

## حوار المبضع والتعويدة: في سيرورات الانفصال وإشكالات إعادة الاتصال

### بين الديني والصحي في المجتمعات المعلمنة

#### The dialogue between the scalpel and the talisman: in the processes of separation and issues of reconnection between religion and health in secularized societies

محمد فاضل، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، المغرب، mohamed.fadil1@usmba.ac.ma

تاريخ القبول: 2022-04-05

تاريخ الإرسال: 2022-02-11

#### ملخص:

يتعرض هذا النص لإشكالية تدبير العلاقة بين الصحي والديني ما بين مسارات الاتصال ونزوعات الانفصال وإعادة الاتصال في المجتمعات المعاصرة، التي تتميز من ضمن ما تتميز به بسيرورة علمنة شديدة تستهدف إخراج الأديان من الفضاء العام وإعادة توطينها في الفضاءات الخاصة بالمؤمنين بها، وببنية دينية شديدة التنوع والبلقنة بفعل مسارات الهجرة. يعالج النص مختلف أشكال النقاش والحجاج التي رافقت إعادة التفكير في هذه العلاقة، كما يتناول، عطفًا على هذا، بالدراسة والتحليل بعض الإشكالات التي يطرحها التصور الإيجابي لمسألة عودة الديني على مستوى تدبير الصحي في هذه المجتمعات. لإنجاز هذا الأمر، تتبنى الدراسة مقاربة بينمناهجية، تدمج أطرا نظرية ومنهجية تنتهي لحقول معرفية متنوعة ضمن دائرة العلوم الاجتماعية والإنسانية (تاريخ وسوسولوجيا الدين والصحة، علوم الأديان...).

الكلمات المفتاحية: صحة، دين، علمانية، اتصال، انفصال

#### Abstract:

This paper deals with the issue of managing the relationship between religion and health in communication contexts and channels, and the tendencies of separation and reintegration in contemporary societies, characterized, among other things, by an evolving process

of secularization. This process aims at removing religions from the public space and reinstalling them in the private spaces of their believers. It also seeks to establish widely diversified and balkanized religious landscapes as a result of migratory routes. In addition, the paper evokes various discussions and debates on rethinking this relationship. It also intends to study and analyze some issues arising from the positive perception of the religious return to the level of health management in these societies. To do this, the research adopts an interdisciplinary approach, integrating theoretical and methodological frameworks from various social and human sciences (history and sociology of religions and health, sciences of religions, etc.).

**Keywords:** religion, health, secularization, connection, detachment.

مقدمة:

تضرب العلاقة المتداخلة بين الصحة والدين بجذورها في أعماق التاريخ الإنساني، إذ لم يتم التوجه نحو الفصل بين المجالين إلا في لحظات متأخرة من هذا التاريخ، حين تطورت أنظمة التداوي الحديثة ارتباطاً بتطور المعرفة العلمية حول الإنسان في بعده الجسدي والنفسي. لقد أسندت الأديان إلى مؤسساتها ورجالها على امتداد تاريخ البشرية الطويل مهمة تقديم المساعدة لمن يعانون، وهو ما موضع الصحة في عمق مجالات اهتمام واشتغال هذه الأديان إلى أن تطور الطب والحديث وتعلمنت ممارسته لتندسج شيئاً فشيئاً من تأثير وتحكم المؤسسات الدينية وإن بدرجات متفاوتة (Harold, 2012).

تعيد سيرورة طرح أسئلة النهايات في الأزمنة الحديثة والتي يتموقع في عمقها سؤال نهاية الديني ونبوءة انسحابه النهائي من المجتمعات البشرية لصالح المعرفة الوضعية، تعيد ارتباطاً بموضوع بحثنا هذا، طرح سؤال نهاية العلاقة بين الصحي والديني وانسحاب الدين من مجال الممارسة الصحية. وهو السؤال الذي يستمد شرعيته نظرياً من عودة الاهتمام العلمي بالبرهنة على أدوار إيجابية ممكنة للدين على مستوى الصحة البدنية والنفسية للأفراد (مفهوم ال religious coping)، ومادياً، من عودة الدين إلى مستشفيات المجتمعات الغربية الأكثر علمنة، من بوابة التنشيط والمراقبة الروحيين بالإضافة إلى النقاشات المتصاعدة حول حق الأفراد في خدمات دينية تراعي معتقداتهم الدينية وما يرتبط بها من طقوس وممارسات. اليوم وبحسب اختلاف البلدان والثقافات والأديان، ودرجة العلمنة ومجالاتها، فقد

يتعارض الطب مع الدين، وقد يتوازى معه كما قد يتكاملان معا. ومع ذلك، فالعلاقة بين المجالين، صدامية كانت أو تصالحية، فهي لانزال تطرح اشكالات كثيرة أمام الباحثين المهتمين بالموضوع.

يتعرض هذا النص لإشكالية تدبير العلاقة بين الصحي والديني ما بين سيرورات الاتصال ونزوعات الانفصال والعودة، مستحضرا مختلف أشكال النقاش والحجاج التي رافقت إعادة التفكير في هذه العلاقة في المجتمعات المعاصرة، التي تتميز من ضمن ما تتميز به بسيرورة علمنة شديدة تستهدف إخراج الأديان من الفضاء العام وإعادة توطيئها في الفضاءات الخاصة بالمؤمنين بها، وببنية دينية شديدة التنوع والبلقنة بفعل مسارات الهجرة. وعطفا على هذا، يتناول النص بالدراسة والتحليل مختلف الإشكالات التي يطرحها كل تصور إيجابي لمسألة عودة الديني على مستوى تدبير الصحي في هذه المجتمعات. ويتبنى النص من أجل تحقيق هذه الأهداف مقاربة بينمناهجية، تدمج أطرا نظرية ومنهجية تنتهي لحقول معرفية متنوعة ضمن دائرة العلوم الاجتماعية والإنسانية (تاريخ وسوسولوجيا الدين والصحة، علوم الأديان...).

## 1. مسارات الذهاب والعودة

### 1.1. في سيرورات الاتصال:

يختزل مفهوم Therapneuma في اللغة اليونانية القديمة، كل شيء مرتبط بالصحة والمرض، في سياق ديني عام. إذ يجسد هذا المفهوم في نفس الوقت معاني "عبادة الآلهة" (culte des divinité) و"العناية بالجسد" (soins du corps)، بالإضافة إلى "الاحترام والتقدير" (marque d'égard). أما المعالج الذي يعبر عنه ب Therapeutès، فهو لفظ يغطي في نفس الآن من يعتني ( celui qui prend soin) ومن يتكلف بخدمة المزار (préposé à un sanctuaire) الذي يتردد عليه المؤمنون طلبا للشفاء بل والمسؤول عن سلامة وسلام جسد حجاج المزار (soucieux du corps). وقد أسندت مهمة التطبيب وعلاج الأجساد والأرواح بشكل عام إلى أسكليبيوس (Asclépios)، إله الطب الذي سيحمل اسم أسكولاببوس (Asclépios) لدى الرومان فيما بعد (Dericquebourg, 1998). هذا، وقد ورثت الأديان الأكثر انتشارا في العصر الحديث من الزمن الوثني هذا الاهتمام بالصحة والمرض باعتبارهما موضوعا ومجالا للتواصل السلبي (العذاب/العقاب) أو الإيجابي (الثواب/الخلاص) ما بين عالم البشر وعالم الآلهة (Olster, 1994).

عبر تاريخها الطويل، بدت المسيحية دوما معنية بالمرض والمرضى منذ زمن المسيح الذي أعاد النظر للعميان، والصحة والسلامة للمرضى والمعوقين والمشوهين، بل إنه قد أحيا الموتى بالمعنى المادي

للكلمة كما تشهد على ذلك سرديات هذا الدين. وتقدم الأناجيل المسيحية صورة بالغة الاحترام للطب والأطباء، إذ نقرأ في سفر يشوع بن سيراخ (38: 1-8):

أعطِ الطبيب كرامته لأجل فوائده، فإن الرب خلقه. لأن الطب آتٍ من عند العلي، وقد أفرغت عليه جوائز الملوك. علم الطبيب يُعَلِّي رأسه، فيُعَجِّب به عند العظماء. الرب خلق الأدوية من الأرض، والرجل القطن لا يكرهها. أليس يعود تحول الماء عذبًا حتى تعرف قوته. إن العلي ألهم الناس العلم لكي يُمَجِّد في عجائبه. بتلك يشفي ويزيل الأوجاع، ومنها يصنع العطار أمزجة وصنعتة لا نهاية لها. فيحل السلام من الرب على وجه الأرض (38: 1-8).

عبر التاريخ المسيحي، شكلت الخدمات الصحية الأداة الأكثر فعالية في يد المبعوثين المسيحيين في مهماتهم التبشيرية في مختلف مناطق العالم. فأى خدمة يقدمها المبشر باسم الرب أفضل من تخفيف آلام المرضى ومنحهم هبة الصحة الإلهية من جديد بما يكرس الفكرة الأساس التي طالما أسست لهيمنة الديني على الصحي والمتمثلة في المنع الإلهي للمرض وللشفاء. وهو ما قد يتحقق عبر اشتراط تدخل عناصر تتصف بالقداسة (دعوات، صلوات، طقوس، تمانم، مياه وأغذية مباركة...) لكي تقوم بمهمة الربط الصعبة بين عالمي الأرض والسماء. في هذا السياق، ظهرت طرق الحج الصعبة إلى الأماكن المقدسة باعتبارها سبيلا نحو طلب الشفاء ونيله، والذي يفترض بالضرورة إيمانا مسبقا بالأصل الماورائي للبلاد والمنع الإلهي للشفاء. كما غصت الكنائس الكبرى وأمكنة الحج بتماثيل ولوحات تؤرخ للحوادث الشهيرة للشفاء المقدس في تاريخ المسيحية، ناهيك عن شواهد الشفاء التي تركها وراءهم من أتوا مرضى ومعوقين فمضوا بفعل البركة الإلهية أصحاب (عصي، كراسي...). إضافة لهذا، فقد يتحقق الشفاء ببساطة أكثر عبر المرور من بوابة الطب في شكله الأكثر ارتباطا بالعلمية والتقنية التي اهتمت بها الكنيسة أيضا. ذلك أن المسيحية قد انشغلت أيضا بتأسيس المستشفيات بقدر انشغالها بتأسيس الكنائس، واشتغل رجالها ونساؤها بالطب والتمريض<sup>1</sup> بقدر اشتغالهم باللاهوت ودراسة وتدريس الدين وتدبير شؤون المؤمنين وإرشادهم إلى طريق الخلاص (Battaglini, 2005).

<sup>1</sup> في ولاية كيبيك الكندية مثلا ظل قطاع الطب خاضعا بشكل كامل لتدبير المؤسسات الدينية حتى الستينيات حيث وصل مسار العلمنة الذي اجتاحت الولاية إلى قطاع الصحة وتم تعويض الكادر الطبي الديني بكادر طبي معلم كما تولت الدولة تدبير قطاع الصحة بشكل كامل. راجع بهذا الخصوص: Battaglini, A. (2005). « Religion, santé et intervention », In Lefebvre, S. (Edit), La religion dans la sphère publique, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

وقد تفاعلت الوظائف العلاجية للكنيسة مع شروط ميلاد وتطور هذه الأخيرة لتصل ذروتها في الكنائس الإفريقية المستقلة، والتي أنتجت من داخلها معالجين روحيين من أعضاء الكنائس أو البعثات الدينية يعالجون مرضاهم من المؤمنين عن طريق لمس أجسادهم وتلاوة الصلوات على مواطن الداء والألم لديهم وتموينهم بمختلف الأغذية والمياه التي تمت مباركتها من قبل رجال الدين المشهود لهم بالكرامات والبركة. وتدمج شخصية هؤلاء المعالجين الروحيين البعد الاستشفائي الديني المهيمن في المسيحية مع البعد الاستشفائي السحري المهيمن في الثقافة والمعتقدات الإفريقية، إذ كان أول هؤلاء في نسخهم الأولى سحرة تحولوا إلى المسيحية وأصبحوا يقومون بمهمة الربط الصعبة بين أرواح المرضى والرب المسيحي، فيما كانوا قبل ذلك يربطون أرواح المرضى بألهة الديانات الشعبية وأرواح الأسلاف (Dericquebourg, 1998).

فيما يتعلق بالديانة اليهودية، فإن سمتها التشريعية الصارمة، والتي جعلتها تنحو نحو الاهتمام بكل التفاصيل في كل الأمور وإنتاج قوانين دينية بشأنها، هذه السمة قد أوجدت تشريعات كثيرة مرتبطة بالصحة وتمثلها وسيل تدبير إشكالاتها، وهي التشريعات التي تلتقي في مجملها على مستوى قاعدة توحيدها مع أغلب الأديان الأخرى والتي تتعلق باعتبار المرض ابتلاء من الإله والشفاء هبة منه. ففي سفر الخروج يقول الرب مخاطبا موسى: "إِنْ كُنْتُ تَسْمَعُ لَصَوْتِ الرَّبِّ إِلَهِي، وَتَصْنَعُ الْحَقَّ فِي عَيْنَيْهِ، وَتَصْغِي إِلَى وَصَايَاهُ وَتَحْفَظُ جَمِيعَ فَرَائِضِهِ، فَمَرَضًا مَا مِمَّا وَضَعْتُهُ عَلَى الْمُصْرِيِّينَ لَأَضْعُ عَلَيْكَ. فَإِنِّي أَنَا الرَّبُّ شَافِيكَ" (سفر الخروج، 15-26). هذا، وقد أسهمت حالة الشتات التي عاشها اليهود وتجمعهم على شكل أقليات كثيرا ما تعرضت للاضطهاد، في إنتاج تاريخ طويل من تدبير العلاقة بالألم في الثقافة والمعرفة اليهوديتين (Lorin, 2019). هذا التاريخ الخاص هو ما سيدفع بالإشكالات والتفاصيل المرتبطة بالصحة إلى واجهة اليوم اليهودي في كل تفاصيله (Phaneuf, 2016). ارتباطا بهذا الأمر أيضا، فإن حرمان اليهود باعتبارهم أقلية غريبة في أغلب البلدان من امتلاك الأرض، سيدفع بهم إلى عدم التخصص في الزراعة، فكان أن توجهوا للاستقرار في المدن وممارسة مهن ذات وجهة اجتماعية نجد على رأسها الطب، وهو الأمر الذي استمر عبر التاريخ اليهودي إلى اليوم وضمن لليهود، في أغلب لمجتمعات حيث يعيشون، حضورا مميزا على مستوى هذه المهنة، بما يعنيه ذلك من تصنيف اجتماعي مميز.

في تجسيد فكاهي لهذه الملاحظة، يصرخ الفكاهي الفرنسي بيار ديبروج (Pierre deproges) في سكييتش ساخر يثير فيه مسألة هيمنة اليهود في فرنسا على قطاع الصحة " لماذا جميع الأطباء يهود؟... كل الصيادلة يهود؟... لماذا الجميع يهود؟...". فيما يستهل عالم النفس الفرنسي اليهودي فابريس لوران (Fabrice Lorain) الإجابة على سؤال الفكاهي ديبروج في مقالة تحمل عنوانا يربطها بموضوع السكييتش "لماذا الكثير من الأطباء يهود؟"، يستهلها بقصة معبرة عن التفوق العددي اليهودي في ممارسة

الطب بالمجتمعات الحديثة، ومفادها أنه في سنة 1945، سيصرح المنظر النازي ألفريد روزنبورغ (Alfred rosenberg) الذي سيتم إعدامه لاحقا بتهمة ارتكاب جرائم ضد الإنسانية للمحققين، محاولا تبرير تصفية عدد كبير من اليهود الألمان، بما يلي: "لم تكن لدينا النية لقتل أحد في البداية...لقد أردنا فقط أن نسحب من اليهود وضعهم المهيمن داخل المجتمع...هذا كل شيء، عوض أن يكون 90% من أطباء برلين يهودا، فقد أردنا تخفيض هذا الرقم إلى 30% فقط" (Lorin, 2016). على أن تطور الطب الحديث لدى ممثلي الجاليات اليهودية لم يبلغ لديهم أبدا، شأنهم في ذلك شأن الأديان الأخرى، لجوء المرضى للمعالجين الدينيين طلبا للشفاء وتجسيديا لمقولة الأصل الإلهي للداء والدواء.

بدورها تتبنى الديانة الإسلامية بشكل عام مقولة الأصل الإلهي للداء والدواء بما يضع إشكاليتي الصحة والمرض وكل ما يحيط بهما في عمق التجربة الدينية وفي امتداداتها السلوكية والتعبيرية أيضا. هكذا، يتعاطى المسلمون استنادا إلى نصوص دينهم مع هذه الإشكالات في إطار واسع يتناول الفرد المؤمن ضمن محيطه الذي تندمج ضمنه مختلف العناصر الروحية والنفسية بالعناصر الاجتماعية والفيزيولوجية، وذلك في شكل يبدو أقرب إلى مقارنة هوليسينية عامة (Ad-Dab'bagh, 2001). وتحضر مقولة الأصل الإلهي للداء والدواء بشدة في نصوص الإسلام، إذ تنسب مراجع محترمة في الحديث إلى نبي هذا الدين عدة أحاديث في هذا الشأن من قبيل قوله في حديث أورده النسائي وابن ماجه والحاكم: "إن الله لم ينزل داء إلا أنزل له شفاء"، ثم في حديث أورده مسلم: "لكل داء دواء علمه من علم، وجهله من جهل، فإذا أصاب الداء الداء برأ المريض بإذن الله". لكن وعلى غرار الأديان الأخرى، فقد أدت طبيعة البناء الداخلي للإسلام والتفاصيل التاريخية التي أحاطت به إلى إنتاج تصورات قد تلتقي في بعض أجزائها مع بعض الخطوط العريضة للديانات التوحيدية الأخرى، بقدر ما قد تنتج طبيعتها الخاصة بها والتي تميزها عن غيرها ونخص بالذكر الديانة المسيحية.

هكذا، وعلى عكس المسيح الذي كان يشفي المرضى بل ويحيي الموتى، نجد نبي الإسلام يمرض كغيره من الأشخاص فيسارع المحيطون به لاستدعاء الطبيب بناء على طلبه. فقد ورد في مستدرک الحاكم أن هذا النبي، في الفترة الأخيرة من عمره، قد "كثرت أسقامه، وكان يقدم عليه أطباء العرب والعجم". بل وتذكر كتب الحديث والسيرة أنه كان يشير على المرضى ممن يرجون علاجه لهم أن يلجؤوا إلى الأطباء الذين يتقنون هذا الأمر ويتخصصون فيه. هكذا ورد في صحيح مسلم عن أحد الصحابة يشار إليه باسم "سعد": مرضت فأتاني رسول الله صلى الله عليه وسلم يعودني فوضع يده بين ثديي حتى وجدت بردها على

فؤادي وقال: إنك رجل مفنود، فأت الحارث بن كلدة من ثقيف فإنه رجل يتطبّب<sup>2</sup>. على أن هذا التوجه، وعلى الرغم من قوة حضوره في السردية الإسلامية، فإنه لم يمنع تطور تيار آخر على امتداد تاريخ هذا الدين يبشر بطب نبوي قد يمزج بين الخبرة والمعرفة المادية من جهة والكرامات والمعجزات الروحية من جهة أخرى. فقد أورد البخاري في صحيحه عن عائشة أن النبي " كان إذا أتى مريضاً أو أتى به إليه قال: أذهب الباس، رب الناس، اشف وأنت الشافي، لا شفاء إلا شفاؤك، شفاء لا يغادر سقماً". كما روى الترمذي حديثاً يبشر بإمكانية الشفاء عن طريق التداوي الديني فحسب: "ما من عبدٍ مسلم يعودُ مريضاً لم يحضر أجله فيقول سبع مرات: أسأل الله العظيم، رب العرش العظيم أن يشفيك؛ إلا عُوفي". وقد تطور هذا التيار إلى درجة أن عددا من علماء الإسلام سيكتبون في سياقات تاريخية وثقافية مختلفة ومتنوعة كتباً تحمل عنوان "الطب النبوي" نذكر من بينهم ابن القيم الجوزية وجلال الدين السيوطي.

أدت هذه الرؤية المزدوجة للتعاطي مع إشكالية الصحة في الإسلام إلى ازدهار التوجهين معا. هكذا نجد المستشرقة الألمانية زيغريد هونكه (Sigrid Hunke) تخصص فصلين من الجزء الرابع<sup>3</sup> من كتابها الشهير شمس الله تشرق على الغرب، فضل العرب على أوروبا (1968) لتقديم نماذج من تميز التاريخ الإسلامي في العصر الوسيط على مستوى إنشاء وتديبير المستشفيات بمعايير أقرب منها إلى العلمية من التداوي التقليدي الذي كان مهيمنا على أوروبا المسيحية في هذه الفترة (Hunke, 1968). كما أنه وعلى الرغم من عدم وجود كنيسة مهيكلية على غرار المسيحية في الإسلام، فإن عددا كبيرا من علماء الدين واللاهوت والفلاسفة المسلمين كانوا أطباء (كالرازي، وابن سينا، وابن رشد...)، وتركوا مراجع مهمة في الطب. بالموازاة مع ذلك، فقد حافظ الإسلام الشعبي إلى حدود اليوم على اهتمامه بالتداوي التقليدي المعتمد على المداوين الشعبيين من الرقاة والمعالجين وأغلبهم من حفظة القرآن، بل وممتهني الإمامة في المساجد. وهي ممارسات وإن كانت تبدأ بتلاوة القرآن والأدعية فإنها قد تمتد إلى التطلع لاستخدام السحر والسيطرة على الشياطين في العوالم اللامرئية (Ragab, 2016).

على مستوى آخر، تقترح التقاليد الدينية الآسيوية، البوذية والهندوسية أساسا، مواجهة المعاناة والمرض عبر تطوير تمارين وأشكال عيش وغذاء تؤهل الجسد والروح للتعاطي الإيجابي معها. فيما

2 هذا التمثل للصحة والمرض ينسجم مع تمثل أشمل يختص به الإسلام من بين الأديان التوحيدية الأخرى تكاد تندثر فيه المعجزة المصاحبة للنبي مقارنة بصورة الأنبياء في المسيحية واليهودية ويتم فيه التشديد على الصفة البشرية الصرفة للنبي إذ ورد في القرآن " وَمَا مُحَمَّدٌ إِلَّا رَسُولٌ قَدْ خَلَتْ مِنْ قَبْلِهِ الرُّسُلُ ۚ أَفَإِنْ مَاتَ أَوْ قُتِلَ انْقَلَبْتُمْ عَلَىٰ أَعْقَابِكُمْ... (سورة آل عمران، الآية 144).

3 يحمل الفصلين عنوانين مثيرين: "مستشفيات مثالية وأطباء لم ير العالم لهم مثيلاً" ثم "أحد أعظم أطباء الإنسانية إطلاقاً" (تفصد الرازي).

تطورت في مختلف التقاليد الدينية الأكثر أو الأقل مأسسة أشكال تداو تقليدية يذهب بموجب بعضها المعالجون الروحيون بعد وصولهم إلى النشوة عبر وسائل مختلفة، إلى الجحيم لانزعاج أرواح المرضى من القوى الشريرة والشياطين، ثم العودة بها لإعادة دمجها في المرضى بغرض علاجهم. وهي فكرة تقوم على اعتبار المرض خسارة للروح لفائدة قوى الشر والشياطين، وتعزز كما هو الشأن بالنسبة لأغلب الديانات الأخرى مقولة الأصل الماورائي للبلاء وللعلاج، فيضطلع الشامان معززا بإيمان واعتقاد المرضى في قدرته وبركته بمهمة الاتصال بما هو خارق للطبيعة في سبيل شفاء الأجساد والنفوس (Dericquebourg, 1998).

## 1.2. في نزوعات الانفصال:

في لحظة ما من لحظات التاريخ الغربي بالأساس، بدا وكأن الدين ينفصل عن كل شيء، ولم تكن الصحة لتشكل الاستثناء في هذا الإطار. لقد بدا أن الطب قد انتصر على الدين كما انتصر العلم على كل مظاهر وتعبيرات الميتافيزيقا في تصور مفكري الأنوار الذين تنفصل لديهم الأزمنة الحديثة التي يخترقها العلم عن النظام القديم الذي تهيم عليه المعتقدات المرتبطة بكل ما يعتبرونه مظاهر للظلامية والجمود التي انتهى زمنها بحسبهم. في هذا السياق، أظهرت الكتابات التاريخية المهمة بالصحة والطب إلى الواجهة، الصورة البطولية للطبيب الذي يحارب متسلحا بالعلم كل أشكال التخلف والتحجر التي كرسها وجسدها رجال الدين (Faure, 2013). غير أن هذه الرؤية التعميمية للدور التاريخي الذي لعبه رجال الدين في مؤسساتهم في مجال الصحة والمشوبة بالقطعية في تصور العلاقة بين الصحة والدين في عالم اليوم، لم تكن لتصمد طويلا كما لم تصمد أطروحات نهاية الدين وانسحابه إلى غير رجعة من المجتمعات الغربية أمام قوة وضغط الواقع الوضعي (Gauchet, 1998, Roy, 2008, 2019). إذ سرعان ما عادت إلى الكتابات التاريخية موجة من إعادة الاعتبار للدور الإيجابي الذي لعبه رجال ونساء الدين المسيحيين بالأساس في مجال الصحة، وهي كتابات تستمد شرعيتها من كون عدد كبير من هؤلاء كانوا يحاربون على جبهة الصحة ليس بردائهم الإكليريكي فحسب بل بكونهم أطباء وممرضين بالمعنى العلمي والتقني للكلمة. ولعل من أهم هذه المساهمات مقالة المؤرخ جاك ليونارد (Jacques Leonard) حول نساء الدين المسيحي ممن مارسن التمريض والتطبيب في فرنسا القرن التاسع عشر، فكن في خدمة من يعاونون بغض النظر عن مكان وجودهم ما بين المستشفيات وأماكن العزل ودور الأيتام ومختلف أماكن الرعاية بالمدن الكبرى كما في القرى النائية (Léonard, 1977). غير أن هذه الرؤية التي تتوخى مراجعة فكرة القطعية بين الطب ومن خلاله الإشكالات العامة للصحة من جهة والدين من جهة أخرى انسجاما مع إرث الأنوار، هذه الرؤية لم تكن مسلطة على قراءة الماضي من وجهة نظر تاريخية تصحيحية فحسب، بل وجدت لها

مكانا متميزا في إشكالات الحاضر أيضا. في هذا السياق، بدأ الدين يتلمس طريق العودة إلى المشافي، لكن تحت وصاية العلم هذه المرة.

تتأسس هذه العودة على فكرة مفادها أنه إذا كان ثمة مجال للاعتراف بدور إيجابي قد يكون لعبه الدين ورجاله في تخفيف آلام المصابين والمكلمين والحزاني والمرضى عبر التاريخ الإنساني، فما الذي يمنع من إعادة الاشتغال على هذا الدور واستعادته من زاوية علمية خالصة هذه المرة؟ ضمن هذه السؤال سيولد مفهوم ال coping في اللغة الإنجليزية والذي تعبر عنه اللغة الفرنسية بمفهوم ال faire face أي مواجهة الضغوطات ومختلف أشكال القلق والصراعات الداخلية والخارجية بواسطة استراتيجيات تكيف (stratégies d'adaptation) أو توافق (ajustement) أو سيرورات ضبط (processus de maîtrise). هذه الاستراتيجيات والسيرورات من شأنها، بحسب مفهوم ال coping، أن تنتج عوامل حماية إزاء المشاعر السلبية المتولدة عن التعرض للشدائد (الاكتئاب وإمكانية النزوع للانتحار...) (Catteau, V et Chabrol, H, 2005). وحين يحمل مفهوم ال coping هذا توصيفا دينيا ضمن مفهوم ال (religious coping)، فإنه يصبح معبرا عن التأثير الإيجابي أو السلبي الذي يمكن أن يمارسه الدين إزاء الحالات التي توجد في وضعيات صحية صعبة سواء من الناحية الجسدية أو النفسية (Huguelet, 2012).

غير أن نقل هذه الإشكالية إلى مجال التداول العلمي الحديث لم يسفر عن تشكل أجوبة قارة ونهائية بقدر ما أدى إلى نشوب خلافات عميقة عن طبيعة الأدوار المقصودة والمرصودة. ففي مقابل سليلي رؤية الأنوار الباردة والجازمة بهذا الخصوص، ممن لا يرون في الدين إلا مجالا للشر والتخلف عن ركب التاريخ العلمي الحديث، ولا يرون في حضوره في حياة الجماعات والأفراد إلا شرا مطلقا تعززه وقائع تاريخ المؤسسات الدينية وفضائنها الموثقة على حد وصفهم، نجد من بين الباحثين، حتى المعلمين، منهم من يجد في الدين غنى نفسيا ووجوديا قد ينعكس استحضاره بشكل إيجابي على الصحة النفسية والجسدية للأفراد والجماعات البشرية (Guilfoyle, 2012). من جهة أخرى، فقد تزامنت عودة الدين لفضاءات الاستشفاء في المجتمعات الأكثر علمنة مع تعاظم النقاشات حول حدود الأدوار التي من الممكن أن يلعبها والمساحات التي قد يحتلها هذا الأخير في الفضاءات العامة للمجتمعات المعلمنة، بالإضافة إلى أضمن السبل لتدبير حالات التعددية الدينية الكبيرة التي أضحت تميز هذه المجتمعات (Taylor, 1994 ; Habermas, 2008).

2. عودة التعويذة تحت وصاية المبضع

## 1.2 جدل العودة:

كما سبقت الإشارة لذلك أعلاه، فإن نقل إشكالية عودة الدين لمجال الصحة إلى نطاق التداول العلمي الحديث لم يسفر عن تشكل أجوبة قارة ونهائية بقدر ما أدى إلى نشوب خلافات عميقة عن طبيعة الأدوار المقصودة والمرصودة، وانقسام المتدخلين في النقاش ما بين متشائمين ومتفائلين إزاء هذه العودة. يسوق خندق المتشائمين مجموعة من أشكال الحجاج التي تروم تفنيد كل إمكانية لتمثل وتصور دور إيجابي ممكن للدين على مستوى الصحة النفسية والبدنية للأفراد والجماعات البشرية. هكذا يسجل هؤلاء أن الأديان، بفعل بنيتها الإللاقية، تتحول بالضرورة إلى منبع للكراهية والعنف والأحكام السلبية إزاء الذات والآخر بما يعزز إنتاج التجارب والتعبيرات المؤلمة التي تنعكس سلبا على الصحة النفسية والجسدية لأنها المؤمنة من جهة وللآخر، الكافر أو المارق، من جهة أخرى. بل حتى وإن كانت أغلب الأديان ينتهي بها المطاف لخلق طائفة قد تفيد الفرد في الخروج من عزلته وتضمن له إمكانية الحصول على الدعم والعون من بقية أفراد الطائفة<sup>4</sup>، فإن العلاقات الاجتماعية المكثفة التي يفرضها الانتماء للطائفة قد تصبح هي نفسها مصدرا للقلق والضغط النفسيين؛ وذلك لأنها تأتي محملة بلائحة من الضوابط التي يلزم التقيد بها كشرط مسبق للقبول في الجماعة المؤمنة (Williams and Sternthal 2007). تبعا لهذا، يرى أصحاب هذا التوجه أن الديانات في مجملها تعزز لدى الأفراد المنتمين إليها إحساسا عميقا بالذنب سرعان ما يتحول إلى إحساس بالقلق والضغط النفسيين، وهو إحساس يتشكل لديهم انطلاقا من عدم قدرتهم على التحلي المطلق بتعاليم دينهم والصمود في وجه غرائزهم ورغباتهم التي تميل أديانهم إلى قمعها. كما أن عدم انصياع الأفراد لدنبر التحملات الخاص بجماعاتهم الدينية، كثيرا ما يشكل مبررا لعزلهم ماديا ونفسيا وتوقيع شتى أشكال العقاب عليهم بما ينعكس سلبا على صحتهم النفسية والبدنية، بل وقد يصل الأمر في حالات كثيرة إلى تصفيتهم جسديا (حالات قتل من يصنفون مهترقين أو مرتدين، أو حتى من يأتون بأعمال وبسلوكات لا ترتضيها الجماعة المؤمنة كالسحرة والمثليين الجنسيين ...) (نفس المرجع).

هذا، ويعزز معارضو إمكانية الاستثمار الإيجابي للدين في مجال الصحة حجاجهم بمراجع تاريخية وأثروبولوجية توثق لبعض أشكال العلاج القاسية ذات النتائج السيئة للغاية على الحياة النفسية والجسدية لمن تعرضوا لها والتي كانت تتبناها وتروج لها في صفوف أتباعها وتمارسها المؤسسات الدينية عبر نساءها ورجالها (Chaouky, 2019). خطورة هذه الممارسات لا تتجلى فقط، في تصور هؤلاء، في أثرها

<sup>4</sup> على المستوى السوسولوجي العام، يمكن إيجاد علاقة بين هذا التصور و أفكار دوركهايم حول دور الدين في تعزيز التضامن و الاجتماعي و التأثير الإيجابي للانتماء لبعض الطوائف الدينية ذات البناءات الجماعية المكثفة كالكاثوليكية في تقليل نسب نزوح الأفراد نحو الانحمار بفعل الدعم الاجتماعي و النفسي الذي يحققه لهم الانتماء لهذه الجماعات.

السلبى على من تمارس عليه، بل في كونها تحجب، حين يروج لها من قبل المؤسسات الدينية وتمارس من قبل رجال الدين، البدائل الطبية والعلمية التي تقدم خدمات صحية أكثر ضمانا، لكنها لا تكاد ترى أو تسمع أمام تغول أجهزة التأثير الدينية بكل أشكالها. ولم يتوقف حجاج ممثلي هذا الاتجاه على مستوى الصحة النفسية، والتي قدموا حججا كثيرة تدعم فكرتهم حول كون هذه الصحة تصبح مهددة بفعل القلق والضغط اللذان يمارسان على الأفراد من قبل رجال الدين ومؤسساته، بل إن بعض الدراسات حاولت البحث في إمكانية وجود علاقة بين زيادة الوزن لدى بعض الأشخاص من المتدينين وارتفاع منسوب ممارستهم الدينية ضمن انتماءات وطوائف معينة (Williams and Sternthal, 2007).

بالمقابل، وعلى الرغم من كون المجال الطبي الحديث وظروف التكون فيه وممارسته تجعله أقرب إلى العلمنة والتفكير العلمي الخالص؛ فإن أثر مفهوم الـ *religieux coping* كثيرا ما يحضر بشكل بالغ الإيجابية في الدراسات الحديثة التي تناولته. ومن ثمة، بالنسبة لعدد مهم من أصحاب هذه الدراسات الذين يشكلون خندق المتفائلين في خضم النقاش المذكور، فإن للدين تأثيرا إيجابيا كبيرا على الوضع النفسي للأفراد بما يحفزهم على إنتاج استراتيجيات تعامل إيجابية مع الحالات والسيئات الصعبة مادية كانت أو نفسية (Panagiota, Rasem, 2014). ويستند أنصار هذا الاتجاه، وهم كثر، إلى كون أشكال الدمج الاجتماعي القوية التي تخلقها الأديان من شأنها أن تخفف من أشكال الصراع بين الأفراد في سياق جماعاتهم بما يؤدي إلى تخفيف الشروط المنتجة لكل أشكال الضغط والقلق النفسيين<sup>5</sup> وقد انتشرت في العقود الأخيرة الدراسات المؤكدة لوجود علاقة بين الأديان والروحانيات من جهة، والصحة النفسية والجسدية من جهة أخرى (Astrow, Puchalski, Sulmasy, 2001)، إذ يشير عمل توثيقي وتحليلي لمجموعة من هذه الدراسات المعبرة عن هذا التوجه إلى أن 80% منها قد أكدت على وجود علاقة إيجابية بين الالتزام الديني والحالة الصحية للفرد، وذلك فيما لم تتجاوز الدراسات التي توصلت إلى علاقة سلبية في هذا الإطار نسبة 5% بينما أفرزت 15% من هذه الدراسات علاقة محايدة (Craigie, Liu, Larson, Lyons, 1988).

في الاتجاه نفسه، توصلت دراسة أخرى انصبت على تحليل متن مكون من دراسات أنجزت بالجامعات الأمريكية حول العلاقة بين الممارسة الدينية والصحة العقلية إلى أن 83% من هذه الدراسات أقرت بإيجابية هذه العلاقة، فيما انحصرت نسبة الدراسات التي أقرت علاقة سلبية بهذا الخصوص في 3.0% بينما أفرزت 14% من هذه الدراسات علاقة محايدة (Larson, Greenwold-Milano, 1995).

<sup>5</sup> مرة أخرى، تجد أفكار هذا الاتجاه ترجمة لها في أعمال إيميل دوركهيم والذي فسر في كتابه الشهير *الانتحار* ارتفاع نسبة المنتحرين البروتستانت مقارنة بالكاثوليك في أشكال الدمج القوية التي ينتهجها المذهب الكاثوليكي إزاء مؤمنيه، في مقابل طابع الفردنة الذي يميز المذهب البروتستانتي.

وسجلت دراسة أخرى أن هناك رابطا إيجابيا قويا بين التدين وممارسته من جهة وارتفاع أمل الحياة بعد التعرض لخطر داهم. إذ توصلت هذه الدراسة من خلال اشتغالها على 232 حالة لأشخاص خضعوا لعملية جراحية مرتبطة بالقلب أن 11 مريضا من غير الممارسين دينيا قد توفوا في الست أشهر التي تلت العملية، بينما لم يتوف أحد من 37 مريضا من المتدينين والممارسين (Oxman, Freeman, Manheimer, 1995).

مع أن حدودا كثيرة تعترض إمكانية تعميم هذه الدراسات بل وحتى الاستناد إليها، نجد في مقدمتها هشاشتها المنهجية ونزوعها للتبسيط والتغاضي عن التعقيدات المرتبطة بالتاريخ الفردية للحالات المدروسة (Guilfoyle, 2012)، فثمة توجه عام لتقديم تفسيرات علمية تعزز العلاقة الإيجابية المذكورة من قبيل أن الممارسة الدينية تلزم بالمشاركة في الطقوس الجماعية في أماكن العبادة بما يفترض قدرا معقولا من الحركة الدائمة والمنظمة التي تنعكس إيجابا على الصحة النفسية، كما أن أغلب الأديان تفرض على ملتزميها التقيد بعبادات وسلوكات تؤثر على القرارات التي يتخذها الملتزم بخصوص صحته. فالسرديات اليهودية والمسيحية مثلا تعتبر الجسد بمثابة "هيكل الروح القدس"، وتشدّد على مسؤولية المؤمنين في حماية أجسادهم (Harold, 2012). كما أن تحريم استهلاك كل أشكال المخدرات والكحول في بعض الأديان كالإسلام مثلا، يقطع الطريق على الأمراض الناتجة عن هذا الاستهلاك (Jarvis, Herbert, Northcott, 1987) فيما يقلل تشديد بعض هذه الديانات على مراقبة وتنظيم الممارسة الجنسية بشكل صارم من خطر التعرض للأمراض المنقولة جنسيا (Interarts, 2010).

اتخذ هذا الاعتراف بدور إيجابي ممكن للاعتقاد والالتزام الدينيين على الصحة البدنية والنفسية للأفراد والجماعات، مع الاحتفاظ بإمكانية أن يصبح هذه الدور سلبيا ما لم يتم التصرف فيه بشكل معقول، اتخذ طابعا منظما حين تبنته تنظيمات وتجمعات دولية مدنية من جهة ودينية من جهة أخرى. ففي شتنبر 2014 التأم بصندوق الأمم المتحدة للسكان عدد كبير من الزعماء الدينيين عبر العالم للتفكير في العلاقات المركبة بين أحد الأهداف الأساسية للأمم المتحدة والمتعلق بتحقيق تقدم على مستوى حقوق المرأة والصحة الإنجابية والحقوق المتعلقة بالتوالد من جهة والمعتقدات والممارسات الدينية والثقافية من جهة أخرى. وقد أسفر هذا اللقاء على نداء مهم أصدرته مجموعة الزعماء الدينيين هاته جاء فيه:

لا ينبغي لأي أم أن تموت باسمنا وهي تمتع الحياة. لا ينبغي لأي فتى، فتاة، امرأة أو رجل أن يتعرض لسوء المعاملة، للتعنيف أو القتل باسمنا. لا ينبغي لأية فتاة أن تحرم من التربية، أن تزوج أو تتعرض لسوء المعاملة باسمنا. لا ينبغي أن يمنع أمام أحد الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية باسمنا. لا ينبغي أن يمنع أي طفل أو مراهق من

الحصول على المعارف أو العلاج باسمنا. لا ينبغي أن يحرم أحد من حقوقه الإنسانية باسمنا (UNFPA, 2014).

وقد أتاح هذا التصور الإيجابي حول دور الدين، فرصة له كي يعود إلى المستشفيات ودور العلاج، وإن كان تحت رقابة العلم هذه المرة. وتجلت أهم مظاهر هذه العودة في إحداث مصالح للمرافقة الروحية للمرضى في عدد كبير من المشافي الغربية.

تنطلق خطوة إعادة الدين إلى المستشفيات هاته من فكرة أساسية مفادها أن الطب حين استبعد البنيات والعناصر الدينية من دائرة اهتماماته فإنه قد قام بنفس المناسبة باستبعاد جزء أساسي من الواقع الاجتماعي للناس والذي يتداخل بالضرورة مع وضعهم الصحي جسدياً كان أو نفسياً (Battaglini, 2005). هذا الاهتمام المتزايد بإمكانية توظيف إيجابي للدين في بعده الروحي بالأساس في الفضاءات الاستشفائية الحديثة حيث تهيمن النظرة العلمية في بعدها التقني البارد، يعيده باحثان أمريكيان هما: Astrow و Sulmasy إلى عاملين اثنين: يتعلق أولاهما بضرورة الإقرار بأن قدرة الطب الحديث على تخفيف المعاناة البشرية لازالت محدودة بالرغم من حجم النجاحات المحققة، إضافة إلى أن الطابع البارد للممارسة الطبية يجعل المرضى يتحولون في سياق الممارسات المرتبطة بهذا الطب إلى مجرد موضوعات للدراسة والبحث. فيما يستند العامل الثاني إلى التراكم الكمي والكيفي الذي تحقق على مستوى التحقق من التأثير الإيجابي للممارسة الدينية والروحية على مستوى الصحة (Astrow, Puchalski, Sulmasy, 2001)، بل والحاجة المتنامية لإعادة الدين في بعده الروحي على وجه التحديد إلى المؤسسات الصحية فيما أضحي يعرف بالمرافقة الروحية للمرضى (accompagnement spirituelle) أو التنشيط الروحي (animation spirituelle)<sup>6</sup>، غير أن هذه العودة لا تخلو من إشكالات.

## 2.2 إشكالات العودة:

تقدم مختلف الأديان، كل بطريقته الخاصة، معنى وتفسيراً للحياة، للمعاناة وللموت إضافة إلى إطار أخلاقي لتدبير الحياة في مختلف مستوياتها (الفردية، العائلية والمجتمعية). هذه المعاني قد تشكل ضالة البشر خلال الأزمات الحادة التي قد يمروا بها، وفي مقدمتها الأزمات المرتبطة بالمرض والتي تطرح أمام المرضى أسئلة وجودية تتجاوز بكثير تفاصيل العلاج المادي الذي توفره إلى حد ما قطاعات الصحة الحديثة. أسئلة ترتبط بالأصل والمعنى وسبل الخلاص في بعده الروحي وليس المادي فقط (Gariépy,

<sup>6</sup> نجد اليوم بعدد كبير من جامعات الدول الغربية برامج جامعية تكوينية في التنشيط الروحي والمرافقة الروحية، غايتها تكوين المهنيين المناسبين لهذه المهام.

2005).<sup>7</sup> ارتباطا بهذه الفكرة على وجه التحديد، عاد الدين إلى فضاءات الاستشفاء الغربية من بوابة التنشيط والمرافقة الروحيين. غير أن هذه العودة تواجه، كما ذكرنا أعلاه، إشكاليات شديدة التركيب لعل أهمها هي ما يتعلق بالتعددية الدينية الكبيرة التي أضحت تميز المرضى في المشافي الغربية التي شكلت مهد التجربة بما يعنيه ذلك من تنوع الطلب بعيدا عن الإطار المسيحي-اليهودي العام الذي شكل منطلقا لها. وهو الأمر الذي أضى يفرض بأن تتبنى الأنظمة الصحية المعنية بالمرافقة الروحية مبدأ تنوع العرض على مستوى التدخل الروحي عن طريق توفير متدخلين من أديان أخرى غير المسيحية واليهودية كالإسلام والديانات الأسوية التي يتزايد حضورها في كل الفضاءات الغربية عن طريق مسارات الهجرة. على أن إشكالية تديير التعددية الدينية بالفضاءات الاستشفائية لا تنحصر في مسألة تلقي المرافقة الروحية بقدر ما أضحت تتداخل مع مختلف الخدمات التي من المفترض أن تقدمها هذه الفضاءات لمرضاها لتنتج بذلك شكلا جديد من أشكال عودة الدين إلى المشافي الغربية ومجالا خصبا للبحث، يقع في نقطة لقاء محورية ما بين سوسولوجيا الدين وسوسولوجيا الصحة بل ومباحث سوسولوجية أخرى من قبيل سوسولوجيا التنظيمات وسوسولوجيا الشغل...

كما أشرنا إلى ذلك سابقا فقد مر زمن طويل منذ استحوذ علماء وتقنيو الصحة على جانب مهم من الوظائف التي كانت منوطة برجال الدين، نقصد تلك المتعلقة بمواجهة المرض والتفاوض مع الموت (Van der Geest, 2005)، وذلك حين أخرجت المستشفيات من تحت رقابة المؤسسات الدينية الكنسية لتصبح جزءا من مؤسسات الدولة المعلمنة بدرجات متفاوتة، حتى أن الجمهورية الفرنسية الثالثة غيرت أسماء عدد كبير من المستشفيات والتي كانت تحمل أسماء رجال دين أو حتى دلالات تحيل على الدين إلى أسماء محايدة بشكل أكبر، وذلك انسجاما مع تصور هذه الجمهورية لطبيعة حضور الدين في الفضاء العام، ولطبيعة اشتغال المستشفيات باعتبارها معبدا للعمل، وسعيا وراء دفن الذاكرة الدينية لقطاع الصحة (Dufour, 2017). غير أن الأمور ليست بالبساطة التي تبدو عليها، فحتى أكثر العلمانيات تغولا لا تسحب من الأفراد حقهم وحرمتهم في الاعتقاد الديني الذي يلائمهم بل وتنتج موثائق لتأمين هذه الحريات والحقوق خصوصا المتعلقة منها بالأقليات، حماية لها من الاضطهاد والاندثار والاستبعاد الاجتماعي. ويشكل هذا الأمر مدخلا لإحدى أهم الإشكالات التي تواجهها الأنظمة العلمانية في التاريخ الحديث؛ ونقصد بذلك

<sup>7</sup> جدير بالذكر أن تدخل مصالح المرافقة الروحية يتجاوز الروحانيات المرتبطة بالأديان فقط ليقدم إجابات أكثر اتساعا تتواءم مع عالم غربي يعرب فيه كثير من الناس عن استحضارهم لروحانيات ليست مرتبطة بالضرورة بديانات مهيكلية. ولعل هذه أولى الإشكالات التي تواجه عودة الدين إلى المستشفيات من باب المرافقة الروحية إذ أن عددا من المرضى قد يرغبون في الحصول على أجوبة لأستلهم الوجودية دون المرور بالضرورة عبر قنطرة الدين بما يعطي مفهوم التدخل الروحي بالفضاءات الاستشفائية معنى أكثر اتساعا من المعاني المرتبطة بالأديان التقليدية.

مسألة التوفيق بين حق الأفراد وحرمتهم في ممارسة معتقداتهم الدينية، وبين نزوع هذه الأنظمة لضمان حياد ديني للفضاء العام ولمؤسسات الدولة، ومن ضمنها مؤسسات الصحة.

ضمن هذا الإطار تطرح إشكالات كبرى من قبيل السماح ب/أو منع حمل الرموز الدينية في الفضاءات العامة ومؤسسات الدولة أو السماح ب/منع تكييف الخدمات التي تقدمها مؤسسات الدولة للمواطنين بما يتواءم وخصوصية معتقداتهم الدينية؛ وهو الأمر الذي يخص بدرجة كبيرة في مجال الصحة. وتتجلى مظاهر هذا الأمر في الفضاءات الاستشفائية في إشكالية السماح ب/أو منع حمل الرموز الدينية من قبل الكادر الطبي<sup>8</sup>، بل و حتى المرضى في بعض الأحيان، وهو الأمر الأكثر تعقيدا، ثم مسألة التفاعل الإيجابي أو السلبي مع الطلبات الخاصة للمرضى انسجاما مع معتقداتهم والتي تأتي في مقدمتها مثلا عدم قبول المريضات بأن يقوم بفحصهن أو أن يشرف على توليدهن رجال، أو كذا اشتراط وجبات تحترم المعايير الدينية للمرضى (الحلال، الكاشير)، أو الفصل بين الرجال والنساء... بل إن الأمر يصل مداه حين ترفض بعض الطوائف الدينية أشكالا علاجية أساسية بحجة عدم انسجامها مع معتقداتها الدينية<sup>9</sup> من قبيل رفض بعض الطوائف الدينية للتلقيح أو لنقل الدم بين الأفراد (حالة طائفة شهود يهوى) وهو ما قد يعرض المريض للموت ويضع إدارات المستشفيات بل والسلطات العمومية أمام إشكالات كبيرة مظهرها طبي لكن عمقها ديني صرف.

خاتمة:

ثمة شواهد عديدة اليوم على كون النزوع نحو الفصل بين نظامي التداوي العلمي من جهة والديني من جهة أخرى، لم يشكل نهاية العلاقة بين مجالي الدين والصحة بشكل قاطع ونهائي. ولعل أول هذه الشواهد يتجلى في كون هذا الفصل قد تحقق بدرجات شديدة الاختلاف والتفاوت بين مختلف بلدان

<sup>8</sup> على سبيل المثال، حددت لجنة بوشار-تايلور (تشكلت اللجنة من مجموعة من الحكماء تحت رئاسة الفيلسوف شارل تايلور وعالم الاجتماع جيرارد بوشار) والتي طلبت منها الحكومة المحلية في ولاية كيبيك الكندية سنة 2007 إعداد تقرير بخصوص إشكالية حضور الدين في الفضاء العام بالولاية، حددت مجموعة من القطاعات المهنية التي ارتأت بأن يمنع الممارسين فيها من حمل الرموز الدينية، والتي من بين أهمها، القضاء، التربية والتعليم والصحة... (تقرير لجنة بوشار-تايلور، 2008)

<sup>9</sup> نسجل في هذا الإطار أنه في سنة 2018 تسببت إحدى المجموعات اليهودية المتطرفة في إعلان حالة طوارئ صحية بأحد أحياء نيويورك ارتبطت بعودة داء الحصبة بشكل وبائي مكثف بالمدارس رغم أن هذا المرض كان قد أعلن القضاء عليه بشكل نهائي في الولايات المتحدة الأمريكية في سنة 2000. ويعود سبب الظهور الجديد للوباء في كون مجموعة من العائلات اليهودية المنتمة إلى هذه المجموعة المتطرفة قد رفضت تلقيح أطفالها. وقد أدى هذا الأمر إلى أن أعلن عمدة المدينة حي ويليامسبورغ ذو الأغلبية اليهودية في حالة طوارئ صحية فيما تم الاستناد إلى القانون لإرغام الآباء على تلقيح أطفالهم.

العالم، فكان أكثر وضوحا في مستشفيات البلدان الغربية ذات التجهيز العلمي الجيد والعقلانية العالية في التدبير وأنظمة الرعاية الاجتماعية الفعالة، بينما ظل أكثر التباسا في البلدان الفقيرة ذات البنى التحتية الضعيفة وأنظمة التدبير السيئة. كما ظلت المؤسسات الدينية الكبرى من قبيل البابوية المسيحية مهتمة بإشكالات صحية ذات امتدادات دينية أو العكس كمسألة التحكم في القدرة الإنجابية للنساء عن طريق تصريف مواقف دينية من قضايا صحية كتناول موانع الحمل وقضايا الإجهاض والأمراض المتنقلة جنسيا.

بل إن الاعتقاد بجذوى إعادة الربط بين الدين والصحة لم يعد حكرا على الأوساط الدينية المغلقة، أو حتى الفئات المهمشة ممن لا تملك الإمكانيات اللازمة للولوج إلى العلاج العلمي الصرف بقدر ما أضحى، كما بينا ذلك، توجهها رسميا يتم الدفاع عنه انطلاقا من معطيات علمية وعقلانية (الأبحاث والدراسات حول الأدوار الإيجابية للدين)، بل ويتم إقراره تنظيميا من خلال إنشاء أقسام للتنشيط والمرافقة الروحيين في المستشفيات الحديثة للمجتمعات الأكثر علمنة. غير أن هذه العودة، علاوة على طابع الجدل الذي يرافقها، فهي تطرح إشكالات متعددة تبدأ بالتفاصيل الصغيرة للخيارات والسلوكيات الفردية التي تتموقع في ملتقى الحياة الصحية والدينية للأفراد (الأنظمة الغذائية، الخيارات المتاحة للعلاج ومدى ملاءمتها لمعتقدات المرضى...)، لكنها تمتد لتصل إلى مشارف الأسئلة الكبرى التي تطرحها إشكالات تدبير حضور الدين في الفضاءات العامة للمجتمعات المعلمنة (حمل الرموز الدينية من عدمه، الجهاد الديني لمؤسسات ورجال وخدمات الدولة...)، وهي الإشكالات التي من شأنها أن تفتح أورش بحثية بالغة الأهمية و التعقيد تتداخل فيها سوسولوجيا الدين ليس فقط بسوسولوجيا الصحة بل بمباحث سوسولوجية أخرى من قبيل سوسولوجيا التنظيمات وسوسولوجيا الشغل...

## ببلوغرافيا:

### كتب

1. Battaglini, A. (2005). « Religion, santé et intervention », In Lefebvre, S. (Edit), *La religion dans la sphère publique*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
2. Dufour, S. (2017). « L'hôpital, ou la résurgence du religieux dans un sanctuaire laïc . In Delaye, R. Enrègle, Y. Lardellier, P.(Edit). *Oser la laïcité* ,Caen: EMS Editions.
3. Freudenthal, G. (Edit). (1998). *AIDS in Jewish Thought and Law*. New York. KTAV Publishing House.
4. Gariépy, G. (2005). « Religion, pastorale et soins spirituels en milieu de santé», In Lefebvre, S. (Edit), *La religion dans la sphère publique*, Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
5. Gauchet, M. (2001), *La religion dans la démocratie*, Paris, Folio essais.

6. Habermas, Jürgen, Entre naturalisme et religion. Les défis de la démocratie, traduit de l'allemand par Christian Bouchindhomme et Alexandre Dupeyrix, Paris, Gallimard, 2008.
7. Hunke, S. (1997). *Le Soleil d'Allah brille sur l'Occident : Notre héritage arabe*. De Lalène, S et De Lalène, G (Trad). Paris : Albin Michel.
8. Olster, D. (1994). *Roman Defeat, Christian Response, and the Literary Construction of the Jew*. Philadelphie: University of Pennsylvania Press.
9. Philostrate. (2007). La vie d'Apollonius de Tyane. Traduction, introduction et notes par Chassang, A. Genève : Arbre d'Or.
10. Roy, O. (2008), La Sainte ignorance. Le temps de la religion sans culture, Paris, Le Seuil.
11. Roy, O. (2019), L'Europe est-elle chrétienne ? Paris, Le Seuil.
12. Taylor, Charles, *Multiculturalisme. Différence et démocratie*, trad. de l'angl. par Denis-Armand Canal, Paris, Champs-Flammarion, 1994.

#### مجلات

13. Ad-Dab'bagh, Y. (2001). « La Foi et la santé mentale en Islam ». *Revue Nouveau dialogue*. Mars-Avril 2001. Numéro 134.
14. Astrow, AB. Puchalski, CM. Sulmasy DP. (2001). "Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations". *Am J Med*. Mar;110(4):283-7.
15. Cateau, V. Chabrol, H. (2005) « Étude des relations entre les stratégies d'adaptation aux sentiments dépressifs, la symptomatologie dépressive et les idées suicidaires chez l'adolescent ». *L'Année psychologique*, Année 2005. 105-3 pp. 451-476.  
 Disponible sur : [https://www.persee.fr/doc/psy\\_00035033\\_2005\\_num\\_105\\_3\\_29704](https://www.persee.fr/doc/psy_00035033_2005_num_105_3_29704), consulté le 20 février 2021.
16. Chaouky, H. (2019). « Les hôpitaux et les lieux de soin dans l'Antiquité et au Moyen Âge » In Froment, A et Guy, H. (Edit), *Archéologie de la santé, anthropologie du soin*. Paris : La Découverte.
17. Craigie, FC. Liu, IY. Larson, DB. Lyon, JS. (1988). "A systematic analysis of religious variables. the *Journal of Family Practice*, 1976–1986". *J Fam Pract*. ;27(5):509–13.
18. Dericquebourg, R. (1998). « Sociologie des religions et des religiosités parallèles. Les groupes religieux minoritaires à vocation thérapeutique (religions de guérison) ». In École pratique des hautes études, Section des sciences religieuses. *Annuaire*. Tome 107, 1998-1999.
19. Faure, O. (2013). « Médecine et religion : le rapprochement de deux univers longtemps affrontés ». *Chrétiens et sociétés*. Disponible sur : <http://journals.openedition.org/chretiensocietes/3318>, consulté le 5 mars 2021.

20. George, K. Herbert, C. Northcott. (1987). "Religion and Differences in Morbidity and Mortality". *Social Science and Medecine*, n° 25, p. 813-824.
21. Guilfoyle, J. (2012). « La religion dans les soins primaires Parlons-en ». *College of Family Physicians of Canada*. 58(3). e125–e127. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3303664>, consulté le 7 mars 2021.
22. Harold, G. (2012). "Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications". *International Scholarly Research*. Network ISRN Psychiatry. Volume 2012. Disponible sur <http://downloads.hindawi.com/archive/2012/278730.pdf>, consulté le 20n mars 2021.
23. Huguelet, p. (2012). « Santé mentale et religion ». *Revue Médicale Suisse*. 8: 198-9. Disponible sur : [file:///C:/Users/HP/Downloads/RMS\\_idPAS\\_D\\_ISBN\\_pu2012-03s\\_sa28\\_art28%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2012-03s_sa28_art28%20(2).pdf), consulté le 21 mars 2021.
24. Larson, DB. Greenwold-Milano, MA. (1995). "Are religion and spirituality clinically relevant in health care?". *Mind Body Med*. 1(3):147–57.
25. Léonard, J. (1977). « Femmes, religion et médecine ; Les religieuses qui soignent, en France au XIXe siècle ». *Annales*. 32-5. pp. 887-907. Disponible Sur : [https://www.persee.fr/doc/ahess\\_0395-2649\\_1977\\_num\\_32\\_5\\_293870](https://www.persee.fr/doc/ahess_0395-2649_1977_num_32_5_293870), consulté le 23 mars 2021.
26. Lorin, F. (2019). « Douleur, médecine et judaïsme ». *psychiatriemed*. Disponible sur : <https://www.psychiatriemed.com/textes/41-dr-fabrice-lorin/151-douleur-et-judaisme-dr-fabrice-lorin.html>, consulté le 20 février 2021.
27. Lorin, F. « Pourquoi tant de médecins juifs ». *Harissa*. Disponible sur : <https://harissa.com/news555/fr/pourquoi-tant-de-medecins-sont-juifs>, consulté le 22 mai 2021.
28. Oxman, TE. Freeman, DH. Jr, Manheimer, ED. (1995). "Lack of social participation or religious strength and comfort as risk factors for death after cardiac surgery in the elderly". *Psychosom Med*. 57(1):5–15.
29. Panagiota, K. Rasem, M. (2014). *Les stratégies de coping religieux liées à la dépression et à la rumination chez les adolescents*. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain.
30. Phaneuf, M. (2016). « Les soins d'un patient de religion juive ». *Prendresoin*. Disponible sur : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/11/Les-soins-dun-patient-de-religion-juive.pdf>, consulté le 22 avril 2021.
31. Ragab, A. (2016). *The Medieval Islamic Hospital: Medicine, Religion, and Charity*. Cambridge: Cambridge University Press.
32. Van der Geest, S. (2005). "'Sacraments' in the Hospital: Exploring the Magic and Religion of Recovery". *Anthropol Med*. Aug 1;12(2):135-50.
33. Williams, D. Sternthal, M. (2007). "Spirituality, religion and health: evidence and research directions". *Med J Aust*. Volume 186 Number 10. Disponible sur:

<https://www.mja.com.au/journal/2007/186/10/spirituality-religion-and-health-evidence-and-research-directions>, consulté le 20 mai 2021.

#### تقارير

34. Rapport de la commission Bouchard-Taylor (2008), Fonder l'avenir : le temps de la conciliation. Disponible sur : <https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Commissaire/autre/RapportBouchardTaylor2008.pdf>, consulté le 16 mai 2021.
35. Interarts. (2010). Religion et santé sexuelle et perspectives des jeunes : Analyse d'une relation aux enjeux multiples. Document élaboré par Interarts dans le cadre du projet « Culture et Développement : apprendre à partir des procédés culturels : les jeunes du secteur informel et la santé sexuelle et reproductive à Mopti (Mali) ». Disponible sur : <http://archive.interarts.net/descargas/interarts766.pdf>, consulté le 21 mars 2021.