

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

رسالة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع والديمغرافيا

تخصص: ديمغرافيا بعنوان:

الممارسات العلاجية الشعبية

في المجتمع الجزائري

دراسة ميدانية على عينة من ولايات الوطن

إشراف الأستاذة:

أ.د. جويدة عميرة

إعداد الطالبة:

نعيمة عيزل

السنة الجامعية: 2014- 2015

شكر و تقدير

بعد الشكر والامتنان لله سبحانه وتعالى تقديرا وعرفانا على ما امدني به من عون وتوفيق لإنجاز هذا البحث. أتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة المشرفة جويذة عميرة التي كانت نعم الموجه ونعم المشجع ونعم المرشد، اشكرها على توجيهاتها القيمة لإنجاز الأبحاث العلمية بصفة عامة، وتشجيع العمل الذي قمت به بصفة خاصة.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لكل الأساتذة الذين أشرفوا على مسيرتي الدراسية في كل الأطوار وخلال كل المراحل، وإلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل الذي ما كان ليحسد على أرض الواقع لو لا تضافر جهود العديد من إطارات هذا الوطن، ذات الكفاءة العالية والإرادة القوية لتشجيع كل ما هو علمي وجديد.

لكم جميعا جزيل شكر

الإهداء

بعد الوالدين الكريمين اطال الله في عمرهما

اخوتي واخواتي وابناءهم.

كل من شجعوني في مشواري العلمي

الى كل من طلب العلم ارتضاء وجه الله

الى كل من اتق الله في علمه وعمله

الى كل ممجد ومخلد لاصالة وتراث هذا الوطن

الى كل محافظ على سلامة هذا البلد بحبه وعطاءه

واحترامه

أهدي ثمرة هذا العمل لكل باحث وطالب علم، ليبقى

تراثنا امانة لابنائنا من بعدنا.

الفهرست

أ.....مقدمة

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول : الاطار النظري

- 1.الاشكالية 9
- 2.الفرضيات 12
- 3.تحديد المفاهيم 13
- 4.المنهج المتبع في الدراسة..... 15
- 5.المجال الزمني و المكاني للدراسة..... 18
- 6.صعوبات البحث 19
- 7.الأصول النظرية للدراسة..... 19
- 8.الدراسات السابقة..... 21

الفصل الثاني: مقارنة سوسيو-انثوبولوجية للمرض والعلاج الشعبي

- تمهيد 33
- المبحث الأول: دراسة ظاهرة المرض..... 34
- 1.دراسة المرض وفروعه 34
- 2.مفاهيم دراسة المرض 37
- 3.مداخل دراسة المرض 40
- 4.مراحل تطور المرض..... 44
- المبحث الثاني: دراسة الصحة والمرض من منظور إجتماعي-انثوبولوجي 48
- 1-تعريف الانثوبولوجيا والانثوبولوجيا الطبية..... 48
- 2- نشأة وتطور الانثوبولوجيا الطبية 49
- 3 - العلاج الشعبي من منظور 55
- ا- علم الإجتماع..... 55
- ب - علم الإجتماع الطبي..... 57

60	المبحث الثالث: جذور العلاج الشعبي وأنواعه.....
60	1- جذور العلاج الشعبي.....
63	2-العلاج الشعبي الطبيعي.....
63	أ-الحجامة.....
63	ب-العلاج بالتدليك.....
64	ج-العلاج بالتجبير.....
65	د-العلاج بالوخز بالإبر.....
67	3-العلاج الشعبي الغيبي.....
67	أ-العلاج بالسحر والدجل.....
68	ب-العلاج بالقرابين والذبائح.....
68	ج-العلاج بالرقى والتمايم.....
70	خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث: الطب عبر العصور

73	تمهيد.....
73	المبحث الأول: لمحة تاريخية عن صناعة الطب.....
73	تمهيد.....
73	1- الطب منذ العصور القديمة.....
73	أ- الطب السومري والبابلي.....
75	ب- الطب المصري (الفرعوني).....
76	ج- الطب الهندي.....
77	د- الطب الصيني.....
78	هـ- الطب الاغريقي.....
79	و- الطب العربي قبل الإسلام.....
84	2- الطب الإسلامي.....

84.....	أ- ذكر المرض في القرآن الكريم.....
86.....	ب- ذكر العلاج في القرآن الكريم.....
87.....	ج- ذكر المرض في السنة النبوية.....
87.....	د - ذكر العلاج في السنة النبوية.....
89	المبحث الثاني:العلاج النبوي
90.....	1-العلاج بالأدوية الالاهية.....
94.....	2-العلاج بالأدوية الطبيعية.....
96.....	3-التوعية الصحية التي جاء بها الرسول محمد(ص).....
103.....	خلاصة.....

الفصل الرابع: تاريخ الجزائر الطبي الرسمي

106	المبحث الأول: تاريخ الجزائر الطبي
107.....	1-الوضع الصحي في الجزائر قبل العهد العثماني.....
107.....	2-الوضع الصحي في الجزائر في الفترة العثمانية الأولى 1515 - 1716.....
111.....	3-الوضع الصحي في الجزائر في الفترة العثمانية المتأخرة 1717 -1830.....
113	المبحث الثاني: الطب في الجزائر من 1830 إلى 1962
119.....	الوضع الصحي في الجزائر أثناء التواجد الإستعماري.....
119.....	1 -الوضع الصحي في الجزائر 1830-1871.....
122.....	2-الوضع الصحي في الجزائر 1871 -1954.....
123.....	3-الوضع الصحي 1954-1962.....
125	المبحث الثالث: النظام الصحي للجزائر المستقلة من 1962 - 2012
125...	1-المرحلة الأولى (1962- 1973) والمرحلة الثانية 1973-1979 مجانية العلاج ..
128.....	2 -المرحلة الثانية (1980- 1989).....
131.....	3-المرحلة الثالثة 1989-2000بداية الخوصصة.....
136.....	4-المرحلة الرابعة 2000-2015.....
138.....	5-المرحلة الحالية.....
144.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس: تاريخ الطب الموازي (غير الرسمي)

147.....	تمهيد.....
148.....	المبحث الأول: مظاهر العلاج الشعبي في المجتمع الجزائري.....
153.....	المبحث الثاني: الوصفات العلاجية الشعبية.....
163.....	المبحث الثالث: المعالجات الشعبية في الجزائر.....
173.....	خلاصة.....

الفصل السادس: الأسرة الجزائرية والممارسات العلاجية الشعبية

176.....	تمهيد.....
177.....	المبحث الأول: مفاهيم ووظائف الأسرة.....
177.....	1 - مفاهيم حول الأسرة:.....
178.....	2- أشكال الأسرة: ممتدة نووية.....
181.....	3-وظائف الأسرة.....
184.....	4- الأسرة والمعايير الاجتماعية.....
191.....	المبحث الثاني: صحة الأسرة.....
191.....	1- دور الأسرة في الحفاظ على الصحة.....
197.....	2 - صحة الأسرة (النفسية والعضوية) في ظل الدين والسحر والخرافة.....
203.....	3 - المحيط البيئي وتأثيره على صحة الأسرة.....
206.....	4-صحة الأسرة في ظل مستواها الاقتصادي.....
208.....	خلاصة الفصل.....

الباب الثاني: الجانب الميداني

210.....	الفصل الأول: تحليل عينة الدراسة.....
228.....	الفصل الثاني: الفرضية الأولى.....
263.....	الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية.....
343.....	الفصل الرابع : تحليل الفرضية الثالث.....

408.....	الاستنتاج العام
410.....	خاتمة الدراسة مع اهم التوصيات
413.....	المراجع
	الملاحق

فهرست جداول الجانب النظري

الصفحة	العنوان	الجدول
138	توزيع الإطارات الطبية وشبه الطبية في القطاع الصحي	01
139	الكثافة الطبية من 2006 الى 2010 في الجزائر(عدد السكان لكل طبيب)	02
140	المنشآت القاعدية الصحية	03
141	الإطارات الطبية في القطاع الصحي العمومي	04
141	الإطارات الطبية في القطاع الخاص	05
142	منشآت فوق استشفائية	06

فهرست جداول الجانب الميداني

الصفحة	العنوان	الجدول
217	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	01
218	يبين توزيع أفراد العينة حسب السن	02
220	يبين توزيع المبحوثين حسب حالتهم المهنية	03
281	يبين توزيع المبحوثين حسب المستوى الإقتصادي للأسرة	04
222	يبين توزيع المبحوثين حسب نوعية الاسرة التي ينتمون اليها	05
225	يبين رأي المبحوثين في النتيجة المحصل عليها بعد استعمالهم العلاج العشبي	06
جداول الفرضية الأولى		
229	يبين نوع أسرة المبحوث وعلاقته بأنواع الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية	07
231	يبين نوع أسرة المبحوث حسب المرشد للمعالجة الشعبية وعلاقته بأنواع الأمراض المعالجة	08
234	يبين نوع أسرة المبحوث وعلاقته بتعلم علاج جديد في أسرة الزوج (الزوجة)	09
240	نوع أسرة المبحوث واستعمال الرقية الشرعية للمولود الجديد أو أحد الأبناء	10
244	يبين نوع أسرة المبحوث واستعمال الحجامة	11
246	يبين نوع أسرة المبحوث واختيار القائم بالحجامة	12
248	يبين نوعية أسرة المبحوث والمعالجة باستعماله الكي	13
249	يبين نوع أسرة المبحوث وعلاقته برأي المبحوث باستعمال القطع	14
251	نوع أسرة المبحوث والمعالجة باستعماله البخور	15
254	يبين نوع أسرة المبحوث و المعالجة(التبرك) بزيارة الأضرحة	16
256	يبين نوع أسرة المبحوث وعلاقته بزيارة الأضرحة والاولياء الصالحين مع متغير الحالة المدنية	17
258	يبين نوع أسرة وعلاقته بالعلاج في الحمامات	18
جداول الفرضية الثانية		
264	يبين المستوى التعليمي للمبحوثين ونوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية	19
266	يبين وظيفة المبحوثين ونوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية	20
268	يبين المستوى الاقتصادي لأسر المبحوثين ونوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية	21
270	المستوى التعليمي للمبحوث وتعلم طريقة علاج جديدة في أسرة الزوج (الزوجة)	22

الصفحة	العنوان	الجدول
272	يبين المستوى التعليمي للمبحوث وطريقة تعلم علاج جديد في أسرة الزوج (الزوجة)	23
274	يبين وظيفة المبحوثين وعلاقتهم باستعمال او عدم استعمال المعالجة التي تعلموها في الأسرة الزوجية	24
276	يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته باستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود	25
279	يبين وظيفة المبحوثين وعلاقته باستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود	26
281	المستوى التعليمي للمبحوث والمفاضلة بين العلاجات الصيدلانية والعشبية للمولود	27
283	يبين المفاضلة بين العلاجات الصيدلانية والعشبية الشعبي للمولود وعلاقته بوظيفة المبحوث	28
286	يبين المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته باستعمال رقية الابناء	29
288	يبين نوع أسرة المبحوث حسب الوظيفة واستعمال رقية الابناء	30
290	يبين المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته باختيار القائم بالرقية	31
293	يبين مهنة المبحوث وعلاقتها باختيار القائم بالرقية	32
295	يبين المستوى التعليمي للمبحوث واي نوع من المعالجة يتبع اولا عند الاصابة بالمرض (البالغين)	33
297	يبين وظيفة المبحوث واي نوع من المعالجة يستعمل بمجرد الاصابة بالمرض (البالغين)	34
300	يبين المستوى المعيشي للمبحوثين و علاقته باسبقيه العلاج الذي يفضل استعماله (الشعبي/الصيدلاني)	35
302	يبين المستوى التعليمي للمبحوث واختيار المعالج ونوع المعالجة	36
305	يبين وظيفة المبحوث وعلاقته باختيار المعالج ونوع المعالجة	37
308	يبين المستوى التعليمي للمبحوث واستعمال الحمامة	38
310	يبين وظيفة المبحوث واستعمال الحمامة	39
311	يبين المستوى التعليمي للمبحوث واختيار القائم بالحمامة	40
314	يبين وظيفة المبحوث واختيار القائم بالحمامة	41
316	يبين المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته باستعمال الكي	42

الصفحة	العنوان	الجدول
318	يبين وظيفة المبحوث وعلاقته باستعمال الكي	43
320	يبين المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته بزيارة الأضرحة	44
322	يبين المستوى الاقتصادي للأسرة المبحوث وعلاقته بزيارة الأضرحة	45
323	يبين المستوى التعليمي للمبحوث ورأيه في العلاج بالقطع	46
326	يبين وظيفة المبحوث ورأيه في استعمال القطع	47
328	المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته باستعماله البخور	48
330	يبين وظيفة المبحوث ورأيه باستعمال البخور	49
332	يبين المستوى التعليمي للمبحوث ورأيه في ارتباط العلاج الشعبي بالسحر	50
335	يبين وظيفة المبحوث ورأيه في ارتباط العلاج الشعبي بالسحر	51
337	يبين المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته بالعلاج في الحمامات	52
339	يبين وظيفة المبحوث وعلاقته بالعلاج في الحمامات	53
جداول الفرضية الثالثة		
344	يبين الانتماء الجغرافي للمبوحين وعلاقته بنوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية	54
346	يبين مكان الإقامة الحالية للمبحوث وعلاقته بنوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية	55
348	توزيع المبحوثين حسب اقامتهم الحالية ومكان اقتناء الدواء	56
349	يبين الاصل الجغرافي للأُم وعلاقته بنوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية	57
351	يبين مكان اقامة المبحوث حسب السن و علاقته بنوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية	58
354	يبين الانتماء الجغرافي للمبوحين وعلاقته باستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود الجديد	59
357	توزيع المبحوثين حسب مكان اقامتهم الحالية والاستعمالات العلاجية الخاصة بالمواليد الجدد	60
359	يبين مكان اقامة المبحوث حسب السن و علاقته بالاستعمالات العلاجية للمولود	61
361	يبين الانتماء الجغرافي للأُم و علاقته باتباع المبحوث للإستعمالات العلاجية الخاصة بالمولود الجديد	62

الصفحة	العنوان	الجدول
362	يبين الانتماء الجغرافي للمبوحثين وعلاقته باستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود	63
364	يبين الإنتماء الجغرافي لأم المبوحثين وعلاقته باستعمال الرقية للمولود الجديد	64
365	يبين الانتماء الجغرافي للمبوحث حسب السن وعلاقته باستعمال رقية الابناء	65
367	يبين الانتماء الجغرافي للمبوحث واختيار القائم بالرقية	66
370	يبين مكان الإقامة الحالي للمبوحث و اختيار القائم بالرقية	67
372	الانتماء الجغرافي للمبوحث والمفاضلة بين العلاجين الصيدلاني والعشبي للمولود	68
375	مكان الإقامة الحالي (ريف-حضر) للمبوحث والمفاضلة بين العلاجين الصيدلاني والعشبي للمولود	69
376	يبين سن المبوحث حسب مكان الإقامة الحالي والمفاضلة بين العلاجين الصيدلاني والعشبي للمولود	70
378	يبين الانتماء الجغرافي للمبوحث واسبقية العلاج المتبع عند المرض (البالغين)	71
380	يبين مكان الإقامة الحالي للمبوحث واسبقية العلاج المتبع عند المرض (البالغين)	72
381	يبين الانتماء الجغرافي للمبوحث واختيار المعالج ونوع المعالجة	73
384	يبين مكان الإقامة الحالي للمبوحث و اختيار المعالج و نوعية المعالجة	74
385	يبين الانتماء اليبين الانتماء الجغرافي للمبوحث واستعمال الحمامة	75
387	يبين مكان الإقامة الحالي و استعمال الحمامة في العلاج	76
388	يبين الإقامة الحالية للمبوحث و علاقتها باختيار القائم بالحمامة	77
389	يبين الانتماء الجغرافي للمبوحث واستعماله للمعالجة بالكي	78
391	علاقة مكان الإقامة الحالي باستعمال الكي في المعالجة	79
392	يبين الانتماء الجغرافي للمبوحث وعلاقته بزيارة الأضرحة	80
394	يبين مكان الإقامة الحالي للمبوحث وعلاقته بزيارة الأضرحة	81
395	يبين الانتماء الجغرافي للمبوحث وعلاقته باستعمال القطع في المعالجة	82
398	يبين مكان الإقامة الحالي للمبوحث وعلاقته باستعمال القطع في المعالجة	83
399	يبين الانتماء الجغرافي للمبوحث وعلاقته باستعماله البخور	84

الصفحة	العنوان	الجدول
401	يبين الانتماء الجغرافي للمبحوث ورأيه في ارتباط العلاج الشعبي بالسحر	85
403	يبين الإنتماء الجغرافي للمبحوث وعلاقته باستخدام مياه الحممامات الطبيعية في معالجة الامراض	86
405	يبين مكان الاقامة الحالية للمبحوث وعلاقته بالعلاج في الحممامات	87

قائمة الرسومات البيانية

الصفحة	عنوان	الرقم
219	أعمدة بيانية تمثل توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي	01
220	تمثيل بياني دائري يوضح توزيع المبحوثين حسب مكان اقامتهم الحالية	02
221	أعمدة بيانية تبين توزيع المبحوثين حسب الدخل الشهري	03
223	تمثيل بياني دائري يبين نوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية من طرف المبحوثين	04
224	تمثيل بياني دائري يبين الأماكن التي يقصدها الأفراد من اجل اقتناء المواد العلاجية العشبية	05
226	اعمدة بيانية تبين المدة التي انقضت منذ بدء استعمال المعالجة الشعبية	06
235	يبين علاقة نوع الأسرة باستعمال المعالجة التي تعلموها في الأسرة الزوجية	07
236	يبين نوع أسرة المبحوث واستعمال العلاجات الشعبية الخاصة بالمولود الجديد	08
238	تمثيل بياني يبين نوع أسرة المبحوث ونوع العلاج المفضل استعماله للمولود الجديد	09
241	نوع أسرة المبحوث واستعمال الرقية الشرعية للمولود الجديد أو أحد الأبناء	10
243	يبين نوع أسرة المبحوث واتجاهه نحو معالجة دون أخرى	11
252	يبين نوع أسرة المبحوث وتقييمه (ارتباطه بالسحر) للعلاج الشعبي	12

مقدمة

مقدمة:

يتبع الأفراد على اختلاف انتماءاتهم الجغرافية ومستوياتهم المهنية والعلمية، العلاجات الشعبية الممتدة جذورها في التاريخ والمتوارثة جيلا عن جيل، والتي استطاعت أن تثبت نجاعتها في تخفيف آلام وأوجاع الأفراد، إذ تعتبر هذه المعرفة من أولى الجهود التي بذلها الإنسان كي يفهم الطبيعة ويتعايش مع ظروفها، ويستغل مكوناتها العشبية والعضوية في تهدئة اضطراباته، فالعلاج الشعبي: " يتضمن في بعض جوانبه خبرة شعبية متوارثة صقلتها المحاولة والخطأ وينتقل من جيل الى جيل من خلال المشافهة"¹.

ان الممارسات العلاجية الشعبية في الجزائر، ماهي إلا امتداد لممارسات قديمة تناقلتها الأجيال عبر الثقافات المختلفة ، واكتسبت بذلك شرعية اجتماعية رغم افتقادها للشرعية القانونية ، في حين أن الممارسة العلاجية الأكاديمية والتي حظت و مازالت تحظى بالشرعية القانونية والمجتمعية ، ينفر منها أو من بعضها الكثير من الأفراد نحو الممارسة العلاجية غير الشرعية ، وتعكس المعالجة الشعبية التفاعل بين الإنسان والمحيط الذي يعيش فيه، والذي يكون مصدرا للمادة العلاجية المكونة من اعشاب علاجية وأحجار ورمال، والتي لا يمكن أن تشفي الأمراض وحدها دون تدخل الخبرة البشرية في استخدامها واستغلالها، بغض النظر عن فائدة وصحة الاستخدام أو خطأه، ان تباين بيئات المجتمعات يؤدي الى تباين الممارسات العلاجية ، التي تتحدد بنوعية النباتات والأعشاب التي تنمو في تلك المناطق ، والتي يستغلها الأهالي كل بطريقته وخبرته في علاج اوجاعهم.

إن العلاج الشعبي لا ينفرد بعلاج الإصابة العضوية فحسب بل يتعدى الى العلاج الروحي للفرد، لأنه ينظر للمصاب في كليته النفسية والروحية والاجتماعية، هذا المزج تشوبه احيانا الخرافة والدجل، كأن يؤمن الافراد بالتداوي بالشرب من بئر معينة، أو بتعليق تميمة معينة أو بزيارة ولي صالح وغيرها.

والتطبيق الأول للممارسات العلاجية الشعبية يتم بين احضان الأسرة، التي تعمل على المحافظة على صحة افرادها منذ لحظة ميلادهم الى يوم وفاتهم ، إذ تتميز كل مرحلة عمرية بعلاج خاص بها يتناسب مع نوع الاصابة وقدرة الجسم على التحمل ، وهذا الامر لم يتأتى من العدم او بمحض الصدفة ، وانما كان نتاج خبرة طويلة من الزمن توارثتها الاسر عن سابقتها، وعادة ما تعرف هذه المعالجة بعلاج

¹ نجلاء عاطف خليل. في علم الاجتماع الطبي ،ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الانجلوالمصرية، القاهرة، 2006، ص262.

الجدة لأنها الأكثر خبرة من غيرها وهي المخول لها في الكثير من الاحيان مسؤولية المعالجة ، ومع تطورا شكال الاسر وتغير نماذجها، بقيت هذه الممارسات قائمة ليس بنفس درجة القوة والانتشار ولكنها وديعة يرجع اليها الأفراد كلما دعت الضرورة الى ذلك، و هذا ما دفعنا الى تسليط الضوء على هذا الجزء من الممارسة لاكتشاف أسرارها ، كون حياتنا اليومية لا تخلو من النشاطات المستمدة من التقاليد والعادات والأعراف الخاصة بحفظ الصحة ، إذ يلاحظ أنه يكاد لا يخلو بيت جزائري من وجود بعض النباتات العلاجية ، كالعنعاع والزعتر والشيح والكمون التي تستعمل بطريقة تلقائية عند الضرورة ودون الرجوع للطبيب.

ان استمرار استعمال هذا النوع من الممارسة العلاجية الجديدة - القديمة رغم التطور الكبير الذي شهده الطب الأكاديمي الحديث، وكذا استعمال هذا الاخير لبعض الطرق العلاجية التقليدية (كالحجامة)، واستعمال الابخرة بالنباتات ومحاولة تطويرها، واكتشاف أسرارها الخفية دافع موضوعي لتسليط الضوء على هذا النوع من المعالجة.

إن عملية اختيار موضوعات البحوث الاجتماعية تتضمن بالضرورة تحديد أهدافها، " فالباحث عندما يختار موضوعا اجتماعيا لبحثه بحثا علميا، يضع في اعتباره في الوقت نفسه الأهداف التي يرمي اليها من بحثه"².

تهدف دراسة عودة الممارسة العلاجية الشعبية بنوعها الطبيعي والغيبوي التي طالما حافظت على استمراريتها في الخفاء، الى معرفة أسباب هذه العودة ودرجة ثقة الافراد في هذه الممارسات، المؤثرة والمتأثرة بنواحي متعددة من جوانب الحياة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والدينية والروحية.

ان الوصول لمعرفة هذه الاسباب، والتعرف على خطورة بعض الطرق والاستعمالات العلاجية على صحة الأفراد، وسبب ثقتهم في هذه الممارسات وانعدامها او ضعفها في الطب الأكاديمي، يمكننا من التوصل الى جملة من المعطيات للحد من انتشار الظاهرة، أو للوصول الى توعية الأفراد من خطورة بعض الممارسات، وإلى تقنين النشاط ومراقبة القائمين عليه، والبحث عن سبل جديدة لبناء الثقة في القائمين على العلاج في المؤسسات العلاجية الحديثة.

² حسن الساعاتي. تصميم البحوث الاجتماعية، نسق منهجي جديد، دار النهضة العربية، بيروت، 1982، ص 91.

وهذا ما سوف نتطرق اليه من خلال هذه الدراسة التي تم تقسيمها الى بابين، الباب الاول تمثل في الجانب النظري والذي ضم ستة فصول اما الباب الثاني والذي تمثل في الجانب الميداني وضم أربعة فصول، جاءت كما يلي:

الفصل الاول من الباب الاول تمثل في الاطار المنهجي، الذي ضم اشكالية الدراسة وفرضياتها، وكذا تحديد المفاهيم والاسباب التي دفعتنا الى اختيار الموضوع، والاهداف التي يرمي اليها، واشرنا الى المنهجية المتبعة في الدراسة وتحديد مجالاتها والصعوبات التي اعترضتنا ، وتطرقنا الى الاصول النظرية للدراسة و كذا الدراسات السابقة.

الفصل الثاني تناولنا فيه مقارنة سوسيو- أنثربولوجية للمرض و للعلاج الشعبي ، و الذي تم تقسيمه الى ثلاثة مباحث ، تناول الأول منه دراسة ظاهرة المرض حيث تم التطرق الى الحديث عن فروع المرض، و المفاهيم المختلفة لتفسيره ، و كذا المداخل التي يتم من خلالها دراسة هذه الظاهرة ، أما المبحث الثاني فقد تناول دراسة الصحة و المرض من منظور اجتماعي- انثربولوجي في حين تناول المبحث الثالث جذور العلاج الشعبي ، و اهم الانواع التي يتكون منها من علاج طبيعي الى غيبي الى خرافي سحري .

تطرقنا في الفصل الثالث الى تاريخ الطب عبر العصور والذي ضم مبحثين أثنتين، تمثل أولهما في الحديث عن تاريخ الطب عامة منذ العصور الاولى، انطلاقا من الطب البابلي والسومري، وصولا الى الطب العربي قبل الاسلام مروراً بالطب المصري(الفرعوني)، والطب الصيني والهندي والافريقي، واختص المبحث الثاني بالحديث عن الطب الاسلامي، الذي تطرقنا من خلاله الى الحديث عن ذكر المرض والعلاج وشروط المعالجة في كل من القرآن الكريم والسنة النبوية، وتم التطرق كذلك الى العلاج بالأدوية الالاهية والعلاج بالأدوية الطبيعية، وكذا التطرق للتنوع الصحية التي جاءت في الطب النبوي. أما الفصل الرابع الذي اندرج تحت عنوان تاريخ الجزائر الطبي الرسمي والذي ضم ثلاث مباحث، خصص الاول منه الى الحديث عن الوضع الصحي في الجزائر قبل وأثناء التواجد العثماني، وخصص الثاني للحديث عن الحالة الصحية في الجزائر من 1830 - 1962، اما المبحث الثالث فقد اهتم بالحديث عن النظام الصحي للجزائر المستقلة من 1962 - 2012.

خصص الفصل الخامس للحديث عن تاريخ الجزائر الطبي الموازي (غير الرسمي)، الذي ضم بدوره ثلاث مباحث اهتم الاول منه بذكر مظاهر الطب الشعبي في المجتمع الجزائري، واختص الثاني

بالحديث عن اهم الوصفات العلاجية الشعبية المنتشرة في الشمال والجنوب الجزائري، اما المبحث الثالث فلقد خصص لمختلف المعالجات الشعبية وكذا الاماكن المقدسة المخصصة للمعالجة في الجزائر.

جاء الفصل السادس تحت عنوان الأسرة الجزائرية والممارسات الشعبية، والذي ضم مبحثين اثنين تطرقنا في الاول منه للحديث عن مفاهيم واشكال ووظائف الأسرة، وكذا عن العلاقة بين الاسرة والمعايير الاجتماعية، اما المبحث الثاني فقد تم التطرق فيه الى الدور المنتظر من الاسرة في الحفاظ على صحة افرادها، في ظل الدين والسحر والخرافة، وكذا تأثير المحيط البيئي والمستوى الاقتصادي على صحة الاسرة.

وبخصوص الباب الثاني الذي جاء في اربعة فصول، ضم الفصل الاول تحليل عينة الدراسة من خلال استعمال الجداول البسيطة والرسومات البيانية، اما بقية الفصول فقد تناولت تحليل معطيات الفرضيات الثلاثة، وأنهينا كل فصل باستنتاج خاص بكل فرضية. وآخر ما أنهينا به العمل كان استنتاج عام شمل الحديث عن اهم ما توصل اليه تحليل فرضيات الدراسة، وبعد عرض خاتمة عامة قدمنا جملة من الاقتراحات والتوصيات.

الباب الأول:

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار المنهجي

الإشكالية

الفرضيات

تحديد المفاهيم

المنهج المتبع في الدراسة

المجال الزمني والمكاني للدراسة

صعوبات البحث

الأصول النظرية للدراسة

الدراسات السابقة

أولا - الإشكالية:

منذ خمس آلاف سنة قال الطبيب اليوناني " أبي قراط " ليكن غذاءك دواءك، وعالجوا كل مريض بنباتات أرضه فهي أجلب لشفائه"¹.

اتسم العصر الحالي بالتطورات والتغييرات السريعة والمتلاحقة في شتى مجالات الحياة الإجتماعية والإقتصادية والسياسية، والتي كانت لها ومازالت إنعكاسات على صحة الأفراد ببروز مشاكل صحية مختلفة، باختلاف درجة تقدم المجتمعات التي تبنت عبر العصور أنظمة صحية رسمية وأخرى موازية لرعاية المرضى والتعامل مع الألم والعلّة، وقد عكست الأفكار حول مسببات الأمراض واعتلال الصحة -الثقافة- السائدة في المجتمعات كلّ حسب درجة تطوره، وعليه فقد عكست هذه الأنظمة بطرق متعددة السلوك السائد تجاه الصحة، المرض، والوفاة.

ان التغير الذي يحدث في نوعية الاصابات المنتشرة بمختلف المجتمعات، من أمراض معدية وأوبئة الى أمراض أخرى ارتبطت بشكل كبير بالتصنيع والتحضر، المسببان الرئيسيان للتلوث والاحتفاظ والبطالة، وظهور الأمراض الاجتماعية كالفقر والجريمة والإدمان والانحراف بكل أنواعه، إضافة الى الاستهلاك العشوائي غير العقلاني للمواد الغذائية، التي تدخلت في تركيباتها المواد الكيماوية المختلفة والتي تسببت مع الزمن في ظهور أمراض جديدة عرفت بأمراض العصر² ، كالداء السكري الذي مس كل الشرائح العمرية بدرجات متفاوتة، اذ نجد ان 4.1% من المصابين ينتمون الى فئة السن (35 - 59 سنة) مقابل 12.5% من المصابين تفوق اعمارهم 60 سنة ليبلغ عدد المصابين اليوم 10% لدى البالغين 50 سنة فما فوق، كما بلغت نسبة المصابين بارتفاع ضغط الدم 30%، و 44 ألف مصاب بمرض

¹ عمر فروخ: عبقرية العرب في العلم والفلسفة، ط2، منشورات المكتبة العلمية ومطبعتها، بيروت، 1952، ص 72.

² Ministère de la Santé : de la Population et de la Réforme Hospitaliere, Office national des statistiques ,suivi de la situation des enfants et des femmes ,enquête nationale a indicateurs multiples Micss,Algérie 2006,rapport préliminaire,office national des statistiques , Alger,2007,p 32.

السرطان أما بالنسبة لنسبة الوفيات من أمراض القلب والأوعية الدموية فتقدر بـ 26.1%، تليها الأورام الخبيثة بنسبة 16%، وأمراض الجهاز التنفسي بنسبة 7.6%.

إن الصحة في المجتمعات عامة والمجتمع الجزائري خاصة، جزء لا يتجزأ من الثقافة العامة لمختلف الشرائح والموجهة لسلوكهم والمحددة لعلاقاتهم مع محيطهم البيئي والصحي، إذ تعمل الأسرة على غرس مفاهيم الصحة في أفرادها عن طريق تبني أساليب الرعاية السليمة التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بثقافة الأسرة والمجتمع والقيم والتقاليد السائدة فيه، تحوي هذه الثقافة مجموعة من العناصر التي تمارس تأثيرها بوضوح على الصحة والمرض وتحكم تصرفات الإنسان من خلال الموجهات السلوكية التي تتضمنها، فهي تتخلل معظم صور السلوك الإنساني من العادات الإجتماعية كالطرق الغذائية وعادات النظافة والتربية والمعتقدات والمعارف والأمثال والحكم والمفاهيم والتصورات الشعبية والقيم والطقوس الدينية، وغيرها من العناصر التي تحض على الحفاظ على الصحة ومعالجة المرض وتدفع الأسرة إلى إتباع أسلوب معين دون سواه في رعايتها لصحة أفرادها على إختلاف أعمارهم وأشكال إصابتهم، فتعتمد على المعالجة الشعبية التي تعرف بأنها: "مجموع المعلومات والممارسات سواء كانت قابلة أو غير قابلة للتفسير - والتي تسمح بتشخيص أو إزالة اللاتوازن سواء كان جسدياً - نفسياً أو إجتماعياً وذلك بالإعتماد وبشكل حصري على التجربة المعاشة والملاحظات التي تتناقلها الأجيال بشكل شفوي أو مكتوب"¹.

تتخذ المجتمعات والمعارف الشعبية برصيد ضخم من الممارسات العلاجية التي تلجأ إليها الأسر لعلاج الأمراض التي تصيب أفرادها مثل إسعاف الحالات الطارئة كالحروق والجروح والإغماء، أو للبحث عن أمل في الشفاء من مرض إستعصى علاجه بالطب الأكاديمي وفي كثير من الحالات تلجأ الأسرة إلى الأساليب الحديثة والشعبية بشكلياتها الطبيعي والغيبوي في نفس الوقت.

إن طبيعة المرض وسببه تحدد سلوك الأفراد وتصرفهم في كيفية التعامل معه سواء كان من أجل العلاج أو الوقاية، فإذا ساد الاعتقاد ان سبب المرض غيبوي مثل الاصابة بمس من الجن أو السحر أو العين فإن اللجوء يكون بدون شك إلى الطالب أو المرابط أو الساحر أو الراقي، أما إذا ساد الاعتقاد بأن

¹ Claisse _Dauchy Renée: Médecine Traditionelle du Maghreb, L'harmattan, Paris, 1996, p 151.

سبب المرض عضوي فإن اللجوء يكون أما نحو الطب الأكاديمي وأما نحو الطب الشعبي أو كلاهما معا.

تؤثر الثقافة التي تُحدّد بالبيئة التي يتواجد فيها الأفراد، في رؤيتهم وتقييمهم للمرض وللحلول الممكنة لكل حالة، وهذا دليل على ثقّتهم في العلاج والمعالج، بعد فقدانهم لها (الثقة) في الطب الحديث لأسباب متعددة كاستخدامات الدم غير المعالج، والأدوية الموزعة على الأسواق قبل إثبات نجاعتها، وعجز إيجاد الحلول لبعض الأمراض المستعصية كالسرطان وفقدان المناعة والإخفاق في إيجاد الأمصال المضادة لبعض الأمراض الوبائية التي تفشت في السنوات الأخيرة، وسبب التحضر تلويث الماء والهواء والأطعمة، وأصبحت معظم الأدوية لا تخلو من الأضرار الجانبية، كلها عوامل أملت على الإنسان أن يعود إلى الطبيعة وإلى الطب القديم، وأن يبحث ويتقصى عن الطب الشعبي، ليس إنقاصاً من شأن المستشفيات العلمية والطبية الحديثة وإنما إتماماً لنقائصها.

لقد أخفقت المنظومة الصحية الجزائرية في إكتساب ثقة بعض الأفراد، رغم نجاحها في توفير منشآت صحية غطت مجمل التراب الوطني سواء كانت عمومية أو خاصة، ويترجم هذا الإخفاق في إستمرارية تبني أفراد المجتمع المعالجة الشعبية التقليدية مع غياب شبه كلي لتدخل الدولة فيها بوضع قوانين خاصة بها (المعالجة) سواء كان لمحاربتها وإستئصالها أو بتطويرها وتقنينها لإحتوائها داخل إطار محددة لحماية الأفراد من سوء الإستعمال، وهو حال بعض الدول كالصين¹ التي تسمح لشعبها بالتداوي بالوسائل التقليدية القديمة والتي تساوي 80% من سبل العلاج، والأعشاب وحدها تمثل 10% من دخلها القومي، كما أن بعض الدول كالهند والباكستان مازالت الأعشاب تدرس بمدارسها وجامعاتها¹.

ان غياب تقنين الممارسات الشعبية التقليدية، سمح لها بالمحافظة على استمراريتها وبقائها و على تدعيم أسسها، المتمثلة في وجود صيادلة وصيدليات خاصة بها أو بالأحرى وجود -عطارين وعطارات- منتشرة عبر كافة التراب الوطني، وهي مسجلة مع بقية النشاطات الإقتصادية، مع انعدام رقابة طريقة عملها وسيورتها، حيث نجد أنه مقابل كل 04 صيدليات أكاديمية يوجد محل معتمد لبيع الأعشاب

¹ عبد الباسط محمد السيد: طب الأعشاب - كل ما يهم الأسرة، دار الرشيد، الجزائر، 2010، ص 16

العلاجية ، أو بائع أعشاب في الأسواق اليومية والأسبوعية أو بائع متجول¹، وهذا ما هو الا دليل على استعمال الفرد لهذه المرافق ، بغض النظر عن فائدتها أو ضررها ، وإلا لما كانت حافظت على وجودها. وللتقرب أكثر من الموضوع طرحنا جملة من التساؤلات وكان أهمها:

- 1- هل نشأة الفرد في أسرة كبيرة (ممتدة) يدفعه إلى إستعمال العلاج الشعبي؟.
- 2- هل الإستعمال الشخصي (المنزلي) للنباتات العلاجية يقتصر على مجموعة أفراد دون أخرى؟.
- 3- هل إستعمال العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغيبى يتأثر بسن الأفراد وإنتماءاتهم الجغرافية؟.

ثانيا- الفرضيات:

من أجل الحصول على إجابات عن التساؤلات التي إنبثقت عن إشكالية البحث تم وضع عدد من الفرضيات بغية معرفة تأثيرها على موضوع البحث وجاءت كما يلي:

الفرضية الأولى:

كلما كانت نشأة الفرد في أسرة ممتدة كلما زاد إحتمال إتباعه للعلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغيبى.

الفرضية الثانية:

إستعمال العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغيبى يمثل مرجعية أساسية لكل أفراد المجتمع ويزيد كلما إنخفض المركز الإجتماعي للأفراد.

الفرضية الثالثة:

تختلف نسبة الإقبال على العلاج الشعبي حسب الإنتماء الجغرافي، ويزداد إستعماله كلما ارتفع سن الأفراد.

¹Source :Centre National du Registre du Commerce , Direction des services Informatiques,Alger ,2013.

ثالثاً - تحديد المفاهيم:

المفهوم هو مجموعة من الرموز والدلالات التي يستعين بها الأفراد لتوصيل ما يريدونه من معاني إلى غيرهم، ويشترط في المفهوم ربطه بالتعريفات الأخرى المتصلة به، كما يشترط فيه الدقة والوضوح. ويقصد بتحديد المفاهيم تبيان ما تعنيه من مقاصد وتوضيح ما تتضمنه من معان وما تظهره من صفات وقد بين " دوركايم"، أن العالم أو الباحث يجب عليه أولاً تعريف الأشياء التي يدرسها، لنعلم فيما يدور أشكال البحث وأنه من البديهي أن التعريف الحقيقي للمفهوم لا يكتمل إلا في نهاية البحث، لما تعرف ميزات الظاهرة المدروسة¹.

ويعرف المفهوم بأنه: " ليس فقط مساعدة من أجل الحصول على نتيجة، لكن هي طريقة للتصور والإدراك، فالمفهوم يضع الخط الأول وسط مجموعة من الظنون التي تعيق الباحث"². والمفاهيم التي قمنا بتحديددها هي التي ارتأينا أنه بإمكاننا من خلال ذلك توضيح الرؤية لفهم الظاهرة المدروسة وكان أهمها:

1- الممارسات العلاجية:

والمتمثلة في العلاج التقليدي (الشعبي) والذي عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه مجموعة المعارف والمهارات والممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات الأصيلة التي تمتلكها مختلف الثقافات والتي تُستخدم، سواء أمكن تفسيرها أو لا، للحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض الجسدية والنفسية أو تشخيصها أو علاجها أو تحسين أحوال المصابين بها. فالممارسات العلاجية سواء كانت طبيعية أو روحية أو خرافية أو سحرية تتبع من طرف الأفراد للحصول على الصحة، ويمكن تقسيمها إلى:

- **العلاج الشعبي الطبيعي:** يعتمد على المواد والمستحضرات العشبية المستخلصة من نبات واحد أو عدة نباتات، والتي يتم الحصول عليها بطرق وأدوات تقليدية.

¹ Madeleine Grawitz: Méthodes des science sociales, Huitième édition, Edition Dalloz ; ISBN,France,1990,p.369.

² Ibid , p 370.

- **العلاج الشعبي الغيبي:** هو الإعتماد على المعالجة بإستعمال الطلاسم أو الاحجبة أو الرقية الشرعية أو النشرة وغيرها، وهذا النوع من المعالجة يتبع لعلاج الأمراض النفسية أكثر منها العضوية لأنه يسعى للتأثير على الحالة النفسية للأفراد.

2-الاسرة الممتدة: هي الأسرة التي تتكون من الأب والام وأبناءهم والجد والجدة والأعمام أو الأخوال المتزوجون وغير المتزوجين.

3-الاسرة النووية: هي الأسرة التي تتكون من الزوج والزوجة وأبناءهم غير المتزوجين.

4-مكان الإقامة الحالية: هو المنطقة التي يسكن فيها المبحوث والتي تنقسم إلى ريف وحضر والتي

تم تصنيفها حسب le code des agglomération

5-المركز الإجتماعي: يحدد المركز الإجتماعي في هذه الدراسة بالمستوى التعليمي للمبوحثين وكذا

الوظائف التي يشغلونها، وفي بعض المرات تم الإعتماد على كل من دخل الأسرة والمستوى المعيشي للأسرة الذي تم تحديده كما يلي:

6-المستوى المعيشي: هي ظروف الحياة المعيشية لاسيما المادية التي يعيش في ظلها

أو يطمح إلى تحقيقها أفراد المجتمع¹.

ويعتبر المستوى المعيشي مجموع القوى والمتغيرات الموضوعية التي تحدد الجوانب المادية للجماعة

أو الفئة الإجتماعية، علماً بأن مثل هذه الظروف تلعب الدور الكبير في تحديد المستوى المعيشي بهذه

الفئة وتحديد الأساليب التي تنتجها الفئة في تعاملها مع المجتمع وتشمل الظروف الإقتصادية لأي فئة

على متغيرات وقوى مهمة².

وفي هذه الدراسة تم تحديد المستوى المعيشي للأفراد من خلال التطرق لوظيفة المبحوثين، ملكية

المنزل، السلع المعمرة، نوع السكن، عدد الأفراد في المسكن وغيرها.

¹ فاروق مداس: قاموس مصطلحات علم الإجتماع، دار المدني، الجزائر، 1996، ص 248 .

² المجلس الاقتصادي والاجتماعي: مشروع التقرير التمهيدي حول النساء وسوق العمل، الدورة العادية الخامسة والعشرون، الجزائر، 2000،

7- النظام الصحي الموازي: هو النظام العلاجي الشعبي بكل انواعه: العشبي الطبيعي والعضوي والخرافي والسحري والديني... المتواجد بين احضان أفراد المجتمع والذي يعتمدون عليه بشكل تلقائي بغض النظر عن فائدته أو ضرره.

8- التراث العلاجي: "سلوك متكرر تفرضه الجماعة على الأفراد وتتوقع منهم أن يسلكوه"¹.
-التعريف الإجرائي: هو العلاج المستمد من الأجداد والذي توارثه الأبناء ومارسوه بنفس الطريقة التقليدية وهو جزء من الثقافة الشعبية.

9-ثقافة التداوي: هي طريقة العلاج القديمة المتأصلة الراسخة في الثقافة والتي تدوم طويلا فيأخذ الخلف عن السلف والتي تبقى وتستمر برغم فناء الأفراد الذين أوجدوها.

رابعاً - منهج الدراسة:

إن إختلاف موضوعات الدراسة يستوجب إختلاف المناهج المتبعة في حقل البحث العلمي، وبخاصة لما يتعلق الأمر بحقل علم الإجتماع الذي يتطلب الإعتماد في كثير من الحالات على أكثر من منهج، للتوصل إلى تفسير أسباب حدوث الظواهر الإجتماعية التي تتسم بالتداخل والتعقيد، وتتطلب أيضاً التحليل العميق لمعرفة دوافع التصرفات والغرائز الإنسانية، إذ يعرف المنهج أنه: " عبارة عن أسلوب من أساليب التنظيم الفعالة، لمجموعة من الأفكار المتنوعة والهادفة، للكشف عن حقيقة تشكل هذه الظاهرة أو تلك"².

والمنهج حسب 'موريس انجرس' يمثل " الأسلوب الذي يساعد الباحث على معالجة موضوع معين بواسطة قواعد بحثية معينة"³ كما يعتبر " فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة أما من أجل الكشف عن الحقيقة حيث نكون جاهلين لها وأما البرهنة عليها حيث نكون عارفين بها"⁴ ومن بين المناهج التي إعتدنا عليها في هذه الدراسة:

¹ فوزية دياب: القيم والعادات الإجتماعية، دار النهضة العربية، بيروت، 1980، ص 15.

² محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي: القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للطباعة والنشر، الاردن، 1999، ص45.

³ Maurice Angers: Initiation pratique a la methodologie des sciences humaines, Casbah, Alger, 1997, p 226.

⁴ عمار بخوش: محمد محمود الذنبيات. مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995، ص

أ- المنهج التاريخي:

المنهج التاريخي هو مجموعة الطرائق والتقنيات التي يتبعها الباحث التاريخي والمؤرخ للوصول إلى الحقيقة التاريخية، وإعادة بناء الماضي بكل تفاصيله وزواياه، كما كان عليه في زمانه ومكانه، وبجميع تفاعلات الحياة فيه، وهذه الطرائق قابلة دوماً للتطور والتكامل مع مجموع المعرفة الإنسانية ونهج تكاملها.

حظي المنهج التاريخي بعدة تعريفات عامة وخاصة منها: "المنهج التاريخي هو الطريقة التاريخية التي تعمل على تحليل وتفسير الحوادث التاريخية كأساس لفهم المشاكل المعاصرة والتنبؤ بما سيكون عليه المستقبل"¹.

ان حقائق الماضي هي الميدان المشترك بين التاريخ من جهة وعلم الاجتماع من جهة أخرى، فمنذ القدم عاش الناس عيشة إجتماعية في تجمعات مختلفة ونشأت بين أفراد هاته التجمعات علاقات منتظمة تحكمها قيم وعادات إجتماعية وأعراف وتقاليد، تكونت منها أنساق إجتماعية كل منها خاص بنوع معين من العلاقات، وإنفرد ابن خلدون في مقدمته وفي زمانه بالحديث عن أهمية التاريخ في تفسير بعض الظواهر التي تحدث في الحاضر وما سياتر بها في المستقبل حيث قال: " ولا قيس الغائب منها بالشاهد والحاضر بالذاهب...و لم يعرضوها عن أصولها ولا قاسوها بأشباهاها ولا سيرها بمعيار الحكمة والوقوف على طبائع الكائنات وتحكيم النظر والبصيرة "².

ودراستنا هذه أوجبت علينا هذا النوع من المنهج لأننا وجدنا أنفسنا أمام ذكر حقائق تاريخية كتاريخ الطب والطب النبوي والحالة الصحية للجزائر في فترات تاريخية متعددة والطرق العلاجية والوقائية المتبعة وكذا تاريخ المنظومة الصحية الجزائرية.

ب- المنهج الوصفي:

ان المتتبع لتطور العلوم يستطيع أن يلمس الأهمية التي إحتلها المنهج الوصفي، في هذا التطور ويرجع ذلك إلى ملائمة لدراسة الظواهر الإجتماعية كونه يصف الظواهر وصفاً موضوعياً من خلال البيانات التي يتحصل عليها باستخدام أدوات وتقنيات البحث العلمي.

¹ محمد عبيدات وآخرون. مصدر سابق، ص92.

² عيد الرحمان ابن خلدون. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان 2003، ص 21.

وقد إرتبطت نشأة هذا المنهج بالمسوح الإجتماعية والدراسات الأنتربولوجية في الدول الغربية، إذ يقوم هذا المنهج على جمع الحقائق والمعلومات وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى تعميمات مقبولة.

يرتكز هذا المنهج على وصف دقيق وتفصيلي لظاهرة ما أو موضوع ما، ويهدف إلى جمع بيانات كافية ودقيقة عن أي منهما، وتحليل ما تم جمعه من بيانات بطريقة موضوعية ومن ثمة التعرف على العوامل المكونة والمؤثرة في الظاهرة الإجتماعية المدروسة أو الموضوع صدد البحث.

ويعرف المنهج الوصفي: "بأنه أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد، من خلال فترة أو فترات زمنية معلومة، وذلك من أجل الحصول على نتائج عملية تم تفسيرها بطريقة موضوعية، وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة"¹، فالمنهج الوصفي طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة تهدف إلى معرفة: " ماهية المجموعة أو الجماعة التي يبحثها من حيث تركيبها ووظيفتها"¹.

ويمكن اتخاذ هذا النوع من المنهج بالنسبة للبحوث الإجتماعية التي تهتم بالماضي والحاضر وحتى تلك التي تركز على دراسة المستقبل.

ويهدف هذا المنهج إلى عرض صورة دقيقة الملامح للظاهرة الإجتماعية التي يُعنى ببحثها وذلك بسير إدراك الظاهرة وفهمها فهما دقيقاً، عن طريق تبيين الأجزاء أو العناصر التي تكوّن بناءها وإرتباطها بعضها ببعض في أداء وظائفها الجزئية والفرعية، فهذا المنهج يجعلنا نصف الظاهرة بكل خصوصياتها وجزئياتها الصغيرة والكبيرة، العادية والغريبة كالتوقيت المفضل للقيام ببعض المعالجات والمدة المطلوبة، وأي الأيام تختار وأي الشهور محببة وهكذا، إذ يتم التعامل مع هذه التفاصيل التي تعتبر شروطاً ضرورية لعلاج بعض الأمراض والمشاكل من أجل الوصول إلى نتيجة.

¹ محمد عبيدات وآخرون: مصدر سابق، ص 46.

¹ فضيل دليلو وآخرون: دراسات في المنهجية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995، ص64.

ج- المنهج الكمي:

يمثل المنهج الكمي جملة الإجراءات التي يوظفها الباحث لقياس الظواهر المدروسة، لذلك تستخدم معظم البحوث في حقل العلوم الإجتماعية والإنسانية القياس وخاصة عندما يتطلب الموضوع إستعمال المؤشرات، المعدلات والمتوسطات وبشكل عام التقنيات الاحصائية.

يعتبر المنهج الإحصائي أداة هامة للقياس والتكميم فهو "مجموعة من الأساليب المتنوعة المستعملة لجمع المعطيات الاحصائية وتحليلها رياضيا، من أجل اظهار وتوضيح الاستدلالات العلمية التي قد تبدو في الغالب غير واضحة"¹.

ولتوضيح النتائج المحصل عليها في الدراسة الميدانية لتصبح لها دلالة وجب تحويلها إلى نتائج عددية ومعدلات خاصة بمتغيرات كل فرضية، يتحدد من خلالها قوتها أو ضعفها والتي تتبين للباحث من خلال معالجة البيانات المتحصل عليها بالرمزة الاحصائية للعلوم الإجتماعية.

خامسا- مجالات الدراسة:

أ-المجال المكاني:

وزعت استثمارات البحث مبدئيا في مجموعة من ولايات الوسط الجزائري تمثلت في الجزائر العاصمة - البليدة - المدية -البويرة - بومرداس-الشلف وفي مرحلة ثانية تسنت لنا الفرصة لتوزيع البعض الاخر في ولايتين من الجنوب الجزائري وهما ولاية غرداية وولاية الجلفة والتي اضى تحليلها فائدة هامة من حيث بعض التباينات في الإستعمالات العلاجية.

ب- المجال الزمني:

عملية توزيع الاستثمارات تمت على مرحلتين زمنيتين، جاءت المرحلة الأولى من 15 نوفمبر إلى 20 ديسمبر 2013، تم خلالها جمع 280 استثمارة من مجموع 400 استثمارة، وبعد الفرز تم الغاء عدد منها فاضطررنا إلى إعادة التوزيع من جديد في اماكن اخرى (ولاية الجلفة وولاية غرداية) وكانت النتيجة مرضية وامتدت المرحلة الزمنية الثانية من 10 فيفري إلى 15 افريل 2014، لتتوصل في النهاية إلى العدد 468 استثمارة استوفت الشروط المطلوبة.

¹ Maurice Angers ,op.cit ,p 60.

سادسا - صعوبات البحث:

لا تخلو أي دراسة سواء كانت نظرية أو ميدانية من الصعوبات التي تعرقل الباحث أو تؤخره أو تزيحه عن الطريق الذي رسمه في بداية العمل، ومن الواضح ان التطرق إلى مثل هذه المواضيع التي تظهر بسيطة ظاهريا ولكن عند التعمق فيها نجد اننا أمام حواجز تعيق مسارنا، فمثلا اردنا التطرق إلى خطورة إستعمالات بعض النباتات العلاجية التي اوصلت مستعملها إلى المستشفيات فلم نجد اية احصائيات خاصة بهذه النقطة.

و الصعوبة الثانية تتمثل في رفض بعض باعة الاعشاب العلاجية التصريح بأنواع وكميات المبيعات من الأعشاب العلاجية التي تستعمل في بعض الاعمال غير القانونية كالإجهاض والسحر. الصعوبات الاخرى تتمثل في طرق الاجابة على الاستمارات بحيث تتم الاجابة عن بعض الاسئلة ويتجاهلون اخرى الأمر الذي يحتم علينا في كثير من الحالات الغاءها.

سابعا - الأصول النظرية للدراسة:

ان أي نظام أو نسق إجتماعي يتألف من عدد من الاجزاء المترابطة، وكل جزء من اجزاء النسق يكون وظيفيا كجسم الإنسان الذي يتكون من اعضاء وكل عضو له وظيفة. فالعلاقة القائمة بين العناصر داخل اجزاء البناء الإجتماعي الكلي يتضمن مستويين من التحليل، يتمثل الأول في التحليل الوظيفي وهو أسلوب منهجي، أما الثاني فيتمثل في التحليل السوسولوجي وهو أسلوب تفسيري، وعليه يتم تفسير السلوك من خلال وظيفته في البناء الإجتماعي وصلته بالنظم وأنماط السلوك الاخرى، ويعرف هذا الاتجاه بالنظرية البنائية الوظيفية بسبب استخدام مفهوم البناء والوظيفة في تحليلاته، وتشير الوظيفة إلى الاسهام الذي يقدمه الجزء للكل، وفي نفس الوقت تؤكد على ضرورة تكامل الاجزاء في اطاره الكلي للمحافظة على النسق الإجتماعي خلال قيام اجزائه بوظائف أساسية لتقوية الكل فالوظيفة هي الدور الذي يقوم به البناء الفرعي أو النسق الفرعي في البناء الإجتماعي الشامل¹.

¹ طلعت ابراهيم لطفي، كمال عبد الحميد الزيات: النظرية المعاصرة في علم الاجتماع، دار غريب، القاهرة، 1999، ص76.

كما تمثل الوظيفة "نسقا إجتماعياً حقيقياً تؤدي فيه اجزائه وظائف أساسية لتأكيد الكل وتثبيتته، ومن ثم تصبح الاجزاء متساندة ومتكاملة فيما بينها، وترتبط الوظيفة بنمط النشاط الذي يقوم به الكل، بحيث لا يكون غيره قادرا على ان يقوم بمثله"¹.

ان الوظيفة مرتبطة بالتنظيم الإجتماعي الذي يتميز بنشاط معين، وما ينطوي عليه عمل التنظيم من عمليات تقوم بدور التكمال، أما البناء الإجتماعي فهو مجموعة العلاقات الإجتماعية المتباينة التي تتكامل وتتسق من خلال الادوار الإجتماعية، فثمة مجموعة اجزاء مرتبة متسقة تدخل في تشكيل الكل الإجتماعي وتتحدد بالأشخاص والزمر والجماعات، وما ينتج عنها من علاقات، وفقا لأدوارها الإجتماعية التي يرسمها لها الكل وهو البناء الإجتماعي².

و يراعي الاتجاه الوظيفي في دراسته لأي نسق إجتماعي ما تقوم به الوحدة البنائية داخل النسق من أجل تدعيم استمراره وبقائه، والاسهام الذي تقدمه هذه الوحدة قد يدرك مباشرة أو قد يتحقق بطريقة غير مباشرة حيث يطلق ميرتون على الأولى الوظائف الظاهرة وعلى الثانية الوظائف الكامنة.

لقد إهتم اصحاب الاتجاه الوظيفي البنوي بدراسة موضوع الأسرة التي تمثل الوحدة البنائية للنسق الكلي، بمعنى انها الوحدة الأولى لبناء المجتمع وهي النقطة التي يبدأ منها الفعل، من حيث كونها الوسط الطبيعي الإجتماعي الأول الذي ينشا فيه الفرد ويتلقى المكونات الأولى للثقافة واللغة والتراث والعادات والقيم، وينظر هذا الاتجاه للأسرة كنسق إجتماعي له وظائف يقوم بها تجاه المجتمع ووظائف الانساق الفرعية بالنسبة لبعضها البعض ووظائف الأسرة بالنسبة لأفرادها ومسئوليتها نحوهم.

وفي حالة دراستنا هذه يتمثل دور الأسرة في الرعاية الصحية الي تكفل بها أفرادها وطريقة توجيههم إلى إتباع أسلوب معين دون سواه على إختلاف أعمارهم وأشكال إصابتهم، فقد تعتمد على المعالجة الشعبية من أجل الحصول على المعافاة والعودة بالجسم إلى مرحلة التوازن وتحدد نوع المعالجة التي يجب ان يتبعها الفرد والتي غالباً ما تكون مرتبطة بالتراث الإجتماعي.

¹ صلاح مصطفى الفوال: علم الإجتماع بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1998، ص187.

² عبد الباسط عبد المعطي: اتجاهات نظرية في علم الإجتماع، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1999.

ثامنا - الدراسات السابقة:

العلوم لا تتطور في فراغ إجتماعي كما تبين " مادلين غرافيتس " في كتابها « Méthodes des sciences sociales » فكل العلوم تعتمد على الدراسات التي سبقتها، إذ أنه تنمو على نقائصها وانتقاداتها محاولة إصلاحها وطرح الجديد والأقوم لها، وهذا في سبيل تطور العلم، والدراسات التي إعتدنا عليها والتي وجهت كثيرا بحثنا كونها بالرغم من إختلاف تخصصات أصحابها إلى أنها تنصب نتائجها في الثقافة المجتمعية التي تتحكم إلى حد ما في إختيار نوع المعالج والمعالجة.

الدراسة الأولى:

أطروحة دكتوراه في العلوم الطبية للباحث نور أوصديق والتي جاءت تحت عنوان " الطب العربي بين القرنين 7-12 م إلى يومنا هذا - حجمة أبو القاسم - في الجزائر"¹.

أجريت هذه الدراسة على المجتمع الجزائري أثناء الفترة الاستعمارية عام 1948م، أين قدم الباحث نوعا جديدا من العمل لم يتطرق إليه أحد قبله، خاصة أن معظم الأطباء آنذاك كانوا ذوا جنسية أجنبية، وبالتالي لم يكن بإمكانهم فهم الظاهرة بنفس الطريقة التي يفهمها ويراهها من تربي في أحضان ثقافة المجتمع المحافظ على الدين والقيم والعادات والتقاليد.

أول ما استهل به الباحث العمل مقولة للطبيب البارح " الرازي": " كان الرازي إذا ما قابل مريضه يستهل قوله: في الوضعية الحالية نحن ثلاثة أعداء: المرض، أنت وأنا"، وأضاف الباحث: أما في الجزائر فهناك عامل رابع وهو عامل " العلاج الشعبي".

جاء عمل الباحث في قسمين حمل الأول منهما عنوان " الطب العربي من القرن 07 إلى القرن 12"، والذي انقسم بدوره إلى فصلين، احتوى الفصل الأو

ل منه على أصل وتطور الفكر العربي، والذي تم من خلاله الحديث بإسهاب على الطب العربي القديم وفضله الكبير في دعم البحث الغربي، والذي كان في أحيان كثيرة أساسا له، وهذا نظرا لبزوغ أعلام

¹ Oussedik Nur: De la médecine arabe du 7 éme Au 12 éme siècle Aux Actuels « Ventouseurs

D'Abulcassis » En Algérie ,Thèse pour le doctorat en médecine, Université d'Alger, 1948.

كثيرة فيه وتخصص البعض منهم في علم واحد كالطب الباطني وطب العيون وغيرها، بالإضافة لاشتهار الأطباء العرب في الكيمياء، الأمر الذي أهلهم لمعرفة خصائص النباتات وفوائدها في علاج الأمراض.

أما الفصل الثاني فجاء فيه ذكر تأثير الطب العربي على أوروبا من خلال استغلال الكتب العربية والأراجيز والمخطوطات الأصلية، التي تم نقلها إلى المكتبات الغربية ومن ثم ترجمتها لفهمها والعمل بما جاء فيها، أو الانطلاق منها للقيام بالأبحاث والدراسات العلمية الطبية، وفي كثير من الأحيان أثبتت هذه الكتب التقدم الكبير الذي تميز به الأطباء العرب في بعض التخصصات كطب النساء الذي لا يتم التشخيص في البعض منه إلا بوجود آلات دقيقة، اكتشفت بعد مضي وقت طويل من تحدث الأطباء العرب عنه، كما عرف طب العيون الذي كان يسميه العرب " الكحالة" تشخيصات متطورة مازال يعمل بها في أيامنا هذه وغيرها من العلوم الطبية التي كانت منطلقا للطب الأكاديمي الحديث.

والنتيجة الذي توصل إليه الباحث هو أن الطب العربي الذي وصلنا من الأسلاف وبالرغم من اقترانه في أحيان كثيرة بالخرافة والسحر إلا أن مصدره كان علمياً بحتاً، وهذا للمستوى الراقي الذي تميز به العاملون فيه كالرزي و ابن سينا والزهرابي وغيرهم.

والقسم الثاني من الرسالة والذي حمل عنوان " مشكل المعالجين في الجزائر" وتضمن بدوره ثلاث فصول جاء في أولها وصف المعالجين أصحاب الحوانيت المتواجدة في المدن الكبرى وكان المعالج فيها يتميز بلباسه النقي الأبيض يجلس خلف مكتب صغير وأمامه كتاب كبير يستخلص منه الوصفات، ومعظم المعالجين في تلك الفترة كانوا يعتمدون على كتاب " أبو داوود الأنطاكي" أو "أبو الرزاق الجزائري" في عمليات تركيب الأدوية، ولمعرفة نوع المرض يتم الإعتماد على كتاب "الرحمة" لصاحبه " الأسيوطي"، واقتصر عمل المعالجين في فحص المريض على جس النبض ومعرفة لون البول الذي يصفه لهم المرضى، فكان المعالج ينصت بتمعن ليوهم المريض بأنه ملم بالمشكلة، ثم يصف له العلاج المكتوب في أحد الكتب المذكورة سابقاً.

كما ذكر الباحث المعالجين في الأحياء الشعبية وفي مفترقات الطرقات إذ قال عنهم:

"عند هؤلاء نحن أمام مشعوذين وسحرة، حيث يختار هؤلاء مفترقات الشوارع ليجلسوا فيها ملفوفين ببرنوسهم الأبيض، وبلحية غالباً ما تكون كبيرة وبعيون مخادعة"، من يقصد هؤلاء هم التعساء وغير الناجحين في حياتهم الزوجية، والنساء العاقرات وغيرهم، والعلاج الموصف لهم عبارة عن مواد غير معروفة وفي كثير من الأحيان هي مواد مخدرة، كما يقدم لهم بالإضافة إلى ذلك حروز مكتوبة بكتابات غير مفهومة وينصرفون عن المعالج وهم في راحة نفسية تامة، ويتمثل النوع الأخير في الممارسين الذين يجوبون الأسواق والقرى والأرياف ويقول الباحث عنهم "نحن أمام دجالين حقيقيين يجيدون اللعبة، فهم يضعون منتجاتهم في قوارير ومحاليل مختلفة وبألوان مختلفة وأكياس بلاستيكية مغلقة تحوي على نباتات، فيلتف الناس من حولهم ويبدؤون الترويج لسلعهم ذات القدرة السحرية على علاج الأمراض".

والنتيجة التي توصل لها الباحث في خاتمة رسالته جاءت بتوضيح أمرين هما:

ان التأكيد على الدور المهم للطب العربي في الإطار التاريخي والحديث عن المعالجين الشعبيين في الجزائر، سببه أن الباحث على يقين بأن الإلمام بهاذين العنصرين (الطب العربي . العلاج الشعبي)، بإمكانهما مساعدة الطبيب الأكاديمي الذي يمارس عمله في الوسط الشعبي، الذي ينتمي إليه افرادا من طبقات إجتماعية وثقافية مختلفة، يكون حينها على معرفة مسبقة بطرق الإقناع التي يستعملها المعالجون، الذين يستمدون حججهم من عند الأسلاف كإعتبار بعض العلاجات مباركة لأنها مستوحاة من الماضي ومن الدين، ويربطها في أحيان كثيرة بالسحر والدجل، هؤلاء المعالجون يعتبرون منافسين اقوياء له (الطبيب الاكاديمي)، ليس بعلمه طبعا ولكن بطرق الإقناع المحكمة التي يؤثر بها على المرضى.

يرى الباحث أنه من خلال المعلومات التي يكتسبها ممارس الطب من القسمين الأولين، يتمكن من تدعيم رأيه بحجج تقنع المرضى، كل حسب وسطه الإجتماعي وحسب ثقافته، وبهذا ختم الباحث عمله بتقديم نصيحتين للطبيب المعالج في الوسط المحلي (السكان الأصليين).

أ - في الوسط المثقف:

المنتوم لهذا الوسط على علم كبير بالتاريخ الإسلامي الحافل بعلماء الطب وما توصل إليه هؤلاء، وعليه يجب على الطبيب أن يقنع زبائنه أن دراسته مستمدة من أبحاث العلماء المسلمين القدامى، ليتمكن من الحصول على إقناعهم وإلا فلن يكون له مكان مع العلاج الشعبي.

ب - في وسط المعالين الشعبيين وزبائنهم الأميين:

المعالجون الشعبيون لم يحافظوا على الوجه الحقيقي لعلم الأطباء القدامى، ولكنهم اكتفوا بالأمر الروحية والسحر والشعوذة، وهم بعيدون كثيرا عن مستوى هؤلاء، الذين استعملوا العلم وحده لتحليل المرض والبحث عن علاجه، واستكملوا علاجاتهم في نهاية المطاف بالمعالجة النفسية والروحية المستوحاة من الدين، ولم تكن هذه الأخيرة هي منطلق العلاج كما هو شأن العلاج الشعبي في الجزائر.

الدراسة الثانية:

للباحثة رشيدة مراد شيالي والتي جاءت تحت عنوان: " إسهام من أجل معرفة الصيدلة التقليدية الجزائرية " ¹، اندرجت الدراسة في المجال الصيدلاني وقدمت من قبل الباحثة للحصول على درجة دكتوراه، سنة 1975، جاء البحث في قسمين، استهل الأول منه بطرح تساؤلات عن الصيدلة وعن علاقاتها بالواقع البيئي، (ألم تجد الصيدلة جذورا لها في الماضي؟)، فهذه الحقيقة وحدها تجعل كل ما هو طبيعي بما في ذلك الصيدلة القديمة مصدراً أساسياً لتكوين الأدوية، التي يمثل جزء كبير منها موروث من التقاليد الماضية والذي كان هو أساس الطب في العالم الغربي.

رات الباحثة انه إذا قمنا بفحص المواد الصيدلانية التي غزت الساحة، نستنتج أن أصلها طبيعي ومعظمها نباتات إفريقية، وهي التي أغنت ومازالت تغني الساحة العلاجية وذلك بتحويلها إلى مركبات ذات جودة عالية وأهمية كبرى.

¹ Rachida Mered – Chiali: Contribution à la connaissance de la pharmacie traditionnelle algérienne , Les évenements des Grand-Alger , Thèse pour le doctorat d'Etat en pharmacie , Université d'Alger,1971.

ان العودة إلى الطبيعة وإلى المعرفة النباتية، هي العودة إلى المصدر الذي مازال لم يكشف عن كل أسرارها وهذا ما تشرحه الكيمياء التحليلية للمواد، في حين نجد أن مكونات النباتات تمنح مواضيع متشعبة وتعطي مجسّدات أصلية.

فبإمكاننا الاستفادة باستمرار وبطريقة جيدة من الصيدلة التقليدية، وهذا في جميع الدول خاصة منها التي هي في طريق النمو، أو التي تعتمد على النوعين الطب التقليدي والطب الحديث.

ان العلاج التقليدي في الجزائر اعتمد كثيرا على العقاقير والأعشاب وفي كثير من الأحيان كان بعيدا عن السحر والدجل، وذلك بتوفر أناس مختصون فيه، والمحرك الأساسي لعمل الباحثة كان إعادة البحث على قواعد بعض العلاجات والتأكيد على إبعاد الأعمال الخرافية منها، ولهذا كان الهدف الأول هو الإحصاء الشامل للممارسين لهذه الأعمال، وبعدها إثبات ذوي الكفاءة منهم وذلك بإبعاد مصالحيهم الشخصية، وهذا كله من أجل التوصل إلى تأسيس صيدلة وطنية.

فالباحثة تترك بشكل واضح المشاكل المتعرض لها أثناء جمع عناصر المعرفة الإمبريقية وإبعادها عن كل ما هو خرافي وسحري، خاصة مع وجود معتقدات شعبية لها جذورها في الساحة الوطنية ولها أثرها في فكر الفرد الجزائري، خاصة منهم الأميين الذين يعتمد تفكيرهم في معظم الأحيان على الخرافة والدجل، وتم العمل بالطريقة التالية:

عرض شامل لعقاري أسواق الجزائر الكبرى، جمع العينات، استجواب حول مصدر وفائدة النباتات العلاجية، التعرف على مختلف الأنواع، تحليل العينات، جمع وتدوين وترتيب العينات المحصل عليها، ثم القيام بالتحليل الكيميائي.

العينات المرقمة والمرتبة والمقدرة بالمئات، بعد فحصها والتمعن فيها تمت تصفيتها ليتم الاحتفاظ بحوالي 150 منها فقط، والتي تم العمل عليها في القسم الثاني من مذكرة الرسالة على الشكل التالي:

التعريف العلمي المشترك... التسمية اللاتينية - العربية - الأمازيغية، مصدر العينات جغرافيا، وصف العينات النباتية (الشكل الخارجي)، طبيعة المركبات الكيماوية الرئيسية للعينات، الإستعمالات العلاجية، معطيات الطب الشعبي.

قامت الباحثة في بعض الحالات بإعطاء تدخل خاص بها حول تجربة شخصية أو إستعمال من داخل المجتمع الجزائري، بإعتمادها على التحليل الكيميائي للنباتات، مكنها من معرفة خصائصها وفوائد إستعمالاتها، وتوصلت إلى وضع جداول تبين فيها فوائد إستعمال بعض النباتات في الطب الكلاسيكي والطب الشعبي، فمثلا تحدثت على نبات العرعار وأعطت له التسمية باللاتينية والعربية والامازيغية، تواجده الجغرافي: دول البحر الأبيض المتوسط بما فيها الجزائر، وصف النبات يتمثل في الصفة الخارجية له (كالطول ونوع الأوراق)، التركيبية الكيماوية لنبات العرعار المحلل مخبريا، إستعمالات العرعار العلاجية، الجرعات السامة منه.

الإستعمال الشعبي: يستعمل محلوله كمهدئ للألم، ومضاد للربو، كما يستعمل ضد الإسهال ومسكن لآلام البطن، وتذكر الباحثة في نهاية دراسة النوع النباتي، الإستعمالات الشخصية المستوحاة من المحيط الإجتماعي والأسري.

كما توصلت الباحثة في نهاية العمل إلى أن الساحة الجزائرية تحتوي على عدد هائل من النباتات العلاجية منها من لا توجد في أماكن أخرى من العالم، خاصة النباتات المتواجدة في صحرائنا الكبرى.

الدراسة الثالثة:

"علاج الألم . منذ الطب العربي إلى الطب الحديث" ¹:

صاحب الدراسة هو الباحث محمود عروة وهو طبيب أكاديمي، جاء في كتابه المعنون سلفا حديثا مطولا ومفصلا عن الآلام وعلاجاتها حيث قسم الباحث الكتاب إلى ثلاث أقسام رئيسية تناول الأول منه - الألم في الطب العربي - استهله بمدخل تحليلي فيزيولوجي وسريري للألم، مبينا الهدف من فن الطب " هو الحفاظ على صحة الأجسام السليمة وطرد المرض من الأجسام المريضة، وإرجاع العافية لهم " مقولة الطبيب العربي الشهير " الرازي " (864 - 932)، كما بين ابن سينا (980 - 1037) ان: " الطب علم يدرس الجسم الإنساني في ظروفه الصحية والمرضية هدفه الحفاظ على الصحة في حالة وجودها واسترجاعها في حالة غيابها " .

¹Mouhamed Aroua: Traitement de la douleur: de la Médecine Arabe a la Médecine Moderne ; Bert Editions , Alger, 2010.

أما القسم الثاني فقد قسمه إلى أربعة عشر فصل تناول خلالها الأمراض المختلفة والعلاجات الخاصة بكل نوع منها وكذا دواعي استعمال الأدوية والمقدار المخصص، وطرق تحضيرها وضم القسم الثالث الحديث عن الرعاية الصحية والتربية الواجب أتباعها في تنشئة الاطفال.

و آخر ما تحدث عنه الباحث محمود عروة في الجزء الأول من الكتاب هو - الألم والسرطان - إذ تبين أن هذا النوع من المرض كان موجودا منذ عهد أبو قراط وكان يعرف بـ " سكير" وهو ورم خبيث يتمثل في خشونة متزايدة للنسيج وكانت تعرف بالمرض الخطير الذي لا يشفى.

و كل المواصفات التي وُصف بها هذا المرض هي مواصفات للمرض المعروف حاليا بـ " السرطان " وأطباء العرب قديما تيقنوا أن هذا النوع من الداء الذي يَغرَس جذوره العميقة داخل عمق الجسم الإنساني لا يمكن علاجه ولكن الأمر الذي كان معمولا به آنذاك هو إعتباره مرضا مؤلما وجب تسكين آلامه عن طريق المركبات الصيدلانية الفعالة، والجدير بالذكر أن أطباء العرب نهَوْا عن كيه وعن انتزاعه بعملية جراحية إذا كان حجم الورم كبيرا وعميقا ويمكن استئصاله في حالة واحدة هي كونه خفيفا وسطحيا وحجمه صغيرا، وعدم إتباع هذه التوصيات يؤدي إلى جعله أكثر فتكا وألما وهذا ما يعجل بنهاية حياة المريض.

أما الفصل الثاني فجاء فيه ذكر الأطباء العرب وكيفية علاج الآلام حسب تدرجهم التاريخي ابتداء بـ: الثابت ابن قرّة، ابو بكر الرازي، أبو القاسم الزهراوي، ابن سينا، ابن زهر.

و خصص الفصل الثالث من الكتاب للحديث عن - الألم في الطب الحديث - الذي استهله بالتطور التاريخي للطب الغربي بعد تراجع الحضارة الإسلامية والعربية ودول الشمال الإفريقي كبقية الدول الإسلامية لم تحظى بالتطوير في المجال الطبي فكانت المداواة المعمول بها مستتبطة من الطب العربي القديم وكان عدد المعالجين قليل بسبب إنعدام المدارس التكوينية وعرف طبيب وحيد في المغرب العربي في القرن الخامس عشر هو "ابن حمادوش الجزائري " الذي ادخل مركبات جديدة في العلاج لم تُذكر في طب العرب وربما كان مصدرها أوروبي أتى بها الأسبان الذين تواجدوا في المنطقة.

ومع التطورات الطبية في القرن الماضي لم يُعرف وجود مراكز لعلاج الآلام إلا منذ حوالي خمسين سنة وأول مركز كان في الولايات المتحدة الأمريكية وفي السبعينيات تم إنشاء أول مركز في فرنسا أما في المغرب العربي فقد تم إنشاء أول مركز في تونس عام 1996 في حين الجزائر لم تنشئ هذا النوع من المراكز إلا منذ سنوات قليلة وهو جزء من مركز علاج السرطان بيار وماري كوري بالجزائر العاصمة.

حمل الفصل الأخير التساؤل التالي:

ما هي الحالات التي يمكننا العودة فيها والاستفادة من الطب العربي؟

رأى الباحث ضرورة إيجاد لغة تواصل مناسبة للحوار بين الطبيب والمريض وتكوين جسر يربط بين كلمات المعاناة التي يستعملها المريض وكلمات الطبيب المخففة للوصول إلى تكفل صحيح وطويل المدى الخاص بالألم. هذه المعاملة واللغة المختارة لا تُتبع فقط في حالات علاج الألم وإنما في كل المعالجات الطبية. ان مستشفياتنا الحالية أصبحت لا إنسانية بسبب التكنولوجيا الحديثة فأصبح المريض منعزل عن كل ما يحيط به من تخصصات وكأنه مجموعة أجزاء يُعالج كل جزء منها على حدة وكان من المفروض إتباع طرق العمل المعمول بها منذ القرن العاشر في بغداد إذ كان دور المستشفى التكويني الطبي الذي يُكوّن الطلبة علمياً ليهتموا بالمريض طبياً ولكن قبلها وجب الاهتمام به إنسانياً.

يرى الباحث أن أطباء اليوم يواجهون باستمرار معاناة المرضى من الآلام الحادة والقوية المصاحبة لفترة ما قبل نهاية الحياة والتي تستدعي التكثيف العلاجي بإستعمال الأدوية المركبة إذ يقول: نحن نعلم أن العلوم والتقنيات تحمل مفهوم إيديولوجي يختلف حسب الثقافات والديانات لذلك مواجهة هذا النوع من المشاكل تستوجب العودة الضرورية إلى ثقافتنا المحلية، فألام المرحلة الأخيرة للحياة تفتح إشكالية ليس فقط للطاقم الطبي المختص وإنما للمجتمع كافة وعلماء الدين على الخصوص.

تتخذ بعض الدول إجراء إنهاء الحياة لإنهاء العذاب كما هو الحال في هولندا بينما دولاً أخرى تجرم الفعل ولا تتقبله، والإسلام يرفض كل أنواع إنهاء الحياة ويطلب من المرضى أن يتداووا وان يصبروا، وليس الصبر السلبي في انتظار الموت وإنما الصبر الايجابي الذي يدفع المريض للتفاؤل في انتظار غد أفضل إذ يقول الرسول عليه الصلاة والسلام: "ما أنزل الله الداء إلا أنزل معه الدواء".

ويقول كذلك كرد للذين يقومون بإنهاء حياة الأفراد إذا كثرت الآلام وإذا ثبت عدم تمكنهم من الشفاء كحالات الموت الدماغي: " من أحميا نفسا كأنما أحميا الناس جميعا ومن قتل نفسا بدون حق كأنما قتل الناس جميعا ".

ان الدور الإنساني للطب يُقيّم في موقف الطبيب أمام الموت حيث يجب أن يعرف الحد الذي يجب أن يتوقف عنده، فدوره يكمن في - الوقاية - العلاج - التخفيف. وهذا ما ذكره داوود الأنطاكي في القرن السادس عشر: " لقد قلنا انه ليس بمقدور الطبيب إيقاف الموت ولا الشيخوخة ولا إطالة الحياة ولا الإبقاء على الشباب لأنه لا يملك القوة لمراقبة ما ليس له به شأن..... ولكن دوره تصحيح الممكن كدفع الألم والحفاظ على الصحة حتى نهاية الحياة ".

ما تم استخلاصه من الدراسات السابقة تمثل في ما يلي:

إن الواقع الإجتماعي المحيط بنا هو مصدر إلهام للعديد من الباحثين في المجالات المختلفة سواء كانت إجتماعية، ثقافية، علمية، سياسية أو اقتصادية.

وكل باحث يتصرف حسب اختصاصه فيختار النقطة التي يعتبرها منطلقا لعمله، ويحدد من خلالها فيما بعد حدود الدراسة والهدف الذي يود التوصل إليه.

استفادتنا من الدراسة الأولى، تمثلت في معرفة كون المنافسة بين المعالجة الشعبية والاكاديمية متواجدة في المجتمع الجزائري منذ نشأة الطب الأكاديمي إلى يومنا هذا والسبب يعود إلى لغة التواصل والاقناع التي يستعملها المعالج على إختلاف انواعه (المعالج الطبيعي إلى الدجال إلى الساحر...) والطبيب الذي يفتقد لهذه اللغة والذي يعتمد في علاج المريض على انه مجموعة اجزاء يعالج كل منها على حدى بعيدا عن الاهتمام بالمريض كوحدة متناسقة متواجدة في اطار بيئي وإجتماعي وثقافي وديني وان من يستعمل المعالجة الشعبية هم من لم يسعفهم الحظ في الحصول على المعالجة الحديثة هذا كان شائعا في الفترة الاستعمارية أما حاليا فالمعالجة الأكاديمية متوفرة ولكن المعالج الشعبي لم يفقد مكانته بل توسعت كثيرا.

واستفادتنا من الدراسة الثانية تمثلت في كون الإستعمالات النباتية في الصيدلة التقليدية ليست كلها خاطئة وغير مفيدة بل بالعكس الكثير من الإستعمالات التقليدية اثبتت صحتها بالتحليل الكيميائي لأنها نابعة من الطب العربي القديم ولم تشبها أي تغييرات.

أما الدراسة الثالثة فلقد اوصلتنا إلى التأكيد على أهمية الجانب النفسي والإجتماعي اللذان يجب مراعاتهما من قبل المعالج أي كان نوعه، وان الاهتمام بالمريض يكون عضوياً ونفسياً وانسانياً باحترام خصوصية ثقافته وديانته.

إذن الواقع الإجتماعي هو مصدر الإلهام الحقيقي للباحث فمنه تكون الانطلاقة وإليه ترجع النتيجة.

الفصل الثاني:

مقاربة سوسيو-انثربولوجية

للمرض والعلاج الشعبي

المبحث الأول: دراسة ظاهرة المرض

- 1- دراسة المرض وفروعه
- 2- مفاهيم دراسة المرض
- 3- مداخل دراسة المرض
- 4- مراحل تطور المرض

المبحث الثاني: دراسة الصحة والمرض من منظور إجتماعي-انثربولوجي

- 1- تعريف الانثربولوجيا والانثربولوجيا الطبية
- 2- نشأة وتطور الانثربولوجيا الطبية
- 3- العلاج الشعبي من منظور:
 - أ- علم الاجتماع
 - ب- علم الاجتماع الطبي

المبحث الثالث: جذور العلاج الشعبي وأنواعه

- 1- جذور العلاج الشعبي
 - أ- العجامة
 - ب- العلاج بالتحريك
 - ج- العلاج والتجبير
 - د- العلاج بالوخز بالإبر
- 3- العلاج الشعبي الغيبي
 - أ- العلاج بالسحر والدجل
 - ب- العلاج بالقرابين والذبايح
 - ج- العلاج بالرقى والتماهي

تمهيد:

المرض ظاهرة عامة تؤثر في كل الناس أينما كانوا وحيثما وجدوا، ولكن ليس بنفس الدرجة أو في نفس الاتجاه وتمثل الدراسة التي توضح الكيفية التي تؤثر بها الأمراض في الجماعات الإنسانية، والطرق التي تستجيب بها هذه الجماعات للمرض، ميدانا حيويا وهاما لتطبيق المعرفة السوسولوجية وأساليب البحث الإجتماعي.

فتوزيع المرض في المجتمع والنظرة الثقافية لهن وطرق المحافظة على الصحة والأدوار والقيم والاتجاهات، التي تنمو في إطار التنظيم الإجتماعي لمراكز العلاج، والتسهيلات اللازمة لتوفيره تدخل في إطار اهتمامات علم الاجتماع.

ان استجابة الجماعات للمرض تختلف باختلاف الثقافات، فنجد أن كل فئة من هذه الفئات لديها استجابة خاصة بها، كأن ينظر الفرد لبعض الأنواع من الأمراض على أنها مس من الجن، وينظر إلى أخرى على أنها حسد وعين، وتتنظر جماعة غيرها للمرض على انه ابتلاء من الله عز وجل، فيكون رد فعل هؤلاء مختلف حسب توجه كل فئة.

والمجتمع الجزائري لا يخلو من هذه الاعتقادات، لذلك نجد أن العديد من الأفراد ينظرون له على أنه ظاهرة يجب معالجتها بكل الطرق، المسموحة وغير المسموحة، التي يرتضيها المجتمع والتي لا يرتضيها كونها خارج أطر القيم والعادات والتقاليد الإجتماعية المعترف بها، فالمهم عند هؤلاء هو الوصول بالجسد العليل إلى الراحة والشفاء، وهذا بطرق كل أبواب المعالجة التقليدية والحديثة التي تخلو الساحة الجزائرية من كليهما.

المبحث الأول: دراسة ظاهرة المرض

إن فهم الصحة والرعاية الصحية لا يكتمل إلا بإدراجهما في سياق إجتماعي أكبر بما يضمنه من عناصر تؤثر على إدراك الفرد لمدى حاجته للمساعدة الطبية وقراره بالبحث عنها واستجابته لها، وبالتالي تؤثر الأبعاد الإجتماعية على الخدمات الصحية، لعل أبسط ما فيها أن البحث عن هذه المساعدة يعد جزءًا من عملية إجتماعية لا يرقى إليها أي فهم طبي مجرد. كذلك لا يخفى علينا دور المتغيرات الإجتماعية في اللجوء إلى الخدمة العلاجية أو الوقائية، وتحديد الخلفيات الإجتماعية في تمييز المرض والسلوك المرتبط به، ومغزى الأوضاع الطبقة في مواجهته، ومدى الاستفادة من الخدمات القائمة، علاوة على دور البيئة الإجتماعية والأسرة في اتخاذ القرار الطبي بالتماس الخدمة عند الحاجة إليها، أضف إلى ذلك أن المؤسسة الصحية التي تقدم الخدمة هي نفسها عبارة عن نسق إجتماعي يحوي مجموعة من الأدوار وتسوده أنماط معينة من العلاقات وتحكمه ضوابط ومعايير وبناءات سلطة وبها جماعات ضاغطة، علاوة على علاقتها بالمجتمع المحلي، والمجتمع الأكبر..

1- دراسة المرض وفروعه:

يلزم المرض الإنسان بنسب متفاوتة ولا يوجد انسان خال من الامراض، فحسب دوركاييم الصحة هي ان يكون الإنسان في حالة أقل قدرا ممكنا من الامراض، أما الإنسان الخال من الأمراض فليس له وجود، ويعرف ان بعض الحالات المرضية التي يتعرض لها الأفراد هي في الحقيقة دليل على الصحة وان غابت اعتبر صاحبها مريضا كحالة الدورة الشهرية بالنسبة للمرأة. اهتم علماء الابحاث الطبية في فترات زمنية سابقة بعلاج اعراض الأمراض التي تصيب الأفراد واجتهدوا في البحث عن المضادات الحيوية والمقويات كالفيتامينات والهرمونات التي تعوض النقص التي يتعرض لها بعض الأفراد سواء بسبب الإصابة بالأمراض أو بسبب عاهات خلقية بإعتبار ان المرض عضوي يصيب جزء من جسم الإنسان يجب معالجته.

لكن هذه النظرة للمرض وللصحة لم تدم طويلا ليظهر اتجاه علمي جديد يعتبر الإنسان وحدة متكاملة يكون المرض أحد جوانبها وعوارضها ولا يمكن الوصول إلى حالة الشفاء بالنسبة للمريض

إلا إذا تم الاهتمام بالظروف الإجتماعية وإعتبارها مؤشرات متبادلة يؤثر بعضها في بعض ويتأثر بعضها ببعض.

ان الاهتمام بعلاج المريض إجتماعياً جاء بعد مولد الطب الإجتماعي اواخر القرن التاسع عشر، ومن بين المهتمين به طبيب بلجيكي اصدر مؤلفا عام 1862 تناول فيه الاحوال الصحية والإجتماعية والإقتصادية للشعب البلجيكي وتناول فيه البنية الجغرافية للمجتمع، دراسة أسباب الوفيات واهم الأمراض المسببة لها ثم البحث في العوامل المجتمعية المؤثرة في تلك الأمراض والبحث في التدابير الإجتماعية التي يؤخذ بها لعلاج المشكلات الصحية والمرضية التي تعرض لها¹.

بعد هذه الفترة انعدمت تقريبا المؤلفات في هذا المجال إلا بحلول عام 1911 حيث اصدر "الفرد جريتمان" مؤلف بعنوان "الباتولوجيا الإجتماعية" التي بين فيها الاسس الإجتماعية لاي دراسة علمية لمجتمعية المرض والتي تمثلت في النقاط التالية:

- أ-تحديد أهمية المرض من الوجهة الإجتماعية بمدى انتشار وتكرار حدوثه في المجتمع.
- ب-التداخل بين المسببات المرضية والعوامل الإجتماعية والتي تتضح في النواحي التالية:
 - عوامل ممهدة لحدوث المرض
 - عوامل مباشرة في الإصابة بالمرض
 - مؤثرات مختلفة في سير المرض ونتائج مكافحته وعلاجه.
 - في حالة الأمراض التي لها أهمية مجتمعية يجب ان يؤخذ في الإعتبار فاعلية العلاج الطبي الإجتماعي الشامل في إيقاف حدة المرض وانتشاره وكذا استجابة المجتمع واهتمامه بتوفير سبل النجاح للجهود العلاجية والطبية.
 - الوقاية من الأمراض تقتضي الاهتمام بالنواحي الإقتصادية والإجتماعية والقيمية في المجتمع.

¹ سيد رمضان، سلوى عثمان الصديقي: الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الإجتماعي، دار المعرفة الجامعية،

وقد لاحظ الباحث آنذاك (1911) ان الأمراض المزمنة في مقدمة الأمراض التي لها أهمية مجتمعية وان نسبة كبيرة من الأمراض المهمة إجتماعياً من الممكن توقيفها أو على الأقل في الامكان السيطرة عليها¹.

اذن المرض من الموضوعات التي تجذب اهتمام كل من الأطباء وعلماء الإجتماع والانثروبولوجيا، وذلك لكونه حالة من الاضطراب واختلال النواحي الوظيفية في الجسم، أو لأسباب حيوية (بيولوجية) تجعل عدم قدرة أعضاء الجسم على أداء وظائفها على الوجه الأكمل، كما أنه يتعلق بطبيعة الفرد نفسه من حيث سلوكه في الحياة.

و في نفس الوقت هناك علاقة وطيدة بين المرض والعوامل الإجتماعية والثقافية التي تساعد على الإصابة به، وأن حالة الإنسان الصحية هي في الواقع نتاج تفاعل البيئة الإجتماعية والثقافية والطبيعية.

ان تدهور الحالة الصحية للكثير من الناس وانتشار الأمراض يعد نتاجاً لأسلوب الحياة والعديد من المتغيرات، كالجهل والأمية والمعتقدات والممارسات الشعبية والسحرية.

وهذه المعتقدات راسخة في أعماق النفس البشرية، ومنتشرة في المناطق الريفية والحضرية وبين المثقفين وغير المثقفين، والمعتقدات الشعبية التي ترتبط بتفسير الصحة والمرض كالعلاج الشعبي لا تختص بها فئة دون غيرها وإنما موجودة عند كافة الطبقات وبين كل المستويات، هذا العلاج (الشعبي): " يضم العديد من المعتقدات والمأثورات الخاصة بالصحة التي تتأثر بأنماط التفاعل الأسري والتنشئة الإجتماعية والمشاكل الأسرية وما يتبعها من مشاكل وأمراض نفسية، يضاف إلى ذلك التغير الإجتماعي والتحضر وما يصاحبها من مشكلات إجتماعية وصحية¹."

كما سبقت الإشارة فانه اضافة للإصابة العضوية المباشرة تلعب العوامل الثقافية والإجتماعية والنفسية دوراً مهماً في الإصابة بالمرض و، من وأدرك الباحثون ان المحددات الحقيقية للمرض تتمثل في التداخل بين العوامل العضوية وغير العضوية، فأصبح للمرض مفاهيم بيولوجية وثقافية وإجتماعية تختلف باختلاف المجتمعات والثقافات.

¹ محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، مكتبة القاهرة الحديثة، مصر، 1981، ص-ص 7-22 .

¹ محمد عباس إبراهيم: الأنثروبولوجيا - مداخل وتطبيقات-، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2001، ص 271.

2- مفاهيم دراسة المرض:

لكل ثقافة منظور وتصور خاص بالمرض، فالمرض وعلاجه على الرغم من أنهما عمليتان بيولوجيتان من الناحية المجردة إلا أن بعض الحقائق المرتبطة بهما تعتمد على تحديدات المجتمعات والحقائق الإجتماعية أكثر من اعتمادها على الحقائق الموضوعية.

فالمرض ظاهرة تشترك فيها كل الثقافات والمجتمعات باختلاف درجات تطورها، لكن الاختلاف يكمن في أسلوب استجابة السكان للمرض، فما يعد مرضا في مجتمع ما، لا يعد كذلك في مجتمع آخر، وما يعتبر أعراضا مرضية في احدى الثقافات لا يعد كذلك في ثقافات أخرى، وأسباب المرض تختلف باختلاف الثقافات البشرية، وعليه يعرف المرض ثقافيا وإجتماعيا وبيولوجيا.

أ- المفهوم الثقافي للمرض:

المرض مفهوم ثقافي بالدرجة الأولى ويختلف من مجتمع لآخر، ومن ثقافة لأخرى، فلكل منها تفسيراتها ومعتقداتها الخاصة بها. فهي (الثقافة) التي تحدد للمريض تقييمه وتصوره لحالته المرضية وردود أفعاله التالية اتجاه المرض فهو أما يذهب للطبيب أو يذهب للمعالج المحلي أو الساحر أو الراقي أو يتجاهل تماماً أعراض مرضه، فتقييم المريض وسلوكه تجاه مرضه أمر يختلف باختلاف الخلفية الثقافية كما أنه لكل مجتمع نظرية خاصة به عن المرض وهي مشتقة أساسا من نظرية الحالة الطبيعية التي من المفترض أن يكون عليها الإنسان، وهذه النظرية نسبية تختلف من ثقافة لأخرى، وبالتالي فإنها نابعة من التصورات والأفكار الأساسية التي يكونها الأفراد والجماعات عن نوعية الحياة وكيفيةها ضمن المحيط والبيئة التي يتواجدون فيها.

على هذا الأساس يصعب تعريف المرض تعريفا واحدا محددا، وذلك لأن ما يعتبر مرضا في مجتمع ما لا يعد كذلك في مجتمع آخر، كما أن المفهوم الثقافي للمرض يختلف عن المفهوم العلمي له، وذلك لأن الثقافة تعد مسؤولة عن تحديد وتشكيل إدراك الأفراد لمفهوم المرض وأسبابه وطرق علاجه، فمما لا شك فيه المعتقدات الثقافية والأيدولوجية لها تأثير عميق على الطريقة التي يدرك بها الأفراد المرض.

فإذا ما أريد دراسة الممارسات العلاجية الموجودة في المجتمعات التقليدية، فلا بد من دراستها في إطارها الثقافي، فلكل ثقافة تفسيراتها ومعتقداتها الخاصة بها، ولقد حاول الإنسان منذ القدم

تفسير الظواهر والأحداث التي يتعرض لها في الإطار البيئي الإجتماعي والمرضي كحالة إجتماعية.

إن "الثقافة هي التي تحدد للمريض تقييمه وتصوره لحالته المرضية، وردود أفعاله تجاه المرض، فهو أما يذهب للطبيب أو يذهب للمعالج المحلي أو الساحر أو يتجاهل تماماً أعراض مرضه، فتقييم المريض وسلوكه تجاه مرضه، أمر يختلف باختلاف الخلفية الثقافية والإجتماعية¹.

وجاء التأكيد على أن للمرض مفهوم وتصور خاص في المجتمعات التقليدية حيث يتعامل السكان مع المرض كظاهرة إعجازية إذ " ترتبط عندهم بالسحر والممارسات السحرية وبالدين والممارسات الدينية واختيارهم لأنماط العلاج حيث تكون ثقتهم كبيرة في قدرات الطبيب الشعبي والساحر أكثر من قدرات الطبيب الحديث"².

فيمكن القول إذن أن مفهوم المرض في المجتمعات التقليدية يرتبط بالمعتقدات الدينية والقيم والأعراف والعادات، فكثيرا ما يرد سبب المرض لأسباب غيبية غير علمية، في حين نجد انه في المجتمعات الغربية يرتبط المرض أساسا بالعلم.

ب-المفهوم البيولوجي للمرض:

يعرف المرض بيولوجيا بأنه فقدان الإحساس الجسدي والعقلي العادي، فهو يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عند قيامه بوظيفته.

"يشير مفهوم المرض إلى انحراف ما عن حالة الأداء الوظيفي السوية، تكون له نتائج غير مرغوبة نظرا لما يؤدي إليه من ازعاج للشخص أو ما ينجم عنه من آثار تتعلق بالمكانة الصحية للإنسان في المستقبل"³.

اللغة الطبية ترجع سبب الإصابة بالمرض لمسببات فسيولوجية وبيولوجية فقط، تلك النظرة أصبحت مرفوضة بصفة عامة من قبل علماء الإجتماع والأنثروبولوجيا المعاصرين نظرا لإهمالها الجانب الإجتماعي حيث نجد أن 'بارسونز': " يرى مشكلة الصحة تكمن أساسا في اللزوميات

¹ محمد عباس إبراهيم، مصدر سابق، ص 274 .

² نفس المرجع، ص 244 .

³ محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004، ص 149 .

الوظيفية للنسق الاجتماعي وأن المرض يعتبر خلا وظيفيا، فغالبا ما يصحبه عجز في القدرة على الأداء في الأدوار، ذلك أن الإنسان الذي يعاني مرضا بيولوجيا سيؤثر ذلك على تصرفه الاجتماعي، كما أن المريض لا يعاني فقط من الاضطراب في حالته البيولوجية وإنما أيضاً في حالته الاجتماعية لاسيما أدواره الاجتماعية¹.

ج- المفهوم الاجتماعي للمرض:

إن مفهوم المرض من المنظور الاجتماعي يتمثل في أنه انحراف، سواء كان عضويا أو نفسياً أو اجتماعياً عن الأداء الوظيفي السليم والسوي، وقد يكون لهذا الانحراف نتائج غير مرغوبة، حيث يتسبب في إزعاج للشخص المريض من ناحية، وقد يخلق مشكلات اجتماعية. ان النظرة لمصطلح المرض ومدى خطورته قد تعرف مشكلات شخصية معينة بأنها أمراض على الرغم من أنها لا تتطوي على خصائص مرضية كامنة أو تشكل مشكلات خطيرة للمجتمع. ومثال ذلك أن تسميات المرض تطلق أحيانا على بعض نماذج الجماعات أو الأشخاص في المجتمع كالمطرفين دينيا أو سياسيا.

إن المرض في طب السلالات يفهم على أنه نتيجة لممارسات اجتماعية معينة تدل على الانحراف، وهذا سيؤثر على النظام الاجتماعي عند هذه الجماعات، ومن ثمة فهناك رد فعل من المجتمع نحو الشخص المريض إنطلاقاً من رؤية المرض على هذا النحو.

المرض ليس مجرد اضطراب بيولوجي لنظام الفرد ككائن حي، ولكن هناك أزمة اجتماعية تستلزم فترة من الزمن لإعادة التوافق أو التنظيم للجماعة ككل.

ان الإطار الاجتماعي والثقافي هو في الحقيقة، انعكاس صادق لمعرفة كيف يعيش الأفراد وماذا يأكلون، وماهي معتقداتهم وقيمهم، وماهي نظرتهم للمرض، وأي منه ينظر إليه على أنه مرض.

ان مفهوم الصحة والمرض لن يكتمل فهمه إلا إذا أدرج في السياق الاجتماعي، لان كيفية وقوع المرض في مجتمع ما يكون بمعرفة الظروف الاجتماعية والاقتصادية لهذا المجتمع، وكذا الحالة النفسية التي يتواجد فيها الشخص المريض، فإذا تم الكشف عن الظروف المحيطة استطاع

الطبيب نوعا ما تحليل المرض، فالفقر والبطالة والجهل وانخفاض مستوى المعيشة وسوء التغذية، والتمزق الإجتماعي والازدحام والتلوث، كلها عوامل تساعد على انتشار الأمراض والأوبئة.

3- مداخل دراسة المرض:

أ- المدخل الثقافي:

إن المدخل الثقافي لدراسة المرض يهتم بتأثير المحتوى الثقافي السائد على الطريقة التي يدرك بها المريض حالته الصحية، وهذا الأدرج يتشكل وفقا للقيم والمعتقدات والمعايير الثقافية التي تشتمل عليها ثقافة المريض أي وفقا للقيم والمعتقدات والمعايير الثقافية، وتفهم المريض وإدراكه لمرضه يكون واحدا لدى جميع المجتمعات التي تنتمي لنفس النمط الثقافي.

يهتم المدخل الثقافي بدراسة كافة المعتقدات والممارسات السحرية والدينية المرتبطة بالمرض، والتي تعد نتاج الثقافات التقليدية التي لا تنتمي إلى الطب الحديث، فكل من الطب والسحر والدين، مفهومات متداخلة ومتراصة، ففي المجتمعات القبلية نجد أن المعتقدات والممارسات الطبية هي معتقدات وممارسات سحرية بالدرجة الأولى.

ان غياب التفسيرات العلمية للمرض ولأسباب ظهوره يدفع إلى الإعتماد على التفسيرات الثقافية المتصلة بالسحر والدين والقوى الفوق طبيعية كمفسرات لأسباب المرض ولأسباب العلاج. ويتمثل السحر في الاعتقاد في أن القوى الفوق طبيعية يمكن التحكم فيها لتحقيق رغبات لصلح بعض الأفراد ويتطلب القيام ببعض الشعائر والممارسات التي يقوم بها السحرة.

فالأعراض الظاهرة أعراضها كالكسور ونزلات البرد وألم الأسنان والإمساك أمراض طبيعية وعارضة، أما الأمراض الخفية التي لها أعراض غريبة تعتبر سحرا وبالتالي يلجأ المريض إلى أحد السحرة أو العرافين لفك السحر الأسود.

يفسر المرض كذلك بأنه اختراق الأرواح الشريرة لجسد الأفراد، وهذه الفكرة كانت سائدة عند قدماء المصريين حيث لعقدوا أن العلة تنشأ من غضب الآلهة التي تطلق أرواح الموتى لتدخل جسم الإنسان وتصيبه بالمرض، ومن بين هذه الأمراض حالات الضعف العقلي والجنون والصرع والمزاج الحزين، وكان المجنون عند العرب في الجاهلية رجل صرعه جنية والمجنونة امرأة صرعه جني. وبالتالي فإن هذه الأمراض تعالج بالطلاسم والرقي والشعوذة، وحتى في وقتنا الحالي يعتبر

بعض الأفراد في المجتمع الجزائري ان بكاء الطفل الرضيع باستمرار يعود لدخول عروس عليه والحل يكمن انه عندما تدخل عروس البيت الذي يتواجد فيه الصبي يجب على الام ان تخرج رضيعها إلى الباب وتدخل مع العروس في نفس الوقت والا فالطفل سيصاب بمكروه، كما ان بكاء بعض الأفراد في مكان نجس كالمرحاض مثلا يجعلهم عرضة ليسكنهم الجن وغيرها من التأويلات البدائية.

ب- المدخل البيئي:

ينظر إلى هذا المدخل على أنه شامل لكونه يهتم بالرابط المشترك بين الكائنات وبيئتها، ومن ثم فإنه يؤدي بالطب والصحة العامة إلى الاهتمام بالأسباب المتعددة للأمراض، ويلفت أيضاً الأنظار إلى الآثار المتعددة للأفعال الإنسانية التي تحدد العلاقات بين الناس ومحيطهم البيئي. فالأمراض القديمة تمدنا بمعلومات عن كيفية تأثر أسلافنا بالبيئات التي عاشوا فيها وطريقتهم في الحياة، ومعرفة نوعية الأمراض التي أصابت أسلافنا، تساعدنا بدورها على فهم التطور البشري والوسائل التي تكيفت بها الأجيال المتعاقبة من البشر.

والواقع أن علاقة الإنسان بالبيئة علاقة جدلية معقدة - تاريخياً وجغرافياً - تراوحت بين فترات كان الإنسان فيها ضعيفاً، لا يملك إلا القليل من القدرات الجسمية والعقلية، ومن ثم لم يستطع تطوير أدوات تمكنه من السيطرة على البيئة وإخضاعها لإرادته، وكان ذلك في العصور الموهلة في القدم - ومع مرور الحقب والازمنة تمكن الإنسان من ابتكار آليات متنوعة للسيطرة على البيئة والتحكم فيها، وقد وصل الإنسان إلى أوج حضارته في العصر الحديث وتمكن من السيطرة على معظم العناصر البيئية، وأتضح ذلك بجلاء منذ منتصف القرن الماضي، غير أن ذلك صاحبه العديد من المشكلات البيئية التي أثرت على حياة الانسان.

وتعد العلاقة بين العوامل الإيكولوجية والصحة والمرض إحدى تجليات علاقة الإنسان بالبيئة، ففي الوقت الذي يكون الإنسان فيه ضعيفاً وعاجزاً عن السيطرة على المخاطر البيئية المحيطة به، فإنه يكون عرضة للإصابة بالعديد من الأمراض، وعاجزاً في ذات الوقت عن مقاومتها، وعندما يكون قوياً في مواجهة الطبيعة يستطيع تجنب العديد من الأمراض والمشكلات الصحية.

إن تغير نمط الحياة من الجمع والصيد إلى الزراعة أدى إلى حدوث تغير في النظام البيئي، فانتقل الإنسان من نمط الترحال والبدو إلى الاستقرار وأدى ذلك إلى تغير في نمط الأمراض السائدة، فقد قلت الأمراض حيوانية المنشأ، وتغيرت الطفيليات الناقلة للمرض، كما ساعد الاستقرار على توفير رعاية أفضل للمرضى، وتقليل مخاطر الوفاة، إلا أن هذا الاستقرار أدى من ناحية أخرى- إلى وقوع بعض المشكلات الصحية، مثل ظهور أمراض جديدة لم تكن معروفة نتيجة تكاثر الكائنات الناقلة للمرض في أماكن استقرار الإنسان، وهي البيوت التي شيدها الإنسان للإقامة فيها بصورة دائمة، وتمثلت هذه الكائنات في الحشرات والفئران والبعوض التي تتزايد في أماكن وجود المياه وخاصة البرك الراكدة.

بالإضافة إلى ذلك، فقد أسهمت مجموعة من العوامل في تغير نمط الأمراض السائدة في المجتمعات البدائية، من هذه العوامل تطور نمط إنتاج الطعام، استغلال النباتات الموجودة في البيئة، تغير أسلوب الحياة بسبب الاستقرار، وقد أدى ذلك إلى حدوث تغير جذري في العلاقة بين الإنسان وبيئته، ومن ثم وجدت إيكولوجية جديدة للمرض بدت في ظهور العديد من الأمراض المعدية والأخطار البيئية...

ان العلاقة قوية بين البيئة والصحة والمرض، وتتجلى هذه العلاقة في تباين الأمراض وتنوعها تبعاً لتباين البيئة الطبيعية والثقافية.

وإذا اتخذنا مرض التراكوم كمثال والذي يعرف بأنه مرض يصيب العين ويؤدي للعمى، منتشر بكثرة في المناطق الصحراوية والجافة، وسببه حبيبات الرمل التي تنتقل أثناء الزوابع الرملية، كما ان مرض الغدة الدرقية الناجم عن نقص مادة اليود يكثر في مناطق دون أخرى، وذلك بسبب ان بعض المناطق تخلو من مادة اليود التي تدخل في تركيبة الماء وفي بعض المواد الغذائية، كما تشهد بعض البيئات وجود عدد كبير من المرضى المصابين بالربو والحساسية وذلك جراء تلوث البيئة بالغازات السامة الناتجة عن السيارات والمصانع، وهكذا فالبيئة علاقتها قوية بنوعية الأمراض المتواجدة، وعليه عند دراسة المرض يجب دراسته في اطاره البيئي.

ج- مدخل علم الأوبئة:

علم الأوبئة هو علم انتشار الأمراض الذي يهتم بدراسة العوامل التي تؤثر في صحة ومرض السكان، وتعد بمثابة حجر الزاوية في منهجية البحوث الصحية العامة، ويحظى بتقدير كبير في الطب القائم على الأدلة لتحديد المخاطر.

فهو يهتم بالتوزيع المكاني وانتشار الأمراض المتأثرة بالبيئات الطبيعية والصناعية التي هي من صنع الإنسان، وكذلك المتأثرة بالسلوك البشري، وأي الجماعات والفئات أكثر عرضة للإصابة به وفي أي بيئة يكون ذلك، وإن المتغيرات التي كثيرا ما يهتم بها علماء الاجتماع الطبي وعلماء الأوبئة، تتمثل في الاختلافات العمرية والجنسية والانتماء العرقي، والطبقة الاجتماعية والسلوك الفردي والبيئة الطبيعية، فكل هذه المتغيرات من العوامل التي تلعب دورا هاما في توزيع وانتشار مختلف الأمراض فعمل علماء الوبائيات (دراسة الأمراض المعدية وغير المعدية) يتراوح بين البحث والتفتيش والتحري لدراسة التصميمات وجمع وتحليل البيانات، بما في ذلك تطوير النماذج الإحصائية لاختبار الفرضيات، وتوثيق النتائج لتقديمها إلى دوريات مراجعة النظراء.

يدرس علماء الوبائيات كذلك التفاعل بين الأمراض في عدد من السكان، وهي حالة تُعرف باسم الترافق بين المرض والمجتمع حيث يعتمد علماء الوبائيات على عدد من التخصصات العلمية الأخرى مثل علم الأحياء (من أجل فهم طرق الأمراض بشكل أفضل)، والإحصائيات الحيوية (المعلومات الأولية المتوفرة)، وعلم المعلومات الجغرافية (لتخزين البيانات ووضع خرائط لأنماط الأمراض التي يمكن ان تنتشر في مناطق دون أخرى) والعلوم الاجتماعية (من أجل معرفة نوع الثقافة والعادات الموجودة في منطقة العدوى للتمكن من فهم عوامل الخطر الآنية والبعيدة بصورة أفضل).

إن انتشار مرض معد يعد ظاهرة تحدث على مستوى سكاني معين ومحدد، إلا أن القرارات بمنع أو معالجة مرض ما تتم بشكل نموذجي من خلال أفراد قد يغيرون من سلوكياتهم خلال الوباء، خصوصا إن كان إدراكهم للمخاطرة يتغير اعتماداً على المعلومات المتاحة لديهم عن الوبائيات، فإن قراراتهم حينها سيكون لها تبعات على المستوى السكاني.

يتطلب الحد من انتشار مرض ما على المستوى السكاني تغييراً في السلوك الفردي لدى الأفراد، والذي بدوره يعتمد على ماهية المعلومات التي يمتلكها الأفراد عن مستوى المخاطرة، فعندما تكون المخاطرة منخفضة فإن الناس يميلون لإهمالها، لكن عندما تكون المخاطرة عالية، فلأفراد يميلون أكثر لإتخاذ اجراءات وقائية، فكلما زادت انتقالية العامل الممرض، فإن الحافز الشخصي لاستثمارات السيطرة عليه يصبح أكبر، والعكس أيضاً صحيح وكمثال على ذلك الفترة التي انتشر فيها مرض انفلونزا الخنازير في الجزائر عام 2009، أصبح الناس يحتاطون منه كل حسب تفكيره وامكانياته هذا على مستوى الأفراد، أما على مستوى الدولة فلقد جندت كل مصلحتها لحماية المواطن والاهتمام به بطريقة جدية، وكان لزاماً على الأطباء أخذ كل الحالات التي تمر للمعاينة محمل الجد إلى أن يتبين العكس (أي عدم إصابتهم بالمرض)، كما قامت وزارة الصحة بجلب الاعداد الكبيرة من التلقيحات الخاصة بهذا المرض.

4- مراحل تطور المرض:

المرض ظاهرة عامة تؤثر في كل الناس أينما كانوا وحيثما وجدوا، ولكن ليس بنفس الدرجة أو في نفس الاتجاه، وتمثل الدراسة التي توضح الكيفية التي تؤثر بها الأمراض في الجماعات الإنسانية، والطرق التي تستجيب بها هذه الجماعات للمرض، ميدانا حيويًا وهامًا لتطبيق المعرفة السوسولوجية وأساليب البحث الإجتماعي.

ان الاعتراف بالاصابة بالمرض وتوزيعه في المجتمع، والنظرة الثقافية له وطرق المحافظة على الصحة والأدوار والقيم والاتجاهات، التي تنمو في إطار التنظيم الإجتماعي لمراكز العلاج، والتسهيلات اللازمة لتوفيره تدخل في إطار اهتمامات علم الاجتماع.

تختلف استجابة الجماعات للمرض باختلاف الثقافات، فنجد أن كل فئة من هذه الفئات لديها استجابة خاصة بها، كأن ينظر الفرد لبعض الأنواع من الأمراض على أنها مس من الجن، وينظر إلى أخرى على أنها عين وحسد، وتتنظر جماعة غيرها للمرض على انه ابتلاء من الله عز وجل، أو كأن ينفي المريض كلية ويتجاهل الاعراض المرضية التي تصيبه فيكون رد فعل هؤلاء

مختلف حسب توجه كل فئة. يمر المرض كظاهرة بعدد من المراحل المتميزة منذ بداية ظهور الاعراض، مروراً بمراحل مزعجة ومتعبة ومؤلمة، ووصولاً في بعض الأحيان إلى الشفاء التام وفي أحيان أخرى إلى الشفاء الجزئي مع بقايا للتعقيدات التي مر بها، وفي أحياناً أخرى ينتهي المرض بنهاية الحياة أي الموت.

ان سعي المرضى لطلب الرعاية الصحية والعلاجية يتم حسب اعتقاد وتوجه هؤلاء (سواء كانت هذه الرعاية شعبية تقليدية أو طبية أكاديمية)، الذي يتوقف على طبيعة الاعراض في حد ذاتها، ذلك أن سلوك المريض هو نتاج مباشر للأعراض التي يشعر بها من حيث شدتها وصور المعاناة التي تسببها واستمرارها..... فكثيراً من الاعراض لا تترك مجالاً لاختيار المريض أو لعائلته والمقربون منه انما تحفزهم إلى السعي لطلب المساعدة والرعاية اللازمة " إن طبيعة الأعراض ذاتها هي أقوى متغير تفسيري لتعريفات المرض وللاتجاه نحو السعي من أجل طلب الرعاية الطبية"¹.

و قبل وصول المريض إلى مرحلة طلب الرعاية والمعالجة يمر بعدد من المراحل تتمثل فيما

يلي:

أ. ظهور الأعراض:

تنقسم إلى قسمين، قسم أول يتمثل في الإشارات الدالة على أعراض المرض والتي يمكن قياسها بالآلات الطبية، أما القسم الثاني فيتمثل فيما يشعر به المريض وما يشكو منه، وبما أنها ذاتية فهي تتأثر بالنزعة والمزاج والشخصية وانفعالات الفرد ولذا يصعب قياسها.

ويمكن إعتبارها مرحلة تنحرف فيها مهام بعض الاعضاء عن العمل المعتاد المنوط بها، كالغثش والحمى أو سوء الهضم أو آلام في عضو معين، أو تكون هذه الاعراض نفسية تتمثل في الانطواء أو البكاء من دون سبب ظاهر أو الحزن أو الامتناع الكلي عن الطعام، وأحياناً تتمثل في العنف الشديد والغضب الشديد الذي يلحظه أفراد الأسرة أو في مجال الدراسة أو العمل " حينما ينحرف شخص مريض عن التوقعات الإجتماعية المألوفة، فإن ذلك يزيد من معدل تركيز الآخرين

¹ محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي، دراسة دار المعارف الجامعية، مصر، 2004، ص 142 .

على سلوكه الإجتماعي، ويحفزهم إلى اتخاذ موقف منه وقد يتعدى التدخل نطاق الأسرة والأصدقاء في الحالات الحادة التي تنطوي على عنف ظاهر " ¹.

ب . الاحساس بالجدية وإدراك الخطورة:

وعي المريض والمحيطين به يلعب دورا مهما في إدراك خطورة الاعراض وجديتها، ويُقصد بها تقدير معدل الخطورة حاضرا ومستقبلا (كحالة الاورام مثلا)، فكلما كانت الاعراض غير مألوفة ويتعذر تفسيرها أو تفسر في طريق واحد فقط وهو الهلاك من قبل المصاب أو الآخرين فإن الاحساس بالجدية والخطورة في ارتفاع وبالتالي معدل البحث عن الرعاية والعلاج في ارتفاع كذلك، فمثلا احساس المرأة بوجود شيء غير معتاد في ثديها يؤدي بها إلى الهلع والخوف وبالتالي المعاينة تكون في القريب العاجل، وكل المحيطين بها يساندونها خوفا عليها من الهلاك، فالرؤية لهذا النوع من الإصابة تكون دوماً نحو الموت في حين الأمر ليس كذلك في احيان كثيرة.

ج . مدى التأثير في ممارسة النشاط الإجتماعي:

حين يتوهم الفرد أنه مريض أو حقا تتكرر الأعراض وتصبح عائقا للفرد وتمنعه من مواصلة نشاطه اليومي، أو تقلل من انتاجه المعتاد فإن استجابته لطلب الرعاية تكون سريعة أكثر من غيرها، سواء من طرف الآخرين أو الشخص نفسه فيتم الاتصال بالرعاية الطبية سواء التقليدية أو الحديثة.

د . الانتقال لتحكم الطبيب أو المعالج:

إذا اقتنع المريض من وجود المرض وأقبل على العلاج فإنه يقبل إتباع أوامر المعالج أو الطبيب ويتقبل العلاج الموصوف حلوه ومره، فالمريض الذي يمكن أن يتوقع الشفاء، سوف يعالج أو يبحث عن العلاج، ويكون أكثر استجابة وتفاعلا من المريض الذي يعاني من مرض مزمن المستحيل شفاءه، وأخر مرحلة هي مرحلة الشفاء أو حالة إعادة التأهيل وقرار التخلي عن دور المريض والتعامل بصورة أفضل مع الحياة.

¹ نفس المرجع، ص 142 .

هـ- تطور استراتيجيات المرض:

يرى علماء النفس أثناء تشخيص المرض انه إضافة للعوامل الإجتماعية والعرقية والثقافية هناك العوامل الذاتية للمريض الذي قد يستخدم ظروفه كحيلة علاجية وأن للمرض قيمة ايجابية وسلبية بالنسبة له، لقد أمد تالكوت بارسنز¹ نموذج دور المريض، الذي استخدمه الكثير من علماء النفس، بالرغم من أن المرض اضطراب في الوظيفة العادية للفرد، إلا أنه يتضمن كل من الحالة الجسمية كالجهاز البيولوجي وشخصيته وتوافقه الإجتماعي.

رأى فبارسونز أن المرض شكل من السلوك الانحرافي الذي يمد أو يزود بتصديق إجتماعي، وطريقة تنظيمه للانسحاب من المتطلبات وضغوط الحياة اليومية، تليها شرعية لهدفه لشغل دور المريض، وعليه فللمريض حقين أساسيين هما: الإعفاء من مسؤوليات دوره الإجتماعي العادي والرعاية حتى يشفى، وفي نفس الوقت عليه واجبين رئيسيين هما:

أ- معرفة دور المريض يمثل شيء غير مرغوب فيه، وشعوره مكروه، ولذا عليه أن يبذل كل ما في وسعه ليكون أفضل ما يمكن وبأقصى سرعة.

ب- البحث عن المساعدة المختصة سواء من عند الطبيب أو المعالج (الراقي . الساحر....) والتعاون معه للحصول على الأفضل.

ولكن هذا النموذج لا يطبق إلا على المرضى ذوا الأمراض الوقتية وليس المزمنا التي يستحيل شفاءها.

¹ محمد عباس ابراهيم، مرجع سابق، ص 311

المبحث الثاني: دراسة الصحة والمرض من منظور انتربولوجي - إجتماعي

ان الاهتمام بموضوع الصحة يعني العمل على تحسينها والبحث المستمر فيها للوصول بالأفراد إلى درجة عدم الإصابة بالامراض ودراسة هذان المفهومين المترادفان: الصحة - المرض تختلف حسب وجهات نظر دارسيها من انتربولوجيون وعلماء اجتماع وهذا ما سيتبين في ما يلي:

1-تعريف الانتربولوجيا والانتربولوجيا الطبية:

ان لفظة انتربولوجيا هي كلمة انجليزية مشتقة من الاصل اليوناني المكون من جزئين:

انثربوس ومعناه الانسان. Anthropos

لوجوس ومعناه علم. Logos

و بذلك يصبح معنى الانتربولوجيا من حيث اللفظ "علم الانسان"، أي العلم الذي يهتم بدراسة الإنسان وعليه تعرف الانتربولوجيا "بانها العلم الذي يدرس الإنسان من حيث هو كائن عضوي حي يعيش في مجتمع يسوده نظم وانساق إجتماعية في ظل ثقافة معينة ويقوم باعمال متعددة ويسلك سلوكا محددًا وهو أيضاً العلم الذي يدرس الحياة البدائية والحياة الحديثة المعاصرة ويحاول التنبؤ بمستقبل الإنسان معتمداً على تطوره عبر التاريخ الإنساني"¹.

كما إن الانتربولوجيا لا تدرس الإنسان ككائن وحيد بذاته أو منعزل عن ابناء جنسه، انما تدرسه بوصفه كائناً إجتماعياً بطبعه يحيا في مجتمع معين له ميزاته الخاصة في مكان وزمان معينين².

أما الانتربولوجيا الطبية فهي تركز على دراسة اثر الثقافة على الصحة والمرض، وقد تزايد الاهتمام بهذا العلم بسبب ادراك ما للثقافة من دور وتأثير على قضايا الصحة والمرض من خلال نشأة الأمراض وتطورها وانتشارها بين الجماعات الإنسانية المنتمة للبيئات الجغرافية المختلفة،

¹ فيليب لاجورت تولرا وآخرون: انثولوجيا، انتربولوجيا، ترجمة: مصباح صمد نط1، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 2004، ص276.

² نفس المرجع، ص 278 .

وكذلك الوسائل والأساليب التي تعتمد عليها المجتمعات في مواجهة الأمراض والطرق المناسبة لنشر الطب الحديث في المجتمعات التقليدية وكيفية تحسينه وطرق تطويره¹.

كما تعرف الانثروبولوجيا الطبية بأنها التقاليد المتنوعة للعلاج والتداوي بما في ذلك المعالجون الطبيون وكذلك منهج وايديولوجية وفلسفة الأسباب والنتائج بالإضافة إلى دراسة التقاليد والموروثات أو السلوكيات الثقافية التي تؤدي إلى أو تنتقص من صحة الفرد والمجتمع، كما يندرج ضمن هذا التعريف مدى معرفتنا ورؤيتنا للعادات الغذائية والأعشاب الطبية بالنسبة لأسلافنا القدماء، وتمثل الانثروبولوجيا الطبية التطبيق لهذه المعرفة المقارنة².

تهتم الانثروبولوجيا الطبية بكيفية تفسير الأفراد في مختلف الثقافات والجماعات الإجتماعية لأسباب المرض وانواع العلاجات التي يعتقدون فيها وإلى من يرجعون إذا مرضوا وهي بذلك تهتم بمدى ارتباط هذه المعتقدات والممارسات بالتغيرات البيولوجية والفسولوجية التي تحدث في الكائن البشري في حالة الصحة والمرض³.

2- نشأة وتطور الانثروبولوجيا الطبية:

عرفت الانثروبولوجيا الطبية إزدهاراً معتبراً بعد الحرب العالمية الثانية، لما تدخلت لحل وفهم المشكلات الطبية، فبعد ان تناولت المحاولات الأولى لعلماء الانثروبولوجيا وصف المفاهيم الايتنولوجية والمعتقدات المرتبطة بالصحة والمرض والممارسات العلاجية في المجتمعات البسيطة، والتي شكلت محاور أساسية في الدراسات الايتنوغرافية منها دراسة "ريفرز" عام 1924، و"كليمنتس" عام 1932، ودراسة "ايفانز بريتشارد" عام 1937 ثم دراسة "جلين" عام 1948، أما الدراسة التي كانت نقطة الانطلاقة الحقيقية لعلم الانثروبولوجيا الطبية فكانت دراسة "كاوديل" عام 1953 التي كانت حول الانثروبولوجيا التطبيقية في مجال الطب والتي بينت أهمية الانثروبولوجيا

¹ علي محمد مكايي: الانثروبولوجيا الطبية، دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار النصر للتوزيع والنشر، جامعة القاهرة، بدون سنة،

ص 17.

² نجلاء عاطف خليل: علم الاجتماع الطبي، ثقافة الصحة والمرض، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، 2006، ص 145.

³ محمد عباس ابراهيم: الانثروبولوجيا الطبية، الاسكندرية ندار المعرفة الجامعية، 2005، ص ص 14، 15.

في المجال الطبي وكانت نقطة تحول للعديد من علماء الاجتماع والانتروبولوجيا للاهتمام بالبرامج الصحية والبحث الطبي والتعليم الطبي وغيرها.

وكانت الفترة الممتدة بين 1962- 1972 هي مرحلة ذهبية بالنسبة للابحاث الانتروبولوجية في المجال الطبي، إن ظهور هذا التخصص أوجد فرص مهنية عديدة خاصة لما أصبح الأطباء الإكلينيكيون غير راضين عن نتائج العلاج بسبب التفسير البيولوجي الإختزالي الذي أصبح السمة المميزة لمهنتهم، فكانت دعوة هؤلاء(الأطباء) للانتروبولوجيون من أجل التكاتف لإيجاد الحلول للمشكلات الصحية التي تكون أسبابها غير بيولوجية¹.

تهتم الانتروبولوجيا الطبية بدراسة المعتقدات الثقافية والممارسات الإجتماعية المرتبطة بمصدر وفهم إدارة الصحة والمرض، فهي لا تتناول الموضوعات المعنية بفهم الأسباب الشعبية للمرض بل تتضمن النظم الرسمية للرعاية الصحية المنتشرة عالمياً مثل الطب الاسري التقليدي، التطبيب الذاتي، المعالجون الشعبيون ممتني الطب البديل إلى آخره، وتعرف الانتروبوجيا الطبية: "علم الثقافة الحيوية الذي يهتم بالجوانب البيولوجية والإجتماعية والثقافية في السلوك البشري، وطرق وأساليب تفاعل هاته الجوانب خلال التاريخ الإنساني للتأثير في الصحة والمرض"²، وهذا يعني انها علم يهتم بثقافة الأفراد بإعتبارها أساس قيام الانتروبولوجيا والصحة والمرض بإعتبارهما أساس قيام علم الطب، فالعلاقة جد قوية بين الأطر الثقافية والجوانب الصحية، وهناك تأثير متبادل بين الحالة الصحية والمنظومة الصحية السائدة في المجتمع، وقد تتعدد الأنماط الثقافية وتختلف مكونات المنظومة القيمية داخل المجتمع الواحد وتتباين بين البيئة الريفية والحياة القروية وكذا الحياة الحضرية في المدن خاصة في المجتمعات النامية، فالنمط الثقافي داخل كل بيئة من البيئات السابقة له دور في صناعة رؤى وتمثيلات حول الحالة أو الجانب الصحي، ولا شك ان أي برنامج صحي يسعى لتطوير الأنماط الثقافية وفق ما يتناسب وطبيعة البناء الإجتماعي، وبالتالي الثقافة التقليدية ولا بد من الإستغلال السليم لهذه الأنماط، ذلك انها تشكل عادات وقيم الأفراد منذ نشأتهم، كما يستلزم على أي تخطيط للرعاية الصحية النظر إلى طبيعة حياة أي جماعة أو مجتمع من

¹ نفس المرجع، ص 25.

² مصطفى عوض ابراهيم وآخرون: الانتروبولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2005، ص 16.

جانب بساطتها وتعقيدها وقياس مستواها الإقتصادي ومعرفة درجة الوعي الصحي المنتشرة بين الأفراد.

تهتم الأنثروبولوجيا الطبية بمفهوم الصحة الشاملة والطب في الثقافات الإنسانية، وتستكشف كل تعقيدات الفرد كونه حيوان إجتماعي كما تدرس أيضاً الآثار المترتبة على مرض وصحة الأفراد وأيضا نشأة ممارسات الطب أو الشفاء التي ظهرت في الثقافات المختلفة على مر القرون، والهدف النهائي هو تحسين صحة المجتمع ككل، والوقاية من الأمراض بجميع أشكالها، من خلال التدابير التي تعالج الأسباب عميقة الجذور لذلك نجد ان المتخصص في الانثروبولوجيا الطبية يعاني في حرصه على الموضوعية والحيادية معاناة المحلل النفسي داخل العيادة النفسية وكلاهما يبذل الجهد من أجل الحصول على المعلومات التي تساعد في الكشف عن المرض والعلاج¹، وبما إن الانثروبولوجيا هي علم دراسة الإنسان طبيعياً وإجتماعياً وحضارياً فإن مجالات وأهداف الانثروبولوجيا الطبية متعددة ويهتم جميعها بصحة الأفراد وكيفية إيجاد أفضل بيئة للحصول على القدر المنشود من الصحة والعافية.

1-الأهداف التي يحرص الباحث في الانثروبولوجيا الطبية تحقيقها:

- 1)-زيادة وتعميق الوعي لدى الانثروبولوجيين والباحثين في مجال التخطيط للرعاية الصحية بأهمية إيجاد مستوى للتفاهم ونقطة تلاقي بين مقدمي الرعاية الصحية ومتلقيها خاصة في الثقافات المنغلقة التي لا تقبل التغيير بسرعة وان تقديم الرعاية يكون باحترام خصوصية تلك الجماعات.
- 2)-اضافة وتدعيم الابعاد النظرية والمنهجية التي يمكن بواسطتها دراسة وفهم نماذج الطب الحديث المتعددة، ونماذج وأنماط العلاج الشعبي السائد في المجتمعات المختلفة، ومدى كيفية تعامل الناس مع تلك النماذج السائدة سواء كان ذلك في المجتمعات السريعة أو البطيئة التغيير.
- 3)- يسعى الباحث الانثروبولوجي الطبي إلى جمع أكبر قدر من التفسيرات والتحليلات والقناعات ذات الصلة المباشرة بالممارسات الطبية الأكاديمية وممارسات العلاج الشعبي وهي في حد ذاتها إسهامات جديدة يجب أن يقوم بها علماء علم الإجتماع في المجالات الطبية الإجتماعية، والسبب في ذلك ان الكثير من الممارسات الطبية الأكاديمية ضرورية واساسية لصحة الأفراد تحتاج

¹ نفس المرجع، ص 42.

إلى من يوصلها اليهم بطريقة ذكية دون أن تتلقى أي رفض أو نفور وهذا لا يتوفر إلا في الانثروبولوجيون المدربين الذين يملكون المعلومة الطبية الصحيحة ويملكون المعرفة بسلوك الأفراد الذين يتلقون تلك المساعدة.

(4)-تسعى الانثروبولوجيا الطبية إلى تحديد مجال عملها المبكر من خلال عمليات التخطيط الصحي والعلاجي في بعض المجتمعات والثقافات اتجاه الصحة والمرض، والعلاج الشعبي بشكله الطبيعي والغبيبي والفهم الحقيقي لأسباب المرض والاعتلال.

(5)-تهدف الانثروبولوجيا إلى تقويم بعض مخططات الرعاية الصحية التي لا تتماشى مع خصوصية بعض المجتمعات، والعمل على تقديم أكبر قدر من المعلومات عن سلوك الأفراد وامكانياتهم المعيشية، ووصف دقيق لمحال سكانهم وطرق عيشهم، لمخططي الرعاية الصحية حتى تعود الخدمة المقدمة بالنتيجة المرجوة منها.

ب-مجالات الانثروبولوجيا الطبية:

(1)-علم البيئة وعلم الأوبئة:

ان علاقة الإنسان بالبيئة لها دور كبير في وجود أو عدم وجود المرض وتأثير الثقافة على حدود المرض في الانساق الايكولوجية تتجلى في الكثير من مظاهر السلوك التي توجه الثقافة السائدة فالمدخل البيئي يهتم بالنظرة الشاملة للعلاقات المتبادلة بين الكائنات الحية وبين بيئتها... يرجع الافتقار إلى المعرفة بانواع الأمراض والابئة الفتاكة التي تحصد العديد من الارواح البشرية عبر التاريخ الإجتماعي للمجموعات الاثنية إلى عدم اطلاع الفرق الطبية والصحية عن كثر عن البنى الثقافية والإجتماعية التي تحكم المواقف المربكة أحيانا لنظريات الصحة السائدة بين السكان المعنيين. فالإكتفاء بالمعرفة " العلمية " للطب الأكاديمي وحده لا تكفي للإحاطة بهذه الأسباب.

ان مجرد الاختلال في الانظمة البيئية والديموغرافية والثقافية والإقتصادية يعرض الأفراد إلى اختلال صحي لا محالة، وبالتالي تجد الأمراض المختلفة البيئة المناسبة للظهور أو إعادة الظهور. وهذا هو ما يسمى بالمنهجية الانثروبولوجية في تشخيص الأوبئة والامراض الفتاكة بمعنى، التوفيق بين تصورات الخبراء والمجتمعات المعنية.

فالمدخل الايكولوجي يهتم بالنظرة الشاملة للعلاقات المتبادلة بين الكائنات الحية وبين بيئتها، كما يهتم بالآثار المتعددة للأفعال الإنسانية التي تغير العلاقة بين الناس وبين بيئتهم، أما علم الوبائيات فيركز على أصل المرض واسبابه ووسائل انتشاره أكثر من تركيزه على توزيع المرض، وتساعد العوامل الثقافية والإجتماعية على معرفة أسباب الأمراض وتوزيعها بين السكان، وتأثيرها على علاقتهم بالبيئة والطبيعة واهم هذه العوامل:

-الاختلافات العمرية

-الاختلافات النوعية

-الاختلافات المهنية

-اختلافات المكانة والعرق

-اختلافات المجتمعات المحلية.

إن الدراسات الانثروبولوجية اعدت لمعرفة كيفية ومستويات وعي الناس بصحتهم اليومية وممارستهم لها، إنطلاقاً من استخراج المعلومات المتعلقة بنظام الرموز المستخدمة لوصف المفاهيم والقيم في مجموعة بشرية معينة والهدف من ذلك إعداد رسائل للتوعية موجهة للمرضى ولذويهم.

2- العلاج (الطب) الشعبي فرع من فروع الانثروبولوجيا الطبية:

يعد العلاج الشعبي فرعاً من فروع الانثروبولوجيا الطبية وهو وليد الاهتمام من جانب الانثروبولوجيون بالانساق التقليدية للشعوب، وقد أعطى علماء الانثروبولوجيا اسماً رسمياً للطب الشعبي وجعلوه جزءاً من تخصصهم ومعظم مقالاتهم تتناول جماعات مثل 'النفاهو' 'الاباش'، 'السوليتك' و'البيلاجا' في امريكا و'هنود غواتيمالا' وغيرهم من المجتمعات القبلية البدائية¹. لقد ارتبط مفهوم الطب الشعبي في المجتمعات البدائية على إختلاف دياناتها بالسحر والشعوذة بالرغم من التوفيق في الكثير من الأحيان إلى الوصول إلى المعالجة الطبيعية بإستعمال الأعشاب أو المعادن أو الصخور أو المياه وفي مرات عديدة إستعمال بقايا من الحيوانات أو الحشرات أو الطيور، وحتى ألوان لقطع قماشية معينة.

¹ ليس اسكندر بشاي: الاتجاهات الحديثة في دراسة الطب الشعبي التقليدي، من كتاب علم الإجتماع الطبي، تأليف محمد

الجهوري واخرون، ط 1، دار المسيرة، عمان 2008، ص 77 .

يجب الإشارة إلى أن بعض العلماء ميز بين نوعين من فروع الطب الشعبي: الفرع الأول منه: هو الطب الشعبي الطبيعي ويسمى بالطب الشعبي النباتي أو العشبي والتي يلجا فيها الإنسان إلى استخدام الاعشاب والنباتات والمعادن في علاج امراضه. الفرع الثاني: فهو الطب الشعبي الديني السحري أو ما يعرف أحيانا بالطب الغامض أو النظرة ما قبل العلمية.

والعلاج الشعبي هو: "نوع من المأثورات الشعبية الذي يعتمد على تراكم خبرات متوارثة يتداولها الناس بالملاحظة والتقليد، ويضم الأمراض التي تحدث بفعل العين والحسد، والقوى غير المنظورة، وكيفية التخلص منها، وهو فرع من فروع العادات والمعتقدات، وهو شكل من أشكال التفكير الفلكلوري وهو بقايا انتقلت مع الإنسان من البدائية إلى الحضارة واستمرت عبر الزمن"¹. فالنظرة للمرض تختلف باختلاف الثقافات وعلاجه يعتمد على تحديدات المجتمعات والحقائق الإجتماعية أكثر من اعتمادها على الحقائق الموضوعية، وبالتالي للمرض مفهوم ثقافي يختلف من مجتمع لآخر، ولكل ثقافة تفسيراتها ومعتقداتها الخاصة بها.

تحدد الثقافة للمريض تقييمه وتصور لحالته المرضية وردود أفعاله التالية تجاه المرض فهو أما يذهب ليشكي أمه للطبيب أو يفضل أن يقوم بذلك عند الراقي أو المشعوذ أو المعالج المحلي أو يتجاهل تماماً أعراض مرضه.

تضفي كل فئة من هاته الفئات الطابع الديني على الممارسات العلاجية الشعبية مقرونة بالسحر والطلسمات، فنلاحظ براعة الهنود الحمر في علاج الكثير من الأمراض كالتسمم والحروق والإصابات البليغة، عن طريق إستعمال المستحضرات العشبية والصخرية والترابية، وكذا إستعمال بعض بقايا الطيور والزواحف، وهذه المعالجة تكون مقرونة أو لا تتم إلا وفق تهيئة جو معين ووفق تلاوات معينة أو رقصات حول نار موقدة ولا يتم كل هذا إلا مع ارتداء ملابس معينة سواء كان بالنسبة للمعالج أو المعالج، وهكذا ارتبط نجاح العلاج بإستعمال هذه التعاويذ والصلوات حسب إيمانهم طبعا.

¹ نفس المرجع السابق، ص ص 78-79 .

كما نجد أن الطب الصيني القديم برع أهله في إستعمال المستحضرات العشبية والمعدنية والصخرية والترابية في علاج الكثير من الأمراض وإستعمال الوخز بالإبر لعلاج أمراض القلب والأعصاب والصرع ولكن هذا الإستعمال لا يتم إلا في ظروف سحرية وروحية معينة، كإستعمال البخور وإشعال النار وغيرها، فبالرغم من نجاعة هذا العلاج (الوخز بالإبر) وإستعماله بكثرة في أوقاتنا الحالية منفردا وهو ناجح دون ادني شك لكن تأثير السحر والشعوذة على تفكير هؤلاء الأفراد في حقبة زمنية معينة جعل الأمران متلازمان (الطب الشعبي والسحر) لمدة طويلة من الزمن.

" لقد اكدت دراسة انتربولوجية عن الطب الشعبي في الريف العربي على أن الطب الشعبي جزء من المعارف الشعبية التي تكونت عبر ازمة طويلة واستمرت بسبب ارتباطها بالطبيعة وبظروف إجتماعية، وهو نوع من التداوي يقوم به محترفين أو غير محترفين يستخدمون النباتات وبعضا من اجزاء الحيوانات والدهانات " ¹.

ارتبط العلاج الشعبي في كل المجتمعات البدائية: المسيحية والبوذية واليهودية بالسحر والشعوذة وذلك على إعتبار أن الإصابة بالمرض مس من الجن وعقاب من الالهة ولا يتم التخلص منه إلا إذا تقرب المريض من آلهته لطلب السماح والعافية ولا يتم ذلك إلا إذا صلى كل مريض من هذه الفئات صلاته ودعاه واستعمل طقوسه، فربما يكون المرض متماثل عند مختلف الفئات والعلاج كذلك لكن الاضافات السحرية لهذا العلاج هي التي تختلف فكل شعب صلاته ولكل تلاوته ولكل اعتقاده، فتقييم المريض لما أصابه أمر مرتبط بالخلفية الثقافية والإجتماعية له (المريض).

3 - العلاج الشعبي من وجهة نظر علم الإجتماع وعلم الإجتماع الطبي:

أ- العلاج (الطب) الشعبي من منظور علماء اجتماع:

الطب الشعبي في جميع المجتمعات عنصر مهم من عناصر الثقافة وذلك لما له من أهمية كبيرة على أفراد المجتمع، فهو موروث ثقافي كغيره من الموروثات كاللغة والعادات والقيم والدين، وبغض النظر عما يحويه هذا الموروث من خبايا (محاسن ومساوئ) إلا أن نظرة البعض

¹ نجلاء عاطف خليل: في علم الإجتماع الطبي، ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الانجلا المصرية، القاهرة، عام 2006، ص 262

من الأفراد إليه لا تتغير حيث يمثل: " الطب الشعبي أحد جوانب القيم والمعرفة الثقافية إذ يُنظر إليه على انه نظام علاجي يبنى على أشكال وأساليب تقليدية من الممارسات والاعمال التي تقاوم المرض، ويختلف الطب الشعبي على الكثير من المعتقدات الشعبية فهو لا يندرج كله تحت الاشكال الوهمية كما انه ليس فكرا خرافيا أو غيبيا"¹.

وعلى هذا يتوجب على علماء الاجتماع دراسة هذا النوع من العلاج في اطاره البيئي والاجتماعي لترسخ جذوره في الاوساط الاجتماعية، فهو جزء من التراث الشعبي الذي يعد من أهم المعطيات الثقافية التي تحدد هوية الانسان، ماضيه وحاضره وتخطط لمستقبله فمعتقدات وممارسات الطب الشعبي تمثل نظاماً معرفياً لأسباب المرض وطرق علاجه، فهناك عادات وتقاليد طبية وشعبية مختلفة موجودة في كل المجتمعات والتي تشمل على مجالات دينية مثل التضرع والابتهالات من أجل العلاج.

تتفاوت نسب إستعمال العلاج الشعبي بتفاوت الطبقات الاجتماعية والمستويات الثقافية والإقتصادية، كل حسب درجة معرفته واعترافه به فمنهم من يستعمل الجزء الخاص بالأعشاب ومنهم من يستعمل الرقية لغرض الحلول النفسية كالقلق والخوف والاكنتاب ومنهم من يستعمل الجانب السحري منه.

والسحر لا يستعمل للعمل الشرير فقط وإنما يمكن إستعماله للعمل الخيري وهذا كله يتوقف على خلفية الأفراد والغرض من هذا الإستعمال، فالشخص المريض في هذه المجتمعات كثيرا ما يعتمد على التطبيب الذاتي في اولى ايام المرض وهذا التوجه ما هو إلا دليل على دراية هؤلاء بالعلاج وهذه الدراية لم تأتي من دراسة أو ابحاث وتجارب شخصية وإنما هو واقع متجذر في المجتمع وُرت من عند السلف.

إن الاستجابة للمرض تختلف من مريض لآخر كل حسب طبقاته الاجتماعية والثقافية، فالأشخاص الذين ينتمون إلى طبقات إجتماعية فقيرة قد لا يهرعون إلى المساعدة الطبية خاصة الأكاديمية منها إلا إذا اشتدت عليهم المعاناة والآلام واول ما يقصدونه يكون التطبيب الذاتي في الكثير من الأحيان ثم الاستشارة من ذوي الاختصاص في العلاج الشعبي وفي نهاية المطاف

¹ نجلاء عاطف خليل، مصدر سابق، ص ص 258-259 .

يتجهون إلى العلاج الأكاديمي وغالباً المجاني منه، وأسباب هذا التعطيل والتأخير يعود لأسباب كثيرة منها ثقافية أو اقتصادية، أما بالنسبة للمنتومون لطبقات إجتماعية راقية فانهم كثيراً ما يسرعون لطلب الرعاية الصحية عند أبسط الاصابات: "...إن الشخص الثاني حينما يشعر بالمرض لا يهتم أن تغيب عن عمله لرؤية الطبيب، أما الشخص الفقير فهو يرى أن ذهابه إلى الطبيب سيجعله يفقد يوم في عمله هو في حاجة اليه، كما أن هذه النوعية من المرضى غالباً ما تؤمن بالقدرية في المرض وهذا ما يجعلهم أقل اتجاهاً إلى استخدام الطب الوقائي حينما يمرضون"¹.

لقد رسخت في اذهان بعض الأفراد وجود الجن في المرضى الذي يكون سبباً في معاناة المريض وليس هناك سبيل في العلاج منه غير الاحجبة والتمايم التي تحميه، كما شاعت أيضاً عبارة التوكل، فكل الأمور " مكتوبة " ومرجعها إلى الغيب، وفي معظم الإصابات يقولون قضاء وقدر حتى وان كان معظم ما يصيبهم سببه الجهل وعدم المعالجة في الوقت المناسب بالرغم من أن عقيدة الطب عند الجزائريين كانت دينية وإجتماعية، فالدين كان يحث على معرفة الطب والوقاية من الامراض، ويحث على العلاج وحفظ الصحة - صحة الابدان - أما من الناحية الإجتماعية فالممارسات للطب والعلاج لم تتوقف أو تضعف وكانت على نوعين:

نوع علمي: قائم على التجربة والملاحظة واستخدام الوسائل المادية بطريقة عقلية.

ونوع خرافي: قائم على السحر والشعوذة وبعيدا كل البعد عن الدين والعلم.

ب- العلاج الشعبي من وجهة نظر علم الإجتماع الطبي:

إذا كان الطب يهتم بقضايا الصحة والمرض، وعلم الإجتماع يدرس البناء الإجتماعي، فإن علم الإجتماع الطبي إذن يمثل حلقة الوصل بين العلمين - الإجتماع والطب - بمعنى أنه يدرس قضايا الصحة والمرض في ضوء علاقتهما بالنظم الإجتماعية والإقتصادية والسياسية. فعلم الإجتماع الطبي هو الدراسة السوسولوجية لقضايا الصحة والمرض، وتناول المستشفى كنسق إجتماعي وثقافي، وفحص علاقة المريض بالقوى العاملة الطبية وبالمؤسسات العلاجية كما يحددها البناء الإجتماعي والوضع الطبقي.

¹ غريب سيد أحمد: دراسات في علم الإجتماع العائلي، دار المعرفة الجامعية، مصر، الاسكندرية، 1995، ص 209.

ومن موضوعات علم الاجتماع الطبي نجد أنه يدرس العوامل الإجتماعية للمرض، وعلاقة الطبيب بالمريض، والطبقة الإجتماعية والخدمات الصحية، والتنظيم الإجتماعي للمستشفى وأساليب الاتصال، والالتحاق بالعمل الطبي والدافعية، والتعليم الطبي وغيرها.

يهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة الصحة والمرض وعلاقتها بالبيئة التي يعيش فيها الأفراد، فالصلة وثيقة بين العوامل البيولوجية والتكوينية للإنسان والعوامل الإجتماعية والبيئية التي تحيط به والطبقة التي ينتمي إليها ويتم التفاعل بين كل هذه العناصر وفق نسق من المعايير والعادات والقيم.

يقول ديفيد ميكانيك: "علم الاجتماع الطبي هو العلم الذي يدرس العلاقة المتفاعلة بين المؤسسات الصحية وما يكتنفها من مهام وتقنيات وسياقات عمل في المجتمع، فكل جانب يعطي ويأخذ من الآخر"¹.

فعلم الاجتماع الطبي يدرس العلاقة المتفاعلة بين المجتمع والمؤسسة والجماعة الطبية حيث يقول تالكوت بارسونز: "علم الاجتماع الطبي هو العلم الذي يدرس الصلة بين المجتمع والمرض من حيث طبيعته واسبابه وآثاره وكيفية معالجته، وصلته بالمجتمع الذي يوجد فيه ويتطور في ظل ظروفه ومعطياته"².

كما يدرس العوامل الإجتماعية للمرض وعلاقة المعالج (الطبيب) بالمريض والطبقة الإجتماعية والخدمات الصحية والتنظيم الإجتماعي للمستشفى وغيرها، " فعلماء علم الاجتماع الطبي يميلون إلى التفسير الإجتماعي النفسي للمرض، ويرون أن المنهج الفيزيقي الصرف في تفسير وتحليل الأمراض منهج لا إنساني"³.

يمر الأفراد عادة بعدد من التجارب المرضية غير الرسمية، يستشيرون خلالها عددا من المحيطين بهم قبل الاتجاه إلى الاستفادة من الخدمة الصحية، وهذه الاستشارة تعد جزءا من المجتمع وتفرض شكلا معيناً على الاتجاه نحو طلب نوعية الخدمة الصحية (الأكاديمية أو التقليدية).

¹ Mecanic David: Medical sociology ,New york , the free press ,7 th edition,1971,p,10 .

²,the free press,3rd edition,1989,p,11. Parsons,t,the social system Glencol

³ اسماعيل قيرة: التصورات الإجتماعية ومعاناة الفئات الدنيا، مصدر سابق، ص37

تتعارض المؤثرات الثقافية الخارجية في كثير من الأحيان في تعريفاتها لبعض الأمراض مع التعريفات الطبية الأكاديمية وهذا ما يدفع البعض من المرضى إلى الامتناع عن طلب الخدمة الطبية المتخصصة.

المبحث الثالث: جذور العلاج الشعبي وأنواعه الطبيعية والغيبية

1- نشأة وتطور العلاج الشعبي:

يعد العلاج الشعبي فرعاً من فروع الأنثروبولوجيا الطبية وهو وليد الاهتمام من قبل الأنثروبولوجيين بالانساق التقليدية للشعوب غير الغربية، وقد أعطى علماء الأنثروبولوجيا اسماً رسمياً للعلاج الشعبي وجعلوه جزءاً من تخصصهم، وعرف هذا العلاج التقليدي بـ: "تلك المعتقدات والممارسات المرتبطة بالمرض، والتي تنتج عن تطور التشخيص الثقافي البعيد عن الإطار التصوري للطب الحديث"¹.

يطلق على المعالجة الشعبية التقليدية -العلاج البدائي - أو -العلاج الفلكلوري- أو -العلاج التراثي- وفي أحياناً كثيرة يطلق عليه العلاج العربي أو المحمدي نسبة للنبي محمد عليه الصلاة والسلام، ولدى جميع المسميات ينقسم العلاج الشعبي إلى شقين رئيسيين هما العلاج الطبيعي والعلاج الروحاني النفسي، النوع الأول منه وهو العلاج الشعبي الطبيعي يعتمد على المعالجة المباشرة للعضو المريض عن طريق استعمال المواد العشبية العلاجية أو عن طريق استعمال المواد العضوية كالأسمدة واللبخات التي تستعمل في الجبائر أو عن طريق استعمال المواد الطبيعية كالمياه أو الحرق بالنار أو الدفن في الرمال الساخنة وغيرها.

أما الشق الثاني من العلاج الشعبي والمتمثل في العلاج الروحاني الذي يعتمد على الطقوس والصلوات وكذا استعمال التمام والأحجبة وغيرها، وهي لا تعالج العضو المريض مباشرة وإنما تعالج الجانب الروحي للشخص المصاب.

كان العلاج الشعبي الوسيلة الوحيدة للتداوي في الماضي يلجأ إليها الأفراد تلقائياً حين يصابون بالمرض، ويستعملونها بنفس الطريقة التي استعملها آباؤهم واجدادهم.

إن هناك مجموعة من المعارف الشعبية التي تدور حول الأجزاء المختلفة لجسم الإنسان، وهي جزء من المعتقدات الشعبية التي تشمل السحر والأولياء والاحلام والكائنات الطبيعية²، وأكدت دراسات أنثروبولوجية عن الطب الشعبي في الريف العربي، على أن المعارف العلاجية الشعبية جزء من المعارف الشعبية، التي تكونت عبر أزمان طويلة واستمرت بسبب ارتباطها بالطبيعة وبظروف

¹ اليس اسكندر بشاي: الاتجاهات الحديثة في دراسة الطب الشعبي التقليدي، من كتاب علم الاجتماع الطبي، تاليف محمد الجوهري وآخرون، طبعة 1، دار المسيرة، عمان 2008، ص 78.

² نفس المرجع، ص 81.

إجتماعية، وهي نوع من التداوي يقوم به محترفون وغير محترفين يستخدمون فيها خليط من النباتات وكذا اجزاء من الحيوانات والزواحف والحشرات.

كانت البدايات الأولى للطب الشعبي من خلال تلك المحاولات البدائية، التي تمثلت في استخدام بعض الطرق البسيطة التي توصل إليها الأفراد عن طريق التجربة والخطأ، للوقاية من الأمراض ومواجهتها عند الاصابة، وعلى الرغم من التقدم العلمي الكبير في مجال الطب الحديث فإن الطرق البدائية ما زالت تتعايش جنباً إلى جنب مع هذه الوسائل، وتاخذ بالطرق الشعبية في العلاج¹.

يعد العلاج البدائي المصدر الأول للعلاج الشعبي الذي كان يعتمد اساساً على الدين والسحر، كما كان يتضمن أيضاً استخداماً للاعشاب الطبية والمنتجات المعدنية، وان كل الأمراض كانت تعالج عند الكاهن أو الساحر الذي كان يرتبط اسمه بالطبيب كونه كفيلاً بمعالجة الأمراض أو تتم المعالجة عند الممارسين الشعبيين الذين لديهم القدرة على طرد الارواح الشريرة.

توضح الدراسات الحديثة ان اصول الطب القديم ترجع إلى معلومات دينية، وطب وخرافات امتزجت معا وكونت الطب البدائي الذي ما لبث أن تفرع إلى ثلاث فروع هي الطب الروحاني، والطب الديني، والطب الحقيقي، وهذا يؤكد أن المعرفة الطبية الشعبية كانت منتشرة بدرجة كبيرة بين الحضارات القديمة خاصة في مصر الفرعونية، ثم تتابعت مراحل تطورها خلال النهضة الإغريقية².

و خلال الفتوحات الإسلامية لمصر وبلاد فارس وما بين النهرين تأسست المدرسة الطبية الإسلامية في المشرق في اواخر القرن التاسع وحتى منتصف القرن الثالث عشر، والتي اشتهرت بأسماء علماء كبار كالرازي وابن سينا وابن النفيس والانطاكي، وتبعته المدرسة الإسلامية في بلاد المغرب من روادها الزهراوي وابن زهر وابن رشد، وذاع صيت الطب العربي الإسلامي أيام العباسيين وإيام الحضارة العربية في الاندلس، ومن السمات الواضحة في الطب الإسلامي تحرره

¹ مجموعة من اساتذة علم الاجتماع، دراسات في علم الاجتماع والانثروبولوجيا، دار المعارف بمصر، القاهرة، طبعة1، 1975، ص389.

² نجلاء عاطف خليل: في علم الاجتماع الطبي، ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الانجلوالمصرية، القاهرة 2006، ص 262 .

من مفاهيم السحر والجان وسيادة الجانب الروحي على ممارسته واحتوائه على جوانب شعبية واخرى علمية¹.

في بداية القرن التاسع عشر ومع تطور العلوم المختلفة من بينها علم الكيمياء، الذي تمكن من تحليل الاعشاب العلاجية والتوصل إلى استخراج الجزء الفعال فيها ومعرفة تركيبها، من هنا تحول إستعمال النبات العشبي بكامله في المعالجة إلى إستعمال اجزائه الفعالة فقط، وتم تقديمها بشكل اقراص أو مساحيق وكذا اشربة مستخلصة من الاجزاء النشطة في النباتات العشبية.

"تلون العلاج الشعبي في احدى مراحل بالسر والشعوذة والطقوس العقائدية المختلفة حتى وصل عبر مراحل التفكير الإنساني إلى ما هو عليه اليوم"².

يعد العلاج الشعبي في جميع المجتمعات الحديثة، المصدر الاساسي للطب البديل الذي انتشر بوتيرة متسارعة في الربع الأخير من القرن الحالي، كون العلاج الشعبي مرتبط بالمعتقدات الصحية العامة وغير الرسمية الموجودة في كل المجتمعات، فهو يرتبط بالأفراد داخل مجموعات عرقية معينة، وهناك مجموعات كبيرة من العلاجات الشعبية تنتشر بشكل كبير في معظم المجتمعات منها الوخز بالإبر الصينية والعلاجات الطبيعية وكذلك الممارسات والمعتقدات الدينية: " وعلى الرغم من الأهمية الكبيرة للعلاج الشعبي فإن أكثره يعد طباً غامضاً وغير مدرك بالنسبة للذين يعارضونه، وغالباً ما ينظر إليه على أن استخدامه مقصور على الفقراء وغير المتعلمين، غير أن حقيقة الأمر هي إن معظم الناس يستخدمون شكلاً من أشكال الطب الشعبي والذي يسمى بالعلاج المنزلي"³.

من خلال كل ما سبق يتجلى بوضوح أن المعالجة الشعبية تنقسم إلى قسمين رئيسيين وهما المعالجة الشعبية الطبيعية والمعالجة الشعبية الغيبية.

¹ نفس المرجع، ص268.

² عبد الرزاق صالح محمود: الطب الشعبي من منظور اطباء الطب الحديث، بحث منشور في مجلة دراسات موصلية، جامعة

الموصل، 2010.

³ نجلاء عاطف خليل، مصدر سابق، ص263.

2- المعالجة الشعبية الطبيعية:

وهي مجمل الطرق العلاجية الشعبية التي تعتمد على المعالجة الفعلية المباشرة للعضو المريض عن طريق استعمال مواد طبيعية، أو أجهزة اصطناعية تقليدية أو حديثة الصنع، شرط أن يكون الفعل أو العملية تقليدية بحتة أو اضيف لها بعض التعديل الذي يتماشى وتطور الحياة الإجتماعية الحاضرة من بين هذه المعالجات نذكر:

أ- العلاج بالحجامة:

لقد تم التطرق لهذا الموضوع في فصل الطب النبوي ولكن تجدر الإشارة هنا إلى انه حالياً نشهد عودة واسعة النطاق إلى ممارسة الحجامة لعلاج الكثير من الأمراض، إذ يعتبر العلاج بإستخدام الحجامة من أكثر الطرق العلاجية قدماً، حيث استخدمت من قبل مختلف الشعوب القديمة وعلى نطاق واسع. كان الأطباء العرب اول من استخدم هذه الطريقة العلاجية، فقد تكلم الرازي وبالتفصيل عن هذا الموضوع وخصص فصلاً كاملاً لها، وبين فوائدها، وطرائق تطبيقها، أما ابن سينا فقد أوضح أن للحجامة بالشرط فوائد ثلاثاً: أولاًها الإستفراغ من نفس العضو، وثانيها استنقاء جوهر الروح من غير استفراغ تابع لاستفراغ ما يستفرغ من الأخلط، وثالثها تركها التعرض للاستفراغ من الأعضاء الرئيسية، وقد بين ابن سينا في نهاية الفصل أنه لا يجوز تطبيق الحجامة على من هم دون السننتين وفوق الستين من العمر، في حين قسم الزهراوي الحجامة إلى قسمين أساسيين: الحجامة بالشرط والحجامة الجافة، والأخيرة تستخدم في الأعضاء التي لا تحتل الشرط عليها كالکبد والطحال والثديين والبطن والسرة وموضع الكلى والورك، والغاية من إجرائها جذب الدم من عضو إلى عضو، وقد أوضح الزهراوي وبالرسم شكل المحاجم وبين طريقة تطبيقها .

ب- العلاج بالتدليك:

" التدليك يعد من أقدم الفنون العلاجية الذي استخدمه الصينيون والهندوس والفرس والمصريين القدامى، وكل نوع من أنواع التدليك يخص نوعاً معيناً من الامراض، لقد

أوصى أبو قراط بإستخدام نوع من الدعك والحك لعلاج مشاكل المفاصل والدورة الدموية¹.

يقوم بالتدليك أو المسد كما يسمى كذلك، المعالجون أو اشخاص لهم القدرة على التمييز بين الحالات المرضية، ومعرفة الأماكن التي يجب تدليكها والأماكن التي يجب تجنب الضغط عليها.

في المجتمع الجزائري كان التدليك ومازال شائعاً وعادة ما يقوم به أو تقوم به العجائز أو كبار السن من الرجال، وفي العلاج الشعبي يقال عن المدلك (رجل كان أو امرأة) ان يده فيها الشفاء لما لهذه العملية من تأثير حسن على الشخص المريض، فكثيراً ما يستعمل لعلاج العقم.

في الوقت الحاضر تتنوع عمليات التدليك التي تعتبر جزء من برامج إعادة التأهيل المعترف بها، ولقد أثبت المسد فاعليته في علاج الحالات المزمنة ومنها ألم الظهر التهاب المفاصل، الإجهاد، ضغط الدم المرتفع، مرض السكري، إنعدام المناعة وغيرها الكثير... وكما يشهد لمنافع التدليك أنه يساعد في تخفيف ضغط وتوتر الحياة اليومية اللذان قد يسببا الأمراض المختلفة.

ج- التجبير:

يعتبر التجبير من العمليات الطبية القديمة عند العرب وغير العرب، وقد إشتهر العديد من الرجال والنساء في معالجة الكسور والتجبير ومنهم من توارث المهنة أباً عن جد، ويطلق عليه في مجتمعاتنا العربية التجبير العربي، وهو علاج للكسور والمفاصل المنزلة عن مكانها.

وتتم هاته العملية بوضع خبطة معينة مكان الكسر، ويحاول المعالج تركيب العظام المكسورة، وربطها بإحكام دون تحريك لفترة معينة، وكذلك بالنسبة للمفاصل المنزلة،

¹ تاليف مجموعة من الأطباء الروس، ترجمة: بسام صبوح: معالجة الامراض بطاقة الجسم، دار الرضوان، حلب، سوريا، 2004،

مازالت هاته الطريقة متبعة في العديد من المناطق رغم توفر العلاج في القطاعات الصحية.

ولتثبيت العضو وجعله مستقيماً تستخدم قطع من الأخشاب الطولية المعتدلة القوام، لعمل قوائم الجبيرة، والتي لا بد أن تتناسب مع طول العظم المكسور ونوع الكسر، وهي غالباً ما تقطع من جذوع النخيل والأشجار وجريد النخيل هو الأكثر إستخداماً وتوافراً وفي الجزائر توجد شجرة تدعى بالعامية " النشماي " تؤخذ من سيقانها شرائط طولية تستعمل لربط الجبيرة ولمنع العضو المكسور من الحركة، فبعد تصلب الجبيرة تترك لمدة معينة غالباً ما تكون أسبوعين ثم تُنزع عند المجر الذي يقوم بغسل العضو المكسور بالماء الدافئ وإزالة بقايا الجبيرة فإذا ثبت للمجر إن العضو قد طاب طلب المجر من المريض عدم الإجهاد لأن العظم ما زال ضعيفاً وإذا ثبت العكس إعادة نفس العملية وهي التجبير وتركها لمدة أسبوعين أو أكثر حسب نوعية الكسر، وفي جميع الحالات يُطلب من الإنسان المريض (المكسور) تناول البيض والحليب خاصة حليب البقر والماعز لأنه مفيد للعظم.

والجبيرة المستعملة في الطب العربي تختلف حسب المناطق وغالباً ما يستخدم القمح اللين (الفرينة) مع البيض لصنع عجينة، ويجب الإشارة هنا ان المجر الشعبي لا يضع هذه الجبيرة مباشرة على جلد المريض وإنما يضعها على قطعة قماش رقيقة بيضاء أو قطعة قطن لتسهيل عملية نزعها ولتمكين الجلد من التنفس.

د- العلاج بالوخز بالإبر:

يتلقى مئات الملايين من الناس اليوم، العلاج بواسطة الوخز بالإبر الصينية، والعشرات منهم في خارج الصين أو دول شرق آسيا، ففي أوروبا وأميركا يتجاوز العدد سنوياً خمسة عشر مليون إنسان، الأمر الذي لا يمكن تجاهله من قبل الأطباء أو الأفراد إذ يمثل الوخز بالإبر جانباً هاماً من جوانب الطب التقليدي في شرق آسيا، ويعتمد على غرس إبر رفيعة في نقاط محددة من الجسم.

بني طب الوخز بالإبر على النظرية التي تقول إن هناك طاقة تسري في الجسم ضمن حزم معينة، وللمتعة بصحة جيدة فإن هذه الطاقة يجب أن تسري بطريقة انسيابية دون أي عوائق

وبتدفق متواصل" والخلل في الصحة كما تشير هذه النظرية يأتي من توقف أو ببطء تدفق الطاقة إلى أماكن معينة في الجسم، ولذا فإن كل وسائل طب شرق آسيا تركز في الممارسة العلاجية على تحسين تدفق الدم، ويلجأ المعالج بالإبر الصينية إلى إثارة مناطق في خطوط الطاقة وتوازن اندفاعها¹، يلجأ المعالج بالإبر إلى إثارة مناطق في خطوط الطاقة للمحافظة على الصحة ولعلاج الأمراض التي تتراوح بين البسيطة والأكيدة الشفاء كنزلات البرد والمستعصية والنادرة الشفاء كالسرطان، والمعلوم أن أهم التطبيقات العلاجية له اليوم هو التخفيف من الألم أياً كان موضعه أو سببه، وربما وجد المتلقي للعلاج أن الإبر العلاجية مؤلمة أو غير مؤلمة بحسب طريقة المعالج والنقاط التي يركز عليها في مناطق الجسم، وأيضاً حسب تعامله مع الإبرة ذاتها كأن يسخنها شيئاً قليلاً أو أن يدخلها بطريقة خفيفة تعتمد التدوير في الغرس داخل الجلد، وضمن منظومة العلاج الآسيوي الشرقي، فإن الوخز ربما يستخدم كوسيلة علاجية وحيدة لحالة ما، أو تضاف إليه وسائل أخرى كالأعشاب أو التدليك وغيره .

" تنظر كثير من هيئات الصحة العالمية كمنظمة الصحة العالمية، والمؤسسة القومية للصحة بالولايات المتحدة ومثيلاتها الأوروبية إلى الوخز بالإبر على أنه أحد وسائل طب شرق آسيا " ²، التي أثبتت جدواها في علاج بعض الأمراض لكن دون تعليل مقنع لآلية ذلك، فمنظمة الصحة العالمية تعترف بجدوى الوخز بالإبر في علاج حوالي أربعين حالة صحية تشمل اضطرابات الجهاز الهضمي والتنفسي والعصبي وغيرها، كما أن تقارير المؤسسة القومية للصحة تؤكد فائدته في التخفيف من الشعور بالغثيان بعد تناول جرعات العلاج الكيميائي في حالات السرطان، وتخفيف الألم بعد الولادة أو العمليات الجراحية أو عمليات علاج أو نزع الأسنان.

¹ انطوان وحيد نعيم، التداوي بوخز الإبر، دار الرضوان، حلب، سوريا، بدون سنة، ص18

² نفس المرجع ، ص22

3-العلاجات الشعبية الخرافية (الغيبية):

أ-العلاج بالسحر والدجل:

ان السحر هو الاعتقاد في أن القوى فوق طبيعية يمكن التحكم فيها لتحقيق رغبات بعض الأفراد، ويتطلب السحر القيام ببعض الشعائر والممارسات التي يقوم بها السحرة أو اشخاص عاديون من اعضاء المجتمع، لإثارة العواطف وتدمير الثروة والإصابة بالأمراض والوفاة، ويطلق على هذا النوع من السحر -السحر الاسود -" ويعتبر السحر تطبيق عملي للعبادة الدينية من أجل حل المشكلات الواقعية اليومية"¹.

عرف السحر منذ القدم وأعتبر ملاذ الأفراد للحصول على مبتغاهم في الحياة، وكان في غالب الأحيان وسيلة لإيجاد الراحة والشفاء من المرض، وكان المعالج الشعبي في حقيقته طبيباً ساحر أو كانت تسمية الكاهن الساحر عادة ما يُنسب إلى المسئولين الدينيين في العصور القديمة لاسيما كهنة مصر القديمة، لكن الكاهن بصفته ساحراً ظل باقياً في الديانات التوحيدية التي ظهرت في وقت لاحق"² وقد سادت ممارسات السحر عموماً والسحر الاسود خصوصاً كثيراً في المجتمعات المختلفة سواء كانت عربية أو غربية وسواء كانت متقدمة أو متخلفة.

وإستعمال السحر يعتبر حل لمشكل صحي عضوي أو نفسي بإستعمال تعاويذ الساحر أو سياسي للحصول على النفوذ والقوة أو إجتماعي للحصول على المال والعمل والصفقات وغيرها، فمجال إستعمال السحر واسع ومتشعب وتختلف إستعمالاته من فئة إلى اخرى، ومن طبقة إلى أخرى إذ وجد لكل مشكلة ساحرها الذي يتقن خيوط اللعبة.

يقوم السحرة في بعض المجتمعات بارتكاب أبشع الجرائم في حق الأفراد من أجل الوصول إلى غاياتهم أو غايات من يدفع لهم، فعلى سبيل المثال فرضت تنزانيا حظراً على السحرة الذين يعملون بالطب في محاولة لوقف موجة متصاعدة من الهجمات وجرائم القتل ضد الأشخاص المهق* الذين تستخدم أعضاؤهم في أعمال السحر.

¹ اوين ديفيز . تر:رحاب صلاح الدين: السحر، مؤسسة هنداي للتعليم والثقافة، مصر، 2012، ص88.

² نفس المرجع، ص 91 .

* المهق داء سببه إنعدام افراز مادة الميلانين المسؤولة عن اللون الخاص لجسم الانسان.

تسود بعض المجتمعات الأفريقية معتقدات خرافية تعتبر الدافع لمثل هذا التصرف الوحشي في حق تلك الفئة، ويتمثل هذا المعتقد أن المهق يتمتعون بقدرات سحرية، لا تتوفر في غيرهم لذلك يأتي الإقبال على أعضاء هؤلاء الأطفال لإستخدامها كخططات سحرية لجلب الحظّ والمال وعلاج الأمراض المستعصية وتقوية القدرات الجنسية، يعمل السحرة في تلك البلاد (السحر الأسود) على قتل هؤلاء الاشخاص وإستعمال اجزاء من أجسامهم بطحنها مع الأعشاب والجذور وماء البحر لعمل التعاويذ التي يزعمون أنها تجلب الحظ والثروة.

ب- العلاج بالقرابين والذبائح:

وهو إستعمال دم حيوانات أو طيور كقرابين للحصول على رضا الآلهة وهو معتقد قديم جداً عرف في المجتمعات البدائية، فكان الأفراد يعتمدون على هذا النوع من القران ليس للعلاج العضوي أو النفسي فقط وإنما لعلاج الكوارث الطبيعية كالجفاف أو الفيضانات أو الحرائق وغيرها، فأشتهرت كل حضارة بقران معين يتراوح بين فتاة جميلة ترمى في النيل ليكون موسم الفلاحة وفيراً، وهو ما عرفته الفترة الفرعونية، أو يتمثل في ثور ضخم أو يتمثل في ذبائح عادية كالغنم أو الماعز أو الجمال، وفي حالات العلاج الفردي يمكن ان يتوقف الأمر على ذبح ديك أو دجاجة يطالب بها المعالج الشعبي مريضه بشكل معين أو حجم أو لون معينين، وهذا النوع من المعالجة يسمى في المجتمع الجزائري النشرة (سيذكر لاحقاً).

ج- العلاج بالرقى والتمايم:

العلاج بالرقى والتمايم موجود منذ وجد الإنسان البدائي، ومنذ كان يرجع كل مرض إلى قوى غيبية، وإلى وجود قوى شريرة تريد الثأر والانتقام من الأفراد لغرض ما أو سبب ما، فنشأ وتولد في تفكيرهم تقديم القرابين لآلهتهم أو القيام بطقوس معينة كالرقصات والابتهالات وغيرها، فقد كان عرب الجاهلية يعتقدون في الجن ويخافونها، ويرهبونها ويعتقدون أن لها أماكن في البوادي والأماكن المهجورة.

والرقية المقبولة عامة هي الرقية التي يذكر فيها آيات الكتب المقدسة، كالإنجيل والتوراة وبالنسبة للرقية الشرعية في الإسلام، هي التي جاءت في السنة النبوية والتي تعتمد أساساً على قراءة القرآن، وهي كغيرها من المعالجات لها شروطها وليس بإمكان أي كان القيام بها، أما التمايم فهي من أعمال الجاهلية الأولى والتي ما زالت سائدة إلى يومنا وتتمثل في إستعمال خرزة أو حجاب يوضع فيه بعض من الأمور السحرية أو الأحجار أو التربة أو قطع من الحشرات المجففة (الجراد، الحرياء)، يعلقه المريض على رقبتة لتحميه من الشرور والأمراض " كان الناس يعلقون التمايم التي تصنع على شكل عقارب وتصنع من الحرز على الجسم وفوق مداخل البيوت لإبعاد العقارب الأخرى والعين الحاسدة " ¹ وهذا النوع ليس خاصاً بالمجتمعات العربية فقط وإنما يوجد عند جميع الشعوب كالهنود والبوذيين والأفارقة وغيرهم وأكثرها إنتشاراً عند الشعوب التي تستعمل السحر بكثرة كما هو الحال عند الأفارقة والهندوس.

¹ نفس المرجع، ص 87 .

خلاصة الفصل:

تتعدد العلاجات وتختلف الفلسفات الصحية حسب إختلاف المجتمعات وفي المجتمعات ذاتها حسب إختلاف المناطق التي تنتمي إليها، فكل منطقة لها عاداتها العلاجية ومستحضراتها الخاصة بها فمنها من إشتهر بالعلاج بالأعشاب ومنها من إشتهر بالعلاج بالإبر ومنها من يستعمل اليد في العلاج بالتدليك ومنها من يستعمل العلاج بالطاقة ومنها من يستعمل العلاج بالماء عن طريق الحمامات ومنها من يستعمل التمايم والبخور أي العلاج بالروائح ومنها من يستعمل الحجامه ومنها من يستعمل الكلمة وهكذا.

إن العلاجين الشعبي والبديل يعرفان في الوقت الحالي عودة قوية في المجتمعات المختلفة، دون تمييز بين المتقدم منها والمتخلف، إذ أصبح اللجوء إليها أمراً حتماً خاصة لأولئك الذين إستعصى شفاءهم وعجز الطب الحديث عن مداواتهم، وما زاد ذلك ترسخا في المجتمعات هو إمتزاج العلاجات الشعبية مع بعضها بسبب العولمة التي جعلت من العالم قرية صغيرة، واجتهاد بعض المهتمين بتعلم وممارسة كل أنواع المداواة، جعلهم يتبنون طرق جديدة أثبتت نجاعتها كالتداوي بعسل النحل والدفن في الرمال الساخنة وإستعمال اللبخات العشبية على كامل الجسم وإستعمال الزيوت الطيارة والأبخرة وغيرها.

الفصل الثالث:

الطبخ عبر العصور

تمهيد

المبحث الأول: لمحة تاريخية عن صناعة الطب

تمهيد

1- الطب منذ العصور القديمة

ز- الطب السومري والبابلي

ح- الطب المصري (الفرعوني)

ط- الطب الهندي

ي- الطب الصيني

ك- الطب الانغريزي

ل- الطب العربي قبل الإسلام

2- الطب الإسلامي

ب- ذكر المرض في القرآن الكريم

ب- ذكر العلاج في القرآن الكريم

ج- ذكر المرض في السنة النبوية

د- ذكر العلاج في السنة النبوية

هـ- شروط المعالجة في القرآن والسنة

المبحث الثاني: العلاج النبوي

1- العلاج بالأدوية الالاهية

2- العلاج بالأدوية الطبيعية

3- التوعية الصحية التي جاء بها الرسول محمد (ص)

تمهيد:

قدر الألم للإنسان من مهده، " لقد خلقنا الإنسان في كبد " سورة البلد - الآية 03، ومع الكبد تقفن الإنسان في البحث عن العلاج منذ التأوهات الأولى التي تأوه بها أسلافه، وينقل التاريخ الموعغل في القدم أن أول من مارس الطب هو سيدنا آدم عليه السلام، عندما ساعد حواء في أثناء وضعها، وعمل جاهدا لمعرفة الأسرار التي كانت تحيط به في المكان الذي أوجد فيه بقدره رب العالمين، فكان أن علمه تعالى أسرار الكون بما في ذلك ما يضره وما ينفعه للحفاظ على البقاء هو وزوجته ومن بعد ذلك ذريته.

كان ومازال لكل شعب طبه ولكل طب لون وخواص، تتغير وتضطبع بميول ذلك الشعب المنحدرة في إتجاهات علمية أو سحرية، أو علمية - سحرية في نفس الوقت، كل حسب فلسفته ونظرته إلى المجتمع الذي يعيش ضمنه.

المبحث الأول: لمحة عن تاريخ الطب

تعد معرفة الإنسان بالطب قديمة قدم البشرية، ولم تكن هذه الصناعة في زمن من الأزمان وليدة بيئة معينة، بل كانت وليد بيئات متعددة، وحاجة الفرد إلى التداوي ما هي إلا نزعة داخلية لما قد يلم به من ألم وأذى، وكانت دول الشرق كالصين والهند ومصر وبلاد الرافدين أكثر الدول التي إهتمت بالطب وشجعت العاملين فيه، وكان فيها طرق ووسائل طبية تتبع لمعالجة الحالات المرضية المختلفة وعلى اسس علمية سليمة إلى حد ما.

ومع ذلك لم يسلم الطب القديم من الخرافات والبدع كالشعوذة والسحر، وغالباً ما كان يلجأ الأفراد إلى تفسير الأمراض على أنها أرواحاً شريرة تصيبهم أو تنتقم منهم لذا كانوا يعتمدون على تقديم القران للآلهة أو تعليق التمام التي كان يقوم الساحر أو الكاهن بتحضيرها كونه (الكاهن) الوسيط بين الرب (الآلهة) وبين الأفراد.

1- الطب منذ العصور القديمة:

أ- الطب السومري والبابلي:

تعرف بلاد الرافدين انها اول مهد للحضارات القديمة فقد إشتهر السومريون في الصناعات الطبية المختلفة، فكانوا يتغلبون على الألم بإستعمال الماء أو النبات أو بالضغط على الشريانين السباتيين (يمران على جانبي الرقبة) وكانت هذه الطريقة متبعة عند ختان الأطفال حيث يمنع الضغط على الشريان مرور الدم إلى العضو وبالتالي يمنع مرور الألم والشعور به.

الا أن الطب السومري كان في معظم الأحيان مشوبا بالأباطيل والخرافات، حيث كان يجمع المعالجون بين التداوي بالأدوية الطبيعية وإستعمال التمام والتعاويد، وكان إيمانهم قويا أن الإصابة بالمرض سببها غضب وسخط الآلهة والتمتع بالقوة والصحة سببه رضاها.

أما الطب البابلي القديم¹ فقد برع في تصنيف الأمراض واعطى لكل مرض علاج سواء كان العلاج ماديا أو روحيا، والكثير من الأمراض التي كانت تعالج روحيا مثل الالام في العيون، أو مرض الرئتين أو اليرقان أو الروماتيزم وغيرها فكان علاجها إستعمال التعاويد والشعوذة، وقد أوضحت المخطوطات البابلية ان أسماء الأرواح الشريرة متعددة ومختلفة ولها قوى غير محدودة،

¹ مهني جزار: الطب البديل بين الماضي والحاضر، المكتبة العصرية، بيروت، 2010، ص 19.

ومن الطريف في العلاج الروحي البابلي، انه يتوجب على المريض ان يعترف بالذنب الذي اقترفه للكهنة البابليون بتفسير الطوالع على أساس تنبؤات مزعومة، وكان العلاج يتم على أساس تقديم القرابين واقامة الصلوة وإستعمال التعاويذ والطقوس السحرية للتخلص من المرض.

أما الإستعمال المادي للدوية فكانت متعددة عندهم منها إستعمالات الكبريت لعلاج البثور والاصابات الجلدية واستعملوا عرق السوس لعلاج السعال والاصابات الرئوية.

ب- الطب المصري (الفرعوني):

تعتبر مصر منبع العلوم الطبية في العالم بأسره، والدليل على ذلك أن العديد من الوصفات الطبية تحتوي العديد من أسماء النباتات والعقاقير، وأن بعض العقاقير التي كانت مستعملة في ذلك العهد قد تثبت فائدتها وعم إستعمالها في العصر الحاضر، "كان للطب في مصر الفرعونية شأن عظيم، وكان للأطباء في المجتمع المصري مكانة مرموقة، وليس أدل على ذلك أن ينسب التاريخ إلى ملوكهم هذه الصناعة الشريفة والبراعة فيها واستخراج أسرارها من الأرباب¹".

ويذكر "هيرودوت" في كلامه عن الطب المصري القديم " وفن الطب موزع بينهم توزيعاً مبنياً عن الحكمة، حتى أن كل طبيب كان يتعاطى فرعاً واحداً من فروع الطب لا أكثر، والأطباء هناك كثيرون جداً فمنهم للعيون ومنهم للرأس ومنهم للأسنان ومنهم لأمراض البطن وما يجاوره، ومنهم للأمراض الداخلية²، كما انفرد المصريون بتحنيط الجثث حتى يتسنى للروح العودة إلى جسدها يوم البعث إيماناً بالخلود³.

ومع أن التحنيط عملية دينية بحتة كانت تمارسها طائفة غير الأطباء فإنها أطلعت المصري القديم على الأعضاء الداخلية لأجهزة جسم كل من الإنسان والحيوان، وإذا كانت هذه العملية تقوم على أساس تجفيف الجثة وتنظيفها تماماً من المياه حتى لا تتحلل وتتعفن، فقد انعكس ذلك على الجراحة في تطهير الجروح من الصداً والتقيحات⁴.

¹ رحاب خضر عكاوي: الموجز في تاريخ الطب عند العرب، دار المعارف، لبنان، 1995، ص 11.

² نفس المرجع، ص 24.

³ محمود مرسي عبد الله: في فلسفة الطب، دار النهضة العربية، بيروت، 1994، ص 63.

⁴ نفس المرجع، ص 64.

ويشبه التحنيط في كثير من مراحلها عملية التشريح من فتح البطن، مع المحافظة على الأحشاء الداخلية دون تهتك، وبخاصة القلب الذي لا بد أن يبقى سليماً داخل الجسم ثم حياكة الجلد واستخدام المطهرات والأربطة واللغائف المشبعة بمواد حافظة، ولقد وصف عالم الآثار المحنط " أمهر ما ضمت في التاريخ ¹ .

ولقد مكنت عملية التحنيط أطباء مصر القديمة إكتساب خبرة واسعة في معرفة أحشاء الجسم الداخلية، مما زاد في تقدمهم في علوم الطب، ومن بين الأمراض التي أشاروا إليها وكتبوا عنها وذكروا لها وصفات علاجية: أمراض الكلى، التهاب المفاصل، الجدري، التهاب الزائدة الدودية، شلل الأطفال، أمراض العيون، أمراض العمود الفقري، كسور الأطراف والرقبة التي كانت لهم بها دراية واسعة، وعندما كانوا يعجزون عن علاج بعض الأمراض فكانوا يرجعونها إلى السحر والغيبيات ممثلة في الرقى والتمايم خاصة منها الأمراض النفسية والعصبية وكان الطبيب يختتم تقريره عن كل حالة تحت إحدى الأحكام الثلاثة: يمكن علاجه، غير مؤكد ولكنني سأحاول، حالة سيئة ولا يمكن علاجها.

ج- الطب الهندي:

كان أهل الهند ذوي حضارة غنية في فروع شتى من العلوم والمعارف والصناعات والحيل، ويرى المؤرخ "اليعقوبي": "أن الهند سبقوا غيرهم من أمم العالم المتحضرة في حقول علمية كثيرة ومن بينها المهن الصحية والمداواة ومعرفة العلاج والسموم وصناعة الجراحة والكيمياء ² . ومن المعالم البارزة للحضارة الهندية القديمة اكتشاف بقايا لمستشفى في سيلان يعود تاريخه إلى القرن 5 ق.م واكتشاف مستشفى ناني يعود إلى القرن 3 ق.م ³ .

كما وجدت كتب بقيت تزود العالم بالعلوم الطبية حتى نهاية القرن الوسيط، من بينها كتاب الطبيب الشهير "شارك" الذي عاش في حدود القرن الثاني الميلادي وقد ترجم إلى اللغة العربية في القرن الثامن، وأصبح مصدراً للعلماء والحكماء العرب من بينهم "ابن ربن الطبري" في كتابه "فردوس الحكمة"، وأبى بكر الرازي في كتابه "الحاوي" والكتاب الثاني الذي ترجم إلى اللغة العربية

¹ حسن كمال: الطب المصري القديم، وزارة الثقافة والإرشاد القومي، مصر، 1964، ص 414 .

² رحاب خضر عكاوي، مرجع سابق، ص.35

³ نفس المرجع، ص38

هو كتاب "سوسروتا" الذي ألف 400 سنة ق.م وهو أضخم كتاب هندي وصل إلى العرب وقد ترجمه طبيب هارون الرشيد.

لقد عرف الهنود القدامى الكثير من الأمراض ودرسوا خصائصها ومراحلها السريرية، منها حمى الملاريا وعلاقتها بالبعوض، ووباء الطاعون وعلاقته بالجرذان، ومرض السل ومرض الجدري واستعملوا الوقاية كالتلقيح، واستعملوا أيضاً في عملية التخدير نبتة القنب الهندي المعروفة بالحشيشة، وسن الحسن (البلادون)، ومارسوا عمليات التجميل وترقيع الجلد وعرفوا العملية القيصرية (شق البطن) عند الولادة العسرة، واستخرجوا الحصوات من المثانة، وقدر العين واستعملوا لتوقيف النزيف الدموي في هذه العمليات الضغط والدهون الحارة والكي أحياناً.

وقد كان لديهم ما يزيد عن المائة آلة دقيقة لإجراء العمليات مع أنهم لم يعرفوا خيوط الجراحة ولا يعرف بالضبط كيف كانوا يعالجون الجراح بعد العملية والمرجح أنهم كانوا يستعملون الرقائد والأشرطة¹

د- الطب الصيني:

يعد الطب الصيني من العلوم الطبية التي حافظت على بقائها إلى درجة كبيرة حتى عصرنا الحاضر مقارنة مع ما جلب من الحضارات الأخرى، فقد دونت الأفكار الطبية الصينية في كتاب قيم يدعى تحفة الإمبراطور الأصفر، في الطب الداخلي، ومن أبرز القيم والمفاهيم² التي وردت في هذا الكتاب والتي يعتمد عليها الطب الصيني هي مفهوم السالب والموجب (الين واليانغ) ومفهوم العناصر الخمسة (الماء، التراب، المعدن، النار والخشب)، نظرية تأثير الطبيعة على الصحة، أما مفتاح الصحة والعافية حسب الطب الصيني فهو أن يعيش المرء في تناغم مع هذه العناصر والمفاهيم، ومن أهم ما جاء به الطب الصيني هو أن لكل شيء في الكون ما يقابله فالنور يقابله الظلام، الصعود يقابله الهبوط، الذكر تقابله الانثى، الحرارة تقابلها البرودة وهكذا.

لقد اشتهر الأطباء الصينيون بتشخيص الأمراض بطرق مختلفة ومتعددة لتحديد العلة وهذا ما هو إلا دليل على تقدمهم في كشف اسرار الأمراض ومن طرق التشخيص عندهم تفقد النبض والتشخيص السمعي والتشخيص بالرائحة وغيرها.

¹ كمال السماراني: مختصر تاريخ الطب العربي، ط1، منشورات وزارة الثقافة والإعلام، بغداد، 1984، ص 220.

² مهند جزار، مرجع سابق، ص 21 .

فكانوا يعرفون الأمراض من تأثيراتها المختلفة على النبض واعتمدوا في العلاج على العقاقير الطبية والوسائل الطبيعية ويعتبر "شين نانج" أول من درس خواص شجرة الافيدرا واستخلص منها مادة الافيدرين التي تستخدم في الطب لمنع احتقان الأغشية المخاطية بالانف وعلاج حالات مرض الربو وغيرها.

هـ- الطب الاغريقي:

برع الطب الاغريقي بالأسلوب المنطقي وامتاز بالبحث التجريبي بعيدا عن التمايم والشعوذة، ومن الذين بزغ نجمهم في الطب قبل ابقرات هو "القميون القرطون"¹ الذي برع في تشريح الحيوانات والذي اسس علم التشريح وفسولوجيا الاعضاء، وعرف أهمية الدماغ وقال ان العقل موجود في الدماغ، وعند البدايات الأولى لأبقرات اعتمد على طب 'القميون' وطور في الابحاث كثيرا حتى لقب بأبي الطب.

يعتبر أبقرات أول من نشر الطب بين الناس حتى لا تنقرض صناعته، وكان يرى أن الطبيب يجب أن يلم بعلوم كثيرة مثل الفلسفة والفلك وعلم الطبيعة، وأن يكون على دراية بتركيب جسم الإنسان والحيوان، وأكد على أهمية العامل النفسي في علاج المرضى، ومبادئ الطب عنده تعتمد على أفضلية استخدام الوسائل الطبيعية في العلاج، وعدم شرب الدواء إلا عند الضرورة، وقد جاء في كتاب "الأصول في شرح الفصول البقراتية"، إن الجسد عند أبقرات يعالج على خمسة أضرب: ما في الرأس بالغرغرة، ما في المعدة بالقيء، ما في البدن بإسهال البطن وما في الجسد بالعرق وما في العمق وداخل العروق بإرسال الدم².

وبرع أبقرات في تشخيص الاورام وكيفية التعامل معها، وذكر أن البعض منها يجب تركها وعدم بترها لتكون للمريض فرصة لحياة اطول، وما اخذ من الطب الفرعوني تمثل في العلاج الروحي الذي كان يتم في المعابد، واعتمد أبقرات نظرية الطبائع الاربعة: الحرارة، اليبوسة، الرطوبة والبرودة واعتمد على نظرية الأخلاط الاربعة في جسم الإنسان وهي: الدم، البلغم، السوداء

¹ نفس المرجع، ص 25 .

² أحمد فؤاد باشا: التراث العلمي للحضارة الإسلامية، ط02، دار المعارف، مصر، 1984، ص160.

والصفراء، وحدوث المرض هو عدم امتزاج هذه الاخلاط بانتظام أو الخلل في احداها، وأن الصحة هي امتزاجها بدقة وانتظام.

أما 'جالينوس' فهو أشهر أطباء اليونان عند العرب، ويرجع إليه الفضل في جعل الطب علماً مبنياً على أسس عقلية، وكان يعالج كل مريض بالطريقة التي تتاسبه طبقاً لما يستنتجه من فحص نبضه وبوله، واهتم 'جالينوس' بالتشريح باعتباره ضرورياً للعلاج السليم.

أخذ 'جالينوس' عن ابقراط وافلاطون وطور نظرية الروح الثلاثية لافلاطون التي تقول ان الروح لها طبيعة ثلاثية، تقطن احداها في الكبد والثانية في القلب والثالثة في المخ، وزاد عليها "جالينوس" بأن الدم يتكون من ادماج طبيعة الروح الثلاثية.

و- الطب العربي قبل الإسلام:

برع العرب وأبدعوا في مجال الطب وخاصة طب الأعشاب، خلافاً لما ذكر عن جهلهم بالأمر العلمية بمقارنتهم مع الفرس والروم مع ان ما وصلنا منهم جد قليل، ولعل لقمان الحكيم¹ خير دليل على صحة ابداع عرب الجاهلية الطب وما يحفظ صحتهم حيث اوصى ابنه قائلاً: "يا بني إذا امتلات المعدة نامت الفكرة، وخرست الحكمة، وقعدت الاعضاء عن العبادة، يا بني لا تأكل شيء عن شبع فإن إلقاءك إياه للكلب خير لك من أن تأكله".

أسس عرب الجاهلية علوم القيافة والفراسة وبعض التجارب مما يتصل بالطب وما يمكن تسميته بالعلوم الصحيحة، وكانوا يعتقدون أن سبب المرض روح شريرة لا يشفيها إلا السحر، وعمل التمام والرقى على أيدي الكهان والعرافين وزاجري الطير والعيافين والسحرة والمشعوذين مما يعرف بالعلوم الباطلة، لقد أنتجت هذه الوسائل (الكهانة، العرافة، الزجر...) ثلاث فئات من الأطباء في تلك العهود القديمة.

فئة أولى عالجت الأمراض بالنصح والهداية، وفئة ثانية اعتمدت مزيجاً من الاعشاب الطبية والسحر والشعوذة وفئة ثالثة اعتمدت في الوقاية الشفاء على سبل خارقة للعادة منها التبرك بالهياكل عند عرب الجاهلية، وقد تطورت هذه الخرافات وتنوعت ولعب فيها العرافون والسحرة دوراً كبيراً.

¹ مهند جزار، مرجع سابق، ص 28 .

هذه الخرافات الطبية التي انتقلت إلى العرب عن طريق الأنباط والعبريين وغيرهم نذكر منها¹.

1- الكهانة: وهي ادعاء علم الغيب وإعطاء الخبر عن الكائنات، ومعرفة أسرار المرء وما يتعرض له في حاضره ومستقبله من مرض وشقاء وبرء وشفاء.

2- العرافة: وهي الاستدلال على الأمور الماضية والحاضرة بأسباب ومقدمات، والعراف يستعين عادة بكلام من يسأله أو حاله أو فعله.

3- الزجر: وهو ما يحدث عند بعض الناس من التكلم بالغييب عند رؤية طائر أو حيوان، وهو الاستدلال كذلك بأصوات الحيوان وحركاتها وأحوالها وخصوصاً طيرانها على حاضر الإنسان ومستقبله.

4- الطلسمات: هي إظهار أمر غريب بالاستعانة إلى الجمع بين مفعول العقاقير وتأثير الكواكب (التنجيم).

5- علم الحرف: وهو علم يبحث في خواص الحروف أفراد أو تركيباً وموضوعه الحروف الهجائية ومرتبته الروحانية والفلك والنجامة ويحتاج إلى الطب من وجوه كثيرة منها معرفة الطبائع والأمزجة والكيفيات.

لقد جاء في مقدمة "ابن خلدون" عن تاريخ هذه العلوم "هي علوم بكيفية استعدادات، تقتدر النفوس البشرية بها على التأثيرات في عالم العناصر أما بغير معين أو بمعين من الأمور السماوية، الأول هو السحر والثاني هو الطلسمات، ولما كانت هذه العلوم مهجورة عند الشرائع لما فيها من الضرر ولما يشترط فيها من الوجهة إلى غير الله من كوكب وغيره، كانت كتبها كالمفقود بين الناس إلا ما وجد في كتب الأمم الأقدمين..."¹.

إن الإنسان منذ فجر الحضارة بحث عن الدواء لاستبعاد الداء، وإذا كانت الشعوب قد عرفت الطب منذ عصر سحيق فإن العرب قد ساهموا أيضاً في استنباط العلاج الشافي كأساس من الأسس التي لا يستغني عنها أي مجتمع مهما بلغت درجة تطوره وارتقائه، وإذا كان هناك ثمة إختلاف بين شعبين في أمر الطبابة فهو كيفية العلاج لا أهمية النتيجة.

¹ رحاب خضر عكاوي، مرجع سابق، ص70.

¹ عبد الرحمان ابن خلدون، مرجع سابق، ص494.

لقد كان الطب عند عرب الجاهلية بسيطاً وبدائياً ويستند في معظمه على إستعمال التعاويذ والتمايم، وتناول المواد الخام القريبة من تناول الأيدي كالأعشاب الصحراوية ورماد الحرائق ودماء الذبائح والطرائد والشمع والعسل.

لقد توصل الأعراب إلى المعلومات المتعلقة بالطب عن طريق المشاهدة والتجربة، فعرفوا بالمقارنة بعض الأمراض إلى ما يظهر على ماشيتهم أو على صحرائهم من تغيرات غير معتادة، وأطلقوا على الحالة التي أسموها "الجدي" لأنهم لاحظوا أن بثور هذا المرض شبيهة بالنتوءات التي تظهر على سطح الأرض، إذا جدرت أي إذا ارتفعت في بعض مواضعها، ثم عرفوا الحصبة فأخذوا اسمها من الأرض الحصباء وهي ذات الحصبة الناتئة على أديمها وعالجوا هذين المرضين ببذور الحشائش والحرمل والحنظل، وأطلقوا اسم اليرقان التي تطفح على البشرة وبياض العين وهي صفة كانوا يطلقونها على الزرع إذا اصفر لونه.

لقد وضع عرب الجاهلية لكل مرض اسم اشتقوه من أعراضه وأوصافه، فألم الرأس الذي يصدع أي يفلق قطعتين من شدة الألم سموه صداعاً، وأسموا الصداع النصفي شقيقة لأنه يصيب أحد شقي الرأس، وسموا المرض الذي يسبب بتر الأصابع "جذام" وهو مشتق من الجذم، وسموا الماء المجتمع في أنسجة الجسم وفي البطن "الاستسقاء" وهو مأخوذ من السقي بالماء.

لقد عرفوا المرض المعروف باسم "عرق النسا" وأسموه بهذا الاسم لأنه ينسي من شدة الألم كل مرض آخر يزامنه.¹

ترك عرب الجاهلية سجلاً ضخماً عن الأمراض وكيفية علاجها، وعرفوا أعراضها وأوصافها، وبرزت أدوية للمعالجة تمثلت في شرب العسل وشرطة المحجم والكي بالنار، وكانت الوسيلة الثالثة آخر ما يلجأ إليه المتطبيب في العلاج من المرض.

كما استعملوا الثوم لإخراج الديدان من البطن، وعلاج المعدة وبعض أمراض القلب، وأكلوا البصل والكمون لعلاج بعض الحالات الصدرية، وتناولوا السفرجل لأنه يقوي القلب وأكلوا الزبيب لأنه يجدد النشاط ويذهب التعب ويصفي اللون.

واهتموا بصحة الأسنان فاستعملوا المساويك لتنظيفها، واستعملوا الخيوط المعدنية لربطها عند التخلخل، كما اهتموا بالتجميل فاستعملوا الكحل في العين زينة وتجميلاً، وأكثر ما يلفت الانتباه

¹ ابن قيم الجوزية: الطب النبوي، مكتبة النهضة الجزائرية، الجزائر، السنة غير مذكورة، ص 57.

في طب عرب الجاهلية هو إستعمالهم للفصد والحجامة لأوجاع الرأس وأمراض العين، كما استعملوا الديدان (العلق) لامتصاص الدم من خلال الجلد الذي تعلق به تماما كما في الحجامة والفصد وقالوا خير الدواء العلق والحجامة.

كما عرف عرب الجاهلية عملية الختان قبل دخول الإسلام والمرجع أنهم تعلموها من اليهود ومارسوها على الصبيان وكان يختص بإجرائها الحلاقون والحجامون².

7- الطب الإسلامي:

معنى كلمة الطب في لغة العرب¹.

الطب /بكسر الطاء في لغة العرب تأتي على عدة معاني:

1-الإصلاح: يقال طبيته إذا أصلحته.

2- الحنق: كل حاذق طبيب عند العرب، وأصل الطب الحنق بالمهارة بها.

3-العادة: يقال ليس ذلك بطبي أي بعادتي.

4- السحر: يقال رجل مطبوب أي مسحور، وفي الصحيح في حديث عائشة رضي الله عنها

لما سحرت اليهود الرسول (ص)، وجلس الملكان عند رأسه ورجليه فقال احدهما: ما بال الرجل ؟ قال الآخر: مطبوب، قال من طبه ؟ قال فلان اليهودي.

بظهور الإسلام ونزول القرآن الكريم نشأ ضرب جديد من الطب يعرف بالطب الإسلامي، يعني بالكشف عن اسرار القرآن الكريم والأحاديث الشريف في العلاج والشفاء ولقد جمع الامام البخاري كل الأحاديث الخاصة بالمرضى ووصف العلاج لهم.

حث الإسلام على طلب العلم وجعل درجة الذين يعلمون أفضل من الذين لا يعلمون، وقال

تعالى " قل هل يستوى الذين يعلمون والذين لا يعلمون انما يتذكر اولى الالباب " سورة الزمر.

ان الطبيب الأول والمعلم الامثل والاسوة الحسنة للبشرية هو النبي محمد عليه الصلاة والسلام

والذي استقى تعاليمه من القرآن الكريم الذي تحدى به البشرية كافة.

² رحاب خضر عكاوي، مرجع سابق، ص 74.

¹ هشام إبراهيم الخطيب: الوجيز في الطب الإسلامي، دار الشهاب، الجزائر، بدون تاريخ، ص13.

يزخر القرآن الكريم بالآيات المفصلات في العلوم المختلفة ودروس الحكمة والمعرفة، إذ قال تعالى " وفي انفسكم افلا تبصرون " سورة الذاريات، ومن الآيات القرآنية التي تتحدث عن الشفاء " وإذا مرضت فهو يشفيني " سورة الشعراء .

وهناك أحاديث كثيرة تدل على دقة المعالجة النبوية، ومطابقة الطب الحديث الذي لا يترك مجالاً للشك على صدق النبوة.

أخذ الصحابة عن الرسول عليه الصلاة والسلام، وبحثوا ونقبوا وجعلوا من الأحاديث النبوية منطلقاً لهم، فأبدعوا وانتجوا في هذا المجال ما فاق غيرهم من الأمم.

وفي العصرين الأموي والعباسي كان الخلفاء يكثر من العطاء لمن يزيد من البحث العلمي في أي مجال من المجالات العلمية¹، ولعل العلوم الإسلامية زادت وازدهرت بشكل متطور فاق تصور علماء تلك الحقبة، ولعل ما زاد في ثراء العلوم والفلسفات هو ازدهار عملية الترجمة من الكتب والأراجيز القديمة، فلقد حرص المسلمون على جلب العلوم والكتب العلمية بمختلف مجالاتها، وقاموا بترجمتها وإبعاد الشوائب عنها كالخرافات والشعوذة وكل ما يتناقض مع التفسير العلمي لهذه العلوم.

أ- الطب في القرآن الكريم:

بنزول القرآن الكريم وظهور الإسلام نشأ نوع جديد من الطب عرف بالطب الإسلامي، الذي إعتنى من جهة بالكشف عن أسرار الكتاب المنزل ومن جهة أخرى بالأحاديث النبوية المرتبطة بالعلاج والشفاء فلقد تم ذكر المرض والعلاج في العديد من الصور القرآنية التي تحولت إلى منهج للمسلمين للبحث عن المداواة، ولتكشف خبايا هذه الصناعة أو الفن كما وصفها ابن خلدون في مقدمته.

1- ذكر المرض في القرآن الكريم:

إن المرض حالة غير طبيعية تصيب أعضاء الجسم، ولقد أبطل الإسلام كون المرض ناتج عن الشياطين والنجوم والأرواح الشريرة، لذلك منع كل الممارسات المبنية على المعتقدات الخاطئة، مثل التطير والتمايم والعرافة وغيرها، والمرض ليس غضباً من الله أو عقاباً من السماء، لكنه ابتلاء

¹ مهند جزار، مرجع سابق، ص 26 .

يكفر الذنوب ويرفع الدرجات إذا تلقاه المسلم بصبر واحتساب، وهو يصيب الإنسان والحيوان ولا يفرق بين الغني والفقير يصيب كذلك الأنبياء.

عن ابن مسعود قال: دخلت على رسول الله صلى الله عليه وسلم وهو يوعك وعكا شديدا
فقلت*

يا رسول الله انك توعك فقال عليه الصلاة والسلام: "أجل اني اوعك كما يوعك رجلان منكم"،
قلت: إن لك أجرين قال (ص): "أجل كذلك، ما من مسلم يصيبه أذى شوكة فما فوقها إلا
كفر الله بها سيئاته كما تحط الشجرة أوراقها" رواه بخاري.

والأمراض المذكورة في القرآن نوعان: مرض القلوب ومرض الأبدان، وينقسم مرض القلوب
بدوره إلى قسمان: مرض شبهة وشك ومرض شهوة وغي، وكلاهما مبين في الآيات القرآنية.
وجاء ذكر مرض القلوب في القرآن الكريم في مواضع متعددة منها:

قال الله تعالى عن المنافقين: "في قلوبهم مرض فزادهم الله مرضا" البقرة، الآية 10.
وقال أيضا: "ليجعل ما يلقي الشيطان فتنة الذين في قلوبهم مرض والقياسية قلوبهم" الحج،
الآية 53.

وقال أيضا: "لئن لم ينته المنافقون والذين في قلوبهم مرض والمرجفون في المدينة لنغرينك
بهم ثم لا يجاورنك فيها إلا قليلا" الأحزاب، الآية 60.

وقال تعالى: "ولا يرتاب الذين آتوا الكتاب والمؤمنون، وليقول الذين في قلوبهم مرض
والكافرون، ماذا أراد الله بهذا مثلا". المدثر، الآية 31.

وقال أيضا: "ويشف صدور قوم مؤمنين ويذهب غيظ قلوبهم" التوبة، الآية 14.
وقال سبحانه وتعالى: "قد جاءكم موعظة من ربكم، وشفاء لما في الصدور، هدى ورحمة
للمؤمنين" يونس، الآية 57.

قال تعالى: "وينزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين، ولا يزيد الظالمين إلا خسارا"
الإسراء، الآية 82.

أما مرض القلوب فهو نوع من الفساد يحصل للقلب فيفسد به تصوره وإرادته، وتصوره
بالشبهات التي تعرض له حتى لا يرى الحق، أو يراه على خلاف ما هو عليه، لهذا يفسر المرض

* الوعك: هو الحمى المرتفعة.

تارة بالشك والريب كما في قوله تعالى: " في قلوبهم مرض فزادهم الله مرضا" البقرة 10، وتارة بشهوة الزنا كما فسر به قوله تعالى: "فيطمع الذي في قلبه مرض"، الأحزاب، 32.

ومرض القلب ألم وتشنج يحصل في عضلة القلب كالغيط ويقول تعالى: " ويشف صدور قوم مؤمنين ويذهب غيظ قلوبهم" التوبة، الآية 14.

أما في المفهوم الطبي الحديث فإن مرض القلوب جزء من الأمراض النفسية التي تصيب الإنسان كالهم والغم، والبغض والحسد وغيرها¹.

و فيما يخص القسم الثاني - مرض الابدان - فقد تم تناوله في آيات قرآنية متعددة:

قال تعالى: "ليس على الأعمى حرج ولا الأعرج حرج ولا على المريض حرج" النور، الآية 61.

كما ذكر مرض البدن في كل من الحج والصيام والوضوء. قال تعالى:

* في الحج: "فمن كان منكم مريضا أو به أذى من رأسه ففدية من صيام أو صدقة أو نسك

" البقرة، الآية 196.

* في الصوم: "فمن كان منكم مريضا أو على سفر فعدة من أيام أخر" البقرة، الآية 184.

* في الوضوء: "فإن كنتم مرضى أو على سفر أو جاء أحد منكم من الغائط أو لامستم

النساء فلم تجدوا ماء فتيمموا صعيدا طيبا" النساء، الآية 43.

2- ذكر الشفاء في القرآن الكريم:

لقد ذكر الله سبحانه وتعالى المرض في سور عديدة سبق ذكرها، وفي آيات أخرى ذكر الشفاء من الأمراض، فالقرآن الكريم علاج وشفاء للقلوب المريضة، وجاءت سنة خاتم النبيين لتبين طريقة هذا العلاج بتبسيطه وتسهيله للمسلم وذلك بقراءة كلام الله وحفظه وتتبع تعاليمه، قال تعالى: "و أوحى ربك إلى النحل أن اتخذي من الجبال بيوتا ومن الشجر ومما يعرشون، ثم كلي من الثمرات فاسلكي سبل ربك ذللا، يخرج من بطونها شراب مختلف ألوانه فيه شفاء للناس، إن في ذلك لآية لقوم يتفكرون" النحل، 68-69.

و قال ايضا: "وننزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين". الإسراء، الآية 80.

كما قال كذلك: "ويشف صدور قوم مؤمنين" التوبة، الآية: 14.

¹ هشام إبراهيم الخطيب، مرجع سابق، ص25.

يقول الإمام ابن القيم الجوزية عن مشروعية وفائدة العلاج بالقرآن: "القرآن هو الشفاء التام من جميع الأدوية القلبية والبدنية وأدواء الدنيا والآخرة وما كل أحد يؤهل ولا يوفق للاستشفاء به، وإذا أحسن العليل التداوي به ووضع على دائه بصدق وإيمان وقبول تام، واعتقاد جازم واستيفاء شروطه لم يقاومه الداء أبداً، وكيف تقاوم الأدوية كلام رب الأرض والسماء الذي لو نزل على الجبال لصدعها أو على الأرض لقطعها"¹.

أما طب الأبدان فنوعان قد فطر الله عليه الإنسان والحيوان وهو طب لا يحتاج إلى طبيب كطب الجوع والعطش، والثاني يحتاج إلى فكر وتامل كمرض المادة (العضو) فإذا كان سبب المرض معه فالنظر في السبب ينبغي أن يقع أولاً، ثم في المرض ثانياً، ثم في الدواء ثالثاً². وما ذكر عن العلاج والتطبيب والشفاء كثير جاء على لسان الرسول (ص) في سنته النبوية وهو ما يعرف بالطب النبوي.

ب- الطب في السنة النبوية

إن القرآن روح الإسلام ومادته، وفي آياته المحكمة شرع دستورهِ وبسطت دعوته وقد تكفل الله سبحانه بحفظه، والرجل الذي اصطفاه الله لإبلاغ آياته وحمل رسالاته كان قرآناً حياً يسعى بين الناس، وكان مثلاً لما صورهُ القرآن من إيمان وسعي وجهاد وحق وقوة وفقه وبيان، فقوله وفعله وتقريره وأخلاقه وأحكامه ونواحي حياته كلها تعد ركناً في الدين وشريعة المؤمنين.

" فالقرآن هو قانون الإسلام والسنة هي تطبيقه، والمسلم مكلف باحترام هذا التطبيق تكليفه باحترام القانون نفسه، وقد أعطى الله نبيه حق الاتباع فيما يأمر به وينهى عنه، لأنه في ذلك لا يصدر عن نفسه بل عن توجيه ربه فطاعته هي طاعة الله وليست خضوعاً أعمى لواحد من الناس"¹.

ومن سنته (ص) ان أمر أمته بالتداوي وطلب العلاج عند المرض، وهذا بما أحل الله والابتعاد عن العلاج بما حرم الله.

¹ صدر عن دار الحضارة: عالم نفسك بالقرآن والدعاء، دار الحضارة، الجزائر، 2001، ص 03.

² هشام إبراهيم الخطيب، مرجع سابق، ص 09.

¹ محمد الغزالي: فقه السيرة، نشر مكتبة رحاب، الجزائر، 1987، ص 34.

فقال عليه الصلاة والسلام: " ما أنزل الله من داء إلا أنزل له الشفاء " رواه أبو هريرة.
وقال أيضا: "لكل داء دواء، فإذا أصيب دواء الداء، برأ بإذن الله عز وجل" رواه مسلم في صحيحه.

وقال حين سأله أعرابي أنتداوى يا رسول الله؟ قال: "نعم يا عباد الله، تداووا فإن الله لم ينزل داء إلا أنزل له دواء، علمه من علمه وجهله من جهله إلا السام".

وقال أيضا: " إن أمثل ما تداويتم به الحجاماة والفضد" رواه البخاري ومسلم.
وقال عليه الصلاة والسلام: " العلم علمان: علم الأبدان وعلم الأديان"، وقال أيضا: "الشفاء في ثلاث، شربة عسل، وشرطة محجم وكية نار، وأنهى أمتي عن الكي. رواه البخاري.
وقال (ص): "إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها عليه، وإذا وقع في أرض فلا تخرجوا منها فرارا منه" رواه البخاري.

وقال (ص): "من كثر همه سقم بدنه" رواه البخاري.
وقال أيضا: "طهروا هذه الأجساد طهركم الله" رواه الطبراني.
وقال كذلك: "طهروا أفئنتكم ولا تشبهوا باليهود" رواه الترمذي.
وقال كذلك: " لو لا أن أشق على أمتي لأمرتهم بالسواك عند كل صلاة " رواه البخاري ومسلم.

فقد كان النبي(ص) يداوي نفسه ويأمر بذلك لمن أصابه مرض من أهله وأصحابه وكانت غالب أدويته مفردة ولا مركبة، وهذه القاعدة مازالت حتى الآن وهي العدول على الدواء المركب، إذا كان الحصول على الشفاء ممكنا بالدواء المفرد.
قال النبي (ص): "لكل داء دواء"، وهذا يدل على أن النبي حث المسلمين على تعلم الطب ويشير عليهم بالاجتهاد في إيجاد العلاج لكل داء.
قال الإمام الشافعي: "لا أعلم علماً بعد الحلال والحرام أنبل من الطب" وكان يتلهف على ما ضيع المسلمون من الطب ويقول: " ضيعوا ثلث الطب وأكولوه لليهود والنصارى ¹".

¹ علي عبد الله الدفاع: علام العرب والمسلمين في الطب، مؤسسة الرسالة، السعودية، 1983، ص107.

المبحث الثاني: علاج النبي (ص) لبعض الأمراض:

تلقى رسول الله صلى عليه الصلاة والسلام طبه عن ربه ودعى البشرية إلى التطبيب ووضع لها الأسس والأساليب للرعاية الصحية وللوقاية والعلاج، بقوله: "تداووا عباد الله" وقوله كذلك " ما انزل الله من داء إلا وانزل له شفاء" وحث عليه الصلاة والسلام على إستعمال الطب والعلاج وتقوية الابدان حتى يكون جسم الإنسان وعقله سليمين، ليتمكن من القيام بواجباته في الحياة لقوله: "المؤمن القوي خير واحب إلى الله من المؤمن الضعيف وفي كل خير".

عرف عن النبي محمد عليه الصلاة والسلام أنه عالج العديد من الأمراض التي صادف ظهورها عند بعض الأفراد وجوده كرسول للبشرية، وكان يدعو امته إلى التطبيب وإلى التداوي، وقد جاء في كتاب الطب النبوي لابن القيم الجوزية المعلومات الشافية والكافية عما جاء به عليه الصلاة والسلام في هذا المجال، تضمنت الاحاديث النبوية الشريفة إثبات الأسباب والمسببات وابطال قول من انكرها، وقوله " لكل داء دواء" معناه ان كل مرض له علاجه وان الأمراض التي استعصت وفشل الأطباء في علاجها الله عز وجل جعل لها أدوية تبرئها ولكن اجتهاد البشر لم يصل إلى تلك الدرجة من المعرفة، وأنه سبحانه لم يجعل لهم إليها سبيلا كون أنه لا علم للخلق إلا ما علمهم الخالق، ولهذا ذكر النبي عليه الصلاة والسلام ان الشفاء سببه مصادفة الدواء للداء، ولا شيء في هذه الدنيا إلا وله ضد (سبقت الإشارة إلى ذلك) فكل داء له ضد من الدواء يعالج بضده، والشفاء من المرض ما هو إلا نتيجة موافقة الدواء للداء "....ان الدواء متى جاوز درجة الداء في الكيفية، أو زاد في الكمية على ما ينبغي، نقله إلى داء آخر، ومتى قصر عنها لم يف بمقاومته، ومتى لم يكن الزمان صالحا لذلك الدواء لم ينفع، ومتى كان البدن غير قابل له أو القوة عاجزة عن حمله لم يحصل البرء لعدم المصادفة، ومتى تمت المصادفة حصل البرء باذن الله....."¹.

¹ ابن القيم الجوزية، مرجع سابق، ص 13 .

حسب ما جاء في القرآن الكريم والسنة النبوية فإن المرض في الإسلام نوعان مرض القلوب ومرض الأبدان (تم التطرق إلى هذا سابقاً)، أما أمراض الأبدان بأنواعها المختلفة تجد حلولها في السنة النبوية والتي يتم التعامل معها حسب طبيعتها، فإن استدعت الضرورة إستعمال العلاجات الطبيعية كان ذلك مسموحاً وان دعت الحاجة إلى العلاج الروحي والكلمة الطيبة وجدت حلولاً لها، وان استدعت أن يجتمع الأمران كان ذلك ممكناً أيضاً، فالعلاج النبوي انقسم إلى ثلاث اصناف نذكرها فيما يلي:

1-العلاج بالأدوية الطبيعية:

وهو العلاج الذي يستدعي إستعمال الأضداد ويعالج كل مرض بمادة علاجية طبيعية تشكل ضداً لطبيعة المرض ومن أكثر المعالجات الطبيعية إستعمالاً في الطب النبوي عسل النحل وزيت الزيتون وحبّة البركة والماء ومن الأمراض التي بادر الرسول عليه الصلاة والسلام لعلاجها وكانت مبادراته مجدية لحد بعيد نذكر ما يلي:

أ- علاج الحمى:

قال الرسول عليه الصلاة والسلام: "إنما الحمى أو شدة من فيح جهنم، فأبردوها بالماء"، لأن الحمى الحادثة عن شدة حرارة الشمس ينفعها الماء البارد، والاستبراد بالماء من الأساليب المستعملة في مكافحة الحمى إلى يومنا هذا، وسبق أن أكد جالينوس هذا القول في كتابه "حيلة البرء" ولو أن رجلاً شاباً حسن اللحم، خصب البدن في وقت القيظ، وفي وقت منتهى الحمى وليس في أحشائه ورم، استحم بماء بارد أو سبح فيه لانتفع بذلك².

ذكر جالينوس هذه الطريقة لمعالجة الحمى وأكدها الرسول عليه الصلاة والسلام وعدد من الأطباء العرب ومن غير العرب، وكل هذا قبل ان تكون الحضارة وصلت إلى ما وصلت إليه في وقتنا الحاضر، إذ مازال إستعمال الماء والثلج الوسيلة الأولى لانزال درجة الحرارة المرتفعة في جميع مستشفيات العالم، وهي أولى الطرق وأفضلها للحصول على نتيجة ايجابية بعيداً عن أي مستحضرات صيدلانية، والتي تجلب الضرر أكثر من المنفعة في الكثير من الاوقات للحالات المماثلة.

² ابن القيم الجوزية، مرجع سابق، ص 22.

ب- علاج الإسهال:

عرف قديماً بـ -استطلاق البطن- جاء رجل إلى النبي عليه الصلاة والسلام فقال إن أخي يشتكي بطنه، وفي رواية أخرى استطلق بطنه فقال علي الصلاة والسلام: " اسقه عسلاً "، ذهب الرجل ثم رجع فقال: قد سقيته فلم يغني عنه شيئاً، وعاود الكرة ثلاث مرات وكان في كل مرة يقول عليه الصلاة والسلام: " اسقه عسلاً" فقال له في الرابعة صدق الله وكذب بطن أخيه".
ما يمكن استنتاجه من ذهاب الرجل وعودته، معنى طبي بديع وهو أن الدواء يجب أن يكون له مقدار وكمية بحسب حال الداء، إن قصر عنه لم يزله بالكلية وإن جاوزه أحدث ضرراً آخر.

كما نستنتج أيضاً أن مادة العسل يمكن إعتبارها غذاء كامل لأنها تحوي كل المعادن التي يحتاجها الجسم ناهيك عن حالات الإسهال التي تتسبب في ضياع نسبة كبيرة من الماء والمعادن التي تكون بجسم الإنسان، على إعتبار أن مادة العسل التي كانت متواجدة في عهد النبي عليه الصلاة والسلام كانت تحمل عصارة الطبيعة النقية التي لم تكن قد طالها التلوث كما هو الحال في أيامنا هذه.

ت- علاج الجرح:

عندما جرح الرسول (ص) في معركة أحد في وجهه ورأسه، استعملت ابنته فاطمة رضي الله عنها حين لم يكف الدم عن النزيف، قطعة من الحصير المعمول بالبردي وأحرقتها حتى صارت رماداً ثم ألصقته بالجرح فاستمسك الدم، فالبردي ينفع من النزف ويمنعه ويذر على الجراحات الطرية فيدملها.

ث-العلاج بقطع العروق والكي:

تضمنت أحاديث الكي أربعة أنواع¹، أحدها: فعله، والثاني: عدم محبته له، والثالث: الثناء على من تركه، والرابع: النهي عنه، ولا تعارض بينها، فإن فعله يدل على جوازه وعدم محبته له لا يدل

¹ اخرج به البخاري ومسلم.

على المنع منه، وأما الثناء على تاركه فيدل على أن تركه أولى وأفضل، وأما النهي عنه فعلى سبيل الاختيار والكرهية، أو عن النوع الذي لا يحتاج إليه بل يفعل خوفاً من حدوث الداء والله أعلم.

والكي جنسان¹: كي الصحيح لئلا يعتل، فهذا الذي قيل فيه: لم يتوكل من إكتوى، لأنه يريد أن يدفع القدر عن نفسه، والثاني: كي الجرح إذا نغل والعضو إذا قطع ففي هذا الشفاء.

ج- علاج ذات الجنب:

قال النبي (ص): "تداووا من ذات الجنب بالقسط البحري والزيت".

يعرف 'ابقراط' ذات الجنب ب: قد يعرض في الجنب والصفاقات، والعضل التي في الصدر والأضلاع، ونواحيها أورام مؤذية جداً موجعة تسمى شوصة وبرشام وذات الجنب وقد تكون أيضاً أوجاعاً في هذه الأعضاء ليست من ورم ولكن من رياح غليظة¹. والعلاج الذي أوصى به الرسول (ص) لداء الجنب الصادر عن الرياح الغليظة هو القسط البحري (العود الهندي) بعد دقه وخلطه مع الزيت المسخن.

ح- علاج الصداع والشقيقة:

ذكر ابن ماجة في سننه أن النبي (ص) كان إذا صدع غلف رأسه بالحناء ويقول (ص): "إنه نافع بإذن الله من الصداع".

وعلاج الصداع يختلف باختلاف أنواعه، فمنه ما علاجه بالاستقراغ ومنه ما علاجه بتناول الغذاء، ومنه ما علاجه بالسكون، ومنه ما علاجه بالضمادات والتبريد، وعلاج الصداع بالحناء في الحديث هو جزئي لا كلي وهو علاج نوع من أنواعه، وفي أنواع أخرى كان يطلب الرسول (ص) من المشتكين من الصداع استعمال الحجامة.

¹ ابن القيم الجوزية، مرجع سابق، ص 50.

¹ ابن القيم الجوزية، مرجع سابق، ص 84.

خ- الحجامة في الطب النبوي:

إن كلمة حجامة مشتقة من حجم وحجم فلان الأمر أي أعاده إلى حجمه الطبيعي، وأحجم ضد تقدم، فمن احتجم تحجم الأمراض من التعرض له ويقول (ص): " الحجامة تزيد الحافظ حفظاً، والعاقل عقلاً، فأحجموا على اسم الله تعالى ولا تحجموا الخميس والجمعة والسبت والأحد وأحجموا الاثنين وما كان من جذام ولا برص إلا نزل يوم الأربعاء".

إن التمعن في هذا الحديث الشريف يبين لنا من جهة شروط الحجامة، ومن جهة أخرى فوائدها، فهي شفاء لبعض أمراض القلب والرئتين وصداع الرأس وآلام القدمين والظهر وعلاج أمراض الكبد. ويقول عليه الصلاة والسلام: "الحجامة على الريق دواء وعلى الشبع داء وفي سبع عشر من الشهر شفاء"، وقال كذلك: "الشفاء في ثلاث: في شرطة محجم أو شربة عسل أو كية نار وأنهى امتي عن الكي".

ولهذا الحديث معنى بالغ الأهمية كون أن علاج الداء كان يتم بإحدى طرق ثلاث:

أما بعملية جراحية بواسطة مشرط، وأما بتناول العقاقير وأما بالكي بالنار، ونجد أن النبي (ص) نهى عن الكي لما فيه من ألم الكي إضافة لألم النار.

د- علاج حالة التسمم:

روى في كتب السير أن الرسول (ص) احتجم يوم أكل من الشاة المسمومة في خيبر وأمر أصحابه أن يحتجموا، فمعالجة الإصابة بالسم يكون بالاستفراغ والعقاقير التي تعارض فعل السم وتبطله أما بكيفياتها وأما بخواصها.

يكون علاج السم وابعاد ضرره عن الجسم بتناول ما يعتبر من اضداد النوع الأول وكان الناس قديماً على دراية كبيرة عن صناعة السموم وعن النباتات التي يتم استخلاص السم منها، وفي نفس الوقت لهم علم بما يبطل مفعولها.

ولما لدغ (ص) من العقرب قتلها ثم وضع موضع اللدغة في إناء به ماء وملح، ولقد أثبت

الطب الحديث فائدة الملح للجسم وقال (ص): " سيد ادامكم الملح". الطب النبوي والعسل:

يعتبر عسل النحل من أنجح الأدوية في العلاج من الأمراض، وهو أفضل غذاء في الأغذية المستخدمة للشفاء، وقال (ص): عليكم بالشفائين القرآن والعسل"، وقال أيضا: "من لعق ثلاث غدوات كل شهر لم يصبه عظيم البلاء".

ولقد آمن الصحابة بشفاء القرآن الكريم وطب النبي (ص) حيث نجد عوف بن مالك الأشجعي يقول حين مرض اثتوني بماء، فإن الله تعالى يقول: "ونزلنا من السماء ماء مباركا" سورة ق، الآية 9.

واثتوني بعسل، فإن الله يقول: "فيه شفاء للناس" النحل، الآية 69. اثتوني بزيت، فإن الله يقول: "من شجرة مباركة زيتونة" النور، الآية 35.

وكثيرا ما اقترن العسل بحبة البركة أو الحبة السوداء في علاج النبي (ص) لما لهاتين المادتين من عظيم الفائدة لصحة الناس ويقول عليه الصلاة والسلام: "عليكم بهذه الحبة فإن فيها شفاء لكل داء إلا السام".

2-العلاج الروحي بالقرآن:

لينتفع الأفراد بالمعالجة القرآنية يجب ان تتوفر جملة من الشروط ذكرها الامام ابن القيم الجوزية في كتابه 'الفوائد'¹:

اذا اردت الانتفاع بالقرآن فاجمع قلبك عند تلاوته وسماعه - الق سمعك واحضر حضور من يخاطبه به من تكلم به سبحانه منه إليه: فانه خطاب منه لك على لسان رسوله.

قال تعالى: "ان في ذلك لذكرى لمن كان له قلب أو ألقى السمع وهو شهيد" سورة (ق). وذلك ان التأثر التام يتم بإبعاد كل الموانع، فاذا حصل المؤثر وهو القرآن والمتأثر وهو القلب وتحقق الشرط وهو الاصغاء وأبعد المانع وهو اشتغال القلب وذهوله عن معنى الخطاب وانصرافه عنه إلى امور دنيوية أخرى حصل المبتغى وهو الانتفاع والتذكر.

¹ محمد احمد عيسى: عالج نفسك بالقرآن والأعشاب، الطبعة الأولى، دار الغد الجديد، مصر، 2005، ص14.

أ- العلاج بالرقية:

قال تعالى: " ونزل من القرآن ما هو شفاء ورحمة للمؤمنين " الإسراء، 82.

وقال الإمام ابن القيم الجوزية: " ما من مرض من أمراض القلوب والأبدان إلا وفي القرآن سبيل الدلالة على دوائه وسببه والحمية منه، لمن رزقه الله فهما في كتابه، فمن لم يشفه القرآن فلا شفاء الله، ومن لم يكفه فلا كفاه الله".

وقال أيضا: " واعلم أن الأدوية الإلهية تنفع من الداء بعد حصوله وتمنع من وقوعه... وإن وقع لم يقع وقوعا مضرا وإن كان مؤذيا، والأدوية الطبيعية تنفع بعد حصول الداء.. فالرقي والعوذ تستعمل لحفظ الصحة ولإزالة المرض"².

ذكر أبي سعيد الخدري في صحيح مسلم³ أن جبريل عليه السلام جاء اتى النبي (ص) فقال: "باسم الله أرقيك من كل شيء يؤذيك من شر كل نفس أو عين حاسد، الله يشفيك، باسم الله أرقيك". ان الرقية مشروعة في سنة رسول الله (ص) ولها فائدتها البالغة في العلاج، وقراءة القرآن توقع في نفس المرقي طمأنينة وتحسن حال لما لكلام الله من وقع طيب على نفس المؤمن المصاب، ويقول الرسول (ص) في هذا الصدد: "خير الدواء القرآن" وسنذكر فيما يلي مقتطفات من علاج النبي (ص) بالرقية لبعض الأمراض الشائعة:

ب- علاج الوجع بالرقية:

شكى عثمان ابن العاص إلى الرسول (ص) وجعا يجده في جسده فقال (ص): "ضع يدك على الذي تألم من جسدك وقل: بسم الله ثلاثا، وقل سبع مرات: أعوذ بعزة الله وقدرته من شر ما أجد وأحاذر".

و عن النبي (ص)، كان يعوذ بعض أهله، يمسح بيده اليمنى: ويقول: اللهم رب الناس، أذهب البأس وأشفي أنت الشافي، لا شفاء إلا شفاءك، شفاء لا يغادر سقما ".
ففي هذه الرقية توسل إلى الله بكمال روبيته، وكمال رحمته بالشفاء وأنه وحده الشافي.

² دار الحضارة: عالج نفسك بالقرآن والدعاء، مرجع سابق، ص. 05

³ ابن القيم الجوزية، مرجع سابق، ص. 129

ت- علاج الأرق:

كثيرا ما يعترى الناس ليلا أرقا يحرمهم من نعمة النوم على الرغم من شدة التعب، وعن زيد ابن ثابت قال: شكوت إلى رسول الله أرقا أصابني فقال: "قل اللهم غارت النجوم وهدأت العيون وأنت حي قيوم لا تأخذك سنة ولا نوم يا حي يا قيوم أهدىء ليلى وانم عيني"، فقلتها فذهب الله عز وجل عني ما كنت أجد.

ث- علاج الفزع من النوم:

قال الرسول (ص): "إذا فزع أحدكم في النوم فليلق: أعوذ بكلمات الله التامات من غضبه وعقابه وشر عباده، ومن همزات الشياطين وأن يحضرون فإنها لن تضره".

ج- علاج السحر:

يقول سبحانه وتعالى: "وألق ما في يمينك تلقف ما صنعوا إنما صنعوا كيدا ساح ولا يفلح الساحر حيث أتى" طه، الآية 69.

ويقول الدكتور علي محمد مطاوع (أول عميد كلية طب الأزهر)¹ ما يلي: السحر الأسود هو تأثير شياطين الجن الكفرة، ويستخدم في دفعه قراءة القرآن: المعوذتان وأية الكرسي، والالتجاء إلى الله دائما وذكر الله عند كل عمل والاعتقاد الجازم بأن الله هو الفعال، وأنه لا حول ولا قوة إلا بالله العلي العظيم، وليعلم المسلم أن الأمة لو اجتمعت على أن يضروك إلا بشيء قد كتبه الله عليك، والآيات القرآنية المستعملة في فك السحر هي: سورة الأعراف من 117 إلى 122)، سورة يونس (الآية 57، من الآية 77 إلى 81)، سورة طه من الآية (65 إلى 69)، سورة الشعراء من الآية (36 إلى 47)، وسورة فصلت الآية 44.

ح- علاج الصداع والشقيقة:

لعلاج الصداع تمسك الرأس باليد اليمنى وتضغط بالسبابة والإبهام على الصدغين وتقرأ فاتحة الكتاب سبع مرات، وسبحان الله سرعان ما يزول الصداع لمن أيقن كلمات القرآن الواردة في سورة الفاتحة.

¹ دار الحضارة، مرجع سابق، ص 29.

أما علاج الشقيقة بالرقية فيكون بأن تقرأ سورة الإخلاص ثلاث مرات ويقرأ قوله تعالى: "لو أنزلنا هذا القرآن على جبل لرأيته خاشعا متصدعا من خشية الله" الحشر 21، سبع مرات على كوب ماء زمزم أو ماء مقطر ويشرب نصفه وفيشفى بإذن الله.

كما توصف للصداع والشقيقة قراءة الآيات التالية ك سورة النساء الآية 28، سورة الأنفال الآية 66 يغسل بالنصف الآخر، النصف المصاب من الرأس بالشقيقة، سورة مريم الآية 1 إلى 3، سورة البقرة الآية 186، سورة الأنعام الآية 13، سورة الفرقان الآية 45، سورة الشورى الآية 1 إلى 2.

3- -التوعية الصحية التي ذكرت في الطب النبوي:

"الوقاية خير من العلاج"المتتبع للنصائح التي جاء بها الرسول عليه الصلاة والسلام، والمستمدة من القرآن الكريم والتي ذُكرت في الكتب المتعددة والخاصة بالعلاج النبوي، يتبين ان ما نصح به الرسول امته من أجل حفظ صحتها قبل قرون، تبنته منظمة الصحة العالمية في القرن الماضي وما زالت بين كل فترة واخرى تتبنى منه ما تم التأكد من فائدته ونجاعته في علاج أو في حفظ صحة الأفراد.

قال تعالى "كلوا واشربوا ولا تسرفوا"سورة الأعراف، يتبين من معنى هذه الآية أن الله سبحانه وتعالى يرشد عباده إلى ادخال ما يقيم البدن من الطعام والشراب عوض ما تحلل منه وان يكون بقدر ما ينتفع به البدن في الكيفية والكمية، فمتى جاوز ذلك كان اسرافا وكلاهما مانع من الصحة وجالب للمرض، أي عدم الاكل والشرب أو الإسراف فيه.

إن حفظ صحة الأبدان تتلخص في هاتين الكلمتين الإلهيتين (كلوا-اشربوا) كون جسم الإنسان في تحلل دائم واستخلاف دائم، أما التحلل الدائم فسببه النشاط الذي تقوم به خلايا الجسم على مدار حياة الأفراد بينما الاستخلاف الدائم يكون عن طريق الغذاء الذي يتدخل في تدعيم وإعادة بناء ما تحلل أو ضعف، "ان كثرة التحلل تضعف الحرارة بسبب فقدان مادتها وتقني الرطوبة وهي مادة الحرارة وإذا ضعفت الحرارة ضعف الهضم ولا يزال كذلك حتى تقنى الرطوبة وتنطفئ الحرارة جملة، فيستكمل العبد الاجل الذي كتب الله له ان يصل اليه"¹.

¹ الطب النبوي مرجع سابق ص159 .

ان هدف المعالج مهما كنت طبيعته هي حماية الرطوبة عن مفسداتها والعفونة، وحماية الحرارة من مضعفاتها، ويعدل بينهما بالعدل في التدبير الذي به قام بدن الانسان.
يتلخص مفهوم حفظ الصحة بصحة الماكل والمشرب والملبس والمسكن والهواء والنوم واليقظة والحركة والسكون والاستقراغ والاحتباس، فاذا تحققت هذه الشروط على الوجه المعتدل الموافق والملائم للبدن والبلد والسن كان اقرب إلى دوام الصحة أو غلبتها إلى انقضاء الاجل، قال عليه الصلاة والسلام: "سلوا الله العفو والعافية والمعافاة، فما اوتي أحد بعد اليقين خيرا من العافية" (اخرجه النسائي)، وقال أيضاً "ما سئل الله شيئاً احب إليه من العافية" (رواه الترميذي)، وهذه العافية أو كمال الصحة التي يصبوا إليها أي فرد يمكن الوصول إليها بتتبع النصائح التي اوصى بها عليه الصلاة والسلام امته والتي يمكن تلخيص بعضها فيما يلي:

أ- الحمية:

ينقسم الدواء إلى قسمان: حمية وحفظ صحة، فإذا اختلطت الأغذية دون تجانس في المعدة استدعى ذلك الإستقراغ الموافق (التقيؤ - الإسهال)، والحمية التي ذكرها عليه الصلاة والسلام نوعان: حمية عما يجلب المرض، وحمية عما يزيد المرض تعقيدا وخطورة، فالنوع الأول هو حمية الأصحاء والثاني هو حمية المرضى.

ذكر طبيب العرب 'الحارث بن كلدة' أن "الحمية رأس الدواء والمعدة بيت الداء"، وقال 'عودوا كل جسم ما اعتاد'، وعن قول النبي محمد عليه الصلاة والسلام " أن المعدة حوض البدن والعروق إليها واردة فإذا صحت المعدة صدرت العروق بالصحة وإذا سقمت المعدة صدرت العروق بالسقم"¹، فالحمية إذن من أنفع الأدوية قبل الداء لأنها تمنع حصوله وإذا حصل تمنع تزايدهِ وانتشارهِ.

ب- الإعتدال في المأكل والمشرب (الأكل الصحي):

لم تكن من عادة الرسول صلى الله عليه وسلم حبس نفسه عن نوع واحد محدد من الأغذية لا يتعداه إلى ما سواه، وما كان هذا السلوك إلا هالكا للجسد بل كان ينوع في مأكله ومشربه حسب ما

¹ جلال الدين عبد الرحمان السيوطي: الطب النبوي، مرجع سابق، ص 155 .

جرت عليه عادات وتقاليد أهل بلده، فكان يتناول اللحم والفاكهة والخبز والتمر وكل ما توفر في بيته.

"وإذا كان في أحد الطعامين كيفية تحتاج إلى كسر وتعديل كسرها وعدلها بضدها إن أمكن"¹، وكان عليه الصلاة والسلام لا يأكل ما تعافه نفسه ولا يحملها إياه على كره، وهذا أصل عظيم في حفظ الصحة، فإذا تناول الأفراد ما لا يرغبون فيه أثر ذلك على صحتهم واضرها، وفي هذا السياق كان عليه الصلاة والسلام يوصي بتغذية المرضى مما يشتهون فقط فهي أجلب لشفائهم ويحذر من إرغامهم على تناول ما لا تقبله أنفسهم فإن ذلك يدفعهم للاستفراغ الدائم وبالتالي تعقيد حالتهم وإطالة شفائهم، وخير ما كان ينصح أهل بيته وأصحابه بتناوله عند المرض هو "التلبينة" التي تطبخ من دقيق الشعير بنخالته وقال عنها " التلبينة مجمة لفؤاد المريض تذهب ببعض الحزن" (أخرجه البخاري في الاطعمة ومسلم في اللباس).

و حسب ما جاء في الطب النبوي² أن قوى الحزين تضعف باستلاء اليبس عن أعضائه وعلى معدته خاصة لتقليل الغذاء، وهذا الحساء يرطبها ويقويها ويغذيها ويفعل مثل ذلك بفؤاد المريض، لكن المريض كثيرا ما يجتمع في معدته خلط مراري، أو بلغمي وهذا الحساء يجلو ذلك عن المعدة ويسروه ويحدره ويميعه ويعدل كيميته ويكسر سورته فيريحها.

ت- تطبيب النفوس:

قال الله تعالى: "ونفس وما سماها، فألهمها فجورها وتقواها" الشمس 7، وقال أيضا: "لا أقسم بالنفس اللوامة" القيامة 2، وقال عليه الصلاة والسلام: "إذا دخلتم على مريض فنفسوا له في الأجل فإن ذلك لا يرد شيئا، وهو يطيب نفس المريض".

لقد أعطى الرسول عليه الصلاة والسلام للنفس اهتماما لائقا بمكانتها من الجسم البشري، لأن النفس وراء كل تصرف، فإن سويت كان التصرف سليما، وإن كانت لجوجة فستكون حليفة الغضب والثوران، وقال عنها: "عدنا من الجهاد الأصغر إلى الجهاد الأكبر" فقيل له: وما الجهاد الأكبر يا رسول الله؟ قال: "جهاد النفس".

¹ ابن القيم الجوزية: الطب النبوي، مرجع سابق، ص 161 .

² نفس المصدر، ص 91.

إن الاهتمام بالنفس البشرية تحسن حال صاحبها خاصة إذا كان مريضا أو مهموما أو حزينا، لأن المواساة بالكلمة الطيبة ترفع من معنويات صاحبها، وفي هذا الصدد يقول المؤلف¹ عبارة جميلة لمؤلف إنجليزي من كبار الأطباء يقول: "إذا وجدنا أنفسنا في موقف ما مكتوفي الأيدي من الحالة السيئة للمريض التي لم يعد في الإمكان إنقاذ حياته فالتنكح رحماء عليه بالطيبة اللينة الهينة".

إن تفريغ نفس المريض وإدخال البهجة إلى قلبه له تأثير عجيب أحيانا فالفرح يقوي النفس، وسماع القرآن يريح البال ويزيل الحزن والغم والكآبة عن المريض ويقول ابن ماجة عن القرآن: "هو طبيب الأنفس وراحة القلوب وغذاء الأرواح"².

ث- الامتناع عن المعالجة بالمحرمات

يعتقد بعض الناس ان شرب الخمر يفتح الشهية ويعالج المرضى المصابين بالحصى في الكلى، ظنا منهم أن الخمر يفتت هذه الحصى، وليس تعاطيها بمحرم ما دامت منفعتها ظاهرة، وأن شربها ليس من باب الإدمان وإنما هي وسيلة للعلاج.

لكن الرسول عليه الصلاة والسلام كان واضحا في أمر العلاج بالمحرمات فقال: "من تداوى بالخمير فلا شفاه الله"، وقال: "إن الله لم يجعل شفاءكم فيما حرم عليكم"، وقال أيضا: "إن الله أنزل الدواء والدواء وجعل لكل داء دواء فتداووا ولا تداووا بالمحرم".

ج- الامتناع عن المعالجة بالسحر والتكهن:

بعد ظهور الإسلام حارب الرسول عليه الصلاة والسلام العلاج بالخرافات الذي كان سائدا في الجاهلية، وبذل الجهد الكبير لإبعاد الناس عن السحر والتكهن والإيمان بالتطير والتمايم والعيافة والعرافة وما شابه ذلك، قال عليه الصلاة والسلام "الطيرة من الشرك"، "التولة والتمايم من الشرك"، وقال أيضا: "من علق تميمة فقد أشرك"، وقال أيضا: "العيافة والطرق* من الجبت**"، وقال في الكهانة والعرافة: "من أتى كاهنا فصدقه فيما يقول فقد كفر"، وقال "المنجم والكاهن ساحر والساحر كافر".

¹ السيد أجميلي: إعجاز الطب النبوي، دار الشهاب، الجزائر، بدون تاريخ، ص 37 .

² رحاب خضر عكاوي، مرجع سابق، ص 112.

* الطرق: ضرب بالحصى على سبيل التكهن.

** الجبت: السحر الذي لا خير فيه.

لقد قاوم الإسلام السحر مقاومة شديدة حتى أن الفقهاء بحثوا في جواز قتل الساحر¹، لتصرفه بالإفساد وما ينشأ عنه من الفساد، وجعلت الشريعة باب السحر والطلسمات والشعوذة وما إلى ذلك بابا واحدا لما فيه من الضرر وخصته بالحضر والتحريم.

ح- الوقاية من الطاعون:

قال عليه الصلاة والسلام: " الطاعون رجز أرسل على طائفة من بني إسرائيل، وعلى من كان قبلكم، فإذا سمعتم به بأرض، فلا تدخلوا عليه، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها فرارا منه". (رواه البخاري)، وقال أيضا: "الطاعون شهادة لكل مسلم" (رواه البخاري).
فقد جمع النبي محمد للأمة في نهيه عن الدخول إلى الأرض التي هو بها، ونهيه عن الخروج منها بعد وقوعه كمال التحرز منه، لأن الدخول في الأرض التي هو بها تعرضا للبلاء وموافاة في محل سلطاته وإعادة للإنسان على نفسه وهذا مخالف للشرع والعقل، بل تجنب الدخول إلى أرضه من باب الحمية التي أرشد الله سبحانه إليها، وهي حمية من الأمكنة والأهوية المؤذية.
وفي نهيه عن الخروج من بلده معناه حمل النفوس على الثقة بالله والتوكل عليه والصبر على أفضيته والرضى بها.

خ-اهم ما جاء في الطب النبوي والذي تمت الإشارة له أو تبنيه من قبل منظمة الصحة العالمية في العصر الحالي:

إن القرآن روح الإسلام ومادته، وفي آياته المحكمة شرع دستور وبسطت دعوته وقد تكفل الله سبحانه بحفظه ومن خلال الأحاديث النبوية، التي تناولت التطبيب والتي ماجأت إلا تطبيقا لتعاليم القرآن والتي اهتمت بحفظ صحة الأفراد، يرى الإمام الغزالي أن "القرآن هو قانون الإسلام والسنة هي تطبيقه، والمسلم مكلف باحترام هذا التطبيق تكليفه باحترام القانون نفسه، وقد أعطى الله نبيه حق الاتباع فيما يأمر به وينهي عنه، لأنه في ذلك لا يصدر عن نفسه بل عن توجيه ربه فطاعته هي طاعة الله وليست خضوعا أعمى لواحد من الناس"¹.

¹ رحاب خضر عكاوي، مرجع سابق، ص 115.

¹ محمد الغزالي: فقه السيرة، نشر مكتبة رحاب، الجزائر، 1987، ص 34.

ومن خلال العلاج المذكور في الطب النبوي لبعض الأمراض والتي اوصى النبي محمد عباده لاتباعها لحفظ صحتهم وسلامة أبدانهم نستطيع أن نوضح الخطوط العريضة في حفظ الصحة التي جاء في السنة النبوية إذ أمر أمته بالتداوي وطلب العلاج عند المرض، وهذا بما أحل الله والابتعاد عن العلاج بما حرم الله فقال "ما أنزل الله من داء إلا أنزل له الشفاء" (رواه أبو هريرة) وقال أيضا: " لكل داء دواء، فإذا أصيب دواء الداء، برأ بإذن الله عزوجل" رواه مسلم في صحيحه.

*- حرص النبي محمد بن عبد الله على تداول وتدارس كل أنواع العلوم من بينها الطب والطبابة، كون الطب مهنة نبيلة شرفها الله فكانت معجزة السيد المسيح عليه السلام في علاجه للأعمى والأبرص، وعدد إبراهيم عليه السلام نعمة ربه فقال: "و إذا مرضت فهو يشفيني" الشعراء 80، وذكر الإمام الشافعي قوله المشهور: " لا أعلم علماً بعد الحلال والحرام أنبل من الطب" وكان يتلطف على ما ضيع المسلمون من الطب ويقول: " ضيعوا ثلث الطب وأكلوه لليهود والنصارى"¹.

*- بين عليه الصلاة والسلام أسس وقواعد الصحة الوقائية، وأمرنا بالإبتعاد عن المريض المعدي حتى لا ينتقل المرض، كما بين قواعد وأسس علم الصحة العامة ومنها حفظ الصحة الفردية التي تعد فرع من فروع الطب الحديث.

*- بين أسس وقواعد الحجر الصحي ومثال ذلك حالة الطاعون، إذ قال عليه الصلاة والسلام: " إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها عليه، وإذا وقع في أرض فلا تخرجوا منها فرارا منه" رواه البخاري.

*- ركز على الوقاية لتجنب المرض كعدم الإفراط في الأكل والشرب لقوله "نحن قوم لا نأكل حتى نجوع وإذا أكلنا لا نشبع"، كما تحدث عن الحمية وبين طريقة إتباعها وكيفية المواظبة عليها.

*- بين أمراض القلوب المتأتية من الهم والغم والحزن والتي تؤدي إلى سقم البدن، وهي دلالة على الأمراض النفسية، إذ قال من كثر همه سقم بدنه" رواه البخاري.

¹ علي عبد الله الدفاع: أعلام العرب والمسلمين في الطب، مؤسسة الرسالة، السعودية، 1983، ص.107

*- تطرق في أحاديثه إلى النظافة الجسدية فقال عليه الصلاة والسلام: " طهروا هذه الأجساد طهركم الله" رواه الطبراني، وتطرق كذلك إلى النظافة البيئية فقال: " طهروا أفئيتكم ولا تشبهوا باليهود" رواه الترميذي.

*-أمر أمته بالسعي للعلاج والتداوي مع الاقتناع أن الشافي هو الله.

*- تطرق إلى المحافظة على صحة الفم والأسنان بدعوته للمضمضة وإستعمال السواك، وهذا في حد ذاته علم قائم بذاته في الوقت الحاضر، والذي يعرف بطب الاسنان وجراحتها.

خلاصة الفصل:

إن الأسلوب في التطبيق كان من خصائص الطب العربي ولم يكن اليونان قد مارسوه ولا غيرهم ممن سبق العرب إلى صناعة الطب، إن الطب العربي على مدى تطوره وازدهاره بين القرنين الثالث والسادس الهجري كان طباً للأصحاء قبل أن يكون طباً للمرضى، وهو كما قال سنان بن قرة البوهيمي " إن موضوع صناعتنا حفظ الصحة لا مداواة الأمراض² .

المرض والعلاج متلازمان وكلما كان المرض تم البحث عن العلاج للوصول بالجسد إلى حالة التوازن، الذي تختلف سبل الوصول إليه وتتحدد نمط حياة المجتمعات المختلفة، التي تسعى إلى الارتقاء بصحة أفرادها، وهذا الأمر وجد منذ أن وجد الإنسان على سطح الأرض، لذا كان لكل حقبة بحثها ولكل زمن أطباءه ولكل مرحلة تاريخها.

لقد اجتهد الأفراد في البحث عن العلاج وصنع الأدوية من الأعشاب والنباتات والاحجار والمياه، وتميز آخرون بالجراحة وعلاج الكسور، وإشتهر الفراعنة في التحنيط، وبقي الكثير من خفايا الطب القديم لم يتمكن الباحثون في الميدان من الوصول إلى أسرارها.

² نفس المرجع، ص 99 .

الفصل الرابع:

تاريخ الجزائر الطبي الرسمي

المبحث الأول: تاريخ الجزائر الطبي

الوضع الصحي في الجزائر قبل وأثناء التواجد العثماني

- 1-الوضع الصحي في الجزائر قبل العهد العثماني
- 2-الوضع الصحي في الجزائر في الفترة العثمانية الأولى 1515 - 1716
- 3-الوضع الصحي في الجزائر في الفترة العثمانية المتأخرة 1717- 1830

المبحث الثاني: الطب في الجزائر من 1830 إلى 1962

الوضع الصحي في الجزائر أثناء التواجد الإستعماري

- 1 -الوضع الصحي في الجزائر 1830-1871
- 2-الوضع الصحي في الجزائر 1871 - 1954
- 3-الوضع الصحي 1954-1962

المبحث الثالث: النظام الصحي للجزائر المستقلة من 1962 - 2012.

- 1-المرحلة الأولى (1962 - 1973) والمرحلة الثانية 1973-1979 مجانية العلاج
- 2 -المرحلة الثانية (1980 - 1989
- 3-المرحلة الثالثة 1989-2000 بحماية الخصوصية
- 4-المرحلة الرابعة 2000-2015

تمهيد:

تسعى كل دولة إلى بناء نظامها الصحي كما تبني وزاراتها ومبانيها، لأنها تدرك أن صحة الجسد هي التي تشيد وتبني المجتمع، والمحافظة على الصحة تبدأ بالوقاية والتوعية والتربية الصحية، إلى جانب توفير المنشآت القاعدية وتكوين المختصين في الميدان، وهذا هو الدور الذي تقوم به السياسات الصحية للدول المختلفة، فتنشئ كل منها نظامها الصحي الذي يتناسب مع مستواها الإقتصادي وحجم رقعتها الجغرافية وعدد سكانها.

كما تهدف الانظمة الصحية إلى تحقيق تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان، تقديم الخدمات الصحية والطبية باقل تكلفة ممكنة، وارضاء الأفراد والاطمئنان على صحتهم وحمائتهم من الأمراض والأخطار.

المبحث الأول: تاريخ الجزائر الطبي

الوضع الصحي في الجزائر قبل وأثناء التواجد العثماني

1-الوضع الصحي في الجزائر قبل العهد العثماني:

عُرف العرب منذ القدم بخبرتهم بالطب والتداوي بالرغم من أن معظم طرقهم لم تكن تعتمد على يقين علمي أو أساس دقيق، بل كانت تعتمد على التقليد وإتباع طرق من سبقوهم وإن كانت معظمها خرافية وبعيدة عن المنطق والدين، وفي هذا يقول ابن خلدون في مقدمته: "وللبادية من أهل العمران طب بينوه في غالب الأمر على تجربة قاصرة على بعض الأشخاص ويتداولونه متوارثا مشايخ الحي وعجائزه، وربما يصح منه البعض، إلا أنه ليس على قانون طبيعي، ولا عن موافقة المزاج وكان عند العرب من هذا الطب كثير (...) والطب المنقول في الشرعيات من هذا القبيل، وليس من الوحي في شيء وإنما هو أمر كان عاديا للعرب"¹.

لقد إهتم أهل الجزائر بالحفاظ على صحتهم من خلال موروثهم العلاجي، الذي كان سائدا آنذاك والذي كان يعالج به الأمراض التي يمكن شفاءها، ولكن أمام الأمراض والأوبئة الفتاكة لم تكن بأيديهم أية حيلة، وهذا ما كان يتسبب بحصد أرواح العديد منهم.

لقد تضاربت كتابات الذين اهتموا بدراسة الأوبئة في الشمال الإفريقي، لعدم وجود مصادر موثوقة يعتمدون عليها، فلقد ذكر الكاتب 'مارشيكاً'¹ أن الجزائر القديمة (نوميديا) كانت بيئة خالية من مرض الطاعون، في حين أكد الكاتب 'بيرابن'² أن الطاعون اجتاح منطقة الشمال الإفريقي. و للتذكير فإن تسمية معظم الأمراض الفتاكة 'طاعونا' دون أن يكون ذلك صحيحا، سببه غياب التعريف الحقيقي لأعراض ومظاهر هذا الوباء، كما أضيفت صفة أخرى لهذه التسمية للتأكيد على خطورة الإصابة به وعدم النجاة منه، والذي أطلق عليه اسم 'الطاعون الأسود' وأحيانا أخرى اسم 'الطاعون الأسود الكبير'.

¹ عبد الرحمان ابن خلدون: مقدمة ابن خلدون، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، 2003، ص 491.

¹J.MARCHIKA: la peste en Afrique Septentrionale: Histoire de la peste en Algeriede

1363à1830.Julien carbonel,Alger 1927.p 14.

² J.N.BIRABEN: La peste dans l'Europe occidentale et le bassin Méditerranéen: Principales

Epidemies,Conceptions Medicales,In le concours Medical.2Fév 1963.p.781.

عرفت منطقة الشمال الإفريقي مجموعة من الأوبئة، بسبب البؤس الناتج عن المجاعات واجتياح الجراد الذي تسلط على نوميديا، وعرف بخطورته وإستمراره فترات طويلة "... غير أن ملاحظتي تلك الفترة لم يتمكنوا من التمييز بين مرض التيفوس، ومرض الطاعون، الذي كان معروفا أكثر بسبب ترده وأضراره، وبالتالي أطلق القدماء تسمية 'طاعون' على كل مرض ووباء تسلط عليهم"¹.

وبالنسبة للطاعون الأسود الكبير فهو صيني الأصل "...اجتاح آسيا بعد خمود دام خمسة قرون، قبل ان يجتاح بحر آزوف سنة 1346م، ليصل إلى القسطنطينية عام 1347، ثم اجتاح اوروبا بأكملها"².

ولقد ثبت وجود الأوبئة الفتاكة على ضفاف البحر الأبيض المتوسط، والتي قام بجلبها البحارة من الجنسيات المختلفة، اثناء المبادلات التجارية التي كانت تتم في الموانئ. ارتبط الوضع الصحي في الجزائر بسلسلة من المجاعات المتكررة التي اجتاحت المغرب الأوسط، وتسببت في كارثة ديمغرافية كان سببها ثلاث عوامل أشار إليها 'ابن خلدون' في كتاب 'العبر': 'كثرة الموتى لها ثلاث أسباب هي كثرة المجاعات، وكثرة الفتن لاحتلال الدولة، فيكثر الهرج والقتل، أو وقوع الوباء"³.

لقد تعرض سكان الجزائر إلى أنواع كثيرة من الأوبئة الفتاكة، بسبب المجاعات والجفاف واجتياح الجراد في فترات زمنية مختلفة، أودت بحياة العديد من الأهالي نذكر منها⁴: منطقة مجانة عام 733 م، ثم عام 822 و، عام 849 م، عام 891 م هي فترة سوداء في حياة المنطقة بسبب القحط والمجاعة والأوبئة.

منطقة تلمسان عام 1220م، ثم من 1298-1306م عرفت أسوأ أيامها بسبب القحط والمجاعة والجراد، والتي عاودتها الكارثة سنة 1363 م، وكانت أسوأ بكثير من سابقتها بسبب اجتياحها بالطاعون الأسود الذي سمي آنذاك بـ 'الموت الأسود'.

¹ فلة موساوي -القشاعي: الواقع الصحي والسكاني في الجزائر، اثناء العهد العثماني وأوائل الاحتلال الفرنسي 1518-1871، منشورات بن سنان، الجزائر، بدون تاريخ، ص 58.

² نفس المرجع، ص 60.

³ ابن خلدون: كتاب العبر، دار النشر غير مذكورة، بيروت، سنة 1966، ص 539.

⁴ فلة موساوي -القشاعي، مرجع سابق، ص 59.

و لم تسلم هذه المنطقة (تلمسان) من الأوبئة الفتاكة والمجاعات التي اجتاحتها لمرات عديدة أخرى عام 1374 م، ثم 1450 م وهي نفس الفترة التي اجتاحت فيها الطاعون الكبير أوروبا، والذي إشتدت وطأته على إيطاليا، وفي سنة 1467 م تعرضت تلمسان إلى نوع جديد من الطاعون عرف باسم 'الطاعون الخراجي'.

ما يمكن الإشارة إليه أن عودة الطاعون لتلك المناطق كان يتم وفق وتيرة دورية مستمرة تتراوح بين 10-15-25 سنة.

منطقة بجاية عام 1510 م عانت من وباء الطاعون، إذ بلغ عدد الضحايا 100 شخص يوميا.

أما الأمراض الأخرى التي تعرض لها أهالي الجزائر والتي كانت أقل حدة من وباء الطاعون، تمثلت في أنواع الحمى والجذام وغيرها.

كما انتشر مرض السفلس* أو الزهري بمنطقة تلمسان في نهاية القرن الخامس عشر الميلادي، وكان يهود غرناطة أول من جلبه إلى الشمال الإفريقي بعد سقوطها (غرناطة) بحكم تواجدهم وإرتباطهم ببعض المناطق الجزائرية.

و من جملة الأمراض التي انتشرت في تلك الحقبة التاريخية داء المفاصل، السعال الديكي، الربو، الأمراض الجلدية الفطرية المتسببة في سقوط الشعر، والتي كانت تصيب النساء والأطفال خاصة.

إن أغلبية الأمراض كانت تعالج بالطريقة التقليدية، بإستعمال الأعشاب الطبيعية المحلية، وبإستعمال العلاج الخرافي الذي أرتبط إلى حد كبير بالجهل والامية.

ومع ذلك وجد عدد من الأشخاص إشتهروا بالمعالجة، وبحثوا في أسرارها¹ من بينهم 'ابو إسحاق إبراهيم بن أحمد الثغري' الذي عاش في القرن الرابع عشر الميلادي، والذي ترك بعض المؤلفات حول الأدوية ومنافعها وقاموسا للأعشاب الطبية.

كما تميزت مدينتي تلمسان وبجاية ببعض المدارس الطبية التي استقبلت الطلبة من الأندلس، فاس وتونس والقاهرة¹.

* السفلس او الزهري عند العرب مرض ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي وهو ينجم عن الإصابة بجرثومة "تريبونيميا باليديم" (Treponema pallidum)، و الإصابة به تؤدي إلى تعقيدات كبيرة على صحة الأفراد ثم إلى الموت المحتم.

¹ أبو القاسم سعد الله، تاريخ الجزائر الثقافي، مرجع سابق، ص 358 .

أما مدينة قسنطينة فقد تميزت بازدهارها العلمي خاصة في ميدان الطب، الذي إهتم به العديد من العلماء أمثال 'ابن القنفذ' الذي كان من أشهر الكتاب في هذا الميدان، وكان قد سبقه والده إلى ذلك بتأليف كتابا عن الطاعون، وقد تميز 'علي ابن حمزة' باهتمامه بالمعارف الطبية، إذ قام بعلاج الأمير 'ابو زكريا بن أبو إسحاق'².

وبصفة عامة فقد إشتهرت مناطق عديدة من الجزائر بأسماء أطباء إشتهروا بالمداواة في تلك الحقبة التاريخية³ نذكر منهم:

منطقة بجاية: أبو العباس أحمد بن خالد، علي بن عتاتيب البجاوي، ابن ابي المليح، أبو القاسم محمد ابن أحمد أبي محمد الأموي، أبو القاسم ابن زيتون...

منطقة تلمسان: أبو عبد الله ابن سعيد بن علي التلمساني، أبو القاسم محمد بن أبي الحكيم التلمساني، أبو الفضل محمد ابن الامام، أسحاق أبو سليمان الاسرائيلي...

مناطق الحواضر الجزائرية: أبو عبد الله بن يوسف بن عمرون الوهراني، عبد الله بن يونس ابن عمران الوهراني، أبو العباس أحمد بن علي الملياني، حسان بن علي ابن ميمون ابن القنفذ القسنطيني، أبو العباس أحمد القنفذ القسنطيني، أحمد بن يونس القسنطيني، أبو عبد الله محمد العباسي، علي بن محمد العنابي، محمد بن القاسم بدر الدين الجزائري...

¹ Mostefa Khiati: Histoire de la medecine en Algerie ,De L'Antiquité à nosjours.ANEP.Alger..2000.p 47

² ابو القاسم سعد الله، تاريخ الجزائر الثقافي، مصدر سابق، ص 412.

³ فلة موساوي -القشاعي، مرجع سابق، ص 70 .

2-الوضع الصحي في الجزائر في الفترة العثمانية الأولى 1515-1716

مع بداية الحكم العثماني للجزائر الذي استهل عام 1515 م كان الوضع الصحي للمنطقة متدهورا نتيجة الأوبئة المتكررة التي أهلكت مجموعات هامة من السكان، إذ كان مرض الطاعون مستوطنا فيها بسبب ترده عليها بين الفترة والأخرى.

فوباء الطاعون الذي عرفته منطقة بجاية عام 1510م ظهر مجددا في منطقة وهران عام 1517م والذي ازهق العديد من الأرواح دفعت بالكثير من الأهالي إلى الهروب إلى الضواحي والاستقرار فيها، وبعد مضي 13 سنة أي بحلول عام 1530م ظهر وباء الطاعون من جديد في مدينة الجزائر ليحصد المزيد من أرواح الأفراد¹.

وبحلول سنة 1535م عرفت منطقة شمال افريقيا مجاعة كبيرة بسبب اجتياح الجراد لها فاضطرت الدولة إلى استيراد الحبوب، للتخفيف من حدة الأزمة التي بغيت تحصد الأرواح بالجملة. إن وجود الطاعون والمجاعة بسبب قلة المحاصيل الزراعية واجتياح الجراد عرف حدته عام 1543م وكان من بين ضحاياه حاكم مدينة وهران 'حسن آغا' وفي 1548م كان من بين ضحاياه 'خير الدين بربروس'².

ان وباء الطاعون لم يبتعد عن الشمال الافريقي فإن انقرض من منطقة ظهر في اخرى وهكذا إلى ان أصبح مرضا مستوطنا في الشمال الافريقي³ ففي سنة 1553 تسبب هذا الوباء في قتل 9000 ضحية، واصبح مصير الجزائر مرتبطا بالأوبئة الدائمة والمستمرة. لم تكن الجزائر أو الشمال الافريقي وحده ضحية وباء الطاعون وإنما كل الامارات التي كانت تحت راية الحكم العثماني كانت عرضة لهذه الأوبئة الفتاكة من بينها مصر.

عرف وباء الطاعون خمودا بين عامي 1575-1582م لتظهر مجاعة حادة في الشمال الإفريقي بسبب الفيضانات التي عرفتها المدن والأرياف والتي أودت بحياة 1656 شخص بين 17 جانفي و17 فيفري من عام 1580.

ترددات كبيرة لوباء الطاعون الذي ارتبط إلى حد كبير بالإحتكاكات المستمرة مع تركيا، إذ يعود أول وباء طاعون عرفته مدينة القسطنطينية إلى سنة 542 م احدث عدوى كبيرة على الشواطئ

¹MARCHIKA,op.cit,p25.

² قلة موساوي -القشاعي، مرجع سابق، ص82

³ نفس المرجع، ص75 - 99 .

الأوروبية والإفريقية للبحر الأبيض المتوسط خلال 50 سنة مما يثبت ان مصدر العدوى يكمن في موانئ المشرق وخاصة ميناء القسطنطينية وبالتالي شكل ميناء اسطنبول منبع أوبئة الطاعون التي انتشرت عبر كل موانئ الإمبراطورية العثمانية وخاصة مصر التي شكلت مصدر عدوى هذا المرض الذي ادى إلى حدوث انهيار ديمغرافي عانت منه خلال العهد العثماني.

عرفت بداية القرن السابع عشر الميلادي سلسلة اوبئة طاعونية خطيرة عانت منها مناطق حوض البحر الابيض المتوسط والشمال الاوروبي بنفس الحدة.

وكانت الفترة الممتدة بين 1639-1649م متميزة بأوبئة تكرارية عانت منها معظم مناطق الجزائر نتجت عن زلزال سنة 1639م خاصة مدينة الجزائر، قسنطينة ومنطقة بسكرة. عرف القرن السابع عشر.

في الفترة الممتدة بين 1654-1666م عرفت كل من وهران وبجاية وقسنطينة وطأة شديدة لوباء الطاعون الذي كان يحصد حوالي 500 ضحية في اليوم وقد دام ثلاث سنوات في مدينة الجزائر قضى فيها على ثلث السكان.

وكان رياس البحر هم من تسببوا في نقل العدوى من المناطق المعدية التي تردوا عليها باستمرار.

بقي وباء الطاعون يكتسح كل المناطق الجزائرية، وعرف الربع الأخير من القرن السابع عشر انهيار ديمغرافي هام، ادى إلى هلاك ثلث عدد السكان، إذ عرفت الفترة الممتدة بين 1698-1700م وحدها خسائر بشرية هامة قدرت بين 25000 إلى 45000 ضحية سنويا¹.

لم تسجل اية حالة وبائية بالطاعون خلال الفترة 1700-1717م بالرغم من تواجده في كل من مصر وتونس وليبيا، لكن المآسي لا تبتعد عن الجزائريين إذ عرفت ايام 3 و4 و5 فيفري من عام 1716 استمرت الهزات كل نصف ساعة ادت إلى هروب السكان نحو الارياف، وتكررت الهزات من 26 فيفري إلى غاية شهر جوان من نفس السنة ليعاود الزلزال من جديد عام 1717م وكان مرفقا بجفاف كبير دام 06 سنوات كان مصحوبا باجتياح الجراد ترتبت عنه مجاعة مروعة تجسدت آثارها الحتمية في الوباء الطاعوني الذي عاود الظهور في الجزائر عام 1718م².

¹ فلة موساوي القشاعي، مرجع سابق، ص 101.

² نفس المرجع ، ص 104.

3- الوضع الصحي في الجزائر في الفترة العثمانية المتأخرة 1717 - 1830:

استمرت الحالة الصحية للجزائريين في التدهور نتيجة الأوبئة الفتاكة التي كانت تظهر باستمرار بين الفترة والآخرى وبحلول 1720 قطعت الجزائر علاقاتها التجارية مع فرنسا بعد ان اكتسح الطاعون مدينة مرسيليا وقدر عدد الضحايا في تلك الفترة 40 بالمئة من السكان في هذه الفترة لم تسجل اية حالات اصابة في الجزائر¹.

وفي الفترة الممتدة بين 1734 - 1737م عرفت الجزائر مجاعة كبيرة ادت إلى ظهور الوباء من جديد وسمي عام 1737 بعام ' الطاعون '.

وفي كل مرة ينتشر الوباء تكون حدته في فصلي الربيع والخريف وبحلول عام 1740 عاود الإنتشار من جديد بسبب سفينة فرنسية قدمت إلى ميناء الجزائر من مدينة الاسكندرية واخبر قائدها القنصل الفرنسي المتواجد في الجزائر بضرورة تطبيق الحجر الصحي على البضائع والطاقم وبعد انزال الحمولة إلا ان داي الجزائر آنذاك(الاي ابراهيم) تعنت وامر بإنزال البضائع التجارية الحاملة للعدوى التي تم تسويقها في كامل التراب الوطني الأمر الذي تسبب في كارثة جديدة إذ بلغ عدد الضحايا في الاسبوع الأول 1000 ضحية واستمر الوباء يحصد الأرواح وقدر عددهم بين سنتي 1740 - 1741 م 70000 ضحية².

في السنوات التالية لم تنتهي العدوى ولكن خفّت حدتها وكتب القنصل الفرنسي عام 1749 ان الصحة جيدة في الجزائر.

ولكن هذه الحالة لم تدم طويلا فبحلول 1752م عاود الوباء بالانتشار وهذه المرة كان عن طريق سفينة الحجاج التي حطت بميناء الجزائر وواصل الوباء بحصد الارواح ففي شهر جويلية فقط من عام 1753 بلغ عدد الموتى 1700 ضحية.

تميزت الفترة الممتدة بين 1764 - 1778م بخمود وباء الطاعون مع تسجيل بعض المجاعات التي لم تكن لها نفس الحدة التي يتميز بها الوباء من حيث عدد الضحايا.

¹ فلة موساوي - القشاعي .مرجع سابق، ص 108.

² نفس المصدر، ص 115.

أما الفترة الممتدة بين 1778 - 1804م فلقد تميزت برجوع الأوبئة الطاعونية الدورية وكانت أكثر فتكا من سابقتها وصحبتها كارثة إجتياح الجراد لكافة اقطار المغرب العربي اضطر الاهالي حينها لإستعمال الجراد كغذاء لهم¹.

في نفس هذه الفترة عرفت مدينة وهران زلزال عنيف ليلة 08 إلى 09 اكتوبر من عام 1890 م دمر في ظرف ثلاث دقائق كل المنازل والكنائس ونتج عنه حريق كبير، وتوالت الهزات إلى غاية 22 نوفمبر بلغ حجم الخسائر البشرية 3000 ضحية، تضاعف عددها بحلول عام 1792م بعودة الطاعون من جديد والقادم كالعادة من الدول التي لها علاقات تجارية مع الجزائر وبلغ عدد ضحايا وباء الطاعون لعام 1793م حوالي 12000 ضحية.

عرف الوباء خمود نسبي بين سنتي 1805 - 1815م في حين استمرت المعاناة من المجاعات المزمنة الناتجة عن اجتياح الجراد الذي تسبب في نقص الانتاج الفلاحي وإنعدامه في مناطق متعددة.

بحلول عام 1817م ظهر الطاعون من جديد وجلبت عدواه سفينة عثمانية كانت تنقل حجاجا مصابين بالداء الذي انتشر بسرعة في مدينة الجزائر ثم عنابة ووهران وقد شمل الوباء جميع اقطار المغرب العربي من طرابلس إلى طنجة.

استمرت حدة الوباء في 1822 م بسبب المجاعة التي مست الجزائر ويرى ' مارشيك ' ان سببه هذه المرة "...سبب انتقال العدوى مصدره السفينة السويدية 'دلفين ' الآتية من ميناء أزميز إلى ميناء الجزائر التي ارست به بتاريخ 14 جانفي من سنة 1822 م...."².

اعتبرت سنة 1822م خاتمة السنوات التي تضررت فيها الديمغرافيا الجزائرية في الفترة العثمانية بسبب الأوبئة الطاعونية والمجاعات والكوارث الطبيعية، "...وباء 1816م - 1822م من أكبر الأوبئة الطاعونية التي عرفت الجزائر خلال الفترة العثمانية بالإضافة إلى باقي بلدان المغرب، ويعتبر آخر وباء كبير عرفته منطقة المغرب"³.

اعتبرت الفترة 1823م - 1830 م خالية من الأوبئة وتميزت الجزائر خلالها بوضع صحي ممتاز في حين عرفت نفس الفترة انتشار واسع له بدولة مصر.

¹ فلة موساوي - القشاعي .مرجع سابق، ص129

² MARCHIKA,op.cit.pp.152-153.

³ MARCHIKA,op.cit ,p179 .

وآخر ما يمكن التطرق إليه والذي تسبب في كارثة ديمغرافية في أواخر التواجد العثماني في الجزائر بعيدا عن الطاعون، هو الزلزال الذي مس مدينة البليدة عام 1825 م والذي اودى بحياة الكثير لم يتم احصاءهم بسبب الردم الكبير الذي طال الحصون والأبنية في الحواضر والارياف والقرى.

وعلى العموم وبعيدا عن الأوبئة والمجاعات والكوارث الطبيعية التي كان يتعرض لها الأهالي، والتي لم تكن لهم القدرة على مواجهتها لكثرة حدوثها بين الحين والآخر وبسبب حدتها، وعجزهم امامها إلا انهم كانوا يملكون الخبرة والمعرفة، في معالجة ومواجهة الأمراض والاصابات غير المعدية (غير الطاعون والكوليرا...) أو الأمراض المعتادة والدورية، ومعظم الطرق المستعملة في المعالجة كانت مستمدة من التجربة والخبرة التي توارثوها عن الاسلاف.

كان الأفراد يؤمنون بالعلاج والتداوي واتخاذ الوسائل والأسباب، للمحافظة على الصحة وهم المؤمنون بالحديث النبوي: " العلم علمان: علم الأديان وعلم الأبدان"، ومع ذلك إذا تعذر شفاءهم أو خانتهم معرفتهم العلاجية يؤمنون بالقضاء والقدر كبقية الشعوب الإسلامية.

لقد وجد العديد من الرسائل والأراجيز في علم الطب وفروعه والعديد من المتطبيين، ومع ذلك اختلطت الخرافة بالطب في احيان كثيرة، فكانت العامة تؤمن بالتداوي بالشرب من بئر معينة أو بتعليق تميمة معينة أو بزيارة ولي صالح، كما أن النسوة خصوصا كنّ يؤمنن ببعض الأسباب غير الطبية للبرء من العقم وحفظ الولاء بين الزوجين²، ومعظم الأدوية التي كانت شائعة كانت تتناول الجانب الخارجي من جسم الإنسان، وإستعمال العلاج الطبيعي بأنواع الأغذية والأدوية المفردة غير المركبة ما أمكن.

لقد انعدم وجود المستشفيات في العهد العثماني باستثناء الزوايا التي تأوي العجزة والمرضى وكان المرجع هو كتب الأقدمين ك'ابن سينا'، وكانت فوائد الأعشاب معروفة للناس، " ألف الشيخ عبد الرزاق الجزائري كتابا في فوائد الأعشاب، ولم يكن هناك امتحان ولا مهنة للأطباء، والذين يقومون بالعلاج هم غالبا مرابطون ويداؤون بالجن والأرواح وليس بالعلم، وكان هناك بعض حملة

² أبو القاسم سعد الله: تاريخ الجزائر الثقافي، ج2، المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية، الجزائر، 1985، ص 429.

الشهادات الذين يعالجون مرضاهم في دكاكين أصحاب الحرف الأخرى، أما أعمال الجراحة فكان يقوم بها الحلاقون الذين يلجئون أيضاً لإستعمال الكي والحجامة¹.

عمل العلماء وبعض المهتمون بالعلاج والتطبيب، على تركيب الأدوية من النباتات المتوفرة في البلاد، ويصنعون المعاجين والأشربة ويمارسون الكي والحجامة، كما قاموا بوضع مجموعة من الوصفات للتغلب على بعض الأمراض الشائعة كوجع الرأس والمعدة والحروق والإصابات الجلدية ووجع المفاصل وغيرها.

كما ركبوا أدوية مضادة للسموم والتأثيرات الخارجية الأخرى، كالإصابة بحرارة الشمس، ويقول أبو القاسم سعد الله مستغرباً² أنه بالرغم من تقدم علم الطب في تاريخ الحضارة الإسلامية واشتغال العلماء المسلمين بالجراحة والصيدلة، فإن أهل الجزائر بما في ذلك علماءهم كانوا يؤمنون أن الطب مقصور على الأوروبيين، فمنذ القرن السادس عشر كان في مدينة الجزائر مستشفى إسباني خاص بالمسيحيين، ولم يكن للسلطة العثمانية أي تدخل في مهنة الطب، ما عدى تعيين "جراح باشا" الذي كان من الجنود الإنكشاريين، والذي كان يصحب الجيش في الحملات الكبيرة للعناية بالجرحى.

في هذا الوقت اعتمد الجزائريون لحفظ صحتهم، على موروثهم العلاجي التقليدي المتوارث عن السلف، فتغلبوا على الحمى بنبات " الشندقورة" ونحوه، والرضوض بالكي، والجروح بصب الزبدة الساخنة، والجدي بحفظ المريض في حالة دفاء وإعطاء حبات الكرميس في العسل. كما عالجوا التورم والالتهاب بأوراق بعض النباتات، وكانت الحناء وسيلة لعلاج الحروق والجروح البسيطة.

لقد فصل ابن حمادوش³ في معجمه " كشف الرموز" القول في أنواع النباتات والعقاقير وكمياتها وطريقة إستعمالها، وكانوا يتغلبون على لدغة العقرب بوضع البصل والثوم مكان اللدغة، كما كان العسل وسيلة كبيرة للعلاج.

وكانت للنساء قابلات معروفات بالمهارة في التوليد، والاهتمام بصحة المواليد الجدد وصحة الأمهات، بإستعمال العلاج بالنباتات والأغذية المقوية كالعسل وزيت الزيتون والحليب وغيرها "إن

¹ أبو القاسم سعد الله: تاريخ الجزائر الحديث، ط 3، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر، 1982، ص 129.

² أبو القاسم سعد الله: تاريخ الجزائر الثقافي، مرجع سابق، ص 432.

³ المرجع السابق، ص 433.

خبرة هؤلاء النسوة كانت بالغة بخصوص عمليات الولادة، فهذه الطرق كانت بدائية محضة، والملفت للانتباه أن جميع النسوة كن على دراية بالعقاقير والأعشاب الطبية المستعملة، فكل واحدة منهن تتعلمها من والدتها ومن نساء أخريات كبيرات في السن¹.

ولقد تحدث ابن خلدون عن هذه المهنة النبيلة وبين ضرورتها في العمران البشري، فقال: "... وتسمى القائمة على ذلك منهن القابلة (...). وما ذلك إلا لأن بدن الإنسان في تلك الحالة إنما هو بدن إنساني بالقوة فقط، فإذا جاوز الفصال صار بدنا إنسانيا بالفعل، فكانت حاجته حينئذ إلى الطبيب أشد فهذه الصناعة كما تراه ضرورية في العمران للنوع الإنساني².

إشتهر العرب منذ الجاهلية الأولى بمعرفة الكثير من الأمراض بالحدق في فهم خصائص الأدوية والأغذية والعلاج بها، وبينون ذلك في الأكثر على الاختبار الطويل، ولقد كانوا يصيبون به كثيرا، حتى أننا لا نزال إلى اليوم نذكر الطب العربي ونعني به المعالجة بالطريقة الطبيعية، من تناول أنواع مخصصة من الغذاء وإستعمال أصناف من المراهم المستخرجة بطريقة فطرية أو شبه فطرية من نباتات محلية لأخذهم بالفكرة القائلة: "داووا المرضى بعقاقير بلادهم"³.

إهتم كبار المسئولين في الدولة العثمانية بشؤون صحتهم الخاصة، رغم أنهم لم يشجعوا دراسة الطب في المدارس، ولم ينشئوا بذلك أكاديميات طبية للبحث، فمعظم الباشوات والبايات جلبوا لأنفسهم أطباء أوروبيون، أما بالأسر عند النزاع البحري، وأما كانوا مقيمين في الجزائر لأغراض تجارية أو سياسية. ويمكن الإشارة هنا أنه في سنة 1830م عند الاحتلال الفرنسي للجزائر كان هناك طبيب واحد فقط وكان ألماني الجنسية وكان يعالج الجرحى الأتراك والأهالي وهذا دليل على إهمال صحة الرعية من قبل المسئولين، هذه الرعية التي لم تجد متنفسا لها إلا في الطب الشعبي، " لقد تخلف علم الطب كثيرا... وان الاكتفاء بالتداوي بالأعشاب، واللجوء إلى ما يسمى بالطب النبوي وكتابة الآيات القرآنية والحروز (الاحجبة) وما إليها كان هو الشائع عند عامة الناس"⁴.

إن أول من إهتم بصحة الأهالي وشجع التأليف فيه واختصار المطولات هو " الباي محمد لكبير" الذي يقول عنه كاتبه "محمد ابن سحنون" أنه كان على دراية بالطب والعلاج والبحث فيه،

¹ Mathea Gandry: la femme chaouia de l'aures, librairie orientaliste, paul geuthner, 1929, p 230.

² عبد الرحمان ابن خلدون، مرجع سابق، ص 393.

³ عمر فروخ: عبقرية العرب في العلم والفلسفة، ط 2، منشورات المكتبة العلمية ومطبعتها، بيروت، 1952، ص 72.

⁴ ابو القاسم سعد الله: تاريخ الجزائر الثقافي (1830 - 1954)، المجلد الرابع، الطبعة 2، سنة 2005، ص 223.

وكان يصف للناس الدواء ويدفع لهم ما حضر منه، وحتى المساكين كانوا يفرعون إليه كما يفرعون إلى طبيب ماهر، وهذا يدل على أمرين هامين هما:

أ- إهتم بصحة رعيته بنفس الطريقة التي إهتم بها بصحته وصحة عائلته.

ب- إن الرعاية كانت تؤمن في الدواء والعلاج إذا ما توفر لها ذلك ولم تكن ضد فكرة التداوي.

المبحث الثاني: الطب في الجزائر من 1830 إلى 1962

الوضع الصحي في الجزائر أثناء التواجد الإستعماري

1- الوضع الصحي في الجزائر في الفترة الإستعمارية الأولى 1830-1871:

مما تم التطرق إليه في المبحث السابق يتبين ان الجزائر كانت تفتقد إلى ابسط المقومات الصحية، واول ما قام به المستعمر الفرنسي من الاجراءات الخاصة بالشأن الصحي¹ انشاء مكتب صحي في 28 جويلية 1830 م، عين لإدارته ضابط عسكري يعرف بمسئول المكتب الصحي بالجزائر، وكان نشاطه مرتبط مباشرة بمسئول الادارة الصحية الفرنسية بمرسيليا، بادر المسئول عن المكتب الذي كان مقره ميناء الجزائر، بأول اجراء تمثل في فرض الحجر الصحي على كل السفن القادمة إلى الجزائر، خاصة تلك المنطلقة من ميناء اسطنبول، وكانت مدة الحجر آنذاك 20 يوما لتتقلص بعدها إلى 15 يوم ابتداء من تاريخ 04 نوفمبر 1830 م.

نتج عن هذا الإجراء الاحترازي لحفظ الصحة، انخفاض الإصابة بالأمراض المعدية خاصة الطاعون، الذي كان يعاود الظهور من الاقطار المجاورة التي لها علاقات تجارية تبادلية في الموانئ الجزائرية.

مع بداية عام 1833 م شرعت السلطات الفرنسية في توسيع شبكة المكاتب الصحية على مستوى بعض المدن الجزائرية، فتم تأسيس لجنة صحية في مدينة عنابة بتاريخ 31 جوان ومجلس للصحة العمومية ببجاية في تاريخ 25 اكتوبر من نفس السنة.

بالرغم من النتيجة الايجابية المتحصل عليها من عملية الحجر الصحي، أدى ظهور وباء آخر أكثر خطورة وحدة من وباء الطاعون، إلى انهاك قوى الأهالي الذين لم يجدوا له سبيلا غير الاستسلام للموت إلا وهو وباء الكوليرا، الذي حصد ارواح العديد، فبحلول عام 1837 خلف هذا الوباء 1500 ضحية يوميا في ناحية قسنطينة وفي 1839 م تسبب هذا الوباء بهلاك ثلث سكان منطقة شرشال، ولم ينتشر وباء الكوليرا في مدينة الجزائر إلا بحلول عام 1848 م حين تسربت العدوى من سفينة تركية قدمت إلى الجزائر من اسطنبول حصدت اعدادا هائلة من الضحايا، وبحلول 1851 م اجتاح نفس الوباء منطقة الغرب الجزائري التي تراجع فيها بحلول 1853 م.

¹ فلة موساوي -القشاعي، مرجع سابق، ص180.

لم تسلم الجزائر من الأوبئة المعدية تماما، وإنما انتشر فيها المرض بين الحين والآخر واعتبرت الفترة الممتدة بين 1855-1867 م خالية من الإصابة بها، ولكن مع حلول عام 1867 م تسرب الوباء إلى منطقة قسنطينة وضواحيها قادمًا من تونس والمشرق وكانت هذه الفترة فترة معاناة كبيرة للجزائريين، أكثر من الأوربيين المتواجدين في نفس الرقعة الأرضية، وانتشرت العدوى في كل من تنس البلدية، القليعة، شرشال، أما مدينة الجزائر وضواحيها فكانت عرضة للحمى الصفراء الإسبانية.

إن وباء الكوليرا الذي حل محل الطاعون في الجزائر، تكررت هجماته باستمرار على المشرق وعلى أوروبا، وتسربه إلى المغرب الكبير أدى إلى أحداث عدد كبير من الضحايا سواء كان ذلك في المدن أو في الأرياف، ولو لم يطبق الحجر الصحي على الموانئ من قبل المستعمر الفرنسي لكان عدد الضحايا أكبر بكثير.

ويمكن تقسيم المرحلة الاستعمارية إلى مرحلتين رئيسيتين هما:

* من 1830 - 1900: وهي المرحلة التي استعمل فيها الطب كوسيلة للانتشار والتوغل

لمعرفة المجتمع الجزائري من العمق.

* من 1900 - 1954: تتميز هذه المرحلة ببداية تسجيل طلبة مسلمين في الدراسات الطبية.

وعن بداية الاهتمام بتوفير منشآت صحية في الجزائر المستعمرة، نجد أنه منذ بداية الاستعمار

الفرنسي عمل الفرنسيون على تطوير نظام المستشفيات العسكرية، وهذا في المناطق التي يتواجدا

بها المعمرون بكثرة، وكانت هذه المستشفيات موزعة كما يلي¹:

-1830: مستشفى الداى بالجزائر بقدره 1200 سرير.

-1832: مستشفى وهران.

-1835: مستشفى الدويرة ومستشفى مستغانم.

-1837: مستشفى قالمة.

-1843: 22 مستشفى، 15 في منطقة الجزائر وضواحيها (الوسط)، 6 في منطقة وهران

(الغرب)، 1 في منطقة قسنطينة (الشرق).

- في 01 اوت 1854: تم تدشين المستشفى المدني "مصطفى باشا".

¹ Mostefa khiati: Histoire de la médecine en Algérie, Edition Anep, 2000, p 22.

وبطبيعة الحال هذه المستشفيات كانت مخصصة أساسا للأوروبيين، في حين كان نصيب السكان الأصليين هو العلاج في مراكز صحية يدير شؤونها ممرض، وكانت (المراكز) متواجدة قرب التجمعات السكنية للجزائريين.

وفي عام 1845 تم توزيع 18 طبيب في أكبر المدن الجزائرية وتدعيمهم بعد ذلك بـ14 طبيب آخر موزعين في المناطق الريفية. وتجدر الإشارة هنا إلى أن هؤلاء الأطباء كانوا لصالح الأوروبيين والجزائريين في نفس الوقت، مع أن هذا العدد لم يكن يكفي حتى الأوروبيون أنفسهم، وأمام حالة النقص هذه وعدم التوفيق في علاج كل السكان عملت السلطات الاستعمارية على طلب المساعدة من الكنيسة للتخفيف من الضغط وتم توزيع الراهبات على النحو التالي¹:

- راهبات الطب المسيحي في قسنطينة.

- راهبات الثالوث في وهران.

- راهبات القديس جورج في الجزائر العاصمة.

في عام 1845 تمت المصادقة على إنشاء مصالحي صحية للجزائريين، تحتوي على سجلات تضم كل الملاحظات الطبية وكذا عدد المترددين عليها للمعالجة، وتم تدعيم هذه المصالح بثلاث أطباء موزعين على المناطق الثلاثة للوطن (شرق، غرب، وسط).

وتجدر الإشارة إلى أن الحكومة الفرنسية عمدت إلى أن يكون معظم أطباءها ضباط جيش، لكي يتمكنوا من جمع المعلومات الكاملة عن المجتمع الجزائري، ولا يتم ذلك إلا بالتوغل إلى عمق الأسر الجزائرية، ولن يسمح بذلك لأي كان إلا إذا كان طبيبا نيته مساعدة المريض، وبالتالي التأثير على الأهالي ليحسنوا استقبال المستعمر الطيب النية فـ "ضابط الصحة هو أفضل من أي كان للدخول داخل الأسر، وهو الذي بإمكانه أن يفهم النية الطيبة لحكومتنا"²، ومع ذلك فإن العدد الذي وضعتة الحكومة الفرنسية لخدمة الصحة في الجزائر لم يكن كافيا، ولم يكفي حتى لربع السكان المنتشرين ضمن مساحة واسعة، لذا لم يجد المواطن الجزائري البعيد عن هذه المراكز غايته منها، فالتوجه نحو العلاج التقليدي كان محتما وكان المتنفس الوحيد له.

¹ Ibid , p 33.

² Yvonne Turin: Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale, écoles , Médecines ,Religion 1830 -1880.2eme Edition , Entreprise nationale du livre, Alger, 1971, p 308.

2- الوضع الصحي في الجزائر في الفترة الاستعمارية الثانية 1871 - 1954

شهدت الفترة الأولى من هذه المرحلة مسحا شاملا للأراضي الجزائرية، للتعرف أكثر على الطبيعة الجغرافية والبشرية للجزائر، وكان المسؤول الصحي يعمل على جمع أكبر كم من المعلومات على الحالة الصحية للجزائريين، الذين لم يكن لهم الحظ للحصول على الرعاية الصحية الكافية، بنفس الدرجة التي كان يحصل عليها الفرنسيون المتواجدون في الجزائر "..... إلى غاية سنة 1908 تقريبا كان الجزائريون مبتعدون عن الفرنسيين في مجال الطب ولا يقصدون حكماهم للعلاج، لان فكرة العداء والخوف كانت هي المسيطرة... ان الثقة كانت مفقودة بين الطرفين، رغم قناعة الكثير من الجزائريين بمعرفة الفرنسيين لأسرار العلوم الطبية"¹، كما أن كون المستعمر أوروبي (أجنبي) فإن ذلك لن يجعل أي مسلم يسمح أن يرى رجلا غريب زوجته أو ابنته حتى وإن كان طبيبا ماهرا " وأي امرأة عربية حتى وإن كانت برفقة زوجها لن تطلب العلاج من الأوروبيين"². "ان عامة الجزائريين على علم ان الفرنسيين قد ربطوا بين عناصر ثلاثة: الاستعمار والدين والطب، ولم يكن من السهل عليهم (الجزائريين) الفصل بين الطب وغيره من ظواهر الاستعمار"³. لذلك وجدت للنسوة حكيما خاصة، يعملن عمل القابلات ويهتمن بصحة المواليد الجدد والأمهات وكانت لديهن خبرة واسعة في علاج الأمراض الشائعة كالحصبة، الرعاف، تجبير الكسور وغيرها.

وللإشارة فإن التعليم الطبي الأوروبي انطلق رسميا عام 1933 أين تم إلقاء أول درس في الميدان⁴، في مستشفى الداوي بباب الوادي. إن عدم تمكن الجزائريين من مواصلة الدراسات الطبية جعل الثقة ضعيفة أو تقريبا منعدمة بين الأهالي والأطباء المعمرين، فكان توجههم نحو العلاج الشعبي حتمي وضروري. ويمكن الإشارة هنا إلى انه بين عامي 1875 و1879م، تم تسجيل 85 طالب جزائري في جامعة العلوم، ولكنهم لم يتخطوا السنتين الأولى والثانية، وفي العام الثالث اضطروا لمغادرة مقاعد الدراسة بسبب الظروف الإجتماعية القاسية التي كانت تحيط بهم في هذه

¹ أبو القاسم سعد الله، تاريخ الجزائر الثقافي، مرجع سابق، ص 226.

² Yvonne Turin , op .cit , p 332 .

³ Ibid , p 334.

⁴ Mostefa khiati , op .Cit, p 34.

الفترة، وبين عامي 1879 و 1909 ثم تخرج طبيب جزائري واحد فقط وفي عام 1939 تم تخرج 41 طبيب و 22 صيدلي و 9 أطباء أسنان.

3- الوضع الصحي في الجزائر في الفترة الإستعمارية الأخيرة (1954 - 1962)

عشية اندلاع الثورة التحريرية كان عدد المتحصلين على الشهادات الطبية من السكان الاصليين يبلغ 165 بين اطباء، صيادلة وجراحي اسنان.

وكان عدد الأوربيين في هذه المرحلة يصل إلى مليون ساكن¹، ومعظم الخدمات الصحية اللبرالية كانت مقتصرة على تلبية حاجاتهم، فالمستشفيات سائدة في مناطق تركزمهم، أما التمريض فكان مؤمنا من طرف قسم الخدمات الإجتماعية لجيش الاحتلال في المناطق الخاضعة لمراقبته، وقد لعبت الكنائس دورا مهما في تدعيم هذه الخدمة كما سبق الذكر، حيث جاءت كتكملة للخدمات الصحية للجيش في حين كان الجزائريون الذين لم تسمح لهم الفرصة للحصول على المعالجة الأكاديمية في المستشفيات الفرنسية أو الذين يرفضون المعالجة فيها فانهم يلبون حاجاتهم عن طريق المعالجين المحليين. وحسب شهادة طبيب فرنسي حول الوضعية المزرية السائدة آنذاك صرح قائلاً: "إن الأطفال يولدون تحت ضغط الظلم والعنصرية، فأعداد هائلة منهم مقهورين ماديا ومعنويا بسبب الجوع وسوء التغذية والأمراض، فبالنسبة لمعدل وفيات الأطفال الذي يعتبر مؤشر التطور الصحي، كان يقدر بـ 168% عند الجزائريين يقابله 29% عند المعمرين وحتى عند القاطنين في فرنسا... وأمل الحياة يقترب من 45 سنة عند الجزائريين مقابل 65 سنة بالنسبة للسكان ذوي اصل أوربي"².

وخلال حرب التحرير مر النظام الصحي بمرحلتين أساسيتين هما:

*- المرحلة الأولى ما بين (1954-1956) كان الجهاز الصحي الجزائري غير منظم، يتمثل

في الغياب الكامل للتنسيق الصحي بين مختلف الوحدات العملية في نفس الولاية.

*- المرحلة الثانية بدأت عشية انعقاد مؤتمر الصومام في 20 أوت 1956 إذ أصبح تنظيم

جيش التحرير الوطني للنظام الصحي مرتبط بتقسيم التراب الوطني الذي تم تبنيه خلال هذا

¹ Ministère de la santé: Séminaire sur le développement d'un système national de santé, l'expérience Algérienne, Alger, 1983, p 52.

² Mostefa Khiaat. Quelle Santé pour les Algériens ?, Maghreb relation, Alger, 1990, p 03 .

المؤتمر، حيث اعتمد على تقسيم الوطن إلى ست ولايات والولاية إلى مناطق والمنطقة إلى نواحي والنواحي إلى قسامات¹.

وقد تزامنت هذه المرحلة مع الاضراب التاريخي للطلبة الجزائريين الذي سمح للكثير منهم بالالتحاق برجال المقاومة والقواعد العملية والأساسية لجيش التحرير الوطني من بينهم طلبة في فرع الطب، أطباء مختصون في الإسعاف، جراحون، كما يجب عدم إهمال دور النساء الذي لعبته في عملية التمريض، كل هذا سمح بتقوية النظام الصحي وتعزيزه.

وخلاصة هذه المرحلة أن ما يمكن قوله هو سيادة مبدأ التضامن والتعاون بين الجزائريين رغم قلة الإمكانيات مقارنة باحتياجات السكان، فتقديم العلاج بقي غير كافي وصعب المنال، نظرا للظروف السائدة آنذاك من اغتصاب فردي وجماعي وتدمير القرى والمداشر وترحيلهم المستمر.

وبالنسبة للموارد البشرية لقطاع الصحة يمكن حصرها سنة 1962 في²:

1034 طبيب منهم 285 جزائري، 250 عامل في سلك الشبه الطبي، أي بمعدل طبيب لكل 16600 ساكن، وممرض لكل 40000 ألف ساكن، 70 صيدلي و36 طبيب أسنان. أما المنشآت القاعدية فكانت تحتوي على³: 156 مؤسسة صحية منها 143 مستشفى خاص بالأمراض الصدرية، مستشفيات الأمراض العقلية، مركز واحدة لمكافحة السرطان و13 عيادة وأيضا وحدات صحية قليلة العدد تقدر بـ 188 مركز للعلاج، 1016 قاعة علاج، 130 مستوصف، 05 مكاتب للنظافة وأخيراً 20 مركز لمكافحة مرض السل.

¹ Ministère de la santé , Op .cit, p 40 .

² ONS: Séries statistiques rétrospective 1962 – 1987, statistiques No 24 , edition 1989 , p 14 .

³ Mostefa khiati , Op .cit , p 04.

المبحث الثالث: النظام الصحي للجزائر المستقلة

1- تعريف النظام الصحي:

طبقا لتعريف المنظمة العالمية للصحة فإن " النظام الصحي هو كل نشاطات خدمات المصالح الصحية الموضوعة تحت تصرف المواطنين من أجل تلبية مختلف احتياجاتهم، وحسب التعريف فإن النظام الصحي يساهم في عملية الوقاية وتقديم العلاج للمواطنين، ويساهم كذلك في مجال الصحة العمومية، وتتنوع الأنظمة الصحية بتنوع البلدان معاكسة بذلك الوزن السياسي لهذه الدول"¹.

2- المرحلة الأولى (1962- 1973): مرحلة تسيير الأزمة الصحية.

لقد ورثت الجزائر أزمة معقدة وعميقة عن الاستعمار الفرنسي، وخرجت منهكة القوى في جميع الميادين بما فيها الصحية، فالجهاز الصحي آنذاك كان مترددا غير مكتملا، وغير مطابق لاحتياجات 10 ملايين ساكن، بعدما كانت المؤسسات الصحية مصممة أساسا للاستجابة لاحتياجات الأقلية الفرنسية والأوروبية المتمركزة في المدن الكبرى والمناطق الفلاحية الغنية، إضافة إلى الهجرة الجماعية للأطباء الفرنسيين.

لهذا كان لا بد على الجزائر أن تستجمع أنفاسها وتجد حلولا مستعجلة للخروج من الأزمة، ولعل أول خطوة تم تبنيها في هذا الإطار هي اعتماد الاشتراكية كأسلوب لتحقيق التنمية تطبيقا وعملا بنصوص برنامج طرابلس وكذا ميثاق الجزائر لسنة 1964.

ولمواجهة الوضع الصحي المتردي (فقر، ارتفاع معدل الوفيات، سوء التغذية، انتشار الأوبئة...) لجأت الجزائر لطلب المساعدة الدولية من روسيا، الصين، مصر، بلغاريا، رومانيا).

تم تبني نظام صحي اشتراكي المفهوم والغاية موحد ولا مركزي في طريقة العمل والتنظيم، يعتمد على هيمنة القطاع العمومي، مندمج في إطار التنمية الإقتصادية والإجتماعية ويستند في تطبيقه إلى مشاركة الشعب، وقد تم أخذ إجراءات معينة لتطبيق هذا النظام تتمثل في¹:

¹Jean Pierre Deschamps et, Michele Mauciaux: Santé de la mère et de l'enfant, Flamation médecine science, Paris, 1984 , p26.

¹ وزارة الاخبار والثقافة: الصحة العمومية، سلسلة نظرات حول الجزائر، الجزائر، ماي 1970، ص ص 09-10.

إلزامية ومجانية التلقيح ضد أمراض التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال والجذري من خلال القرار رقم (69-96) المؤرخ في جويلية 1969.

التوزيع المجاني لوسائل منع الحمل في مراكز حماية الأمومة والطفولة PMI. وضع برنامج عمل للوقاية من الأمراض وحوادث العمل عن طريق لجنة للنظافة والأمراض المهنية.

4- مقاومة مرض الرمد، والتي أنجزت عبر مرحلتين من 1963 إلى 1965 حيث استهدفت المدارس والمداشر وكان هدف هذه الحملات وقائيا علاجيا وابتداء من سنة 1966 استؤنفت نشاطات معهد الرمد (التراكوم) في اتجاه آخر يجعل المقاومة أكثر انتشاراً وفعالية خصوصاً في القرى والمناطق البعيدة، كما عملت الدولة على استئصال الملاريا ومكافحة سوء التغذية.

أما على مستوى المخططات التنموية فنسجل مخططين في هذه المرحلة هما¹:

المخطط الثلاثي (1967-1969) والمخطط الرباعي الأول (1970-1973):

فالأول تضمن إنجاز 10 مستشفيات، 109 عيادة صحية متعددة الخدمات، 100 مركز صحي، أما البرنامج الصحي للمخطط الرباعي الأول تضمن مشاريع لتجهيز المؤسسات الصحية، قصد تطوير النظام الصحي وسد العجز المسجل في عدد الأسرة الاستشفائية، وفي هذا الصدد تم وضع برنامج لزيادة 600 سرير منها 200 سرير للمستشفيات الجامعية، و100 عيادة متعددة الخدمات، 100 مركز صحي، 10 مراكز للتوليد ومجموعة مخابر للنظافة.

ولعل النقطة الحساسة التي يجب التأكيد عليها في هذه المرحلة، هي أن القائمين على شؤون البلاد لم يعطوا أهمية كبرى لمسألة السياسة السكانية، إذ لا نجد أي موثيق رسمية تتبنى هذه المسألة، فالهدف الأساسي للدولة آنذاك هو تحقيق الرفاهية والعيش الكريم لشعب قاس الكثير من ويلات المستعمر والحرب والعمل على تعويضه على ما فات.

وبالنسبة للموارد البشرية، فقد عرف تطورها تباطؤاً خلال هذه المرحلة، إذ إنتقل عدد الأطباء من 1013 طبيب سنة 1963 من بينهم 288 جزائري أي بمعدل 1.27 طبيب لكل 10000 ساكن، ليصل إلى 2467 طبيب سنة 1973 من بينهم 1241 جزائري، أي بمعدل 1.62 طبيب لكل 10000 ساكن، أما جراحي الأسنان فقد ازداد عددهم من 151 طبيب أسنان

¹ نفس المرجع، ص22.

لكل 10000 ساكن، ليصل إلى 308 طبيب أسنان سنة 1972 ومن بينهم 211 جزائري أي بمعدل 0.21 طبيب أسنان لكل 10000 ساكن بينما وصل عدد العاملين في سلك شبه الطبي إلى 12215 عامل سنة 1972، كما بلغ عدد الصيادلة 355 صيدلي في نفس السنة، من بينهم 317 جزائري أي بمعدل 0.24 صيدلي لكل 10000 ساكن¹.

لكن تبقى هذه الموارد غير كافية مقارنة بالعدد الهائل للسكان، الذي عرف نموا سريعا تبعا لظاهرة التعويض عن الحرب، كما نجد ميزة اللا-توازن الجهوي في توزيع الإطارات الطبية، وعرفت هذه المرحلة التحاق الأطباء الأجانب التي كانت ضرورة ملحة آنذاك بإعتبارهم أكثر كفاءة وخبرة من الجزائريين ومعظمهم ينتمون إلى بلدان اشتراكية وقد تم في سنة 1971 وضع إصلاح جديد فيما يخص التكوين الطبي، هدفه إعداد "إطار" يعمل بمبادئ الاشتراكية، يتمتع بروح الشخصية الجزائرية، معني ومتحسس بالمشاكل الإقتصادية والإجتماعية للبلاد².

وبالنسبة للتكوين التمهيدي (الشبه طبي) فقد أعد برنامجا لإصلاح الأجهزة الموروثة طبقا للاختيار الاشتراكي، وتطبيقه تم على مرحلتين من 1964 إلى 1968 ومن 1968 إلى 1980، كما صدر في 5 أبريل 1966 القرار الذي ينص على قانون المهنة الطبية والتمهيدية³. وتم تنظيم الممارسة الطبية عن طريق العمل بنظام نصف الوقت، فانه يسمح لصاحبه ان يمارس مهنته بصفة خاصة، وعلى هذا الأخير أن يخصص ست ايام (صباحا) في الأسبوع لإحدى المصالح الصحية العمومية.

وقد وصل عدد الهياكل الصحية في سنة 1972 إلى 16 عيادة متعددة الخدمات، 307 مركز صحي، 1266 قاعة علاج، 45 مركز لمكافحة مرض السل.

لكن تبقى التغطية الصحية متمركزة فقط في المناطق الحضرية، أين نجد المنشآت الثقيلة من مستشفيات ومراكز صحية، كذلك تمركز حقيقي للموارد البشرية من أطباء وشبه طبيين بينما في المناطق الشبه -ريفية تبقى قليلة ان لم نقل منعدمة حيث تنحصر في بعض قاعات الفحص

¹ Ministère de la santé: Développement de la santé, Op .cit ,p62.

²Ministère de la santé: Séminaire sur le développement d'un système national de la santé , Op.cit ,p33.

³ وزارة الاخبار والثقافة، مرجع سابق، ص 72.

ومراكز العلاج، يعمل بها أعوان في الصحة غير مؤهلين، يفتقدون إلى تكوين فعلي وحقيقي، أما في المناطق الريفية فهي منعدمة وتنزل إلى ما هو أبسط من ذلك على شكل فرق متنقلة. وما يلاحظ خلال هذه المرحلة وجود العلاج المجاني حيث يستفيد السكان من الإسعافات والأدوية، ويتم الاستفادة منها طبقا لقانون هدفه مساعدة المحتاجين، عن طريق إعداد قائمة لهم ولمختلف أنواع المرضى الذين بإمكانهم أن يدفعوا نصيبا من التكاليف، حتى يشاركوا في المساعدة وتخفيف الضغط على الدولة.

وبالنسبة للضمانات الإجتماعية فكانت تقوم بتغطية الأخطار التالية: المرض والأمومة، الشيخوخة، نظام حوادث العمل والأمراض المهنية.

أما المؤشرات الصحية لهذه المرحلة فهي تعكس الوضعية المتدهورة في هذا المجال، رغم المجهودات المبذولة من أجل توفير الصحة وتحسين المستوى المعيشي للسكان حيث نسجل ارتفاع معدل الوفيات للأطفال المقدر بـ 160 %، في حين بلغ أمل الحياة 53 سنة وهذا بسبب انتشار الأمراض المعدية وعدم تراجعها خلال هذه الفترة، فقد بلغ معدل الوبائية ومرض الكوليرا عند سنتي 1963 و1972 على التوالي قيمتي 992، 929 حالة لكل 100000 ساكن، وأيضا ارتفاع معدل الوبائية لمرض التيفويد ليتطور من 833 حالة لكل 100000 ساكن سنة 1963 إلى 3637 حالة لكل 100000 ساكن سنة 1972.

والسبب ضعف الجانب الوقائي، وعدم وجود قنوات صرف المياه على مستوى الكثير والعديد من المنازل.

3- المرحلة الثانية: مجانية العلاج (1973-1979):

تميزت هذه المرحلة بإصدار القانون الخاص بمجانبة العلاج رقم (65-73) المؤرخ في 28 ديسمبر 1973، بإعتباره يتماشى مع المنهج الاشتراكي الذي يعتمد على الملكية الجماعية والعدالة الإجتماعية، وكذا تكافؤ الفرص بين مختلف أفراد المجتمع، وتم إصدار هذا القانون بهدف¹:

1- تحقيق العدالة الإجتماعية فيما يخص تقديم العلاج.

¹ Mostefa khiati: Quelle santé pour les algeriens ?, Op.cit, p 25

2- تمويل القطاعات الصحية من طرف الدولة والهيئات العمومية، وباعتبار العملية الصحية جزءا من عملية التنمية الشاملة فقد حددت تدابير معينة تتماشى والمرسوم الخاص بمجانبة العلاج يمكن حصرها فيما يلي:

- توحيد النظام الصحي.
- إلحاق النظام الزراعي بالنظام الصحي، وهذا ما تضمنه القرار الوزاري لسنة 1974.
- توحيد الميزانيات على مستوى القطاعات الصحية.
- صدور الميثاق الوطني لسنة 1976 الذي يتضمن توجيهات التنمية الوطنية في مختلف الميادين، بما في ذلك التنمية الصحية حيث جاء في الميثاق الوطني " تتكفل الدولة في ميدان الصحة بحماية وصيانة وتحسين مستوى صحة السكان ".
تهيئة البرنامج الصحي الوطني إنطلاقاً من الواقع والمشاكل الاقتصادية والاجتماعية للبلاد.

وفيما يخص المخططات التنموية لم تشهد هذه المرحلة سوى مخططا واحدا، هو المخطط الرباعي الثاني (1974-1977) الذي نص على إنشاء 50 مستشفى، 160 عيادة متعددة الخدمات، 300 مركز صحي، 25 عيادة توليد.

وفي غياب كلي للمراقبة والصرامة انقضت المرحلة ولم تحقق ما خطت له إلا بنسبة تكاد تكون منعدمة حيث تم إنجاز 04 مستشفيات، 51 عيادة متعددة الخدمات و 86 مركز صحي. وبالنسبة للموارد البشرية بدءا بالأطباء فقد انتقل عددهم من 2672 طبيب سنة 1973 من بينهم 1425 جزائري أي بمعدل 1.71 طبيب لكل 10000 ساكن، ليصل إلى 6346 طبيب سنة 1979 ومن بينهم 4561 جزائري أي بمعدل 3.45 طبيب لكل 10000 ساكن، أما جراحي الأسنان فقد كان عددهم سنة 1974، 434 طبيب أسنان من بينهم 350 جزائري وهذا يعادل 0.80 طبيب لكل 10000 ساكن، ليصل إلى 1621 سنة 1980، ومن بينهم 1577 جزائري أي بمعدل 0.89 طبيب لكل 10000، إضافة إلى عدد الصيادلة الذي بلغ 1081 صيدلي سنة 1980 من بينهم 70 أجنبي و 1011 جزائري أي بمعدل 0.58 صيدلي لكل 10000، أما

العاملون في السلك الطبي فقد انتقل عددهم من 14373 عام 1973 ليصل إلى 23586 عام سنة 1979 وبلغ عدد المسيرين 325 مسير في نفس السنة¹.

ويمكن الإشارة إلى أن هذه الموارد تتمركز في المدن الكبرى (الجزائر - قسنطينة - وهران) وقد أخذت ولاية الجزائر حصة الاسد.

وبخصوص ميزانية الصحة في هذه المرحلة يمكن القول أن المصاريف المخصصة للقطاع الصحي الممول أساسا من طرف الدولة وصندوق الضمان الإجتماعي.

فمساهمة الدولة في الميزانية انخفضت من 6.5% سنة 1971 إلى 61% سنة 1980، يقابله ارتفاع مساهمة صندوق الضمان الإجتماعي من 23.5% سنة 1971 إلى 38.5% سنة 1980. هذه الأرقام تفسر بتراجع تكفل الدولة بالعدد الكمي للمرضى، ونتيجة لذلك ثقل العبء على صندوق الضمان الإجتماعي ليتطور بشكل كبير عدد المؤمنين وترتفع فيما بعد مشاركته في الميزانية، كما لوحظ كذلك تطور قيمة الميزانية بالنسبة للدخل الوطني الخام فقد بلغ 3.7% سنة 1973 لتصل 4.4% سنة 1980.

هذا ما تزامن مع انفجار الأسعار بالنسبة للغاز والبترو، فقد أصبح المستشفى يشكل العنصر المركزي في عملية التنمية الصحية¹.

ويمكن حصر الهياكل القاعدية الصحية سنة 1979 في:

173 مؤسسة استشفائية - 160 عيادة متعددة للخدمات - 622 مركز صحي - 1364 قاعة

علاج.

لم تكن للجزائر في تلك الفترة سياسة سكانية مباشرة ذات أهداف ديمغرافية، فالساسة يرون أسبقية التنمية الإقتصادية والإجتماعية، ليؤثر هذا فيما بعد عن السلوك الإنجابي كما حدث لمسار التحول في الغرب لذا تم تبني سياسة التصنيع باعتبارها وسيلة للتحضر، واعتبروا الزيادة السكانية ظاهرة إيجابية لتقوية وتدعيم التنمية نظرا للثروات والإمكانات التي تملكها البلاد وقد بلغ عدد مراكز حماية الطفولة والأمومة 237 سنة 1979 تعمل لأهداف صحية منها تأخير الموت

¹Mostefa khiati: Ibid , p 36.

¹ Mostefa Khiati: Quelle Santé pour les Algériens , Op .cit,p 36.

والمرض، وإنقاذ صحة النساء أثناء الحمل، حتى يضعن أطفالا سالمين والحرص أن يعيش الطفل في وسط مناسب.

وما يمكن الإشارة إليه انه رغم التطور الكمي للمنشآت القاعدية والموارد البشرية إلا أن ذلك لم يخفض معدل وفيات الأطفال، حيث بلغ 122% سنة 1979. في حين بلغ معدل الوفيات 15.1% سنة 1979، أما أمل الحياة عند الولادة فقدّر بـ58.4 سنة.

لقد عرفت هذه المرحلة ضعفا في الجانب الوقائي والاهتمام أكثر بالجانب العلاجي، لأن التنمية الصحية كانت تستجيب أساسا لحاجيات الطبقة البرجوازية (فحاجياتهم الصحية علاجية) ولعل من مؤشرات ضعف الجانب الوقائي هو انتشار الأمراض المعدية والوبائية المتنتقلة عبر المياه، كما تم تسجيل النقص في تعميم التلقيح، وأيضا تأخر وعدم الإبلاغ عن الحالات المرضية.

5- المرحلة الثالثة (1980-1989):

في هذه المرحلة أجري تقييم عام لنتائج السياسة التتموية عامة والصحية خاصة، ولوحظ ذلك من خلال مقررات اللجنة المركزية في دورتها الرابعة المنعقدة بتاريخ:

12/1980 /30-29، والمنظمة للخطوط العريضة للسياسة الواجب إتباعها وجاءت في شكل قواعد نظامية لما سمي بالنسق الوطني للصحة، ولهذا ضبطت الدولة برنامج عمل في مجال الصحة العمومية يهدف إلى¹:

- 1- تكييف النظام الصحي مع الحقائق الديمغرافية والوبائية للبلاد.
- 2- دمج أنشطة النظافة والتطهير في مخططات التنمية.
- 3- القيام بعمليات وقائية خاصة بعد تطبيق برنامج وطني لمقاومة وفيات الأطفال.
- 4- تكييف التكوين مع الشروط الخصوصية للبلاد.
- 5- مردودية الوسائل البشرية والمادية الموجودة وتحسينها.
- 6- تحسين التسيير ومقاومة التبذير.
- 7- إعادة الاعتبار لاقتصاد الصحة.

¹محمد روراوة، مبارك الميلي: تر: العالي بورغدة: الجزائر: الدليل الإجماعي والاقتصادي، المؤسسة الوطنية للنشر والاشهار، الجزائر، 1989، ص 287.

وفعلا فقد تبنت الجزائر سنة 1984 برنامجا وطنيا لمكافحة وفيات الأطفال وحددت الأهداف بالعمل إلى تقليص المعدل إلى 50% قبل سنة 1990 في إطار التعاون مع المنظمة العالمية للصحة¹.

ونجد هذه الخطوط العريضة بارزة في معالم المخطط الخماسي (1985-1989)، فقد تم أخذ إجراءات وقائية تخص التلقيح ضد أمراض الدفتيريا، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال، الحصبة، السل، ترمي إلى القضاء شبه الكامل لهذه الأمراض.

أما في مجال النظافة المدرسية، فقد عمدت مصالح الصحة العمومية على التغطية الصحية للمؤسسات المدرسية والجامعية ومراكز التكوين المهني، وتم تعيين أطباء يعملون فيها باستمرار وامتد مجال تطبيق الوقاية إلى طب العمل.

ونظرا لارتفاع معدل النمو السنوي الذي بلغ 3.2% في متوسط السبعينات أدى هذا إلى تغيير الموقف إزاء المسألة السكانية، وتم تبني البرنامج الوطني لتباعد الولادات في شهر فيفري من عام 1983 لينتقل عدد مراكز حماية الأمومة والطفولة من مركز واحد سنة 1967 إلى 340 مركز سنة 1983.

وخلاصة القول أن تبني سياسة سكانية في هذه المرحلة كان في إطار تسيير سياسة تنموية، بإعتبارها عاملا مساعدا لها والعمل على تسهيل سير التنمية في البلاد وإنجاحها وليس عرقلتها، وهذا من أجل تحقيق شعار " من أجل حياة أفضل".

مع بداية الثمانينات لوحظ تراجع مستمر من الدولة أمام صندوق الضمان الإجتماعي فيما يخص تمويل القطاعات الصحية، فقد قدرت مشاركة الدولة بـ 61% سنة 1979 لتبلغ نسبة 34.2% سنة 1987، يقابله ارتفاع مشاركة الضمان الإجتماعي من 38.5% سنة 1979 إلى 64.2% سنة 1987.

كما عرفت النفقات الموجهة لهذا القطاع تطورا خلال هذه المرحلة فانقلبت من 3.5% من الناتج الوطني الخام سنة 1979 لتصل إلى 4.6% سنة 1986، ثم بلغت 6% سنة 1990². هذا التطور في الموارد المالية لا يعكس تماماً التطور في النظام الصحي.

¹ نفس المرجع، ص 288.

² Mostefa khiati: Quelle santé pour les Algeriens op.cit , p 21

ان الاهتمام بالتكوين الطبي للإمام بحاجة البلاد الصحية شهد تطورات عديدة في جميع الاختصاصات حيث ارتفع عدد الأطباء (العاميون والاختصاصيون، جزائريون واجانب) من 6081 عام 1979 أي بمعدل طبيب واحد لكل 3639 ساكن، ليتضاعف مع حلول منتصف 1984 حيث وصل إلى 12082 أي بمعدل طبيب لكل 2301 ساكن، أما اطباء الاسنان فكان عددهم عام 1979، 1183 أي بمعدل طبيب اسنان لكل 18784 ساكن ليتضاعف مع حلول سنة 1984 حيث وصل إلى 2880 طبيب اسنان أي بمعدل طبيب اسنان لكل 7823 ساكن.

بنفس الوتيرة تحول عدد الصيادلة من 721 صيدلي أي بمعدل صيدلي لكل 3639 ساكن ليصل إلى 1137 سنة 1984 أي بمعدل صيدلي لكل 18329 ساكن¹.

وبصفة عامة النظام العمومي لم يعد قادرا على تحمل الأعباء لوحده، خاصة مع ظهور الأزمة الاقتصادية بسبب تقادم العديد من المشاكل من بينها انخفاض سعر البترول، وسوء التسيير مما زاد من حدة الازمة، وهذا ما أدى إلى البحث عن البديل المتمثل في القطاع الخاص، إذ تعتبر مرحلة الثمانينات بداية التوجه نحو الليبرالية وقد أصبحت نسبة الخواص تشكل 25% من الأطباء الوطنيين، أما الصيادلة فأصبحوا يشكلون 65% من مجموع الصيادلة وذلك سنة 1990².

قد عرفت الموارد البشرية الخاصة بالقطاع الصحي تطورا ملحوظا خلال هذه العشرية فازداد عدد الممارسين من 8482 إلى 30198 ممارس بين سنتي 1980 و 1990 يتوزعون إلى: 5672 طبيب مختص، 4022 طبيب مقيم، 11683 طبيب عام، 1839 صيدلي، 9892 جراح أسنان أي بمعدل طبيب واحد لكل 1170 ساكن.

ويعتبر هذا أمرا ايجابيا، لأنه تجاوز العدد الذي تم تسطير ه في المخطط الخماسي الثاني، فقد حدد الهدف بالوصول سنة 1990 إلى: طبيب لكل 2000 ساكن، جراح أسنان لكل 5000 ساكن، صيدلي لكل 6000 ساكن³.

¹ وزارة التخطيط والتهيئة العمرانية: الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالارقام، النشرة 1985، ص 05.

² Badreddine Milli , Mohamed Raouraoua: Alger, Guide économique et social , anep, Alger, 1991, p 100.

³ Ministère de la planification et de l'aménagement du territoire: deuxieme plan quinquenal (1985-1989), rapport général, Alger, janvier, 1985, p 49 .

ولكن يبقى المعدل سلبيا بالنسبة للصيادلة، إضافة إلى ظاهرة اللاتوازن الجهوي في توزيع الموارد البشرية فقد ارتفع عدد الأطباء الأجانب منذ الاستقلال ليصل حده الأقصى المقدر ب 3188 سنة 1982، أما سنة 1986 فقد شهد انخفاضا محسوسا يشمل حوالي 1811 طبيب¹ وحسب تفسير الباحث الطبيب "خياطي مصطفى" هذا الانخفاض يعود إلى عودة اللاجئين السياسيين بلدانهم، إضافة إلى بعض الزوجات الأجنبية للجزائريين اللواتي فضلن العودة إلى بلادهن.

فالتعاون الأجنبي كان ضرورة ملحة كون الجزائر خرجت منهكة القوى وفارغة اليدين من حيث الكفاءات الطبية بسبب إفراغ الساحة الجزائرية من كل الاطارات الطبية الفرنسية ورحيلها مع المستعمر بعد اعلان الاستقلال.

أما الفئة العاملة في سلك الشبه الطبي فقد تطور عددهم من 25040 عامل سنة 1980 إلى 74153 عامل سنة 1990².

استثناء نظرا لتبني برنامج Sages Femme يجدر بنا ذكر فئة القابلات "تباعد الولادات" سنة 1983، حيث تم إدخال وحدة للتدريس تحت عنوان: "تباعد الولادات" لتتماشى طريقة التكوين مع العمل الميداني وبالأحرى مع الوظيفة في مراكز حماية الطفولة والأمومة، ولقد وصل عدد المتخرجين في ميدان الشبه الطبي إلى 5000 متخرج سنويا، ويشمل ثلاث فئات: * عون تقني، * تقني، * تقني سام³. وقد قدر معدلهم عاملا واحدا في قطاع الشبه الطبي لكل 339 سنة 1990. لكن لم يتحقق المعدل الموضوع ضمن أهداف المخطط الخماسي الثاني المقدر ب عامل واحد لكل 250 ساكن.

إلى جانب الفئات السابقة توجد فئة مهمة جدا، وهي العاملون في إدارة المؤسسات الصحية وتسييرها، إذ كانت غداة الاستقلال مسيرة من طرف أشخاص غير مؤهلين في ميدان الصحة وبحلول عام 1983 طلبت وزارة الصحة والسكان من المدرسة الوطنية للإدارة فتح تخصص الإدارة

¹ ONS: séries statistiques rétrospectives 1962 – 1987, statistiques No 24, édition 1987, p 14.

² Badreddine mili et autre,op.cit P 342 .

³ Groupe interministériel: maitrise de la croissance démographique, bilan Alger, mai 1984 .

الصحية، فتطور عدد العاملين في هذا الميدان من 23700 عامل سنة 1980 ليصل إلى 52104 سنة 1990¹.

أي تضاعف خلال عشر سنوات، وحسب تقرير وزارة الصحة والسكان فإن تسيير الهياكل الصحية يشكل النقطة السوداء في النظام الصحي الوطني. وبالنسبة للمنشآت القاعدية فقد سلمت ما لا يقل عن 81 مستشفى في فترة (80-87)، أي ما يعادل 16040 سرير². وبهذا أصبح للجزائر في سنة 1990: 173 مستشفى، 433 عيادة متعددة الخدمات، 1089 مركز صحي، 276 دور للأمومة. ورغم المجهودات المبذولة في المشاريع التي عرف معظمها تأخرا في الإنجاز فإنها لم تقضي على التفاوت الجهوي الموجود الذي يبقى هو السائد والسيد. وبخصوص الإنتاج الصيدلاني هناك ثلاث وحدات متعددة الخدمات وهي: بيوتيك (جسر قسنطينة)، فرمال (الدار البيضاء)، الصيدلية المركزية الجزائرية (الحراش) ومجمل ما تغطي هذه الوحدات 14% من حاجيات البلاد.

كذلك غطى مركب المدينة للمضادات الحيوية، الذي بدأ العمل في نهاية 1987 جزءا هاما من الاحتياجات الوطنية للبلاد³.

وبالرغم من اهتمام الدولة باقتناء الأجهزة الطبية من الخارج، إلا أن معظمها تعطل في وقت قصير نظرا لافتقاد المتكويين علي إستعمالها وكذا غياب التكوين في الصيانة الطبية. وفيما يخص الجانب الوقائي فلقد بقي ضعيفا ولم يصل إلى معدل وفيات الأطفال المقرر الوصول إليه والمقدر بـ 50% سنة 1990م، إذ توقف عند 97.8% سنة 1990م، وهذا لا ينفي انخفاضه، إضافة إلى أمل الحياة المقدر بـ 68.2 سنة، الذي عرف تحسنا ملحوظا⁴.

وقد عرفت الأمراض المتنقلة انتشاراً خلال هذه السنوات، فقد سجل في سنة 1989م، 9008 حالة كوليرا، أي بمعدل 40.14 حالة لكل 100000 ساكن⁵ ومن أسباب انتشارها الجفاف الذي عرفته البلاد آنذاك.

¹ Badreddine mili et autres , op.cit , p 342.

² محمد روراوة وآخرون، مرجع سابق، ص 289.

³ نفس المرجع، ص 290.

⁴ ONS: démographie , projection de population 1990- 2020. No 66, Alger, 1994, p 11.

⁵ Mostefa Khiati , op.cit p 102.

5- المرحلة الرابعة (1990م - 2000م): مرحلة بداية الخصوصية

لقد تغير الخطاب التنموي خلال هذه المرحلة وتم انتهاج سياسة اقتصاد السوق، وفتح المجال للانفتاح الإقتصادي وتوزيع مجال الاستثمارات وحق الملكية الخاصة، هذا ما قابله تراجع النظام الاشتراكي شيئا فشيئا.

ونظرا للأزمة الإقتصادية التي عرفتها البلاد، والتي أدت إلى ضعف القدرات المالية للدولة في جميع الميادين لا سيما منها الصحية، أصبح من الضروري إدماج القطاع الخاص داخل القطاع الصحي إذ وصل عدد العيادات التابعة للقطاع الخاص في سنة 1997م إلى 138 عيادة، منها 48 تشتغل وهو ما يعادل 902 سرير، إضافة إلى 90 عيادة تحصلت على رخصة للإنجاز أي ما يعادل 2439 سرير، بينما وصل عدد الأطباء في نفس السنة إلى 11181 طبيب خاص، من بينهم 7717 ممارس وعام و3072 طبيب مختص¹.

وفي 1996/12/31 وصل عدد العاملين في القطاع الصحي إلى 185705 عامل يتوزعون إلى: 39355 ممارس طبي من بينهم 7837 طبيب أسنان، 3866 صيدلي، 85296 عامل في الشبه الطبي، و13111 عامل في الإدارة والتسيير، 47489 عامل في الجانب التقني والخدمات، إضافة إلى 484 عمال آخرين.

وبصفة عامة فإن معدل الممارسين الطبيين بالنسبة لعدد السكان قُدر كما يلي:

*طبيب لكل 1308 ساكن، *طبيب أسنان لكل 4867 ساكن، *صيدلي لكل 7880 ساكن.

وبالنسبة للمنشآت القاعدية فيمكن حصرها فيما يلي بتاريخ 31 ديسمبر 1996:

176 مستشفى بـ 31393 سرير، 09 عيادات استشفائية بـ 591 سري، 455 عيادة متعددة الخدمات منها 09 لا تشتغل، 1143 مركز صحي منها 45 مركز لا يشتغل، 4248 قاعة علاج منها 536 لا تشتغل، 39 مخبر للنظافة، وعليه تكون التغطية الصحية لعدد السكان كالتالي:

¹ Ministère de la santé: Le secteur privé de la santé (aperçu analyses et proposition), Alger, septembre 1997, sans page.

سرير لكل 1000 مريض، عيادة متعددة الخدمات لكل 66264 ساكن، مركز صحي لكل 26378 ساكن، قاعة علاج لكل 7038 ساكن¹.

في 31/12/2002 تم إحصاء عدد الإطارات الطبية بما في ذلك (أطباء عامين - اختصاصيين - جراحي أسنان - صيادلة) بـ 49184 مروراً 43624 عام 1999 ثم 45343 عام 2000 و47038 عام 2001.

حيث قدر عدد الأطباء بما في ذلك الأخصائيين عام 2002 بـ 35368 مروراً 33654 عام 2001 و32332 عام 2000.

وإذا تطرقنا للكثافة الطبية (2002) نجد أنها انخفضت عما كانت عليه، فبعد أن كان طبيب لكل 968 ساكن عام 1999 إنخفض إلى 887 ساكن عام 2002 مروراً بـ 918 عام 2001 و941 عام 2000.

¹ Ministère de la santé et de la population: Statistiques sanitaires, année 1996, Alger, octobre 1997, p10.

المرحلة الحالية: (2006 - 2012):

جدول رقم (01): توزيع الإطارات الطبية وشبه الطبية في القطاع الصحي

2010	2009	2008	2007	2006	
76923	71709	66663	.....	56410	الإطارات الطبي
56209	52071	47995	.....	39459	- الأطباء *
11633	11135	10649	.....	9684	- جراحي الأسنان
9081	8503	8019	.....	7267	- صيادلة
104301	99438	95446	.....	89968	شبه طبي (المجموع)
70519	67229	64240	.....	57510	- شهادة دولة
20610	20897	20916	.....	22640	- مرسل
13172	11312	10290	.....	9818	- مساعد شبه طبي

وبنفس الطريقة إنخفض عدد السكان بالنسبة لعدد الصيادلة وأطباء الأسنان وعمال الشبه الطبي.

* بما في ذلك الأطباء العاميين والاختصاصيين والمقيمين

Source: Office national des statistiques: L'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2010, N° 41, édition 2011, p21.

الفصل الرابع: تاريخ الجزائر الطبي الرسمي

جدول رقم (02): الكثافة الطبية من 2006 إلى 2010 في الجزائر
(عدد السكان لكل طبيب)

2010	2009	008	2007	2006	الكثافة الطبية
640	677	721	.....	849	01 طبيب
3093	3167	3248	.....	3457	01 جراح أسنان
3962	4148	4314	.....	4607	01 صيدلي
510	525	538	.....	582	01 تقني ذو شهادة دولة
1746	1688	1654	.....	1479	01 تقني
2731	3118	3362	.....	3410	01 عون صحي

Source: Office national des statistiques: L'Algérie en quelques chiffres,

Résultats 2010 N° 41, édition 2011, p21

وبالنسبة للمنشآت القاعدية والمتمثلة في: القطاعات الصحية-العيادات الاستشفائية-

القطاعات الصحية الجامعية -المؤسسات الجامعية المختصة -عيادات التوليد العامة والخاصة،

يمكن إحصائها في السنوات 2008م - 2009م - 2010م كما يلي:

جدول رقم (03): المنشآت القاعدية الصحية

2010		2009		2008		
الأسرة التقنية	العدد	الأسرة التقنية	العدد	الأسرة التقنية (1)	العدد	
37775	194	37565	192	37185	190	مؤسسات استشفائية عمومية (مستشفيات القطاع الصحي سابقا)
679	04	608	04	600	04	مؤسسات استشفائية (مستشفيات القطاع الصحي سابقا)
11889	13	12342	13	12115	13	مراكز استشفائية جامعية C.H.U
612	01	700	01	700	01	مؤسسات استشفائية جامعية (E.H.U)
10824	64	10475	61	9932	57	مؤسسات استشفائية مختصة (E.H.S)
.....	97	.....	94	.....	85	عيادات توليد خاصة*

Source: Office national des statistiques: L'Algérie en quelques chiffres, Résultats , 2010, № 41, édition 2011, p20.

(1) سرير تقني خاص فقط بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، وبالنسبة للباقي الأمر متعلق بالأسرة المنظمة.

* هذا العدد مأخوذ من العيادات الطبية الجراحية التابعة للقطاع الخاص.

كما يمكن إحصاء الكفاءات الطبية الجزائرية من أطباء، جراحي أسنان وصيدلة في السنوات 2006-2007-2008 و 2009 و 2010 العاملة في القطاع العام والخاص في الجدولين التاليين:

جدول رقم (04): الإطارات الطبية في القطاع الصحي العمومي

2010	2009	2008	2007	2006	الإطارات الطبية
41954	38441	34802	.....	26970	الأطباء
6410	6118	5846	.....	4956	جراحي الأسنان
752	621	506	.....	258	صيادلة
49116	45180	41154	.....	32184	المجموع

Source: Office national des statistiques: L'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2010, N° 41, édition 2011, p21.

جدول رقم (05): الإطارات الطبية في القطاع الخاص

2010	2009	2008	2007	2006	
14255	13630	13193	.....	12489	الأطباء
5223	5017	4803	.....	4728	جراحي الأسنان
8329	7882	7513	.....	7009	صيادلة
27807	26529	25509	.....	24226	المجموع

Source: Office national des statistiques: L'Algérie en quelques chiffres, Résultats 2010, N° 41, édition 2011, p 21 .

وبالنسبة للمنشآت الفوق استشفائية يمكن توضيحها حسب الجدول التالي:

جدول رقم (06): منشآت فوق استشفائية

2010		2009		2008		السنوات المنشآت
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
--	271	--	271	---	271	مؤسسة استشفائية عمومية
3272	1491	**2704	1436	** 1988	1419	جوارية (Epsp) تجمع
--	5350	--	5258	--	5077	بين:
3200	431	2914	427	2812	419	- عيادة متعددة الخدمات - قاعة علاج - عيادة توليد عمومية 1
--	616	--	614	--	611	مراكز طبية إجتماعية
--	9264	--	8837	--	8477	الصيدليات الخاصة منها
--	8322	--	7876	--	7509	%
--	89.8	--	89.13	--	88.58	
	3					
منشآت قاعدية خاصة						
--	6208	--	5904	-	5621	عيادة مختصة
--	6315	-	6206	--	6202	عيادة عامة
--	5105	--	4909	--	4717	عيادة طب اسنان
--	376	--	335	--	301	عيادة تجمعية

Source: Source: Office national des statistiques: L'Algérie en quelques
, № 2010 ., p 232011, édition 41chiffre, Résultats

1 عيادات توليد عمومية = عيادات توليد مستقلة (ريفية) + عيادات توليد منخرطة ضمن

عيادات متعددة الخدمات أو مع بعض قاعات العلاج.

**سرير في مصلحة الاستعجالات

ما يمكن الإشارة إليه في هذه المرحلة انه ابتداء من عام 2008، جاء التقسيم الجديد للقطاعات الصحية، حيث تحولت المراكز الصحية إلى عيادات متعددة الخدمات أو إلى قاعات علاج.

خلاصة الفصل:

عملت الحكومات المتعاقبة بعد الاستقلال على تعويض الأفراد عن المعاناة التي عاشوها في مراحل سابقة، فكان من نتائج تلك السياسة بناء العديد من المنشآت الصحية كالمستشفيات والمستوصفات، لتمكين كل الأفراد أيا كان مكان تواجدهم من الاستفادة من المعالجة، كما جعلت التلقيح ضد الأمراض إجباري، وتم وضع عدة مخططات لتحسين وتطوير الجانب الصحي للجزائريين، ورغم ذلك وبمجرد ظهور الأزمة الإقتصادية لم يسلم قطاع الصحة كغيره من القطاعات الأخرى من الخلل والتدهور، إذ فتحت أبواب الخصوصية على مصراعيها مما جعل المستوى متباين لحد كبير بين المنشآت الخاصة والعمومية، وعرف القطاع تسرب العديد من الإطارات الطبية التي فضلت الهجرة سواء نحو الخارج أو التحقت بالقطاع الخاص، إضافة إلى الدور الذي لعبه العامل الديمغرافي في التأثير على هذا المجال، كون عدد السكان في ارتفاع مستمر بسبب التحكم في معدل وفيات الأطفال والقضاء على الأوبئة والأمراض المعدية وكذا ارتفاع في امل الحياة، في حين أن المنشآت الصحية لم تسر في نفس إتجاه الزيادة.

الفصل الخامس:

تاريخ الجزائر الطبي الموازي

(تخير الرسمي)

المبحث الأول: مظاهر العلاج الشعبي في المجتمع الجزائري

- مظاهر من العلاج الشعبي الطبيعي
- مظاهر من العلاج الشعبي الروحي
- مظاهر من العلاج الشعبي الطبيعي /الروحي/الخرافي

المبحث الثاني: الوصفات العلاجية الشعبية

- في الشمال الجزائري
- في الجنوب الجزائري (المقار)

المبحث الثالث: المعالجات الشعبية في الجزائر

- 1-المعالجات بالأدوية الطبيعية
- 2-المعالجات بالرومانياك
- 3-المعالجة في الأماكن المقدسة

تمهيد:

العلاج عامة ظاهرة مرتبطة بحياة الأفراد في جميع المجتمعات، فلكي يحيا ويعمل وينتج تحتم عليه الحياة التمتع بالصحة والعافية في ظل الظروف التي يتواجد فيها، إذ تلعب الطبيعة دورا مهما في تطويع الفرد ليعيش فيها ويتعايش معها، لذلك نجد ان الأفراد يبحثون عن المأكل والمشرب والملبس، ويتقنون في تسخير الطبيعة لصالحهم في نفس الوقت يبحثون عن المداواة والمعافاة لضمان سيرورة الحياة.

هذه المداواة التي تعتبر وليدة الطبيعة التي تنشا فيها، فهي تختلف من منطقة إلى اخرى، وما يتحكم فيها هي الموارد الموجودة في تلك المناطق، فما يوجد في الصحراء الجزائرية من نباتات واحجار وحيوانات قد لا نجده في الهضاب أو في الشمال لان لكل منطقة نباتاتها ومياها وحيواناتها وخصوصيتها، وبما ان الإنسان ابن بيئته فكل يجتهد في البحث عن المداواة في البيئة التي يتواجد فيها- وعالجوا كل مريض بنباتات ارضه فهي اجلب لشفائه- .

المبحث الأول: بعض مظاهر العلاج الشعبي في المجتمع الجزائري:

سبقت الإشارة إلى التطبيب الذاتي الذي كان يعرفه المجتمع الجزائري قبل وأثناء التواجد العثماني وأثناء الاستعمار الفرنسي وخاصة أثناء الثورة التحريرية حين كان على الأهالي الأصليين اللجوء إلى المراكز الصحية المخصصة لهم من قبل المحتل، فكان الكثير منهم يعتمد على الطب الشعبي المتوارث عن الأجداد الحل الوحيد والامثل كما سبق الذكر.

فعلاج الجروح والتقيحات كان يتم بالاعسل الممتص للتعفن، واستعملت زيت الزيتون للتدليك (الرضوض) والغذاء لتقوية الجسم واستعملت مع العسل لعلاج الالتهابات الصدرية والسعال.

واستعملوا 'الزعترا' كملين للتدرن الرئوي و'الخياط' منقوعه لعلاج تقرحات المعدة ومسحوقه لإخاطة الجروح.

واستعملت الشندقورة لعلاج أوجاع المفاصل بتسخينها وربطها على الأماكن المؤلمة ومنقوعها المغلى لعلاج ارتفاع ضغط الدم.

واستعمال الجبائر على الكسور كان على نوعين الأول بالجبس والثاني بالدقيق والبيض وكان يلف الكسر بأحد النوعين من الجبيرة وبعدها يلف عليها شريط بعرض حوالي واحد سنتيمتر من جذع شجرة تعرف بالنشماي والمعروفة بطولها وصلابة قشرتها، وعندما كان يبرأ الكسر مقوسا كانوا يعيدون تكسير العضو وإعادة تجبيره من جديد وكان الألم المصاحب لهذه العملية تجعل المريض يصاب بالإغماء، ولعلاج الأمراض الجلدية استعمل العسل والثوم والقطران، ولعلاج آلام الرأس استعملوا النعناع والخل وماء الورد وشرائح البطاطا بوضعها وربطها على جانبي الرأس، وهذه الطرق مازالت شائعة حتى أيامنا هذه، ولعلاج آلام الضرس وضعوا عليها حبات القرنفل الحارة والمسكنة للوجع.

ولعلاج المسامير وهي نتوءات مؤلمة تنشأ أسفل القدم، استعملوا لبخة البصل مع زيت الزيتون وربطها بقماش غير نفوذ لمرات عديدة ثم بعدها يسهل نزعها في حمام مائي.

كما استعمل الطب الشعبي الكي المعروف أحيانا بالرشم لإزالة الرعشة والخلعة والخوف وبعض الأمراض النفسية التي كانت تؤول على انها امراض يسببها المس من الجن.

كما تميز بعض المعالجين بالقدرة على علاج بعض الأمراض بالقطع وتتم هذه العملية بطرق عدة منها التدليك المستمر لأي عضو من الأعضاء بالزيت فيختفي على إثرها ومن بعدها المرض نهائيا أو جزئيا، من بين هذه الأمراض اللوزتين، الإكزيما، ' اليرقان ' أو البوصفاير، وبخصوص هذا الأخير سواء الذي يصيب الأم والمولود الجديد أو الذي يصيب الأشخاص الآخرين، فكثيرا ما يستعمل التشريط في مؤخرة الرأس كعلاج له، فيسيل جراح ذلك الدم الفاسد وعلى إثره يختفي المرض، وهذه الطريقة شائعة جدا وناجحة لحد ما والدليل ان الكثير من المصابين به في فترة معينة من حياتهم قد شفوا نهائيا ولم يتوجهوا للطبيب الأكاديمي لمعالجة هذا المرض كما توجد طريقة اخرى لعلاج 'اليرقان = البوصفاير' ولكن في حالة الإصابة الحادة به وهي اضافة إلى عملية التشريط في مؤخرة الراس هناك غذاء مكمل والذي يُحضر عن طريق نبتة تدعى ' ملبس' وهي عبارة عن شجرة ذات اوراق خضراء قاتمة تتميز بشدة المرارة، تطبخ هذه الاوراق بعد غسلها مع قطع من اللحم والافضل أن يكون لحم الجمال ويتغذى منها المريض حسب طلب المعالج، ويتوقف المريض عن تناولها أو الانقاص منها بعد بداية ظهور أعراض الشفاء والمتمثلة في انخفاض درجة الصّفرة من الجسد وكذا العينين.

كما تستعمل عملية القطع لعلاج 'اللقية' وهي الغثيان وعدم الرغبة في الأكل والرغبة المستمرة في التقيؤ خاصة عند مشاهدة الغذاء، وغالبا ما تصيب الإنسان في المناسبات كالأعياد والأفراح، عندما يفطر في تناول الحلويات واللحوم، وفي هذه الحالة تقوم المعالجة أو المعالج بأخذ وشاح أحمر اللون وتبدأ بذكر بعض الكلمات وتقوم بتدويره خاصة عند الرأس وعلى مستوى المعدة ومن دون أن يتناول المريض أي دواء يحس بالتحسن، ويشترط ان تكون ايام القطع أما الاثنين أو الخميس، وهذه الحالة يتعرض لها الأطفال الصغار كثيرا خاصة الرضع منهم في فترة ظهور الاسنان فيمتنعون عن الاكل والشرب مع التعرض للتقيؤ والاسهال.

لقد استعمل الطب الشعبي العسل لعلاج الحروق، وكذا زبدة حليب البقرة وصفار البيض وهذه العملية تجميلية أكثر منها علاجية لأنها تخفي كل آثار الحرق إذا استعملت مباشرة بعد الاحتراق. كما توجد طريقة اخرى لعلاج الحروق وهي معروفة بكثرة في الشمال الجزائري والمتمثلة في انتاج مرهم مصدره نبتة تُدعى 'نص قُرْص' تحضر بعد تنقيتها وطبخها بالماء إلى ان تصير

عجينة تُستعمل على مكان الحرق ولو مؤخرًا فتعمل على إزالة الآثار وهي ناجحة إلى حد ما (أنا شخصياً لاحظت نتائج إستعمالها).

ومن الأمراض الشائعة التي وجدت حلاً لها بالطب الشعبي نذكر ما يعرف بسقوط السرة، الذي يسببه حمل شيء ثقيل أو القفز من مكان عالي أو الارتباك الشديد، ويصاحب هذا المرض ألم شديد أسفل البطن وعلى مستوى الظهر، وبسبب شدة الألم يتعذر على المصاب الاستقامة بل يبقى منحني الظهر، وهذا النوع من المرض يصيب الجنسين.

وتتم عملية المعالجة بجعل المريض ينام على بطنه ثم يقوم المعالج (رجل أو امرأة) بشد عضلات الظهر عرضياً وسحبها نحو الأعلى ابتداءً من مكان الألم إلى غاية لوح الكتف، وتواصل العملية إلى أن يحس المريض بالراحة، وعندها ينهض المريض معافى وكأن شيئاً لم يكن.

وهناك طريقة ثانية وهي إستعمال جرة من طين يشعل بداخلها قطعة من ورق وتوضع فوهتها مباشرة على السرة وباختفاء الأوكسجين من داخل الجرة تبدأ عملية الامتصاص حيث يمتص الجزء من البطن الموجود على فوهة الجرة الذي يُقدر بحوالي 20 سنتيم وتستمر العملية حوالي نصف ساعة ثم تنزع الجرة بعد مرور مدة معينة والتي يحددها المعالج بأكثر من ساعة يتحسن حال المريض ويختفي الألم، وعن سبب انتظار هذه المدة لسؤال المريض يقول المعالج إن الامتصاص الذي تسببه الجرة والناجم عن إنعدام الأوكسجين منها يؤدي إلى عملية تخدير موضعي وبالتالي المريض لا يحس بالألم حينها لذلك يجب انتظار عودة الدورة الدموية إلى حالتها الطبيعية ليتم التأكد من نجاح أو فشل العملية واختفاء الألم يعني عودة السرة إلى مكانها.

كما اختصت بعض المعالجات في علاج العقم خاصة عند من أجهضن مرة ولم يعاودن الحمل وتعرف هذه الظاهرة بتقلب الرحم، فكانت هذه السيدات المختصات بإعادة الرحم لموضعه، وهذه العملية مؤلمة جداً لدرجة الإغماء ولكنها ناجحة لحد ما ومازلت تمارس حتى في أيامنا هاته.

وبالمقابل عملية الإجهاض كانت معروفة في الطب الشعبي وكل الطرق مسموحاً بها خاصة إذا كانت الحامل غير متزوجة، فلحماية الشرف وفي سرية تامة عن رجال الأسرة، تعمل الجدة أو الأم على إجهاض البنت بكل الطرق العنيفة الممكنة، كتقديم لكمات لبطنها لإسقاط الجنين وإجبارها على حمل كل ما هو ثقيل، والقفز من مكان مرتفع إضافة لإعطائها منقوع المعدنوس والقرفة والنعناع لتسهيل الإجهاض.

وبخصوص ظاهرة القلق والتوتر النفسي والوسواس فعلاجه لا يكون إلا عند الطالب الذي يستعمل الطبول والتهاليل، وفي جو مشحون يرقص المريض حتى الإغماء، ومقابل هذا العلاج على المريض أن يحضر معه كبشا أو ديكاً حسب ما يطلبه المعالج كقربان لشفائه إضافة للمال، ويتم هذا اللقاء في حضور جمع كبير من الناس وهو ما يعرف بالزردة، وهذه الطريقة ما كانت لتشفى المريض بل تزيده توتراً وقلقا ويمكن أن توصله لحد الجنون.

ويمكن الإشارة لنوع آخر من العلاج عرف في الطب الشعبي الجزائري وهو علاج الروماتيزم وأوجاع الظهر، ويتم ذلك بطريقتين وهي أما بتسخين قطعة من الأجر والتدليك بها جيدا فوق المنطقة المتألمة، وأما بتسخين مادة النخالة (المخصصة لغذاء الماشية) وإضافة زيت الزيتون لها ثم تلف داخل قطعة قماش وتربط على المنطقة التي تعاني من الألم، كما يمكن استعمال الرمل المسخن بدلا من النخالة، والغرض من استعمال هذه المواد (الأجر، النخالة، الرمل) هو احتفاظها بالحرارة لمدة طويلة وبالتالي تؤدي الغرض المطلوب وهو إزالة الألم عن طريق تسريع سيلان الدم في الأوعية الموجودة في موضع الألم، ويتم استعمال هذه الطريقة عادة في الليل حيث يخلد المريض مباشرة للنوم، وما يزال هذا النوع من العلاج معمولا به حتى في أيامنا هذه.

وهناك نوعا ثالثا لعلاج مرض الروماتيزم وبعض آلام المفاصل وهو العلاج بالدفن داخل الرمل الساخن، وهي طريقة قديمة ولكنها وجدت صدى كبير في الطب الحديث، وهو الأمر الذي نلاحظه في بعض مناطق الصحراء الجزائرية التي يقصدها العديد من المرضى من داخل وخارج الوطن طلبا للعلاج والراحة.

وعلى ذكر العلاج بالحرارة نعرج على بعض الحمامات الطبيعية التي توجد في القطر الوطني والتي يفوق عددها 200 حمام ومعظمها مستغل بالطريقة التقليدية، وذلك لغياب التكفل الكافي من طرف الوزارة الوصية (وزارة السياحة والصناعات التقليدية) والتي تُرجع السبب إلى قلة الاعتمادات المالية التي تخصصها الدولة لهذا القطاع.

فهذه الحمامات معروفة لدى العامة بفوائدها المختلفة، إذ يجد فيها المرضى على إختلاف إصاباتهم غايتهم فيها، فمنها من تحتوي على الماء الساخن طبيعيا الذي يعالج آلام المفاصل ومنها من تحتوي على ماء بارد طبيعيا يعالج أمراضا مختلفة وأكثرها الأمراض الجلدية، فبالإضافة للراحة

الجسدية التي يجدها المرضى في هذه الأماكن يجدون كذلك الراحة النفسية التي توفرها المناطق الطبيعية النقية المتواجدة فيها، ونذكر منها:

الحمامات الطبيعية المتواجدة في الغرب الجزائري منها حمام بوغرارة بولاية تلمسان، حمام بوججر بولاية عين تموشنت، حمام بوحنيقية بولاية معسكر، حمام ريغة بولاية عين الدفلى، حمام ربي* بولاية سعيدة.

أما الموجودة في الشرق الجزائري فنذكر منها: حمام دباغ (الشلالة) وحمام المسخوطين بولاية قالمة، حمام قرقور (تصل حرارة المياه به 48 درجة مئوية) وحمام السخنة بولاية سطيف، حمام الصالحين بولاية خنشلة.

أما في الجنوب فيوجد حمام زلفانة بولاية غرداية، حمام الصالحين بولاية بسكرة، حمام الشارف بولاية الجلفة وفي الوسط يوجد حمام ملوان بولاية البليدة.

وغيرها كثير ولكن استغلالها محلي ولم تعرف التطور في هياكلها فبقيت بناياتها تقليدية وتتعدم فيها المرافق الضرورية نذكر منها حمام التوانسة ذو المياه المالحة والباردة وهو موجود بضواحي مدينة تابلط وحمام مولايا احمد ذو المياه العذبة الموجود بمنطقة العيساوية كلاهما في ولاية المدية.

وفي العاصمة توجد محطة العلاج بمياه البحر، وهي منشأة كبيرة تقع بمدينة سيدي فرج (30 كلم غرب العاصمة) ويتردد على هذه المحطة الآلاف من الجزائريين والأجانب على مدار السنة للاستفادة من خدمات فريق طبي متخصص عالي الكفاءة.

فكل هذه المنابع المنتشرة عبر التراب الوطني تجد من يقصدها أما لعله في الجسد أو من أجل الاستمتاع بالطبيعة المتواجدة بها فكل يسعى نحو غاية في نفسه.

* الاسم الاصيل هو حمام الربيع وكان المستعمرون لا يجيدون نطق حرف 'ع' فاقتصر الكلمة إلى الربيع... بدلا من الربيع.

المبحث الثاني:

1- بعض الوصفات الشعبية لعلاج الأطفال في الشمال الجزائري:

ان إستعمال العلاج الشعبي للطفل والإيمان السحري الديني للأمهات الجزائريات، يكمن في المقام الأول في الطب الأسري الذي اعتادت عليه وألفتها، فالأم غالباً ما تخشى أن يعلم الناس مرض صغيرها والذي تعتبره هي عين وحسد.

يهتم الطب الشعبي بالطفل الصغير منذ ولادته بدءاً بالقابلة مروراً بالطالب والساحر والمرابط وبائع العقاقير، جميعهم يتعاون على الحفاظ على صحته " فالطب الشعبي بوصفاته العلاجية والمتضمن لوسائل متنوعة من أجل الحفاظ والتخفيف على الجسم المريض منذ الولادة حتى الوفاة¹".

وأول ما نتطرق إليه هو قبل مولد هذا الطفل، حين تكون الأم في حالة الوجع أين يقدم لها منقوع القرفة أو النعناع أو المعدنوس، التي يكون لها مفعولا كبيرا في الإسراع بالوضع، كما يقدم لها الكثير من المشروبات الساخنة والمنبهة كالكهوه والشاي كي تبقى مستيقظة ومحافضة على نشاطها أثناء هذه العملية.

وبمجرد ظهور رأس الصبي تقوم القابلة باستقباله وإمساكه ثم تقطع له الحبل السري الذي يربطه بالأم، وبعد تنظيفه تضعه في قطع من القماش الأبيض، وتعرف هذه العملية بعملية تقيط المولود، وذلك بشد أطرافه وإبقائها ممدودة وحسب العادة الشائعة فإن هذه العملية تجعل الصبي لا ينمو مشوها، كما أن أطرافه وهي تتحرك لا شعوريا تقوم بتخويفه فيكبر وهو مريض بالخلعة، كما يستعمل الكحل في عين الصبي لحمايته من الضوء.

وفي حالة ارتفاع درجة حرارة المولود يستعمل خليط من القرنفل والحبق والزيت مع الحناء ويدهن بها مقدمة رأسه (الجمجمة)، فتعمل هذه اللبخة على امتصاص الحرارة الموجودة بالداخل وبالتالي تتناقص سخونة تدريجيا إلى أن تختفي.

وعندما لا يستطيع الصبي النوم بسبب آلام في بطنه ولا يكف عن البكاء، يقدم له منقوع من الحلبة والكمون، والطريقة الشائعة هي وضع سبع حبات من كل نوع وتقدم مرات عدة في اليوم فتختفي الغازات المؤلمة وينام الطفل بهدوء.

¹ Neffissa Zerdoumi: enfants d'hier, Librairie François Maspero, Paris, 1970, p137.

وفي مرحلة التسنين حين تتأخر الأسنان بالظهور وتسبب القلق للطفل، يستعمل نبات ' المريوة ' المسحوقة التي توضع في قطعة قماش ثم تقطر قطرات في فتحة الأنف الأولى، وبعدها بلحظات تقطر قطرات في فتحة الأنف الثانية وعلى إثرها يبدأ الصبي بالعطس، فيخف حسب رأيهم الضغط الموجود في رأسه وتتفتح اللثة فتظهر الأسنان (تظهر الاسنان خلال ثلاث ايام من إستعمال هذه الطريقة)، وتعاد نفس العملية كلما تأخر خروج الاسنان.

ويمكن القول أن لكل حالة من حالات مرض الطفل الصغير توجد وصفة علاجية، تقوم بها الأم أو الجدة أو امرأة ذات خبرة ودراية بالعلاج بغض النظر عما إذا كانت هذه الوصفات علمية أو خرافية أو تجمع بين النوعين العلم والخرافة والسحر.

الإسهال:

الطفل الصغير معرض للإسهال خاصة في فصل الصيف، ومع ارتفاع درجة حرارة جسمه يمتنع عن الرضاعة، ويصبح كثير البكاء، فتقوم الأم بتقديم له منقوع بعض النباتات كالزعرور وأوراق شجر الزعرور وماء النشاء وتكثر من تغذيته بالأرز كما تمنع عنه الحليب مؤقتاً.

الإمساك:

وهي حالة يتعرض لها الصغار دوماً حيث تعالج الأم صغيرها بإستعمال زيت الزيتون، كما تستعمل قطع الصابون كحاملة، وتكثر من إعطائه الماء.

علاج الأمراض الصدرية:

الأمراض الصدرية غالباً ما تكون ناجمة عن البرودة الشديدة في أيام الشتاء من أسبابها غياب التدفئة المنزلية، والعلاج المتوفر يتمثل في شرب منقوع الزعرور مع القرفة والفلفل الأسود الذي يتناوله المريض قبل النوم في الليل.

وعلاج الانفلونزا الذي ينجم عنه سيلان الأنفي، يجبر المريض على استنشاق السكر المحروق ثم يقدم له منقوع شراب الزنجبيل (سكنجبير) أو الزعرور البري.

وفي حالة عدم الشفاء يستعمل العلاج المكمل، والمتمثل في التدليك على الصدر والظهر بإستعمال الفلفل الحار المذاب في الماء الساخن وخلطه مع نبات يعرف باسم "بونافع" وفي الغرب الجزائري كان يستعمل نبات الحرمل، وفي منطقة تلمسان كان يستعمل ورق مبلل بالبتترول يوضع على ظهر المريض.

وفي كثير من الأحيان يلجأ لإستعمال الحمام الساخن، وذلك يجعل المريض يتصبب عرقا في الغرفة الساخنة وبعدها يوضع على ظهره لبخة مصنوعة من العسل الحر والفلفل الأبيض وحب الرشاد المدروس جيدا، كما يستعمل معها أحيانا نبات القرنفل والقنطاس وبعد مدة يغتسل المريض ويجفف ويرتدي الملابس الدافئة ويبقى في وسط دافئ إلى أن يشفى¹.

الحصبة أو البوحمرون:

يعد هذا المرض من بين أكثر الأمراض الشائعة عند الأطفال خاصة إذا كانت العائلة كثيرة العدد، فعزل المريض المصاب غير ممكن وبالتالي العدوى لا مفر منها فيكون العلاج عادة جماعيا فالمريض يبقى في الدفاء ورأسه ملفوف كليا بوشاح أحمر، ويقدم له منقوع من نبات يدعى بالعامية " بوشناف"، وهذا يعمل على تعرق المريض بكثرة مما يبقي الإصابة سطحية ولا تتوغل إلى الداخل، وهذا ما يعرف بالعامية "بالبوحمرون الدخاني"، ويقدم للمريض زيت الزيتون مع العسل كما أن الغذاء أساسا يتمثل في مرق الدجاج مع العدس والزعتر البري المدروس وعلى المريض أن لا يلامس الماء بل ينظف بواسطة الزيت فقط.

مرض العيون:

وهو ما يعرف بالتهابات قرنية العين المصحوب بتعفن، وهذه الأمراض كثيرة الإنتشار خاصة في فصل الخريف والتي تنتقل عن طريق الذباب والناموس والغبار، والعلاج الشعبي لهذا النوع من الإصابة يتمثل في إستعمال قطعة طماطم طازجة فوق كل عين أو قطعة بصل مدروسة توضع داخل قطعة قماش على العين، وفي الصباح تغسل العين بالماء الممزوج مع الملح، والنتائج غالباً ما تكون ايجابية وفي حالات الالتهابات البسيطة يكون إستعمال الكحل شائعا، وفي حالات أخرى يعالج التهاب العين بحك حافة الجفن والمنطقة الداخلية له بقطعة سكر أو قطعة من ورق التين المبلل في ماء الورد.

في حين نجد مرض التراكوم لم يكن يجد الحل بالطريقة الشعبية، وظل فتاكا لوقت قريب من الحاضر ولم يعرف تراجعا إلا مع تطور الطب الحديث في الجزائر.

وبخصوص مرض الشعيرة أو ما يعرف بـ" بوشعرة" (وهي مرض ينتج عن ملامسة العين بشيء متعفن أو التواجد في مكان غير نظيف -مثل اللعب في الحضائر أو المزابل-) والتي حسب

¹Ibid ,p140.

الإيمان الشعبي تصيب كل من يلتقط قطع النقود من الطريق، وللتخلص منها يطلب من الطفل وضع سبع حبات من القمح، بعد تمريرها سبع مرات على العين من الجهتين، ثم توضع بطريق فيه مارة وأول من يتخطاها يرث المرض ويختفي من عين الطفل المصاب، وللعلم فقط فإن هذه الطريقة كانت شائعة عند عرب الجاهلية ومازالت حتى أيامنا هذه.

السعال الديكي:

أو ما يسمى " العواية" أو " العواشة" ويتم العلاج بتقديم مرق الحلزون للمصاب، كما يستعمل حليب الحمير (الأنثى) الذي يعطي نتيجة نوعا ما ايجابية، وفي غالب الأحيان يضاف للنوعين السابقين نوع آخر والمتمثل في صنع شراب من ورق التين الشوكي المقشر الذي يوضع داخل اناء من الطين بحيث يوضع تحته وفوقه السكر ويترك لمدة يوم كامل ليصبح في اليوم التالي على شكل مشروب يستعمل لهذا النوع من السعال، هذه الطريقة كانت شائعة الإنتشار حتى لدى الأوروبيين¹.

التهاب الأذن:

عندما تصاب الأذن بالالتهاب تعالج بزيت الزيتون المسخن داخل قطعة بصل وتقطر داخل الأذن المصابة، كما شاع استعمال حليب الأم المرضعة لطفل ذكر حيث تعصر قطرات من حليبها في أذن الطفل المصاب بالتهاب.

¹ Ibid , p 143 .

علاج الحروق:

تعالج الحروق من الدرجة الأولى بإستعمال قشر البصل مبلل بالزيت وبإستعمال مسحوق البطاطا، وتعالج الحروق من الدرجة الثانية والثالثة بوضع عجينة التمر التي تعمل على إخفاء التشوه وكذلك إستعمال بياض البيض ومسحوق القهوة المحمص، كما يستعمل عسل النحل للقضاء على التشوه.

علاج الجروح والندب:

يوقف نزيف الجرح بوضع مسحوق صوف محروق، أو رماد الحطب أو مسحوق القهوة أو التبغ المدروس، كما توجد طريقة أخرى وهي بالغة الجدوى والمتمثلة في إستعمال نبات يدعى الخياط بعد تجفيفه وحرقه ودرسه يوضع على الجروح وحتى الغائرة منها فيعطي نتائج عجيبة للغاية.

ولعلاج الانتفاخ جراء السقوط والتي يتعرض لها الطفل الصغير كثيرا خاصة إذا كانت على الجبهة بوضع قطعة نقود فوق الانتفاخ وربطه جيدا بقطعة قماش.

علاج الصرع:

يرد الصرع في اللغة الشعبية إلى الجن ويقال عن المريض المصاب أن جنا يسكنه ولا يجب تسميته علنا خوفا من أن يصاب المتحدث بنفس المرض، والمتكلم عنه حتى بطريقة غير مباشرة يقول " نحن امسلمين وامكتفين " وترتبط هذه العبارة بحركة الذراعين مرة الذراع الأيمن فوق الأيسر ومرة أخرى العكس.

عملية الطهارة (الختان):

عملية الطهارة بقيت لوقت غير بعيد تتم بالطريقة التقليدية، وكان يمارسها الحلاقون أو رجال لهم دراية نسبية بعلاج بعض الأمراض، وكانت تتم دون إستعمال مسكنات للألم وعلى مرأى من كل الحاضرين الرجال بما فيهم الأطفال.

كما أوكلت مهنة طبيب الأسنان إلى هذا الحلاق الذي يعمل على نزع الأضراس المريضة والمتسوسة دون إستعمال أي مسكن، وكانت عادة ما تتم هذه العملية في أيام السوق الأسبوعية.

هذا جزء فقط مما تعرفه الأسرة الجزائرية من التطبيب الذاتي لأطفالها، ومازالت هذه الطرق وغيرها شائعة حتى أيامنا هذه وربما يجدون الحل للأمراض أبناءهم فلا يلجئون إلى المصالح

الصحية إلا إذا تعذر لهم إيجاد الحل بالطريقة التقليدية، ويمكن القول أنه لو لم تصبح عملية التلقيح إجبارية في الجزائر لما عرفت بعض الأسر وخاصة النائية منها المستوصفات والمراكز الصحية.

2- بعض الوصفات الشعبية من الجنوب الجزائري (الهقار)¹:

إن الطبيعة الجغرافية والعادات القبلية التي تميز منطقة الأهقار تجعل من الصعب جدا التوغل بين أفرادها للحصول على معلومات في هذا الميدان لذلك نجد أن المصادر ضئيلة جدا ومن الصعب الحصول عليها، ويمكن إعتبار البداية كانت منذ دخول المستعمر الفرنسي إلى هذه المنطقة وذلك عام 1906 حيث كان يرفق كل مجموعة عسكرية طبيب عسكري، وأثناء القيام بالجولات الاستطلاعية يعمل المعمر على كسب ثقة هؤلاء الأهالي بتوزيع المؤن عليهم، ومن خلال هذا الاحتكاك يقومون بجمع الملاحظات عن العادات والأخلاق وطريقة المعيشة وكذا عن الأمراض المتواجدة والعلاجات الشعبية التي يمارسونها.

و أول ما نشر عن حياة التوارق بما في ذلك السلوك والأخلاق والعلاج كان عام 1924، ومن الأمراض التي ذكرها الباحث في كتابه نذكر ما يلي:

الجدري:

إن عدوى الجدري عند التوارق قليلة ولكنها خطيرة، وغالباً ما كانت تأتي من القوافل الآتية من الجنوب، والجدري نوعان:

النوع الأول علاجه يكون بعزل المصاب في مكان بعيد عن التجمعات السكنية ويترك أما وحيدا وأما بمعية أحد الأفراد الذي تعرض مسبقا للإصابة فهو بذلك محصن. حين تظهر النتوءات على سطح الجلد يمنع المريض من التعرض لأشعة الشمس والهواء.

أما النوع الثاني والمعروف بجدري الماء، فالعلاج يتم بدفن المريض داخل تربة ساخنة ويترك هناك إلى غاية اختفاء المرض أو الموت، وإذا كان المصاب طفلا فيتم دفنه في تراب داخل الخيمة.

¹ Dr H. Foly: Mœurs et médecine des Touareg De l'Ahaggar, ed dacques Gandini , avril 1995, p 59 .

الروماتيزم:

يعرف مرض الروماتيزم بالآلام الشديدة في جميع أعضاء الجسم كالمفاصل والأطراف والرأس وغيرها وتتزايد هذه الآلام خاصة مع قدوم فصل الشتاء، ويعرف هذا المرض عند التوارق " بداء البرد " أو " داء برد المفاصل " .

ولعلاج هذا المرض يعتمد سكان الأهقار على عاداتهم الموروثة، حيث يقوم المعالج بإحضار نبات " الصقلاب" وتجفيفه تحت الظل وبعد طحنه يخلط مع التمر أو مسحوق الفرينة ويتناول المريض هذا الخليط ويبقى في معزل عن الهواء ويكثر من الملابس حتى يصاب بالتعرق وحينها يقوم بمسحة شاملة على الجسم بالزبدة المذابة.

الملاريا أو حمى المستنقعات:

يتعرض سكان منطقة التوارق إلى هذا الوباء من جراء تراكم المياه في المستنقعات والتي تتخلل التربة إلى المياه الجوفية التي تتغذى منها أشجار النخيل، فإذا لم تكن هناك إصابة مباشرة عن طريق الشرب والطبخ فإنه يتعرض لها عن طريق تناول التمر وتعرف حينها الإصابة بـ " حمى التمر الصلب"، وعلاج هذا النوع من الوباء يتم بتناول لحم القنفذ أو لحم الغزال أو الذئب.

الالتهابات الرئوية:

يتعرض سكان الأهقار كغيرهم للالتهابات الرئوية بسبب تغيرات درجة الحرارة (ارتفاع في النهار وانخفاض في الليل)، وسكنهم في الخيام يجعلهم أكثر عرضة لهذه التغيرات.

وعلاج هذه الالتهابات يتم عن طريق نبات يدعى بلغة أهل المنطقة " الرللششم" وذلك بوضعه داخل إناء حديدي به ماء مسخن ثم يوضع فيه بعض الجمر ثم يلف المريض رأسه ويشم البخار المتصاعد، وأثناء المرض ينصح المريض بتناول الأغذية الساخنة والمطبوخة بالفلفل الأسود ويبقى المريض في حالة راحة تامة.

وعندما يكثر السعال عند المريض ولا يتمكن من النوم، يقوم المعالج بكبي المريض وذلك بإستعمال عود نبات الدفلى المسخن لدرجة الاشتعال (يصبح جمرا)

وذلك بوضع ست ضربات ساخنة وخفيفة على الصدر وست أخرى على البطن وست أخيرة بين لوعي الكتف.

الأمراض الباطنية:

من بين الأمراض الباطنية التي يتعرض لها التوارق والتي يعالجونها بأنفسهم نذكر إسهال الأطفال الذي يتم علاجه عن طريق إستعمال فرينة القمح داخل الماء وتقديمها للمريض بين الحين والآخر.

كما يعالج الترقى إمساك البطن بالغسيل المعوي وتناول بعض الملينات كـ " السنا " و " العناب البري " .

أمراض العيون:

التراكوم هو من الأمراض الشائعة في الصحاري وكذا التهاب القرنية الحبيبي وذلك بسبب الغبار الناجم عن الزوابع الرملية.

وعلاج هاذين النوعين من الإصابة يتم بإستعمال مادة الشب المسحوقة وخطها بجليب الماعز الأبيض، ووضعا حول دائرة العينين كما يستعمل هذا الخليط كمنظف لتجفيف العين بالإضافة لإستعمال الكحل بصورة دائمة.

الأمراض التناسلية (الزهريّة):

إن الإعلان عن هذا النوع من المرض مخجل للترقي كما هو كذلك بالنسبة لغيره.

وعلاجه يتم بإستعمال جذور نبات منتشر في هذه المنطقة والمعروف باسم "الصقلاب"، تؤخذ الجذوع وتقشر بعد تنظيفها جيدا ثم تسحق لتتحول إلى عجينة وبعدها يضاف لها كمية كبيرة من الماء، يشرب منها المريض باستمرار، ويطلب منه في فترة العلاج أن يكثر من أكل لحم الماعز، بعد مدة من الزمن يخرج الالتهاب إلى السطح، وعندها تحك الالتهابات إلى غاية سيلان الدم منها ثم تكوى بالنار.

والشيء المذكور هنا هو أن هذا النوع من العلاج ينهي حياة البعض من المرضى ومع ذلك فهو لم يمنع من مواصلة إستعماله.

العلاجات الجراحية:

عند الإصابة بجرح عميق يصب عليه السكر وفي اليوم الموالي توضع عليه مادة تدعى "البديوم" وهي من فصيلة الفستق.

وعند الإصابة بالرصاص تصب الزبدة المذابة على فوهة الجرح وتكوى المنطقة المحيطة به بضربات ساخنة وخفيفة مرات عديدة.

وعند الإصابة بكسور يقوم المعالج بإعادة العظم لحالته الطبيعية، ويجبر بإستعمال خليط من الفرينة والماء، ويربط بإحكام بشريط من جلد الجمل ويستعمل المعالج قطع من الخشب ويشده بطريقة تمنع المصاب من تحريك يده ليتم شفاءها بطريقة سليمة.

وبالنسبة للجروح السطحية والحروق فإستعمال النباتات ضروري، ومن بين هذه النباتات أوراق العناب المنشفة والمسحوقة، والتي تستعمل بعد التنظيف الجيد للجرح بالماء المغلي، وهذه النبتة كفيلة بامتصاص العفن وتحافظ على الجرح من الهواء، ولا تغير هذه المادة إلا كل ثلاثة إلى أربعة أيام.

العلاج بالحجامة:

يعالج أهالي الأهقار بالحجامة بنفس الطريقة القديمة وذلك بإستعمال قرن من قرون البقر، إذ يقوم المعالج بفتح فوهة صغيرة في حافة القرن العلوية لامتصاص الهواء منه وبالتالي يثبت على سطح الجسم بعد إغلاق الفوهة بقطعة لبان بري وهذا عكس ما لاحظناه في مناطق أخرى أين يتم إستعمال كاس زجاجي بدلا من القرن وإفراغ الهواء منه بإشعال قطعة ورق وبالتالي يثبت الكأس على الجسم.

وهناك نوع ثاني من الحجامة الذي يتم بإستعمال مشرط أو سكين حلاقة، وتستعمل هذه العملية في حالات لدغ الأفاعي والحشرات السامة وكذا في حالات الشلل والروماتيزم وغيرها. كما تستعمل الحجامة لصغار الأطفال وذلك في المنطقة بين الأذن والعين من الجانبين وكذا فوق منطقة الكلى، وهذا حسب اعتقادهم يقوي الجسم ويدفعهم للمشي في سن مبكرة.

الكي:

بالإضافة إلى ما ذكر في علاج الالتهابات الرئوية هناك آلة تستعمل للكي وهي عبارة عن قطعة حديدية موصولة بذراع خشبي طولها حوالي عشرين سنتمرا ومنحنية في نهايتها بزواية قائمة طول الانحناء ثلاثة سنتمترات.

بواسطة هذه الآلة يكون الجلد بإستعمال ضربات قصيرة وسطحية وهذا في بعض الحالات كالجروح والروماتيزم والقلق وغيرها، أما في حالات لدغ العقارب والزواحف السامة فإن المعالج يستعمل السكين المسخن للقيام بفتحات عميقة نوعا ما لتوقيف توغل السموم والحد من الألم.

السحرة والدجالين:

إن أهالي الآهقار(الهقار) يعالجون معظم أمراضهم بأنفسهم، لكن الحالات المستعصية كالأمراض العقلية والنفسية والهستيريا تتطلب تدخل مساعدة الدجالين والسحرة الذين يستعملون التعويذات والبخور وبعض الطقوس التي تحمي من العين والحسد وتبعد شرّ الجن، ولكن ليس لهؤلاء المشعوذين أي عمل في حالات الإصابة بمرض الجدري، والتعويذات المكتوبة توضع داخل جلد ذئب الذي بدوره حسب اعتقادهم يحمي من العين والحسد، وعند وفاة أحد التوارق يقوم أبناءه أو إخوته بتقسيم تعويذاته وأحيانا أخرى توضع تحت حجر فوق قبره.

والساحر أو الطالب له أجر ثابت يتمثل في معزة وخمس عشرة فرنكا أو ما يعادل هذا المبلغ من قمح أو منتج زراعي آخر (هذا الأجر كان معمولا به أثناء التواجد الاستعماري الفرنسي).

المبحث الثالث: المعالجين الشعبيين في الجزائر

الجزائر بمساحتها الشاسعة وتضاريسها المختلفة تنتوع عاداتها وتقاليدها وتزخر كل منطقة منها برمز من الرموز متمثل في ولي صالح أو معالج متمكن أو ساحر معروف أو طالب أو شيخ عالم في امور الدين والدنيا.

ان خصوصية كل منطقة تستدعي تواجد نوع معين من هؤلاء أو اولئك، فنجد الممتهنين في العلاجات الشعبية التي تختلف تسمياتهم حسب اماكن تواجدهم.

تتميز المناطق المحافظة بوجود الطالب أو المعالج بالقرآن وكتابة الاحجبة، وفي منطقة تسودها الامية والجهل نجدهم يحتاجون إلى دجال أو مشعوذ ليساعدهم على التنبؤ بمستقبلهم أو يساعدهم على إيجاد الحلول لمشاكلهم، وفي منطقة مغايرة نجد الأفراد بحاجة إلى معالج متمكن من علاج الكسور وتجبيرها مثلا وفي منطقة غيرها نجدهم يحتاجون إلى مستعمل للآيات القرآنية وحدها في علاج الأمراض وفي أماكن متعددة من الولايات الجزائرية توجد اضرحة لأشخاص مروا من هناك وكانت لهم أعمال قيمة فمنهم من كافح بقلمه ونشر علمه للمساهمة في محاربة الجهل والامية، فصيت هؤلاء توارثته الجماعات وانتقل من جيل إلى جيل واصبح ما يعرف بأولياء الله الصالحين الذين يقصدهم كل من له مشكل صحية أو إجتماعية أو نفسية.

فاختلفت طرق المعالجة واختلف متهنوها ولكن الغرض من إتباع هذا أو ذاك هو طلب المعافاة لترجع الروح والجسد إلى الحالة الطبيعية وهي حالة الصحة.

ومن بين المعالجين الشعبيين الذين نجدهم في الوسط الجزائري والذي يقصدهم كل حسب علته وحسب نيته ما يلي:

1-أضرحة أولياء الله الصالحين:

لأضرحة الأولياء الصالحين بالجزائر كرامات تستهوي الزائرين والمقبلين إليها من كل حدب وصوب، فتلاحظ مكان تواجدها قبب مختلفة الالوان منتشرة عبر الوطن وهي اضرحة بنيت لحماية قبور علماء تلك المناطق ومشايخها الذين حفظوا القرآن ودرسوا الفقه وتقوهوا فيه، واسسوا زوايا لتدريسه ومحاربة الجهل، ولم ينصبوا انفسهم رسلا على أفراد مجتمعاتهم بل حاربوا البدع والضلالة، ولكن الجهل والامية التي سادت في الجزائر لقرون عديدة بسبب الاستعمار جعل الناس يحميدون

عن طريق الحق ويلجؤون إلى الخرافة والبدع وهذا ما آلت إليه اضرحة هؤلاء فأصبح الزائر لها يقوم بطقوس غريبة ويقصدها للدعاء والتبرك وكأنها امكنة مقدسة بل هي كذلك في اعتقادهم. لقد كانت واصبحت زيارة المقامات يومية وعلى مدار السنة خاصة من النساء اللاتي يتقدمن إلى الضريح للتبرك والتمني والتضرع لتحقيق أمنية ما أو لتجاوز محنة أو الخروج من ورطة، فتطلب الزواج من طال عليها الانتظار والإنجاب من عز عليها الوليد، وتحقيق الذكر من لا تلد إلا الإناث وعودة الغائب من نأى عنها عزيز... وهكذا، وخلال تلك الزيارات تشعل الشموع وتقدم هبات نقدية تسمى محليا (الوعدة) وتعلق تعاويذ وأنسجة ولفائف، وإلى جانب هذه الزيارات اليومية التي غالباً ما تكون فردية بحتة ويحيط موضوعها الكتمان، هناك زيارات جماعية وهي عادة أسبوعية تؤديها عائلة أو عشيرة أو مجموعة من الحيران، فتقدم القران بنحر خروف أو أكثر وإعداد وجبة الكسكسى لإطعام الزائرين والأطفال وعابري السبيل. يعتبر هؤلاء التبرك بالمقامات شفاء وتحصين من الأمراض وتحقيق كل الدعوات والأمنيات، وهو ما يدفع العديد من النساء والرجال، على المداومة على زيارتها ويحجّون إليها على مدار أيام السنة، وهو سلوك عقائدي مكتسب من الأجداد إلى الأحفاد، ولا يقتصر الأمر على زيارة الأضرحة بل بإشعال الشموع، وربط الحناء وإعطاء الصدقة وذكر الله تعالى، بل هناك جمع بين السنة والبدعة التي طالما حاربها الأئمة والعلماء الذين يزورون ويتبركون بقبورهم اليوم.

من بين الأضرحة المعروفة في الجزائر نذكر البعض منها:

أ- عبد الرحمان بن محمد بن مخلوف بن طلحة الثعالبي ومآله إلى جعفر بن ابي طالب:

نشأ الامام في بيئة علم ودين وصلاح، استهل تعلمه على يدي علماء منطقتة ضواحي بومرداس ثم انتقل وتكون في الجزائر ثم قصد المغرب الأقصى بصحبة والده محمد بن مخلوف فتعلم أصول الدين والفقہ التفسير، العقيدة، والتصوف، وغيرها من العلوم الدينية الأخرى، وهو أحد أعلام القرن التاسع الهجري ذلك أن الإنتاج الفكري للثعالبي انتشر في مختلف مكتبات العالم العربي والغربي، عكف عبد الرحمن على التدريس والتأليف، وكانت معظم مصنفاته في علوم الشريعة، وقد ترك في هذا الحقل ما يزيد على تسعين مؤلفاً في التفسير والحديث والفقہ واللغة والتاريخ والتراجم وغيرها. ضريحه موجود بأعالي مدينة الجزائر (القصبة) وهو مكان بناء المسجد

العتيق الذي سمي مسجد المأتمى، ويعتبر عبد الرحمان الثعالبي الأب الروحي لسكان مدينة الجزائر

ب-ضريح الامام محمد بن عمار الهواري المعروف بسيدي الهواري:

وهو حافظ للقرآن وعالم بأمور الدين والفقہ والادب، زار الكثير من الدول العربية منها مدينة فاس المغربية وبلاد الشام وقام بفريضة الحج مروراً بتونس ومصر ولما عاد إلى وهران اسس زاوية لتدريس القرآن، ويعتبر الامام الأب الروحي لسكان المنطقة، لذلك نجدهم يقصدون ضريحه طلباً للشفاء من الأمراض وللتبرك ببركته يقال ان زيارة ضريح الشيخ يشفي العقم ويبطل السحر ويسرع بزواج الفتيات.

ج-ضريح الشيخ شعيب بن الحسن الاندلسي التلمساني المعروف بسيدي بومدين:

أصله من الاندلس شارك في الحروب الصليبية، بترت ذراعه ودفنت في القدس الشريف، ولما عاد إلى الجزائر، استقر في مدينة تلمسان بطلب من السلطان يعقوب المنصور حيث اسس زاوية لحفظ القرآن وتدريس علوم الفقه، وكان الشيخ من أعلام الصوفية، ولما توفي دفن فيها (تلمسان) واصبح ضريحه مزاراً للعديد من الأفراد يحجون إليه لطلب التبرك والشفاء.

د-ضريح محمد بن يحيى بن عبد العزيز المعروف باسم سيدي محمد بن عودة بغليزان:

يقال ان نسبه يعود إلى فاطمة بنت الرسول محمد صلى الله عليه وسلم، درس علوم القرآن في الصحراء خاض عدة معارك ضد الاسبان، أقام بغليزان واسس فيها زاوية لحفظ القرآن ودراسة الفقه، دفن هناك وامر الباي التركي محمد الكبير ببناء مشهد على ضريحه واوصى بحرمة وعدم التعرض لكل من يلجا اليه، وحاليا تقام فيه وعدة كل سنة في الاسبوع الأخير من شهر سبتمبر، يقدم فيها الولائم، وهي مزار للعديد من الأفراد.

هـ-ضريح احمد بن ادريس (بقرية إيلولة):

في منطقة القبائل توجد مقامات لأضرحة شهيرة منها مقام أحمد بن إدريس حيث تكون زيارتها جماعية كل يوم خميس إذ تقبل إليها عائلات من اماكن بعيدة، فمقامات الأولياء الصالحين جزءاً لا يتجزأ من التراث القبائلي ولا تزال لحد الآن تتمتع بمكانة مرموقة في الوعي الفردي والجمعي، يختلط فيها الشعور الديني بذلك الإحساس الغامض لدى كل إنسان بالعالم الموازي، الغيبي، المبني أساساً على (أساطير الأولين) ويقدر ما يسود الاعتقاد بأن (أسياد) تلك المقامات

يمكنهم التوسط بين الإنسان وربه ويساعدون على إيصال الدعوات والصلوات وإبلاغ أمنياته الظاهرة والباطنة.

والأضرحة والمقامات عديدة ومتعددة ولا تكاد تخلو منطقة منها، حتى في أصغر القرى والمداشر ولا يسعنا ذكرها جميعا، فالمهم ان نعرف ان لكل منطقة خصوصيتها ولكل منطقة اساطيرها ورؤيتها الخاصة بها لأمر المرض والعلاج فكل يسعى نحو غاية وهدف خاص به ولكل تصوره ومفهومه.

2- الطالب:

يمارس الطالب في دكان صغير مغلق بستار خشن والأفضل أن يكون هذا الدكان في شارع صغير وكان عددهم جد كبير في حي القصبية.

وسط هذا الدكان يجلس الطالب على الأرض وبجانبه مجموعة من المحبرات الحبرية المملوءة بماء الزعفران والمسك وماء الزهر ويقوم بتصفح الكتب القديمة لبعض الأطباء الذين كتبوا عن العلاج في الجزائر مثل كتاب البونوي.

والزيارة تبدأ ب (حلان الكتاب) وهي فتح الكتاب بعد قراءة وترجمة أسامي المرضى، ويقوم بعمليات حسابية لكل اسم وبعض الأعداد وترجمة الباقي، ويعمل على احتواء المريض والسيطرة عليه فيعمل على طرد الجن الذي يسكنه بإستعمال معادلات سحرية وبوسائل طبية علاجية.

ما يميز شهرة الطلبة هم مرضى العقل والتي يستعملون معهم كل الطرق السحرية والقرابين وعمليات التنويم شائعة في الوسط الريفي، فيدخل المريض في حالة نوم عميقة وينجح الطالب في مساعدة المريض على ذكر ووصف أماكن لم يزرها في حياته ويعترف له بأبسط الأمور الخاصة في حياته، فالطالب يتحدث إلى الجن الذي يبعده عن المريض بمجرد استرجاع هذا الأخير لعقله وإفاقته من نومه.

ما يميز عمل الطلبة كذلك هو الترتيب والتدبير للقيام بالزردة، الأمر الذي يتطلب تحضيرات كثيرة من توفير اليد العاملة من النساء الذين يقمن بتحضير الكسكسي وتحضير الذبائح وكل ما يلزم للقيام بهذا التجمع المقدس، حيث يجتمع الناس من كل حذب وصوب والذين يتم إبلاغهم بطريقتين اثنتين: الأولى بإستعمال البراح الذي ينادي لهذا التجمع أيام الأسواق الأسبوعية ليحدد فيها موعد اللقاء.

والطريقة الثانية تتمثل في خروج جماعة من إتباع الطالب والذين يسمون بـ "لخوان" يجوبون القرى والمداشر وحتى المدن بالطبول والتهليل والتكبير، وكلما مروا بجماعة أو بيت يستقبلون بحفاوة بالغة وبزغاريد تعبر عن فرحة الأهالي بقدومهم كما يقدمون لهم العطاءات والمتمثلة أما في مبالغ مالية وأما في أنواع من الأطعمة كالحبوب الجافة أو الدقيق أو الكسكسي وغيرها تدعيما منهم لهذه الزردة المقدسة في اعتقادهم.

وتتبرك العائلات الجزائرية بهذه الجماعات فيخرجون لهم الصبية ليحصنوه من العين والحسد ومن الأمراض التي تصيبهم.

وعندما يحين موعد الزردة يحضر الناس في جموع غفيرة، وكل من كان له طلب يطلبه من الطالب ليتحقق مراده، فنجد هناك العاقر التي تنتظر الإنجاب، ونجد المريض بالصرع يطلب الشفاء، ونجد العاجز عن الحركة وغيرهم ممن يأتون لطلب بركة الطالب.

وتبدأ الحاضرة بإستعمال الطبول والتهليل والتكبير، فيرقص الجميع بطريقة تبين أنهم في غير وعي، فيسقط منهم من يسقط، ويغمى عليه من يغمى دون توقف المحيطين به عن قرع الطبول والرقص والتهليل، فهذا الإغماء حسب معتقدتهم فيه خير لصاحبه لأنه بصدد التخلص من المشكل الذي جاء من أجله لهذه الزردة.

يقام هذا النوع من التجمع أما في مقر سكنى الطالب، وأما في بعض الأماكن المخصصة لذلك والتي تكون عادة في مكان تواجد الأضرحة والمقامات.

3- المرابطين:

يعود أصلهم إلى دولة المرابطين التي حكمت المغرب العربي والاندلس ووصل حكمها إلى دول إفريقية مجاورة والتي كانت عاصمتها مراكش.

معظم المرابطين المداويين (المعالجين) كانوا يأتون من الناحية الغربية سيما تلمسان وضواحيها، وذاع صيتهم للعامة ان لكل مرابط قدرة على علاج مرض ما وكان الناس يخشون التنازع مع هؤلاء اعتقادا منهم انهم يملكون قوى خارقة بإمكانها ان تلحق بهم الضرر، "...فالحمي والصداع لهما اطباءهما من الدراويش... وإن المسلمين يفضلون الذهاب إلى المرابطين بدلا من الأطباء الفرنسيين"¹.

¹ أبو القاسم سعد الله، تاريخ الجزائر الثقافي، مرجع سابق، ص 250.

وبما ان الأمراض التي تصيب الابدان نوعان نوع بدني عضوي والاخر معنوي روحي، فالمرابط هو الأكثر دراية بعلاج النوع الثاني والتي يؤمن الأفراد انها من فعل الجن فينصح بالتوجه إلى المرابطين أو لأضرحتهم لعلاجها.

نذكر قبة سيدي محمد بن يعقوب في تلمسان، الذي شاع عنه انه يبصر امراض العين، وتوجد على قبره شجرة زيتون من اكل من حبوبها شفي من امراض عينه، كذلك مرابط سيدي بوراس شاع عنه العلاج من الصداع وتذهب الاسطورة إلى ان على المريض ان يطبخ راس خروف في بيته ويحضره مكان تواجد الضريح ليتناوله ويترك العظام هناك ليتمكن من التخلص من المرض، كما توجد قبة سيدي القيسي التي يعالج بفضلها الحمى، فيطلب من المصاب ان يذهب إليها ثلاث ايام متتالية قبل شروق الشمس أو بعد غروبها وعليه ان يحرك الاوراق المتساقطة على ضريح السيخ في كل مرة، كما اختص غيرهم في مداواة العقم والاطفال والاجهاض وغيرها¹.

فالمرابط في المجتمع الجزائري شخص يهابه الناس ولكنه في نظرهم قادر على العلاج وعلى إيجاد الحلول كما بإمكانه ان يضر كل من يتعرض اليه، لذلك نجد ان بعض النسوة تفضلن زيارة المرابط لفك السحر أو لوضعه إذا تعذر على غيره عمل ذلك، ففي نظرهن هو أكثر قوة من غيره.

4 - الشواف (ة) والساحر (ة):

ويدعى الشواف أو العراف أو 'لقزان' وهو من يدعي علم الغيب مما سيكون في المستقبل، كالأخبار بما سيقع في الأرض، إذ له شياطين تخبره بخبر السماء عن المستقبل، فالشيطان يسترق الكلمة من كلام الملائكة ويلقيها في أذن الشواف (الكاهن) الذي يكذب مع هذه الكلمة مائة كذبة، فيصدق الناس بسبب تلك الكلمة التي سمعت من السماء.

والساحر والمشعوذ يتركز عمله في الإضرار بالمسحور باستخدام عزائم ورقى وطلاسم وأدوية وتدخينات من الجاوي والحناء والرصاص وبقايا حشرات وحيوانات كالجراد والضفادع والحرباء والثعبان والعقارب، يؤثر بها في القلوب والأبدان، فيمرض ويقتل ويفرق بين المرء وزوجه، وهو عمل شيطاني، وكثير منه لا يتوصل إليه إلا بالشرك، والتقرب من كل ما هو نجس وإلى الأرواح الخبيثة.

¹ نفس المرجع، ص 251.

والملفت للانتباه ان هذا العمل كان مقصد النساء الاميات وذوات المستوى الإجتماعي المتدني والفقيرات أصبح مقصدا لكل الفئات على إختلاف مستوياتهم العلمية والإجتماعية والإقتصادية رجالا ونساء وحتى اصحاب المراكز المرموقة إذ اصبحت هذه الفئة تستدعي السحرة والعرافين والمشعوذين من خارج حدود الوطن كالمغرب الاقصى وبعض الدول الافريقية القريبة من الجزائر والبعيدة عنها، للملاحظة فقط قد تجتمع الصفات: السحر والعرافة والكهانة في شخص واحد.

5- المعطيت له (ها):

هذا النوع من المعالجات هم أصحاب النية الطيبة مقارنة بالنوع السابق، والذي تعمل النساء أو الرجال من خلاله بعلاج بعض الأمراض المستعصية على الطب أو التي يتطلب علاجها المتابعة والمثابرة، فنجد من بين هؤلاء بعض النسوة تختص بعلاج العقم بإستعمال حركة اليدين (مذكور سابقا)، ومنهن من تختص بعلاج القية، الاكزيما، عرق النساء، الصداع والشقيقة، الحساسية واللوزتين، ومنهن كذلك من تدعي علاج السرطان، فنجدها كثيرة الطلب وزياتتها كثر والسبب يعود لكون هذا الداء لا يشفى مهما طالت مدة علاجه، فالمصابون يعلقون الأمل على أية مساعدة تقدم لهم حتى وإن كانت بعيدة عن المنطق والتفكير الصائب، ومن بين الطرق العلاجية نذكر واحدة من أكثر الوسائل شيوعا وغرابة في نفس الوقت والمتمثلة في تناول مرق يطبخ بلحوم بعض الحيوانات التي لا يجوز أكلها (مثل صغار الكلاب) ومع أن هذه الطريقة كثيرا ما جربت إلا أنها لم تغير في الأمر شيء، والملفت للانتباه أن معظم هؤلاء المعالجات يستعملون طرق كانت موجودة أساسا في الطب الجاهلي وبالرغم من تعاقب الأحقاب الزمنية إلا أنها مازالت تجد الصدى والإتباع، من بين هؤلاء كذلك من يملكون القدرة على علاج عرق النساء عن طريق القطع، وهو امر شائع بكثرة في الجزائر وآخرون باستطاعتهم علاج داء المفاصل بإستخدام لبخات أكثرها عشبي وامراض كثيرة منتشرة بين أفراد المجتمع والمعروف لدى العديد من هؤلاء انهم لا يتقاضون على عملهم هذا شيئا خاصة منهم معالجي عرق النساء.

6- بائع الأعشاب:

يمتحن التحضير والتركيب لبعض الأعشاب، فهو عادة ما يكون ذو علم وخبرة بالمواد التي يبيعها، خاصة فيما يتعلق بالوصفات العلاجية الروتينية التي تستعملها العائلات الجزائرية سواء في العلاج أو في المطبخ وحتى في السحر، وهؤلاء الباعة أنواع:

1- أصحاب الدكاكين: فيما مضى كانت هذه المحلات منتشرة في الأزقة الضيقة والشوارع الشعبية، وكانت كثيرة الفوضى في الداخل ولم يكن أصحابها يأبهون بذلك، أما في الوقت الحالي فلقد أصبحت هذه المحلات متواجدة في أكبر المدن وفي أكبر الشوارع، ومحلاتها أصبحت تضاهي أكبر المحلات لنشاطات أخرى وهي أكثر ترتيباً للمواد المعروضة للبيع بإستعمال الرفوف والقوارير الزجاجية، وحتى المواد الموجودة تحضر من أبعد البقاع كالهند والصين والمغرب بالإضافة إلى المنتجات المحلية المنتشرة في الجزائر.

ب- بائعي الأسواق: يملك هؤلاء الأشخاص مكاناً مخصصاً لبيع الأعشاب منها العلاجية ومنها المستعملة في الطبخ، والبعض منهم علمه محدودة بفوائدها، فمهمتهم بيع ما يطلبه الزبائن فقط، فالزبون هنا يحدد بالضبط ما يريده وما يحتاج إليه.

ج- بائعي الأسواق الأسبوعية: هنا نحن أمام عدد كبير من الدجالين، فنجد هؤلاء البائعين ينادون بمنتجاتهم وبفوائدها العجيبة، فتجدهم ينادون بمواد تعالج ضغط الدم وأمراض القلب والروماتيزم وأمراض العيون والصداع وغيرها، من الأمراض العضوية، حتى أنهم يدعون القدرة على علاج ظاهرة التبول عند الأطفال بتحضير بعض المواد التي لا تغير في الأمر شيء ما عدا زيادة التبول بسبب شرب هاته المواد قبل النوم في الليل.

7- المختصون:

المختصون هنا هم أصحاب الشهادات الأكاديمية في الطب والذين اجتهدوا في ميدان الأعشاب وامتحنوا العلاج بها وهذا في غياب كلي للمدارس المتخصصة في هذا النوع من الدراسات كما هو الحال في بعض الدول الأوروبية كألمانيا، أو في بعض دول المشرق كالإمارات العربية أو الفلبين التي تتوفر على أكبر جامعة في هذا الميدان وبذلك نجد هؤلاء المجتهدين ربطوا بين العلم والمعرفة من جهة، وبين الموروث التقليدي والتراث من جهة أخرى.

يعتمد هؤلاء الأطباء على الفحص السريري والتحليل الطبية وكل ما هو علمي متقدم وبعدها يقدم للمريض وصفة محددة بالدواء، وغالباً ما تصرف هذه الوصفة عند الطبيب الذي يحضرها

بنفسه بكميات دقيقة، وهي بمثابة الدواء من عند الصيدلي، كما يقوم هؤلاء المعالجين بعملية الحجامة لعلاج بعض الأمراض تماماً كما تستعمل في العلاج الشعبي، ويستعين هؤلاء بالعلق الذي يوضع على بعض المناطق من الجسم لعلاج الروماتيزم وبعض الأمراض الأخرى كالإحساس بالبرودة الشديدة في الأطراف العلوية والسفلية دون أن يكون المريض مصاباً بأعراض الروماتيزم، كما يستعين هؤلاء كذلك بالتقنية الصينية في العلاج والمتمثلة في إستعمال الإبر والتدليك.

8- الرقاة:

القرآن علاج لكل الأمراض الجسدية والنفسية لقوله تعالى: "وإذا مرضت فهو يشفين" وقال "ألا بذكر الله تطمئن القلوب" فالرقية الشرعية بالقرآن والأحاديث هي أفضل علاج للمرض.

قال تعالى: "ومن يتوكل على الله فهو حسبه"، "وعلى الله فتوكلوا إن كنتم مؤمنين" لقد أمر الله سبحانه وتعالى بالتوكل عليه، والتوكل هو ثقة القلب بالله، أي اعتماد القلب على الله، وبهذا يتجنب الإنسان أن يلجأ إلى طُرُق الحرام التي لا ترضيه سبحانه وتعالى كحال البعض حينما تنزل عليه المصائب فيلجؤون إلى السحرة والعرافين والمُنجمين، وقد قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: " إنَّ الرُّقى والتَّمَائمَ والتَّولَةَ شرك " رواه الترمذي.

وأما الرُّقى التي حرمها الرسول (ص) وقال إنها شرك ما كان فيها عبادة غير الله بالتلفظ بكلمات خبيثة فيها عبادة كوكب أو شمس أو قمر أو نجم أو ملك من ملوك الشياطين فهذه الرُّقى التي فيها هذه الكلمات الخبيثة هي التي تُنافي التوكل على الله.

ندرج عمل الرقاة مع بقية المعالجين بالطريقة الشعبية لأن دورهم في الساحة لا يقل أهمية عن غيرهم، خاصة في الآونة الأخيرة مع ظهور المشاكل الإجتماعية والإقتصادية والسياسية التي مرت بها البلاد قل التوجه نحو المشعوذين والسحرة أما خوفاً من أعين أنصار الدين أو ايماناً بضرورة العودة إلى كتاب الله الذي فيه الشفاء.

وإزداد الطلب على المعالجين بالطريقة الشرعية مع العلم ان هذه الطريقة ليست جديدة ولكنها اختفت نوعاً ما ثم عاودت الظهور في بداية الثمانينات وكانت متزامنة مع ظهور الحركات الإسلامية، وأصبح لها معنى أكبر وأصبحت أكثر انتشاراً منذ التسعينات وظهور التعددية الحزبية، وأصبح الناس أكثر تقديراً لعمل الرقاة من أي وقت مضى فهذا العلاج الشرعي المستمد من

الشريعة الإسلامية السمحة، يعطي أفضل النتائج خاصة النفسية منها لأنها منحدره من المقدس وهو القرآن الكريم، فعمل الراقي أصبح ينافس كل من الطبيب والطالب.

إن المعالجين بالرقية على ثقة كبيرة بشرعيتها، لأنها شفاء لمختلف الأمراض النفسية والعضوية، خاصة عندما يقدم الراقي لزبائنه بعض الأعشاب التي تعالجهم أما عضويا وأما بنزع السحر، من بين المواد الطبيعية التي يستعملها الراقي زيت الزيتون، الحبة السوداء، العسل والزعفران ونبات السدره وغيرها.

فالمريض على يقين انه لا خير في غير كلمات الله وبالتالي هناك قبول مسبق واستجابة مطلقة للمعافاة لأنها نابعة من كلام خالق السماوات والارض وهو القادر على كل شيء.

خلاصة الفصل:

الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى، الذين يسلكون كل السبل من أجل الحصول على الصحة والراحة والعودة إلى حالة التوازن الطبيعية، فنجدهم يسعون نحو المعالجين على إختلاف انواعهم لطلب التخفيف من آلامهم ومعاناتهم، وفي كثير من الأحيان نجد افرادا كثيرون يحسنون التعامل مع الأمراض من خلال تجاربهم العلاجية المكتسبة من العادات والتقاليد، والتي تهتم بالأفراد على إختلاف أعمارهم بدءا بالمواليد الجدد ووصولاً إلى الشيخوخة.

ان الأفراد على إختلاف مستوياتهم العلمية والإقتصادية، لهم اعتقادات خاصة في قدرة هؤلاء واولئك على معالجتهم ومساعدتهم، ولا يأبهون ان كان من المعالجين من يستعمل السحر والدجل، لأن الغاية تبرر الوسيلة والغاية هنا هي الصحة التي يتمناها الغني والفقير، الكبير والصغير، العالم والجاهل، المثقف والأمي.

الفصل السادس:

الأسرة الجزائرية

والممارسات العلاجية الشعبية

المبحث الأول: مفاهيم ووظائف الأسرة

1 - مفاهيم حول الأسرة:

2- أشكال الأسرة: ممتدة نووية

3- وظائف الأسرة

4- الأسرة والمعايير الاجتماعية:

المبحث الثاني: صحة الأسرة

1- دور الأسرة في الحفاظ على الصحة

2- صحة الأسرة (الذهنية والعضوية) في ظل الدين والسحر والخرافة

3 - المحيط البيئي وتأثيره على صحة الأسرة:

4- صحة الأسرة في ظل مستواها الاقتصادي

تمهيد:

تعد الأسرة اللبنة الأولى في البناء الاجتماعي، وهي ظاهرة إجتماعية قديمة قدم الإنسان، وهي أيضاً مجتمع صغير يمكن من خلاله فهم طبيعة المجتمع المتواجدة ضمنه لأنها وحدة بناء في المجتمع، تؤثر فيه وتتأثر به، ولا نبالغ إذا قلنا أن معظم المشكلات الاجتماعية وحلولها يمكن ربطها بعوامل مرتبطة بالمواقف الأسرية، ولا يمكن ان نتصدى للمشكلات التي تواجه المجتمع دون أن نبحث في مشاكل الأسرة وتقويمها.

لا يوجد تشريع ارضي ولا سماوي دافع عن الأسرة ووضع لها مقومات وضوابط مثل ما فعل الدين الإسلامي، حيث يقول الرسول عليه الصلاة والسلام " ما من مولود إلا ويولد على الفطرة فأبواه يهودانه أو يمجسانه أو ينصرانه"، لقد اعتنى الإسلام بالأسرة عناية كبيرة بداية من إختيار الزوج للزوجة، وتربية الأبناء ورعايتهم وتأهيلهم للقيام بدورهم في الحياة، كون الفرد عادة ما يكتسب الأساليب السوية للسلوك والتفكير من خلال تفاعله الاجتماعي واحتكاكه مع الآخرين، وان الأبوان هما الوكيلان الأولان في القيام بهذه العملية، وحسب ما يمتلكان من قيم وسلوكيات فانه يكتسبها سواء كانت سلوكيات وقيم ايجابية أو سلوكيات وقيم سلبية.

المبحث الأول:

تُعدّ الأسرة أهم الجماعات الإنسانية، وأعظمها تأثيراً في حياة الأفراد والجماعات، لذا نالت اهتمام أغلب الباحثين، خاصة المهتمين بدراسة تطور أشكالها أو تقلصها البنائي والوظيفي، حيث اعتقد البعض أنها تنقل من أشكالها الكبيرة الممتدة إلى أشكال أصغر فأصغر باستمرار حتى تصل إلى الأسرة النووية، والتي تمثل ذروة التطور.

وبموجب ذلك تتحسر الأسرة الممتدة في المجتمع الحديث، ولكن هذا الاعتقاد لا يصمد أمام الشواهد التي تخالف ذلك، فما زالت توجد بعض أشكال الأسرة الممتدة في المجتمعات الحضرية والريفية على حد سواء.

1 - مفاهيم حول الأسرة:

تعددت المفاهيم الخاصة بالأسرة وبالوظائف المخولة لها حسب تواجدها في المجتمعات المختلفة وكل هذه المفاهيم تعبر عن الدور الذي يجب ان تقوم به الأسرة تجاه المجتمع الذي تتواجد فيه.

إن لفظ الأسرة "مأخوذة من الأسر وهي القوة والشدة لذلك تفسر بأنها الدرع الحصين، فأعضاء الأسرة يشد بعضهم أزر البعض ويعتبر كل منهم درعا للآخر نو تطلق كذلك على أهل الرجل وعشيرته كما تطلق على الجماعة الذين يضمهم هدف مشترك: كأسرة المعلمين، أسرة الرياضيين، أسرة المحامين...¹) وتعتبر كذلك: " من الوحدات الأساسية التي يتكون منها التركيب الإجتماعي، فجميع البشر في كل المجتمعات ولدوا وتربوا في اسر تتكون كل منها من ثلاث أشخاص على الأقل ينتمون لجيلين فقط (جيل الآباء وجيل الأبناء) وهي تشتمل على شخصين بالغين وهما الذكر والأنثى اللذان يعرفان بأنهما الأبوان البيولوجيان للأطفال، إلا إنهما يقومان بالعادة بالالتزامات الإقتصادية تجاه الوحدة الأسرية وتحدد معظم القواعد والمعايير للأبناء والأزواج والآباء وطريقة سلوكهم وتعاملهم وشعورهم في هذا النوع من الوحدة الإجتماعية"².

¹ حسين عبد الحميد رشوان: الأسرة والمجتمع-دراسة في علم اجتماع الأسرة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2004، ص21.

² سناء الخولي: الأسرة والحياة العائلية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1984، ص 39.

في حين اعتبر 'علي الحوات' الأسرة أنها "وحدة إجتماعية صغيرة تتكون من الزوج والزوجة وأولادهما غير المتزوجين وأحيانا المتزوجون كما هو الحال في الأسرة الممتدة، وهذه الأسر لها وظائف محددة ترتبط بالمجتمع ومؤسساته الإجتماعية المختلفة"¹.

كما ارتأى 'مصطفى بوتفنوشتات' "أن العائلة (الأسرة) هي المؤسسة الأساسية التي تشمل رجلا أو عدد من الرجال يعيشون زواجيا مع امرأة أو عدد من النساء معهم الخلف الأحياء وأقارب آخرون وكذا الخدم"².

وقد نظر 'مورقان' إلى الأسرة نظرة تطويرية حيث قال " إن الأسرة ليست أبدا ثابتة أنها تنتقل من شكل ادني إلى شكل أعلى بالموازاة مع التطور الذي يعرفه المجتمع من درجة ادني إلى درجات، التقدم نتيجة لتطور التقنية والاقتصاد "³.

تتأثر وظائف الأسرة عندما تتغير وتتطور المجتمعات حيث "...تفقد العديد من وظائفها الجوهرية لكنها لا تتخلى عن تزويد المجتمع بالأعضاء الجدد، مع الاحتفاظ بوظيفتها التأسيسية والرعاية الصحية لأبنائها، أما باقي الوظائف فسوف تقوم بها وحدات نسقيه أخرى نيابة عنها..."⁴.

2- أشكال الأسرة: هناك شكلان أساسيان للأسرة وهما الأسرة النووية المحدودة الأعضاء، والأسرة الممتدة المتعددة الأعضاء.

1- الأسرة الممتدة:

تعددت تعريفات الأسرة الممتدة واختلفت في تحديد عدد أفرادها والأجيال التي تضمنها، فكانت بعض التعريفات كما يلي:

" الأسرة الممتدة هي تلك العائلة التي لها تنظيم إجتماعي أكبر من التنظيم الإجتماعي للعائلة النووية"⁵، وهي كذلك " العائلة التي تتكون من الزوج والزوجة وأولادهما الذكور والإناث غير المتزوجات والأبناء وزوجاتهم، وغيرهم من الأقارب كالعَم والعمّة والابنة الأرملة...وهؤلاء جميعا

¹ علي الحوات: مبادئ علم الاجتماع، دار الكتب الوطنية، بنغازي، 1995، ص 288.

² Mostefa boutefnouchet: la famille algérienne ,évolution et caractéristiques récentes , Sned, Alger,1982,p 14.

³ Andrée Michel: la Sociologie de la famille et du mariage , puf , paris,1986,p 40.

⁴ معن خليل عمر: علم اجتماع الأسرة، دار الشروق، عمان، الأردن، 1999، ص 11.

⁵ إحسان محمد الحسن: العائلة والقرابة والزواج، الطبعة الثانية، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1985،

يقيمون في نفس المسكن ويشاركون في حياة اقتصادية وإجتماعية واحدة تحت رئاسة الأب الأكبر أو رئيس العائلة¹، ويمكن ان تمتد الأسرة إلى أكثر من جيل إذ ترى علياء شكري ان "الأسرة الممتدة مكونة من ثلاث أجيال: الرجل وزوجته أو زوجاته وأبنائهم المتزوجين وغير المتزوجون، سواء كانوا ذكورا أم إناثا وأحفادهم وربما بعض الأقارب الآخرين، ويظم الجميع وحدة معيشية واحدة قد تقيم في منزل واحد أو عدة وحدات سكنية متجاورة وقد يجمع بينهم نشاط اقتصادي واحد أو متنوع"².

أما 'ربرت ماكيفر' فيعرف "الأسرة الممتدة على أساس حجم وعدد أفرادها فيصفها بأنها عائلة كبيرة تتكون من الزوج والزوجة والأطفال الذين يتراوح عددهم ما بين سبعة وعشرة أطفال والأقارب الذين يسكنون مع العائلة الأصلية في بيت واحد"³.

في حين يرى الباحث الإجتماعي 'مصطفى بوتفوشات': " الأسرة الممتدة (الموسعة) هي العائلة المتسعة مهما كان حجمها وتستطيع هذه العائلة أن تتنوع حسب ظروف الزواج والمواليد وبإمكانها أن تجمع بين الأسلاف أو الأجداد والأقارب من الجانبين، وهذه الحالة خاصة بالبنية التقليدية"⁴.

ان الأصل القرابي الواحد يجعل أفراد الأسر الممتدة مترابطون ببعضهم البعض، وتجمعهم المودة والتراحم ويزيد تماسكها عند المصاهرة والزواج والإنجاب، سواء كان الزواج قرابيا أو خارج نطاق القرابة، وهي أوسع من الأسرة النواة بحيث تمتد إلى ثلاث أجيال بدءا من الأجداد حتى الأحفاد، وهذا النوع من الأسر يحافظ على شكله الممتد وعلى الكثير من الوظائف، فهي تحافظ على القيم الإجتماعية للنظام العائلي التقليدي، وتعمل على إستمرارية هذه القيم والعادات ونقلها من جيل إلى جيل، فيعمل بها الكبار ويتلقونها الصغار وهذا النوع من الأسر ينطبق على الأسرة الجزائرية التي تتأرجح بين النمطين القديم والحديث وذلك نظرا للتغيرات التاريخية والإقتصادية والإجتماعية والعمرائية التي تعرض لها المجتمع الجزائري.

¹ سناء الخولي، مرجع سابق، ص 40.

² علياء شكري وآخرون: الأسرة والطفولة، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، بدون تاريخ، ص 42.

³ إحسان محمد الحسن، مرجع سابق، ص 42.

⁴ Mostefa boutefnouchet, op.cit, p 316.

ب- الأسرة النووية:

تعتبر الأسرة النووية الشكل الأساسي الأكثر انتشاراً في معظم المجتمعات وتتميز باستقلالها الإقتصادي عن الأقارب، وأسس حياتها ومعيشتها تنظم بصورة شعورية اختيارية، تعتمد على رغبات الزوجين واتجاهاتهما وهي التي تتكون من الوالدين وأبناهما الصغار فقط، وينتمي الفرد عادة في ظل هذا النظام إلى أسرتين نوويتين، الأسرة النووية التي تربي فيها وتعرف باسم أسرة التوجيه، والثانية التي يقوم فيها بدور الأب وهي أسرة التكاثر¹ الأسرة النووية ظاهرة إجتماعية عالمية يعود ظهورها إلى عوامل أهمها سيطرة النزعة الفردية التي انعكست على كثير من المظاهر كالملكية والقانون والأفكار الإجتماعية العامة المتعلقة بسعادة الفرد وإرضاءه¹.

وقد عرفت 'سنة الخولي' بقولها " إن مصطلح الأسرة النواة يستخدم للإشارة إلى الأسرة المكونة من الزوج والزوجة وأطفالهما، وهي تفرق بين الأسرة النواة التي يمكن أن يقيم مع أحد أفرادها أحد الأقارب مثل الأخت أو الأخ أو أحد الوالدين، وبين الأسرة الزوجية والتي تقتصر على الزوجين وأطفالهما فقط، وكلاهما يعرفان كوحدة تبدأ بمراسيم الزواج وتستمر مدى الحياة"².

تمر الأسرة النووية بتغيرات عندما: " يكبر الأشخاص الذين يشغلون أوضاع الأب والأم والأبناء، وعندما يبدأ الأبناء في ملء أوضاع الأب والأم في أسرة جديدة يكونونها بأنفسهم، وبالتالي يكون هناك دورات حياة للأسرة"³.

بعد ان استعرضنا شكلي الأسرة (الممتدة والنووية) تبين ان " هذا التصنيف يبقى تصنيفاً نظرياً فقط لأنه لا وجود لأسرة نووية خالصة وأسرة ممتدة خالصة في أي مجتمع من المجتمعات، بما في ذلك المجتمع الجزائري، وهذا ما أثبتته الكثير من الدراسات الإجتماعية وما تؤكد الملاحظات الدقيقة للأسر والمجتمعات"⁴.

مهما كان نمط عيش الأسرة النووية ومهما كانت درجة استقلاليتها، فإن العودة للأسرة الأم أو العائلة سواء كانت عائلة الزوج أو الزوجة في كل الانشغالات الهامة ضرورة ملحة، خاصة فيما يخص العادات والتقاليد، وفي حالات الولادات الجديدة وطريقة الاحتفال بها كالعقيقة ومناسبات

¹ محمد الجوهري: تمهيد في علم الاجتماع، دار الكتب الجامعية، الإسكندرية، 1973، ص 259.

² سنة الخولي، مرجع سابق، ص 65.

³ حسين عبد الحميد رشوان، مرجع سابق، ص 34.

⁴ مسعودة كسال: مشكلة الطلاق في المجتمع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1986، ص 23.

الختان والانتقال إلى المسكن الجديد، كلها حالات يكون تدخل العائلة الأم فيها ضروريا وقرارها في بعض المواقف حاسما.

ان تعرض أفراد الأسرة النووية للمرض يجعلها محل اهتمام من قبل أفراد الأسرة الممتدة من الجهتين (عائلة الزوج وعائلة الزوجة)، كأنهم يقطنون في نفس المجال السكني، ويظهر ذلك في حالات الولادات الجديدة مثلا، اين يحضر كل من الجد والجدة والخال والخالة والعم والعمة لمشاطرة أفراح الأسرة الصغيرة، وهنا غالبا ما يتدخل الكبار في كيفية العناية والاهتمام بالأم والمولود، وهذا الاهتمام مستخلص ومستوحى من العادات والتقاليد والأعراف، فيُهتم بالأم من حيث الغذاء الصحي التقليدي المكون عادة من زيت الزيتون، وعسل النحل وحليب البقر ولحوم حمراء وبيضاء، وإستعمال مناقيع من أعشاب مختلفة لتقوية جسم الأم ولتدر حليب الرضاعة، الذي يغذي المولود تغذية كاملة إضافة لإستعمال بعض الوصفات التقليدية للتخلص من الغازات، والتي تتكون عادة من الكمون والحلبة والينسون (حبة الخلاوة)، كما تستعمل زيت الزيتون في عملية تدليك جسم المولود، عند بعض العائلات يتم إستعمال الكحل في العين وكذا إستعمال التكميط الذي يحمل معاني معينة في التفكير التقليدي للعائلة.

ان استقلالية الأسرة النووية من حيث المجال المكاني لا يبعدها عن الأسرة الممتدة علائقيا بوجود روابط صلبة ظاهرة ومستترة معها.

3- وظائف الأسرة

تقوم الأسرة بوظائف أساسية في حياة كل من الفرد والجماعة وإن اختلفت هذه الوظائف أو اختلف شكل الأسرة باختلاف المجتمعات والعصور، " إلا انه على الرغم من التغيرات التي طالت هيكل الأسرة العربية فإنها لا تزال محتقظة بدورها الوظيفي لمختلف الخلايا الإجتماعية وانه بغض النظر على تطور وسائل الاتصال والانفتاح على العالم الخارجي فإن الثوابت الوظيفية لدور الأسرة لا تزال على حالها"¹.

والأسرة المسلمة محددة بتشريع سماوي ثابت لا يتغير بتغير الزمان والمكان، فالتشريع الإسلامي حدد حقوق وواجبات أفراد الأسرة وتشمل واجبات الزوج نحو زوجته، والزوج نحو

¹ دالياهو من: الأسرة والعلاج الأسري، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، 2004، ص- ص 2-4.

زوجها، والآباء نحو الأبناء، والأبناء نحو الآباء، وكذا واجبات صلة الرحم وهذا يعني " إن وظائف الأسرة المسلمة ثابتة ولا يمكن التخلي عنها في الحاضر ولا في المستقبل لأنها جزء لا يتجزأ من عقيدة المسلمين"¹.

كما تعتبر الأسرة" دولة صغيرة تقوم بكافة الوظائف التي يتطلبها المجتمع وقد تأثرت هذه الدولة الصغيرة بثورة الاتصالات والتكنولوجيا التي يشهدها العالم فقد تحولت من وحدة منتجة إلى وحدة مستهلكة مما أدى إلى تقلص وظائف الأسرة"²، ويمكن لنا أن نستعرض البعض من هذه الوظائف:
أ- الوظيفة البيولوجية:

يعتبر إشباع الحاجات البيولوجية من أحد أهم الوظائف التي تقوم بها الأسرة مثل الطعام والشراب والإنجاب وغيرها.
ب- الوظيفة الإجتماعية:

تقوم الأسرة بأعداد أعضائها للمجتمع من أجل العمل والتفاعل والمشاركة الإجتماعية فوجود الأسرة وقيامها بدورها المنوط بها تتأكد الاستمرارية الحضارية للمجتمع من خلال إنجاب الأطفال وتربيتهم وجعلهم أطرافا فاعلين ونشطين، إضافة إلى مسؤولية الأسرة في منع أفرادها وتجنبهم اقتزاف السلوكيات الإجتماعية ذات التأثيرات الضارة، والتي لا تتناسب مع قيم المجتمع الحضارية، فالأسرة مؤسسة لنقل الثقافة إلى الأعضاء، بما يمكنهم من الاندماج في المجتمع الذي يعمل بدوره على استقرار الأسرة ومساعدتها على القيام بوظائفها، فيضع الأنظمة والتشريعات حفاظا على كيانها وبقائها وتقاليدها وذلك بتحديد حقوق وواجبات كل من الزوجين ووضع قواعد واطر للعلاقات الأسرية.

ج- الوظيفة العاطفية:

يجب على الأسرة أن تدرك أن العاطفة المتبادلة نحو الأسرة هي عن طريق عمل التوازن بين الحب والحزم، واهتمام أعضاء الأسرة بترابطهم ببعض، فذلك كفيل برسم الأبعاد السليمة للسلوك السوي، فالأسرة التي تقوم بالحماية الزائدة لأبنائها أو القسوة الزائدة تضر الطفل وتسبب له الاضطرابات النفسية.

¹ كمال مرسي: الأسرة والتعريف والوظائف والأشكال، دار القلم، الكويت، 2003، ص 72.

² رأفت محمد: رعاية الأسرة والطفولة من منظور الخدمة الإجتماعية، دار العلوم، القاهرة، 2005، ص 47.

د- الوظيفة الدينية:

يعتبر الدين أهم عنصر في تماسك المجتمعات البشرية وفي وحدة النظم الإجتماعية التي نلاحظها في كل المجتمعات والتي يخضع لها الفرد في تصرفاته وسلوكه، إن كان ذلك طوعا أو كرها، ولا شك أنه من أهم الوسائل التي تؤدي إلى زيادة التكامل والوحدة بين أعضاء الأسرة ممارسة الشعائر بطريقة جماعية، ومثل هذه الممارسات الدينية ترفع الأسرة فكريا ومعنويا وتمنع الانحراف، " فالدين في مجتمع معين يآلف بين حقوق الأفراد وواجباتهم ويربط هذه الالتزامات بالقوة العليا المهمة على البشر والتي تستطيع ان توقع العقاب على كل من يتجاوز حقوقه أو يتعدى على حقوق الآخرين، كما يمكنها أن تثيب المحسن الذي يكبح جماح شهواته ونزواته ويحترم حقوق غيره من الأفراد " ¹، فالأفكار الدينية تبدأ وتتكون داخل الأسرة وشيئا فشيئا يتمثلها الطفل ويتعايش معها ويتبنى هذه الأفكار التي يكتسبها من والديه حتى تصبح جزءا من تكوينه المستقبلي يستعملها عند الحاجة.

و- الوظيفة الأخلاقية والتربوية:

تقوم الأسرة بدور هام في تكوين شخصية الطفل وإكسابه عادات واتجاهات ومعتقدات المجتمع الذي ينتمي إليه، فالأسرة تقوم بتزويد الطفل بمختلف الخبرات أثناء سنواته التكوينية، وهي تمثل أكبر قوة إجتماعية لها قوة التأثير وتنمية الشعور بالألفة والمحبة والشعور بالانتماء للأسرة والمجتمع الخارجي، فإن عملية الاتصال داخل الأسرة تنشط انتقال العادات والاتجاهات من الآباء إلى الأبناء وتؤثر تأثيرا دائما وعميقا في تكوين شخصية الطفل.

ان التربية الأخلاقية الحقيقية ليست هي التوجيه والإرشاد فقط، وإنما هي القيمة الحسية والحب المستثير الذي يحظى به الطفل في حياته الأسرية، وفق جملة من القيم الأخلاقية التي يتبناها الطفل ويتعايش معها منذ نعومة أظافره، فالضمير الأخلاقي يتشكل ويتكون في أحضان الأسرة، فإذا صلح أساس بناءها قويت الضمائر وصلحت الأخلاق، وإن فسد أساس بناءها خفقت الضمائر وفسدت الأخلاق، فالمطلوب من الأسرة أن: "تقوم بإشباع حاجات أفرادها (الحاجات الجسمية، النفسية، الإجتماعية والروحية) والإنجاب وتربية الأبناء والرقابة والحماية والعلاج والتعليم الذي

¹ محمد محمود حسن: رعاية الأسرة، دار الكتب الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1997، ص90.

يتناسب مع قدراتهم وميولهم ويتناسب مع قدراتهم وميولهم ويناسب جيلهم وزمانهم وتقدمهم للحياة حتى يصبحوا راشدين معتمدين على أنفسهم¹.

ان الوظيفة الأساسية للأسرة المحافظة على الإنجاب وفق تعاليم الشريعة الإسلامية بقصد التعمير والاستمرار، والمحافظة على الاتساق الداخلي وعدم التذبذب، وتربية الأطفال وتعليمهم (في حدود قدراتهم العقلية) وفق الأخلاق الفضيلة التي يكتسب أفرادها العادات والمعتقدات التي تنمي الشعور بالانتماء إلى الأسرة والمجتمع، وتوفير الأمن النفسي لتكوين إنسان متزن ومستقر وتوفير الأمن الإقتصادي لسد حاجات ومتطلبات أفراد الأسرة، وحث أفرادها على الالتزام بالقيم والسلوكيات الإجتماعية التي تتفق مع قيم المجتمع وإعداد أفرادها للعمل والتفاعل والمشاركة الإجتماعية.

4- الأسرة والمعايير الإجتماعية:

تعتبر الأسرة من المؤسسات المنتظمة للتنشئة الإجتماعية وأخطرها في حياة الأفراد، فالطفل يكتسب معالم شخصيته وخبراته الأساسية في أحضان الأسرة ويؤكد الخبراء أن المرحلة الأولى من الطفولة وبخاصة السنوات الخمس الأولى، هي المرحلة الأكثر أهمية على مستوى نمو الطفل الفيزيولوجي والانفعالي والإجتماعي والمعرفي، ومن العوامل الهامة التي تؤثر في عملية التنشئة الإجتماعية في إطار الأسرة يمكن أن نذكر ما يلي²:

- مركز الطفل بين إخوته، كأن يكون البكر أو الوسط أو الأصغر
- أعمار الآباء والأمهات، فالأطفال من آباء متقدمين في السن يتلقون تربية تختلف عن أطفال آباء صغار في أعمارهم.
- الظروف الإجتماعية والإقتصادية والثقافية التي تعيشها الأسرة.
- النمط الذي يتبعه الآباء في تربية الأطفال وأسلوب التنشئة الإجتماعية الذي يسود الأسرة.
- عدد أفراد الأسرة: فالتنشئة الإجتماعية في الأسرة التي يكون عدد أفرادها كبيرا تختلف عن الأسرة صغيرة العدد.

¹ كمال مرسي: الأسرة والتعريف والوظائف والأشكال، دار القلم، الكويت، 2003، ص 175.

² علي اسعد وطفة: علم الإجتماع التربوي، منشورات جامعة دمشق، دمشق، 1993، ص 48.

تعمل الأسرة على تلقين المعايير الإجتماعية لأفرادها ليتم التصرف بمقتضاها في حياتهم، ويقاس على أساسها سلوكهم وتحدد السلوك المقبول وغير المقبول في الجماعة وأسباب القبول أو الرفض، ويتمثل في العادات والتقاليد والقيم والأعراف والقانون والرأي العام والرقابة الإجتماعية.

1- القيم والمعايير والعادات والتقاليد:

1* - القيم: تعرف القيمة بأنها طريقة في الوجود أو السلوك يعترف بها شخص أو جماعة على أنها مثال يحتذى، وتجعل هذه الطريقة من التصرفات أو من الأفراد الذين تنسب إليهم أمرا مرغوب فيه وشأنا مقدرا خير تقدير¹.

لكل مجتمع نظرة خاصة للصفات والخصائص التي يجب ان يسلكها افراده، فكان لليونان اصطلاح يستخدمونه للإشارة إلى الخصائص الصحيحة أو الواجبة للإنسان الفاضل، وفي المجتمعات البدائية كان هناك اتفاق عام حول الصفات التي يجب أن تتوفر في القادة والزعماء، والصفات التي تجعل من الإنسان إنسانا صالحا أو سيئا أو محترما أو قليل الأهمية².

والقيم تعرف على أنها: "الصفات الشخصية التي يفضلها أو يرغب فيها الناس في ثقافة معينة"³، وتتميز بمجموعة من الخصائص أهمها:

- القيم ليست من وضع شخص معين بل هي حصيلة تجربة جماعية.
- ليست صفات مجردة بل يتوصل إليها من خلال أنماط السلوك المعبر عنها.
- تعتبر معايير وضوابط للسلوك الإنساني.
- تنتقل من جيل لآخر عن طريق التربية والتنشئة الإجتماعية.
- لها صفة العمومية، فقد تختلف من فئة لأخرى، لكن هناك قيما معينة عامة.
- لها صفة التطور والتغيير.

و- مصادر القيم تشتق من الثقافات المختلفة في المجتمعات البشرية أهمها:

أ- التشريعات السماوية: وتشتق منها القيم المطلقة، وهي ثابتة مثل القيم المتعلقة بالحق المطلق، الخير المطلق والجمال المطلق، وتشمل القيم الروحية والخلقية والمادية وغيرها.

¹ - Guy Rocher, OP. cit, P88.

² محمد عاطف غيث: مقدمة في علم الاجتماع، ط01، دار المعارف، مصر، 1962، ص 137.

³ حامد زهران: علم النفس الإجتماعي، ط04، عالم الكتب، القاهرة، 1977، ص132.

ب- الأوضاع الإقتصادية والإجتماعية ومجمل الحياة الإنسانية وتشتق منها الكثير من القيم المادية والمعنوية المختلفة.

2* - المعايير الإجتماعية:

الإنسان كائن إجتماعي يعيش بين أفراد مختلفين من نوعه، مؤثرا فيهم ومتأثرا بهم والجماعة تحدد له مواصفات سلوكية، وتضع له المحددات التي يجب أن يكون سلوكه في إطارها، وبمعنى آخر تحدد الجماعة للفرد صورا مقننة أو قواعد مقررة للسلوك وهو ما يعرف بالمعايير الإجتماعية، ويعرف المعيار الإجتماعي بأنه "تكوين فرضي معناه ميزان أو مقياس أو قاعدة أو إطار مرجعي للخبرة والآراء والاتجاهات الإجتماعية والسلوك الإجتماعي"¹، وهو السلوك الإجتماعي النموذجي الذي يتكرر بقبول إجتماعي دون رفض أو نقد، ويعتبر إطارا مرجعيا مشتركا للناس يحكمون بواسطته على الأفراد وسلوكياتهم في الجماعة، والاتجاهات المشتركة التي تيسر للناس سبل التفاعل والتواصل هي معايير إجتماعية خاصة بهم ومن ايجابياتها أنها:

- تحدد ما يجب أن يكون وما يجب أن لا يكون في سلوك أفراد الجماعة.
- تسهل سلوك الفرد لدرجة تتماشى مع ما ترتضيه الجماعة والمجتمع ككل.
- تحدد الأدوار الإجتماعية وتنظم سلوك الأفراد في المواقف الإجتماعية.
- تحدد السلوك المتوقع وهو عادة ما يكون السلوك المثالي.

¹ يسرى إبراهيم دعيس: تنمية الموارد البشرية في المجتمع البدوي، دار أم القرى للطباعة، الاسكندرية، 1991، ص 211.

3* - العادات الإجتماعية:

تعرف العادات الإجتماعية بأنها "سلوك متكرر يكتسب إجتماعياً ويتعلم إجتماعياً ويمارس إجتماعياً ويتوارث إجتماعياً"¹، كما أنها "مصطلح يستعمل للدلالة على مجموع الأنماط السلوكية التي تحتفظ بها الجماعة وتترسما تقليدياً، وهذا يميزها عن النشاطات الشخصية التي يقوم بها الفرد"²، ويقول مالنوفسكي عن العادات: " بأنها روتين الحياة الحقيقية الذي يشهده الأفراد، ذلك الروتين الذي يتعلق بطبيعة اللهجة واللغة التي تستعمل في الحياة اليومية والتي تتفاعل مع الرموز السلوكية فنكون جملة ظواهر إجتماعية معقدة"³.

3* -1- نشأة العادات الإجتماعية:

ترجع نشأة العادات الإجتماعية أو الطرق الشعبية، إلى الحاجات الضرورية الحيوية التي تتطلب الإرضاء والإشباع، فلكي يتم إرضاء الحاجات الضرورية لا بد من قيام الناس أفراداً وجماعات بأفعال أو طرق وأساليب مختلفة من النشاط يغلب عليها المحاولة العشوائية، وهذه الأساليب التي يمارسها الناس لإرضاء حاجياتهم الضرورية لا بد أن تتكرر مرة بعد مرة ويوما بعد يوم، وفي أثناء هذا التكرار لا يلبث الناس عن طريق "التجربة والخطأ" أن يكتشفوا أن هناك طرقاً ناجحة صائبة، وطرق أخرى فاشلة وضارة، وبالتالي يختارون الطرق والأساليب التي أخفقت فغي إرضاء حاجاتهم أو التي سببت لهم آلاماً وأضراراً أثرت على رفاهيتهم وسعادتهم، " ففي سبيل التصارع من أجل البقاء، وعن طريق تعاون الناس بعضهم مع بعض، تتكون الطرق الشعبية وتنشأ بطريقة غير واعية، وغير شعورية، وبمرور الزمن تبدو ثابتة وراسخة على الرغم من أن أحداً لم يقصد حدوثها أو يتعمد تكوينها أو يخطط لها"⁴.

¹ فوزية دياب، مرجع سابق، ص 104، ص 106.

² نفس المرجع، ص 107.

³ إحسان محمد الحسن، معجم علم الإجتماع، مرجع سابق، ص 70.

⁴ فوزية دياب مرجع سابق، ص 121.

3*2- خصائص العادات الإجتماعية:

1-التقاليد: إن الطرق الشعبية ليست من خلق الذكاء البشري وليست من ابتكار التأمل العقلي الهادف، وأن مثلها كمثل نتائج القوى الطبيعية التي يستخدمها الناس ويسخرونها لتحقيق أغراضهم دون وعي منهم، أو كمثل طرق السلوك الغريزية عند الحيوان التي تنمو مع التجربة، والتي تصل إلى أعلى مستوى للتكيف تبعاً للاهتمامات التي يراد إشباعها.

ب-الإلزام والجبرية:

للعادات الإجتماعية سلطة على الأفراد، تضغط عليهم ويشعر كل واحد منهم أنه مضطر للخضوع لها، ففي الوقت الذي نرى أن العادات مفروضة علينا نجد أنفسنا أننا متمسكين بها، فهي تلزمنا في حين نجد راحتنا في إطاعتها. وهذه الخاصية الإلزامية الجبرية يمكن تفسيرها بما جاء به "دور كايم" أن العادة مستمدة من المجتمع ممثلاً في العقل الجمعي لكي يسير عليها الأفراد.

ج-الاتصال بنواح أسطورية وعناصر خرافية:

من مميزات العادات الإجتماعية أو الطرق الشعبية في جميع الثقافات بصفة عامة، وفي المجتمعات المتخلفة بصفة خاصة أنها تتصل بنواح أسطورية وعناصر سحرية وخرافية كالاعتقاد أن أرواح أجدادنا تغضب علينا أو تحل لعنتهم علينا إذا نحن خالفنا أو حاولنا أن نغير أو نقطع عاداتهم التي ورثونا إياها. فالخرافة واحدة من المركبات الأساسية للرأي العام أي الرأي المقبول عادة، وتوجد في جميع المجتمعات والجماعات الغابرة منها والحاضرة والخرافة حلم يقظ لكنه لا ينفصل عن الحقيقة لأنه معاش مثل أية واقعة موضوعية¹. كما أنه: " لا يكاد يوجد مجتمع في العصر الحالي يخلو من الخرافات ومن أنماط السلوك المتصل بالتفكير الخرافي برغم ما يبدو في هذا من تناقض مع ظروف العصر وما وصلت إليه العلوم والمعارف العلمية من تقدم هائل في مختلف الميادين"².

¹ عبد الغني مغربي: الفكر الإجتماعي عند ابن خلدون، المؤسسة الوطنية للكتاب، الرغاية، 1986، ص101.

فوزية دياب، مرجع سابق، ص125.²

د-التنوع والنسبية:

العادات الإجتماعية متنوعة منها ما يتناول عادات الناس في الأطعمة والأشربة ومنها ما يخص المسكن وكيفية ترتيبه، كان يفضل سكان الصحراء فرش الأرض بالأفرشة في حين يفضل سكان الشمال التنوع في شراء الأثاث وترتيبه بطريقة الغرب، وتتنوع هذه العادات أيضاً في عملية التربية حيث تفضل بعض المجتمعات إنشاء الطفل على أن يكون عدوانيا خشن الطباع أناني، وفي مجتمعات غيرها ينشأ الأطفال على أن يكونوا مسالمين رقيقي العواطف ومتعاونين.

هـ-الرغبة في التمسك بها:

من مميزات العادات الإجتماعية أنها في مجموعها مرغوب فيها أي محببة إلى الناس ويرجع ذلك إلى تلقائيتها وشعور الأفراد بضرورتها لتعاملهم بعضا مع بعض ولصلاح حالهم واستقرارهم، كما يرجع أيضاً إلى عملية التنشئة الإجتماعية التي تهدف إلى تشكيل الأفراد على الصورة التي يرتضيها المجتمع الذي يعيشون فيه وتهيئتهم إلى تقبل الظواهر الإجتماعية السائدة فيه.

لذلك تهدف التنشئة الإجتماعية إلى ترويض الأفراد منذ نعومة أظافرهم على تقبل العادات الإجتماعية السائدة وارتضاؤها مستعينة لتحقيق ذلك، بالأساليب المختلفة كالتعويد وغرس الأفكار والمعتقدات، وربط هذه العادات بالقيم والمعايير مما يزيد في قوة التمسك بها.

4* - التقاليد في المجتمعات:

إن التقاليد نوع من العادات التقليدية المتوارثة، التي تمارس ضغطا شديدا على الإنسان ولكنها في الوقت نفسه تنشأ من الرضا والاتفاق الجمعي بين أعضاء الجماعة، لذا تستمد التقاليد قوتها من قوة الرأي الجمعي في هذه الجماعة، والواقع أن أهمية التقاليد كعامل من العوامل القوية في تماسك الجماعة، يرجع لكونها تجسيم لأنواع من القيم والمعتقدات القديمة المتوارثة والمتأصلة في النفوس منذ عدة أجيال، فالتقاليد هي المصدر الشفاف الذي يعكس لنا قيم الأسلاف ومعتقداتهم أي تصوراتهم الجماعية، والتمسك بهذه التقاليد هو استمرار لهذه التصورات الجماعية واستمرارية الاعتزاز بالماضي وذكرياته.

4* - الأساليب المؤيدة للتقاليد:

من أهم الأساليب المؤيدة للتقاليد، الشعائر والرموز والاحتفالات ومجموعة أخرى من الأساليب المتمثلة في المعتقدات الشعبية والحكم والأمثال والأساطير والقصص والأغاني.

أ- الشعائر: المقصود بها نوع من التصرفات أو الإجراءات أو الممارسات الجماعية التي تنظمها قواعد مقررّة، الهدف منها ضبط تتابع بعض الحركات والأقوال الموجهة لتحقيق غاية معينة والتي ينبغي أن تتكرر كما هي وبلا أدنى تغيير في شكلها كلما حلت المناسبة لإجرائها¹.

ب- الرموز: كل ألوان السلوك الإنساني تتبع من إستعمال الرموز، فالرمز هو الذي استطاع أن يحول أجدادنا إلى أشخاص متفاعلين، فجميع أنواع السلوك الإنساني تتكون من الرموز وتعتمد على استخدامها².

ج- الاحتفالات العامة: تعتبر الاحتفالات العامة نوع من الممارسات الإجتماعية والإجراءات المقررة، التي تتصف بالمظهر الرسمي وتلتقي فيها الشعائر والطقوس والمرسم والرموز والأساطير، ويقول مصطفى الخشاب عنها: " هي في جوهرها عبارة عن عادات جماعية، مورست في مناسبات مختلفة وارتبطت بعواطف وطنية وقومية، وتبلورت حول معاني وقيم وأحداث، لا يمكن الأفراد أن يعزلوا أفكارهم ومشاعرهم عن التغني بها وتذكرها في مناسباتها الدورية³ .

¹ و² فوزية دياب، مرجع سابق، ص 177.

³ مصطفى الخشاب، علم الإجتماع ومدارسه، لجنة البيان العربي، القاهرة، 1962، ص 182.

المبحث الثاني: صحة الأسرة

1- دور الأسرة في الحفاظ على الصحة:

الصحة هدف من أهداف التنمية والتطور الإقتصادي والاجتماعي، وهي حق مشروع لكل فرد في كل المجتمعات ولدى كل الشعوب، وتعمل كل الدول على الحفاظ على صحة أفرادها بتوفير كل الضروريات والأساسيات لقيامها، فالتعريف الذي أعطته منظمة الصحة العالمية للصحة والمعلن عنه عام 1948: "الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد إنعدام المرض أو العجز".

إن عدم الاهتمام الكافي بالصحة أو النقص المسجل في تسيير منشآتها لدى بعض الدول يثقل كاهل هاته الدول لما ينتج عنه: سواء من ناحية المادة العلاجية اللازمة للمداواة أو من ناحية الضرر الذي يلحق بالأفراد من خلال عدم القيام بالنشاط المعهود المنتظر منهم كل في مجاله واختصاصه تجاه مجتمعاتهم وأفضل الأمثلة على ذلك الأمراض المعدية والفتاكة كفيروس الايبولا القاتل وكذا الأمراض المزمنة، وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها: "كون الإنسان سليما تماماً من الناحية البيولوجية والعقلية والاجتماعية، فالشخص الذي يتمتع بصحة جيدة يستطيع إنجاز واجباته وأدواره الاجتماعية، ويستطيع التكيف مع البيئة التي يعيش فيها.

وكون الفرد عنصر أساسي في الأسرة فهي التي تعمل على إنجابه وتغذيته وحمايته من أجل الوصول به إلى أعلى درجات القوة والصحة، واكتمال صحة الفرد لا تكون إلا باكتمال الجوانب التالية:

أ- اكتمال النواحي البدنية:

تأدية أعضاء جسم الإنسان وظائفها بصورة طبيعية، ولا يكون ذلك ممكناً إلا إذا كان الجسم خال من أي إصابة أو خلل عضوي، وسلامة بدن الإنسان تجعله من الأفراد النشطين الذين يضيفون الكثير إلى مجتمعاتهم.

ب- اكتمال النواحي النفسية:

تبدأ مع الفرد منذ نشأته الأولى داخل الأسرة التي تعمل على حمايته وتقويم سلوكه وتنشئته تنشئة سوية فينمو ويصبح رجلاً متمتعاً بالاستقرار الداخلي، ويكون بإمكانه التوفيق بين رغباته وأهدافه وبين الحقائق المادية والاجتماعية، ولا يمكن أن نصف الفرد الذي لا يتمتع باتزان وسلام

مع نفسه أنه يتمتع بالصحة، لأنه مع الوقت وأثناء مواجهته للحياة اليومية وبمجرد تعرضه للضغوطات ينهار ولا يستطيع تحمل صعاب الحياة سواء كانت مادية أو معنوية وبالتالي هذا الشخص يعجز عن العطاء لمجتمعه بل في أحيانا كثيرة يكون عبئا على أسرته وبالتالي على مجتمعه، عكس الفرد السليم والمعافى جسدياً ونفسياً.

ج- اكتمال النواحي العقلية:

وتعني القدرة على التفكير بوضوح وتناسق، وكذا القدرة على التعلم واتخاذ القرار الصائب.

د- اكتمال النواحي الروحية:

تتضمن الإيمان بأن هناك قوة عليا تضم جميع البشر، فيربط الأفراد الصحة الروحية بالمعتقدات والممارسات الدينية وقد يربطها البعض بالمذاهب والمبادئ السلوكية والطرق التي توصل إلى طمأنة البال والراحة النفسية.

هـ- اكتمال النواحي الإجتماعية:

وهي قدرة الفرد على التعايش مع محيطه الأسري والإجتماعي، وأن يكون له دخل مادي مناسب ليتمكن به العيش بكرامة من جهة، وليحقق الحياة الصحية السليمة من جهة أخرى، كالمسكن الصحي والملابس المناسبة لفصول السنة، والغذاء الصحي وغيره.

وعدم تمكن هذا الفرد من التعايش والتعامل مع الآخرين من محيطه سواء الأسري أو الإجتماعي يدل على وجود مرض وجب علاجه، حتى وإن كان هذا الفرد سليماً من الناحية النفسية والعقلية والبدنية والإصابة العضوية.

فلكي يكون الفرد في أكمل صورة من القوة والقدرة على إنجاز مهامه المنوطة به في حياته الشخصية والعملية وليتم رسالته في الحياة يجب أن تتحقق بعض المؤشرات نذكر منها¹:

- الشعور بالراحة النفسية والسعادة
- الخلو النسبي من مظاهر الاضطراب السلوكي كالقلق والاكتئاب ومشاعر الضيق
- الكفاءة في القيام بالأدوار الإجتماعية المختلفة.
- تقبل الذات والآخرين
- القدرة على تكوين علاقات ملائمة مع الآخرين داخل نطاق الأسرة وخارجها.

¹ جمعة سيد يوسف وعبد الكريم مبروك: الصحة الجسمية والنفسية للمسنين، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2006، ص 80.

- اتخاذ أهداف واقعية سعياً لتحقيق الذات

- الاستقلال المعرفي والوجداني

والأسرة باعتبارها الحامي الأول لصحة أفرادها لها طريقتها وخصوصيتها في ذلك فتهتم بالمولود الجديد منذ أول أيامه مروراً بمرحلة الطفولة إلى المراهقة فالشباب ووصولاً إلى مرحلة الشيخوخة، فكل مرحلة لها خصوصيتها من العناية الصحية الأسرية.

والمرض أي كانت درجته يستدعي الاهتمام والمتابعة حسب نوعية الإصابة، إن كانت عضوية أو نفسية أو كلاهما معاً، والمعالجة يمكن أن تتم داخل الأسرة بالإعتماد على معتقد الأسرة مما ورثته والذي قد يكون مادي أو روحاني كاستعمال التعويذات والتائم وهي شكل من أشكال التوسلات والتي كانت مقترنة في الأزمنة القديمة بالصلوات: "وهذه التعويذات والتأثيرات السحرية يمكن أن تستخدم فقط كوسيلة إضافية للصراع ضد المرض"¹.

إن العناية بالرضيع تكون بطريقة خاصة كون جسمه حساس وضعيف وإمكانية، تعرضه للأمراض أكثر من غيره الأكبر سناً، كالحصبة والكزاز (التيتانوس) والالتهابات الرئوية والكساح وغيرها.

والاهتمام بالأم الحديثة الولادة يكون بطريقة مغايرة، لأنها أكثر عرضة لهبوط الضغط وقر الدم والالتهابات، وفي أحيان كثيرة التعفن الذي ينجم عن عملية التوليد.

كما أن الاهتمام بكبار السن داخل نفس الأسرة له حظه من الرعاية والمتابعة، والذي يكون بطريقة مخالفة للطريقتين السابقتين (الرضيع - الأم) فهم (كبار السن) أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة كالسكر والضغط الدموي المرتفع، والشلل النصفي والروماتيزم، والأمراض الصدرية وأمراض القلب والقلق وقلة النوم وغيرها، وبالتالي تولي الأسرة اهتماماً كبيراً بالجانب النفسي لهؤلاء، لأن المحبة التي تولي لهذه الفئة تشعر كل فرد بقيمته وأهميته بالنسبة لغيره من أفراد عائلته، وبالتالي يكون ذلك عاملاً قوياً لتقوية إرادة المريض، من أجل مواصلة العيش وقبول العلاج والتداوي، مهما كانت طبيعة هذه المداواة.

وتعتمد الأسرة الجزائرية كثيراً على العلاج بالكلمات المضادة كحيطة من العين الحاسدة، فمثلاً إذا قيل عن شخص ما (رضيع - طفل - بالغ) أنه قوي البنية، مجتهد في الدراسة، إنسان نشيط يرد

¹ دزيو بنتيكا: موسوعة الطب الشعبي، تر: يوسف منير إبراهيم، دار الرضوان، سوريا، 2001، ص 85.

عليه أحد أفراد العائلة: "الله يبارك"، "ربي يحفظه من العين"، "ربي يستره"، "خمسة في عين العدو أو خمسة في عين الحاسد" وغيرها، كما تستعمل آيات قرآنية كالمعوذتين لتحصين الطفل وحمايته من عين الإنسان الحاسد.

ويتم التعرف على الطفل المصاب بالعين (أي المعيان) بالبكاء المستمر والقفزات المتتالية أثناء النوم، وفي هذه الحالة تقوم الأم أو الجدة بإستعمال طريقتين معروفتين في الوسط الجزائري وهما الشب والملح، حيث يستعمل الملح بوضعه في اليد اليمنى وتقوم المعالجة بعمليات دائرية حول الطفل بداية بمنطقة الرأس ثم الصدر والبطن وصولاً إلى القدمين وتعاد العملية سبع مرات بنفس الطريقة ثم تقوم برمييه في النار وكأنها بذلك تحرق الفعل الشرير الذي يضر بالطفل، أما الطريقة الثانية والمتمثلة في إستعمال الشب فيتم بأخذ كمية منه باليد اليمنى والقيام بعمليات دائرية حول الطفل بنفس طريقة إستعمال الملح ولمدة سبع مرات متتالية ثم يتم وضعه داخل ملعقة آكل ويتم تدويبه فوق النار فتتشكل فقاعات تنفجر من شدة الانصهار وعندها تقول الأم أو الجدة هذه عين فلان أو فلانة وأثناء إستعمال الحالتين السابقتين تردد عبارات "عين الحسود لا تسود"، "من شر حاسد إذا حسد".

وتؤمن الأم الجزائرية على إختلاف مستوياتها العلمية بدرجة كبيرة بالعين، فنجدها تجرب كل المحصنات من قراءة لآيات قرآنية (سورة الفلق - سورة الإخلاص)، تستعمل الكحل في العين ليبدو الصغير بشع المنظر، وهي تستعمل (الخامسة) وهي عبارة عن شكل يد من الذهب أو الفضة و، هي توحى بالمعنى "خمسة في عين الحاسد" وغيرها.

ومن بين الأمراض التي تصيب الأفراد، وتعالج بداية داخل الأسرة وإن عجزت على ذلك تتجه لمن هم أهل الخبرة في ميدان العلاج الشعبي، وهي الإصابة بالجن والذي تختلف درجته فهناك:

- الضرب:

يقال أن فلان حين كان في مكان ما (غالباً ما تكون تلك الأمكنة غير طاهرة: كالمراحيض- الوديان الراكدة- الشعاب- قنوات الصرف الصحي...) قد ضربه جن وإن فلان مضروب ومن آثار الضرب أن المضروب قد يفقد صوته أو يصاب باعوجاج في رقبته أو ازرقاق في جسمه وغيرها من الأعراض، والإصابة في هذه الحالة لا تدوم طويلاً وعلاجها يكون بالرقية الشرعية من طرف أحد أفراد الأسرة أو كتابة تميمة من عند الطالب أو التدليك بالزيت المرقية.

- المسكون أو المركوب:

وهو من سكنه أو ركبه جن، وفي هذه الحالة لا تتم معالجته من طرف أفراد أسرته وإنما يجب الاستعانة براقي أو طالب وهذا حسب طريقة التفكير السائدة في الأسرة، فالعلاج يكون أما بقراءة القرآن أو عن طريق إستعمال البخور والقيام بالتهليل ودق الطبول ويطلب من المصاب الرقص على أنغام الموسيقى ولا يتوقف حتى يصاب بالإغماء.

المشارك:

وهو المرض الذي يصيب عادة الأطفال الرضع ويتمثل في ضعف جسد الرضيع في غياب كلي لأي مرض عضوي، والطفل في هذه الحالة لا ينمو بطريقة صحيحة أي أن عمر الطفل لا يتماشى مع نموه الجسدي فيكون هناك خلل في أمر ما فيقال عن الطفل انه "مشارك" وفي هذه الحالة تتم المعالجة بالطريقة التالية: تقوم الأم أو الجدة بوضع الحنة على يد وقدام الرضيع (الأفضل أن تكون حنة البقاع المقدسة) ليلة كل اثنين شرط أن يكون الإستعمال على اليد اليمنى والقدم الأيسر في الأسبوع الأول، وبحلول الأسبوع الثاني تقوم باختيار اليد اليسرى والقدم الأيمن وتتنو إلى هذه العملية لمدة أربع أسابيع، والمطلوب من الأم أن لا تقوم برمي الماء الذي يتم إستعماله في غسل الحنة بعد جفافها في المجاري المائية وإنما يتم التخلص منه فوق التربة بعيداً عن المسكن، فهناك إحياء وملاسة عميقة لمشاعر المريض والمحيطين به، فإن لم يكن العلاج مضاد لطبيعة المرض فانه سوف يوقع الطمأنينة والارتياح وربما قبول الإصابة في حد ذاتها والتعايش مع الوضع (المرض).

فالكثير من السمات الديمغرافية مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية تؤثر في صحة الأفراد، وتلعب العوامل الثقافية السائدة في المناطق المختلفة، وكذا المعايير الاجتماعية إحساس الأفراد بصحة أبدانهم أو مرضها.

ان استجابة الأفراد للمرض تختلف حسب الجماعات العرقية، فما يمكن أن يعرف في بيئة ما مرضا أو مؤثرات مرضية قد لا يعد كذلك في بيئة أخرى، إذ يمكن القول أن العامل البيئي والثقافي هو الذي يحدد ما إن كان الفرد مريضا أو معافى الجسد.

إن تعريف المرض يكون دائما ملازما لتعريف الصحة، والتعريف الثقافي لكل منهما (الصحة - المرض) يختلف من مجتمع لآخر ويتحدد وفق البيئة الجغرافية والنمط الثقافي السائد. فالمجتمعات القديمة عرفت المرض بأنه قوى أو أرواح شريرة تتعرض للشخص وتستحوذ على جسمه وتسبب له الآلام والعذاب وربما الموت، أما في القرون الوسطى فكان يعرف المرض انه عقاب للإنسان نتيجة ارتكابه الآثام والتوصل إلى معالجته والعناية به تكون عن طريق الابتهالات والقيام ببعض الطقوس الدينية التي ترجع للمريض عافيته عن طريق التغلب على الشر الذي لحق به وطرده خارج الجسم. أما المفهوم العلمي للمرض فهو إصابة عضو أو خلل في نشاط عضو معين من جسم الإنسان، يستدعي الرعاية والاهتمام الطبي حسب طبيعة الإصابة وحسب مقياس الصحة للبلد الذي ينتمي إليه الفرد.

ان مقاييس الصحة نسبية لان ظروفها تتغير بتغير المجتمعات، وهي تختلف من مجتمع لآخر اختلافا متباينا بين الدول النامية وتلك المتقدمة، لان التفاوت واضح في النواحي الاجتماعية والإقتصادية وبالتالي يكون هناك تفاوت في النواحي الصحية، مع العلم أن كل دولة حسب قدراتها تقوم بمجهودات للوصول إلى المستوى المطلوب، وتتمثل مقاييس المستوى الصحي فيما يلي:

أ- مقاييس ايجابية: وتشمل معدل المواليد، والخصوبة وارتفاع معدل أمل الحياة.
ب -مقاييس سلبية: وتشمل معدل الوفيات الخام ومعدل الوفيات من الأمراض النوعية وكذا معدل الإجهاض والمواليد الموتي.

ج-مقاييس الأمراض: وتشمل المعدل العام للإصابة والإنتشار ومعدل الأمراض النوعية

د-مقاييس الأمراض الاجتماعية: وتشمل الانحراف والفقر والإدمان والتعصب الديني والعنصري.

2- صحة الأسرة (النفسية والعضوية) في ظل الدين والسحر والخرافة:

تداخلت الخرافة مع الدين منذ القدم: "باعتبار أن كلا من الخرافة والدين تتمثل فيهما محاولة تفسير ظواهر الكون المختلفة، التي لم يكن الإنسان قد بلغ بعض المعرفة العلمية ما يُمكنه من تفسيرها وما يساعد على ذلك أن كلا من الخرافة والدين لا يستند إلى التحليل العقلي المطلق ولا يعتمدان على التجربة العلمية.... كما أن الربط بينهما سواء كان ربطاً آلياً أو افتراضياً مع الزمن يكسبها قوة ويدفع الجماهير إلى قبولها وتصديقها مما يسمع لمخترعي الشعوذة في المجتمع فرصة أكبر لاكتساب مكانة أكبر على الصعيدين الإقتصادي والإجتماعي"¹.

اعتبر الدين منذ القدم المصدر المتجدد للأخلاق والقيم، وهو التنظيم الإجتماعي الوحيد الذي يسود الحياة الإجتماعية وينسقها، ويرى العلامة ابن خلدون أن ضبط النفس أما أن يكون خارجياً يتحقق عن طريق القانون، وأما داخلياً يتحقق عن طريق الدين والشريعة، وأما أن يكون ضبطاً اختيارياً يأتي عن طريق الضمير والمجتمع لا يترابط ولا يتماسك إلا بفضل الدين، كما لا يتحقق وجود المجتمع إلا على أساس الإيمان الجمعي.

ان "بداية نشأة المجتمع تحدث حين تبرز فكرة دينية، فيتملكه الإنسان، يتحرك لها وبها فيتشكل التركيب العضوي التاريخي بين: الإنسان . التراب . الزمن، وهي فكرة تولد الطاقة الروحية التي تربط بين عالم الأشخاص، الأفكار والأشياء وتشكل عالم رابع هو شبكة العلاقات لإجتماعية.....الروح الإيمانية هي عامل الشحن الذي يغذي النفوس رغم قلة الإمكانيات المادية من الأشياء"².

ونظراً لأهمية الدين وقوته كوسيلة للضبط الإجتماعي، فقد وضعه 'دوركايم' على قمة النظم الإجتماعية فالدين بتعاليمه وأوامره ونواحيه يعتبر من أقوى عوامل تحقيق التوافق في السلوك الإجتماعي، كما أن فكرة الثواب والعقاب التي تولف ركنا هأما في الدين، تلعب دوراً هأما في عملية الضبط الإجتماعي، لأنه يسد حاجة من حاجاته الضرورية، بفضل وضع القواعد والقوانين التي تنظم علاقات الأفراد وتعمل على التماسك الإجتماعي، واستقرار النظام والاطمئنان النفسي والسمو بالمشاعر الذاتية كلما زاد تعلق الأفراد بالقوى والرموز الغيبية.

¹ إبراهيم بدران وآخرون: دراسات في العقلية العربية، الخرافة، دار الحقيقة، بيروت، سنة 1979، ص 73.

² البشير فيلالي، هكذا تكلم مالك بن نبي، نحو منهج رشيد للتغير الإجتماعي والبحث الحضاري، مكتبة إقرأ، الجزائر، 2007،

كما أن للسحر وظائف إجتماعية حسب اعتقاد بعض الأفراد ولقد عرفه 'ابن خلدون': "هي علوم بكيفية استعدادات، تقتدر النفوس البشرية بها على التأثيرات في عالم العناصر أما بغير معين أو بمعين من الأمور السماوية والأول هو السحر والثاني هو الطلسمات ولما كانت هذه العلوم مهجورة عند الشرائع لما فيها من الضرر ولما يشترط فيها من الوجهة إلى غير الله من كوكب أو غيره، كانت كتبها كالمفقود بين الناس..."¹.

ولقد بين أفلاطون أن السحر يؤثر في الجانب النفسي السيكولوجي للإنسان، فعرفه بـ: "أن كل من يخدع يمكن أن يقال أنه يسحر، ولعل تلك الكذبة التي تسمى سحرا هي أردأ أكذوبة، حيث أن الكاذب نفسه لا يعرف أنه وقع في أحبولة كذبه، لأن الكذب صادر من أعماق نفسه"².

إن المعتقدات والطقوس والشعائر التي تسود المجتمعات المتخلفة منها والتي نشأ عليها العديد من الأفراد، منهم من انتقل للعيش في المجتمعات المتقدمة ذات الثقافة المختلفة حيث يجتمع ويتفق الباقون (المجتمعات المتخلفة) والمنتقلون جميعهم على إتباع أو ممارسة أو الإيمان بقدرة الأساطير والمعتقدات الشعبية في حلول بعض المشكلات أو التقليل منها، وهي أن دلت على شيء فإنما تدل على هروب هؤلاء من واقع لم يتمكنوا من التأقلم معه بصفة كاملة فيجدون الراحة والطمأنينة في الهروب إلى الماضي.

و هذا ما يلاحظ عند العديد من أفراد الأسر التي تسترجع تراثها القديم بمجرد تعرضها لمشكل ما ويقول المثل " لكل عصر خرافاته ولكل بيئة أساطيرها "، " ان إستمرارية اللجوء إلى الممارسات الدينية القديمة في سياق السحر لا يكون استمرارا لبقائها على قيد الحياة، وإنما يكون تكييفها لها، والأشخاص الذين يستخدمون مثل هذه الممارسات يعتبرونها مشروعة داخل إطار تصورهم لما هو مباح في دينهم"³، "ان التفكير الخرافي لا يقتصر على الشخص البدائي بل إننا نجد كثيرا من أرباب المدنيات الحديثة، يرجعون كثيرا من الظواهر إلى علل خرافية"⁴.

¹ عبد الرحمان ابن خلدون، المقدمة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، سنة 2004، ص 494.

² عبد الرحمان عيسوي: سيكولوجية الخرافة والتفكير العلمي، منشأة المعارف، الإسكندرية - مصر، -1983، ص 21.

³ أوين ديفيز-تر: رحاب صلاح الدين: السحر -مقدمة صغيرة جدا، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، مصر، 2014، ص 17.

⁴ نفس المرجع، ص 26.

من بين المعتقدات الإجتماعية التي تضم الخرافة والسحر نجد أنها تضع نظما كاملة لحياتهم، فتحدد لهم أوجه نشاطاتهم المختلفة حيث: " يوحد شملهم ويدفعهم على التعاون الدائم، وفي رحابه يشعر الأفراد أثناء قيامهم بالعمل الجمعي بالثقة والقوة في هذا العمل والاطمئنان الشديد"¹.

ان وجود هذا النوع من التفكير بين الأسر أمر مرتبط بالخلفية الثقافية لها، وبمكان نشأتها وبيئة تواجدها، لأنه يقوم بالضبط الإجتماعي ويحدد الواجبات ويتحكم في العلاقات بين الأفراد، والصراع متواصل بين المعتقد الإيماني بالله وحده لا شريك له وبين المعتقد الخرافي الذي سببه وأساسه الجهل والتخلف، "...انقطعت العامة عن الهداية الدينية والعلوم العملية وتدهورت أوضاعها الإقتصادية والسياسية والإجتماعية، وتعلق الناس في التداوي والعقائد بالشيوخ والأشباح والجن والأرواح والممارسات الشيطانية.."².

ان الأسرة الجزائرية بكل ثوابتها هي أسرة مسلمة مؤمنة بالدين الإسلامي وإن كانت غير ملمة بتعاليمه، وهذا بسبب متغيرات عديدة أولها المرحلة الاستعمارية الطويلة التي تعرضت لها الجزائر والتي عمد المستعمر خلالها المساس بثوابت الأمة ومحاولة طمس الهوية الإسلامية العربية والعمل على إبعاد الأفراد عن الدين وعن اللغة العربية وكانت فرنسا آنذاك تردد "الجزائر فرنسية"، ففي الفترة الممتدة بين الدخول الاستعماري في 1830 وخروجه في 1962، كان هناك خلل وعدم إستمرارية للنشاط الديني المعهود في الدول الإسلامية، وأولها نشر العلم ومحاربة الأمية الأمر الذي كان شبه معدوم في كثير من المناطق، وهو الهدف الذي سطرته فرنسا لطمس الهوية الجزائرية ففي تقرير للجنة الاستطلاعية ليوم: 07 جويلية 1833 جاء فيه: "ضممنا إلى أملاك الدولة سائر العقارات التي كانت من أملاك الأوقاف، واستولينا على أملاك طبقة من السكّان كُنّا تعهّدنا برعايتها وحمايتها... لقد انتهكنا حرّمات المعابد الدّينية، ونبشنا القبور، واقتحمنا المنازل التي لها حرمتها عند المسلمين"³.

كان عدد المدارس في قسنطينة عشية الاحتلال 86 مدرسة، وفي العاصمة 80 مدرسة، وفي تلمسان 50 مدرسة، أما عدد المساجد في العاصمة فكان 112 مسجدا، فصاروا بعد مدّة قصيرة

¹ سامية محمد جابر: مدخل إلى الأنثروبولوجيا الإجتماعية والثقافية، دار العلوم العربية، بيروت، 1991، ص 149.

² أبو القاسم سعد الله: تاريخ الجزائر الثقافي (1830-1954)، المجلد الرابع، الطبعة الثانية، دار الغرب الإسلامي، 2005، ص 250.

³ محمد صالح الصديق: كيف ننسى وهذه جرائمهم، دار هومة، الجزائر، 2005، ص 54

جدًا 04 مساجد، وفي سنة 1862م بدأ عدد المساجد والمدارس والكتاتيب والزوايا والجوامع تتضاءل بأضعاف مضاعفة¹.

وهذا ما هو إلا دليل على محاربة فرنسا للإسلام قبل استغلال خيرات البلاد، ففي الذكرى المائة لاحتلال الجزائر أقامت فرنسا حفلا ضخما دعت إليه حشودا كبيرة، وصرح أحد قادتها قائلا: "إننا لا نحتفل الآن بالذكرى المئوية لاحتلالنا الجزائر منذ قرن، وإنما نحتفل اليوم بوأد الإسلام في أرض الجزائر-بعد عشرين سنة لن يوجد من يعبد إلا المسيح -".² لقد عمل المستعمر على جعل الجزائري أمة لغتها ودينها، ولم يكن هناك تداول لهذين الأمرين إلا ما ورثه الأفراد من كبار السن وعملوا على تمريره وتوريثه لأبنائهم من خلال الحياة اليومية.

بعد حصول الجزائر على استقلالها بقيت المساجد شبه خالية من المصلين، فمعظم الأحيان لا تمتلئ الصفوف وكان معظم المصلين من كبار السن وبرزت فكرة للامة أن الحج والصلاة لمن تقدموا في السن نحو الكبر وكأنّ الصلاة والحج مرحلة انتقالية قبل الموت.

والشيخ المصلي أو الحاج في تلك الفترة كان يحظى بكثير من الاحترام والتقدير لدى الأسرة الجزائرية، التي كانت تستغني في أمورها الهامة كالخطبة والزواج وتستدعيه في المواسم والأعياد، ولا يجوز لغير المصلي أن ينحر الذبائح من طيور أو خراف، فاحترام الدين كان باحترام من يمثله (الحاج أو المصلي هو من يمثل الدين) بالرغم انه لم يكن لهذا الأخير تكوين أو تعليم واضح في القضايا الدينية بل الكثير منهم لم يكن يحسن القراءة والكتابة، وهذا ما أدى إلى إستمرارية بعض الظواهر المسيئة للدين في المجتمع الجزائري.

ان الفراغ الديني الناتج عن عدم قيام مؤسسات التنشئة كالمساجد بدورها في التعليم والتوعية، أدى إلى هيمنة بعض الظواهر الخرافية والسحرية، التي سيطرت على الكثير من المواقف داخل الأسرة وإتباعها كان أمرا مسلما به لسببين أولهما: جهل هؤلاء الأفراد بأن هذه الممارسات سحرية ولا يجوز القيام بها وثانيهما غياب البديل لفض الإشكال المطروح " تلك الممارسات التي إرتبطت بالعقائد القديمة في الأشياء والأشخاص على أساس المضرّة والنفع، ومع انتشار الجهل بين العامة وابتعاد الخاصة عن التعلم وإستعمال العقل، وجدنا المجتمع قد اعتقد في وسائل أخرى للتداوي لا

¹ نفس المرجع، ص 62.

² محمد صالح الصديق، مرجع سابق، ص 179.

هي دينية ولا علمية، فأصبح الشفاء والسقم والنفع والضرر يأتي من قبل شجرة أو ضريح ولي أو ماء بئر معينة أو كتابة حرز (حجاب) أو نحو ذلك...¹.

كما أن استمرار الأفراد في استشارة السحرة والدجالين، وعبادة الموتى والأشجار والصخور وسعيهم لنيل شفاة الأرواح والتضحية بالذبايح، وتدنيص النصوص المقدسة باستخدامها تمانم وأحجبة، كانت هذه التأثيرات غير الإسلامية تعزي لبقاء ممارسات قديمة من عهد ما قبل الإسلام ولبعض من اعتنقوا الإسلام الذين فشلوا في التجرد من معتقداتهم وأشكال عباداتهم السابقة...².

ومن بين هذه الممارسات القائمة على الجهل والامية نذكر:

الربيط: وهي عملية سحرية (خيرة) تقوم بها الأم مع ابنتها قبل البلوغ وهذا بغية حماية عذريتها، حيث تقوم الأم أو الجدة أو أي من كبار السن من النساء بعملية غلق وفتح قفل "رمانة" بين فحذي الفتاة لمدة سبع مرات وهي تردد عبارة "ابنتنا حيط وبنكم خيط" وهي دلالة على تحصين الفتاة ضد أي اعتداء على شرفها، ولا يتم فك "الرباط" (فتح نفس القفل المستعمل أول المرة) إلا قبل دخلة الفتاة بساعات يوم عرسها، لتتعم بحياة زوجية طبيعية.

أما الربيط الشرير فهو عملية سحرية يقوم بها أحد أعداء الأسرة لكون العروس أو العريس اختار الزواج خارج إطار القرابة وهو الأمر الغير محبذ في عادات وتقاليد بعض الأسر، وتتم العملية بأخذ ملابس العروس أو العريس ويقومون بوضح السحر فيها "الربيط" لكي يلحق الأذى بالحياة الجنسية للعروسين، ولا يتم فك هذا النوع من السحر إلا بالرقية الشرعية أو بسحر آخر. كل عائلة حسب توجهها. " ففي الدين الشعبي تعلقو خبرة المرور بمحنة ناجمة عن السحر ثم العلاج منها بالسحر"³.

و"الربيط" ليس شرطاً أن يكون للعrsان فقط وإنما يمكن أن يمس المتزوجون أيضاً والهدف منه عدم الإنجاب أو إحداث التفرقة بين الزوجين وربما بين العائلات، وعن هذه العملية يقول المؤرخ الجزائري 'أبو القاسم سعد الله' في كتابه 'تاريخ الجزائر الثقافي': "وكم تستعمل النساء السحر وحل الأزواج وربطهم، وكم يصدر عنهن من وصايا سحرية ومن رقى ومن أوصاف أدوية لبناتهن وصاحبتهن".

¹ أبو القاسم سعد الله، مرجع سابق، ص 248.

² أوين ديفيز، مرجع سابق، ص 14.

³ أوين ديفيز، مرجع سابق، ص 15.

التمريضة: وهو عمل سحري منتشر بكثرة في أوساط الأسر الجزائرية حيث يُسحر الشخص رجلا كان أو امرأة ليبقى ضعيفا مريضا لمدة طويلة دون أن يكون هناك سبب عضوي واضح، والهدف الأساسي لهذا النوع من السحر هو الغيرة والحسد من بعض الأمور الغير مهمة ظاهريا ولكنها تعني الكثير للساحر، كمحاولة اخذ مكانة 'السلفة' الكبرى' (زوجة أخ الزوج) أو مكان الحماية أم الزوج في التصرف داخل نطاق الأسرة واتخاذ بعض القرارات وغيرها.

ومن الأدوات التي تستعمل في عمليات السحر والتي تعرفها الكثير من النسوة وبعض الرجال المهتمين بهذه الأعمال، المعادن مثل الرصاص-الشب-الجاوي-الكبريت-الكحل - وبعض الزواحف المجففة كالحياء والثعابين والجراد والعقارب وغيرها، وكذلك يتم إستعمال الشعر وقطع من ملابس الشخص الذي يراد سحره.

كما تتم بعض عمليات السحر بإستعمال حنة العروس لمنعها من الحمل وكذا إستعمال صابون وماء غسل الميت وتربة قبر الميت وغيرها.

كما تعرف الأسرة الجزائرية نوعا آخر من التطبيب وهو شائع جدا في الأوساط الجزائرية سواء كانت حضرية أو ريفية وهو ما يعرف بـ 'النشرة' (بضم وتضعيف النون) والتي قال عنها الشيخ 'مبارك الملي' أنها نوع من أنواع التطبيب ولها حكم الرقية والتميمة، وعرفها بأنها تعويذة يعالج بها المريض والمجنون، ويعلقها تميمة أو يمحوها ويشرب ماءها أو يدهن بها، فهي بمثابة المُفرق بين المرض والمريض، كما تعني أيضاً السحر وإبعاد السحر عن المسحور وترتبط النشرة بالجن غالباً، حتى ان اسم الله لا يُذكر على الذبيحة إرضاء للجن¹.

وأكثر الأمور السحرية صعوبة هي تلك التي يتم دفن السحر في قبر الميت والذي لا يتم كشفه، وبالتالي يبقى المسحور تحت المعاناة لمدة طويلة يفقد أثناءها طعم الحياة.

3- المحيط البيئي وتأثيره على صحة الأسرة:

منذ بداية حياة الإنسان في هذا الكون ومصيره مرتبط بما يحيط به، فكان بحثه الأول بين مكونات بيئته عما يسد به رمقه، ويكسو به جلده ويعينه على قضاء شتى ما يتطلع إليه من احتياجات ف "الإنسان ابن بيئته"، والبيئة بالنسبة للإنسان هي كل الأبعاد المحيطة به والتي يعيش

¹ أبو القاسم سعد الله، مرجع سابق، ص 249.

ضمنها وبها مع غيره من أبناء جنسه، فينشأ في رقعة أرضية هي اليابسة والتي يحتاج لبقائه واستمراره إلى ماء، ويتأثر طقسه ومناخه حسب المنطقة الجغرافية التي يتواجد فيها.

نشأ الإنسان الأول في بيئات بدائية محلية تفيض مواردها عما يتطلب من شتى الاحتياجات، وبعد الاكتشافات الطبية والثورة الصحية حدث انخفاض في نسبة وفيات الأطفال مع ارتفاع متزايد في متوسط الأعمار عند الكبار وهذا كان سببا هاما للانفجار الديموغرافي الذي تسبب في ارتفاع متطلبات السكان والذي فاق بكثير ما تنتجه البيئة الطبيعية المتأثرة بالمدنية والتحضر المولدة للتلوث الذي انعكس على صحة الأفراد والذي تعمل الأسرة على البحث على أفضل السبل للحفاظ عليها (الصحة)، وللارتقاء بصحة الأسرة والوصول بها إلى المستوى المطلوب في خضم التطورات التكنولوجية الحديثة والتزايد السكاني الكبير دعا العلماء إلى وجوب تنظيم الأسرة باعتبارها وسيلة لرفع المستوى الصحي والثقافي لأفراد المجتمع بشكل عام.

وأصبح التحدي الخطير الذي يواجه رفاة الإنسان وبقائه، متمثل في مواجهة التلوث البيئي وما يصاحبه من مشاكل خاصة مرتبطة بصحة الإنسان، لأنه هو الذي يصنع ويشكل بيئته التي تعطيه القوت وتمنحه الفرصة لتحقيق النمو الفكري والخلقي والإجتماعي والثقافي، وعليه أن يدرك بأن هناك حدود معينة لقدرة تحمل البيئة دون الوصول إلى حالة التدهور في مكوناتها وعناصرها، فمشاكل البيئة الحقيقية بدأت بعد زيادة عدد السكان وتضاعفهما بشكل يهدد الحياة نفسها خاصة في الدول النامية والفقيرة والتي تعد الجزائر واحدة منها.

مداخل دراسة البيئة: هناك عدة مداخل لدراسة البيئة نذكر منها:

أ- المدخل الديمغرافي:

يرى أصحاب هذا المدخل أن للنشاط البشري أكبر الأثر في الإخلال بالتوازن البيئي، ولقد بدا واضحاً نمو هذا التأثير منذ مطلع القرن الثامن عشر نظراً للزيادة المطردة للسكان، فالإنسان أهم عامل حيوي في إحداث التغيير البيئي والإخلال الطبيعي البيولوجي فمنذ وجوده وهو يتعامل مع مكونات البيئة، وكلما توالى الأعوام ازداد تحكماً وسلطاناً فيها وخاصة بعد أن يسر له التقدم العلمي والتكنولوجي مزيداً من فرص إحداث التغيير في البيئة وفقاً لازدياد حاجاته اللا متناهية. إن النمو السكاني السريع ليس له فوائد ولا مزايا اقتصادية، لان المشكلات البيئية والإجتماعية المصاحبة له تتفاقم ويصعب حلها خاصة في الدول النامية التي تتميز عادة بسوء التخطيط أو إنعدامه "البيئة نظام من العلاقات المتداخلة بين القوى البشرية والطبيعية والتفاعلات القائمة بينهما".¹

ب- المدخل السلوكي - الثقافي:

يؤكد هذا المدخل أن الفرد يتعرض في حياته اليومية لمواقف متعددة ويسلك سلوكاً يتلاءم مع هذه المواقف، فكل عناصر البيئة تعكس الحالة النفسية والسلوكية لأبنائها، وذلك من خلال المواقف التي تجمعها، فالظروف الإجتماعية والأسرة بما تتضمنه من عناصر مادية ومعنوية وصور التفاعل بين الأفراد والجماعات والنظم الإجتماعية المختلفة والثقافة السائدة كلها تساهم في تشكيل الفرد الإجتماعي: "إن السلوك هو جزء من الثقافة التي يكتسبها الإنسان بإعتباره عضواً في المجتمع وبالتالي سلوكه يتأثر بالبيئة الطبيعية والإجتماعية والثقافية".² تلعب البيئة دور في تشكيل الثقافة وتحديد السلوك الثقافي، في المأكل والمشرب والمسكن والملبس والعلاج والمعتقدات الشعبية، فالعلاقة إذن تفاعلية (البيئة والثقافة). وتلعب العوامل الجغرافية دوراً كبيراً في التأثير على شكل ومضمون الثقافة التي يصنعها مجتمع ما في عملية تكيفه مع البيئة المحيطة: "لا تسمح البيئة الجغرافية فقط بإمكانية ظهور ثقافة

¹ حسن نجم وآخرون: الإنسان والبيئة، دراسات في الايكولوجيا البشرية، ط4، وكالة المطبوعات، الكويت، 1984، ص 14.

² سوزان أحمد أبو رية: الإنسان والبيئة والمجتمع، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999، ص 82.

معينة بل إنها تفرض ذلك إلى حد كبير"¹، لهذا نجد التباين في بعض سلوكيات الأفراد بين الحضر والبدو وبين المناطق الزراعية والفلاحية والصناعية وكذا المناطق التي تعتمد النشاط الصيدي فكل منطقة تتميز بخصوصيات معينة وبالتالي تفرض ثقافة معينة تتماشى وتتكيف مع مكان تواجدها.

ج-المدخل الطبي:

يعتمد على النظريات الطبية حول ايكولوجيا الأمراض التي تصيب الإنسان والتي تحدد علاقة البيئة بالمرض، فانتشار بعض الأمراض المعدية والتي تنتقل من شخص إلى آخر عن طريق اللمس، التقبيل، رذاذ الأنف أثناء العطس، السعال، البصق، إستعمال أدوات مشتركة كالكؤوس والملاعق والمناشف ومعظم هذه الأمراض تساعد البيئة الموجودة فيها على استمرارها وانتشارها، فهناك بعض الفيروسات التي تنمو وتتطور وتصبح أكثر حيوية في بيئة رطبة، وأخرى تجد قوتها في بيئة جافة، وغيرها تستمد قوتها وتطورها في بيئة معتدلة المناخ. فدراسة المرض من هذه النواحي جميعها يؤدي إلى القضاء أو التقليل منها عن طريق التطعيم والمعالجة والتي تهتم بها الأسرة والأهم من ذلك هو التنقيف الصحي الذي ينتج عنه التوعية الصحية التي تعمل حتما على الحد من انتشار هذا النوع من الإصابات.

" ان نظرية الأسباب المتعددة تنظر إلى صحة الإنسان كحركة ديناميكية تتفاعل فيها العوامل الايجابية والسلبية، فإذا تغلبت الايجابية كانت الصحة وإذا تغلبت السلبية كان المرض"²، وهذه العوامل (الاجيابة والسلبية) ما هي إلا جزء من الثقافة التي يعيش ضمنها الأفراد والتي يجب مراعاتها عند محاولة تطبيق أي إجراء وقائي أو علاجي لكي تكون الاستجابة كبيرة فإذا أرادت الحكومات توطين مستشفيات ومراكز صحية والعمل على ترغيب الناس ببعض الأساليب الصحية العلاجية، فلا بد من أخذ العوامل الثقافية بعين الإعتبار خاصة في المجتمعات التي تؤمن بطرق وأساليب العلاج التقليدي، ولا شك أن المظهر الصحي لأي مجتمع ما هو إلا مرآة صادقة تعكس مستواه المعيشي.

¹ عاطف وصفي: الانثربولوجيا الثقافية، دار النهضة العربية، بيروت، بدون تاريخ، ص 102.

² سوزان أحمد أبو رية، مرجع سابق، ص 84.

د- المدخل الإجتماعي:

البيئة من المنظور الإجتماعي ليست مجرد إنسان ونشاط وسيطرة على العمران، وإنما هي عبارة عن النظم الإجتماعية التي تعطي للمكان خصائصه وتضفي عليه طابعه المميز، وبالتالي هذه النظم هي التي توجه الإنسان للتكيف مع الطبيعة والسيطرة عليها واستغلال مواردها لإشباع حاجياته، فالإنسان الإجتماعي انشأ المؤسسات الإجتماعية وأقام النظم الإقتصادية والسياسية والتربوية والأسرية علاوة على تطور التكنولوجيا والصناعة وما صاحبها من مشاريع تنموية سهلت على الإنسان الكثير، كالمواصلات والاتصالات والمنتجات الصناعية والكهرو- منزلية وغيرها، وهذا كله أدى إلى آثار ملحوظة أخلت بالتوازن بين الإنسان والبيئة، فكان نتيجة لذلك المزيد من التلوث للبيئتين الطبيعية والإجتماعية.

4- صحة الأسرة في ظل مستواها الاقتصادي:

يعتبر الاقتصاد عصب الحياة المعاصرة على مستوى الأسرة وعلى مستوى الأمة كلها وأصبح الاستقلال الإقتصادي مطلب رئيسي للأمم والشعوب لأن من لا يملك قوته لا يملك قراره، لذلك فإن الظروف الإقتصادية التي تمر بها الأسرة لا شك أنها تترك كثيراً من الظلال التي تفرض عليها سلوكاً معيناً، يتماشى ومستوى دخلها.

كانت الأسرة في الماضي عبارة عن مؤسسة أو هيئة اقتصادية تقوم بإنتاج ما تحتاج إليه وتشرف على شئون الإنتاج والتوزيع والاستهلاك وتجتهد كل منها للوصول للاكتفاء الذاتي.

وتحولت في الوقت الراهن إلى وحدة صغيرة تتكون من الزوجين والأبناء وربما تمتد إلى الآباء والأمهات حسب نوعية الأسرة (ممتدة - نووية)، ومع ذلك حافظت هذه الوحدة على دورها الإقتصادي والمرتبط بالإنفاق على الأبناء والآباء كبار السن، فالأسرة مطالبة بتوفير متطلبات أفرادها كبارا كانوا ام صغار.

وفي ظل التغيرات الإقتصادية والإجتماعية والتطور التكنولوجي والصناعي الحالي لم تعد الأسرة هي المكان الوحيد الذي يشبع الحاجات المادية فأجبرت المرأة بعد ان سبقها الرجل إلى السعي للحصول على فرصة عمل خارج البيت بعيداً عن نطاق الأسرة مما أدى إلى نشوء روابط وعلاقات اقتصادية خارجية بعد أن كان الجميع يعمل تحت سقف واحد سواء كان في المجال

الزراعي أو في المجال المهني أو الحرفي فلقد انتشر أبناء الأسرة الواحدة في مواقع عمل مختلفة ومتباعدة وهذا ما سببته عليه تبني ثقافة جديدة في التعامل بين أفراد هذه الوحدة الصغيرة. وفي الحالات التي لا تتمكن الأسرة من إشباع حاجات أفرادها، فإنها ستتعرض دون شك إلى تصدعات تمس بنائها المادي والنفسي والاجتماعي والتي غالباً ما تكون له آثاراً سلبية خطيرة على الجوانب الصحية لأفراد الأسرة.

ان تأثير الفقر ليس منفصلاً عن بقية العوامل النفسية والاجتماعية، فهو يؤثر ويتأثر بمستوى الطموح لدى الأسرة وبالوضع الطبقي والثقافة السائدة كما يؤثر تأثيراً ملحوظاً في عملية الاتزان النفسي وفي علاقة الفرد بالأسرة والبيئة المحيطة.

خلاصة الفصل:

تبين من خلال ما ورد ان صحة الأفراد البدنية والعقلية والروحية والإجتماعية من أولويات الأسرة، فهي ملزمة بحماية صحة أفرادها ورعايتهم والارتقاء بهم إلى الأحسن، وهذه الرعاية تنبع من أعماق الثقافة المجتمعية بكل تناقضاتها.

ان الاهتمام بصحة الأفراد داخل الأسرة الجزائرية يتبع جميع الخيارات الايجابية والسلبية فتارة تكون الرعاية طبية بحتة وتارة تكون تقليدية شعبية بحتة وتارة أخرى نجدها سحرية خرافية، وفي كثير من الحالات التي لا تجد حلا لها بطريقة واحدة يتم إستعمال كل الطرق المتوفرة والنابعة من العادات والتقاليد.

المرآة الثانية:

المرآة المزدانية

الفصل الأول:

خصائص العينة

المبحث الأول: منهجية الدراسة الميدانية

1- تحديد مجتمع البحث:

بعد إختيار الباحث لمجتمع بحثه، يبحث عن الطريقة المناسبة لاختيار العينة وهذا حسب ما يتماشى وطبيعة موضوع البحث، إذ " تتكون العينة من مجموعة أفراد اين نستطيع تعميم الملاحظة المطبقة عليهم نفس مميزات المجتمع الكلي، أي يجب أن تكون تمثيلية"¹. والعينة المعمول بها في هذه الدراسة هي العينة القصدية التي: "يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة"².

وفي حالة البحث الذي قمنا به كان من الضروري الإعتماد على هذا النوع من العينات لأنه من غير المجدي لنا توزيع استمارات على أفراد لا تربطهم اية صلة بموضوع البحث - العلاج الشعبي-.

وعينة البحث التي توصلنا إليها ضمت 468 مبحوث 317 أنثى و151 ذكر من مستويات علمية مختلفة، ومناطق مختلفة شملت 24 ولاية موزعة عبر كافة التراب الوطني (الشمال: الوسط والشرق والغرب وبعض ولايات الهضاب العليا وكذا بعض ولايات الجنوب الكبير)، تراوح سن المبحوثين من أقل من 20 سنة إلى أكبر من 65 سنة.

2- أدوات جمع البيانات وتحليلها:

يخلد الباحث عادة إلى إستعمال الأدوات المنهجية والتقنيات التي تخدم بحثه، وتمكنه من الوصول إلى النتائج العلمية الدقيقة، إذ يتعذر عليه تحقيق الأهداف المرجوة من البحث، إذا لم تكن عملية جمع المعلومات مصممة بطريقة صحيحة ودقيقة، تسمح بالتعبير عن الظاهرة الإجتماعية المدروسة، كما تختلف وتتحدد التقنيات المنهجية لجمع البيانات من بحث إلى آخر، باختلاف طبيعة الموضوع وخصائص الميدان، ولقد إعتمدنا في هذه الدراسة على الوسائل المنهجية التالية:

¹ إحصان محمد حسن، الأسس العلمية لمنهج البحث الإجتماعي، مرجع سابق، ص 52.

² محمد عبيدات وآخرون، منهجية البحث العلمي -القواعد والمراحل والتطبيقات - الطبعة 02، دار وائل للنشر، عمان، الاردن،

أ- الاستمارة:

تعرف بأنها "مجموعة مؤشرات، يمكن عن طريقها اكتشاف ابعاد موضوع الدراسة عن طريق الاستقصاء التجريبي، وهي وسيلة الاتصال الرئيسية بين الباحث والمبحوث"¹. تعد الاستمارة من أكثر الأدوات المنهجية استخداما في البحوث الإجتماعية، تعتمد بشكل كبير على المنهج الكمي، وتقوم على جمع المعلومات من الميدان، لذلك اخذت هذه الأداة مكانة أساسية في هذه الدراسة، من حيث توظيفها عند اجراء البحث الميداني، وهي تقنية أساسية في البحث الذي قمنا به، حيث شكلت ركنا هاما من حيث جمع المعلومات، وذلك بتطبيقها على العينة المختارة، تعتبر الاستمارة " وسيلة اتصال ضرورية بين الباحث والمبحوث، تتضمن مجموعة من الأسئلة المتعلقة بالظاهرة، التي ينتظر من المبحوث أن يفيدنا بمعلومات عنها"¹.

وبنيت استمارة الدراسة من اربع محاور ضم كل منها ما يلي:

المحور الأول: تضمن البيانات الشخصية للمبحوث

المحور الثاني: تضمن بيانات خاصة بالمستوى التعليمي والاقتصادي

المحور الثالث: تضمن بيانات متعلقة بنوع أسرة المبحوث ونوع العلاجات الممارسة فيها.

المحور الرابع: تضمن إستعمال العلاج الشعبي بكل انواعه.

وجاء معظم الأسئلة مغلقا وهذا لتسهيل عملية الحصول على معلومات دقيقة ومحددة لا يحيد عنها المبحوث، لكن هذا لم يمنع من ادراج اسئلة مفتوحة تعطي الحرية للمبحوث للإدلاء برأيه، وهو الأمر الذي يكشف عن خبايا وخفايا هذه الممارسات.

ب- الملاحظة:

تعتبر وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات وتعرف على انها " المشاهدة الدقيقة لظاهرة ما، مع الاستعانة بأساليب البحث والدراسة التي تتلاءم مع طبيعة هذه الظاهرة"².

¹ سلاطينة بلقاسم- حسان الجيلاني، أسس البحث العلمي، الكتاب الأول، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2009، ص 77.

¹ و² إحسان محمد حسن، مرجع سابق، ص 64، 65.

² غريب محمد السيد احمد، تصميم البحث الإجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1986، ص 268.

تم الإعتماد على الملاحظة كونها تقنية أساسية من تقنيات الحصول على المعلومات حول ظاهرة المعالجة الشعبية في المجتمع الجزائري، فأتتاء البحوث الاستطلاعية التي قمنا بها، لاحظنا توافد الأفراد على إختلاف أعمارهم، وجنسهم، ومستوياتهم التعليمية والمهنية، على بائعي الاعشاب على إختلاف اماكن تواجدهم (محلات - صيدليات - باعة الأرصفة - الأسواق) لاحظنا ان العديد من هؤلاء الزبائن يطلب ما يحتاجه مباشرة من البائع، دون ان يطلب الشرح من عند هذا الاخير، وهذا يدل على تعود إستعمال المواد العشبية، وكذا على نجاعة هذه المواد بالنسبة للأفراد، ساعدتنا الملاحظة هنا على تشخيص الواقع المراد دراسته، اضافة إلى كونها " تتمتع بفوائد كثيرة لا تتمتع بها الوسائل الأخرى لجمع المعلومات، فهي تعطي المجال للباحث أن يلاحظ الظروف الإقتصادية والإجتماعية للمنطقة، التي ينحصر فيها البحث وتمكنه من ملاحظة سلوك وعلاقات وتفاعلات المبحوثين، والإطلاع على انماط وأساليب معيشتهم والمشكلات الحياتية التي يتعرضون لها ¹.

3- الفرضيات:

أ- الفرضية الأولى:

كلما كانت نشأة الفرد في أسرة ممتدة كلما زاد إحتمال إتباعه للعلاج الشعبي بشكله الطبيعي والغبيي.

يتم تناول تحليل معطيات هذه الفرضية بالتطرق: لنوع الأسرة التي تنقسم إلى نووية وممتدة، مع كل مكونات العلاج الشعبي بشكله الطبيعي والغبيي والمتمثلة في المتغيرات التالية:

نوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية الطبيعية - المرشد للمعالجة الشعبية ونوعية الأمراض المعالجة - تعلم علاج شعبي جديد في أسرة الزوج (الزوجة) - إتباع إستعمال المعالجة التي تعلموها في الأسرة الزوجية - إستعمال العلاجات الشعبية الخاصة بالمولود الجديد - تفضيل المعالجة الشعبية على الصيدلانية أو العكس الخاصة بالمولود الجديد- اتجاه المبحوث نحو معالجة دون أخرى - إستعمال الحمامة - إختيار نوعية القائم بالحمامة - إستعمال الرقية الشرعية للمولود الجديد أو أحد الابناء - إختيار القائم بالرقية - إستعمال المعالجة بالكي - إستعمال المعالجة بالقطع - إستعمال المعالجة بالبخور- ارتباط العلاج الشعبي بالسحر - المعالجة بزيارة أضرحة الأولياء الصالحين - المعالجة بإستعمال مياه الحمامات الطبيعية.

¹ إحصان محمد حسن، الأسس العلمية لمناهج البحث الإجتماعي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1986، ص 104.

ب- الفرضية الثانية:

إستعمال العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغيبى مرجعية أساسية لكل أفراد المجتمع ويزيد كلما إنخفض المركز الإجتماعي للأفراد.

يتم تحليل هذه الفرضية بالتطرق لـ:

- المستوى التعليمي للمبحوثين والذي يتراوح بين:

الامي - ابتدائي -متوسط - ثانوي - جامعي.

- وظيفة المبحوثين التي اختلفت وتنوعت وتم التوصل إلى وضعها في فئات تمثلت فيما يلي:

* فئة الإطارات السامية وضمت كل من: أساتذة - مدراء - اطباء -مسؤولين في القطاع العام أو الخاص.

* فئة الموظفين وتضمنت: عمال بلديات - اداريين -ممرضين....

* فئة التجار وتضمنت: تجار خواص في ميادين مختلفة

* فئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل وتم دمج هاتين الفئتين في فئة واحدة

لانتمائهما لنفس الهيئة الادارية ولتقارب الاجر المتقاضى بينهما

* فئة كل من متقاعد + عامل يومي+ آخر: تمثل - الآخر- في بعض المبحوثين الذين

لديهم حرف كالخياطة أو الطرز أو ربات بيوت يستقبلن اطفال امهات عاملات (حاضنة) وهو عمل غير مصرح به، سيدات يقمن بالاهتمام ببعض المرضى المقعدين في المنازل وملازمتهم اثناء النهار أو الليل حسب الطلب وغيرهم.

*فئة طالب + بطال تم الجمع بين هاتين الفئتين لان كلاهما يتقاضى تقريبا نفس القيمة

في المنحة (كل ثلاثة اشهر) ويمكن إعتبارهما عديمي الدخل.

- المستوى الإقتصادي للأسرة: تم تقسيم مستوى أفراد العينة إلى ثلاث فئات فقيرة -متوسطة

-غنية (مقتدرة) وفق النموذج الذي تم تبنيه من طرف الديوان الوطني للإحصاء اثناء التعداد العام للسكان والسكن لعام 2008 والذي يتمثل في توفر مجموعة من السلع المعمرة لكل أسرة، والتي وفقها يتم ادراج الفئات في المستويات التالية:

* [05 - 0] أسرة فقيرة

* [13 - 06] أسرة متوسطة الدخل

* [17 - 14] (أو تفوق) أسرة مقتدرة

ج- الفرضية الثالثة:

الاقبال على العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغبيي تختلف نسبته حسب الإنتماء الجغرافي ويزداد إستعماله كلما ارتفع سن الأفراد.

يتم تحليل هذه الفرضية بالتطرق للعلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغبيي مع المتغيرات التالية:

الإنتماء الجغرافي: والذي تم توظيفه بطريقتين:

الأولى: انتماء المبحوث لمنطقة ريفية أو حضرية وفق مكان تواجده (قرية أو بلدية أو مدينة) والتي يتم التعرف على طبيعة المنطقة بالإعتماد على دليل "رمز التجمعات السكنية"¹.

الثانية: تم ادماج الولايات التي ينتمي إليها المبحوثين في خمس فئات حسب توزيعها الجغرافي والتي جاءت على النحو التالي:

- الشمال الجزائري: ضمت هذه الفئة كل من: الشلف- بجاية - البليدة- البويرة- تيزي وزو - الجزائر العاصمة - المدية - بومرداس تيبازة - عين الدفلى.
- الشمال الغربي: ضمت هذه الفئة كل من: تلمسان - سيدي بلعباس - مستغانم - معسكر - وهران - عين تموشنت غليزان.
- الشمال الشرقي: ضمت هذه الفئة كل من: جيجل - سكيكدة - عنابة - قالمة - قسنطينة - الطارف- سوق اهراس - ميلة.
- الهضاب العليا: وضمت هذه الفئة كل من: الاغواط - ام البواقي - باتنة - تبسة - تيارت - جلفة- سطيف - سعيدة - مسيلة - البيض - برج بو عريريج - تسميلت - خنشلة - النعامة.

¹ office Nationale des statistiques , Code des Agglomerations ,5eme Recensement General de la population et de l'habitat 2008 ;Collections Statistique N°169/2012,serie C: Statistique Regionales et Cartographie,mars 2012 ; Algerie

الجنوب الكبير: وضمت هذه الفئة كل من: أدرار - بسكرة - بشار - تمنراست - ورقلة - اليزي - تندوف - غرداية.

- سن الأفراد: تم تقسيم سن الأفراد إلى فئات جاءت اولها مفتوحة من حدها الادنى وتحددت كبرها بسن أكبر מבحوث وتم اعتماد طول الفئة 10 سنوات.
قدر وسيط السن لأفراد العينة بـ 27.17 سنة
وجاءت نسبة 75% من أفراد العينة اقل من 34 سنة.

المبحث الثاني: تحليل عينة الدراسة

التمتع بالصحة والعافية غاية كل الأفراد وكل الأسر وكل حكومات العالم، كون الأمراض ترهق عاتق الدول سواء كانت فقيرة أو غنية، والمجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات يسعى دوماً للرفي بصحة الأفراد حسب الامكانيات المتوفرة، إذ يسعى هؤلاء لطلب تلك الرعاية عند الضرورة من المؤسسات الصحية المختلفة المنتشرة عبر التراب الوطني.

وبين مرحلة الإصابة بالمرض ومرحلة طلب الرعاية، هناك مرحلة وسيطة يبحث فيها الفرد المريض أو المحيطون به، على الرعاية الصحية الشعبية التي تتمثل في العلاج الشعبي المنتشر في الوسط الشعبي الجزائري الريفي والحضري، والذي يعتمد عليها الأفراد كمرحلة اولية قبل زيارة الطبيب الأكاديمي أو كعملية علاجية لغاية الحصول على الشفاء، إذ مازالت العديد من الأسر الجزائرية تعتمد في علاج الكثير من الأمراض بالطرق الشعبية بالرغم من توفر العلاج بالطب الحديث، وهذا ما سنتطرق إليه في تحليلنا للعينة المدروسة والتي تتضح معطياتها ومواصفاتها حسب الجداول التالية:

الجدول رقم (01): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	ك	%
ذكر	151	32.3
أنثى	317	67.7
المجموع	468	100

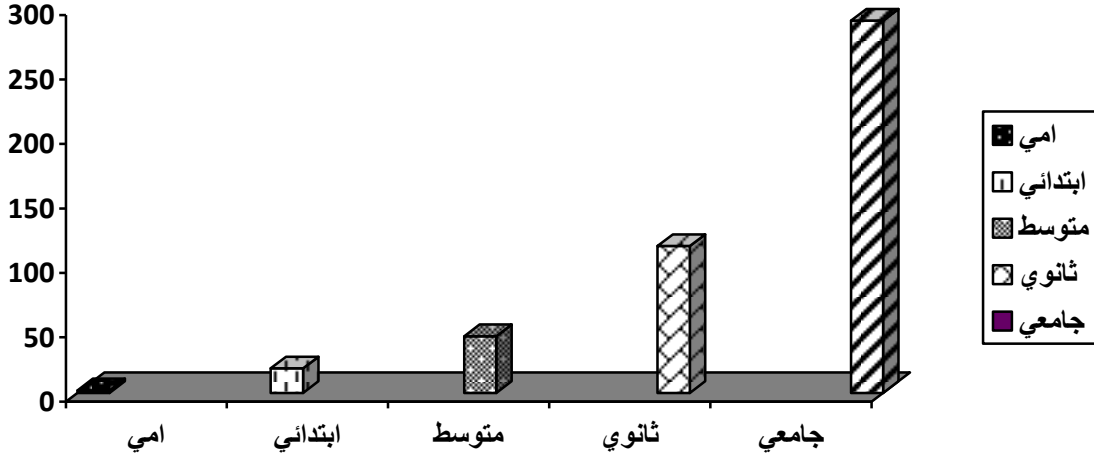
يلاحظ من خلال هذا الجدول ان أكبر نسبة من المبحوثين هم من فئة النساء وقدرت بـ 67.7%، في حين قدرت نسبة المبحوثين من جنس الذكور 32.3%.

الجدول رقم (02): يبين توزيع أفراد العينة حسب السن

السن	التكرار	%
أقل من 20 سنة	33	7.1
20 - 30 سنة	280	59.8
30 - 40 سنة	87	18.6
40 - 50 سنة	46	9.8
50 - 60 سنة	16	3.4
60 سنة فأكثر	6	1.3
المجموع	468	100

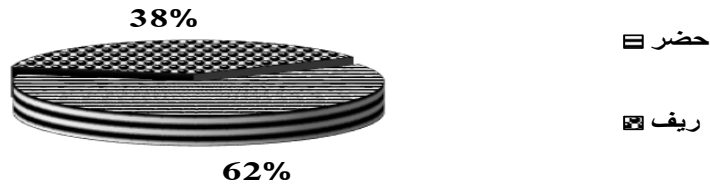
يلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين تتراوح أعمارهم بين (20 - 30) سنة، حيث قدرت نسبتهم بـ 59.8% تلتها نسبة فئة السن (30-40) سنة والتي قدرت بـ 18.6 %، أما نسبيتي فئتي السن (40 - 50) سنة و(أقل من 20) سنة فقدرتا بـ 9.8 % و 7.1 % على التوالي، في حين جاءت نسبة فئة السن (50-60) سنة بـ 3.4 % ونسبة فئة 60 سنة فأكثر بلغت 1.3%.

شكل رقم (01): أعمدة بيانية تمثل توزيع المبحوثين حسب المستوى التعليمي



يلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين لديهم مستوى جامعي قدرت بـ 61.8% تلتها نسبة ذوي المستوى الثانوي والتي قدرت بـ 24.4%، في حين بلغت نسبة ذوي المستوى المتوسط 9.4%، وجاءت نسبتا فئتي (يقرأ ويكتب) و (أمي) على التوالي 4.1% و 0.4%.

شكل رقم (02): تمثيل بياني دائري يوضح توزيع المبحوثين حسب مكان اقامتهم الحالية



يلاحظ من خلال هذا الجدول أن نسبة المبحوثين المقيمين في الوسط الحضري قدرت بـ 38.2% وهي نسبة أكبر من المقيمين في الوسط الريفي والمقدرة بـ 61.8%.

الجدول رقم (03): يبين توزيع المبحوثين حسب حالتهم المهنية

الحالة المهنية	التكرار	%
يعمل	228	48.7
لا يعمل	240	51.3
المجموع	468	100

تبين معطيات الجدول أعلاه ان أكبر نسبة من المبحوثين لا يملكون منصب عمل في فترة إجراء البحث الميداني والتي قدرت نسبتهم بـ 51.3% في حين جاءت نسبة المبحوثين الذين يملكون منصب شغل مقدرة بـ 48.7%.

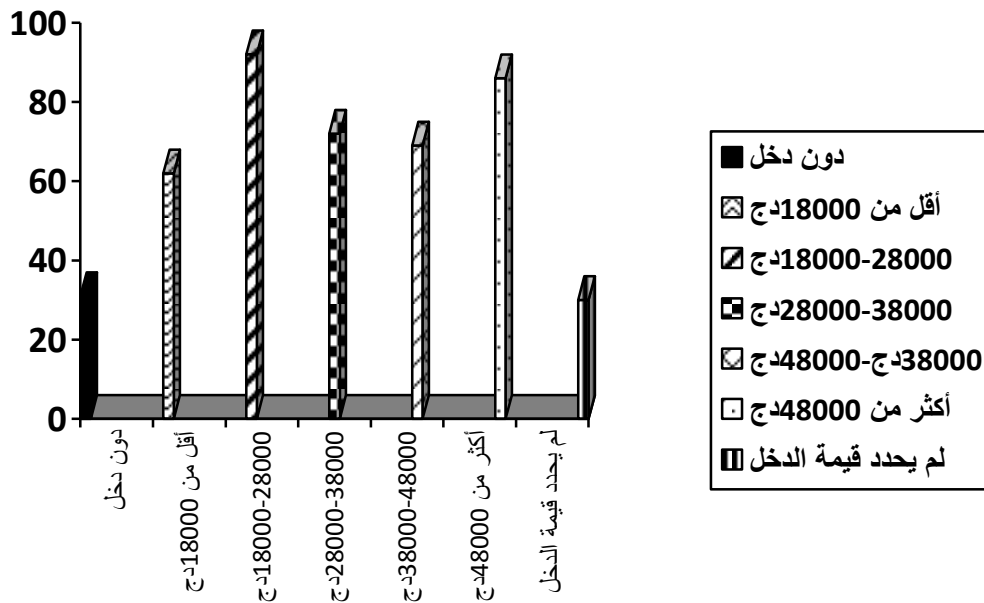
الجدول رقم (04): يبين توزيع المبحوثين حسب المستوى الإقتصادي للأسرة

المستوى الإقتصادي للأسرة	التكرار	%
أسرة فقيرة	7	1.5
أسرة متوسطة الدخل	315	67.3
أسرة مقتدرة	146	31.2
المجموع	468	100

يلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثين ينتمون إلى أسر متوسطة الدخل، التي قدرت نسبتهم بـ 67.3%، تلتها فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر مقتدرة والتي قدرت نسبتها 31.2%، في حين جاءت نسبة المبحوثين المنتمون إلى أسر فقيرة بـ 1.5%.

الشكل البياني رقم (03): أعمدة بيانية تبين توزيع المبحوثين حسب الدخل

الشهري



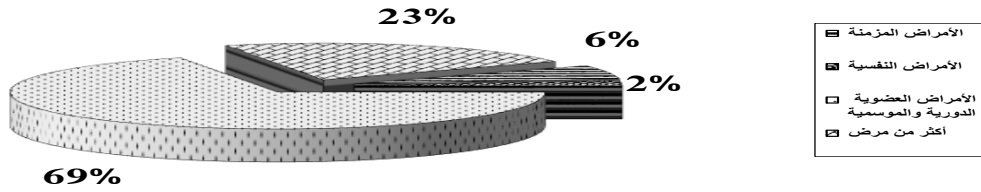
الدخل الشهري للمبحوثين يتراوح بين العدم وأكثر من 48000 دج وأكبر نسبة كانت من نصيب فئة الدخل 38000 - 48000 دج بقيمة 20.5% تلتها نسبة 19.7% والخاصة بأصحاب الدخل بين 18000-28000 دج وجاءت نسبيتي الفئتين أكثر من 48000 دج والفئة بين 28000-38000 دج على التوالي 18.4% و15.4%.

الجدول رقم (05): يبين توزيع المبحوثين حسب نوعية الأسرة التي ينتمون إليها

نوع أسرة المبحوثين	التكرار	%
أسرة ممتدة	216	46.2
أسرة نووية	252	53.8
المجموع	468	100

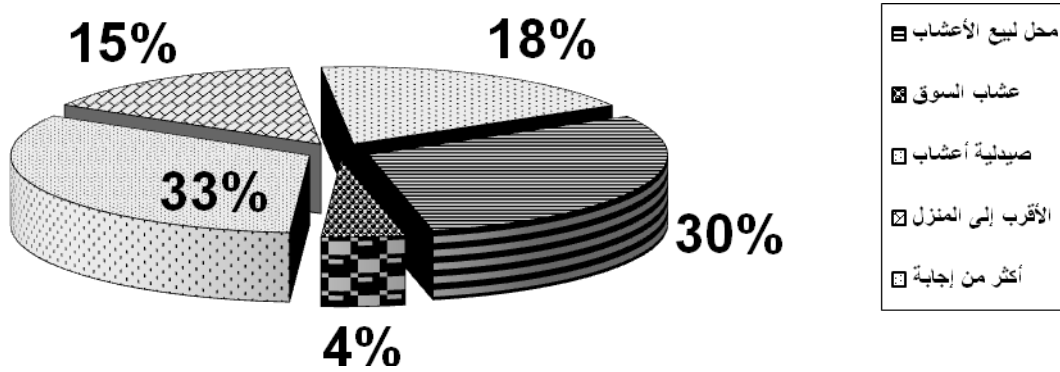
تبين معطيات الجدول ان أكبر نسبة من المبحوثين ينتمون إلى أسر نووية قدرت 53.8 % مقابل 46.2 % من المبحوثين الذين ينتمون إلى أسر ممتدة.

شكل رقم (04): تمثيل بياني دائري يبين نوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية من طرف المبحوثين



الأمراض التي يعتمد فيها المبحوثين على المعالجة الشعبية متنوعة وأكبر قدر كان من نصيب الأمراض العضوية بما فيها الدورية والوقتية التي لا تشكل خطورة على الأفراد بنسبة 69% تليها نسبة المبحوثين الذين يعالجون أكثر من نوع مرض بنسبة 22.6% تلتها نسبة المبحوثين الذين يعالجون الأمراض المزمنة بنسبة 6% في حين جاءت نسبة معالجي الأمراض النفسية بـ 2.4%.

شكل رقم (05): تمثيل بياني دائري يبين الأماكن التي يقصدها الأفراد من أجل اقتناء المواد العلاجية العشبية



يبين التمثيل البياني أعلاه نسب المبحوثين الخاصة بمكان اقتنائهم للأعشاب العلاجية التي يستعملونها في علاج الأمراض التي يتعرضون لها، وأكبر نسبة كانت من نصيب الذين يقصدون الصيدليات العشبية بنسبة 32.5% مقابل 29.9% من يفضلون اقتناءها من محلات مخصصة لبيع الاعشاب، وقدرت نسبة الذين يختارون الاقرب إلى مكان سكنهم بـ 14.7%، في حين جاءت نسبة الذين يقتنون الاعشاب العلاجية من عشاب السوق مقدرة بـ 4.5%.

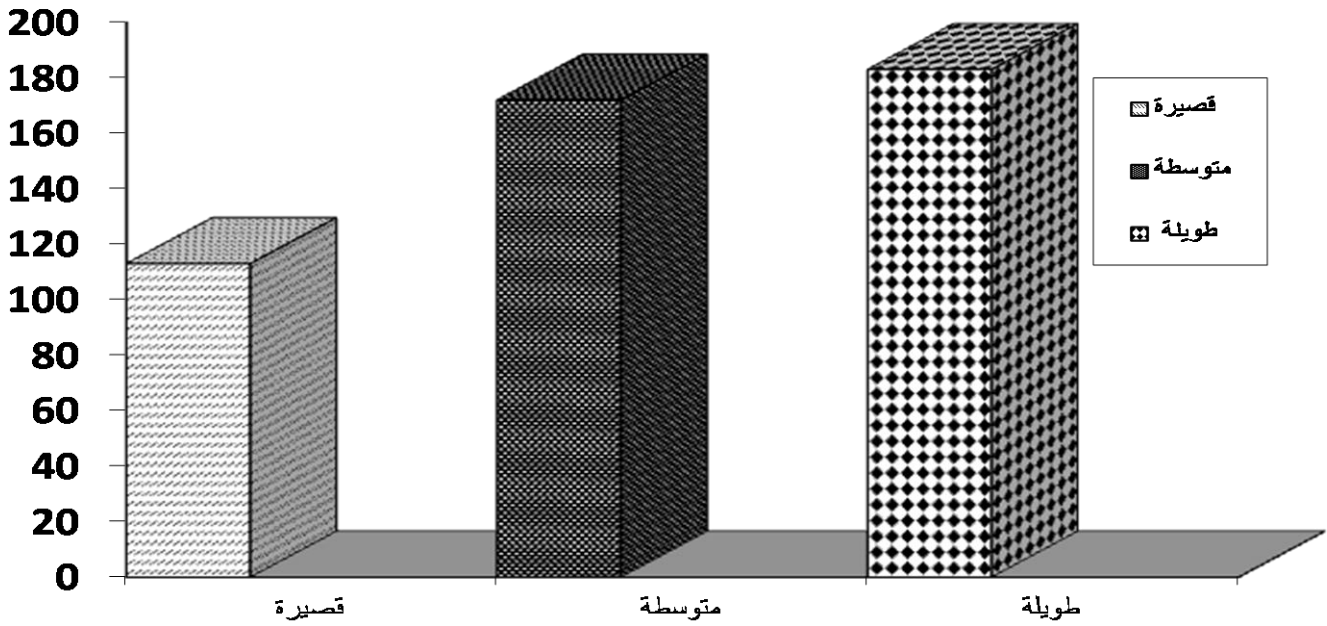
للعلم هناك مجموعة من أفراد العينة الذين ليس لهم مكانا محددًا يقتنون منه الاعشاب العلاجية التي يحتاجون إليها، وإنما يعتمدون على كل الأماكن التي توفر المادة العلاجية، والمتمثلة في (محلات بيع الاعشاب - صيدليات الاعشاب الطبية - عشاب السوق اليومي أو الاسبوعي وغيرها) إذ جاءت نسبة هؤلاء مقدرة بـ 18.4%.

الجدول رقم (06): يبين رأي المبحوثين في النتيجة المحصل عليها بعد إستعمالهم العلاج العشبي.

النسبة المئوية	التكرار	نجاعة العلاج الشعبي
96.6	452	نعم
0.6	3	لا
2.8	13	أحيانا
100	468	المجموع

يبين الجدول أعلاه رأي المبحوثين حول كونهم قد تحصلوا على نتيجة اجابية جراء إستعمالهم للمعالجة العشبية الشعبية وجاءت نسبة الذين اجابوا بنعم مقدرة بـ 96.6% مقابل 0.6% من المبحوثين الذين اجابوا بـ لا - أي انهم لم يحصلوا على نتيجة اجابية من إستعمال تلك المواد في حين نسبة الذين اجابوا بأن حصولهم على الشفاء لم يكن في جميع المرات وجاءت اجابتهم - أحيانا - قدرت بـ 2.8%.

الشكل رقم (06): اعمدة بيانية تبين المدة التي انقضت منذ بدء استعمال المعالجة الشعبية



يبين الشكل البياني أعلاه المدة المنقضية من قبل المبحوثين في إستعمالهم للمعالجة الشعبية وكان النصيب الأكبر للذين صرحوا انهم يتبعونها منذ مدة طويلة بنسبة 39.1% وجاءت نسبة من يستعملون هذا النوع من المعالجة منذ مدة متوسطة وقدرت بـ 36.8% في حين جاءت نسبة الذين بدؤوا بإتباع المعالجة الشعبية منذ مدة قصيرة مقدرة بـ 24.1%.

الفصل الثاني:

تحليل الفرضية الأولى

كلما كانت نشأة الفرد في أسرة ممتدة كلما زاد احتمال إتباعه للعلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغيبى.

ندرس فيها تأثير أسرة المبحوث على اتباعه:

أ- للعلاج الشعبي الطبيعي

ب- العلاج الشعبي الغيبى

-تعلم علاج جديد

-تجريب الوصفة التي تعلموها

-علاج المولود الجديد

تفضيل علاج عن آخر

-رقية الابناء

الجدول رقم(07): يبين نوع أسرة المبحوث وعلاقته بأنواع الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية

المجموع	الأمراض المعالجة								أسرة المبحوث	
	أكثر من مرض		الأمراض النفسية		الأمراض العضوية (دورية أو وقتية)		الأمراض المزمنة			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	216	24.5	53	1.4	3	69.4	150	4.6	10	أسرة ممتدة
100	252	21	53	3.2	8	68.7	173	7.1	18	أسرة نووية
100	468	22.6	106	2.4	11	69	323	6	28	المجموع

استنادا لما ورد في هذا الجدول من معطيات، نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو خانة المبحوثين الذين قالوا أنهم يستعملون الدواء الشعبي لعلاج أمراض دورية أو وقتية حيث يمثلون 69%، تليها فئة الذين قالوا أنهم يستعملون العلاج الشعبي لمعالجة أكثر من مرض بنسبة تقدر بـ 22.6%، ثم تأتي فئة المبحوثين الذين قالوا أنهم يستعملون العلاج الشعبي لعلاج الأمراض المزمنة بنسبة 6% أما فئة معالجي الأمراض النفسية فجاءت نسبتهم بـ 2.4%.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على اللجوء إلى العلاج الشعبي وجدنا أن الاتجاه العام حافظ على مساره إذ 69% من المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا بإستعمالهم لهذا النوع من العلاج في حالة الإصابة بأمراض دورية مقابل 1.4% قالوا أنهم يستعملونه في حالة الأمراض النفسية فقط.

كما نجد أن 68.7% من المبحوثين المقيمون في أسر نووية قالوا بإستعماله في علاج الأمراض الوقتية أو الدورية مقابل 3.2% قالوا أنهم يستعملونه في حالة الأمراض النفسية.

ما يمكن استنتاجه من تحليل معطيات الجدول وكما بينته الاجابات على الاسئلة المفتوحة ان الفرد المنتمي للأسرة الممتدة يستعين بالعلاج الشعبي كثيرا في حالة الإصابات بالأمراض الدورية والوقائية التي يتواجد العلاج فيها بين أفراد الأسرة مثل الجدة أو زوجة العم أو زوجة الاخ وهكذا وصرح أكثر من مبحوث (انثى) ان بعض الاعشاب العلاجية توفرها الجدة أو الحماة كما توفر -العولة = المؤونة - وهذا دليل على أهمية الاهتمام بصحة أفراد الأسرة في الوقت المناسب خاصة إذا تعلق الأمر بالأمراض المعدية كأنفلونزا التي إذا ما اصاب فردا تنتقل إلى الاخر المتواجد معه في نفس المكان.

نفس الأمر ملاحظ عند الأسرة النووية ولكن في هذه الحالة المسئول عن توفير الاعشاب العلاجية هو الزوج أو الزوجة اللذان يعملان على شراءها بطريقة اعتيادية وليس الانتظار حتى اصابة الأفراد بالمرض وصرحت احدى المبحوثات ان زوجها حين يتجه إلى اهله بالريف اول ما يجلبه من الطبيعة هو نبات - الزعتر - والكاليتوس المستعملان في علاج انفلونزا الشتوية.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (نوع أسرة المبحوث ونوعية الأمراض المعالجة) قمنا بحساب كا² فوجدنا ان قيمة كا² المحسوبة 3.54 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 3 وكا² الجدولية 3.44 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين نوعية أسرة المبحوث ونوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية.

ولمعرفة المرشد للمعالجة الشعبية سواء كان المستعمل لها ينتمي إلى أسرة ممتدة أو نووية

تم بناء الجدول التالي:

الجدول رقم(08): يبين نوع أسرة المبحوث حسب المرشد للمعالجة الشعبية وعلاقته بأنواع الأمراض المعالجة

الأمراض المعالجة										الأمراض المعالجة نوع الأسرة والمرشد للمعالجة الشعبية
المجموع		أكثر من مرض		الأمراض النفسية		العضوية (وقتيّة/ دورية)		الأمراض المزمنة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	104	15.4	16	1	1	79.8	83	3.8	4	احد أفراد الأسرة
100	27	25.9	7			70.4	19	3.7	1	الأصدقاء والاعلام
100	19	21.1	4			68.4	13	10.5	2	كتب- انترنت
100	41	25	1	25	1	50	2			أكثر من اجابة
100	62	40.3	25	1.6	1	53.2	33	4.8	3	آخر
100	216	24.5	53	1.4	3	69.4	150	4.6	10	المجموع
100	138	16.7	23	2.9	4	76.1	105	4.3	6	احد أفراد الأسرة
100	38	15.8	6	2.6	1	63.2	24	18.4	7	الأصدقاء والاعلام
100	19	10.5	2	15.8	3	68.4	13	5.3	1	كتب- انترنت
100	8					100	8			أكثر من اجابة
100	49	44.9	22			46.9	23	8.2	4	آخر
100	252	21	53	3.2	8	100	173	7.1	18	المجموع
100	468	22.6	106	2.4	11	69	323	6	28	

من القراءة الإحصائية لهذا الجدول، نلاحظ أن اتجاهه العام يصب في خانة المبحوثين الذين أكدوا أنهم يستعملون الدواء الشعبي لعلاج أمراض عضوية (دورية أو وقتية) حيث يمثلون 69%، تليها فئة المبحوثين الذين صرحوا أنهم يستعملون العلاج الشعبي لمعالجة أكثر من مرض بنسبة تقدر بـ 22.6%، تليها فئة المبحوثين الذين قالوا أنهم يستعملونه، في حين تمثل نسبة الذين قالوا أنهم يستعملون العلاج الشعبي للأمراض المزمنة أو النفسية فهي على التوالي 6% و 2.4% .

وعندما احتفظنا بنوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على اللجوء إلى التطبيب بالعلاج الشعبي وجدنا أن الاتجاه العام للجدول حافظ على اتجاهه العام، إذ 69.4% من

المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا بإستعمالهم لهذا النوع من العلاج في حالة الإصابة بأمراض دورية مقابل 1.4% قالوا أنهم يستعملونه في حالة الأمراض النفسية.

أما المبحوثين المقيمين في أسر نووية ف68.7% منهم قالوا بإستعماله في حالة العضوية (الأمراض الوقتية أو الدورية) مقابل 3.2% قالوا أنهم يستعملونه لعلاج الأمراض النفسية.

وبغية معرفة مدى ثبات النتائج أدخلنا المرشد إلى العلاج كمتغير رائج، فتحصلنا على ما يلي:
بالنسبة للمبحوثين المقيمين في الأسر الممتدة:

79.8% من المبحوثين الذين قالوا أن المرشد هو أحد أفراد الأسرة يستعملون العلاج الشعبي لعلاج الأمراض العضوية مقابل 1% يستعملونه لعلاج الأمراض النفسية.

70.4% من المبحوثين الذين قالوا أن المرشد هم الأصدقاء أو الإعلام يستعملون العلاج الشعبي للأمراض العضوية مقابل 0% للأمراض النفسية.

68.4% من المبحوثين الذين قالوا أن المرشد هو الكتب أو الانترنت يستعملون العلاج الشعبي للأمراض الدورية مقابل 0% للأمراض النفسية.

50% من المبحوثين الذين قالوا أن لديهم أكثر من مرشد يستعملون العلاج الشعبي لعلاج الأمراض العضوية الدورية مقابل 0% للأمراض النفسية.

أما بالنسبة للمبحوثين المنتمون إلى الأسر النووية فكانت إجاباتهم كما يلي:

76.1% من المبحوثين الذين قالوا أن المرشد هو أحد أفراد الأسرة يستعملون العلاج الشعبي للأمراض الدورية مقابل 2.9% للأمراض النفسية.

63.2% من المبحوثين الذين قالوا أن المرشدين هم الأصدقاء والإعلام يستعملون العلاج الشعبي للأمراض الدورية مقابل 2.6% للأمراض النفسية.

68.4% من المبحوثين الذين قالوا أن المرشد هو الكتب أو الانترنت يستعملون العلاج الشعبي لعلاج الأمراض العضوية الدورية مقابل 15.8% لمعالجي الأمراض النفسية، و5.3%

لعلاج الأمراض المزمنة.

100% من المبحوثين الذين قالوا أن أسباب إتباع العلاج الشعبي لعلاج الأمراض

العضوية متعددة.

بإدخال المتغير الرائز المتمثل في المرشد للمعالجة الشعبية، تبين ان المبحوث المنتمي للأسرة الممتدة يستوحي المعالجة من أفراد اسرته سواء كان الجد أو الجدة أو العم أو العمة أو أي من المنتمون للأسرة، ان الإرشاد نحو المعالجة التقليدية يكون داخلها في حين يستوحي اخرون المعالجة ان لم يجدوها داخل اسوار الأسرة يستعينون بالكتب والانترنت وصرح لنا أحد المبحوثين انه اعتاد على معالجة داء الربو المزمن بالطريقة الشعبية وحين اصيب بداء المفاصل تعذر إيجاد الحل داخل احضان الأسرة فتوجه إلى الانترنت والكتب ليحصل على الوصفات العلاجية العشبية والتي تعتبر جزءا من العلاج الشعبي.

أما المنتمون للأسر النووية والذين لم يتعدوا سن 30، شكل لديهم غياب الخبرة بالعلاج الشعبي وغياب أفراد اخرين معهم في المسكن سببا للبحث عن حلول مشاكلهم الصحية والتي غالباً ما تكون دورية أو وقتية عن طريق الكتب والانترنت للحصول على الوصفات العلاجية الشعبية وخاصة العشبية ومنهم من ذكر ان المرشدين للمعالجة متعددين يلجئون لطلب استشاراتهم عند الضرورة.

كما اكدت لنا احدى المبحوثات انها مصابة بمرض مزمن على مستوى الجهاز التناسلي، وان العلاج الأكاديمي لم ولن يجدي نفعا معها، فقررت الإعتماد على المعالجة الشعبية بشكلها الطبيعي والغبيبي، وهي متيقنة ان حالتها تتحسن والذي كان سببا في قناعتها هذه هي احدى جاراتها المتقدمة في السن والتي لها خبرة متراكمة من المعلومات العلاجية، فتواجد الفرد في احتكاك مستمر مع الاخرين يكسبه معلومات جديدة لم يكن يعرفها من قبل أو لم يكن مهتما بها من قبل ولكن بحكم المعاشرة يمكن لأي فرد ان يتعلم من الاخرين أو يعلم الاخرون ما يعرفه عن بعض فنون المعالجة الشعبية هذا ما سيوضحه الجدول التالي الذي يخص فئة المتزوجون فقط:

الجدول رقم (09): يبين نوع أسرة المبحوث وعلاقته بتعلم علاج جديد في أسرة الزوج (الزوجة)

تعلم علاج جديد في أسرة الزوج (الزوجة)						تعلم علاج جديد أسرة المبحوث
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	55	38.18	21	61.81	34	أسرة ممتدة
100	88	27.27	24	72.72	64	أسرة نووية
100	143	31.46	45	68.53	98	المجموع

استناداً لما ورد من معطيات، نلاحظ أن اتجاه العام للجدول يتجه نحو خانة المبحوثين الذين أكدوا أنهم تعلموا علاج جديد في أسرة الزوج أو الزوجة حيث يمثلون 68.53 %، مقابل 31.46 % قالوا أنهم لم يتعلموا علاج جديد في أسرة الزوج.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على تعلم طريقة علاج جديدة في منزل الزوج وجدنا أن 61.81 % من المبحوثين المقيمين في أسر ممتدة قالوا أنهم تعلموا طريقة علاج جديدة مقابل 38.18 % قالوا أنهم لم يتعلموا طريقة علاج جديدة.

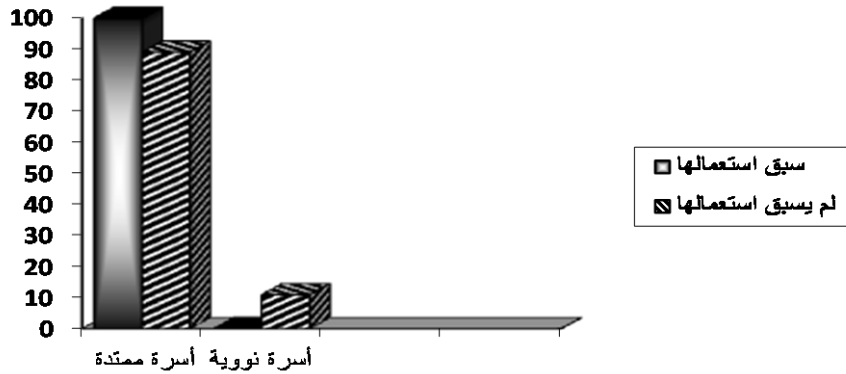
ولا يختلف الأمر بالنسبة للمبحوثين المقيمين في أسر نووية، إذ نجد 72.72 % منهم قالوا أنهم تعلموا طريقة علاج في منزل الزوج، مقابل 27.27 % قالوا أنهم لم يتعلموا أي طريقة علاج جديدة.

بعد القراءة الاحصائية يتبين ان الفرد يتأثر بالبيئة التي يتواجد فيها فتعايش الزوج (الزوجة) مع أسرة الزوجة (الزوج) والاحتكاك المستمر بينهما يولد نوع من التواصل ومجارات الاخرفي طريقته أو الاخذ من سلوك الاخر وغالباً ما يكون هذا التصرف أو ذاك بغية الوصول إلى نتيجة ما وغالباً ما تكون امورا ايجابية، هذا ما توصلت له النتائج فمعظم المتزوجين تعلموا طريقة علاج

جديدة منهم من دفعت به الضرورة لإستعمالها ومنهم من لم يضطر لإستعمالها ومنهم من يرفض تجربتها.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (نوع أسرة المبحوث وتعلم طريقة علاج جديدة في الأسرة الزوجية) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 6.78 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 2 و χ^2 الجدولية 6.68 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين نوعية أسرة المبحوث وتعلم طريقة علاج جديدة، ولمعرفة ان سبق إستعمال الطريقة العلاجية المكتسبة قمنا برسم التمثيل البياني التالي والخاص فقط بفئة المتزوجين:

الشكل رقم (07): يبين علاقة نوع الأسرة بإستعمال المعالجة التي تعلموها في الأسرة الزوجية



التمثيل البياني خاص بالمتزوجين فقط

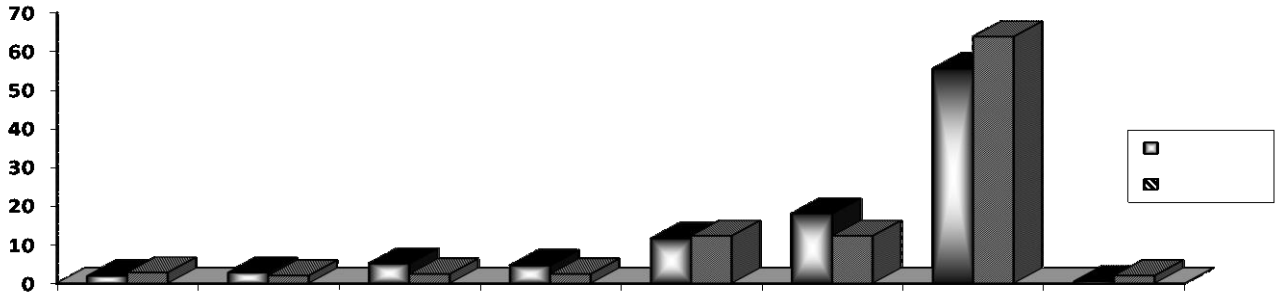
الاتجاه العام لنتائج دراسة المتغيرين السابقين دلت ان المبحوثين الذين استعملوا طريقة العلاج التي تعلموها من خلال تواجدهم في الأسرة الزوجية بنسبة 92.85%، مقابل 7.14% من لم يستعملوا طريقة المعالجة التي تعلموها.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على إستعمال طريقة المعالجة وجدنا أن 100% من المبحوثين المنتمون لأسر ممتدة تم اتباعهم لطريقة المعالجة التي تعلموها في أسرة الزوج وقدرت نسبة المنتمون للأسر النووية والمستعملون لطريقة العلاج المكتسبة من الأسرة الزوجية 89.06% في حين جاءت نسبة من تعلموا طريقة العلاج ولم يستعملوها 7.14%.

نجد أنه مهما كان نوع الأسرة التي ينتمي لها المبحوث فإن أكبر نسبة تتبع طريقة المعالجة التي تم تعلمها أو تم الاطلاع عليها من خلال الاحتكاك والمعايشة بين أفراد الأسرة فمن احتاج إليها استعملها ومن لم يضطر لذلك امتنع عن إستعمالها. ولمعرفة مدى وجود علاقة بين نوع اسر

المبوحثين وتطبيق المعالجات التي تعلموها في منزل اهل الزوج (الزوجة)، قمنا بحساب معامل الاقتران، فوجدنا ق تساوي 1 مما يدل على وجود علاقة طردية قوية بين المتغيرين. وللتعرف أكثر على إستعمالات العلاج الشعبي المكتسبة أو الموروثة الخاصة بالمواليد الجدد في الأسر الجزائرية الممتدة أو النووية تم انشاء التمثيل البياني بناء التالي:

الشكل رقم (08): يبين نوع أسرة المبحوث وإستعمال العلاجات الشعبية الخاصة بالمولود



الجديد

من خلال التمثيل البياني نلاحظ أن الاتجاه العام يتجه نحو المبحوثين الذين قالوا أنهم يستعملون كل الوسائل التقليدية مع المولود الجديد ويمثلون 64.1% من مجموع المبحوثين وتأتي في المرتبة الثانية فئة المبحوثين الذين يستعملون المنايع فقط ويمثلون 24.1% من إجمالي العينة.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على اللجوء إلى إستعمال الوسائل الشعبية مع المواليد الجدد وجدنا أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه العام إذ 59.7% من المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا بإستعمالهم لجميع الوسائل مقابل 1.9% قالوا أنهم يستعملون التقييط فقط.

أما المبحوثين الذين يقيمون في أسر نووية ف67.9% أكدوا إستعمالهم لجميع الوسائل مقابل 2% يستعملون الزيت فقط.

الأسرة الجزائرية على إختلاف انواعها وعلى إختلاف اماكن تواجدها جغرافيا تتبع طرق متعددة للاهتمام بالمواليد الجدد من حيث التغذية والمعالجة والمحافظة لذلك وجدت عدة طرق علاجية تقليدية منها التقيط الذي يتمثل في لف المولود الجديد بقماش ابيض من منطقة الكتفين إلى أخمس القدمين، وهذه العملية حسب آراء كبار السن تحمي من البرد خاصة المولودين في فصل الشتاء وفي غياب تهيئة العديد من المساكن وكذا غياب التدفئة في المناطق البعيدة عن المدن الكبرى، كما تساهم هذه الطريقة في تمديد اطراف الصبي وتؤكد العديد من النسوة أن لف الأطراف العلوية بالقماش يمنع تعرض الصبي للخوف جراء تحركها اللاإرادي أمام عينيه، ولا تتم عملية التقيط إلا بعد تنظيف جسم الطفل بالماء والصابون ثم دلكه بزيت الزيتون الدافئة، وفي آخر المطاف تقوم الام أو الجدة بوضع الكحل في العينين شرط ان يكون هذا الأخير من مصدر موثوق ومجرب والغرض من ذلك تنظيف العين وفي نفس الوقت ليبدوا الصبي بشع المنظر كي لا يكون عرضة لعين الحسد.

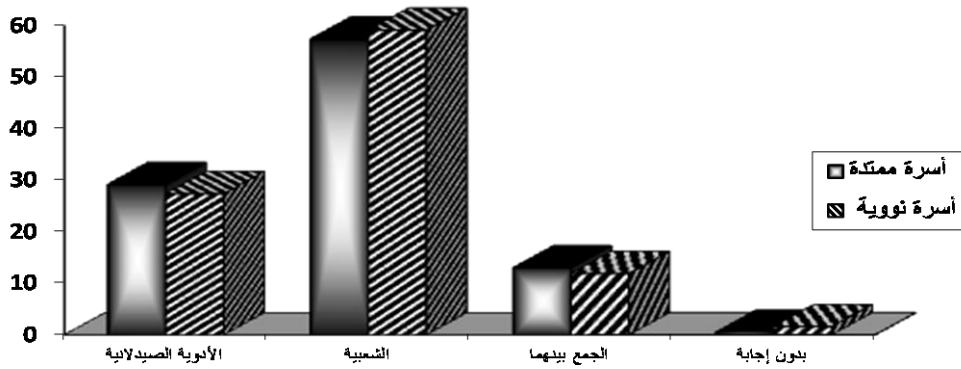
ومن بين العلاجات المعمول بها في بعض المناطق إستعمال الحناء بين فترة وأخرى ليتم التخلص من الاظافر التي غالباً ما تجرح وجه الصبي اثناء حركة اليدين اللاإرادية. كما تعتمد الامهات على إختلاف أماكن تواجدهن على إستعمال المناقيع لعلاج آلام الغازات التي يتعرض لها الصبي خاصة مستعملات الحليب الإصطناعي وتتمثل هذه المناقيع في إستعمال بذور الكمون والبسباس والحلبة ويحلى المنقوع بعسل النحل إذا توفر أو بالسكر ويقدم للطفل على فترات في اليوم.

ان الطرق العلاجية المذكورة تستعمل في معظم الأسر الجزائرية شرقا غربا وسطا أو جنوبا مهما كان نوع الأسرة، والاختلاف الوحيد الملاحظ هو نسبة الإستعمال بين نوع وآخر فكل منطقة تختص بإستعمال نوع أو نوعين أكثر من غيرها، والجدير بالذكر ان كل المبحوثين لديهم فكرة عن هذه الطرق العلاجية الشعبية حتى وإن لم يتم إتباعها.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (نوع أسرة المبحوث والإستعمالات العلاجية الخاصة بالمواليد الجدد) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا أن قيمة χ^2 المحسوبة 6.56 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 5 و χ^2 الجدولية 6.53 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

ولمعرفة رأي المبحوثين حول نوعية المعالجة التي يفضلون أو لا يفضلون إستعمالها سواء كانت صيدلانية أو عشبية الخاصة بالمواليد الجدد تم تشكيل التمثيل البياني التالي:

الشكل رقم (09): تمثيل بياني يبين نوع أسرة المبحوث ونوع العلاج المفضل إستعماله للمولود الجديد



من المعطيات الإحصائية الوارد في هذا التمثيل، نلاحظ أن اتجاهه العام نحو المبحوثين الذين قالوا أنهم يستعملون العلاج الشعبي مع المواليد الجدد حيث يمثلون 58.3%، تليها فئة المبحوثين الذين قالوا أنهم يستعملون الأدوية الصيدلانية بنسبة تقدر بـ 28.2%، تليها فئة المبحوثين الذين قالوا أنهم يستعملون العلاجين بنسبة تقدر بـ 12.4%، في حين تمثل نسبة الذين لم يدلوا بأية إجابة 1.1% من مجمل المبحوثين.

وعندما احتفظنا بنوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على الطريقة المستعملة في علاج أمراض المواليد الجدد وجدنا أن الاتجاه العام حافظ على اتجاهه العام إذ 47.5% من المبحوثين المقيمين في أسر ممتدة قالوا بإستعمالهم للعلاج الشعبية مقابل 13% قالوا أنهم يستعملون العلاج الشعبي والصيدلاني. أما المبحوثين المقيمين في أسر نووية فـ 59.1% منهم قالوا أنهم يستعملون العلاج الشعبي مقابل 11% قالوا أنهم يجمعون بين العلاج الشعبي والطبي.

يتضح من النتائج المذكورة انفا ان المبحوثين على قناعة تامة ان إستعمال العلاج الشعبي أكثر فائدة وهديم الاعراض الجانبية عكس ما يتميز به العلاج الصيدلاني الذي يحطم في كثير من

الحالات مناعة الرضع وهو الأمر الذي أكده ويؤكده المختصون في عدة مناسبات، ونجد ان العديد من اطباء الأطفال ذوي الخبرة والكفاءة يمتنعون عن تزويد الرضع بالمضادات الحيوية ويفضلون إستعمال مخفضات الحرارة الطبيعية عن الصيدلانية إلا عند الضرورة الملحة، ويعملون على تشجيع الرضاعة الطبيعية التي تقوي الجسم وتجعله أكثر تحصينا ضد الأمراض وهذا ما أكده العديد من المبحوثين في مسالة اسبقية العلاج في حين نجد البعض من يضطر لإستعمال النوعين الشعبي والصيدلاني في نفس الوقت ومنهم من يفضل إستعمال العلاج الغيبي المتمثل في الرقية. و للتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (نوع أسرة المبحوث وتفضيل المعالجة الشعبية أو الصيدلانية) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 1.79 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 3 و χ^2 الجدولية 1.67 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين نوعية أسرة المبحوث وتفضيل معالجة عن اخرى. ولمعرفة رأي المبحوثين حسب نوع الأسرة التي ينتمون إليها في إستعمال الرقية الشرعية للمواليد الجدد والابناء تم بناء الجدول التالي:

الجدول رقم (10): نوع أسرة المبحوث وإستعمال الرقية الشرعية للمولود الجديد أو أحد الأبناء

إستعمال الرقية								إستعمال الرقية	نوع الأسرة
نعم		لا		بدون اجابة		المجموع			
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
208	96.3	6	2.8	2	0.9	216	100	أسرة ممتدة	
246	97.3	6	2.4			252	100	أسرة نووية	
454	97	12	2.6	2	0.4	468	100	المجموع	

من خلال بيانات هذا الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام يتجه نحو المبحوثين الذين قالوا أنهم يستعملون الرقية الشرعية مع المولود الجديد ويمثلون 97% من مجموع المبحوثين مقابل 2.6%، من إجمالي العينة قالوا أنهم لم يستعملوها.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على إستعمال الرقية وجدنا أن 96.3% من المبحوثين المقيمين في أسر ممتدة قالوا أنهم يستعملون الرقية الشرعية مع المواليد الجدد ولا يختلف الأمر بالنسبة للمبحوثين المقيمين في أسر نووية، إذ 97.3% منهم قالوا يستعملونها.

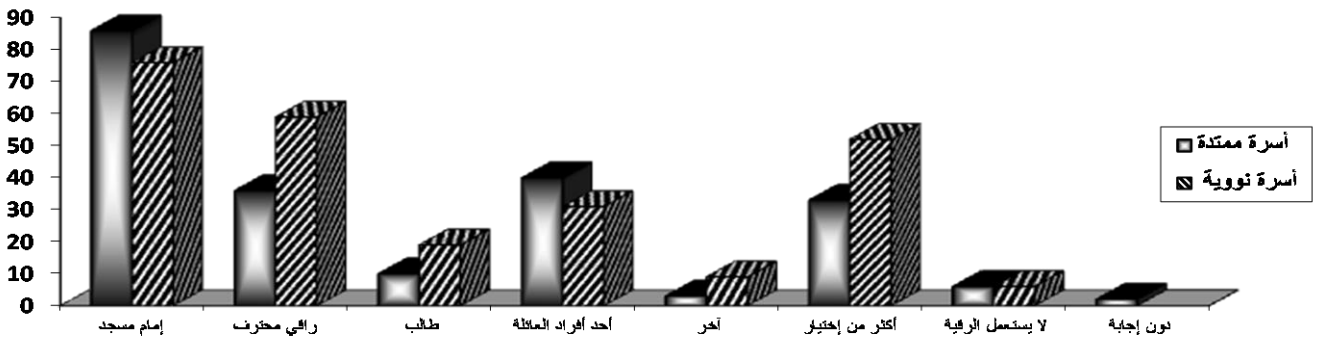
الرقية الشرعية يقصد بها قراءة الآيات القرآنية أو الأدعية الشرعية وتعتبر من أساليب العلاج الشائعة في العالم العربي والإسلامي وقد ورد في مشروعيتها الآيات الكريمة والأحاديث النبوية الشريفة والرقية قبل ان تكون علاجاً للأمراض فهي وقاية وتحصين، والمعروف في الدين الإسلامي ان حق المولود على الوالدين ذكر الاذان والقيام بالعقيقة التي تحمي الطفل من العين والحسد ورقيته بكلام الله لتحصينه من كل سوء، وقد جاءت إجابات المبحوثين مدعمة لهذا بحيث نجد انه مهما كان نوع أسرة المبحوث فإنهم يعتمدون على الرقية الشرعية لتحصين الابناء.

وبما ان الرقية موروث ثقافي متأصل في المجتمع الجزائري وتتم بقراءة القرآن فالعديد من الأفراد يمكن يقوموا بها كالأب أو الأب أو أي من أفراد العائلة كما يمكن الإعتماد على غير أفراد العائلة كالرقاة المحترفين أو الاثمة وغيرهم.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (نوع أسرة المبحوث ونوعية الأمراض المعالجة) قمنا بحساب كا² فوجدنا ان قيمة كا² المحسوبة 3.18 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية وكا² الجدولية 2.42 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين نوعية أسرة المبحوث وإستعمال رقية الابناء.

ولمعرفة رأي المبحوثين في إختيار القائم بالرقية تم بناء تشكيل التمثيل البياني التالي:

الشكل رقم (10): يبين نوع أسرة المبحوث واختيار القائم بالرقية



من خلال نسب التمثيل البياني نلاحظ أن الاتجاه العام له يخص المبحوثين الذين يفضلون الإعتماد في عملية الرقية الشرعية على أمام المسجد بنسبة 34.6% تلتها فئة المبحوثين الذين قالوا أنهم يعتمدون على راق محترف بنسبة 20.3%، ثم فئة الذين يطلبونها من أحد أفراد الأسرة بنسبة 15.2%، ثم طالب بنسبة 6.2%.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على الشخص المختار للقيام بالرقية وجدنا أن 39.8% من المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا أنهم يستعينون بإمام مسجد مقابل 4.6% قالوا أنهم يمارسونها عند طالب، ولا يختلف الأمر كثيرا عند الأسرة النواة إذ أن 30.2% من المبحوثين قالوا أنهم يستعينون في عملية الرقية بإمام مسجد مقابل 7.5% قالوا أنهم يمارسونها عند طالب.

القائمون بالرقية في المجتمع الجزائري متعددون لأنها ليست بالأمر الصعب فكل حافظ لمجموعة من آيات القرآن يمكنه القيام بها لكن بعض الأفراد يعتمدون على غيرهم للقيام بها وتبين من خلال تحليل معطيات الجدول ان العديد من الأفراد يلجئون إلى أمام مسجد لرقية الابناء لتبركهم بالقرآن الذي يحفظه كما يعتمد آخرون على راقى شرعي أو أحد أفراد العائلة.

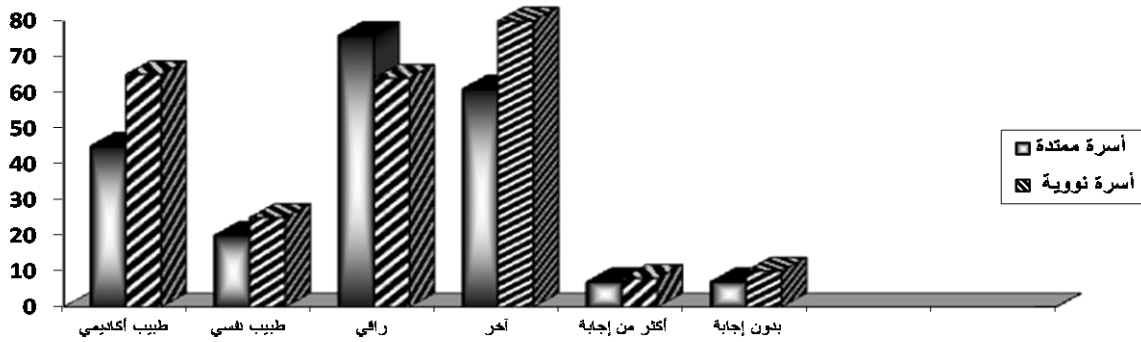
و تجدر الإشارة عند الحديث عن الرقية ان رقية الابناء لا تحتاج إلى اختصاصي كبير وإنما الرقية تكون من أجل الوقاية وبالتالي يمكن لأي حافظ للقران ان يقوم بها وفي بعض الحالات تقوم الامهات بإستعمال الرقية لأغراض اخرى كالغيرة أو التبول اللاإرادي أو التأخر في التحصيل الدراسي فهذه مشاكل ليست لها علاقة بالعين والحسد وإنما سلوكيات نفسية غير سوية تحاول الام تقويمها أو التخفيف منها.

وبالنسبة للراقي المحترف أو الطالب يتم اللجوء اليهما عندما تكون الأمور مستعصية على أفراد الأسرة أو أمام مسجد وعادة لا تكون لرقية الأطفال وإنما للراشدين الذين يشكون من مشاكل نفسية أو اعتقادهم انهم مصابون بمس من الجن.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (نوع أسرة المبحوث وعلاقته باختيار قائم على الرقية دون غيره) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 17.64 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 7 و χ^2 الجدولية 16.69 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

يتعرض الأفراد الراشدون لمجموعة من الإصابات منها العضوية ومنها النفسية ومنها من لا يمكن تفسيره لعدم وضوح الاعراض في حين يكون الفرد بعيدا عن حالته الطبيعية، فسالنا المبحوثين عن من يتم تفضيله في المعالجة عن غيره فكانت اجابتهم واضحة في التمثيل البياني التالي:

الشكل رقم (11): يبين نوع أسرة المبحوث واتجاهه نحو معالجة دون أخرى



نلاحظ من خلال نسب التمثيل البياني أن اتجاهه العام نحو المبحوثين الذين يفضلون اللجوء إلى راق أولاً بنسبة تقدر بـ 29.9% تلتها فئة المبحوثين الذين يفضلون طبيب أكاديمي بنسبة 23.5%، ثم فئة أحد أفراد الأسرة بنسبة 15.5%، ثم طبيب نفسي بنسبة 9.6%. وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على البيانات السابقة لم نجد مواظبة تامة على الاتجاه العام حيث أن 35.2% من المبحوثين المقيمين في أسر ممتدة قالوا أنهم يستعينون أولاً براق مقابل 9.3% قالوا أنهم يفضلون طبيباً نفسياً، ويختلف الأمر نوعاً ما عند الأسر النواة إذ أن 25.8% من المبحوثين قالوا أنهم يفضلون الطب الأكاديمي مقابل 9.9% قالوا أنهم يفضلون راق.

ان احساس الفرد بالمرض والتعب والارق دون ان تكون هناك اعراض تؤكد وجود اصابات عضوية تدفع الفرد لمجموعة من الاختيارات اهمها ان عدد كبير من المبحوثين اكدوا انهم لا يتجهون لغير الله تعالى وذلك بقراءة القرآن وهذا ما بينته نسبة -آخر- بـ 30.1% وذكر أحد المبحوثين انه إذا لم يجد علاجه في القرآن فلن يجده في غيره، في حين نجد ان من لا يستطيع ان يقوم بذلك بنفسه فانه يطلب مساعدة راق محترف وهذا ما نجده في الاوساط الشعبية حالياً، فيما مضى كان من يزور راقياً يقال عنه انه مريض نفسي أو مسحور فكان الكثيرون يخفون الأمر عن غيرهم بينما في الوقت الراهن أصبح الأفراد يتحدثون عن الأمر بطريقة عادية ولكن أحيانا تكون زيارة الرقاة مبالغ فيها من قبل بعض الأفراد فيرجعون كل خيبة امل إلى السحر أو العين أو الحسد لدرجة ان يصبح الفرد مصاباً بالوسواس وهو عكس ما يجب ان تقوم به الرقية.

ويفضل عدد من المبحوثين زيارة طبيب اكايمي يساعدهم على تجاوز الأمر بتناول بعض المقويات والمهدئات، في حين نجد ان اقل نسبة تفضل زيارة طبيب نفسي وفي هذه النقطة ذكر العديد من المبحوثين انهم لا يثقون بتاتا في الطبيب النفسي لغياب التمكن والاحترافية، اكدت احدى المبحوثات انها حين كانت تزور احدى المعالجات النفسانيات كانت المعالجة تتحدث أكثر منها ولا تحترم ما تقوله وتقاطعها في كل مرة وبالتالي كانت تعود إلى المنزل أكثر انزعاجا وقلقا عما كانت عليه.

وللحديث عن الإصابات العضوية الظاهرة الاعراض سألنا المبحوثين عن إستعمال المعالجة بالحجامة فكانت اجابتهم واضحة الجدول التالي:

الجدول رقم (11): يبين نوع أسرة المبحوث وإستعمال الحجامة

إستعمال الحجامة						نوع الأسرة
نعم		لا		المجموع		
ك	%	ك	%	ك	%	
57	26.4	159	73.6	216	100	أسرة ممتدة
42	16.7	210	83.3	252	100	أسرة نووية
99	21.2	369	78.8	468	100	المجموع

استنادا لما ورد في هذا الجدول من معطيات، نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو خانة المبحوثين الذين قالوا انهم لم يسبق ان استعملوا الحجامة حيث يمثلون 78.8%، مقابل 21.2% سبق لهم ان استعملوا الحجامة.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على إستعمال الحجامة وجدنا أن 73.6% من المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا انهم لم يستعملوا الحجامة مقابل 26.4% قالوا انهم سبق لهم إستعمالها.

ولا يختلف الأمر بالنسبة للمبحوثين المقيمون في أسر نووية، إذ 83.3% منهم قالوا انهم لم يستعملوا الحجامة مقابل 21.2% قالوا انهم استعملوها.

عملية الحجامة طريقة معالجة قديمة تسعى لانتزاع الدم الفاسد من جسم المريض ثبتت فائدتها في علاج الأمراض العضوية كالروماتيزم والام المفاصل وامراض القلب وآلام الرأس وغيرها وتبنتها منظمة الصحة العالمية بعد ان اثبتت فوائدها، وهذا ما دفع بالأطباء الأكاديميون إلى تعلمها والمعالجة بها مع العلم ان المجتمع الجزائري احتضن هذه الطريقة منذ القدم ولم تختفي يوما بل كان إستعمالها يتم على يد المعالجين الشعبيين والرقاة، ووجود نسبة 21.2% من المبحوثين سبق لهم إستعمالها مقابل 83.3% لم يسبق لهم إستعمالها كون معظم المبحوثين والمقدرة نسبتهم 68.85% تقل أعمارهم عن 40 سنة وهي مرحلة عمرية يتمتع خلالها الفرد بصحة وافرة مقارنة بأفراد آخرين في مراحل عمرية لاحقة.

ولمعرفة مدى وجود علاقة بين نوع اسر المبحوثين وممارسة الحجامة، قمنا بحساب معامل الاقتران، فوجدنا ق تساوي 0.28 مما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين. وبما أن عملية الحجامة كانت في مرحلة سابقة قبل تبنيها من الطب الأكاديمي اختصاص الرقاة والمعالجين الشعبيين حاولنا معرفة رأي المبحوثين حول القائم بها بالنسبة للذين سبق لهم إستعمالها فتم بناء الجدول التالي:

الجدول رقم (12): يبين نوع أسرة المبحوث واختيار القائم بالحجامة

القائم بالحجامة										اختيار القائم
المجموع		آخر		معالج شعبي		راقي		طبيب			نوع الأسرة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	57	7.01	4	47.36	27	35.08	20	10.52	6	أسرة ممتدة
100	42	4.76	2	28.57	12	26.19	11	40.47	17	أسرة نووية
100	99	6.06	6	39.39	39	31.31	31	23.23	23	المجموع

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة الذين سبق لهم القيام بالحجامة عند معالج شعبي بنسبة 39.39% مقابل 31.31% من الذين اختاروا القائم بها راقى شرعي في حين جاءت نسبة الذين كانت اجابتهم طبيب اكايمي 23.23% وقدرت نسبة من اختار آخر للقيام بها 6.06% .
وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على إختيار القائم بالحجامة وجدنا أن 47.36% من المبحوثين المقيمين في أسر ممتدة سبق لهم إستعمالها عند معالج شعبي و 35.08% سبق لهم إستعمالها عند راق شرعي و 10.52% سبق ان لهم إستعمالها عند طبيب أكاديمي.

ويختلف الأمر بالنسبة للمبحوثين المقيمين في أسر نووية، حيث ان 40.47% منهم سبق لهم إستعمالها عند طبيب أكاديمي و 28.57% سبق لهم إستعمالها عند معالج شعبي في حين قدرت نسبة الذين سبق لهم إستعمالها عند راقى شرعي و 26.19% .

ما يمكن استنتاجه ان نوعية الأسرة تؤثر إلى حد ما في توجه المبحوث واختياره لمعالج دون آخر وبما ان الحجامة هي موروث ثقافي متأصل في المعالجة الشعبية التقليدية نجد ان الأفراد

على دراية بفوائدها واعتادوا إستعمالها على يدي المعالجين الشعبيين الذين يتمتعون بمكانة وتقدير كبيرين بين الأفراد فنجد ان المنتمون للأسر الممتدة يوجهون أفراد اسرهم إلى ما تعودوا عليه في حياتهم وذكر أحد المبحوثين وهو صيدلاني اكاديمي انه توجه إلى منطقة بوسعادة رفقة جده المريض ليزور معالج شعبي مشهور بتجبير الكسور، واغتم الفرصة ليطلب من المعالج ان يقوم له بإستعمال الحجامه لأنه كان يشعر بالآلام في عضلة الكتف وتشنجات بسبب القيادة المستمرة، فأحس بعد ذلك بالراحة.

كما اعتاد العديد من الجزائريين على زيارة الرقاة الذين تضاعفت اعدادهم في السنوات الأخيرة والذين يقومون بعملية الحجامه كونها جزء مهم من السنة النبوية فبالإضافة إلى فوائدها الطبية فهي تسهل عمليات الحفظ وبالتالي العديد من المبحوثين يستعملونها.

بينما نجد ان أكبر نسبة من المنتمون للأسر النووية اختاروا ان يكون القائم بها طبيب اكاديمي وكان تفسيرهم لذلك ه واحترام عامل النظافة الذي يعتبر اساسي في أي معالجة ولكن هذا لا ينفي وجود نسبة معتبرة اختارت ان يكون القائم بها معالج شعبي، فالأمر يتوقف على توجهات شخصية ورؤية ذاتية للقائمين بها.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (نوع أسرة المبحوث وتفضيل قائم بالحجامه عن غيره) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 19.03 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 4 و χ^2 الجدولية 18.70 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

وفي نفس السياق من المعالجات الشعبية المرتبطة بالموروث الثقافي سألنا المبحوثين عن رأيهم في إستعمال المعالجة بالكي فكانت اجابتهم على النحو التالي:

الجدول رقم (13): يبين نوعية أسرة المبحوث وإستعماله للكي

إستعمال الكي						نوع الاسرة
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	216	89.8	194	10.2	22	أسرة ممتدة
100	252	92.9	234	7.1	18	أسرة نووية
100	468	91.5	428	8.5	40	المجموع

استنادا لما ورد في هذا الجدول من معطيات، نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو خانة المبحوثين الذين قالوا أنهم لم يسبق أن استعمالوا الكي حيث يمثلون 91.5%، مقابل 8.5% سبق لهم أن استعمالوه.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على إستعمال الحجامه وجدنا أن الاتجاه العام حافظ على مساره العام حيث 89.8% من المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا أنهم لم يستعملوا الكي، ولا يختلف الأمر بالنسبة للمبحوثين المقيمين في أسر نواتية، إذ 92.9% منهم قالوا أنهم لم يستعملوه.

بالرغم من ان عملية الكي نهى عنها الرسول الكريم إلا انها ضرورية في بعض الحالات المستعصية والمعالجين الشعبيين في المجتمع الجزائري ما زالوا يستعملونها وهي مطلوبة في بعض المناطق أكثر من غيرها ومن بين الأمراض التي تعالج بالكي الروماتيزم - النقرس وتجمع الماء في المفاصل، أما الأمراض النفسية التي تعالج بالكي في مرض -الخلعة - ويستعمل المعالج هذه الطريقة بتسخين اداة حديدية وضرب الاعضاء المصابة بسرعة فائقة فيجر جلد المريض دون ان يصاب بالحروق، وبالنسبة للجروح يستعمل الكي لتنظيف الجرح وتوقيف النزيف ولكنه نادر إستعماله في الوقت الحاضر.

الفصل الثاني: تحليل الفرضية الأولى

وإستعمال المعالجة بالكي منتشرة عبر عدد كبير من ولايات الوطن وانفردت ولاية غرداية بنسبة أكبر من مستعمليه والسبب يعود لتواجد مجموعة من المعالجين الشعبيين بهذه الطريقة في تلك المنطقة والمناطق المجاورة لها.

ولمعرفة مدى وجود علاقة بين نوع اسر المبحوثين وإستعمال الكي، قمنا بحساب معامل الاقتران، فوجدنا ق تساوي 0.19 مما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين. والمعالجة بالكي موجودة في الطب الأكاديمي ولكنها لا تتم بنفس الطريقة حيث الكي التقليدي يهدف إلى المعالجة الخارجية بينما الكي في الطب الحديث يستعمل داخليا وعادة ما يتم بعد استئصال اورام حيث يقوم الطبيب بكي المنطقة المستأصل منها الورم بإستعمال الكي لتجنب أي بقايا سرطانية.

الجدول رقم (14): يبين نوع أسرة المبحوث وعلاقته بالمعالجة بإستعمال القطع

المعالجة بالقطع												نوع أسرة المبحوث
المجموع		أكثر من اجابة		ليس لديه فكرة		سحر وشعوذة		خاطئة		صائبة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	216	1.9	4	49.5	107	6	13	7.9	17	34.7	75	اسرة ممتدة
100	252	2.8	7	57.5	145	6.3	16	9.5	24	23.8	60	اسرة نووية
100	468	2.4	11	53.8	252	6.2	29	8.8	41	28.8	135	المجموع

من خلال بيانات هذا الجدول نلاحظ أن الاتجاه العام يتجه نحو المبحوثين الذين ليس لهم فكرة عن عملية القطع بنسبة تقدر بـ 53.8% تليها بفارق معتبر فئة الذين قالوا أنه عملية صائبة بنسبة 28.8%، ثم فئة الذين قالوا انه عملية خاطئة بنسبة 8.8%، ثم الذين يرون انه سحر وشعوذة بنسبة 6.2%.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على البيانات السابقة وجدنا مواظبة على الاتجاه العام حيث أن 49.5% من المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا أنهم

يملكون فكرة عنه مقابل 6.3% قالوا انه سحر وشعوذة، ولا يختلف الأمر عند الأسرة النواة إذ أن 57.5% من المبحوثين قالوا أنهم لا يملكون فكرة مقابل 6.3% قالوا انه سحر وشعوذة.

تميز بعض المعالجين بالقدرة على علاج بعض الأمراض بالقطع وتتم هذه العملية بطرق عدة منها التدليك المستمر لأي عضو من الأعضاء بالزيت فيختفي على إثرها ومن بعدها المرض نهائياً أو جزئياً، من بين هذه الأمراض اللوزتين، الإكزيما، اليرقان أو البوصفاير، وبخصوص هذا الأخير سواء الذي يصيب الأم والمولود الجديد أو الذي يصيب الأشخاص الآخرين، فكثيراً ما يستعمل التشريط في مؤخرة الرأس كعلاج له، فيسيل جراء ذلك الدم الفاسد وعلى إثره يختفي المرض، وهذه الطريقة شائعة جداً وناجحة لحد ما.

كما تستعمل عملية القطع لعلاج اللقية وهي الغثيان وعدم الرغبة في الأكل والرغبة المستمرة في التقيؤ خاصة عند مشاهدة الغذاء، وغالباً ما تصيب الإنسان في المناسبات كالأعياد والأفراح، عندما يفرط في تناول الحلويات واللحوم، وفي هذه الحالة تقوم المعالجة بأخذ وشاح أحمر اللون وتبدأ بذكر بعض الكلمات وتقوم بتدويره خاصة عند الرأس وعلى مستوى المعدة ومن دون أن يتناول المريض أي دواء يحس بالتحسن.

وتشتهر عملية القطع كذلك في علاج عرق النسا الذي يصيب الجنسين والمعروف بالآلام الحادة وفي معظم الحالات يعجز الطب الحديث عن التوصل إلى حل فيتجه المرضى نحو المعالجين الشعبيين الذين يقومون بهذه العملية كل بطريقته المختلفة فمنهم من يستعمل جزءاً من الاعشاب ومنهم من يستعمل معدن ومنهم من يستعمل الدلك ومنهم من يستعمل النفط، وهذه الطريقة وان كانت لا تمت للمنطق بصلة إلا انها تجد لها صدى كبيراً بين أفراد المجتمع.

وليس بعيداً عن الاعشاب سألنا المبحوثين عن رأيهم في المعالجة بالبخور وان سبق لهم

المعالجة بها كانت إجابتهم مبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم (15): نوع أسرة المبحوث والمعالجة بإستعمال البخور

المعالجة بالبخور								المعالجة البخور نوع أسرة المبحوث
المجموع		ليس لديه فكرة + لم يجب		سحر وشعوذة		مفيد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	216	62	134	17.6	38	20.4	44	ممتدة
100	252	69.4	175	16.3	41	14.3	36	نووية
100	468	66	309	16.9	79	17.1	80	المجموع

استنادا لما ورد في هذا الجدول من معطيات، نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو خاتمة المبحوثين الذين قالوا أنهم ليس لديهم فكرة عن منافع أو مضار البخور حيث يمثلون 66% من المبحوثين تليها بفارق كبير فئة الذين قالوا أنهم يرون انه مفيد بنسبة 17.1% تليها فئة المبحوثين الذين قالوا انه سحر وشعوذة بنسبة 16.9%.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على رأي المبحوثين في إستعمال البخور للعلاج وجدنا أن الاتجاه العام حافظ على مساره العام حيث ان نسبة 62% من المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا أنهم ليس لديهم فكرة عنه مقابل 17.6% قالوا انه سحر وشعوذة، ولا يختلف الأمر بالنسبة للمبحوثين المقيمين في أسر نووية إذ 69.4 % منهم قالوا أنهم ليس لديهم فكرة مقابل قالوا انه مفيد 14.3%.

البخور المستعمل في المعالجة الشعبية ليس بالضرورة الذي يحول الفرد إلى شخص آخر بسبب الهلوسة التي تسببها الابخرة المختلفة والتي عادة ما يستعملها السحرة والدجالين ولكن المقصود بها هي ابخرة المواد التي تعمل على تهدئة الاعصاب وتحسين المزاج وأحيانا يكون مفعولها أكثر من مفعول الأدوية.

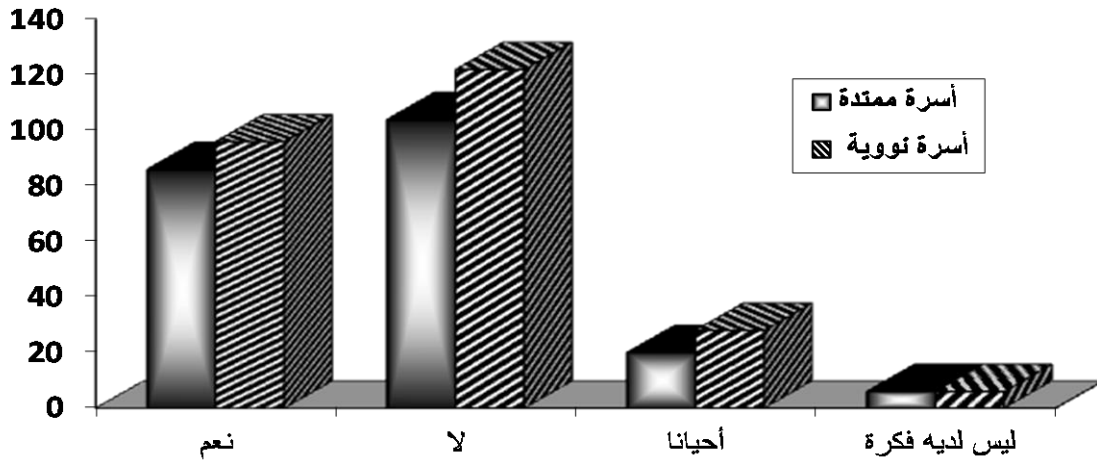
والعلاج بالبخور يتم باستخدام مستخلصات زيتية سهلة التطاير يتم الحصول عليها من النباتات أو أجزاء منها فمثلا رائحة القرنفل مضادة للتشنج وعند إضافتها إلى الشاي تؤدي إلى استرخاء الأعصاب.

فالروائح المنطلقة من بعض النباتات يكون لها تأثير ايجابي على الجسم من حيث المزاج ومقاومة الأمراض وتسكين الآلام.

لقد ارتبط إستعمال البخور بالسحر والدجل إلى وقت ليس ببعيد، وحتى في أيامنا هذه يظن الكثير ان إستعمالاته لا تكون إلا لغايات شريرة في حين هذه الطريقة لا تعتبر كذلك في المعالجات الشائعة في الطب البديل إذ تبين ان فوائده عظيمة لأنه يعطي طاقة إيجابية للجسم وقوة ودافعية للحياة.

وليس بعيدا عن إستعمال البخور في المعالجة الشعبية سألنا المبحوثين عن تقييمهم للعلاج الشعبي ومدى ارتباطه بالسحر فجاءت النتائج في التمثيل البياني التالي:

الشكل رقم (12): يبين نوع أسرة المبحوث وتقييمه (ارتباطه بالسحر) للعلاج الشعبي



استنادا لما ورد في الشكل البياني، نلاحظ أن 48.3% من المبحوثين المستجوبين قالوا أنهم يرون أن العلاج الشعبي لا يرتبط بالسحر والشعوذة، تليها فئة المبحوثين الذين يرون انه يرتبط بالسحر والشعوذة حيث يمثلون 38.9% تليها بفارق كبير فئة الذين قالوا انه يرتبط أحيانا بالسحر والشعوذة بنسبة 10.3%.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على رأي المبحوثين في ارتباط البخور بالشعوذة من عدمه وجدنا مواظبة على الاتجاه العام حيث 48.1% من المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا أنهم لا يرون أن الطب الشعبي مرتبط بالسحر والشعوذة مقابل 9.3% قالوا أنه يرتبط أحيانا بالسحر والشعوذة، ولا يختلف الأمر بالنسبة للمبحوثين المقيمين في أسر نواتيه إذ 48.4% منهم قالوا أنهم لا يرون أن الطب الشعبي مرتبط بالسحر والشعوذة مقابل 11.1% قالوا أنه يرتبط به أحيانا.

نظرة المبحوثين إلى الطب الشعبي تختلف حسب نوع المعالجة المتبعة فمن تقتصر إستعمالاته على الجانب العشبي العلاجي المستمد من التراث لا يمكن إعتباره سحرا بل هو خلاصة تجارب الذين سبقونا وهو ما كان منطلقا للصيدلة الحديثة المبنية اساسا على التجربة.

وبالنسبة للفئة التي ترى ان الطب الشعبي مرتبط بالسحر فموقفهم مبني على أساس ما يضاف للمعالجة الطبيعية من قراءات وطلاسم وحركات، فالكثير من مستعمليه يعتمدون على خطوات وطرق معينة يرتبط الكثير منها بالخرافة وأحيانا بالسحر، والجدير بالذكر ان الأفراد يتبعون هذه الخطوات عن جهل أصلها أو حكمها الشرعي وفي هذا الصدد ندرج مثالين من الواقع الجزائري يمارس بين الكثير من الناس بطريقة تلقائية في حين اصل هذه الافعال هو الجاهلية الأولى:

-المثال الأول يتمثل في الفعل الذي يقوم به الأطفال عندما يسقط السن اللبني، يطلب من الطفل الاحتفاظ به لليوم التالي حيث يتجه الفتى نحو مطلع الشمس ويخاطبها قائلا: 'خذي سن الحمار واعطني سن الغزال' ويرمي بالسن فوق سطح المنزل، فكأن الطفل من عبدة الشمس وهذا الأمر بالذات نهى عنه الرسول الكريم منذ أربعة عشر قرنا، فالعديد من الأولياء يوجهون ابناءهم نحو هذا السلوك الذي يعتبر شركا بالله.

-المثال الثاني والذي تقوم به بعض النسوة (الام - الجدة- الاخـت وأحيانا الاب) يتمثل في وضع خيط احمر على جبهة الطفل عندما يصاب بالشهقة لمنع استمرارها لمدة طويلة وبالرجوع لتاريخ الجاهلية الأولى كان الأولياء عندما يرزقون بمولود ذكر يقومون بذبح بعير عرفانا للآهة، ويقومون بوضع قطعة من قطن أبيض في دم الذبيحة وفي كل مرة يصاب المولود بالشهقة يقطعون جزءا من القطن الملطخ ويضعونه على جبهة المولود تحصينا له من عقاب الالهة. وكان هذا

يعتبر عقيدة المولود ولما جاء الإسلام منع كل ما هو شرك بالله وجعل للعقيدة احكام وسنن تتماشى مع تعاليم الإسلام.

العلاج الشعبي في المجتمع الجزائري يمكن تقسيمه إلى قسمين: الأول الذي يرتبط بالأعشاب العلاجية فقط فهو ظاهر خال من أي مس من السحر والثاني الذي يرتبط بممارسات وطقوس وحركات مشبوهة له علاقة بالخرافة التي توارثت ومورست إجتماعياً والتي يجهل العديد انها مرتبطة بالسحر وبالجاهلية الأولى.

وباستمرار الأفراد في البحث عن المعالجة كل حسب تفكيره ومعتقده، سالنا المبحوثين عن طلبهم للمعالجة من خلال زيارة اضرحة الأولياء الصالحين فكان الجدول التالي:

الجدول رقم (16): يبين نوع أسرة المبحوث والمعالجة (او التبرك) بزيارة الأضرحة

المعالجة بزيارة الأضرحة								زيارة الأضرحة نوع الاسرة
المجموع		لم يجب		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	216	3.7	8	84.7	183	11.6	25	أسرة ممتدة
100	252	1.2	3	85.3	215	13.5	34	أسرة نووية
100	468	2.4	11	85	398	12.6	59	المجموع

استنادا لما ورد في هذا الجدول من معطيات، نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو خانة المبحوثين الذين قالوا أنهم لم يسبق لهم زيارة الأضرحة حيث يمثلون 85% من المبحوثين مقابل 12.6% سبق لهم أن قاموا بزيارتها.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على زيارة الأضرحة وجدنا أن الاتجاه العام حافظ على مساره العام حيث 84.7% من المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا أنهم سبق لهم زيارتها مقابل 11.6% من المبحوثين قاموا بزيارتها، ولا يختلف الأمر بالنسبة

للمبحوثين المقيمين في أسر نواتية، اذ 85.3% منهم قالوا أنهم لم يقوموا بزيارة الأضرحة مقابل 13.5% من المبحوثين قاموا بزيارتها.

تختلف أسباب زيارة اضرحة الأولياء الصالحين من فرد لآخر حسب أسرة الإنتماء التي تعمل على ترسيخ هذا النوع وانواع أخرى من العادات الإجتماعية في أبناءها. تختلف مواعيد وفترات زيارة الأولياء حسب المناطق التي تتواجد فيها تلك الأضرحة وعادة ما تكون تلك الاوقات مرتبطة بأحداث سابقة لها علاقة بشخص الولي حين كان لا يزال على قيد الحياة، وغالباً ما تكون مرتبطة بنوع من الكرامات التي كانت سببا في جعل الولي محل زيارة اثناء حياته وبعد وفاته، وهذه المعلومات تتداول داخل اسوار الأسرة من طرف كبار السن فيتوارثها الابناء من بعدهم وتصبح زيارة الأضرحة عادة مستحبة للكثير من الأفراد.

الجدول رقم (17): يبين نوع أسرة المبحوث وعلاقته بزيارة الأضرحة والأولياء الصالحين مع متغير الحالة المدنية

زيارة الأضرحة								زيارة الأضرحة نوع الأسرة والحالة المدنية	
المجموع		لم يجب		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	161	3.7	6	87.6	141	8.7	14	أعزب	اسرة ممتدة
100	53	3.8	2	77.4	41	18.9	10	متزوج	
100	1			100	1			مطلق	
100	1					100	1	ارمل	
100	216	3.7	8	84.7	183	11.6	25	المجموع	
100	164	1.8	3	89.6	147	8.5	14	أعزب	اسرة نووية
100	82			78	64	22	18	متزوج	
100	3			66.7	2	33.3	1	مطلق	
100	3			66.7	2	33.3	1	ارمل	
100	252	1.2	3	85.3	215	13.5	34	المجموع	
100	468	2.4	11	85	398	12.6	59	المجموع الكلي	

استنادا لما ورد في هذا الجدول من معطيات، نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو خاتمة المبحوثين الذين قالوا أنهم لم يسبق لهم زيارة الأضرحة حيث يمثلون 85% من المبحوثين مقابل 12.6% سبق لهم أن قاموا بزيارتها.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على زيارة الأضرحة وجدنا أن الاتجاه العام حافظ على مساره العام حيث 84.7% من المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا

أنهم سبق لهم زيارتها مقابل 11.6% من المبحوثين قاموا بزيارتها، ولا يختلف الأمر بالنسبة للمبحوثين المقيمين في أسر نووية، إذ 85.3% منهم قالوا أنهم لم يقوموا بزيارة الأضرحة مقابل 13.5% من المبحوثين قاموا بزيارتها.

وبغية معرفة مدى ثبات النتائج أدخلنا الحالة العائلية للمبحوثين كمتغير رائر فتحصلنا على

ما يلي:

بالنسبة للمبحوثين المنتمين للأسر الممتدة:

6.87% من المبحوثين العازبين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة مقابل 8.7% من المبحوثين قالوا

أنهم سبق أن زاروها.

77.4% من المبحوثين المتزوجين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة مقابل 18.9% من المبحوثين

قالوا أنهم سبق أن زاروها

كل المبحوثين المطلقين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة في حين كل المبحوثين الأرامل سبق لهم

زيارة الأضرحة.

بالنسبة للمبحوثين المنتمون للأسر النووية:

89.6% من المبحوثين العازبين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة مقابل 8.5% من المبحوثين

قالوا أنهم سبق لهم زيارتها.

78% من المبحوثين المتزوجين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة مقابل 22% من المبحوثين قالوا

أنهم سبق لهم زيارتها.

66.7% من المبحوثين الأرامل أو المطلقين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة مقابل 33.3% من

المبحوثين قالوا أنهم سبق أن زاروها.

إن المغزى من زيارة اضرحة اولياء الله الصالحين يختلف من فرد لآخر، فمنهم من يعتبرها

عادة من العادات الإجتماعية وجب المحافظة عليها، ومنهم من يتوسل إلى الله بوجود وساطة الولي

لطلب الشفاء من الأمراض أو لإكتساب البركة، ومنهم من يعتبرها طريقة في تحصين الابناء

والاسر من المرض والعين والحسد، وفي مرات عديدة يقوم الأفراد بدعوات في تلك الأماكن فإذا ما

تحققت بقدرة قادر عادوا إلى نفس المكان وقدموا النذر الذي كانوا قد وعدوا به في المرات السابقة.

ان معظم حالات التوجه إلى اضرحة الأولياء الصالحين يكون لطلب مباركته للصحة والمال والابناء فالغاية من الزيارة طلب الشفاء للأمراض الجسدية والروحية والاجتماعية.

الجدول رقم (18): يبين نوع أسرة المبحوث وعلاقته بالعلاج في الحمامات

العلاج في الحمامات						العلاج في الحمامات	نوع الأسرة
المجموع		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	216	54.2	117	45.8	99	أسرة ممتدة	
100	252	57.9	146	42.1	106	أسرة نووية	
100	468	56.2	263	43.8	205	المجموع	

استنادا لما ورد في هذا الجدول من معطيات، نلاحظ أن اتجاهه العام يتجه نحو خانة المبحوثين الذين قالوا أنهم لم يسبق العلاج في الحمامات الطبيعية حيث يمثلون 56.2 %، مقابل 43.8% سبق لهم أن عالجوا فيها.

وعندما أدخلنا نوع الأسرة كمتغير مستقل لمعرفة مدى تأثيره على العلاج بالحمامات الطبيعية وجدنا أن الاتجاه العام حافظ على مسراه العام حيث 54.2% من المبحوثين المقيمون في أسر ممتدة قالوا أنهم لم يسبق لهم العلاج بالمياه الطبيعية للحمامات، ولا يختلف الأمر بالنسبة للمبحوثين المقيمين في أسر نووية إذ 57.9% منهم قالوا أنهم لم يسبق لهم العلاج بمياه الحمامات الطبيعية.

لا يتمكن العديد من الأفراد من التوجه إلى الحمامات الطبيعية بسبب بعد المسافة عن مقرات سكنهم لكن هذا لا ينفي ان العديد منهم يتوجه إلى الحمامات الساخنة المتوفرة في الاوساط الحضرية والتي يلجئون إليها خاصة في الفصول الباردة وتسمح لهم هذه المرافق من الاستفادة من عمليات التدليك التي يحضى بها الاشخاص مرة في الاسبوع، فالحمامات المعدنية هي وجهة المرضى والمصابين وبما ان كل مرفق من هذه المرافق يتميز بخصوصية معينة في علاج بعض

الأمراض فإن التوجه إليه يكون لضرورة صحية بحتة وهذا لا يمنع من الاستفادة من الترفيه والاستجمام خاصة وان تلك الحمامات تقع في مناطق طبيعية صافية وخالية من التلوث البيئي.

استنتاج الفرضية الأولى:

ناقشت هذه الفرضية علاقة نوع أسرة المبحوث بتوجه نحو إستعمال المعالجات الشعبية بنوعها الطبيعي والغبيي.

اتضح ان العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغبيي يلقي اقبالا واسعا لدى المبحوثين وذلك من خلال دراسة مؤشرات الفرضية فكانت النتائج على النحو التالي:

-المعالجة الشعبية الطبيعية:

بالنسبة لتأثير الأسرة على نوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية اتضح ان أكثر الأمراض المعالجة هي الأمراض العضوية الدورية والموسمية والنسبة كانت رائدة في كلى النوعين ومتقاربة إلى حد ما، كما ان المرشد للمعالجة كان أحد أفراد العائلة بأكبر نسبة في كلاهما.

وبالنسبة لمتعلمي العلاج الشعبي بعد الزواج أكبر نسبة اختص بها مبحوثي الأسر النووية والتعقيب الذ يمكن ان نذكره هو كون المبحوث الذي نشأ في أسرة ممتدة على دراية ببعض الطرق العلاجية الشعبية الاساسية في الصيرورة الحياتية لأفراد الأسرة والتي تتعاقب وتنتقل من جيل إلى جيل خاصة وان الأسرة الممتدة عادة ما تتفرع افقيا وعموديا وبالتالي ما تعلمه مبحوثي الأسر النووية بعد الزواج هو حق مكتسب ضمنا لأفراد الأسر الممتدة لذلك جاءت اجابة البعض منهم انهم لم يحصلوا على اضافات لمعلوماتهم العلاجية الشعبية.

وبالنسبة للإستعمالات العلاجية الخاصة بالمواليد الجدد فإن المنتمون لنوعي الأسرة الممتدة والنووية يستعملون معظم العلاجات وتتراوح أكثر الاختيارات بين جميع الإستعمالات والبعض منها كل حسب المنطقة التي ينحدر منها، وفي نفس الاتجاه نجد ان أفراد الأسرة الجزائرية بنوعها الممتد والنووي يفضلون إستعمال العلاج العشبي الطبيعي المتمثل اساسا في المناقيع والزيتون للمواليد الجدد لأنهم يدركون بحكم التجربة الشخصية أو الاسرية ان لا اضرار جانبية فيها.

- المعالجة الشعبية الغيبية:

بنفس طريقة التحليل اتضح ان كلى الاسرتين الممتدة والنووية تفضل رقية الابناء ويفضل معظم المبحوثين ان يكون القائم بها أمام مسجد ولكن هذا لم يمنع من ان تكون بقية النسب متقاربة لبقية الاختيارات المطروحة، في حين اتفق المبحوثين المنتمون لنوعي الأسرة تفضيل زيارة راقبي عندما لا تتجلى اعراض المرض بوضوح بل تكون عبارة عن ارق وقلق وارهاق دون سبب واضح.

ما يمكن استخلاصه من تحليل مؤشرات الفرضية ان الإستعمالات العلاجية الشعبية والغيبية لا تتأثر بنوع الأسرة أو بالأحرى التقسيم الذي وضع للأسرة بين ممتدة ونوية لا يتناسب مع الواقع المعاش في المجتمع الجزائري، فلا وجود لأسرة ممتدة بحتة ولا لأسرة نوية بحتة. فالأسرة الممتدة بإمكانها ان تضم عددا من الأسر الفرعية بين احضان اسوارها دون ان يكون هناك تواصل بين أفرادها في حين ان الأسرة النوية المتواجدة على مسافات بعيدة عن العائلة تكون أكثر تواملا مع الأسرة الممتدة وهذا ما تمت الإشارة إليه في الجانب النظري وعليه يمكن القول ان:

نشأة الفرد وانتماءه لأسرة ممتدة ليس بالضرورة دافعا لإتباع العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغبيي.

الفصل الثالث: الفرضية الثانية

إستعمال العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغبي مرجعية أساسية لكل أفراد المجتمع ويزيد كلما إنخفض المركز الإجماعي للأفراد.

وندرس فيها إستعمال العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغبي مع:

1- المستوى التعليمي للمبجوثين

2- وظيفة المبجوثين

3- المستوى الإقتصادي للأسرة

جدول رقم (19): يبين المستوى التعليمي للمبحوثين ونوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية

نوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية										الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية	المستوى التعليمي
المجموع		معالجة أكثر من مرض		الأمراض النفسية		العضوية (وقتية أو دورية)		الأمراض المزمنة			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	2	50	1			50	1			أمي	
100	19	36.8	7			52.6	10	10.5	2	ابتدائي	
100	44	18.2	8	2.3	1	70.5	31	9.1	4	متوسط	
100	114	14.9	17	1.8	2	78.9	90	4.4	5	ثانوي	
100	289	25.3	73	2.8	8	66.1	191	5.9	17	جامعي	
100	468	22.6	106	2.4	11	69	323	6	28	المجموع	

تبين القراءة الاحصائية الأولية للجدول ان الاتجاه العام له يصب في خانة المبحوثين الذين يستعملون العلاج الشعبي لعلاج أمراض عضوية وقتية أو موسمية وهذا بنسبة 69% تليها نسبة فئة المبحوثين الذين يستعملون هذه المعالجة لأكثر من سبب (مرض) بنسبة 22.6% متبوعة بفئة المعالجين للأمراض المزمنة بنسبة 6%.

ولمعرفة تأثير المتغير المستقل على نوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية تبين أن الجدول حافظ على مساره بحيث انه مهما تغير المستوى التعليمي إلا ان المرض الأكثر معالجة هو المرض العضوي الوقتي أو الدوري ويلييه أكثر من مرض، فنجد انه بالنسبة لفئة – أمي جاءت النسبة متساوية لنوعي المرض (العضوي الدوري وأكثر من مرض) قدرت ب 50 %، و قدرت نسبة معالجي الأمراض العضوية 52.6% بالنسبة لذوي المستوى الابتدائي مقابل 36.8% لمعالجي أكثر من مرض بالطريقة الشعبية في حين جاءت نسبة معالجي الأمراض المزمنة 10.5%.

أما فئة ذوي المستوى المتوسط فكانت أعلى نسبة لمعالجي الأمراض الوقائية أو الدورية والمقدرة ب 70.5% مقابل 2.3% من معالجي الأمراض النفسية، والامر نفسه ملاحظ عند فئة المستوى الثانوي إذ نجد 78.9% هي نسبة المعالجين للأمراض الوقائية أو الدورية مقابل 1.8% من معالجي الأمراض النفسية.

وفي نفس الاتجاه كانت فئة الجامعيين إذ حظى معالجي الأمراض الوقائية والدورية بنسبة 66.1% مقابل 2.8% لمعالجي الأمراض النفسية وجاءت نسبة لمعالجي الأمراض المزمنة مقدرة ب 5.9%.

يؤكد المبحوثين على إختلاف مستوياتهم العلمية ان العودة للطبيعة ولمحتوياتها العلاجية امر اعتيادي، يبدأ بأبسط الأمراض كآلام المعدة وانتفاخ القولون والام الحيض وأوجاع المخاض وافضل علاج حسب رأي العديد من المبحوثين هو إستعمال منقوع النعناع، الذي يعتبر من أعشاب المطبخ والتي لها العديد من الفوائد كإزالة تشنجات البطن، ويساعد فى علاج الغثيان والانتفاخ فيساعد على التخلص من الغازات، ويعمل على تحفيز الجهاز الهضمي، ونفس الأمر متبع لعلاج أنواع اخرى من الأمراض المزمنة، فوجد مثلا مرضى السكري يستعملون اوراق الزيتون لخفض تركيز نسبة السكر في الدم، ولعلاج الأمراض النفسية اكد العديد من المبحوثين انهم اضافة لإستعمال العلاج بالقرآن، يستعملون بعض المناقيع والزيوت المستخلصة من النباتات، كزيت الزيتون وزيت الحبة السوداء وزيت الصبار، وتتميز هذه الزيوت بتهدئة الاعصاب وبالتالي الوصول إلى الراحة النفسية، فاتضح من خلال تحليل الاستمارات ان لكل اصابة علاجها الخاص بها.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (نوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية والمستوى التعليمي) قمنا بحساب كا² فوجدنا ان قيمة كا² المحسوبة 12.75 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 12 وكا² الجدولية 12.32 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين نوعية المستوى التعليمي ونوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية.

ولمعرفة مدى تأثير الوظيفة التي يمارسها المبحوث على إتباعه للمعالجة الشعبية لعلاج نوع من أنواع الأمراض المذكورة أنفا يتوضح ذلك في الجدول التالي:

الجدول رقم (20): يبين وظيفة المبحوثين ونوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية										الأمراض المعالجة الوظيفية
المجموع		معالجة أكثر من مرض		الأمراض النفسية		الأمراض العضوية (الوقائية/الموسمية)		الأمرا ض المزمنة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	69	27.5	19	2.9	2	66.7	46	2.9	2	اطار سامي
100	100	27	27			65	65	8	8	موظف
100	16	31.3	5			56.3	9	12.5	2	تاجر
100	15	20	3	6.7	1	66.7	10	6.7	1	شبكة+عقود ما قبل التشغيل
100	93	18.3	17	6.5	6	68.6	64	6.5	6	متقاعد+عامل يومي + آخر
100	175	20	35	1.1	2	73.7	129	5.1	9	طالب + بطال
100	468	22.6	106	2.4	11	69	323	6	28	المجموع

تبين القراءة الاحصائية الأولية للجدول ان الاتجاه العام له يصب دائما في خانة المبحوثين الذين يستعملون العلاج الشعبي لعلاج أمراض عضوية دورية أو موسمية وهذا بنسبة 69% تليها نسبة فئة المبحوثين الذين يستعملون هذه المعالجة لأكثر من سبب (مرض) بقيمة 22.6% متبوعة بفئة المعالجين للأمراض المزمنة بنسبة 6%.

لمعرفة تأثير المتغير المستقل - وظيفة المبحوث - على نوعية الأمراض الأكثر معالجة بالطريقة الشعبية تبين أن فئة الاطارات السامية تستعمل العلاج الشعبي لعلاج الأمراض العضوية الموسمية أو الدورية بنسبة 66.7%

تليها نسبة 27.5% لمعالجي أكثر من مرض مقابل 2.9% لمعالجي كل من الأمراض النفسية والأمراض المزمنة، في حين جاءت فئة الموظفين بنسبة 65% من معالجي الأمراض الموسمية والدورية تليها نسبة علاج أكثر من مرض والمقدرة بـ 27% مقابل 08% من معالجي الأمراض المزمنة.

وجاءت نسبة فئة التجار مقدرة بـ 56.3% لمعالجي الأمراض الدورية أو الموسمية مقابل نسبة 31.3% معالجي أكثر من مرض في حين بلغت معالجي الأمراض المزمنة 12.5%. حضرت فئة الشبكة الإجتماعية + عقود ما قبل التشغيل بنسبة 66.7% من معالجي الأمراض الموسمية والوقتية تليها نسبة 20% لكل من معالجي أكثر من مرض مقابل نسبة متساوية لمعالجي الأمراض النفسية والمزمنة والمقدرة بـ 6.7%، أما فئة المتقاعدين والعمال باليوم فكانت النسبة 68.8% من معالجي الأمراض الموسمية والوقتية مقابل 18.3% من معالجي أكثر من مرض في حين قدرت نسبة معالجي الأمراض النفسية والمزمنة بـ 6.5%.

وآخر فئة والتي اقتص بها الطلاب والبطالين بنسبة 73.7% لمعالجي الأمراض الموسمية والدورية تليها نسبة معالجي أكثر من مرض بنسبة 20% مقابل 5.5% نسبة معالجي الأمراض المزمنة.

يستند الأفراد على إختلاف مهنتهم بالعلاج الشعبي التقليدي لعلاج مجموعة من الأمراض التي يتعرضون لها ومعظمها الأمراض الدورية والموسمية وأحياناً أخرى امراضا عضوية وقتية أو مزمنة، فالعلاج بهذه الطريقة يكون اوليا لمدة معينة في انتظار زيارة طبيب اكايمي أو يتم إستعمالها حتى الشفاء ولكن لما يتعلق الأمر بالأمراض الخطيرة فإنها تستدعي اللجوء إلى المستشفى دون محاولة المرور بالمعالجة الشعبية كالحالات الجراحية أو الحروق الخطيرة أو الكسور.

أوضحت اراء بعض المبحوثين سبب إستعمالهم للمعالجة الشعبية أولاً (قبل زيارة الطبيب الاكاديمي) إذ أجاب أحد هم وهو تاجر قائلًا: اتعرض كثيرا لآلام في المعدة وانتفاخ في الكولون بسبب الاكل السريع والقلق في تسيير امور تجارتي لهذا امتنع في كثير من الأحيان عن تناول ادوية صيدلانية لأنني مصاب بالقرحة المعدية فاستعمل المناقيع كالنعناع وبذور البسباس بكثرة وفي كثير من الأحيان اضطر لشربها باردة ومع ذلك اجد راحتي في تناولها.

وذكرت مبحوثة اخرى وهي اطار سامي في مؤسسة وطنية انها تفضل إستعمال العلاج الشعبي لعلاج فقر الدم لأنها تتحصل عليه بدون معاناة وبدون الانتقال إلى الطبيب الذي يستغرق زيارته وقتا في الذهاب والاياب وفي قاعة الانتظار في حين مادة بسيطة كعسل النحل ممزوج بحبات العدس تحضره لي والدتي ارتاح لتناوله وتفتح شهيتي ولا اصاب بالإمساك كما يحصل لي

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

عند تناول العلاج الصيدلاني لذلك إذا وجدت العلاج الشعبي مفيدا فلن استعمل العلاج الحديث إلا في الحالات الخطيرة.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (وظيفة المبحوث ونوعية الأمراض المعالجة) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 19.89 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 15 و χ^2 الجدولية 19.60 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين وظيفة المبحوث ونوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية.

ولمعرفة مدى تأثير المستوى الإقتصادي للمبحوث على إستعماله للمعالجة الشعبية تم تشكيل الجدول التالي:

جدول رقم (21): يبين المستوى المعيشي لأسر المبحوثين ونوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية

الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية										الأمراض المعالجة	المستوى المعيشي للأسرة
المجموع		معالجة أكثر من مرض		الأمراض النفسية		الأمراض العضوية (الوقتية/الموسمية)		الأمراض المزمنة			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	7	14.3	1			85.7	6			أسرة فقيرة	
100	315	23.8	75	2.2	7	67.9	214	6	19	أسرة متوسطة الدخل	
100	146	20.5	30	2.7	4	70.5	103	6.2	9	أسرة مقتدرة (غنية)	
100	468	22.6	106	2.4	11	69	323	6	28	المجموع الكلي	

تبين القراءة الاحصائية الأولية للجدول ان الاتجاه العام له يصب في خانة المبحوثين الذين يستعملون العلاج الشعبي لعلاج أمراض وقتية أو موسمية وهذا بنسبة 69% تليها نسبة فئة المبحوثين الذين يستعملون هذه المعالجة لأكثر من سبب (مرض) بقيمة 22.6% متبوعة بفئة المعالجين للأمراض المزمنة بنسبة 6%.

وبإدخال المتغير المستقل المتمثل في - المستوى الإقتصادي للأسرة - اتضح ان 85.7% من معالجي الأمراض العضوية الموسمية ينتمون إلى اسر فقيرة مقابل 14.3% لمعالجي أكثر من مرض.

في حين جاءت نسبة معالجي الأمراض العضوية الوقئية والدورية 70.5% مقابل 20.5% لمستعملي العلاج الشعبي لمعالجة أكثر من مرض أو اصابة في حين قدرت النسبة 6.2% لمعالجي الأمراض المزمنة.

وبخصوص فئة الأسر المتوسطة الدخل جاءت نسبة معالجي الأمراض الوقئية والدورية مساوية لـ 67.9% مقابل 2.2% من معالجي الأمراض النفسية.

الاعتماد على المعالجة الشعبية مرجعية الأفراد في المجتمع الجزائري، وليست لها علاقة بالفقر والعوز أو الغنى وإنما يعتمد عليها الأفراد كلما دعت الحاجة إلى ذلك، والأمراض الأكثر معالجة هي الأمراض الوقئية والدورية والمتمثلة عادة في اوجاع البطن والظهر وانفلونزا الموسمية وآلام الراس وتشنجات المعدة، كما تجد الأمراض العضوية المزمنة نصيبها في المعالجة الشعبية، وأكثرها داء السكري والربو والضغط الدموي وآلام المفاصل المزمن.

وبخصوص الأمراض النفسية التي تعالج بالطريقة الشعبية القلق والخوف والارق، كلها امراض يُستعمل لعلاجها بعض المناقيع التي تعمل على تهدئة الاعصاب واسترخاء العضلات، منها نبات المعدنوس والزعتر والزنجبيل وكذا تناول الحليب قبل النوم.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (المستوى الإقتصادي للأسرة ونوعية الأمراض المعالجة) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 2.38 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 6 و χ^2 الجدولية 1.78 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

ولمعرفة ان كانت فئة المتزوجون من المبحوثين قد تعلموا بحكم الاحتكاك والتعايش داخل

أسرة الزوج (الزوجة) طريقة علاج جديدة تم بناء الجدول التالي:

الجدول رقم (22): المستوى التعليمي للمبحوث وتعلم طريقة علاج جديدة في أسرة الزوج (الزوجة)

تعلم علاج جديد في أسرة الزوج (الزوجة)						تعلم علاج جديد المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	1	100	1			أمي
100	13	7.69	1	92.30	12	ابتدائي
100	21	42.85	9	57.14	12	متوسط
100	36	36.11	13	63.88	23	ثانوي
100	72	29.16	21	70.83	51	جامعي
100	143	31.46	45	68.53	98	المجموع

القراءة الاحصائية للجدول اعلاه تبين ان اتجاهه العام نحو 68.53% من المبحوثين المتزوجين الذين تعلموا طريقة علاج جديدة في الأسرة الجديدة (أسرة الزوج أو الزوجة) مقابل 31.46% من المبحوثين المتزوجين الذين لم يتعلموا.

وبإدخال المتغير المستقل -المستوى التعليمي- اتضح ان 92.30% من الذين تعلموا طريقة علاج جديدة في أسرة الزوج (الزوجة) مستواهم التعليمي لم يتعدى المرحلة الابتدائية في حين ثاني اعلى نسبة من هؤلاء كانت من نصيب فئة الجامعيين والمقدرة بـ 70.83% وببقية المستويات (الثانوي والمتوسط) جاءت النسب الخاصة بهم متقاربة وكانت على التوالي 63.88% و57.14%.

إن تواجد الزوجة في بيت الزوج وتعايشها مع أسرة جديدة وأحياناً يكون الزوجان من بيئتين مختلفتين بحكم الإنتماء الجغرافي لكل منها يجعل الاحتكاك بينهما والمعايشة بين الزوجين

واسرتهما تولد علاقات جديدة ومعارف جديدة من بين هذه المعارف طرق المعالجة الشعبية التي يمكن ان توجد في أسرة الزوج ولا تعرفها أسرة الزوجة والعكس صحيح. وبما أن المعالجة الشعبية الموروثة تمارس داخل احضان الأسرة أولاً قبل طلب المساعدة من المختصين في المجال العلاجي الشعبي فبإمكان أي من أفراد الأسرة اتباعها والمعالجة بها وعادة ما تكون لعلاج مشاكل صحية بسيطة وإستعمالاتها غالباً ما تكون مفيدة وبدون اعراض جانبية. ذكرت احدى المبحوثات وهي ابنة لام اجنبية انها لو لم تعش مع أسرة زوجها لما تعلمت التقميط وإستعمال المناقيع ولا أي من الإستعمالات الخاصة بالمواليد الجدد وذكرت ان الاهتمام بالمولود في الأسرة الجزائرية له طعم واحساس مختلف تماماً عنه في الأسرة الغربية.

ولقد اتضح ان معظم المبحوثين (نساء ورجال) المتزوجون تعلموا طريقة علاجية جديدة في الأسرة الزوجية سواء كانت مفيدة أو غير مفيدة، ولمعرفة إستعمال أو عدم إستعمال المعالجة التي تعلمها المبحوثين حسب مستواهم التعليمي فكانت اجابتهم في الجدول التالي:

جدول رقم (23): يبين المستوى التعليمي للمبحوث وطريقة تعلم علاج جديد في أسرة الزوج (الزوجة)

طريقة تعلم العلاج الجديد في أسرة الزوج (الزوجة)										طريقة تعلم العلاج
المجموع		بدون اجابة		لم يتعلم		غير مباشرة		مباشرة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	المستوى التعليمي
100	1			100	1					
100	13			7.69	1	38.46	5	53.84		ابتدائي
100	21			42.85	9	14.28	3	42.85		متوسط
100	36			33.33	2	25	1	1.66	5	ثانوي
100	36	38		9.16	1	30.55	2	8.88	8	جامعي
100	43	0.69	1	0.76	4	7.27	9	1.25	9	المجموع

الجدول خاص بالمبحوثين المتزوجين

القراءة الإحصائية للجدول اعلاه تبين ان اتجاهه العام دائما نحو 68.53% من المبحوثين الذين تعلموا طريقة علاج جديدة في أسرة الزوج (الزوجة) لكن بنسب متفاوتة بين المتعلمين لهذه المعالجة إذ قدرت نسبة المتعلمين بطريقة مباشرة 41.25% مقابل 27.27% من تعلموها بطريقة غير مباشرة.

وبإدخال المتغير المستقل المستوى التعليمي تبين ان ذوي المستوى الابتدائي هم الأكثر قبولاً لتعلم المعالجة الجديدة بنسبة 53.84% مقابل 38.46% من نفس المستوى من تعلموها بطريقة غير مباشرة، في حين كان نصيب الفئة الجامعية بأدنى قيمة والمقدرة بـ 38.88% من تعلموها بطريقة مباشرة مقابل 30.55% تعلموا طريقة المعالجة الشعبية بطريقة غير مباشرة. عادة ما يلجأ الأفراد للقيام بأعمال تعودوا عليها بحكم تواجدهم في محيط عائلي معين، كطريقة ترتيب اثاث البيت أو طريقة تحضير اطباق غذائية معينة إضافة توابل معينة، كل حسب منطقته وعادات عائلته، نفس الأمر ملاحظ في طريقة إتباع المعالجة الشعبية التي يطبقها البعض

كما تعلموها ويطبقها البعض الآخر بعد اضافات معينة أو إنقاصات معينة، كلٌ حسب ما يرجوه من المعالجة ولقد تبين ان ذوي المستوى الابتدائي هم أكثر الأفراد إرتباطاً بما تعلموه، ويعملون جاهدين من أجل تطبيقه دون تغيير أو تعديل، وذكرت إحدى المبحوثات انها كلما قامت بالأمر بطريقة امها وجدتها وحماها احست أكثر بالطمأنينة والراحة، وكان العلاج أكثر فائدة واكدت انها تحس في داخلها بمباركة الاجداد.

وبالنسبة لذوي المستوى الجامعي فإن معظمهم يفضل انتقاء ما تعلموه سواء كان بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، فمستواهم العلمي يسمح لهم بالتنقيص والبحث عن جدوى أو عدم جدوى بعض العلاجات، والتي غالباً ما تكون ذات صلة بالخرافة أو بالسحر إذ ينتقون الجزء العلاجي الطبيعي ويتخلصون من الجزء الغيبي الخرافي.

ولمعرفة تأثير وظيفة المبحوثين بتطبيق المعالجة المكتسبة من الأسرة (سواء الزوج أو الزوجة) قمنا بتشكيل الجدول التالي:

الجدول رقم (24): يبين مهنة المبحوثين وعلاقتها بإستعمال أو عدم إستعمال المعالجة التي تعلموها في الأسرة الزوجية

إستعمال المعالجة التي تعلموها						المعالجة التي تعلموها	الوظيفة
المجموع		لم يسبق إستعمالها		سبق إستعمالها			
%	ك	%	ك	%	ك		
100	21	14.28	3	85.71	18	اطار سامي	
100	31	6.45	2	93.54	29	موظف	
100	5		-	100	5	تاجر	
100	6		-	100	6	شبكة+عقود ما قبل التشغيل	
100	12	8.33	1	91.66	11	متقاعد+عامل يومي + آخر	
100	23	4.34	1	95.65	22	طالب + بطال	
100	98	7.14	7	92.85	91	المجموع	

الجدول يخص المتزوجين فقط

تبين القراءة الاحصائية الأولية للجدول ان الاتجاه العام له يصب في خانة المبحوثين الذين سبق لهم إستعمال المعالجة الشعبية التي تعلموها في الأسرة الزوجية بنسبة 92.85% مقابل 7.14% من تعلموا طريقة المعالجة الشعبية ولكنهم لم يستعملوها. تساوت النسبة بين فئة التجار وفئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل عند القيمة 100% للمبحوثين الذين تعلموا المعالجة الشعبية وطبقوها في حياتهم اليومية.

95.65% هي نسبة الذين تعلموا طريقة المعالجة واستعملوها من فئة الطلبة والبطالين مقابل 4.34% من تعلموها ولم يستعملوها في حياتهم اليومية.

93.54% هي نسبة الذين تعلموا طريقة المعالجة واستعملوها من فئة الموظفين مقابل 6.45% من تعلموها ولم يستعملوها في حياتهم اليومية.

91.66% هي نسبة الذين تعلموا طريقة المعالجة واستعملوها من فئة المتقاعدين والعمال باليوم مقابل 8.33% من تعلموها ولم يستعملوها في حياتهم اليومية.

85.71% هي نسبة الذين تعلموا طريقة المعالجة واستعملوها من الاطارات السامية مقابل 14.28% من تعلموها ولم يستعملوها في حياتهم اليومية.

معظم المبحوثين الذين تعلموا طريقة معالجة شعبية في الأسرة الزوجية قاموا بإستعمالها في حياتهم اليومية، ومن لم يستعملها جملة يستعملها تفصيلا، كالمناقيع والزيتون وحتى الحناء التي تعطي مزاجا ايجابيا لمستعملاتها وفي احيان كثيرة لمستعملها الرجال إذ ذكرت عدة مبحوثات انها تكتسب طاقة ايجابية كلما استعملت هذه المادة ولا يقتصر إستعمالها على المناسبات والاعياد فقط كما هو شائع في بعض الاوساط، فهذه المادة التي تصنف للعامه انها زينة فقط لكن فوائدها العلاجية كبيرة، إذ ذكرت لنا احدى المبحوثات من ولاية المدية ان الحنة تستعمل مع مادة الكمون والحلبة وتخلط بزيت الزيتون وماء الورد وتوضع كلبخة فوق الجمجمة لتخفيض درجة حرارة الرضع، وتستعمل مع مادة الحرمل والزعتر البري وتخلط بزيت الزيتون وتربط على المفاصل لعلاج الآلام الحادة والمزمنة، كما تستعمل منفردة لعلاج انتفاخ القدمين والالتهابات التي تنشأ بين الاصابع خاصة في فصل الشتاء.

الجدول رقم (25): يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته بإستعمال

الوصفات العلاجية الشعبية للمولود

إستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود														إستعمال الوصفات المستوى التعليمي
المجموع		كل الاستعمالات		المنافع		الحناء		الكحل		الزيت		التقميط		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	2	100	2											أمي
100	19	78.9	15	15.8	3					5.3	1			ابتدائي
100	44	77.3	34	15.9	7			4.5	2			2.3	1	متوسط
100	114	52.6	60	30.7	35	4.4	5	4.4	5	5.3	6	2.6	3	ثانوي
100	289	65.4	189	23.5	68	3.8	11	3.5	10	1.4	4	2.4	7	جامعي
100	468	64.1	300	24.1	13	3.4	16	3.6	17	2.4	11	2.4	11	المجموع

الإتجاه العام لهذا الجدول يصب في خانة المبحوثين الذين اجابوا بأنهم يتبعون جميع الإستعمالات بنسبة 64.1% في حين ان المبحوثين الذين يستعملون هذه الطرق التقليدية في التكفل بالمولود الجديد مقابل 24.1% ممن يستعملون المناقيع فقط، أما بقية النسب فقد تراوحت بين 2.4% و 3.6% بالنسبة لمستعملي (التقميط فقط - الكحل فقط - الزيت فقط أو الحناء).

ولمعرفة مدى تأثير المستوى التعليمي على توجهات الأسر نحو هذه الإستعمالات الشعبية تبين ان نسبة 100% من متبعي كل الإستعمالات هم من فئة الاميين.

78.9% من مستعملي كل العلاجات الخاصة بالمولود الجديد اختصت بها فئة المستوى الابتدائي مقابل 15.8% لمستعملي المناقيع فقط و 5.3% لمستعملي الزيت فقط.

77.3% من مستعملي كل العلاجات هي من نصيب فئة المبحوثين ذوي المستوى المتوسط مقابل 15.9% لمستعملي المناقيع فقط و قدرت نسبة مستعملي الكحل 4.5%.

52.6% من مستعملي كل العلاجات اختص بها المبحوثون ذوا المستوى الثانوي مقابل 2.6 من مستعملي التقميط فقط و 18.4% لمستعملي المناقيع فقط.

أما اصحاب المستوى الجامعي فلقد قدرت نسبة 65.4% من مستعملي كل العلاجات مقابل 23.5% لمستعملي المناقيع فقط في حين النسبة لم تتعدى 4% لكل من مستعملي الزيت فقط أو الكحل فقط أو الحناء فقط أو التقميط فقط.

يتجسد العلاج الشعبي في المجتمع الجزائري في طريقة الاهتمام بالمولود الجديد الذي يفضل معظم الأولياء إتباعه كونه خال من الخطورة والاعراض الجانبية عكس العلاج الصيدلاني، كما تعمل المعالجة الشعبية على تقوية جهاز مناعة المولود الجديد بدءا بالرضاعة الطبيعية التي اكدت كل الدراسات الحديثة فائدتها، وبخصوص الإستعمالات العلاجية اتضح ان معظم المبحوثين يتبعون كل الإستعمالات (التقميط - الكحل - المناقيع - الزيت - الحناء) وهذا بغض النظر عن مستواهم التعليمي، ويعود ذلك كون هذه الإستعمالات تحافظ في مجملها على صحة المولود مع بعض التحفظات على إستعمال الكحل الذي لم تعد هناك ثقة في من ينتجه عكس ما كان عليه الوضع فيما سبق، لان اضافة بعض المواد بكميات متفاوتة كالرصاص قد تضر بالعين، كما ان إستعمال التقميط إنخفض عما كان عليه وفي المجمل فإن المبحوثين الذين يستعملون بين 2 و 4 أنواع عادة ما يستثنون الكحل والحناء، مع العلم ان الحناء هي أكثر الطرق نجاعة في التخلص من

اظافر المولود التي كثيرا ما تجرح وجهه نتيجة التحركات العشوائية للذراعين وهذا ما يدفع العديد من الامهات (بطلب من الجدات) لإستعمال التقييط.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (المستوى التعليمي للمبحوث والعلاجات الشعبية الخاصة بالمولود الجديد) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 24.29 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 20 و χ^2 الجدولية 20.30 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم (26): يبين وظيفة المبحوثين وعلاقته بإستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود

إستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود														إستعمال الوصفات وظيفة المبحوثين
المجموع		كل الاستعمالات		المناطق		الحناء		الكحل		الزيت		التقسيط		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	69	72.5	50	17.4	12	2.9	2	4.3	3			2.9	2	اطار سامي
100	100	57	57	28	28	5	5	6	6	2	2	2	2	موظف
100	16	37.5	6	43.8	7	12.5	2	6.3	1					تاجر
100	15	53.3	8	26.7	4	6.7	1	13.3	2					شبكة+ع/ق التشغيل
100	93	63.4	59	19.4	18	3.2	3	4.3	4	3.4	4	5.4	5	متقاعد+عامل يومي + آخر
100	175	68.6	120	25.1	44	1.7	3	0.6	1	2.9	5	1.1	2	طالب + بطال
100	468	64.1	300	24.1	113	3.4	16	3.6	17	2.4	11	2.4	11	المجموع

بنفس طريقة القراءة السابقة للجدول فلقد حافظ على نفس اتجاهه وعند ادخال المتغير المستقل المتمثل في وظيفة المبحوث كانت النتائج كالاتي:

72.5% نسبة مستعملي كل أنواع العلاجات الشعبية للمولود الجديد الخاصة بفئة الاطارات السامية مقابل 17.4% لمستعملي المناقيع فقط و 2.9% لمستعملي التقيط والحناء. 57% هي نسبة المعالجة بكل أنواع الطرق الشعبية لفئة الموظفين مقابل 28% من مستعملي المناقيع فقط وبقية الإستعمالات (التقيط، الزيت، الحناء، الكحل ° لم تتجاوز نسبة 6%. 43.8% هي نسبة مستعملي المناقيع الخاصة بفئة التجار مقابل 37.5% لمستعملي كل الطرق العلاجية الشعبية الخاصة بالمولود الجديد، وجاءت نسبي مستعملي كل من الحناء والكحل على التوالي 12.5% و 6.3%.

53.3% هي نسبة مستعملي كل العلاجات خاصة بفئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل مقابل 26.7% من مستعملي المناقيع فقط و 13.3% من مستعملي الكحل فقط. 63.4% هي نسبة مستعملي كل العلاجات الشعبية الخاصة بالمولود الجديد لفئة متقاعد وعامل يومي مقابل 19.4% لمستعملي كل من المناقيع فقط وبقية الإستعمالات لم تتجاوز كل منها 5.4%.

68.6% هي نسبة مستعملي كل العلاجات والخاصة بفئة الطلبة والباطالين مقابل 25.1% لمستعملي المناقيع فقط وبقية الإستعمالات لم يتجاوز مقدار كل منها 2.9% ليس بعيدا عن تحليل الجدول السابق فإن الإستعمالات التقليدية والشعبية الخاصة بالمولود الجديد، لا تتأثر بوظيفة الأولياء فكل يسعى إلى إيجاد الافضل للأبناء، وهذا يتاح لهم من خلال احترام تقاليد المجتمع عامة والعائلة خاصة، لان كل منطقة من مناطق المجتمع الجزائري تزخر بمجموعة من العادات والتقاليد قد نقل وقد تزيد عن منطقة اخرى، وكلها تسعى وتصب في مصلحة الابناء والاسر.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (وظيفة المبحوث والعلاجات الشعبية الخاصة بالمولود الجديد) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 37.57 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 25 و χ^2 الجدولية 36.32 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (27): المستوى التعليمي للمبحوث وتفضيله لأحد العلاجين الصيدلاني والشعبي (العشبي) للمولود

تفضيل بين معالجة وأخرى										تفضيل بين معالجة و أخرى	المستوى التعليمي
المجموع		بدون اجابة		كلاهما معا		الأدوية الشعبية		الأدوية الصيدلانية			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	2					100	2			أمي	
100	19	5.3	1	26.3	5	47.4	9	21.1	4	ابتدائي	
100	44			6.8	3	75	33	18.2	8	متوسط	
100	114	1.8	2	15.8	18	55.3	63	27.2	31	ثانوي	
100	289	0.7	2	11.1	32	57.4	166	30.8	89	جامعي	
100	468	1.1	5	12.4	58	58.3	273	28.2	132	المجموع الاجمالي	

الاتجاه العام لهذا الجدول يصب في خانة المبحوثين الذين يفضلون إتباع الوصفات العلاجية الشعبية عندما يصاب المولود الجديد بآلام الغازات والحمى والسعال وهذا بنسبة 58.3% مقابل 28.2% من المبحوثين الذين يفضلون إستعمال العلاج الصيدلاني في حين كانت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين الشعبي والصيدلاني 12.4%.

وعند ادخال المتغير المستقل - المستوى التعليمي - لمعرفة مدى تاثر هذه النتائج بمستوى المبحوثين كانت النتائج كما يلي:

100% هي نسبة الاميين من المبحوثين الذين يفضلون إستعمال المواد العلاجية الشعبية للمولود الجديد.

47.5% هي نسبة المبحوثين من فئة ذوي **المستوى الابتدائي** الذين يستعملون العلاج الشعبي للمولود الجديد مقابل 21.1% من الذين يفضلون العلاج الصيدلاني في حين قدرت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين 26.30%.

75% هي نسبة المبحوثين من فئة ذوي **المستوى المتوسط** الذين يستعملون العلاج الشعبي للمولود الجديد مقابل 18.2% من الذين يفضلون العلاج الصيدلاني في حين قدرت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين 6.8%.

55.3% هي نسبة المبحوثين من فئة ذوي **المستوى الثانوي** الذين يستعملون العلاج الشعبي للمولود الجديد مقابل 27.2% من الذين يفضلون العلاج الصيدلاني في حين قدرت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين 15.8%.

57.3% هي نسبة المبحوثين من فئة ذوي **المستوى الجامعي** الذين يستعملون العلاج الشعبي للمولود الجديد مقابل 30.8% من الذين يفضلون العلاج الصيدلاني في حين قدرت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين 11.1%.

عمل الأولياء منذ الازل على المحافظة على صحة الابناء في كل مراحل نموهم الجسدي والنفسي، فكان في العلاج الشعبي نصيب لهذه الفئة الفتية، والتي تبدأ باختيار الغذاء الصحي والذي تمثل بداية في الرضاعة الطبيعية ثم في الحليب الطبيعي والعسل وزيت الزيتون والخبز بانواعه المختلفة (القمح- الشعير) واللحوم والبيض وكلها اغذية تحفظ صحة الطفل وتوفر له مجال النمو السليم.

فإذا ما تعرض الطفل لمرض ما نجدهم يبحثون عن المعالجة من العادات الموروثة، فلا يستعملون ما ليس لديهم عنه علم، لذلك نجد ان كل العلاجات التي تقدم للمواليد الجدد متشابهة في كل انحاء الوطن مع اختلافات بسيطة، ان الأولياء على يقين ان هذه المعالجات لن تضر الابناء ولا تحمل في طياتها اضرارا جانبية عكس الأدوية الصيدلانية التي لا يخلو أي منها من تلك الاضرار والتي تؤدي مع كثرة الإستعمال إلى اضعاف مناعة الطفل فيصبح جسمه متطلبا لمواد أكثر قوة والتي تحمل بدورها اضرارا جانبية تصيب اعضاء سليمة وهكذا دواليك.

الجدول رقم (28): يبين المفاضلة بين العلاجين الصيدلاني والعشبي الشعبي للمولود وعلاقته بوظيفة المبحوث

تفضيل بين معالجة وأخرى										تفضيل بين معالجة وأخرى الوظيفة
المجموع		بدون اجابة		كلاهما معا		الأدوية الشعبية		الأدوية الصيدلانية		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	69			7.2	5	63.8	44	29	20	اطار سامي
100	100	1	1	16	16	62	62	21	21	موظف
100	16			18.8	3	62.5	10	18.8	3	تاجر
100	15			6.7	1	80	12	13.3	2	شبكة اجتماعية + عقود ما قبل التشغيل
100	93			9.7	9	53.8	50	36.6	34	متقاعد + عامل يومي + آخر
100	175	2.3	4	13.7	24	54.3	95	29.7	52	طالب + بطال
100	468	1.1	5	12.4	58	58.3	273	28.2	132	المجموع الاجمالي

كما ذكرنا في الجدول السابق الاتجاه العام لهذا الجدول يصب في خانة المبحوثين الذين يفضلون إتباع الوصفات العلاجية الشعبية عندما يصاب المولود الجديد بآلام الغازات والحمى والسعال، وهذا بنسبة 58.3% مقابل 28.2% من المبحوثين الذين يفضلون إستعمال العلاج الصيدلاني في حين كانت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين الشعبي والصيدلاني 12.4%.

وعند ادخال المتغير المستقل - وظيفة المبحوث - لمعرفة مدى تاثر هذه النتائج بوظيفة المبحوثين كانت النتائج كما يلي:

63.8% هي نسبة فئة الاطارات السامية من المبحوثين الذين يفضلون استعمال المواد العلاجية الشعبية للمولود الجديد مقابل 29% من مستعملي العلاج الصيدلاني في حين كانت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين 7.2%.

62% هي نسبة المبحوثين من فئة الموظفين الذين يستعملون العلاج الشعبي للمولود الجديد مقابل 21% من الذين يفضلون العلاج الصيدلاني في حين قدرت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين 16%.

62.5% هي نسبة المبحوثين من فئة التجار الذين يستعملون العلاج الشعبي للمولود الجديد مقابل 18.8% من الذين يفضلون العلاج الصيدلاني وهي نفس نسبة الذين يجمعون بين العلاجين.

80% هي نسبة المبحوثين من فئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل الذين يستعملون العلاج الشعبي للمولود الجديد مقابل 13.3% من الذين يفضلون العلاج الصيدلاني في حين قدرت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين 6.7%.

53.8% هي نسبة المبحوثين من فئة المتقاعدين والعمال باليوم الذين يستعملون العلاج الشعبي للمولود الجديد مقابل 6.36% من الذين يفضلون العلاج الصيدلاني في حين قدرت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين 9.7%.

54.3% هي نسبة المبحوثين من فئة الطلاب والبطالين الذين يستعملون العلاج الشعبي للمولود الجديد مقابل 29.76% من الذين يفضلون العلاج الصيدلاني في حين قدرت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين 13.7%.

يفضل الأولياء على إختلاف مستوياتهم المهنية استعمال المواد العلاجية الأكثر نجاعة لصحة الأبناء، فنجدهم في احيان كثيرة يجمعون بين العلاج الصيدلاني والشعبي للوصول إلى أفضل النتائج، إذ ذكرت لنا احدى المبحوثات وهي اطار سامي في مؤسسة خاصة، ان ابنها مصاب بمرض ضيق في التنفس وانها تُجبر في احيان كثير على التوجه إلى المستشفى ليلا، من أجل الحصول على قناع الاكسجين الذي يخفف عنه التشنجات، فنصحها أحد الأطباء بإستعمال

منقوع بذور البسباس والينسون (حبة الحلاوة) بفترة قبل العشاء ونفس الشيء قبل النوم، فلاحظت هذه الام ان ابنها أصبح أكثر استرخاء واكل اصابة بنوبات الربو التي كانت ترهقه كثيرا. وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (وظيفة المبحوث وتفضيل المعالجة الشعبية أو الصيدلانية) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 19.27 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 15 و χ^2 الجدولية 17.37 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (29): يبين المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته بإستعمال رقية الابناء

إستعمال الرقية								إستعمال الرقية	المستوى التعليمي
المجموع		بدون اجابة		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	2					100	2	أمي	
100	19					100	19	ابتدائي	
100	44			6.8	3	93.2	41	متوسط	
100	114			4.4	5	95.6	109	ثانوي	
100	289	0.7	2	1.4	4	97.9	283	جامعي	
100	468	0.4	2	2.6	12	97	454	المجموع الاجمالي	

الاتجاه العام لهذا الجدول يصب في خانة المبحوثين الذين يفضلون إستعمال رقية الابناء بنسبة 97% مقابل 2.6% من المبحوثين الذين لا يستعملون الرقية. وعند ادخال المتغير المستقل -المستوى التعليمي- لمعرفة مدى تأثير هذه النتائج بمستوى المبحوثين كانت النتائج كما يلي:

100% هي نسبة فئة الاميين وفئة ذوي المستوى الابتدائي من المبحوثين الذين يفضلون إتباع رقية الابناء لحمايته من عين الحسود.

93.2% هي نسبة المبحوثين من فئة ذوي المستوى المتوسط الذين يفضلون إتباع رقية الابناء مقابل 6.3% من الذين لا يتبعون رقية الابناء.

95.6% هي نسبة المبحوثين من فئة ذوي المستوى الثانوي الذين يفضلون إتباع رقية الابناء مقابل 4.4% من الذين لا يتبعون رقية الابناء.

97.9% هي نسبة المبحوثين من فئة ذوي المستوى الجامعي الذين يفضلون إتباع رقية الابناء مقابل 1.4% من الذين لا يتبعون رقية الابناء.

يعتمد أفراد المجتمع الجزائري على حفظ الابناء من العين والحسد، ويعتمدون على إختلاف مستوياتهم العلمية على إستعمال الرقية، والتي تتم بقراءة آيات قرآنية بصفة دائمة على الابناء، كما تعتمد بعض الاوساط على تحصين ابناءها بإستعمال الاحجبة، التي يكتبها الطالب بخط يده على ورقة بيضاء يخاط لها كيس قماشي صغير، تعلق على رقبة الابن أو تخفى بين ملابسه لتحفظه من العين، ولوحظت هذه الطريقة خاصة في المناطق الداخلية التي تؤمن إلى حد كبير بقدرة الطالب على تحصين الابناء، والامر ليس مقتصرًا على ذوي المستوى التعليمي المنخفض بل يمس مستويات تعليمية عالية، إذ صرحت إحدى المبحوثات وهي ضابطة في الشرطة وام لفتاة صغيرة، انها تحفظ ابنتها من العين بإستعمال قطعة قماش مزركشة ورثتها عن جدتها والتي لا تفارق الفتاة ابدا وكانها ملاكها الحارس، وأكدت الام انه عندما تصاب الابنة بنوبة بكاء شديد تتقرب منها الام حاملة في يدها تلك القطعة فسرعان ما يختفي الصراخ ويحل الهدوء !.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (المستوى التعليمي للمبحوث ورقية الابناء) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 8.36 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 8 و χ^2 الجدولية 8.06 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (30): يبين نوع أسرة المبحوث حسب الوظيفة وإستعمال رقية الابناء

إستعمال رقية الابناء								إستعمال الرقية وظيفة المبحوث
المجموع		بدون اجابة		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	69			2.9	2	97.1	67	اطار سامي
100	100	2	2	3	3	95	95	موظف
100	16					100	16	تاجر
100	15			13.3	2	86.7	13	شبكة+عقود ما قبل التشغيل
100	93			2.2	2	97.8	91	متقاعد+عامل يومي + آخر
100	175			1.7	3	98.3	172	طالب + بطال
100	468	0.4	2	2.6	12	97	454	المجموع الاجمالي

وعند ادخال المتغير المستقل - الوظيفة - على نفس الجدول لمعرفة مدى تاثر النتائج

بذلك تبين ما يلي:

97.1% هي نسبة فئة الاطارات السامية الذين يفضلون استماع رقية الابناء لحمايتهم

ومعالجتهم عند الإصابة بالعين مقابل 2.9% من الذين لا يرقون ابناءهم.

95% هي نسبة المبحوثين من فئة الموظفين الذين يفضلون إتباع رقية الابناء مقابل 3% من

الذين لا يتبعون رقية الابناء.

100% هي نسبة المبحوثين من فئة التجار الذين يفضلون إتباع رقية الابناء لحمايتهم من

عين الحسد.

86.7% هي نسبة المبحوثين من فئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل الذين

يفضلون إتباع رقية الابناء مقابل 13.3% من الذين لا يتبعون رقية الابناء.

97.8% هي نسبة المبحوثين من فئة المتقاعدين والعمال باليوم الذين يفضلون إتباع رقية

الابناء مقابل 2.2% من الذين لا يتبعون رقية الابناء

98.3% هي نسبة المبحوثين من فئة الطلاب والبطالين الذين يفضلون إتباع رقية الابناء

مقابل 1.7% من الذين لا يتبعون رقية الابناء.

ترتبط الوظيفة إلى حد ما بالمستوى التعليمي، فيلاحظ بنفس الطريقة ان وظيفة المبحوثين

لا تؤثر في إستعمال رقية الابناء أو لا بل نجد ان كل الشرائح الإجتماعية لها توجه نحو تحصين

الابناء من العين والحسد عن طريق إستعمال الرقية بأنواعها المختلفة، والتي تتحدد باختيار القائم

عليها وهذا ما سنلاحظه في تحليل الجدول اللاحق:

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم (31): يبين المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته باختيار القائم بالرقية

اختيار القائم بالرقية																القائم لرقية
بدون اجابة		لا يستعمل الرقية		أكثر من اختيار		آخر		احد أفراد العائلة		طالب		راقي محترف		امام مسجد		
%	ك	%	ك	%	ك		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
														100	2	
				21.1	4			5.3	1	10.5	2	10.5	2	52.6	10	
		6.8	3	20.5	9	2.3	1	13.6	6			29.5	13	27.3	12	
		4.4	5	20.2	23			13.2	15	6.1	7	19.3	22	37.7	43	
0.7	2	1.4	4	17	49	3.8	11	17	49	6.9	20	20.1	58	33.2	96	
0.4	2	2.6	12	18.2	85	2.6	12	15.2	71	6.2	29	20.3	95	34.2	162	

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة الذين يفضلون ان يكون القائم بالرقية أمام مسجد بنسبة 34.8% مقابل 20.3% من مفضلي راقى محترف في حين جاءت نسبة تفضيل أحد أفراد العائلة لرقية الابناء 15.3% وقدرت نسبة أكثر من إختيار 8.2%.

ولمعرفة مدى تأثر اختيارا لقائم بالرقية بالمستوى التعليمي للمبجوثين تبين ما يلي:

100% هي نسبة فئة الاميين الذين يفضلون ان تتم رقية الابناء على يد أمام مسجد.

52.6% هي نسبة ذوي المستوى الابتدائي الذين يفضلون ان تتم رقية الابناء على يد أمام مسجد مقابل 10.5% لكل من يفضل ان تتم الرقية على يد راقى محترف أو طالب في حين كانت نسبة من يفضلون ان تتم الرقية على يد أحد أفراد العائلة 5.3% وللذين كانت اجابتهم أكثر من إختيار جاءت النسبة 21.1%.

27.3% هي نسبة ذوي المستوى المتوسط الذين يفضلون ان تتم رقية الابناء على يد أمام مسجد مقابل 29.5% من يفضلون ان تتم الرقية على يد راقى محترف في حين كانت نسبة من يفضلون ان تتم الرقية على يد أحد أفراد العائلة 13.6% وللذين كانت اجابتهم أكثر من إختيار جاءت النسبة 20.5%.

37.7% هي نسبة ذوي المستوى الثانوي الذين يفضلون ان تتم رقية الابناء على يد أمام مسجد مقابل 19.3% من يفضلون ان تتم الرقية على يد راقى محترف في حين كانت نسبة من يفضلون ان تتم الرقية على يد أحد أفراد العائلة 13.2% ونسبة الذين كانت اجابتهم أكثر من إختيار بلغت 20.5%.

33.2% هي نسبة الجامعيين الذين يفضلون ان تتم رقية الابناء على يد أمام مسجد مقابل 20.1% من يفضلون ان تتم الرقية على يد راقى محترف في حين كانت نسبة من يفضلون ان تتم الرقية على يد أحد أفراد العائلة 17% وهي نسبة مساوية للمبجوثين الذين كانت اجابتهم أكثر من إختيار.

تحصين الابناء امر اساسي في الأسرة الجزائرية بكل ما تحمله هذه الكلمة من معنى، فيعتمد الاهل لتحصين الابناء على مجموعة من الاشخاص الذين تتوفر فيهم مجموعة من الشروط (حسب اعتقاد كل أسرة) فنلاحظ ان معظم المبجوثين يعتمدون على أمام مسجد الذي لا يتطلب أي مقابل، معظمهم يقوم بالرقية مجاناً، كما يعتمد اخرون على الطالب الذي يقوم بدوره بمجموعة من

العمليات كشبر المولود (تتمثل هذه العملية بفتح اليد ومحاولة قياس طول الطفل من الراس إلى اخمس القدمين نزولا وصعودا اضافة لقراء القرآن، لقد اوضح أحد الأولياء وهو مهندس دولة انه اضطر إلى اخذ ولده الذي كان كثير البكاء وضعيف البدن إلى الطالب بعد الحاح والدته (الجدة)، فبالرغم من ان ما كان يقوم به الطالب لا يوافق المنطق في شيء إلا ان حالة الصبي تحسنت واصبح جسمه أكثر قوة وانعدم صراخه الذي لم يكن له سببا ظاهرا، قال المبحوث انه لم يجد تفسيرا لذلك إلا قول سبحان الله، ان لله في خلقه شؤون.

يفضل بعض الأولياء الشباب رقية ابنائهم بأنفسهم ولا يعتمدون على الاخرين، كون هذه العملية لا تتطلب الجهد الكبير، إذ ذكرت احدى المبحوثات ان كل من يحفظ القليل من القرآن يستطيع ان يرقى ابناءه، وأكدت انها اضطرت إلى حفظ الادعية من أجل تحصين ابنائها والحفاظ على صحتهم.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (المستوى التعليمي للمبحوث واختيار القائم بالرقية) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 35.54 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 28 و χ^2 الجدولية 28.86 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم (32): يبين وظيفة المبحوث وعلاقتها باختيار القائم بالرقية

اختيار القائم بالرقية																	اختيار القائم بالرقية الوظيفة	
المجموع		بدون اجابة		لا يستعمل الرقية		أكثر من اختيار		آخر		احد أفراد العائلة		طالب		راقي محترف		امام مسجد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	69			2.9	2	29	20	4.3	3	17.4	12	4.3	3	15.9	11	26.1	18	اطار سامي
100	100	2	2	3	3	22	22	2	2	13	13	13	13	15	15	30	30	موظف
100	16					12.5	2			31.3	5			25	4	31.3	5	تاجر
100	15			6.7	1					13.3	2	13.3	2	20	3	46.7	7	ش+ع/ التشغيل
100	93			2.2	2	9.7	9	1.1	1	8.6	8	4.3	4	19.4	18	54.8	51	متقاعد، ع/ي، آخر
100	175			1.7	3	18.3	32	3.4	6	17.7	31	4	7	25.1	44	29.7	52	طالب + بطل
100	468	0.4	2	2.4	11	18.2	85	2.6	12	15.2	71	6.2	29	20.3	95	34.8	163	المجموع

ولمعرفة مدى تأثير وظيفة المبحوث على اختياراً لقائم بالرقية تبين ما يلي:

26.1% هي نسبة فئة الاطارات السامية من المبحوثين الذين يفضلون ان تتم رقية الابناء على يد أمام مسجد مقابل 15.9% من الذين يفضلون ان تتم الرقية على يد راقي محترف في حين بلغت نسبة الذين يفضلون تتم رقية الابناء على يد أحد أفراد العائلة 17.4% وقدرت نسبة الذين كانت اجابتهم أكثر من إختيار 29%.

30% هي نسبة فئة الموظفين الذين يفضلون ان تتم رقية الابناء على يد أمام مسجد مقابل 15% من الذين يفضلون ان تتم الرقية على يد راقي محترف أو طالب في حين كانت النسبة متساوية بين الذين يفضلون ان تتم الرقية على يد طالب أو أحد أفراد العائلة 13% وللذين كانت اجابتهم أكثر من إختيار جاءت النسبة 22%.

31.3% هي نسبة فئة التجار الذين يفضلون ان تتم رقية الابناء على يد أمام مسجد واحد أفراد العائلة مقابل 25% من يفضلون ان تتم الرقية على يد راق محترف في حين قدرت نسبة الذين كانت اجابتهم أكثر من إختيار 12.5%.

46.7% هي نسبة فئة عقود ما قبل التشغيل والشبكة الإجتماعية الذين يفضلون ان تتم رقية الابناء على يد أمام مسجد مقابل 20% من يفضلون ان تتم الرقية على يد راقي محترف في حين كانت نسبة مفضلي ان تتم الرقية على يد أحد أفراد العائلة وطالب 13.3%.

54.8% هي نسبة فئة متقاعد والعامل باليوم الذين يفضلون ان تتم رقية الابناء على يد أمام مسجد مقابل 19.4% من يفضلون ان تتم الرقية على يد راقي محترف في حين كانت نسبة من يفضلون ان تتم الرقية على يد أحد أفراد العائلة وأكثر من إختيار 8.6% و9.7% على التوالي.

29.7% هي نسبة فئة طالب وبطال الذين يفضلون ان تتم رقية الابناء على يد أمام مسجد مقابل 25.1% من المبحوثين الذين يفضلون ان تتم الرقية على يد راقي محترف في حين من اختاروا أحد أفراد العائلة جاءت النسبة 17.7% وقدرت نسبة الذين كانت اجابتهم أكثر من إختيار 18.3%.

البحث عن راحة الابناء وسلامتهم والحفاظ على صحتهم لا تختلف عند معظم الأولياء على إختلاف وظائفهم، فكل يبحث عن ما هو أفضل لهم، وهذا ما يدفعهم إلى القيام بتحصين الابناء بالرقية التي يستطيع القيام بها كل من أفراد الأسرة والائمة والطالب وكل من يحفظ القرآن

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

من آباء وامهات ولقد تبين ان كل شرائح المجتمع تستعمل الرقية التي يتم الإعتماد عليها منذ الميلاد إلى غاية المراحل المتأخرة من سن الطفولة وفي حالات عديدة لا يتوقف الأولياء عن تحصين الابناء ويكثرون من ذلك خاصة في مراحل الامتحانات الفصلية أو السنوية وحتى المصرية كشهادة التعليم الاساسي والمتوسط والثانوي، وذكرت احدى المبحوثات وهي ام شابة، ان والدتها كانت تقوم برقيتها ورقية اخوتها منذ كانوا صغارا واثاء الامتحانات تقطرم صباحا على حبة سكر وشرب ماء زمزم وهي تدعو لهم بالنجاح في امتحاناتهم، وازافت (المبحوثة) ان ذلك الفعل كان يدخل الطمأنينة في قلبها وكانت تدخل الامتحانات بكل شجاعة وثقة وهذا ما كان دافعا في نجاحاتها المستقبلية، وهي بدورها ستتبع نفس طريقة والدتها في الحفاظ على صحة ابنائها الجسدية والعقلية والنفسية لينموا في أفضل حال وينجحون في مشوارهم الدراسي.

الجدول رقم (33): يبين المستوى التعليمي للمبحوث وأي نوع من المعالجة يتبع أولاً عند الإصابة بالمرض (البالغين)

أسبقية العلاج										أسبقية العلاج المستوى التعليمي
المجموع		بدون اجابة		إستعمال هما في نفس الوقت		الصيدلاني أولا		العلاج الشعبي أولا		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	2							100	2	أمي
100	19					21.1	4	78.9	15	ابتدائي
100	44	2.3	1	15.9	7	40.9	18	40.9	18	متوسط
100	114	0.9	1	4.4	5	47.4	54	47.4	54	ثانوي
100	289	2.1	6	4.5	13	47.8	138	45.7	132	جامعي
100	468	1.7	8	5.3	25	45.7	214	47.2	221	المجموع الاجمالي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين عندما يصابون بالمرض اول ما يستعملونه هو العلاج الشعبي بنسبة 47.2% مقابل 45.7% من يفضلون إستعمال الأدوية الصيدلانية أولاً في حين جاءت نسبة من يجمعون بين الطريقتين 5.3%.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - المستوى التعليمي - على توجه المبحوثين نحو اسبقية معالجة دون غيرها كانت النتائج كما يلي:

100% هي نسبة فئة الاميين الذين يستعملون العلاج الشعبي أولاً عند الإصابة بالمرض 78.9% هي نسبة فئة ذوي المستوى الابتدائي الذين يستعملون المعالجة الشعبية قبل الصيدلانية عند الإصابة بالمرض مقابل 21.1% من يفضلون العلاج الصيدلاني.

جاءت نسبة فئة ذوي المستوى التعليمي المتوسط متساوية بين الذين يستعملون العلاج الشعبي أولاً أو الصيدلاني أولاً وقدرت ب 40.9% لكل منهما في حين قدرت نسبة الذين يجمعون بين العلاجين 15.9%.

ونفس الأمر سجل عند فئة ذوي المستوى الثانوي إذ تساوت النسبة عند القيمة 47.4% لكل من مستعملي العلاجين الشعبي والصيدلاني وقدرت نسبة الذين يجمعون بين النوعين 4.4%. 47.2% هي نسبة فئة الجامعيين الذين يستعملون العلاج الشعبي أولاً مقابل 47.7% من الذين يفضلون إستعمال العلاج الصيدلاني.

يعتمد العديد من المبحوثين على التطبيب الذاتي في علاج بعض الأمراض العادية والوقئية فكثيرا ما نجدهم يبحثون عن الحلول لمشاكلهم الصحية بطريقتهم الخاصة، فهناك من يتجه للصيدلي ليقتني ما تعود على إستعماله عندما يصاب بمرض مماثل أو علاج نصحه به زميلا له، أو عرض حالته على الصيدلي فقدم له علاجا معيناً، ومن المرضى من يتجه إلى العشاب فيشتري ما تعود على إستعماله عندما يصاب ومنه من يطرح المشكلة للعشاب فيقدم العلاج الذي يراه مناسباً لهذه الحالة وهكذا.

وعلى العموم فإن معظم أفراد العينة على إختلاف مستوياتهم العلمية يفضلون الإستعمالات العشبية الشعبية عند الإصابة بمرض وقتي أو دوري والسبب في ذلك يعود كون بعض الأمراض التي تعود الفرد معالجتها بنفسه ليست امراضاً خطيرة ولكن إذا لم يحصل الشفاء في المدة التي

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

عادة لا تتجاوز قدرا معيناً من الزمن فإن المبحوث مضطر إلى زيارة الطبيب وبالتالي المعالجة بالأدوية الصيدلانية.

وعادة ما يتبع المريض العلاجات الصيدلانية ويكملها بالعلاج العشبي كاستعمال المناقيع والغذاء المقوي كالعسل وزيت الزيتون وغيرها.

الجدول رقم (34): يبين وظيفة المبحوث وأي نوع من المعالجة يستعمل بمجرد الإصابة بالمرض (البالغين)

اسبقية العلاج										وظيفة المبحوث
المجموع		بدون اجابة		معا		الصيدلاني أولاً		الشعبي أولاً		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	69	2.9	2	5.8	4	43.5	30	47.8	33	اطار سامي
100	100	2	2	3	3	58	58	37	37	موظف
100	16			6.3	1	43.8	7	50	8	تاجر
100	15			6.7	1	20	3	73.3	11	شبكة+عقود ما قبل التشغيل
100	93	2.2	2	7.5	7	50.5	47	39.8	37	متقاعد+عامل يومي + آخر
100	175	1.1	2	5.1	9	39.4	69	54.3	95	طالب + بطال
100	468	1.7	8	5.3	25	45.7	214	47.2	221	المجموع الكلي

ولمعرفة مدى تأثير وظيفة المبحوث على توجهه نحو نوع المعالجة المتبعة أولاً تبين من

النتائج ما يلي:

47.8% هي نسبة فئة الاطارات السامية الذين يفضلون استعمال العلاج الشعبي أولاً عند الإصابة بالمرض مقابل 43.5% من المبحوثين الذين يستعملون العلاج الصيدلاني أولاً في حين بلغت نسبة الذين يستعملون النوعين في نفس الوقت 5.8%

37% هي نسبة فئة الموظفين الذين يفضلون استعمال العلاج الشعبي أولاً عند الإصابة بالمرض مقابل 58% من المبحوثين الذين يستعملون العلاج الصيدلاني أولاً في حين بلغت نسبة الذين يستعملون النوعين في نفس الوقت 3%.

50% هي نسبة فئة التجار الذين يفضلون استعمال العلاج الشعبي أولاً عند الإصابة بالمرض مقابل 43.8% من المبحوثين الذين يستعملون العلاج الصيدلاني أولاً في حين بلغت نسبة الذين يستعملون النوعين في نفس الوقت 6.3%.

73.3% هي نسبة فئة عقود ما قبل التشغيل والشبكة الإجتماعية الذين يفضلون استعمال العلاج الشعبي أولاً عند الإصابة بالمرض مقابل 20% من المبحوثين الذين يستعملون العلاج الصيدلاني أولاً في حين بلغت نسبة الذين يستعملون النوعين في نفس الوقت 6.7%

39.8% هي نسبة فئة متقاعد والعامل باليوم الذين يفضلون استعمال العلاج الشعبي أولاً عند الإصابة بالمرض مقابل 50.5% من المبحوثين الذين يستعملون العلاج الصيدلاني أولاً في حين بلغت نسبة الذين يستعملون النوعين في نفس الوقت 7.5%.

54.3% هي نسبة فئة طالب وبطال الذين يفضلون استعمال العلاج الشعبي أولاً عند الإصابة بالمرض مقابل 39.4% من المبحوثين الذين يستعملون العلاج الصيدلاني أولاً في حين بلغت نسبة الذين يستعملون النوعين في نفس الوقت 5.1%.

وظيفة المبحوثين لا تؤثر إلى حد كبير في امتناعهم عن الإستعمالات العلاجية الشعبية لمعالجة بعض الأمراض التي يتعرضون لها، إذ نجد ان اصحاب مختلف الوظائف يعتمدون على بعض العلاجات الشعبية أحيانا يستعملونها منفردة وأحياناً اخرى يجمعون بين النوعين الشعبي والصيدلاني حينما تستدعي الضرورة ذلك، وللتذكير فإن معظم الأمراض التي يعاني منها هؤلاء هي أما امراضا وقتية أو دورية (كانفلونزا- آلام الحيض - انتفاخ البطن....)، وهي ليست بالخطيرة ولا تستدعي التدخل الاستعجالي أو الجراحي، وأحياناً اخرى تكون امراضا مزمنة اتعبت اصحابها، واستعصى علاجها في الطب الأكاديمي واصبح الامل في شفاءها ضعيفا أو معدوما، في هذه

الحالة يستاء المريض من المتابعات الدورية في المستشفيات، فيلجا لتفضيل العلاج الشعبي الاقل تعبا في الحصول عليه ماديا أو من حيث التنقلات.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (وظيفة المبحوث واسبقية العلاج - الشعبي أو الصيدلاني) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 19.23 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 15 في حين قدرت χ^2 الجدولية 18.44 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

ولمعرفة ان كان للمستوى المعيشي للمبحوثين علاقة في تفضيل طريقة علاجية عن اخرى

تم تشكيل الجدول التالي:

الجدول رقم (35): يبين المستوى المعيشي للمبحوثين وعلاقته بأسبقية العلاج الذي يفضل استعماله (الشعبي/الصيدلاني)

أسبقية العلاج										أسبقية العلاج المستوى المعيشي
المجموع		بدون اجابة		معا		الصيدلاني أولاً		الشعبي أولاً		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	7	/	/	/	/	85.7	6	14.3	1	أسرة فقيرة
100	315	1.6	5	4.4	14	44.4	140	49.5	156	أسرة متوسطة الدخل
100	146	2.1	3	7.5	11	46.6	68	43.8	64	أسرة مقتدرة (غنية)
100	468	1.7	8	5.3	25	45.7	214	47.2	221	المجموع

الاسر المتوسطة الدخل هي أكثر اتباعا للعلاج الشعبي العشبي عند الإصابة بالمرض إذ قدرت النسبة بـ 49.5 % تلتها فئة الأسر المقتدرة بنسبة 43.8% في حين جاءت نسبة فئة الأسر الفقيرة 14.3 %.

النظرة إلى المرض والخوف الذي ينتاب الأفراد تختلف من شخص إلى آخر وليست لها علاقة بالفقر أو الغنى، والجدول اعلاه بين ان أكبر نسبة من المبحوثين المنتمون إلى الأسر الفقيرة تتجه إلى استعمال العلاج الصيدلاني بمجرد الإصابة بالمرض إذ قدرت النسبة بـ 85.7 % تلتها نسبة فئة الأسر المقتدرة والتي قدرت بـ 46.6 % في حين جاءت نسبة فئة الأسر المتوسطة الدخل بـ 44.4 %.

يرجع المبحوثين أسباب إختيار معالجة عن اخرى لاسباب شخصية اساسها التجارب التي مروا بها شخصيا، أو مرت على معارفهم من اقارب أو اصدقاء إذ صرح أحد المبحوثين من فئة الأسر الفقيرة، انه يخشى المرض وانه يتجه مباشرة لزيارة الطبيب أو الصيدلي بالرغم من عجزه المادي، بسبب حادثة عائلية اودت بحياة ابن اخيه الذي كان ضحية علاج شعبي، قدمه له معالج تمثل في خليط من الاعشاب وعسل النحل، لعلاج كحة لازمته مدة طويلة تعرض بعدها إلى آلام شديدة في منطقة الصدر، وبعد نقله إلى المستشفى لفظ انفاسه هناك واتضح انه تعرض إلى ذبحة صدرية، وانه كان مصابا بمرض في شرايين القلب دون ان يكون على علم بذلك، وكان يظن ان الكحة التي تعرض لها كانت بسبب حساسية أو سعال عادي.

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم (36): يبين المستوى التعليمي للمبحوث واختيار المعالج ونوع المعالجة

اختيار المعالج														اختيار المعالج	المستوى التعليمي
المجموع		أكثر من اختيار		بدون اجابة		آخر		راقي		طبيب نفسى		طبيب اكاديمي			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	2					50	1	50	1					أمي	
100	19	10.5	2			5.3	1	47.4	9			36.8	7	ابتدائي	
100	44	9.1	4			13.6	6	52.3	23	6.8	3	18.2	8	متوسط	
100	114			2.6	3	37.7	43	27.2	31	8.8	10	23.7	27	ثانوي	
100	289	3.8	11	4.2	12	31.1	90	26.3	76	11.1	32	23.5	68	جامعي	
100	468	3.6	17	3.2	15	30.1	141	29.9	140	9.6	45	23.5	110	المجموع	

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين كانت اجابتهم على السؤال من المعالجين يفضل عندما يصاب بارق أو قلق أو اكتئاب - آخر - بنسبة 30.1% مقابل 29.9 % من يفضلون زيارة راقى في حين جاءت نسبة من اختاروا زيارة طبيب اكايمي 23.5% ومن كان اختيارهم زيارة طبيب نفسي 9.6%.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - المستوى التعليمي - على توجه المبحوثين نحو معالج دون آخر كانت النتائج كما يلي:

50% هي نسبة فئة الاميين الذين يفضلون زيارة راق عندما يشعرون باكتئاب أو قلق أو تعب دون ان تكون هناك اعراض تدل على وجود مرض عضوي وهي نفس النسبة (50%) الخاصة بمن كانت اجابتهم - آخر -.

47.4% هي نسبة فئة ذوي المستوى الابتدائي من يفضلون زيارة راق مقابل 36.8% من يتجهون لعيادة طبيب اكايمي في حين جاءت نسبة من كان لهم أكثر من إختيار 10.5%.

52.3% هي نسبة فئة ذوي المستوى المتوسط الذين يفضلون زيارة راق مقابل 18.2% من يختارون زيارة طبيب أكاديمي في حين جاءت نسبة من اختاروا الاجابة - آخر - 13.6% وبلغت نسبة من اختاروا طبيب نفسي 6.8%.

37.7% هي نسبة فئة ذوي المستوى الثانوي الذين اختاروا الاجابة - آخر - مقابل 27.7% من اختاروا زيارة راق في حين بلغت نسبة من يفضلون زيارة طبيب أكاديمي 23.7% وجاءت نسبة من يفضلون زيارة طبيب نفسي 8.8%.

31.1% هي نسبة فئة الجامعيين الذين اختاروا الاجابة - آخر - مقابل 26.3% من اختاروا زيارة راق في حين بلغت نسبة من يفضلون زيارة طبيب أكاديمي 23.5% وجاءت نسبة من يفضلون زيارة طبيب نفسي 11.1%.

تمثلت إجابة -آخر- في مجموعة من الاختيارات تراوحت بين قراءة القرآن، التحدث مع الشريك (الزوج أو الزوجة) أو أحد الاصدقاء القدامي الذين يحن لهم الفرد كلما ضاقت عليهم الدنيا وكثرت مشاكل الحياة، وفي مرات اخرى يفضل المبحوث الابتعاد إلى مكان بعيد كمسقط الراس اين يحس بعد عودته بالراحة والهدوء.

ذكر أكثر من مبحث انه إذا احس بالاعراض المذكورة سابقا يفضل التوجه إلى الله سبحانه بقراءة القرآن والصلاة وقال احدهم " الشكوى لغير الله مذلة" لذلك لا اعتمد على أي وسيط بيني وبين خالقي فاتوجه إليه لطلب المعافاة والمداواة والسكينة.

في حين يعتمد آخرون على إختلاف مستوياتهم العلمية على من يقرأ القرآن لهم والمتمثلين في الرقاة كما يفضل آخرون زيارة طبيب أكاديمي إذ ذكرت احدى المبحوثات انها تفضل زيارة طبيب الأسرة الذي يقدم لها مقويات وكذا بعض المهدئات التي تساعد في استرجاع حالتها الطبيعية، ومجموعة قليلة من المبحوثين يفضلون زيارة طبيب نفسي.

و للتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (المستوى التعليمي للمبحوث واختيار المعالج ونوعية المعالجة) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 48.29 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 20 في حين قدرت χ^2 الجدولية 40.39 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم (37): يبين وظيفة المبحوث وعلاقته باختيار المعالج ونوع المعالجة

اختيار المعالج													اختيار المعالج / وظيفة المبحوث
الم	أكثر من اختيار		بدون اجابة		آخر		راقي		طبيب نفسي		طبيب اكااديمي		
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
69	2.9	2	5.8	4	36.2	25	14.5	10	2.9	2	37.7	26	اطار سامي
100	2	2	5	5	28	28	33	33	12	12	20	20	موظف
16			12.5	2	18.8	3	12.5	2	12.5	2	43.8	7	تاجر
15	13.3	2			33.3	5	33.3	5	6.7	1	13.3	2	شبكة+عقود ما قبل التشغيل
93	4.3	4	2.3	3	16.1	15	39.8	37	8.6	8	28	26	متقاعد+عامل يومي + آخر
175	4	7	0.6	1	37.1	65	30.3	53	11.4	20	16.6	29	طالب + بطل
468	3.6	17	3.2	15	30.1	141	29.9	140	9.6	45	23.5	110	المجموع الاجمالي

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - وظيفة المبحوث - على توجهه نح وتفضيل معالج دون آخر تبين ما يلي:

7.37 % هي نسبة فئة الاطارات السامية الذين يفضلون زيارة طبيب أكاديمي مقابل 36.2% من المبحوثين الذين كان اختيارهم اجابة - آخر - في حين بلغت نسبة الذين يفضلون زيارة راق 14.5% وكانت نسبة من يفضلون استشارة طبيب نفسي 2.9% وهي مساوية لنسبة من كانت اجابتهم أكثر من اختيار.

33% هي نسبة فئة الموظفين الذين يفضلون زيارة راق مقابل 28% من المبحوثين الذين كانت اجابتهم - آخر - في حين بلغت نسبة الذين يفضلون زيارة طبيب اكاديمي 20% وبلغت نسبة من يتجهون نحو الطبيب النفسي 12%.

43.8% هي نسبة فئة التجار الذين يفضلون زيارة طبيب أكاديمي مقابل 18.8% من كانت اجابتهم - آخر - في حين جاءت نسبة كل من اختاروا طبيب نفسي وراق مساوية لـ 12.5%.

33.3% هي نسبة فئة عقود ما قبل التشغيل والشبكة الإجتماعية الذين يفضلوناتباع الرقية وكذا من كانت اجابتهم - آخر - مقابل 13.3% من المبحوثين الذين يفضلون طلب استشارة طبيب أكاديمي وهي نسبة مساوية لمن كانت لهم أكثر من اجابة في حين بلغت نسبة من يفضلون استشارة طبيب نفسي 6.7%.

39.8% هي نسبة فئة متقاعد والعامل باليوم الذين يفضلون إستعمال الرقية الشرعية مقابل 28% من المبحوثين الذين يفضلون زيارة طبيب أكاديمي في حين جاءت نسبة من كانت اجابتهم - آخر - 16.1% وقدرت نسبة من يفضلون زيارة طبيب أكاديمي 8.6%.

37.1% هي نسبة فئة طالب وبطل الذين كانت اجابتهم - آخر - مقابل 30.3% من المبحوثين الذين يفضلون إتباع الرقية الشرعية في حين بلغت نسبة كل من الذين يفضلون زيارة طبيب أكاديمي وطبيب نفسي 16.6% و11.4% على التوالي.

الطبيب الأكاديمي وجهة معظم الاطارات السامية وحسب تصريح مجموعة من المبحوثين (نساء ورجال) ان توفر طب العمل في مختلف المؤسسات يجعل الوصول إليها سهلا دون ان يكون هناك مشكل تجاه الوظيفة وذكرت احدى المبحوثات وهي تعاني من ضغوط شديدة في العمل تفضل زيارة طبيب العمل كونه الوحيد الذي يحق له المصادقة على العطلة المرضية وبالتالي فهو

السبيل الوحيد للتملص من العمل، وبخصوص الاجابة - آخر- فمعظمها يضم راقى وطبيب اكايمي والابتعاد عن المنزل، والعديد من المبحوثين يعتمدون على الطبيب الأكايمي للتأكد من عدم الإصابة العضوية ثم يتوجهون للعلاج الروحاني الذي يتمثل في قراءة القرآن سواء كان ذلك من طرف المريض نفسه أو عن طريق الإعتماد على أحد الرقاة.

وذكرت احدي المبحوثات ان اصابتها بالقلق والاكتئاب يعود لمحيطها العائلي والإجتماعي لذلك تفضل اخذ عطلة نقاهة في أحد الحمامات الطبيعية التي تعودت على زيارتها مع والدها منذ كانت شابة وهي تعود منها بكل حيوية ونشاط.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (وظيفة المبحوث واختيار المعالج ونوعية المعالجة) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 58.80 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 25 في حين قدرت χ^2 الجدولية 56.72 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (38): يبين المستوى التعليمي للمبحوث وإستعمال الحجامة

إستعمال الحجامة						إستعمال الحجامة المستوى التعليمي
نعم		لا		المجموع		
ك	%	ك	%	ك	%	
2	100			2	100	أمي
8	42.1	11	57.9	19	100	ابتدائي
10	22.7	34	77.3	44	100	متوسط
26	22.8	88	77.2	114	100	ثانوي
53	18.3	236	81.7	289	100	جامعي
99	21.2	369	78.8	468	100	المجموع

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين لم يسبق لهم إستعمال الحجامة وهذا بنسبة 78.8% مقابل 21.2% من سبق لهم إستعمال الحجامة.

ولمعرفة مدى تأثير هذه النتائج بالمتغير المستقل - المستوى التعليمي - كانت النتائج على النحو التالي:

100% هي نسبة فئة الاميين الذين سبق لهم إستعمال الحجامة.

57.9% هي نسبة فئة ذوي المستوى الابتدائي الذين لم يسبق لهم إستعمال الحجامة مقابل

42.1% سبق وان استعملوا الحجامة.

77.3% هي نسبة فئة ذوي المستوى المتوسط الذين لم يسبق لهم إستعمال الحجامة مقابل

22.7% من سبق وان استعملوا الحجامة.

77.2% هي نسبة فئة المبحوثين ذوي المستوى الثانوي الذين لم يسبق لهم إستعمال الحجامة

مقابل 22.8% من المبحوثين الذين سبق لهم إستعمال الحجامة.

81.7% هي نسبة المبحوثين من فئة ذوي المستوى الجامعي الذين لم يسبق لهم إستعمال الحجامة مقابل 18.3% من الذين سبق وان استعملوا الحجامة. الحجامة هي عملية سحب الدم من سطح الجلد بإستخدام كؤوس الهواء بدون إحداث أو بعد إحداث خدوش سطحية بمشروط معقم على سطح الجلد في مواضع معينة لكل مرض. وهي علاج عضوي تتمثل في تخلص الجسم من الدم الفاسد الذي يتسبب في مجموعة من الأمراض وتسمى حينها الحجامة العلاجية أما إذا تم إستعمالها من دون مرض فتسمى بالحجامة الوقائية.

والحجامة لا تصلح لجميع الأفراد كالنساء في مرحلة عمرية معينة لان الطبيعة البيولوجية لهن لا تستدعي ذلك فنجد ان 14.5% من النساء المبحوثات الاقل من 50 سنة قامت بإستعمالها في حين ان المرأة في هذه المرحلة من العمر بإمكانها التخلص من الدم الفاسد بعملية بيولوجية طبيعية تتمثل في الحيض، ومع ذلك العديد من المعالجين اتخذوا من العملية تجارة مربحة وجدت ضالتها في جهل الأفراد للفائدة الحقيقية المرجوة منها. أما بالنسبة للرجال فإن إستعمالات الحجامة وفق الشروط الصحيحة لا تشكل أي خطورة، وذكر لنا أحد المبحوثين وهو سائق شاحنة انه كلما شعر بتشنجات مؤلمة على مستوى الرقبة والكتف يتوجه إلى أحد الأطباء ويقوم بها فيتحسن بعد ذلك، والمبحوثين على إختلاف مستوياتهم العلمية الذين سبق لهم إستعمال الحجامة أكبر نسبة منهم تعاني من أمراض عضوية ومزمنة (50%)، كعلاج حالات الصداع المزمن الذي فشلت معه الوسائل الأخرى، وكذا علاج حالات الآلام الروماتيزمية المختلفة خاصة آلام الرقبة والظهر والساقين وبعض مشاكل المفاصل من تيبس أو تورم، بالإضافة إلى أهميتها في علاج الضغط المرتفع وفي علاج بعض الحالات النفسية والأرق، وبينت الابحاث الحديثة ان للحجامة دور في رفع كفاءة جهاز المناعة والقضاء على الالتهابات المختلفة التي تصيب مختلف الأعضاء والأنسجة، وبالتالي تأثيرها إيجابي في القضاء على مشاكل صحية وأمراض مختلفة.

الجدول رقم (39): يبين وظيفة المبحوث وإستعمال الحجامه

إستعمال الحجامه						وظيفة المبحوث
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	69	81.2	56	18.8	13	اطار سامي
100	100	75	75	25	25	موظف
100	16	37.5	6	62.5	10	تاجر
100	15	60	9	40	6	شبكة+ عقود ما قبل التشغيل
100	93	76.3	71	23.7	22	متقاعد+عامل يومي + آخر
100	175	86.9	152	13.1	23	طالب + بطال
100	468	78.8	369	21.2	99	المجموع الكلي

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل -الوظيفة - على توجه المبحوث نحو إستعمال الحجامه أو عدم إستعمالها كانت النتائج على النحو التالي:

81.2% هي نسبة فئة الاطارات الساميه الذين لم يسبق لهم إستعمال الحجامه مقابل 18.8% من نفس الفئة الذين سبق وان استعملوا المعالجة بالحجامه.

75% هي نسبة فئة الموظفين الذين لم يسبق لهم إستعمال الحجامه مقابل 25% من نفس الفئة الذين سبق لهم إستعمال الحجامه.

37.5% هي نسبة فئة التجار الذين لم يسبق لهم إستعمال الحجامه مقابل 62.5% من سبق لهم إستعمالها.

60% هي نسبة فئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل الذين لم يسبق لهم إستعمال الحجامه مقابل 40% من المبحوثين سبق لهم إستعمالها.

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

76.3% هي نسبة فئة متقاعد وعامل باليوم الذين لم يسبق لهم إستعمال الحجامة مقابل 23.7% من سبق لهم إستعمالها.

86.9% هي نسبة المبحوثين من فئة الطلاب والباطالين الذين لم يسبق لهم إستعمال الحجامة مقابل 13.1%.

المبحوثين التجار هم الأكثر إستعمالا للحجامة لما تمنحهم من قدرة عضلية على القيام بنشاطهم على اكمل وجه خاصة ان عمل هؤلاء يعتمد على القوة الجسمية والعقلية، ذكر أحد المبحوثين وهو تاجر ادوات الكترومنزلية يقوم بالتسوق في العديد من الولايات مما يسبب له ألأما شديدة على مستوى المفاصل بسبب التنقلات العديدة والتي لا تتم إلا في الليل، فيعتمد على إستعمال الحجامة التي تحسن بفضلها كثيرا.

الجدول رقم (40): يبين المستوى التعليمي للمبحوث واختيار القائم بالحجامة

القائم بالحجامة										المستوى التعليمي
المجموع		آخر		معالج شعبي		راقى		طبيب		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	2	50	1			50	1			أمي
100	8			62.5	5	25	2	12.5	1	ابتدائي
100	10			50	5	40	4	10	1	متوسط
100	26	3.84	1	38.46	10	38.46	10	19.2	5	ثانوي
100	53	7.54	4	35.84	19	26.41	14	30.18	16	جامعي
100	99	6.06	6	39.39	39	31.31	31	23.23	23	المجموع

جدول خاص بمستعملي الحجامة فقط

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند معالج شعبي بنسبة 39.39% مقابل 31.31% من الذين سبق لهم إستعمالها عند راقي في حين كانت نسبة من سبق لهم إستعمالها عند طبيب أكاديمي 23.23%. ولمعرفة مدى تأثير هذه النتائج بالمتغير المستقل - المستوى التعليمي - كانت النتائج على النحو التالي:

50% هي نسبة فئة الاميين الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند كل من راقي وآخر. 62.5% هي نسبة فئة ذوي المستوى الابتدائي الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند معالج شعبي مقابل 25% سبق وان استعملوا الحجامة عند راقي محترف في حين كانت نسبة من سبق لهم إستعمال الحجامة عند طبيب أكاديمي 12.5%.

50% هي نسبة فئة ذوي المستوى المتوسط الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند معالج شعبي مقابل 40% من سبق وان استعملوا الحجامة عند راقي محترف في حين بلغت نسبة المبحوثين الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند طبيب اكاديمي 10%.

38.46% هي نسبة فئة المبحوثين ذوي المستوى الثانوي الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند معالج شعبي وهي مساوية لنسبة من سبق لهم إستعمال الحجامة عند راقي محترف في حين جاءت نسبة من سبق لهم إستعمال الحجامة عند طبيب أكاديمي 19.2%.

35.84% هي نسبة المبحوثين من فئة ذوي المستوى الجامعي الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند معالج شعبي مقابل 30.18% من الذين سبق وان استعملوا الحجامة عند طبيب أكاديمي في حين جاءت نسبة من سبق لهم إستعمال الحجامة عند راقي محترف 26.41%.

الحجامة معجزة القرن العشرين وهي أسلوب علاجي شعبي قديم منذ عصر الفراعنة وجاء ذكر هذا العلاج في السنة النبوية الشريفة إذ قال عنها عليه الصلاة والسلام: " خير ما تداوى به الناس " وقال أيضاً " في الحجامة شفاء " وذكرت فائدتها في كتب أطباء العرب، وتتمثل الحجامة في تخليص الجسم من شوائب دموية بإزالة الدم المحتبس فيها وزيادة التروية الدموية في المنطقة المرضية، وقبل ان تصبح الحجامة من اختصاص الأطباء في العصر الحالي بقيت إلى وقت ليس

ببعيد من اختصاص بعض المعالجين الشعبيين المنتشرين عبر تراب الوطن فأشتهرت كل منطقة بمعالج شعبي أو طالب أو راقي أو حتى مشعوذ يقوم بها لإبعاد الالم عن الفرد المريض. والمجتمع الجزائري لا يختلف عن غيره من المجتمعات التي تعتمد على الطب الشعبي التقليدي فوجد على الساحة من يقوم بهذه العملية سواء على اكمل وجه أو بطرق غير لائقة تضر المريض أكثر مما تنفعه وكل هذا يتمحور حول الادوات المستعملة ومدى تعقيمها قبل الإستعمال. إن المبحوثين الذين سبق لهم إستعمال الحجامة والذين يتراوح مستواهم التعليمي بين الامي والجامعي امامهم مجموعة من الفرص لاختيار القائم بالحجامة فنجد ان أكبر نسبة لجأوا إلى معالج شعبي والذي يضم كذلك الطالب والساحر والمشعوذ ومع ذلك فالغاية تبرر الوسيلة المهم ان يتحصل المريض على الراحة، كما فضل العديد منهم التوجه نحو طبيب اكايمي كونه يحترم إلى حد ما شروط النظافة اثناء القيام بالحجامة، في حين فضل آخرون ان يقوم الراقي المحترف بالحجامة، اكدت لنا احدى المبحوثات ان امها العجوز عانت كثيرا من مشاكل نفسية وعضوية مزمنة قبل وفاتها فكان يعمل الابناء على الاستعانة براق يزورها في البيت وفي بعض المرات كان يستعمل لها الحجامة على مستوى القدمين وكانت تتحسن كثيرا بعد ذلك واکدت ان الراقي كان يحرص على نظافة يديه ونظافة اجهزة الحجامة ولم تتعرض الوالدة إلى أي التهابات أو اضرار جانبية.

الجدول رقم (41): يبين وظيفة المبحوث واختيار القائم بالحجامة

القائم بالحجامة										وظيفة المبحوث
المجموع		آخر		معالج شعبي		راقي		طبيب		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	13			30.76	4	23.07	3	46.15	6	اطار سامي
100	25	4	1	40	10	28	7	28	7	موظف
100	10			40	4	50	5	10	1	تاجر
100	6			83.33	5	16.66	1			شبكة+عقود ما قبل التشغيل
100	22	4.54	1	36.36	8	40.90	9	18.18	4	متقاعد+عامل يومي + آخر
100	23	17.39	4	34.78	8	26.08	6	21.73	5	طالب + بطال
100	99	6.06	6	39.39	39	31.31	31	23.23	23	المجموع

الجدول خاص بمستعملي الحجامة فقط

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل -الوظيفة - على إختيار المبحوث للقائم بالحجامة

دون غيره كانت النتائج على النحو التالي:

46.5% هي نسبة فئة الاطارات السامية الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند طبيب

اكاديمي مقابل 30.76% من سبق لهم إستعمالها عند معالج شعبي في حين جاءت نسبة

المبحوثين الذين سبق لهم إستعمالها عند راقى محترف 23.07%.

40% هي نسبة فئة الموظفين الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند معالج شعبي مقابل

28% لكل من المبحوثين الذين سبق لهم إستعمالها عند طبيب أكاديمي وعند راقى محترف.

50% هي التجار الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند راقى محترف مقابل 40% من سبق

لهم إستعماله عند معالج شعبي في حين جاءت نسبة من قصدوا طبيبا اكاديميا لإستعمالها 10%.

83% هي نسبة فئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند معالج شعبي مقابل 16.66% من المبحوثين الذين سبق لهم إستعمالها عند راق محترف.

40.90% هي نسبة فئة متقاعد وعامل باليوم الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند راق محترف مقابل 36.36% من سبق لهم إستعماله عند معالج شعبي في حين جاءت نسبة من سبق لهم إستعمالها عند طبيب اكايمي 18.18%.

34.78% هي نسبة المبحوثين من فئة الطلاب والبطالين الذين سبق لهم إستعمال الحجامة عند معالج شعبي مقابل 26.08% من سبق لهم إستعمالها عند راق محترف في حين جاءت نسبة من سبق لهم إستعمالها عند طبيب أكاديمي 21.73% وهي نسبة قريبة نوعا ما عن نسبة من سبق لهم إستعمال الحجامة عند آخر.

تؤثر المكانة الإجتماعية إلى حد ما في توجه الأفراد إلى معالج دون غيره وهذا يعود إلى مسالة القناعات الشخصية لكل فرد ومع ذلك هناك دائما حالات شاذة، فالبرغم من امكانية القيام بالحجامة في عيادة اطباء اكايميون إلا ان أكثر من مبحوث وهم من فئة الاطارات السامية قاموا بإستعمالها عند معالج شعبي، وذكر احدهم انه قام بإستعمالها أكثر من مرة عند شيخ معالج في منطقة بسكرة وهو راض كل الرضى عن النتيجة ولم يصب بأي اعراض غير مرغوبة.

اكد لنا أحد المبحوثين وهو اطار سام ان الحجامة لم تكن تمارس في عيادات الأطباء إلا في السنوات الأخيرة، ولم يكن يسمع بها الكثير من الناس إلا الذين اصيبوا ببعض الأمراض التي استدعت القيام بها وفي عائلته لم تكن لتعرف لولا وجود أحد الرقاة الشباب الذي استنجدوا به لرقية أحد أفراد والعائلة وقام بإستعمال الحجامة له، كما يختلف سبب توجه الأفراد إلى معالج دون غيره بسبب بعد القائم بها عن مكان السكن أو بسبب إنعدام القائم بها في تلك المنطقة كما يمكن الاخذ بعين الإعتبار ثمن عملية الحجامة الذي ليس دائما في متناول الجميع، ذكر أحد المبحوثين وهو بطال انه يفضل ان يكون القائم بالحجامة راق أو معالج شعبي لأنه لا يحدد الثمن بل كل شخص حسب مقدوره المادي بينما الطبيب الأكاديمي يقوم بها بمبلغ 1500 دج فما فوق أي حسب عدد الكؤوس المستعملة.

الجدول رقم (42): يبين المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته بإستعمال الكي

إستعمال الكي						إستعمال الكي المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	2	100	2			أمي
100	19	73.7	14	26.3	5	ابتدائي
100	44	90.9	40	9.1	4	متوسط
100	114	91.2	104	8.8	10	ثانوي
100	289	92.7	268	7.3	21	جامعي
100	468	91.5	428	8.5	40	المجموع الاجمالي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين لم يسبق لهم إستعمال الكي وهذا بنسبة 91.5% مقابل 8.5% من سبق لهم إستعماله.

ولمعرفة مدى تأثير هذه النتائج بالمتغير المستقل - المستوى التعليمي - كانت النتائج على النحو التالي:

100% هي نسبة فئة الاميين الذين لم سبق لهم إستعمال الكي.

73.7% هي نسبة فئة ذوي المستوى الابتدائي الذين لم يسبق لهم إستعمال الكي مقابل 26.3% سبق وان استعملوا الكي.

90.9% هي نسبة فئة ذوي المستوى المتوسط الذين لم يسبق لهم إستعمال الكي مقابل 9.1% من سبق لهم إستعماله.

91.2% هي نسبة فئة المبحوثين ذوي المستوى الثانوي الذين لم يسبق لهم إستعمال الكي مقابل 8.8% من المبحوثين الذين سبق لهم إستعماله.

92.7% هي نسبة المبحوثين من فئة ذوي المستوى الجامعي الذين لم يسبق لهم إستعمال الكي مقابل 7.3% من سبق لهم إستعماله.

الكي بالنار هو أحد العلاجات القديمة، كان ولا يزال يلجأ إليه المعالج الشعبي في بعض الحالات المستعصية التي لم يتم التوصل فيها إلى العلاج والراحة، إذ يعتبر آخر الحلول فيقال (آخر الطب الكي) ويمكن للعلاج بالكي ان يشفي بعض الأمراض ولا يشفي امراضا اخرى، وله منافع واضرار كثيرة، والمعروف ان تأثيره على الأمراض المزمنة أكثر من تأثير الوخز بالإبر، قال صلى الله عليه وسلم: (وانهى أمتي عن الكي، وما أحب أن اکتوي)، واجمع العلماء على ان الكي بالنار جائز إذا اريد به الشفاء ولم يحصل الشفاء بغيره.

وبالنسبة للمبحوثين الذين سبق لهم إستعمال الكي، كان لعلاج مجموعة من الأمراض التي استعصى علاجها وارهقت اصحابها، إذ ذكر احدهم وهو من سكان الجنوب الكبير انه يعاني من آلام في المفاصل تجبره على البقاء في الفراش لايام وليال، وسبق له معالجة المرض في المستشفيات الأكاديمية لمدة سنوات ولم يشفى منها، وارهقه السفر ماديا وجسدياً للوصول إلى مستشفى قسنطينة الجامعي للمعالجة دون ان يتم تحديد نوع المرض، فاضطر إلى إتباع المعالج الشعبي الذي نصحه بداية بإستعمال الدفن في الرمال الساخنة ثم إستعمال الكي في مرحلة لاحقة والذي اجدى نفعاً معه، واصبح أكثر تحرراً من الاوجاع ومن التزام الفراش.

إن معظم من سبق لهم إستعمال المعالجة بالكي هم اصحاب الأمراض المزمنة والمستعصية والتي عولجت لمدة طويلة بالطريقة الأكاديمية ولم يتوصل اصحابها للشفاء والراحة في حين البعض من هؤلاء توصل للشفاء بعد إستعمال الكي.

فالكي هو وسيلة للإحاطة بالإصابة دون انتشارها وتوسعها وهي حالة تطهير الجروح أو إيقاف النزيف، وهذا ما يعادل احدى الطرق في الطب الحديث التي تهدف لإستعمال الكي ليس بالنار ولكن بالكهرباء وهي حالة معالجة بعض اورام الرحم التي تصيب المرأة، إذ ذكرت احدى المبحوثات انها سبق إستعمال الكي في المستشفى قسم الاورام.

ومن الأمراض التي تعالج بإستعمال نار الكي والتي اجاب عنها المبحوثين تتمثل فيما يلي: أمراض المفاصل والروماتيزم، آلام الرأس والصداع، الصداع النصفي (الشقيقة)، القروح والجروح

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

السامة، البرد، ركود الدورة الدموية، السعال والسعال الديكي، شلل عصب الوجه امراض الكبد، امراض الطحال، ضيق النفس، الخوف الشديد بدون سبب، اليرقان، عرق النسا...

جدول رقم (43): يبين وظيفة المبحوث وعلاقته بإستعمال الكي

إستعمال الكي						وظيفة المبحوث
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	69	87	60	13	9	اطار سامي
100	100	88	88	12	12	موظف
100	16	100	16			تاجر
100	15	86.7	13	13.3	2	شبكة+عقود ما قبل التشغيل
100	93	94.6	88	5.4	5	متقاعد+عامل يومي + آخر
100	175	93.1	163	6.9	12	طالب + بطل
100	468	91.5	428	8.5	40	المجموع الاجمالي

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل -الوظيفة - على توجه المبحوث نحو إستعمال الكي

أو عدم إستعماله كانت النتائج على النحو التالي:

87% هي نسبة فئة الاطارات السامية الذين لم يسبق لهم إستعمال الكي مقابل 13% من

نفس الفئة الذين سبق وان استعملوا المعالجة بالكي.

88% هي نسبة فئة الموظفين الذين لم يسبق لهم إستعمال الكي مقابل 12% من نفس الفئة

الذين سبق لهم إستعماله.

100% هي نسبة فئة التجار الذين لم يسبق لهم إستعمال الكي في المعالجة.

6.7% هي نسبة فئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل الذين لم يسبق لهم إستعمال

الكي مقابل 13.3% من المبحوثين سبق لهم إستعماله.

94.6% هي نسبة فئة متقاعد وعامل باليوم الذين لم يسبق لهم إستعمال الكي مقابل 5.4% من سبق لهم إستعماله. 93.1% هي نسبة المبحوثين من فئة الطلاب والباطالين الذين لم يسبق لهم إستعمال الكي مقابل 6.9%.

يبحث الأفراد عن الحلول العلاجية بكل الطرق المسموحة وغير المسموعة، السهلة والصعبة، وهي حالة المبحوثين الذين اضطروا إلى الحصول على العلاج بالنار رغم خطورته وهذا دليل على ان الالم فاق الاحتمال، وذكر لنا أحد المبحوثين وهو اطار سامي انه اجبر على إستعمال الكي، بعد ان استعصى علاجه بالطب النفسي حيث ذكر انه تعرض لحادث سيارة فقد خلالها زوجته وابنه ومنذ ذلك الحين أصبح يخاف من ركوب أي وسيلة نقل، ويرفض مغادرة المنزل، فكاد يصل إلى درجة الجنون إلى ان ارغمه والده على اصطحابه إلى معالج شعبي وهو مخدر، حيث قام المعالج بإعطائه بعض الاعشاب ليشربها ثم قام بكيه على مستوى البطن بضربات خفيفة، وكرر العملية بعد ايام احس بعدها بتراجع نسبة الخوف لديه واصبح يزور المعالج دون مرافق، وهذه الطريقة تسمى علاج الخوف (الخلعة).

ونفس الطريقة يعالج بها من يخشون المرتفعات (شرفات المباني العالية)، الاشجار، صعود الجبال وهذا نوع من الأمراض النفسية التي يمكن علاجها بالكي، وعادة ما يستعمل الكي على مستوى البطن، أما معالجة آلام المفاصل والروماتيزم فتكون بضربات خفيفة في مواضع الالم، وعادة ما يستعمل الكاوي (المعالج)، بذور الحرمل فوق المنطقة المراد كياها ويقوم بضربات سريعة وخفيفة تحترق خلالها بعض البذور وتتطايرمنها رائحة قوية (كريهة)*.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (المستوى التعليمي وإستعمال المعالجة بالكي) قمنا بحساب كا² فوجدنا ان قيمة كا² المحسوبة 8.21 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 5 في حين قدرت كا² الجدولية 7.08 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

* الحرمل: نبتة منتشرة بكثرة في السهوب وفي الهضاب العليا وفي الصحاري. تنمو على الاراضي الرملية في المراعي، يتميز نبات الحرمل بساق متشعبة مكسوة باوراق كثيرة وازهار بيضاء وحيدة في قمة الغصينات يبلغ طول نبات الحرمل 80 سنتمتر، بذوره منبهة وتعطي نتائج جيدة ضد البواسير وآلام المفاصل والتنفخات، وحرقت بذوره تعطي رائحة كريهة. والاكثار من استعماله يؤث على الاعصاب وبامكانه ان يوصل صاحبه للجنون اذا استعمل مع نبتة اخرى معروفة لدى العامة.

الجدول رقم (44): يبين المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته بزيارة الأضرحة

زيارة الأضرحة								زيارة الأضرحة المستوى التعليمي
المجموع		لم يجب		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	2			100	2			أمي
100	19			47.4	9	52.6	10	ابتدائي
100	44			81.8	36	18.2	8	متوسط
100	144	1.8	2	86.8	99	11.4	13	ثانوي
100	289	3.1	9	87.2	252	9.7	28	جامعي
100	468	2.4	11	85	398	12.6	59	المجموع الاجمالي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة وهذا بنسبة 85% مقابل 12.6% من سبق لهم زيارتها.

ولمعرفة مدى تأثير هذه النتائج بالمتغير المستقل - المستوى التعليمي - كانت النتائج على

النحو التالي:

100% هي نسبة فئة الاميين الذين لا يقومون بزيارة الأضرحة.

52.6% هي نسبة فئة ذوي المستوى الابتدائي الذين سبق لهم زيارة الأضرحة مقابل 47.4%

من لم يسبق لهم زيارة الأضرحة.

81.8% هي نسبة فئة ذوي المستوى المتوسط الذين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة والأولياء

الصالحين مقابل 18.2% من سبق لهم زيارتها.

86.8% هي نسبة فئة المبحوثين ذوي المستوى الثانوي الذين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة

والأولياء الصالحين مقابل 11.4% من المبحوثين من سبق لهم الزيارة.

87.2% هي نسبة المبحوثين من فئة ذوي المستوى الجامعي الذين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة والأولياء الصالحين مقابل 9.7% من سبق لهم الزيارة.

زيارة الأضرحة من العلاجات الروحية وليست العضوية، وهي ظاهريا لا تتبع من قبل الكثير من المبحوثين ولكن وجود نسبة من تقوم بذلك دليل على وجود غاية من وراء تلك الزيارات، وهذه الزيارات تخص مناطق دون اخرى وغالبية من يقومون بها ينتظرون مباركة الولي الصالح الذي يقومون بزيارته، فمنهم من يكون عقيما ويتمنى بهذه الزيارة ان يفك الولي مشكلته، ومن كان مصابا يتمنى ان يشفى من مصابه ومن كان يعاني من مصيبة تمنى ان تزول عنه، وهذه كلها لا علاقة لها بالمكان الذي به تلك الأضرحة وإنما هي امور مقدرة من عند الله سبحانه وتعالى، ومبحوثون آخرون يقومون بزيارة الأضرحة دون ان يكون من وراء ذلك مغزى أو غاية، بل هو تقليد تعودوا عليه منذ الطفولة، فإذا حدث وعادوا إلى اماكن نشأتهم الأولى حنوا إلى ما كان في الماضي وقاموا بالزيارة الضريح المتواجد في تلك المنطقة.

الجدول رقم (45): يبين المستوى الإقتصادي للأسرة المبحوث وعلاقته بزيارة الأضرحة

زيارة الأضرحة								زيارة الأضرحة المستوى الإقتصادي
المجموع		لم يجب		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	7			85.7	6	14.3	1	أسرة فقيرة
100	315	2.5	8	87.3	275	10.2	32	أسرة متوسطة الدخل
100	146	2.1	3	80.1	117	17.8	26	أسرة مقتدرة
100	468	2.4	11	85	398	12.6	59	المجموع الاجمالي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة والأولياء الصالحين بنسبة 85% مقابل 12.6% من سبق لهم زيارة الأضرحة في حين جاءت نسبة من اجابوا -أحيانا - 2.4%.

وبإدخال المتغير المستقل والمتمثل في المستوى الإقتصادي للأسرة كانت النتائج على النحو التالي:

85.7% هي نسبة المبحوثين الذين ينتمون لأسر فقيرة ولم يسبق لهم زيارة الأضرحة والأولياء الصالحين مقابل 14.3% من المبحوثين الذين سبق لهم القيام بالزيارات.

87.3% هي نسبة المبحوثين الذين ينتمون لأسر متوسطة الدخل ولم يسبق لهم القيام بالزيارات مقابل 10.2% منهم من قام بذلك في حين كانت نسبة من يقومون بذلك أحيانا 2.5%.

80.1% هي نسبة المبحوثين الذين ينتمون لأسر غنية ولم يسبق لهم زيارة الأضرحة مقابل 17.8% من سبق لهم القيام بذلك في حين جاءت نسبة من يقومون بذلك أحيانا 2.1%.

ان المستوى الإقتصادي لا يؤثر في توجه الأفراد نحو زيارة الأضرحة، فهذه الاعمال تنبع من التقاليد والاعتقادات بأن زيارة الأولياء الصالحين تضي البركة على الرزق والأولاد والصحة، وبالتالي يسعى الكثير من الزوار للحصول على تلك البركة التي تجعلهم أكثر راحة نفسياً.

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

وتختلف المستويات الإقتصادية لقاصدي هذه الأماكن فنجد الغني ونجد الفقير والأكثر فقرا ويصطف على الطرقات المؤدية للأضرحة المتسولون الذين ينتظرون صدقة من الزائرين وهم يرددون "الله يجعل زيارتك مقبولة" وهي وسيلة للتأثير على الزوار لغرض جلب المال.

الجدول رقم (46): يبين المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته بإستعمال المعالجة بالقطع

رأي المبحوث في المعالجة بالقطع												إستعمال القطع	المستوى التعليمي
المجموع		أكثر من اجابة		ليس لديه فكرة		سحر وشعوذة		خاطئة		صائبة			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	2									100	2	أمي	
100	19			42.1	8			21.1	4	36.8	7	ابتدائي	
100	44	4.5	2	45.5	20	11.4	5	2.3	1	36.4	16	متوسط	
100	114	0.9	1	57	65	5.3	6	5.3	6	31.6	36	ثانوي	
100	289	2.8	8	55	159	6.2	18	10.4	30	25.6	74	جامعي	
100	468	2.4	11	53.8	252	6.2	29	8.8	41	8.28	135	المجموع	

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين ليست لديهم فكرة عن طبيعة عملية القطع وهذا بنسبة 53.8% مقابل 28.8% من يرون انها عملية صائبة ومفيدة في حين جاءت نسبة من يرون انها عملية خاطئة وغير مفيدة 8.8% ومن المبحوثين من يرى انها عبارة عن سحر وشعوذة بنسبة 6.2% وقدرت نسبة من اختاروا أكثر من اجابة 2.4%.

ولمعرفة مدى تأثير هذه النتائج بالمتغير المستقل - المستوى التعليمي - كانت النتائج على النحو التالي:

100% هي نسبة فئة الاميين الذين يرون ان عملية القطع صائبة.

42.1% هي نسبة فئة ذوي المستوى الابتدائي الذين ليس لديهم فكرة واضحة عن عملية القطع مقابل 36.8% من يرون ان هذه العملية صائبة في حين جاءت نسبة من يرون العكس أي ان عملية القطع خاطئة وغير مفيدة 21.1%.

45.5% هي نسبة فئة ذوي المستوى المتوسط الذين ليس لديهم فكرة واضحة عن عملية القطع مقابل 36.4% من يرون ان هذه العملية صائبة في حين جاءت نسبة من يرون أنها عبارة عن سحر وشعوذة 11.4% وقدرت نسبة المبحوثين الذين يرونها عملية خاطئة وغير مفيدة 2.3%.

57% هي نسبة فئة ذوي المستوى الثانوي الذين ليس لديهم فكرة واضحة عن عملية القطع مقابل 31.6% من يرون ان هذه العملية صائبة في حين جاءت نسبة كل من - يرون انها عبارة عن سحر وشعوذة وعملية خاطئة 5.3%.

55% هي نسبة فئة ذوي المستوى الجامعي الذين ليست لديهم فكرة واضحة عن عملية القطع مقابل 25.6% من يرون ان هذه العملية صائبة في حين جاءت نسبة من يرونها عملية خاطئة وغير مفيدة 10.4% وقدرت نسبة من يرونها عبارة عن سحر وشعوذة 6.2%.

القطع عملية علاجية روحية شائعة في الاوساط الشعبية وتختلف طريقة إستعمالها حسب المعالج ونوعية المرض، وعادة ما يتم اللجوء إليها عندما تستعصي معالجة المرض بالطريقة الأكاديمية كحالات الإصابة بعرق النسا الشائع بين الأفراد رجالا ونساء، شبابا، وشيوخا، وتعرف هذه الإصابة بشدة الالم الذي يمتد بشكل تيار كهربائي من ورك عظم الفخذ إلى اصابع القدم، تمنع هذه الإصابة المريض من الحركة والعمل والنوم، ويعرف عنه ان معالجته بالأدوية والحقن لا تنفعه وإنما تزيد من الحالة سوءا، فيلجا الكثير من المرضى إلى المعالجة الشعبية والمتمثلة في القطع والتي تتم عن طريق إستعمال الاعشاب والتي غالباً ما لا يتعرف عليها المرضى، إذ تتم العملية قبل بزوغ الشمس حيث يتوجه المعالج والمريض إلى مكان وجود النبتة المطلوبة ويطلب المعالج من المريض وضع قدمه فوق النبتة دون ان يلامسها ويقوم المعالج بقطعها (تحت القدم)، وتكرر العملية ثلاث مرات متتالية أو ثلاث مرات متفرقة وغالباً ما تكون صبيحة يوم الاثنين بالنسبة لمعالجين آخرين.

تختلف المستويات التعليمية للذين سبق لهم إستعمال القطع في المعالجة وللذين يرون انها صائبة لحد كبير، ذكر لنا أحد المبحوثين انه عانى كثيرا من الإصابة بعرق النسا وزار العديد من اطباء مختصين في العظام والاعصاب دون ان يتمكن من الحصول على الراحة، فنصحته أحد الأطباء بالبحث عن المعالجة بالطريقة الشعبية، استغرب المريض لذلك الأمر ولكن الام اجبره على تجريب العملية فحصل بعد القطع على الراحة التي كان يبحث عنها.

والقطع لا يستعمل فقط في حالة الإصابة بعرق النسا وإنما هناك حالات لأنواع اخرى من الأمراض كمرض اليرقان (بوصفاير) الذي يصيب المولود الجديد والام، كثيرا ما تتم الاستعانة بالمعالج الشعبي الذي يقوم بإستعمال التشريط الخفيف (لإزالة الدم الفاسد) في مؤخرة الراس، وسرعان ما يلاحظ تلاشي اللون الاصفر من جسد الام والطفل، وهذه العملية لا يستطيع القيام بها كل معالج شعبي بل يختص بها البعض فقط وفي احيان كثيرة يقال عن المعالج -المعطية له-.

كما عرف معالجون اخرون بعلاج الاكزيما واللوذتين وبعض الأمراض الجلدية التي يكون سببها نفسي، وطريقة المعالجة تختلف من معالج إلى آخر، هناك من يستعمل التدليك بالزيت أو الماء أو النفط بالفم وغيرها.

يرى مبحوثون آخرون ان غياب إستعمال المادة العلاجية الواضحة (النبتة-الحجر- الماء...) يجعل من الطريقة محل شك وعدم ثقة وهذا ما دفع الكثير منهم للتصريح بأن إستعمال القطع سحر وشعوذة وهذا لا ينفي استفادة البعض الاخر على إختلاف مستوياتهم العلمية من الحصول على الشفاء بهذه الطريقة.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (المستوى التعليمي وإستعمال المعالجة بالقطع) قمنا بحساب كا² فوجدنا ان قيمة كا² المحسوبة 24.21 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 16 في حين قدرت كا² الجدولية 22.61 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (47): يبين وظيفة المبحوث ورأيه في إستعمال القطع

رأي المبحوث في المعالجة بالقطع												إستعمال القطع
المجموع		أكثر من اجابة		ليس لديه فكرة		سحر وشعوذة		خاطئة		صائبة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	المستوى التعليمي
100	69			56.5	39	4.3	3	15.9	11	23.3	16	اطار سامي
100	100	1	1	60	60	3	3	8	8	28	28	موظف
100	16			43.8	7	6.3	1	18.8	3	31.3	5	تاجر
100	15			53.3	8	13.3	2			33.3	5	شبكة+عقود ما قبل التشغيل
100	93	2.2	2	52.7	49	6.5	6	8.6	8	30.1	28	متقاعد+عامل يومي + آخر
100	175	4.6	8	50.9	89	8	14	6.3	11	30.3	53	طالب + بطال
100	468	2.4	11	53.8	252	6.2	29	8.8	41	28.8	135	المجموع

ولمعرفة مدى تأثير الوظيفة على رأي الأفراد تجاه عملية القطع كانت النتائج على النحو

التالي:

56.5% هي نسبة فئة الاطارات السامية الذين ليست لديهم فكرة عن عملية القطع مقابل 23.3% من يرون ان عملية القطع صائبة في حين 15.9% قالوا انها عملية خاطئة وقدرت نسبة من قالوا انها عملية سحر وشعوذة 4.0%.

60% هي نسبة فئة الموظفين الذين ليست لديهم فكرة عن عملية القطع مقابل 28% من نفس الفئة الذين قالوا انها عملية صائبة في حين كانت نسبة من قالوا انها خاطئة 8.0%.

43.8% هي نسبة فئة التجار الذين ليست لديهم فكرة عن عملية القطع مقابل 31.3% من يرون انها صائبة في حين قدرت نسبة من راي انها خاطئة 18.8%.

53.3% هي نسبة فئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل الذين ليست لديهم فكرة عن عملية القطع مقابل 33.3% من يرون انها عملية صائبة في حين قدرت نسبة من يرى انها سحر وشعوذة 13.3%.

52.7% هي نسبة فئة متقاعد وعامل باليوم الذين ليست لديهم فكرة عن عملية القطع مقابل 30.1% من يرون انها صائبة وقدرت نسبة كل من يرون انها سحر وشعوذة وانها عملية خاطئة وغير مفيدة على التوالي 8.6% و6.5%.

50.9% هي نسبة المبحوثين من فئة الطلاب والبطالين الذين ليست لديهم فكرة عن عملية القطع مقابل 30.3% ت نسبتي من يرون انها سحر وشعوذة وانها غير مفيدة وخاطئة 8.6% و6.3% على التوالي.

تختلف آراء المبحوثين حول عملية القطع المتبعة لعلاج بعض الأمراض الشائعة والتي لم يتم التوصل إلى الشفاء منها بالعلاج الطبي الحديث أو التي لم يتم معالجتها من قبل بل تم التوجه لإستعمال القطع بمجرد الإصابة كطريقة تلقائية في الحصول على الراحة وهو حال معالجة عرق النسا الذي فقد مصداقية شفاؤه بالطب الأكاديمي لذلك جل الذين كان رأيهم ان إستعمال القطع عملية صائبة ذكروا الإصابة بعرق النسا كمثال على نجاعة الأمر وهو رأي المبحوثين من وظائف مختلفة (من اطار سامي إلى بطل).

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

المبجوثين الذين ليست لديهم ادنى فكرة عن عملية القطع هم الذين لم يتعرضوا إلى اصابات مستعصية أو انهم أكثر وفرة في الصحة وكان سنهم يتراوح بين (20 و 40 سنة)، وينتمون إلى مختلف الوظائف، وأما الذين كان رأيهم ان القطع سحر وشعوذة، أكبر نسبة تنتمي لفئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (وظيفة المبحوث وإستعمال المعالجة بالقطع) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 07.24 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 20 في حين قدرت χ^2 الجدولية 22.01 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (48): المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته بإستعماله البخور

رأي المبحوث في إستعمال البخور								إستعمال البخور المستوى التعليمي
المجموع		ليس لديه فكرة + لم يجب		سحر وشعوذة		مفيد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	2	50	1			50	1	أمي
100	19	68.4	13	5.3	1	26.3	5	ابتدائي
100	44	70.5	31	18.2	8	11.4	5	متوسط
100	114	75.4	86	12.3	14	12.3	14	ثانوي
100	286	61.6	178	19.4	56	19	55	جامعي
100	468	66	309	16.9	79	17.1	80	المجموع الاجمالي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين ليست لديهم فكرة عن عملية إستعمال البخور أو لم يجيبوا على السؤال بنسبة 66% مقابل 17.1% من يرون ان إستعماله مفيد في حين جاءت نسبة من يرون ان إستعمال البخور سحر وشعوذة 16.9%.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - المستوى التعليمي - تبين ما يلي:

50% هي نسبة المبحوثين من الاميين الذين يرون ان عملية إستعمال البخور مفيدة وهي نسبة مساوية لمن ليس لديهم فكرة عن العملية أو لم يجيبوا على السؤال.

68.4% هي نسبة فئة ذوي المستوى الابتدائي الذين ليس لديهم فكرة عن إستعمال البخور ولم يجيبوا على السؤال مقابل 26.3% من يرون ان إستعماله مفيد في حين جاءت نسبة من يرون إستعماله سحر وشعوذة 5.3%.

70.5% هي نسبة فئة ذوي المستوى المتوسط الذين ليس لديهم فكرة عن إستعمال البخور ولم يجيبوا على السؤال مقابل 18.2% من يرون ان هذه العملية سحر وشعوذة في حين جاءت نسبة من يرون إستعمال البخور عملية مفيدة 11.4%.

75.4% هي نسبة فئة ذوي المستوى الثانوي الذين ليس لديهم فكرة عن إستعمال البخور أو لم يجيبوا على السؤال وكانت النسبة متساوية بين من يرون ان هذه العملية مفيدة والذين يرون انها سحر وشعوذة وقدرت بـ 12.5%.

61.6% هي نسبة فئة ذوي المستوى الجامعي الذين ليس لديهم فكرة عن إستعمال البخور أو لم يجيبوا على السؤال مقابل 19.4% من يرون انها عملية سحر وشعوذة في حين جاءت نسبة من يرونها عملية مفيدة 19%.

يعرف البخور بوضع مواد مختلفة كالجاي والنعبر والحلتيت فوق الفحم فتتطلق منها روائح عطرية أو كريهة حسب الطلب وعرفت هذه الطريقة في المجتمع الجزائري منذ القدم كوسيلة علاجية (عضوية أو روحانية) وارتبطت كثيرا بالسحرة والدجالين الذين اعتمدوا عليها لاسترضاء الجن والشياطين واستحضار الأرواح الخبيثة ويعتمد بعض المعالحين الشعبيين على استخدام التبخر بهذه الأعشاب لعلاج الإصابة بالعين والصرع والسحر، وذكر في الطب النبوي ان الملائكة تحب الطيب والروائح الزكية والشياطين تنفر منه واحب شيء إليها الرائحة المنتنة الكريهة والارواح الطيبة تحب الرائحة الطيبة والارواح الخبيثة تحب الرائحة الخبيثة وهذا ما يعتمد عليه السحرة والدجالين في الجلسات العلاجية وهو امر كان شائعا ومازال في الاوساط الشعبية لذا ارتبط مفهوم العلاج بالبخور بهذه الفئة.

في حين نجد ان المعالجة بالبخور بإستعمال المواد العطرية المختلفة معتمدة في الطب البديل واثبتت فاعليتها، في تعديل المزاج وتهدة النفس وابعاد الضغوط، إذ يقول ابن قيم الجوزية " لما

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

كانت الرائحة الطيبة غذاء الروح، والروح مطية القوى، والقوى تزداد بالطيب وهو ينفع الدماغ والقلب وسائر الأعضاء الباطنية ويفرح القلب ويسر النفس ويبسط الروح وهو أصدق شيء للروح وأشدّه ملائمة لها، وبينه وبين الروح الطيبة نسبة قريبة....¹.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (المستوى التعليمي للمبحوث وإستعمال المعالجة بالبخور) قمنا بحساب كا² فوجدنا ان قيمة كا² المحسوبة 12.84 عند مستوى دلالة 05.0 ودرجة حرية 8 في حين قدرت كا² الجدولية 12.24 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (49): يبين وظيفة المبحوث وعلاقته بإستعمال البخور في المعالجة

المعالجة بإستعمال البخور								وظيفة المبحوث
المجموع		ليس لديه فكرة + لم يجب		سحر وشعوذة		مفيد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	69	60.9	42	21.7	15	17.4	12	اطار سامي
100	100	72	72	12	12	16	16	موظف
100	16	68.8	11	18.8	3	12.5	2	تاجر
100	15	40	6	13.3	2	46.7	7	شبكة+عقود ما قبل التشغيل
100	93	6.65	61	14	13	20.4	19	متقاعد+عامل يومي + آخر
100	175	66.9	117	19.4	34	13.7	24	طالب + بطل
100	468	66	309	16.9	79	17.1	80	المجموع الاجمالي

ولمعرفة مدى تأثير الوظيفة على رأي الأفراد تجاه إستعمال البخور كانت النتائج على

النحو التالي:

¹ ابن قيم الجوزية، الطب النبوي، مكتبة النهضة الجزائرية، الجزائر، سنة 1983، ص 209.

60.9% هي نسبة فئة الاطارات السامية الذين ليس لديهم فكرة عن إستعمال البخور أو لم يجيبوا على السؤال مقابل 21.7% من يرون انها تتدرج ضمن عمليات السحر والشعوذة في حين قدرت نسبة من يجدونها عملية مفيدة وصائبة 17.4%.

72% هي نسبة فئة الموظفين الذين ليس لديهم فكرة عن إستعمال البخور أو لم يجيبوا على السؤال مقابل 16% من يجدونها مفيدة وصائبة في حين قدرت نسبة من يرون انها تتدرج ضمن عمليات السحر والشعوذة 12%.

68.8% هي نسبة فئة التجار الذين ليس لديهم فكرة عن إستعمال البخور أو لم يجيبوا على السؤال مقابل 18.8% من يرون انها تتدرج ضمن عمليات السحر والشعوذة في حين جاءت نسبة من يجدونها مفيدة وصائبة 12.5%.

46.7% هي نسبة فئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل الذين يرون انها عملية صائبة ومفيدة مقابل 40% من يرون انها تتدرج ضمن عمليات السحر والشعوذة في حين قدرت نسبة الذين ليس لديهم فكرة عن إستعمال البخور أو لم يجيبوا على السؤال 3.13%.

65.6% هي نسبة فئة متقاعد وعامل باليوم الذين ليس لديهم فكرة عن إستعمال البخور أو لم يجيبوا على السؤال مقابل 20.4% من يرون انها صائبة ومفيدة و قدرت نسبة من يرون انها سحر وشعوذة

14%، وكانت 66% هي نسبة المبحوثين من فئة الطلاب والبطالين الذين ليس لديهم فكرة عن إستعمال البخور أو لم يجيبوا على السؤال مقابل 19.4% من يرون انها سحر وشعوذة في حين قدرت نسبة من يرون انها عملية مفيدة بـ 13.7%.

كما سبق وذكرنا ان هذا النوع من المعالجة ارتبط بالسحر والشعوذة لان إستعمالاته لم تكن تتم إلا عند هذه الفئة، لذا كانت معظم إجابات المبحوثين على إختلاف مهتهم ان لا فكرة لديهم عن هذه الطريقة أو ينسبوننا مباشرة للفئة المذكورة، في حين يرى آخرون ان إستعمال البخور وسيلة علاجية مفيدة لمن يحسن إستعمالها ويدرك نوعية المواد المستعملة فيها، فذكرت لنا احدى المبحوثات انها تقوم بنوعين من البخور الأول لعلاج مرض عضوي والمتمثل في حرق اوراق الكاليتوس وتبخير المنزل من أجل القضاء على فيروس انفلونزا في فصل الشتاء وهي طريقة نافعة جدا وتقوم بإستعمالها منذ سنين طويلة (ورثتها عن امها)، والنوع الآخر الذي تستعمله وهو علاج

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

روحي ويتمثل في حرق عيدان العنبر ووضعها في المنزل وكثيرا ما تستعمل في الاحتفال الخاص بالمولد النبوي الشريف وهو حال العديد من أفراد المجتمع الجزائري.

وحدثنا مبحوث آخر وهو إطار سامي انه يعتمد على إستعمال البخور لمعالجة الرشح والسعال وانفلونزا والمواد المستعملة لا تحرق وإنما يتم إستعمالها في الماء المغلي ثم يستنشق الهواء المتصاعد منها وغالباً ما تكون (المواد) الزعتر أو اوراق الليمون أو إستعمال الماء فقط، كما يعتمد اخرون على طريقة التبخير في التجميل إذ ذكرت لنا احدى المبحوثات وهي حلاقة انها تعتمد على إستعمال المعدنوس في تبخير الوجه لأنه منظف قوي ومطهر للبشرة ويعطيها نظارة تفوق نظارة المواد التجميلية الاصطناعية.

الجدول رقم (50): يبين المستوى التعليمي للمبحوث ورأيه في ارتباط العلاج الشعبي بالسحر

رأي المبحوث في ارتباط العلاج الشعبي بالسحر										ارتباط العلاج الشعبي بالسحر	المستوى التعليمي
نعم		لا		أحيانا		ليس لديه فكرة		المجموع			
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
		1	50	1	50			2	100	أمي	
4	21.1	14	73.7			1	5.3	19	100	ابتدائي	
14	31.8	24	54.5	6	13.6			44	100	متوسط	
37	32.5	62	54.4	12	10.5	3	2.6	114	100	ثانوي	
127	43.9	125	42.3	29	10	8	2.8	289	100	جامعي	
182	38.9	226	48.3	48	10.3	12	2.6	468	100	المجموع الاجمالي	

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين يرفضون فكرة كون الطب الشعبي مرتبط بالسحر بنسبة 48.3% مقابل 38.9% من يرون انه مرتبط بالسحر في حين جاءت نسبة من يرون انه مرتبط بالسحر في بعض الحالات 10.3%.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - المستوى التعليمي - تبين ما يلي:

50% هي نسبة المبحوثين من اليمين الذين يرفضون فكرة كون الطب الشعبي مرتبط بالسحر وهي نسبة مساوية لمن اجابوا احيانا.

73.7% هي نسبة فئة ذوي المستوى الابتدائي الذين يرفضون فكرة كون الطب الشعبي مرتبط بالسحر مقابل 21.1% من يرون انه مرتبط بالسحر في حين قدرت نسبة من ليس لديهم فكرة 5.3%.

54.5% هي نسبة فئة ذوي المستوى المتوسط الذين يرفضون فكرة كون الطب الشعبي مرتبط بالسحر مقابل 31.8% من يرون مرتبط بالسحر في حين جاءت نسبة من اجابوا احيانا 13.6%.
54.4% هي نسبة فئة ذوي المستوى الثانوي الذين يرفضون فكرة كون الطب الشعبي مرتبط بالسحر مقابل 32.5% من يرون انه مرتبط بالسحر في حين جاءت نسبة من اجابوا احيانا 10.5%.

43.9% هي نسبة فئة ذوي المستوى الجامعي الذين يرون ان الطب الشعبي مرتبط بالسحر مقابل 42.3% من يرفضون هذه الفكرة أي اجابوا ب - لا- في حين جاءت نسبة من اجابوا - احيانا ب 10%.

ان اعتقاد بعض المبحوثين ان الطب الشعبي مرتبط بالسحر لم يأتي من العدم أو الحكم المسبق بل من واقع إستعمالات بعض المعالجين والملاحظ في محلات بيع المواد العلاجية العشبية كوجود بقايا حيوانات أو زواحف أو طيور عرفت منذ القدم انها تستعمل في احضار الارواح أو ابطال السحر أو وضع السحر لمن يراد النيل منه، لقد كان للحيوانات أدواراً مهمة في الممارسات السحرية المنتشرة على أوسع نطاق في البلاد العربية، فدماؤها ولحومها تشكل سناً ضرورياً لطقوس طرد الشر والحصول على البركة حين تقدم كقرابين، كما تدخل العناصر الأخرى ذات الأصل الحيواني ضمن المواد اللازمة لإعداد العديد من الوصفات السحرية، فتستعمل جلودها، أطرافها، عظامها، مخالبها، أو أعضاءها الداخلية، بل حتى فضلات بعض الحيوانات يتم استغلالها في العمليات السحرية، بالإضافة إلى وجود بعض المواد العضوية أو العشبية في هذه المحلات والتي تستعمل كبخور لإحضار الارواح أو التأثير على الأفراد من بينها الجاوي وأظافر الجن وزبد البحر والزنجارة والفلفل الاسود والأبيض والحلتيت والرصاص والكبريت يستخدمها السحرة والمشعوذون كبخور تهيئ الاجواء لكي يصدق الشخص الذي يلجأ اليهم.

في حين ينفي البعض الآخر ارتباط الطب الشعبي بالسحر لأنهم تعاملوا مع الجزء العشبي العلمي والذي كان مفيدا لهم، إذ ذكر أحد المبحوثين انه كان يعاني من مرض الربو الذي كان يعيق نشاطه وحركته حين كان طالبا جامعا وكثيرا ما كان يبقى لايام حبيس اصوار المستشفى إلى ان نصحه أحد الجيران بزيارة معالج شعبي الذي قدم له وصفة طبيعية مئة بالمئة وتتمثل في إستعمال تبخير البلح (التمر الجاف) فوق ماء ممزوج بحبات الثوم الاحمر، وعندما يلين التمر يتم طحنه ثم خلطه بعسل النحل الاصلي ويتناول منه ملعقة اكل قبل النوم وفي الصباح، اكد المبحوث جازما ان هذه الطريقة جلبت له الشفاء ولم يعد إلى المستشفى إلا نادرا.

وبالنسبة للذين كان رأيهم ان العلاج الشعبي أحيانا يكون مرتبطا بالسحر ذكر أحد المبحوثين وهو بائع قطع غيار السيارات متزوج واب لطفلة صغيرة، ان ابنته كثيرا ما تصاب بقيء شديد وتمتنع عن الاكل وينقص وزنها بطريقة مخيفة دون ان يكون هناك سببا طبيا واضحا فكان يضطر لأخذها لمعالجة شعبية معروفة بعلاج 'اللقية' تقوم بإعطائها بعض مناقيع الاعشاب (الشيخ) ثم تستعمل وشاحا احمر وتقوم بتدويره من الراس إلى القدمين مع الاطالة عند الوصول إلى منطقة البطن، وهذه العملية تفيد الطفلة كثيرا ولكن اجد نفسي غير راض على الجزء الثاني (الوشاح) من العملية في حين الجزء الأول (الشيخ) امر مقبول ومفيد لذا كان رأيه ان العلاج الشعبي يرتبط بالسحر في بعض المرات.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (المستوى التعليمي للمبحوث وإعتبار العلاج الشعبي مرتبط بالسحر) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 20.83 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 12 في حين قدرت χ^2 الجدولية 18.61 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (51): يبين وظيفة المبحوث ورأيه في ارتباط العلاج الشعبي بالسحر

رأي المبحوث في ارتباط العلاج الشعبي بالسحر										ارتباط العلاج الشعبي بالسحر	وظيفة المبحوث
المجموع		ليس لديه فكرة		أحيانا		لا		نعم			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	69			14.5	10	36.2	25	49.3	34	اطار سامي	
100	100	4	4	8	8	47	47	41	41	موظف	
100	16			12.5	2	50	8	37.5	6	تاجر	
100	15			6.7	1	46.7	7	46.7	7	شبكة + عقود ما قبل التشغيل	
100	93	3.2	3	8.6	8	48.4	45	39.8	37	متقاعد+عامل يومي + آخر	
100	175	2.9	5	10.9	19	53.7	94	32.6	57	طالب + بطال	
100	468	2.6	12	10.3	48	48.3	226	38.9	182	المجموع الاجمالي	

ولمعرفة مدى تأثير الوظيفة على رأي المبحوثين في ارتباط الطب الشعبي بالسحر كانت النتائج على النحو التالي:

49.3% هي نسبة فئة الاطارات السامية الذين يرون ان الطب الشعبي مرتبط بالسحر مقابل 36.2% من يرون انه ليس مرتبطا بالسحر في حين قدرت نسبة من اجابوا - أحيانا - 14.5%. 47% هي نسبة فئة الموظفين الذين يرفضون فكرة ارتباط الطب الشعبي بالسحر مقابل 41% من يؤكدون على ارتباط الطب الشعبي بالسحر في حين قدرت نسبة من اجابوا - أحيانا - 8% وكانت نسبة من ليس لديهم أي فكرة عن الموضوع 4%.

50% هي نسبة فئة التجار الذين يرفضون فكرة ارتباط الطب الشعبي بالسحر مقابل 37.5% من يؤكدون ارتباطه بالسحر في حين جاءت نسبة من اجابوا -أحيانا 12.5%.

46.7% هي نسبة فئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل الذين يرفضون فكرة ارتباط الطب الشعبي بالسحر وكذا نسبة من يؤكدون ارتباطه بالسحر مقابل 6.7% من اجابوا - أحيانا -

48.4% هي نسبة فئة متقاعد وعامل باليوم الذين يرفضون فكرة ارتباط الطب الشعبي بالسحر مقابل 39.8% الذين يؤكدون ارتباط الطب الشعبي بالسحر في حين جاءت نسبة كل من اجابوا - أحيانا والذين ليست لديهم فكرة عن الموضوع 8.6% و 3.2% على التوالي.

53.7% هي نسبة المبحوثين من فئة الطلاب والباطالين الذين يرفضون فكرة ارتباط الطب الشعبي بالسحر مقابل 32.6% الذين يؤكدون ارتباطه بالسحر في حين جاءت نسبي كل من الذين اجابوا - احيانا- والذين ليست لديهم فكرة 9.10% و 2.9%.

رأي المبحوثين حول ارتباط الطب الشعبي بالسحر يتعلق بالمواقف التي مروا بها أو عايشوها أو سمعوا عنها، ذكرت احدى المبحوثات وهي استاذة تعليم ثانوي انها حين كانت طفلة كانت كثيرة الإصابة بالدمامل لدرجة ان جلدها أصبح مشوها بالرغم العلاج الطبي الي كانت تتبعه والمتمثل في المضادات الحيوية (الحقن) والتي كانت تخاف منها كثيرا وفي أحد العطل كانت عند جدتها واصيبت بنفس المرض جراء الميكروبات، ولم تكثرث الجدة لإصابتها، ولكن الدمامل اختفت بعد مدة دون ان معالجة كما اعتادت في السابق وذكرت انها منذ ذلك الحين لم تصب مرة اخرى، بعد سنوات من تلك الحادثة اخبرتها والدتها ان جدتها قدمت لها مرقا طبخ فيه حرباء مذبوحة وان ذلك كان سببا في شفائها، اندهشت حين علمت بالخبر وذكرت انها كانت كلما تذكرت اصيبت بالغثيان والتقيؤ، فكان رأيها ان المعالجة سحرية ومقرزة لكنها افادتها بطريقة ما لم تتمكن من تفسيرها إلى حد الساعة واكدت انها لو تعرض ابنها لنفس المرض لكانت تصرفت بنفس الطريقة !.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (وظيفة المبحوث وإعتبار العلاج الشعبي مرتبط بالسحر) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 15.61 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 15 في حين قدرت χ^2 الجدولية 13.14 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (52): يبين المستوى التعليمي للمبحوث وعلاقته بالعلاج في الحمامات

العلاج في الحمامات						العلاج في الحمامات المستوى التعليمي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	2			100	2	أمي
100	19	31.6	6	68.4	13	ابتدائي
100	44	54.5	24	45.5	20	متوسط
100	114	60.5	69	39.5	45	ثانوي
100	289	56.7	164	43.3	125	جامعي
100	468	56.2	263	43.8	205	المجموع الاجمالي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين لم يسبق لهم الاستفادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية بنسبة 56.2% مقابل 43.8% من سبق لهم الاستفادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - المستوى التعليمي - تبين ما يلي:

100% هي نسبة المبحوثين من الاميين الذين سبق لهم الاستفادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية.

68.4% هي نسبة فئة ذوي المستوى الابتدائي الذين سبق لهم الاستفادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية مقابل 31.6% من لم يسبق لهم المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية.

54.5% هي نسبة فئة ذوي المستوى المتوسط الذين لم يسبق لهم الاستفادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية مقابل 45.5% سبق لهم الاستفادة من هذا النوع من المعالجة.

60.5% هي نسبة فئة ذوي المستوى الثانوي الذين لم يسبق لهم الاستفادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية مقابل 39.5% سبق لهم الاستفادة من هذا النوع من المعالجة.

56.7% هي نسبة فئة ذوي المستوى الجامعي الذين لم يسبق لهم الاستفادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية مقابل 43.3% سبق لهم الاستفادة من هذا النوع من المعالجة. المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية في المجتمع الجزائري تنقسم إلى قسمين: علاج عضوي وعلاج نفسي روحاني، يتمثل العلاج العضوي في خصوصية مياه بعض الحمامات الفيزيائية والكيميائية والعلاجية في مداواة بعض الأمراض إنطلاقاً من الروماتيزم وضغط الدم وأمراض الجلد والحساسية، وصولاً إلى أمراض الأعصاب وتصلب الشرايين وأمراض الكلى.

أما الجانب النفسي الروحاني فيتمثل في سعي الكثير من الأفراد نحو الحمامات من أجل التبرك أو من أجل القيام بـ "النشرة" المتمثلة في ذبح الديكة في محيط تواجد الحمام، ومن ثم الاغتسال بالمياه المعدنية التي تقيد في إبعاد الأرواح الشريرة والوساوس، كما تقوم بعض النسوة بالقيام ببعض الطقوس داخل جدران الحمام كوضع الحنة في الشعر ومن ثم غسلها بمياه الحمام واشعال الشموع وأحياناً كثيرة يقمن بإطلاق الزغاريد، وهذه الطقوس مرتبطة بأساطير شعبية راسخة في التفكير الجمعي تمارس كلما احس الأفراد بضرورة إيجاد الحلول إلى مشاكلهم الصحية التي استعصى حلها طبياً فكثر ما نجد من النسوة من يقصد حمامات معينة اشتهرت في معالجة اعراض معينة كالعقم، أو الاجهاض المتكرر أو البحث عن زوج لمن طال انتظارها.

ويقصد الحمامات الطبيعية مجموعة اخرى من الأفراد من أجل الاستجمام والراحة، والأمر هنا ينطوي على متعة روحية وجسدية، إذ يفضلون الذهاب إلى الحمامات نهاية كل أسبوع بغرض الاستمتاع والحفاظ على الرشاقة، فضلا عما يوفره الحمام من استرخاء ذهني وعضلي.

وبالنسبة للمبجوثين الذين سبق لهم الاستفادة من مياه الحمامات الطبيعية عادة ما يكون مكان سكنهم قريب من مقر المنبع المائي أو اضطر لذلك بأمر من الطبيب المعالج، وذكر بعض المبجوثين من مستويات مختلفة ان زيارة هذا النوع من الحمامات مفيد جدا ولكن معظمه لا يتوفر على المرافق الضرورية التي تشجع الأفراد للتوجه نحوه وهذا سببا كافيا لعدم زيارته أو عدم معرفة خصائصه وفوائده العلاجية.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (المستوى التعليمي للمبجوث والمعالجة في مياه الحمامات الطبيعية) قمنا بحساب كا² فوجدنا ان قيمة كا² المحسوبة 8.94 عند مستوى

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

دلالة 0.05 ودرجة حرية 4 في حين قدرت كـ² الجدولية 8.19 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (53): يبين وظيفة المبحوث وعلاقته بالعلاج في الحمامات الطبيعية

العلاج في الحمامات						وظيفة المبحوث
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	69	63.8	44	36.2	25	اطار سامي
100	100	54	54	46	46	موظف
100	16	43.8	7	56.3	9	تاجر
100	15	53.3	8	46.7	7	شبكة+عقود ما قبل التشغيل
100	93	48.4	45	51.6	48	متقاعد+عامل يومي + آخر
100	175	60	105	40	70	طالب + بطال
100	468	56.2	263	43.8	205	المجموع الاجمالي

ولمعرفة مدى تأثير الوظيفة على رأي المبحوثين في ارتباط الطب الشعبي بالسحر كانت النتائج على النحو التالي:

63.8% هي نسبة فئة الاطارات السامية الذين لم يسبق لهم الاستقادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية مقابل 36.2% سبق لهم الاستقادة من هذا النوع من المعالجة.

54% هي نسبة فئة الموظفين الذين لم يسبق لهم الاستقادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية مقابل 46% سبق لهم الاستقادة من هذا النوع من المعالجة.

56.3% هي نسبة فئة التجار الذين سبق لهم الاستفادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية مقابل 43.8% من المبحوثين الذين لم يسبق لهم المعالجة بهذا النوع.

53.3% هي نسبة فئة الشبكة الإجتماعية وعقود ما قبل التشغيل الذين لم يسبق لهم الاستفادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية مقابل 46.7% سبق لهم الاستفادة من هذا النوع من المعالجة.

51.6% هي نسبة فئة متقاعد وعامل باليوم الذين سبق لهم الاستفادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية مقابل 4.48% من المبحوثين الذين لم يسبق لهم المعالجة بهذا النوع.

60% هي نسبة المبحوثين من فئة الطلاب والباطالين الذين لم يسبق لهم الاستفادة من المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية مقابل 40% سبق لهم الاستفادة من هذا النوع من المعالجة.

يقصد الأفراد الحمامات الطبيعية للتبرك بها وجلب المياه منها والاستحمام في فصول معينة، فهي في نظرهم رمز للطهارة من الأوساخ والأمراض الجسمانية والنفسية وفق طقوس معينة والأکید أن أغلب هذه الفضاءات لها فوائد كبيرة على من يقصدها خاصة المصابين بالأمراض العضوية التي تستدعي التدليك بالمياه الساخنة من أجل الشفاء كمرض المفاصل ولقد وجدت عدة منابع منتشرة عبر الوطن تفيد هذا النوع من الإصابة.

ذكر لنا أحد المبحوثين وهو اطار سابق ومتقاعد حاليا انه زار معظم حمامات الولايات الشمالية وانه اعتاد على ذلك منذ كان مصابا بمرض جلدي منذ سنوات طويلة وقد شفي منه، ولكنه يجد متعة وراحة كبيرة في التوجه إلى هذه الأماكن رفقة زوجته أحيانا مرتين في السنة في فصل الشتاء وفي فصل الربيع، وهو يرى ان زيارته إلى تلك الحمامات تعطيه قوة وطاقة وتجعله أكثر حيوية.

استنتاج الفرضية الثانية:

إستعمال العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغبيي مرجعية أساسية لكل أفراد المجتمع ويزيد كلما إنخفض المركز الإجتماعي للأفراد.

ناقشت هذه الفرضية الإستعمالات العلاجية الشعبية بشكليها الطبيعي والغبيي وعلاقتها بالمركز الإجتماعي للأفراد الذي ضم وظيفتهم ومستواهم التعليمي واعتمدنا في بعض الحالات على المستوى الإقتصادي للأسرة.

- المعالجة الشعبية الطبيعية:

اتضح ان الإستعمالات العلاجية الشعبية تتبع لدى معظم المبحوثين بمختلف مستوياتهم العلمية وفي تحليل بعض المؤشرات اتضح ان نسبة الإستعمال لا تقل عن 50% لكل فئة خاصة عند معالجي الأمراض العضوية الوقئية أو الدورية والنسبة لم تقل عن 55% لنفس سبب المعالجة بعد ادخال متغير الوظيفة.

ولما يتعلق الأمر بإتباع الطرق التقليدية للتكفل بالمواليد الجدد اتضح ان معظم المبحوثين على إختلاف مستوياتهم العلمية يعتمدون على معظم الإستعمالات المتوارثة عن السلف، وبنفس الطريقة نجد ان المراكز الإجتماعية التي يشغلها المبحوثين لم تبعدهم عن الرجوع إلى الموروث العلاجي الشعبي للتكفل الافضل بالأبناء، والذي يترجم كذلك بتفضيل الإستعمال العلاجي العشبي عن الإستعمال الصيدلاني الذي لا يتم اللجوء إليه إلا في الحالات التي يرى الأولياء انها خطيرة وحتى في هذه الحالة تتم الاستعانة بالمنتوج العشبي العلاجي كعلاج موازي.

بنفس الطريقة يعتمد المبحوثين على المعالجة العشبية قبل الصيدلانية خاصة في علاج الأمراض التي تعودوا على الإصابة بها كالأمرض العضوية الدورية والوقئية، وان حدث وان اضطروا للإستعمال العلاجي الصيدلاني نجدهم يستعملون معه العلاج العشبي كعلاج موازي للأول.

إن إستعمال العلاجات الشعبية الطبيعية تدفع الأفراد إلى توجيههم نحو معالج دون غيره لثقتهم في من اختاروا أو لعدم توفر امامهم الاختيارات في بعض الحالات كحالة إستعمال الحمامة التي يفضل البعض من ذوي المستوى الجامعي والاطارات السامية القيام بها عند معالج شعبي أو راقي في حين إستعمالاتها متوفرة عند العديد من الأطباء الاكاديميون.

كما ان أكبر عدد من المستفيدين من عملية الكي ينتمون لفئة الجامعيين الذين يشغلون مراكز إجتماعية عالية وبالرغم من ان هذه العملية تعتبر شعبية تقليدية بحتة لعدم وجود مثيلا لها في الطب الأكاديمي نجد ان الأفراد يسعون للحصول على الشفاء بكل الوسائل حتى وان كانت حارقة بنار الكي فالمركز الإجتماعي للمبجوثين لم يبعدهم عن هذا الاختيار.

- المعالجة الشعبية الغيبية:

المركز الإجتماعي للأفراد لا يؤثر على امتناعهم من الاستعانة ببعض العلاجات الروحية التي تمارس بشكل واسع في جميع الاوساط الإجتماعية إذ نجد ان العلاج بالرقية محبذ ويعمل به عند أصغر مخلوق وهو المولود الجديد وينتقل إلى كل فئات السن كما ان الإعتماد على قائم بالرقية دون غيره لا يرتبط بمستوى الأفراد التعليمي أو مناصبهم المهنية وإنما يرتبط بثقتهم في مفعول الرقية وقدرة القائم بها بإيصال الفرد إلى الراحة النفسية والروحية التي يسعى للحصول عليها.

كما ان طلب الشفاء بزيارة ضريح ولي صالح أو حمام طبيعي لا تأثير مادي واضح له لكن التأثير يكون على الجانب الروحاني للأفراد الذين يسعون نحو تلك الأماكن والذين ينتمون إلى كل المستويات التعليمية والمهنية.

ما يمكن استخلاصه من تحليل مؤشرات الفرضية ان الإستعمالات العلاجية الشعبية والغيبية لا تتأثر بمستوى المبحوث التعليمي ولا بالمهنة التي يمارسها والتي تتراوح من اطار سامي إلى عديم الوظيفة، بل تتأثر بشعور كامن في العقل الإنساني وتتشجع للخروج إلى السطح عن طريق المحفزات لها كتوفر المواد العلاجية العشبية على الساحة الوطنية وكذا توفر القائمين عليها في المجالين الطبيعي والروحي والذي تعمل الثقافة المحلية على المحافظة عليه والعمل به وتوريثه للأفراد جيلا بعد جيل.

الإقبال على العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغيبى تختلف نسبته

حسب الإنتماء الجغرافى ويزداد إستعماله كلما ارتفع سن الأفراد

وندرس فيها العلاج الشعبى بشكليه الطبيعى والغيبى وعلاقته ب:

1- الإنتماء الجغرافى للأفراد: مسقط راس المبحوث ، مكان الاقامة الحالى، الاصل

الجغرافى للأم أما الأصل الجغرافى للأب فقد تم التطرق اليه فى قائمة الملاحق

2- سن الأفراد تم إستعماله كمتغير رائز

جدول رقم(54): يبين الإلتناء الجغرافي للمبجوثين وعلاقته بنوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية

الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية										الأمراض المعالجة الإلتناء الجغرافي
المجموع		أكثر من مرض		النفسية		العضوية الوقتية والدورية		العضوية المزمنة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	339	21.5	73	2.9	10	68.4	232	7.1	24	الشمال
100	3	33.3	1	-	-	-	-	66.7	2	الشمال الغربي
100	7	14.3	1	-	-	85.7	6	-	-	الشمال الشرقي
100	39	30.8	12	-	-	66.7	26	2.6	1	الهضاب العليا
100	80	23.8	19	1.3	1	73.8	59	1.3	1	الجنوب الكبير
100	468	22.6	106	2.4	11	69	323	6	28	المجموع الكلي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبجوثين الذين يستعملون العلاج الشعبي لعلاج اصابات عضوية وقتية أو موسمية وهذا بنسبة 69 % تليها نسبة فئة المبجوثين الذين يستعملون هذه المعالجة لأكثر من سبب (مرض) بقيمة 22.6% متبوعة بفئة المعالجين للأمراض العضوية بنسبة 20.9% في حين جاءت نسبة كل من المبجوثين الذين يستعملون هذا النوع لعلاج الأمراض المزمنة والنفسية 6% و 2.4% على التوالي.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتناء الجغرافي على نوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية كانت النتائج على النحو التالي:

68.4% هي نسبة فئة المبجوثين الذين ينتمون إلى الشمال الجزائري والذين يستعملون المعالجة الشعبية لعلاج الأمراض الوقئية أو الدورية مقابل 21.5 % من المبجوثين الذين يعالجون أكثر من مرض، في حين جاءت نسبة معالجي الأمراض المزمنة 7.1%.

66.7% هي نسبة فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى الشمال الغربي الذين يستعملون المعالجة الشعبية لعلاج الأمراض المزمنة مقابل 33.3% من المبحوثين الذين يستعملون هذا النوع من المعالجة لعلاج أكثر من مرض.

85.7% هي نسبة فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى الشمال الشرقي الذين يستعملون المعالجة الشعبية لعلاج الأمراض الدورية أو الوقئية مقابل 14.3% من المبحوثين الذين يستعملون هذا النوع من المعالجة لعلاج أكثر من مرض.

66.7% هي نسبة فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى الهضاب العليا الذين يستعملون المعالجة الشعبية لعلاج الأمراض الدورية والوقئية مقابل 30.8% من المبحوثين الذين يستعملون هذا النوع من المعالجة لعلاج أكثر من مرض في حين جاءت نسبة مستعملي العلاج الشعبي لعلاج الأمراض المزمنة 2.6%.

73.8% هي نسبة فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى الجنوب الكبير الذين يستعملون المعالجة الشعبية لعلاج الأمراض الدورية والوقئية مقابل 23.8% من المبحوثين الذين يستعملون هذا النوع من المعالجة لعلاج أكثر من مرض حين تساوت النسبة عند 1.3% عند كل من معالجي الأمراض النفسية والمزمنة.

يتعرض الأفراد في مشوار حياتهم إلى مجموعة من الأمراض تتراوح بين الوراثة والمكتسبة والمزمنة والوقئية، والبنية الجسدية لكل فرد تحدد درجة التحمل ووسائل العلاج المتبعة في المعالجة، هناك بعض الأمراض بإمكانها ان تكون شديدة التأثير في جماعات ولا تؤثر في اخرى بنفس الحدة، ومعظم الأمراض التي يشترك فيها عدد كبير من أفراد المجتمع هي الأمراض الموسمية والأمراض الدورية، بينما الأمراض المزمنة والوراثة تختص بها مجموعة اخرى بسبب التركيبة الجسدية لهؤلاء.

بالنسبة للأمراض العضوية الموسمية والدورية تمس عددا كبيرا من أفراد المجتمع كأنفلونزا والسعال، ولكنها لا تدفع الأفراد للهلح وإنما يتعاملون مع الإصابة بكل هدوء، فيرجعون إلى طب الأسرة المتمثل في تناول مناقيع الاعشاب العلاجية كالزعرتر واكليل الجبل أو البابونج والبعض الآخر يستعمل منقوع الليمون ويستهلكون الفواكه الغنية بفيتامين س، ونتائج الدراسة بينت ان معظم

الفصل الرابع: الفرضية الثالثة

مناطق الوطن يعتمدون على المعالجة الشعبية عند الإصابة بهذا النوع من المرض، إضافة إلى بعض الاعراض كانتفاخات القولون أو آلام المعدة أو الالام المصاحبة للحيض.

وتزخر كل بيئة بمجموعة من الاعشاب العلاجية التي قد لا تتواجد في بيئة اخرى، لذلك نجد ان أعشاب منطقة ما تكون أكثر استهلاكاً عند سكان تلك المنطقة، فأفراد المناطق الشمالية والهضاب العليا يستهلكون مناقيع اوراق الزيتون للحد من ارتفاع نسبة السكر في الدم في حين نجد سكان الجنوب الكبير يعتمدون لنفس الغرض على منقوع نبات الشيح، أو نبات عشبة مريم المعروفة كذلك باسم شيبية العجوز أو الشيح الخرساني.

ولمعرفة ما إن كان لإقامة المبحوث الحالية (منطقة حضرية أو منطقة ريفية) تأثير على نوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية تم تشكيل الجدول التالي:

جدول رقم(55): يبين مكان الإقامة الحالية للمبحوث وعلاقته بنوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية

الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية										الأمراض المعالجة
المجموع		أكثر من مرض		النفسية		العضوية الوقائية والدورية		العضوية المزمنة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الإقامة الحالية للمبحوث
100	289	21.5	62	3.1	9	70.6	204	4.8	14		حضر
100	179	24.6	44	1.1	2	66.5	119	7.8	14	ريف
100	468	22.6	106	2.4	11	69	323	6	28	المجموع الكلي

إن إدخال المتغير المستقل (مكان الإقامة الحالي) على مجمل الأمراض المعالجة بالطريقة

الشعبية بين النتائج التالية:

أكبر نسبة والمقدرة بـ 70.6 % اختص بها المبحوثين من المنطقة الحضرية الذين يستعملون العلاج الشعبي لمعالجة الأمراض العضوية الوقائية والدورية تلتها نسبة مستعملي العلاج

الشعبي - لأكثر من مرض - والتي قدرت بـ 21.5 % في حين جاءت نسبتي مستعملي العلاج الشعبي لعلاج الأمراض العضوية المزمنة والنفسية على التوالي 4.8 % و 3.1 %.

أما المبحوثين المقيمون في المناطق الريفية فكانت أكبر نسبة 66.5 % والتي اقتص بها معالجي الأمراض العضوية الوقائية والدورية تلتها نسبة مستعملي العلاج الشعبي -لأكثر من مرض- والمقدرة بـ 24.6 % أما مستعملي العلاج الشعبي ل- الأمراض العضوية المزمنة والنفسية فجاءت على التوالي 7.8 % و 1.1 %.

تجد الأمراض العضوية الدورية والوقائية العلاج الخاص بها في الطريقة الشعبية كون نوعية الأمراض متداولة ومعروفة لدى عدد كبير من أفراد المجتمع سواء كان ذلك في الريف أو في المدينة خاصة مع توفر نوع هذه العلاجات في السوق الجزائرية بمختلف أشكالها من اسواق إلى باعة متجولون إلى صيدليات خاصة تتفنن في تغليب وتغليف هذا النوع من العلاج، وكذا بادخال العامل التكنولوجي في استغلال الاعشاب العلاجية كإستخراج الزيوت والعصائر من النباتات العشبية العلاجية التي تسهل عملية إستعمالها واستغلالها.

ولمعرفة مكان حصول المبحوثين حسب مكان إقامتهم الحالية على المواد العشبية العلاجية

تم تشكيل الجدول التالي:

الجدول (56): توزيع المبحوثين حسب اقامتهم الحالية ومكان اقتناء الدواء

مكان اقتناء الاعشاب العلاجية												مكان اقتناء الاعشاب	
المجموع		أكثر من اجابة		الاقرب إلى المنزل		صيدلية أعشاب		عشاب السوق		محل بيع الاعشاب			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الاقامة الحالية	
100	289	18	52	12.8	37	36	104	5.5	16	27.2	80		حضر
100	179	19	34	17.9	32	26.8	48	2.8	5	33.5	60		ريف
100	468	18.4	86	14.7	69	32.5	152	4.5	21	29.9	140		المجموع

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين يقتنون الاعشاب العلاجية من صيدلية أعشاب بنسبة 32.5% تليها نسبة من يقصدون محلات لبيع الاعشاب بقيمة 29.9% متبوعة بنسبة 18.4% ممن كانت اجابتهم أكثر من إختيار في حين جاءت نسبة من يفضلون الاقرب إلى مقر سكنهم مساوية ل 14.7% وكانت نسبة من يقصدون عشاب السوق للحصول على الاعشاب العلاجية 4.5%.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإقامة الحالية - للمبحوث على مكان اقتناء الاعشاب العلاجية كانت النتائج على النحو التالي:

36% هي نسبة فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى المناطق الحضرية والذين يفضلون اقتناء الاعشاب العلاجية من عند صيدليات أعشاب مقابل 27.2% من المبحوثين الذين يفضلون التوجه إلى محلات مختصة في بيع الاعشاب العلاجية، في حين جاءت نسبة من كانت اجابتهم أكثر من محل 18%.

33.5% هي نسبة فئة المبحوثين المنتمون إلى المناطق الريفية الذين يفضلون اقتناء الاعشاب العلاجية من عند محلات بيع الاعشاب مقابل 26.8% الذين يفضلون اقتناءها من عند صيدليات أعشاب في حين كانت نسبة من يقتنيها من عشاب السوق مقدرة 2.5%.

الفصل الرابع: الفرضية الثالثة

تنتشر محلات بيع المواد العلاجية في المناطق الحضرية أكثر منها في المناطق الريفية خاصة لما يتعلق الأمر بالصيدليات الخاصة ببيع المواد العشبية العلاجية وهذا سبب ارتفاع نسبة من يقصدها من مبحوثي المناطق الحضرية وتقل نسبتها عند مبحوثي المناطق الريفية الذين ينتقلون في جميع الحالات إلى المدن لإقتناء ما يحتاجون إليه، أو التوجه لعشابي الأسواق اليومية أو الأسبوعية.

وللتأكد من وجود أو عدم وجود علاقة للأصل الجغرافي للوالدين على التأثير باتباع العلاج الشعبي تم تشكيل الجدول التالي:

جدول رقم(57): يبين الاصل الجغرافي للأم وعلاقته بنوعية الأمراض المعالجة بالطريقة

الشعبية

الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية										الأمراض المعالجة	الأصل الجغرافي للأم
المجموع		أكثر من مرض		النفسية		العضوية الوقتية والدورية		العضوية المزمنة			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	299	23.4	70	2.7	8	69.2	207	4.7	14	حضر	
100	169	21.3	36	1.8	3	68.6	116	8.3	14	ريف	
100	468	22.6	106	2.4	11	69	323	6	28	المجموع الكلي	

69.2 % هي نسبة مستعملي العلاج الشعبي لمعالجة الأمراض الوقتية والدورية للمبحوثين الذين تنتمي أمهاتهم للمناطق الحضرية تلتها نسبة 23.4 % لمستعملي نفس طريقة العلاج لمعالجة أكثر من مرض وقدرت نسبة معالجي الأمراض المزمنة والامراض الوقتية 4.7% و2.7% على التوالي

أما المبحوثين الذين تنتمي امهاتهم للمناطق الريفية جاءت أكبر نسبة لمعالجي الأمراض الوقتية والدورية والتي قدرت بـ 68.6 % تلتها نسبة 21.3 % لمعالجي - أكثر من مرض - في حين جاءت نسبة 8.3 % و1.8% لمعالجي الأمراض المزمنة والنفسية على التوالي.

إن الإلتواء الجغرافي للأم لم يغير توجه الأفراد لإستعمال العلاج الشعبي لمعالجة مرض دون غيره وإنما الجدول حافظ على نفس المسار بادخال هذا المتغير على نوعية الأمراض المعالجة. ولمعرفة تأثير الأصل الجغرافي للأب على إستعمال العلاج الشعبي لنوعية الأمراض المعالجة تم تشكيل الجدول رقم (01) في الملاحق.

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم (58): يبين مكان اقامة المبحوث حسب السن وعلاقته بنوعية الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية

الأمراض المعالجة										الأمراض المعالجة	
المجموع		أكثر من مرض		الأمراض النفسية		العضوية (وقتية/ دورية)		الأمراض المزمنة		مكان الإقامة/السن	
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	20	10	2	5	1	80	16	5	1	أقل من 20 سنة	حضر
100	179	25.1	45	3.4	6	69.3	124	2.2	4	20-30 سنة	
100	51	15.7	8	2	1	68.6	35	13.7	7	30-40 سنة	
100	9	11.5	3	/	/	84.6	22	3.8	1	40-50 سنة	
100	9	33.3	3	/	/	55.6	5	11.1	1	50-60 سنة	
100	4	25	1	25	1	50	2	/	/	اكثر من 60 سنة	
100	289	21.5	62	3.1	9	70.6	204	4.8	14	المجموع	
100	13	7.7	1	/	/	92.3	12	/	/	أقل من 20 سنة	ريف
100	101	20.8	21	1	1	68.3	69	9.9	10	20-30 سنة	
100	36	33.3	12	/	/	55.6	20	11.1	4	30-40 سنة	
100	20	25	5	/	/	75	15	/	/	40-50 سنة	
100	7	42.9	3	14.3	1	42.9	3	/	/	50-60 سنة	
100	2	100	2	/	/	/	/	/	/	اكثر من 60 سنة	
100	179	24.6	44	1.1	2	66.5	119	7.8	14	المجموع	
100	468	22.6	106	2.4	11	69	323	6	28	المجموع الكلي	

ولمعرفة ما ان كان لسن المبحوث تأثير على توجهه لعلاج نوع معين من الأمراض بالطريقة الشعبية تم تشكيل الجدول أعلاه الذي حافظ على نفس المسار بالنسبة لنوعية الأمراض المعالجة مع وجود فروق بين فئات السن المختلفة والتي كانت كما يلي:

بالنسبة لمبحوثي المناطق الحضرية أكبر نسبة من مستعملي العلاج الشعبي لمعالجة الأمراض الدورية والوقائية اختصت بها فئة السن (40-50 سنة) والمقدرة بـ 84.6 % تلتها فئة (أقل من 20 سنة) بنسبة 80 % في حين جاءت نسب بقية فئات السن متقاربة إلى حد ما والتي كانت 69.3% و68.6% و55.6% و50% للفئات (30-20)، (40-30)، (50-60)، (60 سنة فأكثر) على التوالي.

أما بالنسبة لمبحوثي نفس المنطقة والمعالجون لأكثر من مرض فإن أعلى نسبة اختصت بها فئة السن (50-60 سنة) والتي قدرت بـ 33.3 % وتقاربت نسب بقية فئات السن.

وبخصوص المبحوثين المنتمون إلى المناطق الحضرية والذين يتبعون العلاج الشعبي لعلاج الأمراض العضوية المزمنة أكبر نسبة اختصت بها فئة السن (30-40 سنة) والتي قدرت بـ 13.7 % تلتها نسبة 11.1% التي اختصت بها فئة السن (50-60 سنة).

وبالنسبة للمبحوثين المنتمون إلى المناطق الريفية أكبر نسبة من مستعملي العلاج الشعبي لمعالجة الأمراض الدورية والوقائية اختصت بها فئة السن (أقل من 20 سنة) والمقدرة بـ 92.3% تلتها فئة السن (40-50 سنة) بنسبة 75% في حين جاءت نسب بقية فئات السن (20-30 سنة)، (30-40 سنة)، (50-60 سنة) على التوالي 68.3% و55.6% و42.9%.

أما مستعملي العلاج الشعبي لعلاج أكثر من مرض للمبحوثين الذين ينتمون إلى نفس المنطقة فأعلى نسبة اختصت بها فئة السن (50-60 سنة) والتي قدرت بـ 42.9% تلتها نسبة 33.3% الخاصة بفئة السن (30-40 سنة).

أما معالجي الأمراض المزمنة فجاءت نسبة 11.1% خاصة بفئة السن (30-40 سنة) تلتها نسبة 9.9% لفئة السن (20-30 سنة).

من خلال ما سبق يتضح أن معظم أفراد العينة على دراية بطرق التكفل العلاجي بالأمراض الدورية والوقائية والدليل النسبة التي تفوق 50% في كل فئات السن بالنسبة لقاطني المناطق الحضرية وتفق 40% بالنسبة لقاطني المناطق الريفية، وبالنسبة لمستعملي العلاج الشعبي لأكثر

من سبب اتضح ان أكبر نسبة لمستعملي العلاج الشعبي هم فئات السن الكبرى وهذا بسبب الخبرة التي اكتسبوها طوال حياتهم، كما أكبر نسبة من معالجي الأمراض المزمنة هم من فئة السن (30-40 سنة) بالنسبة لقاطني المناطق الحضرية والريفية في نفس الوقت.

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم (59): يبين الإلتواء الجغرافي للمبوحثين وعلاقته بإستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود الجديد.

إستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود														إستعمال الوصفات الإلتواء الجغرافي
المجموع		كل الإستعمالات		المناطق		الحناء		الكحل		الزيت		التقميط		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	339	60.8	206	23.3	79	4.4	15	5	17	3.2	11	3.2	1	الشمال
100	3	100	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	الشمال الغربي
100	7	71.4	5	28.6	2	-	-	-	-	-	-	-	-	الشمال الشرقي
100	39	69.2	27	28.2	11	2.6	1	-	-	-	-	-	-	الهضاب العليا
100	80	73.8	59	3.26	21	-	-	-	-	-	-	-	-	الجنوب الكبير
100	468	64.1	300	24.1	113	3.4	16	3.6	17	2.4	11	2.4	1	المجموع

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين يستعملون كل العلاجات الشعبية الخاصة بالمولود الجديد والمتمثلة في التقييط - الزيت - الكحل - الحناء - المناقيع بنسبة 64.1% مقابل نسبة 24.1% من المبحوثين الذين يستعملون المناقيع وقدرت نسب بقية الإستعمالات الكحل - الحناء - الزيت - والتقييط 3.6% و3.4% و2.4% و2.4% على التوالي. ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإنتماء الجغرافي جاءت النتائج على النحو التالي:

60.8% هي نسبة فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى الشمال الجزائري والذين يستعملون كل المعالجات الشعبية الخاصة بالمولود الجديد مقابل 23.3% لمستعملي المناقيع وقدرت نسب بقية الإستعمالات: الحنة - الكحل - الزيت - التقييط على التوالي 5%، 4.4%، 3.2%، 3.2%.

100% هي نسبة فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى الشمال الغربي والذين يستعملون كل المعالجات الشعبية الخاصة بالمولود الجديد.

71.4% هي نسبة فئة المبحوثين المنتمين إلى الشمال الشرقي الذين يستعملون كل المعالجات الشعبية الخاصة بالمولود الجديد مقابل 28.6% من المبحوثين الذين يستعملون المناقيع.

69.2% هي نسبة فئة المبحوثين المنتمين إلى الهضاب العليا الذين يستعملون كل المعالجات الشعبية الخاصة بالمولود الجديد مقابل 28.2% من المبحوثين مستعملي المناقيع فقط في حين قدرت نسبة مستعملي الحنة 2.6%.

73.8% هي نسبة فئة المبحوثين المنتمون إلى الجنوب الكبير الذين يستعملون كل المعالجات الشعبية الخاصة بالمولود الجديد مقابل 26.3% من المبحوثين الذين يستعملون المناقيع فقط.

التكفل بالمولود الجديد في الأسر الجزائرية يبدأ قبل ميلاد الطفل منذ تكون الام حاملا إذ تتغذى على احسن غذاء وتهيء جو حضور المولود الذي يتم التكفل به بطرق تقليدية محضة أحيانا وأحيانا أخرى يتم الإعتماد على الطرق الحديثة، فعملية تقييط المولود الجديد عملية قديمة تناقلتها الأسر الجزائرية جيلا عن جيل اضافة إلى طرق تكفلية اخرى كإستعمال الكحل في بعض الأسر وإستعمال زيت الزيتون لتدليك جسم الطفل والاستعانة بالحناء بين الفترة والاخرى لغرض تقليم الأظافر، بالإضافة إلى إستعمال المناقيع التي تبعد عنه آلام الغازات وهذه الطرق جميعها مازالت تمارس في جميع المناطق الجزائرية وأكبر نسبة اختص بها سكان الشمال الغربي، تلتها نسبة أفراد الجنوب الكبير.

تستعمل الوسائل العلاجية التقليدية عند معظم الأسر الجزائرية بتفاوت مختلف اضافة أو نقصانا كإستعمال الكحل الذي لم يعد يُثق بمكوناته وبالتالي تضاءلت نسب إستعماله عند بعض الأفراد وعلى العموم فإن طرق التكفل العلاجي بالمولود الجديد متشابهة عند معظم أفراد الأسر الجزائرية.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (الانتماء الجغرافي والعلاجات الشعبية الخاصة بالمواليد الجدد) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 36.74 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 20 و χ^2 الجدولية 22.84 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين الإنتماء الجغرافي والعلاجات الشعبية الخاصة بالمواليد الجدد.

ولمعرفة الإستعمالات العلاجية الخاصة بالمواليد الجدد وعلاقتها بمكان الإقامة الحالي

للمبحوثين تم تشكيل الجدول التالي:

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم (60): يبين الإقامة الحالية للمبحوثين وعلاقته بإستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود الجديد.

إستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود														إستعمال الوصفات الإقامة الحالية
المجموع		كل ال إستعمالات		المناطق		الحناء		الكحل		الزيت		التقميط		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	289	61.9	179	26	75	3.8	11	5.5	16	1.7	5	1	3	حضر
100	179	67.6	121	21.2	38	2.8	5	6.0	1	3.4	6	4.5	3	ريف
100	468	64.1	300	24.1	113	3.4	16	3.6	17	2.4	11	2.4	11	المجموع

67.6 % هي نسبة فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى المناطق الريفية الذين يستعملون كل العلاجات الخاصة بالمواليد الجدد مقابل 21.2% لمستعملي المناطق فقط في حين لم تتجاوز بقية الإستعمالات 5%.

61.9 % هي نسبة فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى المناطق الحضرية الذين يستعملون كل العلاجات الخاصة بالمواليد الجدد مقابل 26% لمستعملي المناطق فقط وجاءت بقية النسب على التوالي 5.5% و 3.8% و 1.7% لكل من الكحل والحناء والزيت.

الإستعمالات العلاجية الخاصة بالمواليد الجدد تستعمل لدى مبحوثي المناطق الحضرية والريفية واتضح ان أكبر نسبة كانت لمستعملي كل أنواع العلاج المذكورة، والامر الذي يجب ان نذكر به بخصوص إستعمال التقميط لدى مبحوثي المناطق الريفية بنسبة أكبر من مبحوثي المناطق الحضرية هو كون هذه الطريقة تحفظ المولود من البرد الذي يميز المناطق الريفية التي غالباً ما تقتقد للتدفئة المركزية.

الجدول رقم (61): يبين مكان اقامة المبحوث حسب السن وعلاقته بالإستعمالات العلاجية للمولود

إستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود														إستعمال الوصفات مكان اقامة المبحوث/ال سن
المجموع		كل الاستعمالات		المنافع		الحناء		الكحل		الزيت		التقسيط		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	20	40	8	55	11	/	/	5	1	/	/	/	/	20 سنة
100	179	61.5	110	23.5	42	6.1	11	5.6	10	1.7	3	1.7	3	-20 30
100	51	68.6	35	19.6	10	/	/	9.8	5	2	1	/	/	40-30
100	26	73.1	19	23.1	6	/	/	/	/	3.8	1	/	/	50-40
100	9	55.6	5	44.4	4	/	/	/	/	/	/	/	/	60-50
100	4	50	2	50	2	/	/	/	/	/	/	/	/	60 فاكثر
100	289	61.9	179	26	75	3.8	11	5.5	16	1.7	5	1	3	المجموع
100	13	69.2	9	7.7	1	/	/	/	/	15.4	2	7.7	1	20-سنة
100	101	57.4	58	28.7	29	4	4	1	1	3	3	5.9	6	30-20
100	36	75	27	19.4	7	2.8	1	/	/	/	/	2.8	1	40-30
100	20	100	20	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	50-40
100	6	71.4	5	14.3	1	/	/	/	/	14.3	1	/	/	60-50
100	2	100	2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	60فاكثر
100	179	67.6	121	21.2	38	2.8	5	0.6	1	3.4	6	4.5	8	المجموع
100	468	64.1	300	24.1	113	3.4	16	3.6	17	2.4	11	2.4	11	المجموع

لمعرفة ما إن كان لسن المبحوث تأثير على توجهه لإستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود تم تشكيل الجدول أعلاه الذي أعطى النتائج التالية:

بالنسبة لمبحوثي المناطق الحضرية أكبر نسبة من مستعملي كل الوصفات العلاجية الشعبية للمولود اختصت بها فئة السن (40-50 سنة) والمقدرة بـ 73.1% تلتها فئة (30-40 سنة) بنسبة 68.6% في حين جاءت نسب بقية فئات السن متقاربة إلى حد ما والتي كان أكبر من 40%. وبالنسبة لمبحوثي نفس المنطقة ومستعملو المناقيع أعلى نسبة اختصت بها فئة السن (أقل من 20 سنة) تلتها نسبة فئة السن (أكبر من 60 سنة) والتي قدرت بـ 50%، في حين قدرت نسبة فئة السن (50-60 سنة) 44.4% أما بقية الإستعمالات فهي لم تتجاوز النسبة 10%. أما المبحوثين المنتمون إلى المناطق الريفية والمتبعون لكل الوصفات العلاجية الشعبية للمولود اختصت بها فئة السن (أكثر من 60 سنة) والمقدرة بـ 100% تلتها فئة (30-40 سنة) بنسبة 75% وعلى العموم فإن نسب كل فئات السن تفوق 57%.

في حين جاءت نسب بقية فئات السن متقاربة إلى حد ما والتي كان أكبر من 40%. أما مستعملي المناقيع فاعلى نسبة اختصت بها فئة السن (20-30 سنة) والتي قدرت بـ 28.7% تلتها نسبة 19.4% والتي اختصت بها فئة السن (30-40 سنة). وبالنسبة لمستعملي التقيط فإن أعلى نسبة لقاطني المناطق الريفية والتي بلغت 5.9% اختصت بها فئة السن (20-30 سنة)، أما إستعمالات الزيت في تدليك جسم المولود فهي أكثر اتباعا في المناطق الريفية وبرزت عند أصغر فئة بمقدار 15.4% وأكبر فئة بمقدار 14.3%. ان الإستعمالات العلاجية الخاصة بالمواليد الجدد والتي تختلف نسب اتباعها حسب فئات السن دليل على إستمرارية التناقل الثقافي في البيئات المختلفة حيث ينشأ الجيل الجديد ويتطبع بطباع الجيل الذي سبقه فيأخذ منه ما يناسب حاجياته ويتعد عما لا يساعده في وقت ما وربما يسترجع تلك المعرفة المكتسبة وغير المعمول بها في اوقات اخرى وظروف اخرى تستدعي إستعمالها.

ولمعرفة ما ان كان للانتماء الجغرافي للوالدين تأثير على ابنائهم في الطرق العلاجية والتكيفية بالمواليد الجدد تم تشكيل الجدول التالي.

الجدول رقم (62): يبين الإلتواء الجغرافي للأمم وعلاقته باتباع المبحوث للإستعمالات العلاجية الخاصة بالمولود الجديد

إستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود														إستعمال الوصفات الإلتواء الجغرافي للأم
المجموع		كل الاستعمالات		المناطق		الحناء		الكحل		الزيت		التقميط		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	299	60.5	181	26.1	78	4.7	14	5.4	16	1.7	5	1.7	5	حضر
100	169	70.4	119	20.7	35	1.2	2	0.6	1	3.6	6	3.6	6	ريف
100	468	64.1	300	24.1	13	3.4	16	3.6	17	2.4	11	2.4	11	المجموع

60.5 % هي نسبة مستعملي كل أنواع العلاجات السابقة الذكر للمبحوثين الذين تنتمي أمهاتهم للمناطق الحضرية تلتها نسبة 26.1 % لمستعملي المعالجة بالمناطق فقط أما مستعملي الكحل فقط أو الحناء فقط فجاءت نسبتهما 5.4 % و 4.7 % على التوالي في حين تساوت نسبي مستعملي التقميط والتدليك بالزيت عند 1.7 %.

أما المبحوثين الذين تنتمي أمهاتهم للمناطق الريفية جاءت أكبر نسبة لمستعملي كل أنواع العلاجات التي قدرت بـ 70.4 % تلتها نسبة 20.7 % لمستعملي المناطق فقط في حين تساوت النسب لكل من مستعملي التقميط فقط والتدليك بالزيت فقط عند 3.6 %.

يبدو جليا ان البيئة الريفية تدفع الأفراد لاتباع نوع معين من المعالجة ويتضح ذلك في إستعمالات كل من التقميط والتدليك بالزيت (التقميط يحفظ الطفل من البرد والزيت تمنع حدوث التشنجات =خبرة العجائزتم الحديث عنه سابقا).

جدول رقم (63): يبين الإلتواء الجغرافي للمبجوثين وعلاقته بإستعمال الرقية للمولود الجديد

إستعمال رقية المولود الجديد والابناء								إستعمال الرقية الإلتواء الجغرافي
نعم		لا		بدون اجابة		المجموع		
ك	%	ك	%	ك	%			
330	97.3	9	2.7			339	100	الشمال
3	100					3	100	الشمال الغربي
7	100					7	100	الشمال الشرقي
39	100					39	100	الهضاب العليا
75	93.8	3	3.8	2	2.5	80	100	الجنوب الكبير
454	97	12	2.6	2	0.4	468	100	المجموع الكلي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبجوثين الذين يستعملون الرقية للمولود الجديد والابناء بنسبة 97% مقابل 2.6% من المبجوثين الذين لا يستعملونها. ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتواء الجغرافي - على إستعمال الأفراد لرقية الابناء كانت النتائج على النحو التالي:

97% هي نسبة المبجوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري المستعملون لرقية المولود الجديد والابناء مقابل 2.7% من المبجوثين الذين لا يستعملونها.

100% هي نسبة المبجوثين المنتمون إلى الشمال الغربي والشمال الشرقي والهضاب العليا والذين يستعملون الرقية الشرعية لعلاج وتحصين المواليد الجدد والابناء.

93.8% هي نسبة المبجوثين المنتمون للجنوب الكبير الذين يستعملون الرقية مقابل 3.8% منهم لا يستعملونها.

الرقية طريقة علاجية روحانية تتم بقراءة القرآن من أجل حفظ الصحة وتحصين الافرد من العين والحسد ومن كل ما يمكن ان يضر بهم.

والأسرة الجزائرية معروفة بإستعمال هذا النوع من الممارسة سواء للعلاج أو للوقاية، لكل ابناءها وأكثرهم صغار السن والمواليد الجدد الذين يكونون أكثر عرضة للإصابات، وتبين من الجدول اعلاه ان الأفراد على إختلاف انتماءاتهم الجغرافية يعتمدون على الرقية لتحصين ووقاية الابناء من كل سوء وهو الأمر الذي لا يختلف عليه معظم أفراد العينة.

ولمعرفة ان كان للاصل الجغرافي للوالدين تأثير على إتباع ابنائهم المعالجة بالرقية للاحفاد تم تشكيل الجدول التالي:

جدول رقم (64): يبين الإلتواء الجغرافي لأمّ المبحوثين وعلاقته بإستعمال الرقية للمولود الجديد

إستعمال الرقية للمولود الجديد								الأمراض المعالجة الإلتواء الجغرافي للام
المجموع		لم يجب		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	299	0.7	2	2.3	7	97	290	حضر
100	169	/	/	3	5	97	164	ريف
100	468	0.4	2	2.6	12	97	454	المجموع الكلي

تساوت النسب لكل من أمهات المبحوثين الذين يقومون بإستعمال رقية الابناء سواء كان ذلك للمنتميات للوسط الريفي أو المنتميات للوسط الحضري وذلك كون هذه الطريقة في المعالجة أو في الوقاية من الأمراض المختلفة لها إعتبرات ثقافية ودينية منتشرة بين أفراد المجتمع الجزائري على إختلاف انتماءاتهم الجغرافية والبيئية.

ولمعرفة علاقة سن المبحوث حسب مكان إقامته الحالي بإستعمال رقية الابناء تم تشكيل

الجدول التالي:

الفصل الرابع: الفرضية الثالثة

جدول رقم (65) يبين الإلتواء الجغرافي للمبحوث حسب السن وعلاقته بإستعمال رقية الابناء

إستعمال الرقية								إلتواء الجغرافي/السن
المجموع		بدون اجابة		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	20	/	/	/	/	100	20	أقل من 20 سنة
100	179	1.1	2	1.1	2	97.8	175	20-30 سنة
100	51	/	/	3.9	2	96.1	49	30-40 سنة
100	26	/	/	3.8	1	96.2	25	40-50 سنة
100	9	/	/	/	11.1	88.9	8	50-60 سنة
100	4	/	/	/	/	100	4	أكثر من 60 سنة
100	289	0.7	2	2.1	6	97.2	281	المجموع
100	13	/	/	/	/	100	13	أقل من 20 سنة
100	101	/	/	2	2	98	99	20-30 سنة
100	36	/	/	5.6	2	94.4	34	30-40 سنة
100	20	/	/	5	1	95	19	40-50 سنة
100	7	/	/	14.3	1	85.7	6	50-60 سنة
100	2	/	/	/	/	100	2	أكثر من 60 سنة
100	179	/	/	3.4	6	96.6	173	المجموع
100	468	0.4	2	2.6	12	97	454	المجموع الاجمالي

بإدخال السن كمتغير رائر على المتغير المستقل مكان الإقامة الحالي اتضح ان النسب متقاربة بين فئات السن للمنتمون للمناطق الحضرية أو للمناطق الريفية وعليه يمكن القول ان مكان اقامة المبحوث وسنه لا يؤثران في إتباع المبحوث لعملية رقية الابناء . ولمعرفة من من الرقاة يقصده المبحوثين لرقية الابناء في حالة عدم قيام الوالدين بذلك تم تشكيل الجدول التالي:

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم (66): يبين الإنتماء الجغرافي للمبحوث واختيار القائم بالرقية

اختيار القائم بالرقية																	اختيار القائم بالرقية الانتماء الجغرافي	
المجموع		بدون اجابة		لا يستعمل الرقية		أكثر من اختيار		آخر		أحد أفراد العائلة		طالب		راقي محترف		امام مسجد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	339			2.7	9	19.2	65	2.4	8	13	44	4.1	14	20.6	70	38.1	129	الشمال
100	3									33.3	1	66.7	2					الشمال الغربي
100	7					14.3	1			14.3	1			14.3	1	1.57	4	الشمال الشرقي
100	39					7.7	3	2.6	1	23.1	9	10.3	4	28.2	11	28.2	11	الهضاب العليا
100	80	2.5	2	3.8	3	20	16	3.8	3	20	16	11.3	9	16.3	13	22.5	18	الجنوب الكبير
100	468	0.4	2	2.6	12	18.2	85	2.6	12	15.2	71	6.2	29	20.3	95	34.6	162	المجموع

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين يفضلون ان يكون القائم بالرقية أمام مسجد بنسبة 34.6% مقابل 20% منهم من يفضل إختيار راقى محترف في حين جاءت نسبة كل من كان لهم أكثر من إختيار واحد أفراد العائلة 18.2% و 15.2% على التوالي.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتناء الجغرافي - على رأي المبحوثين في إختيار القائم بالرقية جاءت النتائج على النحو التالي:

38.1% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري يفضلون إختيار أمام مسجد للقيام بالرقية مقابل 20.4% يفضلون إختيار راقى محترف في حين جاءت نسبة من كان له أكثر من إختيار 19.2% وقدرت نسبة من كان اختيارهم أحد أفراد العائلة 13%.

66.7% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الغربي يفضلون إختيار طالب للقيام بالرقية مقابل 33.3% يفضلون ان يكون القائم بالرقية أحد أفراد العائلة.

57.1% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الشرقي يفضلون ان يكون القائم بالرقية أمام مسجد وقدرت نسبة كل من يفضلون: راقى - أحد أفراد العائلة - أكثر من إختيار 14.3%.

28.2% من المبحوثين المنتمون إلى الهضاب العليا يفضلون إختيار أمام مسجد وراقى محترف للقيام بالرقية مقابل 23.1% يفضلون ان يكون الراقى أحد أفراد العائلة في حين جاءت نسبة من اختار طالب ومن كان له أكثر من إختيار على التوالي 10.3% و 7.7%.

22.5% من المبحوثين المنتمون إلى الجنوب الكبير يفضلون إختيار أمام مسجد للقيام بالرقية مقابل 20% من المبحوثين كان اختيارهم أحد أفراد العائلة وأكثر من إختيار وقدرت نسبة من كان اختيارهم راقى وطالب 16.3% و 11.3% على التوالي.

أمام الأفراد مجموعة من الاختيارات لرقية ابناءهم فإن لم يكن بوسع الوالدين القيام بالرقية اعتمدوا على أحد الأفراد كالعم أو الجد أو الجدة أو العمّة، وان تعذر ذلك داخل اسوار الأسرة اتجهوا إلى البدائل المتمثلة في ائمة المساجد ان وافقوا لان الكثير منهم لم يعد يوافق على القيام بذلك وفي حالات اخرى يتم الإعتماد على الرقاة المحترفين الذين امتهنوا الرقية ويقومون بها مقابل اجور مادية، أو يتم الإعتماد على الطالب الذي يتوفر في منطقة ولا يتوفر في اخرى، وبالنسبة للذين كانت اجابتهم آخر، ذكرت احدى المبحوثات من ولاية بجاية انها تستعمل الرقية الشرعية

مباشرة من القنوات التلفزيونية المتخصصة، لان ذلك يوفر عليها الخروج والبحث عن الراقي الذي يستحسنه زوجها لذلك تعتمد على اسهل الطرق وانسبها لظروفها.

وذكرت مبحوثة اخرى من الشمال الجزائري ان اسرتها اعتادت على زيارة أحد الشيوخ المعالجين ورفضت تسميته طالبا لأنه لا يقوم بالأمر السحرية بل يعتمد على كتابة الاحجية والنفث في السكر لتحسين الاطفال، وحسب رأيها هذه الطريقة تحمي الابناء من كل سوء!.

الفصل الثالث: تحليل الفرضية الثانية

الجدول رقم (67):يبين مكان الإقامة الحالي للمبحوث واختيار القائم بالرقية

اختيار القائم بالرقية																		اختيار القائم بالرقية
المجموع		بدون اجابة		لا يستعمل الرقية		أكثر من اختيار		آخر		احد أفراد العائلة		طالب		راقي محترف		امام مسجد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	مكان الإقامة الحالي
100	289	0.7	2	2.1	6	18	52	2.1	6	14.2	41	6.2	18	20.1	58	36.7	106	حضر
100	179	/	/	3.4	6	18.4	33	3.4	6	16.8	30	6.1	11	20.7	37	31.3	56	ريف
100	468	0.4	2	2.6	12	18.2	85	2.6	12	15.2	71	6.2	29	20.3	95	34.6	162	المجموع

36.7 % هي نسبة مبحوثي المناطق الحضرية الذين يفضلون الاستعانة بأمام مسجد لرقية ابنائهم تلتها نسبة 20 % للذين يفضلون راقى محترف في حين جاءت نسبة من كانت اجابتهم أكثر من إختيار 18 % وبالنسبة للذين يختارون أحد أفراد العائلة للقيام برقية الابناء كانت نسبتهم 14.2 %.

أما مبحوثي المناطق الريفية فاعلى نسبة اختص بها من يفضل ان يكون القائم برقية الابناء أمام مسجد تلتها نسبة 20.7 % من كان اختيارهم راقى محترف في حين جاءت نسبتي من يفضلون ان يكون القائم بالرقية أكثر من شخص (أكثر من إختيار) واحد أفراد العائلة على التوالي 18.4 % و 16.8 %.

تبين من خلال ادخال المتغير المستقل (مكان الإقامة الحالي) ان في كثير من المرات كان هناك تساوي في النسب وتطابق في الاختياري بين مبحوثي المناطق الحضرية والمناطق الريفية في إختيار القائم بالرقية (راقى محترف- طالب - أكثر من إختيار) وهذا دليل على ان الدافع لاختيار قائم بالرقية دون غيره تحدده أسباب ودوافع لا علاقة لها بمكان الإقامة الحالي للمبحوث.

الجدول رقم (68): الإلتناء الجغرافي للمبحوث والمفاضلة بين العلاجات الصيدلانية والعشبي للمولود

تفضيل معالجة عن اخرى										تفضيل معالجة عن اخرى
المجموع		بدون اجابة		الجمع بينهما		العلاجات الشعبية		الأدوية الصيدلانية أولاً			الإلتناء الجغرافي
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	339	1.2	4	12.1	41	52.2	177	34.5	117	الشمال
100	3					33.3	1	66.7	2	الشمال الغربي
100	7			14.3	1	71.4	5	14.3	1	الشمال الشرقي
100	39			7.7	3	69.2	27	23.1	9	الهضاب العليا
100	80	1.3	1	16.3	13	78.8	63	3.8	3	الجنوب الكبير
100	468	1.1	5	12.4	58	58.3	273	28.2	132	المجموع

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين يفضلون إستعمال الأدوية الشعبية أولاً عند اصابة المولود خاصة إذا تعلق الأمر بالغازات المؤلمة أو السعال قبل طلب الاستشارة الطبية من المختصين بنسبة 58.3% مقابل 28.2% من المبحوثين الذين يفضلون إستعمال الأدوية الصيدلانية أولاً في حين جاءت نسبة من يجمع بين العلاجات في نفس الوقت 12.4% . ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتناء الجغرافي - على رأي المبحوثين في إختيار معالجة قبل اخرى جاءت النتائج على النحو التالي:

52.2% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري يفضلون إستعمال الأدوية الشعبية مقابل 34.5% يفضلون إستعمال الأدوية الصيدلانية أولاً في حين جاءت نسبة من يجمع بين النوعين 12.1% .

66.7% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الغربي يفضلون بدء المعالجة بالأدوية الصيدلانية مقابل 33.3% يفضلون البدء بالأدوية الشعبية.

71.4% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الشرقي يفضلون بدء المعالجة بالأدوية الشعبية

مقابل

14.3% لكل من يفضل الأدوية الصيدلانية والذين يجمعون بين النوعين.

69.2% من المبحوثين المنتمون إلى الهضاب العليا الغربي يفضلون بدء المعالجة بالأدوية

الشعبية مقابل 23.1% يفضلون البدء بالأدوية الصيدلانية وقدرت نسبة الذين يجمعون بين النوعين 7.7%.

78.8% من المبحوثين المنتمون إلى الجنوب الكبير الغربي يفضلون بدء المعالجة بالأدوية

الشعبية مقابل 16.3% يفضلون الجمع بين النوعين في حين جاءت نسبة من يستعمل الأدوية الصيدلانية أولاً 3.8%.

يزخر التراب الجزائري بأنواع كثيرة ومختلفة من النباتات العلاجية منها من تم استغلاله والبحث فيه ومن ثم استخلصت منه الفائدة وقدمت على شكل ادوية صيدلانية بعد ان اضيفت لها مواد كيميائية اصبحت جزءا من المادة العلاجية المستخلصة، والتي تحمل في طياتها منافع واضرار في الوقت ذاته، لذلك يفضل عدد كبير من أفراد المجتمع المعالجة بالمادة الخام المتواجدة في الطبيعة والتي لم تمتد لها ايادي التغيير والتحويل ويتعلق الأمر بالمواليد الجدد الذين يتعرضون لبعض الإصابات الاعتيادية فكلما كان بالإمكان معالجتها تقليديا كلما فضلوا ذلك ومعظم المبحوثين يجعلون المعالجة الصيدلانية ثانوية إلا في الحالات المستعصية التي تستدعي التدخل الطبي الحديث، وأكبر نسبة اختص بها سكان الجنوب الكبير الذين يستعملون العلاج الشعبي لحفظ صحة المولود الجديد والأسباب متعددة منها بعد المسافة بين المناطق السكنية والمراكز الصحية التي لا يتم اللجوء إليها إلا في الضرورة القصوى كالتلقيح الاجباري، وعادة المواد العلاجية المعمول بها هي مواد مجربة منذ سنين طويلة واثبتت نجاعتها وذكرت احدى المبحوثات انها عالجت ابناءها الخمسة بالأعشاب خاصة المناقيع التي تعطي نتيجة ايجابية ونفس تلك المواد نصحني بها الطبيب على أساس انها تباع في الصيدليات فلما اقتنيتها وجدت نفس ما اقوم بجلبه من الطبيعة لذلك، اعمل على تحضيرها بنفسي وبدون أي مقابل.

هذا التوجه هو نفسه في جميع المناطق لان التجربة والخبرة المتوارثة املت على الآباء

والامهات إتباع هذه الطرق التي لم يسبق لها ان اضررت بالمولود ولكن الفرق ان سكان المناطق

الحضرية أكثر استشارة للأطباء حتى بخصوص المناقيع التي يستعملونها للأبناء وهذا ما ذكرته إحدى المبحوثات أنها توافق إلى حد كبير والدتها وحماها في إتباع العلاج التقليدي العشبي ولكنها دائما تستشير طبيب الأطفال الخاص بالعائلة في نوعية الاعشاب المستعملة والذي وافقها في كون نفس هذه المواد تباع في الصيدليات وتدخل في تركيبة الأدوية الصيدلانية.

ومجموعة اخرى صرحت انها تستعمل النوعين الصيدلاني والعشبي في بعض الحالات، فذكرت إحدى المبحوثات ان اصابة الابناء بالحمى يستدعي تناول المضادات الحيوية ولكن هذا لا يمنعها من إستعمال المناقيع والعسل والزيت وكل ما تمكن توفيره لعلاج المرض الذي اصاب الصبي.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (الانتماء الجغرافي وتفضيل معالجة عن اخرى) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 45.29 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 12 و χ^2 الجدولية 36.03 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين الإنتماء الجغرافي وتفضيل إستعمال العلاج الشعبي عن الصيدلاني للمواليد الجدد.

الجدول رقم (69): مكان الإقامة الحالي (ريف-حضر) للمبحوث والمفاضلة بين العلاجين الصيدلاني والعشبي للمولود

تفضيل معالجة عن اخرى بالنسبة للمواليد الجدد										تفضيل معالجة عن اخرى مكان الإقامة الحالي
المجموع		بدون اجابة		الجمع بينهما		العلاجات الشعبية أولاً		الأدوية الصيدلانية أولاً		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	289	2.4	7	3.1	9	45.3	131	49.1	142	حضر
100	179	0.6	1	8.9	16	46.4	83	44.1	79	ريف
100	468	1.8	8	5.3	25	45.7	214	47.2	221	المجموع

49.1% هي نسبة فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى المناطق الحضرية الذين يفضلون استعمال الأدوية الصيدلانية أولاً للمولود الجديد مقابل 45.3% لمفضلي إستعمال العلاجات العشبية أولاً وقدرت نسبة من يجمع بين العلاجين 3.1%.

46.4% هي نسبة فئة المبحوثين الذين ينتمون إلى المناطق الريفية الذين يفضلون العلاجات العشبية أولاً للمولود الجديد مقابل 44.1% لمستعملي الأدوية الصيدلانية أولاً وقدرت نسبة من يجمع بين العلاجين 8.9%.

يفضل مبحوثي المناطق الريفية الإستعمالات العلاجية العشبية لعلاج المواليد الجدد أكثر من إستعمالات المواد الصيدلانية التي يفضلونها إلا في الحالات الضرورية التي تستدعي ذلك، بينما يفضل مبحوثي المناطق الحضرية الإستعمالات العلاجية الصيدلانية للمواليد الجدد أكثر من الإستعمالات العشبية.

الجدول رقم (70): يبين سن المبحوث حسب مكان الإقامة الحالي والمفاضلة بين العلاجين

الصيدلاني والعشبي للمولود

تفضيل معالجة عن أخرى بالنسبة للمواليد الجدد										تفضيل معالجة عن أخرى مكان الإقامة/السن
المجموع		بدون اجابة		الجمع بينهما		العلاجات الشعبية أولاً		الأدوية الصيدلانية أولاً		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	20	5	1	5	1	40	8	50	10	أقل 20 سنة
100	179	2.2	4	4.3	6	44.1	79	50.3	90	20-30 سنة
100	51	/	/	2	1	56.9	29	41.2	21	30-40 سنة
100	26	7.7	2	/	/	42.3	11	50	13	40-50 سنة
100	9	/	/	11.1	1	33.3	3	55.6	5	50-60 سنة
100	4	/	/	/	/	25	1	75	3	60 سنة فاكثر
100	289	2.4	7	3.1	9	45.3	131	49.1	142	المجموع
100	13	/	/	23.1	3	15.4	2	61.5	8	أقل 20 سنة
100	101	/	/	6.9	7	51.5	52	41.6	42	20-30 سنة
100	36	2.8	1	8.3	3	44.4	16	44.4	16	30-40 سنة
100	20	/	/	5	1	50	10	45	9	40-50 سنة
100	7	/	/	28.6	2	42.9	3	28.6	2	50-60 سنة
100	2	/	/	/	/	/	/	100	2	60 سنة فأكثر
100	1790	0.6	1	8.9	16	46.4	83	44.1	79	المجموع
100	4680	1.1	5	12.4	58	58.3	273	28.2	132	المجموع الكلي

مبحوثي المناطق الريفية الذين يفضلون إستعمال الأدوية العلاجية الشعبية للمواليد الجدد قبل الصيدلانية أكبر نسبة اختصت بها فئتي السن (20-30 سنة) و (40-50 سنة) والتي قدرت ب 50 % كما تقاربت نسبيتي فئتي السن (30-40 سنة) و (50-60 سنة) والتي قدر متوسط النسبتين 43 %، في حين جاءت نسبة فئة السن (أقل من 20 سنة) 15.4 %.

أما مبحوثي المناطق الحضرية الذين يفضلون إستعمال الأدوية العلاجية الشعبية للمواليد الجدد قبل الصيدلانية أعلى نسبة اختصت بها فئة السن (30-40 سنة) والتي قدرت ب 56.9 % وتقاربت نسب فئات السن (أقل من 20 سنة) و (20-30 سنة)، فئة (40-50 سنة) بمتوسط 42 %.

أما مفضلي إستعمال العلاج الصيدلاني قبل العشبي للمواليد الجدد، أعلى نسبة والتي قدرت ب 75 % هي نسبة مبحوثي فئة السن (60 سنة فأكثر) المنتمون للمناطق الحضرية الذين يفضلون إستعمال الأدوية الصيدلانية أولاً لعلاج المواليد الجدد تلتها نسبة 55.6 % لفئة السن (50-60 سنة) في حين تساوت نسب فئات السن، (أقل من 20 سنة) و (20-30 سنة)، (40-50 سنة) عند القيمة 50 %

100 % هي نسب مبحوثي فئة السن (60 سنة فأكثر) المنتمون للمناطق الريفية الذين يفضلون إستعمال الأدوية الصيدلانية أولاً لعلاج المواليد الجدد تلتها نسبة 61.5 % لفئة السن (أقل من 20 سنة) في حين جاءت نسبة فئات السن، (20-30 سنة)، (30-40 سنة)، (40-50 سنة) متقاربة وكانت على التوالي 41.6 %، 44.4 % و 45 %.

تتأثر الإستعمالات والطرق التكلفية العلاجية للمواليد الجدد بمكان الإقامة الحالي للمبجوثين وكذا بسن الأفراد الذين تختلف توجهاتهم الفكرية وكذا مقدار المعلومات التي تتوفر لديهم تجاه طريقة علاجية دون غيرها فنجدهم يستعملون الطرق التي اعتادوها عبر مراحل حياتهم والتي اضطروا إلى إستعمالها أو كانوا مخيرين في ذلك حسب مصداقية تلك الطرق التي تقاس بنسب نجاحها في علاج الامراض.

الجدول رقم (71): يبين الإنتماء الجغرافي للمبحوث واسبقية العلاج المتبع عند المرض (البالغين)

الفصل الرابع: الفرضية الثالثة

اسبقية العلاج المتبع										اسبقية العلاج الانتماء الجغرافي
المجموع		بدون اجابة		إستعمالها في نفس الوقت		الصيدلاني أولاً		العلاج الشعبي أولاً		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	339	2.4	8	5.3	18	47.2	160	45.1	153	الشمال
100	3					66.7	2	33.3	1	الشمال الغربي
100	7			14.3	1	14.3	1	71.4	5	الشمال الشرقي
100	39			5.1	2	48.7	19	46.2	18	الهضاب العليا
100	80			5	4	40	32	55	44	الجنوب الكبير
100	468	1.7	8	5.3	25	45.7	214	47.2	221	المجموع الكلي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين يفضلون إتباع العلاج الشعبي أولاً عند اصابتهم بالمرض بنسبة 47.2% مقابل 45.7% من المبحوثين الذين يفضلون إتباع العلاج الحديث أولاً في حين جاءت نسبة من يجمع بين العلاجين في نفس الوقت 5.3%.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتناء الجغرافي - على رأي المبحوثين في إختيار معالجة قبل اخرى جاءت النتائج على النحو التالي:

47.2% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري يفضلون إتباع العلاج الحديث أولاً مقابل 45.1% يفضلون إتباع العلاج الشعبي أولاً في حين جاءت نسبة من يجمع بين النوعين 5.3%.

66.7% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الغربي يفضلون بدء المعالجة الحديثة مقابل 33.3% يفضلون البدء بالمعالجة الشعبية.

71.4% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الشرقي يفضلون بدء المعالجة الشعبية مقابل 14.3% لكل من يفضل المعالجة الحديثة والذين يجمعون بين النوعين.

48.7% من المبحوثين المنتمون إلى الهضاب العليا يفضلون بدء المعالجة الحديثة مقابل 46.2% يفضلون البدء بالمعالجة الشعبية وقدرت نسبة الذين يجمعون بين النوعين 5.1 %

55% من المبحوثين المنتمون إلى الجنوب الكبير يفضلون البدء بالمعالجة الشعبية مقابل 40% يفضلون البدء بالمعالجة الحديثة وقدرت نسبة من يجمع بين النوعين 5%.

عندما يتعرض الأفراد للأمراض العضوية على إختلاف درجة قوتها يجدون انفسهم أمام خيارين اثنين أولهما المعالجة البسيطة التي تتوافر في معظم الأسر الجزائرية والمتمثلة في المعالجة بالطريقة التقليدية بالأعشاب الطبيعية وثانيهما المعالجة الطبية الحديثة.

تختلف آراء مبحوثي العينة حول اولوية إستعمال العلاج بين الشعبي والصيدلاني، واتضح ان نسبة تقضيل المعالجة الشعبية أكبر بقليل من نسبة مفضلي المعالجة الصيدلانية، وأكبر نسبة اختص بها مبحوثي الشمال الشرقي حيث صرح لنا أكثر من مبحوث ان بعض الأمراض المعتادة تجد علاجها بإستعمال بعض الخلطات العلاجية التي يتم تحضيرها عند أحد المختصين في العلاج الشعبي العشبي وبالتالي لا يقصدون الطبيب الأكاديمي إلا عند الضرورة الملحة، كما صرح مبحوث ينتمي إلى الجنوب الكبير ان الأمراض الوقتية غير الخطيرة التي تعودنا على علاجها بالطريقة التقليدية نستمر في إتباع نفس الطريقة والامر الذي يفوق قدرة خبرتنا كالجراحة أو الأمراض المزمنة امراض العيون وغيرها نضطر إلى المعالجة الحديثة وأحياناً كثيرة نجمع بين الطريقتين الشعبية والحديثة.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (الانتماء الجغرافي للمبحوث واسبقية المعالجة بين الشعبية والطبية) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 11.56 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 12 و χ^2 الجدولية 9.22 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (72): يبين مكان الإقامة الحالي للمبحوث واسبقية العلاج المتبع عند المرض (البالغين)

اسبقية العلاج المتبع										الانتماء الجغرافي
المجموع		بدون اجابة		إستعمالهما في نفس الوقت		الصيدلاني أولاً		العلاج الشعبي أولاً		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	289	2.4	7	3.1	9	45.3	131	49.1	142	حضر
100	179	0.6	1	8.9	16	46.4	83	44.1	79	ريف
100	468	1.7	8	5.3	25	7.45	214	47.2	221	المجموع الكلي

بادخال المتغير المستقل - مكان الإقامة الحالي - على المتغير التابع (اسبقية العلاج المتبع للبالغين) تبين ان أكبر نسبة من المبحوثين القاطنين في المناطق الحضرية يفضلون إستعمال العلاج الشعبي أولاً (بمجرد الإصابة بالمرض) ومن بعد ان لم يتم الشفاء يتجهون إلى العلاج الصيدلاني سواء كان ذلك بتوجيه من الطبيب المعالج أو عن طريق التطبيب الذاتي الذي يتبعه عدد من أفراد العينة، وبلغت هذه النسبة 49.1 % مقابل 45.3 % من المبحوثين الذين يفضلون البدء بالعلاج الصيدلاني بمجرد الإصابة بالمرض.

أما المنتمون للمناطق الريفية فاعلى نسبة منهم تفضل العلاج الصيدلاني عند الإصابة الأولى بالمرض ومن ثمة تستعمل العلاج الشعبي كعلاج تكميلي للاول وقدرت نسبة مفضلي العلاج الصيدلاني على الشعبي 46.4 % مقابل 44.1 % من المبحوثين الذين يفضلون العلاج الشعبي أولاً.

الجدول رقم (73): يبين الإلتناء الجغرافي للمبحوث واختيار المعالج ونوع المعالجة

اختيار المعالج														اختيار المعالج الإلتناء الجغرافي
المجموع		أكثر من اختيار		بدون اجابة		آخر		راقي		طبيب نفسي		طبيب اكايمي		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	339	1.8	6	2.4	8	30.4	103	33.9	115	7.7	26	23.9	81	الشمال
100	3			33.3	1							66.7	2	الشمال الغربي
100	7					28.6	2	42.9	3	28.6	2			الشمال الشرقي
100	39	7.7	3	2.6	1	25.6	10	28.2	11	17.9	7	17.9	7	الهضاب العليا
100	80	10	8	6.3	5	32.5	26	13.8	11	12.5	10	25	20	الجنوب الكبير
100	468	3.6	17	3.2	15	30.1	141	29.9	140	6.9	45	23.5	110	المجموع

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين كانت اجابتهم - آخر - عندما يحسون بارق وقلق وتعب شديد دون ان تكون هناك اعراض تدل على وجود مرض عضوي بنسبة 30.1% مقابل 29.9% من يفضلون زيارة راقى محترف وجاءت نسبة من يفضلون زيارة طبيب أكاديمي 23.5% في حين قدرت نسبة الذين يفضلون زيارة طبيب نفسي 9.6% وجاءت نسبة من كان لهم أكثر من إختيار 3.6%.

33.9% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري يفضلون التوجه نحو راقى محترف مقابل 30.4% جاءت اجابتهم - آخر - في حين قدرت نسبة الذين يفضلون التوجه نحو طبيب أكاديمي 23.9% اتباع العلاج الشعبي أولاً في حين جاءت نسبة من وجاءت نسبة من يفضل زيارة طبيب نفسي 7.7%.

66.7% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الغربي يفضلون التوجه نحو طبيب أكاديمي مقابل 33.3% لم يقدموا اجابة.

42.9% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الشرقي يفضلون التوجه نحو راقى محترف مقابل 28.6% لكل من يفضل التوجه نحو طبيب نفسي و- آخر -

28.2% من المبحوثين المنتمون إلى الهضاب العليا يفضلون التوجه نحو راقى محترف مقابل 25.6% جاءت اجابتهم - آخر - في حين تساوت نسبة كل من يفضل طبيب أكاديمي وطبيب نفسي عند القيمة 17.9% وجاءت نسبة من كانت اجابتهم أكثر من إختيار 7.7%.

32.5% من المبحوثين المنتمون إلى الجنوب الكبير جاءت اجابتهم - آخر - مقابل 25% يفضلون التوجه نحو طبيب أكاديمي وجاءت نسبة من يفضلون التوجه نحو راقى محترف 13.8% في حين جاءت نسبة الذين يفضلون التوجه نحو طبيب نفسي 12.5% و قدرت نسبة من كانت اجابتهم متعددة الاختيارات 10%.

اوقاتا كثيرة يصاب الأفراد بمجموعة من الاعراض التي تدل على تعرض اجسادهم لإصابات مختلفة جراء تعب كثير أو ضغوط الحياة اليومية أو فيروس تم التقاطه في أحد المواسم عندها يفكر المصاب بالبحث عن المعالجة عند المعالج الذي يراه مناسباً لمثل حالة اصابته.

و في اوقات اخرى يتعرض الأفراد إلى حالات من الاحباط النفسي والقلق وقلة النوم والاكل دون ان تكون هناك اسبابا مرضية واضحة وفي هذه الحالة يكون للأفراد مجموعة من الحلول لمشاكلهم وهذه الحلول يتم التوجه نحوها حسب إختيار كل فرد.

فبالنسبة لأفراد العينة الذين اجابوا اجابة - آخر - أكبر نسبة اختص بها أفراد من الجنوب الكبير إذ ذكر لنا أحد هم ان شعوره بمثل تلك الاعراض يدفعه للابتعاد عن العمل والأسرة ويتوجه رفقة اصدقائه للقيام بعملية الصيد التي لا تستتبع كل الهموم والمشاكل ويعود من الرحلة بأفضل حال، واکد لنا أكثر من مبحث انه لا يستعين بأي من الاختيارات السابقة ولكنهم يتجهون إلى قراءة القرآن والاکثار من الصلاة، في حين يعتمد البعض الآخر بإحياء بعض الشعائر إذ ذكر لنا أحد المبحوثين من العاصمة انه يفضل العودة إلى منطقة ميلاده ببوسعادة والمشاركة في الحضرة التي تقام كل ليلة خميس إلى الجمعة والتي يتم احياءها بالتهليل والتكبير وقراءة القرآن.

كما يجد البعض الآخر ضالته عند الراقي الذي يقوم بقراءة القرآن وتقديم الزيت والماء المرقي، في حين يبحث اخرون على المعالجة عند الطبيب الأكاديمي الذي يصف لهم ادوية مهدئة تمنحهم الراحة النفسية التي يبحثون عنها.

ولمعرفة تأثيرمكان الإقامة الحالي للمبحوث على توجهه نحو معالج دون غيره تم بناء الجدول

التالي:

الجدول رقم(74): يبين مكان الإقامة الحالي للمبحوث واختيار المعالج ونوعية المعالجة

اختيار المعالج														اختيار المعالج
المجموع		أكثر من اختيار		بدون اجابة		آخر		راقي		طبيب نفسي		طبيب اكاديمي		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	الإقامة الحالية
100	289	1.7	5	2.8	8	31.1	90	31.5	91	11.8	34	21.1	61	حضر
100	179	6.7	12	3.9	7	28.5	51	27.4	49	6.1	11	27.4	49	ريف
100	468	3.6	17	3.2	15	30.1	141	29.9	140	9.6	45	23.5	110	المجموع

بادخال المتغير المستقل -مكان الإقامة الحالي - على المتغير التابع (إختيار المعالج) تبين ان المبحوثين القاطنين في المناطق الحضرية يفضلون ان يكون المعالج أما راقى أو آخر (آخر حسب المبحوثين أما الشخص نفسه أو قراءة القرآن...) إذ تساوت النسبة بينهما عند القيمة 31 % في حين جاءت نسبة الذين يفضلون ان يكون المعالج - طبيب أكاديمي - 21 %.

أما قاطني المناطق الريفية فأكبر نسبة كانت من نصيب المبحوثين الذين كانت اجابتهم - آخر- في حين تساوت النسبة عند القيمة 27.4 % لكل من يفضلون طبيب أكاديمي أو راقى.

الجدول رقم (75): يبين الإلتواء الجغرافي للمبحوث وإستعمال الحمامة

إستعمال الحمامة						الإلتواء الجغرافي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	339	76.4	259	23.6	80	الشمال
100	3	100	3			الشمال الغربي
100	7	71.4	5	28.6	2	الشمال الشرقي
100	39	79.5	31	20.5	8	الهضاب العليا
100	80	88.8	71	11.3	9	الجنوب الكبير
100	468	78.8	369	21.2	99	المجموع الكلي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين لم يستعملوا الحمامة بنسبة

78.8% مقابل 21.2% من المبحوثين الذين سبق لهم إستعمال المعالجة بالحمامة.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتواء الجغرافي - على توجه المبحوثين نحو هذا

النوع من المعالجة جاءت النتائج على النحو التالي:

76.4% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري لم يسبق لهم المعالجة بالحمامة مقابل

23.6% سبق لهم إستعمالها.

100% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الغربي لم يسبق لهم إستعمال المعالجة بالحمامة.

71.4% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الشرقي لم يسبق لهم المعالجة بالحمامة مقابل

28.6% سبق لهم إستعمال ذلك.

79.5% من المبحوثين المنتمون إلى الهضاب العليا لم يسبق لهم إستعمال المعالجة بالحمامة

مقابل 20.5% سبق لهم إستعمالها.

88.8% من المبحوثين المنتمون إلى الجنوب الكبير لم يسبق لهم إستعمال المعالجة بالحمامة

مقابل 13.3% سبق لهم إستعمالها.

الحجامة علاج عضوي يهدف إلى تخليص الجسم من الاخلط الفاسدة، وتستعمل في مواضع مختلفة من الجسد وفق شروط حددت منذ الازمنة القديمة، تعتبر الحجامة علاج قديم عاود الظهور في السنوات القليلة الماضية بقوة لما يحمله من فوائد علاجية أو التخفيف من اصابات وآلام عدد كبير من الأمراض المزمنة والوقائية، وهذه الطريقة منتشرة عبر التراب الوطني وتمارس بالطريقة التقليدية والحديثة، ويختص بالمواظبة عليها المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة، كارتفاع ضغط الدم وامراض القلب وكذا الأمراض المفصلية.

بالنسبة لأفراد عينتنا نجد ان أكبر نسبة اختص بها أفراد منتمون إلى الشمال الشرقي الجزائري، ونسب بقية المناطق جاءت متقاربة وترجمة نسبة مستعملي الحجامة المقدرة بـ 21.2% مقارنة بنسبة من لم يسبق لهم إستعمالها (78.8%)، كون أفراد عينتنا معظمهم ينتمي إلى الفئة الشبابية التي تتمتع بصحة وعافية، والاصابات التي يتعرضون لها لا تستدعي إستعمال الحجامة ومع ذلك نجد من يحبذ إستعمالها للوقاية من بعض الأمراض كما يستحسنها الاهالي لجعل ابناءهم أكثر اقبالا على الحفظ وهي طريقة متبعة عند حفظة القرآن الكريم.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (الانتماء الجغرافي للمبحوث وإستعمال الحجامة) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 8.26 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 4 و χ^2 الجدولية 6.96 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين. ولمعرفة تأثير مكان الإقامة الحالي للمبحوث على إستعمال الحجامة تم تشكيل الجدول التالي:

جدول رقم (76): يبين مكان الإقامة الحالي وإستعمال الحجامة في العلاج

إستعمال الحجامة						مكان الإقامة الحالي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	289	78.9	228	21.1	61	حضر
100	179	78.8	141	21.2	38	ريف
100	468	78.8	369	21.2	99	المجموع

بادخال المتغير التابع - إستعمال الحجامة - على المتغير المستقل -مكان الإقامة الحالي اتضح ان هناك تطابق في النسب بين مستعملي الحجامة إذ قدرت النسبة ب 21 % لمبحوثي المنطقتين، كما تطابقت النسب كذلك بالنسبة للمبحوثين الذين لم يستعملوا الحجامة كطريقة علاجية لعلاج بعض الأمراض الذين يتعرضون لها.

مكان الإقامة الحالي لا يؤثر في توجه الأفراد نحو المعالجة بالحجامة بل إتباع هذه الوسيلة العلاجية لها دوافع أخرى.

الجدول رقم (77): يبين الإقامة الحالية للمبحوث وعلاقتها باختيار القائم بالحجامة

اختيار القائم بالحجامة												اختيار القائم الإقامة الحالية
المجموع		بدون اجابة		آخر		معالج شعبي		راقي		طبيب		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	288	78.9	228	1.4	4	8	23	7.3	21	4.5	13	حضر
100	179	78.8	141	1.1	2	8.9	16	5.6	10	5.6	10	ريف
100	468	78.8	369	1.3	6	8.3	39	6.6	31	4.9	23	المجموع

بادخال المتغير المستقل - مكان الإقامة الحالي - اتضح ان أكبر نسبة من قاطني المناطق الحضرية تفضل ان يكون القائم بالحجامة - معالج شعبي - إذ قدرت هذه النسبة ب 8 % تلتها نسبة الذين يفضلون ان يكون القائم بها راقى، في حين جاءت نسبة الذين يفضلون ان يكون القائم بها طبيب اكاديمي 4.5 %.

أما قاطني المناطق الريفية من المبحوثين فأعلى نسبة منهم تفضل ان يكون القائم بالحجامة معالج شعبي، في حين تساوت نسبي كل من الذين يفضلون - راقى - أو - طبيب أكاديمي - عند القيمة 5.6 %.

ليس هناك فروق كبيرة بين النسب المختلفة لاختيار قائم بالحجامة دون غيره ولكن تدخل في عملية الاختيار إعتبارات كثيرة منها - المتوفر - والقريب من مكان إقامة المبحوث وكذلك صيت القائم بالحجامة مقارنة عن غيره، هذا الصيت الذي يكتسبه المعالجون على إختلاف تسمياتهم وعلاقته بنسب النجاح المحققة والتي يقدرها الأفراد الذين سبقوا ان عالجوا بهذه الطريقة أو الذين اعتادوا القيام بها في فترات معينة من السنة بسبب مرض ما أو للوقاية من امراض ما، خاصة مع انتشار اخبار هذه الطريقة العلاجية في المجتمعات المختلفة منها الغربية التي اولتها اهتماماً كبيراً والتي تبحث في اسرارها باستمرار .

جدول رقم (78): يبين الإلتواء الجغرافي للمبحوث وإستعماله للمعالجة بالكي

إستعمال الكي						إلتواء الجغرافي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	339	95.9	325	4.1	14	الشمال
100	3	100	3			الشمال الغربي
100	7	100	7			الشمال الشرقي
100	39	92.3	36	7.7	3	الهضاب العليا
100	80	71.3	57	28.8	23	الجنوب الكبير
100	468	91.5	428	8.5	40	لمجموع

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين لم يسبق لهم إستعمال المعالجة بالكي بنسبة 91.5% مقابل 8.5% من المبحوثين الذين سبق لهم إستعماله. ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتواء الجغرافي - على توجه المبحوثين نحو هذا النوع من المعالجة جاءت النتائج على النحو التالي:

95.9% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري لم يسبق لهم المعالجة بالكي مقابل 4.1% سبق لهم إستعماله.

جميع المبحوثين المنتمون إلى الشمال الغربي وجميع المبحوثين المنتمون إلى الشمال الشرقي لم يسبق لهم إستعمال الكي كطريقة من الطرق العلاجية الشعبية.

92.3% من المبحوثين المنتمون إلى الهضاب العليا لم يسبق لهم إستعمال المعالجة بالكي مقابل 7.7% سبق لهم إستعماله.

71.3% من المبحوثين المنتمون إلى الجنوب الكبير لم يسبق لهم إستعمال المعالجة بالكي مقابل 28.8% سبق لهم إستعماله.

الكي طريقة علاجية اختص بها العرب قديما وكانت عبارة عن واسطة علاجية، ولا سيما من قبل الأعراب سكان البادية، الذين كانت تنعدم عندهم الأدوية والأطباء، وكانت مرجعية أساسية للمريض عندما لا ينتفع بالأدوية المجربة.

هذه الطريقة ما زالت متواجدة إلى يومنا هذا، وتتبع عندما يفقد المريض الامل في الحصول على المعافاة بالأدوية الطبية فيكون اخر امله الكي، وهذا ما بينته الدراسة التي اجريناها، إذ نجد ان أكبر نسبة كانت من نصيب سكان الجنوب الكبير، بسبب بعد المسافة عن المراكز العلاجية وتأخر التشخيص الذي قد يأخذ اسابيع أو أشهر، يضطر خلالها المريض للتعامل مع مسافات طويلة مرات عديدة وأحيانا أخرى يفقد الامل في الحصول على العلاج فينتجه إلى ما اعتاد اجداده على المعالجة به.

وبالنسبة للقائمين بهذه العملية نجد ان عددهم وافر في المناطق الصحراوية، بحكم البيئة التي يتواجدون فيها، فهم على دراية كبيرة بالطرق العلاجية الشعبية لأنهم بحاجة إلى ذلك، ابتداء من لدغة العقارب المنتشرة في الصحراء إلى عضات الحياة إلى السقوط والاصابة بالكسور وغيرها، وهذه الطرق العلاجية لا تقتصر على الرجال فقط وإنما على النساء كذلك، ضف إلى تقنية التوليد التي تتم بالطريقة التقليدية الموروثة.

ذكر أحد المبحوثين من ولاية غرداية ان والده سقط من فوق شجرة النخيل، واصيب بكسور بليغة نقل على اثرها إلى المستشفى وقضى فيه أكثر من ثلاثة اشهر، وعند تعافيه من الكسور لم يستطع السير فاضطر إلى اللجوء لمصلحة إعادة التأهيل التي لم تنفعه كثيرا ولم تعد له نشاطه، فاضطر إلى إتباع العلاج بالكي الذي كان ناجعا لحد بعيد، وحاليا هو في صحة لأبأس بها مقارنة بالحالة التي كان فيها بعد خروجه من المستشفى.

والعلاج بالكي لا يقتصر على سكان الجنوب فقط بل متواجد في احضان المجتمع الجزائري بربوعه المختلفة، إذ ذكرت احدى المبحوثات من ولاية المدية ان زوجة اخيها لم تنجب لمدة خمس سنوات من زواجها وانها قامت بزيارة الأطباء الذين اخبروها بأنها لا تستطيع الانجاب، لكنها لم تفقد الامل حيث اتجهت نحو العلاج الشعبي فنصحها البعض بزيارة احدى المعالجات

الفصل الرابع: الفرضية الثالثة

الشعبيات التي قامت بتدليكها على مستوى البطن، لمرات عديدة وفي آخر مرة استعملت لها الكي الذي كان مخيفا لدرجة انها رفضت العودة لتلك المعالجة، واتضح بعد ثلاثة اشهر انها حامل، وهي الآن ام لثلاثة اطفال، لا نعلم إذا كان العلاج بالأعشاب ام الكي والسبب في الحل المهم ان الطب الشعبي اعاد الفرحة لكل أفراد العائلة وهذا هو المهم.

الجدول رقم (79): علاقة مكان الإقامة الحالي بإستعمال الكي في المعالجة

إستعمال الكي						إستعمال الكي مكان الإقامة الحالي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	289	90.3	261	9.7	28	حضر
100	179	93.3	167	6.7	12	ريف
100	468	91.5	428	8.5	40	المجموع

بادخال المتغير المستقل - مكان الإقامة الحالي- اتضح ان قاطني المناطق الحضرية هم الاكثر اتباعا للمعالجة بالكي مقارنة بمبحوثي المناطق الريفية إذ قدرت نسبتهم بـ 9.7 % مقابل 6.7 % من مستعملي هذه المعالجة.

وما يدفع الأفراد لاتباع هذا النوع من المعالجة هو توفر القائم بها في تلك المناطق أو المناطق القريبة منها وكذا نوعية الأمراض التي يعانون منها هي التي تتطلب المعالجة بالكي.

جدول رقم (80): يبين الإلتواء الجغرافي للمبحوث وعلاقته بزيارة الأضرحة

زيارة الأضرحة								زيارة الأضرحة الإلتواء الجغرافي
المجموع		أحيانا		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	339	2.1	7	86.4	293	11.5	39	الشمال
100	3			33.3	1	66.7	2	الشمال الغربي
100	7			85.7	6	14.3	1	الشمال الشرقي
100	39	10.3	4	84.6	33	5.1	2	الهضاب العليا
100	80			81.3	65	18.8	15	الجنوب الكبير
100	468	2.4	11	85	398	12.6	59	المجموع الكلي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين لم يسبق لهم زيارة الأضرحة والأولياء الصالحين بنسبة 85% مقابل 12.6% من سبق لهم زيارتها وجاءت نسبة من يقومون بهذه الشعيرة أحيانا 2.4%.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتواء الجغرافي - على توجه المبحوثين نحو القيام بهذا النوع من الزيارة جاءت النتائج على النحو التالي:

86.4% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري لم يسبق لهم زيارة الأضرحة والأولياء الصالحين مقابل 11.5% سبق لهم ذلك وجاءت نسبة الذين يزورونها أحيانا 2.1%.

66.7% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الغربي سبق لهم زيارة هذه الأماكن مقابل 33.3% لم يسبق لهم ذلك.

85.7% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الشرقي لم يسبق لهم زيارة الأضرحة مقابل 14.3% منهم سبق لهم ذلك.

84.6% من المبحوثين المنتمون إلى الهضاب العليا لم يسبق لهم زيارة الأضرحة والأولياء الصالحين مقابل 5.1% منهم سبق لهم ذلك وجاءت نسبة الذين يقومون بهذه الزيارات في اوقات متباعدة (أحيانا) 10.3%.

81.3% من المبحوثين المنتمون إلى الجنوب الكبير لم يسبق لهم زيارة الأضرحة مقابل 18.8% سبق لهم ذلك.

اضرحة اولياء الله الصالحين منتشرة عبر ولايات الوطن يقصدها الأفراد في المناسبات والاعياد وفي ايام محددة كيومي الخميس والجمعة كما هو حال ضريح سيدي عبد الرحمن الثعالبي المتواجد اعالي العاصمة الذي يشهد اقبالا كبيرا في المناسبات الدينية كشهر رمضان وبالأخص في ليلة السابع والعشرين منه، حيث يتجه العاصميون رجالا ونساء إلى الضريح ويتقربون من قبور الأولياء المدفونين هناك ويدعون لهم بالرحمة والمغفرة، ويقومون اثناء الزيارة ببعض الطقوس كوضع الحناء وإشعال الشموع وطلب الرقية الشرعية عند الشيخ القيم على الضريح، والمغزى من الزيارة هو التبرك بالولي الصالح أو طلب المعافاة من امراض مختلفة تتراوح بين العقم وتأخير الإنجاب أو بسبب تأخير سن الزواج وأحيانا تتم الزيارة لإيجاد الحلول للمشاكل الزوجية وغيرها.

ذكرت احدى المبحوثات من ولاية مستغانم وهي استاذة جامعية متروجة ومقيمة في ولاية الأغواط، انها عندما تتجه إلى منزل عائلتها ويصادف ذلك اعيادا دينية، فإنها لا تتخلى على عادات المنطقة التي تتمثل في زيارة الولي الصالح الباي مصطفى بن شلاغم، ليس طمعا في أي شيء لان الله سبحانه وتعالى هو الواهب ولا نحتاج إلى وسيط بيننا وبين الله لينقل دعواتنا، وإنما الأمر لا يتعدى ان يكون تقليدا ورثناه عن اجدادنا، وبالنسبة لي فإن تلك الزيارة تسمح لي بلقاء الاصدقاء القدامى وكذا الاهل والجيران الذين نشأت وترعرعت بينهم، ان زيارتي للضريح رفقة عائلتي تمثل لي نوعا من الحنين إلى الماضي، وهذا ما اكده آخرون ان زيارتهم للأضرحة ليس من أجل حل المشاكل الصحية، وإنما من أجل إيجاد وسيلة لربط هؤلاء الأفراد بالأصل والمحافظة على جذور المنطقة وربطها بالولي الصالح، كثيرا ما نشاهد بعض المغتربين الذين يجعلون من الأضرحة وجهة لهم عند عودتهم لأرض الوطن من أجل تقوية الشعور بالانتماء، وأحيانا اخرى تكون طقوسا اعتاد عليها الأفراد ولا يريدون التخلي عنها لأنها تعبر عن الشعور الجمعي لأبناء تلك المناطق التي تتواجد فيها الأضرحة.

جدول رقم (81): يبين مكان الإقامة الحالي للمبحوث وعلاقته بزيارة الأضرحة

زيارة الأضرحة								زيارة الأضرحة الإقامة الحالية
المجموع		أحيانا		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	289	1	3	85.8	248	13.1	38	حضر
100	179	4.5	8	83.8	150	11.7	21	ريف
100	468	2.4	11	85	398	12.6	59	المجموع الكلي

معظم أفراد العينة المعالجة لم يقوموا بزيارة الأضرحة كوسيلة للتبرك أو للمعالجة الروحية لبعض المشاكل المرضية: الإجتماعية (حفظ الولاء بين الزوجين) أو العضوية (العقم) على إختلاف مكان إقامتهم الحالية (حضر - ريف) أما المبحوثين الذين سبق لهم زيارة الأضرحة كوسيلة علاجية نجد ان قاطني المناطق الحضرية هم أكثر المبحوثين زيارة للأضرحة واولياء الله الصالحين إذ قدرت نسبتهم 13.1 % مقابل 11.7 % من المبحوثين الذين يقطنون المناطق الريفية.

ان إعتبار زيارة الأضرحة واولياء الله الصالحين وسيلة علاجية في التصور الثقافي لمبحوثي أفراد العينة والذي لا يرتبط بمكان الإقامة الحالي للمبحوث وإنما هو نابع من اعتقاد الأفراد الداخلي الذي تتعدد اسبابه ودوافعه والتي يتجلى معظمها في التبرك بتلك الأماكن من أجل الحصول على الراحة النفسية والجسدية وكذا الحصول على حلول لمشاكلهم العائلية والإجتماعية كل حسب اعتقاده وحسب الصيت الذي يكتسبه كل ضريح في حل نوع معين من المشاكل.

الجدول رقم (82) يبين الإلتواء الجغرافي للمبحوث وعلاقته بإستعمال القطع في

المعالجة

رأي المبحوث في إستعمال القطع												إستعمال القطع	الإلتواء الجغرافي
المجموع		أكثر من اجابة		ليس لديه فكرة		سحر وشعوذة		غير صائبة		صائبة			
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
100	339	2.4	8	51.9	176	7.1	24	7.4	25	31.3	106	الشمال	
100	3							100	3			الغرب	
100	7			57.1	4					42.9	3	الشرق	
100	39	5.1	2	38.5	15	10.3	4	12.5	5	33.3	13	الهضاب	
100	80	1.3	1	71.3	57	1.3	1	10	8	16.3	13	الجنوب	
100	468	2.4	11	53.8	252	6.2	29	8.8	41	28.8	135	المجموع	

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين ليست لديهم فكرة واضحة عن المعالجة بالقطع بنسبة 53.8% مقابل 28.8% من يرون انها عملية صائبة وجاءت نسبة من يجدونها عملية غير صائبة وسحر وشعوذة 8.8% و6.2% على التوالي.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتناء الجغرافي - على رأي المبحوثين حول هذا النوع من المعالجة الشعبية جاءت النتائج على النحو التالي:

51.9% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري ليست لديهم فكرة عن عملية المعالجة بالقطع مقابل 31.3% من يجدونها عملية معالجة صائبة وتساوت النسبة عند القيمة 7.1% لكل من المبحوثين الذين يجدونها غير صائبة والذين يعتبرونها سحر وشعوذة.

100% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الغربي يجدونها عملية معالجة غير صائبة.

57.1% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الشرقي ليست لديهم فكرة واضحة عن المعالجة بالقطع مقابل 42.9% يجدونها عملية معالجة صائبة.

38.5% من المبحوثين المنتمون إلى الهضاب العليا ليست لديهم فكرة واضحة عن المعالجة بالقطع مقابل 33.3% يجدونها عملية معالجة صائبة في حين جاءت نسبتي كل من الذين يعتبرونها غير صائبة وسحر وشعوذة على التوالي 12.5% و10.3%.

71.3% من المبحوثين المنتمون إلى الجنوب الكبير ليست لديهم فكرة واضحة عن المعالجة بالقطع مقابل 16.3% يجدونها عملية معالجة صائبة وقدرت نسبة الذين يعتبرونها سحر وشعوذة 10%.

القطع عملية علاجية شعبية روحانية لا يمكن تفسيرها علمياً وتستعمل لعلاج مجموعة من الأمراض عادة ما يستعصي علاجها بالطريقة الاكاديمية، ووجد لهذه العملية معالجون يعرفون بأن قدرتهم على العلاج هبة من عند الله سبحانه ويقال عنهم "معطية لهم"، وهم عادة لا يطالبون بمبالغ مالية بل كل شخص وما نوى تقديمه لهم، وهؤلاء الاشخاص ليسوا معروفين ولكن بمجرد قيامهم بمعالجة أحد الأفراد إلا وذاع صيته بسرعة البرق، وهنا يتعلق الأمر ببعض الأمراض المستعصية كـ 'الشقيقة' و'عرق النسا' ويعرف كذلك بعرق 'الاسا'، ذكر أحد المبحوثين من منطقة الجلفة ان زوجته تعاني من الم الراس النصفي منذ سنوات وهي تتابع علاجها عند طبيب اعصاب، ولكن دون ان تتمكن من التخلص من المرض، وحين سمع بمعالجة شعبية تعالج هذا النوع من الإصابة توجه

إليها رفقة زوجته، وما قامت به، كان مجموعة من الحركات لا سحرية ولا علمية، واول ما ابتدأت به كان ربط الراس بوشاح من الجبهة إلى الخلف ثم اخذت معدن حديدي طوله حوالي عشرة سنتمتر وضعته بين الراس والوشاح وبدأت تقوم بحركات دائرية حتى اشتد الوثاق على زوجتي وتغير لونها ثم بعد قراءات قليلة قامت بعملية عكسية لفك الوشاح، ومن ثم قامت بعظ طرفي الجبهة عظام خفيفة، واخبرتتنا ان العملية قد تمت وطلبت منا الانصراف والعودة بعد اسبوع، لم اكن راضيا عما شاهدت ولكنني لم اقل أي كلمة لأنني انا من اجبر زوجتي على الذهاب إلى هناك، وما كان مفاجئا لي هو ان زوجتي منذ خروجنا من عند المعالجة لم تشتكي من الالم النصفي ومر اسبوع على ذلك فعاودنا زيارتها مرة اخرى كما طلبت منا واعادت نفس الكرة في المرة الثانية وطلبت عودتنا للمرة الثالثة والأخيرة ومنذ ذلك الوقت لم يعد الالم النصفي لزوجتي وان حدث ان عاودها فيكون خفيفا ولا يؤثر عليها بنفس الطريقة التي كان عليها من قبل، لم اكن راضيا ولا مقتنعا في البداية ولكن النتيجة جعلتني اغير رأبي واشكر الرب لأنه هداني إلى التوجه للمعالجة واتمنى ان يسامحني ان كان في الأمر سحرا أو دجلا رغم انني لم الحظ أي شيء من هذا القبيل.

جدول رقم (83): يبين مكان الإقامة الحالي للمبحوث وعلاقته بإستعمال القطع في المعالجة

رأي المبحوث في إستعمال القطع												إستعمال القطع الإقامة الحالية
المجموع		أكثر من اجابة		ليس لديه فكرة		سحر وشعوذة		غير صائبة		صائبة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	289	1	3	54.7	158	7.3	21	9	26	28	81	حضر
100	179	4.5	8	52.5	94	4.5	8	8.4	15	30.2	54	ريف
100	468	2.4	11	53.8	252	6.2	29	8.8	41	28.8	135	المجموع

العلاج بالقطع يستعمل لعلاج بعض الأمراض التي لم يتمكن اصحابها من إيجاد حلولا لها بالطرق الشعبية أو الأكاديمية فيبحثون عن العلاج التكميلي لها والتمثل في القطع الذي يستعمل كثيرا في علاج - عرق النسا- البوصفاير خاصة النوع الذي يصيب الطفل والام بعد الولادة وطريقة علاجه بالقطع شائعة جدا في المجتمع الجزائري، وحسب مبحوثي العينة تبين ان قاطني المناطق الريفية يجدونها صائبة جدا بنسبة 30.2% مقابل 28% من مبحوثي المناطق الحضرية، في حين نجد ان 7.3% من قاطني المناطق الحضرية يرون ان هذه الطريقة هي سحر وشعوذة مقابل 4.5% من قاطني المناطق الريفية من يرونها كذلك.

الجدول رقم (84): يبين الإلتواء الجغرافي للمبحوث وعلاقته بإستعماله البخور

رأي المبحوث في إستعمال البخور								إستعمال البخور الإلتواء الجغرافي
المجموع		ليس لديه فكرة + لم يجب		سحر وشعوذة		مفيد		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	339	66.7	226	15.3	52	18	61	الشمال
100	3	100	3					الشمال الغربي
100	7	42.9	3	42.9	3	14.3	1	الشمال الشرقي
100	39	41	16	38.5	15	20.5	8	الهضاب العليا
100	80	76.3	61	11.3	9	12.5	10	الجنوب الكبير
100	468	66	309	16.9	79	17.1	80	المجموع الكلي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين ليست لديهم فكرة عن عملية المعالجة بالبخور والذين لم يجيبوا بنسبة 66% مقابل 17.1% من يجدون هذه العملية مفيدة في حين جاءت نسبة الذين يعتبرون البخور سحر وشعوذة مساوية لـ 16.9%.

ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتواء الجغرافي - على رأي المبحوثين حول هذا النوع من الإستعمال الشعبي في المعالجة جاءت النتائج على النحو التالي:

66.7% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري ليست لديهم فكرة عن عملية المعالجة بالبخور مقابل 18% يعتبرونها طريقة معالجة مفيدة وجاءت نسبة من يعتبرها سحر وشعوذة 15.3%.

100% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الغربي ليست لديهم فكرة عن عملية المعالجة بالبخور.

تساوت النسبة عند المبحوثين المنتمون إلى الشمال الشرقي عند القيمة 42.9% للذين ليست لديهم فكرة عن المعالجة بالبخور والذين لم يجيبوا وكذا الذين يعتبرون العملية سحر وشعوذة وجاءت نسبة من يجد إستعمال البخور مفيد للصحة مقدرة بـ 14.3%.

41% من المبحوثين المنتمون إلى الهضاب العليا ليست لديهم فكرة واضحة عن المعالجة بالبخور مقابل 38.5% من يعتبرها سحر وشعوذة وجاءت نسبة من يجدها مفيدة 20.5%.
76.3% من المبحوثين المنتمون إلى الجنوب الكبير ليست لديهم فكرة واضحة عن المعالجة بالبخور مقابل 12.5% و 11.3% لكل من الذين يجدونها عملية معالجة مفيدة وعملية سحر وشعوذة على التوالي.

البخور كلمة تطلق على مواد عطرية بعينها أو خلطات عطرية توضع على الجمر لتحترق مطلقة موادها العطرية المكونة لها فينطلق دخانها العطري الطيب الرائحة، يستعمل لذلك مباخر أو مجامر خاصة ذات أشكال وألوان متعددة وبعضها غالي الثمن للحرفية العالية التي اعتمدت في تصنيعها، وتشتهر هذه الطريقة في بعض الدول العربية كالسعودية والكويت والامارات ونظرا للمكانة المهمة التي تتمتع بها هذه العملية في هذه الدول يمرر البخور على الضيوف كعلامة من علامات الترحيب بهم.

أما نحن في الجزائر فقليلا ما يستعمل البخور أمام الملا إلا في بعض المناطق كتلمسان حيث يستعملون مادة العنبر خاصة في المناسبات والافراح، وعموما فلقد ارتبط البخور بالسحرة والدجالين كونهم الوحيدين الذين حافظوا على إستعماله ليس بنفس المواد العطرية التي تستعمل في دول الخليج وإنما تستعمل مواد مختلفة وغالباً ما تكون قوية الرائحة تعمل على تهيج مزاج من يتواجد بقربها وهي طريقة لأجل استحضار الارواح الشريرة، ويعتبر البخور من أهم أدوات الدجالين فلا يستطيع أي دجال السيطرة على ضحيته دون الإعتماد عليه، إذ يقوم الدجال بإشعال كمية كبيرة من البخور داخل مكان صغير ومغلق ليحبس الدخان فيه، ويقوم بتريديد بعض الكلمات التي تجعل الضحية تتجلى أمامه ويقوم بإقناع ضحيته بأشياء ليس لها وجود، وكل ذلك يحدث بفعل دخان البخور الكثيف الذي يكون في بعض الأحيان بألوان متعددة حسب المواد الموضوعة في المبخرة.
لهذا السبب جاء رأي معظم المبحوثين ان لا فكرة لديهم عن المعالجة بالبخور كون هذه الطريقة غير منتشرة في الأسر الجزائرية كما هو حال بعض الدول العربية الاخرى.

جدول رقم (85): يبين الإلتناء الجغرافي للمبحوث ورأيه في ارتباط العلاج الشعبي بالسحر

رأي المبحوث في ارتباط العلاج الشعبي بالسحر										ارتباط العلاج بالسحر الإلتناء الجغرافي
المجموع		ليس لديه فكرة		أحيانا		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	339	2.7	9	10	34	47.5	161	39.8	135	الشمال
100	3					100	3			الشمال الغربي
100	7			28.6	2	42.9	3	28.6	2	الشمال الشرقي
100	39			17.9	7	48.7	19	33.3	13	الهضاب العليا
100	80	3.8	3	6.3	5	50	40	40	32	الجنوب الكبير
100	468	2.6	12	10.3	48	48.3	226	38.9	182	المجموع

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين لا يعتبرون الطب الشعبي مرتبطا بالسحر بنسبة 48.3% مقابل 38.9% من يعتبره كذلك (مرتبط بالسحر) وجاءت نسبة من يعتبر الطب الشعبي مرتبطا بالسحر في بعض الحالات أو الإستعمالات مقدرة بـ: 10.3% ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتناء الجغرافي - على رأي المبحوثين حول ارتباط الطب الشعبي بالسحر جاءت النتائج على النحو التالي:

47.5% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري لا يعتبرون الطب الشعبي مرتبطا بالسحر مقابل 39.8% من يعتبره كذلك (مرتبط بالسحر) وجاءت نسبة من يعتبر الطب الشعبي مرتبطا بالسحر في بعض الحالات أو الإستعمالات مقدرة بـ 10%.

100% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الغربي لا يعتبرون الطب الشعبي مرتبطا بالسحر.

42.9% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الشرقي لا يعتبرون الطب الشعبي مرتبطا بالسحر مقابل نسبة متساوية بين الذين يعتبرونه مرتبطا بالسحر والذين يعتبرونه كذلك في بعض الوصفات فقط قدرت بـ 28.6%.

48.7% من المبحوثين المنتمون إلى الهضاب العليا لا يعتبرون الطب الشعبي مرتبطا بالسحر مقابل 33.3% يعتبرونه كذلك (مرتبط بالسحر) وجاءت نسبة من يعتبر الطب الشعبي مرتبطا بالسحر في بعض الحالات أو الإستعمالات مقدرة 17.9%.

50% من المبحوثين المنتمون إلى الجنوب لا يعتبرون الطب الشعبي مرتبطا بالسحر مقابل 40% يعتبرونه كذلك (مرتبط بالسحر) وجاءت نسبة من يعتبر الطب الشعبي مرتبطا بالسحر في بعض الحالات أو الإستعمالات مقدرة 6.3%.

تختلف آراء المبحوثين حول موضوع كون الطب الشعبي مرتبط بالسحر بحسب الخلفية الثقافية والبيئية لكل فرد وحسب طريقة المعالجة والادوات العلاجية المستعملة، فبعض الطرق العلاجية التي تعتمد على بقايا حيوانات أو زواحف أو حتى لبس البسة معينة يمكن إعتبارها في منطقة ما عادات وتقاليد مقبولة وبالتالي تكون النية في الطريقة قوية فتحدث الراحة النفسية والطمأنينة وبالتالي يحدث الشفاء ونفس الطريقة إذا استعملت في بيئة مخالفة تعتبر سحر وشعوذة وهكذا.

وينطبق هذا الأمر على وجود بعض المعالجات الشعبية الذين يعالجون بالأيدي واللمس والنفث والتدليك أو بالضرب الخفيف بإستعمال بعض الاعشاب وتكون النتيجة ايجابية للكثيرين، فالطريقة المستعملة تدل على القيام بحركات سحرية في حين ان المادة السحرية غائبة وهذا امر يقبل في بيئة ولا يقبل في اخرى، ويمكننا القيام بعملية بسيطة تتمثل في اسقاط تلك الطرق على طرق العلاج بالطاقة المعروفة عند اهالي القارة الاسيوية والتي تعرف انتشاراً واسعاً في الدول الغربية في الوقت الراهن وتبقى هذه العمليات محل بحث وتقصي.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (الانتماء الجغرافي للمبحوث وإعتبار الطب الشعبي مرتبطا بالسحر) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 12.74 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 12 و χ^2 الجدولية 11.39 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين المتغيرين.

الجدول رقم (86): يبين الإلتناء الجغرافي للمبحوث وعلاقته بالعلاج في الحمامات

العلاج في الحمامات						المعالجة في الحمامات الإلتناء الجغرافي
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	339	59.6	202	40.4	137	الشمال
100	3			100	3	الشمال الغربي
100	7	71.4	5	28.6	2	الشمال الشرقي
100	39	43.6	17	56.4	22	الهضاب العليا
100	80	48.8	39	51.3	41	الجنوب الكبير
100	468	56.2	263	43.8	205	المجموع الكلي

الاتجاه العام للجدول يصب في خانة المبحوثين الذين لم يسبق لهم المعالجة في الحمامات الطبيعية بنسبة 56.2% مقابل 43.8% من الذين سبق لهم الاستفاد من مياه الحمامات. ولمعرفة مدى تأثير المتغير المستقل - الإلتناء الجغرافي - على استفادة المبحوثين من المعالجة في الحمامات الطبيعية جاءت النتائج على النحو التالي:

59.6% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الجزائري لم يستفيدوا من مياه الحمامات الطبيعية مقابل 40.4% من سبق لهم الاستفاد منها.

100% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الغربي من سبق لهم الاستفاد من مياه الحمامات الطبيعية

71.4% من المبحوثين المنتمون إلى الشمال الشرقي لم يسبق لهم الاستفاد من مياه الحمامات الطبيعية مقابل 28.6% من سبق وان استفادوا منها.

56.4% من المبحوثين المنتمون إلى الهضاب العليا سبق لهم وان استفادوا من مياه الحمامات الطبيعية مقابل 43.6% لم يسبق لهم ذلك.

51.3% من المبحوثين المنتمون إلى الجنوب% سبق لهم وان استفادوا من مياه الحمامات الطبيعية مقابل 48.8% لم يسبق لهم ذلك.

عادة ما تدفع الضرورة الأفراد إلى البحث عن الراحة والمداواة من الأماكن التي تمنح تلك الحاجة وهذا ما توفره مياه الحمامات لمعالجة بعض الأمراض التي استعصى علاجها بطرق اخرى أو تأتي كتكملة للعلاج الحديث في حالات الكسور والشلل الذي تسببه حوادث المرور.

والتراب الجزائري يزخر بعدد كبير من هذه الحمامات منها من تم التكفل به وهو يتقبل اعدادا لا بأس بها من الزوار ومنها من لم يتم الاهتمام به ومازال يستغل بالطريقة التقليدية ومع ذلك تجد من يقصده ويتمتع بمياهه، وهذه الحمامات تنتشر عبر عدد كبير من ولايات الوطن يشتهر كل منها بمعالجة مرض ما أو مجموعة من الأمراض.

وللتأكد من وجود علاقة بين المتغيرين المدروسين (الانتماء الجغرافي والمعالجة بمياه الحمامات الطبيعية) قمنا بحساب χ^2 فوجدنا ان قيمة χ^2 المحسوبة 11.51 عند مستوى دلالة 0.05 ودرجة حرية 4 و χ^2 الجدولية 10.41 وهذا يدفعنا لرفض فرضية العدم والاقرار بوجود علاقة بين الإنتماء الجغرافي والعلاجات الشعبية الخاصة بالمواليد الجدد.

الجدول رقم (87): يبين مكان الإقامة الحالية للمبحوث وعلاقته بالعلاج في الحمامات

العلاج في الحمامات						المعالجة في الحمامات الإقامة الحالية
المجموع		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	
100	289	57.8	167	42.2	122	حضر
100	179	53.6	96	46.4	83	ريف
100	468	56.2	263	43.8	205	المجموع الكلي

قاطني المناطق الريفية هم الأكثر إستعمالا للعلاج في الحمامات الطبيعية إذ قدرت نسبتهم 46.4 % مقابل 42.2 % من قاطني المناطق الحضرية.

والمعالجة بالمياه الطبيعية في الحمامات تستفيد منها بعض الأمراض وليس كل الأمراض في حين يستفيد العديد من الأفراد من الترويح على أنفسهم في المناطق الطبيعية التي تحيط بمعظم حمامات القطر الجزائري.

استنتاج الفرضية الثالثة:

الإقبال على العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغبيي تختلف نسبته حسب الإلتناء الجغرافي ويزداد إستعماله كلما ارتفع سن الأفراد

وتناولنا فيها العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغبيي وعلاقته ب:

- 1- الإلتناء الجغرافي للأفراد حسب الجهات المختلفة
- 2- مكان الإقامة الحالي للمبوحثين والذي انقسم إلى مناطق حضرية وريفية
- 3- الاصل الجغرافي للأولياء تم إستعمال الاصل الجغرافي للام مع بعض المتغيرات واحتفظنا بالاصل الجغرافي للاب في الملاحق
- 4- سن الأفراد تم الإعتماد عليه مع بعض المتغيرات كمتغير رائز لمكان الإقامة الحالي للمبوحث

ناقشت هذه الفرضية الإستعمالات العلاجية الشعبية بشكليها الطبيعي والغبيي وعلاقتها بالانتناء الجغرافي للأفراد الذي تم إستعماله بطريقتين تتمثل الأولى في ضم ولايات المبوحثين إلى الجهات الخمسة التي تكون التراب الجزائري والطريقة الثانية تمثلت في تقسيم انتناء المبوحثين إلى حضر وريف.

اتضح ان العلاجات الشعبية الغيبية والطبيعية المختلفة متبعة بدرجات متفاوتة من قبل العديد من المبوحثين على إختلاف انتماءاتهم الجغرافية، واتضح ان الخبرة تتحكم كثيرا في نوعية الإستعمالات وهذا ما لوحظ في العلاجات الخاصة بالمواليد الجدد وكذا اثناء تفضيل المبوحثين لعلاج عن علاج آخر أو معالج عن معالج آخر اين تتدخل الخبرة الشخصية التي تحسب بعدد التجارب والمعارف التي يكتسبها الأفراد عبر مراحل السن المختلفة والتي تكون معتبرة كلما تقدم الأفراد في السن.

ان انتماء كل شخص لمنطقة ما يجعل منه عرضة لاكتساب جملة من عادات وتقاليد وسلوكيات المنطقة التي ينتمي إليها وبالتالي يكتسب هذه السلوكيات ويعمل على العمل بها واتباعها خاصة إذا كانت تلك السلوكيات قد سبق وجلبت الخير على متببعيها نفس الأمر ينطبق على مستعملي المعالجة الشعبية بنوعها الطبيعية والغيبية فنجد ان زخر منطقة ما بنبات علاجي ما تجعل من اهل المنطقة على علم بفوائده وبالتالي الرجوع إليه عند الضرورة ورجوع هؤلاء يكون

بحكم الخبرة والتجربة سواء كانت هذه التجربة شخصية أو من محيط الأفراد، لذلك نجد أكثر الأفراد توجهها لمثل تلك العلاجات هم المنتمون لفئات سن أكبر .

ان المعالجة الشعبية الخاصة بالمواليد الجدد على سبيل المثال منتشرة في كامل ارجاء الوطن سواء كان ذلك في الريف أو في المدينة لكن نوعية الإستعمالات قد ترتفع نسبتها حسب المناطق التي ينحدر منها الأولياء وحسب سن الأولياء فالأكبر سنا يتبعون هذه العلاجات بطريقة تلقائية في حين الاصغر سنا يستعملون بعضها بتحفظ، واتفقت مختلف فئات السن عند متغير إستعمال الرقية للأبناء كونها امر يتعلق بكلام الله الذي يحصن الابناء من كل سوء .

ان توجه العديد من الأفراد إلى إستعمالات العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغيبى الذي تدعوا إليه الضرورة والمتمثلة في البحث عن الراحة والمعافاة وبما ان فئات السن الكبرى أكثر تعرضا للإصابات الجسدية وحتى الروحية نجد ان هاته الفئات تبحث عن المعالجة بكل الوسائل المتوفرة كما يمكن الإشارة إلى ان الفئة التي تستعمل العلاج الطبيعي في كثير من الأحيان تجمع بين العلاجين الطبيعي والصيدلاني كون معظم هؤلاء مصابون بأمراض مزمنة تستدعي المتابعة بالأدوية وفي نفس الوقت يستعملون العلاجات الشعبية الطبيعية والروحية كعلاج موازي مكمل للعلاج الصيدلاني.

يمكننا القول أن الإقبال على العلاج الشعبي بشكليه الطبيعي والغيبى لا تختلف نسبته كثيرا حسب الإنتماء الجغرافي ويزداد فعلا إستعماله كلما ارتفع سن الأفراد، أي الفرضية لم تتحقق في جزءها الأول الخاص بالانتماء الجغرافي وتحققت في جزئها الثاني ارتفاع سن الأفراد.

الاستنتاج العام:

جاءت هذه الدراسة في جوهرها محاولة للكشف عن واقع الأساليب العلاجية الطبيعية والروحانية المندرجة تحت لواء العلاج الشعبي الموازي للعلاج الأكاديمي المتبع في الرعاية الصحية لأفراد المجتمع الجزائري من لحظة ميلادهم إلى يوم وفاتهم.

تم التوصل إلى جملة من النتائج تمثل أهمها في رسوخ هذه الأنواع من الممارسات في العقل الجمعي لأفراد المجتمع وفي التأثير الذي يلقاه الأفراد من قبل الأسر التي ينتمون إليها من جهة ومن قبل المحيط الذي يعيشون ضمنه والدافع الأكبر يكون بسبب فقدان الثقة في القطاع المخول له إيجاد الحلول الصحية المناسبة لمعاونة الأفراد.

إن غياب الثقة في مقدمي الخدمات الصحية الأكاديمية وكذا سيطرت الجانب المادي على العملية، يدفع بالأفراد للبحث عن الحلول من العلاج الموازي للطب الأكاديمي، وفي كثير من الأحيان الإعتقاد على النوعين في ذات الوقت، بغض النظر عن الفائدة أو الضرر الناجم من تلك الازدواجية.

إن افتقاد الأطباء الأكاديميين لثقافة الاقتناع وللغة التواصل مع المريض، الذي يتم التعامل معه على أنه مجموعة اجزاء يعالج كل منها على حدى بعيدا عن الاهتمام به كوحدة متكاملة متواجدة في اطار بيئي واجتماعي وثقافي وديني يدفع بالأفراد إلى البحث عن من يحترم خصوصية الآمهم ومن يساعدهم على إيجاد الراحة الجسدية من خلال العلاج الطبيعي ويمنحهم الراحة النفسية من خلال العلاج الروحاني وهذا ما يتميز به المعالج الشعبي على إختلاف تسمياته وتخصصاته (المعالج - العشاب - الحجام - الكاوي - الراقي - الطالب - الساحر...).

ان انتماء الأفراد إلى جماعة دون غيرها يجعل منهم عرضة للتأثر بسلوكيات الجماعة التي ينتمون إليها ويتطبعون بطباعها بغض النظر ان كانت مفيدة أو ضارة وهذا هو حال مجتمع دراستنا الذي تعلم ومارس العلاجات الشعبية بنوعها الطبيعية والغيبية من خلال انتماءه الاسري.

كما ان الإستعمالات العلاجية الشعبية والغيبية لا تتأثر بمستوى المبحوث التعليمي ولا بالمهنة التي يمارسها مهما كان مستواها، بل تتأثر بشعور كامن في العقل الإنساني اكتسب من خلال التنشئة الاسرية والمجتمعية التي ينتمي إليها والتي يسترجع إستعمالاتها كلما دعت الضرورة إلى ذلك سواء كان إستعمالها منفردا كالعلاج الروحي بالرقية أو العلاج العضوي بالحجامة أو الكي

وفي حالات عديدة يتم إستعمالها بشكل تكاملي للعلاج الاكاديمي، والذي اتضح بصورة جلية عند فئات السن الكبرى على إعتبار ان الأفراد كلما تقدموا في السن كلما زادت احتمالية اصابهم بالأمراض وأكثرها الأمراض المزمنة التي تستوجب الإستعمال العلاجي الصيدلاني والمتابعة الطبية الأكاديمية التي لا توصل الأفراد إلى الراحة التي يرجونها بحكم الاضرار الجانبية التي تسببها المركبات الكيماوية فتجدهم يعتمدون على العلاج الشعبي الطبيعي والغبيي كتكملة للبحث عن الراحة النفسية والجسدية.

خاتمة:

العلاج الشعبي ظاهرة منتشرة في الاوساط الإجتماعية، تمارس من قبل جل الأسر الجزائرية بطريقة تلقائية في معالجة جملة من الإصابات من خلال الاستفادة من جملة من النباتات الطبية التي تعتبر جزء اساسيا في المطبخ الجزائري، وفي الحالات التي تستدعي اهل الخبرة نجد ان هذه الفئة متوفرة بكل انواعها.

يعتبر العلاج الشعبي امل الأفراد للحصول على الانسجام والتوازن بين الروح والنفس والجسد، وهو مقصد العديد من فئات المجتمع العمرية والمهنية والإقتصادية ولم يعد ذلك العلاج الذي تختص به الفئة الامية والفقيرة وأصبح ينافس الطب الأكاديمي بسبب وجود مختصين في بعض الأمراض.

ان غياب الرقابة القبلية لممهني العلاج الشعبي وغياب التقييم البعدي يجعل من مراقبة التجاوزات امرا مستحيلا إلا في الحالات التي تؤدي بالمعالجين إلى اخطار صحية بالغة وربما الوفاة بسبب جهل الكثير من ممتهنيه خاصة لما يتعلق الأمر بمزج مجموعة من الاعشاب العلاجية التي لها تأثير على الجانب العقلي أو مركبات بعض النباتات التي لها تأثير على عضلة القلب أو الكبد أو الكلى.

ان الممارسة العلاجية الشعبية المنتشرة في المجتمع الجزائري تستوجب ان يُتخذ لها مجموعة من التدابير التي تحميها من الزوال وتحمي مستعمليها من سوء الإستعمال لذلك نقترح مجموعة من التوصيات:

- ادراج الجانب الأنتربولوجي المحلي في التكوين الطبي الأكاديمي والتأكيد على ضرورة احترام خصوصية المرضى الثقافية والدينية بما فيها الخرافية والسحرية.
- توعية الأفراد بضرورة التخلص من العادات والتقاليد الصحية الخاطئة والمضرة.
- مراقبة محلات وصيدليات بيع الاعشاب الطبية والتحذير من سوء الإستعمال.
- اقتصار النسق الطبي الرسمي على مجرد تقديم الخدمة الصحية دون مراعاة للخلفيات الإجتماعية والثقافية ولا مراعاة للإعتبارات الاساسية.

يتوجب على مقدمي الرعاية الصحية اثناء تقديم انشطتهم وخدماتهم الطبية في الاوساط الإجتماعية التي تسودها معتقدات صحية خاطئة والتي قد تؤدي بمستعمليها للهلاك وعند الاتيان

بالجديد لإزالة التقليدي الراسخ يسلم الأطباء الاكاديميون والمخططون في مجال الصحة بطرائق ثقافة الاقناع والتوجيه حتى الوصول إلى مرحلة التخلي عن العلاج التقليدي الضار بدلا من الالزام بالجديد والتمسك بالتقديم من طرف الأفراد.

-تنبية القائمين على الصحة بوجود منافسين لهم على الساحة ويتمثل في الطب الموازي وجب معرفة خباياه والعمل على تفهم مشاعر الأفراد تجاهه واحترامه ليتمكنوا من الحصول على ثقة المرضى.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية:

1- سور القرآن الكريم:

الأحزاب (الآية 32، 60)، الإسراء (الآية 28، 80، 82)، البقرة (الآية 10، 184، 196)، البلد (الآية 03)، التوبة (الآية 14)، الحج (الآية 53)، الحشر (الآية 21)، الشعراء (الآية 80)، طه (الآية 69)، ق (الآية 9)، المدثر (الآية 31)، النحل (68-69)، النساء (الآية 43)، النور (الآية 35، 61)، يونس (الآية 57).

قائمة الكتب:

قائمة كتب المنهجية:

1- حسن الساعاتي، تصميم البحوث الإجتماعية، نسق منهجي جديد، دار النهضة العربية، بيروت، 1982.

2- عمار بخوش، محمد محمود الذنبيات، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995.

3- محمد عبيدات وآخرون: منهجية البحث العلمي: القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للطباعة والنشر، الاردن، 1999.

4- فضيل دليلو وآخرون، دراسات في المنهجية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995.

قائمة الكتب العامة:

5- إبراهيم بدران وآخرون: دراسات في العقلية العربية، الخرافة، دار الحقيقة، بيروت، سنة 1979.

6- ابن قيم الجوزية، الطب النبوي، مكتبة النهضة الجزائرية، الجزائر، السنة غير مذكورة.

7- أبو القاسم سعد الله، تاريخ الجزائر الثقافي، ج2، المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية، الجزائر، 1985.

8- أبو القاسم سعد الله، تاريخ الجزائر الحديث، ط3، الشركة الوطنية للنشر والتوزيع، الجزائر، 1982.

9- البشير فيلالي، هكذا تكلم مالك بن نبي، نحو منهج رشيد للتغيير الاجتماعي والبحث الحضاري، مكتبة إقرأ، الجزائر، 2007

- 10- ليس اسكندر بشاي، **الاتجاهات الحديثة في دراسة الطب الشعبي التقليدي**، من كتاب علم الاجتماع الطبي، تأليف محمد الجوهري وآخرون، ط 1، دار المسيرة، عمان 2008.
- 11- أوين ديفيز-تر: رحاب صلاح الدين، **السحر - مقدمة صغيرة جدا**، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة، مصر، 2014.
- 12- تأليف مجموعة من الأطباء الروس، ترجمة: بسام صبوح: **معالجة الأمراض بطاقة الجسم**، دار الرضوان، حلب، سوريا، 2004.
- 13- أحمد فؤاد باشا، **التراث العلمي للحضارة الإسلامية**، ط 02، دار المعارف، مصر، 1984.
- 14- إحسان محمد الحسن: **العائلة والقرابة والزواج**، الطبعة الثانية، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 1985.
- 15- انطوان وحيد نعيم، **التداوي بوخز الابر**، دار الرضوان، حلب، سوريا، بدون سنة، ص 18.
- 16- جمعة سيد يوسف وعبد الكريم مبروك: **الصحة الجسمية والنفسية للمسنين**، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، 2006.
- 17- حامد زهران، **علم النفس الاجتماعي**، ط 04، عالم الكتب، القاهرة، 1977.
- 18- حسين عبد الحميد رشوان: **الأسرة والمجتمع - دراسة في علم اجتماع الأسرة**، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2004.
- 19- حسن كمال: **الطب المصري القديم**، وزارة الثقافة والإرشاد القومي، مصر، 1964.
- 20- حسن نجم وآخرون: **الإنسان والبيئة - دراسات في الايكولوجيا البشرية**، ط 4، وكالة المطبوعات، الكويت، 1984.
- 21- دارالحضانة، **عالج نفسك بالقرآن والدعاء**، الجزائر، 2001.
- 22- داليا مؤمن: **الأسرة والعلاج الأسري**، دار السحاب للنشر والتوزيع، القاهرة، 2004.
- 23- دزيو بتيكا، تر: يوسف منير إبراهيم: **موسوعة الطب الشعبي**، دار الرضوان، سوريا، 2001.
- 24- رأفت محمد: **رعاية الأسرة والطفولة من منظور الخدمة الاجتماعية**، دار العلوم، القاهرة، 2005.
- 25- رحاب خضر عكاوي: **الموجز في تاريخ الطب عند العرب**، دار المعارف، لبنان، 1995.

- 26- سامية محمد جابر: **مدخل إلى الأنثروبولوجيا الإجتماعية والثقافية**، دار العلوم العربية، بيروت، 1991.
- 27- سناء الخولي: **الأسرة والحياة العائلية**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1984.
- 28- سوزان أحمد أبو رية: **الإنسان والبيئة والمجتمع**، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1999.
- 29- سيد رمضان، سلوى عثمان الصديقي: **الصحة العامة والرعاية الصحية من المنظور الإجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2004.
- 30- السيد الجميلي، **إعجاز الطب النبوي**، دار الشهاب، الجزائر، بدون تاريخ.
- 31- صلاح مصطفى الفوال، **علم الإجتماع بين النظرية والتطبيق**، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1998.
- 32- طلعت ابراهيم لطفي، كمال عبد الحميد الزيات، **النظرية المعاصرة في علم الاجتماع**، دار غريب، القاهرة، 1999.
- 33- فلة موساوي -القشاعي: **الواقع الصحي والسكاني في الجزائر، اثناء العهد العثماني وأوائل الاحتلال الفرنسي 1518-1871**، منشورات بن سنان، الجزائر، بدون تاريخ.
- 34- فوزية دياب، **القيم والعادات الإجتماعية**، دار النهضة العربية، بيروت، 1980.
- 35- فيليب لابورت تولرا وآخرون: **اثنولوجيا، انثروبولوجيا، ترجمة: مصباح صمد نط1، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت، 2004.**
- 36- عاطف وصفي: **الانثروبولوجيا الثقافية**، دار النهضة العربية، بيروت، بدون تاريخ.
- 37- عبد الباسط عبد المعطي، **إتجاهات نظرية في علم الاجتماع**، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1999.
- 38- عبد الباسط محمد السيد: **طب الأعشاب - كل ما يهم الاسرة**، دار الرشيد، الجزائر، 2010.
- 39- عبد الرحمان ابن خلدون، **مقدمة ابن خلدون**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، 2003.
- 40- عبد الرحمان ابن خلدون، **المقدمة**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، سنة 2004.

- 41- عبد الرحمان عيسوي، سيكولوجية الخرافة والتفكير العلمي، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر، 1983.
- 42- عبد الغني مغربي، الفكر الإجتماعي عند ابن خلدون، المؤسسة الوطنية للكتاب، الرغبة، 1986.
- 43- عمر فروخ، عبقرية العرب في العلم والفلسفة، ط 2، منشورات المكتبة العلمية ومطبعتها، بيروت، 1952.
- 44- عبد الرزاق صالح محمود: الطب الشعبي من منظور اطباء الطب الحديث، بحث منشور في مجلة دراسات موصلية، جامعة الموصل، 2010.
- 45- علي عبد الله الدفاع، أعلام العرب والمسلمين في الطب، مؤسسة الرسالة، السعودية، 1983.
- 46- علي الحوات: مبادئ علم الاجتماع، دار الكتب الوطنية، بنغازي، 1995.
- 47- علي محمد مكاي: الانثربولوجيا الطبية، دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار النصر للتوزيع والنشر، جامعة القاهرة، بدون سنة.
- 48- علي اسعد وطفة، علم الاجتماع التربوي، منشورات جامعة دمشق، دمشق، 1993.
- 49- علياء شكري وآخرون، الأسرة والطفولة، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، بدون تاريخ.
- 50- غريب سيد أحمد: دراسات في علم الاجتماع العائلي، دار المعرفة الجامعية، مصر، الاسكندرية، 1995.
- 51- كمال السماراني: مختصر تاريخ الطب العربي، ط1، منشورات وزارة الثقافة والإعلام، بغداد، 1984.
- 52- كمال مرسي: الأسرة والتعريف والوظائف والأشكال، دار القلم، الكويت، 2003.
- 53- محمد الجوهري: تمهيد في علم الاجتماع، دار الكتب الجامعية، الإسكندرية، 1973.
- 54- محمد صالح الصديق: كيف ننسى وهذه جرائمهم، دار هومة، الجزائر، 2005.
- 55- محمد عاطف غيث، مقدمة في علم الاجتماع، ط01، دار المعارف، مصر، 1962.
- 56- محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، مكتبة القاهرة الحديثة، مصر، 1981.

- 57- محمد عباس إبراهيم، الأنتربولوجيا - مداخل وتطبيقات، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2001.
- 58- محمد عباس إبراهيم: الأنتربولوجيا الطبية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2005.
- 59- محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004.
- 60- محمد محمود حسن: رعاية الأسرة، دار الكتب الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1997.
- 61- محمد روراوة، مبارك الملي، تر: العالي بورغدة، الجزائر: الدليل الإجتماعي والاقتصادي، المؤسسة الوطنية للنشر والاشهار، الجزائر، 1989.
- 62- محمد صالح الصديق، كيف ننسى وهذه جرائمهم، دار هومة، الجزائر، 2005.
- 63- محمد صفوح الأخرس، الأنتربولوجيا وتنمية المجتمعات المحلية، مطابع وزارة.
- 64- محمد الغزالي، فقه السيرة، نشر مكتبة رحاب، الجزائر، 1987.
- 65- مسعودة كسال، مشكلة الطلاق في المجتمع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1986.
- 66- مصطفى الخشاب، علم الإجتماع ومدارسه، لجنة البيان العربي، القاهرة، 1962.
- 67- مصطفى عوض إبراهيم وآخرون: الأنتربولوجيا الطبية، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2005.
- 68- نجلاء عاطف خليل، في علم الإجتماع الطبي - ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الانجلا المصرية، القاهرة، عام 2006.
- 69- هشام إبراهيم الخطيب، الوجيز في الطب الإسلامي، دار الشهاب، الجزائر، بدون تاريخ.
- 70- يسرى إبراهيم دعبس: تنمية الموارد البشرية في المجتمع البدوي، دار أم القرى للطباعة الاسكندرية، 1991
- قائمة القواميس:
- 71- دار المشرق، المنجد الأبجدي، ط 04، دار المشرق، لبنان، 1967.
- 72- فاروق مداس: قاموس مصطلحات علم الاجتماع، دار المدني، الجزائر، 1996.

الدراسات والدوريات العلمية:

73- اسماعيل قيرة وآخرون، التصورات الإجتماعية ومعاونة الفئات الدنيا، مخبر الإنسان والمدينة، جامعة قسنطينة، دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، بدون تاريخ.

74- وزارة الاخبار والثقافة، الصحة العمومية، سلسلة نظرات حول الجزائر، الجزائر، ماي 1970.

75- وزارة التخطيط والتهيئة العمرانية، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، النشرة 1985.

مصادر متنوعة:

76- المرصد الوطني للسجل التجاري، 2013 (إحصائيات خاصة بممتهني بيع الاعشاب الطبية).

77- المجلس الإقتصادي والإجتماعي: مشروع التقرير التمهيدي حول النساء وسوق العمل، الدورة العادية الخامسة والعشرون، الجزائر، 2000.

قائمة المراجع باللغة الاجنبية:

قائمة كتب المنهجية:

78–Madeleine Grawitz , **Méthodes des science sociales**, Huitième édition, Edition Dalloz , ISBN,France,1990.

79– Maurice Angers ,**Initiation pratique a la méthodologie des sciences humaines** ,casbah université, Alger ,1997.

قائمة الكتب العامة:

80–Andrée Michel: **la sociologie de la famille et du mariage**, Puf, Paris ,1986 .

81– J.MARCHIKA: **la peste en Afrique Septentrionale: Histoire de la peste en Algeriede 1363à1830**,Julien carbonel,Alger 1927.

82– J.N.BIRABEN: **La peste dans l'europa occidental et le bassin Méditerranéen: Principales Epidemies,Conceptions Medicales**,In le concours Medical.2fév 1963.

83– Jean Pierre Deschamps et, Michele Mauciaux: **Santé de la mère et de l'enfant** , Flamation médecine science, Paris, 1984 .

84– Badreddine Milli , Mohamed Raouraoua: **Algerie – Guide économique et social** ,Anep, Alger , 1991.

85– Claisse Dauchy Renée: **Médecine traditionnelle du Maghreb** , L,harmattan ,paris ,1996 .

86– Dr H. Foly: **Mœurs et médecine des Touareg De l'Ahaggar**, ed dacques Gandini ,paris , avril 1995.

87– La platine: **Anthropologie de la maladie**, paris, payot, 1986.

89–Mathéa Gandry: **la femme Chaouia de l’Aurès**, librairie orientaliste ,Paul geuthner , 1929 .

90– Mecanic David: **Medical sociology**, new york, the free press ,7 th edition,1971.

89– Mostefa Khiati: **Quelle Santé pour les Algériens ?** , Maghreb relation, Alger, 1990

90–Mostefa Khiati: Histoire de la médecine en Algerie, De l’Antiquité a nos jours, édition ANEP, Alger, 2000.

91 –Mostefa boutefnouchet: **la famille Algérienne, évolution et caractéristiques récentes**, Sned, Alger,1982 .

92– Mouhamed Aroua: **Traitement de la douleur: de la Médecine Arabe a la Médecine Moderne** ; Berti Editions , Alger, 2010.

93– Neffissa Zerdoumi: **enfants d’hier**, Librairie François Maspero, Paris, 1970

94– Parsonst: **the social system Glencol**,the free press,3rd edition,1989 .

95–Yvonne Turin: **Affrontements culturels dans l’Algérie coloniale, écoles, Médecines, Religion 1830 –1880**, 2ème Edition, Entreprise nationale du livre, Alger, 1971.

قائمة الدوريات والنشرات والمجلات:

96– Groupe Interministériel: **maitrise de la croissance démographique**, bilan Alger, mai 1984 .

97 –Ministère de la santé: **le secteur privé de la santé ,(aperçu analyses et proposition)** ,Alger,septembre,1997,sans page.

98–Ministère de la santé et de la population: **statistiques sanitaires années 1996**, Alger, octobre 1997.

99–Ministere de la santé: **Séminaire sur le développement d'un système national de santé**, l'expérience Algérienne , Alger, 1983.

100–Ministère de la planification et de l'aménagement du territoire: **deuxième plan quinquennal (1985–1989), rapport général**, Alger , janvier , 1985.

101– Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, office national des statistiques: **suivi de la situation des enfants et des femmes, enquête nationale a indicateurs multiples Micss** ,Algérie 2006,rapport préliminaire, office national des statistiques, Alger,2007.

102–Office national des statistiques: **L'Algérie en quelques chiffres**, Résultats2010 № 41, édition 2011.

103–ONS: **démographie, projection de population 1990 – 2020** ,N° 66, Alger , 1994 .

104 –ONS: **séries statistiques rétrospectives 1962–1987**, statistiques N°24, édition 1987 .

105–ONS: Code des Agglomerations (5eme recensement General de la population et de l'Habitat 2008), collections Statistiques N°169.

الرسائل الجامعية:

106–Oussedik Nour: De la médecine arabe du 7 éme Au 12 éme siècle Aux Actuels « Ventouseurs D'Abulcassis » En Algérie ,Thèse pour le doctorat en médecine, Université d'Alger, 1948.

107–Rachida Mered – Chiali: **Contribution à la connaissance de la pharmacie traditionnel Algérienne , Les éventaires de Grand–Alger** , These pour le doctorat d'état en pharmacie , Université d'Alger,1971.

قائمة الملاحق

الملحق رقم 01

إستعمال الوصفات العلاجية الشعبية للمولود														إستعمال الوصفات الأصل الجغرافي للاب
المجموع		كل الإستعمالات		المناطق		الحناء		الكحل		الزيت		التقسيط		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	377	62.6	236	26.5	100	2.9	11	4	15	2.1	8	1.9	7	حضر
100	91	70.3	64	14.3	13	5.5	5	2.2	2	3.3	3	4.4	4	ريف
100	468	64.1	300	24.1	113	3.4	16	3.6	17	2.4	11	2.4	11	المجموع

الملحق رقم 02

الأمراض المعالجة بالطريقة الشعبية										الأمراض المعالجة الأصل الجغرافي للاب
المجموع		أكثر من مرض		النفسية		العضوية الوقائية والدورية		العضوية المزمنة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	377	22.8	86	2.7	10	70	264	4.5	17	حضر
100	91	22	20	1.1	1	64.8	59	12.1	11	ريف
100	468	22.6	106	2.4	11	69	323	6	28	المجموع الكلي

الملحق رقم 03

أسبقية العلاج المتبع										الانتفاء الجغرافي
المجموع		بدون إجابة		إستعمالهما في نفس الوقت		الصيدلاني أولاً		العلاج الشعبي أولاً		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	299	2	6	4	12	47.2	141	46.8	140	حضر
100	169	1.2	2	7.7	13	43.2	73	47.9	81	ريف
100	4668	1.7	8	5.3	25	45.7	214	47.2	221	المجموع الكلي

الملحق رقم 04

اختيار المعالج														اختيار المعالج الأصل الجغرافي للاب
المجموع		أكثر من اختيار		بدون اجابة		آخر		راقي		طبيب نفسي		طبيب اكاديمي		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	377	2.9	11	4	15	30.8	116	30.5	115	10.6	40	21	80	حضر
100	91	6.6	6	/	/	27.5	25	27.5	25	5.5	5	33	30	ريف
100	468	3.6	17	3.2	15	30.1	141	29.9	140	9.6	45	23	11	المجموع
												5.	0	

الملحق رقم 05

اختيار المعالج														اختيار المعالج الاصلي الجغرافي للاب
المجموع		أكثر من اختيار		بدون اجابة		آخر		راقي		طبيب نفسي		طبيب أكاديمي		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	377	2.9	11	4	15	30.8	116	30.5	115	10.6	40	21.2	80	حضر
100	91	6.6	6	/	/	27.5	25	27.5	25	5.5	5	33	30	ريف
100	468	3.6	17	3.2	15	30.1	141	29.9	140	9.6	45	23.5	110	المجموع

الملحق رقم 06

اسبقية العلاج المتبع										اسبقية العلاج مكان الإقامة الحالي للام
المجموع		بدون اجابة		إستعمالهما في نفس الوقت		الصيدلاني أولاً		العلاج الشعبي أولاً		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	377	1.9	7	4.5	17	46.7	176	46.9	177	حضر
100	91	1.1	1	8.8	8	41.8	38	48.4	44	ريف
100	468	1.7	8	5.3	25	45.7	214	47.2	221	المجموع الكلي

الملحق رقم 07

جدول خاص بمستعملي الحمامة فقط

اختيار القائم بالحمامة												اختيار القائم بالحمامة الانتماء الجغرافي
المجموع		بدون اجابة		آخر		معالج شعبي		راقي		طبيب		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	80			7.5	6	35	28	35	28	22.5	18	الشمال
100												الشمال الغربي
100	2			50	1	50	1					الشمال الشرقي
100	8					50	4	25	2	25	2	الهضاب العليا
100	12	8.33	1			33.33	4	8.33	1	50	6	الجنوب الكبير
100	102	0.98	1	6.86	7	36.27	37	30.39	31	25.49	26	المجموع

الملحق رقم 08

رأي المبحوث في إستعمال القطع												إستعمال القطع الانتماء الجغرافي للام
المجموع		أكثر من اجابة		ليس لديه فكرة		سحر وشعوذة		غيرصائبة		صائبة		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	299	1	3	52.5	157	8.4	25	7.4	22	30.8	92	حضر
100	169	4.7	8	56.2	95	2.4	4	11.2	19	25.4	43	ريف
100	468	2.4	11	53.8	252	6.2	29	8.8	41	28.8	135	المجموع

الملحق رقم 09

رأي المبحوث في ارتباط العلاج الشعبي بالسحر										ارتباط العلاج بالسحر الإقامة الحالية
المجموع		ليس لديه فكرة		أحيانا		لا		نعم		
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
100	289	3.1	9	10.7	31	47.4	137	38.8	112	حضر
100	179	1.7	3	9.5	17	49.7	89	39.1	70	ريف
100	468	2.6	12	10.3	48	48.3	226	38.9	182	المجموع

استمارة المقابلة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2

قسم علم الاجتماع والديمقراطية

في إطار التحضير للقيام ببحث علمي في العلوم الاجتماعية، نضع بين أيديكم هذه الاستمارة راجيين منكم قبول التعامل معنا. نعدكم أن المعلومات التي تدلون بها يتم التعامل معها في الإطار العلمي البحت

شكرا على تعاونكم وتفهمكم

الاستمارة

1- البيانات الشخصية

1- جنس المبحوث: ذكر ()، أنثى ()، السن:

2- الحالة الزوجية: أعزب ()، متزوج ()، مطلق ()، ارملة () .

3- مكان الميلاد: اسم البلدية.....، الدائرة.....،

الولاية:

4- الأصل الجغرافي للأب: اسم البلدية.....، الدائرة.....،

الولاية.....

5- الأصل الجغرافي للأم: اسم البلدية.....، الدائرة.....،

الولاية.....

6- أين تسكن حاليا:

إذا غيرت (تي) مكان سكنك أين كنت تسكن في السابق:

2- بيانات خاصة بالمستوى التعليمي والاقتصادي:

7- ما هو مستواك التعليمي: أمي ()، يقرأ ويكتب ()، متوسط ()، ثانوي ()
جامعي ()

8- هل تعمل (تعملين)؟: نعم ()، لا ()، إذا كان نعم ما هي مهنتك؟:.....
ما هو القطاع الذي تنتمي إليه؟: قطاع عام ()، قطاع خاص ()، لحساب
شخصي ()

في حالة عدم العمل حدد (ي) وضعيتك: بطال ()، متقاعد ()، طالب ()،
لا تعمل لسبب صحي ()، لم تجد عملا ()

9- إذا كنت متزوجا (متزوجة) هل زوجتك (زوجك) تعمل؟ نعم ()، لا ()
إذا كان نعم ما هي مهنتها (مهنته)؟:.....

ما هو القطاع الذي ينتمي (تنتمي) إليه؟: قطاع عام ()، قطاع خاص ()،
لحساب شخصي () .

في حالة عدم العمل حدد وضعيتها (وضعيته): بطال ()، متقاعد ()، لا تعمل لسبب
صحي ()، لم تجد عملا () .

10- دخل الأسرة الشهري: بدون دخل ()، أقل من 18000 دج ()، 18000-
28000 دج ()، 38000-48000 دج ()،
أكثر من 48000 دج ()

11- هل أسرتك مستفيدة من بطاقة الشفاء (الزوج أو الزوجة أو كلاهما)؟:
نعم ()، لا ()

12- هل لديك دخل إضافي غير الراتب إذا كنت عاملا أو غير المنحة إن كنت
بطالا أو متقاعدا؟: نعم ()، لا () .

3- أسرة المبحوث :

- 13- هل تسكن مع أسرة: ممتدة ()، نووية () -اذكر أفراد الأسرة (العدد):.....
- 14- نوع السكن: فيلا ()، شقة ()، بيت تقليدي ()، بيت قصديري ()، آخر () .
هل يتوفر المسكن على مطبخ؟ نعم ()، لا ()
ما هو عدد الغرف الموجودة في المسكن؟:.....
- هل المسكن مرتبط:- بشبكة الغاز الطبيعي ()، شبكة الكهرباء ()، شبكة مياه الشرب ()، شبكة الصرف الصحي () .

- 15- هل تملكون إقامة ثانوية (غير التي تسكنوها)؟: نعم ()، لا () .
- 16- ما هي التجهيزات المتواجدة في المنزل: سيارة سياحية ()، جهاز تلفزيون ()، برابول () ثلاجة ()، آلة طبخ ()، آلة غسل الملابس ()، مكيف ()، جهاز كمبيوتر ()، هاتف ثابت ()، انترنت () .

بالنسبة للمتزوجين :

- 17- أثناء تواجدك مع أسرة الزوج (الزوجة) هل تعلمت طريقة علاج تقليدية لعلاج مرض أصابك أو أصاب أحد أفراد أسرتك: نعم ()، لا () .
إذا كان نعم هل كان هذا بطريقة مباشرة (أي طُلب منك إستعمال الوصفة العلاجية ()، أو بطريقة غير مباشرة (لاحظت طريقة المعالجة) () .
ما هي تلك الوصفة:.....

- 18- هل جربت الوصفة العلاجية: نعم ()، لا () . إذا كان نعم كيف وجدت النتيجة؟ :

- جيدة ()، حسنة ()، سيئة ()، لم يتغير شيء ()، البعض منها مفيد () .
إذا كان لا لماذا لم تستعمل (لي) هذا النوع من العلاج؟:.....

مهما كان نوع الأسرة التي تنتمون إليها :

19- بالنسبة للمواليد الجدد هل تستعملون؟:(ضع إشارة × أمام الإجابات المناسبة)
التقسيط ()، الزيت لذلك الجسم ()، الكحل في العين ()، الحنة لإزالة الأظافر ()،
المناقيع (تيزانة) () .

20- إذا أصيب المولود الجديد بآلام الغازات، هل تفضلون إستعمال الأدوية
الصيدلانية؟ ()، أم الوصفات العلاجية الشعبية؟ ()، اذكر هذه
الوصفات:.....

21- إذا أصيب المولود الجديد أو أي من الأبناء بعين حاسد أو مس من الجن هل
تستعملون :

الرقية الشرعية؟: نعم ()، لا () .

22- من من الرقاة تفضل: أمام مسجد ()، راقى محترف ()، طالب ()،
أحد أفراد العائلة ()، آخر () .

لماذا تفضل احدا عن آخر:.....

4- بيانات خاصة بمستعمل العلاج الشعبي (التداوي بالأعشاب):

23- إستعمال الوصفات العلاجية الشعبية هل هو لعلاج: مرض عضوي ()، مرض
نفسي ()، مرض مزمن ()، مرض وقتي أو دوري () .

24- ما هي الوصفة المستعملة؟:.....

25- من أرشدك لهذا العلاج؟: جربه أحد أفراد الأسرة ()، الأصدقاء ()،
وسائل الإعلام ()، الكتب والانترنت ()، آخر () .

26- حسب معلوماتك هل كان نافعا بالنسبة للآخرين؟: نعم ()، لا () .

اشرح ذلك إذا كان نعم اشرح ذلك.....

27- وأنت حين أتبعته (العلاج الشعبي) هل استفدت منه ؟: نعم () ، لا () ،
أحياناً () .

28- منذ متى وأنت تتبع الوصفات الشعبية لعلاج أعراض الأمراض التي تصاب بها؟:
مدة قصيرة () ، مدة متوسطة () ، مدة طويلة () .

29- هل أصبت بأعراض جانبية جراء تناول علاج شعبي ؟: نعم () ، لا () ،
ما هي هذه الأعراض ؟:.....

30- حين تحتاج إلى وصفات علاجية عشبية من أين تشتريها ؟: بائع يملك محل
لبيع الأعشاب () ، عشاب السوق اليومي أو الأسبوعي () ، صيدلية أعشاب () ،
الأقرب إلى منزلك () .

31- ما سبب إتباعك للعلاج الشعبي هل لأنه ؟: موروث من عند الأجداد () ،
مستمد من السنة النبوية () ، سوء التكفل في المستشفيات () ،
سوء التشخيص () آخر () .

أضف ما شئت.....

32- إذا أصبت بأعراض مرض ما: هل تستعمل العلاج الشعبي أولاً () أم الحديث
قبلاً () .

33- هل تجمع بين العلاجين (الحديث والتقليدي)؟: نعم () ، لا () ، أحياناً () .
اشرح.....

34- عندما تصاب بأرق وقلق واكتئاب دون أن تكون هناك أعراض لوجود مرض
عضوي، لمن تتجه ؟: طبيب أكاديمي () ، طبيب نفسي () ، راقى () ، آخر () .
لماذا.....

35- هل سبق لك المعالجة بالحجامة ؟: نعم () ، لا () .

إذا كان نعم من الذي قام بها ؟: طبيب () ، راقى () ، معالج شعبي () ، آخر () .
ما هو المرض الذي كنت تعاني منه.....

36- ما رأيك في إستعمال الكي في العلاج الشعبي؟:.....
هل سبق لك إستعماله؟:

نعم ()، لا () .

إذا كان نعم مما كنت تشتكي(المرض).....

37- هل تقوم بزيارة أضرحة الأولياء الصالحين؟: نعم ()، لا ()

إذا كان نعم لماذا؟:.....

38-علاج بعض الأمراض ك: عرق النساء، الإكزيما، النار الفارسية..... في العلاج

الشعبي يكون بالقطع الذي يعطي نتائج إيجابية لكثير من الحالات، ما رأيك في هذه

العملية : صائبة ()، خاطئة ()، خرافية ()، سحر وشعوذة ()، لا أدري () .

إذا كانت الاجابة صائبة، كيف تفسر ذلك.....

39- بعض المعالجات الشعبية يعالجن العقم عند النساء عن طريق التدليك (تقليب

الوالدة) والعملية تكون ايجابية في الكثير من الأحيان، كيف يُفسر ذلك.....؟

40-هل إستعمال البخور كالجوي والعنبر والفجل وغيرهم في المعالجة الشعبية

يعتبر؟: مفيد ()، سحر وشعوذة ()، ليس لدي فكرة () .

إشرح ذلك.....

41- هل تظن أن بعض الوصفات العلاجية الشعبية مرتبطة بالسحر؟:

نعم()، لا ()

أعط أمثلة إن أمكن.....

42- ما هي الأعشاب العلاجية التي تفضل ان تكون موجودة في المنزل والتي

تستعملها عند الضرورة:.....؟

43-هل سبق وأن إستفدت بالمعالجة فى الحمامات الطبيعية ؟

نعم ()، لا ()

أذكر البعض منها:

ما رأيك في المعالجة بمياه الحمامات الطبيعية:.....؟