حينما يكون غير ممحض واليوم يقال نفس الأسلوب حيث ينشأ المرض بسبب مخلوقات غير مرئية بالعين المجردة تدخل الجسم يطلق عليها كائنات عضوية وجراثيم وفيروسات وحشرات^(١).

المبحث الثاني

الأمراض الشعبية: المسببات والعلاج

مقدمة :

يعد الطب الشعبي بوصفه جزءاً من القيم والمعرفة الثقافية - نظاماً طبياً علاجياً يهدف إلى الوقاية من المرض ومعالجته، مثله في ذلك مثل الطب العلمي الحديث. غير أن لكل منها نظرياته الخاصة حول سببية المرض ووسائله الخاصة في التعامل معه سواء من حيث الوقاية أم العلاج . ومع ذلك ، قد يشتركان معاً في تحديد وتعريف بعض أسباب ومسببات المرض .

فالطب العلمي الحديث ينظر إلى المرض على أنه نتيجة لبعض الأسباب الفسيولوجية - الباثولوجية كأن يكون :-

- ١ - سبباً ذاتياً (خلقياً أو فطرياً) داخل الشخص نفسه .
- ٢ - أو أثراً من الآثار الجانبية للعلاج .
- ٣ - أو بفعل عوامل خارجية مثل الجراثيم والميکروبات أو بعض العوامل السامة الموجودة في الطبيعة .

بينما يرجع الطب الشعبي أسباب المرض إلى أسباب طبيعية وأخرى فوق الطبيعية^(٢) :-

(1) Snow L., Loc., Cit.,

(2) سمير بخيت الجمال، للطب الشعبي التقليدي، مكتبة مدبولي، القاهرة: ص ١٩ - ٢٠

١ - الأسباب الطبيعية :

وهي الأسباب المعروفة المصدر سواء من فعل الطبيعة أو من فعل الإنسان ذاته مثل :

أ - الأمراض البدنية :

وهي الأمراض الناتجة عن التقلبات الفصلية كالبرد والزكام والسعال والكحة في فصل الشتاء وأمراض التنفس والريبو والحساسية في فصل الربيع أو الإسهال وارتفاع درجة الحرارة في الصيف أو الإصابات الدائمة عن التسمم الغذائي بسبب تناول طعام أو شراب غير صحيين أو عن جروح في الجسم.

ب - أمراض نفسية :

وتحدث عندما تكون إرادة الشخص غير متوافقة مع قوانين الطبيعة من حوله أو عندما يصاب العقل ويمرض الجسم وبالتالي .

ج- تأثير الكواكب والأجرام السماوية :

بسبب الإشعاعات القادمة من الأجرام السماوية المختلفة مثل الشمس والقمر والكواكب التابعة للمجموعة الشمسية ونجوم المجرات البعيدة التي تؤثر على مخ الإنسان وتصرفاته حيث قد يصاب بعض الناس بحالات من الجنون والعنف الشديد عند اكتمال القمر (القمريون Lunatics)

٢ - الأسباب فوق الطبيعية :

وهي الأسباب التي تعزي - في معظم الثقافات البشرية - إلى العقاب الإلهي والشعودة والأرواح الشريرة وأرواح الأسلاف وهي :-

أ - أسباب روحية :

وهي نتيجة لبعض الأفكار والرغبات الشريرة والطرح الروحي لبعض الأشخاص ذوي الموهبة في إرسال قرائهم للإضرار بالناس، والرسائل الشريرة التي يبعثها البعض للآخرين لتسبيب المرض.

ب - أسباب خفية :

نتيجة تأثير روح الشخص نفسه في جسده «قرين الشخص»، أو أفعال قام بها في حياته السابقة. وذلك بالإضافة إلى وسائل السحر الأسود والعين الشريرة الحسد.

وهناك عوامل أخرى متعددة تتدخل في تحديد نوعية المرض وطريقة علاجه^(١) يمكن إيجازها في النقاط التالية :-

١- الاعتقاد في وجود قوى غيبية مثل السحر والجن والشياطين تستطيع السيطرة على الإنسان وتحدث به المرض، وتسخر لهها بأشكال عده كالزواج والتلبس والتقمص في شخصيات متعددة قد تصل إلى أصوات الحيوانات.

٢- تفسير المرض وفقاً للمعتقدات الاجتماعية والثقافية والخلفية المعرفية للشخص والتي قد تدفعه إلى تفسيرات غيبية تنسب المرض إلى الأرواح والشياطين ومن ثم تلوجه إلى العلاج بالأسباب الغيبية أيضاً.

٣- دور الجماعية المرجعية التي يرتبط بها الشخص المريض وتأثره بها والرجوع إليها لتقدير سلوكه وتوجيهه نحو إسلوب علاجي محدد وتحديد نوعية المعالج أيضاً.

وذلك بالإضافة إلى بعض العوامل الأخرى مثل اختلاف مفهوم المرض لدى الشخص باختلاف المعتقدات والثقافات السائدة في المجتمع الذي يعيش فيه، وكذلك القيم الاجتماعية المتعلقة بالمرض والعلاج والتي يكتسبها الشخص من البيئة والتنشئة الاجتماعية، واللجوء إلى القيم الدينية كأسلوب للعلاج لإبطال الأعمال السحرية وطرد الجن والشياطين والأرواح.

ومن هنا يتضح أن الطب الشعبي يبني على معتقدات ومفاهيم حول أسباب المرض التي تنسبه إلى أسباب نفسية أو روحية أو تأثير الكائنات فوق الطبيعية وليس إلى الأسباب المادية المعروفة التي تنسق والرؤية الطبية العلمية للمرض والعلاج. ولذلك تعد أسباب حدوث الأمراض هي الظاهرة التي تميز الطب الشعبي عن الطب العلمي الحديث^(٢).

(١) عبد الله معمر، مرجع سابق ذكره، ص ١٧٣ - ١٩٠ .

(٢) سمير يحيى الجمال، مرجع سابق ذكره، ص ١٩ .

ووفقاً لتلك الرؤية التي تنسن المرض إلى عوامل نفسية أو روحية أو قوى فوق الطبيعة وإلى عوامل أخرى مادية عادلة، يتحتم أن يتم العلاج بوسائل سحرية من نفس الطبيعة كالرقم والتلائم التي تضم كل العناصر المستخدمة في الأعمال السحرية العادلة كالأسماء والآيات القرآنية (بما يتنافى مع الروح الإسلامية الصحيحة) والحراف والأرقام والأشياء المادية كطاسة الخصنة، والأجوبة، كما قد يتم العلاج أيضاً بأساليب طبية تقليدية مثل الوصفات الطبية العلاجية التي تضم عناصر تنتجهها البيئة الطبيعية من نباتات وحيوانات والتي يجب أن تستخدم بكميات متفاوتة من هذه المواد وأن يقتصر استخدامها على أوقات معينة في ضوء المعرفة بالخصائص المميزة للأوقات (فلكل ساعة من ساعات اليوم ملك خاص موكول بها). كذلك قد يتم العلاج بوصفات طبية من إفرازات الإنسان نفسه وذلك لأنها تمس العنصر المقدس فيه وهو الروح. وقد يتم العلاج بوصفات علاجية تنطلق من الخصائص العلاجية للعنصر نفسه مثل التي في اللبسون أو زيت الخروع، أو لا تتخذ العنصر النباتي أو الحيواني منطلاقاً لها وإنما تنطلق من المرض نفسه مثل وصفات علاج الحمي وبياض العين أو الكساح. وقد يستلزم العلاج نوعاً آخر مثل الكي بالنار أو الدفن في الرمال الساخنة أو استخدام مشرط الجراح^(١). وعلى ذلك يجب على المعالجين في كل الثقافات أن يكونوا على وعي ومعرفة بالأمراض الشعبية وأعراضها وكيف أنها تؤثر في سلوك المرضى وفي تشخيصهم للمرض.

أولاً: الأمراض الشعبية:

تعريف الأمراض الشعبية:

تُعرَف الأمراض الشعبية بأعراض التي يزعم أفراد جماعة معينة أنهم يعانون منها، وتحدد لهم ثقافتهم الخاصة أسباب هذه الأمراض وتشخيصها وإجراءات الوقاية منها ونظم وأساليب علاجها. وكل نوع من هذه الأمراض شكل مستقل من **الأعراض والعلاجات والتغيرات السلوكية** خاص به، فهو بمثابة أعراض مرتبطة

(١) محمد الجوهرى، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص ٤٧٩ - ٤٨٤ .

بثقافة ما بمعنى أنه بمثابة اعتلال وقتى يتم التعرف عليه بواسطة الأعضاء المشتركين في هذه الثقافة. ويكون المرض مرضاً مرتبطاً بالثقافة بينما تلتصر أعراض هذا المرض بمجتمع معين، ويستجيب أعضاء هذا المجتمع لهذه الأعراض والمظاهر بأساليب منمطة ويشكل متماثل(١).

كما يمكن أن تكتسب المعرفة بالأمراض الشعبية من خلال التعلم والتنقُّف، بمعنى أن الطفل الذي ينمو داخل ثقافة معينة يتعلم كيف يستجيب إلى، ويعبر عن قدر من الأعراض الوجدانية أو الجسمية أو الضغوط الاجتماعية بأسلوب منمط بشكل ثقافي، حيث يرى الأقارب أو الأصدقاء وهم يعانون من هذه الحالة المرضية ويتعلم تدريجياً التعرف على سماتها سواء في ذاته أو في الآخرين(٢).

والملمح المميز للعديد من الأمراض الشعبية هو الجسمانية والتي تعرف بإحالة الشعور بالقلق الجسدي في شكل شكاوى وتذمرات من الأعراض الجسمية أو حتى من المرض نفسه بدلاً من الشعور بالقلق النفسي، بمعنى أن الحالات الوجدانية غير المستحبة وغير السائفة مثل الشعور بالكآبة أو المعاناة من الضغوط الاجتماعية يمكن أن تظهر في شكل أعراض جسمية(٣).

والأمراض الشعبية بهذا المفهوم ليست مجرد مجموعات معينة من الأعراض والعلامات الجسمية، وإنما هي أيضاً مجموعة من الدلالات والمعانى الرمزية النفسية والاجتماعية والأخلاقية بالنسبة للأشخاص الذين يعانون منها. وقد تربط الأمراض الشعبية معاناة الشخص بالتغيير في البيئة الطبيعية أو بأفعال القوى فوق الطبيعية في بعض الحالات، وفي حالات أخرى قد تكون الصورة الإكلينيكية للمرض هي الشكل

(1) Rubel A.J., "The epidemiology of a folk illness: *susto* in Hispanic America", Quoted in: Landy D., (ed), "Culture, Disease, and Healing: Studies in Medical Anthropology", New York, 1977: Macmillan, p. 119.

(2) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op.: Cit., pp. 73-74.

(3) Kleinman A., "Patients and Healers in the Context of Culture", Berkeley: University of California Press, 1980: p. 150.

العبر - بأسلوب موحد ثقافياً - عن أنَّ الشخص الذي يعاني المرض هو شخص متورط في صراعات اجتماعية أو في حالة تناحر مع الأصدقاء أو العائلة. فالمرض الذي يصنف مرضًا شعبياً بطبيعته يكشف في نفس الوقت عن مساحة عريضة من المشكلات الاجتماعية والنفسية والجسمية، وعلى الرغم من أنَّ الصورة الأساسية التي تمثل هذا المرض تظهر في شكل أعراض جسمية متعارف عليها ومرتبطة به، فإنَّ الصفة التي يعرف بها هذا المرض هي الصورة التي ترسم شبكة متصلة من الرموز والظروف والدوافع والشعور والأحاسيس والضغوط المتصلة في المحيط البشري الذي يعيش فيه الناس^(١).

ثانياً : المسببات العامة للأمراض الشعبية :

تنقسم أسباب المرض في مختلف الثقافات الإنسانية إلى أسباب طبيعية ينظر إليها على أنها اعتلالات بسيطة وعابرة، أو أسباب فوق الطبيعية ينسبها الإنسان إلى قوي خفية أو قوي أسمى وأعظم منه مثل العقاب الإلهي وأعمال السحر والشعوذة والأرواح الشريرة وأرواح الأسلاف^(٢).

وهناك أكثر من نظرية تبحث في سببية المرض وتصنف المرض وفقاً لمسبباته، وتشكل هذه النظريات جزءاً من مفاهيم واسعة عن أسباب ومصدر الحوادث السيئة وسوء الطالع في حياة الإنسان. كما تبني أيضاً على معتقدات حول بناء وظيفة الجسم الإنساني والحالات التي يكون فيها عاجزاً عن أداء وظائفه بالطريقة السوية. وحتى لو ارتكزت هذه النظريات على افتراضات ومقدمات غير صحيحة علمياً، فإنها كثيرة ما تتضمن الاتساق والمنطق اللذان يساعدان الشخص المريض على فهم وإدراك ماذا حدث ولماذا؟ كما تمثل هذه النظريات أيضاً مجموعة مركبة من العادات الشعبية الموروثة في معظم الثقافات والتي غالباً ما تتأثر بأفكار ومفاهيم مستوحاة من النموذج الطبي^(٣).

(1) Cood B., "The Heart of What's the matter: The semantics of illness in Iran"
Quoted in: Cecil Helman, Op., Cit., p. 74.

(2) يحيى مرسى بدر، مرجع سابق ذكره، ص ١١ .

(3) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., P. 74.

نماذج النظريات الشعبية لمسبابات المرض :

١- نموذج ميوردك :Murdock

وصف ميوردك (Murdock) نموذجاً لتصنيف المرض افترض فيه أن هناك أربع نظريات^(١) تتضمن السبب الكامن للمرض هي:

أ- المسبابات الطبيعية للمرض الشعبي :

وهي أي سبب يمكن أن يفسر حالة الضعف أو التلف (المرض) التي تصيب الإنسان تفسيراً مقنعاً مثل: الأمراض المعدية والحوادث

ب- المسبابات الخفية (الغامضة) :

وهي أي سبب يمكن أن يفسر حالة الضعف أو التلف (المرض) التي تصيب الإنسان كنتيجة تلقائية لعمل ما افترفه المريض في السابق مثل: النصيب والقدر، والأشياء التي تنقل العدو.

ج- المسبابات الأرواحية (الحيوية) :

وهي أي سبب يتضمن أفعال شخص بالنيابة عن قوي طبيعية مثل: الأشباح والآلهة.

د- المسبابات السحرية :

وهي النظرية التي تقوم على أن المرض يرجع إلى عمل خفي من إنسان لإنسان آخر مثل: السحر والشعوذة. وتنقسم المسبابات السحرية إلى مسببات ناقلة للعدوى بالتقليد والمحاكاة وأخرى افتتاحية تقوم على فلسفة أن الأشياء ما إن تتصل فيزيقياً فلا يمكن أن تتفصل تماماً، وفي هذه الحالة تكون هذه المسبابات الافتتاحية باستعمال الأشياء الخاصة بالضحية المقصودة مثل: حصاصات الشعر والأظافر. وتقوم المسبابات الناقلة للعدوى بالتقليد على فكرة أن الشبيه يتبع الشبيه. وعلى ذلك من

(1) Murdock GP., et ., al., "World distribution of theories of illness", Ethnology, 17, 1983: PP. 449-470.

المعتقد - بالنسبة لشخص ما يعاني من ألم جسمى - أن وضع فاساً تحت السرير وحده القاطع لأعلى سوف يقطع الألم. أما السحر الاقتحامى فيعني أن شخصاً ما يدفع روحأ شريرة عادة ما تكون حشرة أو سحلية جافة أو مسحوقه للدخول إلى جسم الضحية المقصودة، وتصنف النظريات الثلاثة الأخيرة تحت عنوان المسببات غير الطبيعية للمرض الشعبي.

٢- نموذج كلمونتس :Clements

وقد صنف كلمونتس (Clements) نموذجاً آخر لمفاهيم مسببات المرض الشعبي وسط الجماعات الأمية والبدائية^(١) في خمسة أنواع هي:-

أ- السحر والحسد والشعوذة :

والسحر هو مجموعة أساليب تستخدم للتأثير على القوى الطبيعية أو الخارقة للطبيعة لإزالة الشر بالآخرين عن طريق أداء بعض الممارسات الشعائرية التي يعتقد أنها تؤدي إلى النتائج المرغوبة ويشمل ثلث أشكال من السحر هي:

- السحر المنتج والمفید

- السحر الوقائي

- السحر الضار والمدمر

أما الشعوذة فهي ممارسات وفعاليات لإصابة الآخرين بالسحر الضار، وهي بذلك بمثابة فن يمكن التدرب عليه وتعلمها في حين أن السحر الضار مجرد قوة ذاتية داخلية في الساحر الضار ولا يمارس من يملك تلك القوة طقوساً أو فعاليات سحرية معينة أو معروفة ومن ثم فلا يقدر الناس أن يتعرفوا عليه^(٢).

ب- اختراق وانتهاك المحرمات :

حيث يظهر تأثير الدين على السلوك في كثير من المجتمعات، فالخروج على قواعد المحرمات Taboo يجلب معه العقوبة والشر والألم للعصاة ويستثير غضب

(١) Lorna G. Moore, et., al., Op., Cit., pp. 194-195.

(٢) محمد أحمد غنيم، فاتن محمد شريف، السحر والحسد في المجتمعات الريفية، منهاة للمعارف، الإسكندرية: ١٩٩٨، ص ٨.

أرواح الأسلاف ويستنزل على العصاة ألواناً من العقوبات مثل: العقم والمرض وموت الأولاد والأحباء.

ج- اقحام شيء يحدث المرض:

حيث تخترق الأرواح الشريرة الأشياء المادية وتصبح جوهراً مكوناً لها كالأخشاب والصخور والجلد، ويقوم الساحر بهذا الفعل الشرير لإنزال الأذى والمرض بشخص ما.

د- فقدان الشعور بالروح:

فالروح هي صورة للكائن الحي ويرى البدائيون أن انفصال الروح عن الجسد يؤثر على الأشخاص حتى الأحياء وتسبب المرض والوفاة.

هـ- اقحام روح:

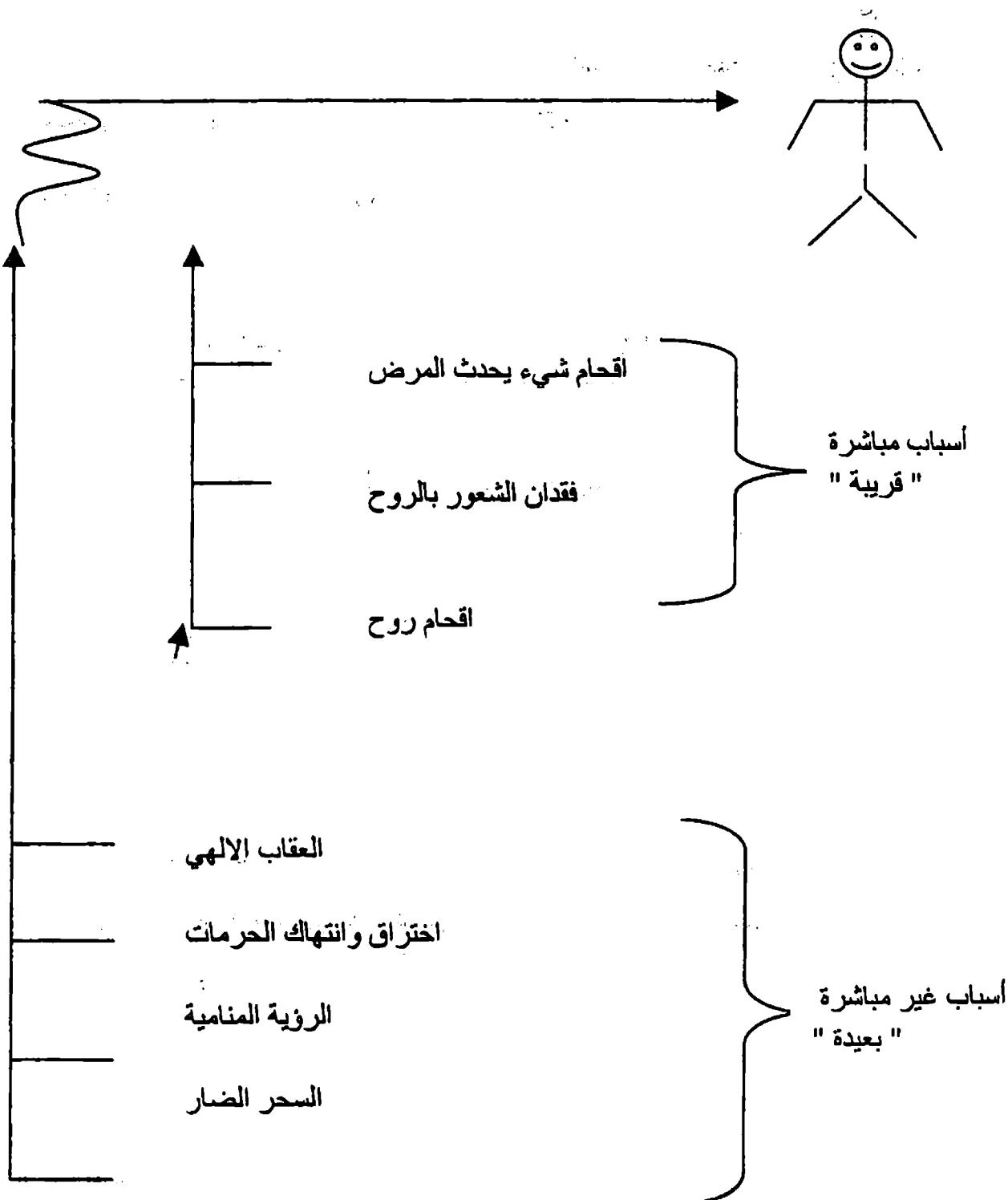
معني اختراق الأرواح للجسم وإنزال أذاتها وعقابها في شكل الإصابة بالضعف العقلى والجنون والصرع والإنجذاب.

وقد صنف روجرز (Rogers) السببين الأولين من هذه الأسباب في إطار الأسباب غير المباشرة للمرض تحدث عن بعد بمعنى أنها تحدث داخل التجربة السابقة للمريض على الرغم من أن الحدث جديد بالفعل. أما الأسباب الثلاثة الآخر فهي أسباب مباشرة بمعنى أنها مشتملة أكثر بالفورية. ولا تعتبر هذه المسببات أسباباً تبادلية بمعنى افتصار حدوث المرض على سبب واحد منها، فهناك بعض التداخلات يمكن أن تحدث بين العوامل السببية كما هو موضح بالشكل التالي⁽¹⁾.

(1) Rogers, S.L., "The shaman's Healing way. Ramona, Calif: Acoma Books, 1976:

Quoted in: Lorna. G Moore, et., al., Op., Cit., pp. 195-196.

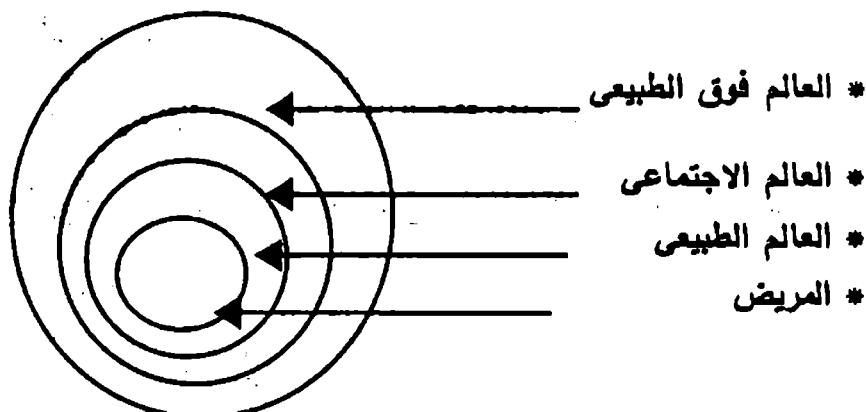
أسباب المرض



٣- نموذج هلمان :Helman

ويمثل هذا النموذج النظريات العامة للمرض، والتي تصنف أسباب المرض بصفة عامة في أربعة مجالات : داخل الشخص المريض، وفي العالم الطبيعي، وفي العالم الاجتماعي وفي العالم فوق الطبيعي كما في الشكل التالي :

مجالات أسباب المرض



وفي بعض الحالات قد يعزى المرض إلى مجموعة مركبة من الأسباب أو تفاعلات بين هذه العوالم الأربع. وكما يشير هلمان (Helman) إلى أن الأسباب الاجتماعية والأسباب فوق الطبيعية هي التي تميز المجتمعات غير الغربية بينما تعد التفسيرات الطبيعية للمرض أو الأسباب التي تتمحور في داخل المريض هي الأكثر شيوعاً في العالم الغربي، ومع ذلك فهو لا يرى أن هذا التقسيم ثابتًا على إطلاقه^(١). ويؤكد هذا الرأي ما وصفه شيرسمان (Chrisman) في بحثه التحليلي عن المعتقد الشعبي^(٢). من أن هناك ثمان مجموعات من الأسباب الشعبية للمرض المنتشرة وسط المرضى في الولايات المتحدة كإحدى المجتمعات الغربية - وأن معظم هذه الأمراض تتركز في المريض وهي :

(1) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., p. 75.

(2) Chrisman N.J., "Analytical Scheme for Health Belief Research", (1981): unpublished. Quoted in:Cecil Helman, Loc., Cit.,

* أمراض الضعف والوهن

* الأمراض الانتكاسية

* الأمراض الاجتياحية

* اختلال التوازن

* الضغط

* الأمراض البيئية

* الأمراض الوراثية

* الأمراض الميكانيكية

كما يتحدد على أساس هذا التصنيف من الذي سوف يتحمل مسؤولية المرض سواء كان المريض أم الناس الآخرون أم المجتمع. وفيما يلى تصنیف أسباب المرض وفقاً لهذه المجالات الأربع:

أ- المجال الأول- داخل المريض :

تدور النظريات الشعبية التي تحدد مصدر المرض في داخل الشخص المريض حول عجز الجسم الإنساني عن أدائه الطبيعي، كما قد تنسحب المرض في بعض الأحيان إلى التغيرات التي تحدث في السلوك أو في النظام الغذائي، وهنا تقع مسؤولية المرض على الشخص المريض وإن كان ذلك ليس بشكل نهائي. وينتشر هذا المفهوم بصفة خاصة في العالم الغربي حيث يلقي بمسؤولية المرض على عدم الاهتمام بالغذاء والملابس والنظافة ونمط المعيشة والعلاقات العائلية، والتدخين وشرب الخمور وعدم مزاولة الرياضة الجسمية، أو اللامبالاة بالجروح التي تصيب الإنسان أو الأضرار التي تُعد من قبيل إيهام الذات. وعلى ذلك يعد المرض دليلاً على الإهمال واللامبالاة وبالتالي يشعر الشخص الذي يعاني من المرض بالذنب من جراء ذلك. كما ينطبق هذا القول أيضاً على الحالات التي تأخذ شكل علامة معينة مثل البدانة أو تتسنم بفعل معين مثل إدمان شرب الخمور وكذلك الأمراض التناسلية^(١).

(1) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., P. 76.

وهناك حالات أخرى من المرض تحدث بسبب السلوك الخاطئ والتغذية غير الملائمة. ويؤكد ذلك الدراسات التي أجريت في مقابلة مع بعض الأمهات كن يعتقدن أن المرأة يجب أن تأكل بشكل مختلف أثناء فترة الطمث لكي تتجنب المرض، حيث كان يقال: أن الحلويات تحافظ على استمرار وتدفق دم الحيض في حين أن هناك أطعمة أخرى تسبب توقفه وتسبب وبالتالي مغص الطمث والعمق والسكتة الدماغية أو درن الحمل، وبالمثل المحظورات الغذائية التي تطبق على المرأة الحامل^(١).

كما يختلف اعتقاد الناس في مدى افتناعهم بأن حدوث المرض قد يكون نتيجة لسلوکهم الخاص وبالتالي تختلف درجة قبولهم لمفهوم المسؤولية الشخصية عن المرض. فقد تبين في دراسة أجريت على بعض أمهات الطبقة العاملة في مقاطعة ويلز أن اعتقاد بعض الناس بأن صحتهم تتحدد بواسطة أفعالهم الخاصة (مثل: معاندة الحظ والبخت والنصيب أو قوى خارجية جبارة) إنما يرتبط بمتغيرات اجتماعية - اقتصادية مثل التعليم وأمتلاك منزل، ومن ثم يوافق هؤلاء الناس على تحمل المسؤولية الشخصية عن المرض بدرجة أكثر من الذين يشعرون أنهم أضعف اقتصادياً واجتماعياً، حيث يرون أن المرض نتيجة قوى خارجية فوق سيطرتهم وبالتالي لا يقبلون بتحمل مسؤولية مرضهم^(٢).

وهناك عوامل أخرى مسببة للمرض يعتقد أنها تقع داخل الجسم، ولكنها تكون خارج التحكم الشعوري للمريض، وتشمل هذه العوامل مفاهيم الحساسية بمعنى القابلية للإصابة بالأمراض النفسية والجسمية والوراثية، وتشمل العوامل الشخصية نمط وخصائص الشخص مثل القلق والإضطراب، أما الحساسية الجسمية فتعتمد على مفاهيم عامة من المقاومة والضعف. فالناس قد يختلفون في درجة مقاومتهم للمرض

(1) Snow L. F., and Johnson S.M., "Folklore, Food, female reproductive cycle", Ecol. Food Nutr. 7 1987: p. 41.

(2) Pill R., and Stott N.C.H., "Concepts of illness causation and responsibility: Some preliminary data from a sample of working class mothers", Soc. Sci. Med. 16, 1982: pp. 43-52.

غير أنه من الممكن تقوية هذه المقاومة عن طريق الغذاء والمشرب والملابس الملائمين وهكذا، كما يمكن أن تكون المقاومة وراثية أو بنوية فبالمثل يمكن أن تكون حالة الضعف وراثية أو مكتسبة، فقد تتكرر الأمراض الخطيرة في العائلة الواحدة وتصبح من قبيل الأمراض العائلية والوراثية^(١).

وتعتبر أمراض الوهن والضعف -والتي تنتجه عن حالة ضعف الجسم بسبب العمل الزائد أو الشيء المرهق أو المرض المزمن أو بسبب أي نقطة ضعف آخر في الجسم- أحد المسببات العامة الشائعة للمرض. وكذلك الأمراض الانتكاسية التي تحدث للأداء الوظيفي والبنياني لأنسجة وأعضاء الجسم مثلما يحدث للإنسان في فترة الشيخوخة. وأيضاً الأمراض الاجتياحية التي تخترق النطاقات الشخصية والطبيعية لأسباب المرض وهذا يحدث المرض أما بسبب اجتياح خارجي بواسطة الجراثيم أو أي شيء آخر أو أن تنتشر داخلياً بسبب مرض داخل الجسم. أما المسببات المرضية الفردية الشائعة الأخرى فهي اختلال التوازن والذي يدرك كحاله من عدم التوازن والإفراط أو النقص في عناصر معينة مثل الفيتامينات أو فقر الدم، وكذلك الأمراض الميكانيكية وهي حاله من الأداء غير الطبيعي لأعضاء ونظم الجسم مثل سوء حالة الدورة الدموية أو تلف في أجزاء الجسم أو انسداد في الأعضاء والأوعية الدموية أو الضغط في أجزاء وأعضاء الجسم^(٢).

ويخلص من كل ذلك إلى أن المرض الذي يتركز في الشخص المريض يمثل أمراً هاماً في تحديد إما أن يقبل المرضى المسؤولية الشخصية عن مرضهم أو إنهم يرون أن سبب المرض خارج عن سيطرتهم وبالتالي لا يقبلون تحمل المسؤولية الشخصية عنه.

بـ- المجال الثاني- أسباب المرض في العالم الطبيعي :

يتكون هذا المجال من البيئة الطبيعية الحية والجمادية التي يعتقد أنها تسبب المرض. والجوانب الشائعة في هذه المنظومة هي الأحوال المناخية مثل البرودة

(1) Idem.,

(2) Chrisman N.J., Loc., Cit.,

الشديدة والحر والهواء والمطر والثلج والرطوبة. فالممناطق الباردة قد تسبب الإصابة بالبرد والقشريرة إذا سمح لها أن تخترق حدود الجلد. كما قد تسبب الرياح الباردة التي يتعرض لها الجسم البشري في إصابة الكلى بالبرد، كما تسري الحرارة البيئية الشديدة داخل الجسم وتتمدد داخل الأوعية الدموية وتسبب ارتفاع وخفقان الدم في الرأس.

وهناك أحوال مناخية أخرى تسبب الأمراض تتمثل في الكوارث الطبيعية كالزوابع والأعاصير والعواصف الشديدة. كما يضاف لأسباب المرض في هذا المجال الطبيعي التأثير المفترض على الصحة من جراء الشمس والقمر والكوكب السيارة والذي يعتبر سمة شائعة في المجتمعات التي تمارس علم التنجيم.

كما أن هناك أسباباً طبيعية أخرى للمرض، تتمثل في الأضرار التي تعزى إلى الحيوانات والطيور والعدوي التي تنسب إلى الكائنات الحية الدقيقة التي تخترق الجسم (مثل الجراثيم والحشرات والفيروسات)، كما قد يعتقد في بعض الأحيان أن الإصابة بمرض السرطان بمثابة غزو أو اجتياح للجسم بواسطة كائن حي خارجي ينمو ويلتهم الجسم من الداخل. وكذلك الغزوات الطفيليية باعدادها اللانهائية مثل الديدان الخيطية التي تعد أحد أشكال هذه المنظومة. وكذلك الأضرار العرضية (الإصابات الخطأ) التي تحدث في العالم الطبيعي.

كما تعزى أيضاً إلى المثيرات البيئية مثل الحساسية والأغبرة والسموم والمواد المضافة للأغذية والتدخين والأدخنة وأشكال أخرى كثيرة من التلوث البيئي- إلى مسببات المرض في العالم الطبيعي^(١).

ج- المجال الثالث- أسباب المرض في العالم الاجتماعي :

تظهر الصورة الشائعة لمسببات المرض في مجال العالم الاجتماعي في المجتمعات الصغيرة الحجم التي تتواءر فيها الصراعات الشخصية الداخلية، ويلقى فيها بمسؤولية مرض الشخص على الناس الآخرين. وتتوارد أكثر هذه المسببات شيئاً في

(1) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., pp.77-78.

المجتمعات غير الغربية وتمثل في أشكال ثلاثة هي: السحر والشعوذة والعين الشريرة (الحاسدة). وينسب المرض في كل من هذه الأشكال الثلاثة وأى أشكال أخرى من المصائب والمحن إلى الأحقاد والضغائن بين الأشخاص سواء أكانت مقصودة أو غير مقصودة.

وهناك أناس معينون عادة يكن من النساء - يمارسن السحر والشعوذة ويمتلكن قوة غامضة لإيذاء الآخرين، وتعد هذه القوة قوة حقيقة متصلة فيهن سواء عن طريق العوامل الوراثية أو من خلال العضوية في جماعات قرابية أو عشائر معينة. وعادة ما يختلف السحر عن الناس الآخرين سواء في المظهر أو السلوك، وغالباً ما يكونون من ذوى الأشكال القبيحة والمعافة أو المعزولة اجتماعياً، ومن الشواذ أو المتشددين في المجتمع والذين يبدو عليهم كل المظاهر المخيفة والسلبية للثقافة. وعلى الرغم من أن قوتهم محصورة في إيذاء الآخرين فإنهم يمارسونها بطريقة لا شعورية^(١).

وقد أشار الأنثربولوجيون إلى أن اتهامات السحر تكون أكثر شيوعاً في أوقات التغير الاجتماعي والغموض والصراعات الاجتماعية والانشقاقات التنافسية داخل المجتمع. فقد يتهم كل شخص آخر بأنه السبب وراء المصائب التي تحدث له من خلال ممارسته السحر، وفي هذه الأحوال يكون من الضروري الكشف عن شخصية الساحر بالطقوس التنبؤية وتأثيرها السلبي على طرد الأرواح الشريرة^(٢).

وتعرف الشعوذة كقوة تؤثر وتغير في الحوادث الطبيعية وفوق الطبيعية من خلال معرفة سحرية وأداء طقوس دينية وهي تختلف عن السحر كما أنها شائعة جداً في المجتمعات غير الغربية وفيها يبذل الساحر أو الساحرة قوته بشكل متعدد بدافع من الحقد أو الحسد ويسبب المرض بواسطة تعاوذ وطقوس أو سموم معينة. غالباً ما تمارس الشعوذة وسط عالم اجتماعي واحد من الأصدقاء والعائلة والجيران كما تمارس

(1) Landy D., "Malign and benign methods of causing and curing illness" New Yourk Macmillan, 1977: pp. 195-197.

(2) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., p. 79.

الشعودة أيضاً للتحكم في سلوك الآخرين مثلاً تستعمل الزوجة تعاوين وتمائم وأحجبة بداخلها شركيات وكلمات ورموز وحروف لا يستطيع أحد أن يفهم معناها لمنع زوجها من مفارقتها أو الرحيل عنها (ربط المحب)^(١). وتتضمن الأمراض التي تنسب إلى الشعودة الحالات المعاوية والتغيرات العامة التي تصيب الإنسان مثل فقد الشهية للطعام أو نقص الوزن. وعادة ما يحدث هذا النمط من الشعودة داخل الجماعات التي تتسم بمعيشتها بالفقر وعدم الأمان والخطر والخوف والشعور بالنقص والضعف^(٢).

وقد عرفت العين الشريرة (الحايدة) في كل مكان في أوروبا والشرق الأوسط وشمال إفريقيا. حيث تسمى في الثقافة الإيطالية (Malocchia)، وفي الثقافة الإسبانية (Cas'm-e sur) وفي الثقافة العربية (عين)، وفي الثقافة الإيرانية (Mal de ojo) كما تعرف أيضاً بالعين المحدقة أو السيئة أو الجارحة أو (النظر). وهي موجودة في كل المجتمعات الشرقية على اختلاف البيانات والأعراق. والسمة الرئيسية للعين الشريرة والحايدة هي أنها تتعلق بالخوف من الحسد في عين الناظر^(٣). والعين الحايدة مرادفة للقدرة على الحسد، وليس شرطاً أن يقتصر الحسد على العين فهناك اللسان الحايد والنفس الحايدة، كما يمكن أن يأتي الحسد عن طريق التنفس، فالحسد يتعلق بقدرات الشخص الحايد وليس بيصره ومكمنه القلب وليس العينين، أما لماذا العين الحايدة بالذات، فقد يرجع ذلك إلى أسباب نفسية أكثر منها اجتماعية كما أن القوى الطبيعية للجسد تكمن في النظرة الغريبة والمحدقة التي تعكس مشاعر الحايد تجاه الآخرين^(٤).

ويمكن إبطال تأثير النظرة الحايدة أو تجنبها بواسطة صرف انتباه الناظر إلى رسومات معينة معدة لذلك أو من خلال ممارسة سحر ودى متعاطف، كما قد يسبب

(١) محمد أحمد غنيم، فاتن محمد شريف، مرجع سابق ذكره، ص ٢١.

(٢) Cecil Helman, Loc., Cit..

(٣) Spooner B., "The Evil Eye in Middle east", Quoted in: Cecil Helman, Loc., Cit.,

(٤) فاتن محمد شريف، الحسد في التراث الشعبي، دراسة إثnوجرافية لمجتمع رشيد، منشأة المعارف، الإسكندرية:

الحسد أنواعاً مختلفة من المرض أو الموت من خلال النظر والتحديق وعادة ما يحدث الإيذاء والضرر من صاحب النظرة الحاسدة دون قصد منه ودون شعور وذلك لقدرته على إحداث الضرر وعدم قدرته على التحكم في النظرة الحاسدة^(١).

كما تشمل المعيقات الاجتماعية للمرض الجروح الجسمية مثل التسمم وجروح القتال التي تصيب الشخص بواسطة الناس الآخرين. وعادة ما يرجع الناس الآخرون - في المجتمعات غير الغربية - أسباب المرض إلى وسائل سحرية مثل السحر والشعوذة والعين الحاسدة، أما في المجتمعات الغربية فإن المفاهيم الشعبية لمرض «الضغط» تلقى بمصدر المرض على الناس الآخرين حيث يلقى بمسئوليّة المرض في هذه المجتمعات على الصراعات بين الأقران والأطفال والأسرة والأصدقاء والمستخدمين وزملاء العمل. ومع ذلك، تعتبر إلقاء مسئوليّة مرض الشخص على الناس الآخرين سمة أكثر شيوعاً في المجتمعات غير الغربية عنها في المجتمعات الغربية^(٢).

د- المجال الرابع - أسباب المرض في العالم فوق الطبيعي :

يعزى المرض في هذا المجال إلى الأفعال المباشرة للكائنات فوق الطبيعية مثل الآلهة والأرواح وأرواح الأسلاف. وغالباً ما يوصف المرض في هذا العالم بأنه تذكرة وتنبيه آلهي بسبب بعض الزلات السلوكية مثل عدم الانتظام في أداء العبادات وعدم التصرّع بالدعاء إلى الله أو عدم شكر الله على نعمائه. ولذلك لا يفيد العلاج المنزلي ولا علاج الطبيب في هذه الحالة حيث يقتضي الأمر الاعتراف باقتراف الذنب والندم عليه وأن يتتعهد المرء بحسن سلوكه. وهنا يكون الدعاء والتلوّه بما العلاج وليس العقاقير أو البنسلين^(٣).

وقد ينسب المرض في بعض المجتمعات الأخرى إلى الأرواح النزوية والشريرة حيث تنطلق الأرواح الناقلة للمرض بشكل فجائي وتسبب مجموعة من الأمراض

(1) Cecil Helman, Culture, Health and Illness, Loc., Cit.,

(2) Idem.

(3) Ibid., p. 80.

لضحاياها. ولا يرتبط غزو هذه الأرواح بسلوك الشخص الضحية، ولذلك فهو شخص برئ ويستحق مساعدة الآخرين، أو ما يسمى بتلبس الأرواح وهو ما يحدث حينما تتم مهاجمة أو غزو الأشخاص بالمرض بواسطة أرواح أسلافهم الذين آذوهם، وهذا يحدث حينما يكون الشخص الذي يصاب بالمرض شخص آثم وفاسق ولا يحترم المقدسات أو ضد السلوك الاجتماعي. ويتم تشخيص المرض في جلسة استحضار الأرواح حيث ينظر إلى المرض كعقوبة عن هذه الخطايا ويعاد تأكيد القيم الأخلاقية للجماعة^(١).

والشكل المشابه لتلبس الأرواح يطلق عليه الجن والعفاريت في العالم الإسلامي. وتشبه هذه الأرواح المسيبة للمرض بالجرائم في الطب الحديث والتي تدخل الجسم حيث تكشف عن شخصيتها بواسطة الأعراض الخاصة بها التي تسببها ويتم معالجتها بطردها خارج الجسم. وعلى الرغم من أن التفسيرات فوق الطبيعية لأسباب المرض مثل العقاب الآلهي أو تلبس الروح تعد حالة نادرة في العالم الغربي فإن التفسير الحديث المناظر لها يلقي بمسؤولية المرض على الحظ السيئ والقضاء والقدر أو المشيئة الآلهية^(٢).

ثالثاً : أنماط المعالجات الطبية :

يقوم الطب العلمي الحديث على افتراضين أساسيين هما:

١- الافتراض الأول:

وهو نظرية الميكروب المسبب للمرض، والتي ترجع إلى الدراسات البكتريولوجية (لباستير) Pasteur في منتصف القرن التاسع عشر، تواجد وتولد الكائنات العضوية، والتي تتمثل الآن في المعتقد الطبيعي الحديث في عملية العدوى.

(1) Lewis I.M., "Ecstatic Religion. Harmon dsworth: Penguin". 1971: Quoted in : Cecil Helman, Op., Cit., p. 81.

(2) Under wood P., and Underwood Z., "New Spells for old: expectations and realities of western medicin in remote tribal society in Yemen Arabia" Quoted in : Cecil Helman, Op., Cit., p. 81.

٢- الافتراض الثاني:

وهو «الطب الوقائي»، وله جذور قديمة أيضاً، وإن كان التركيز عليه قد تزامن مع الابتكارات العلمية للطب العلمي الحديث.

وقد اتهم الطب العلمي الحديث بأنه طب احتكاري بمعنى أن ممارسته مقصورة على فئة معينة - بسبب هذين الافتراضين على الرغم من أن هذه الصفة الاحتكارية ليست جديدة أيضاً وإنما ترجع إلى عام ١٢٢٤ ميلادية حيث كان من المفترض عدم ممارسة أى شخص لمهنة الطب إلا بعد اجتياز اختبار أمام معلمى المدرسة الطبية فى ساليرونو^(١). وقد استمر هذا التقييد حتى الآن فى أشكال أخرى. كما أن افتراض وصف الطب الاحتكارى نفسه بعدم إجازة بعض النظم الطبية البديلة هو في الواقع نتيجة لإسهامات نظم المعتقدات والدراسات الطبية المتعددة والمتباعدة عبر القرون^(٢). غير أننا نرى - وكما توضح - في المبحث الأول من هذا الفصل - أن الطب الشعبي يقوم أيضاً على هذين الافتراضين وخاصة نظرية العدوى عن طريق اختراق الميكروبات لداخل الجسم البشري والتي ينظر إليها بشكل مختلف، ومن هنا ظهرت إمكانية تعايش الطب الشعبي مع الطب العلمي الحديث. كما أدى هذا المفهوم إلى استعارة الطب العلمي الحديث لبعض أنماط المعالجة من الطب الشعبي وبالتالي إلى تنوع أنماط المعالجة التي ظهرت في شكل أنماط رئيسية وأخرى ثانوية:

(١) أنماط العلاج الرئيسية:

هناك ثلاثة أنماط رئيسية لمعالجة المرض تشتراك معاً في الاعتقاد بأن أسباب المرض ترجع إلى الميكروبات والجرائم وأنه يمكن الوقاية من هذه الأمراض، كما أن كل نمط من هذه الأنماط افتراضات أساسية علمية أخرى خاصة به وهذه الأنماط هي:

(1) Osborne O.H., "Merging Traditional and Scientific Health care systems: Conceptual and pragmatic issues", Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology. San Diego, 1977: p.2.

(2) Lorna G. Moore, et., al., Op., Cit., p. 235.

أ- الطب الألوبائي :-

وهو الوسيلة العلاجية الأكثر شهرة في الطب الغربي، والتي نجمت عن مذهب «المتناقضات»، الذي بدأ في الازدهار في آسيا الصغرى في القرن الأول قبل الميلاد. والمبدأ الذي تقوم على أساسه هذه الوسيلة العلاجية هو أنه حينما ينحرف الجسم عن حالته الطبيعية فيجب استعمال إجراء متناظر. ولتطبيق هذه الطريقة على حالة المرض، يبحث المعالجون عن تخلص الجسم من سمومه أو المواد الفاسدة الموجودة به بطرق وأساليب متنوعة مثل الفصد والحجامة أو الحقن الشرجية، وتطهير الجسم من هذه المواد يؤدي بالتبعية الرجوع إلى النظرية الخلطية لمحاولة إعادة التوازن بين الأختلاط الجسمية بواسطة التخلص من المواد الفاسدة^(١).

ويبدو أن صحة هذا المبدأ الذي تقوم عليه نظرية الطب الألوبائي ضعيفة في الأصل، لأن سببية المرض في هذا المعتقد تقع في أنواع السحر والشعوذة والقوى الكونية (الطبيعية) والأبخرة الضارة الناتجة عن المواد المتعفنة. وعلى الرغم من اكتشافات (باتيير) Pasteur المشار إليها فإن الطريقة الألوبائية هي التي اكتشفت التفسيرات العلمية لمذهب «المتناقضات»، ومع اكتشاف نظرية الجراثيمات وعلاقتها بالمرض المنقول بواسطة عملاء خارجيين أمكن اكتشاف الأدوية المضادة لهذه الجراثيم وبالتالي تم التخلص من المرض ومنذ هذا الوقت عرف الطب الغربي بالطب الألوبائي^(٢).

ب- المعالجة المثلية :

وهي نمط طبى معاصر يعتمد على مقدمات فلسفية افتراضية مشابهة لافتراضات الطب الألوبائي. والمعالجة المثلية لها جذور متعددة، اثنين منها تم اكتشافهما في المخطوطات العربية الأولى وفي كتابات أبو قرات الذى كتب: «إن

(1) Clendening L., "Source Book of Medical History. New Yourk: Dover Publications, Inc., 1942: Quoted in: Lorna G. Moore, et., al., Loc., Cit.,

(2) Lorna G. Moore, et., al., Loc., Cit.,

المرض يحدث بواسطة أشياء متماثلة، وبواسطة أشياء متماثلة أيضاً يمكن أن تجعل الشخص المريض شخص معافي صحياً، وهو يشير في ذلك إلى المعتقد «المثيل يعالج المثيل». وقد اشتق مصطلح «المعالجة المثلية» من كلمتين أغربيتين: (homeos) التي تعنى المماثل، (Pathos) التي تعنى المعاناة. فعلى سبيل المثال: إذا كان الشخص المريض مصاباً بالحمى فإن العلاج الذي سوف يستخدم بصفة عامة يشمل بالمثل الدواء الذي يسبب الحمى. كما يتضمن هذا المعتقد في أمثلة محددة استعمال الدواء الذي يتماثل في الشكل مع موقع المرض فإذا كان الشخص مصاباً بألم في الأذن فإن العلاج المستحضر من زهرة تجسد شكل الأذن سيكون هو الدواء المختار. وقد طور الطبيب الألماني صمويل هنمان (Smauel Hehnemann) في أوائل القرن التاسع عشر الأدوية التي تزيد من فاعلية علاج الجسم الطبيعي، واقتصر إعطاء جرعات صغيرة تحت على الفاعلية البيولوجية والبيوكيميائية في الجسم وتترك له قوة الحياة داخل المريض أن تفعل الباقي وذلك بدلاً من إعطاء المريض جرعات كبيرة من العاقير والأدوية. فطبيب المعالجة المثلية يرى علامات وأعراض المرض كاستجابات الجسم في محاولته لاستعادته اتزانه البدني. ومن ثم فالمعالج بالطريقة المثلية يكون فكرة عن علاج الشخص المريض أكثر من علاج المرض. وبالتالي فهو يؤكد المفهوم الأساسي للصحة الكلية، وأن المرض يرى كانحراف عن أداء «الوظائف الطبيعية»، ولذلك يجب أن يحفز الجسم لكي يقوم بالدور الرئيسي في رعايته الذاتية^(١).

جــ المعالجة الطبيعية والعشبية :

وتقوم هذه الطريقة على مفهوم أن الجسم يتغذى فقط بالعناصر والمواد التي يحتاجها، وعلى ذلك إذا استخدمت هذه المواد بشكل روتيني عندئذ يمكن تجنب المرض. أما إذا حدث المرض فإن الجسم يكون قادراً على التخلص من تأثيره بدون استعمال أي عقاقير طبية أو تدخل جراحي. ولذلك يجب أن يكون المعالج بالطريقة الطبيعية وكذلك أماكن علاج المرضى (المستشفيات) بديلًا عن نمط الطلب السريري

(1) *Ibid.*, p. 236.

الذى يخضع الناس فيه لنظم غذائية من الأطعمة المغشوشة، والجانب الأهم أنها تؤكل فى حالة أولية أو غير ناضجة. فالنظام الغذائى الصحى الذى يشمل استخدام «حياة طبيعية»، و«هواء نقى»، وتأمل الذات المتحركة من الخوف يعد كل شىء فى النظم الغذائية الكلية^(١).

أما العشبية فيمكن النظر إليها على اعتبار أنها تخصص فى نمط المعالجة الطبيعية، كما أنها تشمل بعض خواص الطب الأوليائى، وهى تعد وسيلة علاجية شرقية الأصل فى كثير من جوانبها، حيث ظهرت فى الصين كنظام علاجى حوالى عام ٣٠٠٠ قبل الميلاد، كما وجدت كتابات على ورق البردى مؤرخة سنة ١٥٥٠ قبل الميلاد مسجل عليها حوالى ٧٠٠ نبات عشبى مختلف كان يستخدم فى كل مكان فى مصر. حيث كان هناك دواء عشبى لكل نوع من أنواع الخل^(٢).

وقد فقدت العشبية بعض خواصها خلال العصور الوسطى بسبب تحولها التدريجى نحو الطب الباطنى والطب الأوليائى الذى بدأ فى الظهور، كما فقد العشيبيون كثيراً من مكانتهم ونفوذهم فى منتصف القرن السابع عشر بسبب ظهور كتاب عن العلاج العشبى أذاع أسرار هذه المهنة. ولكن يستعيدوا مكانتهم المفقودة بدوايا يوحون أن أعشابهم لها قوة سحرية خاصة بسبب سر مكتشف فيها أو بسبب اعتمادهم المباشر على إمكانية التنجيم، ولذلك فإن الامكانية الفعلية للعشب تكون ناقصة إلا إذا وجدت القوى السحرية، وكانت القوى السحرية المستترة مملوكة فى أيدي هؤلاء المعالجين لإمكان المحافظة على معرفة الفاعلية البيولوجية- السحرية لهذه الأعشاب^(٣).

(٤) أنماط العلاج الثانوية:

وتشترك هذه الأنماط فى افتراض أساسى قوامه أن الصحة والعلاج يعتمدان على تنشيط وتحريير قوة الحياة أو الطاقة من داخل الفرد. ويمثل هذا الإفتراض جانب

(1) Ibid., p. 237.

(2) Inglis B., "Fringe Medicine", London, 1964: Faber & Faber Ltd., p. 67.

(3) Idem.,

عاجي من الوسائل العلاجية التالية:

أ - تقويم العظام :

تبني هذه الطريقة على نظرية أنه متى كانت بنية الجسم خارج الوضع المستقيم (الاصطفاف) سواء كان ذلك بسبب مرض أو جرح، فإن العظام تحتاج إلى إعادة تصفيف وتقويم لكي تعمل بكامل طاقتها، ثم طورت هذه النظرية مفهوم أن الجسم السوى بذاته هو جسم صحيح ومعافى، وإذا اختلف توازن الجسم فلن يستطيع أداء وظيفته بالشكل الملائم وبالتالي فإن الاختلالات الجسدية ترجع إلى الاختلال البشري مثل الأوضاع الخاطئة للعظام والانتواءات والانزلاقات في بنية الهيكل العظمي. وإنه متى أعيد تصفيف وتقويم الجسم فإن قوة الحياة الذاتية الخاصة به ستحرر ومن الممكن تحقيق العلاج. ووفقاً لهذه النظرية بكل مشتملاتها فإن مجموعة عريضة من الأعراض أصبحت قابلة للعلاج تشمل الدرن والصرع وحصوات المراة. كما أن عملية إصلاح وتقويم الفقرات التي أجريت في هذه الحالات كانت تهدف إلى إعادة إمداد الدم الطبيعي للأعضاء المتوعكة^(١).

ب - تقويم العمود الفقري يدوياً :

تعتمد الطرق العلاجية للمعالجين بتقويم العمود الفقري يدوياً على تحرير قوة الحياة. وقد أكد هؤلاء المعالجون على أن استبدال الفقرات الجزئية تسبب بإثارة الأعصاب ثم تؤدي إلى الإصابة بالمرض. ومن ثم إذا ما تعارض أسلوب الحياة مع هذه الطريقة فإن المرض سوف يحدث من جراء هذا التعارض^(٢).

ج - الوخز بالإبر الصينية :

تنطوى المعالجة بالوخز بالإبر الصينية على الاعتقاد بأن الجسم يحتوى على أنابيب تسرى من خلالها الطاقة (Chi) ولو تعطل مفعول هذه الأنابيب تصبح قوة الحياة معطوبة وتالفة. وتعبر قوى الين (Yin) والينج (Yang) عن ثانويات السالب

(1) Lorna G. Moore, et., al., p. 241.

(2) Idem..

والمحجوب وتفسر حالة الصحة والمرض. فالصحة هي حالة الاتزان بين هاتين القوتين أما المرض فهو الزيادة أو النقص في أي منهما. ولكي يتحقق التوازن بين هاتين القوتين واستعادة الأداء الوظيفي الأمثل يتم وخذ الجسم بابرا رفيعة عند نقاط محددة جيداً على خطوط وثيقة الصلة بالعضو المصابة (عند العثور على نقطتين مؤلمة يمكن معرفة العضو الداخلي المصابة من خلال معرفة ما تمثله هذه النقطة). كما يعتقد أن هذه الإبر تعمل كمهماز الخيل للإثارة على العمل وكمحفز كهربائي للنظام العصبي اللا إرادى، بحيث يتحرك هذا المحفز إلى المراكز أسفل المخ ومن ثم ينبه العضو المريض لكي يستعيد توازنه. ويؤيد الدليل التجريبى الاعتقاد بأن الجنس البشري يستطيع أن يتخلص من ألم الأمراض الفيزيقية المزمنة إن لم يستطع شفائها. والمعرفة بالواقع الدقيق للنقاط التي يمكن غرس الإبر فيها تعطى قوة دفع جديدة لاكتشاف آلية كهربائية مشابهة للمعالجين بتقويم العمود الفقري بدوياً قادرة على قياس الاختلاف في مقاومة الكهربائية على الجلد حول النقاط المتصلة بالعضلات^(١).

د- تنظيم الوظائف اللا إرادية :

تقوم هذه الطريقة على أساس أن هناك علاقة متبادلة بين مقاومة الكهربائية على الجلد واستجابة ذبذبات الجسم البشري^(٢). بحيث تلعب شحنة هذا التيار الدقيق المتولد على الجلد دور المثير للمستقبلات العصبية التي تنقل الرسالة الكهربائية عبر الأعصاب والحبال الشوكى إلى المراكز العليا في المخ فيكون الرد على الرسالة يحدث تفاعل منعكس في العضو أو المنطقة المرتبطة بالنقطة المثار على الجلد وتنبعث الطاقة الكامنة لرد المرض عن هذا العضو أو عن هذه المنطقة^(٣).

(1) J. B., and Yin L., "Acupuncture: Past and Present", FDA Consumer, U.S. Department of Health, Education Welfare, publication no. (FDA) 74-4001, Washington, D.C. May 1973: pp. 14-17.

(2) Lorna G. Moore, Op., Cit., p. 242.

(3) محمد المغزنجي، الطب البديل - مداواه بلا أدوية، (كتاب العربي العدد ٤٣ يناير ٢٠٠١)، الكويت: ص ٧٠.

هـ- العلاج بالتنويم المغناطيسي :

التنويم حالة يتم استحداثها لدى الشخص بطريقة صناعية، وتشبه النوم لكنها تختلف عنه من حيث قابلية الشخص المريض المفرطة لاستقبال الإيحاء والتأثير النفسي والعقلاني من المعالج بالتنويم المغناطيسي. وقد ارتبط التنويم المغناطيسي بالعلاج فترة طويلة حيث استخدمه المصريون القدماء^(١) والإغريقون كما استخدم في الأمريكيةين بواسطة الهندو الكوشان^(٢).

وـ النزعة نحو الصحة الكلية :

لقد تولد الاتجاه نحو مفهوم الصحة الكلية كحركة إنسانية في أواخر السنتين من القرن الماضي، وما زال معترفاً بها حتى اليوم كتغير حيوي في المفهوم الأساسي للكائنات البشرية والثقافية ككل. وتقوم هذه النزعة على افتراض أساسى هو إمكانية العناية بالصحة ليس داخل الفرد فحسب ولكن داخل وخارج الفرد. فالنموذج الطبي الحيوي يحدد الصحة والمرض بالمستوى микروبيولوجي وذلك على خلاف النزعة نحو الصحة الكلية التي تعترف بأن إعادة البناء الاجتماعي يعد شيئاً ضرورياً للوصول بشكل فعلى إلى / والمحافظة على مستوى مقبول من الصحة. وتتجه جهود نزعات الصحة الكلية إلى الرعاية والمحافظة على صحة الفرد وصحة المجتمع على عكس نماذج الرعاية الصحية التي تعالج الفرد بشكل منفرد^(٣).

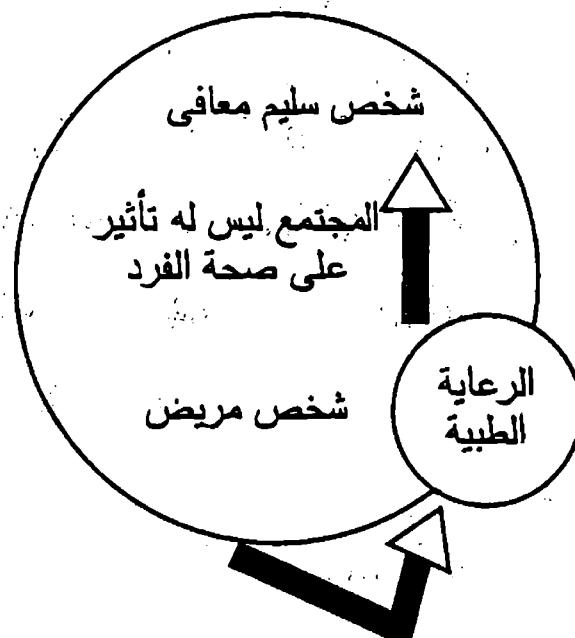
(١) استخدم أمحوت أبو الطب المصري القديم في مدرسته الطبية ومستشفى بمدينة (منف) طريقة تشبه الإيحاء للوصول إلى العقل الباطن لمريضه بأن يدركهم يذمرون سواء كان نوماً طبيعياً أو في أعقاب تناول النيبات المخدرة ثم يجعل الكهان يرددون على أسماع هؤلاء المرضى النائمين عبارات ليحانياه للتسلل إلى أحلامهم وتلعب دراما ليحانيا في تحفيزهم على الشفاء من أمراضهم، المرجع السابق ص ١٢٤.

(2) Lorna G. Moore, Op., Cit., p. 243.

(3) Idem...

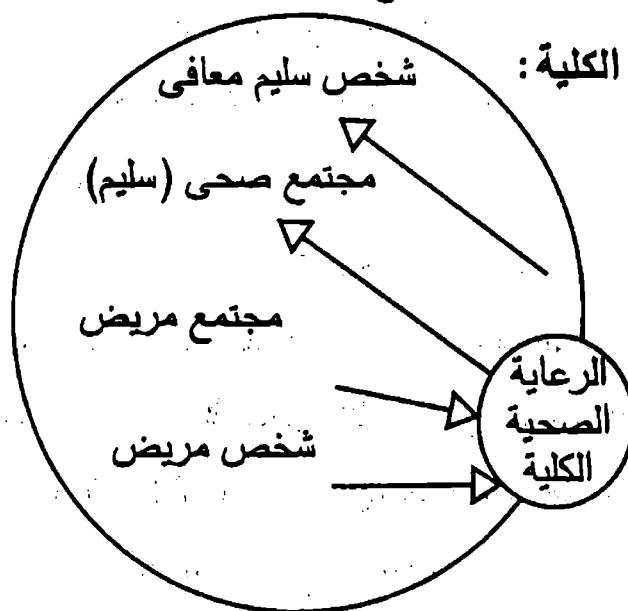
ويوضح الشكل التالي (١) المقارنة بين النموذج الطبي ونموذج الصحة الكلية:

(١) النموذج الطبي :



وينظر هذا النموذج إلى الصحة والمرض بمستوى ميكروبيولوجي، ويعالج الفرد للقيام بدوره الوظيفي الطبيعي في المجتمع.

(٢) نموذج الصحة الكلية:



وينظر هذا النموذج إلى الصحة والمرض على المستوى المجتمعي، وعما إذا كانت بنية المجتمع توفر البيئة الصحية للمقيمين فيه، لأن المجتمع المريض ينتج أفراداً مرضى.

(١) Hays Bautista D., and Harveston D.S., "Holistic health care, Social policy", 1977: p. 9. Quoted in: Lorna G.Moore, Po., Cit., p. 244.

رابعاً : المعالجات الشعبية :

يحرى الطب الشعبي العديد من الممارسات العلاجية التي تهدف إلى تحقيق الراحة الجسمية والنفسية للمريض ، والتي تشمل كلاً من الأساليب السحرية- الدينية والأساليب الكيميائية الأولية . وقد أشار لا جوهن (Laughlin) في هذا الصدد إلى أن نجاح المجتمعات الإنسانية لا يقتصر على استخدام الأساليب الطبية فحسب، بل من خلال استخدام الطرق والوسائل الشعبية في العلاج أيضاً^(١) .

ويكون الطب الشعبي من جانبيين أساسين^(٢) هما:

أ- الطب الشعبي الطبيعي :

وهو الجانب الذي يتضمن العلاج النباتي أو طب الأعشاب ، وهو يمثل ردود الفعل المبكرة لاستجابة الإنسان لبيئته الطبيعية في شكل سعيه لعلاج أمراضه عن طريق الأعشاب والنباتات وما إلى ذلك من موارد البيئة الحيوانية والمعدنية المحيطة به .

ب- الطب الشعبي السحري أو الغامض :

وهو الجانب الذي يعتمد على استخدام التعاوذ والشعوذة ويتضمن نظرة أكثر تعقیداً وأقل علمية للعالم .

ولقد تعددت وتتنوعت الممارسات العلاجية في علاج الأمراض الشعبية حيث اعتمدت على السياق الثقافي الذي مورست فيه ، وقدمت المعالج في صورة الكاهن أو الراهب أو الشيخ أو الساحر أو الشamanى وأطلقت عليه في كل الأحوال لفظ «الحكيم» ، الذي التصدق بالأطباء حتى الآن . وجاء هذا المعالج الحكيم يحمل أدوات المعالجة من مكونات البيئة ذاتها ، أما أدوات التعامل مع نفوس المرضى فكانت من خلال تراثهم الروحي ، غالباً ما كان هذا المعالج من رجال الدين البدائى الذى يسخر وفته لعبادة الآلهة والقوى الخارقة مما زاد من تقديره واحترام الناس له ، وتقيل كل أعماله الشاذة

(١) مرفق العشاوري، مرجع سابق ذكره، ص ٢٤٨ .

(٢) إبراهيم خليفة، مرجع سابق ذكره، ص ٣٥ .

والغربيّة. وقد حاول هذا المعالج أن يحيط نفسه بغموض خاص - كما هي عادة البشر منذ أن خطى الإنسان على سطح الأرض - فارتدى ملابس خاصة شاذة معظمها من أصل حيواني أو من الطيور وزاول طقوساً خاصة وحركات راقصة واستعمل مواداً غريبة لزيادة تأثيره وفاعليته كما كان يضطر في بعض الأحيان إلى الاستعانة ببعض الأعشاب والمواد الطبيعية. وعلى الرغم من ظهور أنواع جديدة من الأمراض فقد ظلت مهمة الممارسات العلاجية الشعبية موكولة لهؤلاء المعالجين مع إضافة بعض الممارسات الجديدة مثل حلقات الذكر وإطلاق البخور ودق الزار واستعمال نباتات مختلفة من الأنواع التي تحتوي مواد مخدرة مثل الكوكا ونبات ست الحسن^(١).

وقد جمعت الممارسات العلاجية للطب الشعبي بين الممارسات الطبية الهندية القديمة (الأيورفيدية) التي تعمل على إعادة التوازن الروحي والجسدي من خلال ممارسات وطقوس معينة، ورياضات التأمل والتنفس من التبت واليابان، والوخز بالإبر من الصين، كما راجت أساليب التشخيص بقراءة الحدقات والتطبيب المنعكس من أوروبا^(٢). وذلك بالإضافة إلى العديد من الممارسات الأخرى في بلادنا والتي تعتمد على المعتقدات الشعبية والدينية وتتضمن بعض العناصر التجريبية العلمية كالصوم والفصد والتدايق ومساعدة السيدات على الولادة واستخدام حمامات البخار وتناول المياه المعدنية والتمرينات الرياضية وطرق تصميم الجراح والكي والبتر والحقن الشرجية واستخدام المسهلات ومضادات التشنج ومدرات البول وطوارد البلغم والمقيمات، ورد الطعام المخلوقة وتجبير الكسور وعلاج العمود الفقري بالتقويم. علاوة على الممارسات العلاجية باستخدام بعض أجزاء الحيوان، وبعض الحشرات مثل ديدان العق و كذلك استخدام بعض المكونات الطبيعية كالعسل في علاج آلام النقرس والتهابات الأنف والحلق وعلاج حالات الرطوبة والسعال وعلاج الأرق. كما تشتمل هذه الممارسات أيضاً على استخدام بعض الأملام مثل الكبريت والنحاس والسيلكا وكlorates البوتاسيوم والصوديوم. وكذلك النباتات التي تعد من أشهر الأساليب

(١) عبد الرحمن نور الدين، شفاء بلا دواء، دار الأمين، القاهرة: ١٩٩٣، ص ١٥-١٦.

(٢) محمد المخزنجي، مرجع سابق ذكره، ص ٨.

العلاجية في الطب الشعبي والتي أثبتت التحليل العلمي كفاءتها وفاعليتها بتناولها خضراء أو في صورة شراب مغلي^(١).

وهناك بعض النظريات الطبية التي تمثل تراثاً مشتركاً بين الشعوب المختلفة، والتي ساهم فيها كل شعب بدوره بإثرائها وتدعمها وتطويرها مثل نظرية «شاغم الأجرام السماوية»، ونظرية «الأعداد لـ فيثاغورث»، واللثان أثّرنا على كل من جاءوا بعده من علماء الطب الإغريقي. ثم تعاقبت بعد ذلك إسهامات الفلاسفة والمفكرين الإغريق في ميادين العلاج الطبي التي لخصت خلاصة التقدم الإنساني في هذا المجال خلال ذروة الحضارة الإغريقية، ومن بعدهم العرب الذين استمروا في تطوير هذا التراث، فقدموا نظرية «التنجيم»، التي تؤكد على دور الكواكب والنجوم والمنازل القمرية وعلاقتها بحدوث الأمراض وتأثيرها على فاعلية النباتات والأحجار الكريمة وغيرها من المواد المستخدمة في العلاج. وكذلك نظرية «العلامات»، التي تعد من أبرز النظريات وأقواها تأثيراً على الممارسة الطبية حيث ترى هذه النظرية أن جميع العناصر الطبيعية كالنباتات والحيوانات وأعضائهما المختلفة والأحجار... إلخ تحمل علامات أو إشارات معينة تدل على الحاجة الإنسانية أو الوظيفة التي يمكن أن يستخدم فيها هذه العناصر الطبيعية لخدمة الإنسان. وكما تطورت النظريات العلاجية فقد تطورت أيضاً الممارسات العلاجية وأساليب إعداد الوصفات الطبية المستعملة فيها ولم تعد تقتصر على استخدام عشب أو عنصر واحد لعلاج مرض معين وإنما وصل الأمر بالمطبيين الشعبيين إلى إعداد وصفات مركبة تضم مجموعة من الأعشاب والعقاقير وأحياناً السموم^(٢).

ومن ثم يتضمن الطب الشعبي والممارسات العلاجية الشعبية الكثير من الجوانب السحرية-الدينية الغامضة (الرقى والتلائم وال التعاوين) إلى جانب الوسائل الكيميائية الأولية (الفصد والكي وكاسات الهواء) وأشكال أخرى من العلاجات التي تبني على استعمال النباتات والأعشاب الطبية، والتي ينظر إليها على أنها ممارسات علاجية

(١) مرفت العشماوى، مرجع سبق ذكره، ص من ٢٤٩ - ٢٥٠ .

(٢) محمد الجوهرى، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سبق ذكره، ص ٤٧١ - ٤٧٧ .

شعبية لعلاج الأمراض الجسمية والنفسية في إطار إتساق المعتقدات والمسباب العامة لهذه الأمراض، كما تحرص أنماطها الثقافية على ممارستها كعادات وتقاليد شعبية. وفيما يلي عرض لهذه الممارسات العلاجية الشعبية :-

١- العلاج بالنباتات والأعشاب الطبيعية :

تمييز النباتات والأعشاب الطبيعية بخصائصها الطبيعية وخواصها العلاجية أو الوقائية بالنسبة لأمراض معينة، وترجع هذه الخاصية إلى وجود بعض مواد كيميائية خاصة في أنسجة هذه النباتات لها تأثير معين على الجسم. وتضم الأعشاب الطبيعية مجموعة كبيرة من النباتات التي تحتوي على مركبات كيميائية ذات تأثير تعرف بالمادة الفعالة التي تستخدم في الأغراض الطبية العلاجية. وتستخدم النباتات والأعشاب الطبيعية إما مباشرة في صورة أعشاب مجففة كما هو معروف في الممارسات العلاجية للطب الشعبي أو قد تستخلص منها المادة الفعالة التي تدخل في تركيب المستحضرات الدوائية . وقد عرف الإنسان الكثير من النباتات والأعشاب بفائدة طبيتها والعلجية وتمكن من الاستفادة بها في كثير من النواحي العلاجية، فكما تعلم الكثير من خواصها الطبيعية فقد عرفته الطبيعة أيضاً خواصها الطبيعية حين لاحظ تأثيراتها المختلفة على الحيوانات وقطعان الماشية التي كان يرعاها واستقى منها تجربته في محاولات الشفاء من أمراضه والتخلص من متابعيه^(١).

وقد كان القدماء المصريون من أوائل الشعوب التي اهتمت بالنباتات والأعشاب الطبيعية ودرستها وتعرفت إليها واستخدمتها في كافة النواحي العلاجية، وظهر منهم الأطباء العشابيون الذين تخصصوا في هذا المجال ودونوا كثيراً من الوصفات الطبيعية في بردياتهم التي ما زالت مستعملة حتى الآن وأثبتت الطب الحديث فاعليتها. وكان من أشهر القدماء المصريين في هذا المجال «أمنحتب» الذي أحبه المصريون القدماء وقدسوا واعتبروه إله الطب، ووضعوا صورة «الكأس والثعبان» رمزاً للدواء في اللغة

(١) محمد رفت، الموسوعة الصحية - العلاج بالأعشاب قديماً وحديثاً، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر، القاهرة:

الهيروغليفية القديمة وهو نفس الرمز الذي يستعمل حالياً في صناعة الدواء. ثم توالى بعد ذلك الاهتمام بالنباتات الطبية من عصر القدماء المصريين إلى عصر الإغريق إلى عهد الرومان وظهر الاهتمام الأكبر بها في عهد العرب على يد العديد من العلماء أمثال جابر بن حيان (٧٠٠ - ٧٦٥ ميلادية) ثم الطبيب العربي المشهور أبو بكر الرازى (٩٢٥ - ٨٥٦ ميلادية) ثم العالم العربي داود الإنطاكي ومؤلفه الشهير «ذكرة داود» الذي وضع فيه كل ما يتعلق بالطب والأمراض ووسائل علاجها بإستخدام النباتات والأعشاب الطبيعية^(١).

وهناك الآلاف من الوصفات الطبية التي تعتمد على النباتات والأعشاب الطبيعية بمختلف أنواعها مثل : الكزيرا والكمون والقرفة والزعتر والشيح والقرنفل وجوزة الطيب والمستكى والحبة السوداء واللبان والقلفل والصمغ وحب الهان والنعناع. كما تدخل الزهور كعناصر علاجية في عدد من الوصفات الطبية مثل: النرجس والورد والبنفسج والياسمين والسوسن والحناء..... الخ كما تستخدم الفواكه أيضاً على نطاق واسع في هذه الوصفات: السفرجل والمشمش والليمون والخوخ والكمثرى والموز والرمان والتين والعنب والنبق والجميز والتوت. بالإضافة إلى الخضروات والحبوب مثل القمح والزيوت والأفيفون والزيتون والجوز واللوز والبصل والكرفس والعدس والقثاء والرجلة والجرجير والحس والثوم والجزر والفجل والكرنب والباذنجان والقرع والكحل والحمص والشعير والتمر هندي والكزيرا والشبت والخروع والليسون والكرابيا. وقد تتمتع بعض هذه النباتات والأعشاب بمواصفات طبيعية خاصة تفيد في حالات مرضية معينة أو قد يكون لها مواصفات طبيعية عامة تفيد طائفه بأكملها من الناس وهناك نباتات أخرى تتمتع بخصائص طبية في معظم ثقافات العالم^(٢).

٢- العلاج بالصوم عن تناول الطعام :

عرف الصيام عن الطعام والشراب أو عن بعض أنواع الطعام منذ أقدم العصور كأحد الفرائض الدينية عند الشعوب، واعتبروه من فضائل الحياة وأفردوا له مكاناً

(١) المرجع السابق، ص ٣١ - ٢٣ .

(٢) محمد الجوهرى، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سابق ذكره، ص ٤٩٣ - ٤٩٦ .

مرموقاً في عبادتهم وعقائدهم. كما وجد الصيام في العديد من الديانات مثل الزرادشتيه (الفارسية) والماثونية والمجوسية والبوذية واليهودية والمسيحية. كما عرفه الإغريق حيث نادي (أبوقراط) باتباعه لعلاج الكثير من الأمراض الباطنية والخارجية. وبعد ظهور الإسلام وانتشاره أصبح صوم رمضان ركناً من أركان الإسلام وعرف المسلمون حكمته وفائدة لتطهير الأرواح والأبدان، كما أوصى به (ابن سينا) وعده عاملاً هاماً في علاج مرض الجدرى والزهري واتبعه المستشفىات في مصر أيام الحملة الفرنسية في القرن الثامن عشر العيلادى لعلاج الزهري باعتباره قاتلاً للميكروب المسبب له ويؤدى إلى تلف الخلايا وإعادة بنائها من جديد (حسب نظرية التجويع في علاج الزهري). وهناك أنواع أخرى من الصوم عن الطعام والشراب عند أحجام أخرى من البشر وفي مختلف العصور والأزمان لعلاج الأبدان وتطهير الأرواح مثل:-

أ- صوم العطف :

وهو صوم الحداد أيام الحزن والمحن لكي يشعر الصائم أنه لا يزال يذكر أحباءه الغائبين ولا يبيع لنفسه ما حرموا منه.

ب- صوم التطهير :

وفيه يكتف الصائم ويمتنع عن إتيان الخبائث والمحظورات من شهوات النفس والجسم.

ج- صوم التكفير عن الخطايا والذنوب :

وهو نوع من أنواع الصوم التطوعي يعاقب به الصائم نفسه على ذنب اقترفه وندم عليه واعتزم التوبة منه والتتمس العذر فيه.

د- صوم الرياضة النفسية والبدنية :

وهو الصوم الذي يمكن الصائم من السيطرة على وظائف جسمه بارادته تصحيحاً لعزمته أو طلباً لتقوية قواه الحيوية وتنشيطها واعتدال وظائف وأداء أعضائه الجسمية.

وتقتضى كل هذه الأنواع من الصوم أن يتوقف الصائم عن تناول الطعام والشراب وعن أشباح شهوات جسده لبعض الوقت أو الامتناع عن تناول بعض الأطعمة لتحكم وتأليب إرادته في رفض شهوات جسده ونفسه وتقوية عزيمته^(١).

غير أن الصوم الذي تشير إليه كافة الممارسات العلاجية منذ المعهود القديمة حتى الآن هو الصوم الأقرب إلى الصوم الإسلامي الذي يمتنع فيه الصائم عن الطعام والشراب لفترات محدودة وهو بذلك يختلف عن الحمية (الرجيم أو النظام الغذائي) حيث تعد الحمية طريقة علاجية غذائية تعتمد على امتناع الفرد عن تناول أطعمة وأشربة معينة.وهكذا ظل الصوم كإحدى الممارسات العلاجية الشعبية التي تناقلتها أجيال المعالجين والمطبّين ومنذ اقترن الـطب بالحكمة. كما يعد الصوم الطبيعي وهو الصوم عن الطعام لمدة أيام قليلة علاجاً شعبياً معتاداً لبعض الأمراض المعدية والمعوية كما يلجأ إليه بعض المعالجين الروحيين لعلاج بعض الأمراض الروحية حيث يتغير سلوك الجسم الإنساني خلال عملية هذا الصوم، فالامتناع عن تناول الطعام هذه الفترة يؤدي إلى حدوث عمليتين أساسيتين:

أ - عند انقطاع إمداد الجسم بالطعام من الخارج، ينتقل الجسم إلى تغذية نفسه من الداخل اعتماداً على ما يدخله من مخزون في أنسجة الجسم المختلفة للحصول على الطاقة اللازمة لاستمرار الحياة. كما تتضمن عملية الانتقال إلى التغذية الداخلية نوعاً من التوازن الغذائي المحكم في حدود ما هو مطلوب حيوانياً للجسم دون حدوث أي أعراض مثل سوء التغذية.

ب - إن أهم ما في الدور العلاجي للصوم هو استمرار وزيادة عملية الإطراف أي تخلص الجسم من تراكمات الفضلات والسموم خاصة في الأنسجة المريضة، حيث يتلاشي مصدر مهم من مصادر السموم داخل الجسم وهو ناتج تحل الأغذية في الجهاز الهضمي، وتستمر عملية التنظيف لإخراج الفضلات والسموم المتراكمة في الأنسجة عبر اللعاب والعصارة المعدية والعصارة الصفراء وعصارة البنكرياس والأمعاء والمخاط والبول والعرق.

(١) سمير يحيى الجمال، مرجع سابق ذكره، ص ١٤٧ - ١٤٩ .

ويترتب على هاتين العمليتين بالإضافة للراحة الفيزيولوجية التي يمنحها الجسم للجهاز الهضمي ولسائر الأجهزة والغدد، أن تتجدد أعضاء الجسم وتنشط وظائفها ويُصير الدم أكثر صفاء وأغذى بكتيريات الدم الأكثر شباباً^(١).

٣- تججير العظام :

يقوم بعض المعالجين والمطبّبين المتخصصين في تشخيص الكسور والرضوض وألم العظام والذين يطلق عليهم «المجبراتية»، بمعالجة العظام المكسورة ومعالجة الرضوض ورد العظام المخلوقة إلى أماكنها. وقد انتشر هؤلاء «المجبراتية» في كافة البلدان يمارسون هذه الوسيلة الشعبية القديمة مؤكدين قدرتهم على استعمال وضع العظام وإرجاعها إلى شكلها ومكانها الطبيعي في الجسم أو علاج الكسور بإستخدام بعض الآلات التي صنعواها بأيديهم ومن ابتكارهم^(٢). وقد ظهرت هذه الفئة من المطبّبين الشعبيين ومعظمهم ممن ورث هذه المهنة عن آبائهم وأجدادهم وتعلموا أسرارها وتدرّبوا عليها، كما قد يدعى بعضهم أن هناك قوى خفية تولت تدريبه وتعليمه، ومنهم من ينسب قدرته العلاجية إلى موهبة وهبها الله له. وهم يعالجون حالات الكسور البسيطة في مختلف أماكنها والرضوض وحالات الملخ وعرق النساء ويقومون بعملية الكي أيضاً من خلال تحديد أماكن الألم بالظهر والأرجل وكيفية بسالك معدني يتم تسخينه لدرجة الإحمرار، ويستخدمون في ذلك البيض والدقيق وتبين الفول ونبات المارسين وبعض المواد المقوية لعمل الجبائر كجريد النخل والأبلكاش والكرتون، كما يستخدمون الدهن والبلح لعمل البخات والقطن والدمور لربط الكسور والزيوت لتدعيل الأجزاء المخلوقة^(٣).

- وينتشر هؤلاء المطبّبون الشعبيون (المجبراتية) في القرى والمدن الصغيرة ويلجأ إليهم الكثير من المرضى لاعتقادهم في قدراتهم العلاجية في تججير الكسور

(١) محمد المخزنجي، مرجع سابق ذكره، ص ٥٦ - ٥٨.

(٢) سمير يحيى الجمال، مرجع سابق ذكره، ص ٣٣.

(٣) سعاد عثمان، مرجع سابق ذكره، ص ٧٧ - ٨٢.

البساطة التي تصيب الأطراف أما الكسور الكبيرة التي تصيب الحوض أو الجمجمة أو بعض الأجزاء الأخرى من الجسم فلم يحالفهم الحظ في تجثيرها والسبب في ذلك أن الخبرة التي اكتسبوها انحصرت في الأجزاء التي كانت تتعرض للكسر أكثر من غيرها في الزمن الماضي، وهي عظام اليدين والرجلين تبعاً للبيئة التي كانوا يعيشون فيها حيث كان الناس يركبون الخيل والنوق والجحير وإذا ما سقط شخص عن دابةه فإن أول ما يتعرض للكسر هو الأطراف، ونفس الأمر إذا ما سقط الشخص على أرض ملساء وزلت قدمه فانفلت، غالباً عن بعضها. أما الكسور الأخرى فقد تحتاج إلى تدخلات جراحية مما يعجز عنه هؤلاء المجراتيات. ولقد أدرك الناس كسور العظام وعرفوا تركيبها وارتباطها مع بعضها البعض من خلال معرفتهم لعظام الذبائح من الأغنام والماشية ومن ثم تولدت لديهم صور كاملة عن العظام وتكونتها كما تولدت لديهم الثقة في قدرة الشخص «المجراتي». وكان «المجراتي» الذي يقوم بعملية جبر العظام أي (وضعها في مكانها الصحيح) يتحسس الجزء المكسور إلى أن تقع يده على الألم فيصب الماء والصابون على مكان الألم ويبدأ بعمل تدليك خفيف للمكان حتى لا يصاب بالأذى ثم يبدأ بوضع العظم المكسور في مكانه الطبيعي رويداً رويداً وبمهارة كبيرة ثم يضع حول مكان الكسر عودين متوازيين على شكل جبيرة ويربطهما بالقماش الأبيض ثم يكسوها بعجينة مخلوطة من الدقيق والبيض والماء الساخن^(١).

٤- علاج الأمراض بالحجامة :

يعنى بـ **الحجامة** استخدام كاسات مفرغة الهواء لعلاج آلام الأنسجة المحتقنة أو الملتهبة في جسد المريض. وقد عرف قدماء المصريين هذا النوع من العلاج ومارسوه بتوسع ونقله عنهم الكثير من الدول المجاورة حتى وصل إلى الصين، كما عرفت هذه الطريقة العلاجية في كتابات الطبيب الشهير «كوهونج» في القرن الرابع قبل الميلاد في بلاد الصين وفي شبه القارة الهندية أيضاً بطريقة «القرن» باستخدام قرون بعض الحيوانات، حيث كان المعالجون يقطعون أطراف القرون المجوفة لبعض الحيوانات ثم يضعون الجزء الواسع منها على الجلد ثم يمتصون بقوّة عن طريق الفم من الطرف

(١) سليمان عبيدات، دراسة في تقاليد وعادات المجتمع الأرمني، مؤسسة مصرى للتوزيع، لبنان: ص ٢٢٦ - ٢٢٧ .

الضيق للقرن حتى يتم فريغ الهواء منه ثم يغلقونه بطرف الاصبع مع الضغط بشدة عليه مما يؤدي إلى امتصاص الجلد وما تحته من أنسجة الى أعلى داخل الفتة الواسعة للقرن وتحقن الدماء ثم يحدث إحساس سريع بالراحة^(١). ومع مرور الزمن استبدلت قرون الحيوانات بكاسات من الزجاج وتغيرت طريقة استعمالها إلى هذين الشكلين:

أ- الحجامة الجافة :

وفيها يقوم المعالج بغمس قطعة من القطن أو الورق في محلول من الكحول ثم يشعلها ويضعها في الكأس الزجاجي وهي مشتعلة لتسخين الهواء داخل الكأس، وبعد انطفائها يضع الكأس على الجزء المتالم من جلد المريض ويضغط عليها بشدة ثم يرفع الكأس برفق من مكانها بعد فترة وجيزة يكون الجلد وجزء من الأنسجة قد شفط داخل الكأس خلال هذه الفترة.

ب- الحجامة الرطبة :

وفيها يقوم المعالج الشعبي بتشريح الجلد بحيث تظهر بعض قطرات الدم من خلالها ثم يضع الكأس الساخنة فوقها ويتركها لفترة وبعدها يحدث تورم في المنطقة المصابة وتمتلئ بالدم، ثم ترتفع الكأس وتوضع بعض السوائل أو المراهم أو المساحيق القابضة أو المطهرة على الجروح.

ويحس المريض بالراحة من آلامه في هذا الجزء من الجسم باستخدام أي من هاتين الطريقتين، كما تفيد أيضاً في إزالة الآلام الروماتيزمية وألم البطن وبعض الأمراض المعدية (الناتجة عن البكتيريا) كما تضفي الإحساس بالراحة لمرضى الالتهاب الشعبي المصحوب ببلغم^(٢).

وهناك شكل ثالث أصنيف إلى الحجامة وهو «ديدان العلق» الماصة للدم لكي يستخرجه من الأنسجة الدقيقة بطريقة أحسن من الحجامة بمفردها. وقد ذكر ابن

(١) سمير يحيى للجمال، مرجع سابق ذكره، ص ٣٠٣ .

(٢) المرجع السابق، ص ٣٠٤ .

سينا، العلاج بالعلق ووصف طريقة استعماله في كتابه «القانون»، كما وصفها الطبيب الأندلسى الشهير «أبو القاسم الزهراوى»، في كتابه الشهير «التصريف». والعلق عبارة عن ديدان حلقية اسطوانية أو مفلطحة قليلاً ومعقلة ومقسمة إلى حلقات ثنائية تستوطن المياه العذبة في المناطق الحارة الدافئة أو قد تعيش في البحار وأحياناً على البر، ولها ممchan أمامي وخلفي لمص الدماء ولها ثلاثة أسنان ثلاثة حادة تغزها في الجلد فتحدث ثقوب يخرج منها الدم فتمتصه الديدان وتفرز من لعابها أنزيمياً يمنع تجلط الدم. ويوضع هذا العلق على الجروح بعد ٢٤ ساعة من جمعه وغسله وتنظيفه، وعندما يمتلىء جسم العلقة بالدم يلقي عليها بمسحوق البوراكس أو الملح لإرغامها على ترك الجرح ثم توضع الكاسات الزجاجية فوق موضع النزف لامتصاص المزيد من الدماء ثم ترفع الكاسات. وتفيد هذه الطريقة في علاج بعض الأمراض الجلدية مثل الصدفية والأكزيما والكلف والنمش كما تزيل بعض آلام الظهر والصدر^(١).

٥- العلاج بحلقات الذكر وحفلات الزار :

بعد «الزار»، حفل له طقوس وإجراءات شديدة التعقيد، يقوم على الرقص والغناء والموسيقى وطائفة متنوعة من العمليات في إطار احتفالي فاقع بخلاف المعتقدات والممارسات الطقوسية، وتنشر حفلات الزار في البيئة المصرية الحضرية أكثر منها في البيئة الريفية، وهو ظاهرة عالمية له نظائر وأشكال شبيهة في كثير من البلاد خاصة في آسيا وأفريقيا كما أنه يمثل أحد المعتقدات التي يشترك فيها المسلمين والمسيحيون في مصر^(٢). وترجع ممارسات الزار إلى بلاد الحبشة ثم انتقل إلى وادي النيل من الخرطوم جنوباً وحتى مدينة الإسكندرية شمالاً. ويشير اصطلاح أو مفهوم الزار من خلال الشعائر والطقوس التي ارتبطت بمارساته إلى أن هناك بعض الأرواح الشريرة تتلخص أو تتوحد مع بعض الأفراد وتأخذ مسميات متعددة مثل: أبليس والشيطان والعفرىت والجن، وهي خوارق غيبية تسبب الأمراض واعتلال صحة هؤلاء الأفراد وتستحوذ على شخصياتهم وتسيطر على كل حركاتهم وتصرفاتهم بحيث

(١) المرجع السابق، ص ٣٠٥ - ٣٠٦.

(٢) سعاد عثمان، وأخرين، مرجع سابق ذكره، ص ٣١٩.

تغيرها وتخلق منهم أشخاصاً مغايرين لطبيعتهم الأصلية كما تسيطر على وظائف جسدهم العصبية والحركية وتضعهم تحت ظروف صحية ونفسية معينة تتطلب علاجهم عن طريق إقامة حفلات الزار^(١). وقد تسمى هذه الأرواح «الأسياد» حيث يعتقد أنها ذات مقدرة على طلب الخير والشر للإنسان وهي لا توصف بأنها طيبة أو شريرة لأنها جميعاً أرواح طاهرة واجبة

وتقود حفل الزار منشدة رئيسية تسمى «الكردية» أو «الشيخة»، وتقوم بالدور الرئيسي في الغناء وتردد النسوة بعض المقااطع الغنائية وراءها حاملي الدفوف والطبول والصاجات وتعزف الموسيقى الملائمة للمزاج أحد الأسياد أو بعض الأسياد الذين يلبسون امرأة معينة فينزل ويعبر عن رغباته من مأكولات وقرابين وهذايا وطلبات ... وتنعدد الألحان الموسيقية لاستدعاء أسياد بقية النساء المشاركات في الحفل ليتم الاتصال بهم وهكذا. وما أن يتم حلول الأسياد في أجسام النساء المرضني - يتعرضن لحالات انفعالية عنيفة تصل أحياناً إلى الإغماء وقد الوعى ويأتين بأقوال وأفعال يكن غير مسئولات عنها وإنما تعبر عن رغبات الأرواح^(١).

أما حلقات الذكر فهي أيضاً من الموروثات المصرية القديمة والتي استمرت بعد دخول الإسلام مصر في ذكري المولد النبوى الشريف وموالد أهل البيت (أحفاد الرسول صلى الله عليه وسلم) حيث تلقى الأناشيد والأوراد الدينية وبظل الرجال والنساء يفقرن على أنغام الموسيقى والأناشيد ويتمايلون ناحية اليمين وناحية اليسار مع دقات الطبول والدفوف والصاجات حيث تربع هذه الحركات بعض المرضني من تأثير الأرواح الخفية، كما تطرد آيات القرآن الكريم الجان السفلى من أجساد الممسوين فتنزول أمراضهم^(٢).

وعلى ذلك فإن أنساق المعتقدات الدينية والسياقفات الثقافية الشائعة وسط هؤلاء الناس هي التي تشجعهم على التماس، العلاج منه خلال التمايل أثناء حفلات الزار أو حضرات الذكر. فالأناشيد والأوراد التي يرددتها المشتركون في حضرة الذكر في توحيد الخالق سبحانه وتعالى واستعطافاً لعلاه لإسباغ رحمته الواسعة عليهم، والصلوة والسلام على رسوله الكريم تعيش الروح الإسلامية السليمة وتزيد من روحانيتها وتطهرها من شوائبها وتشفي المريضين والمملؤس من الجان الضار وتحلبه الجان العلوى الذي يطرد الأرواح الشريرة. كما أن معرفة الموسيقى والألحان في حفل الزار هي عبارة عن مدح وإفتخار بالجان، ولذلك الجان اللامس المريضين واستعطافه، فإذا

(١) سعاد عثمان، وأخرين، مرجع سابق ذكره، ج ٢، ص ٣٤٤.

(٢) سمير يحيى الجمال، مرجع سابق ذكره، ج ٢، ص ٣٥٠.

صادف أن وافق لحن من هذه الألحان فإنه يظهر واضحاً عليه وينطق بما يريد لكنه يتركه أو يريمه من مرضه تحت شروط معينة وتقديم قرائبين وأصنافيات محددة. ومن ثم تعد حفلات الزار وحلقات الذكر إحدى الوسائل الممكنة التي يلجأ إليها الناس للخلاص من مشاكلهم المرضية المستعصية التي لم يستطع الطب الحديث علاجها^(١).

(١) المرجع السابق، ص ٣١١ .

الفصل الخامس

المعالجون الشعبيون والممارسات العلاجية

في الطب الشعبي

- مقدمة

- المبحث الأول: المعالجون الشعبيون

- المبحث الثاني: الممارسات العلاجية في
الطب الشعبي

مقدمة :

يعالج هذا الفصل موضوع «المعالجون الشعبيون والممارسات العلاجية في الطب الشعبي»، وتم عرضه في مبحثين الأول بعنوان «المعالجون الشعبيون»، وتناولنا فيه ثلاثة أنماط من المعالجين: المعالجين العاديين (غير المتخصصين) وألـ المعالجين المـهـنيـن (المـتـخـصـصـين) والـمعـالـجـينـ الشـعـبـيـينـ وكـذـاـ أـسـبـابـ اللـجوـءـ إـلـيـهـ وـطـرـيـقـةـ اـخـتـيـارـهـمـ وـدـوـرـهـمـ فـيـ الـعـالـجـ وـالـتـطـبـيـبـ. ثم انتهينا إلى إبراز العلاقة بين المعالجين الشعبيين والأطباء الرسميين. وجاء المبحث الثاني بعنوان «الممارسات العلاجية في الطب الشعبي»، وعرضنا فيه المعالجين الشعبيين في الثقافات المختلفة ثم استعرضنا بالشرح بعض الأمثلة والنماذج للممارسات العلاجية الشعبية سواء في بعض المجتمعات الغربية أو في المجتمع المصري، ثم عرضنا أخيراً فوائد ومخاطر الممارسات العلاجية للطب الشعبي.

المبحث الأول

المعالجون الشعبيون

مقدمة :

يمثل المعالجون الشعبيون أحد الفئات الهامة العاملة في مجال الرعاية الصحية داخل مجتمعاتهم، وكثيراً ما يعتمد الناس عليهم أو يلجأون إليهم طلباً للنصيحة أو العلاج والتطبيب كما يتصرف علاجهم بالكلية وتعاملهم مع النواحي الجسمية والنفسية والاجتماعية.

كما لم تختلف المعتقدات والممارسات الطبية الشعبية بمختلف أشكالها، ولا يزال المعالجون الشعبيون يمارسون أدوارهم في مجال التطبيب والعلاج - على الرغم من المعارضة الشديدة للطب العلمي الحديث - مكتسبين شرعية من الثقة والإجماع الشعبيين - كما لم تعد هذه المعتقدات والممارسات محصورة داخل الفئات الشعبية الأقل تعليماً كما كان ينظر إليها من قبل حيث اكتسبت فئات اجتماعية جديدة تبحث عن الشفاء والعلاج من أمراض عجز عنها الطب العلمي الحديث.

وقد تولدت أنماط المعالجين في كل مجتمع والأعمال العلاجية التي يمارسونها في هذه المجتمعات كنتيجة منطقية للتمييز بين أسباب المرض «الشخصية» و«الطبيعية»، فالأسباب الشخصية ذات المستويات السببية المتعددة – التي تمتد إلى ميادين العلاقات الاجتماعية مع النازل الأحياء وأرواح الأسلاف والكائنات الروحية الأخرى، والتي لا تقتصر معالجتها على الأسباب المباشرة للمرض كأعمال السحر والشعوذة فقط بل تتعامل مع التصدعات الاجتماعية التي تثير هذه الأعمال – تتطلب نمطاً معيناً من المعالجين ذوي المهارات السحرية أو الفوق طبيعية. وذلك لأن الاهتمام الأساسي للمريض ولعائلته ليس البحث عن السبب المباشر للمرض بقدر ما هو البحث عن المسبب ولماذا؟، ولذلك فهم يهتمون في قبائل الخوسا بجنوب أفريقيا* بمعرفة من المسئول عن حدوث المرض أكثر من اهتمامهم بمعرفة كيف حدث ذلك. كما يحتاج أفراد قبائل البمبارا في مالي إلى معرفة لماذا هم مرضى وليس كيف أصبحوا مرضى، وفي الهند يعمل «البراهاما» أو العراف المحلي على استكشاف ما الذي يغتصب روح السلف ولماذا؟. وعلى العكس تتطلب أسباب المرض الطبيعية – التي تحدد أعراض المرض في مستوى واحد من السببية وتتجه معالجتها نحو الجسم الفيزيقي – نمطاً آخر من المعالجين كطبيب بالمعنى الكامل للكلمة ومتخصص في علاج الأعراض وله معرفة بالأعشاب المناسبة والموانع الغذائية والأشكال الأخرى من العلاجات الشعبية مثل امتصاص الدم بالحجامة والتدليك والكمادات واللبخات والحقن الشرجية وما شابه ذلك^(١).

وهكذا أصبحت المعتقدات والممارسات العلاجية الشعبية – والتي كان ينظر إليها على أنها ممارسات لا عقلانية أو سحرية أو أنها ممارسات مقرونة بالشعوذة والمشعوذين – تشتمل على أنماط حديثة من المعالجة والمعالجين مثل المعالجة بالوخز

* قبائل Khosa وهي قبائل تقطن (تلل جاينتيما في ولاية أسام) شرقى الهند، مصطفى شاكر سليم، القاموس الأنثروبولوجي، ص ٥٢٨.

(1) George M. Foster, "Disease Etiologies in non - Western Medical System", In: Peter J. Brown, (ED.), Understanding and Applying Medical Anthropology, Op., Cit., 1998: PP. 114-115.

بالإبر والمعالجة المثلية والمعالجة بالطاقة والمعالجة بالأعشاب الطبيعية والتداوي بالألوان والبلور وكذلك المعالجة الروحية والتي اصطلاح عليها جميعاً بالثقافات الطبية الفرعية حيث تتضمن كل منها طريقة خاصة في تفسير وعلاج المرض. ومن ثم فقد أصبحت تعطى للإنسان أملأ جديداً في الشفاء من أمراض مستعصية وتقدم له صورة جديدة لمرضه وجسده وتكتسبه بعدها رمزاً لوجوده كإنسان وتعطيه الحس الضروري بالأمان والبعد عن القلق^(١). وكما أن هناك دراسات عديدة في أسلوب استقطاب المعالجين لأداء وظائف اجتماعية أساسية وطريقة اكتسابهم للمعرفة وكيف تظل ممارساتهم للطب وضع محوري في الطب العرقي، فإن هناك أيضاً اهتمامات أنثروبولوجية طويلة الأمد لتقدير نجاح ممارسات العلاج الشعبي والتقاليدي تناولت إعادة صياغات وخواطر جديدة، حيث وصف كلينمان (Kleinman) تقدير فعالية المعالجة والمعالجين على اعتبار أنها مشكلة محورية في دراسة العلاج في الثقافات المختلفة^(٢) وقد يشترك أكثر من معالج واحد في عملية العلاج. فالاهتمام الأساسي «للشaman» بما يمتلك من قوة فوق طبيعية واتصاله المباشر بعالم الروح وكذلك «الطبيب الساحر» بما يمتلك من قوة سحرية باستكشاف من سبب المرض ولماذا حدث هو نتيجة منطقية لأسباب المرض الشخصية، وقد يتوقف دورهما عند تشخيص المرض أو قد يقوم بمعالجة السبب المباشر للمرض أيضاً، وفي بعض الأحيان قد تسند مهمة العلاج لمعالج آخر أقل منها قد يكون متخصصاً في الأعشاب، أو مثلاً يدخل الشaman - بين قبائل النيلما بجبال كردفان بالسودان - في غفوة لاكتشاف سبب وعلاج المرض لكنه لا يقوم بالعلاج بل يحيله إلى معالجين آخرين^(٣). فالممارسات الشamanية خلال حالات الغفوة وفقدان الوعي والاتصال بعالم الأرواح وعالم ما فوق الطبيعة والتي كانت سائدة كشكل من أشكال الطب البدائي، لا تزال سارية في كثير من المجتمعات التقليدية خاصة في حالة الضعف وفقدان الأمل في الطب الحديث أو

(١) دافيد لويروتن، مرجع سابق ذكره، ص ١٩٠ .

(2) Arthur J. Rubel and Michael R. Hass, Op., Cit., P. 127.

(3) George M. Foster, "Disease Etiologies in non - Western Medical System", Loc., Cit.

الرغبة في الشفاء العاجل. ولذلك فإن الشaman يعد رجل الطب في هذه المجتمعات، وهو يتعلم هذه المهنة في البداية على يد شaman أكبر وعالمه هو عالم الطبيعة النباتية والحيوانية وربما أيضاً مياه بعض الينابيع حيث تكون التفاعلات الكيمائية التي لا يدرك مكوناتها، وإن كان يدرك مفعولها بالإضافة إلى التعاوين التي يتلوها في كلمات غامضة المعنى وحركات جسدية وتشنجات لا واعية على دقات النبض خلال دخوله في غفوة استحضار الروح. وهذا الوصف ليس بعيداً في الشكل عن بعض الممارسات في المجتمع المصري مثل (دق الزار) وإن كان الشaman يختلف في المضمون عن «الشيخ العراف» أو «الكودية».

وقد عاشت الشamanية واستمرت طريقة في المعالجة الشعبية آلاف السنين لأسباب كثيرة منها :-

(أ) أنها كانت وسيلة التخفيف من الأمراض التي يعتقد أن مسبباتها قوي فوق طبيعية.

(ب) أنها كانت تمثل ممارسات تطبيقية ناجحة تتفق مع الحياة الاجتماعية في المجتمعات البسيطة، وتستطيع التعامل مع الكثير من الأمراض البسيطة والمتركرة والمتباينة.

(ج) إن المعالجة الشamanية كانت تبني على مستخلصات عشبية أصبحت تمثل الأدوية والعقاقير الطبية الحديثة وتدخل في تركيبها.

(د) أن الطقوس التي كان يقوم بها الشaman والمتمثلة في أصوات وأنغام غير مفهومة وإيقاعات وحركات جسدية غير واعية كانت تصنفي عليه أجواء تشيع الرهبة في نفس المريض وبذلك يكتمل جانبي العلاج الجسمي والنفسي لدى المريض.

أما من الناحية الاجتماعية والأنثropolوجية فإن الطبيب والمعالج الشعبي في صورهما المتعددة وأشكالهما المتنوعة يمثلان نمطين من المعالجين لكل منهما معرفته وممارساته العلاجية، غير أن الطبيب يستمد شرعيته من الإجازات العلمية التي تسive له مزاولة المهنة، بينما انغماس المعالج الشعبي داخل الجماعة البشرية والتمنع بالثقة والإجماع الشعبيين حول افتراض فعالية ممارساته العلاجية مما اللذان يضمنان

شرعيته. هذا وقد تم تجاوز التناقضات القائمة بين الطبيب والمعالج الشعبي وهو التناقض التقليدي بين الثقافة العلمية والثقافة الشعبية وبين الطب الحديث والطب الشعبي وذلك نتيجة ظهور ممارسين ومعالجين جدد تقع شرعينهم كمعالجين في منتصف الطريق بين هذين النمطين من حيث الاعتراف الجماعي بهم لجمعهم بين الثقة والإجماع الشعبيين من ناحية واملاكتهم شهادات علمية جامعية من ناحية أخرى، كما في مجالات الوخذ بالإبر والمعالجة المثلية، أو شهادات غير جامعية كما في مجالات طب العظام والمعالجة الفقارية والتداлиك^(١).

أولاً: أنماط المعالجين:

يعرف المعالج بأنه الشخص المعترف به من قبل الجماعة التي يعيش فيها على اعتبار أنه شخص مؤهل لأداء عملية العلاج والتطبيب من خلال استعمال النباتات والحيوانات والمواد المعدنية ووسائل أخرى معينة تعتمد على خلفيات دينية وثقافية واجتماعية بالإضافة إلى المعرفة السائدة في المجتمع والاتجاهات والمعتقدات المتعلقة بالسلامة الاجتماعية والعقلية والجسمية وأسباب المرض والعجز في الجماعة. وهم يعرفون بأسماء مختلفة في الثقافات المختلفة، ولذلك لا يشتركون كلهم في تأدية نفس هذه الوظائف ولا يقعون كلهم داخل فئة واحدة من المعالجين. ولكن لكل منهم مجاله الخاص من الخبرة وأساليبه وطريقته الخاصة في التشخيص والتطبيب والعلاج. كما يختلفون أيضاً في أشكال وأنواع التقنيات التي يستخدمونها في التشخيص والعلاج^(٢).

وتحدد معظم الجماعات الاجتماعية مرانب هؤلاء المعالجون - بدءاً من الأفراد المألفين للقيام بهذا العمل وعائلاتهم وأصدقائهم المقربين والعشّابين ذوي الخبرة والمعالجين الدينيين والشامانيين ورجال الطب والذين يستشارون بسبب معرفتهم التجريبية بالجذور والنباتات ذات الخصائص الشفائية والعلاجية. وكذلك المعالجين الآخرين الذين منحوا موهبة العلاج والتطبيب بسبب وضع أو مصادفة مولدهم مثل

(١) دافيد لورتون، مرجع سبق ذكره، ص ١٩١.

(2) Engela Pretarius, "Traditional Healers", Chapter 18 in south African Health Review 1999, <http://www.Hst.Org.za/sahr/99/chap18.htm>.

الاعتقاد القائم على أن الأطفال الذين يولدون بعد وفاة آبائهم لديهم مثل هذه الموهبة وأن الأبناء أو البنات ذوي الترتيب السابع في الميلاد يمتلكون قدرة علاجية غير عادية ونفس الشيء ينطبق على التوائم، وكذلك القرائن وأطفال المعالجين المعروفين يملكون مواهب مماثلة في العلاج والتطبيب^(١). كما تختلف أنماط المعالجين وفقاً لهم وفقاً لاختلاف الجوانب الاجتماعية والثقافية لأنماط الرعاية الصحية المتاحة في المجتمع والتي لكل منها وسائلها وطرقها الخاصة في تشخيص وعلاج المرض وفي تعريف من المعالج ومن هو المريض وتحدد كيفية التفاعل بين المعالج والمريض خلال مرحلة العلاج. وبناء على ذلك يمكن تحديد أنماط المعالجين في الفئات

التالية:-

(أ) المعالجون العاديون (غير المتخصصين) :

وهو المجال المهني وغير المتخصص في العلاج والتطبيب داخل المجتمع، ويتضمن عدة اختيارات علاجية تعتمد على المعالجة الذاتية أو التطبيب الذاتي دون استشارة أي من المعالجين المهنيين المتخصصين أو المعالجين الشعبيين وفيه يقدم العلاج أو النصيحة من خلال الأقارب والأصدقاء والجيران وزملاء العمل. كما يتضمن أنشطة العلاج والرعاية التعاونية في دور العبادة أو في جماعات الاعتماد على النفس، أو استشارة شخص عامي آخر له خبرة شخصية في مرض معين أو في معالجة حالة جسمية معينة. وكما يشير شيرسمان (Chrisman) أن الموقف الحقيقي لأى رعاية صحية أولية في أي مجتمع هو العائلة، حيث تعد الأمهات والجدات هن أهم المعالجات في العائلة ويقبلن على تشخيص الأمراض الشائعة وعلاجها بالمواد المتاحة التي لديهن. ويقدر كلينمان (Kleinman) أن حوالي من ٧٠ - ٩٠ % من العمليات العلاجية تتم بواسطة هذا النمط من المعالجين سواء في المجتمعات الغربية وغير الغربية حيث يتبع المرضى التسلسل الهرمي للوسيلة العلاجية من التطبيب الذاتي إلى استشارة الآخرين، ويعتمد التطبيب الغربي على معتقدات طبية حول بناء

(١) Hand W., Loc., Cit.

وظيفة الجسد ونشأة وطبيعة المرض كما يحتوي تنويعه من المواد مثل الأدوية والعلاجات الشعبية التقليدية والأفكار التقليدية الخرافية (حكايات العجائز) وكذلك تغيير السلوك الغذائي. كما يتضمن أيضاً مجموعة من المعتقدات حول المحافظة على الصحة والتي تتمثل في مجموعة من الإرشادات التي تميز كل جماعة ثقافية بالسلوك الصحيح للوقاية من المرض سواء للشخص المريض أو الآخرين، وكذلك المعتقدات حول الأسلوب الصحي العام في الطعام والشراب والنوم والملابس والعمل والعبادة وكيفية تدبر المرأة لحياته بصفة عامة، أو استخدام السحر والتعويذات والتمائم الدينية لإبعاد الحظ السيئ والأمراض غير المتوقعة واجتناب الحظ الحسن والصحة الجيدة. ويتبين من ذلك أن كلاً من المعالج والمريض يرتبطان ببعضهما البعض من خلال علاقات القرابة والصداقة والسكن أو العضوية في المنظمات الدينية أو الزماله في العمل، وبما يعني أنهما يشتراكان في افتراضات متشابهة حول الصحة والمرض ونادراً ما يحدث سوء فهم بينهما^(١). ويعمل المعالجون في هذا النمط داخل نسق من العلاقات العلاجية غير الرسمية وفترات متقلبة تحدث داخل الشبكة الاجتماعية الخاصة بالمريض وعائلته، وبدون قواعد ثابتة تحكم السلوك والزمان والمكان، حيث قد تظهر هذه القواعد مقلوبة في التاريخ التالي ويصبح مريض اليوم هو معالج الغد. ومع ذلك هناك أشخاص محدودون يعتقد أنهم يميلون للعمل معالجين في هذا النسق أكثر من غيرهم ويعدون مصدراً للنصيحة والمساعدة بالنسبة للمسائل الصحية بواسطة أصدقائهم وعائلاتهم. وأن شهادات اعتمادهم معالجين هي خبراتهم الشخصية في المقام الأول وليس التعليم بالإضافة إلى مكانتهم الاجتماعية أو طاقاتهم الغامضة، وهؤلاء الأشخاص هم :-

- (أ) الذين لهم خبرة طويلة بأمراض معينة أو بنوع معين من العلاج.
- (ب) الذين لهم خبرة بواقع معينة في الحياة مثل النساء اللائي يقمن بتربية عديد من الأطفال.

(1) Cecil Heleman, Culture, Health and Illness, Op., Cit., PP. 43-44.

(ج) أصحاب المهن الطبية الوسيطة (مثل الممرضات والصيادلة أو موظفي الاستقبال بعيادات الأطباء) والذين يستشارون بشكل غير رسمي في المشكلات الصحية.

(د) زوجات وأزواج الأطباء الذين يشاركون أزواجهم وزوجاتهم في بعض الخبرة.

(هـ) أخصائيو العناية بالأقدام والحلاقون وأصحاب الوظائف العامة الذين يتعاملون مع الجمهور بصفة مستمرة.

(و) الأعضاء المعالجون في دور العبادة.

كما يمكن للمرأة التي حملت مرات عديدة أن تعطي النصيحة للنساء الحديثات في الحمل وتعريفهن بالأعراض المتوقعة وطريقة التعامل معها. وكذلك الشخص المريض الذي لديه خبرة طويلة بعلاج معين يمكن أن يساعد بعض أصدقائه ذوي الأعراض المتشابهة^(١).

(بـ) المعالجون المهنيون (المتخصصون) :

ويشمل هذا النمط المعالجين الذين أجاز لهم ممارسة مهنة الطب وينتظمون داخل منظمات مهنية مثل الأطباء المتخصصين والمهن الطبية المساعدة كالممرضات والقابلات وأخصائي العلاج الطبيعي، حيث يكون الطب العلمي الحديث هو النسق الرسمي لهؤلاء المعالجين. غير أنه - وكما يشير كلينمان (Kleinman) أنه قد يتم إضفاء الطابع المهني القانوني على بعض النظم الطبية التقليدية مثل كليات طب العلاج بالأعشاب وكليات طب العلاج بالبيوجا في الهند^(٢). ويشكل المعالجون المارسون لمهنة الطب العلمي الحديث مجموعة واحدة من المعالجين ذوي المراكز والوظائف المؤيدة بموجب القانون، وينتمون بمكانة اجتماعية أعلى ودخل أكبر وحقوق والتزامات محددة بشكل أكثر وضوحاً من الأنماط الأخرى من المعالجين، فهم

(1) Ibid, P. 45.

(2) Ibid, P. 50.

يمكون حق سؤال وفحص مرضاهم ووصف الدواء الفعال لهم والتطبيب والمعالجات الخطيرة في بعض الأحيان. كما يملكون تجريد أشخاص معينين من حرياتهم - احتجازهم بالمستشفى - إذا تم تشخيص مرضهم كمرض عقلي أو مرض معد. كما أنهم يستطيعون التحكم القائم في مرضاهم من حيث أنماط التغذية والسلوك والنوم والمداواة، والمبادرة بإجراء مجموعة من الاختبارات من العينات المجهريّة وفحص الأنسجة والأشعة وفصـد الأوردة. كما يمكنهم أيضاً تصنيف المرضى إلى مرضى مصابين بالاعلال أو بمرض مزمن أو بمرض عصبي أو بالتعارض أو بالشفاء القائم. وقد يتعارض هذا التصنيف مع وجهة نظر المريض نظراً لما له من تأثيرات هامة سواء اجتماعية تؤكـد دخول الشخص المريض في دور المريض، واقتصادية تؤثر على مدفوعات التأمين الصحي والضمان الاجتماعي للمريض.

ويمارس هؤلاء المعالجون الطب داخل جماعة مستقلة - لها جوانب اجتماعية ثقافية - تبعاً لقيمها ومفاهيمها ونظرياتها الخاصة عن المرض وقواعد السلوك، وينتظمون داخل ترتيب من الوظائف العلاجية، وتعد هذه الجماعة جماعة مهنية طبقاً لتعريف فوستر وأندرسون (Foster and Anderson) حيث يرتكزون على ويلنتظمون حول مجموعة من المعرفة المتخصصة التي لا تكتسب بسهولة، وتحت إشراف مهنيين مؤهلين وتتلاقـي مع احتياجات المريض أو تخدمـه. كما أن لها أيضاً منظمات جامعية ذات مفاهيم متماثلة والتي تحافظ على مجال خبرتهم وترفع من اهتماماتهم المشتركة كما تحافظ على احتكارـهم للمعرفة الطبية ووضع الشروط المؤهلة لمزاولة المهنة (مثل إصدار التراخيص للأطباء الجدد) وحمايتـهم من تدخل ومنافسة الدخلاء ورصد مستوى وكفاءة وأخلاقـ أعضـانـها^(١). وعلى الرغم من التساوي في المفهوم بين هؤلاء المعالجين فإنـهم يرتبون داخل مراتـب من المعرفة والسلطة مثل الأسـنـدة والاستشارـيون وعياداتـ الأطبـاء. والادـنيـ منهمـ المهنيـون المسـاعدـيونـ مثلـ الحـكـيمـاتـ والـمـولـدـاتـ وإـخـصـائـىـ العـلـاجـ الطـبـيـ وـمحـترـفـيـ المـهـنـ العـلـاجـيـةـ وـالـعـامـلـيـنـ فـيـ مـجـالـ الـاجـتمـاعـ الطـبـيـ. وكلـ جـمـاعـةـ طـبـيـةـ مـسـاعـدـةـ لـهـاـ قـوـامـهـاـ خـاصـيـةـ مـنـ الـعـرـفـ وـعـمـلـاـنـهـاـ

(1) Idem.

ومنظماها الجامعية و تعمل في مجال من الاختصاص ولكن بدرجة أقل في السلطة من الأطباء . كما ينقسم الأطباء أنفسهم داخل مهن متخصصة فرعية في هيكل المهن الطبية مثل الجراحون . وأطباء الأطفال وأطباء أمراض النساء . ولكل منهم وجهة نظرهم الخاصة بالنسبة للمرض و مجالهم الخاص من المعرفة^(١) .

(ج) المعالجون الشعبيون :

ويمثل هؤلاء المعالجون قطاعاً عريضاً في مجال العلاج والتقطيب وخاصة في المجتمعات غير الغربية ، وهم إما أن يكونوا من رجال الدين أو عاملين أو خليط بين الاثنين ، وهم ليسوا جزءاً من النسق الطبي الرسمي ويحتلون موقعاً وسطاً بين النمط الأول (المعالجون العاديون) والنمط الثاني (المعالجون المتخصصون) . وهناك فوارق واسعة بين أنواع وفئات المعالجين الشعبيين الموجودين في أي مجتمع بدءاً من المعالجين العاملين والخبراء الفنانيين مثل مجيري العظام والمولادات والمتخصصين في خلع الأسنان والضرس والمعالجين بالأعشاب إلى المعالجين الروحانيين والمستبصرين* والشامانية** .

وتتضمن معظم الجماعات خليطاً من المعالجين الشعبيين العاملين والدينيين ، فقد وصفت إسنوي (SNOW) في دراستها عن المعالجين الشعبيين السود في مدن أمريكا الذين يتعاملون بصفة خاصة مع الأمراض التي يعتقد أنها ناجمة عن السحر (الشعوذة والتمايم) أو بسبب العقوبات الإلهية وهم: أطباء الأعشاب وأطباء الجذور والروحانيين ومستحضرى الأرواح من الرجال والنساء والفروع والمعالجين الدينيين والنبيئيين

(1) Idem.

* وهم المعالجون المنتبهون الذين لديهم قدرة على إدراك ورؤية كل ما هو واقع خارج نطاق البصر.

** يقصد بهم الطبيب أو الكاهن أو العراف بين قبائل سيريرا والمهدود الأمريكيين، والإسكيمو ولهم اتصال بالقرى فرق الطبيعية عن طريق تلبس الأرواح في المجتمعات البدائية وتعتقد الشعوب التي تؤمن بالشامانيين أن لهم القدرة على شفاء الأمراض وإزالة الأذى بالناس بتوجهات من الروح التي تتلبسهم، ويمارسون طقوساً كالتلقر على الطبول والرقص والغناء الهستيري وإحاطة أنفسهم بأجواء غامضة تمنفي للرهبة عليهم وتثير الخوف منهم (القاموس الأنثروبولوجي، شاكر سليم، جامعة الكويت، ١٩٨١، ص ٨٦٩) .

والمولادات وبائعي الأعشاب السحرية والجذور والأدوية المسجلة والمعالجين الروحانيين الذين يعملون خارج الأماكن الدينية^(١). كما يشترك معظم المعالجين الشعبيين في القيم الثقافية الأساسية للمجتمعات التي يعيشون فيها وفي رؤيتها للعالم والتي تتضمن نشأة وأهمية معالجة المرض. كما يعد المعالجون الدينيون أكثر شيوعاً في المجتمعات التي تلقي بمسؤولية المرض والأشكال الأخرى من الحظ السيئ والمحن على الأسباب الاجتماعية مثل أعمال السحر والشعوذة والعين الشريرة أو على الأسباب فوق الطبيعية مثل الآلهة والأرواح وأشباح الأسلاف والأجداد. كما يكون مدخلهم في العلاج هو المدخل الكلي لعلاج كل جوانب حياة المريض التي تشمل علاقته بالناس الآخرين وبالبيئة الطبيعية وبالقوى فوق الطبيعية بالإضافة إلى أي أعراض جسمية أو وجданية. كما تعد كل هذه الجوانب في كثير من المجتمعات اللا غربية جزءاً من تعريف الصحة التي ينظر إليها علي أساس أنها توازن بين الشخص والمجتمع الذي يعيش فيه والبيئة الطبيعية وفوق الطبيعية، وأن أي اضطراب في أي من هذه الجوانب مثل السلوك اللا أخلاقي والصراعات داخل العائلة أو القصور في القيام بالشاعر والممارسات الدينية يفضي إلى أعراض جسمية أو مهنة وجданية تحتاج إلى مساعدة المعالج الشعبي الديني^(٢).

ثانياً : أسباب اللجوء للمعالجين الشعبيين :

لا يُنظر إلى الطب الحديث في كثير من المجتمعات على أنه أفضل من العلاج الشعبي وذلك لأسباب كثيرة وعديدة منها ما يرتبط بالمعتقدات الثقافية لأفراد هذه المجتمعات أو لظروف هذه المجتمعات ذاتها من حيث قربها أو بعدها عن مصادر الخدمة الطبية الحديثة. فكلما كان الناس الذين يعيشون في مجتمع تقليدي فقير وأكثر بعضاً عن مصادر الخدمة الطبية الحديثة كلما تضاءلت فرصتهم في الحصول على الرعاية الطبية الحديثة.

(1) Snow L. F., "Sorcerers, Saints and Charlatains: black healers in urban America", Cult. Med. Psychiatry, 2, 1978: P. 69.

(2) Cecil Heleman, 'Culture, Health and Illness', Op., Cit., P. 47.

وأهم هذه الأسباب هي :

- (١) إن إمكانية وصول الناس إلى أماكن الخدمة الطبية الحديثة في بعض المجتمعات تعد إمكانية ضئيلة جداً، على الرغم من أن التحصينات والمضادات الحيوية أخذت طريقها إلى النظم الأهلية، وذلك بسبب ارتفاع تكلفة الطب الحديث عن الطب الشعبي بالإضافة إلى أن بعد المسافة عن مصادره تمثل عائقاً آخر في الوصول إليه، ومن ثم فلا ينظر إلى الطب العلمي الحديث على أنه أفضل من العلاج الشعبي^(١).
- (٢) أن المعالجين الشعبيين مثل المولادات ومجبرى العظام والمعالجين بالأعشاب الطبيعية وغيرهم من المعالجين التقليديين يقدمون معظم أو كل أوجه الرعاية الصحية، بمعنى أن الناس لن يبحثون عن الخدمة الطبية الحديثة إلا إذا عجز هؤلاء المعالجون عن معرفة المرض وأسبابه حيث ستكون حينئذ هي الملاذ الوحيد أمامهم^(٢).
- (٣) حساسية الرعاية الصحية لاختلافات الثقافية بين الناس، وسيطرة الاعتقاد بأن بعض أنماط المرض قد تكون غير قابلة للعلاج بواسطة الطب الحيوي الحديث، وحيث تكون هذه المعتقدات أكثر شيوعاً في الدول النامية على الرغم من أن هناك معالجين شعبيين يزورون أعمالهم وسط كثير من الجماعات العرقية والأقلية في المجتمعات الغربية^(٣).

كما يتم اللجوء إلى المعالجين الشعبيين أيضاً حينما يلقي بمسؤولية المرض والأشكال الأخرى من المصائب والحظ السيئ والمحن على أسباب اجتماعية مثل

(1) Nora Ellen, Mary Elizabeth, "Commentary - Traditional Healers and Global Surveillance Strategies for Emerging Diseases: Closing the Gap", Emerging Infectious Diseases V.2, N. 4. 1996- <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/v2n4/groce.htm>. 17/6/2000.

(2) Idem.

(3) Pillsbury B., "Policy and Evaluation Perspectives on Traditional Health Practitioners in National Health Care Systems", Soc. Sci & Med. 16, 1982: P. 1825.

السحر والشعودة والعين الشريرة أو على أسباب فوق الطبيعية مثل الآلهة والأرواح وأرواح الأسلاف والأجداد. حيث يكون المعالجون الشعبيون الدينيون في هذه المجتمعات أكثر شيوعاً وعادة ما يكون مدخلهم هو المدخل الكلي للتعامل مع كل الجوانب في حياة المريض والتي تتضمن علاقاته بالناس الآخرين ونالبيئة الطبيعية وبالقوى فوق الطبيعية بالإضافة إلى أعراض جسمية أو وجданية. كما أن اتساع الهوة بين المريض والطبيب الأكاديمي وابتعاد الطب العلمي الحديث عن معطيات الأنثربولوجيا البدائية ونسائه أن الإنسان كائن له علاقاته ورموزه وأن المريض ليس مجرد جسد أو وظيفة أو عضو مريض ينبغي علاجه أدى إلى تدفق المرضي نحو المعالجين والمطبفين الشعبيين. فالجسد بناء اجتماعي وثقافي مرتبط بالرمزية الاجتماعية التي تصنفي علي العالم طابعه الإنساني - مع أنه قد يحدث العكس ويزيد اللجوء إلى الأطباء الأكاديميين في مجتمعات العالم الثالث بعد فشل المطبفين الشعبيين في علاجهم. وهنا يحدث تغيير في دور الطبيب بحيث لم تعد شرعية ممارسته للمهنة تخضع لامتلاكه شهادة علمية بقدر ما أصبحت تخضع للنجاحات التي تتحلى للجماعة والتي تصنفي طابعاً شخصياً علي علاقته بالمرضي وهنا ينظر إليه علي غرار الطبيب أو المعالج الشعبي^(١). كما استمر الاعتماد علي المعالجين الشعبيين حتى الآن في المناطق والأقاليم التي تأثرت بشكل كبير بالتطور الحديث، حيث كانت هذه المناطق غير مأهولة بالسكان ثم انجذبت إلى الاقتصاد العالمي مع توقيع دخول أمراض معدية جديدة إليها بسبب تزايد السكان والاحتكاك بالأمراض المعدية. وهنا يكون المعالجون الشعبيون في هذه المناطق في وضع فريد للتعرف علي هذه الأمراض الجديدة أو التي سوف تظهر مرة ثانية لأنهم - بعض النظر عن تخصصهم - سينظر إليهم أنهم:

- أ- علي علم بالمرض المحيطي بشكل شائع.
- ب- علي وعي بتزايد أو عدم تزايد حدوث هذا المرض في مجتمعهم.
- ج- في عدد أول عين ترى حالات المرض الجديد.

(١) دافيد لورتون، مرجع سابق ذكره، ص ١٨٣، ١٩٣.

د- على علم بتوافر المرض الذي لا يرى في وقت معين^(١).

وهكذا فإن اللجوء إلى المعالجين الشعبيين يعبر عن انبثاق قيم جديدة تنظم أشكال الحياة الاجتماعية، وينبني على أساس منطقية اجتماعية وثقافية. فالطب الشعبي لم يتراجع بالرغم من مواجهته بمعارضة شديدة من الأطباء والأكاديميين الذين اصطدموا بالطبقات الشعبية وحاربوا تقاليدها ومعالجيها لكي يضمنوا احتكار الحق في معالجة الناس وكان منطقهم في ذلك الاعتماد على براعتهم في الأشفاء والمعالجة وليس على قدرتهم على فرض أنفسهم اجتماعياً. كما أن الخلط بين المشعوذين والمعالجين هو الذي مكن الطب الحيوى من توسيع اهتماماته لكافة أشكال الطب الشعبي لتشمل كل المطربين والمعالجين التقليديين الذين لا ينتمون إليه بحكم تكوينهم وشرعية لهم وخاصة أن هؤلاء الذين وصفهم بالشعوذة كانوا في البداية بائعي جوالين يجوبون القرى لبيعهم جرعات من الأدوية وكانتا يعرفون كيف يروجون لها. غير أن المطربين والمعالجين الشعبيين لا ينتمون إلى هذه الفئة من المشعوذين، فهم معالجون مندرجون في مجال اجتماعي وثقافي بشكل قوي ولهم سمعتهم العلاجية بين أهلهم وجيئانهم نتيجة لما حققوه من فعالية في الممارسات العلاجية والتأكيد عليها وبحيث اكتسبوا شرعية كمطربين ومعالجين شعبيين نتيجة للإيمان والإجماع الشعبي وليس بسبب الطابع العلمي الذي لا تأثير له هنا^(٢) وعلى الرغم من أن هناك بعض مواطن الصنع والخطورة بالنسبة للمعالجين الشعبيين، فقد قدم الطب الشعبي مزايا للمريض وخاصة في التعامل مع المشكلات النفسية والاجتماعية، بالإضافة إلى المزايا الأخرى التي اعترفت بها منظمة الصحة العالمية بالنسبة للمطربين والمعالجين الشعبيين في العالم الثالث حيث أوصت هذه المنظمة في عام ١٩٧٨ بدمج العلاج التقليدي مع الطب الحديث كلما أمكن ذلك وأكّدت على صرورة ضمان الاحترام والفهم والتعاون بين ممارسي مختلف النظم الطبية المعنية، وتأمل المنظمة في جذب مصادر الطاقة البشرية لقطاع الطب الشعبي (المعالجون) مثل: المولدات والإيريفيدا الهندية

(1) Nora Ellen, Mary Elizabeth, Loc., Cit.,

(2) دافيد لوبروتن، مرجع سابق ذكره، ص ١٧٤، ١٧٦.

وممارسي المعالجة بالليوجا والمعالجين الصينيين التقليديين مثل إخصائى العلاج بالإبر الصينية ومصادر أخرى متنوعة^(١) ومع ذلك فإن دخول المعالجين الشعبيين في نظام عالمي لا يعني أن العلماء والأطباء يجب أن يوافقوا على تفسيراتهم المحلية لأسباب وعلاج الأمراض المعدية ولا يعني أيضاً أنها تحتاج لموافقة هؤلاء المعالجين على الافتراضات الحديثة عن أسباب وجود وعلاج هذه الأمراض^(٢).

وعلى ذلك فإن ما يوفره العلاج الشعبي للمنتفعين به من مزايا تفوق ما يقدمه الطب العلمي الحديث تفسر أسباب اللجوء للمعالجين الشعبيين. ويمكن إيجاز هذه المزايا فيما يلي:-

(١) التداخل الدائم لعائلة المريض في عملية التشخيص والعلاج، حيث يلقي بمسؤولية مرض الشخص في العلاج الأهلي الأمريكي علي كل من المريض وعائلته للاشتراك في طقوس العلاج. وهذا لا يكون المريض هو مركز الاهتمام الوحيد كما في الطب الحديث ولكن استجابة العائلة والآخرين للمرض تحظى أيضاً بنفس الاهتمام كما يكون المعالج نفسه محاطاً بالمساعدين الذين يشاركون في هذه الطقوس العلاجية ويقدمون التفسيرات للمريض وعائلته والإجابة على تساؤلاتهم^(٣).

(٢) الألفة بين المعالج والمريض ومشاركته في رؤية العالم والحميمية واستخدام اللغة اليومية العامية في الاستشارات. حيث يقوم هذا النمط من المعالجين الشعبيين وهو ad H'lo i زيناكانتان بالمكسيك بالتأثير في المجتمع بشكل عام وخاصة العلاقات الاجتماعية للمريض بذكر تأثير أفعاله الماضية علي مرضه الحالي، ويقوم بعلاجه في جلسة عائلية كالمنزل أو الأضرحة الدينية. ونظراً لأن هذا النمط من المعالجين يتلقظون بشكل واضح ويفكرون القيم الثقافية للجماعات التي يعيشون فيها فإن مزاياهم تفوق مزايا الأطباء الأكاديميين الذين ينفصلون عن مرضاهم بسبب الطبقة الاجتماعية والوضع الاقتصادي والتعليم المتخصص وأحياناً الخلفية الاجتماعية. وعلى ذلك فإن المعالجين

(1) Cecil Health, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 50.

(2) Nora Ellen, Mary Elizabeth, Loc., Cit.

(3) Martin M., "Native American Healers: Thoughts for Posttraditional Healers", JAMA, 1981:245 pp. 141-143.

الشعبين لديهم قدرة أفضل على التعرف على المرض وعلاجه بمعنى التعرف على الأبعاد الاجتماعية والأخلاقية والسيكولوجية المرتبطة بالمرض مثل الأشكال الأخرى من المحن وسوء الطالع. كما أنهم يقدمون الأساليب المألوفة ثقافياً لتفسير أسباب وتوقيت المرض وعلاقته بالكائنات الاجتماعية وفرق الطبيعية^(١).

ثالثاً : اختيار المعالجين الشعبين :

تلعب المعتقدات والممارسات الثقافية والاجتماعية دوراً هاماً في الجوانب المرتبطة بالصحة والمرض وفي تمييز المريض لمرضه وفي اختياره للشخص الذي سيقوم بعلاجه. فالأنساق المعرفية للمرض هي نتيجة لطبيعة المكونات الثقافية لدى الناس ومن ثم تتلائم المعرفة والمعتقدات الثقافية المرتبطة بالصحة والمرض مع عضوية الفرد في الجماعة الثقافية. كما تتضمن الأنساق العلاجية تحديد أدوار الأشخاص القائمين على تحقيق الصحة وما تتطلبه من أعمال علاجية، وكذلك التعرف على الطريقة التي تقوم بها المجتمعات في اختيار المعالجين الشعبين داخل أنساقها الصحية^(٢)، وكذلك الأسس التي يقوم عليها هذا الاختيار، سواء ما حققه هؤلاء المعالجون في مجال التطبيق والعلاج أو ما اكتسبوه من خبرة علاجية من خلال التدريب والدراسة أو تميزهم في القيام بأفعال القوى فوق الطبيعية. وكذلك قدرتهم على فهم مشكلات المريض من خلال مضمون موقعهم الثقافي والاجتماعي.

ومنذ البداية الأولى لعلم الأنثروبولوجيا وهناك اهتمام ملحوظ في عملية استقطاب وتوظيف وتدريب المعالجين الشعبين وبهويتهم الشخصية في المجتمعات المختلفة. سواء أكان دور هؤلاء المعالجون مكتسباً بالوراثة أم بالتعليم فإنهم عادة ما يكتسبون المهارات العلاجية بالتدريب على يد معالجين قدامي أو بالخبرة بتقنيات أو حالات مرضية معينة، أو بالقدرة العلاجية المكتسبة بالميراث أو بالتعلم. وبصفة عامة يستطيع الناس أن يصبحوا معالجين شعبين من خلال عدة أساليب^(٣) :-

(1) Fabrega H. and Silrer D., Op., Cit., PP. 218-223.

(2) محمد حسن غامري، مرجع سابق ذكره، من ١٨٩-١٩٠.

(3) Cecil Health, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., PP. 48-49.

- (١) بالميراث لكون الشخص مولوداً في أسرة متخصصة في أعمال التطبيب والعلاج.
- (٢) من خلال موقعه داخل أسرته كأن يكون ابن سبع لابن سبع في الأسرة.
- (٣) بواسطة علامات وتبشير معينة تظهر عند مولده مثل: وجود وحمة على الجسد، أو الصياخ والصرارخ وهو داخل الرحم، أو لكونه مولوداً بغشاء أمينوتي حول الوجه (قلنسوة).
- (٤) بالإلهام - من خلال الإفشاء عن أمور غيبية كأن يكشف المرء عن موهبته التي قد تظهر في شكل شعور وجداً نبياني قوي أثناء المرض والأحلام والغفوة وفي الحالات القصوى كما يشير لويس - (Lewis) أن شعور المرء بأنه مدعو للقيام بعمل (الموهبة) قد يعلن عنها بواسطة حالة مبدئية من الشعور اللا إرادي - شعور الصدمة المرتبط بالسلوك الصوفي والهستيري.
- (٥) بالتدريب المهني علي يد معالج آخر - وهو نموذج شائع في كل أنحاء العالم - مع الأخذ في الاعتبار أن التدريب قد يستمر سنين طويلة.
- (٦) باكتساب مهارة خاصة يمتلكها المرء مثل الدا (Sahi) المعالج اليمني أو أطباء الأدغال الكينيين.

وقد تتدخل هذه الأساليب وتشابك معاً في التطبيق العملي، حيث قد يولد شخص في عائلة تمنهن المعالجة والتطبيب الشعبي، بعلامات وتبشير معينة عند الميلاد، ويتدرب لفترة طويلة علي يد معالج أقدم لصقل موهبته. كما يمكن أيضاً اختيار هؤلاء المعالجين بطرق كثيرة ومتعددة، إحدى هذه الطرق الشائعة هي طريقة الاختيار الإلهي التي تتم بأكثر من صورة. تتمثل الصورة الأولى للمعالج أن يرى الشخص رؤية «مناماً» يشار إليه فيه أنه سوف يُعهد إليه بمسؤوليات العلاج أو التطبيب (الشaman)، ولكي يصير الشخص شاماً يجب أن تزوره الأرواح أثناء سيره بمفرده وعندما تتم له الزيارة يذهب إلى شaman أكبر منه سنًا ومعترف به يطلب منه التصريح ثم يقوم بعد ذلك بممارسة عدد من الممارسات الدينية تحت توجيه الشaman الأكبر، وعندما يكبر الشaman في العمر فإنه ينقل خبرته إلى أقربائه أو أصدقائه

الأصغر سنًا^(١). وهناك صورة ثانية للاختيار الإلهي وهي الالتزام السلوكي الشخصي الذي يلتزم بموجبه الشخص بقبول مسؤولية شفاء وتطبيب الآخرين في مقابل شفاؤه هو من مرض مزمن أو مرض يهدد حياته. وهناك اعتقاد شائع في هذه المجتمعات أن الشخص المختار الذي يعجز عن أن يكون معالجاً سوف يتعرض لعقوبة إلهية تشمل الإصابة بمرض خطير أو الموت. وعلى العكس في المجتمعات أخرى كبيرة يعين الشخص الذي يتطلع إلى امتحان العلاج كممارس أو كمزاول للمهنة وعليه أن يتعلم من خلال توجيهات وملاحظة تصرفات الرئيس الذي يتبعه. وعادة ما يجبر المتدرب في هذه الحالات على مساعدة المعالج الأكبر وأسرته، وأحياناً يبحث المعالج المبتدئ عن معالج مشهور لتعليميه مقابل أجر يدفعه له. كما يوجد في بعض المجتمعات الأخرى أفراداً يرغبون في القيام بمهنة المعالجين ولديهم الثقة بالنفس بالقدر الضروري لممارسة هذا العمل المحفوف بالمخاطر^(٢) وهناك خلافات هامة وكثيرة بين طريقة الاختيار الإلهي للمعالجين وطريقة التدريب العرفى من خلال وسائل التدرب المهني على العلاج. فهواء الذين تم اختيارهم آهياً ليصبحوا معالجين أو الذين تم اختيارهم للتعلم بسبب مركزهم ووضعهم يعدون أقل خضوعاً للسيطرة الاجتماعية من هؤلاء الذين يجتازون برامج التدرب المهني أو أي برنامج عرفى آخر - وباعتبار أن وسائل العلاج التقليدي غالباً ما تنطوي على سيطرة شديدة على القوى فوق الطبيعية فالأمر المخيف هنا هو أن هؤلاء المعالجين الذين يكسرون هذه السيطرة بواسطة جهود غير معطاه بشكل علني وغير خاضعة للمراقبة قد يستخدمون هذه القوى الكامنة في أغراض غير مفيدة وغير اجتماعية مثل السحر والشعوذة^(٣).

رابعاً: دور المعالجين الشعبيين :

لم يقتصر دور المعالجين الشعبيين في المجتمعات القديمة على القيام بأعمال المعالجة والتطبيب فقط وإنما أمتد ليشمل أدواراً أخرى اجتماعية ودينية. فقد ارتبطت

(١) محمد حسن غامري، مرجع سابق ذكره، ص ١٩٠.

(٢) Arthur J. Rubel and Michael R. Hass, Op., Cit., P. 125.

(٣) Idem.

صحة الإنسان وأسباب الأمراض ونشأتها في هذه المجتمعات بجوانب خرافية تنسب المرض إلى الأرواح الشريرة أو غضب الآلهة ولذلك كان السحرة هم الذين يقومون بأدوار العلاج وشفاء المرض ثم أصبح الكهنة هم الذين يزاولون هذا الدور وصارت مهمة العلاج والشفاء حكراً عليهم.

ونظراً لما كان لهؤلاء الكهنة من مكانة اجتماعية مميزة - فقد كانوا يخضعون لاعتبارات خاصة كقوة الشخصية وتوقيت زمن الميلاد فلكياً بوقت محدد، أو بروز بعض الخوارق لديهم كما كانوا يخضعون بعد ذلك لبعض الطقوس التربوية الخاصة كتحريم كشف الوجه^(١). وكذلك الأمر في بعض المجتمعات التقليدية والمعاصرة عادة ما يتمتع ممارسو العلاج الشعبي بالخوارق ويمتلكون سر ممارسة السحر، فالمعالجون بدأوا الزار والأطباء الروحانيون والمعالجون بكتابة التمام والعزائم ليسوا سوى أنس ممارسين لنوع من أنواع الطقوس السحرية.

ومن ثم فإن أهم ما ينبغي الاهتمام به بالنسبة لدور المعالجين الشعبيين هو تخصصهم في مهنة العلاج والتطبيب، والتدريب واكتساب الخبرة والمعرفة واعتقاد الناس في قدراتهم العلاجية ومكانتهم الاجتماعية والمقابل المادي الذي يتلقاونه مقابل قيامهم بعملية التطبيب والشفاء.

(١) التخصص في مهنة العلاج والتطبيب:

إن ظاهرة التخصص بين المعالجين الشعبيين ليست نتيجة دراسة متخصصة أو أي نوع من التدريب المتخصص بقدر ما هي نتيجة شهرة تحققت بشكل تدريجي لبعض هؤلاء المعالجين بسبب تكثيف علاجي معين تخصصوا فيه أو براعة ومهارة في علاج مرض معين كما قد ترجع إلى وراثة اسم الأب الذي كان يوماً شهيراً في ميدان معين ثم انتقل التخصص والشهرة إلى الابن وهنا قد لا يميز المريض أو أسرته بين الأب والابن - فقد ظل اسم أحد المجرات المشهورين من مصر هو «برسوم» في حين تعاقب عدة أجيال من صلب برسوم الجد جدهم الأولاني وهو أمر بديهي في

(١) عبد الله مغمر، مرجع سبق ذكره، ص ٢٧ - ١٥٢ .

توريث الشهرة ومع جمهور لا يدقق في التفاصيل لتعذر الحصول عليها. كما قد يلجأ الطبيب الشعبي المتخصص إلى الاستعانة ببعض المساعدين نظراً لمعرفته طبيعة العمل أو ضرورة الظهور بمظهر الأبهة والرغبة في التأثير في جمهور المرضى كما هو ثابت في وصف «كلوت بك»، في استخدام بعض حلاقي الصحة مساعدين في عمليات العيون وفي عمليات التجفيف... الخ^(١). أما المعالجون الآخرون مثل الشامان فهم قادرون على الاتصال بعالم الروح والمساعدة في عملية العلاج. حيث يعتقد وسط جماعات معينة من الإسكيمو أن الشaman يتلبس ومتلبس بروح شيطانية، ومن خلال هذه العملية يُعترف أولاً بالشخص كمعالج (شaman) ولهذا السبب أيضاً بعد الشaman الشخص المبحوث عنه وأيضاً الشخص الذي يجب الاحتراس منه. ونظراً لأن المرض في هذه المجتمعات ينتج بسبب اقتراف أفعال غير مقبولة اجتماعياً بمعنى أنه شكل من أشكال العقوبة، فإن الجماعة تستدعي هذا الشaman حين حدوث المرض لإعادة التوازن الاجتماعي. وتكون بداية العلاج جلسة استحضار الروح التي تجعل الشaman على صلة بعالم الأرواح ثم يلتجأ إلى استخدام الطلبة والأناشيد وعند النقطة التي يشتدد عندها الإيقاع والأنهماك الجنوبي فإنه ينحدر تدريجياً في سكون يشبه الغفوة وهنا يمكن أن يسمع المشاهدون أصوات الأرواح التي تصدر في عواء كلب. وخلال فترة الغفوة التي قد تستغرق ساعات يعتقد خلالها أن الشaman قد فقد الذاكرة كما أن حالة تلبس الروح هنا بمثابة علامة على قدراته العلاجية ويتم خلالها تشخيص المريض ووصف العلاج. وأن حدوث العلاج هو نتيجة استعادة التوازن الديني والبني^(٢).

كما تحدث أشكال أخرى من الطقوس في حضور عائلة المريض وأصدقائه والآخرين المتصلين به اجتماعياً. وبهدف الشaman في هذه الجلسة العلنية إلى إظهار الصراعات داخل الجماعة التي أدت إلى السحر والشعوذة ثم حل هذه الصراعات بطريقة طقوسية. كما يقدم المعالجون الدينيون كذلك التفسيرات والمداواة للشعور الذاتي بالذنب والعار والغضب من خلال وصف العلاج مثل الصلاة والتضرع والتوبية

(١) محمد الجوهرى، علم الفولكلور- دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سابق ذكره، ص ٥٢٠.

(2) Lorna G. Noore, ed., al., op., cit., p. 200.

والنندم أو حل مشاكل العلاقات الشخصية^(١).

(٢) التدريب واكتساب الخبرة والمعرفة:

يشكل المعالجون الشعبيون جماعة مختلفة الخواص ذات فوارق فردية كثيرة في أسلوب التعبير وفي وجهات النظر والاستشراف. كما يلتزمون في بعض الأحيان في جمعيات للمعالجين تبعاً لنظم الاشتراك فيها ووفقاً لقواعد التعامل والمشاركة في المعلومات. وفي بعض الأحيان يحصل المعالجون الشعبيون على تدريب رسمي ضئيل ويكتسبون المهارات من خلال التدريب بواسطة المعالجين القدامي أو من خلال الخبرة بتقنيات أو حالات مرضية معينة تعرضوا لها سواء بالإصابة أو بالمعالجة^(٢). وهم لا يحملون إجازات رسمية ترخص لهم القيام بأعمال العلاج والتطبيب، ولكنهم ليسوا بالضرورة غير مدربين على هذه الأعمال، فهم يتبعون تخصصهم وتعليمهم بالمحاكاة والملحظة. كما أن موهبة المعالجة والتطبيب تسرى في الأسرة وتنتقل في معظم الأحوال من الأم إلى الابنة ومن الأب إلى ابن. فالقدرة على تجسير العظام والقدرة على وقف النزف تعد شيئاً وراثياً^(٣). وتوجد شبكات غير رسمية أو جمعيات للمعالجين تتولى تبادل الخبرات والتقنيات والمعلومات وترافق كل منها تصرفات الأخرى، وتعقد اجتماعات دورية بين المعالجين لتبادل الأفكار والخبرات والتقنيات وتعطي الفرصة لكل معالج لمقابلة تلاميذه السابقين ومعلمه والمبتدئين من المعالجين الآخرين المجاورين له. وفي إحدى الدراسات الهامة عن المعرفة المشتركة بين المعالجين سُئل شامان من بيرو ليتعلق على مجموعة الرموز المستخدمة في مذبح* شامان محلي آخر (Altar) وكان ردّه سريعاً وحاسماً، أنه روحاني ولكن قاعدة مذبحه لا تملك القوة أنها حجر خام بلا أي أعشاب طبية ولا توجد أي صور أو تمائم، أن

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", op., cit., p. 48.

(2) Ibid, p. 49.

(3) Snow. L., Loc., Cit.,

*المذبح هو المكان الذي يتصل فيه العابد بالمعبد ويتزود من بالقرة. وتتعدد بعض الشعوب البدانية مذابح لها في مساكنها وفي هذه الحالة يكون المذبح مجرد مكان لدفن الألاف ويوضع عليه الفتشات والتمنائف والأواني الفخارية، القاموس الانثropolجي، شاكر مصطفى سليم، مرجع سابق ذكره، ص ٤٢ .

مصادرى هي الأعظم ومصادره أقل من نصف مصادرى». وحينما عرضت صور هذا المذبح سماها *Fetishism* فتشيه وافتراض أنها مبنية على الإيمان بالخرافات والأوهام^(١).

ويختلف دور المعالجين الشعبيين في كل من النظم الشخصية- (Per-sonalistic) والنظم الطبيعانية (Naturalistic) لسببية الأمراض. فالدور الأساسي للشaman أو الطبيب الساحر في النظم الشخصية هو دور تشخيصي حيث يقوم بتشخيص المرض خلال غفوة أو بواسطة تقنيات تنبؤية أخرى وهنا يكون التشخيص الذي يكشف من ولماذا بمثابة المهارة الأساسية التي يبحث عنها المريض في الشخص المعالج أما معالجه سبب المرض نفسه فهو أمر ثانوي. والعكس في النظم الطبيعية فالتشخيص له الأهمية الثانوية بقدر ما يكون المعالج نفسه على درجة كبيرة من الأهمية، حيث عادة ما يتم التشخيص بواسطة المريض نفسه أو عائلته وليس بواسطة المعالج. وحينما يتوقف المريض عن العلاج باستخدام الأدوية المنزلية وينتقل إلى معالج متخصص فهنا يعتقد المريض أنه يعرف ما يعذبه. أما كيف يكون تشخيص المرض بمعرفة شخص غير متخصص فالإجابة بسيطة وأشار إليها إيراسموس- (Eras-mus) بأنه حينما يكون مرض الشخص نتيجة لسبب طبيعي فإنه يشعر بالاعتلal ويذكر في الرجوع إلى خبرته السابقة في المساء أو في اليوم أو الشهر أو السنة السابقة في واقعة مرضية ويذكر سبب المرض ويسأل الطبيب عن العلاج^(٢).

خامساً : العلاقة بين المعالجين الشعبيين والأطباء :

تنصف العلاقة بين المعالجين الشعبيين والأطباء المهنيين بعدم الثقة والشكوك

* * يشير الفتش في كثير من الأديان سكاناً هنقاً للأرواح، فإذا ما حللت فيه الروح يقتبس ويعبد وإن لم تحل فيه يعتبر مجرد رمز لمعبد ويعتبر بعض الشعوب البيلالية أن له قدرة روحية تشبه قدرة الآلهة علي تحقيق الخير للناس وإنزال الضرر بهم، القاموس الأنثropolجي، شاكر مصطفى سليم، ص ٣٤١.

(1) Arthur J. Rubel and Michael R. Itass, Op., Cit., p. 126.

(2) George M. Foster, Disease Etiologies in "Non. Western Medical Systems, Op., Cit., P. 115.

المتبادلة حيث يرى الطب العلمي الحديث هؤلاء المعالجين الشعبيين كدجالين أو مشعوذين أو كالعرافين الذين يتظاهرون بأن هناك خطراً كبيراً على صحة مرضناهم^(١). وحينما تستهدف تهمة الشعوذة المعالج الشعبي، فهي تعبّر عن صراع على الصدارة حيث تدعى الثقافة الطبية العلمية حقها المطلق في خنق معتقدات وعادات في نظم ثقافية أخرى دون أي فهم أنثربولوجي لفاعليتها. ومن ثم فإن الصراع الدائر بين الأطباء والمعالجين الشعبيين هو صراع على الشرعية وهو يمثل تعارضًا بين المعرفة الطبية العلمية المجددة بواسطة المؤسسات العلمية بمعرفة المعالجين الشعبيين المتولدة من المعلومات الشعبية والتجربة الشخصية للمعالج^(٢).

وتنسحب العلاقة بين المعالج الشعبي والطبيب المهني الأكاديمي لتلمس العلاقة بين الطب الشعبي ذاته والطب العلمي الحديث. فتتذرع معظم الأنماط الطبية الحديثة إلى الطب التقليدي الذي يمثل الطب الشعبي أحد أشكاله، على أنه أدنى منه في المرتبة، مع أنه نظام كلي يضع الشخص ككل في اعتباره، كما يرى أن سيكولوجيته وخلفيته الاجتماعية وخصائصه الأخرى بمثابة عوامل هامة تشتراك في عملية تشخيص المرض، كما يجعل المجتمع مركز اهتمامه في حين أن رؤية العالم الغربية تبعد المجتمع من وجهة النظر المعرفية عن نظامه الطبي – هذا بخلاف أن المنهج الأساسي للطب الحديث يميل إلى «التقسيمية»، في حين أن الطب الشعبي يؤكّد على «التجمعية». وأخيراً لا تنظر معظم أنظمة الطب التقليدي إلى الطب كسلعة ولكن كالالتزام على المجتمع لا يتحقق إلا من خلال فرائض وتعليمات دينية وثقافية^(٣).

كما أنّ الطب الشعبي على خلاف كثير من المعتقدات الشعبية ليس كله وهمأ ولا ثمرة للفكر الخرافي أو الغيبي، ولكنه يمثل في بعض جوانبه ذخيرة من الخبرة الشعبية المتوارثة التي صقلتها المحاولة والخطأ. ولذلك ليس من المتوقع أن يختفي

(1) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", op., cit., p. 49.

(2) ديفيد لوبرتون، مرجع سبق ذكره، ص ١٧٥-١٧٦.

(3) Sardar, Ziauddin, The Health of Nations, Magzin: New statesman, 23/10/1998, Britannica. Com. Inc. (1999-2001) 20/5/2001.

اختفاءً كلياً في أي مجتمع يأخذ بأساليب العلم الحديث. ولنفس هذا السبب أيضاً قد يتراجع بسرعة ودون مواربة في أي مواجهة له مع الطب العلمي الحديث خاصة حينما تصل الخدمة الطبية الرسمية إلى أبناء القطاعات الشعبية بنفقات زهيدة وفي الأماكن البعيدة عن العمران. وقد يحدث هذا التراجع بدرجات متفاوتة وفي مجالات معينة أهمها طب العيون وطب الأطفال والجراحة - على عكس بعض المجالات الأخرى مثل الأمراض النفسية والعصبية وأمراض العقم حيث لم يتراجع الطب الشعبي وكان أكثر ثباتاً في مواجهة الطب العلمي الحديث وذلك لأسباب ترجع إلى تكوين البيئة الأسرية والاجتماعية للمريض^(١).

كما تختلف أيضاً نظرة الطبيب المهني للمرض عن نظرة المعالج الشعبي إليه. فلكي بفهم الطبيب مرض الإنسان عليه أن يجرده أولاً من أي طابع شخصي. فالمرض لا يدرك بوصفه إرث المغامرة الفردية للإنسان وجد في مكان وزمان معينين وإنما بوصفه عجز مجهول لوظيفة أو عضو معين في جسم الإنسان، وهنا ينظر الطبيب إلى المرض كأمر دخيل ناشئ عن سلسلة من المسببات الميكانيكية التي تهمل الشخص وتاريخه وبيئته الاجتماعية وعلاقته مع الرغبة والقلق والموت واتجاه المرض. ولا ينظر إلا إلى «الأآلية الجسدية»، فقط مستنداً إلى معرفة تشريحية وفيزيولوجية مع استعمال تقنيات جديدة في التشخيص والعلاج. لقد بني العلم رؤيته للمرض بشكل يميز المريض عن جسده وبحيث لا يرى المريض إلا مجرد ظاهرة عارضة لحدث فيزيولوجي بمعنى مرض يجري في جسده ويتبني في نفس الوقت رؤية أدائية للجسد تتمثل في «إصلاح الجسد»، وقد أدت هذه الرؤية إلى أن يضع المريض نفسه بين يدي الطبيب بشكل سلبي وينتظر نتيجة العلاج ولم يعد ينظر إلى جهده وتعاونه هو كمريض في سبيل الشفاء، كما لم يعد الطبيب يشجع المريض على أن يسأل نفسه عن المعنى الحميم لمرضه ولا عن أن يتكلف هو بنفسه وإنما يكتفي بأن يطلب منه أن يكون مريضاً وأن يواكب على تناول أدويته وأن تنتظر النتائج بعد ذلك.

إن هذا الطب ليس طب الشخص فهو يعالج المرض وليس المريض في مساره

(١) محمد الجوهري، علم الفولكلور - دراسة المعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سابق ذكره، ص ٥٢٣-٥٢١.

الاجتماعي والفردي^(١). أما في الطب الشعبي فيسعى الطبيب إلى إسقاط الفصل بين الشخص المريض ومرضه ويربط بينه وبين المرض. ويؤسس معرفته الطبية في ضوء هذا الارتباط. فالمعرفة بالمرض في الطب الشعبي ليست نتيجة إجازة علمية للمطبب وإنما نتيجة تجربة يعيشها مع المرض واجتياز اختبار يصبح في شكل عملية تعليمية تحوله من شخص مريض إلى مطبب يبشر المريض بالقوة التي كان يمتلكها في ذاته دون أن يعرف ذلك وهذا هو الواقع الذي تسرده معظم القصص الحياتية للمعالجين الشعبيين. وهذا هو الفرق بين معرفة الطبيب في الطب الحديث ومعرفة المطبب في الطب الشعبي، فالمعرفة في الطب الشعبي تبني على معرفة مكتسبة من الآخرين أكثر مما هي معرفة مجازة علمياً كما في الطب العلمي الحديث، كما ترتكز على جهد وجودي أكثر مما هو علمي. فالطبيب يرخص له بالقيام بالمعالجة ليس لأنه كان مريضاً وإنما لأنه يمتلك معرفة معمقة ومصدقة بإجازة علمية على عكس المطبب الشعبي الذي يقوم بالعلاج لأنّه نفسه كان مريضاً واجتاز هذا الاختبار وتعلم لدى مطبب آخر عرف مؤهلاته وعرف أنه سيكون معالجاً في يوم ما^(٢). كما لم تنفصل ممارسات الطب الشعبي عن التوقع بأهميتها في شفاء المريض، إنها تجعل من الاتصال بالمريض الشرط الضروري الأول لعلاجه. على عكس الطب العلمي الذي يفضل أدوات أخرى للبقاء على مسافة اجتماعية وثقافية بين الطبيب والمريض. فالمكوث مع المعالج الشعبي يستغرق وقتاً أطول مما يستغرقه المريض مع الطبيب الأكاديمي كما يتسم اللجوء إليه بالطابع الشخصي الذي يساعد في علاج الأمراض الباطنية الحديثة (الضغط والعزلة والخوف من المستقبل وفقدان الشعور بالهوية الخاصة) و يجعله مطمئناً إليه ولا يتوقف تشخيصه عند العضو أو الوظيفة المريضة وإنما يتجاوزه إلى إعادة التوازن العضوي للمريض ودائماً ما يعطي المعالج الشعبي لنفسه الوقت الكافي للكلام. الإصغاء للحركة أو الصمت ويووجه قدرته لتبديد الخوف والقلق من نفس المريض ويشركه في مسؤولية علاجه.

(١) دافيد لوبرتون، مرجع سبق ذكره، ص ١٨٠ - ١٨٢ .

(٢) للمرجع السابق، ص ص ١٨٥ - ١٨٦ .

البحث الثاني

الممارسات العلاجية في الطب الشعبي

مقدمة :

تقترب الممارسة الطبية الشعبية في الواقع الاجتماعي من الممارسة السحرية في كثير من ملامحها. فهناك تراث اجتماعي من الوصفات الطبية يشترك فيه كل أفراد المجتمع وهو ما يقابل السحر الشعبي وهناك أيضاً مستوى أعلى وأكثر تخصصاً وتعقيداً من هذه الممارسة الطبية وهو ما يقابل السحر الرسمي أو الاحترافي الذي يلجأ فيه الشخص إلى الطبيب الشعبي المحترف مباشرة إما بسبب طبيعة الحالة المرضية واحتاجتها إلى مستوى أعلى من الوصفات الطبية أو بعد فشل جميع الوصفات الطبية الأخرى التي مارسها سواء بمعرفته أو بمعرفة أهله وجيرانه وقد كان هناك مصطلح في الدراسات الأنثropolوجية العامة والثقافية استخدم حتى القرن التاسع عشر هو المطب أو الطبيب الشعبي وهو اسم فضفاض لا يقتصر استخدامه على ممارس العلاج الطبي فقط وإنما يغطي فئة أوسع تضم إلى جانب ذلك الغرافين والكهنة والسحرة بمعنى الأشخاص الذين يتمتعون بقدرة خارقة أو مواهب فوق طبيعية. ثم حل محله مع مطلع القرن العشرين مصطلحات أدق وأكثر تخصصاً مثل الشaman والطبيب والطبيب الشعبي (الطبيب المعالج بالأعشاب) والمشعوذ والكافن... الخ^(١).

وتمثل الممارسات الطبية للمعالجين الشعبيين في أشكال عديدة عالمية الانتشار مثل شعائر وطقوس التجريم (العرافة) والتي تشمل على استعمال أوراق الكوتشنينة واستعمال عظام وأحجار خاصة يقوم المعالج بتفسير ترتيبها العشوائي واستنطاق أمعاء حيوانات وطيور معينة أو استشارة الأرواح والكائنات فوق الطبيعية بطريقة مباشرة من خلال الدخول في غفوة بهدف كشف أسباب المرض فوق الطبيعية مثل السحر والعذاب الإلهي بواسطة استعمال تقنيات فوق طبيعية^(٢). كما يستعمل المعالجون

(١) محمد الجوهرى، علم الفولكلور - دراسة المعتقدات الشعبية ، ج ٢ ، مرجع سابق ذكره ، ص ٥١٥ - ٥١٦ .

(2) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness", Op., Cit., P. 47.

الدينيون الصلاة والابتهاج والمس لعلاج المرض، أما المعالجون الآخرون فيستخدمون مزيجاً من الصلاة والتعويذات والتربیت باليد والتدليك أو المساج ويصفون العلاج بأعشاب الشاي أو طهي أجزاء من الحيوانات والخضروات، بالإضافة إلى الطقوس السحرية أو بعض العمليات كمرور الشخص خلال شق شجرة أو بعض الشجيرات الجبلية لطرد المرض أو وضع جراب يحتوي على خليط من الديдан والشعر الأدمي تحت عتبة الباب لتسبيب المرض بحيث يحدث المرض للشخص الذي يخطو فوق هذا الجراب. وهكذا قد تسبب هذه الممارسات المرض كما قد تسبب العلاج^(١).

ومع أن معظم الممارسات الشعبية للمعالجين الشعبيين تعد ممارسات عالمية الانتشار فإن هناك ممارسات معينة تقتصر على ثقافات معينة أو على جماعة ثقافية معينة داخل الثقافة الواحدة.

أولاً : المعالجون الشعبيون في الثقافات المختلفة :

يختلف المعالجون الشعبيون باختلاف المعتقدات والممارسات الطبية الشعبية التي يمارسونها وتبعاً لاختلاف الثقافات التي يعيشون فيها، كما يشار إليهم بأسماء مختلفة وفقاً لهذه الثقافات المختلفة. وتعتمد ممارسات الطب الشعبي على الطبيب المتخصص أو المعالج الشعبي أو العطار أو العشاب الذي لديه خبرة كبيرة في تحضير العديد من الوصفات الطبية الشعبية أو اللجوء إلى أحد الأقارب أو الأصدقاء الذين لهم خبرة في هذا المجال وفي بعض الأحيان قد تكون الأم نفسها ذات خبرة في استخدام الطب الشعبي^(٢). ومن أمثلة الأشخاص الذين يقومون بدور المعالج الشعبي في كثير من الثقافات الشامان أو الطبيب أو الكاهن المعالج. والشامان في تعريف لويس (Lewis) هو شخص من كل من الجنسين يستولي على الأرواح ويستطيع أن يدخلها في جسده تبعاً لمشيئة و يقوم بتشخيص المرض ووصف العلاج خلال الطقوس التي يجريها في جلسة استحضار الأرواح^(٣). وهو يقوم بدور الوساطة بين أفراد المجتمع والقوى فوق الطبيعية، كما يعتقد

(2) Snow L., Loc., Cit.,

(2) عبد الرحمن مصيقر، مرجع سابق ذكره، ص ١١٥ .

(3) Lecil Helman, "Culture, Health and Illness", Loc., Cit.

الناس أن له القدرة على التحدث مع الأرواح والاستماع إلى إجاباتهم والتعرف على الأحداث الخافية واستخدام الوسائل العلاجية لشفاء المريض^(١).

كما يُعرف المعالجون بأسماء مختلفة في الثقافات المختلفة في جنوب إفريقيا: مثل الـ (amaggira) في قبائل الخوسا، والـ (nagaka) في قبائل السوتو* الشمالية، والـ (selaoli) في قبائل السوتو الجنوبيَّة، والـ (mungome) في قبائل الفيندا** والتسونكا**. ويشير إليهم معظم الإفريقيين الجنوبيين بصفة عامة بـ الـ (san-izangoma) أو (gomas) بلغة قبائل الزولو^(٢).

كما يوجد في بعض المجتمعات العربية بعض الأشخاص الذين يقومون بممارسة العلاج الشعبي ويطلق عليهم المطوع. أما في الريف المصري فتنتشر أساليب العلاج الشعبي ويمارسها أشخاص يطلق عليهم أسماء مختلفة فيطلق على النساء اللائي يقمن بعلاج أمراض العيون اسم اللحاسه وفي بعض القرى الأخرى يطلق على المرأة التي تقوم بالعلاج الداودة ويطلق على المعالج الشعبي في علاج كسور العظام المجبراتي^(٣).

ثانياً : نماذج الممارسات العلاجية الشعبية في بعض المجتمعات الغربية :
كانت أساليب ومارسات العلاج الشعبي من أكثر أشكال العلاج المنتشرة في اسكتلندا حتى القرن التاسع عشر ومع ذلك مازال الناس هناك يفضلون المعالجين

(١) محمد حسن غامري، مرجع سبق ذكره، ص ١٩٠.

*قبائل الـ Sotho، من أكبر مجموعات شعب البانتو في جنوب إفريقيا يعيش أغلبهم في دولة مستقلة تدعى (ليسوتو) وهي مطلقتها (ترنسفال) (أورنچ) في جنوب إفريقيا ولغة السوتو إحدى (لغات البانتو)، مصطفى شاكر سليم، مرجع سبق ذكره، ص ٩١١.

**قبائل الـ Venda، وهي إحدى قبائل زنوج البانتو في الشمال الشرقي من إقليم الدرنسفال في جنوب إفريقيا ويتحدثون لغات البانتو، نفس المرجع السابق، ص ١٠١٥.

***قبائل الـ Tsonga، وهو شعب يعيش في جنوب إفريقيا وشمالي موزمبيق في إقليم الدرنسفال في جنوب إفريقيا، نفس المرجع السابق، ص ٩٩٣.

(2) Ngubane H., "Aspects of Clinical Practice and Organization of indigenous healers In South Africa", Soc. Sci. Med. 15 B, 1981: PP. 361-362.

(٣) محمد حسن غامري، مرجع سبق ذكره، ص ١٩٠.

الشعبيين خاصة في الأماكن البعيدة لافتتهم في قدراتهم العلاجية أمثال رجال الدين والابن السابع من الابن السابع والأبناء الذين يولدون بمؤخرتهم. كما كان العلاج الشعبي هو المجال الذي تهيمن عليه النساء، فالأمهات والجدات هن اللائي يقدمن الرعاية الصحية لعائلاتهن، فضلاً عن أن التخصص في الطب الشعبي نشا وسط النساء الاسكتلنديات «المرأة المتزوجة»، فهي التي فكرت في فن التوليد والتمائم والأحجبة في مواجهة آلام الأسنان وبعض التعويذات الأخرى في مواجهة العديد من الأمراض بالإضافة إلى استخدام تقنيات معينة والتلفظ بتعازيم معينة. واستعمال المواد المتأحة مثل الأعشاب والماء والحجارة، حيث كان الماء يستخدم في العلاج بعدة طرق ومن مصادر مختلفة، وكان العديد من المرضى يزعمون أن آبار المياه تشفي من الأمراض وكذلك الماء النابع من تجويف الحجارة والماء الذي يمر أسفل جسر يعبر عليه جسد الميت إلى المقبرة. واستخدام الأعشاب المختلفة في شكل شاي أو كمادات توضع على الجزء المصابة من الجسم. كما استخدمت الأحجار في العلاج فكان البعض منها بمثابة حجارة كبيرة المقام والأهمية يذهب إليها الناس للعلاج من أمراض معينة كما كان بعضها حجارة صغيرة وردية أو بيضاء خاصة بالعائلة تنتقل من جيل إلى جيل بأسطورة لفظية تشرح أينما توجد هذه الحجارة تكون القوة. كما كانوا يستعملون في بعض الأحيان حجارة تشبه جزء من جسد الإنسان كعلاج لذلك الجزء^(١).

أما في الجنوب الشرقي للولايات المتحدة فقد زادت سيطرة الطب الشعبي بسبب زيادة الوعي بالممارسات العلاجية الشعبية وكذلك بسبب زيادة النسبة الحالية من المهاجرين واللاجئين من المكسيك وهaiti وكوبا وغرب إفريقيا. وهناك مجموعات عديدة من الطب الشعبي مثل (Hoodoo) و (Voodoo) حيث جاءت هذه المعتقدات إلى أمريكا خلال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر بواسطة الإفريقيين الذين هبطوا على شواطئ لويسانا من الأقاليم الرئيسية من غرب إفريقيا (السنغال وداهومي والكاميرون) التي ظلت هي المسؤولة عن التدفق الأصلي لمعتقدات الـ

(1) Bakx, K., Op., Cit.,

(Voodoo)، وهي كلمة مشتقة من الكلمة قديمة (Ewe) تعني الشيطان أو الروح. أما طب الـ (Hoodoo) فيوصف لإفساد (Voodoo) أو (Juju) الذي يعني استحضار الأرواح. وهناك علاقة وثيقة بين طب الجذور وممارسات (Hoodoo) حيث يستطيع طب الجذور أن يصنع السحر ويزيل السحر ويتجنب الشر أو يغير الحظ وخاصة في مسائل الحب. كما أنه ليس مقصراً على استعمال الجذور فقط، فالآيقونات المصنوعة من الشمع والطين والأحجار الملونة وتنويعة كبيرة من الدمى تلعب كلها دوراً في الممارسة الكلية. كما تعطي الألوان والأعداد إضافات هامة لمعتقدات طب الجذور فاللون الأزرق يستخدم لتجنب العين الشريرة ويساعد في الحب بينما اللون الأسود يدل على الموت واللون الأحمر يرمز إلى الشر^(١).

وهناك المعالجون الروحيون في المكسيك وهم أصلاً من النساء وقد استخدمن كمعالجات نتيجة لوجود أمراض لديهن عولجت بطريقة خاطئة من قبل الأطباء. وهن يقدمن العون والمساعدة للمرضى بواسطة حماة الأرواح الذين يتلبسون حينما يدخلن في طقوس الغفوة كما يروضن أرواح الموتى التي تطوف العالم ويسخرونها لمعالجة المرضى. كما تستعين هؤلاء المعالجات بمجموعة كبيرة من التقنيات العلاجية التي تشمل دستور الأدوية، وطقوس التطهير والأدوية المسهلة والتدعيم والحمامات والجراثات الروحية والطقوس الدينية والمستحضرات الدوائية وما يسمى التطهير السلبي بينما يمارس المريض الشعور بتفريح وتحفيض الألم بدون أن يقول أي شيء^(٢).

كما تختلف ممارسات ومعتقدات الطب الشعبي من ثقافة لأخرى في «تكساس» ولكنها لا تختلف في طريقة انتقالها من شخص إلى شخص ومن جيل إلى جيل شفهياً أو بالمحاكاة. وعلى الرغم من اختلاف هذه الممارسات والمعتقدات فإن الكثيرين

(1) Joe S. Graham, "Folk Medicine", The Hand book of Texas, <http://www.Lib.Utexas.Edu>. (1997-2001) 23/7/2001.

(2) Kaja Finkeler, "Sacred Healing and Biomedicine Compared", In: peter J Broun (ed) understanding and Applying Medical Anthropology Mayfield publishing co. USA. 1998, P. 120.

ينسبون الأمراض الخطيرة إلى الآلهة والعداوات القبلية أو إيذاء الأرواح. فالـ (Tonkawas) يعتقدون أن أرواح الموتى وخاصة إذا لم تدفن بشكل صحيح - سوف تطارد المسؤولين وتجلب عليهم المرض وأشكالاً أخرى من المحن وسوء الحظ والموت، وإذا اتصل بالشخص المريض قريب له ميت فإن هذا يعني أن حياته أوشكت على الانتهاء، ويمكن للشخص أن يتتجنب الأرواح الشريرة - التي غالباً ما تأخذ شكل البويم والذئاب وتسبب المرض - بواسطة ارتداء أكياس صغيرة من الأعشاب والجذور حول الجسم. كما يستخدم الآباجي - (Apaches)* الذين ينسبون أمراضًا كثيرة إلى الأرواح الشريرة - الغناء والتطبيل وصنع التمام والأحجبة والرقى بالأيدي وبالتعويذات لتهيئة أو نطرد القوى الجبارة. كما يستعمل هنود تكساس الأدوية الطبيعية حيث كان لدى الكومانشيين ** (Comanches) وهم أعضاء قبيلة هندية في شمال أمريكا معرفة بالمرفأة (touviniquet) وهي أداة تستعمل لوقف النزف والجراحات البسيطة واستخدمو مجموعة كبيرة من الأعشاب والأدوية لعلاج الأمراض مثل زيت الخروع ونبات بنت القنصل كأدوية مسهلة ونبات السافراس للالتهابات البللورية وأوراق الأشجار المائية لتغطية الجروح. كما تشمل الأدوية التي يستخدمها قبائل الناجيز *** (Natchez) على البذرة الحمراء لزهرة المنغوليا كمسكن للحمى وخشب أشجار الصمغ للألم الأسنان والمرجوسا لعلاج أميبا الدوستاريا، كما يستخدمون لصقات الطين لتخفييف وتسكين الألم لدغ ولسع الحشرات، والخل المخفف للفح الشمس. وقد بقيت مجموعة من المعتقدات الطبية للرجل الأبيض في تكساس أو استمرت آثارها أكثر من الطب الأوروبي القديم حيث يستعملون السحر المسبب للمرض لتحويل المرض إلى شخص آخر أو حيوان أو نبات. وإبقاء كلب صغير الجسم بدون شعر في المنزل يشفى مرض الريو حيث سيأخذ الكلب مرض الريو كما تعالج لدغات الأفعى

* مجموعة قبائل هندية أمريكية مترحلة تعيش على الصيد جنوب الولايات المتحدة الأمريكية وشمالي المكسيك، القاموس الأنثروبولوجي، ص ٥٩ .

** إحدى القبائل الهندية التي كانت تعيش في أمريكا الشمالية.

*** إحدى قبائل الهند الأمريكية يتحدثون اللغة الماسكروكية وكانت تعيش في الأصل في منطقة المسيسيبي، القاموس الأنثروبولوجي، ص ٦٦٥ .

الجرسيه بذبح دجاجة وتغطية الجسم الساخن حول اللدغة لطرد السم للخارج . كما يزال التهاب الجفون بتلاوة هذا الشعر : (Sty sty Leave my eye - Catch the frist : one passing by) ثم تدليلكم بالرباط الذهبي لفستان الزفاف للتخلص منه . كما تلبس الأساور النحاس لعلاج الروماتيزم . ووضع فأس تحت السرير يقطع آلام العمل .

وتشتمل الأمراض الشعبية علي : مرض الخوف أو الرعب (Susto) والذي يعالج عادة بواسطة التنظيف بمكانس مصنوعة من نباتات وأعشاب خاصة ، ومرض سوء الهضم (الإسهال) (Empacho) والذي ينسب إلي انسداد القنوات الهضمية يعالج بالتدليل وجرعات من الأدوية العشبية ، ومرض (Maldeojo) وهو أعراض المرض المرتبط بالمصطلح (Evil eye) العين الشريرة ويحدث حينما ينظر إلي شخص أضعف منه بإعجاب متزايد ، ويعالج بالدعاء والصلوة والتدعيم ببيض الدجاج . ومرض سقوط يأفروخ الأطفال أو البقعة الرخوه (Caide de la molleva) وهو مرض قاتل ويعالج بتعليق الطفل بالمقلوب فوق حوض من الماء أو تدلilik سقف فمه . وتشتغل الممارسات والمعتقدات الطبية السوداء في تكساس من الطب الشعبي الأفريقي والأوروبي والمكون من المعالجة المنزلية والأدوية العشبية التي توصف بواسطة أطباء الجذور والعلاجات المقدمة بواسطة السحرة . وتعد المعالجات المنزلية هي أكثر أشكال الطب الشعبي شيوعاً الآن وتشتمل علي أوراق النعناع لمغص البطن والثوم وسلفات المانيزيا والخل لضغط الدم العالي وأوراق الشعير والماء المثلج لعلاج الحصبة ووضع الشحم علي قطعة قماش صوف ناعم دافئ علي الصدر يخفف الاحتقان وأوراق الشاي لألم المعدة والعسل وعصير التفاح لألم المفاصل والعسل والشبه للسعال . ولأن منطق العلاج كان غير ظاهر فإن بعض العلاجات تتطلب الثقة والإيمان : وضع قش المكنسة فوق أعلى رأس الرضيع يشفى من الحرق . وإدخال الظفر المصاص في زجاجة قنديل يمنع القرحة ويمعن الإصابة بمرض التيتانوس . ووضع قطعة نقود أو مقص أو تدليل مفاتيح أسفل خلف الرقبة توقف نزيف الأنف ، والشاي المصنوع من ورق الأعشاب المغبرة بالتراب يساعد علي تحفيز الجهد وحمل عين الظبي في الجيب يساعد في علاج الروماتيزم⁽¹⁾ .

(1) Joe S. Graham, Loc., Cit.,

ثالثاً : نماذج الممارسات العلاجية الشعبية في المجتمع المصري :

تدل الشواهد على أن الأشخاص الذين يمارسون العلاج الشعبي بالأساليب والأدوات والمفاهيم الشعبية لا يوقفون حياتهم على مهنة العلاج الشعبي وإنما يجمعون بينها وبين مهنة أخرى أو وضع اجتماعي آخر. وينتجس هذا النموذج في (حلاق الصحة) أو (حلاق القرية) الذي يمارس إلى جانب مهنة الحلاقة بعض العمليات الطبية مثل خلع الأسنان وعمليات الفصد والجحامة والختان وإعطاء الحقن وإعطاء النصائح الطبية وبيع بعض الأدوية. كما كان يقوم - حتى عهد قريب - ببعض المهام التي تقوم بها المؤسسات الصحية الرسمية كالتطعيم وتسجيل حالات الوفيات في القرية. وقد يحقق حلاق القرية في بعض الأحيان مستوى أعلى من الشهرة ويزدعي صيته خارج نطاق قريته بسبب كفاءته في بعض أعمال العلاج الشعبي الطبي مثل الكي أو التجفير أو الحجامة وما إلى ذلك، ومن ثم يتواجد إليه جموع عديدة من المرضى من كافة القرى المحيطة به ويصبح وكأنه أشبه بعيادة الطبيب^(١). وهناك الساحر المحترف الذي يمارس إلى جانب حلاق القرية عمليات العلاج الطبيعي الشعبي مثل الوصفات البلدية أو الشعبية والوصفات العلاجية ذات الوسائل السحرية التي تعتمد على الكتابة والتلائم والأحجبة والرقى والحسن وحرق البخور وكشف الأعمال... الخ. وليس ثمة تنافس بينهما فكل منهما مجاله الخاص وخبرته الخاصة ومكانته في عقول وقلوب أبناء الطبقات الشعبية من أصحاب الاحتياجات العلاجية^(٢). ونحن نرى في هذا الصدد أن ازدياد الوعي الصحي لدى الفلاحين في الريف المصري وخوفهم من التلوث والإصابات من ناحية، وانتشار الطب الرسمي في شكل وحدات علاجية طبية في الريف المصري من ناحية أخرى، فضلاً عن وجود الكثير من الأطباء الرسميين الذين يمارسون الأعمال العلاجية في عيادتهم أو في منازلهم في القرى المصرية قد أدى إلى اندثار أو تلاشي دور حلاق الصحة كمعالج شعبي يقوم ببعض الأعمال الجراحية البسيطة ولم يتبق له سوى عمليات الختان. أما الساحر المحترف الدجال.

(١) محمد الجوهرى، علم الفولكلور- دراسة للمعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، مرجع سابق ذكره، ص ٥١٦ .

(٢) المرجع السابق، ص ٥١٧ .

فالوضع مختلف بالنسبة له نظراً لأن هناك بعض الأمراض التي لا تحمل دلالات عضوية أو قد تكون من قبيل الأمراض النفسية والتي قد يفشل الطب الحديث في علاجها وهناك يلجأ بعض أبناء القرى في الريف المصري لهذا الساحر التماساً للعلاج أو لكشف الأعمال أو لفك السحر.

وهناك فئة ثالثة إلى جانب حلاق القرية والساحر المحترف تمارس عمليات العلاج الشعبي الطبي في المجتمع المصري وهي ليست فئة محترفة بمعني أنها لا تحصل على أجر لقاء عملها في معظم الأحوال، وإنما تمارس هذه العملية العلاجية بسبب وضعها الاجتماعي الذي يفرض عليها نجدة وإسعاف المحتاجين أو أن لها شهرة خاصة أو لديها مهارات موروثة في مجال العلاج. وهناك مثلاًشيخ إحدى الطرق أو أحد الأولياء أو واحد من أهل القرية الذين لهم وضع اجتماعي معين وسط أهل القرية هم الذين يقومون بتقديم العلاج بالنسبة للحالات المرضية المتازمة التي فشلت في علاجها الوصفات الشعبية التقليدية التي يعرفها كل الناس، وربما يقومون أيضاً بممارسة هذا العلاج بأنفسهم إذا كان ينطوي على عمليات ذات طبيعة معينة أو خبرة معينة وليس ذات طبيعة سحرية. كما قد يقع عبء العلاج الطبي على أبناء الطبقات العليا في المجتمعات الشعبية بسبب وضعهم المتميز بحيث تصبح ممارسة العلاج جزءاً من أعباء الدور الذي يشغلونه، فالأسلاف في بعض المجتمعات جنوب الصعيد مثل (العيادة) و(البشارية) هم الذين يتولون علاج جميع الحالات المرضية فيها باستثناء أمراض العيون الشديدة، ولهم في ذلك أساليبهم الخاصة وتراثهم المحفوظ في العلاج حيث يعالجون الجروح الكبيرة بوضع إطار من الطين حول الجرح ثم يقومون بصب السمن المغلي فوق الجرح ويعالجون عرق النساء والروماتيزم بالكري بالنار في أجزاء مختلفة من الجسم، ويعالجون لدغة الثعبان بإزالة الجزء المدوغ من الجسم في الحال ثم يضعون كمية من السمن المغلي على الجرح كما يخلعون الأسنان التالفة بربطها بخيط والدق عليها بعصا رفيعة^(١). وهناك أشخاص معينين ضمن هذه الفئة الأخيرة ومن ورثوا مهارة معينة في مجال علاج الأمراض أو تقديم الوصفات

(١) للمرجع السابق، ص ٥١٨-٥١٩.

الطبية أو إعدادها وتعلموها على أيدي آبائهم أو أقاربهم أو مشايخهم وقرروا لا يجعلوها حرفة يكتسبون منها وإنما اكتفوا بتقديمها صدقة علم أو محبة للمحتاجين. أو قد يكون هناك شخص يتميز ببعض القدرات أو المزايا التي تصنفي عليه سراً خاصاً في العلاج، ويعرف المعنقد الشعبي عدداً من هذه النماذج مثل الشخص (الذي يكون عمه حاله) والذي لا تقتصر ممارسته العلاجية على الوصفات ذات الطبيعة السحرية فقط وإنما تمتد إلى ممارسات أخرى مضمونة العوائد ومأمونة النتائج بسبب خصائصه الوراثية، فقيامه بتدليل عضو مريض أو إعداده لوصفة طبية بيده - بعد غسلهما - يضمن الشفاء الأكيد. وقد يحدث في بعض الحالات أن يتوقف العلاج الناجح على العثور على شخص بهذه المواصفات، وعادة لا يتناولي هذا الشخص المبروك أبداً على عمله وإنما يسعد بأداء تلك الخدمات خاصة إذا كان ميسور الحال أو قد يتلقى بعض الهدايا من المرضى الذين قام بعلاجهم إذا كان محتاجاً^(١).

رابعاً: فوائد ومخاطر الممارسات العلاجية للطب الشعبي :

في كثير من الأحيان يساعد الطب الشعبي على التخفيف من آلام المرض الجسمي دون الإصابة به، كما قد يكون هو السبب في تعريض الشخص للإصابة بالمرض أو إيقاع الضرر في بعض الأحيان، كما قد يؤدي إلى حدوث الموت في أحيان أخرى. وعلى ذلك يمكن للطب الشعبي أن يساعد الناس على مقاومة الأمراض المستعصية، كما يمكن له أيضاً أن يفاقم من المشاكل الاجتماعية والوجودانية للمرضى ولعائلاتهم. ومن ثم يكون للطب الشعبي فوائد الكثيرة ومخاطرها الكثيرة أيضاً.

ومن المسلم به أن الطب الشعبي له دور في تدعيم وزيادة الرعاية الصحية في كل المجتمعات، كما أنه يملك القدرة أيضاً على تعطيل هذه الرعاية ويحول دون الالتزام بالنظم الطبية السائدة في هذه المجتمعات. غير أنه كثيراً ما يتم الالتفات عن فوائد ومزايا الطب الشعبي على افتراض أنه يحتوى مجموعة من الأفكار التقليدية الموروثة التي لم تعد تساير العصر، وأن الاستخدام الشائع لكلمة «طب شعبي» غالباً ما

(١) المرجع السابق، ص ٥١٩-٥٢٠.

تعتى بعض المعتقدات الخاطئة عن الصحة وعن أساليب الرعاية الصحية، ويعنى أن المقصود بعبارة «حكايات عجائز» Oldwives tales هو التعبير عن رفض المعرفة الطبية التقليدية وخاصة عند النساء والتكبر على هذه المعرفة.

غير أن الواقع العملى يثبت أنه على الرغم من أن بعض معتقدات الطب الشعبي تعد معتقدات خاطئة بشكل واضح وأن أكثر هذه المعتقدات لم يُقيِّم بواسطة الطب العلمي الحديث، فإن الطب الشعبي ليس كله معتقدات خاطئة عن الصحة وذلك لأن الطب العلمي الحديث تبني الكثير من أفكار الطب التقليدى والكثير من الأبحاث المتواصلة عن المعتقدات والممارسات الطبية الشعبية التى تتراوح من العلاج باستخدام الطب العشبي إلى العلاج بالتصحر والإبتهال والصلوة. ومع أن الطب الـاكلينيكي يحرص في الحقيقة على التركيز على المخاطر الصحية للطب الشعبي، فإن معتقدات وممارسات الطب الشعبي تعد شيئاً جديراً بالاعتبار والاهتمام أيضاً^(١).

ويمكن النظر في فوائد الطب الشعبي من حيث فعاليته وطبيعته وسهولة الوصول إليه وتكلفة الحصول عليه، أما مخاطره فتحدد في نوعية معالجاته والجوانب الغيبية التي يتعامل معها. وسوف نستعرضها بشكل موجز في النقاط التالية:

١ - فوائد ومزايا الممارسات الطبية الشعبية :

أ-احتفاظ بالخواص الطبيعية لأدوية الطب الشعبي :

يحتوى نظام العلاج الطبى الشعبي بالأعشاب والنباتات الطبية على مجموعة كاملة من الاتجاهات والقيم والمعتقدات التي تكون فلسفه للحياة، وليس مجرد خلطة أو عجينة من الأدوية العلاجية. وللتوضيح هذا المفهوم يعتقد كثير من العشابين أن فاعلية الأعشاب الدوائية تكمن فى طبيعتها وأنها مستحبة لأن الطبيعة مقبولة بالفطرة بمعنى أن الأشياء تظل كما هي في الطبيعة ومحفظة بكلفة خواصها وفاعليتها. ووفقاً لهذه الرؤية يعتقد الكثيرون أن تغيير الخصائص الطبيعية للطعام كطول مدة الحفظ وسهولة الإعداد تفقده شروطه الصحية وتسبب مرض القلب. وبالمثل يعتقد هؤلاء

(1) David J. Hufford, Op., Cit., p. 724.

العشابون أن الأعشاب الطبيعية مثل أوراق نبات الديجتاليس *Digitalis* المعروف باسم نبات كف الثعلب الأرجوانى له تأثير أوسع وأمن من استخدامه كمستحضر دوائى مستخرج من نفس هذا النبات وهو الـDigitoxin. (١) ويعنى آخر أن المواد الطبيعية الموجودة فى النباتات تظل في نظام متوازن خاص وتذوب بشكل طبيعى بحيث يمتصها الجسم بسهولة تامة ولها فاعلية داخل جسم الإنسان بدرجة أكبر من المواد الكيميائية المفصولة منها فى المعامل، كما أن بعض مسببات الأمراض داخل الجسم تقوم بمنع تأثير المواد الكيميائية المختلفة منها بعكس التركيبات النباتية التى تقتلها أو تمنعها من التكاثر مثل مادة الكلوروكين التى تقاومها بعض طفيليات الملاريا وكذلك بعض المضادات الحيوية التى لا تؤثر في بعض الجراثيم (٢).

بــ التكامل المادى والروحى فى معالجات الطب الشعبي :

تميل ممارسات الطب الشعبي نحو دمج العوامل الطبيعية مثل المعالجة بالأعشاب والتدابك والنظم الغذائية مع العوامل فوق الطبيعية مثل الخلاص الآلهي أو تأثير التضرع والصلة أو الاعتقاد أن القوى الخارقة للطبيعة تسبب المرض بالسحر والعين الشريرة . وأن تقسيم هذه العوامل إلى مادية وروحية يفقد الطب الشعبي الاتجاه التكاملى الذى يجذب الكثير إلى استعماله ، وينفس الدرجة حيث يمثل غياب البعد الروحي عن الطب الحديث سبباً للابتعد عنه^(٣) .

جـ- انتقاء المعلومات ووجهات النظر الصحية في الطب الشعبي:

دائماً ما ينظر إلى النظم الصحية إما كاتفاق جماعي (رضائي) أو كمجموعة فردية من المعلومات ووجهات النظر المتعلقة بالصحة. فالطلب العلمي الحديث أو الطبي العرقي أو الطلب الشعبي تعد كلها نظماً صحية جماعية رضائية، أما المعتقدات والممارسات الخاصة بالمعالجين والمرضى أنفسهم فتعد نظماً فردية انتقائية. ومن ثم سوف تختفي النظم الفردية لمعظم المعالجين الشعبيين ومرضاهن أفكاراً انتقائية ليست

(1) *Ibid.*, p. 736.

(٢) سمير يحيى الجمال، *الطب الشعبي التقليدي*، (مكتبة مدبلولى، القاهرة): ص ٣٠ .

(3) David J Hufford, Op. Cit, p. 737.

من معتقداتهم الشعبية فحسب، بل مختارة أيضاً من الطب الحديث التقليدي ومن الطب البديل ومن الدين.... الخ الأمر الذي يمثل تنوعاً فردياً في المعلومات وفي وجهات النظر الصحية ويشجع المؤثرات المسممة التي تسرى بين النظم الصحية داخل المجتمع حيث أن كل شخص يشكل في الواقع جسراً يربط بين اثنين أو أكثر من التقاليد الصحية ومن ثم تميل هذه الانتقائية في الطب الشعبي إلى إهمال الاختلافات الفردية وتعمل في إطار تعليمات نافعة ومفيدة^(١).

د- الجمع بين الرعاية الذاتية ورعاية المتخصصين الصحيين:

يتضمن السلوك الصحي أساليبأ وطرقأ للرعاية الذاتية بواسطة المريض نفسه أو بواسطة أسرته بالإضافة إلى الرعاية التي يتولاها بعض المتخصصين الصحيين. وكلما كان النظام الصحي رسمياً بدرجة أكبر كلما كان دور المتخصصين الرسميين في الرعاية الصحية أكبر أيضاً، ويتسم الطب الشعبي بهاتين الخاصيتين فهو يميل إلى الرعاية الذاتية بدرجة كبيرة وفي الوقت نفسه تعتمد تقاليده الشعبية على المتخصصين والمهنيين في الرعاية الطبية مثل العشابين والمعالجين بالتصريع والدعاء والصلوة والتداлиك ورجال الدين، ومن ثم فهو يجمع بين كل منهما في آن واحد^(٢).

ه - التكلفة الأقل :

من المسلم به أن تكلفة علاج الطب الشعبي أقل من تكلفة العلاج الطبي الحديث، فالمعروف أن الطب الحديث يعتمد على الأجهزة والآلات في تشخيصه وعلى العقاقير والأدوية غالباً الثمن ويحتم على المريض إجراء العديد من التحاليل والاختبارات والفحوصات المعملية والأشعات المتنوعة التي تحتاج إلى وقت طويل وتكليف باهظة بينما لا يعتمد الطب الشعبي ولا المعاج الشعبي على ذلك، وبالتالي

(1) Koss J.; The therapist-spiritist training project in Puerto Rico: "An experiment to relate the traditional healing system to the public health system", Soc sci Med 14 (B), 1980: pp 255-266.

(2) David J Hufford, Op., Cit., 239.

فهو أسرع في التشخيص وأوفر في النفقات المالية . بالإضافة إلى توافر الخدمة الطبية الشعبية في المجتمعات الريفية والسكنية والبعيدة عن المدن وعن الخدمة الطبية الرسمية ، حيث يتمتع الطب الشعبي في هذه المناطق بقبول أكثر من الطب الحديث لترسخه في نفوس الناس واعتقادهم التام في نتائجه الطبية^(١) .

٢- مخاطر الطب الشعبي :

أ- مقاومة التغيير وعدم الاستجابة للنصيحة الطبية :

من المسلم به أن النظم الطبية المركبة والمتكاملة تكون أكثر ثباتاً ومقاومة للتغيير . وعليه فإن الطب الشعبي يعد نظاماً مركباً ومتاماً لأن الاعتقاد الطبي الشعبي مدحوم بمعتقدات أخرى ، فالاعتقاد في فائدة العقاقير النباتية مرتبط بأفكار أخرى عن هبات الطبيعة وأفكار أخرى عن الحكمة القديمة ووعي بالروابط التاريخية بين الطب العشبي والطب الحديث ومجموعة أخرى من المعتقدات واللاحظات ووجهات النظر . وإذا ما أظهر هذا المعتقد أن هناك خطراً حقيقياً على صحة الناس من جراء استعمال عقار نباتي معين فإن التعامل مع هذا المعتقد في هذه الحالة يجب أن يكون بشكل مختلف اعتماداً على موقعه داخل النظام المعرفي للمريض وذلك لأن المرضى والعشابيين سيظلون متمسكين بهذا العقار اعتماداً منهم بأنَّ أضراره لا تتعلق بطريقتهم في العلاج ، والسبب في ذلك هو أن معرفتهم الطبية هي جزء من أفكار مركبة ومتكلمة وليس معرفة طبية مبنية على التجربة العملية . ومن ثم تظهر خطورة الطب الشعبي في معتقداته المركبة والمتكاملة التي تقاوم التغيير والنصيحة الطبية المناقضة لهذه المعتقدات^(٢) .

ب- عدم الدراءة بعلم أسباب المرض :

إن أكبر محاور الجدل في مخاطر علاجات الطب الشعبي وجدواه العلمية هو أن معظم إيجابياته مستندة من أفواه المعالجين الشعبيين أنفسهم ، بالإضافة إلى جهل

(١) سمير يحيى الجمال ، مرجع سابق ذكره ، ص ٣١ .

(2) David J. Hufford, op., Cit., p. 738.

البعض منهم بالمبادئ العلمية الصحيحة للعلاج، وعدم قدرتهم في بعض الأحيان على التسخيص الدقيق لأمراض كثيرة مختلفة قد تظهر تحت عرض واحد وذلك لعدم درايتهم بوسائل الفحص البيأثولوجي وعلم أسباب المرض، مما يؤدي إلى اهتمامهم بعلاج العرض دون الاهتمام بمعرفة المرض نفسه أو سببه، الأمر الذي يؤدي في النهاية إلى حدوث كثير من المضاعفات وهذا يعد من أكبر مخاطر الطب الشعبي^(١).

ج- اتسام الطب الشعبي بالغموض والأعمال الغيبية:

إن هدف أي نظام هو المحافظة على الصحة ورفايتها من الأمراض والتخلص من حالة عدم التوازن الجسمى والعقلى التي تعترى بها. غير أن بعض نواحى الطب الشعبي تتعلق بالسحر والشعوذة والأرواح الشريرة، كما قد تتناول بعض ممارساته إحداث أضرار متعمدة بالناس عن طريق استخدام القوى الخفية والأرواح مما يقلل من أهمية الاعتراف بالطب الشعبي وممارساته العلاجية^(٢). هذا بالإضافة إلى أن سيادة وانتشار الفكر الغيبى فى المجتمع تنسكب كثيراً من الأمراض النفسية والجسمية إلى فعل الأرواح والجان السحر والعين الحاسدة وتعود من العوامل الهامة التي تعوق خطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية ويتعدى أثرها إلى نهضة المجتمع ككل^(٣).

(١) سير بحثي للجمال، مرجع سابق ذكره، ص ٣١.

(٢) للمرجع السابق، ص ٣١.

(٣) بحثي مرسي بدر، مرجع سابق ذكره، ص ٨١.

مُصادر الدراسة

أولاً: مصادر باللغة العربية

(١) كتب باللغة العربية مؤلفة أو مترجمة:

(١) إبراهيم خليفة، علم الاجتماع في مجال الطب، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٤،

(٢) أحمد علي مرسي، مقدمة في الفولكلور، عين للدراسات والبحوث الإنسانية، القاهرة، ١٩٦٥،

(٣) إقبال مخلوف، العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية- اتجاهات تطبيقية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩١،

(٤) بدر التازى، الطب الشعبي في القرن الثامن عشر من خلال الأرجوزة الشفرونية، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٨٤.

(٥) تيسير حسن جمعة، علم الأمراض القديمة (الباليوثولوجيا) - الأنثروبولوجيا (علم الإنسان)، مطبوعات كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ١٩٩٦،

(٦) حسن الخولي، تطور المنهج في البحوث الأنثروبولوجية-منهج دراسة الحالة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٢،

(٧) حسن كمال، الطب المصري القديم، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، ١٩٩٨،

(٨) حمود العودى، التراث الشعبي وعلاقته بالتنمية في البلاد النامية، دار العودة، بيروت، د.ت.

(٩) دافيد أرنولد، الطب الإمبريالي والمجتمعات المحلية، ترجمة: مصطفى فهمي، مطبوعات عالم المعرفة، الكويت، ١٩٩٨،

(١٠) دافيد لوبرتون، أنثروبولوجيا الجسم والحداثة، ترجمة: محمد عرب صاصيلا، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، د.ت.

- (١١) رالف ل. بيلز وجارى هويجر، مقدمة فى الأنثروبولوجيا العامة، الجزء الأول، ترجمة: محمد الجوهرى والسيد الحسينى، دار نهضة مصر للطبع والنشر، القاهرة، ١٩٩٠.
- (١٢) ———، مقدمة فى الأنثروبولوجيا العامة، الجزء الثانى، ترجمة: محمد الجوهرى والسيد الحسينى، دار نهضة مصر للطبع والنشر، القاهرة، ١٩٩٠.
- (١٣) سعاد عثمان ومحمد الجوهرى، دراسات فى الأنثروبولوجيا الحضرية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩١.
- (١٤) سعاد عثمان وأخرون، الصحة والمرض- وجهة نظر علم الاجتماع والأنثروبولوجيا، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩١.
- (١٥) سليمان عبيادات، دراسة فى تقاليد وعادات المجتمع الأردنى، مؤسسة مصرى للتوزيع، بيروت، د.ت.
- (١٦) سمير يحيى الجمال، الطب الشعبى التقليدى، مكتبة مدبولى، القاهرة، د.ت.
- (١٧) عاطف شحاته، مقدمة فى علم الاجتماع资料 (السوسيوماتية)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٩٢.
- (١٨) عبد الرحمن إسماعيل، طب الركة، المطبعة البهية بحوش قدم بمصر المحمية، الطبعة الأولى، ١٣١٠هـ.
- (١٩) عبد الرحمن مصيفر، الطب الشعبى فى دول الخليج العربية- التراث الشعبى، الإمارات العربية المتحدة، دبي، ١٩٩٦.
- (٢٠) عبد الرحمن نور الدين، شفاء بلا دواء، دار الأمين، القاهرة ١٩٩٣.
- (٢١) عبد الرحيم أبو كريشه، دراسة أنثروبولوجية لملامع الطب الشعبى فى الريف العربى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٩٢.

- (٢٢) عبد الله معمر، الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن، دراسة لعلاقة البناء الاجتماعي بطرق العلاج، مكتبة مدبولي، القاهرة، ١٩٩٠.
- (٢٣) على المكاوى، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٨.
- (٢٤) ———، علم الاجتماع الطبي - مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٠.
- (٢٥) ———، الأنثروبولوجيا الطبية - دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤.
- (٢٦) على عبد الرزاق جلبي وأخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، د.ت.
- (٢٧) فاتن محمد شريف، الحسد في التراث الشعبي - دراسة إثنوغرافية لمجتمع رشيد، منشأة المعارف، الإسكندرية، ١٩٨٨.
- (٢٨) فوزي العربي وفاروق مصطفى، دراسات في الأنثروبولوجيا التطبيقية - مدينة العريش، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، ١٩٨٢.
- (٢٩) فوزي العنتيل، الفولكلور - ما هو؟ دراسة في التراث الشعبي، دار النهضة العربية للنشر، القاهرة، د.ت.
- (٣٠) فوزية دياب، القيم والعادات الاجتماعية - بحث ميداني لبعض العادات الاجتماعية، دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٨٠.
- (٣١) قباري محمد إسماعيل، راد كليف براون - مؤسس الأنثروبولوجيا الاجتماعية المعاصرة، منشأة دار المعارف، الإسكندرية، ١٩٧٧.
- (٣٢) كلوه ليفي شتراوس، العرق والتاريخ، ترجمة: سليم حداد، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، ١٩٨٢.

- (٣٣) —————، الأناسة البنائية، ترجمة: حسن قببيسي، المركز الثقافي العربي، بيروت، ١٩٩٥.
- (٣٤) مايكل كاريذرس، لماذا ينفرد الإنسان بالثقافة، ترجمة: شوقى جلال، عالم المعرفة، الكويت، ١٩٨٨.
- (٣٥) محمد أحمد غnim وفاتن محمد شريف، السحر والحسد في المجتمعات الريفية، منشأة المعارف، الإسكندرية، ١٩٩٨.
- (٣٦) محمد الجوهرى، علم الفولكلور - الأسس النظرية والمنهجية، الجزء الأول، الطبعة الرابعة، دار المعارف، القاهرة ، ١٩٨١ .
- (٣٧) —————، علم الفولكلور - دراسة في الأنثروبولوجيا الثقافية، الجزء الأول، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٨ .
- (٣٨) —————، علم الفولكلور - دراسة للمعتقدات الشعبية، الجزء الثاني، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٠ .
- (٣٩) —————، الأنثروبولوجيا - أساس نظرية وتطبيقات عملية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٠ .
- (٤٠) —————، الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية، الجزء الأول من دليل العمل الميداني لجامعي التراث الميداني، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٣ .
- (٤١) —————، الدراسة العلمية للمعتقدات الشعبية، الجزء الثاني من دليل العمل الميداني لجامعي التراث الميداني، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٣ .
- (٤٢) محمد حسن غامرى، مقدمة في الأنثروبولوجيا العامة، المركز العربي للنشر والتوزيع، الإسكندرية، ١٩٨٤ .
- (٤٣) محمد رفعت، الموسوعة الصحية- العلاج بالأعشاب قديماً وحديثاً، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر، القاهرة، د.ت.

- (٤٤) محمد عباس إبراهيم، الثقافات الفرعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٧.
- (٤٥) محمد المخزنجي، الطب البديل- مداواة بلا أدوية، مطبوعات كتاب العربي، الكويت، ٢٠٠١.
- (٤٦) محمود ناظم النسيمي، الطب النبوي والعلم الحديث، الجزئين الأول والثاني، الشركة المتحدة للتوزيع، دمشق، ١٩٨٤.
- (٤٧) مرفت العشماوى، الأنثربولوجيا الطبية والطب الشعبي- الأنثربولوجيا (علم الإنسان)، مطبوعات كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ١٩٩٦.
- (٤٨) مصطفى عمر حمادة، مجتمعات وثقافات البحر المتوسط - دراسة في الأنثربولوجيا الأركيولوجية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦.
- (٤٩) موزه غباش، سوسيولوجيا العادات والتقاليد في مجتمع الإمارات، دار القراءة للجميع للنشر والتوزيع، دبي، د.ت.
- (٥٠) الوحيishi بيرى وعبد السلام دوبى، مقدمة في علم الاجتماع الطبى، الدار الجماهيرية للتوزيع والإعلان، ليبيا، ١٩٨٩.

(ب) مقالات ومؤتمرات والدوريات العلمية:

- (٥١) ابتسام محمود محمد وأخرون، الخصائص الديمografية لزوار المعالجين الشعبيين في وسط السودان، المجلة الصحية لشرق المتوسط، منظمة الصحة العالمية، المجلد الخامس، العدد ١ ، ١٩٩٩،
- (٥٢) أحمد أبو زيد، الذات وما عادها - مدخل لدراسة رؤي العالم، المجلة الاجتماعية القومية، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنانية، المجلد السابع والعشرين، العدد الأول، القاهرة، ١٩٩٠ .

- (٥٣) أحمد عبد الوهاب وأخرون، البحيرات الشمالية بين الاستغلال النباتي والاستغلال السمكي - قضايا التخطيط والتنمية في مصر، مذكرة رقم ٢٥ ، معهد التخطيط القومي، أكتوبر، ١٩٨٥ .
- (٥٤) ثيناداس، المعاناة وأوجه العدالة وممارسات فروع المعرفة والتخصص ، ترجمة: حمدى الزيات، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، إصدارات اليونسكو، ديسمبر، ١٩٩٧ .
- (٥٥) سعاد عثمان وأخرون، العادات والتقاليد الشعبية - التراث الشعبي، مجموعة مقالات، مطبوعات جامعة الإمارات، دبي، د.ت.
- (٥٦) سهير عبد العزيز، التداوى بالأعشاب الطبية، بحث مقدم إلى مؤتمر الثقافة الشعبية والتنمية بجامعة المنصورة، أكتوبر، ١٩٩٩ .
- (٥٧) السيد حافظ الأسود، تصور رؤية العالم في الدراسات الأنثربولوجية، المجلة الاجتماعية القومية، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد السابع والعشرين، العدد الأول، القاهرة، ١٩٩٠ .
- (٥٨) محمد أحمد غنيم، رؤي العالم - لميكائيل كيرنى ، عرض وتحليل: محمد أحمد غنيم ، المجلة الاجتماعية القومية ، المجلد السابع والعشرين، العدد الأول، القاهرة، ١٩٩٠ .
- (٥٩) يحيى مرسي بدر، الطب الشعبي الليبي ودوره في الأنساق العلاجية - دراسة أنثربولوجية في منطقة البطنان، مقدمة إلى مؤتمر الثقافة الشعبية والتنمية بجامعة المنصورة، أكتوبر ١٩٩٩ .

(ج) رسائل جامعية (غير منشورة):

- (٦٠) مسعد سالمه، إقليم بحيرة المنزلة - دراسة في الجغرافيا الحيوية، رسالة ماجستير، كلية الآداب - جامعة المنصورة، ١٩٩٩ .

(٦١) نجلاء محمد عاطف، الأبعاد الاجتماعية لمرضى الفشل الكلوي - دراسة ميدانية في مركز أمراض الكلي - جامعة المنصورة، رسالة ماجستير، كلية الآداب. جامعة المنصورة، ١٩٩٨.

(د) المعاجم والقواميس:

(٦٢) شاكر مصطفى سليم، قاموس الأنثروبولوجيا، جامعة الكويت، الطبعة الأولى، ١٩٨١.

(٦٣) يوسف حتي، القاموس الطبى، مكتبة لبنان، بيروت، الطبعة الرابعة، د.ت.

(ه) مطبوعات حكومية:

(٦٤) بيانات مركز المعلومات ودعم القرار بمحافظة الدقهلية.

(٦٥) بيانات مركز المعلومات ودعم القرار بالوحدة المحلية بقرية العزيزة مركز المنزلة.

ثانياً، مراجع باللغة الإنجليزية:

I. Books:

- (1) Arthur F. Holmes, "Contours of an World View", Grand Rapids, Eerdmans:1983.
- (2) Cassell E. J., "The Healer's Art: A new Approach to the Doctor - Patient Relationship", Lippincott, New York: 1976 . . .
- (3) Carolyn F. Sargent and Thomas M.Johnson, "Medical Anthropology : Contemporary Theory and Method ", Greenwood Publishing Group Inc., London : 1996.
- (4) Cecil Helman, "Culture, Health and Illness an Introduction for Health Professionals", John Wright & Sons, London: 1995.

- (5) David Machanic, "Medical Sociology", 2nd., The free press, New York: 1978.
- (6) Ellen Annandail, "The Sociology of Health Medicine: A critical Introduction", Blackwell Publishers Inc., U. S. A. : 1990.
- (7) Foster G. M. and Anderson B. G., "Medical Anthropology", John Wiley & Sons, New York: 1978.
- (8) Fox R. C., "Illness", International Encyclopedia of the Social Science", Free press, New York: 1968 .
- (9) Gail E. Henderson, et., al., "The Social Medicine Reader", Duke University Press, London: 1997.
- (10) Gary W. Philips and William E. Brown, "Making Sense of your World", Moody Press, Chicago: 1991.
- (11) Hand W., "Magical Medicine: The Folkloric Component of Medicine in The Folk Belief, Custom and Ritual of Peoples of Europe and American", Berkeley University of California Press: 1988.
- (12) James W. Sire, "The Universe Next Door", Downers Grove, Ill. , Varsity: 1988.
- (13) Kleinman A., "Patients and Healers in The Context of Culture", Berkeley, University of California Press: 1980.
- (14) Lorna G. Moore, et., al., "The Biocultural Basis of Health -Expanding Views of Medical Anthropology" Waveland Press, Inc., U.S.A: 1987.
- (15) Melton J. "The New Age Encyclopedia" Detroit, Gale Research: 1990.
- (16) Peter J. Brown, "Understanding and Applying Medical Anthropology", Mayfield Publishing Co., U. S. A.: 1998.
- (17) Robert Hohn, "Sickness and Healing: on Anthropological perspective" New Haven, Yale University Press: 1995.
- (18) Susser M.W. and Watson w. "Sociology in Medicine", Oxford, University Press, London: 1971.

II. Articles:

- (19) Arthur J. Rubel and Michael R. Hass, "Ethnomed" In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Eds.), "Medical Anthropology Contemporary Theory and Method", Greenwood Publishing Group Inc., London: 1996.
- (20) Cassel E. J., "The Nature of Suffering and The Goals of Medicine", In: Gail E. Henderson and et., al., (EDS.), "The Social Medicine Reader", Duke University Press, London: 1998 .

- (21) Claude Levi - Strauss, "The sorcerer and His Magic", In: Peter J. Brown, (ED.), "Understanding and Applying Medical Anthropology" , Mayfield Publishing Company, London: 1998.
- (22) Fabrega H., and Silver D., "Illness and Shamanistic Curing In Zinacantun: An Ethnomedical Analysis", Stanford University Press: 1973 .
- (23) Feinstien A., "Science, Clinical Medicine and The Spectrum of Disease", In: Beeson P. B. and Mc Dermott W. (Eds.), Textbook of Medicine Philadelphia, Sounders: 1975.
- (24) George M. Foster, "Disease Etiologies in non - Western Medical System", In: Peter J. Brown, (EDS.), "Understanding and Applying Medical Anthropology", Mayfield Publishing Company, U. S. A :1998.
- (25) Janis H. Jenkins, "Culture, Emotion and Psychiatric Disorder", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Eds.), "Medical Anthropology Contemporary Theory and Method", Greenwood Publishing Group Inc., London: 1996.
- (26) Kaja Finkeler, "Sacred Healing and Biomedicine Compared", In: peter J. Brown, "Understanding and Applying Medical Anthropology", Mayfield publishing co., U.S.A: 1998.
- (27) Margaret Lock and Nancy Scheper , "A critical - Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent ", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (EDS.) "Medical Anthropology Contemporary Theory and Method" Greenwood Publishing Group Inc., London: 1996 .
- (28) Merrill Singer, "Beyond The Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology", In: Peter J. Brown (ed.), Understanding and Applying Medical Anthropology, Mayfield Publishing Co., U. S. A.: 1998.
- (29) Michael F. Brown, "Dark Side of shaman", In: Peter J. Brown, (ED.), "Understanding and Applying Medical Anthropology", Mayfield Publishing Company, London: 1998 .
- (30) Noel J. Chrisman and Thomas M. Johnson, "Clinically Applied Anthropology", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson, (Eds.), "Medical Anthropology Contemporary Theory and Method", Greenwood Publishing Group Inc., London: 1996.
- (31) Peter J. Brown, et., al., " Disease, Ecology and Human Behavior", In: Carolyn F. Sargent and Thomas M. Johnson (Eds.), "Medical Anthropology Contemporary

Theory and Method", Greenwood Publishing Group Inc., London: 1996.

- (32) Sue E. Estroff, "A Cultural Perspective of Experiences of Illness, Disability and Deviance", In: Gail E. Henderson and et., al., (Eds.), "The Social Medicine Reader", Duke University Press, London: 1998.

III. Internet:

- (33) Aerts D., and et., al., "World Views: from Fragmentation to integration", <http://pespmcl.vub.ac.be/CLEA/reports/WorldView.html>. (1994), 24/6/2000.
- (34) Bethesda, "What is complementary and Alternative Medicine", publication No. D 156. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Nih. Gov/ health/ whatisam, May 2002.
- (35) Dante G. Scarpelli, "Health-Disease", Encyclopaedia Britannica, www.Britannica.com. (1999-2001), 20/5/2001.
- (36) Derek Yach, "Health and Illness: The definition of the world Health Organization", <http://www.Medicine-ethic.ch/public/health-illness.htm>. Feb 1988, 13/5/2001.
- (37) Engela Pretarius, "Traditional Healers", Chapter 18 in South African Health Review 1999, <http://www.hst.org.za/sahr/99/chap18.htm>.
- (38) Heylighen F., "What is a World View?", <http://pespmcl.vub.ac.be/WORLDVIEW.html>. 2000, 10/6/2000.
- (39) Jerry Solomon, "World Views", <http://www.probe.org/w.view>, Html. 1994, 22/5/2002.
- (40) Joe S. Graham, "Folk Medicine", The Hand Book of Texas, <http://www.lib.utexas.EDU>. (1997-2001), 23/7/2001.
- (41) John A. Rush, "Applying Medical Anthropology: Gut Morphology, Cultural Eating Habits, Digestive Failure and Ill Health", www.Medanth.Com. 15/2/2000.
- (42) John W. Travis, "Illness./ Wellness", <http://www.Thewellspring.com>. (1999-2001), 20/5/2001.
- (43) Masadul Alam, "The Tawhidi Worldview & World-system", <http://www.uccb.ns.ca/mchoudhu/chapter13.htm>. 1994, 18/5/1999.
- (44) Michael Banton, "Anthropological Approaches to the study of Religion", <http://www.antao.../Htm>. (1993), 6/3/2000.
- (45) Nora Ellen and Mary Elizabeth, "Traditional Healers and Global Surveillance Strategies for Emerging Diseases: Closing the Gap", Emerging Infectious Dis-

- eases Vol.(2) N. (4) 1996. <http://www.cdc.gov/incidod/EID/v2n4/Htm>, 17/6/2000.
- (46) Paul Ten Have, "Current trends in Qualitative Medical Sociology: Some Recent Studies from the Netherlands", <http://www.pscw.uva.Nl/emca/presov>, Htm, (1996), 21/6/2000.
- (47) Richard Hooker, "World Civilizations - General Glossary", world-view - Culture - Tradition, <http://www.wsu.edu:8080/dee/ABOUT.HTM>. (1996), 19/11/2003.
- (48) Sardar, Ziaddin, "The Health of Nations", Magazine: New Statesman, Oct. 1998:, <http://www.Britannica.com>, 20/5/2001.
- (49) Savage S. E., "Islamic Culture and Medical Arts", U. S. National Library of Medicine (NLM) <http://www.nlm.gov/>: (1998), 17/3/2000.
- (50) Stefania Consigliere, "Medical Anthropology: The Conceptual Frame", <http://emdb.letter.unige.it/emdb>. (1999-2001), 4/10/2001.
- (51) Valery Abrumov, "Traditional Medicine", Fact Sheet, WHO, 1996: N. 134. <http://www.who.int/inf-fs/en/fact134.html>. (1996), 2/4/2003.

VI. Journals:

- (52) Armand M. Nicholi, "How does the world view of the scientist & the clinician influence their work", from perspectives on science and Christian faith, 14/4/1989 .
- (53) Arthur J. Rubel and Carmella c. Moore, "The contribution of Medical Anthropology to a Comparative Study of Culture: Susto and Tuberculosis", Medical Anthropology Quarterly, 15/4/ 2001.
- (54) Avon J., "Reduction of Bacteriuria and Pyuria after Ingestion of Cranberry Juice", JAMA: (271) 1994
- (55) Bakx K., "The Eclipse of Folk Medicine in Western Society", Sociology of Health and illness, 13-1, 1991.
- (56) Barker cummings C., et., al., "Ethnic Differences in The use of Peritoneal Dialysis as Initial Treatment for End-Stage Renal Disease", JAMA: (274) 1995.
- (57) Cecil G. Heleman, "The Family: A useful Concept for Family Practice", Family Medicine July, Vol. 23, No. 5, 1991.
- (58) Coral Wayland, "Gendering Local Knowledging: Medicinal Plant Use Primary Health Care in the Amazon", Medical Anthropology Quarterly, 15(2) 2001.

- (59) Cosson F. F., and et., al., "Work and Chronic Health Effects among Fishermen in Chioggia Italy", G. Ital. Med. Lav. Erogn, 20(2): 1998.
- (60) David Hufford , "Folk Medicine and Health Culture, in Contemporary Society", Primary Care, 24(4) 1997.
- (61) Douglas KC, and Fujimoto D., "Asian Pacific elders: Implications for Health Care Providers", Clin Genriatr, Med. (11) 1995.
- (62) Frieling - Sonnenberg W., "Health is not Just The absence of disease", Pflege-8 (2): 1995.
- (63) Harwood A., "The Hot-Cold Theory of Disease" JAMA, (216) 1971.
- (64) Hellton L. R., "Folk Medicine and Health Beliefs: An Appalachain Perspective". J. Cult., Divers., vol. 3, N. 4. 1996.
- (65) Hilton E., and et ., al., "Ingestion of Yogurt Contining Lactobacillus acidophilus as prophylaxis for Candidal Vaginitis", Ann Intern Med. (116) 1992.
- (66) Jackson LE, "Understanding, Eliciting, And Negotiating Client's Multicultural Health Beliefs", Nurs Pract, (13) 1993.
- (67) Jaremin B., and et., al., "Death at Sea: Certain Factors Responsible for Occupational Hazard in Polish seamen and Deep - Sea Fishermen" Int. J. Occup. Med. Environ. Health, 10(4): 1997.
- (68) Koss J., "The Therapist - Spiritist Projection Puerto Rico: An experiment to relate the traditional Healing system to the public Health system", soc sci Med. (14) 8 1980.
- (69) Laasker , et., al., "Community Social Change and Mortality" Social Science and Medicine (39) 1994.
- (70) Linda M. Hunt, et. Al., "Views of What's Wrong: Diagnosis and Patients Concepts of Illness", soc. Sci. Med vol. 28, No.9. 1989.
- (71) Logan M.H., "Selected References on the Hot - Cold theory of Disease", Med. Anthropol. Newsletter, (6) 1975.
- (72) Martin M., "Native American Healers: Thoughts for Postraditional Healers", JAMA: (245) 1981.
- (73) Mc Guire M., Kantor D., "Ritual Healing in suburban America", Quoted in: David Hufford, Folk Medicine and Health Culture in Contemporary Society, Primary Care, 24(4) 1997.
- (74) Mowery D., Clayson D., "Motion Sickness, Ginger and Psych-ophysics", Lancet (1) 1982.

- (75) Murdock GP., et ., al., "World distribution of theories of Illness", Ethnology, (17) 1983.
- (76) Nguban H., "Aspects of Clinical Practice and Traditional Organization of Indigenous Healers in South Africa", Soc. Sci. Med. (15) B, 1981.
- (77) Obeyese kere G., "The Theory and Practice of Ayurvedic Medicine", Cult. Med. Psychiatry, (1) 1977.
- (78) O'connor B., "The Home Brith Movement in The United States", J Med. Philosophy (18) 1993.
- (79) Opala J. and Boillot F., "Leprosy Among the Limba: Illness and Healing in The context of world view", so sci Med, 1996 .
- (80) Otten M . , et., al., "The Effect of Known Risk Factors On the Excess Mortality of black adults in The U.S.A.", JAMA, 263: 1990.
- (81) Pachter L., "Culture and Clinical Care", JAMA (271) 9, 1994.
- (82) Pill R., and Stott N.C.H., "Concepts of Illness Causation and Responsibility: Some preliminary data from a sample of Working Class Mothers", Soc. Sci. Med. (16) 1982.
- (83) Robert G. Like and R. Preasead Steiner, "Medical Anthropology and The Family Physician", Family Medicine, Vol. 18. No.2. 1986 .
- (84) Robert Straus, "The Nature and Status of Medical Sociology", A.S.R. 22: 1957.
- (85) Rosina M. B., "Folk Medicine use: Diverse Populations in a Metropolitan Area", Social Work in Health Care, vol. 21(4): 1995.
- (86) Snow L., "Folk Medicine Beliefs and Their Implications for care of Patients: A review based on Studies among Black Americans", Ann Intern Med 81, 1974.
- (87) Snow L. E. and Johnson S.M., "Folklore, Food, Female Reproductive Cycle", Ecol. Food Nutr.(7) 1978.
- (88) Snow L. F., "Sorcerers, Saints and Charlatains: Black Healers in Urban America", Cult. Med. Psychiatry, (2) 1978.
- (89) Sugisawa A., "Health conditions among fishermen living in the Minamate disease prevalent area". Nippon Koshu Eisei Zasshi, 41(5): 1994.
- (90) Uba L., "Cultural Barriers to Health Care for Southeast Asian Refugees", Public Health Rep. (107) 1992.
- (91) Wadfogel S. "Spirituality in Medicine", Primary Care, (24) 1994.
- (92) Wilkinson D.Y. "Traditional Medicine in American Families: Reliance The Wisdom Elders", Marriage and Family Review, 11, (3-4), 1987.

VII. Reports:

- (93) Fugh-Berman A., "Alternative Medicine: What works", Quoted in: Report 13 of The Council on Scientific Affairs, American Medical Association (AMA), Folk Remedies Among Ethnic Subgroups: 1997.
- (94) Osborne O. H., "Merging Traditional and Scientific Health care systems: Conceptual and Pragmatic Issues", Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Applied Anthropology, San Diego: 1977.
- (95) Pachter L., "Culture And Clinical Care: Folk Illness Beliefs And Behaviors and Their Implications for Health Care delivery", Quoted in: Report 13 of The Council on Scientific Affairs, American Medical Association (AMA), Folk Remedies Among Ethnic Subgroups: 1997.
- (96) Sensky T., "Patient's reactions to Illness: Cognitive Factors Determine Responses and are Amenable to Treatment" Quoted in: Report 13 of The Council on Scientific Affairs, American Medical Association (AMA), Folk Remedies Among Ethnic Subgroups: 1997.

مُتَّقِي سُورَةِ الْأَنْزَابِ

WWW.BOOKS4ALL.NET

<https://www.facebook.com/books4all.net>

هذا الكتاب

كيف استطاعت الدكتورة نجلاء عاطف خليل ، وقد كانت لمن انزل في بوأكير حياتها العلمية ، أن تشييد مثل هذا الصرح العلمي بين يدي القارئ ، كمنار لكتاب الغد الذي تعبر به متن الصعب لتضييق مساحات من معرفة ، فتغمر كون العلم في مجال " علم الاجتماع الطبي " ، بأيات من تنوير ، في مبحث تجاوزت فيه المنقول والمتأثر لتنطلق بالقارئ من خلجان المألوف إلى ما كان يُظن أنه المستحيل ، في رؤى تشي بموسوعية يتواشح دفقها بالمتعدد الذي يرتوى منه عطشى الجديد في العلم ، بنبوءات تسكب رائق الفهم في العقول ... وما أكثر ما سيراه القارئ بين صفحات الكتاب بين يديه من إضاءات تتحدى أحرفًا ناقصة تجاهد لتكميل جملاً لا غنى عنها تفتح أковاناً من تنوير .

الناشر

