

السوسيولوجيا التداخلية والثقافة الصحية في المجتمع الجزائري

Sociology interventions and culture of health in the Algerian society

د/ كيروور نصر الدين

Dr/ Kirour Nacereddine

قسم علم الاجتماع – جامعة سطيف 2 –

Department of Sociology, University of Sétif 2.

E-mail :n.kirour@gmail.com

تاريخ القبول: 23 /05/ 2019

تاريخ الاستلام: 24 /03/ 2019

ملخص:

تعالج هذه الدراسة قضية مهمة للغاية ترتبط بوضع ودور علم الاجتماع في المجتمع وهي إشكالية تطبيق المعرفة السوسيولوجية وتقديمها خدمة لصالح المجتمع، وفي مجالات عديدة ومن أهمها المجال الصحي، لتشكيل ثقافة صحية وهذا عن طريق ما يعرف بالتدخل السوسيولوجي. ولهذا كان لا بد من طرح هذه الفكرة المحورية حول الارتباط الضروري بين السوسيولوجيا وتطبيقاتها مع المجال الصحي في المجتمع الجزائري، ومحاولة فهم الأبعاد السوسيولوجية المشكلة للثقافة والممارسات الصحية والتي هي حقل للمشروع التداخلي.

كلمات مفتاحية: التدخل السوسيولوجي، الثقافة الصحية.

Abstract:

Abstract: *This study addresses a very important issue related to the status and role of sociology in society, which is the problem of applying sociological knowledge and providing it for the benefit of society, And in several magazines, the most important of which is the health field, to form a healthy culture and this is through what is known as sociological intervention. It was therefore necessary to put forward this central idea of the necessary link between sociology and its applications with the health field in Algerian society and try to*

understand the sociological dimensions of the problem of culture and health practices, which are the field of the intervention project.

Keywords: sociological intervention, health culture.

1. مقدمة:

يشكل الواقع الاجتماعي بأبعاده التاريخية وقضاياها ومشاكله ميدان لعلوم المجتمع ومدخله، ويحدد في نفس الوقت منظوراتها بغض النظر عن اختلاف تصورات هذه العلوم واهتماماتها وتفسيراتها فإنها تسعى إلى اكتشاف الحقيقة، والارتفاع بمستوى كفاءة أدوات البحث واختبار النظرية وتطويرها وتدعيم قدرتها على الرؤية المستقبلية من خلال موقف تقييمي معين ينبع من إطار فكري يتسم بالمرونة ويحدد طبيعة الوعي بأهداف المجتمع العليا وطابع الانتماء إلى حركة التاريخ ومسيرة الحضارة، وينبني على ذلك موضوعية البحث في المجتمع ومن خلال أي منظور لا يتعارض مع الالتزام المنهجي أو مع الدور الذي تفرضه إيجابية المواطنة، ولعل هذا ما جعل كثير من دارسي الإنسان والمجتمع يعتقدون أن أحد معايير نجاح العلم هو إسهامه الإيجابي في تمكين الإنسان من السيطرة على مشاكله وتحقيق تطلعاته وبناء عالم أفضل.

ومن بين أكبر المشاكل التي تواجه المجتمعات المعاصرة هي بلا شك القضايا المرتبطة بالصحة والتربية الصحية والتي هي نتيجة حتمية لعدم ممارسة النشاطات البدنية الرياضية بشكل مستمر ومنتظم، ومن هذا المنطلق ظهر علم الاجتماع الطبي بجوار علم الاجتماع الرياضي ليساهم بشكل فعال في تقديم فهم موضوعي لمثل هذه القضايا المهمة في المجتمعات الحالية ومنها الثقافة الصحية وتأثيرها على كل من الممارسة البدنية والرياضية والتربية الصحية على حد سواء. وفي هذه الورقة سنحاول فهم الأبعاد السوسولوجية المؤثرة على وضعية الثقافة الصحية للمجتمع الجزائري والتي تعتبر الإطار المحدد للتصورات الاجتماعية للقضايا الصحة والمرض والتربية الصحية عند الفرد الجزائري.

2. السوسولوجيا وقضايا الصحة في المجتمع:

يعد الاهتمام بالقضايا المرتبطة بالصحة والمرض عند الأفراد والمجتمعات في صميم الحياة المشتركة، وبشكل خاص عند علماء الاجتماع من حيث الاهتمام بالعوامل الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على الصحة وتؤدي إلى انتشار الأمراض ومحاولة فهم تأثير السلوك الاجتماعي والثقافة السائدة على صحة الفرد والمجتمع وكذلك مدى تأثيرها بنمط الحياة والبيئة الاجتماعية والفيزيقية.

وقد كانت المجتمعات في السابق تنظر إلى الصحة من خلال رؤية كلية مجتمعية و يقيمونها لبعديها الفيزيقي والاجتماعي وفي إطار ثلاثة محاور هي¹:

- المحور الأول: انها حالة الإحساس ينظر إليها إما كظاهرة ذاتية أو موضوعية بحيث أن أي من النظريتين يمتد إلى ما وراء المجال الفيزيقي.

- المحور الثاني: ويتضمن وسائل تحسين الصحة والمحافظة عليها.

- المحور الثالث: يتناول قيمة الصحة والهدف منها، بمعنى كيف تسمح للفرد بأن يقوم بأداء وظائفه.

إن اهتمام العلوم الاجتماعية بموضوع الصحة والمرض أدى إلى استعداد تخصصات فرعية تبحث في هذا الميدان وخاصة علم الاجتماع الذي كان عليه في الوقت الراهن أن ينشأ تخصصا جديدا ومبتكرا هو علم الاجتماع الطبي، ذلك لأن الصحة لا تنحصر في جانبها البيولوجي بل تتعداه إلى الجوانب الاجتماعية والنفسية والثقافية من خلال الروابط الموجودة بين الواقع الاجتماعي ونسق التصورات السائدة حول المرض وطرق الوقاية منه وطرق علاجه، وبالتالي فإن مسألة الصحة ليست قضية فردية تخص المريض وحده، بل تتعداه لتتحول إلى مسألة اجتماعية تخص كل مؤسسات والتنظيمات الاجتماعية.

وقد بدأ الاهتمام بدراسة العلاقة بين الوقائع الاجتماعي والصحة في المجتمعات الحديثة مع بداية القرن العشرين وهو بداية ظهور علم الاجتماع الطبي كفرع حديث في علم الاجتماع، ولكن "الواقع أن المصادر الغربية ترجع ظهور علم لاجتماع الطبي في كل من أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية كفرع متميز في فروع علم الاجتماع إلى الفترة التالية مباشرة للحرب العالمية الثانية"²، ففي الولايات المتحدة الأمريكية ساهمت المؤسسات الخاصة والوكالات الحكومية في تمويل الأبحاث وفي ازدهار برامج التدريب وزيادة عدد المختصين فيه، لذلك ظهرت الكتابات الجادة فيما بين 1950-1960 حيث حدث الانتقال من النظرة الجزئية إلى النظرة الكلية من حتم الأخذ بالأسباب والعوامل الاجتماعية عند التفسير الفيزيولوجي والبيولوجي للمرض حسب تصور تالكوت بارسونز.

يقع علم الاجتماع الطبي عند مفترق طرق لتلاقي علوم كثيرة، حيث يعتمد في تحليله على المعارف القادمة من دراسات علماء الاجتماع وعلماء النفس الاجتماعيين والباحثين في مجال الطب والصحة العامة وعلماء الأوبئة واقتصاديات الصحة، حيث يعرف "David Michanic علم الاجتماع الطبي بأنه مجموعة من الجهود الرامية إلى تطوير الأفكار السيسولوجية في داخل سياقات

الأنساق الطبية، وإلى دراسة القضايا الهامة فيما يتصل بعمليات المرض ورعاية المريض³، فموضوعه هو المشكلات الصحية والطبية في المجتمع، والعلاقات الاجتماعية والتنظيمات الاجتماعية التي تؤثر في الجانب الطبي والصحي للمجتمع، ويعمل على صياغة فهم جديد للظواهر الصحية والمرضية والمساعدة على تطوير أساليب العلاج والرعاية الصحية بشكل عام وكل هذا بطريقة علمية ومنهجية صارمة. بالإضافة إلى ذلك يبرز علم الاجتماع الطبي اتجاهات وقيم المجتمع نحو العلاج الحديث والرسمي وكذلك نحو العلاج الشعبي غير الرسمي عن طريق التركيز على العناصر الثقافية كالعادات والمعتقدات والأمثال الشعبية والطقوس المرتبطة بالمرض والشفاء والصحة ويمكننا أن نحدد أهم المجالات الدراسية في علم الاجتماع الطبي فيما يلي⁴.

- 1- العوامل الاجتماعية للمرض، حيث امتد نطاق البحث ليشمل الحياة الاجتماعية والنفسية للمريض.
- 2- علاقة الطبيب بالمريض (الموقف العلاجي) والتي تتجاوز مجرد التشخيص وتقديم العلاج فقط.
- 3- الطبقة الاجتماعية والخدمات الصحية.
- 4- التنظيم الاجتماعي للمستشفى.
- 5- تأثير الطائفة والثقافة على السلوك في الموقف العلاجي.
- 6- القوة والنفوذ وتنفيذ الأوامر.
- 7- أساليب الاتصال وتنظيم الممارسة الطبية.
- 8- الالتحاق بالعمل الطبي والدافعية.
- 9- توزيع المرض وبحث أسبابه.
- 10- الاستجابة الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض.
- 11- الجوانب الاجتماعية والثقافية للرعاية الصحية.
- 12- الثقافة الصحية والصحة العامة.
- 13- علم الأوبئة الاجتماعي وسوسيولوجيا المهن العلاجية.

هناك الكثير من الميادين التي يمكن لعلم الاجتماع الطبي التدخل فيها مما يجعله مؤهلاً للتدخل والمساهمة في وضع وتنفيذ السياسات الصحية على المستوى الاجتماعي والتربوي والصناعي وغيرها، وحتى مستوى التطبيق بجانب الطبيب والعمل على تأهيل المريض مع الوضع الجديد الذي فرض عليه، والعمل على تكييفه مع بيئته وظروفه الجديدة.

3. الصحة والمرض كمعطي سوسولوجي:

إن تحديد موقع الصحة ونتائجها في سياق الثقافة الصحية أوجد تحديات تخصصية ومنهجية وثقافية في مجال الدراسات السوسولوجية، فقد أصبحت الأنثروبولوجيا الطبية وعلم الاجتماع الطبي إضافة إلى الطب مجالات ذات صلة وثيقة بها، إن دراسة معنى وإدارة الصحة بالإضافة إلى الكم الهائل من العلاجات المرخصة من قبل المعرفة والممارسة الطبية أصبحت هامة ومركزية في الدراسات السوسولوجية الحديثة.

لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نفهم الصحة والمرض إلا إذا أدرجناهما في السياق الاجتماعي الذي يعطيها صبغة اجتماعية وبالتالي نعطي في هذه الحالة أهمية كبيرة للعوامل الاجتماعية والنفسية والثقافية التي تدفع إلى بروز الأمراض وانتشارها مثل الأصل الاجتماعي والجغرافي والمستوى الثقافي والاقتصادي أي بعبارة أخرى الموقع الذي يحتله الفرد في السلم الاجتماعي الذي يعطي للفرد وضع اجتماعي خاص وفريد يجعل من الفرد له استعداد لاكتساب أمراض دون أخرى وتحدد مستوى الوعي الصحي وأساليب تناول الاجتماعي للمريض في ناحية التشخيص والعلاج، فمثلا الظروف الاجتماعية مثل الفقر والبطالة وانخفاض مستوى التعليم وسوء التغذية والانحلال الاجتماعي والتفكك الأسري والازدحام السكاني وغيرها تساعد على ظهور الأمراض والاصابة بها ولهذا فلا أهمية تذكر للعلاج والطب إذا لم نضع في الحسبان أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية بنفس الدرجة من الأهمية التي نعطيها ونوليها للعوامل البيولوجية والفيزيولوجية والكيميائية وبالنظر إلى "الصحة كتوازن يجب تجديده باستمرار بين العضوية والبيولوجية والوسط الحياتي الاجتماعي، فإن الأبعاد البيو كيميائية والنفس - طبية تعرف على أنها الأنساق الوظيفية الأكثر مقدرة على تنظيم مثل هذا التكيف، وبدورها الأبعاد السوسولوجية توفر الأطر الاجتماعية التي بداخلها، وعليه تتداخل العناصر المتغيرة التي تمنحها كل بيئة متأتية من الطبيعة وخاصة الثقافة"⁵.

ومن المعروف أن "الصحة والمرض يوجدان في سياق اجتماعي يتيح فرصة فهمهما وادراكهما وهو بدوره ينقسم إلى سياقين: سياق التنظيم وسياق المعنى، ويعد سياق المعنى بدوره سياقاً اجتماعياً لأنه يشير إلى عملية الاتصال الرمزي"⁶، ولهذا وجب ربط مفهوم الصحة والمرض بملامح البيئة والبنية الاجتماعية التي تندرج فيها فجوانب البناء الاجتماعي والعناصر الثقافية هي متغيرات مستقلة للمتغيرات التابعة وهي الصحة والمرض، فسياق التنظيم يعبر عن النظم الاجتماعية وثيقة الصلة كالنظام القرابي والنظام التربوي وبدرجة أقل: أبنية الجوار والصدقة، فمثلاً نظام القرابة يعمل على رعاية المريض، وتقديم النصائح له وتواسيه في محنته وتعمل على استدعاء المعالجين أو نقله إلى المستشفيات للعلاج، إنها تقدم له نوع من التضامن الاجتماعي الفعال الذي يخفف عليه وطأة المرض ومعاناته، رغم وجود بعض الآثار الجانبية التي تؤثر على المريض كأن يشعر بأنه أصبح عبئاً على أسرته وقرابته مما يولد عنده إحساس بأنه هو السبب في العناء والشقاء الذي هو ظاهر على أقاربه وهذا ما لاحظته إميل دوركايم في دراسته عن الانتحار، وسياق المعنى فإنه يشير إلى الدلالة التي تكمن في التوجيهات والارشادات التي تزودنا بها الحياة الاجتماعية ونستنبطها عن طريق التنشئة الاجتماعية فتساعدنا على فهم ما يحيط بنا، وهذا ما يدعو إليه الأنثروبولوجيون من ضرورة فهم الطقوس والمعتقدات والعادات واللغة المرتبطة بقضايا الصحة والمرض، عن طريق إدراجها في سياقها الاجتماعي والثقافي العام .

وعن المفهوم الثقافي "يشير أركنست أن لكل ثقافة منظورها وتصورها الخاص للصحة والمرض وذهب إلى أبعد من ذلك فذكر أن المرض وعلاجه على الرغم من أنها عمليتان بيولوجيتان إلا أن بعض الحقائق المرتبطة بها تعتمد على تحديات المجتمعات والحقائق الاجتماعية أكثر اعتماداً على الحقائق الموضوعية، وبهذا المعنى نجد أن المرض مفهوم ثقافي في المرتبة الأولى"⁷ ويختلف من مجتمع لآخر ومن ثقافة لأخرى وهي الفكرة التي أكدها العديد من العلماء "أمثال فوستر الذي ذهب إلى أن الصحة والمرض ظواهر ثقافية مثل ماهي ظواهر بيولوجية"⁸ فللثقافة تأثير ودور كبير على تصور وإدراك السكان لظاهرة المرض وهي التي تحدد للمريض تقييمه وتصوره لحالته المرضية وما يجب أن يفعله .

وعليه فإن استحابة الفرد للمرض التي تتم بطريقة معينة قد توضح بعض القيم الثقافية والاجتماعية الموجودة في المجتمع، أو بمعنى آخر لكل جماعة عرقية استجابته الخاصة للأمراض الموجودة في مجتمعاتها مما يوضح لنا مدى التباينات الثقافية الموجودة فيها ومعنى هذا أن "كل مجتمع يعرف المرض ويتصور الصحة

طبقا لثقافته وفي ظل البنية الثقافية والواقع الاجتماعي لهذا المجتمع سواء أكان ذلك في الطب الشعبي أو في الطب العلمي الحديث"⁹.

4. الثقافة الصحية:

إن عملية إدراك الإنسان لما يجري له وما يحدث حوله تزداد عمقا ودقة واتساعا وتعقيدا وهذا ما يحدث للإنسان مع مفهوم الصحة وكيفية إدراكه لها باعتبارها حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقلي واجتماعيا وباعتبار المرض في أحد معانيه "تكيف بيولوجي إذ أنه تعبير عن تكيف الجسم مع الضغوط الداخلية والظروف الخارجية الخطرة"¹⁰ والمرض يشير إلى الحالة الباثولوجية الشاذة التي نشخصها ونعرفها في ضوء العلامات والأعراض وهي الواردة في التصنيف الدولي للأمراض.

ومن خلال التجارب الاجتماعية مع مختلف الأمراض التي يعرفها المجتمع الواحد تتكون مجموعة من الأنساق المفهومية المتعلقة بالمرض، وتصبح فيما بعد جزء من فلسفة الشعوب حول المرض والصحة، ومعنى هذا أنها تربط بين المرض والقلب الاجتماعي لمجموعة القيم السائدة في المجتمع.

تعرف الثقافة الصحية على أنها "عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسة العادات الصحية السليمة"¹¹.

تحتوي الثقافة الصحية على نسق مفهومي يرتبط بالمرض والصحة وهو تعبير عن الاتجاهات الحديثة الكامنة في الثقافة الكلية فمنها ما يتعلق بالوصف العام للمرض ومظاهره وأعراضه وتصنيفه وأسبابه والأحكام الأخلاقية المتعلقة بالحالة المرضية، وكيفية التعامل مع المريض وسلوك المريض اتجاه مرضه كأن نرجع أسباب المرض إلى قضاء الله وقدره، أو أنه ابتلاء من الله لعباده الصالحين أو أنه نقمة وعذاب إلهي تنصب على الفجرة والعصاة الظالمين من عباده، فالمعنى الاجتماعي يعتبر المرض من صنع قوى فوق الطبيعية سواء كانت رابانية أو شيطانية نتيجة السحر والمس والعين والحسد... الخ.

وبالرغم من التطور الذي شهدته الثقافة الصحية في عصرنا الحالي، إلا أنه لاتزال التفسيرات غير العلمية حاضرة بقوة في هذه الثقافة وهي لاتزال جزء لا يتجزأ منها وهذا ما يسميه روبرت ميرتن في النظرية الوظيفية النسبية، الوظيفي واللاوظيفي وكل منها موجود ويشغل في نفس اللحظة فمثلا وبالرغم من التطور الكبير الذي يشهده الطب الحديث من حيث طرق العلاج وطرق الكشف عن الأمراض

وتشخصيها والوقاية منها، إلا أن الكثير من الناس لا يزالون يتوجهون للسحرة والمشعوذين للبحث عن العلاج أو يتوجهون إلى محلات بيع الاعشاب والمعالجين التقليديين وهذا أمر طبيعي جدا عند روبرت ميرترن، فالتفسير العامي والتفسير العلمي متلازمين ولا ينفكان عن بعضهما مطلقا.

إن التطور والتغير الذي شهدته الثقافة الصحية إنما هو نتيجة التطور المذهل والهائل الحاصل في شتى المجالات الحياتية بما فيها المجال الصحي نفسه، ولهذا فإن صورة الصحة والمرض أصبحت في يد الانسان يكيفها كيفما شاء وبحصوله على المعرفة العلمية الأكيدة عن مسببات المرض سواء الوراثة أو المكتسبة، حصل بالمقابل على المعرفة التامة لطرق العدوى وانتشار الأمراض ووسائل الكشف والتشخيص وطرق الوقاية والمعالجة، وهذا هو الدور الفعال والايجابي للثقافة الصحية لمنع حدوث الأمراض والمشاكل الصحية خاصة في الأوساط السكانية المكتظة، وأصبح الإنسان باستطاعته صناعة الصحة والحصول على السعادة والرفاهية، ولكن كنتيجة عكسية لهذه المعرفة العلمية الواسعة والدقيقة بالأمراض ومسبباتها تحول الإنسان من ضحية لها إلى أحد الأسباب الرئيسية في خلق الأمراض المتنوعة والخطيرة التي أصبحنا نسمع كل يوم بنوع جديد منها والكثير عبارة عن أسلحة فتاكة بيد الجيوش.

لا يبدو أن للثقافة الصحية حدود، فهي في حالة اتساع وانتشار مستمر لكون الأمراض تتعدد وتنوع، خاصة لما نظيف للأمراض العضوية الأمراض النفسية والاجتماعية ومسبباتها وأساليب علاجها، وهي تختلف وتتوسع وفي الكثير من الحالات تتناقض فيما بينها، ولعل هذا ما يجعل من الفرد مطالباً أكثر مما سبق بأن يكون ملماً بكل شيء عن هذا الواقع وهذا الميدان، خاصة ما يتعلق بالجوانب الوقائية منها وعلى الخصوص ممارسة النشاط البدني والرياضي، هذا الأخير يتطلب من الفرد امتلاك ثقافة رياضية صحية معتبرة ليكون قادراً على ممارسة النشاط البدني الصحي على أحسن وجه.

وهنا لا بد من الإشارة إلى العلاقة الموجودة بين الثقافة الصحية ومستويات الصحة، فهي علاقة عكسية بينما في المجتمع الجزائري نجد الفرد الجزائري لا يعط أي أهمية للثقافة الصحية إذا كان سليماً معافى، أما عندما يصيبه أي مرض فإننا نجد يبحث عن أسباب هذا المرض ودرجة خطورته ويتصل بالطبيب والصيدلي والممرض وكذلك الأفراد الذين مروا بتجربة مع هذا المرض أو ذاك ويطرق كل أبواب المعالجين، مما يجعله يمتلك معلومات صحية تشكل عنده تدريجياً ثقافة صحية تزداد في التوسع كلما انتقل من مستوى لآخر في سلم الصحة، هذه الثقافة توجه سلوكياته اللاحقة واتجاهاته ومواقفه نحو مفهوم

الصحة والمرض، فكلما نزل الفرد في مستويات الصحة ازدادت ثقافته الصحية توسعا و ثراء وتأثيرا على سلوكياته ومواقفه. وللصحة مستويات محددة ولكنها محل اختلاف في كيفية تحديدها من طرف المختصين في المجال الطبي ولكن يمكن أن نحددها فيما يلي¹² :

- 1- الصحة المثالية: وهي درجة التكامل والمثالية الجسمية والنفسية والاجتماعية.
- 2- الصحة الايجابية: وفيها تتوفر طاقات إيجابية تمكن الفرد أو المجتمع من مواجهة المشاكل والمؤثرات الجسمية والنفسية والاجتماعية دون ظهور أية أمراض أو علامات مرضية ملموسة.
- 3- السلامة المتوسطة: وفيها تتوفر طاقة ايجابية من الصحة ولذلك عند التعرض لأي مؤثرات ضارة يسقط الفرد أو المجتمع فريسة للمرض.
- 4- المرض غير الظاهر: وهنا لا يشكو المريض من أعراض وعلامات واضحة ولكن يمكن اكتشاف المرض بفحوصات مخبرية وشعاعية خاصة.
- 5- المرض غير الظاهر: وهنا لا يشكو المريض من أعراض وعلامات ولكن يمكن اكتشاف المرض بفحوصات مخبرية واشعاعية خاصة.
- 6- مستوى الاحتضار: وفي هذا المستوى تسوء الحالة الصحية عند المريض إلى الحد الذي يصعب فيه أن يستعيد صحته.

5. التدخل السوسولوجي للثقيف الصحي في المجتمع.

الثقيف الصحي هو مجال من مجالات الصحة العامة وهو أحد عوامل تشكيل الثقافة الصحية في المجتمع، ويعتبر الوسيلة الفعالة التي بها نصل إلى تحسين مستوى الصحة عند الأفراد والمجتمعات وهي تعتمد على الأساليب العلمية والعملية المدروسة وفق أسس علمية صارمة ومخطط لها. وهي كذلك عملية لا تؤثر في سلوك الفرد تأثيرا مباشرا وإنما يكون تأثيرها من خلال الهيئات والتنظيمات الاجتماعية والجماعات المختلفة التي ينتمي إليها الفرد وتستعمل كذلك وسائل التواصل الاجتماعي ووسائل الاتصال الجماهيري المختلفة خاصة السمعية البصرية منها.

إن عملية التثقيف الصحي في المجال الاجتماعي العام تكمن في تنمية عناصر ومكونات الثقافة الصحية المرتبطة بهذا المجال بغرض نشر المعارف والمعلومات وبالتالي تكوين بنية معرفية لدى الأفراد تجعلهم يدركون بشكل مناسب ودقيق الجوانب الصحية للمجال الاجتماعي العام وكيفية تحقيق العيش المشترك المتسم بالصحة التامة وكذلك تكوين اتجاهات إيجابية نحو كل الأنشطة المختلفة المساعدة على حفظ الصحة وسلامة الفرد والمجتمع بما في ذلك النشاطات الرياضية المختلفة سواء كانت ترفيهية أو تنافسية. وكل هذا إنما في الواقع هو العمل على تدعيم القيم الثقافية المتصلة بالصحة وتعديل أخرى معيقة ومعتلة، وهي كذلك تمتد لتشمل القيم المرتبطة بتنظيم الحياة الأسرية وأساليب العمل والترويح وقضاء أوقات الفراغ وغيرها من الممارسات الاجتماعية.

فالتثقيف الصحي هو "الدعاية الصحية التي تعنى بتحسين السلوك الصحي من خلال مساعدة الناس على فهم سلوكهم وتشجيعهم على اختيار ما يفضلونه من حياة صحية سليمة دون اجبارهم على التغيير"¹³، كما انه ومن الناحية العملية والتطبيقية كما ذكرنا يكون التثقيف الصحي "إعداد الناس للمحافظة على صحتهم فهو إدخال تغيير إيجابي على سلوكهم العام لتفادي الأمراض وتزويدهم بمفاهيم وقيم ومهارات جديدة ويكون ذلك بالتوجه إليهم لاستنهاض الهمم ورفع الوعي الصحي في سبيل نضال يهدف للمحافظة على سلامة الأفراد"¹⁴.

إن عملية إدخال التغيير في سلوك وثقافة الجماعات والمجتمعات لا تكون أبدا بطريقة غير علمية، وهي كذلك لا تكون كما يتصور البعض عبر عمليات التحسيس والتوعية العلمية في ذلك، ولهذا كان لا بد من تدخل العلم والعلماء والباحثين التطبيقيين من علماء الاجتماع وعلماء النفس الاجتماعيين وعلماء النفس في هذه العملية، وفي هذا الصدد سنتناول مثال عن التدخل السوسولوجي في مجال التغيير والتثقيف الصحي.

إن التدخل في علم الاجتماع هو مجرد "خطوة يقوم بها عالم الاجتماع لدى تنظيم اجتماعي معين، غالبا ما يكون بمثابة زبون لعلماء الاجتماع من أجل تسهيل إجراء بعض التغيرات التي يطلبها مثل هذا التنظيم"¹⁵، فهو "خدمة مسلمة، خدمة مباحة، فالسوسولوجي يطلب من طرف زبون الذي يعطي محددات النسق: جماعي، مجموعة أو مؤسسة، ومن خلال علاقة تجارية ينجز عمله"¹⁶ وقد أثير مفهوم التدخل في بادئ الأمر من قبل علماء النفس الاجتماعي ضمن إطار البحث الفعلي الذي حدده كورت

ليوين KurtLewin، فبناء على طلب من تنظيم معين أو مجموعة معينة، يستحدث عالم النفس الاجتماعي نوعاً من الوضع التحليلي يستخدم فيه مجموعة تقنيات مثل البحث الاستقصائي، المقابلات غير الموجهة، نقاشات الجماعة.

لكن أساس التدخل لا يكمن في هذه النقطة بالذات بل في إبلاغ المجموعة في كل مرحلة من مراحل البحث صورة تحليلية عن الوضع يتم توضيحها بشكل تصاعدي، هذا الاتصال بين أعضاء المجموعة يحدث وضعاً جديداً وزخماً قوياً من شأنه أن يؤدي إلى تغيير طبيعة العلاقات فيما بينهم وتعرف هذه الطريقة التدخلية بتقنية الإسترجاعات، فالجانب التدخلية العملي يعتبر كتنقيض لعلم الاجتماع النظري. فمنذ نشأته كان علم الاجتماع يتحدد من خلال "مشروع تدخلية فقد كان أوغست كونت يطمح إلى تأسيس علم مداوة للمجتمع المريض سماه "بال" Sociatrie لكن هذا المشروع ظل لفترة طويلة حبراً على ورق، واهتم المتربسون بمسألة البؤس الاجتماعي بغية تحسين الوضع الناجم عن تلك الحالة، كذلك عرض علماء الاجتماع خدماتهم على الحكام والمسؤولين، ولكن أعمالهم لم تشكل مسائل جوهرية في ميدان علم الاجتماع وهكذا بقي علماء الاجتماع مجرد منظرين أو باحثين يسعون من أجل تقدم المعرفة"¹⁷.

يرى الكثير من علماء الاجتماع وغيرهم من المختصين الآخرين في العلوم الأخرى على أن "تاريخ التدخل في التنظيمات قد ارتبط في بادئ الأمر بالعمل التقني الناتج عن النموذج التايلوري "Taylorien" حيث أثير مفهوم التدخل من طرف المهندسين التقنيين أو ما يعرف بالمنظمين الذين طبقوا مبادئ وأسس التيلورية في المؤسسات الصناعية"¹⁸.

ويعود ظهور أو نشأة النموذج التيلوري إلى بداية القرن العشرين حيث لقي صدى واسعاً من قبل العديد من المؤسسات والمنظمات لاسيما الاقتصادية منها، والتي طبقت مناهج وأسس هذا النموذج لغرض الرفع من الإنتاجية في العمل، لكن التيلورية كما هو معروف لا يمكن اعتباره كشكل من أشكال التدخل في التنظيمات بقدر ما هي اسم لفعل عقلائي في تنظيم العمل داخل المنظمة وتحسين شروط العمل للعمال، لذا كان لا بد من انتظار المراحل القادمة لظهور الحاجة إلى التدخل في مجالات التسيير، الإدارة والتنظيم.

وفي سنوات الخمسينيات في القرن الماضي سجلت الخطوة الأولى للطلب التدخلية من قبل المؤسسات الصناعية والاقتصادية، والتي كانت تهدف بالخصوص إلى الرفع من الإنتاجية ولهذا الغرض "لجأ المسيرون أو

مسؤولي المؤسسات الاقتصادية والصناعية لطلب التدخل من خريجي مدارس التجارة والاقتصاد ومدارس الهندسة الحاملين للمهارات أو التقنيات الكلاسيكية في التسيير قصد تنظيم المصنع من أجل إنتاج أحسن ولقد ارتكزت مجمل هذه التدخلات بوجه عام على كل ما يتعلق بالزمن والحركة¹⁹ أو هو ما يعرف بالهندسة البشرية وتنظيم العمل، وبالرغم من أن هذه التدخلات استطاعت أن تحقق بعض أهدافها إلا أن المسيرين وجدوا أنفسهم أمام ضرورة استثمار وتوظيف العلوم الإنسانية نظرا لطبيعة المشاكل التي واجهتهم خاصة ما يتعلق بحدود الأفعال ومواقف وتمثلات المستخدمين أو الموظفين، الأمر الذي دفع بالمسيرين إلى الاستعانة بعلماء النفس التقنيين الذين يتحكمون بشكل جيد في الهندسة البشرية L'ergonomie من أجل حل المشاكل التي كان لها تأثير على العمل والإنتاجية.

يمكن القول أن أول تدخل نفسي اجتماعي هو الذي قام به كورت ليفين عام 1943 بطلب من السلطات العامة الأمريكية بغية تغيير العادات الغذائية لربات البيوت والعائلات الأمريكية في فترة الحرب ونقص التغذية وكان الهدف من التدخل تسهيل إجراء التغييرات، أما الوسيلة المعتمدة فهي البحث الاستقصائي، ثم إبلاغ نتائج هذا التحقيق الأولي للقوى المعنية في سياق اجتماع الجماعات والجمعيات العامة وتسمى هذه العملية بالاسترجاع، وعلى هذا النحو يمكن القيام بالعمل التدخلية على مستوى الصحة العامة للمجتمع حيث يتم التركيز على وسائل الاعلام في التوجه إلى الأفراد والجماعات بطلب من الدولة وتمويل منها.

وقد ميز "ماكس باجس" ثلاثة مراحل لهذا التدخل وهي:²⁰

- مرحلة الوعي: تقوم على حصر العقبات الاجتماعية المجهولة ويتم إدراكها بطريقة جزئية لأنها غير متصلة ببعضها البعض.
- مرحلة التشخيص: يتوصل فيها لاكتشاف شبكة معقدة من الأسباب التي تؤثر على سير عمل الجماعة.
- مرحلة العمل: يتم تثبيت أهداف جديدة، إصلاح الخطة التنظيمية الإجمالية، إقامة الهيئات أو لجان الاتصال، أخذ موقف من المعايير الجديدة التي تضبط مواقف المستخدمين كل هذا وفق التقنيات التالية:
- أ- الأبحاث الاستقصائية والتي تتم وفق المقابلات أو الاستمارات.

ب- الأبحاث حول عمليات الاتصال والبنى مثل: الأبحاث حول فروقات إدراك الأهداف والأدوار داخل جماعات العمل، الدراسة المنظومية لعوائق الاتصال، دراسة الخيارات المتعلقة بالقياس الاجتماعي داخل جماعة ما (القياس السوسيومترى).

ج- تنظيم الاتصالات: تنظيم الاجتماعات بغية تفحص البحث الاستقصائي والسعي إلى تأمين أوسع مشاركة لأعضاء المؤسسة في عملية التدخل السوسولوجي.

وعليه يمكن القول بأن التدخل السوسولوجي يعتبر "محاولة لتسهيل عملية الانتقال إلى وضعية جديدة وأفضل لتنسيق اجتماعي على غرار الوضعية التي كان عليها من قبل"²¹، لكن أيا كان نوع العمل التدخلية فإنه يقتضي التفكير والتخمين والترتيبات والإعدادات الخاصة بالعملية التدخلية والتي تختلف باختلاف المجالات واختلاف الأطراف والجماعات المكونة للمنظمة أو ما يعرف بالسياق الاجتماعي، ويكون التدخل في المجال الصحي من طرف عالم الاجتماع الطبي للعمل على تحقيق جملة من الأهداف التي تدخل في إطار التثقيف الصحي خاصة لتجاوز المراحل الصعبة في حالة الكوارث الطبيعية والحروب المدمرة والجفاف ونقص المواد الغذائية، وانتشار الأمراض المعدية والمتنقلة، والتغيرات السريعة في المجال الطبي التي تركت مجالا واسعا من عدم الثقة في الطب الحديث وغيرها من الدوافع التي تستدعي تدخل عالم الاجتماع، والتي يمكن أن تكون كما يلي:

- تحسين صحة الأفراد والأسر والجماعات جسميا وعقليا ونفسيا واجتماعيا وذلك بالاهتمام بالغذاء والسكن والرياضة والترفيه.

- كيفية الوقاية من الأمراض والحوادث، وذلك بمساعدة الأفراد على فهم وتقبل الممارسات والعادات اللازمة للمحافظة على الصحة وتحسينها، كما يجب أن يعرف الأفراد ما هي الممارسات المطلوبة؟ ولماذا تمارس؟ وكيف يمكن أن تؤدي؟

- المبادرة إلى العلاج السليم فور حدوث المرض أو وقوع الإصابة، والاستمرار في العلاج حتى الشفاء، وذلك عن طريق الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة إلى أقصى حد ممكن من طرف الدولة.

- ترشيد الانتفاع بالخدمات الصحية والطبية والدوائية والغذائية والاجتماعية التي تقدمها الدولة. وسوف يثمر هذا في تدعيم الأنشطة، وتجنب الخسائر الاقتصادية الناجمة من الاستخدام السيئ أو غير المناسب للجهد الصحي.

- تغيير مفاهيم الأفراد والجماعات فيما يتعلق بصحتهم ومرضهم، وجعل الصحة العامة هدف عندهم.
- تعزيز الأنشطة التي تشجع الناس على التمتع بصحة جيدة، وكيفية المحافظة على الصحة خاصة الأنشطة البدنية والرياضية.

6. الأبعاد السوسولوجية للثقافة الصحية في المجتمع الجزائري:

تتطلب مختلف الثقافات الصحية وحتى الفرعية منها إنجاز دراسات سوسولوجية عميقة نافذة لجورها، بالرغم من وجود عدة حواجز مفاهيمية نظيرية وأمريكية ومنها المفاهيم المعرفية المتعلقة بكافة جوانب المجتمع الجزائري وخاصة المتعلقة بالجانب الرمزي والجانب الفني المرتبط بطرق العلاج والوقاية. فالمادة الثقافية لمجتمع ما ومنها الممارسات العلاجية والوقائية ذات التقاليد الشفهية والتقنية لم تبين من فراغ، إذا صنعت من قبل الأفراد والجماعات ووجهت لأعضاء آخرين مستهلكين لها من نفس الثقافة، وباعتبار أن تلك الممارسات تؤدي وظيفة اجتماعية معينة في سياق ما، فإنها تقوم بفرض جملة من القواعد والقوانين التي تتميز بأثرها البارز في تحقيق استمرار ذلك السياق الثقافي هذا الأمر يدفعنا للبحث أبعاد هذه الثقافة الصحية أو العوامل المؤثرة فيها والمرتبطة بها، فوجود ممارسة صحية ما فإنه بالضرورة يوجد عامل كامن وراء هذه الممارسة فهو بالنسبة لها مثل المنبه الذاتي ويصبح سمة جوهرية تنسب لتلك الثقافة. إن كل ممارسة صحية ذات تقاليد فنية تقنية وشفوية، هي نظام من المعاني والرموز والدلالات والعادات والتقاليد والطقوس الدينية والدينية على حد سواء، لذلك نجد أن الدارس لهذا الموضوع لإنتاج فهم موضوعي حوله مضطر لاستعمال عدة وسائل وأدوات منهجية وتقنية ومفاهيمية لتحديد طبيعة ظاهرة الصحة واستنباط دلالاتها الاجتماعية.

فبعد تعقب فعل ثقافي لفرد أو جماعة ما وبغض النظر عن الجماعة التي ينتمي إليها أو الطبقة الاجتماعية أو الإثنية المنحدر منها، تبدو الممارسات الصحية التي يشارك فيها أو يتمسك بها مرتبطة من الناحية السوسيو-ثقافية بجملة من العوامل السوسولوجية مثل: الجنس، العمر، المكانة الاجتماعية للفرد، الإثنية أو العرق، الطبقة الاجتماعية، الوسط الثقافي والديني الخاص، الحضور والكثافة الاجتماعية... إلخ. هذا بالإضافة إلى العوامل الاقتصادية والانتماء الجغرافي والمستوى الثقافي والتعليمي، وكل هذه العوامل واقعة تحت تأثير عوامل التغيير الاجتماعي والثقافي والتطورات الاقتصادية والعلمية الطبية وتأثير وسائل الإعلام.

إن كل هذه الأبعاد السوسيوولوجية المذكورة سابقا تتكاتف تارة وتتناقض تارة أخرى وتتفاعل باستمرار وفي النهاية تكون نتيجتها الحارقة والنهائية هي ولادة ثقافة صحية ذات طابع خاص وفريد، كما أنها تعطي ثلاثة أبعاد سوسيوولوجية كبرى وهي: الاجتماعية، الهوية، الطقسية. وهذه هي الأبعاد الحقيقية لأي ثقافة فرعية ضمن الثقافة الكلية للمجتمع، فالحديث عن الأبعاد السابق كله يؤدي إلى عمق هذه الصفاة الثلاثة.

1.6 الاجتماعية:

إن التحليل النبوي للثقافة الصحية باعتبار أن لها وظيفة أساسية وهي التواصل بين الفاعلين لا يكون إلا على أساس تحديد اللغة والكلام والدلالة الإيحائية فيها فنقرأ الثقافة الصحية بما هي نسق دلالي على النحو الذي وضعه "رولان بارت"، فلغة العلاج مثلا قائمة على قواعد المنع والخطر (مضر بالصحة) وعلى وحدات التعارضات الدالة (مر، حلو،...) وعلى طقوس الاستعمال العلاجي والتي تمثل ضربا من البلاغة العلاجية، أما الصحة والعلاج ككلام ففيه كل التلوينات الفردية أو الأسرية أو المحلية وغيرها من طرق الوقاية وإعداد المركبات العلاجية ونوعيتها تقليدية كانت أم علمية... إلخ.

فالنشاط الصحي في المجتمع يعبر عن طرائق إنتاج الناس لظروف حياتهم المادية والمعنوية فهو عملية متشعبة الأبعاد ومتعددة الجوانب لخلق الذات المجتمعية، وهو عملية تحويل الواقع الاجتماعي طبقا للمتطلبات والمهام الاجتماعية.

إن الممارسات الصحية والعلاجية تدخل في "اجتماعية" هذه الممارسات فكل من الطبيب والمعالج التقليدي الموازي والمريض نفسه، يهدف كل واحد منهم ومن خلال عمله العلاجي إلى تلبية حاجيات المجتمع الذي ينتمي إليه، ولكي نفهم هذه الممارسات ووظائفها الاجتماعية لابد من النظر إليها من خلال عملية توظيفها في الواقع الاجتماعي الفعلي أي من خلال العمل الاجتماعي الذي تقوم بهفي الحياة الاجتماعية، لتكون الوظيفة بذلك هي المحدد لنوعية الممارسة الصحية أو العلاجية التي تؤدي ويشكل طبيعي مع الطقوس والمراسيم والمناسبات الدينية والدينية.

وللكشف عن "اجتماعية" الممارسات الصحية والعلاجية في حالة المرض في المجتمع الجزائري فإننا نجد في هذا السياق أنه يوجد نمطين من الطب في الجزائر: طب رسمي ذو طابع جامعي، وطب تقليدي مستوحى من التجربة الحسية للمجتمع، وفي غالب الأحيان يتوارث المعالجين التقليديين مهنة الطب

التقليدي أبا عن جد داخل الأسرة الواحدة حيث يمر السر أو الكرامة ضمن أفراد السلالة، وغالبا ما نجد أن المعالج الموازي مختص في مرض معين تماما مثلما هو موجود في الطب العصري الرسمي لكن غالبا ما تكون الأمراض مستعصية ويعجز الطب الرسمي على علاجها.

وفي الطب الشعبي المنتشر في المجتمع الجزائري لا يوجد معنى واحد ومحدد للصحة والمرض بل يوجد نسق من المفاهيم ذات الدلالة ترتبط جميعها بالثقافة العربية الإسلامية، إنه نسق مفهومي متماسك للحد الذي يجعل من الأطباء الرسميين من يؤمن به ويوجه مرضاه إلى الطرق الشعبي غير الرسمية للعلاج، هذا بالرغم من وجود فجوة بين المفاهيم العامة عن الصحة والمرض والمفاهيم العلمية أو الحيوية-الطبية، وهناك كذلك فرق بين القيمة الاجتماعية للطبيب في الجزائر والمعالج الشعبي في نظر الثقافة، فالرغم من قيمة الأول العالية فهو "مع ذلك وسيلة فقط للشفاء" "الشفاء بيد ربي" وربما هذا ما يفسر لجوء الكثير من الناس إلى الطب الموازي²² أما المعالج الشعبي فتعطى له قيمة تجعل من قدراته العلاجية هي الشفاء التام والكلي من المرض، فالثقة في المعالج الموازي كبيرة جدا ذلك لأن الفرد الجزائري يتصور أن الطبيب الحقيقي هو الشخص الذي يضيف وليس الشخص الذي يأخذ مثل أخذه لعينة من الدم أو البول والمعالج الموازي هو من النوع الثاني الذي يضيف فعلا.

2.6 الهوية:

لتحديد السمات الثقافية للممارسات الصحية في المجتمع يجب تحديد الإطار الجغرافي المتواجد فيه والتفاعلات الناشئة مع هذه البيئة الجغرافية بخصائصها البيئية، وبالرجوع كذلك إلى التراث التاريخي والثقافي الخاص بتلك الجماعات من خلال المنهجيات التي تتطور وتتغير وفق سير ديناميكي لتحديد الحدود العرقية والثقافية النابعة عن مجموعة بشرية، وللكشف عن خصوصياتها التي تتشارك في موروث متعلق بالصحة والمرض، فالممارسة الصحية في هذه الوضعية تصبح صدى لجملة من النقاط المشتركة والتفاعلات والانفتاح بين أفراد المجموعة الواحدة في نفس الثقافة.

فالجال الجغرافي يلعب دورا هاما في بناء ممارسات خاصة وفريدة فالمجتمع الريفي له تقاليده الخاصة في العلاج تختلف في جوانب عديدة عن ما هو موجود في الوسط الحضري خاصة في التصورات المشكلة اتجاه المرض والصحة، وتعتبر الممارسات الصحية من بين العناصر التي يعتمد عليها المجتمع المحلي لإثبات تميزه الاجتماعي والهوياتي فمثلا في الوسط الريفي أو الصحراوي نجد عائلات بكاملها مختصة في

علاج نوع محدد من الأمراض وباستعمال أساليب خاصة تعطيها هوية خاصة وسط المجتمع المحلي، فيقال مثلا: أولاد فلان، أو تسمية جماعة في قرية ما تمارس أساليب خاصة... إلخ. وكل جماعة معالجة تستخدم طرق خاصة بها وأدوية محددة لعلاج مرض محدد مثل: قطع الشقيقة، علاج الصفراير، عرق النساء، الكي، جبر الكسور... إلخ.

3.6 الطقسية:

يعمل التراث الجماعي المشترك على تحديد جملة من الطقوس والتي هي مجموعة من الإجراءات التي يؤديها بعض الأشخاص والتي تقام أساسا لقيمتها الرمزية الكبيرة، وهي في المناسبات الاجتماعية مجموعة حركات سلوكية متكررة يتفق عليها أفراد المجتمع وتكون على أنواع وأشكال مختلفة تتناسب والغاية التي دفعت الفاعل الاجتماعي أو الجماعي للقيام بها، والطقس هو مجموعة من القواعد التي تنتظم بها ممارسات الجماعة من خلال تنظيم أنشطتها الاجتماعية والرمزية وضبطها وفق شعائر منتظمة في الزمان والمكان. وفيما يتعلق بالطقوس المصاحبة للممارسات العلاجية والصحية، فهي تلك الأنشطة المنتظمة التي ينخرط فيها الناس ويتقيدون بها دون أن ينتبهوا إلى ما فيها من انتظام ترجمها رموز الجماعة الصوتية منها والحركية مثل الطقوس التي تقوم بها جماعة العيساوة مثل قطع نبات التين الشوكي والارتقاء عليه في الأرض والتعرض لأشواكه بأجساد عارية مع مصاحبة ذلك من ترديد لمقاطع صوتية ملحونة جماعية ليتحقق من خلالها الشفاء الكامل وإشباع الحاجات الرمزية للجماعة والأفراد وهذه الطقوس على اختلافها تكون محددة بزمان ومكان خاصين.

وثمة أحداث كثيرة في الحياة الجماعة تستدعي ممارسات طقوسية علاجية، فالفعل العلاجي ليس ممارسة فوضوية مفرغة من المعنى بل بناء يتسم بالتكامل والتناغم التام بين الدال والمدلول، يمكن ودراسته لاستكشاف البنية الخفية داخل ما يبدو أنه فوضى ظاهريا. فبنية الفعل العلاجي ومكوناته وكيفية انتظامه وكيفية تأطيره ضمن زمان ومكان بما يحدده الطقس ذاته، يتخذ دلالة خاصة بالنسبة إلى ممارسيه (المعالج- المريض) سواء كان فردا أو جماعة وهذا الطقس يعمل على شحن ممارسيه رمزيا وبشكل كثيف جدا.

وفي المجتمع الجزائري يعطى للمرض معاني دينية وأخرى سحرية، وكلها تؤدي إلى بناء أنواع محددة من الطقوس وفي كل الحالات تجد الفرد الجزائري يلجأ إلى التفسير الديني والرجوع إلى الإرادة الإلهية ولهذا نجد من العبارات المتداولة "الطبيب يداوي والشفاء بيد ربي"، "الطبيب وسيلة في يد ربي" ولما كان المرض

أمراً لا مفر منه والصحة نعمة فانية كان لا بد من الرجوع إلى الله بالدعاء والتضرع وتقديم الصدقات والزكاة طلباً من الشفاء من الله.

والمعنى الآخر هو المعنى المرتبط بالممارسات السحرية، ففي كثير من الحالات تسيطر على الفرد تصورات خاصة ترجع أسباب المرض إلى عوامل غيبية ولكنها واقعية وملموسة مثل: المس، السحر، العين، الحسد، وهذه المسببات تتطلب بدورها طقوس فردية وأخرى جماعية مثل الذبح للساحر ولالأرواح الشريرة إنما نوع من طقوس الانتقال، وطقوس أخرى معقدة وعنيفة في بعض الحالات مثلما تفعله فرق العيساوة وبعض الطرق الصوفية، فالمرض ليس أمراً داخلياً خالصاً ولكنه "حادثة خارجية دخلت بغير وجه حق ويجب إبعادها وإخراجها وهذا ما يسميه ديفورو Devereux الاستعمال الدفاعي لكبش الغداء وبالتالي يتخلص المريض من الشعور بالذنب الناجم عن مفهوم المرض العقوبة أو مرض اللعنة الذي يحل بالفرد بسبب جرم أو خطأ ارتكبه في حق غيره أو في حق نفسه"²³، وبعض الطقوس هي تعبير عن تضامن الجماعة برمتها مع المريض ومواساتها له، إن الجماعة تنظر إلى الفرد المريض على أنه مذنب ويجب التخلص من هذا الذنب ولهذا نجد عن زيارة المريض يقال له "طهوراً إن شاء الله" بمعنى الطهارة من السيئات والذنوب.

7. خاتمة:

إن الأبعاد السوسولوجية للثقافة الصحية التي تناولناها والمتمثلة في الهوية والاجتماعية والطقسية هي بمثابة أوعية كبيرة تندرج تحتها الأبعاد الفرعية التي تناولناها قبل هذه الأبعاد، وهي بمثابة المولد الأساسي لكل ممارسة صحية أو علاجية ذات تقاليد سلوكية وشفوية وتمثلات اجتماعية، تعد ميداناً أساسياً لأي تدخل سوسولوجي هادف.

فاتساق الفعل العلاجي الصحي مع المعطيات والوقائع والظواهر الاجتماعية المرتبطة بالصحة (أدوية، أمراض، كشف طبي، تحاليل، نصائح وتوجيهات...) فهي ليست مجرد ملحق للطقوس فحسب بل توفر إطاراً حركياً ورمزياً يساهم بشكل كبير في تحديد هوية تلك الثقافة الصحية وتلك الممارسات الصحية والعلاجية في كل مجتمع.

8. قائمة المراجع:

• الكتب:

1- علي، المكاوي وآخرون (1998). دراسات في علم الاجتماع الطبي في الوطن العربي، كتب عربية.

- 2- علي، المكاوي(د.ت). علم الاجتماع الطبي مدخل نظري، كتب عربية.
 3- أحمد محمد، بدح وآخرون(د.ت). الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
 4- نجلاء، عاطف خليل(2006). في علم الاجتماع الطبي:ثقافة الصحة والمرض. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

• المقالات:

- 5-جيل ديريك، أندرو توادل (1978). علم الاجتماع الطبي، تر: جمال السيد، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، مركز مطبوعات اليونيسكو، القاهرة، عدد: 32.
 6-نبيلة، بوخيزة (1997). الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر، المجلة الجزائرية للاتصال، دار الحكمة، الجزائر، العدد:16.
 7-سليمان، بومدين (2003). المعنى الاجتماعي للمرض، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة قسنطينة، عدد: 20.

• المدخلات:

- 8-عبد العالي، دبله (2003). سوسيولوجيا الصحة من خلال علم الاجتماع، مؤتمر العلوم الاجتماعية والصحة ودورها في التنمية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، 6-8 أبريل، الكويت.

• رسائل جامعية:

- 9-فيروز، صولة (2014). المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه، دراسة ميدانية بمدينة بسكرة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم اجتماع التنمية، قسم العلوم الاجتماعية جامعة بسكرة، 2013-2014.

• مراجع باللغة الأجنبية:

- 10-Georges, HERREROS (2002). *Pour une sociologie d'intervention, Collection Sociologie clinique, Ed : Eres, Paris.*
 11-Georges LAPASSADE, René LOURAU (1976). *La sociologie, Collection "clefs pour", Seghers, 5eme Edition, Paris.*
 12-Pierre, MORIN (1991). *De la sociologie masquée a la sociologie avouée, in, L'intervention sociologique en entreprise, Travaux sociologique du : L.C.S.I, N° 48, Actes des journées d'études du 30 et 31Mai 1991.*
 13-Gérard, GALIENNE (1991). *Inter - venir, in, L'intervention sociologique en entreprise, Travaux sociologique du : L.C.S.I, N° 48, Actes des journées d'études du 30 et 31Mai 1991.*

9. هوامش:

¹ - نجلاء، عاطف خليل: في علم الاجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض. مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006، ص: 123.

- ² - جيل ديريك، أندرو توادل: **علم الاجتماع الطبي**، تر: جمال السيد، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، مركز مطبوعات اليونيسكو، القاهرة، عدد: 32، 1978، ص: 2.
- ³ - علي، المكاوي وآخرون: **دراسات في علم الاجتماع الطبي في الوطن العربي**، كتب عربية، 1998، ص: 32.
- ⁴ - علي، المكاوي: **علم الاجتماع الطبي مدخل نظري**، كتب عربية، دون سنة نشر، ص: 49.
- ⁵ - عبد العالي، دبله: "سوسيولوجيا الصحة من خلال علم الاجتماع"، مؤتمر العلوم الاجتماعية والصحة ودورها في التنمية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، 6-8 أبريل 2003، ص: 10.
- ⁶ - علي، المكاوي: **علم الاجتماع الطبي مدخل نظري**، نفس المرجع، ص: 399.
- ⁷ - فيروز، صولة: "المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه، دراسة ميدانية بمدينة بسكرة"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم اجتماع التنمية، قسم العلوم الاجتماعية جامعة بسكرة، 2013-2014، ص: 31.
- ⁸ - نفس المرجع، ص: 32.
- ⁹ - نجلاء، عاطف خليل: نفس المرجع، ص: 34.
- ¹⁰ - علي، المكاوي: **علم الاجتماع الطبي مدخل نظري**، نفس المرجع، ص: 77.
- ¹¹ - نفس المرجع، ص: 14.
- ¹² - أحمد محمد، بدح وآخرون: **الثقافة الصحية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، دون سنة النشر، ص: 13.
- ¹³ - نبيلة، بوخبزة: "الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر"، **المجلة الجزائرية للاتصال**، دار الحكمة، الجزائر، العدد: 16، 1997، ص: 14.
- ¹⁴ - نفس المرجع، ص: 14.
- ¹⁵ - Lapassade, (G), Lourau, (R) : **La sociologie**, Collection "clefs pour", Seghers, 5eme Edition, Paris, 1976, p : 51.
- ¹⁶ - Herreros, (G) : **Pour une sociologie d'intervention**, Collection Sociologie clinique, Ed : Eres, Paris, 2002, p : 75.
- ¹⁷ - IBID, p : 192.
- ¹⁸ - Morin (P) : " De la sociologie masquée a la sociologie avouée ", in, **L'intervention sociologique en entreprise**, Travaux sociologique du : L.C.S.I, № 48, Actes des journées d'études du 30 et 31Mai 1991, p : 26.
- ¹⁹ - Morin (P) : " De la sociologie masquée a la sociologie avouée ", in, **L'intervention sociologique en entreprise**, Travaux sociologique du : L.C.S.I, № 48, Actes des journées d'études du 30 et 31Mai 1991, pp : 27- 28.
- ²⁰ - Lapassade (G), Lourau (R), opcit: P:196.
- ²¹ -Galienne, (G) : " Inter - venir", in, **L'intervention sociologique en entreprise**, Travaux sociologique du : L.C.S.I, № 48, Actes des journées d'études du 30 et 31Mai 1991, p : 61.
- ²² - سليمان، بومدين: "المعنى الاجتماعي للمرض" **مجلة العلوم الإنسانية**، جامعة قسنطينة، عدد: 20، 2003، ص: 33.
- ²³ - نفس المرجع، ص: 34.