قراءة سوسيو-تاريخية للظاهرة الوبائية

د. مولود قدور بن عطية

جامعة عبد الحميد بن باديس- مستغانم، mouloud.univ.1785@gmail.com

تاريخ الإيداع: 2022/06/13 **تاريخ المراجعة:** 2022/09/22 **تاريخ القبول:** 2022/10/06

ملخص

تستهدف الدراسة الحالية الإطار السوسيو- تاريخي للظاهرة الوبائية، فبغض النظر عن الشروط البيولوجية التي تتمخض عنها هذه الظاهرة، فإنها تنشئ داخل المجتمع وتنتهي إليه ضمن نسق تاريخي واجتماعي، إننا نقصد بالنسق التاريخي التحديد الزمني، وبالنسق الاجتماعي لا نقصد فحسب التفاعلات بين الظاهرة الوبائية ومحيطها الاجتماعي، لكن فضلا عن ذلك الآثار والانعكاسات التي تترتب عنها، وما يفضي إليها من متغيرات تؤثر في مسارها. نكشف في هذه الدراسةعن أهم المتغيرات الفاعلة في الظاهرة الوبائية وسياقها التاريخي وإطارها الجغرافي، ثم التطرق إلى التفاعلات التي تمخضت عن ظهور الأوبئة، فضلا عن كيفيات المواجهة المجتمعية والجهود المبذولة للحد من أية ظاهرة وبائية تهدد السياق الوجودي للإنسان كالتباعد والعزل والحجر الصحي وانتهاء بالانعكاسات التي خلفتها.

الكلمات المفاتيح: أوبئة؛ تاريخ أوبئة؛ تباعد؛ حجر صحي؛ عزل.

Socio-historical reading of the epidemiologicalphenomenon

Abstract

The study aims at the socio-historical framework of the epidemiological phenomenon as itoriginateswithin society and ends withitwithin a historical pattern thatrepresents temporal determination, and a social pattern thatrepresents the interactions betweenit and its social environment. The studyreveals the active variables in epidemics, theirhistory and geographicalcontext, thenaddressing the interactions resulting fromthem and endingwiththeirrepercussions, then the methods of societal confrontation to reduceany epidemicphenomenonthatthreatenshuman existence such as separation, isolation and quarantine.

Keywords: Epidemics; epidemiological history; spacing; quarantine; insulation.

Lecture socio-historique sur le phenomena épidémiologique

Résumé

L'étude vise le cadre socio-historique du phénomène épidémiologique, tel qu'il prend naissance au sein de la société et y aboutit dans un schéma historique qui représente la détermination temporelle, et un social qui représente les interactions entre celui-ci et son environnement social et les répercussions qui en résultent. L'étude révèle les variables conduisant au phénomène épidémiologique, son contexte historique et son contexte géographique, puis les répercussions qu'il a laissées, et les modalités de confrontation sociétale pour limiter tout phénomène épidémique menaçant l'existence humaine.

Mots-clés: Epidémies; histoire épidémiologique; espacement; quarantaine; isolation.

المؤلف المرسِل: د. مولود قدور بن عطية، mouloud.univ.1785@gmail.com

مقدمة

يقتضي الحديث عن علاقة الظاهرة الوبائية بالمجتمع توفر عملية استحضار ضرورية لأهم المتغيرات ليس فحسب الاجتماعية، لكن إلى جانب ذلك المتغيرات الجغرافية والبيئية الفاعلة والمساهِمة بشكل مباشر في انتشار الأوبئة، نظرا لما تتوفر عليه من قدرة هائلة في توجيه مسار الظواهر الوبائية لكونها ذات بعد مجتمعي بامتياز، وعليه فإن هذه الأوبئة تضرب في الأساس الأول الجماعات البشرية الكبيرة، وبالتالي فسلوك هذه المجموعات وتركيبتها سواء الاجتماعية أو البيولوجية يجعلها عرضة لأنماط وأشكال معينة من الأمراض المعدية والوبائية.

على ذكر مسألة المتغيرات المؤثرة في الظاهرة الوبائية وانتشارها داخل أو خارج المجتمعات، نشير إلى أن الأوبئة رغم ما تنهض عليه من تكوين بنيوي بيولوجي والذي يؤثر بشكل مباشر في النوع البشري، إلا أن تأثيرا ارتداديا معينا يؤثر في مسار الظاهرة الوبائية يتمثل على الأقل في متغيرات معينة على شاكلة الفئات العمرية، المجموعات والعصب الإثنية، ثم متغير الجنس والحالة الزواجية فضلا عن نوع التركيب العائلي والحالة الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، ومتغيرات أخرى يحضر تأثيرها في الظاهرة الوبائية كالمكان والوقت، وصولا الى حركة وقدرة المجموعات على التنقل.

فضلا عن ذلك يحيل الحديث عن الظاهرة الوبائية والإطار المجتمعي الذي نتجت عنه إلى التعرض للسياق التاريخي لنسق من الظواهر الوبائية التي شهدتها العديد من المجتمعات خلال أزمنة خلافية، وذلك للنظر والكشف عن الكيفيات التي تعرضت فيها المجتمعات للأمراض والأوبئة المعدية والقاتلة.

المطلب الأول: المتغيرات المؤثرة في انتشار الأوبئة

الفرع الأول: المتغيرات الاجتماعية

1- الجماعات العرقية والإثنية

تشير الجماعات العرقية والإثنية إلى جماعة الأفراد التي تشترك ليس فحسب في مجال جغرافي واحد لكنها تمارس إلى جانب ذلك عادات وتقاليد وممارسات أخرى متشابهة إلى حد بعيد، كما أنها متشابهة بيولوجيا بالضرورة، بمعنى أنها جماعات متناظرة اجتماعيا وبيولوجيا، لذلك فهي تشترك في الخصائص الاجتماعية والوراثية، وبالتالي لها علاقة مباشرة في التأثير على الأوبئة، فالجماعت العرقية والإثنية تجسد دورا كبيرا بالنسبة إلى توزيع الأمراض المعدية من حيث كونها "جماعة من البشر يرتبط أفرادها فيما بينهم بقواسم وسمات مشتركة من الناحية البيولوجية الفيزيقية والتاريخية والثقافية والتركيز الجغرافي، مما يجعلها مختلفة عن الجماعات الأخرى المتعايشة معها في نفس المجتمع، ويؤدي إدراك واعتقاد أفرادها بهذا التمايز إلى توليد الولاء والتضامن فيما بينهم داخل الجماعة، كما يتم تكريس هذا التمايز من خلال عمليات التنشئة التي يخضع لها الفرد في إطار جماعته[1]". فالمجموعات الإثنية إذن هي مجموعات من الأشخاص تملك درجة كبيرة من التماثل أكثر من المجموعات الأخرى نظرا إلى نمط العادات أو الخصائص البيولوجية والوراثية، "فقد لوحظ على سبيل المثال أن مرض الخلايا المنجلية ينتشر في الغالب بين الشعوب الإفريقية جنوب الصحراء"[2].

2- الحالة الزواجية

تشير الحالة الزواجية كمفهوم إلى "علاقة الفرد بالزواج، قد يتعلق الأمر بحالة العازب والمتزوج، والأرمل والمطلق أو المطلقة، وتأخذ في عين الاعتبار حالة المنفصل"[3]. إن لمتغير الحالة الزواجية دورا يتحكم في عملية انتشار الأوبئة وفق القراءات المطروحة حول الأوبئة وانتشارها بالدرجة الأولى، وذلك لوجود عينة من الأمراض

والأوبئة لا تنتشر إلا لدى الأفراد المتزوجين، ومثال ذلك "أن المصابون بالجذام ومرضى الصرع يكونون في الغالب غير متزوجين، كذلك فإن أصيبوا أثناء الزواج يمكن أن ينتقلوا إلى وضع الانفصال، كذلك فإن العزاب وغير المتزوجين معرضون أكثر للإصابة بالأمراض التناسلية مثل الزهري"[4].

3- التركيب العائلي

نقصد بالتركيب العائلي النموذج الذي تشترك ضمنه جماعة الأفراد، فهو إما نموذج العائلة الكبيرة أو نقول الممتدة وهو تقليدي بامتياز، ثم نموذج الأسرة الصغيرة أو النووية، الذي يرتبط بموجات الحداثة والتحضر والتمدن، حيث ينفرد التركيب العائلي بدور كبير في نمط انتشار الأمراض والأوبئة المعدية فعلى الصعيد التاريخي "فإن للزواج والعائلة دوراً حيوياً في السيطرة على السلوك الاجتماعي"[5]، كما أن "الجذام والسل والجرب يمكن أن يصيب أي فرد من أفراد العائلة في البلاد ذات تقاليد العائلة الممتدة التي تعيش فيها أجيال متعددة داخل المنزل الواحد في المجتمعات الزراعية، مقارنة بوضع العائلة قليلة العدد في المجتمعات الصناعية"[6].

الفرع الثاني: المتغيرات الجغرافية

1- العلاقة بين المكان ونمط انتشار الأمراض المعدية

إضافة إلى المتغيرات سالفة الذكر فإن لمتغير المكان دوره في انتشار الأمراض والأوبئة المعدية، فهذه الأخيرة قد تنتشر في أمكنة داجنة لها لتوفر شروط معينة تساهم في الانتشار وتنعدم في أمكنة أخرى لغياب الشروط نفسها، وبالتالي فهناك علاقة مباشرة بين المكان ونمط انتشار الأمراض المعدية، "ففي إفريقيا المدارية ينتشر حزام الملاريا ومرض النوم لانتشار العائل الناقل وهو البعوض في حالة الملاريا، وذبابة تسى تسي في حالة مرض النوم، ويقل وجود هذين المرضين في المناطق الشمالية من العالم لعدم وجود مسببات هذين المرضين أو العوائل الناقلة لهما، وفي البلاد الإفريقية توجد نسبة إصابة مرتفعة من أورام سرطانية أولية للمرئ والعنصر الذكري والكبد، ونسبة إصابة منخفضة من هذه الأورام للصدر والقولون مقارنة مع دول أوروبا وأمريكا الشمالية...، فالأمراض المعدية تتوزع فضلا عن ذلك "عبر المناطق المختلفة في الإقليم أو البلد الواحد نتيجة لانتشار عادات غذائية معينة، ففي منطقة السواحل الشمالية لمصر تنتشر الإصابة بالدودة المعوية نتيجة لانتشار تناول الأسماك المملحة وتوافر القواقع الناقلة لهذا الطفيل"[7].

تؤثر الأمكنة إذن في انتقال الأمراض المعدية، ذلك كونها ترتبط بنوع معين من النواقل، فقد نجد وباءً واحدا ترافقه أنواع متباينة من النواقل، إننا لا نقصد باختلاف الأمكنة من بلد نحو آخر، لكن بإمكان البلد الواحد أن تختلف عبر مناطقه عوامل انتشار الأوبئة.

2- حركة البشر وانتقالهم

تعد تحركات البشر وتنقلاتهم عاملا بارزا في عملية انتشار الأمراض والأوبئة، لذلك فقد أسهم كل من التجار والعمال وكذا المهاجرون وحتى الحجَّاج والرعاة والبدو الرحَّل في نشر الأوبئة على نطاق واسع من العالم، حث قاموا بنقل النماذج المرضية التي تصيبهم ونشروها في مناطق أخرى قد لم تشهد من قبل تلك النماذج المرضية على الإطلاق، وفي مقابل ذلك فقد اكتسبوا أمراضا جديدة غير مألوفة لديهم، "ففي عام 1348م أبحر التجار من ميناء كريميا على البحر الأسود الذي كان موبوءا بالطاعون إلى أحد الموانئ الإيطالية، وقد انتقل الطاعون إلى إيطاليا وإنجلترا، ... وقد انتقل الطاعون إلى جنوب البحر المتوسط ليهاجم مصر عدة مرات منذ ذلك التاريخ حتى فترة القرن التاسع عشر، ... فعندما تتحرك مجموعة بشرية من منطقة ذات نسبة إصابة مرتفعة من المرض إلى

منطقة بنسبة إصابة منخفضة أو تتميز بعدم وجود المرض، في هذه الحالة تتعرض المجموعات المحلية من السكان للإصابة الشديدة لعدم وجود مناعة، وهو ماحدث عند هجرة الأوروبيين إلى الأمريكيتين، فقد كانت هذه المناطق خالية من أمراض مثل الجدري والزهري التناسلي والإنفلونزة، ما أدى إلى الإصابة الشديدة للسكان المحليين بهذه الأمراض"[8].

ارتبط انتقال الأوبئة وهجرتها من إقليم إلى آخر بعوامل خلافية، قد يعتقد الإنسان أنها لا تصلح لذلك، على شاكلة ما هو عليه وباء الطاعون، حيث شكل الرعاة قناة مباشرة وسهلة لانتقاله، حيث جسد الرعاة دورا محوريا في نقل الأوبئة، في ذات السياق يمكن توضيح الفكرة سالفة الذكر بشكل آخر، إن انتقال المجموعات البشرية من منطقة إلى أخرى من شأنه أن يضفي اختلالات غير مسبوقة، فالهجرة تعد ناقلا مباشرا للمرض بامتياز، يرسخه اختلاف الطبائع المرتبط هو الآخر بالبيئة الجديدة،لذلك تتضح أهمية متغير حركة البشر وانتقالهم في التأثير على مستوى انتشار الأمراض والأوبئة المعدية، وبالتالي يترسخ التصور الذي يحيل نحو اعتبار الحركة والانتقال والهجرة على العموم ناقلا للأمراض المعدية.

3- المناخ وعلاقته بانتشار الأوبئة

ترسخ العديد من الأعمال البحثية سواء في علم الاجتماع أو الميادين المجاورة له مدى تأثير المناخ والبيئة بصفة عامة على الإنسان، منها تصورات ابن خلدون واميل دوركايم وآخرين، وعليه فإن "الحياة البشرية مرتبطة بالطبيعة ولها علاقة وطيدة بالمحيط الخارجي، كما أن الإنسان لا يستطيع أن يستغني عن تلك المواد التي تزوده بوسائل الحياة الضرورية، لذلك نراه يكيّف نفسه تبعا لتلك المؤثرات الخارجية، فليس في وسعه العيش دون غذاء ولا ماء ولا هواء ولا حرارة ولا نور، بالإضافة إلى ذلك فإن المحيط الطبيعي يختلف باختلاف المناطق في الحرارة والبرودة، والرطوبة، والجفاف، والخصب والجدب، والوعورة والسهولة"[9].

تأسيسا على ذلك فإن لفصول السنة وتقلباتها بين الحر والبرودة تأثيرها المباشر في هندسة الأمراض والأوبئة من حيث سياقها الزمني على الأقل، لذلك "تلعب فصول السنة التي تتدرج بين الحرارة الشديدة في فصل الصيف والبرودة أثناء الشتاء دورا كبيرا في نمط انتشار الأمراض المعدية، ففيروس الإنفلونزة ينشط أثناء فصل الشتاء، كذلك الميكروبات المذكورة المسببة لالتهاب اللوزتين، بينما يزداد انتشار الملاريا والكوليرا والدوسنتاريا والأميبية أثناء فصل الصيف نتيجة لتكاثر البعوض والذباب والناقل لهذه الأمراض، ... تقبل حكام المدن الإيطالية حديثا إعادة تفسير التعاليم الطبية حول العوامل الستة غير الطبيعية التي تصورها القدماء مثل هيبوقراط وجالينوس والتي تسبب المرض كجزء من اهتماماتهم الجديدة بالصحة كشأن عام، كان أهم هذه الأسباب المناخ، والذي ترجم إلى البيئة الفيزيقية- الاجتماعية، الهواء، حيث اعتقد علماء القرن الرابع عشر أن الهواء الملوث يسبب الأمراض"[10].

المطلب الثاني: الأوبئة وطرق المواجهة؛ عرض نماذج

الفرع الأول: نماذج حول الأوبئة

1- وباء الطاعون

في مستهل الحديث عن الأمراض المزمنة التي أصابت مختلف المجتمعات الكونية، نأتي على ذكر وباء الطاعون بوصفه من أقدم الأوبئة التي ضربت البشرية، فهو "من أخطر الأوبئة التي عانت منها الدول المتوسطية والمغاربية على حد سواء، كان يظهر بصفة دورية مرة كل خمس عشرة سنة أو خمس وعشرين سنة[11]. يعرف في بعض الدراسات على أنه "نوع من الوباء، وهو عند أهل الطب ورم رديئ قتال تصاحبه حرارة شديدة مؤلمة،

وفي الأكثر يحدث في ثلاثة مواضع: في الإبط وخلف الأذن والأرنبة وفي اللحوم الرخوة"[12]. فضلا عن ذلك فإن الطاعون وفق ما هو متاح من دراسات يظهر في إطار ثلاثة أشكال، الأول الطاعون العقدي أو الدبلي وهو عبارة عن خرجات ناتئة تظهر في بواطن الأفخاذ والإبط، يليه الطاعون الانتتامي الدموي، وهي قروح تظهر لأول مرة في الجلد على شكل نفاخات سوداء، ويصاحب ذلك ارتفاع شديد في درجة حرارة الجسم، وانتهاءً بالطاعون الرئوي وهو أشد وأخطر الطواعين فتكا بالناس ولا علاج له في الغالب"[13].

وعن كيفية ظهوره تتضارب الآراء والتخمينات، ومنها أنه حدث "في صيف 1347م أن اعتلت الفئران والبراغيث المصابة بالطاعون الدملي السفن التجارية في كافا على البحر الأسود، وقد مرت بعض هذه السفن خلال الدردنيل بتركيا ثم رست في مسينا بصقلية، بعد ذلك أبحرت إلى بيزا وجنوا ومرسيليا، بعض السفن الجنَوية أبحرت من كافا إلى نهر النيل، وخلال بضعة أشهر بدأ وباء من نوع غير معروف في قتل الرجال والنساء والأطفال على جانبي البحر المتوسط، وبانقضاء عام 1348م بدأ الطاعون في مهاجمة السكان على طول شواطئ المحيطين الأطلنطي والبلطيق، بعد ذلك صعد إلى الأنهار، وعلى طول الممرات والحقول حتى وصل إلى الأوروبيين، كانت نسبة الإصابة في الشرق الأوسط الإسلامي مرعبة، فقد مات ما بين ربع وثلث السكان تقريبا"[14].

تسمح معرفة التكوين البنيوي البيولوجي لوباء الطاعون الدملي الكشف عن طبيعته وخصائصه الباتولوجية المفضية أولا إلى تمييزه عن باقي الأوبئة وثانيا نحو التعرف عليه بشكل سريع يحيل إلى إمكانية تفادي انعكاساته، ولذلك فإنه خليق بنا أن نستظهر عن أوصاف هذا الوباء، وعليه "يتجلى من هذه الأوصاف أن المصابين كانوا يعانون بادئ ذي بدء من انحراف صحي كبير، ثم تأخذهم القشعريرة، والدوران، فيتقيأون ويموتون. أما إذا تمكنوا من اجتياز هذه المرحلة الأولى، فيصابون بحمى مرتفعة وانهيار تام وبعطش لا تنفع له غلة، وبتصلب في الساقين وبالهذيان، ثم تظهر عليهم الدماميل في الإبط، وأحيانا في العنق والقفا"[15].

يستدرجنا الحديث عن أوصاف الطاعون إلى عرض الأصل الجينيالوجي الذي تنحدر منه تسمية الطاعون في حد ذاتها، حيث تسمح التسمية باكتشاف قدر معين من خصائص هذا الوباء، وعليه اسم الطاعون من النوع الليمفاوي الدملي "يأتي من اسم الورم في غدد الإنسان الليمفاوية بمنطقة بداية الفخذين وتحت الإبط وفي أعلى الرقبة تحت الإذن، وقد أظهر فحص الصفة التشريحية في نهاية القرن الرابع عشر والخامس عشر وجود أورام في حجم البيضة، بعض المرضى الذين لم يُظهروا أوراما ظاهرة في الغدد الليمفاوية، اتضح أنهم يموتون نتيجة للأورام الداخلية للأنسجة التي تجاور الأعضاء الحيوية مثل الكبد"[16]. بالإضافة فإن الطاعون يسمى "بالطاعون الأسود أو الموت الأسود لأنه مرض سريع الانتشار تسببه بكتيريا "يرسن"(التي تحمل تسمية مكتشفها الفرنسي ألكسندر يرسن"[17].

ومن حيث جغرافية هذا الوباء والمناطق التي ضربها، فكانت مترامية الأطراف نظرا لعدة إعتبارات كحركة السفن التجارية الواسعة، فموازاة مع ذلك وفي السنوات التي تلت عام 1351 م"استمر الطاعون الدملي في الظهور بطريقة متفرقة، لم يعف أية منطقة سواء في شمال أو جنوب البحر المتوسط، وبالرغم من عدم وجود حصانة لأي شريحة من الأفراد، يبدو أنه في كل ارتداد ثان أو ثالث كان الطاعون يستهدف النساءالحوامل والأطفال الصغار"[18]. فيما يتعلق بالمجتمع الجزائري فقد "انتقل إلى الجزائر منذ 1523م بعد أن اكتسح تونس سنة 1522م، وقد أجمع العديد من المؤلفين أن الحقبة الفعلية لوباء الطاعون بدأت سنة 1552م، في عهد رياس

البحر"[19]. حيث كان الطاعون "ينتقل إلى الجزائر من المشرق عن طريق المبادلات التجارية أو عن طريق الحج، اكتسح عام 1556م مدينة وهران وكانت لاتزال تحت الاحتلال الإسباني، وفي العام ذاته انتقل إلى تلمسان، كما تفشى في مدينة قسنطينة عام 1582م"[20].

في إطار الحديث عن مساحة الانتشار، وفضلا عن دول أوروبا الغربية كإيطاليا وانجلترا فإن الشرق الأوسط هو الآخر لم يكن في منأى عن وباء الطاعون الدملي، وعليه فأنطولوجيا "عندما عاود الطاعون الدملي ظهوره في الشرق الأوسط عام 1347م، كان العالم الإسلامي الغربي تحت حكم النظام العسكري المملوكي، وامتدت الإمبراطورية المملوكية، ومركزها القلعة بالقاهرة، جنوبا بعد أسوان وشمالا إلى فلسطين وسوريا، وبين شعبها المستقر، نجم عن أول اندلاع للطاعون خسائر فادحة في حياة البشر ربما بلغت ثلث السكان"[21]. في حالة الشرق الأوسط دائما والمغرب العربي، ومن حيث التأريخ لوباء الطاعون يُذكر من مصادر تاريخية موثوقة أنه من "1670 م إلى 1700 م، تفشى الوباء بقوة في تونس والجزائر، وفي 1718 م ظهر بمصر، وبعد سنتين انقض على مرسيليا على الضفة الشمالية من البحر الأبيض المتوسط. وفي سنتي 1735 م– 1736 م عاود هجومه على مصر وهو أشد ما يكون قوةً"[22].

إذا تعلق الأمر بالفئات الاجتماعية التي تعرضت لهذا الوباء من حيث الجنس والسن والعمر فعلينا الإشارة أن الطاعون الليمفاوي الدملي "لا يميز بين الأفراد، فالناس ذوو المراتب العليا في المكان الخطأ والوقت الخطأ يسقطون صرعى مثلهم مثل أنصاف الجائعين من المشردين أو الفلاحين، زد على ذلك أنه ليست هناك مناعة طويلة الأمد: فهؤلاء الذين يتعافون من النوبة يمكن أن يموتوا في السنة التالية"[23]. إنه يجعل في مستوى الخطر نفسه كل الشرائح الاجتماعية دون أدنى تمييز للعمر أو الجنس أو حتى المكانة الاجتماعية.

نضيف حول كيفيات وأشكال انتقال الطاعون أنه يمر عبر قنوات خلافية، ضمن هذا الإطار نذكر "أن أكثر ما يصيب هذا الوباء القوارض، خاصة الفئران، حتى قيل إن في الهند والصين، أشهر مراكز وباء الطاعون، دائما يسبق موت الفئران، انتشار وباء الطاعون وسط البشر"[24]. إذن من ممرات الطاعون ممر الحيوانات، وهو ما تتفق عليه الكثير من القراءات والكتابات التاريخية، نضيف أن "وباء الطاعون الذي أصاب منطقة شمال إفريقيا عبر العصور كان أغلبه مصحوبا بجائحة حيوانية ومنه ينتقل إلى البشر."[25] في نفس المسار سالف الذكر، المتعلق بالخطط والسياسات الكفيلة بمعرفة كيفية تحرك وانتقال وباء الطاعون الدملي، فإنه خلال القرن الأول لهذا الطاعون "إما أن حكام المدن شبه المستقلة الأوروبية لم يستجيبوا بطريقة رسمية للوباء، أو إذا كان مطلوبا عمل شيء ما استخدموا طرقا للمقاومة من النوع الذي يستخدم عند التعامل مع أزمات المرض العامة، المنطق وراء ذلك كان بسيطا حتى بالنسبة لأكثر المناطق تقدما في أوروبا، إلى اعتبار الصحة العامة اهتماما عاما"[26].

أفضت المحاولات المتتالية الرامية إلى تفسير الأسباب الكامنة خلف ظهور وباء الطاعون إلى اعتبار المناخ واحدا من تلك الأسباب، فقد تزامن ذلك مع "تقبل حكام المدن الإيطالية حديثا إعادة تفسير التعاليم الطبية حول العوامل الستة غير الطبيعية التي تصورها القدماء مثل هيبوقراط وجالينوس والتي تسبب المرض كجزء من اهتماماتهم الجديدة في الصحة كشأن عام، وفي موضوعنا هذا، كان أهم هذه الأسباب والذي أُطلق عليه أهل العصور الوسطى المناخ حيث ترجم إلى البيئة الفيزيقية– الاجتماعية، يشمل الهواء،الذي اعتقد علماء القرن الرابع عشر أن الهواء الملوث يسبب الأمراض"[27].

2- وباء الجذام

وفق القراءات المتوفرة حول وباء الجذام أو ما يسمى بمرض هانس بوصفه من جملة الأوبئة المعدية والقاتلة التي ضربت البشرية، فإن السياق الأنطولوجي لهذا الوباء يعود إلى نحو 600 سنة ق.م، حيث "على مدى القرون كتب قلة من المجذومين ملاحظات حول معنى المرض لهم شخصيا، لذا أخذت في الحسبان تلك الفجوة المعرفية، وقررت زيارة معزل للمجذومين في ضواحي القاهرة، وعندما كنت هناك رأيت عشرات من العميان، بأيادي كالظلف وهياكل بشرية محطمة، ضحايا مرض هانس الذين يتطابقون مع أي وصف للفزع الجسماني وجدته في المصادر المكتوبة، كانت هناك راهبة فرنسية كاثوليكية ضمن الحضور، وبمحض الصدفة كانت في الجنوب الغربي لمصر، حيث وَجدت أول بقايا لهيكل عظمي لمجذوم من القرن الثاني ق.م، ومع ذلك تؤيد الأدلة المكتوبة أن المرض وجد لأول مرة في الهند حوالي 600 ق. م"[28].

فالجذام بوصفه من الأوبئة المعدية والمزمنة، ترجع العوامل المفضية لظهوره في المستوى الأول إلى "المتفطّرة الجذامية، وهي عصية صامدة للحمض، ويصيب الجذام الجلد بشكل رئيسي، والأعصاب المحيطية ومخاطية المسالك الهوائية العليا والعينين وغير ذلك من أماكن الجسم، وكان هذا المرض في الماضي ينتشر في كل القارات مخلفا صورة مرعبة في التاريخ وذاكرة الإنسان لما يسببه من جزع وتشويه وإقصاء وتهميش للمرضى"[29].

فضلا عن ذلك، يعد وباء الجذام من الأوبئة التي تعمر أمدا طويلا، الأمر الذي يؤكده بعض المختصين، وعليه فإنه "في عام 1880م أعلن رئيس الشمامسة في كنيسة انجلترا بجرانتام، أن الجذام المقزز الذي ظن لفترة طويلة أنه انقرض بين الموجودات المتحضرة، كان في الهند يأكل في الخلايا العصبية للإنجليز، وبالنظر إلى المستقبل القريب عندما فكر في العديد من مواطنيه الذين ربما يقيمون بالهند، تنبأ أن الانتقال هنا وهناك قد يجلب المرض المخيف إلى انجلترا نفسها ذات المناطق المكتظة بالسكان"[30].

إذا أردنا الحديث عن الخريطة الجيو-بشرية التي يمارس عبرها وباء الجذام انتقاله وحركته، فإنه "عالميا، كان الجذام أكثر انتشارا في المناطق المدارية، مع أنه لم يكن واضحا في هذه المناطق، لماذا كان هناك عدد قليل، ربما 5% من الناس الذين يختلطون بالمجذومين القادرين على نقل العدوى، كانوا يكتسبون العدوى، أحد الموانع لحل المشكلة كانت فترة تتراوح من 7 إلى 10 سنوات التي تفصل بين التعرض للعدوى وظهور أول أعراض المرض، ... إن الاكتشافات الحديثة نسبيا لعشرين إلى ثلاثين هيكلا عظميا متآكلة بفعل الجذام لأناس عاشوا في بريطانيا وفرنسا أثناء الحكم الروماني، وخلف حدود الإمبراطورية الرومانية في المجر وبلاد السويد والنرويج، أن الجذام لم ينتقل إلى أوروبا أثناء الحرب الصليبية، كما يعتقد الكثير من المستشرقين، ولكنه كان موجودا هناك قبل ذلك بكثير"[31].

من حيث المكون البشري إذا تعلق الأمر بمسارات العدوى والإصابة نشير أنه "نادرا ما كان الأطفال يصابون بالجذام، إذن كما يعتقد الآن فإن معظم أفراد السكان تعرضوا لبكتيريا الجذام ولكن كان لديهم جهاز مناعي قادر على المقاومة، لكن هذا لا يفسر لماذا تبقى 5% فقط معرضين للعدوى، من بين الاحتمالات التي افترضت بواسطة الخبراء في بدايات القرن العشرين كانت تمثل الأمراض المساعدة أو الممهدة مثل الزهري والسيلان والملاريا... والضعف العام نتيجة لسوء التغذية، والمعيشة في الأكواخ مع عائلة كبيرة في مناطق صغيرة والمعيشة بالقرب من المستنقعات"[32]. تمهد في الغالب جملة الأمراض المزمنة التي لا ترافق فحسب وباء الجذام بل أغلب الأوبئة المسار نحو تسهيل العدوى والإصابة، حيث لا يتحمل أصحابها الأوبئة القاتلة لزمن طويل.

في سياق الحديث عن المعازل "وبعد أن اتضحت العلاقة بين المطاردة الكبيرة –1090، 1326– والغياب الكامل للأطباء المتخصصين في محاكمات الجذام قبل عام 1326 يمكننا العودة إلى المسألة الأساسية، وهي استعمال مصيبة الجذام كأداة للتحكم الاجتماعي خلال ذروة العصور الوسطى، ولنبدأ بالمعروف جيدا بالرغم من الحقائق الإحصائية غير المسبوقة، إنه بين 1090م/ 1120م– 1240م/1260م فتحت عدة آلاف من معازل الجذام في غرب أوروبا"[33].

إن ارتداء ملابس خاصة بالمجذومين يعد تعبيرا رمزيا ينبئ بوجود مصابين بالجذام، حيث لا يخلو الحديث عن الأوبئة من البحث في الينابيع التي تتغذى منها هذه الأخيرة، في هذا الاطار فإن "المؤرخين غير الراغبين في ردِّ هذا الوباء للجذام إلى هوس جماعي يشابه وهم القرن السابع عشر نحو قدرة كبار السن على التدخل في عمل الطقس خلال أعمال السحر، يفسرون عامة ازدياد عدد المجذومين إلى تغيرات في الظروف الطبيعية والاقتصادية"[34]. في كثير من الأحيان تعد المتغيرات الطبيعية والاقتصادية عاملا وجيها يؤثث لظهور وانتشار الأوبئة المعدية.

في سياق ذي صلة، وفيما يتعلق بتداعيات ومخلفات الجذام باعتباره مرضا معديا، إن من بين ما يخلفه الجذام على المصابين به تلك الآثار ذات العلاقة بمسألة الوصم الاجتماعي، وعليه فإنه "في بحث مهم نشر عام 1970م، ذكر زكارا جوشوا وجورج تراسي القراء بأن الاختيار الشائع أن الإنسان في كل مكان يعتبر الجذام مرضًا موصومًا بالعار، وهو نفسه موقف ثقافي تشكل بواسطة سيطرة القلة في الغرب، في المقابل يميل معظم الناس الآخرين إلى اعتبار الجذام مرضا كغيره من الأمراض"[35] فضلا على ما ذكر سلفا حول تداعيات ومخلفات الجذام، فإن تركيبة المجتمع تأثرت بنسق القوانين التي رافقت ظهوره، ومنها ما تعلق بممتلكات المجذومين، حيث انتُزعت ممتلكاتهم ومنحت لأشخاص آخرين.

استكمالا للتصور المرتبط بمخلفات الجذام، وبالثروة التي يملكها المصابون بهذا الوباء تحديدا، فإن المجذومين المتهمين "فقدوا في بعض التقاليد الحق في توريث الثروة، وبوضع أنفسهم على أرضية من العادات المحلية، يمكننا تخيل ورثة محتملين حسَّنوا من فرصهم في الحياة عن طريق اتهام الأخ الأكبر أو ابن العم غير المرغوب فيه بالجذام، فيلفقون لهم محاكمة مع قاضي متواطئ فيختفي من الوجود"[36].

3– وباء الجدري

خليق بنا إثر الحديث عن وباء الجدري أن نكشف عن خصائصه البيولوجية، فهو "مرض شديد العدوى سببه حمّى، يظهر على شكل بقع حمراء على الجلد ثم تتحول إلى حويصلات صلبة جدا، وفي حالة عدم معالجتها تتقيح تاركة آثارا على الوجه حيث يظهر وكأنه منقوش"[37]. يقتضي التأسيس الأنطولوجي لوباء الجدري الإشارة إلى البعد الزماني والمكاني الذي يرتبط به، مع تسجيل بعض الملاحظات التي من شأنها أن تؤرخ له، وأول هذه الملاحظات ما يتعلق بالعالِم الإسلامي الرازي، فبالرغم من أن هذا الأخير "قد وصف شكلا معتدلا من الجدري حوالي العام 910م، لم يكم الجدري معروفا لدى الأطباء الرومان والإغريق، لأن المهنة كانت كما هي عليه في بداية الحقبة الحديثة، ظل المرض غير ملحوظ في النصوص الغربية السائدة، ويعني هذا أن الأوروبيين الأوائل في العالم الجديد كانت لديهم معلومات قليلة يستقون منها عندما شاهدوا وباء الجدري بين الأمريكيين الأصليين"[38].

تقتضي مهمة البحث عن المجال التاريخي الذي ظهر فيه وباء الجدري استحضار الإرهاصات الأولى لهذا الوباء، وعليه تصبح مسألة البحث عن أول جغرافيا دخلها وباء الجدري ضرورية في بحثنا، في هذا الإطار تشير بعض المصادر المتاحة أنه وبالعودة نحو القاعدة الإسبانية الرئيسية على جزيرة هسبانيولا "أدرك أحد الرهبان وجود مرض معد قريب من الجدري المعروف في مسقط رأسه،عندما كتب للملوك الكاثوليك يخبرهم عما حدث، كان الجدري قد قضي بالفعل على حوالي ثلث عددالسكان، إن المرض قد تفشى من هسبانيولا إلى بورتوريكو وقتل ثلث السكان هناك، وسرعان ما تكرر ذلك في كوبا، ... وربما شكل الأمريكيون الأصليون خمس أو سدس سكان كوكب الأرض، وقتئذ، بمجرد أن ضرب الجدري أمريكا الوسطى عام 1518م، ... فبالتحول إلى أوروبا بعد كولومبوس، وعبور وإعادة عبور الأطلنطي في العقد التاسع من القرن الخامس عشر، نواجه بديناميكية غير ملحوظة لقوة غير بشرية، في وقت ما من منتصف القرن السابع عشر إلى نهايته غيَّر الجدري نفسه من مرض معتدل للأطفال يصاب به معظم الأوروبيين، إلى تهديد مَرَضي عنيف"[(39)]. لم يتوقف الوباء سالف الذكر في جزيرة هسبانيولا، إنها طبيعة الأوبئة المولعة بالانتشار والتقدم، على شاكلة وباء الجدري.

بعد أمريكا، نزل وباء الجدري نحو جغرافيا مغايرة وسياق زمني مخالف، إنها طبيعة الأوبئة المعدية التي لا تتوقف عن الانتقال والحركة بمجرد أن تتوفر لها الشروط الكفيلة لأجل ذلك، في أوروبا تعثر وباء الجدري في مرحلة معينة من مراحل استلائه على كثير من المناطق الأوروبية التي خلّف فيها خسائر بشرية فادحة تعدت الأطفال نحو باقي الأوروبيين، لكن وجود إجراءات الوقاية والحد من هذا الوباء أحدثت حالة من الارتداد نحو الخلف، كما يعد التلقيح لدى الأطفال حائلا أمام استمرار موجات وباء الجدري في إتلاف الأرواح.

وفق ما هو متاح من قراءات فإن وباء الجدري لم يستقر على شكل أو نوع واحد كغيره من الأوبئة الكثيرة التي مرت بها البشرية، لذلك فخلال "عام 1720م ظهر شكل جديد من الجدري بين 200 من المقيمين في جزيرة فاولا شمال سكوتلاندا، ...لقد تحرك الجدري أبعد إلى الشمال، ولكن هناك خلافا على مقدار هذا البعد تقترح آن رامنوفيسكي وآخرون أن العدائين الأمريكيين الأصليين الذين كانوا يمرون على طرق التجارة والاتصال المطروقة يمكن أن يكونوا قد جلبوا المرض على طول الطريق إلى غرب تكساس[(40)]". إذا أعدنا الحديث مرة أخرى عن انتقال وباء الجدري، وحركته الدائمة الانتشار، فإن الحروب تعد واحدة من عدة كيفيات ساهمت في حركة هذا الوباء، ليس هذا فحسب ما ساعد في انتشار هذا الوباء، فالحروب وحدها لم تكن كافية لأجل ذلك الغرض، وبالتالي تجدر الإشارة إلى أن التجارة ذات الطرق الممتدة أسهمت هي الأخرى في غزو وباء الجدري لكثير من الجغرافيات العالمية.

إن مسار العدوى وانتشار وباء الجدري يتم عبر مراحل مرتبة تدريجيا، ترتبط بطبيعة هذا الوباء البيولوجية، إنها أعراض الوباء التي تظهر بشكل منظم، في الوهلة الأولى "تحدث الإصابة بالجدري باستنشاق الهواء المحمَّل بالعدوى، وبعد حدوث العدوى يظل الفيروس في حالة كمون لمدة 8–12 يوما، بعد ذلك يصاب المريض بالصداع والغثيان وطفح على الجلد وأشياء مرعبة أخرى، والطريقة الأخرى للإصابة بالمرض من خلال الاتصال ببثراته الصديدية وقشوره، تظل القشور معدية لمدة أسبوعين. وتبقى لمدة أطول في المناخ الدافئ الجاف عن المناخ الرطب البارد، ويمكن أن نجد القشور المعدية في جسم وملابس المتوفي بالجدري"[(41)]. مما لا شك فيك أن انتشار وانتقال الأوبئة عبر مناطق مختلفة من العالم لا يتم إلا بتوفر الشروط الكفيلة لذلك، وفق ما حدث في ظل الحروب والتجارة العالمية.

4- وباء الزهري

تشير عينة من الأدبيات المتاحة حول الأوبئة ومسارها التاريخي، أن الزهري من حيث دلالته ومعناه "يُعَد مرضاً بكتيريَّ المنشأ، يظهر نتيجة للإصابة بالجرثومة اللولبية الشاحبة، ويُعدّ من الأمراض المنقولة جنسياً، وقد بيّنت مراكز مكافحة الأمراض واتقائها أنّ معظم حالات الإصابة بالزهري ظهرت في الشاذين جنسياً"[42]. إن وباء الزهري يختلف عن وباء الجدري من حيث المدة التي يستغرقها سواءً في التأثير على الإنسان أو الزمن الذي يتطلبه للظهور، لذلك فإنه من المعروف "بخلاف الجدري الذي يقتل في مدى أيام، يبقى الزهري كامنا في أي مكان بين 03 إلى 30 سنة، بتطبيق ذلك في أوروبا حتى فترة القرن التاسع عشر، كانت فترة الحياة المتوقعة من الولادة بين 35 و40 سنة، كان الزهري المكتسب بعد فترة البلوغ الجنسي يبقى كامنا لفترة طويلة عنده فرصة جديدة لتغيير قصير مثل قائمة الأمراض التي تسبب الموت السريع"[43].

بالإمكان وفق الأدبيات التاريخية المطروحة حول الأوبئة والظروف المحيطة بظهورها أن نحدد المعالم الزمنية التي برز في إطارها وباء الزهري، حيث وبداية من "تسعينيات القرن الخامس عشر انتشر مرض جنسي معدٍ بصورة كبيرة داخل المدن والبلديات البحرية في إسبانيا وجنوب فرنسا وإيطاليا وانتشر على جبهة عريضة انتقلت شرقا وراء فيينا وشمالا متخطية منطقة لايبرجوبيرجن وأبردين، ... ومع حلول بداية العام 1526م "تم التأكد أن المرض قد اكتشف بين أهالي شعب هسبانيولا، والتي أتى منها المرض لأول مرة إلى أوروبا عن طريق طاقم سفينة تعمل تحت أمرة كريستوفر كولومبوس، ...كما أصبح المصدر الأمريكي للزهري التناسلي جزءا من المسلمات الأوروبية، وهكذا في روح القوانين عام 1748م، فإن رمز التنوير مونتسكيو أخذ على مسؤوليته القول بأن الزهري جاء من العالم الجديد، وأنه قد محا العديد من العائلات الكبيرة في جنوب أوروبا"[44].

الفرع الثاني: طرق المواجهة وانعكاساتها على المجتمع

1- طرق المواجهة

وفق صورة مركزة ودقيقة تتشكل المواجهة والمقاومة الشاملة للأوبئة في عدة صور، وهي في الغالب ذات علاقة بنوع الوباء وطرق انتشاره، لذلك وبعد استطلاع عينة من الدراسات والأبحاث المتعلقة بالأوبئة ومواجهتها، تبين حضور نسق معين من الكيفيات، فيما يتعق بالطاعون، فقد طرحت سياسة خاصة تنهض على خمسة عناصر محورية فهي "سياسة دقيقة لانتقال البشر من المناطق المصابة بالطاعون إلى تلك التي مازالت خالية باستعمال الحجر الصحي البري أو البحري، ثم دفن إجباري للموتى بالطاعون في حفر خاصة، والتخلص من متعلقاتهم الشخصية وعزل المرضى في مستشفيات الأمراض المعدية،ثم حجز عائلاتهم في منازلهم أو في غرف مؤقتة بعيدة عن الأماكن المأهولة، وبعدها اضطلاع الوحدات المحلية بمسؤوليتها في فرض الضرائب لتقديم خدمة طبية مجانية وإطعام الناس الموجودين في العزل، وانتهاء بتقديم المعونة لمن انهارت حياتهم نتيجة غلق الأسواق والذين لا يملكون مخزونا من الطعام يعتمدون عليه"[45].

من الكيفيات البارزة في مواجهة الأوبئة الحجر الصحي، هذا الأخير "يقصد به إبعاد وعزل الأشخاص الذين خالطوا المصابين بالأمراض أو يحتمل إصابتهم بالمرض"[46]. من جهة أخرى فإنه "يطبق مفهوم الحجر الصحي على نطاق واسع قد يبدأ بالتزام الأفراد المصابين والمشتبه بإصابتهم بعدوى مرضية بالبقاء في منازلهم أو قد يتم على مستوى إقليمي كحجر مناطق معينة وعدم مغادرتها تجنبا لانتشار العدوى بشكل أكبر"[47]. نشير في هذا الإطار أن الحجر الصحي يطبق في حالة الأمراض سريعة الانتشار والعدوى ومنها "الكوليرا، السل، الحصبة،

الطاعون، التيفوئيد، الجذام، الملاريا، الجذري، انفلونزة الطيور والخنازير، الجمرة الخبيثة، الكبد الوبائي، ايبولا، وانتهاء بنقص المناعة البشرية"[48]. ومن حيث إطاره التاريخي، كانت البلاد العربية من البلدان السباقة في تطبيقه، لذلك "فقبل تطبيق الحجر الصحي في جنوة والبندقية ومدن جنوب أوروبا، عرفت دمشق تطبيق العزل الصحي، وقام الخليفة الأموي السادس الوليد بن عبد الملك–705م– 715م ببناء أول مستشفى في دمشق وأصدر أمرا بعزل المصابين بالجذام وتجنب اختلاطهم ببقية المرضى في المستشفى"[49].

كما يظهر التباعد الاجتماعي بوصفه من الإجراءات المتخذة لمواجهة الأوبئة، وخاصة مع ظهور وباء كوفيد **19**– حيث طرحت العديد من التساؤلات الرامية إلى فهم ماهيته، فهو ينهض في جوهره على فكرة التمييز والتفريق بين المرضى والأصحاء، فضلا عن ذلك "فهو طريقة للحد من تفاعل الأفراد مع بعضهم البعض عن قرب وبشكل مستمر لمنع انتشار مرض معد، في مثل هذه الحالة يمكن غلق المدارس وأماكن التجمعات الأخرى مثل دور السنما، وإلغاء الأحداث الرياضية والمراسيم الدينية، فهو يهدف إلى منع المرضى من الاتصال الوثيق بأشخاص أصحاء من أجل تقليل فرص انتقال المرض"[50].

إضافة إلى مساعي الدول والمجتمعات التي أصابتها الأوبئة، فقد شكلت سياسة العزل واحدة من ضمن الخطط التي تبنتها بعض الدول، منها إيطاليا وانجلترا الموبوئتين بعد عام 1878م حيث "فرضت الحكومات عزلة منزلية على كل الأسر من ضحايا الطاعون، وطالبت السلطة الجديدة بإغلاق أبواب البيوت الموبوءة بألواح من الخشب، وأن توضع المواد الغذائية الضرورية في سلال تتدلى من النوافذ على الحبال، وفي انجلترا كان أي شخص يعتقد أنه مصاب بالطاعون ويوجد بالشارع يمكن شنقه بطريقة قانونية"[51].

في ذات السياق المتعلق بمواجهة الأوبئة وخاصة الطاعون، فقد شكل انتقال البشر عبر أمكنة خلافية متغيرا بارزا في نقل الأوبئة، وبالتالي فضلا عن كل الإجراءات التي تم تطبيقها من غلق لأماكن الاختلاط الاجتماعي وعزل الأسر وحتى دفن ملابس وأفرشة الضحايا المصابون بالأوبئة وغسل ممتلكاتهم الموجودة في المنازل بالجير، وتغطية الجثث هي الأخرى بالجير الحي ودفنها في مقابر جماعية، فقد تم إلى جانب ذلك غلق الطرق والمعابر التي تصل بين تلك المناطق الموبوئة مع أخرى لم يطلْها الوباء.إضافة إلى الكيفيات سالفة الذكر المطروحة لمواجهة الأوبئة، وفي حالة الجذام بشكل خاص، فإن الحجر يندرج ضمن الكيفيات المتخذة لمواجهة هذا الوباء، كما فرض على المصابين ارتداء ملابس خاصة حتى يراهم العابرون في نفس الوقت لتجنب العدوى.

شكلت الأوبئة والأمراض خطرا على حياة الناس، حيث تعتبر هذه العلل من أخطر الكوارث التي تؤثر تأثيرا مباشرا على الحياة البشرية لما لها من نتائج وخيمة على المجتمعات، ....على سبيل الذكر لا الحصر "اهتم سلاطين الدولة العباسية بمواجهة عواقب هذه الكوارث بانشاء البيمارستانات– المستشفيات – ومنحوها عناية فائقة لمواجهة الأوبئة والحد من انتشارها"[52].

ومن الأساليب التي استخدمت لمواجهة الأوبئة في سياق آخر إنشاء الحمامات كما حدث في منطقة ديار بكر – غرب نهر الدجلة– وفق التاريخ الإسلامي العباسي، "وتعد الحمامات من المؤسسات الاجتماعية العامة في المجتمع الإسلامي، كانت مركزا للراحة النفسية والاجتماعية، ومنشأة صحية للعلاج من الأمراض المختلفة، وللحمامات منافع كثيرة منها علاج الحكة والجرب والبلغم".[53]كما تجدر الإشارة في هذا الإطار"أن الهروب إلى الأرض الخالية والسليمة من الأمراض شكل واحدة من الأساليب المطروحة لمواجهة الأوبئة"([54].

2- انعكاسات طرق المواجهة على المجتمع

تجدر الإشارة أن الإجراءات المتخذة للحد من أخطار الأوبئة تخلف انعكاسات معينة، حيث كان بعضها متعارضا مع القيم والمبادئ المتعارف عليها لدى الجماعة، ومثل ذلك كما في وباء الطاعون حيث"(كان طلب تغطية الجثة بالجير الحي ودفنها في مقابر جماعية، إنكار الدفن في ساحة الكنيسة، كان في عقول العامة ملائما فقط للحيوانات، والمنبوذين اجتماعيا والمنتحرين، والمرتدِّين الذين ينكرون الله، التقليديون في السويد لجؤوا إلى خدعة تشمل حفظ الجثث بالمنزل، وفي عتمة الليل قد يتمكنون من دفنها بطريقة لائقة"[55].

علينا الإشارة في مقام الأساليب المطروحة للحد من الأوبئة والطاعون على الخصوص، أن الإجراءات التي تم اتخاذها تخرج عن المألوف، إن إجراءً على شاكلة الحجر الصحي ينهض على العديد من السلبيات ومنها "التأثير على المجال الاجتماعي والاقتصادي، التي تؤثر بدورها على الحياة اليومية للإنسان بدرجة أولى، حيث أثبتت العديد من الدراسات وجود مشاكل اجتماعية كبيرة تعيق المعيشة اليومية للمواطن، رغم مبادرات من السلطات التنفيذية لتقديم المساعدات والتكفل بالمواطنين في هذه الظروف الصعبة التي تتطلب حلولا جدية وسريعة.."[56].

تتعارض هذه الإجراءات إلى حد بعيد مع التكوين القيمي للجماعة، لذلك كان رفضها لا يتطلب أية تبريرات، قد لا تتوافق جملة الإجراءات المتخذة للحد والوقاية من مضاعفات وباء الطاعون والأوبئة الأخرى مع طبائع الاجتماع البشري من عادات وتقاليد وأعراف، لذلك نجد أنه بالنسبة للبسطاء من عامة الناس، فإن الإجراءات الخاصة التي تتعلق بدفن ملابس وأفرشة ضحايا الطاعون وغسل الممتلكات الموجودة في منازل المصابين بالجيرتقاطعت بشكل رهيب مع معايير العادات، حيث في نهاية القرن الخامس عشر ذهبت تورين وهي مدينة فرنسية خطوة أبعد ضد الطاعون، فكانت المنازل التي يُعتقد أنها موبوءة بالطاعون تحرق عن آخرها.

وفي إطار الخطط والسياسات التي وضعت لمواجهة الأوبئة، نتجت مضاعفات اجتماعية من شأنها أن تهدد تماسك المجتمع، مؤذنة في الوقت ذاته بتفكك تكوينه البنيوي إذا تعلق الأمر بالمستوى الاجتماعي على الأقل، وعليه فإنه "بالاضافة إلى الأنماط المتوارثة للأشخاص العاديين للخطر، فقد أغلقت قوانين الطاعون الأماكن المعتادة للاختلاط الاجتماعي، مثل مصارعة الديوك وحلقات مصارعة الثيران وبيوت الدعارة وحانات الجعة والفنادق الصغيرة، وقد عاش معظم معلمي المهن الحرة من المتزوجين والمتدربين غير المتزوجين، ...وقد هدد غلق تلك الأماكن التماسك الذي يربط الأحياء بعضها البعض"[57].

خاتمة

من طبيعة الاجتماع البشري أن تعتريه الأوبئة، كما يوضح ذلك السياق التاريخي للعديد من الأوبئة التي تم عرضها سابقا، حيث خلفت وفاة أعدادا كثيرة من سكان العالم، فقد تركت الأوبئة مخلفاتهاوساهمت في التأثير على سير الوقائع والأحداث لمدة طويلة، حيث تعرفت البشرية على العديد من الأوبئة،ومنها المعروف بالطاعون، نسبة إلى الإمبراطور البيزنطي، والذي ضرب مدينة القسطنطينية عام 541 للميلاد، وقضى على أكثر من نصف سكان أوروبا حينها، وبشكل مماثل، طاعون الموت الأسود، والذي استمر لخمسة أعوام بين عامي 1347 م و1352م، ويقدّر أنه خفّض من تعداد أفراد الجنس البشري من 450 مليون عند بدايته إلى 350 مليون مع نهايته، وأوبئة أخرى كالجذام والجدري والزهري وانتهاءً بوباء كوفيد.

مما لا شك فيك أن الأوبئة على اختلافها ليست ثابتة، إنهامولعة بالانتقال من جغرافيا إلى أخرى في ظل توفر شروط وظروف خاصة، حيث تظهر كيفيات خلافية انتقلت بناءً عليها الأوبئة منها ما هو اجتماعي كتأثير

الجماعات العرقية والإثنية من حيث أنها تحمل تكوينا بيولوجيا وثقافيا مشتركا فتسهل بذلك انتقال الأوبئة، أو الحالة الزواجيةنظرا لأن عينة من الأوبئة لا تنتقل إلا لدى الأفراد المتزوجين، ثم التركيب العائلي، حيث يمكن أن تصيب الأوبئة المعدية أي فرد في المجتمعات ذات تقاليد العائلة الممتدة التي تعيش فيها أجيال متعددة داخل المنزل مقارنة بالأسرة النووية التي تقل فيها معدلات الانتقال.

في موضع آخر، تظهر شروط وظيفية أخرى تنتقل في إطارها الأوبئة، تتمثل في العوامل الجغرافية والمناخية، ومنها تأثير الأمنكة في انتشار أنماط محددة من الأوبئة المعدية، وبعدها حركة البشر وانتقالهم، فقدنقل الغزاة الإسبان فيروس الجدري وميكروب التيفوس في القرنين الخامس عشر والسادس عشر إلى أميركا الوسطى والجنوبية حيث تسبب في القضاء التام على السكان المحليين في بعض المناطق، وانتهاءً بتأثير المناخ في انتشار الأوبئة، لذلك تجسد فصول السنة التي تتراوح بين الحرارة الشديدة في فصل الصيف والبرودة خلال فصل الشتاء دورا كبيرا في نمط انتشار الأمراض المعدية، على شاكلة فيروس الأنفلونزة الذي ينشط أثناء فصل الشتاء، فضلا عن الميكروبات المسببة لالتهاب اللوزتين، وفي موضع آخر يزداد انتشار الملاريا والكوليرا والدوسنتاريا والأميبية خلال فصل الصيف نتيجة لتكاثر البعوض والذباب الناقل لهذه الأمراض.

تجدر الإشارة أن الإجراءات المتخذة للحد من أخطار الأوبئة تخلف انعكاسات معينة، حيث كان بعضها متعارضا مع القيم والمبادئ المتعارف عليها لدى الجماعة، ومثل ذلك كما في وباء الطاعون حيث "(كان طلب تغطية الجثة بالجير ودفنها في مقابر جماعية، وإنكار الدفن في ساحة الكنيسة، كان في نظر عامة الناس يتعلق فقط بالحيوانات والمنبوذين اجتماعيا والمنتحرين والمرتدِّين الذين ينكرون الله.

علينا الإشارة في إطار الأساليب المطروحة لمواجهة الأوبئةأن الإجراءات التي تم اتخاذها تخرج عن المألوف، إن إجراءً على شاكلة الحجر الصحي ينهض على العديد من السلبيات على شاكلة التأثير في المجال الاجتماعي والاقتصادي، هذه الأخيرة تؤثر بدورها على الحياة اليومية للإنسان في المستوى الأول، حيث أثبتت بعض الأبحاث والدراسات وجود مشاكل اجتماعية كعائق للحياة اليومية للمواطنين، على الرغم من المبادرات التي تبديها أجهزة السلطة لتقديم المساعدات والتكفل بالمواطنين في الظروف الوبائية.

كما أن إجراءات المواجهة تتعارض إلى حد بعيد مع التكوين القيمي للجماعة، لذلك فإن رفضها كان لا يتطلب أية تبريرات، قد لا تتوافق الإجراءات المتخذة للوقاية من مضاعفات الأوبئة مع طبائع الاجتماع البشري، من عادات وتقاليد وأعراف، لذلك نجد أنه بالنسبة للبسطاء من عامة الناس، فإن الإجراءات الخاصة التي تتعلق بدفن ملابس وأفرشة ضحايا الطاعون وغسل الممتلكات الموجودة في منازل المصابين بالجيرتقاطعت بشكل رهيب مع معايير وعادات الأفراد.

وفي الإطار ذاته، فإن السياسات التي وضعت لمواجهة الأوبئة، أنتجت مضاعفات اجتماعية من شأنها أن تهدد تماسك المجتمع، ومؤذنة بتفكك التكوين البنيوي للاجتماع البشري، وعليه فقد أغلقت الأماكن المعتادة للاختلاط الاجتماعي، مثل حلبات مصارعة الديوك والثيران وبيوت الدعارة وحانات الجعة والفنادق الصغيرة، وقد هدد غلق تلك الأماكن التماسك الذي يربط الأحياء بعضها البعض.

قائمة المصادر والمراجع

1- ShireenHassim&AmandaGouws, "RedefiningThe Public Space: Women's Organizations, GenderConsciousness Society", Www/Crv[/Prg/Book/Seres02/11- 6/Chapter_Iv.Htm.1998, P90.

2- شلدون واتس، الأوبئة والتاريخ: المرض والقوة والإمبريالية، ترجمة أحمد محمود عبد الجواد، المركز القومي للترجمة، القاهرة، 2010، ص 12.

3- رولان بريسا، معجم مصطلحات الديمغرافيا، ترجمة: حلا نوفل رزق الله، ط1، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع،بيروت، 1990، ص 116.

4- المرجع السابق، ص 12.

5- زهور الأعرجي، النظام العائلي ودور الأسرة في البناء الاجتماعي الإسلامي، ط1، 1413هـ، ص 8

6- المرجع نفسه، ص 12.

7- المرجع نفسه، ص 12.

8- المرجع نفسه، ص ص 13- 14.

9- ادريس خضير، التفكير الاجتماعي الخلدوني وأثره في علم الاجتماع الحديث، موفم للنشر، الجزائر، 2003، ص 181.

10- المرجع نفسه، ص ص 12-13، 77.

11- غطاس، عائشة، الحرف والحرفيون بمدينة الجزائر 1830- 1700: مقاربة اجتماعية-اقتصادية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في التاريخ الحديث والمعاصر، ج1، كلية العلوم الإنسانية، قسم التاريخ، جامعة الجزائر، ص 67.

12- الحمودي، ياقوت بن عبد الله، معجم البلدان، تحقيق: فريد عبد العزيز الجندي، دار الكتب العلمية، بيروت، 1410هـ-1990م، ج2، ص 561-562.

13- Ryan, Kj, La Peste En Afrique Septentrionale:Histoire De La Peste En Algérie De 1363ه1830, Julien Charbonel,Alger,P. P. 484-488.

14- شلدون واتس، المرجع السابق، ص 65.

15- محمد الأمين البزاز، تاريخ الاوبئة والمجاعات بالمغرب، سلسلة: رسائل وأطروحات رقم 18، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، الرباط، 1992، ص 54.

16- المرجع السابق، ص 73.

17- الضوء، فتحي، الطاعون، ط1، مكتبة جزيرة الورد، القاهرة، 2018.

18- المرجع السابق، ص 66.

19- خياطي مصطفى، الأوبئة والمجاعات في الجزائر، تحرير: حضرية يوسفي، المؤسسة الوطنية للاتصال، الجزائر، 2013، ص 32.

20- جمال الدين عمراوي، وباء الطاعون في الجزائر العثمانية بين الحجر الصحي والتطبيب، مجلة آفاق فكرية، عدد 20، مجلد 90، 2021، ص 231

21- المرجع نفسه، ص 107.

22- محمد الأمين البزاز، المرجع السابق، ص 53.

23- شلدون واتس، المرجع السابق، ص 73.

24- علامة صليحة،" (تاريخ الاوبئة في الجزائر"، المرجع السابق، ص 210.

25- المرجع نفسه، ص 49.

26- شلدون واتس، المرجع السابق، ص 77.

27- المرجع نفسه، ص 77.

28- المرجع نفسه، ص 155.

29- منظمة الصحة العالمية، المجلس التنفيذي، الدورة السادسة والعشرون، 22 يناير 2010، م ت 41/126.

30- المرجع السابق، ص 149.

31- المرجع نفسه،ص ص 154- 156.

32- المرجع نفسه، ص 154.

33- ميشيل فوكو، الجنون والحضارة: تاريخ الجنون في عصر العقل، ترجمة ريتشارد هاوارد، المركز الثقافي العربي، لندن، 1967، ص 45.

34- شلدون واتس، المرجع السابق، ص 166.

35- المرجع نفسه، ص 170.

36- المرجع نفسه، ص 178.

37- علامة صليحة، المرجع السابق، ص 212.

38- المرجع السابق، ص 243.

39- المرجع نفسه، ص ص 240- 141، 245-246

40- المرجع نفسه، ص ص242، 250.

41- المرجع نفسه، ص 243.

42- Syphilis - CDC Fact Sheet(Detailed), WhatIsSyphilis?How Common Is Syphilis?, Www.Cdc.Gov, Retrieved5/4/2018.

43- المرجع السابق، ص 313.

44- المرجع نفسه، ص ص 316، 318.

45- المرجع نفسه، ص 92.

46- بوخاري علي، أنثروبولوجية الحرية وأبعادها العقدية بين المفهوم الديني وسلطة القانون، مجلة أنثروبولوجية الأديان، عدد 01، مجلد 18، 2022، ص 619.

47- الشعبية، المرسوم التنفيذي رقم 20-69، 2020، ص 4-5

48- العبادي متار، الحجر الصحي للمصابين بأمراض معدية في سياق مكافحة جائحة كوروناالاطار القانوني والاستراتيجية الوطنية لمكافحة الجائحة، مجلة الدولة والقانون، عدد ماي، 2020، ص 47

49- جوزيف بيرن، الموت الأسود، منشورات أبوظبي للسياحة والثقافة، 2014، ص 18.

50- طواهرية أحلام، التباعد من مصطلح اجتماعي إلى استراتيجية دولية في ظل انتشار وباء كوفيد 19 في العالم، المجلة الدولية للبحوث القانونية والسياسية، عدد 01، مجلد 05، ماي 2021، ص 465.

51- شلدون واتس، المرجع السابق، ص 98.

52- للمزيد من الإستوساع أنظر: أحمد عيسى، تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ط1، جمعية التمدن الإسلامي، دمشق، 357هـ/1939م.

53- ابن شداد، محمد بن علي، الاعلاق الخطيرة في ذكر أمراء الشام والجزيرة، تحقيق: دومنيك سورديك، المعهد الفرنسي للدراسات العربية، دمشق، 1953، ص 232

54- فرج محمد عبد الله السبيعي، الأوبئة والأمراض في ديار بكر ومواجهتها، مجلة عصور، عدد 02، مجلد 18، 2019، ص 22.

55- شلدون واتس، المرجع السابق، ص 94.

56- أمولاس حميد، استمرارية المرفق العام في زمن جائحة كورونا ما بين المرفق العام والحماية القضائية، مجلة الدولة والقانون، عدد ماي، 2020، ص 12

57- المرجع السابق، ص 96.