في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا

١

في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا

ج١

أ.د/عبدالله مُعمر الحكيمي

استاذ علم الاجتماع والانثروبولوجيا

كلية الآداب والعلوم الإنسانية

قسم علم الاجتماع - جامعة سبأ

٢٠١٧م

مركز مدار للدراسات الاجتماعية

في علم الاجتماع والانثروبولوجيا جـ 1

الكتاب : في علم الاجتماع والانثروبولوجيا جـ 1

الكاتب : أ.د/ عبد الله مُعمـــــــــــــر

الناشر : مركز منار للدراسات الاجتماعية

تصميم الغلاف : عبد الله مُعمر

المكان : صنعاء ـ اليمن

السنة : 2017

رقم الإيداع : (/ 2017)

حقوق الطبع محفوظة للمؤلف

أي نسخ أو طبع أو تصوير دون إذن خطي من المؤلف يعرض الفاعل للمساءلة القانونية

أ.د/ عبد الله مُعـمّـــــر

أستاذ علم الاجتماع والأنثروبولوجيا

كلية الآداب والعلوم الإنسانية

قسم علم الاجتماع / جامعة صنعاء

في

علم الاجتماع والانثروبولوجيا

الجـــزء الأول

2017

الإهداء

إلى :

مربي الأجيال في زمن يختفي فيه تقدير مربي الأجيال

التربوي الفاضل

الأستاذ عبد الرقيب سعيد دغيش السروري

المحتويات

	ص
ـ المقدمة	11
ـ علم الاجتماع الطبي النشأة والتطور	13
ـ الطـب الشعبـي حقيقـة العـلاج وثقـافة المـرض	77
ـ جلسات الزار في تهامة	105
ـ أسس البناء النظري في نظرية الفائض قراءة أولية لنظرية جديدة فـي علم الاجتماع للمفكرحمود العودي	165
ـ مـــن : أسس التربية الأسرية السليمة للنشء والشباب	189

مقدمة

هذا الكتاب كما أسميناه (في علم الاجتماع والانثروبولوجيا) والمكون من جزئين يشتمل على عدة دراسات وأبحاث علمية منها ما هو حديث ومنها ما يرجع تاريخها إلى العام 1986م كما ان البعض من هذه الدراسات نظري وأخرى ميداني، وقد فضلنا عدم تدخلنا في تغيير صياغة تلك الأبحاث القديمة تمسكا بالأمانة العلمية ومصداقية البحث العلمي، آملين من القارئ الإفادة منها علميا ومعرفيا، لاسيما وان تنوع موضوعاتها وتعددها يمكن أن تشكل تعدد معرفي نظري وميداني. يضم في الجزء الأول منه دراسات هي:

علم الاجتماع الطبي، النشأة والتطور وهي عبارة عن تتبع المسار التاريخي لنشأة هذا الفرع من علم الاجتماع حتى أصبح علما مستقلا بذاته، أما الموضوع الثاني والذي يعد بمثابة تحول في الكشف عن صحة المفاهيم والأساليب العلاجية الشعبية التي يعدها البعض خرافة وشعوذة وعرف بـــ (الطـب الشعبـي حقيقـة العـلاج وثقـافة المـرض) حاولنا فيه ان نتتبع الارتباط العلمي لمثل هذه الأساليب لنقول انها علمية بالدليل العلمي في بعض جوانبها وممارساتها، بالرغم من الممارسا ت الشعبية لها، وقد سبق وان دار حولها لغط كثير ومحاولات متعددة لإثبات علميتها من عدمها في مجالاتها المختلفة.

وسبق لمجلة شؤون اجتماعية التي تصدر في الشارقة من قبل جمعية الاجتماعيين والجامعة الأمريكية بالشارقة وقد قامت بنشرها بدولة الامارات، بينما وجدنا في دراسة (جلسات الزار في تهامة) وهي من الدراسات التي نفذت في منتصف الثمانينيات القرن الماضي، عندما كنت اعمل باحثا اجتماعيا في وحدة البحوث الصحية والطبية في وزارة الصحة / جامعة صنعاء، فقد وجدنا فيها من الأهمية ما جعلنا نظمها بين دفتي هذا الكتاب، علما بأننا قد سبق لنا وأن شاركنا بها في مؤتمر دولي في جامعة الخرطوم عام 1989م بعنوان الزار ودوره في العلاج التقليدي في

إفريقيا وقد تبنته جامعتا الخرطوم ولندن، كما قامت الباحثة الإيطالية (...) بترجمة ونشره في كتابها ضمن أبحاث ودراسات عن المجتمع اليمني. الأمر الذي شجعنا على نشره ليستفيد منه اكبر عدد ممكن من الباحثين والمهتمين في الدراسات الانثروبولوجية من هذا النوع.

كما أفردنا في هذا الكتاب لدراسة بعنوان (أسس البناء النظري في نظرية الفائض قراءة أولية لنظرية جديدة في علم الاجتماع للمفكر حمود العود ي) أستاذ علم الاجتماع بجامعة صنعاء كنا قد تقدمنا بها إلى ندوة أقيمت في صنعاء في مركز منارات للدراسات التاريخية وإستراتيجية المستقبل، خصصت لهذه النظرية الجديدة، انطلاقا من ان هذه المحاولة العلمية التي قام بها الدكتور حمود العودي والتي (حسب اعتقادي) نحن بحاجة إلى إثرائها والاطلاع عليها. والمزيد من المناقشات كونها تجربة من الضروري ان تشجع في زمن يندر فيه الاجتهاد من اجل الإبداع.
وفي الختام عرضنا لدراسة بعنوان (من: لأسس التربية الأسرية السليمة للنشء والشباب) كونها من الموضوعات الأشد قلقا هذه الأيام في ظل التغيرات الثقافية والقرية الإعلامية التي حولت العالم إلى مكان صغير سهل التواصل به ومعه.

د/ عبد الله

علم الاجتماع الطبي النشأة والتطور

علم الاجتماع الطبي النشأة والتطور

مقدمة :-

علم الاجتماع الطبي، النشأة والتطور .. لماذا النشأه والتطور دون غيره من موضوعات علم الاجتماع الطبي ؟

ساد فهم عام لدى غالبية متخصصي علم الاجتماع أن علم الاجتماع الطبي فرع لم يظهر إلاّ بعد الحرب العالمية الثانية كنتيجة لإرهاصات هذه الحرب وهذا بالطبع رأي لا تكتمل الموضوعية والصدق فيه لأن علم الاجتماع الطبي كأي علم من العلوم لم يأتي من فراغ بل له إرهاصات وتطورات فكرية عبر التاريخ تراكمت إلى أن وصلت في مرحلته النهائية الى ما أطلق عليه علم الاجتماع الطبي . وهو الأمر الذي نحاول إيضاحه في هذه الدراسة من خلال استعراض لأبرز ملامح الفكر الإنسانية ذات العلاقة بعلم الطب والاجتماع.

وهذا لا يعني أن ما جاءت به هذه الدراسة هي كل ما تعرض له الفكر الإنساني في مجال علم الاجتماع الطبي بل أنها عبارة عن ملامح رئيسية ما قصدنا بها سوى إثبات أن علم الاجتماع الطبي لم يأتي من فراغ. وثانياً كي نمتلك نحن الباحثين والمتخصصين ومن يرغب التخصص في هذا المجال اكتساب إطاراً نظرياً عاماً ومتكاملاً في هذا الفرع من علم الاجتماع وثالثاً : نتيجة للاهتمام الجديد في هذا الفرع فقد رأينا أن يكون لهذا الاهتمام أيضاً إيضاحا لجوانبه التاريخية.

وأتمنى أن أكون قد وفقت في ذاك بالرغم من المشقة في الحصول على المراجع لا سيما وأنها مراجع ذات طابع تاريخي ونتيجة لعدم وجود دراسات سابقة في نفس الموضوع إذ تعد الأولى من نوعها تتعرض لفترة نشأة وتطور علم الاجتماع الطبي منذ عهد أبقراط مروراً بالعصر الإسلامي وإسهامات أبن خلدون في هذا المجال.

أولاً

البذور الأولى لعلم الاجتماع الطبي:

ارتبطت النشأة الأولى لعلم الاجتماع الطبي بدراسة الأساليب الطبية التي ترتبط بالسحر والأرواح الشريرة والتفكير الخرافية في قضايا الإنسان وخلقة ولمعرفة ما وراء الطبيعة وما بعد الموت .. وكذا بالأفكار البدائية ذات العلاقة بالصحة والمرض .. فالمرض النفسي من لعنات الآلهة التي حلت في الإنسان .. وتقمصتهم فيه بشكل أرواح شريرة .. وبذا وجب حرقهم للتخلص من هذه الأرواح.

وكان يتم التعامل مع هؤلاء المرضى على أساس أنهم حالات شاذة وجدت في جسم المجتمع من الواجب على كل الناس التخلص من هذا الجسم الشاذ. وتقف القوانين الأسبرطية موقف المشجع والمؤيد لهذا الجانب اللا إنساني فقوانين ليكورجوس الأسبرطي وصولون الأثيني كانت تسمح بالتخلص ممن بهم نقص جسمي (1).

وبارك هذا الرأي كل من أفلاطون وأرسطو حتى أن السلال التي كان يوضع بها المشوهين من الأطفال خارج المدينة منتظرين الموت كانت تباع علناً في أسواق المدن ونفس الحال كان أيضاً في روما إذ كان المشبوهين من الأطفال يتم رميهم في نهر التيبر .. وبهذه الطرق والأساليب كان يواجه المرضى من البشر وبهذا الأسلوب ويتم التخلص من المريض باعتباره جزء شاذ في المجتمع.

بالرغم من أهمية الكتابات الأولى ذات العلاقة بعلم الاجتماع الطبي إلاّ أن الاهتمام به كعلم مستقل له كيانه ومجالاته التي يهتم بدراستها إلاّ أن الاهتمام به لم يبدأ إلاّ في مرحلة لاحقه "بعد الحرب العالمية الثانية" وبالعودة والإطلاع على التراث الإنساني وما تركه الفلاسفة والمفكرين في هذا المجال من تراث مكتوب نجد العديد منهم تعرضوا للجوانب ذات العلاقة بالصحة والمرض ويتجلى ذلك واضحاً لدى

أبقراط 460-377 ق.م الذي كان أول من أدرك العلاقة المتبادلة بين كل البيئة الاجتماعية والمرض والشفاء منه إذ يرى أن البيئة السياسية والمهنية من العناصر البيئة ذات التأثير على الصحة والمرض (2).

ويعد أبقراط أول من أدرك تأثير البيئة الاجتماعية على صحة ومرض الإنسان كما أنه أول من فسر نشوء الأمراض تفسيراً عقلياً بعيداً عن الميتافزيقيا والغيبيات فالطب قبله ارتبط بالجانب اللاهوتي والأساليب الطبية القائمة على السحر والأرواح الشريرة وهو الأمر الذي كان يفسر كل الأمراض بناءً على السحر واللاهوتيات وغضب الآلهة (3) وبذا يكون أول من نقل طرق الشفاء من عهد السحر والشعوذة إلى الملاحظة والتجربة، واعتبر الأمراض ظواهر طبيعية، ولم يحبذ استعمال الأدوية إلاّ في الحالات القصوى ، وكان يترك للطبيعة أمر استرداد المريض لعافيته(4).

كما أنه كان أول من أوجد الأماكن الخاصة والمعدة للمرضى –البيمارستان- أو ما يطلق عليه المستشفى حالياً. وبهذا الاتجاه التي اتبعه أبو قراط أبرز الجانب الإنساني في التعامل مع المرضى .. لتوجد اللبنة الأولى في سبيل انفصال الجانب اللاهوتي عن الطب والعلاج وأن كان لم ينفصل كلياً بل مازالا يسيران معاً حتى الآن ويشير الدكتور التجاني الماحي بأننا لازلنا إلى اليوم نجد اتصالاً وثيقاً متبادلاً بين الطب وبين "الدين والسحر" كما أن الدين مازال يستخدم في وسائله الطبية بعض الوسائل الغيبية. وكذا نجد السحر تتصل وظيفته اتصالاً وثيقاً بالعلاج وبمظاهر العقيدة الدينية (5).. وليس ذلك فحسب بل يمكن أن تدرج كل أساليب وطرق العلاج الشعبي وزيارة الأولياء ضمن هذا النطاق نتيجة لغلبة الجانب السحري والالتزام بطقوس علاجية خاصة أقرب للسحر منها للعلاج وغالباً ما يسود ذلك المجتمعات المغرقة في الأمية.

وما جلسات الزار وممارستها كطقوس علاجية والتي يمارسها البعض للاستشفاء من بعض الأمراض النفسية إلاّ جانباً علاجياً يؤكد لنا امتزاج الجانب السحر بالعلاج.

وكان أبقراط أول من أوجد القسم الطبي ليحدد بذلك العلاقة التي يجب على الطبيب أن يتخذها مع المريض وكذا الآداب الواجب إتباعها مع المريض وأهله إذّ يحدد في قسمة ذلك بصريح العبارة فيورد ضمن القسم أن (كل المنازل التي أدخلها إنما أدخل إليها لمنفعة المرضى. وأنا بحال خارجه عن كل جور وظلم وفساد إرادي مقصور عليه في سائر الأشياء. وفي الجماع للنساء والرجال الأحرار والعبيد. أما الأشياء التي أعانيها في أوقات علاج المرضى أو أسمعها في غير أوقات علاجهم في تعرف الناس مع الأشياء التي لا ينطبق بها خارجاً فأمسك عنها ، وأرى أن أمثالها لا ينطبق به (6)"كما حدد أيضاً آداب لممارسة هذه المهنة وأخلاقيات يجب على الطبيب إتباعها لأنها تمس شرف المهنة وأخلاقياتها بحيث لا يستخدم الطبيب مهارته وإمكانياته العلمية في معرفته بتركيبات الأدوية الضارة ضد أي إنسان" أما الأشياء التي تضر بهم. وتدني منهم بالجور عليهم، فأمنع منها بحسب رأي، ولا أعطي إذا طلب منا دواء قاتلاً ولا أشير أيضاً يمثل هذه المشورة. وكذلك أيضاً لا أرى أن أدنى من النسوة فرزخة تسقط الجنين (7).

كما يتضمن قسم ابقراط عدم منع تعليم مهنة الطب واحتكارها لمن يجد المهنة لنفسه حتى لا تظل حركاً على فئة معينة من الناس يتحكموا فيها ويفرضون سيطرتهم على سائر الناس، وبذا فإن ابقراط يعد واضع البنية الأساسية والنواة الأولى لهذا العالم والتي عرف بعد ذلك بعلم الاجتماع الطبي . خاصة إذ عرفنا أن هذا يهتم في الأساس بتحديد العلاقة الجدلية بين كل من المريض والمؤسسة العلاجية وكافة هيئاتها وقنواتها إذ كما هو واضح من خلال القسم أن ابقراط قد سعى لتحديد هذه العلاقة بين الطبيب والمريض وفرض قواعد وآداب لهذه المهنة.

ثانياً

الطب والسحر والدين ... علاقة تكاملية:

ارتبطت الجذور الأولى للاهتمام بصحة الإنسان، وتفسير أمراضه ومصادر نشأتها بالجوانب الخرافية. إذا ما يصيب الإنسان إنما يعود في الأصل للإصابه بالأرواح الشريرة ... أو يغضب الآلة .. من البشر فيصب غضبه عليهم .. وليس ذلك فحسب بل ان قدماء المصريين شخصوا العضو المصاب في جسم الإنسان بأن روحه شريرة أو الآلهة غاضبة احتلت العضو المؤلم (8) أي أن الآلهة سلطة غضبها على جزء معين من جسم الإنسان هو ذلك الجزء التي انتابته العلة كما أنهم تصوروا أن أرواح الموتى تسبب في نشوء المرض يتقمصها المريض. ويرى الدكتور التجاني الماحي أن لذلك آثار اجتماعية فالطقوس الجنائزية التي كان من بعض أغراضها حماية الأحياء والتي نشأت نتيجة للرهبة القوية التي تغيرها أرواح الموتى، ويضيف أن أسس العلاج كانت على صلة وثيقة بالنظرية أن تتبين الأسباب للمرضى ولذا أتجهة العلاج اتجاهاً روحانياً يقوم على مبداء حيوية المادة (9)، وكان هذا التفسير يتطلب وجود من يقوم بهذه الوظيفة الاجتماعية الهامة فكان السحرة هم الذي يؤدون هذه المهنة ثم تطورت بعد ذلك ليصبح الكهنة هم الذين يزاولونها إذ أنها صارت حكراً على الكاهن والذي لم يكن يعهد بسره إلاّ لصاحب الحظوة من تلامذته أو لمن يمارس السحر مثله وقد ظلت هذه المهنة حكراً على هذه الطبقة الاجتماعية لا يعطى سرها لأحد من خارجها، وكان الساحر الطبيب يتمتع بمكانة اجتماعية رفيعة داخل المجتمع نتيجة لما اكتسبته هذه المهنة من مكانه .. ويجب أن تتوفر فيه شروط مثل قوته أو حكمته ، أو وجود تشوهات معينة به أو إصابته بالصرع أو لحدوث أعجوبة في حياته ، كأن تعضه حية فلا تصيبه بسوء، وكذلك بفضل تنبؤات أو أحلام يكون هو موضوعها (10) أو بمعنى أخر يمكننا الإشارة إلى أن حدوث أي ظاهرة تدل على الإعجاز أو خارجة عن نطاق المألوف تكون ذات علاقة بشخص ما دون غيره

تكسبه المكانة الاجتماعية الخاصة بممارسة هذه المهنة . وليس ذلك في المجتمعات القديمة فحسب بل حتى المجتمعات الحديثة والمعاصرة وعلى مر العصور منذ فجر التاريخ وإلى اليوم نجد أن ممارسي الطب والعلاج الشعبي "حسب التصنيف الحديث لهذه التسمية" نجدهم عادة ممن يتمتعون بالخوارق أو الخروج عن المألوف أو بمعنى أكثر دقة ووضوح ممن يمتلكون مفاتيح سر ممارسة السحر. فمعالجوا الزار والأطباء الروحانيين والمعالجون بكتابة التمائم " العزائم" ما هم سوى أناس ممارسين لنوع من أنواع الطقوس السحرية وحتى أولئك الممارسين للطب التقليدي أي المعالجين بالأعشاب يحاولون إحاطة أنفسهم بسياج من الخوف والمهابة والتقديس لدى عامة الناس فاعتراف العامة من الناس بعلمهم بالغيب وقدرتهم الخارقة بالمعجزات يعني تقديسهم (11) فهم يلبسون علمهم ومعرفته بتركيب الأعضاء والوصفات الطبية صفة أو طابع المعرفة بالغيب والقدرة الخارقة على معرفة ما هو خارج حدود قدرة الإنسان العادي ليكسبوا بذلك احترام وتقدير الآخرين إذ يمتازون دوماً بهذه الصفة وعلى مر العصور فالسحر يمتاز دائماً بقسط كبير من الحذق الاجتماعي والدهاء السياسي والمهارات في انتهاز الفرص للقيام بأعماله، كأن يسند فترة القحط إلى غضب الآلهة ويفرض ما يفرضه على الشعب لإرضائها. ثم لا يقوم بالطقوس التي يزعم إسقاط المطر بها إلاّ عندما يجد أن حالة الجو تنبئ به (12).

فانتهاز وتحين الفرص لدى مثل هؤلاء سمة تجعلهم دوماً في حالة من التقدير والاحترام لدى عامة الناس. ومن خلال هذه الفرص يدعون امتلاكهم للخوارق والقدرة على التنبؤ وعلم الغيب .. الخ.

ولم يكن للطب ارتباط بالسحر فقط بل وجد أيضاً ارتباط بين كل من الطب والدين في المجتمعات القديمة من ناحية وبين الطب والسحر من ناحية وبين السحر والدين من ناحية ثالثة حتى أصبح من الصعب التفريق بين كل من الدين والسحر وأيهما

الأصل وأيهما التابع. ونتيجة لهذه الأزدواجية اعتبر البعض أن السحر ما هو إلاّ عبارة عن طقس يمارس كشعائر للدين.

وإذا كنا قد تعرضنا في السابق للعلاقة بين كل من السحر والطب فإننا في هذه الفترة سنتعرض لمعرفة العلاقة بين كل من الدين والطب من خلال دور الكاهن في العلاج .. وفي هذا الصدد يرى الدكتور التجاني أن الطب كان فرعا من الدين تحلى بفضائله وبشمائله اقتدى واهتدى وبلغ الارتباط بين الدين والطب وخاصة من الناحية الأخلاقية مبلغاً جعل المهنة وقفاً على الكهنة وحدهم خوفاً من أن يصل إليها من ليس أهلاً للفضل ولا موائمة الأخلاق من عامة الناس الذين لم يختبرهم الدين ويدخل التجربة التي تسفر عن أصالة النفس وسمو الخلق(13) وكان الكهنة يعدون وسطاء ما بين المريض وربه انطلاقاً من الوظيفة الدينية التي كان يقوم بها الكاهن بحكم معرفة من طرق استرضاء الرب والدعاء لديه بأن يرفع غضبة عن المريض وكان هناك تشابهة بين مبدأ تقديم القربان للآلهة الطبية والأشياء الكريهة للالهة الشريرة لإبعادها (14) وقد كان تناول العقاقير الطبية في بداية الأمر مقروناً بالتعاويذ التي يقوم بعملها الكاهن . ولكن مع مرور الزمن انتفت هذه الصفة بانتفاء العقاقير والوصفات فقط دون الاهتمام بالجانب السري.

وللكهنة يعود الفضل في إيجاد العديد من قواعد الاحتماء والوقاية من بعض الأمراض والتي تعد في وقتنا الحالي من الركائز الأساسية لبعض الدول والتي أصبحت تركز على الجوانب الوقائية أكثر من تركيزها على الجوانب العلاجية مثل نظافة الجسم نظافة كاملة وكذا المسكن وعدم أكل الخنزير والصيام أربعين يوم كل عام وتجنب العلاقات الجنسية في هذه الفترة والاهتمام بالرياضة.

ونتيجة لامتزاج السحر بالدين والطب فقد ظلت مهنة مزاولة الطب مقصورة على طبقة اجتماعية بذاتها هي طبقة الكهان دون غيرها واحتفظوا بسر هذه المهنة لأنفسهم دون غيرهم.. ولم يحاولوا إفضاء سرها لحد من خارج هذه الطبقة .. وكأن

مزاولو مهنة الطب يتمتعون بمكانة اجتماعية عالية داخل المجتمع المصري القديم إذ وصل البعض منهم لمناصب عالية في الدولة المصرية القديمة ولقبوا بألقاب ذات دلالة رفيعة كالشافي والطبيب الإلهي ... الخ.

ولا بد من الإشارة هنا إلى أن هذه الفترة –امتدت لستة آلاف سنة قبل الميلاد ولابد أن تكون قد سبقتها عدة آلاف أخرى من سنوات الحضارة ولكن لم تلحق بزمن التسجيل على جدران المعابد أو البرديات. وعلينا أن نتذكر أيضاً أنه قبل تأسيس الأسرة الأولى (أثر نجاح الملك مينا في توحيد الوجهين في مصر) كانت هناك مقدسات دينية عديدة يعيد كل منها في إقليم أو مدينة وبتعدد تلك العقائد وتعدد اللغات تعددت الأفكار الطبية في مصر فيما قبل تأسس الأسرة الفرعونيه الأولى ، ومن المؤكد أن الطب المصري عامة كان يسوده الغموض ويرأسه الكهنة. وخصوصاً في تلك الأماكن من مصر التي كان لها اتصال مباشر أكثر بالشرق (15).

وقد وصل الازدهار الطبي في مصر القديمة لدرجة عالية من التطور وشرب الصنعة منهم العديد من حكماء اليونان القدماء .. كما أنشاءت أول مدرسة للطب في عصر الأسرة الفرعونية الأولى مدارس عديدة منها مدرسة المولدات في سايس ومدرسة أمحوتب بممفيس وكانت المدرسة تسمى بيت الحياة(16). ووجدت العديد من البرديات المصرية التي سجل عليها ما توصل إليه الأطباء من معلومات طبية هامة.

ثالثا

بعض ملامح علم الاجتماع الطبي في الفكر العربي:

يصعب علينا أن نجد وضوحاً فكرياً لدى المفكرين العرب والمسلمين تندرج بشكل واضح ضمن الاجتماع الطبي .. ألاّ أننا نستطيع أن نستنبط العديد من السمات والملامح الدالة على وجود بذور بارزة في هذا المجال وذلك بقياسنا لما أورده

المفكرين العرب مع ما يهتم بدراسة علم الاجتماع الطبي حالياً وكذا من خلال الإطار العام لاهتمامات علم الاجتماع الطبي.

فإذا استعرضنا ما ترك في التراث العربي فسنجد العديد من السمات المميزة في الفكر العربي تلعب دوراً رئيسياً ومقدمات أساسية في نشوء علم الاجتماع الطبي.

أزدهر الطب في أيام الدولة الإسلامية ووصل لمرحلة لم يسبق لها مثيل في العصور السابقة نظراً للدعم والتشجيع الذي كان يلقاه مختلف العاملين في مجال الفكر والعمل من قبل الأمراء والحكام والذي لم يقتصر على الجانب الإبداعي فقط بل عمل العديد منهم على امتزاج الثقافة العربية بمختلف الثقافات الإنسانية مما جعلهم لا يكتفون بالترجمة بل اكتسبتهم خبرة علمية جعلتهم يضيفون عليه إبداعاتهم الخاصة.

لكننا لا نريد ان نسجل هنا كل إبداعات العرب والمسلمين في مختلف مجالات العلوم ولا نريد أيضاً تسجيل كل ما تعرضوا له في المجال الطبي ولكننا سنكتفي فقط بإيراد بعض الملامح العامة التي تدخل ضمن اهتمامات علم الاجتماع الطبي إذ نجد العديد من التعاليم الدينية والأحاديث النبوية تتعرض للجوانب الوقائية كالاحتماء عند انتشار الأمراض في مدينة ما وعدم الانتقال منها أو إليها حتى لا يزيد الضرر كقول الرسول عن مرض الطاعون إذا سمعتم به بأرض فلا تدخلون عليهم وإذا وقع وأنتم بها فلا تخرجوا منها فراراً منه "وكذا الحث على التطهر لا تستقبلوا القبلة بغائط ولا بول والحث على نظافة المسكن والملبس ومن التعاليم الدينية التي تحث الإنسان على التمسك بها. ومنها أيضاً ما يخص المأكل ويرى أبن القيم الجوزي في هذا الخصوص أن الأمراض نوعان أمراض تكون عن زيادة في المأكل فالزيادة في المأكل تورث أمراض كثيرة ومن الأفضل على الإنسان أن يكون متوسطاً في تناوله للغذاء وقسم مراتب الغذاء إلى ثلاثة مرتب وهي الحاجة والكفاية والفضلة، وعلى الإنسان أن يأكل في ثلث بطنه ويدع الثلث الأخر للماء والثلث للنفس وهذا من أنفع

ما للبدن والقلب فإن البطن إذا امتلاء من الطعام ضاق من الشراب فإذا أورد عليه الشراب ضاق عن النفس وعرض له الكرب والتعب، وصار محمله بمنزلة حاصل الحمل الثقيل (17) ويحكى أن الخليفة العباسي المنصور قد أشتد به المرض فاستدعى جميع الأطباء بعد أن كان كل من يعالجه يشتد عليه المرض أكثر .. فطلب منهم أن يأتوه بأمهر طبيب في عصرهم فاتوه بجورجيوس بن جبرائيل فلما شكى له المنصور "نظر إلى نبضة ، وإلى قارورة الماء ووافقه على تخفيف الغذاء ودبره تدبيراً لطيفاً حتى رجع إلى مزاجه الأول.

وكلنا يعي جيداً أن نظافة المأكل والمسكن والملبس من الأمور الهامة جداً في توفير الصحة للإنسان ومن الجوانب التي تلعب دوراً بارزاً في عملية الوقاية من الأمراض وعدم انتشارها وهو الجانب المهم في الوقاية. كما أن من ضمن شروط الوقاية الحديثة والتي تحد من انتشار الأمراض وسرعة انتقالها من بلد لأخر أو من مدينة لأخرى خاصة الأمراض المعدية والفتاكة كالطاعون والسعال الديكي والحصبة عند الأطفال والجدري وتطبيق شروط الحجر الصحي الحديث والذي يتلخص بعدم الاختلاط بالمريض ليحد من سرعة انتشار المرض ولعل القضية الطافية على السطح حالياً قضية مرض الإيدز والذي يعد الاختلاط من أهم أسباب انتقاله للآخرين . لذا فمن المصابين به يخضعون لحجر صحي صارم مما يجعلنا نؤكد على أن الوقاية خير من العلاج ليس قديماً فقط بل وحديثاً وهو ما تركز عليه أغلب الدول حالياً والتي تهدف لتوفير الصحة لجميع أبنائها.

وكما كان الطب عموماً فرعاً من الدين في مصر القديمة كان ايضا في بابل وظيفة من وظائف السحر، فقد كانت بعض اساليب العلاج بالسحر في ذلك العصر تكون مزيجاً هاماً من العناصر العلاجية البدائية او ما يمكن ان يكون من وسائل التحليل المغناطيسي والتحليل النفسي والعلاجي (18) حاليا، ولم ينتهي الارتباط بين كل من الطب والدين والسحر عند تلك العصور بل مازال حتى عصرنا الحاضر برغم

التطور الطبي الهائل الذي وصلت إليه البشرية فالجانبين يسيراً مع بعضهما البعض وبشكل متوازي وأن كان يأخذ أشكال متعددة ومختلفة من عصر لأخر إذ ارتبط قديماً بالسحر والكهانة ثم ارتبط بالديانات السماوية اليهودية والمسيحية والإسلام وفي عصر الدولة الإسلامية ارتبط بالتصوف إذ أصبحت الصحة فرعاً من الأخلاق الصوفية وقام مبدأ تعريفها على قول أرسطو الصحة هي الفضيلة باعتبار أنها فضيلة تابعة لأخلاق النفس تنبعث أصولها من الدين وقد حدا هذا ببعضهم إلى أدعاء الطب وإلى تأليف الكناشات الطبية (19) وقد استطاعوا العمل على إدراك العديد من الجوانب النفسية ووضعوا الكثير من الحالات النفسية كالقبض والبسط والرجاء والخوف والعزل والوجد والصحو والسكر (20) ويرى الدكتور التجاني الماحي أن الأحوال الصرفية هي عبارة عن تجارب تحليلية في الأصل مستدلاً بذلك من وصف الصوفية للأحوال والمقامات(21) والتي تنطبق على وصف درجات العمق النفسي الذي يصل إليه السالك في سلوكه وصله ذلك بالتجارب الوجدانية (22). وقد وجد أن التجارب الصوفية تنطلق من طبقات نفسية مختلفة . كما أن هناك أيضاً تغيرات سلوكية في سلوك المتصرفين تدل على حدوث تغير جذري في سلوكهم وبالرغم مما لعبه الدور الديني أو السحري في الصحة والعلاج إلاّ أن هذا الدور ظل متزامن مع تطور الأسلوب العلمي في الوقاية والعلاج وكان لهم الفضل في معرفة العلاقة بين نوعية الأمراض والمناخ واختلاف قساوتها بقساوة المناخ ويرى الرازي أن الأمراض الحارة أقتل من الباردة لسرعة حركة النار فالمناطق الحارة تكثر فيها الأمراض والأوبئة إذ نجد الأمراض تقل في المناطق الجبلية والمرتفعات عنها في مناطق السهول الساحلية والوديان العميقة، وأن لكل منطقة من المناطق أمراض معينة شائعة تختلف انتشارها وأنواعها وذلك وفقاً للبيئة الطبيعة التي تلعب دوراً هاماً ورئيسياً في هذه العوامل (23) ونجد نفس الأمر بالنسبة للفصول فكل فصل من فصول السنة له أمراضه الخاصة تختلف عن الأمراض في الفصول الأخرى فنجد مثلاً تزايد الأمراض العقلية في الصيف والخريف ويسهم في ذلك ارتفاع

درجة الحرارة والرطوبة (24) كما نجد البلهارسيا تكثر عادة في مناطق الأنهار والأراضي التي تروى بالينابيع وأراضي المستنقعات وهو الأمر الذي يندر وجوده في المناطق اليابسة والجافة والتي عادة ما تنشط فيها البلهارسيا وكذا الجراثيم الناجمة عن مثل هذه المستنقعات.

إلاّ أننا نجد المناطق الحارة تكثر فيها أمراض الملاريا والحميات وهناك ما يعرف اصطلاحاً باسم الأمراض الاستوائية وهي أمراض خاصة بالمناطق الاستوائية والتي لا توجد في سواها.

وإذا كان أطباء المسلمين قد وعو لدور البيئة الطبيعية في المرض فإنهم في نفس الوقت ادكو دورها أيضاً في الصحة وأهمية ذلك أيضاً في عملية بناء المستشفيات نتيجة لتوفير شروط البناء الصحية والتي تؤدي إلى توفير الهواء النقي والموقع الصحي يساعد أيضاً في عملية الشفاء وهو الأمر الذي كان يركز علية الأطباء المسلمون عند اختيارهم الموقع لبناء المستشفى أو البيمارستان(25)، كما كانوا يطلقون عليها، ويحكى أن الخليفة استشار ابوبكر محمد الرازي في بناء البيمارستان العضدي (26) والموقع الذي يراه مناسباً لها فقام الرازي وأمر بعض الغلمان أن يعلقوا في كل ناحية من جانبي بغداد شقفة لحم، ثم اعتبر التي لم يتغير ولم يسهك "يتغير" فيها اللحم بسرعة فأشار بأن يبني في تلك الناحية وهو الموضع الذي يبنى فيه البيمارستان (27) فالمناخ إذ يعلب دوراً في الشفاء كما يلعب دوراً في المرض. كما أن التصاميم كانت تشمل على وجود نافورات لتلطف الجو.

وفي الغالب نجد أن المستشفيات كانت متنوعة التخصص فكل جناح لها مخصص لمرض معين أو فئة معينة فكان هناك أجنحة خاصة بالأطفال وأخرى بالنساء وثالثة بالرجال، كما أن كل جناح يختص بإحدى الأمراض فهناك جناح العيون وجناح الإسهال وجناح الولادة (28)، وهذا التنوع والتعدد في المؤسسة الطبية

"البيمارستان" وفي نوعية الخدمات الصحية التي تقدم تدل على تقدم الصحة بشكل عام وقد كان هذا التخصص مطلوباً ليمكن الصحة العامة من التقدم أيضاً.

أما العلاج في المستشفيات فقد كان يقدم مجاناً للمواطنين دون مقابل لأن الدولة كانت تتحمل نفقاته، وبالإضافة إلى المحل الثابت "البيمارستان" فقد عرف وجود العيادات المتنقلة والتي كانت تصل للأماكن البعيدة والذي لا يستطيع المريض الوصول بها للبيمارستان ولم يكن يقتصر دور المؤسسة الطبية عند هذا الحد بل كانت المستشفيات تقوم بتزويد المرضى بالماء للاستحمام والغسيل والشرب.

وبالرغم من نظام العيادات المتنقلة والبيمارستانات إلاّ أنه أوجد نظاماً ثالثا خاصا بالخدمات المنزلية إذ كانت الأسرة هي التي تقوم بخدمة المرضى والإشراف على ممارستهم نظراً لعدم وجود الخدمات الطبية المساعدة وهو الأمر الذي جعل الأسرة تقوم بهذا الدور وكان مستشفى أبن طولون بالقاهرة أول من أدخل المساعدين الذين يقومون بالأعمال الإدارية في المستشفى في القرن الثامن الميلادي كما أدخل إلى المستشفى أيضاً الطهاة، والحجاب والقهرمانات "الخدمات الشخصية والاجتماعية" كما أدخلت قوارب الإسعاف على النبيل (29)

ولم تكن مهنة الطب سهلة المزاولة خاصة مع تطور الدولة الإسلامية والتي فرضت قواعد نظامية تحدد كافة المهن والشروط الخاصة بمزاولة هذه المهنة فالأطباء كانوا يخضعون لشروط الفحص والامتحان ليتمكنوا من مزاولة مهنهم في حالة اجتياز الامتحان الخاص وفرض هذا النظام ابتدأً من عام 930م بعد أن علم الخليفة المقتدر بالله عن وفاه أحد المرضى نتيجة خطأ ارتكبه أحد الأطباء فأمر الخليفة رئيس أطبائه سنان بن ثابت بن قرة أن يعقد امتحاناً لجميع الأطباء والممارسين (30) فاقر نظام الامتحان بعد ذلك وكون مجلس يرأسه المحتسب والذي كان من مهامه الكشف الدوري والمتابعة المستمرة لمزاولة مهنة الطب وكانت مهمته أيضاً امتحان

كل من يرغب في مزاولة مهنة الطب ليمنح شهادة خاصة بعد ذلك يحق له بموجبها مزاولة المهنة بعد أن يكون قد أقسم يمين أبقراط في الطب.

والذي ينص على "أن لا يعطوا أحد دواء مضرا ولا يركبوا له سما ولا يضعوا سما عند أحد من العامة وألا يذكروا للنساء الدواء الذي يسقط الأجنة ولا للرجال الذي يقطع النسل، وليغضوا أبصارهم عن المحارم، عند دخولهم إلى المرضى، لا يفشوا الأسرار ولا يتعرضوا كما ينكر عليهم فيه (31)، وبعد أداء الأطباء لهذا القسم يحث لهم مزاولة المهنة ويكونوا خاضعين للمسائلة القانونية أمام المحتسب إذا ما أخطئوا في أداء واجبهم أو خالفوا التعاليم إذا كانوا يخضعون للرقابة المباشرة من قبيل المحتسب فلا يزاولون صنعتهم إلاّ بعد أن يجتازون الامتحان والمسائلة من قبل المحتسب، كل بحسب مجال عمله وتخصصه والذي كانت متنوعة ومتعددة.

وكان يمنح من يحق لهم مزاولة صنعه الطب شهادة خاصة بذلك وكانت تنص على التخصص الذي يزاوله الطبيب ونورد نص هذه الشهادة والتي منحت لأحد الأطباء في العصر العباسي.

"بأذن الباري العظيم نسمح له بممارسة فن الجراحة لما يعمله ويتقنه حتى الإتقان حتى يبقى ناجحاً وموفقاً في عمله أو بناء على ذلك فإن بإمكانه معالجة جراحات حتى تشفى وفتح الشرايين واستئصال البواسير وخلع الأسنان وتخيط الجروح وختان الأطفال .. وعليه أيضاً أن يتشاور دوماً مع رؤسائه ويأخذ النصح من معلميه الموثوق بهم وبخبرتهم (32) وبذا فإن الطبيب كان عليه التقيد بأداء المهنة ما لم يخضع للمسائلة من قبل المحتسب (33) .

وكان للطبيب مكانه خاصة رفيعة في المجتمع ويحظى باحترام جميع الناس وكانت مجالس الملوك والخلفاء تظمهم دائماً وكان لهم أطبائهم الخصوصيين وكان يتم استدعاء الأطباء لمداواتهم وإنزالهم منزلة الأمراء والملوك ويحكى أن التتار عندما احتلوا خوارزم شاه نادوا بأولاد الشيخ فخر الدين أحد الأطباء والمشهورين في ذلك

العصر وأعطوهم الأمان وأكرموهم نظراً لمكانة ابيهم . كما كان يزود الأستاذ الذي يعمل بالمستشفى بمنزل مجاني يسكن فيه هو وعائلته وكان الحراك الاجتماعي يتم داخل البيمارستان بناءً على توزيع الأدوار كل حسب مركزة والذي كان يتم على النحو التالي ناظر البيمارستان رئيس الأطباء رؤساء الأقسام ثم الأطباء فالمساعدين والفراشين ونتيجة لهذه المكانة الرفيعة للأطباء والتشجيع الذي كانوا يلقوه من الخلف فقد بلغ عددهم في عام 930م (800) طبيب في بغداد لوحدها ولا يعطيني ذلك مؤشر عن مدى المكانة فقط بل ودليلاً على تقديم الخدمات الصحية في ذلك العصر.

أما الخدمات الصحية والطبية في البيمارستان فقد كانت بالمجان لكافة الناس ذوي الحاجة إليها. وكان السلطان المنصوري (34) يعلن عند افتتاحه للمستشفى المنصوري في القاهرة والتي بنيت عام 1283م يؤكد أنها لعامة الناس وقد تظمنت في وثيقة الوقف أيضاً أن البيمارستان يدخلونه جموعاً ووحداناً شيوخاً وشباباً، وبلغا وصبيانا، وحرمان، وولدانا، يقيم به المرضى الفقراء، من الرجال والنسا لمداواتهم إلى حين بروئهم وشفائهم، ويصرف ما هو معد فيه للمداواة. ويفرق للبعيد والقريب وللأهلي والغريب والقوى والضعيف والدنيء والشريف والسفلى والحقير والغني والفقير والمأمور والأمير والأعمى والأبصر والمفضول والفاضل والمشهور والخامل والرفيع والوضيع والصعلوك والمليك والمملوك من غير اشتراط لعواض من الأعواض، ولا تعريض بإنكار على ذلك ولا أغراض ، بل لمحض فضل الله العظيم (35).

وصنعة الطب لم تكن مهنة للكسب وتجميع المال بل كانت مهنة إنسانية الهدف منها رسم بسمة أمل على شفاه المرضى فهذا أبو بكر الرازي أمهر أطباء عصره توفي وهو يقتات على حساب أخته بعد أن قسا عليه رجال الحكم وأشتد به المرض.

وكانت المستشفيات تتمتع بنظام التثاوب والعيادات الخارجية وأقسام الرقود ويتم توزيع الأعمال بين الأطباء من قبل رئيس القسم أو الناظر.

كما أن نشاطها لم يقتصر على تقديم الخدمات لطالبيها فقط بل كانت العديد من هذه البيمارستانات عبارة عن مدرسة طبية تدرس فيها مهنة الطب وتركيب الأدوية وهو الأمر الذي يمكن مقارنته حالياً بالمستشفيات التعليمية التابعة لكليات الطب.

لهذا كانت توقف الأراضي لصالح البيمارستانات لاعتراف القائمين عليها بأهمية الخدمات الصحية والوقائية والاجتماعية المختلفة، إلى جانب شمولية هذه الخدمات وعموميتها لجميع الناس الامر الذي يستلزم بديلاً منتظماً، ومستمراً (36) فالبيمارستان تعد مؤسسة صحية متكاملة، والانفاق عليها يتطلب أمولا طائلة، لذا كان العديد من الامراء والملوك يوقفون الضيع والاراضي الخيرية الخاصة بهذه البيمارستانات، فقد اوقف السلطان المنصوري من أملاكه القياسر والرياع والجوانب والحمامات والفنادق وغير ذلك، الى جانب عدد من الضياع بالشام (37) لصالح المستشفى المنصوري ومن هذه الأوقاف كان يتم تشغيل البيمارستان من عائداتها بحيث لا يقع أي عجز مادي، قد يسبب قصوراً في العناية الطبية، أو الرعاية الصحية التي يحققها البيمارستان لعامة الناس طيلة الوقت. ومن هذا العائد كانت تصرف الاحتياجات الخاصة بالبيمارستان، ومن فيه من المرضى المقيمين والطارئين وما يحتاج عليه كل الناس من دواء وشراب وغذاء وكساء وكذا أجور العالمين بها.

وكانت البيمارستان المنصوري من أشهر البيمارستانات نتيجة لتعدد التخصصات بها إذ شملت عنابر أو أقسام لمختلف الأمراض ومكتبة يشرف عليها ستة امناء وحديقة لاستنبات الأعشاب الطبية، كما أن الموسيقى كانت تعزف ليلاً لمساعدة المرضى على النوم ، وفي هذه المستشفى نبغ العديد من الأطباء العرب ومنهم أبن النفيس الذي اكتشف الدورة الدموية الصغرى في جسم الإنسان. وهكذا ظل

البيمارستان المنصوري شعلة متأججة ينير الطريق للمرضى ويؤدي الخدمات الطبية والعلاجية أي أن عطلة السلطان سليم وتهدم في عهد سعيد باشا ولم يبقى فيه من المرضى سوى المجانين(38)

وقد تعرض أبن خلدون للطب في مقدمة تحت عنوان (صناعة الطب) وإنها مهن يحتاج إليها في الأمصار دون البادية كان ذلك في الفصل التاسع والعشرون، وكذا في الفصل التاسع عشر من الكتاب الأول تحت عنوان في علم الطب.

ويعرف ابن خلدون صناعة الطب بأنها ضرورية في المدن والأمصار لما عرف من فائدتها فإن ثمرتها حفظ الصحة للأصحاء ودفع المرضى عن المرض بالمداواة حتى يحصل لهم البرء من أمراض (39) كما يعرف علم الطب بأنه فرع من فروع الطبيعيات فصناعة الطب وهي صناعة تنظر في بدن الإنسان من حيث يمرض ويصح فيحاول صاحبها حفظ الصحة وبرء المرض بالأدوية والأغذية (40)

ويحدد لنا في التعريفين السابقين أبن خلدون مجالات عمل الطب في الإنسان وهي المحافظة على صحة الأصحاء والعمل على شفاء المرضى ولكن كيفية ذلك من وجهة نظر أبن خلدون هناك مجالين فالأول الأدوية ذاتها والثانية الأغذية وهما المحوران الأساسيان في العلاج على يومنا هذا. وإذا كان الغذاء سبباً في الشفاء فإنه سبب في الداء عملاً بالحديث النبوي (المعدة بيت الداء والحمية رأس الدواء) .. فالإسراف في الأكل سبب في جلب الأمراض وتفاقمها في جسم الإنسان .. وتنظم الكل وعدم الإسراف في تناول الطعام وطهيه جيداً سبباً في الشفاء وعدم الإصابة بالأمراض وهذه التعليمات عبارة عن خطوط عامة في الطب الوقائي الذي تركز عليه كثير من الدول حالياً فالحماية خير من العلاج.

ويصف ابن خلدون العلاقة بين كل من المريض والطبيب بأن على الطبيب أن يفحص المريض كاملاً عضواً عضواً وعليه أن يبين المرض الذي يخص كل عضو

من أعضاء البدن وأسباب تلك الأمراض التي تنشأ عنها وما لكل مرض من الأدوية(41).

كما فطن لتوزيع الأمراض ومدى تواجدها بين أهل الحضر وقلتها في البداوة محدد الأسباب التي تجعل من أهل الحضر أكثر أصرافاً من أهل البداوة، فأهل احضر أو سكان المدن هم أكثر الأفراد حاجة إلى صنعة الطب فهي من الصنائع التي لا تستدعيها إلاّ الحضارة والترف (42) وهو الأمر الذي يهتم به علماء الاجتماع حالياً عن طريق دراستهم للأمراض الناجمة عن عدم الحركة كالروماتيزم والنقرس .. الخ، فأهل الحر والأمصار أكثر عرضة للأمراض لخصب عيشهم وكثرة مأكلهم وقلة اقتصارهم على نوع واحد من الأغذية وعدم توقيتهم لتناولها وكيراً ما يخلطون بالأغذية (43) وهم في الغالب ساكنون لها تأخذ منهم الرياضة شيئاً لا تثر فيها أثر فكان وقوع الأمراض كثيراً في المدن والأمصار (44).

وأن ابن خلدون فطن للأسباب والعوامل الاجتماعية المؤدية للمرض وكثرة انتشارها وحددها بالعديد من المتغيرات الاجتماعية الناجمة عن التطور الحضري في المدن ويعد ذلك من صميم اهتمامات علم الاجتماع الطبي في وقتنا الحاضر فالمدينة بالقدر التي لها محاسن نجد لها مساوئ تنعكس هذه المساوئ في الأساس على الجانب الصحي أكثر من جانب أخر في حياة الإنسان . فهناك أمراض الجهاز التنفسي الغالبية العظمى منها ناجمة عن التطور الحضري وهناك أمراض البيئة والتلوث وأمراض الإشعاعات النووية وجزء كبير من الأمراض العصبية والنفسية والتي يطلق عليها البعض أمراض العصر لأنها ناجمة عن التوتر والقلق ولأنها مرتبط بالمدينة والتطورات الحديثة فالتقدم الحضري التي يعيشه الإنسان المعاصر جعله يدفع ثمناً له.

رابعاً

مؤشرات ما قبل الحرب العالمية الثانية:

أهتم العديد من علماء الاجتماع والأطباء بدراسة وإبراز أهمية دور العوامل الاجتماعية والطبيعية في نشأة المرض وما تلعبه هذه العوامل من استمرار وكان الفضل الأول في هذا الإدراك للأطباء إذ وعوا هذه الجوانب منذ ثلاثة قرون على الأقل فقد أدركوا أن الأمراض ليس مجرد ظواهر طبيعية تحدث بطريقة مرضية غير محسوبة، فقد أتضح أن الأمراض ترتبط بطبيعة حياة الناس وبالظواهر الاجتماعية التي تنشأ من وجودهم في الأمصار، فهي ترتبط بالمهن التي يمارسونها كما ترتبط بعاداتهم اليومية (45) وقد سبق لنا أن أشرنا في سطور سابقة من هذه الدراسة إلى أن المسلمون في عصر الازدهار الفكري ادركوا أهمية هذا الجانب وركزوا عليها.

كما ارتبطت العديد من الدراسات بمعرفة الأسباب والعوامل الاجتماعية المؤدية للأمراض وخاصة تلك الأمراض السكوسوماتية أو ما يطلق عليها النفسجسمية Psychosomatic إذ وجدوا أن هناك أسباب نفسية واجتماعية للأمراض العضوية وقد أعيدت إلى الأذهان مرة أخرى حالة اليقظة وإعادة أحياء ذلك الاعتراف القديم بأهمية العوامل الاجتماعية في تعليل المرض وتأثير العلاقات الشخصية المتبادلة في العلاج (46). وتكرست هذه الدعوة بالذات أثر التطورات التي حصلت في مجال الطب ومع بداية التركيز على أهمية دور العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية في انتشار الأمراض.

أما مرحلة الاهتمام الحقيقي بالعوامل الاجتماعية وما تلعبه من دور وأثر في الحالة الصحية والمسجلة تسجيلاً علمياً واضحاً تعود لذلك التقرير الذي أعده شادويك عن الأحول الصحية للطبقة العاملة في إنجلترا عام 1842م والذي يرى البعض أن علم الاجتماع الطبي كعلم مستقل يمتد الى هذه الفترة وقد تم إعداد هذا التقرير بعناية

حول احتياجات العناية الصحية في المجتمعات المتحضرة. وكان شادويك في هذا التقرير قد اعتمد على الأسلوب العلمي في جمع المعلومات والذي شمل كل أجزاء الأمبراطورية البريطانية والذي هدف من وراءه إلى تحقيق مستوى أفضل للصحة العامة في بريطانيا من خلال إتباع عدة وسائل وقائية يجب إتباعها داخل المجتمع وتضمن التقرير مطالب تؤدي إلى تحسن الأحوال .. ويمكن أن يتم تطبيقها في بريطانيا على نطاق كامل إلاّ في الربع الأخير من القرن التاسع عشر(47) لعدم حصولها على تأييد شعبي واسع يمكن أن تستمد منها قوة تنفيذها.

كما وجدت اسهامات لعدد من الأطباء في هذا الجانب وخاصة أولئك الذي كان لديهم جانباً من الوعي بأهمية دور العوامل الاجتماعية في نشوء وشفاء المرض ومن هؤلاء الدكتور أرماند جوزيف ماين، والذي قام بدراسة المجتمع البلجيكي خلال ثلاثون عاماً في عام 1865م درس فيها الأحوال الاجتماعية والصحية والبيئية الاقتصادية للمجتمع البلجيكي. أما في القسم الثاني من دراسته تلك فقد تعرض لأسباب الوفيات، وأهم الأمراض وفي القسم الثالث عرض فيها للعوامل المجتمعية المؤثرة في الأمراض مثل المناخ والتغذية والإسكان والمستوى الاقتصادي والإدمان. أما القسم الرابع فقط عرض للجوانب الاجتماعية التي يمكن العمل بها لعلاج المشكلات الصحية والمرضية التي تعرض لها(48).

وبذا فأن أرماندوجوزيف قد وعي لعملية التكامل الاجتماعي الاقتصادي البيئي من ناحية والمرض من ناحية ثانية باعتبار أن هذه الجوانب تمثل صعوبة بالغة في الفصل بينهما ولكن الأهمية الكبرى في هذا المؤلف أن يقوم به طبيب وهو ألأمر النادر حدوثه وقتنا الحاضر.

ولا تقف محاولات الأطباء والمجتمع لدى العديد من الأطباء مثل جوتشتاين Gottstaion وتيليكي Teleky وجروتيان Grotiahn وذلك من خلال كتاباتهم عن الصحة العامة والتي تهتم بالمقام الأول بالأمراض الاجتماعية والتي تعني

الأمراض الواسعة الإنتشار التي يتطلب القضاء عليها ومكافحتها إمكانيات تتجاوز حدود الإمكانيات الفردية(49). ولا تنسى الإشارة إلى كتابات كل من بيرسو سلامسون نيومان والتي يرى الدكتور إبراهيم خليفة أنها تنتمي إلى أدبيات علم الاجتماع الطبي (50).

وفي عام 1880 تأسست في بريطانيا حركة تعنى بالمرضى وتهتم بهم عقب خروجهم من المستشفيات وخاصة المرضى العقليين وتقدم المساعدة لهم والرعاية حتى يتم تجنبهم لحدوث الإصابة بعد ذلك أو تكررها. وأثناء الرعاية يتم تبصير أهل المريض وأصدقائه بنوع من الإرشادات وكيفية التعامل مع وكانت تعنى أيضاً بالمرضى الفقراء منهم ومساعدتهم على العودة على الحياة الاجتماعية من جديد ونتيجة لنجاح هذه الحركة قامت هناك حركات مشابهة لها في كل من أمريكا وفرنسا وبريطانيا ، صحيح أن مثل هذه الحركات يمكن أن نصف نشأتها ضمن الخدمة الاجتماعية الطبية . إلاّ أنها عبارة عن ارهاصات أولية لعبت دوراً بارزاً في نشوء علم الاجتماع الطبي على يد العديد من أولئك الذي وعوا العلاقة بين العوامل الاجتماعية والصحية.

وفي عام 1899 تأسست في بريطانيا فرقة المحسنات اللائي كن يتطوعن مجاناً للقيام بالبحث الاجتماعي للمرضى لتحديد من المتقدمين يجب عليه الحصول على الخدمة الطبية التي يرغب في الحصول عليها وخاصة أولئك المرضى الذين كانوا يفتقون العائل لهم. وكانت تقدم لهؤلاء المرضى نفقات الرعاية العلاجية والتمريض مجاناً.

وبهذه المرحلة تدخل جوانب الخدمة الاجتماعية الطبية مرحلة انتقال ومؤشرات تدل على حدوث تطورات سريعة من هذه المؤشرات إدخال هذا النظام في العديد من المستشفيات وكذا عقد عدة دورات تدريبية في هذا المجال لتنشيط العاملين به. ففي عام 1903 طلبت مستشفى جون هويكنز Johns Hopkins من جامعة بالتيمو

أن تعمل على تدريس المشكلات الاجتماعية لطلاب الطب وطلب منهم العمل التطوعي ليتم تعرفهم على اثر المشكلات الاجتماعية والاقتصادية للمرضى على المريض من خلال الواقع.

أما الفرد جروتجان في مؤلفه الباثولوجيا الاجتماعية فيضيف خطوة أكثر جرأة من يمدان علم الاجتماع الطبي والذي حدد فيه جروتجان عدة نقاط أساسية حدد فيها ألأسس الاجتماعية لأي دراسة ذات علاقة بالجوانب الصحية ومن خلال هذه الدراسة توصل جروتجان إلى أن الأمراض المزمنة في مقدمة الأمراض التي لها صفات مجتمعية (51). كما كان من نتائجها أن وقاية المجتمع من الأمراض ثمن الواجب علينا الاهتمام بالنواحي الاقتصادية والاجتماعية. وإذ أردنا معالجة الأمراض المزمنة فعلينا الاهتمام بالعلاج الطبي الاجتماعي الشامل لنتمكن من خلاله إيقاف انتشار هذه الأمراض وزيادتها في المجتمع. لأن هناك أسباب اجتماعية تؤدي إلى انتشار الأمراض ولذا من الواجب علينا أولاً أن ننظر إلى أهمية دور العوامل الاجتماعية في انتشار الأمراض والشفاء منها وينطلق هذا الدور من أهمية العوامل المهيئة والممهدة لحدوث المرض وكذا العوامل المباشرة للإصابة في المرض. كما رأى أنه يمكن للأطباء من أداء دورهم على النحو التربوي الاجتماعي لزوم إدخال مادة الصحة الاجتماعية في دراسة الطب على أن تشمل هذه المادة على جوانب إحصائية وانثروبولوجية وتربوية وسوسيولوجية واقتصادية مع التركيز على التحليل السوسيولوجي للمشكلات الصحية الاجتماعية (52) وتعد دراسة جروتجان هذه من الدراسات الرائدة في مجال علم الاجتماع الطبي وترى بأنها تمثل البنية الصلة التي يرتكز عليها علم الاجتماع الطبي في المجالين النظري والمنهجي كما أنه زواج في نفس الوقت بين كل من الصحة الوقائية والاجتماعية وبين علمي الاجتماع والاقتصاد.

ولم يتوقف وعي الأطباء لأهمية ودور العوامل الاجتماعية عند جروتجان فقط إذ نجد الدكتور ريتشار دكوبوت والذي أهتم ابتداءً من عام 1905 بالجوانب الاجتماعية للمرض والمرضى نتيجة لوجود العديد من المرضى في مستشفى ماساشوستس العمومي في أمريكا والتي لعبت العوامل الاجتماعية دوراً كبيراً في نشوء واستمرار أمراضهم ولم يتمكن من شفاء هؤلاء المرضى إلاّ بعد أن حاول حل مشاكلهم الاجتماعية ... وبذلك يكون الطب بحاجة شديدة لمعرفة بيئة المريض وظروفه لما لها من أهمية في العلاج وتشخيص المرض. وبذلك عهد كابوت إلى الاستعانة بعدد من الأخصائيين الاجتماعيين ليعطوه فكرة عن المريض وظروفه وقد حدد كابوت لهؤلاء الأخصائيين عدة أهداف من واجبهم إتباعها والسير عليها للوصول إلى الهدف كما أن الدكتور هنري ريتشارد سون حدد لهم أيضا مهمات خاصة تضاف على ما حدده كابوت، هذه المهام أن يعمل على تخفيف التوتر والقلق اللذين يشعر بهما بعض المرضى سواءً أكان القلق وعدم الاطمئنان باديين أم خافيين وسواءً أكان منشأ ذلك ضغوط خارجية نتيجة اتجاهات المريض وخبراته وأوهامه حيال المرض (53) فإذا كان الأطباء قد وعوا دور العوامل الاجتماعية أكثر من غيرهم وفي فترة أقدم من الاجتماعيين لهذه العوامل وبالذات في المرحلة الثانية إذا جاز لنا أن نقسم نشأة علم الاجتماع الطبي وتطوره إلى مراحل. فإن الاجتماعيين تأخر دورهم وفهمهم لهذا الدور لفترات متأخرة لكنهم في نفس الوقت وبعد أن وقف هذا العلم واعتراف به بفضل الاجتماعيين نجدهم أكثر من ركز على تطويره والاعتراف بدوره من الأطباء ذاتهم وهذا ما حدث في المرحلة الثالثة في تطور هذا العلم إذ يعود الفضل في تطويره وإفراغ له المجال في التخصص هم الاجتماعيين.

لذلك نجد البعض من الاجتماعيين يعيدون نشأة هذا العلم إلاّ ما بعد الحرب العالمية الثانية وهذا في الواقع من المصادفات الخاطئة المتجنية على دور أولئك الذي وضعوا البدايات الأولى في هذا الفرع من علم الاجتماع سواءً كانت مساهماتهم عن قصد أو بدون قصد، المهم أن لهم فضل المشاركة ولا يسعني إلاّ أن أقف مع بعض

مما جاء به الدكتور/ عبد الباسط محمد حسن والذي يرى بأن الدراسات الأولى ترجع إلى النصف الثاني من القرن التاسع عشر حينما أتجه فريق من الباحثين الاجتماعيين إلى دراسة العوامل الاجتماعية المرتبطة بالصحة والمرض بعد أن كانت دراسة المسائل الصحية وقفاً على المتخصصين في العلوم الطبية دون غيرهم (54)، كما نتفق معه ايضا في أن هذا العلم لم يكن من نتاج الحرب العالمية الثانية أما أن يعيد فترة نشأته إلى النصف الثاني من القرن التاسع عشر فذاك مخالف لتطور الفكر الاجتماعي خاصة والعلوم الإنسانية بشكل عام نجدها عبارة عن تراكمات منذ أن وجدت البشرية وحتى الآن وتحديد نشأة علم الاجتماع الطبي لأحداث الثورة الصناعية والتي ربطها الدكتور عبدالباسط باهتمام الباحثين بدراسة العوامل الاجتماعية المرتبطة بالصحة لأفراد الطبقة العاملة إذ سادت ظروف اجتماعية سيئة في صفوف الطبقة العاملة أثر الثورة الصناعية فأتجه العديد من العلماء الفرنسيون إلى دراسة المشكلات الجديدة التي واجهتهم واستخدموا في ذلك العديد من التحليلات الإحصائية ومن أهمها المسح الصحي الإقليمي (55) في الفترة من 1792-1795م.

إلاّ أن الفكرة أصبحت أكثر عمقاً وقوة عندما ظهرت فكرة الطب الاجتماعي سنة 1848م نتيجة لدراستهم أثر الفقر على المهنة والتغذية والإسكان وعمل النساء والأطفال على الحالة الصحية للأفراد.

وترى الدكتورة فوزية رمضان أيوب أن مصطلح علم الاجتماع الطبي في الفترة التي سبقت الحرب العالمية الأولى في أوائل القرن العشرين ظهر في فرنسا وألمانيا ثم ظهرت وتطور بسرعة أكثر في الولايات المتحدة وبريطانيا (56) كما أن شارلزماك انتبر Charles McIntir قد عرف علم (57) الاجتماع الطبي في عام 1894 أي في فترة قبل الحرب العالمية الثانية تزيد عن ستون عاماً وهو الأمر

الذي يعد دليل أخر وينفي الرأي القائل بعد نشأة علم الاجتماع الطبي لما بعد الحرب العالمية الثانية.

خامساً

إرهاصات الحرب العالمية الثانية:

ويرى اتجاه أخر أن علم الاجتماع الطبي والاهتمام الاجتماعي بالمرض انحصر ضمن إطار ما يعرف بعلم الأوبئة Epidemiology والذي يعد فرعاً من فروع الايكولوجيا ويعني بدراسة العلاقة والتأثير المتبادل بين الإنسان والبيئة وقد ظل هذا العلم لفترة طويلة مرتبط بدراسة الأمراض المتوطنة في بعض المناطق ولكنه ومع من اختصاصاته في دراسة جميع الأمراض وارتباطها بمختلف الجماعات الإنسانية.

وهناك من يقول بأن علم الاجتماع والطب تأخر قليلاً في إبراز العلاقة بين العلمين وبشكل واضح لأن مثل هذه العلاقة كانت تعد من البديهيات أو هي (داخلية في شعورهم لدرجة كبيرة جعلتهم لا يفكرون فيها (58) ولكن مع تطور الحياة الاجتماعية وازدياد جوانبها تعقيداً .. أصبح الأطباء عاجزون عن فهم بعض الأمراض فهماً طبياً بحتاً دون أي إلمام بالجوانب البيئية والاجتماعية للمريض كان لزاماً عليهم التركيز على هذه الجوانب لكي يتمكنوا من الوصول إلى تشخيص حقيقي وناجح لأمراض مرضاهم.. قام بعض الأطباء ببعث النظرية الشاملة للمرضى التي كانت لدى بعض الأطباء القدماء أمثال أبن سيناء والرازي وأبقراط وخاصة أولئك الأطباء الذي يمتلكون حساً سوسيولوجياً. والتعامل مع المرض ككل متكامل غير مجزء.

والذين أرسوا دعائم أولى لعلم الاجتماع الطبي بالمفهوم السائد حالياً مما لفت نظر العديد من علماء الاجتماع ليضعوا الأهداف والمناهج الخاصة والتي يمكن أن يسير عليها هذا العلم . بالإضافة لوجود عدة ظروف اجتماعية ذات علاقة بالصحة أدت

على تزايد الإحساس لدى علماء الاجتماع والأخصائيين الاجتماعيين لأهمية إقامة فرع جديد من فروع علم الاجتماع العام فكرة مهمة دراسة العلاقات والتنظيمات والمؤسسات الاجتماعية التي تربط أو تؤثر به أو على النواحي الصحية والطبية. ولعل ظروف الحرب العالمية الثانية بما أتت به من كوارث نفسية واجتماعية للمجتمعات التي عاشت ظروف هذه الحرب كانت أكبر دافع في سبيل استغلال هذا الفرع والعمل على تطويره وتبنية من قبل العديد من المنظمات والجامعات الأمريكية والبريطانية والألمانية وكذا تدريسه من قبل العديد من الجامعات وهذا السبب الذي جعل من العديد من علماء الاجتماع حالياً يرون بأن علم الاجتماع الطبي نشاء بعد الحرب العالمية الثانية. وهم يعتبرون الإرهاصات الأولى لنشأه هذه العلم والجذور متجاهلين الإسهامات القديمة للمفكرين القدماء، صحيح أن التطور حصل بعد الحرب لكنه لم يكن تطوراً عربيً إطلاقاً بمعنى أنه لم ينشأ دون إرهاصات سابقة بل أن هذه الإرهاصات أدت إلى تطوره بعد الحرب عندما شعر الأطباء وعلماء الاجتماع أنهم بحاجة لتطويره وخاصة وأننا بحاجة لفهم جديد لظواهر الصحة والمرض – فهم اجتماعي طبي- يقودنا لتطوير أسلوب العلاج الطبي أو رعاية المريض(59).

ولكن قبل أن نتعرض لعلم الاجتماع الطبي في ظل الحرب العالمية الثانية والظروف التي أدت إلى ازدهاره من الأفضل لنا أن نعرض لعملية الالتقاء بين كل من الطب وعلم الاجتماع إذ ازدهر الطب مع بداية القرن العشرين وأواخر القرن التاسع عشر كان من نتائج هذا الازدهار الوعي بأهمية العوامل الاجتماعية في تفسير المرض، وتأثير العلاقات الشخصية المتبادلة في العلاج (60). وكان من نتائج ذلك أن حدث نزاع بين الفكر الطبي التقليدي والحديث كان الحسم فيها للتطور العلمي المتكامل في مجال الطب والأخذ بالاتجاهات العلمية الحديثة والتي تؤمن بالتكامل بين العلوم.

وكان لشعور علماء الاجتماع بضرورة دراسة المشاكل الاجتماعية بعد أن درسوا الطب باعتباره جزء من نسق السلوك الاجتماعي أهميتة بإبراز الظواهر الطبية باعتبارها ظواهر اجتماعية. وبرز لهذا الغرض ما يطلق عليه بعلم الاجتماع الطبي هدفاً لدراسة التكامل بين الفرعين. ويرجع العديد من علماء الاجتماع والمتخصصين في علم الاجتماع الطبي يرجعون نشأة هذا الفرع لثلاثينيات هذا القرن وفترة الحرب العالمية الثانية ويعود ذلك إلى انتشار الأمراض المزمنة وازدياد نسبة كبار السن في المجتمع، والمرضى عقلياً، والمضطربين نفسياً، والمعوقين (61) كما أن تطور الخدمات الصحية وازدياد التخصصات والتشعب هي هذه التخصصات وتطورها وبروز جانب من الأمراض بحاجة لمعالجة اجتماعية قبل أن تعالج طبيبا. كما أن بروز مشكلات جديدة تؤثر على الصحة العامة في المجتمع كتلوث البيئة وازدياد الفوارق المادية داخل المجتمعات، ووجود البيروقراطية في الخدمات الصحية والتطور التكنولوجي في الطب وما نتج عنه من مشكلات في تغير النسق الصحي وتطوير علم الاجتماع الطبي كنتائج لذلك والإهتمام بدراسة هذه المشكلات باعتبارها مشكلات اجتماعية ذات تأثير بالنسق الاجتماعي بشكل عام ولمساعدة مشوهي الحرب ومحو آثارها السلبية على المحاربين وأسرهم.

كما قامت العديد من مدارس الطب والكليات بالعديد من الدراسات المركزية أو التي تهدف لتطوير المعرفة المتعلقة بهذه الموضوعات (62) وكان لذلك أن وجد التكامل ليس بين الطب وعلم الاجتماع فقط بل وبين الطب والعلوم الاجتماعية الأخرى.

إن تلك الأسباب والعوامل وغيرها هي التي أدت إلى تطور علم الاجتماع الطبي فيما بعد الحرب العالمية الثانية خاصة في أمريكا وبريطانيا وألمانيا وفي هذا يؤكد بلوم في تحليله للنشاط الاجتماعي الطبي في الولايات المتحدة في فترة ما بعد الحرب إلاّ أن تطويع السياسية الاجتماعية في القارة الأمريكية لعلم الاجتماع الطبي إنما هو اتجاه حديث (63) كما يرى بلوم أنه من الصعب العثور على نقاد مهتمين

بنظم العناية الصحية في أمريكا مثل هؤلاء الذي كانوا ظاهرين في ميدان الاجتماع الطبي في أوروبا وفي بريطانيا (64) وقد ظهرت العديد من الكتابات وعقدت العديد من المؤتمرات الدولية المهتمة بعلم الاجتماع الطبي. كما أسس قسم الاجتماع الطبي في أمريكا والذي أنشئ ضمن إطار الجمعية الأمريكية لعلم الاجتماع وذلك في 1960م وفي الوقت الحاضر يعمل أكثر من (1300) عالم اجتماعي أمريكي إلى جانب بعض علماء الانثروبولوجيا والنفس الاجتماعي معاً في مشروعات بحوث كبرى ذات صلة بالميراث الطبي ن كما ينظم الآن 86 قسم من أقسام الجامعة في أمريكا برامج للخريجين في مجال علم الاجتماع الطبي (65) أيضاً إليه أن الجمعية الأمريكية لعلم الاجتماع يرأسها حالياً أحد المتخصصين في علم الاجتماع الطبي كما قام الطبيب أندرسون Anderson بإنشاء عام 1957 في وزارة الصحة قسماً لعلم الاجتماع لكي يستفيد الطب من علم الاجتماع في توضيح وتفسير بعض الموضوعات الاجتماعية(66) . كما أن الجمعية الدولية لعلم الاجتماع تظم ضمن لجانها لجنة خاصة بأبحاث علم الاجتماع الطبي. وقد عملت هذه اللجنة على تنظيم العديد من الندوات والمؤتمرات الدولية ففي جابلونا ببولندا عقد مؤتمر دولي خاص بعلم الاجتماع الطبي تحدث فيه بلوم عن تطور علم الاجتماع الطبي بعد الحرب العالمية الثانية مبرزاً وعارضاً للدور الذي لعبته مؤسسات تمويل الأبحاث الفردية والحكومية والتي لعبت دوراً في تمويل الأبحاث التي أدت لتطور العلم ويرى بلوم أن علم الاجتماع الطبي قد تحول من الجانب التعليمي إلى الجانب التطبيقي العلمي. أي أن هذا العلم أخذ به في المجال العلمي بالجهات ذات العلاقة بدراسته. وهو الملاحظ من خلال كتابات العديد من الكتب خلال فترة التطور اللاحقة للحرب.

وفي المؤتمر الدولي الرابع لعلم الاجتماع والطب المنعقد بالدانمرك عرض فيه دايموند السلى دراسة تتبع فيها تطور علم الاجتماع الطبي في بريطانيا وقد توصل إلى نتيجة مفادها أن علم الاجتماع الطبي قد بلغ مرحلة الصبا عبر اكتسابه درجة

من الاستقلال بعد أن كانت تتحكم في مساره وانعكاسات أفكاره وأغراضه ميول واتجاهات الممارسين الطبية بأكثر من ميول واتجاهات علماء الاجتماع (67).

ويرى بلوم في نفس الدراسة التي تقدم بها للمؤتمر تحت عنوان كيف يمكن إجراء ملاحظة متقدمة لحالة ما "يرى أن مظاهر الالتقاء بين الطب وعلم الاجتماع كانت متمثلة في الأساس بالإحصائيات عن المرضى والوفيات والمواليد ... الخ وهذه الإحصائيات كانت تستخدم للحملات المضادة لمكافحة الأوبئة بالإضافة إلى أن البحوث المشتركة بين كل من الطب وعلم الاجتماع فقد أدت إلى تطوير العلاقة بين العلم ينتج في الأخير علم الاجتماع الطبي. ويردد بلوم نفس الفكرة التي يرددها العديد من المتخصصين بعلم الاجتماع الطبي من أن موضوعات علم الاجتماع الطبي كانت في الأساس ضمن موضوعات علم الأوبئة يشاركه نفس الفكرة أيضاً موريس والذي يرى بأن الأبحاث الخاصة بالأوبئة هي إحدى القواعد الأساسية في الاختبارات الخاصة بالسياسة الاجتماعية.

وقد دفعت الرغبة في تطوير هذا العلم العديد من الباحثين الاجتماعيين نذكر من هذه البحوث بحث بلاكويل في عام 1963م، والذي كان يهدف لمعرفة أسباب تأخر عرض الحالات المرضية على الأطباء وكانت من نتائجه أن انشغال المرضى بقضاياهم الخاصة وعدم وجود من يحل محلهم في بعض القضايا والمواقف يجعلهم يهملون العلاج كما أن خوفهم من الأطباء وخاصة أولئك الذين فشلوا في بعض تجاربهم الطبية ولم يتمكنوا من النجاح بتردد فعل سلبي لديهم كالخوف والقلق من الذهاب إلى الطبيب. كما أن ترقي المستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي للمريض يلعب دوارً سلبياً في العرض على الطبيب.

وإذا كانت هذه الأسباب هي التي تدفع الشخص إلى عدم عرض حالته على الطبيب حددها " زولاء بوقوع حادث ما بالأسرة في نطاق المحيطين أو تأثر علاقة الاجتماعية أو نشاطه الجسمي نتيجة لهذا المرض أو ربط هذه الحالة بمواقف

اجتماعية وشخصية وبخبرات سابقة وكذا تعرض الشخص لضغوط من قبل المحيطين به لعرض حالته على الطبيب وهناك العديد من الدراسات والبحوث التي أجريت حول هذا الموضوع قام بها العديد من المفكرين أمثال كوز Koos سنة 1954م وفرايدسون Freidson سنة 1961م ولويس ولوبر بتوه Lewis/topreato سنة 1962م وسنتوكل 1963 Stoekleetal وزولا 1964 Zola ونبوروفسكي 1969 Zborowskiم وهيز رنجتون وهوبكنز 1969 Hetherington/Hopdinsم وقد أكدت جميع الدراسات أن اختلاف الأفراد في تفسيرهم للأعراض المرضية التي يشعرون بها. وفي استجاباتهم لآلم. وفي اتجاهاتهم نحن الرعاية الطبية الذاتية أو اهتمام الرد بعلاج نفسه وكذلك في قراراتهم بفرض حالاتهم عند الشعور على الطبيب لتشخصيها وعلاجها كلها ظواهر ترتبط بمتغيرات اجتماعية مثل الانتماء الحضاري أو العنصري والطبقة الاجتماعية والتفاعل، أكثر من ارتباطها بمعايير طبية موضوعية (68).

وهناك العديد من البحوث التي أجريت وكلها تتضمن محاولة التعرف على نظرة الأفراد للمربين واتجاههم نحو العلاج – كذا العوائق الاجتماعية التي تحد من إمكانيات الشفاء وكذا الذهاب للطبيب – كذا العوائق الاجتماعية التي تحد من إمكانيات الشفاء وكذا الذهاب للطبيب – من الذي يذهبون إليه – ما نوعيه العلاج المقدم لهم وكذا سلوكهم تجاه المرضى... وسلوك الآخرين تجاه المرضى وسلوك الأطباء تجاه مرضاهم.. كما ركزت الدراسات على عملية التفاعل الاجتماعي والحراك داخل المؤسسة الطبية وكان من أهم المحاولات في هذا الجانب محاولا كل من وزولا Zola عام 1964، كاسل وكوب Kasl/Cobb ساشمان Suchman 1966 ، روزنستوك Resenlok عام 1966م ميكانيك 1968 Mechanicم ، أندرسون 1968 Andersonم ، كوساور زوبرتسون Kosa/Robertso 1969م ويمكن أن نشير إلى أن دراسة جوفمان بعنوان "البيمارستان" مقالات عن الوضع الاجتماعي لذوي الأمراض العقلية ومن يعيشوا معهم والذي قام فها بنقد

مستشفيات الأمراض العقلية في أمريكا ونوعية الخدمات التي تقدمها للمرضى على جانب كبير من الأهمية في التعريف بدراسات علم الاجتماع الطبي.

وبعد هذا العرض لإسهامات علماء الاجتماع في تطوير علم الاجتماع الطبي قد يتبادر لذهن القارئ منا سؤال حول إسهامات رواد علم الاجتماع في مجال علم الاجتماع الطبي ؟

إننا كدارسين لعلم الاجتماع بشكل عام نجد أن هناك بعض الإسهامات من قبل علماء الاجتماع والتي يمكن أن تندرج ضمن إطار مفهومنا لعلم الاجتماع الطبي إذ نجد أن أوجست كونت له بعض الإسهامات وأن لم تكن مباشرة إلاّ أننا نستطيع أن ندرجها ضمن هذا المفهوم باعتبار أنتها تناقش قضايا جوهرية يناقشها حالياً علماء الاجتماع الطبي إذا وجه أوجست كونت انتقاده للأطباء باعتبارهم يدرسون الجوانب الحيوانية في الإنسان كما قدم لنا أوديفرد Audiffrend تلخيصاً لإسهامات كونت والذي يرى أن الجنون يتميز بنوعين من الذاتية ن ذاتية منطقية وأخرى اجتماعية. ويعد الجنون من وجهة النظر المنطقية بشأنه شان الأحلام وأحلام اليقظة بمثابة عملية بدون موضوع بينما يعتمد المدخل العلمي أو الوصفي على الموضوع ويعبر الجنون من وجهة النظر الاجتماعية بأنه عبارة عن عقل قد أنشق على الضبط الجمعي وأطلق العنان لعالمه الداخلي خاصة رغباته وبعده عن كل ما هو أخلاقي (69).

أما دور كايم ، فيرى أن الصحة أن يكون الإنسان في حالة أقل قدر ممكن من الأمراض لأن الإنسان الخالي من المرض ليس له وجود ويشير دوركايم إلى علامات مرضية تبدو على الإنسان ولكنها في الواقع علامة على الصحة مثل المرض الشهري عند النساء ودورة الطمث ، فإذا اختفت اعتبر الإنسان مريضاً .(70)

كما يرى دوركايم أن هناك علاقة بين مكل من ظاهرة الألم والمرض ويرى أن هناك ظواهر متعددة تتدخل في طول أو قصر البقاء للإنسان منها اعتلال الصحة

لأنه يؤدي في طبيعة الحال إلى إضعاف الكائن العضوي والمرض لا يكون للكائن عضوي بشكل متكامل بل يرى أن هناك توقف لوظائف الأعضاء توقفاً جزئياً فالوظائف الخاصة بالتناسل تنتهي بالموت المحقق لدى بعض الفصائل الحيوانية الدنيا كذلك تتعرض الفصائل الحيوانية العليا لخطر الموت ويفضى كل من كبر السن والطفولة إلى ارتفاع نسبة الموت(71) وهناك بعض الوظائف لأعضاء الكائن الحي والأنسجة يعد وجودها صحياً وضرورياً لإيجاد التوازن في الجسم وأن كان لها دوراً سلبياً إذ أن بعض الأنسجة التشريحية Anatomiques والوظيفية Fanctionnels لا تعود على الجسم بفائدة مباشرة، ولكنها لا توجد فيه إلاّ لهذا السبب اليسير وهو أنها هكذا خلقت، ولم يكن من الممكن إلاّ توجد في الجسم، وإلاّ لم تتحقق جميع الشروط العامة التي لابد منها حتى توجد الحياة ومع ذلك فإننا لا نستطيع القول بأن وجود هذه الأنسجة في الجسم ظاهرة معتلة فإن المرض قبل كل شيء حالة يمكن تلافيها ولا تترتب على التركيب الطبيعي للكائن الحي، ومع ذلك فإنه من الممكن أن تكون هذه الأنسجة سالفة الذكر سببا في إضعاف الكائن الحي وفي تقليل مقدرته على المقاومة وبدلاً من أن تكون مصدراً لقوته فتكون بالتالي سبباً في زيادة عدد الفرص التي يتعرض فيها للموت (72) كما يدلل لنا بمثال أخر أكثر حيوية وذو أهمية بالنسبة لصحتنا والتي تتخذ الجانب السلبي لتنمكن من خلالها من الوصول إلى الجانب الإيجابي في صحتنا كمرض الجدري الذي نطعم به أجسامنا بمحض اختيارنا ليس إلاّ أحد الأمراض الحقيقة. ومع ذلك فإنه يمكننا من البقاء مدة أطول ممن لا يطعمون به (73) فالتطعيم بالمرض يعطينا الصحة والسلامة باكتساب الجسم المناعة ضد المرض.

وتجدر بنا الإشارة إلى أن معالجة دور كايم لقضايا الصحة والمرض قد حاول ربطها ربطاً تاماً بالقضايا الاجتماعية داخل المجتمع ، وإذا كانت النماذج السلبية سائدة داخل المجتمع بجوار الجوانب الإيجابية فإننا لا نستطيع فصل القضايا الاجتماعية عن قضية الصحة والمرض. فالصحة في نظر دوركايم نقيض للمرض

وتستخدم عادة للدلالة على الحالة التي يفضلها المرء بصفة عامة على المرض (74) ولا ننسى أن نشير أيضاً على أن دوركايم بإشارته هذه القضية الصحية والمرض أنها كانت من قبيل وضع خطوط عامة لقواعد منهج دراسة الحالات والمرضية أيضاً بالنسبة للأفراد.

إلاّ أن الإشارات الأكثر وضوحاً واكتمالاً في هذا المجال نلاحظها في كتابات تالكوت بارسولز الدور الاجتماعي للمريض والتي تعد بحث من الإسهامات في علم الاجتماع الطبي إلاّ كتابات الرواد على الإطلاع ... إذ حدد بارسونز دور المريض بالنقاط الآتية :- (75)

1-أن المريض لا يعد مسئولاً عما يعانية من مرض وبذا فإنه لا يعد مسئولاً عن أي التزامات أو أدوار اجتماعية كأن يؤديها لأنه لا يعد مسئولاً عن مرضه.

2-في حالة المرض يكون إعفاء المريض من بعض الأدوار التي يقوم بها حقاً مشروعاً له إذ يكون من حقه أن يعفى من بعض الأدوار الأسرية أو الإدارية أو غيرها وقد يكون هذا مؤقت إلى أن تزول الحالة المرضية وقد تكون دائمة خاصة إذا كانت الحالة المرضية متعثرة.

3-على أن المريض يكون راغباً في التخلف مما يعانيه، وأن يدرك تماماً أن حالته المرضية حالة غير مرغوب فيها اجتماعياً.

4-على المريض أن يتعاون مع الطبيب والطاقم الطبي من أجل شفائه وأن يبحث عن علاج لحالته المرضية.

ويرى بارسونز أن دور المرض دوراً له مميزات يمكن أن تجعل منا نقوم به شعورياً أو لا شعورياً م أجل الحصول على إعفاء من بعض الأدوار التي يمكن أن نقوم بها في حالة عدم المرضى ... وتوفر الصحة الكاملة لدينا .

وإذا كان بارسونز قد عرض لنا موضحاً دور المريض فإنه لم يتجاهل بالمقابل دور الطبيب باعتباره الطرف الأخر لديناميات التفاعل في المؤسسة الصحية ويلخص دور الطبيب بالآتي:

1-يتسم دور الطبيب بالعمومية أي أنه مستعد دوماً لتلبية كافة خدمات المرضى ذات العلاقة بتخصصه.

2-الدور الذي يقوم به الطبيب يعد من صميم تخصصه وهنا يكون دور الطبيب بمثابة دور خير في يمدان الرعاية الصحية.

3-على الطبيب أن يكون محايد من الناحية العاطفية (تجاه المرضى).

4-دور الطبيب موجه لخدمة المرضى وراحتهم ومحاولة أشفائهم من المرض التي يعانون منه.

إن دراسة بارسونز جاء في إطار دراسة للأدوار داخل المؤسسة الطبية ليضيف بذلك إسهاماً في مجال علم الاجتماع الطبي إلى جانب إسهامات علماء الاجتماع والانثروبولوجيا الاجتماعية.

وقد وجهت عدة انتقادات لأراء بارسونز حول مفهوم لدور المريض واعتباره منحرفاً اجتماعياً .. مما جعله يعدل عن آراءه وقد برز ذلك بأنه ارائه كانت متأثرة إلى حد ما بالاهتمامات السائدة في المؤسسات الطبية أن ذلك وقد نظر إلى المعالج على أن دوره وظيفي ويمثل وسيلة من وسائل الضبط الاجتماعية وأن المعلومات الحديثة عن الدوافع اللاشعورية تضيف بعداً أكثر اتساعاً لمفهوم دوافع السلوك بما في ذلك السلوك المرضي.

وقد أوضح بارسونز العلاقة الجدلية بين دور كل من الطبيب والمريض قام بتحديد هذه العلاقة بين الدورين بالآتي :- (76).

1-لدى الطبيب الكثير من المهارات والخبرات التي يستفيد منها في علاج المرضى.

2- يعمل الطبيب على تخفيف ومعالجة المريض والمجتمع أكثر مما يعمل على تخفيف أغراض شخصية.

3-على الطبيب أن يكون موضوعياً فلا يحكم على سلوك المرضى بناءً على قسم واتجاهات خاصة به وألا يتورط عاطفياً مع المرضى حتى لا يؤثر على قدرته على العمل.

4-عليه أن يلتزم بقواعد وقرارات ممارسة منهج الطب وللطبيب حقوقه أيضاً على المرضى أن يقوموا بها نحوه ويؤدوها.

كما أن للطبيب حقوق تجاه المريض والمجتمع وعليهم أن يؤدوها نحوه وهي:

1-من حق الطبيب أن يفحص جسم المريض سواءً الخاصة بحالته الجسمية أو بحياته الخاصة.

2-يجب أن يمنح الطبيب سلطة في علمه.

3-يشغل وضع القوة والنفوذ في عمل.

ولم يتجاهل بارسونز أيضاً الواجبات والحقوق الخاصة بالمريض والواجبات التي عليه وقد حددها بالآتي:

1-يجب على المريض أن يكون راغباً في الشفاء.

2-على المريض أن يبحث عن العلاج والشفاء من المرض وأن يتعاون في هذا الخصوص مع الطب.

3-يكون من حق المريض أن يتخلى عن بعض الأدوار التي يقوم بها.

4-ينظر إليه على أنه بحاجة لمساعدة ولا يستطيع أن يشفى من مرضه بناءً على رغبته أو قراره الشخصي.

**

أما ديفيد ميكانيك فيرى في دراسة عن سلوك المرضى بأن بعض الأشخاص لا يعيرون الأعراض المرضية لهم أي اهتمام يذكر بل ويحجبون عن السعي من أجل الرعاية الطبية بينما نجد الآخرون يسرعون بالذهاب للطبيب واستشارته أكثر من شعورهم بأية شكوى أو مرض وقد يعود ذلك لعدة عوامل في نظرنا يمكن أن نوجزها بالآتي:

1-مدى انتشار الوعي الصحي بين الأفراد.

2-توفير الخدمات الصحية والطبية وبقليل من الجهد والإمكانيات المادية.

3-تمتع الأفراد بقدر كافي من الوعي والثقافة يمكنهم من تجاوز النظرة التقليدية للمرض وكسر حاجزها.

ويضيف ديفيد ميكانيك أن دور الطبيب يعتمد على توقعات وتلك المسئوليات الموكلة إليه من جانب هذا المرض(77) ويتمثل دور الطبيب أيضاً بدور المعاون لجميع الأفراد بكل آلامهم الجسمية والنفسية أما دور المريض فيتمثل في ذهابه إلى الأطباء لأسباب عديدة وتكررت الزيارة لوجود مشكلة يرغب صاحبها في المعاونة وهذه المشكلة تختلف اختلافاً بيناً وهنا تتضح نظرة الأفراد للطبيب باعتباره معاون له ومساعد. كما تتكون لدى المريض وجهة نظر متأثرة بحاجته الملحة لمواجهة المشكلة المرضية التي يرغب بحلها.

ومن الدراسات الأخرى التي صدرت عن المستشفيات في مجال علم الاجتماع الطبي أيضاً دراسة اتكينسون Atkinson عن السلوك الصحي والمعتقدات الصحية

وكذا روزيتستوك Rosenstock وديفيد ميكانيك عن تأثير الأم على الاتجاهات الصحية للأطفال وجنكيز Jenkins في دراسة عن اختلاف الجماعات في معتقداتها وشعورها تجاه مرض السل، بالإضافة لدراسة ساتشمان Suchman عن مراحل وخطوات الانتقال من الصحة إلى المرض، والتي قسمها لخمس مراحل تبدأ بالشعور بالألم أو الأعراض المرضية والإدراك وأهميتها الثانية بدء الدخول في دور المريض حين يزداد شعور الشخص بأنه مريض بحاجة لرعاية أما الثالثة فهي العلاج والرعاية الطبية والمرحلة الرابعة فلمن يشغل دور المريض فعلاً وعليه أن يتبع العلاج بحسب الإرشادات أما الأخيرة فهي مرحلة الشفاء والانتهاء من دور المريض.

**

ولكن قد يتبادر إلى الذهن سؤال عن كيفية نشوء مصطلح علم الاجتماع الطبي إذ أشارت الدكتورة فوزية رمضان إلى أن اليزبين بلاكيويل Elizabeth Blackwell استخدمت في عام 1902م مصطلح "الاجتماع الطبي" كعنوان لمجموعة من المقالات تربط ما بين عوامل اجتماعية وأخرى صحية وطبية وفي سنة 1910م نشر جيمس وارباس James P. Warbase كتاباً في الاجتماع الطبي أوضح فيه أهمية بعض الإجراءات أو الاصطلاحات الاجتماعية الصحية (78) ويؤكد كذلك بأن علم الاجتماع الطبي لم يكن نتاجاً لظروف الحرب العالمية الثانية بل أن جذوره تمتد لما هو أعمق من ذلك ويشير الدكتور علي المكاوي إلى أن الكتابات السابقة في أعوام 1848 و1914م تنتمي إلى أدبيات هذا العلم الجديد (79).

إلا أن هناك العديد من الكتابات تشير إلى وجوب إطلاق تسمية جديدة على هذا العلم. فهناك من يرى بأن نطلق عليه "علم اجتماع الصحة" بدلاً من علم الاجتماع الطبي. ويعمل علم اجتماع الصحة على تحسين صحة المجتمع المحلي (80)

ونتيجة لأن علم الاجتماع الطبي يتخذ مجالات لدراسة الربط بين الصحة والمرض وبين المجتمع ويهتم الجانب الاجتماعي للنظم الصحية والصحة الشخصية ومشكلاتها للدرجة التي جعلت بعض الأطباء الاجتماعيين وعدداً من الطبيين ينادون بأن أفضل تسمية للعلم الجديد أن نطلق عليه اصطلاح "علم اجتماع الصحة" بدلاً من "علم الاجتماع الطبي"(81).

وهناك العديد من الكتابات الحديثة والتي أصبحت تفرق بين كل من علم الاجتماع الطبي Medical Socioslogy وعلم الاجتماع في مجال الطب، إذ يشير Rodneyn col. في كتابه علم الاجتماع الطبي Sociology of Medicine إلى أن استخدام(82) المواقع الطبية والصحة والمرض في دراسة ظواهر سوسيولوجية مثل البناء التنظيمي Structure Organization وعلاقات الدور واتجاهات وقيم الأشخاص المشتغلين بالعيادات الطبية أو دراسة ميدان الطب كنسق للسلوك أما علم الاجتماع في مجال الطب Sociology in Medicine والذي يشير إلى الدراسات التي تهدف أما إلى المساعدة على حل مشكلة علمية من مشاكل الطب أو المساهمة في توفير معلومات تتعلق بمشكلة علمية تواجه الممارسة الطبية مثل تعبئة الموارد الصحية أو تيسير مهمة المسئولين في ذلك المجال (83) ويؤيد شتراوس نفس الفكرة والذي يرى أن علم اجتماع الطب يدرس الطب كنظام أما علم الاجتماع في مجال الطب فيدرس الشروط الاجتماعية للصحة والمرض ويرى روبرت ميرتون أن من وظائف علماء الاجتماع في مجال الطب البحث والتدريس والمشورة (84).

نستطيع أن نلاحظ هنا أن هناك خلافاً بين علماء الاجتماع والمتخصصين في هذا المجال كغيرهم في بقية المجالات حول ما إذا كان يمكن أن نطلق عليه علم الاجتماع الطبي Medical Sociology أو علم الاجتماع في مجال الطب Sociology in Medicine أو علم الاجتماع الصحي Health Sociology

وهذه الخلافات ناجمة عن انعكاس لمخلفات تعد جوهرية في علم الاجتماع الطبي وهي عدم تحديد مجالات الدراسة الخاصة بعلم الاجتماع الطبي إذ نجد أن كل اجتماع يطلق تسمية تتناسب والمجال الذي رسمه مسبقاً في تحديد دراسة علم الاجتماع الطبي، لأننا لو استطعنا أن نحسم الخلاف أولاً في تحديد مجالات الدراسة أو لاهتمام العلم الاجتماع نستطيع أن نحسم قضية الخلاف حول التسمية، لأن التسمية تفرض على علماء الاجتماع من خلال تحديد مجالات الاهتمام لأي فرع من فروع علم الاجتماع.

ويرى الباحث أن أفضل تسمية لهذا الفرع من علم الاجتماع هو علم الاجتماع الصحي لأن كلمة صحة كلمة شاملة وذات معنيين صحي ووقائي وهو الجانب الذي لا يعتمد على أي عقاقير طبية أو كيميائية وقد يكون المعالج فيه طبيباً متخصصاً أو غير طبيب مثل الأخصائي النفسي والاجتماعي أو مشروع قومي للوقاية العامة من ظاهرة ما تظم في طياتها مختلف المتخصصين والجانب الثاني إكلينيكي وهو ما لا يمكن أن يقوم به إلا طبيباً متخصصاً وتدخل أيضاً ضمن هذه التسمية الدراسات الأنثروبولوجية في مجال الصحة كدراسة الطب الشعبي والمداواة بالأعشاب والكي وتجبير الأكسار وغيرها من الجوانب الإيجابية في ممارسة العلاج والوقاية من المرض.

سادساً

مجالات وتعريفات علم الاجتماع الطبي:

في هذه الفقرة سنعرض للمجالات التي يدرسها علم الاجتماع الطبي كما يراها بعض علماء الاجتماع الطبي بعد أن عرضنا للاختلاف حول تسمية هذا الفرع من علم الاجتماع كما يراها العلماء والمتخصصين لنتوصل بعد ذلك لتعريف عام لهذا الفرع، وقد فضلنا إرجاء التعريف حتى نهاية هذه الدراسة لنتمكن من خلال عرضنا التاريخي لما يدرسه هذا العلم من أن نكون أكثر دقة وموضوعية في التعريف به.

ولعل أبرز تلك المجالات التي تعرض لها علماء الاجتماع لتحديد ما يدرسه هذا العلم والموضوعات التي يناقشها، حددها ديفيد ميكانيك D. Mechanic في كتابه علم الاجتماع الطبيMedical Sociology والتي حددها بما يزيد عن عشرين مجالاً.

2

حدد ديفيد ميكانيك مجالات علم الاجتماع الطبي بالآتي:

1-توزيع المرض وأسبابه الاجتماعية إذ يهتم علماء الاجتماع الطبي بتوزيع المرض بين السكان والعوامل المؤدية لظهوره وأسبابه وكذا العلاقة بين المرض وبين متغيرات اجتماعية أخرى تلعب دوراً في هذا المجال وكذا المتغيرات الاجتماعية النفسية والمرض الجسمي أو ما يسمى بالأعراض النفسجسمية. Psychosomatic Diseases إذ يلاحظ أن هناك علاقة وطيدة بينها.

2-الاستجابات الاجتماعية والثقافية وفيه يتم دراسة آراء الأفراد واتجاهاتهم نحو المرض والمؤثرات الثقافية تجاه هذا المرض أو ذاك من أفكار ومعتقدات وملاحظة مدى حدة هذه الأفكار وتغيرها تجاه فهمها لبعض الأمراض وتعريفاتهم للمرض واستجاباتهم وكذلك الاهتمام بآثار الاتجاهات والسلوك المتنوع على مسار المرض ونجاح التأهيل والشفاء (85) ويدرسون هذه الجوانب في أوساط اجتماعية ثقافية مختلفة، كما يدرس علماء الاجتماع في هذا الإطار حالات الوفيات ونسبتها وتغيراتها وأثر العوامل الاجتماعية على نسبة الوفيات.

3-الجوانب الاجتماعية والثقافية للرعاية الصحية يهتم هذا الجانب بدراسة العلاقة المتبادلة بين كل من الطبيب والمريض والمرضى ورداسة المراكز الاجتماعي للطبيب والتفاعل بين كل من الطبيب والمريض.

4-الوفيات، كانت دراسة نسبة الوفيات- المواليد والأعمار تدخل ضمن نطاق علم الاجتماع السكاني إلا أنها أصبحت حالياً من اهتمامات علم الاجتماع الطبي، إذ يهتم بتغير معدلات الوفيات والتأثيرات الاجتماعية المختلفة على ذلك.

5-علم الأوبئة الاجتماعية، ويدرس حدوث المرض والقصور الجسمي والعجز كما يدرس ظهور وتوزيع الأمراض بين السكان كما يفحص المتخصصون في هذا الميدان مسألة ظهور الأمراض وتوزيعها وأصولها الاجتماعية ويستعين المتخصصون في علم الأوبئة Epidemiology بالبيانات الإحصائية قبل أن يصدروا تفسيراتهم.

6-تنظيم الممارسة الطبية ويهتم بدراسة الممارسة المهنية وتنظيمها والطريقة التي يتميز بها من الأنساق الطبية المتنوعة ومظاهرة التباين الناجم عن تباين ظروف المجتمع وتباين أشكال هذه الممارسة باختلاف النظم الصحية.

7-الدراسة الاجتماعية للمهن الطبية ويعالج في دراسة هذا الفرع التنظيم الاجتماعي والعلاقات بين مختلف الجماعات المهنية كما يهتم بمهنة التمريض ودراسة الأطباء والمستشفيات والمهن المساعدة للطب وباختصار فإنها تدريس كل ما يهتم بالعلاقة المهنية داخل المؤسسة العلاجية سواءً كانت رسمية أو غير رسمية.

8-سوسيولوجيا المستشفيات وفيه يتم دراسة التنظيمات الخاصة بالمستشفيات وممارسة المهن وعمليات التفاعل فيها..كما يدرس التدرج والمهنة والمنافسة والتخصص أو الأيديولوجيا وشروط التعيين كما يدرس النمو التكنولوجي والأدوات المستخدمة في العلاج.

9-صحة المجتمعات المحلية، ويهتم بدراسة المجتمع المحلي من حيث بناء هذه المنظمات ووظائفها وعلاقاتها بجمهور السكان في هذه المجتمعات وأوجه التفاعل

بينهما ويسعى البحث هنا نحو فهم وتفسير أهداف الهيئات العديدة من خلال برامجها الصحية.

10-التغير الاجتماعي والرعاية الصحية ومهمة التتبع التاريخي ويدرس تطورات المهن الطبية وأساليب الرعاية الطبية في المجتمع وتطوير هذه التخصصات والتعديل في القيم.

11-التعليم الطبي وفيه يدرس علماء الاجتماع نظم التعليم الطبي واتجاه الأطباء لمعايير اختيارهم لدراسة الطب.. كذلك القيم الاجتماعية المتغيرة لطالب الطب. وتعد هذه الدراسة من الدراسات الكلاسيكية إذ تركز على التنشئة الاجتماعية المستمرة والتعليم المهني ويعتبر كتاب ميرتو Merton وزملاؤه "طالب الطلب" وكتاب بيكر Beker وزملاؤه والطلبة ذوي المعطف الأبيض من أهم الكتب في هذا المجال (86).

12-الصحة العامة وتهتم البحوث في هذا الجانب بدراسة الأمراض القابلة للانتشار والعدوى، كما أنها تنصب على إحداث التغيير في البيئة الاجتماعية وفي سلوك الناس كما تهتم بالأمراض المزمنة والمتوطنة وأثر الحالة الصحية على الإسكان.

13-الضغوط الاجتماعية والنفسية والأمراض يهتم علماء الاجتماع بدراسة مصادر الضغوط الاجتماعية وأثرها على صحة الأفراد ولهذا يحدث تفاوت بين الاجتماعيين والأطباء في دراسة العلاقة بين الضغوط الاجتماعية التي يتعرض لها سكان المجتمع وبين معدلات إصابتهم بالأمراض ذات الأنواع المختلفة (87).

14-الطب النفسي والاجتماعي للمجتمع المحلي هناك وعياً مهماً ومتزايداً لدور العوامل الاجتماعية والمجتمع المحلي في التأثر على تطور أمراض معينة ومجراها ويمثل الطب النفسي الاجتماعي حركة الهدف منها دراسة مختلف الأسباب المؤدية لرفع المستوى الصحي.

يمكننا أن نكتفي بما ورد عاليه من مجالات حددها ديفيد ميكانيك وهناك مجالات أخرى عرض لها العديد من علماء الاجتماع يمكن أن ندرسها في هذا الإطار.

وتعد هذه المجالات ذات أهمية تفوق أهمية ما أورده ديفيد ميكانيك نظراً لشموليتها ومعالجتها لقضايا أساسية في هذا المجال وقد حدد كل من جونسون Johnson وروي أكسيون Roy Acheson في ورقة العمل التي قدماها لحلقة النقاش المنعقدة في أكتوبر 1974م بمدرسة لندن للصحة العامة إذ أوضح جونسون Johnson أهمية دراسة دور العوامل الاجتماعية والثقافية في قضايا الصحة والمرض وهو ما يهتم به علم الاجتماع الطبي إذ يرد دورها في أحداث المرض والوقاية منه- يشاركه في هذا الرأي جورج برلون George Brown والذي يرى أن النظرية الاجتماعية تسهم في فهم أسباب المرض وعوامله في ضوء الطبقة والسن والنوع (88) أما القضية الثانية التي يهتم بها هذا العلم في نظر جونسون فهي دراسة العلاقة المتبادلة بين كل من الطبيب والمريض، كذلك دراسة الطبقة الاجتماعية والخدمات الصحية، وفيه يتم دراسة الطبقة الاجتماعية Social Class والمرض ومدى الارتباط بينهما فإذا أردنا أن نتعمق في العوامل الاجتماعية والاقتصادية لمرض فلابد لنا من دراسة موضوع الطبقة الاجتماعية، حيث يعطينا أبعاداً ذات قيمة في فهمنا لنوعية الخدمات الصحية المقدمة، حيث أن مكانة الشخص الاجتماعية والاقتصادية تحدد أحياناً أشياء كثيرة منها نوعية الخدمة الصحية المقدمة في المستشفيات (89).

كما يرى جونسون أن هناك مجالاً رابعاً ذو أهمية من مجالات علم الاجتماع الطبي هو التنظيم الاجتماعي للمستشفى والذي يرتكز على فهم التنظيمات الطبية وما تتضمنه من علاقات رسمية وغير رسمية.

أما الدكتور محمد الجوهري فيرى بأن علم الاجتماع الطبي يدرس التناقض بين السلوك الفعلي للطبيب وأيديولوجيته الذاتية كما يرى بأن عملية التفاعل الاجتماعي

داخل المؤسسة الطبية يعد مجالاً هاماً من المجالات التي يهتم بها علم الاجتماع الطبي، ويهتم ثالثاً بالمكانة الاجتماعية Social Status للمهن الطبية والأدوار التي يقومون بها (90)

وفي ختام عرضنا لمجالات علم الاجتماع الطبي نود أن نشير إلى أن البحوث الاجتماعية التي يقوم بها علماء الاجتماع في المجالات الطبية بشكل خاص والمجالات الصحية بشكل عام فهذه البحوث تثري علم الاجتماع عامة والطبي بشكل خاص إذ تتيح فرصة لتطوير هذا الجانب وجانب الخدمات الصحية خاصة كما أنها تعطي الأطباء فهماً أعمق لمجمل القضايا المرضية ومصادرها الاجتماعية فالمريض لا يمكننا أن نفصله عن منشأه الاجتماعي ونأخذ بالجانب الموضوعي فقط لأننا بذلك نتجاهل الجانب الإنساني وسمة التأثر الاجتماعي والإحساس بالمواقف وتقلبات الحياة الاجتماعية.

كما أن علم الاجتماع الطبي يمكنه أن يمدنا بالمعلومات المتعلقة بهدف ومجال وتنظيم عناصر الطب التي قد تؤثر في عامة الناس (91)

3

نتيجة لاتساع المجالات التي يدرسها علم الاجتماع الطبي تعددت التعريفات الخاصة بهذا المجال من علم الاجتماع وذلك بحسب وجهة النظر التي يراها المهتم بهذا الفرع من علم الاجتماع، ونورد العديد من هذه التعريفات لنلاحظ مدى الاختلاف في وجهات النظر ومدى رؤية كل متخصص لهذا الفرع على حدة.

فقد عرف ديفيد ميكانيك علم الاجتماع الطبي بأنه مجموعة الجهود الرامية إلى تطوير الأفكار السوسيولوجية في داخل سياقات الأنساق الطبية، وإلى دراسة القضايا التطبيقية الهامة فيما يتصل بعمليات المرض ورعاية المريض (92).

أما شارلز ماك انتير Charles Mc Intire فقد عرف الاجتماع الطبي هو العلم الذي يدرس الأطباء أنفسهم كظاهرة اجتماعية أو كهيئة اجتماعية. وهو العلم الذي يدرس القوانين التي تنظم العلاقات بين مهنة الطب والمجتمع ككل، والتركيب الاجتماعي لكل منهما وما حدث ويحدث من تطور في هذا التركيب أو في هذه العلاقات (93).

وترى الدكتورة فوزية رمضان بأن علم الاجتماع الطبي فرع من علم الاجتماع يدرس ما يدرسه علم الاجتماع في علاقته بالناحية الصحية والطبية في المجتمع، بمعنى أنه يدرس العلاقات الاجتماعية والتنظيمات الاجتماعية والمؤسسات الاجتماعية التي ترتبط أو تؤثر بالنواحي الطبية والصحية (94).

وترى الدكتورة ماجدة حافظ في كتابها محاضرات في علم الاجتماع الطبي بأن علم الاجتماع الطبي هو حلقة الوصل التي تربط بين علم الطب من جانب وعلم الاجتماع من جانب آخر وهذا العلم الذي يهتم بدراسة الصحة والمرض من الزاوية الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية ودراسة المؤسسات العلاجية ومعالجتها معالجة اجتماعية ودراسة المريض لكونه كائن اقتصادي اجتماعي ودراسة العلاقة بين المريض والمؤسسات الاجتماعية (95).

أما الدكتور محمد الجوهري فيرى بأن علم الاجتماع الطبي يتناول الميدان الصحي بوصفه نظاماً اجتماعياً ثقافياً، أي بوصفه مجموعة المؤسسات النظامية التي تستهدف إشباع احتياجات الناس إلى المحافظة على الصحة ومقاومة المرض كما يهتم بدراسة الجوانب والاعتبارات غير المادية، ذات الطبيعة الاجتماعية الثقافية (96).

إلا أن حسين عبدالحميد رشوان يورد لنا ما يشبه الوصف لما يعنى بدراسة علم الاجتماع الطبي فيشير إلى أنه يعنى بدراسة العوامل الاجتماعية كالعادات والتقاليد والمعتقدات التي تؤدي إلى الأمراض ويهتم بطائفة من الأمراض التي يتعرض لها

الفرد إذا عاش في مناخ اجتماعي معين مثل أمراض المهنة أو كل ما يتصل بالطب المهني، كما يعنى بالأمراض الاجتماعية التي تسبب مشكلات ذات طبيعة اجتماعية كإدمان الخمر والمخدرات ومظاهر النشاط الجنسي المبكر...الخ كما أن هناك مجموعة من الأمراض تنشأ وتعالج بوسائل اجتماعية، مثل مرض التدرن الرئوي والأمراض التناسلية والأمراض النفسية والعقلية وكذلك أمراض سوء التغذية، وهو على صلة دائمة بدراسة الجمعيات التعاونية الصحية التي يكونها المستهلكون ويديرونها بأنفسهم ويلحقوا بعض الأطباء في خدمة أعضائها كما أنه على صلة بما يعرف بالطب الحضري والطب الريفي (97) ولا يمكن أن نعد ذلك تعريفاً لعلم الاجتماع الطبي لأنه يصف لنا مجالات أو ما يمكن أن يدرسه علم الاجتماع الطبي بعيداً عن التعريفات العلمية لأي علم من العلوم.

وإذا كان لنا من بد في إيراد تعريفاً لعلم الاجتماع الطبي فإننا نرى أن علم الاجتماع الطبي هو ذلك الفرع من علم الاجتماع الطبي والذي يدرس عملية التفاعل الاجتماعي داخل المؤسسة الطبية سواءً كان هذا التفاعل بين العاملين بها والمرضى أو بين العاملين مع بعضهم بعضاً وكذا العلاقة بين كل من المريض ومتقن فن العلاج حتى وإن كان لا ينتمي لمؤسسة صحية، كما أنه الفرع الذي يهتم بدراسة الجوانب الاجتماعية ذات العلاقة بالصحة والمرض.

سابعاً

علم الاجتماع الطبي والأنثروبولوجيا فروق ومشاركة

1

وللأنثروبولوجيون اهتمام بارز وواضح في هذا المجال منذ عشرينيات هذا القرن، إذ اهتموا بالصحة والمرض وارتباط ذلك بالحياة الثقافية للجماعات البدائية وأوردوا بعض الملاحظات حول الصحة والمرض وآثار وأسباب المرض وأشكاله بين

الشعوب البدائية واعتمد الكثير من الأطباء على هذه الأبحاث وبالذات النفسيين منهم إذ اعتمد فرويد وزملائه على الأدبيات الأنثربولجية وأخذ ينمو خارج هذه الاهتمامات اتجاه جديد يربط بين دراسات الثقافة والشخصية (98).

وتؤكد روث بنديكت فضل كبير في توكيد أن السلوك الإنساني في أي ثقافة من الثقافات يمكن فهمه على أفضل وجه في ضوء القيم والمثل والاتجاهات العامة التي تسود هذه الثقافة بالذات أن ثمة ضوابط محددة تحكم انفعالات الأفراد وتختلف هذه الضوابط والمثل من مجتمع إلى آخر(99)، وبذا فإن الإنثروبولوجيين أسهموا إسهامات عدة في مجال تطور علم الاجتماع الطبي وذلك بإجرائهم لعدة دراسات ميدانية على مختلف الجماعات البدائية وتعرفوا في دراستهم على أنواع السلوكيات التي تتبعها الجماعات تجاه المرض طلباً للشفاء نذكر منها على سبيل المثال دراسة ليتون Leighton والذي قام بعمل مقارنة لأشكال الاضطراب السلوكي ودرجة ثبات الشخصية في جماعة سكاريوروبا في نجيريا. كما قامت بيندكت وجاكس Bendict/ Jacks بدراسة للمرض العقلي في المجتمعات البدائية.

2

ولوحظ في الآونة الأخيرة أن هناك اهتماماً متزايداً في الطب الشعبي من قبل العديد من الهيئات والمنظمات المحلية والدولية في العديد من الدول. وبالذات في دول جنوب شرق آسيا كالهند والفلبين والصين وغيرها من الدول، ويرجع الاهتمام في هذا الجانب من العلاج انطلاقاً من رغبة هذه الدول في توفير مستوى أكبر من الصحة لشعوبها وهذه الدول سعت لذلك بعد أن عملت على تنقية الطب الشعبي مما علق به من شوائب سلبية وغيبيات وأقامت لأجل ذلك الدورات التدريبية والتأهيلية لممارسي الطب التقليدي Traditional Practitioner كما أقامت المعاهد المتخصصة في هذا الجانب والذي يعمل على تأهيل الممارسين للطب الشعبي تأهيلاً عالياً ففي الهند هناك معهد خاص "معهد الطب التقليدي" يقوم بتأهيل الممارسين

للطب الشعبي ومن يرغب أن كون ممارسة به، وفي الصين انظم نحو نصف مليون من الأطباء التقليديين مع زملائهم العصريين في "نقابات العمال الصحية" كما تم تدريبهم في مجال الصحة العامة والطب الوقائي في دورات قصيرة الأجل (100) وتجدر الإشارة إلى أن الطب عادة ما يمثل خدمات طبية أساسية لدى القرويين أو الريف نتيجة لعدم تمكن هذه الدول من توفير خدمات صحية حديثة للتجمعات السكنية في الريف.

ولا يوجد هذا الدور المتنامي للطب الشعبي في دول شرق آسيا فقط، بل وفي مختلف دول العالم الثالث ويعود ذلك في نظرنا إلى ما يأتي:

1-ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية الحديثة.

2-اعتقاد الأفراد بأهمية الطب التقليدي وقدرته على الإشفاء أكثر من الطب الحديث ووصول هذا الاعتقاد لدرجة الإيمان بهذا الجانب لاعتقادهم بقدرة المعالج على اختراق الغيبيات وتجاهلهم لحدود الطبيعة ولما هو متاح.

3-وجود التشجيع والحث والاهتمام بهذا الجانب من قبل منظمة الصحة العالمية والتي تناشد دول العالم الثالث بالاهتمام بالطب الشعبي إذا أراد أن نحقق الصحة لجميع أفراد المجتمع.

4-نجاح هذه التجربة في العديد من الدول مما دفع هذا النجاح الدول الأخرى وبتشجيع من منظمة الصحة العالمية بالاهتمام به.

وقد كان لهذا الجانب دوراً مؤثراً لدى الدارسين والباحثين الأنثروبولوجيين في الاهتمام بدراسة تراث وطقوس ممارسة الطب الشعبي وهذه الدراسات الأنثروبولوجية الاجتماعية Social Anthropolgy أدت في الوقت ذاته إلى ظهور الأنثروبولوجيا الطبية Medicine anthropology كفرع جديد من فروعها والذي يهتم بدراسة الظواهر الاجتماعية Social phenomenon

والثقافية Culture وعلاقة ذلك بالصحة Halth والمرض Disease وقد بدأ هذا الفرع في التطور والانبثاق من خلال دراسة الأنثروبولوجيين للطب التقليدي وكذا من خلال دراستهم لمختلف ثقافات الشعوب وسلوكياتهم تجاه الظواهر الاجتماعية المختلفة، كما أن للأطباء فضلاً كبيراً في نمو وازدهار الأنثروبولوجيا الطبية فهم الذين أجروا الدراسات الطبية الثقافية التي كانت بداية للبحث الأنثروبولوجي في مجال الصحة أي بداية للأنثروبولجيا الطبية (101) ومع ذلك فإن حماس الأطباء تراجع للخلف تراجعاً ملحوظاً في الوقت الذي برز الاهتمام في صفوف الأنثروبولجيين الاجتماعيين بتزايد ووجود العديد من أساليب وطرق البحث واختبروها في الواقع بهدف تطويرها.

3

يتصور البعض خطأ أن الأنثروبولجيا الاجتماعية Social Anthropology والطبية بالذات تدرس الجوانب الثقافية في المجتمعات أو بمعنى تدرس الجوانب الثقافية والسلوكية في المجتمعات القديمة تجاه المرض، إلا أنها إلى جانب ذلك تدرس أيضاً ظواهر طبية حديثة متعلقة بتطبيقات الطب الحديث في مجتمعات متحضرة ويرى فوستر أن علماء الأنثروبولوجيا يهتمون بالأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض، كما أنها تهم بالمرض ذاته عكس علم الاجتماع الذي يهتم بالمؤسسة الطبية أكثر اهتمامه بالمرض، كما أنها تهتم بالجوانب النظرية التي تحتوي ضمن اهتماماتها التركيز على الجوانب التطبيقية وأهم الجوانب التطبيقية التي تبحث عنها ما يعتبر استجابة للإحساس العالمي بالحاجة الإنسانية إلى أساليب تلائم كل ثقافة لمواجهة الأمراض الجسمية والعقلية (102) وهناك من يرى أيضاً أن الأنثروبولوجيون يجرون دراساتهم في المناطق التي لم ينتشر فيها الطب الحديث الأمر الذي يطبع دراساتهم بطابع خاص، وأنهم يميلون إلى دراسة الطب الشعبي والجوانب المعرفية للصحة والمرض، ويعرفون بالتعرف على الجوانب الثقافية

للأوبئة ويفضلون استخدام منهج الملاحظة المشاركة في دراسة الجماعات الصغيرة في ثقافات أخرى غير ثقافتهم (103) أما علماء الاجتماع فيهتمون بالممارسة الطبية داخل مجتمعاتهم وبعلاقة الأدوار بين الأطباء والمرضى يستخدمون أساليب البحث المسحية أكثر من غيرها كما تهتم بالتعرف على ثقافة كل جماعة وعلاقتها بسلوك الإنسان ومختلف جوانب حياته الاجتماعية والنفسية والصحية، وتدرس الأنساق الاقتصادية والزواج والقرابة والتدرج الاجتماعي والدين والمعتقدات وعلاقتها بالمسألة الصحية بالإنسان (104).

4

بالرغم من أنه قد توجد بعض الافتراقات في مجال الاهتمام لكل من علم الاجتماع الطبي والأنثروبولوجيا الطبية إلا أن هذا الاقتران ينبر في الأساس من تأثر الباحث بالتخصص الذي يعمل من خلاله وهو الذي يوجهه إلى نوعية الدراسة دون أخرى بحيث أن ما يكتبه في النهاية يأتي متأثراً بالمفاهيم ومحاور الاهتمام في هذا التخصص (105) فالباحث السوسيولوجي يمكن أن يبرز في تقريره مفاهيم سوسيولوجية مثل الدور Role والضغوط والتدرج Stratification على حين يمثل الأنثربولوجي القائم بالملاحظة إلى الاهتمام بمفاهيم مثل القرابة Kinsnie الطقوس والطهارة والتلوث، والأمراض المعدية Infectious disease والأشياء الخاصة بالولادة ومن يرى أن اهتمام الأنثروبولوجيين بالقرابة والطقوس والمعتقدات لا يرجع فقط إلى العلم الذي ينتمون إليه بقدر ما يرجع إلى خصائص وطبيعة المجتمعات التي يدرسونها (106) وبالرغم من هذه التفرقة إلا أن العلمان يصبان في جانب واحد وذو أهمية في خدمة للمجتمع وإحساسه بقضاياه المهمة والتي تمس الإنسان المعاصر- بشكل أساسي وتمس جانب كبير من حياته وذو أهمية خاصة وهي صحة الإنسان والتي ترتكز عليها جوانب اجتماعية ذات أهمية وتعمل على تطوير المجتمع وتقدمه تقدماً ملحوظاً فالمجتمعات التي تعاني من

انخفاض في مستواها الصحي وتدني الخدمات الطبية بها نتيجة لقلة الإمكانية المادية والفنية والتي يمكن من خلالها تطوير المجتمع وتقدمه إنما تعاني في الأساس من انخفاض معدلات التنمية الاجتماعية والاقتصادية، فهذه الجوانب ترتبط في الواقع بارتفاع المستوى الصحي في هذه الدول، فالدول النامية تعاني من ارتفاع في المواليد وبالمقابل ارتفاع في الوفيات وانخفاض في مستوى الخدمات الصحية المقدمة ففي بعض هذه البلدان تبلغ هذه النسبة 100 في الألف وفي بعضها الآخر أكثر من 200 في الألف ويعيش أربعة أطفال من خمسة في بعض البلدان النامية و97 في المائة من مجموع وفيات الأطفال التي تحدث في هذه البلدان (107) وهو الأمر الذي يتطلب إعادة تنظيم وتخطيط السياسة الصحية في هذه البلدان وتكثيف الجهود من أجل دفع مستوى الإنسان صحياً.

والله الموفق

الهوامش

1- حسين عبد الحميد رشوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض دراسة علم الاجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 1983 ، ص 126.

2- حسين عبد الحميد رشوان ، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض دراسة علم الاجتماع الطبي ن المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، 1983 ، ص 126.

3- عبد الله معمر ، الزار وجلساته في الجمهورية العربية اليمنية ، دراسة ميدانية لمحافظة الحديدة وحدة البحوث الطبية والصحية ، دراسة تنشر لم تنشر ص 19.

4- عبد الله معمر ، الزار وجلساته ، نفس المصدر والصفحة.

5- د. رياض رمضان العلمي ن الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم ، عالم المعرفة الكويت ، سلسلة شهرية ع121 يناير 1988م ، ص 27.

6- التجاني المحي ، مقالات مختارة تحقيق د. طه بعثر ، د/أحمد الصافي ، دار جامعة الخرطوم ، الخرطوم ، ص23.

7- أبن أبي أصبعة عيون الأنباء في طبقات الأطباء ، تحقيق د/ نزاررضاء مكتبة الحياة بيروت ، ص45.

8- أبن أبي أصبعة ، نفس المصدر والصفحة.

9- بول غليونجي، الطب عند قدماء المصريين ، مؤسسة المعارف بيروت دار ومطابع المستقبل ، القاهرة ، 1960 ، ص 217.

10- التجاني الماحي ، مقالا مختارة ، مصدر سابق ، ص 24.

11- بول غليونجي ، الطب عند قدماء المصريين مصدر سابق ، ص 25.

12- عبد الله معمر الزار وجلساته في الجمهورية العربية اليمنية، دراسة ميدانية لمحافظة الحديدة، وحدة البحوث الصحية والطبية صنعاء، لم تنشر، ص52

13- بول غليونجي، الطب عند قدماء المصريين مصدر سابق ، ص 53.

14- التجاني الماحي ، مقالاً مختارة ، مصدر سابق ، ص 266.

15- بول غليونجي ، الطب عند قدماء المصريين مصدر سابق ، ص 100 .

16- مجموعة من الباحثين، المسح الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري 1952-1980، الصحة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية المجلس العاشر ص 314.

17- مجموعة من الباحثين، المسح الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري 1952-1980، مرجع سابق.ص8.

18- ابن القيم الجوزية ، الطب النبوي، بيروت ، اعداد المكتب العالمي للبحوث ، المشرف العام، عبدالمنعم الصاوي، دار مكتبة الحياة 1984م ص 22.

19- التجاني الماحي ، مقالات مختارة ، مصدر سابق ، ص55.

20- التجاني الماحي ، نفس المصدر السابق ص43 .

21- التجاني الماحي ، نفس المصدر السابق والصفحة.

22- التجاني الماحي ، نفس المصدر السابق والصفحة.

23- التجاني الماحي ، نفس المصدر السابق والصفحة.

24- عبدالله معمر ، الزار وجلساته ، مصدر سابق ص12.

25- حسين عبد الحميد رشوان ، دوور المتغيرات الاجتماعية في الطب ، دراسة في علم الاجتماع الطبي ، ص36.

26- البيمارستان وهي كلمة فارسية مكونه من جزئين الأولى بيما وتعنى مريض والثانية رستان وتعني محل أي محل المريض.

27- أبوبكر محمد الرازي أحد الأطباء المسلمين وله العديد من الإسهامات الطبية وغير الطبية إذ عمل على اختراع آله القانون واستفاد منها في استخدامها في علاج بعض المرضى.

28- أبن أبي أصبعة ، عيون الأنباء في طبقات الأطباء ، مصدر سابق ، ص 415.

29- رياض رمضان العلمي ، الدوار من فجر التاريخ إلى اليوم ، مصدر سابق ، ص35.

30- التجاني الماحي ، مقالات مختارة ، مصدر سابق ، ص61-62.

31- رياض رمضان العلمي ، الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم ، مصدر سابق ، ص35.

32- حياة ناصر الحجي ، البيمارستان المنصوري منذ تأسيسه وحتى نهاية القرن الثامن الهجري، المجلية العربية للعلوم الإنساينة ، مجل فصلية تصدرها جامعة الكويت ن ع 29 م8 ، شتاء 1988م .ص.

33- حياه ناصر الحجي ، البيمارستان المنصوري منذ تأسيسه وحتى نهاية القرن الثامن الهجري ، المجلة العربية للعلوم الإنسانية ، مجلة فصلية تصدرها جامعة الكويت ، ع 29 م8 ، شتاء 1988م ص.

34- رياض رمضان العلمي ، الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم ، مصدر سابق 36، عفيفاً خيراً وربما عالماً فنياً نبيلاً.

35- السطان المنصور قلاون الصالحي النجمي وكان من أكبر الأمراء زمن الظاهر بيبرس . تولى حكم سلطنة المماليك سنة 678هـ - 1279م وهزم التتار في حمص وفتح طرابلس وحصن المرقب ن بني في القاهرة مدرسة وبيمارستان للمرضى ، وتوفي سنة 689هـ - 1290م.

36- حياة ناصر الحجي ، البيمارستان المنصوري ، مصدر سابق ، ص13.

37- حياة ناصر الحجي ، البيمارستان المنصوري ، مصدر سابق ، ص12.

38- مجموعة من الباحثين–المسح الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري 1952-1980، مصدر سابق ، ص12.

39- عبد الرحمن أبن خلدون، مقدمة أبن خلدون ، دار العلم بيروت ، ط6، 1986م ، ص415.

40- عبد الرحمن أبن خلدون ، مقدمة أبن خلدون ، المصدر السابق، ص493.

41- عبد الرحمن أبن خلدون ، المصدر السابق ، ص 493.

42- عبد الرحمن أبن خلدون ، المصدر السابق ، ص 493.

43- عبد الرحمن أبن خلدون ، المصدر السابق ، ص 416.

44- عبد الرحمن أبن خلدون ، المصدر السابق ، ص 417.

45- نبيل صبحي حنا ، الطب والمجتمع ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة 1987م . ص18.

46- نخبة من أستاذة علم الاجتماع بمصر ، دراسات في علم الاجتماع المعاصر دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ، 1988م ، ص344.

47- إبراهيم خليفة ، علم الاجتماعي في مجال الطب ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ، 1984م ص64.

48- محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل، دار المعرفة مجهول، ط2، 1985، ص14 وكذا حسين عبدالحميد رشوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والمرض ، ص131، وإقبال محمد بشير وسلوى عثمان الممارسة المهنية للخدمات الاجتماعية في مجال الطب والتأهيل في المكاتب الجامعي الحديث الإسكندرية 1987، ص46.

49- محمد الجوهري : المدخل إلى عام الاجتماع ، دار الثقافة للنشر والتوزيع القاهرة، ص525.

50- إبراهيم خليفة ، علم الاجتماع في مجال الطب ، مصدر سابق، ص63.

51- محمد عبد المنعم نور : الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل . مصدر سابق، ص 15.

52- محمد عبد المنعم نور : نفس المصدر السابق.

53- محمد عبد المنعم نور : المصدر السابق. ص19.

54- فوزية رمضان أيوب ، علم الاجتماع الطبي ، مصدر سابق ، ص5.

55- فوزية رمضان أيوم ، المصدر السابق. ص24.

56- فوزية رمضان أيوب ، المصدر السابق.

57- سنعرض لذلك لاحقا

58- فوزية رمضان أيوب ، المصدر السابق ، ص20.

59- فوزية رمضان أيوب ، المصدر السابق ، ص21.

60- علي عبدالرازق جلبي ، الطب النفسي الاجتماعي النظرية والتطبيق دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية 1987م ، ص20.

61- فوزية رمضان أيوب ، علم الاجتماع الطبي ، ص25.

62- محمد علي محمد وآخرون ، دراسات في علم الاجتماع الطبي ، مصدر سابق ن ص44.

63- إبراهيم خليفة علم الاجتماع في مجال الطب ، مصدر سابق ، ص66.

64- إبراهيم خليفة نفس المصدر والصفحة.

65- محمد علي محمد ، دراسات في علم الاجتماع الطبي ، مصدر سابق ، ص44.

66- ماجدة حافظ محاضرات في علم الاجتماع الطبي ، مصدر سابق، ص27.

67- براهيم خليفة ، علم الاجتماع في مجال الطب ، مصدر سابق ، ص 60.

68- فوزية رمضان أيوب ، علم الاجتماعي الطبي ، مصر سابق، ص63.

69- علي عبد الرازق جلبي. الطب النفسي الاجتماعي ، مصدر سابق ، ص26.

70- إقبال محمد بشير ، سلوى عثمان الصديقي ، الممارسة المهنية للخدمات الاجتماعية، مصدر سابق، ص45.

71- أميل دور كايم ، قواعد المنهج في علم الاجتماع ترجمة الدكاترة. محمود قاسم والسيد بدوي، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ، ط2 ، 1988م ص28.

72- أميل كايم ، قواعد المنهج في علم الاجتماع نفس المصدر السابق ص 129.

73- ميل دور كايم ، المصدر السابق ن ص130.

74- أميل دور كايم ، المصدر السابق ن ص140.

75- إقبال محمد بشير ن سلوى عثمان الصديقي ، الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية ، مصدر سابق ، ص45.

76- راجع د. فوزية رمضان أيوب ،علم الاجتماع الطبي ، مصدر سابق ، ص95.

77- محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، ص155.

78- فوزية رمضان، علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، ص25.

79- علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، دار المعارف الجامعية، الإسكندرية، ط1، 1988م، ص25. ود. ماجدة السيد حافظ محاضرات في علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، ص29.

80- حسين عبدالحميد رضوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والمرض، مصدر سابق، ص111.

81- محمد عبدالمنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية، مصدر سابق، ص16.

82- أشرنا لذلك سابقاً.

83- محمد علي محمد، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، ص42.

84- إبراهيم خليفة، علم الاجتماع في مجال الطب، مصدر سابق، ص93.

85- علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مصدر سابق، ص40.

86- نبيل صبحي حنا، الطب والمجتمع، مصدر سابق، ص34.

87- محمد علي محمد آخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، ص34.

88- علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مصدر سابق، ص37.

89- ماجدة السيد حافظ، محاضرات في علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، ص34.

90- انظر محمد الجوهري، المدخل إلى علم الاجتماع، صفحات مختلفة.

91- محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، ص40.

92- علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مصدر سابق، ص31.

93- فوزية رمضان أيوب، علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، ص24-25.

94- فوزية رمضان أيوب، المصدر السابق، ص19.

95- ماجدة السيد حافظ، محاضرات في علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، ص42.

96- محمد الجوهري، المدخل إلى علم الاجتماع، مصدر سابق، ص525.

97- حسين عبدالحميد رشوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض، مصدر سابق، ص109.

98- عبداللطيف أحمد محمد السيد، الأبعاد الاجتماعية الثقافية للمرض العقلي في المجتمع رسالة ماجستير قسم الاجتماع جامعة عين شمس، لم تنشر، ص71.

99- عبداللطيف أحمد محمد السيد، المصدر السابق، ص72.

100- راف كراوزييه مواقف الشيوعيين الصينيين من الطب التقليدي ترجمة محمد عطوي مجلة الفكر العربي، معهد الإنماء العربي، بيروت ع42 س7 في يونيو 1986م، ص424.

101-نبيل صبحي حنا، الطب والمجتمع، مصدر سابق، ص42.

102-نبيل صبحي حنا، الطب والمجتمع، مصدر سابق، ص41.

103-نبيل صبحي حنا، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض في مصر، الكتاب السنوي لعلم الاجتماع إشراف، د. محمد الجوهري ع3 المعارف، القاهرة، ص58.

104 ماجدة حافظ محاضرات في علم الاجتماع الطبي، مصدر سابق، ص48. وكذا د. نبيل صبحي حنا الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص20.

105- نبيل صبحي حنا، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض في مصر، المرجع السابق.

106- نبيل صبحي حنا المرجع السابق.

107- بريان ابيل- سميت والسيراليسيوسون الفقر التنمية والسياسة الصحية ترجمة منظمة الصحة العالمية المكتبة الإقليمية، الإسكندرية، 1981م، ص18.

الطـب الشعبــي

حقيقــة العـلاج وثقـافة المـرض

الطـب الشعبــي

حقيقــة العـلاج وثقـافة المـرض*

أولا

توجد العديد من الأمراض التي لا يتعامل فيها الطبيب مع عضو محدد في جسم الإنسان، بل يتم التعامل فيها مع مجموعة من المكونات اللاعضوية كالقيم، والعادات، والتقاليد، والثقافة الموروثة، والمكتسبة، وكذا المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في حياة الفرد والمجتمع، والتي تنعكس بصورة سلبية على بعض الأفراد الذين لا يستطيعون التكيف مع محيطهم الاجتماعي، مما ينجم عنه حالة من الصراع القيمي بين ما هو موروث وما هو مكتسب من جهة أولى، وبين ما يرغب الفرد بأن يكون عليه من جهة أخرى. وهذا الصراع يؤثر على موقف الفرد من المرض وانتشاره وكذا العلاج وسرعة اختياره.

وبما أن الأمر يتعلق بمجموعة من صراعات القيم في ثقافة الفرد والمجتمع وكذا في حالة اللاتجانس الثقافي والاجتماعي والاقتصادي التي تعاني منها المجتمعات النامية ـ واليمن منها ـ فالمريض وجماعته المرجعية يكونون أمام خيارات علاجية توجهها قيمهم وثقافتهم، خاصة وان شكل العلاقة الأسرية تمكّن كبير الأسرة من السيطرة وفرض آرائه وأفكاره على بقية أفراد الأسرة، ويكرس النظام التربوي والاجتماعي الثقة في آرائهم ومقترحاتهم، لأنَّ الفرد يكتسب اتجاهاته وأنماط تفكيره باحتكاكه بأفراد مجتمعة، وينقل عنهم اتجاهاتهم الأساسية عن طريق التطبيع الاجتماعي. لذلك إما أن يكون الطبُّ الحديث هو المختار، أو أنّ أحد الأساليب العلاجية التقليدية هو الملاذ، ويمكننا إدراك ذلك بجلاء إذا ما بحثنا في إطار المفاهيم الشعبية للمرض، خاصة وأنّ رؤية الثقافة الشعبية للمرض وأسبابه تختلف عن الرؤية الطبية الحديثة،

ومثل هذه المواقف تؤدى إلى اضطراب الحالة النفسية للمرضى مما يدفعهم إلى التماس الخلاص من أي سبيل، فإذا افتقدوا المعرفة الصحيحة كان سبيلهم الوحيد هو اللجوء إلى العلاج والمعالجين التقليديين والشعبيين، وإنْ توفر قدر من المعرفة الطبية لمسببات المرض اتجهوا إلى الطب الحديث. وهو ما يُحدثُ تنافرا واضحا بين المنظورين. فالثقافة بكافة مضامينها ومفاهيمها تطرح تفسيرات تختلف اختلافا جزئيا أو كليا عن التفسير الطبي الحديث للمرض بإعادته إلى القوى الغيبية أو الممارسات المكتسبة من الخبرة، ويرجع ذلك إلى أن التفسيرات الشعبية تتفق إلى حدٍّ كبير مع تصورات الأفراد المسبقة لمسببات المرض مما يعني أن ذلك تحصيل حاصلٍ لأفكار مسبقة وتصورات ذهنية موجودة أصلا. نظرا لسيطرة مفهوم قدرة العلاج الشعبي والممارس لهذا النوع من العلاج على التعامل مع القوى الغيبية والسيطرة عليها. ولاسيما ان التراث الشعبي يزخر بهذه الأساليب. مما يدل على رفض لبعض أساليب العلاج الطبي الحديث، كون النظرة الشعبية لمفهوم المرض والعلاج تكشف عن العديد من التفسيرات التي تزخر بها المجتمعات. فمنها ما ترجع أسباب المرض إلى عوامل مادية وأخرى غيبية، وتنظر الثقافة في بعض الجماعات المحلية إلى المرض على أنّه انتقام إلهي و بالتالي يتسم العلاج بالطابع السحري. مما يعني النظر إلى العلاج الحديث باعتباره غير مفيد و هذه التفسيرات تنعكس على سلوك أفراد المجتمع الذي تسود فيه مثل هذه المعتقدات عند تلمسهم الشفاء من المرض تلك المعتقدات التي اكتسبها الفرد من مجتمعه منذ طفولته عن طريق التنشئة الاجتماعية وقيم المجتمع أو الجماعة التي يعيش في ظلها الفرد وكذا الخبرة الشخصية، فالمعتقدات السائدة عن مرض معين هي التي تحدد السبيل التي سيسلكها الفرد الذي يصاب بالمرض للتخلص من مرضه. وهذا يتوقف على تأثير الخلفية الثقافية والحضارية التي نشأ فيها الأفراد، فضلا عن مؤثرات الأوضاع الطبقية والمكانة الاجتماعية لهم في المجتمع. الا اذا كان التعبير عن الألم عيبا في بعض الثقافات ونقصا في الشخصية. وبالتالي يظل المرض أمرا خاصا بالفرد المريض

ومجموعة من المحيطين به. لاسيما الأمراض المرتبطة بالنواحي العصبية والنفسية كحالات الصرع والإكتئاب.

لذا فإن إغفال بعض الأبعاد الاجتماعية والثقافية للمريض من ناحية بعض الأطباء يجعل الكثير من المرضى يتركون العلاج الطبي إلى العلاج التقليدي والشعبي لقدرته على التعامل مع تلك الأبعاد. وتعامل الطبيب مع المريض على أساس أنّه مريض وليس كائن اجتماعي، وفرد في جماعة يجعل العلاقة بينهما تأخذ طابعا وظيفيا تغفل معه الأبعاد الاجتماعية والثقافية للمريض.

أما المعالجون الشعبيون فإنهم يتعاملون مع المريض على أنه مجموعة من المكونات الثقافية والاجتماعية وهو الأمر الذي يفسر لنا سبب استمرار العلاج الشعبي بشكل عام حتى وقتنا الحالي في اليمن وغيرها من الأقطار، بالإضافة إلى رسوخ بعض المفاهيم الخاصة التي تعمل على طرح تفسيرات خاصة بالمرض تتناسب مع مستويات الوعي الخاص بالمرض والعلاج، عكس الطبيب الذي يتعامل مع المريض على أساس أنه مجموعة من المكونات العضوية البيولوجية، كما أن الثقة والاعتقاد المتبادل بين المريض والمعالج من الأسباب الدافعة إلى اللجوء إليه طلبا للشفاء من بعض الأمراض. بالإضافة إلى أن هناك عدداً من شبكات المدلولات الثقافية والاجتماعية المفسرة لمرض ما داخل الإطار الثقافي الشعبي نفسه، أي أن النظرة للمرض والأساليب المتبعة في علاجه، يمكن أن تختلف وتتنوع داخل المجتمع الواحد. وإن كان يوجد في ثقافات جميع الشعوب أساليب علاج غيبية تستعين بها، وتستخلص من بينها ما يمكنها من المحافظة على حياتها ومتابعة نشاطها وتراثنا اليمنى يزخر بكثير من ذلك، و يُزوَّدُ من يعتقدو بها بوسائل مختلفة لمواجهة مشكلات مرضية لا يجد أصحابها طرقاً أفضل لحلها بحسب مورثاته الثقافية في هذا الإطار.

وترتبط بالمكونات الثقافية للمجتمعات، كالمفاهيم المرتبطة بالمعتقدات العلاجية، التي ترجع الكثير من هذه الأمراض إلى عدم التوافق بين إلحاح الرغبات والميول الفطرية. وبين ما يتطلبه المجتمع من تضحية في سبيل وحدته وسلامته. ومرد ذلك منشأ الصراع النفسي الذي يعد الخطوة الأولى في تكوين النفس المريضة في حالات لاشعورية من القلق والوسواس الذي يعد الزار [مثلا] التعبير المرضي لهذه الحالات. من ذلك تأتى أهمية من يدعون أن لهم ارتباطا بعوالم الجن والشياطين من المعالجين. تلك الأهمية التي ترجع إلى جوانب الضعف الأساسية في حياة المجتمع وثقافته، خصوصا المتعلق منها بجوانب الصحة والمرض وتجنب الإصابة. وكذا بعض الأساليب التي تفسر بعض الإصابات المرضية.

ولعل التعبيرات عن إشباع الدوافع المقهورة يكتمل بالتحرر من قيود العادات والتقاليد الاجتماعية دون عقاب أو تجريم سواء من الأسرة أو المجتمع. ويعد العلاج بالطقوس شكلا من أشكال هذا الإنعتاق المتمثل في حرية الحركة كما في الرقص والغناء وفي جلسات العلاج الزار [مثلا] وملاذاً من الضوابط الاجتماعية المتغلغلة في الثقافة الشعبية من عادات وتقاليد.

بالإضافة إلى أن الاعتقاد المسبق بالجن والشياطين وتأثيرهما السيء على حياة الأفراد والتدخل في شؤونهم، من الأمور الهامة في هذا الجانب، خصوصاً من الناحية الصحية، حيث ينتشر اعتقاد شعبي مفاده أن كلَّ شخص يصاب بانهيار عصبي، أو فقدان للذاكرة إنما يكون هو من فعل الجن والشياطين الذين يدخلون في جسم الإنسان ويجعلونه على هذا النحو، وغالباً لا يجد الأفراد أي تعليل لهذه الظواهر المرضية غير هذا الزعم، بالإضافة إلى ذلك فإنهم ينسبون كل تصرفات المريض وسلوكياته الغريبة، ليس إلى المريض نفسه وإنما إلى الجن والشياطين، ويكثر انتشار مثل هذه الاعتقادات بانتشار حالات القلق والاضطراب والشعور بالضعف والعجز عن مواجهة مشكلات الحياة ومخاطرها الصحية. وفي هذه

الحالات يستخدم المعالجون التمائم والضرب المبرح للمريض والرقص، في محاولة لطرد الجن والشياطين من جسمه كوسيلة للعلاج، بالإضافة لمجموعة من الأساليب الأخرى التي كرستها وتكرسها الثقافة الشعبية. كالحجامة، والكيّ، والرقية، والفدية (راجع1).

والثقافة الشعبية تبرز لنا مجموعة من تفسيرات المرض تلك التفسيرات التي ترجع المرض إلى قوى خارقة مما يهيئ الفرد لتقبل الأساليب العلاجية الشعبية التي تخلق لديه قناعات تؤدي إلى شفائه أحيانا من الأمراض ذات المنشأ النفسي وتساعده على التكيف من جديد مع بيئة الاجتماعية خصوصاً في الحالات المرضية التي لا يتمكن فيها الفرد من الحصول على إجابات شافية لبعض التساؤلات حول أسباب المرض.

وفي حالة العجز عن الحصول على إجابات شافية يستعير الأفراد بعض التفسيرات من المخزون الثقافي الذي يعمل على إيجاد قناعة لدى الإنسان بأسباب المرض وبالتالي التعامل مع نمط معين من العلاج، كالطب الحديث والعلاج بالأعشاب الطبيـة أو بطريقة السحر والعلاج بالعزائم والتمائم والعلاج بجلسات الزار وغيرها من الأساليب المعروفة في البيئة الاجتماعية (راجع 2).

ثانيا

الطب الشعبي امتداد الحاضر من الماضي:

يعرف الطب الشعبي بأنه مجموع المعارف والأفكار والأساليب والطرق الشعبية المتبعة في علاج المرض، سواء كانت مادية أو غير مادية، باستخدام المواد والنباتات المتعارف عليها محليا، أو باللجوء لأصحاب الكرامات والقدرات الخارقة.

ويرتبط مفهوم الطب الشعبي في اليمن بالبحث عن أساليب وطرق للشفاء من المرض لذلك (هو مجموع الممارسات العلاجية والوقائية لمرض أو مجموعة أمراض يستخدمها أفراد المجتمع وفق معارفهم الخاصة وبحسب تفسيراتهم لمسببات

المرض ومصادره. ويمكن أن تكون غيبية طقوسي، أو باستخدام الأعشاب والنباتات الطبية (3/ص115).

2

ويقسم الطب الشعبي إلى ثلاثة أقسام، الأول خاص بمجموع الوسائل والأساليب التي تعتمد على الأعشاب والنباتات الطبية في علاج المرض، ويتم تركيبها بالاعتماد على الكتب القديمة والخبرة الخاصة بالمعالج. وكذا يقوم على تفسير المرض على أنه خلل عضوي، وبالتالي يتم العلاج بعيدا عن استخدام الجوانب الغيبية والطقوسية في العلاج. أما القسم الثاني فيضم مجموع الأساليب والوسائل العلاجية التي تقوم على استخدام السحر وبعض الطقوس الغيبية في علاج المرض، كما تعتمد على الأسلوب الإيهامي في العلاج وخلق قناعات لدى المريض بالشفاء من المرض. ويرجع مثل هذا إلى الاعتقاد المسبق بأن أسباب المرض قوى غيبية، (مس شيطاني، أو حالة تلبس). وفي هذا الإطار توجد عدة أساليب تتبع في العلاج، وفي الغالب ما تكون طقوس علاجية تختلف باختلاف المرض ومسبباته. أما القسم الثالث منه، فيعرف بالطقوس الوقائية، وهي طقوس يتبعها بعض الأفراد بهدف الحماية من مرض، أو خوف، أو من تعثر الحظ، أو عدم التوفيق في مسعى، كحمل الأحجبة للوقاية من (العين) أو القيام بإشارات معينة في حالة الوقاية من (البُداة ـ شبر الوجه).

وتجدر الإشارة إلى أن الطب الشعبي أو الطب التقليدي، أو الطب العربي، أو الإسلامي، مفاهيم تدل على علاج المرض بالأساليب والطرق الشعبية والتقليدية باستخدام الوسائل المتوفرة بالبيئة اليمنية والمعروفة محليا من قبل ممارسين اكتسبوا المهنة بالخبرة أو التوارث، وعرفوا بأسماء وألقاب عدة، كـ (السيد، والمنصوب، والولي، والصوفي، والشيخ، والعلقة ... وغيرها). وهي تدل على صاحب المهنة، وتشير بوضوح إلى الأساليب والطرق الشعبية والتقليدية في علاج المرض.

وما يمارس حاليا من أساليب وطرق شعبية وتقليدية في علاج المرض لا تعتبر وليدة الصدفة أو نتاج ثقافي واجتماعي معاصر، بل ارث حضاري وثقافي عمره عمر الإنسان نفسه، ومحاولته للبحث عن تخفيف الألم والشفاء من المرض، فالشعور بالمرض والألم دفع الى البحث عن علاج لهذا المرض، وقد كشفت لنا بعض النقوش اليمنية القديمة عن بعض الممارسات التي لا تزال تمارس حتى الأن، اذ عرض البعض منها للنذور التى وفاء بها أصحابها للآلة لأنها شفتهم من المرض، أو رزقتهم بأولاد ذكور أو تحفظ صحتهم، أو نذروا بأولادهم للمعبد ليكونوا في حماية الآلهة، وهو (ما يعرف بشراء الأولاد حاليا من أحد الأولياء). ومن تلك النقوش:

نقشٌ: يتقرب صاحبه للآلهة ذات حميم بابنه المسمي " إل ذرا" وابنته المسماة "آذنة" وكل أولاده وأمواله "بجاه" الآلهة ذات حميم (انظر مرجع4). وفي هذا النقش يحاول المُنذِرُ التقربَ إلى الآلهة التي منحته الأبنا، بنذر ابنه وابنته لها، بل كل أولاده وأمواله، كي تحفظهم الآلهة من المرض ومن كلِّ مكروه، (ولا تزال هذه الفكرة موجودة إلى الآن)، كأن ينذر أحد الأبوين، إنْ تحققَ له طلبه أنه سيجعل ولداً من أولاده في خدمة الوليِّ أو السيد، كما تقابل أيضا شراء الولد من أحد الأولياء كـ (ابن علوان) حاليا، أو غيره من السادة والأولياء. فالأسرة التي يموت أبناؤها الذكور في بعض مناطق اليمن تذهب إلى إبن علوان لشرائه منه، وعند الميلاد تخرم أذنه دليلا على أنه مُشترى.

ويتحدث نقش آخر عن أمَةِ "المقة" التي تقربت للآلهة بتمثال امرأة من البرونز كانت قد نذرتْ أنْ تتقربَ به لسيدهم "المقة" كي يشفي أمته "نضارة" من مرض مرضتْ به في عينها وحقاً شفتها (4) الآلهة. ويدل هذا على ما كانوا يعتقدون مِنْ تدخل الآلهة في منح الصحة والشفاء من المرض، كما يؤكد على أنّ كاهن المعبد

في اليمن القديم، لم تكن مهمة دينية فقط وانما كان يقوم بدور الطبيب والمعالج بالإضافة لبقية أدواره الأخرى. ولعل في هذا تأكيداً على أنّ الكاهن وسيطا بين المريض وصاحب الشفاء (الآلهة) وأنّ فكرة النذور والوفاء بها من قبل الناذر ليس بجديد على مجتمعنا اليمني المعاصر، وإنّما هي فكرة قديمة متأصلة في التراث، ولا يزال يتناقلها أفراد المجتمع حتى الآن. فالمعالج حاليا أيا كان حيا أو ميتا يقوم مقام الآلهة وسادن المعبد قديماً، وفي حالة تحقق الشفاء للمريض أو قضائه لحاجة المحتاج. فمن الواجب على صاحب النذر الوفاء به، وإلاّ تعرّضَ لعقاب أشد من الولي أو السيد المُنْذر له. ومثل هذا يُعَدُّ دليلاً على أنّ كثيراً من الممارسات العلاجية الشعبية حاليا هي امتداد للممارسات القديمة للإنسان اليمني القديم، في مواجهة المرض والرغبة في التخفيف من الألم.

وتتحدث مجموعة أخرى من النقوش (راجع 5) عن وفاء أصحابها، أو مَنْ تقدموا بشكرٍ للآلهة الا إنها رزقتهم أولاداً ذكوراً، وأن تحفظهم من كلّ مكروه ـ وهذا تأكيد للأهمية الاجتماعية للأولاد الذكور منذ القدم وحتى الآن ـ ولكن طبيعة النذر هنا مختلفة، ففي النقشين المشار إليهما سابقا كان النذر بالأولاد أو المعادن، وهو عبارة عن وفاء به، أما ما في النقش الثالث فليس وفاءً بنذر وإنما هو شكر للآلهة لأنه رزقَ المنذِرَ بأولادٍ ذكور، لذا كانت أضحية من الغنم، وهذا يمنحنا دليلا آخر لتفسير وفهم تقديم الذبيحة طلبا للشفاء من المرض حاليا، فمرض الزار ـ مثلاـ يعالج بفدية.

الا أن بعض المتخصصين في النقوش اليمنية القديمة يرون أن هذه النقوش لم تشر لطرق وأساليب العلاج التي كانت تمارس في المجتمع اليمني القديم.

4

كان المصريون يعتقدون بأن المرض الذي لا يشفي يكون مصدره الأرواح الخبيثة، وأن هناك قوى شريرة تنشر الأمراض والأوبئة، وكذا اليونانيون يعتقدون بأن مرض (الجنان) ناجم عن لبس شيطاني، والبابليون يعتقدون بأننا محاطون بالأرواح

من جميع الجهات، منها الخبيثة ومنها الطيبة، والطائفتان في حرب مستمر، وكانت جميع الأمراض تنسب إلى الأرواح الشريرة أو الخبيثة. كما وجد في التراث اليوناني والعربي الإسلامي من بعده ما يعرف بنظرية (الأخلاط والأمزجة) التي لا يزال بعض المعالجيين التقليديين يستخدمها حتى الان، والتي ترى أن الإنسان مكون من أربعة عناصر أساسية (التراب، والهواء، والنار، والماء) ومن الضروري أن تكون في حالة توازن ليتمتع الجسم بالصحة، أما فقدان التوازن، يؤثر على خواص الجسم (الدم، والبلغم، والصفراء، والسوداء) مما يسبب المرض، ومن خلال هذه الرؤية للكون والإنسان كان البحث عن العلاج، باستخدام المواد النباتية والحيوانية، وتحديد الانسب منها لكل مرض من الأمراض.

كما وجد ضمن العلاج العربي الإسلامي القديم ما عرف بالعلاج (بالاوفاق) والتي تقوم على أنَّ لكمال الأسماء مظاهر؛ وللأفلاك والكواكب أرواح، وان طبائع الحروف وأسرارها سارية في الأسماء فهي إذاً سارية بالتبعية في الأكوان. وبما انَّ للأحرف طبائع شانها شأن الكون، فهي تنقسم بحسب طبيعتها طبقا لقانون سُمّيَ بقانون (التكسير) إلى "نارية وهوائية وترابية ومائية" وهى العناصر الأربعة للكون، فالألف للنار والباء للهواء والجيم للماء والدال للتراب ثم نعود ثانية بالترتيب نفسه حتى نهاية الحروف الأبجدية (أبجد هوز) وتتناسب الأعداد معها، فالألف يرمز إلى الواحد والباء إلى اثنين والجيم ثلاثة والدال أربعة ... والفاء مائة، وهكذا تربط هذه الأحرف والأرقام بالطبائع الأربعة. انطلاقا من أن لكل كوكب من الكواكب السيارة - وَفْقٌ - منسوبٌ إليه، ولكلّ حرفٍ من حروفٍ الهجاء - وفق - ولكل - وفق - تأثير يظهر منه بحسب تأثير الكوكب أو الحرف، وللحروف خواصّ وللأعداد أسرار فمن جَمَع بين الخواصّ والأسرار فقد أُلْهِمَ السرّ الأكبر (6/ص496-504، وكذا 3/صفحات مختلفة). ويعني هذا ان العلاج بالسحرية لا يخلو في بعض جوانبه من الاستعانة بالرياضية والفلك.

5

وفي جميع العصور لم يكن العلاج يخلو من استخدام السحر، فقد كان الطب مليئًا بالسحر والطقوس السحرية، وكانت التعاويذ والرقى من الأدوات الناجحة التي يطبب بها المرضى وتطرد الشرور، ومن العلاج الذي يشفي الأمراض، وكان الأطباء يستخدمون في علاجهم أنواعا مختلفة من الأعشاب النباتية مع تلاوة بعض الألفاظ والعبارات السحرية التي يتم ترديدها مرارا وقد تكون هذه العبارات مدونة في الدواء ويشربها المريض لتكسبه قوتها الشافية، كما استعملوا الأجزاء القذرة من الحيوانات في حالة بعض الأمراض كطرد الشياطين ذات السمات والخصائص الرديئة (راجع7ص74).

وفي حال وجود مرض منسوب إلى القوى الخفية ولا يرون فائدة من الدواء فانهم يسعون إلى التخلص من تلك القوى الخفية بالتوسل بروح أقوى منها أو الالتجاء إلى أعمال السحر، وهو الأمر الذي جعل السحرة والكهان يقومون بأعمال الطب والعلاج. ولا يزال هذا الدور يقوم به بعض المعالجين للأمراض التي لها مصدر غيبي أو روحاني ناجم عن لبس شيطاني ويؤكد بعض أولئك الذين لهم معرفة بهذا النوع من العلاج أنّ بعض الأمراض النفسية سبق لهؤلاء المعالجين شرح طرق علاجها، وهم يرون أن الأطباء لا يستطيعون علاجها كونهم يتعاملون مع الجوانب المادية للجسم البشرى ومحاولة إصلاح الخلل العضوي. بينما هذا النوع من العلاج ينظر إلى الجسم البشرى على أساس أنه يتكون من جسد ونفس، وعليه فإن أمراض النفس لا تعالج إلاّ لدى من لهم معرفة بأصول السحر وقواعده وبطرق تكلم عنها الأقدمون وشرحوا علاجها وعللوا الأمراض بتعليلات كثيرة.

6

وتجدر الإشارة إلى أن مصادر المرض ترجع حسب مفهوم المريض الى المصدر (الغيبي دون سواه)، والمتمثل في الجن والشياطين أو ان جميع الأمراض نتاج لقوى

غيبية (فعنينة الرجل، وعدم قدرة المرأة على الإنجاب، وحالات الأمراض النفسية والعصبية، وعدم التوفيق في المسعى، بل وحتى كسور العظام أحيانا) ترجع أسبابها إلى تلك القوى التي تضمر الشر بالإنسان بصورة دائمة، نتيجة لطبيعة العلاقة العدائية بينهما. وهو الأمر الذي يجعل من الصعب علينا الفصل بين الأمراض المختلفة، كون التداخل يوجد في الفهم والتفسير الخاص بأسباب المرض.

وتعد قضية المرض من أهم القضايا التي يتم إعادتها إلى قوى غيبية، أو إلى مجرات وكواكب بعيدة عنا. فكل من يصاب بالحمى ولا يعرف ما السبب؟ أو يصاب بالقيء ولا يستطيع أن يربط هذا بسبب محدد، فانه يرجع ذلك إلى فعل الأرواح الشريرة أو السحر أو إستحواذ الجان على جسم الإنسان و دخـــول جسم غريب فيه. هذا الفهم المرتبط بالمصادر الغيبية للمرض يجعل المريض يتبع الجوانب السحرية والغيبية في علاج المرض. لكن الفهم المنطلق من الأسباب العضوية للمرض والخلل في أداء العضو المصاب لوظيفته يجعل المريض والمعالج يسلكان سلوكا يهدف لإصلاح الخلل، من خلال إتباع مجموعة من الوسائل العقلانية في العلاج المعتمد على الأعشاب والنباتات الطبية أو العلاج لدى الطبيب.

لذلك فالظواهر التي لا تبدو أسبابها ملموسة في الوجود المادي يتم إرجاعها إلى وجود غامض ومسببات غير مرئية وغير محسوسة تخترق جسم الإنسان، اذ لم يكن أمامه غير الاعتراف بوجود قوى أخرى غير منظورة تحدث كل هذه الأشياء المؤثرة. ومثل هذا الاعتقاد توارثته جميع الشعوب بلا استثناء واستمر قائماً بذاته، أو مختلطاً بأفكار دينية حتى عصرنا الحاضر.

وهذا النوع من الاعتقاد والتفسير دفع بالبعض إلى سلوك يتناســب وهذا التفسير، فالأفراد الذين يعتقدون بأن القوى الغيبية من جن وشياطين تلعب دورا في وجود المرض، يلجأون إلى من له القدرة والسيطرة على هذه القوى لعلاج أمراضهم، بينما الأفراد الذين يعتقدون بأن أسباب المرض ناجمة عن خلل عضوي أو فسيولوجي أو

باثولوجية كالجراثيم والميكروبات يلجئون إلى الطبيب في العلاج. وتعمل المعتقدات على تحديد نوعية العلاج الذي يلجأ إليه المريض، سواءً كان طباً شعبياً أو حديثاً. وأحياناً قد يدفع الاعتقاد باسلوب معين من الأساليب الشعبية إلى اتباعه وتفضيله من قبل المريض دون غيره من الأساليب (انظر4،5). وينظر بعض الباحثين العرب إلى أن التفكير العلمي وغير العلمي من حيث الوظيفة يستهدف تفسير الظواهر المحيطة بالإنسان في بيئته. بغية الوصول إلى الوسائل الفعالة التي تساعد على التحكم في البيئة وتأمين حياة الأفراد (9/ص40) داخل المجتمع.

ويقوم هذا التفسير للمرض ومسبباته على مفهوم خاطىء للعلية وهو الأمر الدال على عجز المفاهيم العلمية في تفسير أو حل بعض من مشاكل الفرد كون ذلك يعني فقداناً للأمل وسد المنافذ أمامه في إيجاد المبررات لما يحيط به. لكن التفسير الغيبي يخلق لدى الفرد نوعاً من الأمل النفسي في إيجاد المبرر لأي مشكلة يعاني منها وأملاً في حلها أو علاجها، كما يلجأ إليها عندما لا يجد اسلوباً أخر أفضل منها، فتكون المبررات الغيبية الميتافيزيقية نوعاً من المحاكاة النفسية والذهنية. وتفسيراً مقبولا لمثل هذه الظواهر، بالإضافة إلى إنه يعزز الثقة لدى أفراد المجتمع. وإن كان في نظرنا نوعاً من أنواع الوعي الإنساني، يحاول فيه الفرد إيجاد مبرراً أو تفسيراً لما يعتقد ان الطب الحديث غير قادر على تشخيصه وتشخيص مسبباته.

7

وإذا كانت الخرافة والاسطورة والاعتقاد بالجن والشياطين وقدرتها على اصابة الفرد بالشر تعد جزءاً من الثقافة العامة بالمجتمع، وانّ كل ما يحدث مرده الى عالم الغيب. فان مثل هذه الأساطير والسير تعمل على تكريس فكرة وجود عوالم غيبية لها سلطة الرقابة وقدرة الاصابة بالشر، وتتجلى مثل هذه القدرة بالشكل المرضي وتظهر على هيئة تشنجات عصبية وألآم عضوية لا تصيب الاّ من يحاول ان يسلك سلوكا خاطئاً ومعارضا لبعض القيم الاجتماعية.

ثالثا

أسس وأساليب علاجية لتفسيرات شعبية:

تعتبر التفسيرات الشعبية للمرض دعامة أساسية يعتمد عليها الباحثين في إصدار أحكام تقوم على رفض التراث الخاص بالعلاج التقليدي لدى الشعوب واعتباره نوعا من الشعوذة والدجل والخرافة وهو الأمر الذي نعتقد انه يقوم على الكثير من التجني والقوالب الجاهزة والمواقف المعدة سلفا من قبل الباحثين كل بحسب النظريات التي يتبناها.

فالمسح السطحي للمفاهيم والمواقف الشعبية تجاه فهم وتفسير المرض من قبل الباحثين يزيد من الغموض لدينا لأسباب المرض. في الوقت الذي قد يدفعنا إلى التأني والبحث المتعمق إلى الكثير من الحقائق العلمية ومعرفة الأسباب الجوهرية وراء حدوث مثل هذه الأمراض. والبعد الخاص بتشخيصها وطرق علاجها.

والموروث الثقافي يمنحنا تفسير يقوم على ان العين نوع من القوى الغيبية المسخرة لفرد ما يؤذى بها الاخرين وحتى نتجنب العين من الضروري مراضاة صاحبها او لبس حجاب ... الخ.

ومثل هذا الفهم الموروث ظل يورث من جيل لأخر مما عمل على إيجاد موقفين أساسيين تجاه العلاجات الشعبية، الأول: يقف مع هذه التفسيرات ويعمل بها، ويجزم بمصداقيتها ويحاول الاستفادة منها بين ان واخر، لكن جهل أصحاب هذا الموقف بالأسس النظرية والخلفية التطبيقية لمثل هذا يجعل ممارساتهم أكثر جهلا. والثاني: يرفض هذه الموروثات ويقف ضدها ويعتبر كل سلوك علاجي ينطلق منها نوع من الخرافة والشعوذة. وهذا الموقف أيضا ينم عن جهل أصحاب هذا الموقف بطرق وأساليب العلاج التقليدي نظريا وعمليا.

ومثل هذه المواقف خلقت قناعات خاصة لدى الجميع كل بحسب قناعته وبما يعتقد به. كما يدل على جهل أصحاب الموقفين بالتحليلات والنظريات العلمية الحديثة والتي تساعد في التفسير العلمي والصحيح لكثير من التفسيرات الشعبية للمرض. مما أدى الى عدم تجديد هذا الموروث، او العمل على تطويره مثل بقية العلوم الإنسانية الاخرى. أو إخضاعه للتجربة العلمية وبالتالي رفضه وفق أسس منطقية.

2

وربما نكون هنا قد خضنا في منطقة هي اقرب ما تكون الى" التابو" الاجتماعي متجاوزين خطوط كثيرة يرسمها علما الاجتماع والانثروبولوجيا وعلم النفس الاجتماعي في نظرتهم للسحر (مثلا) وبعض أساليب العلاج الاخرى. وفي مناقشاتهم للقضايا الفكرية والمنهجية المرتبطة به وفي تفسيرهم لبعض السلوكيات التي يقوم بها الأفراد تجاه المرض بحثا عن العلاج.

وهذا الموقف من قبلنا لم يكن مصادفة، وانما جاء بناءا على قراءات متعددة ومتنوعة لجميع الاتجاهات ومختلف الدراسات في هذا الجانب منها الحديث والمعارض ومنها القديم المؤيد والمعارض ايضا، بعين فاحصة ومتجردة بهدف سبر أغوار الحقيقة الكاملة.

وكان أول ما شدنا النظر إلى السحر والتعامل معه من قبل العديد من الفلاسفة والمفكرين السابقين على انه علم، وتقسيمه الى السحر العلوي والسفلي، فالسحر العلوي علم يعتمد على الله وملائكته والجن الصالحين، وكذا أسرار شرعية اخرى، ويستخدم دائما لأغراض خيرة ، ولا يدركه ولا يمارسه غير الصادقين والذين يتعلمون من الحديث أدعية "جمع دعاء" تكفل اجابة رغباتهم. وكتابة الأحجبة للغرض الصالح بالتنجيم وبعلم أسرار الأعداد (10ص7). ولما كان السحر يرتبط ارتباطا وثيقا بعلوم اخرى لها مكانتها بين العلوم المعاصرة كالرياضيات والفلك، واشتغل به اوناس لهم مكانتهم وتأثيرهم الواضح في العلوم المعاصرة كارسطو

وجابر بن حيان والكندي ومسلم بن احمد المجريطي... وغيرهم. فمن الضروري التعامل مع السحر بتجرد من الاحكام الذهنية المركبة والجاهزة مسبقا. ويمكننا عرض بعض الاستنتاجات حول العديد من القضايا المرتبطة بكتابة السحر واستخدامه على النحو التالي:

3

1- في حال كتابة السحر أو العمل في الحالات المختلفة، بقصد إصابة الاخر بالمرض أو تحقيق هدف معين أو شفاء الاخر من المرض أو إحباط لمسعى شخص.فان الهدف لا يتحقق منها الا اذا اتبع الممارس للسحر الشروط الخاصة بها أثناء الكتابة والتي تتمثل في:

أ/ إتباع الزمن الفلكي المحدد للكتابة، كاليوم والوقت والساعة.

ب/ استخدام المادة المناسبة للكتابة، كماء الورد "مثلا" واستخدام أنواع من البخور والطهارة وغيرها.

جـ/ الالتزام بالتكرار الخاص بالكلمات التي يتضمنها العمل والأشكال والأحرف الهجائية والأعداد المخصصة لكل عمل.

4

وتشير المصادر القديمة في هذا الإطار إلى ان للحروف الأبجدية روحانية خاصة تختلف من حرف لأخر وهذا الاعتقاد جعل المهتمين بهذا الجانب يربطون بين الحرف والمنزلة، فكل منزلة يقابلها حرف من الحروف، ومجموعة من الأرقام، ولما كان للحروف الهجائية روحانية خاصة وللأرقام أسرار خاصة أيضا، فقد تم الجمع بين الحرف والرقم بهدف الاستفادة من عملية التفاعل الناجمة عن اتحاد الحرف بالرقم.

وهذا التزاوج بين الحرف والرقم في نظرنا هو السر الكامن في استخدام بعض الآيات والتراتيل في العلاج دون غيرها مما يعني ان العلاج ليس نصا قرآنيا وإنما هو مجموعة من الحروف المتحدة مع مجموعة من الأرقام المساوية لها والتي تعطينا في الأخير رقما خاصا يتطابق في جميع النصوص المستخدمة بالعلاج. وهو ما يمكن ان يمنحنا تفسيرا واضحا في حالة التوصل الى مصداقية، لاستخدام المعالجين في مختلف الديانات لنصوص علاجية دون غيرها كل بحسب الديانة التي ينتمي إليها، كون المسألة العلاجية مسألة نص يتكون من مجموعة من الأحرف يقابلها مجموعة من الأرقام تتساوي في جميع النصوص المستخدمة في العلاج، سوءا كانت تراتيل سحرية ممن كانت تستخدم قديما، أو نصوص توراتية، أو إنجيلية، أو آيات قرآنية.

5

وفي العديد من الكتابات العربية والمأثورات القديمة يعتقد ان الكواكب السيارة لها روحانية خاصة تؤثر على المولود في البرج المرتبط بهذا الكوكب، ويختلف هذا التأثير من زمن لأخر بحسب حركته منذ لحظة الارتباط بين الكوكب والبرج والمنزلة وحتى مماته. وينعكس هذا على صحته وسماته الشخصية وكل مسار حياته الخاصة والعامة.

واذا افترضنا ان لهذه الكواكب روحانية ـ وفقا للكتابات القديمة ـ ولها تأثير فان هذا التأثير يتمثل في مقدار الجاذبية للأرض وكذا كمية الغازات المحيطة بالأرض والمناخ ودرجة الحرارة، بالإضافة إلى مختلف التفاعلات الطبيعية سواء المحيطة بالأرض أو التى بداخلها والناجمة عن حركة الكواكب ودورانها حول الأرض. وليس نتيجة لتأثير روحاني. فجسم الإنسان يتأثر بالقوى الجاذبة للموجات الكهرو مغناطيسية والتى تنظم حركة الكون بأكمله (11ص294).

وفي هذا الخصوص اثبت العلم الحديث مؤخرا وجود مثل هذا التأثير والذي ينبعث من القمر ويؤثر بدرجة واضحة وكبيرة على تصرفات وسلوك الإنسان، وان اكتماله يسبب لبعض الأشخاص اضطرابات في العقل اذ تكون تصرفاتهم اقرب إلى الجنون، مما قد يسببون لأنفسهم أو لغيرهم أضرار ودون ان يعوا ذلك، وما يلبث ان يعود الشخص إلى حالته الطبيعية بعد ان يغير القمر وجهته (راجع 11ص296).

وربما يكون الأمر في حالة "محمد" دليلا واضحا على هذا التأثير، فمحمد عسكري من بني مطر يصاب دائما بنوبات عصبية عند اكتمال القمر في منتصف كل شهر ولمدة يومين فقط ، وفي اليوم الثالث يعود الى حالته الطبيعية لكنه لا يعي ما حدث له ولا الحالة التى انتابته، ونتيجة لتكرار هذه الحالة بصورة مستمرة أصبح الأمر مألوفا لدى زملائه في المعسكر مما يجعلهم يستعدون له بالقيود والسلاسل الحديدية ابتداء من اليوم الـ 13 من كل شهر حتى لا يحدث ضررا بهم او بنفسه. وتحدث مثل هذه الحالة نتيجة لاكتمال القمر، والذي يكتمل معه المجال الكهرو مغناطيسي لدى "محمد" ويظهر التأثير على شكل نوبات عصبية، لاسيما اذا عرفنا ان تأثير القمر على الإنسان عند اكتماله يفوق التأثير المنبعثة من قوائم كهرباء الضغط العالي بأربعة وثمانون مرة، لكن تفسير الأمر لدى العامة والمحيطين به يرجع إلى تأثير قوى خارجية تتمثل بتلبس الجن والشياطين له.

6

ان نظرية الأخلاط" الطبائع والأمزجة" تعتبر جزءا من تراث ونظريات علم النفس الحديث، وهى في الواقع فكرة قديمة أسسها وعمل بها المعالجون المعتمدون على السحر أو الطلسمات في علاج مرضاهم، وهذا يؤكد ان تراثنا في هذا المجال بحاجة لكثير من الدراسات المتجردة عن الأحكام السابقة باعتباره نوع من الشعوذة والخرافة ونفي لتراث إنساني كامل وإنما في إطار وضع فرضيات خاصة خاضعة

للتجربة والتأكد من صدقها أو كذبها في ارض الواقع، وعلى ضوء المعطيات التى تمكننا من إصدار الأحكام بعد ذلك.

7

يمتلك بعض الأفراد قدرات خاصة مما يجعلهم متميزين بامتلاكهم هذه القدرات فالقدرة على رؤية الماء في باطن الأرض، وكذا اختراق الجدران الصماء ومشاهدة ما بعدها وبدقة كاملة، انما هي قدرات خاصة بمركز الإبصار في الدماغ ويتمتع بها بعض الأفراد دون غيرهم. وليست ناجمة عن امتلاك قوى مسخرة لمن يتمتع بها من الجن والشياطين. ويؤكد "على الوردي" وجود مثل هذه الطاقة أو كما سماها هالة في جسم الإنسان يتمتع بها بعض الأفراد ويستطيع بها الفرد اختراق حاجز الزمان والمكان(10ص18) وان كانت موجودة لدى جميع الناس تقريبا، الا انها لا تظهر عند الجميع على درجة واحدة فأغلب الناس يملكون منها قسطا لا يكاد يحسون به (10ص 30). وقد اهتمت جامعة (ديوك) بدراسة القوى النفسية والطاقة لدى بعض الأفراد مما عمل على إثبات وجود مثل هذه القوى لدى البعض بنسبة مرتفعة عن غيرهم.

ولا يزال العلم غير قادر على معرفة كل الأشياء ولا يزال عاجز عن اكتشاف كل طاقات ومكونات الجسم البشرى والتى لم تدرس حتى الان. كما اننا لا نزال عاجزين كأفراد عن استغلال كل القدرات والطاقات التى يتمتع بها الجسم البشرى ولا نزال غير قادرين على استخدام أكثر من 18% من قدرات وطاقات الدماغ الإنساني عند اكثر الناس ذكاء وعبقرية. ومن الأمثلة التي صادفتنا في هذا الآتي:

1- طفل لا يتجاوز عمره سبع سنوات أصيب بنزلة برد وبارتفاع شديد بدرجة الحرارة، وأثناء ذهابه إلى الطبيب بدء يهذي ببعض الكلمات عن الماء والغرق وجريانه بغزارة. ظنت الأم أن ذلك بفعل الحرارة المرتفعة. الا أن الأمر تغير بعد تماثله للشفاء وصار حقيقة تلازمه بصورة دائمة كلما طلب منه ذلك.

فقد كان لارتفاع درجة الحرارة تأثير في تنبيه مركز الإبصار في الدماغ بحيث أصبحت قدرته تفوق قدرات الفرد العادي.

2- اما امتلاك هذه القدرات بفعل التدريب يتجسد في الحالات المدربة على عملية التخاطر عن بعد بين شخصين أو أكثر عن طريق إرسال رسالة ما لتصل في نفس الوقت للآخر كما أرسلت بالرغم من التباعد المكاني.

ان كثير من الأمراض يرجعها الناس لحالة التلبس، وهي الحالة التي يلبس فيها الجن الإنسان، أو يدخل فيها جسم الإنسان، وهناك نسأل عن الكيفية التي يحدث فيها ذلك؟.

في حال الإجابة من الضروري أولا العودة إلى مسألة الخلق والتكوين الخاص بكل من الإنسان والجن. فقد ذكر في القرآن الكريم {قال ما منعك ألاّ تسجد اذ أمرتك قال أنا خيرُ منهُ خلقتني من نَّارٍ وخلقتهُ من طينٍ (سورة الأعراف آية 12)} وقال تعالى {خلقَ الانسَنَ من صَلصَلٍ كالفخَّــار* وخلقَ الجانَّ من مارجٍ من نار (سورة الرحمن الآية13-15)} وقال تعالى { والجانَّ خلقنَاهُ من قبلُ من نارِ السَّمُوم (سورة الحجر آية 28)}. ففي هذه الآيات تحديد من الله لطبيعة التكوين الإنساني من المادة والطاقة، والجان من طاقة فقط، والطاقة مادة محسوسة وغير ملموسة، أما الطين فيحمل الشيئين معا.

من ذلك تتضح لنا عملية التلبس بمعناها الحقيقي التي تبتعد عن عملية الإيلاج أى دخول الشئ في الشئ، وانما اختراق طاقة لطاقة أخرى أقل منها مما يؤثر على وظائف الأعضاء المكونة من المادة والمسيرة بالطاقة.

وفي الآية { الذين يأكلون الرِبوأ لايقومون الاَّ كما يقُومُ الذِي يتخبطه الشيطانُ من المس (البقرة الآية 275)} وقال تعالى {ان الذين اتقوا اذا مسهم طائف من الشيطان تذكروا فاذا هم مبصرون (الاعراف آية 201)}، وفي الحديث النبوي { ان الشيطان

يجري من الإنسان مجرى الدم}. وفي هذا دليل على أن الجن تمس الإنسان بضر هي تأكيد لفكرة الإصابة بالمرض من خلال التأثير على الطاقة الموجودة بجسم الإنسان، من قبل الطاقة المتحدة معها (طاقة الجن)، وهذا يؤكد لنا:

1- ان مسألة وجود الجن حقيقة واقعة، فاذا كنا نحس بأثر الشئ فلابد أن نقتنع بوجود المؤثر ذاته، فالكهرباء لا نراها لكن نحس بأثرها في حالة المس الكهربائي.

2- ان الطاقة لا ترى بالعين المجردة ولكن تقاس بالأثر الناجم عنها وخلق الجان من النار فقط هو استبعاد للمادة المجسدة، والتي قد تكون عائقا في عملية الإصابة، كونها تتطلب الإيلاج مما يعني الوضوح والبروز المجسد للإصابة، لكن الطاقة تستبعد مثل هذا الوضوح والاثر للإصابة في الجسم، ولا يبدو غير أثرها المتمثل في خلل اداء وظائف الجسم.

3- ان فكرة المس الشيطاني أقرب إلى التصديق منها إلى النفي والتكذيب، اذا ما تعاملنا معه وفق الفهم السابق للظاهرة.

8

وما يعرف بالعين الشريرة والتي تصدر عن شخص ما لتصيب اخر كان ولا يزال الاعتقاد بأنها نوع من أنواع الجن والشياطين المسخرة للمصدر. لكن تفسيرنا لهذه الظاهرة تؤكد على امتلاك البعض لطاقات خاصة يتم إصدارها في لحظات لتصل للاخر مما يعمل على التأثير عليه، وهى طاقة لا ترى بالعين المجرة، ولا نعتقد ان مركزها العين، وانما مركز الا بصار بالدماغ، وهى عبارة عن ذبذبات أو طاقات تصدر عن شخص ويستقبلها الاخر دون شعور أو إحساس بها من المصدر أو المستقبل (راجع12) . كما أثبتت الأبحاث الحديثة ان دماغ الإنسان يصدر أمواج كهربائية تختلف من شخص لأخر ومن وقت لأخر (10ص154) في كميتها

وقوتها. وفي تجارب قام بها احد الباحثين الامريكيين في جامعة "كورتل" ذكر ان العين التى لها القدرة على الإصابة اذا حدقت في خلايا الخميرة فانها تتلفها، لوجود أشعة غير منظورة تنبعث منها وتؤثر في الخلايا، كما تنبعث الأشعة فوق البنفسجية من بعض المصادر وتؤثر في النبات والحيوان والإنسان على وجه الخصوص (10ص15). ويؤكد احد اليمنيين ممن يمتلكون القدرة على الإصابة بالعين ممن قابلناهم، يؤكد بخروج دائرة حمراء من عينه اليسراء تنطلق نحو الاخر لتلحق به الضرر .

وتعتبر مثل هذه الطاقة لدى بعض المخلوقات "كبعض الأسماك والثعابين" وسيلة دفاعية عن النفس ضد اى مخاطر فبعض الأسماك التى تصدر شحنة كهربائية تشل بها حركة من يهاجمها، وكذا الثعبان المعروف بذي الخطين، والذي يصدر شحنة كهربائية عند شعوره بالخطر كوسيلة دفاعية، هذه الشحنة قد تصيب الإنسان بحسب قوتها، اما بالعمى الجزئي أو الكلي، لكنها تفسر من قبل العامة على ان مثل هذه الثعابين ما هي الا نوع من الجن تظهر لنا على هذه الهيئة. والشحنة الكهربائية ما هي الا حالة التلبس لبني البشر من قبل الجن.

ووفقا لهذا فالعين ما هي الاصفة فيزيقية يتمتع بها بعض الأفراد بيولوجيا دون غيرهم، وترجع لامتلاك البعض طاقات كامنة في الجسم ترتفع نسبتها عند البعض عن الحد المعلوم عنها في الشخص الطبيعي. الا ان الموروث الثقافي ونتيجة لعجزه عن فهم هذه الطاقات واكتشافها جعل من يمتلك هذه القدرات في نظر الاخرين شخص له القدرة على امتلاك الجن والشياطين وتسخيرها لصالحه وانه يستمد قدرته هذه منها.

وقديما ارتبط وجود مثل هذه الطاقات لدى بعض الأفراد بالقوى الغيبية كالجن والشياطين. وربطت بالسحر والشعوذة، واعتبرت دليل على وجود عالم الروح أو ما يسمي بعالم ما وراء المادة (10ص28). وان كان في الحقيقة دليل على عجز

العقل البشري عن إدراك ومعرفة مثل هذه الطاقة سببا في تفسير بعض الأحداث والحالات المرضية غيبيا.

9

وتعتبر قراءة الفنجان والكف وضرب الودع نوع من الخرافة والدجل والشعوذة لدى غالبية أفراد المجتمع، في الوقت الذي نجد قراءة الكف تقوم على معرفة الخطوط الموجودة في باطن الكف والأصابع وهذه القراءة تكتسب بالخبرة والاطلاع والتدريب.

لكن مصداقية هذه القراءة التى تشير إلى توقعات مستقبلية وأحداث يمكن ان تصادف الفرد، انما تقوم على دقة التدريب للقراءة وخبرة القارئ العملية والعلمية.

اما ما يخص قراءة الفنجان والودع أو الرمل، فانها تقوم على استجماع القوى والطاقات العقلية التي تعمل على توقيف عملية التفكير الاعتيادية بهدف تلقي الذبذبات التي تمكن القارئ من كشف الحقيقة في لحظات من الصفاء الذهني التام (انظر 10ص169).

رابعا

وفي الختام فان العديد من الممارسات العلاجية التى يمكن وصفها بالشعوذة والخرافة تعد ناجمة عن جهل في الممارسة وعدم الاطلاع على أصول المهنة وقصور في تفسير الظاهرة. وان الكثير من الظواهر في جانب المرض والعلاج لا يمكن ان تكون خرافية وانما تفسيرها هو الخرافي والذي توقف عند حدود الأسطورة والتفسير الاسطورى دون اى تطوير، ونتيجة لجهلنا بالتفسيرات العلمية لها. ومن الضروري إخضاع مثل هذه الظواهر للبحث العلمي والمعملي، والابتعاد عن الأحكام المسبقة والجاهزة والتى تنطلق أساسا من مضامين الثقافة الشعبية وخصوصا من قبل المتعلمين.

ان دراستنا الأولية لبعض الظواهر المرتبطة بالعلاج انما هي تفتيح لموضوعات للمفهوم ومعناه، والمفاهيم المرتبطة به، وتطوره، وكذا للعوامل الأساسية التي تقف وراء استمرار هذا النوع من العلاج، وأسباب اللجؤ إليه، ومن ثم التعرض لبعض القضايا التي تجعل من بعض المعالجين مصدرا من مصادر الهالة الاجتماعية. من خلال تمتعهم ببعض الطاقات والقدرات التي لا يتمتع بها الفرد العادي.

وتصوراتنا السابقة حول هذه الظاهرة لا تعتمد على الأسلوب القسري والإلغاء، أو القبول الكلي والارتماء بين أحضان الظاهرة بكل سلبياتها وشوائبها، وإنما بالمناقشة الهادئة والموضوعية.

ان دراسة ظاهرة العلاج الشعبي لا يتطلب منا الحدة والتعصب في اتخاذ المواقف تجاهه، بل يتطلب الإلمام أولا بالعوامل والأبعاد ذات العلاقة بهذه الظاهرة المؤثرة بصورة مباشرة على سلوك الأفراد. وتحدد مواقفهم تجاه هذا النوع من العلاج أو ذاك، لاسيما وان للأفراد مواقف متغيرة تجاه العلاج الشعبي، وهناك حقائق أو ظواهر فوق مستوى تفسير الإنسان لها، تدعم مواقف المعالج والعلاج الشعبي، وفي ذات الوقت تعد الممارسة العلاجية جزءاً من ثقافة متأصلة في المجتمع، وانعكاس لبعض المفاهيم الشعبية حول المرض ومصادر علاجية، الا أن عشوائية الممارسة من قبل المعالجين جعلت منه أسلوبا أقرب ما يكون للشعوذة والدجل.

والله الموفق،،،

الهوامش

* نشر في مجلة شؤون اجتماعية، الشارقة، ع 69، 2007م.

1- أرمن شوبن، الطب الشعبي في الجمهورية اليمنية، ترجمة احمد الصايدي، صنعاء، مركز الدراسات والبحوث اليمني، مجلة دراسات يمنية، ع13، 1983م.

2- عبدالله معمر، جلسات الزار في تهامة، مجلة اليمن الجديد، صنعاء، مجلة شهرية، تصدر عن وزارة الثقافة،ع7، يوليو 1988م.

3- ــــــــــــ، الثقافة الشعبية وعلاقتها بالمرض والعلاج في المجتمع اليمني المعاصر، دراسة سوسيو انثروبولوجية، رسالة دكتوراه،جامعة صنعاء، كلية الآداب، قسم الاجتماع، 2001م.

4- إبراهيم الصلوي، اللغة اليمنية القديمة، مسودة غير منشورة.

5- مطهر الارياني، نقوش مسندية وتعليقات، صنعاء، مركز الدراسات والبحوث اليمني، 1990م.

6- عبد الرحمن بن خلدون، مقدمة ابن خلدون، بيروت، دار القلم، ط6، 1986م.

7- محمود نصار، الأسرار الكونية في العلوم الروحانية، القاهرة، مكتبة الجمهورية، مجهول بقية البيانات.

8- عبد الله معمر، الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن، القاهرة، مكتبة مدبولي، 1999م.

9- نجيب اسكندر، رشدي فام، التفكير الخرافي، بحث تجريبي، القاهرة، مكتبة لانجلو المصرية، 1962م.

10- على الوردي، خوارق اللاشعور، لندن، اوراق للنشر، ط2، 196م.

11- سمير يحي الجمال، الطب الشعبي التقليدي، القاهرة، مكتبة مدبولي، 1992م.

12- محمد غنيم، فاتن محمد شريف، السحر والحسد في المجتمعات الريفية، الاسكندرية، دار المعارف، 1998م.

* وللمزيد من المراجع والاطلاع حول العلاجات الشعبية في اليمن، يمكن العودة الى:

- نزار غانم، مصادر دراسة الطب البديل في اليمن، صنعاء، مكتبة عبادي، ط1، 2001م.

13- عبد الله معمـــر، النسق الصحي في اليمن، مجلة دراسات يمنية، مجلة فصلية، يصدرها مركز الدراسات والبحوث اليمني، صنعاء، ع42، اكتوبر 1990م.

-14Cynttia Myntti،.Medicine in its Social Context، Observations From Rural North Yemen. Thesis submitted for the degree of doctor of Philosophy، the University of London (London School of Economics and Political Science) 1983.

جلسات الـــزار فـــــي تهامة

جلسات الزار في تهامة *

تقديم:

محاولة جادة ناضجة من قبل الأخ والزميل عبدالله مقبل معمر جادة لإنهاء تناولت موضوع ذا أهمية في حياتنا الثقافية والصحية وسلطت الضوء بشجاعة حول الدجل والشعوذة والتي يمارسها أُناس تجرد ومن الأخلاق الضمير فهم يعرفون أنهم يدجلون ويشعوذون وهم يعرفون أنهم يمارسون الباطل والقهر والضرب والإذلال مع المرضى النفسيين، وحاول المؤلف فضح إدعاءاتهم الباطلة والكاذبة والمنافية للدين والعلم بالمنطق والحجة.

والدراسة ناضجة لأنها تمحورت حول موضوع معين وذو أهمية كبرى وخطيرة ألاّ وهي الصحة النفسية التي من المفروض أن تلقى الاهتمام الكافي مثلها مثل بقية فروع الطب كالجراحة والباطنية وأمراض النساء والولادة... الخ. والمؤلف يوجه اللوم على من يهمة الأمر والمفروض فيهم محاربة الدجل والشعوذة بطرق فعالة ومباشرة وليس السكوت عنهم والتغاضي كذلك لأن في السكوت والتغاضي عما يفعلون ويمارسون اعترافاتهم وكذا إشعار الناس في ما يقولون به فعل سليم.

ولست إداري كيف يمكن أن يكون لنا مستقبل علمي متطور في ظل السكوت والتغاضي عما يمارسون ويعملون بالمرضى وهم مسلمين منا مواطنين يهمهم القانون والدستور والأخلاق الشوروية والجمهورية .؟؟

أما آن الأوان كي ينتهي الدجل والشعوذة ؟ أما آن الأوان أن يحرر المواطن من الزار والغبن كما حرر من حكم الإمامة وجبروتها ودجلها باسم الدين ؟؟

د/ عبدالمجيد الخليدي

مدير وحدة البحوث الصحية الطبية وزارة الصحة/جامعة صنعاء

1985

جلسات الـــزار فـــي تهامة

تمهيد :

ليس من قبيل الثراء الفكري، وليس أيضاً من قبيل ندرة الموضوعات في شتى العلوم الإنسانية في اليمن، كان دافعاً للقيام بهذا البحث بل إحساساً مني بواجب الولاء الوطني للأرض والإنسان اليمني كان هما الدافع في القيام بهذا البحث.

فالباحثين الأوربيين والأمريكيين يتواجدون على طول وعرض الساحة اليمنية للقيام بإعداد بحوثهم الاجتماعية والاقتصادية والإنثروبولوجية والتاريخية ... الخ وكل هذه البحوث والدراسات الذي يقومون بها موجهة توجيها يتناسب مع وجهة النظر الممولة لهذه الأبحاث وبالتالي يجب أن تسخر هذه الأبحاث لكي تخدم المشروع الأساسي للمتبني لهذه البحوث والممولة لها، بغض النظر عن الأهداف العملية المعروضة في الصورة لهذه البحوث والدراسات هل هي تخدم في الأساس الجانب العلمي للبحث أم تخدم أغراضاً أخرى؟

فهل يمكن لدولة أو لشركة استثمارية أوروبية أو الأمريكية أن تنفق على باحث ما في إحدى الدول النامية لمدة يزيد عن عام، ويكون الهدف الأساسي لهذا الباحث هو خدمة العالم وإبراز الجانب الإنساني لهذا المجتمع أو ذاك دون أن يكون هناك أي مردود لهذه الشركة الممولة لهذا البحث أو ذلك ؟

إن ذلك هو الستار العام لأغلب الباحثين الأجانب والذين يفوق عددهم في بعض الدول النامية عدد الباحثين الوطنيين ولكن الأهداف الكامنة وراء ذلك يعلمها الله وذوي الشأن !!

فإذا كان الباحثين الأجانب قد بلغوا في اليمن لوحدها في عام 78-1979م (52 باحثاً) من مختلف الجنسيات (1) في الوقت الذي نجد العنصر اليمني شبه مفقود في

هذا الجانب وليس اليمن وحسب، بل يكاد ينطبق هذا الأمر على أغلب البلدان النامية.

وقد كان لأحد/ الصحفيين فضل كبير في إثارة مثل هذا الموضوع في إحدى كتاباته والتي بدائها بتساؤل : لماذا نرى الباحثين والدارسين ألأجانب يجوبون أقطار العرب والمسلمين يواجهون من أجل ذلك مصاعب ومتاعب شتى تصل إلى مستوى المخاطر ولا نرى من أبناء هذه الأقطار من يهتم بمثل هذه الشؤون بالرغم من أهميتها.(2)

ولكن هنا لا نناقش الأسباب بقدر ما نحاول التنبيه لخطورة افتقار العنصر الوطني في القيام بالأبحاث والدراسات التي تهم مجتمعه ووطنه بالدرجة الأولى. فإذا كانت الدولة الأوروبية في العصور الاستعمارية قد عملت على أن يسبق الكهان جنودها ليمهدوا لهم الحق الإلهي في استغلال هذه الشعوب ونهب خيراتها، فإن الأسلوب قد تغير حالياً بل ومنذ فترة سابقة من الزمن. لنرى أنها قد بدأت في استخدام الدراسات المسبقة لهذه الشعوب، وأصبحت كل شركة بدلاً من أن كانت تملك جيشاً خاصاً بها وتدفع رواتب كهنتها (3)، وأصبحت بعض الشركات تملك جيشاً خاصاً من الباحثين في شتى التخصصات. وهناك العديد من النظريات الاجتماعية والاقتصادية قد صيغت بناءً على التقارير الاستعمارية الخاصة بالدول النامية، أو بناء على دراستها لهذه المجتمعات.

ومع ذلك فإن الجانب الأشد خطورة من هذا كله هو أن نصبح في يوم من الأيام نبكي ونتباكي على تراثنا الشعبي ونلهث بحثنا عنه في المكتبات الأجنبية -وأن كنا حالياً في الطريق إلى ذلك- كنا نلهث حالياً وراء تاريخنا وأثارنا والتي تزخر بة المكتبات الأوروبية والبريطانية والأمريكية.

فالباحث أو الدارس في التاريخ الشرقي التقديم لا يستطيع القيام بذلك ما لم يكن تحت إشراف مستشرق، والقارئ تظل معلوماته ناقصة في هذا الجانب ما لم يجيد لغة أجنبية عامرة بكتابتها عن بلده.

فهل الأزمة إذا في الباحث الذي يمكن له التعامل مع المادة التي بين يديه ؟ أم أن الأزمة في جوانب أخرى ذات أهمية أكبر من ذلك أو على الأقل تتساوى معه في نفس الدرجة .

أن أزمة البحث العلمي في عالمنا العربي والنامي بشكل عام واليمن بشكل خاص لا يمكن إعادتها إلى سبب واحد من الأسباب أو إلى جانب واحد من الجوانب، بل هناك عدة أسباب ومبررات تتكاتف مع بعضها البعض لتكون الأزمة الحقيقة والعوائق الأساسية في سبيل تقدم البحوث العملية . ويمكن إيجاز هذه الأسباب في الآتي:

1-عدم تفرغ الباحثين للبحث العلمي والعمل الاكاديمي

2-عدم رصد الميزانيات المالية لتطوير البحوث العلمية في الدول النامية على عكس ما يحدث في الدول المتقدمة.

3-عدم الاهتمام بالعنصر البشري المبدع وتفريغه لمهمة البحث، والميل إلى استهلاك هذا العنصر في أمور وأعمال إدارية وفنية في الغالب تكون السبب في قتل المواهب الخلاقة.

4-عدم الاهتمام بالنتائج والتي يتم التوصل إليها من قبل بعض الباحثين بعكس ما يحدث في الدول المتقدمة.

وفي رأي أن هذا هو جوهر الأزمة، وهو الأمر الذي لم تعمل كل الدول النامية على حله حتى الآن.

لماذا الزار .... وجلساته؟

إن الزار وجلساته في اليمن ومحافظة الحديدة بالذات كجانب أنثروبيولوجي طبي (4) كان وحتى وقت قريب يمارس بكثرة، وقد بداء يضمحل وتقل ممارسته والالتجاء إليه كجانب علاجي ووقائي للأمراض النفسية من قبل العامة وممن كانوا يؤمون به في السابق بمحافظة الحديدة ومناطقها التي كانت تسهر الليل حتى الصباح بضربات دفوفها وأصوات مزاميرها ومعالجي الزار يرقصون ويطربون مؤمنين بأنهم سينجون مما يعانون من أمراض إيماناً راسخ لا يتزعزع لكنهم الان أقل ثقة به واقل أحياً لجلساته. وأكثر ميلاً لاعتباره خرافة وشعوذات لا تدل على الحقيقة ولا تمت إلى الواقع العلاجي بأي صلة إلا أن الأمر في الريف يختلف، فالأشخاص ما زالوا يميلون الى العلاج بهذا النوع أكثر منهم في المدينة.

وهذا يعكس لنا جانباً مهم. فتطور الوعي سواء كان صحياً أو ثقافياً أو اجتماعياً يعكس نفسه أكثر على تلك الجوانب الانثروبولوجية، وعلى العادات والتقاليد والأعراف ويؤثر عليها تأثيراً يميل إلى إلغاء الطابع السلبي عليها.

ولا يفوتني الإشارة إلى أن الذين يعتقدون بالزار وجلساته هم من أولائك الذي يعيشون في مستوى اجتماعي أكثر تدنياً، وأقل دخلاً اقتصادياً، وممن لم تتح لهم فرصة التعليم ومازالت الأمية مسيطرة عليهم ولولا ذلك فهل كان يمكن لأرمن شوين (5).أن يرى بأن على اليمن أن تحذوا حذو العديد من البلدان النامية والتي اعترفت بطبها التقليدي رسمياً وأتاحت الفرصة للمعالجين به من مزاولته لتحقيق شعار الصحة للجميع عام 2000م.

وهل كان لأرمن شوبن أن يعلن مثل هذا في ألمانيا نفسها ؟ أن هذا من قبيل المستحيلات. أن يعلن مثل ذلك في بلد قد نفذت فيه مثل هذه الجوانب منذ مئات السنين، وأصبحت تعتمد على أرقى أجهزة الطب، وعلى أدق التخصصات الطبية.

أن الخرافات والخزعبلات والشعوذات تتناسب تناسباً عكسياً مع المستويات الثقافية والاجتماعية في كل شعب من الشعوب اذ كلما زاد الوعي الثقافي والاجتماعي كلما قلت الخرافات والشعوذات في المجتمع وقل بالتالي الاعتقاد بالغيبيات من جن وشياطين وإمكانية إصابتها للإنسان.

وليعذرني القارئ العزيز في استخدامي لبعض الألفاظ الدالة على الاعتراف بمصداقية هذه الخرافات مثل، مرض، علاج، شفاء .. الخ لأني ما قصدت بذلك إلاّ تسجيل الحقيقة على لسان قائليها، وكما وردت إيماناً مني بأمانه التسجيل والرصد على ما يرد من كلمات وألفاظ على لسان المبحوث نفسه. فالأمانة العلمية تتطلب متى أن أعرض للرأي المخالف مهما كان نوعه، ومهما كان مخالفاً وغير منطقي، ويمكن لمن يأتي دارساً لنفس المادة بطريقة تحليلية نقدية استكمال وعرض ما زال عنه قلمي وغفت به لساني.

أصل الزار وأنواعه

مدخل عام :-

اليمن كغيرها من البدلان يكثر فيها المطببون والشعبيون، ويختلف هؤلاء من حيث اعتمادهم على الطرق المختلفة في العلاج، فمن العلاج بالسحر والشعوذة إلى أولئك الذين ليس لهم علاقة سوى الارتزاق والابتزاز إلى أولئك الذين يعتمدون على الكتب القديمة في العلاج مثل كتب الرازي وأبن سيناء وكتاب تسهيل المنافع لابن الارزاق وكتب الرحمة في الطب والحكمة .. الخ، ويعود ذلك إلى الظروف التي سادت في اليمن من فترة تاريخية وغياب التعليم الحديث بالإضافة إلى عقلية الحكام الذين كانوا يعتقدون بمثل هذه المعتقدات ويساعدون على نشرها وترسيخها في أذهان العامة من الناس.

وبالتالي يعود انتشارهم إلى وجود الكم الهائل من الأمراض التي كانت ومازالت تنتشر في اليمن. كما أن مستوى الجهل يتناسب أيضاً تناسباً عكسياً مع اتساع وانتشار هؤلاء المطببين، غذ كلما زاد مستوى الوعي داخل المجتمع كلما قل انتشارهم والتردد عليهم من قبل الناس.

وقد لعب انعدام الخدمات الصحية والطبية قبل الثورة الدور البارز في تهيئة الفرصة أمام هؤلاء المطببون ليسيطروا على أفكار وعقول الناس، ومن ثم ترددهم عليهم إلى حد قد يصل إلى الإيمان الكلي بهم، ومن أنهم يستطيعون ضرهم ونفعهم بواسطة ما أوتوا من قوة فوق طبيعية وذلك بسيطرتهم على الجن والشياطين، ومن أنهم يستطيعون عن طريقهم عمل المستحيل .

وفي الوقت الذي كانوا يزدادون فيه شعبيه وحسب من قبل المؤمنين بهم في الوقت الذي كانت في المستشفيات - أن جاز لنا إطلاق ذلك- في حالة يرثى لهم من الإهمال وعدم الاهتمام تفتقد إلى أبسط المقومات الأساسية والتي تجعلها تقوم بدورها بشكل لا بأس بة يتناسب مع الأهداف التي تنشأ من أجلها المستشفيات في أي بلد من البلدان وحتى هذه المستشفيات تنعدم إلى اليد الفنية المدربة والتي هي الأسس باستثناء عدد قليل جداً من الأطباء الفرنسيين والايطاليين ، والذين كانوا يأتون بنا على موافقة إمام البلاد شخصياً.

كما أن انعزال مناطق اليمن عن بعضها البعض حال دون انتقال المرضى من مناطقهم إلى مناطق الخدمات الطبية العقيمة ، مما أدى بالدولة إلى عدم الاهتمام بتطوير الخدمات الطبية والرفع من مستواها العام في الأداء.

وكانت نتاج لسياسة الانعزال ان المرضى يتوجهون عند طلبهم للشفاء من أي مرضى إلى المطببين الشعبيين والذين يوجدون في مناطقهم أو في مناطق قريبة منهم يستطيعون الوصول إليها عن طريق السير على الأقدام أو بواسطة وسائل المواصلات التقليدية كالركوب على الجمال أو الخيل والبغال أو الحمير.

2

وتختلف نوعيات انتشار الأمراض وكمياتها من منطقة لأخرى في اليمن، وذلك بحسب نوعية البيئة الطبيعية ، فنجد أن الأمراض تقل في المناطق الجبلية والمرتفعات عنها في مناطق السهول الساحلية والوديان العميقة، كما أن لكل منطقة من المناطق أمراض معينة شائعة تختلف انتشارها وأنواعها وذلك وفقاً للبيئة الطبيعية التي تلعب دوراً هاماً ورئيسياً من هذه العوامل الطبيعية.

1- اعتدال وارتفاع درجات الحرارة، فالمناطق الحارة تزداد فيها الأمراض وتختلف نوعيتها عنها في المناطق المعتدلة. فنجد محافظة الحديدة –مثلاً- تكثر فيها أمراض الملاريا بنسبة تفوق أي منطقة أخرى في اليمن. وكذلك انتشار الجراثيم والحشرات الناقلة للأمراض وكثرة الأوبئة مما يؤدي إلى تزايد عدد المرضى عن أي مكان آخر في اليمن.

2- أن المناطق المرتفعة تتوفر بها الشروط الصحية أكثر من المناطق الساحلية وهذا يؤدي إلى انخفاض بنسبة المصابين بالامراض عنها في المناطق الساحلية.

(3)

إن الغرض من كل ما سبق الحديث عنه هو الإشارة على تلك الظاهرة التي نجدها في منطقة الحديدة والمناطق المتميزة بنفس المناخ من ازدياد تواجد عدد الأطباء الشعبيين فيها أكثر من أي منطقة أخرى دون استثناء الى نوع من أنواع الطب الشعبي. وهذا الأمر يعني أن المنطقة الساحلية لسوء مناخها وارتفاع درجة حرارتها تعد الامراض الوبائية فيها أكثر انتشارا من غيرها.

كما أن ارتباط حياة الإنسان في هذه المناطق بالبحر، وهو الأمر الذي يؤدي إلى خوفه من المصير المجهول له والمرتبط بمصير البحر يلعب دوراً في التأثير على حياه الإنسان السيكولوجية مما يؤدي إلى جعله دائماً يعيش في حالة قلق وعدم

استقرار وشعور دائم بالخوف. هذا الخوف يكون من البحر وطغيانه وحجبه للرزق. وهو ما ليس بغريب علينا إذ أن هذا الخوف رافق حياة الإنسان منذ القدم.

ونتيجة أيضاً لوجود الصحاري الواسعة والغير صالحة للزراعة جعلت حياة الإنسان في هذه المناطق غير مستقرة. ويخشى دائماً من غزو هذه الصحاري وطغيانها على بقية المناطق الزراعية، وهو الأمر الذي سيؤدي إلى انخفاض الخيرات ومن ثم تقليل نصيب الفرد من القوت الضروري للحياة.

أن كل تلك الأسباب تفسر لنا سبب انتشار المطببون في مناطق تهامة والحديدة وبيت الفقية وباجل وزبيد أكثر من أي منطقة أخرى.

كما أن انتشار الثقافة التقليدية في مدينة زبيد وبيت الفقية جعلت من يتمتعون بهذا الحس يطلعون على كتب الطب العربية التقليدية. الأمر الذي جعلهم يستخدمون هذه الثقافة الطبية في معالجة الآخرين وتطبيبهم مع مزج ثقافتهم الطبيعة بجوانب خرافية. يضاف إليه تقليل الآخرين واستجاباتهم للتداوي.

أصل الزار ومدى انتشاره في اليمن :

يتفق أغلب الباحثين على أن الزار تعود جذوره الأولى إلى الحبشة (أثيوبيا حاليا) وأن وجودة في أي بلد من البلدان ما هو إلاّ عبارة عن انتقال من الموطن الأصلي. والذي مثل في الأصل جزء من ديانات بعض القبائل الزنجية البدائية التي تعيش في قلب أفريقياً (6). ومنها تسرب من الحبشة إلى البلاد المجاورة ومنها اليمن.

وهذا الارتباط الديني جعل بعض الباحثين يستدلون عليه من تلك الاشتقاقات اللغوية الحبشية لأسم كبير الألهة الكوشير، ويتسمى الأله السلطوي لأبناء هذا الدين باسم ((جـان)) ولدى بعض الطوائف يتغير الاسم إلى ((دارو)) أو ((يادو)) وهي في واقع الامر تدل على معنى واحد. وفي ظل المسيحية ظهرت تسمية لروح شريرة هي(7). (زار) وقد استعاروها من معتقدات بعض القبائل في وسط البلاد الأفريقية.

ويرى الدكتور محمد الجو هرى بأن الزار في جوهرة عبارة عن حفل ذي مقومات خاصة ويستهدف طرد الأرواح أو استرضائها. ويتم ذلك من خلال تقديم الأضاحي والقرابين وأداء بعض الرقصات ذات الإيقاع الساخن والسريع.

أما حمزة لقمان في كتابة (أساطير من تاريخ اليمن) فيشير الى أن حفلات الزار تعتقد لمعالجة مرضى الأعصاب الذين يعتقدون أن أرواحا أو جناً حلت في أجسامهم وأن الطب عجز عن شفائه (8).

ويشاركوه في هذا الرأي الباحث اليمني الكبير الدكتور حمود العودي. إذ يرى بأن الاعتقاد الشعبي السائد في اليمن بأن كل شخص يصاب بانهيار عصبي أو فقدان الذاكرة أو الجنون، هو من هؤلاء الجن والعفاريت الذي يدخلون في جسم الإنسان ويجعلونه على هذا النحو (9).

وبهذا نجد أن أي سلوك يصدر عن المريض يمتاز بالشذوذية والغرابة والتصرف الغير طبيعي للإنسان يفسر على أنه من الجن والشياطين، وأن السبب في هذا التصرف الغير سوى هو تلك الأرواح الشريرة المتمثلة بالجن والشياطين.

وعلى أيه حال فان العلاج من هذه الجن والشياطين تختلف باختلاف توعية المطبب نفسه ونوعيه الطريقة التي يستخدمها لشفاء مرضاه.

ويمكن لنا أن نعرف الزار وجلساته وبشكل أكثر شمولية، ويتيح لنا بشكل مطاطي تحديد ما يمكن الدوران في إطاره في هذه الدراسة. فالزار هو نوع من انواع الجن والشياطين تدخل في الإنسان عن طريق التصدير من قبل شخص يملكهم، أو الدعاء بهم، أو إعجابهم بحاجة من حاجيات من يصاب، فيطهر ذلك بشكل نوبات هستيرية. هذه النوبات تفسر من قبل العامة على أنها (زار) ويعتقد المصاب بها ان يشفاء من المرض عن طريق الموسيقى والرقص الصاخب أو الضرب. (10)

وتعرف كلمة (الزار) لغوياً من قبل بعض الباحثين على أنها كلمة أمهرية حبشية تعني (الروح) أو (الجن) (11) وهناك من يرى بأن (الزار) يعود مصدرها اللغوي إلى (زيارة) والزيارة هي القدوم إلى شخص ما من حين لأخر دون قصد معين.

ويطلق على من يقوم باستقبال المرضى وعلاجهم وتقرير نوعية الطلبات التي يحددها الزار بالشيخ إذا كان رجلاً، وتسمى (علقه) أو شيخه إذا كانت أمراءه، وعلقة بالحبشية تعني رئيسة أي رئيسة الجلسة. أما في مصر فإنه يطلق عليها (كوديه) أو شيخه، وهي التي تشرف على قيام الحفلات الأسبوعية التي تقوم في منزلها وتحضرها عدد من النسوة اللاتي سبق لهن وأن شفين من المرض ولكن يسود هذا الاحتفال في مصر طابعاً ديني كما يراه الدكتور محمد الجوهري، وهو الأمر الذي يختلف عما تقوم به العلقة في اليمن والتي يكون الهدف الأول هو طلب الشفاء وخروج الزار من المريض أو المريضة.

وقد تعرض بعض فقهاء المسلمين للأرواح الشريرة أو ما يمكن أن نفهمه في وقتنا الحاضر بـ (الزار) ومن هؤلاء ابن القيم الجوزيه (1292-1350م) في كتابة الذي أعده المجلس العالمي للبحوث تحت اسم الطب النبوي – والذي يرى أن هذه الأرواح هي التي تعمل على إتيان الصرع للمريض وبذلك فإنه يفرق بين نوعين من الأرواح: (12)

1- صرع الأرواح ... وهو ما يعترف به الأئمة والعقلاء –على حد تعبير ابن القيم- والعلاج هو مقالبه الأرواح الشريفة الخيرة العلوية لتلك الأرواح الشريرة الخبيثة فتدفع أثارها وتعارض أفعالها وتبطلها ، على أن يسلم المريض المتعالج بأمرين :

أولهما : أن يكون لدى المصروع صدق توجه وقوة نفس على فاطره هذه الأرواح وبارئها وهو الله خالق الوجود والتعوذ الصحيح الذي قد تواطأ عليه القلب واللسان. وما قوة النفس وصدق التوجه إذّ أمراً مهماً في شفاء المريض من مرضه، وفي علاج المعالج في علاجه.

وثانيهما : أن يكون المعالج نفسه ذو قوة نفس وصدق توجه في شفاء المريض فالتعاون من قبل المعالج لا يؤدي إلى شفاء المريض من مرضه أو خروج الروح منه.

إذا وجب على المريض والمعالج أن يتسلحا بسلاح أقوى من الأرواح وبشيء تخضع له هذه الأرواح.

وعرض لنا أبن القيم طرق للعلاج والشفاء من هذه الأرواح، وذلك من خلال ملاحظاته وخبرته لأحد المعالجين الروحانيين ... كأن تقرأ على المريض (أفحسبتم أنما خلقناكم عبثاً وأنكم إلينا لا ترجعون) (13).أو قرائه أية الكرسي من قبل المريض أو المعالج والإكثار من ذلك. وأيضاً (قل أعوذ برب الفلق) و (قل أعوذ برب الناس)

وكان – ولازال- يستخدم الضرب للمريض بالروح حتى يبدأ التحاور معهم على الخروج فتخرج ويفيق المريض من نفسه دون أن يشعر بأي ألم أو إصابة من جراء الضرب المبرح. ويرد الأمر على أن الضرب إنما كان للروح فقط وليس للمصاب.

ويرى أبن القيم الجوزية أن سبب تسلط الأرواح في الإنسان يعود إلى ضعف في الإيمان الصادق ، وكذلك عدم التعوذ بالله من الشيطان الرجيم والاستجارة من هذه الشياطين. فعدم تسلح الشخص بهذا السلاح يكون مصيدة لدخول الروح فيه وإصابته بالمرض.

ثالثاً

أنواع الزار وكيفية الإصابة به:

للزار أنواع في اليمن، وله تسميات مختلفة في مدينة الحديدة ، أما في بقية المناطق الأخرى فإنهم لا يعرفون سوى أن هناك زار فقط يصيب الإنسان فيؤدي إلى

مرضه، وما عليه إلاّ أن يذهب إلى أحد الذي يعملون على إخراج الزار، ليقوم بعمل الجلسة الخاصة بإخراج الزار.

وفي الغالب ند هذه المراسيم لا تحمل الطابع العام لإخراج الزار إذ أنها تأخذ طقوس شبه رسمية –وهو ما سنعمل على تفصيله فيها بعد- إلاّ أن الأمر في مدينة الحديدة يأخذ طابعاً طقوسياً أكثر عمقاً وذات أبعاد ودلالات تجعل المريض يتهيأ نفسياً للشفاء.

وكنتيجة لهذه التهيئة من قبل من يقوم بهذه الطقوس، ولكن تكون التهيئة النفسية أكثر إيجابية ومن ثم تعمل على شفاء المريض نتيجة لاعتقاده المسبق بأنه سيشفى وأن المرض النفسي والذي يعاني منه ما هو إلاّ زار، وهذه الجلسة هي الفاصلة وبها فإن يكون لما يعاني منه المريض من مرض أي عودة.

وكنوع من أنواع التفنن والإيهامي للمريض تنوعت التسميات الخاصة بالزار، ليزداد المريض ثقة أكثر بأن المعالج فعلاً عن حق وصدق فيما يقوله وهذه الأنواع هي :

1-الجبلي: وهو نوع من أنواع الزار يكون موطنة الأصلي الجبال، ويدخل في الإنسان ويؤدي إلى مرضه.

2-الهش: وهو ما لا يكون له مقر محدد ولا ينتمي إلى قبيلة محددة من قبائل الشياطين بل يظل متنقل من مكان لأخر حتى يصيب الإنسان، أو يدخل فيه.

3-التهامي: هو النوع الذي ينتمي إلى منطقة تهامة في الحديدة ... أو تكون قبيلة من قبائل الجن في تهامة.

4-البحري: وهو القادم من البحر، وتعيش قبيلته في البحر، وعند خروجه إلى البر يصيب الإنسان، أو يصيبه في الساحل أو في التبحر نفسه.

5-الحبشي: وهذا النوع من الزار موطنة الأصلي الحبشة (أثيوبيا) وقد قدم من هناك تاركاً قبيلته، ومن ثم أصاب الإنسان ، وهذا النوع من الأنواع يؤكد كلامنا السابق الذكر من أن الزار أول ما عرف في الحبشة ومن ثم انتقال إلى بقية البلاد المجاورة.

6-السوداني : وموطنة الأصلي أو قبيلته في السودان وقدم على اليمن، وعمل على إصابة المصاب.

إن هذه التصنيفات والتسميات ما هي إلاّ تصنيفات وهمية وخرافية. الهدف منها إقناع المريض وبأي وسيلة كانت بأن كل ما يتم إنما هو حقيقة وصدق. وهذه التصنيفات التي يقوم بذكرها (الشيخ) أو (العلقة) أثناء سقوط المريض على الأرض بعد الرقص، ليحدد بذلك نوع الزار الذي أصاب المريض غالباً ما تصنف بحسب موطن المريض ليؤكد الشيخ صدق كلامه.

كما أن هذه التصنيفات لا علاقة لها بطقوس معينة أو مختلفة أثناء الجلسة باستثناء ما يهدد به الشيخ الزار إذا رفض الخروج من المريض بالشكوى به إلى شيخ القبيلة، وذلك كنوع من التهديد والوعيد.

وأن الأمراض التي تفسر من قبل عامة الناس على أنها زار، ومن أنها لا يمكن أن تشفى إلاّ عند أحد المتخصصين في علاج الزار هي في الواقع أمراض نفسية، ولكن الشيخ والعلقة لا يفسرون هذه الأمراض بناء على منشأ سيكولوجي بل يتم تفسيرها بناء على أوهام وخرافات وهو الأمر الذي يجعل الشيخ أو العلقة تحبك هذا التفسير بأسلوب خيالي رائع وبديع ليتم تصديقه من قبل من يعتقدون به، سواءً كانوا من أولئك الذي لم ينالوا قسطاً من الثقافة أو من قبل أولئك الذين وصلوا إلى مرحلة متقدمة من العلم والتحصيل العلمي لأن العقلية هنا عقلية خرافية، عقلية الذين تسيطر عليهم مرحلة اللاعقلانية.

وقد روى لي بعض الشيوخ من الذين يقوموا بالعلاج بواسطة جلسات الزار بأن الزار يصيب المريض ويصبح مسخراً له نتيجة لعلاقة جنسية بين رجل وامرأة بطريقة غير شرعية كأن يمارس رجل الجنس مع امرأة بصورة مستمرة، وفي إحدى المرات يتخلف عن الموعد المحدد بينه وبينها فيأتي لها (شيطان) يحتل نفس الصفات التي يتصف بها من يمارس الجنس معها، وتتم عملية ممارسة الجنس بين الشياطين المتشبه بالرجال وبين المرأة مؤمنة وأخبرت أهلها، وذهبت للعلاج عند شيخ فأنها تشفى. ولا تصيب أي شخص أخر ولا تصاب بعد ذلك بالمرض أما إذا لم تذهب للعلاج عند أحد الشيوخ فغنها تصبح مسخرة لهذا الشيطان وهو مسخراً لها وكل منهما يستخدم الأخر لأغراضه. هنا تكون المرأة مصدرة للزار وتصيب الآخرين به.

وقد يكون الأمر عكس ذلك. أي أن المرأة هي التي تتخلف عن الموعد المحدد وبالتالي تحضر بدلاً عنها شيطانة وتستمر العلاقة بنفس الطريقة السابقة إلى ان يصبح أحداهما مسخراً للأخر في حالة عدم العلاج. وقد يحدث هذا التشبه من قبل الشيطانة أو الشيطان منذ الموعد الأول في اللقاء.

وهناك طرق أخرى يصاب الإنسان عن طريقها بالمرض، من هذه الطرق المسببة للمرض :-

1-الإصابة بالواسطة: وهي الحالة التي ينتقل بها الزار إلى المريض بواسطة الملابس الجديدة والتي يتم شرائها فيعجب بها الزار، (ويدخل) (14) بها من ثم يصيب الشخص المستخدم لهذه الملابس. وقد حكى لي بأن امرأة كانت مصابة بالزار، وعندما سئل الشيخ الزار: من أين أتى لها؟ أفاد الزار بأنه قدم إليها بواسطة (مقرمه) (15) اشتراها زوجها من الحديدة.

2-الإصابة عن طريق الروائح الشمية: كأن تتطلب المرأة بالطيب أو العطر أو تشم رائحة زكية من إحدى الأشجار الخاصة بالروائح الجالبة للشياطين مثل..الريحان

والبياض (16) مع مرور الشياطين. أو تدخل مكان مهجور يسكنه الشياطين فيطمع بها أو به شيطان أو شيطانه فتصيبه بالدخول به.

3-الزار بالشراء : قد يصاب الإنسان بالزار نتيجة لوجود خلاف شخصي بينه وبين شخص آخر فيعمل أحدهما على عمل زار (17) للأخر. مع أنه لا يسيطر على الزار ولا يملكه. بكل دفع لمن يملك الزار مبلغ من المال ليصيب بزاره الخصم. وهذا التفسير تذكرة النسوة التي لأزواجهن زوجات متعددات. فنتيجة للغيرة بينهن تقوم إحداهن بعمل زار للأخرى حتى تصاب بالمرض وتظفر هي بالزوج.

4-الإصابة بالزار عن طريق الانتقام: كأن يحدث خلاف بين شخص وأخر يملك (الزيران 22) وهم مسخرين له يطيعونه في كل ما يطلبه منهم. فيؤدي هذا الخصام إلى تأثر من يملك الزار ومن هنا يعمل على إصابة الخصم. وخاصة إذا كان الخصم تقد رفع الحذاء على من يملك الزار أو استخدم معه كلمات غير مهذبة.

5-دعاء شخص أثناء مرور الشياطين أو في مكان يسكنه الشياطين، كقرب الماء أوالأماكن التي يردد بها صدى الأصوات، وقرب الأماكن المهجورة في السكن، والجبال المرتفعة والمتميزة بعدم قدرة الإنسان على السير فيها. فهذا المناطق يسكنها الشياطين، وعلى الإنسان عدم الدعاء بجانبها حتى لا تصيبه، كأن يقول (جنى شلك(18) – بفتح الشين وتشديد الألم) أو (لك أم الصبيان ... تَتْمَّطر بك (19) ..الخ.

أولاً : كيف يصاب الإنسان بالزار ؟

لا توجد طريقة واحدة أو معينة إذا تعرض اهل إنسان أصيب بالزار، وإذا امتنع عن التعرض لها، فإن إمكانية الإصابة تنتفي. بل هناك تفسيرات تختلف من شيخ لأخر. وكل هذه التفسيرات تتعلق بأية واحد وهو الجانب النفسي لهذا المرض. إذ غالباً ما يكون الحريص مصاباً بمرض نفسي أو عصبي ناجم عن سؤ التوافق الاجتماعي

بين المريض المجتمع المحيط به، وقد عرفت جمعية الطب النفسي الأمراض النفسية في تقريرها السنوي لعم 1952م بأن الأمراض النفسية هي عبارة عن مجموعة الانحرافات التي تنجم عن علقة عضوية أو تلف في تركيب الخ (20)

وتجدر الإشارة هنا إلى أن المرض النفسي هو عبارة عن إضطراب في الشخصية فقط، وترجع أسباب المرض على تلك الخبرات والصدمات الانفعالية المؤلمة التي يمر بها الإنسان في حياته مما يؤدي إلى علاقته الاجتماعية مع من هم حوله ومع من يتعامل معهم، ومع ذلك فغن منشأ المرض النفسي والعصبي لا يمكن أن يعود لسبب واحد أو لطرف معين بل هناك عوامل عدة تتحد مع بعضها البعض كالفرد ومدى استعداده للإصابة بالمرض والبيئة الاجتماعية، وكذلك الاستعداد الوراثي لدى الفرد والمتمثل في الجهاز العصبي ن كل هذه العوامل تلعب دوراً في نشؤ وسيطرة الأمراض النفسية والعصبية على الإنسان والأمراض النفسية أنواع سنتطرق لتلك الأنواع التي تهمنا في دراستنا هذه والتي إذا أصابت الشخص وصف من قبل الآخرين بأنه مريض بالزار وفي الغالب ما يكون هذا الوصف من قبل عامة الناس واللذين يترددون عليه لهذه الزيارة حتى تسيطر الفكرة على المريض ويعتقد بأنه لن يشفى نهائياً من هذا المرض إلاّ إذا عولج من قبل سيد أو شيخ يعالج الزار. وهذه الأمراض تتمثل في الحالات التالية:-

أولاً: القلق والخوف .. وفيه يكون مصدر المرض معروف لدى المريض، ويطل عليه قلق عادي أو موضوعي.

وهناك النوع الثاني من القلق وهو القلق العصابي وفيه لا يعرف المريض المصدر الحقيق للمرض وأسبابه. بل يشعر المريض يقلق عام غير محدد، ويكون الخوف في هذه الحالة خوف غامض.

وللقلق أعراض نفسية مثل الخوف الشديد، وتوقع الأذى من قبل الآخرين والاكتئاب، وعدم القدرة على التركيز ن ويفسر هذا النوع من الأمراض النفسية على أنه زار.

ثانياً : الهيستيريا : وهذا المرض شائع منذ القدم، ويفسر بعض القدامى، أن أسباب هذا المرض يعود على تحول الرحم في جسم المرأة طلباً للإشباع الجنسي. وبهذا المعنى فإنه لا يصيب إلاّ النساء وقد تغيرت هذه النظرة فيما بعد ، منذ أن اثبت فرويد على أنها تصيب الرجل أيضاً.

ويقر الدكتور مصطفى فهمي أن من أهم أسباب هذا المرض التكيف الناقص أو الفشل في مواجهة الحياة الواقعية والتعبير عن الحيرة والارتباك إزاء المواقف التي لا يحتمل الأشخاص مواجهتها بسبب الصراعات النفسية في حياتهم الماضية، ونتيجة لما لا قوة من ضروب الحرمان والكبت الانفعالي والإحباط. وإزاء ذلك يلجأ الشخص إلى السلوك الهستيري كدفاع لا شعوري تجعله ينسحب من تحمل المسؤولية ومواجهة المواقف (21)

وللهستيريا أنواع مختلفة، إلاّ أننا سنعرض لتلك الأنواع التي عادة ما تشخص على أنها زار من قبل اليمنيين . مثل :-

1-الشلل الهستيرى: وهوة ما يحدث للمريص بشكل فجائي ودون أي مقدمات، ويفسر هذا النوع بأن الشياطين كانوا في حالة مرور في تلك اللحظة التي وقع فيها الحادث.

2-الارتعاشات الهستيرية: وتصيب أي جزء من أجزاء الجسم، ويتعرض لها أحياناً عند سماع أخبار غير سارة أو حدوث شجار عنيف بين شخصين، وفي هذه الحالة يفسر السبب على أن الطرف الآخر يكون هو المصدر للمرض (الزار) وأما أن يكون التصدير منه شخصياً لأنه يملك العديد منهم ، ويسخرهم لإصابة من يعملون

على معاداته أو يعمل على شراء الزيران (22) من شخص يملكهم. كأن يعطيه مبلغ من المال ويقول له (فلان أغضبني أرسل عليه من أصحابك يقاضوه)

3-النوبات الهستيرية: وهي عبارة عن نوبات تشنجية تصيب الإنسان لعدة دقائق وقد تستمر لعدة أيام. أو تشتد هذه النوبات لتشمل حركات الجسم كاملة، وتصاحب هذه النوبات تنهدات وصيحات. وفي أثناء حدوث هذه الحالة يفسر الأفراد على أن (الزار) ينتقم ويعمل على تعذيب صاحبه ومزاورته، أو يفسر الأمراض على ان الزار دخل في المريض في هذه اللحظة إذا كانت النوبة الأولى له. وما يتلو هذه النوبة من اكتيئاب وذهول وامتناع عن الكلام يعاد إلى الزار نفسه. وعلى أنه السبب وبأنه يرغب في إبقاء المريض صامتاً دون كلام.

وفي هذه الحالة يجب إخراج الأطفال والشباب وذوي الملابس النظيفة والمتطيبين بالعطور وإبعاد جميع أنواع الروائح عن المريض حتى لا ينتقل الزار إلى الآخرين، وكل ما يظل بجانب المريض من النسوة كبيرات السن، أو الرجال ممن هم فوق سن الشباب وإذا وجد شخص ما، يجيد قراءة القرآن فإنه يفعل ذلك ليطرد الشياطين من المكان ويهدأ المريض، وليخفف الزار من قبضته على المريض، وفي حالات قد يصبح المريض مطالباً بالبخور والعطور وفي هذه الحالة تلبى الطلبات، لأنها ليست من قبل المريض بل من قبل الزار، ما لم تلبى فإن الحالة تزداد سوءً وخطورة.

وكذلك الأمر أيضاً بالنسبة للنوبات الصرعية. والتي لا تختلف من حيث تفسيرات الأشخاص لها ولأسباب حدوثها عن النوبات الهستيرية، وأن كان يوجد اختلاف من الناحية العملية.

أن أية مرض من الأمراض النفسية والعصبية والتي تبداء أعراضها بشكل نوبات، سواءً كانت نوبات هستيرية او صرعية، تفقد الإنسان وعيه، أو تؤدي إلى سقوطه على الأرض فاقداً أو عدم فاقد للوعي. تفسير من قبل الأشخاص على أنها تدل على

وجود الزار في هذا المريض، وما على المحيطين به إلاّ معالجته عند شيخ متخصص في إخراج الزار من الأشخاص أو عند شيخه (علقه).

رابعاً :العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية لمرضى الزار:

تلعب العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية دوراً هاماً في الإصابة بالزار، وأن كانت هذه الإصابة من وجهة نظرنا إصابة وهمية. ومع ذلك يمكن استعراض المركز الاجتماعي والاقتصادي لمن يعتقد أنه مصاب بالزار، ليتم لنا معرفة من يصاب بالزار وما هو مركزهم الاجتماعي؟ لنتمكن من خلال كل هذا من معرفة مدى شيوع الفكر الخرافي لدى المستويات الدنيا في المجتمع وأن كان هذا ليس جزا مأً، إذا أن العديد ممن وصلوا إلى مستويات عليه ذوي العقول الضيقة بأن القرآن الكريم قد ذكر هذه الأشياء، وما علينا إلاّ الإيمان والاعتقاد بهم، لكن ما نحن في صدده يختلف عن ذلك تماما. فجن القرآن غير جن الإنسان، ونعني بذلك أن الجن الذي يزعمون بهم ويسخرونهم لإصابة الآخرين إنما هو شعوذة ترتكب باسم الدين والدين منهم براء. فهو دين العقل والحكمة والموعظة الحسنة لا دين الشعوذة والمشعوذين والدجالين (23).

وترى لوسي مير : " بأن الاعتقاد بهذه الشعوذات المجتمع البسيط وذو المعرفة الطبية الضحلة يصبح بؤرة ترتع فيها معتقدات الشعوذة، وبالتالي تصبح سمة رئيسية في المجتمعات صغيرة الحجم والتكوين وذات العلاقات الأولية. ومن ثم فإن تطور ونمو الوسائل الفنية العلمية السريع بما فيها الوسائل الطبية، هو الذي يساعد على انحسار مدى الاعتقاد في الشعوذة (24).

وليس ذلك فحسب بل أن أساليب التنشئة الاجتماعية منذ الطفولة والتي ترتبط دواماً بأسلوب التخويف والترهيب للأطفال ذات دور لا يستهان به بل أنه أخطر من أي جوانب أخرى تلعب دوراً في شد سلوك الشخص إلى إتباع هذه الغيبيات.

فالأم في المجتمع اليمني تلجأ إلى إخافة طفلها من الجن والشياطين عند رفضه الإذعان لها وسمعاها في أي أمر كان. وهذا يؤدي على مردود نفي خطير يتكون ويكبر مع كبر الشخص حتى يصل إلى مرحلة يكون من الصعب عليه أو على غيره التخلص من هذه المعتقدات، وأن كان البعض ينبذها لفظياً إلاّ أنها في أعماقه ممتزجة بكل ثقافته ... وهو الأمر الذي يجعل البعض ينبذها لفضياً إلاّ أنه يمارسها عمليا، وهو الأمر الذي يؤدي على تركيز مثل هذه المعتقدات الخرافية في أذهان الأجيال وانتقالها من جيل إلى أخر، عن طريق التلقين، فالأم إذا مرض طفلها الصغير بالبرد بدلاً من أن تذهب إلى الطيب تذهب به إلى (الشيخ) أو (السيد) لعلاجه (بالذرعة) (25).

وهكذا الأمر بالنسبة لبقية الأمراض التي تصيب الإنسان، سواءً كان صغيراً أو كبيراً فالمطبب هو (الشيخ) أو (السيد) والعلاج هو الخيط أو البصاق. وقد لا تلجأ الأم إلى (المطبب) وتقوم هي بالدور، فإذا ارتفعت درجة حرارة الطفل أو رفض الأكل لغرض أو جرح في قدمه، نثرت الأم عليه قليلاً من الملح سبع مرات من اليمين إلى اليسار ووضعتها في النار لتحترق العين الشريرة.

أن هذا السلوك لا يتبع من قبل الم فقط، بل من قبل أغلب الأفراد في المجتمع، ويغرس هذا السلوك تباعاً في الأبناء من خلال المحيط الاجتماعي الذي ينشون فيه كالأسرة والحي السكني وجماعات الرفق واللعب وكبار السن من دوائر التراث. وبالتالي تعلب هذه المعتقدات دوراً رئيسياً في تفكيرهم وإدراكهم وتوقعاتهم وتعلمهم (26).

وبصفة عامة تنتشر أمراض الزار بين النساء أكثر منه بين الرجال، ويرجع لحالة بعض النساء ومعاناتهن من ألامراض النفسية أو العقلية أو العاطفية لاعتقادهن في جدوى الزار(27) ويعود هذا في رأي الى:-

1- مركز المرأة الاجتماعي الأضعف والتابع للرجل وشعورها الدائم بعدم الاستقرار نتيجة لهذا الأمر، ومحاولة الرجل فرض سيطرته وإثبات دوره القيادي بأسلوب أكثر عنفاً. ما يؤدي على إحساس المرأة بامتهان لكرامتها الإنسانية، فيكون نتيجة لذلك انعكاسات وصراعات نفسيه داخلية مع حرمانها من تفريغ لهذه الصراعات . ويصبح مع المدى مريضا نفسياً يعاد سببه للجن والشياطين.

2- نتيجة للمركز التابع للمرأة فهي تعيش في حالة قلق وخوف من فقدان هذا المركز ومن الدور التي تقوم به.

3- بالرغم من أن المرأة تعد هامشية أو ذات مركز تابع بالنسبة للرجل إلاّ أنها تقوم بأعباء في المنزل وخارجه. هذه الأعباء تفوق قدراتها الجسمية، فمن الاهتمام بالأطفال إلى الاهتمام بالزوج وتوفير قسطاً مناسباً من الراحة والسعادة له إلى فلاحة الأرض والاعتناء بها ورعي الأنعام ... الخ، يضاف إلى كل هذا أن مصيرها ألزواجي يظل غير محدد المعالم، وكلمة واحدة فقط من الزوج تحل أخرى محلها.

4- الأوهام النفسية لدى المرأة وخوفها من الجن والشياطين الدائم يؤدي إلى تراكم نوع من العقد النفسية لدى المرأة، فتسطير عليها هذه الأوهام والعقد إلى ان تصبح ملازمة لها كالظل.

5- الحرمان الشديد التي تعاني منه المرأة ، سواءً كان عاطفي كأن تتزوج من رجل لا تعرفه وبالتالي لا ترغب به أو مرتبطة عاطفياً بشخص ما ونتيجة للعادات التي تحرم البوح في مثل ذلك، وبالتالي تشعر فجأة وهي في أحضان شخص أخر لا تميل إليه، أو الحرمان من التفريغ بكل ما تحمله في صدرها من معاناة نفسيه.

كما أن الحرمان المادي والذي تعاني منه المرأة وبالذات المرأة الريفية له انعكاسات نفسيه، تتحول مع الوقت إلى ان تصبح أمراض مسيطرة على صاحبها.

6- أساليب التنشئة التقليدية والتي تحمل على غرس مثل هذه الأفكار، وتكريس العلاقة العدائية بين الإنسان والجن والشياطين ، ويمكن ملاحظة ذلك بوضوح . فظاهرة الاعتقاد بالجن والعفاريت وتأثيرهم السيئ في حياة البشر والتدخل في شؤونهم خصوصاً من الناحية الصحية (28). وهذا الاعتقاد لا يأتي تلقائياً بل يغرس في الأجيال تباعاً. وخصوصاً في المرأة نتيجة لاحتكاكها الدائم ببنات جنسها، وغرس فكرة أنها أكثر تعرضاً للإصابة بالأمراض قبل الجن والشياطين خاصة إذا كانت جميلة.

ويأتي بالمركز الثاني من بين المترددين الشباب من كلاً الجنسين وبالذات ممن يصابون بصدمات انفعالية وعاطفية. وخاصة أولئك الذين يتمتعون بانخفاض في مستويات الدخل، مع سعيهم الدائم لمحاولة الرفع من دخولهم المادية . فينعكس ذلك على إصابتهم بأمراض نفسيه. وهو ما يفسر على انه زار كما أسلفنا إيضاحه.

فالفقراء والمحرومين أو ذوي الدخول المتدنية في المجتمع، هم من أكثر الناس تردداً وإيماناً بالعلاجات الشعبية والشعوذات بمختلف أنواعها وطرقها . وهؤلاء الفقراء في المدن أو الأرياف يمثلون جمهور المترددين على المعالجين الشعبيين. أي أن الفقر يدخل طرفاً في الاختيار بين البدائل العلاجية المتاحة، بل هو من العوامل الحاسمة التي يضطر الفقراء أمامها اضطراراً إلى اللجوء إلى العلاج الشعبي الرخيص (29).

وهذا الأمر لا ينفي صفة الاعتقاد المسبق، والذي قد يصل في بعض الأحيان لدى بعض الناس إلى اعتقادهم بالمعالجين أكثر من إعتقادهم بأن هناك إمكانيات للشفاء لدى الطب التقليدي، فالفقر والاعتقاد بإمكانية الشفاء لدى المعالجين هما سبباً متلازمان ويسيران في اتجاه واحد وراء تردد الناس على العلاج بجلسات الزار.

وكنتيجة للفقر وانخفاض مستويات الدخل وانعدام التعليم وسيادة الخرافة والشعوذة لدى المستويات الدنيا في المجتمع اليمني نجد أنهم من أكثر الناس تردداً على المعالجين الشعبيين بصفة عامة.

فالأخدام - مثلاً- (المهمشين) وهم من أدنى الفئات الاجتماعية في اليمن وتتناسب أمالهم مع هذا الوضع، إذ غالباً ما يقومون بأعمال النظافة وجمع القمامة وتصريفها في المدينة، وفي الريف يقومون بأعمال الحلاقة والضرب على الدفوف في الحفلات والمناسبات، والختان والذباحة، وهذه الأعمال عادة لا يكون لها مردود اقتصادي جيد على الفرد، وأن كان البعض الأخرين منهم قد حاول القيام بالأعمال ذات المجهود العضلي والبدني مثل الحمالين (الشيالين) سواءً في ميناء الحديدة أو في المحلات التجارية. إلاّ أن مردودها قليل. وهذا لا يعني أن الأخدام هم الفئة الوحيدة داخل المجتمع ذات دخل منخفض ، فهناك أيضاً من بقية الفئات والطبقات الاجتماعية والتي لا يكاد دخلها يتجاوز الحد الأدنى للعيش.

إن ما أردنا الوصول إليه أن هناك تناسبا بين كل من مستوى الدخل وبين التردد على الطب الشعبي وبالذات الزار، إذ نجد أن أغلب المترددين على من يقوم بجلسات الزار وبالذات في الحديدة ن هم من الأخدام وأصحاب الدخل المحدود، وذلك انطلاقا من ألأسباب التي حاولت إيرادها في الفقرات السابقة.

والساري بين عامة الناس أن الخدام هم أكثر الأشخاص يملكون الزار ويعملون على تصديره للآخرين.

مراسم جلسات الزار:

هناك مجموعتين من (الشيوخ) الذين يقومون بجلسات الزار، ويعالجون المصابين به المجموعة الأولى وهم المعالجين بدون القيام بطقوس الجلسات ويطلب من عضو

هذه المجموعة (شيخ كبير) أي أن هذا الشيخ قد وصل إلى مرحلة يتمكن فيها من معرفة ما إذا كان المريض به زار أم لا بدون القيام بمراسيم الجلسات.

أما المجموعة الثانية فيطلق على أعضائها (شيخ صغير) وهم الذين لا يمتلكون المهارات الفنية والخبرات الكافية التي تمكن من معرفة ما إذا كان المريض مصاباً بالزار أم لا بدون عمل جلسة .

وفي حالة ما يكون الشيخ من النوع الصغير فإنه لا يستطيع معرفة أن كان المرض زار أم لا؟ ولا يستطيع تحديد نوع الزار دون عمل جلسة زار خاصة، يحضرها المريض ويعد لها مسبقاً وتسمى (جلسة تحضيرية).

تبدا مراسيم الجلسة بحضور المريض للشكوى من مرضه أو من ينوب عنه لمكان الشيخ الخاص به، أو العمل على إحضار الشيخ إلى مسكن المريض، وهذا نادراً ما يحدث، نتيجة للطلبات الكثيرة التي يفرضها الشيخ المعالج على المريض مقابل حضوره.

وفي حالة ما يشاهد الشيخ المريض، ويقر عمل جلسة زار تحضيرية. والتي في الغالب ما تكون جلسة ليلية، يعرض على المريض أو أحد أقاربه أنواع الطلبات التي تكون ضرورية للقيام بالجلسة التحضيرية، والتي لا تخرج عن :-

1-عطورات حادة الرائحة.

2-كمية من البخور.

3-كمية من الشقر (مشموم) من النوع البياض والريحان والسواد.

4-مستلزمات العشاء...مع القات. وقد يعفىء المريض من العشاء والقات في بعض الأحيان.

وعند الموعد المحدد تبدأ الجلسة بدق إيقاعات الرقص لكل نوع من أنواع الزار المختلفة وبالطابع فغناء البداية تكون إيقاع نوع الزار مغربي يملكه الشيخ نفسه ليقوم الشيخ بالرقص أولاً ويستمر ذلك على ان يتوقف الشيخ عن الرقص، فيتحول الإيقاع إلى نوع أخر من أنواع الزار وكل شخص من الحاضرين يستمع إلى الموسيقى التي تتناسب مع الزار الذي لديه، ـ صحاب رأسه كما يمسى- يقف للرقص مع العلم هنا بان الرقص لا يقتصر على المريض فقط بكل يكون لعامة الحاضرين فالجلسة تكون جلسة زار عامة وكل من يسمع الإيقاعات الموسيقية يرق عليها ، ويهي مكان عام ومتسع أمام منزل الشيخ أو في كان أخر لتتم فيه الجلسة، وفي أثناء الرقص يقوم المصابون بالزار بأكل (الشقر)، وسكب العطورات على أجسادهم وهم بحالة هستيرية ويفسرون سبب ذلك بأن الزار يحب العطور والشقر ، وأنهما سبب من أسباب إصابة المريض بالزار، ولكنها تؤدي في نفس الوقت إلى انخفاض حالة التوتر لديه.

فإذا أتت نوع الموسيقى التي تنسجم مع نوع الزار الذي يصاب به المريض فإنه يقف للرقص ويستمر التطبيل حتى يقع المريض مرمياً على الأرض وإذا حدث وأن توقف التطبيل قبل وقوعه على الأرض فإنه يصاب بحالة تشنج عصبي لا يفيق منها إلاّ عند إعادة التطبيل . لذا فإن التطبيل يستمر حتى وقوع المريض على الأرض، وعندها يقترب منه الشيخ ويتحاور مع الزار عن طريق المريض:

من أنـــت ؟

من أين أتيـــت ؟

وكيف دخلـــت عليه ؟

وما تريد لتخـرج مـــنه ؟

فيجيب عليه الزار:

أنا بحري ، أو جبلي ، أو تهامي ... الخ من الأنواع سالفة الذكر...

وأتيت له من منطقة كذا....

ودخلت عليه عن طريق ..... (يذكر الطريقة التي دخل بها)

وأرغب في كذا وكذا ...

وأحياناً يرفض التحاور مع الشيخ ويقوم له :

أذهب عنا يا شيخ خلي الناس في حالها، هذا صاحبي دخلت عليه وتعاهدنا على الصحوبيه أنا وإياه ، ولكن الشيخ يطلق عليه بمجموعة من التهديدات حتى يوافق على ترك المريض، ويستمر الحديث بين الزار والشيخ بعد معرفة نوعه وطريقة دخوله في المريض ، والتي لا تخرج عن إحدى الطرق السالفة الذكر، عن نوعية الطلبات التي يرغب بها مقابل خروجه، فإذا رفض هدده الشيخ بالأشتكاء به على شيخه (30) عندها يرضخ الزار للأمر الواقع يقرر الخروج مقابل تلبية بعض الطلبات.

ولكن قد يكون الزار مصدر من قبل لأحد الأشخاص ن فالشيخ في هذه الحالة لا يذكر اسم المصدر أو حتى صفاته .. بل أنه يعمل على الإتيان بصفات عام تنطبق على كل الناس حتى يقع المريض بوهم التصديق. وأنه مريض فعلاً من قبل من يشك بأنه صدر له الزار، ومن هذا الصفات التي يأتي بها الشيخ (أحد الأشخاص لا طويل ولا قصير، حدث بينك وبينه مشاكل وتدخل بعض المقربين إليكم بالصلة ، لكن قلبه بقي اسود يحمل الكراهية)، أو كأن يقوم للمرأة خلاصة إذا كان يعرف أنها متزوجة (امرأة تحسدك على زوجك وترغب في أخذه عليك، إلى غير ذلك من التعميمات المطلقة التي تجعل المستمع له يصدق.

فإذا كان الأمر كذلك فان بعض الشيوخ يخبرون المريض عن أصابتهم بالزار وعن سبب الإصابة بالطريقة التي ذكرناها سابقاً ويطلبون من المريض الذهاب إلى ذلك الشخص ، والاعتذار منه وطلب السماح –من قلب خالص- وأخذ زاره، ويكون ذلك أما مقابل بعض الطلبات يشترطها المصدر للزار كمبلغ من المال قد يصل إلى 500 ريال وجلسة زار لدى الشيخ المعالج يتخللها العشاء والذي يشتمل على أنواع كثيرة من الأطعمة الفاخرة والقات ، بعدها يتماثل المريض للشفاء أو يكون بدون مقابل. وفي حالة رفض مصدر الزار التحاور مع المريض فانه يعود إلى الشيخ الذي يسلمهم (شريط كاسيت) مسجل عليه جلسة الزار، وعليه سماع ذلك الشريط على مقربه من مكان المصدر وبحيث يسمع المصدر الشريط إلى أن يصل إلى نوع الموسيقى التي بها يطرب نوع الزار الذي يحمله ، فتحدث له حالة هيجان شديد وتشنج مصحوباً بصراخ عنيف، وتستمر هذه الحالة على ان يطلب الصفح من المريض ويتفقان ويتعاهدان على الصداقة الدائمة.

وفي حالة عدم الإباحة باسم ومكان المصدر للزار فإن الشيخ يتعهد بحماية المريض من الزار بعد تنفيذ طلباته ، وهنا المريض يحتكم بزاره إلى الشيخ الذي يتعهد هو بدورة للمريض بعدم عودة المريض خاتم فضه يبقى رهينة لدى الشيخ ويضعه في صندوقه الخاص لمثل هذه الحالات وهذا الخاتم طالما بقي في الصندوق فيعني الزار مقيد ولا يعود للمريض.

وقد يقرر الشيخ بقاء المريض لديه لمدة قد تصل على أربعين يوماً للاحتماء من بعض الحاجات وغالباً ما يشمل هذا الاحتماء كل المأكولات باستثناء قطعة الخبز اليابسة. وهذا المريض يكون مصاب بنوع من الزار يطلق عليه (بهزة).

ويقال بأن الزار إذا كان مؤنث فانه يتكلم بصوت امرأة حتى وأن كان المريض رجلاً والعكس فقد تكون المريضة أمراءه ويصيبها زار (مذكر) فعند استجوابها من قبل الشيخ فإنها تتكلم بصوت رجل . كما أن المريض نفسه لا يتكلم أثناء استجوابه

من قبل الشيخ لأنه يكون في حالة اللاوعي او في حالة غيبوبة. أو أن الذي يقوم بالرد على الشيخ هو الزار نفسه وعند أفاقت المريض من حالة الغيبوبة بعد رشه بماء الورد والزعفران والفارعة.

وقد يرفض الزار ترك المريض نهائياً ولذا فإن الشيخ يلجأ إلى القيام بنحر المريض وهو بذلك أنما ينحر الزار نفسه. وتتم عملية النحر بواسطة شفرة حادة كما لو كان الشيخ ينحر شاة. وفي الحقيقة أن عملية النحر هذه تكون عملية تمويهية خرافية أكثر منها حقيقة كتلك العمليات الجراحية التي يقوم بها الجراحين الروحيين في الفلبين . فالجراحة الروحية والتي يقوم بها الأطباء الروحيين والتي لا يستخدمون بها أدوات الجراحة التقليدية التي يستخدمها الأطباء. بل يستخدمون أياديهم والتي توجد بها قوة خفية مصدرها الأرواح الطبية والتي ترشدهم إلى مكان الوجع والألم (31)، ولا تستخدم هذه الجراحة للشفاء من مرض معين بل يقوم بها هؤلاء المطببون للشفاء المرض من جميع أنواع الأمراض مهما كان نوعها بواسطة العمليات الجراحية الروحية.

ويرى الدكتور ويليام نولين –الجراح والباحث الأمريكي- الذي كرس جل جهده للوصول على حقيقة هذا النوع المستحدث في الطب الشعبي، إلى أنه عبارة عن خزعبلات وخرافات تنطوي على كثير من الخدع والحيل البهلوانية . وقد عمل الدكتور نولين على استقصاء وتتبع بعض الحالات التي تطبب على أيدي مثل هؤلاء المعالجون وأعلنت شفائها . ووجد أن ذلك إنما هو عبارة عن خرافات وأوهام وأن المرض ما زال في المريض دون شفاء (32).

وما عملية نحر المريض ليخرج منه الزار والشياطين إلاّ عملية تنطوي على كثير من الخدعة والأوهام والبعد عن الحقيقة والواقع. فإذا كان المعالجون يضعون شفراتهم الحادة، على عنق المريض ويمررونها كما لو كانوا يفعلون ذلك في عنق شاه في يوم عيد، دون أن يخرج قطرة دم واحدة أو دون أن تظهر على المريض أي

أثار تشاهد أو تلمس ن ويقوم المريض بعدها شافياً من علة إذاً فالمسألة هنا منطقياً لا يمكن تقبلها فيكيف تمرر شفرة حادة على جسم إنسان بل وتغوص في أعماق جسمه دون أن يظهر أي أثر عليه؟ أليس هذا نوع أنواع الخدع البهلوانية؟ أليس هذا دجلاً واضحاً ونفاقاً وادعاء كاذباً؟ إلاّ يؤدي ادخال دبوساً صغير في جسم إنسان على إسالة الدم؟ فكيف بشفره حادة تستخدم في نحر بقرة لا تسيل قطرة دم في الإنسان.

أما إذا كان الشيخ كبير، فإنه لا يحتاج الى جلسة خاصة بالزار لمعرفة ما إذا كان المريض مريضاً بالزار أو بنوع أخر من الأمراض. فإذا لم يمكن مريضاً بالزار فإن الشيخ يعمل على إحالته على شيخ أخر ويذكر لهم اسم الشيخ الذي يجب عليهم معالجة المريض لديه ، ويخبرهم بأن لديه مرض كذا وذاك الشيخ هو الذي سيفيده ، وفي أوقات لا يذكر اسم الشيخ الذي سيشفى مريضهم ونوع المرض الذي ينعاني منه، وفي هذه الحالة تنتهي مهمته . وأما إذا كان مصاب بالزار فان الشيخ يطلب منهم إحضار فدية ـ على شعرة واحدة- أي ذات لون واحد وخاتم من الفضة أو أسواره أو قرش (فرنصاء) (33) إذا كانت المريضة أمراءه ، وهذا بالطبع بعد محادثه الزار وموافقته على الخروج من المريض فإذا رفض هدد بالاشتكاء به على شيخ (وسنفصل ذلك في مكان لاحق.

ويتم كذلك معرفة الطريقة التي تم الدخول بواسطتها إلى المريض وهؤلاء هم المجموعة (المجموعة الثانية) من الشيوخ يعلمون على استخدام أساليب طقوسية تختلف عن تلك الأساليب التي يقوم بها من ينتمون إلى المجموعة الأولى أنفه الذكر، وهذا يعني ان لكل مجموعة من الأنواع الأخرى ممن يمارسون الطب الشعبي.

أذ قد يطلب الشيخ من المريض البقاء لدية والاحتجاب لمدة اربعين يوماً عن كل الحياة المحيطة به. مهما كانت وكان نوعها، وذلك كنوع من أنواع الطقوس العلاجية للزار في اليمن.

وبالطبع فإن الشيخ يطلب مقابل المدة التي يبقى فيها المريض لديه. أما إذا رفض المريض الجلوس لديه فإنه الشيخ يذهب مع المريض إلى منزلة في المنطقة التي يسكنها ليتعرف على مسكنه، ومن ثم يصل إليه أسبوعياً، أو كل أسبوعين، وعلى المريض تحمل نفقات سفر الشيخ في كل مرة يقوم بها إليه، ويفيد أحد الأخباروين، بأن المريض إذا حدث وأن خالف قواعد الاحتماء، وقام بممارسة الجنس ـ مثلا- مع شريكه، والتي تكون في الغالب على رأس قائمة الممنوعات، أو أكل أي مادة غذائية ممنوعة عليه فإن الشيخ يعرف منذ اللحظة الأولى لقدومه لزيارة المريض، وفي هذه الحالة يطلب من المريض إعادة فترة الحمية من جديد، ولكن دون أن يترتب على ذلك إعادة الفدية وبقية المراسيم. كما تمنع عنه الزيارات ما عدا شخص واحد فقط. فإن كان رجل طلب منه الدخول على المريض وهو طاهر، أي يكون في حالة غير جنب فيها، ولا توجد قاذورات على ملابسة، وإذ كانت أمراءه فإنها تكون طاعنه في السن . حتى لا تدخل على المريض وهي في فترة الطمث لأن العلاج يكون باطلاً في هذه الحالة. وفي فترة الاحتماء يمنع المريض من الخروج من الغرفة نهائياً، حتى في حالة إفراغ الفضلات، فإن عليه إفراغ ذلك في إناء وعلى المسموح له في الدخول قذفها. كما لا يسمح لأحد بالدخول أو الحديث معه نهائياً مهما كانت الأسباب أو تعريضه لأي انفعالات مهما كانت وكان نوعها.

وبعد انتهاء المدة المقررة للاحتماء فان الشيخ(يغمز)(34) المريض الغمزة الأخيرة، إذ يمرر الشيخ يده اليمنى من قدمي المريض حتى رأسه مع ضم جسم المريض في كل موقع تقع عليه اليد، ويضع في فمه قليل من الماء يخرج على جسم المريض بشكل قطرات، تخرج من الفم تشبه قطرات المطر، ويتعهد الشيخ بعدها بعدم عودة المرض ثانية إلى المريض. وهنا يكون المريض قد حَكَّم (شيخ) (35) إلى ظهر هذا الشيخ، فإنه محصن ضد المرض.

ولكن قد يطلب المريض من الشيخ أن يصبح مطبباً. فإذا أقتنع الشيخ بالمريض ومن أنه سيكون مطبباً ناجحاً مساعداً له لفترة – قد تكون هذه المدة مدة اختبار له- وبعد الاقتناع يعطى حجاب يظل معه، ويبدأ عملية التطبيب متبركاً بالشيخ بشرط ألاّ يستخدم هذه البركة في إصابة الآخرين. وإذا حدث وأن استخدمها في الضرر دون النفع فإنه الشيخ يعاقب المتبرك به، بتسليط بعض الشياطين المسخرين له بأذيته نتيجة لإخلاله بالشرط المتفق عليه، وقد يعمل المر بالعقاب لحد الجنون وفقدان العقل. ويحدث هذا أيضاً في حالة ما يقوم شخص ما من مرافقي الشيخ بإفشاء سر من أسراره الخاصة دون موافقته.

ثانياً

الطقوس العلاجية والوقائية المتبعة :

عرضنا في الفقرة السابقة لمراسيم جلسات الزار في مدينة الحديدة والمناطق الأخرى التابعة لها. وهذا لا يعني أن الحديدة ومن حد حدودها من المناطق تنفرد بالاعتقاد بوجود الزار، بقدر ما تنفرد بنوعية المراسيم المتبعة في إخراج الزار.

وهذه المراسيم تأخذ شكلاً اقل ضخامة وبهجة عما يجري في السهول الغربية (الحديدة وتهامة، وبيت الفقية، وزبيد وباجل والخوخة ... الخ)، فإذا كان الشيخ أو العلقة في السهل الغربية يقومون بإخراج الزار بواسطة الجلسات والطقوس المصاحبة لهذه الجلسات، ففي المناطق الأخرى يعمد السيد أو السيدة إلى ضرب المريض ضرباً مبرحاً، وهذا الضرب لا يكون للمريض بل للزار أو الشيطان الذي سكن هذا المريض أو المريضة عن طريق إحدى الوسائط المذكورة آنفاً (36) كجزء من العلاج.

وهذه الطريقة قديمة وقد كان يتبعها بعض الشيوخ السابقين إذ يذكر الدكتور حسن محمد الشرقاوي نقلاً عن أحد المعالجين لحالة صرع روحاني (ما نطلق عليه زار)

بأنه أخذ عصا وانهال على عروق عنق المصروع بالضرب حتى تخيل الحاضرون بأن المصروع سيموت من كثرة الضرب.

وردت الروح أثناء الضرب .. أنا أحبه

فقال المعالج : ... هو لا يحبك

قالت الروح : .... أريد أن أحج معه

قال المعالج : ... هو ... لا يريد أن يحج معك

قالت الروح : .... أنا أدعه كرامة لك

قال المعالج : لا .. ولكن طاعة لله ولرسوله

قالت الروح : ... فأنا أخرج منه .

وقام المصروع ينظر يميناً وشمالاً لمن حوله .. وقال :

ما الذي جاء بي إلى حضرة الشيخ؟

قال الحاضرون : ... وهذا الضرب كله !

قال : ... وعلى أي شيء يضربني الشيخ ولم أذنب ؟ كما أنني لم أشعر بأنه وقع علي الضرب البتة (37).

ولا يتم الضرب في اليمن بإدارة معينة من أدوات الضرب، إذ قد يتم ذلك بواسطة (شبشب) نعال أو عصا أو بواسطة قطعة من الحديد، ويصاحب الضرب صراخ من قبل الشيخ وبصوت مرتفع ....

- أخرج (،أن كان أنثى) أخرجي.

فيردد الزار : لا لن أخرج .. تعاهدنا أنا وإياه على الوفاء

فرد الشيخ : هو .. لا يريدك

الزار : أنا أريده ... سيب الناس في حالها يا شيخ.

ويستمر الحوار بينهما إلى إن يتوصلا لحل الخروج . ولكن بعد أن يعمل المريض على تنفيذ ما طلب منه من قبل الزار، والتي يطلبها مقابل خروجه من المريض ، وقد يكون بهذه الطلبات نوع من الغرابة كأن يطلب (ديك أعور) أو ظأن يكون غير مألوف (38) ، وأنواع من الحلي (ذهب، فضة) ليتم تحكيم الزار لهذه الحلي.

ومع ذلك فان طلبات الزار غالباً ما تكون فضفاضة بحيث لا تجعل المريض يدخل في دوامة من البحث الغير مجدي لإحضار هذه الطلبات. كأن يطلب الشيخ على لسان الزار (خاتم من الفضة، وماعز ذات لون أسود).

وإذا كانت حالة المريض المادية لا تستحمل شراء ماعز (جدي) أسود كبير يخفض إلى صغير عمره لا يتجاوز الأشهر ما لم فيطلب (دجاجة) أو (ديك) أسود ن وأحياناً يختلف اللون إلى أبيض وأحمر بحسب طلب الزار دون السطح لهم بتغيير اللون مهما كانت الأسباب لأن طلب ذلك . وفي حالات يطلب لون ما ، فإذا لم يستطع إحضار هذا اللون يأتي بلون أخر مقابل خروج الزار من المريض ما لم يلبي طلبه فإنه لن يخرج من المريض البتة.

وفي حالات أخرى يكون الزار غير راغب في الخروج فيعمل على الإتيان بمتطلبات صعبة غير قارد المريض على الإتيان بها ، فيعمل الشيخ على مهاودة الزار بأن المريض لا يستطيع تلبية هذه الطلبات لأنه غير قادر. إلى أن يتم إقناع الزار على القبول بطلبات هينة ويسيره. ما لم فإن الشيخ يعمل على تهديد الزار بالاشتكاء به إلى شيخه أو طرده بالقوة . هنا يخضع الزار لضغط الشيخ ويوافق على الخروج.

وقد يشترط الزار (39) أو الشيخ عند القيام بالفدية إتباع بعض أو كل الشروط التالية، وهي ليست عامة ومطلقة بقدر ما تخضع وتختلف من معالج لآخر:-

1-إدارة الفدية قبل الذبح على رأس المريض سبع مرات، من اليمن على اليسار. وقد يتنازل الزار عن طلب إدارة الفدية إلى إدارة (السكين) بدلاً منها على رأس المريض ، ولكن سبع مرات ومن اليمين إلى اليسار وأحياناً تدار آلة الذبح مع الفدية على رأس المريض.

2-يطالب الزار بعد الذبح دفن الجلد بعد سلخه من جسم الفدية مع بقية الأوساخ الناتجة من ذباحة الفدية في مكان خارج القرية التي يسكن بها المريض ، أو قذفها في مكان مهجور.

3-هناك تقسيم لديانة الشياطين (الزار) ما بين مسلمين وكفار :

أ-فإذا كان مسلماً فان الفدية تؤكل من قبل المريض، ويعد هذا إرضاء له وقد تؤكل من قبله وقبل القاطنين معه في نفس المنزل.

ب-إذا كان الزار كافراً – حسب التصنيف - فإن الفدية لا تؤكل نهائياً سواءً من قبل المريض أو من قبل المحيطين به، وهنا تكون عليهم الإتباع بما سيمليه عليهم الزار من شروط والتي لا تخرج عن :-

1-توزيع الفدية بالتساوي في أجزاء مختلفة من البيت ليلاً.

2-توزيع الفدية على الفقراء والمساكين دون أكل أهل المريض منها.

3-دفن الفدية كاملة بعد تنظيفها في مكان ما، وقد يشترط أن يكون مفترق طرق.

4-رمي الفدية بعد تنظيفها في مكان صعب السير فيه وفي الغالب ما يكون جبل به صخور شديدة الارتفاع ويكون السير فيه وعراً، يسمى (ضاحة).

هذه الشروط التي يطلبها الزار في الفدية مقابل خروجه من المريض، وعلى المريض وأهله التقيد بها بكل دقه والعمل على تنفيذها أما كاملة أو تنفيذ البعض منها وذلك حسب طلب الزار عن طريق السيد (40) أو الشيخ . هناك طلبات أخرى للزار مثل :-

1-طلب خاتم فضه يوضع في اليد اليمنى أو اليسرى ن وعدم تركه نهائيا، وإلاّ فإنه سيعود مرة ثانية ن ويطلب من الرجل أحياناً من المرأة.

2-طلب ريال (فرنصا) ويوضع حول العنق بعد خرمه، وعلى المريض عدم إزالته من عنقه، ويطلب هذا من المرأة المريضة فقط، ولا يطلب من الرجل.

وهناك طلبات وقائية يطلبها الشيخ أو السيد من المريض، وعليه التقييد بها حفاظاً عليه من عودة المرض إليه مرة ثانية. وتختلف مدة الوقاية هنا من أربعين يوماً إلى شهرين إلى سنة فسنتين وأكثر، وهـي :-

1-الامتناع عن التطيب والتزين.

2-عدم التبخير في المنزل في وقت المغرب والعصر، وهما الوقتين اللذين يمران الشياطين فيه.

3-إعطاء المريض حجاب (41)، وعليه أن يضعه في موضع ما في جسمه حسب تحديد الشيخ أو السيد ، وأن يحميه من وقع القاذورات عليه. وعليه خلعه عند ممارسة الجنس ، وإلاّ فان الزار سيعود إليه مرة ثانية . مع ملاحظة أن الحجاب يظل مع المريض بصورة مستمرة.

الزار بين المعقول واللامعقول:

أولاً

إذا كنت قد استخدمت كهذه الكلمات مراراً (طلب، علاج، مرض ، شفاء، أمراض) فإنني لا أعني بذلك الاعتراف بهذا النوع من الطقوس الانتروبولوجية ، كجانب علاجي والتي تعد في الواقع جزءاً من التراث الشعبي اليمني العام بغض النظر عما إذا كان ذلك له تأثيراً إيجابياً أو سلبياً على التراث الشعبي. وهل هو ضمن الجانب السلبي أم الإيجابي ؟ وهل لهذا التراث (الزار .. وجلساته) دوراً إيجابياً أم سلبياً على التنمية الصحية ؟. فالصحة والتنمية شرطان لا ينفصلان. فالصحة الجيدة تمكن الإنسان من أن يعيش حياة اجتماعية واقتصادية مثمرة. فهي تمثل طريقاً رئيسياً للتنمية وفي نفس الوقت إحدى ثمارها النهائية (42) فإذا كان هذا المفهوم الأساسي للصحة والتنمية، والذي يشير إلى أنه كلما ارتفعت المستويات الصحية للمجتمع كلما زاد الدخل لدى الأفراد أولاً والمجتمع ثانياً، وكلما ارتفعت المستويات الصحية كلما زادت كمية الإنتاج في أي بلد من البلدان.

فالبلدان التي تنتشر فيها الأمراض مهما كانت نوعية هذه الأمراض نجدها تزداد فقراً فوق فقرها وهو ما تعاني منه الدول النامية، فإذا كان كل فرد منتج يصاب بالملاريا لمدة يومين على الأقل كل عام، فإننا نفترض أن الأفراد المنتجين فقط في أي مجتمع من المجتمعات 150.000 سنة وأن عدد ساعات الإنتاج المتوسط 4 ساعات في اليوم فيكون ما يهدر من ساعات العمل في العام الواحد 1.200.000 ساعة يضاف إليه ما تهدر من أموال في سبيل العلاج من أمراض تقدر بمليارات. وكله يقلل من فرص التنمية.

هذا مجرد نموذج يمكن أن يتم الشفاء منه وبسرعة، ونظراً لسلوك الإنسان حالة الشفاء الناتج عن سلوكه الرشيد في العلاج. أما إذا سلك هذا الإنسان سلوكاً غير رشيداً أو التجاء إلى أحد الخرافيين فإن الأمر يزداد سوءاً وتعقيداً عن ذلك. إذ يزداد

التردد على هذا الخرافي وترتفع عدد الأيام التي يقضيها على سرير المرض وهو ما ينتج عنه زيادة في عدد الساعات المهدورة.

هذا الجانب من الممارسات الطقوسية، ويجب علينا الاعتراف بها كتراث، كفولكلور، لكن نعترف به كطب علاجي ووقائي كما يرى البعض فإن هذا من قبيل العودة على تلك العصور العميقة في القدم والتي كان الإنسان لا يملك فيها سوى تفسير واحد لأي مرض كان هو أنه من قبيل غضب الآلهة ولعناته على البشر. وتلك كانت هي السمة الرئيسية من سمات الفكر غير الناضج في عصور الطفولة البشرية (43) وهو ما لا يجب أن يكون له وجود في حياتنا الحالية.

فهذه المناداة وتلك الشطحات التي تردد من قبل البعض بوجوب اعتبار الجوانب العلاجية في التراث الشعبي جانباً رسمياً وجانباً يجب الاعتراف به كعلاج وطب يمارس، لا أرى أن هناك دوافع عملية وأسباب منطقية وراء هذه المناداة وتلك الشطحات إلاّ زيادة العالم المتخلف تخلفاً ومرضه مرضاً وأن لم يكن كذلك فمن أين جاءت هذه المناداة في الأنسان ؟ هل هي تابعة من أبناء هذه البلاد أم من بلدان أخرى؟.

كلنا يعلم أن أغلب هذه المناداة هي في الأساس تابعة من الدول المتقدمة ومن أبنائها، وإذا كان هدف هذه المناداة هو الرفع من المستويات الصحية والعلاجية لأبناء الدولة النامية. فلماذا لا تكون هذه المناداة عالمية. أي توجد لأبناء الدول المتقدمة والنامية على السواء وإذا سلمنا بالأمر جدلا بوجوب الاعتراف به كعلاج وطب، فهل لجلسات الزار أن تعمل على شفاء مريض من مرضه ؟؟ هل للطبول والدفوف أن تعمل على شفاء المصاب بمرض الصرع ؟؟ وأن تعمل على استئصال ورم في الدماغ ؟

كم هي تلك المآسي التي جعلت المئات من البشر يذهبون ضحايا لهذه التفكير والذي جعلهم يرفضون العمل ومنهجه ويقفون أمامه بعقول متحجرة ورافضة له . حتى من

قبل من نالوا قسطاً من التعليم ، لأنه في الأعماق ما تزال تعشعش عليهم الخرافة واللاعقلانية مقابل العقلانية.

وتنتشر هذه الخرافات في عصرنا الحاضر في مجتمعات شتى ومختلفة ومنها التجمعات المتقدمة . ولكن علينا أن نعمل على التفرقة بين نوعين من الأسباب التي تجعل المجتمعات تلجأ لمثل هذه الخرافات .

فالنوع الأول وهي المجتمعات المتقدمة، وتعود الأسباب التي تجعل من هذه المجتمعات تلجا لمثل هذه الخرافات هروباً من الرقابة العلمية التي تشمل كل جانب من جوانب حياتها اليومية وأصبح وعي المجتمع شاملاً لكل تلك الجوانب التي كان يجهلها المجتمع ويطلب الإجابة عليها. فبعد أن توصل الإنسان إلى معرفة تتيح له الإجابات العملية على الأسئلة الأساسية التي نعجز من قبل عن فهمها (44) . وأصبح الالتجاء لهذه الخرافات من قبيل الترف الفكري لهذه المجتمعات. فعزوفها عن العلاج بواسطة أرقى المعدات الطبية ولدى أشهر الأطباء إلى العلاج الروحي والتي تستخدم فيه الخدع البارعة (45). حيث نجدهم يتجهون من الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وبريطانيا وألمانيا إلى الفيليبين والهند وغيرها من دول جنوب شرق آسيا بحثاً عن هؤلاء الخرافيين في الوقت الذي نجد فيه آلاف من البشر يذهبون من البلدان النامية صوب هذه البلدان بحثاً عن العلاج والشفاء من أمراضهم . فهل هذا يعني عجز هؤلاء المشغوذين عن شفاء ومعالجة أبناء بلدانهم واستطاعتهم معالجة أبناء الدول المتقدمة علمياً وتكنولوجياً؟

أما النوع الثاني فهي المجتمعات المتخلفة والتي تعود أسباب تفكيرها في مثل هذه الخرافات إلى الشعور بالعجز. فهو العامل الأساسي في ظهور الخرافة واستمرارها في المجتمعات المتخلفة، ويقوم الإنسان بتعليل الأحداث إلى قوى لا عقليه تساعد على التخلص من المشكلات التي يواجهها تخلصاً وهمياً بدلاً من أن تساعده على حلها أو حتى مواجهتها بطريقة واقعية (46).

فالعجز هنا عجز عن الفهم . فالإنسان لا يستطيع أن يفهم العالم المحيط به، وما زال فهمة المحدود للظاهرة الطبيعة وغير الطبيعة هما الدافعان وراء الالتجاء إلى الجوانب الخرافية في العلاج اقتداء بسيادة الأفكار الميتافيزيقية في تفسير هذه الظواهر. فالمرض يفسر على أنه عين شريرة أو أن الجني أو الشياطين دخل في الإنسان. في الوقت الذي يمكن للحقيقة أن تتضح لو كلف الإنسان نفسه عناء التفكير والمقارنة بأبسط الأشياء. فدخول الدبوس في قدمه يؤدي إلى ارتفاع درجة الحرارة وإلى سيلان الدم من قدمه وإلى أصابته بالتسمم والتي قد تؤدي إلى البتر للقدم في حالة الإصابة الخطرة . إذا كان كل هذا يحدث لأن دبوس دخل في قدمه، فهل يمكن للشيطان أو الجني أن يدخل ويسكن في جسمه فترة طويلة دون أدنى شعور بأبسط نوع من الألم الجسمي والحسي.

إذا هناك اختلاف في التفكير. بين عالمين متناقضين كل التناقص. كل منهما يمسك بطرف آخر إزاء مشكلة واحدة. فالتجمعات المتقدمة تميل إلى ذلك من قبيل الترف الفكري، وكنوع من الميل إلى البساطة والمعتقدات القديمة، ومع ذلك فأنها لا تتوقف من مجارات التفكير العلمي والإيمان به، ويظل كل شيء خاضع للعقلانية، والترشيد العلمي، والتخطيط المبرمج ويعد إنتشار الخرافات فيها بمثابة رد فعل على التغلغل العملي والذي شمل كل حياته ومحاولة للتخلص من سيطرة العلم والعقلانية في كال حياة الإنسان وكرغبة في عدم قدرته على الاستمرار في نفس المنوال العلمي.

أما في المجتمعات المتخلفة. فأنها تميل لذلك من قبيل العداء للعلم وعدم الإيمان والاعتراف به. فالجمود الفكري جمود متأصل في هذه المجتمعات وسائد منذ آلاف السنين دون أن توجد الرغبة الصادقة في تغييره وخوض غمار الفكر العلمي بكل صدق والخروج من قوقعة هذا الجمود العقيم.

ويرى البعض من الكتاب أن منظمة الصحة العالمية قد عملت على الاعتراف بالنوع العلاجي من التراث الشعبي كنوع من أنواع الطب وأن على الدول النامية الاهتمام بهذا الجانب إذا أرادت تحقيق الصحة للجميع.

وفعلاً فإن هناك العديد من الدول النامية ممن اعترفت بهذا الجانب كعلاج مثل سيرلانكا التي أنشأت وزارة الطب البديل (47). والهند التي بدأت منذ عام 1948م العمل على النهوض بالطب الشعبي وأنشأت في عام 1969م، مجلساً مركزياً في بحوث الطب الهندي وعملت على إنشاء معاهد خاصة لتأهيل هؤلاء الممارسين والذي حصل البعض منهم على درجة الدكتوراه في الطب الشعبي (48). وكذلك السودان التي عملت على إنشاء مركزاً خاصا بأبحاث الطب التقليدي (49) .

وهذا الأمر يدعونا إلى التساؤل. هل هذا حقاً حدث ومن قبل منظمة الصحة العالمية، وهي التي تسعى إلى تحقيق الصحة للبشر عامة وبأفضل الطرق العلمية الحديثة. خاصة وأن كل هذه الدلائل مقتبسة من مطبوعات صادرة عنها. ولكي نكون منصفين في هذا الجانب، من الأفضل لنا أن نعمل على التفرقة بين نوعين من الممارسات العلاجية.

أولاً : الجانب العقلاني :

ويقسم إلى قسمين :-

1-الممارسين بالخبرة: وهم أولئك الذي يعتمدون في ممارستهم العلاجية على الخبرة التي اكتسبوها عن آبائهم وعن أجدادهم ، ومنهم المجبرون ولا يدخل ضمن هذا النوع الممارسين المكتسبين للخبرة اللاعقلانية.

وهؤلاء لهم خبرة مكتسبة اكتسبوها عن طريق التدريب والممارسات العلمية ... إلاّ أنهم يستخدمون فيها وسائل تقليدية كالخشب بدلاً من الجبس.

2-ممارسين باعتماد: وهم أولئك الذي يعتمدون على الكتب الطبية القديمة ويعتمدون على الجانب العقلاني في علاجهم أكثر من الطقوس والخوارق والغيبيات.

وهذا النوع من الممارسين يعتمدون على مؤلفات طبية قديمة مثل كتب (الرازي) و (أبن سيناء) و (ابن القيم) و (الأزرق) ... وغيرهم من الأطباء العرب القدامى. ولهم خبرة واسعة في الأعشاب وانواعها وتركيبها وكيفية استخدامها ونوعية الأمراض التي تستخدم فيه.

وهذا النوع من الممارسين حاولوا صبغ ما توصلوا إليه بالغيبيات والجانب الطقوسي، واستمدوا قوتهم وعلمهم من الجن والشياطين وهو المرض الذي ينفي عنهم الجانب العقلاني في بعض الأحيان. وقد اتجهوا لذلك يحيطوا أنفسهم بسياج من الخوف والمهابة والتقديس لدى عامة الناس، فاعتراف العامة من الناس بان أعمالهم محاطة بالغيب وان قدراتهم الخارقة بالقيام بالمعجزات يعني تقديسهم.

ثانياً : الجانب اللاعقلاني:

وهو الجانب الذي يعتمد فيه الممارسه على القوة السحرية في العلاج والإصابة وهذا النوع في الحقيقة لا حول له ولا قوه في شيء مما يدعي سوى أن الآخرين أعطوه ثوباً أكبر من حجمه وبالتالي حاول أن يزيد حجمه أكثر من اللازم.

إلاّ أن ممارسيه يعتمدون على أساليب سحرية وفنية بارعة الدقة كإدعاء ممارسيه بإخراج المرض بواسطة الحجاب وإخراج الزار بواسطة التطبيل والرقص والجمع بين المحبين بواسطة المحبة (50)

ومن هذا التفريق كان اعتراف وتشجيع منظمة الصحة العالمية، واهتمام بعض الدول بطبها الشعبي وممارسيه نابع من الاهتمام بالجانب العقلاني فقط. ولكن بعد تنقيته من الشوائب الطقوسيه والسحرية والتي حاول البعض إحاطة أنفسهم بها.

وقد جاء في رد كتبه الدكتور ماهلر المدير العام لمنظمة الصحة العالمية رداً على رسالة بعث بها الدكتور/ عبد المحسن صالح يستفسر بها عن اتجاه منظمة الصحة العالمية إلى اعتبار الخوارق ضمن المقومات التي تقوم عليها وسائل علاج الناس؟ جاء فيه أن المنظمة تحاول أن تدرس الوسائل العلاجية البدائية في الدول النامية، ثم تأخذ منه ما تراه صالحاً لتلك البيئات ، وتحور فيه وتغير وتطور وتدرب، بحيث تصبح وسائل العلاج أكثر أماناً (51).

وهذا هو إذا هدف منظمة الصحة العالمية وليس العمل على قبول كل ما يمارس في المجتمع بدون فحص وتمحيص.

وصحيح أن هذه الوسائل بدائية وعتيقة في العلاج، إلاّ أنها تقوم بدور بسيط جداً، هذا الدور يختلط في الغالب باساليب طقوسية وغير مجدية، فيما لو عملت كثير من الدول على تبني هذه الفكرة والعمل على تشجيعها وإتاحة الفرصة لممارسيه في ممارسة طرقهم بحرية أكبر وتحت راية القانون، فإن هذا الأمر سيؤدي على إنحطاط التفكير وشيوع الخرافة واعتماد الغيبيات لدى الناس وكأنها حقيقة واقعية ترافقهم.

وقد تزداد الخطورة أكثر، اذ سيعمل العامة من الناس على الانصراف عن الطب الحديث، والأطباء إلى هؤلاء الممارسين. وستزداد العقيدة بهم وبخوارقهم أكثر من ذي قبل، وسيصبح مبرر للعامة في هذا الجانب أن الدولة قد اعترفت بقدرات هؤلاء العلاجية.

وإذا كان الناس يؤمنون ويعتقدون بالخرافات والغيبيات والجن والشياطين وقدرتها على إصابة الإنسان وأن الوحيدون الذي يستطيعون العمل على إخراج الجن والشياطين من الإنسان هم الممارسين للطقوس العلاجية في هذه البلدان، فإن اعتقاد العامة سيزداد رسوخاً في أذهانهم، وسيصبح من الصعب العمل على تقويم التفكير

السليم والعلمي لديهم فيما بعد. خاصة إذا كنا حالياً لم نستطيع العمل على تعديل هذه الأفكار الخرافية لديهم.

فما بال الأمر عندما يكون هناك اعتراف من قبل هيئة دولية ومن قبل السلطات المتخصصة في الدول المعنية.

ثانيا

إذا كان الفكر الإنساني متنوع ومتعدد في كل الأزمة والعصور على مر الأيام والسنوات، فإن الأساليب الخرافية أيضاً متعددة ومتنوعة، وأخذت طابعاً يجعل من لا يتحلى بالسمة العلمية في التفكير يعمل على تصديق الإيمان بها إيماناً مطلقاً يسيطر هذا الإيمان على كل جوانب تفكيره العملية.

وما هذه السمة إلاّ جزء من الفكر الاجتماعي العام لهذه الشعوب وتلك، انطلاقا من الموروثات الاجتماعية القديمة في أي مجتمع من المجتمعات، وهذا التفكير الخرافي لا يظل جامداً ثابتاً وتؤخذ الفكرة كما هي من الآباء وعن الأجداد بل تتفنن بها المجتمعات وتعمل على حبكها بكل ما يمكن أن يعمل على تصديقه الآخرين، وبشتى الوسائل التي يمكن أن تكون وسيلة اقناع لكافة أبناء المجتمع.

وهذا بالطبع ما لجاء إليه المستخدمون من جلسات الزار وسيلة علاجية إذ تعدد أساليبهم التقنية في هذا الجانب بحيث جعلت من الناس يؤمنون بتصديق ذلك وكأنه حقاً لا مفر من حدثه، وكل ما في الأمر هو أن ذلك عبارة عن أمراض وأوهام نفسية ولكن التفنن في إدخال الشك والوهم بالإضافة إلى العقلية الخرافية المتقبلة لفكرة الزار ولكل ما هو غير علمي وواقعي جعلت الخرافة تطغي على الحقيقة. وفي الوقت الذي نجد هؤلاء المتمتعون بالعقلية الخرافية يرفضون كل ما هو علمي ومنطقي وكل ما هو حقيقة واقعية في الوقت الذي يؤمنون بالخرافات والسمات الخرافية حتى أسفل أقدامهم.

من هذا المنطلق نجد أن المستخدمين لجلسات الزار كوسائل علاجية وكنوع من تغليف الخرافة ثوب الحقيقة يذهبون إلى أيهام ذوي العقلية المحدودة بأن للزار أنواع متعددة من جبلي إلى تهامي إلى حبشي وكأن هذه التسميات تدل على جنسيات مختلفة لشعوب معددة. وبالمقابل فإن هذه التسميات يكون لها واقعاً خاصاً في نفسية المتقبل. فلا تميل إلى التصديق وإلى أن هذا (الشيخ) فعلاً قادر على عمل المعجزات التي لا يقدر أحد غيره على عملها. وما قدرته الزائفة على معرفة من أي شعب من الشعوب هذا الزار أو ذاك إنما دليل على هذه القدرة الخارقة.

وإذا كان ذلك حقيقة فهل لدفٍ ومزمارٍ أن يعملان على إخراجه من الإنسان، وذلك ما لا يمكن أن يكون ولا يمكن أن يتقبله عقل أي إنسان ناضج وواعي.

وقد بلغ بهم التفنن إلى حد الدجل وزرع الشقاق والخلاف بين البشر ليقولوا بأن مصدر الزار من شخص لأخر وبالتالي يذكرون صفات عامة تكون هذه الصفات بأشخاص مختلفين وكأسلوب من أساليب الدجل لا يذكرون صفة مميزة لشخص ما، ولا يذكرون أسماً معيناً من الأسماء ليكون مصدر صدق .

بحجة أن ذلك نوع من عدم إفشاء السر، ويدعون المتوهم يصب غضبة على شخص يتوهم وبكل لعناته وحقده، وعلى أنه السبب في مرضه، وقد يتهم المريض أشخاصاً عديدين، وبالتالي يظل في دوامه من أمره.

إذا هل من المعقول أن يصيب شخص ما أخر. أن هذه القدرة لا وجود لها إلاّ في أفكارنا نحن وفي عقولنا نحن. وهي عبارة عن وهم زائف (قل لن يصيبنا إلاّ ما كتب الله لنا).

الملاحق

حالة رقم (1)

فتاه شابة حملت بعد الزواج ... لكن الزوج هددها بالطلاق إذا كان المولود (أنثى) ... وجاءها وقت المخاض..... وإذا بها (أنثى) ميتة ... وكان الزوج وقتها غير موجود ... خافت الفتاة وظلت تعاني من حالة اكتئاب نفسي ... يضاف إليه أنها أصيبت بحالة نزيف حاد. مما أدى إلى إضعاف قواها البدنية والنفسية.. وظلت الفتاة ملقية على السرير لمدة تقارب الأسبوع، كانت أثنائها فريسة الأوهام والشكوك من تهديد الزوج لها في تنفيذ تهديده عند وصوله ... زادتها حالة النزيف من أثر الولادة سوء .... عانت من دوران شديد عند السير مما يؤدي إلى وقوعها على الأرض.

فكرت الأم بالذهاب إلى السيد (.....) للسؤال عن حالتها وعن سبب المرض الذي تتألم منه الفتاة وإمكانية العلاج .. وما كان من السيد (.....) إلاّ أن قال بأن الفتاة بها زار، وأن عليها الحضور إلى منزله . وهو بدوره سيبدأ معها العلاج، إذ لا يمكن معالجتها وهي بعيده عنه.

حضرت الفتاة لمنزل السيد (.....) وقرر حجبها في مكان مظلم لمدة أسبوع ن ومنع عنها الزيارات نهائياً ومن أي شخص كان باستثناء السيد (.....) الذي يدخل لها الطعام والماء.

وفي أوقات معينة يدخل عليها لمعالجتها بالضرب والشتائم والركل مع الصراخ من قبلها توجعاً . ومن قبل السيد (.....) منادياً للزار بالخروج . وهكذا استمر هذه الطريقة للعلاج وفي أوقات يحسب لها السيد بدقة، وهي أوقات خروج الجن من أماكنهم أو عودتهم.

تسأل الأم عن حالة ابنتها بعد خروج السيد من الغرفة المظلمة.. فيجيب بأنها عما قريب سيخرج .. وهو الآن في أصبع الرجل.

وصل الزوج والزار ما زال مستقراً في الفتاة ، وذهب إلى السيد باحثاً عنها ، ورفض السيد فتح باب الغرفة بحجة أن الزار لم يبقى له غير القليل للخروج. وحدثت مشادات بينهما انتهت بضرب السيد وكسر الباب والدخول إلى الفتاة وضربها ثم طلاقها في الحال ... وتوقف السيد عن علاج الزار بعد ذلك ....!

حالة رقم (2)

الشاب (أ) ... متزوج من امرأة من نفس قريته، عاشا معاً فترة من الزمن . بعدها بدأت المشاكل بينهما شيئاً فشيئاً مع تدخلات من قبل بعض أفراد الأسرة خاصة والدته وأخواته ... فتعقدت المشاكل أكثر فيما بينهما .. وبدأت الاتهامات بينه وبين زوجته ... فكانت تطعن في رجولته وتتهمه بأنه عنين .. وبالمقابل يتهمها بأنها وصلت إليه غير بكر وأنها تصادق بعض الشباب في القرية.

وهكذا ... ازدادت الأمور تعقيداً وسوأءً ... إلى أن وصلت الحالة إلى الضرب فهروب الزوجة إلى بيت أهلها .. ثم الطلاق والانفصال نهائياً .. وما لبث الأمر أن ازداد سوأءً.. فتدهورت الحالة الصحية والنفسية للزوج وأصبح بحالة شرود في بادئ الأمر ... ثم بدء يتكلم مع نفسه ولم يكن الأمر يستقر به على حال معين ، بل كان يتردد ويتنقل بين المدن المختلفة سيراً على الأقدام دون أن يكل أو يمل من التعب إلى مسافات تزيد عن المائة كيلو متر.

وهنا.. بدأت أسرته تبحث عن معالج له من السادة في قريته .. وفسرت حالته المرضية النفسية على أنها حالة مرضية سيعمل هذا السيد أو ذاك على علاجها شيئاً فشيئاً.. حتى أقر احدهم بأن الزواج هو الحل في الشفاء... وفعلاً تم الزواج الثاني له بعد أخذ الضمانات اللازمة من قبل أقاربه بسلامة الزوجة .. وما كان منه إلاّ أن عمل على تقديس تلك الزوجة واحترامها وعدم اذيتها ... بينما كان يعتدى على

والدته وشقيقاته بالضرب والقذف بالكلام والسب .. ويحملهن السبب فيما وصل إليه من حالة .. فقد كانت الأم قبل ان تصل حالته على هذه الدرجة تلعب دوراً رئيسياً في تحريضه ضد زوجته، واختلاق أسباب تؤدي في النهاية إلى المشاجرة بينهما وبين الزوجة من ناحية وبينه وزوجته من ناحية أخرى .. وما كان منه إلاّ أن تحول كل ما كان يكنه من حب واحترام وتقدير لزوجته وأسرته إلى كراهية وحقد يصب فيه كل اللعنات على أمه وشقيقاته.

أما الزوجة الجديدة .. فقد كان حُسن التعامل معها ... وينامان دون أن يعرض لها بأذى وعندما كانت صحته تزداد سواً كانت الزوجة تتخوف منه فيردد قائلاً: لا تخافي ... لن أضربك ... لن أفعل بك شيء.

إلاّ أن الأمر لم يتوقف على هذا المنوال ... فقد كانت الأسرة ترغب في شفائه ولم يكن من بد في ذلك غير السيد في القرية ، والذي فسر المرض على أنه زار ويلزمه للشفاء الاحتجاب لمدة أربعون يوماً ويكون المعالج متواجد بصورة مستمرة بجانبه .. وقبل الأمر على أن يكونا معاً في منزل المريض.

واستخدم المعالج أثناء العلاج الكتابة على قطعة قماش بيضاء بقلم حبر اسود ... وكانت تغسل ويشرب (المريض) الماء ... وتحرق بعدها القطعة ليتبخر بها (المريض)..... إلى جانب ذلك يقوم المعالج بضرب المريض بعد الساعة السابعة مساءً ... وهي الفترة التي يتحرج بها الجن والشياطين من وإلى مساكنهم .. وكان الضرب يتم بـ (الشبشب) - أي الحذاء- أو العصا مع القذف بالكلام ... من قبل المعالج (السيد) واستمر الحال إلى ان انتهت فترة الأربعين يوماً دون أن ينتهي المرض منه.

مال بعدها (المريض) إلى الانعزال عمن حوالية وهجر الجميع إلى الجبال والشروذ الذهني الدائم... وما لبث به الأمر بعد طوال عناء... إلى أن قام بصب –الكيروسين- على جسمه في الجامع وإشعال النار في نفسه ... ولكن تدخل الحاضرين لإخماد

النار والذي حال دون أن يموت .. وبعد عام كامل من هذه الحادثة أخرج مادة سامة من جدار المنزل – كان قد وضعها في السابق- وبعد ان شربها طلب من زوجته العفو والمسامحة وأعلمها بأنه ترك لها وصيته بكل ممتلكاته تتصرف بها كيفما تريد.

وهكذا ... انتهت حياة رجل مصاب بمرض نفسي ... نتيجة لاعتقاد خاطئ بأن ذلك زار أو روح شريرة كما يطلق عليها.

حالة رقم (3)

(ع) أمراءه ريفية متزوجة ... كانت في بادئ الأمر زوجة أحدهم .. وبعد أن توفي هذا ... اقترنت بشقيقة الذي كان لديه في نفس الوقت زوجه أخرى ... هي الثانية في ترتيبهن .. لها ستة أطفال منه ... بينما لم تنجب لشقيقة (المتوفي) أي طفل.

بعد زواجها الثاني ... هجرت الزوجة الأولى من قبل الزوج .. فظفرت (ع الزوجة الثانية) بالزوج دون منازع لمدة عشر سنوات .. بعدها أقدم الزوج على الزواج من ثالثة.. دون أي تقصير من قبلها في أداء واجبها كزوجه .. بل نتيجة لوجود قرابة بين الزوج والزوجة الثالثة تم هذا الزواج...

وأثر هذا الزواج على حياة (ع) إذ أنه سيؤدي حتماً إلى فقدانها لبعض ما كانت تظفر به .. وأهم ما ستفتقد إليه هو حب الزوج وقربها منه .. ما أدى إلى إحساسها بأن هناك منافسة أخرى لها فازت بكل ما كان مخصصاً لها –وبالطبع فأننا لا نتجاهل هذا الجانب الجنسي ودورة في الحالة النفسية للمرأة- والذي لا شك فيه لعب دوراً أساسياً فيما وصلت إليه الحالة المرضية من خلال شعورها بأن هناك أمرأة أخرى أصبحت تشاركها نفس الرجل –جنسياً.

ألاّ أن الحال لم يستقر على هذا المنوال ... فقد حدثت خلافات بين الزوج والزوجة الثالثة مما أدى إلى هجرانها والعودة إلى الزوجة الثانية ... وقد أعاد هذا الأمر إليها ثقتها بنفسها مع شعورها الدائم بالقلق والخوف من فقدان ما هي فيه مرة ثانية.

وكان مما زاد الأمر خطورة أنها استعملت عقاقير لمنع الحمل وفترة تزيد عن نصف عام بدون إرشادات طبية مما أدى إلى تدهور حالتها نتيجة لوجود نزيف شديد من جراء استعمالها لعقار منع الحمل .. وكان نتيجة النزيف أن قعدت على السرير تحمل مرضها ولمدة طويلة ... وحدث أثناء مرضها أن عادت الزوجة الثالثة إلى كنف الزوج مما أدى إلى ازدياد حالة القلق والصراع النفسي للزوجة (ع).. وفي نهاية الأمر وصلت إحالتها إلى أنها كانت تتكلم دون وعي وتردد أحاديث دارت بينها وبين أخرين من ذي قبل وتصدر ألفاظاً جارحة لدرتيها .. وامتنعت عن الأكل، إلا في حالات نادرة وأشياء قليلة من الطعام. وكانت أيضاً تصدر ألفاظاً غير محبذة لكل من يدخل عليها متطيب بالعطر .. وهنا فسر الأمر على انه بها زار، وأنه لا يمكن إخراجه إلاّ من قبل (علقة) في عدن .. وفعلاً تم سفرها وعملت لها جلسة زار خاصة وشاركت الحاضرين الرقص .. بعدها تم تحكيم الزار لدى العلقة ... وأفادت العلقة بأن الزار مصدر لها من قبل امرأة تحقد عليها ... وهنا كان الاتهام موجهاً لإحدى دررها.

وللحق أقول ... أن هذه المرأة ما زالت حتى الآن تعاني في نفس الحالة بين الحين والآخر، ولم يتم شفائها كما أكدت ذلك العلقة في السبعينات من هذا القرن.

إذا .... هل جلسات الزار هنا حقيقة تؤدي إلى شفاء المريض حقاً؟.

ويمكن لنا أن نفسر أنها تعاني من حالة نفسية نتيجة لطبيعة بيئتها الأسرية والاجتماعية الذي تعيش فيها .. يضاف إليه أن تدهور حالتها الصحية بسبب ما حدث لها من نزيف من جراء استخدامها عقاقير منع الحمل دون إشراف طبي قد زاد صحتها سوأً .

الهوامش

* تم اعداد هذه الدراسة عام 1986م، لم نتمكن من نشرها كاملة، بل نشرت مقتطفات منها في مجلة اليمن الجديد،ع( ) 1988، لذا فضلنا نشرها كما هي دون تدخل منا حاليا في الصياغة أو في تعديل بعض الروي.

شكر وعرفان:

يتقدم الباحث بالشكر والعرفان لمن كان لهم الفضل الأكبر في إخراج هذه الدراسة لترى النور في طريقها.

وعلى الأخص الأخ والزميل الدكتور/عبدالمجيد سعيد الخليدي والذي لولا فضله الكبير وتشجيعه لما كان لها أن تنجز بهذا الشكل.

وكذا الزميل إبراهيم عبد الرشيد مدير عام الاتصالات بالاتحاد العام للمغتربين اليمنيين والذي عمل على تزويدي بالعديد من المراجع العملية القيمة.

وأيضاً الأخ/ خالد محمد عثمان والذي كان خير من رافقني وأرشدني للعديد من المبحوثين في منطقة الدراسة.

كما أتقدم بالشكر للزميل عبدالمؤمن الصلوي والذي قام بطبع هذه الدراسة، وأبدى بعض ملاحظاته القيمة والتي عملنا بها في حينه وكذا جميع الزملاء العالمين بوحدة البحوث الصحية والطبية، التابعة لجامعة صنعاء ووزارة الصحة.

1- مجلة دراسات يمنية الصادرة عن مراكز الدراسات والبحوث. صنعاء. ع (2) مارس 1979م/ صفحة 93.

2 ـ مجلة دارسات يمنية. العدد (13) سبتمبر 1983م، صفحة 5.

3 ـ مجلة العلوم الاجتماعية . الصادرة عن جامعة الكويت . عدد عن العالم العربية في إطار التقسيم الدولي للعمل . ربيع 1983 صفحة 14

4- الانثروبولوجية الطبية، فرغ من فروع الأنثربولوجية العامة تهتم بدراسة الظواهر الاجتماعية والثقافية، وعلاقتها بالصحة والمرض، ويعد هذا الفرع حديثا إلى حد ما في مجال الانثروبولوجية العامة (للمزيد من التفاصيل عن هذا الفرع راجع الكتاب السنوي لعلم الاجتماع العدد (1،3)

5- أرمن شوبن من الباحثين الألمان المهتمين بالتراث اليمني وقد سبق له وأن أعد بحثاً عن القات نال به درجة الدكتوراه في عام 1977 ثم كرس نفسه بعد ذلك لدراسة الطب التقليدي في اليمن وانتهى من هذه الدراسة في اغطس 1982، نشرة بالألمانية ، وترجمته جزء منها، نشر في مجلة دراسات يمنية عدد13.

6- محمد الجوهري، علم الفولكلور جـ (2) القاهرة. دار المعارف. ط (1) 1980م صـ (600).

7- محمد الجوهري، نفس المصدر . صـ (599).

8- - حمزة علي لقمان ، أساطير من تاريخ اليمن مركز الدراسات والبحوث اليمني ، صنعاء بدون تاريخ ص

9- حمود العمودى . التراث الشعبي وعلاقته بالتنمية – دراسة تطبيقية عن المجتمع اليمني- القاهرة. عالم الكتب. ط(2) 1981م . ص (263).

10- حمود العمودى . التراث الشعبي وعلاقته بالتنمية – دراسة تطبيقية عن المجتمع اليمني- القاهرة. عالم الكتب. ط(2) 1981م . ص (263).

11- حمزة علي لقمان، أساطير من تاريخ اليمن، مركز الدراسات والبحوث اليمني ، صنعاء بدون تاريخ ص (31).

12- أبن القيم الجوزي ، الطب النووي ، إعداد المكتب العالمي للبحوث ، إشراف عبد المنعم العاني دار مكتبة الحياة ، بيروت لبنان 1984 ص (66) وما بعدها.

13- سورة المؤمنون.

14- يدخل : يسكن

15- مقرمة: غطاء رأس المرأة

16- ريحان وبياض : نوع من الإعشاب العطرية

18- جني شلك : جني اخذك

19- ام الصبيان تتمطر بك: انثي الجن ومعها أولاد كثر، وتتمطر بك.. تأخذك معها قطرات كالمطر.

20- د. مصطفى فهمي علم النفس الأكلينكي . مكتبة مصر. القاهرة . بدون سنة طبع، ص 196.

كما اعتمدنا على نفس المصدر في التقسيم للأمراض النفسية والتعصبية.

21- د. مصطفى فهمي ، مرجع سابق ص 214.

22- جمع لكلمة (زار).

23- علي المكاوي، السياق الاجتماعي للمعتقد الشعبي، كتاب علم الاجتماع السنوي، إشراف محمد الجوهري، القاهرة، دار المعارف، العدد الثالث 1982م ص 259.

24- د/ عبد المحسن صالح . مرجع سابق . ص 840.

25- (الذرعة) كلمة مشتقة من الذراع، وهي اسم لخيط من القماش يصل طولها إلى نصف متر، يقوم (الشيخ) أو (السيد) بقياسها بيده (ذرعها) وقراءة آيات من القرآن عليها، تم يعيد القياس من أسفل الذراع (المرفق) حتى رأس السبابة، وفي كل مرة يعيد القياس بها يطول أو يقصر مقاس الخيط يعقد الخيط . وبهذا يفسر المرض على أنه عين شريرة.

26- حمود العودي . مرجع سابق . ص 263.

27- د/ عبد المحسن صالح . مرجع سابق . ص 840.

28- حمود العودي . مرجع سابق . ص 263.

29- د. حسن الخولي . الفروق الريفية الحضرية في بعض عناصر التراث الشعبي عرض على مكاوي كتاب علم الاجتماع السنوي. دار المعارف. القاهرة. العدد الثالث 1982م ص 390.

30- هناك اعتقاد بأن الجن والشياطين يقسمون على قبائل وعشائر، وأن لكل قبيلة شيخ يرأسها وهو الأمر والناهي بها.

31- عبد المحسن صالح مرجع سابق ، وبالذات الفصل الثاني من 51 : 74.

32- عبد المحسن صالح ، مرجع سابق ن ص 19 وما بعدها.

33- ريال –ماريا تريزا- عملة نقدية كانت متداولة في العهد الأمامي. وتسمى (ريال ماري تريزيا)، وظلت متداولة حتى نهاية الثمانينيات في المناطق الشمالية من شمال اليمن.

34- تعنى – لمسة الشيخ للمريض وطلبه له بالشفاء.

35- أي محكم: أي أن الشيخ هو الذي يقود زمام هذا المرض ويعمل على عدم إتيانه مرة ثانية للمريض.

36- راجع الفقرة الخاصة بكيفية بالاعتقاد بدخول الزار في الإنسان.

37- د. حسن محمد الشرقاوي. الطب النفسي النبوي. الإسكندرية. دار المطبوعات الجديدة 1983م ، ص 244 وكذلك ابن القيم الجوزي . مرجع سابق ص 68.

38- حمزة علي لقمان ، مرجع سابق ، ص 32.

39- أحيانا تكون هذه الشروط من قبل الزار، كون رغبته تقتضي ذلك، وأحيانا قد تكون شروط الشيخ المعالج وهي جانب وقائي حتى لا يعود المرض مرة اخرى.

40- يسمى المطبب بالسيد في بعض المناطق وبالشيخ في مناطق أخرى ومنها المناطق الساحلية.

41- يسمى في اليمن (حرز) أو (عزيمة).

42- منبر الصحة العالمية ج1. تصدرها منظمة الصحة العالمية . جنيف . م2 ع4/سنة 1981م/صفحة 509.

43- فؤاد زكريا . التفكير العلمي. سلسلة علم المعرفة . الكويت . مارس 1978م ص 61.

44- فؤاد زكريا . المصدر السابق . صفحة 73.

45- للمزيد . راجع عبد المحسن صالح، الإنسان الحائر بين العالم والخرافة. مرجع سابق.

46- فؤاد زكريا . مرجع سابق . صفحة 73.

47- مجلة منبر الصحة العالمي . مرجع سابق. م3. ع4. سنة (1982م) ص 39.

48- مجلة منبر الصحة العالمي . مرجع سابق. م3. ع4. سنة (1981م) ص 509.

49- عبدالله معمر، مقالة منشورة بعنوان علم الاجتماع الطبي، مجلة الصحة الصادرة عن وحدة البحوث الصحية والطبية . صنعاء عدد (3) ديسمبر 1984م ص 19.

50- يقوم السيد بعمل طلسم عندما يلجا إليه أي شخص طالباً منه أن يوفق بينه وبين أخر في علاقته حيث كان يقوم بالتوفيق بين قلبي محبين.

51- عبد المحسن صالح . مرجع سابق. ص 18، 19.

أسس البناء النظري في نظرية الفائض

قراءة أولية

لنظرية جديدة في علم الاجتماع للمفكر حمود العودي

أسس البناء النظري في نظرية الفائض

قراءة أولية

لنظرية جديدة في علم الاجتماع للمفكر حمود العودي

مقدمـــة:

الأستاذ الدكتور حمود العودي، أستاذ علم الاجتماع بجامعة صنعاء بدء في إعداد مشروع لنظرية جديدة في علم الاجتماع الهدف منها تفسير حركة المجتمعات الإنسانية وجدلية تطورها أسماها (نظرية الفائض في جدلية التطور الاجتماعي، من المشاعية إلى العالمية) هذا المشروع بدء العمل فيه منذ العام 1985م ولا يزال مشروعا قابل للتطوير يتعامل معه مفكرنا على أنه كذلك. فيسعى الى تطويره من خلال الإضافة والحذف كلما سنحت الفرصة له، وقد وقعت بيدي النسخة الأخيرة منذ أيام قليلة فكانت لي قراءة لهذه المسودة محاولا التعرف على أسس البناء النظري لهذا المشروع العظيم، والإنجاز العلمي المتميز لمفكر يمني قل ما يجود الزمان بمثله.

أولا

المكونات العامة للدراسة:

تم تقسيم الدراسة إلى خمسة أقسام أساسية كل قسم يحمل عنوانا مستقلاً .. يمثل قسماً خاصاً (1).

القسم الأول: مفاهيم ونقد الفكر النقدي وقد اشتمل على فصلين

الفصل الأول: المفهوم العام والمفاهيم الخاصة لنظرية الفائض

الفصل الثاني: نقد الفكر النقدي في التاريخ والتطور الاجتماعي

القسم الثاني: تشكيلة الفائض الطبيعي لمجتمعات ما قبل الزراعة والرعي. واشتمل على فصلين هما:

الفصل الثالث: تاريخ الوجود والتفكير الاجتماعي

الفصل الرابع: القوانين العامة للوجود الاجتماعي والقوانين الخاصة بتشكيلة الفائض الطبيعي.

القسم الثالث: تشكيلة فائض (القوت والريع) لمجتمعات ما بعد اكتشاف الفائض الاجتماعي وما قبل الآلة البخارية. واشتمل على:

الفصل الخامس: القوانين الأساسية العامة لتشكيلة (فائض ـ القوت والريع ـ القريع).

الفصل السادس: ما هو خاص (خصوصية) في قوانين إنتاج وعلاقات إنتاج تشكيلة فائض (القريع).

القسم الرابع: تشكيلة فائض (الأجر والربح) لمجتمعات ما بعد اكتشاف الآلة البخارية وما قبل ثورة المعلومات وهندسة الوراثة.

واشتمل على أربعة فصول أساسية هي:

الفصل السابع: نقد الأفكار النظرية الشائعة.

الفصل الثامن: القوانين الأساسية العامة للفائض الاجتماعي الاقتصادي في (تشكيلة فائض ـ الأجر والربح ـ الأجر بح)

الفصل التاسع: ما هو عام في قانونيات علاقات إنتاج الفائض الاجتماعي الثقافي في (تشكيلة فائض الأجر والربح).

الفصل العاشر: ما هو خاص في قوانين إنتاج وعلاقات إنتاج تشكيلة فائض الأجر والربح (الأجربح).

القسم الخامس: تشكيلة فائض الحاجة المستقبلة

الفصل الحادي عشر: شروط ومقدمات تشكيلة الحاجة (حديث في الأيديولوجيا).

الفصل الثاني عشر: القوانين العامة لقوى وأدوات إنتاج الفائض الاجتماعي الاقتصادي لتشكيلة الحاجة.

الفصل الثالث عشر: ما هو عام في قانونيات علاقات إنتاج الفائض الاجتماعي الثقافي (في تشكيلة الحاجة المستقبلية).

ثانياً

تفاعل الإنسان مع البيئة:

كل فصل من هذه الفصول اشتمل على عدة فقرات مفسرة وشارحه لمضمون القسم والفصل، وبصورة منهجية متسلسلة تهدف لتوضيح الفكرة الأساسية للنظرية كما يرغب الوصول إليه صاحب النظرية، وفي إطار تراكمي للمعارف العلمية التي تخدم بناءه النظري تبدأ من تحديد المفاهيم الأساسية التي يبنى عليها نظريته، والبحث عن التعريفات والاستخدامات الخاصة بتلك المفاهيم في التراث الفكري والنظري لمختلف الاتجاهات النظرية...ومن ثم وضعه لمقدمات أساسية لمنطقاته النظرية التي تمثل رؤيته النظرية والفكرية في تفسير عملية التطور الاجتماعي الاقتصادي ومخرجاته الثقافية.

وكمقومات أساسية للبناء النظري "للعودي" واكتماله عرض فصلاً خاصاً لما يعرف بالفكر النقدي في التاريخ والتطور الاجتماعي، عرض فيه لمختلف الاتجاهات النقدية التي تفسر عملية التطور الاجتماعي الاقتصادي للمجتمعات البشرية منتقداً تلك النظريات السابقة في تفسيرها لعمليات التطور البنائي، وهو اتجاه منهجي لا

يخلو من الصواب في مقومات البناء النظري! وشرط أساسي لاكتمال عملية البناء النظري لأي مفكر أو عالم بهذا الحجم.

بعد تلك المقدمات يبدأ مع بداية القسم الثاني/الفصل الثالث في سرد الأسس والمقومات التاريخية لجدلية العلاقة بين الإنسان ومخرجات تفاعله مع كل ما يحيط به من مكونات طبيعية وغير طبيعية وهي ضرورة لتأصيل الأساس التاريخي لبنائه النظري كقاعدة أساسية لاستشراف الحاضر والمستقبل من أصالة الماضي.

ويستكمل بناءه النظري مع القسم الثالث والرابع والخامس، من كتابه " نظرية الفائض في جدلية التطور الاجتماعي من المشاعية إلى العالمية" حتى تكتمل مع القسم الخامس التوقع المستقبلي لاتجاه تشكيلة الفائض وهو في الغالب توجه عام في النظريات التفسيرية الكبرى (الماركسية مثلاً) وهذا الاتجاه قد يصدق في كل أو بعض منه، وقد لا يصدق، لكن صاحب النظرية رأى في ذلك ضرورة للاكتمال البنائي لنظريته في تفسير عملية التطور الاجتماعي ودور الفائض في تلك العملية والانتقال من مرحلة الى أخرى ، إنما يعود الى الفائض وتأثيره القوي في عملية الانتقال وفي هذا يشير كتاب الاقتصاد السياسي ومنهم بول باران في كتابة الاقتصاد السياسي والتنمية، الى أن الانتقال من الإقطاع الى الرأسمالية ـ مثلا ـ أو من مرحلة الى آخرى، كان يمثل تغيرا جذريا في أسلوب استخراج الفائض الاقتصادي وفي طريقة استخدامه وبالتالي في حجمه.

ثالثاً

الجذور الفكرية لنظرية الفائض:

من أسس التفكير الاجتماعي التعامل مع الموروث الفكري وفق مبدأ الاستيعاب التام لكل من مضمون التراث ودوره في عمليات التفكير الاجتماعي بتحديد من الوعي لتلك الفروق بين كل من التفكير والفكر الاجتماعي ذاته فالتفكير بحسب التعريفات

القاموسية له هو بداية الصورة المنظمة للتفكير الإنساني، والتي يرجعها البعض منا خطأ الى البدايات الأولى للفلسفة اليونانية.

أما الفكر الاجتماعي فهو وإن كان نتاج لمخرجات التفكير الإنساني إلا أنه قراءة واضحة لجدلية العلاقة المتفاعلة بين كل من الإنسان والطبيعة بمختلف مكوناتها وشرحاً توضيحياً لها.

وعلى هذا نجد لدى صاحب النظرية استيعاب وفهم كاملين لكل من التاريخ الإنساني والتراث يبدأ لديه من المراحل الأولى لاهتماماته العلمية والفكرية.

ففي كتابه التراث الشعبي وعلاقته بالتنمية في البلاد النامية، دراسة تطبيقية عن المجتمع اليمني 1981م يعرض لنا ما يمكن أن نسميه أسس بناءه مكونات النظرية لنظرية الفائض في الجانب التراثي وتأثير المنتج منه على عملية التنمية الاجتماعية كونه قيمة ثقافية مؤثرة على السلوك الفردي والجماعي ومنعكسة بالضرورة على البنية الإجتماعية والتسمية وهو ما يمكن لنا اعتباره فائضاً اجتماعياً ناجم عن عملية التفاعل بين كل من الفرد والآخر أياً كان شكله ومضمونه. ويلاحظ ذلك بوضوح في عرضه ومناقشته للاتجاهات المختلفة، ومن ثم مناقشته لأشكال التراث الشعبي السائد في المجتمع اليمني وهو تمهيد هام لمعرفه المنتج أو الفائض المعرفي الناجم عن تلك الأشكال وتأثيرها على عملية التنمية أو على إيجاد فائض اجتماعي اقتصادي مؤثر في عملية التطور الاجتماعي.

أما في كتابة المدخل الاجتماعي في دراسة التاريخ والتراث العربي دراسة عن المجتمع اليمني 1980م..فإننا نجد فيه بناءاً تمهيدياً أكثر رصانة وأساس حقيقي لما جاء في نظرية الفائض بعد ذلك لمكونات نظرية الفائض لدى (الدكتور العودي)، وكذا الأسس الخاصة بإنتاج الفائض الاجتماعي ففي القسم الخاص بخصوصيات التفاعل بين قوى الإنتاج وعلاقات الإنتاج في المجتمع اليمني القديم.

عرض لقوى الإنتاج أو لعملية التفاعل بين الأرض والإنسان، ومن ثم مخرجات هذا التفاعل باعتباره فائضاً اجتماعياً يتجلى في صور متعددة لعمليات التطور الاجتماعي، أفضت تلك المناقشات إلى ثلاثة نتائج أساسية:

1.لم يكتفي الإنسان بما تجود عليه الأرض من خبرات تقوم على مسألة الطمأنينة إلى العوامل الطبيعية فقط، في هذا الجانب، بل بادر إلى عملية التدخل بذاته بهدف زيادة الفائض.

2.استمرار حالة الصراع بين الإنسان والبيئة أزداد حدة مع تحقيق الإنسان لبعض انتصارات المرحلة الأولى، مما جعل حالة الشد والجذب بين القطبين (الأرض والإنسان) غير مستقرة وفي حالة تراكم دائم "فائض" فقد يتخلى أيً منهما عن الآخر بسهولة كنتاج لوجود عامل آخر يقوم برسم الدور الخاص بكل منهما وفق مبدأ توفر الظروف الطبيعية الملائمة للإنتاج، فكلما كانت الطبيعة أكثر ملائمة للإنتاج أوجد ذلك فائضاً لدى الإنسان والعكس.

3.إن حالة التفاعل الشديدة بين كل من الأرض والإنسان، قلل من وجود فائض اجتماعي ميتافيزيقي، مما أنعكس على بذل جهود أكبر من قبله في رفع مقدار الفائض الاجتماعي.

أما من حيث علاقات الإنتاج في ظل تلك الحالة من الصراع بين الإنسان والبيئة الطبيعية بهدف إخضاعها لمصالحة والسيطرة عليها فقد أنتجت نوعاً راقياً من العلاقات الإنتاجية وبناءه الفوقي تقوم أسسه على أن علاقات الإنتاج "قد تجاوزت في مضامينها وأبعادها إلى صميم الواقع الاجتماعي والاقتصادي وعلاقاته الإنتاجية بصفة عامة، وطبعه بالطابع الجماعي الديمقراطي التعاوني الشامل والقائم على أساس احترام العمل وتجسيد المصالح العامة كأساس أولي في بناء المجتمع "1/ ص68". فالإيمان العميق بالعمل واحترامه وسيادة الروح التعاونية الجماعية هي المنطلقات الأساسية التي مكنت المجتمع من مواجهة ظروف الطبيعة شديدة

الوعورة وعوامله المناخية المتغيرة، وقهرها والتغلب عليها وتطويعها لصالح بناء حياته" 1/ ص69".

كما أن لتلك الحالة من التفاعل بين الأرض والإنسان كانت سبباً في الإضفاء "على الحضارة البيئية برمتها الطابع الإنساني والعقلي والعملي الخالي من الخرافة وانتشار الوثنيات والمعتقدات الغيبية الخرافية والأسطورية والاستسلام لرحمة الطبيعة ومصادفاتها، كما كان سائداً في معظم الحضارات القديمة من يونانية ورومانية وفرعونية وفينيقية وبابلية وهندية "1/ ص70".

رابعاً

القلق الفكري أساس الإنتاج النظري:

إن مثل هذا التحليل ومنذ وقت مبكر لصاحب النظرية، أمراً واضحاً على وجود تلك النزعة لديه لإيجاد تفسير نظري وعلمي لأسباب الاختلاف في جوهر الحضارات القديمة الكبرى في التاريخ، ولعوامل الاختلاف في مكونات الفائض لديها ونوعيته (اجتماعي، اقتصادي، ثقافي)، وكذا أسبابه الموضوعية وهى سمة من أصحاب النظريات من مفكرين وعلماء إذ تمتد عبر عدد من المؤلفات أو تطرح على أجزاء صغيرة لتكتمل في النهابة في مكونها الفكري العام .

ونلحظ في كل تلك الكتابات تلك البذور الهامة للبنية النظرية لنظرية الفائض لدى الدكتور العودي الأمر الذي يؤكد لنا شيئين:

1.الاستيعاب الفائق لمسألة التاريخ والتراث الإنساني، والقدرة على إيجاد تفسيرات بنائية لعمليتي الأسباب والعوامل والمخرجات الخاصة بعملية التفاعلات الاجتماعية الاقتصادية في ظل عدم اقتناع تام بالنظريات السابقة التي تفسر عملية التغير الاجتماعي بمراحله المختلفة.

2.القلق المستمر والضرورة الملحة لدية في ضرورة وجود نظرية اجتماعية تفسر عملية التطور الاجتماعي وفهم آليته المختلفة منذ وقت مبكر لتكوينه الفكري والثقافي مما يدل على القراءة الفاحصة للمراحل التاريخية المختلفة.

خامسا

الحاضر أساس الماضي:

ويعد الاستيعاب النظري أساس لرؤية نظرية جديد يأتي بها أي عالم أو مفكر وهو من الشروط المتوفرة لدى صاحب النظرية، بل – بحسب علمي- أجد أن جميع النظريات الاجتماعية الكبرى في علم الاجتماع مستعارة من علوم أخرى، كالفلاسفة، والتاريخ، والاقتصاد، وعلم النفس، ..... الخ، أو هي نتاج فكري لعلماء من تخصصات ليسوا من علم الاجتماع، وإن كنت صدقاً في هذا فستكون نظرية الفائض الأولى في علم الاجتماع لشخص ينتمي لهذا العلم ومتشربا منه كل ثقافته.

ويبد الأمر أكثر وضوحاً فيما عرض له في الفصل الثاني من كتابة نظرية الفائض من عرض نقدي لكافة النظريات الكبرى والصغرى التي تناقش موضوع التشكيلة الاجتماعية في تفسير جدلية التطور الاجتماعي.

مما يؤكد على استيعاب كامل لكافة النظريات السابقة وفهم أكثر عمقاً لتفسيرها وهذا الاستيعاب بعد من الشروط الأساسية لأي رؤية نظرية جديدة – كما أسلفنا- وهو ما توفر لدى صاحب النظرية وفي وقت مبكر من تكوينه العلمي والفكري وتزداد عمق الرؤية لديه في كتابة نظرية الفائض.

سادسا

الفائض وقوانينه لدى المفكر حمود العودي:

يعد الفائض أساس في تطور المجتمعات، أو العامل المهم في عملية التطور الاجتماعي، والذي يبدأ مع مجتمعات ما قبل الزراعة والرعي، أو ما أطلق عليه:

أولاً: تشكيلة الفائض الطبيعي:

وهي ضمن المرحلة الأولى لتكون المجتمعات البشرية، أو ما عرف بالمجتمعات ما قبل الزراعة والرعي، ولها سمات تميزها عن بقية التشكيلات الأخرى، وقوانين خاصة بها هي:

القانون الأول: قدرة الإنسان على التفكير والتعقل دون غيره من سائر الكائنات الحية.

القانون الثاني: استقامة جسم الإنسان وتحرير يديه من حمل جسده.

القانون الثالث: حماية البقاء "البحث عن تلبية الحاجة والدفاع عن النفس".

القانون الرابع: الضرورة المتعلقة بأزلية حركة التغيير والتغير العام في الطبيعة والمجتمع.

القانون الخامس: الانتقال من البسيط إلى الحركي (فيما يتعلق بعملية التغيير والتفسير).

القانون السادس: وقد عرفت بالقوانين الأساسية العامة للوجود والتطور الاجتماعي.

ثانياً: تشكيلة فائض القوت والريع مجتمعات ما بعد اكتشاف الفائض الاجتماعي وما قبل الآلة البخارية، ولها قوانين أساسية هي:

القانون الأول: جسم الإنسان هو المصدر الرئيسي لإنتاج وإدارة الطاقة المحركة في العملية الإنتاجية.

القانون الثاني: أدوات العمل والإنتاج المادية هي مجرد استطالة للأدوات العضوية.

القانون الثالث: الطابع الفردي المفصل للعمل.

القانون الرابع: ارتباط الإنتاج ووسائل وأدوات الإنتاج بقوة العمل.

القانون الخامس: تسليم المنتجين لفائض إنتاجهم الاجتماعي الاقتصادي للغير.

القانون السادس: مفارقة البناء الفوقي للعملية الإنتاجية.

وهذه القوانين يظهر عليها التأثير واضح من خلال ارتباطها بالبيئة والطبيعة الخاصة منطقة أو تفاعل الفرد مع البيئة، فالمكان ونوعيته يحدد أوجه التفاعل بين الفرد والمكان، وبالتالي يتحدد معه نوعية وشكل الفائض، لذلك تحدد مستويات التنوع في الفائض وفقاً للارتباط المكاني مع الفرد وهو ما أطلق عليه الخاص في قوانين إنتاج وعلاقات إنتاج تشكيلة فائض القوت والربح بالآتي:

•مناطق إنتاج فائض اجتماعي اقتصادي ريعي أكبر بجهد أقل ... (قوى وأدوات ووسائل إنتاج) تساوي استبداد وفائض اجتماعي ثقافي أكثر مساواة أقل (علاقات إنتاج).

•مناطق إنتاج فائض اجتماعي اقتصادي ريعي أقل بجهد أكثر (لقوى وأدوات ووسائل إنتاج) يساوى مساواة أكثر واستبداد وفائض ثقافي أقل (كعلاقات إنتاج).

•مناطق إنتاج فائض اجتماعي اقتصادي قوتي أقل (كقوى ووسائل إنتاج) يساوي فائض ثقافي أكبر وتقدم اقتصادي أقل (كعلاقات إنتاج).

•مناطق إنتاج طبيعية أكثر (كوسائل إنتاج يساوي تطور اجتماعي اقتصادي اقل ومساواة وفائض اجتماعي ثقافي أكثر (كعلاقات إنتاج).

ثالثاً: تشكيلة فائض الأجر والربح لمجتمعات ما بعد اكتشاف الآلة البخارية وما قبل ثورة المعلومات وهندسة الوراثة ... ولها قوانينها العامة المتمثلة بالاتي:

1-انتقال مركز الطاقة المحركة من جسم الإنسان إلى الآلة البخارية

2-تحول طاقة جسم الإنسان من طاقة عضلية بالدرجة الأولى وذهنية بالدرجة الثانية في تشكيلة فائض القوت والربح إلى طاقة ذهنية إبداعية موجهة بالدرجة الأولى وعضلية بالدرجة الثانية في تشكيلة فائض الأجر والربح.

3-الانتقال من نمط العمل الفردي المنفصل إلى نمط العمل الجماعي المتصل.

4-الانتقال من نمط الإنتاج ووسائل وأدوات الإنتاج الفردي المتصلة بطاقة العمل الجسدي إلى نمط الإنتاج ووسائل وأدوات الإنتاج الجماعي المنفصلة عنها.

5-تحول البناء الفوقي للمجتمع من متغير مستقل لمتغير تابع هو فائض الربح أي متغير تابع لمتغير مستقل هو فائض الربح.

6-تحول البناء الاجتماعي التحتي من فئات وطبقات تنتج فائض الريع وتسلمه للغير إلى فئات وطبقات تتسلم فائض الأجر من الغير.

7-تحول مصادر البيئة الطبيعية من متغير مستقل بالنسبة لتكنولوجيا الفائض الطبيعي وفائض القريع (القوت والربح) إلى متغير تابع بالنسبة لتكنولوجيا فائض الأجر والربح (الاجريح)

إما ما هو عام في قانونيات علاقات إنتاج الفائض الاجتماعي الثقافي في (تشكيلة فائض الأجر والربح، "الاجربح")، ولها أيضا من القوانين التي تحكم ... نقسمها إلى خمسة هي:

الأولى :

تطور نمط ملكية البناء الفوقي من فائض الربح في تشكيلة فائض الأجر والريح الحديثة والمعاصرة ،مقابل تراجع ملكية البناء التحتي من ملكية فائض القوت وقوى وأدوات الإنتاج إلى مجرد فائض الأجر.

الثاني:

التحول من سلطة الدولة الطبقية القومية المتجهة اقتصاديا إلى الداخل إلى نمط دولة السوق الاقتصادية وسلطة الطبقات المالية والتكنوقراطية المشتركة بين الداخل والخارج (اقتصاد السوق والشركات اللاجنسية)

الثالث :

الانتقال من نمط الانقسام الطبقي على مستوى الداخل إلى نمط الانقسام الطبقي الاقتصادي العالمي المشترك بين الداخل والخارج.

الرابع:

الانتقال من تمركز وإدارة مدخلات ومخرجات الصناعة والتجارة في الداخل أي وحدة وتكامل إدارة هذه المدخلات والمخرجات بين الداخل والخارج.

الخامس:

تحول نمط إنتاج الفائض الاجتماعي الثقافي من دور المتغير الأساسي في الداخل لمتغير ثانوي مع الخارج أي دور المتغير الأساسي المشترك بين الداخل والخارج والثانوي شبة المستقل في الداخل.... لكن هذا النمط له من القوانين الخاصة... ما هو خاص في قوانين إنتاج وعلاقات إنتاج تشكيلة فائض (الأجر والربح).

تشكيلة فائض (الاجربح) وتعد ابرز معادلات هذه التشكيلة:

•تكنولوجيا أكثر ومصادر طبيعية اقل في الداخل تساوي ضرورة فائض اكبر من الخارج ومساواة اقل بين الداخل والخارج لصالح الداخل.

•تكنولوجيا أكثر ومصادر طبيعية أوفر من الداخل تساوي فائض اجتماعي وفر من الداخل والخارج او رفاهية اعم في الداخل وتكافؤ اقل في الخارج.

•موارد أوفر وتكنولوجيا اقل في الداخل بالاعتماد على الخارج تساوي فائض اجتماعي اقل من الداخل وتبعية وتخلف أكثر من الخارج.

•تكنولوجيا أكثر من الخارج مصادر طبيعية أوفر من الداخل تساوي تبعية وفائض اكبر للخارج وتقدم اقل في الداخل.

•تكنولوجيا أكثر من الداخل ومصادر طبيعية أوفر من الداخل والخارج تساوي فائض أكثر من الداخل والخارج ولا مساواة مع الخارج.

رابعاً: تشكيلة فائض الحاجة المستقبلية :

وفيها توقع مستقبلي لما يمكن إن تؤل إليه قوانين التشكيلة الفائض في عملية التطور الاجتماعي وهذه المرحلة تحكمها مجموعة من القوانين محددة بالاتي:

الأولى:

الانتقال من نمط طاقة الإنسان العضلية الكلية فالجزئية في العمل إلى نمط الطاقة الذهنية والإبداعية الخالصة فيه (ثورة المعلومات وهندسة الوراثة).

الثاني:

الانتقال من نزعة التحكم بقوانين الطبيعة أو إلغائها إلى نظام العمل بها (تكنولوجيا الطبيعة النظيفة بدلا من تكنولوجيا المعلومات والآلة البخارية الرديئة).

الثالث:

الانتقال من نمط إنتاج الدولة المنفصل إلى نمط الإنتاج العالمي المتصل (اقتصاد عالمي مشترك).

الرابع:

الانتقال من قانونية العمل مقابل الأجر والربح إلى قانونية العمل مقابل الحاجة.

الخامس:

تحول البيئة الطبيعية من متغير تابع لتكنولوجيا الآلة البخارية في (تشكيلة فائض الاجريح) إلى متغير مستقل مع تكنولوجيا الأتمتة المعلوماتية والوراثية في تشكيلة فائض الحاجة المستقبلية. وهذه المرحلة فيها من المعادلات أو القوانين علاقات إنتاج الفائض الاجتماعي الثقافي (في تشكيلة الحاجة المستقبلية).

1.الملكية: مزيد من تقدم ملكية الحاجة الفردية والعائلية واتساعها، في مقابل مزيد من تراجع الأجر وطابع الملكية الفردية الرأسمالية الخاصة لقوى وأدوات الإنتاج وتقدم الطابع الاجتماعي والإنساني العام والمشترك لملكيتها (مؤسسات النظم السياسية والاقتصادية ما فوق أو ما بعد الدولة القومية).

2.السلطة: تحول سلطة أيديولوجيا القوة السياسية من متغير مستقل فوق العلم والتكنولوجيا في (تشكيلة فائض الأجر والربح) الحالية، إلى متغير تابع لسلطة أيديولوجيا العلم والمعرفة المتطورة (في تشكيلة فائض الحاجة المستقبلية).

3.الحقوق والواجبات (مسئوليات بشرية مشتركة وحقوق اجتماعية وإنسانية متساوية).

4.ما بعد تشكيلة الحاجة المستقبلية: استمرار التناقض الاجتماعي كحتمية جدلية لاستمرار التناقض والتجدد الطبيعي والموضوعي إلى ما لا نهاية.

الخاتمة: من المشاعية إلى العالمية وليس العولمة.

خامساً: نظرية الحلقة الضعيفة في جدلية التطور:

أولاً: الآراء الشائعة حول الموضوع.

ثانياً: الحلقة الضعيفة هي منطلق البدايات.

ثالثاً: العلاقة الجدلية بين الحلقة الضعيفة والحلقة القوية أو البسيطة والمركبة.

رابعاً: الحلقة الضعيفة كبداية والحلقة القوية كسبب وغاية.

وتشكيلة الحاجة المستقبلية لها من الشروط الأساسية اللازمة خمسة تبدأ بإقرار احتكام الأيديولوجيا بدلاً من تحكمها فيه.

سابعا

استنتاجات عامة:

استخدام البعد الثقافي كأساس في عملية التحول الاجتماعي الاقتصادي، والتعامل معه كبعد أساس في الفائض الاجتماعي الاقتصادي. ما يدل على وجود أبعاد عدة كمكون أساسي في النظرية وهو تأكيد على صحة البناء النظري لنظرية الفائض.

*الاستدلال العقلي والمعرفي للفهم النظري .. وهو ما يتطلب من أسس داعمة لفهم نظرية الفائض من قبل المطلع، فمن الضروري أن يتمتع القارئ لمعارف عامة متنوعة واستيعاب تاريخي لحركة التاريخ الاجتماعي وتنوعه، مع إدراك لجدلية الحراك الاجتماعي التاريخي عبر مختلف مراحل التاريخ بأبعاده المختلفة "التاريخ الاجتماعي، التاريخ الاقتصادي، التاريخ الثقافي، ... الخ" ليس لمجتمع بعينه وإنما

عبر تاريخ الإنسان على الأرض، وتفاعله معها كاشتراط أساس وبناء للفهم والاستيعاب لنظرية الفائض ومكوناتها المختلفة.

*من القضايا الجديدة في نظرية الفائض أنها لم تقم على أسس بنائية جديدة أو مراحل تاريخية متسلسلة تقوم وفق تاريخ زمني محدد وتنتهي عند تاريخ زمني محدد أيضا، وإنما اقترح قوانين محددة هذه القوانين تحكم علاقات الفائض، ويستدل منها على نوعية التشكيلة السائدة. ويقابل تلك القوانين مجموعة من المعادلات التفسيرية لفهم الواقع بأنماطه التشكيلية المختلفة.

•فاقتراح القوانين أكثر مصداقية تفسر عملية التطور الاجتماعي من المراحل النظرية التي تنتهي وتبدأ بتاريخ أو بحدث قد يكون وهميا في الصياغة النظرية.

وان كانت بعض من هذه القوانين غير ذات اتساق مع المرحلة أو التشكيلة التي يفسرها، كالقانون السادس من القوانين الأساسية العامة للوجود وللتطور الاجتماعي الخاص بتشكيلة الفائض الطبيعي فاتساع المرحلة ببعدها التاريخي الواسع يتناسق مع مصداقية التفسير ووضوح البناء العام لهذه النظرية، وان كنا نأمل إعادة النظر فيه.

ونفس الأمر أيضاً في الفقرة (خامساً) من الفصل السادس (ما هو خاص، قوانين إنتاج وعلاقات إنتاج تشكيلة فائض (القريع) تحت مسمى (جدلية العلاقة بين أنواع الفائض الاجتماعي الثقافي وأنواع الفائض الاجتماعي الاقتصادي) فوفقا للصيغ القانونية التي تقوم عليها النظرية لا نجد توافقا بينها وبين بقية القوانين الأخرى الواردة في البحث، وان كنا نجد ذلك أقرب الى ما يمكن أن نراه بالشروح والتفسيرات العامة أقرب منها الى القانون على الأقل من حيث الصياغة للقواعد القانونية الأخرى.

* للنظرية استخدامات جديدة لمفاهيم تكاد تكون مستعارة بصورة دقيقة لها ولأول مرة تستخدم ضمن في مفاهيم علم الاجتماع النظري .... القوت ..... الريع ..... الأجر ..... الربح ..... الحاجة المستقبلية.

* وان كانت الشروط الأساسية لأي نظرية جديدة الاستخدام المفاهيم المتفردة عن بقية النظريات الأخرى السابقة وهو ما تفاعل معه صاحب النظرية باقتدار وبصورة منفردة أي إن كل مفهوم من المفاهيم المستخدمة لها دلاله تفسيرية وغير قابلة للخلط مع المفاهيم الأخرى ..... حتى إن بداية استخدام المفهوم حدد بالصفحة بدقة متناهية يدل دلالة واضحة على الهدف من الاستخدام يوضح الهدف التفسيري للسياق البنائي للنظرية .

فالقوت والريع يستخدمان ابتداء من صفحة 24 (1) والذي ركب منهما مفهوما مركبا عرف بـ (القريع) وكذا الأجر والربح يبدأ استخدامها ابتداء من صفحة 89 ومنهما ركب مفهوما مركبا عرفه (بالأجر والربح) وكأن به يقول أن الأجر لا وجود له "بح" أو تبخر لدى الأخر وصار مع صاحب الربح، وبنفس الأسلوب يبدأ استخدام مفهوم فائض الحاجة ابتداء من صفحة 128 من بحثه، مما يعني توفر الدقة في الاستخدام ألمفاهيمي لدى صاحب النظرية بصورة صائبة ومبتعداً عن أخطاء البعض من أصحاب النظريات الكبرى السابقين في اللفظ ألمفاهيمي أي التداخل في الاستخدام أو عدم الوضوح لديهم لعملية الاستخدام.

وان كنت لا اتفق معه في التركيب ألمفاهيمي التي عمد على استخدامها كون جمال اللغة العربية بمعانيها الدالة بصورة قاطعة على مدلولها في الاستخدام فجمال مفهوم (القوت والريع) كما هو وليس كما يركب منهما مفهوم جديد (القريع) وكذا الحال بالنسبة للأجر والربح وليس لمركبيهما (الاجربح) فالمعنى المتطابق مع الاستخدام أكثر وضوحا وذو دلالة متطابقة من التركيب الذي لا يشكل إضافة اصطلاحيه أو لغوية. بينما (أجر الربح، أو ربح الأجر) لها دلالة اصطلاحية ولغوية وغير

مسبوقة، ويمكن أن تشكل إضافة استقرائية لمفهوم جديد مركب من مفهومين هما (الأجر والربح) ولكل منهما معناه الخاص.

فالاشتقاق وان كان مطلوبا غير معيب باللغة الانجليزية وغيرها فإنه غير ذلك في اللغة العربية سيما في المفاهيم الأنفة الذكر.

•ومن الشروط الأساسية لأي رؤية نظرية متكاملة اهتمامها بالماضي أو البعد التاريخي للظاهرة بهدف تكوين أساس موضوعي للبناء للنظرية، وقد لا أجدد حرجاً إن أشرت إلى أن نظرية الفائض في مكونها العام، أجد ثلاث نظريات منفصلة عن بعضها البعض فالأولى تفسر جدلية تطور الماضي، والثانية تفسر جدلية الحاضر، أما الثالثة فإنها تتنباء في جدلية التطور المستقبلي لشعوب الأرض، لكنها في ذات الوقت ليست منفصلة عن بعضها البعض بل إن فيها من الإتصال والاستمرارية ما يجعلنا نشير الى أن اتصالها أيضا لا يعني الإتصال البنائي لها، وإنما التمفصل بحلقاتها المتتالية بين كل منها.

•ويبدأ بوضوح الربط بين كل من المكان ومقدار ونوعية الفائض، وجدلية التطور الاجتماعية والتغير بالقوانين العامة التي تسود في كل تشكيلة اجتماعية، وأيا كانت (اجتماعية اجتماعية، أو اجتماعية اقتصادية، أو اجتماعية ثقافية).

•غير أني أجد تداخلا بين كل من (ما هو خاص وعام ـ خصوصية، وعمومية ـ في كل مرحلة من مراحل التطور الاجتماعي)، في البعض من قوانينها، وفي اعتقادي لو أنها عرفت في النظرية باسم معادلات تفسيرية لقوانين كل مرحلة فربما كان ذلك أفضل!!. وان كان يقصد بالقانون العام ... تطبيق القانون على أي مكان في الكون ولا يمكن استثنائه مطلقا من قبل أي مجتمع من المجتمعات، عكس الخاص الذي ينطبق على المكان ذاته كنطاق جغرافي محدد لا سواه.

•تبنت النظرية مفاهيم لنظريات كبرى سابقة تفسر عملية التطور الاجتماعي مثل الفائض .... والتشكيلة الاجتماعية .. الخ. وهو من المفاهيم الأساسية في نظرية نمط الإنتاج الأسيوي، بالإضافة الى استخدام المنهج الجدلي كمنطلق عام وخاص في ذات الوقت في تفسير عملية التطور الاجتماعي وهذه من بديهيات التكامل العلمي والمعرفي بين مختلف العلماء، الهدف منها الشراكة في المعرفة، والخصوصية في التفكير.

ختاما ... قد تكون سعادتي لا توصف وأنا أتطرق لما قدمه أستاذ جليل في علم الاجتماع، كان أستاذا لي وصار أستاذا وزميلا، قدم انجازا علميا مهما لم يتوصل إليه أحد من قبله في تاريخ علم الاجتماع، إلا أن سعادتي ستكون أكثر لو أن جامعة كجامعة صنعاء استكملت الشروط الأكاديمية لها والتي لا يجهلها أيا منا مطلقا والمتمثلة في ثلاثة مهام أساسية .... هي ... الدور التعليمي والتربوي، والدور البحثي والعلمي، وخدمة المجتمع، وهي المهام التي لا تكترث بها جامعة صنعاء وجامعاتنا اليمنية عدى المهمة الأولى وبصورة مشوهه لا تعكس أي إبداع حقيقي أو فائدة مرجوة. فلو أن جامعة صنعاء الذي ينتمي إليها الأستاذ الدكتور حمود العودي تنظر الى البحث العلمي بمنظار أخر غير إصدار شهادتي الماجستير والدكتوراه لكانت هي من يفخر ويحتفي بهذا الإنجاز العظيم وصاحبه، فمثل هذا مفخرة وشرف كبير لهذه الجامعة التي تعجز إدارتها اليوم عن استيعاب هذا الموقف. وإلا لكنا الآن في رحابها، وهي في أبهاء حلتها تكتسي ثوب الفرح في هذا العرس المقدس، تزف ابناً باراً بها وبوطنه وأمته. لكن عزائنا الوحيد .. ان لله وإنا إليه راجعون .

والله الموفق ،،،

الهوامش والمراجع

1-الدكتور حمود العودي، نظرية الفائض الاجتماعي، مخطوط غير متداول، 2010م.

2-الدكتورحمود العودي، المدخل الاجتماعي في دراسة التراث والتاريخ، القاهرة، عالم الكتب، 1981م

مـــــن:

أسس التربية الأسرية السليمة

للنشء والشباب

مـــن:

أسس التربية الأسرية السليمة

للنشء والشباب

أولا

مدخل عام :

قال عليه الصلاة والسلام: (الرجل راع في أهله ومسئول عن رعيته، والمرأة راعية في بيت زوجها ومسئولة عن رعيتها). فالرعاية والتربية للأبناء في الأسرة تعد من مسؤولية الأب والأم كل بحسب دوره ووظيفته، ويذكر عليه الصلاة والسلام بأن: (كل مولود يولد على الفطرة فأبواه يهودانه أو ينصرانه أو يمجسانه)، ولكل مرحلة عمرية دورها في تحديد هذه المسؤولية، وخصائصها ومميزاتها وأسلوب التعامل معها، فالأطفال كما هو معروف، يتقمصون شخصية آبائهم، ويتمثلون سلوكهم، كنموذج تربوي بشكل شعوري أو لا شعوري، ويتحدد النمط السلوكي داخل الأسرة بتصورات الدور والمواقف تجاه الدور وكذا سلوك الدور الذي يقوم به أفراد الأسرة، وما يمثله النشء أو الشباب من سلوكيات متقمصة من قبله أو منقول عن الغير من نماذج القدوة ـ الأب، والأم، والإخوة الأكبر سننا، والرموز الوطنية والشخصيات العامة.

ودور الأسرة يتضمن منظومة من الأدوار: كدور الأب، ودور الأم، ودور الأخ، ودور الأخت، ودور الجد والجدة، وكل دور من هذه الأدوار تجري وفق تصورات قائمة في ثقافة المجتمع العامة أو في ثقافته الفرعية. وتشكل هذه الأدوار منظومة العلاقات الاجتماعية المتبادلة التي تسود وسط الأسرة. والتي تشكل بدورها محور التفاعل الاجتماعي والتربوي داخل الأسرة من خلال العمليات التفاعلية بين الآباء

والأبناء. وتتباين العلاقات القائمة في إطار الأسرة الواحدة من حيث درجة الحرية والشدة أو التصلب التربوي وسيطرة قيم الضبط الاجتماعي ودرجة التمسك بها.

ويتمثل التصلب التربوي في استخدام الشدة والعنف في العلاقات الأسرية كالضرب، والشجار، والعقاب الشديد، والاستهتار والظلم، وغياب المرونة في إطار التعامل الأسري. ويتمثل التسامح المتمثل بالمرونة، والرقة، والحرية، واحترام الآخر، والتكافؤ والعدل والمساواة. ويطلق على الجانب الأول من العلاقات علاقات التسلط والقوة، وعلى الجانب الثاني العلاقات الديمقراطية. ويكاد يجمع المربون اليوم بأن أسلوب الشدة لا يتوافق مع متطلبات النمو النفسي والانفعالي السليم عند الأطفال، بل يؤدي في جملة ما يؤديه، إلى تكوين مركبات عقد النقص، والضعف، والإحساس بالقصور، وإلى تنمية الروح الانهزامية عند الطفل. وعندما تلجأ الأسرة إلى أسلوب الشدة فإنها تمارس دوراً سلبياً يتناقض مع مبدأ خفض التوتر النفسي الدائم عند الأطفال. ويؤدي أسلوب الشدة، في جملة ما يؤديه أيضا، إلى تحقيق مبدأ الاغتراب النفسي الانفعالي عند الأطفال.

لكن العلاقات الديمقراطية المتكاملة التي توجد داخل الأسرة تؤدي إلى تحقيق التوازن التربوي والتكامل النفسي في شخصية الأطفال: كالجرأة، والثقة بالنفس، والميل إلى المبادرة، والروح النقدية، والإحساس بالمسؤولية، والقدرة على التكيف الاجتماعي. ونسج علاقات سوية مع الآخرين، مما يوجد الشخصية السوية والمحصنة من عمليات الانحراف الاجتماعي.

ولكن توجد عوامل اخرى تتدخل في تربية الأبناء إلى جوار ذلك، وتكون شخصيتهم في المستقبل والتي تتوقف على عادات المجتمع وتقاليده وقيمه وعقيدته والاتجاهات الفكرية السائدة فيه، وعلى أعرافه وقوانينه ومعاييره الاجتماعيه وأنماط السلوك القائمة، أي على الثقافة السائدة في المجتمع بصورة إجمالية، وهي عملية التفاعل الاجتماعي التي يتم عن طريقها تحول الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي.

والتي في أساسها تكون عملية تعلم، فالطفل يتعلم أثناء تفاعله مع بيئته الاجتماعية عادات و أسلوب حياة أسرته وبيئته المباشرة ومجتمعة عامه، وهي تتضمن عدة عمليات نفسية تعتبر من أهم الوسائل التي عن طريقها تنتقل التأثيرات المختلفة بين أفراد المجتمع أو الجماعة المنتمون لثقافة واحدة، وبذلك فهي عملية معقدة تتضمن من جهة كائنا بيولوجيا له تكوينه الخاص واستعداداته المختلفة ومن جهة اخرى شبكة من العلاقات والتفاعلات الاجتماعيه التي تحدث داخل إطار معين من المعايير والقيم ثم من جهة ثالثة تفاعلا ديناميكيا مستمرا بين البيئة و الفرد ويؤدي إلى نمو ذات عند الفرد تدريجيا.

***

كما أن الأساليب التربوية التقليدية تقع تحت طائلة منظومة القيم الاجتماعية ومؤثرات الثقافة التقليدية المكتسبة اجتماعيا في إطار البنية الثقافية الموروثة من الأجيال السابقة للأجيال اللاحقة، عبر سلسلة التوريث المتبعة اجتماعيا الأمر الذي أطفئ على منظومة القيم الخاصة في التربية الأسرية نوعا ثابتا من الاستقرار في ظل ثبات المؤثرات الثقافية الخارجية. والتي تسارعت حاليا بصورة تدعوا الى القلق والخوف المستقبلي من سيطرة قيم دخيلة على مجتمعاتنا مقابل اجتثاث القيم الخاصة بمجتمعاتنا، لاسيما وان ثورة المعلومات وتكنولوجيا الاتصال والتواصل فرضت تأثيرها بشكل واضح على أساليب التنشئة الاجتماعية حاليا، بل وأدى إلى حدوث صدام حاد بين ثقافتين وافده بفعل التواصل الكوني وداخلية بفعل منظومة القيم السائدة والمتوارثة بفعل الانتماء الاجتماعي للمجتمع في الوقت الحالي.

مضافا إليه تلك الخصوصية الخاصة بالمجتمع اليمني والتي تتدخل بصورة سلبية في عملية تنشئتنا للأبناء مثل: جلسات القات و(التفرطة*) والذي تحتل مكانة متقدمة في علاقتنا بالأبناء سواء من قبل الأب أو الأم المتعاطية للقات، ونود الإشارة إلى أن قضاء أحد الأبوين أكثر من أربع ساعات يوميا في فترة الفراغ لما بعد الظهر

أمر يشكل غاية في الخطورة ويزيد من خطورة السلبيات السيئة على علاقة الأبناء بالأبوين والإفادة منها في مسألة التقويم السلوكي والتنشئة السليمة. كما أن المتنفسات والحدائق وهي من الوسائل التي تلعب دورا ايجابيا في عملية التقارب في العلاقة بين كل من الأبناء والآباء، والأخذ عنهم سلوكيات ايجابية. ومن القضايا المؤثرة سلبيا على هذه العملية لندرتها وعدم توفرها في مجتمعاتنا المعاصرة. مما يسبب فجوة في علاقة الآباء بالأبناء، وتقلل بالتالي من الرقابة الأسرية في متابعة سلوك الأبناء والتدخل كلما دعت الضرورة لذلك.

***

أما التربية الجنسية للطفل فيبدأ الاهتمام بها منذ قدومه إلى هذا العالم وتتوسع مع مرور الزمن بصورة مطردة، فما أن يدخل الطفل في مرحلة البلوغ الجنسي حتى يكون قد أعد الأعداد الكافي وزود بالخبرات الكافية لاجتياز هذه المرحلة بنجاح وسلام، ويؤكد أكثر المهتمون بقضايا التربية أن السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل هي مرحلة التكوين الأساسية والتي يتحدد فيها موقف الطفل من الحياة وهي التي تحدد خبراته ونوعية التربية الجنسية التي تساعده على مواجهة مشاكله الجنسية مواجهة واقعية مستقبلا، أما اذا لم يتلقي الفرد الأسس السليمة في التربية الجنسية حسب النوع الاجتماعي ـ ذكرا أو أنثى ـ فان ذلك يكون من الأسباب الرئيسة في الانحراف الجنسي عن نوعه إلى ما يعرف بالجنسية المثلية، ومن ثم يفقد وظيفته التي من أجلها وجد الفرد واستمر النوع البشري.

غير أن الأدوار الأنثوية قد تكون واضحة وأكثر اتساقا من أدوار الذكورة في حال انحرافها عن المسار الخاص بها، عند الأبوين لكنها تعاني من صعوبات الفهم عند الأبناء الذكور من قبلهم. لكن تأثير التنشئة الاجتماعية على الطفل وأهميتها في المجال الجنسي تبدأ منذ المراحل الأولى للنمو وذلك من خلال تنظيم عمليات التبول والتغوط والنظافة وتناول الطعام، وفترة الرضاعة وموعد الفطام وكيف نؤدب

الطفل أو نعمل على تربيته في أثناء (كشف أو لمس) أعضاءه التناسلية، أو التنميط الجنسي أو مص الأصابع أو البكاء رغبة في طلب الطعام، ومعرفة مدى تصرفات الوالدين تجاه هذه الظواهر بدرجات مختلفة حسب مستوى تعليمهم وثقافتهم وحسب بنائهم النفسي وسماتهم الشخصية وتربيتهم من قبل والديهم ومدى تأثرهم بهم عندما كانوا أطفالاً، لذلك نجد تأثير التفاوت في درجات الشدة والصرامة والقسوة والتزمت ورحابة الصدر والحنان والهدوء واضحا في شخصيتهم، وتؤثر مواقف الوالدين الخاطئة على استجابات الطفل وطباعهُ المستقبلية في البلوغ، وعن طريق الإقتداء يتكون لدى الطفل (ضميره) واستجاباته ودوره في الحياة، وعندما يكبر الطفل يكتسب أنماطً واتجاهات من السلوك تتشابه إلى حدٍ ما مع سلوك الأبوين بدرجة عالية من التماثل أو التشابه (1) وعلى أساليبها التربوية. كما تتولد الإساءة اذا كان التعامل مع الأبناء متناقضا مع مهام الأمومة والأبوة.

إن مشكلة التربية الجنسية تقع على الأسرة بشكل خاص في مرحلة الطفولة المبكرة حيث يتطلب من الأهل تكوين اتجاهات سليمة نحو الجنس ابتدءا من سنوات الطفولة الأولى والإجابة على جميع أسئلة الطفل المتعلقة بالهوية (الجنس) بكل أمانة وبحوار مبني على الصراحة التامة (وأن تكون هذه الإجابة مطابقة لما سأل عنه الطفل ومناسبة لعمره حتى يمكن تقبلها).

وهنا ننوه إلى أنه من الضروري أن لا تكتفي الأسرة بتزويد الطفل جميع المعلومات عن الأعضاء التناسلية التي تخص جنس الطفل ذكراً كان أو أنثى، بل وأن يزود ببعض المعلومات عن الجنس الآخر وعن أعضائه التناسلية، لذلك يستوجب على الآباء تزويد أبنائهم بهذه المعلومات لا عنّ طريق القصد والافتعال وإنما عن طريق الملاحظات العابرة والأسئلة التي يكررها الطفل عند نموه ووصوله إلى مرحلة البلوغ والمراهقة بحيث يكون قد ألّمَ الطفل بجميع المعلومات والخبرات الكثيرة.(1) عن الدور الجنسي للنوع الاجتماعي.

ثانيا

ما بين التنشئة الأسرية والتربية الأسرية :

مفاهيم وتطبيقات :

أ - تعريفات:

1- الأسرة:

يعد الفيلسوف الصيني كونفوشيوس من أوائل الفلاسفة -الذين تعرضوا للأسرة حيث أشار إن المجتمع الفاضل يعتمد أساساً على الأسرة، والأسرة يمكن أن تستقر إذا أصلح الفرد نفسه وكذلك (أفلاطون) والذي حاول أن يضع نظام للأسرة من خلال الجمهورية الفاضلة حيث تطرق وشرح النظام الاجتماعي المثالي للأسرة، وطرق وأساليب التربية السليمة التي يراها صالحة لتحقيق جمهوريته الفاضلة، من خلال الإعداد الجيد للنشء والشباب وفق نظام يؤدي إلى التراتب الاجتماعي ويقسم المجتمع إلى طبقات نتاج عن نظامه التربوي. وبعد ذلك جاء (أرسطو) الذي دعا إلى ضرورة المحافظة على كيان الأسرة فقال أن الأسرة مكونة من الوالدين والأبناء وفئة أخرى وهم العبيد المملوكين لتلك الأسرة، ومنهم تتكون الأسرة.

كما تناول الفلاسفة المسلمين الأسرة من عدة زوايا واتجاهات مختلفة، وعلى سبيل المثال (ابن خلدون) اهتم بدراسة نظام الأسرة والقبيلة (العصبية)، كما أشار (الغزالي) إلى المسائل الاقتصادية والجغرافية والاجتماعية المتصلة والمتعلقة بالأسرة وتحدث عن أهمية الأسرة في تربية الطفل ودروها في عملية التنشئة الاجتماعية السليمة للأفراد (2).

وتعبر الأسرة عن نظام اجتماعي وضرورة حتمية لبقاء الجنس البشري ودوام الوجود الاجتماعي، ولقد أودع الله (عزّ وجل) في الإنسان هذه الضرورة بصفة

فطرية، ليتحقق ذلك بفضل اجتماع كائنين لا غنى لأحدهم عن الآخر وهما الرجل والمرأة، كأساس في تكوينها.

والأسرة هي المؤسسة التربوية الأولى التي تتلقى المخلوق البشري أو الفرد منذ بداية وجود القيم والمعايير الأخلاقية التي ارتضاها المجتمع، وهي الوعاء الذي تتشكل داخله شخصية الطفل تشكيلاً فردياً واجتماعياً كما أنها المكان الأنسب الذي تطرح فيه أفكار الآباء والكبار ليطبقها الصغار وعلى مر الأيام. وهي التي تقوم بوظيفة التنشئة الاجتماعية للطفل الذي يتعلم من الأسرة كثيراً من العمليات الخاصة بحياته مثل المهارات الخاصة بالأكل واللبس والنوم الذي يستند عليه الكيان الاجتماعي. وتعد وحدة للتفاعل الاجتماعي المتبادلة بين الأفراد الذين يقومون بتأدية الأدوار والواجبات المتبادلة بين عناصر الأسرة، بهدف إشباع الحاجات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية لأفرادها، وهي أول جماعة يعيش فيها الطفل ويشعر بالانتماء إليها، ومنها يتعلم كيف يتعامل مع الآخرين في سعيه لإشباع حاجاته، كما تعتبر الأسرة الوحدة الاجتماعية البنائية الأساسية في المجتمع، وتنشأ منها مختلف التجمعات الاجتماعية، وتعتبر الثمرة الطبيعية للزواج(2). أو المصدر الأساس لإشباع الحاجات البيولوجية لدي الفرد.

2- التنشئة:

والتنشئة هي تلك العملية الكلية التي يتحول من خلالها الفرد من كائن بيولوجي إلى كائن اجتماعي يتعلم من خلالها ثقافة المجتمع وكينونته الاجتماعية ويصبح عضوا كامل الوظائف والأدوار. إنها عملية يتم فيها تشكيل خصائص الفرد وإمكاناته وطاقاته. بحيث يتاح له الاندماج الكامل العضوي والوظيفي في المجتمع الذي ينتمي إليه (9).

وهي عملية إكساب الفرد لثقافة مجتمعه ولغته والمعاني والرموز والقيم التي تحكم سلوكه وتوقعات الغير وسلوكياتهم والتنبؤ باستجابات الآخرين وإيجابية التفاعل

معهم. وهي تلك العملية التي يتم فيها انتقال الثقافة من جيل إلى جيل وهي الطريقة التي يتم بها تشكيل الأفراد من طفولتهم حتى يتمكنوا من العيش في مجتمع ذي ثقافة معينة ومحددة المعايير.

3- التربية:

ينطلق مفهوم التربية الأسرية من المسئولية الجماعية التي تقع على عاتق الأبوين كل بحسب دوره ووظيفته في مسئولية إكساب وتقويم وتهذيب سلوك الأبناء فيما يتوافق والمعايير المجتمعية التي ترتضيها الجماعة أو المجتمع.

وهي العملية القائمة على التفاعل الاجتماعي التي يكتسب فيها الطفل أساليب السلوك و القيم المتعارف عليها و معاييرها في جماعته بحيث يستطيع أن يعيش فيها ويتعامل مع أعضائها بقدر مناسب من التناسق والاتساق والنجاح. وهي أيضا العملية القائمة على التفاعل الاجتماعي التي تهدف إلي إكساب الفرد سلوكا ومعايير وقيما تجعله قادرا على مسايرة جماعته والتوافق والانسجام معها أيضا و تنشئ لديه ضوابط داخلية توجه سلوكه وتحدده وتقيده وأيضا تنمي لديه الاستعداد لمطاوعة قيم الضبط الاجتماعي والحساسية لها، والتربية بهذا تختلف عن التنشئة كونها لا تهتم بالعمليات غير السلوكية والتوائم في السلوك بين الفرد والمجتمع عكس التنشئة التي تهتم بالسلوك والعمليات الأخرى كالطعام والدواء ... الخ.

***

ان الأسرة كوحدة اجتماعية تعد المسئولة ـ بالإضافة إلى المؤسسات الرسمية الأخرى في المجتمع ـ عن تنمية المسؤولية الشخصية والاجتماعية لدى أفراد الأسرة من الطفولة حتى الشباب من خلال إشراك الطفل والشاب في القيام بمسؤولياته التي يتم توزيعها من خلال رب الأسرة أو القائم عليها ابتداء من حاجاته الشخصية وحتى القيام بالواجبات المدرسية والمنزلية، وكونها مسؤولية مباشرة للأبوين نحو أبنائهم

فنجد أطفالاً ينشئون (بتفكير استقلالي منضبط ومسئول من خلال ما يتعلمون من قيم وأدوار ومسؤوليات في المنزل وخارجه).

وهنا يمثل الانسجام والاتساق في التعامل مع الأبناء داخل الأسرة حالة أساسية في التربية السليمة، فانسجام وتوازن الأبوين في التعامل مع أبنائهما من حيث إصدار الأوامر والطلبات والتوجيهات وكذلك من حيث المنع أو النهي وعدم إظهار أشكال الخلاف أو التنازع أمام الأبناء رغبة صحية لديها في إبعاد الأبناء عن الأجواء غير الصحية. وكثيراً من المشكلات المتمثلة في ضعف الثقة في الذات والآخرين وغيرها من المظاهر السلبية التي تظهر لدى الأطفال منشأها عدم الاتساق والانسجام في أساليب معاملة الوالدين. وعدم توفير الوقت الكافي من قبل الآباء لأبنائهم في الأسرة، وهذا أمر أساسي، فإن توفير الحاجات الأساسية من مأكل ومشرب ومصروف يومي للأبناء لا يكفي للتربية السليمة، فلابد إن أردنا تربية ناجحة لأبنائنا أن نوفر لهم الوقت الكافي لمناقشتهم وملاحظتهم ومتابعتهم فيما يقومون به ويشاهدون ويقرؤون ويلعبون ومن يخالطون وحتى فيما يفكرون، لأن هذا من شأنه تقويم نمو شخصية الأبناء في وقتها المناسب (وعلينا أن نتذكر دائماً أنها التربية في الزمن الصعب)، وأن كثيراً من المشكلات والانحرافات التي نشاهدها ونلحظها لدى الأطفال والمراهقين والشباب إنما يسهم في نشوئها وتعاظمها بُعد أو غياب الآباء عن أبنائهم ومتابعتهم وتربيتهم، وتؤثر القيم السائدة والثقافات الفرعية التي ينتمي إليها الوالدين وما تعرضوا له من خبرات شخصية منذ طفولتهم في تكوين مفهوم الدور ألوالدي لديهم وما يرتبط به من اتجاهات وممارسات في تنشئة الأبناء (7/ص12) والتي تنعكس في التنشئة للأبناء فسمات وشخصية الوالدين، والتوافق في الحياة الزوجية تنعكس أيضا على اتجاهاتهم نحو تنشئة الأبناء أيضا. ومن المعروف أن البيئة الأسرية للطفل لا تتأثر فقط بالاتجاهات والممارسات الو الدية وإنما هناك بالإضافة إلى ذلك عددا اخر من المتغيرات في هذا المجال إلى أهمية حجم الأسرة وأعمار الأبناء وترتيب الميلاد والعلاقات الزوجية والعلاقات مع

بقية الأقارب، وكلها عوامل مؤثرة تتفاعل وتتكامل في تهيئة الجو النفسي الاجتماعي للأسرة الذي تعتبر البيئة الأولى والأساسية لنمو شخصية الطفل (7/ص10).

كما ان الضرورة تدعونا إلى أن نتعلم كيفية التعامل مع الأبناء في كل مرحلة من مراحل النمو، وفي هذا يري الدكتور زيدان الحارثي أن التربية اليوم لم تعد تعتمد على المحاولة والخطأ أو الاجتهاد والعشوائية، وإنما أصبحت علماً وفناً لابد من تعلمها حتى من قبل أن يولد الأبناء (4). وأن من واجبنا اكتساب المهارات الفنية والعلمية، فالأسرة بحكم بنيتها ووظائفها تقوم على نسق من العلاقات التي تقوم بين أفرادها. وتعد العلاقة القائمة بين الأبوين المحور الأساسي لنسق العلاقات التي تقوم بين أفراد الأسرة، والمنطلق أيضا لعملية التربية الاجتماعية. حيث تعكس العلاقة الأبوية ما يسمى "بالجو العاطفي" للأسرة والذي يؤثر تأثيراً كبيراً على عملية نمو الأطفال نفسيا ومعرفيا. وتمثل العلاقة الأبوية نمطا مستمرا لأفراد الأسرة. وهذا يعني أن الطفل يكتسب أنماطه السلوكية من خلال تمثل هذه العلاقات السلوكية القائمة بين أبويه.

وبذا نجد أن صعوبات التربية الأسرية تنطلق من خلال: المعرفة، والكم، ونوعية المؤثرات على محيط التربية الأسرية للأبناء أمام محدودية الإمكانيات العلمية والفنية، بل والمادية للأسرة والتي تكون هامة في عملية التربية ومؤثره على أداء الأبوين ويحد من دورهما الايجابي في تربية الأبناء، الذي يوجد ظواهر سلبية نشعر بغرابتها بين النشء والشباب.

وهنا نشير إلى ضرورة امتلاك الآباء لمهارات وفنون تربية الأبناء بحسب النوع الاجتماعي والمرحلة العمرية لهم، فذلك سيحد من نوعية وكم الإخفاق في أساليب التربية الأسرية، بل سيمكننا من امتلاك أساليب التربية الأسرية السليمة، أما عن طريق التثقيف الذاتي، أو من خلال حضور الفعاليات الخاصة بذلك، هذا من جهة،

ومن جهة ثانية نجد من الضروري قيام المؤسسات الوطنية المهتمة بالمرأة والطفل بدور أكبر في مجال نشر وعي تربوي يخدم الأسرة ويزيد من قدرتها الفنية في التربية السليمة، مثل المجلس الأعلى للأمومة والطفولة، اللجنة الوطنية للمرأة، اتحاد نساء اليمن،.. الخ. ويمكن أن يتم ذلك عبر التوعية والتوجيه المباشر وغير المباشر كالنشرات والمطبوعات، والندوات، والمؤتمرات وحملات التثقيف المنظمة. وبالتعاون مع مؤسسات بث الوعي العام، مثل وسائل الإعلام المرئية والمسموعة، والمقرؤة، سواء وزارة التربية والتعليم، والشباب والرياضة، والإعلام ... الخ. ومن خلال التنسيق الموجة فيما بينها ووضع أهداف معينة المراد تحقيقها من خلال تلك البرامج.

ثالثا

وظيفة الأسرة التربية:

لا تقتصر وظيفة الأسرة على دور الإنجاب والمحافظة على استمرار وبقاء النوع الاجتماعي من خلال الإنجاب فقط، والزيادة العددية. وإنما يتعدى دورها ذلك إلى عمليات إدماج الأبناء في المجتمع، من خلال غرس قيم وعادات وقيم المجتمع في الأبناء، أي قيامها بالتطبيع الاجتماعي للأبناء وفق المعايير التي ارتضاها المجتمع.

اذا كان من حق الأبوين تربية الأبناء ومن واجب الأمومة والأبوة تلبية حاجاتهم التي تتيح لهم النمو الجسماني والنضج النفسي والاجتماعي حتى يتمكنوا من الاعتماد على أنفسهم مستقبلا، ولكن قد لا يلبي الأبوين احتياجات الأبناء بكل أشكالها وفي كل الأوقات ولكن ليس من حق أي منا أن يكون تأثيره على الطفل تأثيرا سلبيا باستخدامه للحق التربوي.

وكل ما يقوم به الأبوين من عناية بالأطفال وتربيتهم تربية جسمية وصحية عبر تقديم المأكل والمشرب والغذاء الصحي لتنمية أجسامهم. وتدريبهم على ممارسة

العادات الصحية والمأكل والنظافة والاعتماد على النفس. إنما هو حق إنساني للطفل. ومن واجب الوالدين أن يؤمنوا لأبنائهم تربية صالحة تتسم بالأخلاق ويغرسوا في نفوسهم قيما واتجاهات سليمة تتناسب مع متطلبات مجتمعهم على أساس من الفهم والعلم والفن، وكذلك تقديم الحنان والعطف والاطمئنان العاطفي والحب المتبادل، وكيف يتعاملوا مع الآخرين(2). وأن يعززا من قيم الانتماء الوطني لديهم.

وان كان ذلك لا يترك للأبوين فقط بل يتدخل فيها آخرون كالإخوة والأخوات والجد والجدة من الجانبين، والبعض من الجيرة وممن يعيشون قريبا من أسرة الطفل وبصور مختلفة ونسب متفاوتة. بالإضافة إلى دور المدرسة وجماعة الرفاق مما يجعل هذه المصادر متداخلة مع بعضها في تأدية دورها تجاه النشء والشباب لعدم وجود رؤيا واضحة ومتسقة تسعى لتحقيق أهداف معينة، وهو الأمر الذي يجعل مصادر التنشئة والتوجيه متعدد المشارب والمصادر. بل وقد تكون متناقضة في أغلب الأحيان لتكون حصيلة تربوية متعددة الاتجاهات لا تقل مخرجاتها تنوعا عن مدخلاتها، وفي بعض الأحيان تكون مخرجات مزدوجة المعايير وغير ايجابية تظهر بصورة واضحة في سلوكيات وحيات الأطفال المستقبلية. فما تشهده مجتمعاتنا المعاصرة من تغيرات في نمط الأسرة والتحول من النمط الممتد إلى النووي، والمصاحب لدخول أنماط ثقافية جديدة تلعب دوراً في تكون الشخصية وتتدخل في عمليات التربية الأسرية من ألعاب الكترونية، ودراما تلفزيونية وافدة وأنترنت وقنوات متعددة الإبعاد والاتجاهات، مع انصراف الأب إلى العمل لتحقيق سبل العيش، وانخراط الأم أيضا في مهام خارج المنزل، كل ذلك يدعونا إلى الوقوف أمام الأسس التي نطمح في غرسها لدى الأبناء، وتحقق أهدافا خاصة لمجتمعاتنا.

ويجمع الباحثون في مختلف الميادين هنا على أهمية الدور الذي تلعبه الأسرة في حياة الناشئة والأطفال، وهم بذلك ينطلقون من الأهمية الخاصة لمرحلة الطفولة على المستوى البيولوجي والنفسي والاجتماعي. والتي تؤثر الأسرة فيه على بناء وتكوين شخصية الطفل بفضل عاملين أساسيين هما: النمو الكبير الذي يحققه الطفل خلال سنواته الأولى جسدياً ونفسياً، ثم قضاء الطفل لمعظم وقته خلال سنواته الأولى في عملية التعليم واكتساب المهارات الاجتماعية المختلفة.

وتشير بعض الدراسات في هذا الصدد أن الطفل يكتسب 33% من معارفه وخبراته ومهاراته في السادسة من العمر، ويحقق 75% من خبراته في الثالثة عشرة من عمره. ويصل هذا الاكتساب إلى أتمه في الثامنة عشرة من العمر. ويشير علماء البيولوجيا أيضاً أن دماغ الطفل يصل إلى 90% من وزنه في السنة الخامسة من العمر، وإلى 95% من وزنه في العاشرة من العمر. وهذا من شأنه أن يؤكد أهمية مرحلة الطفولة المبكرة في حياة الإنسان والذي يكون فيها الفرد ملتصقا بأسرته، ومن المعروف أن نمو الدماغ أثناء الطفولة يترافق بزيادة مرموقة في القدرات العقلية عند الأطفال. ويرجع فرويد ـ كما هو معروف ـ الأمراض النفسية من مخاوف واضطرابات، وعقد نفسية إلى مرحلة الطفولة المبكرة، وإلى الخبرات النفسية القاسية التي يعيشها الطفل في هذه المرحلة، فإذا وجد الطفل خلال هذه المرحلة في كنف الأسرة، فإن للأسرة دوراً حاسماً في تحديد شخصية الطفل، وتحديد مستوى نمائه وتكامله. على مختلف المستويات الانفعالية والمعرفية والجسدية والاجتماعية (راجع2).

وهنا نؤكد على أهمية الدور الوظيفي وهو الأساس للأسرة والمتمثل في عملية التربية الأسرية للأبناء، أو للأعضاء الجدد فيها بما ينسجم والمعايير والقيم الاجتماعية للمجتمع، أو بمعنى أخر التأكيد على دور الأسرة في إدماج أعضائها في الجماعة أو المجتمع.

ومن وجهة نظرنا نعتقد ان من الأسس السليمة للتربية الأسرية ان تشمل ضمن ما تشمله: الإرضاع الطبيعي، والختان للذكور، والتطعيم، واستخراج شهادة الميلاد، وكذا غرس قيم الانتماء الوطني من خلال السلوكيات الايجابية... وغيرها من المبادئ التي تدخل في تكوين شخصيته بحسب النوع الاجتماعي، ومنها:

1- رعاية ما قبل الولادة:

تبدأ مرحلة التربية الايجابية من المراحل الأولى للحمل، والتي تبدأ بكشف الأم عن أسباب تأخر الدورة الشهرية عن موعدها المحدد، والتي في الغالب ما تكون نتاج لعملية الحمل ومن ثم يكون الأبوين ملزمان بالقيام بعملية الكشف الأولي للدم أو ما يعرف بجرثومة الحمل ومحاولة التعرف على الأمراض التي قد تؤثر على الطفل وإصابته بالأمراض مستقبلا.. كالتخلف والشفة الأرنبية وضمور الأطراف، وأمراض نقص التغذية العضلية، ومن الأمراض التي يمكن تشخيصها قبل الولادة أيضا... أعراض الكآبة و تليف المثانة، وعدم تخثر الدم. وتشخيص حالة الجنين المصاب بفقر الدم .... الخ (8/ص78-81).

فالكشف الطبي المبكر للأم الحامل والتأكد من صحة الحمل خلال الثمانية أسابيع الأولي ربما يكون في نظرنا هي الخطوة الأولى للتنشئة السليمة للأبناء، لاسيما اذا عرفنا أن طفلا معاقا يكون عبئا على الأبوين أولا والأسرة ثانيا والمجتمع ثالثا، بتلك المتطلبات الخاصة به خلال فترة حياته والتي تختلف وتتنوع بحسب نوعية الإعاقة.

2- الإرضاع الطبيعي:

ومن الوسائل الايجابية في مسألة التنشئة الاجتماعية السليمة، الإرضاع من الأم وبها يشعر الطفل بحنان ودفئ الأم وربما يكون في ضم الطفل إلى صدر أمة الخطوة الأولى للإشباع العاطفي والوجداني للطفل، وهو مالا يمكن الحصول علية دون ذلك الالتصاق. والإرضاع الطبيعي من الأسس المهمة والتي تعمل على

إيجاد الشخصية المتوازنة والسوية مستقبلا. بالإضافة للفوائد الاخرى لعملية الإرضاع للأم والطفل معا.

3- الختـــان:

اذا كان الختان سنة شرعية للذكور، ومسألة صحية على المستويين القريب والبعيد بالنسبة لهم، فانه كارثة إنسانية واجتماعية بالنسبة للإناث، لما له من أثار مستقبلية على المستويين النفسي والاجتماعي بل والصحة العامة للأنثى مستقبلا.

ومع الختان نجد أنفسنا أمام نوع من السلوك المحسوب بدقة ضمن عملية التنشئة السليمة للأبناء ـ الإناث ـ والتي تظهر مستقبلا بصورة واضحة في سلوكياتهن كانعكاس للعمليات السلوكية للآباء في المراحل الأولى من حياتهن والتي لا يظهر تأثيرها على المدى القريب، ومن يدفع ثمن مثل هذا السلوك من قبل الآباء هم الأبناء (الإناث)، فخطاء الآباء يكبر مع الزمن ليدفع ثمنه الأبناء.

4- التطـعيـــم:

والتطعيم من السلوكيات التي تلعب دورا ايجابيا في حياة الفرد وتجنبه مجموعة من الأمراض المستقبلية والإعاقات التي تؤثر عليه. ونحن نجدها ضمن دائرة السلوكيات الاجتماعية الايجابية في عملية التنشئة السليمة لما لها من نتائج هامة وايجابية في المستقبل، بالرغم من أنها قد ترافقها بعض الأخطاء.

5- شهادة الميلاد:

كل مولود يكسب الجنسية من أبيه، لذا نجد أن منح الاسم كاملا للطفل من القضايا التي تكسبه حق المواطنة، لكن شهادة الميلاد تمنح الطفل مستقبلا إحساسا أكثر ايجابية من حق الجنسية. كونها تشعره بالانتماء الوطني والاعتزاز بانتمائه لوطن تجسد بشهادة الإثبات لعملية الانتماء أكثر من كونها شهادة ميلاد.

وفي اعتقادنا أن شهادة الميلاد تلعب دورا أكثر أهمية مستقبلا بتجذير الفرد مكانيا ووجدانينا، وكون الأسرة المصدر الأول لإكساب الفرد قيم وثقافة المجتمع فان سلوكها الايجابي تجاه شهادة الميلاد جزاء من غرس وتعزيز الانتماء الوطني لدى النشء والشباب والذي يتعزز بعد ذلك بالقيم الاجتماعية والثقافية المضافة والسلوك الايجابي.

6- التعليـــم:

ونقصد به الحق الإنساني للطفل والنشء في اكتساب مهارات التعلم، فأي تربية أو تنشئة سليمة تتخذها الأسرة تجاه الأبناء لا تكتمل دون ولوج الأبناء في المدرسة للتعلم، وما يكتسبه الطفل من مهارات تعلم ومهارات اجتماعية وقيم ثقافية وإنسانية أثناء التعليم لا يمكن أن يكتسبه في مكان أخر. بل ان تهذيب السلوك وغرس القيم الاجتماعية والدينية والأخلاقية في نفوس النشء تساهم فيه المؤسسة التعليمية بصورة أكثر.

وعلى مؤسسات التعليمة والتربية تقع اللوم الأكبر في انحرافات القيم السلبية لدى النشء والشباب. لذا نجد من الضروري أن توجه مؤسسات التعليم نحو القيام بدورها الايجابي في العملية التربوية السليمة بصورة أفضل.

7- غرس قيم الانتماء الوطني:

وتعد من الحقوق الخاصة بالإنسان في المراحل الأولي من حيات النشء والشباب على أبويه أولا، بأن يزرعا لديه قيم روحية وأخلاقية ايجابية، وتعريفه بدينه. وتنمي قيم اعتزازه بوطنه وحبه له، وتكريس الهوية الوطنية عند النشء والشباب.

وكذا نجد الأمر أيضا ملزما للأبوين في تعزيز وتنمية أي سلوك ايجابي يحافظ ويعزز من قيم الانتماء الوطني. كونهما القدوة، من خلال ممارستهما السلوكيات الايجابية.

وهنا بالذات لا تقع المسئولية على الأسرة أو الأبوين، وإنما نجدها مسئولية جماعية تتحمل فيها المؤسسات الرسمية في الدولة جزءا مهما من المسئولية، فتنمية عملية الانتماء الوطني والهوية الوطنية تكون ضمن أولويات وزارة التربية والتعليم والإعلام بمختلف مؤسساتها والشباب والرياضة، من خلال تجسيد النماذج الوطنية وصياغة مناهج تربوية وتعليمية موجة في هذا الجانب، وكذا سياسات إعلامية تعمل على رفع درجة الاعتزاز بالهوية الوطنية والانتماء كمتطلب أساس للتربية السليمة.

وعدم الشعور بالانتماء يجعل الشباب أكثر إحباطا ويشعرهم بحياة مستقبلية غير واضحة المعالم. بل لا نغالي بالقول ان قلنا أن الشعور بالإحباط وحالة عدم التوازن النفسي لدى الشباب من متطلبات تخفيف حدته لديهم سد الفراغ في الأحلام المستقبلية.

فمن حق النشء والشباب ان توجد لديهم أحلام خاصة في هذه المرحلة العمرية .. والتي تمثل في نظرنا حالة صحية أن يتقمص فيها الفرد النماذج والقدوة الخاصة به كل بحسب ميوله وتوجهاته الخاصة، كمحاولة تقليد النجوم والمشاهير من الشعراء، والثوار، والأبطال والرموز الاجتماعية. ومن الضروري إتاحة الفرصة لهم بذلك، بل ومساعدتهم عليه وفق برامج موجة ونموذجية، بدلا من ترك هذه الفجوة لمتقمصات غير صحية قد تؤدي بهم إلى التيه والانحراف عن المسار الصحي.

ان وظيفة الأسرة لا تقتصر عند هذا النوع من المهام والأسس التربوية للأسرة، بل أردنا من ذكر النقاط السابقة لنحددها كأسس تربوية تشكل اللبنة الأولي في فعاليات التربية السليمة، والتي هي من وظائف الأسرة الأساسية التي تقوم بها كضرورة اجتماعية لتأسيس منطلقات سليمة للتربية.

ولا تتوقف الوظيفة عند هذا، بل تستمر بصورة ملزمة إلى مالا نهاية وكلها مهام تندرج تحت الوظيفة الأساسية .. وهي التربية .. فهناك التربية الجنسية، والتربية الدينية، والتربية المهنية، والتعليمية، والتمسك بالقيم الأخلاقية للمجتمع. وكلها مهام

تلعب فيها الأسرة دورا في تعلمها للنشء والشباب، وفق المراحل العمرية المتعارف عليها اجتماعيا، والتي لا تغفل عنها الأسرة. كما لا تغفل عن المسئولية التي تقوم بها الأم أو الأب في هذا الإطار.

رابعا

دور العوامل الاجتماعية الاقتصادية في التربية الأسرية:

تخضع وظائف الأسرة، كما تخضع أشكالها وأنواعها، لتأثير التطورات الاجتماعية والثقافية، والتي تتباين وظائفها بتباين المراحل التاريخية المختلفة، ودرجة تطور المجتمعات الإنسانية، حيث ما واكبت الأسرة تلك التطورات، ويمكن القول أن الأسرة في المجتمعات البدائية والمجتمعات التقليدية التي كانت تؤدي إلى حد ما أغلب تلك الوظائف التي تؤديها المؤسسات الاجتماعية اليوم، لكن تعقد المجتمعات دفع بكثير من المهام والوجبات للمؤسسات الاجتماعية والتربوية، بدلا من الأسرة، مما جعل المهام التربوية مشتركة بين كل من المؤسسات الرسمية والاجتماعية والأسرة. من هنا نجد مؤثرات ثقافية واقتصادية عدة تتدخل في عملية التربية، بل واجتماعية كمستوى ونوعية الطبقة التي ينتمي إليها الأبوين ونوعيتها.

ولكن قد لا تؤثر المهنة بصورة مباشرة، على التربية السليمة، إلا أن ما يرافق الممارسة المهنية من تبعات تكون أكثر تأثيرا على النشء والشباب لغياب الأب عن الأبناء في ظل وجود من يقوم بالدور الصحيح في التربية كالأم، أو الأخ الأكبر أو الجد. يقلل من عوامل التأثير على التربية السليمة، وان كانت المسألة بحاجة لقياس ميداني للتعرف على حجم التأثير ونوعيته من عدمه. وقد يكون لارتباط الأبوين في مهن خارج المنزل تأثرا سلبيا على استقامة السلوك لدى النشء مع انعدام المؤسسات البديلة لذلك كالحضانة والروضة، وارتفاع تكلفتها مع عدم توفر الإمكانيات لذلك من العوامل المهمة والمشجعة لعمليات اكتساب قيم سلبية لاسيما وان انعدام متابعة الأبوين أو أحداهما للأبناء لفترة العمل وساعاتها الطويلة قد يدفعها

إلى التعامل مع وسائل بديلة لهما، يمكن أن تكون سبب رئيس في التمرد على القيم الايجابية والتمسك بالقيم البديلة من قبل النشء والشباب.

فالجد أو الجدة، أو عاملة المنزل، أو التلفزيون والنت ... آخر ذلك من الوسائل البديلة للأبوين في عملية التربية المرتبطان بمهن خارج المنزل غير مضمون دورهما الايجابي في التربية السليمة اذ لا يمكنها أن تقوم بدورهما مطلقا.

وللدخل الأسري دوره أيضا في التربية، فالدخل المرتفع يقابله مستوى إنفاق مرتفع، مما ينعكس على إنفاق الأبناء، وهذه الإشكالية تحتاج لمعايير وتقنين من قبل الأبوين.

فالمال بقدر ماله من فوائد في عمليات عدة في مراحل التنشئة (الجسمية أو التربوية والتعليمية) يمكنه ان يتحول فيما لو استخدم بصورة غير ايجابية إلى كابح للتربية السليمة، أو سببا في انحراف النشء والشباب، لاسيما اذا منحا دون أي تدخل رقابي.

ويلعب العامل الثقافي والاقتصادي للوالدين دورا هاما في بناء شخصية الطفل والمحافظة على نموه اللغوي والجسمي وتحصيله الدراسي. حيث بينت الدراسات الجارية في هذا الخصوص، أن هناك تبايناً في أساليب التربية الاجتماعية بين الأسر بتباين المستويات الثقافية والاقتصادية للأم والأب. وقد تبين أيضا أن الأبوين يميلان إلى المعرفة العلمية في العمل التربوي كلما ارتفع مستوى تحصيلهم المعرفي أو التعليمي، وعلى العكس من ذلك يميل الأبوين إلى استخدام أسلوب الشدة في فرض قيم الضبط الاجتماعي، كلما تدنى مستواهما التعليمي (راجع2)، وقلة الخبرة المعرفية في التعامل الاجتماعي.

ويلعب الوضع الاقتصادي والمادي للأسرة دوراً كبيراً على مستوى التنشئة الاجتماعية للأطفال، وذلك في مستويات عديدة: على مستوى النمو الجسدي

والذكاء، والنجاح المدرسي وعمليات التفاعل والتكيف الاجتماعي. والوضع الاقتصادي للأسرة يرتبط مباشرة بحاجات التعلم والتربية فالأسرة التي تستطيع أن تضمن لأبنائها حاجاتهم المادية بشكل جيد من غذاء، وسكن، وألعاب، ورحلات علمية، وامتلاك الأجهزة التعليمية: كالحاسب، والفيديو والكتب والقصص. تستطيع أن تضمن من حيث المبدأ الشروط الموضوعية لتربية اجتماعية سليمة، وفي هذا السياق نجد الأسرة توظف بعضاً من دخلها في عملية التربية والتعليم وذلك من شأنه أن يعطي للأطفال الذين ينحدرون من أسر غنية فرص أفضل في متابعة تحصيلهم المدرسي والعلمي "(راجع2) وعلى العكس من ذلك فإن الأسر التي لا تستطيع أن تضمن لأفرادها هذه الحاجات الأساسية لا تستطيع أن تقدم للطفل إمكانيات وافرة لتحصيل علمي جيد، أو معرفي متكافئ. وبالتالي فإن النقص والعوز المادي سيؤدي إلى شعور الأطفال بالحرمان والدونية، وأحياناً إلى السرقة والحقد على المجتمع. ويلعب هذا العامل دوره بوضوح عندما تدفع بعض الأسر أطفالها للعمل المبكر، أو الاعتماد على مساعداتهم في تحمل جزءا من النفقات المالية للأسرة، وهذا من شأنه أن يكرس لدى الأطفال مزيداً من الإحساس بالحرمان والضعف ويحرمهم من فرص تربوية متاحة لغيرهم (2). ولا يتدخل هنا معيار الحجم الخاص بالأسرة بالعمليات التربوية، بل لا علاقة له بذلك وإنما ترجع إلى منطلقات ذاتية اخرى كالدخل ومستوى تعليم الأبوين .... الخ.

كما يلعب التطور الاقتصادي والاجتماعي للمجتمع دورا كبيرا في القضاء على أحادية التربية الأسرية، والأدوار التي تقوم بها منفردة حيث أصبحت وسائل الأعلام المتعددة تلعب دورا هاما في تكوين شخصية الطفل، وكذا المؤسسات التربوية الاخرى، مما جعل دور الأسرة هامشيا، لاسيما اذا غاب الوالدين في العمل والبعد عن الأطفال وكثرة الطلاق والعولمة والغزو الفكري الغربي والابتعاد عن الدين، كل ذلك له الأثر الكبير في تحديد شخصية الطفل (2).

خامسا

دور العوامل الثقافية في تعزيز الأدوار الفسيولوجية والبيولوجية:

من العوامل المؤثرة في التربية مستوى تعليم الآباء ومستوياتهم الثقافية فتعليم الآباء المرتفع يجعلهم يمنحون أطفالهم حرية أكبر من الذي يمنحها الآباء من مستوى تعليمي أدنى، وبصفة عامة فالمستوى التعليمي للوالدين يرتبط ارتباطا مباشرا بالتعامل السوي مع الأبناء بحيث يزيد كلما زاد المستوى التعليمي. كما يرتبط ارتباطا سالبا بالاتجاهات غير السوية بحيث كلما زاد المستوى التعليمي نقصت الاتجاهات الوالدية غير السوية (7/ص84).

كما تعد الأسرة المصدر الرئيس لإشباع حاجات الطفل المختلفة والتي تتنوع ما بين حاجات بيولوجية تكون ضرورة وإشباعها لازمة ومهمة للنمو الجسمي للطفل، فضلاً عن إن إشباع الحاجة النفسية له. التي تكون ضرورة لازمة للنمو الوجداني الانتقالي كالحاجة إلى الأمن النفسي والتقدير والحنان والحب والمودة والتقبل والمبادرة والاستقلال وتفعيل دوره الجنسي على أساس ذكوري أو أنثوي (1).

***

وفي المجتمع اليمني يميل الآباء ـ مثلاـ إلى تعزيز دور الذكورة في المجتمع من خلال تعزيز القيم والنظم الذكورية وفي ذلك تميل الأسرة إلى تعزيز قيم الخشونة والقدوة التي تعزز من دورة كذكر في المجتمع. وتلك الأدوار الخاصة بكل من الذكورة والأنوثة بل هي في الغالب تسرع من النضج لدى النشء بصورة واضحة.

وتعمل الأسر والمجتمعات بصفة عامة على تكريس وتصنيف الوجبات والأدوار للذكر والأنثى بحيث تؤكد الفوارق الجنسية حتى قبل أن يدرك الطفل تلك الفروق، فملابس الطفل الذكر من نوع وطراز ولون خاص، وللأنثى ملابس من طراز آخر وكذلك الألعاب المقدمة للأطفال تختلف باختلاف الجنس وهذا التفريق الاجتماعي

يطلق عليه تدريب الطفل على اكتساب الدور الذي يلائمه والذي يتوافق مع عادات وقيم المجتمع الذي يعيش فيه.

وان كان لكل مجتمع في الجانب الخاص بالمراكز والأدوار نظامه الاجتماعي التي يشغلها ويمارسها الأفراد والجماعات وتختلف هذه المراكز والأدوار باختلاف السن والجنس والمهن وثقافة المجتمع فقد يرضى مجتمع أن تشغل الأنثى مركزا أو ان تقوم بدور معين بل ويشجعها على ذلك، بينما يتحفظ عليها او يرفضها مجتمع أخر، ويرجع سبب ذلك على نحو رئيس للنظام الثقافي السائد في المجتمع، وفي هذا نجد من الضروري أن يساعد المجتمع على تكوين المفاهيم والقيم الاخلاقيه الأساسية لدى الطفل مثل التأكيد على مفهوم الذات الايجابي لديه وعلى الصدق والأمانة والكرامة والتعاون والإيثار وحب الآخرين وغيرها من صفات محببة مما يساعد على التوافق مع أفراد مجتمعه مستقبلا والانسجام معهم وجدير بالذكر أن للأسرة هنا دور مهم في غرس القيم الدينية والأخلاقية في أطفالها وتنميتها وأيضا في تنميه الضمير الحي لديهم. أو قيم الضبط الاجتماعي بصورة عامة.

الا أن البعض من المختصين يقرون بوجود صعوبات مؤثرة في انحراف الدور الجنسي للنوع الاجتماعي تكون نتاج لخبرات سابقة مر بها الطفل في المراحل العمرية الأولى من عمره، وربما في (السنة الخامسة) من العمر، لذا فمن الصعب أحداث تعديلات مهمة في الدور الجنسي أو الهوية بعد سن خمس سنوات وتعد هذه مشكلة فيما بعد، وجذورها تظهر في سلوكيات الأطفال الراشدين الأبداليين في الملابس أي الذين يستمتعون بارتداء ملابس الجنس الآخر من دون الرغبة في أحداث تغيير جنسي هرموني أو جراحي، لذا يتوجب على الوالدين أن يشخصوا هذه المشكلة وتحديدها وأن لا ينظروا إليها بأنها عابرة سوف يتجاوزها الطفل في مراحل عمرية لاحقة. لأن الألم النفسي وعدم الارتياح للمشكلة سوف يستمر في الغالب عبر مرحلة الرشد، وأن يهتم الوالدان بملاحظة أي مؤشر لوجود المشكلة،

وعلى الوالدان تجنب الضغط على الطفل في الالتزام بقواعد الدور الجنسي كالضغط عليهم ليمنحوا الأطفال مشاعر الخوف لديهم ويتمثلوا بالنموذج الذكري، وأن الشخصية السوية تضم اليوم عناصر من خصائص الذكورة والأنوثة والشخص المزدوج الجنس سيكولوجياً هو الشخص الذي يمارس بإرادته نشاطات ذكرية وأنثوية في آن واحد (1).

وقد يكون تقمص الدور الأخر لجنس الأبناء من القضايا الصعبة إلى حد ما لدى الأسرة في اكتشافها. والتعامل معها وإيجاد الحلول المناسبة في حالة حصول أي مشكلة تندرج تحت هذا الجانب ... والذي يرجع في بعض الأحيان إلى الخلل في التركيب الهرموني سواء في الجهاز النفسي أو التركيب البيولوجي العام وبارتفاع نسبة الهرمونات للنوع الاخر والتي يحملها كل منا بنسبة أقل من الهرمونات المحددة للنوع الاجتماعي الخاص به، فالذكر يحمل نسبة من الهرمونات الأنثوية والتي في حال زيادتها تؤدي إلى الاختلال في النوع الاجتماعي ويبدأ من تقمص سلوك النوع الاخر، ويتدرج كلما زادت عملية الانحراف السلوكي والغوص فيه لوجود أرضية اجتماعية تهيئ له ذلك، أو تساعد في عملية الانحراف النوعي لصفاته الجنسية نحو النوع الاخر. وظهور مؤشرات أنثوية لديه، والعكس بالنسبة للمرأة أو الأنثى. لاسيما اذا عرفنا أن بعض الدراسات التي أجريت على عينة من طلبة الجامعات أن حوالي (50 %) منهم يتمثلون الأدوار الجنسية التقليدية، وحوالي (15 %) يغلب عليهم طابع الجنس الآخر وحوالي (35 %) هم من مزدوجي الدور الجنسي، وهذه النتائج تلتقي مع بحوث أخرى وجدت تشير إلى أن (50 %) من النساء الراشدات ذكرن أنهن كن يتصرفن بذكورية في طفولتهن وتشمل هذه التصرفات الذكرية تفضيل الألعاب النشطة خارج البيت واللعب مع الأولاد وارتداء (الجينز) وهي تصرفات يبدو أنها شائعة بين الإناث، أما إذا كانت للأنثى اهتمامات أنثوية وكانت راضية عن هويتها الأنثوية فهي تعتبر مزدوجة الجنس، وكذلك الذكر فإذا كان لا يميل إلى العدوان وتجنب ألعاب العنف والصخب

ويكثر من أحلام اليقظة، يحب أن لا تعتبر حالته مشكلة، إذا كان سعيداً كونه ولداً، والمهم أن يصنف الطفل صحيحاً لجنسه البيولوجي (راجع 1).

وتُظهر أيضا مشكلة انحراف الأدوار الجنسية عندما تَظهر لدى الأطفال أدواراً جنسية غير معتادة على نحو متطرف وجامد، أي عندما تظهر لدى الأولاد سلوكيات أنثوية متطرفة ولدى البنات سلوكيات ذكرية (الميوعة عند الذكور والإسترجال والخشونة عند الإناث)، وإن هذا السلوك مقترن بارتفاع مستوى القلق، وانخفاض اعتبار الذات الفردية لدى النوع نفسه، وتدني التقبل الاجتماعي لنوع الطفل، لذا تعتبر ظاهرة الإساءة للأطفال من أخطر الظواهر التي تقف أمام تقدم المجتمع وتهدد تماسكه الاجتماعي والقيمي، كونها تنشئ الطفل تنشئة اجتماعية غير صحية، ومن أنواع الانحرافات الجنسية ما يتعلق بموضوع الإشباع واستبدال الموضوع الطبيعي المشروع-الجنس الآخر بمشروع آخر بديل(الجنسية المثلية والسحاق والعادة السرية) وانحرافات تتعلق بدرجة التعبير الجنسي وإجراءاته وانحرافات تتعلق بالمظهر الخارجي الشخصي والاغتصاب عن طريق العنف أو بالإغراء وغيرها. مما يجعل الإساءة للطفل موجود في كل المجتمعات والطبقات وقد تكون من قبل الوالدين أو من يقوم مقامهما، وقد تكون بفعل مباشر كالضرب أو بفعل غير مباشر كالإهمال أو كليهما، وقد تأخذ شكلا اخر من الإساءة النفسية أو الجسدية.

لذلك توجهت الأنظار لإيجاد نظام لحماية الأطفال والمراهقين من العنف ومن كافة أنواعه والعنف كل سلوك فعلي أو قولي يتضمن استخدام القوة أو التهديد باستخدامه لإلحاق الأذى والضرر بالذات والآخرين وينطوي على ممارسات مختلفة للنوع الاجتماعي.

وهنا نجد أن الأطفال الذين ينشئون في مرحلة ما قبل المدرسة في بيوت من دون آباء أو يغيب فيها الآباء لفترات طويلة تظهر عندهم ميول واتجاهات وتصرفات أنثوية أكثر من غيرهم مما يعني أن للأبوين دور في تحديد وتعزيز من عمليات

القيام بالدور الجنسي حسب النوع الاجتماعي، أو التنميط الجنسي والهوية الجنسية: فالسلوك المنمط جنسياً هو السلوك الملائم الذي يصدر عن الرجل أو المرأة في مرحلة عمرية متقدمة هو انعكاس لخبرة تربوية في المراحل الأولى من العمر. و أن الهوية الجنسية أو الدور الجنسي يشير إلى إدراك الفرد وتقبله لطبيعته البيولوجية الجنسية من حيث هو رجل أو امرأة وهنا يكمن تحديد عوامل اختيار نوع المهنة للمراهق وغيرها في المستقبل (راجع1) ويتطلب الأمر هنا تدخلا مباشرا ويقضا ممن يقومون بعمليات التربية والمساعدة على تقويم الدور الجنسي للنوع الاجتماعي بحيث يعزز منه دون الإخلال بالمعيار الإنساني لعمليتي المساواة والمشاركة الاجتماعية، لاسيما وان متطلبات التنمية التي تساعد على الخروج من دائرة الثقافة التقليدية المعززة لتفوق نوع الذكر على نوع الأنثى. كما يلعب المستوى الثقافي هنا دورا من تحمل المسئولية في هذا الإطار والتي يمكن أن نحددها بالاتي:

1-نجد أن المستوى الثقافي والوعي الاجتماعي عند الأبوين يسهمان إسهاما مباشرا في فرض الأسس التربوية السليمة لأبنائها وغرس القيم والمعايير الاجتماعية المتفق عليها اجتماعيا لدى النشء والشباب من القضايا التي يلعب فيها المستوى الثقافي والوعي دورا مهما. فكلما ارتفع المستوى لدى الأبوين كلما حققا نجاحا في التربية الأسرية السليمة.

2-الموائمة بين دفعتي الحرمان والدلال العاطفي من قبل الأبوين للأبناء سواء كانوا ذكورا أو إناثا، فالتوازن في هذا الإطار سبب رئيس في التوازن المستقبلي لشخصية الفرد.

3-كلما كان المستوى الثقافي والنضوج في الوعي لدى الأبوين مرتفعا، كلما كان توجيهما للأبناء والرفع من ثقافتهم أكثر ايجابية.

الا أن التناقض قد يبدوا واضحا في التفاوت في المستويات الثقافية بين الأبوين، كأن يمتلك الأب ثقافة عالية بينما الأم غير ذلك، أو العكس، وهنا تظهر الأمور

بانعكاساتها على شخصية وتصرفات الأبناء، بل وتؤثر في شخصيتهم وفي حالة التوازن فيما بعد وفي حالات مثل هذا النوع نجد من الضروري أن تكون دفة الأمر كله بيد إحداهما وان يراقب الآخر عن بعد متدخلا بصورة غير مباشرة كلما تطلب الأمر ذلك عن طريق توجيه وإرشاد نفس الطرف.

وأمام ذلك نجد من الضروري أن تعمل الأسرة على تعزيز الأدوار الخاصة بالنوع الاجتماعي، والعمل على تعزيز القيم الأخلاقية والدينية لدى الفرد لتجنب النشء أو الشباب عملية الانحراف السلوكي، بل يمكنها التعامل مع الأمر وكأنه حالة مرضية يعاني منها النشء من الضروري استشارة من له علاقة من الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين. فيما لو رأت الأسرة أن إمكانية التقويم السلوكي لا تستطيع أن تقوم به منفردة دون مساعدة الغير.

ان تعزيز الأدوار الجنسية لدى النشء وبث ثقافة جنسية أولية، من الأمور المعززة للتربية الأسرية السليمة في المجتمع، وعدم امتلاك النشء للقدر الكافي من الثقافة الجنسية قد يكون سببا رئيسا في استغلالهم من قبل الغير في هذا الجانب. والثقافة تقلل من الانحرافات المتمثلة في الممارسة الجنسية المثلية ـ ذكر مع ذكر أو أنثى مع أنثى ـ، وكذا الممارسات خارج إطار مؤسسة الزواج والأسرة. مما يترتب عليه مجموعة من الآثار الاجتماعية مثل:

1-انهيار المؤسسة الأسرية وتفككها.

2-انتشار الكثير من الأمراض المرتبطة بالجنس (الايدز، الزهري، السيلان، ... الخ).

3-بروز قيم اجتماعية تبرر الفعل وايجابيته. مما يعجل بانهيار القيم الايجابية في المجتمع، وسيطرة القيم السلبية.

سادسا

من الأخطاء في السلوك التربوي للأبوين:

يعد العقاب اللفظي والجسدي من الأساليب التربوية الغير سوية المتبع في ضبط سلوك الأبناء سواء عن طريق القسوة أو عن طريق الألم النفسي (7/ص40) كالتوبيخ، وهو من الأساليب العقابية المتبعة من قبل الأبوين على حد سوى، مما يؤثر سلبيا على اكتساب الأبناء للقيم الأخلاقية والمعايير التربوية السليمة.

1-التأديب بالضرب:

والتأديب بالضرب يقترن مع الأذى الجسدي للطفل المعاقب. والذي من الصعب تحديد حد فاصل بين تأديب الطفل بالضرب وبين الإساءة الجسدية إليه، وهذا قائم على عدم عدالة هذا السلوك وخلوه من أي منطق عقلاني، فعندما تتولد العدائية البيولوجية، ويقوم شخص بالغ بضرب شخص بالغ آخر، لأي داعٍ كان، وإن كان قريبه أو زوجه، يتفق الجميع على أن هذا فعل متخلف غير حضاري وهو محرم قانونًا، وإذا قام طفل بضرب شخص بالغ، فبالإضافة لكونه جريمة قانونًا في أغلب الحالات، فهو عيب اجتماعي أن يتطاول الصغير على الكبير، وأن يقوم طفل بضرب طفل آخر، وإن كان شقيقه، فهذا مؤشر على قلة أدبه وعدم تربيته ويستحق كل أنواع العقاب، وأما عندما تتولد العدائية البيولوجية، ويقوم بالغ بضرب طفل، فتنعكس المقاييس وتظهر الازدواجية، ويصبح ذلك تربية وتأديبًا، وقد يسمح لك القانون بذلك (5). وهذه من المفارقات السلوكية التي تدل على عجز في أسلوب التربية، وأظهرت دراسات عدة أن الأغلبية يعتقدون أن الضرب التأديبي ليس فقط جيدًا، بل هو أساس لتنشئة الأطفال، ففي دراسة أظهرت أن 90% من الآباء يضربون الأطفال لغاية 5 سنوات بمعدل 3 مرات أسبوعيًا، وأن 52% من الأطفال الذين أعمارهم 13 أو 14 سنة يُضربون عادة، وأن 20% من الطلبة في المرحلة الثانوية يضربون عادة من قبل آبائهم. كما وأن 60% من الآباء يضربون أولادهم

بالصفع على الوجه أو على اليدين أو المؤخرة وأن 20% يقومون بدفع الطفل أو بحمله من أحد أطرافه بعنف، وأن 15% يستخدمون العصا أو أية أداة منزلية لتأديب الطفل، وأن 10% منهم يقومون عادة ما بقذف جسم ما، صادف أن يكون بيدهم على الطفل (راجع 5).

ويعد الضرب من الأساليب التربوية الخاطئة في التعامل مع الأبناء، بل ويورث سلوكا سيئا لديهم وتمردا واضحا على الأسس التربوية السليمة، وان كان يمثل ثقافة متوارثة أفرزته القيم الاجتماعية والمضامين التربوية، التي تبيح الضرب كأسلوب من أساليب الضبط السلوكي للأبناء والذي يزيد كلما كان الأبوين أقل تعليما عن غيرهم من الآباء. ويميل إليه أيضا بحسب دراسة أجراها الدكتور عبد الفتاح القرشي على عينة كويتية، أظهرت أن أفراد الطبقات الدنيا في المجتمع، يميلون إلى استخدام الضرب في التأديب، بينما أفراد الطبقات الوسطى يميلون إلى أسلوب النصح، وهم أكثر إثارة لشعور الطفل بالذنب والقلق على مكانته وأكثر استخداما لأسلوب الحرمان والتهديد به، لكنها أكثر حرصا على المظهر الخارجي والاهتمام بآداب السلوك وأكثر تقييدا لنشاط الطفل (7/ص16).

كما أن العنف الجسدي ـ الضرب للطفل ـ يمكن أن يكون دافعا للانحراف الجنسي لدى البعض ... فالالم الجسدي الناجم عن الضرب في الصغر قد يدفع الفرد في الكبر إلى الانحراف الجنسي المرتبط باللذة والالم، والذي يعد الانحراف في الممارسة من الطرق التي تجمع ما بين اللذة والالم في آن واحد، فالجسد الذي تألم في يوم ما جراء عملية الضرب والذي أصبح مستمري عنده الفرد في الصغر ومثل نوعا من المتعة الجسدية، أصبح في اللاشعور مرتبطا باللذة والالم.

وقد تكون الممارسة الجنسية المثلية أو خارج مؤسسة الزواج نوعا من تكريس تلك العلاقة (ارتباط المتعة بالالم) كنوع من الانتقام الجسدي لما سببه من ألم لذات الفرد في مرحلة مبكرة من العمر.

1-الأصوات المرتفعة في التوجيه والإرشاد:

وهو من الأساليب الخاطئة في التربية، كونه يمثل حالة فزع واضطراب لدى الطفل في تقبل التوجيهات من أحد الأبوين بل ويجعل الطفل يعتقد أن هذه الطريقة هي المثلى في التعامل مع الاخرين، مما يحولها الى عادة مكتسبة لديه من الصعوبة التخلص منها وفي هذه الأمر الذي يجعل من النشء والشباب عرضة لتقمص تلك الأساليب وطريقة التخاطب ظننا منه أنها الطريقة المثلى في التعامل مع الغير وبالتالي تصبح جزءا من سلوكه العام مستقبلا.

2-التوبيخ ... والتهكم:

وهي من الأساليب التي تهز شخصية الطفل وتقلل من اعتزازه بذاته فيما بعد وتجعل منه عرضة لألم نفسي دائم يحس به من قبل الاخر، وقد ينجم عنه شخصية مندفعة صداميه في حال المقاومة والرفض لهذا التوجيه، أو شخصية انطوائية محبطة في حال الاستسلام له.

ووصف الأبناء بألفاظ نابيه ـ حمار، كلب، قرد، أهبل، .... الخ ـ لا تؤدي إلا إلى شخصية غير سوية، ومضطربة، لا تستطيع تقدير المواقف الاجتماعية أو تكوين حولها موقفا ايجابيا على المدى القريب والبعيد. وهذا يتطلب منا البعد عن مثل هذه المواقف، وان كنا نستهن بأثرها ووقعها على الأبناء دون وعيا منا بخطورتها عليهم والتي لا تقل عنفا عن استخدام الضرب ضدهم.

سابعا

تقويم مقترح:

وهنا يمكننا وضع تصور مقترح لمجموعة من الأساليب والطرق التي نعتقد أن المردود لها سيكون ايجابيا، ويمكنها أن تكون حزمة من المعايير التربوية والأسس السليمة للتربية الأسرية، وتتمثل في:

1-من الضروري أولا: تدريب الطفل منذ ولادته على إكساب الدور الذي يلائم جنسه كذكر أو كأنثى وفق متطلبات الثقافة التي يعيش فيها، ونجد أيضا من الحلول لهذه المشكلات التعامل مع الأبناء من خلال نشر ثقافة جنسية مهذبة تكرس الدور الاجتماعي والثقافي والبيولوجي لنوع النشء من الأبناء بحسب المراحل العمرية.

2-نجد من الضروري تجنب العقاب الجسدي للطفل بكل أشكاله، وبأي مدى لشدته بغض النظر عن أي محاولة لتبريره أو تلميعه كونه طريقة غير فعَّاله لتعديل السلوك من الناحية النفسية، حيث إن ضرب الطفل قد يجعله يتجنب السلوك السيئ مؤقتًا، إلا أن التزام الطفل بهذا السلوك يكون لفترة وجيزة، ويولد لديه خوف من أن يشاهد وهو يرتكب الخطأ، فيلجأ للقيام به سرًا، كما أن الضرب لا يعلم سلوكًا جديدًا، ولا يعلم السيطرة على النفسي، بل على العكس وعلى المدى البعيد، فإن الضرب سيترك عند الطفل سلوك العصيان وعدم التواصل الحضاري مع الآخرين، وتدني مستوى احترام الذات والكآبة.

3-ويعد التأديب بالضرب هو الطريق لمسلك دائمًا باتجاه الإساءة الجسدية للطفل، ولأن الضرب فعَّال بشكل مؤقت، يجعل الأب أو الأم يضربا بجرعة أشد، كلما عاد الطفل وأخطأ مرة أخرى، وبذلك يصبح العقاب الجسدي هو الاستجابة القياسية للسلوك السيئ، مما يزيد من شدة الضرب ويزيد من تكراره بشكل يتجاوز العرف المقبول عند بعض الأشخاص، وتشير الأبحاث إلى أن ما يزيد على 85% من

جميع حالات الإساءة الجسدية للأطفال ناتجة عن فرط التأديب وعن العقاب الجسدي.

كما يؤدي العقاب الجسدي بالضرب إلى أذى غير متوقع، فالصفع على الوجه قد يؤدي مثلاً إلى ثقب طبلة الأذن، ورج الطفل قد يؤدي إلى ارتجاع الدماغ والعمى أو الوفاة، والضرب المباشر وبأي وسيلة كانت قد يضر بالعضلات وبالأعصاب، بالأعضاء التناسلية، أو بالعمود الفقري، وحتى ضرب الأطفال على ظهر اليدين يؤذي المفاصل والأوعية الدموية الدقيقة، وقد يؤدي إلى حدوث التهاب المفاصل الصغيرة بعد عشرات السنين، وقد ينتج عن سقوط الطفل عند تعرضه للضرب إصابات شديدة في جسمه.

بالإضافة إلى أن لضرب التأديبي هو عملية تدريبية منظمة لتعليم الطفل العنف تجاه الغير حيث يتعلم مبدأ أنه من المقبول أن يستخدم القوي قوته ضد الضعيف، وأنه من الطبيعي أن تحل المشاكل بواسطة العنف، وتعزز هذه الفكرة بعملية التكرار من قبل شخص محبوب ومرغوب به، ويؤدي ذلك إلى تولد سلوك تعامل عنيف بين الطفل وأشقائه ومع زملائه في المدرسة، ومع زوجته مستقبلاً ومن ثم مع أطفاله. وإذا كان اللطم أو استخدام القوة على مؤخرة جسم الطفل هو نوع من أنواع الإساءة الجنسية للطفل، التي قد تولد شعورًا بلذة مختلطة بالألم. فان الضرب يولد الشخصية العدائية للمجتمع، ودافع نحو الجنوح، والإجرام لدى الأطفال الذين يتعرضون للضرب التأديبي أكثر من غيرهم (راجع 5).

4-كما ان من أساليب التقويم الايجابي للسلوك نجد من الضروري عدم الانزعاج من أسئلة الأطفال والمراهقين التي تتعلق بالجنس أو غيرها وتزويد الأبناء بحسب العمر ببعض الثقافات الجنسية واستثمار دروس التربية الأخلاقية والدينية والإرشاد الفردي والجمعي. وتبصير الأبناء بأدوارهم الجنسية بحسب كل مرحلة عمرية وتقبل آرائهم بصورة حوارية. وكون ذلك علاجا ناجحا لبعض الانحرافات السلوكية

التي قد تحدث مستقبلا فانه أسلوب تربوي يعود الأبناء على الحوار والديمقراطية والقبول، بالإضافة إلى البحث عن أسباب المشكلات التي يعاني منها الأبناء والتقرب إليهم ومساعدتهم على تجاوزها بكل صراحة.

5-كما أن مساعدة الأبناء على ممارسة الأنشطة الرياضية كالسباحة وركوب الخيل والركض والأنشطة التشكيلية كالرسم والأعمال اليدوية وممارسة الهوايات المختلفة وتربية الحيوانات والطيور والاهتمامات بالنباتات والأزهار وغيرها.(راجع 1) من العوامل المهمة في التقويم السلوكي وفرض الأساليب التربوية السليمة. بالإضافة إلى إن تعزيز الثقة بالنفس لدى الأطفال من شأنه إيجاد شخصية سوية ومتوازنة (6/ص).

6-بالإضافة إلى أن ما يساعد على التقويم التربوي وإيجاد الشخصية السوية والمتوازنة الأتي:

•احترام القيم ومعايير الضبط الاجتماعي.

•الاهتمام بالتحصيل الدراسي وحثهم عليه.

•مراقبة سلوك الأبناء من قبل الآباء، ولكن عن بعد. فالمراقبة المباشرة قد تلفت الأبناء إلى السلوك الغير مرغوب به وإتباعه.

•التدخل المباشر من قبل الآباء كلما لوحظ اعوجاج في سلوك الأبناء.

•مساعدة الأبناء على تحمل المسئولية الخاصة والعامة.

•دعم نماذج القدوة الاجتماعية وجعل الأبناء يتقمصونها.

•الميل إلى الأساليب والوسائل المعتدلة والوسطية في التربية والتركيز على غرس القيم التربوية السليمة.

•إتباع الحوار والمناقشات مع الأبناء في حل القضايا الخاصة والعامة. ومشاركة الأبناء في بعض المواقف الاجتماعية التي تساعدهم على اكتساب السلوك والقيم والاتجاهات المصاحبة لهذه المواقف، مثل:

•الاتساق والعدالة في التعامل مع الأبناء ذكورا وإناثا، داخل المنزل من قبل الأبوين. استنادا لقول رسول الله عندما نظر إلى رجل له أبناء فقبل، أحداهما وترك الاخر، فقال النبي ... فهلا ساويت بينهما.

•العمل على إيجاد مساحة كافية من العلاقة الحرة والايجابية بين الأبناء والآباء.

•التدخل المباشر من قبل وسائل نشر الوعي الاجتماعي بصورة مخططة ومبرمجة باعتبارها وسائل متدخلة في عملية التربية وتشكيل الوعي الاجتماعي ومؤثر على الأبناء، من خلال وضع برامج هادفة تساعد الأبوين على الطريقة الصحيحة في تربية الأبناء.

*الابتعاد عن الإحراج الذي تسببه المبالغات والتحريفات الخيالية لدى الأبناء وإرشادهم تجاه ما هو واقعي من معلومات تربوية ودينية.

7-ومن الضروري معرفته أن النشء والشباب يتمتعون بطاقات جسمية وذهنية كبيرة، لذا نجدهم بحاجة ماسة لإشباع واستغلال قطاتهم الجسمية والذهنية بتضافر جهود الأسرة ووسائل الوعي الرسمية، ابتداء من المدرسة مرورا بوسائل الإعلام الرسمية والجماهيرية وانتهاء بتحمل المجتمع لدوره العام والخاص تجاه إشباع الجوانب الجسمية واستغلال طقاتهم الجسدية والذهنية. فالفراغ الفكري لديهم بحاجة لإشباع واستغلال مناسب، حتى لا يتم ذلك بطريقة غير مناسبة.

8-إجراء الدراسات العلمية المتخصصة في الأسس التربوية السليمة الأسرية والمجتمعية، للكشف عن الأساليب الايجابية والأخطاء المتبعة من قبل الآباء، بحيث يستفاد منها في تعزيز وتقويم الجوانب الايجابية والبعد عن الاساليب الخاطئة.

9-توفر القدر اللازم من الانسجام والعلاقة الطيبة بين الأبوين، وحل مشاكلها بعيدا عن الأبناء، وان يمثلا القدوة للأبناء في علاقتهما مع الإباء (معاملة الإباء كما نحب ان يعاملنا الأبناء) بحيث يكونا نموذجا ايجابيا للأبناء في الصدق وحب الغير، بل وكل ما هو ايجابي وبناء.

10- التمسك بالقدر اللازم من القيم والأخلاق والتعاليم الدينية والعمل بها أمام الأبناء، والابتعاد عن ذم أحد الأبوين من قبل الاخر تحت أي مبرر، فعيوب أحد الأبوين عندما تعرض أمام الأبناء من قبل طرف تهز من شخصية الأبناء وثقتهم بأنفسهم، بل وله ردود سلبية عليهم. فتشويه الصورة المثلى للنموذج الأبوي سببا لاختلال المعايير لدى النشء مما يجعلهم عرضة للانحراف.

11-فرض التعليم الإلزامي للتعليم في المرحلة الابتدائية لكل من هم في سن التعليم وتفعيل الجانب القانوني له.

12- إعادة صيانة مناهج التربوية بما يخدم تحقيق مجموع الأهداف التربوية والوطنية.

13-على الأسرة ان تبتعد عن الأسلوب المتسلط في التربية وإتباع الأسلوب الحازم والذي يقوم على توجيه الطفل بطريقة عقلانية حازمة مع الوعي بفردية الطفل وتشجيع الحوار اللفظي، وتقديم التفسير للطفل تجاه كل موقف، مع توفير المحبة والقبول.

14- تشجيع الأبناء على اختيار أصدقاء ممن يشتركون معهم بصفات اجتماعية واقتصادية ومستوى عمري مشابه لهم لاسيما في مرحلة المراهقة الأولى (اليافع) حتى لا يؤثر عليهم نفسيا ويكون عاملا رئيسا في استغلالهم أو ممارسة أي نوع من أنواع الضغوط عليهم من قبل الأصدقاء.

الهوامش والمراجع

1-عبد الخضر ناصر السواد، وأخرون، مشكِلة تَحديّد الهوية الجنسية لدى الأطفال والمراهقين، دراسة تحليلية في النمو، 2009- 2010م

bafree.net/alhisn/showthread.php?t=106286

2-فيصل عايض الهاجري، الأسرة والتنشئة الاجتماعية،

-3 www.kuwait25.com/ab7ath/view.php?tales_id=503

4-زيدان الحارثي، التربية الأسرية في الزمن الصعب، الجزيرة للصحافة والنشر،ع 13307، 2009/3/5م.

5-هاني جهيشان، الضرب التأديبي هل هو إساءة لهم؟ منتديات بيوتنا،

-6 byotna.kenanaonline.com

6- عبد الله معمر، التمييز السلبي بين الأطفال المستند على النوع الاجتماعي وانعكاسه على السلوك المستقبلي، المدرسة الديمقراطية، صنعاء 2009م.

7- د/ عبد الفتاح القرشي، اتجاهات الآباء والأمهات الكويتيين في تنشئة الأبناء وعلاقتها ببعض المتغيرات، الكويت، جامعة الكويت، كلية الآداب، حوليات كلية الآداب، الحولية السابعة، 1986م.

8- ماكس بيروتز، ضرورة العلم، دراسات في العلم والعلماء، ترجمة وائل أتاسي، ع245، الكويت عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 200م.

*جلسات القات الخاص بالنساء، تسمي التفرطة، والمقصود فيها قضاء وإهدار الوقت، وفيها تتجمع النساء في منزل إحداهن لتعاطي القات، وغالبا لا تصطحب فيه الأم أبنائها حتى لا يحدثوا إزعاجا لهن.

9- نجاة صائم، مؤسسات التنشئة الاجتماعية ودورها في تكوين شخصية الشباب اليمني (دراسة ميدانية)، مجلة جامعة صنعاء للعلوم الاجتماعية والإنسانية، مجله علمية محكمة، عدد3، جامعة صنعاء، 2008م.

صنعاء – الجمهورية اليمنية

مركز منار للدراسات الاجتماعية

ت/ 00967733487656

في علم الاجتماع
والأنثروبولوجيا ج١
مركز عناد للدراسات الاجتماعية