تمثلات المرض وأساليب العلاج في المجتمع الجزائري
دراسة ميدانية بمدينة البويرة

The origins of the disease and methods of treatment in Algerian society
A field study in the city of Bouira

د / سفيان دريس جامعة الجزائر2، الجزائر. Mail : drissofiane@yahoo.fr

تاريخ الاستلام : 2018/5/20 تاريخ القبول: 2018/6/3

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن المكونات السوسيوثقافية لطريقة العلاج لدى عينة من المجتمع الجزائري، وقد تم اشتقاق عدة مفاهيم سوسيوثقافية لأساليب العلاج وتتمثلات المرض من القضايا النظرية لعلم اجتماع الطبي، و اشتملت عينة الدراسة على (120) مريض من مختلف المناطق بولاية البويرة وقد تم إستخدام المنهج الوصفي التحليلي . وقد أظهرت النتائج، وبدرجات تقييم متوسطة، أن الإناث في المجتمع الجزائري الأكثر اتجاها للعلاج من الذكور نسبيا نحو العلاج التقليدي . كما أن اختيار أسلوب العلاج يأتي عن طريق نماذج ثقافية في المجتمع الجزائري ، ولم تظهر فروقات على أساس مكان الإقامة ، والدخل الشهري للأسرة ، والمستوى التعليمي للمريض ، مما يشير إلى أن أساليب العلاج المختلط آخذة بالانتشار عبر الفئات الاجتماعية المختلفة .الكلمات المفتاحية: الصحة؛ المرض؛ التمثلات؛ مجالات التفاعل.

Abstract:

This study aimed at detecting the sociocultural components of the treatment method in a sample of the Algerian society. A number of sociocultural concepts were developed for the treatment methods and the symptoms of the disease were theoretical issues of medical metrology. The sample included 120 patients from different regions in the state of Bouira. Descriptive analytical method . The results, and with medium ratings, showed that females in Algerian society were more likely to be relatively male-oriented towards traditional treatment. The choice of method of treatment comes in the form of cultural models in Algerian society. There were no differences on the basis of residence, monthly income of the family and the level of education of the patient, indicating that mixed therapy methods are spreading across different social groups.

Keywords: Health, disease; manifestations; areas of interaction.

مقدمة:

تنتمي هذه الدراسة إلى ميدان علم الاجتماع الطبي Medicinal Sociology، الذي يتناول الميدان الصحي بوصفه نظاماً اجتماعياً ثقافياً, أي بوصفه مجموع المؤسسات الصحية التي تستهدف إشباع احتياجات الناس إلى المحافظة على الصحة ومقاومة المرض. ويقترح شتراوس أن نميّز بين علم اجتماع دراسة الطب Sociology of Medicine واستخدام علم الاجتماع في ميدان الطب Sociology in Medicine فالأول يهتم بدراسة الفروع العديدة للنظام الطبي القائم بمناهج وأساليب علم الاجتماع، والمتخصص الأول في دراسة هذه الموضوعات هو عالم الاجتماع، أما استخدام علم الاجتماع في ميدان الطب، فيهتم بدراسة الظروف والشروط الاجتماعية للصحة والمرض، وخاصة الشروط المتعلقة بأمراض معينة، وهو بذلك يمثل ميداناً للاهتمامات المشتركة لعلماء الاجتماع والأطباء على السواء وفي نفس الوقت.

I. الإشكالية:

لقد توصلت العديد من الدراسات والأبحاث الأكاديمية إلى أنه توجد علاقة وثيقة بين الصحة والمرض والنسق الثقافي و الاجتماعي لأي مجتمع كان، وهذا الاهتمام العلمي يقع على عاتق علماء الاجتماع و الأنثروبولوجيين، من خلال دراسة مجالات التفاعل في هذه العلاقة، وكذا تحديد الإمكانيات المختلفة و المتوفرة، ودراسة الأحوال الصحية والمستوى التعليمي السائد، وكل هذا يندرج تحت مسمى المعادلة الثقافية للطب والصحة والمرض ضمن الحياة الاجتماعية [1] . ورغم تطور الطب لا تزال مختلف المجتمعات تعرف تنوعا في أساليب العلاج بين ماهو تقليدي وماهو حديث ومن ثم لم يعد للطب الحديث فقط السيطرة على المرض وفهم سلوك المريض خاصة بعد أن حضى موضوع الصحة اهتمام العلوم الإجتماعية والنفسية و الأنتروبولوجية، التي أثارت قضايا مهمة من بينها تأثير العوامل الثقافية و الإجتماعية و الدينية على فهم وتفسير المرض، وكذا إختيار العلاج المناسب، فالمريض هو كائن بيولوجي إجتماعي وثقافي يتأثر بالعديد من المتغيرات التي يمكن إن تسهل أو تصعب عليه عملية فهم وتشخيص المرض وإختيار نمط العلاج المناسب .

يعد موضوع الصحة والمرض مجالان للتعبير عن المعتقدات والقيم السائدة وهو ما يمكن أن نعتبره" معرفة اجتماعية "تتضمن تفسيرات مختلفة حول جانب مهم من حياة الإنسان الأمر الذي دفع

بالبعض إلى الحكم على أن لا فائدة من اللجوء إلى الطب الحديث أو الرسمي. [2]فمن خلال هذه الدراسة نحاول التعرف على أهم النقاط التي تصب في بوتقة المريض الحائر بين العلاج التقليدي والعلاج الحديث وبين تمثلاته للمرض، فنحن نهدف من خلال هذه الدراسة إلى توضيح أهمية الابعاد الإجتماعية والثقافية وحتى النفسية للمرض، كما نود توضيح اهمية التنوع في العلاج المتاح للمريض الجزائري على إختلاف مستوياته وهل تقوم بالتأثير عليه بإعتبار ان كل علاج له خصوصياته وعليه يمكن طرح التساؤل التالي :

– كيف تتحدد تمثلات المريض في تفسير المرض وتحديد نمط العلاج للمريض ؟

– ما هو سبب خروج الفرد من الحقل الطبي الحديث إلى حقل التطبيب التقليدي ؟

– هل يؤثر النموذج الثقافي على تمثلات الصحة والمرض وعلى الممارسة التطبيبية لكل مجال اجتماعي معين لدى الفرد الجزائري ؟

1 – 1 – فرضيات الدراسة :

– الفرضية الأولى : تمثلات المرض و العلاج عند المريض الجزائري تتشكل وفقا للمستوى المادي و الاجتماعي.

– الفرضية الثانية:يعتبر المستوى التعليمي للمريض وفشل العلاج سببا في خروجه من الحقل الطبي الحديث إلى الحقل التقليدي للعلاج .

– الفرضية الثالثة: إن تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية مرتبطة بالنموذج الثقافي للمجالات الاجتماعية المتواجدة في المجال العمراني، ولكل مجال منها نموذجه الثقافي الخاص به .

1–2– أهمية الدراسة :

تأتي دراستنا لجملة من الأسباب وهي كالآتي:

–التعرف على الممارسات الطبية الشعبية في المجتمع الجزائري عموما وفي ولاية البويرة خصوصا أو علاقة هذه الممارسات بمفهوم تمثلات المرض والصحة لدى الفاعلين وأسبابه ، ورؤية هذه الممارسات في سياق الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمجتمع الجزائري.

– ظهور الكثير من التوجهات إلى العودة إلى الطرق التي تعالج جسم الإنسان بشكل كامل ، وتراعي الجوانب (النفسية، الجسدية العقلية و الروحانية) ، على عكس الطب الحديث الذي يعالج المشكلة فقط في بعض الأحيان اظهر عجزه حيال – العودة إلى الطب التقليدي وخاصة مع ظهور الدراسات العلمية التي تشير إلى فعالية الطب البديل (التقليدي) في الكثير من الحالات حيث أنه يستخدم طرق آمنة ، مجربة وفعالة دون آثار جانبية.

– تكمن أهمية الدراسة في كون الإشكال يمس شريحة كبيرة في أفراد المجتمع الجزائري.

– أهمية المجال الطبي باعتباره يتكون من عمليات حيوية في المجتمع الجزائري.

1 – 3 أهداف الدراسة:

–تهدف هذه الدراسة الضوء على الممارسات التطبيبية في المجتمع الجزائري الحالي ، وضعت العديد من الأبعاد حول تفكير الكثير من الأفراد وتمثلاتهم بشأن مرضهم وصحتهم وأسباب هذه التمثلات الاجتماعية ، والمعتقدات الدائرة حولهما.

وزاد من حجم المشكلة عوامل أخرى تخرج عن نطاق اهتمام المجال الطبي، وتدخل في دائرة اهتمام نظام إنتاج معرفة طبية جديدة في المجتمع الجزائري.

الوضعية الاجتماعية والاقتصادية بوصفها دافع لذلك.

–تعمل النظم التقليدية وبعض التقاليد المحلية على تحبيذ نوع معين من الطب.

II. الإطار المنهجي للدراسة :

2– 1 – مجتمع الدراسة :

– عينة الدراسة : تم إختيار عينة البحث بطريقة عشوائية من سكان مدينة البويرة وبلغ عدد أفرادها 120 مريض من كلا الجنسين .

– مجالات الدراسة

– المجال الزماني : أجريت الدراسة فى فترة زمنية استغرقت قرابة ستة أشهر إبتداءا من شهر مارس 2017 إلى غاية شهر أكتوبر 2017 .

المجال المكاني: تمت الدراسة بمدينة البويرة وهي تعتبر من المدن المختلطة التي تشتمل على كل المجالات العمرانية الريفية و الحضرية و الشبه حضرية .

2 – 2 – أسلوب الدراسة :

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي وذلك من منطلق أن ظاهرة التصورات الاجتماعية للمرض والعلاج تنطلق من البحث على الأسباب التي تعزز من لجوء المرضى إلى احد الأنساق الطبية للعلاج سواء كان الطب الحديث او الطب التقليدي للعلاج ، فضلا على البحث في المعاني التي يتداولها الناس في خطابهم اليومي عن مفهوم الطب الشعبي، والمعالجين الشعبيين، والفئات الأكثر استخداما لهذا النوع من الممارسات العلاجية، وعلى هذا الأساس استعنت في هذه الدراسة بناءا على المنهج الوصفي أدوات لجمع البيانات تتناسب وطبيعة الدراسة متمثلة في المقابلة والاستمارة وكذا الملاحظة بالمشاركة وبدون مشاركة .

– أدوات الدراسة :

لقد اعتمدنا في جمع للمعلومات على أداتي الملاحظة والمقابلة ثم استخدمنا أداة الاستمارة بالاستعانة بالأداتين السابقتين، وسنعرض الآن كيفية استخدامنا لهذه الأدوات:

– **الملاحظة** :تعتبر الملاحظة وسيلة سهلة وصعبة في نفس الوقت، ونحن لا نعني بها الملاحظة العادية أو الملاحظة العابرة التي يلاحظها الناس يوميا، وإنما نقصد بها الملاحظة العلمية التي تستند إلى مجموعة من الشروط والضوابط، وذلك لأنها تتطلب الدقة في عملية الم ا رقبة ورصد المعلومات ومعاينة الظاهرة المراد دراستها. (3)

و لقد وقفت على عدد من الممارسات العلاجية التي حكت لنا الواقع الذي نعيشه ونؤمن به، إذ على الرغم من ارتفاع المستوى العلمي لبعض الأشخاص إلا أنهم يؤمنون بالثقافة الشعبية، وما أنتجته من علاجات لمختلف الأمراض، كما رصدت أيضا طريقة معاملة المعالج للمريض، والتي أكدت لي ما توصلت إليه في الجانب النظري من وجود الثقة بين الاثنين.

– **المقابلة** : وتعرف على أنها" عملية اجتماعية صرفة بين شخصين، الباحث أو المقابل الذي يستلم المعلومات ويجمعها ويصنفها، والمبحوث الذي يعطي المعلومات إلى الباحث بعد إجابته على الأسئلة الموجهة إليه من قبل المقابل ".

استنادا للتعريف السابق، نقول أن المقابلة تعد أحد أهم وسائل جمع البيانات، وذلك لأنها تلزم الباحث بالاحتكاك المباشر مع المبحوث ومعرفة الأفكار التي يؤمن بها ويعتقد فيها والتي تكون لها علاقة بموضوع البحث، بل يتعرف الباحث أيضا حتى على الأحاسيس والمشاعر التي يحس بها المبحوث اتجاه كل سؤال وذلك من خلال الإيماءات و الإشارات التي يراها الباحث على وجه المبحوث، كذلك من خلال تردد المبحوث على الإجابة على الأسئلة، أو إلغائها تماما.

-الاستمارة:

وتعرف الاستمارة بأنها" نموذج يضم مجموعة أسئلة توجه إلى الأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، ويتم تنفيذ الاستمارة إما عن طريق المقابلة الشخصية أو أن ترسل إلى المبحوثين عن طريق البريد " [4]. وقد كانت استمارة هذه الدراسة والخاصة بالعينة العشوائية عبارة عن مقياس ثنائي(نعم، لا) درجاته على الترتيب [5] و[1] ، وقد صمم بناءا على الدراسة الاستطلاعية والمقابلات العرضية التي استعنا بها قبل التصميم النهائي لهذا المقياس، وكانت الاستمارة تعتمد على المحور الأول بشكل أساسي والمتمثل في المتغيرات الديموغرافية وهي (الجنس، السن، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة الاجتماعية، مكان الإقامة، الدخل) كونها المتغيرات التي نصل من خلالها إلى الفروق بين أفراد العينة حول ظاهرة تمثلات الصحة والمرض وأساليب العلاج .

– أساليب المعالجة الإحصائية:

للإجابة على التساؤل المطروح في إشكالية الدراسة، والتحقق من صدق فرضياتها، تمت الاستعانة بمجموعة من الأساليب الإحصائية التالية:

-النسبة المئوية، والمتوسط الحسابي، والانحراف المعياري.

كما تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ قد استعنا كذلك بالنظام الإحصائي نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية(إصدار– 22 spss) وذلك بهدف الوصول إلى الفروق بين

التغيرات الديموغرافية وأسئلة الاستمارة من خلال استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA 1 FACTOR.

2– 3 – مفاهيم الدراسة :

- **المرض:** يمثل المرض الحلة التي يحدث فيها خلل من الناحية العضوية أو العقلية او الاجتماعية للفرد ومن شأنه إعاقة الفرد على مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة. و يتمثل الوضع الطبيعي للكائن الحي في حالة من التوازن الفسيولوجي الدقيق أو ما يطلق عليه الاتزان البدني Homeostasis من حيث استمرار العمليات الحيوية بواسطة ميكانيزمات معقدة داخل الجسم, ومن ثم يتمثل المعنى البديهي للمرض في النتائج المترتبة على تعطل الميكانيزمات التي تتحكم في الاتزان البدني داخل الكائن الحي (5). وانطلاقاً من هذه الرؤية يرى فيلد D. Field " أن المرض يشير إلى حالة الانحراف العضوي والتي يمكن تحديدها بمجموعة من الشواهد signs والأعراض ,symptoms " فالمرض هو الحالة غير السوية للجسم أو أحد أجزائه, بحيث يحدث اضطراب أو ارتباك في وظيفته, ويتم فهم المرض –طبياً– من خلال التركيز على النواحي الموضوعية والمفاهيم الطبية المرتبطة بالحالة العضوية المحددة في الجسم .

- **التمثلات** :يصير مفهوم التمثيل إلى العملية التي يستوعب فيها الذهن المعطيات الخارجية أي معطيات الواقع ن بعد أن يمتلك بها الفرد ويضفي عليها مستويات شخصيته المختلفة، يؤدي ذلك إلى أن تتجمع لدى الفرد صور من تلك المعطيات بشكل حصيلة هذا الاحتكاك، فتكون بالتالي تمثلا لها.أما عند علماء الاجتماع فالتمثلات إستعملها" إميل دوركايم"ويعتبر من الأوائل الذين إستعملوا مفهوم التمثلات الاجتماعية، أو كما كان يسميها" الجماعات "، وذلك حين تحدثه عن العصبية القبلية ورفضه لها، وظل دوركايم يعتبر الدين والمعتقدات واللغة، والعلم والأسطورة، تمثلات جمعية واجتماعية" أما عند السوسيولوجيين مثل (Jodlet) فالتمثلات إقترنت بالمعطيات الاجتماعية وهي شكل من المعرفة المتطورة والموزعة اجتماعيا ولها هدف تطبيقي يساهم في بناء حقيقة موحدة لمجموعة إجتماعية .(6)

ومنه نستنتج أن تمثلات المرض والصحة هي مجموعة من التصورات للمرض أو الصحة، وتتم من خلال عرض آراء وأفكار حاضرة في ذهن الإنسان، أي انها الإدراك الفكري للواقع الاجتماعي.

- **مجالات التفاعل الاجتماعي**:هو فضاء من التفاعلات المتبادلة، وهو شبكة من الأفراد والجماعات المشتركة في القيام بعمليات اجتماعية (التوافق، التعاون التكيف، الاندماج، التنافس، الصراع...)،هوالحقل الذي تتم فيه العمليات الاجتماعية كما لوكان وحدة متكاملة ومنسجمة (التوجه البنيوي الوظيفي) أوكتل منقسمة حسب ملكية وسائل الإنتاج وتداخل مع بعضها البعض وهذا التقسيم من أجل تسهل الدراسة وجعله أكثر دقة،التي تسمح للأفراد والجماعات بفهم الهوية التي تبنى من خلال التفاعل بين مختلف الفاعلين في المجالات الاجتماعية المتعددة،فتصبح الهوية منتجاً لعالم اجتماعي تتشابك خيوطه من خلال المجالات الاجتماعية المختلفة التي يتفاعل معها الأفراد والجماعات(الأسرة، العائلة، والعشيرة، القبيلة، العمل، التنظيمات البيروقراطية) . (7)

ومنه نرى أن التأثير المتبادل هو جوهر عملية التفاعل فمن الممكن أن نصف شخصين بأنهما متفاعلين إذا كان نشاط كل منهما يتأثر بنشاط الآخر،وعملية التفاعل قد تستمر لسنوات طويلة وقد لاتستغرق سوى لحظات قليلة والرموز هي الوسيلة السائدة للتفاعل، والرمز هو علامة لها معنى مشترك بالنسبة للأفراد الداخلين في عملية التفاعل، فجميع الكلمات والكثير من الحركات والإيماءات والأشياء التي نستخدمها في تفاعلاتنا إنما هي رموز وهناك رموز ذات دلالة كما يشير يونج إلى أن الإنسان يعيش في عالم من الرموز،هذه الرموز هى شكل من .أشكال التعبير عن الأفكار والمشاعر التي بداخلنا ومن خلالها نستطيع أن نعبر عن خبراتنا .

3– الدراسات السابقة::

تعتبر الدراسات السابقة من المراحل الهامة في حياة البحث ، وفي الخطوات التي يعتمد عليها الباحث في بناء رصيده المعرفي Reviw of حول الموضوع المراد دراسته، والهدف من الدراسات السابقة هو التعريف بكافة الدراسات التي سبق إجراؤها في موضوع البحث، مع عرضها بطريقة منطقية literature وأمنية تأخذ في الحسبان أوجه التشابه وأوجه الاختلاف بين نتائجها ومحاولة بيان أسباب أوجه الاختلاف بينها إن وجدت .

وفي هذا الفصل سنركز على الدراسات التي تناولت هذا الموضوع.

ومنها الدراسات الأجنبية وذلك لكي نقيس موضوع الدراسة من خلال الحقبات والمجالات الزمانية والمكانية وقد تناولنا من هذه الدراسات:

-الدراسات العربية:

3 -1 -الدراسة الأولى: دراسة للدكتور فوزي عبد الرحمان ، رسالة ماجستير تحت إشراف الأستاذة علياء شكري بعنوان " دراسة أنتروبولوجية للممارسات الطبية الشعبية في الريف المصري " دراسة ميدانية في قرية مصرية، وقد تناول فيها الباحث نطاق اهتمامه بعناصر التراث في مجال العلاج كما تدخل الدراسة في جزء منها ضمن دائرة اهتمام الأنثروبولوجيا الطبية من حيث اهتمامها بالممارسة العلاجية، أو مفهوم الأفراد نحو المرض ومسبباته ومعتقداتهم حوله[8]، وفي هذه الدراسة التي ألقت الضوء على ممارسات العلاج الطبيعي في إحدى القرى المصرية ، وضحت العديد من الأبعاد وحول تفكير الكثير من الأفراد بشأن المرض، وأسبابه، والمعتقدات وغيرها منها الدائرة حوله وغير ذلك من المضامين التي يتجاوزها النسق الطبي الرسمي ممثلا في الوحدة الصحية المؤسسات الصحية عندها لا تتحقق الاستفادة من هذه الأنساق، وجدير بالذكر أن هذه القضايا لا ينفرد بها المجتمع المصري في بعض مناطقه، بل تشترك معه بعض مجتمعات العالم الثالث.

وكانت الإجراءات المنهجية للدراسة : الدراسة تدخل في نطاق اهتمام علم الفلكلور، من حيث اهتمامهم بعناصر التراث في مجال العلاج، كما تدخل في جزء منها في دائرة اهتمام الأنثروبولوجيا الطبية من حيث اهتمامها بالممارسين العلاجيين، ولقد استعمل الباحث المنهج الأنثروبولوجي، وما يتضمنه من أركان أساسية لدراسة الجماعات البشرية ، ومنها بقاء الباحث لفترة كافية بين أفراد البحث في مجتمع الدراسة ، ومعرفة عاداتهم وحياتهم، ومعايشتهم وملاحظة أفعالهم وسلوكهم من خلال علاقة يقيمها الباحث بمجتمع الدراسة متجنبا بذلك مثالب الوسائل المنهجية الأخرى التي تعتمد على اللقاءات العابرة والتي قد لا تثمر كثيرا في مجال دراسة المعتقدات.

الوسائل والأدوات المنهجية المستخدمة في الدراسة:

1- الملاحظة بالمشاركة : حيث أتاحت هذه الوسيلة للباحث الوصول إلى الكثير من الحقائق حول مجتمع الدراسة، كما أمكنه من خلالها إقامة العلاقات بين أفراد المجتمع والاقتراب منهم وجمع

المادة الميدانية المطلوبة والمشاركة في أنشطتهم اليومية، كما أن هذه الوسيلة تحقق الإجابة على الكثير من التساؤلات التي تمثل هدفا للبحث، وتحقق التفاعل مع المجتمع موضوع الدراسة.

2–المقابلات المتعمقة : ولهذه الوسيلة أهمية خاصة في إستثارة الكثير من الحقائق حول العديد من الموضوعات التي يتضمنها البحث، فمن خلالها يمكن التعرف على اتجاهات وسلوك الأسر في مجال الصحة والمرض ومعتقداتهم نحو أساليب الشفاء وكيفية الوقاية من بعض الأمراض.

3– دراسة الحالة : واستخدمت في إلقاء الضوء على المعالجين الشعبيين وظروف نشأتهم وكيفية اكتسابهم المهارات العلاجية.

مجتمع الدراسة:

أجريت الدراسة في قرية الجفادون والتي تقع في الجنوب من بني سويف على مسافة 180 كم من القاهرة وترتبط القرية بمدينة الفيش طريق ممهد ، والقرية هي إحدى توابع مجلس قرى دلهانس. وقد تم إختيار عشر أسر لإجراء الدراسة المتعمقة من خلالها، وقد روعي في إختيار الأسر أن تمثل الأنماط الشائعة بالقرية، بمعنى أن يعكس هذا الاختيار في مجمله الخصائص الاجتماعية، والثقافية المتنوعة لمجتمع الدراسة حتى يمكن رؤية الممارسات العلاجية الشعبية في سياق أبعاد طبقية وتعليم والنشاط الاقتصاد.. الخ.

– تقييم الدراسة:

ولقد اقتصرت الدراسة على البحث في الممارسات العلاجية التي يمارسها المعالج الشعبي الذي يعتبر بمثابة الملاذ الأول لأصحاب القرى لعلاج أمراضهم ، وبينت الدراسة أيضا معتقدات الأفراد حول المرض ومسبباته وهذا من خلاله يؤدي إلى اتخاذ الأفراد إلى الممارسات التطبيبية العلاجية التقليدية المختلفة حسب كل مرض وحيثياته، كما أن الباحث اعتمد على المنهج الأنتربولوجي وذلك يساعد من حيث اهتمام المعالجين التقليديين وما يتضمنه من إجراءات أساسية لدراسة الجماعات البشرية، وما يؤخذ على الدراسات التي اشتملت على قرية واحدة من الريف المصري، وأحسن لو أنها اشتملت على جميع قرى الريف المصري كما أنه أهمل الجانب الاجتماعي للدراسة وتغلب الأنثروبولوجيا الطبية على الدراسة.

3– 2 – الدراسة الثانية : دراسة الدكتور حسني إبراهيم عبد العظيم: (9) " تطور الانشغال السوسيولوجي بالجسد " (1) رسالة دكتوراه في علم الإجتماع، بكلية الآداب بجامعة بني سويف بمصر، وقد تناول الباحث في هذه الدراسة العوامل المعقدة والمتراكمة التي أسهمت في غياب الجسد عن الوعي السوسيولوجي في مراحله المبكرة ، وربما ترتبط أولى هذه العوامل بذلك التقسيم التقليدي" التاريخي"بين العلوم البي ولوجية والعلوم الاجتماعية.

وتناول أيضا الإرهاصات الأولى للانشغال بالجسد حسب المراحل الكلاسيكية غير أن هذا لا ينفي أنه يمكن رصد إرهاصات جينية لتحول الجسد إلى موضوع تأمل سوسيولوجي مع بدايات العلوم الاجتماعية في القرن التاسع عشر الذي كان وفقا لرؤية" جون ميشيل بوتلو "قرن الإهتمام بجسد العمال وكانت هذه الأعطاب، والتشوهات موضع وصف دقيق في بحثه المتميز عن الحالة الجسدية وبين الباحث في دراسته تبلور ملامح علم اجتماع الجسد مع بدايات الستينات من القرن الماضي بدأت ملامح علم اجتماع الجسد، وذلك من خلا مجموعة من الدراسات استخدمت الجسد كأداة الجسد كشف وتحليل تتعامل معه كنافذة ينظر من خلالها للمؤسسة والبنى والعلاقات الاجتماعية، وتقرأ الخيالات والتمثلات الاجتماعية، و بالتالي وجود اتجاه واضح لتدشين سوسيولوجيا الجسد كأحد فروع علم الاجتماع ومن أهم هذه الدراسات أعمال بيير بورديو 1982 - 2007، ماري دوغلاس 1921 ارفنج غوفمان 1922 حتى بداية القرن الحادي والعشرين.

تقييم الدراسة :

تعتبر هذه الدراسة ملمة بعلم اجتماع الجسد حيث أخذت الدراسة منحى بحيث أن الاهتمام السوسيولوجي بالجسد يعد أمرا حديثا نسبيا، فحتى حدود الستينات من القرن الماضي لم يكن الجسد كموضوع معرفة سوسيولوجية يحظى بمكانة الموضوع المحوري، أو الأساسي بل على العكس من ذلك كان حضوره لا يتجاوز مستوى الحضور المضمر الافتراضي أو مستوى محور من ضمن المحاور المدروسة.

"أو كما يقول عالم الاجتماع الفرنسي" جون ميشيل بيرتلوBthelat : corps et un objet sociologique eclipse " كان الجسد مادة سوسيولوجية.

والواقع أن هناك أسباب معقدة ومتراكمة أسهمت في غياب الجسد عن الوعي السوسيولوجي في مراحله المبكرة كما ذكر الباحث.

أما العوامل التي ذكرها الباحث عن إقصاء موضوع الجسد عن علم الإجتماع هناك عوامل أخرى هي يرصد كريس شلنج "عام 2003 عاملا آخر مهم وهو ما يسميه " النشأة الذكورية لعلم الاجتماع " فتأسيس علم الاجتماع كان مشروعا اجتماعيا معرفيا."

3 – 3 – الدراسة الثالثة: دراسة نعيمة منصور إبراهيم [(10)]: رسالة دكتوراه في علم الاجتماع المعنونة بـ: " الأبعاد الاجتماعية والثقافية لأمراض الكبد " دراسة ميدانية في الطب الشعبي في بعض مراكز محافظة الدهلقية، بجامعة القاهرة، مصر، وهي دراسة في علم الاجتماع تخصص علم الاجتماع التنمية وقد تناولت الباحثة في الدراسة ما يلي:

تعد أمراض الكبد نموذجا للأمراض الاجتماعية ، فهي على الرغم من أنها أمراض عضوية تصيب خلايا الكبد بالتلف، وتعطل الداء الوظيفي لها، إلا أن هناك الكثير من العوامل الاجتماعية والثقافية التي تساعد على الإصابة بها، والتي يعد اكتشافها والتعرف عليها أحد الأهداف الرئيسية لهذه الدراسة.

إن أمراض الكبد من أخطر الأمراض الباطنية التي تصيب الإنسان في الوقت الحاضر، وهي من الأمراض المعدية القاتلة، التي تزايدت معدلات الإصابة بها في الآونة الأخيرة على الصعيد العالمي بالأخص مجتمعات العالم الثالث، من اجل ذلك أعدت الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

– الكشف عن العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة على الإصابة بالمرض.

–بيان الأهمية الاجتماعية لأمراض الكبد على المستوى القومي المحلي.

–إبراز دور الثقافة التقليدية في انتشار أمراض الكبد وأساليب الطب الشعبي المستخدم في العلاج.

–التعرف على أهم الآثار السلبية والمشكلات المختلفة المترتبة على الإصابة بأمراض الكبد وأثر ذلك على التنمية الاجتماعية والاقتصادية.

هذا وقد توصلت الباحثة إلى نتائج من أهمها:

1–إن أمراض الكبد تعد أمراضا إجتماعية لماله من آثار إجتماعية واضحة، ويترتب على انتشاره في المجتمع عواقب ومخاطر إجتماعية واقتصادية، بجانب الأضرار البدنية الأخرى.

2-تلعب الممارسات السلوكية والعادات اليومية مثل : التدخين، سوء التغذية، أسلوب الطهي

تناول استخدام أدوات الغير الصحية... الخ .فضلا على التلوث البيئي والافتقار للثقافة والوعي الصحيين له دور هام في الإصابة بالمرض.

تقييم الدراسة:

نلاحظ على هذه الدراسة على أنها أعطت عدة مسلمات عن العوامل الاجتماعية والثقافية التي تؤدي إلى مرض كالتهاب الكبد مثلا : هو مرض انتشر في العصر الحالي نتيجة لعدة عوامل منها السلوكيات اليومية والخطيرة غير الصحية كالتدخين مثلا، ومنه الدراسة اشتملت على بعدين هما الاجتماعي والثقافي، لكن توجد عوامل أخرى منها الاقتصادية كالظروف الصحية للمنشآت الصحية، الميزانية المخصصة للصحة من طرف الحكومة.

3- 4 - **دراسة :مصطفى وأعراب**(11) تحت عنوان" حول كتاب السحر والتطبيب بالمغرب وهي هو دراسة لكتاب أجنبي وقد تناول الباحث في هذه الدراسة ما يلي:

1-نظرة تاريخية عن الطب والتطبيب في المغرب:

قطع الطب والتطبيب في المغرب أربعة مراحل أساسية – مرحلة العصور القديمة ، اعتمد فيه التطبيب أساسا غيبيا وطوطميا لازالت رواسبه مستمرة إلى اليوم، وبمجيء الإسلام دخل العلاج محلة اعتماد التجربة والخبرة وسيستغرق أربعة قرون في التكوين ليزدهر في القرن 5 و 6 هـ، وخلال القرن 7 و 8 هـ، سيدخل هذا الطب طور الركود لينحط أخيرا إبتداءا من القرن 9 هـ، وقد خلصت الباحثة إلى أن الطب العربي قد انتهى منذ ذلك الوقت وأهمل.

2-التطبيب الشعبي وعلاقته بالطب العربي :بعد ديد قواعد الطب العربي ، وبالعودة إلى ابن سينا، وعرض الطب الشعبي بالمغرب ، استنتجت الباحثة أن هذا الأخير لم يتقبل كثيرا القواعد النظرية للطب العربي، ومقابل ذلك استمد منه الجانب العملى المتمثل في الأدوية وأعمال اليد فصد، حجامة... الخ، ويتبع المكونات الفكرية للتطبيب الشعبي، هي : العين الجن والثقاف والصرة) الشمان (والبرد ، والتوكال هو كتاب لباحثة فرنسية لم يذكر إسمها .

وعرض وصفات مما يستعمل في العلاج من كل منها ، انتهت الباحثة إلى أن التطبيب الشعبي يعود في الأصل إلى المراحل البدائية حيث كان استجابة لمشاكل التكيف مع البيئة، وتفسير الظواهر الطبيعية، ومع مرور الزمن تولدت عنه مختلف أنواع السحر.

3-الطلاسم والحروف : عرضت الباحثة شروط ممارسة السحر نقلا عن البوني، ثم وقفت عند الطلاسم باعتبارها نوعي السحر الأكثر ارتباطا بالعلاجات الشعبية، فعرضت الطلسم وحددت كيفيات استعماله صحبة بعض الوصفات، ثم عرضت الحروف مع الإشارة إلى طرق استعماله وإعطاء مثل للعمل بإحدى الطرق والإشارة إلى ما يقابل الحروف من آيات التبشير بالخير أو بالشر وأهمية البخور والذبائح في ممارسة السحر.

III. -البحث الميداني:

في البداية تم عرض جدول إحصائي لبائعي الأعشاب والمطببين سنة 1980 بمختلف مقاطعات مدينة الرباط بالمغرب الأقصى يظهر من خلاله تمركز العشابين والمتطببين في الأحياء الشعبية الآهلة بالسكان ، ثم عرضت سبع نماذج من العشابين وعددا مماثلا من الفقهاء على مرحلتين : ترتبط بسن النموذج وكيفية اكتسابه لهذه المهنة وحيثيات مزاولته لها ثم طرق تشخيصه للمرض وتحضيره الدواء، و الوصفات المعتمدة في العلاج.

وفي خاتمة البحث سجلت المؤلفة جملة من الملاحظات أهمها : يتصف الطب الشعبي من حيث أساليب العلاج، بالتطور والقدرة على تدجين بعض تقنيات العصر، المتطببون في تزايد مستمر، تختلف أساليبهم الفنية في التمويه، لكنهم يلتقون جميعا في الرغبة الجامحة في الحصول على المال.

-في نسج الوصفات الطبية يستعين الإنسان الشعبي بالخيال واعتماد مجموعة من الرموز.

في العلاجات التطبيبية السحرية حول : إضفاء القداسة على الطقوس، كما يدور محور تفكير الإنسان الشعبي النية وسرعة التصديق حصول الإنسان المغربي على الشهادات الجامعية لا يخلصه من التعامل مع هذه التطبيقات وذلك لترسخ الاعتقاد بها منذ نشأته ولحفاظ المجتمع عليها.

IV. تقييم الدراسة:

نلاحظ من خلال هذه الدراسة أن الباحث تناول الكتاب بطريقة منهجية منظمة من خلال تقسيم الكتاب إلى أجزاء منهجية منظمة ومتناسقة لكن بعض الملاحظات تجمل فيما يلي:

-من أبرز خصوصيات المجتمع المغربي، حينما يتعلق الأمر بأساليب العلاج التقليدي والسحر و الحقي عموما هو تداخل مكوناته بشكل يصعب معها الحديث عن عنصر بمعزل عن باقي العناصر الأخرى، فالسحر يلتقي بالحضرة، وبالتداوي بالأعشاب وبالعرافة بزيارة الأضرحة والأولياء ، فهذا الاعتبار هو الأصل في عنونة الكتاب ب" السحر و التطبيب في المغرب " عكس ما يوحي به ذلك تظل المادة المقدمة عبارة عن موضوعين منفصلين، أولهما هو التطبيق وثانيهما هو السحر .

على العلاج بصفة عامة وهو بذلك حتى أساليب العلاج " (thérapie) يطلق مصطلح "تطبيب التقليدي والحديث على حد سواء سيتبع ذلك – حسب ما يمليه عنوان الكتاب، نجد أن الباحث إنما تعني بالمصطلح فقط" التطبيب الشعبي " وبالمعنى التالي" هو مجموعة من العلاجات تكمن خلفها تجارب ومعارف الشعوب استطاعت أن تجد مكانها رغم الاكتشافات الطبية "

وحتى افترضنا إمكانية القفز على هذا الاعتبار التطرق لكلا الطبين، فإنه يصعب اختزال الطب الشعبي في مجموعة وصفات فيما لا تشكل هذه الأخيرة سوى عنصر يتقاسمه الطلبة و الأولياء، وجماعات الحضرة والفقهاء، بقدر ما يصعب تناول التطبيب بمعزل عن المطبين والمرض، خاصة وأنه" لا يمكننا فهم التطبيبات دون إثارة المطبين ، ولا هؤلاء دون فتح النقاش حول المرض."

وبذلك لا نجد أنفسنا أمام جرد لكافة وسائل العلاج المستخدمة في المغرب، الأمر الذي يوحي به عنوان الكتاب، ولا أمام دراسة لوسائل العلاج التقليدي ، ما دامت هذه الوسائل قد اختزلت في مجرد وصفات.

ركزت الباحثة في دراستها على مقارنة التطبيب الشعبي المغربي بالطب العربي القديم ، لكن لو تمت مقارنة وصفات الطب الشعبي التقليدي المغربي، وطرق تشخيصه للأمراض بنظرئها في الطب الحديث.

3- 5 – الدراسات الجزائرية :

دراسة أ- تيبو Thébaud.A: للباحثة الفرنسية تحت عنوان "الحاجات الصحية وإستجابة المؤسسة العلاجية بالجزائر".(13)

« Besoins de santé et réponse de l'institution sanitaire en Algérie »

هدف الدراسة: لقد حاولت الدراسة تحليل العمليات المتداخلة في العلاقة بين الحاجات الصحية وإستجابة المؤسسة العلاجية لها، محاولة إبراز الصلة الموجودة بين المستخدمين، نسق التصورات للمؤسسة العلاجية، أي تحليل العمليات المتداخلة في العلاقة الموجودة بين الحاجات الصحية الإجتماعية ونوعية إستجابة المؤسسة العلاجية لها وكيف تتحدد هذه العلاقة بمعنى آخر هل المؤسسة العلاجية تستجيب بنفس الكيفية لكل المرضى؟ وما هي الآليات أو المتغيرات المتحكمة والمؤثرة في هذه الإستجابة فالجماعات الإجتماعية مهما كانت خصوصيتها متباين تبعا للتصورات المختلفة للصحة والمرض الموجود عندها وبنفس الطريقة تصوغ المؤسسة العلاجية جوابها تبعا لمستخديمها. (12)

لقد أجريت هذه الدراسة بين سنتي 1975-1976 ضمن هياكل علاجية قاعدية تابعة للقطاع العمومي "مستوصف الأمراض النفسية "بالمركز الصحي متعدد الخدمات" سطاولي التابع للمستشفى الجامعي بني مسوس (الجزائر العاصمة).

المنهجية والتقنيات المستعملة:

تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسة الإمبريقية والوصفية بحيث إستخدمت دراسة الحالة وما تتطلبه من أدوات وأساليب، حيث إستعملت الباحثة استمارتين واحدة وجهت لمستخدمي الهياكل الصحية وأخرى للممارسين ضمنها طرحت الأسئلة على المستخدمين أثناء الفحص، أما الممارسين فقد وزعت استبيانا ليملؤها بمفردهم.

العينة: لقد إختيرت عشوائيا وتضمنت 62 مبحوثا (فاحصا ضمن الهياكل المذكورة).

النتائج: إستنتجت الباحثة وجود علاقة بين الإنتماء الإجتماعي للفرد وتحليل معين لوضعية مطروحة، فكلما كان مستوى تعلم الفرد مرتفعا كلما زاد إحتمال تميزه بين الأعراض والأحاساسات والعكس بالعكس، حيث لا يزال الطب الخاص يخص في تصوره هؤلاء المستخدمين بقيمة نوعية بالنسبة للطب

العمومي المجاني وهو ما قادها إلى نتيجة أنه رغم تغير الهياكل الصحية بالجزائر بعد الإستقلال إلا أن النسق التصوري الذي تقوم عليه التصرفات لازالت مرتبطة بتلك التي نشرتها الهياكل الصحية الإستعمارية، فالطب العمومي يبقى موجه للفئات الغير محظوظة إجتماعيا، كما لوحظ غياب المستخدمين التابعين لفئة الإطارات القاطنين بالمنطقة المدروسة لأن هؤلاء يلجؤون سواء إل الطبيب الخاص أو مباشرة إلى المصالح الإستشفائية بالمدن ، دون المرور بالترتيب السلمي للمراكز العلاجية أو أن المدة اللازمة للمرور بالفحص ضمن الهياكل الصحية العمومية طويلة نسبيا حيث يستغرق الفرد ساعات منذ خروجه من البيت إلى غاية وصوله ثم إنتظاره لدوره ضمن هيكل العلاج المعني وهذا من شأنه إعادة طرح فكرة إنشاء هياكل صحية قاعدية بالقرب من حاجات السكان العلاجية التي طالما رددتها السياسة الوطنية الصحية.

كما أن تباين إستجابة المؤسسات العلاجية إزاء الطلبات المقدمة لها يعكس تباينا إجتماعيا حيث تضعف حظوظ الفئات الإجتماعية الغير محظوظة للمرور للفحص في وقت أقرب لغيرها وقد إنتهت الباحثة إلى الفرضيات الآتية:

نسق التصورات المتصل بتحديد الحاجات والإستجابات في المجال الصحي يتصل بتغطية صحية مركزة على المرض، الطبيب والمستشفى ويطبع هذت النسق التصوري سواء الممارسة ضمن هياكل العلاج أو المستخدم لها وهو ما يحد من قدرات المبادرة بالنسبة للمعالجين غير الأطباء.(14)

وجود عدم تكافؤ إجتماعي في إستخدام هياكل العلاج حيث أن الفئات السائدة إجتماعيا حظ الإتصال المباشر بالطبيب، المستشفى، الأخصائي دون المرور بالدوالب المختلفة للتنظيم.

لا تعتبر الصحة كحيز جماعي يجب ترقيته بل كمكسب فردي يجب الحفاظ عليه وهذا يطرح مشاكل فيما يخص الرعاية الجماعية للمشاكل الصحية التي يطرحها التحول الإجتماعي حيث ينظر إلى الطبيب على أنه المعالج الحقيقي ولا ينظر للمؤسسة الصحية إلا كإطار لنشاط الطبيب، ويسود أيضا نمطين من التصور للطبيب: فهو تقني من جهة، من حيث قدرته على التشخيص، ويتسم بموهبة كاريزمية بإمكانه من خلالها إعطاء الشفاء للمريض من جهة أخرى.

نقد هذه الدراسة :

تعتبر هذه الدراسة فقيرة من حيث المردودية التي جاءت بها نظرا لإكتفاءها بجنس الذكور فقط ضمن عينتها، رغم أن قطاع الصحة يغلب عليه جنس الإناث فمهما كانت نتائج الدراسة فهي نسبية جدا وخاصة إذ تعلق الأمر بالتصور ومعرفة العقلانية الإجتماعية ومستوى التداخل بينهما فمثلا ركزت على المستوى الدراسي واللغة المتداولة طبيا في هذه الدراسة بالرغم من أن الجنس له تأثير كذلك على مدى قرب المريض من العقلانية الطبية.

3-6- دراسة رضا بلمختار: "نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه".(15)

وهي دراسة حالة لمصلحة طبية متخصصة بالمركز الإستشفائي الجامعي (أسعد حسني) ببني مسوس ومستوصفات ملحقان بها، وقدمت على شكل رسالة ماجستير معهد علم الإجتماع بكلية العلوم الإنسانية والإجتماعية لسنة 1990-1991 وركزت الدراسة على توضيح التنظيم الهيكلي للمؤسسات العلاجية بالوطن وعلى وصف وتحليل بعض الظواهر السائدة ضمن هذه المؤسسات.

هدف الدراسة: إن هدف هذه الدراسة هو البحث عن النموذج المثالي للعقلانية الطبية داخل نسق العلاج ضمن التطورات الإجتماعية لفريق العلاج والعلاقة التي تنشأ عن هذه التصورات بين المرضى وفريق العلاج، كذلك البحث مدى تأثير التعليم في العقلانية الإجتماعية وأثر التقارب في الوضع الإجتماعي على العلاقة بين الفاعلين داخل نسق العلاج.

المنهجية المتبعة والتقنيات: لقد إتبع الباحث إجراءات منهجية تتمثل في إعتماده على دراسة حالة بما فيها من أدوات وأساليب وبهذا قد يكون الباحث إتبع الأسلوب الكيفي في إطار نهج البحث العلمي والذي يتناسب مع موضوع البحث بإتباعه بحث إستكشافي بالدرجة الأولى، ويسعى إلى الإطلاع على مجال إجتماعي يفتقر إلى دراسات سابقة ضمنه كما إستعمل الباحث العديد من التقنيات كدليل المقابل، المقابلة المباشرة ، الإستمارة والتحليل الإحصائي للجداول.

العينة: لقد إقتصرت الدراسة على جنس الذكور فقط نظرا لصعوبات الملاحظة خلال الدراسة الإستطلاعية مع الإناث اللواتي أحرجن ن الإتصال بشخص غريب عن المصلحة ومن جنس مختلف، فقد كان عدد المبحوثين 37 مبحوث بالمستشفى، أما بالنسبة للمارسين فكان عددهم 25 بالمستشفى و 9 بالمستوصف مما يجعل المجموع الكلي 34 مبحوث وقد أجريت الدراسة بالمركز الإستشفائي، أسعد

حسني، بني مسوس، وبالتحديد أختيرت مصلحة الأمراض النفسية "ماتبان" ومستوصفان تابعان لها وهذا خلال سنة 1988.

نتائج الدراسة: لقد إنتهت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج كان أهمها:

أن التشابه في الظروف الإجتماعية والإقتصادية يرتبط بالتشابه في القرب أو البعد عن نموذج العقلانية الطبية فيما يخص المرض ونسق العلاج وبالتالي في تقارب العقلانية بين أفراد الفئة يرتبط إجتمال الإختلاف بينهما فيما يخص التقارب بين بحوثي الفئات المتشابهة الظروف.

فقد تحققت الفرضية الأولى بحيث أن التباين في العقلانيات لا يعني الإختلاف الكامل بينهما حيث أن هناك عناصر تداخل بين مختلف الفئات فيما يخص ذلك والفرق يمكن في أن فئات لديها عناصر إدراكية موجودة عند الأخرى إذن هناك عقلانيات جزئية أو تحتية ضمن عقلانيات اجتماعية.

وفيما يخص الفرضية الثانية الجزئية فإن العلاقة بين المستوى وزيادة القرب من العقلانية الطبية فيما يخص المرض والعلاج فقد لوحظ أن ذلك يتوقف على مدى تأثير المستوى الدراسي واللغة والمفهومة بالنسبة للفئة التي ينتمي إليها المبحوث فالمستوى الدراسي العالي واللغة المتداولة طبيا، تزيد من قرب المريض للعقلانية الطبية التي ينتمي إليها الأطباء.

أما بالنسبة للفرضية الثالثة فقد إستنتجت الدراسة أنه لا يوجد تباين معتبرا في المعنى للعمل في الفرقة لدى المعالجين بتباين الفئة العلاجية التي ينتمون إليها والفرق الذي يظهر بين فئة الأطباء وشبه الطبي في ذلك لا يتجاوز المستوى النظري، حيث يقدم الأطباء تعريفا نظريا تقنيا في الفرقة ولكنهم من حيث الممارسة يتقاضون مضمون ذلك مثل باقي الفئات والإخلاف يكمن في التعريف النظري.

كما إستنتج الباحث أن المنظومة العلاجية ليست متجانسة كما تحاول الظهور به لأنها م تصل إلى إخفاء أثر الانتماء الاجتماعي للمعالج أو إلى صيانة العلاقات بين المعالجين عل أساس تقني موضوعي يحد من أثر تدخل الاعتبارات الخارجية عن التنظيمات الإجتماعية، بل يبقى التكامل والتبعية المتبادلة بين الممارسين الذي يخلف تقسيم عمل غير قائم على تباين الكفاءات بل قائم على تقسيم المهام ضمن نفس المستوى والكفاءة أي يقوم على التشابه أكثر من الاختلاف، كما يوجد نوعين من الاستجابة تقدمها المؤسسة العلاجية للمرضى أحداهما تقوم على التبادل المصلحي واستغلال الوسائط

من الممارسين لاختراق نظام التوزيع الرسمي للخدمات والأخرى تقوم على تقديم الحد الأدنى من الخدمات بالنسبة للمرضى الذين ليس لهم وسائط التبادل المصلحي مع الممارسين.

نقد هذه الدراسة:

إن هذه الدراسة ركزت على توضيح التنظيم الهيكلي للمؤسسة العلاجية بالوطن وعلى وصف وتحليل بعض الظواهر السائدة ضمن هذه المؤسسات ولكن الباحث لم يتناول هذه التنظيمات بصفة واسعة وخاصة بل تناولها بصفة ضيقة ووجيزة جدا، حتى أنه لم يتبنى أي نظرية أو منظور سوسيولوجي في بحثه، بحيث النتائج التي توصل إليها لم تخدم إشكاليته التي طرحها في تناوله للموضوع.

3-7- **دراسة سليمان بومدين:** دراسة حول" التطورات الاجتماعية للصحة و المرض في الجزائر" (16) وهي عبارة عن دراسة متجسدة في أطروحة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي التي قام بها الباحث، وتندرج في تخصص علم النفس، وهدف هذه الدراسة إلى موضوع حول التطورات الاجتماعية للصحة والمرض، وقد أجريت هذه الدراسة بمدينة سكيكدة، أين تتقاطع كل الأصناف الاجتماعية، فالباحث أرادها معلومات ممثلة لكامل المجتمع الجزائري.

دراسة تهدف لمحاولة التعرف على النظرة السيكولوجية لعناصر التراث الشعبي من حيث عمق الاعتقاد وشدة الارتباط به من حيث المعاني الروحية الحقيقية والرغبة المخلصة إلى جانب محاولة التعرف على محتويات التفكير الاجتماعي المتعلق بقضية الصحة والمرض وقد اشتملت الدراسة على متغيرين هما:

-التطورات الاجتماعية للصحة والمرض والممارسات الاجتماعية التقليدية والحديثة.

أما فرضيات الأطروحة فهي:

1-هناك علاقة دالة بين ممارسة الطب التقليدي أو الحديث وبين متغيرات الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة العائلية، الموطن الأصلي، مدة الإقامة بالمدينة، السكن عدد أفراد الأسرة، الدخل، الانتماء الطبقي.

2-توجد علاقة ارتباطية بين تطورات الصحة والمرض ، وبين النظام الثقافي ، القيمي ، في مجتمع الدراسة.

-اعتمد الباحث في دراسته النظرية على أهم اتجاهات التنظير في مجال التصورات الاجتماعية للصحة والمرض، معتمدا على كل من المدخل الأنثروبولوجي، النفسي المدخل الطبي لدراسة الصحة والمرض، ثم المدخل الاجتماعي، المدخل النفسي.

-أما الفصل الثاني المنظور الامبريقي لتصورات الصحة والمرض من السياق الثقافي، وتغير نظرة الفرد للصحة والمرض ثم انثروبولوجيا المرض، ثم انتقل إلى أساليب العلاج والأنماط السيكولوجية السائدة، وأخيرا تناول أساليب رصد محتوى التصورات.

-الفصل الثالث : تناول فيه بالدراسة إلى التطورات التقليدية والحديثة للصحة والمرض.

-أما الجانب الميداني : فقد اعتمد على المنهج الوصفي، أساليب منهجية منها، الملاحظة، السجلات، و الوثائق والإحصاءات الاستمارة والمقابلات الحرة.

تقييم الدراسة:

-الدراسة هي من مجال علم النفس العيادي أي لم يتم تناولها سوسيولوجيا، لكن من حيث الأخذ والتناول، فهناك جانب اجتماعي في الجانب النظري نلمسه في دراسة التصورات الاجتماعية للصحة والمرض، وجانب سوسيولوجي في الجانب الميداني من حيث : أن هناك من أفراد العينة هناك ارتباط وثيق بثقافتهم المحلية، فقد أقر معظم المبحوثين بأن الطب التقليدي بشكل عام مفيد.

4 – المقاربة النظرية للدراسة :

الممارسات التطبيبية عند رواد النظرية الأنتروبولوجية:

4– 1 – مارسال موس (1872–1950) M.Mouss :

لقد بدأت منابع السوسيولوجيا الطبية مع أعمال إميل دوركايم، ومارسيل موس، جورج غروفيتش وامتدت إلى المدرسة فرانكفورت، فكانت أعمال مارسيل موس لدراسة الظواهر والواقعية للصحة والمرض، وبذلك في إنشاء نظرية سوسيو طبية، وقد بدأت اهتماماتها الأولى في النظرية التحليلية للسوسيولوجيا النفسية، لذا هو من الأوائل الذين تكلموا عن الصحة والممارسة العلاجية لدى

المجتمعات البدائية في كتابه. وهو بذلك فصل بين السوسيولوجيا والبيولوجيا، ومنه نتج عن ذلك دراسة عدة مواضيع في الأنثروبولوجيا الطبية[17]، وكانت دراسات مورفولوجية، إحصائية وتاريخية، وأوزان فيها بين الأحداث النفسية والفسيولوجية، السوسيولوجية.

وقدم مارسيل موس سوسيولوجيا الجسد في" تقنيات الجسد1 " وتتمثل في دراسته التي قدمت كمحاضرة في اجتماع جمعية علم النفس في باريس فرنيا سنة 1934، ثم نشرت في مجلة علم النفس والباثولوجيا عام 1935، وقد استوضح فيها مارسيل موسى كيف يؤثر المجتمع على الممارسات الجسدية وقد بين أن الجوانب الأساسية للأنشطة الجسدية كالمشي والوقوف والجلوس هي" بنى اجتماعية "فمع أن هذه الأنشطة تستلزم أساسا عضويا، إلا أن إتقان هذه القدرات يستلزم سياقا ثقافيا، إن آليات الجسد أو تقنياته رغم اعتمادها على أساس عضوي عام، إلا أنها في ذات الوقت تمثل تطورات ثقافية وشخصية ن والحقيقة أن فالهابيتوس يعين في فكرة" Habitus، موس "قد قدم من خلال ملاحظاته للأنشطة الجسدية المختلفة فكرة القدرة الطبيعية والاجتماعية، البدنية أو العقلية المكتسبة، ويؤكد" مارسيل موس على أهمية التربية و التنشئة الاجتماعية، كما يؤكد أيضا على أهمية التقليد في تشكيل الأنشطة الجسدية ويرى أن تقنيات الجسد و تتباين وفقا للعوامل المجتمعية كالتعليم والملكية والموضة، والنفوذ .

كما على أنها تتباين على المستوى التاريخيP– Schilder (1886-1940) ولقد تزامن مع دراسة" مارسل موس "ظهور كتاب ألفه بول شيلدر صورة ومظاهر الجسد الإنساني Therimage " and apperance of the human body " عام 1935 وردت فيه صراحة عبارة" سوسيولوجيا الجسد " حيث أعطى أهمية للجسد على أنه صورة اجتماعية بالضرورة وان كل جوانب صورة الجسد تتشكل وتتطور من خلال العلاقات الاجتماعية، كتب شيلدر" صورة الجسد هي مبدأ اجتماعي، إن صورة أجسادنا ليست متصلة على الإطلاق عن صورة أجساد الآخرين ولكنها مقترنة بها دائما " إن ثمة تأكيد واضح من جانب شيلدر" على السمة الاجتماعية لصورة الجسد أي يراها قوية وجلية، إن ثمة علاقة عميقة بين صورة جسد الشخص وصورة جسد الآخرين ويبذل الفرد جهدا متواصلا ليربط بين صورة جسده ، وصورة جسد الآخرين ويمثل التقليد والتناهي الآليات لتشكيل صورة الجسد Identification.والإسقاط Projection الاجتماعية والحقيقة أن " شيلدر " قطع شوطا طويلا في تكامل الفهم السيكولوجي والسوسيولوجي، والثقافي لصورة الجسد كجانب جوهري للشخصية

والتفاعل الاجتماعي ويقول ": لا توجد صورة جسدية بدون شخصية ن غير أن التطور الكامل للشخصية وقيمها وتكون ممكنة فقط من خلال الجسد وصورة الجسد" ويؤكد أيضا أن من جانب آخر على ذلك التكامل بين الجسد الموضوعي" العضوي "والإحساس الذاتي للجسد، ويقول شيلدر " لا ينبغي أن نتعامل مع الجسد الموضوعي ككيان منفصل عن الإحساس الذاتي بالجسد، توجد فقط وحدة واحدة أن الجسد الحاضر دائما في خبراتنا في إحساساتنا الفسيولوجية. (18)

4– 2– ارفنج غوفمان إجراءات الصحة وتفاعلات العلاج:

يعنى التفاعليين الرمزيون بصورة عامة بالسبل التي يفسرها الناس عالمهم الاجتماعي وما يسبغون عليه من معان وإيحاءات وقد طبق بعض علماء الاجتماع على المقاربة على ميادين الصحة والمرض، في محاولة لفهم تجربة الناس للمرض وطريقة إدراكهم له، سواء أصابهم أم أصاب الآخرين، ومن بعض الأسئلة المطروحة في هذا السياق : ما هو رد الفعل واستجابة الناس عند سماعهم عن مرض خطير؟ وكيف يؤدي المرض إلى تشكيل حياة الناس اليومية ؟ وما هو الأثر الذي يتركه العيش مع مرض مزمن على هوية الفرد الذاتية. ومن أهم وأكد هذه المقاربة السوسيولوجية من خلال Erving Goffman رواد هذه المدرسة هو ارفينق غوفمان عمله في مستشفى اليزابيت بالولايات المتحدة الأمريكية، في مواقع مختلفة، لاحظ وسجل ما كان يجري، وعرف غوفمان مستشفى العلاج النفسي على أنها" مؤسسة شاملة (19) "، وهو المصطلح الذي أدرجته مشرفته افرت هيغ (لوصف الأماكن، حيث كان يسجن نزلاء المصحة ليل نهار، ويتم السيطرة عليهم بنشاطات لها جدول مواعيد، بالنسبة إلى غوفمان فإن بناء المستشفى الذي يعبر عنه من خلال قواعد ر وتين الحراسة، وإجراءات وتفاعلات العلاج بين العاملين والمرضى يبدوا أنه قد غير بعمق الهويات الخاصة للعاملين ، وأكد أن المرضى يتقدمون من خلال" شخصية معنوية " ذات ثلاث مراحل:

–مرحلة ما قبل المرض.

–مرحلة فترة المريض– . مرحلة فترة المريض السابق.

وشرح غوفمان، بتركيز على المرحلتين الأوليتين كيف أن المرضى يحرمون بالتدريج من جميع ممتلكاتهم وعلاقاتهم وحقوقهم التي كانوا يستخدمونها سابقا في استعراض هوياتهم في عملية يطلق عليها" إماتة الذات وبفقدانهم هوياتهم التي كانت بحوزتهم في العالم الخارجي، فإنهم يكونوا The mortification

" of the self مجبرين على الإذعان لمتطلبات نظام المستشفى ن وانحاز غوفمان بكل وضوح إلى جانب المرضى الذين دافعوا عن ثقافة مقاومتهم من خلال تظاهرهم بالمقاومة داخل المستشفى، ومظهرا انه لم يتجاهل قضايا السلطة كما يرى بعض ناقديه.

-والتحق غوفمان بقسم علم الاجتماع بجامعة كاليفورنيا (بيركلي) عام 1957 وهناك نشر ثلاث كتب الذي واصل تناول موضوع كيف تمر المجموعات عديمة القوة نسبيا بالتفاعل كالمرضى (Stigma) رئيسية منها على أنها تعني وجود تناقض بين الهوية الافتراضية والهوية الفعلية (Stigma) وعرف غوفمان السمة التشخيصية للفرد، وهو التعارض نفسه بين الذات في فترة المرض التي تعرضها أمام الآخرين، والذات التي تعتقد أنها الذات الفعلية أي نعطيها معنى تمثلي.

(Behavoir in Public Places) وقام غوفمان من خلال الكتابين التاليين السلوك في الأماكن العامة بتصنيف استراتيجيات تمثيل الذات الأكثر تعميقا والمستخدمة في(Internation Ritual) وطقس التفاعل أي التلاقي الاجتماعي هو نموذج (Encounters) الحياة اليومية مستكملا مجموعة دراسات سابقة سماها للتفاعل المقصود بين المريض وحالته المرضية بالمعنى الخاص ، أما المعنى العام هو التفاعل الذي يقع بين شخصين لديهما الغرض نفسه في عقليهما بينما يتحقق التفاعل غير المقصود عندما يتصادف أنه يوجد أفراد معا Vnfocused Interaction

5- العلاقات بين الممارسين الطبيين والمريض من منظور بنائي وظيفي:

لقد ترتب على إدراك أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض في العلاج الاعتراف بإمكانية أخذ بيئة المريض في جملتها في الاعتبار عند رسم العملية العلاجية، ونظر العلاج المعتمد على الوسط الاجتماعي للمريض إلى البناء الاجتماعي في جملته باعتباره إطاراً هاماً في العلاج وممارسة الطب. فلذلك هناك أهمية خاصة لتدريس العلوم الطبية من خلال ربطها بالعوامل الاجتماعية التي يعيشها طالب الطب والطبيب في مجتمعه، لان هذا سيساعده مستقبلا خلال تعامله مع المرض لمعرفته المسبقة للأحوال الاجتماعية التي يعيشها أبناء شعبه ومجتمعه.

من هنا أهمية تدريس علم النفس والاجتماع لدارسي مهنة الطب. فدراسة علم النفس تساعد الطبيب على فهم شخصية المريض، وإدراك أسباب انفعالاته وغضبه وسوء سلوكه ومدى إدراكه لمرضه ومضاعفات مرضه، وهناك أهمية خاصة لكل من يدرس ويمارس مهنة الطب وهو أن يدرس

ويدرك المشاكل السكانية، وظروف السكن ووسائل تنظيم الأسرة وتحديد النسل وسلبيات زواج الأقارب، وكل ما يتعلق بمبادئ التخطيط الصحي، وهذا يساعد ويساهم في القيام بمهماته المهنية على أكمل وجه. (20)

وبشكل عام على الطبيب أن يكون صاحب ثقافة واسعة تساعد في فهم تأثير العلوم الإنسانية، مثل التاريخ وفلسفة والآداب من اجل الوصول إلى أعماق النفس الإنسانية وإدراك المسائل التي تؤثر على حالاتهم النفسية وبالتالي تؤثر على حالاتهم الجسدية.

من هذا المنطلق على كل من يمارس مهنة الطب والتمريض، أن يعيش مشاكل مجتمعه ويتفهم ويتعمق بقضاياه ومشاكله القومية والعقائدية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية، لكي يكون مساهماً بقوة وعمق وجدارة ومعرفة في تغيير الواقع المعاش نحو الأفضل بشكل عام وتغيير الواقع والوضع الصحي للمجتمع بشكل خاص من خلال فهمه لجدلية العلاقة بين العام والخاص في كل مجتمع.

وقد تناول تالكوت بارسونز Parsons أهم الأسس النظرية لعلم الاجتماع الطبي بالدراسة والعرض والتحليل، وتنطلق تلك المفاهيم من توقعات الدور المنظمة (أو التي تشكلت نظامياً) في علاقة الطبيب بالمريض.

في التحدث عن الصلة المتفاعلة بين النظام الاجتماعي والنظام الحضاري ونظام الشخصية، هذه الأنظمة الثلاثة التي استنتج منها بارسونز نظريته المشهورة: نظرية الحدد. ركز بارسونز على النظام أو النسق الاجتماعي الذي حلله إلى المؤسسات البنيوية وهي :المؤسسة الدينية – العسكرية – الأسرية – التربوية التعليمية– السياسية، وقد حلل كل من هذه العمليات ليصل إلى الأدوار الاجتماعية التي تنطوي على الواجبات والحقوق الاجتماعية، فكل فرد منا يؤدي عدد من الأدوار الاجتماعية، بعد هذه الدراسة المتعلقة بالأدوار الوظيفية اختار بارسونز المؤسسة الصحية وانتقى منها المستشفى وشخص أدوارها والتي من أهمها :دور الطبيب – دور المريض، فدرس العلاقة الاجتماعية بين هاذين الدورين، بعدها راح يتكلم عن دور المريض مفصلا، لقد اعترف بارسونز في كتابه بالدور الاجتماعي الرسمي للمريض، الذي يظهر من خلال المهنة الطبية، يقول بارسونز :بأن توازن النظام الاجتماعي إنما يعتمد على أن يؤدي كل فرد دوره بما يمكن النظام من العمل والفاعلية والاستمرار، بمعنى: لو انتشر مرض

معين في مجتمع فسيعيق الأفراد عن أداء أدوارهم الفاعلة في المجتمع وبالتالي سيحدث خلل في النظام الاجتماعي، لذا يجب أن يكون الناس مدفوعين بشعور الواجب والالتزام بالعلاقات الاجتماعية. (21)

لقد حدد بارسونز المرض بأنه: تهديد للمسؤولية الشخصية المشتركة؛ لأنه يزود الناس بأسباب مشروعة للتوقف عن العمل. لهذا السبب يحتاج إلى قواعد تنظيمية لتجنب استعمال المرض عذرا للتحرر من الواجبات والمهام الاعتيادية. (22) وفي هذا الصدد يضيف بارسونز قائلا :بأننا نستطيع ضبط دور المريض من خلال تعيين أطباء يكونون بمثابة أدوات للضبط الاجتماعي.

مفهوم الضبط الاجتماعي: يشير إلى حمل أفراد المجتمع للانصياع إلى الأنماط السلوكية المقررة في المجتمع عبر أدوات الضبط الاجتماعية المختلفة ومن هذه الأدوات:

1- الطب، يقوم بمهمة الضبط الاجتماعي على المرضى.

2- دور المريض بمراجعة الطبيب ليحصل على الاعتراف الاجتماعي بأعراض المرض التي يشعر بها، وفي الوقت نفسه يستطيع المجتمع عزل حالة مرضية معينة قد تكون سبب لانتشار أمراض عن طريق العدوى، لذا فدور المريض يمنحه الحق بأن يعفى من واجباته مدة مؤقتة مع خضوعه للعلاج الرسمي.
3- دور الطبيب الذي يكون من الأدوار التي تحمي المسؤولية الاجتماعية بين المرضى. إن المريض في هذه الحالة يوجه بهدوء نحو بلوغ الشفاء بسرعة؛ لان استقرار المجتمع يعتمد على هذا الدور الوظيفي الذي يلعبه الفرد المريض، بمعنى: إن مرض المريض يؤثر على الأدوار الأخرى في المجتمع وهذا يعيق حركة المجتمع .

ولكن لو ترك المرض معلق على نزوات المريض دون تدخل الأفراد في ذلك فإنه سيؤثر سلبا في مهام العمل والحياة الأسرية، ويؤثر على مسيرة المجتمع المحلي، ولكن عندما نضع المرض والمريض تحت إشراف المجتمع والطبيب وتحت نظام الضبط الاجتماعي فإن إخطار وعواقب المرض لابد أن تكون اقل تأثير مما لو لم يترك المريض تحت إشراف الطبيب.

وهكذا يفسر بارسونز دور المريض في الأسرة والمجتمع انه :دور قائم على التزام المريض بواجباته وحقوقه.

وحدد بارسونز أهم عناصر هذه التوقعات النظامية من جانب المريض في أربعة عناصر هي:
- التخلص من إلزامات الدور الاجتماعية العادية، التي تنطوي على التخلص عن بعض الحقوق وكذلك التخلي عن بعض الالتزامات أيضاً.

– التصور النظامي (الثابت والواضح) الذي مؤداه أننا لا نستطيع أن نتوقع من المريض أنه ينبغي أن يكون سليماً من المرض في الوقت الذي يتماثل فيه للشفاء ويستجمع قوته للتخلص من المرض .

– الالتزام بالرغبة في أنه يعاني من المرض .

– الالتزام بأن يبحث عن المساعدة من الجهة المختصة في العلاج, وأن يتعاون مع الطبيب.

ويرى بارسونز أيضاً أن دورالطبيب يتميّز بأربعة خصائص:

1– العمومية بمعنى أن الطبيب مستعد دائماً لخدمة كافة المرضى، على اختلاف ظروفهم طبعاً الذين تدخل أمراضهم في نطاق تخصصه .

2– أن دور الطبيب متخصص وظيفياً، بمعنى أن الطبيب يؤدي دور الخبير فقط في ميدان الرعاية الطبية، فهو لا يقوم بدور عام أو غير محدود لتحقيق صحة المريض، كالدور الذي يقوم به الأب أو الأخصائي الاجتماعي.

3– يتعين على دور الطبيب أن يكون محايداً من الناحية العاطفية.

4– يختلف دور الطبيب عن دور رجل الأعمال أو التاجر مثلاً من حيث أنه موجه أساساً لخدمة الآخرين وراحة المجتمع.

5– 1– عرض و تحليل النتائج الميدانية :

- تحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى : تمثلات المرض و العلاج عند المريض الجزائري تتشكل وفقا للمستوى المادي و الاجتماعي .

المقياس	نوع المجال	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
تمثلات المرض	الحضري	130	7249.8	2.36799	0.446	398	0.75	غير دالة
	الريفي	270	14251.	1.61574				

يبين الجدول رقم (1) أن غالبية أفرا د عينة الدراسة حول المستوى المتوسط بنسبة (93%) وحول المستوى المرتفع بنسبة (2%) وحول المستوى المنخفض بنسبة(5%).

الفرضية الثانية: الثانية: يعتبر المستوى التعليمي للمريض وفشل العلاج سببا في خروجه من الحقل الطبي الحديث إلى الحقل التقليدي للعلاج .

تنص بأنه توجد فروق في التوجه لحقل طبي معين تبعا للمتغير المستوى التعليمي للمرضى .

المقياس	مصادر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (f)	مستوى الدلالة	الدلالة
العقلانية الطبية	الحقل الطبي الحديث	141,805	1	141,805			
	الحقل الطبي التقليدي	283646,105	398	712,679	0,199	0,656	غير دالة
	المجموع	283787,91	399				

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (2) أن قيمة الدلالة المحسوبة هي (0.75) أكبر من0.05 وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية التي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يخص العقلانية الطبية المتمثلة في المستوى التعليمي لدى المرضى بين نوعين من المجالات الحضرية و الريفية.

الفرضية الثالثة: إن تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية مرتبطة بالنموذج الثقافي للمجالات الاجتماعية المتواجدة في المجال العمراني، ولكل مجال منها نموذجه الثقافي الخاص به .

المقياس	الجنس	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة
النموذج الثقافي	اناث	68	253.26	1.81448	2.525	398	0.02	دالة
	ذكور	52	246.43	1.91153				

يتضح من خلال الجدول رقم (3) لتحليل التباين أن الفروق في الإتجاه نحو العلاج للطب التقليدي تبعا لنوع الجنس بين عدم وجود فروقا ذات دلالة إحصائية، حيث أن :القيمة الفائية (f) = 0.199

دلالتها الإحصائية = 0.656 وهي أكبر من 0.05 وهذا ما يؤكد عدم وجود فروقا بين المرضى تبعا لنوع المجالات العمرانية المختلفة عند مستوى الدلالة 0.05 .

الإستنتاج العام:

إن المرض لا يزال يشكل قضايا مهمة وأحيانا غامضة ومعقدة، لدى الكثير من الأفراد في المجتمع، وكذا للعديد من الدراسات البيولوجية، والنفسية، والاجتماعية، والثقافية، والأنثروبولوجية ... ففهم المرض وتصوره قضية في غاية الجدية والخطورة، لأن عملية فهم المرض وتصوره تحدد سلوكيات الأفراد في مواجهة المرض، فالتصور الخاطئ للمرض ينجم عنه سوء اختيار العلاج المناسب للمرض.

غير أن هذه التصورات المرضية لن تأتي نتيجة الصدفة، بل هناك عوامل و متغيرات اجتماعية تتحكم في فهم وتصور المرض، وكذا تحديد العلاج، مما جعلنا ننطلق من التساؤل التالي : ما هي

المتغيرات الاجتماعية المؤثرة في فهم ولتصور المرض؟ وكيف تؤثر هذه الأخيرة في تحديد العلاج المناسب؟

ومن ثمة فهذه الدراسة تهدف إلى توضيح أن عملية فهم المرض، وتصوره، وتحديد أساليب علاجه لا يتحكم فيها الشخص المريض فحسب، أو الأطباء المعالجين فقط، بل هناك متغيرات اجتماعية مختلفة تحدد إرادة الأفراد وسلوكاتهم، وتوجيههم لمختلف الأشياء والظواهر المرتبطة بصحتهم، ومرضهم، وعلاجه، من خلال وضع ثلاثة فرضيات جزئية تهتم بتوضيح (دور المتغيرات الخاصة بنوع وخصائص المرض، ودور الجماعة المرجعية، وكذا الظروف الاقتصادية والاجتماعية للشخص المريض، ودور المعتقدات الثقافية والدينية في التأثير على تصور المرض واختيار العلاج المناسب.)

وبتطبيق أساليب الوصف التحليلي الكيفي ومقارنة بعض بيانات ونتائج الدراسة ، وكذا الاعتماد على بعض أساليب الإحصاء الوصفي، خلصت الدراسة إلى النتائج العامة التالية باختصار:

أعراض المرض ومعدل تكرارها ومدى خطورتها أحد أهم المتغيرات المؤثرة في فهم وتصور المرض، وفي اللجوء لطلب العلاج، والتخوف من المرض، خاصة إذا كانت هذه الأعراض تصيب أحد الجوانب الأساسية المحيطة بالشخص المريض، كما تمثل غرابة بعض الأعراض المرضية عنصرا مهما يجعل من المرض زموزا ومعاني روحية ميتافيزيقية تتحدى سيطرة الطب الحديث.

هناك تأثير واضح للجماعة المرجعية حول تصور المرض لدى المريض بنسبة 24 ، % 24، وفي اختيار المريض العلاج المناسب بنسبة 44، % 24، كما للمعالجين دور هام في تصور المرض بنسبة 51، % 32.

تؤثر الظروف الاقتصادية السيئة بشكل غير مباشر على تصور المرض بنسبة 95، % 13، حين تقف كعائق في الحصول على التشخيص والعلاج المناسب للمرض، خاصة لدى الفئة الفقيرة من المرضى.

- تؤثر الظروف الاجتماعية السيئة بشكل غير مباشر في فهم المرض واتباع العلاج المناسب بنسبة أكبر بين الإناث ب44، % 5، خاصة إذا تعلق الأمر بالاعتقاد بالسحر، والمس، والحسد، كعوامل روحية للمرض، وكذا العلاج عند الطالب أو ال ا رقي.

- تمثل العناصر الثقافية بما فيها الثقافة الشعبية، والدينية، والحديثة، والمستوى التعليمي، لدى المرضى متغيرات بالغة الأهمية في تصور المرض وتحديد العلاج المناسب في إطارها، بحيث خلصت الدراسة أن تأثر الأشخاص المرضى بالثقافة الشعبية يفوق % 56 بين مختلف المستويات التعليمية، ويفوق نسبة % 14بين الجامعيين، وفي مختلف الأمراض .
- بينما كان تأثير الثقافة الحديثة بنسبة % 366 في تصور المرض، و % 06 في اختيار العلاج.

كما لثقافة الطب البديل تأثير على تصور المرض وعلاجه في إطارها خاصة بين الذين يأخذون مستويات تعليمية عالية بنسبة% 06، وينقص تأثيرها وأحيانا ينعدم بين الأميين وذوي المستويات التعليمية المنخفضة.

وللثقافة الدينة دور مهم وبارز في تصور المرض، وعلاجه بين أفراد الدراسة حيث كانت نسبة الاعتقاد الديني للمرض وعلاجه ضمن الثقافة الدينية % 42 إلى % 366 بين مختلف المستويات التعليمية، ومختلف الأمراض بما فيها الأم ا رض العقلية.

وهذا يعني أن التغيرات التي طرحناها في فرضيات الدراسة تجعل المريض بشكل عام لا يملك السيطرة بمفرده حول تصور المرض واختيار العلاج، فهو عرضة لمختلف تلك المتغيرات، خاصة في حالات الأمراض المستعصية، غير الواضحة، وصعبة العلاج.

إن استمرار فعالية النسق الثقافي بكل مكوناته حول قضايا الصحة والمرض يستدعي الاستعانة بالعلوم الاجتماعية والإنسانية بمختلف فروعها لإنجاح التنمية الصحية لمجتمعنا، و للأنثربولوجيا إسهام كبير في هذا المجال، وذلك من خلال دراستها للمدخل الثقافي للصحة والمرض، ذلك أن معرفة مضمون الثقافة لأي مجتمع يوفر إمكانية التنبؤ والاستشراف العقلاني لمجريات الأحداث، إضافة إلى أن المسار الاجتماعي للمرض أو الصحة يتأثر بالمضمون الثقافي للمجتمع.

إن ممارسة العلاج الشعبي تعتبر في حد ذاتها البداية الأولى لتطور الطب الحديث، فالمؤكد أن تاريخ الطب الشعبي هو تاريخ الطب ذاته. فالتاريخ سلسلة طويلة من المحاولات والأخطاء، بدأت مع فجر الإنسانية، ولم يكتب فصل الختام فيه بعد ، ولذلك فإننا نجد في كثير من الأحيان، نوعا من

التعايش السلمي بين هذين النوعين من الطب: الشعبي والرسمي، وإن كانت المواجهة في السنوات الأخيرة بينهما قد اتخذت طابعا أكثر حدة .

من خلال هذه الدراسة اتضحت الكثير من القضايا المتصلة بالمرض وأساليب علاجه، فقد توصلنا من خلال هذه الدراسة أن المرض لا يزال عرضة للغموض رغم الاجتهادات الكثيرة التي نالها هذا الموضوع من قبل الدارسين في مختلف المجالات الطبية والاجتماعية والنفسية وحتى الثقافية والدنية.

يعتقد أفراد الدراسة في تصورات مختلفة حول المرض وأسبابه منها تصورات ومعتقدات و تفسيرات طبية حديثة، و تصورات نفسية ميتافيزيقية غيبية، وتصورات دينية، وثقافية شعبية بكل ما تتضمنه من تفسيرات تخص تأثير العوامل الطبيعية البيولوجية، الدينية، السحرية، العين، الحسد المس والأذى، ....إلخ.

في هذه الحالة الشخص الذي يقع عرضة لمختلف التصورات غالبا ما يكون بفعل تأثير متغيرات اجتماعية مختلفة، هي متغيرات تخص نوع وخصائص المرض المتمثلة في طبيعة الأعراض المرضية، ومعدل تكرارها، ودرجة خطورتها أو غموضها "وغرابتها"؛ هذه متغيرات تؤثر بشكل أو بآخر على فهم وتصور الشخص لحالته المرضية بالطريقة التي تعرضها تجربته الشخصية، أو التشخيصات الطبية والعلاجية التي اعتمدها.

كما تلعب المتغيرات الخاصة بتأثير الجماعة المرجعية على فهم وتصور المرض مهما كان نوعها وانتماؤها، فقد تكون أفراد أسرة المريض(ة)، كما قد تكون جماعة الرفاق، أو الأصدقاء المعارف والأقارب، و الجيران .....إلخ.

ونظيف لها أيضا دور الظروف الاجتماعية المحيطة بالشخص المريض، خاصة في تفهم وتقبل تصوره الشخصي للمرض، كما تشمل أيضا تقبل طريقة العلاج التي يختا رها الشخص المريض ويراها مناسبة لمرضه أو مشكلته الصحية مهما كان نوعها.

كما تتدخل الظروف الاقتصادية كذلك كمتغيرات مباشرة أو غير مباشرة في تسهيل التشخيص وبالتالي فهم المرض وتصوره، وتسهيل العلاج المناسب للمرض.

والشيء المهم الذي يندرج ضمن مختلف المتغيرات المؤثرة على المرض هي" الثقافة "بكل فروعها وعناصرها التي يكتسبها الشخص من خلال التنشئة الاجتماعية المتنوعة؛ وهي تتنوع بين الثقافة التقليدية والشعبية والدينية، والطبية الحديثة، وحتى المستوى التعليمي الذي قد يكون أحد عناصر اكتساب أنماط ثقافة معينة .

فكما تؤثر هذه متغيرات سابقة الذكر على تصور الأشخاص لمرضهم سواء لنوعه أو لأعراضه ، أو لأسبابه، فإنها تؤثر بنفس الطريقة على تحديد أساليب العلاج التي يجد الشخص المريض نفسه بين العديد من الأساليب والأنماط العلاجية الطبية الحديثة والتقليدية، والشعبية والدينية، والعلاج بواسطة الطب البديل.

الخاتمة :

إن هناك علاقة وثيقة بين المجتمع، الطب، الصحة، المرض، وقد اشتغلت العديد من فروع العلوم الإنسانية والاجتماعية لدراسة هذه العلاقة، كعلم الاجتماع والأنثربولوجيا وعلم النفس، وكان علم الأنثربولوجي من خلال بعض المقاربات قد ركز باحثوه على دراسة المدخل الثقافي لقضايا الصحة والمرض وعلاقتها بالمجتمع فاهتمو ا بدراسة وتحليل مكونات الأنساق الثقافية للمجتمعات الإنسانية، وكيفية مساهمتها في تشكيل وصياغة تعريفات الصحة لدى الأفراد، وكذلك تحديد أنواع الاستجابات التي تصدر من الناس تجاه المرض عند حدوثه إضافة إلى تحديد مواصفات وخبرات الأشخاص أو الفئة التي لها القدرة على تشخيص الأمراض و معالجتها فأصبح من الضروري البحث حول تأثير الإطار الثقافي على الناحية الصحية، وضرورة الكشف عن العناصر الثقافية التي توجه سلوك الأفراد في حالتي الصحة والمرض، كما تعمل العناصر الثقافية أحيانا على توليد وترسيخ قناعات بفاعلية الطب التقليدي.

ومن ثمة فإن تصور المرض واختيار العلاج المناسب لم يعد عرضة لدارسي الطب فقط بل أصبح يخص كل الجوانب التي يتفاعل معها المريض في حياته اليومية، فالمرض ليس عملية آلية فحسب، بل هو عملية اجتماعية وثقافية، ودينية أيضا إلى جانب التأثير البيولوجي.

كما لم يعد الطب الحديث المتحكم الأكبر في العملية المرضية بل يضاف إلى ذلك مختلف الأساليب العلاجية المتمثلة في العلاج الديني والشعبي، هذا إن لم يتم عزل دور الطبيب نهائيا في بعض الحالات التي يصعب أو حتى يعجز الطب الحديث على فهمها.

وعليه فإن هذه الدراسة خلصت بنا إلى أن المرض يعبر عن ظاهرة اجتماعية بيولوجية ثقافية دينية، لا يمكن دراستها أو فهمها بمعزل على هذه المتغيرات، كما هو الحال بالنسبة لأساليب علاج المرض.

❖ **هوامش البحث :**

(1) علي مكاوي، **علم الإجتماع الطبي**، مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1990،ص 132.

(2) علي مكاوي، علم الإجتماع الطبي، نفس المرجع، ص256 .

(3) غريب سيد أحمد، **البحث العلمي**، در المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1989، ص122 .

(4) غريب محمد سيد أحمد، **تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1982، ص 78.

(5) غريب محمد سيد أحمد، **تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي**، نفس المرجع، ص 118 .

(6) فريدمان (جورج)، **رسالة في سوسيولوجية العمل**، ترديولاند عمائيل، منشورات بيروت، 1985، ص176 .

(7) فهمي سليم الغزوي وآخرون، **المدخل إلى علم الإجتماع**، الإصدار الثاني، دار (الشروق، عمان، ص 87.

(8) حسني إبراهيم عبد العظيم، **الجسد والسلطة والمعرفة**: دراسة تحليلية لإسهام ميشيل فوكو في تأسيس سوسيولوجيا الجسد، مجلة كلية الآداب– جامعة بني سويف، العدد الثاني عشر، الجزء الثاني، إبريل 2008، ص89.

(9) فوزي عبدالرحمان، **دراسة أنثروبولوجيا للممارسات العلاجية في الريف المصري**، كلية البنات، جامعة عين شمس، 1984، مصر، ص 81.

(10) Bastide (R), sociologie des maladies mentales, les presses d'aubin 1976.P98.

(11) فهمي سليم الغزوي وآخرون، **المدخل إلى علم الإجتماع**، الإصدار الثاني، دار (الشروق، عمان، 2004، ص 165.

(12) Baudon (Rémand), les méthodes en sociologie, PUF 1970.P203.

(13) نعيمة إبراهيم منصور، **الأبعاد الاجتماعية والثقافية لأمراض الكبد**، مجلة الحداثة، 1998، العدد 15 .

(14) مصطفى واعراب، الدم والقربان، **مشاعر سحرية غامضة ومخيفة**، من كتاب المعتقدات السحرية في المغرب http://site.voila.fr/ourab

(15) سليمان بومدين، **التطورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر**، دراسة ميدانية بمدينة سكيكدة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، قسم علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة، السنة الجامعية 2003 -2004.

(16) Balint Michel, Le médecin, son malade et La maladie, Payot, Paris, 1970.P132 .

(17) عاطف شحاته، **مقدمة في علم الاجتماع الطبي**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 1992، ص 109.

(18) عاطف شحاته، **مقدمة في علم الاجتماع الطبي**، نفس المرجع، ص 224.

(19) محمد رضا بلمختار، نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمن دراسة حالة لمصلحة طبية متخصصة بالمركز الإستشفائي الجامعي (أسعد حسني) رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، معهد علم الإجتماع 1990/ 1991، ص ص23-26.

(20) معن خليل (عمر)، مناهج البحث في علم الإجتماع الطبي، دار الشروق، عمان، الأردن، 1996،ص 134.

(21) Israël, Le médecin face au malade, Dessart Bruxelles, 1966, P 98.