

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة

كلية: العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية.

قسم: علم النفس والعلوم التربوية والأرطفونيا.

رقم التسجيل:.....الرقم التسلسلي:.....

عزو الطالب للمرض وعلاقته بمركز التحكم دراسة نفسو- إجتماعية ميدانية بجامعة عنابة وسكيكدة

أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس الاجتماعي

إعداد الطالب:

إشراف الأستاذة الدكتورة

صلاح الدين شابو

أبو ساري فاطمة الزهراء

لجنة المناقشة مكونة من الأساتذة:

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
د. بوبكر عائشة	أستاذ محاضر-أ-	جامعة 20 أوت سكيكدة	رئيساً
أ.د أبو ساري فاطمة الزهراء	أستاذ التعليم العالي	جامعة عبد الحميد مهري-قسنطينة2	مشرفاً مقرراً
د. أوباجي يمينة	أستاذ محاضر-أ-	جامعة عبد الحميد مهري-قسنطينة2	عضواً مناقشاً
د. بوديبة راجح	أستاذ محاضر-أ-	جامعة 20 أوت سكيكدة	عضواً مناقشاً
د. بن شوفي بشري	أستاذ محاضر-أ-	جامعة 20 أوت سكيكدة	عضواً مناقشاً
د. بو الشرش كمال	أستاذ محاضر-أ-	جامعة باجي مختار-عنابة	عضواً مناقشاً

السنة الجامعية: 2024/2023

كلمة شكر:

الحمد لله المعين لمن استعان به، جالب النعم ودافع النقم نحمده سبحانه على إتمام هذا العمل، فله الحمد كثيراً كما أنعم كثيراً، وأصلي وأسلم على من بُعث للناس بشيراً ونذيراً وسراجاً منيراً أما بعد:

فإنه من لا يشكر الناس لا يشكر الله، ولذلك فلا يسعني إلا أن أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساعد على إنجاز هذا البحث بنصيحته، أو بجهد أو علمه ومؤلفاته خصوصاً الأستاذة المشرفة على الأطروحة: الدكتورة أبو ساري. التي رأيت منها عزيمة وإصراراً على إتمام هذا العمل، ولم تبخل عليّ بنصائحها القيّمة. مما كان من أكبر الدوافع لإتمام هذا العمل.

كما أتوجه بالشكر كذلك إلى أساتذتي: الدكتور سليمان بومدين والدكتور إسماعيل قيرة والدكتور بوفولة بوخميس الذين استفدت من علمهم .

لاسيما أستاذي سليمان بومدين حيث أنني قد استتصحتُه فنصحتني، و استأنست ببعض آرائه، دون أن أنسى من ساعدني على إجراء البحث الميداني من أساتذة وطلبة وإدارة وشكراً.

إهداء

أهدي هذا العمل إلى الوالدين الكريمين – حفظهما الله- وإلى
إخوتي وأخواتي وعائلتي، إلى كل محبي العلم النافع والعمل
الصالح، إلى الذين ساعدوني ولم أذكرهم وأشكرهم إلى
أساتذتي في جامعة: عنابة وسكيكدة وقسنطينة، إلى تلامذتي
بجامعة سكيكدة، إلى زملائي بجامعة عنابة وسكيكدة.

الفهرس

الصفحة	المواضيع
الفهرس	
أ	مقدمة.
3	1- إشكالية الدراسة.
8	2- فرضيات الدراسة.
9	3- أهمية الدراسة.
10	4- أهداف الدراسة.
10	5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.
الباب الأول: الجانب النظري	
الفصل الأول: العزو ومركز التحكم	
17	أولاً- نظريات العزو.
17	1- نظرية هيدر.
19	2- نظرية جونز ودافيز.

21	3- نظرية وينر.
22	4- نظرية كيلى
24	5- النظرية التوليفية.
26	6- نظرية الادراك الذاتي.
26	ثانياً- مصطلحات أساسية في العزو.
26	1- الخطأ الأساسي للعزو.
27	2- الفرق بين العزو الذاتي والعزو الغيري.
28	3- دوافع عملية العزو.
29	4- عزو المسؤولية واللوم.
29	5- الأساليب الاعزائية والعجز المكتسب.
30	6- تصنيفات العزو.
31	ثالثاً- نظرية التعلم الاجتماعي عند روتر.
33	1- المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم الاجتماعي.
39	رابعاً- مركز التحكم.
41	1- المتغيرات والعوامل المؤثرة في مركز التحكم.
44	2- سمات الأفراد في فئتي التحكم.
49	3- تعدد مصادر مركز التحكم وأبعاده.
54	4- تنمية مركز التحكم.
57	5- قياس مفهوم مركز التحكم.
59	6- مركز التحكم في النظريات النفسية.
الفصل الثاني: الطالب الجامعي.	
71	أولاً- الطالب.
71	1- مفهوم الطالب.
72	2- خصائص طلبة المرحلة الجامعية.
77	3- حاجات الطالب الجامعي.
80	4- العوامل المساعدة في نجاح الطالب الجامعي.
85	5- مشكلات الطالب الجامعي.
95	ثانياً - الجامعة.
95	1- تاريخ الجامعة.
97	2- تعريف الجامعة ووظائفها.
101	3- تطور التعليم في الجزائر
119	4- تنظيم الجامعة الجزائرية.
122	5- واقع التعليم الجامعي.
130	6- الجامعات في الوطن العربي والبحث العلمي.

الفصل الثالث: المرض.	
136	أولاً: الطب قديماً.
140	1- الصينيون.
144	2- بلاد ما بين النهرين(في العراق حالياً).
147	3- المصريون القدماء.
152	4- الفرس.
155	5- الإغريق(اليونانيون).
157	6- الرومان.
159	7- الهنود(بلاد الهند).
161	ثانياً: الطب العربي والاسلامي.
161	1- الطبّ العربي قبل ظهور الاسلام.
163	2- الطبّ النبوي.
166	3- إسهامات علماء العرب والمسلمين في الصيدلة والطبّ.
171	4- تأثر الطبّ الأوربي بالطبّ العربي الإسلامي.
174	ثالثاً: مفهوم المرض.
175	1- النظريات المتعلقة بمسببات المرض.
180	2- اتجاهات التنظير حول المرض.
192	رابعاً- أسباب المرض كما جاءت في مقياس عزو المرض.
192	1- محور التفسيرات الحديثة.
210	2- محور التفسيرات التقليدية.
الباب الثاني: الجانب التطبيقي.	
الفصل الرابع: الإطار المنهجي للدراسة.	
219	أولاً- الدراسة الاستطلاعية.
219	1- أهداف الدراسة الاستطلاعية.
219	2- حدود الدراسة الاستطلاعية.
219	3- أدوات الدراسة الاستطلاعية.
224	ثانياً - عرض نتائج الدراسة الاستطلاعية.
الفصل الخامس: عرض النتائج واختبار الفرضيات.	
231	أولاً- منهج الدراسة.
231	ثانياً- حدود الدراسة.
244	ثالثاً- أدوات جمع البيانات
247	رابعاً- الأساليب الإحصائية
248	خامساً - عرض النتائج العامة للدراسة.
256	سادساً- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

الفصل الخامس: الفصل الختامي.	
267	الاستنتاج العام
268	أولاً- الخاتمة.
269	ثانياً- الاقتراحات والتوصيات.
271	ثالثاً- المراجع.
298	رابعاً- قائمة الجداول.
300	خامساً- قائمة الأشكال.
301	سادساً- قائمة الملاحق
321	- ملخص الدراسة باللغة العربية.
322	- ملخص الدراسة باللغة الفرنسية.
323	- ملخص الدراسة باللغة الانجليزية.

المقدمة

مقدمة:

تندرج هذه الدراسة المعنونة " عزو الطالب للمرض وعلاقته بمركز التحكم " ضمن تخصص علم النفس الاجتماعي، حيث يرى بعض الباحثين أنّ هناك تفسيرات تقليدية وأخرى حديثة للمرض، تنتشر في كل المجتمعات بلا استثناء. وهذه التفسيرات تسمّى في علم النفس الاجتماعي " بالعزو السببي"، أو "الإسناد السببي"، إلى جانب مفهوم آخر قريب منه وهو مفهوم "مركز التحكم"، والذي يعتبر أحد المتغيرات الهامة في الشخصية.

ونظراً للتقارب بين مفهومي العزو ومركز التحكم، وأهمية كلّ منهما في الدراسات النفسية وندرة الدراسات التي حاولت الربط بين عزو المرض ومفهوم مركز التحكم، فإنّ الدراسة الراهنة تسعى إلى معرفة الأسباب التي يعزو إليها الطالب الجامعي في تفسير المرض وعلاقة ذلك بمركز التحكم. ومن أجل ذلك قُسمت الدراسة إلى جانبين: جانب نظري وجانب ميداني.

فأمّا الجانب النظري فتضمّن ثلاثة فصول وهي:

الفصل الأول: العزو ومركز التحكم.

الفصل الثاني: الطالب الجامعي.

الفصل الثالث: المرض.

وأمّا الجانب الميداني فقد اشتمل على فصلين:

الفصل الرابع: وتناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية والغرض منها، ومجالها البشري ثمّ أدواتها وإجراءاتها، إضافة إلى عرض نتائجها.

- أ -

الفصل الخامس: تناول منهج الدراسة وحدودها الزمنية والمكانية والبشرية وأدواتها، إلى جانب الأساليب الإحصائية، كما تم عرض النتائج العامة للدراسة ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

الفصل السادس:

تضمن الاستنتاج العام، الخاتمة، الاقتراحات والتوصيات، إلى جانب قائمة المراجع والجدول وقائمة الملاحق وملخصات الدراسة باللغات العربية، الفرنسية والانجليزية.

1- الإشكالية:

ما من إنسان على وجه الأرض إلا وقد مرَّ بتجربة المرض، فحينما يصاب الإنسان به يبحث عن حل لمعضلته، ويكون لُجُوهً للعلاج مرتبطاً بمعلوماته عن المرض، وقد يستعين في ذلك بعائلته أو جيرانه ومعارفه الذين يُشَخِّصُونَ حالته المرضية بشكل أولي، متأثرين في ذلك بثقافة المجتمع الذي يعيشون فيه. وهنا نجد نوعين من التفسيرات، فالطب الحديث يعتبر المرض ناجماً عن فيزيولوجية مرضية (سبب كيميائي، بيولوجي، أو نفسي)، بخلاف النظام التقليدي الذي يعدُّ المرض مصيبة ناجمة عن قوى خارجية غرضها إيذاء المريض (السحر، شعوذة) (Delphine Davous Huber, p42).

ولكي يفسر الأفراد المرض لا بدَّ أن يقوموا بعزوه إلى أسبابه، ونظراً لأهمية مفهوم العزو فقد تمت دراسته مع عدد كبير من المتغيرات: كالأداء، والإدراك والذاكرة، وتقدير الذات والتحصيل وتحمل المسؤولية، وحل المشكلات، والقلق والضغط النفسي، والعنف الجماعي وغيرها من المتغيرات النفسية والاجتماعية. وقد دُرِسَ مفهوم العزو في معظم ميادين علم النفس، وبالذات علم النفس الاجتماعي (المعايطة، 2007، ص62).

ويعدّ عزو المرض ومعرفة أسبابه أحد أبعاد تصور المرض. فقد أكّدت البحوث بداية من منتصف ثمانينيات القرن الماضي، أن تصورات الأفراد للمرض تتضمن العناصر التالية:

- الهوية: وتكون بناءً على أحد الأعراض الجسدية أو أكثر (مثل الحمى والإسهال)، وتعيين اسم المرض.
- توقيت المرض (Timeline) المعتقدات بخصوص توقيت حدوث المرض: هل هو مزمن أم دوري، أم مؤقت؟.
- سبب المرض.
- قابلية التحكم والمعتقدات بخصوص قابليته للشفاء.

- النتائج: الأفراد يضعون أسئلة مثل: هل سأتأثر بالمرض؟ هل سيمنعني من القيام

بواجباتي؟. (J. A. SKELTON, 2004, p57.)

وهنا نجد أنّ الباحثين يتحدثون عن شبكة معاني المرض (Réseau Sémantique de la maladie) للإشارة إلى جملة المفاهيم والرموز التي ترتبط بالمرض وتمنحه معانيه.

(Slimane Boumediene, 2005, p62) ، حيث تتشكل لدى الفرد المخططات الذهنية

حول الأمراض؛ والتي تتضمن المعلومات الأساسية المتعلقة بالمرض، ففيها اسم المرض وأعراضه، والعوامل التي يعتقد الفرد أنّها أدت إلى ظهوره، والتوقعات المتعلقة بالمدة التي يستمر فيها وجوده، ومدى اعتقاد الفرد بإمكانية الشفاء من المرض عن طريق المعالجة المناسبة. وهذه المفاهيم المتعلقة بالمرض يبدو أنّها تتطور في مرحلة مبكرة من العمر. (شيلي تايلور، 2007، ص 485.)

فهناك ثلاثة مصادر أساسية للمعلومات التي تعمل على بناء التصورات: الأولى تتألف من المعلومات التي سبق للفرد تمثيلها حول المرض، انطلاقاً من اتصالاته الاجتماعية السابقة ومعارفه الثقافية عن المرض.

الثانية: تأتي من البيئة الخارجية ومن تعامل الأقارب أو الأفراد مع ذوي النفوذ (الأطباء مثلاً).

والثالثة: تستند إلى خبرة الفرد الحالية مع المرض (تجربة جسدية، أعراض...)، إضافة إلى عوامل مثل نوع الشخصية أو المستوى الثقافي. (Murielle Villani, et al, [p478](#)).

والملاحظ، أنّ هناك العديد من الدراسات التي حاولت دراسة موضوع عزو المرض مثل:

دراسة أنات بنديكت (1995): عزو أسباب المرض المزمن عند المسنين (Annette

Benedict, 1995.)

ودراسة جفري وآخرون، (2001) العزو والمرض العقلي الخطير: فهم المنظورات المتعددة والعوامل العرقية الثقافية. (Jeffrey H. Nathan , A. Michael Wylie, Anthony J. Marsella, 2001.)

وقد ربطت تلك الدراسات عزو المرض ببعض المتغيرات، وهنا نجد أنّ معظم الدراسات المتاحة أكدت وجود فروق في عزو المرض بحسب متغير السن مثل دراسة أبو ليلي (1993): بعض المتغيرات الاجتماعية وعلاقتها بالسلوك المرضي: بحث ميداني في علم الاجتماع الطبي في دولة الكويت (يوسف حسن أبو ليلي، أحمد فلاح العموش، 2009)

ودراسة هوب وإليزابيث (2002): الفروق الثقافية في عزو المرض: دور الأسباب فوق الطبيعية. (Hope landrine and Elizabeth A. Klonoff, 2002.)

وبحسب متغير الجنس نجد أنّ معظم الدراسات لم تجد فرقاً في عزو المرض مثل دراسة روز ماري (2002): عزو المرض واحتشاء العضلة القلبية: تأثير الجنس والظروف الاقتصادية - الاجتماعية على معتقدات المرض. (Rosemary King, 2002.) ، ودراسة لونا سيزورس وآخرون (2014): أثر جنس المريض على عزو المرض عند طلبة الطب وعلم النفس: تجربة مع تقنية القصة (Ilona Csörsz, Péter Kakuk, Eszter M Mills, Péter Molnár, János Máth and Márta Csabai, 2014.)

وبحسب متغير المستوى التعليمي، نجد كذلك أنّ معظم الدراسات تشير إلى وجود فروق في عزو المرض مثل دراسة كيرت فريتسش وآخرون (2012): عزو المرض عند الأشخاص المصابين بأعراض بدنية غير مفسرة طبياً (Kurt Fritzsche, Kathrin Anselm, Miriam Fritz and Michael Wirsching, 2012.) ودراسة أوجو إكواكا وآخرون (2013): العزو السببي للمرض العقلي في جنوب شرق نيجيريا. (Ugo Ikwuka, Niall Galbraith and Lovemore Nyatanga, 2013.)

وبحسب متغير التخصص الجامعي، فقد توصلت الدراستين المتاحتين إلى وجود فروق عزو المرض، دراسة بورنان (2007): التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الطلبة الجامعيين دراسة ميدانية بجامعة محمد بوضياف بالمسيلة (بورنان سامية، 2006) ودراسة

لونا سيزورس وآخرون (2014) أثر جنس المريض على عزو المرض عند طلبة الطب وعلم النفس: تجربة مع تقنية القصة. (Ilona Csörsz, Péter Kakuk, Eszter M Mills, Péter Molnár, János Máth and Márta Csabai, 2014)

كما أنّ هناك مفهوماً آخر لا يقلُّ أهميّة عن مفهوم العزو، ألا وهو مفهوم مركز التّحكّم والذي حظيَ باهتمام الباحثين بشكلٍ يفوق اهتمامهم بنظرية التّعلّم الاجتماعي لـ "روتر"، التي انبثق منها هذا المفهوم، لذلك تمت دراسته مع عدد كبير من المتغيرات كالاكتئاب، الضغوط النفسية، دافعية الانجاز وتقدير الذات.

ومن مفهوم مركز التحكم، قام والستون وآخرون باستنباط مركز التحكم الصحي أو مصدر الضبط الصحي الذي يشير إلى معتقدات الفرد بخصوص العوامل التي تتحكم في صحته، فهناك من يعزوا صحته إلى سلوكياته الخاصة (مصدر الضبط الداخلي) وهناك من يعتقد بعدم وجود صلة بين سلوكياته وصحته، أي أن هناك قوى خارجية هي المسؤولة عن صحته كالحظ، والطاقت الطبي(مصدر الضبط الخارجي).

وقد حاولت بعض الدراسات أن تربط بين مركز التحكم الصحي ببعض المتغيرات، فقد وجدت دراسة عبد الحليم خلفي(2013): أثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بتامنغست (عبد الحليم خلفي، 2013، ص269). أنّه لا توجد فروق في مصدر الضبط الصحي بحسب متغير السن، كما توصلت دراسة لوتز وسيلك(2007) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال وآبائهم حول معتقدات مركز التحكم في المرض، مع ذلك الآباء كانوا أكثر من الأبناء في بعدي التحكم الداخلي والقديرية.(Lutz Gold beck, Silk Bundschuh, 2007)، ووجدت دراسة جبالى (2007) (مذكور في عزوز اسمهان، 2014). وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط نفوذ الآخرين والعمر.

وبحسب متغير الجنس وجدت دراسة عبد الحليم خلفي(2013) أنه لا توجد فروق في مصدر الضبط الصحي، في حين وجدت دراسة جبالي (2007) فروق في مصدر الضبط الخارجي.

وبحسب متغير المستوى التعليمي فقد وجدت دراسة جبالي (2007) أنه توجد فروق في درجات أبعاد مصدر الضبط الصحي.

أما بخصوص متغير التخصص الجامعي فقد وجدت دراسة جبالي (2007) ودراسة عبد الحليم خلفي(2013) وجود فروق في الضبط الصحي.

وبالرغم من أهمية مفهومي عزو المرض ومركز التحكم، إلا أن الدراسات التي درست العلاقة بينهما نادرة، فالدراسة الوحيدة التي تم الاطلاع عليها بهذا الخصوص هي دراسة عبد اللطيف محمد خليفة: المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي وعلاقتها بمركز التحكم(1998). من أهم نتائج الدراسة:

- تبين أن هناك فروقاً ذات دلالة بين ذوي التحكم الداخلي، وذوي التحكم الخارجي في بعض التصورات والمعتقدات غير العلمية، فذوو التحكم الخارجي أكثر اعتقاداً من ذوي التحكم الداخلي في الأسياذ والعاريت، وأن المرض النفسي هو نتيجة رجفة حدثت للفرد، وأنه مس من الأرض.

وإلى جانب ذلك تبين أن المجموعتين تتفقان حول بعض المعتقدات العلمية كالاعتقاد بأن المرض النفسي يكون نتيجة الإصابة بالأمراض الجسمية وتعاطي المخدرات، والأزمات التي يواجهها الإنسان في حياته.

وبناءً على أهمية مفاهيم عزو المرض، مركز التحكم ومصدر الضبط الصحي، وندرة الدراسات التي حاولت الربط بين مفهومي عزو المرض ومركز التحكم، فقد حاولت هذه

الدراسة تقديم مساهمة في هذا الميدان بالاستناد إلى الدراسات السابقة وذلك بالتطبيق على فئة الطلبة الجامعيين.

وبالاستناد إلى الدراسات السابقة والأهداف المتوخاة من البحث يمكن أن نطرح التساؤلات التالية:-

- هل يعزو الطالب الجامعي المرض إلى أسباب تقليدية أم حديثة أم أن عزوه يتضمن كلا الأسباب التقليدية والحديثة؟، وهل يتأثر العزو السببي للمرض (التقليدي، الحديث) بالمتغيرات الشخصية عند الطالب الجامعي:- (السن، الجنس، المستوى التعليمي، التخصص الجامعي)؟. هل هناك علاقة بين عزو المرض (التقليدي، الحديث) وبين مركز التحكم؟ وهل هناك علاقة بين مصدر الضبط الصحي وبين متغيرات الشخصية (السن، الجنس، المستوى التعليمي، التخصص الجامعي)؟.

استناداً إلى نتائج الدراسات المتاحة حول الموضوع، يمكن أن نصوغ الفرضيات التالية:-

2- فرضيات الدراسة.

- الفرضية العامة:

- يوجد ارتباط بين عزو الطلبة للمرض وبين متغيرات الشخصية. تتدرج تحتها ثلاثة فرضيات:

الفرضية الأولى:

- يوجد ارتباط بين عزو المرض لأسباب تقليدية، وبين متغيرات السن، المستوى التعليمي، التخصص الجامعي ومركز التحكم.

الفرضية الثانية:

- يوجد ارتباط بين عزو المرض لأسباب حديثة، وبين متغيرات السن، المستوى التعليمي والتخصص الجامعي .

الفرضية الثالثة:

- يوجد ارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي وبين متغيرات السن، الجنس، المستوى التعليمي.

3- أهمية الدراسة:

- تكشف عن تفكير الطالب بخصوص مسببات الأمراض، وبذلك تفيد القائمين على البرامج التعليمية في معرفة مدى فعاليتها في أداء مهمتها التربوية، وتصحيح الأخطاء المحتملة.

- تهدف للتعرف على إدراك الطالب للسلوكيات غير الصحية، مما يساعد في إعداد برامج التوعية المتعلقة بالصحة.

- تعتبر من الدراسات القليلة التي حاولت الربط بين عزو المرض ومركز التحكم، وبذلك فهي تساهم في دراسة قضايا الصحة والمرض، وربطها بعدة متغيرات مهمة في الشخصية.

- تعد من الدراسات النادرة - في حدود علم الباحث - التي حاولت الربط بين مفهومي عزو المرض ومركز التحكم.

4- أهداف الدراسة:

يتمثل الهدف الرئيسي للدراسة الحالية في التعرف على العلاقة بين عزو المرض ومركز التحكم وبعض متغيرات الشخصية، وذلك لدى طلاب جامعتي عنابة وسكيكدة، وكذلك معرفة العلاقة بينهما مع عدة متغيرات:

- أولاً السن: ويقسم إلى ثلاثة فئات: فئة (18-20) سنة فئة (21-25) سنة، والفئة الأخيرة (أكبر من 25 سنة).

- ثانياً الجنس: ذكور وإناث.

- ثالثاً المستوى التعليمي: وبه خمسة مستويات، الأولى جامعي، الثانية جامعي، الثالثة جامعي، الأولى ماستر والثانية ماستر.

- رابعاً التخصص الجامعي: وبه ثمانية تخصصات: علم الاجتماع، علم النفس، علوم اقتصادية، علم المكتبات، التاريخ، الفلسفة، علم الاتصال والعلوم الإنسانية.

- محاولة بناء استبيان لعزو المرض قد يكون أساساً لدراسات أخرى تحاول دراسة نفس الموضوع.

5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.

1-العزو:

1-1- التعريف اللغوي: لغة العزو مصدر لفعل عزا، وقد جاء في لسان العرب أنّ فعل عزا بمعنى نسب " وعزا الرجل إلى أبيه عزواً نسبة". وورد كذلك بمعنى أسند «يقال: عزيت الشيء وعزوته أعزيه وأعزوه إذا أسندته إلى أحد.» (ابن منظور، دار المعارف، دت، ص

2934)، كما جاء بمعنى أسند ومصدره الإسناد حيث "يقال: عزا الخبر إلى صاحبه: أسنده إليه." (مجمع اللغة العربية، 1980، ص 418).

ومن التعريفات اللغوية، يتضح أنّ العزو جاء بمعنى التنسيب (من فعل نسب) والإسناد أي ردُّ الشيء إلى أصله وسببه.

1-2- التعريف الاصطلاحي للعزو:

- تعريف الجمعية الأمريكية لعلم النفس:

هو استدلال لسبب سلوك شخص أو حادثة وقعت بين أشخاص. (APA, 2015, p89.)

- تعريف علاوي (1998م):

حسب ما يذكر (عاطف نمر) فإن علاوي قد عرف العزو " أنه الأسباب أو التعليقات المدركة لنتائج السلوك أو أداء ما." (عاطف نمر خليفة، 1991، ص 66).

- تعريف الاعزاءات حسب (محسوب عبد القادر وممدوح كامل):

"وتعد الاعزاءات بمثابة الأسباب المدركة التي يعطيها الأفراد لحدث ما يرتبط بهم أو بالآخرين." (محسوب عبد القادر الضوى، ممدوح كامل حساني، 2005، ص 80).

- تعريف ماك كاون وآخرون (McCown et al)

حسب ما يذكر (الشعراوي) فإنّ ماك كاون وآخرون (McCown et al) يعرفون العزو بأنّه يشير " إلى التفسيرات أو الأسباب التي يعطيها الطلاب عقب نجاحهم أو فشلهم على مهام معينة" (علاء محمود الشعراوي، 2002، ص 11).

2- المرض:

2-1- التعريف اللغوي:

هناك عدة تعريفات لغوية للمرض نذكر منها:

" المرض: فساد المزاج وتغير الصحة بعد اعتدالها." (دار المشرق، 1986، ص936).

" المرض: تغير الصحة وفسادها واعتلالها." (جبران مسعود، 1986، ص 1360).

" [قال] ابن الأعرابي: أصل المرض النقصان، وهو بدن مريض ناقص القوة وقلب مريض

ناقص الدين." (ابن منظور، دار صادر، 1997، ص32).

فالمرض من الناحية اللغوية، حسب التعريفات السابقة هو تغير في الصحة أو فسادها واعتلالها.

2-2- التعريف الإجرائي للمرض:

للمرض عدة تعريفات، فقد عرّفته الموسوعة البريطانية بأنه انحراف ضار ومؤذي، يخرج عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي، حيث تظهر عليه علامات وأعراض، تدلُّ على أنه حالة غير طبيعية، ولذلك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي كما يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض (نجلاء عاطف خليل، 2006، ص30).

فالمرض حسب الموسوعة البريطانية، هو خلل عضوي أو وظيفي للكائن الحي، يظهر من خلال أعراض، ويمكن التعرف عليه انطلاقاً منها.

كما يُعرف على أنه مجموعة أعراض وعلامات (كضغط الدم وارتفاع درجة الحرارة الغثيان..الخ). إنَّ اجتماع مجموعة معينة من الأعراض تسمى متلازمة أو تناذر، تطلق

على هذه المتلازمة أو التناذر اسم مرض بعد فحصها وتشخيصها (محمد قاسم عبد الله، 2002، ص16).

كما يعرف بأنه "الحالة التي يحدث فيها خلل إما في الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد ومن شأنه إعاقة قدرة الفرد على مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة." (جبران مسعود، 1986، ص 1360).

يتضح من هذا التعريف، أنّ المرض يؤثر على الإنسان إمّا من النّاحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية، حيث يحدث في إحدى هذه النواحي أو كلها خللاً، يعيق الفرد عن أداء وظائفه في الحياة بطريقة مناسبة.

وفي هذا السياق تذكر "نجلاء عاطف خليل" أنّ المرض قد يُحدّد مفهومه في ضوء البيئة الثقافية والواقع الاجتماعي لكل مجتمع، حيث يتم انتقاء المعلومات عن المرض من الطب الشعبي أو الطب العلمي الحديث (نجلاء عاطف خليل، 2006، ص34).

وتأخذ الدراسة الحالية بتعريف المرض كما هو معروف من الناحية الثقافية والاجتماعية للمجتمع الجزائري، وتبحث عن تفسيرات الطلبة بخصوص أسباب المرض، سواءاً كانت مستمدة من الطب الشعبي أو الطب العلمي الحديث.

3- عزو المرض:

3-1- التعريف اللغوي:

بناءً على التعريف اللغوي للعزو، يمكن تعريف عزو المرض لغة على أنّه ردُّ المرض إلى أصله وسببه؛ أي تقديم تفسير له.

3-2- التعريف الاصطلاحي:

هو مجموع الدرجات التي يحصل عليها الطالب على مقياس (عزو المرض) الذي أعدّه الباحث.

4- مركز التحكم:

4-1- التعريف النظري: يعرف "روتر Rotter" مركز التحكم على أنه " الطريقة التي يدرك بها نتائج سلوكه ونوعية العزو فيما يتعلق بالحوادث التي تجري له ومدى قدرته في التحكم فيها." (حنان حسن عطا الله، 2012، ص336).

4-2- التعريف الإجرائي: هو مجموع الدرجات التي يحصل عليها الطالب في مقياس "روتر"، سواءً أشار ذلك المجموع إلى مركز التحكم الداخلي أو إلى مركز التحكم الخارجي، مع العلم أن الدرجة العالية التي تفوق المتوسط الحسابي على هذا المقياس؛ تشير إلى مركز التحكم الخارجي، في حين أن الدرجة التي تساوي أو تقل عن المتوسط الحسابي تشير إلى مركز التحكم الداخلي.

الجانب النظري

الفصل الأول: العزو ومركز التحكم.

يحاول هذا الفصل التطرق إلى نظريات العزو والمفاهيم الأساسية للعزو، نظرية التعلم

الاجتماعي ل(جوليان روتر)، من ناحية مفاهيمها الأساسية ومكوناتها.

كما يحاول إبراز مفهوم مركز التحكم الذي نال شهرة فاقت نظرية التعلم الاجتماعي التي

انبثق عنها، وذلك من حيث المتغيرات المرتبطة به والعوامل المؤثرة فيه ومصادره وأبعاده

وتنميته وقياسه.

أولاً: نظريات العزو.

1- هيدر Heider :

حسب هيدر (1958)، فعملية العزو عمل معرفي يجنب الأفراد أن يجدوا أنفسهم في موقف

فقد التوازن المعرفي (أو عدم الاتساق المعرفي): يسمح لهم العزو التنبؤ بالأحداث،

والانسجام مع توقعاتهم.

(Sophie berjot, gérard delelis, 2005, pp 64-65.)

جاء هايدر بنظرية إمبريقية أكثر من أن تكون مجرد استدلالات عقلية، وشكّل عمله انطلاقة

رائعة لتيار جديد في بحوث علم النفس، فالبحوث إلى ذلك الحين كانت محصورة في النظرية

السلوكية الأصلية، والتي لم تكن تهتم بالمقاصد والاستعدادات الشخصية، ثم بدأ علماء

النفس الاجتماعي يكتشفون شيئاً فشيئاً نوع جديد للإنسان: الشبه عقلائي l'homo

rationalis. الذي يعالج بدقة تقريباً، كل المعلومات تقريباً التي يمكنه الوصول إليها للوصول

إلى خلاصة تقريباً منطقية. بعبارة أخرى يقدم نماذجه العلمية.

(Jacques- Philippe Leyens, 1986,p86.)

وبدأت نظرية العزو في علم النفس الاجتماعي مع فريتز هايدر الذي قام بتحليل مصدر

إدراك الأفراد وتفسيرهم لسلوك الآخرين. ولم يتم تقدير أعمال هايدر إلى غاية منتصف

ستينيات القرن العشرين، أين قام إدوارد جونز، هارولد كيللي وزملاؤه، بتطوير أفكار هايدر

حول عملية العزو.

طيلة العقود الثلاثة التالية نشطت حركة البحوث النظرية والميدانية، فمثلاً، وجد كيلى وميشلا (Kelley and Michela) (1980) أكثر من 900 كتاب عن العزو. كما أحصى كل من هارفي وويري (Harvey and Weary) (1984) ما بين 400 إلى 500 ورقة بحثية منشورة بين سنتي 1978 و1982. كما صدرت سلسلة من المجلدات حول عملية العزو طيلة السبعينيات إلى غاية منتصف الثمانينيات، بداية من مجلد 1972 الذي نشأ عن ملتقى العزو سنة 1969 (العزو: إدراك أسباب السلوك)

(G. Weary M.A. Stanley J.H. Harvey, 1989, p1.)

كانت أعمال هايدر النظرية هي أصل تطور العزو في مجال علم النفس الاجتماعي. قبل نشر كتاب هايدر (1958) (علم نفس العلاقات بين الأشخاص)، كانت هناك بعض المحاولات حول كيفية إدراك الأفراد وتفسيرهم لأفعال الآخرين.

وفقاً لتحليل هايدر للإدراك الاجتماعي والظاهرة السببية، فإنّ عملية العزو لا يمكن فصلها عن العملية الإدراكية، والتي تكون موجّهة للبحث عن تركيب أو استعداد خاص.

(G. Weary M.A. Stanley J.H. Harvey, 1989, pp 6-7.)

المساهمة الرئيسية لهايدر في نظرية العزو تكمن في مفاهيمه عن العمليات والمتغيرات التي يتضمنها العزو السببي الذي يقوم به الأفراد.

اعتبر هايدر أنّ الأفراد ليسوا دائماً موضوعيين وعقلانيين في سلوكياتهم، ففي بعض الأحيان يقوم الأفراد بإعزاءات تفتقر إلى المعلومات الكافية، أو يقومون بمعالجة معلوماتهم المتوافرة بطريقة غير ملائمة، أو يتم تحريف الإعزاءات بسبب الحاجات النفسية والدافعية.

(G. Weary M.A. Stanley J.H. Harvey, 1989, p10.)

واقترح هايدر Heider من خلال ما أسماه علم النفس الساذج Naive Psychology انه من الناحية المنطقية فان الإنسان ينسب سلوكه إما إلى عوامل ذاتية موجودة فيه أو إلى عوامل خارجية تقع خارجه. وتتضمن العوامل الداخلية حاجات الإنسان ورغباته وانفعالاته وقدراته ونواياه واستعداده للعمل. أما العوامل الموقفية الخارجية فتشمل صعوبة المهمة والحظ والشكل رقم (6:4) يوضح ذلك.

العزو الداخلي

1- القدرات

2- الدوافع

أ- النية

ب- الجهد

نقطة الاختيار

العزو الموقفي (الخارجي)

1- صعوبة المهمة

2- الحظ

الشكل (6:4) نموذج العزو الذي اقترحه هايدر

وبعد ذلك طرأت عدة تعديلات على نظرية هايدر واقترح علماء آخرون نظريات تحاول

التغلب على نقاط ضعف هذه النظرية، فجاءت نظريات مثل نظرية التناظر

Correspondence Theory لجونز ودافز Jones & Davis ونظرية كيلي Kelley.

ثم نظرية واينر Weiner وأخيراً نظرية توليفية من نظريتي كيلي وواينر معاً .

(شفيق فلاح علاونة، 2004، ص 225-226).

2- نظرية جونز ودافيز (1965): نموذج الاستدلالات المتطابقة. Jones et davis (1965)

من خلال تنظيم أفكار هايدر، قام جونز ودافيز (1965) باقتراح نموذج الاستدلالات

المتطابقة، وذلك قصد فهم العملية التي من خلالها يلاحظ الفرد سلوك فرد آخر، ويسعى

لاستنتاج الاستعدادات الشخصية الثابتة أو سمات الشخصية.

يفترض هذا النموذج أنّ الفاعل واعٍ بنتائج فعله، وقادر على التصرف بحيث يتسبب في هذه النتائج، ولديه عدة خيارات متاحة وخاصة أنه حر في خياراته. إذا توفرت هذه الشروط في هذه الحالة فقط يمكن للملاحظ أن يقوم بالعزو.

يقترح جونز ودافيز أنّ عملية العزو تمر بثلاث مراحل:

- يعاين الملاحظ نتائج فعل.

- ثم يقارن نتائج الفعل الصادر والأفعال الممكنة التي لم تصدر لتحديد النتائج المشتركة والنتائج الخاصة.

- في النهاية يقوم الملاحظ بالعزو، أي يقيم تطابق بين الفعل والفاعل، قصده، واستعداده الشخصي مرتكزاً في حكمه على الفعل المختار والفعل المرفوض.

(Alain cerclé, alain soma, 1999, pp 204-205.)

في حالة وجود ملاحظة واحدة لا يمكن تطبيق مبدأ التغيير المشترك. حيث اقترح جونز ودافيز تعويضه بمبدأ الطرح (le principe d'élimination)، ويتعلق بطرح الأسباب و/أو الإغراءات الأقل احتمالاً. حسب جونز ودافيز، حينما يكون للسلوك عدة نتائج ممكنة، يجب البحث عن النتائج غير المشتركة. يحكم الملاحظ عن نتائج الفعل الذي اختاره الفرد الفاعل ويقارنها مع نتائج الحلول الأخرى المتروكة. وفي الأخير الاختيار الذي من خلاله يتصرف الفاعل فيما يتعلق بإصدار السلوك هو كذلك محدد للعزو المتطابق.

(Sophie berjot, gérard delelis, 2005, pp 66-67.)

قام كل جونز وماكجيليس (1976) بالتوسع والتدقيق في المظاهر الكبرى لصياغة جونز ودافيز (1965). حيث اعتبر جونز ودافيز أنّ المحدد المهم في الاستدلال المتطابق هو مدى تأثير نتائج السلوك على التوقعات المسبقة للملاحظ حول ما يرغبه معظم الناس (المرغوبية الاجتماعية لنتائج السلوك). إعتبر جونز وماكجيليس أنّ تأثير المرغوبية

الاجتماعية يمكن أن تأخذ قيمةً تتراوح بين (-1 إلى +1)، أقصى حد للمرجعية تأخذ قيم (+1)، تشير إلى احتمالية كبيرة أن الفرد (ومعظم الأفراد) يرغبون في الحصول على هذا الأثر، وعلى العكس، القيمة القصوى لعدم المرجعية تكون مساوية لـ (-1)، تشير إلى، تشير إلى احتمالية كبيرة أن الفرد (ومعظم الأفراد) يرغبون في تجنب هذا الأثر أو النتيجة. إعتبر جونز وماكجيليس أن مفهوم قيمة التوقع تنطبق على النوع الثاني للتوقع: وهو التوقعات المسبقة للملاحظ والتي تتعلق بمدى تأثير مرغوية فعل معين. هذا النوع من التوقع يمكن يستند إلى المعرفة المسبقة للفاعل.

الجدير بالذكر أن مفهوم قيمة التوقع تم توسيعه ليشمل التوقعات التي تستند إلى سلوكيات الأفراد السابقة، علاوة على ذلك، تسمح نظرية الاستدلال المتطابق بتحليل مشاهدات الملاحظين طوال الوقت. إن مراجعة نظرية الاستدلال المتطابق التي قام بها جونز وماكجيليس (1976) هي مهمة، لأن الصياغة الأصلية التي قام بها جونز ودافيز تعنى فقط بالحوادث السلوكية الفردية. (G. Weary M.A. Stanley J.H. Harvey, 1989, p14.)

3- نظرية وينر Weiner :

قام وينر وزملاؤه (1971) بتحليل مبكر لعزو الانجاز، فوضعوا نظرية مفادها أن الأفراد يستدلون عن سببية النجاح أو الفشل الدراسي على أساس إدراكهم لقدرة الأفراد على تكلمة المهمة، مقدار الجهود المبذولة، صعوبة المهمة، ودرجة تأثير الحظ على النتيجة. واعتبر وينر وزملاؤه أن هذه الأسباب تتوزع على بعدين: مركز التحكم والثبات. (G. Weary M.A. Stanley J.H. Harvey, 1989, p165.)

وينر (1972, 1986) (Weiner) أضاف للبعد الداخلي-الخارجي، بعد قابلية التحكم والثبات، إذا هناك أربعة عوامل للتفسير: الجهد (داخلي، ثابت وقابل للتحكم)، صعوبة المهمة (خارجية، ثابتة وقابلة للتحكم)، الحظ (خارجي، غير ثابت وغير قابل للتحكم) والقدرة (داخلي، ثابت وغير قابل للتحكم).

وينر إقترح علاوة على ذلك بأن السبب يمكن أن يكون عاماً يدرك على أنه يتكرر من موقف لآخر، أو خاصاً يتعلق بموقف معين. (Sophie berjot, gérard delelis, 2005, p69.)

وذلك كما هو موضح في الشكل التالي.

خارجي	داخلي	
صعوبة المهمة	القدرة	مستقر
الحظ	الجهد	متغير

الشكل () توزيع عوامل العزو على بعدي الاستقرار/ التغيير والداخلي/ الخارجي (شفيق فلاح علاونة، 2004، ص 225).

وفي عام 1978 أضاف ابرامسون وسيلجمان وتيسزدايل Abramson, Seligan & Teasdale بعداً ثالثاً إلى البعدين اللذين اقترحهما واينر وهو بعد عام / محدد (Golobal/ Specific) بحيث تكون الأسباب الداخلية المستقرة العامة مؤشراً على العزو الداخلي، وتكون الأسباب الخارجية المتغيرة المحددة مؤشراً على العزو الموقفي الخارجي. (شفيق فلاح علاونة، 2004، ص 226).

4- نظرية كيلي Kelley :

كيلي يفترض على خلاف مع جونز وزملاؤه، أنّ مفهوم العزو يطبّق على الإدراك الذاتي بقدر ما يطبق على إدراك الأشخاص. مبدأ التغيير المشترك ما بين الأسباب الممكنة والنتائج هو مفهوم أساسي في مقارنة كيلي الإعزائية (1967)

في صياغة كيلى، تظهر أهمية تصنيف الأسباب الممكنة التي قد تكون أشخاص، موجودات (أشياء أو مثيرات بيئية، ومن الناحية الزمنية (حوادث أو مواقف)

حسب كيلى فإنّ الملاحظين يستعملون ثلاثة أنواع من المعلومات للتحقق من وجود ارتباطات صحيحة بين الأسباب والنتائج. أنواع هذه المعلومات هي التمييز، الاتساق والإجماع التي تكون مرتبطة بالأسباب الممكنة.

(G. Weary M.A. Stanley J.H. Harvey, 1989, p15-16.)

كيلى ينطلق كذلك من الأفكار المطورة من طرف هايدر، ويرى أن للفرد دافعاً للحصول على بعض التحكم في البيئة، لذلك ينهمك في التغيير المشترك (covariation) بين الأسباب الممكنة والنتائج الملاحظة للسلوكيات، لفهم محددات السلوك، الملاحظ يجب أن يمتلك معلومات عن ثلاثة عناصر: الشخص الذي يُصدر السلوك، المثير الذي يكون موضوع رد فعل من طرف الشخص، والظروف التي يحدث فيها السلوك.

بالنسبة للشخص سيلاحظ ثباته عبر مختلف الحالات، وأما المثير فسيستنتج التمييز، بمعنى معرفة ما إذا كان المثير هو موضوع رد الفعل من الشخص أو لا. وأخيراً الظروف التي تظهر الإجماع؛ أي هل معظم الناس يمكن أن يتصرفوا بنفس الطريقة أم لا في هذه الحالة؟. من خلال هذه العناصر الثلاثة (الثبات، التمييز والإجماع) يعمل الملاحظ بطريقة الإحصائي على تحليل التغيير المشترك للأسباب والنتائج. حينما تتغير النتيجة مع تغيير السبب (أو مجموعة من الأسباب) حينئذ فإن الملاحظ سيعزو هذه النتيجة لهذا السبب.

(Alain cerclé, alain soma, 1999, p206.)

سنة 1972، كيلى لم يكن راضياً عن نموذج التغيير المشترك واعتبر أنه مثالي بعض الشيء، ورأى أنّ الفرد في الحياة اليومية لا يمكنه أن يشتغل وفق ما جاء به نمودجه، وذلك لسببين، الأول: الحياة اليومية لا تتيح إلا قليلاً جداً - إن لم نقل لا تتيح إطلاقاً - المعلومات الضرورية لتنفيذ عملية عزو كاملة. الثاني: الظروف التي يتواجد فيها الأفراد لا تتيح لهم إلا نادراً إمكانية معالجة جميع المعلومات المتوافرة. عندما لا تتوافر للفرد جميع المعلومات أو

ينقصه الوقت أو الدافعية، يقترح كيلى أنّ العزو يتم بالاستعانة بالمخططات السببية، والتي تتفق مع معتقداته وأفكاره المسبقة حول طريقة تفاعل الأشياء فيما بينها.

(Alain cerclé, alain soma, 1999, p209)

فمجل القول، أنّ كيلى اقترح نظريتين: الأولى (1967) هدفت لتفسير كيفية تشكل الإعزاءات، حينما يتم تحليل عدد معتبر من المعلومات بطريقة تأملية. الثانية (1972) تركز على الإعزاءات الصادرة في حالة وجود ملاحظة واحدة فقط.
(Sophie berjot, gérard delelis, 2005, p65.)

ففي الحالة الأولى يتم العزو من خلال مبدأ التغير المشترك، وفي الحالة الثانية يكون باعتماد المخططات السببية.

5- النظرية التوليفية:

لاحظ بعض الباحثين تشارك نظرية وينر وكيلى في عدد من الخصائص. فمثلاً كلاهما يركز على الأسباب التي نعزو إليها سلوكنا وسلوك الآخرين. كما أن الأبعاد التي اقترحاها تكاد تكون متماثلة، فمثلاً بعد داخلي / خارجي عند وينر يشبه بعد الإجماع العالي/ المنخفض عند كيلى؛ كما أن بعد الاتساق عند كيلى يشبه بعد الاستقرار عند وينر كذلك فإن بعد التميز/ والتفرد يشبه بعد الخصوصية/ العمومية. وبناء على هذه الملاحظات قدم مارتكو وتومسون نظرية جمعت بين النظريتين السابقتين مقدمة تفسيرات توضح أساليب العزو عند الناس. وبناءاً على ذلك اقترح هذان العالمان النموذج التالي لتوضيح عمليات العزو التي تحدث عند الإنسان. (شفيق فلاح علاونة، 2004، ص ص، 226-227).

Consistency		الاتساق		
Low Distinctiveness		Hig Distinctiveness		
تميز منخفض		تميز مرتفع		
4 خارجي متغير عام	3 خارجي متغير محدد	2 خارجي مستقر عام	1 خارجي مستقر محدد	الإجماع مرتفع
8 داخلي متغير عام	7 داخلي متغير محدد	6 داخلي مستقر عام	5 داخلي مستقر محدد	Consensus منخفض

الشكل () توليفة لأبعاد العزو عند واينر وكيلى (شفيق فلاح علاونة، 2004، ص 227).

ويمكن توضيح وجهة نظر مارتكو وتومسون من خلال مثال عملي. لنفرض أن موظفاً تأخر عن عمله وأردنا تفسير سبب هذا التأخر. فإذا كان يتأخر بشكل متكرر (اتساق عالٍ واستقرار)، وأن الموظف يتأخر عن اجتماعاته ومواعيده (انخفاض في الإجماع وداخلي)، فإن هذه المؤشرات تدفعنا إلى الاعتقاد بأن أسباب تأخر الموظف هي أسباب داخلية تكمن فيه فنقول مثلاً أنه متقاعد أو كسلان. وبالمقابل إذا كان تأخره أمراً غير اعتيادي (غير مستقر وغير متسق) وأنه لا يتأخر عادة عن المواعيد والاجتماعات الأخرى (هذا التأخر كان محدداً ومتميزاً جداً) وإن كثيراً من الناس يتأخرون عن العمل (إجماع عالٍ والسبب خارجي) فإننا نميل إلى عزو تأخره إلى أسباب موقفية كأن نقول إن زحمة السير كانت هي السبب في تأخره. (شفيق فلاح علاونة، 2004، ص 227).

6- نظرية الادراك الذاتي:

طوّر بام (1967) نظرية الادراك الذاتي كتفسير بديل لظاهرة التنافر. تقترض نظرية الإدراك الذاتي أنّ الإدراك الذاتي يكون في بعض الحالات يعادل الإدراك الذي يكون في ما بين الأشخاص، فحينما تكون الحالات الداخلية غامضة أو غير قابلة للتفسير فإنّ الأفراد يقومون بنفس دور الملاحظ الخارجي، فالملاحظ الخارجي يتوجب عليه الاعتماد على نفس الملامح الخارجية للاستدلال على الحالات الداخلية. (Hans- Werner Bierhoff, 1989, p 199.)

واعتبر بام (1972) وجود بعض الفروق بين الفاعل والملاحظ، وذلك بناءً على حقيقة كون الفاعل أكثر معلومات من الملاحظ حول اتساق سلوكه، كما أنّ الفاعل له دافع كبير لحماية تقديره لذاته من خلال العزو الدفاعي. (Hans-Werner Bierhoff, 1989, p 201.)

ثانياً: مصطلحات أساسية في العزو.

1- الخطأ الأساسي للعزو:

صاغه هيدر - وحسب صوفي وجرارد- فقد عرفه روس (1977) (Ross) على أنّه خطأ منظم (erreur systématique) في عزو السلوك من طرف الملاحظ. فهو ميل لزيادة التقدير في تفسيرنا، للجانب الناجم عن الفرد (أسباب داخلية، شخصية)، والتقليل من أهمية الجانب الناتج عن الموقف (أسباب خارجية، ظروف). هذا الخطأ يمكن أن يفسّر من خلال (1) دافع الفرد لحماية تقديره لذاته، وحاجته للتحكم والتنبؤ بالبيئة، (2) احترام معيار اجتماعي يثمن الجانب الداخلي (l'internalité) و(3) التركيز على الفرد-الهدف وليس على الموقف. (Sophie berjot, gérard delelis, 2005, p 67-68.)

ويتصل بهذا التحيز تحيز آخر يدعى العزو الدفاعي. ويعني نزوعنا إلى عزو النجاح الذي نحققه الى قدراتنا الذاتية بينما ننزع إلى عزو الفشل الذي يصيبنا إلى قوى تقع خارج نطاق قدرتنا على السيطرة عليها. (راضي الوقفي، 2003، ص673.)

2- الفرق بين العزو الذاتي والعزو الغيري:

ارتكزت عدة بحوث على الفرق الموجود بين عزو الفاعل لسلوكه (عزو ذاتي) وعزو الملاحظين لسلوك الفاعل (عزو غيري)، فمثلاً قرّر كل من نيزبت، كبتوتا، لوقوا ومرسالك nisbett, caputo, legant et maracek (1973) أنّ الملاحظ الذي يشاهد استجابات الفاعل الذي يطلب منه خدمة، يتنبأ بأنّ الفاعل سيستجيب مستقبلاً بنفس الطريقة على طلب مماثل (إذا الملاحظ قام بعزو داخلي)، في حين أنّ الفاعل لم يتوقع أن يقوم بنفس السلوك مستقبلاً (إذا الفاعل قام بعزو خارجي).

(Willem Doise, jean Claude dechamps, Gabriel mugny, 1991, p196.)

وفي ذات السياق، قدّم جونز ونيزبت (1972) Jones and Nisbett تفسيراً آخر للفرق بين الفاعل والملاحظ، ويرجعان السبب إلى إختلافهما في المنظور الإدراكي، فالفاعل ينظر للبيئة كصيغة أو جشطالت، بينما الملاحظ ينظر للفاعل كجشطالت.
(Hans-Werner Bierhoff, 1989, p201.)

وبحسب جونز ونيسبت -المذكوران في ج. وير وستانلي- فإنّ الفاعل والملاحظ كثيراً ما يختلفان حول المعلومات اللازمة لتقدير دلالة فعل معين. فالفاعل - عموماً- يعرف أكثر حول سلوكه وتجاربه الآنية أكثر من الملاحظ. واعتبر جونز ودافيز أنّ الخلفية المعرفية للفاعل ربما تبعده عن وضع إعزاءات استعدادية. فعزو الفاعل قد يتأثر بتذكره أنّ سلوكه ظهر مختلفاً في مواقف مشابهة في الماضي. أما الملاحظ فيحتمل أن تعوزه معلومات حول التمييز والاتساق في سلوك الفاعل. لأنّ هذا النقص يكون في الخلفية المعلوماتية، فالملاحظ يميل إلى التركيز على التحليل السببي للفاعل، ويفترض ثبات الاستعدادات الشخصية.
(G. Weary M.A. Stanley J.H. Harvey, 1989, p34.)

وبحسب سميت وماكاي (1995) -المذكوران في محم السيد عبد الرحمن- فإنّ الفرق في العزو بين المؤدى والملاحظ ترجع إلى ثلاثة أسباب هي: الفرق في الأهمية، وفي المقارنات المفترضة، ودرجة التماثل في الدقة.

أ- كل ما يأسر اهتمامنا أو انتباهنا يبرز عما سواه: عندما نلاحظ سلوك شخص معين يصبح هذا الشخص بؤرة اهتمامنا ويبرز عن الخلفية، وفي المقابل، عندما نقوم نحن بسلوك ما فإننا ننظر بموضوعية إلى العالم من حولنا، ومن ثم يكون المثير المولد لسلوكنا هو الأهم، فأنت حينما ترى ثعباناً يزحف بين الحشائش فذلك الأمر يجعلك تقفز فجأة، بينما يركز من يمر بك على استجابتك (خوفك المفاجئ) ويستنتج قطعاً أنك شخص جبان ومن السهل أن تشعر بالخوف.

ب- الفروق بين المقارنات المفترضة للذات وللآخرين: يفكر الناس في عدد من البدائل عندما يسألون عن سبب حدوث شيء ما، ولكن البدائل التي يفكرون فيها عن أنفسهم تختلف عن تلك التي يفكرون فيها بالنسبة للآخرين.

ج- التماثل في الدقة: بالرغم من أن معلوماتنا عن أنفسنا أكثر مما نعرفه عن الآخرين، إلا أن تلك المعرفة لا تكفي دوماً لإصدار أحكام علينا أدق من الأحكام التي نصدرها على الآخرين. (محمد السيد عبد الرحمن، 2004، ص ص 111-112).

3- دوافع عملية العزو:

قام كل من تلتوك ولفي (Tetlock and Levi (1982) بتمييز أربعة مواقف نظرية والتي لها تأثير على الدوافع الخاصة بعملية العزو:

3-1- موقف تقدير الذات: إن النجاح والفشل يعملان على ظهور ميول خاصة، حيث تخدم حماية تقدير الذات إذا كانت النتائج سلبية وزيادة تقدير الذات عقب النتائج الايجابية. فمن المتوقع أن النجاح يفسر من خلال عزو داخلي (مثل الاستعدادات) والفشل يفسر من خلال عزو خارجي (مثل الحظ).

3-2- موقف تقدير الذات: يهدف تقدير الذات إلى تشكيل هوية اجتماعية مرغوبة اجتماعياً، لذلك فالأفراد مدفوعون للتقليل من أثر العوامل الشخصية للفشل من خلال تبرير أسباب

النتائج غير المرغوبة. وعلى العكس، فبعد النجاح يكون الأفراد مدفوعون لزيادة أهمية الحصول على نتائج مرغوبة.
3-3- موقف عدالة العالم:

قدم لرنر (1980) Lerner أدلة على أنّ للأفراد دافعاً للإعتقاد بأن كل شخص سينال ما يستحقه. (Hans-Werner Bierhoff, 1989, pp 216-217.)

3-4- موقف التحكم الفعال (*The effective*) إفترض كل من كيلي (1972)، فيسك و ثيلور (1984) Kelley and Fiske and Tylor أنّ العزو السببي يعمل على زيادة فهم الفرد لعالمه الاجتماعي.

كما قام ناقش شيكن ودارلي مفهوم العزو الدفاعي والاعتقاد في عدالة العالم بالرجوع إلى حاجة الفرد في الحفاظ على سلامته وأمن جماعته والإنصاف في حياته.
(Hans-Werner Bierhoff, 1989, p218.)

4- عزو المسؤولية واللوم:

ينبغي التمييز مفهوم العزو السببي وعزو المسؤولية. فالعزو السببي يتعلق بالصلة بين السلوك والاستعدادات الشخصية، بينما عزو المسؤولية يعنى بالعلاقة بين الفعل ونتائجه. وفي ذات السياق، إفترض كل من فينشام ويسبرس (1980) Fincham and Jaspars وجود سلسلة من المتغيرات التابعة مكونة من السببية، المسؤولية، اللوم والعقاب، وكل متغير تابع يكون شرطاً للمتغير الذي يتبعه، فمثلاً، عزو المسؤولية يسبق اللوم، واللوم يسبق العقاب.
(Hans-Werner Bierhoff, 1989, pp 221-222.)

5- الأساليب الاعزائية والعجز المكتسب:

لاحظ سلجمان (1984) (Seligman) بأنّ عزو الفشل والنجاح هو تقريباً ثابت عند الأفراد، خصوصاً عقب سلسلة من الاخفاقات والتي خلالها لا نملك إلا قليلاً من التحكم أو لا نملكه على الإطلاق، ينتهي بالتوقف عن إقامة علاقة بين أفعالنا ونتائجها، حيث يتم إدراك غياب التحكم في الأحداث شيئاً فشيئاً، هذا (العجز المكتسب) يمكن أن يعمّم على مواقف أخرى وينتهي للاكتئاب.

أتمّ سلجمان نظريته باقتراح مفهوم "الأساليب الإعزائية". إذاً وبشكل خاص لتفسير الفشل بعض الأفراد يفضلون القيام باعزاءات داخلية(المتفائلون)، في حين أنّ آخرين يقومون باعزاءات

خارجية (المتشائمون). هذه الاعزاءات تختلف حسب ثلاثة أبعاد: الداخلية (internalité)، الثبات والاجمالية (globalité) (سبب عام أو خاص يرتبط بموقف محدد).

(Sophie berjot, gérard delelis, 2005, pp 69-70.)

و- بحسب هانس ورنر - فقد إفترض سيلجمان ومساعدوه أنّ الأسلوب الإعزائي المسبب للإكتئاب يكون من خلال عزو الأحداث السلبية إلى عوامل داخلية، ثابتة وشاملة (global) وهي تشكل عوامل خطر للإكتئاب عند الراشدين والأطفال.
(Hans-Werner Bierhoff, 1989, p160.)

وعلى سبيل المثال، حينما تعرض بعض الناس لنوبات من الضوضاء لا يمكن تفاديها أو السيطرة عليها، شعروا بعد ذلك بالعجز عن حماية أنفسهم من ضوضاء كانوا يستطيعون إيقافها بسهولة، وهكذا يمكن أن يؤدي العجز المكتسب إلى فشل محاولات الناس في التحكم في المواقف، وربما يرجع السبب في جزء منه إلى الأفكار المتكررة مثل 'أنا لا أستطيع عمل شيء، محاولاتي ليس لها فائدة'.

بالإضافة إلى انفعالات العجز والحزن التي تعوق عمليات التفكير التي تساعد الناس فعلا على اكتساب الإحساس بالقدرة على التحكم في الأمور.

وقد قادت مثل تلك النتائج الباحثين إلى القول بأن تقييم الأحداث على أنه لا يمكن التحكم فيها قد يساهم في الإصابة بالاضطرابات النفسية وخاصة الاكتئاب. (محمد السيد عبد الرحمن، 2004، ص 165.)

6- تصنيفات العزو:

الباحثون يستعملون تصنيفات للعزو إما من خلال مقاربات من الأعلى للأسفل أو من خلال مقاربات من الأسفل للأعلى. تدور المقاربات من الأعلى للأسفل حول النظريات العامة للعزو وتقود لتصنيف الأسباب وفقاً للأبعاد المختلفة، مثل مركز التحكم (داخلي/خارجي)، قابلية التحكم والثبات. المقاربات من الأسفل للأعلى تسعى لكشف بنية الإعزاءات المشتقة

من البيانات الميدانية، هذه المقاربة تنتج عنها تصنيفات مثل: أسباب بيئية، سلوكية وأسباب مخفية. (Yael Benyamini, Howard Leventhal and Elaine A. Levnthal, 2007, p29.)

ثالثاً - نظرية التعلم الاجتماعي عند روتر:

تُتسبُ هذه النظرية إلى عالم النفس "جوليان روتر Jullian Rotter"، وبدأت تأخذ شكلها الحالي في أواخر الأربعينات وبداية الخمسينات من القرن العشرين، أين قاد "روتز" طلبته في الدراسات العليا بجامعة أوهايو لبحث واختبار فرضياتها، وأثمرت جهودهم في منتصف الخمسينات بصدور كتاب "روتز" بعنوان "التعلم الاجتماعي وعلم النفس العيادي" عام 1954 والذي يعدُّ الإعلان العلمي لميلاد هذه النظرية. واستمر البحث بعد ذلك حول جوانبها المختلفة، وظهرت سنة 1966 الصياغة النهائية لأحد مفاهيمها الأكثر شهرة في الوقت الراهن، وهو مفهوم "التوقعات المعممة للضبط الداخلي الخارجي للتعزيز". كما تدعمت في بداية السبعينات 1972 بصدور كتاب "روتز وآخرون" بعنوان: "تطبيقات نظرية التعلم الاجتماعي في الشخصية" (بشير معمريّة، نظرية التعلم، 2007، ص78). وقد نشأت هذه النظرية من التقاليد الواسعة لكل من نظرية التعلم ونظرية الشخصية. وتهتم بالبحث في السلوك المعقد للأفراد في المواقف الاجتماعية المعقدة، وتعمل على تكامل ثلاث اتجاهات تاريخية واسعة في علم النفس وهي: السلوك، المعرفة والدافعية (توما جورج خوري، 1996، ص155).

ويرى روتر وغيره من علماء النفس أنّ نظرية التعلم الاجتماعي، حاولت أن تدمج توجّهين مختلفين مهمّين في علم النفس، وهما نظرية المثير - الاستجابة، أو التدعيم من جهة والنظرية المعرفية أو المجالية من جهة أخرى (سالم عبد الله علي الزبيدي، 2009، ص4). وعَمِلَ "روتز" على تطوير نظريته في التعلم الاجتماعي، كنظرية في التعلم وتفسير الشخصية مُستفيداً مما قدمه السلوكيون، ودرس الشخصية دون أن يعتبر الغريزة أو الدافع قوة دافعة أو مشكلة للسلوك في حد ذاتها. وقد تأثرَ بعدد من العلماء ممن أبرزوا تأثير

العوامل الاجتماعية والمعرفية ومنهم: "آدler Adler" الذي أخذ عنه الاعتقاد بغائية السلوك وبعض الارتباطيين والمجاليين ومنهم: "ليفين" وهو من أهم علماء علم النفس الاجتماعي المعروف بنظريته في المجال. كما تأثر بشكل مباشر بالعالم "جورج كيللي" أحد المنظرين المعرفيين في الشخصية، والمعروف بنظريته المغايرة لغيرها من النظريات، والتي ترى أنّ كل فرد يفسر الأحداث بشكل مختلف تبعا لنشاطه العقلي الذي يتضمن عملية التوقع.

وقد تأثر في نظريته بقانون الأثر، والذي يؤكد بأنّ الناس مدفوعون لتحقيق تعزيز ايجابي ولتجنب المثيرات أو النتائج غير السارة. كما جاءت نظريته كرفض للفكر التحليلي المركز على الدوافع الأولية في تشكيل السلوك، إضافة إلى فكر السلوكية الراديكالية، المؤكدة للأثر الحتمي للتعزيز الخارجي، وإهمال العمليات العقلية (حنان اللهبي، 2006، ص39). وتؤكد نظرية "روتر" على أنماط السلوك التي يتم تعلمها، والتي تتحدّد بفعل متغيرات التوقع (المعرفة)، الدافعية وقيمة التعزيز، وهذه تتأثر بشدة من الوجهة النظرية بفعل سياق الموقف الذي تحصل فيه، ولذلك فإنّ نظرية التعلم الاجتماعي تجمع الخطوط المتنوعة للنظرية السلوكية، ونظرية الدافعية، ونظرية المعرفة ونظرية المواقف في إطار مُطَرِّد، كما تقدم إطاراً واسعاً ذا منفعة عملية، ذلك لأنه في ظل هذه النظرية؛ يستطيع الباحثون سواءً كانوا ذوي ميول لدراسة الشخصية في المجتمع، أم كانوا ذوي توجه علمي، أم علماء نفس عياديين أن يجدوا شيئاً ذا قيمة، في حين أنّ العديد من نظريات علم النفس إما دافعية أو سلوكية، وإما معرفية- ظاهرة خاصة بالظواهر (فينومينولوجية)، فإنّ نظرية التعلم الاجتماعي تتسامى فوق هذه الحدود الضيقة، ووفقاً لنظرية التعلم الاجتماعي يتحدد سلوك الإنسان بأهدافه. إذ يتصف السلوك دائماً بالاتجاهية، حيث يستجيب الفرد بالسلوك الذي تعلم أنّه سوف يحقق له أعظم إشباع في موقف معين ويربط كل فرد بشكل تدريجي بعض موضوعات الأهداف والظروف الداخلية المعينة بإشباع غير متعلمة أو موروثة: فمثلاً، يشبع الإرضاع الطفل في أول الأمر، ثم يصبح وجود الأم نفسها سبباً للسُرور، ثم يحاول الفرد القيام بالأمر التي

كانت تحبها الأم، وأخيراً يجد الفرد -حتى في غياب الأم- إشباعاً في تحقيق الأعمال التي ارتبطت في الماضي بتحبيها. والدوافع النفسية تكون نتيجة الخبرة وليست نتيجة الغريزة وتنشأ بالتدريج لدى كل فرد مجموعة من الدوافع أو الحاجات المتميزة، تتراوح بين الدوافع والحاجات النوعية جداً، والدوافع والحاجات العامة جداً. وكلما كانت الأهداف أو أنماط السلوك التي تتضمنها الحاجة نوعية، كلما أمكن التنبؤ بقوة أحد أنماط السلوك، أو الأهداف الأخرى. وكلما كان المفهوم عاماً أو شاملاً أو عريضاً، كلما تضاعفت دقة التنبؤ بسلوك معين من سلوك آخر (جوليان روتر، 1984، ص108).

1- المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم الاجتماعي:

اهتمت نظرية روتر في التعلم الاجتماعي بكيفية تفاعل الفرد مع بيئته، وركزت على عملية التنبؤ بالسلوك الذي يعدُّ الجانب الهادف من البيئة في نظر روتر، وتهدف هذه النظرية إلى معرفة كيفية اختيار الفرد لنوع معين من السلوك من بين عدة أنواع من السلوكيات الممكنة، وفيما يلي سنقدم المفاهيم الأساسية لهذه النظرية (خالد عبيد خالد الرشيدي، 2008، ص14):-

1-1- إمكان السلوك:

يشير هذا المفهوم إلى إمكانية أن يقوم الفرد بالاستجابة بطريقة معينة، مقارنة باستجابات بديلة متاحة. وهو يشمل أي سلوك يمكن أن يقوم به الفرد كاستجابة لموقف المثير. وقد يكون السلوك ظاهراً يمكن ملاحظته وقياسه مباشرة، كالمشي والإقبال والمصافحة، كما قد يكون ضمنياً لا يمكن ملاحظته وقياسه بشكل مباشر كالإدراك، والتفكير، والحاجة والتخطيط، وقياس إمكان حدوث السلوك من هذا النوع، ويتم من خلال آثاره ودلالاته مثل تكرار حدوث سلوك ما. وتتص التصورات النظرية الأساسية التي قدمها "روتر" على أن

إمكان حدوث السلوك يتحدد بفعل التوقع وقيمة التعزيز، وتكون القدرة الكامنة للسلوك مرتفعة عندما يرتفع التوقع، وقيمة التعزيز، أما إن كان التعامل مع مجموعة من الأنماط السلوكية المرتبطة وظيفياً، فإن المفهوم الشائع استخدامه هو إمكان الحاجة.

1-2- التوقع:

ويعني أن سلوكيات ستؤدي إلى إشباعات أو أهداف لها قيمتها لدى الفرد. وللتوقع محددان هما: أولهما هو الاحتمال القائم على خبرات الشخص المعني في مجال التعزيز. وثانيهما هو تعميم التوقعات من سلاسل السلوك والتعزيزات الأخرى ذات العلاقة. ويحدث أن يعمم الفرد توقعاته من موقف ما إلى مواقف أخرى، حينما يدرك أنها مواقف مشابهة أو مترابطة. كما يمكن لعوامل أخرى أن تؤثر في الاحتمالية الذاتية مثل: خبرات وتجارب النموذج المقتدى (الأب)، وإدراك العلاقات السببية بين الأحداث.

1-3- قيمة التعزيز: تعبير نسبي يشير إلى تفضيل الفرد لشيء ما على شيء آخر.

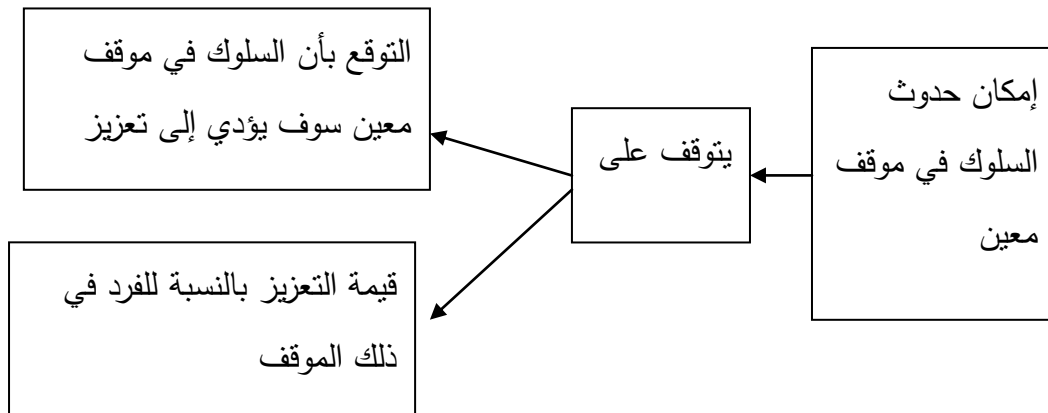
وبذلك فإنها تتحدد بالنسبة لمجموعة بدائل محددة، ويعرف "روتر" هذا المفهوم بأنه "درجة تفضيل الفرد لحصوله على تعزيز معين إذا كانت إمكانات الحدوث لكل التعزيزات الأخرى متساوية"، ويذكر "روتر" أن حدوث التعزيز يعتمد على إدراك الفرد لمصدره، فيما إن كان يعتمد على سلوكه هو أم على ظروف أخرى خارجية كالصدفة والحظ. وتقاس قيمة التعزيز بعدة طرق كالاختبارات الموضوعية والمقابلات، والاختبارات الإسقاطية، وملاحظة السلوك في المواقف الاجتماعية الطبيعية.

أما المفهوم الأوسع مدى لمفهوم قيمة التعزيز فيسمى "قيمة الحاجة"، ففي حين تشير قيمة التعزيز إلى تفضيل تعزيز ما على تعزيز آخر، فإن قيمة الحاجة تشير إلى تفضيل مجموعة من أشكال التعزيز المرتبطة وظيفياً.

1-4- الموقف النفسي: هو تلك البيئة الخارجية والداخلية، التي تحفز الفرد ليتعلم كيفية الوصول إلى أفضل إشباعات في ظروف معينة. فطريقة إدراك الفرد للموقف، هي التي تؤثر على التوقع وقيمة التعزيز وبذلك يؤثر على القدرة الكامنة لحدوث سلوك معين. فالموقف النفسي له دور هام في تقرير اتجاه السلوك. فمثلا، الطفل الذي تعود على التصرف بحرية في المنزل (موقف نفسي)، وبشبع رغباته بطرائق معينة، سيجد نفسه في المدرسة (موقف نفسي آخر) مضطرا للانضباط؛ لأن في هذا الموقف دلالات يفهم منها أنه إذا لم ينضبط قد يتعرض للعقاب (بشير معمرية، نظرية التعلم، 2007، ص ص، 87- 91).

2- المحددات الأساسية للسلوك:

يحدث السلوك وفقا لنظرية "روتر"، بربط العلاقات بين مفاهيمها الأساسية كما يلي: "إمكان حدوث سلوك ما في موقف معين، يعتمد على توقعات الفرد بأن هذا السلوك سوف يحقق التعزيز المفضل لدى الشخص في هذا الموقف (بشير معمرية، نظرية التعلم، 2007، ص 92). " ويمكن توضيح العلاقة بين محددات السلوك في الشكل رقم (1). (بشير معمرية، نظرية التعلم، 2007، ص 92).



الشكل رقم (1) محددات السلوك حسب نظرية روتر. (بشير معمرية، نظرية التعلم، 2007، ص 92).

ويؤكد "روتر" أنه يمكننا التنبؤ بالسلوك في أفضل صورة إذا أخذنا بعين الاعتبار كل هذه المتغيرات؛ أي أنّ الشخص يميل للقيام بالسلوك في موقف معين إذا اعتقد أنه سيحصل على التعزيز المرغوب. أما إن كان لا يرغب في ذلك التعزيز، أو اعتقد أنه لن يحصل عليه من خلال ذلك السلوك، فإنه لا يميل إلى القيام بذلك السلوك (بشير معمريّة، نظرية التعلم، 2007، ص92).

3- الحاجات الإنسانية: أعد "روتر" قائمة من الحاجات النفسية، يرى أنّها تشمل معظم السلوك الإنساني المتعلم. ويرى أنّها تتطور من الدوافع البيولوجية، رغم أنّها تنشأ نتيجة للخبرة. ويعتبر "روتر" الحاجات النفسية القوى الموجهة لإمكانات السلوك، وقيم التعزيز في مواقف نفسية معينة. وأنها تنشأ لدى كل فرد تدريجياً، فمنها ماهو نوعي، ومنها ماهو عام، وصنفتها إلى ست فئات مع تعاريفها كما يلي (بشير معمريّة، نظرية التعلم، 2007، ص94):

3-1- الحاجة إلى الاعتراف والمكانة: ويقصد بها حاجة الفرد للتفوق، وأن يكون كفاً كالأخرين أو أفضل منهم في العمل أو المدرسة، أو النشاط الرياضي، أو المكانة الاجتماعية، أو اللعب، أي الحاجة لحصول الفرد على مكانة مرتفعة.

3-2- السيطرة: ويقصد بها حاجة الفرد للتحكم في أعمال الآخرين، بما في ذلك الأصدقاء والأسرة، وأن يكون الفرد في مركز قوة، وأن يتبع الآخرون أفكاره ورغباته الخاصة.

3-3- الاستقلال: ويقصد بها حاجة الفرد إلى اتخاذ قراراته، والاعتماد على نفسه، وتطوير المهارة اللازمة للحصول على الإشباع، وأن يصل إلى أهدافه دون مساعدة الآخرين.

3-4- الاعتماد على الآخرين: ويقصد بها حاجة الفرد لفرد آخر أو أفراد آخرين، يوفر له الحماية والأمن ويساعدونه على مواجهة الإحباط، وكذلك مساعدته للحصول على الأهداف الأخرى المرغوبة.

3-5- الحب والعطف: ويقصد بها حاجة الفرد إلى تقبل الآخرين وحبهم، وأن يحظى بانتمائهم، واحترامهم، واهتمامهم وإخلاصهم.

3-6- الراحة الجسمية: ويقصد بها حاجة الفرد إلى الاشباعات الجسمية المرتبطة بالأمن وتجنب الألم، والرغبة في الملذات الجسمية (رشاد علي عبد العزيز موسى، 1993، ص94).

4- المحددات الأساسية للحاجات: هي إمكان الحاجة، قيمة الحاجة، حرية الحركة. ويسمىها "روتر" بمكونات الحاجة. ويمكن توضيحها فيما يلي:

4-1- إمكان الحاجة: هذا المفهوم نظير لإمكان السلوك، إلا أنه أوسع منه. حيث يشير إمكان السلوك إلى سلوك واحد مفرد، بينما يشير إمكان الحاجة إلى مجموعة من أنماط السلوك المرتبطة وظيفياً، ولتوضيح ذلك نورد مثال الطالب "كمال"، الذي يوجد عنده إمكان حاجة مرتفع للمكانة والاعتراف، وهي العنصر الهام في التعزيزات التي يفضلها، مثل: الحصول على درجات مرتفعة في الامتحانات، والعضوية في اتحاد طلابي، والفوز بميدالية في المنافسات الرياضية، وبذلك فإننا نجد لدى الطالب "كمال" إمكان حاجة واحدة عريضة، وعدة إمكانات سلوكية لإشباع تلك الحاجة. وهي الاجتهاد في الدراسة؛ من أجل الحصول على درجات مرتفعة (إمكان السلوك 1)، ثم قيادة حملة انتخابية للفوز في الاتحاد الطلابي (إمكان السلوك 2)، ثم التدريب المتواصل للفوز بميدالية في ألعاب القوى (إمكان السلوك 3).

4-2- قيمة الحاجة: ويناظر هذا المفهوم مفهوم قيمة التعزيز، ولكنه أشمل منه، ويعني

هذا المفهوم متوسط قيمة التفضيل لمجموعة تعزيزات مرتبطة وظيفياً. وبالمقارنة بين قيمة الحاجة وقيمة التعزيز؛ نجد قيمة التعزيز تشير إلى تفضيل تعزيز على تعزيز آخر، في حين تشير قيمة الحاجة إلى تفضيل مجموعة تعزيزات، مرتبطة وظيفياً على مجموعة تعزيزات أخرى، مع الأخذ بعين الاعتبار دائماً أن توقع حدوث التعزيز للمجموعتين متساوٍ.

4-3- حرية الحركة: وهي توقع أن تؤدي مجموعة الأنماط السلوكية إلى مجموعة من

التعزيزات، أو الأهداف التي هي ذات قيمة بالنسبة للفرد (بشير معمرية، نظرية التعلم، 2007، ص ص 95-98).

5- التوقعات المعممة: يتحدد التوقع بعنصرين هما: خبرة الفرد السابقة عن التعزيز في

موقف خاص والخبرات السابقة المستمدة من مواقف مشابهة للموقف الخاص. ويطلق "روتر" عن العنصر الأخير "التوقعات المعممة". وللتوقعات المعممة في نظرية التعلم الاجتماعي دور هام في تفسير السلوك. فهي تمنح لسلوك الفرد ثباتاً عبر المواقف المختلفة، وتوضح انتقال التعلم من موقف لآخر. وقد صاغ "روتر" في نظريته للتعلم الاجتماعي نوعين من التوقعات المعممة.

يسمى النوع الأول: "التوقعات المعممة للضبط الداخلي- الخارجي للتعزيز". وقد صاغه "روتر" سنة 1966، والنوع الثاني: يطلق عليه اسم "التوقعات المعممة للثقة المتبادلة بين الأفراد" وقد ظهر هذا المفهوم في نظرية "روتر" سنة 1967. ويعرفه بأنه "توقع معمم يعتقد أنه الشخص في الدرجة التي يثق فيها بالآخرين. وشعوره بأنه يمكنه الاعتماد عليهم في ذكر الحقيقة". فمثل هذه الاعتقادات، يمكن أن توجد فروقاً بين الأفراد في استجاباتهم نحو قضايا الحياة، كالتعليم، والزواج والعلاج النفسي، وفي جميع نواحي التفاعل الاجتماعي (بشير معمرية، نظرية التعلم، 2007، 99-100).

وما يهمنا في هذا السياق هو النوع الأول، وهو التوقعات المعممة للضبط الداخلي- الخارجي

للتعزيز، والذي أطلق عليه في هذه الرسالة اسم مركز التحكم وسبب تركيزي على المفهوم؛ هو أنه يشكل أحد المفاهيم الأساسية في هذه الرسالة. ولذلك سأعمد إلى التطرق إلى لمحة تاريخية عنه حتى تتضح جذوره، ثم مفهومه عند "روتر"، ثم عند السيكولوجيين الآخرين.

رابعاً: مركز التحكم

كانت بداية مفهوم مركز التحكم على يد العالم وينر Weiner، بعد الحرب العالمية الثانية حيث كان يدرّب الجنود الأمريكيين على استخدام العقول الإلكترونية المعقدة ولاحظ وينر أنّ هناك شبيهاً بين الضبط الآلي والضبط الإنساني، فالإنسان يمتلك آلة يستخدمها في الضبط والتحكم الذاتي لسلوكه، ويقصد بالآلة (الجهاز العصبي)، فهو يمثل جهاز الضبط والتحكم الذاتي، ويتمتع هذا الجهاز بالمرونة والقدرة على تغيير أنماط الضبط الذاتي لسلوك الفرد ويعمل على تنظيم الاستجابة من خلال التوفيق ما بين النشاط الصادر عنه، وبين الهدف المراد الوصول إليه.

وقام روتر -ما بين أواخر الأربعينات، وأوائل الستينات- من القرن الماضي، بتنفيذ الأبحاث الضرورية؛ لإرساء دعائم وجهة نظره في التعلم الاجتماعي، وتوجت هذه الأبحاث بنشره كتاب في التعلّم الاجتماعي وعلم النفس العيادي في عام 1954م، ثم سعى بعد ذلك -في عقد الستينات- لتقصي، وتوضيح، وتطبيق نظريته في عدة مجالات، وتوجّه هذه الفترة بنشره لكتاب تطبيقات لنظرية التعلم الاجتماعي في الشخصية (إبتسام بنت هادي بن أحمد العفاري، 2011، ص10).

والجدير بالذكر، أن مفهوم مركز التحكم استخدم لأول مرة من طرف العاملين في العلوم النفسية، في جامعة (أوهايو) بالولايات المتحدة الأمريكية، وذلك في عام (1950)، للتعبير

عن مدى شعور الفرد بأنه يستطيع التحكم في الأحداث الخارجية التي يمكن أن تؤثر فيه (عبد الله بن عبد الهادي، 2003، ص ص 43 - 44).

وقد صاغ "جوليان. ب. روتر J.B.Rotter"، مفهوم مركز التحكم في ستينات القرن العشرين، ونشره عام 1966 تحت عنوان "التوقعات المعممة للتحكم الداخلي - الخارجي للتعزيز" (بشير معمريّة، مصدر الضبط، 2009، ص 5).

وكانت المهارة والصدفة هما المؤشّران التجريبيين للتمييز بين المعتقدين في التحكم الداخلي والمعتقدين في التحكم الخارجي، فقد قام "روتر"، و"وليام جيمس" في سنة 1951 بتجربة قسّموا فيها المختبرين إلى مجموعتين، حيث قيل للمجموعة الأولى أنّ الإنجاز محكوم بعامل الصدفة، أما المجموعة الثانية فقيل لها أن إنجاز المهمة متوقف على عامل المهارة، وكانت تتم عملية التدعيم وفق جداول معينة من التعزيز: 50% و 100%، وتوصّلوا إلى نتائج مفادها أنّ الأداء في ظل عوامل المهارة، كان أفضل من الأداء في ظل عوامل الصدفة، كما استمرّت توقعات النجاح لمجموعة المهارة، ومقاومة الانطفاء عند مقارنتها بمجموعة الصدفة (بوالليف آمال، 2010، ص 37).

أمّا المحاولة الأولى لقياس الفروق الفردية، في الاعتقاد في مركز التحكم الداخلي - الخارجي للتعزيز، بوصفه متغيراً نفسياً، هي الدراسة التي قام بها "جيرري فيرز J.Phares" وهو من تلاميذ "روتر" الأوائل، في دراسته على تأثير مواقف المهارة، مقابل مواقف الصدفة على توقع التعزيز. والسؤال الذي طرحه "فيرز" يتمثل فيما إذا كان دور التعزيز سيكون في المواقف القائمة على المهارة، هو نفس الدور في المواقف التي يدرك الطلبة، أنّها تتحدد بفعل عوامل الصدفة. فقام بتقسيم طالبات الجامعات إلى مجموعتين متماثلتين، وطلب منهنّ أداء مهام إدراكية (مطابقة اللون والخط)، عبر سلسلة من المحاولات، وذكر للمجموعة الأولى أنّ الوصول للحل الصحيح يعتمد على المهارة، أمّا المجموعة الثانية فقال لها أنّ الصدفة هي التي تتحكم في النتيجة، وأظهرت النتائج أنّ توقعات زيادة النجاح ونقصان

الفشل، زادت مع المجموعة التي تلقت تعليمات المهارة، وليس مع المجموعة التي تلقت تعليمات الصدفة، حيث أدى التعزيز في حالة المهارة إلى تغيير التوقعات وتعديلها. وهذا يدل على أنّ محاولات الحصول على التعزيز تتغير حينما يدرك الأفراد، أنّ التعزيز يحدث نتيجة لمهمة من مهام سلوكهم، أكثر من حدوثه بسبب الحظ أو الصدفة. وأوضح "فيرز" أنّ هذه الدراسات، تبين أنّه لكي نفسر سلوك الأفراد في مواقف الانجاز تفسيراً صحيحاً، فيجب الأخذ بعين الاعتبار كل من قيمة التعزيز (الإجابات الصحيحة)، والتوقعات المعممة للتحكم الداخلي، مقابل التحكم الخارجي للتعزيز كمتغير من متغيرات الفروق الفردية (بشير معمرية، مصدر الضبط، 2009، ص ص، 8-9). ولتفسير الفروق بين الأفراد في إدراكهم للجهة المسؤولة عن نتائج أعمالهم؛ قدم "روتر" مفهوم التحكم الداخلي، مقابل التحكم الخارجي للتعزيز، وهو متغير إدراكي يتوسط العلاقة بين التوقع والتعزيز (بوالليف آمال، 2010، ص38).

وكان يستخدم "روتر" مصطلح "التحكم الداخلي- الخارجي، وتواتر استخدام مفهوم "مركز التحكم" بين تلاميذ "روتر"، إلا أنّ المصطلح الأكثر شيوعاً هو: "مركز التحكم للسلوك". والذي غالباً ما يشير إلى إدراك الفرد لمركز التعزيز، بدلاً من مصطلح "مركز التحكم" (بشير معمرية، مصدر الضبط، 2009، ص ص، 6-7).

1- المتغيرات والعوامل المرتبطة بمركز التحكم.

1-1- المتغيرات المرتبطة بوجهة التحكم. ترتبط بمركز التحكم متغيرات بيئية تنقسم إلى نوعين متغيرات موقفية ومتغيرات مستمرة:

1-1-1- المتغيرات الموقفية:

وتحدث هذه المتغيرات في موقفٍ محددٍ، كإخبار شخصٍ بخبر غير متوقع، كوفاة عزيز، أو مواجهة موقفٍ عصيب، أو إصابة في حادث، سواء على مستوى الفرد أو الجماعة، وتُشعر

هذه الأحداث الفرد بعجزه، وأنه لا حيلة له في ما يقع من أحداث، مما يتسبب في رفع معدّل التحكم الخارجي أثناء الموقف فقط، أي أنّ هذا المعدل يعود إلى ما كان عليه قبل الموقف.

1-1-2- المتغيرات المستمرة: تؤدي هذه المتغيرات إلى رفع معدل التحكم الداخلي

بصفة شبه دائمة، وقد صنفها الباحثون في ثلاث فئات:

- التنشئة الاجتماعية

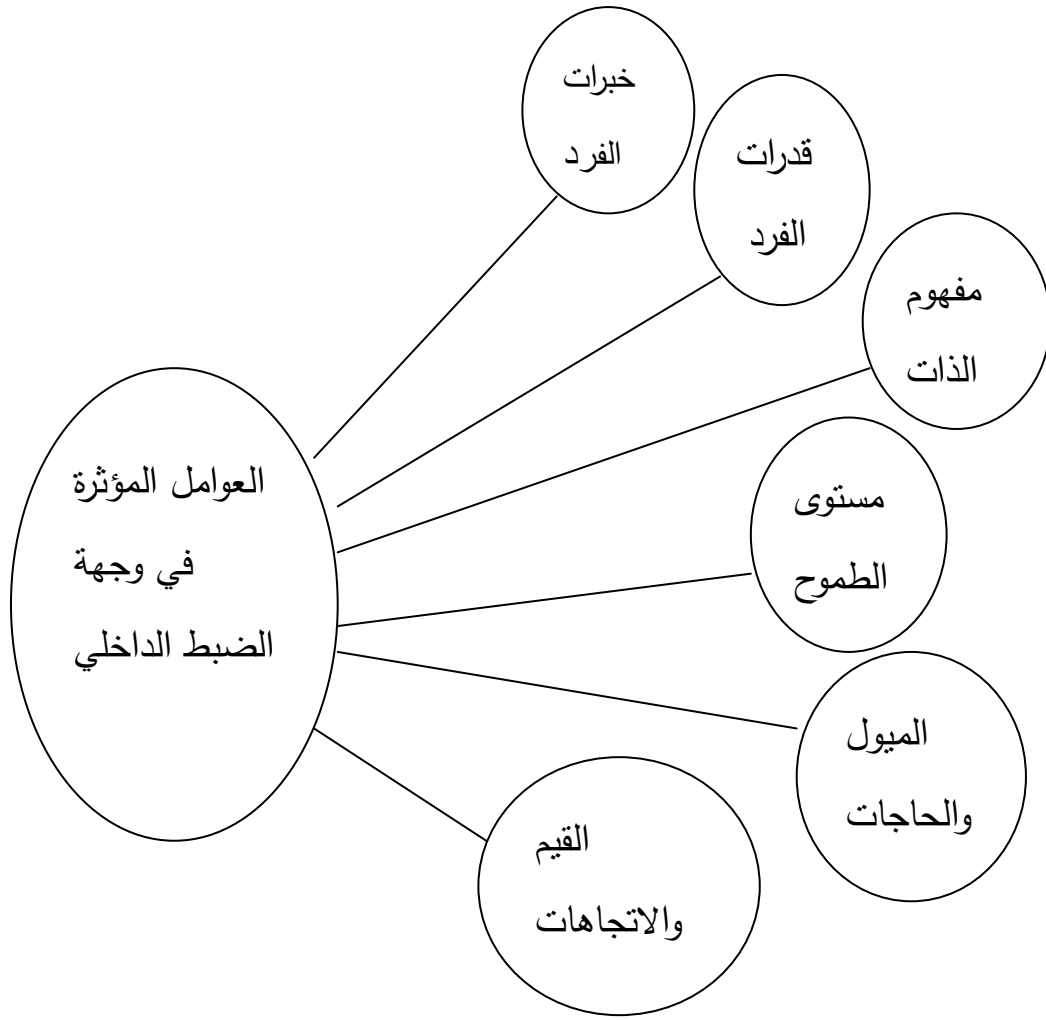
- التمييز الاجتماعي بين الطبقات.

- حالة العجز الطويلة (خالد عبيد خالد الرشيد، 2008، ص ص 24-25).

2-2- العوامل المؤثرة في مركز التحكم.

2-2-1- العوامل المؤثرة في مركز التحكم الداخلي. هناك عدة عوامل تؤثر وجهة

الضبط الداخلي. نوضحها في الشكل التالي:

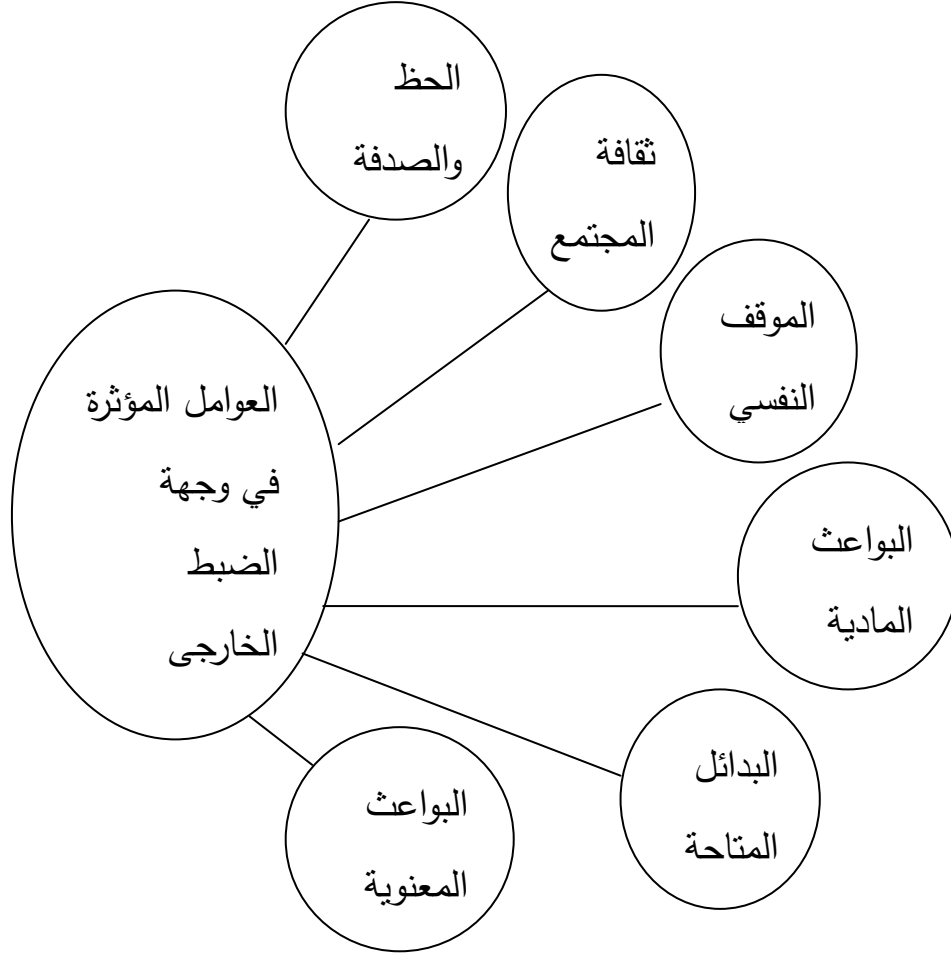


شكل رقم (2) العوامل المؤثرة في مركز التحكم الداخلي (نوال بنت محمد عبد الله زكري، 2008، ص128).

يتضح لنا من الشكل أعلاه، أنّ وجهة الضبط الداخلي، تتأثر بخبرات الفرد وقدراته، ومفهومه عن ذاته، ومستوى الطموح لديه، وميوله وحاجاته، إضافة إلى قيمه واتجاهاته.

2-2-2- العوامل المؤثرة في مركز التحكم الخارجي.

هناك عدة عوامل تؤثر وجهة الضبط الخارجي. نوضحها في الشكل التالي:



شكل رقم (3) العوامل المؤثرة في مركز التحكم الخارجى (نوال بنت محمد عبد الله زكري، 2008، ص 129).

يبين لنا الشكل أعلاه، أن وجهة الضبط الخارجى تتأثر بالحظ والصدفة، وثقافة المجتمع، والموقف النفسى البواعث المادية والمعنوية، إضافة إلى البدائل المتاحة.

3- سمات الأفراد في فنتي التحكم:

يوكد "روتر" بأن لكل فئة خصائص شخصية تميزها عن الأخرى، حيث يتميز ذوي التحكم الداخلى بما يلي:

- 1- يكون أكثر انتباها، وحذراً للنواحي المختلفة من البيئة التي تمده بمعلومات مفيدة بالنسبة لسلوكه الحالي والمستقبلي.
- 2- يسعى بشكل فعال لتحسين أوضاعه، وأوضاع بيئته.
- 3- يمنح قيمة كبيرة لتعزيز الأداء والمهارة، ويهتم كثيراً- في العادة- بقدراته وفشله أيضاً.
- 4- يقاوم المحاولات المغرية للتأثير عليه (بشير معمرية، مصدر الضبط، 2009، ص 14).
- 5- أكثر ذكاءً، وكفاءة عقلية، وتحصيل أكاديمي من ذوي التحكم الخارجي.
- 6- أكثر قدرةً على حسن اختيار القصص، وأكثر كفاءة في معالجة الموضوعات ولديهم مرونة تلقائية، وقوة أنا مرتفعة، وأكثر تفوقاً بصفة عامة على ذوي التحكم الخارجي.
- 7- أقل تفكيراً خرافياً من ذوي التحكم الخارجي.
- 8- كما أن ذوي التحكم الداخلي من طلاب الجامعة يتسمون بانخفاض الميل العصابي وبالانطواء وقوة الأنا (عصام أبو الفتوح، 1998، ص 28). بينما يتميز الفرد ذو التحكم الخارجي بما يلي:
 - 9- لديه سلبية عامة، وقلة في المشاركة والإنتاج.
 - 10- يقل إحساسه بمسؤوليته الشخصية عن نتائج أفعاله الخاصة.
 - 11- يعزو الحوادث السلبية، والايجابية إلى ما وراء الضبط الشخصي إضافة إلى افتقاره للإحساس بوجود سيطرة داخلية عن هذه الحوادث.
 - 12- يتصفون بصفات شخصية سلبية مثل: ضعف الأنا، ضعف الذكاء، الحساسية الزائدة، وأكثر شعوراً بالذنب وأكثر قلقاً.

13- أظهر ذوو التحكم الداخلي مفهوماً سلبياً عن الذات، وتوافقاً أقل من الناحية النفسية والاجتماعية، والصحية، وضعفاً في الثقة في النفس وطموحات أقل.

14- كما أنَّهم أكثر عرضة للاكتئاب، وأكثر ميلاً للأفكار اللاعقلانية (بشير معمرية، مصدر الضبط، 2009، ص ص، 14- 15).

تبين من عرض صفات ذوي مركز التحكم الداخلي والخارجي، أنَّ السّمات الايجابية لصالح ذوي التحكم الداخلي، والسلبية هي لذوي التحكم الخارجي. ولمزيد من التوضيح لخصائص فئتي مركز التحكم، سنعرض جدول يبين خصائص الأفراد ذوي مركز التحكم الداخلي والخارجي. والذي سأنقله بتصريف بسيط.

رقم الخاصية	الأفراد ذوي وجهة التحكم الداخلي	الأفراد ذوي وجهة التحكم الخارجي
1	ينشغلون بتأثيرهم بالآخرين وتأثر الآخرين فيهم	لا ينشغلون بتأثيرهم بالآخرين وتأثر الآخرين فيهم
2	متعاونون ومغامرون	غير متعاونين ومغامرين
3	أكثر إقداماً	أقل إقداماً
4	أكثر اجتهاداً	أقل اجتهاداً
5	متفاعلين مع حالات التدعيم في المواقف التعليمية	غير متفاعلين مع حالات التدعيم في المواقف التعليمية
6	مكافحين للمستقبل	غير مكافحين للمستقبل
7	تحمل المسؤولية وأقل ميل للانبساط والعصابية وقوة الأنا	لا يتحملون المسؤولية وأكثر ميل للانبساط والعصابية وضعف الأنا
8	يستطيعون استنباط واستخلاص الحقائق والمعلومات من المواقف الغامضة	لا يستطيعون استنباط واستخلاص الحقائق والمعلومات من المواقف الغامضة
9	لديهم أعلى تحصيل دراسي	لديهم أقل تحصيل دراسي
10	أكثر ذكاء	أقل ذكاء
11	أكثر نجاحاً	أقل نجاحاً

12	أقل تطابقاً ومسايرة ومجارة	أكثر تطابقاً ومسايرة ومجارة
13	يؤيدون السلوكيات التي تؤكد المسؤولية الشخصية	لا يؤيدون السلوكيات التي تؤكد المسؤولية الشخصية
14	أكثر اعتدالاً في تعريض أنفسهم للخطر والأذى	أقل اعتدالاً في تعريض أنفسهم للخطر والأذى
15	أكثر استقلالاً	أقل استقلالاً
16	أكثر اعتماداً على آرائهم الشخصية	أقل اعتماداً على آرائهم الشخصية
17	أقل تقبلاً لسيطرة الآخرين وتأثيرهم بهم	أكثر تقبلاً لسيطرة الآخرين وتأثيرهم بهم
18	ثقتهم بأنفسهم عالية	ثقتهم بأنفسهم منخفضة
19	أقل كبتاً وحذراً	أكثر كبتاً وحذراً
20	متزنين ولديهم أصلة في التفكير	غير متزنين وليس لديهم أصلة في التفكير
21	لديهم سيطرة على البيئة	ليس لديهم سيطرة على البيئة
22	أكثر اهتماماً بقدراتهم وفشلهم	أقل اهتماماً بقدراتهم وفشلهم
23	أكثر مقاومة للمحاولات المغربية	أقل مقاومة للمحاولات المغربية
24	يكونون أكثر قدرة على خلق انطباع ايجابي	يكونون أقل قدرة على خلق انطباع ايجابي
25	لا يبدون اهتماماً لحاجات والاهتمامات الآخرين	يبدون اهتماماً لحاجات والاهتمامات الآخرين

الجدول رقم (1) يبين خصائص الأفراد ذوي التحكم الداخلي والخارجي (خالد عبيد خالد الرشيدي ، 2008، ص ص 23-24).

يوضح الجدول أعلاه، أن السمات الايجابية لصالح ذوي التحكم الداخلي، والسلبية هي لذوي التحكم الخارجي.

وهذا ما ذهب إليه معجم لاروس الكبير، حيث أشار أنه على العموم فإن ذوي التحكم الداخلي أكثر نجاحاً من ذوي التحكم الخارجي، كما أنهم أكثر دافعية للنجاح، وأكثر فعالية في استقبال ومعالجة المعلومات (Larousse, 2000, p215).

وفي هذا السياق، وكما يذكر (أبو الفتوح) فإن "روتر" قدم تعليقا مفاده أن بعض علماء النفس يتسرعون في الحكم على أصحاب وجهتي التحكم. فيقولون أنه من الأفضل أن يكون

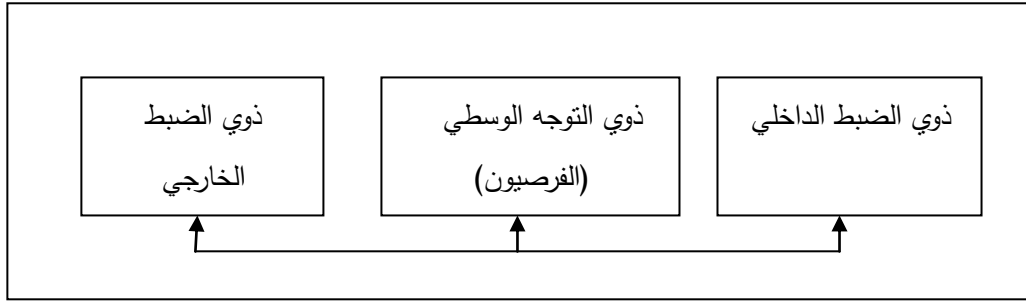
الإنسان من ذوي التحكم الداخلي، وأنه من السيئ أن يكون الإنسان من ذوي التحكم الخارجي، وهذا قد يكون صحيحاً في بعض الحالات، ولكن لا توجد أسس منطقية لهذه الافتراضات. ومن هنا يتضح أن مفهوم مركز التحكم، هو أحد المتغيرات الهامة، التي زاد الاهتمام بها في المدة الأخيرة وأنه أحد السمات الثابتة للشخصية التي تؤثر في سلوك الفرد في مواقف الحياة اليومية (عصام أبو الفتوح، 1998، ص ص، 28-29).

والجدير بالذكر أن مركز التحكم متغير متصل، وفي هذا السياق، أشار "ماك كونيل Mc Connell" إلى أن بعض الناس يعتقدون أنهم يتحملون مسؤولية ما يحدث لهم، وأنهم أسياد على أقدارهم. في حين، يعتقد آخرون أنهم لا حول ولا قوة لهم - فيما يخص أقدارهم - حيث يرون أنفسهم مخلوقات تتحكم فيها قوى خارجية، لا يستطيعون أن يؤثرها فيها (حنان بنت حمادي اللهيبي، 2006، ص 44). و لا توجد أنماط نفية من فئتي مركز التحكم (الداخلي، الخارجي) " فقد يختلف إدراك الفرد لمركز التحكم من موقف لآخر كما يختلف من شخص لآخر في نفس الموقف ويرجع ذلك إلى عوامل مختلفة من أهمها الدافعية ومعززات السلوك ومحددات الدور والموقف. بمعنى آخر فإن الفروق في مركز التحكم هي فروق في الدرجة وليست في النوع، فالتحكم الداخلي في مقابل التحكم الخارجي يمثل بعدا متصلا. (يوسف عبد الفتاح محمد، 1993، ص 240).

وفي ذات السياق ينقل "محمد المرى" تأكيد ماك كونيل McConneil (1977) على أنه لا توجد أنماط نفية من الفئتين (فئة التحكم الداخلي وفئة التحكم الخارجي)، وأن الأفراد العاديين يسجلون في اختبارات هذا المفهوم درجات تقع على متصل تحكم داخلي continuum يمتد بين النهائيتين - نهاية التحكم الداخلي ونهاية التحكم الخارجي " (محمد المرى محمد إسماعيل، 1987، ص 95)

ويشير روتر إلى أنه لم يقصد من خلال هذا المفهوم، أن يقسم الناس إلى داخلي التحكم وخارجي التحكم. إلا أنه يرى وجود بعض الدلالات الشخصية بالنسبة لبعض الخصائص

العامة، للأفراد المصنفين على أنهم منخفضون، أو مرتفعون على بعد الاعتقاد في التحكم الداخلي، مقابل التحكم الخارجي للتعزيز. ومع ذلك، توجد فئة تتوسط الفئتين (التحكم الداخلي والتحكم الخارجي) وهذا ما يشير إليه "أبو ناهية"، حيث يقول بوجود مجموعة بين المجموعتين من ذوي التحكم الخارجي والداخلي، يعتقدون أنهم لا يستطيعون تغيير العالم إلا أنهم يستطيعون بزيادة فهمهم للعالم الخارجي، أن يزيدوا من إشباع حاجاتهم الخاصة. يمكن لهذه الفئة من الناس أن يقوموا بمجهودات قوية لتعديل أنفسهم للتوافق مع الوضعيات والمواقف الجديدة، ولزيادة فهمهم لأقصى حد لطبيعة الناس الآخرين، ولنظام الأشياء، بعض هؤلاء الأفراد يمكن وصفهم بأنهم يفتنمون الفرص أو الفرصيين (حنان بنت حمادي اللهيبي، 2006، ص44).



شكل رقم (4): تصنيف "روتر" للأفراد (حنان بنت حمادي اللهيبي، 2006، ص44).

4- تعدد مصادر مركز التحكم وأبعاده:

هناك عدة مصادر يعزو إليها الأفراد من الفئتين (فئة التحكم الداخلي، وفئة التحكم الخارجي)، أسباب حصولهم على التعزيز. فإن التعزيز لذو فئة التحكم الداخلي، تكون مصادره المحتملة هي ما يلي:

- الذكاء والقدرات العقلية: إذ يعتقد الفرد أنه يستطيع فهم البيئة وضبط أحداثها لمصلحته، وهو مسؤول عما يناله من عقاب أو ثواب.

- الكفاءة والمهارة: والاستفادة من الخبرات السابقة للسيطرة على البيئة.

- السمات الانفعالية والمزاجية: حيث يكون الفرد اعتقاداً حول نفسه بأن له خصائص تجعله يتحكم في الأحداث البيئية، وينال التعزيزات المرغوبة. وهذه الخصائص هي: الاكتفاء الذاتي، الثقة بالنفس، الطموح، الجدية والمثابرة. أما إن كان الحصول على التعزيز مضبوطاً بقوى خارجية، فإن مصادره المحتملة هي ما يلي:

- الصدفة أو الحظ: حيث يدرك الفرد العالم، بأنه غير قابل للتنبؤ، أو أن التأثيرات الاجتماعية غير الخاضعة للعقل - من وجهة نظره - هي المسؤولة عن نتائج سلوكه.

- يكون الفرد اعتقاداً بأنه لا يمكن أن يغير من مسار الأحداث.

- الآخرون الأقوياء: حيث يكون التعزيز في أيدي الآخرين كالآباء والمسؤولين والمعلمين، وهؤلاء لا يمكنه أن يؤثر فيهم لأنه ضعيف. هذا المصدر مرتبط بالأول والثاني. حيث يكون الشخص اعتقاداً بأن الحياة معقدة ويصعب فهمها والعالم صعب، وأن نصيب الفرد مقدر سلفاً، وهذا يجعل شروط الحصول على التعزيز بعيدة عن الضبط الشخصي.

وقد بينت الدراسات أن المصادر المتعلقة بالتحكم الداخلي، أو تلك المرتبطة بالتحكم الخارجي، مرتبطة ببعضها، وخاصة الدراسات التي قام بها "روتر وزملاؤه"، والتي بينت أن مركز التحكم متغير أحادي البعد، إلا أن هناك دراسات أظهرت - من خلال أساليب التحليل العاملي - أن مركز التحكم متغير متعدد الأبعاد. وفي الفقرة التالية سيتم مناقشة الدراسات المتناقضة للخروج بتصور واضح عن المفهوم (عصام أبو الفتوح، 1998، ص 29).

وقد كان ظهور مركز التحكم الداخلي - الخارجي للتعزيز على أنه متغير أحادي البعد، وأنه عامل واحد على متصل كما يقيسه "روتر" محل انتقاد من قبل العديد من الباحثين الذين قاموا بعدة دراسات (بشير معمريّة، مصدر الضبط، 2009، ص 19-20). ومن الدراسات التي أظهرت هذا المفهوم على أنه عامل واحد هو التحكم الداخلي مقابل التحكم الخارجي للتعزيز، هي دراسة تلاميذ "روتر" الأوائل أمثال "ج. فيرز J. Phares" (1975) و "فرانكلن Franklin" (1963) و "روتر J.B. Rotter" (1966) و "ديوست وولك Ducett

et Wolk (1973)، و "هسلر Heisler" (1974) و "إيفرلي Everly" (1975) و "سكوت وسيفرانس Scott et Severance" (1975). إلا أن دراسات أخرى لهذا المفهوم وجدته متعدد الأبعاد ومن هذه الدراسات دراسة "مايرلز Mirils" (1970) و "شوارتز Schwartz" (1973) و "كولنس Colins" (1974) و "جيورين وآخرين Gurin et al" (1969). وحدث جدل بسبب التناقضات في نتائج الدراسات، حول حول مفهوم مركز التحكم هل هو أحادي البعد أم متعدد الأبعاد.

وفي هذا السياق قامت "لفينسون Levenson" (1972) باستخدام مقياس "روتر"

للتحكم الداخلي - الخارجي للتعزيز، وأرجعت مشكلة التناقض بين نتائج الدراسات إلى التعريف الواسع للتحكم الخارجي الذي يشمل الأفراد الذين يعتقدون في الصدفة أو الحظ والقدر والآخرين الأقوياء، ولذلك قامت سنة 1973 إلى وضع مقياس لمركز التحكم فرقت فيه بين التحكم الخارجي عن طريق الأقوياء والضبط الخارجي عن طريق الاعتقاد في الغيبيات كالحظ والصدفة والقدر، معتمدة في ذلك على أن الفرد الذي يعتقد في التحكم الخارجي عن طريق الآخرين الأقوياء يعتقد أن العالم قابل للتنبؤ، ولكن قوى الآخرين هي التي تتحكم في سير الأحداث فيه. وهذا يختلف عن الفرد الذي يعتقد في التحكم الخارجي عن طريق الغيبيات كالحظ والقدر والصدفة، لأنه يعتقد أن العالم صعب ومعقد وغير قابل للتنبؤ (بشير معمرية، مصدر الضبط، 2009، ص ص 20 - 22).

وفي هذا السياق، يرى عبد الله بن عبد الهادي " أن القدر ليس له صلة بمركز الضبط الخارجي، حيث أن ذوي مركز الضبط الخارجي هم أفراد لا يستطيعون تحمل مسؤولية نتائج أفعالهم وسلوكهم ويرجعونها إلى الحظ أو الصدفة أو تأثير الآخرين الأقوياء، وذلك لعجزهم في السيطرة على البيئة من حولهم (عبد الله بن عبد الهادي الأشجعي العنزي، 2003، ص 52). وقد أوضحت سناء نصر (1990) أن الشخص الذي يسعى بجهوده وإمكاناته الذاتية في سبيل تحقيق أهدافه ثم يتوكل على الله، فهو ذو مركز تحكم داخلي كما في

الحديث الشريف 'أعقلها وتوكل'، وعلى عكس ذلك، فالشخص الذي لا يبذل أدنى جهد في سبيل تحقيق أهدافه، ثم جاءت نتيجته سيئة، وأرجع ذلك إلى الحظ أو الصدفة أو تأثير الآخرين. فهو إنسان اتكالي لا يتحمل مسئولية قراراته وأفعاله (عبد الله بن عبد الهادي الأشجعي العنزي، 2003، ص 52). أما بالنسبة للتساؤل الرئيسي عما إذا كان مركز التحكم أحادي البعد أو متعدد الأبعاد فقد بينت نتائج التحليل العاملي للاختبارات والمقاييس الحديثة التي تقيس مركز التحكم، وجود عوامل مختلفة مستقلة رغم أنها تختلف من عينة إلى أخرى ومن سلالة لأخرى. فقد وجد "جيورين وآخرون" (1969) في دراستهم العاملة أن هناك أربعة عوامل مرتبطة بمركز التحكم هي: الضبط الشخصي، إيديولوجية الضبط، قابلية النظام للتعديل، إيديولوجية العنصر أو السلالة (بشير معمرية، مصدر الضبط، 2009، ص 22). كما وجد "كولنز" (1974) من خلال التحليل العاملي للاستجابات التي حصل عليها من خلال تطبيق اختباره على 300 مفحوص من طلبة الجامعة، أن هناك أربعة عوامل متميزة إضافة إلى مركز التحكم الداخلي الخارجي للتعزيز، وهي: الاعتقاد في صعوبة العالم، العالم قابل للتنبؤ، العالم يسوده العدل، العالم يستجيب سياسياً (بو الليف آمال، 2010، ص 40). كما وجد كل من "سانجر وولكر Sanger et Wolker" في دراسة لهما أن مركز الضبط يتضمن عدة عوامل من أهمها: التحكم الشخصي الداخلي، التحكم من خلال النظم الثقافية المختلفة (بشير معمرية، مصدر الضبط، 2009، ص 22). وقد استخدمت "لفينسون" (1973) مقياسها لمركز التحكم في دراستها بعنوان إدراك السلوك الوالدي وعلاقته بمراكز التحكم (الشخصي، الحظ، الصدفة والآخرين). من ذلك من خلال النتائج التي توصلت إليها حيث ارتبط أسلوب المعاملة الوالدية القائم على الأقوياء). وبينت نتائج الدراسة صدق المقياس متعدد الأبعاد لمراكز التحكم، وتأكدت العقاب البدني والقسوة بتحكم الآخرين الأقوياء، ولم يرتبط نفس الأسلوب بالتحكم الشخصي وارتبط الأسلوبان القائمان على الحرمان والتذبذب بتحكم الصدفة والحظ، ولم يرتبطا بالتحكم الشخصي.

ومعنى هذا أن عامل التحكم الشخصي مستقل عن عاملي تحكم الصدفة والحظ وتحكم الآخرين الأقوياء.

وهذا ما أكدته دراسة أخرى قامت بها "لفينسون" كذلك (1974) قامت فيها بتحليل إجابات مجموعتين من الأفراد من ولاية تكساس بأمريكا على مقاييسها الثلاث: مقياس التحكم الشخصي، مقياس تحكم الآخرين ومقياس تحكم الحظ والصدفة. فوجدت أن مقياس التحكم الشخصي مستقل عن كل من مقياس تحكم الآخرين الأقوياء ومقياس تحكم الصدفة والحظ. وتدل هذه النتائج بشكل واضح على أن مفهوم مركز التحكم متعدد الأبعاد وليس أحادي البعد (بشير معمرية، مصدر الضبط، 2009، ص ص 22- 23).

وقد أوضح (Sehneider, Parsons 1970) عن خمس تصنيفات فرعية لمقياس روتر لمركز التحكم وهي:

- الحظ والقدرة، القيادة والنجاح، الاحترام، السياسة والأكاديمية.

وقد استخلص Mirels 1970 عاملين هما: الضبط الشخصي والضبط الاجتماعي السياسي (عزوز إسمهان، 2009، ص 17).

بينت الدراسات السابقة من خلال نتائج التحليل العاملي أن مفهوم مركز التحكم متعدد الأبعاد، وظهرت غير متناسقة من حيث عدد و أسماء العوامل التي تم استخراجها. وسبب ذلك (عدم التناسق) قد يعود إلى اختلاف العينات التي أجريت عليها هذه الدراسات سواء من حيث السن أو الجنس أو السلالة، وإلى تعدد أدوات القياس المستخدمة. إلا أن هذا قد يثير تساؤلاً بخصوص طبيعة متغير مركز التحكم فيما إذا كان يتأثر بالعمر والجنس والاختلافات الثقافية و السلالية. وبإبراز هذه الدراسات أن مفهوم مركز التحكم متعدد الأبعاد، قد ساهم في فهمنا لهذا المفهوم، بأن هناك عدداً من الجهات يعزو إليها الأفراد أسباب حصولهم على التعزيز في مركز التحكم الخارجي. وهو الأمر الذي يتيح لنا فهماً أفضل لأسباب السلوك

الإنساني في المواقف الاجتماعية المعقدة (بشير معمريّة، مصدر الضبط، 2009، ص 24).

5- تنمية مركز التحكم:

بعد التعرف على خصائص الأفراد في فئتي مركز التحكم الداخلي/الخارجي. نخلص إلى أنّ ذوي التحكم الداخلي يتصفون بخصائص إيجابية، تساعد على التفوق، والنجاح، والتوافق مع ذواتهم ومع العالم الخارجي، وهذا ما يؤدي بالفرد وبالبلاد إلى التقدم.

ولذلك لا بد من تنمية فئة التحكم الداخلي لدى الأجيال، وذلك لما للتحكم الداخلي من أثر إيجابي على مجرى حياة الفرد عامة: شخصياً وعلمياً وتربوياً وحياتياً كما بينها معظم الدراسات. وذلك من خلال مساعدتهم على استغلال قدراتهم وتهيئة البيئة الصالحة حتى ينمو مركز التحكم لديهم النمو السليم.

إذ توحى أهمية التحكم الداخلي في حياة الأفراد بضرورة تنميته، بتوفير كل الإمكانيات المساعدة على تفجير طاقات الأفراد العقلية، واستغلالها، وتشجيعهم على إبداء المبادرات، كما يتم كذلك، من خلال إصلاح البيئة التي يعيشون فيها مثل: توعية الأولياء، والمعلمين على ضرورة التفاعل بأساليب إيجابية مع الأطفال مع توضيح أثر ذلك في تكوين شخصيتهم وبالتالي على مستقبلهم ومجتمعهم (نبيلة بن الزين، فعالية أسلوب حل المشكلات، 2013، ص44).

وبشير 'ليفكورت' Lefcourt (1982)، أنّه من الممكن تنمية، وتقوية مركز التحكم، حيث يعمل معظم الأطباء النفسيين على زيادة مركز التحكم الداخلي لدى المرضى المترددين عليهم، وأنّ استجابة المرضى للعلاج، يدلّ على ارتفاع مستوى تحكمهم الداخلي، ويفترض 'ليفكورت' - بناءً على ذلك - أنّ تعلم كيفية التوافق مع مواقف الضغط أو الانعصاب، ومحاولة التفاعل مع المشكلات التي يواجهها الفرد في حياته، تتضمّن في واقع الأمر -

تنمية لمركز التحكم الداخلي. وهذه هي الخاصية، التي تحاول طرائق العلاج النفسي مساعدة الأفراد على تحقيقها. والجدير بالذكر - في هذا الصدد- أن أكثر طرائق العلاج، التي حققت نتائج مرضية في تنمية مركز التحكم الداخلي، هي تلك التي اعتمدت على النموذج السلوكي، الذي يركز المعالجون فيه على علاقة سلوك الفرد بكل من الثواب والعقاب، إضافة إلى معاونته على فهم العلاقة السببية بين السلوك، والنتائج السلبية أو الايجابية التي يحصل عليها (عبد الرحمن سيد سليمان، هشام إبراهيم عبد الله، 1996، ص100).

وقد تمّ تصميم عدد من البرامج؛ بغرض تنمية مركز التحكم الداخلي، حيث قام 'ريمانز' بتدريب عينة من أطفال الأول، والثاني، والثالث من المدارس الابتدائية على إدراك العلاقة السببية، بين ما يقومون به من سلوك، والنتائج التي يحصلون عليها، وقسمّ عينة الدراسة إلى مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة.

وأظهرت نتيجة الدراسة أنّ المجموعة التجريبية، أصبحت أكثر داخلية في مركز التحكم عما كانوا عليه من قبل، في حين لم يتغير مركز التحكم لدى المجموعة الضابطة، وقام نفس الباحث بدراسة أخرى على عينة من طلاب الجامعة؛ بهدف تغيير أفكارهم من كونها خارجية التحكم إلى أخرى داخلية التحكم. مرة أخرى، ولكن نجحت محاولته مع الطلاب الذين تلقوا تدريباً لتحقيق هذا الغرض. معنى ذلك، أنه من الممكن تعديل مركز التحكم من كونه تحكم خارجي إلى تحكم داخلي، وأن طرائق التدريب المتباينة- فضلاً عن تطبيق البرامج التربوية- تساعد بشكل جدي على تنمية مركز التحكم الداخلي (مايسة أحمد النيال، 1994، ص ص 542-543).

كما وجه بعض الباحثين جهودهم التجريبية؛ لتوجيه المعاقين نحو التحكم الداخلي والاعتماد على أنفسهم، وتوجيه سلوكياتهم نحو الأفضل. حيث حاولت العديد من الدراسات، والأبحاث، اختبار أثر البرامج الإرشادية، والعلاجية سواء منها الفردية والجماعية في مركز الضبط لدى المعاقين - بمختلف فئاتهم ومستوياتهم- نظراً لأهمية هذا المتغير في بناء شخصية

المعوقين، وفي هذا السياق، قام هينفيلد (Henfield,1981) بدراسة، هدفت إلى تقصي أثر برنامج للتعليم المهني للمعاقين حركياً، على متغيرات عديدة، ومنها مركز الضبط، وتبين أن المتدربين مهنيًا قد أصبحوا يميلون أكثر للتحكم الداخلي (عبد العزيز مصطفى السرطاوي، أحمد عبد المجيد الصمادي، 1996، ص ص 419- 420).

ولا تقتصر تنمية التحكم الداخلي على مستوى العيادات النفسية، وإنما يشمل أيضا العمل الإرشادي داخل المؤسسات التربوية، كما قد تساهم عناصر العملية التعليمية، في تنمية التحكم الداخلي لما تتضمنه من: مناهج دراسية، طرائق التدريس، والوسائل التعليمية، الكتاب المدرسي، والتفاعل الصفّي. وفي هذا السياق، يؤكد 'إريك وآخرون' ERIC et ALL (1997) أن تطور التلاميذ نحو مركز تحكم أكثر داخلي، يظهر كنتيجة في تخفيض توتر المعلم. فكلما كان المدرس متزناً في تعامله مع الطلبة، ويتبع أسلوب التفاعل الديمقراطي معهم، كلما ساهم ذلك في تنمية التحكم الداخلي لديهم، فدور المدرسة لا يقتصر على نقل التراث المعرفي والثقافي عبر الأجيال، ولكنها أخذت على عاتقها تربية الطلبة على تحمل مسؤولية قراراتهم، وسلوكياتهم ونتائج أفعالهم.

فالمدرسة -حسب سيد إبراهيم جبار- تعمل على إعداد الطلاب إعداداً سليماً لمواجهة مسؤوليات الحياة.

ولا يفوتنا أن نذكر -بهذا الخصوص- دور الآباء، والمدرسين في مدارس الحضانة، والمدارس الابتدائية، والثانوية في مساعدة الأطفال على تنمية هذا الشعور البالغ الأهمية، ألا وهو الشعور بالمسؤولية، وبحول دون ذلك عدم الاهتمام بتنمية التحكم الداخلي لدى الطلبة في المدارس، وعلى صعيد كل المستويات الدراسية (نبيلة بن الزين، فعالية أسلوب حل المشكلات، 2013، ص 47).

6- قياس مفهوم مركز التحكم.

يعد تعريف روتر التحكم الداخلي - الخارجي للتعزيز الأساس النظري لكل نشاط علمي لقياس مركز التحكم. وتبدو أهمية مركز التحكم في حقيقة وجود أكثر من (30) مقياساً تقيس هذا المفهوم.

ويعتبر المقياس الذي صممه روتر '1966' أول مقياس صمم لقياس مفهوم مركز التحكم، وذلك في دراسته التي هدفت إلى توضيح أثر التعزيز والمكافأة على السلوك، واعتمد في ذلك على الأدوات الأولية لفارز '1957' phares وجيمس '1957' James وهو يأخذ شكل الاختيار الجبري ويتكون من (23 فقرة) كل فقرة تتضمن زوجاً من العبارات أحداها تشير إلى التحكم الداخلي والثانية إلى التحكم الخارجي، كما أضيف إلى الفقرات السابقة (6 فقرات) وضعت حتى لا يعرف المفحوص هدف المقياس، ولتقليل اثر الاستحسان الاجتماعي، ليصبح المقياس مؤلفاً من (29 فقرة)، ويتم تصحيح هذا المقياس عن طريق حساب إجابات الأفراد على الاختيارات الخارجية بحيث تعطي درجة لكل اختيار خارجي وهذا الاختيار يسجل في اتجاه التحكم الخارجي، بمعنى أن الدرجات المرتفعة فيه تنبئ بارتفاع التحكم الخارجي لدى المفحوص (صالح بن سفير بن محمد الخثعمي، 2008، ص 33-34).

وقد قام كفاقي بتجربة المقياس على البيئة المصرية وذلك بتطبيقه على عينة مكونة من (427 طالباً وطالبة) بجامعة الفيوم، وكان معامل ثبات المقياس (0.619) باستخدام إعادة التطبيق في حين بلغ معامل الثبات بالتجزئة النصفية (0.528) وتم حساب الصدق الذاتي للمقياس فبلغ (0.88).

وقام ناويكي وستريكلاندي '1974' Nowick & Strickland ببناء مقياس التحكم الداخلي الخارجي للأطفال ويرمز له بـ CNS-IE- ويناسب الأطفال في سن (9-18) سنة وقد

قام فاروق عبد الفتاح (1981م) باقتباس هذا المقياس وتعريبه، ويتكون المقياس من (40 سؤالاً) يقابل كل منها زوجان من الأقواس أسفل (ص35) كلمة (نعم) و(لا) وتشير الدرجة المرتفعة إلى التحكم الخارجي، في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى زيادة التحكم الداخلي. وأعد براون '1976' Brown مقياس مركز التحكم المعدل حيث أجرى تعديلات على مقياس ليفنسون (1974) من خلال التحليل العاملي وتعديل بعض العبارات، مع استخدام طريقة ليكرت في المقياس، وقد أثبتت نتائج التحليل ظهور ثلاثة أبعاد للمقياس هي:

أ- تحكم داخلي (راجع للفرد) (6 بنود).

ب- تحكم خارجي (عوامل اجتماعية) (12 بنداً).

ت- ج- تحكم خارجي (قوى الآخرين) (6 بنود)

وبذلك فأبعاد وجهة التحكم بين مقياس ليفنسون ومقياس براون واحدة، بجانب ضم عامل جديد يشمل العوامل الاجتماعية المتعددة.

وأعد نويسكي ودوك '1971' مقياس وجهة التحكم (الداخلي - الخارجي) للكبار، وقام كل من رشاد موسى، صلاح أبو ناهية، '1987' بترجمته إلى العربية، ويتكون المقياس من (40 سؤالاً)، وتصحح عباراته إما بنعم أو لا، وتحصل كل استجابة صحيحة على درجتين، بينما الاستجابة الخاطئة تحصل على درجة واحدة.

ومن المقاييس الحديثة أيضاً والتي تقيس وجهة التحكم اختبار مركز التحكم عند الأطفال والمراهقين الذي أعده مجدي عبد الكريم حسن '1990' وقد قام الباحث بترجمة اختبار كليفورد وكليري لمركز الحكم '1972' Clifford & Cleary وهو اختبار يصلح للفئة العمرية (9-17) سنة ويتكون من (15 عبارة) يجاب عليها بنعم أو لا، وتم تطبيقه على (900 طالباً وطالبة) في ثلاث مراحل عمرية مختلفة (المرحلة الابتدائية، الإعدادية،

الثانوية) من محافظات الغربية والمنوفية والدقهلية (صالح بن سفير بن محمد الخثعمي، 2008، ص ص 35-36).

ويعتبر مقياس مركز التحكم الذي قدمه روتر '1966' Rotter وقام بتقنيه على البيئة المصرية علاء الدين كفاي (1982م) أكثر الوسائل شهرة وشيوعاً لقياس وجهة الضبط، ويعتبر الأصل الذي انبثقت منه باقي المقاييس، التي لا ينظر إليها إلا على أنها صورة إضافية لنفس المقياس، "ويستخدم المقياس حالياً على نطاق واسع في الدراسات والبحوث المختلفة مع الراشدين وطلاب الجامعة(عبير إبراهيم سرحان، 1996، ص40). "ولذلك فقد رأى الباحث استخدام هذا المقياس.

7- مركز التحكم في النظريات النفسية.

تحدث علماء النفس، من خلال نظريات مختلفة وتحت عناوين متعددة، عن قدرة الفرد على التحكم في بيئته أو عالمه الشخصي، خلال تفاعله مع الأحداث البيئية والمواقف. فبرزت بذلك مفاهيم مثل: الكفاءة والجدارة، العجز، والدافعية الداخلية والاعترا ب. تفيد في تبيان الدرجة التي يكون عندها الفرد قادراً على التحكم في الأحداث المهمة التي تحدث في بيئته.

ويعتبر "أدler" من أوائل الذين تطرقوا لمفاهيم نفسية، تبين كيفية التغلب على العجز العضوي والتحكم في البيئة والسيطرة عليها. وبين ذلك من خلال مفهوم الكفاح من أجل التفوق (بشير معمريّة، مصدر الضبط، 2009، ص ص 24-25). ويرى "أدler" أن الكفاح من أجل التفوق دافع فطري وجزء من الحياة إن لم يكن الحياة نفسها، وهو بحسب "أدler"، دافع دينامي تصد عنه كل الدوافع الأخرى بعدة طرق تناسب كل شخص، ولكل شخص طريقته الخاصة في الكفاح من أجل التفوق (فيصل عباس، 1996، ص84).

وبلوغ أهدافه وتحقيق ذاته. ويرى "أدler" أنه حينما يدرك الفرد أنه يفتقر لمهارات معينة، كتلك التي لدى الآخرين والتي تستخدم في التمكن والسيطرة على البيئة، فإنه لديه مشاعر الدونية والنقص، ويؤدي عجزاً في ضبط الأحداث البيئية حينما يتفاعل معها. أو يحاول بالتعويض تجاوز هذا العجز لإبداء بعض المهارات في ضبط البيئة، وذلك قد يكون بأسلوب سوي أو غير سوي.

وسنستعرض - فيما يلي - مجموعة من النظريات النفسية التي تناولت عملية تحكّم الفرد بالأحداث ومحاولته للسيطرة عليها، وذلك لإبراز مفاهيم هذه النظريات

ومركز التحكّم وذلك من أجل تعميق الفهم لمفهوم مركز التحكّم وتأصيله من خلال مناقشة معاني وأنماط التحكّم أو السيطرة على البيئة في هذه النظريات (بشير معمرية، مصدر الضبط، 2009، ص 25).

7-1- دافع الكفاءة أو الجدارة: أخذ مصطلح الدافعية من الكلمة اللاتينية "Mover"

بمعنى يحرك. وتعرفها "كارول واد" على أنها " ذلك التطور الذي يحدث إنسان أو حيوان على تتبع هدف أو تقادي صعوبة ما (مارس هناء، 2008، ص 84).

يعتقد "وايت R.W. White" 1959 أن الإنسان يولد ولديه دافع السيطرة على البيئة وسماه بدافع الكفاءة ويتضح ذلك من خلال أنماط متعددة من السلوك مثل ابتهاج الأطفال عند تحريكهم لألعابهم وإحداثها أصوات وهو شعور بالقدرة على التأثير في البيئة، أي إدراك الطفل أن نشاطه يمكن أن يجعل البيئة تستجيب له بطريقة يقع زمامها في يده هو. يشير دافع الكفاءة حسب "وايت" أننا لا نستطيع التعامل مع البيئة إلا إذا عرفناها، فمجموعة النشاطات التي يقوم بها الفرد لمحاولة معرفتها والسيطرة عليها هي كلها بالدرجة الأولى نشاطات معرفية تكيفيه الهدف منها هو تحقيق الكفاءة. ويعرف "وايت" دافع الكفاءة والجدارة « إن الكفاءة أو الجدارة تعني الملاحظات المستمرة والصعبة للأحداث في البيئة من قبل

بعض الأفراد، والتي تجعلهم يشعرون بالرضا عن الذات أكثر من أولئك الذين يميلون للممارسة حياتهم بأكبر قدر من البساطة.»

ويرى "وايت" أن الفرد في مسعاه لتحقيق السيطرة على البيئة يمر بمرحلتين:

أ - دافعية التأثير ب - دافع الكفاءة

أ - **دافعية التأثير:** وهي تحرك الفرد للبحث والممارسة بهدف إنتاج تأثير على البيئة، ومثال ذلك نشاط الطفل الذي يقضي معظم ساعات اليوم في اللعب وهذا تعبير عن الرغبة للتحكم في البيئة، وكلما كبر الطفل زادت محاولاته للتأثير على البيئة، مما ينمي عنده خبرة ومعرفة من خلال هذا التفاعل المستمر، فالمجتمع يطالبه بأداء بعض الواجبات بمفرده وعليه إنجازها وتحقيق أهدافه في الحياة لذلك يجد الفرد نفسه أنه لا بد أن يكون جديرا وذا كفاءة، أي تحول وظيفي من دافعية التأثير إلى دافعية الكفاءة .

ب - **دافع الكفاءة:** إن الطفل الذي يشعر انه ذوو كفاءة في تفاعله مع البيئة من خلال اللعب والتلميذ الذي يحرز التفوق في تحصيله الدراسي ويشعره ذلك بالسرور والمهندس الذي يساهم في إضافة الجديد إلى ميدان عمله يشعره ذلك بالنجاح والتفوق.

هؤلاء جميعا يقودهم دافع الكفاءة حيث يستخدمون قدراتهم للوصول للنجاح والتفوق ويحصلون على التعزيزات المناسبة مثل: الرضا عن الذات، وهنا تتضح العلاقة بين السعي وملاحقة الأحداث في البيئة بصفة مستمرة في محاولة للسيطرة عليها من أجل تحقيق الذات والشعور بالرضا (تحقيق دافع الكفاءة)، وبين الفعالية والتحكم في البيئة والسيطرة عليها (تحكم داخلي)، وقد أثبتت العديد من الدراسات منها "روتر 1966" و "لاو" 1970 وجود علاقة بين سلوك الكفاءة والضبط الداخلي، وهذا ما أيدته بحوث "رايت وآخرون" 1980 حيث أثبتوا وجود علاقة بين الضبط الداخلي والتمكن والسيطرة على البيئة والعمل بسرعة لتحسين الظروف المعيشية (مدور مليكه، 2005 ، ص ص، 29-30).

ويمكن أن نخلص مم سبق، أن دافع الكفاءة يعتبر أحد الخصائص المميزة للأفراد ذوي التحكم الداخلي.

7-2- الدافعية الداخلية:

تسمى نظرية "إدوارد ديسي E.Deci" 1980 "بنظرية الدافعية المعرفية" والتي ترى بأن الإنسان كائن نشط يبحث وينقب بإصرار ومثابرة ويعالج المثيرات الجديدة بفعالية وهو بطبيعته عضو فعال في البيئة التي يعيش فيها كما يبحث عن المعلومات لحل مشاكله الشخصية المستعصية، ويسعى لتحقيق أهدافه المتعلقة بتحقيق الذات.

و تعتمد نظرية "ديسي" على عنصرين أساسيين :

الأول: تفترض وجود عدة أنماط سلوكية مشتركة بين الناس من أجل الشعور بالكفاءة وتحقيق الذات، حتى يشعروا أنهم وكلاء سببيون ومتحكمون في تفاعلاتهم مع البيئة.

الثاني: تفترض أن الناس قادرون على تقرير ما يريدوا أن يفعلوه، وتنتج هذه القرارات من تفسير الأفراد للأحداث البيئية وتجهيز المعلومات المتوفرة لديهم عن البيئة والتعامل معها من خلال قدراتهم المعرفية كالذاكرة والتفكير والتخطيط لتقرير ما يجب فعله.

إذ يعمل الناس بجد لأنهم يستمتعون بالعمل ولأنهم يسعون لمزيد من الفهم، وتقوم الدافعية الداخلية في الاتجاه المعرفي على الاختيارات والقرارات والاهتمامات واعتبار ما يؤدي إلى النجاح والفشل، لذلك تلعب توقعات النجاح والفشل دورا هاما في التحليل المفاهيمي للدافعية، ولقد تضمنت البنود السابقة مفاهيم معرفية هي:

1 - التوقعات

2 - النية أو العزم

3 - التقويم الذاتي

ويرى ديسي ان الدافعية الداخلية تقوم على أساس الرغبة في الشعور بالفاعلية والقدرة على الضبط الذاتي، حيث يكون الفرد المدفوع داخليا في انهماك عميق ومتواصل ورغبة في النشاط الذي يدفعه للعمل وخاصة حينما يكون سبب السلوك رغبة الشخص في الجدارة والكفاءة وليس إكراها من الخارج.

كذلك يتميز هؤلاء الأشخاص بما يلي :

- يتحملون المسؤولية الشخصية
- التحضير للعمل بعناية ومهارة والمثابرة عليه.
- الصبر لعلمهم بأن تحقيق الأهداف يحتاج إلى وقت وتتطلب أداء مهام كثيرة.
- يراجعون تقدمهم ويستخدمون التغذية الراجعة الذاتية.
- يسعون باهتمام باهتمام خاص لتحسين مهاراتهم.

وهذه الصفات يتسم بها الأفراد ذوو الضبط الداخلي الذين يحاولون السيطرة على البيئة وتطويعها لخدمتهم لذلك يمكن القول أن السلوك عندما يكون مدفوع داخليا فإن إدراك مصدر الضبط يكون داخليا أيضا (مدور مليكه، 2005 ، ص ص 30 - 31).

7-3- العزو السببي:

للعزو عدّة تسميات تستعمل في الأدبيات العلمية، فنجد العزو، الإنساب والإسناد. وكلّها تدلّ على السيرورة التي يفسر الفرد - من خلالها- محيطه(حسايم أمينة دينة بوكومة، 2013، ص45).

ورغم أن هناك اختلافاً بين مفهومي مركز التحكم والعزو السببي إلا أن البعض يقوم بالخلط بينهما (كريم حمامة، 2011، ص56). ولذلك كان لزاما الإشارة إلى الفرق بينهما ولو

بشكل بسيط فمن الناحية اللغوية نجد أن لكل منهما لفظه الخاص، فمركز التحكم يقابله LOCUS OF Control وصاحب هذا المصطلح هو "جوليان روتر J.ROTTER" (1954)، أما العزو السببي يقابله ATTRIBUTION وصاحب هذا المصطلح هو "هايدر HEIDER" (1958) بمعنى أن مركز التحكم كمفهوم ولد قبل مصطلح العزو السببي.

فمن بين أوجه التشابه بينهما هو أن مركز الضبط عند 'روتر' ينقسم إلى فئتين وهما: فئة التحكم الداخلي وفئة التحكم الخارجي، وهاتين الفئتين تعتبران صورة أخرى للعزو السببي الشخصي والعزو السببي غير الشخصي عند "هايدر على التوالي (نبيلة بن الزين، مركز الضبط، 2005، ص ص 16-17).

ومن بين الباحثين الذين قاموا بتوضيح هذا الفرق بين المصطلحين؛ نجد Beauvois (1984) و Paleuzuela (1984)؛ اللذان قاما الباحثان بإبراز ثلاثة اختلافات أهمها أن روتر يعتبر مركز التحكم على أنه قبلي، وهو تابع للتعزيز المتحصل عليه من وضعية ما. أما العزو السببي يعتبر عكس ذلك فهو بعدي؛ أي تفسير وشرح لهذه الوضعية. أي أن مركز التحكم هو توقع وتنبؤ عام من خلال الخبرات السابقة للفرد بأسباب تتحكم مسبقاً في حدوث نتيجة معينة قبل حدوثها، والعزو يكون تفسير لواقعة محددة. فمثلاً لو أخذ موضوع نجاح إنسان معين، فمن خلال خبراته السابقة يمكنه أن يتوقع سبب نجاحه أو فشله في الاختبار، وذلك حتى قبل أن يجتازه سواء أرجع سبب نجاحه لأسباب شخصية (تحكم داخلي)، أو لأسباب غير شخصية (تحكم خارجي) وبذلك فالتحكم قبلي يكون قبل حدوث موقف محدد. أما بعد اجتياز الفرد للامتحان، فإنه سيفسر سبب نجاحه أو فشله في هذا الموقف المحدد وهو موقف الامتحان وهذا هو العزو. أي أن العزو يكون بعد خوض تجربة معينة ومركز التحكم يكون قبل تلك التجربة.

كما أن العزو أشمل من مركز التحكم، لأن مركز التحكم هو أحد أبعاد العزو، حيث نجد في العزو (البعد الداخلي - الخارجي) - الذي هو مركز التحكم - والذي يوظف في التفسير الذي

يقدم من طرف الأشخاص لما يحدث لهم وما يحدث للآخرين لإنجازهم أو لإنجاز فرد آخر
وإنما نجد في حالة العزو السببي أبعاد أخرى مثل الشمولية/ الخصوصية، الثبوت/ عدم
الثبوت، وفي حالة عزو المسؤولية نجد: القصدية، الدافعية، التوبيخ (كريم حمامة، 2011،
ص ص 56-57).

ولتوضيح المفهومين أكثر، ونزع الغموض واللبس عنهما؛ نستعين بمثال، وذلك لنتبين
الكيفية التي -من خلالها - يلتدخل العزو السببي في تكوين مركز التحكم، وخاصة مركز
التحكم الخاص:

ولنأخذ مثال تلميذ صغير يواجه لأول مرة في حياته وضعية امتحان، فالتوقع العام
يسيطر على التوقع الخاص، أي أن التلميذ قبل أن يدخل إلى قاعة الامتحان يقدر إمكانية
التحكم في هذه الوضعية (الامتحان)، وذلك حسب تجربته العامة في الحياة. فمركز التحكم
هو الذي يحدد الأسلوب العام لرأي هذا التلميذ فيما يخص إمكانية تحكمه في هذا الامتحان.
ولنتخيل أن التلميذ سوف يقول أنه في الغالب له الحظ (تحكم خارجي) فحتمًا سينجح في
الامتحان، رغم عدم مراجعته الكثيرة. يجري التلميذ الإمتحان ويفشل. فيقول 'الأول مرة ليس
لدي الحظ' (عزو سببي خارجي).

وفي يوم ما، يراجع أكثر من العادة وينجح في الامتحان، ولذلك قد يقول 'لقد نجحت، ربما
لأنني بذلت مجهود كافي' (عزو سببي داخلي)، ومنه يستطيع أن يكرر سلوكه ليراجع من
جديد. ولنفترض أنه ينجح مرة أخرى، فإن احتمال أن ينجح في الامتحان عندما يراجع
سيرتفع؛ هذا التلميذ إذن في حالة تكوين مركز تحكم داخلي خاص بوضعية اجتياز امتحان.
وبعبارة أخرى، فإن العزو السببي الذي يقوم به الفرد في وضعية معينة، هو الذي يحدد
التعزيز في هذه الوضعية، ويؤدي إلى بناء مركز تحكم خاص.

ويمكن القول -من خلال هذا المثال - أن التجربة التي خاضها هذا التلميذ تجعله لا يؤمن له- في المستقبل- بنجاح محتمل راجع للحظ، وإنما بنجاح راجع للعمل والجهد (كريم حمامة، 2011، ص ص57-58).

وتهتم نظريات العزو بالكيفية التي يدرك بها الشخص أسباب سلوكه، وسلوك الآخرين. فالأفراد لا يعززون السببية للفاعل فقط، ولكن للبيئة أيضاً. ويعمل العزو السببي على تحديد سلوكنا واتجاهاتنا نحو أنفسنا والآخرين.

ويفترض منظرو العزو أن للمعارف والمعلومات دوراً مهماً في عملية العزو، إذ يسعى الفرد إلى فهم وتفسير الأحداث والوقائع ومحاولة التنبؤ بها أحياناً (كريم حمامة، 2011، ص 56). وذلك بهدف السيطرة على المحيطة به، لذلك يعمل على جمع المعلومات التي تتوفر لديه عن جوانب الحدث ويفسرها للوصول إلى أحكام سببية، ينتج عن هذه الأحكام مدى واسع من الاستجابات تشمل توقعات وانفعالات وسلوكيات تتأثر كلها بالاستنتاج السببي الذي توصل إليه الفرد (معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، 2001، ص 287).

7-4-الاغتراب:

وهو من بين المفاهيم القريبة من مركز التحكم، وهو يمثل مفهوم أساسي في الدراسات الاجتماعية كما أوضح ذلك كل من "ماركس" و "فيبر" و "دوركايم" وتظهر الصلة بين الاغتراب ومركز التحكم في أن المغترب ليس له تحكم أو سيطرة في مصيره وأنه أشبه بترس صغير في آلة كبيرة، وهو عندما يتصرف في موقف ما فإنه يتصرف تحت رحمة عوامل إما أنها غامضة جداً أو قوية جداً بحيث يصعب السيطرة عليها(مدور مليكه، 2005، ص 35).

وقد قام "سيمان M.Seeman" بالربط بين مفهوم الاغتراب ومفهوم التحكم مستخدماً مفاهيم نظرية "روتر" للتعلم الاجتماعي كالتوقع وقيمة التعزيز. ويرى "سيمان" أن انعدام

السيطرة أو الضعف يدرك كتوقع أو احتمال عند الفرد بأن سلوكه الشخصي لا يتحكم في حدوث النتائج أو التعزيزات التي يبحث عنها. وحلل مفهوم الاغتراب إلى خمسة أبعاد هي: العجز، الزلة الاجتماعية اللامعيارية اللامعنى، واغتراب الذات. وأكد أن العامل الأساسي الذي يكمن وراء الاغتراب، هو شعور الفرد بعدم قدرته على التحكم في نتائج الأحداث والسلوك. كما يكمن الاغتراب عند "سيمان" في عدم قدرة الفرد على تحديد مسار الأحداث، أو تحديد النتائج التي تنشأ نتيجة لهذه الأحداث، فحينما يكون الفرد عاجزا ولا يستطيع التحكم في نتائج سلوكه، فإنه يعزو الصعوبات التي يواجهها لمصادر خفية وغامضة ومجهولة. ويشير استخدام "سيمان" لمفاهيم مثل انعدام السيطرة والعجز كتوقعات، إلى أن الاغتراب يرتبط ارتباطا وثيقا بفكرة التحكم الداخلي مقابل التحكم الخارجي للتعزيز. كما أنه بالرغم من أن مركز التحكم والاعتراب لا يستخدمان في العادة لفهم نفس الأشياء، إلا أنهما مرتبطان جوهريا. حيث يستخدم مفهوم توقعات التحكم على أن له علاقة بإحساس الفرد بالتأثير على الأحداث (بشير معمرية، مصدر الضبط، 2009، ص ص، 36-37).

7-5- الحاجة إلى الإنجاز :

بينت البحوث التي عرضها فكتورجو V.C Joe, 1971 أن الأفراد الذين لديهم درجة عالية من الحاجة إلى الانجاز لديهم ثقة كبير في قدراتهم الشخصية وفي مهاراتهم التي يعتبرون أنها تحدد نتائج جهودهم إلا أن العلاقة ليست خطية لأن بعض مرتفعي الحاجة للإنجاز ليسوا بالضرورة مرتفعي الاعتقاد في الضبط الداخلي وكذلك فإن بعض منخفضي الحاجة للإنجاز يعتقدون أن سلوكهم هو الذي يحدد ألوان التدعيمات التي ينالونها (بو الليف آمال، 2010. ص 63).

8- مركز التحكم في المجال الصحي:

تطور مفهوم مركز التحكم بشكل ملحوظ في العقود الثلاثة الماضية، حيث قام العديد من الدارسين والباحثين بتطبيقه في مجال الصحة السلوكية، وتوصلت نتائج البحوث بأن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مركز صحته. فمركز التحكم الصحي مثله مثل غيره من أنواع إدراك التحكم النوعي أخذ مرجعيته من نظرية التعلم الاجتماعي ل"روتر" (عزوز إسمهان، 2009، ص23).

8-1- تعريف مركز التحكم الصحي.

يعرف على أنه " درجة اعتقاد الفرد بأن صحته تتحكم بها عوامل داخلية أو خارجية، فعلى نحو نموذجي تقدير مدى قبول أو معارضة الأشخاص من حيث سلسلة من المعتقدات، أو التعابير مثل أنا المسئول المباشر فيما يتعلق بصحتي، أشخاص آخريين يلعبون دور كبير فيما يتعلق ببقائي معافى أو مريض. بقاءى بصحة جيدة مجرد حظ (عزوز إسمهان، 2009، ص23).

9-2- تطور مفهوم مركز التحكم الصحي.

إن تركيب مركز التحكم الصحي مستمد من نظرية التعلم الاجتماعي ل"روتر"، ف لدى الأشخاص نزعة أو اتجاه لعزو الأحداث السارة في حياتهم إلى عوامل داخلية تبعاً لإرادتهم وسلوكهم، أو إلى عوامل خارجية كالحظ، الصدفة، أو قوى أخرى لها تأثير كبير عليهم . نشطت البحوث لقياس الفروق الفردية في التوقع المعمم أو الاعتقاد في التحكم الداخلي الخارجي وذلك في الفترة الممتدة من منتصف الخمسينات وحتى أوائل السبعينات. وبذلك أسس "روتر" مقياس مركز التحكم الداخلي الخارجي أحادي البعد. والذي يتكون من 29 بند، أين يقيس الخصائص ثنائية القطب للشخصية، ويسمح بتقييم اختلاف الأشخاص

حسب معتقداتهم ودرجة تعزيراتهم. أي أن كل ما يحدث لهم يكون تحت سيطرتهم (مركز التحكم الداخلي) أو يرجع إلى عوامل خارجية لا يمكنهم التحكم بها (مركز التحكم الخارجي) (عزوز إسمهان، 2009، ص ص 23-24).

وحسب (أحمد لبنى، 2011-2012) فقد توصلت العديد من الدراسات التي تناولت العلاقة بين السلوك الصحي ومصدر الضبط الصحي، إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والسلوكيات الصحية، إذ أظهرت دراسة (Phares, 1978) أن الأفراد داخلي الضبط، يقومون، في الغالب، بالبحث عن معلومات عن حالتهم الجسمية، ويمتلكون مثل هذه المعلومات، فهم أكثر ميلا إلى الإقلاع عن التدخين ويلبسون حزام (رباط) السلامة عند قيادتهم لسياراتهم. والبحث عن طرق الوقاية لأسنانهم ويقبلون على التطعيم الواقي من الأمراض، ويقومون بالنشاطات التي تؤمن سلامة الجسم، ويبذلون جهدا كبيرا للمحافظة على وزن أجسامهم ويمارسون أساليب منع الحمل الأكثر سلامة. وقد أظهرت دراسة (Seeman & Seeman, 1983) أن الأفراد الذين يعتقدون أنهم أكثر تحكما في صحتهم ومرضهم من المحتمل أن يلتزموا بسلوكيات صحية أكثر من الآخرين الذين يعتقدون أنهم أقل تحكما. وتوصل (Paul Norman & al, 1998) إلى أن ذوي مصدر الضبط الداخلي ينقادون أكثر للسلوك الصحي. وهي نفس النتيجة التي توصل إليها "لو" (1982) إلى وجود علاقة إيجابية بين التحكم الذاتي في الصحة واتباع القواعد الصحية السليمة، بينما ذوي التحكم الخارجي في الصحة، هم أقل استعداداً لتنفيذ سلوكيات صحية إيجابية. (سهيلة عبد الرضا عسكر، 2013، ص 98)

الفصل الثاني: الطالب الجامعي.

يتناول هذا الفصل الطالب الجامعي من حيث خصائصه، حاجاته ومشكلاته والعوامل المساعدة على نجاحه. إضافة إلى التعرف على الجامعة من حيث تاريخها، تعريفها ووظائفها مع التطرق إلى تنظيم الجامعة الجزائرية، مروراً إلى تاريخ التعليم في الجزائر منذ العهد التركي إلى فترة ما قبل الاستقلال مع الإشارة إلى جهود جمعية العلماء المسلمين ودورها في محاربة الاستعمار الفرنسي ثقافياً والحفاظ على مكونات الهوية الجزائرية العربية الإسلامية، إضافة إلى مراحل تطور التعليم الجامعي وواقعه.

أولاً- الطالب.

1- مفهوم الطالب.

يرتبط الوصف الشائع لكلمة طالب بالشخص الذي التحق بمؤسسات التعليم العالي، وبلغ درجة معينة من العلم، وقد أطلقت هذه التسمية على معلّمي الكتاتيب، والزوايا، والمدارس القرآنية ونحوها. وتطلق أحياناً حتى على إمام المسجد، وتقترن هذه الكلمة في العادة بصفات النبل، والفضيلة، والاستقامة السلوكية والدينية في المجتمع الجزائري والموروث الشعبي المغربي (العكروت خميلي، 2009، ص16).

والطالب الجامعي على وشك إنهاء مرحلة المراهقة، إن لم يكن قد تجاوزها فعلاً إلى مرحلة نضج أخرى، تسمى مرحلة الشباب (علي راشد، 2007، ص 53).

وتأتي مرحلة الشباب كنتيجة لمرحلة الطفولة وامتداد لها، باعتبار أنّ مرحلة الطفولة تعدّ أحد أهم مراحل النمو التي يعيشها الإنسان، ففيها تتحدّد شخصيته، ونموّه الجسمي والنّفسي والوجداني والاجتماعي (علاء سمير موسى القطناني، 2011، ص 2).

ويتراوح العمر الزمني للطالب الجامعي ما بين 18 سنة إلى 22 سنة، بمتوسط يبلغ حوالي

العشرين عاماً. وفي ضوء هذا المدى من العمر نجده يبدأ مرحلة الشباب، وإن كان البعض منهم وخاصة في الصفوف الأولى من الجامعة قد أوشك على إنهاء مرحلة المراهقة. ومن الملاحظ أنه لا يمكننا أن نقطع بانتقال الفرد من مرحلة إلى مرحلة أخرى بمجرد بلوغه سنًا معينة، حيث أن انتقال الفرد من مرحلة عمرية إلى مرحلة تالية، يتوقف على مدى سيطرته على متطلبات هذه المرحلة ولهذا يمكن أن تتداخل المراحل العمرية المتتالية (علي راشد، 2007، ص 53).

وعندما نتحدث عن الخصائص العامة لطلاب الجامعات، فإننا نتحدث عن تلك الصفات الموجودة عند الأفراد الذين ينتمون إلى المرحلة الجامعية داخل مجتمع معين، وما يتميزون به عن غيرهم من الأفراد. ولا يعني هذا الحديث أن ما ذكره من خصائص وصفات ينطبق على جميع أفراد هذه الفئة، حيث أنه من المسلّمات الأساسية في علم النفس أن الأفراد يختلفون فيما بينهم من حيث الصفات، والخصائص السلوكية والجسمية وأن الاختلاف في الخصائص السلوكية أوسع مدى من الاختلاف في الخصائص النفسية. ولهذا فنحن نتحدث عن صفات عامة نلاحظها بين معظم أفراد المجموعة الواحدة، مع مراعاة احتمال وجود اختلافات بينهم في تلك الصفات، لوجود فروق فردية بين هؤلاء الأفراد (علي راشد، 2007، ص 54).

2- خصائص طلبة الجامعة:

إن الحديث عن خصائص مرحلة ما معناه؛ التطرق لمختلف التغيرات التي تحدث فيها والتي تميزها عن بقية المراحل الأخرى، في جميع جوانب النمو المختلفة: الجسمية والنفسية والاجتماعية، حيث اهتم علماء النفس بهذه التغيرات التي تطرأ على سلوك الفرد عبر مراحل نموه الزمنية المختلفة، محاولين وضعها في إطارها الملائم من حيث الفهم والتفسير، وبالتالي التنبؤ بمظاهر التشابه والاختلاف بين الأفراد، وأسباب الاضطرابات التي يمكن أن تعترض

مسار الارتقاء العقلي والانفعالي السليمين (شعباني مالك، 2006، ص335).

وقبل الحديث عن خصائص طلبة الجامعة، يتوجّب علينا الحديث عن تحديد مرحلة الشباب من الناحية الزمنية، على أساس أنّ الطلبة الجامعيين شباب، وفي هذا السياق يلاحظ أنّه من الصّعب تحديد مرحلة الشباب تحديداً زمنياً دقيقاً، خاصّة فيما يتعلّق ببداية المرحلة ونهايتها وذلك لأسباب استعرضها علماء النفس في النّقاط التالية:

- أنّ حياة الإنسان وحدة مُتّصلة، لا يمكن تجزئتها إلى مراحل منفصلة عن بعضها البعض ولذلك فإنّ تقسيم نموّ الكائن الحيّ إلى مراحل هو في الواقع أمر اصطلاحي فقط(عصيدي

أنيسة،2007، ص20). لأن الحياة في الواقع لا تخضع لتقسيم زمني محدد خال من

التداخل، ذلك لأن حياة الإنسان وحدة متصلة لا يمكن تجزئتها إلى قطاعات ومراحل

منفصلة عن بعضها. فالطالب الجامعي لا يبني شخصيته عند دخوله للجامعة، بل بدأ في

بنائها رضيعاً في حدود عائلته التي تنشئه دينياً وأخلاقياً واجتماعياً، ثم طفلاً في مرحلة

التعليم الابتدائي ثم الأساسي، ثم ينتقل للاختبار في مرحلة التعليم الثانوي ليحاول إثبات ذاته

وليدخل في عالم الناضجين، متأثراً بعائلته وأصدقائه، ثم معلميه أو مدربيه في المراكز

الرياضية، ومحاولاً في كافة المراحل أن ينمي قدراته ومواهبه الجسمية والعقلية والانفعالية

والروحية في حدود ما يقدم إليه من مناهج دراسية وثقافات عامة ومناشط تربوية وتعليمية

مقصودة وغير مقصودة (وفاء محمد البرعي، 2002).

- وجود فروق فردية واضحة بين الأفراد في بداية أي مرحلة من مراحل النمو وفي نهايتها

ثم في معدّل ودرجة نموهم في كل مرحلة من تلك المراحل.

- وجود فروق فردية في طول فترة المراهقة أو الشباب أو قصرهما، تبعاً لاختلاف المناخ

والثقافة، واختلاف المستوى الاقتصادي والاجتماعي والحضاري للمجتمع الذي يعيش فيه

الفرد(عصيدي أنيسة،2007، ص20).

ومن ناحية الخصائص فإنّ مرحلة الشّباب تتميز بالنّمُو الواضح، والمستمرّ نحو النّضج في كافة جوانب مظاهر الشّخصية، والتّقدّم نحو كل من النّضج العقلي، والجسمي والنضج الانفعالي، والتّطبيع الاجتماعي، واكتساب المعايير السلوكية الاجتماعية والاستقلال الاجتماعي وتحمل المسؤولية، وتكوين علاقات اجتماعية جديدة واتخاذ القرارات فيما يخصّ التّعليم، والمهنة، والزّواج، وتحمل مسؤولية توجيه الذات، وذلك من خلال التّعرف على قدراته وإمكاناته، وتمكّنه من التّفكير واتّخاذ قراراته بنفسه والتّخطيط لمستقبله.

ورغم أنّ بعض علماء النّفس مثل "سيزر"، يصفون مرحلة الشّباب على أنّها مرحلة نموّ عادي قد تكون فيها بعض المشكلات نتيجة للضّغوط التي يتعرّض لها الشّباب في البيئة الأسرية، والاجتماعية، والتعليمية، إلّا أنّ البعض الآخر من علماء النّفس مثل "أريكسون"، يصفها بأنّها فترة عواصف، وتمردٍ ويتخلّلها الإحباط والصّراعات ويلوّنها الاكتئاب والقلق، والخوف من المجهول. ولمّا كانت الجامعة تُعنى بتّمية الشّخصية السّوية للطّالب مثل عنايتها بالمعرفة العلميّة، فإنّها تحرص على تحقيق نموّ سويّ شامل للطّالب من خلال تربية متكاملة تُعنى بجميع جوانب الشّخصية: العقلية، والجسمية، والاجتماعية والانفعالية. ولكي يتحقّق ذلك لابدّ من التّعرف على حاجات الطّلبة، وتحديد مشكلاتهم كمرحلة سابقة. وقد أشار "وليامسون" إلى أنّ أهمّ هذه المشكلات يتعلّق بالطّالب نفسه من جهة ويتعلّق بالتكيف مع البيئة التعليميّة والأسرية والاجتماعيّة من جهة أخرى، وهي مرحلة حرجة تصبح فيها مطالب النّمُو أكثر إلحاحاً، كما تبدو سلسلة من التحديات تؤثر في كيفية مواجهته لجوانب الحياة المختلفة فيما بعد (صالح عتوته، 2007، ص 30).

ويعدّ التكيف الأكاديمي للطّالب الجامعي أحد أهمّ مظاهر تكيفه العام. ومن أكثر المؤشرات الدالة على صحته النفسية؛ فالطالب يمضي وقتاً طويلاً بالجامعة لا يقل عن ثلاث سنوات، ولذلك فتكيفه مع الجو الجامعي يجعله يشعر بالرضا، مما يعينه على التفوق في نتائج الدراسية مقارنة بالطّالب غير المتكيف أكاديمياً (بوصفر دليلة، 2011، ص 64).

ولعلّ أهم خصائص مرحلة الشّباب ما يلي:

2-1- الخصائص الجسميّة. وتتمثّل في نمو سريع مفاجئ في الهيكل العظمي وازدياد الطول واستطالة يديه وقدمي، واتساع الكتف والصدر واشتداد عضلاته وهذه التغيرات تتميز بعدم الانتظام، ولا يبدأ النمو الجسمي لدى الشّباب مع مظاهر النمو الأخرى، فقد يتم النمو الجسمي بينما يتأخر كل من النمو العقلي أو الانفعالي أو الاجتماعي عن النضج ولذلك يؤدي عدم انسجام أجهزة الجسم في النمو، إلى مزيد من القلق والخوف والصراع النفسي (محمود خليل أبو دف، محمد عثمان الأغا، 2001، ص 67).

2-2- الخصائص الانفعالية :

يتّجه الشّباب بسرعة في هذه المرحلة نحو النّضج، والثّبات، والاتّزان الانفعالي، حيث يلاحظ عند أغلبهم التّزوع للمثالية من النّاحية الأخلاقية أو العملية، وكذا نحو تمجيد الأبطال والشّعف بهم. كما تتبلور بعض العواطف الشّخصية كالاكتفاء بالنفس وبطريقة الكلام وتتكوّن عواطف نحو الجماليات مثل حبّ الطبيعة.

2-3- الخصائص العقلية :

يتميز طالب الجامعة بمستوى عالي من الطّاقة العقلية فيها إلى، لذا فهو قادر على القيام بالعمليات العقلية المختلفة من إدراك، وتذكّر وتفكير، وابتكار، فهو في حاجة دائمة إلى استخدام هذه القدرات.

وحاجة الطّالب الجامعي إلى استخدام ما لديه من طّاقة عقلية لا تنحصر فقط في العلوم التي يقوم بدراستها، بل يتخطّأها إلى استخدام هذه القدرات في حياته العملية، ولهذا فهو دائماً يمرّ بعملية تقويم مستمرة لكل ما يحيط به من قيم ومعايير إجتماعية. لذا فإنّ هذا الطّالب يحتاج إلى الرّفقة العقلية؛ بمعنى أنّه يحتاج إلى رفاقٍ يناقشونه، أكثر من احتياجه إلى أساتذة ومصادر سلطة يوجّهونه إلى مصادر المعرفة التي يحتاج إليها(علي راشد، 2007، ص 55).

التخصُّص، ويستطيع الطَّالِب الجامعي الإحاطة بمصادر المعرفة المتزايدة في ظل التقدم العلمي والتَّقْنِي. ويخطو خطوات كبيرة نحو الاستقرار في المهنة. ويميل الطالب الجامعي إلى القرارات المتخصِّصة والاهتمام بموضوعات الفلسفة، والسياسة وحياة الشَّخصيات، والأدباء ورجال الدِّين. كما يتَّم في هذه المرحلة اتخاذ القرارات، إذ يتَّخذ الطَّالِب أهم قرارات حياته، وهو اختيار المهنة، والزواج، والحرية في الاستكشاف دون الرجوع إلى الآخرين والاستقلال في التفكير. كذلك تزداد قدرته على الاتِّصال بالآخرين واستخدامه لطرق الإقناع والمناقشات وتتطور أهدافه ومطامحه وميوله، وتزداد ثقته بنفسه وقدرة حكمه على الأمور، واكتسابه للمفاهيم والمعرفة والمهارة اللازمة لتحقيق الكفاية.

2-4- الخصائص الاجتماعية :

يصل نموّ الذكاء الاجتماعي إلى قَمَّة نضجه ويظهر في القدرة على التَّصرف في المواقف الاجتماعيَّة، والتعرُّف على الحالة النفسية للمقابل، والقدرة على تذكُّر الأسماء والوجوه وملاحظة السُّلوك الإنساني والتنبُّؤ به (صالح عتوته، 2007، ص31).
تتمو الكثير من القيم نتيجة لتفاعل الطَّالِب الجامعي مع البيئة المحيطة به، ومن تلك القيم القيم الدينية، الأخلاقية، النَّظرية، العلمية، العملية، الاقتصاديَّة، الاجتماعيَّة، السياسية والقيم الجمالية.

يميل الطَّالِب في هذه المرحلة إلى ما يسمَّى بالفطام الاجتماعي؛ والذي يعني النُّمو المتقدِّم نحو الاستقلال عن الأسرة، والاعتماد على النَّفس، كما يهتمُّ بفهم الآخرين بطريقة أكثر موضوعية، ويُعنى بالجماعة التي ينتمي إليها، حيث يكتسب اتِّجاهات وقيم ومفاهيم يستطيع أن يعيش بها، وتتكوَّن لديه فلسفة واضحة المعاني للحياة، ويُحدِّد النُّموذج الذي يقتدي به، ويختار المبادئ والمثُل، وتسمَّى هذه المرحلة (مرحلة الفلسفات) (صالح عتوته، 2007، ص32).

للشباب الجامعي خصائص وحاجات النمو تعمل على توجيه سلوكه وحياته، لذا يعد التعرف عليها وإدراكها من قبل الأسرة والمجتمع وسيلة مهمة لتوجيههم وإرشادهم والتعامل معهم ومساعدتهم في حل مشكلاتهم، فكثير من مشكلات الطلبة وانحرافاتهم تعزى إلى عدم المعرفة المسبقة بخصائص وحاجات النمو لدى الشباب وعدم العناية والاهتمام والرعاية لهم، وبالتالي لا يمكن الفهم الصحيح لاحتياجاتهم، أو التعامل الصحيح مع متطلباتهم (خالد عتيق إبراهيم العتيق، 2010، ص51).

3- حاجات الطالب الجامعي

للطالب الجامعي عدّة حاجات يمكن أن نذكر منها:

- 3-1- يشعر الطالب بالحاجة إلى تأمين صحّته، وهذا يتطلّب تربية الوعي بالصّحة حيث تحلّ المشكلات الصحية مركزاً هاماً من بين المشكلات العديدة التي يتعرّض لها الشباب.
- 3-2- يشعر الطالب بالحاجة إلى التواصل مع الآخرين، وهذا يتطلّب تدريب الشباب لتحسين كفاءة علاقاتهم بالآخرين، وإكسابهم قيم ناضجة تتفق مع العالم الذي يعيشون فيه.
- 3-3- يشعر الطالب الجامعي بالحاجة إلى تأمين مستقبله المهني، وهذا يتطلّب مساعدته في التخطيط لمستقبله المهني، وتزويده بالمعلومات المتعلقة بمنظومة العمل، وتأهيله بما يتناسب والمعطيات التي يتماشى معها العصر.
- 3-4- يشعر الطالب بالحاجة إلى تدريس يتماشى والتغيّرات العالمية، يُستخدم فيه الوسائل التكنولوجية للوصول إلى المعلومة الجيدة، والقائم على ربط الجانب النظري منه بالتطبيقي بهدف إشباع حاجات الطالب إلى جودة التفكير، والفهم، والمناقشة، والحوار والتطبيق.
- 3-5- يحتاج الطالب إلى تحديث المكتبة الجامعية وتزويدها بخدمات مكتبية إلكترونية تدّعم المصادر المكتبية التقليدية الأخرى، حيث يتمكّن من الحصول على المعلومة المفيدة في وقت قصير، إلى جانب توفير الكتاب الحديث والدوريات في مجال التخصص

3-6- يحتاج الطالب إلى تقييم عادل، حيث تقاس قدراته ضمن إطار علمي وموضوعي لا يقتصر على قياس القدرات العقلية القائمة على الحفظ والاسترجاع فحسب، وإنما يسعى إلى ترقية أداء الطالب الجامعي إلى مستوى العمليات العقلية العليا.

3-7- يحتاج الطالب إلى تعلم مهارات البحث، ويتم ذلك من خلال تعليمه أساسيات البحث الإلكتروني، وتدريبه على مهارات البحث كاستعمال المصادر، والمراجع.

3-8- الطالب الجامعي بحاجة إلى مواكبة مجتمعات المعرفة، وهو ما يتطلب من الجامعة تمكين الطالب من المهارات اللغوية العالمية، وفتح قنوات للتواصل الطلابي وتبادل الخبرات والمعارف، إلى جانب تكيفه مع ثقافة المؤسسة ومتطلباتها.

3-9- كما يكون الطالب بحاجة إلى تأمين موارثه الثقافي، وهو ما يتطلب تدعيم المناهج الدراسية بالتربية الدينية للتحصين ضد زحف العولمة الثقافية، التي تهدف إلى نشر مفهوم التبعية للأخر والثقافة الأحادية. وفي النهاية إن الطالب الجامعي في ظل هذه المشاعر، يحتاج إلى الإشباع، فما أهمية إشباع الحاجات؟ (صالح عتوته، 2007، ص 32، -

(.33)

4- أهمية إشباع الحاجات. تعتمد عملية التكيف التي يقوم بها الإنسان طيلة حياته، على إمكانياته وقدراته على إشباع حاجاته الفيزيولوجية، أو الاجتماعية والنفسية، حسب الطريقة التي يرضى عنها المجتمع وتؤدي بالفرد إلى الشعور بالراحة والسعادة. أما في حالة عدم إشباعها فتؤدي به إلى الضيق والتوتر، وقد يقوم بإشباعها بطريقة غير مشروعة، ومخالفة لقوانين المجتمع فينحرف هذا الفرد، ويظهر انحرافه في سوء توافقه، الذي يكون على شكل سلوكيات سلبية أو غير مرغوبة أو مخالفات قانونية. وقد يصاب بالإحباط الذي يمثل أحد أهم العوامل المؤثرة على توافق الفرد، والتي قد تحول حالة الفرد من حالة الصحة النفسية إلى حالة المرض النفسي. وتزداد في مرحلة الجامعة مطالب النمو والتوقعات الاجتماعية، وما يصاحب ذلك من صراع نفسي واجتماعي، وزيادة في التوتر الانفعالي، وتزداد الحاجة

للإرشاد النفسي في السنة الأولى من الالتحاق بالجامعة وما يصاحبها من مشكلات التوافق وزيادة التوتر لدى كثير من الشباب. كما تزداد الحاجة لخدمات الإرشاد النفسي في السنوات النهائية، والتي ترتبط باقتراب الشباب من دخول سوق العمل. ومن هنا يتبين أنه من الضروري إشباع حاجات الطالب الجامعي بالطرق التربوية السليمة. من خلال تقديم خدمات إرشادية وقائية، تهيئ الظروف المناسبة لتحقيق النمو السوي لهم وتكون مبنية على علاقات اجتماعية إيجابية، أو خدمات إنمائية تنمي قدرات طلبة الجامعة وطاقاتهم، وتحقيق أقصى درجات التوافق، وتبصرهم بالتحديات المستقبلية، أو بتقديم خدمات علاجية تتعامل مع المشكلات الانفعالية والتربوية، التي تواجه بعض الطلاب بتقديم الحلول العلاجية اللازمة، وفق الأسس العلمية للتوجيه والإرشاد (صالح عتوته، 2007، ص 34).

إن الحديث عن حاجات الطالب الجامعي، يقودنا للحديث عن دوافعه، باعتبار أن الحاجة تولد الدافع. فطالب الجامعة مثله في ذلك مثل أي إنسان آخر، له دوافع معينة توجه سلوكه والدوافع يمكن أن تعرف على أنها "مجموعة القوى التي تحرك سلوك الإنسان وتوجهه وتعضده نحو هدف من الأهداف"؛ معنى ذلك أن الدوافع محرّكات للسلوك الإنساني. ومن أهم الدوافع للطالب الجامعي ما يسمّى بالدافع نحو تقدير الذات، وهذا الدافع يجعله يشعر بأنه إنسان له قيمته، ويستطيع أن يقوم بأعمال وأن ينجزها بنجاح، فيكون موضع تقدير المحيطين به. وإذا وجد الطالب الجامعي ما يتعارض مع هذا السلوك الذي يؤدي به إلى الشعور بقيمته ومكانته، فإنه إما أن يثور على مصادر إحباطه، فنكون قد ساهمنا في تكوين إنسان عدواني أو أنه يستسلم لهذه المصادر في يأس وألم، وبذلك نساهم في فقد شخصية هذا الإنسان (علي راشد، 2007، ص 56).

ويعد الدافع للتعلم أمراً في غاية الأهمية لنجاح العملية التعليمية التعلمية وهو لا يكون إلا من خلال التعرف على حاجات المتعلمين، والعمل على إشباعها (عونية عطا صوالحة، أسماء العمري، 2013، ص 403).

وفي هذا السياق، ترى الباحثة كلابان (Klapan 2001) أن هناك شبه اتفاق عام على أهمية التعرف على الحاجات الأكاديمية لدى طلبة المرحلة الجامعية وضرورة إشباعها، إذ تعتبر هذه الحاجات القاعدة الأساسية لانطلاق أي نشاط أو عمل أو نظام تعليمي للمتعلمين بصفتهم أشخاصاً منفردين وبصفتهم جزءاً من المجتمع. لذلك كان لزاماً أن نتعرف على أهمية الحاجات الأكاديمية (عونية عطا صوالحة، أسماء العمري، 2013، ص ص 403-404).

5- العوامل المساعدة في نجاح الطالب الجامعي: هناك عدّة عوامل تساعد على نجاح الطالب الجامعي من بينها:

5-1- الحوافز: تلعب الحوافز دوراً مهماً في جعل الطالب أكثر إقبالاً على دراسته وبالتالي يسعى جاهداً إلى النّجاح. فتحفيز الطالب من أجل إنجاز عمله الشّخصي ضرورة لا بد منها، ولكن قبل ذلك يجب أن يكون للطالب مشروع شخصي، وتؤكد "A.BIREAUD": "أن الدراسة جزء من المشروع وأن عدة دراسات أثبتت أن معظم الطلبة ليس لديهم مشروع محدد وليس لديهم نظرة للمستقبل". إذن يجب مساعدة الطلبة على صياغة مشروعهم الفردي وتثبيت أقدامهم ضمن نظام العمل، وهذا يكون باستعمال مختلف الطرق البيداغوجية المناسبة، فعملية التحفيز تنشّط العمل الشّخصي، وبالتالي النّجاح في الدّراسة، كون هذه الأخيرة جزء من مشروعه الفردي.

5-2- طريقة العمل: معرفة طريقة العمل تتطلّب خبرة في العمل الشّخصي للطالب، من مراجعة واستذكار حسب A.BIREAUD: "تظهر المشاكل في التعليم الجامعي بسبب غياب حقيقة المعرفة بمنهج العمل الشّخصي"، وطريقة العمل هي الخطّة التي يرسمها الطالب لأعماله اليوميّة في الجامعة، حتى يحقّق النّتائج اللاّزمة (عصيدي أنيسة، 2007، ص 23).

5-3- تسيير الوقت: الوقت يختلف عن الزمن، فالزمن أعم من الوقت، فقد جاء في لسان العرب للعلامة ابن منظور أن: "الوقت مقدار من الزمن معلوم، وقال ابن سيده: الوقت

المقدار من الدهر معروف وبذلك قال مجد الدين الفيروز آبادي: الوقت مقدار من الدهر، وكل شيء قدّرت له حيناً فهو مؤقت (محمد أمين شحادة، 2006، ص 32). ولذلك فالوقت هو فترة زمنية معينة ومحددة. ومن المعلوم أنّ أي عمل يتطلّب بالضرّورة تنظيمًا زمنيًا معيّنًا، فتسيير الوقت خطوة تقود صاحبها إلى إحراز ما يصبّوا إليه، فعلى الطّالب الجامعي أن يسيّر وقته، ويحدّد منهج عمله إذا أراد التّجاح. وتعدّ عمليّة تسيير وتنظيم الوقت عمليّة صعبة، خصوصاً بالنسبة للطّلبة الجدد، ممّا يتطلّب مساعدتهم وتوجيههم في ذلك وفي هذا السياق، قام كل من M.LAFARGE و L.OFFICE بوضع منهج لمساعدة الطّلبة في تسيير وقتهم، من أجل تحقيق النّجاح (عصيدي أنيسة، 2007، ص 23).

5-4- الترويح:

نال موضوع الشباب من جهة وكيفية قضائه لوقت فراغه قد اهتمام دوليا بارزا في العقود الأخيرة تجلّى ذلك في المؤتمرات والندوات والبحوث الدولية في هذا الموضوع، وفي سعي منظمة الأمم المتحدة بالتعاون مع مختلف الدول لتحسين برامج الشباب وتنظيم أوقات فراغهم، لدرجة وإنشاء معهد متخصص في القارة الأوربية للتربية وأوقات الفراغ وتكوين 'اتحاد دولي لأوقات الفراغ' داخل الولايات المتحدة الأمريكية ومقره مدينة نيويورك، وإعلان 'الميثاق الدولي للفراغ' عام 1970م (بدر الدين علي، 1990، ص 18).

من الأمور المهمّة بالنسبة للطّالب الجامعي، هو أن يعرف كيف يستغلّ وقت فراغه. ويؤكّد بعض الباحثين - هذا السياق - في على ضرورة أن يكون للمدارس والجامعات دور في إعداد الأبناء، لحسن استثمار وقت الفراغ، وألا يقتصر دورها على المواعظ والتلقين، بل ينبغي أن توفر الممارسة العمليّة لمدة كافية، لغرس التربية الترويحيّة السليمة في نفوسهم، ولا بدّ للنظم التعليميّة في كافة مستوياتها، أن تقضي نهائياً على الأمية الترويحيّة (عبد الحميد، أحمد ربيع، 1998، ص 50). ولأهميّة التّرويح في أوقات الفراغ، فقد قامت العديد من الدّول المتقدّمة كالولايات المتحدة وإنجلترا، وفرنسا، بتضمين مقرّراتها الدراسيّة موضوعات عن وقت الفراغ، والتّرويح وذلك في مختلف مؤسّساتها التعليميّة - المدارس، والمعاهد والجامعات -

كما تهتم تلك المؤسسات بتدريب المتعلمين على مختلف النشاطات الترويحية (محمد على حافظ وآخرون، 1961، ص 65). ومن بين تلك الأنشطة ممارسة الرياضة حيث أشار "الخولي" إلى أن الطلاب، وأعضاء هيئة التدريس، والإداريون أصبحوا يعملون على دعم، وتعضيد المسابقات الرياضية في الجامعات لاعتبارات كثيرة منها استثمار وقت الفراغ لدى الطلاب، بما يعود عليهم بالنفع والصحة واللياقة (سليمان الحوري، عنبر محمد، 2011، ص 1340). ومن الطبيعي أن وجود أوقات فراغ - لا سيما لدى الشباب - مع غياب التوجيه التربوي للترويج يؤدي إلى سوء التعامل مع هذه الأوقات، مما يساعد على بروز نزعات عرضية منحرفة كتناول الخمر، أو تعاطي المخدرات وغيرها من السلوكيات المشينة (كمال درويش، محمد الحمامي، 1988، ص 12).

5-5- استعمال الطالب للإنترنت:

تعتبر الإنترنت من أهم وسائل نقل المعلومات والاتصالات، وذلك لقدرتها على نقل المعلومات بكميات كبيرة، وبسرعة وكفاءة لجميع مستخدميها، ولهذا تستخدمها مختلف الفئات الاجتماعية بحثاً عن المعلومات كرجل الأعمال، والباحث، والطالب الجامعي (هدى حسن الخاجة، أحمد نصر الدين، 2003، ص ص 16-17).

وفي هذا السياق يذكر كل من هونج وأليس (1996) "Huang & Alessi" بأن الإنترنت تعد من أهم الوسائل التي يمكن أن تؤثر في حياة الناس اليومية، حيث تنوعت استعمالاتها لدرجة أنها شملت مختلف مظاهر حياتنا الاقتصادية والاجتماعية، والتربوية. وباعتبار أن الطلبة والمعلمين جزء من هذا المجتمع فقد استفادوا منها، وحسب "مندلز" "Mendels" (2000) فإن استعمال هذه التقنية يمكن من تحسين أداء ومهارات الطالب، التي يحتاج إليها كي ينجح في حياته المستقبلية (لطي محمد الخطيب، 2011، ص 290).

ومما يدل على أهمية الإنترنت للمتعلم، وللطالب الجامعي-الذي هو موضوع حديثنا- أنه أصبح بإمكانه استقاء المعلومات التي يحتاج إليها؛ لإنجاز بحوثه والتوسع في المقررات التي

يدرسها بشكل أسرع وتكلفة أقل وجهد بسيط من خلال الإنترنت التي أصبحت تمثل الطريق الأسرع الموصل إلى فهارس المكتبات وآلاف تقارير البحوث، والمجلات الإلكترونية (حنان حسن عطا الله، 2012، ص330). ولذلك "أصبح واجبا على الدول التي تريد لنفسها منزلة متقدمة بين الدول في مجال التعليم الجامعي، أن تبادر بسرعة في إدخال هذه الخدمة الحيوية لخدمة طلبتها، وذلك بإتاحة جميع مصادر المعلومات الممكنة، من أجل الارتقاء بمستوياتهم العلمية (لطي محمد الخطيب، 2011، ص291)."

5-6- تنمية مركز التحكم الداخلي:

نظراً لأهمية هذا المفهوم فقد اهتم كثير من الباحثين بدراسة مركز التحكم، وعلاقته بالكثير من المتغيرات، فكانت له عدة تطبيقات، من بينها ما خصصته بعض الجامعات مثلاً من برامج إرشادية في تنمية مركز التحكم الداخلي للطلبة الذين يعانون من مشاكل التكيف الجامعي وذوي التحصيل المنخفض. ولعلّ مما يساعد على فهم دور مفهوم مركز التحكم في التكيف إجمالاً والتكيف الجامعي خصوصاً، ما أشارت إليه الأبحاث في كون الأفراد ذوي مركز التحكم الداخلي، أكثر فاعلية في حلّ المشكلات ومعالجة وتنظيم المعلومات، لاعتقادهم بأنّ ما يحصل لهم من أحداث مرتبط بسلوكهم. بعكس ذوي مركز التحكم الخارجي، الذين تنخفض فاعليتهم وقدرتهم على مواجهة المشاكل والضغوط لاعتقادهم بأنّها خارجة عن سيطرتهم (عبد الحافظ محمد جابر، 2005، ص173).

5-7- حفظ القرآن الكريم:

إنّ المجتمعات التي تخلّت في تربيّتها عن تعاليم الإسلام، تتخبّط في ظلمات التّعاسة النفسيّة والاجتماعيّة، بالرغم من تقدّمها في مختلف فروع العلوم الماديّة، إذ أنّ تلك الأمم سجّلت بها أعلى نسب القلق والانتحار، والأمراض النفسيّة، والجرائم الأخلاقيّة (عدنان الشريف، 2001، ص252).

والقرآن الكريم: هو كتابُ الله - عزَّ وجلَّ - الذي نَزَّله على خاتم أنبيائه محمد - صلى الله عليه وسلم - بلفظه ومعناه، المنقول بالتواتر المفيد لليقين، المكتوب في المصاحف من أول سورة الفاتحة إلى آخر سورة النَّاس. كما أنه هداية الخالق لإصلاح الخلق، وشريعة السَّماء لأهل الأرض. وهو التشريع العام الذي تكفل بجميع ما يحتاج إليه البشر في أمور دينهم ودنياهم (محمد محمد أبو شهبه، 1987، ص6، ص8).

وفي هذا السِّياق يذكر سعيد بن فالح المغامسي، عدَّة فوائد لحفظ القرآن الكريم لدى الطَّالب الجامعي منها:

" 1- شدُّ الذاكرةِ والذهنِ، لذلك تجد الحافظ للقرآن الكريم أسرع بديهته وأضبط وأتقن للقراءة.

2- سعة العلم فالطلاب الذين يحفظون القرآن يتفوقون على زملائهم في كثير من المجالات العلمية حتى في الرياضيات والطب رغم تفاوتهم في السن والذكاء.

3- السَّمت الحسن والسلوك القويم (سعيد بن فالح المغامسي، 2004، ص98). أي أنَّ القرآن الكريم يفيد الطَّالب الجامعي في الأخلاق وتحصيل العلم، وهما جانبان لا غنى عنهما لطالب العلم، فهو يقوي الطلبة للإستراتيجيات الأساسية لمهارات الدراسة والتعلم، والتحمل الكامل لمسؤولية التعلم (الجوهرة بنت إبراهيم بوشيت، 2008، ص ص 191- 192). ويقوي الذاكرة ويحسن بذلك النَّحصيل الدَّراسي، كما يدعو إلى الأخلاق الفاضلة وحسن السلوك.

5-8- تعلم مهارات الدراسة:

هناك علاقة بين مهارات الدراسة والتحصيل الدراسي، فالاستذكار بطريقة جيدة يساعد على اكتساب المعرفة وبالتالي مواصلة النجاح والتفوق الدراسي، إما إذا لم يطبق المتعلم هذه المهارات قد لا يتمكن من فهم حقائق المادة الدراسية أو النقاط الرئيسية فيها وبالتالي يفشل

في الاكتساب الجيد للمعرفة وانخفاض مستوى التحصيل الدراسي (السيد محمد أبو هاشم، 2008، ص212).

وقد راجع سيون وكنج (Seon & King , 1997) الدراسات التي اهتمت بمهارات الدراسة في الفترة (1993- 1997) وأظهرت الدراسات وجود تأثير إيجابي دال إحصائياً لمهارات الدراسة على التحصيل الدراسي لدى الطلاب في المراحل التعليمية المختلفة وكانت أهم المهارات الدراسية الأكثر استخداماً هي: إدارة الوقت، وتحديد الأهداف، وكيفية التعامل مع الاختبار، وتدوين الملاحظات، والذاكرة.

والجدير بالذكر أن من فوائد تطبيق مهارات الدراسة - كما أشارت نتائج العديد من الدراسات العربية والأجنبية- أنها تفيد في مقاومة مشكلة النسيان والمحافظة على المعلومات في الذاكرة لأكثر وقت ممكن، كما تقلل من مستوى قلق الاختبار لدى الطلاب وترفع مستوى الثقة بالنفس والاتجاه الإيجابي نحو المواد الدراسية المختلفة مما يترتب عليه التفوق التحصيلي للطلاب وبالتالي الشعور بالرضا النفسي (السيد محمد أبو هاشم، 2008، ص213).

وفي ذات السياق أجرى يوارسكي وآخرون (Yqzorski & Other, 1999) دراسة بهدف معرفة أسباب التفوق الدراسي؛ توصلوا فيها إلى أن الطلبة تحصلوا على معدلات عالية لأسباب التالية: التحضير المستمر للمحاضرات، النظرة الإيجابية للأستاذ باعتباره خبيراً بمادته، وحضور المحاضرات والمشاركة الفعالة.

6- مشكلات الطالب الجامعي: حظيت مرحلة الشباب بصورة عامّة، والشباب الجامعي بصورة خاصّة باهتمام كبير من المجتمع، وذلك انطلاقاً من مبدأ إستراتيجي، وهو أنّ زيادة الاهتمام بالشباب خاصّة طُلاب الجامعات سيكون له نتائج إيجابية كبيرة، تنعكس بالضرورة على تقدّم ورقّي المجتمع بشكل عام (جعفر العرجان، عدنان العضايلة، 2010، ص115).

وتعتمد الحياة الجامعية اعتماداً كبيراً على العلاقة بين الأستاذ والطالب، تلك العلاقة التي ينبغي أن تكون علاقة إيجابية يسودها الودّ، والعطف، والثقة والاحترام المتبادل، فالحياة الجامعية ليست مجرد كتاب وتحصيل، وإنما هي عبارة عن تفاعل إيجابي بين الأساتذة وطالبهم من ناحية، وبين الطلاب فيما بينهم من ناحية أخرى، وتتعكس هذه العلاقة على التحصيل الأكاديمي للطلاب. وهي لا تقوم بطريقة عفوية، وإنما لا بدّ لها من تخطيط مقصود بين طرفيها، ونعني بهما الأستاذ والطالب، ويعتمد نجاح هذه العلاقة على ما يتحلّى به الأستاذ من سمات وعلى ما يتمتّع به الطالب من صفات إيجابية، كما يتوقّف نجاح هذه العلاقة على ما يعانيه الطالب الجامعي من مشكلات.

فالطالب المثقل بالمشكلات لا يستطيع أن يقوم بدوره، ويحقق أهدافه. حيث أن هذه المشكلات تعوق حركته ونشاطه الذهني والاجتماعي، وتعرقل تكيفه النفسي والدراسي والاجتماعي، ولذلك ينبغي تحرير الطالب ممّا يعاني من مشكلات (علي راشد، مرجع سابق، ص ص 64-65).

ونظراً لأهمية التعليم الجامعي فقد تعدّدت الدراسات في معظم جامعات الوطن العربي للوقوف على المشكلات أو الصعوبات التي يعاني منها الطلبة، أو حاجاتهم الإرشادية والأكاديمية، والرياضية ثمّ محاولة إيجاد حلول لها (جعفر العرجان، عدنان العضائيلة، 2010، ص 115).

ومن أهمّ المشكلات التي يعانيها الطالب الجامعي ما يلي:

- مشكلات نفسية: مثل شرود الذهن، القلق، التقلّب المزاجي.
- مشكلات جسمية: مثل ضعف السمع أو البصر، الشعور الدائم بالإجهاد.
- مشكلات دراسية: مثل التأخر الدراسي أو الرسوب.

- مشكلات اجتماعية: مثل تفكك الأسرة، الشعور بالاغتراب عن الأهل.

- مشكلات مالية: مثل العجز المالي، وارتفاع نفقات المعيشة (علي راشد، 2007، ص65).

وفي ذات السياق، أظهرت نتائج الدراسة التي أجرتها وزارة التعليم العالي الأردنية على عينة مكونة من 2430 طالبا وطالبة وإداريا في (33) كلية من كليات المجتمع المتوسطة أن أكثر المشكلات التي يواجهها الطلبة هي: عدم الرضا عن الدراسة في الكلية، ومشكلات اختيار التخصص الدراسي، وسرعة الملل أثناء الدراسة، وسوء تنظيم جدول الدروس الأسبوعية، والخوف من الامتحانات، والشعور بالحزن والكآبة، والقلق على المستقبل المهني بعد التخرج، والتردد في اتخاذ القرار، والتوقعات المبالغ فيها من الأسرة، وصعوبة الاختلاط بالجنس الآخر، والصعوبات المالية. أما أودري (Audrey,1988) فقد أظهرت دراسته أن من الصعوبات التي يواجهها الطلبة في الجامعة ما يلي: اختيار التخصص التكيف مع المناخ الجديد، وتكوين علاقات اجتماعية حميمة، وإدارة الوقت وتطوير مهارات دراسية مناسبة، وفقدان الثقة بالنفس بسبب عدم وصول الطالب إلى المستوى المطلوب أكاديميا، والتخطيط للمستقبل المهني، وتكوين هوية مستقلة عن هوية الآخرين، ووفاء أحد الأقارب أو الأصدقاء والأمراض المستعصية لأحد أفراد العائلة أو الأقارب (منذر الضامن، سعاد سليمان، 2007، ص165).

وفي دراسة عبد الحليم محمود (2000) لمشكلات طلبة جامعة الإمارات العربية المتحدة، التي أجراها على عينة من 2515 طالبا وطالبة منهم 624 من الذكور و1891 من الإناث، توصل إلى أنهم (الطلبة) يعانون من عدة مشكلات أهمها: تمثلت في بعد المسافة بين السكن والجامعة، وتشدد الأساتذة في منح التقديرات، واختلاف أساليب التدريس، عدم الرضا عن تصرفات بعض الزملاء، وتدخّل الواسطة في قضاء المصالح، وعدم وجود عيادة طبية متخصصة وعيادة نفسية، الشعور بالإجهاد البدني، والشعور بالملل، وعدم وجود أنشطة ترفيهية (عبد الله المجيدل، رياض العاسمي، سالم مستهل شماس، 2008، ص47).

وتوصلت دراسة كل من مرقص وبدير (1989)، وأبو السعود (1995)، ورجب (1987) إلى أن الدارسين يشكون من المقررات. بينما توصلت دراسة كل من رجب (1988)، وعبد المقصود وعبد المقصود (1994) إلى شكوى الدارسين من تداخل المواد الدراسية مع بعضها البعض. كما توصلت دراسة غنايم (1991)، وكل من عبد المقصود وعبد الرزاق (1994) إلى شكوى الطلبة من كثرة المواد الدراسية وكتبها. بينما توصلت دراسة غنايم (1991) إلى عدم وضوح الجانب التطبيقي للمقررات الدراسية. أما دراسة عبد المقصود وعبد الرزاق (1994) إلى كثرة الحشو والتكرار داخل المقررات (عبد الحميد سعيد، هلال بن زاهر، 2002، ص ص، 58-59).

ومما لاشك فيه الطّالِب الجامعي يعدُّ جزءاً لا يتجزأ من مجتمعه، فهو يتأثر بما فيه من مشكلات والطّالِب الجزائري لا يشدُّ عن هذه القاعدة، فهو يتأثر بنسبة الفقر والبطالة الموجودة في الوطن العربي عامّة والجزائر خاصّة.

وفي هذا السّياق تشير البيانات المتعلّقة بالتشغيل والبطالة في البلدان العربيّة إلى اتّجاه تصاعدي واضح لحجم البطالة. إذ تراوحت معدّلات البطالة في البلدان العربية ما بين 15% و 20% خلال التسعينات، وهي الحقبة التي شهدت ارتفاع حجم الدّين الخارجيّ (فضيلة جنوحات، 2006. ص 168). قد أجريت دراسة على 259 طالباً من طُلاب السّنة الثّانية بجامعة هارفارد Harvard وكانوا من بين الطّالِب الذين يتمتّعون بصحّة جيّدة ومستوى دراسي جيّد، وأيضاً تكيف اجتماعي ظاهري جيّد. وطُلب منهم أن يوضّحوا المشكلات التي يعانون منها، والتي يرغب كل منهم في مناقشتها مع المرشد النّفسي. ولقد كانت النّتيجة مذهلة، حيث قرّر 232 طالباً (90%) من مجموع الطّالِب الأسوياء الأصحاء، أن لديهم مشكلات يرغبون في مناقشتها. معنى ذلك أنّ الغالبية العظمى من الطّالِب يعانون من مشكلات نفسيّة من نوع أو آخر. وكانت معظم المشكلات تتركّز حول العلاقات الأسريّة أو العلاقات الاجتماعيّة، ومن أمثلة هذه المشكلات ما يتعلق بالتكيف الاجتماعي كالشّعور

بالخجل، والشُّعور بالنقص والصعوبة في إقامة علاقات صداقة مع الآخرين وعدم النُّضح، وعدم الرُّضا عن الطُّبقة الاجتماعيَّة التي ينتمي إليها الطُّالب. ومن أمثلة مشكلات الطُّالب مع أسرته طلاق الوالدين (علي راشد، 2007، ص 65)، ومعارضة الآباء، والتمرد على السُّلطة، ونقد الأسرة للطُّالب، ونقص التَّفاهم المتبادل، ثم موت الآباء. ومن المشكلات الأكاديميَّة عدم الرُّضا عن الجَّامعة، والحاجة إلى العون الأكاديمي وتنظيم وقت الدِّراسة، والعجز العقلي عن مواصلة الدِّراسة الجامعيَّة، وصعوبات التَّحصيل الدِّراسي. وهناك مشكلات متعلِّقة بشخصيَّة الطُّالب كعدم الثِّبات الانفعالي، والتوتُّر والشُّعور بالخوف والقلق وعدم تكامل الشَّخصية، والحاجة إلى التَّوجيه وتحديد الأهداف والقيم، وتقلُّبات الأمزجة وجمود الشَّخصية (علي راشد، 2007، ص 66). وفيما يخصُّ القلق لدى الطُّالب الجَّامعي فله مظهرين: أحدهما الخوف من الفشل في الدِّراسة، وثانيهما الخوف أو القلق من المستقبل المجهول، والذي قد يُوثر سلبياً على تحصيله الدِّراسي، وذلك لضعف تركيزه على المواد الدِّراسية، وإهماله لواجباته التعليميَّة والملل من المحاضرات، والخوف من الامتحانات تمثِّل جميعاً عوامل قد تؤدي إلى الرُّسوب في بعض الأحيان (شاكر عقلة المحاميد، محمد إبراهيم السفاسفه، 2007، ص 130).

وفي دراسة عربيَّة على شباب جامعة الإسكندريَّة، من أصحاب الدِّراسات العمليَّة والنظريَّة تناولت 678 طالباً وطالبة ومشكلاتهم المتنوعة أهمُّها:

- الشُّعور بالحزن.
- ضيق التنفُّس.
- الرِّشح والرُّكام.
- الآلام الجسميَّة.
- بثور حبِّ الشَّبَاب في الوجه.

- قصر القامة.
- الانفعالات الحادة.
- الأرق.
- الشعور بالخجل (علي راشد، 2007، ص 66).
- ضيق وقت الدراسة.
- عصبية الأب.
- قلة الزملاء والأصدقاء.
- تأنيب الضمير.
- مرض الوالدين.
- السمنة أو النحافة.
- عدم الرضا عن المجتمع.
- الإحباط لصعوبة الحصول على وظيفة مستقبلاً.
- الشعور بالنقص.
- فقر الدم.
- النسيان.
- الصداع.

- إنَّ كثرة هذه المشكلات تدعو إلى ضرورة الاهتمام بطلاب الجامعة. وتوفير الرعاية النفسية والاجتماعية السكنية لهم، وضرورة توفير الخدمات النفسية كالإرشاد النفسي والعلاج

النَّفسي والجسمي للتَّخفيف عن كاهلهم من عبء هذه المشكلات التي يعانون منها. أو توفير أسباب الوقاية من الوقوع في مثل هذه المشكلات كما يجب توجيه الطَّالِب الجامعي مهنيًا فقد بيَّنت البحوث النفسيَّة أنَّ الكثير من طلبة الجامعات لا يعرفون شيئاً عن الموضوعات الدِّرَاسيَّة قبل التحاقهم بالكليَّات والجامعات، ولا عن مجالات العمل في المجتمع، مما يدعو إلى ضرورة تقديم الإرشاد والتوجيه المهني لهم لكي يتجه الطَّالِب مباشرة إلى الدِّرَاسة التي تناسبه (علي راشد، 2007، ص 67). ويستطيع أن يبذل فيها ويحقق ذاته. ومن المشكلات التي قد تواجه الطَّلَبة الجَامِعيين هي مشكلة التطرُّف الدِّيني أو الغلو في الدِّين، فقد توصلت دراسة 'كوسى جوهر' و 'أحمد يوسف بشير' بخصوص أسباب التطرُّف الدِّيني إلى جملة من العوامل نذكرها كما يلي:

العوامل الاجتماعيَّة التي تؤدي إلى التطرُّف لدى الشَّباب حسب أهميتها:

- ❖ خروج المرأة للعمل وتقلُّص دور الأسرة في التنشئة الاجتماعيَّة.
- ❖ عدم الاهتمام بالتربِّيَّة الإسلاميَّة في المدارس والجامعات.
- ❖ عدم توفر سبل شغل أوقات الفراغ للشَّباب.
- ❖ غياب الضَّبَط الاجتماعي في الأسرة.
- عجز المؤسَّسات المختصَّة برعاية الشَّباب عن أداء دورها وعدم توفُّر
- ❖ الخدمات الاجتماعيَّة الموجهة للشَّباب.
- ❖ ارتفاع تكاليف الزواج.
- ❖ تركيز المؤسَّسات التعليميَّة على النَّاحية التعليميَّة فقط.
- ❖ اتِّساع الفجوة بين أجيال الشَّباب والكبار.
- ❖ التناقض بين المثل والواقع الذي يعيشه الشَّباب واهتزاز نسق القيم في المجتمع.

❖ الزيادة السكانية غير المخططة وأزمة الإسكان (عبد الفتاح محمد سعيد، 2011، ص44).

❖ انتشار الأمراض الاجتماعية كالإدمان والاعتصاب وتشرّد الأحداث والجريمة.

العوامل الثقافية والإعلامية التي تؤدي إلى التطرف لدى الشباب.

❖ تعارض البرامج الثقافية والإعلامية مع تقاليد الإسلام.

❖ قصور دور الأجهزة الثقافية وعدم ارتباطها بالدين وعدم قيام الأجهزة الثقافية

والإعلامية بدورها نحو الشباب.

❖ قصور البرامج الدينية الموجهة للشباب.

ارتفاع نسبة الأمية في المجتمع" (نورهان منير، 2008، ص ص 51 - 52).

ولأجل معرفة موقف الشباب من هذه الظاهرة، أجرى "محمد سيد فهمي" دراسة عن الشباب

والتطرف، جاء فيها:

❖ إن الفراغ الفكري للشباب وضعف ثقافتهم الدينية هما السبب في التطرف الديني

للشباب.

وجود علاقة ايجابية بين أنشطة رعاية الشباب الجامعي والوقاية من التطرف الديني كما

أوصت الدراسة بضرورة نشر الوعي الديني وتبسيط الثقافة الدينية للطلاب وأعضاء الأندية

وغيرها من التجمعات الشبابية" (نورهان منير، 2008، ص ص 56-57).

وفي سياق المشكلات الدينية، أجرى أحمد حسن خنتوره دراسة عن المشكلات الدينية التي

يواجهها طلاب الجامعة واقتراحاتهم لحلها، ومن أهم النتائج التي

توصلت إليها الدراسة:

❖ ضعف الثقافة الدينية للطلاب والفهم الخاطئ لبعض قضايا الدين.

❖ نقص الكتب الدّينيّة في مكتبة الكليّة والجامعة.

❖ ومن المشكلات متوسطة الحدّة:

❖ ندرة الإرشاد الدّيني والمبالغة في بعض الأنشطة مما يخرج بها عن حدود الدّين كحفلات الغناء، والرّقص، والموسيقى.

يرغب الطّلاب في دراسة الثّقافة الإسلاميّة والقضايا المعاصرة والعبادات والحديث والسنة وغيرها على يد متخصصّين في التربية الدّينية (نورهان منير، 2008، ص ص، 55-56).

وكذلك قامت "بركسية طه" بدراسة عن التطرّف الدّيني لدى الشّباب وقد حاولت في هذه الدّراسة التعرّف على وجهة نظر الباحثين والمختصّين فيما يتعلّق بقضيّة التطرّف الدّيني لدى الشّباب من حيث مفهومها وسماتها وأسبابها وطرائق علاجها

ومن أهم النّتائج التي توصّلت إليها الدّراسة:

❖ من أهم عوامل التطرّف الدّيني غياب القدوة في البيت أو الجامعة والفهم الخاطى لبعض أحكام الدّين ومبادئه.

أما علاج التطرّف الدّيني فيكون من خلال:

❖ دعم الثّقافة الدّينية في جميع مراحل التّعليم.

❖ ايجاد لغة للحوار بين الشّباب والدّولة والعلماء، و احترام فكر الشّباب وتعميق شعورهم بالانتماء.

❖ التربية الدّينية الحسنة للنشء، وتوجيهه دينياً.

❖ تصحيح الفكر وتقويمه إذا كان معوجاً.

وقريباً من مشكلة التطرّف الدّيني، حاولت "سلوى عثمان" التعرّف على موقف طّلاب

الجامعة تجاه السّلوك الإنحرافي، وقد توصّلت إلى جملة من الأسباب أهمها:

- ❖ يعد ضعف الوازع الديني من أهم أسباب السلوك الانحرافي.
 - ❖ الفرد مسئول عن منع السلوك الإنحرافي بأن يبدأ بنفسه ويدعو للقيم الدينية.
 - ❖ الأسرة مسئولة عن منع السلوك الانحرافي وغرس القيم الدينية في نفوس أبنائها.
 - ❖ الدولة مسئولة عن منع السلوك الانحرافي بإتباع الأساليب الوقائية، من خلال الاهتمام بنوعية البرامج الموجهة للشباب (نورهان منير، 2008، ص ص، 78-79).
- " ليس هناك فرد في هذه الحياة إلا وله مشكلاته، ولا يقاس التكيف السليم بمدى خلو الفرد من المشاكل، وإنما يقاس بمدى قدرته على مجابهة مشاكله، وحلها حلا سليما، فالمشاكل أمر عادي في حياة الأفراد، والأمر غير العادي هو الفشل المستمر في حل هذه المشاكل، أو العجز في أن يتعلم كيف يعيش مع مشاكله مستقبلا إذا استعصى عليه حلها. وإذا أردنا أن نتكلم عن الطالب الجامعي ومشكلاته، نجد أن المرحلة التي يعيشها الطالب ليست مرحلة مفاجئة، كما أنها لا تحتم خلق المشكلات، إذ أن النمو الطلابي في حد ذاته ليس مفاجئا، أو تشمل محتوياته على مشكلات، وإنما تظهر المفاجأة على المجتمع عندما لا يستطيع أن يواجه هذا النمو، غايات اجتماعية مقبولة ومن هنا ندرك أن مشكلات الطالب إذن ليست نتاجا للنمو الإنساني بقدر كونها نتاجا لعدم قدرة المجتمع، أو قصوره والمجتمع الناجح هو الذي يستطيع مواجهة المرحلة التي يعيشها الطالب بعقل واطمئنان، موليا رعاية مستمرة له، حتى لا يفاجأ بمظاهر هذا النمو، ويجد نفسه عاجزا عن توجيهها، والاستفادة منها كطاقة إنسانية، واجتماعية متميزة (نورهان منير، 2008، ص - ص، 62 - 63).

ثانيا - الجامعة.

1- تاريخ الجامعة.

هناك من يرجع بفكرة الجامعة إلى زمن الحضارات القديمة في الصين وبابل ومصر، كما فعل الدكتور "محمد الهادي عفيفي" حيث يقول " إن الجامعة من الخصائص الرئيسية للمجتمعات القديمة، ومن أهم مؤسساتها"، في حين أن البعض الآخر يكتفي بالوقوف عند أكاديمية "أفلاطون" أو ثانوية "أرسطو"، أو رواق "زينون"، أو حديقة "أبيقور" معتبرين بأنها كانت بمثابة أولى الجامعات، فكان كل من هذه المؤسسات رسالة تؤديها، و معلم يدرس بها، ومريدون يقبلون على الاستماع إلى معلمهم وهذا قد شجع المؤرخ الأمريكي "ولدن" على تأليف كتاب عنوانه "جامعات اليونان القديمة". WOLDEN.

وبالرجوع تاريخيا إلى عصر النهضة الثقافية الإسلامية، نجد أن الجامعة تمثلت في ظهور بعض المؤسسات التعليمية كالنظامية وبيت الحكمة في العراق، والقيروان في تونس والأزهر الشريف في مصر، وأنطاكية في بلاد الشام باعتبار أن هذه المؤسسات قد شكلت منهلا قويا للجامعات الأوربية في العلوم والرياضيات والفلك والطب والفلسفة ودليل ذلك احتفاظ الجامعات الأوربية بالمخطوطات العربية لابن رشد وابن الهيثم وابن سينا وابن خلدون إلى يومنا هذا.

ويعتبر المسجد صورة أولية للجامعة في الإسلام، فقد بدأت الحركة العلمية التعليمية الجامعية منه، فهو لم يقتصر على أن يكون مكانا للتعبد، بل كان منبرا لتعليم لناس أمور دينهم وتذكيرهم بأمور الآخرة وذلك منذ أن تأسس في القرن الأول الهجري.

وقد تدعمت فكرة الجامعة في الإسلام بعد الفتوحات الإسلامية الكبرى، إذ اتسعت دولة الإسلام، وتداخلت الثقافة الإسلامية مع الثقافات الأخرى، ونشطت حركة الترجمة والتأليف، ونشأ نوع آخر من مراكز العلم في الدولة الإسلامية، ما يمكن تسميته بالأكاديميات. مثل بيوت الحكمة ودور العلم أين وجد بها خزائن الكتب وعقدت فيها الندوات العلمية والمناظرات، وألقيت بها المحاضرات.

بعد ذلك، ظهرت المدرسة في القرن الخامس الهجري وقد توفر فيها كثير من مقومات الجامعة. ويصف الدكتور الهادي عفيفي الجامعة الإسلامية بأنها " كانت مركز حركة تطوير، تفتتح على مصادر المعرفة، وتعمل على تطوير الفكر عن طريق المناقشة والحوار والتفسير والترجمة والبحث والابتكار (سامي سلطي عريفج، 2001، ص ص، 17- 19)."

ويتتبع التأريخ للجامعات كمؤسسات تعليمية عرفت بهذا الاسم، نجد إهمال العديد من المراجع، الإشارة للجامعة من خلال مفهومها أو مقوماتها، وتتبع بداية استخدام لفظ "الجامعة" وبذلك تتناسى الحقبة الإسلامية وما قبلها و تشير إلى باريس وبولونا وسالرنو بين القرنين الثاني عشر والثالث عشر الميلادي باعتبارهما نقطة البداية.

وقد جاء في الموسوعة البريطانية "أن الجامعات الحديثة قد تطورت عن مدارس العصور الوسطى التي كانت تسمى «Generale Studium» أي المدرسة العامة ومفردتها «Studia Generalia» بمعنى المكان الذي يستقبل طلاب العلم الوافدين من جميع الجهات. ولما شعر الطلبة في تلك المدارس أنهم بأرض غربة شرعوا في إنشاء جامعات أي رابطات أ نقابات ن بهدف حماية أنفسهم في ارض الغربة.

وقد بنى طلبة "بولونا" أربع جامعات بحسب اختلاف قومياتهم، وتأسى بهم في تلك الحقبة أساتذة باريس فبنوا جامعة خاصة بهم (سامي سلطي عريفج ، 2001، ص 20).

" وهذا يدل على أن هذا اللفظ لم يقصد فيه المكان أو البيئة العلمية التي يلتقي فيها رجال العلم من معلمين ومتعلمين، وإنما قصد به الاتحاد الذي يكونه كل فريق من هذين الفريقين لرعاية مصالحه وتنظيم أموره."

وفي القرن الثالث عشر، تطورت هذه الجامعات إلى مؤسسات ذات وظائف إدارية محددة، وصارت تسمى «Universitas Studii»

وفي القرن الرابع عشر، أصبح تعبير الجامعة يميز مجتمع الطلبة والأساتذة حيث يتواجدون في مكان محدد ومعتزف به من السلطات الكنسية والمدنية. وفي القرون الوسطى، تطورت الجامعات واكتسبت الكثير من مميزات الجامعات المعاصرة من اسم وموقع مركزي، وأساتذة على درجة من الاستقلال الذاتي إضافة إلى وجود طلبة ونظام ومحاضرات وإجراءات للامتحانات والدرجات، بل حتى كيان إداري. ومن الجامعات الرائدة في تلك الفترة. سالرنو في الطب، بولونا في القانون، وباريس في اللاهوت والفلسفة. وكانت أكسفورد وكمبريدج وبقية الجامعات الأوربية، وحتى نشأة هارفارد عام 1636 في أمريكا؛ ثمرة جامعة باريس وأساليبها المميزة.

ومن الجدير بالذكر، أن أصل هذه الجامعات في معظمها مدارس كنسية، وقد عملت على تحقيق ذاتها من خلال إزالة الطابع الديني. وقد عملت على توسيع مناهجها وتناولت مختلف فروع العلوم إلا أنها لم تستطع مواكبة متطلبات عصرها. ومع نهاية القرن الثامن عشر، تميزت معظم الجامعات الأوربية بجمود وصرامة في مادتها، ومصر تخلف لمجتمعاتها، تعادي كثيرا حركة الإصلاح ولا تهتم بروح الخلق والابتكار، تقاوم العلم الجديد، بعيدة عن الأحداث المعاصرة. ووقفت كأنها قلاع دون نوافذ، واضعة أصابعها في آذانها أو كما يقال أبراج عاجية (سامي سلطي عريفج، 2001، ص ص ، 21 - 22).

2- تعريف الجامعة ووظيفتها.

إن أصل كلمة الجامعة يضم قوى لها نفوذ سياسي تمارس من خلاله السلطة. وقد استعملت كلمة الجامعة للدلالة على التجمع العلمي لكل من الأساتذة والطلبة. وتجدر الإشارة إلى أن كلمة "الجامعة" هي ترجمة عربية دقيقة للكلمة الانجليزية المقابلة لها لأنها تعني التجميع والتجمع (علي راشد، 2007، ص13).

وقد عرفها معجم متن اللغة على أنها "مدرسة كبرى تجمع مدارس أو فروعاً لعلوم شتى، يختص الطالب بما شاء من العلم فيلحق بفرعه فيها، وليس بعدها مدرسة."

وهذا المعنى يؤكد قاموس "وبستر الدولي" والذي وصف الجامعة بأنها "معهد منظم للتعليم والدراسة في فروع المعرفة العالية، وله الحق في منح الدرجات العلمية في دوائر معرفية محددة كالقانون والطب والآداب... الخ" وكما يظهر، يعمل التعريف الثاني على تفصيل التعريف الأول، من خلال تقديم أمثلة لأنواع المدارس التي تحتويها المدرسة الكبرى أو الجامعة، كمدارس أو كليات الطب والقانون والآداب. وكذلك الإشارة الصريحة إلى الشخصية الاعتبارية للجامعة التي تخولها حق منح الدرجات العلمية (سامي سلطي عريفج، 2001، ص ص 25 - 26).

يرى "مراد بن أشنهو" "أن الجامعة مؤسسة تبنى لتحقيق أهداف ملموسة للمجتمع الذي تنتمي إليه. وبذلك فهي تشيد بناءاً على مشاكل المجتمع الخاصة وتطلعاته واتجاهاته السياسية والاقتصادية والاجتماعية (مراد بن أشنهو، د ت، ص 3).

بعد ذلك، يقدم "بن أشنهو" مثالا عن ارتباط الجامعة بالتوجهات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية فيقول: "ومن الواضح أن الجامعة، في المجتمعات المحافظة، يوكل إليها مهام فكرية وتكوينية ترمي إلى المحافظة على الوضع القائم، أما في المجتمعات الثورية التي تتطرق في مراجعة النظام الاجتماعي وإيجاد عالم أكثر عدلاً، فإن الجامعة تكون مؤسسة ذات امتياز في نطاق الثورة. هذا هو الوضع السائد في بلادنا (مراد بن أشنهو، د ت، ص 3). في هذه الفقرة يتحدث عن نوعين من المجتمعات محافظ ومجتمع ثوري، وتكون

الجامعة خادمة لأهداف المجتمع في الحالتين، ومن الملاحظ أن الباحث قد ألف كتابه خلال فترة الحرب الباردة بين المعسكر الشيوعي بقيادة الإتحاد السوفيتي الذي يطبق النظام الاشتراكي والمعسكر الغربي بزعامة الولايات المتحدة الأمريكية والذي يتبنى النظام الرأسمالي، وأن النظام الذي تنتهجه الجزائر في تلك الحقبة التاريخية هو النظام الاشتراكي. بعد هذه المقدمة؛ التي بين فيها المؤلف ما ينبغي أن يكون عليه الوضع في الجامعة، يطرح المؤلف تساؤلا نقديا بخصوص فرع الحقوق الذي يخالف تعاليم النظام الاشتراكي الذي تنتهجه السلطة بمساعدة الجماهير الشعبية، فيقول: "كيف يتسنى لنا أن نتصور انه بينما تقوم السلطة، تساندها الجماهير الشعبية، بمراجعة نظام الملكية الفردية الكبيرة في نطاق الثورة الزراعية تنشر الجامعة، من جانبها انطلاقا من فرع الحقوق، أفكارا مخالفة لهذا الاختيار (فضيل دليو وآخرون، 2006، ص 79)". ويمكن تفسير هذا التناقض أو الخلل الذي وقعت فيه الجامعة في تلك الفترة من تاريخ الجزائر، أن محتوى فرع الحقوق مستمد من فرنسا؛ نظرا لارتباطها الوثيق بالجزائر، ففرنسا قد عملت على تكوين الكثير من النخب الجزائرية المثقفة، إبان احتلالها للجزائر. وبعد رحيلها واستقلال الجزائر تمكن كثير منهم من الوصول للسلطة في عهد الجزائر المستقلة، فكان من الطبيعي بحكم نفوذهم وسلطتهم أن يطبقوا ما تعلموه من فرنسا؛ إذ أن ذلك هو مبلغ علمهم، ومن جهة ثانية، عملوا على تبني النظام الاشتراكي لأنه نظام يدعو للعدل وليس استعماري مثل النظام الرأسمالي الذي تبنته فرنسا العدو، والولايات المتحدة الأمريكية وحلفاؤهما. وتعتبر الجامعة مؤسسة "إنتاجية" تستفيد من التراكم العلمي الإنساني في مختلف المجالات العلمية الإدارية والتقنية لتعمل على إثراء المعارف وتطور التقنيات وتهيئة الكفاءات. إلى جانب أن الجامعة مؤسسة إنتاجية، فهي مؤسسة تعليمية ومركز للإشعاع الثقافي ونظام ديناميكي متفاعل العناصر، له مواصفات المجتمع البشري، حيث تؤثر الجامعة في محيطها وتتأثر به في نفس الوقت. أما "رامون ماسيبيا مانسو" ramon Macia Manso فإنه يعرف الجامعة على أنها "مؤسسة أو

مجموعة أشخاص يجمعهم نظام ونسق خاصين، تستعمل وسائل وتنسق بين مهام مختلفة للوصول بطريقة ما إلى معرفة عليا (فضيل دليو وآخرون، 2006، ص 80).

ويعرفها المشرع الجزائري على أنها: "مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تساهم في تعميم نشر المعارف وإعدادها وتطويرها، وتكوين الإطارات اللازمة لتنمي البلاد (المرسوم رقم 83-544 المؤرخ في 24/09/1983 من الجريدة الرسمية) ولذلك فقد وضعها تحت وصاية الدولة في خدمة الأهداف السياسية والاقتصادية والثقافية المحددة من طرفها (علي راشد، 2007، ص14).

كانت كثير من جامعات العالم، ولمدة زمنية طويلة منعزلة عن مجتمعاتها واقتصرت مهامها على البحث والتدريس. وفي العصر الحديث، تطورت وظيفة الجامعة لتشمل إلى جانب تخريج المهندسين أو الأطباء أو المعلمين، أصبحت تعمل على تطور المجتمعات وتقدمها من خلال ما تكشف عنه من حقائق، وما تسهم به من حلول للمشكلات الراهنة والمستقبلية. وكذلك مساهمتها في مواجهة متطلبات العصر وتحدياته ونشر المعرفة وتوسيع آفاقها. ولهذا يعتبر التعليم الجامعي في الحقيقة أحد الوسائل المهمة التي تساعد الدول النامية على اللحاق بركب الحضارة الحديث المتطورة وعلى التطور بسرعة (سامي سلطي عريفج، 2001، ص ص، 33-35). باحثة عن المتعة دون المنفعة والنظرية دون التطبيق وفي هذا السياق، يرى "هنري جان" رئيس جامعة بروكسل السابق وعضو اللجنة الدائمة للتربية بالمجلس الأوربي أنه في الأحوال العادية فإن الجامعة تقوم بالأوار التالية:-

1- أنها تدرب طبقة الفنيين العليا في المجتمع، ومن ثم معظم من يشغلون وظائفه الرئيسية.

2- أنها مركز البحث العلمي والتفكير العلمي الخلاق، كما أنها تدرب معظم العاملين بالبحوث الذين يتطلبهم المجتمع.

3- أنها تدرب غالبا مدرسي المدرسة الثانوية والمتخصصين في العلوم التربوية وبذلك تؤثر تأثيرا قويا على هذا المستوى من التعليم الذي منه تستمد طلابها.

4- أنها تختار هيئة التدريس بها وتدريبها، وبذلك تضمن استمرارها ذاتيا.

5- أنها كمجتمع يضم المدرسين والباحثين والطلاب تعد مركزا فعالا للنشاط الثقافي والتجديد الاجتماعي والخلقي."

إن وظائف الجامعة كما يراها "هنري جان" لا تزيد عن الوظائف الثلاث التي اعتاد الباحثون الإشارة إليها؛ وذلك إذا اعتبرنا أن الإعداد لمهمة التدريس سواء في الجامعة أو المدرسة إعداد لمهنة. وهذه الوظائف هي :

1- نقل المعرفة ونشر الوعي الثقافي.

2 - إعداد المهنيين والاختصاصيين.

3- البحث العلمي وتدريب الباحثين.

وفي هذا السياق، يذكر "جاسبرس Jaspers" في كتابه "فكرة الجامعة" أن هناك أموراً ثلاثاً تطلب من الجامعة وهي:

1- التدريب على مهنة. 2- البحث العلمي.

3- الثقافة العامة. وأن حياة الجامعة تقوم على تفاعل الوظائف الثلاث وتكاملها(موسى الصفدي، أبي بكر القربي، 1987، ص95).

والجامعة تقدم خدمات جليلة للمجتمع فهي تعمل على تزود المجتمع بالعلماء والباحثين والمتخصصين وإجراء البحوث التطبيقية والأصيلة وتقديم الاستشارات والخبرات في العيد من المجالات كالاتصالات والطاقة والصناعة والمواصلات والعمران والزراعة. إلى جانب تخريج الأطر المتخصصة في مختلف مجالات المعرفة، والقادرة على وضع الحلول المناسبة

للمشكلات. كما تعد الطلاب الموهوبين ليصبحوا باحثين وعلماء يتكفلون بإعداد الأجيال اللاحقة. "وحتى تكون عملية التعليم في الجامعة ناجحة لابد من علاقات طيبة وروابط قوية تصل بين الأساتذة والطلبة، بحيث يشعر الطلبة بحسن المعاملة والمودة من قبل أعضاء هيئة التدريس، وكذلك آمال مدرسيهم في أن يكونوا طلبة متفوقين دوماً عن طريق تشجيعهم المستمر وتحفيزهم على الحصول على العلم من المصادر المتعددة وغيرها من الأمور (محمود عايد حتاملة، أحمد شحاتة حسين، راتب محمد داود، عبد المنعم أبو طبجنة، 2012، ص475)."

3- التعليم في الجزائر.

3-1- قبل الاستعمار الفرنسي

3-1-1- قبل العهد التركي.

لقد تأخر نسبياً ظهور المدرسة في الجزائر، وبقيت الكتابات ودور العلماء هي مراكز النشاطات العلمية، حتى حوالي القرن السادس الهجري أي قبيل ظهور الموحدين. ومن أوائل المدارس التي اشتهرت في الجزائر، مدرسة أسست في عهد الزيانيين بتلمسان في القرن الثامن الهجري. بعد ذلك، أصبح تأسيس المدارس سنة حميدة، حيث يتنافس على تشييدها الملوك والأمراء. فصار إنشاء المدارس ينافس بناء المساجد. وحسب ما أثبتته ابن مرزوق، فقد ساهم المرينيون في بناء المدارس. فقد أنشأ السلطان أبا الحسن مدارس في الجزائر، نعرف منها مدرسة العباد بتلمسان - أما أكثر السلاطين عناية بإنشاء المدارس فكان السلطان أبو حمو موسى بن يوسف (760-791هـ)، والذي بنى المدرسة الأولى حين توفي والده أبو يعقوب يوسف سنة 763هـ.

أما المدرسة الثانية فقد بنيت داخل باب كشوط بتلمسان؛ إكراماً لفقيهين وهما أبو زيد عبد الرحمن وأبو موسى عيسى ابنا محمد بن عبد الله والمعروفان بابني الإمام.

وقد ذكر ابن مريم التلمساني وجود عدة مدارس في القرن التاسع الهجري مثل، مدرسة منشار الجلد، والمدرسة التاشفينية (بوفلجة غيات، 2002، ص13). تميزت المدارس بأنها توفر السكن للطلاب وتوفر لهم منحا حتى ليتمكنوا من التفرغ للدراسة. كما أن طلابها يخضعون لنظام دقيق سواء من حيث اختيار المنتسبين لها أو من حيث طرق الدراسة ومواضيع التكوين. وبالرغم من ظهور المدارس، إلا أنها لم تلغ دور الكتاتيب والجوامع التي حافظت على الدور المنوط بها.

ولقد كانت الأوقاف هي الممول الرئيسي لمصاريف المدارس ومنح الطلبة وأجور المدرسين والقائمين على هذه المدارس. وقد وضعت شروط صعبة لتقديم المنح لقلتها ومن تلك الشروط الحاجة إليها والنباهة.

أما من حيث برامج الدراسة، فقد ذكر ابن مريم التلمساني، أن المدرسة اليعقوبية بتلمسان، كانت تدرس في القرن التاسع الأصول والفقه والحديث والتفسير في فصل الشتاء، والعربية والبيان والحساب والفرائض الهندسية في فصل الصيف، وخصص يومي الخميس والجمعة لدرس التصوف (بوفلجة غيات، 2002، ص14).

3-1-2- أثناء العهد التركي.

لقد شجع الأتراك التصوف في الجزائر منذ دخولهم لها. واعتبروا الدين عملية تعبدية صرفة. وهذا الأمر، لم يخدم التربية والتعليم في فترة ظهرت فيها المدارس - كما رأينا - والتي كان بإمكانها أن تنتشر انتشارا واسعا لو وجدت التشجيع والمساعدة من المشرفين على سياسة البلاد. وقد استمرت مؤسسات التنظيم التربوي التي كانت موجودة قبل دخول العثمانيين في أداء مهمتها؛ لاعتمادها على الجهود المحلية والأوقاف المحبوسة. وفي هذه الفترة، ساد استعمال الكتاتيب والمساجد والمدارس وظهرت الزوايا والرابطات، التي تركت بصماتها على الحياة الثقافية في الجزائر.

لم يتغير في هذه الفترة الزمنية انتشار الكتاتيب والمساجد، وذلك لأن عملية بنائهما مسؤولية المواطنين ومن إنفاق المحسنين. أما انتشار المدارس، فقد تأثر سلباً وذلك لكون المدارس تحتاج لرعاية خاصة من المسؤولين. أما ما يميز العهد التركي، فهو انتشار التصوف والزوايا والرابطات.

إلى جانب الدور الثقافي للزوايا، فهي مراكز يقصدها المرض لطلب قضاء الحاجات والتبرك، ويعتبرون أن شيخ الزاوية واسطة بين العبد وربه. وبقيت عادة التوسل "بالأولياء" حتى بعد موتهم، رغبة في قضاء الحاجات (بوفلجة غيات، 2002، ص ص، 15-17).

وتعد الرابطات مراكز للتعليم والتعلم ومساعدة المارين والمسافرين وملجأ لهم عند الضرورة، وهي مواقع يربط فيها المجاهدون دفاعاً عن البلاد، لذا فهي متواجدة على الحدود.

وقد اختلف المؤرخون في تحديد عدد المدارس التي كانت موجودة إبان العهد العثماني وخاصة الابتدائية منها. إذ يصعب تمييز المدرسة عن الكتاب وعن الزاوية التي يتعلم فيها الأطفال، والمسجد الذي تقدم فيه الدروس للأطفال في أحد حجراته.

لقد أدى انتشار المدارس الابتدائية في مدن وقرى الجزائر؛ إلى ندرة الأمية بين السكان. وكانت تلمسان وقسنطينة والعاصمة ومازونة من أهم المناطق التي انتشرت فيها المدارس وخاصة الثانوية منها.

اشتهرت تلمسان، قبل دخول العثمانيين، بمدارسها وعلمائها، فكان بها على الأقل خمس مدارس، إلا أنها تدهورت في العهد العثماني ولم يبق منها إلا مدرستان استولى الولاة على أوقافهما. وبخصوص العاصمة، فقد تضاربت الأقوال عن عدد المدارس التي كانت موجودة بها في العهد العثماني.

وأما قسنطينة، فكان بها عند استيلاء فرنسا عليها، قرابة مائة مدرسة بين ابتدائية وثانوية. من أشهر تلك المدارس، المدرسة الكتانية التي بناها صالح باي، والتي اشتهرت بمستوى تعليمها ودقة تنظيمها.

أما في غير العاصمة، فقد اشتهرت مدرسة بناها محمد الشريف البداوي في مازونة في أواخر القرن العاشر الهجري وهي من أقدم المدارس التي بنيت في العهد التركي. وقد قامت هذه المدرسة بدور مهم في نشر التعليم والثقافة في هذه المنطقة فكان يقصدها طلاب العلم من مختلف مناطق الوطن.

كانت الكتاتيب منتشرة في كل حي وقرية، حيث كان يتم فيها تقديم التعليم الابتدائي. وكان أغلب الطلاب يتوقفون بعد إجازة حفظ القرآن الكريم، والطلاب الذين كانوا يريدون متابعة الدراسة، فقد انتقلوا إلى بعض المراكز العلمية سواء كانت مدارس أو زوايا أو جوامع. خاصة تلك التي كان فيها علماء مشهورون يلقون فيها الدروس الفقهية واللغوية والعلمية. أما من كان منهم ميسورا فقد كان يتوجه بعيدا إلى جامعة القرويين بفاس (المغرب)، أو جامعة الزيتونة بتونس أو جامعة الأزهر بمصر (بوفلجة غيات، 2002، ص ص 17-18).

لم يهتم العثمانيين بالتعليم في الجزائر بمقدار اهتمامهم بالجانب الديني للمؤسسات التربوية. وهذا ما يفسر عدم وجود جامعة في الجزائر كمثيلتها بالمغرب وتونس ومصر. كانت الدراسات العليا تقدم في مراكز كل من تلمسان والعاصمة وقسنطينة ومازونة، وقد تخرج مناه كثير من العلماء، إلا أنها لم تصل إلى درجة جامعة.

لقد كان الجامع الكبير بالعاصمة ومدرسته العليا نواة للجامعة في الجزائر. إذ كان فيها علماء بارزون يشرفون على حلقات الدروس التي كانت تصل إلى اثنتي عشرة حلقة. وكان للجامع الكبير أوقاف ضخمة، وقد أنشأ المفتي سعيد قدورة مدرسة عليا وزاوية لسكن الطلبة.

لم تكن هناك وزارة مهتمة بالتعليم، أو شهادات تمنح للناجحين. وإنما كانت ملاحظات العلماء والفقهاء ورضاهم عن تعلم الطالب كافية لتدل على مستواه. إذ أن الشهادة الحقيقية هي التي يبرهن عليها عند إلقاء الدروس أو مناقشاته مع العلماء والطلبة.

لم يشجع العثمانيين على التعليم في الجزائر، وخاصة التعليم العالي، إلا أنهم تعاطفوا مع التوجه الذي يدعوا لبناء الكتاتيب والمساجد والزوايا والذي كان مسؤولية اجتماعية. حيث ساهموا كأفراد بتقديم الصدقات ووقف الأوقاف (بوفلجة غيات، 2002، ص 19).

قام الاستعمار الفرنسي في البداية بمطاردة العلماء وتشريدهم، لأنهم يحرضون الأهالي على محاربتهم لأنهم غزاة. فاستشهد كثير من العلماء وهاجر آخرون وهدمت من الزوايا والكتاتيب. إلا أن أكبر ضربة وجهت للتعليم في الجزائر آنذاك، هي مصادرة الأملاك الدينية والأوقاف، يوم 07 ديسمبر 1830م. بقرار من الحاكم العسكري الفرنسي "كلوزيل" فكانت ضربة قاضية للتعليم الإسلامي، أي جانبها المادي ومصدر تمويلها (بوفلجة غيات، 2002، ص 21).

ومن المؤكد، أن التعليم في الجزائر قبل دخول الاستعمار الفرنسي، كان متطورا نسبيا. وقد شهد بهذا العديد من الفرنسيين، وفيما يلي بعض هذه الشهادات:

في سنة 1836م، أشار "بليسيي دو رينولد Plessier de Reynold" " أن التعليم الأولي منتشر بينهم (الجزائريين) بمقدار انتشاره عندنا على الأقل، ففي معظم القرى والبلديات مدارس للقراءة والكتابة. إن مصادرة الأبنية الخاصة بالمساجد استنزفت بوجه خاص موارد التعليم الذي يلقي في المدارس والذي كان ينتمي له ألفان إلى ثلاثة آلاف في كل ولاية يصلون إلى دراسة علوم الحقوق (الفقه) والشريعة ويحصلون على لقب علماء"

بينما ذكر الجنرال "ولسن استرهازي Welsen Esterhazi" " أن الجزائريين الذين يحسنون القراءة والكتابة كانوا في ذلك العهد أكثر من الفرنسيين الذين كانوا يقرؤون ويكتبون.

إن 45% من الفرنسيين كانوا أميين حينذاك، وأن الجزائر احتلها جنود فرنسيون من طبقة جاهلة تمام الجهل (...)، يجب علينا أن نعترف - احترما للحقيقة - أن المسلمين في إفريقيا الشمالية، رغم انخفاض مستوى العلوم وقلة الكتب، كانوا يولون مسائل التربية والتعليم عناية لها قيمتها"

كما ذكرت "إيفون توران Yvonne Turin" في كتابها "المواجهة الثقافية في الجزائر المستعمرة" عن "دوماس Daumas" قوله " أن التعليم الابتدائي كان كثير الانتشار أكثر مما نعتقد عادة. إن علاقتنا بأهالي المقاطعات الثلاث، أثبتت أن متوسط الأفراد من الذكور يحسنون القراءة والكتابة." وقد قدرت "إيفون توران" نسبتهم بـ40%. وأضافت قائلة: "إن لم يتعلم كل الأطفال القراءة والكتابة، فكلهم مروا بالمدرسة، يستطيعون تأدية صلواتهم وقراءة بعض السور القرآنية. لقد كان لكل القبائل ولكل الأحياء الحضرية معلمون بمدارسها قبل الاحتلال الفرنسي"

نخلص مم سبق، إلى القول بأن التخلف التربوي وانتشار الأمية، كانا بسبب السياسة التخريبية التي انتهجها الاستعمار الفرنسي، والتي هدفت إلى إفقار الشعب الجزائري وتجهيله لتسهيل استعباده وتسخيرها فيما يرضاه المعمر (بوفلجة غيات، 2002، ص23).

3-2- التعليم في الجزائر في عهد الاستعمار الفرنسي:

في حقبة الاستعمار، اعتنى " الأعيان" من الجزائريين بالعلوم والآداب والمهام العلمية والدينية في المدينة، أما في الريف، فقد قام شيوخ الزوايا بالمهمة السالفة الذكر. وهذا ما يفسر عدم وجود جامعات بالجزائر كتلك الجامعات الموجودة في دول إسلامية أخرى. و هذا الأمر، لم يمنع تواجد طلاب العلم والأساتذة بالجزائر، بل إن كبار الأساتذة بالجامعات غير الجزائرية كان من الجزائريين، وعلى هذا الأساس يمكن القول، أن الجامعة كانت موجودة بالجزائر دون اسم. وقد اقتصر على الذكور دون الإناث، إلى أن جاءت جمعية العلماء

المسلمين ففتحت أبواب التعليم للبنات، وهذا وفقا لتعاليم الشريعة الإسلامية التي أذنت للبنات أن تتعلم (عميراوي أحميدة، 2006، ص20).

بعد احتلال فرنسا للجزائر، ظهرت نواياها وحقدتها الدفين على الإسلام والمسلمين، واعتبرت أن الإسلام هو سر قوة المسلمين وسبب عزمهم، ولذلك، عزمت على إبادة العنصر الإسلامي في الجزائر. فاتخذت كل الوسائل للقضاء عليه، فقامت بغلق معاهدهم لتجهيل المسلمين في دينهم، وطمس موارد العلم التي شرعها لهم آباؤهم، وسدت عليهم كل أبواب المعرفة العصرية الأخرى حتى يكونوا أداة طيعة في أيديها، فاستولت على الأوقاف الإسلامية التي هي حياة العلم وأغلقت المساجد في وجوه العلماء المخلصين. وذلك، توقفت الدروس التي كانت تلقى في مساجد الجزائريين (عميراوي أحميدة، 2006، ص28).

وقد كانت المدرسة الفرنسية الإسلامية هي أول مدرسة فرنسية ابتدائية أنشأتها فرنسا لتعليم أبناء الجزائر، وذلك بمدينة الجزائر سنة 1836، تلتها بعد ذلك مدراس أخرى، في أزمنة مختلفة، في مدينة وهران، والبليدة، وقسنطينة، و مستغانم و عنابة أي في المدن التي احتلتها فرنسا. وقد وصل مجموع هذه المدارس 1850، 642 تلميذا.

وبدأ تعليم الجزائريين، بصفة منتظمة، في المرحلة الابتدائية حينما صدر مرسوم 13 جويلية 1850 والذي نص على إنشاء عدد من المدارس لتعليم الجزائريين. وقد ازداد عدد هذه المدارس، في عهد الإمبراطور "نابليون الثالث" (1870-1952). إلى أن بلغ 36 ابتدائية كما ارتفع عدد التلاميذ من 642 إلى 13000 (مصمودي زين الدين، 1997، ص75).

كان الفرنسيون يدرسون في المدارس الابتدائية تاريخ الغالين وعظماء الفرنسيين ولم يكن التعليم قوميا ولا وطنيا ولا دينيا، وبدأت فرنسا تفكر في هذا النوع من التعليم سنة 1880، بعد أن رأت أنها قضت على الثقافة العربية أما التعليم الثانوي فكان منقسما إلى مدارس

خاصة بالجزائريين، وكان مبدئياً مخصصاً للأوروبيين مع السماح للمحظوظين من الجزائريين بدخول الكليات لمواصلة دراساتهم العليا (عميراوي أحيدة، 2006، ص29).

ويمكن تقسيم عملية تطور تعليم الأهالي (الجزائريين) إلى ثلاث مراحل:

أ- **مرحلة الانكماش:** وتبدأ بعد بداية دخول الاستعمار الفرنسي إلى الجزائر، فبعد التطور النسبي للتعليم في الجزائر حتى نهاية العهد العثمانيين، دخل الاستعمار الفرنسي للجزائر فعمل على نشر الجهل بين الأهالي (الجزائريين) فتدمر التعليم بسبب الحروب والمصادرات وهجرة العلماء والمعلمين أو استشهادهم.

وقد ذكر "دي توكوفيل De Tocqueville" في تقرير له سنة 1847م: "لقد استولينا في كل مكان على هذه الأموال (أموال المؤسسات الخيرية التي غرضها سد حاجات الإحسان والتعليم العام)، وذلك بأن حولناها جزئياً عن استعمالها السابقة، وأنقصنا المؤسسات الخيرية، وتركنا المدارس تتداعى، وبعثرنا الحلقات الدراسية. لقد انطفأت الأنوار من حولنا وتوقف انتقاء رجال الدين ورجال القانون، وهذا يعني أننا جعلنا المجتمع الإسلامي أشد بؤساً وأكثر فوضى وأكثر جهلاً واشد همجية بكثير مما كان عليه قبل أن يعرفنا"

بينما استنتج كل من "دوماس و أوربان Daumas et Urbain" أن نتيجة سياسيتنا (الفرنسيين) كانت "مفجعة، إذ أن كل المدارس الابتدائية تقريبا قد أهملت (...). نفس الخراب حل بالمدارس (...). بينما هجرت الزوايا القريبة من مواقع احتلالنا (...). وهجر الأساتذة إلى الجهات التي لم تكن تحت سيطرتنا"

وقد تأثرت الدراسات العليا والمتوسطة التي كانت تقدم في بعض المساجد المشهورة أو المدارس أو الزوايا، أكثر مم تأثرت الدراسات الابتدائية بغالبية مناطق الوطن.

ب- **مرحلة الركود:** وتأتي هذه المرحلة بعد الصدمة الناتجة عن دخول فرنسا للجزائر، وما رافقها من تدمير تقتيل وخراب. فساءت حالة التعليم، الأمر الذي أقلق بعض الفرنسيين، لأن

ذلك يحرمهم من متعلمين يمكن أن يوظفهم في الإدارة الفرنسية ويكسبون مودتهم. وفي هذا السياق، شكا رئيس المكتب العربي بمستغانم من قلة القضاة والفقهاء. وعن سبب ذلك يقول: "لأننا هدمنا المدارس اثناء الحروب ولم نعد بناءها بعد. إذ لا يوجد أي تنظيم للمدارس، عندما يموت قضاتنا الشيوخ، فإن إيجاد أفراد يحلون محلهم هم من الصعوبة بمكان. إن السوء يستفحل يوما بعد يوم". لهذا أعيد فتح بعض الكتاتيب والمدارس القرآني في المناطق العسكرية. كما أنشأ في بعض القبائل والقرى مدارس عربية- فرنسية تدرس العربية صباحا والفرنسية مساء. ومع ذلك، فقد لقيت هذه المدارس مقاومة في البلديات التي أنشأت بها ورفضت تقديم نفقاتها، فكان لابد من معاونتها ماليا. وأخير لما فتحت مدارس البلديات أبوابها لأبناء الأهالي لم يأتوا إليها.

وبما أن فرصة التعليم فاتت جيلا من أبناء الجزائريين، فقد رئي البدا بإيصال التعليم الثانوي للجزائريين. وبذلك أنشأ أول معهد فرنسي عربي سنة 1857م وأتبع بمعهدين آخرين في كل من وهران وقسنطينة.

لقد قامت الجمهورية الثالثة الدينية بانتهاج سياسة تسامح حذر، فمع أن الدين اعتبر حرا إلا أن التعليم الديني لم يكن مقبولا. وقد حددت الكتاتيب والزوايا بدقة وشدت عليها المراقبة، وذلك باسم سياسة الدمج ثم العلمنة. ومنذ تلك الفترة، تفهقت اللغة العربية الأدبية، إذ كانت لا تدرس دون أن يكون هناك سعي إلى هذه النتيجة عن قصد. وكان يوجد سنة 1870م معهدان فرنسيان - عريبان و36 مدرسة ابتدائية عربية- فرنسية، وثلاث مدارس دينية. إلا أن جمهوري الجزائر أهملوا المدارس الدينية وأغلقوا المدارس العربية، فلم تبق سنة 1882م إلا 16مدرسة ابتدائية.

وطبق التشريع الفرنسي في الجزائر سنة 1883م، إلا أنه رفض من طرف البلديات، وذلك لأن هذه العملية- حسب رأيهم- غالية التكاليف، كما أن تكوين أبناء المسلمين يشكل خطرا على مصالحهم ومستقبلهم. ورغم تطور المدارس التي أشرفت عليها السلطات الفرنسية

في هذه الفترة، إلا ان نسبة الملتحقين بها بقيت قليلة مقارنة بعدد الأطفال الذين كانوا في سن الدراسة.

في الوقت الذي بدأ فيه التعليم الابتدائي الفرنسي للجزائريين؛ يشهد تطورا بطيئا. كان التعليم كل من التعليم العالي والثانوي شبه منعدمين، فلم يقبل بهما سوى 84 طالبا مسلما قبل 1900م، و150 طالبا قبل 1914م.

وقد تميزت هذه الفترة برغبة السلطات المركزية الفرنسية في غزو الجزائر أخلاقيا وثقافيا عن طريق المدرسة، لتضمن بقاءها بها وسيطرتها عليها. و هكذا، بقيت السياسة الفرنسية متأرجحة وفي صراع بين رغبة السلطات المركزية الفرنسية في تقديم نوع من التعليم يخدم مصالحها ومصالح المعمرين، وبين رغبة الجزائريين في تعليم عربي إسلامي.

ج- مرحلة الانتعاش: عارض الجزائريون في البداية إرسال أبنائهم إلى المدارس الفرنسية. وبدأ الإقبال على هذه المدارس بعد الحرب العالمية الأولى، حيث أصبح بعض المتكويين يطالبون بالتعليم. قدر عدد التلاميذ المسلمين الذين يرتادون المدارس في التعليم الابتدائي العام سنة 1930م ب 60000 تلميذ 110000 سنة 1944م، 302000 سنة 1954م، وارتفعت نسبة الذهاب للمدرسة من 5% إلى 8.8% فألى 14.6%.

ومما أسهم في تطور التعليم العربي الإسلامي في تلك الفترة من الزمن، ظهور جمعية علماء المسلمين إلى الوجود، وعملها على إعادة الدور التكويني للزوايا والكتاتيب والمساجد (بوفلجة غيات، 2002، ص ص، 24-28).

قامت جمعية العلماء المسلمين بدور حيوي للدفاع عن العروبة والإسلام في الجزائر، وهو ما بقيت آثاره شاهدة عليه حتى اليوم. لذلك، يكون الحديث عن التربية والتعليم في الجزائر إبان العهد الاستعماري، دون التطرق لجهودها في هذا المجال هو إجحاف في حقها.

وتميزت فترة ظهور جمعية العلماء المسلمين بأنها فترة صراع حضاري وثقافي، إذ أن فرنسا قد سخرت كل ما أتيح لها من وسائل من أجل القضاء على هوية الشعب الجزائري بشكل نهائي. وقد انتهجت سياسة تعميم الفقر والجهل بين الأهالي، وغلق المؤسسات التربوية والدينية ومطاردة العلماء والمتقنين. ومنعت تدريس اللغة العربية إلا بترخيص واعتبرتها لغة أجنبية (8 مارس 1938). وسمحت لحركات التبشير لبث أفكارها بين الأهالي الجهل الفقراء في غالبيتهم. وشجعت على الالتحاق بالمدارس الفرنسية لإبعاد أبناء الجزائريين عن التعليم العربي الإسلامي. ومما زاد الطين بلة، الانتشار المذهل للزوايا في تلك الفترة 349 زاوية. لقد كان للزوايا أهداف دينية وتربوية سامية، إلا أن موت مؤسسها نتج عنه تولية أشخاص لم يكونوا في مستوى من سبقهم علما واستقامة اللزمتين لقيادة هذه المرافق. وهذا ما أدى إلى انتشار الخرافات والبدع، وبالتالي الجمود الثقافي والفكري، لهذا كان من الضروري وجود حركة علمية ودينية تقود المقاومة القافية، وتنظم المواجهة الدينية والتربوية ضد المستعمر (بوفلجة غيات، 2002، ص ص 28-29).

وأدى الاحتفال بالذكرى المئوية للاحتلال الفرنسي للجزائر؛ الذي كان مهينا للمسلمين، إلى تيقظ الهمم والغيرة على الدين والوطن، وإلى ظهور جمعية العلماء المسلمين، التي ظهرت رسميا إلى حيز الوجود في 5 ماي 1931م، وضمت مجموعة من العلماء، من بينهم الشيخ البشير الإبراهيمي ومبارك الملي والشيوخ العقبي، بقيادة الشيخ عبد الحميد بن باديس. وكان شعار الجمعية "الإسلام ديننا والجزائر وطننا والعربية لغتنا". وفتحت الجمعية بذلك؛ جبهة من جبهات الصراع والمقاومة ضد فرنسا، بهدف إثبات الهوية الثقافية للجزائر. وقد حدد الشيخ عبد الحميد بن باديس الهوية التي تريدها الجمعية للجزائريين في قوله:

شعب الجزائر مسلم وإلى العروبة ينتسب.

وقد أوضح الشيخ "البشير الإبراهيمي" أهداف جمعية العلماء المسلمين في صيحة موجهة إلى الاستعمار الفرنسي قائلا: "يا حضرة الاستعمار: إن جمعية العلماء،

- تعمل للإسلام بإصلاح عقائده، وإحياء آدابه،
 - وتطالبك بتسليم مساجده وأوقافه إلى أهلها، وتطالبك باستقلال فضائله،
 - وتسمي عدوانك على الإسلام ولسانه ومعابده وقضائه عدوانا بصريح اللفظ ،
وتطالبك بحرية التعليم العربي،
 - وتدافع عن الذاتية الجزائرية التي هي عبارة عن العروبة والإسلام مجتمعين في وطن.
 - وتعمل لإحياء اللغة العربية ، وآدابها في موطن عربي، وبين قوم من العرب، وتعمل
لتوحيد المسلمين في الدين والدنيا،
 - وتعمل لتمكين أخوة الإسلام العامة بين المسلمين كلهم،
 - وتذكر المسلمين الذين يبلغهم صوتها بحقائق دينهم، وسير أعلامهم، وأمجاد تاريخهم
- وتعمل لتقوية رابطة العروبة بين العربي والعربي، لأن ذلك طريق لخدمة اللغة والأدب
(بوفلجة غيات، 2002، ص ص، 29-30).

وركزت الجمعية نشاطاتها على التعليم الديني والتوعية الإسلامية، واعتمدت في ذلك
على المؤسسات التربوية التقليدية ، من زوايا ومساجد وكتاتيب. كما أسست مدارس خاصة
بها، مستقلة عن الإدارة الفرنسية.

من المهام التي قامت بها الجمعية، أنها:

- قامت بإعداد المدرسين الذين أدوا مهامهم التكوينية بالكتاتيب والتي بقيت منتشرة
رغم المضايقات والعراقيل التي تعرض لها القائمون.
- أعادت الدور التكويني للمساجد.
- فضحت الطرق الضالة والمتعاملة مع الاستعمار، الذي - كما يرى الشيخ البشير
الإبراهيمي- "يمثله مشايخ الطرق المؤثرون على الشعب والمتغلغلون في جميع أوساطه،
والتاجرون بالدين المتعاونون مع الاستعمار عن رضى وطواعية."

- أنشأت العديد من المدارس الإسلامية، أهمها: "مدرسة دار الحديث" بتلمسان و"مدرسة الشيبية الجزائرية الإسلامية" بالعاصمة، و"معهد بن باديس" و"المعهد الكتاني" بقسنطينة. وقد بلغ عدد هذه المدارس، في سنة 1954م عشية اندلاع الثورة التحريرية المباركة 150 مدرسة، يدرس بها 50 ألف تلميذ وتلميذة. وقد ذكر "أجيرون"، أن عددها (المدارس) قدر بـ 90 مدرسة سنة 1947م، ثم 181 مدرسة سنة 1954م وقد جمعت في بنائها بين المظهر الإسلامي، وقواعد البناء العصرية.

- جددت مناهج وطرق التعليم، لكي تواجه المدرسة الفرنسية التي كانت لديها كل الإمكانيات والشروط، وكذلك لمواكبة التطورات الجديدة.

- عملت على محو الأمية وتوعية وتكوين الكبار. فاتخذت من المساجد وسيلة للوعظ والإرشاد، ونظمت دروس مسائية للكبار، الذين يأتونها بعد إنهاء أشغالهم اليومية.

- نشرت عدة مجلات دينية، وذلك لخدمة أهداف الجمعية وفضح مخططات الاستعمار ومكائد الكائدين والرد على أعداء الشعب الجزائري من استعماريين وخونة ومن تلك المجالات: الشهاب والسنة والشريعة المطهرة والبصائر.

- أرسلت إلى الخارج بعثات تربوية، فأست بذلك مجموعة من النوادي بباريس لربط الصلة بالمغتربين ومساعدتهم على مقاومة عملية التغريب.

أدرك المستعمرون أهمية التعليم العربي الإسلامي في إحياء الوطنية في الأجيال الناشئة، وإعدادها للجهاد والمقاومة. ولهذا لم تكن مهمة الجمعية سهلة، ودخلت في صراع مع الاستعمار، الذي أغلق المساجد في وجه الجمعية سنة 1933م. وكانت السلطات الفرنسية، أحيانا تسمح بالمدارس، وأحيانا أخرى تغلقها بناء على مرسوم 8 مارس 1938م، الذي ينص على أن اللغة العربية لغة أجنبية ويمنع التعليم بها. إلا أن هذه

العراقيل لم توهن عزم الجمعية التي وسعت من شبكة مدارسها ووجودها الثقافي، فساهمت في تربية جيل من الشباب، يعتز بالجزائر وعروبته وإسلامها.

وهكذا قامت جمعية العلماء المسلمين بدور هام في نشر التعليم العربي الإسلامي والروح الوطنية بين الجزائريين وتوعيتهم. وقد تخرج من مدارس الجمعية جيل من الجزائريين واع بمخاطر الاستعمار ومتحمس للدفاع عن الإسلام والعروبة في الجزائر، مم ساعد على تسهيل قيام الثورة التحريرية المباركة. فمنهم من قضى نحبه خلالها، ومنهم من بقي يدافع بقلمه وأفكاره عن المبادئ التي رسمتها الجمعية (بوفلجة غيات، 2002، ص 30-33). وبخصوص أهمية الدور الذي قامت به جمعية العلماء المسلمين يقول " شارل أندري جوليان " كان العلماء هم الذين أيقظوا الرأي العام الأهلي من سباته (كمال عجالي، 2001، 104)."

قامت سياسة ابن باديس في المقاومة على محورين متناقضين: أحدها خارجي والآخر الداخلي.

ففي المحور الخارجي : كان ابن باديس إذا أراد أن يوجه خطابه إلى الحكومة الفرنسية، خاطبها بقيم ومبادئ الثورة الفرنسية.

وأما في المحور الداخلي: وفيه يكون خطابه عند مواجهة السلطات الفرنسية شديد اللهجة، حيث يصف المعمرين وأنصارهم من الجزائريين بالعنصرية والأناية والجهل والتملق (عبد الكريم بوصفصاف، 1999، ص 120).

3-3- مراحل تطور التعليم الجامعي بعد الاستقلال.

أدركت الجزائر أهمية العنصر البشري المتعلم والمتكون في بناء دولة قوية ذات سيادة لذلك سعت منذ الاستقلال لبناء الجامعات في مختلف مناطق الوطن. وقد تم ذلك في ثلاث مراحل وهي:

3-3-1 - المرحلة الأولى (1962-1970). وتمتد من الاستقلال سنة 1962م إلى

تاريخ إنشاء أول وزارة متخصصة في التعليم العالي والبحث العلمي، وذلك سنة 1970م، وقد تم في هذه المرحلة فتح جامعات المدن الرئيسية في الجزائر. فبعد أن كانت بالجزائر جامعة واحدة، وكانت مختصة بالدرجة الأولى بتكوين أبناء المعمرين فتحت جامعة وهران سنة 1966، ثم جامعة قسنطينة سنة 1967م، بعد ذلك، تلتها كل من جامعة العلوم والتكنولوجيا - هواري بومدين - بالجزائر وجامعة العلوم والتكنولوجيا بهران، وجامعة عنابة. وأما في سنة 1984م ففتحت الجامعة الإسلامية- جامعة الأمير عبد القادر - بقسنطينة. كان النظام البيداغوجي المتبع موروثا عن الفرنسيين، وكانت الجامعة مقسمة إلى كليات وهي:

- كلية الآداب والعلوم الإنسانية.

- كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية.

- كلية الطب.

- كلية العلوم الدقيقة.

قسمت الكلية إلى عدد من الأقسام، تقوم بتدريس مختلف التخصصات، وبما أن النظام

البيداغوجي كان مطابقا للنظام الفرنسي، فقد كانت مراحلها كما يلي:

مرحلة الليسانس: تدوم ثلاث سنوات في أغلب التخصصات، وهي نظام سنوي للشهادات

المستقلة، التي تشكل مع بعضها شهادة الليسانس.

شهادة الدراسات المعمقة: ومدتها سنة واحدة، يركز في هذه السنة على منهجية البحث،

إضافة إلى أطروحة مبسطة يطبق فيها ما جاء بالدراسة النظرية.

شهادة دكتوراه الدرجة الثالثة: تدوم على الأقل سنتان من البحث من أجل إنجاز أطروحة علمية.

شهادة دكتوراه الدولة: والتي قد تصل مدة إعدادها خمس سنوات من البحث النظري أو التطبيقي، وذلك وفقا لاهتمامات الباحثين وتخصصاتهم.

هدفت المرحلة الأولى إلى توسيع التعليم العالي، وتعريب التعليم جزئيا وجزارته مع الحفاظ على نظم الدراسة الموروثة (بوفلجة غيات، 2002، ص ص، 110- 111).

3-3-2 - المرحلة الثانية (1970-1997). وتبدأ من سنة 1970م، أي سنة إنشاء أول وزارة متخصصة للتعليم العالي والبحث العلمي، والتي جاء على إثرها إصلاح التعليم العالي سنة 1971م. وتمثل الإصلاح في تقسيم الكليات إلى معاهد مستقلة تضم الأقسام المتجانسة، واعتماد نظام السداسيات بدل الشهادات السنوية. وقد أجريت تعديلات على مراحل الدراسة الجامعية نوردها كآآتي:

- **مرحلة الليسانس:** ويطلق عليها كذلك مرحلة التدرج، ومدتها أربع سنوات. والوحدات الدراسية هي المقاييس السداسية.

- **مرحلة الماجستير:** وتسمى أيضا مرحلة ما بعد التدرج الأولى، ومدتها على الأقل سنتان، وتضم جزأين. الجزء الأول وهو مكون من عدة مقاييس نظرية، وتركز على التعمق في دراسة منهجية البحث، ويتمثل الجزء الثاني في إنجاز بحث يقدم في شكل أطروحة.

- **مرحلة دكتوراه العلوم:** وتسمى أيضا مرحلة ما بعد التدرج الثانية، ومدتها حوالي خمس سنوات من البحث العلمي.

إضافة للتغيرات السالفة الذكر، تم إدخال الأشغال الموجهة والتطبيقات الميدانية في البرامج الجامعية. كما فتحت العديد من المراكز الجامعية في مختلف ولايات الوطن،

كاستجابة للطلب المتزايد على التعليم العالي. كما وضعت الخريطة الجامعية سنة 1984م، والتي هدفت لتخطيط التعليم الجامعي إلى غاية سنة 2000 م، وذلك بالاعتماد على احتياجات الاقتصاد الوطني بمختلف قطاعاته، كما حددت الاحتياجات من أجل العمل على توفيرها وتعديل التوازن من حيث توجيه الطلبة إلى التخصصات التي تحتاجها السوق الوطنية للعمل، كالتخصصات التكنولوجية والتقليل من توجه الطلبة إلى بعض التخصصات كالطب والحقوق، كما أن الخريطة الجامعية؛ قصدت تحويل معاهد الطب إلى معاهد وطنية مستقلة.

شكل التحضير للخريطة الجامعية فرصة مناسبة لتقييم التجارب التي مرت على الجامعة الجزائرية، إذ أعيد النظر في البرامج والتخصصات المدروسة، وتحويل بعض الدوائر إلى معاهد مستقلة (بوفلجة غيات، 2002، ص ص، 111- 113).

3-3-3 - المرحلة الثالثة (1998-). وتبدأ من سنة 1998م إلى يومنا هذا وتتميز بالتوسع التشريعي والهيكلية والإصلاح الجزئي. " وقد عرفت هذه المرحلة إجراءات تتمثل فيما يلي:

- وضع القانون التوجيهي للتعليم العالي، الذي وافق عليه مجلس الحكومة في سبتمبر 1998.

- قرار بإعادة تنظيم الجامعة في صور كليات.

- إنشاء 06 جذوع مشتركة، يتم توجيه الطلبة الجدد إليها.

- إنشاء مراكز جامعية في كل من ورقلة، لغواط، أم البواقي، سكيكدة، جيجل وسعيدة، نتيجة تحويل المدارس العليا للأساتذة بتلك المدن.

- تحويل المراكز الجامعية لكل من بسكرة، بجاية، مستغانم، إلى جامعات وإنشاء جامعة بومرداس.

وهكذا أصبح قطاع التعليم العالي يحتوي على 17 جامعة، 13 مركزا جامعيًا 6 مدارس عليا للأساتذة، 11 معهدا وطنيا للتعليم العالي و 12 معهدا ومدرسة متخصصة (بوفلجة غيات، 2002، ص13). وقد أصبحت الشبكة الجامعية الجزائرية تضم " أربعة وثمانون (84) مؤسسة للتعليم العالي، موزعة على ستة وأربعين ولاية، تضم ستة وثلاثون (36) جامعة، خمسة عشرة (15) مركزا جامعيًا وستة عشر (16) مدرسة وطنية عليا وخمس (5) مدارس عليا للأساتذة وعشر (10) مدارس تحضيرية وقسمان (2) تحضيريان مدمجان (أحمد زقاوة، 2013، ص312).

4- تنظيم الجامعة الجزائرية:

تعتبر الجامعة الجزائرية بالمفهوم "الغربي" من أقدم جامعات الوطن العربي، حيث أنشأت سنة 1877 وبقيت وحيدة إلى عهد الاستقلال عام 1962، وقد كانت مكونة من أربع كليات:

- كلية الآداب والعلوم الإنسانية.

- كلية الحقوق والعلوم الإدارية.

- كلية العلوم الفيزيائية.

- كلية الطب والصيدلة.

وفي حقيقة الأمر، إن هذه الجامعة قد أنشأت كجامعة فرنسية من أجل خدمة المستوطنين. وقد تخرج منها أول طالب جامعي جزائري عام 1920 من كلية الحقوق كمحام (فضيل دليو وآخرون، 2006، ص ص، 162-163).

بداية اعتمدت الجامعة الجزائرية على نظام الكليات، إلا أن نظام الكليات كان محل انتقادات عديدة:

- أ - على الصعيد العلمي: لم يكن نظام الكليات مناسباً للنمو السريع للعلوم. فمع أن عدد الكليات كان أربع، إلا أن عدد فروع العلم في تزايد مستمر.
- ب- أدى هذا الطوق التأسيسي إلى بطء نمو الأبحاث النظرية في الكلية ورفض أو إهمال التطبيقات العلمية.
- ج- اقتصار محتوى برامج الإعداد للشهادات الجامعية على الجانب النظري، مما صعب على الطلبة المحرزين على الشهادات الاندماج في الحياة النشيطة.
- د- انغلاق كل كلية على نفسها وعدم سعيها لتكوين أي علاقات علمية مع كليات مجاورة.
- و- اعتبرت السلطات الوصية آنذاك أن نظام الكلية الموروث قد أدى إلى وضعية فوضوية في تنظيم الثقافة الجامعية.

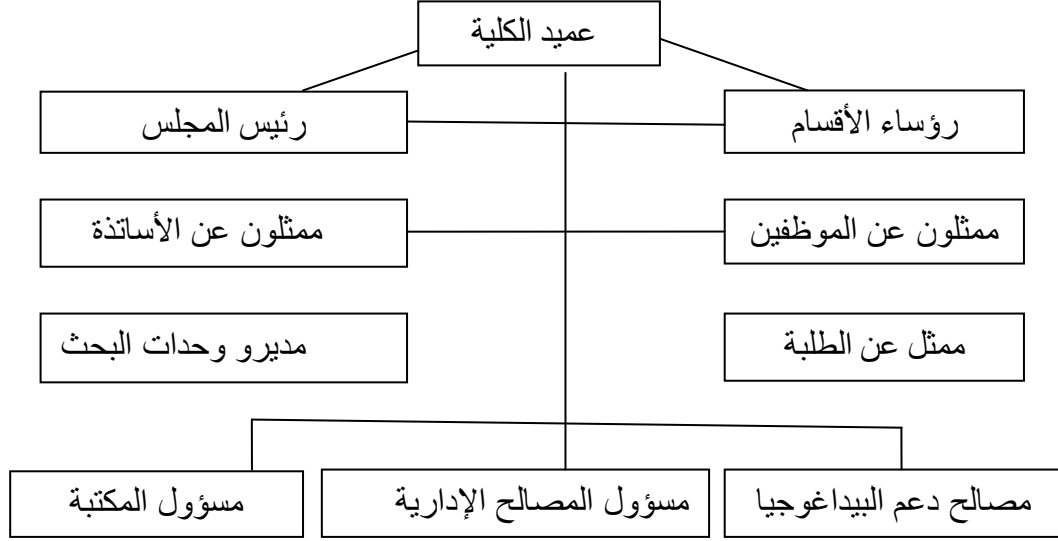
قامت السلطات الوصية سنة 1973 بتغيير نظام الكلية، وإقامة جامعة مماثلة للجامعات الموجودة في الأنظمة ذات التوجه الاشتراكي، تطبق مبادئ تتيح لها أن تكون المحرك الأساسي للتنمية الاقتصادية الموجهة.

ولكن بعد 20 سنة من تجربة النظام الجديد البديل لنظام الكليات. برزت العديد من المشاكل المرتبطة بالنظام البديل. حينئذ فكرت السلطات الوصية وبعض ممثلي أعضاء المنظومة الجامعية في العودة إلى نظام الكليات. وهو الأمر الذي تم فعليا سنة 1998 بموجب المرسوم التنفيذي رقم 98-253، وبذلك أصبحت الجامعة تتكون من عدة كليات والتي كلفت، وفق ما نصت عليه المادة الثانية من المرسوم بالمهام الآتية:

- التعليم على مستوى التدرج وما بعد التدرج.

- نشاطات البحث العلمي.

- أعمال التكوين المتواصل وتجديد المعارف وتحسين المستوى (فضيل دليو وآخرون، 2006، ص ص، 163-165).



شكل رقم (08): الهيكل التنظيمي للكلية (فضيل دليو وآخرون، 2006، ص 166).

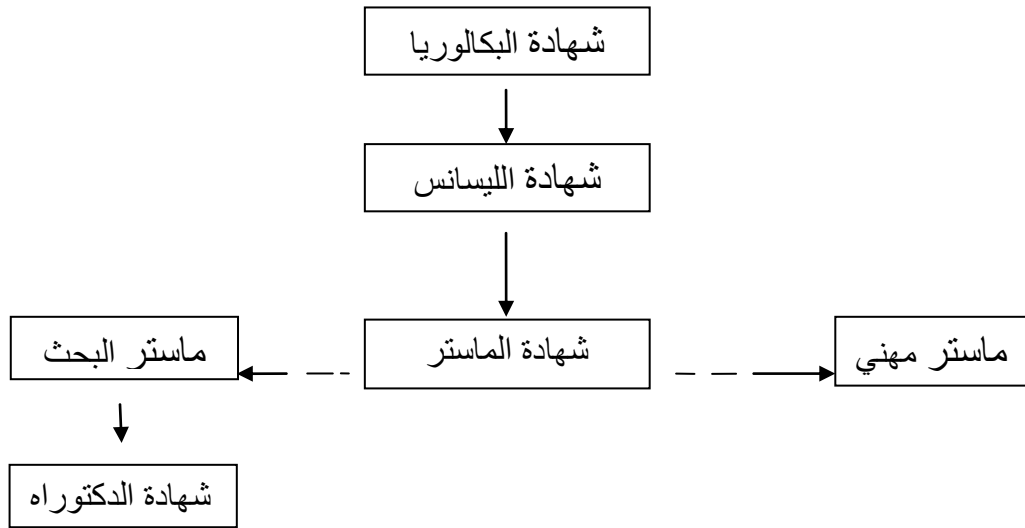
وقد صاحب تطبيق نظام الكليات نقائص عديدة، أهمها:

- يتم تعيين عمداء الكليات على أسس سياسية و/أو جهوية وأحيانا لا يكون من ذوي الرتب العليا (أساتذة التعليم العالي)، وذلك، بدلا من يكون انتخاب العمداء من طرف زملائهم الأساتذة.

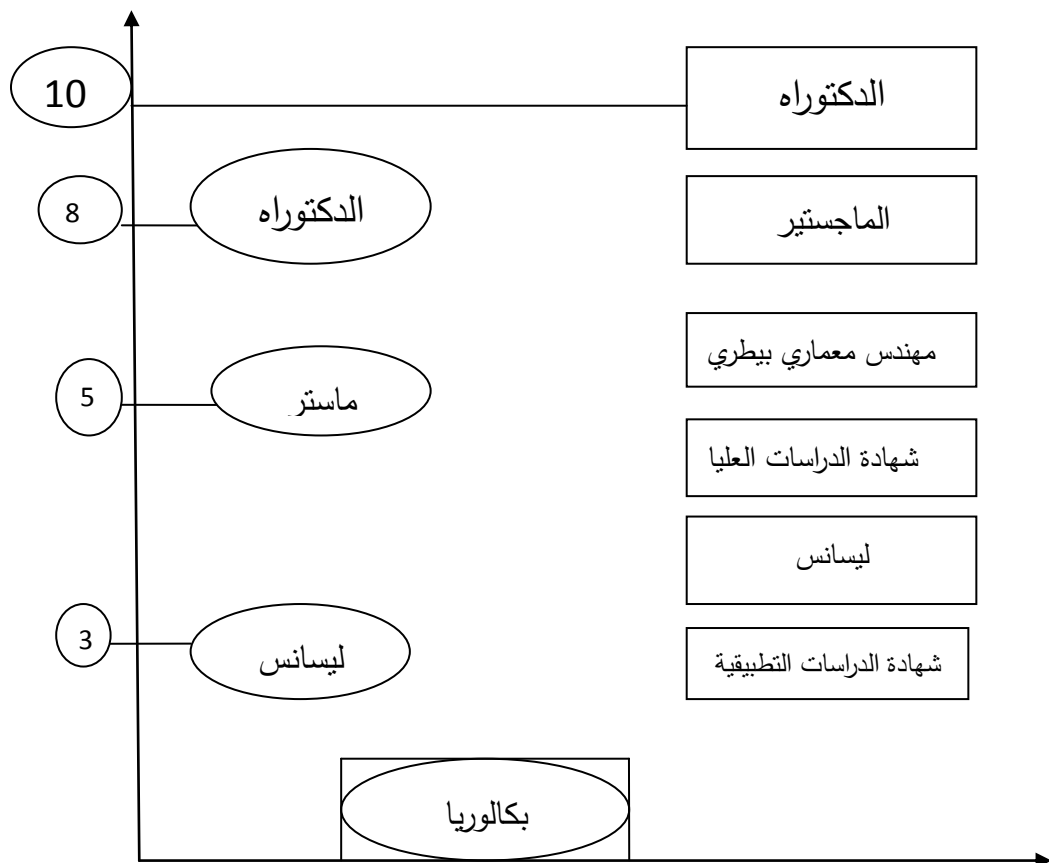
- إنشاء الكليات في الجامعات ومراكز التعليم العالي بشكل فوضوي.

- تم تأسيس أقسام دون وجود مستلزماتها من حيث التأطير العلمي والتعليمي، وخاصة أقسام الترجمة وعلوم الإعلام والاتصال واللغات، إلى غير ذلك من التخصصات، وذلك في سياق تنافسي كمي مضر جدا بنوعية التكوين

" وبدلاً من العمل على إصلاح النظام المعتمد مؤخراً وتحسين أدائه تقرر عام 2002 اعتماد هيكلة جديدة للتعليم العالي تأسياً بما شرع في تطبيقه في أوروبا وسط جدل كبير، وهو ما يدعى بالنظام الثلاثي (3،5،8): ليسانس ماستر، أكاديمي - بحثي ومهني (فضيل دليو وآخرون، 2006، ص 166). وللمقارنة بين النظام القديم والجديد نورد الشكلين الآتيين:



شكل رقم (09): هيكلة النظام الجديد (ل م د). (فضيل دليو وآخرون، 2006، ص 167).



شكل رقم (10): تمثيل بياني مقارنة بين الهيكلتين القديمة والجديدة (فضيل دليو وآخرون، 2006، ص 167).

5- واقع التعليم الجامعي.

من الملاحظ، أن مخرجات الجامعة الجزائرية في الوقت الراهن، تعجز عن تلبية حاجات المجتمع من الأطارات النوعية المطلوبة. تخرج الجامعة طلبة ذوي مستوى ضعيف على العموم، تنقصهم الخبرة والمهارة الضروريتين لكي يندمجوا في سوق العمل، وفي الوقت الذي يحتاجون فيه إلى تكوين إضافي من أجل إعدادهم للحياة المهنية، تعجز المؤسسات عن توفيره لهم. فهم غير وظيفيين في السنة الأولى من تشغيلهم، في المهام التي تكونوا فيها، بحيث لا يستطيعون إنجاز بعض المهام البسيطة التي يكلفون بها، وبذلك يصبحون إطارات عالة على المؤسسات (بوفلجة غيات، 2002، ص 134).

ومما زاد الطين بلة، هو تولي الأطارات التقنية والتكنولوجية لمناصب لم يتكونوا فيها، كأن يكون هناك مهندس في أحد فروع التكنولوجيا مدير لأحد المؤسسات والتي هي بحاجة إلى إدارة الموارد البشرية والمالية، مع أن التعليم العالي بالجزائر لا يهتم بهذه الجوانب في التخصصات التكنولوجية.

وهذا ما يضع الإطار الجزائري المتخرج حديثا في موقف ضعف، بحيث يؤثر سلبا على سمعته داخل المؤسسة وفعالية تدخلاته. والحق يقال، شئنا أم أبينا، أن الأطارات الجامعية في الدول المتقدمة، يقودون أمتهم في مختلف المجالات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، ولا يمكن أن تتطور أي دولة دون إطارات كفأة على رأس كل المؤسسات والمصالح الاجتماعية والاقتصادية. وعلى هذا الأساس لابد من الصرامة في اختيار الطلبة للدراسة في الجامعة، وكذلك صرامة في التكوين وطرق التقويم، لكي لا يتخرج من الجامعة إلا من كان جديرا بأن يكون إطارا في مستوى المسؤوليات التي يكلف بها.

لهذا يجب أن يوجه التعليم العالي إلى النخبة الكفأة والمتميزة بقدراتها. ويجب أن توفر لها ما يلزمها من إمكانيات لكي تتكون بشكل جيد من الناحية النظرية والتطبيقية والميدانية (بوفلجة غيات، 2002، ص13).

وفي هذا السياق يشير الأستاذ "بوفلجة غيات" إلى أهمية إعطاء قيمة للشهادة الجامعية بحيث تكون دليلاً على كفاءة الطالب الحامل لها، وأن مشكلة التعليم أن يكون أنصاف المتعلمين وهذا ما يجعل مخرجات الجامعة في واد وحاجات المحيط في واد آخر ويجب أن يكون حصول الطالب على شهادة جامعية، كافياً في حد ذاته لتمييزه بقدراته وفعاليتها. فلا مجال لطلبة أنصاف متعلمين.

وفي ذلك يقول "إن حصول الطالب على شهادات جامعية، يجب أن يكون في حد ذاته لتمييزه بقدراته وفعاليتها. فلا مجال لتكوين أنصاف متعلمين، فإما أن نكون كفاءات تمنح لها كل الصلاحيات والمسؤوليات، وإما أن نستمر في توزيع أوراق جامعية لا تكوين لأصحابها، ولا قيمة لحاملها. وبهذا تبقى حاجات المحيط في واد ومخرجات الجامعة في واد آخر (بوفلجة غيات، 2002، ص ص 135-136).

وقد طرحت بحدّة، منذ الثمانينيات (1980)، في جميع دول العالم ومنها الجزائر مسألة توافق التعليم العالي مع عالم الشغل. فهل هي نتيجة تزايد سكاني كبير والذي نتج منه تزايد عدد الخريجين فشحت الموارد المالية المخصصة للتشغيل و التوظيف؟ إذن فما دور الجامعة في التكيف مع متطلبات عالم الشغل الذي تتحكم به-حاليا- التحولات التي جاءت بها العولمة؟.

ومن الملاحظ، تحول دور الدولة الوطنية، مع نهاية الألفية الثانية، إلى الاقتصار على القيام بدور المنظم أكثر من كونها تعمل على ضمان الشغل. إذن، وفي هذا السياق، يمكن تقديم الملاحظتين التاليتين:

- الأولى: يفرض اقتصاد السوق على الجامعة أن تقترب من الطلب الحقيقي لسوق العمل.

- الثانية: تتطور مناصب العمل ومتطلباتها بشكل مستمر، وهذا ما يجعل من مسألة التوافق و/أو الاستجابة بين التعليم العالي وعالم الشغل هي دائما محل إعادة نظر. وعليه يبدو أن التعليم العالي بصفة خاصة، يواجه المعادلة التالية:-

- كيف يمكن مقابلة احتياجات المجتمع في إطار نظام عالمي يتطور باستمرار (بوبر بوخريسة، 2000، ص ص، 270-271). يكون ذلك من خلال قيام الجامعة بالتحاور والتفاعل مع القوى الداخلية في المجتمع مع الأخذ بعين الاعتبار المتغيرات العالمية وتأثيرها على سياق العملية التنموية للمجتمع (كمال بلخيري، 2006، ص 230).

جدول رقم (2): عدد الطلبة المسجلين بالتدرج حسب التخصص في الفترة ما بين 1995 و1998. (محمود بوسنة، 2000، ص ص، 12-13).

التخصص	1996/1995	1997/1996	1998/1997
علوم دقيقة	18792	21487	21889
علوم طبيعية	1735	2169	2665
تكنولوجيا	86672	88851	99581
طب	20062	20516	21798
صيدلية	2050	2190	2193
جراحة الأسنان	2186	2256	2521
بيطرة	4443	4497	4531
علوم الطبيعة والحياة	15307	17553	23206
علوم الأرض	4786	5609	5496
علوم اقتصادية	23571	30088	37533
علوم تجارية	3814	5997	9118
علوم قانونية	19332	24221	32610
علوم سياسية	2046	2224	2934
علوم الاعلام والاتصال	1445	1729	2374
علوم اجتماعية وإنسانية	22941	27292	33691
اللغة والأدب العربيين	8102	11615	15230
اللغات الأجنبية	15063	17260	22068
المجموع	252347	285554	339518

يبين الجدول أعلاه عدد الطلبة المسجلين بمرحلة التدرج خلال (3) سنوات (1996-1998). ونجد فيه خلاله تزايد عدد الطلبة في كل التخصصات الجامعية من سنة إلى أخرى. باستثناء تخصص علوم الأرض الذي ازداد فيه عدد الطلبة المسجلين فيه من (4786) سنة 1996 إلى (5609) سنة 1997 ثم نقص العدد قليلا إلى (5496) سنة 1998.

جدول رقم (3): تطورات عدد المسجلين في الدراسات العليا (مرحلة ما بعد التدرج) (محمود بوسنة، 2000، ص 14).

السنة الجامعية												
-1995	1994	1993	-1992	-1991	1989	-1984	1979	-74	-69	-64	-63	
1996	-	-	1993	1992	-	1985	-	75	70	65	64	
	1995	1994			1990		1980					
1461	1661	1454	1527	1009	1191	722	255	90	122	74	29	العلوم الدقيقة
(495)	(651)	(571)	(547)	(350)		(151)						
3760	8564	3238	2955	2678	1760	577	193					التكنولوجيا
(370)	(637)	(357)	(281)	(24)		(09)						
2536	2247	2249	3038	3100	3413	4068	1816	279				العلوم الطبية
	603	594	845	653	686	288	105	-	-	-	-	العلوم البيولوجية
	(160)	(172)	(193)	(128)		(46)						
1062	393	199	210	207	560	376	58	-	-	-	-	علوم الأرض والعلوم الفلاحية
(340)	(138)	(64)	(36)	(55)		(39)						
	958	892	1206	1028	1002	347	275	287	32	14	28	العلوم الاقتصادية والتجارية
	(178)	(135)	(124)	(08)		(24)						
	1359	789	1337	1186	2752	796	409	544	78	41	13	العلوم القانونية
	(149)	(168)	(143)	(143)		(102)						
	219	231	214	236	405	261	170	-	-	-	-	العلوم السياسية والإعلامية
	(42)	(42)	(39)	(49)		(15)						
4803	1994	2157	1694	1600	1402	568	476					العلوم الاجتماعية
(737)	(172)	(257)	(240)	(65)		(06)		200	85	82	56	
1127	955	988	1016	910	790	620	208					الأدب واللغات الحيّة
(206)	(125)	(127)	(140)	(124)		(39)						
14740	1394	1279	13942	14607	1336	8597	3965	1400	317	211	156	المجموع
(2715)	9	1	(1770)	(11633)	7	(1290)						
	(2281)	(1893)										

يبين الجدول رقم (3) تطور عدد المسجلين في الدراسات العليا من سنة 1964 إلى غاية سنة 1996. ويتضح أن البداية الحقيقية للدراسات العليا كانت مع بداية النصف الثاني من الثمانينيات، ففي السابق كان مشروع الدراسات العليا يقتصر على التكوين بالخارج على شكل بعثات خاصة إلى البلدان الأوروبية وأمريكا الشمالية (محمود بوسنة، 2000، ص ص،

14-15). وتظهر أهمية الدراسات العليا في الدعم الذي تقدمه للبحث العلمي ومساهمتها في إنتاج المعرفة وذلك من خلال الرسائل المنجزة من طرف الطلبة الباحثين، كما أن تكوين الباحثين في مختلف الميادين يقلص من عملية اللجوء إلى الجامعات الأجنبية. وفي هذا السياق، يؤكد "محمد ناصر" على أن الدراسات العليا هي السبيل إلى إعداد القوى البشرية المتخصصة، ومجال توليد الفكر وإعداد الباحثين والقادة في مجالات العلم والإنتاج وأداة تجنيد الثقافة (محمود بوسنة، 2000، ص16). ونظرا لهذه لأهمية الدراسات العليا يشير الأستاذ "عزى عبد الرحمن" إلى أن ظهورها (في الجزائر) جاء بناء على الحاجة إليها وتوفير المؤطرين الذين تكونوا بالخارج في البعثات العلمية. فيقول "وقد ظهرت الدراسات العليا نتيجة نمو دراسات التدرج وحاجة قطاع التعليم والقطاعات الأخرى إلى البحث العلمي وكذا تزايد عدد المؤطرين الجزائريين خاصة من العائدين من الخارج والذين تكونوا في إطار عملية إرسال بعثات التكوين في الخارج في بداية السبعينيات. وساهمت الدراسات العليا في تكوين أعداد معتبرة من الإطارات والباحثين وفي دعم آلية البحث العلمي اعتمادا على الرسائل والأطروحات التي يقوم بها الطلبة الباحثون وكذا في تقليص عملية اللجوء إلى الخارج في التخصصات التي لا تتطلب ذلك (عزى عبد الرحمن، 1993، ص42).

جدول رقم (4) : تطور عدد هيئة التدريس

السنة الجامعية	العدد الإجمالي	عدد الإناث	عدد الأجانب
1962 - 1963	298	10	216
1969 - 1970	824	-	407
1974 - 1975	4041	-	4166
1979 - 1980	6207	-	2588
1984 - 1985	10560	-	2216
1989 - 1990	14536	2244	914
1994 - 1995	14593	2833	142
1995 - 1996	14427	3338	128

يبين الجدول رقم (4) تطور عدد هيئة التدريس ويوضح بشكل خاص أعداد عدد الإناث منهم والأجانب، ويفيد الجدول أن الجزائر بدأت بعد الاستقلال في الاستعانة بالخبرات الأجنبية، حيث أن عددهم بدأ في الازدياد حتى بلغ أقصاه في النصف الأول من السبعينيات، ثم أخذ هذا العدد في التناقص بعد ذلك، ليتم تعويضه تدريجيا بالإناث، وقد ازداد عدد الإناث بشكل لافت ليصل في بداية النصف الثاني من التسعينيات إلى ما يقرب من الربع.

الجدول رقم (5): توزيع أعضاء هيئة التدريس حسب الدرجة العلمية (محمود بوسنة، 2000، ص16).

السنة الجامعية 1995 - 1996			
عدد الأجانب منهم	%	العدد الإجمالي	
33	406	666	أستاذ كرسي
51	606	959	أستاذ محاضر
06	3601	5205	أستاذ مكلف بالدروس
28	3409	4972	أستاذ مساعد
10	1707	2522	مساعد
128	100	14247	المجموع

" يقدم لنا الجدول رقم (5) معلومات حول الدرجة العلمية لأعضاء هيئة التدريس والتي تبين النسبة الضعيفة لفئة الأساتذة ذوي التأهيل العلمي المطلوب للإشراف على مستوى ما بعد التدرج أي درجة أستاذ وأستاذ محاضر (4.6%+6.6%=11.2%). إن هذه الوضعية تعتبر من الأسباب الرئيسية لعدم فتح التسجيلات على مستوى الدكتوراه في العديد من مؤسسات التعليم العالي (محمود بوسنة، 2000، ص16)."

والمطلوب من التعليم أن يغير في عمق شخصية المتكون ويطور فهمه للمعلومات وتنمية قدرته على الحكم على الأشياء والمفاضلة، واتخاذ القرارات الملائمة في الوقت المناسب، وفي هذا السياق، تتجه المؤسسات الحديثة إلى تنشئة الطالب لكي يتعلم ذاتيا وبتزود من مناهل العلم بما يضمن تحقيق التعليم المستمر. وذلك من خلال استعمال معينات التعليم في مختلف الأطوار خاصة التي تسبق المرحلة الجامعية بما يتلاءم والخصائص النفسية والعقلية للمتعلم.

أما في المرحلة الجامعية، فيتم العمل على تطوير قدراته بالشكل الذي يتيح له ممارسة الانفتاح للأخذ والعطاء من مختلف مصادر العلم وذلك بتبني البحث العلمي كأسلوب (مع العلم أن التعليم العالي يعني الفكر والفكر يعني الأبحاث العلمية وتعني الأبحاث العلمية التقدم)، بحيث يصبح التحليل العلمي كمنهج والنضرة العلمية الموضوعية الشاملة، سمات لشخصية المتكون.

ويضيف الأستاذ "بوياية" أنه بتبني لأسلوب البحث العلمي في التعليم الجامعي، فإن مخرجاته من المتكونين سيندمجون بفاعلية في مختلف البيئات وستستفيد منهم القطاعات التي تستخدمهم، وكذلك مراكز البحث والمؤسسات الجامعية وهو الأمر الذي يؤدي إلى تحقيق التقدم (بوياية محمد الطاهر، ص ص، 89-90).

إن الحديث عن أهمية البحث العلمي في التعليم الجامعي يفقدنا للحديث عن البحث العلمي في الدول العربية ثم نتطرق، بعد ذلك، للحديث عن الديوان الوطني للبحث العلمي.

6- الجامعات في الوطن العربي والبحث العلمي:

هناك ثلاث أنواع من الجامعات في الوطن العربي وهي: الجامعات الدينية أو التقليدية مثل جامعة الأزهر الشريف بمصر والزيتونة والقرويين والنجف الشرف والجامعات العصرية

الوطنية والحكومية مثل، جامعة الجزائر ودمشق والإسكندرية وعين شمس والخرطوم واللبنانية والليبية وبغداد والرباط والرياض والتونسية والأردنية والكويت. والجامعات الأجنبية مثل: بيروت الأمريكية، والأمريكية في القاهرة لاهتمام بالتراث والآداب والمعرفة والثقافة. والقديس يوسف في بيروت والحكمة في بغداد. ويضيف الدكتور "جميل صليبا" نوعا رابعا وهو الجامعات الأهلية والخاصة هذه الجامعات التي بدأت تغزو الساحة العربية بصفة توحى بأنها ستحتل المساحة الأوسع وتستقطب الأعداد الأكبر من الطلبة خلال العقدين القادمين (سامي سلطي عريفج، 2001، ص ص ، 40-41).

واهتمت الدول العربية بإنشاء الجامعات، فتزايدت أعداد جامعاتها بشكل سريع بهدف إشباع الحاجة للزيادة الكمية وتلبية طلبات خريجي التعليم الثانوي، ونتيجة لذلك، تطور عدد طلاب التعليم العالي لكل مئة ألف مواطن بين 1980 و 1995، ونجد في هذا المؤشر فجوة واسعة بين الدول العربية عام 1995 بين لبنان والكويت 2712 و 2247 على التوالي إلى السودان 272 وإلى جيبوتي 22 (رواب عمار 2007، ص 60).

وقد أعدت برامج التعليم العالي في الوطن العربي وفق فلسفة ومناهج البلدان المتقدمة، وهو تعليم حديث النشأة، وقد تزايد عدد الجامعات بشكل ملحوظ خلال النصف الثاني من القرن العشرين، حيث وضحا "طه تايه النعيمي" كما يلي:

- 10 جامعات قبل سنة 1950، ثم 23 جامعة بين سنتي 1950 و 1969 ثم 79 جامعة في الفترة الممتدة بين 1970 و 1992.

هدف النمو السريع في عدد الجامعات خلال العقدين الأخيرين؛ إلى تحقيق جملة من الأهداف منها:

- تزويد بلدان الوطن العربي بالقوى البشرية المؤهلة في مختلف الميادين العلمية.

- تطوير البحث العلمي والتقني لكونه عنصرا أساسيا لدعم وإنجاح مخططات التنمية.

- نشر المعرفة والثقافة في هذه المجتمعات (محمود بوسنة، 2000، ص8).

جدول رقم (6): عدد الطلبة الملتحقين بالجامعات في بعض البلدان العربية (محمود بوسنة، 2000، ص10).

عدد الطلبة الملتحقين بالجامعات سنة 1994 - 1995				مجموعة من	
الإناث		الذكور		المجموع	البلدان العربية
24.2%	29809	75.8%	40737	70546	الأردن
56.3%	3987	43.7%	3093	7080	البحرين
43.1%	44230	46.9%	58452	102682	تونس
43.1%	102633	46.9%	135794	238427	الجزائر
44.6%	63050	45.4%	78135	141185	سوريا
46.4%	67137	43.6%	77244	144381	ليبيا
37.2%	220020	62.8%	370282	590302 سنة (93-94)	مصر
41.1%	99632	58.9%	142421	242053	المغرب
12.2%	10433	87.8%	70172	80605	اليمن

يوضح الجدول رقم (6) عدد الطلبة والطالبات في عدد من البلدان العربية في النصف الأول من التسعينيات. ويمكن أن نلاحظ من خلاله أن نسبة الطلبة الذكور أعلى من نسبة الطلبة الإناث في التعليم الجامعي باستثناء دولة البحرين، والتي تتفوق فيها نسبة الإناث على نسبة الذكور في التعليم الجامعي.

إلى جانب ذلك، سنتطرق إلى واقع البحث العلمي في الجزائر والدول العربية.

6-1- البحث العلمي في الدول العربية.

تعاني الجامعات العربية من عدة صعوبات تعترض سبيلها وتتنقص من دافعيتها للقيام بالبحث العلمي. ويأتي في مقدمة تلك الأسباب، نقص الأموال المخصصة للبحوث، وانشغال الأساتذة بالأعمال الإدارية والتدريس، وصعوبة النشر، ونقص تدريب الأساتذة على البحوث، وعدم وجود سياسات وطنية تحدد أولوياته ومجالاته وعدم وجود الأجواء العلمية المناسبة للبحوث. ومن أجل تجاوز هذه الصعوبات يستلزم الأمر، استخدام التقنيات الحديثة وإنشاء بنوك المعلومات وإنشاء صناديق مشتركة لدعم البحث العلمي، ونشر الأجواء العلمية المناسبة على مستوى الأقسام والكليات وتشجيع البحوث الجماعية (عبد الرحمن عدس، 1987، ص ص، 91-92).

إن مستوى البحث العلمي في الدول العربية ضعيف نسبيا مقارنة بالدول المتقدمة وبعض الدول النامية، وهذا يعمل على زيادة تبعيتها العلمية والتكنولوجية للدول المتقدمة على وجه الخصوص، والشيء الذي يزيد من خطورتها هو أن هذه التبعية سريعة النمو، مما يستوجب رسم سياسات واستراتيجيات عربية طويلة المدى، من أجل تحقيق تنمية علمية تكنولوجية في الوطن العربي، ذلك أنه من الخطورة البقاء في وضعية التبعية للخارج، وهو الشيء الذي يمثل خطرا على مقومات المجتمع العربي من حيث غزارة الاستيراد لتلبية حاجاته الأساسية في جال الغذاء والتصنيع واستكشاف الموارد الطبيعية والاستغلال الأمثل لاستخدام مصادر الطاقة والدفاع والأمن وغيرها (محمد عبد الرحمن، 1987، ص ص، 92).

6-2- البحث العلمي في الجزائر.

تأسس الديوان الوطني للبحث العلمي؛ تحت إشراف وزارة التعليم العالي، سنة 1974، بهدف تطوير وتنظيم البحث العلمي في مختلف القطاعات على المستوى الوطني. إلا أنه قد تم

حله لعدة أسباب منها قلة تقدير البحث العلمي في تلك الفترة وعجز هذا الديوان على تحريك البحث العلمي في مابين القطاعات نظرا لأنه كان تابعا لقطاع واحد وهو التعليم العالي.

ومع أن تجربة الديوان دامت عشر سنين (1974-1983) فإنه يصعب تقييم هذه لتجربة، نظرا لغياب المعطيات المتعلقة بمنجزاته. ومع ذلك، فإن تواجده يمثل دعما للبحث العلمي كما أنه أسهم في تأسيس مراكز البحث على مستوى قطاعات عدة. فقد مول الديوان الوطني للبحث العلمي في الفترة الممتدة بين 1974 و 1983 109 مشروع بحث داخل الجامعات و 62 بحثا وبرنامجا خارجها. وقد خصت هذه العملية سنة 1982م 1400 باحث موزعين كما يلي:

- 450 باحث في ميدان الطب والبيولوجيا.

- 640 باحث في ميدان العلوم الدقيقة والتكنولوجيا.

- 300 باحث في ميدان العلوم الاجتماعية.

وتم إنشاء عدة مخابر للبحث العلمي في عدة قطاعات. كما نوقشت 200 رسالة في إطار هذه المشاريع الممولة. وعلى العموم، فإن الديوان الوطني وبحكم طبيعته الجامعية الأكاديمية البحتة؛ لم يستطع إحداث حركية فعلية بين البحث العلمي والقطاع الاقتصادي والاجتماعي.

وشهد قطاع البحث العلمي، بين سنة 1983 وسنة 1985، فراغا نسبيا. وبحلول سنة 1985 تأسست محافظة البحث العلمي والتقني على مستوى الوزارة الأولى المشرفة على القطاعات الأخرى. وبدأت هذه المحافظة بتنظيم البحث العلمي في الجامعة. وتعتبر بداية الثمانينات فترة هامة بالنسبة للبحث العلمي الاجتماعي في الجامعة. ذلك أن البحث العلمي بوجه عام، كان يتم خارج الجامعة كالمعاهد أوالمراكز أو الدواوين كما أن مفهوم البحث العلمي كان يقتصر أو يمنح أهمية أكثر للعلوم التكنولوجية.

وابتدأت الجامعة من سنة 1985 تجربة البحث العلمي على طريقة فرق البحث حيث يتم البحث في إطار مجموعات من الباحثين، حيث يتم معالجة إشكاليات محددة ومدرسة على مستوى المجالس الوصية والجامعة والوزارة الوصية تسمى بمشاريع البحث، تدوم سنتين في المعدل يمول من المؤسسة الجامعية (عزى عبد الرحمن، 1993، ص ص، 41-42).

وفي سياق التعليم العالي، يذكر "نبيل علي" عدة أسباب لأزمة التعليم ومنها:

- استعارة الأفكار التربوية من الغرب نتيجة الفراغ التربوي حيث أننا في البلدان العربية نأخذ الفكرة ونقيضها نظرا لعدم تأملنا في الشروط الاجتماعية التي احتضنت تلك الأفكار المستوردة، وتجاهلنا لخصوصياتنا.

وبذلك فإننا نستورد نماذج تربوية منزوعة من سياقها الاجتماعي، وهذا إن كان مقبولا في الماضي فهو يتناقض مع توجه التربية الحديثة التي تتصح بزيادة التفاعل بين النظم التربوية مع البنى الاجتماعية.

- الاعتماد في التعليم على الحفظ والتلقين ورفض مبدأ النقد والتمحيص والنقاش والتحليل المبني على العقل والاحتكام إلى الحقائق التي تميز بشكل خاص العلوم الإنسانية (بوحنية قوي، ص ص، 168 - 169).

الفصل الثالث: المرض

يتناول هذا الفصل الطب والصيدلة عند كثير من الشعوب التقليدية كالصينيين والفرس والمصريين، إلى جانب العرب قبل الإسلام والطب النبوي، ثم الإشارة إلى إسهامات في الصيدلة والطب وتأثر الأوربيين بهم في هذا المجال. كما تم التطرق إلى مفهوم المرض والنظريات المتعلقة بمسبباته، وأهم اتجاهات التنظير حوله.

أولاً: الطب قديماً.

اهتم الأنثروبولوجيون بدراسة الإنسان البدائي من خلال أنشطته الدنيوية وأنشطته الدينية المقدسة التي تتصل بالقوى الروحية، وتبين لهم أنه يواجه مشكلاته بطرق مختلفة تماماً عن طرق مواجهة الإنسان المتحضر لها، مما يظهر أن تفكير الإنسان البدائي كأنه تفكير غير منطقي بالنسبة لتفكير الإنسان المتحضر. وسبب ذلك أن الفكر البدائي، كما أشار إليه " ليفي بريل" قد أحاط نفسه بعالم من الغيبيات التوتمية، وبطبقات متراكمة من الرموز السحرية التي تحجب عن الإنسان البدائي كل واقع في ذاته (محمد حسن غامري، 1989، ص14).

واكتشف الإنسان البدائي بوسائله البسيطة وغريزته البدائية عدداً من المواد الطبيعية استخلص منها عناصر علاجية قوية المفعول، من أهمها وأشدّها خطراً شجرة السنكونا، التي يحتوي لحاؤها على مادة الكينين، الذي لا يزال حتى الآن مستعملاً هو ومشتقاته في معالجة مرض الملاريا، وتخفيض درجة الحرارة. كما تمكن من الدفاع عن نفسه وحمائتها من الحشرات السامة والحيوانات المفترسة. كما كان يعتقد أن الأرواح الشريرة هي التي تسبب له الأمراض، ولذلك لجأ للشعوذة والاستعانة بالتعاويذ والتمايم من أجل طرد هذه الأرواح الشريرة التي تسكن جسد المريض.

وقد قام أيضاً بتغيير اسمه لخداع تلك الأرواح الشريرة، واعتقد أنه بذلك يستطيع التخفي والتخلص منها. ومن البدائيين من اعتقد أن طلائه لجسمه بألوان مختلفة وكثيفة؛ يجعل

الأرواح الشريرة تتصرف عنه، فيصبح في مأمن منها، ولذلك نجد لحد الآن بعض القبائل الإفريقية تقوم بتلوين وجوههم وتخطيط أجسادهم. واعتقد الإنسان البدائي بأن المرض هو عقاب من الله، حيث لا يمكنه التخلص منه إلاّ بعد قيامه ببعض الحركات والأعمال والصلوات لتحرير جسمه و شفائه (رياض رمضان العلمي، 1988، ص 16).

وقد اهتمت المجتمعات البدائية بمسائل الصحة والمرض، وهذا ما أثبتته دراسات علم التشريح وعلم الآثار والحفريات، إلا أنها كانت تجهل ماهية المرض ومسبباته، وقد توصل العلماء - بناءً على هذه الدراسات- إلى أنّ القبائل البدائية استخدمت في عصور سحيقة أدوات بسيطة للجراحة وتجبير الكسور، وهذا ما بينته بقايا العظام الدفينة التي عثر عليها وهي تعود لآلاف السنين، إضافة للرسوم والمخطوطات والنقوش الحجرية التي تدل على أنّ المجتمعات القديمة تعتقد أنّ القوى الغيبية هي المتسببة في حدوث المرض (عواطف عطيل، 2005، ص ص 40- 41).

وهذا ما أدى بالقبائل البدائية إلى أن تفسر الأمراض التي استعصى علاجها بمواد طبيعية بأنها من فعل الشياطين، والأرواح الشريرة، وبذلك أسست منظومة صحية خاصة بها تجمع بين الاعتقادات والممارسات السحرية لطرد الأرواح الشريرة من جسد المريض.

ولقد أصدر " René Dubos " كتابه "الرجل والطب والبيئة " man, médecine and environment (عواطف عطيل، 2005، ص 54). عام 1969 حاول فيه أن يبرهن على أنّ الإنسان البدائي كان أقرب إلى الحيوان منه إلى الإنسان حيث أنّه يعتمد كثيرا على غريزته لكي يبقى سليما صحيا.

وكان الإنسان البدائي لا يستطيع فهم الوظائف الجسمية، ولذلك فقد اتخذ من السحر وسيلة لمعرفة أسباب وعلاج الاضطرابات الصحية، فهو يعتقد أنّ الأرواح الشريرة هي التي

تسبب الأمراض للإنسان، حيث استخدم الطب البدائي والطقوس الدينية لطرد الأرواح الشريرة من جسم المريض (نادية محمد السيد، 2005، ص23).

وقد عرفت أكبر الحضارات الإنسانية الأساليب الطبية المقترنة بالممارسات السحرية والمعتقدات الدينية، ونظراً للدور البارز للكهنة والمشعوذين في تجسيد قيمة "الأمان" في الوسط الاجتماعي، والتي ترادف قيمة "الصحة"؛ فقد كان لهم مراكز اجتماعية هامة، لأن الصحة -في تقديرنا- تمثل حالة التوازن والاستقرار، الذي ترغب المجتمعات البدائية في بلوغها. في حين يمثل المرض حالة التوتر والخوف والهلع، حيث يسارع أفراد الجماعة أو القبيلة- وبإذن من الشامان، الذي هو: "رجل دين يتولى في العديد من المجتمعات البدائية علاج المرض بواسطة أعشاب طبيعية وكذلك باستحضار الأرواح و تقديم القرابين". (عواطف عطيل، 2005، ص41) أو الكاهن- إلى ممارسة طقوس وشعائر معينة، تظهر في التمام والتعويضات والرقصات؛ وذلك تجنباً للأذى المرتقب الناجم عن الأرواح، التي تمثل بؤرة الشر بالنسبة لهم، والخطر الدائم المحقق بهم. بالإضافة للأدوات البدائية البسيطة التي عثر عليها علماء الحفريات والآثار، والتي تعلمنا بالأساليب العلاجية الممارسة منذ آلاف السنين.

ولقد تزامن النمو التدريجي للنسق الطبي مع ظهور تخصصات علمية أخرى متعددة، والتي ساهمت في إثراء المجال الطبي خصوصاً مع التقدم التكنولوجي الذي طور دراسات البكتيريا والجراثيم والكائنات المجهرية بصفة عامة. حيث قام الأطباء المعاصرون الأوروبيون بتطوير الدراسات الأولى لليونان والعرب، وهذا ما ساهم في إضعاف هيمنة نسق المعتقدات، الذي ساد الحقل الطبي منذ آلاف السنين، وبذلك أخذت بعض أساليب الطب البدائي في التراجع والاندثار؛ وذلك بمجيء التفاسير العلمية والمنطقية بدل تلك التفسيرات القديمة القائمة على الاعتقاد في الغيبيات، والتي تجرد العقل البشري من أسمى وظائفه المتمثلة في التفكير والبحث والتجريب.

إلا أنّ هذه التحوّلات لم تمسّ كل المجتمعات الإنسانية؛ إذ نجد أنّ هناك بعض المجتمعات البدائية لا تزال تمنح قيمة كبيرة لمثل هذه الأساليب، باعتبارها إرث الأجداد، كما أنّها صلة ثقافية تعمل على الربط بين ماضيهم وحاضرهم، فالطب البدائي - كما سبق وذكرنا - ارتبط منذ بداياته الأولى بممارسات سحرية ودينية، أي أنّه متضمن في ثقافة المجتمع، ولذلك يكون من الصعب تغييره، فالسحر كعنصر ثقافي يتخذ أشكالاً مختلفة للظهور والاستمرار في الوسط الاجتماعي، إلاّ أنّه غير قابل للزوال. أما الدّين فهو على حدّ تعريف "فيبر Weber" له عاطفة نفسية محرّكة لمجموع القيم والمعايير، وكذلك يعدّ إطاراً مرجعياً للجماعة والقبيلة وبذلك يعمل على توجيه سلوك الأفراد إزاء مواضيع ومواقف معينة. في حين تمثّل أدوات التضميد والجراحة المستعملة في العلاج أشياء مادية مستقلة عن ذات الأفراد، وتشكل وسائل لبلوغ أهداف مرتبطة بالمعتقد السائد في الوعي والفكر الثقافي للمجتمع، ولذلك فإنّ تغييرها يعتبر أمراً طبيعياً وضرورياً مادامت لا تخالف المتعارف عليه والمتفق حوله في المجتمع (عواطف عطيل، 2005، ص 41، 42).

ويبدو أنّ الطب - بشكل عام - قد بدأ سحرياً ثمّ دينياً ثمّ تطور وأصبح بالتدريج علمياً أيّ أنّه صار يخضع للملاحظة والتجريب.

ويختلف المؤرخون حول تاريخ هذا التطور حيث يرى بعضهم أنّه حدث في منتصف القرن التاسع عشر مع "كلود برنارد"، في حين يرى البعض الآخر أنّ هذا التطور قد حدث حينما اكتشف "باستور" البكتيريا.

بينما يرى فريق ثالث أنّ هذا التطور لم يحدث إلاّ في الخمسينات من القرن العشرين مع التطور المدهش لعلم الوراثة والكيمياء الحيوية (بثينة على إبراهيم، 2005، ص 42).

ولمّا كان الوعي الصحي مسألة ثقافية والتغير الذي يمس الثقافة يؤثّر فيه كذلك، فإنّه

يمكننا القول أنّ لكل مجتمع أو جماعة اجتماعية سلوكاً معيناً تجاه مواضيع الصحة

والمرض، وأساليب وطرائق الوقاية والعلاج. وسنتطرق فيما يلي للحديث عن عدد من الشعوب وكيفية تعاملها مع مسألة المرض، والجهود التي بذلتها للحفاظ على الصحة.

1- الصينيون:

ينتمي الشعب الصيني إلى الجنس الأصفر، ويغلب عليه الطابع المغولي، وقد تمركز الصينيون وحققوا كثيراً من الإنجازات الحضارية منذ منتصف القرن الخامس قبل الميلاد وذلك بفضل وجود أحواض نهريّة خصبة، فقد اندمجت العائلات الإقطاعية في مملكتين تصارعتا على السيطرة فيم بينهما، بزعامة عائلة "تشيو" في الجنوب وعائلة "تسين" في الشمال الغربي. وقد استطاع "تشيى - هوانج- تي" زعيم عائلة "تسين" في عام 221 ق.م أن يعلن نفسه أول إمبراطور للصين، وأصدر أمراً ببناء سور الصين العظيم الذي يعد أحد عجائب الدنيا السبع، وذلك لإبعاد خطر المغول، واتسعت حدود البلد في عهد "وو- تي" لتشمل التركستان وأنام وكوريا والهند الصينية ومنشوريا، وقد صنع الصينيون حضارتهم بأنفسهم، ولم يقتبسوا إلا القليل من غيرهم حتى أنهم تمسكوا بفسفتهم ومعتقداتهم الخاصة وتحزب كثير منهم إمّا لاعتناق البوذية أو لتعاليم الكونفوشيوسية، ولذلك لم يستجيبوا للنصرانية التي جاءتهم على يد المبشرين النساطرة في القرن السابع الميلادي، ولا للإسلام الذي وصلهم على يد المغول والأتراك، وبقي تأثير الديانتين محدوداً في الصين.

وفي مجال العلوم يعرف عن الصينيين أنهم أول من قدّم للعالم فن الطباعة والحبر والورق والبارود، والبوصلة والعملة الورقية وآلة تسجيل الزلازل، كما حققوا تقدماً ملموساً في الرياضيات والفلك، والصيدلة والطب (خالد حربي، 2006، ص79).

وقد بدأ الطبّ عند الصّينيين القديماً بالسّحر والشّعوذة، ثم تأسّس علم الكون وعلم الفلسفة، قام الصينيون قبل الميلاد بحوالي 3000 سنة بوضع دستور للأدوية مؤلف ومن

خلال التجربة تطور الطبّ الشعبي والذي ساعد على معرفة العقاقير النباتية (رياض رمضان العلمي، 1988، ص18).

ويذكر "ول ديورانت" أنّ الطبّ في الصّين خليط من الحكمة التجريبية والخرافات الشعبيّة. ويرى أنّه قد ظهر قبل عهد "أبقراط" بزمن طويل أطباء عظماء.

وكانت الدولة تعقد امتحانا سنويا في أيام أسرة " چو " للذين يريدون الاشتغال في المهن الطبية، وتحدد رواتب الناجحين منهم حسب جدارتهم التي يظهرونها في الاختبارات. وفي القرن الرابع قبل الميلاد، أمر حاكم صيني بتشريح جثث أربعين مجرما والذين حكم عليهم بالإعدام، وأن تدرس أجسادهم دراسة تشريحية، إلا أنّ نتائج الدراسة قد ضاعت وسط النقاش النظري، وتوقفت فيم بعد عمليات التشريح. وفي القرن الثاني الميلادي ألف "چانچ چونج-تنج" عدة رسائل في الحمية والتغذية بقي معمولاً بها مدة ألف عام. وفي القرن الثالث الميلادي ألف "هو- دو" كتابا في الجراحة، وعمل على إشاعة العمليات الجراحية من خلال اختراعه لنبيذ يخدر المريض تخديرا تاما، إلا أنّ أوصاف هذا المخدر قد ضاعت فيم بعد ولم يعرف عنها شيء. وفي القرن الثالث الميلادي كتب "وانج شو-هو" رسالة دائعة الصيت عن ضربات القلب.

وقد قام "داو هونج-چنج" بتقديم وصف شامل لسبعمئة وثلاثين عقارا مم كان يستعمل في الأدوية الصينية، وبعد قرن من ذلك ألف "چاو يوان- فانج" كتابا قيماً في أمراض الأطفال والنساء بقي من المراجع الهامة زمناً طويلاً. وزاد دوائر المعارف الطبية في عهد أباطرة أسرة "تانج"، كما كثرت الرسائل الطبية المتخصصة، والتي تبحث في موضوع واحد في زمن الملوك من أسرة "سونج". وكانت العقاقير الطبية متنوعة وكثيرة، وكان الأطباء يكتثرون من تشخيص الأمراض فمثلاً وصفوا من الحميات ألف نوع، وميزوا أربعاً وعشرين حالة من أنواع النّبض، واستخدموا اللّقاح في معالجة الجدري، ووصفوا الزئبق للعلاج من الزهري (خالد حربي، 2006، ص ص 79 - 80).

وقد كان الصينيون يقاومون مرض الجدري، من خلال محاولتهم تعزيز جهاز المناعة وذلك بتفقيح الأطفال الصغار عن طريق عصارة خراج التعفن، وحث الأطفال على استنشاقه عن طريق الأنف (ملياني نادية، 2010، ص 40).

وقد عزا الصينيون حدوث الأمراض إلى البرد والحر والجفاف والرطوبة، حيث تحدث أمراض الصدر في الشتاء، والحميات في الخريف، والأمراض العصبية في الربيع، بينما تحدث الأمراض الجلدية في الصيف.

وقد قام علماء الصين بتجربة الأعشاب على أنفسهم أولاً دون تجربتها على الحيوان. ويتضح ذلك في طريقة "شن تونج" الذي عاش حوالي عام 2200 ق.م والذي يعتبر مؤسس الصيدلة في الصين، وهو مؤلف كتاب الصيدلة المشهور باسم "بن تساو"، ويعزى إليه اكتشاف نبات "شانغ شانغ" الذي اتضح فيما بعد أنه نبات "ماهوانغ" أي الأقدرا وهو نبات معرّق ومنشّط، وقد استخلص العلماء منه مادة الأقدرين المستعملة في الطب الحديث، والتي تدخل في العديد من المستحضرات الصيدلانية. ويعتبر كتاب "بن تساو" أول دستور للأدوية، حيث ضم 365 نباتاً مع ذكر مصادرها ونموها وخواصها، وتحضيرها واستعمالها. إضافة للأعشاب الطبية استعمل الصينيون الأدوية ذات المصدر المعدني، والحيواني وكانوا ينقعون الأعشاب الطبيّة في الماء وأحياناً يخمرونها لتصير على هيئة الجعة، ومع أنّ الصينيين لم يعرفوا التقطير، إلاّ أنّهم كثيراً ما استعملوا الضمادات والمراهم والتدليك والحمامات الباردة والساخنة. وقسم الصينيون الأدوية النباتية إلى ثلاثة أقسام هي: الحلو والمر والمالح. وزعموا أنّ المرّ يغذي الجسم، والحلو يغذي العضلات، والمالح يغذي العروق. كما عرفوا بعض الأدوات الجراحية البسيطة، ومن أشهر المؤلفات الصيدلانية والطبية الصينية ما يلي:- كتاب الموكنج، كتاب أدوية الخزانة الذهبية، كتاب الوصفات العاجلة، كتاب المائة وصفة وكتاب بن تساو.

واشتهر الصينيون باكتشاف طريقة الوخز بالإبر، والتي بقيت مستعملة حتى الآن، حيث وصلت إلى فيينا بالنمسا وبعض بلدان أوروبا والكويت وأمريكا. واعتبر الصينيون الحمية ركيزة للمعالجة الطّبية، واهتموا كثيراً بالأدوية المفردة وتجنّبوا الأدوية المركبة، وتبادلوا المعلومات مع علماء العرب والمسلمين واستفادوا من الصيادلة العرب والمسلمين، أما العرب فقد تعلموا منهم صناعة الورق (خالد حربي، 2006، ص ص، 80-81).

2- بلاد ما بين النهرين (في العراق حالياً). أطلق المؤرخ اليوناني "بوليبوس" (208-126 ق.م) والجغرافي "استرابو" (63 ق.م - 19 م) تسمية "ميزوبوتاميا" Mesopotamia والتي تعني "أرض ما بين النهرين"، ويقصد بها المنطقة الموجودة بين نهري دجلة والفرات، والتي تمتد حتى حافة المناطق المرتفعة في الشمال حيث يدخل النهران الهضبة إلى منطقة بغداد الحالية، ويقترّب نهرا دجلة والفرات من بعضهما وتضيق المسافة بينهما إلى أقل اتساع (رياض رمضان العلمي، 1988، ص ص، 18-19). إلا أنّ هذه التسمية لا تفي بالغرض، لأنّ المناطق الحضارية امتدت حول النهرين أيضاً ولقد تنبه "الإغريق" إلى قصور لفظ "ميزوبوتاميا"، فأضاف بعضهم تسمية "بارابوتاميا" والتي تعني ما وراء النهرين أو ما حولهما (أحمد أمين سليم، تاريخ العراق، 2000، ص 21).

وقد كانت حضارة ما بين النهرين معاصرة لحضارة المصريين القدماء أثناء ازدهارها على ضفاف النيل، ونشأت في وادي الرافدين دجلة والفرات -العراق حالياً- وقد أسسها السومريون الذين جاؤوا من المناطق الباردة في مرتفعات إيران والقوقاز والأناضول (خالد حربي، 2006، ص 47). وتعاقبت حضارات متتالية على هذه البلاد، ففي حوالي 4000 سنة قبل الميلاد سكن السومريون العراق وكانت حضارتهم برّاقة ورثها عنهم البابليون ثم الآشوريون. وفي حوالي 2000 سنة قبل الميلاد تبوّأت بابل مركزاً حضارياً مرموقاً.

ومع اندثار تلك الحضارات، لم تصلنا إلا أخبار قليلة عن علوم الطبّ والصيدلة فيها. وفي القرن السابع عشر، عثر على وثائق منقوشة بالخط المسماري على ألواح محروقة بالآجر. وكان الطب عند البابليين أساسه السّحر وهو بيد الكهنة. وقد حضّروا الأدوية واستعملوها، وقدسوا الثعبان الذي جعلوه رمزاً للطبّ والصيدلة.

ويعتبر الملك "حمورابي" هو الذي أسس إمبراطورية بابل، والتي حكمها خلال الفترة الممتدة (1686-1728) سنة قبل الميلاد، ونال سمعة طيبة، وشهرة عظيمة لما امتاز به من الاستقامة، والعدالة والأخلاق العالية. وقد شجّع "حمورابي" التعامل بالأدوية، وأصدر قانوناً حدد فيه أجر الطبيب ومسؤوليته الكاملة في حالة وقوع أي خطأ. وفي عام 1902م، عثر على قانون "حمورابي" على حجر اسطواني بمدينة "سوسي" العراقية، وقد جاء فيه كثير من الجوانب الاجتماعية والمعيشية والصناعية، والطبية والرسوم التي يجب أن يتقاضاها الأطباء، والغرامات التي عليهم أن يدفعوها في حالة وفاة المريض نتيجة سوء تصرفهم (رياض رمضان العلمي، 1988، ص ص، 19-20).

وقد كان "حمورابي" فيلسوفاً ومصلحاً اجتماعياً قبل أن يكون ملكاً، حيث أمر بجمع وتدوين كل النظم والشرائع المتعلقة بالأمم السابقة عليه أو المعاصرة له، وبعد أن انتهت عملية الجمع والتسجيل أخذ "حمورابي" بنفسه يعيد ترتيبها، وتنظيمها، وتصنيفها حسب الزمان الذي وجدت فيه أو المكان والموضوع الذي قيلت فيه أو تعالجه، ثم نظم "حمورابي" ما تحصل عليه في 282 مادة عرفت باسم "قانون حمورابي" (صلاح مصطفى الفوال، المدخل لعلم الاجتماع الإسلامي، 2000، ص 51)، وقد وضع قانون "حمورابي" سنة 1700 قبل الميلاد، وكان الهدف منه تنظيم أكثر للمجتمع من خلال الطابع القانوني المنظم للحياة اليومية، بهدف الوصول للمدينة الفاضلة (ملياني نادية، 2010، ص 40)، ويعد قانون "حمورابي" أقدم قانون طبي في العالم أجمع.

وقد ورد في ألواحهم الطينية أنهم حضروا 255 دواءً عشبياً، و120 دواءً معدنياً، واستعملوا الأمزجة والأشربة، والحقن الشرجية والمغليّات، والكمّادات، والزيوت، والتبخيرات، والدهون والمنقوعات، ودلّت ألواح الطين كذلك على أنّ أطباء وصيدالة بابل قد ابتكروا طريقة منظّمة لدراسة الأعشاب، حيث خصّصوا العمود الأول لاسم العشب والعمود الثاني لاسم المرض وخصص العمود الثالث لطريقة تحضير الدواء من العشب بينما يحتوي العمود الرابع على الإرشادات وكيفية استعمال الدواء، كما استعملوا الفلك والتنجيم في المعالجة (رياض رمضان العلمي، 1988، ص 20). ومع أنّ الآلهة عند البابليين هي التي تسبب المرض، فقد يكون كذلك نتيجة للعين الشريرة أو الشياطين.

وبقي الطّب عند البابليين تخالطه الكثير من العمليات السحرية كاستعمال التعزيم، وبالرغم مم توصلوا إليه من معلومات مهمة عن الأمراض، وتشخيصها ومعرفتهم بالعقاقير وتركيبها. وتشير النصوص المسمارية إلى أنّه كان في العراق القديم منذ بداية الألف الثاني ق.م الأطباء الجراحون، والبياطرة، ومجبرّوا العظام، وأطباء العيون، وقد ذكر بعضهم في قانون "حمورابي".

ويمكن أن نميز صنفين رئيسيين من النصوص الطبية التي خلفها لنا الأطباء:

فالصنف الأول يتكون من نصوص تخصّ تشخيص المرض أو التنبؤ به، أمّا الصنف الثاني فيتكون من نصوص خاصة بالتداوي؛ أي وصف الأدوية. وغالباً ما تختلط الأساليب السحرية بالصنف الأول من النصوص، أمّا الصنف الثاني فهو مهم جداً في تاريخ تطور الطّب. ففي هذا الصنف من النصوص وصف للأعراض المرضية والأدوية اللازمة لشفائها.

أي أنّها كانت بمثابة أدلّة أو مراجع للأطباء الممارسين (خالد حربي، 2006، ص ص، 48-50)، وقد استخدم السحر في العلاج وكان يتم تشخيص الداء عن طريق النجوم،

وعزوا الأمراض إلى الأرواح الشريرة، إذا وقى الإنسان نفسه منها عاش سليماً معافى. ويمكن تقسيم الأطباء إلى ثلاث طبقات:

" 1- الطبقة الأولى: متنبئة بمصير المريض من شفاء وخلافه.

2- الطبقة الثانية: متخصصة في طرد الأرواح الشريرة.

3- الطبقة الثالثة: وهم الأطباء الحقيقيون الذين يعالجون بالعقاقير والجراحة (بثينة على إبراهيم، 2005، ص 25). "أي أن الأفراد من الطبقة الأولى، هم كهان يقومون بإطلاع الناس بما سيؤول إليه المرض، وكمثال عن الكهانة ودورها في التنبؤ بالمرض اهتمام الكهان بالكبد باعتبارها مركز الحياة وسرّها، "فكانوا يأخذونه من أحشاء الخراف يسوقها المرضى قرابين بعد ذبحها ويفحصون الكبد ويقارنون النتوءات التي بها، بتمثال كبير صنعوه من الصلصال ووضعوه في المعبد، وعلى حسب التفاوت بين كبد الخروف وتمثال الكبد، يتنبئون بمدى خطورة حالة المريض (بثينة على إبراهيم، 2005، ص 26). "وأفراد الطبقة الثانية، يقومون بالعلاج "الروحي" من خلال طرد الأرواح الشريرة. في حين أنّ أفراد الطبقة الثالثة هم الأطباء الحقيقيون، فهم يقابلون في وقتنا المعاصر فئة الأطباء والجراحين. ومع أن البابليين قد عرفوا التشريح، إلا أنه كان أكثر بدائية من معرفة المصريين، وقد عرفوا تشريح الحيوانات من تقطيع الحيوانات التي تذبح لإطعامهم أو لترضية الآلهة. بينما عرفوا التشريح البشري من حوادث الأفراد في السلم والحرب، والدليل الوحيد على معرفتهم المفصلة هي قوائم أسماء الأعضاء في شروح معاجمهم، وهي المعدة والطحال، والقلب والكليتان، والكبد والرئتان، وهي أهمها جميعاً عند البابليين (خالد حربي، 2006، ص 50 - 51).

3- المصريون القدماء: امتدت الحضارة المصرية لحوالي 3000 سنة، أي منذ ظهور

الكتابة المصرية القديمة- الهيروغليفية- إلى غاية عصر إسكندر الكبير (ملياني نادية، 2010، ص 41)، وتعود حضارة المصريين إلى أكثر من 4000 سنة قبل الميلاد. وكان

الطب عندهم خليطاً من السحر والطلاسم والشعوذة. ويعد " أمحوتب Imhotep " أشهر من مارس الطب عندهم، واعتبروه إلهاً وأقاموا له التماثيل والمعابد، وقدموا له القرابين. ومن أشهر معابدهم معبد "ممفيس" (رياض رمضان العلمي، 1988، ص 21). وكان "أمحوتب" وزير الملك "زوسر Zoser" أحد ملوك الأسرة الثالثة (2980 - 2900 ق.م)، وقد برع في الطب، والعمارة، والسحر، والتّطق بالمواعظ والحكم؛ ولذلك ارتفعت مكانته عند المصريين القدامى. وبعد مرور مائتين وخمسين سنة من وفاته رفعوه إلى مصاف الآلهة (خالد حربي، 2006، ص 17).

وقد أضاف المصريون القدامى للطب طريقة الكشف عن المرض من خلال المراقبة الخارجية للون البشرة، وحالة الفم، وحالة الوجه، إضافة إلى عدة تصنيفات فيزيولوجية للأمراض القلبية، والبولية، والشرجية، والرئوية، والطفيلية، والجراحية وما تحتاجه كل فئة من خدمات صحية، كما استعانوا حينها بالمحنطين. وتميزت كذلك الحضارة المصرية بالتخصص في الناحية الجمالية فالصحة الجيدة تعني الجمال أيضاً. وكانت الخدمات الصحية عند المصريين تتم وفق التقسيم الطبقي للمجتمع، فطبيب الملك يعالج الملك، ومن معه من المقيمين في قصره وعرشه، ويتم تمويل الخدمات الصحية ومستلزماتها من الأعشاب والأدوية عن طريق الحسنات، والهبات، والمكافئات التي يقدمها الملك أو الأغنياء من الطبقة الراقية في المجتمع (ملياني نادية، 2010، ص 41).

يُعرف على "أبقراط" أنه أبو الطب، إلا أن نبوغ "أمحوتب" في الطب قبل أن يولد "أبقراط" يجعل منه بحق أباً للطب. "وينبغي أن يذكر أولئك الذين يقولون بأن أبقراط أبو الطب، أنه يجيء في منتصف المسافة الزمنية بين "أمحوتب" وبيننا، وفي ذلك ما يكفي لتعديل منظورهم إلى العلم القديم (خالد حربي، 2006، ص 18).

وكان المصريون القدماء من أوائل الشعوب التي عرفت الطب الشرعي، وكانوا يختارون الطبيب الشرعي من الأطباء الخبراء في الطب العام المعروفين بالسمعة الطيبة، واقتصرت

مهمتهم على الكشف على المرضى والوفيات، حيث تُعرضُ الحالات المشتبه فيها على القضاء (رابح العوي، 2003، ص ص، 2- 3).

ويمكن تقسيم مصادر المعلومات عن الطبّ المصري إلى ما يلي:

1 - قصص الرحالة اليونانيين.

2 - التوراة.

3 - البرديات.

4 - بقايا المومياوات.

5 - نماذج للفن المصري (خالد حربي، 2006، ص 18).

وسنتطرق إلى قصص الرحالة اليونانيين، والبرديات بشيء من التفصيل.

3-1- قصص الرحالة اليونانيين: يعتبر "هيرودت" أول المؤرخين القدماء، ولد سنة 480

ق.م ، وزار مصر عام 450 ق.م. وعمره ثلاثون عاما، حيث توجه إلى ممفيس وطيبة

وهليوبوليس، ومكث في مصر سبعة أشهر، حيث يقول المؤرخ "هيرودت" بخصوص شهرة

المدارس الطبيّة عند المصريين القدماء: "أنّ المدارس الطبيّة في مصر كانت في منتهى

الشهرة، والسّمة الطبيّة الطبيّة، كما أن رجال الطبّ الذين تخصّصوا في مختلف فروعها كان

لهم صيت ذائع، وأن الملوك والأمراء والعظماء في البلاد الأخرى كانوا يستدعونهم لعلاجهم

(سمير أديب، 2000، ص 566).

3-2- البرديات: نما نبات البردي في دلتا مصر، وكان المصريون يستعملون لبّه في

الأكل، واستخدموا رأسه إكليلا للآلهة. وعملوا من ساقه القوارب للبحارة والورق للكتابة، ودونوا

علومهم عليه. وقد سلمت أوراق البردي من تخريب الإنسان، بسبب اختفائها عن الأعين

لأجيال عديدة، وأتاح لنا اكتشافها الإطلاع على علوم الطبّ في مصر القديمة. وكان يعثر

على البرديات بين ساقى إحدى المومياوات أو في كومة من النفايات، وقد سميت البرديات بأسماء من كانوا يمتلكونها، مثل: "إدوين سميث Edwin Smith"، أو "كارلسبرج Carlsberg"، أو "شستر بيتي Chester Beatty" (سمير أديب، 2000، ص 566). كما سميت بمكان اكتشافها، مثل: "رامسيوم Ramesseum" أو "كاهون Kahun". وأحيانا باسم مدينة مثل: برلين أو لندن وأحيانا أخرى باسم ناشر ذي سمعة عالمية مثل "إبيرس Ebers" (نبيل عبيد، 2004، ص 18).

وتشير الاكتشافات الهيروغليفية إلى أن حضارة المصريين القدامى، تعد من أشهر الحضارات التي تطورت فيها علوم الصيدلة والطب، وظهرت مستندات تثبت أنهم عرفوا المئات من الأدوية النباتية معظمها معروف لدينا، كما أظهرت الحفريات وجود آلات جراحية تدل على تقدم فن الجراحة عندهم. ولعل براعتهم في التحنيط أكبر دليل على طول باعهم في معرفة علمي التشريح والكيمياء. كما عرفوا المسهلات والمقيئات ومدرات البول.

وأقاموا مدارس خاصة لتعليم الطب أهمها: مدرسة "أونو" (هليوبوليس)، ومدرسة "سايس" للقبالات، ومدرسة طيبة التي اشتهرت بمكتبتها العظيمة، والتي استقطبت العديد من علماء ذلك العصر من مختلف البلدان. وكانت المدارس تفرض على الطلبة شروطا قاسية أهمها أن يكونوا مختونين، وأن يكونوا من ذوي الأخلاق الحميدة والسيرة المحمودة.

وجاء في البرديات أن المصريين القدامى قد استعملوا العديد من النباتات في العلاج كالزعر، والحنضل، والزعفران، والثوم، والبصل، والحلبة، وزيت الزيتون وزيت الخروع. واهتموا بصفة خاصة بشجرة زيت الخروع لاعتقادهم أن تشفي من الصداع، فكانوا يسحقون فروع الشجرة ويمزجون المسحوق مع الماء ويضعون كل ذلك على الرأس. وكان المصابون بالإمساك يعضون بضعة بذور من ثمرة الخروع من أجل طرد الفضلات.

كما استعملوا شجرة الخروع لتنمية شعر النساء وذلك بتحضير عجينة تتكون من الشحم وفيها مسحوق شجرة الخروع من عصر البذور، واستعملوه كمرهم للجرح يضعونه عليه عدة أيام فيشفى، واستعملت هذه النباتات بالأشكال الصيدلانية المعروفة كالمنقوع والمغلى واللبخات والقطرات والبخور، وحضروا منها أدوية لأوجاع الرأس وأمراض العيون والفم، والأنف، والأذن، والأمعاء، والمعدة، والكبد، والثدي، والمجاري البولية، والشعر والأصابع، والأظافر وأمراض النساء والولادة.

وهم أول من اكتشف أدوية التخدير لمنع الألم، كما أتقنوا إجراء العمليات الجراحية كالختان وتجبير الكسور والخصي والنقب (فتح الدماغ)، كما أنهم أول من مارس جراحة التجميل (نبيل عبيد، 2004، ص 20).

كما أنهم عرفوا المرّ والصبّر واستخدموها ضدّ الإسهال والتطهير ضد الصّرع وهم أول من اكتشف فائدة بذور الخلّة، واستخدموا خلاصتها المائية لإنزال الحصوات، كما عرفوا فوائد شجرة زيت الزيتون فزرعوها، واستخدموا زيت الزيتون علاجاً للمرارة والكبد وكذلك مقوياً للشعر. واستخدموا النعناع والزعتر كعلاج للمغص والتخمة وصنعوا من الشعير شراباً مقوياً منعشاً ومدراً للبول وقدموه للعمال بصفة خاصة ليضاعف من نشاطهم ويزيد من قوتهم الحيوية. واستعملوا لطرّد الريح وتحسين الطعم كلا من الشمر والكرابوية والكمون والكزبرة، والينسون. ولعلاج السعال كانوا يقومون بتحميمص بذور الكتان وعمل "لبخ" لعلاج الدمامل والخراريج، واستخدم قدماء المصريين الحنظل مسهلاً وطارداً للحشرات، واستعملوا الحناء خضاباً للشعر وكمادة مطهرة للجروح وقابضة لها وتساعد على التئامها، وعرفوا الحلبة كمدر للّبن وفاتحة للشهية (رياض رمضان العلمي، 1988، ص ص، 21-23). كما توصّلوا إلى علاج تسويس الأسنان بالحشو، وشدّ غير الثابت منها إلى جاراته، وحاولوا معرفة جنس الجنين الذي تحمله الأنثى (وفاء عبد العزيز بدوي، 1992، ص 6).

واعتقد المصريون القدامى أنّ الإنسان يولد سليماً، ثم يصير عرضةً للمرض نتيجة لعوامل

خارجية: كالديدان، والهواء، والعوامل النفسية والبيولوجية المرضية وأسباب غامضة أو من الإله، أو السحر، كما كان مجرد التّعرض للهواء يعتبر من مسببات المرض، وأنّ بعض الأجسام لها استعداد للمرض. وكانوا يعتقدون أن الشفاء يكون بمغادرة المرض للجسم من خلال البراز أو البول أو الريح وأنّ الإصابة بالديدان هي نتيجة وليست سببا للمرض.

ونسبت بعض الأمراض إلى عوامل إنسانية أو إلهية غير ظاهرة، وأمّا السّحر فكان مُهماً بالنسبة للمصريين القدامى، واعتبروا أنّ الإله أعطى للإنسان السّحر كسلاح ضدّ أعدائه، ومن أهم مظاهره المناظرة المذكورة في القرآن الكريم بين النبي موسى عليه السلام وسحرة فرعون. ونظراً لمهارة المصريين القدامى في السّحر، فقد امتزج السّحر عندهم بالطبّ، وعالجوا بهما - السحر والطب - أمراضاً كثيرة (سمير أديب، 2000، ص 567).

وخلاصة القول أنّ المصريين القدامى اعتقدوا أن الإنسان يولد في منتهى الصّحة، وأنّ المرض يُعزى لعامل خارجي. ورغم جهلهم لعلم الميكروبات إلا أنّهم اكتشفوا الأمراض الباطنية، معلّين ذلك بوجود شيء غامض داخل الجسم وعزّوا ذلك للسّحر أو لروح شريرة أو لعقاب إلهي. واعتادوا على تسمية المرض باسمه متبوعاً بعلامة تصويرية، ممثلة في عدوٍ على هيئة رجلٍ مائلٍ إلى الأمام وبنزفٍ من رأسه (نبيل عبيد، 2004، ص ص 41-42).

4- الفرس:

إنّ بلاد الفرس هي ما يسمى اليوم إيران، ينتمي سكانها للأصل الآري، كانوا أوّل الأمر قبائل متفرّقة أكبرها قبيلة "الأخمينيين"، ثم تجمّعوا في الجنوب الغربي من البلاد وكوّنوا ما يشبه الدولة، إلا أنّهم كانوا تابعين لدولة "الميديين" التي أسّست في الشمال الغربي من البلاد، ثم توسّعت مساحتها حتى جاوزت اليونان. واستطاع "قوروش" -وهو أحد زعماء قبيلة الأخمينيين- في سنة 555 ق. م أن ينتزع السلطة من "الميديين" ويؤسس دولة الفرس التي

بدأت تنمو، حتى صارت إمبراطورية تمتد من بلاد السند شرقاً إلى بلاد ما بين النهرين والساحل الفينيقي، ومصر وآسيا الصغرى، وشمالى اليونان غرباً. وبذلك استفادت الحضارة الفارسية من حضارات الأمم والشعوب التي أخضعها حتى أنه قد كثر في بلاط الفرس أطباء وعلماء، ومنجمون من مصر وبابل واليونان والهند. ثم بدأت تتدهور الأحوال في الإمبراطورية الفارسية في أواخر القرن الرابع قبل الميلاد؛ بسبب صعوبة إدارتها نظراً لاتساعها إلى أن سقطت في قبضة الاسكندر المقدوني سنة 331 ق.م والذي عمل على تقسيمها إلى دويلات صغيرة حتى لا تستطيع تهديد بلاد اليونان. واستمر حكم الإغريق للفرس إلى سنة 226 م، وذلك حينما نبغ "أرشدير بابك" مؤسس الطبقة الرابعة من ملوك الفرس المعروفين بآل ساسان أو الأكاسرة واستعاد سلطته على الأراضي العربية المجاورة لبلاده كالأنبار والحيرة. وقيام الدولة الساسانية في بلاد فارس أصبحت العاصمة "طيسفون" -المدائن على دجلة- مركزاً مهماً للتجارة الشرقية، وتَحَكَّم الفرسُ في النشاط التجاري حتى قُرب ظهور الإسلام (سمير أديب، 2000، ص 567).

ويعتبر "جشميز" أول طبيب وكيميائي فارسي، حيث أنه استخرج المعادن النفيسة وخصوصاً الذهب والفضة، واستخرج كذلك أنواع الطيب كالمسك والكافور والعنبر. ويتضح أن معرفته بعلمي النبات والكيمياء، كانت الأساس المعرفي الذي انطلق منه لإظهار علوم الصنّاعة الطبيّة.

وكان الطبّ الفارسي مزيجاً من طبّ اليونان ومصر والهند، وقد دخل طبّ اليونان إلى بلاد فارس - حسب بعض الروايات - بعد زواج ملك الفرس "سابور" بابنة القيصر "أولينوس"، وكان في قصرها عدد من أطباء اليونان، فنقلوا طبّ اليونان إلى فارس، كما استقدم ملوك فارس أطباء مصر، ففي القرن السابع قبل الميلاد تقريباً - أي في عهد أسرة الكيانيين - استقدم الملك "درار بن داراب" عدداً من أطباء مصر لِبَلَاطِهِ، وكان شديد الثقة بهم فنشروا وصفاتهم بين الفرس (أحمد أمين سليم، تاريخ العراق، 2000، ص ص 299 - 300).

كما لجأ إلى الفرس بعض أطباء النساطرة الذين فرّوا من مدرسة الرّها الطّبيّة المشهورة، التي أغلقها الامبراطور "زينون" سنة 489 م، حيث شجّعهم الأكاسرة وعطفوا عليهم، فقاموا بتعليم الطبّ وبنوا المستشفيات واستمروا كذلك حتى ظهور الإسلام (نبيل عبيد، 2004، ص 4).

وقد اختلط الطب في فارس بأعمال الكهنة، وكان "ميترا" هو إله الطبّ عندهم واعتقدوا أنّه يجب علاج المرض بمزيج من السّحر مع مراعاة قواعد الصّحة العامّة. واعتمدوا في علاج المرضى على التعاويذ والرّقى أكثر من العقاقير بحجّة أن الرّقى إنّ لم تُشفي المرض، فإنّها بعكس العقاقير لا تقتل المريض. وزادت في فارس ثروة البلاد زيادة مطّردة، وذلك في عهد "أرت خستر الثاني" فتكونت بها نقابة للأطباء والجراحين، وحدّدت أجورهم في القانون حسب منزلة المريض الاجتماعية، وقد نصّ القانون على أن يعالج الكهنة بأجر.

وشهدت بلاد الفرس بعد غزو الاسكندر حالة من الضّعف والخمول طيلة ستة قرون، واستعادوا علمهم وأدبهم بقدم الدولة الساسانية (226-652 م).

ويعدّ "أردشير بابك" (226-241 م) أكثر ملوكهم تشجيعاً للعلم، فقد بعث في طلب الكتب من الرّوم والهند والصين، وكذلك كان الحال في عهد ابنه "سابور" وعهد "كسرى أنوشروان". وجمعت في عهد الدولة الساسانية نصوص الكتاب المقدس المسمى "بالأفستا" بعد أن كانت مشتتة، ووضع لها الشرح المسمى "زاندافستا".

وكان طب الفرس مزيجاً من الرقى والتعزيم وبعض المبادئ العلمية، واعتقدوا أن إله الشر "أهريمان" أطلق الأمراض كلّها وسلّطها على الناس فعارضه إله الخير "أهرومازدا" وعلمّ الناس جميع الأدوية الضّرورية لحفظ صحتهم (خالد حربي، 2006، ص 59).

5- الإغريق (اليونانيون):

عُرِفَت بلاد اليونان - الإغريق - قديماً باسم "هيلاسي Hellas"، وهي تشمل ما يعرف حديثاً باسم شبه جزيرة البلقان، ومجموعة الجزر المنتشرة في بحر أيّجة، وكذلك المدن اليونانية المنتشرة على ساحل شبه جزيرة آسيا الصغرى. والرُّومان هم الذين أطلقوا عليهم تسمية الإغريق، أمّا اليونانيون فقد سموا أنفسهم "الهيلينيين"، وتسميتهم باليونانيين فمرجعه إلى اللُّغات السّامية القديمة (خالد حربي، 2006، ص ص، 60- 61).

ويعد "اسقليبيوس" أول طبيب إغريقي مارس مهنة الطب، حيث عاش في حوالي سنة 1250 ق.م، كما أنّه يعتبر إله الطب الإغريقي، وقد اتفق بخصوصه أنّه أول من تكلم في شيء من الطب عن طريق التجربة (خالد حربي، 2006، ص ص، 62- 63).

وقد وضعت تماثيل في المعابد، أحدها يصور اسقليبيوس وهو ممسكٌ "بعصا في يده يلتف حولها ثعبان، وهو ما أصبح اليوم شعاراً لمهنة الصيدلة (عاصم أحمد حسين، 1998، ص 1).

واستفاد الإغريق من تراث قدماء المصريين والبابليين وغيرهم من الشعوب الذين سبقوهم، وكان لعلماء الإغريق باع طويل في الطب والصيدلة، وأسهموا في تقدّمهما بخطوات كبيرة. وقد رفع الإغريق "اسكولاب" إلى مصاف الآلهة وسموه "إله الشفاء"، وبنوا على شرفه الهياكل على قمم الجبال وقرب ينابيع المياه المعدنية، وقدّموا له القرابين ومعها أسماء أمراضهم مكتوبة على الطين المجفّف كي يشفيهم منها.

وقد ولد "أبقراط" الإغريقي في جزيرة "قوس" سنة 460 ق.م، ومع ظهور "أبقراط" بدأت الصيدلة كعلم ذي أصول. وهو ينحدر من سلالة "اسقليبيوس"، حيث يعتبر "اسقليبيوس" الجد الثامن عشر له (بثينة على إبراهيم، 2005، ص 31).

ويعتبر "أبقراط" هو أب الطب، وكانت له صفات ممتازة، ومن أهمّ إنجازاته أنّه قام بفصل الطبّ عن الدين ووضع له أسساً وقواعد معينة. وقد ألّف "أبقراط" أزيد من ستين كتابا في

الطبّ أشهرها: الأمراض الخبيثة، الأمراض الوافدة، الأمراض الحادة، أمراض النساء والكسور، كما يرجع له الفضل في نقل طرق العلاج من عهد الشعوذة والسحر إلى عهد الملاحظة والتجربة، واعتبر الأمراض ظواهر طبيعية.

وهذا ما يشير إليه "أبقراط" في رسالة له بعنوان "المرض المقدس"، حيث يقول: "إن للأمراض جميعها عللاً طبيعية بما في ذلك الصرع نفسه. الذي يفسره الناس بأنه تقمص الشيطان جسم المريض. وما زال الناس يعتقدون بأنه من عند الآلهة، لعجزهم عن فهمه. ويتوارى المشعوذون والدجالون وراء الخرافات و يلجأون إليها؛ لأنهم لا يجدون علاجاً ناجحاً لهذا الداء. ومن أجل هذا يطلقون عليه اسم المرض المقدس حتى لا ينكشف للناس جهلهم الفاضح (بثينة على إبراهيم، 2005، ص 31)."

ولم يستحسن استخدام الأدوية إلاّ في الحالات القصوى، وكان يترك للطبيعة مسألة شفاء المريض، واعتبر "أبقراط" أنّ ارتفاع درجة الحرارة عند المريض يدلّ على أنّ جسم المريض يقوم بمقاومة المرض.

واهتم بعدد من الأمراض كالصرع، والخناق، والكبد، والكلّى، واضطرابات القلب ووصف تشنجات الكزاز، واهتم بالحمل وعرف أن مدته 280 يوماً، كما اهتم بالإجهاض والوضع والختان، ووصف مرض السّل الرئوي، كما أنّه ابتكر كثيراً من الآلات الجراحية (رياض رمضان العلمي، 1988، ص 25).

وقد أخذ "أبقراط" بنظرية الطبائع الأربع في الجسم الحرارة والبرودة، واليبوسة والرطوبة تمثلها الأخلاط الأربعة: البلغم، والسوداء، والدم، والصفراء، وتمثلها العناصر الأربعة: التراب والماء، والنار، والهواء. ويكون الجسم صحيحاً في حالة توازن الأخلاط الأربعة في الجسم، ويحدث المرض إذا غلبت أحد هذه الأخلاط، وعرف "أبقراط" أن حالتي الصحة والمرض تتناوبان على الإنسان والحيوان والنبات، وأنّ التطبيب تجربة وقياس.

وقد تأثر الأطباء العرب كثيراً بمؤلفات "أبقراط"، حيث ترجموا معظمها عن السريانية (رابح العوي، 2003، ص ص، 16-17). كما كان "أبقراط" صيدلياً فذاً، حيث وصف أكثر من 235 دواءً وعشباتاً، وكان يحضّر أدويته ويستعملها بنفسه، منها الأدوية الداخلية كالأمزجة والحبوب والأقراص والأدوية الخارجية كالأقماع والكمادات والمراهم والتحاميل والقطرات. ولم تتجاوز وصفته 4-5 أصناف، ولم يهتم بالريح المادي. وكان يلتزم بالعطف والأخلاق السامية والمعاملة الحسنة، وهو الذي وضع قسّم "أبقراط" المشهور والذي يلتزم به الأطباء حتى يومنا هذا (رياض رمضان العلمي، 1988، ص ص، 25-26).

واشتهر "ثيوفراستوس" الإغريقي كعالم فذ، وله مؤلفات في النبات تتميز بأسلوب شيق، ووصف الخصائص الطبيعية والطبية لجميع النباتات والأعشاب والأشجار. وكان من أوائل الذين ذكروا الخشخاش كمسكن للألم وذلك منذ القرن الثالث الميلادي، وقد ألف ما يزيد عن 200 مجلد أشهرها كتاب تاريخ النبات. مع أن والد "أرسطو" كان طبيباً إلا أنه لم يكن كذلك، ومع ذلك فإنّ تعاليمه قد أثّرت بشكل كبير على البشرية وعلى العرب الذين سمّوه "المعلم الأول". وقد قام "أرسطو" في بداية حياته بجمع الأعشاب والعقاقير، وألّف في عدة مواضيع منها: الحيوان، الفيزيولوجيا، التشريح المقارن وعالم الأجنة بالإضافة لمؤلفاته في المنطق، والفلسفة، والبيان، والأخلاق، والسياسة، وعلم النفس. وقد ترجمت جميع مؤلفاته إلى العربية، وكان مرشداً وصديقاً "للأسكندر المقدوني" ورافقه في فتوحاته الآسيوية ممّ أتاح له الفرصة للإطّلاع على نباتات تلك المنطقة (بثينة على إبراهيم، 2005، ص ص، 32-33).

6- الرومان:

انتقل مركز الثقل في عالم البحر المتوسط من الشرق، واستقر في روما وذلك خلال القرن الثاني الميلادي، وهذا الانتقال كان له أثره في الحياة العلمية.

وقد عزا الرومان المرض لأسباب بيئية مثل: الماء، والغذاء والهواء، وأسّسوا المستشفيات للعناية بالمرضى، ويرجع لهم الفضل في إنشاء الحمامات والعلاج بالتدليك وكذلك الكثير من مبادئ الطب الوقائي والصحة العامة (رياض رمضان العلمي، 1988، ص 26).

واستفاد الرومان من حضارة مصر والإغريق، من خلال مدرسة الإسكندرية التي كانت تضم 300 ألف مخطوطة مكتوبة على ورق البردي، وقد اشتهر عندهم بعض الأطباء والصيدالة منهم: "أندروماك": طبيب الطاغية "نيرون" الذي اشتهر بإعداد دواء يعرف باسمه حتى الآن ويدخل في تركيبه قرابة 64 مادة منها: البخور، والأفيون، والفلفل، والزعفران، والقرفة وكان يستعمل هذا الترياق لمعالجة حالات التسمم كسم الأفاعي وغير ذلك، ومن الغريب أن هذا الترياق بقي مستعملا في دستور الأدوية الفرنسي حتى عام 1837م.

ديوسقوريدس: ولد شمال سوريا وهو أحد أعلام الطب والصيدلة، عاش في كنف الإمبراطورية الرومانية، وهو مؤلف كتاب "الماتيريا ميكا" (كتاب الحشائش)، الذي بقي كمرجع علمي للصيدلة والأطباء طيلة 16 قرنا، وقد وضع "ديوسقوريدس" 500 دواء في مؤلفه إضافة إلى أدوية معدنية وحيوانية. وقد اشتهر بالدقة المتناهية في تحضير الأدوية وله الفضل في وضع أسس وصف عالم العقاقير، الذي يعتبر بدوره أساسا لجميع علوم الصيدلة. واعتمد على التجربة والملاحظة، وهو من أوائل الذين وصفوا الأفيون وشجرة الخشخاش، كما ذكر فوائده في السعال وتسكين الألم. وعرف طريقة النقع والتبخير وكيفية تحضير لزقة الرصاص وحضّر خلاصات نباتية من عرق السوس وغيره.

جالينوس: ولد في بيرجاموم بشمال آسيا الصغرى، وكانت بها جامعة تنافس جامعة الإسكندرية حضارة وثقافة، ويعتبر أشهر الأطباء بعد "أبقراط"، تلقى علومه بكلية اسكوبيان ولأنه كان يرغب في مزيد من العلوم؛ فقد سافر إلى عدة بلدان داخل اليونان وخارجها كصقلية، والإسكندرية، وقبرص، وفلسطين، ولبنان.

مارس الطبّ ثم عينه الإمبراطور الروماني "ماركوس أوريليوس" طبيبه الخاص في روما وقد ألف قرابة 500 كتاب منها 98 كتاباً في الصيدلة والطبّ، واشتهر بنشاطه الفذّ في الصيدلة والتشريح والفيزيولوجيا، وارتبط اسمه بفئة هامة من المستحضرات الصيدلانية مازالت تحمل اسمه حتى الآن، وهي المستحضرات "الجالينية" أو "الجالينوسية"، وقد سمّي "أبو الصيدلة" نظراً لمؤلفاته العديدة التي تتناول العقاقير وتحضيرها، وصفاتها، وأوصافها ومقاديرها. وقد ترجمت معظم كتبه إلى اللّغة اللاتينية ولغات أخرى منها اللّغة العربية (رياض رمضان العلمي، 1988، ص ص، 26-27).

7- الهند (بلاد الهند):

استفاد الهنود من إسهامات الحضارة البابلية في الصيدلة والطب، وأضافوا إليها إضافات جوهرية اختصوا بها، والتي تميز طبّهم "كطب هندي". ولقد وجد في الهند مركزان علميان كبيران، كان الطبّ من أهمّ العلوم التي تدرس فيهما ويعدّ كل من كتاب "سردا" وكتاب "شاركا" من المصادر الطبية الهندية التاريخية التي ذاع صيتها، وهما كتابان يحتويان على معارف متشابهة، حيث يحتويان على أسماء العقاقير الطّبيّة المعروفة آنذاك. ويعتمد الطبّ الهندي في المعالجة على توصيات صحيّة وأدوية مستحضرة من الثّباتات، والمعادن والحيوان. وتذكر بعض المصادر التاريخية الكثير من العمليات الجراحية البسيطة، مثل: الشّق الجراحي، وفتح البطن، وتجميل الأنف وغيرها، وهذا يدلّ على اهتمام الطبّ الهندي بالجراحة. ومع أن كتابي "شاركا" و"سردا" يمثلان أهمّ المصادر الطّبيّة اليونانية، إلا أنّ مدونات الطبّ الهندي تبدأ بكتاب "أترافا-فيدا"، ففي هذا الكتاب جدول طويل يحتوي على أسماء أمراض مع أعراضها، مع وجود كثير من الطّلاسم والسّحر وقد نشأ الطبّ الهندي تابعاً للسّحر. إذ كان القائم بالعلاج يدرس ويستخدم وسائل مادّيّة لشفاء المريض، على أساس أنّ هذه الوسائل تساعد في نجاح ما يكتبه من رقى روحانية. ومع مرور الزمن ازداد الاعتماد على الوسائل المادية دون أن يتخلص من تعاويذه السحرية. ويُفسّر الطبّ الهندي

القديم المرض على أنه اضطراب في العناصر الأربعة (بثينة على إبراهيم، 2005، ص37)، ويكون الشفاء من هذا الاضطراب بالعلاج بالتمائم السحرية والأعشاب، وبحسب الطبّ الهندي فإن الماء هو خير علاج لمعظم الأمراض.

ومع أن البراهمة (إحدى الفرق الدينية الهندية) يحرمون تشريح جثث الموتى إلا أنّ بعض أطبائهم كان ينصح بذلك لتدريس الجراحين على أعمال الجراحة، وفي الحقيقة كانوا بارعين في الجراحة، فقد أجروا جراحة البطن، وبتروا الأطراف وجبروا العظام، وأزالوا البواسير، ودعوا إلى تعقيم الجروح بالتبخير. وبعض أطبائهم قد ذكر فوائد أنواع من الشراب العلاجي في تخدير الجسم وإيقاف إحساسه بالألم. ويقال أن الهنود قد قاموا بجميع العمليات الجراحية ما عدا عملية ربط الشرايين.

وكان أطباء الهنود ينصحون باستعمال الأدوية النباتية والأعشاب الطبية في مقابل التحذير من الإسراف في استخدام العقاقير. وركزت نظرية العلاج عندهم على الحمية، ونظام الغذاء وكانوا يميلون أكثر لاستعمال الأدوية من الخارج كالمراهم، والمساحيق المعطسة، والمقنّيات واستعمال الحمامات البخارية.

وقسم علماء الهند العقاقير إلى ثلاثة أصناف: معدني وحيواني ونباتي، والنباتي هو المهم بالنسبة لهم، وقسموا هذه الأصناف الثلاثة إلى (37) قسماً، بحسب صلاحية استعمالها لعلاج الأمراض. كما أنّ هذه العقاقير مقسّمة إلى (5) مجموعات هي: المسّهلات، والمقنّيات، والحقن الشرجية الزيتية، والغسولات والمعطسات. ولقد اشتهر أطباء الهند عالمياً في صنع أصناف من الترياق، يمنع تأثير السموم في البدن، وبقوا متفوقين على الأطباء الأوربيين في علاج عضه الثعبان. وعرف الهنود التطعيم منذ سنة 550 ميلادية، وعرفوا أثر البعوض في إحداث الملاريا قبل أن يصبح ذلك حقيقة علمية بقرون عديدة. كما يعرضون على من يرغب في ممارسة الطبّ تأدية قسّم يشبه في مضمونه الأخلاقي والأدب المهني قسّم "أبقراط" رائد الطبّ اليوناني (رياض رمضان العلمي، 1988، ص ص، 27 - 29).

ويمكن القول أنّ أطباء الهنود قد تمكّنوا من الفن الطّبيّ العلاجي، وقد تأثّروا ببعض جوانب الطّبّ البابلي وأثّروا في غيرهم من الأمم وخصوصا اليونان.

أثر طبّ اليونان في تقدّم الطّبّ الهندي، كما أثر الهنود في الطّبّ العربي، فقد اعترف خلفاء المسلمين - وخاصةً هارون الرّشيد والمأمون - ببراعتهم الطّبيّة، حيث استدعوا أطباء الهند لمعالجتهم، وذلك أثناء مرحلة تأسيس الطّبّ العربي، والتي اكتملت في العصر العبّاسي الثاني بظهور أئمة الطّبّ في العالم الإسلامي وفي مقدّمهم " أبو بكر محمد بن زكريا الرازي"، طبيب المسلمين دون منازع و"جالينوس" العرب (خالد حربي، 2006، ص ص، 70 - 71).

ثانيا: الطّب العربي والإسلامي:

1- الطّب العربي قبل ظهور الإسلام (في الجاهلية):

شاع بين الناس أنّ العرب في الجاهلية كانوا منعزلين عن النّاس، ولم يكن لهم أيّ اتصال مع الشعوب الأخرى، فالبحر من جانب والصحراء من جانب آخر حصرها وجعلها منقطعة عن حولها. وفي الحقيقة أنّ هذه الفكرة خاطئة، وأنّ العرب كانوا متّصلين بمن حولهم مادياً وأدبياً. وكان ذلك بطرق عديدة، أهمها: التجارة، وإنشاء المدن العربية المجاورة لفارس والروم، والبعثات اليهودية والنّصرانية التي كانت تتغلغل في جزيرة العرب تدعو إلى دينها وتنتشر تعاليمها، ومع ذلك فإن اتّصّالهم بغيرهم من الأمم كان أضعف ممّ كان بين الأمم المتحضرة لذلك العهد، وذلك نظرا لموقعها الجغرافي وحالتها الاجتماعية.

وإنّ ما يسمى "بالطبّ الجاهلي العربي"، هو خلاصة ما نقله العرب من معارف طبيّة من الشعوب التي جاورتهم، وخاصة الفرس والهنود، واليونانيين، إضافة إلى ما استخلصوه من تجاربهم البسيطة، فكان الطّبّ عندهم يمارس بطريقتين:

الأولى: هي طريقة الكهنة وما ينبثق عنها من سحر، وشعوذة، وعرافة.
الثانية: هي طريقة العلاج بالعقاقير، والمتمثلة في بعض الأشربة المعدنية البسيطة والنباتية إلى جانب الحجامة، والكي، والفصد. وكانت النار عندهم تقوم مقام المطهرات؛ فعند البتر يقوم المعالج بتسخين الشفرة بالنار قبل استعمالها.

ومع أنّ الطبّ في العصر الجاهلي كان بدائياً، يقوم على التعاويذ، والكهانة، والتمايم أكثر من اعتماده على الاستقصاء ومعرفة أسباب الداء قبل وصف الدواء. إلا أنّ ذلك لا يمنع أنه قد وجد إلى جانب الكهّان والعرفان جماعة من الأطباء الطبيعيين، استخدموا لعلاجهم طائفة من الأعشاب والنباتات ذات الأهمية المعروفة في العلاج، وقدّموا لمرضاهم بعض النصائح السليمة. فقد اشتهر العرب منذ الجاهلية بالحدق في فهم خواص الحشائش والأغذية بمعرفة علاج كثير من الأمراض. وكانت لهم أحياناً آراء سديدة، وتجارب ناقصة أحياناً أخرى يتوارثونها من مشايخ الحي وعجائزه تعتمد على الفصد، والكي، والحجامة.. إلخ.

وكان "ابن حزيم" من تيم الرباب ممن اشتهر بين العرب في الجاهلية، فقد عُرف عنه أنّه كان حذقاً في الطبّ، حيث بلغ فيه درجة عالية حتى ضُرب به المثل فيه (في الطب)، فكان يقال فلان "أطبُّ من ابن حزيم" (خالد حربي، 2006، ص ص، 72 - 73).

ويعدُّ "الحارث بن كلدة الثقفي" طبيب العرب في وقته، عاصر الرسول (صلى الله عليه وسلم)، وذكره "القفطي" في إخبار العلماء بأخبار الحكماء فيقول: "الحارث بن كلدة طبيب العرب في وقته، أصله من ثقيف من أهل الطائف رحل إلى أرض فارس وأخذ عنهم الطبّ في الجاهلية وقبل الإسلام. وقد أجاد في هذه الصناعة وطبّب بأرض فارس وعالج وحصل له بذلك مال هنالك، وشهد أهل بلد فارس فيمن رآه بعلمه، وكان قد عالج بعض أجلانهم فبرا وأعطاه مالا جزيلا وجارية حسناء سماها الحارث سمية، ثم اشتاقت نفسه إلى بلده، فرجع إلى الطائف واشتهر طبه بين العرب" (جواد علي، 1993، ص 37).

وقد سمى العرب في الجاهلية الأطباء الذين يعالجون أمراض البدن "بالحكماء"، وكان الحكيم عندهم يجمع بين التجربة والعلم والنفوذ (خالد حربي، 2006، ص 123).

وعرف العرب من الجراحة الفصد والكي والحجامة، وتجبير الكسور، ويقوم بها في الغالب الحلاق وذوي الخبرة، وورث العرب احتقار الجراحة من اليونان لأنها تعني حرفة اليد باليونانية، واليونان يحتقرون الحرف اليدوية، كما ورثوا الخوف من إجراء العمليات الجراحية، لما في ذلك من خطر على الحياة حيث يعاقب القائم بالجراحة بالمثل بحسب قانون حمورابي العين بالعين والسن بالسن. (عبد العزيز اللبدي، 1991، ص 87). بعدما تحدثنا عن أطباء عاصروا الرسول (صلى الله عليه وسلم)، سنتطرق بعد ذلك، بحول الله تعالى، إلى الطب النبوي.

2- الطب النبوي:

مع أنّ الرّسل لم يكفّفوا بتعليم الطبّ للنّاس، وجُعِل ذلك الأمر متروكاً لجهود البشر وأبحاثهم وتجاربهم العلمية. إلا أنّ الشرائع السماوية كانت متضمّنة لوصايا صحّية، تنادي بالطّهارة، والنّظافة، والاعتدال في الطعام والشراب، وتحريم الأشياء المضرة بالإنسان، وكان للإسلام القسط الأوفر في ذلك.

وتدعو السنّة النبوية في مجملها إلى طرائق المحافظة على الصّحة، وكيفية تجنّب مسبّات الأمراض، وذلك لأهميتها في الحياة الإنسانيّة، ولاشكّ أنّ الصّحة قوة للإنسان. وهذا يذكرنا بحديث أبي هريرة - رضي الله عنه - قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "المؤمن القويّ خير وأحبّ إلى الله من المؤمن الضّعيف، وفي كلّ خير، احرص على ما يَنْفَعُكَ، واستعن بالله ولا تَعْجَزْ". (رواه مسلم)

كما تعتبر الصّحة نعمة يحسد الإنسان الصّحيح عليها، وهذا ما يشير إليه حديث عبد الله بن عباس - رضي الله عنهما - قال: قال النبي صلى الله عليه وسلم:

"نعمتان مغبون فيهما كثير من الناس: الصّحة والفراغ" (رواه البخاري) (صالح بن أحمد رضا، 2001، ص 469).

وهناك موقفان متعارضان بخصوص فائدة الطبّ النبوي:

الموقف الأوّل: ويمثله "ابن خلدون" حيث يرى أنّ الطبّ النبوي يُستخدم للتبرّك وصدق الإيمان، فإذا تناول شخص غير مُؤمّن أحد وصفات الرسول - صلى الله عليه وسلم - لعلاج مرض ما فإنّه لا يشفى، في حين إذا تناول شخص مؤمّن مصاب بنفس الداء وصفات الرسول - صلى الله عليه وسلم - فإنّه يشفى.

والموقف الثاني: يمثله "ابن قيم الجوزية" حيث يعتقد أنّ الطبّ النبوي يفوق طبّ الأطباء من حيث أنّه لا ينطق عن الهوى (بثينة على إبراهيم، 2005، ص 37).

وينحصر الطبّ النبوي في الأحاديث الشريفة المأثورة عن النبي - صلى الله عليه وسلم - والخاصّة بالمرض.

ويمثّل الطبّ الوقائي جزءاً كبيراً من الطبّ النبوي، فقد جعلت الوقاية من مسائل العبادات مثل النّظافة (الوضوء والاعتسال)، والعناية بالصّحة البدنية (حركات الصلاة الرياضية) إضافة إلى الإرشاد إلى التحرز من الأمراض المُعدية بطبعها، وإرشاد الأصحاء بتجنّب أهلها (خالد حربي، 2006، ص ص 131 - 132).

وفي علاج الحمّى قال الرسول - صلى الله عليه وسلم - ما ثبت في الصحيحين

(البخاري ومسلم) " إنّما الحمّى، أو شدّة الحمّى من فيح جهنّم، فأبردوها بالماء "

والطبّ الحديث يأخذ بالعلاج النبوي للحمّى، وهذا يدلّنا على أنّ الطبّ النبوي - الموحى

به - ينطوي على أمور مفيدة وعظيمة.

كما أنّ للنّبي (عليه الصلاة والسلام) آثار عظيمة في علاج الكثير من الأمراض، وبعض الأدوية المفردة ومنافعها، وفوائد الأطعمة، وخصوصا التمر، والأشربة خاصة العسل واللبن.

وقد وضع الرسول (عليه الصلاة والسلام) مبدأ للوقاية يمكن تسميته بقانون "الحجر الصحي" إذ يقول في الطّاعون: "إذا سمعتم به بأرض فلا تدخلوا عليه، وإذا وقع بأرض - وأنتم بها- فلا تخرجوا منها." (أخرجه الثلاثة، والترمذي) (خالد حربي، 2006، ص ص، 139-140).

وقد صح عن الرسول (عليه الصلاة والسلام) أنه قد نهى عن أكل كلّ ذي ناب من السباع؛ حيث ورد " أنه نهى عن أكل كل ذي مخلب من الطير وكل ذي ناب من السباع" (الحديث صحيح أخرجه مسلم، وأبو داود، و أحمد، والدارمي).

"فقد رأى بنور ربه عدم صلاحية هذه اللحوم لبني آدم، وهو ما يتفق وقول العلم الحديث؛ بأن عضلاتها قوية عسرة الهضم؛ كما أن أجسامها مليئة بالمواد السّامة؛ والطفيليات التي لا يقتلها الطّهي (عبد الباسط محمد سيد، 2003، ص 134).

و رغب النبي (عليه الصلاة والسلام) في أكل التمر، ففي الصّحاحين من حديث عامر بن سعد بن أبي وقّاص، عن أبيه، قال: قال رسول الله: "من تصبّح بسبع تمرات من تمر العالية، لم يضره ذلك اليوم سم ولا سحر".

وذكر بخصوص الفوائد الطّبيّة للتمر أنّه يمكن أن يستخرج منه العديد من الأدوية مثل: الأورمايسين، والبنسلين، والعديد من المضادات الحيوية، وفيتامين ب12 وبعض الهرمونات (صالح بن أحمد رضا، 2001، ص 289).

3- إسهامات علماء العرب والمسلمين في الصيدلة والطب:

اهتمّ العرب في صدر الإسلام باللّغة والعلوم الدّينية إلى جانب الطبّ؛ نظراً لحاجة الناس إليه. وفي ذلك يقول "صاعد الأندلسي" في كتابه "طبقات الأمم" أنّ العرب: "لم يعنوا في صدر الإسلام بشيء من العلوم إلّا ما اتصل بلغتهم وأحكام شريعتهم، مع استثناء علوم الطبّ، فإنّها كانت معروفة لأفراد منهم (مصطفى صادق الرافعي، 1997، ص 37)."

يقصد بعلماء العرب كلّ من كتب باللّغة العربية، ويخطأ من يستبعد من علماء العرب كلّ من كان أصله غير عربي. وقد أشار المنصفون من المستشرقين أمثال "الدو مييلي Aldo Mieli" و"ف. بارتولد Barthold" و"كالرو ألفونسو نلينو Nallino" فقالوا "إن علماء العرب في هذا المجال هم كل من أسهموا في تقدم العلم ممن كتبوا بالعربية من أهل العصور الوسطى. وعاشوا في بلاد عربية، أو تدين لسلطان العرب، يجمعهم تراث واحد، ويربطهم مصير واحد (أحمد أمين سليم، معالم تاريخ العرب، دت، ص ص 61-62)."

وفي هذا السياق يرى "ابن خلدون" أنّ معظم الفضل في التطور الأساسي للعلوم عند المسلمين، يعود للنصارى والفرس واليهود، وأنّ العرب الخلّص لم يقوموا إلّا بدور صغير في ذلك التطور العلمي - وحتى لو صحّ ذلك - فقد كانت اللّغة العربية لغة العلم في العالم الإسلامي، وقامت في المشرق بما قامت به اللّغة اللاتينية في الغرب. لأن اللّغة العربية كانت لغة الدين الإسلامي والإدارة (توفيق الطويل، 1985، ص 86). وبعد أن دخل العرب للإسلام اندفعوا من شبه الجزيرة العربية لنشر دين الإسلام؛ ففتحوا بلدان عديدة، وأتيحت لهم فرصة الإطلاع على أمم أخرى، وعلى مدارس زاخرة بأمّهات الكتب في العلوم والفلسفة معظمها باللّغة السريانية، والتي كانت موجودة في الإسكندرية، وبيروت، وأنطاكية، وحرّان، ونصيبين، والرّها وجنديسابور (حسن نافعة، كليفوردي بوزورث، ص 127). وترجم المسلمون والمسيحيون العرب بعض الكتب من السريانية إلى العربية في العصر العباسي. وأضافوا

إليها بالتدريج كثيراً من مستحدثاتهم من علوم الفرس والهنود والصينيين، فشهدت البلاد الإسلامية نهضة ثقافية لم يكن لها مثيل في ذلك العصر (نعيم فرح، 2000، ص 323). وبعده "حنين بن إسحاق" من أكثر المترجمين إنتاجاً، وهو من قبيلة عباد العربية النصرانية بالحيرة، وكانت ترجمته في غاية الدقة، وكان عالماً بأربع لغات وهي: العربية واليونانية، والفارسية والسريانية. وقد قام "حنين بن إسحاق" بدور عظيم في ميادين التأليف والترجمة وخصوصاً في ميدان الطب، وهو الذي شرح وفسر معاني كتب "أبقراط" و"جالينوس" ولخصها، وقد أمره الخليفة "المأمون" بترجمة كتب حكماء اليونان إلى اللغة العربية. وبذلك استطاع المسلمون - من خلال الترجمة - أن ينقلوا علوم ومعارف الأمم التي عاصروها، بل لقد أسهموا بعد ذلك في تطوّر تلك العلوم ومن بينها علم الطب؛ حيث أضافوا إليه الكثير، فقد كانوا سباقين لاكتشاف بعض الأمراض كأمراض العيون، والجذري، كما أضافوا الكثير إلى علم الطب في الأغذية، واكتشاف الدورة الدموية، والتوليد وغيرها، وظهرت براعتهم الفائقة في كشف أصناف الأدوية. كما اهتموا بالجانب الإنساني في الطب (بثينة على إبراهيم، 2005، ص 51). وقد أصبحت اللغة العربية غنية - نتيجة للترجمة - بالكلمات الطبية بحيث صارت كتب الطب مثل كتب النحو، تؤلف في شعر منظوم (إسماعيل راجي الفاروقي، لوس لمياء الفاروقي، 1998، ص 466).

كما سبق المسلمون غيرهم إلى فرض امتحان يجتازه من يصبح جراحاً أو طبيباً، ومنحه ترخيصاً بمزاولة مهنة الطب، كما أنشأوا نظام الحسبة الذي يعمل على مراقبة الصيادلة والأطباء منعاً للغش، وصيانة لكرامة المهنة، ودرءاً للكسب الحرام، وقرروا توقيع العقوبة على من يسيء إلى مصالح الأمة (بثينة على إبراهيم، 2005، ص 51). والفحص الطبّي عند العرب لا يختلف كثيراً عما هو عليه الآن، فكانوا يجسّون النبض ويفحصون البول، وقاموا بانتقاد كثير من آراء اليونان وعلّقوا عليها وأصلحوها، ومن المؤكّد أنّهم كانوا ذوي حظٍ وافٍ في صواب النّظر في التشخيص والعلاج. ومن بين العلماء المسلمين الذين اشتهروا بالطبّ نجد:

1- "أبو بكر محمد بن زكريا الرازي": وقد سمّاه "ابن أبي صبيعة" بجالينوس العرب "وذلك في كتاب "طبقات الأطباء" (قديري حافظ طوقان، دت، ص19).

وفي هذا السّياق يذكر "الرفاعي" في كتابه "الإنسان العربي والحضارة": "أبو بكر الرازي (850-932) م، كان أول من دون من العرب ملاحظاته على مرضاه، وراقب تطور المرض، وأثر العلاج فيه، وكان كثير الملاحظة، عظيم الإنتاج. وهو أول من وصف الجدري والحصبة في رسالته المشهورة، وهو أول من قال بالعدوى الوراثية، وأول من استخدم الماء البارد في الحميات المستمرة مما أخذ به العلم الحديث (رابح العوي، 2003، ص17)."

وسمّي بإمام الطبّ العربي، ويعتبر أول من ميّز بدقّة بالغة بين الجدري والحصبة، ووصف جراحة استخراج الماء الأبيض، وأول من استخدم أمعاء الحيوان في الحصول على الفتائل وخيوط الجراحة، ووصف الطّاعون وما نسّميه اليوم "بحمى الدريس"، وأدخل في المداواة أساليب جديدة كاستخدام الماء البارد في الحمّيات، واستخدم الزّبُق في علاج الأمراض الجلدية، وأول من اكتشف البول السّكري، حيث كان يطلب من المريض الذي يشكّ أنّه مريض بهذا الدّاء بالبول على الرّمّل، ثم ينتظر قليلاً فإذا اجتمع النّمّل على الرّمّل دلّ على وجود البول السّكري.

2- "ابن سينا": الملقّب بالشيخ الرئيس الذي ميّز بين المغص الكلوي والمغص المعوي، وأول من أوصى بتغليف الحبوب التي يتعاطاها المريض، وأول من اكتشف الطفيليات الموجودة في الإنسان المسماة "بالانكلستوما" (أحمد على الملا، 1981، ص138). وسمّاها الدودة المستديرة، وسبق بذلك العالم الإيطالي (دوبيني) بقرابة 900 سنة، كما كان أول من وصف الالتهاب السحائي، ووصف السكتة الدماغية الناتجة عن كثرة الدم، مخالفاً بذلك ما استقر عليه أساطين الطب اليوناني القديم، كما كان أول من فرّق بين الشلل الناجم عن سبب داخلي في الدماغ، والشلل الناتج عن سبب خارجي (راغب السرجاني، 2009، ص259).

ويعدّ كتاب "القانون في الطبّ" من أهمّ كتب "ابن سينا"، حيث بقي طيلة سنّة قرون عمدة

الدّراسة الطّبيّة. ونظراً لأهمّيّة الكتاب فقد طبع في روما سنة 1593 م واتّخذ أساساً للدّراسات الطّبيّة، في جامعات إيطاليا وفرنسا لقرون عديدة.

ويتألّف هذا الكتاب من خمسة أجزاء وهي: علم وظائف الأعضاء، وعلم الصّحة وعلم الأمراض، والمادة الطّبيّة، وعلم المعالجة (بثينة على إبراهيم، 2005، ص 94). وكان ابن سينا يجري التّجارب ويفحص السّجلات الطّبيّة والحالات الملموسة، لتأكيد اكتشافاته السّابقة، وقد أجرى عمليات جراحية لعلاج الأنسجة السرطانية، حيث شخّص مرض السرطان وأكّد على ضرورة علاجه في أوّل ظهوره من خلال استئصاله جراحياً. واكتشف ابن سينا أنّ قرحة المعدة قد يكون سببها نفسي كالقلق والاكتئاب، أو سبب مادي عضوي يؤثر في المعدة نفسها (فتحي علي يونس، 1996، ص ص، 15-16).

3- "أبو القاسم الزهراوي": أكبر جرّاحي العصور الوسطى، فقد سبق غيره إلى ربط الشرايين في الجراحات، وأجرى جراحات ناجحة في شقّ القصبة الهوائية وتفتيت الحصاة في المثانة بالشق والتفتيت، واستئصال اللوز (إسماعيل راجي الفاروقي، لوس لمياء، 1998، ص ص، 468-469). له كتاب في الجراحة عنوانه "التصريف لمن عجز عن التّأليف"، وقد بقي المرجع الأوّل لجرّاحي الغرب طيلة خمسة قرون، ويعود الفضل إليه في نهضة الجراحة في الأندلس ثم انتشارها في الغرب. وقد مارس الطبّ في قرطبة في عهد "عبد الرحمن الثالث"، ويروي عن نفسه أنّه عرف من آلات الجراحة أكثر من مائتي آلة، وقد أسهب في وصفها، ووضع بنفسه تصميم بعضها. وذكر أنواعاً عديدة من خيوط الجراحة والإبر، ودعا أطباء عصره إلى الإلمام بالتّشريح، وإتقان استعمال الآلات الجراحية (أحمد علي الملا، مرجع سابق، ص 134).

4- "ابن النّفيس": واسمه "أبو الحسن علاء الدين بن أبي حزم الدمشقي" كان رئيس أطباء مصر، مارس الطبّ في القاهرة، واعتمد على الملاحظة والتّجربة والاستنباط في ممارسة

الطبّ، خطأً نظرية "ابن سينا" و"جاليان" في وظيفة الرئتين والقلب، واكتشف الدورة الدموية الصغرى، له مؤلفات طبّية أشهرها:

1- شرح تشريح القانون.

2- شرح الأسباب والعلامات في الأمراض ومعالجتها.

3- الموجز، وهو ملحق لكتاب القانون "لابن سينا" (فتحي علي يونس، 1996،

ص16).

5- "ابن رشد": واسمه الكامل هو أبو الوليد محمد بن رشد، كان طبيباً وقاضياً وفيلسوفاً توفي عام 595 هـ / 1198 م. ويقسم ابن رشد المعرفة الطبّية إلى سبعة فروع:

الصّحة وأحوالها، المرض وأنواعه، أعراض الصّحة والمرض، أسباب الصّحة مثل المواد الغذائية والأدوية، طرق المحافظة على الصّحة، وطرق إزالة المرض، والتشريح. وابن رشد هو أول من اكتشف دور التمارين الرياضية وأثرها في المحافظة على الصّحة (رابح العوي، 2003، ص ص، 3-4).

ويتفق المؤرّخون على أنّ علم الكيمياء نشأ علماً تجريبياً على يد علماء العرب، ومن أنكر من العرب أو المستشرقين وجود "جابر بن حيان" كشخصية تاريخية، أرجع نشأة هذا العلم إلى عالم عربي آخر هو "أبو بكر محمد بن زكريا الرازي".

فالعرب هم الذين أزالوا عن الكيمياء السّرية والغموض والرمزيّة، التي لازمتها عند أسلافهم واصطنعوا في دراستها منهجاً استقرائياً تجريبياً، واستخدموا فيها المكايل، والموازن وغيرها من الآلات تحقيقاً للدّقة والضبط (رابح العوي، 2003، ص ص، 4-5).

وبخصوص تفوق المسلمين ونبوغهم في فنّ الصيدلة؛ يقول العالم الغربي "هوميلد" في كتابه "عن الكون": "والعرب هم الذين أوجدوا الصيدلة الكيماوية، وأدّت الصيدلة ومادة الطب

اللذان يقوم عليهما فن الشفاء إلى دراسة علم النبات، والكيمياء في وقت واحد، وبالعرب فُتح عهد جديد لذلك العلم، وأوجدت خبرة العرب بالعالم النباتي بالإضافة إلى أعشاب "ذليفورس" ألفي صنف من النبات، واشتملت صيدليتهم على عدة أعشاب كان يجهلها الإغريق جهلاً تاماً (توفيق الطويل، 1985، ص45).

4- تأثر الطب الأوربي بالطب العربي الإسلامي:

كان أول تأثير للطب العربي في أوروبا في مدرسة "سالرنو" موطن "أبقراط" أبو الطب اليوناني القديم، وذلك في أواسط القرن العاشر الميلادي. عن طريق أحد التجار العرب من قرطاجنة "بتونس، والذي درس الطب العربي، وجمع مخطوطات كثيرة منه، واستقر في "سالرنو"، وترجم كثيراً من تلك المخطوطات من العربية إلى اللاتينية، والتي كانت في ذلك الوقت لغة أوروبا العلميّة، فكانت ترجماته أساس تخصص المدرسة في الطب، وبذلك أصبحت كتب العرب الطبيّة مصادر دراسي الطب في هذه المدرسة، وانتشر خريجوها في العديد من البلدان الأوربية، وبقيت هذه المدرسة ذائعة الصيت إلى أن أغلقها "نابليون" في مطلع القرن التاسع عشر.

وقد تأثرت هذه المدرسة بالحضارة العربية الإسلامية في المجال الطبي، ويتضح ذلك في أنها وضعت لائحة تفرض على الطبيب ألا يمارس الطب بغير ترخيص رسمي، فكانت هذه أول لائحة طبيّة في أوروبا.

أمّا مجال الصيدلة فقد رافق الطب في تطوره، فقد تفوّق العرب والمسلمون فيه، بما كان عندهم من أثر الرسول (صلى الله عليه وسلم) في الحثّ على التداوي، حيث يقول (عليه الصلاة والسلام): "تداووا عباد الله فإن الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له دواء، إلا واحداً وهو الهرم" فقد كانوا سباقين لإنشاء مدرسة للصيدلة، ومخازن للصيدليات والأدوية. وأقاموا الرقابة عليها وعلى الصيادلة. واجتهدوا في البحث على العقاقير، وابتكروا كثيراً من

أنواعها ولا تزال بعض العقاقير تحتفظ بأسمائها العربية إلى يومنا هذا. وهم أول من ألف في علم الأقرباذين (علم تركيب الأدوية وتحضيرها)، ومن تلك المؤلفات "الأقرباذين" لسابور بن سهل" وهو مكوّن من اثنين وعشرين باباً، وكان معمولاً به في الصيّديّات، وكتاب "القانون" ويعتبر قاموساً في الصيّدلة والطبّ، ويعدّه الأوربيون خير ما أنتجته القريحة العربية. وقد برع العرب في تحضير العقاقير النباتية، والحيوانية والمعدنية. واستخدموا المرقد (التخدير)، وابتكروا آلات عدّة لتذويب الأجسام وتدبير العقاقير واستحضروا ماء الفضة وغيرها ممّ جعلهم في طليعة هذا المجال. وقد انتقلت الكشوف العلمية العربية والإسلامية في الصيّدلة إلى أوروبا، وانتفع الأوربيون بثمرات بحوثهم في هذا المجال (توفيق الطويل، 1985، ص ص، 45-46)، وفي هذا السياق يذكر "نعيم فرح" استفادة أوروبا من العلوم العربية الإسلامية، والعلوم اليونانية فيقول: " إذا كان النشاط الأدبي والتشريعي في القرن الثاني عشر قد اعتمد على التراث الروماني الكلاسيكي، فإن النشاط العلمي والفلسفي اعتمد على التراثين اليوناني والعربي الإسلامي. وقد استفادت أوروبا الغربية من هذين التراثين عن طريق حركة ترجمة واسعة عن اليونانية والعربية بدءاً من أواخر القرن الحادي عشر (إسماعيل راجي الفاروقي، لوس لمياء، 1998، ص ص، 469-471). كما تتحدث المستشرقة الألمانية زيغريد هونكه" عن تأثر الغرب بالعلوم والمعارف الإسلامية، فنقول في كتابها " شمس العرب تسطع على الغرب": "فالكتب التي درسها الدارسون واستند إليها الباحثون، كانت كتب ابن سينا وأبي القاسم الزهراوي والرازي وابن زهر وحنين بن إسحاق، وإسحاق الإسرائيلي". ولذلك فقد ترجم كتاب (القانون) في الطب لابن سينا في القرن الثاني عشر، وكتاب (الحاوي) للرازي في نهاية القرن الثالث عشر وبقي هذان الكتابان عمدة لتدريس الطب في الجامعات الأوربية حتى القرن السادس عشر (نعيم فرح، 2000، ص 322). واعترف الكثير من الغربيين المنصفين، بأنّ العرب كانوا أساتذة أوروبا في القرون الوسطى لمدة لا تقلّ عن ستمائة سنة. فمثلاً يقول العلامة "جوستاف لوبون: " ظلت ترجمات كتب العرب ولا سيما الكتب العلمية المصدر الوحيد تقريباً للتدريس في جامعات أوروبا خمسة قرون

أو ستة قرون، ويمكننا أن نقول إن تأثير العرب في بعض العلوم كعلم الطب مثلاً دام إلى أيامنا، فقد شرحت كتب ابن سينا في مونبلييه في أواخر القرن الماضي (زيغريد هونكه، 1993، ص 306).

ويعتبر البابا "سلفستر الثاني" الذي عاش في القرن العاشر الميلادي، من أوائل الأوربيين الذين قاموا بترجمة العلوم من اللغة العربية إلى اللغة اللاتينية، ثم جاء بعده "هرمان" ثم "قسطنطين الإفريقي" وغيرهم (قدري حافظ طوقان، دت، ص 6).

وقد اتّصلت أوروبا بالحضارة العربية الإسلاميّة من خلال ثلاث مواقع:

"أ- في الشرق أثناء الحروب الصليبيّة.

ب- في "صقلية" وسالرنو.

ج- في الأندلس العربية (بثينة على إبراهيم، 2005، ص 61).

من خلال ما تقدم في بحثنا، نجد أنّ المجتمعات البشرية قد عانت على مرّ التاريخ من المرض، وأعطته معاني كثيرة ابتداءً من المعاني السحرية والدينيّة وانتهاءً بالمعاني الطبيّة، وذلك بسبب الفزع الكبير الذي كانت تحدّثه بعض الأمراض الواسعة الانتشار: كالطاعون والكوليرا والجذري والسّل في القرون الغابرة، وحتى داء فقدان المناعة المكتسبة (السيدا) في الوقت الراهن، والذي لا يزال الطبّ الحديث عاجزاً أمامه مما حدا بالبعض إلى اعتباره عقاباً إلهياً، وهي تفسيرات لا تختلف كثيراً عن التفسيرات القديمة التي كان يقدّمها الإنسان أمام الظواهر التي يعجز حيالها .

وبفضل تقدّم الأبحاث الطبيّة فإنّ بعض الأمراض التي كانت خطيرة، قد تراجعت كثيراً أو اختفت تماماً، ولكن أمراضاً جديدة هي في صدد الانتشار كالسرطانات وآلام الرّأس وتناذر التعب المزمن (سليمان بومدين، المعنى الاجتماعي للمرض، 2003، ص 31-32).

ومن بين العوامل التي ساهمت في تقدم العلوم الطبية ما يلي:

- اكتشاف الكائنات المجهرية وكونها هي المسببة لكثير من الأمراض.

- اكتشاف العلاقة بين الحشرات وبعض الحيوانات الصغيرة الأخرى في نقل ونشر هذه المسببات للأمراض (جليل أبو الحب، 1982، ص5).

تطور الطب مرّ عبر مراحل، فهناك من يرى أنّ الطب قد بدأ سحرياً ثم دينياً ثم تحوّل بالتدريج من المرحلة الدينية إلى المرحلة العلمية، واختلف العلماء في تحديد تاريخ هذا التحول، فبعضهم حدّد ذلك بمنتصف القرن التاسع عشر مع كلود برنار (Bernard claud)، بينما يرى بعضهم الآخر أن هذا التحول قد حدث مع اكتشاف باستور (pasteur) للبكتيريا، وفي الوقت نفسه يرى فريق ثالث أن هذا التحول لم يحدث إلا في الخمسينيات من القرن العشرين مع التطور المدهش للكيمياء وعلم الوراثة. (جان شارل سورنيا، 2002، ص16)

ثالثاً - مفهوم المرض:

يعد مفهوم المرض illness مفهوماً محورياً في أعمال وكتابات المشتغلين بالأمر الصحية والطبية، وهو يستخدم في العادة بمعنيين، فهو من ناحية يعبر عن تصور علمي يتعلق بوصف نموذج المرض في الطب، ويشير من ناحية أخرى إلى أية حالة يستشعرها الشخص وتوجه اهتمامه نحو الأعراض التي تظهر عليه، ومن ثم تصبح محوراً لاهتمامه، وتدفعه إلى السعي للحصول على العلاج. ويطلق على هذا المعنى الأخير مفهوم السلوك المرضي (محمد على، سناء الخولي، على عبد الرزاق، سامية محمد، 2004، ص ص 65-67).

" وجد علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا ضرورة التمييز بين المرض بمعنى Disease أي عملية باثولوجية وحالة بيولوجية، وبين المرض بمعنى ILLNESS أي خبرة أو تجربة تتأثر شخصياً أو اجتماعياً أو ثقافياً بإصابة الجسم بالمرض وباثولوجية المرض. والتمييز بين هذه

المفاهيم يلفت الانتباه إلى الخبرة الشخصية بالمرض وعلم أسباب المرض ووظائف الأعضاء كعمليات منطقية ومترابطة، كما يؤدي إلى ترسيخ الرأي بعدم ضرورة انفصال البيولوجي عن الثقافة والجسد عن الشخص" (شهرزاد بسنوسي، 2011، ص5). ولفهم المرض لا بد من معرفة أسبابه؛ لذلك من المفيد الإطلاع على النظريات المفسرة له، والتي سنعرضها فيما يلي:-.

1- النظريات المتعلقة بمسببات المرض.

1-1- نظرية العلة أو السبب الواحد للمرض.

ينتج المرض وفق هذه النظرية من سبب واحد محدد. حيث تحدث الحالة المرضية إذا وجد هذا السبب. فمثلا، يحدث مرض الدرن من جرثومة الدرن، أي يحدث مرض الدرن بالضرورة في حالة وجود هذه الجرثومة، ولذلك تكون الوقاية من المرض بإبعاد هذه الجرثومة عن الإنسان (نادية محمد السيد، 2005، ص256). ومن الملاحظ أن هذه النظرية قد تجاهلت العوامل الشخصية المرتبطة بالمرض والعوامل البيئية المؤثرة في المرض (غالمي عديلة، 2011، ص88).

1-2- نظرية الأسباب المتعددة للمرض.

يتحدد المستوى الصحي للإنسان من تفاعل عدة عوامل البعض منها يعمل في الاتجاه الايجابي والبعض الآخر في الاتجاه السلبي، حيث تحدث الحالة المرضية في حالة تغلب العوامل السلبية. فمثلا، يتأثر مريض الدرن بالتفاعل بين جرثومة الدرن من ناحية والإنسان المضيف من ناحية أخرى، وتستمر حالة الصحة إذا تغلبت العوامل الايجابية، ويترتب على ذلك ضرورة أخذ كل هذه العوامل في الاعتبار عند الوقاية أو العلاج (نادية محمد السيد، 2005، ص256).

ظن العلماء قديماً أن الميكروبات هي المسبب الوحيد للمرض عند الإنسان، غير أنه تم التعرف على العوامل الأخرى المسببة أو المساعدة على حدوث الأمراض وعلى ذلك فالعوامل المؤثرة على الصحة هي:

أ- عوامل تتعلق بالمسببات النوعية للمرض.

ب- عوامل تعلق بالإنسان (العائل المضيف).

ج- عوامل تتعلق بالبيئة.

ويمكن توضيح هذه العوامل فيما يلي:

أ- العوامل المتعلقة بالمسببات النوعية للأمراض:

يعرف المسبب النوعي بأنه المادة أو العنصر أو القوة سواء كانت حية أو غير حية، والتي في وجودها أو غيابها قد تبدأ أو تستمر عملية مرضية.

والمسببات النوعية تنقسم إلى عدة أقسام منها:

أ-1- المسببات الحيوية: كالطفيليات والجراثيم والفيروسات.

أ-2- المسببات الغذائية: والتي تؤدي زيادتها أو نقصانها إلى أمراض مثل:

- تؤدي زيادة الدهون إلى السمنة وتصلب الشرايين.

- نقص البروتينات يسبب مرض الهزال أو الكواشوركو عند الأطفال.

- يؤدي نقص فيتامين د إلى الكساح، ونقص فيتامين ب12 يؤدي إلى الأنيميا الخبيثة

ويسبب نقص فيتامين C مرض الأسقربوط.

- نقص الحديد يسبب فقر الدم (أنيميا) (الشاعر عبد المجيد، أبو الرُّب صلاح،
الصفدي عصام، الموسى عروبة، قطاش رشدي، أبو حسين ليلي، 2005. ص17).

- يسبب نقص الماء الجفاف كما في حالات الكوليرا أو النزلات المعوية، وعموماً فإن
نقص الكميات المتناولة من الطعام، والذي يطلق عليه اسم سوء التغذية الأساسي،
وينتج من عدم تناول الفرد ما يكفيه من الطعام ومن العناصر الغذائية وذلك راجع إلى:

❖ عدم معرفة أنواع الأطعمة ذات القيمة الغذائية المرتفعة.

❖ العادات الغذائية الخاطئة، حيث يتم تناول الأغذية التي تفتقر للفيتامينات وغيرها من
العناصر.

❖ الفقر وغلاء أسعار بعض المواد الغذائية التي قد تكون ضرورية للتغذية الجيدة.

انخفاض في غلة الأرض بسبب انخفاض خصوبة التربة، أو استخدام بعض المواد الكيماوية
لزيادة الأرض، وما يتسبب عنها من أضرار غذائية (نادية محمد السيد، 2005، ص ص،
89-90).

أ-3- المسببات الطبيعية (الفيزيائية)، كالحرارة والبرد والرطوبة والضوء والضوضاء والكهرباء
والإشعاعات.

أ-4- مسببات ميكانيكية: مثل الحرائق والحوادث في الطرقات والمصانع، ومثل الزلازل
والفيضات والأعاصير.

أ-5- مسببات كيميائية: وتكون إما خارجية من البيئة مثل: التسمم بالرصاص في مصانع
الزرنينخ أو البطاريات، أو تكون داخلية مثل: التسمم البولي في حالات مرض الكلى، أو
التسمم الكبدي.

أ-7- مسببات وظيفية: مثل اختلال الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء داخل الجسم مثل: نقصان الأنسولين الذي يؤدي إلى السكري.

أ-8- المسببات النفسية والاجتماعية: مثل وضغط الحياة الحديثة، والإحساس بالمسؤولية، والإدمان على الخمر والمخدرات.

ب- العوامل المتعلقة بالإنسان (العائل المضيف)

هناك مجموعة من العوامل التي تلعب دورا هاما في تحديد درجة الصحة، وتعدت هذه العوامل على مقاومة المسببات النوعية، وهي تتكون من عناصر كثيرة منها (الشاعر عبد المجيد، أبو الرّب صلاح وآخرون، 2005، ص17):

ب-1- السن:

تختلف أمراض الأطفال عن أمراض كبار السن من حيث طبيعة المرض ومدته ودرجة حدوثه وتطوره.

ب-2- الجنس:

هناك أمراض تقتصر على الذكور مثل مرض البروستات وأمراض أخرى تقتصر على الإناث مثل سرطان الثدي.

ب-3- العرق (الجنس البشري): تحدث بعض الأمراض في جنس بشري دون آخر مثل بعض أنواع الأنيميا التي تحدث عند فئة العبيد أكثر من غيرهم وهي فقر الدم المنجلي (غالبي عديلة، 2011، ص91).

ب-4- عوامل وراثية: تنتقل بعض الأمراض بالوراثة مثل: عمى الليل، وهناك استعداد موروث للمرض في بعض العائلات: مثل: الحساسية، السكري، السمنة، ارتفاع ضغط الدم.

ب-5- صحة الوالدين وسلوكهما الصحي: فالأم التي تدخن يكون وليدها أنقص وزنا في المعتاد، والحامل التي تتعرض للأشعة أو تصاب بالحصبة الألمانية أو تتناول بعض العقاقير الضارة يتعرض جنينها إلى التشوهات والأخطار.

ب-6- العوامل العقلية: وهي تؤثر على نمو شخصية الطفل.

ب-7- الحالة النفسية: لا شك أن للحالة النفسية تأثير على صحة الفرد، فهناك كثير من الأمراض تعود لعوامل نفسية كالهستيريا أو الإسهال الذي يصيب الطلاب عند الإمتحان كما قد تسبب الحالة النفسية بعض الأمراض مثل قرحة المعدة، وارتفاع ضغط الدم وغير ذلك.

ب-8- العوامل الاجتماعية والعادات والتقاليد: فمنها عادات تتعلق بإعداد الطعام وتجهيزه مثل أكل اللحم النيئ أو شرب الحليب بدون غلي، ومنها العادات التي تختص بالصحة الشخصية من رياضة ونظافة وتعرض للشمس والتدخين والمخدرات...، ومنها ما يتعلق بالتغذية حيث يجب تناول الغذاء بكميات كافية ومتوازنة لأن اضطراب الغذاء كما أو نوعا يسبب كثيراً من الأمراض، ومنها العادات التي تتعلق بانتشار مسببات الأمراض المعدية مثل اختلاط الأطفال الأصحاء بالأطفال المرضى بالحصبة، ومنها ما يتعلق بالتقاليد مثل الكي بالنار الذي يؤدي إلى التهابات وتشوهات ومنها العادات والسلوك الجنسي الخ.

ب-9- العوامل الوظيفية: مثل السهر والإجهاد.

ب-10- الأمراض والمخاطر الموجودة: ويمكن التخفيف منها بالتدابير الوقائية وتوفير الخدمات الطبية (الشاعر عبد المجيد، أبو الرُب صلاح وآخرون، 2005. ص18).

ج- عوامل تتعلق بالبيئة:

البيئة هي كل العوامل الخارجية مجتمعة والتي تحيط بالإنسان وتؤثر في حياته ونموه وصحته وهو ثلاثة أنواع:

ج-1- البيئة الطبيعية (الفيزيائية) وهي تشمل الحالة الجيولوجية والحالة الجغرافية والمناخ.

ج-2- البيئة الحيوية: (الكائنات الحية التي تحيط بالإنسان).

ج-3- البيئة الاقتصادية والاجتماعية: وهي تشمل كثافة السكان والمستوى التعليمي

والاقتصادي والاستعدادات الطبية.

ولجميع هذه العوامل تأثير مباشر على الصحة وعلى انتشار وطبيعة الأمراض التي تصيب

الإنسان (الشاعر عبد المجيد، أبو الرّب صلاح وآخرون، 2005، ص19).

2- اتجاهات التنظير حول المرض:

تشكل الصحة ميدان بحثي هام في العلوم الطبية، وتزايد الاهتمام بها في العلوم الإنسانية والاجتماعية. وعرفت مكانة الطب في المجتمع والعلاقات بين المرض والصحة تغيرات عميقة في العقود الأخيرة. فَحَقُّ المَرَض والعلاج عَوَض بواجب الصحة، والانتقال من مكافحة المرض، إلى المحافظة على الصحة.

حيث يرى الباحثون وجود عدة مستويات في الميدان الصحي: أولاً مستوى الفرد: ويرجع إلى طريقة إدراك الفرد لمرضه وعلاجه. وذلك يتضمن في الغالب تغييراً كلياً للهوية، وهذا قد يقود المريض إلى إعادة ترتيب قيمه. الثاني ما بين الأفراد أو الموقفي، ويعود إلى علاقة المريض بطبيبه، ومحيطه العائلي، الأصدقاء،... إلخ، الثالث: يرتبط بعلاقات المريض مع المؤسسات الصحية، من خلال محترفي الصحة (الأطباء، الصيادلة، إلخ)، الذين يزودون المريض بنظرية عن مرضه وعلاجه، تسمى عالمة (savante). بعد ذلك هناك مستوى المكانة والعلاقات بين الجماعات (المستوى الرابع)، النظام العلاجي له تأثير على المريض، لكن المريض عندما يبدأ العلاج يصبح عنصراً في النظام العلاجي، حيث يغير محيطه. فكل الأشخاص المحيطين بالمريض ينتمون إلى مجتمع له معتقداته وتصوراتهِ عن المرض.

المريض عند الافصاح عن تشخيص مرضه تكون له نظرة اجتماعية (اجتماعيا، أن يكون مريضا بالسيدا، ليس كأن يكون مريضا بالسكري).

المستوى الخامس: يتعلق بالمستوى الايديولوجي والثقافي، الذي يضم نماذج ثقافية، علمية وايديولوجية لها أربعة: وظيفة المعرفة، وظيفة الهوية، وظيفة التوجيه، ووظيفة التبرير. (Christine Jeoffrion, 2009) وهناك عدة منظورات للمرض وهي:-

1 - المدخل الأنثروبولوجي.

2- المدخل الطبي.

3- المدخل الاجتماعي.

4- المدخل النفسي. وسنركز في هذا السياق على المنظورين الثقافي (الأنثروبولوجي) والنفسي.

2-1- التفسير الأنثروبولوجي الثقافي للمرض.

يدرس هذا المنظور العلاقة بين المضمون الثقافي ومختلف تعريفات الصحة وأنواع الاستجابات للمرض. ويفترض أن الأساليب الثقافية للحياة الاجتماعية والنماذج الثقافية تؤثر تأثيرا كبيرا في تصورنا للمرض واستجاباتنا له، وتعبيرنا عنه، فالثقافة تحدد بدرجة معينة ما نعتبره حالات مرضية، والأسباب التي ننسبها إلى هذه الحالات، والأشخاص الذين لديهم السلطة المشروعة في تقييم هذه الحالات وتحديدها. كما تؤثر التعريفات الثقافية في العوامل التي تجعلنا نعتبر شخصا ما مريضا. فمثلا، الكثير من الأمريكيين المكسيكيين، يعرفون أمراضا كثيرة لا تحدث بين الأمريكيين ذوي الأصول الانجليزية وهم يتحدثون عن أشياء مثل العين الشريرة، والتي تعتبر عند البعض من قبيل الخرافات، أما عند المكسيكيين فهي حالات خطيرة، وبذلك فإن السياق الثقافي للجماعة هو الذي يحدد هذه الاستجابات. وفي هذا

السياق يرى "زالف لينتون R. Linton" أن معرفة مضمون الثقافة تمكنا من التنبؤ بشكل معقول بالصورة التي تتخذها هذه الحالة المرضية.

إن ثقافة الجماعة تؤثر في كل جوانب نمو الفرد، وتحديد أهدافه وتطلعاته، واكتسابه لأساليب الحياة، أساليب استجابته للأخطار والتوافق معها، فجوانب مثل الاستعداد للزواج وحجم الأسرة وأساليب منع الحمل، وظروف المسكن، والتغذية والفظام وغيرها تعتمد كلها على العادات الاجتماعية والتحرير الاجتماعي. كما أن اكتساب الأم لمهارات الأمومة وبعض القيم الصحية يؤثر في نمو الأطفال. والجدير بالذكر، أن إعداد الطعام والسلوك الغذائي في الأسرة هي مسائل تحدها المعايير الثقافية السائدة؛ وأن أساليب التغذية تؤثر تأثيرا كبيرا في الحالة الصحية. ولا يزال الناس، في أنحاء كثيرة من العالم، يستهلكون الوجبات الفقيرة في البروتين والفيتامينات والسعرات الحرارية، بينما تنتشر في المجتمعات المتقدمة الوجبات الغنية بالبروتين والسعرات الحرارية، ويرتبط كل ذلك بأنواع الأمراض السائدة بين هذه الشعوب. ولقد اتضح ارتفاع الإصابة بالأمراض القلبية بين نموذج الشخصية السائد في الثقافة الغربية، وهو نموذج يحيا حياة المنافسة الشديدة، والتقدير الدقيق للوقت والعداوات المختلفة، وربما أصيبت هذه الشخصيات أيضا بأمراض أخرى (محمد علي، سناء الخولي، على عبد الرزاق، سامية محمد، 2004، ص ص 65-67).

ويمكن للظروف الثقافية السائدة أن تحمي الأفراد من مشكلات صحية خطيرة أو تزجهم فيها، فمثلا، التحديد التقليدي لأدوار الجنسين يقوم بمنع النساء من التدخين وتعاطي الخمر، يحميهن في الوقت ذاته، من الإصابة بأمراض كثيرة. كما أن التغييرات في القيود المفروضة على السلوك المقبول من الرجال والنساء والاتجاه نحو المساواة بين الجنسين (الرجال والنساء)، قد أدى إلى ازدياد معدلات النساء اللاتي يتعرضن للإصابة بالأمراض الناتجة عن التدخين وتعاطي الخمر.

ويتضح تأثير الإطار الثقافي في النواحي الصحية بشكل أكثر في برامج الصحة العامة. حيث أن عملية إقناع الناس ببعض الممارسات الصحية، تصطدم ثقافتهم التقليدية. ولذلك يتوجب أخذها بعين الاعتبار عند عملية التخطيط للبرامج الصحية المقدمة لهم. فمثلا، حينما حاول المسؤولون عن الصحة العامة إقناع السكان بضرورة بناء المراحيض، نجد أن الناس لم يستخدموها حتى بعد بنائها. وذلك لأنها لا تتفق مع سلوكياتهم التقليدية، ومن ثم يصبح «التخلص من الفضلات في الحقل» بمثابة فعل بيولوجي وحدث اجتماعي أيضا (محمد على، سناء الخولي، على عبد الرزاق، سامية محمد، 2004، ص ص، 68-69).

ومن الملاحظ أن التصورات الثقافية المنتشرة في مجتمع معين عن طبيعة الأمراض العقلية وأسبابها تؤثر على أداء المستشفى المتخصص في علاج هذه الأمراض، كما تؤثر على وظيفته وأساليبه في العلاج وطريقة تنظيمه، وبذلك تؤثر في نهاية المطاف؛ على النتيجة العلاجية التي يقدمها المستشفى لمرضاه (محمد الجوهري، 1999، ص 15).

وفي هذا السياق، يتحدث "فوزي عبد الرحمن" عن معوقات أداء الطبيب والنسق الطبي لدورهم في القرية المصرية، ويقول أن سببه خارج عن نطاق المؤسسة العلاجية الطبية، وعزا تلك المعوقات إلى نظام التعليم الطبي في مصر، والذي يركز اهتمامه على تلقين العلوم الطبية، دون التطرق لبعض المعوقات الثقافية والتي تحول دون قيام المؤسسة الطبية بدورها بالشكل المطلوب منها. ومن تلك المعوقات الرؤية المختلفة والتفسيرات المتعددة لبعض الأمراض، والتي لا تتفق مع رؤية الطب الحديث حول المرض. وقد أدت هذه العوامل إلى تحقيق اغتراب في النسق الطبي الرسمي عن ثقافة كثير من المجتمعات المحلية، وذلك أدى إلى ابتعاد الأفراد عنه واللجوء إلى وسائل أخرى كالذهاب للمعالجين الشعبيين، أو مواجهة مشكلاتهم المرضية من خلال التجريب الشخصي.

فالتغطية الصحية على أساس البعد الجغرافي والكثافة السكانية ليست كافية لمعالجة مشكلات الصحة في الريف، بل هناك أبعاداً أخرى يجب على القائمين بالتخطيط الصحي أخذها في

الحسبان، في ما يتعلق بخصائص المجتمعات المحلية وطبيعة تفكير أفرادها، ومعتقداتهم حول المرض والشفاء، وهي جميعاً تعرف بالأبعاد الثقافية، ويمكن أن تسهم في فهمها دراسات الفولكلور والأنثروبولوجيا الطبية (فوزي عبد الرحمن، 1999، ص ص، 68-69).

وهنا نجد أن "فرايدسون Freidson" يتحدث عن أحد الأدوار المتوقعة من جانب المريض ألا وهو البحث عن المساعدة من الجهة المختصة في العلاج. فيقول أنه يشتمل على نسق العامة (أي طريقة الناس في التفكير في شؤون الصحة والمرض) والنسق المتخصص (أي طريقة وتصورات الأطباء وغيرهم من العاملين في ميدان تقديم الخدمة الطبية). حيث يبدأ المريض رحلته في السعي للعلاج داخل نسق العامة، وهو نسق يتضمن تصورات محددة وتعريفات معينة للإنسان (المريض) وللإنسان (السليم).

لذا لن يسعى للعلاج إلا الشخص الذي يعتبر نفسه مريضاً وفقاً لنسق العامة؛ بصرف النظر عن حالته الصحية من وجهة النظر الطبية المتخصصة. مع العلم أن نسق العامة يتضمن قواعد محددة اجتماعياً للتصرف في مثل هذه الحالات. مثال ذلك أن بعض الآلام يمكن للشخص أن يعالجها بنفسه، أو يتوجه إلى مطبب تقليدي من غير المتخصصين. أو أنه يقوم بزيارة الطبيب، كما يعين الشخص نوع ومستوى الطبيب. ولذلك يمكن القول أن نسق العامة يمارس نوعاً من الضبط والرقابة على النسق الطبي المتخصص. والأطباء الممارسون العامون هم أكثر الناس إحساساً بذلك (محمد الجوهري، 1999، ص ص، 15-16).

توجد العديد من الأمراض تعتبر من وجهة نظر جماعات معينة حالات عادية ولا تعرف باعتبارها تشكل حالات مرضية لأنها تحدث على نطاق واسع ومن ثم يعتاد أعضاء المجتمع على النظر إليها على أنها تمثل الحالة السائدة للإنسان فيه. وفي بعض الأصقاع الاستوائية ينتشر أحد الأمراض الجلدية المعدية الذي يتميز بطفح جلدي له لون أحمر قان، ولا ينظر الناس هناك على أنه أمر شاذ أو انحرافي.

وكذلك ينتشر بين إحدى القبائل في أمريكا الجنوبية مرض جلدي على نطاق واسع (وهو يتميز بوجود بقع مختلفة الألوان تظهر على الجلد) والشيء الغريب أن أعضاء هذه القبيلة ينظرون إلى من لا تتوفر عنده هذه البقع الجلدية على أنه شاذ (محمد على، سناء الخولي، على عبد الرزاق ، سامية محمد، 2004، ص 150). وفي هذا السياق يشير "مايكل أرجايل" إلى وجود فروق ثقافية في التعبير عن حالة المرض فيقول "وهناك فروق ثقافية - وموضات- في المرض. فعندما نكون نحن الغربيين - تحت تأثير الكثير من المشقة نلجأ إلى الشراب أو نتعرض لانهيار عصبي ولكننا «لا نتهيج كما يفعل الناس run amock» في مالايوي وأماكن أخرى. كذلك فالطريقة التي يمرض بها الناس وكذلك أسماء الأمراض (. "223، ص1993 مايكل أرجايل، (هي جزئياً نواتج أو اختراع ثقافي

2-1- التفسير النفسي للمرض.

من بين أهداف علم النفس في ميدان الصحة هو أنه يسمح بفهم العوامل المؤثرة في السلوك الصحي في إطار تسيير الأمراض المزمنة أو الأحداث الحادة، واقتراح التدخلات تبعاً للنتائج.

وقد تزايدت الدراسات التي تهتم بمسألة تصورات الأفراد للمرض، وإمكانية دمجها في التدخلات التي تهدف إلى تحسين التكفل، والتي تنطلق من نماذج نظرية معرفية طورت منذ عقود، حيث صُممت أدوات خاصة بالأمراض مزمنة، للتقرب أكثر من التجارب الذاتية للمرضى في علاقتهم بالمرض، واستخدامها في التنبؤ بسلوكهم وتكيفهم. وفيما يلي سنذكر بعضاً من تلك النماذج.

2-1-1- نموذج المعتقد الصحي:

ظهر أولاً هذا النموذج على أيدي مجموعة من المتخصصين في علم النفس في مجال الصحة العامة بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1950، وذلك لتفسير ضعف مشاركة الأفراد

في برامج اكتشاف المرض والوقاية منه، وامتد نطاق هذا النموذج ليشمل استجابات الأفراد
للأعراض المرضية، وسلوكياتهم في الاستجابة لتشخيص المرض.

(سمية عليوة، 2014، ص ص، 106-107).

ثم صاغه روزنستوك (Rosenstock) سنة 1961م، بعد ذلك طوره مارشال بيكر

(Marshall Becker) سنة 1974م. ويعد اليوم أحد أكثر نماذج المعرفة الاجتماعية

استعمالاً في علم النفس الصحي.

مكونات نموذج المعتقد الصحي: يتكون من جزئين رئيسيين، (1) التهديد المدرك للمرض،

و(2) وفعالية السلوك المرغوب في إبطال تهديد المرض. التهديد المدرك ينتج عن المعتقدات

بخصوص القابلية المدركة للمرض والخطورة المدركة لنتائج المرض.

الخطورة المدركة لا تقتصر على النتائج الطبية، بل كذلك على النتائج المحتملة للمرض في

عمل الفرد، حياته العائلية وعلاقاته الاجتماعية.

سيقرر الفرد القيام بسلوك خاص، من خلال تقييم الاحتمالات البديلة. سيقيم السلوك

الصحي بناءً على منفعه المدركة أو فعاليته وأيضاً تكاليفه المدركة أو موانعه، وكمثال عن

الفوائد المدركة نجد تخفيض القابلية للمرض أو الخطورة المدركة للمرض. وكمثال عن الموانع

المدركة، نجد أنّ السلوك الصحي مؤلم، غير ملائم، كرهه أو غالي الثمن. (MARK

CONNER, BRIAN McMillan, 2004, p126.)

فالناس لا يحاولون في العادة القيام بالوقاية من المرض إلا إذا امتلكوا حداً أدنى من الدوافع

الصحية والثقافية الصحية (المعلومات عن الصحة والمرض)، وكانوا يرون احتمال تعرضهم

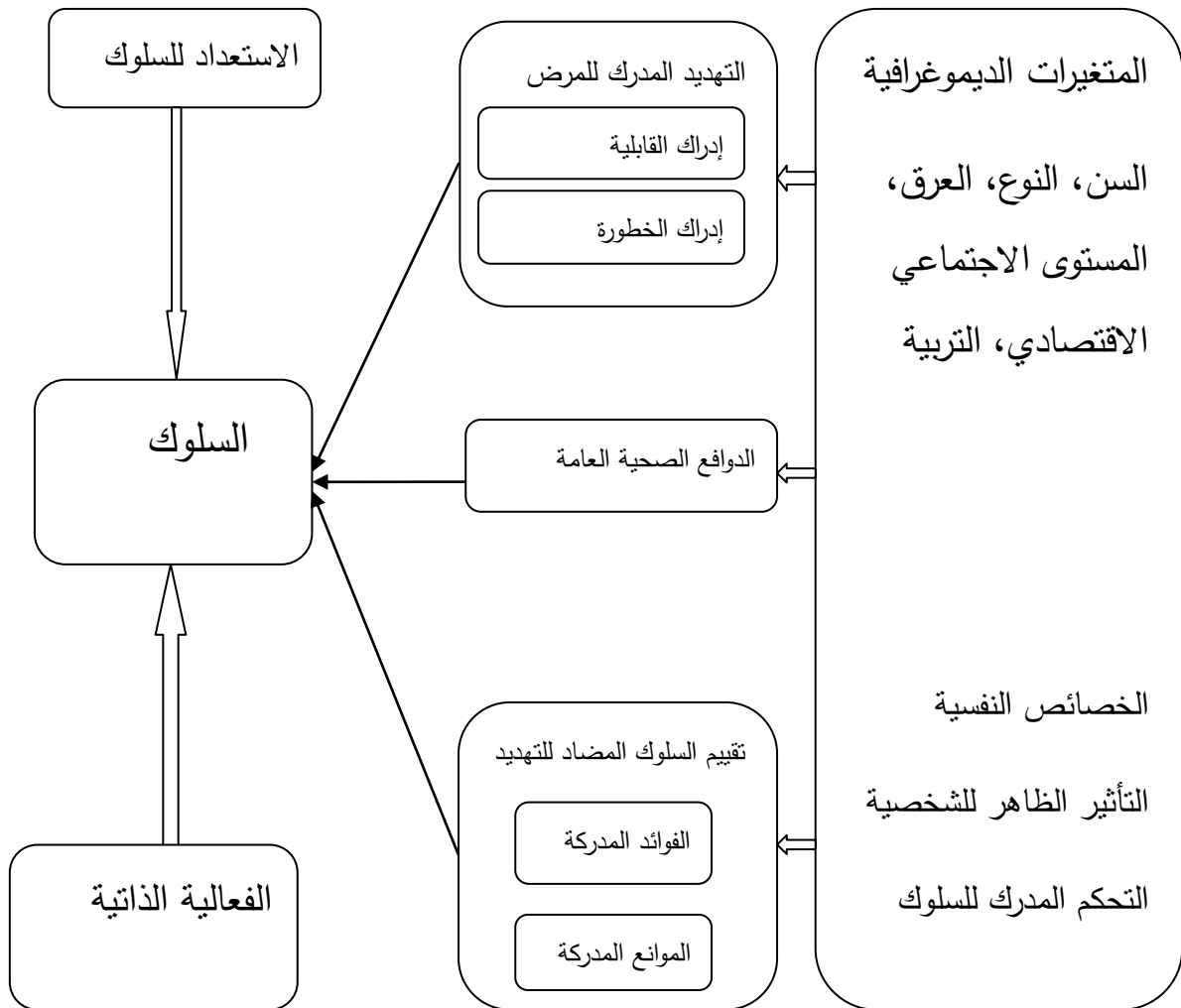
للمرض وكانوا مقتنعين بجدوى محاولة الوقاية أو العلاج، وقدرتهم على اتخاذ الإجراء

المطلوب دون وجود معوقات أو بقليل من الصعوبات. (قيرة إسماعيل وآخرون، دت، ص

ص، 48-49).

وبمراجعة هذا النموذج، أضاف له بيكر ومنيمان Becker et maniman عام 1975 دور اتجاهات الأفراد نحو الصحة بشكل عام، ثم أضاف له روزنستوك وبيكر عام 1984 صنفين من السوابق الاجتماعية-الديموغرافية والفردية. كما أضيف إليه حديثاً أثر بعض العلامات المفجرة مثل (مرض أحد الأقارب، الشعور بالأعراض، وصول وسائل وقائية.. إلخ) (قيرة إسماعيل وآخرون، دت، ص 49). وسنعرض فيما يلي مخطط لهذا النموذج.

شكل رقم (11): نموذج المعتقد الصحي لـ روزنستوك وآخرون (1998). (MARK CONNER, BRIAN McMillan, 2004, p127.)



وقد توصل كل من بيكر وجانز Bicker "، Janz إلى أن معظم الدراسات التي استعملت نموذج المعتقد الصحي للتنبؤ بالسلوكيات الوقائية، قد وجدت أدلة قاطعة تثبت وجود علاقة وطيدة بين إدراك الخطر من جهة، والسلوك الصحي من جهة أخرى، أي أنه كلما توافرت قناعة لدى الفرد حول استعداده لمرض معين كتعرضه لخطر الإصابة بمرض به كلما أقبل على ممارسة سلوكيات وقائية. (سهيلة عسكر، 2013، ص103)

ومن جانب آخر يضيف سارفينو sarfino أنه رغم النجاح الذي حققه نموذج المعتقدات الصحية إلا أنه لا يخلو من بعض الضعف، فهو أولاً: لم يفسر السلوكيات الصحية التي تعود عليها الأفراد، مثل سلوك غسل الأسنان، الذي يمارسه الناس دون اعتبار للتهديدات والفوائد الصحية. ثانياً: هناك مشكلة صعوبة قياس مكونات هذا النموذج، مثل الخطورة المدركة للإصابة، وأخيراً يركز هذا النموذج اتخاذ قرار منطقي ويتجاهل قرار منطقي ويتجاهل عوامل أخرى، فالنموذج لم يوفر لنا تفسيراً مناسباً للميل المنتشر لدى مرضى الأزمات القلبية المؤلمة لتأجيل طلب المساعدة الطبية على نحو مشابه، فعندما يفكر الشخص المتألم أنه قد يكون مصاباً بأزمة قلبية فإنه يفترض أن ذلك لا يمكن أن يحدث له، إن تأجيل المرضى لطلب العلاج لا يمكن عزوه إلى عدم إمكانية الحصول على المساعدة الطبية وأن 75% من الوقت ينقضي بالتأجيل قبل أن يقرر المريض الاتصال بالطبيب، والنقطة المهمة هي أن نموذج المعتقدات الصحية أغفل دور الظروف التي تجعل الأفراد يعطون الأولوية لتجنب الانزعاج الذاتي الذي يحدث عند التأكد من الطبيب أنهم مصابون بمرض ما، على حساب تعريض حياتهم للخطر، والظروف التي تجعلهم يتخذون قرار أكثر منطقية، إن هذه المشكلات لا تعني أن النموذج خاطئ ولكنها تعني أنه غير كامل.

(نقلًا عن سمية عليوة، 2014، ص ص، 110-111).

2-1-2- نظرية الفعل المبرر ونظرية السلوك المخطط:

هما من بين أكثر نماذج المعرفة الاجتماعية استعمالاً. فهما يستخدمان بكثرة في التنبؤ وفي تعميق فهمنا لعدد كبير من السلوكيات بما فيها السلوك الصحي.

مارتن فيشبين وأيسك أجزين (Martin Fishbein and icek Ajzen) هما أول من وصف نظرية الفعل المبرر في كتابهما (المعتقد، الاتجاه، القصد والسلوك: مقدمة نظرية وبحث)، الذي نشر سنة 1975. بناء النظرية جاء عقب اهتمام المؤلفين ببحث العلاقة بين الاتجاه والسلوك. يقتصر اهتمام نظرية الفعل المبرر على الفعل الإرادي والذي يقع تحت سيطرة الأفراد. (MARK CONNER, BRIAN McMILLAN, 2004, p316.)

هذه النظرية تؤكد أن المحدد الأساسي لسلوك الأفراد يكمن في مقصد القيام بالسلوك. ووفقاً لنظرية الفعل المبرر، تتحدد المقاصد من خلال اتجاهات الفرد بخصوص السلوك، بالإضافة إلى المعايير الذاتية للسلوك. (Catherine A. Sanderson, 2013, p64.)

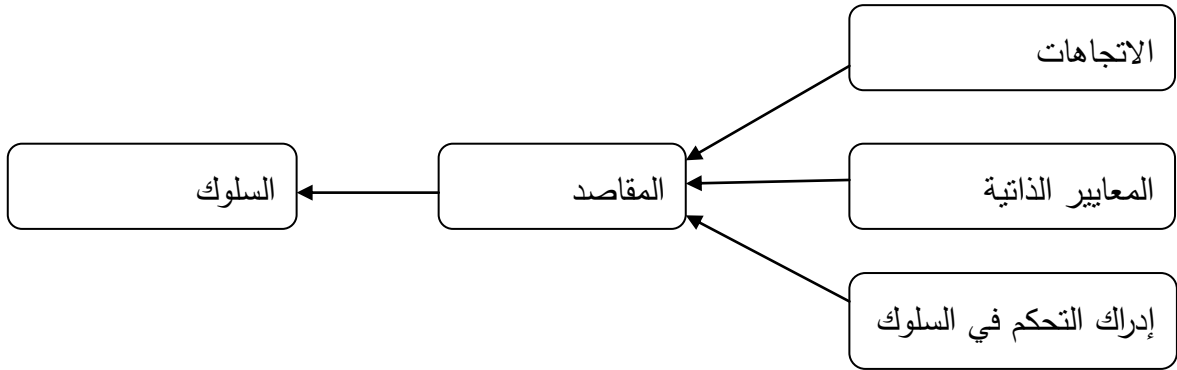
الاتجاهات هي تقييم عام للسلوك من طرف الفرد، والمعايير الذاتية تتكون من معتقدات الشخص حول ما يراه الأشخاص المهمين بالنسبة إليه، بخصوص وجوب القيام بالسلوك، حصيلة المعتقدات هي معتقدات الشخص حول إمكانية تحقق نتائج معينة في حالة القيام بسلوك معين. اعتقاد الشخص بأن قيامه بالجري كل صباح سيؤدي به إلى فقدان الوزن هو مثال عن نتائج المعتقدات. نتائج التقييم هي تقييم الشخص لهذه المعتقدات. مثال ذلك، التفكير في أن فقد الوزن هو أمر جيد هو مثال عن نتائج التقييم.

(MARK CONNER, BRIAN McMILLAN, 2004, p316.)

في سنة 1986 نشر أجزن ومادين (Ajzen and Madden) ورقة بحثية وصفا فيها نظرية السلوك المخطط، وهي مشابهة لنظرية الفعل المبرر باستثناء إضافة بعض العناصر عليها. إضافة إلى الاتجاهات والمعايير الذاتي، تحاول نظرية السلوك المخطط أن تبرهن على أنه

يمكن التنبؤ بالمقاصد من خلال إدراك التحكم في السلوك. إدراك التحكم في السلوك هو توقع الشخص بأن إنجازَه للسلوك يكون ضمن تحكمه، وهو مشابه لمفهوم ألبرت باندورا (Albert Bandura) وهو مفهوم الفعالية الذاتية.

معتقدات التحكم هي إدراك العوامل التي من المحتمل أن تسهّل أو تمنع تأدية السلوك. هذه العوامل تتضمن كلا من عوامل التحكم الداخلي (معلومات، العجز الشخصي، مهارات، قدرات، انفعالات) وعوامل التحكم الخارجي (فرص، الاعتماد على الآخرين، العوائق). (MARK CONNER, BRIAN McMILLAN, 2004, p317.) وفيما يلي مخطط لنظرية الفعل المبرر/ السلوك المخطط: (Catherine A. Sanderson, 2013, p65.)



شكل رقم (12) يبين مخطط لنظرية الفعل المبرر/ السلوك المخطط

2-1-3- نموذج التنظيم الذاتي: إقترحه كل من ليفنتال، ماير ونرونز، Leventhal, Meyer et Nerenz سنة 1980م. حسب هذا النموذج، يقوم المرضى ببناء تصورهم المعرفي الانفعالي للمرض، بناءً على معلوماتهم، لكي يمنحوا لمرضهم معنى، وليتحكموا به بشكل أفضل (C. Ferreira et al, p4). ويمكن أن يكون لتصورات المرضى المعرفية والانفعالية أثر على حالتهم الانفعالية وتكيفهم مع المرض. (Murielle Villani, et al , p478.)

ويشير التنظيم الذاتي إلى عملية تحكم الفرد في تفكيره، انفعالاته وأفعاله، لتحقيق أهدافه. وحسب نظرية التنظيم الذاتي، فإنّ السلوك يقاد من خلال النظام الدافعي للأهداف، حيث يتم تطوير وإتباع استراتيجيات لتحقيق هذه الأهداف، تقييم مدى التقدم ومراجعة الأهداف والأفعال وفقاً لذلك.

إذاً المفهوم الأساسي في نظرية التنظيم الذاتي هو مفهوم التغذية الراجعة. فحينما يقوم الأفراد بسلوكيات، فإنهم يبحثون عن تقييم للمعلومات بخصوص نتائج سلوكهم. وبعبارة أخرى، فإنّ عملية التغذية الراجعة تساعد الأفراد على تقّي أثر جهودهم للوصول إلى أهدافهم. كما يؤكد هذا النموذج أهمية الانفعالات في تحريك وتوجيه السلوك. وهو يركز على مدى تأثير الخوف، الفرح وبقية الانفعالات في انتقاء الأهداف والسلوكيات. (LINDA D. CAMERON, SHELEIGH LAWLER, p-p, 263-264, 2004.)

حسب نموذج التنظيم الذاتي للمرض الذي صمّمه لفنثال، الفرد حينما يواجه جملة من الأعراض، يكون ميالاً لتطوير نظريته بهدف الفهم والتفسير وإعطاء معنى لمرضه. هذه النظرية تتضمن خمسة فئات من المعتقدات: الهوية، النتائج، الأسباب، المسار وقابلية التحكم. (Annabel Levesque, Rhea Rocque, p70)

يستند نموذج التنظيم الذاتي إلى ثلاثة مسلمات أساسية:
المسلمة الأولى: يسعى الفرد للبحث عن حل لمشكلته. فهو يبذل كل جهده للوصول للحالة الصحية التي يتمناها.
المسلمة الثانية: تصور المرض الذي يبينه الفرد، يحدد سلوكه وتكيفه مع المرض، ثم يقيم الفرد فعالية استراتيجيات التكيف التي وضعها. إنّ آلية التغذية الراجعة (feed-back) ترجع إلى ديناميكية هذا النموذج، بفضل التغذية الراجعة فإنّ معلومات المريض يتم تحديثها باستمرار.

المسلمة الثالثة: لكل فرد تصوره الخاص للمرض، وهو يختلف عن التفسير الطبي. وهي تصورات غير علمية، ومحدّدة اجتماعياً، وهي تبني انطلاقةً من قيم الفرد وثقافته. (C. Ferreira et al, p4).

رابعاً- أسباب المرض كما جاءت في مقياس عزو المرض.

1- المحور الأول- التفسيرات الحديثة.

1-1- البعد الأول- العدوى.

العبارة 1- مرض الكلب.

" يعتبر مرض الكلب أو السعار مرضاً فيروسياً تصاب به القطط والكلاب ومعظم الحيوانات الثديية كبيرة الحجم كالخيل والحمير والجمال، وبعض الحيوانات المفترسة مثل الثعالب والذئاب، ويمكن أن تنتقل عدواه من أي من هذه الحيوانات إلى الإنسان، وهو يصيب الجهاز العصبي بصفة خاصة. وغالباً بسبب عض الحيوانات المصابة أو الحاملة للفيروس. وتتراوح فترة حضانتها في الإنسان بين شهر وثلاثة أشهر، إلى ستة أشهر، وتتنخفض أحياناً إلى عشرة أيام، ويتوقف طول هذه الفترة على عدة عوامل أهمها قدرة الشخص على المقاومة وشدة العضة ومدى تعمقها في الجسم وبعدها عن مخ المصاب (عبد العزيز طريح شرف، 2008. ص ص 402-403).

العبارة 2- عدوى ميكروبية.

للعدوى مصادرها وهي الأماكن التي تنمو وتتكاثر فيها مسببات الأمراض وهي:
أ-الإنسان: وهو أهم مصدر للعدوى وهو يكون مصدراً للعدوى في عدة ظروف:

1- حينما يكون مرضه واضحاً. طالما أن هناك مخرجا للعدوى.

2- حينما يكون مرضه خفيفاً وغير واضح.

3- حاملو المسبب المرضي.

ب- الحيوانات المصابة مثل الحيوانات الأليفة والفئران (الشاعر عبد المجيد، أبو الرّب صلاح وآخرون، 2005، ص ص، 156-157).

العبارة 3 - الحشرات والقوارض (الفئران والجردان):

تنتقل الحشرات والقوارض عدداً كبيراً من الأمراض بعضها خفيف وبعضها خطير مثل الطاعون والحمى النزفية، كما قد تكون الحشرات والقوارض عاملاً مرضياً مثل الجرب الذي يسببه طفيل الجرب، ومثل التسمم بسموم العقارب. ونظراً لخطورتها فلا بد من مكافحتها، ويكون ذلك بعدة طرائق أهمها:

أ- استخدام المبيدات الحشرية.

ب- استخدام أنواع من الكائنات الحية التي تتغذى على الحشرات.

ج- تحسين البيئة بحيث لا تسمح بتكاثر الحشرات والقوارض، أو لتقليل احتمال الاتصال بين الحشرات والإنسان مثل: التخلص السليم من الفضلات، والاعتناء بنظافة البيوت والمدن، وتجفيف المستنقعات وردمها وتصريف المياه ولهذا نجد أنه إذا استعملت الطرق الصحية لمكافحة الحشرات والقوارض سينخفض بشكل كبير عدد الإصابات ببعض الأمراض التي تنتقل عن طريقها والعكس صحيح.

د- منع وصول الحشرات للإنسان، وذلك باستخدام أدوية طاردة للحشرات ووضع شبك على النوافذ واستعمال الناموسيات أثناء النوم (الشاعر عبد المجيد، أبو الرّب صلاح وآخرون، 2005، ص ص، 140-141).

العبارة 4 - البرغوث.

البرغوث هو حشرة تتطفل على الإنسان وعلى كثير من الثدييات والطيور. وتتغذى على دم العائل الذي تتطفل عليه. وأهم الأمراض التي ينقلها هي:

أ- الطاعون الذي ينقله إلى الإنسان من القوارض، وخصوصا الجرذان، فحينما يمتص البرغوث بعضاً من دم الفأر المصاب فإنه يحمل معه ميكروب المرض، وينقله إلى الإنسان عند لدغه له.

ب- التيفوس المتوطن، وهو يشبه التيفوس الوبائي الذي ينقله القمل (عبد العزيز طريح شرف، 2008. ص 110).

1-2- البعد الثاني - محور التلوث.

العبارة 5 - دخان المصانع. نتج عن التقدم التقني ظهور ثورة صناعية كيميائية حتى بلغت حوالي خمسة مليون مادة يستخدم منها حوالي سبعون ألف مادة سنوياً، ورغم أن هذه المواد ساهمت بشكل كبير في رفع مستوى حياة الإنسان ورفاهيته، إلا أنها شكّلت أخطاراً جديدة إلى البيئة الطبيعية فتصاعدت بعض الغازات الضارة من مداخن المصانع ولوثت الهواء وألقت هذه المصانع بمخلفاتها ونفاياتها الكيميائية السامة في البحار والأنهار (عبد الهادي محمد عشري، 1979، ص 64).

يعاني سكان المدن غالباً من ارتفاع معدلات تلوث الهواء بسبب كثرة الغازات المنطلقة من السيارات أو من طفح المجاري وغيرها. وقد تتسبب الغازات السامة المنبعثة من المصانع المقامة في المدن أو بالقرب منها إلى وقوع كثير من الضحايا (عبد العزيز طريح شرف، 2008، ص 133).

العبارة 6 - تلوث مياه الشرب بمياه المجاري القذرة (مياه الصرف الصحي):

تتشكل مياه الصرف الصحي من المياه المستخدمة في المنازل سواء في المطابخ أو الحمامات وكذلك المياه المستخدمة في بعض الورش والمصانع الصغيرة ومحطات الوقود التي تقع داخل المدينة.

وتعد مياه المجاري أحد المشكلات الخطيرة على الصحة العامة في معظم دول العالم الثالث، لأن أغلب هذه الدول تفتقد لشبكة صرف صحي متكاملة، بل أن بعض المدن الكبيرة لا توجد بها شبكة صرف صحي وأكبر مثال على ذلك مدينة جدة، والمشكلة الكبرى حينما تلقى المدن الساحلية مياه الصرف الصحي في البحار دون معالجة مسببة مشكلة صحية خطيرة.

إن مياه الصرف الصحي تضم أعداداً كبيرة من الكائنات مثل البكتيريا والفيروسات والطفيليات فإن لم تعالج بشكل جيد فإنها تسبب أمراضاً خطيرة للإنسان وخاصة إذا تسربت إلى مياه الشرب مثل التيفوئيد و الكوليرا، وشلل الأطفال. فقد حدث انتشار وباء الكوليرا في القرن السابع عشر في لندن نتيجة تلوث مياه نهر التايمز بمياه الصرف الصحي، وقد حدث أيضاً في دلهي - الهند وكاليفورنيا انتشار وباء السالمونيلا والالتهاب الكبدي نتيجة تلوث المياه (خلف حسين علي الدليمي، 2009، ص 107-109). ولا أدلّ على خطورة المياه الملوثة يقول لوردن بارون: "ولا يزال كثيراً جداً من الأفريقيين يعاني من الأمراض التي تنشأ أساساً من صعوبة فصل الناس عن روثهم. وربما استطاعت المياه النقية والمرشحات أن تحسن من الصحة في أفريقيا أكثر من كل مستشفيات العالم." (لوردن بارون، دت، ص 327).

العبارة 7 - تربية المواشي في فناء الدار.

مصطلح الماشية:

"الماشية أو المواشي: هو مصطلح يستخدم للإشارة (منفردة أو جمعية) إلى الحيوانات المستأنسة عمداً لتربيتها ضمن ظروف زراعية لإنتاج أشياء مثل الأغذية أو الألياف أو للعمل. هذا المصطلح لا يشمل الدواجن أو المزارع السمكية، إلا أن إدراج هذه الأنواع، وخاصة الدواجن، في إطار "الماشية" شائع (موسوعة ويكيبيديا الحرة / 23 ماي 2014 على الساعة 17:30)."

ولا يزال كثيراً جداً يعاني الكثير من الأفريقيين من أمراض سببها صعوبة فصل الناس عن روثهم. ويمكن استطاعت للمياه النقية والمرشحات أن تحسن من الصحة في أفريقيا أكثر من كل مستشفيات العالم (لوردن بارون، ص 327).

العبارة 8 - البرك والمستنقعات. بعض المدن لها شبكات صرف صحي، إلا أنها لا تمتلك محطات معالجة، فيتم تصريف المياه مباشرة نحو النهر أو البحر، فتؤدي إلى حدوث تلوث نهري وبحري، وقد ينتج عن ذلك تضرر الأحياء البحرية والتي يتغذى عليها الإنسان فيصاب ببعض الأمراض، أو عند السباحة في تلك المياه فيتعرض إلى الإصابة نتيجة التلوث بمياه الصرف الصحي، أو قد يؤدي إلى تكون مستنقعات وبرك في بعض المناطق فتتحول إلى أماكن لتجمع الديدان والحشرات الناقلة للأمراض كالبعوض والذباب، فضلاً عن الروائح الكريهة، والتي تؤذي سكان المناطق القريبة منها، كما يتسرب قسم من تلك المياه إلى باطن الأرض تختلط بالمياه الجوفية التي يستخدمها الإنسان في استعمالاته المختلفة (خلف حسين علي الدليمي، 2009، ص 433).

2- المحور الثاني - الظروف المعيشية.

العبارة 9 - ضجيج المدينة: تشكل الأصوات العالية أحد المشكلات الصحية الهامة، وقد أثبتت بحوث كثيرة في دول متعددة، أن هذه الأصوات يمكن أن تؤدي إلى إصابة

الإنسان ببعض الأضرار الجسيمة والنفسية الدائمة أو المؤقتة، كالتوتر العصبي، والانهيار العقلي، والعنف والاضطرابات العاطفية. فمثلاً أثبتت إحدى الدراسات الحديثة ففرنسا أن سبع حالات من كل عشر حالات من الاضطرابات العصبية سببها الصوت. كما أثبتت دراسة أخرى في أمريكا أن المستوى العالي للصوت في المدن هو أحد الأسباب الهامة للانهيارات العصبية في البلاد، والجدير بالذكر أن مستوى ضغط الصوت يقاس بوحدة تعرف بالديسيبل (decibel(db) وأدنى مستوى له يساوي صفر، وهو الصوت الذي يستطيع أن يسمعه شخص لديه حاسة سمع جيدة أثناء الهدوء التام. ويقدر مستوى ضغط الكلام العادي بحوالي 60 db. وإذا وصل مستوى ضغطه إلى 85 db. يبدأ التأثير المدمر للصوت على الأذن وقد يصل الحال إلى الصمم لأن الصوت العالي أو الضوضاء يمكن أن يدمر الخلايا الشعرية الميكروسكوبية التي تنقل الصوت من الأذن إلى المخ. ويمكن للصوت العالي المفاجئ أن يدمر عدة آلاف من هذه الخلايا بدرجة لا يمكن علاجها. وقد بينت كثير من الدراسات أن التزايد الواضح في الضوضاء هو السبب في تناقص قدرة الكثيرين على السمع في الوقت الحاضر. وفي ذات السياق، يؤكد الباحث الأمريكي جون هاندلي John Handley أن الأصوات البالغة الشدة يمكن أن تتسبب في ظهور بعض أعراض ارتفاع ضغط الدم، والدوار وبعض مظاهر الهلوسة، والبارانويا، والشعور بالميل إلى القتل أو الانتحار، وأنه لمن المحتمل أن يكون التلوث الصوتي هو أحد أسباب ارتفاع معدل حالات الإصابة بأمراض القلب والأمراض العقلية (عبد العزيز طريح شرف، 2008، ص ص، 159-162). كما أن للأصوات الشديدة تأثيرات نفسية مثل سرعة التعب والارهاق العصبي والشعور بالضيق وسهولة الإثارة وكثرة الشكوى والتأثيرات العصبية الفسيولوجية التي تؤثر على الانتاج و تزيد من نسبة الأخطاء وتنفص القدرة على التركيز وأداء الأعمال العقلية (خلف حسين علي الدليمي، 2009، ص 134).

العبارة 10- البيوت الضيقة والقصديرية: والعبارة 12- البيوت القصديرية: تشكل

الهجرة المستمرة من الريف إلى المدن مشكلة عويصة لها نتائجها الصحية السلبية في معظم دول العالم، وخصوصاً الدول النامية. إذ أن المهاجرين الذين يكونون غالباً من عناصر فقيرة ذات مستوى صحي منخفض، حيث يتجمعون غالباً على أطراف المدينة و يتكدسون في مساكن أو أكواخ مبنية بمواد محلية مثل الصفيح أو البوص أو الخشب. وتطلق على تجمعاتهم أسماء محلية مختلفة مثل مدن الصفيح أو مدن العشيش (عبد العزيز طريح شرف، 2008، ص ص، 133-134).

وتشير الدراسات والبحوث الامبريقية إلى أنّ المسكن ونوعه يؤثر على الفرد من عدة نواحي: الاجتماعية والصحية والتربوية والسلوكية. وفي هذا السياق يقول: " M.Bryce برايس " أنّ المكان الذي يسكن فيه الفرد يؤثر في تكوين شخصية الفرد، كما يؤثر في صحته النفسية و الجسدية والاجتماعية، كما توصلت الدراسات إلى أنّ ظروف الإسكان تؤدي إلى الخمول و الكسل، إضافة إلى تأثيره على النواحي الصحية والأخلاقية، كما بيّنت هذه الدراسات أنّ هناك ارتباط ما بين ظروف الإسكان من حيث الازدحام وارتفاع معدل وفيات الأطفال وانتشار الأمراض المعدية، كما بينت التجارب الانترومترية التي أجريت على مدارس الأطفال أنّ هناك ارتباطاً ما بين حجم الحجرة السكنية وطول ووزن الطفل (محمد عزوز، 2006، ص ص، 85-86).

العبارة 11- تأثير الحرب على الصحة:

تؤثر الحروب على الإنسان في اتجاهين أولها من خلال استخدام أسلحة الدمار الشامل وما يتسبب عنها من خسائر بشرية وأوبئة، وثانيها ما يتسبب عنها الحروب من هجرة واسعة للسكان والتجمع في مخيمات غير ملائمة مما ينتج عن ذلك انتشار الأمراض المختلفة بين السكان. ففي الحروب تستخدم الأسلحة التقليدية كالتائرات والدبابات والمدافع إلى الأسلحة

غير التقليدية المدمرة وهي متنوعة منها:

- الأسلحة البيولوجية

- الأسلحة الكيميائية.

- الأسلحة النووية: ومن أسلحتها:

- القنبلة الذرية.

- القنبلة الهيدروجينية (خلف حسين علي الدليمي، 2009، ص ص، 297-298).

وبدأ تاريخ التلوث النووي الحقيقي إلى أواخر الحرب العالمية الثانية سنة 1945م، حينما ألقت الولايات المتحدة الأمريكية أول قنبلة نووية على مدينة هيروشيما فقتلت وشوهت معظم سكانها، وحتى من نجى منهم بقي يعاني من آثار الإشعاع النووي طول حياتهم، وتسابقت -منذ ذلك الحين- الدول الكبرى في تطوير القنابل النووية وفي إجراء التجارب عليها مما هدّد جو الكرة الأرضية كله بالتلوث النووي، مما حمل الدولتين العظيمة، وهما أمريكا والاتحاد السوفيتي وقتئذ على الاتفاق على التوقف عن إجراء التجارب النووية في الجو والاكتفاء بإجرائها تحت الأرض، إلا أن بقية الدول التي دخلت ميدان السباق النووي وهي فرنسا وبريطانيا والصين والهند لم تلتزم بهذا الاتفاق وأجرت تجاربها في الجو (عبد العزيز طريح شرف، 2008، ص 147).

البعد الثالث - المشاكل الاجتماعية.

العبرة 13 - البطالة.

تسبب البطالة الفقر وهو كثيراً ما يسبب انتشار الجرائم والأوبئة، ففي الجزائر وحسب الإحصائيات التي قدمها الديوان الوطني للإحصاء لسنة 2000، سجّل ارتفاع نسبة البطالة

والتي تعادل 29%، وما تبعه من جيوب الفقر تسبب في انتشار الأوبئة وارتفاع الجريمة والعنف، وتفشي سلوكات غريبة عن مجتمعاتنا أدت إلى انفجار بعض المشاكل الصحية (ذهبية سيدهم، 2005، ص 60).

العبارة 14 - الطلاق.

بعدما يتم الطلاق يكون له نتائج صحية سلبية على أبناء المطلقين، وفي هذا السياق يشير "كمال مدسي" إلى أن للطلاق آثار سلبية على النمو النفسي للطفل أهم تكوين مفهوم الوالدين السيئ، مما يسبب اختلال نمو الشخصية، وعدم الكفاءة وانخفاض مستوى الطموح، وقلة الرغبة في العمل والانجاز، وضعف التحصيل الدراسي، واضطراب العلاقة بالزملاء والمدرسين، وسوء التوافق النفسي والتكيف الاجتماعي (زقعار فتحي، 2011، ص 95).

كما يتسبب الطلاق بمشاكل تلحق كثيراً من الضرر بالمطلقين وأبنائهم ومحيطهما القرابي من جميع النواحي النفسية والاجتماعية والاقتصادية. فالمرأة المطلقة وأطفالها يتم إحلالهم في مكانة اجتماعية أدنى، كما تخسر المطلقة استقلاليتها الاقتصادية السابقة، في حين تضيف إلى الرجل أعباء اقتصادية أخرى علاوة على خسارته لعبء زواجه السابق. وعلى المستوى النفسي تعاني المطلقة من إحساس بالوحدة والإحباط وعدم الثقة بالنفس وعدم الرغبة في تكرار الزواج. مرة أخرى الأمر نتيجة تراجع ثقتها بالرجال والخشية والخجل منهم ومن مواجهة المجتمع الذي يحملها مسؤولية الطلاق، وعلى الرغم من كل ما ذكر فإن الثمن الباهظ يدفعه الأطفال الذين يراوون في علاقة مزدوجة وذات حدين تجمع ما بين الارتباط بأب مطلق أو أب مطلق، علاوة عما يلحق بهم من فقدان للتربية الأسرية والرعاية الاجتماعية والاقتصادية التي

قد يترتب عليها اضطرابهم لترك الدراسة والبحث عن عمل وقيامهم بدور المعيل للأسرة (أيمن الشبول، 2010، ص 696).

العبارة 15 - العنوسة: للعنوسة عدة آثار على صحة الفتاة منها:

1- التوتر العصبي الدائم وما ينتج عنه من أمراض ضغط الدم وقرحة المعدة أو حموضتها إضافة إلى المزاج العصبي التائر.

2- اختلال وظائف الغدد، فالتوتر والاكتئاب يضعفان النشاط الذهني والحيوي للجسم وتم إضعاف المستوى الصحي.

3- إختلال وظائف الغدد فالتوتر والاكتئاب الدائم يؤديان إلى إضعاف النشاط الحيوي والذهني للجسم، وبالتالي إضعاف المستوى الصحي بشكل عام (أيت مولود يسمينة، 2012، ص ص 162-163).

العبارة 16 - الإكراه على الزواج

إن تزويج الأب لابنته بشخص لا ترغب فيه غالباً ما يترتب عليه مفسد كثيرة، ومثال ما ورد في كتاب كنز العمال أن امرأة شابة زوجها أهلها من رجل عجوز فقتله فلم علم عمر بن الخطاب- رضي الله عنه- بالأمر قال أيها الناس اتقوا الله ولينكح الرجل (لمته) من النساء ولتنكح المرأة لمتها من الرجال يعني شبيهاً. وقريباً من سن بعضهما (محمد علي الصليبي، 2007). وهناك صورتين للاختيار الزوجي: الاختيار الأسري والاختيار الحر.

والإختيار الأسري: ويمثل زواج الأقارب أحد الأنماط المعبرة عنه ومن بين صور الزواج المفضلة في أغلب بلاد العالم ومجتمعات العالم الثالث على وجه الخصوص، وخاصة تلك التي تتحكم فيها تقاليد القرابة إلى حد كبير، فإنّ الزواج المفضل يكون محددًا على نحو أكثر دقة، وبصورة أكثر صرامة (بويعلی وسيلة، 2005، ص 93).

1-5- البعد الخامس- النوم وممارسة الرياضة.

العبارة 17- قلة النوم: أجرت جمعية السرطان الأمريكية دراسة مسحية على أكثر من مليون شخص من الراشدين ممن تجاوزت أعمارهم ثلاثين سنة وتضمنت أسئلة عن طول فترة النوم وعن استخدام أقرص النوم واضطرابات النوم، ثم أجريت دراسة أخرى مكتملة بعد مرور ست سنوات لتحديد أعداد الأفراد الذين ماتوا ممن شملتهم الدراسة الأولى وأسباب وفاتهم (الكسندر بوريلي، 1992، ص59).

فتوصلت إلى أن أصحاب فترات النوم القصيرة والطويلة على السواء يموتون بمعدلات أكبر بسبب أمراض القلب، السرطان، والانتحار. وقد فسرت ذلك إحدى الدراسات أن الأشخاص الذين ينامون فترة نخل عن سبع ساعات أو تزيد عن ثماني ساعات هم أقل التزاماً بمبادئ الصحة العامة، أي أنهم يكثرون فيها من التدخين وتناول الخمر، أو يكونون أكثر سمنة وزيادة في الوزن أو تقل ممارستهم للتدريبات الرياضية. كما أن العوامل الخارجية كالأزمات والشدائد ونوبات العمل الليلية، والعوامل الداخلية أي المراحل المبديئة للمرض تؤثر في النوم، وبذلك تسبب زيادة في معدل الوفيات. وخلص القول أن النوم مفيد للصحة النفسية والجسمية للإنسان، وأن الإفراط في النوم أو التقليل منه كلاهما مضر بصحة الإنسان (الكسندر بوريلي، 1992، ص61).

العبارة 18- قلة النشاط الحركي: إن قلة النشاط الحركي يؤدي إلى انخفاض استهلاك الطاقة وهذا يسبب زيادة الوزن ويسهم في حدوث مرض السمنة إذا لم يقابله انخفاض في الحصص الغذائية الغنية بالمكونات العالية للطاقة (شهرزاد بسنوسي، 2011، ص 69). وفي هذا السياق تعرف المنظمة العالمية للصحة السمنة بأنها "الزيادة في كتلة الدهن في الجسم والتي تؤدي إلى نتائج مضرّة بالصحة (شهرزاد بسنوسي، 2011، ص 6)." ومن المعلوم أن السمنة تعد سبباً للإصابة بالأمراض المهدة لحياة الإنسان، كأمراض القلب،

وارتفاع ضغط الدم، وتصلب الشرايين، ومرض السكري، وبعض أنواع مرض السرطان،
مثل: سرطان القولون (منى صالح الأنصاري، 2003، ص 169).

العبارة 19 - ممارسة الرياضة.

هناك العديد من الفوائد المرتبطة بالنشاط الرياضي، حيث تعد الرياضة وسيلة للحصول على
حياة صحية، خالية من المتاعب الجسمية، والنفسية. فهي وسيلة للوقاية من الإصابة
بأمراض الشرايين والقلب، والسكري، وارتفاع ضغط الدم، وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم.
(الأنصاري، 2003، ص 169).

1-6- البعد السادس - الطعام والدواء.

العبارة 20 - الإكثار من وضع الملح في الطعام. تسبب زيادة كمية ملح الطعام في

الجسم إلى زيادة كمية الماء في الدم وفي الأنسجة، مما يسبب ارتفاع ضغط الدم والتأثير
على عضلة القلب، لذا ينصح مرضى ضغط الدم المرتفع بالإقلال من نسبة كلوريد الصوديوم
-ملح الطعام- في طعامهم (خلف حسين علي الدليمي، 2009، ص ص، 397-398).

العبارة 21 - تناول الفواكه دون غسلها. قد ينتج عن تناول الفواكه دون غسلها وجود

الديدان المعوية عند الإنسان وهي "تصيب حوالي 10% من شعوب الدول النامية، جزء كبير
منها يسبب دودة الإسكارس التي تؤدي إلى 60 ألف حالة وفاة سنوياً أغلبها من الأطفال،
فغسل اليدين قبل تناول الطعام وغسل الخضر والفاكهة جيداً قبل أكلها من ضمن أهم طرق
الوقاية ضد الديدان المعوية (خلف حسين علي الدليمي، 2009، ص 113).

العبارة 22 - من مسببات المرض الإكثار من تناول الحلوى. يتسبب الإسراف في تناول

المواد التي تحتوي على نسبة كبيرة من السكر كالحلوى والبطيخ، والعنب في استهلاك سريع
وأكيد لغدة البنكرياس التي تفرز الأنسولين الذي ينظم كمية السكر في الدم، فتحدث الإصابة

بمرض السكر بسبب نقص الأنسولين. إضافة إلى زيادة نسبة الكولسترول في الدم، والتي تترسب على جدران الأوعية الدموية محدثاً مرض تصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدم وزيادة احتمال التعرض للأزمات القلبية وهبوط القلب (خلف حسين علي الدليمي، 2009. ص 391).

العبارة 23- أكل السمك مع اللبن: تذكر عدد من المواقع الإلكترونية عدم صحة مقولة أن الجمع بين أكل السمك مع اللبن يضر بالصحة، مع الإشارة إلى احتمال وجود حساسية للسمك أو اللبن أو لكليهما، وبخصوص الحساسية الغذائية " يمكن بوجه عام أن تنشأ حساسية ضد أي مادة غذائية، وعلى وجه الخصوص الأغذية البروتينية، وأهمها الحساسية من لبن الماشية والجبن وبيض الدجاج والأسماك (خاص البحرية)... فالعلاقة وثيقة بين الحساسية ومناعة الجسم، فعند التعرض لمسبب الحساسية تحدث في الجسم تفاعلات وقائية (ردود أفعال) بإنتاج أجسام مضادة لإبطال مفعول مسبب الحساسية، وقد تكون هذه التفاعلات شديدة (فرط الحساسية) بما يهدد حياة الإنسان (عبد الحميد محمد عبد الحميد، 1999، ص ص، 375-376). " ومن خلال ما اتضح للباحث من معلومات، فهناك احتمال لأن يتحسس الجسم من اللبن أو السمك، ويزيد هذا الاحتمال في حالة الجمع بينهما، مما يسبب حساسية، والتي يعترف بها حتى المنكرون لمقولة (أكل السمك مع اللبن يسبب المرض)، إلا أن الذين يثبتون هذه العلاقة -السالفة الذكر- معهم زيادة علم، ومفادها أن الحساسية للغذاء قد تسبب مشكلات صحية قد تصل إلى حد الموت.

العبارة 24- الإكثار من تناول الأطعمة المقلية بزيت المائدة:

تتسبب بعض العادات الغذائية للشعوب في حدوث المرض، فمثلاً تحدث عند الآسيويين الإصابة بسرطان الكبد بسبب استخدامهم المتكرر لزيت القلي، كما أن وضع الطعام المقلي كالبطاطس والباذنجان على ورق جرائد لامتصاص الزيوت الزائدة يعرضها للتلوث بمواد الطباعة خاصة عنصر الرصاص والعناصر الثقيلة الضارة (عبد الحميد محمد عبد الحميد، 1999. ص 98).

العبارة 25- تساهل بعض الناس في مراقبة صلاحية الأطعمة المعلبة:

لكل مادة غذائية فترة تبقى فيها صالحة للأكل وصحية، ولذلك نجد أن بعضاً منها يكون قد تجاوز فترة صلاحيته، ومع أن هناك لجان مراقبة مهمتها تفقّد المواد الغذائية من أجل صحة المستهلك، إلا أن بعض الباعة قد يبيعون عن سهو أو قصد بعضاً من الأطعمة الفاسدة ولأن الأطعمة المعلبة سريعة التلف فقد لا يتقطن لتلفها الهيئات المختصة والتاجر، فينجم عن ذلك التسممات الغذائية، وهنا يأتي دور الأفراد لتفقد صلاحية الأطعمة والمعلبة على وجه الخصوص لتفادي الأضرار الناجمة عن ذلك.

العبارة 26- الإكثار من تناول الطعام والمرض.

لا بد من تناول الطعام بالقدر المطلوب حتى تكون التغذية سليمة، وإن زادت كمية الطعام عن احتياجات الجسم فستخزن على هيئة دهون مسببة مرض السمنة والتي تؤدي إلى أمراض القلب وتصلب الشرايين وتشحم الكبد وتكون الحصى في المرارة وارتفاع ضغط الدم والسكري ودوالي القدمين والروماتيزم المفصلي الغضروفي بالركبتين (خلف حسين علي الدليمي، 2009، ص 386).

العبارة 27- سقي المزروعات بمياه ملوثة:

سبق أن ذكرنا ما تسببه المياه الملوثة من أمراض، ففي حالات قليلة جداً يقدم بعض الفلاحين- بسبب ضعف ضميرهم وقلة المياه النظيفة- على سقي مزروعاتهم بمياه ملوثة باعتبارها سهلة وغير مكلفة لأنها تكون مياهاً راكدة وملوثة وقريبة من أرضه التي يسقيها فيستسهل الأمر، ويقدم على أمر ضحيته الناس المستهلكون الذين لا يعلمون بالأمر ليدفعون الثمن غالباً من صحتهم.

العبارة 28- اتباع حمية غذائية دون استشارة الطبيب:

إن إتباع حمية غذائية على الوجه، يتطلب معرفة ودراية طبيّة، إلا أنّ بعض الفتيات يلجأن لها كوسيلة لانقاص وزنهن الزائد، غير مدركات للمخاطر الصحية الناجمة عن اتباع نظام غذائي الذي يطبقونه بشكل عشوائي دون استشارة أهل الاختصاص من الأطباء مما يجعلها فريسة مرض ناتج عن سوء التغذية، ومع أن للبدانة نتائج وخيمة على الصحة، إلا أنه لا ينبغي التخلص منها بشر آخر يكون ضدها فخير الأمور - كما يقال - أوسطها على أن يتم انقاص الوزن بحكمة من خلال التقيد بنصائح الحكماء (الأطباء).

العبارة 29- نقص التطعيم في المؤسسات الاستشفائية.

يعد التطعيم أحد أهم الوسائل للوقاية من المرض، لما له من أهمية كبرى في منع حدوث وانتشار العديد من الأمراض، كالسل، والدفتيريا، والسعال الديكي، والتيتانوس وشلل الأطفال. فمرض الحصبة مثلاً؛ يتسبب في وفاة ما بين 3 إلى 4 ملايين طفل عبر العالم، وتعد هذه الأخيرة أحد أهم الأسباب لوفاة الأطفال في الجزائر. ففي سنة 1986 سُجّلت حوالي 5000 حالة وفاة من الأطفال؛ أي ما يعادل من 10 إلى 15% من معدل الوفيات. (لبرارة سماح، 2009-2010، ص84).

فرغم المجهودات التي تبذلها الدولة، إلا أنّ المناطق الريفية لا زالت تعاني من نقص الرعاية الصحية، حتى وإن وجدت المستشفيات فإنها تفتقد للإمداد بالأجهزة والأدوية. كما أنّ الطبيب الناشئ غالباً ما يحجم عن العمل في المناطق الريفية (هجيرة عمرون، 2009-2010، ص56). وهذا الأمر هو أحد أسباب اللجوء للطب الشعبي، بدلاً من الخدمات الصحية الرسمية المتواضعة، وفي حالة نقص التطعيم ضد الأمراض أو غيابها كلية إمّا لنقص الخدمات الصحية - كما في بعض الدول الفقيرة - أو أنّ الطب لم يتوصل بعد للدواء المناسب كما في حالة السيدا مثلاً، وفي هذه الحالة يبقى الثقيف الصحي هو العامل الحاسم

في مواجهة مثل هذه الأمراض. وقد أثبت بحث ميداني أجري سنة (2002) أنّ هناك نقص للوعي الصحي لدى الأمهات بخصوص أهمية التطعيم حيث جاء فيه "أن المشكلة ليست في إقناع الأمهات بأهمية البدء في التطعيم ولكن في توضيح أهمية أخذ التطعيم ضد أمراض معينة أو استكمال الجدول الكامل للتطعيمات المختلفة ومراعاة السن الملائمة للتطعيم لتجنب عودة الأمراض المعدية." (لبرارة سماح، 2009-2010، ص60).

العبارة 30- تناول الدواء دون استشارة الطبيب: تعد الأدوية ذات تأثير قوي على جسم الإنسان ولهذا لا تصرف إلا بإذن الطبيب فالاستعمال السيئ والخطئ للدواء قد يسبب بعض المشاكل من أهمها:-

1- الإدمان على الأدوية.

2- تشوهات خلقية وإجهاض ووفاة الجنين في الأم الحامل.

3- حدوث التسمم بسبب ارتفاع تركيزها في الجسم نتيجة تراكم الأدوية في الجسم لأن عملية طرد الأدوية من الجسم تكون بطيئة(علي بن صالح وصل العمري، 2010، ص44).

كذلك فإنّ " كثرة تناول المضادات الحيوية بدون استشارة الطبيب يؤدي إلى نقص بعض أنواع الفيتامينات التي تصنع في الجسم بواسطة البكتيريا الموجودة بصفة طبيعية في الأمعاء الغليظة، مثل فيتامين حمض الفوليك وفيتامين ب12 وفيتامين ك مما يعرض الجسم لظهور أعراض نقص هذه الفيتامينات (خلف حسين علي الدليمي، 2009. ص 399). " ويأتي هنا دور التربية الصحية في التعريف بالأدوية فوائدها وماذا يؤدي استعمالها الخطئ وماذا يؤدي تناولها بدون وصف واستشارة الطبيب مما يشكل لدى الطالب وعياً بذلك(علي بن صالح وصل العمري، 2010، ص44).

1-7- البعد السابع: التدخين والمخدرات.

العبارة 31- التدخين.

لم يكن يعلم مكتشفوا الأمريكيتين الأوربيين أن نقلهم لزراعة التبغ من العالم الجديد إلى أوروبا إنما ينقلون إليها وإلى عالمنا اليوم سمًا زعافا، لأن تدخين السجائر من أكثر العادات الضارة شيوعاً ورسوخاً في القرن العشرين، إذ يتسبب في آثار شديدة الأذى للجسم والنفس، فبالنسبة للجسم، ينتج عن التدخين أمراضاً تأتي على رأس قائمة الأمراض المسببة للوفاة، ففي أمريكا وحدها يموت نتيجة الإصابة بهذه الأمراض أكثر من خمسة أضعاف الذين يموتون نتيجة الحوادث، وما يقرب من مائتي ضعف الذين يموتون بسبب الاعتماد (الإدمان) على الهيروين (عبد المنعم شحاتة محمود، 1998، ص 25).

" ولعل من أبلغ ما قيل في وصف وتصوير مشكلة التدخين من الناحية الصحية هو ما ورد في تقرير لمنظمة الصحة العالمية (WHO) يذكر أن التدخين يعد أخطر من أمراض السل و الجذام والطاعون مجتمعة، وأن صحة الإنسان سوف يظل يتهددها الخطر طالما لم يتحقق الوصول إلى عالم خال من التدخين (لطي عبد العزيز الشربيني، 1999، ص 9).

العبارة 32- الجلوس مع المدخنين:

لا يقتصر ضرر التدخين على المدخن فقط، وإنما يطول جلساءه من أهله وأحبائه (عبد المنعم شحاتة محمود، 1998، ص 25). ويسمى (التدخين السلبي)، حيث يستنشقون الدخان من الهواء الجوي السعال (علي بن صالح وصل العمري، 2010، ص - ص، 54-55). الخارج من المدخن فيتضررون صحياً، ومن هذه الأضرار ما يسبب من ضيق في التنفس وتزايد في نسبة وبالنسبة للوطن فإن التدخين يلحق بالاقتصاد أضراراً كبيرة نتيجة تناقص قدرات المدخنين الصحية وبالتالي نقص إنتاجهم، ونتيجة ما تتحمله ميزانية الوطن من نفقات عناية طبية بالأمراض التي يسببها التدخين (عبد المنعم شحاتة محمود، 1998، ص 25).

العبرة 33 - المخدرات:

تعرف منظمة الصحة العالمية المخدرات على أنها "كل المواد التي تستخدم في غير الأغراض الطبية، ويكون من شأن تعاطيها تغيير وظائف الجسم، ويؤدي الإفراط في تناولها إلى حالة من التعود والإدمان بالإضافة للآثار الجسمية والنفسية والاجتماعية (لامية بوبيدي، 2012، ص ص، 55-56)".

وهناك تأثيرات للمخدرات عند المدمن: حيث يحدث على مستوى الجهاز العصبي: شلل أو تنبيه قوي للجهاز وذلك في حال المهدئات أو المنشطات، مما يجعل المدمن عاجزاً عن التحكم بالنفس، ليتعرض في البعض من الحالات إلى هياج ونوبات صرع اضطرابات ناجمة عن التهاب السحايا والتهاب الدماغ.

❖ على مستوى الجهاز البولي والتناسلي: العجز الجنسي، عجز أو قصور كلوي.

❖ على مستوى القلب: إصابة الصمامات القلبية، قصور الأذنين الأيمن والأيسر

اضطرابات في مستوى الضغط الدموي.

❖ على مستوى الرئتين: ارتفاع الضغط الرئوي، الربو.

❖ على مستوى الجلد: اضطراب الكريات الدموية البيضاء الليمفاوية، تلون الجلد

ندبات جلدية نتيجة الحقن، ضخامة في الكتف والرقبة والإبط.

❖ على مستوى الفم والأنف والعنق: ضعف الأسنان وسقوطها التدريجي، انتقاب

الحجاب الأنفي، و اضطراب وظيفة الغدة الدرقية

الأحشاء: اضطراب وظائف الكبد، ضخامة الكبد، ضخامة الطحال المؤدية إلى التهاب

الكبد، التهاب البنكرياس المزمن (لامية بوبيدي، 2012، ص ص، 56-57).

2- المحور الثاني: التفسيرات التقليدية.

العبارة 34- العين:

إن العين هي مصدر فتنة وسحر، وقد اعتبرها الفراعنة رمزاً لوحدة مصر القديمة، واستمرار الحياة وللصحة بعد المرض، ورمزاً دينياً للعودة إلى الحياة بعد الموت.

ولقد عرف العرب القدامى اللون الأزرق في عيون الغزاة الروم، ولذلك لم تذكر في شعر التراث إلا نادراً، ولقد كره العرب اللون الأزرق، والعيون الزرق، فاتهموا أصحابها بالكذب والشر واللؤم، وكان اللون الأزرق في العيون علامة فارقة للأعجمي الرومي، وكل أعجمي حتى قيل عن شديد العداوة 'أنه عدو أزرق'.

ويقال في العدو ' هو أزرق العين، وإن لم يكن أزرق (حسن علي إبراهيم، دت، ص 147).

ومن أكثر ما يثير الانتباه هو تفسير المرض في كثير من الأحيان على أنه ظاهرة ناجمة عن "العين"، إذ يؤكد المؤمنون بها أن الأهداف المفضلة للعين هي بشكل عام الغنى، النجاح، والجمال والصحة، وكل ما يمكن أن يثير مشاعر الانتباه والإعجاب والحسد.

(سليمان بومدين، التصورات الاجتماعية للعين. 2004، ص ص، 151-152)

والملاحظ أنّ ظاهرة العين ليست قاصرة على الثقافة العربية بل توجد كذلك في الثقافات

الأخرى، من بينها الثقافة الفرنسية حيث يسمونها Le mauvais oeil (سليمان بومدين،

التصورات الاجتماعية للعين. 2004، ص 150).

إن الاعتقاد بالعين في الثقافة العربية تسبب لدى العرب الوقوع في أخطاء العزو، حيث يفسرون أي عارض مرضي إلى العين، وهو ما يحول دون سعيهم للحصول على تشخيص دقيق للمرض الذي يصيبهم أو يصيب أحد أفراد أسرته.

ولارتباط تفسير المرض بالعلاج في الغالب، فإنَّ عزو المرض للعين يمنع قبول الطرائق الحديثة في العلاج، كما في دراسة الصبي (1994) التي توصل فيها أن نسبة كبيرة من المريضات في المجتمع السعودي ينسبن مرضهن للعين، ولذلك يفضلن التداوي بالطرائق التقليدية على الطرائق الحديثة في العلاج. كما توصل (الصغير، 1996) أن نسبة كبير من عينته على المجتمع السعودي يعزون أسباب مرضهم إلى العين، وهي نفس النتيجة التي توصل إليها لويس (Lewis, 1987) في دراسته على المجتمع التونسي. (عبد الرحمن عسيري، 2003، ص76)

كما يسبب الخوف مشاكل صحية حيث "يتم إخفاء الأطفال عن الأنظار تحت كم هائل من الأقمشة، ولا يتم تنظيفهم إلا نادراً، لتتبعث منهم روائح مقززة فلا تثير أجسامهم الضعيفة أية شهية أو إعجاب. وينجر عن هذا الاعتقاد حالات كساح وحالات تأخر نفسي حركي كثيرة." (سليمان بومدين، التصورات الاجتماعية للعين. 2004، ص153.)

كذلك يمكن أن يتحكم الخوف من العين في تصميم المنازل، حيث وجد أميتاف (Amitav, 1983) في دراسته على الفلاحين في قرية مصرية أنّ البهائم هي المصدر الأساسي للاقتصاد للفلاحين إلى جانب الأرض، ونتيجة الخوف على بهائمهم؛ يحرصون على إبعادهم عن الأنظار حيث تبنى حظائر البهائم خلف المنازل أين لا يمكن للمارة مشاهدتها. (عبد الرحمن عسيري، 2003، ص65)

و تستخدم بعض الأشياء كحلي للزينة وللوقاية من العين مثل الخُمسة أو يد فاطمة كما تعرف في أوربا، أو حدوة الحصان (التسميرة) أو الفلفل الأحمر، ويلجأ البعض إلى البخور و"الحروز" والوشم، كما يستخدم البعض الآخر قلادات على شكل يد تتوسطها عين وتلتوي على أصابعها أفعى، حتى أن بعض الباحثين اعتبر أن كل الأشكال التزيينية عند بربر شمال إفريقيا، بما فيها الأشياء اللامعة كالحجر الكريم والزجاج والمعادن، وحتى الحلي التي

تلبسها النساء، هي ذات دور وقائي من العين ومجسدة لهذا الاعتقاد. (سليمان بومدين،
التصورات الاجتماعية للعين. 2004، ص ص 153-154).

" كما تستعمل قرون (cornes) الحيوانات كوسيلة وقائية من العين، إذ تنتشر في بعض
المناطق الصحراوية الجزائرية بعض الممارسات تتمثل في وضع قرون أو حتى جماجم كاملة
فوق أبواب المنازل، كما يحمل البعض معهم باستمرار دفاعات الخنزير البري (الحلوف)"
(سليمان بومدين، التصورات الاجتماعية للعين. 2004، ص 154).

" وفي بعض المناطق العربية يستعمل الوشم لإبطال الأعمال السحرية، ورد العين والحسد
فالمثلث في مصر، ووشم "الطرناشة" عند البربر المغاربة، يستخدمان ضد إصابة العين."
(مخداني نسيم، 2001، ص 38).

وفي دراسة "يفانز بريتشارد" للعين الشريرة عند مجتمع الأزاندي، وجدهم يعتقدون بأن لكل
فرد عين شريرة، إلا أن تأثيرها لا يحدث إلا حينما تكون عند الفرد اتجاهات خبيثة نحو
الآخرين، وبذلك يوجه الفرد عينه الشريرة المحملة بالمشاعر الخبيثة للناس الآخرين متسبباً
لهم في الكوارث والوفاة (محمد حسن غامري، 1989، ص 19).

ويذهب الشخص المصاب بالعين الشريرة في مجتمع الأزاندي إلى "العراف" حتى يعلم من
أصابه بالعين الشريرة، ويتدرج نظام العرافين لعدة مستويات حتى يصل إلى الساحر ثم إذا
فشل الساحر يستعين بالحاكم وهو أعلى سلطة. ويذهب "بريتشارد" إلى أن العين الشريرة
ضرورة ثقافية، في حين، يرى "مالينوفسكي" بأنها استجابة ثقافية للحاجة لتوافر الأمن (محمد
حسن غامري، 1989، ص ص 20-21).

ومما يجدر ذكره أن " الحسد في المجتمعات العربية مرتبط بالعين على عكس المجتمعات
الغربية لاسيما في المجتمع الأمريكي، الذي يعتبر فيه الحسد انفعالاً فقط" (عبد الله بن
صالح الرويتع، 2008، ص 166).

وفي ذات السياق يشير "عبد الرحمن عسيري" أن مفهوم الغيرة هو المفهوم الشائع للإشارة إلى الحسد في الثقافة الغربية، أما في الثقافة العربية فإن الحسد يرادف العين وليس الغيرة. (عبد الرحمن عسيري، 2003، ص54)

العبارة 35 - السحر:

لقد أثارت أهمية السحر في الثقافات البدائية عدة مناقشات نظرية اشترك فيها كثير من علماء علم النفس، علم الاجتماع، والأنثروبولوجيا أمثال "سيجموند فرويد Freud"، و "تايلور Tylor"، و"فريزر Frazer"، و"هوبيرت Hubert"، و"وستر مارك Westermark"، و"ماريت Marett"، و"مالينوفسكي Malinowski"، و"لوي Lowie"، و"ليهمان Lehmann"، "كيمف Kempf" (سامية حسن الساعاتي، 1983، ص54).

والسحر - في المفهوم الأنثروبولوجي - يشير إلى مركب المعتقدات والأفعال التي يحاول من خلالها الأفراد والجماعات السيطرة على بيئتهم بطريقة تحقق أهدافهم (سامية حسن الساعاتي، 1983، ص55).

وقد قدم فرويد تفسيرات نفسية في مجال علم الأنثروبولوجيا، وخصوصاً لما تطرّق للطوّم والتابو، وذلك في كتابه الذي نشر لأول مرة سنة 1912م وعنوانه "الطوّم والتابو".

وحسب "فرويد"، فإن السحر مرض نفسي يصيب بعض الأفراد أو المجتمعات وهو بمثابة رجوع للتفكير البدائي، أو هو ردة إلى مرحلة طفلية، وبذلك يكون عرضاً نكوصياً (محمد حسن غامري، 1989، ص57).

وللسحر عدة تقسيمات، بعضها يرتبط بأهداف السحر، فهو سحر أبيض إن كان يهدف للخير، وسحر أسود إن كان يهدف للشر، والبعض الآخر يرتبط بمدى ما تشمله آثار السحر، فهو سحر عام إن اتصل بحياة كل الجماعة أو المجتمع البدوي، وهو سحر خاص

ان قصد ضر أو نفع شخص بعينه، أو إذا خصص لنبات أو حيوان معين (صلاح مصطفى الفوال، علم الاجتماع البدوي، 1974، ص276).

ويتحدث "بنعلي" عن أسباب المرض والموت عند أهل الكونغو، حيث يعزونهما (المرض والموت) إلى سحر ساحر حتى لو كان سببهما الحقيقي أسباب أخرى مختلفة، فيقول بأنهم: "لا يرجعونها إلى أسبابها بأية حال، بل إلى فعل السحرة دون سواهم. حتى ولو كان الموت ناشئاً عن الحرب أو الغرق أو السقوط من فوق شجرة عالية أو انقضاء ساعة أو اعتداء حيوان ضار، فإنهم يعزونه إلى تأثير السحر...و عندهم أن الميت لا يموت إلا إذا وقع ضحية لسحر ساحر، ولذلك يعدون هذا الساحر هو الجاني والاعتقاد في السحر لا يقتصر فئة الأميين وذوي المستوى التعليمي المتدني (سامية حسن الساعاتي، 1983، ص ص، 21-22)". بل يشمل حتى الفئات المثقفة وذوي المستويات التعليمية العالية، وفي هذا السياق تذكر "بدرة معتصم ميموني" بأنه " يلاحظ أن زبائن "ضربات الكارطة" و"الطلبة" و"السحارات" يأتون من كل الجماعات الثقافية الاقتصادية. وهذا يدل على أن مهما كان التكوين العلمي عقلائي فإنه لا يمحي من الاعتقادات الراسخة في فكر الإنسان (بدرة معتصم ميموني، 2003، ص 27).

وحسب (طواليبي) -نقلاً عن (بن عبد الله)- فإن المرأة تسحر لتدافع عن نفسها ضد ما تعتبره تسلطاً من قبل الرجل؛ لتجعله يذعن لها ويرجع إلى صوابه، فتسترجع سلطتها المفقودة، أو تنتقم من كل اضطهاد يصيبها (بن عبد الله محمد، 2010، ص94).

العبرة 36 - دعوة الوالدين:

للوالدين في الثقافة الإسلامية مكانة رفيعة؛ لذلك فالإساءة لهما تخلق لدى الأبناء تهديداً وقلقاً، لأن لعنتهما تسبب الأمراض والمعاناة طول العمر، وقد تؤدي إلى سلسلة من

المصائب تستمر إلى اليوم فتلحق الدعوة حتى الأبناء والأحفاد بعد ذلك، لهذا يعتبر البعض أن الحظ العاثر الذي يطاردهم قد يكون بسبب دعوة قديمة. (بومدين سليمان، المرض بين المكتوب ومنطق، 2007، ص ص، 173-174).

العبارة 37- المس في المعتقد الشعبي.

أوضح أودهيامو (Odhiamu, 1972)، أنّ الأفارقة يعزّون كثيراً من الشرور والمخاطر إلى الأرواح الشريرة (حيدر، 1997، ص 154).

المس، والاستحواذ، والافتزان، والصرع، من المفاهيم التي تستخدم كنموذج لتفسير بعض المظاهر النفسية المرضية التي تنتشر في الوسط الجزائري، فمفهوم 'المس' في المعتقد الشعبي حسب ما يذكره "علي عويطة" في (بن عبد الله محمد، 2010: 86) مرتبط بفكرة الاحتلال أو امتلاك الجن أو الشيطان لجسم الإنسان، دون أن يكون لهذا الأخير علم مسبق، أو نصيب من المسؤولية فيما يحدث له (ميسوم ليلي، ص ص، 52-53).

العبارة 38- ارتكاب المعاصي (العقوبة):

يعاش المرض ويدرك على أنه غضب من الله، لذلك فالفكرة التي ترى أنّ الله يعاقب المذنبين موجودة ويقوّية لدى الناس، فمنهم من يقول - إذا كثرت مصائبه- "واش درت تحت ربي..."، وفي ذلك إشارة إلى أنّ أي سوء ما كان ليصيب الإنسان لولا ما اقترفه هو أو أحد أقاربه من ذنوب. خاصة إذا كان الأطفال هم ضحايا تلك المصائب والأمراض لعجزهم على ارتكاب أي ذنب. (بومدين سليمان، المرض بين المكتوب ومنطق، 2007، ص 174).

العبرة 39 - المرض الابتلاء:

يشير الابتلاء عادة في أذهان الناس إلى شيء لا يمكنهم التحكم فيه، شيء يفرض عليهم ولا يمكنهم الإفلات من قبضته، وهو نقيض منطق العقوبة، فالمرض يدرك على أنه ليس شراً كله، بل أحياناً يكون ظاهره شر وباطنه نعمة يؤتيها لمن أحبه من عباده المؤمنين، إن هذا التفسير يساعد على التخفيف من وطأة المرض.

العبرة 40 - التابعة:

التابعة هي مصدر لفعل تبع أي مشى وراء. أما اصطلاحاً فهي تعني الحظ العاثر الذي يكون من نصيب الإنسان في كل مناحي الحياة، أو ما يمكن أن يعرف في الأوساط الشعبية بالنحس، والواقع أن البعض يعتبر "التابعة" من عمل السحرة، وينسبها البعض الآخر إلى جن غير معروف، إلا أن السبب في الحالتين واحد، لأن السحرة هم فقط من يملك القدرة على الاتصال بالجن واستعمالهم لأهداف معينة.

ونتيجة للمشاكل التي تسببها التابعة في الخيال الشعبي، نجد أن كثيراً من النسوة ينسبن - غالباً - العقم والولادة وموت أجنتهن المتكرر إلى التابعة (بومدين سليمان، التصور الاجتماعي لبعض الكائنات في الجزائر. 2005، ص 168). وفي ختام محور التفسيرات التقليدية، نجد العبارتين 41 و 42، واللتين أظهرتهما الدراسة الاستطلاعية.

العبرة 41 - بوتليليس:

يؤكد أغلب كبار السن أنه جن يتلبس ببعض النائمين، فيجعلهم بشكل مؤقت غير قادرين على الحركة أو الكلام، يحاولون طلب المساعدة ولكن دون جدوى. هي تجربة مرعبة تحدث عند البعض تصحبها هلوسات مخيفة لتختفي الأعراض بعد بضع دقائق، وتختلف عمومًا

روايات من تسألهم عن هذه الحالة، التي وإن اختلف فيها التفاصيل أو أشكال الأشباح التي يرونها كما يقولون فالجامع فيها أنّها حالة تسلب الجسم كلّ قدرة على الحركة أو الكلام. وهناك من يعتقد بأنّها جن يجثو على صدور النائمين، غالباً ما يسمى في تونس "بوتليس" حيث يتسلل إلى غرف النوم ليلاً ليجثو فوق كلّ من نام دون ذكر أو بسملة، يكون غالباً ذو جناحين كبيرين أسود اللون ثقيل الحجم بحيث يخنق النائم. وعادة ما يتسلل فجراً قبل استيقاظ الناس. ولا يسلم منه أي شخص، فهو يتعرّض إلى أي إنسان مهما بلغ من العمر. (مريم الناصري، 2021)

العبارة 42- التراب (من هم في مثل عمر المولود من الجن).

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع: الدراسة الاستطلاعية.

يعتمد البحث النفسي على عدد من الخطوات المنطقية والموضوعية، للوصول إلى نتائج علمية موضوعية، مع وجوب تبيان كافة الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة، لذا سنذكر فيما يلي الخطوات المنهجية المتبعة في هذه الدراسة.

أولاً- الدراسة الاستطلاعية:

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية: ترمي لتحقيق الأهداف التالية:

- استكشاف ميدان الدراسة الأساسية.
 - التعرف على الصعوبات الممكنة لكي يتجنبها الباحث في الدراسة.
 - حساب ثبات (اختبار روتر)، بطريق التطبيق وإعادة التطبيق.
 - التعرف على أسباب المرض من وجهة نظر مفردات العينة.
- 2- حدود الدراسة الاستطلاعية: تكونت العينة من 56 طالبا وطالبة من كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية بجامعة سكيكدة، والجدول التالي يوضح خصائصها:-
- الجدول رقم (7). توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس والتخصص.

المجموع	الإناث	الذكور	التخصص / الجنس
27	20	7	علم اجتماع الاتصال
16	13	3	علم اجتماع العمل والتنظيم
8	7	1	علم النفس
5	5	0	تاريخ
56	45	11	المجموع

3- أدوات الدراسة الاستطلاعية. استخدم الباحث في هذه الدراسة أداتين للبحث.

3-1- الأداة الأولى: مقياس روتر لوجهة الضبط. أعده للعربية علاء الدين كفاي. يتكون

المقياس من ثلاث وعشرين فقرة، كل واحدة منها تتضمن عبارتين، إحداهما تشير إلى

الوجهة الداخلية في الضبط والثانية تشير إلى الوجهة الخارجية في الضبط. وقد أضيف إلى الثلاث وعشرين فقرة ست فقرات دخيلة وضعت حتى لا يكتشف المفحوص هدف القياس ولتقليل احتمال ظهور الاستعدادات للاستجابة بصورة معينة. مثل الاستجابة المتطرفة أو الاستجابة المستحسنة اجتماعياً أو استجابة عدم الاكتراث. وقد اختيرت هذه الفقرات الدخيلة بحيث تمثل قضايا متقابلة مثل الوراثة مقابل قضية البيئة. وعلى المفحوص أن يقرأ العبارتين معاً ثم عليه أن يختار أيهما التي تتفق مع وجهة نظره. وإذا كان يوافق على العبارتين فإنه يطالب باختيار أكثرهما قبولاً لديه.

وقد تم تصميم هذا الاستبيان سنة 1957. ثم عدل ونقح سنة 1966. وينسب إلى جوليان روتر قائد فريق الباحثين وصاحب النظرية التي بني على أساسها المقياس. أما بخصوص طريقة تصحيح مقياس روتر لوجهة الضبط: تجدر الإشارة في هذا السياق أن مقياس روتر يتكون من ثلاث وعشرين فقرة، إضافة إلى ستة (6) فقرات دخيلة لا تصحح، وهذه الفقرات هي: 1-8-14-19-24-27- ويصحح المقياس بأن تعطى درجة لكل اختيار للعبارة التي تشير إلى الوجهة الخارجية. وعلى هذا فإن الدرجة العالية تشير إلى الاتجاه الخارجي .

ولمعرفة ثبات الأداة، فقد طبق على عينة استطلاعية مكونة من (63) طالباً وطالبة، وباستبعاد الاستبيانات الناقصة، فقد أجريت الحسابات على (50) استبيان. حيث تمّ حساب ثبات الأداة عن التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني قدره أسبوعين، وقد بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين 0.749 وهو ذو دلالة إحصائية عند 0.01 .

وباستخدام طريقة التجزئة النصفية، حسب معامل الارتباط بين فقرات النصف الأول من المقياس (2، 3، 4، 5، 6، 7، 9، 10، 11، 12، 15) وفقرات النصف الثاني من المقياس (16، 17، 18، 20، 21، 22، 23، 25، 26، 28، 29). وبلغ معامل الارتباط بين هذين النصفين 0.50 وباستخدام تصحيح سبيرمان - براون 0.66 .

كما حسب أيضاً معامل ارتباط الفقرات الفردية مع المقياس ككل، وبلغ المعامل 0.85 كما كان معامل ارتباط الفقرات الزوجية مع المقياس كله 0.84 . وهي معاملات مرضية وتدل على درجة ثبات مقنعة للمقياس.

3-2- الأداة الثانية استبيان عزو المرض، ويتعلق بمسببات الأمراض سواء أكانت تقليدية مثل: العين والسحر، أو أسباب حديثة مثل: التدخين ودخان المصانع. بداية قام الباحث بطرح سؤال استطلاعي على عينة استطلاعية مكونة من (200) طالب وطالبة من كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية بجامعة سكيكدة، اختيروا بطريقة عشوائية. إلى جانب الأدبيات المتوفرة حول الموضوع، وقد تكونت في صورتها الأولية من (60) عبارة.

3-2-1- صدق محتوى استبيان عزو المرض:

تحقق الباحث من دلالات صدق محتوى الأداة بعرضها بصورتها الأولية بداية على (10) أساتذة في اللغة العربية من أجل التأكد من سلامة صياغة عبارات الأداة، ومدى وضوح المعنى من الناحية، مع إمكانية إقتراح أسباب أخرى للمرض من جانبهم، وأخذ الباحث بالتعديلات اللغوية والصياغات المقترحة التي وافق عليها (80%) من الأساتذة، ثم عرضت بعد ذلك الأداة على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة في الإحصاء والقياس النفسي والاجتماعي وعددهم (06) محكمين وطلب منهم إبداء الرأي في عبارات المقياس وإجراء التعديلات الضرورية عباراته، بتصحيح صياغة العبارات أو حذفها أو إضافة عبارات أخرى يرونها مناسبة، وقد أخذ الباحث بالمقترحات التي وافق عليها (80%) من المحكمين.

(مع درجات الحرية = 4 و $\alpha = 0.01$)

يلاحظ أن χ^2 المحسوب أكبر من χ^2 الجدولي، إذن الفروق الموجودة بين إجابات المجموعتين (27 % أقوياء و 27 % ضعفاء) ذات دلالة إحصائية.

3-2-2- ثبات استبيان عزو المرض:

حسب ثبات الأداة على نفس العينة الاستطلاعية عن التطبيق وإعادة التطبيق بفواصل زمني قدره أسبوعين، وقد بلغ معامل الارتباط بين التطبيقين 0.81 وهو ذو دلالة إحصائية عند 0.01 .

وحسب ثبات الاتساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، عن طريق عينة الدراسة، المكونة من (847) طالب وطالبة، حيث بلغت قيمته (0.828).

وجرى حساب معامل ارتباط بيرسون بين عبارات الاستبيان مع الاستبيان ككل. وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.11 - 0.49)، وهي كلها دالة عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$ ، ما يعني أن الأداة تتمتع بدرجة ثبات عالية لأغراض تطبيقها.

وقد تكوّن الاستبيان في صورته النهائية من (55) عبارة موزعة على (03) محاور مقسمة إلى (11) إحدى عشرة بعداً، كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (9) يبين محاور وأبعاد مقياس عزو المرض في صورته النهائية.

المحور	البعد	عدد العبارات	أرقام العبارات	
1- التفسيرات الحديثة	العدوى	4	1، 2، 3، 4.	
	التلوث	4	5، 6، 7، 8.	
	الظروف المعيشية	4	9، 10، 11، 12.	
	المشاكل الاجتماعية	4	13، 14، 15، 16.	
	النوم وممارسة الرياضة	3	17، 18، 19.	
	الطعام والدواء	11	20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30.	
	التدخين والمخدرات	3	31، 32، 33.	
	2- التفسيرات التقليدية	العين، السحر، دعوة الوالدين، المس، المعاصي، الابتلاء، "التابعة"، "بوتليليس"، "التراب"	9	34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42.
		البعد الداخلي	4	43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53.
		بعد ذوي النفوذ	4	54، 55.
3- مصدر الضبط الصحي	بعد الحظ	5	56، 57، 58، 59، 60.	

ثانياً - عرض نتائج الدراسة الاستطلاعية:

1- عزو المرض عند ذوي التحكم الداخلي.

سأذكر فيما يلي كل سبب وعدد تكراراته ومعدل رتبته، والأهمية العامة حيث أن:

معدل الرتبة = مجموع الرتب / عدد الرتب.

الأهمية العامة للسبب = معدل الرتبة / عدد التكرارات السبب.

جدول رقم (10) ترتيب أسباب المرض عند فئة التحكم الداخلي حسب الأهمية العامة للسبب (الدراسة الاستطلاعية).

السبب	التكرار	معدل الرتبة	الأهمية العامة
1- الفقر	10	5	0.50
2- الزنا	9	4.66	0.51
3- العين الحاسدة	9	4.66	0.51
4- تعاطي المخدرات	8	4.25	0.53
5- تدخين السجائر	8	4.75	0.59
6- البطالة	9	5.55	0.61
7- السحر	8	5.37	0.67
8- التلوث البيئي	8	6.5	0.81
9- قسوة الوالدين على أبنائهما	7	6.42	0.91
10- اعتداء الأرواح الشريرة	4	8	2

يبين الجدول رقم (10) أنّ الفقر، والزنا والعين الحاسدة هي أكثر الأسباب أهمية عند ذوي التحكم الداخلي.

2- عزو المرض عند ذوي التحكم الخارجي.

جدول رقم (11) ترتيب أسباب المرض عند فئة التحكم الخارجي بحسب الأهمية العامة للسبب (الدراسة الاستطلاعية).

السبب	التكرار	معدل الرتبة	الأهمية العامة
1- تعاطي المخدرات	42	3.95	0.09
2- التلوث البيئي	40	4.25	0.10
3- تدخين السجائر	35	4.37	0.124
4- الزنا	38	4.92	0.129
5- السحر	40	5.32	0.133
6- العين	39	5.23	0.134
7- الفقر	36	5.55	0.15
8- البطالة	35	7.05	0.20
9- قسوة الوالدين	35	7.71	0.22
10- اعتداء الأرواح الشريرة	20	6.75	0.33

جدول رقم (12) سبب المرض ورتبته عند ذوي التحكم الداخلي والخارجي (الدراسة الاستطلاعية).

السبب	رتبته عند ذوي التحكم الداخلي	رتبته عند ذوي التحكم الخارجي
الفقر	1	7
الزنا	2	6
تعاطي المخدرات	3	4
تدخين السجائر	4	5
التلوث البيئي	5	1
السحر	6	3
العين الحاسدة	7	2
البطالة	8	8
قسوة الوالدين على أبنائهما	9	9
اعتداء الأرواح الشريرة	10	10

يلاحظ من خلال الجدول السابق وجود عشرة أسباب مشتركة بين ذوي التحكم الداخلي والخارجي، ومع اختلاف ترتيبهم لهذه الأسباب إلا أنهم اتفقوا على ترتيب ثلاثة أسباب وهي: البطالة (8-8)، قسوة الوالدين على أبنائهما (9-9) واعتداء الأرواح الشريرة (10-10).

ويمكن القول-بناءً على ما جاء في الدراسة الاستطلاعية- أنّ التفسير الثقافي للمرض (كالعين والسحر) متواجد بقوة ضمن تفسيرات الطلبة، إلى جانب التفسيرات الحديثة (كتعاطي المخدرات، وتدخين السجائر)، وقد الاحتفاظ بهذه الأسباب، مع إضافة أسباب حديثة أخرى مستمدة من الإطار النظري، كما تم الاقتباس من مقياس مصدر الضبط الصحي الذي أسسه

"والستون وآخرون"، وأعدّه "جبالى نور الدين" ويتكون الاستبيان من 18 عبارة، تقيس ثلاثة أبعاد كالآتي:

1- البعد الداخلي: العبارات الخاصة به 1، 6، 8، 12، 13، 17.

2 - بعد ذوي النفوذ: العبارات الخاصة به 3، 5، 7، 10، 14، 18.

3 - بعد الحظ: العبارات الخاصة به 2، 4، 9، 11، 15، 16.

وتتم الإجابة على بنود الاختبار وفق اختيارات خمس، حيث اقتبستُ من هذا المقياس العبارات رقم: 2، 3، 4، 7، 8، 10، 11، 12، 13، 15، 16، 17، 18، ثم عُرض الاستبيان على (6) أساتذة محكّمين من جامعتي عنابة وسكيكدة، وقد أبدوا بعض الملاحظات، حيث حاول الباحث أخذها بعين الاعتبار قدر المستطاع؛ لأن هناك اختلاف في آراء المُحكّمين - أحياناً - لذلك لا يمكن الجمع بينها. فمثلاً كان هناك اختلاف بين محكمين فيما إذا كانت الإجابات على مقياس عزو المرض تكون إيجابيتين (نعم أو لا). أو خمسة إجابات (بمعنى: موافق تماماً، موافق، غير متأكد، غير موافق، وغير موافق تماماً). وقد رجح الباحث الرأي الثاني باعتبار أنّ العبارات التي استمدت من مقياس مصدر الضبط الصحي، يتم الإجابة عليها وفق اختيارات خمس؛ لتوحيد تعليمة الاستبيان.

وسنعرض - بالتفصيل - التغييرات التي حدثت في عبارات مقياس عزو المرض في

صورته الأولية :

قمنا بحذف 22 عبارة وهي التي تحمل أرقام: 2-6-9-11-12-19-23-25-26-

28-37-39-40-41-48-49-50-51-55-58-59-60. (أنظر الملحق رقم 4).

وبقيت 25 عبارة كما هي دون تغيير وهي التي تحمل أرقام: 1-5-8-15-16-17-18-24-27-30-31-32-33-34-35-42-43-45-46-47-52-53-54-56-57.
(انظر الملحق رقم 5)

كما أعيد صياغة 13 عبارة: 3-4-7-10-13-14-20-21-22-29-36-38-44.
(أنظر الملحق رقم 6).

وبعد ذلك تمت صياغة استبيان عزو المرض كما هو موضح في الملحق رقم (7).

الفصل الخامس: عرض النتائج وإختبار الفرضيات.

من خلال الدراسة الاستطلاعية أُجري حساب ثبات مقياس روتر لمصدر الضبط، وتصميم إستبيان عزو المرض ثم الشروع في الدراسة، وسنعرض فيما يلي الإطار المنهجي للدراسة.

أولاً- منهج الدراسة

نظراً لطبيعة الموضوع كونه عبارة عن استكشاف للعوامل والأسباب التي يعزوا إليها الطلبة المرض وعلاقة ذلك بمركز التحكم، حيث يفترض أن يكون هناك اختلاف في العزو بهذا الخصوص نتيجة جملة من المتغيرات أهمها: السن، الجنس، المستوى التعليمي، التخصص الجامعي فقد اخترنا المنهج الوصفي باعتباره يسمح بتصوير ما هو كائن، أي الظاهرة من حيث خصائصها والظروف المحيطة بها (كامل محمد الغري، 2002، ص139).

ثانياً-حدود الدراسة

1- الحدود الزمانية للدراسة:

أُجريت الدراسة الحالية في الثلاثي الثاني لسنة 2013م.

2- الحدود المكانية للدراسة: أُجريت الدراسة بجامعة سكيكدة وفيما يلي وصف مختصر للمجال المكاني.

2-1- جامعة سكيكدة:

تستعمل جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة هياكل المدرسة القديمة للفلاحة لأغراض بيداغوجية، حيث تضم كلا من قسم علوم الطبيعة والحياة وقسم العلوم الزراعية.

تتوزع جامعة 20 أوت 1955 على موقعين في انتظار تحويل كلية الحقوق والعلوم السياسية إلى الموقع الرئيسي في الحدائق:

الموقع الرئيسي (الحدائق): يمتد على مساحة 246 هكتار، يبعد 4 كلم من جنوب غرب الولاية على طريق الحدائق، في سفح الجبل بين الطريق رقم 43 وجبل مسيون. هذا الموقع يجمع هياكل المدرسة السابقة للفلاحة وهياكل المدرسة الوطنية العليا للتعليم التقني، كما يجمع الهياكل التابعة بالمركز الجامعي والهياكل البيداغوجية المنجزة في إطار (PSRE) مخطط دعم الإنعاش الاقتصادي.

كانت مدرسة الفلاحة تبعد 04 كلم من مدينة سكيكدة (PHILIPPEVILLE سابقا) على طريق الحدائق (Sainte Antoine) في طريق الزرماننة ذات أهمية تاريخية إذ تم إنشاؤها سنة 1900 من طرف الحاكم العام للجزائر خلال الفترة الاستعمارية وكان الهدف منها تقديم تكوين نظري وتطبيقي لطلبة مؤهلين ليكونوا مزارعين أكفاء ومعاصرين، مؤطري مؤسسات فلاحية، مدراء الحقول، وموظفي وزارة الفلاحة.

بعد ترميمها استطاعت الجامعة الاستفادة من هياكل هذه المدرسة حيث تحتضن كل من قسم علوم الطبيعة والحياة وقسم العلوم الزراعية.



A المكتبة المركزية

B مقر كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير

C مدرجين أ و ب

D مقر كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

E مقر كلية العلوم

F مقر كلية الآداب واللغات

G مبنى ب 2000 مقعد بيداغوجي

H المبنى الجديد لرئاسة الجامعة

ا مبنى ب 1000 مقعد بيداغوجي طور الإنجاز

ل مبنى ب 1000 مقعد بيداغوجي طور الإنجاز

K مبنى ب 1000 مقعد بيداغوجي طور الإنجاز

L مبنى ب 1000 مقعد بيداغوجي طور الإنجاز

هياكل قيد الإنجاز:

• 1000 × 4 مقعد بيداغوجي

• 8000 مقعد بيداغوجي في إطار قطب الإمتياز

• مبنى لـ 5 مخابر بحث

• مطعم مركزي

• مبنى جديد لرئاسة الجامعة

• مدرج بـ 600 مقعد بيداغوجي

• 186 قاعة درس

- 17 مدرج
- 26 مخبر تجريب
- البهو التكنولوجي
- مكتبة مركزية بالإضافة إلى مكتبة بكل كلية
- مركز أنظمة وشبكات الإعلام التعليم المتلفز والتعليم عن بعد
- مركز التعليم المكثف للغات
- مركز الطبع والسمعي البصري (جامعة سكيكدة، دليل الطالب، 2013)

2-2- جامعة عنابة: لمحة تاريخية:

أسست جامعة باجي مختار عنابة بمقتضى الأمر 75/28 المؤرخ في 29 أبريل 1975. حيث استفادت من الهياكل القاعدية لمعهد المناجم والتعدين التابع لوزارة الصناعة والطاقة. وشرع في التدريس بالجامعة ابتداء من الموسم الجامعي 1975/1976 في ثلاثة معاهد: معهد المناجم والتعدين، معهد اللغات والآداب، معهد الحقوق.

ابتداء من الموسم الجامعي 1980/1981 تمت إعادة هيكلة الجامعة مع تأسيس خمسة معاهد معهد المناجم والتعدين، ومعهد اللغات والآداب، ومعهد الحقوق، ومعهد العلوم الدقيقة والتكنولوجيا، ومعهد علوم الطبيعة.

ومنذ تلك الفترة إلى سنة 1993 أخذت الجامعة في التطور تدريجيا حتى صار عدد معاهدها 20 معهدا و 3 جذوع مشتركة.

منذ 1999 هيكلت الجامعة مع تأسيس 7 كليات محتوية على 34 قسما.

حاليا هياكل جامعة باجي مختار عنابة متمركزة في سبعة مواقع: سيدي عمار وسيدي عاشور، وشعبية (CEFOS سابقا)، وعنابة (CITAM سابقا)، وعنابة (IAP سابقا)، وعنابة (INESM سابقا)، وصفصاف.

فبادرت جامعة باجي مختار - عنابة بتطبيق الهندسة الجديدة للتعليم، والمتمثل في النظام ال ل م د. إن هذا النظام مبني على ثلاثة درجات: ليسانس (بكالوريا+3 س)، ماستر (بكالوريا+5)، ودكتوراه (بكالوريا+8). (جامعة عنابة، دليل الطالب، 2008، ص4).

3- الحدود البشرية.

3-1- وصف مجتمع الدراسة بجامعة عنابة.

شملت الدراسة الميدانية التي أجريت على مستوى جامعة عنابة ستة (6) تخصصات، وسنعرض فيما يلي الإحصائيات المتعلقة بتلك التخصصات باستثناء قسم علم النفس، وذلك لأن الباحث لم يتمكن من الحصول عليها رغم الجهود المبذولة من طرفه. جدول رقم(13) خصائص المجتمع بجامعة عنابة حسب المتغيرات الشخصية.

المجموع	إناث		ذكور		الجنس المستوى	التخصص
	%	ك	%	ك		
612	70.26	430	29.74	182	سنوات الليسانس	علوم الإعلام والاتصال
313	77.32	242	22.68	71	الماستر	
925	72.65	672	27.35	253	المجموع	
366	87.70	321	12.30	45	سنوات الليسانس	علم التاريخ
70	90	63	10	7	الماستر	
436	88.07	384	11.93	52	المجموع	
82	91.46	75	8.54	7	سنوات الليسانس	علم الفلسفة
36	94.44	34	5.56	2	الماستر	

118	92.37	109	7.63	9	المجموع	
250	80	200	20	50	سنوات الليسانس	علم المكتبات
60	78.33	47	21.67	13	الماستر	
310	79.68	247	20.32	63	المجموع	
672	86.01	578	13.99	94	سنوات الليسانس	(ج.م) علوم إنسانية

3-2- وصف مجتمع الدراسة بجامعة سكيكدة.

جدول رقم (14): توزيع مجتمع الدراسة في كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة سكيكدة.

المجموع	إناث		ذكور		الجنس المستوى
	%	ك	%	ك	
1126	72.11	812	27.89	314	السنة الأولى
975	78.67	767	21.33	208	السنة الثانية
733	86.63	635	13.37	98	السنة الثالثة
122	87.70	107	12.30	15	ماستر 1
108	91.67	99	8.33	9	ماستر 2
3064	78.98	2420	21.02	644	المجموع

يبين الجدول السابق أن الذكور يشكلون أقلية في السنة الأولى كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. وذلك بواقع 314 طالب ونسبة قدرها 27.89% ، في مقابل 812 طالبة أي يماثل 72.11% من مجموع طلبة السنة الأولى.

وفي السنة الثانية نجد تراجعاً في نسبة الذكور حيث بلغ عددهم 208 طالب ونسبة تعادل 21.33 % من مجموع طلبة السنة الثانية، في مقابل 767 طالبة ونسبة تماثل من مجموع طلبة السنة الثاني 78.67 % .

وتستمر نسبة الذكور في التراجع في السنة الثالثة حيث يقدر عددهم بـ 98 طالب أي ما يمثل نسبة 13.37 % من مجموع طلبة السنة الثالثة، في مقابل 635 طالبة ونسبة تماثل 86.63 % من مجموع طلبة السنة الثالثة.

كذلك تتراجع نسبة الذكور في السنة الأولى ماستر، حيث بلغ عددهم 15 طالباً أي ما يعادل نسبة 12.30 % من مجموع طلبة السنة الأولى ماستر، في حين قدر عدد الإناث 107 طالبة أي ما يمثل 87.70 % من مجموع طلبة السنة الأولى ماستر.

ونفس الشيء بالنسبة للماستر حيث يلاحظ تراجع في نسبة الذكور وذلك بواقع 9 طلبة أي ما يعادل نسبة 8.33 % من مجموع طلبة السنة الثانية ماستر، في مقابل 99 طالبة ونسبة قدرها 91.67 % من مجموع طلبة السنة الثانية ماستر.

جدول رقم (15) توزيع مجتمع الدراسة في كلية العلوم الاقتصادية بجامعة سكيكدة.

المجموع	إناث		ذكور		الجنس المستوى
	%	ك	%	ك	
1080	60.65	655	39.35	425	السنة الأولى
889	61.30	545	29.70	264	السنة الثانية
635	72.28	459	27.72	176	السنة الثالثة
116	74.14	86	25.86	30	ماستر 1
132	83.33	110	16.67	22	ماستر 2
2772	66.92	1855	33.08	917	المجموع

يبين الجدول أعلاه، أن غالبية طلبة السنة الأولى علوم اقتصادية، من الإناث حيث بلغ عددهم 655 طالبة ونسبة تماثل 60.65% من مجموع طلبة السنة الأولى. في حين قدر عدد الذكور 425 طالباً ونسبة تعادل 39.35% من مجموع طلبة السنة الأولى.

وتزيد قليلاً نسبة الإناث في السنة الثانية وذلك بواقع 545 طالبة أي ما يمثل نسبة 61.30% من مجموع طلبة السنة الثانية. في مقابل 264 طالب أي ما نسبته 29.70% من مجموع طلبة السنة الثانية.

كذلك الحال في السنة الثالثة حيث يلاحظ ارتفاع ملحوظ في نسبة الإناث حيث قدر عددهم بـ 459 طالبة أي ما يشكل نسبة 72.28% من مجموع طلبة السنة الثالثة. في حين أن بلغ عدد الذكور 176 طالباً أي ما يعادل نسبة 27.72% من مجموع طلبة السنة الثالثة.

بعد ذلك تزيد نسبة الإناث قليلاً في الماستر (1)، حيث بلغ عددهم 86 طالبة ونسبة قدرها 74.14% من مجموع طلبة السنة الأولى ماستر. في حين قدر عدد الذكور 30 طالباً أي ما يعادل نسبة 25.86% من مجموع طلبة السنة الأولى ماستر.

ثم تزيد نسبة الإناث في السنة الثانية ماستر وذلك بواقع 110 طالبة ونسبة تمثل 83.33% من مجموع طلبة السنة الثانية ماستر. في مقابل 22 طالب أي ما يشكل نسبة 16.67% من مجموع طلبة السنة الثانية ماستر.

3-3- وصف العينة:

قد تم تحديد نوع العينة الطبقية العشوائية. ومن ثمة فسنعرض فيما يلي خصائص عينة الدراسة حسب المتغيرات الشخصية:

توزيع حجم العينة حسب متغير التخصص

الجدول رقم (16): خصائص عينة الدراسة حسب متغير التخصص.

النسبة	عدد العينة	التخصص
11.57	98	إعلام واتصال
3.78	32	تاريخ
4.01	34	فلسفة
15.70	133	علم النفس
10.86	92	علوم إنسانية
4.13	35	علم مكتبات
25.38	215	علوم إقتصادية
25.74	218	علم إجتماع
100	832	المجموع

يوضح الجدول رقم (16) توزيع عينة الدراسة حسب متغير التخصص، وقد استحوذت طلبة

العلوم الاقتصادية وعلم الاجتماع على حوالي نصف مفردات عينة الدراسة، بينما بقية التخصصات الستة الباقية استحوذت على حصة تقل بقليل عن النصف، مع بروز ثلاث تخصصات كانت لها تكرارات مهمة من بين التخصصات الستة وهي علم النفس ثم علم الإعلام والاتصال، ثم علوم إنسانية، وهذه نتيجة منطقية لأن الباحث في جامعة سكيكدة ركّز على تخصصين فقط وهما: العلوم الاقتصادية، وعلم الاجتماع.

أما في جامعة عنابة فقد توزعت عينة الدراسة على ستة تخصصات، مع أن تركيز الباحث انصب على تخصص علم النفس، لذلك حصل على أعلى تكرار.

توزيع حجم العينة حسب متغير المستوى التعليمي.

الجدول رقم (17): خصائص عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.

النسبة	التكرار	المستوى
29,5	250	السنة الأولى
32,7	277	السنة الثانية
22,1	187	السنة الثالثة
11,3	96	السنة الأولى ماستر
4,4	37	السنة الثانية ماستر
100,0	847	المجموع

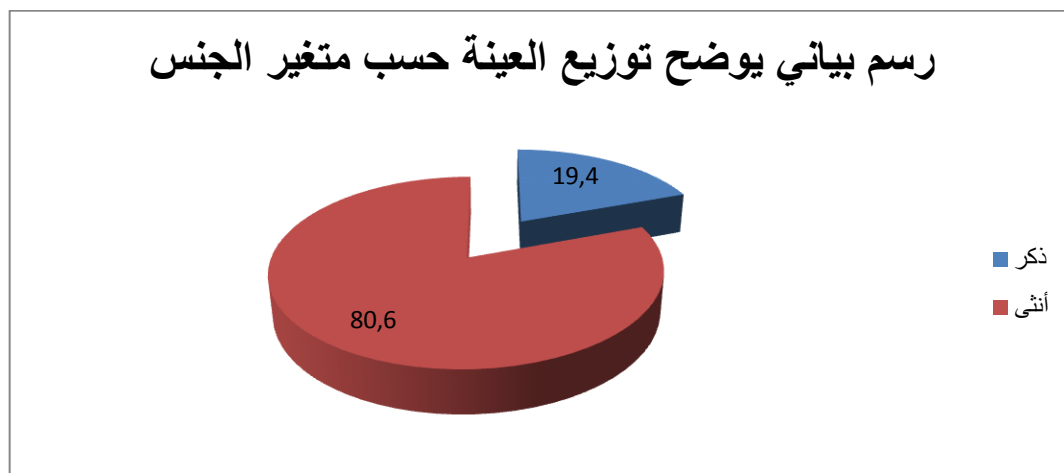
يوضح الجدول رقم (27) توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي، حيث نجد أن غالبية تكرارات العينة مشكلة من طلبة الطور الأول من التعليم (الأولى، الثانية والثالثة جامعي)، في مقابل نسبة قليلة من طلبة الماستر. وهذا نظراً لأن الجامعة تستقبل أعداداً كبيراً من الناجحين في شهادة البكالوريا، وبعد إكمالهم لثلاث سنوات-على فرض عدم رسوب أي أحد- تأتي مرحلة الطور الثاني (الماستر)، التي تكون أعداد الطلبة فيها محددة بنسبة معينة تقلص من إمكانية التحاق أعداد كبيرة من الطلاب بها، وعلى هذا الأساس، فإن تكرارات عينة الدراسة جاءت ممثلة لواقع توزيع حجم طبقات المجتمع الأصلي لدراسة الخمس.

توزيع حجم العينة حسب متغير الجنس.

الجدول رقم (18): خصائص عينة الدراسة حسب متغير الجنس.

النسبة	التكرار	الجنس
19,4	164	ذكر
80,6	683	أنثى
100,0	847	المجموع

يوضح الجدول السابق، أن غالبية مفردات عينة الدراسة كانت مكونة من الإناث (80.6%) مقابل (19.6%) أي إن الإناث يشكلون تقريباً أربعة (4) أضعاف الذكور. وهذا يعكس واقع أن أعداد الإناث بجامعة عناية وسكيدة يفوق بكثير أعداد الذكور في معظم التخصصات. مما يعني أن عينة الدراسة تمثل بشكل صادق المجتمع الأصلي للدراسة بخصوص توزيع حجم العينة حسب متغير الجنس، وفيما يلي رسم بياني يوضح ذلك.

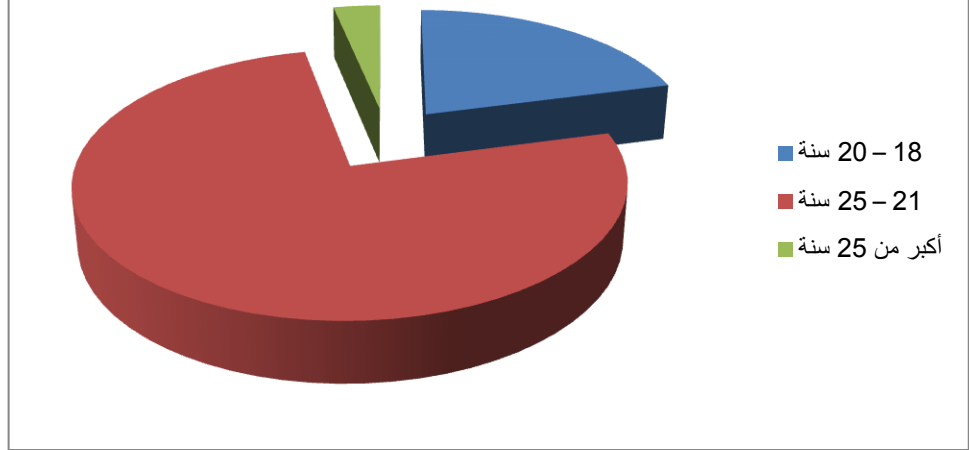


توزيع حجم العينة حسب متغير السن.
الجدول رقم (19): خصائص عينة الدراسة حسب متغير السن.

السن	التكرار	النسبة
18 - 20 سنة	177	20,9
21 - 25 سنة	642	75,8
أكبر من 25 سنة	28	3,3
المجموع	847	100

يلاحظ من الجدول السابق أن الفئة العمرية من 21 إلى 25 سنة شكلت ثلاثة أرباع (4/3) مفردات عينة الدراسة، تليها في النسبة فئة ما بين 18 إلى 20 سنة، أما الفئة الثالثة التي تزيد عن 25 سنة، فتمثلت نسبة ضئيلة من عينة الدراسة تقدر بحوالي ثلث عشر (30/1) من مفردات عينة الدراسة. وفيما يلي توضيح ذلك بيانياً.

توزيع العينة حسب النسب المئوية للفئات العمرية



بعد ما تم وصف مجتمع الدراسة والعينة، فسنعرض في الجدول الموالي عرض حجم العينة التي أجريت عليها الدراسة، والجدير بالذكر أن هناك عينات من الطلبة الذين عليهم الدراسة لم يسلموا الاستبيانات التي وزعت عليهم، ولذلك نشير إلى وجود اختلاف في عدد العينة التي سنذكرها في الجدول الموالي، مع عدد العينة كما وصفت، لأن عدد العينة المشار إليه سابقاً يدل على عدد العينة الذين سلموا الاستبيانات للباحث، أما العدد الذي سنعرضه الآن فيشير إلى جميع عدد العينة ويشمل الذين سلموا الاستبيانات أو الذين لم يسلموها، كذلك نذكر المجتمع الأصلي للدراسة مع نسبة تمثيل العينة للتخصص أو الكلية (وذلك بحسب المعلومات المتوفرة).

الجدول رقم (20) يبين نسبة تمثيل العينة حسب كل تخصص أو كلية.

التخصص	المجموع	عدد العينة	نسبة التمثيل
علوم الإعلام والاتصال	925	110	11.89
تاريخ	436	60	13.76
فلسفة	118	34	28.81
علم النفس	1000	240	24.00
علوم إنسانية	672	116	17.26
علم مكتبات	310	40	12.90
كلية العلوم الاقتصادية	2772	330	11.90
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية	3064	336	10.97
المجموع	9297	1266	11.46

يبين الجدول أعلاه، أن عدد العينة في كلية العلوم الاقتصادية، أو كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية متقارب وأكبر بكثير من عدد الطلبة في التخصصات الأخرى حيث بلغ عددهم على التوالي (230) و(236) طالب، وذلك باستثناء تخصص تخصص علم النفس الذي قدرت عينته بـ 240 طالب وهو عدد معتبر وإن كان لا يصل إلى عدد العينة في الكليتين المذكورتين.

أما بخصوص نسبة التمثيل، فنجد أن تخصص الفلسفة قد حصل على أكبر نسبة في تمثيل المجتمع الأصلي (طلبة الفلسفة) وذلك نسبة تعادل 28.81%، يليه تخصص علم النفس بنسبة 24%، ثم جذع مشترك علوم إنسانية بنسبة 17.26%. ثم التاريخ بنسبة تعادل 13.76% ثم علوم المكتبات بنسبة 12.90%، وكلية العلوم الاقتصادية وعلوم الإعلام والاتصال بنسبة 11.90% و 11.89% على التوالي. وأخيراً كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بنسبة تعادل 10.97%.

وقد بلغ حجم المجتمع الأصلي للدراسة 9297 طالب، أما حجم العينة الكلية التي وزعت عليها استبيانات الدراسة 1266 طالب، أي ما يعادل 11.46 %.

ثالثاً- أدوات جمع البيانات:

1- مقياس روتر لوجهة الضبط، وقد سبق التعريف به.

2- إستبيان عزو المرض.

يتكون الاستبيان من مجموعة من الأسئلة المكتوبة التي تعد بهدف حصول الباحث على آراء أو معلومات المبحوثين حول موقف أو ظاهرة معينة. ونظراً لمميزاته الخاصة، فقد اعتمد عليه كثيراً خصوصاً في الدراسة الأساسية، فهو يوفر الكثير من الوقت والجهد على الباحث، كما أنه "من أكثر الأدوات المستخدمة في جمع البيانات الخاصة بالعلوم الاجتماعية(محمد عبيدات، محمد أبو نصار، عقلة مبيضين، 1999، ص63). كما " يلاحظ المتتبع للدراسات الاجتماعية أن جُلها تستخدم الاستمارات كأدوات لجمع البيانات لأسباب عديدة، من أهمها اختصار الجهد والتكلفة وسهولة معالجة بياناتها بالطرق الإحصائية (إسماعيل قيرة، 1989، ص142)."

وقد تكون الاستبيان في صورته النهائية من (55) عبارة موزعة على (11) إحدى عشرة

محوراً كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (21) محاور وأبعاد استبيان عزو المرض.

المحور	البعد	عدد العبارات	أرقام العبارات
1- التفسيرات الحديثة	العدوى	4	1، 2، 3، 4.
	التلوث	4	5، 6، 7، 8.
	الظروف المعيشية	4	9، 10، 11، 12.
	المشاكل الاجتماعية	4	13، 14، 15، 16.
	النوم وممارسة الرياضة	3	17، 18، 19.
	الطعام والدواء	11	20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30.
	التدخين والمخدرات	3	31، 32، 33.
2- التفسيرات التقليدية	العين، السحر، دعوة الوالدين، المس، المعاصي، الابتلاء، "التابعة"، "بوتليس"، "التراب"	9	34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42.
3- مصدر الضبط الصحي	البعد الداخلي	4	43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53.
	بعد ذوي النفوذ	4	44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53.
	بعد الحظ	5	43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53.

يتضح من الجدول رقم (21) أن محور الطعام والدواء يشمل (11) عبارة أي ما يعادل خمس عبارات الاستبيان، ثم محور التفسيرات التقليدية ب (9) عبارات، يليه بعد الحظ الذي هو أحد أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي، ويأتي بعد ذلك (6) محاور ب: (4) عبارات وهي: العدوى، التلوث، الظروف المعيشية، المشاكل الاجتماعية، البعد الداخلي وبعد ذوي النفوذ. ومحوري التدخين والمخدرات، و النوم وممارسة الرياضة ب: (3) عبارات.

وقد بني الاستبيان بناءً على الأدبيات الموجودة حول الموضوع، كما هي مبينة في الفصل الثالث، إلى جانب الاقتباس من مقياس مصدر الضبط الصحي والذي يكون من 13 عبارة: من 43 إلى 55 وهي مقتبسة من مقياس مركز الضبط الصحي الذي أسسه 'والستون وآخرون' وأعدّه 'جبالي نور الدين' ويتكون الاستبيان من 18 عبارة تقيس ثلاثة أبعاد كالاتي:

- البعد الداخلي: العبارات الخاصة به 1، 6، 8، 12، 13، 17.

- بعد ذوي النفوذ: العبارات الخاصة به 3، 5، 7، 10، 14، 18.

- بعد الحظ: العبارات الخاصة به 2، 4، 9، 11، 15، 16. وتتم الإجابة على بنود الاختبار وفق اختيارات خمس، حيث اقتبست من هذا المقياس العبارات رقم: 2، 3، 4، 7، 8، 10، 11، 12، 13، 15، 16، 17، 18.

مصدر الضبط الصحي شأنه شأن غيره من أنواع إدراك الضبط النوعي أخذ مرجعيته من نظرية التعلم الاجتماعي لروتر، حيث قام العديد من الباحثين بتطبيق مفهوم مصدر الضبط في المجال الصحي، وتوصلوا إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته (عزوز إسمهان، 2009، ص 23). ومن أجل معرفة الارتباطات بين محاور مقياس عزو المرض نورد الجدول التالي:

جدول رقم (22) معاملات الارتباط بين محاور استبيان عزو المرض.

المحور	التفسيرات التقليدية	التفسيرات الحديثة	مصدر الضبط الصحي
التفسيرات التقليدية	1	**0.412	**0.156
التفسيرات الحديثة	**0.412	1	**0.208
مصدر الضبط الصحي	**0.156	**0.208	1

** علاقة ارتباطية دالة عند مستوى الدلالة 0.01

يلاحظ من الجدول أعلاه، أن مقياس عزو المرض أن الارتباطات بين محاوره الثلاثة (التفسيرات التقليدية، التفسيرات الحديثة، ومصدر الضبط الصحي) دالة عند مستوى الدلالة 0.01. وهذا يعني أنه يتمتع باتساق داخلي جيد.

رابعاً: الأساليب الإحصائية:

1- النسب المئوية

وتحسب النسبة المئوية كما يلي:

$$\% = \frac{\text{التكرار} \times 100}{\text{ن}}$$

حيث أن:

ن: حجم العينة.

استخدمت النسب المئوية في وصف مجتمع الدراسة وذلك لمعرفة خصائص مجتمع الدراسة بحسب التخصص والجنس والمستوى.

كما استخدمت وصف العينة بحسب متغيرات الشخصية: التخصص، المستوى التعليمي، السن، الجنس. وذلك لمقارنة نسبة تواجد الطلبة حسب كل تخصص وأي تخصص أكثر تواجداً من حيث نسبته مقارنة بمجموع النسب الكلية للتخصصات ونفس الشيء بالنسبة لبقية التخصصات، وهذا ما أتاح إمكانية معرفة نسبة تمثيل العينة للمجتمع الأصلي بصفة عامة وكل تخصص على حدى بصفة خاصة.

كما استخدمت كذلك للتعبير عن تكرارات استجابات مفردات عينة الدراسة ككل على محاور الدراسة بالنظر إلى أن النسب المئوية تتفوق على التكرارات التي لا تتيح بسهولة المقارنة بين استجابات مفردات عينة الدراسة على محاور الدراسة.

كذلك استخدمت لتمثيل تكرارات استجابات مفردات عينة الدراسة بحسب التخصص على محاور الدراسة، وذلك كما قلنا لأن النسب المئوية تتيح بسهولة إمكانية المقارنة بين مفردات عينة الدراسة بحسب التخصص أيضاً.

خامساً- عرض النتائج العامة للدراسة:

بعد إعداد استبيان الدراسة في صورته النهائية؛ تم تمريره على عينة من طلاب جامعتي عنابة وسكيكدة. والجدول التالي توضح استجابات عينة الدراسة على محاور الاستبيان.

الجدول رقم (23) استجابات مفردات عينة الدراسة على بعد العدوى.

الاستجابة العبارات	دائماً		غالبا		أحيانا		نادرا		لا		المجموع ك %
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
1	217	25.6	142	16.8	235	27.7	214	25.3	39	4.6	847
2	222	26.2	300	35.4	269	31.8	43	5.1	13	1.5	847
3	191	22.6	234	27.6	243	28.7	138	16.3	41	4.8	847
4	167	19.7	174	20.5	254	30	189	22.3	63	7.4	847

يبين الجدول أعلاه، أن 26.2% من مفردات عينة الدراسة يرون أن العديد من الأمراض تحدث بسبب عدوى ميكروبية من شخص مريض إلى شخص صحيح. وبالمقابل 25.6% من مفردات عينة الدراسة يعتقد أن الإنسان يمرض إذا تعرض لعضة كلب مصاب الكلب؛

في حين 22.6 % منهم يرون أن كثرة الفئران والجرذان في الأحياء السكنية يفضي للعديد من الأمراض. وأن ما يقرب من خمس العينة 19.7 % يرى أن انتشار بعض الحشرات كالبراغيث يسبب المرض.

الجدول رقم (24) استجابات عينة الدراسة على بعد التلوث.

الاستجابة العبارات	دائماً		غالباً		أحياناً		نادراً		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
5	415	49	243	28.7	143	16.9	36	4.3	10	1.2	847	100
6	368	43.4	236	27.9	176	20.8	50	5.9	17	2	847	100
7	53	6.3	146	17.2	275	32.5	240	28.3	133	15.7	847	100
8	160	18.9	232	27.4	227	26.8	154	18.2	74	8.7	847	100

يبين الجدول أعلاه، أن ما يقرب من نصف عينة الدراسة 49% يرى أن دخان المصانع يسبب المرض. وأن 43.4% منهم اعتبر أن تلوث مياه الشرب بمياه المجاري القذرة هو أحد أسباب المرض. وبالمقابل يعتقد 18.9% من مفردات عينة الدراسة أن وجود البرك والمستنقعات بالقرب من السكان يمثل تهيةً مثالية لانتشار الأمراض. وفي نفس السياق، أكد 6.3 % من مفردات عينة الدراسة تربية المواشي في فناء الدار تجلب المرض.

الجدول رقم (25) استجابات عينة الدراسة على بعد الظروف المعيشية.

الاستجابة العبارات	دائماً		غالباً		أحياناً		نادراً		لا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
9	282	33.3	111	13.1	143	16.9	178	21	133	15.7	847	100
10	95	11.2	163	19.2	195	23	180	21.3	214	25.3	847	100
11	316	37.3	202	23.8	141	16.6	97	11.5	91	10.7	847	100
12	142	16.8	270	31.9	209	24.7	116	13.7	110	13	847	100

يتضح من الجدول أعلاه، أن 37.3% من مفردات عينة الدراسة الحرب أن تخلف الكثير من الأمراض. وأن 33.3% من مفردات عينة الدراسة اعتبر أن ضجيج المدينة يؤثر على صحة الإنسان. وفي نفس السياق، أكد 16.8% من مفردات عينة الدراسة أن البيوت القصدية تفسد صحة ساكنيها. وفي المقابل أوضح 11.2% من مفردات عينة الدراسة أن المسكن الضيق يسبب المرض.

الجدول رقم (26) يبين استجابات عينة الدراسة على بعد المشاكل الاجتماعية.

المجموع		لا		نادرا		أحيانا		غالبا		دائما		الاستجابة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	العبارات
100	847	15.1	128	15.1	128	20.3	172	20.4	173	29	246	13
100	847	6	51	14.2	120	26.9	228	28.5	241	24.4	207	14
100	847	6.4	54	14.4	122	23.6	200	29.6	251	26	220	15
100	847	7	59	19.1	162	34.1	289	24.3	206	15.5	131	16

يبين الجدول أعلاه، أن 29% من مفردات عينة الدراسة أن البطالة تسبب المرض. واعتبر 26% من مفردات عينة الدراسة أن العنوسة مشكلة اجتماعية تمرض الفتيات. وفي المقابل، يعتقد 24.4% منهم أن الطلاق يمرض أبناء المطلقين. وفي نفس السياق؛ رأى 15.5% أن من أسباب المرض هو إكراه الوالدين لبنتهما على الزواج برجل لا تحبه.

الجدول رقم (27) يبين استجابات عينة الدراسة على بعد النوم وممارسة الرياضة.

المجموع		لا		نادرا		أحيانا		غالبا		دائما		الاستجابة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	العبارات
100	847	3	25	13.9	118	33.3	282	29.8	252	20.1	170	17
100	847	5.7	48	13.5	114	34	288	30.2	256	16.6	141	18
100	847	1.9	16	2.7	23	10.9	92	29.3	248	55.3	468	19

يبين الجدول السابق، أن 55.3% من مفردات عينة الدراسة يؤكد أن ممارسة الرياضة يفيد في تجنب حالة المرض. وفي المقابل اعتبر 16.6% منهم أن قلة النشاط الحركي تسبب المرض. في حين يعتقد 20.1% من عينة الدراسة؛ أن الإنسان يمرض بسبب قلة النوم.

الجدول رقم (28) استجابات عينة الدراسة على بعد الطعام والدواء.

المجموع		لا		نادرا		أحيانا		غالبا		دائما		الاستجابة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	العبارات
100	847	4.8	41	12.6	107	24.8	210	31.8	269	26	220	20
100	847	10.6	90	14.2	120	26.2	222	29.2	247	19.8	168	21
100	847	3.4	29	12.3	104	30.2	256	31.6	268	22.4	190	22
100	847	25.9	219	14.9	126	20.4	173	18.3	155	20.5	174	23
100	847	11.9	101	15	127	28.2	239	24	203	20.9	177	24
100	847	3.1	26	9.6	81	22.1	187	33.3	282	32	271	25
100	847	6.4	54	17.8	151	34.7	294	26.3	223	14.8	125	26
100	847	2.7	23	7.9	67	22.1	187	33.2	281	34.1	289	27
100	847	8.6	73	17.5	148	30	254	23.5	199	20.4	173	28
100	847	1.5	13	10.3	87	19.8	168	33.9	287	34.5	292	29
100	847	6.5	55	9.8	83	23	195	28.8	244	31.9	270	30

يتضح من الجدول أعلاه، أن 34.5% من مفردات عينة الدراسة يؤكد أن نقص التطعيم في المؤسسات الاستشفائية يتسبب في انتشار الأمراض. وأن 34.1% من مفردات عينة الدراسة يعتبر أن المرض قد يكون بسبب قيام بعض الفلاحين بسقي مزرعاتهم بمياه ملوثة. في حين اعتبر 32% منهم أن المرض قد يحدث بسبب تساهل بعض الناس في مراقبة صلاحية الأطعمة المعلبة. كما أكد 31.9% من عينة الدراسة على أن تناول الدواء دون استشارة الطبيب يعد من السلوكيات المسببة للمرض. وفي نفس السياق، اعتبر 26% من مفردات عينة الدراسة أن الإكثار من وضع الملح في الطعام هو كذلك أحد السلوكيات

المفضية للمرض. وفي المقابل أكد 22.4% من عينة الدراسة أن الإكثار من تناول الحلوى يعد كذلك من السلوكيات المسببة للمرض، وفي نفس السياق، يعتقد 22.9% أن من السلوكات المفضية للمرض الإكثار من تناول الأطعمة المقلية بزيت المائدة. كما اعتبر 20.5% من مفردات عينة الدراسة أن أكل السمك مع اللبن يسبب المرض. بينما يرى 20.4% تمرض بعض الفتيات بسبب إتباعهن لحمية غذائية دون استشارة الطبيب. ويرى حوالي خمس عينة الدراسة 19.8% تناول الفواكه دون غسلها يمرض الإنسان. كما أن 14.8% من مفردات عينة الدراسة يعتقد أن بعض الناس يمرضون نتيجة إكثارهم من تناول الطعام.

الجدول رقم (29) استجابات عينة الدراسة على بعد التدخين والمخدرات.

المجموع		لا		نادرا		أحيانا		غالبا		دائما		الاستجابة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	العبارات
100	847	0.6	6	0.9	8	5.7	48	15.6	132	77.2	654	31
100	847	8.5	72	8	68	20.1	170	33.3	282	30.1	255	32
100	847	19.1	162	2.4	20	6.8	58	6.3	53	65.4	554	33

يتضح من الجدول أعلاه، أن 77.2% من مفردات عينة الدراسة يرى أن تدخين السجائر يسبب العديد من الأمراض، وفي نفس السياق، يعتقد 65.4% من مفردات عينة الدراسة المخدرات مضرّة بصحة الإنسان، وفي المقابل، اعتبر 30.1% من عينة الدراسة أن الجلوس مع المدخنين يسبب المرض.

الجدول رقم (30) استجابات عينة الدراسة على محور التفسيرات التقليدية.

المجموع		لا		نادرا		أحيانا		غالبا		دائما		الاستجابة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	العبارات
100	847	13.1	111	13.3	113	20.9	177	21.6	183	31.1	263	34
100	847	13.7	116	9.8	83	15.3	130	18.2	154	43	364	35
100	847	15.1	128	11.9	101	17.4	147	18.1	153	37.5	318	36
100	847	15.1	128	9.4	80	17.9	152	18.8	159	38.7	328	37
100	847	6.5	55	10.5	89	21.8	185	27.5	233	33.6	285	38
100	847	2.4	20	2.8	24	16.9	143	19.8	168	58.1	492	39
100	847	13.8	117	17.5	148	29.2	247	22.2	188	17.4	147	40
100	847	23	195	20.7	175	29.9	253	17	144	9.4	80	41
100	847	29	246	17.5	148	24.6	208	12.8	108	16.2	137	42

يتضح من الجدول أعلاه، أن 58.1% من مفردات عينة الدراسة يرون أن المرض ابتلاء من الله لعباده المؤمنين، وفي المقابل يرى 33.6% أن المرض عقاب من الله نتيجة ارتكاب المعاصي. وفي نفس السياق، أكد 43% من عينة الدراسة أن بعض الأمراض سببها السحر، بينما اعتبر 38.7% من عينة الدراسة أن المرض قد يكون بسبب مس شيطاني، في حين أن 37.5% منهم يعتقد أن المرض قد يكون بسبب دعوة الوالدين على ولدهما، ويبين الجدول كذلك أن 31.1% من مفردات عينة الدراسة يرون أن العين الحاسدة تسبب المرض. وفي سياق متصل يعتقد 17.4% من مفردات عينة الدراسة أن "التابعة" تسبب المرض للإنسان، وأن 16.2% من عينة الدراسة أن المولود يمرض حينما 'يغلبوه ترابوا' أي أن الذين ولدوا معه من الجن يتغلبون عليه بأخذ صحته. وفي نفس السياق، اعتبر 9.4% من عينة الدراسة أن "بوتليليس" يمكن أن يسبب المرض.

الجدول رقم (31) استجابات العينة على البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي.

المجموع		لا		نادرا		أحيانا		غالبا		دائما		الاستجابة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	العبارات
100	847	22.4	190	13.9	118	24.6	208	15	127	24.1	204	47
100	847	15.2	129	14.2	120	21.7	184	19.4	164	29.5	250	50
100	847	1.9	16	4	34	15.6	132	31.2	264	47.3	401	51
100	847	2.4	20	3.1	26	14.5	123	30.8	261	49.2	417	54

يتضح من الجدول أعلاه، أن 49.2% من مفردات عينة الدراسة يعتقدون أن الإنسان يمكنه المحافظة على صحته إذا اعتنى بنفسه. وفي المقابل اعتبر 47.3% من مفردات عينة الدراسة أنهم إذا اعتنوا بصحتهم جيدا يمكنهم تجنب المرض، وفي سياق متصل أكد 29.5% منهم أن تصرفاتهم الشخصية هي المسؤولة عن صحتهم. كما بين الجدول أن 24.1% من عينة قد أوضحوا أنهم لا يلومون إلا أنفسهم عند إصابتهم بالمرض.

الجدول رقم (32) استجابات العينة على بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي.

المجموع		لا		نادرا		أحيانا		غالبا		دائما		الاستجابة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	العبارات
100	847	8.5	72	6.6	56	22.6	191	23.8	202	38.5	326	44
100	847	30.2	256	19.6	166	27.3	231	12.6	107	10.3	87	46
100	847	14.5	123	13.1	111	28.5	241	25.9	219	18.1	153	48
100	847	3.8	32	6	51	20.9	177	33.1	280	36.2	307	55

يوضح الجدول أعلاه، أن 38.5% من مفردات عينة الدراسة يرون أن المداومة على الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض، وفي المقابل أوضح 36.2% من مفردات عينة الدراسة أن إتباع إرشادات الطبيب حرفياً هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي. وفي نفس

السياق، أكد 18.1% من مفردات عينة الدراسة أن المختصين في المجال الصحي لهم دور كبير في التحكم في صحتهم، وفي المقابل اعتبر 10.3% منهم أن لأسرتهم دور كبير في إصابتهم بالمرض أو أن يسلموا منه.

الجدول رقم (33) استجابات العينة على بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي.

المجموع		لا		نادرا		أحيانا		غالبا		دائما		الاستجابة
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	العبارات
100	847	25.7	218	12.9	109	19	161	11.9	101	30.5	258	43
100	847	43.2	366	23.6	200	20.7	175	8.7	74	3.8	32	45
100	847	51.5	436	13.5	114	17.1	145	8.5	72	9.4	80	49
100	847	14.5	123	20	169	30.3	257	18.7	158	16.5	140	52
100	847	24.7	209	11.7	99	20.9	177	15.1	128	27.6	234	53

يبين الجدول أعلاه، أن 30.5% من مفردات عينة الدراسة يرون أن المرض مرتبط بالقضاء والقدر ولا يستطيعون رده. بينما أوضح 27.6% منهم أن القدر والمكتوب هما سبب تمتعهم بصحة جيدة، كما يبين الجدول أن 16.5% من مفردات عينة الدراسة يعتقدون أنهم معرضون للإصابة بالمرض مهما بذلوا لتفاديه. وفي المقابل يعتقد 9.4% من عينة الدراسة أن حظهم السعيد هو الذي جعلهم يتمتعون بصحة جيدة، في حين أن 3.8% منهم يرون أن أغلب ما يؤثر على صحتهم يعود إلى الصدفة.

سادساً- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

1- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى:

- يوجد ارتباط بين عزو المرض لأسباب تقليدية، وبين متغيرات السن، المستوى التعليمي، التخصص الجامعي، ومركز التحكم.

تحققت هذه الفرضية بشكل جزئي، حيث دللتنا معاملات الارتباط على وجود علاقات إيجابية بين خصائص المبحوث (الجنس، المستوى التعليمي ومركز التحكم من ناحية، وبين الاعتقاد في التفسيرات التقليدية، حيث بلغت هذه العلاقة حد الدلالة الاحصائية مع متغيري المستوى التعليمي ومركز التحكم. (أنظر الجدول 100).

جدول رقم (34): معاملات الارتباط بين عزو المرض لأسباب تقليدية والخصائص الشخصية ومركز التحكم.

المتغيرات	1	2	3	4	5
السن		الجنس	المستوى التعليمي	التخصص الجامعي	مركز التحكم
التفسيرات التقليدية	+0.015	+0.026	**+0.102	+0.04	**+0.182

** دال عند مستوى الدلالة 0.01

* دال عند مستوى الدلالة 0.05

وفي المقابل نحاول أن نقدم عرضاً مختصراً لأهم النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى. وهنا يمكننا أن نتحدث عن متوسط استجابات مفردات عينة الدراسة بحسب المتغيرات: (السن، الجنس، المستوى التعليمي، التخصص الجامعي ومركز التحكم ببعديه: الداخلي والخارجي) حول التفسيرات التقليدية للمرض.

- فيما يتعلق بالسّن نجد أنّ الإيمان بالتفسيرات التقليدية يزداد مع التقدم في العمر، ففئة أكبر من 25 سنة هي أكثر الفئات إيماناً بالتفسيرات التقليدية، وذلك بنسبة 34.92%، تليها فئة من 21 إلى 25 سنة بنسبة 31.81%، وأخيراً فئة من 18 إلى 20 سنة بنسبة 30.63% إلا أن هذه الفروق لم تصل إلى حد الدلالة الاحصائية، أي أن الأكبر سناً ليسوا أكثر تقليدية من الأصغر سناً، وهذه النتيجة تختلف مع معظم الدراسات المتاحة التي أكدت وجود فروق في عزو المرض بحسب متغير الجنس: دراسة أبو ليلي (1993)، دراسة أنات بنديكت (1995)، دراسة هوب واليزابيث (2002) ودراسة أوجوا إكواكا وآخرون (2013)، في حين تتفق مع دراسة كل من سليمان بومدين (2004) ودراسة بورنان (2007).

- وبخصوص الجنس تبين أنّ الإناث أكثر ميلاً للاعتقاد في التفسيرات التقليدية مقارنة بالذكور، وذلك بنسبة 32.91% للإناث مقابل 27.16% للذكور، وتبين أنّ هذه الفروق ليست دالة إحصائياً؛ أي أنّ الإناث لسن أكثر تقليدية في تفسير المرض من الذكور، وهي تتفق مع معظم الدراسات المتاحة التي لم تجد فرقاً في عزو المرض بحسب متغير الجنس: دراسة أبو ليلي (1993)، دراسة عبد اللطيف محمد خليفة (1998)، دراسة روز ماري (2002) ودراسة هوب واليزابيث (2002)، دراسة بورنان (2007) ودراسة لونا سيزوروس وآخرون (2014).

- وأمّا المستوى التعليمي، فيلاحظ فيه أنّ طلبة السنة الأولى ماستر أكثر اعتقاداً في التفسيرات التقليدية من طلبة السنوات الأخرى بنسبة 34.72%، يليهم مباشرة طلبة السنة الثالثة بنسبة 34.22%، ثم طلبة السنة الثانية ماستر والسنة الأولى والثانية بنسب 31.83%، 30.84%، 29.60% على التوالي. وباستخدام تحليل التباين تبين أنّ هذه الفروق دالة إحصائياً، ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام إختبار (LSD) أي إختبار أقل فرق معنوي. اتضح من خلاله أنّ هناك فروق دالة بين طلبة السنة الثالثة و طلبة السنة الأولى والثانية لصالح طلبة السنة الثالثة؛ أي أنّ طلبة السنة الثالثة أكثر تقليدية في تفسير المرض

من السنة الأولى والثانية والأولى ماستر، كما أنّ طلبة السنة الثانية ماستر أكثر تقليدية في تفسير المرض من السنة الأولى والثانية والأولى ماستر. وهي تتفق مع معظم الدراسات المتاحة التي تشير إلى وجود فروق في عزو المرض بحسب متغير المستوى التعليمي: أبو ليلى (1993)، جفري وآخرون (2001)، كيرت فرينتش وآخرون (2012)، أوجو إكواكا وآخرون (2013).

- وفيما يتعلق بالتخصّص الجامعي، نجد طلبة علم المكتبات هي أكثر التخصصات إيماناً في التفسيرات التقليدية وذلك بنسبة 78.47%، ثم العلوم الإنسانية 38.16% ثم علم الاجتماع بنسبة 35.12%، علم الاتصال 34.69% فلسفة 33.99%، التاريخ 32.64%، علم النفس بنسبة 30.24%، وعلم الاقتصاد 30.23%، وباستخدام تحليل التباين تبين أنّ هذه الفروق غير دالة إحصائياً، إلاّ أنّه بإستعمال إختبار (LSD) ظهرت بعض الفروق الدالة بين بعض التخصص، فأتضح أنّ طلاب العلوم الإنسانية يفوقون طلبة علم النفس في التفسيرات التقليدية عند مستوى الدلالة 0.05، كما أنّ طلاب علم الاجتماع يفوقون طلبة علم النفس والعلوم الاقتصادية في التفسيرات التقليدية عند مستوى الدلالة 0.05. إنّ هذه النتيجة تتفق جزئياً مع الدراستين المتاحتين اللتان تشيران إلى وجود فروق في عزو المرض بحسب متغير التخصص الجامعي.

- وبخصوص مركز التحكّم، فذوي التحكّم الخارجي أكثر إيماناً بالتفسيرات التقليدية من ذوي التحكّم الداخلي، وذلك بنسبة 34.22% لذوي التحكّم الخارجي مقابل 28.80% لذوي التحكّم الداخلي. والفروق بينهما دالة من الناحية الاحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 لصالح ذوي التحكّم الخارجي؛ أي أنّ ذوي التحكّم الخارجي كانوا أكثر تقليدية في تفسير المرض من ذوي التحكّم الداخلي، وهي تتفق جزئياً مع الدراسة الوحيدة المتاحة التي أجراها عبد اللطيف محمد خليفة (1998)، والتي أظهرت فروق دالة بين ذوي التحكّم الداخلي وذوي التحكّم الخارجي في بعض التصورات والمعتقدات غير العلمية (التقليدية).

2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثانية:

- يوجد ارتباط بين عزو المرض لأسباب حديثة، وبين متغيرات السن، المستوى التعليمي، التخصص الجامعي.

لم تتحقق نتائج الفرضية، حيث دللتنا معاملات الارتباط وجود علاقات ارتباطية موجبة بين التفسير الحديث للمرض مع متغيرات: السن، الجنس ومركز التحكم وقد بلغت هذه العلاقة حدّ الدلالة الاحصائية مع المستوى التعليمي عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$ ، في حين كانت كانت هذه العلاقة سلبية دالة مع التخصص الجامعي عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.01$.

جدول رقم (35): معاملات الارتباط بين عزو المرض لأسباب حديثة والخصائص الشخصية ومركز التحكم.

المتغيرات	1	2	3	4	5
السن		الجنس	المستوى التعليمي	التخصص الجامعي	مركز التحكم
التفسيرات الحديثة	+0.055	**+0.115	+0.03	** -0.109	+0.046

وفي المقابل نحاول أن نقدم عرضاً مختصراً لأهم النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

- فيما يتعلق بالسن، نجد أنّ الاعتقاد في التفسيرات الحديثة يزداد بشكل طفيف مع التقدم في العمر، وذلك بنسبة 28.45% لفئة 18 إلى 20 سنة، 28.69% لفئة 21 إلى 25 سنة، و30.41% لفئة أكبر من 25 سنة. ويبدو أنّ الأكبر سناً أكثر ميلاً إلى التفسيرات الحديثة إلا أنّ الفروق ليست دالة إحصائياً. ، وهذه النتيجة تختلف مع معظم الدراسات المتاحة التي أكدت وجود فروق في عزو المرض بحسب متغير الجنس: دراسة أبو ليلي

(1993)، دراسة أنات بنديكت (1995)، دراسة هوب وإليزابيث (2002) ودراسة أوجوا إكواكا وآخرون (2013)، في حين تتفق مع دراسة كل من سليمان بومدين (2004) ودراسة بورنان (2007).

- وفيما يتعلق بالجنس فالإناث أكثر من الذكور اعتقاداً في التفسيرات الحديثة. وذلك بنسبة 29.21% للإناث، مقابل 26.58% للذكور. ويتضح أن الإناث أكثر من الذكور ميلاً للتفسيرات الحديثة، والفروق بينهما دالة عند مستوى 0.01 وهي تختلف مع معظم الدراسات المتاحة التي لم تجد فرقاً في عزو المرض بحسب متغير الجنس: دراسة أبو ليلي (1993)، دراسة عبد اللطيف محمد خليفة (1998)، دراسة روز ماري (2002) ودراسة هوب وإليزابيث (2002)، دراسة بورنان (2007) ودراسة لونا سيزورس وآخرون (2014).

- وبالنسبة للمستوى التعليمي فالتقدم فيه لا يعني دائماً زيادة الاعتقاد في التفسيرات الحديثة حيث أن طلبة السنة الثانية ماستر هم أكثر الفئات اعتقاداً في التفسيرات الحديثة، وذلك بنسبة 32.43%. إلا أن طلبة السنة الثالثة أكثر اعتقاداً من طلبة السنة الأولى ماستر في التفسيرات الحديثة بواقع 30.25% للسنة الثالثة مقابل 27.21% لطلبة الأولى ماستر، ثم طلبة السنة الثانية بنسبة 27.13%، وأخيراً السنة الأولى بنسبة 26.64%. وبالرجوع إلى نتائج التحليل الإحصائي تبين أن الفروق بينهم ليست دالة من الناحية الاحصائية؛ أي أنه لا توجد فروق بين الطلبة في التفسيرات الحديثة للمرض بحسب مستواهم التعليمي. وهي تختلف مع معظم الدراسات المتاحة التي تشير إلى وجود فروق في عزو المرض بحسب متغير المستوى التعليمي: أبو ليلي (1993)، جفري وآخرون (2001)، كيرت فريتسش وآخرون (2012)، أوجو إكواكا وآخرون (2013).

- وبخصوص التخصص الجامعي، كان الاعتقاد في التفسيرات الحديثة متقارباً بين التخصصات، بدءاً بعلم المكتبات 37.88%، الفلسفة 32.26%، التاريخ 31.16% ثم علم النفس 30.37%، علم الاتصال 30.09%، علوم الإنسانية 29.55% علم الاجتماع

27.95%، وأخيراً الاقتصاد بنسبة 26%، وقد تبين أنّ الفروق بينهم دالة عند مستوى الدلالة 0.05، ولمعرفة إتجاه الفروق نستعمل إختبار (LSD). فتبين أنّ طلاب علوم الاتصال وعلم النفس يفوقون طلبة العلوم الاقتصادية في التفسيرات الحديثة عند مستوى الدلالة 0.05، بينما طلاب علم المكتبات يفوقون بشكل دال طلبة العلوم الاقتصادية عند مستوى الدلالة 0.01، أي أن هناك بعض الفروق بين التخصصات في التفسيرات الحديثة. إنّ هذه النتيجة تتفق جزئياً مع الدراستين المتاحتين اللتان تشيران إلى وجود فروق في عزو المرض بحسب متغير التخصص الجامعي.

- وفيما يتعلق بمركز التحكّم نجد أنّ ذوي التحكّم الخارجي يفوقون بشكل ضئيل ذوي التحكّم الداخلي في الإيمان بالتفسيرات الحديثة، وذلك بنسبة 29.23% لذوي التحكّم الخارجي مقابل 28.11% لذوي التحكّم الداخلي والفروق بينهما ليست دالة من الناحية الاحصائية، أي أن ذوي التحكّم الخارجي لا يفوقون ذوي التحكّم الداخلي في التفسيرات الحديثة. وهي تتفق مع الدراسة الوحيدة المتاحة التي أجراها عبد اللطيف محمد خليفة (1998)، والتي أظهرت وجود اتفاق بين ذوي التحكّم الداخلي وذوي التحكّم الخارجي حول بعض المعتقدات العلمية (الحديثة).

3- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الثالثة:

- يوجد ارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصّحي وبين متغيرات السن، الجنس، المستوى التعليمي.

لم تتحقق هذه الفرضية، حيث دلّتنا معاملات الارتباط على وجود علاقات إيجابية وأخرى سلبية، بين خصائص المبحوث من ناحية وبين الاعتقاد في مصدر الضبط الصحي من ناحية أخرى. (أنظر الجدول 100)

الجدول رقم (36) معاملات الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والخصائص الشخصية.

المتغيرات		1	2	3	4
		السن	الجنس	المستوى التعليمي	التخصص الجامعي
أبعاد مصدر الضبط الصحي	الداخلي	- 0.033	-0.00	+0.061	-0.21
	النفوذ	-0.011	*-0.074	** -0.09	+0.036
	الحظ	+0.044	** -0.10	+0.026	-0.008

** دال عند مستوى الدلالة 0.01

* دال عند مستوى الدلالة 0.05

يتضح من الجدول أنّ:

- إن معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والسن يساوي -0.033 وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والسن.

- إن معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والجنس يساوي -0.00 وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والجنس.

- إن معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والمستوى التعليمي يساوي +0.061 وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والمستوى التعليمي.

- إن معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والتخصص الجامعي يساوي 0.21- وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والتخصص الجامعي.

- إن معامل الارتباط بين بعد النفوذ لمصدر الضبط الصحي والسن يساوي 0.011- وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد النفوذ لمصدر الضبط الصحي والسن.

- إن معامل الارتباط بين بعد النفوذ لمصدر الضبط الصحي والجنس يساوي 0.074- وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد النفوذ لمصدر الضبط الصحي والجنس.

- إن معامل الارتباط بين بعد النفوذ لمصدر الضبط الصحي والمستوى التعليمي يساوي 0.09- وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد النفوذ لمصدر الضبط الصحي والمستوى التعليمي.

- إن معامل الارتباط بين بعد النفوذ لمصدر الضبط الصحي والتخصص الجامعي يساوي 0.036 وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد النفوذ لمصدر الضبط الصحي والتخصص الجامعي.

- إن معامل الارتباط بين بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي والسن يساوي 0.044 وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي والسن.

- إن معامل الارتباط بين بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي والجنس يساوي 0.10- وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي والجنس.

- إن معامل الارتباط بين بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي والمستوى التعليمي يساوي $+0.026$ وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي والمستوى التعليمي.

- إن معامل الارتباط بين بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي والتخصص الجامعي يساوي -0.008 وهي قيمة غير دالة، هذا يعني عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي والتخصص الجامعي.

يمكن أن نلخص نتائج الفرض الثالث كما يلي:

- بخصوص متغير السن فلم تكن هناك علاقة ارتباطية مصدر الضبط الصحي، وهي تتفق مع دراسة عبد الحليم خلفي (2013) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأفراد الذين يزيد عمرهم عن 25 سنة والذين يقل سنهم عن 25 سنة في الضبط الصحي، وتتفق جزئياً مع دراسة جبالي نور الدين (2007) والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط (نفوذ الآخرين) والعمر (علوية سمية، جبالي نور الدين، 2015، ص33)، وتتفق جزئياً مع لوتز وسيلك (2007)، والتي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال وآبائهم حول معتقدات مركز التحكم في المرض، مع ذلك الآباء كانوا أكثر من الأبناء في بعدي التحكم الداخلي والقدريّة. كما تتفق جزئياً مع دراسة أحمد لبنى (2012) التي توصلت إلى أن الفرد كلما تقدم في العمر كلما كان أكثر اعتقاداً في مصدر الضبط الخارجي، نفوذ الآخرين (عبد الحليم خلفي، 2013، ص283).

- وبحسب متغير الجنس فلم تكن هناك علاقة بين مصدر الضبط الصحي والجنس، وهي تتفق مع دراسة عبد الحليم خلفي (2013) التي بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الذكور والإناث في الضبط الصحي، وتختلف جزئياً مع دراسة جبالي نور الدين (2007) والتي

توصلت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مصدر الضبط الخارجي بعد (نفوذ الآخرين) لصالح الذكور.

- وبحسب متغير المستوى التعليمي فلم تكن هناك علاقة بين مصدر الضبط الصحي والمستوى التعليمي للطلبة، وهي تختلف مع دراسة جبالي نور الدين (2007) والتي توصلت إلى وجود فروق في درجات أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستويات التعليمية ففي البعد الداخلي وجدت فروق لصالح الجامعيين وفي مصدر الضبط الخارجي (نفوذ الآخرين، الحظ) وجدت فروق لصالح المستوى الابتدائي.

- وبحسب متغير التخصص الجامعي فلم تكن هناك علاقة بين مصدر الضبط الصحي والتخصص الجامعي للطلبة وهي تختلف عن دراسة عبد الحليم خلفي (2013) التي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلبة في التخصصات الإنسانية والتخصصات التقنية في كل من مستوى الوعي الصحي والضبط الصحي.

الفصل السادس: الفصل الختامي.

الاستنتاج العام:

هدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين عزو المرض ومركز التحكم عند عينة من طلبة جامعتي عنابة وسكيكدة وبعد تحليل نتائج الفرضيات تم التوصل التالي:

- فيما يتعلق بالسن، فإن عزو الطلبة (التقليدي أو الحديث) لا يزداد بتقدم العمر.
- وأما الجنس فتم التوصل إلى أنّ الطالبات لسن أكثر تقليدية من الطلبة في تفسير المرض، بينما الطالبات أكثر حداثة في تفسير المرض من الذكور.
- وأما بخصوص المستوى التعليمي فإنّ الإيمان بالتفسيرات التقليدية يزداد بزيادة المستوى التعليمي، بينما لا يزداد الإيمان بالتفسيرات الحديثة بزيادة المستوى التعليمي.
- وأما بخصوص التخصص الجامعي فقد وجدت بعض الفروق بين التخصصات في العزو التقليدي أو الحديث للمرض.
- وبخصوص مركز التحكم، فذوي التحكم الخارجي أكثر إيماناً بالتفسيرات التقليدية من ذوي التحكم الداخلي، في حين لم يكن هناك فرق دال إحصائياً بين ذوي التحكم الداخلي وذوي التحكم الخارجي بخصوص التفسيرات الحديثة للمرض.
- وأما بخصوص مصدر الضبط الصحي فلم تكن هناك علاقة ارتباطية ومتغير السن.
- وبحسب متغير الجنس فلم تكن هناك علاقة بين مصدر الضبط الصحي والجنس.
- وبحسب متغير المستوى التعليمي فلم تكن هناك علاقة بين مصدر الضبط الصحي والمستوى التعليمي للطلبة.
- وبحسب متغير التخصص الجامعي فلم تكن هناك علاقة بين مصدر الضبط الصحي والتخصص الجامعي للطلبة.

- الخاتمة.

هناك العديد من الدراسات التي تناولت مفهومي عزو المرض ومركز التحكم كل على حدى، ونظراً لندرة الدراسات التي حاولت معرفة العلاقة بين المفهومين، فقد جاءت هذه الدراسة المتواضعة لتساهم في توضيح العلاقة بين هذين المفهومين من خلال إتباع الخطوات المنهجية، لمعرفة الكيفية التي يفسر بها الطلبة المرض، وذلك في ضوء جملة من المتغيرات (السّن، الجنس، المستوى التعليمي، التخصص الجامعي ومركز التّحكم)، وكذا معرفة الارتباطات بين المتغيرات الشخصية (السّن، الجنس، المستوى التعليمي، التخصص الجامعي ومركز التّحكم)، وبين المحاور الكبرى لمقياس عزو المرض (التفسيرات الحديثة، التفسيرات التقليدية، ومصدر الضبط الصّحي). ولقد اعتمد في ذلك على تطبيق مقياس روتر لمركز التّحكم؛ الذي عرّبه علاء الدين كفاقي. إضافة إلى تصميم استبيان لعزو المرض الذي اعتمد في بنائه على الأدبيات النّظرية حول الموضوع، ثمّ نتائج الدراسة الاستطلاعية، وكذا بعض بنود مقياس مركز الضبط الصّحي الذي أعدّه نور الدين جبالي. وقد أظهرت الدراسة أنّ الطلبة يعزّون المرض إلى أسباب تقليدية وحديثة في نفس الوقت نتيجة تأثرهم بثقافة المجتمع الذي يعيشون فيه، ويبدو أنّه لا فرق بين الطلبة الأكبر سناً والأصغر سناً في عزو أسباب المرض، وربما يرجع ذلك إلى ضيق المدى العمري، وأنّهم على اختلاف أعمارهم يعيشون في نفس البيئة (الجامعة)، التي تجعلهم يتفاعلون فيما بينهم فيحملون بعض الأفكار والتصورات المشتركة. وتوصلت الدراسة إلى أنّ جنس الطالب لا يؤثر في تفسيره للمرض تفسيراً تقليدياً، وقد يرجع ذلك إلى ترسخ بعض الأفكار والتصورات التقليدية عن المرض لكلا الجنسين على حد سواء، مما يجعلها من الأمور المتعارف عليها. ومن جهة أخرى تمّ التوصل إلى أنّ الطالبات أكثر حداثة من الذكور في تفسير المرض، وقد يعزى ذلك إلى أنّ الطالبات أكثر اهتماماً بالدراسة من الطلاب- وذلك على وجه العموم- والدليل على ذلك التفوق العددي للإناث في الجامعة في بعض التخصصات.

إنّ هذا الميل للاجتهاد في الدراسة قد يفسر سبب تفوق الطالبات على الطلبة في التفسيرات الحديثة للمرض. كما توصلت الدراسة إلى أنّ ارتفاع المستوى التعليمي للطالب لا يزيد دائماً من اعتقاده في التفسيرات التقليدية، فقد وجدت بعض الفروق لصالح المستوى الأعلى للطالب في تفسير المرض. ومن جهة أخرى فإن ارتفاع المستوى التعليمي للطالب لا يزيد من اعتقاده في التفسيرات الحديثة، ومن جهة أخرى فإن علاقة التفسيرات التقليدية والمستوى التعليمي غير واضحة، فلا يمكن القول حسب نتائج الدراسة بوجود العلاقة بينهما أو العكس. وهذه النتيجة ربما تحتاج إلى دراسات أخرى لتؤكدّها أو تنفيها، وبالنسبة للتفسيرات الحديثة فإنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة مع متغير المستوى التعليمي أي أنّ الطلاب ذوي المستوى التعليمي الأعلى ليسوا أكثر حداثة في تفسير المرض من ذوي المستوى التعليمي الأدنى وربما يرجع ذلك وربما يرجع ذلك إلى أنّ الطلبة على اختلاف مستوياتهم لا يدرسون مقياساً أو مقاييس تعنى بالصحة والسلوك الصحي وتأثيرات المشكلات الاجتماعية على مسائل الصحة والمرض وهذا يجعلهم شبه متساوين في مثل هذه المسائل، وبخصوص تخصص الطالب فقد وجدت بعض الفروق في تفسير المرض تفسيراً تقليدياً أو حديثاً وهذه النتيجة تحتاج لدراسات أخرى لتأكيد العلاقة أو دحضها لأنّ عينة هذه الدراسة لم تشتمل على التخصصات العلمية، ويبدو أنّ الطالب من ذوي التحكم الخارجي أكثر اعتقاداً في التفسيرات التقليدية من الطالب ذو التحكم الداخلي، بينما لا تختلف الفئتان في اعتقادهما في التفسيرات الحديثة للمرض، وهذه النتيجة تتفق مع الدراسة الوحيدة المتاحة وتتفق مع الإطار النظري الذي يفيد بأنّ ذوي التحكم الخارجي أكثر ميلاً لعزو الحوادث لأمر خارجية، وفي حالة المرض يعزو أكثر من ذوي التحكم الداخلي للعين والسحر والحسد.

ثانياً - الاقتراحات والتوصيات:

يقدم الباحث هذه الجملة من التوصيات، التي تكونت لديه أثناء إجرائه لهذه الدراسة وهي

كالتالي:-

- لوحظ وجود ندرة في الدراسات التي تناولت العلاقة بين عزو المرض (التفسيرات التقليدية والحديثة) وبين مركز التحكم، لذا يقترح إجراء دراسات في هذا الموضوع عند تلاميذ المرحلة الابتدائية والمتوسطة وطلاب الثانوية، وكذا على فئات مختلفة من فئات المجتمع، من أجل الوصول لفهم أكثر لهذين المفهومين وللعلاقة بينهما.
- إقتراح إجراء دراسات حول عزو المرض عند تلاميذ المرحلة الابتدائية والمتوسطة، وعند طلبة المرحلة الثانوية، وذلك لمعرفة تطور النظرة حول مسببات المرض عبر مختلف المراحل التعليمية، ومن ثم إمكانية المقارنة بينها.
- إقتراح قياس صدق وثبات مقياس عزو المرض بعد تغيير احتمالات الإجابة، فبدلاً من أن تكون سلماً ليكارتياً ذو خمس احتمالات: (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، لا)، لتصبح باحتمالين (نعم، لا).
- تطوير وتقنين مقياس عزو المرض على طلبة المرحلة الجامعية، وفق خمس متغيرات هي: السن، الجنس، المستوى التعليمي، التخصص الجامعي ومركز التحكم.
- دراسة مدى فعالية برنامج لتنمية مصدر الضبط الصحي، على السلوك الصحي للطلبة الجامعيين.
- تدريس مقياس يعنى بالثقافة الصحية في جميع المراحل التعليمية.
- وضع برامج إذاعية وتلفزيونية، مخصصة لنشر الثقافة الصحية في المجتمع.
- السعي لحل بعض المشكلات الاجتماعية، التي تؤثر على صحة الأفراد في المجتمع كالبطالة والعنوسة.

- المراجع.

المصادر:

- 1- ابن منظور، لسان العرب، المجلد الأول، دار صادر، بيروت، لبنان، 1997.
- 2- ابن منظور. لسان العرب، دار المعارف، القاهرة، مصر، دت.
- 3- جبران مسعود، الرائد: معجم لغوي عصري، دار العلم للملايين، لبنان، ط5، 1986.
- 4- دار المشرق، المنجد الأبجدي، بيروت، لبنان، ط9، 1986.
- 5- مجمع اللغة العربية، المعجم الوجيز. مطابع الدار الهندسية، مصر، 1980.

الكتب:

- 1- إبراهيم حسن علي، مصادر الخوف والواقع إحساساً وشعوراً. مكتبة الإسكندرية، مصر، دت.
- 2- أحمد أمين سليم، تاريخ العراق وإيران وآسيا الصغرى. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2000.
- 3- أحمد أمين سليم، معالم تاريخ العرب قبل الإسلام. مكتب كريدية إخوان، بيروت، لبنان، دت.
- 4- أديب سمير، موسوعة الحضارة المصرية القديمة. دار العربي، القاهرة، مصر، 2000.
- 5- بدوي وفاء عبد العزيز، أسرار العلاج بزيت الزيتون. دار الطلائع، القاهرة، مصر، 1992.

6- البرعي وفاء محمد، دور الجامعة في مواجهة التطرف الفكري. دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2002.

7- بن عبد الله محمد، سيكوباتولوجيا الشخصية المغاربية. ديوان المطبوعات الجامعية الجزائرية، 2010.

8- الجوهري محمد، علم الاجتماع الطبي. في سعاد عثمان وآخرون، الصحة والمرض وجهة نظر علم الاجتماع والانثربولوجيا. دار المعرفة لجامعية، الأزاريطة، مصر، 1999.

9- حافظ محمد على وآخرون، الترويج والخدمة الاجتماعية. مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1961.

10- أبو الحب جليل، الحشرات الناقلة للأمراض، عالم المعرفة سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت - العدد 54، 1982.

11- حربي خالد، الأسس الإستمولوجية لتاريخ الطب العربي: رؤية معرفية في تاريخ الحضارات. دار الوفاء، الإسكندرية، مصر، 2006.

12- خليل نجلاء عاطف، في علم الاجتماع الطبي: ثقافة الصحة والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر، 2006.

13- خوري توما جورج، الشخصية: مفهومها، سلوكها، وعلاقتها بالتعلم. المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر بيروت لبنان، 1996.

14- درويش كمال، الحمامي محمد، الترويج الرياضي في المجتمعات المعاصرة . مكتبة الطالب الجامعي، مكة المكرمة، 1988.

15- الدليمي خلف حسين علي، جغرافية الصحة. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009.

- 16- دليو فضيل، لوكيا الهاشمي، سفاري ميلود، المشاركة الديمقراطية في تسيير الجامعة. مخبر التطبيقات النفسية والتربوية، مخبر علم الاجتماع والاتصال، جامعة منتوري، قسنطينة، 2006.
- 17- عاصم أحمد حسين، المدخل إلى تاريخ وحضارة الإغريق. مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، مصر، 1998.
- 18- عبد الباسط محمد سيد، التداوي بالأعشاب والطب النبوي: دعوة للتقنين العلمي لأعشاب الطب النبوي والتراث العربي. الشركة المصرية العالمية، الجيزة، ط2، 2003.
- 19- راشد علي، الجامعة والتدريس الجامعي. دار ومكتبة هلال، بيروت، لبنان، 2007.
- 20- راغب السرجاني، ماذا قدم المسلمون للعالم: إسهامات المسلمين في الحضارة الإنسانية. مؤسسة إقرأ، القاهرة، مصر، 2009.
- 21- الرافي مصطفى صادق، تاريخ آداب العرب. مراجعة عبد الله المنشاوي، مهدي البحقيري، مكتبة الإيمان، المنصورة، 1997.
- 22- رضا صالح بن أحمد، الإعجاز العلمي في السنة النبوية. المجلد الأول، مكتبة العبيكان، الرياض، 2001.
- 23- الساعاتي سامية حسن، السحر والمجتمع: دراسة نظرية وبحث ميداني. دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، ط2، 1983.
- 24- الشاعر عبد المجيد، أبو الرُّب صلاح، الصفدي عصام، الموسى عروبة، قطاش رشدي، أبو حسين ليلى، الصحة والسلامة العامة. دار اليازوري العلمية، عمان، الأردن، 2005.

- 25- شحادة محمد أمين، إدارة الوقت بين التراث والمعاصرة: كيف تتجح في إدارة وقتك وبالتالي حياتك. دار ابن الجوزي، القاهرة، مصر، 2006.
- 26- الشربيني لطفي عبد العزيز، مشكلة التدخين والحل. دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 1999.
- 27- الشريف عدنان، من علم الطب القرآني: الثوابت العلمية في القرآن الكريم. دار العلم للملايين، بيروت، لبنان، ط5، 2001 .
- 28- أبو شهبه محمد محمد، المدخل لدراسة القرآن الكريم. دار اللواء، الرياض، المملكة العربية السعودية، ط3، 1987.
- 29- طريح شرف عبد العزيز، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية. مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، 2008.
- 30- طوقان قدري حافظ، علماء العرب وما أعطوه للحضارة. دار الكتاب العربي، بيروت، لبنان، دت.
- 31- الطويل توفيق، في تراثنا: العربي الإسلامي. سلسلة كتب ثقافية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، العدد87، 1985.
- 32- عباس فيصل، التحليل النفسي والاتجاهات الفرويدية: المقاربة العيادية. دار الفكر العربي، بيروت، لبنان 1996.
- 33- عبد الحميد محمد عبد الحميد، أضرار الغذاء والتغذية. دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر، 1999.

- 34- عبد الرحمن فوزي، دراسة أنثربولوجية للممارسات الطبية الشعبية في الريف المصري: دراسة ميدانية في قرية مصرية. في سعاد عثمان وآخرون، الصحة والمرض من وجهة نظر علم الاجتماع والأنثربولوجيا. دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، مصر، 1999.
- 35- عبد الرحمن محمد السيد، علم النفس الاجتماعي المعاصر: مدخل معرفي. دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 2004.
- 36- عبد الله محمد قاسم، مدخل إلى الصحة النفسية، ط2، دار الفكر، الأردن، 2002.
- 37- عبيدات محمد، أبو نصار محمد، مبيضين عقلة، منهجية البحث العلمي: القواعد والمراحل والتطبيقات. دار وائل، عمان، الأردن، 1999.
- 38- عبيد نبيل، الطب المصري في عصر الفراعنة. الهيئة المصرية العامة للكتاب، دون مدينة النشر، مصر، 2004.
- 39- عريفج سامي سلطي، الجامعة والبحث العلمي. دار الفكر، عمان، الأردن 2001.
- 40- عشري عبد الهادي محمد، الاختصاص في حماية البيئة البحرية من التلوث. دار الفكر العربي، القاهرة، 1979 .
- 41- علاونة شفيق فلاح، الدافعية. في محمد عودة الريماوي، علم النفس العام. دار المسيرة، عمان، الأردن، 2004.
- 42- العلمي رياض رمضان، الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم. سلسلة كتب شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، العدد 121، 1988.
- 43- عمر نادية محمد السيد، علم الاجتماع الطبي: المفهوم والمجالات. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2005.

- 44- العوبي رابح، الطبابة: تاريخ وقواعد وأخلاق. دون دار نشر، عنابة، 2003
- 45- الغربي كامل محمد، أساليب البحث العلمي. الدار العلمية الدولية، عمان، الأردن، 2002.
- 46- الفوال صلاح مصطفى، علم الاجتماع البدوي. دار النهضة العربية، القاهرة، مصر، 1974
- 47- الفوال صلاح مصطفى، المدخل لعلم الاجتماع الإسلامي. دار غريب، القاهرة، 2000.
- 48- قيرة إسماعيل، دليمي عبد الحميد، بومدين سليمان، التصورات الاجتماعية ومعاينة الفئات الدنيا. دار الهدى، عين مليلة، الجزائر، دت.
- 49- عبد المنعم شحاتة محمود، سيكولوجية التدخين: البدء، الاستمرار، الامتناع. دار غريب، القاهرة، 1998.
- 50- علي بدر الدين، قضاء وقت الفراغ لدى الشباب العربي. المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض، 1990.
- 51- علي جواد، المفصل في تاريخ العرب قبل الإسلام. مركز سحر العلوم للمعرفة، بغداد، العراق، الجزء الأول، ط2، 1993.
- 52- غامري محمد حسن، المدخل الثقافي في دراسة الشخصية. المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1989.
- 53- غيات بوفلجة، التربية والتكوين في الجزائر. مخبر البحث في التربية وعلم النفس، الكتاب الثاني، دار الغرب للنشر والتوزيع، وهران، 2002.

- 54- فرح نعيم، الحضارة الأوربية في العصور الوسطى. منشورات جامعة دمشق، سوريا، ط2، 2000.
- 55- اللبدي عبد العزيز، تاريخ الجراحة عند العرب. دار الكرمل، عمان، الأردن، 1991.
- 56- لوردن بارون، الجامعات الانجليزية مشكلاتها ومستقبلها. في ثيودور م. هسبرج وآخرون، دور الجامعات في عالم متغير. ترجمة عبد العزيز سليمان، ابراهيم عصمت مطاوع، دار نهضة مصر للطبع والنشر، القاهرة، مصر، دت.
- 57- محمد على محمد، الخولي سناء، حليبي على عبد الرزاق، جابر سامية محمد، دراسات في علم الاجتماع الطبي. دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004.
- 58- مرزوق بثينة على إبراهيم، الطب الوقائي العربي الإسلامي. مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر، 2005.
- 59- المعاينة خليل عبد الرحمن، علم النفس الاجتماعي. دار الفكر، عمان، الأردن، ط2، 2007.
- 60- معتز سيد عبد الله، عبد اللطيف محمد خليفة، علم النفس الاجتماعي. دار غريب، القاهرة، 2001.
- 61- معمريه بشير، نظرية التعلم الاجتماعي بالتوقع وقيمة التعزيز لجوليان ب. روتر. في بشير معمريه، بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس. منشورات الحبر، الجزائر، الجزء الأول، 2007.
- 62- معمريه بشير، مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه السلوكي المعرفي دراسة ميدانية. بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس (الجزء السادس)، المكتبة العصرية، المنصورة، مصر، 2009.

63- الملا أحمد علي، أثر العلماء المسلمين في الحضارة الأوربية. دار الفكر، دمشق، سوريا، 1981، ط2، ص138.

64- موسى رشاد علي عبد العزيز، العجز النفسي: دراسة لتداخل البنية العاملة بين مفهوم القلق والاكتئاب النفسي. في: موسى رشاد عبد العزيز، علم النفس المرضي: دراسات في علم النفس. دار عالم المعرفة، القاهرة، 1993.

65- ميموني بدرة معتصم، الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2003.

66- نورهان منير، القيم الاجتماعية والشباب. المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، 2008.

67- الوقفي راضي، مقدمة في علم النفس. دار الشروق، عمان، الأردن، ط3، 2003.

الكتب المترجمة

1- أرجايل مايكل، سيكولوجية السعادة. ترجمة فيصل عبد القادر يوسف، مراجعة شوقي جلال، عالم المعرفة سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت - العدد 175، 1993.

2- بن أشنهو مراد، نحو الجامعة الجزائرية. ترجمة عائدة أديب بامية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، د.ت.

3- بوربلي الكسندر، أسرار النوم. ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت، العدد 163، 1992.

4- جان شارل سورنيا، تاريخ الطب: من فن المداواة إلى علم التشخيص. ترجمة إبراهيم البجلاتي، سلسلة كتب ثقافية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، العدد 281، 2002.

5- الفاروقي إسماعيل راجي، الفاروقي لوس لمياء، الحضارة الإسلامية. ترجمة عبد الواحد لؤلؤة، رياض نور الله، مكتبة العبيكان، الرياض، 1998.

6- روتر جوليان، علم النفس الإكلينيكي. ترجمة عطية محمود هنا، مراجعة محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، القاهرة، مصر، ط2، 1984.

7- شيلي تايلور، علم النفس الصحي. ترجمة وسام درويش بريكن فوزي شاكر داود، دار الحامد، عمان، الأردن، 2007.

8- نافعة حسن، كليفورد بوزورث، تراث الإسلام: الجزء الثاني. ترجمة حسين مؤنس وإحسان صدقي العمدة، مراجعة فؤاد زكريا، عالم المعرفة سلسلة كتب ثقافية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت العدد 234، 1998.

9- هونكه زيغريد، شمس العرب تسطع على الغرب. ترجمة فاروق بيضون كمال دسوقي، مراجعة مارون عيسى الخوري، دار الجيل، بيروت، لبنان، ط8، 1993.

أطروحات:

1- أيت مولود يسمينة، تقدير الذات وعلاقته بظهور السلوك العدواني عند النساء المتأخرات في سنّ الزواج دراسة مقارنة. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مولود معمري-تيزي وزو، 2011-2012.

2- بسنوسي شهرزاد، ثقافة التغذية وعلاقتها بانتشار مرض السمنة بمنطقة تلمسان: مقارنة أنثروبولوجية. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا، قسم الثقافة الشعبية، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية جامعة أبي بكر بلقايد- تلمسان، 2011.

3- بن الزين نبيلة، فعالية أسلوب حل المشكلات في تنمية الضبط الداخلي لدى عينة من الطلبة في مرحلة التعليم الثانوية: دراسة تجريبية بورقلة. أطروحة مقدمة لنيل دكتوراه علوم في علم النفس المدرسي، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2012-2013.

4- بو الليف آمال، مركز الضبط وعلاقته بالتفوق الدراسي. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا جامعة عنابة، 2010.

5- بوصفر دليلة، الاستقلال النفسي عن الوالدين وعلاقته بالتوافق الدراسي لدى الطالب الجامعي المقيم (18-21 سنة): دراسة ميدانية بجامعة مولود معمري- ولاية تيزي وزو. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المدرسي قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة مولود معمري- تيزي وزو 2010-2011.

6- بويعلی وسيلة، زواج الأقارب في المجتمع الحضري وانعكاساته على الأسرة: دراسة ميدانية بمدينة بسكرة. قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر-باتنة، 2005.

7- جنوحات فضيلة، إشكالية الديون الخارجية وآثارها على التنمية الاقتصادية في الدول العربية حالة بعض الدول المدينة. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير جامعة الجزائر، 2005-2006.

8- حسايم أمينة دينة بوكرمة، أنماط عزو الصراع الزوجي وعلاقتها بإختيار نوع العلاج (تقليدي أو حديث) عند المرأة القبائلية: دراسة على 10 حالات. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الاجتماعي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مولود معمري تيزي وزو، 2012-2013.

9- الخثعمي صالح بن سفير بن محمد، وجهة الضبط والاندفاعية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للهروبين: دراسة ميدانية مقارنة بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الرعاية والصحة النفسية قسم العلوم الاجتماعية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية السعودية، 2008.

10- ذهبية سيدهم، الأساليب الاقناعية في الصحافة المكتوبة دراسة تحليلية للمضامين الصحية في جريدة الخبر. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص تنمية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة قسنطينة، 2004-2005.

11- الرشيدى خالد عبيد خالد، وجهة التحكم وعلاقتها بالسلوك العدوانى لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة حائل. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الرعاية والصحة النفسية، قسم العلوم الاجتماعية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية، 2008.

12- الزبيدي سالم عبد الله علي، تقدير الذات ووجهة الضبط لدى الطلاب المحرومين وغير المحرومين من الوالدين بالمرحلة المتوسطة بمحافظة الليث. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، قسم علم النفس، كلية التربية جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية، 2009.

13- زكري نوال بنت محمد عبد الله، ما وراء الذاكرة واستراتيجيات التذكر ووجهة الضبط: لدى عينة من الطالبات المتفوقات دراسياً والعاديات في كلية التربية بجازان. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية، 2008.

14- سرحان عبير إبراهيم، العلاقة بين مفهوم الذات ومركز الضبط لدى الطلبة الجامعيين في الجامعات الفلسطينية في الضفة الغربية. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الإدارة التربوية، كلية التربية، جامعة النجاح الوطنية، نابلس فلسطين، 1996.

15- شعباني مالك، دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي: دراسة ميدانية بجامعة قسنطينة وبسكرة. رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم اجتماع التنمية. قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة منتوري - قسنطينة، 2005-2006.

16- عتوته صالح، الحاجات الإرشادية للطالب الجامعي في ضوء معايير الجودة التعليمية الشاملة. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2007.

17- العتيق خالد عتيق إبراهيم، دور مجلس الشورى في دراسة قضايا الشباب. مذكرة ماجستير في العلوم الاجتماعية، قسم العلوم الاجتماعية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية، 2010.

18- عزوز إسمهان، مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة الحاج لخضر - باتنة، 2008-2009.

- 19- عزوز محمد، مشكلات الاسكان الحضري: المناطق الحضرية المتخلفة لمدينة سكيكدة نموذجا. مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، 2006.
- 20- عصيدي أنيسة، رضا الطالب الجامعي عن التوجيه وعلاقته بتحقيق توافقه النفسي. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة باجي مختار - عنابة، 2007.
- 21- عطيل عواطف، التنمية الصحية والوعي الثقافي في الجزائر: دراسة ميدانية في بلدية البوني - عنابة. مذكرة مكملة ماجستير، قسم علم الاجتماع. كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة عنابة، 2005.
- 22- العفاري إيتسام بنت هادي بن أحمد، العلاقة بين وجهة الضبط والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الشخصية وعلم النفس الاجتماعي، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة، السعودية، 2011.
- 23- العكروت خميلي، جامعة الجزائر بين الأهداف الاستعمارية وتكوين الطلبة المسلمين الجزائريين. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في التاريخ المعاصر قسم التاريخ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر - بن يوسف بن خدة، 2008-2009.
- 24- علاء سمير موسى القطناني، محمد جواد الخطيب، الحاجات النفسية ومفهوم الذات لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة في ضوء نظرية محددات الذات. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة (فلسطين)، 2011.
- 25- عليوة سمية، علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول. أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، قسم العلوم

الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والاسلامية، جامعة الحاج لخضر-باتنة،
2014.

26- العمري علي بن صالح وصل، التربية الصحية في مقرر الأحياء للصف الأول الثانوي
من وجهة نظر المعلمين. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في المناهج وطرق التدريس،
قسم المناهج وطرق التدريس، كلية العلوم التربوية جامعة أم القرى، السعودية، 2010.

27- العنزي عبد الله بن عبد الهادي الأشجعي، الدافع للإنجاز الدراسي وعلاقته بالمستوى
الدراسي ومركز الضبط وضغط الأقران لدى طلاب كلية المعلمين في منطقتي الجوف
وعرعر. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، قسم علم النفس، كلية التربية،
جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، 2003.

28- غالمي عديلة، الإدمان على الانترنت وعلاقته بالسلوك ذو العلاقة بالصحة لدى
الشباب(سلوك النوم وسلوك التغذية): دراسة ميدانية لبعض رواد مقاهي الانترنت بمدينة
بسكرة. مذكرة ماجستير في علم النفس العيادي، شعبة علم النفس، كلية العلوم الإنسانية
والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2010- 2011.

29- أبو الفتوح عصام، التفكير الخرافي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى طلاب
مدارس الثانوية الفنية. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في التربية تخصص صحة
نفسية، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر 1998.

30- قيرة إسماعيل، الأنشطة الاقتصادية الحضرية غير الرسمية في المجتمع الجزائري بين
الاستقلال والتبعية في سياق التنمية الحضرية: حالة مدينة سكيكدة. رسالة مقدمة لنيل شهادة
الدكتوراه في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، جامعة القاهرة، مصر، 1989.

31- كريم حمامة، العلاقة بين عوامل عزو النجاح والفشل الدراسي وتقدير الذات لدى
تلاميذ السنة الثالثة ثانوي. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المدرسي:

دراسة ميدانية بثانويات ولاية تيزي وزو، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة مولود معمري تيزي وزو، 2011.

32- لبرارة سماح، دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات في الجزائر. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، كلية العلوم الإسلامية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2009-2010.

33- اللهيبي حنان بنت حمادي، معتقدات الكفاية العامة والأكاديمية واتجاه الضبط وعلاقتها بالتحصيل الدراسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافي والأكاديمية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى. ماجستير علم النفس قسم علم نفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، 2006.

34- مارس هناء، أثر الإتصال التنظيمي الرسمي على دافعية الإنجاز لدى العمال من خلال آراء إطارات ومنفذي المؤسسة: دراسة ميدانية بمؤسسة سونلغاز - فرع جيجل - مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل والسلوك التنظيمي، قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة قسنطينة، 2007-2008.

35- مخداني نسيم، الطلبة الجامعيون بين الثقافة العالمية والثقافة الشعبية. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع الثقافي، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر، 2001.

36- مدور مليكة، وجهة الضبط وعلاقتها بأنماط التفكير لدى عينة من متربصي التكوين المهني. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المعرفي، قسم علم النفس، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر - باتنة - 2005.

37- ملياني نادية، تمثلات المرضى المزمين للخدمة المقدمة بالمؤسسة الصحية: دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بعنابة. مذكرة ماجستير في علم اجتماع

الصحة، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باجي مختار، عنابة، 2010.

38- ميسوم ليلي، الاضطراب النفسي ما بين علم النفس المرضي والمنظور الثقافي الشعبي. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي تخصص الصحة النفسية والالتماس العلاجي، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة تلمسان، الجزائر، 2013-2014.

39- نبيلة بن الزين، مركز الضبط لدى الطلبة المتفوقين والمتأخرين دراسيا: دراسة مقارنة على عينة من الطلبة في مرحلتي التعليم الإكمالي والثانوي بمدينة ورقلة. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المدرسي، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة ورقلة، 2005.

40- هجيرة عمرون، الخدمات الاجتماعية في الريف الجزائري: دراسة ميدانية ببلدية وادي الشعبة باتنة. قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2009-2010.

مجلات ودروريات:

1- الأنصاري منى صالح، تأثير النشاط البدني الهوائي في مؤشرات السمنة ومكونات اللياقة البدنية لدى بعض النساء في مملكة البحرين. مجلة العلوم التربوية والنفسية مجلة محكمة فصلية تصدر عن كلية التربية جامعة البحرين، المجلد الرابع، العدد 4، ديسمبر 2003.

2- بلخيري كمال، دور الجامعة في مواجهة متطلبات التنمية. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باتنة، عدد 15 ديسمبر، 2006.

- 3- بوشيت الجوهرة بنت إبراهيم، المشكلات الأكاديمية التي تواجه طالبات كلية الدراسات التطبيقية وخدمة المجتمع بجامعة الملك فيصل من وجهة نظرهن. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية، المجلد 20، العدد1، جانفي1، السعودية، 2008.
- 4- بوبيدي لامية، واقع ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري. مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد3 سبتمبر، 2012.
- 5- بوحنية قوي، التعليم الجامعي في ظل ثورة المعلومات: رؤية نقدية استشرافية. مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر بسكرة، المجلد 5، العدد08، 2005.
- 6- بوخرسة بوبكر، الجامعة والبحث العلمي في الجزائر أو رحلة البحث عن النموذج المثالي. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة عنابة، عدد6 2000.
- 7- بوسنة محمود، تأملات حول تطور التعليم العالي في الوطن العربي ومدى مساهمته في عملية التنمية. مجلة العلوم الإنسانية، جامعة قسنطينة، عدد 13 جوان، 2000.
- 8- بوصفصاف عبد الكريم، موقف ابن باديس من الاستعمار الفرنسي في الجزائر(1925-1929). مجلة العلوم الإنسانية، عدد 12، 1999.
- 9- بومدين سليمان، المعنى الاجتماعي للمرض. مجلة العلوم الإنسانية جامعة منتوري قسنطينة، مجلة علمية محكمة نصف سنوية، عدد 20 ديسمبر 2003.
- 10- بومدين سليمان، التصورات الاجتماعية للعين. مجلة الباحث الاجتماعي جامعة منتوري قسنطينة، العدد 5، 2004
- 11- بومدين سليمان، التصور الاجتماعي لبعض الكائنات في الجزائر. مجلة الباحث الاجتماعي تصدر عن جامعة قسنطينة، عدد 7، مارس 2005.

- 12- بومدين سليمان، المرض بين المكتوب ومنطق المصيبة. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية تصدر عن جامعة باجي مختار عنابة، عدد 20 ديسمبر 2007.
- 13- حتاملة محمود عايد، أحمد شحاتة حسين، راتب محمد داود، عبد المنعم أبو طبجينة، درجة ممارسة الاتصال الأكاديمي بين طلبة كليات التربية الرياضية في الجامعات الأردنية وأعضاء هيئة التدريس. مجلة العلوم التربوية والنفسية مجلة علمية متخصصة محكمة فصلية تصدر عن كلية التربية جامعة البحرين المجلد 31، العدد 1 مارس 2012.
- 14- حيدر عبد اللطيف حسين، رؤى العالم المتعلقة بالسببية لدى الطلبة المعلمين الإماراتيين واليمنيين. مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر، العدد 12، 1997.
- 15- الخاجة هدى حسن، سيد أحمد نصر الدين، إستراتيجية تطوير الرياضة الجامعية بمملكة البحرين. مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلة علمية متخصصة محكمة فصلية تصدر عن كلية التربية جامعة البحرين، المجلد 4، العدد 1 مارس 2003.
- 16- الخطيب لطفي محمد، استخدام الإنترنت في الأنشطة الأكاديمية من وجهة نظر طلبة كلية الطب في جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية والصعوبات المتعلقة بهذا الاستخدام. مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلة علمية متخصصة محكمة فصلية تصدر عن كلية التربية جامعة البحرين، المجلد 12، العدد 2 يوليو 2011.
- 17- خلفي عبد الحليم، أثر الضبط الصحي على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة المركز الجامعي بتامنغست. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية تصدر عن جامعة ورقلة، العدد 13، ديسمبر 2013.
- 18- خليفة عاطف نمر، التعليل السببي للفوز والهزيمة لدى لاعبي الملاكمة والجودو. مجلة أسبوط لعلوم وفنون التربية الرياضية، مصر، عدد 19، جزء 3، 1991.

- 19- الخواجة عبد الفتاح محمد سعيد، فاعلية برنامج توجيه مهني في تحسين مستوى النضج المهني والتوافق النفسي لدى عينة من طلبة جامعة السلطان قابوس. مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلة علمية متخصصة محكمة فصلية تصدر عن كلية التربية جامعة البحرين، المجلد 12، العدد 4 ديسمبر 2011.
- 20- أبو دف محمود خليل، الأغا محمد عثمان، التلوث الثقافي لدى الشباب في المجتمع الفلسطيني ودور التربية في مواجهته. مجلة الجامعة الإسلامية غزة - فلسطين، المجلد 9، العدد 2، 2001.
- 21- دليو فضيل، لوكيا الهاشمي، سفاري ميلود، إشكالية المشاركة الديمقراطية في الجامعة الجزائرية. مخبر علم اجتماع الاتصال، مخبر التطبيقات النفسية والتربوية، منشورات جامعة منتوري قسنطينة، 2001.
- 22- رواب عمار، شروط الأداء التعليمي والتكوين الجامعي. مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، عدد 11، 2007.
- 23- الرويتع عبد الله بن صالح، مقياس الحسد وعلاقته بالعوامل الخمسة في الشخصية. المجلة المصرية للدراسات النفسية تصدر الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد 18، العدد 61، أكتوبر 2008.
- 24- زقاوة أحمد، جودة التعليم العالي ومتطلبات التنمية البشرية. مجلة علوم الإنسان والمجتمع تصدر عن جامعة بسكرة، العدد 7 سبتمبر 2013.
- 25- زقعار فتحي، واقع الأطفال المحرومين من الأم ومتطلبات الوقاية. المرشد مجلة نفسية تربوية تصدر عن مخبر القياس والإرشاد النفسي، جامعة الجزائر 2 العدد الأول، 2011.

- 26- السرطاوي عبد العزيز مصطفى، الصمادي أحمد عبد المجيد، مركز الضبط لدى المعوقين في دولة الإمارات العربية المتحدة على ضوء بعض المتغيرات. مجلة كلية التربية تصدر عن جامعة قطر، العدد 13، 1996.
- 27- سلامة عبد الحافظ محمد جابر، أثر استخدام شبكة الإنترنت في التحصيل الدراسي لطلبة جامعة القدس المفتوحة فرع الرياض في مقرر الحاسوب. مجلة العلوم التربوية والنفسية تصدر عن كلية التربية جامعة البحرين المجلد 6، العدد 1 مارس 2005.
- 28- سهيلة عبد الرضا عسكر، المعتقدات الصحية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة. مجلة البحوث النفسية والتربوية تصدر عن جامعة بغداد، العدد 39، 2013.
- 29- الشبول أيمن، المتغيرات الاجتماعية والثقافية لظاهرة الطلاق: دراسة انثروبولوجية في بلدة الطرة. مجلة جامعة دمشق - المجلد - 26 العدد 3 و4، 2010.
- 30- الشعراوي علاء محمود، العزو وبنية الصف وعلاقتها ببعض الدوافع النفسية لدى طلاب الصف السابع من مرحلة التعليم الأساسي، مجلة البحوث النفسية والتربوية تصدر عن كلية التربية بجامعة المنوفية مصر، مجلد 17، عدد 1، 2002
- 31- الصفدي موسى، القرني أبي بكر، دور الجامعة في خدمة المجتمع. مجلة جامعة دمشق في العلوم الإنسانية، المجلد 3، العدد 11، الجزء الأول.
- 32- صوالحة عونية عطا، العمري أسماء، دراسة وصفية لأهمية الحاجات الأكاديمية في جامعة عمان الأهلية ومستوى رضا الطلبة عن مدى تحقق هذه الحاجات. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية تصدر عن جامعة غزة، المجلد الحادي والعشرون، العدد الأول، 2013.

- 33- الضامن منذر، سليمان سعاد، الحاجات الإرشادية لطلبة جامعة السلطان قابوس وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم التربوية والنفسية تصدر عن كلية التربية جامعة البحرين، المجلد 8، العدد4، ديسمبر 2007.
- 34- عبد الحميد سعيد حسن، هلال بن زاهر النبھاني، الصعوبات التي تواجه الدارسين ببرنامج الدبلوم العام في كلية التربية، جامعة السلطان قابوس وعلاقتها بالتحصيل الدراسي. مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلة علمية متخصصة محكمة فصلية تصدر عن كلية التربية جامعة البحرين، المجلد 3، العدد 4 ديسمبر 2002.
- 35- عبد الرحمن سيد سليمان، هشام إبراهيم عبد الله، دراسة لموضع الضبط في علاقته بكل من قوة الأنا، والقلق لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة قطر. مجلة مركز البحوث التربوية تصدر عن جامعة قطر، العدد 9، السنة الخامسة، 1996.
- 36- عجالي كمال، مساهمة جمعية العلماء المسلمين في الحفاظ على الهوية الوطنية. مجلة العلوم الإنسانية، جامعة قسنطينة، عدد 16، 2001.
- 37- عدس عبد الرحمن، الجامعة والبحث العلمي: دراسة في الواقع والتوجهات المستقبلية. مجلة جامعة دمشق في العلوم الإنسانية، المجلد 3، عدد11، الجزء الأول، 1987.
- 38- العرجان جعفر، العضائلة عدنان، المشكلات التي يعاني منها طلبة جامعة البلقاء التطبيقية من وجهة نظرهم. أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 26، العدد1، اربد، الأردن، 2010.
- 39- عزى عبد الرحمن، البحث العلمي الاجتماعي: بعض الموازنات والأولويات. حوايات جامعة الجزائر، عدد7، 1993.
- 40- عسكر سهيلة، المعتقدات الصحية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلاب الجامعة. مجلة البحوث التربوية والنفسية تصدر عن جامعة بغداد، العراق، العدد39، 2013.

41- عسيري عبد الرحمن، الحسد والعين من المنظور الاجتماعي مع التطبيق على الثقافة العربية. مجلة مؤتة للبحوث والدراسات، الأردن، المجلد 18، عدد 3، 2003.

42- عطا الله حنان حسن، التكيف الجامعي وعلاقته بوجهة الضبط وبعض المتغيرات الأخرى لدى عينة من طالبات كلية التربية جامعة الملك سعود. مجلة العلوم التربوية والنفسية تصدر عن جامعة البحرين، مملكة البحرين، المجلد 13 العدد 1 مارس 2012.

43- أبو ليلي يوسف حسن و العموش أحمد فلاح، مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات: دراسة ميدانية. مجلة شؤون اجتماعية تصدر عن جمعية الاجتماعيين والجامعة الأمريكية بالشارقة، الإمارات العربية المتحدة، عدد 102، 2009.

44- المجيد عبد الله، العاسمي رياض، شماس سالم مستهل، مشكلات الشباب من وجهة نظر طلبة كليات التربية: دراسة ميدانية مقارنة بين طلبة كليات التربية في سوريا وعمان. مجلة جامعة دمشق، المجلد 24، العدد 2، سورية 2008.

45- المحاميد شاكر عقلة، السفاسفه محمد إبراهيم، قلق المستقبل المهني لدى طلبة الجامعات الأردنية وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلة علمية متخصصة محكمة فصلية تصدر عن كلية التربية جامعة البحرين، المجلد 8، العدد 3 ديسمبر 2007.

46- محسوب عبد القادر الضوى، ممدوح كامل حساني، تأثير موضع الضبط وأساليب العزو والخجل في التحصيل الأكاديمي لطلاب كلية الفنون الجميلة: دراسة باستخدام تحليل المسار. مجلة كلية التربية جامعة المنصورة، مصر، عدد 58، 2005.

47- محمد عبد الرحمن، واقع وتوجهات البحث العلمي والتطور التكنولوجي في الجامعات العربية. مجلة جامعة دمشق في العلوم الإنسانية، مجلد 3، عدد 11، الجزء الأول، 1987.

- 48- محمد المرى محمد إسماعيل، العلاقة بين مركز التحكم وتقدير الذات لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. مجلة كلية التربية بالزقازيق، مصر، مجلد 2، عدد 4، 1987.
- 49- محمد يوسف عبد الفتاح، مركز التحكم وعلاقته بتقدير الشخصية لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية بدولة الإمارات العربية المتحدة. مجلة مركز البحوث التربوية تصدر عن جامعة قطر، قطر، السنة الثانية، العدد 3، 1993
- 50- مسمودي زين الدين، لمحة تاريخية عن تكوين المعلمين في الجزائر أثناء المرحلة الاستعمارية والسنوات الأولى للاستقلال. مجلة جامعة قسنطينة للعلوم الإنسانية، عدد 8، 1997.
- 51- المغامسي سعيد بن فالح، أثر حفظ القرآن الكريم في التحصيل الدراسي بالمرحلة الجامعية. مجلة العلوم التربوية والدراسات الإسلامية، جامعة الملك سعود، مجلد 17، 1425هـ / 2004م.
- 52- النيال مایسة أحمد، مصدر الضبط وعلاقته بكل من قوة الأنا، والعصابية والانبساط لدى عينة من طلبة وطالبات الجامعة بدولة قطر: دراسة عاملية مقارنة. مجلة مركز البحوث التربوية تصدر عن جامعة قطر، العدد 10، 1994.
- 53- أبو هاشم السيد محمد، النموذج البنائي التنبؤي لمهارات الدراسة والحكمة الاختبارية والتحصيل الدراسي لدى طلاب المرحلة الثانوية. مجلة كلية التربية بالمنصورة تصدر عن جامعة المنصورة، مصر، العدد 68، الجزء الأول، سبتمبر 2008.
- 54- يونس فتحي علي، أثر العرب والمسلمين في الحضارة الأوروبية. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، سلسلة الكتب الثقافية للراشدين، عدد 27، القاهرة، مصر، 1996.

ملتقيات:

1- عميرايي أحميدة، واقع البحث العلمي في جامعة الأمير عبد القادر للعلوم الإسلامية. في عبد الكريم بن أعراب، التعليم العالي في الجزائر: فعاليات اليوم الأول لمخبر الاقتصاد وإدارة الأعمال. دار بهاء الدين، قسنطينة، 2006.

2- محمد علي الصليبي، الصحة الانجابية للمرأة وموقف الشريعة الإسلامية منها. المؤتمر السادس للمرأة والبحث العلمي والتنمية في جنوب مصر المرأة العربية والصحة، المنعقد بجامعة أسيوط من 17 إلى 19 أبريل 2007

مراجع أنترنت:

(1) موسوعة ويكيبيديا الحرة <http://ar.wikipedia.org/wiki/> 23 ماي 2014.

(2) مريم الناصري، شلل النوم أو بوتليس بين المعتقدات الشعبية والتفسير العلمي.

<https://ultratunisia.ultrasawt.com> 25 ديسمبر 2021

مراجع باللغات الأجنبية

1- Alain cerclé, alain soma, manuel de psychologie sociale. Dunod, paris, 1999.

2- Annette Benedict, Attributions of causes for chronic illness among aged persons. Activities. Adaptation & Agng, Vol, 19(4) 1995.

3- APA, Dictionary of psychology. Second Edition, Washington, USA, 2015, p89.

4- Catherine A. Sanderson, Health Psychology. Second Edition. John Wiley & Sons, Inc. USA, 2013.

5-G. Weary M.A. Stanley J.H. Harvey, Attribution. Springer-Verlag, New York, USA, 1989.

- 6- Hans-Werner Bierhoff, Person Perception and Attribution. Springer-Verlag , New York, USA ,1989 .
- 7- Hope landrine and Elizabeth A. Klonoff, cultural diversity in causal attributions for illness: the role of the supernatural. In David F. Marks, the health psychology reader. Sage publication, London, 2002.
- 8- Ilona Csörsz, Péter Kakuk, Eszter M Mills, Péter Molnár, János Máth and Márta Csabai, The influence of patient gender on medical and psychology students' illness attributions: Experiences with a narrative technique. Journal of health psychology, 2014, Vol 19(5).
- 9 - Jacques- Philippe Leyens, sommes-nous tous des psychologues. Pierre madaga, bruxelles, 2^édition, Belgique, 1986.
- 10- J. A. SKELTON, Cognitive Representations of Illness. In Encyclopedia of Health Psychology. Edited by Alan J. Christensen, Rene Martin and Joshua Morrison Smyth, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York , USA, 2004.
- 11- Jeffrey H. Nathan , A. Michael Wylie, Anthony J. Marsella, attribution and serious mental illness : understanding multiple perspectives and ethnocultural factors, American journal of orthopsychiatry, 71(3) july 2001.
- 12- Kurt Fritzsche, Kathrin Anselm, Miriam Fritz and Michael Wirsching, Illness attribution of patients with medically unexplained physical symptoms in China. Transcultural psychiatry, V50, N1, 2012, p68.
- 13- Larousse, Grand dictionnaire de la psychologie. Paris, France, 2000.
- 14- LINDA D. CAMERON, SHELEIGH LAWLER, Self-Regulation. In Encyclopedia of Health Psychology. Edited by Alan J. Christensen, Rene Martin and Joshua Morrison Smyth, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York , USA, 2004.
- 15- MARK CONNER, BRIAN McMILLAN, Theory of Reasoned Action and Theory of Planned Behavior. In Encyclopedia of Health Psychology. Edited by Alan J. Christensen, Rene Martin and Joshua Morrison Smyth, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, USA, 2004.

16- Slimane Boumediene, la maladie : fait biologique ou socioculturel. Revue des science humines périodique scientifique publie par l'université Med kheider Biskra– Algérie, 2005.

17- Sophie berjot, gerard delelis, psychologie sociale en 23 fiches. Dunod, paris, 2005.

18- Ugo Ikwuka, Niall Galbraith and Lovemore Nyatanga, Causal attribution of mental illness in south-eastern Nigeria. International Journal of Social Psychiatry 0(0), 2013.

19- Willem Doise, Jean- claud Dechamps, Gabriel Mugny, psychologie sociale expérimentale. Armand colin et masson, Paris, France, 3 édition, 1991, p184.

20- Yael Benyamini, Howard Leventhal and Elaine A. Levnthal, Attributions and health. In : Susan Ayers, Andrew Baum, Chris McManus, Stanton Newman, Kenneth Wallston, John Weinman, Robert West, Cambridge handbook of psychology, health and medicine, Cambridge University Press , Second edition, UK, 2007.

الأنترنت:

1- Annabel Levesque, Rhea Rocque, Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada.

<https://www.researchgate.net/publication/281465142>

2- C. Ferreira, M.-C. Gay, F. Regnier-Aeberhard, F. Bricaire. Les représentations de la maladie et des effets secondaires du traitement antirétroviral comme déterminants de l'observance chez les patients VIH, p4. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00610659>.

3- Christine Jeoffrion, SANTÉ ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES : UNE ÉTUDE « MULTIOBJETS » AUPRÈS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET NONPROFESSIONNELS DE SANTÉ. <http://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologiesociale-2009-2-page-73.htm>.

4- Delphine Davous Huber, Obstacles culturels à la médecine occidentale. Le cas des enfants diabétiques de parents migrants.
<http://www.cairn.info/revue-laennec-2004-1-page-38.htm>.

5- Lutz Goldbeck, Silk Bundschuh, illness perception in pediatric somatization and asthma: complaints and health locus of control beliefs: <http://www.capmh.com/content/1/1/5>.

6- Murielle Villani, Cécile Flahault, Sébastien Montel, Serge Sultan, Catherine Bungener, Proximité des représentations de la maladie chez le malade et ses proches : revue de littérature et illustration clinique.
<http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2013-6-page-477.htm>

رابعاً - قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	خصائص الأفراد ذوي مركز التحكم الداخلي والخارجي.	47-46
2	عدد الطلبة المسجلين بالتدرج حسب التخصص في الفترة ما بين 1995 و1998	126
3	تطورات عدد المسجلين في الدراسات العليا (مرحلة ما بعد التدرج)	127
4	تطور عدد هيئة التدريس	128
5	توزيع أعضاء هيئة التدريس حسب الدرجة العلمية	129
6	عدد الطلبة الملتحقين بالجامعات في بعض البلدان العربية	132
7	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب الجنس والتخصص	219
8	حساب كا 2 لحساب صدق استبيان عزو المرض بطريقة المقارنة الطرفية	222
9	محاور وأبعاد مقياس عزو المرض في صورته النهائية	224
10	ترتيب أسباب المرض عند فئة التحكم الداخلي حسب الأهمية العامة للسبب (الدراسة الاستطلاعية)	225
11	ترتيب أسباب المرض عند فئة التحكم الخارجي بحسب الأهمية العامة للسبب (الدراسة الاستطلاعية)	226
12	سبب المرض ورتبته عند ذوي التحكم الداخلي والخارجي (الدراسة الاستطلاعية)	227
13	خصائص المجتمع بجامعة عنابة حسب المتغيرات الشخصية	235-236
14	توزيع مجتمع الدراسة في كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة سكيكدة	236
15	توزيع مجتمع الدراسة في كلية العلوم الاقتصادية بجامعة سكيكدة	237
16	خصائص عينة الدراسة حسب متغير التخصص	239
17	خصائص عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	240

240	خصائص عينة الدراسة حسب متغير الجنس	18
241	خصائص عينة الدراسة حسب متغير السن	19
242	نسبة تمثيل العينة حسب كل تخصص أو كلية.	20
245	محاور وأبعاد استبيان عزو المرض	21
246	معاملات الارتباط بين محاور استبيان عزو المرض	22
248	استجابات عينة الدراسة على بعد العدوى	23
249	استجابات عينة الدراسة على بعد التلوث	24
249	استجابات عينة الدراسة على بعد الظروف المعيشية	25
250	استجابات عينة الدراسة على بعد المشاكل الاجتماعية	26
250	استجابات عينة الدراسة على بعد النوم وممارسة الرياضة	27
251	استجابات عينة الدراسة على بعد الطعام والدواء	28
252	استجابات عينة الدراسة على بعد التدخين والمخدرات	29
253	استجابات عينة الدراسة على محور التفسيرات التقليدية	30
254	استجابات العينة على البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي	31
254	استجابات العينة على بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي	32
255	استجابات العينة على بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي	33
256	معاملات الارتباط بين عزو المرض لأسباب تقليدية والخصائص الشخصية ومركز التحكم	34
259	معاملات الارتباط بين عزو المرض لأسباب حديثة والخصائص الشخصية ومركز التحكم	35
262	معاملات الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والخصائص الشخصية ومركز التحكم	36

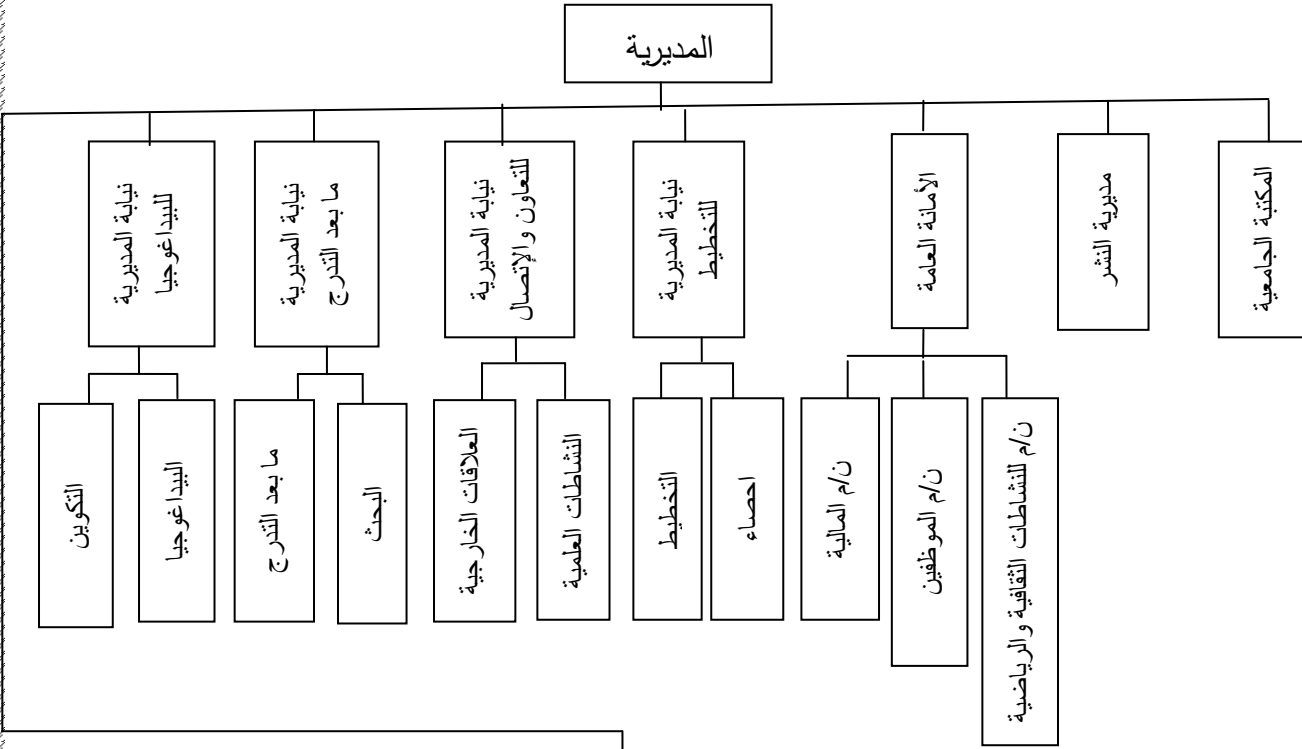
خامساً - قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
31	محددات السلوك حسب نظرية روتر	1
38	العوامل المؤثرة في مركز التحكم الداخلي	2
39	العوامل المؤثرة في مركز التحكم الخارجي	3
45	تصنيف "روتر" للأفراد	4
72	مخطط العزو لدى هايدر	5
75	بعدي الاستقرار ومركز الضبط في نظرية "وينر"	6
91	اتجاهات تعاريف التوافق	7
139	الهيكل التنظيمي للكلية	8
140	هيكل النظام الجديد (ل م د).	9
141	تمثيل بياني مقارنة بين الهيكلتين القديمة والجديدة	10
219	نموذج المعتقد الصحي لـ روزنستوك وآخرون (1998)	11
222	مخطط لنظرية الفعل المبرر/ السلوك المخطط	12

سادساً - قائمة الملاحق

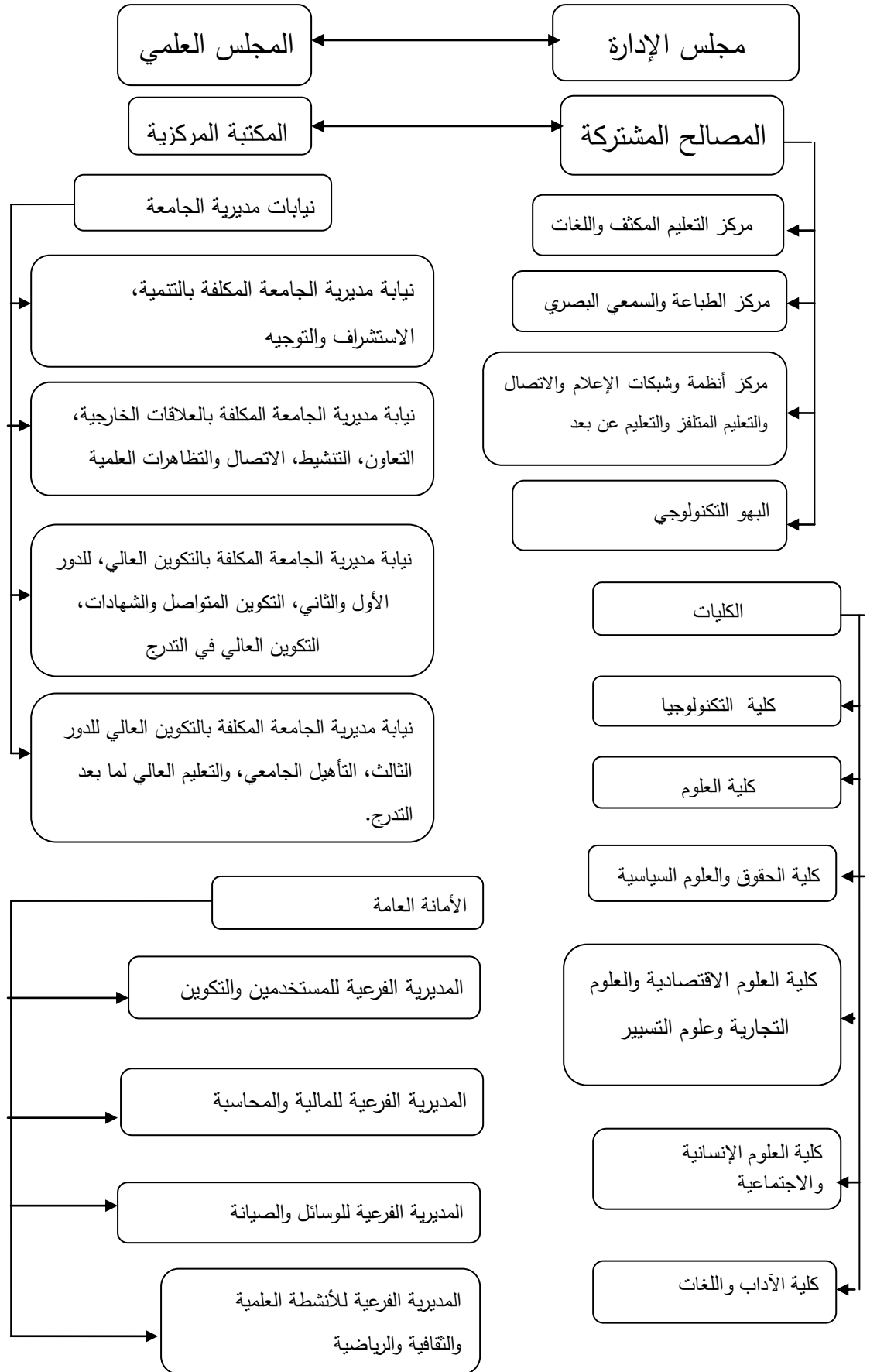
رقم الملحق	عنوان الملحق
1	- الهيكل التنظيمي لجامعة عنابة.
2	- الهيكل التنظيمي لجامعة سكيكدة.
3	- استبيان العزو في صورته الأولى.
4	- العبارات المحذوفة من الاستبيان الأولي .
5	- العبارات التي بقيت دون تغيير.
6	- العبارات التي أعيد صياغتها.
7	- استبيان عزو المرض في صورته النهائية
8	- مقياس روتر لمركز التحكم.
9	- مفتاح تصحيح مقياس روتر لمركز التحكم.

ملحق رقم (1): الهيكل التنظيمي لجامعة عنابة.



كلية العلوم	كلية علوم المهندس	كلية علوم الأرض	كلية الحقوق	كلية الآداب والعلوم الإنسانية والإجتماعية	كلية العلوم الإقتصادية وعلوم التسيير	كلية الطب
الأقسام	الأقسام	الأقسام	الأقسام	الأقسام	الأقسام	الأقسام
قسم الرياضيات	قسم الكهروتقني	قسم التهيئة العمرانية	قسم الحقوق	قسم اللغات الأجنبية	قسم العلوم الإقتصادية	قسم الطب
قسم الفيزياء	قسم الالكتروميكانيك	قسم الهندسة المعمارية	(عام، خاص، وعلوم سياسية)	قسم الترجمة	قسم علوم التسيير	قسم جراحة
قسم الكيمياء	قسم الالكترونك	قسم الجيولوجيا		قسم اللغة العربية وآدابها	قسم العلوم المالية	وطب
قسم البيولوجيا	قسم الهندسة المدنية	قسم المناجم		قسم علم الإجتماع	قسم العلوم التجارية	الأسنان
قسم الكيمياء الحيوية	قسم الهندسة الميكانيكية			قسم علم النفس		قسم الصيدلة
قسم علوم البحر	قسم هندسة الطرائق			قسم علوم الإتصال والإعلام		
	قسم الري					
	قسم الإعلام الآلي					
	قسم التعدين					

ملحق رقم (1) : الهيكل التنظيمي لجامعة سكيكدة.



ملحق رقم (3) : استبيان العزو في صورته الأولى.

- 1- دخان المصانع يسبب المرض. نعم لا
- 2- يسبب تلوث الهواء الكثير من الأمراض. نعم لا
- 3- ضجيج المدينة يؤثر سلباً على صحة الإنسان. نعم لا
- 4- بعض الناس يمرضون نتيجة لأنهم يسكنون في البيوت الضيقة. نعم لا
- 5- إن الإكثار من وضع الملح في الطعام هو أحد السلوكيات المفضية للمرض. نعم لا
- 6- يتسبب الناس في مرضهم حينما يكثر من تناول السكريات. نعم لا
- 7- يتسبب تدخين السجائر في العديد من الأمراض. نعم لا
- 8- يمرض الناس نتيجة معاناتهم من البطالة. نعم لا
- 9- يمرض بعض الأفراد أنفسهم بسبب ترك استعمال معجون الأسنان. نعم لا
- 10- من الناس من يعرض صحته للخطر من جراء تعاطي المخدرات. نعم لا
- 11- أحياناً يحدث المرض بعد تعرض الناس لضربة شمس. نعم لا
- 12- إن الاعتقاد بأن التعرض لضربة ريح يمرض الإنسان اعتقاد صحيح. نعم لا
- 13- يمرض بعض الناس بسبب كثرة جلوسهم مع المدخنين. نعم لا
- 14- يمرض بعض الناس حينما تتلوث مياه الشرب بمياه المجاري القذرة. نعم لا
- 15- تناول الفواكه دون غسلها يمرض الإنسان. نعم لا
- 16- من مسببات المرض الإكثار من تناول الحلوى. نعم لا
- 17- أكل السمك مع اللبن يسبب المرض. نعم لا
- 18- يمرض الفرد إذا تعرض لعضة كلب مصاب الكلب. نعم لا
- 19- تسبب السمنة الكثير من الأمراض. نعم لا
- 20- يكون مرض بعض الناس نتيجة عين (حاسدة). نعم لا
- 21- بعض الأفراد يمرضون بسبب أعمال السحر التي يقوم بها السحرة. نعم لا
- 22- يمرض الابن من جراء حصوله على (دعوة الشر) من والديه. نعم لا
- 23- أحياناً تمرض الأم ابنها حينما تتركه متسخاً حتى لا يصاب بالعين. نعم لا

- 24- تنتشر الأمراض بفعل نقص التطعيم في المؤسسات الاستشفائية. نعم لا
- 25- يحدث المرض بسبب خيانة الزوج لزوجته بإقامة علاقة جنسية مع امرأة أخرى. نعم لا
- 26- ينشأ المرض نتيجة خيانة الزوجة لزوجها بإقامة علاقة جنسية مع رجل آخر. نعم لا
- 27- من السلوكات المفضية للمرض الإكثار من تناول الأطعمة المقلية بزيت المائدة. نعم لا
- 28- يرث الأبناء الأمراض من آبائهم ولذلك فهم غير مسؤولين عن حدوثها. نعم لا
- 29- يتسم بعض الناس إذا ما تناولوا مأكولات انتهت مدة صلاحيتها. نعم لا
- 30- تربية المواشي في فناء الدار تجلب المرض. نعم لا
- 31- أحياناً يكون المرض بسبب مس شيطاني. نعم لا
- 32- تحدث العديد من الأمراض بسبب عدوى ميكروبية من شخص مريض إلى شخص صحيح. نعم لا
- 33- تنتشر الأمراض في حالة وجود البرك والمستنقعات بالقرب من السكان. نعم لا
- 34- كثرة الفئران والجرذان في الأحياء السكنية يفضي للعديد من الأمراض. نعم لا
- 35- انتشار بعض الحشرات كالبراغيث يسبب المرض. نعم لا
- 36- يمرض بعض الأفراد في مرضهم من خلال الإفراط في تناول الطعام. نعم لا
- 37- من السلوكيات المؤدية للمرض استهلاك الشمة (النفة). نعم لا
- 38- في العادة يمرض بعض الناس بسبب قيام بعض الفلاحين بسقي مزارعهم بمياه ملوثة. نعم لا
- 39- يتسبب الفقر في حدوث العديد من الأمراض. نعم لا
- 40- حوادث المرور تسبب المرض. نعم لا
- 41- الإنسان ليس مسؤولاً عن مرضه لأن المرض قضاء وقدر. نعم لا
- 42- المرض عقاب من الله نتيجة ارتكاب المعاصي. نعم لا
- 43- المرض ابتلاء من الله لعباده المؤمنين. نعم لا
- 44- ينتج المرض عن عمل تقوم به التابعة. نعم لا
- 45- يستطيع 'بوتليليس' أن يسبب المرض للإنسان. نعم لا
- 46- يمرض المولود حينما 'يغلبوه ترابوا' أي أن الذين ولدوا معه من الجن يتغلبون عليه بأخذ صحته. نعم لا

- 47- يمرض الإنسان بسبب قلة النوم. نعم لا
- 48- كثرة النوم تمرض الإنسان. نعم لا
- 49- يفضي أكل لحم الخنزير إلى المرض. نعم لا
- 50- الطلاق يسبب المرض للمرأة المطلقة. نعم لا
- 51- الطلاق يمرض الرجل المطلق. نعم لا
- 52- الطلاق يمرض أبناء المطلقين. نعم لا
- 53- العنوسة مشكلة اجتماعية تمرض الفتيات. نعم لا
- 54- إكراه الوالدين لبنتهما على الزواج برجل لا تحبه يمرضها. نعم لا
- 55- إكراه الوالدين لابنهما على الزواج بامرأة لا يحبها يمرضها. نعم لا
- 56- تمرض بعض الفتيات بسبب إتباعهن لحمية غذائية دون استشارة الطبيب. نعم لا
- 57- من السلوكيات المسببة للمرض تناول الدواء دون استشارة الطبيب. نعم لا
- 58- الحرب تخلف الكثير من الأمراض للأفراد. نعم لا
- 59- وسائل الإعلام مسئولة عن حدوث بعض الأمراض بسبب تقصيرها في نشر الوعي الصحي بخصوص مسببات المرض وكيفية الوقاية منها. نعم لا
- 60- قد يكون سبب المرض تقصير الفرد في التعامل مع المرض في بدايته من خلال عدم استشارته للطبيب إلى أن يتفاقم المرض. نعم لا

ملحق رقم (4) : العبارات المحذوفة من الاستبيان الأولي .

الرقم	رقم العبارة	محتوى العبارة
1	2	يسبب تلوث الهواء الكثير من الأمراض
2	6	يتسبب الناس في مرضهم حينما يكثرون من تناول السكريات
3	9	يمرض بعض الأفراد أنفسهم بسبب ترك استعمال معجون الأسنان
4	11	أحياناً يحدث المرض بعد تعرض الناس لضربة شمس
5	12	إن الاعتقاد بأنّ التعرض لضربة ريح يمرض الإنسان اعتقاد صحيح
6	19	تسبب السمنة الكثير من الأمراض
7	23	أحياناً تُمرض الأم ابناً حينما تتركه متسخاً حتى لا يصاب بالعين
8	25	يحدث المرض بسبب خيانة الزوج لزوجته بإقامة علاقة جنسية مع امرأة أخرى
9	26	ينشأ المرض نتيجة خيانة الزوجة لزوجها بإقامة علاقة جنسية مع رجل آخر
10	28	يرث الأبناء الأمراض من آبائهم ولذلك فهم غير مسؤولين عن حدوثها
11	37	من السلوكيات المؤدية للمرض استهلاك الشمة (النفة)
12	39	يتسبب الفقر في حدوث العديد من الأمراض
13	40	حوادث المرور تسبب المرض
14	41	الإنسان ليس مسؤولاً عن مرضه لأن المرض قضاء وقدر
15	48	كثرة النوم تمرض الإنسان
16	49	يفضي أكل لحم الخنزير إلى المرض
17	50	الطلاق يسبب المرض للمرأة المطلقة
18	51	الطلاق يمرض الرجل المطلق
19	55	إكراه الوالدين لابنهما على الزواج بامرأة لا يحبها يمرضه
20	58	الحرب تخلف الكثير من الأمراض للأفراد
21	59	وسائل الإعلام مسؤولة عن حدوث بعض الأمراض بسبب تقصيرها في نشر الوعي الصحي بخصوص مسببات المرض وكيفية الوقاية منها

قد يكون سبب المرض تقصير الفرد في التعامل مع المرض في بدايته من خلال عدم استشارته للطبيب إلى أن يتفاقم المرض	60	22
--	----	----

ملحق رقم (5) : العبارات التي بقيت دون تغيير .

الرقم	رقم العبارة	محتوى العبارة
1	1	دخان المصانع يسبب المرض
2	5	إنّ الإكثار من وضع الملح في الطعام هو أحد السلوكيات المفضية للمرض
3	8	يمرض الناس نتيجة معاناتهم من البطالة
4	15	تناول الفواكه دون غسلها يمرض الإنسان
5	16	من مسببات المرض الإكثار من تناول الحلوى
6	17	أكل السمك مع اللبن يسبب المرض
7	18	يمرض الفرد إذا تعرض لعضة كلب مصاب بالكلب
8	24	تنتشر الأمراض بفعل نقص التطعيم في المؤسسات الاستشفائية
9	27	من السلوكات المفضية للمرض الإكثار من تناول الأطعمة المقلية بزيت المائدة
10	30	تربية المواشي في فناء الدار تجلب المرض
11	31	أحياناً يكون المرض بسبب مس شيطاني
12	32	تحدث العديد من الأمراض بسبب عدوى ميكروبية من شخص مريض إلى شخص صحيح
13	33	تنتشر الأمراض في حالة وجود البرك والمستنقعات بالقرب من السكان
14	34	كثرة الفئران والجرذان في الأحياء السكنية يفضي للعديد من الأمراض
15	35	انتشار بعض الحشرات كالبراغيث يسبب المرض
16	42	المرض عقاب من الله نتيجة ارتكاب المعاصي
17	43	المرض ابتلاء من الله لعباده المؤمنين
18	45	يستطيع 'بوتليليس' أن يسبب المرض للإنسان
19	46	يمرض المولود حينما 'يغلبوه ترابوا' أي أن الذين ولدوا معه من الجن يتغلبون عليه بأخذ صحته

يمرض الإنسان بسبب قلة النوم	47	20
الطلاق يمرض أبناء المطلقين	52	21
العنوسة مشكلة اجتماعية تمرض الفتيات	53	22
إكراه الوالدين لبنتهما على الزواج برجل لا تحبه يمرضها	54	23
تمرض بعض الفتيات بسبب إتباعهن لحمية غذائية دون استشارة الطبيب	56	24
من السلوكيات المسببة للمرض تناول الدواء دون استشارة الطبيب	57	25

ملحق رقم (6) : العبارات التي أعيد صياغتها.

الرقم	رقم العبارة	محتوى العبارة في الاستبيان الأولي	الصياغة الجديدة للعبارة
1	3	ضجيج المدينة يؤثر سلباً على صحة الإنسان	يؤثر ضجيج المدينة على صحة الإنسان
2	4	بعض الناس يمرضون نتيجة لأنهم يسكنون في البيوت الضيقة	يمرض بعض الناس لأنهم يسكنون في البيوت الضيقة
3	7	يتسبب تدخين السجائر في العديد من الأمراض	ينتج عن تدخين السجائر العديد من الأمراض
4	10	من الناس من يعرض صحته للخطر من جراء تعاطي المخدرات	تعاطي المخدرات مضر بصحة الإنسان
5	13	يمرض بعض الناس بسبب كثرة جلوسهم مع المدخنين	يمرض بعض الناس بسبب جلوسهم مع المدخنين
6	14	يمرض بعض الناس حينما تتلوث مياه الشرب بمياه المجاري القذرة	يمرض الناس حينما تتلوث مياه الشرب بمياه المجاري القذرة
7	20	يكون مرض بعض الناس نتيجة عين (حاسدة)	كثيراً ما تسبب العين الحاسدة المرض للناس
8	21	الأفراد يمرضون بسبب أعمال السحر التي يقوم بها السحرة	أعتقد أنّ بعض الأمراض تنتج عن السحر
9	22	يمرض الابن من جراء حصوله على (دعوة الشر) من والديه	كثيراً ما يلحق الأذى والمرض للابن بسبب دعوة أبويه عليه

يتسبب بعض الناس في مرضهم نتيجة تساهلهم في مراقبة صلاحية الأطعمة المعلبة	يتسم بعض الناس إذا ما تناولوا مأكولات انتهت مدة صلاحيتها	29	10
بعض الناس يمرضون نتيجة إكثارهم من تناول الطعام	يمرض بعض الأفراد من خلال الإفراط في تناول الطعام	36	11
يحدث أن يمرض بعض الناس بسبب قيام بعض الفلاحين بسقي مزرعاتهم بمياه ملوثة	في العادة يمرض بعض الناس بسبب قيام بعض الفلاحين بسقي مزرعاتهم بمياه ملوثة	38	12
يمكن أن تتسبب التابعة في مرض الإنسان	ينتج المرض عن عمل تقوم به التابعة	44	13

ملحق رقم (7) : استبيان عزو المرض في صورته النهائية

من بين العوامل التالية، حدد حسب- رأيك- العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بالمرض من خلال التأشير بوضع علامة (x) على الإجابة المناسبة.

العبارات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	لا
1- تعرض الفرد لعضة كلب مصاب بالكلب					
2- عدوى ميكروبية من شخص مريض إلى شخص صحيح.					
3- وجود الجرذان في الأحياء السكنية					
4- انتشار بعض الحشرات كالبراغيث.					
5- دخان المصانع.					
6- تلوث مياه الشرب بمياه المجاري القذرة					
7- تربية المواشي في فناء الدار.					
8- وجود البرك والمستنقعات بالقرب من السكان.					
9- ضجيج المدينة.					
10- المبيت في البيوت الضيقة.					
11- الحرب.					
12- السكن في البيوت القصديرية.					
13- البطالة.					
14- الطلاق يمرض أبناء المطلقين.					
15- العنوسة مشكلة اجتماعية تمرض الفتيات.					
16- إكراه الوالدين لبنتهما على الزواج برجل لا تحبه.					
17- قلة النوم.					
18- قلة النشاط الحركي.					
19- تسهم ممارسة الرياضة في تجنب حالة المرض.					

					20- الإكثار من وضع الملح في الطعام.
					21- تناول الفواكه دون غسلها.
					22- الإكثار من تناول الحلوى.
					23- أكل السمك مع اللبن.
					24- تناول الأطعمة المقلية بزيت المائدة.
					25- تساهل بعض الناس في مراقبة صلاحية الأطعمة المعلبة.
					26- الإكثار من تناول الطعام.
					27- قيام بعض الفلاحين بسقي مزروعاتهم بمياه ملوثة.
					28- إتباع حمية غذائية دون استشارة الطبيب.
					29- نقص التطعيم في المؤسسات الاستشفائية.
					30- تناول الدواء دون استشارة الطبيب.
					31- ينتج تدخين السجائر في العديد من الأمراض.
					32- الجلوس مع المدخنين.
					33- تعاطي المخدرات.
					34- العين الحاسدة.
					35- السحر.
					36- دعوة الوالدين على ابنهما (دعوة الشر).
					37- مس من الجن.
					38- ارتكاب الإنسان للمعاصي.
					39- المرض قد يكون ابتلاء من الله لعباده المؤمنين.
					40- يمكن أن تنتسب التابعة في مرض الإنسان.
					41- يستطيع 'بوتليس' أن يسبب المرض للإنسان.
					42- يمرض المولود حينما 'يغلبوه ترابوا' أي أن

					الذين ولدوا معه من الجن يتغلبون عليه بأخذ صحته.
					43- إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفادي المرض.
					44- المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض.
					45- أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة.
					46- لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليماً.
					47- لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض.
					48- يلعب المختصون في المجال الصحي دوراً كبيراً في التحكم في صحتي.
					49- حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة
					50- تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي.
					51- إذا اعتنيت بصحتي جيداً يمكنني تجنب المرض
					52- أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه.
					53- القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة.
					54- يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني.
					55- إتباع إرشادات الطبيب حرفياً هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي.

ملحق رقم (8) : مقياس روتر لمركز التحكم.

رقم الاستبيان:.....

الجنس:..... السن:.....

المستوى التعليمي:..... التخصص الجامعي

:..... الكلية:.....

الجامعة:.....

عزيزي الطالب، يرجى منك التطوع للإجابة بكل جدية وصدق على هذا المقياس، الذي يتم تطبيقه في إطار التحضير لأطروحة الدكتوراه، وهو مكون من عدد من الفقرات كل فقرة تتكون من زوج من العبارات. يهدف للتعرف على وجهة نظرك حول بعض القضايا الهامة في حياة الناس. والمطلوب منك قراءة العبارتين اللتين تكونان كل فقرة ثم تحدد أيهما تتفق مع وجهة نظرك وسجل اختيارك للعبارة بوضع علامة (x) أمام العبارة التي تفضلها. وإذا كنت تعتقد في صحة العبارتين فضع العلامة أمام العبارة التي ترجحها بصورة أكبر.

- 1- أ- يقع الأبناء في المشكلات لأن الآباء يعاقبونهم أكثر من اللازم. ()
- ب- مشكلة معظم الأبناء هذه الأيام هي أن الآباء يتساهلون معهم. ()
- 2- أ- كثير من الأمور غير السارة التي تحدث للناس في حياتهم ترجع في جزء منها إلى الحظ السيء. ()
- ب - يرجع سوء الحظ الذي يلاقه الناس إلى الأخطاء التي يرتكبونها. ()
- 3 - أ - من الأسباب الرئيسية لاشتعال الحروب عدم اهتمام الناس بالأمور السياسية اهتماما كافيا. ()
- ب- سوف تستمر الحروب وتبقى مهما حاول الناس أن يمنعوا وقوعها ()
- 4- أ - بمرور الزمن يستطيع الفرد أن ينال الاحترام الذي يستحق. ()

- ب- من سوء الحظ أن جدارة الفرد وقـيمته غالباً ما لا يعترف بهما مهما جـاهد الفرد في هذا السبيل. ()
- 5- أ- الإعتقاد بأن المعلمين لا يعدلون بين الطلبة اعتقاد غير صحيح. ()
 ب - معظم الطلبة لا يعرفون إلي أي مدى تتأثر درجاتهم المدرسية بعوامل عارضة. ()
- 6 - أ - بدون الفرص الثمينة لا يمكن للإنسان أن يصبح قائداً فعالاً. ()
 ب - عندما يفشل الأفراد من ذوي الكفاءة في أن يصبحوا قادة فإن ذلك يرجع إلى أنهم لم يحسنوا الإفادة من الفرص التي أتاحت لهم. ()
- 7- أ- مهما بذل الإنسان من جهد فلن يستطيع أن يظفر بحب بعض الناس. ()
 ب- إنما يفشل في اكتساب مودة الآخرين من لا يعرف كيف يندمج معهم. ()
- 8 - أ- تلعب الوراثة الدور الكبير في تحديد شخصية الفرد. ()
 ب- خبرة الفرد في الحياة هي التي تحدد سلوكه. ()
- 9- أ- أعتقد في المثل العامي القائل(اللي مكتوب على الجبين لازم تشوفه العين)
 ب- عندما أترك الأمور تحدث تحت رحمة الظروف فإن النتائج تكون أسوأ مما لو بادرت واتخذت قراراً معيناً. ()
- 10- أ- نادراً ما يقابل الطالب الذي أحسن الاستعداد أسئلة صعبة. ()
 ب- في كثير من الأحيان تكون أسئلة الإمتحانات غير ذات صلة بالمنهج بحيث نجد أن الإستذكار قد ضاع هباءاً". ()
- 11- أ- يعتمد النجاح على العمل الجاد أما الحظ فليس له إلا دور بسيط جداً، أو لا دور له على الإطلاق. ()
 ب- الوصول إلى الوظائف المرموقة يتوقف بالدرجة الأولى على أن تكون في المكان المناسب في الوقت المناسب. ()
- 12- أ- يستطيع المواطن العادي أن يكون له تأثير في القرارات السياسية والاجتماعية العامة. ()
 ب- عالماً هذا تتحكم فيه قلعة من الأقوياء ولا يستطيع البسطاء أن يفعلوا شيئاً إزاء ذلك. ()
- 13- أ- عندما أضع خططاً فإني غالباً ما أكون متأكداً من قدرتي على تنفيذها بنجاح. ()

- ب- ليس من الحكمة دائماً أن نضع خططا طويلة المدى لأن كثيراً من الأمور يتضح فيم بعد أن احتمالات النجاح أو الفشل فيها ترجع إلى الحظ. ()
- 14- أ- هناك بعض الناس لا يرجى منهم خير أو نفع. ()
ب - في كل من الناس جانب من الخير. ()
- 15- أ- في حياتي أرى أن وصولي إلى أهدافي لا يعتمد على الحظ إلا قليلاً أو لا يعتمد عليه مطلقاً. ()
ب- في كثير من الحالات لا يفيد التدبر أو التعقل شيئاً بحيث يستوي اتخاذ القرار عن تدبر وتخطيط واتخاذ القرار عن طريق إجراء القرعة. ()
- 16- أ - في أغلب الأحيان يظفر بالرئاسة من أسعده الحظ فكان أول من وصل إلى المكان المناسب. ()
ب- إن حمل الناس على الأشياء الصحيحة أمر يتوقف على القدرة وليس على للحظ في ذلك إلا دور ضئيل أو لا دور له على الإطلاق. ()
- 17- أ- في أمور دنيانا نجد معظمنا ضحايا لقوى لا نستطيع أن نفهمها أو نتحكم فيها ()
ب- إذا قام الناس بأدوار نشطة في الشؤون السياسية والاجتماعية فإنهم يستطيعون أن يؤثروا في أحداث الدنيا حولهم. ()
- 18- أ- معظم الناس لا يعرفون إلى أي مدى تتأثر حياتهم بأحداث عارضة. ()
ب- لا يوجد في الواقع شيء اسمه الحظ. ()
- 19- أ- يجب أن يكون الإنسان مستعداً على الدوام بالإعتراف بالخطأ. ()
ب- من الأفضل دائماً أن نتستر على أخطائنا. ()
- 20- أ- من الصعب أن تعرف ما إذا كان الآخرون يحبونك أم لا. ()
ب- يتوقف عدد أصدقائك على مدى لطفك وحسن معشرك. ()
- 21- أ- على المدى الطويل نجد أن ما يقع لنا من أحداث سيئة تقابلها أحداث طيبة ()
ب- معظم الأحداث السيئة تنتج عن نقص القدرة أو الجهل أو الكسل أو كل أولئك. ()
- 22- أ- لو أننا بذلنا مجهوداً لأمكننا القضاء على مختلف صور الفساد. ()

ب- من الصعب على الناس أن يتحكموا في ما يفعل أصحاب المناصب السياسية. ()

23- أ- أحيانا لا أستطيع أن أفهم كيف انتهى المعلمون إلى الدرجات التي يعطونها. ()

ب- هناك صلة مباشرة بين الجهد الذي أبذله في الاستذكار والدرجات التي أحصل عليها. ()

24- أ- الزعيم الناجح يتوقع من الناس أن يقرروا لأنفسهم ما يجب أن يفعلوه. ()

ب- الزعيم الناجح يوضح لكل فرد ما يجب أن يفعله. ()

25- أ- كثيرا ما أشعر أن تأثيري ضعيف على الأحداث التي تقع لي. ()

ب- من المستحيل أن أصدق أن الصدفة أو الحظ يلعب دورا مهما في حياتي. ()

26- أ- يشعر الناس بالوحدة لأنهم لا يحاولون أن يتعاملوا معاً بروح الود والصدقة. ()

ب- ليس من المجدي أن تحاول جاهداً اكتساب مودة الآخرين لأن هذا ليس لك سيطرة عليه. ()

27- أ- هناك اهتمام مبالغ فيه بالألعاب الرياضية في المدارس الثانوية. ()

ب- الألعاب الرياضية الجماعية (التي تمارس في فريق) فرصة طيبة لتنمية الشخصية. ()

28- أ- كل ما يحدث لي هو من صنع يدي. ()

ب- أشعر أحيانا أنه ليس لي سيطرة كافية على الوجهة التي تسير فيها حياتي. ()

29- أ- في أكثر الأحيان لا أستطيع أن أفهم لماذا يسلك السياسيون على النحو الذي يسلكون عليه. ()

ب- على المدى الطويل يمكننا القول أن الناس مسؤولون عن فساد الإدارة سواء على المستوى المحلي أو المستوى القومي. ()

ملحق رقم (9) : مفتاح تصحيح مقياس روتر لمركز التحكم.

الفقرة	مفتاح التصحيح	الفقرة	مفتاح التصحيح	الفقرة	مفتاح التصحيح
1	فقرة دخيلة	11	ب	21	أ
2	أ	12	ب	22	ب
3	ب	13	ب	23	أ
4	ب	14	فقرة دخيلة	24	فقرة دخيلة
5	ب	15	ب	25	أ
6	أ	16	أ	26	ب
7	أ	17	أ	27	فقرة دخيلة
8	فقرة دخيلة	18	أ	28	ب
9	أ	19	فقرة دخيلة	29	أ
10	ب	20	أ		

ملخص الدراسة باللغة العربية:

تهدف هذه الدراسة الموسومة: "عزو الطالب للمرض وعلاقته بمركز التحكم"، إلى معرفة العلاقة بين مركز التحكم عند الفرد وبين عزوه للمرض، مع ربط هذا العزو بمتغيرات الشخصية: السن، الجنس المستوى التعليمي والتخصص. لقد قسمت الدراسة إلى جانبين: جانب نظري وتضمن أربعة فصول، وجانب تطبيقي واحتوى فصلين.

اتبعتنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي وطبق استبيان عزو المرض، في الثلاثي الثاني لسنة 2013 على عينة من 847 فرد، وهم موزعون على ثمانية تخصصات. وبعد جمع البيانات وتحليلها تم رصد النتائج التالية:

- وجود ارتباط بين التفسيرات التقليدية وبين مركز التحكم والمستوى التعليمي.
- لا يوجد ارتباط بين التفسيرات التقليدية وبين السن والجنس والتخصص الجامعي.
- وجود ارتباط بين التفسيرات الحديثة والجنس.

الكلمات المفتاحية:

- مركز التحكم - عزو - مرض - طالب - الجامعة.

Résumé :

L'objectif de cette étude qui s'intitule : "L'attribution causal e de la maladie et sa relation avec le leur locus de contrôle." , est d'élucider le rapport qui existe entre le lieu du control chez l'individu d'une part et l'attribution que celui-ci fait de la maladie d'autres part. Cette attribution est prise en relation des variables : âge, sexe, niveau scolaire et spécialité.

Cette étude comporte six chapitres, dont quatre font partie de l'approche théorique et deux de la proche pratique.

On a utilisé le méthode descriptive et administrer le questionnaire de "L'attribution causal de la maladie." , durant le deuxième trimestre de l'année 2013, sur un échantillon de 847 étudiants de l'université d'Annaba et Skikda.

Après la collecte et l'analyse des données on a aboutit aux résultats suivants :

- Il ya une corrélation entre les explications traditionnelles et le centre du control et le niveau scolaire.
- Il n'ya pas de corrélation entre les explications traditionnelles et l'age, genre et le specialité.
- Il ya une corrélation entre les explications modernes et le genre.

Mots clés :

- Centre du Control -Attribution - Maladie -Etudiant-Université.

ملخص الدراسة باللغة الانجليزية.

Summary:

The objective of this study is entitled "The causal attribution of the disease and its relationship with their locus of control" is to elucidate the relationship between the locus of control in the individual and his interpretation of the disease. This attribution is taken in relation to the variables: age, gender, academic level and speciality.

This study contains six chapters, four of which are part of the theoretical approach and two practices.

We used the descriptive method and administer the questionnaire "The causal attribution of the disease.", During the second quarter of 2013, on a sample of 847 students from the University of Annaba and Skikda.

After collection and data analysis were the following results:

- There is a correlation between the traditional explanations and locus of control and academic level.
- There is no correlation between traditional explanations and, age, gender and speciality.
- There is a correlation between modern explanations and gender.

Keywords:

- locus of control - Attribution - disease -student -University