وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أحمد دراية – أدرار

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية و العلوم الاسلامية

قسم العلوم الإجتماعية

عنوان المذكرة

الواقع السوسيوتنظيمي لعمل المرأة في الطب الشعبي
" دراسة ميدانية بولاية أدرار "

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم الإجتماع

تخصص: تنظيم وعمل

إعداد الطالبتين:

* بوعكاز خديجة
* يوسفي عائشة أمباركة

إشراف الدكتورة:

* باشيخ أسماء

الموسم الجـــامعي :2017/2016

الإهـــــــداء

أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع إلى من تعجز الكلمات عن شكرهما:

إلى "والدتي "التي تحملت معي التعب والعناء وسهرت بقربي.

إلى "والدي "الذي تولاني بالتقويم والتوجيه والتربية والسليمة.

إلى من رسموا بحياتي ملامح النصح والمحبة والعزة "إخواني "كل بسمه

إلى كل الأهل والأقارب بدون استثناء

إلى من عشت معهن وأهدوني أجمل وأحلى الذكريات " صديقاتي"

سائلة المولى عزوجل أن ينفعنا بما علمنا ويعلمنا ما ينفعنا.

خديجة

الإهداء

إلى من سعدت لفرحتي وحزنت لغبني وسهرت على راحتي دون مّنٍ ولا أَنَ :

إليك أمي الحبيبة حفظها الله ورعاها.

إلى من حماني من أوجاع الدهر ومآسيه وغرس بداخلي أحلاما فتية رعاها بنفسه, إلى من علمني الصبر والفضيلة والتواضع وحسن الخلق, إلى من سهر الليالي من أجل أن يحقق لي سبل النجاح إليك أبي العزيز أدامك الله لنا

إلى إخوتي وأخواتي إلى زملائي وزميلاتي فالدراسة والعمل

إلى كل من يكن لي ذرة محبة

إلى كل من علمني حرفا في هذه الدنيا.

عائشة أمباركة

كلمة الشكر

نحمد الله تعالى أولا الذي وفقنا لانجاز هذا العمل المتواضع .

كما لا يسعنا إلا أن نتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة المشرفة

الدكتورة: باشيـــــــــــخ أسمـــــــــــــاء

التي كانت خير موجه و مؤطر لهذا البحث بتوجيهاتها و نصائحها القيمة

كما نشكر

الأساتذة الذين قاموا بتحكيم الإستمارة

(د. رضا نعيجة،د. لعلى بوكميش، أ. رحماني محمد ، بلكبير محمد)

كما نتقدم بالشكر إلى كل من ساعدنا

في إنجاز هذا العمل من قريب أو بعيد

إلى كل هؤلاء ألف شكر وتقدير وعرفان .

خديجة / عائشة أمباركة

بسم الله الرحمن الرحيم

العنـــــــــــــــــــــــــوان	الصفحة
الإهداء.	
شكر وعرفـــان	
فهرس المحتـــــويات	
فهرس الجداول و الأشكال والصـــــور	
مقدمـــــــة	أ
الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة	
تمهيـــــــــد	02
1- الإشكاليـــة	03
2 تساؤلات الدراســـة	05
3- نـــموذج الدراســـــة	06
4- المفاهيم الإجرائيـــة للدراســـــة	07
5- أسباب إختيـــار الموضـــــوع	08
6- أهمية الدراسة	08
7- أهداف الدراســـة	08
8- الدراسات السابقـــــــة	09
9- المقاربة النظرية المنهجية للدراسة(الثقافويـــــــة)	13
10- مجالات الدراســـــــة	16
11- أدوات جمع البيانات	18

12- صعوبات الدراســـــة	21
خلاصة الفصـــــــــل	22
الفصل الثاني: مدخل نظري لعمل المرأة	
تمهيــد	25
1- مفهوم عمل المــرأة	26
2- تطور عمل المرأة في العالم العربـي	27
2-1. تطور عمل المرأة في المشرق العربـــي	27
2-2. تطور عمل المرأة في المغرب العربـــي	28
3- دوافع خروج المرأة إلى ميدان العمل	31
3-1. الدافع الإقتصادي	31
3-2. الدافع الذاتي	32
3-3. الدافع التعليمي	33
3-4. الدافع الإجتماعي	34
4- مجالات عمل المرأة في الجزائر	34
5- أثار عمل المرأة على المجتمع	35
6- النظريات المفسرة لعمل المرأة	37
6-1. نظرية التغير الإجتماعي	37
6-2. نظرية المساواة بين الجنسين	38
خلاصة الفصل	40

الفصل الثالث: الأسس النظرية للطب الشعبي	
تمهيد	42
1- مفهوم الطب الشعبي	43
2- التطور التاريخي للطب الشعبي	45
2-1. الطب الشعبي في العصر الفرعوني	45
2-2. الطب الشعبي في الحضارة اليونانية	46
2-3. الطب النبوي	48
3- خصائص الطب الشعبي	51
4- أنماط الطب الشعبي	52
4-1. الطب الشعبي الطبيعي	52
4-2. الطب الشعبي الغامض (الديني السحري)	54
4-3. العلاج بواسطة زيارة أولياء الله الصالحين	55
4-4. الطب الشعبي الديني	56
5- مؤهلات ممارسو الطب الشعبي	57
6- أنواع الممارسات التطبيبية في المجتمع الجزائري	58
7- النظريات المفسرة للطب الشعبي	64
7-1. مدخل السمات والذرات المنفصلة (كليمنس)	64
7-2. مدخل التكامل الوظيفي	64
7-3. مدخل الصيغ الثقافية	65

خلاصة الفصل	66
الفصل الرابع: عرض وتحليل البيانات الميدانية	
تمهيد	68
1- مدخل حول المجتمع الأدراري والعلاج الشعبي	69
1 1. لمحة عن الموقع الجغرافي لولاية أدرار (توات)	69
1 2. لمحة عن الواقع الإجتماعي والثقافي لولاية أدرار (توات)	71
1 3. العلاج الشعبي في ولاية أدرار	74
2 -تحليل البيانات والإستنتاجات	82
2 1. تحليل البيانات الشخصية لعينة الدراسة	82
2 2. الإستنتاج الجزئي الأول	87
2 3. الواقع الإجتماعي لعمل المرأة في الطب الشعبي	88
2 4. الإستنتاج الجزئي الثاني	102
2 5. الواقع التنظيمي لعمل المرأة في الطب الشعبي	105
2 6. الإستنتاج الجزئي الثالث	122
3 - عرض النتائج ومناقشتها	123
3 1. النتائج في ظل تساؤلات الدراسة	123
3 2. نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة	126
الخاتمة	130
ملخص	
قائمة المصادر والمراجع	
الملاحق	

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح وضعية توزيع الإستمارات على المبحوثين	17
02	يبين الخصائص الشخصية لعينة الدراسة	83
03	يبين توزيع مفردات عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	85
04	يبين مهنة المترددين على المعالجة الشعبية	86
05	يبين مقر سكن المترددين على المعالجة الشعبية	87
06	يبين نظرة المترددين للطب الشعبي	89
07	يوضح العلاقة بين المستوى التعليمي والنظرة للطب الشعبي	90
08	يبين أولوية توجه المبحوثين عند المرض	91
09	يبين سبب إقبال المترددين على العلاج في الطب الشعبي	92
10	يبين العوامل التي يرى المبحوثين أنها سبب في حدوث المرض	93
11	يبين سبب اللجوء للمعالجة الشعبية	94
12	يبين كيفية التعرف على المعالجة الشعبية	95
13	يوضح العلاقة بين مكان الإقامة ومصدر معرفة المعالجة الشعبية	96
14	يبين نسبة تفضيل المبحوثين للمعالجة الشعبية	97
15	يبين سبب تفضيل المعالجة الشعبية	98
16	يبين نسبة الشفاء من المرض	100
17	يبين سبب عدم شفاء المبحوثين من المرض	99
18	يبين مكانة المعالجة الشعبية وكفاءتها في المجتمع	100
19	يوضح العلاقة بين نسبة الشفاء وكفاءة المعالجة الشعبية	102
20	يبين كيف تتم زيارة المتردد للمعالجة الشعبية	106
21	يبين في حالة تحديد موعد مسبق كيف يتم ذلك	106

22	يبين نسبة إلتزام المعالجة الشعبية بأيام العمل	107
23	يبين مكان إقامة المعالجة الشعبية	108
24	يبين مكان العلاج	109
25	يبين في الحالة العلاج في منزل المعالجة	110
26	يبين طبيعة مكان العلاج	110
27	يبين طريقة إستخدام المعالجة الشعبية في علاج المرض	111
28	يبين نسبة تعقيم أدوات العلاج	113
29	يبين نوع الدواء	114
30	يبين طريقة توضيح المعالجة لكيفية استخدام الدواء	115
31	يبين مدة جلسات العلاج	116
32	يوضح تحديد المعالجة للأجر	117
33	يوضح في حالة الإجابة بـــ"نعم" كم يقدر المبلغ	118
34	يوضح في حالة الإجابة بـــ"لا" كم يقدر المبلغ	119
35	يوضح العلاقة بين المهنة والمقابل المادي	120
36	يوضح إذا كان بإمكان تقديم مؤونة عوض المال	121
37	يبين الفصل بين النساء والرجال	121
38	يوضح السن الأمثل للمعالجة الشعبية	122
39	يوضح ظروف استقبال المعالجة الشعبية للمبحوثين	123

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	نموذج الدراسة	06
02	أنواع الممارسات العلاجية الشعبية في ولاية أدرار	81

قائمة الصور

الرقم	عنوان الصورة	الصفحة
01	خريطة ولاية أدرار	70
02	توضح شكل الرصاص "لَانْدُونْ" بعد استخدامه للعلاج	77

المقدمة

مقدمـــــــــة:

لم تقتصر أهمية دور المرأة في الحياة على عملية حفظ بقاء واستمرار النّوع البشري، بل تعدت ذلك إلى المساهمة في بناء وتطوير المجتمع، فهي مسئولة شأنها شأن الرجل في تنمية وتقدم المجتمع اقتصاديا، واجتماعيا و ثقافيا.

ولقد اختلفت الآراء والمواقف حول مبدأ عمل المرأة، غير أنه يبقى من القضايا التي تغيرت بالتوازي مع التطور الحضاري للمجتمع، هذا الأخير الذي أجبر على قبول المرأة العاملة لما تقدمه للمجتمع من خدمات، الأمر الذي دفع بالساسة والفقهاء والقائمين على تشريع القواعد التنظيمية في المجتمع يشعرون بضرورة بلورة الأطر القانونية التي تضمن حق المرأة في العمل خارج البيت وحمايته

. وفي الجزائر كان لزاما على المرأة أن تواكب الحدث وتستعد لاستقبال أدوار مهنية زيدت على أدوارها الاجتماعية التقليدية، التي هي مطالبة بها ضمن منظومة الأعراف والقيم المجتمعية، فنجدها تمتهن جميع الحرف و المهن من بينها ممارسة العلاج بالطب الشعبي، إذ تعتبر التجارب الحياتية التي خلّفتها الجدات كنوزاً ثمينة، لابد من الرجوع إليها والاستفادة منها، لاسيما أن الطب الشعبي يعد من أهم التجارب التي توارثتها الأجيال من خلال انتقال المعلومات الطبية و الشعبية من أساليب وطرق علاجية مختلفة، خصوصاً أن الأجداد وجدوا في تلك العلاجات الشعبية سبيلهم الشبه الوحيدة للتداوي من الأمراض، والحيلولة دون تفاقمها لما كانت تفرضه عليهم الضرورة الاجتماعية .

ولأن تاريخ الجزائر مملوء بموروث الطب الشعبي والعلاج بالأدوية والأعشاب الطبية التي استمدتها المعالجات من مكونات البيئة والطبيعة المتوفرة بكثرة، خصوصاً في المناطق الجبلية والصحراوية، جعل للطب الشعبي قيمة ثقافية بديلة وشائعة لتعويض النقص في الطب الحديث كنظرة اجتماعية راسخة في المخيال الاجتماعي للمجتمع.

ومن ثم رأينا أن نتناول بالبحث والدراسة " الواقع السوسيوتنظيمي لعمل المرأة في الطب الشعبي بالمجتمع الأدراري" و عليه قسمنا هذه الدراسة إلى أربعة فصول.

خصصنا **الفصل الأول** للإطار المنهجي حيث تطرقنا فيه إلى مختلف الخطوات المنهجية المتبعة لتناول الموضوع، وذلك من خلال طرح إشكالية الدراسة، والتساؤلات الفرعية للدراسة، المفاهيم الإجرائية للدراسة، المقاربة النظرية المنهجية للدراسة، الدراسات السابقة، مجالات الدراسة و أدوات جمع البيانات.

الفصل الثاني فقد خصصناه لمفهوم عمل المرأة، وتطور عملها في العالم العربي، دوافع خروجها للعمل، مجالات عمل المرأة، أثار عمل المرأة، بالإضافة إلى النظريات المفسرة لعمل المرأة.

الفصل الثالث فقد تضمن مفهوم الطب الشعبي، تطوره التاريخي، خصائصه و أنماطه مؤهلات ممارسي الطب الشعبي، أنواع الممارسات التطبيبية في المجتمع الجزائري النظريات المفسرة له.

في حين تناولنا في **الفصل الرابع** والأخير تضمن مدخل حول المجتمع الأدراري والعلاج الشعبي ، وتم عرض فيه لمحة عن المجتمع الأدراري، لكونه الحقل الميداني للدراسة، ثم عرض نماذج عن المعالجات الأكثر شعبية في المنطقة، ثم بعد ذالك قمنا بتحليل البيانات وفقا لأبعاد الدراسة وكذا مناقشة نتائج الدراسات السابقة، ثم نتائج الدراسة في ظل تساؤلاتها، فالخاتمة.

الفصل الأول

الإطار المنهجي للدراسة

تمهيد :

عند القيام أي باحث ببحث علمي يتوجب عليه وضع الأسس المنهجية التي يبني عليها دراسته، وذلك من خلال الضبط المحكم للإطار المنهجي للتوصل إلى نتائج علمية دقيقة فمن خلال ذلك سيتم وضع إشكالية هذا البحث مع التساؤلات الفرعية، وتحديد المفاهيم الإجرائية وعرض أسباب إختيار الموضوع وأهداف وأهمية الدراسة، ثم الصعوبات التي واجهها الباحثتان.

1- إشكالية الدراسة :

"يعد المجتمع مجموعة متمايزة من الأفراد تعيش في موقع معين ترتبط فيم ا بينها بعلاقات ثقافية واجتماعية، ضمن نسق اجتماعي معين يسعى كل واحد منهم لتحقيق المصالح والاحتياجات، و ترتبط بوعي ثقافي إلى حد ما هو تعاوني" [1]، إذ يرى علماء الاجتماع أنه نسق واحد يتألف من عدد من العناصر الاجتماعية المتفاعلة أو المتكاملة التي يؤثر بعضها في بعض، فمن الممكن أن يُتيح المجتمع لأعضائه الاستفادة من علاقات مشتركة أو مصالح مشتركة بطرق قد لا تكون ممكنة على مستوى الأفراد.

فقد واجه الفرد منذ بداية وجوده على الأرض تحديات عديدة فرضتها عليه البيئة والطبيعة ولعل أصعب هذه التحديات هو المرض كونه يهدد الإنسان ويمثل خطرا عليه ويفرض عليه مشاكل عديدة من الناحية الصحية، أو الإقصاء الاجتماعي لأنه في القدم ولقلة الخبرة كان ينظر للمرض كعقاب الهي يتوجب الابتعاد عن صاحبه ولما بحث الإنسان لنفسه و لأفراد المجتمع خاصته عن علاج للأمراض الفتاكة والتي تهدد بقاء المجتمع كالطاعون على سبيل المثال لا الحصر التي وجد العديد من الطرائق العلاجية التي يمكن أن نقول أنها اكتشفت بمحض الصدفة، وعن طريق التجربة المستمرة و التي ترسخت في الذاكرة الثقافية للمجتمع أضحت تمثل رصيد معرفي في النسق العامي والذي له تمثلاته الخاصة فيما يخص بالتداوي من الأمراض مما خلف تلك الصورة النمطية للطبيب في المخيال الشعبي على انه مرتبط بالطبيعة والحياة الاجتماعية والتي تقوم على الاحتياج للطبيعة.

وعلى الرغم من الطرائق العلاجية الحديثة والمتقدمة والمعتمدة على الأساليب والأجهزة الطبية الحديثة والمتطورة التي توضح أهمية الطب الحديث، إلا أننا بالمقابل نجد

[1] حليم بركات، **المجتمع العربي المعاصر**،"بتصرف"، مركز الدراسات للوحدة العربية، بيروت، لبنان،1986، ص ص 21، 22

طرائق أخرى علاجية تقليدية ما يسمى بالطب الشعبي و يعرف بأنه مجموعة الممارسات والأساليب المادية والمعتقدات التي تعارف عليها الناس بالتجربة، ومن التراث الشعبي على أنها تشفي أو تساعد في شفاء المرضى مستخدمة المتوافر المحلي من الأعشاب الطبيعية ومرتبطة بالجوانب الروحية والثقافية للمجتمع كنتيجة للذاكرة الثقافية الممتدة بما فيها من (طب أعشاب ، ورقية، وسحر و شعوذة) .

إن الممارسات العلاجية التقليدية أو الطب الشعبي و نسقيته الواسعة ضمن الثقافة المحلية وما ينجر عنه من مفاهيم ومعتقدات وممارسات متداولة في حياة الناس اليومية لم يقتصر على الرجال فحسب بل مارسته المرأة أيضا والتي كان لها دور فاعل فيه، وهذا شيء طبيعي أن تعالج المرأة بالطب الشعبي لطالما اعتبرت المسؤول الأول على الحالة الصحية لأفراد أسرتها، فهي طبيب الأسرة الأول من خلال تقديمها للعلاج المنزلي الأولي الذي تتنوع وصفاته، وذلك انطلاقا من استخدام الأعشاب ومعرفة كل جديد في هذا المجال خاصة إذا تعلق الأمر ببعض الأمراض التي لم يتمكن الطب الرسمي من إيجاد حلول لها، ومن ثم ترسخت لديها قيمة ثقافية وقناعة بأن المرض سببه عوامل تقليدية بالدرجة الأولى، مما يستدعيها إلى اللجوء إلى الطب الشعبي بتحضير بعض الوصفات وذلك باستشارة كبار السن أو من لهن خبرة في فنون العلاج الشعبي.

لقد أصبح اليوم التداوي بالأعشاب ظاهرة اجتماعية بارزة في مجتمعنا، إلا أنه لا يزال المئات من أطباء الأعشاب ينشطون من دون ترخيص أو اعتماد قانوني وذلك بسبب الإقبال الشعبي الذي يحظى به هذا النوع من الطب، ف خلال السنوات القليلة الماضية انتشر هذا النوع من الطب في الجزائر بشكل كبير لاسيما مع وجود عدد كبير من الأعشاب الطبية المفيدة والنادرة و تزايد أعداد المراكز للعلاج بالأعشاب بشكل مبالغ فيه دون أي معايير منظمة للخبرات العاملة في هذه المراكز ودون أي آليات رقابية فاعلة من قبل الجهات المختصة، و رغم ذلك فان هذه المراكز تجد إقبالا واسعا من قبل مختلف

شرائح المجتمع و انتساب الكثير من الأشخاص لممارسة هذه الظاهرة سواء للعلاج أو التجارة أو الاحتيال .

مما سبق ندرك أهمية الطب الشعبي في حياة الأفراد والمجتمعات كما ذهب إلى ذلك عددا من الباحثين في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا في كونه يعد جزءا لا يتجزأ من الثقافة السائدة ولا يمكن النظر إليه على أنه ضمن نماذج متفرقة ومتناثرة من السلوكيات التي لا يمكن تفسيرها أو فهمها، بل يجب النظر إليه على أنه مجموعة من العناصر التي تشكل نسق اجتماعي قائم بذاته يستحق الدراسة والبحث فيه كأي نسق اجتماعي أخر باعتباره جزء من منظومة نسقية ثقافية.

انطلاقا من هذه الأهمية التي يحظى بها الطب الشعبي على المستوى المحلي والعالمي جاءت دراستنا الموسومة "بالواقع السوسيو تنظيمي لعمل المرأة في الطب الشعبي بالمجتمع الأدراري"، على اعتبار أن هذه المنطقة كغيرها من المدن الجزائرية تعرف انتشارا واسعا واهتماما بالغا بالممارسات الشعبية، فضلا عن التواجد الكبير الذي تشهده المنطقة للمعالجات الشعبيات الذين انتهجن في الآونة الأخير الطب الشعبي مهنة لهن وإعطائه شكل منظم، كالعمل في مكان مخصص (إقامة قاعات مخصصة للعلاج) وكذا تحديد أوقات ومواعيد العمل، ومقابل مادي، بالإضافة إلى تطويرهن للأدوات المستعملة في العلاج، كل هذا جعلنا نطرح التساؤل التالي:

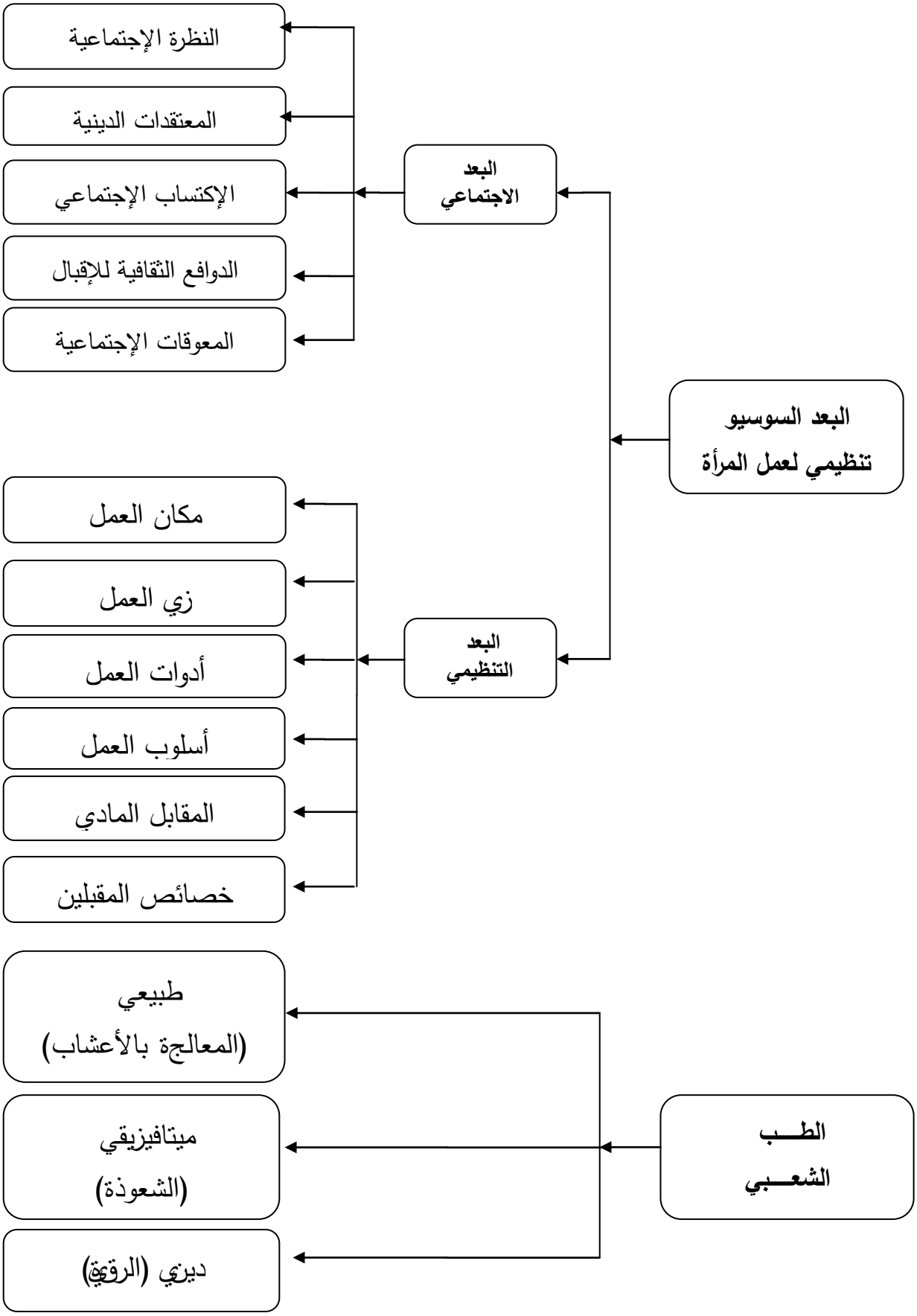
- ✓ **ما الواقع السوسيو تنظيمي لعمل المرأة في الطب الشعبي بالمجتمع الأدراري؟**

2- <u>تساؤلات الدراسة:</u>

- ✓ ما الواقع الإجتماعي لعمل المرأة في الطب الشعبي؟
- ✓ ما الواقع التنظيمي لعمل المـرأة في الطب الشعبي؟

3 – <u>نموذج الدراسة</u>: وهو النموذج التحليلي لأبعاد ومؤشرات الدراسة وفق ما نتبناه ميدانيا

3- **نموذج الدراسة:** الشكل رقم (01)



4- المفاهيم الإجرائية للدراسة :

1- عمل المرأة: هو النشاط الذي تمارسه المرأة، بحيث يكون مرتبط بالجانب العلاجي ويأخذ مجالات الطب الشعبي"الطبيعي، الميتافيزيقي، الديني".

2- الطب الشعبي: هو مجموعة المعتقدات والطقوس والممارسات المحلية التقليدية التي يقوم بها الفرد إما شخصياً أو على يد ممارس معروف باستخدام أساليب ووسائل تقليدية قصد

العلاج من الأمراض الجسدية والنفسية، إجتماعية ،غيبية.

3- الواقع الإجتماعي للطب الشعبي: هو جملة المتغيرات المرتبطة بالمجتمع ونقصد بها الإكتساب والنظرة الإجتماعية للمعالج الشعبي،والتي تحيطها مجموعة من المعتقدات الدينية والدوافع الثقافية المحيطة بهذا العمل.

4- الواقع التنظيمي للطب الشعبي: هو جملة الإجراءات المستخدمة من قبل المعالج الشعبي في ممارسة عمله في إطار زمان ومكان معين وذلك باستخدام أدوات وأساليب تختلف من معالج إلى آخر،بمقابل مادي أو عيني.

5- المعالج الشعبي: هو الذي يمارس مهمته العلاجية يدوياً بواسطة أساليب وممارسات تقليدية،سواءً كانت في تحضير خلطات عشبية لعلاج العلل،أو بتلاوة آيات من الذكر الحكيم معتمد في ذلك على مرجعية دينية القرآن الكريم والسنة وإما عن طريق السحر والشعوذة باستخدام طقوس وأحجبة وتمائم ويشمل كل من" الراقي، العشاب، المشعوذ".

5- أسباب اختيار الموضوع :

1. قلة الدراسات في هذا المجال خاصة ضمن التنظيم والعمل في حدود إطلاعنا.
2. الفضول في معرفة سبب الإنتشار الواسع الذي يشهده الطب الشعبي ومدى الإقبال عليه في عصر التقدم والتطور التكنولوجي والوسائل الطبية الحديثة.
3. الميل الشخصي إلى المواضيع المتعلقة بالحياة العامة والخاصة للمرأة الجزائرية بصفة عامة والأدرارية بصفة خاصة.

6- أهمية الدراســـة:

تظهر أهمية الدراسة في مايلي :

1. تحليل مجال من مجالات عمل المرأة مما سيعطينه فهم واعي لآليات وعوائق هذا العمل.

2. الإرتباط بموضوع الصحة والمرض الذي يعد إنشغال محوري لكل أفراد المجتمع.

3. تكمن أهمية الموضوع أيضاً في كونه يتعلق بالجانب الثقافي والتراثي وهو باقي بالمجتمع.

7- أهداف الدراسة:

إن كل دراسة يقوم بها الباحث إلا ويسعى من ورائها إلى الوصول لأهداف مرجوة، ومن بين أهم أهداف دراستنا هاته مالي :

1. محاولة الوقوف على أسباب الإقبال للطب الشعبي.

2. الوقوف على العوامل التي تعيق المعالجة الشعبية ومعرفة كيفية أدائها.

3. الوصول إلى وصف تشخيصي لواقع المرأة في الممارسة العلاجية.

4. حصر المفاهيم الشعبية في هذا النوع من العمل

5. إيجاد جسر رابط بين العمل غير الرسمي بمقاربة انثروبولوجية والتنظيم والعمل.

8- الدراسات السابقة :

قبل القيام بأي دراسة لابد من معرفة الدراسات السابقة التي لها صلة مباشرة أو غير مباشرة بموضوع البحث،وذلك من أجل تكوين خلفية تساعد على استيعاب مختلف العناصر المرتبطة به، في نمو المعرفة وتشبعها،حيث يفرض على الباحث عند القيام بأي دراسة أو بحث الاقتناع بأن عمله هذا هو عبارة عن حلقة متصلة بمواضيع كثيرة، فكل عمل علمي لابد أن يكون سبقه جهود أخرى مجسدة في شكل دراسة سابقة [1]والتي يقصد بها تلك الأبحاث والدراسات التي جرت في مجال الذي يفكر فيها الباحث [2] وعليه سيتم عرض هذه الدراسات والتي لها علاقة بموضوع الدراسة.

❖ **الدراسة الأولى**[3]: لبقع زينب (2011)، بعنوان"تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية في المجتمع الجزائري الحالي، حيث تطرقت الباحثة إلى الإشكالية التالية: كيف يؤثر النموذج الثقافي على تمثلات الصحة والمرض على الممارسة التطبيبية لكل مجال إجتماعي معين لدى الفرد الجزائري؟

فرضيات الدراسة :

إن تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية مرتبطة بالنموذج الثقافي للمجالات الإجتماعية المتواجدة في المجال العمراني ولكل مجال منها نموذج ثقافي خاص به.

---

[1] مجموعة من الأساتذة، **أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية**، منشورات جامعة قسنطينة، 1999، ص130.

[2] **محمد عبد الفتاح، البحث العلمي الدليل التطبيقي للباحثين**، دار وائل للنشر،عمان الأردن،2001، ص93.

[3] لبقع زينب، **تمثلات الصحة والمرض والممارسة الطبيبية في المجتمع الجزائري الحالي**، دراسة ميدانية بولاية الأغواط، مذكرة لنيل شهادة الماجيستير في علم الإجتماع والديناميكيات الإجتماعية في المجتم.ع، 2012،2011.

أما منهج الدراسة فقد اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي، إلى جانب اعتمادها على أسلوب دراسة الحالة، و المسح الإجتماعي، لجمع المعلومات، وأدوات البحث(المقابلة، الملاحظة)، و اعتمدت على العينة العشوائية.

➢**نتائج الدراسة:**

- ✓ هناك عدة ممارسات للأعشاب الطبية سواء العلاج ،التجميل أو البخور.
- ✓ ممارسات لعلاج السحر والعين... وغيرها، مرتبطة بتصورات لأسباب المرض وتشخيصه وعلاجه.
- ✓ إن المستحضرات العشبية أو النباتية تندرج ضمن الأدوية التقليدية، إلا أن فوائدها الحقيقية يجب أن يتم تحديدها وتقييمها من خلال التجارب العلمية التي تخضع لمبادئ التصنيع الجيدة الخاصة بالأدوية العشبية، والأخذ بعين الاعتبار القيود والضوابط الأخلاقية التي تحكم إجراء مثل هذه التجارب.

❖ **الدراسة الثانية**[1]: دراسة لـ" لطرش أمينة (2012) بعنوان، الأعشاب الطبية ممارسات وتصورات مقاربة أنثروبولوجية بقسنطينة"، وقد تطرقت الباحثة للإشكالية التالية: من هم الأشخاص الذين يتعاملون بالأعشاب الطبية ويستعملونها وأهم الممارسات التي يقومون بها ؟، وقد استخدمت المنهج الوصفي التحليلي، الذي قام على أساس العينة العشوائية، حيث طبقت عليها الدراسة وقسمت مجتمع بحثها إلى قسمين.

- المعالجين بالإعشاب الطبية وبائعيها.
- المقبلين على الأعشاب الطبية.

[1] لطرش أمينة، **الأعشاب الطبية ممارسات وتصورات مقاربة أنثروبولوجية بقسنطة**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير الانثربولوجية الإجتماعية والثقافية، العلوم الإنسانية والعلوم الإجتماعية،2013/2012.

➢**نتائج الدراسة:**

✓ يوجد العديد من الأمراض التي لا يتعامل فيها الطبيب مع عضو محدد في جسم الإنسان بل يتم التعامل فيها مع عضو محدد من المكونات اللاعضوية، كالقيم والعادات والتقاليد والثقافة الموروثة والمكتسبة وكذلك المتغيرات الإجتماعية والإقتصادية المؤثرة في حياة الفرد والمجتمع.

✓ توصلت إلى أن المعالجون الشعبيون أنهم يتعاملون مع المريض على أنه مجموعة من المكونات الثقافية والإجتماعية وهو الأمر الذي يفسر لنا باستمرار العلاج الشعبي بشكل عام حتى وقتنا الحالي في الجزائر وغيرها من الأقطار، بالإضافة إلى رسوخ المفاهيم الخاصة التي تعمل على طرح تفسيرات خاصة بالمرض والعلاج.

✓ الاعتقاد المسبق بأن الجن والشياطين وتأثيرها السيئ على حياة الأفراد والتدخل في شؤونهم من الأمور الهامة في هذا الجانب، من الناحية الصحية حيث انتشر اعتقاد شعبي مفاده أن كل شخص يصاب بانهيار أو فقدان للذاكرة إنما يكون بفعل الجن والشياطين الذين يدخلون في جسم الإنسان.

الدراسة الثالثة[1]: دراسة لـ"سعيدة شين "(2014) بعنوان "التصورات الإجتماعية للطب الشعبي"، بحيث حاولت الباحثة التطرق من خلال دراستها إلى الإشكالية التالية :هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التصورات الإجتماعية والمتغيرات الديموغرافية والممثلة في السن، والجنس، المستوى التعليمي، الحالة الإجتماعية ،المهنة، مكان الإقامة والدخل؟ أما عينة الدراسة فقد استخدمت الباحثة نوعين من العينة، العينة العرضية التي تشمل الأفراد الذين يقطنون في المنطقة(الزيبان) وهم من مستويات مختلفة(المستوى التعليمي، الإقتصادي ، الجنس والحالة الإجتماعية، العمر).

[1] سعيدة شين، **التصورات الاجتماعية للطب الشعبي –دراسة ميدانية لمنطقة الزيبان–** ،مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، العلوم الاجتماعية، 2015/2014.

أما العينة الثانية الخاص بالعينة القصدية وتتكون من الأفراد الذين عالجوا مرة على الأكثر عند المعالج الشعبي، كما تضمنت المعالجين الشعبيين.

وكانت طريقتها في اختيار أفراد العينة باستجواب كل فرد يصادفه إلى أن توصل إلى العدد المطلوب وقدر بـ: 230فرد، أما منهج الدراسة فقد اعتمد على المنهج الوصفي.

➢**نتائج الدراسة:**

1. نتائج خاصة بالمعالجين الشعبيين:

✓ إن غالبية المشتغلين بالعلاج الشعبي ينتمون إلى الفئات العمرية الكبيرة، وذلك لأن هذه المهنة تتطلب الخبرة والتمرس.

✓ تبين أن أكبر عدد من المشتغلين بالعلاج الشعبي في المنطقة ينتشرون أكثر في القرى، مبينا أن العشابون أكثر انتشارًا في المدينة، كما توصل الباحث إلى أن المعالج يستخدم القرآن في مهنته ليضمن سهولة التأثير على الناس وكسب ثقتهم.

✓ العلاج الشعبي مهنته مكتسبة عن طريق الوراثة وعن طريق التعلم.

2.نتائج خاصة بأفراد العينة:

✓ إن الإناث الأكثر تردداً على العلاج الشعبي مقارنة بالذكور

✓ تبين أن الفئة العمرية للمترددين على العلاج الشعبي هم مابين 20 إلى أقل من 50 سنة.

✓ دل البحث الميداني أن المترددون على العلاج الشعبي هم من الريف.

❖ **مقارنة بين الدراسة الحالية بالدراسات السابقة:**

أن الدراسات تناولت الموضوع من جانه العام وأخرى من جانب خاص "باعة الأعشاب الطبية" ،أما دراستنا فتناولت الطرح من جانب خاص واقتصرت على الواقع الإجتماعي والتنظيمي لعمل المعالجة الشعبية في الطب الشعبي.

و الإختلاف كان كذلك من الناحية البيئة الجغرافية للدراسة فدراستنا كانت في الجنوب الغربي للجزائر بالتحديد في مدينة أدرار أما الدراسات السابقة كانت في الشمال الشرقي للجزائر(قسنطينة) ،وأخرى تقع بالوسط الأطلس الصحراوي الجزائري (لغواط) من حيث المناهج المستعملة حيث اعتمدت دراستنا على المنهج الوصفي، ومن حيث عينة الدراسة كانت عينة قصدية واستخدما في ذلك لأداة التحقق الميداني الإستمارة الموجهة للعينة الدراسة، بالإضافة إلى دليل المقابلة الذي اعتمدناه في مقابلتنا مع المعالجات، أما الدراسات السابقة كان اعتمادهم على عينة عشوائية، وأخرى اعتمادها على نوعين من العينة(عينة عرضية وعينة قصدية).

أما أوجه التشابه: تم الإعتماد على نفس تقنيات الدراسة لجمع المعلومات والبيانات (الملاحظة، والملاحظة بالمشاركة، المقابلة، دليل المقابلة)، بالإضافة إلى تقسيم مجتمع الدراسة إلى قسمين المعالجين والمقبلين على العلاج .

وقد تم الإستفادة من هذه الدراسات في النقاط التالية:

- معرفة أنماط الطب الشعبي.
- صياغة النظريات المفسرة للطب الشعبي.

9- المقاربة النظرية المنهجية للدراسة(الثقافوية) :

- **مفهوم المقاربة الثقافوية culturalismes** : هي ذالك التيار الفكري الذي ظهر في الولايات المتحدة الأمريكية في الثلاثينات في القرن العشرين، وضم هذا التيار العديد من التلامذة منهم إدوارد سابير، روث بنديت، مرغريت ميد وآخرون.

حيث ترتكز هذه المقاربة على تقسيم العالم إلى مساحات ثقافية أو ثقافات محلية تؤلف أنظمة مغلقة نسبياً وتمتاز بتماسكها.

ويقصد بها كل ما أنتجه الإنسان من فكر وإبداع وفن ودين وعادات وتقاليد وأعراف وطقوس، وما خلفه من تراث وآثار مادية ومعنوية... [1].

- وتعرف كذلك على أنها : " تلك الممارسات الإجتماعية في مجتمع ما، وعلى نظم وقنوات وحدود التأثيرات فيه تتم من خلال وصف الظواهر والتجارب والسلوكيات الفردية من خلال شبكات العلاقات المعاشة التي يقودها قادة الرأي والجماعات..."[2]
- وعليه فالثقافة هي كل ما يتعلق بالعلوم والفنون والآداب والمعتقدات والصناعات التقنية والأديان.
- **موضوع الدراسة من خلال النظرية الثقافوية (إسقاط منهجي):**

إن من أهم الأهداف التي تسعى لها النظرية السوسيولوجية هي تفسيرها للوقائع والأحداث الإجتماعية ضمن مداخل نظرية، لذلك يتوجب على الباحث أن يتبنى نظرية التي تتماشى مع موضوع دراسته، وهو ما نسميه عادة بالمدخل المنهجي، الذي يقوم على إثره الباحث بعملية إسقاط افتراضات نظرية ما على موضوع قيد الدراسة، وهذا ما نحاول توضيحه من خلال هذا العنصر حيث قد تم تبنينا للنظرية الثقافوية culturalismes.

والتي ترتكز عل جملة من مسلمات والتي سنسقطها على دراستنا هذه في مايلي :

✓تنطلق من تحليل وتفسير البعد الثقافي للممارسات الإجتماعية وتحديد خصوصية كل نمط ثقافي ضمن الفعل الإجتماعي، ومن خلال ذلك نريد معرفة مدى تمسك الفرد بهذه الممارسات العلاجية الشعبية في مقاومته للمرض، ومعرفة الضوابط السلوكية التي يقرها المجتمع في الممارسات العلاجية التقليدية للمعالجة الشعبية بوسائل مشروعة وغير مشروعة ضمن عملها.

[1] www.diwanalarab.com ،13 مارس2017، 20:15.

[2] عدنان الأمين وآخرون، **إشكالية الدولة والمواطنة والتنمية في لبنان**، دار الفرابي بيروت، لبنان، 2009، ص 98.

✓تنطلق هذه النظرية من أن الثقافة تنتقل إلى الفرد عن طريق التنشئة الإجتماعية من تربية وتعليم، حيث تلعب دوراً هام في تكوين شخصيته المحلية ضمن الجماعة المحلية التي ينتمي إليها، ونحن نهدف لتوضيح مدا أثر التنشئة الإجتماعية و الموروث الثقافي على تكوين شخصية المعالجة ضمن صنف معين من أصناف الطب الشعبي" الديني الغامض، الطبيعي."

✓وبما أن الثقافة تشمل المعرفة والعقيدة والفن والأخلاق والقانون والعادات وكل القدرات التي يكتسبها الإنسان كعضو في جماعة [1]، نود معرفة كيف أن هذه الأخيرة تأثر على المجرى الإجتماعي في تفسيره لأسباب حدوث المرض كانتهاك لقواعد المحرمات الأرواح السحر...وغيرها التي بدورها يعاقب الفرد على فعلها.

✓وبما أن الثقافوية تنطلق من توجيه القيم الثقافية للأفعال فإننا نحاول من منطلق ذلك توضيح كيف أن القيم توجه الأفراد للإعتقاد بالوجود الإجتماعي للمعالجات ، أثرها على المقبلين عليهم.

✓كل ثقافة لها أسلوب يتضح من خلال اللغة والمعتقدات والأعراف والفن وغير ذلك وهذا الأسلوب هو بمثابة " الروح " لتلك الثقافة ويؤثر على سلوك الأفراد [2]، ومن هذا المنطلق نحاول التعرف على أساليب العمل لدى كل معالجة شعبية ومدا فعاليتها في تحقيق الشفاء من المرض.

✓تنطلق من أن الثقافة لا يمكن فهمها بمعزل عن العناصر الأخرى وإنما تفهم في إطارها الثقافي الكلي، ونحن نحاول فهم ظاهرة عمل المعالجة الشعبية من جوانبها التنظيمية والفاعلين فيها إلى النسق السوسيو ثقافي للمجتمع.

---

[1] عبد الله الرشدان، **علم الإجتماع التربية**، دار الشروق، الأردن، 2004، ص 227.

[2] دوني كوش، **مفهوم الثقافة في العلوم الإجتماعية**، ترجمة قاسم المقداد، منشورات إتحاد كتاب العرب، دمشق، 2002، ص 28.

✓كما تنطلق من أن لكل مجتمع خصائص ثقافية تميزه عن باقي المجتمعات الأخرى وهي التي تحدد شخصية كل مجتمع، وعلى ضوء ذلك نحاول معرفة الخصائص الإجتماعية الثقافية للمقبلين على العلاج الشعبي.

وعليه بعتبار المجتمع الأدراري مجتمع محافظ ومتمسك بعاداته وتقاليده و موروثه الثقافي حيث يتطور هذا الأخير عبر ثقافته وما تحمله من اعتقادات وممارسات علاجية نفسية وعضوية لما يصيب جسم الإنسان من أمراض، وباعتبار المرأة عضو من أعضاء هذا المجتمع نحاول الكشف ما مدا تأثير الثقافة المجتمع في تشكيل شخصية كل امرأة عاملة بمجال الطب الشعبي، و كيف تنعكس هذه الأخيرة على توجهات وترسيخ فكرة تواجد هذا النوع من الممارسات العلاجية التقليدية على المقبلين عليها.

10- مجالات الدراسة:

أ- **المجال المكاني:** أجريت هذه الدراسة في منطقة أدرار، الواقعة في الجنوب الغربي للجزائر[1].

ب- المجال الزمني: وهي الفترة التي قضاها الباحث في إجراء دراسته انطلاقا من الإطار المنهجي إلى غاية نزوله إلى ميدان الدراسة وصولاً إلى النتائج و التوصيات.

وعليه فقد قمنا بتقسيم عملنا هذا إلى مرحلتين:

المرحلة الأولى (من جانفي 2017 إلى غاية مارس2017) :

حيث قمنا أولاً: بتحديد الجانب المنهجي للدراسة.

ثانيا: البحث في المراجع وتحرير الفصول النظرية.

[*] سيتم التوسع حول المجتمع الأدراري في الجانب الميداني.

ثالثاً: القيام بالمقابلات المبدئية.

رابعاً: توزيع الإستمارات بعد تحكيمها.

المرحلة الثانية من (أفريل 2017 إلى غاية ماي 2017):

حيث قمنا أولا: بتفريغ البيانات في برنامج SPSS وتحليلها.

ثانياً: مراجعة المذكرة وتدقيقها.

الجدول رقم(01): يوضح وضعية توزيع الإستمارات على المبحوثين

البيانات	التكرار	النسبة المئوية
الإستمارات الموزعة	150	%100
الإستمارات المسترجعة	115	%76.66
الإستمارات غير المسترجعة والملغاة	35	%23.33
الإستمارات الصالحة للدراسة	110	%73.33

المصدر: من إعداد الطالبتين.

من خلال الجدول نلاحظ أن عدد الإستمارات الموزعة هو (150) أي بنسبة 100%،وتم توزيعها على مختلف الفئات العمرية، لكن ما تم استرجاعه هو (115) فقط بنسبة 76.66% وتم إلغاء منها خمسة إستمارات لعدم إجابة المبحوثين بموضوعية وخروجهم على الموضوع في إجاباتهم والبعض منهم من كانت إجاباتهم على جميع أسئلة الإستمارة، كالجنس فهناك من أجاب بأنه من الجنسين "الذكر، والأنثى"، وهناك من لم يحدد جنسه أصلاً، أضف إلى ذلك ثلاثين إستمارة غير مسترجعة وذلك لضيق الوقت وانتهاء المدة الزمنية للدراسة الميدانية، وبهذا تم الإعتماد على (110) بنسبة 73.33%.

جـ- المجال البشري: ينقسم إلى مجالين.

جـ1- مجال المعالجات: هنا تم إختيار ثلاثة معالجات التي تتوفر فيها الشروط التالية:

- ✓ تمارس أحد أنشطة الطب الشعبي (طبيعي، ميتافيزيقي، ديني).
- ✓ تمتاز بشهرة واسعة في المجتمع المحلي.
- ✓ أن تكون في محل نشاط، أي لازالت تمارس عملها.

جـ2- مجال المقبلين على المعالجات: وهنا نظراً لأن هذا المجتمع غير محصور تم الإعتماد على **"العينة القصدية"**، حيث يدخل في مجتمع الدراسة كل من توفر فيه الشرط التالي :

- ✓ أن يكون قد قام بالتوجه للعلاج الشعبي من ثلاثة مرات فأكثر.

11- أدوات جمع البيانات :

تعد عملية جمع البيانات من أهم خطوات أي باحث للحصول على المعلومات في الأعمال الميدانية من أجل الإقتراب من الخصائص الأنثربولوجية لفئات المجتمع المدروس، تفرض على الباحث أن يتسلح بتقنيات ومناهج علمية [1] ونظرا لطبيعة الموضوع تفرض علينا أدوات مستخدمة لتحقيق الأهداف وتقصي الحقائق، وبما أن الدراسة تعتمد على الوصف اعتمدت الباحثتان على الأدوات التالية لجمع المعلومات:

- **الملاحظة بالمشاركة :** اعتمدنا على الملاحظة بالمشاركة من خلال معايشتنا لمجتمع الدراسة، و استخدامنا لهذه الأداة ساعدتنا كثيراً في اكتشاف عدة جوانب من الدراسة ووصفها ،حيث الباحث يكون عضو وملاحظ في مجتمع البحث ومشارك في نشاطاتهم

[1] مراد ملاي الحاج، **مكانة التحقيق الميداني في الدراسة الأنثربولوجية وقائع الملتقى أي مستقبل للأنثربولوجية في الجزائر**،منشورات مركزا لبحث في الأنثربولوجية الثقافية والإجتماعية، وهران ،2002،ص27.

وكل ما يقومون به وذلك باعتبارها مشاركة في الواقع، حيث ترى **مادلين قراويز Madeleine Grawiz "**إن الملاحظة بالمشاركة تعني أن يكون الملاحظ مشاركاً، أي يجب أن يكون مقبولاً حتى يستطيع أن يندمج في الجماعة إلى حد أن ينسى دوره كملاحظ، فلكي يبقى حاضراً كفرد أكثر من ذلك فالملاحظة بالمشاركة لا تتطلب الشعور بالانتماء إلى الجماعة المدروسة، إنما مشاركة هذه الجماعة في نشاطاتهم اليومية، وعلى الباحث أن يتقيد بالملاحظة بالمشاركة حتى يستطيع الحصول على المعطيات التي تخدم الهدف العلمي للدارسة[1]" ونحن من خلال بحثنا هذا قمنا بدور الملاحظة بالمشاركة وذلك من خلال تواجدنا عند المعالجة الشعبية وبين المقبلين عليها ومشاركتهم انشغالاتهم آرائهم من دون أن نقدم أنفسنا على أساس أننا في إطار بحث علمي، فكنا نلاحظ ونسمع ونسأل حول المبحوثين وعن حياة المعالجة.

فجوهر هذه الأداة يقوم على انغماس الباحث مع الناس ونشاطاتهم، وتوليد المعلومات بالتعاون معهم [2] ويستخدم الباحث هذه الأداة لجمع المعلومات والبيانات عن طريق التفاعل والإتصال المباشر مع المبحوثين[3].

و إلى جانب ذلك فقد تم الاستناد على:

- **الإخباريون:** حيث تم اللجوء إليهم في الوصول إلى المعالجات الشعبية ومعرفة الخلفية الإجتماعية عنهم خاصة فيها يتعلق بالجانب العملي لهن.
- **التصوير الفوتوغرافي:** وتم الإعتماد عليه في تصوير للأدوية وبعض الممارسات العلاجية وأدوات العمل والأساليب المتبعة في العلاج.

---

[1] حسين محمد حسنين، **طرق أدوات جمع المعلومات والبيانات عن المجتمع المحلي** ، دار مجدلاوي، عمان 2003، ص،ص 123،124.

[2] نفس المرجع، ص 124.

[3] مراد مولاي الحاج، **مكانة التحقيق الميداني في الدراسة الأنثربولوجية وقائع الملتقى أي مستقبل للأنثربولوجية في الجزائر** مرجع سبق ذكره، ص 27.

- **المقابلة :** وهي الأخرى أداة مهمة في تحصيل المعلومات وتم استعمالها إلي جانب الملاحظة والملاحظة بالمشاركة، فهي طريقة منهجية بالغة الأهمية يُعتمد عليها في الدراسة الميدانية

حيث تتيح للباحث الإقتراب من الجماعات التي يتصل بها أثناء قيامه بدارسة إحدى الظواهر الإجتماعية، فمن خلالها يتلخص موقف الباحث في أن يكون مستمعاً وملاحظاً جيداً، حيث يستمع ويلاحظ كل الإيماءات وحركات الأيدي وباقي أعضاء الجسم خلال الحديث، وقد تمت المقابلة مع فئة المبحوثين من:

1. المعالجة الشعبية الغيبية (المشعوذة،العرافة أو الشوافة)(ز) و (ي).
2. المعالجة الشعبية الراقية (ز).
3. المعالجة الشعبية الطبيعية (ع).
4. المقبلين على العلاج الشعبي.
5. البائعين للأعشاب الطبيعية التقليدية.

- **الإستمارة (الإستبيان) :** هي إحدى الوسائل التي يعتمد عليها الباحث في تجميع البيانات والمعلومات من مصادرها [1]، وهي عبارة عن محاورات تضم مجموعة من الأسئلة مع المستجوبين، قصد الحصول على البيانات ووقائع حول موضوع الدراسة.

وعليه فقد شملت إستمارة بحثنا على 36 سؤال منها الأسئلة المفتوحة والمغلقة، وتحتوي على ثلاثة محاور، الأول يتعلق بالبيانات الشخصية، أما المحور الثاني عن الواقع السوسيو إجتماعي للمعالجة الشعبية، والمحور الثالث عن الواقع التنظيمي للمعالجة الشعبية.

[1] عبد الغاني عماد، **منهجية البحث في علم الإجتماع**، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 2007، ص 61.

❖ **منهج الدراسة:** هو الأسلوب والطريق المؤدي لمعرفة الحقائق أو الغرض المطلوب كذلك نطلق عليه الوسيلة المؤدية إلى اكتشاف الحقائق والمعرفة العلمية [1]، ونظراً لطبيعة موضوع الدراسة فقد تم الاعتماد على

- **المنهج الوصفي :** انطلاقا من طبيعة الدراسة والمعلومات المراد الحصول عليها للتعرف على "الواقع السوسيو تنظيمي لعمل المرأة في الطب الشعبي" في المجتمع الأدراري، فقد لجأنا إلى استخدام المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع.

حيث يهتم بوصفها وصفاً دقيقاً ويعبر عنها تعبيراً كمي وكيفي، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقمي ويوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجة ارتباطها مع الظواهر الأخرى[2].

كما لا يكتفي هذا المنهج بجمع المعلومات المتعلقة بالظاهرة من أجل استقصاء مظاهرها وعلاقاتها المختلفة، بل يتعداه إلى التحليل والربط والتفسير للوصول إلى استنتاجات يبنى عليها التصور المقترح.

12- صعوبات الدراسة :

1. صعوبة الحصول على المعلومة من قبل المعالجة الشعبية و صعوبة الإتصال بها نظراً لحساسية الموضوع عندها.
2. غياب الدراسات السوسيولوجية لموضوع عمل المرأة في مجال الطب الشعبي ومعالجته من زاوية تنظيمية، إلا بعض الدراسات ضمن تخصص الأنثربولوجيا(في حدود إطلاعنا).

[1] عبيدات وآخرون، **البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه**، دار الفكر، عمان، 2001، ص 87.

[2] عبد الغاني عماد، **منهجية البحث في علم الإجتماع** مرجع سابق، ص 67.

3. الدراسات ذات التوجه الأنثروبولوجي التي تتطلب معايشة الظاهرة ومشاركة المبحوثين في الغالب ما تتطلب وقتاً أكثر بالمقارنة مع باقي الدراسات الأخرى، الأمر الذي كان مصدر قلق لنا أحيانا لمسابقة الزمن.

خلاصة الفصل :

من خلال تحديد للإجراءات المنهجية يتم إعطاء الباحث فرصة للتعرف على موضوع الدراسة أكثر، وجعله قادراً على توظيف المعلومات من خلال صياغة للإشكالية الدراسة ووضع السؤال الرئيسي و التساؤلات الفرعية، ثم تحديد منهج و عينة الدراسة حيث بلغ عددها 110فرداً والذي تم الإعتماد على تصريحاتها عن طريق تقنيات جمع البيانات (ملاحظة بالمشاركة، المقابلة، الإستمارة) وذلك للوصول إلى الإجابة على التساؤلات والخروج بنتائج من الدراسة الذي هو بصدد دراستها.

الفصل الثاني

مدخل نظري لعمل المرأة

تمهيد:

أصبح عمل المرأة في العالم المعاصر ضرورة اقتصادية، و حتى ضرورة اجتماعية و ثقافية بحصولها على قسط وافر من التعليم، فهذا الأخير وفر لها إمكانيات و فرص كبيرة للدخول إلى سوق العمل في مختلف القطاعات الاقتصادية بعدما كانت محصورة في القطاع ألفلاحي كالزرع و جني الثمار، والعمل الحرفي واستطاعت أن تشارك الرجل فرصة العمل لتغطية احتياجاتها .

1 - مفهـــوم عمـــل المـــرأة :

المرأة بطبيعتها تمارس نشاطات سواء كانت منتجة أم لا فهي تعمل منذ التاريخ في منزلها تقوم بترتيبه وتنظيفه وتحضير الطعام وغزل الصوف وكلها أعمال منتجة، وحتى الأعمال الغير إنتاجية مثل رعاية الأطفال أو الطهي لها قيمتها، وإضافة إلى ذلك فقد شاركت المرأة في مختلف الميادين العملية خارج المنزل ، و يمكن تحديد مفهوم عمل المرأة حسب **كاميليا عبد الفتاح**، على أنه " المرأة التي تعمل خارج المنزل وتحصل على أجر مادي مقابل عمل وهي التي تقوم بدورين أساسيين في الحياة، دور ربة بيت ودور الموظّفة [1] ".

. ويقول **فاروق بن عطية** " المقصود بالمرأة العاملة ليس تلك المرأة الماكثة في البيت التي تدير الأعمال المنزلية وكل ما يتعلق بالمنزل وتربية الأطفال، وإنما يعني المرأة التي تعمل خارج البيت"[2]. إلا أن

مصطلح عمل المرأة في الإسلام أشمل وأعمق مما ينادي به دعاة تحريرها من قصره على العمل المأجور فقط، فلقد حُدد مصطلح عمل المرأة في الإسلام بمفهومه الواسع " واعتبر الأمومة عمل وتربية الأولاد عمل، وأعمال البيت عمل، والعمل على الاستقرار النفسي للأسرة عمل[3]"، و منه فإن عمل المرأة يشمل العمل المادي المأج ور، والعمل المعنوي الذي لا تتقاضى من خلاله أجرا، ذلك لأنه يعتبر واجب من واجباتها الضرورية داخل الأسرة و نقصد بعمل المرأة في هذه الدراسة، هو المرأة التي تقوم بنشاط عقلي أو فكري مأجورا في المجتمع، لكن خارج منزلها أي في مجال اقتصادي، أو مؤسسة إجتماعية وتتلقى مقابل ذلك أجرا ماديا قصد رفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي لأسرتها.

---

[1] كاميليا إبراهيم عبد الفتاح، **سيكولوجية المرأة العاملة**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1984، ص.110.

[2] _Farouk, Benatia, **Le Travail Féminin en Algérie**. Alger S.N.E.P 1976, p.2.

[3] محمـــد الجبـــوري، عبد المتعال،**المـــــــــرأة في التصـــور الإسلام**، مكتبة وهبة ،القاهرة ، 1986 ص 116.

2 -تطور عمل المرأة في العالم العربي:

إن عمل المرأة لم يكن ظاهرة اجتماعية جديدة، إنما هو امتداد تاريخي لدورها في الحياة، فقد عملت المرأة في الماضي، والحاضر، حيث مارست مختلف النشاطات السياسية والاجتماعية والعلمية، وقد اشتغلت المرأة العربية بالتدريس، وتتلمذ على يدها أفضل الرجال[1].

فالمرأة العربية إذن تتجدد مكانتها في ظل الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية والتاريخية التي يمر بها المجتمع العربي الخاضع للتغير الاجتماعي و الحضاري المستمرين، فلقد خضعت المجتمعات العربية إلى حقبات من الاستعمار التي أثرت كثيرا في بنيتها الاجتماعية والأسرية، ولعلّ المرأة هي أشد تأثرا بتلك الظروف فباستقلال هذه المجتمعات ظهرت الحاجة الماسة لتحقيق التنمية الشاملة التي تستدعي تكثيف جهود أفرادها ولما كانت التنمية عملية شاملة تمس الأفراد والجماعات استدعت الضرورة للاهتمام بالموارد البشرية، وبالتالي كان عمل المرأة خارج المنزل ضرورة ملحة، إلا أن القيم والتقاليد كانت تنظر إلى خروج المرأة من بيتها للعمل نظرة عدم ارتياح، مهما كانت الظروف والدوافع لأن بخروجها للعمل تُقصر في خدمة أفراد أسرتها، خاصة أطفالها، مع أن مساهمتها في العمل يرفع من الوضع المعيشي للأسرة.

2-1.تطور عمل المرأة في المشرق العربي:

بالرغم من الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تمر بها دول المشرق العربي (سوريا، لبنان، مصر) فقد أحرزت المرأة تقدما ولو بنسبة ضئيلة في سوق العمل يختلف من سنة لأخرى، ففي سوريا "تضمنت الخطة الخماسية العاشرة 2006-2010 فصلا خاصا بتمكين المرأة وزيادة مشاركتها في مواقع صنع القرار وصولا إلى نسبة 30% وتتراجع نسبة مشاركة النساء في قوة العمل فقد انخفضت هذه النسبة خلال الفترة 2004 من 19.8%إلى17.3%" [2] لكن هذا لا يحد من عزيمتها في بلوغ الهدف، و استمراريتها في العمل، ومحاولاتها في تحقيق التقدم لدليل على ذلك.

---

[1] كاميليا عبد الفتاح، مرجع سابق، ص54.

[2] العارفي سامية ، **الأم العاملة بين الأدوار الأسرية والأدوار المهنية**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر،جامعة البويرة، 2011-2012. ص34.

أما في لبنان، ومن خلال "مشاركة المرأة اللبنانية في القضاء الآن بنسبة35% تقريبا كما تشارك المرأة في مجلس شورى الدولة، وفي مجلس القضاء الأعلى، رغم أنها تشغل نسبة صغيرة من المقاعد أما في النقابات فتمثيل المرأة في القيادة ما يزال ضعيفا فتواجد المرأة في سلك القضاء يبرهن على مدى إمكانيتها على اتخاذ القرارات، والحكم في مختلف القضايا، وأن قدراتها ليست محدودة في العمل المنزلي فقط.

أما في مصر وفي مجال السياسة، فقد انخفضت النساء اللاتي شغلن مناصب نائب وزير إلى 3%عام2008مقارنة بـ4.3%عام2007 بينما ارتفعت نسبة اللائي شغلن مناصب نائب وزير إلى16.7%مقارنة بـ15.4%في العام السابق، فتقلدت المرأة مناصب قيادية ومشاركتها في اتخاذ القرارات، وفي عمليات التسيير يجعل منها عنصرا سياسيا فعالا لا يمكن الاستخفاف بقدراته وفي مجال الإدارة، فقد "انخفضت نسبة النساء في المناصب الإدارية الممتازة إلى 12.8%عام2008 مقارنة بنسبة 15.3% في عام 2007[1]" ، وهذا يعود إلى توجه الكثير من النساء إلى مهن أخرى قد تكون لها امتيازات أفضل من العمل في الإدارة.

2-2.تطور عمل المرأة في المغرب العربي :

عاشت مجتمعات المغرب العربي، ظروفا اقتصادية و اجتماعية وسياسي.ة متشابهة فقد تعرضت للمستعمر الفرنسي الذي قام بنهب ثرواتها وممتلكاتها، وحاول طمس شخصيتها، فكان عمل المرأة مختلفا، فكانت مجاهدة في الأرياف والجبال، وممرضة للمجاهدين، وفدائية، وهذا ما أدى إلى تغير البنية الاجتماعية للمجتمعات المغربية بعد حصولها على الإستقلال، فأصبح للمرأة حقوق سياسية وإجتماعية وبفضل التعلم فتحت أمامها فرص العمل و التمهين، وما عزز من دورها هو المشاركة في إعادة بناء إقتصاد البلاد لتحقق التنمية الشاملة، وكل هذا يتطلب وجود قوة عاملة كبيرة فتضافرت جهود الرجال والنساء معا، " ففي تونس منح قانون الشغل للمرأة العاملة حقوقا إجتماعية و إقتصادية لجعلها مواطنة كاملة الحقوق "[2].

وحسب إحصائيات 2004 فإن " نسبة النساء اللائي شغلن مناصب في الحكومة فهي12%، كما تبلغ نسبة النساء في البعثات الدبلوماسية 24%، وفي المجلس الاقتصادي

[1] نفس المرجع، ص34.

[2] علي شلق وآخرون، **المرأة ودورها في حركة الوحدة العربية**، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت،1982، ص 327.

والاجتماعي20%، وفي المجلس الأعلى للقضاء 13%، وفـي المجلس الدستوري20.5%"[1]، وهذا ما يثبت قدرتها في الميادين الاجتماعية والاقتصادية والسياسية إلى جانب تحملها لمسؤوليتها الأسرية وقيامها بدورها التربوي تجاه أطفالها.

أما أوضاع المرأة المغربية فلا يختلف كثيرا على ما هي عليه أوضاع المرأة في تونس ويمكن من خلال هذه الأوضاع والظروف السائدة تحديد مدى مساهمة المرأة في العمل والنشاط الإقتصادي، فقد "بلغت نسبة العاملات المطلقات 46% وهي أعلى نسبة نظرا لحاجتها الاقتصادية لأنها العائل المسئول على أبنائها بعد الانفصال، ثم الأرامل بنسبة23%، أما نسبة العاملات المتزوجات فتنخفض إلى 8% وهذا راجع إلى النظرة الدونية للقيمة الإجتماعية لعمل المرأة "[2] .

أما بالنسبة للجزائر فبعد خروج المجتمع الجزائري من حرب التحرير منهك القوى وبأوضاع اقتصادية واجتماعية وثقافية متدهورة، عمل على إعادة بناء اقتصاده واسترجاع مكانته وقوته، من خلال وضع مخططات وبرامج اقتصادية تنموية، كان التعليم فيها الخطوة الأولى المتبعة في سبيل تحقيق هذه التنمية، فنصت الدولة على التعليم المجاني والإجباري لأفراد المجتمع باختلاف طبقاتهم، وانتماءاتهم وجنسهم (ذكر، أنثى) لمحاربة الأمية والوصول إلى أعلى مستويات التعليم والدخول في سوق العمل وبالتالي المشاركة في عملية البناء غير أن مشاركة اليد العاملة النسوية بعد الإستقلال كان ضئيلا "، وذلك بنسبة 1.8%عام 1966، و2.61%عام 1977"[3] لكن هذه النقلة النوعية تعكس لنا تحرر المرأة من النظرة التقليدية لعمل المرأة، كما أن هناك قوانين وتشريعات تحفظ حقوق المرأة الإجتماعية والسياسية والثقافية وهذا ما تنص عليه المادة 42من الدستور:" يضمن الدستور كل الحقوق السياسية والثقافية والإجتماعية للمرأة الجزائرية" [4]، إضافة إلى أن التعليم ساعدها على تحقيق الإستقلال الذاتي، و اقتحامها لعالم الشغل ، الذي من خلاله أثبتت أن لها قدرات وإمكانيات من شأنها أن تساهم في تطوير البلاد.

---

[1] العارفي سامية ، مرجع سابق. ص35.

[2] علي شلق وآخرون، مرجع سابق، ص 324.

[3] مليكة بن زيان، **عمل الزوجة وانعكاساته على العلاقات الأسرية**، رسالة ماجستير في علم النفس والعلوم التربوية والأرطفونيا، جامعة قسنطينة، 2003. ص .66.

[4] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ***الدستور***، المعهد الوطني، ،1976ص 2.

إن الجزائر ككل البلدان الأخرى عرفت التصنيع، وهذا كان له دورا هاما في إيجاد ظروف وعوامل سمحت للمرأة الجزائرية ألا ينحصر عملها في الأعمال المنزلية فقط بل تعدى ذلك إلى العمل في الحقول، بحيث كانت ولا تزال المرأة الريفية تمارس الأعمال الزراعية والصناعات التقليدية مثل صناعة الأواني الفخارية، و الزرابي... إلخ، ومن خلال ذلك أكّدت كغيرها من نساء بلدان العالم بصفة عامة، وبلدان الوطن العربي بصفة خاصة عن مشاركتها في بناء المجتمع الجزائري ، كما تمتعت المرأة الجزائرية بمستوى تعليمي كان له الفضل في خروجها إلى ميدان العمل الخارجي و مساهمتها في التنمية الاقتصادية للبلاد، و منه فالتزايد المستمر في نسبة الفتيات المتعلمات في الجزائر سمح لهن بإيجاد فرص العمل.

إن مشاركة المرأة الجزائرية في العمل الخارجي أصبح ضرورة ملحة في وقتنا الحالي مع تطور الظروف الاجتماعية ومتطلبات التنمية وهذا ما أدى بالمرأة للمشاركة في العملية الإنمائية على مختلف المستويات الاقتصادية و الإجتماعية والثقافية .

فالتعليم في الجزائر بالنسبة للإناث أخذ يتطور شيئا فشيئا، وهذا يدل على تغيير في ذهنية العائلة الجزائرية، حيث أصبحت تسمح لبناتها بالإلتحاق بمقاعد الدراسة إلى أن تصل إلى الجامعة، وعند قبول الآباء بدخول بناتهن الحياة العملية فإنهم يفضلون التعليم والصحة كقطاعات للنشاط النسوي، وفي أماكن قريبة [1] ، وبالتالي نجد أن التعليم والصحة كقطاعين للنشاط يعتبرهما المجتمع الجزائري مثاليين لتواجد المرأة فيهما.

إلا أن المرأة الجزائرية ذهبت إلى أبعد من هذا وحاولت أن تقتحم ميادين جديدة اجتماعية، واقتصادية وحتى سياسية كانت من قبل محتكرة من طرف الرجل فقط.

3- دوافع خروج المرأة إلى ميدان العمل:

إن ظاهرة خروج المرأة للعمل لم تظهر عشوائيا، بل كان نتيجة عوامل عديدة ومتداخلة دفعت بالمرأة دفعا قويا إلى الشغل، لأن خروج المرأة إلى العمل خارج المنزل لقاء أجر، له

[1] مليكة الحاج يوسف، **آثار عمل الأم على تربية أطفالها**، **آثار عمل الأم على تربية أطفالها**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الإجتماع جامعة الجزائر 2002-2003، ص64.

مدلوله الاجتماعي، والاقتصادي و هي كلها عوامل متشابكة بعضها ببعض، ولقد ركّزنا هنا على العوامل الأساسية التي تدفع بالمرأة للخروج إلى ميدان العمل الخارجي، وتتمثل أساسا في ما يلي:

3-1.الدافع الاقتصادي:

إن ظاهرة خروج المرأة للعمل لم تظهر عشوائيا بل خضعت إلى عوامل عديدة ومتداخلة بل دفعت بالمرأة دفعا إلى الاشتغال، و قد بينت بعض الدراسات في هذا المجال أن أهم دوافع خروج المرأة للعمل هو الحاجة الاقتصادية، فخروج المرأة للعمل ضرورة فرضتها الحاجات المتزايدة للمجتمع الصناعي الحديث، إذ أن أعباء المعيشة وغلائها من جهة، والتطلع إلى مستوى أفضل للحياة من جهة أخرى، دفع بالمرأة إلى الخروج عن إطارها التقليدي والمتمثل في دور المنجبة والمربية والراعية لشؤون أسرتها. ففي دراسة قام بها (هير HAYER)عن دوافع خروج المرأة إلى ميدان العمل المهني ظهر "أن النساء من الطبقة الدنيا يعملن من أجل المادة"[1].

كما أن الظروف المعيشية والاقتصادية التي تعيشها الأسرة الحديثة هي التي أجبرت المرأة على العمل لمساعدة زوجها في تلبية رغبات أفراد أسرتها من مأكل و ملبس و دواء، إن مقتضيات الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تعيشها مختلف الأسر تفرض على المرأة الخروج لميدان العمل الوظيفي، حيث أن "الإحساس بأهمية العمل كوسيلة للحصول على النقود اللازمة لرفع مستوى معيشة الأسرة كان من أهم العوامل التي جعلت المرأة تتمسك بالعمل الخارجي"[2].

ولقد أثبتت العديد من الدراسات، أن خروج الأم للعمل الحاجة الاقتصادية، والمقصود بالحاجة الاقتصادية، هو حاجة الأم الملحة لكسب قوتها بنفسها أو حاجة أسرتها لدخلها بمعنى أنه لا يمكن للأسرة أن تستغني عن عملها والعمل بالنسبة للمرأة كما تقول الكاتبة

[1] كامليا عبد الفتاح، مرجع سابق، ص85.

[2] علياء شكري وآخرون، **المرأة في الريف والحضر دراسة لحياتها في العمل والأسرة**، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية،1988،ص238.

(فرانسوا جيرو François Djirou) "ضرورة و ليس تسلية، بل ضرورة حياة أو الحياة نفسها"[1].

وعليه نجد أنه قد ارتبط خروج المرأة للعمل، بالدافع الاقتصادي، بحيث تحملت دورا إضافيا إلى جانب دورها الشّاق لرعاية الأطفال و تدبير أمور و شؤون المنزل، سعيا وراء رفع المستوى المعيشي للأسرة وتلبية كل ما يحتاجه أطفالها من لوازم الملبس والغذاء والأدوات المدرسية، فهي وإن تركتهم في المنزل لوحدهم طيلة ساعات عملها فهي من جهة أخرى تسهر على تحقيق راحتهم المادية وبالتالي الاجتماعية و النفسية، ففي عام 1956أجري استفتاء في الولايات المتحدة الأمريكية يسمى استفتاء (**بيدجون** Bidjoun) على ثلاثة آلاف وثمانمائة (3800) سيدة يعملن عضوات في الاتحادات، فتبين من خلال ذلك أن ثلاثة أرباع 4/3 المجموعة يعملن أساسا من أجل إعالة الأسرة" [2].

3-2. الدافع الذاتي:

تأكيد الذات والمكانة الاجتماعية وكذلك حب الظهور ، وتحقيق المنفعة الشخصية هي دوافع أخرى لخروج المرأة إلى سوق العمل ، بحيثتبين في دراسة (فرديناند زفيج F.Zweig) "أن المرأة تخرج للعمل تحت إلحاح الضغط الانفعالي لشعورها بالوحدة، أكثر من خروجها إلى العمل تحت ضغط الحاجة الاقتصادية" [3].

ومنه يعتبر هذا الأخير بالنسبة للعاملة وسيلة لتأكيد وإبراز شخصيتها كفرد في المجتمع له حقوق وواجبات باعتبار أن هذا العمل الخارجي وسيلة لاكتسابها مكانة هامة في المجتمع عامة والأسرة خاصة . في الواقع "إن العمل قد طور شخصية المرأة، وجعلها تكتشف نفسها وتشعر بأنها فردا منتجا مفيدا، وأنها تستطيع أن تجابه الحياة حتى لو اضطرت الوقوف بمفردها[4].

---

[1] حسين عبد الحميد، أحمد رشوان، **علم الاجتماع المرأة**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1998، ص 26.

[2] كاميليا عبد الفتاح، مرجع سابق، ص 80.

[3] حسين عبد الحميد، أحمد رشوان، مرجع سابق، ص 99.

[4] زهير حطب، **تطور بنا الأسرة العربية والجذور التاريخية والاجتماعية لقضاياها المعاصرة**، معهد الإنماءالعربـي،1976، بيروت ، ص267.

وعليه ولأسباب مختلفة كالميل الشخصي، والرغبة في تحقيق الذات و الحاجة إلى تحسين الدخل العائلي وضرورة مساعدة الأسرة، باتت المرأة تدخل و بأعداد متزايدة إلى ميدان العمل المأجور، ولقد تقرر في البحث الذي قام به (**لانكشير LANKACHIR**) "أن بعض الأمهات يلتحقن بالعمل لأسباب أخرى، كالرغبة في الخروج، والشعور بالرضا عن العمل واتفاق العمل ميوله"[1]وإنه لمن الخطأ أن ننظر إلى العمل على أنه مجرد مصدر الإيراد فحسب، بل هو مظهر من مظاهر النشاط الإنساني، فالفرد غير العامل، هو إنسان فارغ الحياة، ولذلك كان من الخطأ الفادح اعتبار المرأة مخلوق فارغ الحياة فهناك من السيدات يزاولن عملهن حتى بعد الزواج لا لحاجة الأسرة إليه، و لا لحاجتها لذلك، بل للعمل ذاته وللخروج من بين جدران البيت.

3-3.الدافع التعليمي:

نجد أن الأسرة قد أولت اهتماما كبيرا، وجهودا معتبرة بالنسبة لتعليم المرأة وتكوينها، حيث أصبح تعليمها حتمية لا مفر منها لإخراجها من بؤرة الأمية، ولهذا "كان لانتشار التعليم على نطاق واسع أثر مباشر في قلب المعايير التي كانت سائدة من قبل، فاندفعت المرأة إلى المشاركة في مختلف الميادين جنبا إلى جنب الرجل [2]، و قد أصبح عمل المرأة كتكملة للمشوار الذي قطعته في صيرورة حياتها التعليمية، ومنه يبدو أن التعليم هو الذي يساهم في توفير فرص التوظيف، لأن مساهمتها في النشاط المهني يرتفع مع ارتفاع المؤهل العلمي الذي تحصل عليه بواسطة التعليم، إذ أنه بحصولها على الدرجات العلمية، تستطيع تأكيد ذاتها بواسطة العمل الخارجي.

وهكذا تجدر الإشارة إلى القول أن عمل المرأة يرتبط بتعليمها و القيام بعمل مهني مناسب مع شهادتها العلمية المحصل عليها .

[1] كاميليا عبد الفتاح، مرجع سابق، ص 89.

[2] محمد، صفوح الأخرس، **تركيب العائلة العربية ووظائفها**، دراسة ميدانية لواقع العائلة في سوريا، ط 2، منشورات وزارة الثقافة والإرشاد القومي، سوريا ،1981 ،ص 250.

وفي هذا الصدد تقول الباحثة (**سيمون بوفوار Simone Beauvoir**) "أنه بالتعليم استطاعت المرأة أن تحقق النجاح في الالتحاق بالعمل خارج البيت حيث سمح لها أن تؤكد إنسانيتها و بحصولها على شهادات تعليمية فتحت لها أبواب المهن الأساسية[1]"، إذن يعتبر التعليم من أهم العوامل التي ساعدت المرأة على حصولها على العمل، وهذا ما أعطى لعجلة التغيير النسوي دفعة قوية، وقد ترتب على تعلم المرأة تحريرها من سيطرة التقاليد الاجتماعية التي كانت مفروضة عليها بشكل مباشر و ذلك بتشغيلها في مختلف المهن المتخصصة.

3-4.الدافع الاجتماعي:

إن الدافع الإجتماعي هو الآخر من بين الدوافع الأساسية التي جعلت المرأة تخرج إلى ميدان العمل الخارجي فمنه يُسمح لها بالمشاركة في اتخاذ القرارات الأسرية، وإبداء آرائها المختلفة ومن ثم فرض وجودها في المجتمع مما يسمح لها أن يكون لديها سلطة ، كما أن الشعور بالمسؤولية لدى المرأة العاملة وفرض ذاتها اجتماعيا يظهر جليا في مشتريات البيت (تأثيث البيت)، وذلك حتى تثبت دورها في الحياة الأسرية.

فخروج المرأة للعمل وسع من دائرة واجباتها، بحيث ساهم نمو وعيها الثقافي و ارتفاع مستواها العلمي إلى تغيير وجهة نظرها حول المسائل الأسرية إذ أصبحت تشارك في كل صغيرة وكبيرة تهم الحياة الاجتماعية لها ولأبنائها، فيمكنها أن تأخذ قرارات قضاء العطل وتسيير ميزانية أسرتها بجزء من مرتبها ومن ثم تحسين ظروف الحياة الاجتماعية للأسرة.

4- مجالات عمل المرأة في الجزائر:

رغم الحقيقة الأساسية التي مؤداها أن المرأة تمثل نصف المجتمع إلا أن هناك تحيزا واضحا من طرف المجتمع اتجاه مجالات عملها، فحسب رأي البعض لا يمكن للمرأة أن تساهم في جميع مجالات العمل مثل الرجال، وهذا راجع أساسا لاعتبارات نفسية وعضوية وطبيعية من حيث تكوينها الجسماني، إضافة إلى ذلك المعارضة الشديدة التي يبديها أغلبية الرجال باشتغال المرأة في بعض المناصب الحساسة كالوزارة والطيران والصحافة...، إلا نادرا وكأنهن ليس لديهن القدرة ولا المهارة الكافية لممارسة مثل هذه الأعمال على الرغم من ذلك إلا أنهن قد أثبتن جدارتهن في كثير من المجالات،حيث أكدت العديد من الدراسات أن

[1] مليكة الحاج يوسف، مرجع سابق ، ص73.

معظم الفتيات يتجهن أو يملن إلى ممارسة المهن التي تتشابه مع أدوارهن في البيت كالتعليم، الصيدلة، التمريض و الطـ ـب و الإدارة[1].

فبالنظر للتطور العلمي والتقني الذي شهادته مختلف الميادين على المستوى الوطني والعالمي و الذي يتطلب تعبئة متزايدة للمعارف والمهارات وقد تم هذا كله بفضل الجهـ ـد المبذول الذي حققه كل من نظام التكوين المهني والتعليم على حد سواء، وذلك من خلال تقديم دفعات هامة من الفتيات ذات الشهادات المهنية والتعليمية العالية والتي تؤهلهن لشغل أرقى المناصب في شتى المجالات حينها وجدت المرأة نفسها قادرة على المشاركة بمختلف الميادين حتى تلك التي كانت حكرا على الرجال، كمجال القضاء والشرطة وحتى الترشح للانتخابات سواء التشريعية أو الرئاسية، كما أن الدستور الجزائري دعم دور المرأة وضمن لها حق المساواة مع الرجل، كما ورد في المادة 39: "**أن كل المواطنين متساوون في الحقوق والواجبات**[2]"

5- أثار عمل المرأة على المجتمع:

إن تضارب الآراء والمواقف حول آثار عمل المرأة على المجتمع لتفسر أن ظاهرة خروج المرأة للعمل إنما هي خاضعة لمتغيرات وعوامل عديدة تحدد ذلك الأثر، ولا شك في دور النسق القيمي والثقافي في تحديد مدى مشاركة المرأة العاملة في عملية التنمية أو أنها تقف عائقا لها، "فالقيم الثقافية تمارس دورا فعالا في عملية التنمية داخل المجتمع حيث تمثل القيم السلبية عائقا خطيرا أمام جهود التنمية[3].

و هنا تبرز الأبعاد الثقافية للتنمية في علاقتها بالقوة العاملة و خاصة النسوية، حيث إذا كانت القيم الثقافية للمجتمع تؤيد عمل المرأة، فتعتبر عملها ذو إنتاجية، و مجهوده ذا مقدر، أما إذا كانت تقف عائقا أمام عملها، فيصنف عمل المرأة ضمن غير المرغوب فيهم، و يعد عملها المهني مولد لمشاكل ونزاعات الأسرة و المجتمع في غنى عنها تماما فإقبال المرأة على العمل أدى إلى تغير نمط العلاقات الأسرية من ناحية وتغير مكانتها و دورها

[1] حسين عبد الحميد أحمد رشوان،" **علم اجتماع المرأة**"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية،1997 ،ص99.

[2] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، **الدستور**،مرجع سابق، ص2.

[3] كاميليا إبراهيم عبد الفتاح، مرجع سابق، ص275.

التقليدي من جهة أخرى، فلقد "تضمن إقبال المرأة على العمل خارج المنزل أيا كانت دوافع العمل أنماطا جديدة للتكيف مع الظروف الأسرية، كما تضمن أنماطا جديدة بدلا من العلاقات الأسرية وأبعادا جديدة لأدوارها و مكانتها اختلفت باختلاف الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية للأسرة"[1] إذا يمثل العمل للكثير مصدرا لإثبات الوجود اجتماعيا ولاسيما المرأة التي لم تكن تتمتع بأدنى حقوقها (التعليم) نتيجة للواقع الاجتماع .ي والثقافي و الاقتصادي والسياسي و نتيجة للتغيرات التي عاشها المجتمع.

أصبحت ميادين التعليم والعمل مفتوحة أمام المرأة التي استطاعت أن تغزو مختلف الميادين العلمية، ولقد كان لها الأثر البليغ على حياتها الأسرية والمهنية، بحيث لم تعد المرأة العاملة قادرة على التوفيق بين مسؤولياتها الأسرية و التزاماتها العملية، وهذا أدى إلى خلق مشاكل على المستويين و خاصة الأسرة بحيث تغيرت وظائف الأسرة والأدوار فيها كما انهار تقسيم العمل بين الزوجين، إضافة إلى نقص الاهتمام والرعاية بالأبناء وبالتالي إهمال مسؤولياتها الكثيرة إلا أن مدى تأثير خروج المرأة للعمل يختلف باختلاف الطبقة الاجتماعية التي تنتمي إليها، والظروف الاقتصادية التي يعيشها المجتمع ككل إضافة إلى الدور الفعال للقيم والعادات في تحديد طبيعة التأثير، فإذا كانت راضية على عمل المرأة ومشاركتها في التنمية كان التأثير إيجابي، و إذا كانت القيم و العادات ترفض خروجها للعمل فإنها تقف عائق في وجهها، مما يحدث مشاكل عويصة على مستوى العمل والأسرة.

[1] إحسان محمد الحسن، **العائلة و القرابة و الزواج**، دار الطليعة للطباعة و النشر، بيروت ،1981، ص12.

6- النظريات المفسرة لعمل المرأة:

6-1. نظرية التغير الإجتماعي:

يقصد بالتغير الاجتماعي، كل أنواع التغير التي تُحدث تأثيرا في النظام الاجتماعي أي التي تؤثر في بناء المجتمع ووظائفه، وعلى ذلك فليس التغير الاجتماعي إلا جزءا من عملية أكبر وأوسع من عمليات التطور في المجتمع [2].

كما يشمل فوق ذلك كل التغيرات التي تحدث في أشكال وقواعد النظام الاجتماعي، فالتغير الاجتماعي إذن صفة من صفات المجتمع الإنساني، وهو نتيجة عوامل اجتماعية وثقافية، واقتصادية وسياسية يتداخل بعضها في بعض ويؤثر بعضها في بعض . في المراكز والأدوار الاجتماعية لأعضاء الأسرة، حدثت تغيرات، "إذ كانت من قبل رئاسة الأسرة في يد الأب، بينما المرأة فقد كانت في مرتبة ثانوية، إلا أن هذا المركز أخذ يتغير خاصة في نصف القرن الأخير، ومن ملامح هذا التغير الاجتماعي نزول المرأة لميدان العمل الخارجي، "وتحقيقها لقيمة اجتماعية واقتصادية مرموقة"[1].

و بفضل ذلك تمكنت المرأة من مشاركة الرجل في السلطة، وفي ميزانية الأسرة و تسييرها بعدما كان دورها يتميز في الحمل والإنجاب والحضانة والتنشئة الاجتماعية لأن الطبيعة البيولوجية هي التي حددت لها تلك المهمة.

إن هذه الظاهرة (ظاهرة خروج المرأة للعمل) أخذت تنتشر بصفة مستمرة و لقد ساهم انتشار التعليم في تحفيز المرأة على الخروج للعمل، وكانت مشاركتها في التنمية الاقتصادية ترتبط ارتباطا وثيقا بعوامل ثقافية واقتصادية وسياسية، كما ترى نظرية التغير الاجتماعي أيضا أن التغيرات الأسرية مصدرها الديناميكية التي تحدث في النظام الاجتماعي.

إن الوظيفة الأساسية للأم في الأسرة ظلت قرونا عديدة قاصرة على شؤون البيت وتربية الأطفال، إلا أنه بعد الثورة الصناعية التي تمت في أواخر القرن الثامن عشر دفعت المرأة إلى ميدان الحياة العملية، وأخذ نصيبها يزداد كل يوم في ميادين الحياة المختلفة.

---

[2] محمد بدوي السيد، **المجتمع والمشكلات الاجتماعية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988، ص 87.

[1] عبد الكريم أحمد عزت وآخرون، **المجتمع العربي**، دار النهضة العربية، بيروت ،1970، ص 84.

6-2.نظرية المساواة بين الجنسين:

تنطلق هذه النظرية من نقد الحتمية البيولوجية، حيث ترى هذه النظرية أن المرأة ضعيفة ليست بسبب تركيبها الجسماني وطبيعتها، وليس بسبب إرادة غيبية تخرج عن الإرادة الإنسانية، بل بسبب تجريدها من حقوق الملكية ومسؤولية السعي والمشاركة في الإنتاج، كما أن وضعها مرتبط بنوع النظام السائد في المجتمع الذي ينجر عن علاقات الاستغلال والسيطرة من طرف الرؤساء وأصحاب رؤوس الأموال، وأيضا من طرف العائلة والمدرسة والدولة والدين وخاصة في العمل[1] .

وعلى هذا ترى أن ضعف المرأة لا يعود إلى تكوينها الجسماني، بقدر ما هو إبعادها من قبل المجتمع بمختلف مؤسساته وبجميع الوسائل التي تكرس علاقات السيطرة على المرأة وتهميشها وعدم تقييم مشاركتها في الحياة العامة حيث تطالب هذه النظرية بضرورة المساواة بين الرجل والمرأة في كل جوانب الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية[2]، وإمكانية تقسيم الأعمال المنزلية حتى يتسنى لها ممارسة أعمال أخرى خارج البيت، و تشارك زوجها في أعماله الصعبة وتشغل مناصب عليا في الدولة وتسير شؤونها حسب وجهتها الخاصة.

اقترن ظهور هذه النظرية " **نظرية المساواة بين الجنسين**" ببروز عدة حركات منها حركة تحرير المرأة، والحركة النسائية، وحركة ترقية المرأة، هي حركات اجتماعية وسياسية هدفها الأساسي هو التغيير الشامل لوضعية المرأة في المجتمع، وظهرت هذه الحركات في الغرب وكان هدفها الأسمى آنذاك هو التوسع في الحقوق القانونية التي كانت للرجل مثل: التصرف في الملكية الخاصة والوصاية على الأبناء وحقها في العمل والتوظيف والأجور ومساواتها بأجور الرجال، ويرجع الأصل النظري لتلك الحركات إلى كتابات وأفكار **جون ستيوارت ميل**[3]،كما تعرضت تلك الحركات لعدة انتقادات بما فيها نظرية المساواة، ومن المفكرين الذين انتقدوا هذه النظرية وعارضوا بشدة تلك الحركات التحررية الجزائري " **مصطفى بوتفنوشت** "الذي يرى أن الحركات الأنثوية هي حركات

[1] حليم بركات، مرجع سابق، ص189.

[2] باسمة كيال، **تطور المرأة عبر التاريخ**، مطبعة عز الدين للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1981، ص201.

[3] إعداد نخبة من الأساتذة، **معجم العلوم الاجتماعية**، مراجعة إبراهيم مذكور، الهيئة المصرية، 1975، ص ص 598-599.

أيديولوجية يتميز بها المجتمع الغربي "[1]، وأن هذه الحركات تميز المجتمع الغربي لا الإسلامي، فالإسلام حفظ للمرأة حقوقها كاملة، وذلك أنها تمتعت بكامل حقوقها غير منقوصة، بعكس المرأة في الغرب التي مازالت تعاني إلى حد اليوم وأيضا صرح بأن هذه الحركات ما هي إلا حجة ودليل من أجل فرض وتعميم النموذج الغربي على العالم بأسره.

[1] مصطفى بوتفنوشت،**العائلة الجزائرية، التطور والخصائص**، ترجمة دمري احمد، ديوان المطبوع ات الجامعية، الجزائر، 1984، ص7.

خلاصـــة الفصل:

إن ظاهرة عمل المرأة تختلف باختلاف طبيعة المجتمع، و ظروفه الاقتصادي ـة و الاجتماعية، و الثقافية، إذ نلاحظ من خلال ما تطرقنا إليه أن اليد العاملة النسوية في الدول العربية مازالت نسبتها منخفضة، وقد يعود هذا إلى تمسك المجتمع العربي بالعادات والتقاليد التي تمنع خروج المرأة للعمل.

كما لاحظنا أيضا أن الأسباب التي دفعت بالمرأة للعمل اليوم تختلف من اجتماعية إلى اقتصادية، إلى تعليمية إلى ذاتية، مما جعل منها عنصرا فعالا داخل أسرتها ومجتمعها، بتقلدها لمختلف المناصب وتحمل الكثير من المسؤوليات إلى جانب دورها الأساسي وهو تربية أبنائها، كل هذا يبرهن لنا أن للمرأة قدرات وإمكانيات من شأنها أن تحقق التنمية الشاملة للبلاد.

الفصل الثالث

الأسس النظرية للطب الشعبي

تمهيد:

إن الاهتمام بدراسة التراث الشعبي يعد جزء هام في تنمية المجتمعات، ويعتبر الطب الشعبي جزء مهم من هذا التراث، كونه يساهم في التنمية الصحية كما أنه جزء من المعتقدات الشعبية ولا يمكن بسهولة التخلي عنه كونه راسخ في ذهنيات ممارسه بالإضافة إلى الدور الذي يؤديه في المجتمع وتحقيقه لنتائج إيجابية في بعض ممارساته.

ونظراً لأهمية الموضوع وخاصة بعد ظهور ظاهرة الطب الشعبي في زمن يزخر بالمستشفيات المجهزة بأحدث التقنيات التكنولوجيا، فضلا عن أهميته في هذه الدراسة فقد حاولنا الإلمام بأهم العناصر والمباحث التي تفيد في هذه الدراسة وعليه فسيتم عرض في هذا الفصل مفهوم الطب الشعبي والتطور التاريخي له وخصائص وأنماط الطب الشعبي بالإضافة إلى المؤهلات وأنواع الممارسات التطبيبية في المجتمع الجزائري وأهم النظريات المفسرة للطب الشعبي.

1 -مفهوم الطب الشعبي :

اختلف العلماء في تحديد مفهوم للطب الشعبي كل حسب وجهة نظره الخاصة ومن ضمن هذه التعريفات نذكر مايلي :

- **التعريف اللغوي للطب:** من طبب، الطِّبُّ: علاج الجسم والنفس، رجل طبٌّ وطبيبٌ:عالمٌ بالطب والمُتَطبِّبُ هو الذي يتعاطى علم الطِّب، وقالوا: تطَبَّبَ له أي سأل له الأطبِّاءَ[1].
- وقد ذكر **إبن خلدون** : في مقدمة الفصل الخامس والعشرون عن هذا النوع من الطب في قوله:والبادية من أهل العمران طب يبنونه في غالب الأمر على تجربة قاصرة على بعض الأشخاص و يتداولونه متوارثاً عن مشايخ الحي وعجائزه [2].
- ويعرفه آخر بأنه" جزء من القيم والمعرفة الثقافية التي تشكلت مند أحقاب بعيدة نظاماً طبيا علاجيا يبنى على أشكال تقليدية من المعتقدات والسلوك والممارسات التي هدفها مقاومة المرض طلبا للشفاء"[3].
- ويعرف كذلك **الطب الشعبي** أو ما يسمى **بالرعاية الصحية غير الرسمية** : هو مجموعة الخدمات الصحية غير مرتبطة بالعلوم الطبية العلاجية أي بعيداً عن المستشفيات والأطباء والأخصائيين، فهي ممارسات وخدمات تقدم المرضى من قبل أشخاص ليس لهم أي ارتباط علمي بمهنة الطب أو الفريق الطبي وقد تكون عندهم خبرة ميدانية أو معلومات أو ممارسات موروثة من آبائهم وأجدادهم[4].

---

[1] إبن المنظور، **لسان العرب**، دار المعرفة القاهرة ،مصر، 1119، ص ص 2631،2630.

[2] ولي الدين عبد الرحمن بن محمد إبن خلدون، **مقدمة إبن خلدون**، دار العرب، مصر، 2004 ، ص22.

[3] محمد أحمد غنيم، **الطب الشعبي الممارسات الشعبية في دلتا مصر دراسة أنقروبولوجية في قرى محافظة** ، عن الدراسات والبحوث الإنسانية و الإجتماعية، القاهرة، 2007، ص 25.

[4] أيمن مزاهرة وآخرون، **علم الإجتماع الصحة**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص162.

- **أما منظمة الصحة العالمية :** جاء في تعريفها للطب الشعبي على أنه حصيلة مجمل المعارف والمهارات والممارسات القائمة على النظريات والمعتقدات والخبرات المتأصلة في مختلف الثقافات سواءً كانت قابلة للشرح والتفسير أم لا، وتستعمل في صيانة الصحة وفي الوقاية من الإعتلال البدني والنفسي وتشخيصه وتخفيفه ومعالجته.
- كما تعرف **"الطب البديل" أو "التكميلي"** على أنه مجموعة واسعة من ممارسات الرعاية الصحية، التي ليست جزءاً من تقاليد البلد نفسه أو الطب التقليدي فيه، وهذه الممارسات ليست مدمجة إدماجاً كاملاً في نظام الرعاية الصحية السائدة، وهي تستعمل بطريقة تبادلية(أو تناوبية) مع الطب التقليدي في بعض البلدان[1].

وعليه فالطب الشعبي والطب التكميلي من منظور الصحة العالمية يشمل على كل من المنتجات والممارسات والممارسين في آن واحد.

- **أما ميلر** يقول : هو الإستخدام الأكثر انتشاراً بين أصحاب الثقافات التقليدية وأن اللجوء لما يحتوي عليه الثقافات القديمة من طرق ومناهج في الحياة سواء في الحياة الإجتماعية أو الصحية، هي محاولة التمسك بكل ما هو تقليدي حتى في صورته الثانوية خاصة عند الإنتقال المكاني و الإحتكاك بثقافات أخرى مغايرة، فالتراث الثقافي يعد تمسك بالهوية.[2]

وعليه من خلال هذه التعريفات توصلنا أن الطب الشعبي هو مجموعة من الأفكار والمعتقدات الشائعة في المجتمع حول أنماط المرض والنظرة العامية لمسبباته والأنساق الثقافية التي تحدد طريقة المجتمع في اختيار المعالجين الشعبيين والممارسات العلاجية الشعبية اللازمة في الوقاية من هذا المرض ومعالجته بعيداً عن نسق الطب الرسمي.

كما أن هناك من العلماء من بعرف مصطلح الطب الشعبي على انه جزء من الطب البديل والمكمل، وان هذا الأخير أوسع واشمل، في حين البعض الآخر يضع تعريف موحد.

---

[1] . منظمة الصحة العالمية، **إستراتيجية منظة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي) 2014/2023**، قسم الطباعة والنشر منظمة الصحة العالمية 2013، ص 15.

[2] نجلاء عاطف خليل، **في علم الإجتماع الطبي–ثقافة الصحة والمرض**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006، ص ص 261،262

2- التطور التاريخي للطب الشعبي :

إن الأصول التاريخية للطب الشعبي تمتد إلى عصور قديمة عرفت عند الإنسان البدائي في استخدامه للموارد التي تزخر بها الطبيعة من أعشاب وحيوانات ومعادن.... وذلك لعلاج المرض، وتوارثت هذه الممارسات العلاجية من جيل إلى جيل عبر مختلف الحضارات مستعينة في ذلك بالبيئة الإجتماعية والثقافية وما تسخره الطبيعة من موجودات، مستخدمة في ذلك عدداً من الأدوات التقليدية المحلية للعلاج.

وخير دليل هو استخدام سيدنا سليمان لمكونات والمواد الطبيعية من نباتات وماء ومنتجات حيوانية، كالألبان واللحوم والشحوم [1]، فمن خلال ذلك سنقوم بعرض عدد من الحضارات التي اهتمت بالناحية الصحية للعنصر البشري.

2-1. الطب الشعبي في العصر الفرعوني: يعتبر هذا الأخير من أهم الحضارات التي عرف سكانها بممارستها للطب الشعبي بمختلف أشكاله وأصنافه، فقد خلفت الحضارة الفرعونية مجموعة من الكتب في مجال الطب الشعبي وهي:

القراطيس فمن بين أضخم هذه الكتب **قرطاس إيبرس،** نسبة إلى مكتشفها الأثري الألماني Ebers 1862، حيث يرجع تاريخ هذا الكتاب إلى 1550 ق.م، يحتوي على وصفات عديدة لأمراض كثيرة متباينة، وتحتوي كل وصفة عدة عقاقير أمام كل عقار مقداره و آخر كل وصفة طريقة لتداوي به [2]،وقد جاءت فقرة تؤكد فيها عن فوائد نبات الخروع فقد ورد ما يقارب 877 وصفة ذكر فيها ما يقارب 400 عقاقير...[3]

كما يشمل الكتاب على مجموعة كتب صغيرة، بعضها طبي وبعضها روحي ومن بين الوصفات التي كان يعتمد عليها لقتل الجراثيم(مطهر) لعلاج الإلتهابات الملتحمة استخدم الطبيب الساحر" شق بصلة ومزجها بالبيرة*ثم يتم تعاطي هذا المزيج [4]

---

[1] وزارة الثقافة بالجمهورية الصحراوية، **الطب الشعبي الصحراوي**، mc-rasd.com، 04-01-2017، 16:23.

[2] حسن كمال، **الطب المصري القديم**، ط3، الهيئة السنوية العامة للكتاب، مصر، 1997، ص ص، 2—13.

[3] صالح سرور، **الطب في مصادر الإغريق القديمة**، دار الحضري للطباعة، مصر، 2002، ص 31.

* البيرة: كانت تعرف بسم" **الهاكات** " في عهد الفراعنة وهو مشروب يقد للصغار والكبار كفاتح للشهية.

[4] حسن كمال، مرجع سبق ذكره، ص ص 2 – 13.

فهذا المزيج يُدِرُ الدموع...وبعد ذلك تدهن العين الملتهبة بالزيت أما كهنة بابل...فقالوا أنه يستخرج أحشاء ضفدعة صفراء والضرب المِرار لها حتى تصبح سائلاً سميكاً، ثم يوضع على العين"[1].

كما ترى بعض المصادر القديمة " أن الطب البدائي الذي يعد المصدر الأول للطب الشعبي"[2]، فقد كان يعتمد أساساً على الدين والسحر كما كان يستخدم الأعشاب الطبيعية والمعدنية، حيث كانت تعالج هذه الأمراض من طرف الكاهن أو الساحر أو بواسطة المعالجين الشعبيين الذين لديهم القدرة على طرد الأرواح الشريرة التي تسبب المرض وبمضي الزمن أصبح المعالجون أكثر تخصصاً، وكل يعرف بسمه "رقاة، عشابين مشعوذين".

2-2. الطب الشعبي في الحضارة اليونانية: إن الطب الشعبي في الحضارة اليونانية يحمل مجموعة من الممارسات والمعتقدات، حول الأمراض والعلل التي تصيب جسم الكائن البشري.

فالصحة عندهم تعتمد على توازن سوائل الجسم الأربعة وهي الدم والبلغم والصفراء والسوداء....، وأن هناك أربعة أحوال للأخلاط، الحار، البارد، الجاف و الرطب، حيث وصف أبقراط أن الأعشاب الحارة مثل النعناع للأمراض الناتجة عن الحرارة وغيرها من الوصفات التي خلفها أبقراط في هذا المجال.

و قام تلامذة أبقراط بتصنيف كتاب له في مجموعة كاملة Groupes Hipporqticum في 72 جزءاً، وذكر فيها 350 نباتاً طبياً، منها إكليل الجبل والزعتر والقرفة...

كما استخدم اليونان قديماً الرند(الغار) La urus Mobilis وذلك للتنبؤ من قبل العراف دلفي، كما كان يقوم الطلاب بالنثر على رؤوسهم عشب "الحصلبان" في اعتقادهم أنه [3]

[1] حسن كمال، مرجع سبق ذكره، ص ص 2 – 13.

[2] رحاب خضر عكاوي، **الموجز في التاريخ الطب عند العرب**، دار المنهل، دون بلد نشر، 1990، ص 30.

[3] نجلاء عاطف خليل،(بتصرف) مرجع سبق ذكره، ص 105.

مقوي للذاكرة، وأنّ غصينات العرعر الشائع Juniperuscomm المقدوف في النار يحمي من الأرواح الشريرة، ودفع شرور مرض الطاعون[1].

ويقول أبقراط اليوناني أن الطب قياس وتجربة وعن طريق هذه المحاولات والتجارب في مجال الصحة والمرض، ربط المعالجون ربطاً منسقاً بين أسباب المرض والطرائق العلاجية وهكذا كانت بداية الطب... أو ما يمكن تسميته بالمعرفة الطبية.[2]

كما أن معظم معتقدات الطب الشعبي لدى شعوب المجتمعات الغربية مستمدة من النظرية اليونانية القديمة والتي نسبت أفكارها إلى أبقراط وجالينوس والتي تعود إلى 2697، 2597 ق،م.

ومن معتقداتهم أن الشعور بالمرض هو عدم التوازن في النظام الطبيعي، أو قد ينسب بشكل متباين للعقاب الإلهي أو السحر، والعلاج يكون بالإيمان أو بالطبيعة ويستعاد التوازن بالأدوية العشبية أو بالقوة الإلهية أو الدينية، حيث يزعم المعالجون أنهم على اتصال بالقوة الإلهية والقادرة على إبعاد الخطيئة عن المريض واستعادة الصحة.

فالطب اليوناني الذي جاء به أبقراط والذي كان شديد الإيمان بقوة الطبيعة الشافية حيث كانت من ضمن وصاياه للمرض بالهواء النقي والطعام الجيد، وكذلك مزج العسل بالماء والخل....والتدليك والاستحمام والنظافة، فهذه الممارسات في نظره من شأنها محاربة المرض.

والجدير بالذكر أن الطب اليوناني مستمد من الطب المصري القديم، أي الطب الشعبي الفرعوني" حيث عرف عن قدماء المصريين بممارستهم للتدليك، واستخدموا في إجرائه الزيوت النباتية والعطرية، ونقله عنهم الإغريق"[3].

[1] نفس المرجع، ص 105.

[2] عبد الرزاق صالح محمود، **الطب الشعبي في منظور الأطباء الطب الحديث (دراسة ميدانية في مدينة موصل)**، العدد 18، 2002، ص 128.

[3] نجلاء عاطف خليل، مرجع سابق ذكره، ص105.

2-3. الطب النبوي: لقد ظهر الإسلام في وقت انتشر فيه السحر و الشعوذة، وعليه فقد جاء الرسول (ﷺ) يدعو بترك تلك الممارسات العلاجية على أيدي الكهنة ورجال الدين، وعدم الإيمان بما يروجون له في قدرتهم على طرد الشياطين، كما حارب طرق العلاج التي كانت منتشرة قبل الإسلام والتي كان أساسها هو السحر والشعوذة.

فبالنسبة للإعتقادات والأوهام التي كانت سائدة عند العرب الجاهلية في مجال الطب الشعبي والممارسات العلاجية المتبعة في الوقاية والعلاج من المرض، منها أن الغلام إذا سقطت له سن أخذها بين السبابة والإبهام واستقبل الشمس إذا طلعت وقذف بها قائلا: ياشمس أبدليني بسن أحسن منها [1]،اعتقادا منهم أنه إذا لم يفعل ذلك ستنبت سن أخرى مشوهة.

وكان يعلق فك الخروف أو قرونه فوق باب المنزل، اعتقادا منهم أنه يبعد العين والحسد وتحمي المنزل وأهل المنزل من ذلك.

وبعد مجيء الإسلام حاربه جميع هذه الاعتقادات التي لا أساس لها من الصحة، فالمتأمل في كتب الطب النبوي يجد أنه ينقسم إلى ثلاثة أنواع وهي: الطب الإلهي والطب الطبيعي وأخيراً الطب الذي يمزج بين النوعين أي الإلهي والطبيعي.

فالطب النبوي قدم لنا ممارسات علاجية على قدر كبير من الأهمية وأكد على ضرورة ممارستها، وفي قول الله عزوجل: ﴿ وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ ﴾ الآية (80) الشعراء. فجاء في الحديث النبوي الشريف ببيان لعظمة رسالة الإسلام حتى لا يأخذ الناس بالإتكالية وعدم الأخذ بالأسباب في قوله (ﷺ) "تداووا عباد الله، فإن الله لم يضع داء إلا وضع له شفاء..." [2]

فهناك من الأيات القرآنية والأحاديث النبوية، التي تذكر الفوائد الصحية والطبية لبعض الأطعمة كالعسل والتين والزيتون...، فقد اهتم المسلمين بأحاديث النبي (ﷺ) خاصة المتعلقة بالطب والتي تحولت مع الزمن إلى ما يعرف بالطب النبوي، وقول الرسول

[1] رحاب خضر عكاوي، **الموجز في التاريخ الطب عند العرب**، ص 69.

[2] فيصل المعمر، **الحوار الطريق الأمثل للخروج من المأزق التاريخي**، المكتبة الخالدية بالقدس، القدس، 2014، ص53.

(ﷺ) "أن الله لم يضع داء إلا وضع له شفاء" [1] وهذا ما أعطى دافعا لأطباء المسلمين وانطلقوا وهم واثقين أنهم سيجدون علاجاً لكل مرض.

ومن الإنجازات التي حققوها في مجال علوم التشريح والحساسية والبكتيريا، علم الأعشاب وعلم الأجنة والتوليد...وغيرها.

وعليه كل ماورد في الكتاب والسنة من أوامر ونصائح أو نواهي إنما هي لمصلحة البشر،تكمن خلفها أسرار من العلم[2] فسبحان من قال: ﴿ إِنَّا كُلَّ شَيْءٍ خَلَقْنَاهُ بِقَدَرٍ ﴾[3].

فالطب النبوي علاج للروح والعقل فضلاً عن البدن، للمجتمع والفرد والإنسانية على مر الدهور والعصور، فقد حث الرسول (ﷺ) على وجوب الدراسة والتعلم وممارسة الطب كما كان ينصح باستدعاء الطب الحاذق المتمكن من عمله وخبرته،وقد جاء في قول الرسول (ﷺ) "إن الله لم ينزل داء إلا وله دواء".

وورد عن مؤلف في فصل بعنوان "في الأدوية النبوية" الذي يشرح فيه الحديث الشريف الوارد عن الرسول (ﷺ) الذي يبين فيه الفوائد النفسية والروحية والجسدية للصلاة فضلا عن كونها عبادة واجبة وركن من أركان الإسلام.

فعن أبي هريرة (رضي الله عنه)أنه أشتكى يوماً وجعاً شديد في بطنه جعله يلتوي ألماً حتى رآه الرسول (ﷺ)، فقال له:" قم فصلِّ، فإن الصلاة شفاءٌ "

ومن الأمور التي نهى عنها الرسول (ﷺ) تجنب الطعام المكشوف والماء المكشوف لئلا يسقط فيه حيوان سام فيقتل آكله وشاربه،" غَطُّواْ الإِنَاءَ وَأَوْكِفُواْ السِقَاءَ [4] فَإِنَّ بِالسَّنَةِ لَيْلَةً يَنْزِلُ فِيهَا وَبَاءٌ مَنْ السَّمَاءِ لا يُصَادِفُ إِنَاءً مَكْشُوفاً إِلاَّ وَقَعَ فِيهِ مِنْ [5]

---

[1] www.aljazeera.net، 2017،00:30/01/13صباحا.

[2] عبد الباسط محمد السيد، **موسوعة الأم للعلاج بالأعشاب والنباتات الطبية Medicinal Herbal Goud**، دار ألفا للطباعة والنشر، ط4، 2010، ص54.

[3] (49) سورة القمر.

[4] أوكفوا : أوكا، ويقال أوكى القربة وعلى مافي القربة، أي شدها بالوكاء أي بالربط.

[5] الحافظ أبي عبد الله محمد بن أحمد الذهبي، **الطب النبوي**،(بتصرف)، دار إحياء العلوم، بيروت، ط2، 1990، ص ص 7-37.

ذَلِكَ اَلْوَبَاءِ "، وللحفاظ على الصحة ووقايتها من كل داء ومرض نزل الله تعالى آيةجمع فيها الطب وما يدعي به الطب الحديث من حميات وتغذية صحية [1] لقوله تعالى ﴿ وكُلُواْ وَاشْرَبُواْ وَلاَ تُسْرِفُواْ ﴾[2] ، وفي هذا قول الرسول (ﷺ) " المُؤْمِنُ يَأْكُلُ فِّي مَعِّي وَاحِدْ وَاَلْكَافِرْ يَأْكُلُ فِّي سَبْعَةِ أَمْعَاءْ" ويقول إبن سينا احذر طعاماً قبل هضم طعام وعلم أن الشبع بدعة، وكان الرسول (ﷺ) إذا اشتكى من ضر رقاه جبريل "وقال باسم الله يبريك ومن كل داء يشفيك ومن شر حاسد إذا حسد ومن شر كل ذي عين" وكان الرسول (ﷺ) قال" اللهم رب الناس مذهب البأس أشف أنت الشافي، لا شافي إلاَّ أنت شفاءٌ لا يغادر سقما وكان الرسول (ﷺ) عند الرقية يقول: " أمسح البأس رب الناس، بيدك الشفاء لا كاشف له إلا أنت "، ويشترط أن تكون الرقية باللسان العربي وأن تكون بكلام الله تعالى أو بأسمائه وصفاته وضرورة الإعتقاد من الراقي و المسترقي أن تأثيرها لا يكون إلا بإذن الله عزوجل [3].

وفي مجمل القول يمكننا القول أن كل ما جاء في الكتاب والسنة النبوية الشريفة من قواعد وأسس علاجية صحيحة، حيث لم يكن الإهتمام بالمريض فقط بالمعالج في حد ذاته، حيث وضع قواعد للقائمين على مهمة العلاج ومن أهم هذه القواعد هي احترام الطبيب للمريض وعدم إفشاء أسراره وأن لاستخدم علاج لا فائدة له للمريض، كما يمكن أن يعالج المريض من قبل أديان أخرى، وهذا ما جعله يكون محل اهتمام العديد من العلماء .

[1] نفس المرجع، بتصرف، ص ص 7-37.

[2] (31) سورة الأعراف.

[3] حسن بن أبكر مقبول القدمي وعبد الرحمن بن عبد الله القدمي، **صحيح المسند في الطب النبوي**، مكتبة الإمام الوادعي للنشر والتوزيع، اليمن، 2010، ص ص 33-36.

3- خصائص الطب الشعبي :

من خصائص الطب الشعبي الذي يميزه عن الطب الرسمي، أن الطب الشعبي ينظر إلى الكائن البشري كوحدة واحدة لاتتجزء، تشمل البعد الروحي والعقلي والجسمي والإجتماعي فهو كما سبق سبق الذكر له صلة وثيقة بالحياة الإجتماعية والثقافية التي تشكل هوية أفراد مجتمع ما وعليه سيتم عرض أهم خصائص الطب الشعبي في النقاط التالية:

1. اقتراب المعالج من المريض وتفهم ظروفهم وخلفياتهم.
2. كثرة تكاليف العلاج الحديث مابين أجر الطبيب وثمن الفحوصات وإشاعات وتحاليل طبية علاوة على طابع العلاقات الرسمية بين الأطباء والمرضى [1]
لذلك يعجز المرضى الفقراء على تحمل هذه النفقات، فيقصدون العلاج الأقرب قلبا وقالباً والأيسر أجراً وإجراءً [2].
3. ينظر الطب الشعبي نظرة شاملة إلى الفرد أي أن المعالج يقوم بفحص المريض من جميع الجوانب وذلك أن الإنسان لا يعيش بمعزل عن الحياة الإجتماعية.
4. لا يوجد أضرار جانبية من ممارسة الطب الشعبي، بمعنى أن الأعشاب إن لم تنفعه فلن تضره لأنها لا تحتوي على مواد كيماوية أو مضاعفات مضرة بالجسم وحياة المريض.
5. كثير ما يقدم الطب الشعبي علاجات للأمراض التي لم يصل إليها الطب الحديث منها أمراض المفاصل والعظام، وحتى الأمراض النفسية التي يختصرها الطبيب الشعبي في المواظبة على الدين والتمسك بالكتاب والسنة وذلك عن طريق عدة ممارسات جاء بها هذا الأخير [3] .
6. يعتمد بدرجة كبيرة على النقل اللفظي(السمعي)، وبالرغم من أنه قد يتأثر بالمطبوعات مثل الكتيبات والمنشورات.

---

[1] علي المكاوي، **الأنثروبولوجية الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية**، المنهل دالية الكرمل، قطر، دون سنة نشر، ص 132.

[2] نفس المرجع، ص 132.

[3] بيل غوتليب، **إختبارات جديدة في علاج الطب البديل**، مكتبة جرير، السعودية، 2003، ص 22.

7. يعد نظاماً غير رسمي في البناء الصحي نسبياً، بالرغم من أنه قد يتم تدريب المتخصصين فيه في مراكز تدريب مهنية رسمية.

8. لا يهدف إلى الربح، مع أن بعض المتخصصين فيه مثل العشابون قد يتقاضون بعض المدفوعات النقدية أو المبادلات.

9.يمارس بواسطة ممارسين طبيين من خارج المؤسسات الطبية الرسمية [1].

10. يؤكد الطب الشعبي على إتباع نظام غذائي مناسب، مع ممارسة تمارين رياضية وإقامة علاقات إنسانية وسلوكيات إيجابية وبيئية [2].

11. يعتمد الطب الشعبي في عمله العلاج على النباتات الطبية التي يحبذ أن تكون مزروعة في نفس البلد الذي يمارس فيه العلاج، فهي تجنب الفرد تناول العقاقير وإجراء العمليات الجراحية [3].

12. الإعتماد على وسائل علاجية بسيطة متوفرة في البيئة المحلية والتي بإمكان المريض تحضيرها بنفسه كما أنه يعتمد بشكل كبير على الخبرة ووراثة الممارسات العلاجية ممن سبق. [4]

4- أنماط الطب الشعبي:

4-1. الطب الشعبي الطبيعي: و يتخذ تسميات متعددة كالطب الشعبي النباتي أو العشبي وهذا الفرع يعكس رد فعل الإنسان أو استجابته لبيئته الطبيعية، والتي يلجأ فيها لاستخدام الأعشاب النباتات والمعادن في علاج أمراضه [5]وردود أفعال واستجابات أخرى اتجاه علم الحيوان وعلوم الطبيعة الأخرى، مثل المعادن وأدوارها التي مكنت

---

[1] نجلاء عاطف خليل، مرجع سبق ذكره، ص ص 260 261.

[2] بيل غوتليب، مرجع سبق ذكره، ص 22.

[3] مرجع سابق، ص 22.

[4] مريم لنصاري، **الطب الشعبي بين الحتمية السوسيوثقافية وتحديات نسق الطب الحديث**، شبكة ميناء للمؤتمرات والدراسات، جامعة تمنراست، د ت، ص 7.

[5] أليس اسكندر بشاي، **الإتجاهـــات الحديثة في دراسة الطب الشعبي التقليدي**، دار الميسر للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2009، ص 79.

الإنسان عن طريق التراث التجريبي الطويل من اختبار كفاءتها جنبا إلى جنب مع النباتات الطبيعية [1].

فمن أهم استجابات الإنسان للطبيعة في مراقبته للحيوانات واستنباط عدة طرق للعلاج من الأمراض، منها عرف أن الشيح مفيد للإسهال ومن يعاني البرد وغيرها من الفوائد الصحية لهذه العشبة، حيث كان يلاحظ أن الحيوان إذا أصيب بالإمساك اتجه بفطرته إلى هذه الأشجار(السنامكي) الشيح بأنواعه ويأكل منها ما يكفيه ليتعافى.

فمن خلال مراقبة الإنسان للحيوان توصل إلى عدة أعشاب وثمار أن بها مواد مطهرة ومعالجة لما كان يتعرض له من أمراض، خاصة في البيئة الصحراوية فقد كانت الإبل تصاب بأمراض في الجلد تشبه(القرع) وتصبح مناطق في الجلد ليس بها وبر فكانت تحك جلدها على أشجار تخرج منها مادة ميعة(مواد قطرانية) كما استخدم الإنسان الأول (البدائي) الرماد الذي كان يجمعه من الموقد الذي كان يستخدمه لطهي طعامه و الإضائة به، في علاج الجروح والخدوش في إيقاف النزيف وهذا كله من مراقبته للحيوانات.

كما اكتشف نوعاً من النباتات تجعله يغط في النوم(الخشخاش– الداتورة) السكران وهناك أعشاب يتناولها الحيوان بقصد أو بغير قصد تجعله في حالة يقظة ونشاط خاصة في موسم التزاوج وبين فصول السنة منها (الكاكاو) أو البسباس الهندي .

هناك الكثير من إناث الحيوانات (الماشية) أثناء حملها وبعد الولادة تقبل على الإكثار من تناول الأعشاب الخضراء وبعض من الأعشاب والنباتات البرية وذلك لإدرار اللبن الذي تتنوع فيه العناصر الغذائية [2]، ومن خلال دراستنا الإستطلاعية وجدنا هذا النوع من الأعشاب يستخدم في منطقة أدرار، وذلك أن المرأة بعد الولادة تتغذى على أطعمة على طعام يسمى بـ(عيش السراير) ويحتوي على عدة أعشاب منها ألال زعتر، فليو، كمونة رقيقة، بدور القسبرة، قرطوفة، مريوة، مالويزة، الحبق، البسباس

[1] محمد عباس إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص 235.

[2] عمر عبد الرحيم سعيد، **عالم العطارة**، دار الهداية للطباعة والنشر والتوزيع، الكويت، ب ت، ص 14.

لازاز، شجرة الدواء، وذلك لإدرار الحليب وتعويض المرأة من الطاقة والقوة لتتمتع بصحة جيدة وسليمة.

4-2. الطب الشعبي الغامض(الديني السحري): ويطلق عليه بمرحلة ما قبل العلمية حيث يعتمد في طرقه وأساليبه العلاجية على ممارسات السحر والشعوذة والغيبيات مما أدى إلى ظهور مسميات محلية مثل الشامان أو ما يعرف بالطبيب الساحر [1]. والمعالج الروحاني Faith Heabrs وقارئي البخت والكف Fortune Tellers وغيرهم من الدجالين وأصحاب المعرفة الطبية الشعبية [2]، ويستخدم في السحر عدة وسائل لعل أهمها التعويذة التي هي عبارة عن كلمات مفهومة أو غير مفهومة يقولها الساحر أو يكتبها بطريقة معينة لشخص ما يأمره بأن يضعه في مكان ما، سواءً ثيابه أو جسمه من أجل قهر أو إبطال أفعال عدو ما.وقد تستعمل التمائم أيضاً كحالة احتياطية ضد العمل السحري الخارجي، كما قد تستخدم رقية المشعوذين التي يستعان بها ضد الشر وقد تكون الرقية من العين الحاسدة حيث تحرق بعض من الأشياء أو تضاف أشياء [3] أخرى مثل الملح [4]، فالاعتقاد السائد لدى المعالجين بهذا النوع من الطب أن المريض أو الذي يعاني من علة ما أن يقوم ببعض الممارسات العلاجية وهي كالتالي:

- **الزار** كطقس علاجي ويطلق عليه في الجزائر (اَلْزَرْدَةْ، اَلْتَهْوَالْ، اَلْوَعْدَةْ) فتعتبر هذه الأخيرة ظاهرة ثقافية توجد في الكثير من المجتمعات ويتخذ أسماء مختلفة ومن هذه الأسماء نجد Trumba،Shamanisme .

فالمجتمعات التي تستخدم الزار تشترك في العديد من الخصائص عند القيام بحفلات الزار، على الرغم من اختلافها في التفاصيل، ومن هذه الخصائص نذكر:

1. يتعرض المشاركون في الزار إلى حالات وأعراض مختلفة مثل الإغماء وفقدان الوعي.

---

[1] أحمد خشاب، **دراسات في علم الإجتماع والأنثربولوجيـــــا**، دار المعارف، القاهرة، 1975، ص 86.

[2] مرجع سابق، ص 86.

[3] لبقع زينب، مرجع سبق ذكره، ص 193.

[4] نفس المرجع، ص 193.

2. ممارسات الزار تتضمن الموسيقى والرقص والغناء.
3. الإعتقاد بوجود صلة بين الأرواح والناس. [1]

فمصطلح الزار يشير إلى تلك الشعائر والطقوس التي ارتبطت بممارسته إلى أن هناك بعض الأرواح الشريرة تلتصق أو تتواجد مع بعض الأفراد، وتأخذ تلك الكائنات الغيبية بمسميات متعددة مثل إبليس والجن والشيطان والعفريت وهم خوارق غيبية تسبب الأمراض واعتلال صحة الأفراد تحت ظروف صحية ونفسية معينة يمرون بها في حياتهم، مما تتطلب حالتهم المرضية ضرورة علاجهم عن طريق إقامة حفلات الزار.

حيث تمارس هذه الحفلات بواسطة شيوخ الزار من رجال ونساء على السواء وكان يطلق على الشخص المسلم القائم على طرد الأرواح الشريرة، اسم شيخ الزار. [2]

4-3. العلاج بواسطة زيارة الأولياء الصالحين: فالأولياء في المعتقد الشعبي هم بعض الصالحين الذين يتميزون بالتفوق عادة ويظهرون من الكرمات مايدل على جدارتهم بلقب الولاء، كما أن هناك أولياء من الذكور والنساء، بين الصورة الشعبية والصورة الإسلامية حيث أن الأولياء في العقيدة الإسلامية أولئك الأشخاص المخلصون لله، والعقيدة الإسلامية لم تعرف شيء إسمه مقام الأولياء.

فالأولياء في المعتقدات الشعبية... يستطيعون ممارسة ألوان وأصناف عديدة من المعجزات لا نستطيع حصرها جميعاً ومن أشهرها إحياء الموتى، مخاطبتهم للموتى والمشي على الماء، القدرة على تحويل الأشياء مثل تحويل الماء إلى عسل، مخاطبة

[1] سعيدة شين، **التصورات الإجتماعية للطب الشعبي**، مرجع سبق ذكره، ص 194.

[2] صولة فيروز، **الخدمة الصحية غير الرسمية في المجتمعات الثامنة عوامل استخدامها وانتشارها**، دراسة ميدانية في مدينة بسكرة، مذكرة لنيل شهادة الماجيستير، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية، قسم علم الإجتماع، تخصص علم الإجتماع التنمية 2006، ص 67.

الأشجار والحيوانات، شفاء المرضى والتواجد في أكثر من مكان في نفس الوقت والتنبؤ بالكوارث، فالمتمتع بالعناية الإلهية القدرة على تحويل شكله وتغيير هيئته [1].

فمن أشهر الأمراض التي من أجلها يذهب الناس إلى أضرحة الأولياء ولتماس الشفاء هي:"الحمى بأنواعها، العقم والأمراض الجلدية والأمراض العصبية والنفسية والعيون، وغيرها من المشاكل الإجتماعية المختلفة" [2].

4-5. الطب الشعبي الديني: حيث يعتمد هذا النوع من العلاج على فلسفة الإيمان واعتقاد المعالجين على قدرتهم بإذن الله عزوجل على إشفاء المرضى واعتقاد الناس المستفدين من العلاج إلى حد اليقين بأن الرقية تشفيهم من الأمراض، فهناك معالج يقوم بعمل علاج مزدوج، كأن يكون المعالج أو طبيب الأعشاب يقوم بالرقية لحاجة المريض لشكلي العلاج فهناك مركبات ومستحضرات دوائية ومستخلصات زيوت نباتية ومبيعات مثل الحبة السوداء والسواك والعسل وغيرها من المبيعات التي تباع في الأسواق ولا يمكن إخفاء قدرتها ودورها العلاجي والطبي في مجال الصحة والمرض والتي عادة ما يتمسك بها الناس ويلجئون إليها في علاج أمراضهم لأهميتها الدينية. [3]

ففي مقدمة الممارسات الدينية تأتي الرقى الشرعية المستخدمة في العلاج، ولها جذور قديمة سابقة على الأبدان، فقد روي عن إبن غنون بن مالك" كنا نرقي في الجاهلية فقالواْ: يارسول الله كيف ترى ذلك فقال أعرضواْ علي رقاكم، لآبأس بالرقى مالم يكن بها شرك [4]،" كما يفضل أن يؤذي الإنسان الرقى لنفسه أو لأفراد أسرته ويفضل كبار السن غير المنقطعين عن العبادة وأداء الفرض.

تعتمد الرقية على آيات من القرآن الكريم وأسماء الله الحسنى وبعض الأدعية، فقد ساهم الدين الإسلامي في تدعيم تلك الممارسات استناد إلى بعض الآيات في قوله

---

[1] محمد الجوهري، **علم الفلكلور دراسة المعتقدات الشعبية**، الجزء 2، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988، ص ص 82-43.

[2] نفس المرجع، ص82.

[3] عبد الرزاق صالح محمود، **الطب الشعبي في الأسواق "دراسة ميدانية في مدينة موصـل"**،مركز دراسات الموصل، العراق، 2009، ص 126.

[4] حسن بن أبكر مقبول القدمي وعبد الرحمن بن عبد الله القدمي، مرجع سبق ذكره ، ص34.

تعالى﴿ وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَاراً ﴾ الإسراء (82) ، ﴿ وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ ﴾ الشعراء(80).[1]

كما أن للحجامة دور في العلاج حيث أكد عليها الرسول (ﷺ) وأهمية لتداوي بها قال (ﷺ) " عليكم بالحجامة ... فإنها تسعى من خمسة أدواء ذكر منها الجذام"، كما كان عليه الصلاة والسلام يحتجم في الأخدعين* والكاهل** [2] .

أما عن الكي فإن الرسول (ﷺ) كان يستعمله في حالة الضرورة، وكان يفضله كآخر أنواع العلاج وجاء في الحديث البخاري قول الرسول (ﷺ)إن كان في شيء من أدويتكم خير، ففي شربة عسل أو شرطة محجم أو لذغة من النار، وما أحب أن أكتوي وأن آخر الدواء الكي" [3]، نظراً لما في الكي من تعذيب [4] .

5- مؤهلات ممارسو الطب الشعبي:

إن المعارف والمؤهلات التي يتمتع بها الممارسون لها تأثير مباشر على سلامة المريض، ثم إن الطرق التي يُحصِّل بها ممارسو الطب الشعبي على معارفهم ومهاراتهم تختلف وتتباين من بلد إلى آخر.

ففي بعض البلدان أصبحت بعض الممارسات معتمدة ومتجذرة، وأصبح يطلب من الممارسين استكمال برنامج تدريبي وتعليمي رسمي، ففي أوربا وبلدان أمريكا الشمالية مثلا ينبغي على الممارسين في كل من طب العلاج اليدوي، وطب المداواة الطبيعية وطب الأعشاب والهياكل والعظام، أن يكونواْ قد التحقواْ ببرامج تعليمية في مستوي جامعي في هذه التخصصات، كذلك الحال في الصين وجمهورية كوريا، والهند و

---

[1] سعاد عثمان، **الطب الشعبي دراسة في إتجاهات وعوامل التغير الإجتماعي في المجتمع المصري**، مركز البحوث والدراسات الإجتماعية، القاهرة، 2002، ص163.

[2] بن قيم الجوزية، **الطب النبوي**، مؤسسة الرسالة، ط5، د م ن، 1983، ص 297.

* الأخدعين: عرق جانب الرقبة

** الكاهل: بين الكتفين

[3] زهير أحمد السباعي، **طب المجتمع حالات دراسة**، دار العربية للنشر والتوزيع، 1995، ص ص 51،52.

[4] عبـد الرزاق الكيلاني، **الحقائـق الطبيـة في الإسـلام، توزيع دار البشير**، جدة، د ت ، ص 365.

الفيتنام... فالأطباء الذين يمارسون أنماطاً معينة من الطب الشعبي ينبغي أن يكونواْ من خريجي الجامعات، إضافة إلى التعليم والتدريب، حيث وضعت عدة دول قوانين خاصة بممارسي الطب الشعبي [1].

ففي نظام التعليم الخاص بممارسي الطب الشعبي في الهند، حيث أن كافة النظم الطبية الشعبية الستة المعترف بها رسمياً في الهند" الأيورفيدا، واليوغا، الطب الطبيعي والطب اليوناني، طب السيدها، وطب المعالجة المثلية"، فقد اعتمدت نظم تعليمية ثابتة تخصها، حيث يوجد بالهند 508 من الكليات بطاقة إستعاب وقبول مقدارها 25586 طالبا جامعيا، من بين هذه الكليات 117 كلية تستقبل 2493 خريجاً من أقسام الدراسات العليا، ولا يتم إنشاء أي كلية من هذه الكليات إلابعد الحصول على إذن من الحكومة المركزية والموافقة المسبقة على بنيتها التحتية وعلى مناهجها الدراسية، كما تتعرض هذه الكليات إلى عمليات تفتيشية سنوية مفاجئة للتأكد من تطبيق المعايير التعليمية المحددة [2].

ومن خلال الدراسة الإستطلاعية التي قمنا بها تبين أن الممارسات للطب الشعبي في المجتمع الدراسة لا يحمل أي مؤهل علمي مقدم من قبيل جهات تكوينية خاصة أو مراكز بحث علمية أو جامعات، فالمؤهلات المعالج الشعبي في المنطقة تشكل عن طريق الوراثة والمعرفة المتوارثة(الحكمة) أبا عن جد، والامتيازات والشهادات تتجسد في الشهرة التي حققتها العائلة في مجال علاجها، أما عن الراقي فأنه يتلقى العلم والقرآن وأصول وأحكام الفقه والدين من مدارس قرآنية خاصة.

6- أنواع الممارسات التطبيبية في المجتمع الجزائري:

إن لكل الشعوب طبعها الشعبي الذي يعتمد على وصفات ثبتت صحتها، وتوارثت من جيل إلى جيل، والمجتمع الجزائري كغيره من من المجتمعات توارث الحكمة في مجالات مختلفة من بينها الطب ومداوة الأمراض من خلال إعادة إنتاج وصفات طبية، ومن بين الممارسات التطبيبية المتعارف عليها نذكر

[1] منظمة الصحة العالمية، مرجع سبق ذكره، ص ص 30، 31.
[2] نفس المرجع ، ص 31.

➢ **الوصفات الوقائية** أو ما يسمى(بدواء العرب) وهي تنقسم بدورها إلى عدة أنواع وذلك حسب الغرض المراد منها، فبعضها ليست طبية واضحة، لكنها أقرب إلى النصائح الجمالية العامة Cosmétique مثل هذه الوصفات قاع الخيار للوجه أو قناع الطين، مزيج المشمش الجاف مع الماء الدافئ.[1]

كما أن هناك وصفات وقائية بالمعنى الدقيق Prophylactique وتكون أقرب إلى النصائح والإرشادات الطبية المتخصصة في الوقاية من أعراض مرضية معينة.ففي مجال الوقاية من الأمراض يعتبر شرب لبن المعز والإبل تقوية للمرضى والأصحاء على السواء، ويستخدمون عسل النحل وزيت الزيتون على الريق لمنع فقر الدم وأكل لحم الحصان مفيد لمرضى السكري، ويستخدمون الخرزة الزرقاء للمرأة والرضيع(المولود الجديد) وذلك لطرد العين الحسد [2].

وما تم ملاحظته من خلال الدراسة الإستطلاعية التي قمنا بيها، أن معظم العائلات المجتمع الأدراري يوضع للمرأة والرضيع صرة* تحتوي على عدة أعشاب (المَنُاسْ،الحَرْمَلْ، لآدَادْ، لُبَانْ الذكوره، فِيْجَلْ، شجرة الدواء) وتربط بخيط أبيض وأسود في رجل الأم ورضيعها طيلة فترة النفاس لمدة أربعون يوما لحمايتها ورضيعها من المس والشياطين ورد العين والحسد.

➢ **أما الوصفات العلاجية :** تنقسم إلى أنواع من الممارسات التطبيبية منها ما ينطلق من العنصر العلاجي نفسه، مثل الخصائص العلاجية لزيت الخروع، زيت الزيتون وشرب التزانة " Tiziana"، المَرِيَوَة والحبق والشيح، فكل هذه الأعشاب والزيوت نجدها في المحلات والأسواق الشعبية وفي الصيدليات الجزائرية عامة. [3]

[1] لبقع زينب، مرجع سبق ذكره، ص ص 123—128.
[2] نفس المرجع،ص ص ،123- 128.
[3] مرجع سابق، ص 128.

- **الممارسات الجراحية:** فهناك أمراض لايفيدها العلاج بالعقاقير التقليدية المعروفة وإنما تستدعي ممارسات جراحية كالكي والحجامة، وعمليات العيون وتضميد الجراح.... وغيرها [1]

فمن ضمن هذه الممارسات نذكر:

- **الحجامة:** وهو استخراج الدم الفاسد أو الزائد من الجسم، وهو المكان الذي يحجمه الحاجم وهو محترف الحجامة، وهي تحجيم الدم في الكم والكيف المناسب واللائق بالصحة مما يقتضي استخراجه إن كان فاسداً أو زائداً، وعلمياً هي نوع من الجراحة التي تحجم موضع الداء، ثم تستخرجه دماً فاسداً يكون سبب الداء... أو التخفيف من وطأة الدم وهياجانه، مما يريح القلب والكبد والرئتين والمخ وكل خلايا الجسم مع تنشيط مراكز الطاقة الكامنة والظاهرة والدورة الدموية وسحب السموم من المراكز التي تتمركز فيها في الجسم [2].

ويتم إجراء التشخيص من قبل المعالج بالحجامة بتدريب المعالج على مهارة التشخيص نفسها التي يخضع لها الطبيب التقليدي ونظرته الشاملة للمريض، فهو يبحث عن السبب الخفي والأساسي للمشكلة الدقيقة بدلا من معالجة الأعراض [3].

بمفردها، ذلك أن معالجة الأعراض أو تسكينها لايساعد في الواقع الجسد على محاربة المرض أو العلة نفسها، حيث يتم ذلك بطرح عدة أسئلة ومفصلة بخصوص الأعراض المشتكي منها. [4]

- **الكي والتشليط :** ويعتمد في ذلك على حديدة محماة أو بحجر أو قطعة من خشب... ويقال أن وضع الثوم مدقوقاً على الجروح مفيد، وتقطير الخل على الجرح يمنع النزيف، وعضة الكلب يكوى حولها بالنار وتضمد بالثوم والملح المدقوق دقاً ومعجون بالعسل، وفي حالة لدغة الأفاعي يربط أعلى مكان اللدغة بحبل قوي

---

[1] أبو الفداء محمد عزت محمد عارف، **أسرار العلاج بالحجامة والفصد**، دار الفضلة للنشر والتوزيع والتصدير، القاهرة، د ت، ص 35.

[2] نفس المرجع، ص 35.

[3] أحمد حجازي، **التداوي بالأعشاب والنباتات**، جسور النشر والتوزيع، الجزائر، 2009، ص 50.

[4] نفس المرجع، ص 50.

ويضغط لمنع سريان السم في الجسم وضمد المكان بالثوم والملح، أو الثوم والعسل ويشرب اللبن أو الخل وسكر وهناك طريقة أخرى يستعملها بدو الجزائر وهي تشليط المكان ووضع مزيج من عشبة " الرمث وزيت الزيتون" كما يستعمل التشليط لعلاج مرضى فقر الدم أو مايسمى بالعامية (بوصفير) وهناك أفراد مختصون في هذا العلاج حيث يقوم المعالج الشعبي بتشليط أعلى الرأس ويوضع مزيج من " البارود العربي والثوم " ويمنع الإغتسال لمدة ثلاثة أيام، وعدم تناول أنواع معينة من المواد الغذائية...[1]

- **التجبير:** (جبيرة العرب) في حالة كسور أضلاع الجسم يقوم المعالج التقليدي" المجبر" بتشخيص حالة العظام ثم إعادة العضو المكسور إلى حالته الطبيعية، ثم يستعمل حمام بخاري فوق العظام المكسورة، كما يتم استخدام مزيج من الزيوت والأعشاب.[2]

❖ **أسلوب وأدوات العمل لدى المعالج الشعبي** : وهنا نجد اختلاف في الأدوات وأساليب العمل في الطب الشعبي فيما بين الدول وحتى داخل هذه الدول نفسها، وذلك تبعاً لعدد من العوامل الثقافية والأهمية التاريخية والتشريعات.

ونظراً لعدم وجود طريقة موحدة للتحقق من طرز الإستعمال [3]، سيتم التحدث عن بعض هذه الأدوات والأساليب العمل بها حسب كل صنف من أصناف الطب الشعبي.

- **الراقي :** يعتمد في عمله على عدة أساليب أولها يقوم بالتشخيص ثم العلاج وبعد ذلك الإجراءات العلاجية وهذا ماتبين وما تم ملاحظته في دراستنا الإستطلاعية.

في المرحلة الأولى يقوم الراقي بتشخيص المرض أو العلة على حسب ماوصف له الزبون وظروفه الإجتماعية والعائلية المحيطة به، ومن خلال هذا التشخيص يتم تحديد طريقة العلاج ويعتمد الراقي على تصورات ثقافية كمبدأ أساسي في العملية العلاجية وهنا يستخدم الراقي الوسيلة العلاجية التي تعتبر كأساس لكل علاج بغض النظر عن نوع المرض أو المعاناة وهو استعمال القرآن ويكون عن طريق التلاوة أو كتابة آيات

[1] لبقع زينب، مرجع سبق ذكره، ص 134.
[2] نفس المرجع، ص 134.
[3] منظمة الصحة العالمية، مرجع سبق ذكره، ص 26.

قرآنية التي تدفع السحر والعين والمس أو أدعية لطرد المرض والبلاء وتكون الكتابة بالزعفران على ورق أبيض أو على الأواني، كما يستعمل الماء وهنا يشترط أن يكون الماء من منبع طبيعي أوبئر أو الساقية، يرقى فيه ثم يستعمل للغسيل والشرب أو استعمال أدعية قرآنية مع بعض الأعشاب الطبيعية، وفي هذا الصدد يقول إبن الأثير عن الرقية "هي التعويذة التي يرقي بها صاحب الآفة كالحمى والصرع وغير ذلك من الآفات".

وقال الجوهري في مختار الصحاح: الرقية، العوذة وجمع رقى واسترقا فرقاه برقية، وعليه تعرف الرقية" بأنها تعويذة المريض بقراءة شيء من القرآن وأسماء الله الحسنى وصفاته مع أدعية شرعية باللسان العربي، مع النفث" [1]وتكون الرقية من قبل الراقي ويشترط في الرقية الطهارة والملابس المحتشمة.

- **الزار** : فالعلاج بالزار يتم في منزل الممارس الشعبي له، فإن كان شيخ الزار متمكن وذا خبرة يتم تشخيص الحالة وتحديد العلاج وتقديمه للمريض، دون إجراءات طقوسية أما إذا كان المعالج "شيخ الزار" لايملك المهارة والخبرة التي تمكنه من تشخيص حالة المريض دون جلسة زار، فلابد من إقامة جلسة طقسية خاصة، لتحديد ما إذا كان المريض مصاباً بالزار أم لا، وتسمى بالجلسة التحضيرية وبعد ذلك تتلوها جلسة علاجية كبيرة في بيت شيخ الزار(المعالج)، والأدوات المستخدمة في ذلك نذكر" الطبل، العطور النفاذة والشقر(مشموم) والريحان ومستلزمات العشاء مع القات وقد يعفى المريض من إحضار القات في بعض الأحيان، كذلك قد يطلب من المريض إحضار خاتم من الفضة وذلك لاسترضاء الأسياد، كما يشترط شيخ الزار عدة طلبات من روائح وبخور وطعام لعمل الجلسة كما يطلب ذبيحة ذات مواصفات خاصة بناء على تحديد الزار ذاته، إضافة إلى مبلغ مالي.

فالزار كما ذكره على المكاوي" هو عبارة عن تعبير مرضي عن بنية إجتماعية متوترة وعلاقات إجتماعية مضطربة وليس لهذه ولا لتلك مكان في نساق الطب الرسمي"، فالمعالج الزار يقوم مساعديه في إقامة الطقوس، أما شيخ الزار يقوم بالضرب على

[1] ابن العالية محمد بن يوسف الجوراني، **الرقية الشرعية من الكتاب والسنة النبوية**، دار النفائس للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 69.

طبلة من فخار والجلد المدبوغ وهي من أهم الأدوات لإحياء الطقوس وطشت من نحاس يضرب عليه المساعد و الكشكوش والبخور والمبخرة و البروش للجلوس عليه والعصا، أما الملابس الحمراء التي يتم توفيرها من قبل المعالج للحاضرين في طقس الزار، ومبلغ مالي آخر يدفع في صحن الدم والبخور.[1]

- **المجبر:** حيث يتم تخصيص حُجْرة مستقلة يقابل فيها مرضاه ويقوم بعلاجهم، كما يطلق عليه بالبصير، حيث يأمر المريض في بعض الأحيان في حالة الشق بإجراء أشعة في المستشفى على العضو المصاب، ثم يقوم المعالج بعدها بتحسس المواضع المحيطة بالألم عن طريق الأصابع حتى يحدد الموضع بدقة، ثم يدلك بالزيت حتى يستخرج العضلة المسببة للألم ويطرحها مكانها أما علاج شق في العظام، وخاصة شق الترقوة فيضع البصير لفافة من القماش تحت إبط المصاب فتعود إلى حالتها الطبيعية بعد ذلك، أما الشق عند الأطفال يبرأ دون علاج، بينما يعالج الفصل بتحريك المفصول في اتجاهه الصحيح حتى يقع الخن(ملتقى المفصلين) [2].
- **الأعشاب(العشابون):** حيث تتنوع الأساليب والأدوات، هناك أسلوب يعتمد عليه المعالج الشعبي في علاج ثقل السمع، حيث يتم إذابة الصبر في الماء ويقطر في الأذن ثم يحمى البصل على النار ويؤخذ ماؤها ويقطر في الأذن، كما يستخدم لعلاج ديدان البطن الشيح المطبوخ مع العسل ووضعه على البطن من الخارج يقتل الدود، أو أخذ عشرة رؤوس ثوم أو سبعة وتسحق وتعجن بالعسل وتأكل على الريق [3].

[1] علي المكاوي،مرجع سبق ذكره، ص ص 123—208.

[2] نفس المرجع، ص ص 123—208.

[3] محمدالجوهري، **الدراسات العلمية للمعتقدات الشعبية**، الجزء1، دار الكتاب للتوزيع، القاهرة، 1978، ص ص 186،187.

7- النظريات المفسرة للطب الشعبي :

7-1.مدخل السمات والذرات المنفصلة (كليمنتس) Atomized traits:

لقد قام كل من "**كليمنتس وفوزست**" بمحاولات لتوزيع السمات الثقافية المتعلقة بالصحة والتحكم في المريض وتم تحديد خمس سمات رئيسية لأسباب المرض في المجتمعات غير الصناعية، السحر الأسود Sotcery ،الضياع النفسي Soulloss ،خرق التابو Breach of Taboo ،إقتحام المرض عنوة Intrusion of disease ،إقتحام الروح Spirit وقد ذكر أن أي مجتمع يمكن أن يتسبب المرض به عن خاصيتين منهما معاً واستنتاج من التوزيع المكاني مدى كونها جزء من ثقافة معينة خضعت للدراسة. [1]

7-2. مدخل التكامل الوظيفي :

لقد ساهم الطب الشعبي في تطوير نظرية والمنهج في الأنثربولوجية السوسيوثقافية عن طريق التكامل الوظيفي لمكونات أنساق الرعاية الصحية داخل النسيج الثقافي للمجتمع ونظمه الإجتماعية 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 مند منتصف القرن أعطى الطب الشعبي أحدى الأبعاد الجوهرية في الثقافة التي يجب أن تخضع للبحث وأضاف منهج دراسات المجتمع المحلي مثل دراسات المكسيك وجواتيمالا والتركيز على تصورات المجتمع عن الإعياء، أسباب علاجه ودور المعالجين الشعبيين والعلاقة بين تصورات المرض والكون [2] ،

فتطابقت العلاقات بين ما بدا أنه ممارسات ومعتقدات صحية وبين الجوانب الأخرى للثقافة والتنظيم والإجتماعي.

---

[1] إبتسام علال وآخرون، **الصحة والبيئة دراسات إجتماعية أنثربولوجية**، د نا، د م ن، 2001، ص 128.

[2] لطرش أمينة، مرجع سبق ذكره، ص180.

7-3. مدخل الصيغ الثقافية(روث بندكت) :

تأثر "**اكركنخت**" بشدة بآراء " **روث بندكت**" ووضع الطب في مضمونه الثقافي وأن الديوان الذي يجب أخده في الاعتبار 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 أكركنخت نذيرا قام بتحويل جوهري من المدخل التاريخي للظاهرة المحلية إلى أجزاء مترابطة، وأن مفاهيم المرض وأسبابه وخصائص المعالجين جميع تتداخل مع بعضها البعض. [1]

[1] أليس اسكندر بشاي، مرجع سبق ذكره، ص ص 92—93.

خلاصة الفصل:

هذه لمحة مختصرة عن بدايات الطب الشعبي من فجر التاريخ، فقد حاولنا من خلال ماتم عرضه الإشارة إلى هذه البدايات عبر أهم الحضارات التي أشتهر فيها الطب الشعبي والإشارة إلى أبرز الأطباء في كل عصر، وأهم إنجازاتهم ومآثرهم عبر المستوى المحلي والعالمي، بالإضافة إلى الأهمية التي يكتسبها المعالج الشعبي في طبيعة العلاقة بينه وبين المقبل على العلاج.

كما تمت الإشارة في هذا الفصل إلى أصناف الطب الشعبي" طب شعبي طبيعي، طب شعبي ديني، طب شعبي غيبي، فالأول يعتمد على الأعشاب والثاني على الرقية الشرعية وأدعية والثالث على السحر والشعوذة.

الفصل الرابع

عرض وتحليل البيانات الميدانية

تمهيد:

بعد عرض الجانب المنهجي والنظري سيتم الآن عرض الجانب الميداني، فهو الجانب المهم في الدراسات السوسيولوجية، بحيث يحاول الباحث من خلاله الإجابة على التساؤلات الرئيسية والفرعية التي تم طرحها في الإشكالية.

وعليه سيتم التطرق من خلال هذا الفصل إلى العناصر التالية: لمحة عن الموقع الجغرافي والواقع الإجتماعي والثقافي لولاية أدرار، وعن العلاج الشعبي في الولاية ثم القيام بتحليل أسئلة الإستمارة المطروحة على المبحوثين، ثم تفريغها في الجداول مع القراءة الإحصائية والسوسيولوجية، ثم صياغة الإستنتاجات الجزئية مع العام فالخاتمة.

1- مدخل حول المجتمع الأدراري والعلاج الشعبي:

1-1. لمحة عن الموقع الجغرافي لولاية أدرار:

أ- التعريف بمنطقة أدرار (إقليم توات) :

لم تكن منطقة أدرار في نظرة العالم الخارجي في الفترة مابعد الفتح الإسلامي للمغرب العربي سوى واحة مخضرة يقصدها أصحاب القوافل العابرة للصحراء نحو أسواق إفريقيا الغربية (السودان)، ونظراً لبعد المنطقة عن مركز العمران فقد أصبحت مركزاً للنزاعات والحروب التي شهدها المغرب العربي، لذلك أتخذها الأهالي ملجأ لهم فراراً من الأعداء حيث فضلوا المكوث بالصحراء رغم قسوتها على الخضوع لحكامهم وظلت مفتوحة أمام هجرات القبائل المختلفة.

فهذه القبائل وفدت إليها على فترات متعاقبة وفي ظروف مختلفة، مند بداية الفتح الإسلامي للمغرب العربي وحتى القرن الثامن عشر الميلادي.[1]

وتعود أصل تسمية الإقليم بـ"توات" إلى الأعجم فقد كانت قبائل من لمتونة البربرية جاءت على توات في منتصف القرن السادس الهجري(12م) فأطلق هذا اللفظ.[2]

ويروى"ماندوفيل" Mandevill عن اسم توات أنه من إطلاق الطوارق والعرب على مجموعة من الواحات تتواجد بالمنخفض العميق لوادي الساورة ووادي مسعود.

---

[1] **Découvre Adrar et profite de la vie dans toute sa simplicité et son originalite** ‘Ladirection du tourisme et de l’artisanat’ adrar’ p.l.d’p7.

[2] فرج محمد فرج، **إقليم توات بين القرنيـن 18،19 الملاديـــــــن**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1977، ص 2.

مع نهاية القرن الثالث عشر وبداية القرن الرابع عشر هجري، أستبدل اسم "توات" بـ "أدرار" فكلمة أدرار هي تصحيف لكلمة "أدغاغ" والتي تعني في اللغة الأمازيغية الحجر كما أن بجانب مقر ولاية أدرار قصر يعرف باسم "أدغا".[1]

ب- الموقع الجغرافي :

تقع ولاية أدرار بأقصى الجنوب الجزائري على بعد 1500كلم عن العاصمة، وقد إنبثقت بموجب التقسيم الإداري لسنة 1974م، يحدها من الشمال ولاية البيض ومن الغرب ولاية بشار، ومن الغرب ولاية تندوف، أما أقصى الجنوب مالي، ومن الجنوب الغربي موريتانيا والجنوب الشرقي ولاية تمنراست، ومن الشمال الشرقي ولاية غرداية.[2]

صورة رقم (01): خريطة لولاية أدرار

المصدر: www.wilaya-adrar.dz/page_id=10.15.48

[2] بقادر عبد القادر، **يهود علماء توات في الدرس اللغوي خلال القرنين الثاني عشر و الثالث عشر الهجريين (دراسة في الأنماط والأشكال) مجلة الأثر**، جانفي 2014، جامعـــة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر) العدد 19، ص ص 87-89.

تتربع الولاية على مساحة تقدر بـ 427968 كلم2، تنقسم الولاية إدارياً إلى 11دائرة و28 بلدية، أما عدد سكانها فهو 406318 نسمة، وتتكون من أربعة مناطق جغرافية وهي : قورارة، تيدكلت، توات، تنزروفت.

أما مناخ وتضاريس إقليم أدرار:

سطحها عبارة عن هضبة كبيرة الإتساع يتميز باستوائه وقلة ارتفاعه في معظم المناطق ويتكون سطح الأرض من العروق وهو عبارة عن سهول تحتية تغطيها كثبان رملية المنتقلة بفعل الرياح أهمها عرق، شاش، عرق الياس، عرق إيقدي[1].

أما الرق فهي مناطق مستوية السطح تغطيها الرمال الخشنه والحصى، ولهذا فهي خالية من مظاهر الحياة، كرق تنزروفت، رق أفطوط.

وسبخات وهضاب أهم هذه السبخات، سبخة ماكرغان بتدكيلت التي يصب فيها كل من وادي اسوف ووادي الحاماتت وسبخة تيميمون، ومن أهم هضابها تادمايت ويصل ارتفاع لها حوالي 600م وهضبة الاقلاب مع حدود ولاية تيندوف يصل إتفعها إلى 738م.

ويسود ولاية أدرار المناخ الصحراوي وهو أحد أقاليم المنطقة الحارة، ويتميز بارتفاع درجات الحرارة في الصيف وانخفاضها في الشتاء، ما يؤدي إلى اتساع المدى الحراري .

1-2. لمحة عن الواقع الإجتماعي والثقافي لولاية أدرار (التوات) :

لقد تحدثت المصادر الفرنسية المختلفة عن نوعية السكان عناصرهم المختلفة، وتدخل هذه العناصر في بنية إجتماعية مكونة من: الأحرار والعبيد والنصف الأحرار، يمثل الشرفاء العلويون، ربع سكان الإقليم.

[1] نشرة بمناسبة الملتقى الوطني الأول الشيخ سيدي محمد بـــن الكبيـــــر، أدرار تاريخ وتراث، أدرار، 23-24جـوان 2010.

ويقدم لنا الشيخ محمد الطاهر المخطوط نسيم النفحات: وصف عام لسكان توات فيقول: سكان توات وهم أربعة أقسام، الشرفاء والعرب، المرابطون والموالي[1].

ولغتهم العربية والدرجة ودينهم الإسلام وعقيدتهم الإشعرية، ومذهبهم مالكي وطريقتهم جندية، ويغلب على سكان توات سمرة البشرة وهذا راجع إلى أشعة الشمس.

وأهم ما يلفت الإنتباه حول البيئة السكانية إقليم توات، هو ظهور النزعة القبلية في الحياة السكانية وانعدام السلطة الفعلية التي تضبط الأمن بالإقليم.

وهذا ما أشاع روح التنافس بين القصور المتناثرة في إقليم توات، حيث كثرت التحالفات بين القبائل لتستعين قبيلة بقبيلة أخرى [2]، وهنا كان يتدخل العلماء للفصل بين هذه القبائل وإيجاد الحلول التي من شأنها أن ترضي القبيلتين.

وعليه يمكن القول بأن المجتمع التواتي ينقسم إلى: الأشراف و المرابطون ، العرب (الأحرار) والزناتة، والأحرار[3].

أما الحركة الثقافية واللغوية بإقليم توات فقد عرف انتعاشا مند دخول العرب والدين الإسلامي، حيث حمل معه حركة ثقافية واسعة، فما إن تمكن الإسلام من قلوب السكان ووفد على المنطقة العلماء والمشايخ من جميع الجهات، أنشأت الزوايا والمدارس حتى راح الناس يقبلون على تلقي العلم والمعرفة، من أفواه العلماء في مختلف العلوم الشرعية واللغوية والعقلية، ومع تقدم العصور أصبح القرنين(18و19 الميلاديين) عصران ذهبيين في الإقليم وسبب ذالك هو حضور عدد من العلماء في هذه الفترة التاريخية[4] .

---

[1] محمد الصالح الحوتية، **تـوات والأزواد**، دار الكتاب العربي، الجزائـــو، 2007، ص ص 47-59.

[2] مرجع سابق، ص 59.

[3] أحمد أبا الصافي جعفري، **محمد بن أب 1160هـ حياتـه وأثاره**، دار الكتاب العربي، الجزائر، 2004، ص32.

[4] باقادر عبد القادر، مرجع سبق ذكره، ص 50.

فبفضل العلماء ومشايخ توات المشهود لهم بالكفاءة على دراسة آداب اللغة العربية وأصول الدين، لم يخلو قصر من قصورها إلا وكانت بها مدرسة قرآنية أو زاوية، ومنها ماهو رئيسي ومنها ما هو فرعي، حيث تملك هذه الزوايا مكتبات وخزائن للكتب القرآنية والأحاديث النبوية، إبن عاشر.....وغرها من الكتب.

أما المجال الصحي في منطقة توات، فقد حظيت المرأة اَلْوَلَادَة داخل القرية أو القصر برعاية ومكانة مرموقة بين الناس، فهي الطبيب المداوي والمضمد، وصاحبة الرأي في عملية التوليد، علاوة على ذلك تقوم بالتعشاب أي تجمع الأعشاب لتداوي الناس المصابين بالأمراض. كالركوض، الصداع، المغص البطني، والصداع النصفي(الشقيقة) كما تقوم بعملية الجبر لكل الكسور التي تصيب الإنسان، بوضع ما يطلق عليه "الجبيرة" مربوطة على ثلاث عَلْفَاتْ (نوات النخيل)، وذلك بعد تخصيب المكان، وتتعامل مع الحوامل وترافقهن حتى موعد الولادة حيث أكسبتها خبرتها الطويلة وقت الولادة [1]، فقد كان الدواء للأمراض من الأعشاب التي تجمع من هنا وهناك وطريقة ذلك تكون من شيخص لآخر، أما أكلهم فكان في الغالب هو زَمْبُوْ الذي يكون قمحاً قبل أن يتم نضجه واعتمادهم على ما هو محلي في الأكل والشرب، فالناس يميلون إلى ما ألفوا واعتادوا وينجذبون إلى طباعهم وعاداتهم في المآكل والمشارب واللباس والطب والدواء، وعليه كان الناس أصحاء الجسم أقوياء البنية، ومن عاداتهم أن العين مهما أدمرت أو أصابها رمد فإن دوائها حليب الأم المرضعة ويتداوون بالكي والحجامة وغيرها.[2]

[1] مبروك مقدم، **سلسلة أعلام توات وحضارتها بنائية تقسيم العمل المأجور في المجتمع الواحي القصوري التواتي**، ديوان المطبوعات الجامعية، أدرار، 2016، ص ص 52، 51.

[2] عبد الحميد بكري، **نبـــذة في تاريـــــــــخ تـــــوات وأعلامـــه**، الطباعة العصرية، الجزائر، د ت، ص 19.

1-3. العلاج الشعبي في ولاية أدرار:

تشهد منطقة أدرار العديد من المعالجين الشعبيين رجالاً ونساءً، وكل يعرف بتخصصه منهم الرقاة و الحجامين، والمعالجين بالأعشاب الطبيعية و المشوعذين..... فمن بين المعالجات الشعبيات نذكر:

❖ المعالجة ع:

البالغة من العمر 38 سنة، تعد من أشهر المعالجات في الآونة الأخيرة بمنطقة أدرار ، وقد اكتسبت مهنة العلاج بالطب الشعبي باجتهاد منها وكان ذلك عن طريق قراءة كتب خاصة بالطب الشعبي والبحث عن فوائد وأضرار الأعشاب التي تساعدها في العلاج وهي إحدى تلميذات راقية (ز) لها شهرتها ومكانتها في منطقة أدرار .

❖ **سيمولوجية المعالجة** : تمتاز هذه المعالجة بطول القامة، متوسطة البنية وسمراء البشرة،ويشهد لها بحسن المعاملة.

❖ **مكان العمل** : تزاول المعالجة عملها في منزلها الخاص حيث تستقبل المرضى في قاعة نظيفة ومفروشة ومضيئة و مكيفة.

❖ **مواعيد العمل** : المعالجة لديها مواعيد محددة للعمل، في الفترة الصباحية من الساعة 09:00 إلى غاية الساعة 14:00 بعد زوال وفي أغلب الأحيان تحدد مواعيد للمقبلات عبر الهاتف.

"كما أن المعالجة لا تستقبل المقبلين عليها بعد الساعة 14:00 زوالاً لأن لديها التزامات أخرى وهذا ما صرحت به أثناء تواجدنا عندها[1]".

➢ **طريقة العمل:** تقوم المعالجة (ع) بالعلاج حسب الأولوية بالحضور (الأول بالأول) بحيث تقوم بفحص المريضة بالإضافة إلى "توجيه لها عدة أسئلة عن المرض الذي تعاني

[1] مقابلة مع المعالجة (ع)، 13فيفري2017.9:30صباحاً.

منه، وأثناء ذلك تقوم بحركات رياضية للمريضة والتدليك، وقبل أن تقدم لها الوصفة تنصحها بممارسة الرياضة، لأنها تعتبرها الشرط الأساسي في الشفاء، و أثناء تواجدنا هناك لاحظنا أن المعالجة تقوم بالكي إن احتاجت ذلك المريضة في علاجها.

- **وصفة العلاج:** تقوم المعالجة بكتابة الوصفة لوحدها في قصاصات ورقية.
- **نوع الأدوية:** أعشاب طبيعية وزيوت، ووصفات الغذائية نباتية وحيوانية.
- **المقابل المادي:** المعالجة لا تحدد أو تشترط مبلغ معين، إنما ترضى بما قدم لها دون مناقشة المريضة.
- **مواصفات المقبلين:** تأتي للمعالجة العديد من المترددات من مختلف مناطق الولاية وحتى من خارجها من نساء وأطفال، ومن جميع المستويات.

أما بالنسبة للرجال لا تستقبلهم المعالجة في منزلها وإنما تأتيها من يقرب المريض أخته أو زوجته وتصف لها حالة المريض وأعراض المرض وعلى أساسها تقوم بوصف له الدواء المناسب لعلاجه.

❖ العرافتين(القزانة) (ي) و (ز):

- **الهوية الثقافية**[1]:العرافة **(ي)** وهرانية الأصل البالغة من العمر 65 سنة تقيم حاليا بمدينة أدرار، وهي من العرافات الأكثر شعبية في المنطقة، فهي تعتمد في علاجها على الأعشاب وترى البخت (الزهر) وتعالج المثقف أو المربوط (ضرب الخفيف).

أما الحكمة في عملها تقول العرافة **(ي)**: "أصبت بمس وأصبحت طريحة الفراش لمدة سبعة سنوات ،وعند شفائي أصبحت أرى الغيب، أي كان الشخص فبمجرد رؤيته للمرة الأولى على بعد مترات أعرف نواياه إن كان شخص جيد أ م سيء، فعملها لم يكن وراثي لكنها ورثته لأختها العرافة **(ز)** البالغة من العمر 35 سنة حيث كانت تساعدها في عملها

[1] مقابلة مع العرافتين (ي، ز)،13فيفري2017، 18:35.

و مع الوقت اكتسبت العرافة (ز) سر المهنة ، بل أصبحت أفضل من أختها و أغلب الزبائن يطلب العلاج على يدها".

- **سيمولوجية المعالجة:**

✓ تمتاز العرافة (ي) بطول القامة، وبدينة البنية ، سوداء البشرة كما يشهد لها بحسن المعاملة والبشوشة الوجه.

✓ أما العرافة (ز) فتمتاز بطول القامة ومتوسطة البنية ، سوداء البشرة أما من حيث المعاملة فهي عكس أختها.

- **مكان العمل:** تزاول العرافتان عملهما في منزل (ي)، في غرفة مخصصة للإستقبال نظيفه و مضيئة و مكيفة ومفروشة، حيث تستقبل فيها جميع المقبلين عليهما، ذلك لأن المعالجة (ز) لايقبل لها زوجها بمزاولة عملها في منزله .
- **مواعيد العمل** : طيلة أيام الأسبوع ما عدا يوم الجمعة و ليس لهما و قت محدد حتى إن كان العاشرة ليلاً.
- **طريقة العمل** : يتمم الإتصال بالعرافة (ز) عبر الهاتف لأخذ موعد هدا بنسبة للزبونة المعتادة على الإقبال عليها، أما بالنسبة لزبونات الجدد فيذهبن مباشرة إلى المنزل و تستقبلهن بشكل عادي و ترحب بهن.

يكون العلاج بشكل فردي أو جماعي حسب عدد الزبونات، ثم تقوم المعالجة بإحضار أوراق التاروت "الكارطة" و تقوم بتوزيعها على الأرض أو فوق الطاولة و تعطي إحدى هذه الأوراق إلى الزبونة و تقول " أمسكيها و ضعيها على قلبك ثم أنوي" بمعنى سبب قدومها مثلا: إن كانت الزبونة متزوجة أو مرتبطة تقوم بعقد النية على هذا الأساس . ثم تأخذ وراقة التاروت "الكارطة" وتضعها مع باقي الأوراق وتبدأ بإخباره كل ما بد ا لها أو عرفته هـ ذا بالنسبة للنساء، أما الرجال فيتم العمل معهم عن طريق الهاتف ، حيث

يخبرها بلشغاله هاتفياً وتقوم العرافة بدورها بالأعمال سابقة الذكر و تخبره بما رأته، هذا بالنسبة لرؤية اَلْزْهَرْ.

أما لِضَرْبْ لَخْفِيفْ " فك السحر أو الربط.... " فتقوم العرافة بإحضار" مَهْرَاسْ" من نحاس وتضع تحته قطعة نقدية بقيمة 10دج أو 50 دج و تضع في وسط الإناء " مَاءْ تَاعْ سَبعْ مُوْجَاتْ أو مَاءْ اَلْنَوْ أو مَاءْ اَلْزَهَرْ وأوراق الحَنَاءْ "، ثم تقوم بإذابة قطعة الرصاص(لاَنْدُونْ) ثم تطلب من الزبونة الوقوف، و فتح رجليها بحيث يكون اَلْمَهْرَاسْ من تحتها مباشرة، و تقوم العرافة بإفراغ الرصاص (لاَنْدُونْ) في وسط اَلْمَهْرَاسْ الموجود به الخلطة المذكورة سابقا وتكرر العملية لثلاثة مرات وفي كل مرة تفسر لها حالتها بناء على شكل "لاَنْدُونْ" حيث تقول العرافة (ز) عند ممارستها لضرب لخفيف على إحدى زبوناتها:" لاَنْدُونْ خْرَجْ لِيكْ طْوِيلْ، هَذُوْ لْحُسَادْ رَاهُمْ وَاقْفِينْ لِيكْ فِي طْرِيقَكْ كِيْ لَمْصَامِيرْ بَاشْ لْحَاْجَة لِيْ تْجِي دِيْرِيْهَا تَتْعَطَلْ لِيكْ وْشُوْفِي تَانِيْ رَاهْ خْرَجْ لِيكْ مْدَوَرْ وَكْبِيرْ هَذِيْ لْعِينْ رَهَا تَبْعَاتَكْ وْرَاكِيْ مْعَمْرَة بَنَفْسْ، أَمَّا هَذَا لِيْ خْرَجْ لِيْكْ فْطَحْ مَعْنَاهْ رَاهُمْ كَاتْبِيْنْ لِيكْ أَمَلاَ يْخَصْنِي نْعَاوَدْ لِيكْ عْلَى زُوْجْ مَرَاتْ بَاشْ يَمْشِيْ لِيكْ كَاعْ هَذا اَلْشِيْء" ، فبهده الطريقة تكون العرافة قد فكت الرباط و بطل السحر حسبا اعتقادها.

والصورة التالية توضح الأشكال التي يكون عليها الرصاص بعد سكبه في المهراس كما جاء على لسان العرافة (ز)

الصورة رقم (02) : توضح شكل الرصاص "لاَنْدُونْ" بعد استخدامه للعلاج

➢ **مواصفات المقبلين:** يأتيها العديد من المترددين من مختلف المناطق من داخل الولاية و خارجها وأغلبهم من النساء المتزوجات و الغير المتزوجات ومن مختلف الفئات العمرية، أما بالنسبة للرجال لا يأتون إلى المنزل يتم الكشف عبر الهاتف .

➢ **المقابل المادي** : كان المقابل سابقاً محدد من قبل العرافة بـ 200.00دج أما حالياً أصبح الأجر 400.00دج للجلسة الواحدة لرؤية البخت، أما لضرب الخفيف فالمبلغ يقدر من 1000.00دج إلى غاية 5000.00دج للجلسة وعلى حسب نوعية العلاج من قبل العرافة، بحيث يكون التسليم الفوري والنقدي.

أما بالنسبة للرجال فتتلقى الأجر عن طريق تعبئة هاتفها أو هاتف أختها لأنها لا تستقبل الرجال في منزلها كما سبق الذكر ، فتطلب من الزبون تعبئة حسابها ثم تقوم بالكشف عليه.

❖ **الراقية (ز):**[1]

تبلغ الراقية من العمر حوالي 65 سنة وتعد من أشهر المعالجات والرقاة بولاية أدرار ،فهي تعالج الكثير من الأمراض منها المس، أمراض المفاصل آلام الظهر وغيرها من الأمراض...

وهي مشرفة على مدرسة قرآنية بإحدى قصور ولاية أدرار ومدرسة للقرآن .

➢ **سيمولوجية المعالجة** : تمتاز الراقية بطول القامة، بدينة البنية، بيضاء البشرة، ترتدي حجاباً*، وتميزها شخصيتها في قدرتها على الحوار والصبر .

[1] الزيارة في يوم 15 ،16فيفري2017، 10:30، 9:00 صباحاً.

* عباءة طويلة الكمين وخمار يغطي الرأس.

- **مكان العمل** : ما تم ملاحظته أن الراقية تزاول عملها في مدرسة قرآنية ، حيث تستقبل المرضى في قاعة كبيرة نظيفة ومفروشة ومضيئة و بها عدة نوافذ ومكيفات هوائية ومروحات، كما تحتوي على خزانة خشبية بها كتب للذكر والقرآن الحكيم والأحاديث والسيرة النبوية بالإضافة إلى لوح مكتوب خاص بتلامذتها.

تجلس الراقية في هذه القاعة مع مساعداتها وأمامهم طاولة خشبية كبيرة مجموع فيها العديد من الأوراق المكتوبة والمطبوعة بالإضافة أوراق بيضاء ومحلول زعفران للكتابة وكتب القرآن والذكر.

أما باقي القاعة فهو مخصص للمقبلات، كما لاحظنا أنهن يحضون بكرم الضيافة إذ تقدم لهم وجبة خفيفة مع الشاي على الساعة 11:00 صباحا، ووجبة الغذاء على الساعة 14:00 بعد الزوال.

- **مواعيد العمل** : الراقية تعمل يوميا عدا يوم الجمعة، في الفترة الصباحية من الساعة 07:00 إلى غاية الساعة 14:00 بعد زوال، أما في المساء فتقوم مساعدتها بدورها، في لاتعمل بعد الزوال.

- **طريقة العمل:** عند دخول المقبلين يتوجه مباشرة إلى مساعدة الراقية لتزودها بمجموعة من المعلومات الخاصة بها التي تطلبها الراقية وموضوع الزيارة لتدونها المساعدة في دفتر خاص بالمقبلين، وعندما يجتمع عدد كبير من المقبلات تأتي الراقية تجلس في مكانها المخصص، وتطلب من النساء الحاضرات الذين احضرن قارورات الماء أن يفتحوها ويضعونها بالقرب من الراقية وتقوم بدورها بالرقية الجماعية لكل الحاضرين من نساء وأطفال.

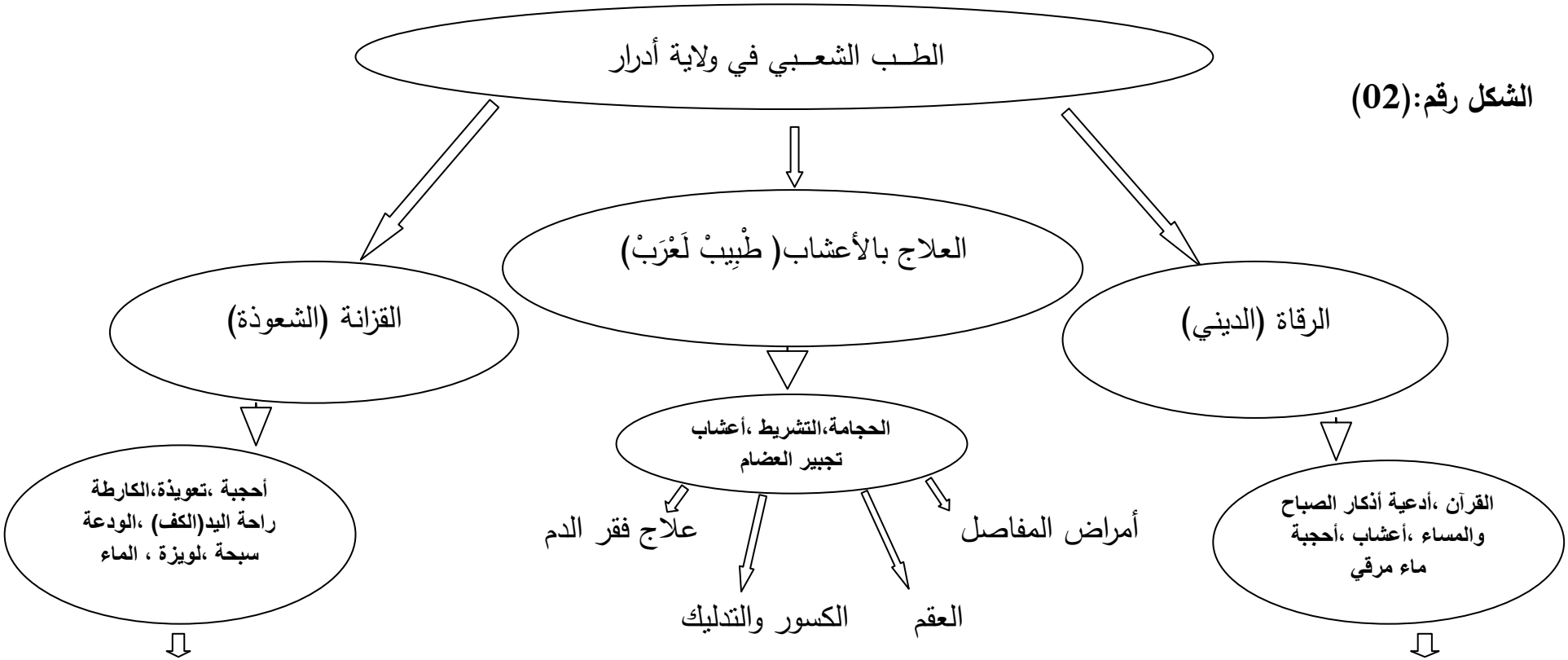
أما بالنسبة للرجال فتتوجه لهم في غرفة خاصة بالرجال، حيث أن الرجال لا ينتظرون الدور مثل النساء.

- **وصفة العلاج:** تقوم الراقية بمساعداتها في كتابة الوصفات في قصاصات ورقية وتقوم بشرح كيفية إستعمال الدواء.
- **نوع الأدوية :** أعشاب طبية وزيوت للدهن والشرب، أحجبة منها ما يعلق ومنها ما يمحى في الماء ويشرب، كما تقدم بعض الأدعية مكتوبة في قصاصات ورقية ومطبوعة مسبقا.
- **مواصفات المقبلين:** يأتي للراقية العديد من المترددين من مختلف مناطق الولاية وحتى من خارجها من نساء وأطفال ورجال، ومن جميع المستويات داخل وخارج الولاية.
- **المقابل المادي:** المعالجة لا تحدد أو تشترط مبلغ معين، لكن ما لاحظناه أنها تحرص على أخذ المقابل المادي وتوليه أهمية كبيرة.

ومن خلال زيارتنا الميدانية توصلنا أن هناك مجموعة من الممارسات العلاجية الشعبية والوسائل المستعملة من قبل المعالجات في مدينة أدرار، والموضحة في الشكل رقم (02).

أنواع الممارسات العلاجية الشعبية في ولاية أدرار

الشكل رقم:(02)



المصدر: إعداد الباحثتين

2- تحليل البيانات و الاستنتاجات:

2-1.تحليل البيانات الشخصية لعينة الدراسة

الجدول رقم(02): يبين الخصائص الشخصية لعينة الدراسة

المتغير		التكرار	النسبة المؤوية	الصيغة الإحصائية
الجـــــنس	ذكر	36	%32.7	
	أنثى	74	%67.3	
الســـــــن	]25،15[	29	%26.4	20.8 Moyenne
	]35،25[	55	%50	
	]45،35[	17	%15.5	
	]55،45[	6	%5.5	
	55 فأكثر	3	%2.7	
الحالة العائلية	أعزب	67	%60.9	
	متزوج	43	%39.1	
	مطلق	/	/	
	أرمل	/	/	
المجموع		%100/110		

نلاحظ من خلال الجدول أن الفئة الأكثر تردداً على المعالجة الشعبية هم فئة الإناث بنسبة 67.3% في حين نجد نسبة الذكور بـ32.7% فقط.

وذلك راجع لأن بعض المعالجات لا تستقبلن الرجال، وإنما تتكفل المرأة بنقل حالة المريض(الرجل) إلى المعالجة الشعبية، وهذا ماتم ملاحظته في ميدان الدراسة حيث توجد لدى المعالجة الشعبية غرفة واحدة للإنتظار مخصصة للنساء فقط، حتى وإن وجدت

غرفة مخصصة للرجال تكون أقل مساحة واكتظاظاً مقارنة بغرفة النساء، بالإضافة إلى ذالك خوف المرأة من المرض ورغبتها في تقليد ممارسات علاجية لاستشفائه ا على يد معالجة يشهد لها بنجاح علاجها، واليأس من الشفاء في الطب الرسمي.

أما بالنسبة للذكور، فتقل نسبتهم كما سبق الذكر لأن بعض النساء لا تستقبل الرجال إضافةً إلى ذلك لتجنب الإحراج في بعض الأمراض الجسمية، وفي الغالب أن الرجال لا تتم زيارتهم للمعالجة إلا في حالة الضرورة، كالرقية، أو لتجبير العظام...

أما عن الفئة العمرية الأكثر تردداً على المعالجة الشعبية هم الذين تتراوح أعمارهم مابين [25 ،35[بنسبة 50%، ثم تليها الفئة التي مابين [15، 25[بنسبة 26.4%، ثم تليها الفئة التي مابين [35، 45[بنسبة 15.5%، أما الفئة العمرية الأقل تردداً على المعالجة الشعبية هم مابين [45، 55[بنسبة 5.5%، وأخيراً الفئة من 55 فأكثر بنسبة 2.7% حيث المتوسط العام للمبحوثين يقارب سن 21 سنة (20.8Moyenne)

بمعنى أن أغلب المبحوثين المقبلين على العلاج الشعبي من حيث السن هم من الشباب الفتي أكثر من باقي الفئات الأخرى وذلك راجع لأن هذه الفئة العمرية هي أكثر مرحلة تطلباً من حيث الرغبة في إقامة مشاريع العمل، الزواج، والبحث عن الحظ...، كما أنها أكثر فئة تعاني من الأمراض الجسمية كالصداع والإرهاق والعقم ، والوسواس...والأمراض الميتافيزيقية كالعين والحسد والسحر والتي هي بحاجة للعلاج بواسطة الطب الشعبي سواء كانت رقية أو غيرها من الممارسات العلاجية للطب الشعبي، فهذا ما تبين لنا من خلال نتائج البحث حيث تأكد نتائج البحث أن أغلب فئة المبحوثين المترددين على المعالجة الشعبية هم فئة العزاب بنسبة 60.9%، ثم تليها فئة المتزوجين بنسبة 39.1%، في حين لم تسجل أي نسبة في فئة المطلقين والأرامل.

وذلك كما سبق الذكر لأن أغلب المشاكل التي يعاني منها العزاب خاصة في العصر الحالي، جلها متعلقة بتأخر عن الزواج، أو ظاهرة العنوسة التي أصبحت ظاهرة العصر.

الجدول رقم (03): يبين توزيع مفردات عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
أمي	3	%2.7
يقرأ ويكتب	3	%2.7
إبتدائي	9	%8.2
متوسط	20	%18.2
ثانوي	30	%27.3
جامعي	45	%40.9
المجموع	110	%100

أما المستويات التعليمية الأكثر تردداً على المعالجة الشعبية، هـ م المستوى الجامعي بنسبة 40.9 %،ثم يليه المستوى الثانوي بنسبة 27.3% والمستوى المتوسط بنسبة 18.2%، أما المستويات الأقل تردداً هم المستوى الإبتدائي بنسبة 8.2%، ثم يليه يقرأ ويكتب وأمي بنسبة 2.7%.

وعليه من خلال هذه البيانات يتضح لنا أنه كلما زاد المستوى الثقافي لدى المترددين كلما زادت نسبة الإقبال على المعالجة الشعبية، وهذا ما أثبتته البيانات حيث نجد أن المستوى الجامعي يشكل الغالبية الساحقة للتردد على العلاج مقارنة بالمستويات الأخرى ومنه فإن المستوى الثقافي للفرد له دور كبير في تحديد أفكاره ومعرفة توجهاته.

فهذا يعني أن هذا النوع من الطب لا يستقطب فقط الفئات متوسطة التعليم أو غير متعلمة كما يشاع.

الجدول رقم (04): يبين مهنة المترددين على المعالجة الشعبية

المهنة	موظف	أستاذ(ة)	مهن حرة عالية التعليم(محامي،طب)	مهن حرة بسيطة (بناء، نجار...)	بدون عمل
التكرار	42	5	4	35	24
النسبة المئوية	%38.2	%4.5	%3.6	%31.8	%21.8
المجموع	%100/110				

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب عينة الدراسة المترددين على المعالجة الشعبية، هم فئة الموظفين بنسبة 38.2%، ثم تليها فئة المهن الحرة البسيطة(بناء، نجار...) بنسبة 31.8%، ثم تليها فئة الذين هم بدون عمل بنسبة 21.8%، في حين نجد أقل نسبة التردد عند فئة الأساتذة بنسبة 4.5% ، ثم تليها فئة المهن الحرة عالية التعليم (محامي، طبيب...) بنسبة 3.6%.

فهناك علاقة بين طبيعة المهنة ونسبة الإقبال على العلاج الشعبي، حيث نجد أن الفئة التي لديها مستوى دخل معتبر هم الموظفين و المهن الحرة البسيطة، وذلك راجع لليأس من الطب الرسمي وأن هناك أمراض لا يمكن علاجها عن طريق الطب الرسمي، و على غرار الذين هم بدون عمل حيث نجد إقبالهم على الطب الشعبي أكثر من الطب الرسمي ذلك لأن تكاليفه أقل وأدويته متوفرة، وهذا ما تم ملاحظته من خلال دراستنا الميدانية مقارنة بالمهن الأخرى.

الجدول رقم (05): يبين مقر سكن المترددين على المعالجة الشعبية

الإقامة	التكرار	النسبة المئوية
ريف (قصر)	50	%45.5
مدينة	56	%50.9
خارج الولاية	4	%3.6
المجموع	110	%100

من خلال الجدول نلاحظ أن غالبية أفراد العينة المترددين على المعالجة الشعبية، هم سكان المدينة بنسبة 50.9%، ثم يليه سكان الريف بنسبة 45.5%، أما السكان الذين هم من خارج الولاية هم بنسبة 3.6% فقط.

وذلك راجع لأن سكان المدينة أكثر تجاوباً من سكان الريف(قصور) من دون أي تحفظات أو تردد في الإجابة على أسئلة الإستمارة، عكس سكان الريف الذين كانوا أكثر تحفظاً في إستلامهم للإستمارة والإجابة عليها، وبما أن معظم عينة الدراسة من خريجي الجامعات فلهم خلفية سابقة عن طبيعة الدراسات الميدانية.

2-2.الإستنتاج الجزئي الأول للبيانات الشخصية لعينة الدراسة

- من خلال تحليلنا للمعطيات الموجودة في الجداول توصلنا إلى أن الذين يترددون على المعالجة الشعبية هم من كلا الجنسين ذكور وإناث، لكن الجنس الغالب والأكثر إقبالاً هي فئة الإناث حيث قدرت بنسبة 67.3%.
- كما لاحظنا أن الفئة العمرية لأفراد العينة تتباين بين الفئات العمرية(الشباب، الكهول الشيوخ)، حيث كانت الفئات الأكثر تردداً هي من 25 إلى 35 سنة وكانت بنسبة 50%.
- كما تختلف الحالة العائلية للمترددين حيث كانت أكبر نسبة للعزاب وقدرت بـ60.9%.
- بالإضافة إلى اختلاف المستوى التعليمي حيث كانت أعلى نسبة، للمستوى الجامعي والتي قدرت بـ40.9%.
- كما أن المترددين هم من مستويات مهنية مختلفة حيث كان الموظفين هم أعلى نسبة فضلا عن المهن الأخرى وقدرت بـ38.2%.
- أما عن عينة الدراسة فكانت الغالبية الساحقة من المقبلين على المعالجة الشعبية هم من سكان المدينة حيث قدرت نسبتهم بـ50.9%.

2-3. الواقع الإجتماعي لعمل المرأة في الطب الشعبي:

الجدول رقم (06): يبين نظرة المترددين للطب الشعبي

المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الذي يستخدم كل ماجاء في السنة النبوية الشريفة في العلاج	31	%28.2
الذي يستخدم الأعشاب الطبية في علاج المرض	73	%66.4
الذي يعتمد على السحر في العلاج	2	%1.8
الذي يلجأ فيه الناس إلى زيارة الأولياء الصالحين من أجل العلاج	4	%3.6
المجموع	110	%100

من خلال الجدول نلاحظ أن غالبية فئة المبحوثين ينظرون للطب الشعبي أنه الطب الذي يستخدم الأعشاب الطبية في علاج المرض وذلك بنسبة 66.4%، ثم تليها الفئة التي ترى أنه الطب الذي يستخدم كل ما جاء في السنة النبوية في العلاج بنسبة 28.2% ثم تأتي الفئة التي ترى أنه الطب الذي يلجأ فيه الناس إلى زيارة الأولياء الصالحين من أجل العلاج بنسبة 3.6%، وأخيرا تأتي الفئة التي ترى أنه الذي يعتمد على السحر في العلاج بنسبة 1.8%.

و هذا ما يفسر أنه للمبحوثين عندهم ربط بين الطب الشعبي والأعشاب، نظراً أنهم اعتادوا 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 الغالبية ينظرون للطب الشعبي على أنه الطب الذي يستخدم الأعشاب الطبية في علاج المرض وما جاء في السنة النبوية الشريفة.

الجدول رقم (07): يوضح العلاقة بين المستوى التعليمي والنظرة للطب الشعبي

الطب الشعبي هو: / المستوى التعليمي	الذي يستخدم كل ماجاء في السنة النبوية الشريفة في العلاج	الذي يستخدم الأعشاب الطبية في علاج المرض	الذي يعتمد على السحر في العلاج	الذي يلجأ فيه الناس إلى زيارة الأولياء الصالحين من أجل العلاج	**المجموع**	معامل الإرتباط
أمي	/	3 %100	/	/	3 %100	−0.121
يقرأ ويكتب	1 %33.3	2 %66.7	/	/	3 %100	
إبتدائي	1 %11.1	5 %55.6	/	3 %33.3	9 %100	
متوسط	9 %45	11 %50	/	/	20 %100	
ثانوي	9 %30	19 %63.3	1 %3.3	1 %3.3	30 %100	
جامعي	11 %24.4	33 %73.3	1 %2.2	/	45 %100	
المجموع	31 %28.2	73 %66.4	2 %1.8	4 %3.6	110 %100	

من خلال الجدول التالي يتبين لنا أن أكبر نسبة تقدر بـ 66.4% من كافة المبحوثين الذين أجابوا أن الطب الشعبي هو الذي يستخدم الأعشاب الطبيعية في العلاج، ثم يليها نسبة 28.2% من كافة المبحوثين الذين أجابوا أن الطب الشعبي هو الذي يستخدم كل ما جاءت في السنة النبوية الشريفة في العلاج، ثم نسبة 3.6 %من كافة المبحوثين الذين أجابوا أن الطب الشعبي هو الذي يلجأ في الناس إلى زيارة أولياء الله الصالحين، ثم تليها نسبة 1.8 %من الذين أجابوا أن الطب الشعبي هو الذي يستخدم السحر في

العلاج.

وبالنظر للجدول أعلاه توصلنا إلى أن نسبة 73.3% من إجابات المبحوثين الذين يرون أن الطب الشعبي هو الذي يستخدم الأعشاب الطبية هم من مستوى جامعي، في حين كانت نسبة 45% من الإجابات الذين يرون أن الطب الشعبي هو الذي يستخدم كل ما جاءت به السنة النبوية الشريفة في العلاج ، وأخيراً نسبة 2.2% من الذين أجابوا أن الطب الشعبي هو الذي يعتمد على السحر في العلاج هم من مستوى جامعي وهذه النسب وافقت معامل الإرتباط حيث كانت علاقة عكسية ضعيفة وقدرت بـ 0.121-.

فمن المعروف أن في المعتقدات حول الممارسات التطبيبية الشعبية لا تقتصر فقط على العلاج بالقرآن والسنة أو بالأعشاب الطبيعية بل تتعدى حدود ذلك حيث تشمل السحر وزيارة الأولياء الله الصالحين، حيث لاحظنا ومن خلال المعطيات أعلاه أن المستويين الجامعي والثانوي يعرفون الطب الشعبي على أنه يشمل السحر وزيارة أولياء الصالحين وعليه فالعلاقة بين مستوى التعليمي ونظرتهم للطب الشعبي هي علاقة عكسية ضعيفة أي لا يؤثر المستوى التعليمي بالمعرفة للطب الشعبي.

الجدول رقم (08): يبين أولوية توجه المبحوثين عند المرض

المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الطب الشعبي ثم الطب الرسمي	35	%31.8
الطب الرسمي ثم الطب الشعبي	75	%68.2
المجموع	110	%100

من خلال الجدول نلاحظ أن جل المبحوثين يتوجهون إلى الطب الرسمي أولا ثم الطب الشعبي بنسبة 68.2% ،ثم تليها الفئة التي تتوجه إلى الطب الشعبي ثم الطب الرسمي بنسبة 31.8%، وبناء على ماتم عرضه في التحليل الإحصائي حيث كان توجه المبحوثين للطب الرسمي أولاً، لتشخيص المرض وتلقي العلاج خصوصاً في الحالات

المستعجلة ، إلا أنه بعد اليأس من العلاج بالطب الرسمي هنا فقط يلجأ للمعالج الشعبي.

وكأن أفراد العينة تؤكد أن سبب عودة أفراد المجتمع للعلاج الشعبي هو فشل الطب الرسمي في إيجاد علاجات لأمراض لازالت متفشية إلى يومنا هذا، حيث أن اليأس من العلاج في الطب الرسمي يجعل المريض يفكر في البحث عن بدائل وحلول للشفاء.

الجدول رقم (09): يبين سبب إقبال المترددين على العلاج في الطب الشعبي

سبب الإقبال	التكرار	النسبة المئوية
إرتفاع تكلفة الطب الرسمي	11	%9.4
الخوف من الأخطاء الطبية	21	%17.9
الطب الشعبي له تأثير أسرع	14	%12
خطورة ومضاعفات الأدوية الكيميائية	20	%17.1
اليأس من المعالجة في الطب الرسمي	27	%23.1
لأنه يعتمد على المواد الطبيعية وسهولة الحصول عليها	24	%20.5
المجموع	117*	%100

نلاحظ من الجدول أن سبب إقبال المترددين على العلاج في الطب الشعبي كان بنسب متقاربة وذلك راجع إلى اليأس من المعالجة في الطب الرسمي بنسبة 23.1%، ثم يليه بسبب اعتماده على المواد الطبيعية وسهولة الحصول عليها بنسة 20.5%، ثم الخوف من الأخطاء الطبية بنسبة 17.9%، وخطورة ومضاعفات الأدوية الكيميائية بنسبة 17.1%، ثم يليه بسبب أن الطب الشعبي له تأثير أسرع بنسبة 12%، وأخيراً تكلفة الطب الرسمي بنسبة9.4%.

* تضخم العينة راجع إلى إجابة المبحوثين أكثر من إقتراح.

وبناءً على ذلك نستكشف مدى نجاح العلاج الشعبي، ومنافسته لعلاج الطب الرسمي خاصة في ما يتعلق بأمراض الموسمية (كالزكام، الحساسية ....) حيث يعتمد الطب الشعبي على وصفات للأدوية ذات مصدر طبيعي وخالي من الأدوية الكيميائية، لقول أحد المبحوثين: "لِيْمَا قْتَلْ يْسَمَنْ وِلَا مَانْفَعْ مَايْضَرْ" إذ لا يشكل خطر أو مضاعفات مثل أدوية الطب الرسمي، ولأن له تأثير أسرع في العلاج .

كما نلاحظ أن المبحوثين لا يولون أهمية لارتفاع تكلفة الطب الرسمي بقدر أهميتهم للشفاء ومدى توفر الأدوية وطبيعتها، حيث كانت هذه أغلب الأسباب لإقبال المبحوثين على الطب الشعبي، مقارنة بالأسباب الأخرى.

الجدول رقم (10): يبين العوامل التي يرى المبحوثين أنها سبب في حدوث المرض

العوامل	التكرار	النسبة المئوية
علمية(العدوى، الفيروسات، التلوث، وراثية...)	66	%60
إجتماعية(المشاكل العائلية، العنوسة...)	21	%19.1
ميتافيزيقية(السحر، العين...)	23	%20.9
المجموع	110	%100

يبن الجدول أعلاه أن أكثر العوامل التي يرى المبحوثين أنها سبب في حدوث المرض هي عوامل علمية بنسبة 60%، ثم تليها عوامل ميتافيزيقية بنسبة 20.9%، ثم العوامل الإجتماعية بنسبة 19.1%.

وعليه من خلال قراءتنا الإحصائية نستكشف أن لعينة الدراسة نظرة علمية لتفسير أسباب حدوث المرض، وهذا كما ذكر سابقاً لأن معظم عينة الدراسة جامعيين فلهم مستوى علمي وثقافي وهذا ما يجعل تفسيراتهم منطقية وبناءً على التغيرات الحاصلة في الطبيعة من تلوث نتيجة لظهور المجتمع الصناعي وسوء التغذية وتناقل العدوى والفيروسات،

بالإضافة إلى عدم إغفاله للعوامل الوراثية لبعض الأمراض الموجودة في العائلة والتي تنتقل من جيل إلى جيل وتكون سبب في حدوث المرض.

أما العوامل الميتافيزيقية، ترى فئة الدراسة أنها أصبحت ظاهرة متفشية في أواسط المجتمع وراح ضحيتها عدة أشخاص لقول أحد المبحوثين عن العين (النفس): "العَّينْ عْلِّينَا حَقْ وَالنَصْ لِّي فِّي لَمْقَابَرْ دَاْتَهْ عِّينْ بْنَادَمْ".

الجدول رقم (11): يبين سبب اللجوء للمعالجة الشعبية

سبب اللجوء	التكرار	النسبة المئوية
مرض جسمي(الصداع، المفاصل، العقم...)	73	%66.4
مرض نفسي(الإكتأب، الوحدة...)	7	%6.4
مرض ميتافيزيقي(العين، الحسد، السحر...)	23	%20.9
إجتماعي(المشاكل، العنوسة...)	7	%6.4
المجموع	110	%100

يتبين لنا من خلال الجدول أن هناك عدة أسباب التي يلجأ فيها المبحوثين للمعالجة الشعبية، حيث كانت أعلى نسبة 66.4% للمرض الجسمي، ثم تليها نسبة 20.9% للمرض الميتافيزيقي في حين نجد نسبة 6.4% للمرض النفسي والإجتماعي.

وذلك راجع لانتشار مختلف الأمراض كالحساسية وألآم الظهر والمفاصل، الصداع،نزع النفس(عين)،الرقية من السحر...، وبما أن غالبية أفراد عينة الدراسة هن العنصر النسوي كانت تصريحاتهن حول أكثر الأمراض التي تصيبهن منها:(تكيس المبايض، البرد، آلام الرحم، السكر، فقر الدم، العقم...).

الجدول رقم (12): يبين كيفية التعرف على المعالجة الشعبية

كيفية التعرف على المعالجة	التكرار	النسبة المئوية
الأقارب	65	%59.1
الأصدقاء	37	%33.6
التلفزيون	1	%0.9
الإذاعة	3	%2.7
الأنترنت	4	%3.6
المجموع	110	%100

من خلال الجدول يتبين لنا، أن غالبية المبحوثين تعرفوا على المعالجة الشعبية عن طريق الأقارب حيث قدرت نسبتهم بـ 59.1%، ثم يليها عن طريق الأصدقاء بنسبة 33.6%، ثم عن طريق الأنترنت بنسبة 3.6%، ثم الإذاعة بنسبة 2.7%، والتلفزيون بنسبة 0.9%.

وعليه نستنتج من خلال التحليل الإحصائي أن أغلب المبحوثين تعرفوا على المعالجة عن طريق الأقارب، وهذا يعني أن هناك نوع من الصلة و الترابط و التماسك الأسري، ونتيجة للاتصال واحتكاكهم بعضهم البعض وتبادل تجاربهم الحياتية، فإن الأقارب يعدون أكثر وسيلة تساهم في إذاعة المعرفة بمعالجة ما، سواءً كان ذلك أثناء لقائهم في المناسبات " كالأعراس، الأعياد والإحتفالات الدينية....أو عن طريق الزيارة العائلية" فهذا الأمر الذي زاد في توسيع شهرة المعالجة الشعبية، وقد تختلف الوسيلة في ذلك باختلا ف البيئة الجغرافية " مدينة، ريف(قصر) أو خارج الولاية ".

الأمر الذي نطلع عليه من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (13): يوضح العلاقة بين مكان الإقامة ومصدر معرفة المعالجة الشعبية

المصدر / مكان الإقامة	الأقارب	الأصدقاء	التلفزيون	الإذاعة	الأنترنت	المجموع	معامل الإرتباط
ريف(قصر)	31 %62	16 %32	/ 	1 %2	2 %4	50 %100	**0.04**
مدينة	31 %55.4	21 %37.5	1 %1.8	1 %1.8	2 %3.6	56 %100	
خارج الولاية	3 %75	/ 	/ 	1 %25	/ 	4 %100	
المجموع	65 %59.1	37 %33.6	1 %0.9	3 %2.7	4 %3.6	110 %100	

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلب المبحوثين تتمركز إجاباتهم حول مصدر تعرفهم على المعالجة الشعبية كان عن طريق الأقارب بنسبة 59.1%، ثم يليها نسبة الذين تعرفوا على المعالجة عن طريق الأصدقاء بـ 33.6%، ثم يأتي المبحوثين الذين تعرفوا على المعالجة عن الانترنت و الإذاعة والتلفزيون حيث كانت نسبهم على التوالي 3.6% 2.7%، 0.9%.

ونلاحظ أن اكبر نسبة قدرت بـ 62%، من المبحوثين الذين كان مصدر تعرفهم على المعالجة عن طريق الأقارب هم من الريف، ثم تليها نسبة 25% المبحوثين الذين كان مصدر تعرفهم على المعالجة عن طريق الإذاعة هم من خارج الولاية ، ثم تأتي نسبة

3.6% من المبحوثين الذين تعرفوا على المعالجة عن طريق الانترنت هم من المدينة حيث يؤكد لنا معامل الإرتباط الذي يعبر على حالة الإرتباط الضعيف بين المتغيرين بـ0.04%.

حيث يرجع الأمر إلى زوال الفوارق بين الريف والمدينة بل وحتى من خارج الولاية نضراً للتغيرات الإجتماعية و التطورات التكنولوجية الحاصلة في الوقت الراهن.

الجدول رقم (14): يبين نسبة تفضيل المبحوثين للمعالجة الشعبية

المتغير	التكرار	النسبة المئوية
نعم	56	%50.9
لا	54	%49.1
المجموع	110	%100

من خلال الجدول يتبين لنا أن أغلب المبحوثين عند المرض يفضلون التردد على نفس معالجة دون غيرها من المعالجات حيث قدرت نسبتهم بـ 50.9%، في حين نجد الذين لا يفضلون التردد على نفس معالجة قدرت نسبتهم بـ 49.1%.

الجدول رقم (15): يبين سبب تفضيل المعالجة الشعبية

سبب تفضيل المعالجة	التكرار	النسبة المئوية
تتكلم نفس لغة المريض (اللغة المحلية)	9	%8.2
ثقة الناس بها	12	%10.9
لأننا نعرف أصولها	3	%2.7
لخبرتها ونجاح علاجها	34	%30.9
لشهرتها	3	%2.7
المجموع	61*	%55.5

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلب المبحوثين كان سببهم في تفضيل المعالجة الشعبية راجع لخبرتها ونجاح علاجها بنسبة 30.9%، ثم يليها لثقة الناس فيها بنسبة 10.9%، ثم يليها لأنها تتكلم نفس لغة المريض (اللغة المحلية) بنسبة 8.2%، وأخيراً بسبب معرفة أصولها ولشهرتها بنسبة 2.7%.

وبناءً على التحليل الإحصائي يتضح لنا اختلاف وجهات النظر حول سبب تفضيل المبحوثين للمعالجة الشعبية، حيث كانت الغالبية الساحقة وراء ترددهم على نفس المعالجة دون غيرها بسبب خبرتها ونجاح علاجها، وهذا أمر طبيعي ذلك لأن المتردد هدفه الشفاء من المرض، وعند إلتماسه الشفاء على يدها يقرر الذهاب إليها مرة أخرى إما ليتلقى شخصياً العلاج أو أحد أفراد عائلته، كما نلاحظ من خلال البيانات أن المبحوثين لا يولون أهمية لشهرة أو لأصول المعالجة الشعبية بقدر اهتمامهم لمدى نجاعة العلاج والراحة النفسية التي تبعثها في المريض وكل مقبل عليها بالإضافة إلى الممارسة الدائمة لعملها مما يكسبها الخبرة والمهارة والكفاءة لاستشفا ء مرضاها، وهذا بالضرورة يكسبها ثقة الناس بها والتي تعد مصدر أساسي وضروري في عمل أي معالجة.

* نقص العينة راجع للذين لا يفضلون التردد على نفس المعالجة الشعبية.

الجدول رقم (16): يبين نسبة الشفاء من المرض

هل شفيت من المرض؟	التكرار	النسبة المئوية
نعم	86	%78.2
لا	24	%21.8
المجموع	110	%100

يبين الجدول أعلاه أن نسبة الشفاء قدرت بـ 78.2%، ثم تليها نسبة عدم الشفاء بـ 21.8%.

الجدول رقم (17): يبين سبب عدم الشفاء المبحوثين

سبب عدم الشفاء	التكرار	النسبة المئوية
عدم تناولك للدواء	11	%10
عدم إتباع إرشادات الإستعمال	9	%8.2
طريقة العلاج	4	%3.6
عدم الإلتزام بمواعيد الدواء	9	%8.2
المجموع	33*	%30

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أعلى نسبة لعدم شفاء المبحوثين كانت بسبب عدم تناول الدواء بـ 10%، ثم تليها نسبة عدم إتباع إرشادات الإستعمال وعدم الإلتزام بمواعيد الدواء بـ8.2 %، وأخيراً بسبب طريقة العلاج بنسبة 3.6%.

وعليه من خلال التحليل الإحصائي المتعلق بنسبة شفاء المبحوثين يتأكد لنا مدى نجاح

*نقص العينة راجع للدين تم شفائهم من المرض.

أدوية الطب الشعبي والذي بات ينافس الطب الرسمي، بدليل أن الغالبية الساحقة تم شفائهم من المرض، ولأن وجدوا أنه يفي لهم بالغرض وهو الشفاء، بالإضافة إلى اطمئنانهم إلى نوع الأدوية التي وصفت بأنها ذات مصدر طبيعي، عكس الطب الرسمي الذي كثر فيه الأخطاء سواءً من ناحية وصف الدواء أو في تشخيص المرض مما يخلق للمريض مضاعفات أخرى تأذي بنفسه للهلاك.

كما لا ننسى تمسك المجتمع بالموروث الثقافي وبخاصة ما تعلق الأمر بالطب الشعبي حيث يلجأ المجتمع دائما إلى ما هو أسهل وأسرع في التأثير والشفاء، وهو الأمر الذي شجع أفراد المجتمع على الاهتمام في المعالجة بالطب الشعبي، فضلا عن الأسباب الأخرى.

في حين أن الذين لم يتم شفائهم من المرض راجع للمريض بحد ذاته وليس المعالجة وذلك بسبب عدم تناول الدواء وإتباع إرشادات الإستعمال.

الجدول رقم (18) يبين مكانة المعالجة الشعبية في المجتمع و كفاءتها

المتغير		التكرار	النسبة المئوية
مكانة المعالجة	نعم	100	%90.9
	لا	10	%9.1
كفاءة المعالجة	نعم	98	%89.1
	لا	12	%10.9
المجموع		%100/110	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الغالبية الساحقة يقرون بوجود مكانة إجتماعية خاصة للمعالجة الشعبية في المجتمع بنسبة 90.9%، في حين قدرت نسبة الذين لا يقرون بوجود مكانة إجتماعية خاصة بـ 9.1%.

فقد اختلفت وجهات النظر وتباينت الآراء من مبحوث لآخر في تحديد مكانة المعالجة الشعبية وكيف تكتسبها بين أفراد المجتمع، و عليه سنقوم بذكر أهم وجهات نظر المبحوثين التي من خلالها يتم تحديد مكانة المعالجة الشعبية في المجتمع:

✓اعتمادها على ما جاء في القرآن والسنة النبوية الشريفة، ابتعادها على ما لا يقبله دين ولا قانون.

✓مساعدتها للمحتاجين (الفقراء).

✓ تحليها بأخلاقيات الطبيب المعالج " كتمان سر المريض، الأمانة، المسؤولية إتقان العمل وذلك امتثالا للحديث الشريف لقول الرسول (ﷺ) "إِنَّ اللهَ تَعَالى يُحِبّ إِذَا عَمِلَ أَحَدُكُمْ عَمَلاً أَنْ يُتْقِنَهُ".

✓طبيعة المعاملة واستقبال المرضى، التقدير و الإحترام صغير كان أو كبير السن، لقول أحد المبحوثين: لاَ خَيْرَ فِيْ مَنْ لَمْ يُوَقِرْ كَبِيْرَنَا وَيُقَدِرْ صَغِيْرَنَا.

✓ثقة الناس فيها وفيما تقدمه لهم من نصائح وإرشادات في أموري دينهم ودنياهم.

✓امتلاكها الحكمة والخبرة والمقدرة على معالجة مرضاها مما يكسبها الشهرة وتوافد الناس عليها داخل وخارج الولاية بل حتى يتعدى الأمر إلى الدول المجاورة.

و من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أيضا أن غالبية المبحوثين يقرون بكفاءة المعالجة الشعبية في مهنتها بنسبة 89.1%، ثم يليها الذين لا يقرون بكفاءتها في مهنتها بنسبة 10.9%.

وعليه فالكفاءة هي الموهبة و المقدرة على إنجاز المعالجة عملها، حيث تستمد ديناميكيتها من مستوى نمو وتطور المحيط الإجتماعي لها بحيث يمكن أن تجسدها إما بدنياً أو عقلياً وذلك من خلال إلمامها بمهنتها وتحمل مسؤولية عملها كما سبق الذكر،وتحليها بأخلاقيات وتعاليم وتصورا ت الإسلام وأهدافه كونها تمثل قدوة يقتاد بها،خاصة المعالجة الشعبية الراقية، بالإضافة إلى سعة البال، الصبر، طريقة التفكير

والقدرة على محاورة المريض و الإهتمام به وكسب ثقته خاصة أن المقبلين عليها من مختلف شرائح المجتمع، وهذا الأمر ضروري لعمل المعالجة.

وعليه سيتم الربط بين بنسبة الشفاء وكفاءة المعالجة.

الجدول رقم (19): يوضح العلاقة بين نسبة الشفاء وكفاءة المعالجة

الشفاء من المرض / كفاءة المعالجة	نعم	لا	المجموع	معامل الإرتباط
نعم	80 %81.6	18 %18.4	98 %100	0.23
لا	6 %50	6 %50	12 %100	
المجموع	86 %78.2	24 %21.8	110 %100	

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أغلب المبحوثين بنسبة 78.2% الذين تم شفائهم من المرض وكان ذلك راجع لكفاءة المعالجة بنسبة 81.6%، وتليها نسب متساوية بالنسبة للمبحوثين الذين شفوا من المرض والذين لم يشفوا من المرض وليس راجع لكفاءة المعالجة بـ50% لكل منهما على حدا، وتليها نسبة 18.4% للذين لم يشفوا من المرض بالرغم من كفاءة المعالجة .

وهذا ما يوضحه معامل الإرتباط بـ 0.23، حيث أن هناك علاقة بين نسبة الشفاء وكفاءة المعالجة، فالكفاءة تلعب دور مهم في مجال عمل المعالجة و استناداً للمعطيات من الجدول أعلاه حيث كانت نسبة الشفاء من المرض بـ 81.6% نتيجة كفاءة المعالجة الشعبية.

2-4.الإستنتاج الجزئي الثاني:

- توصلنا من خلال معطيات هذه الدراسة إلى أن هناك اختلاف لوجهات نظر المترددين للطب الشعبي في العلاج فهناك من يرى أنه الذي يلجأ فيه الناس لزيارة أولياء الله الصالحين من أجل العلاج، أما البعض الأخر من يرى أنه الذي يستخدم كل ما جاء في السنة النبوية الشريفة، لكن كانت الغالبية الساحقة تنظر للطب الشعبي على أنه الذي ستخدم الأعشاب الطبية في العلاج بنسبة 66.4%.
- كما توصلنا أن أغلب المبحوثين عند مرضهم يتوجهون أولاً للطب الرسمي ثم الشعبي حيث قدرت بنسبة 68.2 % .
- اتضح لنا أن هناك عدة أسباب تجعل الإقبال على العلاج في الطب الشعبي حيث كانت أعلى نسبة هي اليأس من المعالجة في الطب الرسمي بنسبة 23.1%.
- أما عن العوامل التي يرى المبحوثين أنها سبب في حدوث المرض كانت أعلى نسبة للعوامل العلمية(العدوى، الفيروسات، التلوث...) بنسبة 60%.
- بالإضافة إلى أن هناك عدة أسباب دفعت أفراد عينة الدراسة للتردد على المعالجة الشعبية ومن بين هذه الأسباب والتي كانت بأكبر نسبة هي للمرض الجسمي (الصداع المفاصل العقم...) حيث قدرت بنسبة 66.4%.
- كما توصلنا إلى أن هناك عدة مصادر يتعرف من خلالها المبحوثين على المعالجة الشعبية حيث كانت أكبر نسبة هي 59.1، يتم التعرف فيها عن طريق الأقارب.
- كما توصلنا من خلال نتائج جداول الدراسة هو أن معظم المبحوثين الذين يفضلون التردد على نفس المعالجة الشعبية دون غيرها من المعالجات وكان ذلك راجع لعدة أساب وكانت أكبر نسبة لخبرتها ونجاح علاجها حيث قدرت بـ30.9%.
- توصلنا كذلك إلى أن الغالبية الساحقة تم شفائهم من المرض بنسبة 78.2 %، وأن الذين لم يتم شفائهم كان ذلك نتيجة لعدم تناول الدواء بنسبة 10%.

- وتوصلنا أن للمعالجة مكانة خاصة في المجتمع حيث كانت الغالبية الساحقة من صرحت بوجود هده المكانة وكانت نسبتها 90.9%، و 89.1% من المبحوثين الذين يعترفون بكفاءة المعالجة.

وقد اختلفت آراء ووجهات نظر المبحوثين في حالة اختيارهم لطبيب شعبي معالج (ذكر أو أنثى) أيهما يختار ولماذا؟، وعليه سنقوم بعرض أهم هذه الآراء في ما يلي:

- هناك من اختار الرجل وذلك راجع لعدة أسباب ولعل أهمها كانت

✓في حالة الرقية الشرعية يستحسن رجل

✓نفس التركيبة الفيزيولوجية

✓قوة الشخصية والثقة كما أنه يستطيع التكيف والصبر في بعض الحالات المرضي

✓لتفادي الإحراج، فهناك أمراض داخلية قد أضطر فيها الكشف عن بعض أجزاء جسمي أثناء العلاج، وهذا الأمر لا أستطيع فعله عند امرأة.

- وهناك من اختار الأنثى وكانت هذه أسبابهم في الإختيار

✓لنفس الجنس

✓لعملها وإحاطتها بكل ما يتعلق بالمرأة لأنها قد تعاني من نفس هذه الأمراض

✓تشخيص المرض بدقة وبشكل أوضح دون إحراج

✓أكثر إلتزاماً من الرجل

✓طبقا للعادات والتقاليد والحرمة فلزيارة معالج رجل يجب أن يكون محرم، فالمرأة عورة ولا يجوز للرجل الكشف عليها

- أما البعض الأخر فلا يهمه إن كان المعالج رجل أو أنثى المهم هو إلتماس الشفاء على يدهما ، امتلاكهما للخبرة والحكمة والاختصاص في أنواع المرض.

❖ يشمل الطب الشعبي على جميع الممارسات الشعبية التقليدية والتي كانت بداياتها مند عصور قديمة ولازالت مستمرة إلى غاية يومنا هذا، بل وأصبحت أكثر إقبالا و تتلقى شعبية من مختلف المستويات والمؤهلات العلمية حيث توصلنا من خلال دراستنا إلى أن هناك علاقة عكسية (0.1 –) بين نظرت المبحوثين للطب الشعبي والمستوى العلمي لهم، وذلك لأن على الرغم من بلوغ المبحوثين إلى أعلى المستويات الثقافية إلا أننا لاحظنا أن هذه الفئة هي الأكثر إقبالا على الشعوذة بالرغم من درايتهم بأن هذا النوع من الممارسات محضور في القوانين الإجتماعية والدينية، ناهيك عن الآثار والمخاطر الناتجة عنه، كما أن الواقع يثبت ذلك حيث نجد هناك عدة أسباب وعوامل تجعلهم يقبلون على فعل ذلك كالبحث عن الحظ وبلوغ مناصب عمل راقية... وغيرها، على عكس الفئة التي دون المستوى الثقافي بالرغم من الجهل وعدم المعرفة الكافية عن هذا النوع من الممارسات، حيث نجدها تخشى الإقبال عليها.

❖ كما أن الكفاءة لها دور مهم في عمل المعالجة الشعبية في هذا المجال، حيث أثبتت لنا النتائج أن هناك علاقة (0.23) بين نسبة شفاء المبحوثين من المرض وكفاءة المعالجة الشعبية .

❖ أما عن العلاقة بين مكان الإقامة ومصدر التعرف على المعالجة، كانت ضعيفة (0.04) وذلك راجع لتمدن معظم الأرياف أو ما تسمى بالقصور حيث أصبح نسخة عن المدينة في مواكبته لتطورات العصرنة.

2-5. الواقع السوسيو تنظيمي للمعالجة الشعبية:

الجدول رقم (20): يبين كيف تتم زيارة المتردد للمعالجة الشعبية

كيفية الزيارة	التكرار	النسبة المئوية
تحديد موعد مسبق	49	%44.5
بطريقة عشوائية	61	%55.5
المجموع	110	%100

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلب المبحوثين تتم زيارتهم للمعالجة الشعبية بطريقة عشوائية حيث قدرت نسبتهم بـ 55.5%، في حين الذين تتم زيارتهم للمعالجة عن طريق تحديد موعد مسبق قدرت نسبتهم بـ44.5% .

فهذا يفسر لنا أن أغلب المعالجات لا تقيد المتردد في زيارته لها، لا تشرط تحديد مواعيد مسبقة خاصة إذا ما تعلق الأمر بالزيارة الأولى، أما إذا كان نوع المرض يحتاج إلى زيارات متكررة فهنا فقط تحدد المعالجة الوقت الملائم لاستقبال المريض.

الجدول رقم (21): يبين في حالة تحديد موعد مسبق كيف يتم ذلك

كيف يتم تحديد الموعد مسبقاً؟	التكرار	النسبة المئوية
عن طريق المعالجة	18	%16.4
عن طريق المساعدة	30	%27.3
المجموع	48*	%43.6

نلاحظ من الجدول أن أغلب المبحوثين عند تحديد موعد مسبق لزيارة المعالجة يكون ذلك عن طريق مساعدة المعالجة حيث قدرت نسبتهم بـ27.3%، في حين نجد البعض الآخر يتم تحديد موعد الزيارة عن طريق المعالجة بنسبة 16.4% .

* نقص العينة راجع للذين لم يجيبوا على هذا السؤال.

والملاحظ هنا أن طريقة عمل بعض المعالجات بدأت تأخذ شكلاً أكثر تنظيماً وأصبحت تشبه الطبيب الرسمي في عمله، حيث يقوم المقبل أخذ موعد مسبق قبل الزيارة وذلك لتفادي الإزدحام والفوضى، حيث تخضع هذه المواعيد لاعتبارات عدة كفترات الراحة(القيلولة الصلاة...) وعلى حسب الطبيعة المناخية حيث نجد أوقات الإستقبال في فصل الصيف في الفترة الصباحية من 7:00 إلى غاية الواحدة زوالاً، وهي ليست كأوقات الإستقبال فصل الشتاء من 8:00 صباحاً حتى 15:00 مساءً، وأغلب المعالجات تفضل أن يعالج مرضاهم في الفترة الصباحية وذلك كما جاء على لسان الراقية 'ز': اَلدَوَا فِّيْ صْبَاحْ يْكُونْ لْمَفْعُولْ نْتَاعُوْ خِيرْ مَنْ لَعْشِيَةْ، ولهذا نجد بعض المعالجات لا تعمل في الفترة المسائية، ناهيك على حرص المعالجة على الإعلان بهذه الأوقات عند استعلام المقبلين على مواعيد العمل.

فهذا أمر هام لأي عمل كان لأنه يساهم في ضبط الحضور للمقبل والعامل في حد ذاته هذا من جهة ،أما من جهة ثانية يعطي للمقبل مجال في ممارسة أدواره الحياتية الأخرى.

الجدول رقم(22): يبين نسبة إلتزام المعالجة الشعبية بأيام العمل

المتغير	التكرار	النسبة المئوية
نعم	64	%58.19
لا	46	%41.8
المجموع	110	%100

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلب المبحوثين يقرون بالتزام المعالجة في أيام عملها بنسبة 58.19%، ثم تليها نسبة الذين لا يقرون بالتزامها في أيام عملها حيث قدرت نسبتهم بـ41.8% .

وبناءً على هذا التحليل نلاحظ أن الغالبية الساحقة من المعالجات الشعبية تلتزم بأيام عملها وهذا يعكس مدى الصرامة الجدية وانضباط المعالجة في عملها هذا من جهة ومن جهة أخرى إن عدم إلتزام البعض الأخر من معالجات بهذه الأيام ليس بسبب عدم انضباطها أو إلتزامها واحترامها للمواعيد وأيام العمل، بل يعود السبب إلى الظروف القاهرة

التي تمنعها من العمل كالوفا ة أحد أفراد العائلة أو إضطرار المعالجة إلى خروجها من مكان عملها لمعالجة مريض في حالة مستعسرة، خاصة في ما يتعلق الأمر بالرقاة حيث تكون هناك حالات مرضية كالمس أو الصرع يستصعب في بعض الأحيان تنقل المريض لمكان المعالجة.

ومن خلال إجابة المبحوثين على السؤال رقم(20- ب) يتضح لنا جل المعالجات تعمل كل أيام الأسبوع ماعدا يوم الجمعة، وبما أن أغلب المعالجات هن من كبار السن فهن يخصصن هذا اليوم للزيارات العائلية واستقبال أحفادهن كما جرت العادة وهذا طبع في العائلات الأدرارية، كما أنه يوم عيد للمسلمين.

لكن هناك حالات استثنائية ففي الحالات الطارئة تستقبل المعالجة مرضاها دون تردد وهذا ما تم ملاحظته وتأكد لنا من المبحوثين.

الجدول رقم(23): يبين مكان إقامة المعالجة الشعبية

مكان الإقامة	التكرار	النسبة المئوية
ريف(قصر)	92	%83.6
مدينة	18	%16.4
المجموع	110	%100

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن أغلب المعالجات مكان إقامتهن في الريف(القصر) حيث قدرت نسبتهم بـ 83.6% ،ثم تليها نسبة المعالجات التي مكان إقامتهم المدينة بنسبة 16.4% .

وبما أن أهل الريف(القصور) يختلفون عن أهل المدينة في طريقة معالجتهم للمرض، وأن أصل المعالجة بالأعشاب كان في الريف(القصور)، فهذا الأمر يدل على مدى حرص و محافظة سكان الريف على توارث لهذه المهنة أباً عن جد وبالرغم من توفر المرافق الصحية والعيادات الطبية الرسمية في كل قصر وولاية، إلا أننا نجد الغالبية

الساحقة من سكان الريف أكثر ممارسة لهذه المهنة إلى غاية يومنا هذا، إذ تعتبر جزء لا يتجزءا من ثقافتهم ومعتقداتهم.

الجدول رقم (24): يبين مكان العلاج

مكان العلاج	التكرار	النسبة المئوية
في منزل المعالجة	93	%84.5
في منزلك	5	%4.5
عيادة مخصصة للعلاج	12	%10.9
المجموع	110	%100

من خلال الجدول نلاحظ أن الغالبية الساحقة تمت معالجتهم في منزل المعالجة حيث قدرت نسبتهم بـ84.5، ثم يليها الذين تمت معالجتهم في عيادة مخصصة بنسبة 10.9% ،وأخيراً الذين تم علاجهم في منازلهم بنسبة 4.5% .

وهنا يمكن القول بما أن أغلب المعالجات تمارس مهنتها بصفة غير قانونية أي من دون وثيقة رسمية من طرف الهيئات الوصية تخول لها مشروعية عملها، لذلك نجد أغلب هذه الممارسات ترتبط بمنزل المعالجة أو المدرسة القرآنية بالنسبة للراقية.

كما نظيف إلى ذلك أن الطب الشعبي عرف من القدم بالطب المنزلي ولهذا نجد المعالجات تتمسك بهده العادات والتقاليد المتوارثة من جيل إلى جيل.

الجدول رقم (25): يبين في حالة العلاج في منزل المعالجة

مكان العلاج		التكرار	النسبة المئوية
مكان العلاج	قاعة الإنتظار	29	%26.4
	قاعة مخصصة	81	%73.6
طبيعة العلاج	فردي	81	%73.6
	جماعي	29	%26.4
المجموع		%100/110	

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلب المبحوثين تمت معالجتهم في قاعة مخصصة وبشكل فردي حيث قدرت نسبتهم بـ73.6% ،في حين نجد نسبة الذين تمت معالجتهم في قاعة الإنتظار وبشكل جماعي قدرت نسبتهم بـ26.4% .

وهذا ما يؤكد الشكل النظامي للمعالجة في العمل كما سبق الذكر، فتخصيص قاعة للعلاج وقاعة للإنتظار هذا يبعث نوع من الراحة والطمأنينة النفسية لدى المتردد، فلكل شخص له خصوصيته، كما أن هناك أمراض داخلية يستحي فيها المقبل الإفصاح عنها أمام الملأ

الجدول رقم (26): يبين طبيعة مكان العلاج

طبيعة مكان العلاج	التكرار	النسبة المئوية
عصري	42	%38.2
تقليدي	68	%61.8
المجموع	%100/110	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن طبيعة مكان العلاج أغلبها تقليدية بنسبة

61.8%، في حين نجد طبيعة مكان العلاج عصرية بنسبة 38.2%.

وهذا راجع لأن أغلب المعالجات هن من الريف(القصور) ومن المعروف أن أغلب منازل القصور لا تزال محافظة على الطابع التقليدي، فمن حيث البناء نجدها تحتوي على غرف ذات مساحات واسعة بها مروحيات و نوافدة للتهوية أما عن الأفرشة فجلها من القماش (شَرْمَاطْ ، اَلْحَنْبَلْ) أو حصائر(زَرْبِيَةْ) نظيفة، بالإضافة إلى نوع ومصدر أغذيتهم وأطباقهم التقليدية كـ(اَلْعَيَّشْ، اَلْكَسْرَهْ خْبَزْ اَلْقَلَةْ اَلْمَرْدُودْ....) التي تقدم كوجبة غذاء، أما اَلْكَصَكْرُطْ فيتم تقديم" لَبَنْ مع اَلْتَمَرْ أو السَفُوفْ " حيث كان هذا وصف المبحوثين لطبيعة المكان الذي تم معالجتهم فيه.

الجدول رقم (27) يبين طريقة استخدام المعالجة الشعبية في علاج المرض

طريقة العلاج	التكرار	النسبة المئوية
التدليك	61	%42.1
الكي	30	%20.7
التشريط	20	%13.8
الحجامة	34	%23.4
المجموع	145*	%100

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أكثر الطرق استخداما في العلاج هي التدليك بنسبة 42.1%، ثم يليها الحجامة بنسبة 23.4%، ثم يليها الكي بنسبة 20.7%، وأخيراً التشريط بنسبة 13.8%.

و ذلك لأن طريقة العلاج التي تستخدمها المعالجة تختلف باختلا ف المرض، بالإضافة إلى اعتماد المعالجة على أسلوب التدليك كخطوة أولى للكشف عن المرض حيث يشمل

*تضخم العينة راجع لإجابة المبحوث لأكثر من إقتراح.

الفحص لمناطق الألم وحركات رياضية.

ثم تقوم المعالجة بعد ذلك بتشخيص المرض واستخدام أساليب أخرى للعلاج حيث كانت هذه تصريحات المبحوثين في ذلك:

- طرح أسئلة عن نوع الأعراض وموقع الألم ثم التدليك.
- السؤال عن سبب الزيارة ثم التدليك فالكي.
- التدليك ثم الحجامة.
- التدليك ثم التشريط .
- الحجامة.

بالإضافة إلى تصريحات البعض الآخر من المبحوثين حيث كانت لهم إجابات أخرى حول الأسلوب المعالجة الشعبية في علاجهم، وكانت كالآتي:

- الرقية الشرعية(تلاوة القرآن).
- استخدام خيط من صوف لنزع النفس(العين).
- فتح الكتاب (خاص بالمشعوذة).
- لَحْسَابْ عَلَى رَمْلَةْ.
- استخدام أوراق التاروت (الكارطة).
- رَسَمْ لْجَدْوَلْ.

الجدول رقم(28): يبين نسبة تعقيم أدوات العلاج

أدوات العلاج	التكرار	النسبة المئوية
معقمة	71	%64.5
غير معقمة	26	%23.6
المجموع	97*	%88.2

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن أغلب المبحوثين صرحوا بأن ادوات العلاج المستخدمة من قبل المعالجة الشعبية معقمة بنسبة 64.5%، ثم يليها الذين صرحوا بان أدوات العلاج غير معقمة بنسبة 23.6%.

فهذا يعكس مستوى وعي المعالجة بمدى خطورة أدوات العلاج في حالة عدم تعقيمها مما يؤثر سلباً على المقبل وعلى حتى المعالجة بحد ذاتها، لذلك تحرص المعالجة على نظافة وسائل عملها خاصة في ما يتعلق الأمر " بالحجامة " فهذه الأداة تتشكل فيها الجراثيم أكثر وبسرعة.

أما فيما يتعلق الأمر بوسيلة " التشريط " فهنا لاحظنا أن المعالجة تستخدم مشرط صالح للإستعمال مرة واحدة لا غير.

وعن " الكي" فهنا نجد جل المعالجات تستخدم عود من الرمان والأكثر استعمالا هو عود الحناء، حيث صرح المبحوثين بأن هذه الأداة لا تستخدمها المعالجة لأكثر من شخص وهنا كانت حجة المعالجة(ه) ذلك كما جاء في قولها: " لْعُودْ يَتْحْمَى رَاسُوْ عَلَى نَارْ زِيْنْ حَتَّى يْوَلِّي كِي جْمَرْ وْهَكَا يَتَحْرَقْ لَوْسَخْ وَ يَتْنَقَى لْعُودْ مَنْ بَعْد عَادْ نَوَلِي نَكْوِي بِيهْ لْوَحَدْ تَانِي"

*نقص العينة راجع للمبحوثين الذين لم يتم استخدام أي أداة للعلاج.

الجدول رقم (29): يبين نوع الدواء

نوع الدواء	التكرار	النسبة المئوية
أعشاب	79	%54.9
بخور	14	%9.7
زيوت	31	%21.5
ماء مرقي	14	%9.7
أحجبة	6	%4.2
المجموع	*144	%100

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلب أدوية التي وصفتها المعالجة الشعبية للمترددين هي أعشاب حيث كانت بنسبة 54.9%، ثم يليها الزيوت بنسبة 21.5%، ثم يليها بخور وماء مرقي بنسبة 9.7، %وأخيرً أحجبة بنسبة 4.2%.

فبناءً على التحليل الإحصائي نستكشف أن اغلب الأدوية التي تعتمدها المعالجة الشعبية في وصفها للمرض هي أعشاب، وذلك لاحتوائها على فوائد صحية وتشمل كلمة الأعشاب على "البذور ،أوراق ،أغصان وجذور النباتات"

ومن بين هذه الأعشاب التي صرح بيها المبحوثين كانت:

- ✓البذور: الحبة السوداء، القرطوفة، حب الرشاد، زريعة الكتان، زريعة الزرودي، زريعة القسبر، الحرمل، حبة الحلاوة،حلبة .
- ✓الأوراق: ، لقطف، لحبق، تيزانة، مريوة، السدرة، النعناع.
- ✓الزيوت: زيت الياسمين، زيت النعناع، زيت حلبة، زيت الخروع، زيت الحبة السوداء،

*تضخم العينة راجع لإجابة المبحوثين لأكثر من اقتراح.

زيت الشيح، زيت الزيتون، زيت آرقه.

- ✓ الأعشاب: الشيح، العقاية، شجرة الدواء.
- ✓الأغصان: عود غريس، الفوة، عرق السوس، المسواك.
- ✓أما عن الماء: ماء الزهر، ماء زمزم، ماء الورد، ماء سعيدة، مياه العيون، ماء البحر، ماء الأمطار(النو).

كما أن وهناك من المبحوثين لم يتم وصف لهم أي دواء.

الجدول رقم (30): يبين طريقة توضيح المعالجة لاستخدام الدواء

طريقة إستخدام الدواء	التكرار	النسبة المئوية
يشرب	88	%61.1
يدهن	36	%25
يبخر	17	%11.8
يدفن	3	%2.1
المجموع	*144	%100

نلاحظ من خلال الجدول أن أعلى نسبة كانت لتوضيح المعالجة في إستخدام الدواء عن طريق الشرب بنسبة 61.1%، ثم يليها عن طريق يدهن بنسبة .25% ، ثم يليها عن طريق يبخر نسبة 11.8%، وأخيراً عن طريق الدفن بنسبة 2.1% .

وعليه فإن اختلاف طريقة استخدام الدواء راجع لاختلاف نوع الأدوية والمرض، حيث هناك أمراض يستحب فيها أن يشرب الدواء ومن بين هذه الأمراض ألآم البطن" نتيجة للأكل المفرط للحلويات، أكل التراب، مما تتشكل جراثيم والديدان في البطن، حيث نجد هذا النوع من المرض خاصة عند الأطفال من سنتين فما فوق.

*تضخم العينة راجع لإجابة المبحوث لأكثر من إقتراح.

وهناك أمراض تستدعي الدهن مع التدليك كأمراض المفاصل، آلام الرأس، آلام الظهر، رفع الحلق(اللوزتين).

و أمراض أخرى تستدعي أن يبخر بها" كالمناس"، لطرد العين والمس، "الشيح" لنزع البرد من الجسم،" الزعتر ، المريوة، تيزانة ".

بالإضافة إلى طرق أخرى جاءت في قول بعض المبحوثين أنه قد تم تقديم لهم كتيبات صغيرة وأحجبة يقومون بدفنها في أماكن معينة، وأخرى طلب منها أن تغتسل وترش الماء في جميع أرجاء سكنها، وهناك من طلب منه شراء قفل(كادنة) ثم يحضرها للمعالجة حيث رسمت وكتبت عليها رموز ثم التوجه بهذه الأخيرة في الصباح الباكر إلى مسجد وغسلها أمامه.

الجدول رقم (31): يبين مدة جلسات العلاج

مدة جلسات العلاج	التكرار	النسبة المئوية
جلسة واحدة	49	%44.5
جلستين	32	%29.1
ثلاثة جلسات فما فوق	29	%26.4
المجموع	110	%100

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلب المبحوثين كان عدد جلسات العلاج هو جلسة واحدة حيث كان بنسبة 44.5%، ثم يليها جلستين بنسبة 29.1%، وأخيرا ثلاث جلسات فما فوق بنسبة 26.4%.

ذلك راجع لشفاء المريض من الجلسة الأولى، فتحديد جلسة العلاج مرتبط بنسبة الشفاء من المرض، كما يرجع الأمر إلى نوع ودرجة تطور المرض، فمن خلال ملاحظتنا الميدانية أن المعالجة عند الكشف على المريض تصف الأدوية اللازم ة للعلاج وشرح

طريقة الإستعمال وتأكد على المريض الإلتزام بمواعيد الدواء وإرشادات الإسعمال ومدة تناوله حتى الشفاء من المرض، وأنه في حالة عدم شفائه أن يكرر زيارته لها مرة ثانية. وحتى إن اضطرت المعالجة من تحديد جلستين أو أكثر فإن السبب في ذلك رؤيتها أن جلسة واحدة لا تفي بالغرض، خاصة ما إن تعلق "الأمر بالمس أو السحر" .

الجدول رقم (32): يوضح تحديد المعالجة للأجر

العبارة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	29	%26.4
لا	81	%73.6
المجموع	110	%100

نلاحظ أن أغلب المبحوثين صرحوا بعدم تحديد المعالجة الشعبية للأجر حي كان بنسبة 73.6%، ثم يليها نسبة الذين صرحوا بتحديد الأجر من طرف المعالجة بـ26.4% . بناءً على هذا التحليل يتضح لنا أن الغالبية الساحقة من المعالجات لا تولي أهمية للمقابل المادي بقدر اهتمامها وحرصها على رعاية المريض واستشفائه.

الجدول رقم (33): يوضح في حالة الإجابة بـ "نعم" كم يقدر المبلغ

العبارة	التكرار	النسبة المئوية
100دج-500دج	12	%10.9
600دج-1000دج	9	%8.2
من1500دج فأكثر	7	%6.4
المجموع	28*	%25.5

* نقص العينة راجع للذين أجابوا بـ "لا".

نلاحظ أن المعالجة تحدد مبلغ العلاج من [100دج إلى 500دج[حيث كان بنسبة 10.9%، ثم يليه المبلغ من[600 دج إلى 1000دج [بنسبة 8.2%، وأخيراً المبلغ من 1500 دج فأكثر بنسبة 6.4%.

إن تحديد الأجر غالباً ما يكون عند المعالجة (المشعوذة) وهذا ما أدلى به المبحوثين من خلال زيارتهم لها، بحيث كل خطوة من خطوات عملها تقوم بها لها ثمن معين، بغض النظر عن الفدية(كبش) ومبالغ مالية باهضة الثمن دون المقابل المادي عن عملها، تقوم بطلبها من الزبون بحجة أن الأسياد(الجن) طلبوا ذلك كالويز أو خاتم من ذهب أو فضة...

ومنها كذلك جلد لحيوان معين " السبع، النمر، الثعبان..."، وأنواع معينة من السحليات " الحرباء، الضب،..".

الجدول رقم (34): في حالة الإجابة بـ "لا" كم يقدر المبلغ

العبارة	التكرار	النسبة المئوية
100دج-500دج	44	%40
600دج-1000دج	35	%31.8
من1500دج فاكثر	3	%2.7
المجموع	82*	%74.5

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أغلب المبحوثين يقدمون للمعالجة مقابل مادي من [500 دج إلى 100 دج [بنسبة 40%، ثم يليها من [600 دج إلى 1000دج [بنسبة 31.8% وأخيراً من 1500 دج فأكثر بنسبة2.7%.

* نقص العينة راجع للمبحوثين الذين أجابوا بـ "نعم".

بما أن المعالجة لا تحدد أجر فإن الزبون بدوره لا يرضى بأن يتم علاجه بمقابل مادي ضئيل، خاصة إذا كان مقتنع بالعلاج والدواء الموصوف له، فبناء على ذلك فإن المقابل المادي للمعالجة لا يعوض قيمة الوقت وجهد وأتعاب المعالجة، بل هو كتعبير عن تقدير الزبون لها، ومما لاحظنا عند زيارتنا لها أنها لا تولي أهمية للمقابل المادي الذي تتقاضاه بحث عند انتهاء الجلسة العلاج يقدم الزبون لها الأجر خفية وتأخذه هي بدورها وتضعه تحت الفراش التي تجلس عليه دون النظر إلى قيمة المبلغ كم هو.

الجدول رقم (35): يوضح العلاقة بين المهنة والمقابل المادي

المقابل المادي / المهنة	من100دج إلى500دج	من600دج إلى 1000دج	أكثر.من 1500دج	المجموع	معامل الإرتباط
موظف	21 %63.6	11 %33.3	1 %3	33 %100	0.134
أستاذ	3 %60	1 %20	%1 %20	5 %100	
مهن حرة راقية(طبيب،محامي...)	/	2 %100	/	2 %100	
مهن حرة بسيطة(نجار، نباء...)	11 %47.8	11 %47.8	1 %4.3	23 %100	
بدون عمل	9 %47.4	10 %52.6	/	19 %100	
المجموع	44 %53.7	35 %42.7	3 %3.7	82 %100	

نلاحظ من الجدول أعلاه أن أكبر نسبة قدرت بـ 53.7 %من كافة المبحوثين الذين كان مقابلهم المادي للمعالجة من 100دج إلى500دج، ثم تليها نسبة 42.7 %من كافة المبحوثين الذين كان مقابلهم المادي من 600 دج إلى 1000 دج ، ثم نسبة 3.7 %من كافة المبحوثين الذين كان مقابلهم المادي أكثر من 1500دج.

ونلاحظ أن المبحوثين الذين كان مقابلهم المادي من 100دج إلى 500دج هم من فئة

الموظفين بنسبة 63.6%، ثم يليها الذين كان مقابلهم المادي من 600دج إلى 1000دج هم من فئة المهن الحرة البسيطة بنسبة 47.4%، ثم يليه الذين كان مقابلهم المادي أكثر من 1500دج هم من فئة الأساتذة بنسبة 20%.وهذه النسب توافقت مع معامل الإرتباط حيث كانت علاقة قوية قدرت بـ 0.134.

الجدول رقم (36): يوضح إذا كان بإمكان تقديم مئونة عوض المال

العبارة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	24	%21.8
لا	37	%33.6
لاأدري	49	%44.5
المجموع	110	%100

نلاحظ أن أغلب المبحوثين كانت إجاباتهم في تقديم مؤونة (طعام، تمر، قمح) للمعالجة كمقابل عن المال بـ "لا أدري" حيث كان بنسبة 44.5%، ثم يليها نسبة الذين كانت إجابتهم بـ "لا" 33.6%، وأخيراً نسبة الذين أجابوا بـ "نعم" 21.8%.

ذلك راجع لأن أغلب أفراد عينة الدراسة هم سكان المدينة، ونادر ما يكون لهم علم عن العادات الممارسة عند أهل القصور ودهنياتهم، لذلك نجد أغلبهم لا علم لهم عن أنواع المقابل المادي الذي يمكن تقديمه.

الجدول رقم (37): يبين الفصل بين النساء والرجال

العبارة	التكرار	النسبة المئوية
نعم	68	%61.8
لا	42	%38.2
المجموع	110	%100

نلاحظ أن أغلب المبحوثين صرحوا بوجود فصل بين النساء والرجال بنسبة 61.8%، في حين نجد البعض الآخر من يقول بعدم وجود فصل بين النساء والرجال بنسبة 38.2%.

فهذا أمر هام وضروري حيث يعبر عن القيم الأخلاقية واحترام الحرمة واجتناباً للإختلاط وحدوث مشاكل وعموم الفوضى خاصة عن توافد المقبلين بكثرة وحدوث مناوشات حول دور من في العلاج وهنا كان رأي أحد المبحوثين في ذلك"لم أستطع الدخول بمشقة الأنفس وهناك ضرب ودفع بين الزبائن...والمعالجة جالسة وتنظر للأمر عادي" .

وعليه فإن العمل بهذه الطريقة يكون أكثر تنظيما ويخلق نوع من الراحة والطمأنينة النفسية لدى الزبون.

الجدول رقم (38): يوضح السن الأمثل للمعالجة الشعبية

العبارة	التكرار	النسبة المئوية
من 20 إلى 30 سنة	9	%8.2
من 30 إلى 40 سنة	19	%17.3
من 40 إلى 50 سنة	59	%53.6
أكثر من 50 سنة	23	%20.9
المجموع	110	%100

نلاحظ من خلال الجدول ان اغلب المبحوثين يفضلون سن المعالجة ان يكون من [40-50[سنة وكان بنسبة 53.6%، ثم يليه السن المفضل أكثر من 50 سنة بنسبة 20.9%، ثم يليه من [30-40[سنة بنسبة 17.3%، وأخيراً من 20-30 سنة بنسبة8.2%.

وهذا راجع لعدة أسباب التي يرى المبحوثين أنها تتوفر في هذه الفئة العمرية (الكهولة) أكثر من غيرها ألا وهي:

- الحكمة
- الخبرة
- المهارة
- القوة الجسمية والعقلية
- توازن الشخصية

حيث هذا يكون أكثر تمكنا و تحمل المسؤولية.

أما عن الفئة الفئة العمرية التي من 20-30 سنة لا تملك الحكمة و الخبرة الكافية للعلاج.

والفئة التي هي أكثر من 50سنة تفقد قواها العقلية والجسدية حيث يقل مستوى التركيز وأكثر عرضة للنسيان.

الجدول رقم (39): يوضح ظروف الإستقبال المعالجة الشعبية

العبارة	التكرار	النسبة المئوية
استقبال جيد	102	%92.7
استقبال غير جيد	8	%7.3
المجموع	110	%100

من خلال الجدول يتضح لنا أن الغالبية الساحقة من المبحوثين الذين تم استقبالهم بطريقة جيدة كان بنسبة 92.7%، في حين نجد نسبة الدين صرحوا بعدم الإستقبال الجيد بـ 7.3%.

وعليه فإن طريقة استقبال المرضى جزء مهم في عمل المعالجة وذلك فيه تعبير عن الشخصية والأخلاق، وكانت هذه آراء المبحوثين عن طبيعة استقبال المعالجة لهم "وجه بشوش، إبتسامة عريضة وحسن المعاملة والضيافة.

2-6.الإستنتاج الجزئي الثالث:

- من خلال تحليلنا لنتائج الجداول السابقة توصلنا إلى أن معظم أفراد العينة تتم زيارتهم للمعالجة الشعبية بطرقة عشوائية حيث قدرت بنسبة 55.5%، وأن البعض الأخر عند تحديد موعد مسبق يتم في الغالب عن طريق المساعدة بنسبة 27.3%.
- كما توصلنا من خلال إجابات المبحوثين أن كل المعالجات تزاول نشاطها كل أيام الأسبوع ما عدا الجمعة، حيث قدرت نسبة إلتزامها بهذه الأيام بـ 58.19%، وقد صرح البعض الأخر أن السبب وراء عدم إلتزام المعالجة بهذه الأيام هو خروجها للعلاج في الحالات الطارئة.
- وتوصلنا أن الغالبية الساحقة من المعالجات مقر سكنهن من الريف(قصر) بنسبة 83.6%، وهناك من تتنقل المعالجة إلى منزله لعلاجه وهناك البعض الأخر منهن تزاول عملها في عيادة مخصصة للعلاج، لكن كانت أكبر نسبة للمعالجات اللاتي تزاول عملها في منزلها حيث كانت بنسبة 84.5%، وأغلبهن تعالج بشكل فردي وفي قاعة مخصصة للعلاج بنسبة 73.6%، كما أجمل جل المبحوثين أن طبيعة مكان العلاج هو تقليدي ويشمل على مكيفات هوائية و أفرشة ذات غرف واسعة ونظيفة.
- وقد أوضحت الدراسة أن لكل معالجة طريقة خاصة في العلاج وذلك على حسب نوع المرض حيث كان التدليك هو أكبر نسبة حيث يعتبر كخطوة أولى يتم من خلالها الكشف

عن نوع وموضع المرض وكانت بنسبة 42.1%.

- كما توصلنا إلى أن المعالجة تحرس على تعقيم أدوات العلاج حيث قدرت بنسبة 64.5%.
- وصرح معظم أفراد عينة الدراسة أن الأدوية التي وصفتها المعالجة الشعبية هي عبارة عن أعشاب بنسبة 54.9%، وكانت طرقة استخدامها عن طريق الشرب بنسبة 61.1%.
- كما أن أغلب المبحوثين كانت مدة جلسة علاجهم هي مرة واحدة بنسبة 44.5%.
- وأوضحت لنا نتائج الدراسة أن المعالجة الشعبية لا تحدد مبلغ مادي معين كمقابل على علاجها حيث قدرت بنسبة 73.6%، وكان أكبر مقابل مادي يقدم لها من قبل المبحوثين من 100دج إلى 500دج.
- كما اتضح لنا أن كل المعالجات لا تخصص زي للعمل حيث كان بنسبة 100%.
- أما عن السن المناسب الذي يفضله المقبلين هو من 40% إلى 50% سنة بنسبة 53.6% وذلك لما يتوفر في هذا السن دون غيره من الخبرة والحكمة والصبر واتزان الشخصية.
- كما توصلنا من خلال دراستنا هذه أن هناك استقبال جيد من طرف المعالجة الشعبية للمقبلين عليها.

3- عرض النتائج ومناقشتها:

3-1.النتائج في ظل تساؤلات الدراسة:

يعد التحليل السوسيولوجي لنتائج الدراسة عملية مهمة في أي بحث علمي، باعتبارها المرحلة التي تجمع الجانب النظري بالجانب الميداني.

وفي ضل دراستنا " للواقع السوسيو تنظيمي لعمل المرأة في الطب الشعبي" توصلنا إلى أن المجتمع الأدراري لا يزال متمسكاً بعاداته وقيمه ومعتقداته الشعبية إذ يعد عمل المرأة الأدرارية في هذا المجال، جزء من ثقافة المجتمع الذي يعتبر أحد جوانب القيم والمعرفة

الثقافية وأحد أهم أشكال الممارسات التقليدية المتعارف عليها في مقاومة المرض، بوسائل تقليدية وغير تقليدية.

فمن خلال دراستنا الميدانية توصلنا إلى أن هذه الممارسات العلاجية التقليدية لا تتأثر بالمستوى التعليمي، حيث اتضح لنا أن أعلى المستويات العلمية والثقافية هم أكثر إيمانا بهذا النوع من العلاج، كما لا يوجد فروق بين متغير العمر في التردد و أن أكثر الفئات التي تلجأ للمعالجة الشعبية هي فئة الشباب حيث استمرار زيادة العمر لا تعني الزيادة في اليقليدية، ولا تعني التمسك بكل ما هو تقليدي، حيث تؤكد الشواهد الواقعية أن شرائح المجتمع بمختلف مستوياتها تؤمن بفعالية الطب الشعبي ، كما أن للتنشئة الإجتماعية دور فعال في ذلك والمسألة مسألة قناعات لدى كل فرد.

كما توصلنا إلى أن هناك واقع إجتماعي وتنظيمي لممارسة المرأة للطب الشعبي في المنطقة.

❖ **<u>الواقع الإجتماعي :</u>**

- الإنحدرا الجغرافي: حيث توصلنا من خلال المعلومات التي أدلى بها المبحوثين أن جل المعالجات الشعبيات هن من سكان الريف(القصور).
- المكانة الإجتماعية للمعالجة : حيث صرح المبحوثين أن هناك مكانة إجتماعية خاصة تحضا بها المعالجة الشعبية والتي تحددها مجموعة الشروط وكانت كالتالي:

1) الحكمة، الخبرة و الأمانة في العمل.
2) ثقة الناس بها.
3) نجاح علاجها والشفاء على يدها.
4) توازن الشخصية.

- الضوابط الأخلاقية : وهنا كانت اقتراحات المبحوثين في ذلك كمايلي:

1) تحليها بالقيم الإنسانية، الجدية والمسؤولية في العمل.

2) كتمان السر أي عدم البوح بأسرار المرضى والمقبلين عليها.

3) التواضع " فمن تواضع لله رفعه " .

4) الإحترام والتقدير وحسن المعاملة لمختلف شرائح المجتمع.

5) الشجاعة والقدرة على التعامل مع المواقف الحرجة خاصة فيما يتعلق بحالات السحر والمس.....

كما صرح مجتمع الدراسة أن المعالجة الشعبية تحسن معاملة المقبلين ولديها نوع من اللباقة و الأمانة.

- يفضل المبحوثين المعالجة أن تكون من فئة عمرية معينة حتى تحظى بإقبال وثقة الناس فيها وما تقدمه لهم من أدوية حيث كان السن المفضل من 40 إلى 50 سنة، نظرً لما تتوفر في هذا السن من مزايا دون غيره .

❖ **الواقع التنظيمي:**

- مكان العمل: جل المعالجات يزاولن عملهن في المنزل طبقاً للعادات والتقاليد معتقدات المتعارف عليها داخل المجتمع، بعيد عن الضوابط والأطر القانونية، كما أنها لا تخصص زي للعمل .
- أما عن أيام العمل : فالمعالجة تعمل طيلة أيام الأسبوع إلا الجمعة .
- المقابل المادي: غير محدد من طرف المعالجة، وإنما قيمته يحددها المترددين وكل على حسب مقدرته.
- قانون العمل: تكتسب المعالجة الشعبية شرعية عملها من المجتمع والتي يجب أن تتوفر فيها خصائص السن حيث قدره المبحوثين من 40 إلى 50 سنة، تعقيم أدوات العمل.

3-2.نتائج الدراسة على ضوء الدراسات السابقة:

توصلنا من خلال دراستنا أن نسبة 67.3% النساء هن الأكثر توافد على المعالجة الشعبية، وهنا كانت نفس النتيجة التي توصلت إليها سعيدة شين في دراستها المعنونة بـ"التصورات الإجتماعية للطب الشعبي" 2014. وذلك بنسبة 73% حيث يرجع السبب إلى أن النساء أكثر احتكاكا بالتراث الشعبي وكبار السن والأخذ منهم المشورة في الحالات المرضية باعتبارهم سباقون لمثل هذه التجارب والمرض حيث يلجأن للعلاج الشعبي المنزلي أولاً قبل اللجوء للعلاج في الطب الحديث، خاصة فيما يتعلق الأمر بالمسائل الخاصة بالحمل والإنجاب والرضاعة...وما غير ذالك من الأمراض المعروفة مند الأزل.

الفئة العمرية للمترددين على العلاج الشعبي هم مابين 20 إلى أقل من 50 سنة، وهنا الفئة العمري تتقارب مع الفئة المتوصل إليها من خلال دراستنا حيث كانت من 25 إلى 35 سنة.

كما أن غالبية المشتغلون بالعلاج الشعبي ينتمون إلى الفئات العمرية الكبيرة، وهنا تطابقت نتائج دراستنا مع هذه الدراسة وذلك من خلا النماذج المعتمد عليها في الدراسة ومن خلال ما تم ملاحظته من خلال زيارتنا الميدانية ومن خلال اقتراحات المبحوثين للسن الأمثل الذي يجب أن تكون عليه المعالجة الشعبية وذلك لأن هذه المهنة تتطلب الخبرة والتمرس، وأن أكبر عدد من المشتغلين بالعلاج الشعبي في المنطقة ينتشرون أكثر في القرى.

كما تطابقت نتائج دراستنا مع دراسة لطرش أمينة المعنونة با"لأعشاب الطبية ممارسات وتصورات مقاربة أنثروبولوجية بقسنطينة" أن نسبة الإناث تفوق نسبة الذكور في الإقبال على باعة الأعشاب و باعة الأعشاب المعالجين.

كذلك تطابقت النتائج في اليأس من العلاج في الطب الرسمي وهذا الأخير دفع الناس

للبحث عن البديل الذي يخفف من معاناته مع المرض دون أن يؤدي بصحته إلى الهلاك ومن دون أي أخطاء سواء كان في تشخيص المرض أو في الأدوية الموصوفة.

وقد اختلفت نتائج دراستنا مع نتائج الدراسة لـ" لبقع زينب" المعنونة بـ" تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية في المجتمع الجزائري الحالي"، في تفسير المبحوثين للعوامل التي تعد سبب في إصابتهم بالمرض ، حيث توصل إلى أن المبحوثين يرون أن مصدر إصابتهم بالمرض هو مصدر غيبي دون سواه أي كل ما تعلق الأمر بالعوامل الميتافيزقية(المس الجني، السحر العين....)، وهذا يتعارض مع نتائج دراستنا حيث توصلنا إلى أن المبحوثين يرون أن أكثر العوامل إصاباتاً بالمرض هي عوامل علمية (العدوى ،التلوث ،سوء التغذية، وراثية....) بنسبة 60%، ثم تليها العوامل الميتافيزيقية (السحر، الحسد، النفس.....) بنسبة20.9%.

الخاتمة

الخاتمة:

أصبح الطب الشعبي يحتل مكانة إجتماعية هامة لا تقل أهمية عن مكانة الطب الرسمي سواءً كان ذلك على المستوى المحلي أو على المستوى العالمي، كما أصبح يعرف كل بتخصصه في هذا المجال من " عشابين ومشعوذين، ورقاة ".

فمن خلال دراستنا" **للواقع السوسيو تنظيمي لعمل المرأة في الطب الشعبي "** فقد تأكد لنا بأن المجتمع الأدراري يتعايش به نظامان طبيان وهما النظام التقليدي المتمثل في الممارسات الطبية الشعبية، ونظام حديث مستمد من النموذج الغربي، حيث يعتمد أفراده على الطب الرسمي بالموازاة مع الطب الشعبي، إذ كلما تطلبت حالة المريض العلاج بالطب الشعبي، كان اللجوء إلى المعالجة الشعبية إما بالأعشاب الطبية أو الأحجبة أو زيارة أولياء الله الصالحين، أو حتى العلاج بالسحر.

وعليه فقد توصلنا إلى مجموعة من نتائج حول الخصائص المتعلقة بالمقبلين على العلاج الشعبي، حيث كان المقبلين من مختلف شرائح المجتمع ومن مختلف المستويات التعليمية حيث نجد أن لديهم معتقد في أدهانهم أن بعض الأمراض لها أسباب غيبية حيث يعجز الطب الرسمي علاجها أو حتى اكتشافها كالسحر ، حيث يصنف الأمراض إلى أمراض عضوية وأخرى غيبية ناتجة عن السحر والعين والحسد، والمس الجني، رغم المستوى العلمي العالي الذي يمتلكه الأفراد، بحيث أن هذه الممارسات العلاجية الشعبية لم يعد الإقبال عليها مقتصرة على فئة عمرية معينة ، أو التي هي دون مستوى تعليمي.

أما عن الخصائص التنظيمية لعمل المرأة في هذا المجال، فقد توصلنا إلى أن لكل منهن أسلوب عمل خاص بها وطريقة عمل تميزها عن الأخرى، وأن جل المعالجات هن من أصول ريفية(قصور)ومن حيث طبيعة ومكان عملهن ذات الطابع التقليدي، والذي يشمل

على كل الظروف الفيزيائية من تهوية و إضاءة، بالإضافة إلى نظافة مكان العلاج والأدوات المستخدمة في العلاج.

كما أن هذا النوع من العمل في الغالب لا تعتمد فيه المعالجات على الرسميات المتعارف عليها في الطب الحديث، كالزي للعمل و تحديد مواعيد العمل، حيث طبيعة لباس المعالجات لباسهن عادي ومحتشم (عباية طويلة الأكمام وتغطية الرأس بحجاب)، وتعمل المعالجة كل أيام الأسبوع ما عدا الجمعة و زيارة المقبلين عليهن تتم بطريقة عشوائية أي دون تحديد موعد مسبق.

كما توصلنا أن التدليك في مجال عمل المرأة في الطب الشعبي يعتبر كخطوة أولى للكشف عن المرض وقد تتعد جلسات العلاج باختلاف نوع وطبيعة المرض فيما يخص العلاج بالأعشاب.

وأن هناك مجموعة من الضوابط الأخلاقية والمعايير والعادات التي تحدد نسبة الإقبال على كل معالجة شعبية.

وفي النهاية توصلنا إلى مجموعة من الإقتراحات التي نوجزها في مايلي:

- ✓ ترقية هذه الوظيفة وفتح معاهد ودوريات تكوينية متخصصة لهذا النوع من الممارسات العلاجية، وإحاطتها بأطر قانونية وتنظيمية.
- ✓ الحد من الممارسات الشعوذة وتطبيق عقوبات قانونية قاسية على ممارسيها وعى كل من يتستر على هذا النوع من العمل.
- ✓ السعي لإنشاء مشروع علمي لتصنيف الأعشاب ذات الإستعمالات الواسعة في الطب الشعبي مع ذكر خصائصها النباتية العلمية.

ملخص الدراسة:

لقد حاولنا من خلال دراستنا " للواقع السوسيو تنظيمي لعمل المرأة في الطب الشعبي " التعرف على الواقع الإجتماعي للمعالجات في منطقة أدرار، و الدوافع الثقافية للمقبلين عليهن و النظرة الإجتماعية إلى هذا النوع من الممارسات العلاجية بأصنافها وأشكالها المختلفة، والمعيقات التي تواجهها.

و الكشف كذلك عن طبيعة مكان العمل، حيث يعد الطب الشعبي مهنة تزاولها العديد من النساء التي لها خبرة والحكمة التي اكتسبنها عن أجدادهن.

فمن خلال دراستنا الميدانية توصلنا إلى الأهمية والمكانة التي تحضا بها المعالجة الشعبية داخل وخارج المحيط الإجتماعي لها، حيث هذه الأخيرة تُحكِمها مجموعة الشروط التي من خلالها يتم تقييم عمل هذه المعالجة وهي: الخبرة والكفاءة ومدا نجاعة علاجها، بالإضافة إلى الأخلاق، مما يزيد من شهرتها ونسبة الإقبال عليها.

فعلى الرغم من التطور والتقدم التكنولوجي الذي يشهده الطب الرسمي أو الطب الحديث إلا أن الطب الشعبي لا يزال محتفظا بمكانته داخل المجتمع، بل وأصبح ينافس الطب الرسمي ويتلقى إقبالاً على المجال الواسع ومن مختلف شرائح المجتمع.

حيث كشفت لنا هذه الدراسة عن وسائل وأساليب وطريقة العمل لكل معالجة، والمقابل المادي الذي تتقاضاه على عملها، فالجدير بالذكر أن هذه الممارسات العلاجية لا تضبطها ضوابط ولا أطر قانونية، فشرعيتها مستمدة من ثقافة و الدهنيات السائدة في المجتمع التي تجسدها العادات والتقاليد و معتقدات هذا الأخير.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

1. القرآن الكريم.
2. إبتسام علال وآخرون، **الصحة والبيئة دراسات إجتماعية أنثربولوجية**، د نا، د م ن، 2001.
3. ابن العالية محمد بن يوسف الجوراني، **الرقية الشرعية من الكتاب والسنة النبوية**، دار النفائس للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
4. أبو الفداء محمد عزت محمد عارف، **أسرار العلاج بالحجامة والفصد**، دار الفضلة للنشر والتوزيع والتصدير، القاهرة، د ت.
5. إحسان محمد الحسن، **العائلة و القرابة و الزواج**، دار الطليعة للطباعة و النشر، بيروت ،1981.
6. أحمد أبا الصافي جعفري، **محمد بن أب 1160هـ حياته وأثاره**، دار الكتاب العربي، الجزائر، 2004.
7. أحمد الذهبي الحافظ أبي عبد الله محمد بن ، **الطب النبوي**، دار إحياء العلوم، بيروت، ط2، 1990.
8. أحمد السباعي زهير ، **طب المجتمع حالات دراسة**، دار العربية للنشر والتوزيع، 1995.
9. أحمد حجازي، **التداوي بالأعشاب والنباتات**، جسور النشر والتوزيع، الجزائر، 2009.
10. أحمد خشاب، **دراسات في علم الإجتماع والأنثربولوجا**، دار المعارف، القاهرة، 1975.
11. إعداد نخبة من الأساتذة، **معجم العلوم الاجتماعية**، مراجعة إبراهيم مذكور، الهيئة المصرية، 1975.
12. أليس اسكندر بشاي، **الإتجاهات الحديثة في دراسة الطب الشعبي التقليدي**، دار الميسر للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2009.

13. أيمن مزاهرة وآخرون، **علم الإجتماع الصحة**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2002.

14. باسمة كيال، **تطور المرأة عبر التاريخ**، مطبعة عز الدين للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1981

15. بن قيم الجوزية، **الطب النبوي**، مؤسسة الرسالة، ط5، د م ن، 1983.

16. بيل غوتليب، **إختبارات جديدة في علاج الطب البديل**، مكتبة جرير، السعودية، 2003.

17. حسن بن أبكر مقبول القدمي وعبد الرحمن بن عبد الله القدمي، **صحيح المسند في الطب النبوي**، مكتبة الإمام الوادعي للنشر والتوزيع، اليمن، 2010.

18. حسن كمال، **الطب المصـري القديـم**، ط3، الهيئة السنوية العامة للكتاب، مصر، 1997.

19. حسن كمال، **الطب المصري القديم**، ط3، الهيئة السنوية العامة للكتاب، مصر، 1997.

20. حسين عبد الحميد، أحمد رشوان، **علم الاجتماع المرأة**، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية، 1998.

21. حسين محمد حسنين، **طرق أدوات جمع المعلومات والبيانات عن المجتمع المحلي**، دار مجدلاوي، عمان 2003.

22. حليم بركات، **المجتمع العربي المعاصر**، مركز الدراسات للوحدة العربية، بيروت، لبنان، 1986.

23. دوني كوش، **مفهوم الثقافة في العلوم الإجتماعية**، ترجمة قاسم المقداد، منشورات إتحاد كتاب العرب، دمشق، 2002.

24. رحاب خضر عكاوي، **الموجز في التاريخ الطب عند العرب**، دار المنهل، دون بلد نشر، 1990.

25. زهير أحمد السباعي، **طب المجتمع حالات دراسة**، دار العربية للنشر والتوزيع، 1995.

26. زهير حطب، **تطور بنى الأسرة العربية والجذور التاريخية والاجتماعية لقضاياها المعاصرة** ، معهد الإنماء العربي،بيروت،1976 .

27. سعاد عثمان، **الطب الشعبي دراسة في إتجاهات وعوامل التغير الإجتماعي في المجتمع المصري**، مركز البحوث والدراسات الإجتماعية، القاهرة، 2002.

28. صالح سرور ، **الطب في مصادر الإغريق القديمة**، دار الحضري للطباعة، مصر، 2002.

29. عبد الباسط محمد السيد، **موسوعة الأم للعلاج بالأعشاب والنباتات الطبية Medicinal Herbal Goud**، دار ألفا للطباعة والنشر، ط4، 2010.

30. عبد الحميد بكري، **نبذة في تاريخ توات وأعلامه**، الطباعة العصرية، الجزائر، د ت.

31. عبد الرحمن ولي الدين بن محمد إبن خلدون، **مقدمة إبن خلدون**، دار العرب، مصر، 2004 .

32. عبد الرزاق الكيلاني، **الحقائق الطبية في الإسلام، توزيع دار البشير**، جدة، د ت.

33. عبد الغاني عماد، **منهجية البحث في علم الإجتماع**، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، 2007.

34. عبد الكريم أحمد عزت وآخرون، **المجتمع العربي**، دار النهضة العربية، بيروت ،1970.

35. عبد الله الرشدان، **علم الإجتماع التربية**، دار الشروق، الأردن، 2004.

36. عبيدات وآخرون، **البحث العلمي مفهومه وأدواته وأساليبه**، دار الفكر، عمان، 2001.

37. عدنان الأمين وآخرون، **إشكالية الدولة والمواطنة والتنمية في لبنان**، دار الفرابي بيروت، لبنان، 2009.

38. علي المكاوي، **الأنثروبولوجية الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية**، المنهل دالية الكرمل، قطر، د ت.

39. علي شلق وآخرون، **المرأة ودورها في حركة الوحدة العربية** ، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت،1982.

40. علياء، شكري، وآخرون،**المرأة في الريف والحضر دراسة لحياتها في العمل والأسرة**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،1988.

41. عمر عبد الرحيم سعيد، **عالم العطارة**، دار الهداية للطباعة والنشر والتوزيع، الكويت، ب ت.

42. فرج محمد فرج، **إقليم توات بين القرنين 18،19 الملاديين**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1977.

43. فيصل المعمر، **الحوار الطريق الأمثل للخروج من المأزق التاريخي** ، المكتبة الخالدية بالقدس، القدس، 2014.

44. كاميليا إبراهيم عبد الفتاح، **سيكولوجية المرأة العاملة**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1984.

45. مبروك مقدم، **سلسلة أعلام توات وحضارتها بنائية تقسيم العمل المأجور في المجتمع الواحي القصوري التواتي**، ديوان المطبوعات الجامعية، أدرار، 2016.

46. مجموعة من الأساتذة، **أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية**، منشورات جامعة قسنطينة، 1999.

47. محمد أحمد غنيم، **الطب الشعبي الممارسات الشعبية في دلتا مصر دراسة أنقروبولوجية في قرى محافظة** ، عن الدراسات والبحوث الإنسانية و الإجتماعية، القاهرة، 2007.

48. محمد الجبري، عبد المتعال،**المرأة في التصور الإسلام**، مكتبة وهبة ،القاهرة ، 1986

49. محمد الجوهري، **الدراسات العلمية للمعتقدات الشعبية**، الجزء1، دار الكتاب للتوزيع، القاهرة، 1978.

50. محمد الجوهري، **علم الفلكلور دراسة المعتقدات الشعبية**، الجزء 2، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988.

51. محمد الصالح الحوتية، **توات والأزواد**، دار الكتاب العربي، الجزائر، 2007.

52. محمد الصالح الحوتية، **توات والأزواد**، دار الكتاب العربي، الجزائر، 2007.

53. محمد بدوي السيد، **المجتمع والمشكلات الاجتماعية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988.

54. محمد حسنين حسين ، **طرق أدوات جمع المعلومات والبيانات عن المجتمع المحلي**، دار مجدلاوي، عمان 2003.

55. محمد عباس إبراهيم، **الأنثربولوجية الطبية** ،دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،2005.

56. محمد عبد الفتاح، **البحث العلمي الدليل التطبيقي للباحثين**، دار وائل للنشر،عمان الأردن،2001.

57. محمد علي محمد،**علم الإجتماع والمنهج العلمي دراسة في طرائق البحث وأساليبه**،دار المعرفة الجامعية، 1983.

58. محمد فرج فرج، **إقليم توات بين القرنين 18،19 الملاديين**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1977.

59. محمد، صفوح الأخرس ، **تركيب العائلة العربية ووظائفها** ، دراسة ميدانية لواقع العائلة في سوريا، ط 2، منشورات وزارة الثقافة والإرشاد القومي، سوريا ،1981.

60. مراد ملاي الحاج، **مكانة التحقيق الميداني في الدراسة الأنثربولوجية وقائع الملتقى أي مستقبل للأنثربولوجية في الجزائر**،منشورات مركزا لبحث في الأنثربولوجية الثقافية والإجتماعية، وهران ،2002.

61. مريم لنصاري، **الطب الشعبي بين الحتمية السوسيوثقافية وتحديات نسق الطب الحديث**، شبكة ميناء للمؤتمرات والدراسات، جامعة تمنراست، د ت.

62. مصطفى بوتفنوشت، **العائلة الجزائرية، التطور والخصائص** ، ترجمة دمري احمد، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1984.

63. منظمة الصحة العالمية، **إستراتيجية منظة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي) 2014/2023**، قسم الطباعة والنشر منظمة الصحة العالمية، 2013.

64. نجلاء عاطف خليل، **في علم الإجتماع الطبي– ثقافة الصحة والمرض**، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2006.

المراجع باللغة الفرنسية:

65. **Découvre Adrar et profite de la vie dans toute sa simplicité et son originalite** ‘Ladirection du tourisme et de l’artisanat’ adrar’ p.l.d’.

66. Farouk Benatia, **Le Travail Féminin en Algérie**. Alger S.N.E.P 1976.

المعاجم:

67. إبن المنظور، **لسان العرب**، دار المعرفة القاهرة ،مصر،1119.

المراسيم والقوانين:

68. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، ***الدستور***، المعهد الوطني ،1996.

الدوريات والمجلات:

69. أمينة لطرش ، **الأعشاب الطبية ممارسات وتصورات مقاربة أنثروبولوجية بقسنطة**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير الانثربولوجية الإجتماعية والثقافية، العلوم الإنسانية والعلوم الإجتماعية،2013/2012.

70. بقادر عبد القادر ، **يهود علماء توات في الدرس اللغوي خلال القرنين الثاني عشر و الثالث عشر الهجريين (دراسة في الأنماط والأشكال) مجلة الأثر** ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر) العدد19، 2014.

71. زينب لبقع ، **تمثلات الصحة والمرض والممارسة الطبيبيةفي المجتمع الجزائري الحالي**، دراسة ميدانية بولاية الأغواط، مذكرة لنيل شهادة الماجيستير في علم الإجتماع والديناميكيات الإجتماعية في المجتمع، 2012،2011.

72. سامية العارفي ، **الأم العاملة بين الأدوار الأسرية والأدوار المهنية**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر،جامعة البويرة، 2011-2012.

73. سعيدة شين، **التصورات الاجتماعية للطب الشعبي –دراسة ميدانية لمنطقة الزيبان**–،مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، العلوم الاجتماعية، 2015/2014.

74. صولة فيروز، **الخدمة الصحية غير الرسمية في المجتمعات الثامنة عوامل استخدامها وانتشارها**، دراسة ميدانية في مدينة بسكرة، مذكرة لنيل شهادة الماجيستير، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية، قسم علم الإجتماع، تخصص علم الإجتماع التنمية 2006.

75. عبد الرزاق صالح محمود، **الطب الشعبي في الأسواق "دراسة ميدانية في مدينة موصل"**،مركز دراسات الموصل، العراق، العدد 19، 2009.

76. عبد الرزاق صالح محمود، **الطب الشعبي في منظور الأطباء الطب الحديث (دراسة ميدانية في مدينة موصل)**، العدد 18، 2002.

77. مليكة الحاج يوسف، **آثار عمل الأم على تربية أطفالها**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الإجتماع جامعة الجزائر 2002-2003.

78. مليكة بن زيان، **عمل الزوجة وانعكاساته على العلاقات الأسرية**، رسالة ماجستير في علم النفس والعلوم التربوية والأرطفونيا، جامعة قسنطينة، 2003.

نشرة بمناسبة الملتقى الوطني الأول الشيخ سيدي محمد بن الكبير، **أدرار تاريخ وتراث**، أدرار، 23-24جوان 2010. **الرسائل والمذكرات:**

المواقع الإليكترونية:

79. www.wilaya-adrar.dz/page_id=10.15.48

80. www.aljazeera.net، 2017،00:30/01/13صباحا.

81. www.diwanalarab.com ،13 مارس2017، 20:15.

الملاحق

الملحق رقم (01) : <u>دليـــل المـــقابلة</u>

-خصائص المعالجة:.....

.....

.....

-طبيعة مكان العمل:.....

.....

.....

-مواعيد العمل:.....

.....

-طريقة العمل:.....

.....

.....

-وصفة العلاج:.....

.....

.....

-طبيعة الأجر:.....

.....

-خصائص المقبلين:.....

.....

.....

الملحق رقم (02) : وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

الجامعة الإفريقية أحمد دراية –أدرار–

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية والإسلامية

قسم:العلوم الإجتماعية

تخصص:علم الإجتماع التنظيم والعمل

استمارة بحث

تحية طيبة وبعد:

في إطار إنجاز بحث ميداني لاستكمال شهادة الماستر تخصص علم الإجتماع التنظيم والعمل بعنوان: **الواقع السوسيو تنظيمي لعمل المرأة في الطب الشعبي في ولاية أدرار** أطلب من الإخوة الأفاضل الإجابة بكل موضوعية عن أسئلة الإستمارة بوضع علامة (×) في المكان المناسب.

علما أن إجابتكم ستحظى بالسرية التامة ولاتستخدم إلا لأغراض علمية، وفي الأخير تقبلو منا فائق التقدير والإحترام.

إعداد الطالبتين:

*بوعكاز خديجة

*يوسفي عائشة أمباركة

تحت إشراف الدكتورة:

*باشيخ أسماء

الموسم الجامعي:2017-2018

1-البيانات الشخصية:

1.الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

2.السن: [15،25 [☐ [25،35] ☐ [35-45 [☐

[45،55] ☐ 55 فأكثر ☐

3.المستوى التعليمي: أمي ☐ يقرأ ويكتب ☐ إبتدائي ☐ متوسط ☐

ثانوي ☐ جامعي ☐

4. الحالة العائلية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

5. المهنة:.....

6.الإقامة الحالية: ريف(قصر) ☐ مدينة ☐ خارج الولاية ☐

2- الواقع الإجتماعي للمقبلين على الطب الشعبي:

7.في نظرك ماهو الطب الشعبي؟ هل هو؟

- الذي يستخدم كل ما جاء في السنة النبوية الشريفة في العلاج ☐

- الذي يستخدم الأعشاب الطبيعية في علاج المرض ☐

- الذي يعتمد على السحر في العلاج ☐

- الذي يلجأ فيه الناس إلى زيارة الأولياء الصالحين من أجل العلاج ☐

8.عند المرض أين تتوجه أولاً:

الطب الشعبي ثم الطب الرسمي ☐ الطب الرسمي ثم الطب الشعبي ☐

أخرى أذكرها:.....

9.في نظرك ما سبب الإقبال على العلاج في الطب الشعبي:

- إرتفاع تكلفة الطب الرسمي ☐ - خطورة ومضاعفات الأدوية الكيميائية ☐

-الخوف من الأخطاء الطبية ☐ - اليأس من المعالجة في الطب الرسمي ☐

-الطب الشعبي له تأثير أسرع☐ -لأنه يعتمد على الطبيعة وسهولة الحصول عليها☐

أخرى أذكرها:.....

10.ماهي العوامل التي ترى أنها سبب في حدوث المرض؟ مع ترتيب الإجابة من (1 إلى 3).

-علمية:(العدوى والفيروسات، سوء التغذية والتلوث،وراثيــة) ☐

-إجتماعية:(المشاكل العائلية...) ☐

-ميتافيزيقية:(السحــر ،العين والحسد...) ☐

11.ماسبب لجوؤك إلى المعالجة الشعبية:

مرض جسمي(صداع،المفاصل،العقم...) ☐ مرض نفسي(الإكتأب، الوحدة...) ☐

المرض الميتافيزيقي(العين،الحسد،السحر...)☐ الإجتماعي(المشاكل،العنوسة...) ☐

أخرى أذكرها:.....

12.كيف تعرفت على المعالجة؟

عن طريق الأقارب☐ الأصدقاء ☐ التلفزيون☐ الإذاعة☐ الانترنت ☐

أخرى أذكرها:.....

13.هل تفضل هذه المعالجة دون غيرها؟

نعم ☐ لا ☐

في حالة الإجابة بـ "نعم" هل هذا راجع إلى؟

تتكلم نفس لغة المريض(اللغة المحلية) ☐ ثقة الناس بها ☐

لأننا نعرف أصولها ☐ لخبرتها ونجاح علاجها ☐ لشهرتها ☐

أخرى أذكرها:..... .....

14.هل شفيت من المرض؟ نعم ☐ لا ☐

في حالة الإجابة بـ" لا " في نظرك هل السبب راجع إلى:

-عدم تناولك للدواء ☐ عدم إتباع إرشادات الإستعمال ☐

-طريقة العلاج ☐ عدم الإلتزام بمواعيد الدواء ☐

أخرى أذكرها:.....

15.إذا خيرت بين معالج شعبي(رجل) أو معالجة شعبية(أنثى) أيهما تختار ولماذا؟

.....

.....

.....

....

16.هل تحظى المعالجة الشعبية بمكانة إجتماعية خاصة في المجتمع؟

نعم ☐ لا ☐

كيف ذلك؟.....

17.في نظرك هل هي كفؤة لهذه المهنة؟ نعم ☐ لا ☐

في حالة الإجابة بـ "لا" لماذا؟.....

18.في نظرك ماهي أخلاقيات التي يجب أن تتصف بها المعالجة الشعبية؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19.في نظرك ماهي المعوقات التي تواجه المعالج الشعبي؟

.....

.....

.....

.....

.....

3- الواقع السوسيو تنظيمي للمعالجة الشعبية:

20.كيف تتم زيارتك للمعالجة الشعبية؟ تحديد موعد مسبق ☐ بطريقة عشوائية ☐

أ-في حالة تحديد موعد مسبق كيف ذلك ؟

عن طريق المعالجة ☐

عن طريق المساعدة ☐

ب-أذكر الأيام التي تعمل فيها المعالجة الشعبية:.....

جـ-هل تلتزم المعالجة الشعبية بالعلاج في هذه الأيام ؟

نعم ☐ لا ☐

د–في حالة الإجابة بـ " لا " ماسبب ذلك ؟

.....

.....

.....

21.ماهو مكان إقامة المعالجة الشعبية؟ ريف(قصر) ☐ مدينة ☐

22.ماالمكان الذي تمت معالجتك فيه؟

في منزل المعالجة ☐ في منزلك ☐ عيادة مخصصة للعلاج ☐

أخرى أذكرها:.....

23.إذا كان في منزل المعالجة هل تمت معالجتك في؟

قاعة الإنتظار ☐

قاعة مخصصة ☐

24–كيف كانت طريقة العلاج؟

فـردي ☐

جماعي ☐

25–كيف بدا لك مكان العلاج؟

عصري ☐ تقليـــدي ☐ نظيـف ☐ غير نظيف ☐

ضيـق ☐ واســـع ☐ مكيـف ☐ غير مكيف ☐

وصف آخر أذكره.....

26.ماهي الطريقة التي استخدمتها المعالجة الشعبية في علاجك؟

التدليك ☐ الكي ☐ التشريط ☐ الحجامة ☐

أخرى أذكرها.....

27.هل أدوات العلاج؟ : معقمة ☐ غير معقمة ☐

28.مانوع الأدوية التي وصفتها لك المعالجة الشعبية؟

أعشاب ☐ بخور ☐ زيوت ☐ ماء مرقي ☐ أحجبة ☐

أخرى اذكرها.....

29.ماهي الطريقة التي وضحتها لك المعالجة الشعبية في استخدام الدواء؟

يشرب ☐ يدهن ☐ يبخر ☐ يدفن ☐

أخرى أذكرها.....

30.كم دامت مدة علاجك؟ جلسة واحدة ☐ جلستين ☐ ثلاثة جلسات فما فوق ☐

31.هل تحدد المعالجة الشعبية مبلغ معين مقابل العلاج؟ نعم ☐ لا ☐

أ-في حالة الإجابة " بنعم " ؟

أذكر كم يقدر المبلغ: 100 دج-500دج ☐ 600 دج-1000دج ☐

من1500دج فأكثر ☐

ب-وفي حالة اللإجابة بـ " لا " ما المبلغ المقدر من طرفك؟

100دج-500دج ☐ 600دج-1000دج ☐ من1500دج فأكثر ☐

32.هل يمكن أن تقدم للمعالجة الشعبية كمقابل عن علاجها مؤونة(طعام، قمح، تمر،....)عوض المال؟

نعم ☐ لا ☐ لا أدري ☐

33.هل هناك فصل في مكان العمل بين النساء والرجال؟

نعم ☐ لا ☐

34.ماهو زي(لباس) المعالجة الشعبية؟

لباس عادي ☐

لباس خاص بالعمل ☐

إذا كان "خاص" أوصفه؟.....

35.برأيك ماهو السن الأمثل للمعالجة الشعبية ؟

من 20 إلى 30 سنة ☐ من 30 إلى 40سنة ☐ من 40 إلى 50سنة ☐

أكثر من 50 سنة ☐

لماذا؟.....

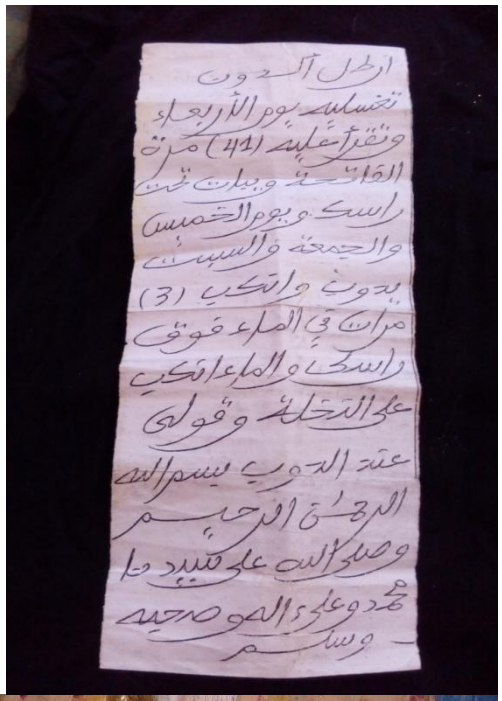
36.كيف كانت ظروف الإستقبال عند زيارتك للمعالجة الشعبية؟

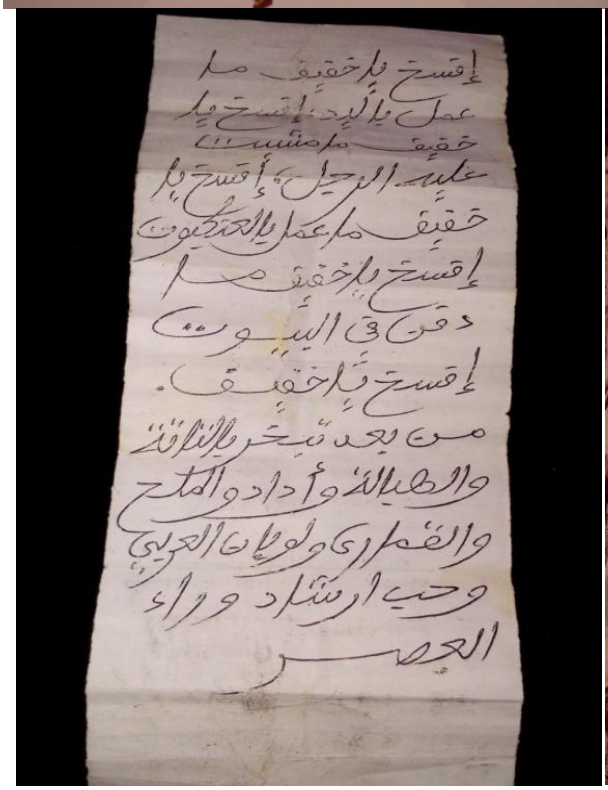
جيدة ☐ سيئة ☐

وضح ذلك.....

شكراً جزيلاً لتعاونكم

الملحق رقم (03): وصفات أدوية للراقية " ز"





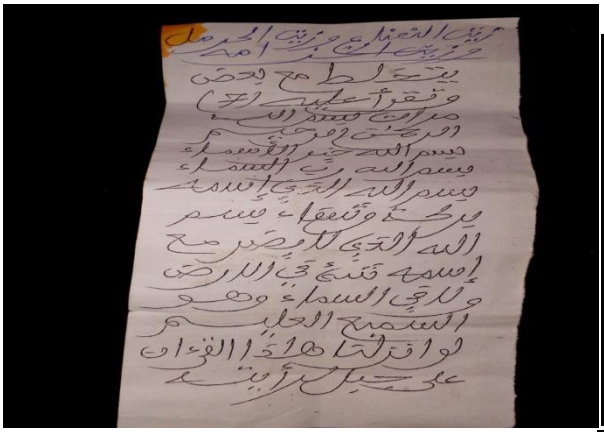
الملحق رقم(04): حرق "المُنَاسْ" بالفحم "لِنَفْسَاءْ "وتشنج الأعصاب"التَشْدَادْ و لَرْيَاحْ"

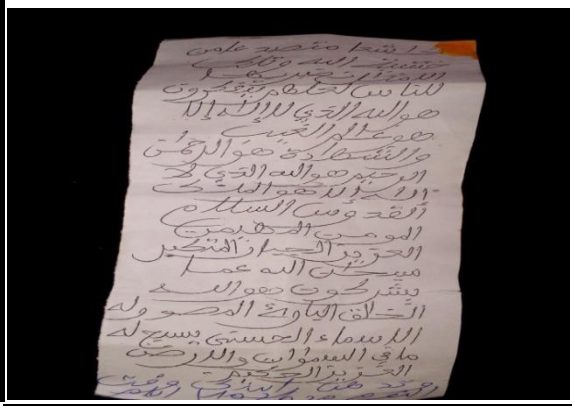
- إحدى الممارسات العلاجية التقليدية الأكثر استخداماً في المجتمع الأدراري.

الملحق رقم (05) : ضَرْبْ لَخْفِيفْ إحدى الممارسات العلاجية الشعبية للعرافة (ز)

المكونات: لَانْدُونْ دائب، أوراق الحناء، قطعة نقدية بقيمة 10دج، ماء الزهر، مَهْرَاسْ .

الملحق رقم (06): <u>وصفة معالجة شعبية راقية</u>





الملحق رقم (07):

<u>أحجبة وجداول وتعويذات مشعوذة أستخدمت لتفرقة بين زوجين ولإصابة الزوجة بالمرض على وعدم الإنجاب.</u>

الملحق رقم (08): **<u>سحر دفن لتشتيت شمل عائلة</u>**

الملحق رقم (09):

سحر تم استخراجه من جسم فتاه لمنعها عن الزواج وإصابتها بأمراض خطيره

سحر وضع على قميص رجل لتحكم في حياته

الملحق رقم (10): **ممارسة السحر على طفلة رضيعة**

سحر استخدم لإصابة أولاد أحد الأشخاص بالمرض حتى الموت

الملحق رقم (11):

استخدام اوراق التاروت الخاصة بالعرافة للكشف عن الحظ ومعرفة المستقبل

الملحق رقم (12):

الجدول: يوضح طبيعة زي المعالجة الشعبية

زي المعالجة	التكرار	النسبة المئوية
لباس عادي	110	%100