الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945– قالمة–

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم الاجتماع

تخصص: علم اجتماع الصحة

الطب الشعبي في الوسط الريفي - في سوسيولوجيا التمثلات والممارسات -

دراسة ميدانية بمنطقة بوشقوف ولاية قالمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماسترفي علم الاجتماع

إعداد

بوطبة بثينة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الصفة
ماهر مرعب فرحان	أستاذ التعليم العالي	رئيسا
قريد سمير	أستاذ محاضر-ا-	مؤطرا
لعموري مهدي	أستاذ محاضر-ب-	عضوا

السنة الجامعية: 2021/2020

إهداء

الحمد لله الذي تنفتح بحمده النعم والحمد لله الذي حمده أفضل ما جرت به الأقلام سبحانه لا تحصى له ثناء عليه هو كما أثنى على نفسه وهو ولي كل إنعام
أما بعد أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع:

إلى من جعلت قمرها شمعا لتضيء به قمري، ريحانة حياتي، وبهجتها التي غمرتني بعطفها وحنانها وأنارت لي درب حياتي، وكانت لي عونا "أمي الحنون" حفظها الله وأطال في عمرها.

إلى من غرس في نفسي معاني التضحية والإخلاص، إلى من كانت يداه مبسوطتان لإسعادي ولإنجاحي ولحمايتي، إلى من سرته لحظة ميلادي "أبي العزيز" بارك الله لنا في عمره.

إلى روح أجدادي وجدتي رحمهم الله وأسكنهم فسيح جنانه وحفظ لي جدتي المتبقية.

إلى من كانوا لي سندا في الدنيا ولا أحصي لهم فضل "أخي وأختي" إلى أفراد عائلتي كبيرا وصغيرا.

إلى كل من لاقتني بهم مشاوير الحياة من أصدقاء وأحبة.

إلى كل الأساتذة الكرام وبالأخص الأستاذ "قريد سمير" الذي حرص على أن نلم بكل جوانب هذا البحث واهتم بأدق تفاصيله ولم يبخل علينا بنصائحه متى طلبناها.

إلى كل رفقاء الدراسة وكل من جمعني بهم المشوار الجامعي.

إلى جميع دفعة علم اجتماع الصحة 2021/2020.

إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا البحث المتواضع من قريب أو بعيد وأخص بالذكر خالي العزيز "شوقي" حفظه الله لي.

أهدي هذا العمل المتواضع إلى كل محبي البحث العلمي ولكل شخص يقدر الباحثون والعلم على حق تقدير.

أرجوا من الله تعالى أن يجعل عملي هذا نفعا يستفيد منه جميع الطلبة المتربصين المقبلين على التخرج.

بثينة

FREE PRINTABLE INVITATION - DREVIO.COM

الشكر

أشكر الله تعالى رب العرش العظيم وأحمده حمدا يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه على توفيقه لي في إنجاز هذا العمل المتواضع.

وبداية أشكر الأستاذ الفاضل المشرف على هذا العمل الدكتور قريد سمير الذي شجعني على البحث في جانب حيوي يعتبر حسب تصور أغلب أفراد المجتمع موضوع الساعة، فأشكره جزيل الشكر على ما قدمه لي من مساعدة وتوجيه وتشجيع متواصل، وقراءة دقيقة وتصحيح لغوي لكل فصول الدراسة.

كما أتقدم بالشكر الخالص والتقدير الكبير إلى الأساتذة المحترمين الأستاذ ماهر فرحان والأستاذ لعموري مهدي على قبولهما مناقشة هذا العمل وإثرائه.

كما أتقدم بالشكر إلى كل من ساعدنا في إنجاز هذا العمل من قريب وبعيد.

الطالبة بوطبة بثينة

العنوان	الصفحة
الإهداء	
الشكر	
فهرس المحتويات	
قائمة الجداول	
ملخص	
مقدمة	أ – د
الفصل الأول: الإشكالية، تحديد المفاهيم والمقاربة المنهجية	
توطئة	03
أولا: الإشكالية	04
ثانيا: تحديد المفاهيم	10
أ. المفاهيم الأساسية	10
ب. المفاهيم المساعدة	20
ثالثا: المقاربة المنهجية، أدواتها الإجرائية وطرق المعالجة الميدانية	26
1. المقاربة المنهجية	26
2. الأدوات الإجرائية	26
3. طرائق المعالجة الميدانية، التحليل التفسير والفهم	29
خلاصة	35
المصادر والمراجع	36
الفصل الثاني: التنظير للطب الشعبي التمثلات والممارسات	
توطئة	43
أولا: المقاربات السوسيولوجية للطب الشعبي	44
1. مقاربة الأنماط الثقافية	44
2. مقاربة ريفرز	46
3. المقاربة المقارنة	49

4. مقاربة الطب البدائي	51
5. مقاربة الطب كنسق متغير	52
6. مقاربة التكامل الوظيفي	53
7. مقاربة دون يودر	54
8. مقاربة مارسيل موس	55
ثانيا: المقاربات السوسيولوجية للتمثلات والممارسات	57
أ. التمثلات	57
1. مقاربة ايميل دوركايم	57
2. مقاربة موسكوفيشي	58
ب. الممارسات	61
1. مقاربة بيار بورديو	61
2. مقاربة أنتوني جيدنز	63
خلاصة	66
المصادر والمراجع	69
الفصل الثالث: سوسيولوجيا الطب الشعبي في الجزائر	
توطئة	75
أولا: مرحلة ما قبل الاستعمار	76
ثانيا: الطب الشعبي خلال فترة الاستعمار	79
1. المرحلة الأولى 1830-1853	80
2. المرحلة الثانية 1870-1900	82
3. المرحلة الثالثة 1920-1962	82
ثالثا: ممارسة الطب الشعبي في فترة ما بعد الاستقلال	83
خلاصة	91
المصادر والمراجع	93
الفصل الرابع: إتجاهات المرضى نحو الطب الشعبي في الوسط الريفي	

توطئة	98
أولا: تمثلات المرضى للطب الشعبي في الوسط الريفي	98
ثانيا: ممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي	109
خلاصة	118
المصادر والمراجع	120
الفصل الخامس: ممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي	
توطئة	124
أولا: مدى وعي الممارسين الشعبيين بأهمية الطب الشعبي	124
ثانيا: المعوقات الأساسية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي	142
خلاصة	151
المصادر والمراجع	153
النتائج العامة	157
خلاصة عامة	163
قائمة المراجع	165
الملاحق	177

الرقم	العنوان	الصفحة
01	جدول يمثل سن المبحوثين	30
02	جدول يمثل جنس المبحوثين	31
03	جدول يمثل المستوى التعليمي	32
04	جدول يمثل الحالة العائلية	33
05	جدول يمثل المهنة	34
06	جدول يمثل إعتقاد أن الطب الشعبي هو الذي يلجأ فيه الناس إلى زيارة الأولياء الصالحين	99
07	جدول يمثل لجوء الناس للطب الشعبي نظرا لتكلفة الطب الرسمي	101
08	جدول يمثل إعتقاد أن الطب الشعبي يستقطب فئات إجتماعية متنوعة بما في ذلك المتعلمة وغير المتعلمة	102
09	جدول يمثل إعتقاد أن أكثر أسباب لجوء المرضى للمعالجة الشعبية هو المرض النفسي والإجتماعي	103
10	جدول يمثل ذهاب الناس للطب الشعبي لإستعصاء علاجهم في الطب الرسمي	104
11	جدول يمثل إعتقاد أن الطب الشعبي يرتبط بالخرافة والشعوذة لدى كثير من الناس	105
12	جدول يمثل أن سكان المناطق الريفية هم الأكثر إقبالا على الطب الشعبي	106
13	جدول يمثل أن أحد الأسباب الرئيسية للإقبال على الطب الشعبي هو تقصير القطاع الصحي العمومي وسوء التسيير	108
14	جدول يمثل أن الخلفية الثقافية لدى الافراد لها تأثير على إتجاهاتهم للطب الشعبي بدل الطب الرسمي	110
15	جدول يمثل أن الطب الشعبي يعمل على تجنيب المريض تناول العقاقير الطبية الصعبة	111

16	جدول يمثل أن شعور المرضى بالإرتياح مع المعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجتهم أي يستخدم اللغة اليومية	112
17	جدول يمثل لجوء المعالجون الشعبيون إلى الممارسات ذات البعد الخرافي لكسب ثقة المريض	113
18	جدول يمثل إعتقاد أن فئة النسوة هن الأكثر إقبالا على الطب الشعبي	114
19	جدول يمثل إعتقاد أن الطب الشعبي نجح في علاج كثير من الأمراض المستعصية كالعقم	115
20	جدول يمثل إعتقاد أن الطرق العلاجية الشعبية تتضمن دواء وترويحا وتنفيسا	116
21	جدول يمثل إعتقاد أن الطب الشعبي يعتمد أساسا على الدين والسحر	117
22	جدول يمثل معنى الطب الشعبي	125
23	جدول يمثل سبب إنتشار الطب الشعبي في الوسط الريفي	128
24	جدول يمثل مسمى الممارسة العلاجية	130
25	جدول يمثل الأمراض التي يقوم بمعالجتها المعالج الشعبي	131
26	جدول يمثل مدى تجاوب المرضى مع العلاج الذي يقدمه المعالج	134
27	جدول يمثل مصدر إكتساب الممارسة العلاجية	136
28	جدول يمثل أكثر الفئات التي تعالج بالطب الشعبي	138
29	جدول يمثل طبيعة العلاقة بين المعالج الشعبي والمرضى	139
30	جدول يمثل مستقبل الطب الشعبي في ظل تطور الطب الحديث	140
31	جدول يمثل المعوقات الأساسية التي تواجه الطبيب الشعبي	143
32	جدول يمثل الحلول المقترحة لتجاوز مختلف المعوقات التي تواجه الطب الشعبي في الوسط الريفي	149

الملخص

تهدف الدراسة إلى التعرف على تمثلات وممارسات الطب الشعبي في الوسط الريفي توصلت الدراسة إلى جملة من النتائج أهمها أن الطب الشعبي حسب تصور أفراد المجتمع لا يمكن اعتباره طب خرافي أو سحري ينبغي التخلي عنه بل على العكس من ذلك هو طب أثبت جدارته وفعاليته خاصة مع فشل الطب الرسمي في تحقيق الشفاء لبعض الأمراض، وأن ممارسة الطب الشعبي نابعة من عمق البيئة السوسيوثقافية التي وجد فيها المعالج الشعبي كما أنه يعتبر ممارسة شعبية وشكل من أشكال الطب البديل ومهنة متوارثة من الآباء والأجداد ورغم نجاح هذا الطب في علاج العديد من الأمراض إلا أنه تواجه المعالج الشعبي العديد من المعوقات التي أثرت سلبا على ممارسة هذا الطب وهي متمثلة في معوقات ثقافية واجتماعية ومؤسساتية، حيث تم إقتراح حلول للنهوض بهذا الطب خاصة في الوسط الريفي تمثلت في إنشاء مراكز متخصصة لممارسة الطب الشعبي والتوعية بأهمية هذا الطب من خلال شبكات التواصل الاجتماعي ودمجه بصورة قانونية مع الأنساق الطبية العلمية.

الكلمات المفتاحية: الطب الشعبي، الوسط الريفي، التمثلات، الممارسات.

Résumé :

L’étude vise à identifier les représentations et les pratiques de la médecine populaire dans les zones rurales. La conclusion la plus importante de l’étude est que la médecine populaire, telle qu’elle est perçue par les membres de la société, ne peut être considérée comme superstitieuse ou magique pour être abandonnée. Au contraire, c’est un médicament qui a prouvé sa valeur et son efficacité, en particulier avec l’échec de la médecine formelle pour guérir certaines maladies La pratique de la médecine populaire découle de la profondeur de l’environnement sociologique et culturel dans lequel le thérapeute populaire a été trouvé. Elle est également considérée comme une pratique populaire, une forme de médecine alternative et une profession héritée des parents et des grands-parents. Bien qu’il ait réussi à traiter de nombreuses maladies, le thérapeute populaire fait face à de nombreux obstacles qui ont nui à la pratique de ces médicaments Il s’agit notamment de contraintes culturelles, sociales et institutionnelles. Des solutions ont été proposées pour la promotion de ces médicaments, en

particulier dans les zones rurales. La création de centres spécialisés pour la pratique de la médecine populaire, la sensibilisation à l'importance de la médecine populaire par l'entremise des réseaux de médias sociaux et son intégration juridique aux systèmes médicaux scientifiques.

Mots-clés : médecine populaire, zones rurales, figurines, pratiques.

Abstract:

The study aims to identify the representations and practices of folk medicine in rural areas. One of the most important findings of the study is that popular medicine, as perceived by members of society, cannot be considered superstitious or magical medicine to be abandoned On the contrary, it is a medicine that has proved its worth and effectiveness, especially with the failure of formal medicine. In the recovery of certain diseases, the practice of folk medicine stems from the depth of the socio-cultural environment in which the popular therapist was found and is also considered a popular practice, a form of alternative medicine, and a profession inherited from parents and grandparents Although this medicine has been successful in treating many diseases, the popular therapist faces many obstacles that have adversely affected the practice of this medicine, which are cultural, social and institutional impediments Solutions have been proposed for the promotion of this medicine, especially in rural areas, such as the establishment of specialized centers the practice of popular medicine Awareness of the importance of this medicine through social media networks and its legal integration with scientific medical systems.

Keywords: folk medicine, rural areas, figurines, practices.

المقـــــدمة

لقد كان الحفاظ على الصحة الشغل الشاغل للمجتمعات البشرية منذ القديم، فكانت أساليب الوقاية من الأمراض أو علاجها مرهون بالبحث في الطبيعة بكل موجوداتها العشبية والحيوانية والمائية بل وحتى الحجرية، فكانت خلاصة هذه الأبحاث والتجارب الفردية إبتكار ميكانيزمات وممارسات علاجية نابعة من عمق الثقافة الشعبية، حيث كانت سببا في علاج عدد من الأمراض التي شكلت تهديدا للحياة البشرية، وقد تجسدت أشكالها الأولى في السحر، التماتم، التعاويذ، الأعشاب الطبيعية، العلاج بمياه البحار، والرقية، الحجامة، الفصد والكي، وغيرها من الأشكال التي ثبتت بالتجربة مدى فعاليتها، حيث أن مثل هذه الأساليب وغيرها أضحت تشكل تراثا وجزءا هاما من البناء الاجتماعي وثقافة الشعوب يتوارثها جيلا بعد جيل.

لا جدال في أن الطب الشعبي هو خلاصة المعارف والمهارات والممارسات الشعبية المرتبطة في الغالب بالموروث الثقافي والبيئة الاجتماعية، كما يتأسس على معتقدات وتجارب أصيلة تملكها ثقافات مختلفة، وما زالت نظمه وأنماطه تسيطر على أنشطة العلاج الأهلي المحلي، حيث أثبتت ممارساته دورها في المحافظة على الصحة، والوقاية من الأمراض الجسدية والعقلية أو تشخيصها، أو علاجها أو تحسين حالة المريض بها.

ويعتمد الطب الشعبي على مقولة "أن الله تعالى قد خلق لكل داء دواء"، فالأعشاب تنبت في كل مكان، واهتدى الإنسان إلى ما يشفيه منها بالعقل، واهتدى الحيوان إلى ما ينفعه منها بالغريزة، فهناك الأشجار والشجيرات وأوراقها والزهور والثمار والبذور والجذور، فأستخدمها الإنسان علاجا لأمراضه في شكلها الطبيعي أو في وضعها في الماء على شكل منقوع.

ما يمكن تأكيده أن الطب الشعبي أصبح يزاحم الطب الرسمي، وإنتشاره بكثرة ما هو إلا دليل على الإقبال الكبير لهذا النوع من العلاج إلى جانب عجز الأدوية الكيماوية عن

القضاء على الأمراض المزمنة إضافة إلى ذلك ما تسببه من مضاعفات وأعراض جانبية بجسم الإنسان نتيجة تناول هذه الأدوية.

والعلاج بالطب الشعبي لم يعد قاصرا على المجتمعات التقليدية بل تعد الممارسات الطبية التقليدية ظاهرة عامة يمارسها معظم الناس أينما كانوا لكن ليست بنفس الدرجة، والدراسة التي تكشف عن هذه الممارسات والفروق التي يستخدمها الأفراد في مواجهة المرض تعد ميدانا هاما لتطبيق المعرفة السوسيولوجية وأساليب البحث الاجتماعي، وعلى هذا الأساس كان الإختيار لهذا الموضوع قصد الدراسة من أجل معرفة تمثلات المرضى حول الطب الشعبي في الوسط الريفي ورصد مختلف المعوقات التي تواجه المعالجين الشعبيين في مجال ممارسة مهنته في الوسط الريفي.

ومن أجل الإحاطة بجوانب الدراسة بحسب ما يخدم أغراض موضوع البحث أستوجب منا ذلك مراعاة التسلسل المنطقي والترابط مع أهداف المقاربة المنهجية المعتمدة، وعليه جاءت الدراسة في خمسة (05) فصول تكاملت وظيفيا بهدف الإحاطة بإشكالية الدراسة تمثلت كالآتي:

الفصل الأول: تضمن إشكالية الموضوع المدروس، والجهاز المفهومي الذي شمل المفاهيم الأساسية للموضوع مثل: مفهوم الطب، الطب الشعبي، الوسط الريفي، السوسيولوجيا التمثلات والممارسات لتأتي بعده المفاهيم المساعدة مثل: الطقوس والرموز والاعشاب الطبية والعلاج، إضافة إلى التركيز على المقاربة المنهجية وأدواتها الإجرائية من مقابلة وإستمارة وزعت على المرضى، وكذلك كانت لنا خطوة عامة مع قياس الإتجاهات للمرضى حول الطب الشعبي في منطقة بوشقوف، كما لا ننسى طرق المعالجة للمعطيات التي تم تسجيلها في ميدان البحث.

الفصل الثاني: خصص للتنظير للطب الشعبي في الوسط الريفي، التمثلات والممارسات، حيث تعرضت الطالبة لمختلف المقاربات النظرية التي شكلت المنطلقات الفكرية للطب الشعبي ونظريات التمثلات ونظريات الممارسات.

الفصل الثالث: ويتناول هذا الفصل سوسيولوجيا الطب الشعبي في الجزائر عبر المراحل التاريخية المختلفة، وهذا من أجل فهم الأسباب التي واجهت ممارسة الطب الشعبي في الجزائر.

الفصل الرابع: من خلال هذا الفصل حاولنا في دراستنا الميدانية تسليط الضوء على إتجاهات المرضى نحو الطب الشعبي من خلال معرفة تمثلاتهم تجاه الطب الشعبي في الوسط الريفي، كذلك محاولة الوقوف ومعرفة إتجاهاتهم حول ممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي.

الفصل الخامس: في هذا الفصل سعينا إلى إبراز وجهة نظر الممارسين الشعبيين، وكذلك معرفة المعوقات التي تعيق تحقيق هذا النوع من الطب، حيث عملنا على إبراز مدى وعي الممارسين الشعبيين بأهمية الطب الشعب، وكذلك الوقوف على أهم المعوقات الأساسية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي.

وفي الأخير كانت لنا محطة مع نتائج وخلاصة عامة للدراسة التي قد تكون نهاية لبداية أعمال علمية أخرى في هذا المجال، أتبعت بقائمة المصادر والمراجع المعتمدة وكذلك جملة من الملاحق وظفت في هذا البحث بحسب ما تطلبته منا منهجيته.

وعليه نأمل أن يكون هذا العمل المتواضع قد وفق إلى حد ما في الإحاطة بإشكالية الطب الشعبي في الوسط الريفي، علما أن الموضوع – في تقديرنا– لم ينل الاهتمام الكافي من طرف الباحثين في حقل علم اجتماع الصحة.

ولذلك نرجوا أن يكون هذا العمل المتواضع مقدمة لأعمال أخرى أكثر شمولا، من منطلق أن الطب الشعبي يطرح العديد من الإشكاليات الثقافية والإجتماعية والانتروبولوجية التي تتطلب من الباحثين تسليط الضوء عليه ومعرفة إنعكاساته على البناء الاجتماعي.

الفصل الأول

الفصل الأول: الإشكالية، تحديد المفاهيم، المقاربة المنهجية

توطئة

أولا: الإشكالية

ثانيا: تحديد المفاهيم

أ. المفاهيم الأساسية

ب. المفاهيم المساعدة

ثالثا: المقاربة المنهجية، أدواتها الإجرائية وطرق المعالجة الميدانية

1. المقاربة المنهجية
2. الأدوات الإجرائية
3. طرائق المعالجة الميدانية، التحليل التفسير والفهم

خلاصة

المصادر والمراجع

توطئة

يحتل الإهتمام بالمفاهيم مركزا هاما في الأبحاث العلمية والاجتماعية والإنسانية لما لها من دور في ضبط التعامل في الحياة اليومية والعملية، وفي بناء النظريات والمناهج والنماذج في الحياة العلمية، يتجلى هذا الإهتمام في مناحي الحياة الجامعية المتعددة وفي المعاجم والكتب المختصة، وأهم ما يركز عليه في مختلف هذه المجالات هو: التفرقة بين الكلمة والفكرة، والمفهوم المجرد، والمفهوم، والمصطلح، وتنوع إستعمالات المفاهيم في الفلسفة العامة، وفي الإبستيمولوجية العامة والخاصة، وفي علم النفس المعرفي والذكاء الإصطناعي والقارئ لهذه الأدبيات يجدها إعتنت بشروط إمتلاك المفهوم، وبكيفية تحديده، وبشكله، وبأصنافه **(محمد مفتاح، 2010: 5)**.

والمفاهيم بهذا المعنى تؤلف بنية البحث المعرفية، وبمقدار ما تكون مضبوطة في إستخدامها، تتوضح بنيته ويغلب عليها التماسك المنهجي والإتساق المنطقي، فإن بنيته تصاب بالإرتباك والتشوش، ما يؤثر سلبا في الصفة الأكاديمية لأي بحث، وفي رصانته العلمية أيا يكن إسم صاحبه، والمفاهيم تشكل أدوات ضبط لحدود البحث، وكل إهمال في تعريفها أو في وجهة إستخدامها، قد ينزاح به إلى مواضع لا تتصل بإشكاليته **(فؤاد خليل، 2008: 9)**.

والجدير بالذكر في هذا السياق أن مهمة بناء المناهج وتقنيات البحث في السوسيولوجيا (القياس، التكميم، الجداول والبيانات، بناء المفاهيم، إستخلاص علاقات منطقية..) لا تقل أهمية عن البناء النظري، وتحيلنا المناهج إلى كيفيات وطرق إدراك العالم الاجتماعي وزوايا النظر، التي تعتبر من وجهة نظر علم الاجتماع أكثر ملائمة، إذ هي تحتل مكانة مركزية في البحث الاجتماعي باعتبارها ترسم إلى حد كبير، طبيعة التعاطي مع العالم الاجتماعي، حيث أن أهمية المنهج كوسيط ضروري لترجمة وفهم الواقع الاجتماعي تتجلى في كونه هو الذي يخلق الموضوع، على حد تعبير عالم اللسانيات "دي سوسير" **(عصام العدوني، 2010: 38)**.

ومن خلال هذا الفصل، سيتم عرض المعالجة النظرية والإجرائية للمفاهيم الأساسية وإبراز بعض المفاهيم المساعدة وتوضيحها، والتي على إثرها تم وضع إشكالية البحث، ولقد تضمنت الكشف عن تمثلات وممارسات الطب الشعبي في الوسط الريفي، حيث استوجب ذلك الاعتماد على مجموعة من الأدوات الإجرائية لجمع المعطيات الميدانية، إضافة إلى ما حملته مواقف واتجاهات المرضى من معلومات قيمة من خلال تقنية قياس الاتجاه التي كانت للمرضى المترددين على الطب الشعبي.

واعتمدت الدراسة على المقاربة المنهجية الوصفية لتوصيف الظاهرة موضوع الدراسة إضافة إلى الاعتماد على أداتي الإحصاء والتأويل في التحليل، والبحث في العلاقات الترابطية بين المؤشرات والظواهر ثم التأويل بغرض الكشف عن الأنساق الخفية للظاهرة المدروسة.

أولا: الإشكالية

لا شك أن علم الاجتماع يشتغل على ما يترسخ في التمثلات الجماعية ويعيد تشريح الوعي الذي تحمله المجتمعات حول ذاتها كحصيلة لفعل التاريخ بمعانيه المتعددة والمزدوجة أيضا، بإعتباره (التاريخ) "يوجد دوما أمام مسؤوليات مرعبة ولكنها أيضا عظيمة دون شك" لأنه لم ينقطع أبدا في كيانه وفي تغيراته عن الإرتباط بالشروط الاجتماعية الواقعية، فالتاريخ هو إبن زمانه **(المولدي قسومي، 2018: 40)**.

أما علم الاجتماع فمهمته الانطلاق في تلك الأحداث التي تعبر عن مجرد هوامش من التاريخ الطويل ليتمكن من خلالها إلى التطرق للواقع الاجتماعي، هذا الواقع الذي يعني كل الأشكال الواسعة للحياة الجماعية والاقتصادية والسياسية والمؤسسات والبناء الاجتماعي وعموما كل الحقائق والوقائع التي لم يغفلها مؤرخو الأمس، بالإضافة إلى ما جد من تفاصيل جديدة فيها وما أضيف إلى جانبها من حقائق ووقائع أخرى **(المولدي قسومي، 2018: 40)**.

إن المجتمع هو نتاج تراكمي لتاريخه والأفراد المنتمون إليه هم فاعلون في هذا التاريخ ومنتجون له، وتبعا لذلك يفرض الواقع الاجتماعي من حيث تعدديته الإنتمائية والمنافذية في

سبيل بناء المعنى وإنتاجه الرجوع إلى التاريخ من منطلق أن الواقع الاجتماعي لا يشتغل دائما داخل الحاضر، وإنما يستنجد بالماضي لتدعيم هذا الحاضر **(عبد الرحيم العطري، 2012: 142، 143)**.

إن الإرتكان إلى أركولوجيا سوسيوتاريخية لفهم نشاة وتطور الطب الشعبي يجد مبرره في كون الممارسات العلاجية الشعبية هي قديمة قدم الحضارات الإنسانية، حيث تستوجب من الباحث فهم وإكتشاف معانيه ومبانيه من داخل مملكة السوسيولوجيا وفق ما عبر عنه "آلان توران" بنسق الفعل التاريخي.

يمكن التأكيد في هذا السياق أن العلاج والطب إرتبط عند الإنسان بوجود الألم، فبدأ البحث عن إزالة هذا الألم، وذلك عن طريق معالجته وتطبيبه، ومن ثم فالطب قديم قدم الإنسان ذاته، وتتلخص بداياته في أن الإنسان منذ وجوده، وهو يهتدي بإلهام ربه إلى أنواع من التطبيب تتفق مع مستواه العقلي وتطوره الإنساني، وكان ذلك النوع من الطب البدائي إنسجاما مع المستوى الحضاري للإنسان، ولذلك نجد إبن خلدون يقول "... للبداية من أهل العلم أن طبا يبنونه في أغلب الأمر على تجربة قاصرة، ويتداولونه متوارثا عن مشايخ الحي ربما صح منه شيء، لكنه ليس على قانون طبيعي" **(السرجاني راغب، 2009: 10)**.

وتبعا لذلك بدأ التعامل مع الأعشاب الطبية والنباتات الشافية في الطب الشعبي التقليدي منذ فجر التاريخ في مختلف أنحاء العالم مثل: الصين مصر القديمة (الفراعنة) وبابل وآشور والهند وروما وشبه الجزيرة العربية وبلدان المغرب العربي، وغيرها من البلدان حيث كان الغذاء والدواء وإنتاج الأعشاب شغلها الشاغل، كما نبغ الكثير من الأطباء في العصور الوسطى، وبرعوا في إستعمال النباتات الطبية وفي الاستطباب، إضافة إلى اكتشاف المزيد منها بعد أن أزاحوا عنها مظاهر الشعوذة والتخلف وأبانوا جدية نجوعها في الشفاء، ثم إنتقلت معرفتهم إلى عصر النهضة حيث إزدهرت إستعمالات النباتات الطبية الشعبية التقليدية في العلاج **(طلاس العماد مصطفى، 1989: 2)**.

وبالإستناد إلى مقاربة "مارسيل موس" حيث أنشا نظريته السوسيوطبية التي درس من خلالها الظواهر الواقعية للصحة والمرض، واعتبر أول من تكلم عن الصحة والممارسة

العلاجية لدى المجتمعات البدائية، فدرس عدة مواضيع في الانتروبولوجيا الطبية، حيث قدم "مارسيل موس" سوسيولوجيا الجسد في (تقنيات الجسد) وكان هدفها توضيح كيف يؤثر المجتمع على الممارسات الجسدية **(العربي حران وخيرة عويسي، 2020: 301)**.

وقد أشار بعض الانتروبولوجيين أمثال "ريفرز" في دراسته حول المعتقدات الشعبية، أن الممارسات الطبية الشعبية لها علاقة وثيقة بالمعتقدات، كالطقوس والرموز العلاجية ولها إرتباط وثيق وأثر على الحالة الصحية للفرد، فالأنساق الطبية الفطرية هي عبارة عن أنظمة اجتماعية، وإن الممارسات الطبية الفطرية يجب النظر إليها على أنها منطقية في ضوء المعتقدات السببية السائدة، لذا فبدافع المعتقد قد يفضل المريض العلاج الشعبي بدلا من الطب المعاصر، لاسيما في حالة توفر الإمكانيات اللازمة لذلك **(سعيدي نصر الدين، 2017: 117)**.

أما "بيار بورديو" فقد مثل إتجاه يريد به أن مختلف التمثلات تتم من خلال انسياق علاقات مع أنساق الطب التقليدي من خلال مفهوم الإنعكاسية فهي الوسيلة التي يجب أن يتوفر عليها الباحث، وهو يحاول القيام بتحقيقه حول تمثلات المرض والإنعكاسية هي أن يعكس الباحث ذاته، كذلك بالنسبة للفرد المصاب بالمرض، يجب تصنيف شرط أساسي في المفهوم وهو ان تنطلق هذه الذات المنعكسة على ذاتها من الفعل ورد الفعل بتأسيس على الممارسة التطبيقية أو على تصور سوسيولوجي للنمط التطبيقي حيث تقول الباحثة "كلودين هرزيش" أن كل مجتمع له تمثلاته الخاصة به، وأن الأمراض لها واقعها الخاص على التطور الاقتصادي للمجتمع وهذا ما يميز الأوبئة التي وجدت في العصور الوسطى والعصر الحديث **(لبقع زينب، 2011 : 15)**.

بالإستناد إلى المقاربة الأنتروبولوجية السوسيوثقافية عن طريق التكامل الوظيفي لمكونات أنساق الرعاية الصحية داخل النسيج الثقافي للمجتمع ونظمه الاجتماعية ونسقه السياسي، فقد أصبح مدخل التكامل الوظيفي والمدخل النظري المعرفي الرمزي هو الغالب في دراسة أنساق الرعاية الصحية بعد أن قام "كليمنس" بإصدار عمله الرئيسي منتصف القرن أعطى الطب الشعبي أحدى الابعاد الجوهرية في الثقافة التي يجب أن تخضع للبحث وأضاف منهج دراسات المجتمع المحلي مثل دراسات المكسيك وغواتيمالا والتركيز على

تصورات المجتمع في الأحياء، أسباب علاجه ودور المعالجين الشعبيين والعلاقة بين تصورات المرض والكون **(لطرش أمينة، 2011 : 180)**.

الطب الشعبي في الذاكرة الشعبية يقودنا إلى الحديث عن الممارسات الطقوسية الدينية التي مزجت بروايات خرافية وأسطورية كالرقي والتمائم والسحر، وكذا إعتماد طرق أخرى في علاج آلامه وأمراضه أثبتت نجاعتها مثل الكي والحجامة وزيارة الاضرحة والاولياء الصالحين، كعلاج روحي أستقرت في وجدانه وأنتقلت عبر الأجيال عن طريق الرواية والتجربة مشكلة بذلك مجالات أخرى للطب الشعبي، فالطب الشعبي الجزائري الذي لايزال كبار السن يمارسونه كمهنة توارثوها عن آبائهم وأجدادهم ومستمرة إلى يومنا هذا، وله إقبال واسع من مختلف أفراد المجتمع، ويزاوله غالبا أشخاص يمتلكون تجربة واسعة في مجال الطب الشعبي، وفي نوعية الأعشاب التي يستخدمونها لعلاج مختلف الامراض مستخدمين أساليب ومعارف متنوعة، كما يشمل إستخدام النباتات والحيوانات والأدوية بغرض تشخيص الامراض ومعالجتها في ضوء الخبرات والتجارب العديدة المستمدة من البيئة الجزائرية الثرية بمواردها الطبيعية **(نعيمة عيزل، 2004: 264)**.

وتجدر الإشارة في هذا السياق أن المجتمع الجزائري يزخر بعدد كبير من الممارسات التطبيبية بين أفراده، ومن خلال الجانب العملي فهو يشمل جميع أشكال الممارسات بما فيها الوصفات الوقائية والجمالية والوصفات العلاجية والممارسات الجراحية، وينقسم هذا الجانب إلى ثلاث أنواع من الاعمال يتمثل الأول والثاني في الوصفات الوقائية والعلاجية ويمكن أن نسميها بلغة الطب الحديث المعالجة التطبيبية الحفاظية والثالث هو الممارسات الجراحية **(عبد المنصف حسين علي رشوان، 2006: 43)**.

لذا هناك ممارسات تطبيبية مختلفة في المجتمع الجزائري كالتداوي بالعسل والبصل مثلا له إرتباط ببعض الامراض أو أرواح شريرة، حيث أن هذه الفكرة ليست قديمة بل سار عليها القدماء، كذلك لبن الحمير لا يزال يستعمل للسعال الديكي وهو وصفة فرعونية قديمة وبالتالي فإن مفهوم المرض يتحدد في ضوء مجموعة من الإعتبارات منها المعتقدات الشعبية المتعلقة بوجود الإنسان ورؤيته للحياة والموت والصحة والمرض وتأثير الموجودات الطبيعية

وفوق الطبيعية عليه كالجن والأنهار والنباتات والرياح والحيوانات **(العربي حران وخيرة عويسي، 2020: 308)**.

حيث يمكننا دراسة الطب الشعبي من خلال التمثلات الاجتماعية وأشكال الممارسة فالتمثلات ستساعد في فهم أبعاد وأشكال ومحتوى الطب التقليدي كونها طريقة ملائمة لفهم الثقافة الاجتماعية السائدة المتميزة عن المعرفة العلمية، وهي حسب المنظور الاجتماعي نمط من التفكير التعميمي والوظيفي من طرف جماعة إجتماعية بهدف التواصل مع محيطها الاجتماعي وبتأثير منه، لفهم هذا المحيط ومحاولة التحكم فيه، وقد أشار عالم الاجتماع "إميل دوركايم" إلى هذا المصطلح سنة 1998، عندما قارن بين التمثلات الفردية والتمثلات الجماعية، حيث يعتبر التمثل أو التصور كتأثير من طرف مظاهر المجتمع على أفكار الفرد، فهو معرفة إجتماعية متعلقة بالتنشئة الاجتماعية وناتجة عنها للبناء الاجتماعي وما يحمله من ظواهر **(عايدة.م.أ و م.م.النعيمات، 2017: 119)**.

وهناك من يرى أنها جوهر المعرفة للإعتقادات الدينية، وللإيديولوجيات الاجتماعية والسياسية، والنظام الأخلاقي والنظريات العلمية المشتركة والمحددة في ضوء الأطر الاجتماعية المحيطة بالأفراد والجماعات **(عايدة.م.أ و م.م.النعيمات، 2017: 119)**.

لقد تطورت الممارسات العلاجية في العصر الحديث مع التطور الفكري والتقني فنشطت معاهد البحث وأجريت الدراسات لتبين ما لهذه الممارسات العلاجية من فوائد وخواص شافية، فتوفرت لدى الباحثين قائمة طويلة من أنواع الأعشاب الموجودة على الأرض، وقد أظهرت البحوث قدرة معظمها على معالجة الأمراض، فنجد مثلا قشور الرمان تحتوي على حمض "التنيك" ونبات عرق الذهب يحتوي على "الزمتين" ويحتوي الثوم على مادة "الأنيدول" حيث أن الدكتور "ديفيد ريتستوك" من جامعة الوليد بإسبانيا قد أجرى بحوثا على "المانجو"، فهي تقتل ديدان البطن لما تحتويه هذه النباتات من مواد تعادل مادتي "البيلاتير" و" السانتونين" القاتلين للديدان، وقد أكدت الدراسات التي أجريت في أمريكا قدرة "حبة البركة" (الحبة السوداء) في تقوية جهاز المناعة، ومقاومة الأمراض التي تصيب الجهاز التنفسي **(مليكة.ب.م و ع.ف.معازيز، 2011: 191)**.

كما أكدت بحوث أخرى أجريت في معهد البحوث في القاهرة، أن ورق الصفصاف وأوراق التوت تحتوي على مادة "الساليسين" التي تخفض السكر في الدم، كما أن للكركدية وشواش نبات الذرى تأثيرا مخفضا لضغط الدم **(مليكة.ب.م وع.ف.معازيز، 2011: 191).**

وبالتالي يمكن القول بأن الممارسات العلاجية المعتمدة، وبمختلف أنواعها شهدت تطورا عبر الحضارات، وذلك تبعا للأمراض التي كان يواجهها الإنسان ومنها كان الطب الشعبي والذي إعتمد وسائل ومواد مختلفة، والتي كثيرا ما كانت تسهم في الشفاء من عديد الأمراض وهو ما أثبتته التجارب بالتقنيات الحديثة، فأصبح من المستحيل الإستغناء عنها **(مليكة.ب.م وع.ف.معازيز، 2011: 192).**

وعليه وبما أننا نبحث في إشكالية الطب الشعبي في الوسط الريفي منطقة – بوشقوف – نموذجا، في سوسيولوجيا التمثلات والممارسات، وهو ما استدعى منا بالضرورة معرفة سوسيولوجيا الطب الشعبي في الجزائر في مرحلة أولى، وفي مرحلة ثانية حاولنا معرفة إتجاهات المرضى نحو الطب الشعبي أما في المرحلة الثالثة تقصي معوقات الطب الشعبي أي المعوقات التي تعترض المعالجين الشعبيين في مهنة الطب الشعبي.

وعلى هذا الأساس فقد استدعى منا أن نضع تساؤلا مركزيا يساعدنا في الوصول إلى الحقائق العلمية والأنساق الخفية التي تفسر لنا بوضوح جملة الترابطات المكونة للظاهرة موضوع الدراسة، ومنه يمكن بلورة السؤال المركزي التالي:

- **كيف يمارس الطب الشعبي في الوسط الريفي؟**

ويتفرع هذا التساؤل المركزي إلى التساؤلات الآتية:

1- ما هي تمثلات الأفراد تجاه الطب الشعبي؟

2- ما مدى وعي الممارسين الشعبيين بأهمية الطب الشعبي؟

3- ماهي أبرز المعوقات التي تعترض ممارسة المعالجين الشعبيين للطب الشعبي في الوسط الريفي؟

ثانيا: تحديد المفاهيم

أ- المفاهيم الأساسية

1- الطب

الطب علم يعرف بحفظ الصحة وبرء المرض **(عائشة بنت محمد الشمسان، 2016: 14)**.

الطب –لفظة لاتينية– تعني فن العلاج، والطب هو العلم أو المجال الذي يولي فيه الطبيب الاهتمام بصحة الانسان الجسدية و النفسية، ويعد من المهن القديمة، و الرائدة في العصر الحديث، فقد بدأ الانسان تجارب الطب قديما، بالأعشاب، ووسائل تقليدية أخرى كالنار و الضرب، فيما حاول العديد من العلماء القدامى، سبر أغوار هذا المجال المهم وقدموا إبتكارات و إكتشافات ساعدت البشرية على فهم طريقة عمل الأعضاء البشرية، إلى أن تطورت مظاهر الحياة وفتحت الجامعات و المعاهد أبوابها، لتدريس مهنة الطب، وتلقى الطلبة التدريبات والشروحات اللازمة لأن يصبحوا أطباء **(رحاب خضر عكاوي، 1990: 30)**.

من خلال هذا المعنى فإن الطب كانت بدايته بالأعشاب واستخدام طرق تقليدية للعلاج، ومن خلال التجارب والأبحاث أصبح علم يدرس في المعاهد والجامعات.

وفي سياق آخر ورد في كتاب القانون: "الطب علم يتعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يصح ويزول عن الصحة، ليحفظ الصحة حاصلة ويستردها زائلة" **(ابن سينا، 1877: 3)**.

فالطب معناه العلم بقوانين موضوعة للعلاج، فيتعرف بها على أحوال البدن الإنساني ليحفظ الصحة، الطب بهذا المعنى علم موضوعه جسم الإنسان يبحث في حالاته المتغيرة بين الصحة والمرض، وهذا ما يستدعى من الطبيب معرفة الأعراض الدالة على وجود المرض، والإحاطة بأسباب العلة المرضية، وماهي الأدوية اللازمة لكل نوع من الأمراض.

كما يعرف الطب بأنه علم تطبيقي وعملي يستفيد من التجارب البشرية على مدى التاريخ، وفي العصر الحديث، يقوم الطب على الدراسات العلمية الموثقة بالتجارب المخبرية والسريرية والتشريحية **(بافيث وباولوجي، 2001: 15)**.

بناء على ما سبق نتبنى تعريف إجرائيا لإبن سينا حول طب بأنه علم يعرف من خلاله أحوال بدن الإنسان من جهة ما يصح ويزول عن الصحة ليحفظ الصحة خاصة ويستردها زائلة **(ابن سينا، 1877: 3)**.

2 – الطب الشعبي

يعد الطب الشعبي فرعا من فروع الأنتروبولوجيا الطبية، وهو وليد الاهتمام من جانب الأنتروبولوجيين بالأنساق الطبية التقليدية للشعوب غير الغربية، وقد سجل "كليمنتس"229 دراسة في هذا المجال من خلال مسحه للمعتقدات الخاصة ببحوث المرض، وقد اعطى علماء الانتروبولوجيا إسما رسميا للطب الشعبي وجعلوه جزءا من تخصصهم، ومعظم مقالات الانتروبولوجيا الطبية لا تتناول المجتمع الشعبي، وحتى اليوم فإن الدراسات الثقافية المقارنة هي السمة الرئيسية للانتروبولوجيا الطبية، تلك السمة التي تميزها عن علم الاجتماع، ويتناول طب السلالات أو الطب العرقي الممارسات والتقاليد الطبية وطرق العلاج المختلفة التي تعتقد في الطب الشعبي وتمارسه **(محمد الجوهري [وآخرون]، 2009: 77)**.

ويرى "فوستر" أن الطب الشعبي مجموعة متنوعة من الخبرات والمعلومات الناجمة عن الملاحظة الفضولية للأنتروبولوجي الذي يجمع الوسائل والأساليب التي يستخدمها أعضاء المجتمع لعلاج مرضاهم **(محمد الجوهري، 2009: 77)**.

إضافة الى ذلك يعرف الطب الشعبي بأنه جزء من القيم والمعرفة الثقافية التي تشكلت منذ احقاب بعيدة، يبنى على أشكال تقليدية من المعتقدات والسلوك والممارسات التي هدفها مقاومة المرض طلبا للشفاء **(محمد أحمد غنيم، 2007: 25)**.

كما يمكن أن نعرف الطب الشعبي من حيث أسلوب توارثه بين الأجيال على أنه:

• يعتمد بدرجة كبيرة على النقل اللفظي (أي السماعي) بالرغم من أنه يتأثر بالمطبوعات مثل الكتيبات والنشرات ...

• يعد نظاما غير رسمي في البناء الصحي نسبيا بالرغم من أنه يتم تدريب المتخصصين فيه في مراكز تدريب مهنية رسمية.

• لا يهدف الى الربح مع أنه بعض المتخصصين فيه مثل العشابين قد يتقاضون بعض المدفوعات النقدية أو المبادلات **(نجلاء عاطف خليل، 2006: 260)**.

كما تنظر منظمة الصحة العالمية إلى الطب الشعبي على أنه شكل من أشكال الطب التقليدي يعتمد الطرق والوسائل التي وجدت قبل ظهور الطب العلمي الحديث، كما تتضمن المعالجات الصحية التي تنتمي إلى تراث كل مجتمع وتنتقل من جيل إلى جيل **(نجلاء عاطف خليل، 2006: 261)**.

وفي نفس السياق الدلالي يرى عالم الاجتماع الأمريكي "رايت ميلز" أن الطب الشعبي هو الإستخدام الأكثر إنتشارا بين أصحاب الثقافات التقليدية، وأن اللجوء لما تحتوي عليه الثقافات القديمة من طرق ومناهج سواءا في الحياة الاجتماعية أو الصحية في محاولة للتمسك بكل ماهو تقليدي حتى في صورته الثانوية خاصة عند الإنتقال المكاني والإحتكاك بثقافات أخرى مغايرة، فالتراث الثقافي يعد تمسكا بالهوية **(محمد أحمد غنيم، 2007: 35)**.

والجدير بالذكر في سياق آخر، إن الطب الشعبي أو ما يعرف بالرعاية الصحية غير الرسمية هو مجموع الخدمات الصحية غير المرتبطة بالعلوم الطبية العلاجية أي بعيدا عن المستشفيات والأطباء والأخصائيين، فهي ممارسات وخدمات تقدم للمرضى من قبل أشخاص ليس لهم أي إرتباط علمي بمهنة الطب أو الفريق الطبي، وقد تكون عندهم خبرة ميدانية أو معلومات أو ممارسات موروثة من آبائهم أو أجدادهم **(أمين مزاهرة[وآخرون]، 2002 :162)**.

وفي السياق ذاته يعرف "دون يودر"، الطب الشعبي على أنه جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية حول المرض والعلاج، وما يتصل بذلك من سلوكيات وممارسات تتعلق

بالوقاية من المرض ومعالجته بصرف النظر عن النسق الرسمي للطب **(حسني الخولي، 1982: 120)**.

بناء على ما سبق نتبنى تعريفا إجرائيا للطب الشعبي للباحثة "نجلاء عاطف خليل" على أنه مجموع الأفكار والمعتقدات الشائعة في المجتمع حول أنماط المرض والنظرة العامية لمسبباته، والأنساق الثقافية التي تحدد طريقة المجتمع في إختيار المعالجين الشعبيين، والممارسات العلاجية المتعلقة بإجراءات الوقاية من المرض ومعالجته **(نجلاء عاطف خليل، 2006: 264)**.

3 – الوسط الريفي

يعرف الريف على أنه صورة الرابطة القائمة بين الأشخاص ومؤسساتهم في منطقة محلية يعيشون فيها على الزراعة في قرية تمثل عادة محور نشاطاتهم الجمعوية **(السيد الحسن [وآخرون]، 1988: 113)**.

إذن الريف مجموعة أشخاص يعيشون في منطقة محلية تجمعهم روابط وعلاقات مع مؤسساتهم.

وبعض الباحثين يطلقون مصطلح الحياة الريفية للدلالة على الحياة الخاصة بالريف بكل ما في هذا المجتمع من مميزات وخصائص تتباين عن تلك السائدة في المدينة، كما ينظر اليها من جانبها المهني الذي يقوم على أساس الزراعة بمجالاتها المختلفة، لكن ليس معناه الإنعزال عن العالم **(محمد عاطف غيث، 1997: 391)**.

ومن خلال هذا التعريف يتبين أن الحياة الريفية تختلف عن الحياة في المدينة، وهذا لا يعني التخلف والإبتعاد عن العالم، بل مواكبة العصر فقط في منطقة ريفية.

كما يعرف الوسط الريفي بانه ذلك الشكل من العلاقة التي تقوم بين الناس ومسؤوليتهم في منطقة محلية حيث يقيمون في مزارع متناثرة، وفي قرية تكون عادة مركز لنشاطهم المشترك، ونفهم من ذلك أن المجتمع الريفي ليس مجرد منطقة جغرافية ولكنه علاقة لابد من إقامتها و المحافظة عليها **(زكي.ح.ل و ي.ط طاقة، 1987 : 16)**.

بالتالي الوسط الريفي هو مجموعة من الروابط والعلاقات والتفاعلات بين أفراد المنطقة ومؤسساتها، ويختلف عن المدينة في نمط المعيشة، والثقافة السائدة التي لازلت في مجملها محافظة وتتسم بالأصالة وأسلوب العيش البسيط.

وفي نفس السياق، يعرف الوسط الريفي بأنه جزء من المجتمع الكبير، له خصائصه التي تميزه عن المجتمع الحضري، كالموقع الجغرافي بأراضيه الفلاحية، صغر حجمه، عزلته بعيدا عن المراكز الحضرية، افتقاره إلى التكنولوجيا ووسائل الإتصال والمواصلات، إضافة إلى البساطة والتجانس والتضامن الاجتماعي والثقافة المشتركة، كما تحكمه العادات والتقاليد، ويرتبط أفراده بالأرض ويمتهنون الزراعة كنشاط إقتصادي أساسي **(محمد نبيل جامع، 2009: 375)**.

لكن المجتمع الريفي في الوقت الحالي، ومع تقدم وسائل الإتصال بات يتوفر على كل المرافق الضرورية الموجودة في المدينة، كشبكة الانترنيت وغيرها، وهو ما يجعلنا نتسائل عن خصائص المجتمع الريفي حاليا مقارنة بما كان سائدا في أزمنة فائتة.

إضافة الى ذلك نجد الأنتروبولوجي الجزائري نذير معروف من خلال كتابه "العلاقة بين المدينة والقرية"، يرى أن ما هو ريفي وما هو حضري في الجزائر غير محدود بمعايير خاصة، لا ينبغي تعريف هذا الوسط بالرجوع الى المعطيات الديمغرافية لسكان القرى، وبنية اليد العاملة وحجم الإنتاج الزراعي من الناتج الوطني الخام، إلى جانب العوامل الاقتصادية والإجتماعية توجد عوامل تاريخية، حضارية وثقافية، تخص نمط العيش والسلوك وتأويل العالم حيث تعد الرموز الدينية نقاط إرتكاز، ومرجعيات لقراءة الواقع وبناءه، فالبركة بالولي الصالح لها آلية من آليات التفكير، والفعل في هذا الوسط الذي كثيرا ما كان مورديه تحت السمع والطاعة تارة وتحت التمرد والعصيان تارة أخرى **(نذير معروف، 1981: 92)**.

وبناءا على ما سبق، يمكن أن نعرف الوسط الريفي إجرائيا على أنه المنطقة الريفية أو المجتمع الريفي تتعدد الأسماء والمعنى واحد وهو مساحة مفتوحة من الأرض بها عدد قليل من المنازل، ولا يسكن فيها الكثير من الناس، وفي هذا الوسط هناك تجانس في اللباس واللغة والعادات، وهذا يعني أن كل هذه الأشياء تظل كما هي لأن ثقافتها نفسها تنتمي إلى

نفس المنطقة، تتمتع المجتمعات الريفية بعلاقات قوية وتفاعلات بين الناس، وهذا يعني أنهم يساعدون بعضهم في المحن ويتشاركون أوقاتهم السعيدة، ويظهر أشخاص هذا الوسط كرم الضيافة لضيوفهم ويعاملونهم كأحد أفراد الأسرة.

4 – السوسيولوجيا

إن السوسيولوجيا حسب محمد جسوس هي عملية تحليل مستمر ومتفاعل مع المجتمع موضوع التحليل، يسعى فيها الباحث إلى تفكيك بنيات هذا المجتمع على مستوى التحليل النظري، بحثا عن عوامل الثبات والتغير والمساهمة في إعادة تركيب هذه البنيات ومسائلتها ميدانيا **(محمد جسوس، 2003: 9)**.

بهذا المعنى فإن السوسيولوجيا هي محاولة الباحث لتفكيك تفاعلات المجتمع وبنياته وكشف أنساقه الخفية.

أما عالم الاجتماع الألماني "ماكس فيبر" يعرف السوسيولوجيا في كتابه "الإقتصاد والمجتمع" قائلا: علم الاجتماع هو العلم الذي يعنى بفهم النشاط الاجتماعي وتأويله، وتفسير حدوثه **(جميل حمداوي، 2015:12)**.

وهذا التعريف يؤكد أن علم الاجتماع هو دراسة التفاعل الاجتماعي بين الأفراد داخل المجتمع، وكيف يعطي الناس فهما للعالم، أي فهم نوايا هذا الفعل الاجتماعي وأسبابه.

أما "أنتوني غيدنز" يعرف السوسيولوجيا في كتابه "علم الاجتماع" بأنها العلم الذي يعني بدراسة الحياة الاجتماعية والجماعات والمجتمعات الإنسانية، إنها مشروع مذهل وشديد التعقيد لأن موضوعها الأساسي هو سلوكنا ككائنات إجتماعية، يتراوح بين اللقاءات العابرة بين الأفراد في الشارع من جهة واستقطاب العمليات العالمية من جهة أخرى **(أنتوني غيدنز، 2005: 47)**.

كما تعرف السوسيولوجيا على أنها العلم العام للمجتمع الذي يستغرق (يشمل) العلوم الاجتماعية الأخرى، العلم الأعلى (الفوقي) الذي يجمع بين تصميمات العلوم الاجتماعية

الأخرى، وهي الدراسة العلمية للبناء الاجتماعي، وهي علم المناهج (الميثودولوجية) **(مصلح الصالح، 1999: 513)**.

من خلال هذا الفهم السوسيولوجيا هي دراسة المجتمع بكل معانيه وتفاعلاته، فهي الدراسة العلمية لبناء هذا المجتمع، باعتماد على مناهج وطرائق بحثية تسهم في فهم مشكلات المجتمع.

وفي سياق آخر يعرفها عاطف غيث: على أنها المصطلح الذي يطلق على أي نوع من الدراسة التي تهتم بالإنسان والمجتمع، إلا أن المصطلح بمعناه الدقيق يشير إلى تطبيق المناهج العلمية لدراسة شبكة العلاقات الاجتماعية المعقدة وصور التنظيم التي تمكن الأفراد من العيش معا في المجتمع **(عاطف غيث، 1975: 438)**.

من هذا المفهوم نستخلص أن السوسيولوجيا هي العلم الذي يختص بدراسة كل ما له علاقة بالمجتمعات الإنسانية، كالعلاقات الاجتماعية، والثقافة، وأشكال التنظيم الاجتماعي.

وبناء على ما سبق نتبنى تعريفا إجرائيا لبيتريم سوروكين حول سوسيولوجيا على أنها ذلك المفهوم الذي يشير إلى جميع المعلومات الخاصة بالتشابه بين مختلف الجماعات الإنسانية وأنماط التفاعل المشترك بين جميع أنواع المظاهر الاجتماعية **(جميل حمداوي، 2015: 9)**.

5 – التمثلات

التمثل مصطلح مرادف للتثقف ويستخدم لوصف العملية التي يقوم من خلالها تمثل شخص من خارج الجماعة أو مهاجر أو جماعة خاضعة، بحيث يتكامل مع المجتمع المهيمن المضيف بما لا يمكن معه تميزه في سائر أعضائه **(جميل صليبا، 1982: 341)**.

أما عالم الاجتماع الفرنسي "اميل دوركايم" فيؤكد أن "التمثلات الاجتماعية" هي عبارة عن صورة للبنية الاجتماعية والثقافية للمجتمع، فالعادات والتقاليد والنظم والأعراف والقيم

والإتجاهات كلها عوامل تؤثر في تشكيل التمثلات المرجعية التي يوظفها الإنسان في تفاعله مع الواقع وتحدد الكيفية التي يفكر بها **(مصباح الشيباني، 2018: 61)**.

أما "سارج ميسكوفيتش" فقد عرضها على أنها نظام من القيم والأفكار والممارسات التي لا يتوقف دورها على ضمان إستقرار عيش الافراد والمجموعات فحسب، وإنما تشكل أيضا عامل أساسي في توجيه وتحديد التصورات التي يحملها الأفراد في وضعية معينة **(مصباح شيباني، 2018: 61)**.

حيث تسمح لهم هذه التمثلات بالإنتقال من الوصف المباشر للمواضع المدركة إلى مرحلة التفسير لدلالاتها الاجتماعية والسياسية والثقافية والقيمية والمعرفية، لأن الصور والآراء المعبر عنها تترجم من جهة الوضعية التي يوجد فيها الفرد، ومن جهة أخرى تضبط سلم القيم التي توجه سلوكيات الفرد والمجموع **(مصباح الشيباني، 2018: 61)**.

والتمثل أو التصور مفهوم مهم في السوسيولوجيا (علم العلاقات) وفي علم اللغة والماركسية والحركة النسوية، ويدل على طريقة إعادة بناء أو إعادة صياغة المعنى، ومن هنا يمكن أن يعد أنه يسهم بشكل مهم في العمليات الاجتماعية، ويذهب النسويون إلى أن التصور يعمل بإستمرار على خلق وإعادة خلق، وتأكيد الأفكار النمطية في هوية النوع، كما نلاحظ أن كل الصور التي تقدمها وسائل الإتصال– في الإعلانات أو في الأفلام السنيمائية على سبيل المثال– إنما صنعها شخص ما لغرض معين تصوره، مع أنها تقدم دائما بإعتبارها "شريحة من الواقع" ومحاولة فهم تلك الصور، والتوصل إلى فهم معنى لها، وكيف تقوم بصياغة المعنى، كل ذلك مهم لمعرفة ما هو موجود وراء الصورة أو النص المكتوب من الذي صاغه، ولأي غرض ولأي جمهور للتأثير على نظرته المحدقة ولأن المشاهدين والمستمعين نادرا ما يتمكنون من القيام بعملية التحليل والفهم تلك، تميل الصور خاصة إلى تصنيف أفكار معقدة في معان ظاهرة البساطة، على النحو الذي ينفي عنها التناقض والغموض، ومن ثم تصبح التصورات كأساطير التي يقبلها الناس برغم ذلك "كشيء حقيقي" **(جوردن مارشال، 2000: 411)**.

أما بالنسبة "لبيار بورديو" فإن كل التمثلات التي تكونت لدى الأفراد عن وضعهم وهي الكيفية التي يمثلون بها –يمثلون بالمعنى المسرحي– بها ذلك الواقع الذي يتولد عن منظومة الإدراك والتقدير هذه الوضعية التي تحددها مكانة الفرد في النظم الاجتماعية، وتتولد كذلك في التمثلات التي تكون الآخرين عن هذه الوضعية لذلك فالإختلافات الموجودة في الواقع العيني توجد أيضا في أذهان الفاعلين، وتتحول تلك الإختلافات التي يجنيها الأفراد والفاعلين بسبب عدم التكافؤ في إمتلاك رؤوس الأموال المادية منها والرمزية، أي إمتيازات معترف بها في التمثلات التي تكون لدى الفاعلين، وتكتسب تلك الإمتيازات مشروعيتها من خلال الإعتراف بها ويقول بيار بورديو في هذا الصدد "إن التمثل الذي يكون لدى الأفراد عن وضعهم في الفضاء الاجتماعي يتولد عن منظومة من رسوم الإدراك والتقدير التي تتولد بدورها عن وضعية معينة تحددها المكانة في توزيع الخبرات والرأسمال الرمزي، والتي تدخل في إعتبارها التمثلات التي تكون لدى الآخرين عن هذه الوضعية والتي يحدد تجمعها الرأسمالي وكذا المكانة وقد وجدت تعبيرها الرمزي في أسلوب العيش **(بيار بورديو، 1986: 67)**.

بناء على ما سبق نتبنى تعريفا إجرائيا لمصباح الشيباني على أن التمثلات هي نوع من المعارف العامة أو المعتقدات الفكرية المشتركة بين الأفراد أو المجموعات التي تحدد توجهاتهم، علاقاتهم وتفاعلاتهم مع الواقع الاجتماعي والمادي في حقل اجتماعي معين، ومن وظائفها تحقيق الوحدة الشعورية والنفسية وضبط طرق التواصل بينهم، باعتبارها تعرف هوية هذه الجماعة وتضمن تماسكها **(مصباح الشيباني، 2018: 62)**.

6 – الممارسات

الممارسات من تمرس بالشيء أي إحتك به وتدرب عليه وزاوله، صار خبيرا به، تمرس بالطب أي بالشدائد والنوائب **(مصلح الصالح، 1999: 411)**.

والممارسة هي طريقة للعمل أو طريقة يجب أن يتم بها العمل، والممارسات يمكن أن تشمل الأنشطة والعمليات والوظائف **(مصلح الصالح، 1999: 411)**.

وفي سياق آخر نجد مفهوم الممارسة ينطوي على معنى المداومة وكثرة الإشتغال بالشيء، وهو في إستخدامه اللاتيني paractice من أصل يوناني "براكتيكوس" ويعد واحدا من المفاهيم التي شاع استخدامها في الفكر الفلسفي من ذلك الحين، وقد استخدمت للدلالة على النشاط المستمر الذي توضع من خلاله مبادئ العلوم موضع التطبيق، ومنه قولهم : ممارسة الطب، ممارسة الغناء، وممارسة السياسة كما تستخدم للدراسة على المداومة في النشاطات العقلية، كأن يقال ممارسة التفكير، وممارسة التأمل وغيرها، ولكنها بصورة عامة أكثر مرادفة للنشاط العملي paractique activité، ومنها جاء تعبير ممارسة parasis المشتق من اليونانية أيضا، ويراد منه أن يكون مقابلا للعلم النظري والتأمل **(أندرويل، 2007: 02)**.

من خلال هذا المفهوم تعتبر الممارسة الإكثار في استخدام العمل حتى يصبح ذو خبرة، أي بدون أخطاء أو نقائص أي التمرن على النشاط.

كما ينطوي المفهوم أيضا على معان أخرى تشير إلى مجموع النشاطات الإنسانية أو الخبرات الكلية للإنسانية في تاريخ تطورها، فهي تراكمات للتاريخ العالمي المعبر عن تنوع علاقات البشر المتبادلة مع الطبيعة، ومن ثم علاقاتهم ببعضهم في عملية الإنتاج المادي والروحي **(أندرويل، 2007: 02)**.

فالممارسة الاجتماعية عند بورديو ليست مجرد فعل صادر في الزمن الحاضر ولكنها فعل موجه من الماضي، فعل تاريخي، فكما لابد من أن تتضافر عدة ظروف قبل هطول المطر فكذلك الممارسة، وهي محصلة خبرات مكتسبة أو موروثة، تتضافر لتقييم الواقع المعاش، وتحديد طبيعة الفعل الملائم في لحظة ما، لحظة الممارسة، أو هطول المطر "فالممارسة نشاط إنساني، يقوم به فاعل، يمتلك قدرة على صنع الإختلاف، ولكنها ليست قدرة ذات متعالية، وإنما قدرة فاعل نشط مكافح" **(أحمد موسى بدوي، 2009: 12)**.

بهذا المعنى فإن الفاعل عند بورديو هو شخص محمل بخبرات متراكمة، رأس مال نوعي يكتسبه خلال عملية التنشئة والتعليم يولد لديه مجموعة من الإستعدادات، تمكنه من

ممارسة الأفعال المختلفة في إطار بنية محددة، وبشكل تلقائي ولا إرادي في معظم الأحيان **(احمد موسى بدوي، 2009: 12)**.

بناء على ما سبق نتبنى تعريفا إجرائيا للممارسات الاجتماعية على أنها تعبر عن وحدة النشاط المعرفي للإنسان في التاريخ وهي مصدر المعرفة العلمية، وقوتها المحركة، ولهذا فهي تقدم المعرفة المادية الحقيقية لوضع النظرية، ومبدأ التعميم، كما أنها تحدد مضمون النظام المعرفي لدى البشر وتوجهه، وهي في الوقت نفسه معيار الحقيقة الذي يظهر مدى صحة المعارف البشرية أو خطاها **(أندرويل، 2007: 02)**.

ب- المفاهيم المساعدة

1- الطقوس

يعرف الطقس في اللغة "Rite" كلمة تشتق من الكلمة اللاتينية "Ritus" والتي تعني عادات وتقاليد مجتمع ما، كما تعني كل أنواع الإحتفالات والمراسيم التي تستدعي معتقدات تكون خارج الإطار التجريبي، وهو خلق إيماني غامض غالبا لكنه يأخذ معناه عند الذين يستخدمونه على أنه فعل ديني **(قاموس علم الاجتماع الحديث، 2013: 471)**.

وفق هذا المعنى الطقس هو مراسيم أو احتفال لقبائل معينة، تعبيرا لعاداتهم وتقاليدهم الموروثة.

أما إصطلاحا فيمكن تعريف الطقس على انه أي تنظيم مركب للنشاط الإنساني ليست له طبيعة فنية أو طبيعية أو ترويجية بارزة، ويتضمن إستخدام أساليب السلوك التي تتسم بقدرتها على التعبير عن العلاقات الاجتماعية **(محمد الخطيب، 2008: 59)**.

إذن الطقس هو ممارسة لنشاط معين، في زفاف أو جنازة تعبيرا عن عادات وتقاليد كانت تستخدم في عائلاتهم.

كما يمكن تعريفها أيضا بأنها إبداعات ثقافية بالغة الإتقان تقتضي ترابط أفعال وأقوال وتصورات أعداد كبيرة من البشر على إمتداد أجيال عديدة **(محمد الخطيب، 2008: 59، 60)**.

الطقوس بهذا المعنى، هي قواعد السلوك التي تصنف ما يجب أن يكون عليه سلوك الإنسان تجاه الموضوعات المقدسة.

حيث تلعب الطقوس دور إرغام المجتمع في الوحدة الكونية، بحيث يستمد الطقس قوته وفاعليته الحقيقية والأمان الذي يمنحه للذات، والقدرة على تعديل المواقف من خلال تمتين تماسك الجماعة التي تقيمه والطقوس الشعبية تمثل ممارسات الفئات الشعبية في المناسبات وما يرافقها من تقاليد ومعارف وممارسات وأهازيج ورقص كالأعياد والخطوبة والزفاف والختان والوفاة والحصاد وهي تعكس حياة هذا الشعب أو ذاك **(محمد السومري، 2010: 96)**.

بناء على ما سبق نتبنى تعريفا إجرائيا للطقوس التي عرفها علماء الأنتروبولوجيا الاجتماعية على أنها مجموعة حركات سلوكية متكررة يتفق عليها أبناء المجتمع وتكون على أنواع وأشكال مختلفة تتناسب والغاية التي دفعت الفاعل الاجتماعي أو الجماعة للقيام بها **(محمد السومري، 2010: 96)**.

2- الرموز

الرمز في اللغة ورد في لسان العرب لإبن منظور في مادة رمز "الرمز معناه التصويت الخفي باللسان والهمس، ويكون بتحريك الشفتين بكلام غير مفهوم باللفظ من غير إبانة بصوت وإنما هو إشارة وإيماء بالعينين والحاجبين والشفتين والفم، والرمز في اللغة كما أشرت إليه مما يبان بلفظ باي شيء أشرت إليه بيد او عين" **(إبن المنظور، 1997: 119)**.

والرمز لغة كما ورد في القاموس المحيط هو الإيماء والإشارة والعلامة **(الفيروز آبادي، 2008: 669)**.

إذن الرمز هو تعبير خاص بفئة معينة لفهم المعاني المقصودة وراء ذلك الرمز.

أما من الناحية الاصطلاحية الرمز يحمل معان ومفاهيم واسعة وفضفاضة، يرتبط بالدلالة إرتباطا وثيقا، إذن الرمز يتخذ معنى وقيمة مما يدل عليه به فقد إتخذه بعض فلاسفة الإغريق القدامى ومن بينهم "سقراط" و"أفلاطون" وسيلة للتعبير عن الإنطباعات النفسية عن

طريق الألغاز والتلميح بدلا من الأسلوب التقريري المباشر، وذلك أن دعاتها وجدوا أن العقل عاجز عن الوصول إلى الحقائق وأن العلم لا يمكن إشباع رغبة الإنسان لمعرفة أسرار الكون **(محمد التونجي، 1999: 488، 489)**.

من خلال هذا الفهم فلاسفة الاغريق اعتبروا الرمز أداة معبرة لما يدور في فكر الفرد باستخدام إشارات محل الكلام.

أما أرسطو فيعتبر الكلمات رموزا لمعاني الأشياء، أي لمفهوم الأشياء الحسية أولا، ثم التجريدية المتعلقة بمرتبة الحس ثانيا، فهي عند أرسطو مجرد إشارات بإعتباره إشارة مطلقة أما "ويستر" فيحدد الرمز بأنه "ما يفي أو ما يؤدي إلى شيء عن طريق علاقة بينهما كمجرد الإقتران أو الإصطلاح، أو التشابه العارض الغير مقصود" وما يعني "ويستر" هنا أن ينبني الرمز على علاقة باطنية وثيقة تربطه بالرمز وهي عنده علاقة أعمق من مجرد التداعي أو الإصطلاح أو التشابه الظاهري **(محمد فتوح أحمد، 1984: 260، 351)**.

أما الرمز عند العالم "هانز سانكس" يخرج عن حدوده الموضوعية واليقينية لعلمية التي تكشف الرمز العلمي على أنه هنا الرمز الإستيطيقي الذي ينبثق ويعود إلى إنطباعات ذاتية وأحوال وجدانية ويقول الرمز يكشف في مجالات الإبداع الفني **(محمد عيسى هلال، 2003: 210)**.

كما يعرف " الرمز على أنه أسلوب صوري يرتكز فيه الشاعر على الواقع لينطلق منه بعد ذلك إلى فوق الواقع **(محمد عيسى هلال، 2003: 210)**.

بناء على ما سبق نتبنى تعريفا إجرائيا لمحمد عيسى هلال للرمز بأنه الإيحاء أي التعبير غير المباشر عن النواحي النفسية المستترة، التي لا تقوى على أدائها اللغة في دلالتها الوضعية، ويضيف بأن الرمز هو الصلة بين الذات والأشياء بحيث تولد المشاعر عن طريق الإشارة الفنية لا عن طريق التسمية والتصريح **(محمد عيسى هلال، 2003: 210)**.

3- الأعشاب الطبية

إن المتحمسين للعلاج بالاعشاب الطبية والوصفات الشعبية في مختلف أنحاء العالم بذلوا جهودا مضنية للوصول إلى الحقيقة، وكشف أسرار هذا النوع من العلاج لدرجة أن هناك حاليا في أمريكا وأوروبا والصين والهند الكثير من المستشفيات والمصحات التي تقتصر فيها وسائل العلاج لجميع الحالات المرضية على النباتات والأعشاب الطبية، حيث يمثل مصطلح "الادوية العشبية" أو "الأعشاب الطبية" الأعشاب والمواد العشبية والمستحضرات العشبية والمنتجات العشبية الجاهزة التي تحتوي على عناصر نباتية فاعلة أو على مواد أو تركيبات نباتية أخرى **(فيصل بن محمد عراقي، 1992: 13)**.

حيث إعتبرت النباتات الطبية مصدرا أساسيا لصحة الإنسان، باعتبار النباتات تحتوي على عدد كبير جدا من المكونات الفعالة والانتفاع بها في معالجة الأمراض المختلفة.

تجدر الإشارة في هذا السياق، أن هناك العديد من العقاقير التي تدخل ضمن الطب الشعبي كما يلي:

- **الأعشاب:** المواد النباتية الخام مثل الأوراق أو الزهور أو الفواكه أو البذور أو الجذوع أو الخشب أو اللحاء أو الجذور أو الجذامير أو الأجزاء النباتية الأخرى، التي قد تكون في شكل مكتمل أو مجزأ أو مسحوق **(ضحى بنت محمود بابللي، 2007: 20)**.

- **المواد العشبية:** تشمل هذه المواد إضافة إلى الأعشاب، العصائر الطازجة، وأشكال الصمغ والزيوت الثابتة والراتينجات والمساحيق العشبية الجافة، ويمكن إعداد هذه المواد في بعض البلدان، بإتباع إجراءات محلية مختلفة، مثل التبخير أو التحميص أو الطهي في الفرن بالعسل أو المشروبات الكحولية أو مواد أخرى **(ضحى بنت محمود بابللي، 2007: 20)**.

- **المستحضرات العشبية:** تمثل هذه المستحضرات الأساس الذي يقوم عليه إعداد المنتجات العشبية الجاهزة وقد تشمل المواد العشبية المفتتة أو المسحوقة أو مشتقات المواد العشبية ومبعاتها وزيوتها الدهنية، وتنتج هذه المستحضرات عن طريق الإستخلاص أو التجزئ أو التنقية أو التركيز أو غير ذلك من العمليات الفيزيائية أو البيولوجية، كما تشمل هذه

المنتجات المستحضرات التي تعد بنقع المواد العشبية في المشروبات الكحولية أو العسل أو مواد أخرى أو تسخينها مع خلطها بتلك المواد **(ضحى بنت محمود بابللي، 2007: 24)**.

– **المواد العشبية الجاهزة:** تشمل هذه المواد المستحضرات العشبية المصنوعة من نبات واحد أو عدة نباتات، ويمكن أيضا في حالة إستخدام أكثر من نبات استعمال مصطلح "منتج المزيج العشبي" وقد تحتوي المواد العشبية الجاهزة أو منتجات المزيج العشبي على أسوغة بالإضافة إلى المكونات الفاعلة، غير أن المنتجات الجاهزة أو منتجات المزيج العشبي التي تضاف إليها مواد فاعلة تعرف بتركيبتها الكيميائية بما في ذلك المركبات الإصطناعية أو المكونات المعزولة من مواد عشبية، لا تعتبر مواد عشبية **(فيصل بن محمد عراقي، 1992: 13، 14)**.

بناء على ما سبق نتبنى تعريفا اجرائيا للنباتات الطبية بأنها النباتات التي يكون لها أو لأجزائها خواص علاجية أو وقائية معينة لأمراض الإنسان أو الحيوان، حيث لا يوجد خط فاصل بين النباتات التي تستخدم كغذاء أو كدواء، إذ يمكن أن يستخدم النبات في الطعام أو في العلاج **(محمد سليم علي [وآخرون]، 2008: 2)**.

4– العلاج

جاء في لسان العرب عالج الشيء معالجة، وعالج أي مارس، وعلاج المريض معالجة وعلاجا، أي عاناه والمعالج المداوي، ونقول عالجه **(إبن المنظور، 2000: 249)**.

والعلاج طبيا هو محاولة السيطرة على المرض والتخلص منه وهو المرحلة التي تلي عملية تشخيص المرض، والهدف الرئيسي للعلاج هو إزالة جميع الأعراض والمسببات للمرض والوصول لحالة من الإتزان والإستقرار الوظيفي **(محمد أحمد غنيم، 2007: 155، 156)**.

إذن العلاج هو محاولة الإحاطة بالمرض من كل الجوانب للقضاء على العلة، وينجح العلاج عند نجاح العلاقة المكونة بين المريض والمعالج فكلما كانت العلاقة جيدة كلما ساهمت في سرعة التخلص من المرض.

وفي سياق آخر يعرف العلاج النفسي على أنه التفاعل بين المعالج والمريض، الذي يعد العامل الأول في تعديل عملية التعلم، فمن خلال الحديث مع المعالج، تظهر خبرات المريض وإستجاباته **(عبد المنعم حنفي، 1994: 688)**.

كذلك يعرف العلاج النفسي بأنه مهنة مرتبطة بالصحة غير الطبية وتعنى بتقديم الخدمات النفسية للأفراد، وهذه المهنة تفترض حصول آلية شخصية ذاتية تهدف لتعميق معرفة الذات عند المعالج وإيجاد الحلول للإشكاليات، التي تجعل الفرد مرتهنا وتابعا مما يسمح بإعادة إطلاق عملية التطور والنمو عند الفرد، والعلاج النفسي يستهدف بخاصة الجوانب الخفية أو الغير معروفة عند الفرد، هذه الخدمة العلاجية تتوجه نحو كل فرد يشعر بالحاجة لذلك، وبخاصة لمن يعاني ويتألم من صعوبات نفسية وتبادلية وسلوكية ونفس جسدية رخيسة **(عباس محمود مكي، 2007: 32)**.

بالتالي فالعلاج النفسي يتضمن جلسات شخصية أي شخص لشخص بين العميل والمعالج، يتم من خلاله محاولة المعالج إعطاء نوع من الراحة للعميل، ومساعدته في تفريغ تلك المكبوتات التي تسبب له المرض والاكتئاب.

كما يعرف العلاج الشعبي بأنه العلاج الموروث من السلف في كل خصائصه العلمية والخرافية، فهو يتمثل في مجموعة من المعتقدات الشعبية والممارسات العلاجية الطبية التي استخدمت منذ أزمنة بعيدة في كل الثقافات، كمعالجة الأمراض بواسطة مجموعة من الأشخاص ممن يعتقدون أنهم يملكون القدرة على معالجة الناس **(محمد الجوهري، 1993: 85)**.

والعلاج الشعبي هو مجموعة من الممارسات المتوارثة من السلف أي الآباء والأجداد لعلاج بعض الأمراض التي عجز الطب الرسمي في علاجها.

وعليه يمكن أن نعرف العلاج إجرائيا بأنه عمل لا يكون بالضرورة بشكل رسمي بل قد يكون بشكل غير رسمي (العلاج الشعبي) حيث أنه محاولة القضاء على المرض بكل الطرق التقليدية والحديثة والقضاء على كل مسببات الأمراض وإعطاء نصائح للوقاية منها.

ثالثا: المقاربة المنهجية وأدواتها الإجرائية وطرائق المعالجة الميدانية

1- المقاربة المنهجية

يتعلق موضوع دراستنا بالبحث حول سوسيولوجيا الطب الشعبي في الوسط الريفي التمثلات والممارسات، وللحصول على أدق المعلومات النظرية والميدانية التي تخدم أغراض الموضوع المدروس، قمنا بتوظيف المقاربة المنهجية الوصفية، لما تتضمنه من وصف الواقع من جهة، وتحليل وتفسير وفهم هذا الواقع من جهة أخرى، ولذلك يتعين من الناحية الإستراتيجية البحثية الوصفية إنجاز العمليات التالية:

أ- توصيف سوسيولوجيا الطب الشعبي في المجتمع الجزائري.

ب- توصيف إتجاهات المرضى نحو الطب الشعبي في الوسط الريفي.

جـ- توصيف مدى وعي الممارسين الشعبيين بمنطقة – بوشقوف – بأهمية الطب الشعبي.

2- الأدوات الإجرائية

تحتاج المقاربة المنهجية الوصفية إلى مجموعة من الأدوات الإجرائية المتعلقة بالبحث الميداني، ما يساعد على الوصف الكمي للظاهرة عن طريق المعطيات والبيانات الرقمية المتحصل عليها من تفريغ إستمارات المقابلات.

كما تم الإستعانة أيضا بالمقابلات الحرة إضافة إلى قياس إتجاهات المرضى، وذلك من أجل رصد مواقفهم وإتجاهاتهم نحو الطب الشعبي، وممارسته في الوسط الريفي، وسنوضح هذه الخطوات والإجراءات كالآتي:

أ- أداة الإحصاء:

من أجل ان تكون المقاربة المنهجية الوصفية على مستوى من الدقة والبعد العلمي فهي تحتاج إلى توظيف أداة الإحصاء التي تتمظهر من خلال تفريغ البيانات الميدانية وفق نسق تنظيم المتغيرات والمؤشرات والأبعاد، وتحويلها إلى بيانات رقمية في شكل جداول إحصائية بسيطة ومركبة.

كما أن التوظيف الإحصائي يظهر لنا جليا بتحويل الأرقام إلى جملة من الدلالات الإحصائية، ما يسمح بتفسيرها وفهمها، والوصول إلى الكشف عن الأنساق الخفية وجملة الوقائع التي تمحورت حولها التساؤلات السابقة.

ب- المقابلة المفتوحة:

لقد حاولنا من خلال هذه المقابلات الكشف عن مدى وعي الممارسين الشعبيين بأهمية الطب الشعبي بمنطقة – بوشقوف – وذلك من خلال معرفة مواقفهم حول كيفية ممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي، وكذا المعوقات الأساسية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي، وعليه قمنا بوضع 11 سؤالا موزعة على محورين.

المحور الأول: ويتعلق بمدى وعي الممارسين الشعبيين بأهمية الطب الشعبي ويشمل 9 أسئلة.

المحور الثاني: وقد تعلقت بياناته بالمعوقات الأساسية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي، وضم ذلك سؤالين.

وقد أجرينا المقابلات المفتوحة مع عينة قصدية، تكونت من 10 معالجين حيث أجرينا المقابلات مع كل من:

- شيخ يمارس الطب البديل لجميع الأمور.
- شيخ لمعالجة الشقيقة.
- عجوزة لعلاج الأطفال.
- عجوزة لعلاج الأمراض الجلدية.
- عجوزة لعلاج أمراض الحساسية.
- عجوزة لعلاج أمراض المفاصل.
- عجوزة لعلاج أمراض النساء "العقم".
- عجوزة لعلاج أمراض الجهاز الهضمي.
- معالجة بالحجامة.
- معالجة لمرض الحلق.

جـ – قياس الإتجاهات:

إن طبيعة الموضوع وفي جانب منه هو معرفة إتجاهات المرضى نحو الطب الشعبي وممارسته في منطقة – بوشقوف – وقد فرض علينا من الناحية المنهجية إستخدام تقنية قياس الإتجاهات وكون هذا الأسلوب يتطلب إجراءات دقيقة لجمع البيانات، فهو يقوم على وضع بنود إيجابية وأخرى سلبية، وأخرى محايدة، التي تقابلها 5 درجات تحدد راي المبحوثين، بحيث يطلب من الفرد تقديم إجابات على سؤال معين بإحدى الصيغ الآتية:

- عبارة أوافق بشدة (+2)
- عبارة أعارض بشدة (−2)
- عبارة أوافق (+1)
- عبارة أعارض (−1)
- عبارة محايد (لا أدري) (0)

ولقد أحتوت إستمارة قياس الإتجاهات للمرضى نحو الطب الشعبي على المحاور التالية:

المحور الأول: خاص بالبيانات الأولية المتعلقة بالمرضى، واشتملت على خمسة أسئلة: السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة العائلية، والمهنة.

المحور الثاني: خاص بتمثلات المرضى للطب الشعبي في الوسط الريفي، وشمل على ثمانية عبارات سالبة وموجبة، كان الغرض منها الوصول إلى حقيقة تمثلات المرضى للطب الشعبي في منطقة – بوشقوف –.

المحور الثالث: خاص بممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي، وقد أحتوى على ثمانية (08) عبارات سالبة وموجبة، كان الغرض منها معرفة إتجاهات المرضى حول ممارسة الطب الشعبي في منطقة – بوشقوف –.

3- طرائق المعالجة الميدانية: التحليل والتفسير والفهم

إن دراسة الوقائع دراسة ملموسة يتطلب جليا عملية التحليل، التي ترتكز على تفكيك هذا الواقع، وذلك ابتداء من وصف الظاهرة المدروسة، والكشف عن الانساق الخفية المتحكمة في ممارسة المعالجين الشعبيين في منطقة – بوشقوف – والتعرف على مدى وعيهم بأهمية الطب الشعبي، وكذلك التعرف عن إتجاهات المرضى حول الطب الشعبي.

علاوة على هذا، يأتي دور تفسير وتحليل المعوقات الأساسية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي، وذلك من خلال الكشف عن مؤشراتها وابعادها كالمعوقات الثقافية مثل: ضعف الوعي بأهمية التداوي بالاعشاب، نقص المعرفة العلمية في مجال الطب الشعبي، غياب ثقافة العلاج الشعبي لدى عامة الناس، والمعوقات الاجتماعية مثل: نظرة المجتمع السلبية للطب الشعبي، التخوف المجتمعي من أضرار الطب الشعبي، عدم ثقة أفراد المجتمع بالطب الشعبي، والمعوقات المؤسساتية مثل: عدم توفر مراكز متخصصة لممارسة الطب الشعبي، نقص التدريب والتأهيل للمعالجين الشعبيين، غياب معارف متخصصة حول الطب الشعبي.

وعليه يتطلب الأمر فهم المعوقات التي تعترض المعالج الشعبي في الوسط الريفي بمنطقة – بوشقوف –، وكذا الاخذ بعين الإعتبار بالمواقف والآراء المعبر عنها من قبل المعالجين الشعبيين المتعلقة بالحلول اللازمة لتجاوز هذه المعوقات.

4- مجالات الدراسة:

أ- المجال المكاني:

طبيعة الدراسة وخصوصياتها فرضت على الباحث إختيار مجال مكاني ذا طابع ريفي وهذا ما أدى بنا إلى إختيار منطقة بوشقوف ولاية قالمة، نظرا لأنها منطقة ريفية.

ب- المجال البشري:

لقد وزعنا الإستمارات على 100 مريض، وزعت على كل المنطقة، وللعينة المختارة خصائص نذكر منها

1- السن:

الجدول رقم (01) يمثل السن المبحوثين:

السن	التكرارات	النسب %
20 - 29 سنة	31	% 31
30 - 39 سنة	25	% 25
40 - 49 سنة	18	% 18
50 - 59 سنة	16	% 16
60 - 70 سنة	10	% 10
المجموع	100	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (01)

نلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم (01) أن الفئة العمرية التي يتراوح سنها ما بين 20-29 سنة هي التي تغلب على أفراد العيّنة، بنسبة إحصائية تمثل (31-31%)، مقارنة بالفئات العمرية الأخرى من 30-39 سنة، ومن 40-49 سنة، ومن 50-59 سنة، ومن 60-70 سنة، بنسب إحصائية تمثل(25-25 %)، (18-18%)، (16-16%) و (10-10%)، على التوالي، وهي فئة الشباب التي تعرف إقبالا كبيرا على الطب الشعبي نظرا لأن هذه الفئة أغلبها مثقفة وتعاونت معنا، واستوعبت بأن هذه الاستمارة للغرض العلمي لا غير، بينما امتنع البعض الآخر عن المشاركة في البحث

بالرغم من التوضيحات التي قدمناها لهم بسبب الخوف من الإجابة علي بعض الأسئلة، وحتى عدم فهمهم للأسئلة خاصة كبار السن.

2- الجنس:

الجدول رقم (02) يمثل جنس المبحوثين:

الجنس	التكرارات	النسب %
ذكر	40	% 40
أنثى	60	% 60
المجموع	100	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (02)

رغم أنني حاولت التوفيق في الاستمارة من خلال أخذ عينات البحث بالتساوي غير أننا سجلنا اختلاف طفيف في عدد المبحوثين من مختلف الجنسين فالواضح أن نسبة (60-60 %) تمثل أعلى فئة والتي هي فئة الاناث ويرجع ذلك الى أن الاناث أكثر عرضة للأمراض مقارنة بالذكور كالعقم، حتى عند مرض أحد الأبناء الأم هي من تأخذ ابنها للمعالج الشعبي، وتقل نسبة الذكور بنسبة (40-40%) وذلك راجع لشعورهم بالإحراج للكشف على بعض الأمراض الجسمية وفي الغالب لا تتم زيارتهم للمعالجة الشعبية إلا في حالة الضرورة.

3- المستوى التعليمي:

الجدول رقم (03) يمثل المستوى التعلـيمي:

المستوى التعليمي	التكرارات	النسب %
أمي	2	% 02
ابتدائي	3	% 03
متوسط	14	% 14
ثـانوي	32	% 32
جـامعي	49	% 49
المجموع	100	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (03)

يتبين من خلال بيانات الجدول رقم (03) أنه يغلب على أفراد العينة المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (49-49%) ثم تليها فئة المستوى الثانوي بنسبة (32- 32%) لتليهم فئة الأفراد الذين لديهم تعليم متوسط بنسبة (14-14%)، ومن ثم فئة التعليم الإبتدائي بنسبة (3-03%)، وبعدها فئة الأفراد الذين ليس لديهم مستوى تعليمي (الأميين) بنسبة (2-02%)، وبالتالي يتضح لنا أنه كلما زاد المستوي الثقافي كلما زادت نسبة الاقبال على الطب الشعبي، حيث نجد أن المستوى الجامعي يشكل الأغلبية الساحقة للتردد على المعالج مقارنة بالمستويات الأخرى ومنه فان المستوي الثقافي للفرد له دور كبير في تحديد أفكاره ومعرفة توجهاته.

4- الحالة العائلية

الجدول رقم (04) يمثل الحالة العائلية:

الحالة العائلية	التكرارات	النسب %
أعزب	47	% 47
متزوج	43	% 43
مطلق	7	% 07
أرمل	3	% 03
المجموع	100	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (04)

يتبين من خلال بيانات الجدول أعلاه، أن أغلبية أفراد العينة هم العازبين والمتزوجين بنسبة متقاربة حيث قدرت كالآتي (47 -47%) (43-43%) ويرجع ذلك إلى اهتمام هذه الفئة بالطب الشعبي نظرا لإنتشار الأمراض التي إستعصى عن حلها الطب الرسمي كالأمراض الجلدية والعقم عند المتزوجين، ثم تأتي فئة المطلقين والأرامل بنسب (07-07) قليلة على التوالي (3-03%).

5- المهنة

الجدول رقم (05) يمثل المهنة:

الإجابات		التكرارات	النسب %
المهنة	يعمل	36	% 36
	لا يعمل	64	% 64
المجموع		100	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (05)

يلاحظ من خلال بيانات الجدول أعلاه، أنه هناك تفاوت كبير من ناحية المهنة لفئة المبحوثين بحيث سجلنا إرتفاع في فئة عدد البطالين قدرت نسبتهم بـــ (64-64%) مقابل (36-36%) لفئة العاملين، وذلك راجع إلى إرتفاع نسبة البطالة في دائرة بوشقوف لنقص المصانع وغلق البعض الآخر، وكذا سياسة التوظيف الجديدة التي تركز على الكفاءات وذوي المهارات لتحسين أداء الإدارة العمومية

جـ- المجال الزمني:

1- الزيارات الأولى تمت مع إثنين من العجائز

اليوم: 2021 /04/12.

الجهة: معالجة أمراض الأطفال وأمراض الحلق.

2- الزيارات الثانية تمت مع إثنين من العجائز ومعالجة الحجامة

اليوم: 2021/04/13.

الجهة: معالجة الأمراض الجلدية والجهاز الهضمي وممارسة الحجامة.

3- الزيارات الثالثة تمت مع ثلاثة من العجائز

اليوم: 2021/04/14.

الجهة: معالجة أمراض النساء (العقم)، معالجة أمراض الحساسية، معالجة أمراض المفاصل.

4- الزيارات الرابعة تمت مع إثنين من المعالجين

اليوم: 2021/04/15.

الجهة: شيخ يمارس الطب البديل لجميع الأمور وشيخ لمعالجة الشقيقة.

خلاصة

تناولنا في هذا الفصل كمدخل لدراسة الإشكالية وتساؤلاتها، والتي تتمحور حول الطب الشعبي في الوسط الريفي في سوسيولوجيا التمثلات والممارسات، كما تطرقنا إلى أهم المفاهيم المتعلقة بالدراسة والمتمثلة في الطب الشعبي، التمثلات والممارسات بالإضافة إلى معالجة بعض المفاهيم المكملة.

وبعد عرضنا لمختلف الإجراءات وأدوات إجراء الدراسة الميدانية، والخطوات الهامة التي قمنا بها ضمن الإطار المفهومي والمقاربة المنهجية، فلقد تبينت عندنا رؤية أوضح وأشمل تحمل صفة الموضوعية عكس ما كان سائدا في أفكارنا المسبقة حول الظاهرة وذلك بفضل المعلومات والبيانات التي تم الحصول عليها من المعالجين الشعبيين في الوسط الريفي، إضافة إلى ما أفادنا به الجزء المهم من المرضى في إستمارات قياس الاتجاهات، كل ذلك تم عن طريق الاستعانة بمجموعة من الأدوات، والبيانات التي وضفت في الدراسة الميدانية، وسنتناول في الفصل الموالي تحليل مختلف المقاربات النظرية التي تستند إليها الدراسة من أجل الوصول إلى تصور معرفي عن موضوعنا.

المصادر والمراجع

1. إبن المنظور (1997). **لسان العرب**. بيروت: دار الصادر.
2. إبن سينا (1877). **القانون في الطب**. الطبعة الثانية، الجزء الأول. بيروت: دار صادر.
3. أحمد موسى بدوي (2009). "ما بين الفعل والبناء الاجتماعي في نظرية الممارسة لدى بير بورديو". إضافات المجلة العربية لعم الاجتماع (مصر)، العدد الثامن، خريف.
4. السرجاني راغب (2009). **قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية**. القاهرة: مؤسسة إقرأ للنشر والتوزيع والترجمة.
5. السيد الحسين [وآخرون] (1988). **دراسات في التنمية الاجتماعية**. الإسكندرية: دار المعارف.
6. العربي حران وخيرة عويسي (2020). "مقاربة نظرية حول الطب الشعبي في الجزائر بين احتواء النموذج الثقافي ونمط الحياة". **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية**. (الجزائر). المجلد 12، جانفي.
7. العطري عبد الرحيم (2012). "العلم الاجتماعي ضدا على الكاست المعرفي من التناص الاجتماعي إلى التداخل التخصصي". **إضافات المجلة العربية لعلم الاجتماع**. العددان 17 و18، شتاء وربيع.
8. الفيروز آبادي (2008). **القاموس المحيط**. القاهرة: دار الحديث.
9. المولدي قسومي (2018). **المنظمة النقابية لأرباب العمل التونسيين الأطوار والأدوار**. تونس: دار نقوش عربية.
10. أنتوني جيدنز (2005). **علم الاجتماع** (مع مدخلات عربية). ترجمة فايز الصياغ، بيروت: المنظمة العربية للترجمة.
11. أندرويل (2007). **الصحة والشفاء إطلالة على أسرار الممارسات الطبية من العلاجات العشبية إلى التكنولوجية الشعبية**. الرياض: مكتبة جرير.
12. أيمن مزاهرة [وآخرون](2002). **علم اجتماع الصحة. عمان:** دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع.

13. بافيت وباولوجي (2001). التفكير الطبي من العلم إلى الممارسة الكيميائية، أمريكا.

14. بيار بورديو (1986). **الرمز والسلطة**. ترجمة عبد السلام بن عبد الغالي. المغرب: دار توبقال للنشر الدار البيضاء.

15. جميل حملاوي (2015). **جهود ماكس فيبر في مجال السوسيولوجيا**. المغرب: الألوكة للنشر والتوزيع.

16. جميل صليبا (1982). **المعجم الفلسفي**، الجزء الأول، لبنان: الكتاب اللبناني.

17. جوردن مارشال (2000). **موسوعة علم الاجتماع** _مراجعة وتقييم محمد الجوهري_. المشروع القومي للترجمة. المجلد الثاني.

18. حسن الخولي (1982). **الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالث**. القاهرة: دار المعرفة.

19. رحاب خضر عكاوي (1990). **الموجز في تاريخ الطب عند العرب**. العراق: دار المناضل.

20. زكي حسن الليلة وياسين طه طاقة (1987). **الارشاد الزراعي والمجتمع الريفي**. **الموصل**: دار الكتب للطباعة والنشر.

21. سعيدي نصر الدين (2017). "المرجعية الفكرية للممارسات الطبية الشعبية بالجزائر في ظل الاصالة والمعاصرة". **مجلة روافد**. (الجزائر). العدد 1.

22. ضحى بنت محمود بابللي (2007). **الطب البديل**. الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.

23. طلاس العماد مصطفى (1989). **المعجم الطبي النباتي**. دمشق: دار طلاس للدراسات والترجمة والنشر.

24. عائشة بنت محمد الشمسان (2016). منكرات الطب البديل. الرياض: دار الصميعي.

25. عاطف غيث (1975). **دراسات في تاريخ التفكير واتجاهات التنظير في علم الاجتماع**. بيروت: دار النهضة العربية.

26. عاطف غيث (2013). **قاموس علم الاجتماع الحديث**. ترجمة إبراهيم جابر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

27. عباس محمود المكي (2007). تبيين مكامن المرض النفسي. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر.

28. عبد المنعم حنفي (1994). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. مصر: مكتبة مديولي.

29. عبد المنصف حسن رشوان (2006). **الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي**. الأزارطية: المكتب الجامعي الحديث.

30. عصام العدوني (2010). "السوسيولوجيا والمجتمع لدى آلان توران وبيار بورديو". **إضافات (المجلة العربية لعلم الاجتماع)**. العدد 12، خريف.

31. عايدة مهاجر أبو تاية ومحمد موسى النعيمات (2017). التمثلات الاجتماعية وأشكال الممارسة "مقاربة أنثروبولوجية". **المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية**. (الأردن). العدد 28. سبتمبر.

32. فؤاد خليل (2008). **المجتمع، النظام، البنية في موضوع علم الاجتماع وإشكاليته**. بيروت: دار الفارابي.

33. فيصل بن محمد عراقي (1992). **الأعشاب دواء لكل داء**. مكة المكرمة: وزارة الاعلام للنشر والتوزيع.

34. لبقع زينب (2011). **تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية في المجتمع الجزائري الحالي**. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، جامعة ورقلة، الجزائر).

35. لطرش أمينة (2011). **الأعشاب الطبية ممارسات وتصورات مقاربة أنثروبولوجية**. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الانثروبولوجيا الثقافية، قسم علم الاجتماع، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر).

36. محمد التونجي (1999). **المعجم المفضل في الادب**. بيروت: دار الكتب العلمية.

37. محمد أحمد غنيم (2007). **الطب الشعبي الممارسات الشعبية في دلتا مصر:** دراسة أنثروبولوجية في قرى محافظة الدهقلية. مصر: الدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية.

38. محمد الجوهري (1993). **السحر في مجتمع اليوم دراسة في ملامح التغير:** في التراث الشعبي في عالم متغير دراسات في إعادة انتاج التراث. القاهرة: عين الدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية.

39. محمد الجوهري [وآخرون](2009). **علم اجتماع الطبي.** عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.

40. محمد الخطيب (2008). **الانثروبولوجيا الثقافية.** عمان: دار علاء الدين للنشر والتوزيع.

41. محمد السومري (2010). إشكالية التوظيف البصري للتراث. **مجلة الرافد _دائرة الثقافة والاعلام حكومة الشارقة_** (الامارات العربية المتحدة)، العدد 115، يوليو.

42. محمد جسوس (2003). **رهانات الفكر السوسيولوجي بالمغرب.** المغرب: دار المناهل.

43. محمد سليم علي [وآخرون](2008). **النباتات في الطب العربي الفلسطيني التقليدي.** نابلس: مركز أبحاث التنوع الحيوي والبيئة.

44. محمد عاطف غيث (1997). **قاموس علم الاجتماع الريفي.** الإسكندرية: دار المعارف.

45. محمد عيسى هلال (2003). **الأدب المقارن.** مصر: مصر للطباعة والنشر والتوزيع.

46. محمد فتوح أحمد (1984). **الرموز والرمزية في الشعر العربي المعاصر.** مصر: دار المعارف.

47. محمد مفتاح (2010). **المفاهيم معالم نحو تأويل واقعي.** الطبعة الثانية. المغرب: المركز الثقافي العربي.

48. محمد نبيل جامع (2009). **علم اجتماع المعاصر ووصايا التنمية.** الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.

49. مصباح الشيباني (2018). **مآزق ثورة "الشعب يريد" ومآلاتها: مقاربة سوسيولوجية في عقل ماقبل الثورة**. تونس: زينب للنشر والتوزيع.

50. مصلح الصالح (1999). **قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية** _انجليزي عربي مع تعريف وشرح المصطلح_. السعودية: دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع.

51. مليكة بن منصوري ومعازيز عبد القادر (2011). "الطب الشعبي الواقع والرهانات". **مجلة أنثروبولوجية الأديان**. (الجزائر). العدد 1 .

52. نجلاء عاطف خليل (2006). **في علم اجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

53. نذير معروف (1981). **علاقة المدينة بالريف من الناحية النظرية والتطبيق**. الجزائر: دون ذكر دار النشر.

الفصل الثاني

الفصل الثاني: التنظير للطب الشعبي التمثلات والممارسات

توطئة

أولا: المقاربات السوسيولوجية للطب الشعبي

1-مقاربة الأنماط الثقافية
2-مقاربة ريفرز
3-المقاربة المقارنة
4-مقاربة الطب البدائي
5-مقاربة الطب كنسق متغير
6-مقاربة التكامل الوظيفي
7-مقاربة دون يودر
8-مقاربة مارسيل موس

ثانيا: المقاربات السوسيولوجية للتمثلات والممارسات

أ- التمثلات:

1-مقاربة إيميل دوكايم
2-مقاربة موسكوفيشي

ب- الممارسات:

1-مقاربة بيار بورديو
2-مقاربة أنتوني جيدنز

خلاصة

المصادر والمراجع

توطئة

لا شك أن المقاربة من الناحية السوسيولوجية تعمل على توجيه تفكير الباحث وتؤطره ضمن نسق فكري معين وتفكير منطقي وعقلاني، خاصة من خلال جملة المفاهيم الدقيقة التي تتوفر عليها كل مقاربة، وتعبر المقاربات عن نتائج دراسات نظرية وتطبيقية وعن مختلف أشكال الفعل الاجتماعي لذا من المهم الإستناد إليها، كما أنها تعبر عن خلاصة تجارب متراكمة لا يمكن تجاوزها وتجاهلها، وهي تختصر لنا الكثير من الجهد والوقت الذي يمكن أن نستغرقه في فهم الكثير من أشكال الفعل الاجتماعي **(ناصر قاسيمي، 2017: 126)**.

والجدير بالذكر في هذا السياق، أن إختيار المقاربات بطريقة جزافية، لا يمكن أن ننطلق من مقاربات متناقضة في التحليل، لذلك وجب الإحاطة المعرفية الجيدة والإطلاع الواسع لكل مقاربة لمعرفة مختلف جوانب التحليل التي يمكن إستعمالها **(ناصر قاسيمي، 2017: 128)**.

والواقع أن مهمة الباحث الاجتماعي في منتهى الصعوبة لبناء مقاربة سوسيولوجية بعيدة المدى، يمكن إعتمادها في رصد التطورات التي تحدث في المجتمعات الإنسانية، من منطلق أن علم الاجتماع يهدف إلى الحصول على معلومات وبيانات عن وقائع اجتماعية من خلال دراستها وتحليل أبعادها، للوصول إلى اكتشاف قوانين يمكن الإعتماد عليها في الكشف عن الظواهر الاجتماعية والتنبؤ بها مستقبلا **(عبد الله ساقور، 2008: 4)**.

لذلك ثمة حقيقة يجب الإنتباه إليها وهي أن عرض المقاربات السوسيولوجية المرتبطة بالدراسة ونقدها ومناقشتها، لتبيان أي المقاربات التي يمكن أن تتماش مع توجهات الباحث المعرفية والمنهجية **(عبد الله ساقور، 2008: 4)**.

وبناء على ذلك سنحاول تتبع المنظورات الفكرية للطب الشعبي التمثلات والممارسات، ومناقشتها بنوع من التفصيل، إضافة إلى ذلك يسعى هذا الفصل إلى عرض مختلف الأفكار المتعلقة بمسألة الطب الشعبي.

أولا: المقاربات السوسيولوجية للطب الشعبي

1- مقاربة الأنماط الثقافية روث بندكت

اتجهت بندكت إلى الاهتمام بدراسة الثقافة باعتبارها تعبر عن القرارات المختلفة للحياة أو لتفسيرات الحياة، وترى مارجريت ميد في تقديمها لكتاب روث بندكت "أنماط من الثقافة" بأن بندكت عندما بدأت في دراستها للأنثروبولوجيا عام 1921 لم تكن كلمة "الثقافة" حينها تجرى إلا على القلة من المتخصصين، وتمضى السنوات وتثري بندكت حقل الدراسات الأنثروبولوجية مستخدمة مفهوم "رؤية العالم" في مدخلها الصياغي لدراسة الثقافة كوسيلة لإقامة نظرية عن صيغة الثقافة ككل **(نجلاء عاطف خليل، 2006: 72)**.

ولم تكن الثقافة في رأيها مجرد مجموعات متفرقة أو عشوائية من الأفكار والأشياء المادية المصنوعة ولكنها كانت تعتقد أن كل مجتمع يستمد كيانه ووجوده وتماسكه ووحدته نتيجة لوجود مبادئ معينة من الترتيب والتنظيم بحيث يكتشف النسق الثقافي الناجم عن ذلك أنماطا أو صيغا محددة ومتميزة خاصة بذلك النسق بالذات، بمعنى وجود صيغ وأنماط ثقافية متمايزة لكل ثقافة من الثقافات الإنسانية كانعكاس للإتجاه السيكولوجي السائد في هذه المجتمعات **(أحمد أبو زيد، 1990: 73)**.

ومن هنا كانت تنظر بندكت إلى هذه الأنماط والصيغ الثقافية على أنها نظرة أو رؤية للعالم فالفرد منذ ميلاده وهو خاضع لكل ما هو سائد في مجتمعه من عادات –تؤكدها رؤية جون ديوي– من وجهة نظرها، عن الدور الذي تلعبه العادة في تشكل سلوك الفرد، وما أن يستطيع الطفل نطقا حتى يكون قد تلقى ثقافته الأولى، والتي لا يكف عن تلقيها لتصوغ

رؤيته للعالم، ولا يمنع ذلك –وهو ما تؤكده الأدلة– من أن الجماعات الإنسانية تستطيع إقتباس بعض محددات ثقافتها من جماعات مختلفة عنها مما يشير إلى إنتقال التقاليد عن طريق الثقافة، مما يكون رؤية للعالم تقوم على صيغ كلية للثقافة **(نجلاء عاطف خليل، 2006: 72)**.

وترى بندكت أن الثقافة العامة هي بمثابة القوس الكبير الذي تأخذ منه كل ثقافة بعض المظاهر التي تكون في حاجة إليها، وأن السمات الثقافية الموجودة في المجتمع لم توجد عن طريق المصادفة، وإنما وجدت من خلال حركة الإتصال الثقافي المستمر بين الظواهر المتعددة، وقد وضعت بندكت أنماطا لتفسير الثقافة، أهمها ما يلي:

النمط الأول: نمط الديونيزي، وهو الإتجاه الذي يهدف إلى تحطيم القيود أو الحدود المفروضة عن طريق الإحساس للوصول إلى الفهم العام والإفراط فيه **(محمد عباس إبراهيم، 2009: 32)**.

النمط الثاني: نمط الأبولوني، وهو يهدف إلى عدم الثقة أو عدم الإعتقاد الكامل بالافراط في الفهم، والميل إلى المحافظة على الإتجاه الوسط، مع الإتجاه إلى التقليد الجمعى، ومقاومة المذهب الفردي كلما أمكن ذلك **(محمد عباس إبراهيم، 2009: 32)**.

وقد جاءت تلك الصياغة النمطية للثقافة من جانب بندكت، من خلال عرضها للثقافات الثلاث التي تعاملت معها وهي ثقافة قبائل الزوني في الجنوب الغربي من الولايات المتحدة، وثقافة قبائل الكواكتيل الواقعة في الشمال الغربي من الولايات المتحدة، وقبائل الدبو الواقعة في الغرب من غينيا الجديدة **(محمد عباس إبراهيم، 2009: 33)**.

وقد حاولت بندكت الجمع بين مفهوم أصل الثقافة وتأثرها بغيرها من جهة وبين الملامح النفسية النمطية الرئيسية للجماعات الثقافية، فقد سعت إلى معرفة عناصر التكامل والتماسك في المعلومات المتوافرة عن الجذور أو الأصول المتراكمة في الثقافات التي درستها بدلا من

حصر إهتمامها بدراسة الأصول بشكلها المتناثر، من جهة أخرى ركزت تفكيرها في الوحدة النمطية لثقافات الجماعات، وفي هذا الصدد أكدت بندكت في كتابها الأنماط الثقافية: "إن الثقافة مثلها مثل الفرد عبارة عن نمط متسق من الفكر والفعل..." وقدمت بندكت في كتابها "أنماط الثقافة" 1934 تصنيفا لمختلف الثقافات تبعا للإتجاه المسيطر، وقد يستخدم المصطلح كذلك للإشارة إلى بعض أنماط السلوك التي تحددها الثقافة مثل الشعائر أو الطقوس أو بساطة التتابع الاعتيادي المألوف والنمطي للأنشطة الإنسانية المختلفة **(سمير الخليل، 1971: 50-51)**.

فحسب هذه المقاربة فإن ثقافة كل مجتمع تتميز بالتكامل والترابط بوجود صيغة كلية واحدة تميزها عن غيرها من الثقافات، وتتمثل هذه الصيغة بمجموعة من القيم والاتجاهات والمعايير التي تضفي عليها الثقافة قيمة كبيرة، وتؤثر تلك القيم والاتجاهات على سلوك الأفراد وشخصياتهم وبنياتهم الاجتماعية وتنظمهم بعلاقة مميزة **(عايدة.م.أ وم.م.النعيمات، 2017: 118)**.

تؤكد هذه المقاربة على ضرورة وضع الطب في مضمونه الثقافي، وأن الذي يجب أخذه في الاعتبار ليس الأشكال بل المكانة التي يحتلها الطب في حياة قبيلة أو شعب ما، وروح الممارسة التي تنتشر بينهم، والطريقة التي يندمج من خلالها الطب مع الممارسات الأخرى المختلفة من مجالات الخبرة، ولا يركز على الأنواع المختلفة للطب بل على الوظيفة التي يؤديها في المجتمع والتي تجعل له مكانة وأهمية في المجتمع الذي وجد فيه **(عايدة.م.أ وم.م.النعيمات، 2017: 118)**.

2- مقاربة ريفرز حول الطب والسحر والدين

لقد أشار بعض الأنتروبولوجيين أمثال "ريفرز" في دراسته حول المعتقدات الشعبية، أن الممارسات الطبية الشعبية لها علاقة وثيقة بالمعتقدات، كالطقوس والرموز العلاجية ولها

إرتباط وثيق وأثر على الحالة الصحية للفرد؛ فلأنساق الطبية الفطرية هي عبارة عن أنظمة اجتماعية، وأن الممارسات الطبية الفطرية يجب النظر إليها على أنها منطقية في ضوء المعتقدات السائدة، فبدافع المعتقد قد يفضل المريض العلاج الشعبي بدلا من الطب الرسمي، حتى في حالة توفر الإمكانيات اللازمة لذلك، مما قد يضع جهود الطب الرسمي في مهب الريح، لأن الكثير من الباحثين بينو أن الفكر المرجعي للممارسات الطبية يخضع لتأثير عوامل عدة، كالبيئة الاجتماعية والجغرافية والماضي التاريخي، لتظهر عبرها أشكال من الممارسات الطبية الشعبية، ذات الجذور المتنوعة كنتيجة من تلاقح الثقافات التي مرت بها المنطقة، ليظهر من هذا مجتمعات مختلفة الفكر، فمنها من يرى المريض جزء من محيطه، وآخر يجرده من فكره ويتعامل معه كجسد فقط، إشارة هنا إلى الطب الأكاديمي أو ما يسمى بالطب المعاصر الذي يعتبر الطبيب أساسه، مما قد يخلق صدام أم تضارب فكري ثقافي **(سعيدي نصر الدين، 2017: 117)**.

يعتبر "ريفرز" أول من كتب عن المعتقدات والممارسات الطبية للشعوب الأمية وكان رائدا في عملية الربط بين الطب الشعبي وجوانب أخرى من الثقافة والتنظيم الاجتماعي الدراسة التي قدمها "ريفرز" كانت دراسة إثنوغرافية قدمها سنة 1927 بعنوان الطب والسحر والدين في المجتمعات البدائية والشعوب الأمية وبخاصة في شعب "توداس" في الهند الجنوبية وشعب "ميلانيزيا"، والذي أراد من خلالها التأكيد على أن الطب نسق ثقافي **(الصافي أحمد، 2013: 15)**.

والجدير بالذكر في هذا السياق، أن هذه المقاربة لفتت الأنظار إلى أن الأنساق الطبية البدائية هي أنظمة اجتماعية، وأن الممارسات الطبية البدائية يجب النظر إليها على أنها منطقية في ضوء المعتقدات السببية السائدة، "الطب البدائي" ينقسم في نظر ريفرز إلى ثلاث متغيرات (السحر، والدين، والطبيعة) فسبب الإصابة بالمرض يعزى إما إلى عمل سحري أو قوى فوق طبيعية أو إلى عملية طبيعية، فين من جهة أن "الطب البدائي" قائم على نظام

المعتقدات حيث أن هذه الأخيرة متماسكة ومنطقية، ومن جهة أخرى بين أن هذه المعتقدات والممارسات الطبية جزء لا يتجزأ من الثقافة المحلية **(سميرة بن صافي، 2018: 934)**.

والفكرة التي أنطلق منها ريفرز تكمن في أن الدين والسحر والطب ثلاث مجموعات من العمليات الاجتماعية شديدة الإرتباط ببعضها البعض، وعليه فإن الإفتراضات التي أفترضها ريفرز ترجع إحداها إلى أن ممارسة الطب البدائي يرتبط إرتباطا وثيقا بالمعتقدات الدينية أما الغرض الثاني ضرورة النظر إلى الطب البدائي على أنه جزء متكامل من الثقافة هذا يعني أنه لا ينظر إلى الممارسات والمعتقدات الطبية على أنها عناصر فلكلورية غريبة أو طريفة ومنه فتصور "ريفرز" للعالم الخارجي قد اخذ ثلاثة مسارات وهي:

1- **النظرة الأولى:** والتي تعتمد على السحر حيث يرى أن السحر يعتمد على قدرة الإنسان في إستخدام قوى مختلفة، ومن ثم فإن المرض ينتج عن أعمال سحرية بإستخدام القوى الغيبية، وعليه فالعلاج يكمن في اللجوء للسحر لاسترضاء الكائنات.

2- **اما النظرة الثانية:** وتعتمد على وجهة نظر دينية والتي تعتقد في أن المرض يحدث بسبب تأثير القوى الروحية غير الطبيعية، ومن ثم فالعمل على إسترضاء القوى الروحية هو الممارسة العلاجية المناسبة لمقاومة المرض.

3- **النظرة الثالثة:** وتتمثل في النظرة الطبيعية للعالم الخارجي والتي لم يعطيها إهتمام وعالجها بطريقة سريعة، وأعتبر أن الطب الغربي هو المثل لهذه النظرية الطبيعية والتي تذهب إلى وجود عوامل طبيعية مسببة للمرض وأن علاجها يتحقق باللجوء إلى مؤسسات الطب الرسمي **(الصافي أحمد، 2013: 15)**.

وعلى الرغم من تأكيده بوجود النظرية الطبيعية في بعض الجماعات البدائية في أحد جوانب ممارساتها الطبية، إلا أنه لا يمكن أن نعتبرها نوعا من التفكير الطبيعي طالما أنها وجدت في إطار ديني وسحري، كما يعتبر أن دور ممارسي الطب الديني "الكاهن" والسحري

"العراف" دورا فعالا وأساسيا في إستمرار الممارسات الطبية البدائية، ويذهب إلى أن التغيير قد يمس جانب الممارسة بشكل نسبي لا المعتقد، وأن سبب تغير الممارسة يرجع إلى الإنتشار والإضافة الثقافية التي تنتج عن الإتصال **(الصافي أحمد، 2013: 15)**.

حاول ريفرز الربط بين نمط الاعتقاد المتصل بالمرض والسلوك المتبع تجاه دور المعالج فهو يرى أن المشعوذ يلعب دورا رئيسيا عندما تسود معتقدات السحر والشعوذة، وأن الكاهن يقوم بنفس هذا الدور عندما تسود التفسيرات الدينية للإصابة بالمرض، ففي الأربعينات فسرت المعتقدات والممارسات الطبية للمجتمعات غير الغربية على أنها الأسس الأولى للمعرفة الطبية، فقد أدت إلى وضع نظريات سببية للمرض وطرق الممارسة البدائية الجراحية كما ساهمت في معرفة الخصائص الدوائية العلاجية للنباتات والمعادن التي كانت بسيطة ونوعا ما بدائية **(سميرة بن صافي، 2018: 934)**.

من هذا المنطلق أعتبر "ريفرز" أن الثقافة لا يمكن شرحها إلا بالرجوع إلى حقائق ثقافية أخرى، فعالج نموذجه في السلوك كنتائج للمعتقدات التي تقوم بدور عامي في النظرة إلى العالم، لذلك فإن أهم ما قدمه هو نظرته إلى عناصر الطب البدائي على أنها مجموعة من العناصر التي تكون نظاما اجتماعيا يستحق الدراسة كما ندرس أي نظام اجتماعي آخر لا على أنها جزئيات متناثرة من السلوكيات التي لا يمكن فهمها، ويقول "ريفرز" في هذا الخصوص أن المعتقدات الطبية والممارسات العلاجية لا يجب النظر إليها أنها عناصر فلكلورية غريبة، ولكن يجب إعتبارها جزءا متكاملا من الثقافة **(الصافي أحمد، 2013: 15)**.

3- المقاربة المقارنة

الجهد الذي يبذل للتعرف على إتفاق أو إختلاف الأنواع الأخرى للطب والتي تتزايد لها الغلبة الألوبائية علاج الداء بدواء مضاد أو المضادات، وتمارس بواسطة الأطباء الفيزيقيين

تمثل مشكلة خطيرة على المدى البعيد للدراسات الطبية المقارنة وترجع الصعوبة إلى الاضطراب في اختيار الطريقة المناسبة التي تشير إلى علاج الداء بدواء مضاد، والأقل اضطرابا هو كيف تشير لتلك الأنساق الأخرى، وحتى تتفادى المقارنات غير الدقيقة، كان من الضروري إيجاد مصطلح مناسب نستطيع من خلاله وصف الطب "البيولوجي الحيوي" وحتى نستطيع المقارنة بين نسق الطب الشعبي والأنواع الأخرى بدون أن نصدر أحكاما قيمية مسبقة تشير إلى الطب الرسمي على أنه طب عالمي حتى نميز بينه وبين الأنواع الأخرى من الطب الشعبي، وقد لجأ "فابريجا" إلى المنظور الثقافي المقارن حينما استخدم المرض ليشير إلى أن وحدة التحليل هي الفئة الاجتماعية الثقافية وفي هذا البعد صنف المشكلات الطبية بمصطلحات إجتماعية، وقد إستخدم هذا المنظور علماء الأنتروبولوجيا الثقافية عند دراستهم للمعتقدات التي تتعلق بحدوث المرض وأنماط السلوك والإتجاهات المصاحبة للمرض أو بمعنى آخر العمليات الاجتماعية العلاجية في المجتمعات التقليدية يهدف إجراء مقارنات بينها، وتم التركيز على المعاني التي تفسر بها أعضاء المجتمع أنماط المشكلات المرضية **(محمد الجوهري[وآخرون]، 2009: 96)**.

والمحور الأساسي للتحليل الأنتروبولوجي المقارن هو التأكيد على الشمولية والعملية والتغير والذي إستخدم في فحص الأنساق الطبية البدائية، أيضا يمكن في الدراسات الطبية العرقية تحليل مشكلات العلل والرعاية الطبية في علاقتها بالأنشطة الثقافية الأخرى للجماعة، كما يتيح هذا المنظور الفرصة لدراسة السلوك الذي يقوم على قواعد ثقافية محددة ويركز على العلاج الطبي، ومن ناحية أخرى يسمح بالتطرق إلى المعتقدات كما لو كانت قضايا حول القيم المطلقة التي يعتبرها أعضاء الثقافة شيئا مقدسا، وكيف تربط أعضاء الجماعة ببعضهم البعض **(محمد الجوهري[وآخرون]، 2009: 96)**.

وبالتالي تلك الدراسات السابقة تبحث في الاتجاهات التصورية تجاه المرض للشعوب غير المثقفة أمثال دراسات "كليمنتس"، والبحث عن أسباب وميكانيزمات المرض، فالهدف

هو التعرف على المعتقدات الطبية للجماعة وكيف أنها ترتبط بالدلائل الدينية والأخلاقية، وتؤثر في العلاقات الإجتماعية، أي أن معتقدات المرض تكتشف في حدود الفروض الثقافية وسلوكيات الجماعة وهي تختلف كلية عن النظرة الطبية البيولوجية الغربية للمرض والرعاية الإجتماعية، وهذا هو المنظور الثقافي المقارن.

4- مقاربة الطب البدائي كعناصر نمطية ثقافية أكير كنخت

قدمت أكير كنخت إسهامها النظري سنة 1946 وكان مضمونه كالتالي:

1- وجود علاقة وثيقة بين النسق الطبي وثقافة المجتمعات، أي علاقة تأثير وتأثر.

2- تتعدد أشكال الطب البدائي بتعدد وتنوع الثقافة البدائية، أي لا يوجد نمط واحد من الطب البدائي بل نجد لكل ثقافة ممارساتها الطبية الخاصة بها.

3- تختلف درجات إرتباط عناصر النسق الطبي من مجتمع لآخر، بمعنى أن عناصر النسق الطبي لها علاقة وظيفية ببعضها البعض غير أن درجة الارتباط مختلفة حسب طبيعة المجتمعات.

4- لا يمكن أن نضع الطب الشعبي والطب الحديث في كفة واحدة لكون الأول ذو طبيعة سحرية، أي أنه يعتبره ذو طبيعة سحرية دينية حيث يعتمد في ممارساته على الدين والسحر، وهذا على الرغم من فعالية بعض ممارسته العلاجية، أما النوع الثاني فذو طريقة علمية بعيدة عن الغيبيات **(محمد الجوهري، 2007: 55، 56).**

وهذا يدل على أن أكير كنخت لم يفرق بين الطب الديني والطب السحري وتناولهما بالحديث على أنهما نفس الشيء.

إضافة إلى ذلك تأثر "أكير كنخت" بشدة بآراء "روث بندكت" ووضع الطب في مضمونه الثقافي وأن الذي يجب أخذه في الإعتبار ليس الأشكال بل المكانة التي يحتلها

الطب في حياة القبيلة أو الشعب، وروح الممارسة التي تنتشر بينهم، والطريق الذي يندمج من خلالها الطب مع السمات الأخرى المختلفة من مجالات الخبرة، وكان نقد أكير كنخت نذيرا، حيث قام بتحويل جوهري من المدخل التاريخي للظاهرة المحلية إلى أجزاء مترابطة وأن مفاهيم المرض وأسبابه وخصائص المعالجين جميعا تتداخل مع بعضها البعض **(أليس إسكندر بشاي، 2009: 93)**.

5- مقاربة الطب كنسق متغير بنيامين بول

ويرتكز النموذج التصوري له أساسا على فكرة النسق، هذا المفهوم يعد من مرتكزات النظرية الوظيفية، والذي يتألف من مجموعة من العناصر المترابطة مع بعضها البعض ويسود بينهما نوع من التساند الوظيفي، بمعنى أن كل عنصر من عناصر النسق له علاقة بالعناصر الأخرى المكونة للبناء الاجتماعي فهي علاقة تأثير وتأثر، هذه العلاقة التي تشكل بارتباطها مع بعضها البعض "النسق ككل" **(طارق السيد، 2007: 132)**.

وقد أعتبر بنيامين بول أن الثقافة تمثل النظام أو النسق، أما النمط فهو يعبر عن النسق الفرعي ومن ثم فهو جزء لا يتجزأ من النسق العام أو الكلي، وهنا تركز إهتمام الباحث على التغييرات المصاحبة للنسق، والنسق الفرعي عندما تظهر عناصر جديدة ذات علاقة بالصحة، كما إهتم بالتغيرات التي تحدث للعناصر الجديدة التي تدخل ضمن النسق الاجتماعي الثقافي، أي كيف يؤثر إحداهما على الآخر **(طارق السيد، 2007: 132)**.

وفي هذا السياق قدم "بول" إقتراحين تجسدا في:

الإقتراح الأول: حيث يؤكد بول على ضرورة تفسير رد فعل الأنساق الثقافية للعناصر الجديدة، بالإستناد إلى كل من طبيعة النسق أو الأنساق الثقافية نفسها، وطبيعة العناصر الجديدة أيضا وطريقة تقديمها للمجتمع، فالإعتماد في التفسير على طبيعة النسق فقط سيعرقل من عملية فهم وتحليل التغيرات التي تحدث في النسق والنسق الفرعي، أي في

الثقافة والنمط كما قلنا من قبل والعناصر الجديدة ذات العلاقة بالصحة **(طارق السيد، 2007: 132)**.

وفيما يتعلق **بالمقترح الثاني:** فإننا نجد أن "بول" يؤكد على عملية التأثير المتبادل بين الأنساق الثقافية للعناصر الجديدة، حيث يتوقع أن يؤدي العناصر الصحية إلى التأثير في النسق الاجتماعي الثقافي وكذا النسق الطبي، وبالمقابل أيضا سوف تتأثر العناصر الجديدة بالواقع الاجتماعي الثقافي أو ما أصطلح عليه الأنساق الثقافية والنسق الطبي، حتى أنه يتوقع أن يعاد تشكيلها وتفسيرها من جديد **(طارق السيد، 2007: 132)**.

وعليه نجد أن "بول بنيامين" لم يقتصر في إتجاهه هذا على المجتمعات البدائية فحسب بل تجاوز ذلك إلى تناول الأنساق الطبية الحديثة والتأثير المتبادل بين النسق الطبي التقليدي والنسق الطبي الحديث.

6- مقاربة التكامل الوظيفي

ساهم الطب الشعبي في تطوير النظرية والمنهج في الأنتروبولوجيا السوسيوثقافية عن طريق عرض التكامل الوظيفي لمكونات أنساق الرعاية الصحية داخل النسيج الثقافي للمجتمع ومنظماته الاجتماعية ونسقه، أصبح مدخل التكامل الوظيفي والمدخل النظري المعرفي الرمزي هو الغالب في دراسة أنساق الرعاية الصحية، بعد أن قام "كليمنتس" بإصدار عمله الرئيسي منذ نصف قرن، وغدا الطب الشعبي أحد الابعاد الجوهرية في الثقافة التي يجب أن تخضع للبحث وزاد منهج دراسات المجتمع المحلي، مثل دراسات المكسيك وجواتيمالا والتركيز على تصورات المجتمع عن الإعياء: أسبابه، علاجه، ودور المعالجين الشعبيين، والعلاقة بين تصورات المرض والكون، وتطابقت العلاقات بينما بدا أنه ممارسات ومعتقدات صحية، وبين الجوانب الأخرى للثقافة والتنظيم الإجتماعي، هذه النتائج ساهمت في نمو إتجاه النسبة الثقافية حول الممارسات الصحية لشعوب أخرى كما ساعدت على

فهمهم، وأصبحت أكثر المعتقدات والممارسات الصحية –بل وأكثرها غرابة– مفهومة وأسهمت في توضيح الأشكال الاجتماعية، حينما ينظر في سياق المحتوى الثقافي الذي توجد فيه، وعلى سبيل المثال إبراز فكرة أن المرض هو "ضحية للجيران" وأنه عقاب لإنتهاك القواعد الاجتماعية، فهو عقاب لإثم أو نتيجة خرق بعض المحرمات، وإهتمام الأنتروبولوجيا بالمرض كعقاب يعود إلى عام 1915 **(محمد الجوهري [وآخرون]، 2009: 93، 94).**

وقدم التحليل عددا من الأعمال الهامة التي أقامت روابط بين المعايير الاجتماعية الضابطة للسلوك وإرجاع المرضى إلى قوى ما وراء الطبيعة التي تحدد هذه المعايير، وأن الذين عوقبوا بالمرض ذلك لأنهم فشلوا في الإلتزام بالمعايير الاجتماعية والمرض الذي يرجع للسحر والشعوذة يفترض أنه جزاء اجتماعي لسلوك غير مقبول ولا ينجم عن عوامل داخلية شخصية، أي أن الخوف من السحر والشعوذة يعد ميكانيزما يحافظ على النظام الاجتماعي بين الناس، وإسهام هذه الدراسة في أن معتقدات المرض تم توظيفها بنجاح في المجتمع، وأختبرت صحة هذا الإفتراض على عينات واسعة في مجتمعات من أنحاء العالم، والنتيجة أن المجتمعات الحديثة التي تتوفر فيها مؤسسات رسمية للضبط الاجتماعي –مثل قوات الشرطة والمحاكم تؤدي واجبها جيدا وتحوز القوة– يغيب فيها السحر والشعوذة، وكلما ضعفت تلك القوة كلما كان السحر والشعوذة أكثر حدوثا ويملآن الفراغ حينما لا يوجد حل للصراع بين الزوجين، أو حينما تنشر المنازعات بين عدة أشخاص **(محمد الجوهري [وآخرون]، 2009: 93، 94).**

7- مقاربة "دون يودر" حول الطب الشعبي

تركز المقاربة النظرية لدون يودر على أن تحديد مفهوم الطب الشعبي كونه جزء من الثقافة المحلية، في تعريفه للطب الشعبي ذهب إلى أنه ممثل في جميع الأفكار ووجهات النظر التقليدية وحول المرض والعلاج وما يتصل بذلك من سلوك وممارسات تتعلق بالوقاية من

المرض ومعالجته بصرف النظر عن النسق الرسمي للطب، وقد أشار إلى إختلاف في الممارسات الطبية الشعبية حيث توصل أن هناك إختلاف في إستخدام الأعشاب الطبية فهنالك من يستخدم فيه عناصر سحرية منها ما يستخدم فيه عناصر دينية كالرقي والتعاويذ والكلمات المقدسة، ويتسائل "دون يودر" عن الشفاء الذي يتحقق عن طريق السحر والدين هل هو راجع إلى التأثيرات المادية للعلاج أم إلى التأثيرات الروحية، كما أشار إلى أن الطب الشعبي يصنف إلى قسمين هما: الطب الشعبي الطبيعي والذي يعتبره أكثر عقلانية لإستخدامه النباتات والأعشاب وبعض المعادن في وصفاته العلاجية، والطب الشعبي الغيبي أو السحري الذي يقوم على إستخدام الرقي والتعاويذ، وهو بذلك يختلف عن تصور "أكير كنخت" الذي أعتبر كل من الطب الديني والسحري شيئا واحدا، فضلا عن تناوله علاقة الطب الشعبي بالأولياء الصالحين **(عبد الرحمان إسحاق، 1984: 6، 7).**

8- الممارسة التطبيبية مارسيل موس (1872-1950)

لقد بدأت منابع السوسيولوجيا الطبية مع أعمال إميل دوركايم، ومارسيل موس، جورج غروفيتش وامتدت إلى المدرسة فرانكفورت، فكانت أعمال مارسيل موس لدراسة الظواهر الواقعية للصحة والمرض، وبذلك في إنشاء نظرية سوسيوطبية، وقد بدأت اهتماماتها الأولى في النظرية التحليلية للسوسيولوجيا النفسية، لذا هو من الأوائل الذين تكلموا عن الصحة والممارسة العلاجية لدى المجتعات البدائية، وهو بذلك فصل بين السوسيولوجيا والبيولوجيا ومنه نتج عن ذلك دراسة عدة مواضيع في الأنثروبولوجيا الطبية **(عاطف شحاتة، 1992: 109).**

وقدم مارسيل موس سوسيولوجيا الجسد في" تقنيات الجسد " وتتمثل في دراسته التي قدمت كمحاضرة في اجتماع جمعية علم النفس في باريس فرنسا سنة 1934، ثم نشرت في مجلة علم النفس والباثولوجيا عام 1935، وقد وضح فيها مارسيل موس كيف يؤثر

المجتمع على الممارسات الجسدية وقد بين أن الجوانب الأساسية للأنشطة الجسدية كالمشي والوقوف والجلوس هي" بنى اجتماعية "فمع أن هذه الأنشطة تستلزم أساسا عضويا، إلا أن إتقان هذه القدرات يستلزم سياقا ثقافيا، إن آليات الجسد أو تقنياته رغم إعتمادها على أساس عضوي عام إلا أنها في ذات الوقت تمثل تطورات ثقافية وشخصية والحقيقة أن الهابيتوس يعين في فكرة Habitus، ومارسيل موس قد قدم من خلال ملاحظاته للأنشطة الجسدية المختلفة فكرة القدرة الطبيعية والاجتماعية، البدنية أو العقلية المكتسبة، ويؤكد مارسيل موس على أهمية التربية والتنشئة الاجتماعية، كما يؤكد أيضا على أهمية التقليد في تشكيل الأنشطة الجسدية ويرى أن تقنيات الجسد تتباين وفقا للعوامل المجتمعية كالتعليم والملكية والموضة، والنفوذ **(عاطف شحاتة، 1992: 109)**

كما أنها تتباين على المستوى التاريخي (1886-1940) ولقد تزامن دراسة" مارسيل موس" مع ظهور كتاب ألفه بول شيلدر صورة ومظاهر الجسد الإنساني "Therimage and apperance of the human body " عام 1935 وردت فيه عبارة "سوسيولوجيا الجسد" حيث أعطى أهمية للجسد على أنه صورة اجتماعية بالضرورة وأن كل جوانب صورة الجسد تتشكل وتتطور من خلال العلاقات الاجتماعية، كتب شيلدر "صورة الجسد هي مبدأ اجتماعي، إن صورة أجسادنا ليست متصلة على الإطلاق عن صورة أجساد الآخرين ولكنها مقترنة بها دائما"" إن ثمة تأكيد واضح من جانب شيلدر" على السمة الاجتماعية لصورة الجسد أي يراها قوية وجلية، ثمة علاقة عميقة بين صورة جسد الشخص وصورة جسد الآخرين ويبذل الفرد جهدا متواصلا ليربط بين صورة جسده ، وصورة جسد الآخرين ويمثل التقليد والتناهي الآليات لتشكيل صورة الجسد **(سفيان دريس، 2018: 218).**

ثانيا: المقاربات السوسيولوجية للتمثلات والممارسات

أ- التمثلات:

1- مقاربة إيميل دوركايم

إهتم إيميل دوركايم بالتصورات أو رؤي العالم الدينية وأطلق على نسق الأفكار والرموز التي تدور حول تفسير الطبيعة أو الكون إسم التصورات الجمعية التي تعكس بناء المجتمع الذي نشأت وتأصلت فيه وتصور الناس أنفسهم وتقدم تفسيرا لهويتهم وإرتباطهم بهذا العالم فقد ميز دوركايم بين عالمين: العالم الواقعي والعالم المثالي فذهب إلى أن الإنسان وضع فوق عالمه الطبيعي الذي تسير فيه حياته العادية الدنيوية عالما آخر مثاليا لا يوجد إلا في مخيلته، وأن الخصائص المثالية ليست من صفات العالم الواقعي ولا هي داخلة في تركيبه وإنما هي من خلق الإنسان الذي فرضها على هذا الواقع وأن كل المعتقدات الدينية البسيطة أو المركبة تمثل خاصية واحدة عامة أو مشتركة تفترض تصنيفا لكل الأشياء الواقعية والمثالية التي يفكر فيها الإنسان وقسم الكون أو العالم إلى قسمين، قسم يحتوي على كل ما هو مقدس والآخر يشمل كل ما هو دنيوي أو مدنس **(نجلاء عاطف خليل، 2006: 60)**.

حيث يعد إيميل دوركايم أول من إستعمل وذكر مصطلح التمثلات الاجتماعية عندما قارن بين التمثلات الفردية والتمثلات الجماعية، معتبرا التمثلات الفردية داخلية تسير من قبل دماغ الفرد، أما التمثلات الجماعية فهي خارجية وتساهم في الوعي الجماعي، فهي عامة ودائمة كونها تمارس من قدرة ضغط على العمل المعرفي للأفراد، كما إعتبرها أيضا مجموعة من التراكمات القيمية والمعيارية المنتجة من طرف المجتمع والخارجة عن الشعور الذاتي للأفراد الاجتماعيين وهي غير قابلة للخضوع لذواتهم الفردية بحكم طابعها الجماعي ومما لا شك فيه أن كل واحد يساهم في بلورة تلك التمثلات المشتركة **(دورون رولان ويارو فرنسوا، 1997: 947)**.

إن التمثلات الاجتماعية بالنسبة إلى عالم الاجتماع الفرنسي "أميل دوركايم" هي عبارة عن تصورات اجتماعية تتأسس في شكل قيم ومعايير للسلوك والقول وتتغير بتغير الحياة فهي عبارة عن صورة للبنية الاجتماعية والثقافية للمجتمع، فالعادات والتقاليد والنظم والأعراف والقيم والاتجاهات كلها عوامل تؤثر في تشكيل التمثلات المرجعية التي يوظفها الإنسان في تفاعله مع الواقع وتحدد الكيفية التي يفكر بها **(مصباح الشيباني، 2018: 61)**.

حيث يرى دوركايم أن الجماعة ليست مجرد حاصل لمجموع الأفراد الذين يكونونها، بل كيان مستقل كامل الوجه، ولهذا يجب دراستها انطلاقا من هذا الأساس، وبالتالي يرى أن "التصورات الجماعية خارجة عن وعي الأفراد، فهي لا تنبثق عن أفراد مأخوذين بشكل معزول ولكن من توافقهم وهذا أمر مختلف فالتصورات تكون مختلفة وعابرة ويومية عندما تكون فردية، في حين أنها مستقرة وصلبة ومتقاسمة عندما تكون جماعية **(أحمد جلول ومومن بكوش، 2014: 169)**.

يقول دوركايم "إن التمثلات هي ذلك التدفق الدائم من صورة الحياة تدفع بعضها البعض كتدافع مجرى نهر دائم السيلان، ولا تبقى على حالها إنها تتغير بتغير الحياة الاجتماعية إذن فالتمثلات الجماعية تعني الطرق المشتركة للإدراك والفهم، والتي تختلف عن التمثلات الفردية، يركز دوركايم هنا على خصائص الظاهرة الاجتماعية، التي يشترك في إنتاجها الأفراد لكنها تتخذ منهم مسافة وتصبح فيما بعد قمعية والزامية (الضمير الجمعي) وإعطاء معنى مشترك لوجودهم **(محمد العلوي ومحمد عليلات، 2004: 20)**.

2- مقاربة موسكوفيتشي

أول من استخدم عبارة التمثلات الاجتماعية هو العالم الفرنسي موسكوفيتشي (Moscovici 1961) في أطروحة الدكتوراه التي تناول فيها دراسة تمثلات التحليل النفسي

لدى مجموعة كبيرة من الفرنسيين، ردا على طرح دوركايم السوسيولوجي، يعتبر موسكوفيتشي أن التمثلات ليست فقط جمعية تتكون عبر الأجيال وغير قابلة للتغير بل اجتماعية قابلة للمراجعة والتجديد والرسكلة وإعادة البناء من طرف المجموعات التي تكون المجتمع الواحد لتنتج بذلك "معارف الحس العام" أو "التفكير الاجتماعي"، كما بين موسكوفيتشي أن التمثلات تتكون من "نسق من القيم والمفاهيم والسلوكيات المرتبطة بسمات ومواضيع يحدد معالمها الوسط الاجتماعي، حيث تمكن إستقرار حياة الأفراد والجماعات ومن توجيه وصياغة السلوكيات وردود الفعل المناسبة" وهي أيضا "وسائط بين الشخص والوضعية المتواجدة فيها"، فالتمثلات الاجتماعية تتغير وتختلف في معناها ومحتواها بحسب اللغة والسياق الثقافي والإيديولوجي وبحسب إهتمامات وعلاقات التواصل والتخاطب بين أفراد المجموعة، مثلا "إذا أبدى الفرد أو المجموعة رأيا يتعلق بموضوع ما (مادي أو اجتماعي: فكرة شيء أو شخص)، فإن هذا الرأي هو بطريقة ما جزء من تكوينه، لأنه يحدد ماهية هذا الموضوع" **(كوثر السويسي، 2016: 49)**.

إن مفهوم التمثلات الاجتماعية حديث النشأة بحيث يرتكز على أعمال عالم النفس الاجتماعي سيرج موسكوفيشي الذي يرى أن التمثلات تقوم أساسا على التفاعل بين الأفراد أو الجماعات ويركز في دراسة التمثلات الاجتماعية على ديناميكيتها، وتطورها بدلا من محتواها فهذه التمثلات عبارة عن اندماج مجموعة من المعالم الجماعية والفردية، في نفس الإتجاه يصرح بأن التمثلات تتشكل عندما نتفاعل مع الآخرين، وعن طريق الاتصال بالواقع نتيجة لنشاط ما، وبالتالي التمثلات الاجتماعية هي نشاط وسيرورة فردية، جماعية وإيديولوجية **(عبد الرحمان العيساوي، 1974: 163)**.

ويرى موسكوفيشي أن ظهور وضعية اجتماعية جديدة، وما تفرضه هذه الأخيرة من قلة المعلومات بشأنها عجز المعارف المكتسبة سابقا عن تأويلها، يؤدي إلى بروزها كموضوع إشكالي وجديد يستحيل معرفته بشكل كامل نظرا لتشتت المعلومات التي تتعلق به، فهذه

الوضعية تولد نقاشات وجدالات وتفاعلات تزيد من الشعور بضرورة فهم الموضوع، وهكذا يتم تنشيط التواصل الجماعي والتطرق لكل المعلومات والمعتقدات والفرضيات الممكنة، ما يؤدي في نهاية الأمر إلى الخروج بموقف أغلبية لدى الجماعة، هذا التوافق تساعده طبيعة معالجة الأفراد الإنتقائية للمعلومات، إذ يتمركزون حول مظهر خاص يتناسب وتوقعاتهم وتوجهاتهم الجماعية **(أحمد جلول ومومن بكوش، 2014: 174)**.

إنطلق موسكوفتشي من فرضيات ثلاث ليفسر كيف يختلف أفراد المجتمع الواحد في تمثلاتهم لموضوع ما، تتعلق الفرضية الأولى بانتشار المعلومة بين أفراد المجتمع حول موضوع التمثل بحيث يصعب فرزها وتمييزها عن المعتقدات والمعارف السابقة، أما الفرضية الثانية فتتعلق بالإهتمام الذي يوليه أفراد مجموعة معينة لجانب من موضوع التمثل، في حين تتعلق الفرضية الثالثة بتطوير المعلومات المستقاة تحت "ضغط البحث عن دلالة" (la pression de l'inférence)، كما يعبر عن ذلك موسكوفتشي، كل حسب ثقافته واهتمامه، لتلافي النقص في المعلومات التي سببتها عمليات التواصل الاجتماعي عند توفر كل هذه الظروف تتكون معارف ساذجة (savoir naïf) مختلفة لدي فئات المجتمع الواحد هذه المعارف مختلفة تماما عن معارف الخبراء (savoir des experts) صناع المعرفة الأولى إذن يرجع هذا الإختلاف إلى المستوى الفكري للأفراد وإلى مدى مسايرتهم للنسق الاجتماعي والثقافي الذي هم فيه وإلى إنتمائهم الإيديولوجي **(كوثر السويسي، 2016: 50)**.

وبالمجمل، يعتبر التمثل الاجتماعي حسب "موسكوفيشي" بنية مستقلة، نشطة تتضمن ثلاثة أبعاد أو مستويات:

- المعلومة: ممثلة في الكم من المعارف التي تتوفر عليها جماعة من الأفراد كذوات إزاء موضوع اجتماعي جد محدد، هذه العلوم تختلف نسبيا من جماعة اجتماعية إلى أخرى ومن مجتمع إلى آخر.
- حقل التمثل: أي الكيفية التي ينبني عليها وينتظم مضمون التمثل من جهة، ونوعية هذا المضمون وخاصيته الانطباعية.
- الموقف: الذي يفسر السلوك الإيجابي أو السلبي ازاء موضوع التمثل **(مليكة جابر: 2015: 17)**.

ب- الممارسات:

1- مقاربة بيار بورديو

لقد حاول بورديو في نظرية الممارسة أن يقدم حلا للفجوة بين النظرة الذاتية للعالم الاجتماعي والنظرة الموضوعية، وانتهى إلى أن العلاقة بين الذاتي والموضوعي علاقة جدلية متداخلة ومتشابكة ومعقدة، وعالم الاجتماع عليه أن يكشف عن طبيعة هذه العلاقة، وكيف تتولد الممارسة تحت تأثير هذه العلاقة وقد حاول بورديو توضيح كيف تتمثل الذات الفاعلة الشروط الموضوعية _البنيوية_ فأنتج مصطلح الهابيتوس، وكيف تؤثر هذه الذات في تلك الشروط، فأنتج مصطلح المجال، بحيث تصبح الممارسة "محصلة العلاقة الجدلية بين الهابيتوس والمجال، أو هي نتاج تفاعل الهابيتوس والمجال" **(أحمد موسى بدوي، 2009: 12)**.

إستخدم بورديو مفهوم الممارسة لتحديد سمات الحياة اليومية التي يشوهها، كما يقول الأنثروبولوجيون البنيويون (وخاصة كلود ليفي ستروس) منهجيا: إستمرارية الأفعال اليومية في الوقت، وجزئيتها التي تمنعها من أن تنخفض إلى إجمالي مجرد، أو أداء الوظائف المجرد، المنطق ليس "النظام" الذي يمكن قراءته خارج مخرجاتهم (نوع من النظام اكتشفه ليفي ستراوس في أسطورة) لكن الأقل وضوحا "نظام مبادئ الإنتاج" التي تولد الظروف التي

تحتها تصبح الممارسة في حد ذاتها ممكنة، عارض بورديو منهج "القراءة" العالم الاجتماعي كما لو كان جاهزا للتفسير ووضع بدلا منه تحقيق في الظروف المسبقة للفعل (الظروف المسبقة للممارسة يجري تحليلها، وممارسة التحليل نفسه) **(نيك كولدي، 2014: 63)**.

إن مفهوم الممارسة يركز على العلاقة الجدلية بين الفاعل والبنية، وهي العلاقة التي تنتهي بأن يقوم البناء بإعادة إنتاج ذاته، أو تحويل وتغيير البناء من طرف الفاعلين، ولكن يستلزم ذلك توافر شروط بنيوية، فالفاعل وفق هذه المقاربة لا يكون مجرد نتاج يقوم بدوره وفقط، بل مشاركا في البناء أو تحويله عن طريق الممارسة، لقد حاول بورديو توضيح مقاربته عن طريق استحداث عدة مفاهيم كانت مؤسسة لهذه المقاربة، فاستحدث مفهوم الحقل الذي يشير إلى مفهوم البنية، وأوضح كيف أن الفاعلين هم نتاج البنية باستحداث مفهوم الهابيتوس، وأوضح الشروط البنيوية فاستحدث مفهوم رأس المال النوعي أو الخاص **(محمد سنينة وهشام معيزي، 2017: 4)**.

وفي هذا الصدد تصبح الممارسة هي محصلة العلاقة الجدلية ما بين الحقل والهابيتوس من أجل الهيمنة على رأس المال النوعي، وهذا ما سعى إليه بيار بورديو من خلال بناء نظرية تمكنه من الإنتقال من البنية إلى الفعل، فتبقى البنية ويبقى الفاعلين نتاج للبنية (البنية تعيد إنتاج ذاتها)، أو الإنتقال من الفعل إلى البنية فيكون نتاج هذه الممارسة تحويل البنية من طرف الفاعلين، وهذا ما تعكسه مقولة بيار بورديو: "... وعلى الرغم أن الفاعلين نتاج البنية، لكنهم صنعوا ويصنعون البنية باستمرار ويمكنهم، بتوافر بعض الشروط البنيوية تحويلها جذريا" **(إيان كريب، 1999: 14)**.

الممارسة الاجتماعية عند بورديو بهذا المعنى ليست مجرد فعل صادر في الزمن الحاضر، ولكنها فعل موجه من الماضي، فعل تاريخي، فكما لابد من أن تتضافر عدة ظروف قبل هطول المطر، فكذلك الممارسة، هي محطة خبرات مكتسبة أو موروثة، تتضافر

لتقييم الواقع المعاش، وتحديد طبيعة الفعل الملائم في لحظة ما، لحظة الممارسة، أو هطول المطر، فالممارسة نشاط إنساني يقوم به فاعل يمتلك القدرة على صنع الإختلاف ولكنها ليست قدرة ذات متعالية، وإنما قدرة فاعل نشط مكافح، بهذا المعنى فإن الفاعل عند بورديو هو شخص محمل بخبرات متراكمة، رأس مال نوعي، يكتسبه خلال التنشئة والتعليم ويولد لديه مجموعة من الاستعدادات تمكنه من ممارسة الأفعال المختلفة في إطار بنية محددة وبشكل تلقائي ولا إرادي في معظم الأحيان **(أحمد موسى بدوي، 2009: 12)**.

لكن بورديو لا يتوقف في نظريته عند مستوى علاقة الفرد بالبناء، فالممارسة الفردية ليست الممارسة الوحيدة القائمة بل هناك ممارسات جماعية قائمة في المجتمع، تتم في إطار علاقات القوة وصور الصراع والعنف الرمزي داخل المجالات، وبهذا فلكل مجال الرأس مال النوعي الخاص به الذي يسعى الأفراد أو الجماعات أو الطبقات إلى إمتلاكه والذي يولد لدى الأفراد والفئات استعدادات متفاوتة للممارسة **(أحمد موسى بدوي، 2009: 12)**.

أخذت نظرية بورديو بشأن الممارسة في التبلور عبر الأعوام ومن خلال مختلف أعماله، وساهمت في حل إشكاليات جادة في مجال العلوم الاجتماعية والإنسانية، سواء فيما يتعلق بإيجاد وتحليل السياقات الخاصة بالمعلومات الإحصائية، أو بدراسة سلوك وأفعال الأفراد، لقد عملت نظريته على النظر إلى الفرد باعتباره فاعلا يقوم بصناعة خيارات عديدة على المستوى اليومي، وتقع هذه الخيارات تحت ضغوط الميادين الاجتماعية، حيث تؤدي دورها في تحديد أفعال الأفراد وسلوكهم اليومي **(عبد الله عبد الرحمان يتيم، 2011: 59)**.

2- مقاربة أنتوني جيدنز

يمكن إعتبار الممارسات الاجتماعية تعبيرا لفظيا لأنماط مختلفة من عناصر اجتماعية ترتبط بمجالات معينة من الحياة الاجتماعية، مثال ذلك تعليم الصفوف في بريطانيا المعاصرة باعتباره ممارسة اجتماعية، والأمر المهم المرتبط بالممارسات الاجتماعية، هو أنها

تعبير لفظي عن الخطاب (وبالتالي لغة) مع عناصر اجتماعية غير خطابية، يمكننا اعتبار أي ممارسة اجتماعية تعبيرا لفظيا للعناصر الآتية:

- الفعال والفاعل.
- العلاقات الاجتماعية.
- الأشخاص (بمعتقداتهم، ومواقفهم، وتواريخهم).
- العالم المحسوس.
- الخطاب **(نورمان فاركلوف، 2009: 63)**.

تقوم نظرية تشكيل البنية لأنتوني جيدنز على التسليم بأن مجال الفعل الإنساني محدود فالبشر يصنعون المجتمع فعلا ويشكلونه، ولكنهم يقومون بذلك باعتبارهم فاعلين مشروطين تاريخيا، في ظل ظروف تاريخية متوارثة، ولا يفعلونه في ظل ظروف من اختيارهم، كما يرفض جيدنز النظر إلى المجتمع باعتبار وجوده مستقل عن أفراده، فهو يرى أن المجتمع ينتجه ويعيد إنتاجه فعل البشر، ولهذا يرفض النظر إلى الموقف الاجتماعي على أنه المحدد لفعل البشر، فالمجتمع يتم إنتاجه من خلال الصياغة الماهرة لأعضائه الفاعلين، الذين يعتمدوا على موارد وظروف ليسوا على وعي بها، أو لا يدركونها إلا بصورة مشوشة **(أنتوني جيدنز، 2000: 36)**.

وتتصل رؤية جيدنز لمفهوم الممارسة praxis برؤيته "للذات self"، إذ يرى أن الذات الإنسانية بوصفها كائنا عاقلا فاعلا، تتحدد علاقتها بالمجتمع في ضوء مجموعة من الممارسات المستمرة، بحيث يتشكل كل من الفعل والبناء في ضوء هذه الممارسات، لا الفعل سابق على البناء ولا البناء سابق على الفعل، بل إن كلاهما متضمن في الآخر، وهذا يقودنا إلى مفهوم الظروف (النتائج) غير المقصودة للفعل والذي يعبر عن الجوانب غير المقصودة في الأفعال الاجتماعية، وتكمن أهمية تلك النتائج أو الظروف في أنها تلفت الانتباه إلى

عالم اللاوعي وعالم المسكوت عنه في السلوك، فهو مفهوم تفسيري له قدرة استكشافية، إذ يتيح الإمكانيات للتعرف على الأبنية العميقة للاوعي البشري وللمسكوت عنه في التفاعل الإنساني **(علي عبد الرزاق جلبي وأمل عادل، 2013: 9)**.

يرى جيدنز أن المعرفة الاجتماعية ترتبط بكل من: (الممارسات الاجتماعية والقواعد) من خلال الوعي بالمهارة في أداء السلوك، أو ما أسماه جيدنز "مهارات الممارسة praxiological skills"، والذي ينقسم إلى: الوعي التعبيري أي القدرة على استخدام اللغة والوعي العملي أي المهارة في التفاعل مع الآخرين، وبالنسبة لجيدنز فإنه يمكن تفكيك كل ممارسة إلى عدد كبير من القواعد السلوكية الضمنية، والتي تتميز بأن لها جانبين يميزانها عن القوانين المكتوبة الجانب الأول هو: "الجانب الدلالي sematic rules "، والمرتبط بالمعاني والدلالات اللصيقة بالممارسات الاجتماعية، والثاني هو "الجانب المعياري normative rules "، والذي يحدد مدى شرعية أو عدم شرعية تلك الممارسات من منطلق الحقوق والواجبات، في حين تخضع المفاهيم السوسيولوجية لإزدواجية تأويلية، فالتأويل هو أحد أسس النظرية الاجتماعية، ومهمة عالم الاجتماع هي مهمة تأويلية في المقام الأول، إذ يتأسس تشكيل الحياة الاجتماعية على الأفعال اليومية فيها، ولقد أطلق جيدنز على تلك العملية مفهوم "التأويل المزدوج double hermeneuties"، ليعبر عن جوهر مهمة الباحث السوسيولوجي، إذ يقوم هذا المفهوم على: (التأويل من قبل الباحث، وعلى محاولته فهم التأويلات التي تبنى عليها الحياة الاجتماعية)، ومن ثم فإن فهم المجتمعات البشرية يقوم على فهم الطريقة التي تشكل تأويلات الناس، وبنائهم لمعاني أفعالهم، إلى جانب القيام بتأويل الأفعال الاجتماعية في الوقت نفسه **(أحمد زايد، 1996: 65-72)**.

وأخيرا يسلم جيدنز بأنه لا يمكن للباحث السوسيولوجي أن يحلل الحياة الاجتماعية كظاهرة تحت الملاحظة بمعزل عن الاعتماد على معرفته بها كمصدر وموضوع للبحث

فالاستغراق في شكل الحياة بعد شرطا ضروريا إن لم يكن السبيل الوحيد الذي يمكن الباحث من توليد توصيفا صادقا عن الحياة الاجتماعية **(أنتوني جيدنز، 2000: 37)**.

خلاصة

من منطلق مناقشتنا للمقاربات السوسيولوجية الحديثة يمكن أن نقدر بأن ملامح المسلكية النظرية المنسجمة مع موضوع هذا البحث – الذي يتوق إلى التعرف على الطب الشعبي في الوسط الريفي– ترتسم بالتحديد وبشكل أفضل معرفيا ومنهجيا ضمن مقاربة ريفرز حول الطب والسحر والدين، ومقاربة دون يودر حول الطب الشعبي، ومقاربة الممارسات لأنتوني جيدنز، ومقاربة التمثلات لموسكوفتشي بناء على الاعتبارات الابستمولوجية التالية التي تدخل في سياق تعقل الموضوع سوسيولوجيا:

1- الممارسات الطبية الشعبية في الوسط الريفي وثيقة الصلة بالمعتقدات، كالطقوس والرموز العلاجية، كما أن الممارسات الطبية الشعبية يجب النظر إليها على أنها منطقية في ضوء المعتقدات السائدة، فبدافع المعتقد قد يفضل المريض في الوسط الريفي العلاج الشعبي بدلا من الطب الرسمي.

2- الطب الشعبي هو أحد الأبعاد الجوهرية في البحث في المجتمعات المحلية، مثل دراسات المكسيك وجواتيمالا والتركيز على تصورات المجتمع من الإعياء: أسبابه علاجه، ودور المعالجين الشعبيين، والعلاقة بين تصورات المرض والكون، وتطابقت العلاقات بين ما بدا أنه ممارسات ومعتقدات صحية، وبين الجوانب الأخرى للثقافة والتنظيم الاجتماعي.

3- هناك تأكيد على ضرورة وضع الطب في مضمونه الثقافي، وأن الذي يجب أخذه في الاعتبار ليس الأشكال بل المكانة التي يحتلها الطب في حياة قبيلة أو شعب ما، وروح الممارسة التي تنتشر بينهم، والطريقة التي يندمج من خلالها الطب مع

الممارسات الأخرى المختلفة من مجالات الخبرة، ولا يركز على الأنواع المختلفة للطب بل على الوظيفة التي يؤديها في المجتمع والتي تجعل له مكانة وأهمية في المجتمع الذي وجد فيه.

4- لا شك أن الطب الشعبي عبارة عن ممارسات يعاد إنتاجها من خلال العلاج من طرف الممارسين الشعبيين، وظائفها ووجوديا من خلال أفعالهم.

5- التمثلات هي تعبيرا عن تصورات اجتماعية تتأسس في شكل قيم ومعايير للسلوك والقول وتتغير بتغير الحياة، فهي عبارة عن صورة للبنية الاجتماعية والثقافية للمجتمع فالعادات والتقاليد والنظم والأعراف والقيم والاتجاهات كلها عوامل تؤثر في تشكيل التمثلات المرجعية التي يوظفها الإنسان في تفاعله مع الواقع وتحدد الكيفية التي يفكر بها

6- إن مفهوم الممارسة يركز على العلاقة الجدلية بين الفاعل والبنية، وهي العلاقة التي تنتهي بأن يقوم البناء بإعادة إنتاج ذاته، أو تحويل وتغيير البناء من طرف الفاعلين ولكن يستلزم ذلك توافر شروط بنيوية، فالفاعل لا يكون مجرد نتاج يقوم بدوره وفقط، بل مشاركا في البناء أو تحويله عن طريق الممارسة.

7- يتصل مفهوم الممارسة برؤية الذات إذ أن الذات الإنسانية بوصفها كائنا عاقلا فاعلا تتحدد علاقتها بالمجتمع في ضوء مجموعة من الممارسات المستمرة، بحيث يتشكل كل من الفعل والبناء في ضوء هذه الممارسات، لا الفعل سابق على البناء ولا البناء سابق على الفعل، بل إن كلاهما متضمن في الآخر.

إنه من المهم إذا التعاطي مع هذه المقاربات (مقاربة التكامل الوظيفي، ومقاربة ريفرز، ودون يودر حول الطب الشعبي، ومقاربة التمثلات، ومقاربة الممارسات) في فهم الطب الشعبي في الوسط الريفي، بما يتضمن ذلك معرفة اتجاهات المرضى حول الطب

الشعبي، وكذا التعرف على تصورات المرضى حول ممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي، وكذا التعرف على وممارسات المعالجين الشعبيين في الوسط الريفي.

المصادر والمراجع

1. أحمد أبو زيد (1990). **الذات وما داعاها: مدخل لدراسة رؤى العالم**. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

2. أحمد جلول ومومن بكوش الجموعي (2014). "التصورات الاجتماعية" –مدخل نظري–. **مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية**. (الجزائر)، العدد السادس، أفريل.

3. أحمد زايد (1996). "آفاق جديدة في نظرية علم الاجتماع: نظرية التشكيل البنائي". **المجلة الاجتماعية القومية**. المجلد 33، العددان 1و2، جانفي وماي.

4. الصافي أحمد (2013). **الحكيم مناجل–أطباء أعمق فهما لمهنتهم ولثقافتهم وأكثر وعيا لبيئتهم وأحوال أهلهم**–. السودان: شركة مطابع السودان.

5. أليس إسكندر بشاي (2009). **الاتجاهات الحديثة في دراسة الطب الشعبي التقليدي**. عمان: الميسر للنشر والتوزيع والطباعة.

6. أحمد موسى بدوي (2009). **"ما بين الفعل والبناء الاجتماعي بحث في نظرية الممارسة لدى بيار بورديو"**. إضافات المجلة العربية لعلم الاجتماع (مصر)، العدد الثامن، خريف.

7. أمل عادل عبد ربه وعلي عبد الرزاق جلبي (2013). "**الحركات الاجتماعية الجديدة وحقوق الانسان: تحليل نقدي لخطاب حركات مناهضة العولمة**". ورقة قدمت إلى: المؤتمر التأسيسي "الحراك العربي يسائل العلوم الاجتماعية". بيروت: المجلس العربي للعلوم الاجتماعية.

8. أنتوني جيدنز (2000). **قواعد جديدة للمنهج في علم الاجتماع: نقد إيجابي للاتجاهات التفسيرية في علم الاجتماع**. ترجمة محمد محي الدين. القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.

9. إيان كريب (1999). "**النظرية الاجتماعية**". ترجمة محمد حسين غلوم. مجلة عالم المعرفة (الكويت)، العدد 244.

10. دورون رولان ويارو فرنسوا (1997). **موسوعة علم النفس**. بيروت: عويدات للنشر والتوزيع.

11. سعيدي نصر الدين (2017). "المرجعية الفكرية للممارسات الطبية الشعبية بالجزائر في ظل الأصالة والمعاصرة". **مجلة روافد (الجزائر)**، العدد الأول، جوان.

12. سفيان دريس (2018). "تمثلات المرض وأساليب العلاج في المجتمع الجزائري – دراسة ميدانية بولاية لبويرة–". **مجلة علوم الانسان والمجتمع** (الجزائر)، المجلد 7، العدد 28، جوان.

13. سميرة بن صافي (2018). "ثنائية الصحة والمرض من منظور أنثروبولوجي". **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية** (الجزائر). العدد 35، سبتمبر.

14. سمير الخليل (1971). **دليل مصطلحات الدراسات الثقافية والنقد الثقافي: إضافة توثيقية المفاهيم الثقافية المتداولة**. بيروت: دار الكتب العلمية.

15. طارق السيد (2007). **أساسيات علم اجتماع الطبي**. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

16. عاطف شحاتة (1992). **مقدمة في علم اجتماع الطبي**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

17. عايدة مهاجر أبو تاية ومحمد موسى النعيمات (2017). "الطب الشعبي في محافظة معان التمثلات الاجتماعية وأشكال الممارسة" (مقاربة أنثروبولوجية). **مجلة دراسات وأبحاث** (الأردن). العدد 28، سبتمبر.

18. عبد الرحمان إسحاق (1984). "الطب الشعبي في اليمن". **مجلة الصحة وحدة البحوث الصحية** (صنعاء). العدد الأول، فيفري.

19. عبد الرحمان العيساوي (1974). **دراسات في علم النفس الاجتماعي**. بيروت: دار النهضة العربية.

20. عبد الله ساقور (2008). **محاضرات في علم الاجتماع المعاصر: مقاربة بيليوغرافية**، الجزء الأول. الجزائر: منشورات جامعة باجي مختار عنابة.

21. عبد الله عبد الرحمان يتيم (2011). "بيار بورديو أنثروبولوجيا". **إضافات المجلة العربية لعلم الاجتماع**. العدد 14، ربيع.

22. كوثر السويسي (2016). "التمثلات الاجتماعية: مقاربة لدراسة السلوك والمواقف والاتجاهات وفهم آلية الهوية". **المجلة العربية لعلم النفس** (تونس)، المجلد الأول، العدد الأول، صيف.

23. محمد الجوهري [وآخرون](2009). **علم اجتماع الطبي**. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.

24. محمد الجوهري (2007). **الصحة والبيئة دراسات اجتماعية وأنثروبولوجية**. القاهرة: الدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية.

25. مصباح الشيباني (2018). **مآزق ثورة "الشعب يريد" ومآلاتها: مقاربة سوسيولوجية في عقل ماقبل الثورة**. تونس: زينب للنشر والتوزيع.

26. محمد العلوي ومحمد عليلات (2004). "التمثلات". **مجلة فيزيكا أكاديمية جهة تادلا أزيلال**. العددان 8و9، ماي.

27. محمد سنينة وهشام معيزي (2017). "محاولة في فهم سوسيولوجيا الهيمنة" (قراءة في فكر بيار بورديو). **مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية** (الجزائر)، العدد 17، جوان.

28. محمد عباس إبراهيم (2009). **الثقافة الشعبية الثبات والتغير**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

29. مليكة جابر (2015). "التمثلات الاجتماعية للطلبة الجامعيين (ما بعد التدرج) لفرص العمل بعد التخرج". **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة**. العدد 18، مارس.

30. ناصر قاسيمي (2017). **التحليل السوسيولوجي: نماذج تطبيقية**. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

31. نجلاء عاطف خليل (2006). **في علم اجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

32. نورمان ماركلوف (2009). **تحليل الخطاب: التحليل النصي في البحث الاجتماعي**. ترجمة طلال وهبة. بيروت: المنظمة العربية للترجمة.

33. نيك كولدي (2014). **شبكات التواصل الاجتماعي والممارسة الإعلامية**. ترجمة هبة ربيع. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

الفصل الثالث

الفصل الثالث: سوسيولوجيا الطب الشعبي في الجزائر

توطئة

أولا: مرحلة ما قبل الاستعمار

ثانيا: الطب الشعبي خلال فترة الاستعمار

1- المرحلة الأولى 1830-1853
2- المرحلة الثانية 1870-1900
3- المرحلة الثالثة 1920-1962

ثالثا: ممارسة الطب الشعبي في فترة ما بعد الإستقلال

خلاصة

المصادر والمراجع

توطئة

يلعب العلاج الشعبي دورا جوهريا في نظام الصحة والإستشفاء التقليدي، فثقافة تحصيله وجنيه تمثل موردا مهما للعيش، فالأعشاب عادة ما نجدها تساهم بشكل وافر في حفظ الصحة العامة للإنسان كما يتخللها العديد من الطقوس والممارسات الحاضرة في المخيال الجمعي للشعوب والتي يتوارثها الأفراد جيل عن جيل، ورغم التطور التكنولوجي والثورة الإعلامية التي تشهدها وسائل الإتصال لا يزال الإنسان الجزائري متمسكا بالعديد من الوصفات التي خزنها تلقائيا في مخيلته، فهو يستشعرها ويمارسها في ظروف أصبح فيها الطب الحديث يتمتع بتقنية عالية من الجودة والخدمات، وإذا كان طب الأعشاب يصفه البعض بالغير مجدي فكيف نفسر رسوخ وصفات العلاج بالأعشاب في المخيال الاجتماعي للإنسان الجزائري **(بوقرة كمال وشوادر إنصاف، 2019: 68)**.

لكل الشعوب طبعها الشعبي الذي يعتمد على الوصفات المجربة والتي ثبتت صحتها حيث مارسها الآباء والأجداد، والمجتمع الجزائري ليس استثناء عن هذه القاعدة فهو شعب عربي عريق ورث الحكمة في مجالات مختلفة ومن بينها الطب ومداواة الأمراض من خلال إعادة إنتاج وصفات طبية، فهي معتقد وسلوك الناس نحو المرض وتمثلاتهم، وهو بذلك يمثل نسيجا من الثقافة أو الفولكلور الذي تختلط فيه الاعتقادات بما قد يشوبها من شوائب وتشويش، وهي بذلك نسق طبي متكامل يشمل المعتقدات والممارسات التطبيبية، حيث أن المجتمع الجزائري يزخر بعدد كبير من الممارسات التطبيبية بين أفراده، ومن خلال الجانب العلمي فهو يشمل جميع أشكال الممارسات بما فيها الوصفات الوقائية والجمالية والعلاجية والممارسات الجراحية **(عبد المنصف حسن علي رشوان، 2006: 43)**.

والجدير بالذكر في هذا السياق، إن الحديث عن الطب الشعبي في الذاكرة الشعبية ينحصر مبدئيا في التداوي بالأعشاب والنباتات التي وفرتها الطبيعة له منذ القدم، وإذا كان

هذا الطرح صحيحا إلى أبعد حد، فهذا لا ينفي سعي الفرد الجزائري عبر مختلف العصور التاريخية، بحثا عن طرق علاجية أخرى إلى ممارسات طقوسية، دينية مزجت بروايات خرافية وأسطورية كالرقي والتماتم والسحر، وكذا إعتماد طرق أخرى في علاج آلامه وأمراضه أثبتت نجاعتها مثل الكي والحجامة وزيارة الأضرحة والأولياء الصالحين، كعلاج روحي استقرت في وجدانه وانتقلت عبر الأجيال عن طريق الرواية والتجربة مشكلة بذلك مجالات أخرى للطب الشعبي **(خالد جاد، 2006: 191)**.

ومن هنا سنحاول في هذا الفصل رصد مختلف التحولات التي عرفها الطب الشعبي في الجزائر، بدأ بمرحلة ما قبل الإستعمار إلى الوقت الحالي.

أولا: مرحلة ما قبل الاستعمار

دام الحكم العثماني بالجزائر قرابة الثلاثة قرون (1518–1830) عرف خلالها الجزائريون تغيرات على مستوى البنية الاجتماعية والاقتصادية، فضلا عن التحولات السياسية والعسكرية، وإذا كانت المصادر التاريخية تتباين كثيرا بخصوص التحديد الديمغرافي للسكان الجزائريين في الإيالة، وفي كل مدينة أو قرية أو بايلك على حدا، خاصة في بعض الفترات (كمواسم الزلازل والجفاف وغيرها) **(جون وولف، 2009: 156)**.

ومن الملفت للإنتباه أن السلطة العثمانية بالجزائر تذبذبت في إهتمامها بالمجال الصحي للسكان، فلم تكن هناك مستشفيات بالمفهوم المتعارف عليه آنذاك، وكان الأطباء في الأغلب من الأجانب سواء المستقدمين خصيصا للعلاج، أو من الأسرى والأرقاء، حيث كثرت الأمراض طيلة القرنين السابع عشر والثامن عشر، لاسيما منها الأوبئة كالطاعون والدفتيريا وأنواع الحمى والأمراض التنفسية وغيرها **(القشاعي فلة، 2001: 134)**.

يجمع الكثير من الباحثين أنه لم يكن بالجزائر في العهد العثماني أطباء، حيث لا نجد ذكرا لمدارس الطب أو طلاب الطب، فقلت المدارس وطلاب العلوم العقلية عامة وعلم الطب

خاصة، إضافة إلى ذلك أنه لا يوجد بالجزائر على الإطلاق مستشفيات أو ما يشبهها، لكن في نفس الوقت نجدهم يدونون الكثير من المعلومات حول طرق العلاج التقليدية التي كان يمارسها المجتمع عن طريق بعض الأفراد الذين ورثوها عن الأجداد **(وافية نفطي، 2019: 25)**.

سيطرة الطب الشعبي أو الطب النبوي في أوساط المجتمع، وسادت الممارسات الطبية التقليدية التي توارثها المجتمع وأصبحت جزءا هاما من الموروث الشعبي الثقافي والمعتقد في مجال علاج الأمراض، وتفضيل التداوي بالأعشاب الطبيعية وهذا ما كان شائعا عند الجزائريين سواء بالمدينة أو الريف، وفي هذا الصدد نجد "هلتون سامبسون" الذي قضى أربع سنوات في بلاد الجزائر وعاشر فيها سكان الريف والجبال، وبالخصوص سكان جبال الأوراس، وصاحب الأطباء الجزائريين في البلاد وذكر عنهم الكثير في ميدان الطب وقال عنهم: "أن حرفة الطب بالجزائر يرثها الإبن عن أبيه، ولهم كتب قيمة في ميدان الطب ترجع في أصولها إلى علم الطب والجراحة لأطباء عرب من العصور الوسطى، وهي حرفة سرية أصحابها ماهرون في علم ثقب العظام، واستبدال عظام الإنسان بعظام الحيوان، ولهم دراية أيضا بطب العيون وبعلم النباتات، يجمع الطبيب بنفسه الأعشاب من الغابة ثم يجففها أو يقطرها ويزنها ويمزجها ويحضرها للمرضى" **(عبد القادر حليمي، 1982: 274)**.

إن شيوع ورواج ظاهرة الطب التقليدي الطب التقليدي (الشعبي) في المجتمع الجزائري وتوفر وسائل العلاج من الكثير من الأمراض التي تصيب الإنسان بصفة دورية وعادية فتحت المجال لوجود الكثير من الذين يعملون في تركيب الأدوية عن طريق الأعشاب فتعددت أشباه الأطباء وتنوعت أسماءهم العطار العشاب الجراح الراقي الحجام الجبار الطالب **(عثمان عبد الرحمان،2020: 15)**.

حيث نستطيع القول أن الجزائر خلال هذه الفترة عرفت 03 أنواع من التطبيب الأولى مخصصة للأسرى الأوروبيين المتواجدون في السجون، والطب الشعبي المخصص للسكان الأصليين وهو إمتداد للطب النبوي والطب التركي أو العثماني كان بالخصوص موجه للخدمة العسكرية، فلقد انعدم وجود المستشفيات في العهد العثماني باستثناء الزوايا التي تأوي العجزة والمرضى وكان المرجع هو كتب الأقدمين كابن سينا، وكانت فوائد الأعشاب معروفة للناس، فألف الشيخ عبد الرزاق الجزائري كتابا في فوائد الأعشاب ولم يكن هناك امتحان ولا مهنة للأطباء والذين يقومون بالعلاج هم غالبا من المرابطون يداوون بالجن والأرواح وليس بالعلم، وكان هناك بعض حملة الشهادات الذين يعالجون مرضاهم في دكاكين تشبه دكاكين أصحاب الحرف الأخرى، أما أعمال الجراحة فكان يقوم بها الحلاقون الذين يلجئون أيضا لاستعمال الكي والحجامة **(سعد أبو القاسم، 1983: 129)**.

لقد عمل العلماء وبعض المهتمون بالعلاج والتطبيب على تركيب الأدوية من النباتات الموفرة في البلاد ويصنعون المعاجين والأشربة ويمارسون الكي والحجامة، كما قاموا بوضع مجموعة من الوصفات المتغلب على بعض الأمراض الشائعة كوجع الرأس والحروق والإصابات الجلدية ووجع المفاصل وغيرها، وركبوا أدوية مضادة للسموم والتأثيرات الخارجية الأخرى كالإصابة بحرارة الشمس ويقول (أبو القاسم سعد الله): مستغربا بأنه بالرغم من تقدم علم الطب في تاريخ الحضارة الإسلامية واشتغال علماء المسلمين بالجراحة والصيدلة فإن أهل الجزائر بما في ذلك علماؤهم كانوا يؤمنون بأن الطب العصري مقصور على الأوروبيين **(سعد أبو القاسم، 1983: 412)**.

في هذا الوقت اعتمد الجزائريون للحفاظ على صحتهم على مورثهم العلاجي التقليدي المتوارث على السلف، فكانوا يتغلبون على الحمى بنبات "الشندقورة" والنحود والرضوض بالكي والجروح بصب الزبدة الساخنة والجذري بحفظ المريض في حالة عطاء الكرموس في العسل، كما عالجوا التورم والالتهاب بأوراق بعض النباتات، وكانت الحناء وسيلة لعلاج

الحروق والجروح البسيطة، ولقد فصل ابن حمادوش في معجمه "كشف الرموز" القول في أنواع النباتات والعقاقير وكمياتها وطريقة استعمالها، وكانوا يتغلبون على لدغة العقرب والأفعى بوضع البصل والثوم مكان اللدغة، كما كان العسل وسيلة كبيرة للعلاج **(قواسمي أمين فيصل، 2014: 80)**.

ويمكن الإشارة هنا أنه في سنة 1830 عند الاحتلال الفرنسي للجزائر كان هناك طبيب واحد فقط وكان ألماني الجنسية وكان يعالج الجرحى الأتراك والأهالي، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على إهمال صحة الرعية من قبل المسئولين التي لم تجد متنفسا لها إلا في طب الأعشاب، وأول من اهتم بصحة الأهالي وشجع التأليف فيه واختصار المطولات هو "الباي محمد الكبير" الذي يقول عنه كتابه "محمد ابن سحنون "أنهما كان على دراية بالطب والعلاج والبحث فيه، وكان يصف للناس الدواء ويدفع لهم ما حضر منه، حتى أن المساكين كانوا يفزعون إليه كما يفرعون إلى طبيب ما هو وهذا يدل على أمرين هامين هما:

أ- أن الباي اهتم بصحة رعيته بنفس الطريقة التي اهتم بها بصحة عائلته.

ب- أن الرعية كانت تؤمن في الدواء والعلاج إذا متوفر لها ذلك ولم تكن ضد فكرة التداوي والعلاج **(قواسمي أمين فيصل، 2014: 83)**.

ثانيا: الطب الشعبي خلال الفترة الإستعمار

أضيف للطب القديم في الجزائر مع دخول الاستعمار للجزائر في جويلية 1830، 03 أنواع من الطب (الطب المستعمر الأوروبي، الطب العسكري، والطب العربي)، لكن أهميتها تختلف حسب المراحل الاستعمارية للجزائر، ففي بداية الاحتلال كان الطب العسكري هو البارز وقد استمر لعدة عقود، وبعد ذلك ظهر طب المعمر أو الطب المدني، بإنجاز جامعة للطب في الجزائر أما السكان الأصليين فقد عرفوا تهميش لمدة من الزمن وكانوا يلجئون للطب التقليدي الذي ورثوه عن أجدادهم في البداية **(عبد العربي، 2008: 17)**.

وبعد 17 سنة من الحرب قام الفرنسيون بالسيطرة على كل الأجهزة في الجزائر وبما فيها الجهاز الصحي، وأصبح بذلك المستفيد الأول من الجهاز الصحي هو المستعمر الفرنسي نفسه بطبيعة الحال، وبعض الأقلية من الجزائريين ولكن لم يكن حبا إنما خوفا من انتشار الأمراض المعدية والأوبئة من الجزائريين إلى الفرنسيين، فيهم خاصة في المدن الجزائرية الكبرى أين كان الجزائري متواجد جنبا بجنب مع المستعمر وكان بذلك يلتحق بالمستشفيات التي كانت مخصصة للمستعمر **(بن عيسى محمد أمير، 1986: 67)**.

ومع نهاية القرن أنجزت مستشفيات للسكان الأصليين فأقيمت دورات للأطبة والممرضين في العشائر والقبائل والدواوير المختلفة، وذلك لتعويد السكان الأصليين أي الجزائريين للجوء إلى الطبيب، حيث آنذاك كانوا يقبلون على المستحوذين والسحر والأضرحة وبائع واالقلادات المختلفة والأحرزة، ولم يكن ذلك سهلا في البداية حيث اعتادا السكان على تلك الممارسات ورسخت في الوعي الجمعي **(بن عيسى محمد أمير، 1986: 67)**.

كما سبق ذكره يمكن تقسيم تطور الطب في الفترة الاستعمارية إلى مراحل:

1- المرحلة الأولى 1830- 1853:

في هذه المرحلة استعملت الطب لأغراض سياسة، وقامت فرنسا بتجهيز كل الوسائل الإدعائية مثل الجرائد والإعلام آنذاك لجعل الجزائريين يتقبلون حقيقة التي كانت فرنسا تحاول إيهامهم بها وهي "التطور والحضارة الحقيقية هي لفرنسا ونحن هنا لنساعدكم على مواكبة التطور والعلم"، أي بشكل غير مباشر تحاول فرنسا تبرير استعمارها على تلك الشعوب بمساعدتهم على مواكبة التطور، التي وصلت إليه دول الغرب وحتى تستميل الرأي العام إليها، وفي بداية الاستعمار، طور الفرنسيون نسق طبي عسكري يتماشى مع احتياجاتهم الخاصة الجشعة ويتتبع الجيوش الفرنسية في تغلغلهم في المناطق **(خياطي مصطفى، 2000: 142)**.

وفي عام 1845 تم توزيع 187 طبيب في أكبر المدن الجزائرية وتم تدعيمهم بعد ذلك بـ 14 طبيب آخرين موزعين في المناطق الريفية، وتجدر الإشارة هنا إلى أن هؤلاء الأطباء كانوا لصالح الأوربيين والجزائريين فينفس الوقت مع أن هذا العدد لم يكفي حتى للأوربيين أنفسهم، وأمام حالة العجز هذه وعدم التوفيق في علاج كل السكان، عملت السلطات الفرنسية على طلب المساعدة من الراهبات للتخفيف من الضغط وتم توزيعهم على النحو التالي:

- راهبات الطب المسيحي في قسنطينة.
- راهبات الثالوث في وهران.
- راهبات القديس جورج في الجزائر العاصمة **(قواسمي أمين فيصل، 2014: 86)**.

وفي عام 1845 تمت المصادقة على إنشاء مصالح صحية للجزائريين تحتوي على سجلات تضم كل الملاحظات الطبية وكذلك عدد المترددين عليها للمعالجة، ويمكن الإشارة إلى أن الحكومة الفرنسية عمدت إلى أن يكون معظم أطبائها ضباط الجيش لكي يتمكنوا من جمع المعلومات الكاملة عن المجتمع الجزائري أي جوسسة، ولا يتم ذلك إلا بالتوغل إلى عمق الأسر الجزائرية، ولن تسمح الأسرى الجزائرية لأي أجنبي الدخول عليها بسبب الحرمة ،إلا إذا كان طبيبا نيته مساعدة المريض، وبالتالي لعبوا على مشاعر الأهالي ليحسنوا استقبال المستعمر، بواسطة الطبيب النية فـ "ضابط الصحة هو أفضل من أي كان للدخول داخل الأسر الجزائرية وهو الذي بإمكانه أن يفهم واقعهم" **(تورين فون، 1971: 308)**.

ومع ذلك فإن العدد الذي وضعته الحكومة الفرنسية لخدمة الصحة في الجزائر لم يكن كافيا ولم يكفي حتى لربع السكان نظرا لشساعة هذا الوطن، لذا لم يجد المواطن الجزائري غايته في هذه المراكز، خاصة القاطنين منهم بعيدا عن المدن، فالتوجه نحو العلاج التقليدي كان محتما وكان المتنفس الوحيد له، وحتى إن كان العلاج الحديث متاحا لكل الجزائريين لما

قصده وذلك للتخوف من المستعمر والفكرة المكونة عن أي استعمار مهما كانت جنسيته كما أن المستعمر الأوروبي كونه "أجنبي" فإن ذلك يجعل أي مسلم يسمح أن يرى رجلا زوجته أم والدته أم ابنته حتى وان كان طبيبا ماهر وأي امرأة غريبة حتى وإن كانت برفقة زوجها لن تطلب العلاج الأوروبيين**(تورين فون، 1971: 308)**.

2- المرحلة الثانية 1870- 1900:

تميزت هذه المرحلة بعدة تحولات على الصعيد العالمي خاصة منها العلمية، ففي المجال الطبي اكتشف "لويس باستور" كيفية الحد من الأمراض المعدية، وما بين 1880 1918 اكتشاف الأسباب المؤدية إلى الملاريا والطاعون، فاكتشافات باستور هي مصدر ظهور بما يسمى بالطب التروبيكالي، وبعد ذلك ظهرت عدة مؤسسات باستورية فى فرنسا ومستعمراتها وتبعتها إنجاز مستشفيات أخرى في الجزائر عام 1864م، وبهذا ظن المستعمر أنه سيتخلص من الأمراض التي وقفت عائقا له في تغلغله إلى المناطق العميقة في إفريقيا والجزائر **(عبد العربي، 2008: 28)**.

3- المرحلة الثالثة 1920-1962:

في هذه المرحلة استفاد الجزائريون من الطب التروبيكالي، حيث في عام 1930 تم منح 5 مليون فرنك فرنسي لإنجاز قرى للمساكن الأصليين المخصصة للتداوي، لميتم زيادة في عدد المستشفيات، لكن تم زيادة، وبطبيعة الحال لم يكن هذا للحفاظ على صحة الأهالي بل التلقيحات الجماعية خوفا من انتشار الأمراض والأوبئة المعدية للفرنسيين **(قواسمي أمين فيصل، 2014: 87)**.

نستطيع تقسيم النظام الصحي خلال هذه الفترة إلى قسمين :

1- طب الاستعمار.

2- طب المستعمر.

لقد شهدت هذه الفترة كذلك نقص كبير في التأطير الطبي والمعدات، إلا بعض الأطباء التابعين للاستعمار وعدد قليل من الممرضات المتنقلات، وقد عرفت سنة 1958 بعض النهوض سواء من ناحية الهياكل القاعدية أو من ناحية التكوينات الطبية والشبه طبية كما طبقت تعديلات فرنسية في إطار الحماية الاجتماعية خلال نفس السنة **(دافيد أرنولد، 1998: 234)**.

والجدير بالذكر هنا هو أن النظام الوطني للصحة خلال فترة الثورة التحريرية كان يحمل في طياته بعض الملاحظات المهمة:

- المكانة التي احتلتها الوقاية والحماية إلى جانب الطب المجاني.
- الاهتمام بالطب التقليدي الذي يعتبر مكملا للطب الحالي من خلال الاهتمام بالعديد من الأعشاب المهمة ومن ثم تعويض النقص الحاصل.

وما نلاحظه هنا هو أن اللجوء للاهتمام بطب الأعشاب خلال هذه الفترة كان نتيجة ضرورة ملحة وهي تغطية النقص الحاصل في مجال التغطية الصحية **(دافيد أرنولد، 1998: 253)**.

ثالثا: ممارسات الطب الشعبي في فترة ما بعد الاستقلال

الجزائر كغيرها من دول المغرب العربي التي هزتها فترة استعمارية طويلة وعنيفة مستها تغيرات عميقة، ومع ذلك فإن قواعدها الاجتماعية قد حافظت على بعض تماسكها وتشبثت بقيمها الثقافية والدينية ورغم الصور التي توحي بالتطور والعصرنة فكثيرا من الشرائح الاجتماعية ما زالت تشتغل بطرق تقليدية، بالاعتماد على الموروث الثقافي في تعاملها مع المشكلات الصحية، ومن هذا المنظور يمكن اشتقاق خصائص المجتمع الجزائري المتحول أهم هذه الخصائص تلك المتعلقة بوجود عالمين اجتماعيين عالم خارجي بمؤسساته وقوانينه

الرسمية وقواعده وتقنياته ونظامه الرمزي المستمد من النموذج الغربي وعالم اجتماعي "خاص" عالم الداخل أو عالم العائلة والحامل لقيم وتقاليد ضاربة في القدم ولممارسات حياتية تم توارثها عبر الأجيال المتعاقبة، فهذان العالمان يبدوان في حالة من التعايش، رغم التناقضات والاختلافات الظاهرة، فكل شيء يحدث وكأن إتفاقا ضمنيا غير معلن عنه قد حدث بينهما، فهناك عالم للحياة الرسمية الاجتماعية وتسيره الدولة وعالم يخص الحياة الخاصة للناس وتحكمه العادات والتقاليد العائلية والاجتماعية **(شودار إنصاف، 2018: 187)**.

والجدير بالذكر أن الثنائية "تقليدي- حديث" قد تعرضت للنقد الشديد، وبالرغم من الكتابات الكثيرة التي كتبت حولها، فإن هذين المصطلحين ظلا مع ذلك مفهومين غامضين وغير كافيين للتعبير عن كل خصائص المجتمعات المعاصرة وعليه فإن استعمالها يجب أن يحاط بكثير من الحذر خاصة إذا علمنا أن الإيديولوجيات الاستعمارية، قرنوا فكرة "التقليدي بالتخلف وقرنوا فكرة الحديث بالتقدم والرقي" **(بوتفنوشة مصطفى، 1984: 12)**.

وعند الاستقلال وجدت الجزائر نفسها في وضعية متردية وهذا في جميع المجالات حيث كان لميدان الصحة أيضا نصيبه من الرداءة والإهمال، وهذا النقص الكبير سواء في الهياكل الصحية أو في المختصين، وكان هذا نتيجة المخططات الفرنسية حيث كان هذا النظام بكل هياكله ومكوناته في خدمة عدد محدود من السكان تتمثل أساسا في المجتمع الفرنسي المقيم في الجزائر، كما شهدت هذه الفترة نقص واضح في الهياكل القاعدية وضعف التغطية وذلك في مختلف أقطار الوطن وبحلول 17 جوان 1969 تمت المصادقة على مجانية التطعيم ضد السل، البيكتيريا، التيتانوس، السعال الديكي، والشلل، وتوصية، بالتطعيم ضد الحصبة، ومما زاد من تدهور الوضعية هو مغادرة الأطباء الجزائريين الذين كان أغلبهم من الجالية الفرنسية و الأوروبية المقيمة حيث غادروا بعد الاستقلال مباشرة ولم يبقى سوى 700 طبيب بالرغم من أن الرقم كان خلال شهر جانفي 1962 أكثر من 2500 طبيب أما

من ناحية الأمراض فتشير الدراسة التي قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية 1990 أن الجزائر انتقلت من مرحلة الأمراض المتعلقة بالتنمية (الأمراض المعدية والمتنقلة) إلى الأمراض الانحلالية (المزمنة) كالسكري و القلب **(شودار إنصاف، 2018: 167).**

حيث اعتبر علماء الفولكور أن مقياس حضارة وهوية العائلة هي بمقدار ما تنتجه من عادات وتقاليد خاصة بها من جهة ومن جهة أخرى هي بمقدار ما توليه من اهتمام ومحافظة على عاداتها وتقاليدها الأصلية واللصيقة بكيانها الروحي والمادي ومصدر هويتها الثقافية والحضارية عبر مراحل تاريخها الطويل، لأن العائلة كمجتمع صغير يخضع أفرادها في تفكيرهم واتجاهات سلوكهم إلى مجموعة من التنظيمات المكتسبة والمعروفة باسم الثرات الاجتماعي أو الثقافة والحضارة وهي جميع مرادفات لمدلول واحد يشمل ما يوجه الحياة الإنسانية من جوانب مادية وغير مادية، من عادات وتقاليد وقيم ولغة ونظم اجتماعية، إن هذه القوة الاجتماعية في كل مجتمع تختلف عن غيره من المجتمعات بما يميز كل مجتمع ويؤثر في حياة الأفراد وتحيط تفكيرهم واتجاهاتهم وسلوكهم بإطار عام يتحركون في محيطه وبوحيه **(شرابي هشام، 1985: 20).**

حيث لوحظ بعض الممارسات العلاجية الشعبية في المجتمع الجزائري الحالي متمثلة فيما بلي:

الحجامة: الحجامة هي إحداث جروح تشليطية بشفرة معقمة في منطقة الكاهل (أعلى مقدم الظهر) بعد ان يبحث المعالج احتقان دموي في هذه المنطقة بواسطة أكواب هوائية وقد عرف العرب منذ القديم الحجامة وجاء الاسلام فوصى رسول الله صلة الله عليه وسلم فأصبحت من بين السنن المباركة ، حيث اختلفت الآراء الطبية حول الحجامة وقد كانت هناك بعض التحفظات حولها والاسباب التي أدت إلى عدم اعتراف الكثير من الجهات الطبية بهذا العلم وهو إختلاطه وإرتباطه الوثيق بالعادات والتقاليد الشعبية الموروثة والتي

دخلها في بعض الاماكن من مجتمعنا الكثر من الدجل والشعوذة، وقد كانت للممارسات الخاطئة للحجامة التأثير السيئ، حيث إبتعد الكثير من الناس عنها ومن هذه الممارسات الطريقة البدائية لتنفيذ الحجامة وعدم بالاهتمام بأمور النظافة والتعقيم والتقيد لمواعيدها وادخال الشعوذة الدجل والنصب فيها **(لبقع زينب، 2013: 133)**.

العلاج بالقرآن الكريم: وهي ممارسة ذات مجتمع عريض يشمل المتعلمين الرجال والنساء وكبار الموظفين وكبار السن وصغارهم الأصحاء بدنيا والمرضى عضويا، ولعل مرد هذا التنوع والإنتشار في المجتمع الجزائري هو التراث الاعتقادي الغزير حول علاقة الانسان بالكائنات فوق الطبيعية والسياق الثقافي الذي يغزو المرضى إلى عوامل فوقية مثل النقمة والاختبار والحظ والحسد والعين والسحر وغيره زيادة على كثرة الأمراض النفسية والعصبية المصاحبة لتطور المجتمع الجزائري وعجز النسق الطبي الرسمي عن استيعاب العوامل الاجتماعية والثقافية ومراعاة جورها وتجاوز قيود النموذج الاكلينيكي والبيولوجي **(علي عمار، 2008: 37)**.

التشلاط والكي: وهناك من يقول أن آخر دواء هو الكي حيث يكون بواسطة قطعة من الحديد مسخنة والكي بها ثم وضع قطه من الثوم على الجروح، وقطرات من الخل يمنع النزيف، وعظة الكلب يكوى حولها بالنار وتضمد بثوم وملح مدقوق دقا ومعجونة بالعسل وفي حالة لدغ الافاعي يربط أعلى مكان اللدغة بحبل قوي ويضغط لمنع سريان الدم في الجسم ويضمد المكان بثوم وملح أو ثوم وعسل وهي تشليط مكان اللدغة ووضع مزيج من عشب الرمث وزيت الزيتون، ويعتبرون كبار السن الكي علاجا لمعظم الامراض في الوقت الحال مثل (بوصفير) و(بوجنب) وعرق النسا والتهاب الكبد والعقم والروماتيزم وغيرها، وهم يمارسونها لغاية الآن بالرغم من التحديث الطبي الحالي، وهناك طريقة للتشليط وهي كذلك تستعمل لعلاج فقر الدم (بوصفير) وهناك أفراد متخصصون في هذا العلاج حيث يقوم المعالج بتشليط أعلى الرأس ومن ثمة يوضع مزيج من (البارود العربي والثوم) ويمنع

الاغتسال لمدة ثلاثة أيام ويمنع تناول بعض المأكولات والمواد الغذائية أيضا **(علي عمار، 2008: 38)**.

التجبير (جبيرة العرب): وهي حالة كسور اضلاع الجسم ويقوم به معالج تقليدي، فيتم تشخيص حالة العظام ثم اعادة العضو المكسور الى حالته الطبيعة، وبعدها يستعمل حمام بخاري فوق العظام المكسورة كما يستعمل مزيج من الزيوت والاعشاب (34)، وهو مجتمع كبير ومتنوع الصفات حيث ان المتعلمين والاغنياء يثقون في (الجبار) اي المجبر و يقصدونه للعلاج، ولعل السبب في ذلك يعود عدة عوامل منها البساطة في الأدوات وطرق التجبير (الماء الساخن و القماش و زيت الزيتون والتمر الساخن والكمادات الساخنة أو الباردة والكركم والملح وصفار البيض والقصب والكلخ وغيرها **(لعربي حران وخيرة عويسي، 2020: 301)**.

السحر: يوجد هناك من يلجا للعلاج بالسحر الى جانب الممارسة العلاجية التي كانت تحوز على بعض الشرعية وكان بتعايش مع الممارسة المعترف بها من خلال بعض اعمال السحرة والذي يعتمد في طرقه واساليبه العلاجية على الشعوذة والغيبيات والطبيب الساحر والمعالجين الروحانيين وغيرهم حيث يستخدم السحر عدة وسائل اهمها التعويذة، وهي عبارة عن كلمات مفهومة أو غير مفهومة يتولاها الساحر أو يكتبها بطريقة معينة لشخص ما يأمره بان يضعها في مكان ما سواء في ثيابه أو في جسمه من اجل قهر او ابطال افعال عدو ما ...الخ **(لعربي حران وخيرة عويسي، 2020: 301)**.

زيارة الأولياء الصالحين: حيث يتخذ البعض من زيارتهم والتبرك بالأضرحة نوعا من العلاج فقد يمنحون الشفاء لزائريهم، والذين يمارسون طقوس معينة عند مقاماتهم والتبرك بالأحجار أو الثمار أو المياه أو التراب المحيط بهم، ومن أشهر الأمراض التي يلجأ فيها

الناس إلى الأضرحة التماسا للشفاء (العقم والامراض النفسية والعصبية) **(لعربي حران وخيرة عويسي، 2020: 301).**

النباتات والأعشاب البرية: وهي تعتبر مصدر ثري بالفوائد والاستخدامات العلاجية الشعبية فطن اليها الانسان منذ القدم فقد قال أبو قراط: (ليكن غذاؤكم ودواؤكم وعالجوا كل مريض بنبات أرضه فهي اجلب لشفائه، وفي الحديث النبوي الشريف (تداووا فإن الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له شفاء غير داء واحد، قالوا: ما هو: قال: الهرم) **(لعربي حران وخيرة عويسي، 2020: 301).**

فالبيئة الجزائرية غنية جدا بالأعشاب والنباتات الطبية مثل الشيح والحنطال والسدر الذي تؤكل ثماره و تفيد في علاج أمراض الصدر والتنفس وتنقية الدم ومسهلة ومعالجة للتبول الفراشي، وحين تغلى قلف الاشجار فهي تفيد في تسكين الآلام وتقوية الجسم عامة وتلطف درجة الحرارة، كما ينتشر نبات العوسج (الغردق)في الجزائر (الغردق الشوكي) وهو مقوي عام و مدر للبول ومسهل، اما نباتات الجعيدة يفيد في علاج التهاب الامعاء الغليظة والحمى والبول السكري، ويعتمد عليه أهل البادية كثيرا في علاج الملاريا والنساء بصفة عامة يعتمدن على نبات كف مريم (شجرة الطلق) في تسهيل عملية الولادة في حيث يستخدمها البعض بشكل يتنافى مع العلم حيث تقدم وصفات دون تفسير دقيق للمرض أو كيفية عمل الأعشاب وقد تستخدم مواد نادرة يصعب توقعها وأعضاء الحيوانات كمواد ملحقة بالأعشاب مثل رجل الحمامة والحرباء ومواد أخرى مقززة وغريبة كأسنان الخنزير واللحم النتن والدهن الفاسد المعفن وإفرازات الحمير والقطط والكلاب والبغال وكذلك أجزاء من الإنسان كالشعر والأظافر وجميع الاعضاء التي تتمتع بأهمية كبيرة في نظر المعتقد الشعبي بسبب إتصالها بجوهر الإنسان أو لأنها تمس المقدس فيه وهو الروح **(لبقع زينب، 2013: 132).**

وفي دراسة (لإبن خلدون) لطب والصنائع الطبية في البدو ووقوع هذه الامراض في أهل الحضر والأمصار لخصب عيشهم وكثرة مأكلهم وقلة اقتصارهم على نوع واحد من الاغذية وعدم توقيتهم لمأكلها وكثيرا ما يخلطون بها التوابل والبقول والفواكه رطبا ويابسا في سبيل العلاج بالطبخ ولا يقتصرون في ذلك على نوع واحد، فربما إذا عددنا في اللون الواحد من ألوان الطبخ أربعين لونا من النبات والحيوان فيصير للغذاء مزاج غريب وربما يكون بعيدا عن ملائمة البدن وأجزائه، فكان وقوع الأمراض كثيرا في المدن والأمصار وعلى قدر وقوعه كانت حاجتهم إلى هذه الصناعة (الطب) وأما أهل البدو فمأكولاتهم قليلة في الغالب والجوع غلب عليهم لقلة الحبوب حتى صار ذلك لهم عادة وربما يضمن أنها جبلية لاستمرارها، ثم الأدم قليلة لديهم أو مفقودة وعلاج الطبخ بالتوابل والفواكه إنما يدعوا إلى ترف الحضارة الذين هم بمعزل عنه، فيتناولون أغذيتمهم بسيطة بعيدة عن ما يخالطها ويقرب مزاجها من ملائمة البدن وأما هواء البادية فقليلة العفن **(لعربي حران وخيرة عويسي، 2020: 311).**

حيث توجد العديد من الامراض التي لا يتعامل فيها الطبيب مع عضو محدد في جسم الانسان بل يتم التعامل فيها مع مجموعة من المكونات اللاعضوية كالقيم والعادات والتقاليد والثقافة الموروثة والمكتسبة، وكذا المتغيرات الاجتماعية والثقافية المؤثرة في حياة الفرد والمجتمع والتي تنعكس بصورة سلبية على بعض الأفراد الذين لا يستطيعون التكيف مع محيطهم الخارجي، مما ينتج عنه حالة من الصراع القيمي بين ما هو موروث وما هو مكتسب من جهة وبين ما يرغب الفرد أن يكون عليه من جهة أخرى، وهذا الصراع يؤثر على الفرد من المرض وإنتشاره وكذا العلاج وسرعة إختياره، وبما أن الأمر يتعلق بمجموعة من صراعات في ثقافة الفرد والمجتمع في حالة اللاتجانس الثقافي والاجتماعي والاقتصادي التي تعاني منها المجتمعات الجزائرية خصوصا النامية منها، حيث أن المريض وجماعته يكونون أمام خيارات علاجية توجهها قيمهم و ثقافتهم، لذلك أما أن يكون الطب الحديث هو الخيار أو أن أحد الأساليب العلاجية التقليدية هو الملاذ، ويمكننا إدراك ذلك إذا ما بحثنا في

إطار المفاهيم الشعبية للمرض، خاصة وأن الرؤية الشعبية للمرض وأسبابه تختلف عن الرؤية الطبية الحديثة ومثل هذه المواقف تؤدي إلى الإضطراب في الحالة النفسية للمريض **(لعربي حران وخيرة عويسي، 2020: 312)**.

حيث أن المعالجون النفسيون يتعاملون مع المريض على أنه مجموعة من المكونات الثقافية والاجتماعية وهو الأمر الذي يفسر لنا بوضوح سبب إستمرار العلاج الشعبي بشكل عام خاصة في الجزائر بالإضافة إلى رسوخ بعض المفاهيم 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 الثقافة والإعتقاد المتبادل بين المريض والمعالج من الأسباب الدافعة إلى اللجوء إلى طلبنا للشفاء من بعض الأمراض بالإضافة إلى أن هناك عددا من شبكات المدلولات الثقافية والاجتماعية المفسرة لمرض ما داخل الإطار والنموذج الثقافي الشعبي نفسه، أي أن النظرة للمرض والأساليب المتبعة في علاجه يمكن أن تختلف 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 **(علي عمار، 2008: 45)**.

حيث أن تراثنا الجزائري يزخر بكثير من ذلك ويزود من يعتقد بها بوسائل مختلفة لمواجهة مشكلات مرضية ولا يجد أصحابها طرقا أفضل لحلها بحسب موروثاته الثقافية في هذا الإطار، بالإضافة إلى إن الإعتقاد المسبق بالجن والشياطين وتأثيرها السيئ على حياة الأفراد والتدخل في شؤونهم من الامور الهامة في هذا الجانب خصوصا من الناحية الصحية، حيث ينتشر إعتقاد شعبي مفاده أن كل شخص يصاب بانهيار عصبي أو فقدان للذاكرة إنما يكون من فعل الجن والشياطين الذين يدخلون في جسم الإنسان ويجعلونه على هذا النحو، وغالبا لا يجد الأفراد أي تعليل لهذه الظواهر المرضية غير هذا الزعم، بالإضافة إلى ذلك فانهم ينسبون كل تصرفات المريض وسلوكياته الغريبة ليس إلى المريض نفسه

وإنما إلى الجن والشياطين ويكثر إنتشار مثل هذه الإعتقادات بانتشار حالات القلق والاضطراب والشعور بالضعف والعجز عن مواجهة مشكلات الحياة ومخاطرها الصحية وفي هذه الحالات يستخدم المعالجون التمائم والضرب المبرح للمريض الرقص في محاولة لطرد الجن والشياطين من جسمه كوسيلة للعلاج، بالإضافة إلى مجموعة من الأساليب الأخرى التي كرستها الثقافة الشعبية كالحجامة والكي والتشليط والرقية والفدية.

خلاصة

لا نعدو الحقيقة إذا قلنا بأن العلاج والطب إرتبط عند الإنسان بوجود الألم، فإذا ما عرف الإنسان الألم، فإنه لا شك بأنه بدأ في البحث عن إزالة هذا الألم، وذلك عن طريق معالجته وتطبيقه، ومن ثم فالطب قديم قدم الإنسان ذاته، وتتلخص بدايات مهنة الطب في أن الإنسان منذ وجوده على ظهر الأرض وهو يهتدي بإلهام ربه إلى أنواع من التطبيب تتفق مع مستواه العقلي وتطوره الإنساني **(مطبول محمد[وآخرون]، 1998: 46)**.

وكان ذلك النوع من الطب البدائي، إنسجاما مع المستوى الحضاري للإنسان، ولذلك نجد إبن خلدون يذكر أن "...للبداية من أهل العلم أن طبا يبنونه في أغلب الأمر على تجربة قاصرة، ويتداولونه متوارثا عن مشايخ الحي، وربما صح منه شيء، لكنه ليس على قانون طبيعي" **(السرجاني راغب، 2009: 10)**.

وفي هذا الصدد تقول الدكتورة فصيلة بوعمران أستاذة في كلية الطب بالجزائر فيما يخص تاريخ الطب "الطب الحديث كبقية العلوم التجريبية هو نتيجة مسيرة طويلة من الملاحظات والاكتشافات، من التخمين والتجارب، من التساؤلات، والاعتقادات، وقد سجل التاريخ أن عددا من الشعوب كان لها دور هام في دفع عجلة المعرفة بفضل اكتشافها، ففي المجال الطبي، على وجه الخصوص، تكون تراث الإنسانية بصفة تدريجية وبلغ المستوى

الذي نعرفه اليوم عبر مراحل وبفضل مساهمات الحضارات التي تعاقبت والتي تأثرت كل واحد منها في الأخرى **(بوعمران فضيلة، 2007: 8)**.

وعلى حد تعبير لافلين: "على أن تتابع الجنس البشري واستمراره راجع إلى قدرته على التكيف مع المشكلات الصحية، وأن التقييم للأنساق الطبية الشعبية حتى في المجتمعات الأمية يكشف عن ممارسات أكدت وجود المعرفة العلاجية الإمبريقية والخبرة، كما في مجالات تجبير العظام والتوليد الطبيعي **(المكاوي علي، 1994: 22)**.

أما كيف اكتشف الإنسان الأعشاب العلاجية فقد بدأ ذلك منذ وجوده على الأرض، فقد حاول جاهدا أن يفهم سر المرض ويقف على أسباب العلاج، ومع الوقت إكتشف أن بعض النباتات تملك خاصية غريبة في علاج بعض الأمراض وإنتقلت أخبار هذه النباتات الشافية وقصصها بين الشرق والغرب، وكان اكتشاف هذه الأعشاب كثير ما يأتي بالمصادفة البحثية **(عكاش عبد المنان الطيبي، 1999: 5)**.

وعند الرجوع للحديث عن المجتمع الجزائري نجده يزخر بعدد كبير من الممارسات التطبيبية بين أفراده، ومن خلال الجانب العملي فهو يشمل جميع أشكال الممارسات بما فيها الوصفات الوقائية والجمالية والوصفات العلاجية والممارسات الجراحية، وينقسم هذا الجانب إلى ثلاثة أنواع من الأعمال الأول الثاني هما الوصفات الوقائية والعلاجية ويمكن ان نسميهما بلغة الطب الحديث المعالجة التطبيبية الحفاظية والثالث هو الممارسات الجراحي **(عبد المنصف حسن علي رشوان، 2006: 43)**.

المصادر والمراجع

1.بن عيسى محمد أمير (1986). **مساهمة في دراسة تاريخ الصحة في الجزائر**. الجزائر: مكتب المطبوعات الجامعية.

2.بوتفنوشة مصطفى (1984). **النظام الصحي الاجتماعي والتغير الاجتماعي في الجزائر**. الجزائر: تقرير O.P.U.

3.بوعمران فضيلة (2007). **الطب العربي في الأندلس**. الجزائر: منشورات تالة.

4. بوقرة كمال وشوادر إنصاف (2019). "تطور المخيال الاجتماعي للعلاج بالأعشاب في المجتمع الجزائري". **مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية** –جامعة الشهيد لخضر الوادي– (الجزائر)، العدد 30، جوان

5.تورين فون (1971). **اشتباكات ثقافية في الجزائر المستعمرة: "المدرسة، الطب، الدين 1830–1883"**. الطبعة الثانية. الجزائر: الدار الوطنية للكتاب.

6. جون وولف (2009). **تاريخ الجزائر الثقافي**، ترجمة أبو القاسم سعد الله، الجزائر: عالم المعرفة.

7.خالد جاد (2006). **موسوعة الطب البديل**. القاهرة: دار الغد الجديدة.

8.خياطي مصطفى (2000). **تاريخ الطب في الجزائر من العصور القديمة إلى يومنا هذا**. الجزائر: دون ذكر دار النشر.

9.دافيد أرنولد (1998). **الطب الإمبريالي والمجتمعات المحلية**. ترجمة مصطفى إبراهيم فهمي. مصر: سلسلة عالم المعرفة.

10. السرجاني راغب (2009). **قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية**. القاهرة: مؤسسة إقرأ للنشر والتوزيع والترجمة.

11. سعد أبو القاسم (1983). **تاريخ الجزائر الثقافي**، الطبعة الثالثة. الجزائر: الشركة الوطنية للنشر والتوزيع.

12. شرابي هشام (1985). **مقدمات لدراسة المجتمع العربي**. بيروت: المطبعة الأهلية للنشر والتوزيع.

13. شوادر إنصاف (2018). **التداوي بالأعشاب وعلاقته بالمخيال الاجتماعي للإنسان الجزائري**. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الثقافي، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة باتنة، الجزائر).

14. عبد العربي (2008). **الممارسة الطبية في الجزائر في فترة الاستعمار حتى يومنا هذا**. الجزائر: دون ذكر دار النشر.

15. عبد القادر حليمي (1982). **مدينة الجزائر: نشأتها وتطورها قبل 1830**. الجزائر: دار الفكر الإسلامي.

16. عبد المنصف حسن رشوان (2006). **الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي**. الأزارطية: المكتب الجامعي الحديث.

17. عثمان عبد الرحمان (2020). "الصناعات الدوائية الطب الشعبي بمنطقة توات خلال القرنين 12 و13 الهجريين: دراسة من خلال الوثائق المحلية المخطوطة". **المجلة الجزائرية للمخطوطات**. المجلد 16، العدد الأول، جوان.

18. العربي حران وخيرة عويسي (2020). "مقاربة نظرية حول الطب الشعبي في الجزائر بين احتواء النموذج الثقافي ونمط الحياة". **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية**. (الجزائر). المجلد 12، جانفي.

19. عكاش عبد المنان الطيبي (1999). **الصيدلية المحمدية: الخصائص العلاجية للحبوب والخضار والفواكه**. بيروت: المكتبة الثقافية.

20. علي عمار (2008). "علم الاجتماع الطبي عند العرب". **المجلة الأكاديمية للدراسات الإنسانية والاجتماعية** (الشلف)، العدد الأول.

21. القشاعي فلة (2001). "وباء الطاعون في الجزائر العثمانية: دوراته وسلم حدته وطرق إنتقاله". **مجلة دراسات إنسانية**، كلية العلوم الإنسانية، (الجزائر).

22. قواسمي أمين فيصل (2014). **ظاهرة إنتشار طب الأعشاب في الوسط الحضري**. (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2).

23. لبقع زينب (2011). **تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية في المجتمع الجزائري الحالي**. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، جامعة ورقلة، الجزائر).

24. مطبول محمد[وآخرون](1998). الجزائريون ضحايا النظام الصحي. **مجلة الصحة العامة والعلوم الاجتماعية**، العدد الأول، جوان.

25. المكاوي علي (1994). **الأنتروبولوجيا الطبية**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

26. وافية نفطي (2019). مسألة الطب والصيدلية عند علماء الجزائر خلال العهد العثماني. **مجلة آفاق فكرية**، المجلد 5، العدد 10، ماي.

الفصل الرابع

الفصل الرابع: اتجاهات المرضى نحو الطب الشعبي في الوسط الريفي

توطئة

أولا: تمثلات المرضى للطب الشعبي في الوسط الريفي

ثانيا: ممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي

خلاصة

المصادر والمراجع

توطئة

تلعب الثقافة دوراً محورياً في تشكيل وعى الأفراد بالمرض وإدراكهم لطبيعته، وفهمهم لأسبابه، ومعرفتهم بطرق الوقاية منه، وأساليب معالجته وكلما كانت الثقافة ذات طابع تقليدي، يشيع فيه التفكير الغيبي والخرافي، وتشتد فيه سطوة عناصر التراث، وتتفشى الأمية، فإن الوعى بالمرض يتدنى، كما يكشف الغموض طبيعته وأسبابه، وهنا تحفل المعتقدات المتعلقة بالمرض بكثير من التصورات والتفسيرات التي يغلب عليها الطابع الديني والأسطوري، وغالباً ما تمضي أساليب العلاج في نفس الاتجاه **(حسن أحمد الخولي، 1982: 137)**.

والجدير بالذكر في هذا السياق، أن علم اجتماع الصحة يهتم في إحدى مجالاته بدراسة اتجاهات المرضى نحو البدائل العلاجية المختلفة المؤثرة على معتقداتهم وتمثلاتهم اتجاه العلاج الشعبي، وكذا رصد الممارسات العلاجية الطبية التي استخدمت منذ زمن بعيد لمعالجة الأمراض بواسطة أشخاص يعتقد أنهم يملكون القدرة على معالجتهم، والتي يطلق عليها تسميات مختلفة تختلف بحسب ثقافة أي مجتمع.

ضمن هذا السياق بالضبط، سنحاول في هذا الفصل رصد اتجاهات المرضى نحو الطب الشعبي في الوسط الريفي، من خلال رصد تمثلاتهم ومواقفهم وتصوراتهم نحو العلاج الشعبي، وكذا التعرف على مختلف الممارسات العلاجية التي تستخدم في الوسط الريفي وتبيان موقف المرضى منها، مع التأكيد على حقيقة مفادها أن تصورات الأفراد للصحة والمرض قد تتشابه أو تختلف بحسب الثقافة التي ينتمي إليها هؤلاء، ومعتقداتهم الدينية ونظرتهم للحياة والموت.

أولا- تمثلات المرضى للطب الشعبي في الوسط الريفي

إن التصور الشعبي لطبيعة المرض وأسبابه، هو الذي يحدد سلوك الناس في كيفية علاجه أو الوقاية منه، فإذا كانوا يعتقدون أن المرض يعود إلى أسباب غيبية كالجن والسحر والعين، فإنهم سيلجئون من دون شك إلى "الطلبة" و"المرابطين" و"السحرة" و"الأولياء

الصالحين"، والعكس إذا كانوا يعتقدون بوجود أسباب وضعية أو فيزيقية كاختلال توازن الجسد أو النفس، لذلك نجد المرضى يتأرجحون بين الطب الحديث والتقليدي أو الشعبي، فقد يلجئون إلى أحدهما بشكل حصري، وقد يلجئون إليهما بشكل مواز، أي بشكل متبادل مما يظهر أن الطب الشعبي والأكاديمي يمثلان طرفين متنافسين على أرض الواقع الاجتماعي، حيث دلت الشواهد الميدانية أن الطب الأكاديمي لم يتمكن من إزاحة الطب الشعبي من طريقه، ذلك مرهون بطبيعة التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي تحدث في المجتمع ومعتقدات الناس حول الأساليب التي يستخدمونها في طلب الشفاء **(أحمد أبو زيد، 2002: 101)**.

وفق هذا الفهم، سنحاول التعرف على تمثلات المرضى نحو الطب الشعبي في الوسط الريفي بناء على تحليل جداول قياس الاتجاهات تحليلا سوسيولوجيا كما هو مبين في الجدول الآتي:

الجدول رقم (06): أرى أن الطب الشعبي هو الذي يلجأ فيه الناس إلى زيارة الأولياء الصالحين

الموجب	الحيادي	السالب
22+ = (2+) ×11 + 18+ = (1+) ×18 وبالتالي نجد: 40 + = 18 +22	0 = (0) ×18 وعليه نجد: 0	40 − = (2−) × 20 + 33 − = (1−) ×33 وعليه نجد: 73 − = (33−) + 40 −
النتيجة: + 40+ (0) + (−73) = −33		

المصدر: بيانات السؤال رقم (06) من استمارة قياس الاتجاهات

على الرغم من أن سكان الريف لا زالوا مؤطرين بثقافة تقليدية ينظرون من خلالها للطب الشعبي على أنه طب السحر والخرافة وزيارة الأولياء الصالحين، ويقدمون النذور للأولياء الصالحين للتبرك بهم، ويزورون السحرة ويعتقدون في قدرتهم على تحقيق الشفاء وجلب الحظ ودفع الأذى خاصة إذا كان سبب المرض السحر والمس والحسد وغيرها من الاعتقادات التي

لازال الخيال الشعبي يعتقد بها، إلا أنه تبين العكس، أي أن هناك اتجاها سلبيا (-33) من طرف المبحوثين نحو عبارة سالبة – أرى أن الطب الشعبي هو الذي يلجأ فيه الناس إلى زيارة الأولياء الصالحين- كما هو مبين في الجدول رقم (06).

وهذا ما جعلنا نتوصل إلى حقيقة مفادها أن الطب الشعبي لا يمكن اعتباره طب سحري أو خرافي، وانما السحر والخرافة هي جزء من الممارسات الطبية الشعبية في بعض الأحيان وعليه فالطب الشعبي فيه النافع والضار، وعلى الرغم من تواجد بعض الممارسات الشعبية التي ثبت عدم صلاحيتها أو بمعنى آخر فيها نوع من الشرك بالله تعالى كزيارة الأولياء الصالحين وتقديم النذور والتبرك وما شابه ذلك، والاعتماد على الممارسات السحرية في جلب الحظ مثلا إلا أننا نؤكد أن الطب الشعبي هو طب الأعشاب حتى نعطي لهذا النوع من العلاج فائدته وأهميته الحالية في تحقيق الشفاء خاصة لتلك الأمراض التي عرفت عجز الطب الرسمي في علاجها**(سعيدة شين، 2014:345-346)**.

وفي الغالب نجد أفراد المجتمع لديهم ربط بين الطب الشعبي والأعشاب، نظرا لأنهم إعتادوا على فكرة التداوي بالأعشاب من الأم والجدة كصورة من الصور الشعبية وهم بذلك لا يملكون الصورة النظرية حول المفهوم الذي يضم "ميتافيزيقي، ديني، أعشاب" إذ أن أكثر الناس ينظرون للطب الشعبي على أنه الطب الذي يستخدم الأعشاب الطبية في علاج المرض وما جاء في السنة النبوية.

الجدول رقم (07): يلجأ الناس للطب الشعبي نظرا لتكلفة الطب الرسمي

الموجب	الحيادي	السالب
20× (+2) = + 40 + 33× (+1) = + 33 وبالتالي نجد: 40+ 33 = + 73	20× (0) = 0 وعليه نجد: 0	5 × (−2) =− 10 + 22× (−1) =− 22 وعليه نجد: −10+(−22) =− 32
النتيجة: + 73+ (0) + (−32) = + 41		

المصدر: بيانات السؤال رقم (07) من استمارة قياس الاتجاهات

فالبيانات المشار إليها في الجدول أعلاه تبين أن هناك اتجاها إيجابيا من طرف المبحوثين (+41) نحو العبارة رقم 07 من استمارة قياس الاتجاهات–يلجأ الناس للطب الشعبي نظرا لتكلفة الطب الرسمي–، مما يؤكد أن أفراد العينة لديهم إعتقادات إيجابية أن الناس تلجأ إلى العلاج الشعبي نطرا لإرتفاع تكلفة الطب الرسمي، فمتطلبات الحياة أصبحت مكلفة، ومع إرتفاع نسبة البطالة في الجزائر أصبح الفرد عاجز عن الذهاب إلى الطبيب عند الشعور بالألم لأي عضو في الجسم فيضطر للجوء إلى الطب الشعبي.

يمكن التأكيد هنا، من الناحية السوسيولوجية أن الفرد ذو الدخل الضعيف أصبح عاجزا عن توفير متطلبات الأسرة، وخاصة ما تعلق منها بالصحة وإرتفاع تكلفة الدواء، إضافة إلى سياسة الأطباء الجديدة التي تلزم المريض بالزيارات الدورية كل شهر، خاصة إذا كان مصابا بمرض عضال، وما تطلبه هذه الدوريات من مصاريف العلاج، مما يثقل كاهل هؤلاء المرضي ويضطرهم للجوء إلى الطب الشعبي والذي يعتبر –مقارنة بالطب الرسمي– أقل تكلفة ومضمون العواقب لأنه يتصل بالأعشاب الطبية غير الضارة على صحة المريض.

وهذا ما يفسر لجوء أفراد العينة إلى الطب الشعبي خاصة إذا تعلق الأمر بإجراء عمليات جراحية أو فحوصات دورية –كما سبقت الإشارة إلى ذلك– وهذا له علاقة بدخل الفرد، لأنه كلما كان الدخل ضعيفا أو متوسطا فانه لن يستطيع العلاج بالطب الرسمي، وعليه يلجأ أغلب

أصحاب الدخل الضعيف والمتوسط إلى طلب العلاج لدى المعالج الشعبي والسبب في ذلك التكلفة المرتفعة للأدوية **(سعيدة شين، 2014: 382-383)**.

الجدول رقم (08): أعتقد أن الطب الشعبي يستقطب فئات اجتماعية متنوعة بما في ذلك المتعلمة والغير متعلمة

الموجب	الحيادي	السالب
50 × (+2) = +100	6 × (0) = 0	1 × (-2) = - 2
+		+
41× (+1) = +41		2 × (-1) = - 2
وبالتالي نجد:	وعليه نجد:	وعليه نجد:
100+ 41 = + 141	0	-2+(-2) = - 4
النتيجة: + 141 + (0) + (-4) = + 137		

المصدر: بيانات السؤال رقم (08) من استمارة قياس الاتجاهات

من خلال قراءة أولية لبيانات الجدول أعلاه تبين أن هناك إتفاق بين أغلبية أفراد العينة أن الطب الشعبي يستقطب فئات اجتماعية متنوعة بما في ذلك المتعلمة والغير متعلمة، وهو ما ظهر جليا بنسبة (+137)، وهذا ما يؤكد أن العلاج بالطب الشعبي لا ينحصر فقط لدى فئة غير المتعلمين كما كان سائدا فيما مضى، بل نجده بقوة لدي الفئات المتعلمة وذوي التعليم الجامعي، مما يؤكد أن العلاج الشعبي أصبح يمثل جزءا هاما من الثقافة الشعبية كإرث يجب الحفاظ عليه.

لذا نجد أفراد العينة المدروسة لازالوا متمسكين باللجوء الى المعالج الشعبي باعتباره محل ثقة في علاج أمراضهم، كما يعتبرونه أصل من أصول ثقافتهم الموروثة من الأجداد التي لابد لهم من الحفاظ عليها **(عبد المجيد الشاعر وآخرون، 2000: 164)**.

الجدول رقم (09): أرى أن أكثر أسباب لجوء المرضى للمعالجة الشعبية هو المرض النفسي والاجتماعي

الموجب	الحيادي	السالب
46+ = (2+) ×23 + 20+ = (1+) ×20 وبالتالي نجد: 66+ = 20 +46	0 = (0) × 17 وعليه نجد: 0	24 − = (2−) × 12 + 28 − = (1−) × 28 وعليه نجد: 52 − = (28−)+24−
النتيجة: + 66+ (0) + (− 52) = + 14		

المصدر: بيانات السؤال رقم (09) من استمارة قياس الاتجاهات

تؤكد البيانات المشار إليها في الجدول رقم (09) أن هناك اتجاها موجبا (+14)، نحو العبارة رقم (09) من استمارة قياس الاتجاهات- أرى أن أكثر أسباب لجوء المرضى للمعالجة الشعبية هو المرض النفسي والاجتماعي- مما يؤكد أن أكثر أسباب لجوء المرضى للمعالجة الشعبية هو المرض النفسي والاجتماعي، حيث تبين من المقابلات الميدانية التي أجرتها الباحثة مع المبحوثين بأن أكثر الأسباب التي تدفعه للمعالجة الشعبية هو الأمراض التي عجز الطب الرسمي عن علاجها كالمرض الميتافيزيقي، وذلك راجع لإنتشار مختلف الأمراض كالحساسية وآلام الظهر والمفاصل، الصداع، وبما أن غالبية أفراد العينة من العنصر النسوي كانت تصريحاتهن حول أكثر الأمراض التي تصيبهن منها (تكيس المبايض، البرد، آلام الرحم السكر وفقر الدم (الصفاير)، العقم.

وفي هذا الصدد إستوقفتنا حالة ذكرها أحد المعالجين الشعبيين عندما أجرينا معه المقابلة عندما صرح أن من ضمن الأسباب التي تدفع المرضي للمعالجين الشعبيين عدم المعرفة بماهية الأمراض النفسية، لأنه لديهم خلط بين الأمراض النفسية، وما يسمى بالأمراض الروحانية التي يتسبب فيها الجن والعين الحاسدة، فروى لنا حالة قدمت عنده طلبا للعلاج لإبنتها التي أصبحت غير مبالية بالدراسة وأصبحت تعاني من التعب والإرهاق، ظنا منها أن

تراجع مستواها الدراسي سببه عين حاسدة، على الرغم من أن العين حق حسب قوله تعالى في سورة الفلق "ومن شر حاسد إذا حسد" **(القرآن الكريم، سورة الفلق:5)**.

إلا أنه ينبغي ألا ينسب كل مرض من هذا القبيل الى العين الحاسدة، وعليه فإن هذا الإعتقاد بالعين الحاسدة يؤكد عدم وعي المريضة بماهية المرض النفسي، هذا ما يشير إلى أهمية وجود الأخصائيين الاجتماعيين في المدارس والجامعات لتقديم الإرشاد النفسي والاجتماعي للتلاميذ والطلبة.

الجدول رقم (10): يذهب الناس للمعالج الشعبي لاستعصاء علاجهم في الطب الرسمي

الموجب	الحيادي	السالب
$60 + = (2+) \times 30$	$0 = (0) \times 14$	$6 - = (2-) \times 3$
+		+
$41+ = (1+) \times 41$		$12 - = (1-) \times 12$
وبالتالي نجد:	وعليه نجد:	عليه نجد:
$101+ = 41 + 60$	0	$18 - =(12-)+6-$
النتيجة: $+101+(0)+ (-18) = + 83$		

المصدر: بيانات السؤال رقم (10) من استمارة قياس الاتجاهات

توضح بيانات الجدول رقم (10) أن هناك إتفاقا من طرف المبحوثين على أن ذهاب الناس للمعالج الشعبي مرده بالأساس إستعصاء علاجهم في الطب الرسمي وهذا ما يؤكد أن لديهم تمثلات إيجابية مشتركة (+83)، وبناء عليه اتضح جليا مدى نجاح العلاج الشعبي ومنافسته للطب الرسمي خاصة فيما يتعلق بالأمراض الموسمية (كالزكام، الحساسية...) حيث يعتمد الطب الشعبي على وصفات للأدوية ذات مصدر طبيعي وخالي من الأدوية الكيميائية إذ لا يشكل خطر أو مضاعفات مثل أدوية الطب الرسمي، ولأن له تأثير أسرع فالعلاج.

ومن جهته يؤكد ديفيد ويرنر "أن بعض الوصفات الطبية الشعبية لها تأثير مباشر على الجسم يساعد على الشفاء والبعض الآخر يؤثر بمجرد اعتقاد الأفراد بفائدتها" **(نجاة ناصر، 2018: 6)**.

فالإعتقاد بفعالية وصفة ما قد يفيد في علاج بعض الأمراض العضوية، وقد أثبتت الدراسة الميدانية التي أجريتها في منطقة بوشقوف أن هناك العديد من المرضى الذين لهم اعتقاد كبير في أهمية العلاجات الشعبية وفائدتها في علاج أمراضهم، وقد تبين أن هذا الاعتقاد منتشر بين جميع فئات المجتمع.

كما أن فعالية أساليب العلاج الشعبي وفائدتها ونجاحها هي السبب في توجه المرضى إليها وإلا لما استمرت حتى وقتنا الحاضر، وأمام عجز الطب الرسمي في الوصول إلى علاج الأمراض الخطيرة والمزمنة، ولثقل علاجات هذا النوع من الأمراض، يلجأ المريض إلى التداوي النباتي الشعبي طالبا الشفاء لإيمانه بنجاعة وفعالية هذا النوع من العلاج **(بن منصور مليكة، 2003: 126)**.

الجدول رقم (11): أعتقد أن الطب الشعبي يرتبط بالخرافة والشعوذة لدى كثير من الناس

الموجب	الحيادي	السالب
28+ = (2+) × 14 + 18+ = (1+) × 18 وبالتالي نجد: 46+ = 18 + 14	0 = (0) × 11 وعليه نجد: 0	56 − = (2−) × 28 + 29 − = (1−) × 29 وعليه نجد: 85 − = (29−)+56−
النتيجة: + 46 +(0)+ (− 85) = − 39		

المصدر: بيانات السؤال رقم (11) من استمارة قياس الاتجاهات

كما تبين لنا من خلال بيانات الجدول رقم (11) أن معظم المبحوثين نفوا بالسلب (−39) بأن الطب الشعبي يرتبط بالخرافة والشعوذة لدى كثير من الناس، لأن تصورهم للطب الشعبي ليس مرتبط بالخرافة والشعوذة خاصة الفئة المثقفة تعتبر من أكثر الفئات ترددا على التداوي بالطب الشعبي، مما يؤكد حقيقة مفادها أن هناك تغيرا في نظرة الفرد للطب الشعبي تختلف

باختلاف الأسرة والتنشئة الاجتماعية التي نشأ فيها وكذا الثقافة السائدة في محيطه الاجتماعي والعادات والتقاليد التي نشأ عليها.

وعلى هذا الأساس، فالطب الشعبي لا يمكن أن يكون طب بديل أو طب يستخدم الأعشاب في العملية العلاجية فقط، أو طب يعتمد على السحر والشعوذة، وإنما تجده أشمل من ذلك فهو تراث يتضمن كل الممارسات التقليدية التي مارسها الأفراد منذ آلاف السنين واستخدموا على إثرها وسائل ومواد متوفرة في الطبيعة وهذا بهدف تحقيق العلاج والشفاء **(سعيدة شين، 2014: 336).**

وهذا يقودنا إلى القول بأن الطب الشعبي يشمل العلاج بالأعشاب وبعض الممارسات هي فقط بنية الشفاء وليس على أساس أنها سحر أو شعوذة، كما صرح لنا أحد الممارسين الشعبيين بحسب "النية" يعني أنه يمارسها بنية خالصة وبالقرآن الكريم مثل ممارسة "التشلاط"[1] للطفل الصغير، وهذه الممارسة العلاجية التي تحقق الشفاء في غضون ساعات فقط ويفسرها المعالج الشعبي بأنه خروج الدم الخاسر الذي كان في الرأس يسبب الصداع لصاحبه وهذا المرض يسمى الشقيقة.

الجدول رقم (12): سكان المناطق الريفية هم الأكثر اقبالا على الطب الشعبي

الموجب	الحيادي	السالب
$50 \times (+2) = +100$ + $29 \times (+1) = +29$ وبالتالي نجد: $100 + 29 = +129$	$7 \times (0) = 0$ وعليه نجد: 0	$3 \times (-2) = -6$ + $11 \times (-1) = -11$ وعليه نجد: $-6 + (-11) = -17$
النتيجة: $+129+(0)+(-17) = +112$		

المصدر: بيانات السؤال رقم (12) من استمارة قياس الاتجاهات

[1] – تجدر الإشارة أن مصطلح التشلاط منتشر في الثقافة الشعبية ويعني وضع ثلاث خطوط صغيرة بواسطة شفرة الحلاقة على مواضع متعددة في الجسم كالجبين مثلا

أما عن العبارة رقم (12) من استمارة قياس الاتجاهات فقد تبين أن أغلبية أفراد العينة يتفقون بالإيجاب (+112) على أن سكان المناطق الريفية هم الأكثر إقبالا على الطب الشعبي ويرجع ذلك إلى طبيعة المنطقة التي يوجد بها عدد معتبر من المعالجين الشعبيين، كما أن أكثر المقبلين على الطب الشعبي هن من النسوة، كما أن طبيعة التنشئة الاجتماعية في الوسط الريفي تعلي من مكانة ودور المعالجين الشعبيين الذين نجحوا في شفاء العديد من الأمراض المنتشرة لدى الأطفال مثل مرض (الحلق) وهو مرض في البلعوم لا يستطيع الطفل الأكل وضيق التنفس فعندما يذهب للمعالج الشعبي يقوم بتحريك ريشة دجاجة تكون معقمة ونظيفة في بلعوم الطفل فيسترجع الطفل ذلك الشيء الذي منعه من الأكل والتنفس، فيتعافى ويتمكن من التنفس بشكل طبيعي، ناهيك عن بعض الأمراض المستعصية التي أثبت الطب الشعبي فعالية كبيرة في علاجها.

ولتفسير إقبال سكان المناطق الريفية للطب التقليدي (الشعبي) تم إستخدام نظرية الفعل الاجتماعي الإرادي لبارسونز، حيث تفترض هذه النظرية أن الأفراد يسعون إلى تحقيق أهداف شخصية في ظل مواقف وأوضاع معينة يتوافر فيها وسائل بديلة لتحقيق الأهداف، ولكنهم في سعيهم لتحقيق أهدافهم يكونون محدودين بالعديد من الظروف الوقفية مثل خصائصهم البيولوجية وظروف بيئتهم الطبيعية والإيكولوجية، كما أن سلوك الأفراد أيضا يكون محدود بالقيم الاجتماعية والمعايير السلوكية والأفكار السائدة في المحيط الذي يعيشون فيه، وكل هذه المحددات الموقفية والمعيارية تؤثر على قدراتهم في إختيار الوسائل التي يمكن أن تحقق أهدافهم من بين مختلف الوسائل البديلة، وعلى ذلك فإن الفعل الارادي لبارسونز يتضمن مجموعة من العناصر هي : الفاعلون، والأهداف التي يسعى الفاعلون إلى تحقيقها والوسائل البديلة لتحقيق الأهداف والعوامل الثقافية والمعيارية التي تؤثر على إختيار الأهداف والوسائل والعوامل الموقفية التي تؤثر على إختيار الأهداف والوسائل، وأفعال وقرارات الفاعلين لتحقيق الأهداف التي تتأثر بكل من العوامل الثقافية والعوامل الموقفية **(ح .م تهامي و ن م حسين، 2018: 185-186).**

الجدول رقم (13): أعتقد أن أحد الأسباب الرئيسية للإقبال على الطب الشعبي هو تقصير القطاع الصحي العمومي وسوء التسيير

الموجب	الحيادي	السالب
22× (+2) = +44 + 30 × (+1) =+30 وبالتالي نجد: 44 + 30 = +74	16 × (0) = 0 وعليه نجد: 0	9 × (−2) = − 18 + 23 × (−1) = − 23 عليه نجد: −18 +(−23)+ = − 41
النتيجة: + 74 +(0)+ (−41) = +33		

المصدر: بيانات السؤال رقم (13) من استمارة قياس الاتجاهات

توضح بيانات الجدول رقم (13) أن هناك إعتقاد إيجابي (+33) على أن أحد الأسباب الرئيسية للإقبال على الطب الشعبي هو تقصير القطاع الصحي العمومي وسوء تسييره، وهو ما يؤكد على حقيقة مفادها أن القطاع الصحي العمومي لا زال مؤطر بثقافة تسييرية تقليدية تقوم على المحسوبية والعلاقات الشخصية إضافة إلى نقص الوسائل المادية، وهو ما دفع الأفراد إلى تفضيل الأساليب العلاجية التقليدية المرتبطة بمعتقداتهم الدينية والموصولة بتراثهم الشعبي.

وفي نفس السياق تجمع كافة الدراسات التي أجريت حول موضوع الرعاية الصحية والأنساق الطبية على أن هناك مشكلات عديدة تواجه النسق الطبي الرسمي وتعوقه عن أداء رسالته بكفاءة وفي كثير من الأحيان، ولقد قام بعض العلماء الغربيين بإجراء دراسات حول هذه النقطة عندما لاحظوا أن القرويين لا يقبلون على العلاج الطبي الحديث ويفضلون عليه العلاج الشعبي، ومن بين هذه الدراسات نجد الدراسة التي قام بها "ماكسيم ماريوت" في أوائل الخمسينيات بإحدى قرى شمال الهند، أكدت على أن المعالجين الشعبيين هم أجدر بالثقة في نظر الأهالي ويورد صاحب الدراسة شهادة أحد الإخباريين من أهالي القرية يقول : "إننا لا نلقى رعاية صحية من جانب الأطباء، ولا أحد يهتم بنا ولا توجد وحدات صحية تكفي احتياجاتنا

الضرورية إن علاج الأجنبي (يقصد به العلاج الطبي الحديث علي يد الطبيب) لا يلبث أن يبقى واقفا بالخارج خلف أبواب القرية" **(رشيد شيخي وأحمد خنيش، 2016: 8)**.

ثانيا: ممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي

لا شك أن معتقدات وممارسات الطب الشعبي تمثل نظاماً معرفياً لمستقبله لأسباب المرض وإتخاذ قرار بشأن العلاج، فهناك عادات وتقاليد طبية وشعبية مختلفة موجودة في كل المجتمعات والتي تشتمل على مجالات دينية مثل التضرع والابتهالات من أجل العلاج أو فكرة أن الإثم والخطيئة يسببان المرض ومجالات أخرى مادية ومحسوسة مثل تناول إفطار ساخن لمقاومة برد الشتاء أو إستعمال أعشاب معينة لمعالجة بعض الأمراض، وحينما تسيطر الأفكار الدينية والثقافية على صياغة المفاهيم المتعلقة بالصحة والمرض فإن ذلك يعد بمثابة عوامل محفزة لإستعمال الطب الشعبي، فنرى مثلاً أن الأمريكيين الأفارقة ينظرون إلى المرض بمسميات دينية أو فوق طبيعية مثل أعراض السحر بينما يرى الآسيويون من جنوب شرق آسيا أن المرض نصيب طبيعي من المعاناة المكتوبة على الإنسان **(عبد الفتاح محمد المشهداني، 2011: 09)**.

فممارسة الطب الشعبي نابعة من عمق البيئة السوسيوثقافية التي وجد فيها المعالج الشعبي، هذا الأخير الذي يعتمد على وسائل علاجية بسيطة متوفرة في البيئة المحلية، والتي بإمكان المريض تحضيرها بنفسه كما أنه يعتمد بشكل كبير على الخبرة ووراثة الممارسات العلاجية ممن سبقوه من المعالجين **(نجاة ناصر، 2018: 6)**.

وهذا ما سنوضحه في هذا المحور من ممارسات للطب الشعبي في الوسط الريفي بناء على إستنطاق بيانات الجداول الآتية:

الجدول رقم (14): الخلفية الثقافية لدى الأفراد لها تأثير على اتجاهاتهم للطب الشعبي بدل الطب الرسمي

الموجب	الحيادي	السالب
46 × (+2) = +92 + 39 × (+1) = +39 وبالتالي نجد: 92 + 39 = + 131	3 × (0) = 0 وعليه نجد: نجد 0	2 × (−2) = − 4 + 10 × (−1) = − 10 عليه نجد: −4+(−10) = − 14
النتيجة: + 131 + (0) + (− 14) = + 117		

المصدر: بيانات السؤال رقم (14) من استمارة قياس الاتجاهات

يظهر من خلال بيانات الجدول رقم (14) أن أغلب أفراد العينة يتفقون بالإيجاب (+117) على أن الخلفية الثقافية لدى الأفراد لها تأثير على اتجاهاتهم للطب الشعبي بدل الطب الرسمي، حيث تلعب الأصول الثقافية دورا هاما في تحديد البنية الحالية للمجتمع الجزائري القائمة على أساس الحفاظ على العادات والتقاليد لأنهم يعتبرون العلاج بالأعشاب الطبية موروث ثقافي لابد من الحفاظ عليه، حسب قول إحدى العاملات بالقطاع الصحي:"في دارنا تربينا بالأعشاب مانروحش للطبيب جداتي تعرف لحشاوش مليح بقينا محافظين عليهم (لحشاوش) حتى الآن"، أي أن هذه المرأة في عائلتها لازالوا محافظين على العلاج بالأعشاب الطبيعية رغم أنها عاملة في المجال الطبي، وقول فرد آخر :"الحشاوش معروفين من بكري مستحيل تدخل بيت جزائري وما تلقايش فيه ولو عشبة واحدة حتي لو كان تيزانة" أي الأعشاب معروفين منذ القدم عند الأجداد ولا يوجد بيت من بيوت المجتمع الجزائري لا يحتوي على الأعشاب، بالإضافة إلى ذلك عند مقابلتنا لأحد الممارسين صرح لنا بأن السبب في إستمرار أو إستخدام الأعشاب الطبيعية يعود إلى كونه قديم قدم الحضارات الإنسانية، التي إرتبط العلاج فيها عن طريق التداوي باستخدام الأعشاب الطبيعية، خاصة أن العلماء الأوائل أمثال ابن سينا صاحب أشهر الكتب الطبية الذي ظل يدرس في جامعات أوروبا حتى أواخر القرن التاسع

عشر، وكذلك ابن البيطار والذي يعد من أشهر علماء النبات عند العرب كما أن بعض التقاليد العربية تعمل على تحبيذ هذا النوع من الطب لأنه مرتبط بالموروث الثقافي.

وفي هذا الصدد يقول الباحث علي المكاوي "الطب الشعبي لا ينعزل عن البيئة الاجتماعية والثقافية وإنما يرتبط بهما ويستمد منها دوافعه وإهتماماته وخاصيته وديناميته تعتمدان المكان الذي يحدث كل نمط ثقافي" **(علي المكاوي، 1994: 227)**.

وفي السياق ذاته يؤكد ميشال فوكو: "إن هيمنة الطب الغربي بتصوراته الخاصة عن الجسد والممارسة الطبية قد لقيت معارضة كبيرة من قبل الثقافات المختلفة التي واجهت هذه الهيمنة"**(لطرش أمينة، 2011: 220)**.

الجدول رقم (15): يعمل الطب الشعبي على تجنيب المريض تناول العقاقير الطبية الصعبة

الموجب	الحيادي	السالب
$16 \times (+2) = +32$ + $34 \times (+1) = +34$ وبالتالي نجد: $32 + 34 = +66$	$19 \times (0) = 0$ وعليه نجد: 0	$7 \times (-2) = -14$ + $24 \times (-1) = -24$ وعليه نجد: $-14+(-24) = -38$
النتيجة: $+66 + (0) + (-38) = +28$		

المصدر: بيانات السؤال رقم (15) من استمارة قياس الاتجاهات

يظهر من خلال بيانات الجدول رقم (15) أن هناك اتجاها إيجابيا نحو العبارة (15) –يعمل الطب الشعبي على تجنيب المريض تناول العقاقير الطبية الصعبة– من استمارة قياس الاتجاهات (+28)، حيث تأكد أن الطب الشعبي يعمل على تجنيب المريض تناول العقاقير الطبية التي تحتوي على مواد كيمياوية خطيرة، وهذا يرجع إلى تخوف المرضى من الآثار الجانبية للأدوية الكيميائية حيث بات الطب الشعبي مجرد ملجأ أو منفذ، وقد عرف إنتشارا كبيرا خاصة لدى مرضى السرطان.

وفي هذا السياق يشرح الطبيب يحي محمودي هذه الحقيقة بقوله: "منذ سنوات عديدة وضعت قدمي على طريق البحث والتجربة وسأساهم بقدر كافي في ميدان الطب بالأعشاب وفي إثراء المكتبة العلمية خاصة وأنا أرى لفتة فيها إجلال من عالم الطب الحديث إلى عالم التداوي بالأعشاب بعدما يئس رواده أو يكادون من نجاعة تراكيبها الكيميائية" **(يحي محمودي، 2007: 5)**.

وفي النسق التقليدي للمجتمع الريفي تسيطر بعض الأفكار التي تؤكد أهمية العودة إلى الطبيعة لأنها أصل الانسان، والعلاج بالأعشاب الطبية لأنه ليس لها آثار جانبية كالأدوية وإن وجدت لا تؤذي جسم الإنسان حسب المقولة الشائعة "الأعشاب إن لم تنفع لا تضر" فمن خلال المقابلات الميدانية مع عينة البحث وجدنا أن معظمهم يؤيد هذه المقولة لأن الأعشاب الطبيعية متداولة منذ القدم، وليس لها آثار جانبية مثل العقاقير الطبية والأدوية الكيميائية.

الجدول رقم (16): يشعر المرضى بالارتياح مع المعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجتهم أي أنه يستخدم اللغة اليومية

الموجب	الحيادي	السالب
27 × (+2) = +54 + 41 × (+1) = +41 وبالتالي نجد: 54 + 41 = +95	17 × (0) = 0 وعليه نجد: 0	4 × (−2) = − 8 + 11 × (−1) = − 11 وعليه نجد: −8+(−11) = − 19
النتيجة: + 95+ (0) + (−19) = + 76		

المصدر: بيانات السؤال رقم (16) من استمارة قياس الاتجاهات

عبارة موجبة من خلال قراءة أولية لبيانات الجدول أعلاه تبين أن هناك اتجاه إيجابي(+76) من طرف المبحوثين حول أهمية ودور المعالج الشعبي، حيث يشعرون بالارتياح معه، لأنه يتكلم بنفس لهجتهم أي أنه يستخدم اللغة اليومية، خاصة إذا كان المريض غير متعلم، وعليه فاللهجة المستخدمة من قبل المعالج عامل أساسي في تكرار زيارة المريض

للمعالج الشعبي إذا تطلب الأمر ذلك، وهذا ما يؤكد عليه علم اجتماع الطبي في دور العلاقة التبادلية بين الطبيب والمريض التي من شأنها أن تساهم بشكل فعال في تفعيل العملية العلاجية وتحقيق الشفاء، ونفس الشيء يقال عن المعالج الشعبي الذي يفترض به أن يتمتع بصفات معينة تجلب المرضى كحسن الإستقبال وامتلاكه لتقنيات مميزة في تعامله مع زبائنه بدءا بالسؤال على أحوالهم، وتشجيعهم، وتخفيف ألمهم، وهو ما يولد مزيدا من الثقة المتبادلة التي من شأنها أن يعزز العلاقة الإتصالية الجيدة بين المعالج ومرضاه، مما يدفعهم للإلتزام بالمواعيد وبالوصفات المقدمة الأمر الذي يسهل من عملية تحقيق العلاج .

الجدول رقم (17): يلجأ المعالجون الشعبيون إلى الممارسات ذات البعد الخرافي لكسب ثقة المريض

الموجب	الحيادي	السالب
9 × (+2) = +18 + 16 × (+1) = +16 وبالتالي نجد: 18 + 16 = +34	25 × (0) = 0 وعليه نجد: 0	30 × (−2) = − 60 + 20 × (−1) = − 20 وعليه نجد: −60+(−20) = −80
النتيجة: +34 + (0) + (−80) = −46		

المصدر: بيانات السؤال رقم (17) من استمارة قياس الاتجاهات

كما تبين لنا من خلال بيانات الجدول رقم (17) أن أغلبية المبحوثين نفوا بالسلب (−46) لجوء المعالجون الشعبيون إلى الممارسات ذات البعد الخرافي لكسب ثقة المريض، وهو ما يطابق العبارة رقم (11) التي ينفي من خلالها المبحوثين الإعتقاد بأن الطب الشعبي يرتبط بالخرافة والشعوذة لدى كثير من الناس.

والجدير بالذكر في السياق ذاته، أن عامل الثقة ذو أهمية بالغة، وقد إكتسب المعالج هذه الثقة من المرضى من خلال طريقة كلامه واهتمامه بالمريض من جميع النواحي النفسية والاجتماعية وحتى الاقتصادية بداية لخلق جو من الطمأنينة للمريض قبل معالجته، وبالتالي

خلق جو من الألفة والارتياح يجعل المريض وأهله يشعرون بنوع من الراحة والإطمئنان، مما يحفز المريض وأهله على الحديث وعدم الخوف من إعادة الزيارة مرة أخرى إذا إستدعى الأمر ومثل هذه العوامل تحفز الناس على زيارة المعالج الشعبي **(سعيدة شين، 2015: 386)**.

الجدول رقم (18): أرى أن فئة النسوة هن الأكثر اقبالا على الطب الشعبي

الموجب	الحيادي	السالب
59 × (+2) = +118 + 17 × (+1) = +17 وبالتالي نجد: 118 + 17 = +135	8 × (0) = 0 وعليه نجد: نجد 0	1 × (−2) = − 2 + 15× (−1) = − 15 وعليه نجد: −2+(−15) = − 17
النتيجة: + 135 + (0) + (− 17) = + 118		

المصدر: بيانات السؤال رقم (18) من استمارة قياس الاتجاهات

يظهر من خلال بيانات الجدول رقم (18)، أن أغلبية أفراد العينة يتفقون بالإيجاب (+118) على أن فئة النسوة هن الأكثر اقبالا على الطب الشعبي، ويمكن تفسير ذلك بأن المرأة تهتم بالوصفات الشعبية بكثرة، كما نجدها دائمة السؤال حول الوصفات الشعبية للحالات المرضية التي قد يصاب بها أفراد عائلتها، وقد تعتمد إلى إستشارة كبار السن نظرا لمعايشتهم وخبرتهم الطويلة من خلال السماع اليومي للوصفات العلاجية المتنوعة من أهل الخبرة وخاصة في الوسط الريفي.

كما أنهن أكثر ميلا للعلاج بالرقية لما يخص الأمر بصفة خاصة الأمراض أو الإضطرابات النفسية التي لم يثبت مصدرها العضوي أو فشل علاجها طبيا أو تطلب علاجها مدة طويلة دون تحسن، أو بعض حالات تأخر الحمل أو العقم أو العنوسة، كما أن للمرأة استعداد وفضول في التعرف أكثر على هذه العلاجات وعلى أحسن المعالجين ذوي الحكمة والشهرة ولو بعدت المسافة وأينما وجدو، كذلك نجدها (المرأة) تبحث وتسأل عن الخلطات العشبية الخاصة بكل الأمراض مثل (الحساسية، تأخر الحمل، مرض السرطان، الحصى

الكلوي، داء السكري، وغيرها من هذه الأمراض) أي ما قد يشكل مركز إهتمامها سواء بالنسبة لها أو لأحد أعضاء عائلتها وذلك من خلال إحتكاكها بمن جربوا العلاج من قبل وكان له مفعول الشيء الذي يجعلها تجرب هذه العلاجات وتقوم بنقلها ونشرها بين الأوساط مثلما ورثت بعض الممارسات أو بعض الوصفات من أسلافها**(بن أحمد قويدر، 2010: 130)**.

بالإضافة إلى باقي أسباب اقبال النساء على الطب الشعبي هو مرض أحد أطفالها ونحن نعلم أن الطب الشعبي يعالج الكثير من الأمراض التي تصيب الأطفال الصغار.

بالإضافة إلى ما ذكرنا نجد من أسباب اقبال النساء على الطب الشعبي يعود إلى كون المرأة الجزائرية شأنها شأن أي امرأة عربية بشكل عام هي "حاضنة التقاليد" والمحافظة على المهارات الأسرية في التشخيص والتداوي خاصة داخل المنزل **(سليمان بومدين، 2004: 203)**.

الجدول رقم (19): أعتقد أن الطب الشعبي نجح في علاج كثير من الأمراض المستعصية كالعقم

الموجب	الحيادي	السالب
37 × (+2) = +74	13 × (0) = 0	1× (−2) = − 2
+		+
38 × (+1) = +38		11× (−1) = − 11
وبالتالي نجد:	وعليه نجد:	وعليه نجد:
74 + 38= +112	0	−2+(−11) = − 13
النتيجة: + 112+ (0) + (− 13) = + 99		

المصدر: بيانات السؤال رقم (19) من استمارة قياس الاتجاهات

عبارة موجبة (+99) من خلال قراءة أولية للجدول أعلاه على أن الطب الشعبي نجح في علاج كثير من الأمراض المستعصية كالعقم، وهذا ما يؤكد صحة هذا الاعتقاد، وقد فصلنا في العبارة السابقة أن الأكثر اقبالا على الطب الشعبي هم من فئة النساء والسبب على الاقبال هو العقم (تأخر الانجاب) لأن النساء تطرق كل الأبواب بحثا عن الانجاب والسبب هو قوة غريزة

الأمومة لدى المرأة لذلك فإنها تبحث عن الانجاب بكل السبل، خاصة عند سماعها بأن العلاج قد نجح في علاج حالات متشابهة، ومن خلال تجارب لأقرباء لاحظت نجاح كبير للطب الشعبي في علاج العقم من خلال وصف أعشاب تساعد على التبويض وسهولة الحمل مثل (عشبة البردقوش) التي تقوم المرأة بغليها وشربها، كذلك بعض الخلطات التي تعالج الرحم وبالإضافة أنه هناك بعض المعالجات النساء تقوم بتدليك الرحم لتسهيل عملية الحمل ويسمى "المسيدة" وبالتالي تنجح عملية الحمل.

الجدول رقم (20): أرى أن الطرق العلاجية الشعبية تتضمن دواء وترويحا وتنفيسا

الموجب	الحيادي	السالب
25 × (+2) = +50	28 × (0) = 0	3 × (−2) = − 6
+		+
35 × (+1) = +35		9 × (−1) = − 9
وبالتالي نجد:	وعليه نجد:	وعليه نجد:
50 + 35= +85	0	−6+(−9) = − 15
النتيجة: + 85 + (0) + (−15) = + 70		

المصدر: بيانات السؤال رقم (20) من استمارة قياس الاتجاهات

فالبيانات المشار إليها في الجدول أعلاه تؤكد أن هناك اتجاها إيجابيا من طرف المبحوثين (+70) نحو العبارة رقم (20) –أرى أن الطرق العلاجية الشعبية تتضمن دواء وترويحا وتنفيسا– من استمارة قياس الاتجاهات مما يؤكد أن أغلبية المرضى يرون أن الطرق العلاجية الشعبية تتضمن دواء وترويحا وتنفيسا حيث أن العلاج الشعبي هو الحقل الأكثر قابلية لكل المحتويات العاطفية والانفعالية والإجتماعية.

فالمريض بمجرد تفكيره بأنه ذاهب للمعالج الشعبي يتصور في ذهنه عبارة أن الأعشاب إن لم تنفع لن تضر، وهذا الإعتقاد يجعله يرتاح نفسيا على عكس عند ذهابه إلى الطبيب الرسمي بقول الدواء يداوي عضو ويمرض عضو آخر، كذلك المعالجين الشعبيين ينظرون لهم على أنهم مباركين من الله تعالى بالعامية يقول "أي معطيتلو" يعني في يده نوع من البركة في

الشفاء وهذا الشيء يريح المريض نفسيا وبهذا يتقبل المريض العلاج لوجود تلك الثقة في كفاءة من يتلقى منه العلاج مما يعجل بحدوث الشفاء.

الحقيقة أنه توجد الكثير من الشواهد الواقعية التي تؤكد على أن المعالجين الشعبيين يجدون اقبالا ملحوظا من جانب المرضى، لأن المرضى يكونون دائما في حاجة إلى من يتلقى منهم شكواهم بصدر رحب ويشاركهم همومهم، ويهتم بأحوالهم، ويتعاطف معهم في تواضع بلا تكبر أو إستعلاء، والمعالجون الشعبيون مؤهلون للقيام بهذا الدور، لأنهم يشتركون مع المرضى في نفس الإطار الاجتماعي والثقافي، مما ساعدهم على الإرتياح عند العلاج بالطب الشعبي **(رشيد شيخي، 2016: 7)**.

كذلك كما قلنا سابقا الهروب من العقاقير الطبية والرجوع الى الطبيعة.

الجدول رقم (21): أرى أن الطب الشعبي يعتمد أساسا على الدين والسحر

الموجب	الحيادي	السالب
$8 \times (+2) = +16$ + $7 \times (+1) = +7$ وبالتالي نجد: $16 + 7 = +23$	$28 \times (0) = 0$ وعليه نجد: 0	$39 \times (-2) = -78$ + $18 \times (-1) = -18$ وعليه نجد: $-78+(-18) = -96$
النتيجة: $+23 + (0) + (-96) = -73$		

المصدر: بيانات السؤال رقم (21) من استمارة قياس الاتجاهات

على الرغم من أن الكثير من الممارسات العلاجية تستمد قوتها من محاولة ربطها بالدين على نحو آخر حيث يبدأ هذا الارتباط بشكل واضح في العلاج الديني السحري، بحيث كنت أعتقد قبل النزول إلى الميدان أن هذه الفكرة سأجدها طاغية على تفكير الأفراد خاصة وأن دراستي متمحورة في الوسط الريفي، إلا أن هناك اتجاها سلبيا (-73) من طرف المبحوثين نحو العبارة –أرى أن الطب الشعبي يعتمد أساسا على الدين والسحر– وهذا ما يفسر أن النظرة للطب الشعبي وبالخصوص في الوسط الريفي تغيرت، أصبحت نظرتهم لهذا الأخير مرتبطة

بالأعشاب (خاصة وأن العلم الحديث الآن قد أثبت فعالية العديد من الأعشاب الموجودة في الطبيعة وأن جل الأدوية الكيميائية هي من مستخلصات الأعشاب الطبيعية)عند غالبية الأفراد لأنهم عملوا نوع من الفصل في هذا الطب، الطب الشعبي يختلف تماما عن الطب الشعبي الديني الذي يستند إلى فكرة أساسية مفادها أن أسباب المرض أو بعض الأعراض المرضية كالصداع المستمر أو النزيف أو المغص ترجع إلى تأثير أحد الكائنات فوق الطبيعية كالعين أو الشياطين وبالتالي لابد أن تتضمن طرق العلاج طرقا دينية أو سحرية تتفق وأسباب المرض، وهذه الطرق قد تكون منزلية يجربها الإنسان لنفسه أو لذويه، أو يتم اللجوء إلى ممارسين شخصيين كالرقاة والمشعوذين **(مليكة بن منصور ومعازيز عبد القادر، 188:1997)**.

كما أنه لا يمكن أن نعتبره طب سحري كونه له فعالية في علاج الكثير من الأمراض بأعشاب طبيعية فقط.

خلاصة

ظهر جليا من خلال هذا الفصل أن الطب الشعبي يعتبر من المعتقدات والقيم الاجتماعية الواجب الحفاظ عليها، فالطب الشعبي حسب تصور أفراد المجتمع لا يمكن إعتباره طب خرافي أو سحري ينبغي التخلي عنه، بل على العكس من ذلك هو طب أثبت جدارته وفعاليته خاصة مع فشل الطب الرسمي في تحقيق الشفاء لبعض الأمراض المزمنة التي نجح الطب الشعبي في علاجها كالعقم.

والجدير بالذكر في هذا السياق أن التوجه للطب الشعبي في الوسط الريفي راجع إلى عوامل عدة، منها تكلفة الطب الرسمي، بالإضافة إلى ذلك التدهور الذي مس المنظومة الصحية الجزائرية خاصة العمومية منها، من سوء تسيير والمحاباة وغيرها من الأمور التي أصبحت تقف عائقا أمام المرضى.

ورغم التقدم العلمي والثقافي في تفكير أفراد المجتمع، إلا أن التشخيص السوسيولوجي كشف أن تصور أفراد المجتمع بمختلف فئاتهم المتعلمة وغير المتعلمة بل وحتى ذات التعليم العالي فضلت الطب الشعبي على الطب الرسمي، على إعتبار أن الطب الشعبي إذا لم ينفع لا يضر أي لا يلحق الأذى أو الضرر لمستخدميه، وهذه الرؤية نجدها راسخة في الذهنية

الشعبية الجزائرية حتى لدا صغار السن والشباب، وهذا يعني أن الطب الشعبي يشكل جزءا هاما من البناء الاجتماعي ويحقق وظيفة علاجية لا يمكن الاستغناء عنها.

وفي سياق آخر تبين أن المرضى يحملون نوعين من الاتجاهات أحدهما سلبية من خلال رفضهم ربط الطب الشعبي بالخرافة والشعوذة وزيارة الأولياء الصالحين، وأن المعالجون الشعبيون يقومون بممارسات خارقة لكسب ثقة الناس، ورفض فكرة أن الطب الشعبي يعتمد أساسا على الدين والسحر.

أما الاتجاهات الإيجابية فقد أكدت أن أغلبهم لديهم معتقدات إيجابية بشأن أن المعالج الشعبي من عوامل استمرار شعبيته ترجع بالدرجة الأولى إلى الخصائص التي يتصف بها منها الصبر، الهدوء، الابتسامة، المرونة في التعامل مع زواره خاصة المرضى، وهذا ما جعل المرضى يشعرون بالارتياح والتنفيس معه.

المصادر والمراجع

1. القرآن الكريم
2. أحمد أبو زيد (2002). **محاضرات في الأنثروبولوجيا الثقافية**. بيروت: دار النهضة العربية.
3. بن أحمد قويدر (2010). **التمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد**. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية جامعة وهران، الجزائر).
4. بن منصور مليكة (2003). **الطب الشعبي النباتي بالغرب الشمالي الجزائري**. (أطروحة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في الأنثروبولوجيا قسم الثقافة الشعبية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر).
5. حسن أحمد خولي (1982). **الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالث مدخل اجتماعي ثقافي**. القاهرة: دار المعارف.
6. حسين محمد تهامي ونوران محمد حسين (2018). "الممارسات العلاجية التقليدية بواحة سيوة". **مجلة حوليات العلوم الزراعية بمشتهر قسم الدراسات الاجتماعية**. (مصر). مركز بحوث الصحراء، المجلد 56، العدد 1.
7. رشيد شيخي وأحمد خنيش (2016). "الأبعاد والعوامل المساعدة في توجه الأفراد نحو ممارسة الطب الشعبي". **مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية**. (الجزائر). العدد 16، ديسمبر.
8. سعيدة شين (2014). **التصورات الاجتماعية للطب الشعبي**. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، قسم علم اجتماع التنمية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة خيضر بسكرة، الجزائر).
9. سليمان بومدين (2004). **التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر**. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس والعلوم التربية، حالة من مدينة سكيكدة، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر).

10. عبد الفتاح محمد المشهداني (2011). "الطب الشعبي والطب العلمي دراسة وصفية تحليلية". **مجلة دراسات موصلية – مركز دراسات الموصل-**. (العراق). العدد 34.

11. عبد المجيد الشاعر وآخرون (2000). **علم اجتماع الطبي**. الأردن: دار اليازوري.

12. علي المكاوي (1994). **الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية**. الإسكندرية: دار المعارف الجامعية.

13. لطرش أمينة (2011). **الأعشاب الطبية ممارسات وتصورات مقاربة أنثروبولوجية**. (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية، قسم علم اجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر).

14. مليكة بن منصوري ومعازيز عبد القادر (2011)."الطب الشعبي الواقع والرهانات". **مجلة أنثروبولوجية الأديان**. (الجزائر). العدد 1.

15. نجاة ناصر (2018). "ثقافة العلاج الشعبي". **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية**. (الجزائر). العدد 33، مارس.

16. يحي محمودي (2007). **الأعشاب الطبية من الحديقة النبوية**. ط3. الجزائر: دار الامام مالك.

الفصل الرابع

الفصل الخامس: ممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي

توطئة

أولا: مدي وعي الممارسين الشعبيين بأهمية الطب الشعبي

ثانيا: المعوقات الأساسية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي

خلاصة

المصادر والمراجع

توطئة

لا شك أن الممارسة هي التطبيق العملي للفكر النظري، وهي ربط القول بالعمل والتخطيط بالتنفيذ، والممارسة مرتبطة بالانتقال إلى أماكن العمل، والممارسة التطبيقية تكيف الفرد لسلوك معين عند مراجعته لحالة صحية معينة "تثبت عن طريق التنشئة الاجتماعية أو عن طريق التجربة" يمارسه بشكل تلقائي دون تردد ويقوم المجتمع بتغذيته **(لعربي حران وخيرة عويسي، 3:2020)**.

والعلاج الشعبي بهذا المعنى، هو عبارة عن مجموعة من الممارسات والتصورات المتصلة بصحة الإنسان ومرضه، يؤمن بها ويعتقد فيها اعتقادا جازما لا شك فيه، وبالتالي يغلب عليها الطابع التاريخي والرسوخ وسعة الانتشار، فمجال العلاج الشعبي أضحى متعدد الجوانب والممارسات والاعتقادات بتشعب موضوعاته وتخصصاته **(نجاة ناصر، 2018: 2)**.

والجدير بالذكر في هذا السياق أن ممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي ليست مهمة سهلة بل تتطلب جهودا من طرف المعالجين الشعبيين لنجاح هذا الطب واستمراره ومنافسته للطب الحديث، لاسيما أنهم لم يتلقوا تكوينا وتدريبا حول استعمال العقاقير والأعشاب الطبية ولازالت فئة كبيرة من أفراد المجتمع متخوفة من نتائج هذه العقاقير على الصحة العامة.

ضمن هذا الإطار سنحاول في هذا الفصل التعرف على مدي وعي الممارسين بأهمية الطب الشعبي والمعوقات الأساسية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي، إضافة إلى الحلول المقترحة لتجاوز مختلف هذه المعوقات.

أولا: مدى وعي الممارسين الشعبيين بأهمية الطب الشعبي

يتمثل الطب الشعبي في مجموعة من المعتقدات والممارسات العلاجية التي استخدمت منذ أزمنة بعيدة في كل الثقافات القديمة العلاجية لمعالجة الأمراض بواسطة مجموعة من

الأشخاص ممن يعتقدون أنهم يملكون القدرة على معالجة الناس، فهو بمثابة نظام علاجي يبنى على أشكال وطرق تقليدية من السلوك والتصرفات التي تقاوم المرض **(عبد الباقي غفور، 2018: 263).**

ففي جميع دول العالم تتم ممارسة الطب الشعبي على اختلاف ثقافاتها، بحيث يجب الإهتمام بالطب الشعبي بسبب إيمان نسبة كبيرة من أفراد المجتمع بفائدته، ولذلك يكتسب الطب الشعبي أهميته أيضا باعتباره أحد أشكال الطب البديل الذي يشترك معه في العديد من السمات والخصائص التي تميزه عن الطب الحديث، لأن الطب الشعبي ينظر إلى الجسم البشري ككل متكامل ليشمل الأبعاد الروحية والاجتماعية والعقلية والجسمية، وهو وثيق الصلة بحياة وثقافات جماعات معينة من الناس **(عبد الباقي غفور، 2018: 263).**

وفي هذا الإطار سنحاول التعرف على نظرة الممارسين الشعبيين بمنطقة بوشقوف، ومدى وعيهم بأهمية الطب الشعبي كما هو موضح في الجداول الآتية:

الجدول رقم (01) يوضح معنى الطب الشعبي

التكرارات والنسب / الإجابة	التكرارات	النسب %
التداوي بالأعشاب الطبية	05	% 50
ممارسة شعبية	03	% 30
الطب البديل	02	% 20
المجموع	10	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (01) من استمارة المقابلة

بناء على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن أغلبية المعالجين الشعبيين أي ما نسبته (50-50%) أكدوا بأن الطب الشعبي هو التداوي بالأعشاب من خلال استخدام العقاقير والنباتات الطبيعية البرية في علاج المرضى، ولذلك تحتاج إلى شخص خبير بهذه الأعشاب حتى لا يؤثر سلبا على صحة المرضى.

حيث يعتبر التداوي بالأعشاب الطبية علاج طبيعي كونه تستعمل فيه الأعشاب والنباتات، وهذا النوع من العلاج ثابت من الكتاب والسنة وقد حث عليه النبي صل الله عليه وسلم وبينه ونصح به **(الدين زواوية جميلة، 2010: 85)**.

ومن جهته يرى حسن الخولي أن التداوي بالأعشاب علاج أو ممارسة علاجية مكتسبة متوارثة قائمة على أساس الخبرة، وتستعمل الأعشاب لغرض الوقاية أو العلاج **(حسن الخولي، 1982: 20)**.

كما يضيف محمد عباس إبراهيم بأن المعارف الطبية الشعبية تضم الممارسات المرتبطة بالطب النباتي أو طب الأعشاب في العلاج، كنتيجة أولية للعلاقة القائمة بين الإنسان والطبيعة أو بين الإنسان وبين بيئته التي يعيش فيها والتي تتضمن ردود الأفعال والاستجابات المبكرة لسعي الإنسان في علاج الأمراض عن طريق الأعشاب والنباتات الطبية **(محمد عباس إبراهيم، 1996: 182)**.

أما نسبة (03-30%) من المعالجين الشعبيين فقد وضحوا أن الطب الشعبي هو ممارسة شعبية أي من خلال تطبيقها على المرضى بواسطة وصفات علاجية متوارثة من الآباء والأجداد أو هبة من الله تعالى، وفي هذا الصدد تروي معالجة – بناء على المقابلات الميدانية– بأن الطب الشعبي ممارسة تعلمتها في أولادها عندما كانوا صغارا، عند إصابتهم بمرض "الحلق" وهو مرض يصيب اللوزتين يمتنع الطفل عن التنفس والأكل، حيث أكدت:

نأتي بريشة دجاجة نقوم بتنظيفها وتعقيمها جيدا وتنقعها في زيت الزيتون والثوم وحب الرشاد ونقوم بتحريكها في بلعوم الطفل الصغير فيستفرغ وبعدها يتعافى الطفل.

وفي نفس السياق فإن اللجوء للممارسات الشعبية طلبا للشفاء والتداوي، فهو اللجوء لكل ما تحمله الثقافة القديمة من ممارسات وطرق يستعين بها الفرد في مواجهة ما يطرأ عليه من أمراض **(محمد أحمد غنيم، 2007: 205)**.

وفي كل مجتمع مهما بلغت درجة تقدمه يحتوي على جزء كبير من الممارسات الشعبية وتبنيها كأسلوب للعلاج، حيث أكد لنا أحد الممارسين الشعبيين بأن أحد أسباب استمرار هذه الممارسة العلاجية، راجع إلى أن الإنسان قديما تعرض لبعض الأمراض وقف أمامها حائرا وعاجزا عن إيجاد حلول لها، فلجأ لهذه الممارسات وأعطت له الشفاء ولكن بشرط هو عقد نية الشفاء.

أما نسبة (02-20%) صرحوا بأن الطب الشعبي هو طب بديل باعتباره مبني على أساس علمي، حيث جمعت أهم الممارسات العلاجية والتي أعطت نتائج إيجابية في جميع أنحاء العالم وأجريت عليها أبحاث علمية أثبتت فوائدها العلاجية فانتشرت عبر العالم، وهو استخدام لجميع الطرق الطبيعية المتاحة والمتوافرة في الطبيعة للوقاية والعلاج من الأمراض دون اللجوء إلى استخدام الأدوية المصنعة كيميائيا والمحضرة معمليا **(قواسمي أمين فيصل، 2014: 105)**.

وبالتالي الطب البديل هو المعتقدات والممارسات العلاجية الشعبية لمختلف البلدان التي أصبحت طرق علاجية مبنية على أساس علمي، فحسب "دافيد لبروتون" :أصبحت المعتقدات والممارسات العلاجية الشعبية، والتي كانت ينظر إليها على أنها ممارسات لاعقلانية أو سحرية وأنها ممارسات مقرونة بالشعوذة والمشعوذين، تشتمل على أنماط حديثة من المعالجة مثل: المعالجة بالوخز بالإبر والمعالجة بالطاقة، والتي اصطلح عليها جميعا بالثقافات الطبية

الفرعية، حيث تتضمن كل منها طريقة خاصة في تفسير وعلاج المرض، ومن ثم فقد أعطت للإنسان أملا جديدا في الشفاء من أمراض مستعصية وتقدم له صورة جديدة لمرضه وتكسبه بعدا رمزي لوجوده كإنسان وتعطيه الحس الضروري بالأمان **(قواسمي أمين فيصل، 2014: 106).**

الجدول رقم (02) يوضح سبب انتشار الطب الشعبي في الوسط الريفي

التكرارات والنسب / الإجابة	التكرارات	النسب %
عجز الطب الرسمي	02	% 20
وجود آثار جانبية للعلاج الكيماوي	05	% 50
اعتقاد متوارث	03	% 30
المجموع	10	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (02) من استمارة المقابلة

بناء على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن أغلبية المعالجين الشعبيين بنسبة (05-50%) أكدوا أن من أسباب إنتشار الطب الشعبي في الوسط الريفي هو وجود آثار جانبية للعلاج الكيماوي، لأن نظرة المرضى للأدوية الكيميائية بأنها تداوي عضو وتسبب خلل لعضو آخر، بالإضافة الى خوف المرضى من الأخطاء الطبية وهذا يعتبر سبب كفيل في تحويل وجهة العلاج إلى العلاج الشعبي، وفي هذا الصدد يروي لنا أحد المعالجين عن حالة طفل بأنه تعرض لكسر على مستوى الذراع حيث أخطأ الطبيب لمرتين متتاليتين في تجبير يده، ولذلك لجأ إلى العلاج الشعبي فأعدنا تجبير يد الطفل بالشكل الصحيح وبعد فترة لا تتجاوز الأسبوعين شفي تماما.

أما نسبة (03-30%) من المعالجين ترى بأن سبب إنتشار الطب الشعبي في الوسط الريفي هو إعتقاد متوارث من الآباء والأسرة، أي أن الفرد من خلال المحيط الذي نشأ فيه عند الإصابة ببعض الأمراض لا يذهب إلى الطبيب بل يذهب به إلى معالج الشعبي المشهور في منطقتهم بمداوات مثل تلك الأمراض، ولخبرته ومعرفته لهذه الأمراض من خلال رؤيته للمريض بدون حتى ذكر الأعراض وهذا راجع لخبرته الكبيرة في معالجة هذه الأمراض.

أما نسبة (02-20%) من المعالجين الشعبيين صرحوا بأن عجز الطب الرسمي سبب من أسباب انتشار الطب الشعبي في الوسط الريفي نظرا للعدد الهائل الذي يأتي لهم من أمراض لم تلقى الشفاء بالطب الرسمي.

وحسب عز الدين علي الغازي الذي يرى بأن الطب الصناعي يبقى عاجزا في علاج العديد من الأمراض التي تعصف بالعديد من الأرواح التي قد يكون سببها فقط عدم فهم بعمق شديد للبنى الاجتماعية والنفسية للمرضى، وقد يحصل أن يتوفى شخص ما على سرير المشفى سببه فقط قصور معرفة الأطباء للتواصل البديل والتكميلي مع المرضى، فلابد لحضور العلوم الإنسانية بشتى فروعها بداية من الأنثروبولوجيا الطبية إلى علوم النفس والاجتماع والطب البديل **(لطرش أمينة، 2011: 226)**.

الجدول رقم (03) يوضح مسمى الممارسة العلاجية

التكرارات والنسب / الإجابة	التكرارات	النسب %
الشيخ	02	% 20
لعجوزة	08	% 80
المجموع	10	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (03) من استمارة المقابلة

بناء على بيانات الجدول أعلاه تبين أن أغلبية المعالجين الشعبيين أي ما نسبته (08-80%) أكدوا أن تسمية الممارسة العلاجية بالعجوزة، معروفة في منطقتها بهذا الاسم وذلك لخبرتها في مجال التداوي بالأعشاب، ومعرفة كل نبات ماذا يداوي، حيث تأكد من خلال مقابلتنا لأحد العجائز وصفت لنا كيف تمارس هذا الطب فهي تداوي الأطفال الصغار بحيث عندما يولد الطفل يكون رأسه مفتوح، وهذا المرض يصطلح على تسميته في الثقافة الشعبية "الحل" ولعلاج هذا المرض نأتي بحديدة من المناجم ونقوم بطحنها حتى تصبح مثل الدقيق ونضيف لها حب الرشاد والعرق الأصفر ودر الفلفل وجوزة الطيب والحناء والقطران وبيضة ونخلط هذه المكونات ونضعها في رأس الطفل وبإذن الله يتعافى.

بالإضافة إلى الكثير من الوصفات التي لقت نجاحا كبيرا في شفاء العديد من المرضى حتى أن بعض العجائز صرحت لنا أن بعض المرضى جاؤوها حتى من خارج البلاد، وهذا كله ساهم في استمرار الطب الشعبي ومنافسته للطب الرسمي.

أما نسبة (02-20%) يوضح أن تسمية الممارس العلاجي بالشيخ، وسبب هذه التسمية نظرا لكونه كبيرا في السن، وله خبرة ومعرفة بالمواد الطبيعية التي تساعد في عملية

الشفاء، وكذلك ينادونه بالشيخ لتقديره وتعبيرا لحبهم له كونه بشوش الوجه ينصح ويقدم العلاج بدون أجر، فقط يقبل هدية كشكر على ذلك التعب والجهد الذي قام به مع المريض.

بالإضافة إلى هذا نجده معروف خاصة في المنطقة التي يعيش فيها، نجده محبوب من قبل الكبار والصغار، فهو يجيد التعامل مع المرضى وبشوش الوجه يمارس مهنته هذه بكل حب واتقان.

جدول رقم (04) يوضح الأمراض التي يقوم بمعالجتها

التكرارات والنسب / الإجابة	التكرارات	النسب%
أمراض المعدة والجهاز الهضمي	01	% 10
أمراض الأطفال	07	% 70
العقم	02	% 20
المجموع	10	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (04) من استمارة المقابلة

تشير البيانات المستقاة من الجدول أعلاه أن ما نسبته (07-70%) من إجابات المبحوثين تذهب إلى التأكيد أن أمراض الأطفال هي أكثر الأمراض التي يقوم بمعالجتها المعالج الشعبي، لكون الطفل في المراحل الأولى من ولادته يفتقد إلى المناعة ويتعرض إلى الكثير من الأمراض التي يقف الطب الرسمي عاجزا عن علاجها، فيلجأ الوالدين إلى الممارس الشعبي حتى يقدم وصفات علاجية عديدة يعتمد فيها على عناصر طبيعية كالأعشاب والحشائش ومن أهمها:

الإسهال فهو من بين أهم الأمراض التي تمس الكثير من الأطفال، وهي ظاهرة البراز السائل والمتكرر، إذ أنه يعبر عن حركة غير محكمة للأمعاء أو عدم التحكم في السيطرة عليها، ومن أهم الأسباب المؤدية إلى الإسهال خاصة عند الرضع ترجع للافتقار إلى مقومات النظافة أو تغير نوع الحليب، ويظهر جليا في أوقات ظهور الأسنان " التسنين " وله مجموعة من الأعراض، التقيؤ المفرط، الاحمرار الشديد حول فتحة الشرج، ارتفاع في درجة الحرارة وألام في البطن، إذ هناك بعض الممارسات العلاجية التي تستخدم في علاج هذا المرض عن طريق إحدى العجائز " أهل الخبرة " من خلال مجموعة من النباتات والتي يطلق عليها " الغرور" ويشمل عددا من الأعشاب الطبيعية مثل: الكمون، العرعار، الحلبة، قشرة الرمان، اللبان، النعناع، زريعة البسباس، حبة حلاوة، حنة ورق، حيث تقوم بتنظيفها جيدا وطحنها وتقوم بمزجها مع الماء ووضعها في علبة نظيفة، يشرب منها الطفل لمدة ثلاثة أيام مع مسح جميع جسمه **(خلايفية سلوى وبن فرحات فتيحة، 2019: 194-195)**.

بالإضافة إلى ذلك هناك بعض المعالجين يقومون بطحن الشيح والرثم جيدا ويخلطونهم مع الماء ويقومون بمسح جميع جسد الطفل ووضع القليل منها على رأسه.

أما نسبة (02-20%) من المعالجين الشعبيين صرحوا بأن الأمراض التي يقومون بمعالجتها هي العقم، نظرا لعجز الطب الرسمي في العلاج السريع والفعال له، ولذلك نجد المعالجين الشعبيين نجحوا في علاج العقم وبشكل سريع خاصة بالنسبة للنساء، من هذه العلاجات الحجامة حيث عند مقابلتنا لمعالجة شعبية تمارس الحجامة صرحت بأن الحجامة هي سنة نبوية وهي وسيله أهل السماء لما فيها من فائدة أوصى بها النبي صل الله عليه وسلم، حتى أن في أمريكا وجدوا بأن الحجامة تعالج عدة أمراض، بالإضافة إلى ذلك نجد أن كل الأطباء رجعوا للأصل لما في الأعشاب الطبيعية من فائدة.

بالإضافة إلى الحجامة وفوائدها، وصفت معالجة أخرى عند مقابلتها كيفية معالجة العقم وذلك بتدليك الرحم لمدة ثلاثة أيام لتسهيل عملية الحمل وبعدها تصف لها بعض الأعشاب التي تقوم بغليها وشربها أو التبخير بها في الحمام لوصول هذا البخور للرحم، وبهذا تنجح عملية العلاج ويحصل الحمل بإذن الله.

أما نسبة (01-10%) من المعالجين يعالج أمراض المعدة والجهاز الهضمي، التي تعد من أمراض العصر التي أصبح العلاج بالأدوية الكيميائية غير مجدي، وعند معالجة عضو قد يمرض عضو آخر، لهذا توجه المرضى لطب الأعشاب بكثرة في أمراض المعدة والجهاز الهضمي.

إضافة الى ذلك التغير في نمط العيش والمأكل والمشرب أحدث أمراض جديدة وخطيرة، فأصبح المجتمع الجزائري اليوم يدفع تكاليف عاداته السيئة والتي تغيرت بـ 180 °درجة بالنظر لما كان عليه في الماضي، فالانتشار المخيف للأمراض المزمنة لها علاقة مباشرة مع عاداتنا الغذائية السيئة، ولا تتوقف على كمية الغذاء المتناول، ولكن على نوعيته وتوازنه لأن الإفراط في الطعام يؤدي جبريا إلى اضطراب الهضم أو الحموضة والبدانة، وغير ذلك من الأمراض الخطيرة فمن الواضح أن أغلب الأمراض مرتبطة بالعادات الثقافية وأسلوب الحياة التي فرضت على الفرد الجزائري نمط جديد من العيش **(قواسمي أمين فيصل،2014 : 216)**.

وفي هذا الصدد يرى الباحث علي المكاوي بأن العادات الغذائية تلعب دورا واضحا في تهديد الصحة العامة للمجتمعات التقليدية والمتقدمة على حد سواء، فالإكثار من السكريات والأسماك والنشويات يرتبط بقيم ثقافية وعادات غذائية في المجتمع، وبالتالي يستلزم الأمر فهم هذه العادات الغذائية ومراعاتها عند إدخال برنامج صحي وتنفيذه والحرص على الإنصاف بينها وبين العادات الغذائية الجديدة **(المكاوي محمد علي، 1994: 493)**.

الجدول رقم (05) يوضح مدى تجاوب المرضى مع العلاج الذي يقدمه المعالج

التكرارات والنسب / الإجابة	التكرارات	النسب%
تجاوب كبير	09	% 90
تجاوب قليل	01	% 10
المجموع	10	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (05) من استمارة المقابلة

بناء على بيانات الجدول أعلاه تبين أن أغلبية المعالجين أي ما نسبته (09-90%) أكدوا بأن هناك تجاوبا كبيرا من قبل المرضى مع العلاج الذي نقدمه لهم، لأن المعالج الشعبي نجده يمارس مهنته انطلاقا من السياق الاجتماعي الثقافي الذي ينتمي إليه.

إضافة إلى ذلك يعود هذا التجاوب إلى إقتناع المرضى بفعالية العلاج الشعبي ولشخصية المعالج في حد ذاته، كطريقة لباسه النظيف والبسيط، وحتى كيفية الجلوس أثناء التحاور مع المريض أي المسافة بين المعالج التقليدي والمريض قريبة إلى حد ما، كذلك الجو الذي يسود في مكان العلاج، الرائحة (البخور وما شابه) الشيء الذي يبعث على الشعور بنوع من الارتياح والطمأنينة لدى المريض.

وفي هذا الصدد نجد الباحث "أحمد بن قويدر" في دراسته حول التمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد" يؤكد على أن الحالات المرضية تعطي أهمية كبيرة لشخصية المعالج ، كما تقدم له تصنيفا إما عن طريق التداول بين الأفراد، طبعا نتيجة تجربة متكررة بين المرضى والمعالجين، ويكون التصنيف وفق المعرفة "يعرف السلوك مليح" "له الفعالية"، "صبت روحي إليه"، "يفهم بسرعة وفي بعض الحالات بشخص بسرعة" وبالتالي

يساهم في تحديد صورة عملية على مجهوداته والمساعدة النفسية والمعاملة التي يقدمها للمريض **(بن أحمد قويدر، 2010: 145)**.

فشخصية المعالج لها أثر فعال في عملية نجاح العلاج، وذلك بامتلاكه الحكمة والخبرة والمقدرة على معالجة مرضاه، مما يكسبهم الشهرة وتوافد الناس عليهم داخل وخارج المنطقة بل حتى يتعدى الأمر إلى خارج البلاد.

وفي نفس السياق قد يرجع تجاوب المرضى مع العلاج الذي يقدمه المعالج الشعبي إلى الثقة التي يكونها حول هذا المعالج من خلال تجارب مرت قبله، ونجحت في علاج أمراض عديدة، مما يكون رأس مال اجتماعي يقوم على الثقة المتبادلة بين المريض والمعالج الشعبي.

إضافة إلى ذلك، فإن الجانب العلائقي له أهمية كبيرة في نجاح العلاج، حيث أن المريض يشعر بنوع من الارتياح مع المعالج الشعبي، كون المعالج لديه نوع من القدرة على الاصغاء والفهم والتعاطف مع معاناة المريض، وبالتالي تشخيص حالته ويتعامل بنوع من القرب إتجاه المريض، وهذا ما أكده الباحث بن أحمد قويدر في نفس الدراسة المذكورة سابقا حيث وجد أن المعالج الشعبي يسمع كثيرا ويفهم ما يقال له، وبمجرد أن تذكر له بعض الأعراض فهو يعرف الضرر ويقوم بالعلاج، فعملية الانصات الفعال في العلاج الشعبي إيجابية مقارنة مع العلاج الطبي، وتعكس فعلا نوع من الانسجام والإتفاق في المعتقدات المتبادلة والكلمات المشتركة بين السجل اللغوي للمعالج والمريض، وبالتالي هناك فعالية في الانصات حيث يبحث المريض عن من يسمعه وعن القدرة الخارقة التي تزيل له المرض بأي طريقة **(بن أحمد قويدر، 2010: 150)**.

أما معالج واحد، أي ما نسبته (01-10%) صرح بأنه لا يرى تجاوب من قبل المرضى، ومن خلال مقابلتنا لهذا المعالج تبين أنه متعصب في معاملته ولا يحسن التواصل

مع مرضاه، حتى أنه في البداية رفض مقابلتنا بعد محاولات وشرح بأن هذه المعلومات لن تستخدم إلا للغرض العلمي فوافق على إجراء المقابلة، وهذا ما يفسر عزوف المرضى عن العلاج عنده، رغم أنه معروف في منطقته ويقول جيرانه بان يده مباركة وفيها شفاء، ونتيجة لذلك لا يتجاوب معه المرضى ولا يستمرون في العلاج.

الجدول رقم (06) يوضح مصدر اكتساب الممارسة العلاجية

التكرارات والنسب / الإجابة	التكرارات	النسب %
بالوراثة	05	% 50
هبة من عند الله	03	% 30
الممارسة والخبرة	02	% 20
المجموع	10	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (06) من استمارة المقابلة

بناء على بيانات الجدول أعلاه ظهر أن ما نسبته (05-50%) من المعالجين إكتسبوا هذه الممارسة بالوراثة، أي من أسلافهم الذين كانوا يمارسون هذا النوع من العلاج الشعبي، وفي هذا الصدد نجد أحد رواد الطب النفسي في السودان "طه بعثر" في تعريفه للطب الشعبي بأنه عبارة عن جزء هام من الثقافة السائدة في المجتمع، إذ يمثل مجموعة من المعتقدات والاتجاهات والعادات، كما يشكل ممارسات المجتمعات التقليدية مثل المعارف والمهارات ويمكن أن تكون تلك المعارف مكتوبة كما في الطب الشعبي التقليدي الصيني أو متوارثة جيل عن آخر شفاهة كما في بعض القبائل الافريقية، حيث أنه ينتقل من جيل إلى آخر شفاهة أو كتابة **(عطا الله حاكم عثمان، 2008: 88)**.

وهذا ما يفسر أن المعالج الشعبي يكتسب هذه الممارسة العلاجية من الأم أو الجدة أو حتى العمة، من خلال رؤيته لها عندما كانت تمارسها على المرضى، ومن خلال مقابلتنا لأحد العجائز التي تمارس هذا الطب روت لنا كيف تعلمت هذه الممارسة بقولها كنت أرى جدتي تعالج المرضى الذين يشتكون من "الحكة" وهو مرض إسمه "السيبانة" وهي حكة شديدة تأتي في الجسم، وفي يوم من الأيام مرضت بها فحاولت تجريبها في جسمي فقمت بتخليط خلطة مكونة من "زيت زيتون+ تناجر+ زعفران+ مر صبر+ حناء" ونقوم بالبزق عليهم 7 مرات ونضعها في مكان الحكة، فلاحظت الشفاء من اليوم الأول فأصبحت أمارس هذه الممارسة فقط من أجل القضاء على المرض وبدون مقابل.

أما نسبة (03-30%) من المعالجين الشعبيين صرحوا بأن مصدر هذه الممارسة هو هبة من الله تعالى، من خلال أنه لم يكتسبها من أحد، ولم يدرس عليها فقط من عند الله فنجد عبارة سائدة في المجتمع عندما ينصح بعض الناس بمعالج معين يقول بأنه "معطيتلو" وهذا يعني أنه مبارك من الله وميزه بهذه اليد المباركة في شفاء الناس، حيث بمجرد أنه يلمس ذلك المريض أو يقرأ عليه بعض الآيات القرآنية يشفى المريض في غضون ساعات، حتى أنهم عند تحضير وصفة من الأعشاب للمرضى في أول مرة تقول للمريض بأنه يجب أن تضعها هي على مكان المرض بيدها لكي تساهم في العلاج السريع لأن في يدها بركة ويشفى ذلك المرض في وقت قليل جدا.

أما نسبة (02-20%) من المعالجين الشعبيين يؤكدون بأن مصدر هذه الممارسة هو الخبرة والممارسة، وذلك بالاطلاع والنظر لكتب الأعشاب إضافة إلى إجراء دورات تطبيقية على بعض هذه الممارسات، حيث أن للكتب الطبية القديمة دورا فعال في تزويد الأفراد بمختلف الأدوية الطبية، خاصة أن أغلب المعالجين الشعبيين اليوم قد تلقوا تكوينا في مجال الطب الشعبي، لا سيما أن طب الأعشاب والحجامة وكذا الابر الصينية في مدارس ومعاهد متخصصة في ذلك، عن طريق كتب الطب القديمة حيث يتم تجريب مختلف الوصفات

الشعبية وزيادة معارفهم، وهذا ما أدلى به بعض الأطباء الشعبيين الذين قبلناهم في منطقة بوشقوف.

جدول رقم (07) يوضح أكثر الفئات التي تعالج بالطب الشعبي

التكرارات والنسب / الإجابة	التكرارات	النسب%
رجال	02	% 20
نساء	08	% 80
المجموع	10	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (07) من استمارة المقابلة

بناء على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن نسبة (08-80%) من المبحوثين أن النسوة هن الأكثر ترددا على المعالجين الشعبيين سواء بمفردهن أو مع أولادهن، غالبا نجد هذا التردد الكبير للنسوة بحثا عن الانجاب والحمل، لأن المرأة بطبيعتها معروفة بكثرة الحديث حتى عند الذهاب للطبيب تجدها تتحاور مع المرضى فكل واحدة منهن تروي قصتها مع مرض معين وتنصح بالطب الشعبي والمعالج المعروف في منطقتها، بأن علاجه فعال ونفع عدة نسوة تعرفهم فتذهب إليه للعلاج.

أما نسبة (02-20%) من المعالجين الشعبيين صرحوا بأن فئة الذكور هم الأقل ترددا للعلاج بالطب الشعبي مقارنة بالجنس الأنثوي، خاصة في منطقة الدراسة –بوشقوف– ويرجع ذلك أساسا إلى أن الرجل بطبيعته يخجل بالمرض ولا يصرح بوجود علة تشعره بالنقص والدونية أمام أقرانه.

جدول رقم (08) يوضح طبيعة العلاقة بين المعالج الشعبي والمرضى

التكرارات والنسب / الإجابة	التكرارات	النسب%
علاقة جيدة	09	% 90
علاقة عادية	01	% 10
المجموع	10	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (08) من استمارة المقابلة

بناء على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن نسبة (09-90%) من المعالجين الشعبيين أكدوا بأن طبيعة العلاقة التي تجمعهم بالمرضى تعتبر علاقة جيدة، ويظهر ذلك من خلال التردد الكبير للمرضى على المعالج الشعبي كما سبقت الإشارة إلى ذلك في الجدول رقم (05) لشعور المرضى بالارتياح مع المعالج الشعبي الذي يستقبلهم بالابتسامة والنصيحة والتشخيص الجيد للمرض، هذا كله كون نوع من الصداقة بين المعالج الشعبي والمريض.

بالإضافة إلى ذلك تحلي المعالج الشعبي بأخلاقيات الطبيب المعالج ويكون بكتمان سر المريض، الأمانة، المسؤولية إتقان العمل، التقدير والاحترام، ومساعدته للمحتاجين من خلال أنه لا يتقاضى منهم مبلغ مالي مقابل العلاج، هذه كلها ساهمت في تكوين علاقة جيدة بين المعالج الشعبي ومرضاه.

أما نسبة (01-10%) من المعالجين الشعبيين صرحوا بأن العلاقة التي تربطهم بالمرضى علاقة عادية، وهذا النوع من المعالجين نجده شخصية ملتزمة لا يتكلم كثيرا، وحتى في التشخيص نجده لا يشخص بشكل جيد فقد تبين من خلال الملاحظات الميدانية، أنه

يكتفي فقط بوصف الأعشاب التي يحتاجها المريض بدون أي نصائح أو إرشادات لتفادي الوقوع مرة ثانية في هذا المرض، كما تبين أن بعض المترددين عليه هم قلة بسبب معاملته السطحية مع مرضاه.

جدول رقم (09) يوضح مستقبل الطب الشعبي في ظل تطور الطب الحديث

التكرارات والنسب / الإجابة	التكرارات	النسب%
مكمل للطب الحديث	06	% 60
طب قائم بذاته	04	% 40
المجموع	10	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (09) من استمارة المقابلة

بناء على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن ما نسبته (06-60%) من إجابات الممارسين حول مستقبل الطب الشعبي، صرحوا أنه أصبح منافس للطب الحديث، وفي هذا الصدد قد أشار هوجر "إلى أن الطب الشعبي لم يعد بمعزل عن الطب الحديث، والدليل على ذلك أن المعالجين الشعبيين في الفلبين يرجعون مرض السل إلى سبب طبي أو ميكروب" **(قواسمي أمين فيصل، 2014: 125)**.

وفي مجتمعنا الجزائري، يستخدم المعالجون الشعبيون أدوات طبية حديثة ويصفون في بعض الحالات أدوية حديثة، ويحيلون بعض الحالات إلى أطباء متخصصين، ويقيمون علاقات مع بعضهم أحيانا **(قواسمي أمين فيصل، 2014: 126)**.

بحيث تعد تلك الممارسات التي تدخل في إطار الطب الشعبي البداية الأولى للتطور الطبي الحديث، إذ من المؤكد أن تاريخ الطب الشعبي هو تاريخ الطب ذاته، ولذلك فإننا نجد في كثير من الأحيان نوعا من التعايش السلمي بين هذان النوعان من الطب الرسمي والشعبي، وإن كانت المواجهة في السنوات الأخيرة بينهما قد اتخذت طابعا أكثر حدة، ومع هذا هناك علاقة شائكة ومتداخلة بين النسق الطبي الرسمي والغير رسمي (الشعبي) إلى درجة يصعب الفصل بينهما، وفي هذا الصدد أكدت نوال الميسري في دراسة لها على عينة من الفلاحين في مصر أنهم يستشيرون ممارس الصحة من كلا النسقين للإستفادة إلى أقصى حد ممكن من الخدمات المتاحة، وهكذا يثبت النسقان الطبيان تكاملهما، ولم يحاول التخلص منه أو يحل محله **(قواسمي أمين فيصل، 2014: 127)**.

أما نسبة (04-40%) من إجابات المعالجين حول مستقبل الطب الشعبي في ظل تطور الطب الحديث، صرحوا أنه سيصبح طب قائم بذاته شأنه شأن الطب الرسمي.

فمع انتشار موجة الطب الشعبي والخطابات الرائجة حول ضرورة العودة إلى الطبيعة، بدأ بعض المهتمين بالطب الشعبي يروجون إلى ضرورة تبني الطب الشعبي كطب بديل خاصة بعد الأضرار والمخاطر التي حدثت في الطب الرسمي التي أدت بحياة الكثيرين، فضلا عن المخاطر التي يخلفها تناول عقار طبي معين، إزاء هذه الأسباب وغيرها وجب إقامة الطب شعبي كطب بديل عن الطب الرسمي **(ميلود سفاري وسعيدة شين، 2013: 205-206)**.

إضافة إلى ذلك يكتسب الطب الشعبي أهميته أيضا باعتباره أحد أشكال الطب البديل الذي يشترك معه في العديد من السمات والخصائص التي تميزه عن الطب الحديث، فهو يمارس منذ زمن بعيد كما أنه ينظر إلى الجسم البشري ككل متكامل ليشمل الأبعاد الروحية والاجتماعية والعقلية والجسمية، وهو وثيق الصلة بحياة وثقافات جماعات معينة من الناس،

ففي جميع دول العالم تتم ممارسة الطب الشعبي على اختلاف ثقافتها حيث تشير منظمة الصحة العالمية إلى أنه يجب الاهتمام بالطب الشعبي لأسباب كثيرة منها إيمان نسبة كبيرة من أفراد المجتمع بفائدته كما توجد جهات حكومية مسؤولة عن الطب الشعبي في العديد من البلدان مثل الصين ومصر التي تواجه صعوبات في توفير الرعاية الصحية للسكان الذين يعيشون في المناطق الريفية النائية مما فسح المجال ليتولى الممارسون الشعبيون الرعاية الصحية لهؤلاء السكان **(حمودي جمال، 2013: 90)**.

ثانيا: المعوقات الأساسية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي

لا شك أن المعالج الشعبي يصطدم بعديد من المعوقات الوظيفية التي تؤثر سلبا على مهنته، وترجع أساسا إلى سيطرة ثقافة تقليدية تؤكد عدم نجاعة هذا النوع من العلاج الذي لا يستند على أسس علمية كما هو الحال بالنسبة للطب الرسمي.

إضافة إلى عزوف كثير من الفئات المثقفة عن العلاج الشعبي الذي يتسم حسبهم بالشعوذة والسحر والتفكير الغيبي.

وكنتيجة لذلك برزت الكثير من المعوقات الثقافية والاجتماعية والمؤسساتية التي حالت دون نجاح هذا النوع من العلاج لاسيما في الوسط الريفي، والذي يحتاج إلى تشخيص سوسيولوجي لمعرفة مظاهر هذه المعوقات كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول رقم (10) يوضح المعوقات الأساسية التي تواجه الطبيب الشعبي

الإجابة		التكرارات	النسب %
المعوقات الثقافية	ضعف الوعي بأهمية التداوي بالأعشاب	05	% 50
	نقص المعرفة العلمية في مجال الطب الشعبي	03	% 30
	غياب ثقافة العلاج الشعبي لدي عامة الناس	02	% 20
	المجموع	10	% 100
المعوقات الاجتماعية	نظرة المجتمع السلبية للطب الشعبي	01	% 10
	التخوف المجتمعي من أضرار الطب الشعبي	06	% 60
	عدم ثقة أفراد المجتمع بالطب الشعبي	03	% 30
	المجموع	10	% 100
المعوقات	عدم توفر مراكز متخصصة لممارسة الطب الشعبي	08	% 80

المؤسساتية	نقص التدريب والتأهيل للمعالجين الشعبيين	01	% 10
	غياب معارف متخصصة حول الطب الشعبي	01	% 10
	المجموع	10	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (10) من استمارة المقابلة

يظهر من خلال المعطيات المبينة في الجدول أعلاه، أن هناك تباينا واضح في إجابات الممارسين حول المعوقات الأساسية التي تواجه الطبيب الشعبي في الوسط الريفي، ويأتي في مقدمتها المعوقات الثقافية، التي تتمظهر في ضعف الوعي بأهمية التداوي بالأعشاب بنسبة (05-50%) من إجابات المبحوثين، ويرجع ذلك – حسبهم- إلى غياب النصح والإرشاد بأهمية هذا الطب خاصة في المجتمع الجزائري، لأن هذا الوعي بالطب الشعبي يتكون بدأ بالأسرة والمحيط الذي ينشأ فيه الفرد، واستعمال هذه الأعشاب يبدأ من البيت قبل الذهاب إلى المعالج الشعبي، فغالبية المعالجين صرحوا بأنهم يستخدمون وصفات الأمهات والجدات من خلال تجريبها في أبنائهم خاصة في حالات الزكام وآلام البطن والقلق والتعب، وعلى حد تعبير أحد المقبلين الذي صرح أنه في حالة مرضه يلجأ إلى الأعشاب الطبية المتمثلة في التيزانة والليمون وأوراق الكاليتوس وعند شعوره بالألم في بطنه يستخدم الزعتر والشيح والقرفة والنعناع، وهي وصفات طبيعية توارثت عن الأجداد وتستخدم بشكل كبير، لدرجة أنها أصبحت إرثا ثقافيا.

أما نقص المعرفة العلمية في مجال الطب الشعبي فاحتل المرتبة الثانية حسب إجابات المبحوثين بنسبة (03-30%)، وذلك من خلال التهميش الذي يتلقاه من الجانب العلمي لأن

نظرة المجتمع للطب الشعبي على أنه بعيد كل البعد عن كل ما هو علمي، بل مجرد خلطات لا أساس علمي لها خاصة في المناطق الريفية.

على عكس ما نجده في الدول الغربية فقد نادت منظمة الصحة العالمية بأن تأخذ الدول في اعتبارها عند وضع خطط تدريب العاملين في حقل الصحة، الدور المفيد الذي يقوم به ممارسو الطب الشعبي، ومرد ذلك أن العالم الغربي قد انتقل اليوم الى مرحلة ما بعد التصنيع فبدأت الدعوة بضرورة العودة إلى الطبيعة في مجالات كثيرة، حتى أن حزب تألف في الآونة الأخيرة في ألمانيا، كل برامجه هو إعادة الخضر، ومن أوجه العودة إلى الطبيعة أيضا العودة إلى الطب الشعبي، وقد لاحظت المنظمة هذا التطور منذ عام 1977، فأصدرت قرار حثت فيه الحكومات على إعطاء قدر كافي من الأهمية للطب الشعبي، ومن ثم باشرت جهودها للترويج له على الصعيد العالمي، فعقدت المؤتمرات، وكان آخرها عام 1984م عن دور الطب الشعبي في الرعاية الصحية الأولية، وبهذا الجهد تستطيع المنظمة الإبقاء علي الطب الشعبي وإحيائه كتراث إنساني قادر على منافسة الطب الرسمي **(قواسمي أمين فيصل، 2014: 128)**.

أما ما نسبته (02-20%) من إجابات المعالجين أكدوا أن غياب ثقافة العلاج الشعبي لدى عامة الناس، تعتبر من المعوقات الأساسية التي تواجه الطبيب الشعبي في الوسط الريفي، بالرغم من الانتشار الواسع للطب الشعبي في الوسط الريفي إلا أنه يواجه مثل هذه المعوقات التي تقف أمام شعبيته، لأن غياب ثقافة العلاج بهذا الطب بأنه ليس طب خرافي أو سحري كما هو مترسخ في تصور العديد من الأفراد.

فالعلاج الشعبي يرتبط ارتباطا وثيقا بثقافة المجتمع، فهناك من يرجعه بأنه سحري وخارق للطبيعة وهذا التصور الخاطئ الذي تكون لدى الكثيرين منذ آلاف السنين.

إضافة إلى ذلك النظرة السلبية للمعالج الشعبي على أنه لا ينتمي إلى الكادر الطبي أي أنه لم يدرس في المعاهد والجامعات دراسة أكاديمية وإنما تعلمها وورثها من الآباء والأجداد فقط فلا يجب أن يصطلح عليه لفظ الطبيب.

وتبعا لذلك، يمكننا القول أن هذه المعوقات أثرت سلبا على تطور وتقدم هذا النوع من العلاج، وتعيق المعالج الشعبي في تقديم علاج طبيعي يمكن أن يكون له أثر إيجابي وفعال على صحة المرضى.

أما عن المعوقات الاجتماعية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي، فقد تباينت حسبها إجابات المبحوثين، وتأتي في مقدمتها التخوف المجتمعي من أضرار الطب الشعبي ومن الخلطات الشعبية التي ليس لها أساس من الصحة والعالم، بنسبة (06-60%)، ولا يمكن الجزم بصلاحيتها بمجرد أنها جربت على شخص معين وشفي من المرض.

ومن خلال مقابلتنا لأحد الممارسين سرد لنا قصة أحد العجائز التي تمارس الطب الشعبي، دون وعي بأضراره الوخيمة، بأن أحد النسوة جاءتها بطفلها الصغير الذي يعاني من آلام في رأسه، فوضعت لها بعض الأعشاب وقالت لها ضعيها في رأس الطفل وأبقيه بعض الوقت تحت الشمس، فطبقت الأم ما قلته تلك العجوز والطفل يبكي بكاء شديد والأم ظنت أن العلاج يأخذ في مفعوله فإذا بالطفل فقد حياته، ما جعل الكثير من أفراد المجتمع يتخوفون من هكذا علاج.

أما فيما يخص عدم ثقة أفراد المجتمع بالطب الشعبي فقد احتل المرتبة الثانية في المعوقات الاجتماعية التي تواجه الطبيب الشعبي في الوسط الريفي بنسبة (03-30%) وهذا راجع لما يسمعه الأفراد من تجارب فشلت في العلاج وأدت إلى أضرار وخيمة كما سبقت الإشارة إلى ذلك.

ومن هنا فإن القاعدة التي تعزز من قدرة المجرب أي القائم على التجربة التقليدية في الطب الشعبي تتحكم إلى حد كبير في اقبال الناس عليه والثقة به، وبهذا يخضع المرض والتداوي لتفسيرات وتمثلات موجودة في الخيال الجمعي للناس ضمن البيئة الاجتماعية السائدة، حيث ينظر للعلاج الشعبي في الذهنية الجماعية على أنه إرث الأجداد، وهو بهذا يمثل جزءا مهما من الهوية الاجتماعية الماضية **(عايدة.م.أ و م.م النعيمات، 2017: 127)**.

حيث غالبية المعالجين الشعبيين لا يتقاضون أجرا مقابل علاجهم فهو ممارسة شعبية متوارثة عن الأسلاف، وتعتبر مكملا لما كان يمارسه الأجداد.

أما فيما يخص نظرة المجتمع السلبية للطب الشعبي بنسبة (01-10%) التي تعتبر من المعوقات الاجتماعية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي، وذلك من خلال أنه طب سحري وخرافي وبعيد عن الجانب العلمي ومحاولتهم بتهميشه وطمسه من المجتمع، دون دراية ووعي بأهمية الأعشاب الطبية وفائدتها في علاج الكثير من الأمراض التي استعصى الطب الرسمي في علاجها.

ومن ناحية أخرى وبخصوص المعوقات المؤسساتية التي تواجه الطبيب الشعبي في الوسط الريفي هو عدم توفر مراكز متخصصة لممارسة هذا الطب بنسبة (08-80%) وذلك يظهر من خلال الصعوبات التي يواجها المعالج الشعبي في ممارسة هذا الطب من ازعاجات وتصرفات غير لائقة من أفراد المجتمع والنظرة السيئة الموجهة له.

فمن خلال مقابلتنا لأحد المعالجين الشعبيين صرح لنا بأنه في وقت من الأوقات أصبح الجيران يشتكون من رائحة الأعشاب التي كنت أحضرها في المنزل للمرضى كعلاج، كذلك الإقبال الكبير للمرضى وانتظارهم أمام باب المنزل أزعجهم، فقاموا بتقديم شكوى إلى مركز

الشرطة وامتنعت من ممارسة مهنتي حتى قمت بمغادرة تلك المنطقة إلى منطقة نائية لكي أمارسها في أريحية وبدون شكاوى.

أما فيما يخص نقص التدريب والتأهيل للمعالجين الشعبيين أي ما نسبته (01-10%) من إجابات المعالجين فيما يتعلق بالمعوقات المؤسساتية التي تواجه الطبيب الشعبي لأن الوسط الريفي تغيب فيه مثل هذه المؤسسات التي تعمل على تدريب المعالجين الشعبيين ومحاولة تطوير مثل هذه الممارسات.

وفي الحقيقة، إن وجود مثل هذه المؤسسات ضروري لأنها تزيد من علمية هذا الطب من خلال تزويد المعالجين بالنباتات الطبية وكل نبات لماذا يستخدم مزايا كل نبات وعيوبه حتى لا تكون نتائج سلبية في هذه الممارسات وهذا يكون بإدخال الطب الشعبي في المعاهد والدورات الخاصة للتعلم والتعليم.

أما ما نسبته (01-10%) من إجابات المعالجين حول غياب معارف متخصصة حول الطب الشعبي التي تعتبر من المعوقات المؤسساتية التي تواجه الطبيب الشعبي في الوسط الريفي، فبطبيعة الحال هذه المعارف المتخصصة نجدها منعدمة في الوسط الريفي مقارنة بالبلدان المتقدمة التي تقدس هذا الطب والممارسة، لأن مثل هذه المعارف المتخصصة تجعل من المعالج يعرف النباتات من حيث تركيبتها وخصائصها، ولذلك وجب أن يكون أمينا مع الله ومع نفسه حتى لا يؤدي بحياة الناس إلى التهلكة، وبالتالي وجوب تكوين معارف متخصصة حول الطب الشعبي قبل ممارسته.

جدول رقم (11) يوضح الحلول المقترحة لتجاوز مختلف المعوقات التي تواجه الطب الشعبي في الوسط الريفي

التكرارات والنسب / الإجابة	التكرارات	النسب %
تقديم الدعم من قبل الحكومة	07	%70
التوعية بأهمية الطب الشعبي	03	% 30
المجموع	10	% 100

المصدر: بيانات السؤال رقم (11) من استمارة المقابلة

بناء على بيانات الجدول أعلاه يظهر أن ما نسبته (07-70%) من إجابات الممارسين حول الحلول المقترحة لتجاوز مختلف المعوقات التي تواجه الطب الشعبي في الوسط الريفي كانت حول ضرورة تقديم الدعم من قبل الحكومة، وهذا ما نجده غائب بشكل كبير في الجزائر، ويتجلى في غياب مراكز متخصصة لهذا الطب، إضافة إلى ذلك ضرورة إدراجه في الجامعات وتقنينه حيث يدخل فيه الجانب العلمي، وتذهب عنه الخرافات، حيث يقترح اليوم في مختلف الدول التي يمارس فيها الطب الشعبي.

وتبعا لذلك، يمكن أن يدمج بصورة قانونية مع الأنساق الطبية العلمية واستغلال أدوات بسيطة وأدوية طبيعية فهناك عدد كبير من ممارسي الطب الشعبي، تلقوا تكوينا نسقيا، حيث استطاعوا ممارسة علاجاتهم في الدوائر الريفية، وهذا بعد القيام بأبحاث جديدة للاشتراك مع الطب الحديث في العلاجات الصحية الأولية، ودخلت هذه البحوث حيز التنفيذ على المستوى العملي ابتداء من سنة 2000، وحسب محتوى تقرير صدر سنة 1984 عن وحدة البحوث الطبية المتخصصة في شؤون الطب الشعبي التابعة للمنظمة العالمية للصحة، أن عملية

إدماج الممارسات العلاجية الشعبية ضمن أجهزة الطب الرسمي تستلزم احترام التدابير التالية :

– إستخدام الطب الشعبي في العلاج الأولي للصحة خاصة فيما يتعلق بالوصفات التي تقدم للمرضى (الوصفات المتضمنة الأعشاب الطبية).

– المطالبة بإعادة الفحوص للأدوية المستعملة.

– تنظيم النسق الصيدلي.

– التوجه عن طريق إعتماد برامج تكوينية.

– توجيه الطلبة الذين يتابعون تكوينا في الطب الشعبي نحو مطالعة جميع المصادر والمراجع الخاصة بالعلاجات الأولية المعتمدة في الطب الحديث.

– ترشيد وتنظير محتوى الطب الشعبي في إطار دورات تكوينية قصيرة المدى **(عبد اللطيف عاشور، 1992: 8–9)**.

أما نسبة (03–30%) من الممارسين الشعبيين الذين أكدوا بأن التوعية بأهمية التداوي بالأعشاب تعتبر من الحلول المقترحة لتجاوز مختلف المعوقات التي تواجه الطب الشعبي في الوسط الريفي، وذلك من خلال إنشاء جمعيات خاصة للتوعية بأهمية هذا الطب وفعاليته ونجاحه في معالجة العديد من الأمراض التي عجز الطب الرسمي في علاجها، كذلك التوعية من خلال حصص تلفزيونية بحضور أخصائيين في الطب البديل والأعشاب الطبية والنباتات الطبيعية وذلك من خلال عرض حالات شفيت بالطب الشعبي بعد أن جرب عدة مرات في الطب الرسمي.

أضف إلى ذلك، أوصى عدد من الممارسين الشعبيين بضرورة نشر التوعية من خلال مواقع التواصل الاجتماعي لما لها من دور فعال في التأثير على المجتمع، لأنها أصبحت

وسيلة العصر في الإشهار والتوعية للعديد من المواضيع، لهذا يجب استخدامها للتوعية بأهمية الطب الشعبي وفائدته الكبيرة في العلاج.

خلاصة

ظهر جليا من خلال هذا الفصل أنه نظرا لأهمية الطب الشعبي في حياة المجتمعات كونه يمثل نسقا طبيا قائم بذاته يؤدي وظيفة هامة في المجتمع الذي وجد فيه، على اعتبار أن التداوي بالأعشاب الطبية يعتبر ممارسة شعبية وشكل من أشكال الطب البديل.

وفي الوقت الراهن هناك إنتشار كبير للطب الشعبي لأسباب كثيرة منها استعصاء الطب الرسمي عن علاج بعض الأمراض، والخوف الشديد من أضرار الأدوية الكيميائية.

لقد توصلنا من خلال هذا الفصل إلى حقيقة مفادها أن كل المعالجين قد توارثوا المهنة من الآباء والأجداد، وهذا ما جعلهم يحظون بثقة كبيرة من قبل زوارهم كونهم يمتلكون خبرة في هذا الميدان أكدتها طول فترة ممارستهم للعلاج الشعبي، فضلا عن وجود فئة أخرى من المعالجين ممن لهم مكانة لدى أفراد المجتمع من خلال تكوينهم وقراءتهم المتواصلة لهذا الميدان، واثباتهم بالتجربة نجاعة ممارستهم العلاجية وتطويرهم لأساليب ووسائل علاجية تقليدية.

كما تتعدد وتتنوع أدوار المعالجين الشعبيين فمعالج الكسور يمارس دوره الرئيسي كمجبر للعظام التي تعرضت للكسر، ومعالج الأعشاب يمارس دوره بتقديم وصفات علاجية تشتمل على عدد منوع من النباتات والأعشاب الطبية، إلى جانب ممارسات أخرى كالحجامة وغيرها.

وعلى الرغم من الدور الفعال للطب الشعبي في المجتمع ومنافسته للطب الحديث، إلا أنه يواجه العديد من المعوقات التي تحد من فعاليته ودوره في علاج كثير من الأمراض

المستعصية، ولذلك تتباين هذه المعوقات الثقافية والاجتماعية والمؤسساتية، وترتبط جميعها بنقص الوعي الثقافي بأهمية الطب الشعبي كنسق علاجي مكمل للطب الرسمي.

لهذا وجب النهوض بهذا النوع من الطب، وذلك من خلال إدخاله كفرع متخصص في الجامعات والمعاهد وتقنينه، وانشاء مراكز متخصصة للممارسة هذا الطب، وتقديم تدريب وتأهيل للمعالجين الشعبيين يتماشى وتطورات الطب الشعبي كطب بديل وفعال في علاج كثير من الأمراض المستعصية.

المصادر والمراجع

1. الدين زواوية جميلة (2010). **تمثلات العلاج التقليدي والعلاج الطبي وعلاقتهما بعملية التطبيب.** (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر).
2. العربي حران وخيرة عويسي (2020). "مقاربة نظرية حول الطب الشعبي في الجزائر بين احتواء النموذج الثقافي ونمط الحياة". **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية.** (الجزائر). المجلد 12، جانفي.
3. المكاوي محمد علي (1994). **الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية.** الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
4. بن أحمد قويدر (2010). **التمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد.** (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر).
5. حسن الخولي (1982). **الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالث.** القاهرة: دار المعرفة.
6. حمودي جمال (2013). **مرض السرطان بين الطب الحديث والطب التقليدي في المجتمع الجزائري:** مقاربة أنثروبولوجية طبية منطقة تلمسان أنموذجا. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الأنثروبولوجيا، قسم التاريخ وعلم الآثار، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة تلمسان، الجزائر).
7. خلايفية سلوى وبن فرحات فتيحة (2019). "علاج الأطفال بممارسة الطب الشعبي: دراسة ميدانية بولاية تبسة". **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية.** المجلد 11. مارس.

8. عطا الله حاكم عثمان (2008). **أثر المتغيرات على إتجاه المرضى للعلاج بالطب الشعبي:** دراسة ميدانية. (مذكرة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية الدراسات العليا، جامعة شندى، السودان).

9. عايدة مهاجر أبو تاية ومحمد موسى النعيمات (2017). التمثلات الاجتماعية وأشكال الممارسة "مقاربة أنثروبولوجية". **المجلة العربية في العلوم الإنسانية والاجتماعية.** (الأردن). العدد 28. سبتمبر.

10. عبد الباقي غفور (2018). "أهمية الطب الشعبي وتعايشه مع الطب الحديث". **مجلة أنثروبولوجية الأديان.** (الجزائر). العدد 11.

11. عبد اللطيف عاشور (1992). **التداوي بالأعشاب طبيبك الطبيعي.** عين مليلة: دار الهدى.

12. قواسمي أمين فيصل (2014). **ظاهرة إنتشار طب الأعشاب في الوسط الحضري.** (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2).

13. لطرش أمينة (2011). **الأعشاب الطبية ممارسة وتصورات: مقاربة أنثروبولوجية.** (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية، قسم علم اجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر).

14. محمد أحمد غنيم (2007). **الطب الشعبي الممارسات الشعبية في دلتا مصر:** دراسة أنثروبولوجية في قرى محافظة الدقهلية. القاهرة: عين للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية.

15. محمد عباس إبراهيم (1996). **"الأنثروبولوجيا الطبية" الثقافة والمعتقدات الشعبية.** الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

16. ميلود سفاري وسعيدة شين (2013). "العلاقة بين الطب الشعبي والطب الرسمي". **مجلة علوم الانسان والمجتمع**. (الجزائر). العدد 5. مارس.

17. نجاة ناصر (2018). "ثقافة العلاج الشعبي". **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية**. (الجزائر). العدد 33، مارس.

النتائج العامة

في نهاية أي بحث علمي يرجع الباحث إلى تساؤلاته التي تم طرحها لمعرفة ما إذا تم الإجابة عليها، وقد تطلب ذلك تفكيك الظاهرة على أرض الواقع بغية دراستها حيث طرح سؤال مركزي مفاده كالآتي:

كيف يمارس الطب الشعبي في الوسط الريفي؟

وللإجابة عن هذا السؤال كان لابد من طرح بعض الأسئلة الفرعية التي تمت من خلالها كشف أبعاد ومؤشرات الظاهرة.

وفي ضوء الإجابة عن هذه التساؤلات وبعد عمليات البحث، التحليل، التفسير وإعادة التركيب يمكن القول بأن مقاربة "ريفرز" حول الطب الشعبي لعبت دورا هاما في فهم العلاقة المتداخلة بين الممارسات الطبية الشعبية في الوسط الريفي وصلتها الوثيقة بالمعتقدات المتمثلة في الطقوس والرموز العلاجية، على إعتبار أن الممارسات الطبية الشعبية يجب النظر إليها على أنها منطقية في ضوء المعتقدات السائدة، فبدافع المعتقد قد يفضل المريض في الوسط الريفي العلاج الشعبي بدلا من الطب الرسمي.

كذلك مكنتنا مقاربة الأنماط الثقافية على ضرورة وضع الطب في مضمونه الثقافي وأن الذي يجب أخذه بعين الإعتبار ليس الأشكال بل المكانة التي يحتلها الطب في حياة قبيلة أو شعب ما، وروح الممارسة التي تنتشر بينهم، والطريقة التي يندمج من خلالها الطب مع الممارسات الأخرى المختلفة من مجالات الخبرة، ولا يركز على الأنواع المختلفة للطب بل على الوظيفة التي يؤديها والتي تجعل له مكانة وأهمية في المجتمع الذي وجد فيه.

كذلك مكنتنا مقاربة موسكوفيشي أن التمثلات هي تعبيرا عن تصورات اجتماعية تتأسس في شكل قيم ومعايير للسلوك والقول وتتغير بتغير الحياة، فهي عبارة عن صورة للبنية الاجتماعية والثقافية للمجتمع، فالعادات والتقاليد والنظم والأعراف والقيم والاتجاهات كلها

عوامل تؤثر في تشكيل التمثلات المرجعية التي يوظفها الإنسان في تفاعله مع الواقع وتحدد الكيفية التي يفكر بها.

ومقاربة أنتوني جيدنز من خلال توضيحه للممارسة بأنها تتصل برؤية الذات إذ أن الذات الإنسانية بوصفها كائنا عاقلا فاعلا، تتحدد علاقتها بالمجتمع في ضوء مجموعة من الممارسات المستمرة، بحيث يتشكل كل من الفعل والبناء في ضوء هذه الممارسات، لا الفعل سابق على البناء ولا البناء سابق على الفعل، بل إن كلاهما متضمن في الآخر.

وفيما يلي نعرض مجمل النتائج التي توصلت إليها الدراسة والتي رتبت في المحاور التالية:

1. سوسيولوجية الطب الشعبي في الجزائر

تبين لنا من خلال تتبع تتطور الطب الشعبي في المجتمع الجزائري من خلال تقسيمه لثلاث مراحل تمثلت المرحلة الأولى الطب الشعبي في العهد العثماني أي قبل الاستعمار ظهر من خلالها سيطرة الطب الشعبي أو الطب النبوي في أوساط المجتمع، وسادت الممارسات الطبية التقليدية التي توارثها المجتمع وأصبحت جزءا هاما من الموروث الشعبي الثقافي والمعتقد في مجال علاج الأمراض، وتفضيل التداوي بالأعشاب الطبيعية وهذا ما كان شائعا عند الجزائريين سواء بالمدينة أو الريف، أما المرحلة الثانية أي خلال الاستعمار أنه أضيف للطب القديم 03 أنواع من الطب (الطب المستعمر الأوروبي، الطب العسكري، والطب العربي) ففي بداية الاحتلال كان الطب العسكري هو البارز، وبعد ذلك ظهر طب المعمر أو الطب المدني، بإنجاز جامعة للطب في الجزائر أما السكان الأصليين فقد عرفوا تهميش لمدة من الزمن وكانوا يلجئون للطب التقليدي الذي ورثوه عن أجدادهم، أما الطب الشعبي بعد الاستقلال حيث لوحظ بعض الممارسات العلاجية الشعبية في المجتمع الجزائري

المتمثلة في الحجامة والكي والتجبير وغيرها من الممارسات التي بقيت لحد الآن في الذاكرة الشعبية الجزائرية.

2. تمثلات المرضى للطب الشعبي في الوسط الريفي

لا شك أن التصور الشعبي لطبيعة المرض وأسبابه هو الذي يحدد سلوك الناس في كيفية علاجه أو الوقاية منه، وقد بينت الدراسة الميدانية أن الطب الشعبي يعتبر من المعتقدات والقيم الاجتماعية الواجب الحفاظ عليها، فالطب الشعبي حسب تصور أفراد المجتمع لا يمكن إعتباره طب خرافي أو سحري ينبغي التخلي عنه، بل على العكس من ذلك هو طب أثبت جدارته وفعاليته خاصة مع فشل الطب الرسمي في تحقيق الشفاء لبعض الأمراض المزمنة التي نجح الطب الشعبي في علاجها كالعقم، حيث أن التوجه للطب الشعبي في الوسط الريفي راجع إلى عوامل عدة، منها تكلفة الطب الرسمي بالإضافة إلى التدهور الذي مس المنظومة الصحية الجزائرية خاصة العمومية منها، من سوء تسيير والمحاباة وغيرها من الأمور التي أصبحت تقف عائقا أمام المرضى.

3. ممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي

إن ممارسة الطب الشعبي نابعة من عمق البيئة السوسيوثقافية التي وجد فيها المعالج الشعبي، هذا الأخير الذي يعتمد على وسائل علاجية بسيطة متوفرة في البيئة المحلية والتي بإمكان المريض تحضيرها بنفسه كما أنه يعتمد بشكل كبير على الخبرة ووراثة الممارسات العلاجية ممن سبقوه من المعالجين، وقد اتضح لنا أن المرضى في منطقة بوشقوف يحملون نوعين من الإتجاهات إحداهما إيجابية والأخرى سلبية، فأما الإتجاهات الإيجابية تتمثل في أن أغلبية المبحوثين أكدوا أن المعالج الشعبي من عوامل إستمرار شعبيته ترجع بالدرجة الأولى إلى الخصائص التي يتصف بها منها الصبر، الهدوء، الإبتسامة، المرونة في التعامل مع زواره خاصة المرضى، وهذا ما جعل المرضى يشعرون بالإرتياح والتنفيس معه.

أما الإتجاهات السلبية فهي من خلال رفضهم ربط الطب الشعبي بالخرافة والشعوذة وزيارة الاولياء الصالحين، وأن المعالجون الشعبيون يقومون بممارسات خارقة لكسب ثقة الناس، ورفض فكرة أن الطب الشعبي يعتمد أساسا على الدين والسحر.

4. مدى وعي الممارسين الشعبيين بأهمية الطب الشعبي

تأكد جليا أهمية الطب الشعبي في حياة المجتمعات كونه يمثل نسقا طبيا قائما بذاته يؤدي وظيفة هامة في المجتمع الذي وجد فيه، على اعتبار أن التداوي بالأعشاب الطبية يعتبر ممارسة شعبية وشكل من أشكال الطب البديل بحيث توصلنا إلى حقيقة مفادها أن كل المعالجين في منطقة بوشقوف قد توارثوا المهنة من الآباء والأجداد، وهذا ما جعلهم يحضون بثقة كبيرة من قبل زوارهم كونهم يمتلكون خبرة في هذا الميدان أكدتها طول فترة ممارستهم للعلاج الشعبي، فضلا عن وجود فئة أخرى من المعالجين ممن لهم مكانة لدى أفراد المجتمع من خلال تكوينهم وقرائتهم المتواصلة لهذا الميدان وإثباتهم بالتجربة نجاعة ممارستهم العلاجبة وتطويرهم لأساليب ووسائل علاجية تقليدية.

5. المعوقات الأساسية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي

لقد خلصنا بناءا على تجميع عدد من المؤشرات أن المعالج الشعبي في منطقة بوشقوف تواجهه العديد من المعوقات والتي حالت دون تبلور الطب الشعبي في البيئة الإجتماعية والممارسة اليومية لدى المعالجين، وتأتي في مقدمتها المعوقات الثقافية التي لا تزال ذات حمولة تقليدية مكرسة للعديد من التصورات السلبية كضعف الوعي بأهمية التداوي بالأعشاب، وضعف المعرفة العلمية في مجال الطب الشعبي، وغياب ثقافة العلاج الشعبي لدى عامة الناس، وهو ما أدى إلى تهميش هذا الطب خاصة من الجانب العلمي، ووصفه بأنه عبارة عن مجرد خلطات لا أساس علمي لها.

أما المعوقات الاجتماعية فتعددت صورها وتتمثل في نظرة المجتمع السلبية للطب الشعبي، والتخوف المجتمعي من أضرار الطب الشعبي إضافة إلى عدم ثقة أفراد المجتمع بالطب الشعبي.

كما تبين أن المعوقات المؤسساتية لها تأثير سلبي على ممارسة الطب الشعبي وتتمظهر أساسا في عدم توفر مراكز متخصصة لممارسة الطب الشعبي، ونقص التدريب والتأهيل للمعالجين الشعبيين وغياب معارف متخصصة حول الطب الشعبي.

خلاصة عامة

تؤشر البيانات المستقاة من ميدان الدراسة إلى أن الطب الشعبي يواجه عددا من المعوقات التي أعاقت ممارسته في منطقة بوشقوف (ميدان الدراسة) والتي أثرت سلبا على مهنة المعالج الشعبي، إضافة إلى سيطرة ثقافة تقليدية تؤكد عدم نجاعة هذا النوع من العلاج الذي لا يستند على أسس علمية كما هو الحال بالنسبة للطب الرسمي، وهو ما يؤكد عزوف الفئات المثقفة عن العلاج الشعبي الذي يتسم حسبهم بالشعوذة والسحر والتفكير الغيبي.

ظهر جليا أن الطب الشعبي يعتبر من المعتقدات والقيم الاجتماعية الواجب الحفاظ عليها، وأن معتقدات وممارسات الطب الشعبي تمثل نظاما معرفيا له أصوله وضوابطه وقد أثبت فعاليته في علاج كثير من الأمراض المستعصية على الرغم من الاكتشافات الحديثة في مجال العقاقير والأدوية الطبية والتوسع الشديد في الخدمات الصحية في كثير من المجتمعات وارتفاع الوعي الصحي لدى كثير من أفراد المجتمع، فممارسة هذا الطب نابعة من عمق البيئة السوسيوثقافية التي وجد فيها المعالج الشعبي، وهذا الأخير يعتمد على وسائل علاجية بسيطة متوفرة في البيئة المحلية، والتي بإمكان المريض تحضيرها بنفسه كما أنه يعتمد بشكل كبير على الخبرة ووراثة الممارسات العلاجية ممن سبقوه من المعالجين.

يمكن القول إن الطب الأكاديمي لم يتمكن من إزاحة الطب الشعبي من طريقه، وذلك مرهون بطبيعة التغيرات الإجتماعية والإقتصادية التي تحدث في المجتمع، ومعتقدات الناس حول الأساليب التي يستخدمونها في طلب الشفاء.

إن عملية إعادة البناء التي حاولنا إنجازها للظاهرة موضوع الدراسة خلق واقعا سوسيولوجيا مشحون بقلق تساؤلي يمكن تلخيصه في التساؤلات التالية:

- ما هي تمثلات النخبة المثقفة للعلاج بالطب الشعبي؟
- ما هو دور الطب الشعبي في تنمية الوعي الصحي؟
- ما هي اتجاهات المرضى نحو الممارسين الشعبيين في الوسط الريفي

قائمة المراجع

1. إبن المنظور (1997). **لسان العرب**. بيروت: دار الصادر.
2. إبن سينا (1877). **القانون في الطب**. الطبعة الثانية، الجزء الأول. بيروت: دار صادر.
3. أحمد أبو زيد (1990). **الذات وما داعاها: مدخل لدراسة رؤى العالم**. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
4. أحمد أبو زيد (2002). **محاضرات في الأنثروبولوجيا الثقافية**. بيروت: دار النهضة العربية.
5. أحمد جلول ومومن بكوش الجموعي (2014). "التصورات الاجتماعية" –مدخل نظري– . **مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية**. (الجزائر)، العدد السادس، أفريل.
6. أحمد زايد (1996). "آفاق جديدة في نظرية علم الاجتماع: نظرية التشكيل البنائي". **المجلة الاجتماعية القومية**. المجلد 33، العددان 1و2، جانفي وماي.
7. أحمد موسى بدوي (2009). "**ما بين الفعل والبناء الاجتماعي بحث في نظرية الممارسة لدى بيار بورديو**". إضافات المجلة العربية لعلم الاجتماع (مصر)، العدد الثامن، خريف.
8. أليس إسكندر بشاي (2009). **الاتجاهات الحديثة في دراسة الطب الشعبي التقليدي**. عمان: الميسر للنشر والتوزيع والطباعة.
9. أمل عادل عبد ربه وعلي عبد الرزاق جلبي (2013). "**الحركات الاجتماعية الجديدة وحقوق الانسان: تحليل نقدي لخطاب حركات مناهضة العولمة**". ورقة قدمت إلى: المؤتمر التأسيسي "الحراك العربي يسائل العلوم الاجتماعية". بيروت: المجلس العربي للعلوم الاجتماعية.
10. أنتوني جيدنز (2000). **قواعد جديدة للمنهج في علم الاجتماع: نقد إيجابي للاتجاهات التفسيرية في علم الاجتماع**. ترجمة محمد محي الدين. القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة.
11. أنتوني جيدنز (2005). **علم الاجتماع** (مع مدخلات عربية). ترجمة فايز الصياغ، بيروت: المنظمة العربية للترجمة.

12. أندرويل (2007). **الصحة والشفاء إطلالة على أسرار الممارسات الطبية من العلاجات العشبية إلى التكنولوجية الشعبية**. الرياض: مكتبة جرير.
13. إيان كريب (1999). "**النظرية الاجتماعية**". ترجمة محمد حسين غلوم. مجلة عالم المعرفة (الكويت)، العدد 244.
14. أيمن مزاهرة [وآخرون](2002). **علم اجتماع الصحة. عمان:** دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع.
15. بافيت وباولوجي (2001). التفكير الطبي من العلم إلى الممارسة الكيميائية، أمريكا.
16. بن أحمد قويدر (2010). **التمثلات الثقافية للعلاج ووظيفتها في المسار العلاجي للمكتئب الراشد**. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية جامعة وهران، الجزائر).
17. بن عيسى محمد أمير (1986). **مساهمة في دراسة تاريخ الصحة في الجزائر**. الجزائر: مكتب المطبوعات الجامعية.
18. بن منصور مليكة (2003). **الطب الشعبي النباتي بالغرب الشمالي الجزائري**. (أطروحة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في الأنثروبولوجيا قسم الثقافة الشعبية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، الجزائر).
19. بوتفنوشة مصطفى (1984). **النظام الصحي الاجتماعي والتغير الاجتماعي في الجزائر**. الجزائر: تقرير O.P.U.
20. بوعمران فضيلة (2007). **الطب العربي في الأندلس**. الجزائر: منشورات تالة.
21. بوقرة كمال وشوادر إنصاف (2019). "تطور المخيال الاجتماعي للعلاج بالأعشاب في المجتمع الجزائري". **مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية** –جامعة الشهيد لخضر الوادي– (الجزائر)، العدد 30، جوان
22. بيار بورديو (1986). **الرمز والسلطة**. ترجمة عبد السلام بن عبد الغالي. المغرب: دار توبقال للنشر الدار البيضاء.

23. تورين فون (1971). **اشتباكات ثقافية في الجزائر المستعمرة: "المدرسة، الطب، الدين 1830-1883"**. الطبعة الثانية. الجزائر: الدار الوطنية للكتاب.

24. جميل حملاوي (2015). **جهود ماكس فيبر في مجال السوسيولوجيا**. المغرب: الألوكة للنشر والتوزيع.

25. جميل صليبا (1982). **المعجم الفلسفي**، الجزء الأول، لبنان: الكتاب اللبناني.

26. جوردن مارشال (2000). **موسوعة علم الاجتماع** _مراجعة وتقييم محمد الجوهري_. المشروع القومي للترجمة. المجلد الثاني.

27. جون وولف (2009). **تاريخ الجزائر الثقافي**، ترجمة أبو القاسم سعد الله، الجزائر: عالم المعرفة.

28. حسن أحمد خولي (1982). **الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالث مدخل اجتماعي ثقافي**. القاهرة: دار المعارف.

29. حسين محمد تهامي ونوران محمد حسين (2018). "الممارسات العلاجية التقليدية بواحة سيوة". **مجلة حوليات العلوم الزراعية بمشتهر قسم الدراسات الاجتماعية**. (مصر). مركز بحوث الصحراء، المجلد 56، العدد 1.

30. حمودي جمال (2013). **مرض السرطان بين الطب الحديث والطب التقليدي في المجتمع الجزائري**: مقاربة أنثروبولوجية طبية منطقة تلمسان أنموذجا. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الأنثروبولوجيا، قسم التاريخ وعلم الآثار، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة تلمسان، الجزائر).

31. خالد جاد (2006). **موسوعة الطب البديل**. القاهرة: دار الغد الجديدة.

32. خلايفية سلوى وبن فرحات فتيحة (2019). "علاج الأطفال بممارسة الطب الشعبي: دراسة ميدانية بولاية تبسة". **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية**. المجلد 11. مارس.

33. خياطي مصطفى (2000). **تاريخ الطب في الجزائر من العصور القديمة إلى يومنا هذا**. الجزائر: دون ذكر دار النشر.

34. دافيد أرنولد (1998). **الطب الإمبريالي والمجتمعات المحلية**. ترجمة مصطفى إبراهيم فهمي. مصر: سلسلة عالم المعرفة.

35. دورون رولان ويارو فرنسوا (1997). **موسوعة علم النفس**. بيروت: عويدات للنشر والتوزيع.

36. الدين زواوية جميلة (2010). **تمثلات العلاج التقليدي والعلاج الطبي وعلاقتهما بعملية التطبيب**. (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر).

37. رحاب خضر عكاوي (1990). **الموجز في تاريخ الطب عند العرب**. العراق: دار المناضل.

38. رشيد شيخي وأحمد خنيش (2016). "الأبعاد والعوامل المساعدة في توجه الأفراد نحو ممارسة الطب الشعبي". **مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية**. (الجزائر). العدد 16، ديسمبر.

39. زكي حسن الليلة وياسين طه طاقة (1987). **الارشاد الزراعي والمجتمع الريفي**. **الموصل**: دار الكتب للطباعة والنشر.

40. السرجاني راغب (2009). **قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية**. القاهرة: مؤسسة إقرأ للنشر والتوزيع والترجمة.

41. سعد أبو القاسم (1983). **تاريخ الجزائر الثقافي**، الطبعة الثالثة. الجزائر: الشركة الوطنية للنشر والتوزيع.

42. سعيدة شين (2014). **التصورات الاجتماعية للطب الشعبي**. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، قسم علم اجتماع التنمية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة خيضر بسكرة، الجزائر).

43. سعيدي نصر الدين (2017). "المرجعية الفكرية للممارسات الطبية الشعبية بالجزائر في ظل الاصالة والمعاصرة". **مجلة روافد**. (الجزائر). العدد 1.

44. سفيان دريس (2018). "تمثلات المرض وأساليب العلاج في المجتمع الجزائري – دراسة ميدانية بولاية لبويرة–". **مجلة علوم الانسان والمجتمع** (الجزائر)، المجلد 7، العدد 28، جوان.

45. سليمان بومدين (2004). **التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر.** (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، قسم علم النفس والعلوم التربية، حالة من مدينة سكيكدة، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر).

46. سمير الخليل (1971). **دليل مصطلحات الدراسات الثقافية والنقد الثقافي: إضافة توثيقية المفاهيم الثقافية المتداولة.** بيروت: دار الكتب العلمية.

47. سميرة بن صافي (2018). "ثنائية الصحة والمرض من منظور أنثروبولوجي". **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية** (الجزائر). العدد 35، سبتمبر.

48. السيد الحسين [وآخرون](1988). **دراسات في التنمية الاجتماعية.** الإسكندرية: دار المعارف.

49. شرابي هشام (1985). **مقدمات لدراسة المجتمع العربي.** بيروت: المطبعة الأهلية للنشر والتوزيع.

50. شوادر إنصاف (2018). **التداوي بالأعشاب وعلاقته بالمخيال الاجتماعي للإنسان الجزائري.** (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع الثقافي، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة باتنة، الجزائر).

51. الصافي أحمد (2013). **الحكيم مناجل–أطباء أعمق فهما لمهنتهم ولثقافتهم وأكثر وعيا لبيئتهم وأحوال أهلهم–**. السودان: شركة مطابع السودان.

52. ضحى بنت محمود بابللي (2007). **الطب البديل.** الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر.

53. طارق السيد (2007). **أساسيات علم اجتماع الطبي.** الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

54. طلاس العماد مصطفى (1989). **المعجم الطبي النباتي**. دمشق: دار طلاس للدراسات والترجمة والنشر.

55. عاطف شحاتة (1992). **مقدمة في علم اجتماع الطبي**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

56. عاطف غيث (1975). **دراسات في تاريخ التفكير واتجاهات التنظير في علم الاجتماع**. بيروت: دار النهضة العربية.

57. عاطف غيث (2013). **قاموس علم الاجتماع الحديث**. ترجمة إبراهيم جابر. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

58. عايدة مهاجر أبو تاية ومحمد موسى النعيمات (2017). "الطب الشعبي في محافظة معان التمثلات الاجتماعية وأشكال الممارسة" (مقاربة أنثروبولوجية). **مجلة دراسات وأبحاث** (الأردن). العدد 28، سبتمبر.

59. عائشة بنت محمد الشمسان (2016). منكرات الطب البديل. الرياض: دار الصميعي.

60. عباس محمود المكي (2007). تبيين مكامن المرض النفسي. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر.

61. عبد الباقي غفور (2018). "أهمية الطب الشعبي وتعايشه مع الطب الحديث". **مجلة أنثروبولوجية الأديان**. (الجزائر). العدد 11.

62. عبد الرحمان إسحاق (1984). "الطب الشعبي في اليمن". **مجلة الصحة وحدة البحوث الصحية** (صنعاء). العدد الأول، فيفري.

63. عبد الرحمان العيساوي (1974). **دراسات في علم النفس الاجتماعي**. بيروت: دار النهضة العربية.

64. عبد العربي (2008). **الممارسة الطبية في الجزائر في فترة الاستعمار حتى يومنا هذا**. الجزائر: دون ذكر دار النشر.

65. عبد الفتاح محمد المشهداني (2011). "الطب الشعبي والطب العلمي دراسة وصفية تحليلية". **مجلة دراسات موصلية – مركز دراسات الموصل**-. (العراق). العدد 34.

66. عبد القادر حليمي (1982). **مدينة الجزائر: نشأتها وتطورها قبل 1830**. الجزائر: دار الفكر الإسلامي.

67. عبد اللطيف عاشور (1992). **التداوي بالأعشاب طبيبك الطبيعي**. عين مليلة: دار الهدى.

68. عبد الله ساقور (2008). **محاضرات في علم الاجتماع المعاصر: مقاربة بيليوغرافية**، الجزء الأول. الجزائر: منشورات جامعة باجي مختار عنابة.

69. عبد الله عبد الرحمان يتيم (2011). "بيار بورديو أنثروبولوجيا". **إضافات المجلة العربية لعلم الاجتماع**. العدد 14، ربيع.

70. عبد المجيد الشاعر وآخرون (2000). **علم اجتماع الطبي**. الأردن: دار اليازوري.

71. عبد المنصف حسن رشوان (2006). **الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي**. الأزارطية: المكتب الجامعي الحديث.

72. عبد المنعم حنفي (1994). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. مصر: مكتبة مديولي.

73. عثمان عبد الرحمان (2020). "الصناعات الدوائية الطب الشعبي بمنطقة توات خلال القرنين 12 و13 الهجريين: دراسة من خلال الوثائق المحلية المخطوطة". **المجلة الجزائرية للمخطوطات**. المجلد 16، العدد الأول، جوان.

74. العربي حران وخيرة عويسي (2020). "مقاربة نظرية حول الطب الشعبي في الجزائر بين احتواء النموذج الثقافي ونمط الحياة". **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية**. (الجزائر). المجلد 12، جانفي.

75. عصام العدوني (2010). "السوسيولوجيا والمجتمع لدى آلان توران وبيار بورديو". **إضافات (المجلة العربية لعلم الاجتماع)**. العدد 12، خريف.

76. عطا الله حاكم عثمان (2008). **أثر المتغيرات على إتجاه المرضى للعلاج بالطب الشعبي**: دراسة ميدانية. (مذكرة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية الدراسات العليا، جامعة شندى، السودان).

77. العطري عبد الرحيم (2012). "العلم الاجتماعي ضدا على الكاست المعرفي من التناص الاجتماعي إلى التداخل التخصصي". **إضافات المجلة العربية لعلم الاجتماع.** العددان 17 و18، شتاء وربيع.

78. عكاش عبد المنان الطيبي (1999). **الصيدلية المحمدية: الخصائص العلاجية للحبوب والخضار والفواكه.** بيروت: المكتبة الثقافية.

79. علي المكاوي (1994). **الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية.** الإسكندرية: دار المعارف الجامعية.

80. علي عمار (2008). "علم الاجتماع الطبي عند العرب". **المجلة الأكاديمية للدراسات الإنسانية والاجتماعية** (الشلف)، العدد الأول.

81. فؤاد خليل (2008). **المجتمع، النظام، البنية في موضوع علم الاجتماع وإشكاليته.** بيروت: دار الفارابي.

82. الفيروز آبادي (2008). **القاموس المحيط.** القاهرة: دار الحديث.

83. فيصل بن محمد عراقي (1992). **الأعشاب دواء لكل داء .** مكة المكرمة: وزارة الاعلام للنشر والتوزيع.

84. القرآن الكريم

85. القشاعي فلة (2001). "وباء الطاعون في الجزائر العثمانية: دوراته وسلم حدته وطرق إنتقاله". **مجلة دراسات إنسانية،** كلية العلوم الإنسانية، (الجزائر).

86. قواسمي أمين فيصل (2014). **ظاهرة إنتشار طب الأعشاب في الوسط الحضري.** (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2).

87. كوثر السويسي (2016). "التمثلات الاجتماعية: مقاربة لدراسة السلوك والمواقف والاتجاهات وفهم آلية الهوية". **المجلة العربية لعلم النفس** (تونس)، المجلد الأول، العدد الأول، صيف.

88. لبقع زينب (2011). **تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية في المجتمع الجزائري الحالي**. (أطروحة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، جامعة ورقلة، الجزائر).

89. لطرش أمينة (2011). **الأعشاب الطبية ممارسات وتصورات: مقاربة أنثروبولوجية**. (مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية، قسم علم اجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر).

90. محمد أحمد غنيم (2007). **الطب الشعبي الممارسات الشعبية في دلتا مصر**: دراسة أنثروبولوجية في قرى محافظة الدهقلية. مصر: الدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية.

91. محمد التونجي (1999). **المعجم المفضل في الادب**. بيروت: دار الكتب العلمية.

92. محمد الجوهري (1993). **السحر في مجتمع اليوم دراسة في ملامح التغير**: في التراث الشعبي في عالم متغير دراسات في إعادة انتاج التراث. القاهرة: عين الدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية.

93. محمد الجوهري (2007). **الصحة والبيئة دراسات اجتماعية وأنثروبولوجية**. القاهرة: الدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية.

94. محمد الجوهري [وآخرون](2009). **علم اجتماع الطبي**. عمان: دار الميسرة للنشر والتوزيع.

95. محمد الخطيب (2008). **الانثروبولوجيا الثقافية**. عمان: دار علاء الدين للنشر والتوزيع.

96. محمد السومري (2010). إشكالية التوظيف البصري للتراث. **مجلة الرافد –دائرة الثقافة والاعلام حكومة الشارقة–** (الامارات العربية المتحدة)، العدد 115، يوليو.

97. محمد العلوي ومحمد عليلات (2004). "التمثلات". **مجلة فيزيكا أكاديمية جهة تادلا أزيلال**. العددان 8و9، ماي.

98. محمد جسوس (2003). **رهانات الفكر السوسيولوجي بالمغرب**. المغرب: دار المناهل.

99. محمد سليم علي [وآخرون](2008). **النباتات في الطب العربي الفلسطيني التقليدي**. نابلس: مركز أبحاث التنوع الحيوي والبيئة.

100. محمد سنينة وهشام معيزي (2017). "محاولة في فهم سوسيولوجيا الهيمنة" (قراءة في فكر بيار بورديو). **مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية** (الجزائر)، العدد 17، جوان.

101. محمد عاطف غيث (1997). **قاموس علم الاجتماع الريفي**. الإسكندرية: دار المعارف.

102. محمد عباس إبراهيم (1996). **"الأنثروبولوجيا الطبية" الثقافة والمعتقدات الشعبية**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

103. محمد عباس إبراهيم (2009). **الثقافة الشعبية الثبات والتغير**. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

104. محمد عيسى هلال (2003). **الأدب المقارن**. مصر: مصر للطباعة والنشر والتوزيع.

105. محمد فتوح أحمد (1984). **الرموز والرمزية في الشعر العربي المعاصر**. مصر: دار المعارف.

106. محمد مفتاح (2010). **المفاهيم معالم نحو تأويل واقعي**. الطبعة الثانية. المغرب: المركز الثقافي العربي.

107. محمد نبيل جامع (2009). **علم اجتماع المعاصر ووصايا التنمية**. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة.

108. مصباح الشيباني (2018). **مآزق ثورة "الشعب يريد" ومآلاتها: مقاربة سوسيولوجية في عقل ماقبل الثورة**. تونس: زينب للنشر والتوزيع.

109. مصلح الصالح (1999). **قاموس مصطلحات العلوم الاجتماعية** –انجليزي عربي مع تعريف وشرح المصطلح–. السعودية: دار عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع.

110. مطبول محمد[وآخرون](1998). الجزائريون ضحايا النظام الصحي. **مجلة الصحة العامة والعلوم الاجتماعية**، العدد الأول، جوان.

111. مليكة بن منصوري ومعازيز عبد القادر (2011). "الطب الشعبي الواقع والرهانات". **مجلة أنثروبولوجية الأديان**. (الجزائر). العدد 1 .

112. مليكة جابر (2015). "التمثلات الاجتماعية للطلبة الجامعيين (ما بعد التدرج) لفرص العمل بعد التخرج". **مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.** العدد 18، مارس.

113. المولدي قسومي (2018). **المنظمة النقابية لأرباب العمل التونسيين الأطوار والأدوار.** تونس: دار نقوش عربية.

114. ميلود سفاري وسعيدة شين (2013). "العلاقة بين الطب الشعبي والطب الرسمي". **مجلة علوم الانسان والمجتمع.** (الجزائر). العدد 5. مارس.

115. ناصر قاسيمي (2017). **التحليل السوسيولوجي: نماذج تطبيقية.** الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

116. نجاة ناصر (2018). "ثقافة العلاج الشعبي". **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية.** (الجزائر). العدد 33، مارس.

117. نجلاء عاطف خليل (2006). **مقدمة في علم اجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض.** القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

118. نذير معروف (1981). **علاقة المدينة بالريف من الناحية النظرية والتطبيق.** الجزائر: دون ذكر دار النشر.

119. نورمان ماركلوف (2009). **تحليل الخطاب: التحليل النصي في البحث الاجتماعي.** ترجمة طلال وهبة. بيروت: المنظمة العربية للترجمة.

120. نيك كولدي (2014). **شبكات التواصل الاجتماعي والممارسة الإعلامية.** ترجمة هبة ربيع. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.

121. وافية نفطي (2019). مسألة الطب والصيدلية عند علماء الجزائر خلال العهد العثماني. **مجلة آفاق فكرية،** المجلد 5، العدد 10، ماي.

122. يحي محمودي (2007). **الأعشاب الطبية من الحديقة النبوية.** ط3. الجزائر: دار الامام مالك.

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

تخصص علم اجتماع الصحة

الموضوع

اتجاهات المرضى نحو الطب الشعبي في الوسط الريفي

دراسة ميدانية بمنطقة بوشقوف ولاية قالمة

استمارة قياس الاتجاهات للمرضى حول الطب الشعبي

إعداد الطالبة:

✓بوطبة بثينة

إشراف الدكتور:

قريد سمير

السنة الجامعية: 2020 - 2021

استمارة قياس الاتجاهات للمرضي حول الطب الشعبي

الآن سأقرأ عليك عددا من الأسئلة راجيا منك أن تقدر موقفك منها، فإذا كنت توافق كثيرا تعطي رقم (+2)، وإذا كنت تخالف جدا تعطي رقم (−2)، وموافق بصفة عادية تعطي رقم (+1)، مخالف بصورة عادية تعطي رقم (−1)، أما إذا كنت وسطا غير قادر أن تقرر فتعطي رقم (0).

أولا- بيانات أولية

1-السن:

2-الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

3- المستوي التعليمي: أ-أمي ☐ ب-ابتدائي ☐ ج-متوسط ☐ د-ثانوي ☐ ه-جامعي ☐

4- الحالة العائلية: أ-أعزب ☐ ب-متزوج ☐ د-مطلق ☐ ه-أرمل ☐

5-المهنة : يعمل ☐ لا يعمل ☐

ثانياً	تمثلات المرضي للطب الشعبي في الوسط الريفي	أوافق بشدة (+2)	أوافق (+1)	محايد (0)	أعارض (-1)	أعارض بشدة (-2)
1	أرى أن الطب الشعبي هو الذي يلجأ فيه الناس الي زيارة الأولياء الصالحين .					
2	يلجأ الناس للطب الشعبي نظرا لتكلفة الطب الرسمي .					
3	أعتقد أن الطب الشعبي يستقطب فئات اجتماعية متنوعة بما في ذلك المتعلمة والغير متعلمة.					
4	أرى أن أكثر أسباب لجوء المرضي للمعالجة الشعبية هو المرض النفسي والاجتماعي.					
5	يذهب الناس للمعالج الشعبي لاستعصاء علاجهم في الطب الرسمي.					
6	أعتقد أن الطب الشعبي يرتبط بالخرافة والشعوذة لدى كثير من الناس.					
7	سكان المناطق الريفية هم الأكثر اقبالا على الطب الشعبي.					
8	أعتقد أن أحد الأسباب الرئيسية للإقبال على الطب الشعبي هو تقصير القطاع الصحي العمومي وسوء التسيير.					
ثالثا	**ممارسة الطب الشعبي في الوسط الريفي**	**أوافق بشدة (+2)**	**أوافق (+1)**	**محايد (0)**	**أعارض (-1)**	**أعارض بشدة (-2)**
9	الخلفية الثقافية لدي الأفراد لها تأثير على اتجاهاتهم للطب الشعبي بدل الطب الرسمي .					
10	يعمل الطب الشعبي على تجنيب المريض تناول العقاقير الطبية الصعبة.					
11	يشعر المرضي بالارتياح مع المعالج الشعبي لأنه يتكلم بنفس لهجتهم أي أنه يستخدم اللغة اليومية.					
12	يلجأ المعالجون الشعبيون الي الممارسات ذات البعد الخرافي لكسب ثقة المريض .					
13	أرى أن فئة النسوة هن الأكثر اقبالا على الطب الشعبي.					
14	أعتقد أن الطب الشعبي نجح في علاج كثير من الأمراض المستعصية كالعقم.					
15	أرى أن الطرق العلاجية الشعبية تتضمن دواء وترويحا وتنفيسا .					
16	أرى أن الطب الشعبي يعتمد أساسا على الدين والسحر.					

استمارة مقابلة للمعالجين الشعبيين

أولا: مدى وعي الممارسين الشعبيين بأهمية الطب الشعبي.

1) هل لك أن توضح لنا معنى الطب الشعبي؟

.....

.....

2) حسب رأيك ما هو سبب انتشار الطب الشعبي في الوسط الريفي؟

.....

.....

3) ما مسمى ممارستك العلاجية؟

.....

.....

4) ماهي الأمراض التي تقوم بمعالجتها؟

.....

.....

5) ما مدى تجاوب المرضى مع العلاج الذي تقدمه؟

.....

.....

6) من أين اكتسبت معرفتك بالممارسات العلاجية الشعبية؟

.....

.....

7) ماهي أكثر الفئات التي تعالجها؟

.....

.....

8) كيف تقيم علاقتك بالمرضى؟

.....

.....

9) حسب رأيك ما هو مستقبل الطب الشعبي في ظل تطور الطب الحديث؟

.....

.....

.....

.....

.....

ثانيا: المعوقات الأساسية التي تواجه المعالج الشعبي في الوسط الريفي.

1) هل لك أن تقدر المعوقات الأساسية التي تواجهك كطبيب شعبي؟

❖ المعوقات الثقافية

- ✓ ضعف الوعي بأهمية التداوي بالأعشاب ☐
- ✓ نقص المعرفة العلمية في مجال الطب الشعبي ☐
- ✓ غياب ثقافة العلاج الشعبي لدى عامة الناس ☐

❖ المعوقات الاجتماعية

- ✓ نظرة المجتمع السلبية للطب الشعبي ☐
- ✓ التخوف المجتمعي من أضرار الطب الشعبي ☐
- ✓ عدم ثقة أفراد المجتمع بالطب الشعبي ☐

❖ المعوقات المؤسساتية

- ✓ عدم توفر مراكز متخصصة لممارسة الطب الشعبي ☐
- ✓ نقص التدريب والتأهيل للمعالجين الشعبيين ☐
- ✓ غياب معارف متخصصة حول الطب الشعبي ☐

2) ماهي الحلول المقترحة لتجاوز مختلف المعوقات التي تواجه الطب الشعبي في الوسط الريفي؟

.....

.....

.....

.....