

مركز دراسات الدكتوراه
الإنسان والمجال في العالم المتوسطي
تكوين الدكتوراه
الفكر الإسلامي المعاصر وقضايا المجتمع والبيئة في العالم المتوسطي
بنية البحث:
الفكر الإسلامي المعاصر وقضايا التربية والمجتمع والثقافة والبيئة

العمل التطوعي في المجال الصحي إسهامات الأطباء بالمغرب أنموذجا

أطروحة للحصول على شهادة الدكتوراه

من إعداد:

الطالبة الباحثة أمينة عراقي حسيني

تحت إشراف الأساتذة:

د. العربي بوسلهام د. عبد المجيد محب

مركز دراسات الدكتوراه
الإنسان والمجال في العالم المتوسطي
تكوين الدكتوراه
الفكر الإسلامي المعاصر وقضايا المجتمع والبيئة في العالم المتوسطي
بنية البحث:
الفكر الإسلامي المعاصر وقضايا التربية والمجتمع والثقافة والبيئة



أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الآداب، بعنوان:

العمل التطوعي في المجال الصحي إسهامات الأطباء بالمغرب أنموذجا

من إعداد:

الطالبة الباحثة أمينة عراقي حسيني

أعضاء لجنة المناقشة:

- د. المصطفى حدية / رئيسا (كلية الآداب والعلوم الإنسانية - الرباط)
- د. العربي بوسلهم / مشرفا..... (كلية الآداب والعلوم الإنسانية - الرباط)
- د. عبد المجيد محب / مشرفا..... (مؤسسة دار الحديث الحسنية - الرباط)
- د. أحمد البوكيلي / عضوا..... (كلية الآداب والعلوم الإنسانية - الرباط)
- دة. بثينة الغلبزوري / عضوة..... (كلية الآداب والعلوم الإنسانية - الرباط)
- د. عباس المسناوي / عضوا (كلية الطب والصيدلية - الرباط)
- د. إدريس الفاسي / عضوا (كلية الشريعة - فاس)

الموسم الجامعي: 2019 - 2020 م / 1440-1441هـ

قال الله سبحانه وتعالى:

﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾

[سورة المائدة آية 32]

روى عن أبي الدرداء رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله ﷺ يقول:

«ابْغُونِي فِي ضَعْفَائِكُمْ، فَإِنَّكُمْ إِنَّمَا تَرْزُقُونَ وَتَنْصُرُونَ بضعفائكم»

[حديث صحيح الإسناد]

[أخرجه الترمذي، وأخرجه الحاكم في المستدرک على الصحيحين]

إهداء

إلى أروع امرأة بين نساء الكون أُمي الغالية التي ربيتني صغيرة ورافقتني بدعائها الكبيرة.

إلى أبي الفاضل، الحريص على تشجيعي على طلب العلم منذ صغري.

إلى زوجي العزيز وأبنائي وأحفادي وإخوتي وأصهارى.

إلى كل من له الفضل في إتمام هذه الأطروحة.

إلى كل من جمعني معهم المشوار العلمي والعملية من بدايته إلى اليوم.

إلى كل من نسيم قلبي وحفظهم قلبي.

شكر وتقدير

شكري لله العلي القدير (وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ).

شكري وتقديري إلى الأستاذ الفاضل الدكتور العربي بوسلهام، الذي ما فتئ يشجعني على البحث العلمي منذ تسجيلي في السنة الأولى من شعبة الدراسة الإسلامية.

شكري وامتناني إلى الأستاذ الفاضل الدكتور عبد المجيد محيب لقبوله الإشراف على هذه الأطروحة وما كرسه من جهد ووقت في متابعة هذه الرسالة.

وكذلك الشكر موصول لأعضاء اللجنة الموقرة الذين وافقوا على مناقشة هذا البحث.

كما أتقدم بجزيل الشكر لعميد كليتنا السيد جمال الدين الهاني الذي يسهر على تحسين المستوى العلمي للباحثين ببرمجة دورات تكوينية هادفة.

شكري وتقديري لكل أساتذة الدراسات الإسلامية الذين لا يخلون على طلبتهم بعلمهم وتوجيهاتهم النيرة، وإلى كل العاملين في إدارة الكلية على ما يقدمونه من مساعدة للطلبة الباحثين.

الملخص

إن التطرق لموضوع العمل التطوعي في المجال الصحي في الدراسة، جاء من باب هم التفكير في حلول مبتكرة للتقليل من الخصائص الذي يشكو منه المغرب سواء في المنشآت الصحية، عدداً وتوزيعاً وتجهيزاً، أو على صعيد الموارد البشرية (الأطباء وباقي مهنيي الصحة)، عدداً وتوزيعاً وسلوكاً؛ مما يجعل البحث في هذا الموضوع ملحا وضرورياً.

وقد ركزت الدراسة بالخصوص على البحث عن سبل تحفيز الأطباء للانخراط في العمل التطوعي في المجال الصحي؛ لما لهذه الفئة من مقومات للريادة تمكنهم من تحسيس باقي أفراد المجتمع للمشاركة في النهوض بالمجال الصحي.

سعت الدراسة إلى التأصيل الشرعي للعمل التطوعي في المجال الصحي وبيان مقاصده، مع إبراز الجانب الأخلاقي والإنساني في مزاوله مهنة الطب. كما تمّ الوقوف على المبادرات التطوعية في مجال الرعاية الصحية التي تجلت في عصر الحضارة الإسلامية، وتمّ عرض تجربة كل من أمريكا وبريطانيا وتركيا والكويت مع تحليل أسباب نجاحها.

ومن خلال تتبع مراحل تطور النظام الصحي بالمغرب، ركزت الدراسة على إسهامات كل من المنظمات الدولية والمجتمع المدني والأطباء بالخصوص؛ حيث تمّ تسليط الضوء على الجهود التطوعية التي يقوم بها الأطباء المغاربة، والقيام بدراسة ميدانية باعتماد تقنية الاستمارة التي تمّ تطبيقها على خمسمائة وثمان وستين طبيباً وطبيبة متطوعين، من أجل تحديد السمات المشتركة لديهم ومعرفة أهم محفزات ومعوقات انخراطهم في الأعمال التطوعية.

وقد بينت الدراسة الميدانية أن أقوى عائق حالياً هو النقص في الترويج للأنشطة التطوعية، حيث إن (90%) من الأطباء أجابوا بأن الترويج الحالي للعمل التطوعي غير كاف. كما أبرزت أن أقوى محفز للتطوع عند الأطباء المغاربة هو "ابتغاء الجزاء الإلهي"، حيث تمّ التعبير عنه بنسبة 69,2% عند جميع أفراد العينة ونسبة 84,61% لدى الفئة الأكثر مواظبة على التطوع (التي تشارك في قافلة خيرية كل شهر).

وتوصلت الدراسة إلى الحاجة إلى غرس ثقافة التطوع عند الأطفال خلال جميع مراحل التنشئة الاجتماعية، خصوصاً أن نسبة الأطباء الذين تدربوا على التطوع في المؤسسات التعليمية الابتدائية والثانوية كانت جد ضعيفة.

كما أكدت الدراسة المقارنة على أهمية اعتماد العمل المؤسسي وضرورة إيجاد موارد مالية مستدامة من أجل تطوير العمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب.

مقدمة:

الكلمات المفتاحية: العمل التطوعي، المجال الصحي، الأطباء، المغرب.

يعد العمل التطوعي في عصرنا الحالي من أرقى أساليب المشاركة الفعالة في النهوض بمكانة المجتمعات. ويكتسي هذا النوع من النشاط أهمية متزايدة يوماً بعد يوم، ولاسيما في ظل اتساع الهوة بين قلة موارد الحكومات وتنامي حاجيات الشعوب ومتطلباتها. وحيث لم تعد الحكومات قادرة على توفير احتياجات أفرادها ومجتمعاتها، سواء في البلدان المتقدمة أو النامية، استدعى الوضع، وبإلحاح شديد، ضرورة وجود جهات أخرى تساند الجهات الحكومية من أجل تلبية الاحتياجات الاجتماعية، وتوفير الحد الأدنى منها؛ ذلك أن المهتمين بأمور التنمية يتفقون على أن التعاون بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص والقطاع الثالث (القطاع التطوعي) شرط ضروري لإحداث تنمية حقيقية شاملة.

بناء على ذلك تطوّرت ثقافة العمل التطوعي عبر العصور من تعاضدٍ إنسانيٍّ غير منظمٍّ، إلى مفهومٍ أخلاقيٍ دعت إليه الديانات السماوية، ومن ثمَّ إلى مفهومٍ مجتمعيٍّ يمثِّل نشاطاً مدنياً بات مؤخراً قطاعاً مستقلاً استندت إلى مرجعيته نهضة الأمم المتحضرة، بما يهدف إلى إسعاد العنصر البشري على اختلاف جنسه، ولونه وعرقه، وبما يسعى في طموحاته إلى تحقيق الخير والسعادة للبشرية جمعاء.

ولتعزيز ثقافة العمل التطوعي في الدول المتقدمة، تُنظَّم اللقاءات، والمؤتمرات، والحوارات الوطنية والدولية بصفة دورية، وتقام مباريات لمنح الجوائز للمبدعين في هذا المجال، كما تتجدد الإستراتيجيات، والقوانين والسياسات من أجل التطوير المستمر لهذا القطاع. وحظي هذا العمل بدعم الدولة وتشجيعها ورعايتها، حتى أصبح للعمل التطوعي مكانته في خطط التنمية، وبرامج الدولة، التي جعلت من الإنسان الوسيلة والغاية معاً.

ومن الأولويات الإستراتيجية التي تعتمدها هذه الدول للنهضة المستمرة بهذا القطاع، إنشاء مراكز البحوث والدراسات المتخصصة في مجال العمل التطوعي، باعتباره قطاعاً حيوياً، تعتمد عليه هذه الدول في سياساتها. وقد دعت التوصيات الصادرة عن عدة مؤتمرات دولية حول العمل التطوعي المؤسسات العالمية ومراكز البحوث إلى القيام بالمزيد من الدراسات المعمقة لبحث مقومات العمل التطوعي وسبل الارتقاء به.

ومن هنا تتجلى راهنية هذا البحث الذي نقدمه؛ وذلك لارتباطه بالتحولات العالمية الراهنة التي تعتمد على العمل التطوعي بصفته قطاعاً ثالثاً؛ بما هو رافعة رئيسة للتنمية، وآلية مجتمعية مهمة لمواجهة الأزمة الاقتصادية والاحتقان الاجتماعي، اللذين ينهكان الدول المتقدمة، فضلاً عن الدول النامية؛ حيث الفئات الفقيرة تعاني جوعاً، وجهاً ومرضاً.

ومن أهم مجالات التطوع التي يجب الاهتمام بها، والعناية بشأنها والسهر على توجيه المنظمات التطوعية والمؤسسات الخيرية إليها: المجال الصحي؛ لأن صلاح أي مجتمع وتنميته رهينان بصحة أفرادهم وسلامتهم؛ ففي حالة المرض، يختل نشاط الأفراد والمجتمع، ويتأثر التطور، والنمو، والإنتاج والعطاء سلباً، مما ينعكس على تحقيق التنمية الشاملة والمستدامة، ولهذا تعتبر الرعاية الصحية للأفراد من أهم مؤشرات التنمية البشرية المعتبرة في ترتيب الدول في سلم التنمية.

كما أن اقتراح موضوع العمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب في هذه الدراسة، جاء من باب الوعي بالخصائص الموهول، الذي يشكو منه بلدنا في هذا المجال؛ سواء على صعيد العمران: (المستشفيات والمراكز الصحية)؛ عدداً، وتوزيعاً وتجهيزاً، أو على صعيد الموارد البشرية: (الأطباء وباقي مهنيي الصحة)، عدداً وتوزيعاً وسلوكاً؛ مما يجعل البحث في هذا الموضوع ملحاً وضرورياً، للتعرف على محفزات التطوع ومعوقاته في المجال الصحي، قصد إيجاد الحلول الناجعة لتشجيع جميع شرائح المجتمع للإسهام في النهوض بالقطاع الصحي، وعلى رأسها الأطباء.

إن مسؤولية الإسهام في إصلاح المجتمع تشمل كل فرد، وبالأخص المثقفين، الذين يعرفون عن قرب مشاكل البيئة من حولهم، ولهم القدرة على التأثير على محيطهم. والأطباء، وكل من يعمل في مجال الرعاية الصحية تتوفر لديهم هذه الجوانب بشكل أكبر؛ فهم مطالبون بأن يكون لهم دور قيادي في إصلاح المجتمع من عدة جوانب، وأن لا يقتصر على علاج المرضى بهدف نجاحهم الشخصي مادياً واجتماعياً، بل أن يكون لهم دور أكثر بعداً وشمولية في الرعاية الصحية للمجتمع، خاصة إذا ما تذكرنا تعريف الصحة الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، بأنها التكامل الجسدي، والعقلي، والنفسي، والاجتماعي؛ وليس مجرد الخلو من الأمراض.

كما أن الأطباء هم أعلم من غيرهم بخطورة عدم التشخيص المبكر والعلاج المنتظم للأمراض بصفة عامة، والأمراض المعدية بوجه خاص، والتي قد تؤدي إلى عدوى عدد كبير من أفراد المجتمع، فقراء وأغنياء، كباراً وصغاراً، فترتفع الخسائر الاقتصادية بارتفاع كلفة العلاج، ويصعب التحكم في انتشار هذه الأمراض.

ومن هنا جاءت فكرة هذا البحث الذي سيركّز على سبل تحفيز الأطباء للانخراط بشكل أكبر في العمل التطوعي في المجال الصحي؛ لما لهم من مقومات تمكنهم من تحسيس جميع أفراد المجتمع للمشاركة في النهوض بالمجال الصحي بالمغرب.

أهمية البحث:

تكمن أهمية هذا البحث في عدة وجوه، أذكر منها:

- استجابته لحالة التفاعل الإيجابي الذي يشهده المجتمع المغربي في جميع مجالات التنمية، وخاصة مجال التنمية الاجتماعية التي تُعدّ الحاجة ماسة إليها، وهو الأمر الذي يتطلب تكاثف جهود القطاعات الثلاثة: القطاع الحكومي، القطاع الخاص والقطاع التطوعي الخيري، أو ما يسمى بالمجتمع المدني.
- ارتباطه بالتحولات العالمية الراهنة التي تعتمد على العمل التطوعي الفردي والمؤسساتي بصفته محورا فاعلا ورئيسا في تنمية الجهود الحكومية، والوصول بها إلى درجة الرضا من جهة المواطنين.
- تعلقه بالمجال الصحي، الذي هو أكثر القطاعات الاجتماعية إثارة للجدل، ليس على المستوى الطبي فحسب، بل على الصعيد الاجتماعي، دوليا ووطنيا؛ فالقطاع الصحي من ضمن القطاعات الأساسية التي توجه الرأي العام، إما مع أو ضد التوجهات الحكومية، وبالتالي يؤثر في الاستقرار السياسي والسلم الاجتماعي.
- عنايته بعلاج اختلالات قيمية أخلاقية، بأخذ العبرة من السجل التاريخي للحضارة الإسلامية الحافل بالعطاءات الطوعية في المجال الصحي: (الأوقاف)، ومن التجارب الناجحة لعدد من الدول في وقتنا الحالي، وتطويرها بما يواكب مستجدات عصرنا وما يتوافق مع معتقداتنا وثقافتنا، حتى نجد تطبيقات مبدعة وناجعة، نتغلب بها على العوائق التي تحول دون استثمار قيم الإسلام الربانية ونظامه الاقتصادي المتميز؛ والذي هو قادر متى وجد طريقه إلى التطبيق، على إخراج العالم ككل، وليس العالم الإسلامي فحسب، من أزمتة الاقتصادية والاجتماعية والحضارية عامة.
- كما يكتسي هذا البحث أهميته مما قد يظهره من نتائج فيما يتعلق بطبيعة المتغيرات المؤثرة على انخراط الأطباء في العمل التطوعي، حتى يمكن تعزيز الإيجابي منها، وتلافي السلبي، وبالتالي تعبئة الأطر الطبية التي تحتاج إليها عدد من المؤسسات والجمعيات المدنية لتفعيل برامجها الصحية وإنجاحها، نظرا لما تواجهه من قلة الموارد البشرية المتطوعة بصفة دورية ومنتظمة.

أهداف البحث:

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التأصيل الشرعي للعمل التطوعي في المجال الصحي ولمهنة الطب.
- إبراز الجانب الأخلاقي والإنساني في مزاول مهنة الطب.
- البحث في الموروث الثقافي للعطاء الإسلامي في جانب التطوع في المجال الصحي تنظيرا وممارسة، لأخذ العبرة من ماضينا المشرق.

- عرض بعض التجارب الناجحة المعاصرة وتحليل عوامل نجاحها.
- تشخيص واقع منظومة الصحة بالمغرب لبيان الجوانب الإيجابية التي تمّ تحقيقها تقديراً لمجهودات القطاع الحكومي، وإظهار النقائص التي تتجلى في الخصائص في المؤسسات الصحية والموارد البشرية، لإيضاح الحاجة الملحة إلى تطوير العمل التطوعي في المجال الصحي، ومسؤولية الجميع، وعلى رأسهم الأطباء: (تنظيراً وتطبيقاً)، لتحقيق حد الكفاية من الرعاية الصحية والعيش الكريم لكل المواطنين.
- إبراز الجوانب التطوعية المشرقة لدى عدد من الأطباء في المغرب، قصد تحسين صورة الأطباء عند الرأي العام، تصحيحاً لتعميم الحكم الشائع عند كثير من الناس، بأن مهنة الطب أصبح هاجسها الوحيد الربح المادي، بعيداً عن احترام مبادئ الأخلاق والقيم النبيلة التي تتوقف عليها رسالية مهنة الطب وشرفها.
- تحفيز الأطباء للاندماج في الأعمال التطوعية من خلال الكشف عن التجارب الناجحة للعمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب؛ لأن التطوع عنصر كامن في نفوس الأطباء، ولا يتطلب إلا الإثارة والبعث.
- كشف أهم المعوقات والصعوبات التي تحول دون مشاركة الأطباء في الأعمال التطوعية، وذلك في سبيل العمل على معالجتها بهدف توسيع قاعدة المشاركة في هذا المجال،
- حصر المحفزات التي توجه الأطباء باتجاه العمل التطوعي، والعمل على فهمها واستخدامها، لإيجاد الوسائل والآليات اللازمة لاستقطاب الأطباء المتطوعين.

أسباب اختيار الموضوع:

وهناك العديد من الدوافع التي جعلتنا نختار البحث في هذا الموضوع، وهي دوافع يتجاذبها جانبان اثنان: جانب موضوعي، وجانب ذاتي.

فمن حيث الجانب الموضوعي، يمكن إجمال تلك الدوافع في النقاط التالية:

* في الوقت الحاضر أصبحت كثير من دول العالم الفقيرة منها والغنية تواجه أزمة الإنفاق على الخدمات الصحية، خاصة أمام الزيادة المستمرة في تكاليف هذه الخدمات. ونظراً لأهمية الخدمات الصحية التي تعتبر من الاحتياجات الأكثر إلحاحاً، والتي لا يمكن التقصير فيها، أو تقديم غيرها عليها في سلم الأولويات، تضاعفت جهود الباحثين بحثاً عن حل لهذه الأزمة، وتوجهت الأنظار إلى أهمية تطوير الأعمال التطوعية في المجال الصحي. ومن الأسباب التي أدت إلى هذه الأزمة:

- تزايد الطلب على الخدمات الصحية الناتج عن زيادة السكان،
- تغير نمط الحياة وسلبيات المدنية والتلوث البيئي،

- نقص في الاهتمام بالبرامج المهمة بنشر الوعي الصحي والتربية على العادات الصحية السليمة، التي تحمي من عدد كبير من الأمراض التي لها علاقة مع نمط العيش، مما أدى إلى ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة ذات التكلفة العالية،
- التقدم العلمي والطبي الهائل والسريع، وما تبعه من اكتشاف وسائل تشخيص، وعلاج وأدوية جديدة تحتاج إلى مزيد من النفقات،
- الزيادة العالمية في أسعار الأدوية والمستلزمات الطبية،
- ارتفاع تكلفة تشغيل المنشآت الصحية وصيانتها،
- هدر الموارد الناتج عن غياب الإدارة الصحية الجيدة،
- وكذلك زيادة الوعي العام الذي أدى إلى الإقبال على طلب الخدمات الصحية والتخلي عن الطرق التقليدية في العلاج ...

* غياب دراسة ميدانية للعمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب -حسب علمنا-. كما أنه يلاحظ أن الجمعيات التي تعمل في هذا المجال عديدة، ولكن يغيب التنسيق المطلوب فيما بينها، وأن عدداً من الجمعيات التي تعمل في مناطق معزولة، تشكو من قلة الموارد المالية والبشرية المتوفرة مما يعيق تنفيذ برامجها.

* تحصل وزارة الصحة وعدد من الجمعيات المدنية على دعم من البنك الدولي، ومن عدد من المنظمات الدولية والشركاء الدوليين لتمويل عدد من البرامج والمشاريع، لمواجهة عدد من الأمراض المكلفة بالمغرب. وفي السنوات الأخيرة تناقص هذا الدعم؛ حيث أصبحت المنظمات الممولة تطالب المستفيدين من هذه المنح بالبحث عن مصادر أخرى داخلية لتمويل برامجهم؛ لأن المغرب - مع التطورات التنموية التي حققها - أصبح لا يستجيب للمؤشرات المحددة من طرف هذه المنظمات للاستفادة من مساعداتها.

أما الدوافع الذاتية، فيمكن إجمالها في النقاط التالية:

- إن ممارستي لمهنة الطب، تجعلني أقف على حالات اجتماعية في أمس الحاجة إلى العون المادي والمعنوي لمواجهة ابتلاءات الأمراض، إضافة إلى الحرمان من حد الكفاية من محددات الصحة وهي: المأكل، والملبس والسكن الصحي اللائق.
- كما أن مشاركتي في عدد من القوافل الطبية في مناطق نائية، جعلتني أستشعر أهمية هذه العمليات الإنسانية في التخفيف من وطأة الأمراض عند هذه الشريحة المعوزة من المواطنين المغاربة؛ مما دفعني للبحث في هذا الموضوع، رغبة في تطوير العمل التطوعي في المجال الصحي ليلبي حاجيات عدد أكبر من المواطنين.

- ما وقفت عليه في دول الغرب، من إبداع وتقاني الأطباء المتطوعين بالمقارنة مع واقعنا في المغرب؛ حيث الحاجة إلى هذه الأعمال الإنسانية أمس، بالنظر إلى الخصائص في عدد الأطباء، بالإضافة إلى ارتفاع نسبة الفقر والجهل والمرض.
- ما لمست من حاجة جميع شرائح المجتمع إلى التوعية الصحية، ومعرفة سبل الوقاية من الأمراض، مما يستوجب تطوع أكبر عدد ممكن من الأطباء لتكثيف برامج التربية الصحية للحد من انتشار عدد من الأمراض التي توصل البحث العلمي إلى سبل الوقاية منها، وذلك عن طريق المحاضرات، والندوات التثقيفية، والبرامج الإعلامية واستعمال جميع القنوات الممكنة لتوعية الجميع بسبل الوقاية من الأمراض.
- وثمة دافع آخر شجعتني على إنجاز هذا البحث، هو أن التعليم بمختلف مستوياته الذي تلقينته في المرحلة الابتدائية والثانوية والجامعية، لم يحجب عني جهلي بتاريخ أمتي ووطني وتراثه الثري، إذ اكتشفت بعد اطلاعي على تاريخ الطب ما تميز به الأطباء المسلمون الأوائل من حكمة، وأخلاق سامية، وحس إنساني ومنهج علمي تجريبي في البحث في مجال الطب، وما تميز به المسلمون في عصر الحضارة الإسلامية من إبداع في وقف البيمارستانات وتجهيزها وحسن تسييرها، وتكوين الأطباء الأكفاء ممارسة وأخلاقا، والذين اجتهدوا لتطوير الرعاية الصحية من جميع جوانبها الجسدية والنفسية والاجتماعية، الوقائية والعلاجية. وتعد هذه الدراسة محاولة لرفع بعض الجهل الذي يخيم على ذاكرتنا الجماعية في هذا المجال.
- ومن الدوافع التي كانت وراء اختياري البحث في هذا الموضوع، أسئلة تراودني باستمرار وهي: لماذا لاتزال الجهود التطوعية في المغرب بشكل عام دون المستوى المطلوب، رغم ما أثبتته الأبحاث والتجارب من أهمية للعمل التطوعي في تحقيق التنمية الاجتماعية؟. ألا يمكن للتطوع أن يسهم في النهوض بعدة مجالات في المغرب، وعلى رأسها المجال الصحي الذي يعاني من نقص في عدد المؤسسات الصحية وتجهيزاتها، وكذلك من خصائص كبير في الأطر الطبية، وعدم تغطيتها لجميع جهات البلد؟ ففي سنة 2018م، صنفت منظمة الصحة العالمية المغرب من بين 57 دولة التي تعرف نقصا حادا في مهنيي الصحة. كما أن كثافة مهنيي الصحة بالمغرب لا تزيد عن 1,51 لكل 1000 نسمة، في حين أن الحد الأدنى اللازم لبلوغ أهداف الألفية للتنمية سنة 2015م، تم تحديده في 2,5 مهني صحة لكل 1000 نسمة. ويتجلى هذا النقص في تفاوت عرض العلاجات بين العالم القروي والحضري، حيث يتركز أكثر من 45 في المائة من مجموع الأطباء في جهتي الرباط والدار البيضاء، في حين أن العالم القروي يعمل به فقط 24 في المائة من الأطباء، مع نسبة أقل من الأطباء الأخصائيين.

كما يواجه قطاع الصحة تحديات أخرى؛ حيث سيصل عدد المحالين على التقاعد إلى 48% من الأطباء، و24% من الممرضين العاملين بوزارة الصحة في أفق 2024م. بالإضافة إلى إشكالية الارتفاع المستمر لهجرة الأطر الطبية إلى الخارج. وأمام هذه التحديات التي تحول دون تحقيق تغطية صحية شاملة لجميع المواطنين، يعتبر العمل التطوعي في المجال الصحي من أهم الحلول التي يجب تشجيعها وتطويرها لتوفير الرعاية الصحية للمواطنين، خصوصاً في المناطق النائية المعزولة. وهذا يقتضي انخراط أكبر عدد ممكن من الأطباء في الأعمال التطوعية لتغطية هذا الخصاص، في انتظار تكوين العدد الكافي من الأطر الطبية الأخصائية، وتوزيعها على جميع جهات بلدنا في إطار الجهوية المتقدمة.

وعلى الرغم من أن ديننا، وتراث أمتنا وتاريخ أجدادنا يحفل بمشاريع تطوعية خيرية مشرقة في عصر الحضارة الإسلامية، ونماذج أطباء أبدعوا وتفانوا في رعاية المرضى، إلا أن العمل التطوعي في المغرب لا يزال ضعيفاً بالمقارنة مع بعض الدول الغربية التي طوّرت، واتجهت نحو الاتفاقيات والتكتلات بين الجمعيات والهيئات المجتمعية، لإنجاح مشاريعها والرفع من مستوى مواطنيها الصحي وقاية وعلاجاً.

إشكالية البحث:

ولاشك أن التحدي المطروح أمامنا في هذه الدراسة، هو البحث عن أنجع المحفزات التي يمكنها تعزيز الأعمال التطوعية في المغرب، تحقيقاً لطموحاتنا المستقبلية في توفير الحاجيات الطبية للمرضى، للتخفيف من معاناتهم وآلامهم، سيما مع استفحال الفقر والجهل.

ومن هنا يمكن صياغة إشكال الدراسة كما يلي: ما أنجع المحفزات الأخلاقية والدينية والمعرفية والقانونية التي يمكنها تعزيز ثقافة التطوع عند الأطباء بالمغرب؟

ويتفرع عن هذا السؤال الرئيس عدة تساؤلات، حاولنا الإجابة عنها من خلال فصول ومباحث الأطروحة. ومن أبرز هذه الأسئلة ما يلي:

- ما الحكم الشرعي للتطوع في المجال الصحي في مجتمعنا، الذي يعاني من خصائص كبيرة في المؤسسات الصحية وأجهزتها، وفي الموارد البشرية من أطباء وممرضين؟
- أين يتجلى شرف مهنة الطب، ولماذا كان الطبيب يلقب بالحكيم؟
- ما الدوافع والأسباب التي كانت وراء الإنجازات التطوعية المشرقة التي حققها المسلمون في عصر الحضارة الإسلامية؟
- ما أهم الآليات المتاحة في الدول الغربية التي ساعدت على تطوير الأداء التطوعي للطواقم الطبي وتأهيله، تحقيقاً لجودة الأعمال التطوعية واستدامتها؟

- ما أهم المراحل التي مر بها النظام الصحي بالمغرب عبر التاريخ؟ وما علاقة ذلك بالظواهر الاجتماعية التي شهدتها المغرب؟
- ما التدابير القانونية والسياسية التي اتخذتها الحكومة المغربية من أجل تشجيع المنظمات الدولية والجمعيات المدنية على المشاركة في النهوض بالمنظومة الصحية؟
- ما المعوقات التي تحول دون مشاركة الأطباء في الأعمال التطوعية؟، وما المحفزات والآليات اللازمة لتفعيل مشاركة الأطباء في الأعمال التطوعية؟

الدراسات السابقة في الموضوع:

بعد البحث والنظر للاهتمام إلى بعض ما كتب في الموضوع، تبين لنا أن العمل التطوعي كان موضوع اهتمام العديد من الباحثين من تخصصات وحقول معرفية مختلفة: علم الاجتماع، علم التاريخ، الدراسات الأنثروبولوجية والقانونية. غير أن دراسة العمل التطوعي في المجال الصحي في المغرب بصفة عامة، وإسهامات الأطباء بالخصوص، لم نجد فيه -في حدود اطلاعنا- دراسة متخصصة في الباب. وثمة دراسة لها علاقة نسبية مع موضوع بحثنا، أجراها مركز الأبحاث والدراسات الإنسانية والاجتماعية بوجدة: CERHSO طيلة شهر مايو، من سنة: 2009م على عينة من أطباء مدينة وجدة، المنتمين للقطاعين العام والخاص، حول القيم الأخلاقية وممارسة مهنة الطب. ومن خلالها أجاب 501 طبيباً وطبيبة على ستين سؤالاً باللغة الفرنسية، تدور حول أخلاقيات ممارسة مهنة الطب بصفة عامة. وبالنسبة للأسئلة التي لها علاقة بموضوع دراستنا، كانت الإجابة عليها على النحو التالي:

- "هل تقبلون علاج مريض بفترة زمنية طويلة دون مقابل مادي؟" كانت النتيجة:

أجاب: 10% من الأطباء المشاركين في الدراسة ب: "لا".

أجاب: 40% ب: "نعم".

أجاب: 41,11% ب: "أحياناً".

وكانت نسبة 8,89% من المستجوبين بدون رأي.

- "هل تقبل تقديم علاج لمريض اعترف مسبقاً أنه غير قادر على الدفع مقابل خدمته؟"، كانت النتيجة:

54,44%: "غالبا".

27,78%: "أحياناً".

17,78% : بدون رأي.

- "هل أنت راض عن الخدمات التي تقدمها مؤسسات الرعاية الاجتماعية؟":

11,11%: "ليس تماماً".

47,78%: "راض إلى حد ما".

31,11%: "غير راض".

1,11%: "راض جدا".

8,89%: بدون رأي.

- "هل تأخذون بعين الاعتبار القيود المادية للمرضى حين تقدمون لهم خدمات صحية؟":

70%: "في غالب الأحيان".

22,22%: "أحياناً".

1,11%: "أبداً".

6,67%: بدون رأي.

- "إلى أي مدى تؤثر الاعتقادات الدينية في علاقتكم مع المرضى؟":

30,00%: "تأثير كامل".

43,33%: "تأثير جزئي".

21,11%: "لا تأثير".

5,56%: بدون رأي.

ولم نقف على دراسة أخرى لها علاقة بموضوع التطوع في المجال الصحي، سواء بالمغرب، أو في غيره من الدول العربية. لكن بالمقابل وجدنا أبحاثاً كثيرة باللغة الإنجليزية لها علاقة بمجال تطوع الأطباء؛ تُعد بصفة متجددة، وتتناول جوانب مختلفة من الموضوع. نذكر من بين هذه الدراسات:

* دراسة تحت عنوان: "آراء وتصورات الأطباء عن الخدمة التطوعية في عيادات شبكة الأمان safety-net clinics"¹. أجريت من طرف ثلاثة دكاترة في ولاية كاليفورنيا بأمريكا:

كان الهدف من هذه الدراسة تحديد طرق لزيادة عدد الأطباء المتطوعين عبر استكشاف التصورات، والدوافع، والوظائف والحوافز المرتبطة بتطوع الأطباء في أربع عيادات لشبكات الأمان² في مقاطعة "سان بيرناردينو" بجنوب كاليفورنيا. وشارك في الدراسة أطباء يستخدمون مزيجاً من وقت العمل الوظيفي والوقت الشخصي في ساعات المساء ونهاية الأسبوع للتطوع بخدمات صحية. واعتمدت الدراسة على استطلاع عبر الإنترنت يضم 31 طبيباً، ومقابلات مع ثمانية منهم. ومن أبرز النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة:

¹— Physicians' Perceptions of Volunteer Service at Safety-Net Clinics, By: Laura McGeehan, PhD; Michael A Takehara, MD; Ellen Daroszewski, PhD, APRN, The Permanente Journal/Perm J 2017; 21:16-0039.

²— هي شبكة عيادات مجتمعية تقوم بتوفير الرعاية الطبية للسكان الذين لا يتوفرون على تأمين صحي والذين يعانون من نقص التأمين MEDICAID، ويشكل الأطباء المتطوعون، عنصراً لا يمكن الاستغناء عنه لتشغيل هذه العيادات.

- أول ما ينبغي الإشارة إليه هو أن لدى الأطباء المشاركين في الدراسة آراء إيجابية عن العمل التطوعي بشكل عام، ويدركون أهمية الخدمات التطوعية مع استحضار إيجابيتها، والأكثر من ذلك أن 91% من الأطباء أجابوا بالموافقة، أو الموافقة المبدئية، على أنهم يخططون للاستمرار في العمل التطوعي في برنامج الأطباء التطوعي. ونسبة 80% من المشاركين يقترحون البرنامج على غيرهم.
- وفيما يخص أهم دوافع التطوع في المجال الطبي، أشار المشاركون إلى أن العمل التطوعي هو جزء من منظومتهم الأخلاقية، على الرغم من اختلاف معتقداتهم. إن شعور الأطباء بالقيم هو الدافع الأساس لمثل هذه البرامج؛ حيث كان معظمهم مدفوعين برغبات وطموحات إنسانية أو اجتماعية. وبيّنت الدراسة أن معتقدات الأطباء وديانتهم هي نقطة التقاء محفزة على العمل من أجل الفئات الهشة في العيادات المجتمعية: (84% من المشاركين صرحوا بانتمائهم الديني).
- وفيما يخص فوائد التطوع، فقد عبّر العديد من الأطباء عن أن العمل التطوعي له فوائد استشعروها بأنفسهم. يقول أحدهم: "لقد جلب لي التطوع بعدا آخر للعمل، بحيث يجعله أكثر من مجرد وسيلة للحصول على المال". كما أشار الأطباء إلى أن العمل التطوعي ساعدهم على تجاوز المشاعر السلبية في حياتهم الخاصة. وفي العديد من الحالات، اعترف الأطباء بأن العمل التطوعي يساعدهم على التخلص من الإرهاق الشديد: "الاحتراق النفسي" "Burnout" الناتج عن العمل المتوالي. وفي مقابل ذلك، بيّنت الدراسة أن التركيز فقط على الفوائد الشخصية للتطوع كإكتساب المهارة التقنية والتقدم المهني لا يكون فعالاً.
- أما فيما يخص الحواجز التي تحول دون تطوع الأطباء، - فحسب هذه الدراسة - اعتبر ضيق الوقت السبب الرئيس لضعف مشاركات الأطباء في برامج التطوع. وأشار أطباء آخرون إلى حواجز أخرى، تتعلق بمشاكل مهنية داخل العيادات المجتمعية، كالتنظيم والبرمجة، ومشاكل تتعلق بالحالة الاجتماعية للمرضى، من قبيل مشكلة التنقل.
- وأكد الباحثون في ختام الدراسة، على عدة توصيات من شأنها جذب الأطباء للتطوع والاستمرار فيه، ومن أهم هذه التوصيات:
- أهمية الاتصال الشخصي المباشر مع الأطباء، لتشجيعهم على الانخراط في التطوع، مع التركيز على الأطباء ذوي الخصوصيات الشخصية: (التشبع بالقيم، المعتقدات، الميولات الاجتماعية، الإحساس بالعدل الاجتماعي)، مما قد يؤهلهم للرضا على أعمالهم مع الشريحة المهمشة بمجرد التحاقهم بعيادة مجتمعية أو برنامج تطوعي.
- تحسين التنظيم في العيادات المجتمعية المجانية، وضرورة التغلب على الإشكالات المادية والاجتماعية: (تنقل المرضى، النقص في المستلزمات والأدوية... إلخ).
- أهمية دفع الأطباء المتطوعين إلى تخصيص عدد قار من ساعات العمل داخل العيادات والمواظبة عليها.
- تسليط الضوء على دور التطوع في الوقاية من الإرهاق الشديد الذي يعاني منه الأطباء، نتيجة انشغالهم الروتينية في عملهم اليومي.

* دراسة استقصائية من أجل تقييم الاهتمام بالعمل التطوعي الدولي من قبل أعضاء الجمعية الأمريكية لأطباء جراحة الأطفال: (APSA)¹: كان الغرض منها محاولة تحديد الدوافع، والعقبات والقضايا المؤسسية للمتطوعين.

اعتمدت الدراسة استطلاعاً عبر الإنترنت بإرسال استبيان يحتوي على 25 سؤالاً عبر البريد الإلكتروني إلى (807) عضو في جمعية (APSA) في شهر نوفمبر 2009م. أجاب عن الأسئلة (316) منهم:

معدل الاستجابة: 39%.

48% من المشاركين: قاموا بعمل تطوعي دولي في السابق.

95% منهم: مهتمون بذلك.

83% منهم: مهتمون بالعمل مع الجراحين المحليين لتعليمهم كيفية تنفيذ الإجراءات.

75% منهم: كان الإيثار الدافع الرئيس للمشاركة في التطوع.

وبينت الدراسة أن العقبات الرئيسة أمام قيام الأطباء الأخصائيين في جراحة الأطفال بالعمل التطوعي الدولي هي الالتزامات الأسرية والاقتدار إلى الوقت. وذكر 37% من المستطلعين أن نقص المعلومات عن فرص التطوع يعد كذلك من العقبات الرئيسة.

* دراسة لتجربة ناجحة لمجموعة من المتطوعين، قاموا بتقديم خدمات طبية وجراحية، وخدمات طب الأسنان للسكانة بشمال المكسيك، الذين يعانون من نقص في الخدمات الصحية لأكثر من عشرين عاماً²: وكان الهدف من الدراسة هو فهم الدوافع التي حفزت هؤلاء المتطوعين للقيام بهذا العمل التطوعي المستدام. واعتمدت الدراسة على ثلاثين مقابلة مع طلاب وأطباء مقيمين، وممرضين، وأطباء الأسنان، وجراحي الفم، ومتطوعي المجتمع المدني، بالإضافة إلى أربعة أيام كاملة من ملاحظة المشاركين ومعاينتهم. وتم تحليل تجربتهم انطلاقاً من واقع الممارسة الطبية التطوعية العالمية.

ومن أهم العوامل المحفزة التي عبر عنها المتطوعون: الأثر الإيجابي لهذه الأعمال التطوعية على نفسية المتطوعين، وتطوير كفاءتهم الوظيفية، وتمكينهم من التفاعل مع الآخرين، وخدمة المجتمعات التي تفتقر للخدمات الصحية.

¹— Interest in international surgical volunteerism: results of a survey of members of the American Pediatric Surgical Association **APSA**: Marilyn W. Butler a, Sanjay Krishnaswami b, David H. Rothstein c, Robert A. Cusick, a Division of Pediatric Surgery, Stanford University, Stanford, CA USA b Oregon Health and Sciences University, Portland or USA Children's Memorial Hospital Chicago IL USA University of Nebraska, Omaha NB, USA Received 21 August 2011.

²— Promoting volunteerism in global health: lessons from a medical mission in northern Mexico": Mellissa Withers – Carole H. Brozner – Tara Aghaloo; Journal Community health, New York 2012.

وأكدت الدراسة على القيمة المحورية لتعددية طرق واستراتيجيات استقطاب المتطوعين، مع التركيز على تيسير وإنجاح أول تجربة في مجال التطوع، خصوصاً من خلال إعطاء المتطوعين مسؤوليات وأدوار محددة، الشيء الذي يجعلهم يشعرون بالرضا على ما يقدمونه من أعمال، وبالتالي ضمان تطوعهم بصفة مستدامة.

* دراسة تحت عنوان: "دوافع التطوع عند طلبة الطب -فحص طبيعة الاختلافات بين الجنسين"¹: كان الهدف من هذه الدراسة هو تحديد المناهج التدريبية أو الحملات الإعلانية التي تهدف إلى زيادة جهود المتطوعين. واعتمدت استطلاع رأي طلاب الطب باستخدام ما يسمى: "جرد وظائف التطوع". واستعمل المعيار لتقييم دوافع التطوع المحتملة التي تندرج في إطار الإيثار والإنسانية، وتتعداه إلى كسب المهارات الوظيفية وتجويد السيرة المهنية. وقد أثرت هذه الدراسة النتائج التالية:

- إن هناك فرقاً واضحاً بين الجنسين في دوافع التطوع؛ حيث إن الإناث صُنِّفْنَ جميع الدوافع أكثر من الذكور. بينما كانت النتيجة متشابهة بالنسبة لأهمية هذه الدوافع.
- صُنِّفَ كلا الجنسين في المقام الأول القيم خصوصاً: "الإيثار والإنسانية"، يليها "التعلم وكسب مهارات جديدة"، ثم "تعزيز الثقة بالنفس وتقوية إيجابية الأنا"، وكذلك "الدوافع الاجتماعية" التي ترتبط بنظرة الآخرين الإيجابية إلى النشاط الخيري، والرغبة في مرافقة الزملاء والأصدقاء في مثل هذه الأنشطة، ثم "الدوافع الوظيفية" التي تجلت في الرغبة في التطور على مستوى الوظيفة، وفتح باب العمل في المكان الذي يريده، وأخيراً "الشعور بالراحة النفسية والحماية من الاكتئاب".

إن هذه الدراسات التي أشرنا إليها تعتبر نماذج لعدد كبير من البحوث التي تُجرى باستمرار في عدد من الدول، بحثاً عن سبل جذب الأطباء للانخراط في الأعمال التطوعية بصفة مستدامة، قصد توفير الرعاية الصحية لعدد أكبر من المواطنين.

منهجنا في الدراسة:

للإجابة على إشكالية البحث، وما يتفرع عنها من أسئلة جزئية، اعتمدت في شق من الدراسة المنهج التاريخي، وذلك من خلال استقراء المسار التاريخي للأعمال التطوعية في المجال الصحي في العالم الإسلامي، اعتماداً على كتب التاريخ، والرحلات والنوازل، مع التركيز بالخصوص على تاريخ الطب، والتطور التاريخي لإنشاء البيمارستانات وإدارتها وتسييرها.

كما اعتمدت أيضاً المنهج الوصفي التحليلي في الجانب الخاص بعرض التجارب التطوعية الناجحة في عدد من الدول، والبحث عن أسباب نجاحها وتحليلها.

¹ - "Medical students Motivations to volunteer: An examination of the nature of Gender differences", Thomas D Fletcher and Debra A. major, Sen Roles, Vol. 51, July 2004.

واعتمدت في إجراءات الدراسة الميدانية على الملاحظة، وعرض التجارب الواقعية لجمعيات مهتمة بالمجال الصحي ونماذج أطباء رواد في الأعمال التطوعية. واعتمدت الاستمارة والمقابلات لتحديد سمات الأطباء المتطوعين، وأهم المحفزات والمعوقات التي تؤثر في انخراط الأطباء في الأعمال التطوعية، ومعرفة اقتراحاتهم ومدى التزامهم من أجل إنجاح الأعمال التطوعية.

وبالنسبة لمنهج التعليق والتهميش:

- 1- أبين أرقام الآيات وأعزوها لسورها.
- 2- أبين من أخرج الحديث بلفظه الوارد في البحث. وأحيل على مصدر الحديث بذكر الكتاب والباب.
- 3- أوثق الأقوال من ألفاظها الأصلية والمعتمدة، فإن تعذر ذلك عزوت إلى الوساطة التي نقلت عنها، مع بيان من نقلت الوساطة عنه.
- 4- أبدأ باسم الكاتب ثم عنوان الكتاب ورقم الطبعة وتاريخها ودار النشر. وعندما أحوّل إلى نفس المرجع مرة أخرى أقصر على ذكر عنوان الكتاب ورقم الصفحة.

خطة البحث:

بعد جمع المادة العلمية من المصادر والمراجع المعتمدة، عملنا على وضع أبواب الدراسة وفصولها ومباحثها؛ هكذا انتظم البحث في مقدمة وباين يضم كل منهما فصلين ومبحثين.

عنونا الباب الأول بـ: "العمل التطوعي في المجال الصحي: التعريف والتأصيل الشرعي ونماذج تطبيقية". وخصصنا الفصل الأول منه للتعريف بالعمل التطوعي في المجال الصحي والتأصيل الشرعي لمهنة الطب. ويضم هذا الفصل مبحثين؛ انصب الاهتمام في أولهما على دراسة مفهوم العمل التطوعي في المجال الصحي وتأصيله، ودراسة مقاصده وبيان حكمه الشرعي، واستشهدنا بعدد من النصوص الدينية الأصيلة التي تحث على التطوع وتعتبره من أبواب البر والخير، كما بيّنا أهمية العمل التطوعي في المجال الصحي لحفظ الضروريات الخمس (النفس، الدين، النسل، العقل والمال)، وتحقيق مقاصد أخرى روحية وخلقية واجتماعية وأمنية واقتصادية. ثم عرضنا انطلاقاً من الأدلة الشرعية التكييف الشرعي للتطوع في المجال الصحي؛ حيث تبين أن إسهام الجميع في توفير الرعاية الصحية للمواطنين المعوزين وقاية وعلاجاً، يدخل في إطار الفروض الكفائية، ولا يسقط الإثم على الجميع، وعلى رأسهم الأطباء، حتى تتحقق الكفاية في التغطية الصحية لجميع شرائح المجتمع.

وقمنا في المبحث الثاني بدراسة مفاهيمية تأصيلية مقاصدية لمهنة الطب، مع الوقوف على منزلة الطبيب في المجتمع، والإشارة إلى منشأ الأخلاق الطبية وجهود الأطباء الأوائل للحفاظ عليها وأهمية الوازع الديني في التحلي بالأخلاق النبيلة والثبات عليها.

وفي الفصل الثاني، ونظراً لأهمية إبراز الجوانب المشرقة من التراث الإسلامي الذي يعتبر من الرأسمال اللامادي للأمة الإسلامية، خصصنا المبحث الأول لقراءة المبادرات التطوعية في المجال الصحي التي تجلت في عصر الحضارة الإسلامية، وتحليل أسباب نجاحها؛ حيث عرضت نماذج من الأوقاف الصحية في عصر الحضارة الإسلامية؛ إذ لا تغيب في أية مدينة كبيرة بيمارستانات، ومدارس طبية لتكوين الأطباء، وصيدليات لتركيب الأدوية، ومكتبات لنشر الكتب وتشجيع البحث العلمي، وأوقاف مهتمة بالوقاية من الأمراض وتحسين محددات الصحة: (النظافة بالوقف على الحمامات، وتوفير الماء الصالح للشرب بالوقف على السقايات، بالإضافة إلى عدد من الأوقاف التي اهتمت بالتغذية، والمحافظة على البيئة والرعاية النفسية للمرضى).

ونظراً لتعلق موضوع الدراسة بإسهامات الأطباء في العمل التطوعي، أفردنا مطلباً من هذا الفصل لإسهامات الأطباء المسلمين الأوائل في إنشاء الأوقاف الصحية ومبادراتهم التطوعية، سعياً إلى حسن تسييرها وتنظيمها.

وبما أن الإشكال الذي انطلقنا منه في دراستنا هو البحث عن سبل إحياء الحس التطوعي في عصرنا الحالي، فقد حاولنا تحديد أسباب إقبال المسلمين في عصر الحضارة الإسلامية على الوقف والمبادرات التطوعية. وأكدنا على الأثر الكبير الذي كان للعوامل العقديّة والإيمانية في توحيد القلوب والسعي نحو الإنشاء والتعمير. كما أشرنا إلى أن المحافظة على أموال الوقف وأمانة النظار جعلت الناس جميعاً يقبلون على وقف أموالهم وممتلكاتهم، وأن اعتناء الملوك والخلفاء بالطب ورجاله كان من بين العوامل التي شجعت الأطباء للتفاني في النهوض بالمجال الطبي، وخدمة المرضى والاجتهاد من أجل ضمان تدبير جيد للبيمارستانات.

• ولم يغب عنا، ونحن نرتب خطة هذا البحث، ما حققته عدد من الدول من تطور في مجال التطوع؛ ولهذا اخترنا أن نخصص المبحث الثاني الذي عنوانه بـ: "العمل التطوعي في المجال الصحي في عصرنا الحالي" لعرض تجربة أمريكا وبريطانيا نموذجين رائدين في مجال التطوع عند الغرب، وتجربة تركيا والكويت نموذجين للدول المسلمة. هكذا تناولنا تجربة كل واحدة من هذه الدول الأربع، من خلال أربع نقاط: (أ- نشأة التطوع ومراحل تطوره، ب- حجم التطوع في المجال الصحي. ج- نماذج لمؤسسات تطوعية مهتمة بالصحة. د- نماذج لأطباء متطوعين. هـ- تحليل أهم العوامل التي أدت إلى نجاح التطوع في المجال الصحي في تلك الدولة).

وأفردنا الباب الثاني، لدراسة الجانب التاريخي للعمل التطوعي الصحي بالمغرب. وعالجنا في المبحث الأول من الفصل الأول تطور النظام الصحي بالمغرب عبر التاريخ، فتتبعنا المراحل والمحطات التاريخية التي مرّ بها هذا النظام بغرض فهم أساس الظواهر الاجتماعية التي شهدتها المغرب عبر التاريخ وأثرها على تطوره وتقدمه. وميّزنا بين حقتين مهمتين وهما: فترة ما قبل الحماية، والفترة الممتدة من الحماية

إلى عصرنا الراهن. ونظرا لاهتمام البحث بإسهامات الأطباء على الخصوص، وقفنا عند نماذج أطباء مغاربة أسهموا في تطور المنظومة الصحية بالمغرب عبر التاريخ.

وتعرضنا في المبحث الثاني لإسهامات المنظمات الدولية والمجتمع المدني في المجال الصحي؛ لأن إشراك المنظمات الدولية والمجتمع المدني في النهوض بالمنظومة الصحية يعد من أهم المبادئ التي تم اعتمادها من طرف وزارة الصحة، منذ الاستقلال. وختمنا هذا المبحث بتشخيص الواقع الصحي ببلادنا: (الخريطة الوبائية الحالية بالمغرب، واقع ميزانية الصحة، توزيع المراكز الصحية والمؤسسات الاستشفائية، حالة التأمين الإجباري على المرض، عدد الأطر الصحية) بغرض إظهار ما حقته البرامج والمشاريع التي تقدمها كل من السلطات الحكومية والجمعيات الدولية والمجتمع المدني في المجال الصحي من تحسن في مؤشرات الصحة، وكذلك التعرف على أهم التحديات التي تواجه النهوض بمنظومتنا الصحية، مما سيدفع الجميع إلى البحث بجد من أجل إيجاد حلول ناجعة، تعتمد على ما تتميز به ثقافتنا ومعتقداتنا، مما يضمن فعاليتها وديمومتها.

ونظرا لأهمية تسليط الضوء على الجهود التطوعية التي يقوم بها الأطباء في بلدنا، من أجل تشجيع عدد أكبر من الأطباء للانخراط في هذه الأعمال التطوعية النبيلة، خصصنا الفصل الثاني من هذا الباب لتشخيص واقع العمل التطوعي الصحي بالمغرب، وتحديد آفاق استراتيجية للنهوض بهذا العمل في المستقبل. ويدخل هذا في إطار تفعيل التوصيات التي أكد عليها الحوار الوطني حول المجتمع المدني، والتي نصت على أهمية تشجيع البحث العلمي حول مواضيع المجتمع المدني، بتجميع المعلومات حول الأنشطة التي تقوم بها الجمعيات.

حاولنا في المبحث الأول من هذا الفصل تشخيص واقع العمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب، عبر استعمال عدة تقنيات للبحث:

أولها: تحليل نتائج الاستثمارات التي أعدت لهذا الغرض، والتي طبقت على خمسمائة وثمان وستين طبيباً وطبيبة متطوعين. وكان الهدف منها تحديد السمات المشتركة لديهم، وأهم المحفزات التي تشجعهم على العمل التطوعي، والمعوقات التي تحول دون انخراطهم فيه، ومعرفة توجهاتهم الكبرى حول كيفية النهوض بالعمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب وقاية وعلاجاً.

ثانيها: إجراء عدد من المقابلات مع عدد من الأطباء المهتمين بالتطوع في المجال الصحي، قصد إيجاد حلول ناجعة، تحدّ من أهم معوقات تطوع الأطباء، وتحفزهم للانخراط والإبداع في مجال التطوع.

ثالثها: عرض نماذج لجمعيات عاملة في المجال الصحي؛ حيث اخترنا ثمان جمعيات، تمثل كل واحدة منها صنفاً خاصاً من الجمعيات العاملة في المجال الصحي بالمغرب: الجمعية المغربية الطبية للتضامن AMMS نموذج للجمعيات الرائدة في الطب المتنقل، جمعية مبادرات الصحة ودعم التنمية ISAAD متخصصة في رعاية مرضى الكلى؛ وهي نموذج للجمعيات المتخصصة في مرض معين، جمعية أمانة:

(يوجد مقرها في ألمانيا وأعضاؤها مغاربة مهاجرون في ألمانيا)؛ وهي نموذج للجمعيات العاملة في مجال الصحة بالمغرب ومقرها بالخارج، جمعية الحياة للتنمية البشرية؛ وهي نموذج للجمعيات المهتمة بتأطير الشباب (بالخصوص طلبة الطب) والتكوين المستمر للأطباء، وجمعية مبادرات للتنمية القروية AIDER؛ وهي نموذج للجمعيات المهتمة بمحددات الصحة، والجمعية الوطنية لطلبة الطب المغرب IFMSA؛ وهي نموذج للجمعيات التي يتكون أعضاؤها مكتبها من طلبة الطب.

وجاء المبحث الثاني لتحديد الآفاق الاستراتيجية للنهوض بالعمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب، انطلاقاً من النتائج التي توصلنا إليها بعد تحليل الاستثمارات، واعتماداً على الملاحظات والاقتراحات التي أشار إليها الأطباء، الذين أجرينا معهم المقابلات. وأشرنا في هذا المبحث الأخير إلى عدة تدابير يجب اتخاذها من أجل الحد من معوقات العمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب، والتي ستمكن من توفير الموارد البشرية والمالية الكافية لإنجاح المزيد من المشاريع المخططة من طرف الجمعيات المدنية والمؤسسات الحكومية.

أما خاتمة البحث فخصصناها للخلاصات والنتائج التي توصلنا إليها بعد الانتهاء من بحث الموضوع، وضمناها أيضاً تدابير استراتيجية تجسد الآفاق التي يسعى البحث لتطبيقها في واقع المجتمع المغربي، لتحقيق الرعاية الصحية الكافية لجميع شرائح المجتمع.

الباب الأول:
العمل التطوعي في المجال الصحي:
التعريف والتأصيل الشرعي ونماذج تطبيقية

الفصل الأول:
التعريف والتأصيل الشرعي ونماذج تطبيقية

المبحث الأول: العمل التطوعي في المجال الصحي: دراسة مفاهيمية تأصيلية مقاصدية
المبحث الثاني: دراسة مفاهيمية تأصيلية مقاصدية لمهنة الطب

الفصل الثاني:
نماذج تطبيقية للعمل التطوعي في المجال الصحي

المبحث الأول: العمل التطوعي في المجال الصحي في العصور الإسلامية الأولى (نموذج الوقف)
المبحث الثاني: نماذج للعمل التطوعي في المجال الصحي في الوقت الحاضر

الفصل الأول: التعريف والتأصيل الشرعي ونماذج تطبيقية

المبحث الأول: العمل التطوعي في المجال الصحي: دراسة مفاهيمية
تأصيلية مقاصدية

المبحث الثاني: دراسة مفاهيمية تأصيلية مقاصدية لمهنة الطب

المبحث الأول: العمل التطوعي في المجال الصحي: دراسة مفاهيمية تأصيلية مقاصدية المطلب الأول: مفهوم العمل التطوعي في المجال الصحي: الفرع الأول: العمل التطوعي لغة واصطلاحاً:

(1) العمل التطوعي لغة: لفظ مركب من كلمتين: "العمل" و"التطوع".

- فيما يخص كلمة "عمل" فإن الباحث عن أصولها في اللغة يجدها دائرةً على توظيف وسائل الفكر والجهد والقول، فقد جاء في "لسان العرب": "أَعْمَلَ فلان ذَهْنَهُ في كذا وكذا إذا دَبَّرَهُ بفهمه وأَعْمَلَ رَأْيَهُ وآلَتَهُ وَلِسَانَهُ"¹.

فالعمل بحسب هذا التأصيل يكتسي طابع التوجيه والتنظيم والتخطيط، وينأى به صاحبه عن التلقائية والعشوائية. ومما يؤكد ذلك ما أشار إليه أرباب اللغة كالراغب الأصفهاني في (المفردات)، وأبو هلال العسكري في (الفروق) عند تمييزهم بين العمل والفعل من أن العمل ذو بعد قصدي وإرادي، حيث جاء أن "الفعل لفظ عام يقال لما كان بإجادة وبدونها، ولما كان بعلم أو غير علم، وقصد أو غير قصد، وأما العمل فإنه لا يقال إلا لما كان بقصد وعلم"².

- وأما كلمة التطوع: فهي في اللغة مشتقة من طاع له يَطُوعُ وَيَطَاعُ أي: انقاد؛ ... وهو طَوْعٌ يَدِيكَ أي مُقَادٌّ لك، وفرس طَوْعُ العنان: سلس، والمطواع: المطيع...، ومنه الطوعية: أي الطاعة كما في قوله تعالى: ﴿بَطَّوْعَتْ لَهُ نَفْسُهُ﴾³، أي تَابَعَتْهُ وَطَاوَعَتْهُ، أو شَجَعَتْهُ وَأَعَانَتْهُ وَأَجَابَتْهُ إِلَيْهِ⁴.

وشرعاً: يقصد بالتطوع ما تبرعت به من ذات نفسك فيما لا يلزمك فرضه، فكل متفعل خير: متطوع، مثل قوله تعالى: ﴿وَمَنْ تَطَوَّعَ خَيْرًا﴾⁵، وصلاة التطوع: النافلة.

(2) العمل التطوعي في الاصطلاح:

فاستثماراً للمعاني اللغوية التي مهدنا بها آنفاً، وأخذاً من المعنى اللغوي الرئيس للتطوع بما هو عمل إرادي موجه، عرف العمل التطوعي تعريفات كثيرة، أهمها وأدقها أنه: "مبادرة إنسانية اجتماعية، نابعة من إحساس بالمسؤولية وإرادة حرة قصدية وموجهة، تترجم من خلال تقديم استجابة فردية، أو جهد جماعي منظم يقع ضمن نطاق الإمكانية ويقدم بشكل مساعدات سواء بدنية أم فكرية، مادية أم معنوية، وذلك عن طريق تقديم ومشاركة خبرات ومهارات ضمن فريق أو مؤسسة أو منظمة مستقلة المبادئ

¹ - ابن منظور (711/630هـ)، لسان العرب، دار صادر، ط. 3، 1414هـ-1994م، ج. 11، مادة: عمل، ص. 400.

² - الراغب الأصفهاني، المفردات في غريب القرآن، تج. صفوان عدنان الداودي، ط. 1، (دمشق، بيروت: دار القلم، الدار الشامية - دمشق بيروت، 1412هـ)، ص. 640 وأبو هلال العسكري، الفروق اللغوية، تج. الشيخ بيت الله بيّات، ط. 1، (قم: مؤسسة النشر الإسلامي التابعة لجماعة المدرسين بـ «قم»، 1412هـ)، ص. 322.

³ - سورة المائدة، الآية 30.

⁴ - الفيروزآبادي، القاموس المحيط، تج. مكتب التراث في مؤسسة الرسالة بإشراف محمد نعيم العرقسوسي، ط. 6، (بيروت: مؤسسة الرسالة، 1419هـ/1998م) ج. 1، ص. 744-745.

⁵ - سورة البقرة، الآية 158.

والأهداف، على نطاق محلي أو دولي أو عالمي، دون توخي مردود وعائد مادي، بهدف تطوير المجتمعات الإنسانية والتخفيف من أزماتها والنهوض بإمكانياتها¹.

الفرع الثاني: مفهوم "المجال الصحي": لفظ مركب من كلمتين:

الأولى: المجال، ويراد به النطاق أو الميدان؛

والثانية: الصحي، المشتقة في اللغة من الجذر (صاد، حاء)؛ وهو أصل يدل على البراءة من المرض والعيب، كما يدل على الاستواء، ومن ذلك الصحة: ذهاب السُّقْم²، ويقال: صحَّ فلان من علته واستصح³، والأصل أن تطلق على صحة البدن وسلامته الطبيعية من العلل والأمراض.

وقد عرف مفهوم الصحة تطوراً نوعياً، حيث انتقل من معناه الطبي الضيق الذي هو السلامة من المرض والعجز إلى معنى ذي بعد اجتماعي وثقافي، وهو ما اعتمدته منظمة الصحة العالمية حيث أعطت تعريفاً أكثر شمولية لمفهوم الصحة: "الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"⁴.

وأما المجال الصحي فيشمل الإنسان والعمران:

1/ الإنسان: أو ما يطلق عليه الموارد البشرية الساهرة على الرعاية الصحية وإنجاحها، وهي مكونة من فريق من العاملين في المجال الصحي بتخصصات متنوعة يرأسها الطبيب الذي تشترط فيه جملة من الشروط والمؤهلات ومساعدوه من ممرضين وفنيين وأخصائيين اجتماعيين... يتم تأهيلهم أكاديمياً ومهنياً وفنياً لأداء مهنة تختص بالمجال الطبي.

2/ العمران: ويقصد به المؤسسات الصحية: وتشمل كل التنظيمات التي تقدم أي خدمة صحية سواء عن طريق المؤسسات والوحدات الرسمية، أو عن طريق الجمعيات والمنظمات المساندة لقطاع الصحة في جميع العمليات الإجرائية للصحة العامة، وهي مؤسسات تتخذ أقساماً متنوعة جداً منها: المؤسسة الصحية الوقائية، وتضم التنقيف الصحي والصحة المدرسية ومراكز الأمومة والطفولة... والمؤسسة الصحية العلاجية: وتتمثل في المستوصفات والمراكز الصحية والمستشفيات الجهوية والمستشفيات الجامعية والتخصصية ومديريات الصحة، والمؤسسات الصحية التكميلية، والمؤسسة الصحية التعليمية من كليات الطب والصيدلة، ومعاهد ومدارس التمريض والمهن الطبية المساعدة وغيرها.

¹ - ياسمين أبو فخر، سلسلة مفاهيم العمل التطوعي - ثقافة العمل التطوعي الإنساني في سوريا، مجلة دلتا نون، العدد 3، ربيع 2015م، ص. 35.

² - أحمد ابن فارس بن زكريا أبو أبو الحسين، مقاييس اللغة، تح. عبد السلام محمد هارون، (بيروت: دار الفكر، 1399هـ/1979م)، ج. 3، ص. 281.

³ - الجوهري، الصحاح في اللغة، تح. أحمد عبد الغفور عطار، ط. 4، (بيروت: دار الملايين، 1407هـ-1987م)، ج. 1، ص. 380.

⁴ - ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية لسنة 1948. ص. 1، نسخة إلكترونية: <http://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-ar.pdf>

ومن ثم فإن المقصود بالعمل التطوعي في المجال الصحي الذي يضم هذه الميادين والأقسام هو: "الجهد الذي يبذله أفراد المجتمع في مجال الرعاية الصحية؛ وقاية وعلاجاً على شكل فردي أو داخل جمعيات أو مؤسسات خيرية، دون توقع لمردود مالي مقابل عملهم".

وبالنظر إلى ما يعانيه المغرب من خصائص في المجال الصحي سواء في الموارد البشرية أو المؤسسات الصحية، فإننا نحتاج إلى تطوير الأعمال التطوعية في هذا المجال، في انتظار تحقيق الكفاية الكمية والنوعية في الإنسان والعمران. ولذلك كان غرض هذا البحث أن يسهم في ترسيخ الوعي بأهمية العمل التطوعي في المجال الصحي من خلال التأصيل له شرعاً، رغبة في توفير قوة معنوية وطاقات روحية تدفع بالفرد للقيام بها طائعا مختاراً.

المطلب الثاني: التأصيل الشرعي للعمل التطوعي في المجال الصحي

يراد بالدراسة التأصيلية التي يروم هذا البحث الكشف عنها تأصيل العمل التطوعي ببيان أدلته التي تحت على إثباته، وتحض على سلوك سبيله، بما يضيف المشروعية عليه ويهيئ المتلقي لقبوله، والإذعان لتوجيهه، وذلك من خلال النصوص الصريحة من القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة وتطبيقاتها العملية في سلوك الرعيل الأول من الصحابة الكرام رضوان الله عليهم.

الفرع الأول: تأصيل العمل التطوعي من القرآن الكريم

إن الناظر في القرآن الكريم نظر تأمل وتدبر ليقف على إشارات واضحة ترغب المسلم في التطوع، وتبشره بالخير إن هو أقبل على أعمال الخير ووجوه البر وأكثر من الطاعات والقربات. والمتأمل في مواطن ورود لفظ (التطوع) في القرآن الكريم يجد أن له ثلاثة موارد: الأول والثاني بصيغة الفعل، والثالث بصيغة الاسم.

ففي المورد الأول: وهو قوله تعالى في سورة البقرة: ﴿إِنَّ الصَّبَا وَالْمَرْوَةَ مِن شَعَائِرِ اللَّهِ فَمَنْ حَجَّ أَلْبَيْتَ أَوْ إِغْتَمَرَ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْهِ أَنْ يَطَّوَّفَ بِهِمَا وَمَن تَطَوَّعَ خَيْرًا فَإِنَّ اللَّهَ شَاكِرٌ عَلِيمٌ¹﴾. لم يرد لفظ التطوع مقتصرًا على امتداح أداء مناسك الحج والعمرة والندب إليها، بل ورد عاما فيما من شأنه أن يحقق الخير لصاحبه، وذلك في جميع الأعمال التي يتقرب بها إلى الله.

وقد نقل البغوي (ت516هـ) في تفسير التطوع في الآية عن الحسن وغيره أنه قال: "أراد سائر الأعمال، يعني: فعل غير المفترض عليه من زكاة وصلاة وطواف وغيرها من أنواع الطاعات. وقوله تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ﴾؛ أي: مجاز لعبده بعمله، ﴿عَلِيمٌ﴾ بنيةته، والشكر من الله تعالى أن يعطي لعبده فوق ما يستحق، يشكر اليسير، ويعطي الكثير"².

¹ - سورة البقرة، الآية 158.

² - البغوي، معالم التنزيل، ط. 5، (بيروت: دار الزهراء ودار المعرفة، سنة 1423هـ/2002م)، ج. 1، ص. 133.

ويستفاد من هذا المعنى أن فعل التطوع يزيد العبد تعلقاً بالله والتماساً لمحبتة وفضله، فيكون لذلك أثر عظيم في نفسه، وحلاوة يجدها في قلبه، ونعم من الله تنترى وعطاء بلا حساب، قال الشيخ الشعراوي (ت1418هـ/1998م) في بيان هذا المعنى: «وَمَنْ تَطَوَّعَ خَيْرًا فَلِإِنَّ اللَّهَ شَاكِرٌ عَلِيمٌ». وهذا القول يقتضي أن نفهم أن الشاكر أصابته نعمة من المشكور... إن المؤمن عندما يؤدي ما افترضه الله عليه فهو يؤدي الفرض، لكن عندما يزيد بالتطوع حباً في النسك ذاته فهذه زيادة يشكره الله عليها، إذن فالشكر من الله عز وجل يفيد أن نعمة ستجيء، والحق سبحانه وتعالى حين يفترض على عبد هكذا من الفروض يلتزم العبد بذلك، فإذا زاد العبد من جنس ما افترضه الله عليه، فقد دل ذلك على حبه وعشقه للتكليف من الله، وإذا ما أحب وعشق التكليف من الله بدون أن يطلبه الله منه ويلزمه به بل حبه إليه، فهو يستحق أن يشكره الله عليه، وشكر الله للعبد هو عطاء بلا نهاية¹.

وفي المورد الثاني، وهو قوله تعالى: «أَيَّامًا مَّعْدُودَاتٍ بَمَنْ كَانَ مِنْكُمْ مَّرِيضًا أَوْ عَلَى سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِّنْ أَيَّامٍ أُخَرَ وَعَلَى الَّذِينَ يُطِيفُونَهُ إِذْ يَأْتِيهِمْ مِّنْ ذِي طَعَامٍ مَّسْكِينٍ بَمَنْ تَطَوَّعَ خَيْرًا فَهُوَ خَيْرٌ لَهُ وَأَن تَصُومُوا خَيْرٌ لَّكُمْ إِن كُنْتُمْ تَعْلَمُونَ»²؛ دلالة على أن في التطوع تحقيقاً للخير لصاحبه، وقد ساق الطبري (ت310هـ) أقوال أهل التأويل في تفسير هذه الآية ثم انتهى إلى ترجيح ما يدل عليه عموم التطوع، قال: "والصواب من القول في ذلك عندنا أن الله تعالى ذكره عمم بقوله: «بَمَنْ تَطَوَّعَ خَيْرًا»، فلم يخصص بعض معاني الخير، وزيادة مسكين على جزاء الفدية من تطوع الخير. وجائز أن يكون الله تعالى ذكره عني بقوله: «بَمَنْ تَطَوَّعَ خَيْرًا»؛ أي: هذه المعاني تطوع به المفتدي من صومه فهو خير له؛ لأن كل ذلك من تطوع الخير ونوافل الفضل³.

أما المورد الثالث فقد جاء فيه التطوع بصيغة الاسم مسنداً إلى جمع المذكر السالم (المطوِّعين)، وذلك في قوله تعالى: «الَّذِينَ يَلْمِزُونَ الْمُطَّوِّعِينَ مِنَ الْمُؤْمِنِينَ فِي الصَّدَقَاتِ وَالَّذِينَ لَا يَجِدُونَ إِلَّا جُهْدَهُمْ فَيَسْخَرُونَ مِنْهُمْ سَخِرَ اللَّهُ مِنْهُمْ وَلَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ»⁴، وفيه إعلاء من شأن المقبلين على إعطاء الصدقات، والتقليل والازدراء والسخرية ممن يطعن فيهم وينقص من شأنهم. قال الطبري: "كأن المعنى: إن الذين يلمزون المطوِّعين في الصدقة على أهل المسكنة والحاجة بما لم يوجب الله عليهم في أموالهم، ويطعنون فيها عليهم بقولهم: إنما تصدقوا به رياء وسُمعة، ولم يريدوا وجه الله، ويلمزون الذين لا يجدون ما يتصدقون به إلاَّ

¹ - محمد متولي الشعراوي، تفسير الشعراوي (خواطري حول القرآن)، مطابع دار أخبار اليوم، 1991م، ج. 1، ص. 399.

² - سورة البقرة، الآية 184.

³ - محمد بن جرير أبو جعفر الطبري (ت310هـ)، جامع البيان عن تأويل آي القرآن، تح. عبد الله بن عبد المحسن التركي بالتعاون مع مركز البحوث والدراسات العربية والإسلامية، دار هجر للطباعة والنشر والتوزيع والاعلان، ج. 3، ص. 186.

⁴ - سورة التوبة، الآية 79.

جهدهم، وذلك طاقتهم، فينقصونهم، ويقولون: لقد كان الله عن صدقة هؤلاء غنياً؛ سخرية منهم وبهم، فيسخرّون منهم سخر الله منهم¹.

وقد وردت الإشارة إلى التطوع بغير هذا اللفظ في مواطن كثيرة في القرآن الكريم مما يدل على استحباب التطوع لما فيه تحقيق المنفعة للناس، منها: الإشارة إلى فضل كفالة الأيتام ورعاية المحتاجين والإحسان لابن السبيل كما في قوله تعالى: ﴿وَأَتَى الْمَالَ عَلَى حُبِّهِ ذَوِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ وَالْمَسْكِينِ وَابْنَ السَّبِيلِ وَالسَّائِلِينَ وَفِي الرِّقَابِ﴾². ومنها الثناء على المحسنين في الدنيا المتقربين إليه بالأعمال الصالحة، كما في قوله تعالى: ﴿لِلَّذِينَ أَحْسَنُوا فِي هَذِهِ الدُّنْيَا حَسَنَةٌ وَأَرْضُ اللَّهِ وَاسِعَةٌ إِنَّمَا يُوَفَّى الصَّالِحِينَ أَجْرَهُمْ بِغَيْرِ حِسَابٍ﴾³؛ وقوله تعالى: ﴿وَمَنْ يَعْمَلْ مِنَ الصَّالِحَاتِ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَا يَخَافُ ظُلْمًا وَلَا هَضْمًا﴾⁴، وغيرها من الآيات.

وتدل هذه الآيات بمجموعها على فضيلة العمل التطوعي وعلو شأنه ورفعة صاحبه والقائم به، وفي هذا توجيه إلى الانخراط فيه لنيل ما فيه من الأجر والثواب والرضى والرشاد.

الفرع الثاني: تأصيل العمل التطوعي في السنة النبوية

إذا كان القرآن الكريم قد قدم لنا إشارات واضحة تحت على فضيلة العمل التطوعي، فإن السنة النبوية الشريفة بما هي بيان عملي للقرآن قدمت لنا نماذج راشدة وتوجيهات مستنيرة تحث على التطوع في جملة من الحالات والصور والمجالات التي تتصل بحياة الإنسان، وقد زكّتها الترجمة الفعلية لسلوك الصحابة رضوان الله عليهم من خلال ما قاموا به من أعمال تطوعية.

وسأقتصر فيما يأتي على إيراد بعض النماذج التطوعية التي تتصل بموضوعنا الذي هو العمل التطوعي في المجال الصحي، منها:

ما ورد في الحديث من ندب لمساعدة المسلم لأخيه المسلم وتفريج كربه، قال رسول الله ﷺ: «مَنْ نَفَسَ عَنْ مُؤْمِنٍ كُرْبَةً مِنْ كُرْبِ الدُّنْيَا، نَفَسَ اللَّهُ عَنْهُ كُرْبَةً مِنْ كُرْبِ يَوْمِ الْقِيَامَةِ، وَمَنْ يَسِّرْ عَلَى مُعْسِرٍ، يَسِّرَ اللَّهُ عَلَيْهِ فِي الدُّنْيَا وَالْآخِرَةِ، وَمَنْ سَتَرَ مُسْلِمًا، سَتَرَهُ اللَّهُ فِي الدُّنْيَا وَالْآخِرَةِ، وَاللَّهُ فِي عَوْنِ الْعَبْدِ مَا كَانَ الْعَبْدُ فِي عَوْنِ أَخِيهِ...»⁵. ويدخل في الحديث إزالة كل ما من شأنه أن يلحق الكرب بالعباد

¹ - جامع البيان عن تأويل آي القرآن، ج. 11، ص. 588.

² - سورة البقرة، الآية 116.

³ - سورة الزمر، الآية 10.

⁴ - سورة طه، الآية 112.

⁵ - أخرجه مسلم في صحيحه، باب فضل الاجتماع على تلاوة القرآن وعلى الذكر، تح. محمد فؤاد عبد الباقي، دار إحياء التراث العربي، بيروت لبنان. ج. 4، ص. 2074، رقم الحديث: 2699.

والتخفيف من حداثها، ومن ذلك ما يتعلق بالمجال الصحي بتفريج كرب المرضى وإعانتهم على التطبيب وشراء الدواء، والعناية بالمسنين والعجزة، ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة وغيرهم.

وما روي عن أبي الدرداء رضي الله عنه، قال: سمعت رسول الله ﷺ يقول: «أَبْغُونِي فِي ضُعْفَائِكُمْ، فَإِنَّكُمْ إِنَّمَا تُرْزَقُونَ وَتُنْصَرُونَ بِضُعْفَائِكُمْ»¹ ذكر هذا الحديث في "تحفة الأحوذى" في باب ما جاء في الاستفتاح بصعاليك المسلمين: "والصعاليك جمع صعلوك والصلووك كعصفور الفقير، وتصعلك افتقر، والمراد من الاستفتاح بهم الاستتصار بهم، وقال المناوي في شرح الجامع الصغير: قوله يستتصر بصعاليك المسلمين أي يطلبوا النصر بدعاء فقرائهم تيمنا بهم، ولأنهم لانكسار خواطرهم، دعاؤهم أقرب إجابة"².

ومعنى «أَبْغُونِي» بهزمة الوصل من بغيتك الشيء طلبته لك أو بهمة قطع من أبغيته الشيء طلبته له أو أعنته على طلبه أو جعلته طالبا له³، أي اطلبوا رضاي في ضُعْفَائِكُمْ، وتقربوا إليَّ بالتقرب إليهم وتفقد حالهم وحفظ حقوقهم والإحسان إليهم قولا وفعلًا واستنصارا بهم. ومعنى إِنَّمَا تتصرون وترزقون بضعفاكم: أي إِنَّمَا تُمَكِّنُونَ من الانتفاع بما أخرجنا لكم وتعاونون على عدوكم ويدفع عنكم البلاء والأذى بسبب وجود ضعفاكم بين أظهركم، أو بسبب رعايتكم لهم أو ببركة دعائهم.

والاستفهام في الحديث للتقرير، أي ليس النصر وإدراك الرزق إلا ببركتهم، فأبرزه في صورة الاستفهام ليدل على مزيد التقرير ولعل في الحديث الصحيح الذي أخرجه النسائي في سننه «إِنَّمَا يَنْصُرُ اللَّهُ هَذِهِ الْأُمَّةَ بِضَعْفِهَا بِدَعْوَتِهِمْ وَصَلَاتِهِمْ وَإِخْلَاصِهِمْ»⁴، ما يفسر السبب الكامن وراء اعتبار الضعفاء سببا في تحقق النصر، فهم أشد إخلاصًا في الدّعاء وأكثر خشوعًا في العبادة لخلاء قلوبهم عن التعلّق بزخرف الدّنيا كما قال ابن بطال في تأويل الحديث.. الاهتمام بضعفاء المسلمين والعناية بهم وتقديم كل ما يحتاجونه من دواء وغذاء وكساء ومأوى في استئزال نصر الله تعالى⁵.

والمقصود بالضعفاء: مَنْ يكون ضعفه في حاله (الفقر وقلة ذات اليد)، أو في بدنه أو نفسه (المرض الجسماني أو المرض الذهني والنفسي)؛ فالمرضى هم أضعف أفراد المجتمع -ولو كان المريض غنياً فإنه

¹ - أخرجه الترمذي، باب ما جاء في الاستفتاح بصعاليك المسلمين (4/206)، وأخرجه الحاكم في المستدرک على الصحيحين 145/2، کتاب قسم الفیء، حدیث صحیح الإسناد.

² - محمد عبد الرحمن بن عبد الرحيم المباركفوري، تحفة الأحوذى بشرح جامع الترمذي، دار الفكر، ط. 3، 1399هـ-1979م، المجلد الخامس، ص. 357.

³ - جلال الدين السيوطي، حاشية الإمام السندي، سنن النسائي، المطبعة المصرية بالأزهر، ج. 5، ص. 46.

⁴ - سنن النسائي بشرح الحافظ جلال الدين السيوطي، حاشية الامام السندي، کتاب الجهاد، باب الاستتصار بالضعيف، ج. 5، المطبعة المصرية بالأزهر، ص. 47.

⁵ - أحمد عبد المجيد مكي، النُصرة بالضعفاء سهم لا يُنسى ووعده لا يخيب، صيد الفوائد، www.saaaid.net.

يضعف أمام المرض وشدته-، والعناية بهم هي من أسباب النصر ودفع البلاء مصداقاً لقول النبي ﷺ: «صَنَائِعُ الْمَعْرُوفِ تَقِي مَصَارِعَ السُّوءِ»¹.

وعن رسول الله ﷺ من طرق كثيرة في غاية الصحة، أنه قال: «مَنْ لَا يَرْحَمِ النَّاسَ، لَا يَرْحَمُهُ اللَّهُ»².

وعن عبد الله بن عمر أن رسول الله ﷺ قال: «الْمُسْلِمُ أَخُو الْمُسْلِمِ لَا يَظْلِمُهُ وَلَا يُسْلِمُهُ»³، وذكر العسقلاني عند تفسير: "لَا يُسْلِمُهُ" يقال: أسلم فلان فلاناً إذا ألقاه إلى الهلكة ولم يحمه من عدوه، وهو عام في كل من أسلم لغيره، لكن غلب في الإلقاء إلى الهلكة⁴. ومن تمّ فمن ترك المسلم يجوع ويعرى ويعاني من المرض وهو قادر على إطعامه وكسوته وتوفير علاج مرضه، فقد أسلمه وألقاه إلى الهلاك.

ومن ذلك أيضاً: ما روي عن الربيع بنت معوذ قالت: "ثم كنا نغزو مع النبي ﷺ نسقي ونداوي الجرحى، ونرد القتلى إلى المدينة"⁵. وقد تضمن هذا الحديث إشارة مهمة تتعلق بمشاركة المرأة في مجال العمل التطوعي من خلال قيامها بمهام طبية، تتمثل في إسعاف جرحى المسلمين ومداواة جروحهم. ومعلوم أن المشاركة في الحروب والغزوات في حقها ليس واجباً، ومن ثم فإن انخراطها إنما كان من باب التطوع المندوب إليه. ففي الحديث إشارة واضحة إلى تأصيل العمل التطوعي في المجال الصحي من خلال مداواة الجرحى وحمل الموتى والعناية بجثامينهم إكراماً لها.

والسنة النبوية مليئة بمثل هذه النماذج المشرقة، وإنما قصدنا التأصيل من خلال التمثيل بقدر ما يدل على المراد.

الفرع الثالث: تأصيل العمل التطوعي من الإجماع

إجماع الصحابة رضوان الله تعالى عنهم ومن بعدهم فقهاء المسلمين وأئمتهم ثابت حول مشروعية التطوع بالأعمال الخيرية من صدقات ووقف وإغاثة الملهوفين والمنكوبين، لغاياته النبيلة التي تكفل الرعاية الاجتماعية والاقتصادية وتحقق مقاصد من الخير تجعل من هذا التشريع من أعظم القربات نفعا وأكثرها ثواباً.

¹ - أخرجه الطبراني في المعجم الكبير (261/8) من طريق حفص بن سليمان عن يزيد بن عبد الرحمن عن أبيه عن أبي أمامة، حديث رقم: 8014، حققه وخرج أحاديثه عبد المجيد السلفي، ط. 2، مزيدة ومنقحة، دار إحياء التراث العربي 1422هـ-2002م.
² - أخرجه البخاري في (كتاب الأدب، باب رحمة الناس والبهائم، حديث رقم: 6013، 94/4) وفي (كتاب التوحيد، باب قول الله تبارك وتعالى (قل ادعوا الله أو ادعوا الرحمن أيّاً ما تدعوا فله الأسماء الحسنی)، حديث رقم، 7376، 379/4)، ومسلم في (كتاب الفضائل، باب رحمته ﷺ الصبيان والعيال، وتواضعه، وفضل ذلك، حديث رقم: 2319، 1809/4).

³ - أخرجه البخاري في صحيحه، كتاب المظالم، باب: لا يظلم المسلم المسلم ولا يسلمه، حديث رقم 2442.

⁴ - أحمد بن علي بن حجر العسقلاني، فتح الباري بشرح صحيح البخاري، دار الريان التراث - القاهرة، ط. 1، 1407هـ/1986م، ص. 217.

⁵ - أخرجه البخاري في صحيحه، باب: مداواة النساء الجرحى في الغزو، تح. مصطفى ديب البغا، ط. 3 (بيروت: دار ابن كثير، 1407هـ/1987م) ج. 3، ص. 1056، الحديث رقم 2726.

المطلب الثالث: مقاصد للعمل التطوعي في المجال الصحي

إذا كانت الشريعة الإسلامية قد وضعت رعاية لمصالح العباد في العاجل والآجل ومبناها وأساسها هو مصلحة العباد في المعاش والمعاد¹، فإن مجالات حفظ مصالحها متنوعة بتنوع وجوه الخير التي رغب فيها الشارع الحكيم، ومن جملتها باب العمل التطوعي في المجال الصحي القائم على حفظ الأبدان والوقاية من الأمراض وعلاج المرضى والفقراء والمعوذين؛ فهو من سبل حفظ كليات الشريعة الإسلامية الخمسة، كما أنه وسيلة لتحقيق مصالح ذاتية تعود بالنفع على القائم بالعمل التطوعي.

الفرع الأول: حفظ العمل التطوعي في المجال الصحي للضروريات الخمس

إن غاية الطب تتلاقى مع مآلات الشريعة ومقاصدها الكلية الجلية في تحقيق مصلحة الإنسان في حفظ الضروريات الخمس: الدين والنفس والعقل والعرض والمال. والعمل التطوعي يسهم في حفظ هذه الضروريات من جانب الوجود والعدم، بيان ذلك كالآتي:

حفظ النفس: وهذا هو المقصد الأساس للرعاية الصحية، لأنها تسعى إلى المحافظة على جودة عالية للحياة بالحفاظ على الوظائف الجسدية. وإسهامات العمل التطوعي في حفظ النفس وجودا واستمرارا يكون من خلال تقديم العلاجات والأدوية المجانية لتخفيف حدة الوفيات المتفشية، وتقريب الطبيب إلى المناطق النائية، وكفالة الأطباء والمرضى العاملين في إغاثة المحتاجين وتنمية قدراتهم الفنية، تقديم الصدقات وتوفير المؤونات الغذائية والألبسة والأفرشة وغيرها عند اشتداد الأزمات والكوارث الطبيعية والبشرية، ورعاية المرضى المسنين والمعاقين واللقطاء والمشردين، ودعم الجانب الصحي من خلال التأسيس والتحبيس على المؤسسات الصحية وتجهيزها...، وكل هذه الأعمال تدخل في إطار المحافظة على النفس من الهلاك بسبب الأمراض وبالتالي إحيائها. ولقد أنزل الله درجة من يتسبب في حفظ النفس البشرية منزلة من يحيي كافة البشر فقد قال تعالى: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾²، "أي ومن كان سبباً لحياة نفس واحدة؛ بإنقاذها من موت كانت مشرفة عليه فكأنما أحيا الناس جميعاً، لأن الباعث له على إنقاذ الواحدة - وهو الرحمة والشفقة ومعرفة قيمة الحياة الانسانية واحترامها، والوقوف عند حدود الشريعة في حقوقها - تدخل فيه جميع حقوق الناس عليه، فهو دليل على أنه إذا استطاع أن ينقذهم كلهم من هلكة يراهم مشرفين على الوقوع فيها لا يني في ذلك ولا يدخر وسعاً، ومن كان كذلك لا يقصر في حق من حقوق البشر عليه"³. وذكر الطبري في تفسير ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا﴾ أي: "من أنجأها من غرق أو حرق أو هلكة"⁴.

¹ - قال ابن القيم رحمه الله: "إن الشريعة عدل كلها، ورحمة كلها، وحكمة كلها، ومصالح كلها، وأي مسألة خرجت من العدل إلى الجور، ومن الرحمة إلى ضدها، ومن الحكمة إلى العبث، ومن المصلحة إلى المفسدة، فليست من الشريعة في شيء، وإن أدخلت فيها بالتأويل" ابن القيم إعلام الموقعين، تح. محمد عبد السلام إبراهيم، ط. 1، (بيروت: دار الكتب العلمية، 1411هـ - 1991م) ج. 3، ص. 5.

² - سورة المائدة، الآية 32.

³ - محمد رشيد رضا، (ت1354هـ/1935م)، تفسير القرآن الكريم المشهور بتفسير المنار، دار المعرفة، سنة النشر 1414هـ/1993م، ج. 6، ص. 349.

⁴ - جامع البيان في تأويل القرآن، ج. 8، ص. 355.

والعناية بالصحة الفردية والجماعية داخله في هذا الباب الذي يتسع ليشمل كل إسهام في نجاة النفس البشرية من الأمراض التي تهلكها وتضعفها.

وقد شرع التداعي لما فيه من حفظ النفس، بل جعل واجباً إذا كان المرض يفضي إلى تلف النفس، أو أحد أعضائها، أو كان المرض معدياً، قال ﷺ: «تَدَاوُوا فَإِنَّ اللَّهَ عَزَّ وَجَلَّ لَمْ يَضَعْ دَاءً إِلَّا وَضَعَ لَهُ دَوَاءً غَيْرَ دَاءٍ وَاحِدٍ الْهَرَمُ»¹. وكما شرع التداعي من المرض، شرعت الوقاية وتحصين المجتمع من الأمراض الوراثية والمعدية، وكل هذه المقاصد الصحية تتحقق عبر العمل التطوعي في المجال الصحي؛

➤ **حفظ الدين:** وهذا المقصد يخص الصحة الجسدية والعقلية؛ فحفظ الدين يتضمن حفظ العبادات، ومن ثم فإن تشجيع التطوع في مجال العلاج الطبي يسهم مباشرة في حفظ العبادات عن طريق الحفاظ على الصحة الجيدة، بما يعطي العابد الطاقة الجسدية والعقلية اللازمة للقيام بمسؤوليات العبادات؛

➤ **حفظ النسل:** يسهم التطوع في المجال الصحي في حفظ النسل عبر العناية الجيدة والرعاية الكاملة للطفولة والأمومة وكذا العناية بالمرأة الحامل؛

➤ **حفظ العقل:** يتجلى مقصد حفظ العقل بحمايته من عرضه على ما يذهبه مثل الخمر والمخدرات والمسكرات وقد توصل الطب الحديث إلى المخاطر العظيمة الناتجة عن إدمان شرب الخمر والمخدرات على أجهزة الجسم المختلفة².

ويكون دور التطوع في المجال الصحي في توعية الناشئة منذ الصغر بأخطار الإدمان على هذه الخبائث، وتوفير العلاج للمدمنين عليها. كما يتغيى التطوع في المجال الصحي حفظ العقل عن طريق علاج الأمراض الجسدية، حيث إن علاج الجسد من آلامه يزيح الضغط العصبي الذي يؤثر على الحالة العقلية.

➤ **حفظ المال:** يسهم العمل التطوعي في المجال الصحي في حفظ المال، حيث إن أموال أي مجتمع تعتمد على الأنشطة المنتجة التي يقوم بها المواطنون الأصحاء، وبالتالي فإن المحافظة على صحة الأجيال وعلاج أي مرض يضمن الحفاظ على الأموال، ذلك أن المجتمعات ذات الصحة العامة المتدنية تكون أقل إنتاجاً من المجتمعات ذات الصحة العامة الجيدة.

كما أن الاهتمام بالأعمال التطوعية التي تسعى لتوعية جميع فئات المجتمع بسبل الوقاية من الأمراض من شأنها أن تبعد النفس عن كل ما يعرضها للتهلكة، كما أن فيها حفظاً للمال؛ لأن المرض يسبب خسارة مادية لما ينفق في التشخيص والتمريض والعلاج، بالإضافة إلى نقص الدخل الناتج عن تغيب المريض عن العمل، أما الوقاية فهي تتطلب مصاريف أقل بكثير من العلاج، فهي في أغلب الأحيان على شكل وصايا صحية سهلة التطبيق.

¹ - أخرجه أبو داود في السنن، باب في الرجل يتداوى.

² - محمد صالح سلطان، الوقف الصحي رؤية مقاصدية تطبيقية، منتدى فقه الاقتصاد الاسلامي 2017م، ص. 7-8.

الفرع الثاني: مقاصد خاصة بالقائم بالعمل التطوعي

يحقق العمل التطوعي مقاصد أخرى للأفراد المتطوعين، أذكر منها إجمالاً:

➤ **مقاصد لها غايات تعبدية** محضة متعلقة بالخالق سبحانه، يبتغي بها المتطوع نيل رضى الله عز وجل، والتكفير عما اقترفه من ذنوب؛ فالعمل التطوعي مظهر من مظاهر التعبد لله عز وجل، وقرينة من أجل القربات الاجتماعية التي يجني منها المتطوع منفعة آنية وأخروية.

➤ **مقاصد خلقية** تتمثل في أن يعيش الإنسان بمشاعر الرحمة التي عليها مدار الفلاح والسعادة، لأن النبي ﷺ بُعث للعالمين رحمة؛ فالتطوع له أهمية كبرى في تعميق مفاهيم الإسلام السمحة في الحث على أعمال الخير والبر لكافة البشر، بما يعكسه من صور حسنة عن الدين الإسلامي في رعايته للإنسانية، وبما يحقق التكافل والتكامل الاجتماعي بين أفراد المجتمع. يقول سيد قطب: "عندما نعيش لذواتنا فحسب، تبدو لنا الحياة قصيرة ضئيلة، تبدأ من حيث بدأنا نعي، وتنتهي بانتهاء عمرنا المحدود. أما عندما نعيش لغيرنا، أي عندما نعيش لفكرة، فإن الحياة تبدو طويلة وعميقة، تبدأ من حيث بدأت الإنسانية وتمتد بعد مفارقتنا لوجه هذه الأرض. إننا نريح أضعاف عمرنا الفردي في هذه الحالة، ربحاً حقيقة لا وهماً، فتصور الحياة على هذا النحو، يضاعف شعورنا بأيامنا وساعاتنا ولحظاتها، وليست الحياة بعدد السنين، ولكنها بعدد المشاعر"¹.

➤ **مقاصد نفسية**: تتجلى في وظيفة العمل التطوعي في تحرير النفس من حب التملك والكبر والاستعلاء، والعمل على غرس روح العطاء والانتماء في نفوس الأفراد المتطوعين وبالذات الشباب، ما يعزز لديهم قيم الانتماء والولاء، وبالتالي إحساسهم بالمسؤولية، واستنفاد كل طاقاتهم في البناء والمحافظة على أمن مجتمعاتهم؛ ناهيك عما يبعثه العمل التطوعي في نفوس المتطوعين من إحساس بالراحة والطمأنينة والرضا عن النفس ينعكس إيجاباً على صحتهم، وقد أثبت هذا الأمر عدة دراسات وأبحاث علمية منها:

1. في دراسة أمريكية نشرت في مجلة « journal of health psychology » سنة 1999م تحت عنوان: « volunteerism and mortality among the community-dwelling elderly » حول فوائد التطوع أشارت إلى أن الفوائد الصحية للعطاء تفوق فوائد ممارسة الرياضة 4 مرات في الأسبوع².
2. وفي دراسة أجريت عام 1986 من طرف Americain changing life service أظهرت أن الأشخاص الذين يقومون بأعمال تطوعية قد حققوا سعادة أكثر واحتراماً للذات³.
3. وفي دراسة حول التطوع والاكنتاب، توصلت إلى أن التطوع لمدة طويلة يفيد جميع الأعمار، وأكدت بالخصوص على الحماية من الاكنتاب عند الفئة أكثر من 65 سنة نظراً لاندماجهم في المجتمع،

¹ - سيد قطب، أفراح الروح، (بيروت: دار ابن حزم، 1433هـ/2012م)، ص. 10.

² - DOUG OMAN, CARLE E. THORESEN, KAY MACMAHON, Journal OF Health Psychology, 1999 SAGE Publications London, Vol 4(3) 301-316, 008557.

³ - Berkman, L. F., Kasl, Freeman, Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. American Journal of Epidemiology in, 1986, 124, 372-388.

وبينت الدراسة أن الأثر الإيجابي للتطوع على الجانب النفسي للمسنين يكون أكثر عندما يكون الدافع ديني¹.

- كما بين فريق من الباحثين بالولايات المتحدة الأمريكية أن ممارسة 200 ساعة من التطوع سنويا يخفض حظوظ الإصابة بارتفاع الضغط الدموي بنسبة 40% أقيمت هذه الدراسة سنة 2006 على عينة من 1164 شخص تتراوح أعمارهم بين 51 و 91 سنة².

➤ **مقاصد مهارية:** يساعد العمل التطوعي على تنمية مهارات وقدرات المتطوعين مما يكسبهم خبرة مهمة في العديد من المجالات، بحيث يسمح للناس بالإبداع والابتكار، والقيام بالمبادرات التي تستهدف تحسين نوعية الحياة والتغلب على مشكلاتها، والإسهام في سعادة أهلها.

الفرع الثاني: مقاصد اقتصادية واجتماعية

➤ **مقاصد اقتصادية:**

يساهم العمل التطوعي في توفير كثير من الموارد البشرية والمبالغ المالية التي تصرف لبعض الخدمات التي يتطلبها المجتمع خصوصا في حالة صعوبة استحداث وظائف جديدة في أجهزة الدولة نتيجة الظروف الاقتصادية العامة. فالعمل التطوعي من شأنه أن يسد هذه الحاجيات ويحل المشاكل، ويحسن نوعية الحياة للجميع، ويساهم في إنجاح عملية التنمية الاجتماعية.

ويعد العمل التطوعي آلية من أنجع آليات إصلاح الخلل الاجتماعي الذي يصيب الأمة، حيث يسهم في زرع الاستقرار والسكينة في المجتمع وجعله مهياً لحياة أفضل بما يحقق على المستوى السيادي للأمة عزة وقوة وتحررا يحول دون ضعفها واستجائها للمعونات الخارجية. ويعد نمو العمل التطوعي وازدهاره دليلا على استطاعة المجتمع بناء طاقة ذاتية قادرة على النهوض والتقدم.

➤ **مقاصد اجتماعية:**

يحقق العمل التطوعي عدة وظائف اجتماعية تساعد على تمتين العلاقات التراحمية، وتأسيس لمجتمع تقتضي رسالته إلى البشرية أن يكون مجتمعا نموذجيا قويا منسجما وفاعلا، يعبر عن إرادة الأفراد الذاتية عملا بقوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا إِزْكَمُواْ وَسَجُدُواْ وَاعْبُدُواْ رَبَّكُمْ وَافْعَلُواْ الْخَيْرَ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ﴾³. والخير في دلالة اللغوية اسم جامع لكل ما يرغب فيه من الفضل والنفع وتقديم المساعدة والعون للمحتاجين وعلى رأسها رعاية المرضى المعوزين.

¹– Musick, M .and WilsonJ/(2003), « Volunteering and depression:the role of psychological and social ressources in different age groups”, Social Science and medicine,56(2): 259–269.

²– Sullivan, G. B., & Sullivan M. J. (1997), Promoting wellness in carciac rehabilitation: Exploring the role of altruism. Journal of Cadiovascular Nursing, 1997, 11, 43–52.

³– سورة الحج، آية 75.

أ- العمل التطوعي والوقاية من الجريمة:

يقضي العمل التطوعي على سببين من أكبر أسباب الجريمة: وهما الفقر، والشعور بالعزلة والإهمال، الناتج عن تفكك الروابط الأسرية والأخوية، وفقدان التكافل المعنوي بين أفراد المجتمع. "فقد ذكر المختصون بدراسة الجريمة وأسبابها، أن الشعور بالحرمان العاطفي، وفقدان الرعاية والحنان، وكذلك الفقر والحاجة، والشعور بالظلم الاجتماعي، أن ذلك كله من أكبر أسباب الجريمة والتظالم والتعادي بين الناس، وأن كثيراً من الجرائم المخلة بالأمن، إنما حصلت بسبب إهمال هذين الجانبين المهمين من جوانب الحياة الإنسانية.

وهما في الغالب متلازمان، فإن المجتمع الذي تنحلّ فيه الروابط الأخوية، ويُفقد فيه التكافل المعنوي، وتسوده الأثرة والأنانية، ويعيش كل فرد فيه لنفسه غير مبال بمن حوله، ولا مهتم بشأنه، ولا قائم بما يجب له من التقدير والاحترام، يسوده كذلك البخل والكنود، والعودة عن النصرة والمواساة، وانعدام التكافل المعيشي، والتعاون المادي، فلا يبالي الأغنياء بما يحصل للفقراء من ضيق العيش، وقلة ذات اليد، ولا تسخو أيديهم بالبذل والمساعدة لهم. فلا يملك أولئك الفقراء والمحرومون إلا أن يحقدوا على أولئك الواجدين الأغنياء، وتمتلئ قلوبهم بالحسد والضغينة، وتشحن نفوسهم بالبغضاء والكراهية، فلا يزالون حائقين عليهم، ناقلين منهم، يترصون بهم الدوائر، ويسعون للإضرار بهم، والثأر منهم بشتى الوسائل والأسباب، فتنتشر الفتن، وتكثر الجرائم، وخاصة الجرائم المالية، من سرقة، وغصب، ونهب، وإتلاف، وغيرها.

وكذلك الجرائم الخلقية، والانحرافات السلوكية، فإن الفقير المحروم قد يندفع تحت ضغط الحاجة والحرمان، إلى ارتكاب أنواع من الجرائم الخلقية، من أجل الحصول على المال، وإشباع حاجاته الأساسية، ولهذا نجد المجتمعات الفقيرة، تعشعش فيها الرذيلة، وتكون في الغالب محضناً لأنواع من الفواحش والمفاسد الخلقية... وقد يصبح الحديث عن الوازع الديني في التعفف والقناعة والأمانة والالتزام غير مجد في مثل هذه المجتمعات التي يُنشأ الفقر فيها مخالبه، ويُعمل معاوله الحادة، ليحتك كرامة الإنسان وعزته، ويزلزل ما يؤمن به من مبادئ أخلاقية، وقيم روحية¹.

ومن هذه الانحرافات نذكر جرائم المسكرات والمخدرات، فإن الكثير من هؤلاء المحرومين يتجهون إلى تغطية آلامهم ومتاعبهم بتعاطي المسكرات والمخدرات، ثم ينساقون تحت تأثيرها إلى ارتكاب أفحش الجرائم والمنكرات. كما أنهم يسعون في الغالب إلى نشرها وترويجها، طمعاً في اكتساب المال، وحرصاً على موافقة الناس لهم على ما هم فيه من تهتك وانحلال. ومنهم من يتعاطى للبغاء أو انحرافات أخرى من أجل كسب المال.

¹ - عبد العزيز بن فوزان بن صالح الفوزان، مسؤولية الدولة والأغنياء عن تحقيق التكافل الاجتماعي وفق منظور الاقتصاد الإسلامي، بحوث ندوة البركة الخامسة والثلاثين للاقتصاد الإسلامي، مجلة وقف إقرأ لعلوم الإنماء والتشغيل، ندوة البركة للاقتصاد الإسلامي، 35، 7-8 رمضان 1435هـ/ الموافق 5-6 يوليو 2014م، فندق هيلتون - جدة، ط. 1، 1435هـ-2014م، ص. 219/220.

وبَيَّن الدكتور البداينة في بحثه: "وجود علاقة سلبية بين دليل التنمية وكل من جرائم السرقة باستخدام القوة والتعدي والجريمة؛ ففي المجالات التي تكون التنمية فيها متوازنة بين الفئات الاجتماعية والنظام الاجتماعي والثقافي (قوة الأعراف الاجتماعية)، فهي تشكل إطاراً مرجعياً للفرد، مما يحول دون انحرافه وإجرامه، وذلك يعود إلى أنَّ التنمية تشكل تحصيناً اجتماعياً ناجماً عن مساهمتها في تمكين الفرد من استثمار إمكاناته¹.

"وقد ذكر د. فوزان العديد من الدراسات التطبيقية التي أكدت العلاقة بين الفقر وبين الجريمة بحثت في علاقة الفقر والجريمة، ومنها:

- دراسة قام بها أحد العلماء البريطانيين لسكان لندن في الفترة من 1886-1902م، والتي دون نتائجها في سبعة عشر مجداً، وقد توصل فيها إلى أن أكثر من نصف الأحداث الجانحين، كانوا من عائلات فقيرة، وأن 19% من هذه العائلات، تدخل ضمن دائرة الفقر المطلق².

- وفي دراسة أخرى، قام بها باحثان أمريكيان، عن علاقة الفقر بالجريمة في الولايات المتحدة الأمريكية، فتبين لهما أن (90%) ممن تم القبض عليهم في خلال سبع سنوات، كانوا ينتمون إلى أفقر طبقتين فيها. ومع ذلك فلم يكن أفراد هاتين الطبقتين يتجاوزون (57%) من مجموع السكان³.

وفي دراسة عن البطالة في العالم العربي وعلاقتها بالجريمة، شملت ثلاث دول عربية هي: تونس ومصر والسودان. خلص الباحث فيها إلى أن أكثر من ثلاثة أخماس الجرائم التي يرتكبها المجرم العاطل، تمت بدافع الحاجة إلى المال⁴.

ومن هذه الدراسات، دراسة أجراها أحد مأموري السجون المصرية، ودونها في كتاب سماه "كفاح الجريمة"، عن المجرمين في السجون المصرية، في الفترة من 1905/1929م. وقد كانت نتيجة الدراسة أن (97%) تقريباً من مجموع المسجونين هم من الطبقات العاملة الفقيرة⁵.

وبعد هذا كله، فإنه على الرغم من وجود علاقة ظاهرة بين الفقر والجريمة، فإنني أؤكد أن الفقر ليس هو السبب الوحيد والمباشر للإجرام، وإلا لكان كل فقير مجرمًا، وكل مجرم فقيرًا، وهذا أمر ينفيه الواقع، وترفضه حقائق التاريخ القديم والحديث، فكم في المجتمع من فقراء يعانون من شدة الحاجة، وهم على مستوى رفيع من الاستقامة، والسلوك القويم. وكم فيه من أغنياء يرفلون في النعيم، وهم من المجرمين

¹ - ذياب موسى البداينة، التنمية البشرية والإرهاب في الوطن العربي، مركز الدراسات والبحوث - جامعة نابف العربية للعلوم الأمنية - ط. 1، 1431هـ-2010م، ص. 55.

² - مسؤولية الدولة والأغنياء عن تحقيق التكافل الاجتماعي وفق منظور الاقتصاد الإسلامي، ص. 222. عن كتاب "البطالة في العالم العربي وعلاقتها بالجريمة"، ص. 40.

³ - المرجع نفسه، عن مبادئ علم الإجرام، ص. 270-271.

⁴ - المرجع نفسه، ص. 223، عن البطالة في العالم العربي وعلاقتها بالجريمة، ص. 102-153.

⁵ - المرجع نفسه، ص. 223، عن كفاح الجريمة، ص. 93، 86-91.

المحترفين، بل ويضرب بإجرامهم المثل. وإذا كان صحيحاً أن الظروف الاقتصادية القاسية لا تدفع الناس جميعاً إلى الجريمة، فالصحيح أيضاً أنها تدفع إلى الجريمة أناساً كانوا يجتنبونها في ظروف أقل قسوة¹.

ب- العمل التطوعي والأمن الداخلي:

ذكر د. البداينة أن ضعف النظام الاجتماعي والظلم الاجتماعي في دولة ما يهدد الأمن الكوني، إن المتوقع من الدولة أن تقدم حاكمية (الحكم الجيد) في الأمن، والصحة، والتعليم، والقيم الأخلاقية فيها بالتساوي (المساواة)، أما الدولة التي فيها ضعف للنظام الاجتماعي، والمساواة، فإنه ينجم عن ذلك ظهور العنف، والعنف السياسي، وفقدان التحكم بالحدود وضبطها، وظهور العداوات العرقية، والدينية، واللغوية والثقافية، والحرب الأهلية، والإرهاب ضد المواطنين، وضعف المؤسسات، وضعف البنية التحتية، بالإضافة إلى ذلك فإن التفكك الاجتماعي، واللامساواة في الدولة، تنتج زيادة في التعدي على الشرعية، ويختفي شعور المواطن السياسي الجمعي، ويشعر بالاغتراب، ومن ثم فإن العقد الاجتماعي الذي يربط الأفراد والمؤسسات الاجتماعية يفقد شرعيته، وتحل الفوضى أو ما سماه دوركايم (الأنومي) (Anomie) محل النظام الاجتماعي. فبدلاً من شيوع القيم المشتركة التي تربط أفراد المجتمع، وتوجه سلوكياتهم، تسود الأيدولوجيات الهامشية، والتي ربما تقود إلى ظهور إيدولوجيات الإرهاب².

- ويرى ميرتون أن ظروف البناء الاجتماعي، في أغلب المجتمعات تمارس الضغوط على الأفراد، وتدفعهم إلى الانغماس في سلوكيات عدم الامتثال، وأن الأفراد الذين يحتلون الطبقات الدنيا في المجتمع يشعرون بأن المنافذ مغلقة أمام تحقيقهم للثروة والنجاح اللذين يتمتع بهما أفراد الطبقة الوسطى والعليا. وعندما لا تتوافر الوسائل المشروعة لتحقيق الأهداف المقبولة اجتماعياً، قد يلجأ البعض إلى نمط تكيفي منحرف، ومن هنا فإن التوزيع غير العادل للوسائل المشروعة يشكل فرصاً قد تدفع البعض إلى طرق الانحراف³.

- وبينت دراسات أخرى أن التنمية البشرية محصنة ضد الإرهاب، فهي تسهم في توسيع خيارات الشرائح الاجتماعية الفقيرة، أو خلق طبقة وسطى جديدة في المجتمعات المحلية الداعمة للإرهاب تقليدياً، وتزداد الاستثمارات الاجتماعية للناس مما يجعلهم أكثر انغماساً في دعم حماية هذه الاستثمارات من مهدداتها كالجريمة والإرهاب. ومن ثم تصبح الرابطة بين الفرد والمجتمع أكثر قوة، وهنا يدرك الناس

¹ - مسؤولية الدولة والأغنياء عن تحقيق التكافل الاجتماعي وفق منظور الاقتصاد الإسلامي، ص. 223، عن منهج القرآن في

حماية المجتمع من الجريمة 145/1، والسلوك الإجرامي والتفسير الإسلامي 107/1-109.

² - التنمية البشرية والإرهاب في الوطن العربي، ص. 68.

³ - المرجع نفسه، ص 47-48.

الميزات الاقتصادية والاجتماعية للسلام الاجتماعي والأمن الإنساني، ومن ثم تُخفّف مصادر الدعم للنشاطات الإرهابية لكونها مهدداً أساسياً لاستقرار الاجتماعي والمصالح الاجتماعية¹.

وعدم الإنصاف لا يتوقف على الجانب الاقتصادي بل يشمل الجانب الصحي، والتعليمي، والفرص الاجتماعية-الاقتصادية. فالأفراد الذي يقعون في أسفل الهرم الاجتماعي قد يكونون أقل ولاءً للنظام الاجتماعي، وقد يبررون الإرهاب، والذي قد يكون مدفوعاً بالإحساس بالظلم الاجتماعي، وفقدان الأمل، وقد يشعر الإرهابي بأنه يخدم هدفاً يستحق التضحية، ألا وهو العدالة، وكاستجابة إلى الظلم، وعدم الإنصاف، في المجالات السياسية والاقتصادية فإن ذلك يزيد فرص حدوث الأفعال الإرهابية. كما لا يتوقف عدم الإنصاف داخل المجتمع الواحد، بل إن عدم الإنصاف بين المجتمعات في مجالات الثقافة، والاقتصاد، والتجارة، والإمكانات، يمكن أن تثير عدم إنصاف واقعي، ومدرك بين الدول وداخلها، يمكن للإرهابيين استغلال هذه الفجوات ويستخدمون وسائل الاتصالات، والمواصلات، للدعاية لإيديولوجياتهم وتمويل عملياتهم وتجنيدهم إرهابيين جدد².

ومن جانب آخر، فإن الفقر والشعور بالظلم الاجتماعي، يؤثران على الأمن الخارجي للدولة، ويهددان حريتها واستقرارها، فالبائس المحروم، لا يجد في صدره حماسة للدفاع عن وطنه، والذود عن حرمان أمتة، فإن مجتمعه قد بخسه حقه، ولم يسع لمواساته ونصرته، وتركه يعاني الجوع والعري والمسغبة، وهو قادر على مساعدته، وانتشاله من وهدة الفقر والحاجة، فمثل هذا لا يضمن بدمه في سبيل الدفاع عن مجتمعه الذي قسا عليه، وأشاح بوجهه عنه. ولماذا يكون عليه هو واجب الدفاع، ولغيره حق الاستمتاع؟ كيف يُدعى في غرم الوطن، وينسى في غنمه؟³.

وخير لنا أن نتعرف الأمور من وقائع الدنيا، وأن نقرر أن النسبة الكبرى من الرذائل والفتن تعود إلى واحد من الثلاث المتوطن في أرجاء أمتنا من زمن بعيد: ثالث الفقر والجهل والمرض، أو إلى اثنين من هذا الثلاث البغيض، أو إلى أفرادهم جميعاً. وأن زوال هذه الآفات الإنسانية يخفض نسبة الجرائم في بلادنا 90%⁴.

وقد أشار النبي ﷺ إلى علاقة الفقر بالجريمة، فقال: «قَالَ رَجُلٌ لَأَتَصَدَّقَنَّ اللَّيْلَةَ بِصَدَقَةٍ، فَخَرَجَ بِصَدَقَتِهِ فَوَضَعَهَا فِي يَدِ زَانِيَةٍ، فَأَصْبَحُوا يَتَحَدَّثُونَ تُصَدِّقَ اللَّيْلَةَ عَلَى زَانِيَةٍ، قَالَ: اللَّهُمَّ، لَكَ الْحَمْدُ عَلَى زَانِيَةٍ، لَأَتَصَدَّقَنَّ بِصَدَقَةٍ، فَخَرَجَ بِصَدَقَتِهِ فَوَضَعَهَا فِي يَدِ غَنِيِّ، فَأَصْبَحُوا يَتَحَدَّثُونَ: تُصَدِّقَ عَلَى غَنِيٍّ،

¹ - التنمية البشرية والإرهاب في الوطن العربي، ص. 607-608-609.

² - المرجع نفسه، ص. 70.

³ - مسؤولية الدولة والأغنياء عن تحقيق التكافل الاجتماعي وفق منظور الاقتصاد الإسلامي، ص 226، عن مشكلة الفقر وكيف عالجه الإسلام، ص. 18-19.

⁴ - المرجع نفسه، ص. 221، عن "الإسلام والأوضاع الاقتصادية"، ص. 16-63.

قَالَ: اللَّهُمَّ، لَكَ الْحَمْدُ عَلَى غَنِيِّ، لَأَتَصَدَّقَنَّ بِصَدَقَةٍ، فَخَرَجَ بِصَدَقَتِهِ فَوَضَعَهَا فِي يَدِ سَارِقٍ، فَأَصْبَحُوا يَتَحَدَّثُونَ: تُصَدِّقَ عَلَى سَارِقٍ، فَقَالَ: اللَّهُمَّ، لَكَ الْحَمْدُ عَلَى زَانِيَةٍ، وَعَلَى غَنِيِّ، وَعَلَى سَارِقٍ، فَأَتِيَ فَقِيلَ لَهُ: أَمَا صَدَقْتِكَ فَقَدْ قُبِلَتْ، أَمَا الزَّانِيَةُ فَلَعَلَّهَا تَسْتَعِفُّ بِهَا عَنْ زِنَاهَا، وَلَعَلَّ الْغَنِيَّ يَغْتَبِرُ فَيَنْفِقُ مِمَّا أَعْطَاهُ اللَّهُ، وَلَعَلَّ السَّارِقَ يَسْتَعِفُّ بِهَا عَنْ سَرِقَتِهِ¹.

وفي ختام هذا الفرع الذي فصلت فيه الكلام عن العلاقة بين الفقر والجريمة والأمن والإرهاب، يتضح لنا أن العمل التطوعي في المجال الصحي بكونه راکزة أساسية للتنمية البشرية، فإن من مقاصده الوقاية من الإرهاب والجريمة بكل أنواعها، وتحقيق الأمن والاستقرار، فأفراد المجتمع الذين لا يتحقق لهم الحد الأدنى من شروط المحافظة على صحتهم وصحة ذويهم، قد يلجؤون إلى الانحراف انتقاماً من المجتمع الذي لم يحافظ على حقوقهم وكرامتهم.

وكخلاصة، إن مقاصد العمل التطوعي في المجال الصحي عديدة ومتنوعة، وتمس الحاجة إلى تحقيقها أمام الظروف التي نعيشها حالياً، ويلزمنا إيجاد الحوافز الناجحة لتطوير العمل التطوعي، ومن أهم هذه الحوافز معرفة حكمه الشرعي ونشره في المجتمع. وهذا ما سنتطرق إليه في المبحث الموالي:

المطلب الرابع: التكيف الشرعي للعمل التطوعي في المجال الصحي

الفرع الأول: الحكم الشرعي للأعمال التطوعية في المجال الصحي

سبق في المطلب الثاني المتعلق بالتأصيل للشرعي للعمل التطوعي أن نصوص القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة جاءت دالة على الحث على التطوع والإقبال عليه على وجه الشمول والاستغراق دون تقييد لتشمل وجوه الخير جميعها بما يحصل حاجات المجتمع وكمالاته.

والحث على العمل التطوعي من خلال الأوامر الواردة فيه ليس على وزان واحد، وإنما هو متردد بين الندب والوجوب بحسب الحال والمآل، قال الشاطبي رحمه الله في المسألة السادسة من الفصل المخصص للأوامر والنواهي: "كل خصلة أمر بها أو نهي عنها مطلقاً من غير تحديد ولا تقدير، فليس الأمر أو النهي فيها على وزان واحد في كل فرد من أفرادها كالعدل والإحسان والوفاء بالعهد، وأخذ العفو من الأخلاق والإعراض عن الجاهل، والصبر، والشكر، ومواساة المساكين وذي القربى والفقراء، والاقتصاد في الإنفاق...².

ولما كان التطوع من أوجه البر والخير والإحسان استحالة أن يكون حكمه حكم المباح الذي استوى طرفاه في الفعل والترك، فيكون حكمه منحصر في الأحكام التكليفية متردداً بين المندوب والواجب الكفائي

¹ - أخرجه مسلم في صحيحه، كتاب الزكاة، باب ثبوت أجر المتصدق، وإن وقعت الصدقة في يد غير أهلها، حديث رقم: 1022، تح. محمد فؤاد عبد الباقي، دار إحياء التراث العربي - بيروت، ج. 2، ص. 709.

² - الشاطبي، الموافقات، تح. مشهور بن حسن آل سليمان، ط. 1، (ط. دار ابن عفان 1417هـ/1997م)، ج. 3، ص. 392.

أو العيني بحسب حالاته. وفي تحديد هذه الحالات في ما أطلق دون تحديد في القرآن الكريم يعتبر أن ذلك لا يخلو من ضربين:

أحدهما: أن تأتي على العموم والإطلاق في كل شيء، وعلى كل حال، لكن بحسب كل مقام، وعلى ما تعطيه شواهد الأحوال في كل موضع، لا على وزن واحد ولا حكم واحد؛ ثم وكّل ذلك إلى نظر المكلف فيزن بميزان نظره ويهدى لما هو اللائق والأحرى في كل تصرف، آخذاً ما بين الأدلة الشرعية والمحاسن العادية؛ كالعدل، والإحسان والوفاء بالعهد، وإنفاق عفو المال...¹.

والثاني: أن تأتي في أقصى مراتبها (ولذلك تجد الوعيد مقروناً بها في الغالب، وتجد الأمور به منها أوصافاً لمن مدح الله من المؤمنين، والمنهي عنها أوصافاً لمن ذم الله من الكافرين².

فمن هنا يتبين أن كل ما ورد به الأمر مطلقاً ولم يتقرر شرعاً تحديده ولا تقديره في إبراء الذمة من عهدة الطلب، كالتطوع بكل الأعمال الخيرية وعلى رأسها رعاية المرضى الفقراء والمعوزين، يتعلق الحكم فيها شرعاً بحسب كل مقام من خلال ظروف الواقع وطبيعة الأحوال، والتي تقتضي فورية القيام بها حالاً لاحتمال فوات ما لا يستدرك بالتأخير ولا يستجلب عند فواته بالتحصيل، كتفاقم الأمراض إذا لم تعالج في وقت مبكر مما يخفض نسبة الشفاء منها ويضاعف مصاريف علاجها، كما يمكن أن يؤدي إلى ظهور مضاعفات للأمراض قد تبقى مدى الحياة، أو انتقال الأمراض المعدية إلى عدد كبير من أفراد المجتمع وزهوق الأرواح.

وبهذا يظهر أن القيام برعاية المرضى المحتاجين يدخل في ذمة الجميع -حكماً ومحكوماً- كل حسب قدرته للوفاء بالحاجات القائمة -سواء برأي صائب أو مال أو عمل- بحيث تتكفى الحاجات وتتفرج الكرب، ومن ثم تتجدد هذه الأسباب الشرعية في ذمم القادرين كلما تجددت النوائب وقامت الحاجات، وهكذا دواليك حتى ينقضي ما بالمتضررين من ضرر، هذا المعنى الذي لوح إليه الشاطبي ثم وكّل ذلك إلى نظر المكلف فيزن بميزان نظره ويهدى لما هو اللائق والأحرى في كل تصرف، آخذاً ما بين الأدلة الشرعية والمحاسن العادية³.

ومن هنا يتبين أن الحكم الشرعي للتطوع في المجال الصحي يتطلب الأخذ بعين الاعتبار حاجة المجتمع إليها، وبما أن الواقع المعاش في مجتمعنا يوضح الحاجة الماسة إلى هذه الأعمال التطوعية أمام الخصائص الكبيرة في المؤسسات الصحية وأجهزتها، وفي الموارد البشرية من أطباء وممرضين وعدم تغطيتهم للمناطق النائية، تصبح مساهمة الجميع في توفير تحقيق مقصد الصحة وقاية وعلاجاً وإجياً **كفائياً** على جميع المكلفين.

¹ - الموافقات، ج. 3، ص. 395-396.

² - المرجع نفسه، ص. 397.

³ - المرجع نفسه، ص. 396.

وفروض الكفايات يجب أن تغطي كل احتياجات المجتمع المسلم وتتضمن في المجال الصحي: بناء المستشفيات والمراكز الصحية وتجهيزها، وبناء جامعات الطب لتكوين العدد الكافي للأطباء والمرضى مما يحفظ نفوس الأفراد، وحفظ عقولهم، وأجسامهم، وأعراضهم وأموالهم.

كما أن فرض الكفاية يصبح فرض عين في بعض الحالات، وهذا ما أشار إليه د. القرضاوي بقوله: "كما إذا احتاج بلد ما إلى فقيه يفتي الناس، وهو وحده الذي تعلم الفقه، أو هو وحده القادر على تحصيله، ومثله المعلم والخطيب والطبيب والمهندس وكل ذي علم أو صنعة يحتاج إليها الناس ومثل ذلك إذا كان له خبرة عسكرية معينة، وجيش المسلمين يحتاج إليها، ولا يسد غيره مسده، فيجب عليه أن يقدم نفسه لأداء هذه الخدمة"¹.

ومن المسائل التي يتناولها العلماء فيما يتعلق بالفرض الكفائي: "... تعارضه مع فرض العين في حق المكلف، وقد تيقن أو غلب على الظن أنه لا يوجد غيره يقوم بفرض الكفاية، بحيث تقوت مصلحته بالكلية، ولا يمكن تداركها بحال؛ فيقدم فرض الكفاية، ويؤتى بفرض العين بعد تحصيل فرض الكفاية؛ لأننا نكون أمام أحد خيارين: إما تقويت مصلحة فرض الكفاية بالكلية، والمحافظة على فرض العين بالكلية. وإما تحصيل مصلحة فرض الكفاية بالكلية، وتقويت جزء من العين وغالباً ما يكون الوقت؛ فإذا أخرجنا الصلاة حتى تخرج وقتها وأدينها بعد الوقت، وحفظنا نفساً من الهلاك، فإننا لم نضيع فرض العين، وإنما ضيعنا مصلحة الحفاظ على وقت صلاة من الصلوات، وحصلنا مصلحة فرض الكفاية بالكلية²، ومن تطبيقات هذه الحالة: أنه يقدم إنقاذ الغرقى والهلكى، على الصلوات والجمعة وإتمام الصوم والاعتكاف الواجب والحج المضيق بنذر أو غيره، في حق من لا يتمكن من الإنقاذ إلا بترك هذه الفرائض المتعينة، لأن إنقاذ المعصومين عند الله أفضل من أداء الصلاة"³.

ووجه تقديم الفرض الكفائي على الفرض العيني أن الفروض الكفائية واجبات اجتماعية، أو جماعية، إذا قام بها بعض أفراد الأمة خرجت الأمة بذلك من عهدة التكليف، وبرئت من المسؤولية. والمعروف أن مدلول كلمة «قام بها» يعني اضطلع بها على الوجه الأكمل، وحقق الكفاية المطلوبة للأمة، وليس إذا باشرها بعض أفراد الأمة أو مارسها وجاءت النتائج دون تحقيق حد الكفاية.

ومن الأمثلة التوضيحية لهذه الحالة أن لو افترضنا أن بلداً ما بحاجة إلى مائة طبيب متخصص لتأمين الحالة الصحية، وفقاً للمعايير الموضوعية، فإن وجود ثمانين طبيباً في هذه البلدة لا تحقق الكفاية، وبذلك تبقى الأمة آثمة حتى تبلغ العدد المطلوب... فإذا لم تتحقق الكفاية يبقى النحر الاجتماعي مفتوحاً، ويبقى التكليف قائماً، وتبقى المسؤولية عنها تضامنية وفردية⁴.

¹ - يوسف القرضاوي، في فقه الأولويات دراسة جديدة في ضوء القرآن والسنة، ط. 1 (القاهرة: مكتبة وهبة، 1415هـ)، ص. 141.

² - سليمان النجران، المفاضلة في العبادات - قواعد وتطبيقات، ط. 1، (الرياض: مكتبة العبيكات، 1425هـ/2004م) ص. 545-546.

³ - المفاضلة في العبادات - قواعد وتطبيقات، ص. 546-547.

⁴ - عبد الباقي عبد الكبير، إحياء الفروض الكفائية سبيل تنمية المجتمع، كتاب الأمة، العدد 105، ط. 1 (قطر: وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، 1426هـ/2005م)، ص. 18.

إن طرق الإسهام في تحقيق هذا الفرض الكفائي كثيرة ومتعددة كالنصح، النقد، المحاسبة والمراقبة، التخطيط، القيام بالدراسات العلمية، التمويل، إحداث مؤسسات متخصصة ورفع مستواها... ولا يمكن معرفة هل تم تحقيق الكفاية في المصالح العامة للأمة، إلا بالقيام بدراسات إحصائية والوقوف بواسطة مراكز البحث العلمي، على مستوى الأداء والإنتاج، ففي المجال الصحي نحتاج لمعرفة عدد الأطباء بجميع اختصاصاتهم وعدد الممرضين والتقنيين والإداريين الصحيين، ومدى تغطيتهم للمناطق النائية المعزولة، كما نحتاج لمعرفة عدد المستشفيات والمراكز الصحية وتجهيزاتها، ومقارنتها بما توصي به المنظمات العالمية، حتى نتعرف على مواطن النقص في منظومتنا الصحية فتندارك الخل، بالقيام بدراسات علمية للتخطيط الجماعي لحل هذه المشكلة التي يجب أن تكون من أولويات الدولة وجميع أفراد المجتمع كل حسب مسؤوليته وإمكانياته.

إن النهوض بالمجال الصحي في البلدان التي لم تحقق الرعاية الصحية الكافية لمواطنيها حفاظاً على كرامتهم، يعتبر من فروض الكفاية، ولا يسقط الإثم على الجميع حتى تحصل الكفاية في المجال الصحي، ولا يمكن تغطية حاجيات الرعاية الصحية إلا بالإكثار من العطاء في هذا المجال واستمراريته، ويختلف الثواب والأجر بتفاوت العطاء والتفاني فيه، مما يوقظ الهمم ويحفز المؤمنين إلى الإكثار من أعمال الخير، والإقبال على العمل التطوعي في المجال الصحي. ولقد حث النبي ﷺ على الإنفاق مما فضل عن حاجة المسلم؛ فعن أبي سعيد الخدري أن رسول الله ﷺ قال: «مَنْ كَانَ مَعَهُ فَضْلٌ ظَهَرَ، فَلْيُعْذْ بِهِ عَلَى مَنْ لَا ظَهَرَ لَهُ، وَمَنْ كَانَ لَهُ فَضْلٌ مِنْ زَادٍ، فَلْيُعْذْ بِهِ عَلَى مَنْ لَا زَادَ لَهُ»، قال: فذكر من أصناف المال ما ذكر حتى رأينا أنه لا حق لأحد منا في فضل¹.

هذا عن حكم القيام بالأعمال التطوعية من أجل مساعدة الآخرين، فماذا عن حكم الامتناع عن القيام بالأعمال الإغاثية، وهو ما سنتطرق له في الفرع الموالي:

الفرع الثاني: الحكم الشرعي للامتناع عن تقديم المساعدة المحتاجين والملهوفين

سبق أن الإسلام يدعو إلى التطوع وفعل الخير وأعمال البر والإحسان، من خلال العديد من الآيات القرآنية التي تنوّه بالمحسنين، وتحض على التعاون والتكافل، وتحذر من العزوف عن مساعدة المحتاج، وإغاثة الملهوف في الظروف الصعبة والشديدة، قال ﷺ: « ثَلَاثٌ لَا يُكَلِّمُهُمُ اللَّهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ، وَلَا يَنْظُرُ إِلَيْهِمْ، وَلَا يُرَكِّبُهُمْ وَلَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ: رَجُلٌ عَلَى فَضْلٍ مَاءٍ بِالْفَلَاحَةِ يَمْنَعُهُ مِنَ ابْنِ السَّبِيلِ، وَرَجُلٌ بَايَعَ رَجُلًا بِسِلْعَةٍ بَعْدَ الْعَصْرِ فَخَلَفَ لَهُ بِاللَّهِ لَأَخَذَهَا بِكَذَا وَكَذَا فَصَدَّقَهُ وَهُوَ عَلَى غَيْرِ ذَلِكَ، وَرَجُلٌ بَايَعَ إِمَامًا لَا

¹ - أخرجه مسلم في كتاب اللقطة، باب استحباب المؤاساة بفضول المال، حديث رقم: 1728، 1354/3.

يُبَايِعُهُ إِلَّا لِدُنْيَا فَإِنَّ آغْطَاهُ مِنْهَا وَفَى، وَإِنْ لَمْ يُعْطِهِ مِنْهَا لَمْ يَفِ ¹، وورد عنه ﷺ أنه قال: «أَيُّمَا أَهْلٍ عَرَصَةٍ ظَلَّ فِيهِمْ امْرُؤٌ جَائِعٌ، فَقَدْ بَرَّئَتْ مِنْهُمْ ذِمَّةُ اللَّهِ» ² وقد استخلص الفقهاء من هذه النصوص وجوب إغاثة المضطر وبينوا حكم الممتنع عن ذلك، وما يترتب عنه من إثم وعقوبة، قال الإمام القرافي رحمه الله: "من مر على حباله، فوجد فيه صيدا يمكنه تخليصه وحوزه لصاحبه، فتركه حتى مات، ضمنه عند مالك لأن صون مال المسلم واجب، فمن ترك واجبا في الصون ضمن وكذلك إذا مر بلقطة" ³.

وإذا كان الضمان واجبا على العامة فهو من باب أولى على الطبيب الذي يناط به شرعا وعرفا وقانونا إغاثة الملهوف، لأن مهنته أساسا قائمة على ذلك ومتوجهة إليه، فإذا رفض القيام بواجبه، ونتج عن رفضه ضرر بالمريض، فإن الطبيب يعتبر ضامنا ومرتكبا لجريمة الامتناع. وتبعا لذلك فالطبيب الذي يمتنع عن تقديم العلاج، يضمن حتى وإن لم تكن هناك أي علاقة تربطه بالمريض، شريطة أن يعلم الطبيب بخطورة واستعجال حالة المريض، وبعدم وجود طبيب آخر يمكن اللجوء إليه، ويقصد بامتناعه الضرر.

في فرنسا لم يكن الامتناع عن تقديم المساعدة قبل العام 1941م يعد جريمة، وفي عام 1941م صدر قانون "فيجي" الذي جعل الامتناع عن تقديم المساعدة لمن كان في حالة خطر، ولم تشكل المعونة ضرراً على حياة الممتنع، جرماً يحاسب عليه، ونصّ على ذلك في قانون العقوبات الفرنسي المعدل سنة 1945م، حيث نصّت المادة (63) الفقرة الثانية، على اعتبار الامتناع جريمة يعاقب عليها بالسجن من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات، وبغرامة مالية تتراوح ما بين 36 ألف فرنك إلى مليون ونصف فرنك فرنسي. والقضاء الفرنسي اعتبر أن الطبيب يشغل وظيفة اجتماعية، وعليه واجبات تجاه المجتمع، وأن الإخلال بأحد هذه الواجبات، سواء أكانت مفروضة عليه بمقتضى القانون أو بمقتضى تقاليد وأعراف المهنة، يشكل جريمة يحاسب عليها ⁴. وجاء في مشروع القانون المدني المصري، نصّاً قانونياً ورد فيه: "يعتبر فعلاً ضاراً يستوجب المسؤولية امتناع الشخص عن تقديم المعونة لحماية الغير من خطر يداهمه في النفس أو العرض أو المال إذا كان في مقدوره أن يبذل هذه المعونة دون أن يتعرض لخطر" ⁵.

¹ - رواه مسلم في كتاب: الإيمان، باب بيان غلظ تحريم إسبال الإزار، والمن بالعطية...، ج. 2، ص. 115.

² - أخرجه ابن أبي شيبة في مصنفه، كتاب: البيوع والأقضية، باب: في احتكار الطعام، حديث رقم: 20396، ج. 4، تح. كمال يوسف الحوت، مكتبة الرشد - الرياض، ط. 1، 1409هـ، ص. 302. وأخرجه أحمد في مسنده، تح. أحمد شاكر، ط. 1 (القاهرة: دار الحديث، 1416هـ/ 1995 م) ج. 2، ص. 33.

³ - القرافي، أنوار البروق في أنواء الفروق، عالم الكتب، بدون طبعة وبدون تاريخ ج. 2، ص. 207، الفرق الحادي عشر والمائة بين قاعدة ما يضمن وقاعدة ما لا يضمن).

⁴ - محمد صديق محمد عبد الله، الامتناع عن الإسعاف وأثره في تحقق المسؤولية التقصيرية "دراسة تحليلية مقارنة"، مجلة القانون المغربي، العدد 37، أبريل 2018، ص. 27/26.

⁵ - المرجع نفسه، ص. 49.

وفي القانون المغربي، يدخل امتناع الطبيب عن تقديم المساعدة لشخص في خطر، في إطار الجرائم التي تقع بمجرد الترك، وهذه الجريمة نص عليها المشرع في المادة 431 من التشريع الجنائي المغربي وهي تعم كل شخص سواء كان طبيباً أو غير ذلك، والتي جاء فيها: "من أمسك عمداً عن تقديم المساعدة لشخص في خطر رغم أنه كان يستطيع أن يقدم تلك المساعدة إما بتدخله الشخصي وإما بطلب الإغاثة دون تعريض نفسه أو غيره لأي خطر، يعاقب بالحبس من ثلاثة أشهر إلى خمس سنوات، وغرامة من مائتي إلى ألف درهم أو بإحدى هاتين العقوبتين فقط"¹.

ومن ثم فإن القوانين الوضعية تلتقي مع الفقه الإسلامي في تجريم الممتنع عن تقديم العون والمساعدة للمحتاج إليها، ورتبوا عن الامتناع جريمة تستحق العقاب، اصطلاحاً عليها القانون الوضعي "الجريمة السلبية" أو "الجريمة بالترك"، بل لقد اتجه أكثر الشراح الفرنسيين والألمان والإنجليز إلى ما اتجه إليه فقهاء الشريعة الإسلامية.

"ولقد كان الفقه الإسلامي سابقاً إلى الحديث عن هذا النوع من الجرائم وإلى اعتبار "الامتناع" نشاطاً يعتد به في الجريمة. في حين لم تعرف القوانين الوضعية هذا النوع من الجرائم إلا في أواخر القرن التاسع عشر، حيث كانوا يعتبرون أن الامتناع عدم وعدم لا ينشئ إلا العدم"².

وبالجملة فإن علاقة الطبيب بالمريض لا يمكن أن تضبط بقواعد قانونية وضعية لها من الثغرات ما لها، لأنها من صنع الإنسان، بل لابد من قيام العلاقة أيضاً على أساس من الإيمان بالله والإخلاص له. وأكثر ما يميز الشريعة الإسلامية عن القوانين الوضعية، أن الواجبات الدنيوية، هي واجبات دينية أيضاً، يكون المكلف مسؤولاً عنها أمام خالقه، فالطبيب المسلم وهو يؤدي عمله تجاه مرضاه مؤمن من داخله برقابة الله سبحانه وتعالى، وهي التي فوق كل رقابة قانونية³.

ومن هنا تظهر أهمية الوازع الديني أو الضمير، الذي يشكل الدافع للقيام بالإغاثة أو الامتناع عنها، فالشريعة الإسلامية جعلت تقديم العون والمساعدة إلى الناس وتفريج الكربات عنهم واستنقاذ حياتهم من المهالك، من أجل الأعمال التي يتقرب بها المسلم إلى الله.

وسنمر في المبحث الموالي لبيان شرف مهنة الطب من خلال تأصيلها وبيان مقاصدها والوقوف على أهم الأخلاق التي يجب على الأطباء الاتصاف بها:

¹ - بثينة الغليزوري، التزامات الطبيب بين الفقه الإسلامي والقانون المغربي، بحث الدكتوراه، جامعة محمد الخامس الرباط، شعبة الدراسات الإسلامية. 1422هـ/2002م، ص. 64.

² - المرجع نفسه، ص. 74.

³ - المرجع نفسه، ص. 75.

المبحث الثاني: دراسة مفاهيمية تأصيلية مقاصدية لمهنة الطب وأخلاقيها

المطلب الأول: التعريف اللغوي والاصطلاحي لكلمة «الطبيب»، وللقب «الحكيم»

الفرع الأول: الطب لغة واصطلاحاً

أ- الطب في اللغة: مأخوذ من الطاء والباء، وهما أصلان صحيحان، أحدهما يدل على علم الشيء ومهارة فيه، والآخر على امتداد في الشيء واستطالة. يقال رجل طَبٌّ وطبيب، أي عالم وحاذق. ويسمى السحر طَبًّا؛ يقال مطبوب أي مسحور¹.

وجاء في لسان العرب²: الطَبُّ: علاج الجسم والنفس، والمُتَطَبَّبُ: الذي يتعاطى علم الطب...، وفي القاموس المحيط الطب: علاج النفس والجسم³.

وتؤكد المعاجم المعاصرة على أن الطب رديف المهارة والحذق في علاج الجسم والنفس بمقتضى الحكمة والعادة، وأن الطبيب هو الذي يمارس الطَّبُّ أو الطَّابَة، ويعالج المرضى، وهو الحاذق من الرجال الماهر بعلمه والعارف بأمور علاج المرضى، والذي جاءه يستطب لوجعه غرضه أن يستوصف الدواء الذي يصلح لذاته، جاء في المعجم الوسيط: الطَّبُّ: الحذق والمهارة والطبيب هو الحاذق الماهر، وهو الرفيق الحكيم. والطَّبُّ: علاج الجسم والنفس، وهو السحر، وهو الدَّأْب والعادة⁴.

ب- الطب في الاصطلاح: جاء في كشاف مصطلحات الفنون: "الطَّبُّ هو العلم بقوانين تعرف منها أحوال أبدان الإنسان من جهة الصحة وعدمها"⁵.

وقال ابن سينا (ت427هـ): "الطب علم يتعرف منه أحوال بدن الإنسان من جهة ما يصح ويزول عن الصحة ليحفظ الصحة حاصلة ويستردها زائلة"⁶. وقال أيضاً: "الطب حفظ صحة برء مرض من سبب في بدن إذا عرض"⁷، فالطب حسب تعريف ابن سينا يتناول أساساً الوقاية من الأمراض بالإضافة إلى علاجها.

وقد تابعت في (طبقات الأطباء) لابن أبي أصيبعة⁸ ما ترجم به للأطباء من قبل الميلاد وحتى وفاته طبيباً طبيياً، فكان غالب كسوة الأطباء «الحكمة»، وقد أطلق على من يشتغل بالطب في العصور

¹ - معجم مقاييس اللغة، ج. 3، ص. 406.

² - لسان العرب، ج. 1، ص. 553-554.

³ - القاموس المحيط، ج. 1، ص. 100.

⁴ - المعجم الوسيط، مجمع اللغة العربية، ج. 2، ص. 555.

⁵ - محمد بن علي بن محمد التهانوي الحنفي، كشاف اصطلاحات الفنون، منشورات محمد علي بيضون، دار الكتب العلمية، بيروت - لبنان، ط. 1، 1418هـ-1998م، ج. 3، ص. 132.

⁶ - ابن سينا، القانون في الطب، دار صادر، بيروت، ج. 1، ص. 3.

⁷ - الحسين بن عبد الله ابن سينا، الملقب بالرئيس، في مقدمة كتاب "اختصار إلى أرجوزة في الطب".

⁸ - ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ط. 4، 1408هـ-1987م، دار الثقافة بيروت لبنان.

الوسطى «الحكيم»، فما معنى الحكيم وما هي الأوصاف التي كان يتميز بها الطبيب في تلك العصور حتى استحق لقب الحكيم؟

الفرع الثاني: الحكمة لغة واصطلاحاً وصفات الطبيب الحكيم

أولاً: الحكمة لغة واصطلاحاً

الحكمة لغة: هي ما أحاط بحنكي الفرس، وسميت بذلك لأنها تمنعه من الجري الشديد، وتذلل الدابة لراكبها، حتى تمنعها من الجراح¹. ومنه اشتقاق الحكمة؛ لأنها تمنع صاحبها من أخلاق الأراذل. و(أحكم الأمر) أي أتقنه فاستحكم، ومنعه من الفساد، أو منعه من الخروج عما يريد². كما أنها معرفة أفضل الأشياء بأفضل العلوم، وتقال لمن يحسن دقائق الصناعات ويتقنها³. قال ابن القيم "الحكمة: فعل ما ينبغي، على الوجه الذي ينبغي، في الوقت الذي ينبغي"⁴.

والباحث عن مدلول كلمة الحكمة يجدها متداولة في الديانات السماوية والوضعية، عند اليهودية والمسيحية والإسلام ومرورا بالهندوسية والبوذية وغيرها من الأديان، باعتبارها نعمة من النعم وعطية من الله سبحانه وتعالى. وجاء في القاموس المحيط للفيروزآبادي (ت817هـ): الحكمة بالكسر: العدل والعلم والحلم والنوبة والقرآن والإنجيل⁵.

وكثيراً ما ترد الحكمة عند أصحاب المعاجم تفسيراً للفلسفة، من ذلك ما جاء في المعجم الوسيط: الرجل ذو الحكمة هو الفيلسوف⁶. والمقصود بالفلسفة الحكمة، وهي التأنق في المسائل العلمية والتقنية فيها. علم الأشياء بمبادئها وعللها الأولى. وكلمة الفلسفة يونانية مركبة في الأصل من «فيليا» أي محبة، و«صوفيا» أي الحكمة، فيكون تأويلها «محبة الحكمة»⁷.

وفي الاصطلاح: الحكمة: هي العلم المشتغل على المعرفة بالله مع نفاذ البصيرة وتهذيب النفس وتحقيق الحق للعمل به والكف عن ضده، والحكيم من حاز ذلك⁸، وتطلق الحكمة في اصطلاح الشرع على معان عدة، منها⁹:

☑ قال الضحاك: الحكمة هي القرآن والفهم فيه. وقال مجاهد: هي القرآن والعلم والفقه. وفي رواية أخرى عنه: هي الإصابة في القول والفعل. وقال النخعي: هي معاني الأشياء وفهمها. وقال الحسن: الورع في دين الله.

¹ - من جمع الفرس: إذا ذهب يجري جرياً غالباً، (لسان العرب) (426/2).

² - القاموس المحيط، ج. 4، ص. 100. لسان العرب، ج. 12، ص. 143. المعجم الوسيط، مجمع اللغة العربية، ج. 1، ص. 190.

³ - لسان العرب، ج. 12، ص. 140.

⁴ - مدارج السالكين، ج. 2، ص. 449.

⁵ - القاموس المحيط، ج. 4، ص. 100.

⁶ - المعجم الوسيط (مجمع اللغة العربية)، ج. 1، ص. 190.

⁷ - عبد الله عبدالرزاق مسعود السعيد، الطب ورائداته المسلمات، مكتبة المنار الزرقاء، الأردن، ط. 1، سنة 1405هـ/1985م، ص. 47.

⁸ - صالح بن عبد الله بن حمد وعبد الرحمن بن محمد بن عبدالرحمن بن ملوح، ومجموعة من المختصين، نضرة النعيم في مكارم أخلاق الرسول ﷺ، دار الوسيلة للنشر والتوزيع، ط. 1، 1418هـ-1998م، ج. 5، ص. 1679.

⁹ - المرجع نفسه، ص. 1692.

✓ الحكمة بمعنى السنة وبيان الشرائع: قال تعالى: ﴿رَبَّنَا وَابْعَثْ فِيهِمْ رَسُولًا مِنْهُمْ يَتْلُوا عَلَيْهِمْ ءَايَاتِكَ وَيُعَلِّمُهُمُ الْكِتَابَ وَالْحِكْمَةَ وَيُزَكِّيهِمْ إِنَّكَ أَنْتَ الْعَزِيزُ الْحَكِيمُ﴾¹.

✓ الحكمة بمعنى الفقه: قال تعالى: ﴿يُوتِيهِ الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا وَمَا يَذَّكَّرُ إِلَّا أُولُو الْأَلْبَابِ﴾².

✓ الحكمة بمعنى الفهم وحجة العقل وفقا للشريعة: قال تعالى: ﴿وَلَقَدْ آتَيْنَا لُقْمَانَ الْحِكْمَةَ أَنْ شَكَرْ لِلَّهِ﴾³ وجاء في الحديث عن ابن مسعود رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله ﷺ يقول: «لا حسد إلا في اثنتين: رجل آتاه الله مالا، فسلطه علىهلكته في الحق، ورجل آتاه الله حكمة، فهو يقضي بها ويعلمها»⁴.

وفي معنى الحكمة الواردة في الحديث قال النووي (ت676هـ): "رجل آتاه الله حكمة فهو يقضي بها ويعلمها، معناه: يعمل بها ويعلمها احتسابا، والحكمة: كل ما منع من الجهل، وزجر عن القبيح"⁵. ولقد قال العز بن عبد السلام (ت660هـ): "الحكمة في اللغة المنع، وفي الشرع عبارة عن المنع من ترك المأمورات أو فعل المنهيات، وحاصله: المنع من ترك المصالح الخالصة أو الراجعة، والمنع من فعل المفاسد الخالصة أو الراجعة"⁶.

ويتضح من خلال ما سبق: أن للحكمة معانٍ متعددة، والذي يهمنا في هذا البحث هو معرفة ما كان يتميز به الطبيب في العصور الوسطى حتى صار يطلق عليه لقب الحكيم؟

ثانياً: لماذا كان الطبيب يلقب بالحكيم؟

1) كان الطبيب عند العرب يسمى حكيماً لما كان يوصف به من أخلاق وآداب حسنة: فكانت الآداب أول ما يتعلمه الأطباء قبل الخوض في صناعة الطب، والدليل على ذلك ما قاله حنين بن إسحاق (ت260هـ) بعد أن عرض مقالة أرسطوطاليس⁷ كاملة، حيث جاء فيها: "أنا أرسطوطاليس بن فيلوپيس الليتييم خادم نطافورس ابن الملك العظيم، حفظت ووعيت التسبيح والتقديس لمعلم الصواب ومسبب الأسباب، أيها الأشهاد، بالعقول تتفاضل الناس لا بالأصول، وعيت عن أفلاطون الحكيم: الحكمة رأس العلوم، والآداب تلقيح الأفهام ونتائج الأذهان، وبالفكر الثاقب يدرك الرأي العازب، وبالتأني تسهل المطالب، وبلين الكلم تدوم المودة في الصدور، وبخفض الجناح تتم الأمور، وبسعة الأخلاق يطيب

¹ - سورة البقرة، آية 129

² - سورة البقرة، الآية 269.

³ - لقمان، آية 12.

⁴ - رواه البخاري، كتاب العلم، باب الاغتباط في العلم والحكمة، برقم (73)، ومسلم، كتاب صلاة المسافرين وقصرها، باب فضل من يقوم بالقرآن، ويعلمه، وفضل من تعلم حكمة من فقه، أو غيره فعمل بها وعلمها، برقم (816).

⁵ - شرح النووي على مسلم، دار إحياء التراث العربي - بيروت، ط. 2، 1392هـ، (98/6).

⁶ - العز بن عبد السلام، قواعد الأحكام في إصلاح الأنعام، تح. د. نزيه كمال حماد وعثمان جمعة ضميرية، دار القلم، ج. 1، ص. 88.

⁷ - أرسطو طاليس: أحد مشاهير الفلسفة والعلوم الحكمية، لازم أفلاطون وتلمذ عليه مدة عشرين سنة، انتهت إليه فلسفة اليونانيين حيث كان خاتمة حكمائهم، وسيد علمائهم.

العيش ويكمل السرور، وبحسن الصمت جلالة الهيبة، وبإصابة المنطق يعظم القدر ويرتقي الشرف، وبالإنصاف يجب التواصل، وبالتواضع تكثر المحبة، وبالعفاف تزكو الأعمال، وبالأفضال يكون السؤدد، وبالعديل يقهر العدو، وبالحكم تكثر الأنصار، وبالرفق تستخدم القلوب، وبالإيثار يستوجب إسم الجود، وبالإنعام يستحق اسم الكرم، وبالوفاء يدوم الإخاء، وبالصدق يتم الفضل وبحسن الاعتبار تضرب الأمثال... قال حنين بن إسحق وهذا الصنف من الآداب أول ما يعلمه الحكيم للتلميذ في أول سنة مع الخط اليوناني، ثم يرفعه من ذلك إلى الشعر والنحو، ثم إلى الحساب، ثم إلى الهندسة، ثم إلى النجوم، ثم إلى الطب، ثم إلى الموسيقى، ثم بعد ذلك يرتقي إلى المنطق، ثم الفلسفة، وهي علوم الآثار العلوية، فهذه عشرة علوم يتعلمها المتعلم في عشر سنين¹.

(2) وكان الطبيب عند العرب يسمى حكيماً لارتباط الطب بالفلسفة. في جامعة (بيت الحكمة) ببغداد التي أنشأها هارون الرشيد (ت193هـ) كانت تدرّس جميع العلوم، وكان سادة تلك العلوم المشتغلين بالطب والفلسفة، كما كان كثير من الأطباء يرون في الفلسفة تهذيباً للطب وإرساء لقيم أخلاقية تزيد من قوته وسمو أخلاقه، وكان أسقليبيوس² يسمى إمام الطب وأبا الفلاسفة. قال جالينوس "ينبغي للأطباء أن يتفلسفوا في جميع الأوقات"³.

(3) وكان الطبيب عند العرب يسمى حكيماً لأنه يلم ويتبحر في علوم عديدة كالطب والفلسفة والرياضيات والموسيقى والطبيعات، وغير ذلك من العلوم. وقد أشار أبو حيان (ت414هـ) إلى ذلك بقوله: "وأما في مجال الطب، فكان الطبيب يجمع إلى جانب علمه بالطب معرفة الميتافيزيقيا والفلسفة والحكمة. وربما أطلق لهذا على من يحوز هذه العلوم لقب الحكيم"⁴.

ويقول الحكيم راجي عباس التكريتي في كتابه «السلوك المهني للأطباء»: "والطب في إطاره الواسع ومضمونه مهنة يمارسها الطبيب، وهو كذلك ثقافة واسعة وعميقة، وهو علم دقيق وخبرة متواصلة لعمل الأفضل، فهو يعين على صحة الرأي وأصالة الحكم وحسن التقدير، وهو فوق هذا وذاك فلسفة عميقة لأنه يبغي معرفة حقيقة الإنسان بروحه وجسمه، بصحته ومرضه، وما يحدث فيه من تغيرات، وما هو طبيعي من هذه التغيرات وما هو غير طبيعي، وكان الأطباء قديماً هم الفلاسفة، والفلاسفة هم الأطباء والحكماء... الطب واجب مقدس وفلسفة إنسانية وعمل خير أكثر من أن يكون علماً جامداً أشبه بالآلة الصماء دون إدراك أم إحساس، ولا هو مهنة تجارية تبغي الربح ليس إلا، وخير ما يعبر عن معنى الطبيب كلمة -حكيم- لأن الحكمة تجمع بين الفلسفة والعلم والسُّمو الإنساني"⁵.

¹ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 1، ص. 95-96-97.

² - هو أول من ذكر من الأطباء، وأول من تكلم في شيء من الطب عن طريق التجربة، وكان يونانياً.

³ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 1، ص. 27.

⁴ - حسن إسماعيل، ألفاظ الحضارة عند أبي حيان التوحيدي، دار الفارابي، ص. 40. (هو عبارة عن معجم يتناول ألفاظ الحضارة في

القرن الرابع الهجري).

⁵ - الطب وراثاته المسلمات، ص. 46.

وفي تاريخنا الإسلامي، كان كثير من الفقهاء على دراية بعلوم الطب، وكذلك كان كثير من الأطباء على دراية بعلوم الدين، بل كان هناك من جمع الله له من علم الطب وعلم الفقه الكثير، حتى أنه كان علماً فيهما معاً؛ فالرازي (ت313هـ) على سبيل المثال، كان طبيباً وعالماً بالكيمياء والموسيقى وعلم النفس والأدوية والفلسفة وعلم الفضاء والبصريات والأرصاد الجوية. وكان ابن سينا (ت428هـ) من أكبر أعلام الطب وأعلام الفلسفة، وكان مشاركاً في علوم اللغة والفقه، وأبو الوليد ابن رشد القرطبي الأندلسي (صاحب كتاب "الكليات" في الطب، وصاحب كتاب "بداية المجتهد ونهاية المقتصد" في الفقه... تولى القضاء ودرس الفقه والطب والفلسفة.. وابن النفيس (ت687هـ) مكتشف الدورة الدموية الصغرى، وكان يعد من فقهاء الشافعية.. وسيطول بنا المقام كثيراً لو تتبعنا أساطين الفقه والحديث والطب. وكان لا يمكن دراسة الطب في الغالب إلا بعد أن يدرس الطالب القرآن الكريم ويحفظه ويحفظ شيئاً من علوم الحديث والفقه واللغة. لهذا كله لم يكن هناك انفصام نكد بين علوم الطب وعلوم الدين، ولا علوم الدنيا وعلوم الدين، فكلها مترابطة وكلها من العلوم التي تدخل في فروض العين أو فروض الكفاية¹.

ومن شأن الحكمة أن تكسب صاحبها البراعة في مهنة الطب، لأنه يتعامل مع المريض بعناصره الثلاثة: (الجسد، العقل والنفس Holistic approach)؛ فأما الجسد فمجموعة الأعضاء التي يتألف منها الجسم، وأما العقل فيقصد به مركز التفكير، وأما النفس فتتمثل في المشاعر والأحاسيس. ومن المسلم به أن العناصر الثلاثة (الجسد والعقل والنفس أو الروح) تتداخل معاً، ويؤثر كل منها في الآخر.

وعلى الجملة فإن الطبيب كان يُلقَّب سابقاً بالحكيم، لما كان يتحلى به من أخلاق فاضلة، ويتدارسه من علوم أخرى مقرونة بالطب، ولما يمتلكه من قدرة وحكمة على اكتشاف العلة وعلاجها بوسائل مختلفة جسدية ونفسية وروحية، مستخدماً شتى السبل للوصول إلى الغاية المرجوة، وهي التخفيف من معاناة المرضى باستثمار الحكمة التي تعطي للطبيب حلة الجلال وحسن السمات، وهي الصفات التي تجسد شرف مهنة الطب التي أجمع عليها العلماء، وهو ما سنبينه في المطلب الموالي.

المطلب الثاني: شرف مهنة الطب

يصف ابن أبي أصيبعة² (ت668هـ) صناعة الطب بأنها: "من أشرف الصنائع، وأرجح البضائع، وقد ورد تفضيلها في الكتب الإلهية، والأوامر الشرعية، حتى جعل علم الأبدان قريناً لعلم الأديان، ونقل عن

¹ - زهير أحمد السباعي ومحمد علي البار، "الطبيب أدبه وفقهه"، ط. 4، 1420هـ-2009م، دار القلم دمشق، ص. 157.

² - هو موفق الدين أبو العباس أحمد بن القاسم بن أبي أصيبعة السعدي الخزرجي، ولد بمدينة دمشق في عام 600هـ، في بيت علم وأدب، وكان أبوه اشتهر في عاصمة الأمويين بعلاجه العيون (كحلاً)، وبعد أن أتقن العلوم اللسانية على علماء زمانه انصرف إلى تلقي علوم الطب عن والده، ثم انتقل إلى القاهرة التي كانت ملتقى السبل والعلماء، والتحق بالمارستان الناصري الذي أنشأه الملك الناصر صلاح الدين في القاهرة وأخذ يعمل ليلاً نهاراً على تحصيل العلم فاشتهر بذكائه وحسن مداواته لأمراض العيون التي كانت منتشرة انتشاراً عظيماً في جميع أرجاء مصر، واستأنفت نبوغه الجالس على كرسي الملك فألحقه بخدمة الدولة (انظر عيون الأنباء في طبقات الأطباء ص. 3-4).

الشافعي (ت204هـ) "أنبل العلوم بعد الحلال والحرام الطب"، وقال أيضا: "صنفان لا غنى للناس عنهما: العلماء لأديانهم، والأطباء لأبدانهم"¹.

ويلخص الرازي فضل الأطباء في خصال جمة لم تجتمع لغيرهم:

- * الأولى: اتفاق أهل الملل والأديان على تفضيل صناعتهم.
- * والثانية: اعتراف الملوك والسوقة بشدة الحاجة إليهم، إذ هم المفزع والغياث، حيث لا ينفع عدة ولا عشيرة.
- * والثالثة: مجاهدة ما غاب عن أبصارهم (يعني محاولة اكتشاف العلة مهما خفيت).
- * والرابعة: اهتمامهم الدائم بإدخال السرور والراحة على غيرهم.
- * والخامسة: الإسم المشتق من أسماء الله تعالى "الشافعي".
- * ولو لم يكن من فضل الطبيب، إلا أن الإنسان ربما ينتشوق إليه حين يسأم أكرم الناس عليه وأخصهم لديه؛ فإنه في العلل الصعبة ربما كره الإنسان لقاء أهله وولده، ويشتاق إلى الطبيب، ويتروح برويته، وتطيب نفسه بحضوره ومشاهدته².

كما أن رسالة الطب تتعلق بمقصودٍ عظيم من مقاصد الشرع، وهو حفظ النفس بالوقاية من الأمراض والتطبيب. يقول سبحانه وتعالى: ﴿وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا﴾؛ وحفظ النفس من الضروريات الخمس التي أمر الله تعالى بالحفاظ عليها ورعايتها، وهي الدين والنفس والعقل والنسل والمال. والمتأمل في هذه الضروريات يجد أن ثلاثة منها تختص بصحة الإنسان، وهي: النفس والعقل والنسل. بينما الإثنان الآخران يزداد تحقق مقصودهما بموفر الصحة.

وعلم الطب هو من فروض الكفاية، يقول الدكتور عبد الوهاب خلاف: "وفرض الكفاية هو ما طلب الشارع فعله من مجموع المكلفين لا من كل فرد منهم، بحيث إذا قام به بعض المكلفين فقد أدى الواجب وسقط الإثم والحرَج عن الباقيين، وإذا لم يَقم به أي فرد من المكلفين أثموا جميعًا بإهمال هذا الواجب؛ كالأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، والصلاة على الموتى، وبناء المستشفيات، وإنقاذ الغريق، وإطفاء الحريق، والطب والصناعات التي يحتاج إليها الناس، والقضاء، والإفتاء، ورد السَّلام، والشَّهادة"³.

فمَهنة الطب إذن من أشرف المهن، بيد أن ذلك رهين بشرطين:

■ أولهما: أن تمارس بكل إتقان وإخلاص:

¹ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 1، ص. 7.

² - أبو بكر محمد الرازي، أخلاق الطبيب، تح. عبد اللطيف محمد العبد، القاهرة: مكتبة دار التراث، 1977م، ط. 1، 1397هـ/1977م، ص. 87-88.

³ - عبد الوهاب خلاف، "علم أصول الفقه"، ط. دار الحديث - القاهرة، 1423هـ-2003م، ص. 109.

قال النبي ﷺ: «إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه»¹، ويقول عليه الصلاة والسلام أيضاً: «من تطبّب ولم يعلم منه طب فهو ضامن»².

يقول الرازي: "فإن من أصعب الأمور التحكيم على الأرواح بغير معرفة، والأمر بشيء والنهي عن غيره من غير بصيرة"³.

ومن هنا يتأكد أن حذق الطبيب لعلمه وإتقانه لعمله وتكوينه المستمر في مجال تخصصه أمر واجب، وهي مسؤولية يجب عليه أن يعطيها حقها.

فعلى الطبيب أن يكون ذا كفاءة (الإتقان)، وأن يقدم العمل المميز والممتاز (الإحسان)، وأن يدرك أنه مسؤول عن أمانة كبرى وهي صحة الناس وأعراضهم. وعليه أن لا يتوقف عن التعلم، فمن المعروف أن العلوم الطبية تتجدد وتتطور باستمرار، فمن وقف به اطلاعه وقراءته عند ما تعلمه يوم تخرجه من كلية الطب، فهو جاهل بحقيقة الطب.

والتعليم الذاتي له وسائل عدة، منها الاطلاع المستمر، وحضور الندوات والمؤتمرات المحلية والعالمية.. ومن وسائله أيضاً أن يفتح الطبيب ذهنه لكل ما هو جديد، وأن يعتبر نفسه طالب علم، ولا يستكبر أن تأتيه الفكرة الجديدة من زميله، أو مرؤوسه، أو تلميذه⁴. ومن أقوال أبقراط الشهيرة: "ليس معي من فضيلة العلم إلا علمي بأني لست بعالم"⁵.

■ وثانيهما: أن يراعي الطبيب في سلوكه وتصرفاته الخلق الكريم. فإذا كانت مجالات الحياة كلها تحتاج إلى أخلاق، وتستقيم وترتقي بالأخلاق، فإن العمل الطبي هو في أصله وجوهره عمل أخلاقي، ولا تقوم له قائمة إلا بالأخلاق، وإذا كان مقام الطبيب ومكانته يتحققان ويقدران بما له من علم وخبرة وتجربة ومهارة، فإن النجاح الفعلي في ذلك كله يتوقف على مقدار ما له من محاسن الأخلاق؛ من رافة ورحمة وشفقة، ومن رقة ورفق ولين، وصبر وأناة وتواضع...

وسنقف في المطلب الثالث من هذا المبحث على الأسس والقواعد الأخلاقية الخاصة بمهنة الطب والعلاج، عبر تتبع تاريخ الفكر الإنساني والمبادئ التي أرسنها الجماعات والشعوب وضمنتها في ثقافتها وقيمها المختلفة.

¹ - أخرجه البيهقي في شعب الإيمان (334/4، رقم 5312) .. والطبراني في الأوسط (275/1، رقم 897).

² - أخرجه أبو داود (برقم 4576، كتاب الدييات - باب: فيمن تطبّب بغير علم)، وابن ماجه (برقم 3466)، والنسائي (422/8 برقم 4845، 4846 كتاب القسامة)، والدارقطني في "السنن" (215/4 برقم 42، 43 كتاب في الأقضية والأحكام وغير ذلك)، والحاكم في "المستدرک" (336/4 برقم 7564، كتاب الطّب).

³ - أخلاق الطبيب، ص. 82.

⁴ - الطبيب أدبه وفقهه، ص. 45.

⁵ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 1، ص. 44.

المطلب الثالث: منشأ الأخلاق الطيبة وجهود الأطباء الأوائل للحفاظ عليها

الفرع الأول: حث الحكماء على التحلي بالأخلاق الحسنة

مَثَلَت الأخلاق جزءاً من اهتمامات الفلاسفة والاجتماعيين عبر تاريخ الفكر الإنساني، قديماً وحديثاً، فمن المصريين والآشوريين والبابليين، إلى الدول الإسلامية المختلفة. ومما يساعد على التحلي بالأخلاق الحسنة الاطلاع على أقوال الحكماء كما أشار إلى ذلك الرازي بقوله: "الإكثار من قراءة كتب الحكماء والإشراف على أسرارهم نافع لكل حكيم"¹.

وقال عمي رشيد الدين علي بن خليفة (ولد بحلب ونشأ بالقاهرة 616هـ): "أكثر من مطالعة سير الحكماء واقتد منها بما يمكن الاقتداء به في زمانك، وقو نفسك على جسدك"².. وفيما يأتي ذكر لبعض أقوال الحكماء التي تعكس مدى اهتمامهم بتربية تلامذتهم على الآداب والأخلاق الفاضلة:

قال فيثاغورس³ الفيلسوف: "كما أن بدء وجودنا وخلقنا من الله سبحانه، هكذا ينبغي أن تكون نفوسنا منصرفة إلى الله تعالى". وقال: "إحذر أن تركب قبيحا من الأمر لا في خلوة ولا مع غيرك، وليكن استحيائك من نفسك أكثر من استحيائك من كل أحد". وقال أيضاً: "ليكن قصدك المال في اكتسابه من حلال وإنفاقه في مثله"... وقال: "الأخلق للإنسان أن يعمل ما ينبغي لا ما يشتهي". وقال لتلاميذه: لا تطلبوا من الأشياء ما يكون بحسب مَحَبَّتِكُمْ، ولكن حبوا من الأشياء ما هي محبوبة في أنفسها"⁴، وقال: "الحكيم إذا خرج على غير الصواب فهو سبب جميع الشرور"⁵، و"الإنسان الحكيم المراقب لله سبحانه هو عند الله معروف فلهذا لا يندم متى لم يكن معروفاً عند جميع الناس"⁶. وقال أيضاً: "اعتقد أن أسَّ مخافة الله تعالى الرحمة" وقال: "اعط من مالك الفضلاء والناس الضعفاء، فالذي لا يعطي الأخيار حاجاتهم لا تتأتى له من الله تعالى حاجاته"⁷. وقيل له من الخير؟ فقال: خادم الخير"، وقال الطبيب هو من لم يدع بدنه سقيماً ليس من عالج غيره، يعني من صان نفسه عن القبائح وفعل الفضائل ليس من وصف وثنى وترك نفسه⁸. وقال: "إن أردت

¹ - المرجع نفسه، ج. 3، ص. 343.

² - المرجع نفسه، ج. 3، ص. 416.

³ - فيثاغورس أخذ الحكمة عن أصحاب سليمان بن داود عليهما السلام بمصر حينما دخلوا إليها من بلاد الشام، وذكروا أنه صنّف 280 كتاباً، وهو من أعظم الفلاسفة قدراً عند اليونانيين، فأولهم زماناً بندقليس ثم فيثاغورس ثم سقراط ثم أفلاطون ثم أرسطوطاليس، وهم من أرفع الناس طبقة، وأجل أهل العلم منزلة، لما ظهر منهم من الاعتناء الصحيح بفنون الحكمة من العلوم الرياضية والمنطقية والمعارف الطبيعية والإلهية والسياسات المنزلية والمدنية، عن عيون الأنبياء، ج. 1، ص. 59.

⁴ - عيون الأنبياء في طبقات الأطباء، ص. 66-67-68.

⁵ - شمس الدين الشهرزوري، تاريخ الحكماء "نزهة الأرواح وروضة الأفراح"، تحقيق عبد الكريم أبو شويرب، الطبعة الأولى، 1398هـ/1988م، جمعية الدعوة الإسلامية العالمي، ص. 98.

⁶ - المرجع نفسه، ص. 96.

⁷ - المرجع نفسه، ص. 99.

⁸ - تاريخ الحكماء "نزهة الأرواح وروضة الأفراح"، ص. 102.

أن تعظم محاسنك في أعين الناس فلا تعظمها في عينك" وقال: "الإنسان الحكيم يعنى بنفسه كعناية غيره بجسمه"¹.

وقال جالينوس²: "يتهيأ للإنسان أن يصلح أخلاقه إذا عرف نفسه، فإن معرفة الإنسان نفسه هي الحكمة العظمى، وذلك أن الإنسان لإفراط محبته لنفسه بالطمع يظن بها من الجميل ما ليست عليه، على أن قوما يظنون بأنفسهم أنهم شجعان كرماء، وليسوا كذلك، فأما العقل فيكاد الناس كلهم يظنون بأنفسهم التقدم فيه، وأقرب الناس على أن يظن بنفسه ذلك أقلهم عقلاً"³.

وقال سقراط⁴ الحكيم: "من حسن خلقه طابت عيشته، ودامت سلامته، وتأكدت في النفوس محبته، ومن ساء خلقه تنكدت عيشته، ودامت بغضته، ونفرت النفوس منه. وقال: "حسن الخلق يغطي غيره من القبائح، وسوء الخلق يقبح غيره من المحاسن"⁵. وقال: "رأس الحكمة حسن الخلق"، وقال: "لا تكن عنايتك أن تكسب الشيء بدون عنايتك بحسن استعماله"⁶، وقيل لسقراط: "ما الذي غنمت من الحكمة؟ قال: صرت كالقائم على شاطئ البحر أنظر إلى الجهال يتلفون بين أمواجه". وقال: "الحرية هي خدمة الإنسان للخير، وانهماكه فيه، وبقدر خدمته له تكون حُرِّيَّتُهُ، ومن لم يتمسك بالخير فليس بحر"⁷. وذكر له رجل كثير المال فقال: "لست أغبطه دون أن أعلم أنه أحسن استعمال ماله"⁸.

وقال أفلاطون⁹: "ليس الحكيم التام من فرح بشيء من هذا العالم أو جزع بشيء من مصائبه فاعتم له. أدم ذكر الموت والاعتداد للموت... لا تؤخر إنالة المحتاج إلى غد فإنك لا تدري ما يحدث في غد عن المبتلى إن لم يكن سوء عمله أرداه. لا تكن حكيماً بالقول فقط، بل كن حكيماً بالعمل تتفكك في العالم الباقي، وليس الشرف عند الله تعالى الحكمة بالقول بل الحكمة بالأعمال الصالحة. وإنك وإن تعبت في البر فإن التعب يزول والبر يبقى لك، وإن التددت بالإثم فإن اللذة تزول والإثم باقٍ لك"¹⁰.

¹ - تاريخ الحكماء "نزهة الأرواح وروضة الأفراح، ص 103.

² - ثامن وخامس الأطباء المعلمين، مولده بعد أبقراط بنحو ستمائة سنة، وبعد زمان المسيح بتسع وخمسين سنة، أيد وشيد كلام أبوقراط وآراءه وآراء التابعين له ونصر ذلك بحسب إمكانه، وصنف في ذلك كتباً كثيرة. عاش 87 سنة. عن عيون الأنبياء، ص 108.

³ - تاريخ الحكماء "نزهة الأرواح وروضة الأفراح، ص 278.

⁴ - من تلامذة فيثاغورس، اقتصر من الفلسفة على العلوم الإلهية، وأعرض من ملاذ الدنيا ورفضها، وأعلن مخالفة اليونانيين في عبادة الأصنام.

⁵ - عيون الأنبياء في طبقات الأطباء، ص 76.

⁶ - تاريخ الحكماء "نزهة الأرواح وروضة الأفراح، ص 130.

⁷ - المرجع نفسه، ص 134.

⁸ - المرجع نفسه، ص 143.

⁹ - من أهل مدينة أثينا، رومي يوناني فيلسوفي طبي، لزم سقراط وسمع منه، صنف كتباً كثيرة، بلغ من العمر 81 سنة.

¹⁰ - تاريخ الحكماء "نزهة الأرواح وروضة الأفراح، ص 155.

وللحكيم الأديب عبد الواحد القايني (ت311هـ)، رسائل لطيفة منها: "الكامل هو الذي يقدر على إفاضة الخير على غيره، والمعلم مفيض الفضائل النظرية، والمؤدب موجد الفضائل الخلقية، والطبيعة آفة للنفس والنفس آفة للعقل"¹.

وقال الفارابي² (ت339هـ) أيضاً: من لا يهذب علمه أخلاقه في الدنيا لا تسعد نفسه في الآخرة. وقال: تمام السعادة بمكارم الأخلاق كما أن تمام الشجرة بالثمرة، وقال: من رفع نفسه فوق قدرها، صارت نفسه محجوبة عن نيل كمالها³.

ومن حكم أبي الحسن بهمنيار ابن المرزيان الحكيم (ت458هـ): "من تعلم العلوم العقلية ولم يتخلق بأخلاق أربابها كان جاهلاً بحقائق العلوم، تظهر أخلاق العلماء على من تعلم الحكمة كما تظهر آثار الربيع على البستان، العقل أنيس في الغربة والصدق معشوق العقلاء، المال محروس والعقل حارس، كل حكيم طلب زيادة على حاجته من المال فإنه علم الحكمة وليس له ذوقها"⁴.

ومن كلمات الحكيم أبي القاسم عبد الرحمان بن علي بن أحمد بن أبي صادق المتطبب النيسابوري (ت470هـ): "الطبيب الحقيقي من عالج بالفضائل نفسه، ورأى مضرته في الرذائل، ثم يهبط بعد ذلك إلى معالجة الأجسام فمن لا يهبط من معالجة النفس إلى معالجة الجسد فهو أسفل السافلين"⁵.

ومن أقوال الإمام الفاضل موفق الدين البغدادي (ولد سنة 557هـ/1161م): "ينبغي أن تكون سيرتك سيرة الصدر الأول، فاقراً سيرة النبي ﷺ، وتتبع أحواله وأفعاله... وإذا وقفت على سيرته... وفعلت البسير من ذلك فأنت السعيد كل السعادة"، وقال: "لا تتألم إذا عرضت عنك الدنيا فلو عرضت لك لشغلتك عن كسب الفضائل، وقلما يتعمق في العلم ذو الثروة، إلا أن يكون شريف الهمة جداً، أو أن يثرى بعد تحصيل العلم"، وقال أيضاً: "إذا حدث لك فرح وسرور ببعض أمور الدنيا، فاذكر الموت وسرعة الزوال وأصناف المنغصات، وإذا أحزنك أمر فاسترجع، وإذا اعترتك غفلة فاستغفر، واجعل الموت نصب عينيك، والعلم

¹ - تاريخ حكماء الإسلام، ص. 166.

² - سمي الفارابي "المعلم الثاني" نسبة للمعلم الأول أرسطو والإطلاق بسبب اهتمامه بالمنطق لأن الفارابي هو شارح مؤلفات أرسطو المنطقية، يعد من أوائل المذاهب الفلسفية في العالم الإسلامي. بلغت مؤلفات الفارابي من الكثرة ما جعل المستشرق الألماني ستينشنيدر يخصص لها مجلداً ضخماً. عكف في مسقط رأسه على دراسة طائفة من مواد العلوم والرياضيات والآداب والفلسفة واللغات وعلى الأخص التركية وهي لغة الأصلية بجانب معرفته للغات العربية والفارسية واليونانية.

³ - ظهير الدين البيهقي، تاريخ حكماء الإسلام، تحقيق محمد كروعلی، مطبعة الترقى بدمشق 1946م، ص. 35.

⁴ - كان مجوسي الملة، وكان تلميذ أبي علي، وكان من بلاد أذربيجان، ومن تصانيفه كتاب التحصيل، وكتاب الرتبة في المنطق، وكتاب في الموسيقى، ورسائل كثيرة. توفي سنة 458هـ بعد موت ابن سينا بثلاثين سنة.

⁵ - تاريخ حكماء الإسلام، ص. 98.

⁶ - تاريخ حكماء الإسلام، ص. 116.

والنَّفَى زادك إلى الآخرة"، وقال أيضا: "العلماء لا يموتون أبدا، وأنهم يخلدون في أعمالهم ومؤلفاتهم وآثارهم الباقية وعلمهم النافع، والعالم الحق من يضع لبنة في بناء العلم العظيم"¹.

أما "ابن سينا" (توفي سنة 428هـ)، فلقد ربط في كتاباته طريق السعادة بالتزام النفس بالأخلاق والفضائل: "ويقسم ابن سينا النفوس الإنسانية إلى ثلاثة أقسام إما نفوس كاملة في العلم والعمل، أو نفوس ناقصة فيهما، أو نفوس كاملة في أحدهما ناقصة عن الآخر، فتكون النفس الإنسانية بحسب هذه القسمة ثلاث أنواع. ويضرب على ذلك مثلا من القرآن الكريم في قوله تعالى: ﴿وَكُنْتُمْ أَزْوَاجًا ثَلَاثَةً ۖ فَأَصْحَابُ الْمَيْمَنَةِ ۖ مَا أَصْحَابُ الْمَيْمَنَةِ ۖ وَأَصْحَابُ الْمَشْأَمَةِ ۖ مَا أَصْحَابُ الْمَشْأَمَةِ ۖ﴾².

ويحدد "ابن سينا" بناء على هذه الآية النفوس الكاملة والنفوس المتوسطة، والنفوس التي تقع في درجة الشقاء العقلي وهي التي لم تحقق التعقل الذي هو أصل السعادة والخير³.

"والأشقياء إمّا مقصرون عن السعي إلى كسب الكمال وهم السذج، وإمّا معاندون جاحدون متعصبون لآراء فاسدة مضادة للآراء الحقيقية ويعتبر هؤلاء في نظره أسوأ حالا، لأنهم اكتسبوا هيات مضادة للكمال. أما السعداء فهم الذين تحقق لهم العلم والعمل، إما بدرجة كلية أو بدرجة ناقصة، وهم من تعرفوا على الله تعالى قبل أن يفارقوا الدنيا وأقبلوا عليه، والتزموا الفكر في جلاله وحسنه وبهائه ولم يعرضوا عنه حتى وافتهم المنية وهم على حال من الإقبال والمشاهدة بالفعل، فهم في غبطة لا نهاية لها وسرور وفرح دائم، لذلك يربط "ابن سينا" بين الخير واللذة والشر والألم، وما يقصده "ابن سينا" بالخير والشر الناتجين عن اللذة والألم، ليسا هما الخير والشر المطلق، وإنما هو خير وشر بالإضافة إلى القوى الإنسانية المختلفة، فلذا تختلف اللذة والألم، أو الخير والشر بحسب القياس⁴.

"أي بحسب القوة النفسانية الخاصة بها، لذة القوة الغضبية تختلف عن لذة القوة الشهوية وهكذا، وهذا يتضح عند حديث "ابن سينا" عن السعادة ؛ فالسعادة في نظره لا تتم إلا عن طريق إصلاح النفس وتهذيب الأخلاق"⁵.

يتبين لنا من هذه الأمثلة من أقوال هؤلاء الحكماء، الأهمية التي كانوا يولونها للآداب والأخلاق التي يجب أن يتصف بها عامة الناس وعلى رأسهم الأطباء المؤتمنون على أرواح الناس، ولترسيخ الأخلاق عند الأطباء يؤدي الطبيب القسم عند تخرجه، فكيف نشأت فكرة هذا القسم، وما هي مراحل تطوره؟

¹ - علي عبد الله الدفّاع، أعلام العرب والمسلمين في الطب، ط. 1، 1403هـ/1983م، مؤسسة الرسالة، ص. 191/192.

² - سورة الواقعة، الآيات: 7-8-9-10-11.

³ - أمانة الإدرسي، نزعة الخير والشر في الفكر الإسلامي، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة محمد الخامس - أكادال الرباط، السنة الجامعية 2014-2015م، ص. 247.

⁴ - عثمان نجاتي، الإدراك الحسي عند "ابن سينا"، دار المعارف بمصر، ط. 2، سنة 1961م، ص. 62.

⁵ - نزعة الخير والشر في الفكر الإسلامي، ص. 248. عن معرفة النفس وأحوالها، تح. محمد ثابت الفندي - القاهرة -، ط. 2، ص. 17.

الفرع الثاني: قسم الطبيب: النشأة والتطور:

اتفق كثير من قدماء الفلاسفة والمتطبيين على أن ¹Asclépios اسقليبيوس، هو أول من ذكر من الأطباء، وأول من تكلم في شيء من الطب على طريق التجربة، وكان يونانياً، واليونان منسوبون إلى يونان، وهي جزيرة الحكماء من الروم ينزلونها².

ذلك أن أسقليبيوس، لما حصلت له معرفة صناعة الطب بالتجربة وبقيت عنده أمور منها، وشرع في تعليمها لأولاده وأقاربه، عهد إليهم ألا يعلموا هذه الصناعة لأحد إلا لأولادهم، ولمن هو من نسل اسقليبيوس لا غير... وكان تعليمهم بالمخاطبة، ولم يكونوا يدونوها في الكتب، وما احتاجوا إلى تدوينه دونوه بلغز حتى لا يفهمه أحداً سواهم، فيفسر ذلك اللغز الأب لابن. وكان الطب في الملوك والزهاد فقط يقصدون به الإحسان إلى الناس من غير أجر ولا شرط³.

والأطباء المشهورون الذين كان يقتدى بهم في صناعة الطب ثمانية وهم: أسقليبيوس الأول وغورس ومينس وبرمانيدس وأفلاطون الطبيب واسقليبيوس الثاني وأبقراط وجالينوس⁴. وبعد موت اسقليبيوس الثاني خلف ثلاثة تلاميذ من أهل بيته لا غريب فيهم ولا طبيب سواهم، وهم أبقراط ابن إيراقليس، وماغارينس، وأرخس. ولم تمض عدة أشهر حتى توفي ماغارينس ولحقه أرخس، وبقي أبقراط⁵ وحيد دهره طبيباً كامل الفضائل تضرب به الأمثال، الطبيب الفيلسوف، إلى أن بلغ به الأمر إلى أن عُدَّ، وهو الذي قوى صناعة القياس التجربة تقوية عظيمة عجيبة، لا يتهيأ لطاعن أن يخلها ولا يهتكها، وعلم الغرباء الطب وجعلهم شبيهاً بأولاده لما خاف على الطب أن يفنى ويبعد من العالم⁶. وكان يؤمن بالفضيلة ويجلها في مرتبة أحب إليه من المال⁷... وكانت لأبقراط عناية بالغة في نفع المرضى وفي مداواتهم ويقال أنه هو أول من جدّد

¹ - كان معظماً عند اليونانيين، ويقال أنه كان يسرج على قبره كل ليلة ألف قنديل، وكان الملوك من نسله، وتدعى له النبوة. أما صورته فصورة رجل ملتح متزين بجمة ذات ذوائب... والسبب في ذلك أن صناعته تحتاج إلى العفة والشيخوخة، قائماً متشرباً مجموع الثياب فيدل بهذا الشكل على أنه ينبغي للأطباء أن يتفلسفوا في جميع الأوقات... ويصور آخذاً بيده عصا معوجة ذات شعب من شجرة الختمي... دليل على أنه يطرد وينفي كل مرض، وصوّروا عليها تبتين وهو حيوان حاد النظر وكثير السهر، لا ينام في وقت من الأوقات دليل على أن من قصد لتعلم الطب أن لا يتشاغل عليه بالنوم، ويكون في غاية الذكاء ليتمكن أن يتقدم فينذر بما هو حاضر، وبما من شأنه أن يحدث. ومن هذه الصورة استنبط رمز الأطباء. عيون الأنبياء، ص. 33/32.

² - عيون الأنبياء في طبقات الأطباء، ج. 1، ص. 27.

³ - المرجع نفسه، ص. 42.

⁴ - المرجع نفسه، ص. 37.

⁵ - ولد أبقراط في اليونان سنة 450 ق.م في جزيرة (cos) الصغيرة بالقرب من سواحل آسيا الصغرى، ولقب بأبي الطب، وينتمي إلى الطبقة الثرية للمجتمع الريفي لذلك العصر. أقام في مصر وفي سبتيا (Seythie) (جنوبي روسيا الحالية)، أنجب عددا من الأنبياء، اشتغل بعضهم بالطب، وكون عددا لا يحصى من التلاميذ الذين بعد أن أصبحوا مؤرخين، أذاعوا مجده حول البحر الأبيض المتوسط. هو الذي قوى صناعة القياس والتجربة تقوية عظيمة عجيبة، كانت مدة حياته 95 سنة.

⁶ - عيون الأنبياء في طبقات الأطباء، ج. 1، ص. 40.

⁷ - عزف عن المكوث لدى الأغنياء فترات أطول مقابل المال؛ فقد زهد أبقراط عندما ألحَّ عليه ملك اليونان للسفر لعلاج ملك الفرس مقابل مائة قطار ذهباً وكرامة عظيمة، فقال له "لست أبذل الفضيلة بالمال..." ولما علل بردقس الملك من أمراض مرضها لم يبق عنده دهره كله، وانصرف إلى علاج المساكين والفقراء الذين كانوا في بلدته، وفي مدن أخرى وإن صغرت، ودار هو بنفسه جميع مدن اليونانيين، حتى وضع لهم كتاباً في الأهوية والبلدان". وقال جالينوس: ومن هذه حاله ليس إنما يستخف بالغمى فقط، بل بالخفض والدعة، ويؤثر التعب والنصب عليها في جنب الفضيلة (انظر عيون الأنبياء في طبقات الأطباء، ج. 1، ص. 45-46).

البيمارستان واخترعه وأوجده، وذلك أن عمل بالقرب من داره في موضع من بستان كان له، موضعاً مفرداً للمرضى... وهو أول من دَوّن الطب، وجعل أسلوبه في تأليف كتبه على ثلاث طرق من التعليم: إحداها على سبيل اللغز، والثانية على غاية الإيجاز والاختصار، والثالثة على طريق التساهل والتبيين، وصلت كتبه إلى نحو ثلاثين كتاباً؛ ومن ألفاظ أبقرط الحكيمة ونوادره المفردة في الطب:

"الطب قياس وتجربة"، "العافية ملك خفي لا يعرف قدرها إلا من فقدوها"، "كل مرض معروف السبب موجود الشفاء"، "استدامة الصحة تكون بترك التكاسل عن التعب، وبترك الامتلاء من الطعام والشراب"، "إن الناس اغتدوا في حالة الصحة بأغذية السباع فأمرضتهم فغذوناهم بأغذية الطير فصحوا"، "إننا نأكل لنعيش ولا نعيش لنأكل"، "منزلة لطافة القلب في الأبدان كمنزلة النواظر في الأجفان"، وقال: "العلم كثير والعمر قصير فخذ من العلم ما يبلغك قليله إلى كثيره"¹.

"وكان لأبقرط ولدان فاضلان وهما ثاسلس وذراقن وتلميذ فاضل وهو فولوبس، فعلمهم هذه الصناعة، وشعر أنها قد تخرج عن أهل أسقليبيوس إلى غيرهم، فوضع عهداً استحلف فيه المتعلم لها على أن يكون لازماً للطهارة والفضيلة... وأحلفهم بالأيمان المذكورة فيه أن لا يخالفوا ما شرطه عليهم، وأن لا يعلموا هذا العلم أحداً إلا بعد أخذ هذا العهد عليه. ومما جاء في قسم أبقرط: "إنني أقسم بالله رب الحياة والموت، وواهب الصحة، وخالق الشفاء وكل علاج، وأقسم بأسقليبيوس، وأقسم بأولياء الله من الرجال والنساء جميعاً، وأشهدهم جميعاً على أنني أفي بهذه اليمين وهذا الشرط، وأرى أن المعلم لي هذه الصناعة بمنزلة آبائي، وأواسيه في معاشي، وإذا احتاج إلى مال واسيته وواصلته من مالي. وأما الجنس المتناسل منه فأرى أنه مساوٍ لإخوتي، وأعلم هذه الصناعة إن احتاجوا إلى تعلمها بغير أجر ولا شرط، وأشرك أولادي وأولاد المعلم لي والتلاميذ الذين كتب عليهم الشرط، أو حلفوا بالناموس الطبي في الوصايا والعلوم وسائر ما في الصناعة، وأما غير هؤلاء فلا أفعل به ذلك، وأقصد في جميع التدابير، بقدر طاقتي، منفعة المرضى، وأما الأشياء التي تضر بهم وتدني منهم بالجور عليهم فامنع منها بحسب رأيي، ولا أعطي إذا طلب مني دواء قتالاً، ولا أشير أيضاً بمثل هذه المشورة، وكذلك أيضاً لا أرى أن أدني من النسوة فرجة تسقط الجنين، وأحفظ نفسي في تدبيرتي وصناعتي على الزكاة والطهارة، ولا أشق أيضاً عمن في مثانتة حجارة، ولكن أترك ذلك إلى من كانت حرفته هذا العمل، وكل المنازل التي أدخلها إنما أدخل إليها لمنفعة المرضى، وأنا بحال خارجة عن كل جور وظلم وفساد إراديٍّ مقصود إليه في سائر الأشياء، وفي الجماع للنساء والرجال، الأحرار منهم والعبيد، وأما الأشياء التي أعينها في أوقات علاج المرضى أو أسمعها، في غير أوقات علاجهم في تصرف الناس من الأشياء التي لا يُنطق بها خارجاً فأمسك عنها، وأرى أن أمثالها لا ينطق بها، فمن أكمل هذه اليمين ولم يفسد شيئاً كان له أن يكمل تدبيره

¹ - عيون الأنبياء في طبقات الأطباء، ج. 1، ص. 47-48-49.

وصناعته على أفضل الأحوال وأجملها، وأن يحمدّه جميع الناس فيما يأتي من الزمان دائماً، ومن تجاوز ذلك كان بضده¹.

ومن شدة حرص أبقرات على المحافظة على أخلاق الطبيب؛ وضع ناموساً عرّف فيه من الذي ينبغي له أن يتعلم صناعة الطب، ومما جاء فيه: "إن الطب أشرف الصنائع كلها إلا أن نقص فهم من ينتحلها صار سبباً لسلب الناس إياها، لأنه لم يوجد لها في جميع المدن عيب غير جهل من يدعيها ممن ليس بأهل للتسمي بها، إذ كانوا يُشبهون الأشباح التي يحضرها أصحاب الحكاية ليلهاها الناس لها، فكما أنها صور لا حقيقة لها، كذلك هؤلاء الأطباء، بالاسم كثير، وبالفعل قليل جداً، وينبغي لمن أراد تعلم صناعة الطب أن يكون ذا طبيعة جيدة مؤاتية، وحرص شديد ورغبة تامة، وأفضل ذلك كله الطبيعة لأنها إذا كانت مؤاتية، فينبغي أن يقبل على التعليم ولا يضجر لينطبع في فكره ويثمر ثماراً حسنة، مثل ما يرى في نبات الأرض. أما الطبيعة فمثل التربة، وأما منفعة التعليم فمثل الزرع، وأما تربية التعليم فمثل وقوع البدر في الأرض الجيدة، فمتى قدمت العناية في صناعة الطب بما ذكرنا، ثم صاروا إلى المدن لم يكونوا أطباء بالاسم بل بالفعل، والعلم بالطب كنز جيد وذخيرة فاخرة لمن علمه، مملوء سروراً، سراً وجهراً، والجهل به لمن انتحلته صناعة سوء، وذخيرة ردية، عديم السرور، ودائم الجزع والتهور، والجزع دليل على الضعف، والتهور دليل على قلة الخبر بالصناعة..".

ثم وضع أبقرات وصية وضع فيها جميع ما يحتاج إليه الطبيب في نفسه، وهي معروفة بـ "ترتيب الطب"، قال أبقرات: "ينبغي أن يكون المتعلم للطب في جنسه حراً وفي طبعه جيداً... جيد الفهم حسن الحديث، صحيح الرأي عند المشورة، عفيفاً شجاعاً غير محب للفضة، مالا لنفسه عند الغضب... وينبغي أن يكون مشاركاً للعليل مشفقاً عليه، حافظاً للأسرار... وينبغي أن يكون حلق رأسه معتدلاً مستويا، لا يحلقه ولا يدعه كالجمّة... وينبغي أن تكون ثيابه بيضاء نقية لينة، ولا يكون في مشيه مستعجلاً لأن دليل على الطيش، ولا متباطئاً لأنه يدل على فتور النفس، وإذا دعي إلى المريض فليقعد مترعاً ويختبر منه حاله بسكون وتأن، لا بقلق واضطراب، فإن هذا الشكل والزي والترتيب عندي أفضل من غيره...².

ويتبين لنا من خلال ما ورد في قسم وناموس ووصية أبقرات، أنه وضع شروط خاصة بالطبيب، وشروط لطالب العلم الذي يريد تعلم صناعة الطب، وشروط أساتذة الطب؛ وكل هذا من حرصه على التزام من يتصدى لصناعة الطب بالفضيلة والطهارة. وسار على نهجه من تبعه من الحكماء؛ منهم الحكيم أبو نصر الفارابي الذي قال: "ينبغي لمن أراد الشروع في علم الحكمة أن يكون شاباً، صحيح المزاج، متأدباً بآداب الأخيار؛ قد تعلم القرآن واللغة وعلم الشرع أولاً، ويكون صيناً عفيفاً متحرراً صدوقاً، معرضاً عن الفسق والفجور والغدر والخيانة، والمكر والحيلة، ويكون فارغ البال عن مصالح معاشه، ويكون مقبلاً على

¹ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 1، ص. 43.

² - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ص. 44-45.

أداء الوظائف الشرعية، غير مغل بركن من أركان الشريعة، بل غير مغل بأدب من آداب السنة، ويكون معظماً للعلم والعلماء، ولم يكن عنده لشيء قدر إلا للعلم وأهله، ولا يتخذ علمه من جملة الحرف والمكاسب، وآلة لكسب الأموال، ومن كان بخلاف ذلك فهو حكيم زور. فكما أن الزور لا يعد من الكلام الرصين، ولا البهرج¹ من النقود، فكذلك من كانت أخلاقه خلاف ما ذكرنا لا يعد من جملة الحكماء.²

وقد تحدث ابن زهر³ (ت557هـ) في كتاب (التيسير في مداواة والتدبير) عن يمين أبقرط الذي كان يطالب بها جميع من يدرس مصنفاته، ويقتضي منهم إلزام تلاميذهم بها، وذكر أن والده أبا العلاء (ت525هـ)⁴، تلقى اليمين منه عندما كان لا يزال طفلاً لدى ابتدائه دراسة الطب.⁵

تطورت فكرة القسم وأسلوبها عبر التاريخ، وقد ترجم هذا القسم في العصر العباسي، وإن لم تخل صيغته آنذاك من شيء من الوثنية. وفي مطلع القرن الهجري الخامس عشر المنعقد في الكويت بتاريخ 6-10 ربيع الأول سنة 1401هـ الموافق 12-17 يناير سنة 1981م أقر المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي القسم الطبي التالي: "بسم الله الرحمن الرحيم أقسم بالله العظيم أن أراقب الله في مهنتي، وأن لا أقصر أبداً في مسؤوليتي وواجباتي تجاه المريض وكرامته الإنسانية، وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال باذلاً وسعاً في إنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق، وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم، وأن أكون من وسائل رحمة الله، مسخراً كل رعايتي الطبية للقريب والبعيد، وأن أثابر على طلب العلم المسخر لنفع الإنسان لا لأذاه، وأن أبجل أساتذتي الذين تعلمت على أيديهم مبادئ مهنتي، وأعترف لهم بالجميل وأبقى دوماً وفيًا لتعاليمهم، وأن أعلم من يصغرنى، وأن أكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين على البر والتقوى، وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين، والله على ما أقول شهيد".⁶

ولازال القسم يؤدي في حفل التخرج في كثير من كليات الطب في أنحاء العالم مع اختلاف في النصوص وفي طريق الأداء⁷، كما أن هذا القسم يكتب في آخر صفحة كل أطروحات طلبة الطب والصيدلة بالمغرب تأكيداً على أهميته.

¹ - الذَّهْم النَّبَهْرُ: ما بَطَلَ سِكْنُهُ، ودرهم نَبَهْرَج ك "بَهْرَج": مغشوش، زائف، لؤلؤ بهرج: اصطناعي.

² - تاريخ حكماء الإسلام، ص. 34.

³ - عبد الملك بن زهر بن عبد الملك بن محمد بن مروان، ولد 464هـ وتوفي 557هـ (1072-1162م)، يكنى "أبو مروان" ويعرف بابن زهر الإشبيلي، ولقب "ابن زهر" هو كنية أسرة من علماء المسلمين نشأت في الأندلس من بداية القرن العاشر إلى أوائل القرن الثالث عشر الميلادي. وأشهرهم هو الطبيب "عبد الملك بن زهر"، وقد عُرف عند الأوربيين باسم Avenzoar، أدرك ابن زهر دولة المرابطين، فقد لحق بخدمتهم مع والده "أبي العلاء" في آخر دولتهم. وبعد زوال الدولة المرابطية وقيام الدولة الموحدية، خدم ابن زهر "بني عبد المؤمن". فاشتغل طبيباً ووزيراً مع عبد المؤمن مؤسس الدولة، فشمله برعايته، مما مكّنه من تأليف أفضل كتبه. تولى الوزارة وهو أستاذ الفيلسوف ابن رشد. وهكذا كان ابن زهر وأبوه "أبو العلاء" في خدمة عبد المؤمن. حتى مات أبوه "أبو العلاء" وبقي عبد الملك في خدمته. (عن ويكيبيديا).

⁴ - كان طبيب المعتمد بن عباد بإشبيلية وظل في بلاط الأمراء في إشبيلية حتى غزاها المرابطون سنة 484هـ، واستدرجه السلطان يوسف ابن تاشفين لخدمته، وهو أول طبيب أندلسي ورد على المغرب بعد استيلاء المرابطين على الأندلس.

⁵ - عبد العزيز بن عبد الله، الطب والأطباء بالمغرب، 1380هـ/1960م، المطبعة الاقتصادية، ص. 28.

⁶ - الطب ورائداته المسلمات، ص. 56.

⁷ - إما بطريقة فردية بعد مناقشة أطروحة الطالب، أو بطريقة جماعية من طرف كل خريجي السنة.

ونظراً لأهمية الأخلاق في ممارسة الطب استتبطن الغربيون النظم الأخلاقية من قسم أبقرراط القديم ومن مبادئ الشرف النبيلة، ووضعوا معايير السلوك المهني في أواخر القرن السابع عشر، وتبنتها الجمعيات الطبية رسمياً في بدايات القرن التاسع عشر، وأصدرت عدة قوانين في هذا المجال، وكان أول دستور للأخلاقيات الطبية هو الدستور الذي أسسه الطبيب الإنكليزي توماس بيرسفال عام 1794م، والذي اعتمدته الجمعية الطبية الأمريكية عام 1846م، وتوالت بعد ذلك القوانين التي اهتمت بأخلاقيات مهنة الطب.

واهتم العديد من الأطباء في الغرب بحث زملائهم على الالتزام بآداب وأخلاقيات المهنة "Ethique"، أذكر مثالين:

الدكتور "ألكسيس كاريل" (ولد بليون فرنسا سنة 1873م وحصل على شهادة الطب من هذه المدينة)، يقول في كتابه "الإنسان ذلك المجهول": "...والنشاط الأخلاقي مرادف لاستعداد الإنسان لأن يفرض على نفسه قاعدة معينة للسلوك، وأن يختار ما يعتبره الأحسن من بين وجوه تصرف عديدة، وأن يتخلص من أنانيته وحقده. إنه يخلق فيه الشعور بالمسؤولية والواجب. وهذه الحاسة الغريبة تلاحظ في عدد قليل فقط من الأشخاص. ولكنها تظل مستترة في أكثر الناس، بيد أنه لا يمكن إنكار وجودها... فقد أبرز الإحساس الأدبي نفسه في جميع الأحقاب، وظهرت أهميته الجوهرية منذ فجر تاريخ البشرية. وهو مرتبط بالإحساس العقلي والديني والشعور بالجمال.. إنه يحملنا على التفريق بين الصواب والخطأ واختيار الصواب بالتفضيل عن الخطأ.. والإرادة والعقل وظيفة واحدة من المخلوقات عالية التمدين. ومن الإرادة والعقل تأتي جميع القيم الأدبية.

من الواضح أن الإحساس الأدبي، مثل النشاط العقلي، يعتمد على حالات تركيبية ووظيفية معينة للجسم، وهذه الحالات تنتج من التركيب الداخلي لأنسجتنا وعقولنا، كذا من عوامل أثرت فينا إبان نمونا¹. "وقد ذكر جالافاردين أن هناك أنانيين لا يأنهون مطلقاً بسعادة أترابهم من بني الإنسان أو تعاستهم. وهناك الحقودون الذين يشعرون باللذة وهم يشاهدون نكبات الآخرين وآلامهم، بل حتى حينما يتسببون في إحداث هذه النكبات والآلام. وهناك قوم يستشعرون الألم حينما يستشعره أترابهم، وتولد قوة العطف هذه الرحمة وفعل الخير والأعمال التي توحى بها هاتان الفضيلتان. والقدرة على الإحساس بالآلام الآخرين صفة لازمة للإنسان الذي يحاول تخفيف أعباء الحياة وآلامها عن إخوانه في الإنسانية.. وكل إنسان يولد وهو مزود بقدر محدد من حب الخير أو الاعتدال أو الولع بالشر، ولكن الإحساس الأدبي، مثل العقل، يمكن تنميته بالتعليم، والنظام، وقوة الإرادة"².

¹ - ألكسيس كاريل، الإنسان ذلك المجهول، تعريب: شفيق أسعد فريد، مكتبة المعارف بيروت لبنان، ط. 1، 1423هـ-2003م، ص. 140.

² - الإنسان ذلك المجهول، ص. 141.

"يجب على الانسان أن يفرض على نفسه قاعدة داخلية حتى يستطيع أن يحتفظ بتوازنه العقلي والعضوي.. إن الدولة قادرة على فرض القانون على الشعب بالقوة، ولكن لا تستطيع أن تفرض عليه الأخلاق. فيجب أن يدرك كل فرد ضرورة فعل الخير وتجنب فعل الشر، وأن يرغم نفسه على اتباع هذا المنهاج ببذل جهد إرادي"¹..

إننا قلما نشاهد أفراداً يتبعون مثلاً أخلاقياً أعلى في تصرفاتهم في المدنية العصرية. ومع ذلك فأمثال هؤلاء الأفراد موجودون فعلاً.. إننا لا نملك إلا أن نلاحظ تصرفاتهم عند ما نلتقيهم.. أما الجمال الأخلاقي فاستثنائي وهو ظاهرة ملحوظة جداً.. والشخص الذي يفكر فيه ولو مرة واحدة لا ينساه أبداً.. وهذا الشكل من أشكال الجمال أكثر تأثيراً بكثير من جمال الطبيعة والعلم.. إنه يمنح أولئك الذين يملكونه هبات جليلة الشأن، قوة عجيبة لا يمكن إيضاحها.. إنه يزيد قوة العقل، ويوطد السلام بين الناس.. والجمال الأدبي يفوق العلم والفن من حيث إنه أساس الحضارة².

- ومن الأطباء الغربيين الذين لهم كتابات عديدة في الحث عن الأخلاق: الدكتور "أكسيل كاهن" Axel KAHN، ومما ذكره في كتابه الأخير "الأخلاقيات في جميع صورها": "إن خميرة وسميد كل توجه أخلاقي هو حب الآخر"³. وأضاف: "إن مجال الأخلاقيات هو مجال خاص ينبع من الداخل، وتتجلى خصوصيته بكونه يتعلق بأسئلة لم يستطع حلها لا الاجتهاد ولا القانون، وهو يشكل الوسيلة من أجل التموّج بين الخير والشر، اللذان يظان تحت تقدير ضميرنا في الوقت الذي يلزمنا الاختيار وتوجيه أفعالنا نحو الطريق التي تؤدي إلى الحياة الطيبة"⁴. وأضاف قائلاً: "إن عدم المبالاة بالآخر تختلف حسب الحالات؛ فعندما يكون الآخر في خطر، تدخل عدم المبالاة في إطار الشر، ولهذا في بعض الحالات التي تكون فيها حياة الآخر في خطر فإن العدالة تعاقب الممتنع عن إغاثته، بتهمة "عدم مساعدة شخص في خطر"⁵.

ولقد حضرت محاضرة ألقاها د. أكسيل حول "الأخلاقيات والذكاء الاصطناعي" Ethique et Intelligence artificielle، ضمن فعاليات مؤتمر RIFRES، الذي عقد بكلية الطب بالرباط في مارس 2019، حول موضوع "كليات الطب والمسؤولية المجتمعية"، عرض د. أكسيل في آخر شريحة قدمها خلال المحاضرة، صورته وهو يلعب مع ثلاث أطفال صغار السن، وخاطب كل الحاضرين في المدرج قائلاً "علينا أن نفكر في مستقبل هؤلاء الصغار بالاهتمام الجاد بالأخلاقيات في ممارساتنا". نستنتج من هذا الموقف الأخلاقي للدكتور أكسيل، حرصه على حث عمداء كليات الطب وأساتذة الطب والأطباء على تحمل مسؤولية المشاركة في التنمية المستدامة للمجتمع حتى نضمن العيش الكريم للأجيال الحالية والأجيال القادمة.

¹ - المرجع نفسه، ص. 142.

² - المرجع نفسه، ص. 140-142-143.

³ - Axel KAHN (GENETICIEN), L Ethique dans tous ses états EDITION L AUBE, Février 2019 .p,21.

⁴ - Ibid .p.27. المرجع نفسه

⁵ -Ibid .P.40. المرجع نفسه

إن احترام أخلاقيات المهنة قِيمَ عالمية، تسعى جميع المجتمعات على نشرها وتربية الأجيال عليها. ولكن على الرغم من أن الكثير من كليات الطب في العالم تدرس الأخلاقيات والمسؤولية الطبية منذ أكثر من أربعين عاماً، ويؤدي الطبيب القسم عند تخرجه (كمعيار أخلاقي لإرساء مبدأ الرقابة الداخلية وإحياء وازع الضمير)، وصدر عدد قوانين دولية ووطنية حول أخلاقيات مهنة الطب، فلا تزال الحالات القضائية والقانونية مرتفعة بسبب قضايا ذات بعد أخلاقي ومهني. وتبقى قضية السلوك المهني للأطباء لا تحل بقسم يؤديه الطبيب وقد يذهب أدراج الريح، ولا تستوفى بدراسة مقرر علمي في آداب ممارسة مهنة الطب، ولا تحكمها فقط قواعد قانونية تقررها نقابة طبية أو دستور وضعي، بل تتوقف على إيجاد الضمير الحي عند الطبيب، فيتحدى بالأخلاق والآداب الحسنة، وتصبح جزء من كيانه ومعتقداته، ولا تعود كلمات يتشدد بها، فما المقصود بالضمير الحي؟

الفرع الثالث: إيجاد الضمير وأثره في الثبات على الأخلاق الحسنة:

يقول د. عبد العزيز الخياط: "الضمير هو الوازع الباطني المستتر داخل النفس الذي يرشد إلى الصواب ويوجه إلى الخير، وضمير الإنسان يتكون من عقيدته التي تحدد نظرة الإنسان ومفاهيمه عنها... والأديان كلها تشترك في عقيدة التوحيد، وفي تحديد الأخلاق الحسنة والسيئة، ولهذا يشترك معظم الناس في أن الصدق وفعل الخير والأمانة والإخلاص وغيرها أخلاق كريمة ويشتركون في أن الكذب والغيبة والنميمة والاعتداء على الحرمات وغيرها أخلاق سيئة، وعندما بدأت النظرة إلى الحياة تتغير بتغير المفاهيم عن الحياة، وبوجود المبادئ الحديثة التي أنت بنظرة تتناقض مع الأديان كالمسيحية والوجودية والرأسمالية وغيرها بدأت تختلف ضmann الناس أفراداً وجماعات"¹.

ومن هنا تبرز أهمية إدخال العنصر الديني في تشكيل قيم وأخلاق البشر عامة، وفي الثبات على التحلي بها في جميع الظروف والحالات؛ يقول د. محمد أبو زهرة: "إن الضمان الدينية تجعل الترابط لا يكون بقوة القهر والسلطان كما نرى في المجتمعات التي تتجه إلى صب المجتمع كله في قالب واحد، وتحت سلطان مادي واحد لا أثر فيه إلى المعنويات، من غير نظر إلى الإرادات الحرة والضمان الحية، فيكفي لزوالها زوال من قام بالضغط وإيجاد البناء كما رأينا في النظم الدكتاتورية الفاشية"².

وما يجعل العنصر الديني يحقق أثراً كبيراً في ضبط أخلاق الناس هو تأثيره على القلوب، وأهم الأخلاق التي تهمننا في دراستنا هو خلق التكافل الذي يتوقف على إيجاد قلوب رحيمة؛ يقول محمد أبو زهرة: "وتجد الوصايا الدينية تتجه كلها إلى إصلاح القلوب، وإذا صلحت القلوب واستقامت فإنها تحسن مقاصدها الاجتماعية، ولا حياة لتكافل اجتماعي لا يقوم على أساس من العلاقات الروحية القلبية، لأن المجتمعات لا بد أن يقوم تكافلها وترابطها على معان روحية لا على مجرد علاقات مادية... فإن ما يبني

¹ - الدكتور عبد العزيز الخياط، المجتمع المتكافل في الإسلام، ط. 2، 1401هـ-1981م، مؤسسة الرسالة، مكتبة الأقصى، ص. 204.

² - الإمام محمد أبو زهرة (1898هـ-1974م)، التكافل الاجتماعي في الإسلام، ط. جديدة 1991م، دار الفكر العربي، ص. 16/15.

على الارتباط المادي سهل الانهيار، وما يبنى على العلائق الروحية لا يسهل انهياره... ثم هكذا نجد كل العبادات الإسلامية تتجه إلى تهذيب ضمير المؤمن ليكون متكافلاً مع المجتمع الفاضل في غايته الفاضلة، وإن وصايا النبي ﷺ تتجه إلى تطهير القلب المؤمن ليكون التآلف الاجتماعي ... إن التكافل في الإسلام أولى دعائمه القلوب وما يبنى على القلوب يكون له البقاء....¹.

يقول د. عبد العزيز الخياط: "ولهذا ندرك حرص الإسلام على أن يجعل قيماً ثابتة في الحياة، ومفاهيم أخلاقية تنبثق عن العقيدة، لا تتغير بتغير الأزمان والأماكن، فمفهوم العقيدة واحد ثابت، ومفهوم الأخلاق واحد ثابت حتى يظل الضمير عند الفرد والجماعة ثابتاً، وبهذا يضمن سلامة التكافل والترابط الاجتماعي دائماً"².

يتميز الإسلام بنظام شمولي متكامل بحيث يشمل الجانب الأخلاقي والروحي والتشريعي والاجتماعي والعملي والفردى في بوثقة واحدة متناغمة، تحفظ حق الفرد وحق المجتمع، وحق المريض وحق الطبيب، وترتفع بالمستوى العام لهذه المجاميع المختلفة، وهي تتطلع في جميع أعمالها وسلوكياتها إلى رضى الله الذي يعتبر غايتها الأسمى وهدفها الأعلى، وبدون تعميق هذا المفهوم السليم، فإن مزيداً من الانحدار الخلقي واضطراب علاقات المريض مع الطبيب ستزداد شراسة كل يوم وخاصة مع انتشار عقلية السوق ومفاهيم العولمة، واللهات وراء المكاسب بكافة الوسائل المشروعة وغير المشروعة.

ولبيان تأثير الإيمان الصحيح في الأخلاق والقيم، أذكر ما قاله ذ. أبو الحسن الندوي: " إن أغرب انقلاب وقع في تاريخ العالم، هو الانقلاب الذي أحدثه النبي ﷺ في نفوس المسلمين وبواسطتهم في المجتمع الإنساني أغرب ما في تاريخ البشر، وقد كان انقلاباً غريباً في كل شيء: كان غريباً في سرعته، وكان غريباً في عمقه، وكان غريباً في سعته وشموله، وكان غريباً في وضوحه، وقربه إلى الفهم؛ فلم يكن غامضاً ككثير من الحوادث الخارقة للعادة ولم يكن لغزاً من الألغاز: كان الناس -عرباً وعجماء- يعيشون حياة جاهلية، يسجلون فيها كل خلق لأجلهم ويخضع لإرادتهم وتصرفهم، لا يثيب الطائع بجائزة، ولا يعذب العاصي بعقوبة ولا يأمر ولا ينهى، فكانت الديانة سطحية طافية في حياتهم، ليس عليها سلطان على أرواحهم ونفوسهم وقلوبهم... وفقدت الديانة روحها وأصبحت طقوساً وتقاليد وأشباحاً للإيمان. انتقل العرب الذين أسلموا من هذه المعرفة العلية الغامضة الميتة إلى معرفة واضحة روحية ذات سلطان على الروح والنفس والقلب والجوارح، ذات تأثير في الأخلاق والاجتماع، ذات سيطرة على الحياة وما يتصل بها... وكان هذا الإيمان مدرسة خلقية وتربوية نفسية تملئ على صاحبها الفضائل الخلقية من صرامة إرادة وقوة نفس ومحاسبتها والإنصاف منها، وكان أقوى وازع عرفه تاريخ الأخلاق وعلم النفس عن الزلات الخلقية والسقطات البشرية"³.

¹ - المرجع نفسه.

² - المجتمع التكافل في الإسلام، ص. 204.

³ - أبو الحسن علي الحسيني الندوي، ماذا خسر العالم بانحطاط المسلمين، دار الغد الجديد، 2005، ط. 1، سنة، ص. 89.

إذا كان الإيمان قد استطاع أن يحدث هذا التأثير القوي في عهد الرسالة المحمدية، فالسؤال الذي سنحاول الإجابة عليه في المطلب الرابع هو : ما الذي يقدمه المنهج الإسلامي للطبيب حتى يستقيم سلوكه ومعاملاته وينجح في مهمة الرعاية الصحية لمرضاه؟

المطلب الرابع: المنهج الإسلامي في تقويم أخلاق الطبيب:

إن الدين الإسلامي يرسى للطبيب ركيزة الإيمان والتقوى، ومراقبة الله في السر والعلن، والتطلع إلى ثوابه في الآخرة، والخوف من عقابه الأخروي. يقول الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا إِن تَتَفَوُّا اللَّهَ يَجْعَل لَّكُمْ فُزْقَانًا وَيُكَفِّرُ عَنْكُم سَيِّئَاتِكُمْ وَيَغْفِرَ لَكُمْ وَاللَّهُ ذُو الْفَضْلِ الْعَظِيمِ﴾¹، والفرقان يريد به نور البصيرة الذي يهدي الإنسان إلى الصراط السوي، ويرشده إلى معرفة الخير والشر والحق والباطل².

الفرع الأول: أثر الإيمان والتقوى في تقويم أخلاق المسلم:

إن الإيمان بالله يملأ جوانح النفس، يُطهرها، ويسمو بها عن الصغائر، ويجعلها تنتهج المثل العليا، كيف لا وقد جعله الله زينة في قلوب المؤمنين وهو عطاء من الله؛ يقول تعالى: ﴿يَمُنُّونَ عَلَيْكَ أَنْ أَسْلَمُوا قُل لَّا تَمُنُّوا عَلَيَّ إِسْلَمَكُم بَلِ اللَّهُ يَمُنُّ عَلَيْكُمْ أَنْ هَدَيْكُمْ لِلإِيمَانِ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ﴾³. ويُعلّق السيد قطب (1385هـ/1966م) على هذه الآية الكريمة بقوله: "إن الإيمان هو كبرى المنن التي يمنُّ الله بها على عبد من عباده في الأرض. إنه أكبر من منة الوجود الذي يمنحه الله ابتداءً لهذا العبد، وسائر ما يتعلق بالوجود من آلاء الرزق والحياة والمتاع. وأول ما يصنعه الإيمان في الكائن البشري، حيث تستقر حقيقته في قلبه، هو سعة تصوره لهذا الوجود، ولارتباطاته هو به ولدوره هو فيه، وصحة تصوره للقيم والأشياء والأشخاص والأحداث من حوله، وطمأنينته في رحلته على هذا الكوكب الأرضي حتى يلقي الله، وأنسه بما في الوجود حوله، وأنسه بالله خالق هذا الوجود، وشعوره بقيمته وكرامته، وإحساسه بأنه يملك أن يقوم بدور مرموق يرضى عنه الله ويحقق الخير لهذا الوجود كله، بكل ما فيه وكل من فيه"⁴.

والإيمان بالله يولد التقوى، وخلق التقوى يحتل مكان المركز والمنبع لسائر الأخلاق؛ وهذا ما صرح به عدد من العلماء كابن عاشور في قوله: "جماع مكارم الأخلاق يعود إلى التقوى"⁵؛ ذلك أن التقوى تنبعث من رقابة ذاتية يمارسها كل واحد على نفسه ومن داخل نفسه، ولذلك فهي حاضرة مع صاحبها في كل وقت وحين. فالإنسان في حياته يمكن أن يغيب عن الناس ويغيب عنه الناس، فيتخلص من رقابتهم ومحاسبتهم ولومهم وضغطهم، ويمكن أن يكون مقامه فوق الناس، بسلطانه وسطوته، أو بعلمه ومرتبته، أو بجاهه

¹ - سورة الأنفال، آية 29.

² - المجتمع المتكافل في الإسلام، ص. 206.

³ - سورة الحجرات، آية 17.

⁴ - سيد قطب، في ظلال القرآن، ط. 12، جدة: دار العلم للطباعة والنشر، 1982 م، ص. 3351 - 3387.

⁵ - ابن عاشور، أصول النظام الاجتماعي في الإسلام، ص. 207، دار النفائس بالأردن - 1421هـ/2001م.

ومنصبه، ولكن تقواه -إن كان من أهل التقوى- تظل حاضرة معه، رقيقةً عليه، مُوجهة لسلوكه، في سره كما في علنه، وفي سفره كما في حضره، وفي ليله كما في نهاره، وفي انفراده بنفسه كما في اجتماعه مع غيره¹. وقد كان رسول الله ﷺ يوصي المسافرين خاصةً بتقوى الله، لأن المسافر ذاهب إلى حيث لا يعرفه أحد، وربما مرَّ من حيث لا يراه أحد. فهو بحاجة أكثر إلى استصحاب تقواه وإلى أعمال تقواه. عن أنس رضي الله عنه قال: جاء رجل إلى النبي ﷺ فقال: يا رسول الله، إني أريد سفرًا فزودني. قال: «زودك الله التقوى...»²، ولا شك أن أحوج الناس إلى التحلي الدائم بخلق التقوى ومقتضياتها هو الطبيب الذي يضع الناس أرواحهم وأبدانهم وأسرارهم وأعراضهم أمانة بين يديه. وهو عند ممارسته لمهنته واتخاذ قرارات علاج مرضاه يكون بعيداً عن أي مراقبة سلطوية، فما يمكن أن يقدمه ويحققه الطبيب النقي بتقواه وإخلاصه، من حفظ لأرواح الناس وأبدانهم، وتخفيف لآلامهم ومعاناتهم، وتوفير لأموالهم وجهودهم لا يقل حجماً ولا أهمية عما يقدمه من ذلك بعلمه وحكمته. فالطبيب النقي -بفضل تقواه وأمانته- يصبح رقيب نفسه وحسيب نفسه، فيستقيم باطنه وسره، قبل ظاهره وجهه³.

وأخلاق الطبيب تجد أصولها في التنشئة الاجتماعية التي تربي عليها منذ صغره، يقول أبو حذيفة إبراهيم⁴: "ولا يجوز فصل آداب الطبيب وأخلاقه عن الأخلاقيات العامة التي يجب أن يتصف بها كل مسلم في سلوكه، فالإسلام يهدف إلى تكوين الذات الإسلامية المتميزة عن كل ما سواها، منذ الطفولة المبكرة، بحيث يمتزج الخلق الإسلامي مع تكوين الفرد وطباعه وسلوكه. ومن هنا يتضح لنا دور الأسرة والمدرسة والدولة، في توفير البيئة الصالحة والمتسقة مع تعاليم الإسلام، ينتشر فيها عمل الخيرات وتمتّع فيها المنكرات، وتكون أخلاق الرسول ﷺ التي زكّاها الله سبحانه وتعالى بقوله: «وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلْيِ عَظِيمٍ»⁵. هي النبراس والقُدوة لكل مسلم؛ وبذلك ينشأ الجيل المنسجم مع فطرته النقية، بسهولة ويسر وبلا تناقضات أو عقبات، ويجد طريق الخير أمامه سهلاً وميسراً، ونكون بذلك حققنا قول الله تعالى: «وَالَّذِينَ آمَنُوا وَاتَّبَعَتْهُمْ ذُرِّيَّتُهُمْ بِإِيمَانٍ أَلْحَقْنَا بِهِمْ ذُرِّيَّتَهُمْ وَمَا أَلَتْنَاهُمْ مِنْ عَمَلِهِمْ مِنْ شَيْءٍ كُلُّ امْرِئٍ بِمَا كَسَبَ رَهِينٌ»⁶. والطبيب المسلم الذي يحمل أمانة الإسلام أولاً، وأمانة المحافظة على صحة المسلمين ورفع الضرر عنهم ثانياً، لهو أولى الناس بأن تكون تربيته إسلامية وسلوكه محمدياً، ولا سبيل إلى تحقيق هذا الهدف إلا بجعل القرآن العظيم حياً في النفوس والضمائر".

¹ - أحمد الريسوني، الأخلاق في الطب... تأسيس مقاصدي، ورقة مقدمة لندوة (الأخلاق الإسلامية والطب)، المنظمة من قِبَل مركز دراسات التشريع والأخلاق، بالدوحة، في 5-7 يناير 2013م، ص. 19.

² - رواه الترمذي، أبواب: الدعوات، باب: ما يقول إذا ودع إنساناً 500/5 (3444)؛ والحاكم 107/2 (2477)؛ وقال الترمذي: حديث حسن غريب.

³ - الأخلاق في الطب... تأسيس مقاصدي، ص. 21.

⁴ - أبو حذيفة إبراهيم بن محمد، نفح الطيب في آداب وأحكام الطبيب، دار الصحابة للتراث بطنطا، ص. 22.

⁵ - سورة القلم، الآية. 4.

⁶ - سورة الطور، الآية 21.

ويجب الإشارة إلى أهمية اعتماد المرجعية الإسلامية لغرس الأخلاق عند الناشئة في مجتمعاتنا، وهذا ما ذكره د. حدية في كتابه عن التربية الوالدية:

"... فلو وضع استراتيجية شاملة لإصلاح التربية الوالدية في البلاد الإسلامية لا بد من الأخذ بعين الاعتبار خصوصيات العالم الإسلامي المتمثلة في الدين والثقافة الإسلاميين وجعل هذه الاستراتيجية تقوم بالدرجة الأولى على "أساس المرجعية الإسلامية" المستمدة من القرآن والسنة، باعتبارها المرجعية الحاكمة للكثرة الغالبة للدول الإسلامية، وفضلا عن ذلك العديد من التوجهات الفكرية التي تم الاتفاق عليها من خلال المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة، ويضاف إلى هذا وذلك "المرجعية العلمية" التي تتمثل فيما توصل إليه الخبراء والعلماء في مجالات التربية وعلم النفس فيما يتصل بالتربية الوالدية¹.

نحتاج إذن من أجل تخليق المجتمع ككل، إلى العمل على غرس الأخلاق الكريمة عند الناشئة في جميع مراحل التنشئة الاجتماعية من خلال تفعيل رسالة التربية الوالدية أولا، وكذلك التربية الأسرية والمدرسية والإعلامية.

إن الطبيب سيواجه في ممارسته اليومية بكثير من المواقف التي تستلزم استفتاء قلبه، ومن هنا سوف تتأثر قراراته بمدى التزامه بمنهج الله، وبمدى إحاطته وإمامه بسنة رسول الله ﷺ، وحينئذ ينبعث حكمه مسترشداً بحديث رسول الله ﷺ: «الْبِرُّ حُسْنُ الْخُلُقِ، وَالْإِثْمُ مَا حَاكَ فِي صَدْرِكَ، وَكَرِهْتَ أَنْ يَطَّلَعَ عَلَيْهِ النَّاسُ»².

فأخلاق وآداب مهنة الطب تستفاد من تعاليم الإسلام الحنيف التي تدعو إلى مكارم الأخلاق، والأخلاق في الإسلام لها خصائص تجعلها مختلفة عما في نظم وتشريعات الحضارات الأخرى. وسنتطرق لهذه الخصائص في الفرع الموالي.

الفرع الثاني: خصائص الأخلاق الإسلامية³:

1- رابنية المصدر: نابعة من شرع خالق البشر الذي يعلم ما يصلحهم وما يفسدهم. ومصدرها كتاب الله وسنة نبيه ﷺ، ولا مدخل فيها للآراء البشرية، أو النظم الوضعية، أو الأفكار الفلسفية. ولذا اتسمت الأخلاق الإسلامية بسمة الخلود والصدق والصحة.

¹ - المصطفى حدية، التربية الوالدية الرؤية الإسلامية بتنظيماتها القيمية، ط 2013، مطابع نت، ص 70.

² - حديث صحيح أخرجه البخاري في الأدب المفرد، تح: محمد فؤاد عبد الباقي، دار البشائر الإسلامية - بيروت، ط. 3، 1409هـ - 1989م. وأخرجه مسلم، والترمذي، انظر صحيح الجامع برقم 28880.

³ - الذرر السنيّة، المشرف العام: علوى بن عبد القادر السقاف، موسوعة الأخلاق، مقدمات في الأخلاق الإسلامية www.dorar.net.

2- عبادية المقصد: قال ﷺ: «أكمل المؤمنين إيماناً أحسنهم خلقاً»¹. فالطبيب لا يلتزم بمسؤولياته وواجباته حفاظاً على سمعته، أو دعاية لنفسه لينجح مادياً واجتماعياً، أو خوفاً من المحاسبة، وإنما قبل ذلك وبعده، تحقيقاً لعبودية الله تعالى بطاعته والتزام شرعه وابتغاء مرضاته.

3- ثابتة: فالطبيب المسلم يتحلى بمكارم الأخلاق كلما تكررت المواقف المقتضية، فلا يتغير موقفه مع الفقير أو الغني، ولا مع الضعيف أو القوي، ولا في حالة رضاه أو سخطه، ولا في حالة حبه أو بغضه، ولا في حالة خلوته مع مريضه أو جلوته، ولا كونه رئيساً أو مرئوساً؛ ومصدر هذا أن الطبيب المسلم يتحلى بمكارم الأخلاق طاعة لله، وليس لنوازع المصالح أو الأهواء الشخصية دور في تحليه بها.

4- شاملة ومتكاملة: وهي خاصية منبثقة من الخاصية الأولى، وهي الربانية، وذلك لأنها تراعي الإنسان، والمجتمع الذي يعيش فيه... وتشمل كافة مناشط الإنسان وتوجهاته، وتستوعب حياته كلها من جميع جوانبها، ثم هي أيضاً لا تقف عند حد الحياة الدنيا.

5- صالحة لكل زمان ومكان: لما كانت الأخلاق الإسلامية ربانية المصدر، كانت صالحة لجميع الناس في كل زمان، وفي أي مكان، نظراً لما تتميز به من خصائص، فلا يطرأ عليها أي تغيير أو تبديل بسبب تغير الظروف والأزمان؛ لأنها ليست نتاجاً بشرياً، بل هي وحي من الله تعالى لنبيه.

6- العبرة بالظاهر والباطن من الأعمال معاً: لا تكفي الأخلاق الإسلامية بالظاهر من الأعمال، ولا تحكم عليها بالخير والشر بمقتضى الظاهر فقط، بل يمتد الحكم ليشمل النوايا والمقاصد، وهي أمور باطنية، فالعبرة إذاً بالنية، يقول رسول الله ﷺ: «إنما الأعمال بالنيات، وإنما لكل امرئ ما نوى...»²، والنية هي مدار التكليف، وعلى ذلك فالإسلام يراعي نية الإنسان في الحكم على عمله الظاهر.

7- ترتبط الأخلاق الإسلامية بالجزاء الدنيوي والأخروي: أخلاق الإسلام ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالجزاء، سواء في الدنيا أو الآخرة. فالأخيار من الناس: جزاؤهم عظيم في الدنيا والآخرة؛ ومن ذلك ما أعده الله لهم في الآخرة، كما في قوله تعالى: ﴿وَعَدَ اللَّهُ الْمُؤْمِنِينَ وَالْمُؤْمِنَاتِ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ خَالِدِينَ فِيهَا وَمَسْكِينٍ طَيِّبَةٍ فِي جَنَّاتٍ عَدْنٍ وَرِضْوَانٍ مِّنَ اللَّهِ أَكْبَرَ ذَلِكَ هُوَ الْبَقَرُ الْعَظِيمُ﴾³.

¹ - أخرجه أحمد في المسند 250/2، وأبو داود في كتاب: السنة باب الدليل على زيادة الإيمان ونقصانه، 60/5، ح. 4682، والترمذي في الرضاع، باب: ما جاء في حق المرأة على زوجها، 457/3، ح. 1162، جميعهم من طريق أبي سلمة عن أبي هريرة، وقال عنه الترمذي: "هذا حديث حسن صحيح".

² - متفق عليه من حديث عمر بن الخطاب رضي الله عنه، وهو أول حديث في "صحيح البخاري" برقم (1، 54)، ورواه مسلم في الإمارة باب: قوله ﷺ: (إنما الأعمال بالنية) برقم (1907) وسنن أبي داود برقم (2201) وسنن الترمذي برقم (1647)، وسنن النسائي (59/1) وسنن ابن ماجه برقم (4227) ومسند أحمد (25/1) ومسند الحميدي (16/1) ومسند الطيالسي (27/2) "منحة المعبود".

³ - سورة التوبة، آية 72.

وكذلك ما وعدهم الله به في الدنيا من الجزاء العاجل، قال تعالى: ﴿وَمَنْ يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مَخْرَجًا وَيَرْزُقْهُ مِنْ حَيْثُ لَا يَحْتَسِبُ﴾¹. وأما الأشرار من الناس فقد توعدهم الله عز وجل كما في قوله تعالى: ﴿بِالَّذِينَ كَفَرُوا فَطَعَتْ لَهُمْ ثِيَابٌ مِنْ نَارٍ يُصَبُّ مِنْ فَوْقِ رُءُوسِهِمُ الْحَمِيمُ يُصْهَرُ بِهِ مَا فِي بُطُونِهِمْ وَالْجُلُودُ وَلَهُمْ مَقْلِعٌ مِنْ حَدِيدٍ كُلَّمَا أَرَادُوا أَنْ يَخْرُجُوا مِنْهَا مِنْ غَمٍّ أُعِيدُوا فِيهَا وَذُوقُوا عَذَابَ الْحَرِيِّ﴾². وأما جزاؤهم في الدنيا فمثاله قوله تعالى: ﴿وَضَرَبَ اللَّهُ مَثَلًا قَرْيَةً كَانَتْ آمِنَةً مُطْمَئِنَّةً يَأْتِيهَا رِزْقُهَا رَغَدًا مِنْ كُلِّ مَكَانٍ فَكَفَرَتْ بِأَنْعَمِ اللَّهِ فَأَذَافَهَا اللَّهُ لِبَاسِ الْجُوعِ وَالْخَوْفِ بِمَا كَانُوا يَصْنَعُونَ﴾³.

وسنخصص الفرع الثالث للتطرق لأهم الأخلاق التي على الطبيب الالتزام بها:

الفرع الثالث: الأخلاق الكريمة التي يجب أن يتصف بها الطبيب المسلم:

- * **الصدق:** الصدق صفة أساسية من صفات المؤمن. قال تعالى: ﴿يَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا بِتَقْوَى اللَّهِ وَكُوْنُوا مَعَ الصّٰدِقِيْنَ﴾⁴، جاء في الأمثال أن الصدق رأس مال التاجر. فما بالناس بالطبيب، الذي يدور محور حياته على تعامله مع صحة الناس وأرواحهم، الصدق بالنسبة إليه ضرورة حتمية، لكي يكسب ثقة مرضاه والمجتمع، ولا يليق بمن كان قدوة لغيره موصوفاً بالمعرفة والحكمة أن يتهم بالكذب⁵.
- * **الأمانة والنزاهة:** هذا المبدأ يتطلب من الأطباء الوفاء والإخلاص مع المرضى وهذا يشمل الوفاء في العمل والوفاء على ما جرى الاتفاق عليه والوفاء على الرابطة والثقة والأمانة.
- * **التواضع واحترام الآخرين:** شيمة التواضع يجب أن يتصف بها كل إنسان خاصة من كان يتصدى للخدمة العامة. قال ﷺ: «لا يدخل الجنة من في قلبه مثقال ذرة من الكبر»⁶.
- * **الصبر والحلم:** الطب مهنة شاقة مضنية، والتعامل مع نوعيات مختلفة من فئات المجتمع يتطلب قدراً كبيراً من الصبر وسعة الصدر. فلا بد للطبيب أن يتحلى بقدر كبير من الصبر والحلم والأناة.
- * **العطف والمحبة:** الإنسان الذي تملأ إهابه المحبة، إنسان قادر على العطاء والإحسان والخير والعفو، وكلها صفات كريمة، يحييها في نفوسنا القرآن الكريم. يجب أن يشعر المريض أن الطبيب يحس ويقدر

¹ - سورة الطلاق، آية 2-3.

² - سورة الحج، آيات 19-22.

³ - سورة النحل، آية 112.

⁴ - سورة التوبة، آية 119.

⁵ - الطبيب أدبه وفقهه، ص. 56-57.

⁶ - أخرجه مسلم في صحيحه.

مدى معاناته وأنه متعاطف معه في مواجهة مشاكله سواء الصحية أو أية مشاكل أخرى (empathie)، فهذا الشعور مهم جدا للمريض من الناحية النفسية.

* **الرحمة:** من الأخلاق التي لا يستقيم بدونها شرع ولا طب خلق الرحمة. وقد لخص بعض العلماء تكاليف الشرع ومقاصده كلها في كلمتين هما: «تعظيم الحق، والشفقة على الخلق»، فهي تجسد وتضم نصف الديانة ونصف مقاصدها، وتتجلى الرحمة في كافة أعمال البر والإحسان والنجدة والإغاثة والمواساة، وخاصة للضعفاء والمرضى والمصابين. وهنا تطالعنا صورة الطبيب، باعتباره أرحم الخلق بالخلق، أو هكذا يفترض فيه. كما أن خلق الرحمة يدفع الطبيب لبذل بعض وقته لخدمة المرضى المعوزين، سواء كان في حقل الطب العلاجي، أو الطب الوقائي، أو البحوث أو التدريب، أو الإغاثة العاجلة، ومن هنا تتجلى أهمية الجانب الإيماني الذي يدفع الطبيب للاكثار من الأعمال التطوعية ابتغاء مرضاة الله وثوابه.

"إن مسؤولية الإسهام في إصلاح المجتمع، تشمل كل فرد وبالأخص أولئك الذين نالوا حظا من الثقافة والتعليم، ولهم مكانة اجتماعية ويعرفون عن قرب مشاكل البيئة من حولهم، والطبيب وكل من يعمل في مجال الرعاية الصحية تتوفر لديهم أكثر هذه الجوانب، فهم مطالبون إذا بأن يكون لهم دور قيادي في إصلاح المجتمع، وأن لا يقتصر دورهم على علاج المرضى بغية النجاح الشخصي ماديا واجتماعيا، بل يكون لهم دور أكثر بعدا وشمولية، خاصة إذا ما تذكرنا تعريف الصحة الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، بأنها "التكامل الجسدي والعقلي والنفسي والاجتماعي، وليس مجرد الخلو من الأمراض"¹.

وعلى الجملة فإن على الطبيب أن يعلم جيدا أنه في موضع قيادة المجموعة التي يكمل بعضها بعضا في الحقل الطبي، وأنه في موضع القدوة منهم، ومن ثم فعليه أن يتحلى بالأخلاق والصفات النبيلة، ويعمل على تميميتها في نفسه وفي من حوله ممن يعملون معه؛ فالطبيب الذي يخاف الله، ويلتزم بأداب المهنة، قمين بأن يعيش حياة مادية كريمة، هو وأسرته.. وهناك ما يعوضه عن الثراء العريض.. لديه محبة الناس، وتقديرهم لعمله. وإيمانهم برسالته. كما أن الطبيب الذي يتحلى بالأخلاق الحسنة يكسب ثقة الناس، ومن ثم يستطيع أن يسهم ليس بجهد فقط، ولكن أيضا باستقطاب جهود الآخرين من أطباء وغير أطباء من العاملين في مجال التعليم والدعوة والتنمية الاجتماعية والمشاريع الاقتصادية، وجميعها روافد تنتهي بتحسين الوضع الصحي، لأن الفقر والجهل والمرض بمثابة دائرة مغلقة يأخذ بعضها برقاب بعض، فهي السبب والنتيجة في آن واحد، فالطبيب قادر على الإسهام في إشاعة روح المحبة والتعاون والإيثار في مجتمعه، والوسائل لتحقيق هذا التعاون كثيرة ومتعددة، المهم هو ضرورة الإيمان بالفكرة ووجود الحوافز لتحقيقها.

¹ - ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية لسنة 1948م. ص، 1.

ونظراً لأهمية تحلي الأطباء بالأخلاق الكريمة، ألف الأطباء المسلمون الأوائل عدة كتب حول الأخلاق والآداب التي يجب أن يتحلّى بها الطبيب. وهذا ما سنبيّنه في المطلب الموالي:

المطلب الخامس: نماذج من التراث الإسلامي في الحث على أهمية تحلي الأطباء بالأخلاق الفاضلة

اهتم الأطباء المسلمون بعلم الطب غاية الاهتمام وخدموه، وأعطوه من جهدهم ووقتهم الكثير، وصنفوا فيه العشرات من الكتب القيمة التي تناولت أهميته وشرفه بين العلوم، وآدابه وفنونه، والشروط والواجبات المختلفة التي يجب أن تتوفر في الأطباء وأساتذة الطب وتلامذتهم؛ فمنهم من أفرد لذلك كتاباً، ومنهم من ضمّها في كتبه الطبية. ومنهم من نقلت عنه نصوص ماثورة دونت في ترجمته كما في (عيون الأنباء في طبقات الأطباء) لابن أبي أصيبعة، بل حتى الفقهاء أولوا هذا الجانب أهمية، فهذا أبو محمد بن عبد الله بن محمد المالكي المعروف بابن الحاج (ت737هـ) ألف كتابه: "المدخل"، ضمنه آداب الطبيب والتي تكاد أن تكون صورة مختصرة لما هو متفق عليه في هذا العصر، هذا فضلاً عما ألفه علماء المسلمين في الأخلاق وهو تراث ضخم قد لا يوجد في أي حضارة أخرى، وسنأتي على ذكر أهمها:

1. "كتاب امتحان الأطباء"¹ و"كتاب نواذر الفلاسفة والحكماء وآداب المعلمين القدماء"² لحنين بن إسحاق العبادي (ت260هـ/873م)³. "تحدث حنين في كتابه الأخير عن عدد من الأطباء والفلاسفة القدماء وآدابهم، وسلوكهم، وفرقهم، وبعض من وصاياهم الحكيمة والطبية، واجتماعاتهم العلمية في بيوت الحكمة. والكتاب بوجه عام لا يتخلف في أبحاثه عن كتاب "مختار الحكم ومحاسن الكلم"⁴ للأمير أبي الوفاء المبشر بن فاتك الأمري (توفي بعد 487هـ/1094م)⁵. وهذا النوع من المصنفات شغف به طلاب الحكمة والطب في الإسلام. وكان الأطباء والمعلمون الكبار يوصون تلامذتهم بقراءتها ودوام الاطلاع عليها لجلب الفائدة"⁶.

¹ - ذكره ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء، ص. 273.

² - حققه عبدالرحمن بدوي، منشورات معهد المخطوطات العربية، ط. 1، الكويت، 1406هـ/1985م.

³ - من الأطباء المهرة، ومن المصنفين المبدعين في علم الطب، برع في صناعة الكحل وطب العيون، ومن أشهر مترجمي الإسلام على الإطلاق، ترجم العديد من كتب الحكمة والطب من اليونانية والسريانية إلى اللغة العربية، كون هو وابنه إسحاق وحبيش الأسم مدرسة مرموقة للترجمة في بيت الحكمة في بغداد، وكان العلماء، يفضلون أعمال هذه المدرسة على غيرها في الترجمة، القفطي: أخبار العلماء، ص. 117.

⁴ - حققه د. عبدالرحمن بدوي، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، ط. 2، بيروت، 1980م.

⁵ - كان الأمري من الأدباء والحكماء المعروفين في عصره، أصله دمشقي وعاش بمصر، له غير كتابه هذا كتاب "سيرة المستنصر" ومصنفات أخرى في الحكمة: القفطي: أخبار العلماء، ص. 176.

⁶ - مريزن سعيد مريزن عسيري، "علم الطب أهميته وشرفه ومعاييره الأخلاقية والعلمية عند المسلمين"، ط. 1416هـ، ص. 19.

2. "أخلاق الطبيب" للطبيب البارع المبدع محمد بن زكريا الرازي (ت313هـ/950م)¹ الذي لم يغفل التأكيد على ضرورة الأخلاق، فعليها تشيّد الحضارة، وضرب مثلاً للطبيب -وقد تجرد من الأخلاق الكريمة- أنه يصبح سفاهاً للدماء، فضاهاً للأعراض. وأكد على ضرورة التلطف بالمريض والرفق به، والحلم في استجوابه وتفهمه نوعية مرضه على نحو يتماشى مع وضعه الثقافي، قال: "ولا شيء أجدى على العليل، من أن يكون الطبيب مائلاً إليه بقلبه، محباً له"². "وكذلك أمرنا بهذه الخصال المحمودّة، التي أشرت بها عليك، الفاضل جالينوس"³. وقال أيضاً: "واعلم أن التواضع في هذه الصناعة زينة وجمال، دون ضعة النفس، لكن يتواضع بحسن اللفظ وجيد الكلام ولينه، وترك الفظاظ والغلظة على الناس، فمتى كان كذلك، فهو المسدد الموفق..."⁴.

3. "كتاب أدب الطبيب"⁵ لإسحاق بن علي الرهاوي (المتوفى في الربع الأول من القرن الرابع الهجري تقديراً/931م)⁶. تعرض فيه إلى مشكلة السلوك العلمي والمهني للطب في عصره، تلك المشكلة التي أخرجت إلى ساحة التطبيق مجموعة من الأطباء الجهلة أصبح وجودهم خطراً يهدد حياة الناس ويسلب أموالهم. ويعتبر هذا الكتاب من أفضل الكتب التي تناولت موضوع السلوك المهني للأطباء، ويبدو أن جميع الكتب التي صنف في هذا الباب بعده اعتمدت عليه كثيراً، وانتهجت منهجه. ويقع الكتاب في عشرين باباً تناولت أخلاق الطبيب وصفاته وآدابه واعتقاده، وما هي الأخلاق التي يجب أن يتحلّى بها. كما أكد الرهاوي في كتابه أن صناعة الطب لا يصلح أن يتعلمها كل من يرغب فيها، لكن اللائقة بهم في خلقهم وأخلاقهم فلا بد من الاستعداد الذهني والرغبة والتوجه العلمي⁷. ثم لا بد لمن أراد أن يقوم بالمعالجة والتطبيق من امتحان نظري وعملي يؤكد قدرته على القيام بمهنته على أكمل وجه⁸. وتحدث الكتاب عن شرف مهنة الطب وقدرها بين كافة العلوم⁹، مؤكداً أنه ينبغي للملوك والرؤساء وكافة الناس تشريف هذه المهنة وأهلها¹⁰.

¹ - أحد كبار الأطباء في العصر الإسلامي، وطبيب المسلمين بلا منازع، اشتهر بالطب وبرز في المنطق، والهندسة، والفلسفة، ألف العشرات من الكتب الطبية والحكمية أشهرها، الحاوي في الطب، المنصوري، كتاب الجدي والحصبة، المرشد أو الفصول.

² - أخلاق الطبيب، ص. 35.

³ - جالينوس: أحد أعمدة الحكمة السبعة، وخاتم الأطباء القدماء، لا يدانيه أحد من القدماء في صناعة الطب فضلاً عن أن يساويه، صنف كتباً طبية رائعة ظلت أهم مصادر الطب وتعلمه حتى أواخر القرن الرابع الهجري حين ظهرت كتب الأطباء المسلمين وحلت محل كتب القدماء. لمزيد من المعلومات عنه انظر: القفطي، أخبار العلماء، ص. 85-92، عيون الأنباء، ص. 108 وما بعدها.

⁴ - أخلاق الطبيب، ص. 85/84.

⁵ - إسحاق بن علي الرهاوي، أدب الطبيب، تح. د. ميرزن عسيري، ط. 1، مركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الإسلامية، الرياض 1412هـ/1992م.

⁶ - كان معاصراً للرازي، عاش في بلاد الشام، وكان يتبع مدرسة الرها الطبية، كان متقدماً في الطب، والفلسفة، وله العديد من المصنفات أشهرها كتابه، للمزيد من المعلومات عن حياته أنظر أدب الطبيب، ص. 3-17.

⁷ - أدب الطبيب، ص. 136.

⁸ - المرجع نفسه، ص. 242.

⁹ - المرجع نفسه، ص. 208.

¹⁰ - المرجع نفسه، ص. 214.

وبين الوجه الذي ينبغي لولاة الأمر اتباعه للارتقاء بهذه المهنة والمحافظة عليها وعلى أهلها، وإزالة الفاسد الداخل عليها بالوقوف في وجه أدعياء الطب والضرب على أيديهم¹. وقال: "فإن الخصال اللائقة بالحاكم هي أو أكثرها لائقة بالطبيب أيضاً. وقد قال أرسطو طاليس: "تفقد من الحكام أربع خصال، أن يكون حسيباً، وأن يكون عالمًا، وأن يكون ورعاً، وأن يكون غير عجول". وقال الحكيم الرهاوي: "إذا نقلت هذه الأقاويل إلى الطبيب وجدتها به لائقة، وعليه واجبة؛ إذ الطبيب حاكم في النفوس والأجسام، ولا يشك أحد في أن النفوس والأبدان أشرف من الأموال، فلذلك ينبغي للطبيب أن يأخذ نفسه بالآداب والعلوم النافعة له في صناعة الطب، وبغير شك أن من لم يحط بما أذكره وأطرحه سيخجل إن كان له أدنى حس، وأن يكون له مع الحس يسير من العقل، فإنه سيستحي من الله جل ذكره، الذي أنعم على الناس بصناعة الطب، ومنح بها أفاضل يستحقون تعلمها، يخافونه ويرهبونه قبل الإقدام على علمها، فضلاً عن العمل بها. وسيرى هذا المتجرب على الله وعلى أهلها أن مزاحمته لهم، ودخوله بينهم بغير نصيب منها، قبيح جداً، فإن بعثه خجله على تأديب نفسه، وإصلاح أخلاقه، ثم قصد أهلها بلطف وأدب، وحسن مسألة، فتعلم منهم، وخدم بين أيديهم في أعمالها، أمكنه حينئذ جمع العلم والعمل أن يحفظ صحة الأصحاء وأن يعالج المرضى"². وأضاف مخاطباً الطبيب:³ "كن عفيفاً، دمثاً، شكلاً ذا وقار، لئلا تكون سخيلاً زرياً ذا احتقار. أحرق الشهوات بنار الصبر قبل أن تورثك اللذات إلى عميق القبر، مع تمسكك بالعدل فتمسك بسنن ملتك وبلدك ولا تخرج عن إجماعهم، واحذر مخالفة الشريعة لئلا تكون عقوبتك قريبة سريعة... اجتهد ألا تكون واعظاً بجميع الأقوال لكن تكون عظمتك بجميع القول والفعال... اعلم أن الحكمة تقضي بأهلها إلى مراتب عظيم فضلها، كما أن من ولي سلطاناً وجب عليه أن يبعد الأشرار عنه، لأن جميع عيوبهم منسوبة إليه، كذلك أنت أيها الطبيب يجب أن تبعد الأشرار من الأصحاب والتلاميذ، فإن جميع ما يأتيك من صحبتك وخدمك منسوب إليك من قول أو فعل، واعلم أن الفقر مع الحلال أصلح من الغنى مع الحرام، والذكر الحسن مع بقائه خير من نفيس المال مع فناءه، وأيضاً فإن المال قد يوجد عند السفهاء والجهال، والحكمة لا توجد إلا عند أهل الفضل والكمال..."

4. "دعوة الأطباء" لأبي الحسن المختار بن الحسن بن عبدون المعروف بابن بطلان
(ت458هـ/1066م)⁴. تعرض فيه لمسائل في علم الطب وآدابه. والذي دعاه إلى ذلك ما رآه في أيامه من تدهور هذه الصناعة، ورواج لسوق الجهلة وأدعياء الطب. كما تناول فيه لجهلة الأطباء مبينا ضررهم على

¹ - المرجع نفسه، ص. 261-266.

² - المرجع نفسه، ص. 39-40.

³ - المرجع نفسه، ص. 34-35.

⁴ - ولد ابن بطلان وعاش بالقسطنطينية، تلقى تعليمه على أبي الفرج عبد الله بن الطبيب في الطب والعلوم الحكيمة، كان من الأدباء والفصحاء، إلا أنه برع في صناعة الطب في زمانه في العراق، كان بينه وبين علي بن رضوان الطبيب المصري البارع مراسلات عجيبة، صنف ابن بطلان العديد من الكتب الطبية والمنهجية منها كتاب تقويم الصحة، كتاب المدخل إلى الطب، وكتاب دعوة الأطباء.

المجتمع، شارحا طرقهم ووسائلهم في التعامل مع الناس، وما جيلوا عليه في بحثهم عن الدرهم، وما لمعالجتهم من أثر سيء على حياة الناس وخطر دائم يهدد صحتهم¹.

5. مصنفات علي ابن رضوان المصري (ت453هـ/1061م)، التي تتناول علم الطب وشرف مهنته، وأشهر هذه المصنفات "الكتاب النافع في كيفية تعليم صناعة الطب"، وكتاب "دفع مضار الأبدان بأرض مصر". وما يهمننا فيما له علاقة بالدارسة في الفصل التاسع الذي عنوانه بـ "في الحيلة الكلية في حفظ ومداواة الأمراض"، إذ قدم في الفصل العديد من الوصايا الطبية للأطباء قائلاً: "فإياك أيها الطبيب والاشتغال عن صناعتك بملذات البهائم من الأكل والشرب والنكاح وجمع المال، والمفاخر وحب الصلف والركوب والملبوس وغير ذلك من الأشياء التي يتفاخر بها، وتموه على العوام وبمخالطة ذي اليسار... فإن الاشتغال بذلك كله يعوقك عن التخرج في صناعة الطب².

6. كتاب "التشويق الطبي" "لأبي العلاء صاعد بن الحسن الطبيب"، (المتوفى بعد عام 464هـ موافق 1071م): الذي كتبه في هيئة نصائح طبية إلى ولي الأمر في محاولة منه للدعوة إلى العمل على إحياء ما عفى من رسوم صناعة الطب، ونشر ما انمحي من محاسنها، والرقى بها عن طريق الاهتمام بأسانئها وتلامذتها. ومما ورد في هذا الكتاب: "من صفات الطبيب أن يكون معتدلاً في مزاجه، طاهراً في نفسه، متمسكاً بدينه، لازماً لشريعته، وافر العقل، قوي الذكاء، حسن التصور، معروفاً بصدق اللهجة وأداء الأمانة، مهتماً بما يعنيه، محباً لاصطناع الخير، يساوي ظاهره باطنه في أفعال الجميل، حسن الخلق غير شره إلى المكسب ولا حاسد على المال، متأدباً بالسير والأخبار المتقدمة، صحيح الخط والعبارة، مواظباً على دراسته وقراءته ونظره في علوم الأوائل، شقيقاً رقيق اللسان رحيماً للضعفاء والفقراء، سابقاً إلى معالجتهم قبل معالجة الأغنياء، شديد العناية بجمع كتب "أبقراط" "وجالينوس". ومن يرى رأيهما والاجتهاد في فهمهما والبحث عن غوامضها ومذاكرة أهلها، مشهوراً بالحق والبراعة في صناعته عند ذوي العلم، معروف الأستاذين والشيوخ، طاهراً عليه مع ذلك علمهم وفضلهم ليصح نسبه إليهم، مجيباً عما يسئل إذا عرف ومتوقفاً عما لا يعرف حتى يتفكر ويبحث، ولا يستحي من الازدياد ولا يمل من الحرص والاجتهاد، غير معجب ولا متكبر، ... ممارساً وصافاً عفيف الطرف والبطن والفرج، كئوماً للأسرار قليل المزاج والهزل، غير مغرى بشرب الخمر ولا مولع بالفسق والفجور. ويكون كثير التدريب والعناية بمزاولة المرضى وخدمتهم، والدخول إلى البيمارستانات والنظر في القوانين الطبية والارتياض بالصناعة المنطقية ومطالعة العلوم الرياضية، مثابراً على ذلك مجتهداً حريصاً على القراءة والتصفح، طويل الروح غير ملول ولا ضجر ولا متعلق القلب بغير هذا ولا يتلذذ بشيء سواه، ولا يقوم عنده شيء من المقتنيات بالجملة مقامه ولا يقضي زماناً من عمره إذا أمكنه إلا فيه، ويحتاج مع ذلك إلى توفيق إلهي. وحقيق بمن كانت هذه صفته أن يمد الله

¹ - "علم الطب أهميته وشرفه ومعاييره الأخلاقية والعلمية عند المسلمين"، ط. 1416هـ، ص. 39، عن: دعوة الأطباء، ص. 62-72.

² - علم الطب أهميته وشرفه ومعاييره الأخلاقية والعلمية عند المسلمين"، ص. 45، عن: دفع مضار الأبدان بأرض مصر، الورقة 27

بـ "ميكروفيلم مركز البحث العلمي وإحياء التراث الإسلامي بجامعة أم القرى رقم 30.

بالمعونة وبعضه بالتوفيق وترمقه الأبصار بالجلالة والوقار وأن ينصره على السوفسطائيين¹ الموهين المغالطين، فإذا وجد الطبيب كذلك فهو الذي ينبغي أن يركن إليه، ويعول في علاج المرضى عليه...².

7. "المقالة الصلاحية في إحياء الصناعة الطبية" لهبة الله زين بن حسن بن جميع

(ت586هـ/1198م)³، وألف هبة الله رسالته هذه باسم الملك المظفر صلاح الدين الأيوبي (ت589هـ)، موضحا له الحال الذي قد آلت إليه صناعة الطب في وقته من الدثور والدرس، وانمحاء المحاسن والطمس، وكيف استولى الجهل والتقصير على جل المتوسمين بها والمنتسبين إليها، مشيرا في رسالته إلى الطريق الممكن إلى إحياء هذه الصناعة وتجديدها. وفي الباب الثالث وفي أوراق متعددة، يدلي المؤلف بوجهة نظره في الحلول الممكنة، وحصر تلك الحلول فيما يأتي:

- ضرورة اعتناء الملوك وولاة الأمر بأمر هذه الصناعة، وأن يوجهوا اهتمامهم إلى وضع أفضل الوسائل لحمايتها.
- الاعتناء بمعلميها، فلا يختار إلا الفضلاء من أربابها المحنكين والحقاق في أعمالها، وينصبون لعملية التدريس.
- انتقاء أفضل الكتب الطبية وأفضل المناهج التعليمية الممكنة في عملية تعليم الطب، والاهتمام بمسألة التدريب وممارسة المرضى وزيارة البيمارستان.
- الاعتناء بمتعلميها وذلك بانتقاء النجباء منهم، ذوي الفطر السليمة والقرائح الجيدة والعقول المستنيرة، وممن يكون لديه ميل شديد إلى إعمال هذه المهنة للرغبة في المصلحة والإفادة.
- أن يعمل امتحان دائم للمتوسمين بهذه الصناعة في الأحيان المختلفة، وهذا الامتحان خاص يقوم به كبار الأطباء لانتقاء أفضل التلامذة والسماح لهم بممارسة المهنة بين الناس⁴.

8. "رسالة في بيان الحاجة إلى الطب وآداب الأطباء ووصاياهم" لمحمود بن مسعود بن مصلح

الشيرازي (ت710هـ/1311م)⁵. ويعتبر هذا الكتاب واحدا من أهم الكتب التي ناقشت علم الطب سلوكا

¹ - السفسة: قياس مركب من الوهميات، والغرض منه تغليب الخصم وإسكاته. الجرجاني: التعريفات، ص. 124.

² - أبو العلاء صاعد بن الحسن، التشويق الطبي، تح. مريزن سعيد مريزن عسيري، الناشر، مكتبة التربية العربي لدول الخليج، الرياض: 1416هـ-1996م، ص. 65-67.

³ - من الأطباء المشاهير، متقنا في عدد من العلوم، كان مبرزاً في صناعة الطب حسن المعالجة، خدم الملك الناصر صلاح الدين الأيوبي بصناعة الطب، زما طويلا، وكان له مجلس مشهور للذين يشتغلون عليه بصناعة الطب، له العديد من المصنفات الحسان جميعها في الطب، عيون الأنباء، ص. 576.

⁴ - "علم الطب أهميته وشرفه ومعاييره الأخلاقية والعلمية عند المسلمين"، ص. 58-59.

⁵ - كان قطب الدين الشيرازي من العلماء القضاة المشاهير، ومن كبار المصنفين الموسوعيين في عصره، كان له مشاركات في علم التفسير والفقه والأصول، وكان له ميل شديد إلى العلوم العقلية والحكمة كالمنطق والهيئة والطب والرياضة، رتب طبيا في مارستان بشيراز، قرأ على عدد من كبار العلماء منهم نصير الدين الطوسي الحكيم، كان يحب تلامذته كثيرا، وينفق عليهم الأموال، ولد بشيراز وتقل في بلاد الشام ثم استقر بشيراز ومات بها، له العديد من المصنفات منها "فتح المنان في تفسير القرآن"، "تاج العلوم"، "شرح كليات القانون في الطب لابن سينا" وغيرها من المصنفات في الحكمة والعربية.

ومهنة ومنهجها. ولعل أهم ما ذكره هنا فيما له علاقة بهذه الدراسة هو إفراجه الفصل الثالث للحديث عن الصفات والأخلاق التي يجب أن يتحلى بها الطبيب، وذلك أمر مهم في تحديد مفهوم شرف هذه المهنة، وحددها في عشر صفات، تتناول المسائل الخلقية والعلمية للطبيب نجلها فيما يأتي: الإيمان المطلق بالله والخوف منه، والأمانة، وفعل الخير، والابتعاد عن الإضرار بالناس، أن يشكروا معلمهم على ما أفادهم من العلوم، ألا يبخلوا بتعليم هذه المهنة بلا أجر لمن أراد أن يتعلمها من المستحقين لذلك، ضرورة الاجتهاد في معالجة المرضى، وحسن التدبير بالأغذية والأدوية ولا يكون الغرض من ذلك المال، بل طلب الثواب والأجر، ألا يعطي الأدوية الضارة ولا يدل عليها، ألا يفشي أسرار المرضى التي أؤتمن عليها، أن يكون لطيف الكلام، دمث الأخلاق، طلق الوجه، ولا يفرق بين مداواة غني وفقير، أن يكون بعيداً عن العادات والطباع السيئة، كالتلذذ والتتعم وشرب المسكرات، يجب ألا يأنف من المشورة وأخذ رأي من هو أفضل منه، ثم يقول في آخر هذه الصفات ناصحاً: "واعلم أن الطبيب إذا واطب على هذه السيرة يرجى أن يحصل له الذكر الجميل في الدنيا والثواب الجزيل في العقبى، ولم يعدم من ذلك المال والجاه"¹.

وبالجملة فإن الأخلاق كانت مطلباً أساسياً لمهنة الطب منذ بدايته، وعمل كل الحكماء والعلماء على حث الأطباء للتحلي بها، واعتمدوا في ذلك كل السبل والوسائل بداية من وضع معايير لاختيار تلامذة الطب، وتحديد صفات أساتذة الطب، وتقديم النصح للأطباء، وإرشاد الحكام لأسباب الخلل في المجال الطبي، وتنبيههم إلى أهمية الاهتمام بإصلاحه. ويحتاج الأطباء لتقوية مسؤوليتهم المهنية الرجوع إلى تاريخهم العريق، للتعرف على ما تميز به الأطباء المسلمون، ليقتدوا بهم ويسيروا على نهجهم. قد ذكر أبو القاسم محمد بن يوسف المدني الحنفي (ت556هـ) من منافع ذكر الأولين والآخرين من العلماء والطائرين عليها في مؤلفه "(تاريخ بلخ) الذي ألف في سنة ثمان وثلاثين وخمسمائة: "...وتصورهم في القلوب ومعرفة أفعالهم وزهدهم وورعهم وديانتهم وانصرافهم عن الدنيا واحتقارهم لها وصبرهم على شدائد الطاعات والمصائب في الله، فيتخلق الناظر بأخلاقهم، ويتعطر السامع بأحوالهم، فالطبع منقاد، والإنسان معتاد، والأذن تعشق قبل العين أحياناً. ولما كان سبب النجاة والاستقامة في الأحوال والأفعال، ولا يتم ذلك إلا بسائق وقائد، كصحبة الصالحين أو سماع أحوالهم والنظر في آثارهم، عند تعذر الصحبة، حيث تتصور النفس أعيانهم وتتخيل مذاهبهم، لأنك لو أبصرت لم يبق عندك إلا التذكر والتخيل، وكان السمع كالبصر والعيان كالخبر..."².

وقال التاج أبو طالب علي بن أنجب الخازن (ت674هـ): "أروح الأشياء للخاطر المتعوب مطالعة وسماعاً، وأنفى لطردهم المجلوب فائدة وانتفاعاً، وأحسن الأسمار وأطيب الأخبار،

¹ - "علم الطب أهميته وشرفه ومعاييره الأخلاقية والعلمية عند المسلمين"، ص. 60-61-62.

² - شمس الدين محمد بن عبد الرحمن السخاوي (ت902هـ)، كتاب "الإعلان بالتوبيخ لمن ذم التاريخ"، دار الكتاب العرب، ص. 20.

ما حصل به موعظة واعتبار، وهو علم التواريخ والأخبار، ومنه أيضا يعلم تقلب الدول وسرعة انتقاله وتصرف الأحوال بانقضائها وزوالها..." وقال في كتابه (أخبار الوزراء في دولة الأئمة الخلفاء): "... وما زال أرباب الهمم العلية والنفوس الأبية يتطلعون إلى محاسن الأخبار ليجعلوها لقاحا لأفهامهم وصقالا لأذهانهم وتذكرة لقلوبهم ورياضة لعقولهم..."¹.

وليس أحسن للشباب الذين على أكتافهم تقوم نهضات الأمم من أن يجد بين يديه تراثاً علمياً يزخر بحقائق العلم والمعرفي، ويموج بالكنوز الثمينة في مجالات شتى العلم، ومن هنا تتبين أهمية إحياء تراثنا الإسلامي الذي طالما انكب الأسلاف على تدوينه وإعداده وأفنوا الليالي زاهدين في الدنيا حتى خلدوا تراثاً ضخماً ملاً في ما مضى ولا يزال يملأ جنبات المكتبات العربية والغربية. فالوقوف على مثل هذا التراث يشحن الهمم ويثير الاعتزاز ويعيد للنفوس المكلومة تقاؤلها ونشاطها ويساعد على استئناف السير. فمازلنا بفضل الله ثم بفضل تراثنا قادرين على أن نستخلص القيم العلمية السليمة والمنهج القويم في التفكير والدرس والتدريس والبحث العلمي. فتراثنا غني بنماذج من الأطباء الحكماء الذين أبدعوا في مجال الطب والبحث العلمي وتميزوا بالأخلاق الفاضلة وبالتفاني والإخلاص في تحقيق الرعاية الصحية لجميع فئات المجتمع، وأسهموا بأفكارهم وممارساتهم وأموالهم في إقامة الأبنية المؤسسية التي تم تطويرها عبر الممارسات الاجتماعية في الحقب التاريخية المتتالية. وعبر تلك الممارسات انتقلت فكرة الخير إلى حيز الوجود الفعلي في صورة أعمال نافعة، كما أن تلك الممارسات والمؤسسات قد أسهمت بفاعلية في تقريب المسافة بين "القول والعمل"، أو بين النظرية والتطبيق. وكانت مؤسسات وأبنية الوقف على تنوعها وتعدد وظائفها في مقدمة تلك المؤسسات والأبنية.

وهذا ما سنبيّنه في المبحث الموالي بإذن الله، حيث سنتطرق لنظام الوقف على الرعاية الصحية في عصر الحضارة الإسلامية، لأنه يعتبر من أهم مظاهر التطوع في المجال الصحي في تلك المرحلة، وسنقف على إسهامات الأطباء المسلمين الأوائل في النهوض بالرعاية الصحية للمرضى.

¹ - الإعلان بالتوبيخ لمن ذم التاريخ، ص. 28.

الفصل الثاني: نماذج تطبيقية للعمل التطوعي في المجال الصحي

المبحث الأول: العمل التطوعي في المجال الصحي في العصور الإسلامية الأولى
(نموذج الوقف)

المبحث الثاني: نماذج للعمل التطوعي في المجال الصحي في الوقت الحاضر

المبحث الأول: العمل التطوعي في المجال الصحي في العصور الإسلامية الأولى (نموذج الوقف)

يعتبر نظام الوقف من أقدم المؤسسات الخيرية التي عرفت الحضارة الإسلامية منذ ظهورها، وأكثرها أصالة، وأجلها هدفاً، ومن أقواها فاعلية وتأثيراً في المجتمع الإسلامي، بجوانبه الاجتماعية والاقتصادية والتنموية. ويتميز عن باقي التمويلات والصدقات بديمومته واستمراره، وهو أحد التطبيقات الفعلية لفكرة التنمية المستدامة المتداولة في الأدبيات الحديثة.

وسنحاول من خلال هذا المبحث أن نبين ما قدمه الوقف في العصور الإسلامية الأولى في مجال الرعاية الصحية، والوقوف عند إسهامات الأطباء المسلمين وإبداعهم في هذا المجال، ونختم بالأسباب التي أدت إلى نجاح الوقف في عصر أوج الحضارة الإسلامية.

المطلب الأول: دراسة مفاهيمية وشرعية وقائمة:

الفرع الأول: مفهوم الوقف لغة واصطلاحاً:

أ- لغة: الوقف والحبس والتسبيل بمعنى واحد. والوقف من وقف، يقف، وقفاً: دام قائماً. فالموقوف مصدر يطلق على اسم المفعول، فيقال: هذا بيت وقف أي موقوف، ويُجمع على أوقاف، وفي اللغة الحبس والمنع¹.

ومعلوم أن الكلمة الأكثر استعمالاً بالشرق الإسلامي هي الوقف، بينما انتشرت كلمة حبس بالغرب الإسلامي، وجرى عليها اصطلاح المالكية، وجعلوها عنوان مقالاتهم أو مقولاتهم في هذه المادة².

ب- اصطلاحاً: للوقف عند فقهاء المسلمين تعاريف ثلاثة مشهورة:

- التعريف الأول للأحناف: حبس العين على حكم ملك الواقف والتصدق بالمنفعة على جهة الخير³.

- التعريف الثاني للشافعية: عرف الشافعية الوقف تعريفات تتفق من حيث الجملة مع تعاريف الحنفية، وخاصة فيما يتعلق بالعينية والتأبيد، فقد اعتبر الإمام النووي (ت676هـ) أن الوقف عبارة عن: "حبس مال يمكن الانتفاع به، مع بقاء عينه بقطع الواقف وغيره في رقبته، يصرف في وجه خير تقرباً إلى الله تعالى..."⁴.

¹ - المعجم الوسيط، ج. 2، حرف الواو وكلمة وقف، مجمع اللغة العربية، مطبعة مصر 1961م، ص. 1063-1064.

² - محمد مصطفى شلبي: كتاب أحكام الوصايا والأوقاف، مطبعة دار التأليف بمصر، سنة 1386هـ-1967م، ط. 3، ص. 332.

³ - الكاساني: بدائع الصنائع في ترتيب الشرائع، بيروت دار إحياء التراث العربي ومؤسسة التاريخ العربي، ص. 328-329 بتصرف.

⁴ - النووي، تحرير ألفاظ التنبيه، تح. عبد الغني الدقر، دار القلم - دمشق، ط. 1، 1408هـ، ص. 464.

- التعريف الثالث للمالكية: وعرفوه بكونه: جَعَلَ مَنْفَعَةَ مَمْلُوكٍ وَلَوْ بِأَجْرَةٍ أَوْ غُلَّتِهِ لِمُسْتَحِقٍّ بِصِغَةٍ مُدَّةً مَا يَرَاهُ الْمُحَبِّسُ¹. أي أن المالك يحبس العين عن أي تصرف تملكي، ويتبرع بريعه لجهة خيرية تبرعا لازما مع بقاء العين مدة معينة من الزمان، فلا يشترط فيه التأبيد.

الفرع الثاني: مشروعية الوقف وحكمه:

يختلف نظام الوقف عن الصدقات أو أعمال البر الأخرى بتمليك منفعته؛ فالوقف يهدف إلى استدامة الانتفاع بعين المال الموقوف والإفادة منه مادام محبسا على منفعيه، وذلك ببقاء إمكانية هذا الانتفاع وتجده، وفي هذا المقصد يقول الشيخ ولي الله الدهلوي الهندي (ت1176هـ): "فاستنبطه النبي ﷺ لمصالح لا توجد في سائر الصدقات، فإن الإنسان ربما يصرف في سبيل الله مالا كثيرا ثم يفنى، فيحتاج أولئك الفقراء تارة أخرى، وتجيء أقوام من الفقراء، فيبقون محرومين، فلا أحسن ولا أنفع من أن يكون شيئا حبسا للفقراء وأبناء السبيل، يصرف عليهم منافعه ويبقى أصله"².

وسأقتصر على بيان الأدلة الخاصة الصريحة على مشروعية الوقف والتي تنص على الوقف بشكل واضح وصريح، وهي بالتتابع متمثلة في السنة النبوية والإجماع:

■ السنة النبوية الشريفة:

روى أحمد والبخاري عن أبي هريرة رضي الله عنه أنه قال: «مَنْ اخْتَبَسَ فَرَسًا فِي سَبِيلِ اللَّهِ إِيْمَانًا بِاللَّهِ وَتَصَدِيقًا بِوَعْدِهِ، فَإِنَّ شِبَعَهُ وَرِيَّهُ وَرَوْثَهُ وَبَوْلَهُ فِي مِيزَانِهِ يَوْمَ الْقِيَامَةِ»³. وعن نافع عن الصحابي بن عمر رضي الله عنهما: أن عمر بن الخطاب أصاب أرضا بخيبر فأتى النبي ﷺ يستأمره فيها فقال: يا رسول إني أصبت أرضا بخيبر لم أصب مالا قط أنفس عندي منه، فكيف تأمرني به؟ قال ﷺ: «إِنْ شِئْتَ حَبَسْتَ أَصْلَهَا، وَتَصَدَّقْتَ بِهَا». قال: فتصدق بها عمر أنه لا يباع ولا يوهب ولا يورث، وتصدق بها في الفقراء وفي القربى وفي الرقاب وفي سبيل الله وابن السبيل والضيف، لا جناح على من وليها أن يأكل منها بالمعروف ويطعم غير متمول»⁴.

■ مشروعية الوقف من الإجماع:

أجمع التاريخ الإسلامي من خلال ما سطره رواة الحديث والسيرة على أن الوقف يعد نظاما إسلاميا بمرجعية تكافلية حدد هياكلها العامة النبي ﷺ بأقواله وتقريراته، وكذا إجماع الصحابة المتمثل في إكثارهم من الصدقات الموقوفة التي حبسوها على أبواب الخير ووجوه البر. وظلت أحباس الصحابة قائمة حتى

¹ - أحمد بن محمد بن أحمد الدردير، الشرح الصغير مع بلغة السالك لأقرب المسالك ج. 4، دار الكتب العلمية، بيروت لبنان ط. 1، 1415هـ/1995م ص. 9-10.

² - ولي الله الدهلوي، حجة الله البالغة، ج. 2، ص. 116. مطبعة القاهرة. دون تاريخ.

³ - البخاري، كتاب الجهاد والسير، باب من احتبس فرسا في سبيل الله، حديث رقم 2853، ج. 4/28، النسائي، كتاب الخيل، باب علف الخيل، حديث رقم 3582، ج. 6/225.

⁴ - منفق عليه واللفظ للبخاري (صحيح البخاري)، ج. 4، 162، باب: أوقاف أصحاب النبي ﷺ.

عهد الإمام مالك (ت179هـ)، الذي كان يحتج بها على من خالفه من فقهاء العراق أو بعضهم ممن أبطلوا الوقف، فكان إجماعاً منهم حتى نقل محمد بن علي الشوكاني (ت1250هـ) في (نيل الأوطار) عن القرطبي (ت671هـ) أنه قال: "راد الوقف مخالف للإجماع، فلا يلتفت إليه"¹.

فإذن، إجماع الصحابة رضوان الله تعالى عنهم ومن بعدهم فقهاء المسلمين وأئمتهم ثابت حول مشروعية الوقف، لما يحققه من نفع للمسلمين ولغاياته النبيلة التي تكفل الرعاية الاجتماعية والاقتصادية، وتحقق مقاصد عظيمة من الخير تجعل هذا التشريع من أعظم القربات نفعا وأكثرها ثواباً.

الفرع الثالث: لمحة تاريخية عن الوقف

إن المتتبع لتاريخ الوقف ليقف على اهتمام ملحوظ بالأوقاف عبر العصور الإسلامية، بل وقبل الإسلام.

أ- الوقف قبل الإسلام:

"إن الأمم على اختلاف أديانها ومعتقداتها تعرف أنواعاً من التصرفات المالية لا تخرج في معناها عن حدود معنى الوقف عند المسلمين ... ففي مصر كانت ترصد بعض الأراضي للآلهة والمعابد، كما أن الرومان كانوا يحبسون على معابدهم الأدوات والآلات وأشياء ثابتة وأخرى منقولة، فأصبحت حقاً من حقوق الإله، يمنع منعاً كلياً مد اليد إليها، أو تسخيرها في أي عمل لا يرتبط بالمعبد. وكان نفس الأمر عند اليهود والمسيحيين. وعموماً فإن فكرة حبس العين عن التملك والتملك وجعل منافعها مخصصة لجهة معينة، فكرة قديمة معلومة قبل ظهور الإسلام بزمان بعيد"².

"ولقد شددت شرائع في وجوب المحافظة على حرمة وحماية الحبس من أرض، ومن حيوان، وعدم الاعتداء عليها، وهددت على من يتجاسر على مال الأرباب بعقوبة تنزل عليه منها وبغضب الآلهة عليه قد تصل إلى حد القتل"³.

ولكن أغلب علماء المسلمين وفي مقدمتهم بعض الأئمة أنكروا وجود الوقف قبل الإسلام، ومن بينهم الإمام الشافعي (ت204هـ) الذي قال "لم يحبس أهل الجاهلية فيما علمت، وإنما حبس أهل الإسلام". ولعل المقصود بذلك هو غياب الوقف الذي كان غرضه البر والمعروف لوجه الله بالمفهوم الأساسي؛ لأن العرب في الجاهلية كانوا يحبسون على المعابد قصد الشهرة أو لغرض دنيوي صرف⁴.

¹ - محمد بن علي بن محمد الشوكاني، نيل الأوطار بشر منتقى الأخبار من أحاديث سيد الأخيار، ط. 3، 1380هـ/1961م، ج. 6، ص. 25.

² - محمد بن عبد العزيز ابن عبد الله، "الوقف في التشريعات القديمة"، في دعوة الحق، العدد 231، ذو الحجة - محرم 1403هـ - 1404هـ، شتبر - أكتوبر 1983م، ص. 76.

³ - المرجع نفسه، ص. 77.

⁴ - عكرمة سعيد صبري، الوقف الإسلامي بين النظرية والتطبيق، ط. 2، دار النفائس الأردن، ص. 16.

ب- الوقف في بداية الإسلام:

يرى بعض الدارسين أن أول وقف في الإسلام هو وقف الرسول ﷺ ويرى آخرون أنه هو صدقة عمر بن الخطاب. وتتافس الصحابة في الاقتداء بعمل النبي ﷺ وعمل عمر رضي الله عنه، فتوسعت دائرة المحبسات، قال جابر بن عبد الله: "فما أعلم أحدا ذا ميسرة من أصحاب الرسول إلا حبس مالا من ماله، صدقة مؤبدة لا تشتري ولا توهب ولا تورث.. وهذا معنى لزوم الوقف"¹.

"وكثر الأوقاف في العصر الأموي كثرة عظيمة، بمصر والشام وغيرهما من البلاد المفتوحة، بسبب ما أغدقه الله على المسلمين بعد الفتوحات الإسلامية، فتوافرت لديهم الأموال والدور والحوانيت، كما امتلك كثير منهم المزارع والحدائق، وتيسرت لهم سبل الوقف لأعمال البر المختلفة. وتوسع الوقف توسعا كبيرا في العهد العباسي، حيث كثر الغنى وفاضت الأموال. واستمر ذلك فيما بعده من عهود حتى بلغ ذروة عالية في الأندلس والمغرب ومصر والشام وتركيا، حيث إن أراضي الأوقاف قد بلغت ثلث الأراضي الزراعية في أكثر من بلاد إسلامي، بما في ذلك مصر والشام وتركيا. كما دخل في حوزة الأوقاف أعداد كبيرة من المباني السكنية والتجارية في الحواضر والعواصم الإسلامية، من فاس ومراكش في أقصى المغرب إلى دلهي ولاهور في المشرق"².

"وتفنن المسلمون في ابتكار أغراض الأوقاف، استوعبت أولا الأهداف القريبة المتداولة، ثم امتدت بعد ذلك إلى أهداف من البر والخير دقيقة تفصيلية، الأمر الذي جعل من الوقف الإسلامي مؤسسة مجتمعية كبيرة، تغني عن تدخل الدولة في تحقيق الكثير من أغراض المصالح العامة للناس، في مجتمعاتهم المدنية والقروية، وفي حلهم وترحالهم"³.

ومن النظر في الكتب التي عنيت ببيان النظم والمؤسسات الإدارية، وهي كتب الأحكام السلطانية لكل من الماوردي وأبي بعلي، تبين عدم وجود ديوان للتعليم، ولا للصحة، ولا للشعائر الدينية، وهي تمثل في هذا الزمن وزارة التربية والتعليم، وزارة الصحة العامة، ووزارة الشؤون الإسلامية. والسبب في ذلك أن هذه القطاعات كان تمويلها من الوقف وقد ساعد هذا على منح الشخصية المستقلة لكل من التعليم والشعائر وكذلك التطبيب واتصاف هذه القطاعات باستقلالية فكرية⁴.

¹ - طه عباس، نظام الوقف في الإسلام وآثاره المترتبة عليه، في مجلة الأزهر، المجلد 11، السنة 1959.

² - منذر قحف، الوقف الإسلامي تطوره - تنميته - إدارته، دار الفكر المعاصر ببيروت لبنان، ط. 2، 1427هـ/2006، ص. 30.

³ - المرجع نفسه، ص. 36.

⁴ - عبد الستار أبو غدة، دور الدولة في النشاط الاقتصادي نظرة تأصيلية وفق قواعد الاقتصاد الإسلامي، بحوث ندوة البركة الخامسة والثلاثين للاقتصاد الإسلامي، ط. 1، 1435هـ-2014م، ص. 132.

ومن أهم المجالات التي أسهم فيها الوقف الإسلامي الرعاية الصحية؛ فعلاوة على وقف المستشفيات والإنفاق على تعليم الطب وتعلمه، نجد أن الوقف شمل أموراً كثيرة ذات علاقة بصحة الإنسان، ومنها الوقف على صيانة الحمامات العامة، ومجاري المياه، والسقايات والصهاريج، والعناية بالأطفال وتغذيتهم، ورعاية العجزة والمقعدين وكبار السن. وهذا ما سنفصل الكلام فيه في المطلب الموالي.

المطلب الثاني: الأوقاف الصحية في التاريخ الإسلامي الفرع الأول: الوقف على علاج المرضى (البيمارستانات ومرافقها)

تعتبر "خيمة رُفيدة الأُسلمية النواة الأولى للبيمارستانات في التاريخ الإسلامي، "كانت تداوي الجرحى، وتحسب بنفسها على خدمة من كانت به ضيعة من المسلمين"¹.

فقد روى مسلم رحمه الله عن عائشة رضي الله عنها أنها قالت: "أصيب سعد بن معاذ يوم الخندق، رماه رجل من قريش ابن العرقة، رمي في الأكحل، فقال رسول الله ﷺ: «اجعلوه في خيمة رفيدة حتى أعوده من قريب»"².

كما أن أول من بنى البيمارستان³ في الإسلام ودار المرضى هو الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك (الذي حكم من سنة 86هـ إلى 96هـ)، وهو أول من عمل دار الضيافة وذلك سنة 88هـ، وجعل فيه الأطباء، وأجرى لهم الأرزاق، وأمر بحبس المجنومين لئلا يخرجوا، وأجرى عليهم وعلى العميان الأرزاق⁴، وأعطى كل مقعد خادماً وكل ضرير قائداً⁵.

وأنشئت بعد ذلك البيمارستانات العديدة في العالم الإسلامي، وبلغ بعضها شأناً عظيماً، حتى كانت تعد قلاعاً للعلم والطب، وتعتبر من أوائل الكليات والجامعات في العالم... بينما أنشئ أول مستشفى أوروبي في باريس بعد ذلك بأكثر من تسعة قرون⁶.

وقد كانت هذه البيمارستانات في أول الأمر بسيطة، وأخذت تتوسع ويدخلها الإضافات الكثيرة على مر السنين، حتى كانت أواخر القرن الثاني للهجرة بحالة مُرضية، فيها كثير من التسهيلات التي يتطلبها المريض من علاج وطعام وأشربة وثياب... وشارك في إنشائها أهل البر والإحسان، فبنوا البيمارستانات،

¹ - عمر رضا كحالم، أعلام النساء في عالمي العرب والإسلام، مؤسسة الرسالة، ط. 3، 1397هـ/1977م، ج. 1، ص. 451.

² - أحمد عيسى بك، تاريخ البيمارستانات في الإسلام، مطبوعات جمعية التمدن الإسلامي بدمشق، 1357هـ، ص. 9.

³ - البيمارستان (بفتح الراء وسكون السين) كلمة فارسية مركبة من كلمتين (بیمار) بمعنى مريض أو عليل أو مصاب (ستان) بمعنى مكان أو دار؛ فهي إذًا دار المرضى، ثم اختصرت في الاستعمال فصارت بيمارستان كما ذكرها الجوهري في صحاحه.

⁴ - أحمد المقرئ (ت845هـ)، المواعظ والاعتبار بذكر الخطط والآثار، مؤسسة الحلبي وشركاؤه للنشر والتوزيع القاهرة، ج. 2، ص. 405.

⁵ - تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص. 10.

⁶ - راغب السرجاني، قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية، ط. 1 للنشر، 1434هـ/2013م، أقلام للنشر والتوزيع، ص. 75.

وأوقفوا لها الأوقاف الكثيرة التي تكفل إدامتها: من بناء وأثاث وأطباء وصيدلية وخدم وفراشين. وكان الناس يتسابقون في إنشاء هذه البيمارستانات، ويتنافسون في توسيع البناء، وتثويجه وتجهيزه بأحسن الأثاث والعقاقير، وجلب الأطباء البارزين وترغيبهم في الإشتغال فيه ابتغاء لمرضاة الله وخدمة لعباده. وكان أول بيمارستان كبير في تاريخ الحضارة الإسلامية هو "بيمارستان الرشيد" الذي أمر ببنائه ببغداد هارون الرشيد، خامس خلفاء بني عباس، الذي تولى الخلافة سنة (171هـ/782م)، ورشح لرياسته ماسويه الخوزي¹ من أطباء بيمارستان جنديسابور²، وتولى جبريل³ رعايته⁴.

وفي الشام بنى الملك العادل نور الدين محمود بن زنكي البيمارستان الكبير النوري بدمشق، وهو أحسن ما بني من البيمارستانات بالبلاد، ومن شرطه أنه: وقف على الفقراء والمساكين، وإذا لم يوجد بعض الأدوية التي يعز وجودها إلا فيه، فلا يمنع منه الأغنياء⁵.

وتحدثت كتب التاريخ عن البيمارستانات التي أنشئت في مصر بفضل أموال الوقف، فذكروا بيمارستان ابن طولون، بناه أحمد بن طولون سنة (261هـ)، ولما فرغ حبس عليه دار الديوان ودوره في الأساكفة والقيسارية وسوق الرقيق⁶.

وأنشأ عضد الدولة بن بويه في الجانب الغربي من بغداد سنة 372هـ البيمارستان العضدي، ورتب فيه الأطباء والخدم والوكلاء والخزان، ونقل إليه من الأدوية والأشربة والعقاقير الشيء الكثير، ومن كل ما يحتاج إليه⁷.

وقال بعضهم: إن الرازي كان في جملة من اجتمع على بناء هذا البيمارستان العضدي، وإن عضد الدولة استشاره في الموضع الذي يجب أن يبنى فيه البيمارستان، وإن الرازي أمر بعض الغلمان أن يعلق في كل ناحية من جانبي بغداد شقة لحم، ثم اعتبر التي لم يتغير فيها اللحم بسرعة، فأشار بأن يبنى في تلك الناحية، وهو الموضع الذي بني فيه البيمارستان⁸.

¹ - طبيب عالم ومترجم مسيحي، أبوه سرياني وكان صيدلانيًا في جنديسابور (خوزستان) ثم عمل طبيبًا في بغداد، خدم الرشيد وخلفاءه حتى المتوكل، حيث ولاه الرشيد ترجمة كتب الطب القديمة التي وجدها المسلمون عند فتح بلاد الروم، توفي في ابن ماسويه سنة 243هـ/857م، تاركاً ما يقرب من أربعين مصنفًا بين كتاب ورسالة.

² - كان هذا البيمارستان من أكبر البيمارستانات في العصر السابق على الإسلام بثلاثة قرون وجنديسابور مدينة بخوزستان ويقال لها الخوز، وقد اشتهرت هذه المدينة بمدرستها الطبية وبيمارستانها اللذين أنشأهما كسرى الأول وجلب إليها المعلمين من اليونان.

³ - الطبيب النصراني جبرائيل بن بختيشوع الذي كلفه الرشيد ببناء بيمارستان في بغداد عام (193هـ).

⁴ - تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص. 178.

⁵ - المرجع نفسه، ص. 206.

⁶ - المواعظ والاعتبار بذكر الخطط والآثار، ج. 2، ص. 405.

⁷ - تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص. 187.

⁸ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 2، ص. 343.

ويعد الـبـيـمارـسـتـان الكـبـيـر المـنـصـوري أو دار الشـفا أو بـيـمارـسـتـان قـلاوون¹ (680هـ)، في القـاهـرة أـحد إـنـجـازـات الـوقـف الـصـحـي. وقـال تـقي الـديـن المـقـريـزي²: "وكان سبب بنائه أن الملك المنصور سيف الدين قلاوون لما توجه، وهو أمير، إلى غزاة الروم في أيام الظاهر بيبرس سنة (675هـ/1276م)، أصابه بدمشق قولنج عظيم، فعالجه الأطباء بأدوية أخذت له من بيمارستان نور الدين الشهيد، فبرأ وركب حتى شاهد الـبـيـمارـسـتـان، فأعجب به، ونذر إن آتاه الله الملك أن يبني بيمارستانا. فلما تسلطن أخذ في عمل ذلك... وقد أوقفت عليه الفنادق والمزارع والحمامات والعقارات. وقفه على الملك والمملوك والكبير والصغير والحر والعبد والذكر والأنثى، وجعل لمن يخرج منه من المرضى عند برئه كسوة ومن مات جهزه، ورتب فيه الحكماء الطبائعية والكحالين والجراحين والمجبرين لمعالجة الرمد والمرضى والمجروحين والمكسورين من الرجال والنساء".

وبدأ الاهتمام ببناء الـبـيـمارـسـتـانـات بالمغرب منذ العصر الموحي؛ وقد حفظت لنا كتب التاريخ ومؤلفات النوازل، قسطاً وافراً من أوقاف المغاربة على الرعاية الصحية. وذكر الحسن الوزان (ولد حوالي عام 1483هـ/1488م، وتوفي بعد عام 957هـ/1550م)، "أنه على غرار الـبـيـمارـسـتـانـات المـشـرقـية كانت مثيلاتها بالمغرب تضطلع بنفس الأدوار"، وسنتطرق للأوقاف الصحية بالمغرب بتفصيل في المبحث الأول من الباب الثاني من هذا البحث.

وكثر المنشآت الصحية بالأندلس، وكان بقرطبة وحدها أكثر من خمسين مستشفى³، وقال الوزير لسان الدين الخطيب (776هـ/1374م) في كلامه عن أمير المسلمين بالأندلس محمد بن يوسف بن إسماعيل بن فرج بن يوسف بن نصر، الذي تولى الملك بعد وفاة أبيه في عام (755هـ): "ومن مواقف الصدقة والإحسان، وخارق جهاد النفس، بناء الـبـيـمارـسـتـان الأعظم (غرناطة)، حسنة هذه التخوم القصوى، ومزية المدنية الفضلى، لم يهتد إليه غيره من الفتح الأول، مع تقرير الضرورة وظهور الحاجة، فأغرى به همة الدين ونفس التقوى... فخامة بيت وتعدد مساكن، ورحب ساحة ودرور مياه، وصحة هواء ونقد خزائن ومتوضآت، وانطلاق خيرات، وحسن ترتيب... وإن هذا الأثر المربع الزوايا ليبلغ من الاتساع والإحكام في البناء مبلغ بيمارستان قلاوون بالقاهرة... ولما انتزعت غرناطة من يد العرب سنة 1492م، حول هذا البناء إلى دار ضرب السكة، ثم أدخلت عليه تغيرات مختلفة، شوهت معالمه ثم تهدم معظمه"⁴.

¹ - قلاوون هو الملك المنصور قلاوون الصالحي الشهير بالأنفي ملك مصر في سنة 678هـ/1279م.

² - المواعظ والاعتبار بذكر الخطط والآثار، ج. 2، ص. 406.

³ - محمد بن أحمد الكانوني العبدى، الطب العربي في عصر دول المغرب الأقصى، تح. علل ركوك ومحمد بالوز، ط. 1، 2013 من منشورات كلية الطب والصيدلة بالرباط، ص. 23، ومحمود الحاج قاسم، الطب عند العرب والمسلمين - تاريخ ومساهمات -، الدار السعودية 1987، ص. 328-329.

⁴ - تاريخ الـبـيـمارـسـتـانـات في الإسلام، ص. 288-289.

ولم تخل أية مدينة كبيرة من المستشفيات، لا في المشرق ولا في المغرب، وكان الخلفاء والأمراء والأغنياء يتبارون في إنشائها، والتبرع لها ووقف الأوقاف الواسعة لديمومتها والإنفاق عليها¹.

وبلغ من عناية المسلمين بالرعاية الصحية وتطوير خدماتها، أن خصصت أوقاف لبناء أحياء طبية كاملة؛ فقد حدث ابن جبير في رحلته أنه وجد ببغداد حياً كاملاً من أحيائها يشبه المدينة الصغيرة، كان يسمى بسوق البيمارستان، يتوسطه قصر فخم وتحيط به الغياض والرياح والبيوت المتعددة، وكلها أوقاف وقفت على المرضى، وكان يؤمه الأطباء والصيادلة وطلبة الطب، إذ كانت النفقات جارية عليهم من الأموال الوقفية المنتشرة ببغداد، التي يجعلها الأغنياء من الأمة لعلاج الفقراء وغيرهم².

ويجب الإشارة إلى أن الخدمات الصحية التي كانت تقدمها تلك البيمارستانات، من علاج وعمليات وأدوية وطعام، كانت مجاناً بفضل الأوقاف التي كان المسلمون يرصدونها لهذه الأغراض الإنسانية، إذ كانت الرعاية الصحية في سائر البلاد الإسلامية إلى وقت قريب من أعمال البر والخير، ولم تكن وزارات للصحة العمومية كما في العصر الحاضر³.

وهذه البيمارستانات كلها كانت تلحق بها "صيدلية" مجهزة بالأدوية، وتقدم الدواء والغذاء، بل والكساء أحياناً مجاناً، دون تفريق في اللون أو الجنس أو الدين.. بين القادمين عليها، وكانت تزرع إلى جوار المستشفيات المزارع الضخمة التي تنمو فيها الأعشاب الطبية والنباتات العلاجية؛ وذلك لإمداد المستشفى بما يحتاجه من الأدوية⁴.

ولقد تجاوز وقف الكتب والمكتبات عند العرب والمسلمين دور الكتب العامة والجوامع والمدارس إلى أنماط أخرى تظهر أن الكتاب أصبح جزء لا يتجزأ من حياة الإنسان في أصقاع العالم الإسلامي لا يستغنى عنه، وهو الأمر الذي دفع بالواقفين إلى التوجه إلى كل منشأة وقفية عامة، وبالتالي إيجاد مكتبة بداخلها تلبي احتياجات مجتمعها المحدود، فنتج عن ذلك مكتبات في البيمارستانات والزُّبُط (ملجأ الفقراء من الصوفية)، والخانقاهات (بيوت يتخلى فيها الصوفية للعبادة والتصوف)...، والعجيب في الأمر أن تكون مكتبات البيمارستانات من أقدم ما عرف في تاريخ المكتبة العربية ... على أن هناك أوقافاً خاصة للإنفاق على تأليف الكتب في الطب والصيدلة، وبذلك استطاع العلماء أن يكتبوا أو يكملوا كتباً في العلوم الطبية... ومثال على ذلك: بيمارستان الطولوني بالقاهرة، الذي جعل فيه خزانة كتب احتوت على ما يزيد على 100 مجلد، لم تكن في علوم الطب وحدها بل في تخصصات متنوعة⁵.

¹ - عبد الله ناصح علوان، معالم الحضارة في الإسلام وأثرها في النهضة الأوربية، (دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع)، ص. 44.

² - قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية، ص. 79.

³ - سعيد الديوجي، دور العلاج والرعاية في الإسلام، المجلة الطبية الموصلية 1966، ج. 1، ص. 13.

⁴ - معالم الحضارة في الإسلام وأثرها في النهضة الأوربية، ص. 79.

⁵ - أحمد عوف محمد عبدالرحمن، الأوقاف والرعاية الصحية، مجلة أوقاف، السنة 3، العدد 6، ربيع الثاني 1425هـ/يونيو 2004م، ص. 141.

وبالإضافة إلى البيمارستانات الثابتة تحدث الباحثون عن أنواع مختلفة للمراكز الصحية التي رعتها الأوقاف، فذكروا: البيمارستانات المتنقلة، مستشفيات السجون، بيمارستان السبيل، بيمارستان الإسعاف (وهي مراكز صحية صغيرة تكون قرب المساجد والأسواق)، الصيدليات ومخازن الأدوية، والمدارس الطبية التعليمية. وهذه لمحة عامة عن هذه الأنواع:

❖ البيمارستانات المتنقلة: وهي ثلاثة أنواع:

- الأول عبارة عن فرق طبية تنتقل في الأصقاع النائية والمحلات المنقطعة لتفقد الأحوال الصحية للسكان وعلاج المرضى. ويكثر هذا النوع في أوقات انتشار الأوبئة، وهذه البيمارستانات المتنقلة من مبتكرات المسلمين، فلم توجد عند من سبقهم، "ويكون البيمارستان مجهزا بكل ما يلزم لمعالجة المرضى من أدوات وأدوية وأطعمة وأشرية وأطباء وصيادلة وغللمان، يعملون بين أيديهم، ومضمدين يشرفون على المرضى، فكانوا يقيمون في كل بقعة ما تقتضيه المصلحة يتفقدون المرضى والبائسين، يجبرون المكسور، ويعالجون المصاب، ويكافحون الأمراض المتوطنة والمنتشرة بين السكان. وبعد أن يقضوا مدة مناسبة ينقلون البيمارستان إلى صقع آخر¹.

والفضل في هذا يعود إلى علي بن عيسى الجراح (ت335هـ/946م) «وزير الخليفة المقتدر بالله العباسي» الذي حكم بين 295هـ و317هـ، فإنه فكر بسواد العراق وما عليه السكان من سوء الحالة الصحية، وخلق هذا القسم من أطباء يتعهدون المرضى بالمعالجة، فأمر أن يحمل إليهم بيمارستانا يكون فيه ما يحتاجه المريض من أسباب العلاج. ووجد أن خير طبيب يعهد إليه بتدبير مثل هذا العمل الإنساني هو «سنان بن ثابت الحراني»، وكان أحد أطباء عصره، خدم المقتدر والقاهر من بعده، وكانوا يركنون إليه في الأمور المهمة، لغزارة علمه وحسن تدبيره².

فكان هذا أول ظهور المستوصفات السيارة في العراق، وذلك في خلافة المقتدر.

وإضافة إلى إسهام الوقف في المستشفيات الكبيرة فقد كان له دور في المراكز الصحية المتنقلة، لخدمة المرضى في الأماكن البعيدة عن مراكز الحضارة والمدن³.

- الثاني: بيمارستان الجيش:

وهذا النوع يكون مع الجيوش في حلها وترحالها، في حالتي حربها وسلمها... يستصحب الجيوش أطباء وصيادلة وعقاقير، وكل ما يحتاجونه من أدوات وآلات، فإن في المستشفى محامل مريحة واسعة مفروشة بالئین الأثاث، لكي ينقل بها المرضى والجرحى. وأول من اتخذ المحامل هو الحجاج بن يوسف الثقفي (ت95هـ/714م)، ثم انتشر استعمالها في كل مستشفيات الجيوش، وصارت تحمل على عشرات الجمال⁴.

¹ - دور العلاج والرعاية في الإسلام، ص. 28.

² - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 2، ص. 202-203.

³ - الأوقاف والرعاية الصحية، ص. 125.

⁴ - ابن قيم الجوزية، الإمامة والسياسة، ج. 2، ص. 12، طبع مصر 1228هـ.

ومن هذه البيمارستانات المشهورة البيمارستان الذي عمله أبو الحكم عبيد الله بن المظفر بن عبد الله بن محمد الباهلي الحكيم المغربي (ت486م-549هـ)؛ فقد ورد أنه كان ذا معرفة بالأدب والطب والهندسة، وكان طبيب البيمارستان الذي كان يحمله أربعون جملاً، المستصحب في معسكر السلطان محمود السلجوقي (ت525هـ)... وقد يكون في البيمارستان عدة أطباء لمختلف الأمراض¹.

- الثالث: بيمارستانات السبيل:

كانت ترافق القوافل في حلها وترحالها، ومنها ما كانت ترافق المواكب الذهابية إلى الحج، فتجهز بمواد الإسعاف والعقاقير والمعاجين وكل ما يحتاجه المرضى، وتحمل في صناديق خاصة بها، وتكون برفقة طبيب وممرضين يشرفون على صحة من في القافلة، ويسعفون من يحتاج إلى معالجة. وأقدم ذكر لهذا النوع من البيمارستانات، يعود إلى القرن الأول للهجرة (السابع للميلاد)²: "جاء عن أبي الحكم الدمشقي الطبيب (ت210هـ): وسيّره معاوية بن أبي سفيان مع ولده يزيد إلى مكة عندما سيّر يزيداً أميراً على الحج في أيامه، وعهد إليه أمر معالجة المرضى"³.

وكان المحسنون ومحبو الخير يتسابقون في النفقة على هذه البيمارستانات، وهي تعالج كل مريض، سواء كان في القافلة أو ممن يمر بها، أو من أهل الريف الذين تمر بهم القافلة. وكانت خاتون السفرية المتوفية سنة (515هـ/1121م)، وهي حظية السلطان ملكشاه (ت485هـ/1092م)، وأم ولديه السلطانين محمد وسنجر، لها في كل سنة سبيل يخرج مع الحجاج، ويجهز بكل ما يحتاجه المرضى⁴.

❖ بيمارستانات السجون:

وأول من فكر في هذا العمل الإنساني هو علي بن عيسى الجراح (ت335هـ/946م)، حيث كان يتفقد الأمور بنفسه ليطلع على راحة الناس وما يشكون منه، كما كان يزور السجون ليقف بنفسه على حالة المساجين، وفكر في تخصيص أطباء وصيادلة يدخلون السجون ويتفقدون من بها، فيواسون كل مصاب ويقدمون إليه ما يحتاجه. هكذا كتب إلى سنان بن ثابت الطبيب: "فكرت -مد الله في عمرك- في أمر من في الحبوس، إنهم لا يخلون -مع كثرة عددهم وجفاء أماكنهم- أن تتألم الأمراض وهم معوقون على التصرف في منافعهم، ولقاء من يشاورونه من الأطباء في أمراضهم، فينبغي -أكرمك الله- أن تفرد لهم أطباء، يدخلون إليهم في كل يوم، ويحملون معهم الأدوية والأشربة وما يحتاجون إليه من المزورات..."⁵.

¹ - أحمد ابن خلكان، وفيات الأعيان، ج. 1، ص. 274.

² - دور العلاج والرعاية في الإسلام، ص. 27.

³ - يوسف القفطي، إخبار العلماء بأخبار الحكماء، طبع مصر، مكتبة المتنبّي القاهرة، 1226هـ، ص. 123.

⁴ - ابن كثير، البداية والنهاية، ج. 12، تح. علي شيري، دار إحياء التراث العربي، ط. 1، 1408هـ-1988م، ص. 189.

⁵ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 2، ص. 202.

كما أنهم اهتموا بتنظيف المساجين وتهذيبهم، وحثهم على إقامة الدين الحنيف، وإرشادهم إلى طرق العبادة التي تهذب نفوسهم، وتقربهم إلى الله تعالى وتبعدهم عن الشر والآثام¹.

❖ **بيمارستان الإسعاف:**

وهو الذي كان يقام في الأماكن التي يكثر بها اجتماع الناس في أوقات مختلفة (كالجوامع وقت صلاة الجمعة والمهرجانات والمجتمعات العامة في الأعياد والمواسم) ويكون به طبيب، ومعه مواد الإسعاف وبعض الذين يساعدونه في إسعاف من يصاب. وأول من كان له الفضل في هذا هو الأمير أحمد بن طولون (220هـ-270هـ/835م-883م) والي مصر. وقد عمر في مؤخر الجامع ميضأة وخزانة شراب فيها جميع الشرابات والأدوية، وعليها خدم، وفيها طبيب جالس يوم الجمعة لحادث يحدث للحاضرين وقت الصلاة، ثم انتشر هذا في بعض المدن والحوضر الإسلامية².

ولقد قامت المساجد في الإسلام بدور هام في تقديم العلاجات الطبية، وأسهمت في دعم العمل الاجتماعي الصحي، فبالإضافة إلى ما ذكر تاريخيا في السيرة النبوية عن اتخاذ رفيدة المسجد مكانا للاستشفاء، فإن المصادر التاريخية تطلعنا بأنه "كان يتوافر بالمساجد خدمات الرعاية الصحية للعاملين فيه وخاصة الكبيرة منها: "... وعندما بدأ العمل في مسجد السلطان حسن بالقاهرة عام (757هـ/1356م) أصدر السلطان مرسوما بتعيين طبيب عام وطبيب عيون وجراح، ليلتحقوا بالعمل فيه بصفة موظفين دائمين. وقد داوم الأطباء الثلاثة على الحضور يوميا للمسجد ليقدموا الرعاية الطبية للعاملين فيه ولطلاب المسجد ومرتاديه"³.

❖ **بيمارستان المدرسة:**

أذكر ما قاله ابن الفوطي، كمثال عن توفير الرعاية الصحية في المدارس: "... ووفي جمادى الآخرة، تكامل بناء المدرسة المستنصرية التي أمر بإنشائها الخليفة المستنصر بالله. وكان الشروع فيها في سنة خمس وعشرين وستمائة، وأنفق عليها أموال كثيرة. وشرط أن يرتب بها طبيب حاذق مسلم، وعشرة أنفس من المسلمين يشتغلون بعلم الطب، ويوصل إليهم مثل ما للمقدم ذكرهم، وأن يكون الطبيب يطب من يعرض له مرض من أرباب هذا الوقف، ويعطي المريض ما يوصف له من أدوية وأشربة وغير ذلك"⁴.

¹ - دور العلاج والرعاية في الإسلام، ص. 18.

² - المواظ والإعتبار بذكر الخط والآثار، ج. 2، ص. 405.

³ - مكي بن نسيب السباعي، مكنيات المساجد، ترجمة هاشم فرحات السيد ومحمد جلال غندور مركز فيصل للدراسات والبحوث، ط.

1، 1427هـ-2006م، ص. 44 و 45.

⁴ - ابن الفوطي (ت723هـ)، الحوادث الجامعة والتجارب النافعة في المائة السابعة، ط. 1، سنة 2003م-1424هـ، دار الكتب العلمية بيروت، تح. مهدي النجم.

ولقد وصل الوعي الصحي إلى أوج عظمته في عصور الحضارة الإسلامية فقد بلغ الأمر أن الواقفين قد نصوا على أن اصحاب الوظائف الذين يعملون في المدارس التي أوقفوها حين أصابتهُم بأمراض خطيرة أو معدية فأنهم يجري عليهم رزقهم طوال فترة عزلهم عن الطلاب حتى يشفوا أو يتوفاهم الله¹.

ومن المحسنين الذين قدموا خدمات جليلة لطلاب العلم -في هذا الباب- هو السلطان صلاح الدين الأيوبي (564-589هـ)، فإنه أوقف أوقافا كثيرة في مصر وغيرها من البلاد. واتسع اعتناء السلطان بهؤلاء الغرباء الطارئین، حتى أمر بتعيين حمامات يستحمون فيها متى احتاجوا إلى ذلك، ونصب لهم بيمارستاناً لعلاج من مرض منهم، ووكل بهم أطباء يتفقدون أحوالهم، وتحت أيديهم خدام يأمرونهم بالنظر في مصالحهم التي يشيرون بها من علاج وغذاء. وقد رتب أيضا فيه أقواماً برسم الزيارة للمرضى الذين ينتزهون عن الوصول للبيمارستان المذكور من الغرباء خاصة وينهون إلى الأطباء أحوالهم ليكلفوا بمعالجتهم².

ومن هنا تتجلى الأهمية الكبيرة التي كانوا يولونها إلى طلبية العلم وأسائدتهم تشجيعا للعلم والبحث العلمي اللذان يعتبران من أهم مقومات التقدم والحضارة.

❖ **البيمارستانات المتخصصة:** إلى جانب الأنواع المتقدمة أنشأ المسلمون بيمارستانات خاصة ببعض الأمراض، منها:

- **بيمارستان الجذام:** الذي كان يعزل فيه المجذومون، كي لا ينتشر داؤهم إلى الغير.
 - **مارستان المجانين:** وقد خصصت لعلاج هذا الصنف من المرضى.
- "واهتمت الأوقاف كذلك بالجانب النفسي للمرضى: إذ تشهد الحقائق التاريخية أنه بينما يعامل المسلمون المرضى المصابين بعقولهم معاملة حسنة، كان الأوروبيون يكلون هؤلاء المرضى بقيود من حديد، ويصفون الضرب كعلاج لهم... وفي عام 1313م أمر فيليب بحرق جميع المجذومين، بينما بنى الخليفة الأموي الوليد بن عبد الملك سنة 707م، أول مستشفى للجذام، وكذلك بنى الأمويون في سورية مستشفيات للمجانين، وكانوا يعالجونهم جسمانيا ونفسيا³.

الفرع الثاني: أوقاف أخرى تهتم بالصحة:

أ- **الوقف على توفير محددات الصحة⁴ للوقاية من الأمراض:**

كما اهتمت الأوقاف بجوانب مختلفة تتعلق بالوقاية من الأمراض، ومن أنجح التدابير الوقائية التي اهتمت بها الأوقاف في عصر الحضارة الإسلامية السقايات والحمامات؛ حيث كانت متوافرة بصورة غريبة، وقد ألفت في حمامات دمشق كتب مثل "عدة الكلمات في تعداد الحمامات" ليوسف عبد الهادي من

¹ - الأوقاف والحياة الاجتماعية في مصر، ص. 177.

² - دور العلاج والرعاية في الإسلام، ص. 19-20.

³ - الطب ورائداته المسلمات، ص. 43-44.

⁴ - السكن، النظافة، الماء، التغذية، البيئة، الجانب النفسي...

رجال القرن العاشر. وذكر في روض القرطاس¹: "أن عدد دور الوضوء والسقايات بفاس بلغ في عهد يعقوب المنصور الموحدي وابنه الناصر ثمانين سقاية واثنين وأربعين دار وضوء، وثلاثة وسبعين حماما معظمها حبسا... كما أنشئت الحمامات والدور والحوانيت والفنادق وغيرها من العقارات ذات المردود، ووقفت مداخلها على المؤسسات الوقفية التي لا مردود لها وتحتاج إلى صيانة وموارد مادية، لتبقى قائمة بوظائفها كالمساجد والكتاتيب والمكتبات والمدارس والبيمارستانات".

ووجدت أوقاف تهتم بالتغذية التي هي من محددات الصحة منها، حيث "وضعت أوقاف لتوزيع المواد الغذائية التموينية وأخرى لتوزيع الطعام مطهيا للأكلين، أو لتقديم المأوى لمن يحتاج إليه وأخرى للملابس"².

ووجدت أوقاف أخرى مثل "وقف لتوزيع الآلات الزراعية للفلاحين، ووقف لحفظ البذور، وأوقاف كثيرة لتوفير الماء الصالح للشرب عبر حفر الآبار، ووقف لتوزيع الثلج في الصيف. ووجدت أوقاف للمحافظة على البيئة منها: وقف لتنظيف جدران البيوت في المدن، ووقف لتنظيف البحيرات، ووقف لمصابي حوادث البحر، ووقف لأمن الطرق، ووقف لمنع الدخان للأساتذة في المدارس، أوقاف لمساعدة متضرري الكوارث الطبيعية وأوقاف لرعاية المرضى في البيوت"³.

كما خصصت أوقاف لمن يحمي الناس من أذى الحشرات والحيوانات السامة كالعقارب، والأفاعي، فيخصص منها لكل من يقتل عقربا أو أفعى، لما في ذلك من كف للأذى عن الناس، وشراء الأدوية لمكافحة بعض الحيوانات الضارة، كالجراد، والقمل، وفي كل هذا سبيل خير، يعود على الإنسان والمجتمع بالخير العميم⁴.

واهتمت الأوقاف كذلك بالجانب النفسي للمرضى، نذكر منها وقفا لاستئجار اثنين، يذهبان كل يوم إلى المستشفى، فيقفان بجانب المريض يتحدثان بكلام خافت، يسمعه المريض من حيث يوهمانه أنهما يتكلمان سرا عنه فيقول أحدهما للآخر: ما رأيك في هذا المريض اليوم؟ فيقول الآخر إنني أراه أحسن منه بالأمس، فوجهه مشرق وعيونه متألق، ثم يتصرفان وقد سمع المريض كلامهما بعد أن أوحيا إليه ما يجعله يعتقد في نفسه التقدم نحو الشفاء"⁵.

¹ - علي ابن زرع الفاسي، الأنيس المطرب بروض القرطاس في أخبار ملوك المغرب وتاريخ مدينة فاس، ط. 1972، دار المنصور للطباعة والوراقة بالرباط، ص. 47-48 بتصرف.

² - الوقف الإسلامي تطوره إدارته وتنميته، ص. 37.

³ - عزة شاهين، التجربة التركبة في الأوقاف، بحث قدم في المؤتمر الإسلامي للأوقاف الذي نظم من 17 إلى 19 أكتوبر 2016هـ/ محرم 1438م، تحت شعار «أوقف لأجر لا يتوقف».

⁴ - عبد الرزاق قسوم، البعد الإنساني العام للوقف الإسلامي، مؤتمر الشارقة للوقف الإسلامي والمجتمع الدولي، الشارقة 1426هـ.

⁵ - مصطفى فرعل، سير الصالحين وأنيس المؤمنين، ص. 101.

ب- الوقف على المدارس الطبية لتكوين الأطباء:

وتَمَّ تأسيس المدارس الطبية المتخصصة: حيث يتم تخريج دفعات متكاملة من هذه المدارس. ومن أشهرها: "المدرسة الدخارية قريبة من باب الزيادة الجنوبي للجامع الأموي بدمشق، وقفها سنة 621هـ شيخ أطباء مصر والشام مهذب الدين عبد الرحيم بن علي المعروف بالدخوار (ت628هـ)، وجعل لها الأطباء، وكان أول من درَّس بها".

والمدرسة النجمية في دمشق: "وقفها نجم الدين يحيى بن محمد اللبودي عام 664هـ، والمدرسة الدنيسيرية في دمشق: وقفها عماد الدين أبو عبد الله الربيعي عام 686هـ في دمشق"¹.

وعرف في زمن الدولة العثمانية الوقف على البيمارستانات التعليمية، من باب اهتمام العثمانيين بالطب والعلم، لتخريج العلماء الذين يجمعون بين الدراسات النظرية مع الدراسات السريرية التطبيقية. ومن هذا النوع أوقفت "خاصكي سلطان" زوجة سليمان القانوني، مستشفى من أموالها الخاصة، مع وقف العديد من المحلات التجارية للإنفاق عليه. وقد احتوى مدرسة للطب، وألحقتها بالمستشفى الموقوف من قبل زوجها، والذي أوقفه مع كلية أخرى للطب في سنة 963هـ. والجزء الأهم من تكية "خاصكي سلطان" كان المطبخ الذي تقدم فيه الوجبات المجانية.. حيث ظل الطعام المجاني طوال ذلك العصر وبعده².

"واستمر اهتمام السلاطين العثمانيين بالوقف ومؤسساته حتى صار الوقف صفة ملازمة لهم، واتبعهم في ذلك بعض أمهات السلاطين وزوجاتهم، حيث وقفن أوقافاً كثيرة من مدارس وجوامع ومستشفيات وغيرها، عرفت هذه الأوقاف "بأوقاف السلاطين..". وقد وقفت والدته مراد الثالث، ووالدة السلطان عبدالمجيد، والسلطانة حفيدة، والسلطانة توريانة والتي بقي مستشفاهما وجهازه التعليمي حتى إلغاء نظام الوقف عام 1928³، عندما ألغى كمال أتاتورك (ت1938م) الأوقاف الإسلامية، وحول هذا المستشفى العظيم إلى مخازن للتبغ"⁴.

"أما تدريس الطب في البيمارستان فكان متبعاً في الكثير منها، وذلك أن يكون في كل فرع من فروع البيمارستان تلاميذ يتلقون الطب على أطباء معينين"⁵.

"كما وجدت أوقاف في عصر الدولة العثمانية متنوعة منها: أوقاف لتحسين خلق الأطباء، وتصنيع الأدوية للمرضى ورعاية المرضى في البيوت، ووقف لترميم الكتب...وقد قدمت الأوقاف الإسلامية خدمات اجتماعية وثقافية، بالإضافة إلى الخدمات الدينية، من المهد إلى اللحد، حيث: «وُلد بعض الأشخاص في

¹ - عبد القادر بن محمد النعمي الدمشقي، الدارس في تاريخ المدارس، ط. 1، دار الكتب العلمية، ج. 2، ص. 100-106.

² - محمد بن عبد العزيز بن عبد الله، الثقافة الإسلامية في رعاية الوقف، ط. 1، الرباط 2005، مطبعة بني يزناسن - سلا، ص. 119.

³ - المرجع نفسه، ص. 120.

⁴ - عبد الملك السيد، الوقف الإسلامي والدور الذي لعبه في النمو الاجتماعي في الإسلام ضمن بحوث وقائع ندوة إدارة وتنشيط ممتلكات الوقف، ص. 286.

⁵ - دور العلاج والرعاية في الإسلام، ص. 17-18.

إحدى البيوت الوقفية، كبر في مهد الوقف وأكل من طعام الأوقاف، ودرس في إحدى المدارس الوقفية، وعمل في أحد الأوقاف، وعندما مات حمل في تابوت وقف ودُفن في مقبرة وقفية¹.

وقد تحدث جل الباحثين والمفكرين بإعجاب عن الفضل الكبير الذي كان للوقف، على مر تاريخ الحضارة الإسلامية، في مجالات الرعاية الصحية والخدمة الاجتماعية، وأظهرت جهود أولئك الباحثين، بعد الاطلاع على الوثائق الوقفية وكتب التاريخ والرحلات، أن كثيرا من مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات التي انتشرت في سائر المدن والأمصار الإسلامية تعتمد اعتمادا كبيرا على موارد الأوقاف.

في هذا الصدد قالت زيجريد هونكه² (Sigrid Hunke): "إن كل مستشفى، مع ما فيه من ترتيبات ومختبر، وكل صيدلية ومستودع أدوية في أيامنا هذه، إنما هي في حقيقة الأمر، نصب تذكارية للعبقريّة العربية، كما أن كل حبة من حبوب الدواء، مذهبة أو مسكرة، إنما هي كذلك، تذكّار صغير ظاهر، يُذكرنا باثنين من أعظم أطباء العرب³، ومُعلمي بلاد الغرب⁴."

وقال غوستاف لوبون (Gustave Le Bon): في كتابه "حضارة العرب" الذي ألفه سنة 1884م: "... وكانت مشافي العرب فيما مضى أفضل صحيا من مشافينا الحديثة، فقد كانت واسعة وذات هواء كثير وماء غزير... وكانت مشافي العرب كمشافي أوروبا في الوقت الحاضر: ملاجئ للمرضى، وأماكن لدراسة الطلاب، وكان الطلاب يتلقون دروسهم في فرش المرضى، أكثر مما يتلقونها في الكتب، ولم تقلدهم جامعات أوروبا في القرون الوسطى إلا قليلا⁵."

عسى أن تكون هذه الروايات التاريخية العظيمة عن الأوقاف الصحية في عصر الحضارة الإسلامية، وشهادات العلماء الأجانب على عظمة هذه الإنجازات، إفادة واستفادة، موقظة للضمان التي غشتها الدنيا، فقست القلوب وجفت الجيوب عن الإنفاق السخي على هذا المجال الصحي الحيوي الهام. بقي أن نشير إلى أنه لم يكن تأسيس البيمارستانات وفقاً على الخلفاء والسلاطين والنساء والرجال الأثرياء، وإنما دأب على تأسيسها الأطباء أيضا أو أشاروا إلى إقامتها، وأبدعوا في مجال الرعاية الصحية؛ وهذا ما سنتطرق إليه في الفرع الموالي.

الفرع الثالث: إسهامات الأطباء في الوقف على البيمارستانات:

إن طبيعة البشر أن يتأثروا بالأحوال والقدرات الماثلة حية في العيان أو في غابر الزمان أكثر من إيمانهم بالأقوال والقيم النظرية المثلى في العقائد والفلسفات والأديان، فإننا نستعين بما جادت به علينا حقائق تاريخية في تراثنا وأمجاد أمتنا، من نماذج أطباء محسنين، أسهموا في النهوض بالمجال الطبي في عصرهم لإيقاظ همم الأطباء ليسيروا على نهج أسلافهم. والباحث في كتب التراجم وطبقات الأطباء يقف

¹ - التجربة التركية، عزة شاهين.

² - مستشرق ألمانية.

³ - تقصد: ابن سينا والرازي.

⁴ - زيجريد هونكه، شمس العرب تسطع على الغرب، ترجمة فروق بيضون وكمال دسوقي، (بيروت: دار الجيل، ط. 8، 1993م)، ص. 334.

⁵ - غوستاف لوبون، حضارة العرب، ترجمة عادل زعيتير، ط. 2008، دار بيلون باريس، ص. 492-493.

على جملة من الأخبار التي تبرز إسهامات عدد كبير من الأطباء في الوقف على البيمارستانات والإحسان إلى المرضى، نذكر بعض الأمثلة منهم:

➤ **أبا سعيد سنان بن ثابت بن قرة¹**: رئيس الطبابة في مستشفى عضد الدولة أنه أرسل إلى الوزير المختص علي بن عيسى بتقرير خطي يقول له فيه: إن دَخَلَ البيمارستان الثابت من الأملاك قد قلَّ كثيراً. ويصف له بعبارات مؤثرة، كيف أن المرضى قاسوا ألواناً من شدة البرد وقلة الطعام وندرة العقاقير... فلما قرأ الوزير الطبيب والحواد الكريم هذه الرسالة - وكان قد أنشأ بيمارستاناً كبيراً ببغداد، وسمي باسمه تأثر تأثراً شديداً، وكتب على ظهر الرسالة ما يلي: إلى مدير الأملاك أبي الصقر:

«أنت، أكرمك الله، تقف على ما ذكره، وهو غلط جداً، والكلام فيه معك خاصة فيما يقع منك يلزمك، وما أحسبك تسلم من الإثم فيه... لا بد من تعديل الحال فيه... بل هو أحق بالتقديم على غيره لضعف من يلجأ إليه، وعظيم النفع به، فعرفني، أكرمك الله، ما النكتة في قصور المال ونقصانه في تخلف نفقة البيمارستان هذه الشهور المتتابة، وفي هذا الوقت خاصة مع الشتاء واشتداد البرد، فاحتل بكل حيلة لما يطلق لهم، ويعجل حتى يدفأ من في البيمارستان من المرضى... ويقام لهم القوت، ويتصل لهم العلاج والخدمة، وأجبنني بما يكون منك في ذلك، وأنفذ لي عملاً يدلني على حجتك، واعن بأمر البيمارستان فضل عناية، إن شاء الله تعالى»².

➤ **وقال أبو الحسن ثابت بن سنان بن ثابت بن قرة (توفي سنة 365هـ/975م):**

"إنه لما كان في أول يوم من المحرم سنة ست وثلاثمائة، فتح والدي سنان بن ثابت بيمارستان السيدة³ الذي اتخذه لها بسوق يحيى، وجلس فيه، ورتب المتطبيين، وقبل المرضى، وهو كان بناء على دجلة، وكانت النفقة عليه في كل شهر ستمائة دينار. قال وفي هذه السنة أيضاً أشار والدي على المقتدر بالله بأن يتخذ بيمارستاناً ينسب إليه، فأمر باتخاذها، فاتخذها له في باب الشام وسماه البيمارستان المقتدري، وأنفق عليه من ماله في كل شهر مائتي دينار⁴.

وقال أيضاً أبو الحسن ثابت بن سنان: "لما مات الراضي بالله استدعى الأمير أبو الحسين بجم والدي سنان بن ثابت، وسأله أن ينحدر إليه إلى واسط، ولم يكن يطمع في ذلك منه في أيام الراضي بالله لملازمته بخدمته، فانحدر إليه والدي، فأكرمه ووصله، وقال له أريد أن أعتمد عليك في تدبير بدني وتفقدته، والنظر في مصالحه، وفي أمر آخر هو أهم إلي من أمر بدني، وهو أمر أخلاقي، لثقتي بعقلك

¹ - كان يلحق بأبيه في معرفته بالعلوم واشتغاله بها وتمهره في صناعة الطب، وله قوة بالغة في علم الهيئة، وكان في خدمة المقتدر بالله، والقاهر وخدم أيضاً بصناعة الطب الراضي بالله، وكانت وفاته في الليلة التي صيحتها يوم الجمعة، مستهل ذي القعدة سنة 331هـ/940م.

² - زغيريد هونكه، شمس العرب تسطع على الغرب، ترجمة فاروق بيضون، وكمال دسوقي، دار الجيل بيروت ودار الآفاق الجديدة بيروت، ط. 8، 1413هـ-1993م، ص. 232.

³ - مستشفى السيدة، وقد أقامته السيدة أم الخليفة المقتدر بالله العباسي، حيث افتتح في اليوم الأول من محرم سنة 203هـ، وكان الذي افتتحه هو رئيس أطباء بغداد سنان بن ثابت.

⁴ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 2، ص. 204.

وفضلك ودينك ومحبتك، فقد غمني غلبة الغضب والغيط علي، وإفراطهما بي، حتى أخرج إلي ما أندم عليه، عند سكونهما من ضرب وقتل. وأنا أسألك أن تتفقد ما أعلمه، وإذا وقفت لي على عيب لم تحتشم أن تصدقني عنه، وتذكره لي، وتنبهني عليه؛ ثم ترشدني إلى علاجه ليزول عني، فقال له والدي السمع والطاعة لما أمر به الأمير، أنا أفعل ذلك... فأخلص سنان بن ثابت في نصيح الأمير فاستحسن بجمك ذلك، ووعد أن يفعله، وما زالت أخلاقه تصلح، والوالدي ينبهه على شيء مما ينكره منه من أخلاقه وأفعاله، ويرشده إلى طريق إزالته، إلى أن لانت أخلاقه، وكف عن كثير مما كان يسرع إليه من القتل، والعقوبات الغليظة، واستحلى واستطاب ما كان يشير عليه من استعمال العدل والإنصاف ورفع الظلم والجور ويستصوبه ويعمل به، فإنه كان يبين له أن العدل أريح للسلطان من الظلم بكثير... ومواد العدل تنمي وتزيد وتقوم وتتصل، ويبارك فيها، وتعود بصلاح الدنيا وعمارتها، وحصول الآخرة والفوز فيها، وحسن الذكر ما بقي الدهر، فتبين الأمير ذلك وعرف صحته وابتدأ بالعمل به، وعمل بواسط في وقت المجاعة دار ضيافة، وبيغداد بيمارستاناً يعالج فيه الفقراء ويعلون، وأنفق في ذلك جملة، ورقه الرعية، وأرقفها، وعدل فيها، وأنصف في معاملاتها، وأحسن إليها...¹.

وروي أن سبب بناء بيمارستان الفارقي بميافارقين² هو أن ابنة نصير الدولة بن مروان (صاحب ديار بكر في أيام الخليفة القائم بأمر الله تولى الخلافة سنة 422هـ) مرضت، وعالجت سكرات الحمى على مرأى من أبيها، وكان يحبها كثيراً، فحزن وانقبض قلبه، فوعد الطبيب إن أنقذ له ابنته، أن يهبه من الذهب مقدار وزنها. فلما عالجه الطبيب أبوسعيد منصور بن عيسى الملقب (بزاهد العلماء)، وتماتلت للشفاء، وأراد الحاكم أن يبر بوعده، طلب منه الطبيب أن يبني بالذهب الموعود مستشفى ينتفع به الناس، ويكون له بذلك أجر عظيم، فأمره ببناؤه، وأنفق عليه أموالاً كثيرة، ووقف له أملاكاً تقوم بكفايته. وكل المرضى أغنياء وفقراء كانوا يعالجون مجاناً، وكانوا يحصلون على المأوى والغذاء والعقاقير، والألبسة كذلك، بالإضافة إلى تعويض مالي لشهر كامل، يتقاضونه عندما يتماتلون للشفاء ثم ينصرفون لبيوتهم³. وكان مقرراً في هذا البيمارستان مجلساً للعلم يجيب فيه زاهد العلماء على الأسئلة⁴.

➤ "ومن مآثر الأطباء في هذا الصدد ما رواه ابن أبي أصيبعة عن بدر الدين ابن قاضي بعلبك (ت675هـ): "ومما وجدته قد صنعه من الآثار الحسنة التي تبقى مدى الأيام، ونال بها من المثوبة أوفر الأقسام، إنه لم يزل مجتهداً حتى اشترى دوراً كثيرة ملاصقة للبيمارستان الكبير الذي أنشأه ووقفه الملك العادل نور الدين محمود بن زنكي رحمه الله. وتعب في ذلك تعباً كثيراً، واجتهد بنفسه وماله حتى أضاف

¹ - المرجع نفسه، ج. 2، ص. 206-207.

² أشهر مدينة بديار بكر، وإسمها فارسي أطلقه بعض أكاسرة الفرس وإسمها بالرومية MARTYROPOLIS.

³ - زيجريد هونكه، شمس العرب تسطع على الغرب، ترجمة: فاروق بيضون وكمال دسوقي، بيروت: دار الجيل، ط. 8، 1993م،

ص. 231.

⁴ - تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص. 198-199.

هذه الدور المشتركة إليه وجعلها من جملته، وكبر بها قاعات كانت صغيرة للمرضى، وبناها أحسن البناء، وشييدها وجعل الماء فيها جارياً، فتكمل بها البيمارستان، وأحسن في فعله ذلك غاية الإحسان"¹.

➤ "ومن مكارم أخلاق الأطباء، ما حدث به علي بن محمد بن أبي الصلحي الكاتب عن القطيعي أحد أطباء مصر المشهورين، أنه حوّل أحد دوره إلى ما يشبه البيمارستان يأوي إليه المرضى من الفقراء، فيعالجهم ويقدم لهم الأغذية، والأدوية ويقوم بخدمتهم مجاناً، وكان ينفق كثيراً من مدخوله في هذا السبيل"².

➤ وفي سنة (622هـ/1225م) أوقف مهذب الدين عبد الرحيم بن علي بن حامد المعروف بالدخوار شيخ الأطباء ورئيسهم داره بدمشق، لتصبح مدرسة للطب وهي (المدرسة الدخوارية)³، ووقف لها ضياعاً وعدة أماكن يستغلّ منها ويتصرف في مصالحها في جامكية المدرسين وجامكية المشتغلين بها. فكان إذا فرغ من البيمارستان وافتقد المرضى من أعيان الدولة وأكابرها وغيرهم، يأتي إلى داره ثم يشرع في القراءة والدرس والمطالعة، ولا بد له مع ذلك من نسّخ، فإذا فرغ منه أيضاً أذن للجماعة فيدخلون عليه، ويأتي قوم بعد قوم من الأطباء والمشتغلين، وكان يقرئ كل واحد منهم درسه ويبحث معه فيه، ويفهمه إياه بقدر طاقته. ثم مرض مهذب الدين عبدالرحيم بن علي وتوفي في يوم الاثنين الخامس عشر من شهر صفر سنة 628هـ (24 ديسمبر سنة 1230م)، وأوصى أن يكون المدرس فيها الحكيم شرف الدين علي بن الرّحبي⁴.

كما أوقف علاء الدين علي بن أبي حزم القرشي الدمشقي (ت687هـ/1288م) داره وكتبه على البيمارستان المنصوري بالقاهرة⁵.

وهكذا نلاحظ أن الأطباء المسلمين هم من أول الأمم الذين فكروا في مسائل علمية دقيقة، عرفت في الغرب بعد قرون، وأنهم كانوا إلى جانب اهتمامهم بحسن رعاية المرضى، وتكوين الأطباء، قاموا بإيثار مصلحة المرضى عن مصلحتهم الشخصية، واغتمتوا المكانة التي كانوا يحظون بها عند الحكام والمسؤولين من أجل تشجيعهم على وقف البيمارستانات وتحسين ظروف رعاية المرضى، كما أسهموا بأموالهم وممتلكاتهم في الوقف على البيمارستانات والمدارس الطبية.

كما تتجلى إسهامات الأطباء في نجاح الأوقاف الصحية في تحقيق رعاية صحية متميزة، من خلال إخلاصهم في تسيير العمل بالبيمارستانات وتنظيمه، والسهر على علاج المرضى وتكوين الأطباء والبحث العلمي بكل تقان وإتقان، ويتجلى هذا التنظيم في الجوانب الآتية:

¹ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 3، ص. 424.

² - الأوقاف والرعاية الصحية، ص. 178.

³ - شرقي سوق المناخليين عند الصاغة العتيقة قبيلي الجامع الأموي.

⁴ - تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص. 39-40.

⁵ - الأوقاف والرعاية الصحية، ص. 142.

أ- تنظيم البيمارستانات:

كانت البيمارستانات تسير على نظام تام وترتيب محمود، منقسمة إلى قسمين منفصلين بعضها عن بعض، قسم للذكور وقسم للإناث¹، وكل قسم مجهز بما يحتاجه من آلة وعدة وخدم وفراشين من الرجال والنساء وقوام ومشرفين، ولهم المعالم الوافية والجامكية الوافرة. وكان البيمارستان يشتمل على قاعات واسعة، وقد يتخللها الماء، مما يروح على نفوس المرضى، ويلطف المناخ إن كان الزمان صيفاً. وكان في كل قسم من الأقسام قاعات مقسمة حسب الأمراض، ولكل قاعة طبيب أو أكثر، وعليهم رئيس وهو رئيس أطباء ذلك القسم. فقاعة للأمراض الداخلية، وأخرى للمجبرين، وثالثة للكحالين، وأخرى للطبائعيين، وقاعة للولادة إلخ مما تقتضيه أنواع الأمراض. وكانوا يقسمون بعض القاعات أقساماً: فمثلاً قسم للمحمومين، وقسم للمبرودين (المتخومين)، وقسم لمن به إسهال إلخ². وقد يكون في المستشفيات الكبيرة محل نزه جميل هادئ للناقهين، ويرسلون الموسيقيين لتسلية المرضى أو الناقهين. وإذا ما شفي المريض فإنهم كانوا يبقونه في المستشفى ثلاثة أيام، يقومون بطعامه وراحته، وبعد هذا إن كان فقيراً فإنهم يلبسونه ثياباً جديدة ويرسلونه.

أما عدد أطباء البيمارستان فكان يتوقف على سعته، فقد يكون به أربعة أو ستة أو عشرة أطباء. وقد كان في المستشفى العضدي أربعة وعشرون طبيباً. وللبيمارستان رئيس يسمى ساعور³ البيمارستان. ولكل قسم رئيس، فكان فيه رئيس للأمراض الباطنية ورئيس للجراحين والمجبرين ورئيس للكحالين... ولكل مريض بطاقة يدون بها الطبيب ملاحظاته عند المعالجة، وللطبيب سجل خاص يدون به ملاحظاته عن الأمراض التي يعالجها، ويبني تجاربه واختباراته على هذه الملاحظات، وربما وضع كتاباً يجمع فيه ما لاحظته من أمور كانت قد خفيت أو دقت عن غيره، من الأطباء، كما فعل الرازي وابن سينا وابن رشد وغيرهم كثير⁴.

ومن بين الأطباء الذين تولوا رئاسة المارستان، أذكر الطيبية بنت شهاب الدين أبي الصائغ: كان أبوها الطبيب الشهير أحمد بن سراج الدين الملقب بشهاب الدين (ولد سنة 945هـ وت1036هـ) رئيس الأطباء بدار الشفاء المنصوري في القاهرة، وعند وفاته لم يخلف إلا ابنته التي تولت مكانة مشيخة الطب⁵، وأصبحت في دار الشفاء المنصوري يشار إليها بالبنان، ولها مكانة عظيمة بالطب وعلومه، وكانت من البارعات في ممارسة الطب⁶.

¹ - تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص. 18.

² - المرجع نفسه، ص. 19.

³ - الساعور بالسريانية ومعناه متفقد المرضى.

⁴ - دور العلاج والرعاية في الإسلام، ص. 14.

⁵ - تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص. 164.

⁶ - الطب ورائداته المسلمات، ص. 102.

ب- العيادة الخارجية للطبيب:

وصفها عبد الرحمان بن نصر الشيزري (ت589هـ) في كتابه " نهاية الرتبة في طلب الحسبة" وصفاً دقيقاً، مبيناً ما كانت عليه من التحفظ، فقال: "وينبغي إذا دخل الطبيب على المريض سألته عن سبب مرضه، وعن ما يجد من الألم، ثم يرتب له قانوناً من الأشربة وغيره من العقاقير، ثم يكتب نسخة لأولياء المريض بشهادة من حضر معه. وإذا كان من الغد حضر ونظر إلى داءه، ونظر إلى قارورته وسأل المريض: هل تناقص به المرض أم لا؟ ثم يرتب له ما ينبغي على حسب مقتضى الحال. ويكتب له نسخة ويسلمها لأهله، وفي اليوم الثالث كذلك، وفي اليوم الرابع كذلك، وهكذا إلى أن يبرأ المريض أو يموت. فإن برئ من مرضه أخذ الطبيب أجرته وكرامته، وإن مات حضر أولياؤه عند الحكيم المشهور، وعرضوا عليه النسخ التي كتبها لهم الطبيب، فإن رآها على مقتضى الحكمة وصناعة الطب من غير تقريط ولا تقصير من الطبيب، قال: هذا قضي بفروغ أجله، وإن رأى الأمر بخلاف ذلك، قال لهم: خذوا دية صاحبكم من الطبيب، فإنه هو الذي قتله بسوء صناعته وتقريطه"، فكانوا يحتاطون على هذه الصورة الشريفة إلى هذا الحد حتى لا يتعاطى الطب من ليس من أهله، ولا يتهاون الطبيب في شيء منه. وينبغي للمحتسب أن يأخذ عليهم عهد أبقرط...¹.

ج- رافة الأطباء بالمرضى الفقراء والسهل على رعايتهم الصحية:

لم يكن حسن موقع الأطباء لدى الخلفاء والملوك وإطلاق الجامكية الوافرة لهم بمانع من أن يشتغل بعضهم في البيمارستان احتساباً، فقد كان كمال الدين الحمصي (ت612هـ/1215م) يتردد على البيمارستان الكبير النوري يعالج المرضى فيه احتساباً². "ولقد تميز أطباء العرب بكونهم لا يفرقون بين المواطنين غنيهم وفقيرهم على حد سواء...³، وكان أطباء العرب والمسلمين يتسمون بأخلاق عالية حيال مهنتهم الطبية، وقد ذكر توفيق الطويل في كتابه (العرب والعلم في عصر الإسلام الذهبي ودراسات علمية أخرى): "وقد التزم الأطباء المسلمون بميثاق أخلاقي... بمقتضاه تعين على الطبيب أن يكتف بأسرار مرضاه، ويؤثر علاج الفقراء على الأغنياء، ولو كان بغير أجر، ويخلص في علاج مرضاه ولو كانوا من أعدائه، ويمتنع عن وصف دواء قاتل، أو تقديم عقار يسقط الأجنة"⁴. وكانت بقرطبة دور الأطباء وخصوصاً الأغنياء مفتوحة في وجوه الفقراء"⁵.

ويتجلى لنا بوضوح البعد الأخلاقي التراحمي الذي كان يتصف به الأطباء في عصر الحضارة الإسلامية، في القسم الذي وضعه الطبيب موسى بن ميمون الأندلسي القرطبي⁶، الذي وضعه على هيئة

¹ - عبد الرحمان بن نصر الشيزري، نشره السيد الباز العريني، منشورات الجمل، بيروت 2014، ط. 1، ص. 175.

² - تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص. 30.

³ - أعلام العرب والمسلمين في الطب، ص. 33.

⁴ - أعلام العرب والمسلمين في الطب، ص. 45.

⁵ - الطب العربي في عصر دول المغرب الأقصى، ص. 23.

⁶ - طبيباً حاذقاً يهودي النحلة، عاش في النصف الثاني من القرن الثاني عشر، قرأ علم الأوائل بالأندلس، غلبت عليه النحلة الفلسفية، وكان متبحراً بالعلوم الإسلامية واليهودية واليونانية.. عن يوسف القفطي (ت646هـ) من كتاب "أخبار العلماء بأخبار الحكماء"، ص. 209.

دعاء: "رب املأ نفسي حباً عميقاً لفن الطب ولجميع الناس ولا تسمح بأن يلوث التعطش للربح والمجد الباطل فَنِّي... رب اسند قلبي ليكون أهلاً لخدمة الفقير والغني على السواء وخدمة الصديق والعدو والصالح والشرير على السواء... ربي دعني أن لا أرى في المريض إلا آلامه وأوجاعه ولتبقى نفسي صافية نقية، وأبعد عني سيئ الأفكار وخبيثها عند معالجته لأبذل خالص علمي وفني... امنحني القناعة في كل شيء إلا القناعة في حب الطب وتقدمه..."¹.

كما عرف التاريخ الإسلامي صوراً مشرقة لإسهامات أطباء من الغرب الإسلامي في إعانة الفقراء المرضى، فهذه الفئة المحتاجة من المرضى لم تكن في الغالب تستطيع استشارة العشابين والأطباء لفقهم، ولا تحضير أدوية من كتب الطب بأنفسهم لجهلهم القراءة والكتابة، مما كان يجعلهم قليلي الحيلة إزاء ما يلم بهم من أمراض وأوبئة، حتى إن هذه المسألة شغلت خطورتها وأبعادها الإنسانية والاجتماعية بال بعض الأطباء الغيورين والعاطفين على الفقراء والمحتاجين منذ زمن بعيد، "أمثال ابن الجزار القيرواني (ت369هـ/979م) الذي استخرج من كتابه الضخم في الطب، المسمى (زاد المسافر وقوت الحاضر) كتيباً خاصاً ب(طب الفقراء والمساكين)، جمع فيه مجموعة من الوصفات العلاجية البسيطة التركيب والمعروفة موادها في محيط الفقراء، وتتعلق بعلاج أكثر الأمراض والطفيليات انتشاراً بين المساكين. وأكثر من هذا أن ابن الجزار لم يكتف فقط بوصف أدوية بسيطة وغير مكلفة للمحتاجين من الفقراء والمساكين، بل كان أيضاً يستقبلهم ويسعفهم ويساعدهم دائماً ولا يأخذ منهم شيئاً"².

إن استدعاء نماذج أطباء محسنين من تاريخ الإسلام، أسهموا في بناء المستشفيات والتحبس عليها، وعالجوا المرضى الفقراء مجاناً، ووفروا لهم العلاجات التي تناسب حالتهم الاجتماعية، سيمكن من إعطاء المثال الإحساني الجليل، للجيل الصاعد من الأطباء رجالاً ونساء للمضي قدماً في استكمال مسيرة العطاء الخيري في المجال الصحي، ذلك المرفق الحيوي والهام في حياتنا المعاصرة. فالأطباء هم أعلم من غيرهم بحاجيات مجتمعهم في هذا المجال، وما لإهمال الاعتناء بالجانب الصحي للمواطنين من عواقب وخيمة سواء على المرضى الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية الصحية في وقت مبكر، أو على المجتمع كافة من انعكاس سلبي على التنمية، مع خطر انتشار الأمراض المعدية إلى عدد كبير من أفراد المجتمع.

والسؤال الذي يتبادر إلى الذهن هو: ما هي الأسباب التي كانت وراء نجاح الأوقاف الصحية وتقاني الأطباء في تحقيق الرعاية الصحية لجميع شرائح المجتمع في هذه الفترة، حتى نستفيد منها لإحياء هذا الحس التطوعي عند الأطباء والعامة في عصرنا الحالي، حيث تمس الحاجة إليه في كثير من البلدان الإسلامية؟ وهذا ما سنتطرق له في المطلب الثالث من هذا المبحث.

¹ - الطب ورائداته المسلمات، ص. 54.

² - محمد استيتيو، الفقر والفقراء في مغرب القرنين 16 و17، سنة 2004، مؤسسة النخلة للكتاب، وجدة. ط. 2، ص. 454.

المطلب الثالث: أسباب نجاح الطوع في المجال الصحي في عصر الحضارة الإسلامية:

الفرع الأول: أسباب إيمانية وعقدية

إن أساس ازدهار وقيام الحضارة بجميع مقوماتها في الإسلام هو كما ذكره ذ. التجكاني، العقيدة الإسلامية التي تحفز الإنسان على الإحسان في مختلف المجالات، وابتغاء الثواب الإلهي الذي يجازي به المحسنين في الحياة الدنيا وفي الآخرة¹. وهذا الثواب يتخذ صوراً متعددة، منها:

- **الثواب المادي:** ﴿وَمَنْ يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مَخْرَجاً وَيَرْزُقْهُ مِنْ حَيْثُ لَا يَحْتَسِبُ﴾².

﴿وَعَدَ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ لَيَسْتَخْلِفَنَّهُمْ فِي الْأَرْضِ كَمَا اسْتَخْلَفَ الَّذِينَ مِنْ قَبْلِهِمْ وَلَيُمَكِّنَنَّ لَهُمْ دِينَهُمُ الَّذِي ارْتَضَى لَهُمْ وَلَيُبَدِّلَنَّهُمْ مِنْ بَعْدِ خَوْفِهِمْ أَمْنًا﴾³.

- **الثواب الروحي:** يقدم القرآن، في مجال الروح، عدة جزاءات على الإحسان منها: معية الله، قال تعالى: ﴿وَإِنَّ اللَّهَ لَمَعَ الْمُحْسِنِينَ﴾⁴، ومحبة لهم المتجلية في قوله: ﴿إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾⁵، ومعية الله للإنسان تعني، أن الإنسان المؤمن أصبح من أولياء الله، الذين يحفهم الله بعنايته في الدنيا والآخرة كما قال الله جل في علاه: ﴿إِلَّا إِنْ أَوْلِيَاءَ اللَّهِ لَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾⁶.

وهذا ما أكدته الدكتور عبد المجيد النجار بقوله: «إن كل ظاهرة تحضر إنساني مهما تكن درجتها القيمية، لا تتأتى ظهوراً ونمو واستمراراً، إلا باجتماع عوامل أساسية ثلاثة هي: فكرة عن الوجود والحياة، ودافع يجعل تلك الفكرة فاعلة في الواقع، وبيئة طبيعية تستجيب لإرادة التحضر⁷...»، وأضاف: «وقد تكون الفكرة الدافعة إلى التحضر فكرة دينية متأنية من بيان متعال عن الإنسان، نازل من مصدر غيبي حقيقي أو موهوم، وقد تكون أيضاً فكرة إنسانية متأنية من الخيال الأسطوري أو من التأمل الفلسفي. إلا أن الفكرة الدينية هي الفكرة الأقوى دفعا إلى إنشاء الحضارة، كما أنها الأدوم في الحفاظ عليها وتنميتها، ولهذا فإن أغلب الحضارات في تاريخ الإنسان، وخاصة منها الحضارات الكبرى هي حضارات ناشئة ومتطورة بأفكار دينية، وهو ما أثبتته مؤرخ الحضارة البريطاني أرنولد توينبي ARNOLD TOYNBEE (ت1975م)، وهو أيضاً ما يؤكد مالک بن نبي (ت1393هـ/1973م) في قوله ذي الصبغة التعميمية "الحضارة لا تتبع كما هو ملاحظ إلا بالعقيدة الدينية، وينبغي أن نبحث في حضارة من الحضارات

¹ - الإحسان الإلزامي، ص. 46-47-48-49 بتصرف.

² - سورة الطلاق آية 1-2.

³ - سورة النور، آية 53.

⁴ - سورة العنكبوت، آية 69.

⁵ - سورة البقرة، آية 195.

⁶ - سورة يونس، آية 62.

⁷ - الدكتور عبد المجيد عمر النجار، فقه التحضر الإسلامي، دار الغرب الإسلامي، ط. 1، 1999، ص. 26.

عن أصلها الديني الذي بعثها"، ولا غرو في ذلك أن الفكرة الدينية يكون لها من العمق في النفس، ومن الشيوع الجماعي ما يحدث قوة دفع في إنجاز التعمير لا تحدث مثله الأفكار الخيالية أو الفلسفية¹. ولعل ابن خلدون (ت806هـ/1404م) في (مقدمته)، كان من أعمق من شرح عامل الدافع

الحضاري تطبيقاً له على الإيمان بفكرة التوحيد الإسلامي في كل من المستوى الفردي أو الجماعي. ففي المستوى الفردي قال في الدرجة الإيمانية التي تكون دافعة إلى الفعل الحضاري إنها: «حصول كيفية من ذلك الاعتقاد القلبي بالتوحيد وما يتبعه من العمل مستولية على القلب، فيستتبع الجوارح، وتندرج في طاعتها جميع التصرفات حتى تتخرط الأفعال كلها في طاعة ذلك التصديق الإيماني».

وفي المستوى الجماعي، قال ابن خلدون في الفصل الرابع من مقدمته: أن الدولة العامة الاستيلاء، العظيمة الملك، أصلها الدين، إما من نبوة، أو دعوة حق، وذلك أن الملك يكون بالتغلب، والتغلب يكون بالعصبية واتفاق الأهواء على المطالبة، وجمع القلوب وتأليفها يكون بمعونة من الله في إقامة دينه، قال تعالى: ﴿لَوْ أَنفَقْتُ مَا فِي الْأَرْضِ جَمِيعاً مَا آَلَفْتُ بَيْنَ قُلُوبِهِمْ وَلَكِنَّ اللَّهَ آَلَفَ بَيْنَهُمْ إِنَّهُ عَزِيزٌ حَكِيمٌ﴾²، وسره أن القلوب إذا تداعت إلى أهواء الباطل والميل إلى الدنيا حصل التنافس وفشا الخلاف، وإذا انصرفت إلى الحق ورفضت الدنيا والباطل، وأقبلت على الله (بالتوحيد)، اتحدت وجهتها، فذهب التنافس وقلَّ الخلاف وحسن التعاون والتعاقد، واتسع نطاق الكلمة لذلك، فعظمت الدولة».

ونذكر في الفصل الخامس: "أن الدعوة الدينية تزيد الدولة في أصلها قوة على قوة العصبية... لأن الوجهة واحدة والمطلوب متساوٍ عندهم، وهم مستميتون عليه"³.

ويتضح من أقوال ابن خلدون أن العامل الإيماني الديني له أثر في وحدة القلوب والجهود نحو الإنشاء والتعمير، وهذا هو سر نهوض الحضارة الإسلامية حيث انفضت النزاعات واتحدت القلوب وتعاون الأفراد على اختلاف مستوياتهم الاجتماعية للسعي في الخير بكل إخلاص ابتغاء مرضاة الله. وتقول دة نعمت عبد اللطيف مشهور: "... ويؤكد لنا استقراء التاريخ الاقتصادي الدور الهام الذي اضطلعت به العقائد الدينية في تحقيق التنمية الاقتصادية عبر العصور، بل وإثارة الثورات الاقتصادية التي دفعت بالإنسانية دفعا في مضمار التقدم والرفي. ذلك أن الإيمان العقدي بضرورة التنمية يعتبر شرطاً لازماً للنجاح في الانتقال من مرحلة التخلف الشديد إلى مرحلة التقدم، ولذا يرجع المؤرخون الاقتصاديون إلى العقائد الدينية، الفضل في إحداث الانتعاشات الاقتصادية، سواء في الشرق أو في الغرب. فلم يتمتع العرب بتقدم حضاري - بما تحمله هذه الكلمة من معنى - إلا في الفترة المواكبة لظهور الإسلام والتالية عليه مباشرة. ذلك أن التقدم الاقتصادي في هذه الفترة، واكب التقدم في كافة المجالات الاجتماعية والدينية، مما

¹ - فقه التضرع الإسلامي، ص. 27-28.

² - سورة الأنفال، آية 63.

³ - عبد الرحمان محمد ابن خلدون، مقدمة ابن خلدون، الفصل الرابع والخامس من الباب الثالث من الكتاب الأول، تح. خليل شحادة، دار الفكر، بيروت، ط. 2، 1408هـ - 1988م، ص. 66.

وفّر للعرب حضارة متكاملة، لم يشهد لها العالم مثيلاً. وما ذلك إلا لأن القرآن - دستور المسلمين - يزود المؤمن بنظام متكامل للحياة الاجتماعية، والإقتصادية، والقانونية، وهو الشريعة¹.

كما تعد التضحية والتحرر من المنفعة الشخصية من المحفزات المهمة للعمل الخيري التطوعي في عصر الحضارة الإسلامية: «فالنظام الإسلامي قرر منذ البدء بنصح وإرشاد مباشرين من نبي الرحمة ﷺ، أن أي مجتمع إنساني - والمجتمع الإسلامي بشكل خاص - يحتاج إلى أنشطة اجتماعية اقتصادية، تتحرر من دافع تعظيم الريح أو تعظيم المنفعة الشخصية، لأنها تهدف إلى البر والإحسان، وهو هدف تبرعي ينبني على التضحية والتخلي عن المنفعة الشخصية»².

وإن من أهم العوامل التي جعلت الحضارة الإسلامية تحقق تنمية مجتمعية متميزة ومعجزة في جميع مجالات الحياة، وعلى رأسها المجال الصحي، هو كونها «ثمرة التوازن الدقيق بين مرتكز القيم والمبادئ والأخلاقيات ومرتكز الماديات والوسائل والمهارات في حركة الجهد الانساني لعمارة الأرض وفق منهج الاستخلاف الرباني. ومنهج الاستخلاف الرباني ليس منسوباً لأحد وليس هو من وضع أحد فهو منهج رب الناس جميعاً وخالقهم ومدبر أمرهم.. منهج اللطيف الخبير.. اللطيف بعباده... منهج الحضارة الإنسانية الآمنة.. منهج الإسلام.. منهج الناس جميعاً ﴿يَأْتِيهَا النَّاسُ إِلَيَّ رَسُولُ اللَّهِ إِلَيْكُمْ جَمِيعاً﴾^{3 4}.

وإن أهم ما ميّز الحضارة الإسلامية أنها تؤمن بالعلم في أصدق أصوله، وترتكز على العقيدة في أصفى مبادئها، فهي تخاطب العقل والقلب معاً، وتثير العاطفة والفكر في وقت واحد.. ويفضل هذه الخاصية من خصائص حضارتنا استطاعت أن تنشئ نظاماً للدولة قائماً على مبادئ الحق والعدالة، مرتكزا إلى الدين والعقيدة دون أن يكون الدين عائقاً ما دون رقي الدولة واطراد الحضارة، بل كان الدين من أكبر عوامل الرقي فيها، فمن بين جدران المساجد في بغداد ودمشق والقاهرة وقرطبة وغرناطة انطلقت أشعة العلم إلى أنحاء الدنيا قاطبة. إن الحضارة الإسلامية هي الوحيدة التي لم يُفصل فيها الدين عن الدولة مع نجاحها من كل مآسي المزج بينهما كما عرفته أوروبا في القرون الوسطى. لقد كان رئيس الدولة خليفة وأميراً للمؤمنين، لكن الحكم عنده الله، والتشريع للمختصين فيه، ولكل فئة من العلماء اختصاصهم، والجميع يتساوون أمام القانون، والتفاضل بالتقوى والخدمة العامة للناس، هذا هو الدين الذي قامت عليه حضارتنا...⁵.

¹ - نعمت عبد اللطيف مشهور، الزكاة (الأسس الشرعية والدور الإنمائي والتوزيعي)، المعهد العالمي للفكر الإسلامي - سلسلة الرسائل الجامعية 2، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع - بيروت، ط. 1، 1413هـ-1993م، ص. 129، عن:

Royal Institute of international Affairs: The Middle East: A Political & Economical Survey (oxford Univ. Press, London, 1950), p. 50.

² - الوقف الإسلامي: تطوره، إدارته، تنميته، ص. 70 و 71.

³ - سورة الأعراف، آية 158.

⁴ - حامد أحمد الرفاعي، الإسلام والنظام العالمي الجديد، كتاب شهري يصدر عن رابطة العالم الإسلامي، السنة الثالثة عشر، صفر 1415 هـ - العدد 146، ص. 187-188.

⁵ - مصطفى السباعي، من روائع حضارتنا، دار ابن حزم ودار الوراق، بيروت - لبنان، 1430هـ-2010م، ص. 65-66.

وبهذه الآليات استطاع الإسلام أن يجعل القطاع الخيري يتعدى دور (حالات الطوارئ)؛ من الاهتمام بالفقراء والمساكين والمشردين أو المعدومين - وهو دور مهم دون شك - إلى دور التنمية المستدامة والاهتمام بكل شرائح المجتمع؛ فقرائه وأغنيائه، صغاره وكباره، صحيحة وسقيمه، عامته ومتفقيه، علمائه وحكامه؛ ليصل ببسر وهدوء إلى كل مكوناته الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية والفكرية، ويسد النقص، ويعالج مظاهر الانحراف، ويسدد مواطن الخلل، دون شقاق أو نزاع مع مؤسسات (القطاع الحكومي)، ويكون ذا إسهام في بناء مؤسسات الدولة، وشريكاً دائماً في عمليات التنمية! فحفظ الأمة الإسلامية لمدة طويلة جداً¹.

ونستخلص من هذه الأقوال، أن تشعب أفراد المجتمع في عصر الحضارة الإسلامية، بالعقيدة الإسلامية الصحيحة أدى إلى تنمية الحافزية والجاهزية في الإسهام بالأعمال الاجتماعية التطوعية، والتعاون بين الحاكمين والمحكومين، وبين الأطباء والعامّة لتطوير الرعاية الصحية للجميع، رجاء الفوز بدرجات عالية في الحياة الأخروية.

ويمكن القول بأن الدافعية الإيمانية هي أعظم طاقة وأهمها، وهذا ما توصل إليه الغرب بعد دراسته لمكان قوة الأمة الإسلامية، واستسلم معترفاً بأهميتها، وداعياً إلى تثبيت الأمم بعقائدها وتدينها، يقول الرئيس الأمريكي (ريتشارد نيكسون) في كتابه "ما وراء السلام: العلمانية في العالم الإسلامي كلها لا تستطيع أن تغالب الإسلام، إن حقيقة أننا الأقوى وأغنى دولة في التاريخ لا يكفي، العامل الحاسم هو قوة الأفكار العظيمة للأصولية الإسلامية، إيمان قوي ودينية التوجه وليست دنيوية، أي أنها تخاطب الروح والجسد، ولا تستطيع القيم الغربية الدنيوية أن تنافس هذا الإيمان ولا حتى القيم الإسلامية الدنيوية، وفي خضم صراع الحضارات، لن تكفي حقيقة أننا الأقوى وأثرى أمة في التاريخ، وما سيكون حاسماً هو سلطة الأفكار العظيمة الدينية والدنيوية التي تجعل منا أمة عظيمة"².

الفرع الثاني: الحرص على المحافظة على أموال الوقف:

يقول د. بن عبد الله كانت الأوقاف في بداية الأمر تدار من قبل الواقفين، أو ممن ينصبونهم لإدارتها والنظر إليها، دون أي إشراف أو تدخل من الدولة... إلا أن كثرة الوقوف، وتطوال الحياة، واستبحار العمران في البيئات العربية، والمجتمعات الإسلامية استدعى قيام أجهزة معينة للإشراف عليها بأنفسهم، ويحاسبون المتولين عليها، فإذا رأوا منهم أي إخلال أو تقصير أو تهاون في حفظ أعيان الوقف وصيانتها قاموا بتأديبهم وزجرهم³.

¹ - محمد عبد الله السلومي، القطاع الثالث والفرص السانحة - رؤية مستقبلية - سلسلة دراسات اجتماعية الكتاب الثالث، مركز القطاع الثالث للاستشارات والدراسات الاجتماعية، ط. 1، 1431هـ/2010م، ص. 40.

² - القطاع الثالث والفرص السانحة رؤية مستقبلية، محمد عبد الله السلومي، ط. 1، 2010م، ص. 235.

³ - محمد بن عبد العزيز بن عبد الله، الوقف في الفكر الإسلامي، ج. 1، طبع وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية - المملكة المغربية، 1416هـ-1996م، ص. 215.

"ولم تكن تتدخل الدولة في الولاية على الوقف العام إلا إذا تخطى الواقف عن شرط الولاية على وقفه بنفسه أو بواسطة غيره. فلم يشترط شرطاً واضحاً بهذا الخصوص، إما غفلة أو قصداً، فيحل محله شرط ضمني بموجبه يشترط الواقف عدم ترك وقفه ضائعاً بدون ولي، وحينها تصبح ولاية الدولة تنفيذاً لهذا الشرط الضمني، تنفذه باعتباره يدخل ضمن ولايتها العامة على مصالح المسلمين"¹.

"وكانت وظيفة الناظر في الأحباس من أجل الوظائف الدينية ذات البال التي تمّ الاهتمام بشأنها، والتتويه بقدرها، والإشادة بمقامها ومركزها. وكانت تعتبر من أجل الوظائف وأعلامها: وذكر ابن إياس (مؤرخ مصري 1523هـ): "إن نَظَرَ البيمارستان كان من أهم وظائف الدولة يتولاه الأتابكي² ويذهب إليه في حفلة حافلة"³.

وكان لا يختار لهذه الوظيفة إلا من اشتهر بالكفاءة والأمانة والنزاهة، حرصاً على مراعاة مصالح الوقف وتنميته وتزكيته. وهكذا كانت الأوقاف تدار في بداية الأمر من قبل الواقفين أو من ينصبونهم لإدارتها على الكيفية المنصوص عليها في لفظ الوقف"⁴.

يقول د. بن عبد الله: "وكان تدبير الوقف راجعاً إلى الشرع حكماً، فالولاية على كل عين موقوفة حق مقرر شرعاً، والناظر أو القيم أو المتولي يوكل له إدارة الوقف وحفظ أعيانه وصون ريعه في مصارفه وتنفيذ شروط الواقف، ورعاية مصالح الوقف والموقوف عليهم. وكان لا يُرَشَّحُ لناظر الوقف، غير الموثوق بدينه وأمانته وعدله، المتيقن تيقظه، واقتداره وضبطه وحزمه، من الأئمة الأعلام، وعلية القوم، المشهورين بمتانة الدين، والسلوك القويم. ولم يكن لأحد منهم الاستبداد بشيء، وإن كان من أهل النظر العام، والنفوذ التام، بل لابد من الرجوع لقضاة العدل، والخضوع أمام القوانين الشرعية والضوابط الوقفية"⁵.

وأضاف: "ولقد نص الفقهاء المالكيون على أن المتولي للنظر في الوقف هو من جعله الواقف بيده على الكيفية المنصوص عليها في لفظ الواقف، وبأنه إن أغفل ذلك، رجع الأمر إلى القاضي، فيقدم لذلك ناظراً في شأن المحبس عليهم... ولا تكون الولاية إلا بولاية صالحة تحفظ الأعيان بأمانة، وتوصل الحقوق إلى أصحابها بلا خيانة، فلا يولى الخائن، ولا العاجز، ولا المتهاون، بل يولى القوي الأمين... ولقد تورّع كثير من المسلمين عن تسلم مهام الوقف، وكان النظار محافظين على أموال الوقف وأملاكه، وقضاة العدل كانوا مشرفين على أعمالهم بداعي الارتباط الديني الذي كان لهم بالأحباس... وعموم الناس كانوا مثلاً للغة والنزاهة والتباعد بكل ما كانت فيه شائبة حبسية، حتى اعتقدوا أن مساس الأحباس مؤذن بخراب البيوت، وأنه قنطرة للإفلاس..."⁶.

¹ - عبد الرزاق اصبيحي، الحماية المدنية للأوقاف العامة بالمغرب، مطبعة الأمنية الرباط، 1430هـ-2009م ص. 31.

² - معناه الأمير ويعبر عنه أيضاً بالنائب الكافل وكافل الممالك الإسلامية، وهو يحكم في كل ما يحكم فيه السلطان.

³ - تاريخ البيمارستانات، ص. 23.

⁴ - الحماية المدنية للأوقاف العامة بالمغرب، ص. 31، ج. 1، ص. 208.

⁵ - الوقف في الفكر الإسلامي، ج. 1، ص. 237.

⁶ - المرجع نفسه، ص. 238.

ويمكن أن نستخلص أن حسن رعاية الوقف وأمانة النظار جعلت الناس جميعاً يقبلون على وقف أموالهم وممتلكاتهم، لأنهم يثقون في يد من سيضعون أموالهم، ويضمنون استفادة الفئة الموقوف عليها من ريع الوقف حسب شروط الواقفين.

الفرع الثالث: اعتناء الملوك والخلفاء بالأطباء وتقدير مكانتهم

كان للأطباء على وجه العموم من لدن الخلفاء والملوك والأمراء، الإحسان الكبير والأفضال الغزيرة، والجامكية¹ الوافرة والصلوات المتواترة وكان تطلق للأطباء مع الجامكية الجراية وعلوفة للدابة التي يركبونها². وكان فيهم من يأخذ رزقين لأجل تعاطيه علمين، ومن يأخذ ثلاثة لتعاطيه ثلاثة علوم³.

واذكر مثال ابو بكر بن طفيل، الذي ارتقى لرتبة الوزارة في عهد الخليفة يوسف بن عبد المومن (ولد عام 533هـ). ولإتقان ابن طفيل لغير ما في الفنون كانت تجرى عليه الجرايات مع أهل كل صنف من الأطباء والمهندسين والكتاب والشعراء والرماة الأجناد وغيرهم⁴.

واقتدى بالخلفاء الأمراء والتمولون في الإغداق على الأطباء للاستفادة من علمهم وتعميمه ونشره بين سائر الطبقات؛ كل هذا يدلنا على مدى اهتمام القوم بأمر الأطباء، وحرصهم على بث هذا العلم الجليل النافع بين سائر الطبقات⁵.

"في الوقت الذي كانت فيه الكنيسة الغربية تحرم صناعة الطب لأن المرض عقاب من الله لا ينبغي للإنسان أن يصرفه عن استحققه، وظل الطب في أوربا محجوراً إلى ما بعد انقضاء العهد المسمى بعهد الإيمان، عند استهلال القرن الثاني عشر الميلادي، وهو إبان الحضارة الأندلسية⁶". بينما شجّع الأطباء العرب على نشر فن الطب: "منذ القرن الثالث الهجري بدأ تاريخ الطب العربي العلمي، بتأييد ومؤازرة من الخلفاء والوزراء والولاة والأثرياء، الذين شجعوا على ترجمة أعمال الأطباء الإغريق إلى العربية... وفي العصر العباسي انفجرت الحركة العلمية في جميع المجالات، وازدهر الطب بين جميع فروع المعرفة...⁷"، مما أدى إلى كثرة الأطباء: "وقد دعى إلى الامتحان في بغداد نحو تسعمائة طبيب على عهد المقتدر بالله وهم غير الأساتذة الثقات الذين تجاوزوا مرحلة الامتحان، وهي عناية بالطب والصحة لم تشهدها قط حاضرة من حواضر التاريخ القديم⁸".

¹ - لفظ فارسي معرب، رواتب أصحاب الوظائف من الأوقاف.

² - تاريخ البيمارستانات في الإسلام، ص. 28.

³ - المرجع نفسه، ص. 30.

⁴ - محمد بن أحمد الكانوني العبدى، الطب العربي في عصر دول المغرب الأقصى، تح. علال ركوك، محمد بالوز، ص. 84.

⁵ - دور العلاج والرعاية في الإسلام، ص. 11.

⁶ - عباس محمود العقاد، أثر العرب في الحضارة الأوربية، ط. 2، دار المعارف بمصر، ص. 37.

⁷ - الدكتور علي عبد الله الدفاع، مؤسس الرسالة، أعلام العرب والمسلمين في الطب، ص. 29/28.

⁸ - أثر العرب في الحضارة الأوربية، ص. 37.

الفرع الرابع: عوامل راجعة لمهنية الأطباء ومنهجهم العلمي

لم تأت إنجازات المسلمين وإسهاماتهم المعروفة في مجالات الطب بصورة عشوائية غير مدروسة، وإنما كان هناك منهج واضح قاد إلى هذا المستوى الراقي في البحث، وقاد إلى نتائج متميزة في هذا العلم المهم. ولهذا المنهج الحضاري الراقي خصائص كثيرة، منها:

✓ الخاصية الأولى: الانفتاح على الغير: كانت الحضارة الإسلامية منفتحة تمام الانفتاح في أمور العلوم الحياتية على غيرها من الحضارات. ولم يكن هناك أي حرج في أن يأخذ العلماء المسلمون من غير المسلمين، أو أن يعطي علماء المسلمين سواهم من غير المسلمين. وكان الطب من أوائل العلوم التي اهتم علماء المسلمين بالبحث فيها، عن طريق ترجمة أعمال السابقين من الأطباء من الحضارات المختلفة، وكانت أولى هذه المحاولات على يد خالد بن يزيد الأموي (ت85هـ) الذي اهتم بالطب والكيمياء، وبدأ يترجم الكتب اليونانية، وخاصة ما كان موجوداً منها في مكتبة الإسكندرية بمصر¹. "وفي خلال قرنين نقل إلى العربية كل ما خلفه الإغريق من التراث العلمي على التقريب. وأصبحت بغداد والقاهرة والقيروان وقرطبة مراكز لامعة لدراسة العلم وتلقيه"². ومن المهم أن نلفت الأنظار إلى ثلاث نقاط مهمة في خاصية الانفتاح على الغير:

- النقطة الأولى: أن الأطباء المسلمين كانوا من الأمانة والنزاهة بحيث إنهم -دائماً- كانوا ينسبون الفضل لأهله، وما ادّعى طبيبٌ مسلم اكتشافاً طبياً أو سبقاً علمياً نقله من عالم من الحضارات الأخرى، بل امتلأت كتب الأطباء المسلمين بأسماء العلماء الذين نقلوا عنهم، وأعطوهم التقدير الكافي والتبجيل الواضح³. ومثال على ذلك كلام العلامة الإسلامي الطبيب المشهور أبي بكر الرّازي "... ولقد جمعت في كتابي هذا جملاً وعيوناً من صناعة الطب مما استخرجته من كتب (أبقراط) و(جالينوس) و(أرماسوس)، ومن دونهم من قدماء فلاسفة الأطباء، ومن بعدهم من المحدثين في أحكام الطب مثل (بولس) و(أهرون) و(حنين بن إسحاق) و(يحيى ابن ماسويه)... وغيرهم"⁴. هذه الأمانة العلمية المشرفة كانت بالفعل من أعظم مناقب علماء المسلمين، وبخاصة أن المعاصرين من أبناء الأمم الأخرى لم يكونوا يعرفون تاريخ أجدادهم، وبالتالي فقد كان من السهل جداً أن تُسرق أبحاثهم، لولا البُعد الأخلاقي العميق عند علماء المسلمين⁵.

- النقطة الثانية: أن أطباء المسلمين لم يقفوا أبداً عند حد النقل والترجمة، وإنما أخذوا تدريجياً في تطوير ما نقلوه، ثم وصلوا إلى مرحلة الابتكار والتأليف، بل تناولوا ما نقلوه بالنقد والتحليل، ولم يكن هناك أدنى تردد في تناول نظريات مشاهير الأطباء القدماء بالتعليق والإضافة والحذف، وأحياناً بالاعتراض الكامل

¹ - ابن الكثير: البداية والنهاية، 60/9.

² - أثر العرب في الحضارة الأوربية، ص. 45.

³ - قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية، ص. 34.

⁴ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، 70/1.

⁵ - قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية، ص. 34-35.

على المحتوى¹. وصحح الأطباء المسلمون ما كان من أخطاء من علماء سابقين تجاه نظريات بعينها، ومن ذلك ما كان من ابن النفيس حين عارض نظرية جالينوس الذي كان يقول بوجود ثقب بين بطني القلب الأيمن والأيسر، فصحح ابن النفيس هذا الخطأ، ومنه ابتكر الدورة الدموية الصغرى². وألفوا كتباً كثيرة في مختلف فروع الطب زخرت بالمصطلحات العلمية التي تصلح للنحت والاشتقاق والاقتباس، وتساهل تطور العلوم الطبية على مر العصور، وثبتت جدارة اللغة العربية وقدرتها على ملاءمة كل العصور بعلومه المختلفة... ووفرت اللغة العربية المصطلحات العلمية التي مكنت من استيعاب دراسة العلوم التقنية، وتمكنوا من تحقيق مستوى حضاري رفيع باستخدام اللغة الأم³.

"ونستطيع أن نقول أن علماء العرب المسلمين، هم الذين حملوا شعلة العلم والفكر، في وقت كان العلماء في الدولة البيزنطية يشردون ويضطهدون من طرف الكنيسة، فاحتضنتهم الدولة الإسلامية واستفادت من مواهبهم. وذلك اتباعاً لحث النبي ﷺ على التفكير والاحتكام إلى العقل، وعلى التخلص من المعتقدات المتوارثة التي تتنافر مع التفكير السليم. لذا أوجد الإسلام المناخ الملائم والحرية التامة لنمو الفكر العلمي"⁴.

وأخذت المعرفة الإغريقية العربية تنتسب إلى أوربة الغربية في أواخر القرن الحادي عشر والقرن الثاني عشر. ولم يكن تسربها من أثر الغزوات الصليبية...، ولكن جاء من طريق صقلية إلى إيطاليا ومن إسبانيا المحمدية إلى إسبانيا المسيحية ثم إلى فرنسا. وتسابق الرجال من ذوي العقول اليقظى إلى بلارمة وطليلة لتعلم اللغة العربية ودراسة العلوم العربية⁵.

"وترجمت كتب الأطباء العرب إلى اللغة اللاتينية، وأصبح أطباء أوروبا يقرؤون كتب العربية ليستفيدوا منها في مزاوله الصناعة وكسب الأموال... فترجم كتاب القانون لابن سينا في القرن الثاني عشر... وترجم كتاب الحاوي للرازي سنة 1279م... وترجمت كتب ابن الهيثم في ذلك العصر، فكان عليها معول الأوروبيين اللاحقين جميعاً في البصريا. وظهر من برامج جامعة لوفان المحفوظة أن كتب الرازي وابن سينا كانت هي المرجع المعول عليه عند أساتذة تلك الجامعة إلى أوائل القرن السابع عشر، وجاء المدد من الأندلس العربية، فأمد أوروبا بمرجعها الأكبر في الجراحة وتجبير العظام، وهو كتاب «التعريف لمن عجز عن التعريف» لأبي القاسم خلف بن العباس الزهراوي (توفي بعد 400هـ/1013م) والذي أبهر

¹ - قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية، ص. 35.

² - المرجع نفسه، ص. 32.

³ - أعلام العرب والمسلمين في الطب، ص. 14.

⁴ - المرجع نفسه، ص. 40.

⁵ - أثر العرب في الحضارة الأوربية، ص. 46/45.

العالم -ولعدة قرون- بأدواته الجراحية التي ابتكرها، وقد طبع كتابه باللغة اللاتينية في القرن الخامس عشر¹.

وهناك شبه إجماع بين مؤرخي العلوم، أن ما قدمه العلماء المسلمون الأوائل في حقل الطب يعتبر الأساس للطب الحديث، ولولا هذه الإسهامات العظيمة لما وصل الطب الحديث إلى المستوى الذي وصل إليه، وعلى ذلك يلح ياقو قالدستون في مقالة له تحت عنوان: "مكتشف الطب في بلاد العرب" نشرت في مجلة مجمع الطب في نيويورك، ذكر فيها: "ومما لا يقبل الجدل أن المعلومات التي وصلت إلينا من أطباء العرب، هي في الحقيقة الحجر الأساسي للطب الحديث..."².

- **والنقطة الثالثة:** أن الأطباء المسلمين لم يجعلوا الطب حكرًا عليهم، حتى في زمان قوة دولتهم، بل فتحوا الباب لكل العلماء المعاصرين من الديانات الأخرى؛ ليدلوا بدلوهم، وليسهموا بإنجازاتهم في سبيل تقدم هذا العلم المهم: علم الطب.

فقد ظهرت أسماء نصرانية ويهودية مؤثرة في علم الطب مثل قسطا بن لوقا البعلبكي (فيلسوف رياضي مسيحي، رومي الأصل، ترجم كثيراً من الكتب اليونانية، وله تصانيف كثيرة، اختلف الرواة في تحديد سنة وفاته، على أن القول الأشهر هو سنة 300هـ)، وأبي النصر المسيحي (608هـ/1211م)، وهبة الله بن جميع الإسرائيلي (ت594هـ).. وغيرهم. وتكفي الإشارة إلى أمر يدل على مدى التسامح الذي كان عند قادة المسلمين، ومدى الافتتاح عندهم بقبول الآخر، وهو أن الناصر صلاح الدين الأيوبي (ت589هـ/1193م) عندما دخل مصر، كان بصحبته ثمانية عشر طبيباً، من بينهم ثمانية مسلمون وخمسة يهود وأربعة من النصارى، وسامري واحد³.

✓ **الخاصية الثانية: الاعتماد على التجريب والتطبيقات الواقعية:** مما ميّز المنهج الحضاري عند المسلمين في دراسة الطب اعتمادهم على التجربة والمشاهدة والفروض؛ بمعنى أنه لم يكن منهجاً فلسفياً نظرياً بحثاً، وإنما اعتمد -وبشكل رئيس- على التجارب العلمية والتطبيقات الواقعية.. فقد اعتمد الأطباء المسلمون المنهج التجريبي في علم الطب، وكانوا يقومون في ذلك بتجربة طرق مختلفة ومتعددة للعلاج، وملاحظة الفروق بين هذه الطرق، وتسجيل ذلك بعناية ودقة⁴.

واهتم الأطباء المسلمون بتسجيل الملاحظات اهتماماً بالغاً؛ فكانوا يدوّنون ما يشاهدونه في الحالات المرضية المختلفة، كما اهتموا بمحاولة تبرير هذه الملاحظات بما يستطيعون، أو محاولة ابتكار العلاج

¹ - أثر العرب في الحضارة الأوربية، ص. 40/39.

² - أعلام العرب والمسلمين في الطب، ص. 36.

³ - قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية، ص. 36/35.

⁴ - أثر العرب في الحضارة الأوربية، ص. 37.

المناسب لكل حالة.. وبذلك حدث المزج الرائع بين العلوم النظرية والعلوم العملية، واستفادت البشرية من جهود العلماء السابقين واللاحقين.

يقول الرازي: "عندما تكون الواقعة التي تواجهها متعارضة مع النظرية السائدة، يجب قبول الواقعة، حتى وإن أخذ الجميع بالنظرية السائدة تأييداً لمشاهير العلماء"¹. فهو يقرّر أن الجميع قد ينبهر بآراء العلماء المشهورين الكبار، ويتوقف عند نظرياتهم، إلا أن التجربة أحياناً ما تتعارض مع النظرية، فهنا يجب علينا رفض النظرية - وإن كانت لمشاهير العلماء - وقبول التجربة والواقعة، والبدء في تحليلها والاستفادة منها².

وانطلاقاً من هذا المنهج الدقيق، وهو منهج الاعتماد على التجربة والملاحظة، وافترض الفروض، ومحاولة تطبيقها.. لم يقبل الأطباء المسلمون بالأجهزة والأدوات القديمة التي استخدمها قدماء الأطباء اليونانيين والفارسيين، بل بدؤوا يفكرون في أدوات جديدة، وابتكروا أنواعاً عدّة، وجربوها، فما أثبت كفاءته منها استخدموه وطوّروه، حتى وضعوا بذلك أسساً علمية لكثير من أدوات الجراحة والولادة وعلاج الأسنان، وعلاج كسور العظام، وصلت أحياناً إلى حد الإبهار، وبخاصة إذا نظرنا إلى التوقيت المبكر الذي ظهرت فيه هذه الآلات، وإلى خلوّ العالم في ذلك الوقت من أي منافس في هذا المجال³.

كما أن الأطباء المسلمين الأوائل كانوا يتفانون في طلب العلم: أذكر مقطعا ممّا قرأته عن الشيخ الرئيس ابن سينا⁴: "... فلما جاوز اثني عشر سنة من مولده أقبل بعد ذلك سنة ونصف سنة على العلوم، فأعاد قراءة المنطق وجميع أجزاء الفلسفة، وأحكم جميع العلوم، وقف عليها بحسب الإمكان الإنساني...، حتى فرغ من المنطق والطبيعي والرياضي، ثم أقبل على العلم الإلهي، وقرأ كتاب ما بعد الطبيعة ... وفي هذه المدة ما نام ليلة واحدة بطولها، ولا اشتغل في النهار بغيره سوى المطالعة وجمع بين يديه ظهوراً، من القراطيس، وكل حجة ينظر فيها يثبت مقدماتها القياسية ويكتبها في تلك الظهور، وفضل ما هو منتج مما هو عقيم، وإذا تحير في مسألة وما ظفر فيها بالحد الأوسط في تردد إلى الجامع، وصلى وابتهل إلى مبدع الكل، حتى فتح له المنغلق منها، وكان يعود كل ليلة إلى داره ويضع السراج، ويشغل بالقراءة والكتابة... ومهما أخذنه أدنى نوم حلم بتلك المسائل بأعيانها، حتى أن كثيراً من المسائل اتضح له وجوها في المنام"⁵.

¹ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، 77/1، 78.

² - قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية، ص. 37.

³ - المرجع السابق، ص. 37-38.

⁴ - هو أبو علي الحسين بن عبد الله بن علي بن سينا، ولد في صفر سنة سبعين وثلاثمائة بقرية خُورْمِيثَن من ضياع بخارى، أحضر معلم القرآن ومعلم الأدب، فلما بلغ عشر سنين حفظ القرآن وأشياء من أصول الأدب. عن "تاريخ حكماء الإسلام"، ص. 52.

⁵ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 3، ص. 4-5 بتصرف.

"ولم تكن مزاولة الصناعة وحدها هي الغرض المقصود من هذه النهضة الواسعة وهذا العلم المستفيض، لأن أشهر الأطباء كانوا يضيفون إلى علم الطب علماً آخر كالفلسفة أو الهندسة أو الفلك أو الكيمياء، وكانوا يؤلفون الموسوعات ويطلقون البحث في أمهات هذا العلم... طلبوا العلم للعلم"¹.

إن هذه الخصائص العظيمة التي كان يتميز بها الأطباء المسلمون، قادت إلى تطور علم الطب في ظل الحضارة الإسلامية، وميزت المنهج الإسلامي في دراسة الطب عن غيره من المناهج، ومكنته من وضع أصول راسخة لهذا العلم العظيم، خدموا بها مرضاهم ونفعوا بها مجتمعاتهم، ويسرت لعلماننا الأفاضل أن يقودوا البشرية كلها لعدة قرون.

وكخلاصة لهذا المبحث:

إن العقيدة الإسلامية أنتجت حضارة إسلامية تحث على البذل والعطاء عبر إثني عشر قرناً من الزمان، استمرت إلى بدايات القرن العشرين؛ إنها مبادئ تجاوزت حقوق الإنسان إلى كرامته. ولقد كان للوقف أثر بالغ في ازدهار الحضارة الإسلامية بصفة عامة، وفي مجال التعليم والثقافة والصحة بصفة خاصة؛ ذلك أن مؤسسة الأوقاف كانت هي الممول الرئيس لهذه المجالات، وشهدت الأمة الإسلامية نهضة علمية شملت جميع فروع المعرفة وعلى رأسها فن الطب.

ولكن من جراء الاحتلال الذي عرفه الوطن العربي والتحولت التي طرأت في وظائف الدولة الحديثة، عرفت الحركة الوقفية في العالم الإسلامي تراجعاً خطيراً، أدى إلى تقلص دور مؤسسة الأوقاف في الإسهام في التنمية المجتمعية عامة، فتحوّلت بذلك إلى مؤسسة دينية، وظيفتها الأساسية هي رعاية المساجد والقيمين عليها. وحلّت الدولة الحديثة محل المجتمع في الخدمات الاجتماعية، لكنها في العقود الأخيرة أصبحت عاجزة عن تغطية كل الخدمات الاجتماعية، وأصبح من اللازم البحث عن موارد أخرى لإعانتها في عدة مجالات، ومن أهمها الرعاية الصحية للمواطنين.

وهنا يجب الانتباه إلى أنه لما استوعب الغرب أهمية العمل التطوعي، سارع لإنشاء قطاعه الخيري بوصفه آلية من آليات البقاء والقوة والتوازن السياسي، بعد أن أدرك أنّ هذه الآلية هي التي ستحفظ وجوده، وتعالج مكامن الخلل عنده، ولكن بطريقة تتناسب مع تكوينه السياسي وبنيتة الاجتماعية، وتطور مفهوم التطوع لديه عبر التاريخ، وهو ما يصطلح على تسميته الآن "بالقطاع الثالث" القطاع المكمل للقطاع الحكومي (القطاع الأول)، والقطاع الخاص التجاري (القطاع الثاني)، وفق المفهوم الإداري الحديث للدولة. وهذا ما سنتطرق له في المطلب الأول من المبحث الموالي، حيث سنتناول العمل التطوعي في عصرنا الحاضر.

¹ - أثر العرب في الحضارة الأوربية، ص. 38.

المبحث الثاني: نماذج للعمل التطوعي في المجال الصحي في العصر الحالي

أصبح العمل الخيري التطوعي في عصرنا الراهن ركيزة أساسية في تطور المجتمعات وتنميتها تنمية شاملة مستدامة، حيث يُمكن من تقديم خدمات لا تستطيع الحكومة أو القطاع الخاص توفيرها. وتعد الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا رائدتين في هذا المجال، ولهذا اخترتهما نموذجين للتطوع في الغرب. ومن العالم الإسلامي المعاصر اخترت تركيا والكويت نموذجين نجحا في هذا المجال.

المطلب الأول: العمل التطوعي في المجال الصحي في أمريكا

إن تجربة الغرب في مجال العمل الخيري وتنظيمه وتوظيفه لخدمة المجتمع وتحقيق أهدافه التنموية، لَحَرِيَّة بالدراسة والتأمل للإفادة من جوانبها الإيجابية بما لا يتنافى مع تعاليمنا الدينية. وسأتناول في المطلب الأول تجربة أمريكا باعتبارها أول بلد من البلدان الغربية التي تعرف إقبالا واسعا على العمل التطوعي، وسأخصص الفرع الأول للحديث عن منشأ ثقافة التطوع بأمريكا ومراحل تطورها.

الفرع الأول: منشأ ثقافة التطوع بأمريكا ومراحل تطورها:

الفقرة الأول: أثر المهاجرين الأوائل في ترسيخ ثقافة التطوع في أمريكا:

كانت الولايات المتحدة تتكون من أراض تابعة لدول مختلفة، حيث كانت إسبانيا تمتلك مساحة واسعة من الشمال الأمريكي وما يعرف اليوم بولاية فلوريدا وألباما ولوزيانا وكاليفورنيا وغيرها، وفرنسا كانت تمتلك كندا وولاية مين في الشمال وغيرها. أما ألمانيا فكانت تسيطر على مدينة نيويورك. وأنشأت السويد مقاطعة لها على نهر دينور. ومن أجل ذلك لم يكن هناك قانون موحد في الولايات المتحدة. أما الولايات التي كانت تحت التاج البريطاني فإنها تطورت بشكل مختلف، إذ إن الإنجليز أحضروا معهم إرثاً من المؤسسات التي تقوم عليها الدولة ومن ضمنها المؤسسات التي تدار من قبل مؤسسيها، كما كان في جامعة هارفارد HARVARD سنة 1636م، وجامعة ييل YALE سنة 1701م¹.

وتميزت هذه الفترة بمجموعة من العوامل التي أثرت في الحياة العامة بالولايات المتحدة الأمريكية، وانعكست على أنشطة الرعاية الاجتماعية، فقد قويت الهجرة إلى أمريكا وليس غريباً أن نجد آثار المهاجرين الأوائل وما حملوه من أفكار وطموحات². وعلى رأسهم الإنجليز الذين كانوا سباقين في تطوير مجال الرعاية الاجتماعية.

"وبدأت تظهر الجمعيات الطوعية والعطاء الخيري في المراكز الحضرية مثل بوسطن وفيلاديلفيا في منتصف القرن الثامن عشر. ولعبت الجمعيات الطوعية أدواراً رئيسية في الولايات المتحدة إبان الثورة

¹ - عبد الله بن حسين النعمة، العمل الخيري نظرات نقدية وتطلعات مستقبلية، ط. 1، 2018م، ص. 41.

² - سيد أبو بكر حسانين، طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، ط. 1، 1974م، ص. 141.

الأمريكية من خلال جهود الجمهوريين لتنظيم الشعب، وانتشر الماسونيون الأحرار في إنشاء النُّزل من خلال منظماتهم غراند لودج Grand Lodge، التي كانت فرعاً للمنظمة الأم في لندن في عام 1713م. ونظراً لتزايد أعداد الجمعيات الطوعية مع بدايات القرن التاسع عشر، ولاتساع تخصيص الممتلكات الوقفية التعليمية والدينية، كان مما لا مفر منه تقليص سلطة الحكومة المركزية والسماح للولايات بوضع سياسات وأنظمة تتناسب مع خصوصياتها¹.

"ومنذ منتصف القرن التاسع عشر بدأت تظهر الآثار الملموسة لنشاط المؤسسات الخيرية في أمريكا، ففي عام 1848م مثلاً أنشئت في مدينة نيويورك "مؤسسة تحسين أحوال الفقراء"... وكانت المؤسسة أيضاً تحاول أن تغير من الظروف المسببة للفقير والمصاحبة له، فعملت مثلاً على تحسين مساكن الفقراء. وكان لنشاط "أوكتايفيا هل² Octavia Hill" أثرها الملموس في هذا المجال نظراً لما اكتسبته من خبرة شخصية من برامج محاربة الفقر في لندن. وقد تكونت مؤسسات على غرار تلك المؤسسة في مدن أخرى من الولايات المتحدة الأمريكية³.

وكانت تسود البلاد اتجاهات فكرية متعددة أهم ما يميزها:

- الداروينية الاجتماعية التي كانت تنادي بأن البقاء للأصلح ويجب أن تترك العناصر المحتاجة والمريضة والعاجزة لنقنى.
- الراديكالية التي كانت تدعو إلى التغيير الكامل، وكان على رأسها حزب العمال الاشتراكي الذي تكوّن في أمريكا عام 1876م.
- البرجماتية التي تنادي بإخضاع التطور للتفكير الاجتماعي وعدم قبول المبادئ والقواعد الجامدة والحلول الميكانيكية أو التقليدية.
- الليبرالية التي تنادي بالتححر وبتبرير أي عمل يأتيه الإنسان⁴.

وقد ترتب على وجود هذه الاتجاهات الفكرية اضطهاد المثقفين وهروب الكثير منهم إلى أوربا بسبب القبض عليهم وتشريدهم ومحاكمتهم وشنق بعضهم، كما حدث في حالات "نيقولاساكو Nicola Sacco" و"بورتولوميو فازتي Bortolomeo Vanzetti" وهما من أصل إيطالي. وعلى الرغم من هذه الأحداث، كان تقدم

¹ - العمل الخيري نظرات نقدية وتطلعات مستقبلية، ص. 41-42.

² - مصلحة اجتماعية بريطانية، ولدت يوم 3 دجنبر 1838م بـ WISBECH وتوفيت يوم 13 غشت 1912م بـ MARYLEBONE، بفضل صداقتها مع John Ruskin حصلت على تمويلات لمشاريعها الإحسانية، وأنشأت منظمة الإحسان الاجتماعية، وهي أحد الثلاث الأعضاء المؤسسين للأمانة الوقفية للمحافظة على الجمال الطبيعي للأماكن ذات الأهمية التاريخية. فكانت تهتم بالفقراء وبيئتهم.. Natural Trust for places of Historic Interest for Natural Beauty.

³ - سيد أبو بكر حسانين، طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، ص. 139.

⁴ - المرجع نفسه، ص. 142. عن:

John R. Commons, History of Labor in the United States, Vol. II, New York: The Macmillan Co., 1935, p. 270, see also, The Socialist, July 29, 1876.

التحليل النفسي منصبا على تغيير الفرد وليس النظام، أما علوم النفس والنفس التربوي والاجتماع، فقد ساهمت في تطوير المفاهيم إلى حد كبير مما ساعد في العمل على مواجهة الكثير من المشكلات¹. ولما انتشرت المؤسسات الخيرية في الولايات المختلفة وبدأت تواجه تحايل المحتاجين للحصول على إعانات من أكثر من جهة، بالإضافة إلى تضارب خدماتها، اتجه التفكير إلى تنظيم أعمالها على مستوى المدن والولايات. وفي ربيع عام 1874م كانت هناك ثمانى ولايات توجد بها مجالس للإشراف على نظام المساعدات والعلاج والإيواء، وهي: ماساشوستس، وكونتكت، نيويورك، ويسكنسن، وروض أيلاند، بنسلفانيا، متشجن، كنساس. وانضمت جميعها إلى الجمعية الأمريكية للعلوم الاجتماعية في عام 1874م، بناء على دعوة مشتركة موجهة من قسم الاقتصاد الاجتماعي بالجمعية الأمريكية للعلوم الاجتماعية ومجلس ولاية ماساشوستس... وفي نفس العام تعرضت البلاد لموجة كساد نتيجة للحرب الأهلية وانتشرت البطالة والأمراض الاجتماعية المصاحبة لها. وكانت مؤسسات الإحسان تقوم بمد العون للعاطلين. ولكن تعرضت تلك المؤسسات الخيرية لاختبار قاس في تلك الفترة نتيجة للكساد الذي حل بالبلاد. واتضح من التجربة أن نظام الإحسان الأمريكي في تلك الآونة لم يكن كافيا، كما أنه لم يكن على درجة مناسبة من الفعالية.

وقد مهدت هذه التجربة لإنشاء أول جمعية لتنظيم الإحسان في الولايات المتحدة الأمريكية على يد أحد رجال الدين، ويدعى "جرتين" S. H. Gurteen الذي هاجر من لندن سنة 1870م، وكان على اتصال بجمعية الإحسان بمدينة لندن. وقد انشئت تلك الجمعية بمدينة "بافالو" Buffalo عام 1877م وكانت تهدف إلى:

1- مساعدة الأسر المحتاجة.

2- توعية المجتمع بوسائل الفقر.

3- العمل على القضاء على أسباب الفقر².

ومع بداية القرن العشرين أنشئت ثلاث مؤسسات خيرية حديثة هي مؤسسة النهوض بالتعليم the Endowment for the Advancement of Teaching عام 1905م، ووقف السلام الدولي The Carnegie Corporation of New York عام 1901م، ومؤسسة كانيجي بنيويورك عام 1911م. وكانت أول مؤسسة تجمع بين المنح وبين المشاركة بواسطة الثري جون روكفيلد John Rockefeller، وهي مؤسسة راسل سيج عام 1907م التي نقلت الأمريكيين من العمل الخيري الديني إلى مبادرات أوسع نطاقاً مثل التعليم العام³.

¹ - طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، ص 142. عن:

Samuel Eliot Morison, The Oxford History of the American People, New York: Oxford University Press, Inc., 1965, pp. 909-910.

² - طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، ص. 140 - 141.

³ - العمل الخيري نظرات نقدية وتطلعات مستقبلية، ص. 43 - 44.

الفقرة الثانية: مراحل تنظيم العمل الاجتماعي بأمريكا

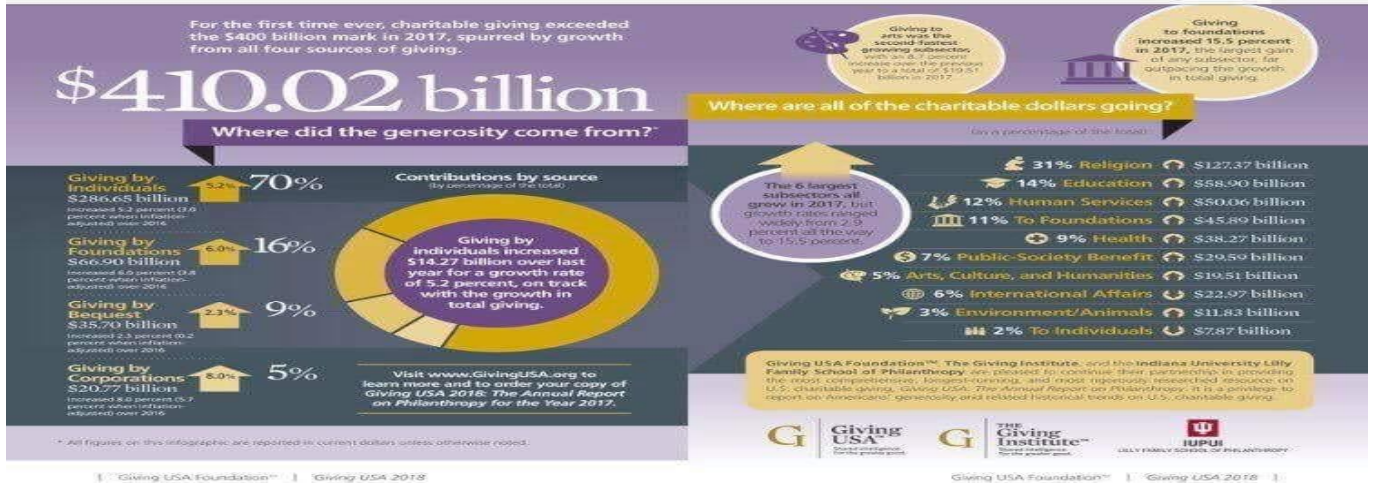
بدأت مشاكل التصنيع والتقدم التكنولوجي تظهر على السطح، ومن أمثلتها مشاكل ظروف العمل وساعات العمل، وتشغيل الأطفال والنساء، والأمن الصناعي... ومشكلة التحضر وما ترتب عليها، إذ أخذ العمال ينتقلون من الريف إلى المدن نتيجةً للتصنيع، ففي عام 1920م كان أكثر من نصف سكان أمريكا يسكنون في مدن. وكان هؤلاء العمال ينتقلون إلى المدن بنظم حياتهم ومشاكلهم أيضاً. وقامت الولايات المتحدة الأمريكية بمحاولات كثيرة لمنع تسلل النفوذ الاشتراكي إليها، وحاولت في حدود فلسفتها ومصالحها أن تقلل من تدمير وسخط الطبقة الكادحة: فقوي الاتجاه إلى تدخل السلطات الحكومية في مجالات الرعاية الاجتماعية وزادت من المخصصات التي تتفق عليها. فعلى سبيل المثال تضمنت ميزانية الحكومة الفيدرالية لعام 1928م مبلغ 752 مليون دولار لبرامج الرعاية الاجتماعية. كذلك نشطت البرجوازية في تمويل المؤسسات الاجتماعية الأهلية لتدعيمها وتوسيع نطاقها. وساعد ذلك المناخ على تطور حركات جمعيات تنظيم الاحسان والمحلات الاجتماعية والتمويل المشترك. وكان من أهم أهداف تلك الجمعيات التنسيق بين المؤسسات الخيرية التي تمد المحتاجين بالمعونات المادية حتى لا تتكرر تلك الإعانات، فيحصل على معظم احتياجاته بدون أن يقوم بعمل، فيركن إلى الخمول والكسل، ويتحول من قوة منتجة إلى قوة مستهلكة، هذا فضلا عن أنه قد يحرم غيره من المحتاجين من الحصول على إعانة¹.

ولم يقتصر قيام المنظمات على المستوى القومي على جمعيات تنظيم الإحسان والمحلات الاجتماعية والتمويل المشترك، ولكن تكونت منظمات قومية للعديد من أنشطة الرعاية الاجتماعية أو الأنشطة المرتبطة بها، ومن أمثلتها الجمعية الأمريكية لرعاية الأسرة، المنظمة الأمريكية للصحة الاجتماعية، منظمة الخدمات المتحدة، المنظمة القومية لدراسة السل والوقاية منه، الجمعية الأمريكية للسرطان، جمعية فتيات الكشافة، الجمعية الأمريكية للتشريع العمالي، جيش الخلاص، الصليب الأزرق، المنظمة الأمريكية لكبار السن، وغيرها من المنظمات التي يعمل بعضها في مجالات متعددة من النشاط، بينما يعمل البعض الآخر في مجال نوعي معين من النشاط... ولترابط الاحتياجات والمشكلات وتداخلها وتفاعلها مع بعضها البعض، كان من الضروري أن تتعاون كل الأجهزة مع بعضها البعض... وقد أدى ذلك إلى تكوين مجلس قومي يضم إلى عضويته ممثلي المنظمات القومية وغيرها من الهيئات لوضع السياسة الاجتماعية وتنظيم العمل وتنسيق الجهود بين المنظمات والهيئات التي تزاوّل نشاطاتها في مجالات الرعاية الاجتماعية، وهذا منذ 1930م².

¹ - طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، ص. 143.

² - المرجع نفسه، ص. 144.

وتواصلت الأبحاث العلمية من أجل تطوير هذه المنظمات الخيرية، واستطاعت الدولة في الولايات المتحدة الأمريكية أن تنجح في تجسير العلاقة بين الثقافة التطوعية التي تميز العمل المجتمعي الأمريكي، والتشريعات المتعلقة بعمليات التبرع، لتنتج مساراً إيجابياً أصبح جزءاً لا يتجزأ من تقاليد التبرع في أمريكا. إن رسوخ ثقافة التبرع في المجتمع الأمريكي المعاصر له علاقة بالدور الذي لعبته الدولة لتأمين بيئة تشريعية، وقانونية ملائمة لهذه الثقافة بل ومشجعة لها، مما جعل المؤسسات الخيرية تتضاعف وتتطور سنة بعد سنة؛ فحسب الإحصائيات الأخيرة لسنة 2017¹ حول العطاء الأمريكي:



- المرجو الرجوع إلى الصفحة 347 للاطلاع على نسخة مكبرة ومترجمة من هذه الوثيقة.
- أسهم الأمريكيون بمبلغ 410.02 مليار دولار في عام 2017م. وهذا يعكس زيادة بنسبة 5.2% بالنسبة لـ 2016م وارتفع العائد على الشركات الوقفية في عام 2017م إلى 20.77 مليار دولار - بزيادة قدرها 8% عن عام 2016م.
- في عام 2017م، جاء أكبر مصدر للتبرعات الخيرية من الأفراد بقيمة 286.65 مليار دولار، أو 70% من إجمالي العطاء. تليها المؤسسات (66.90 مليار دولار/16%)، والوصايا (35.70 مليار دولار / 9%)، والشركات (20.77 مليار دولار/5%).
- شكل العطاء الخيري نسبة 2.1 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2016م.
- من الناحية التاريخية، يرتفع العطاء الخيري بنحو ثلث سرعة سوق الأوراق المالية: تقدم نسبة تقارب 91% من الأسر الغنية المال للمؤسسات الخيرية: ففي المتوسط، قدم المانحون من أصحاب الثروات الكبيرة مبلغ 25509 دولاراً لمؤسسة خيرية في عام 2015. وبالمقارنة، أعطت الأسر المتوسطة 2.520 دولاراً.
- في مايو 2015م، وصل عدد التجمعات الخيرية إلى ما يقدر بـ 316.532 تجمعاً خيراً في الولايات المتحدة.

¹ - زيارة الموقع 7 يونيو 2019.

- يتطوع حوالي 63 مليون أميركي - 25 بالمائة من السكان البالغين - بوقتهم ومواهبهم وطاقاتهم لإحداث فرق.
- تبلغ قيمة وقت التطوع القومي لعام 2016م: بما قيمته 24.14 دولاراً في الساعة، بعبارة أخرى، يسهم الأمريكيون بـ 193 مليار دولار من وقتهم لمجتمعاتهم.
- وفي عام 2017، ذهبت غالبية الدولارات الخيرية إلى الدين (31 %) والتعليم (14 %) والخدمات الإنسانية (12 %) وأسس المنح (11 %) والصحة (9 %).

الفقرة الثالثة: أثر المعتقدات الدينية في ترسيخ ثقافة التطوع في أمريكا:

نلاحظ من خلال إحصائيات 2017م، أن المؤسسات الدينية في الولايات المتحدة الأمريكية تستقبل أكبر التبرعات بنسبة (31 %) من إجمالي التبرعات، فالاستشهاد بالأنموذج الأمريكي هنا مهم لاعتبارات أساسية من أبرزها: أنها أقوى دولة تعلن الفصل بين الدين والدولة، على أن هذا الفصل جزء من الدستور، ولكنها في الجانب العملي لا تعمل به، ثم إنها أقوى دولة في نجاح هذا القطاع، وحينما سئلت الباحثة الأمريكية المتخصصة في هذا القطاع (إلزابيث بوريس) عن العمل الخيري الأمريكي لماذا يُعدّ جزءاً مهماً من الثقافة الوطنية الأمريكية؟ أكدت: أولاً "أن جذوره العميقة تكمن في المعتقدات الدينية، ثم المبادئ الديمقراطية للمشاركة الوطنية، ثم لتعميق التراث القائم على الاستقلال الذاتي والحكومة المحدودة" ... وأكدت هذه الباحثة على أهمية المعتقدات الدينية في العمل الخيري قائلة: "لاشك أن المعتقدات الدينية العميقة الجذور لعبت دوراً مهماً في تشكيل العمل الخيري في الولايات المتحدة، فأشكال العطاء المقدمة للمحتاجين في مناطقهم أو للفقراء في مناطق أخرى أو لضحايا الكوارث الطبيعية أو للكنائس كانت بمثابة التزام قوي لدى الكثيرين من أصحاب الاتجاهات الدينية.

وقد لقي هذا الاتجاه التشجيع من القادة الدينيين الذين باركوا تقديم العون للفقراء ولأنشطة الخير التي تؤديها الكنائس التي يشرفون عليها. وقد أدى مفهوم الوصاية الديني (StewardShip) إلى تعزيز العطاء الخيري وخصوصاً بين الأثرياء، ويذهب أصحاب هذه العقيدة إلى أن الثروة تأتي من عند الله ويؤمن عليها مجموعة من الأفراد، ولهذا التزاماً عليهم توجيه هذه الثروة لمصلحة الآخرين".

كما ذكرت الباحثة (بوريس) عوامل أخرى غير دينية ولكنها ثانوية، والتي يقول بها كل من (بنيامين فرانكلين) المؤرخ والسياسي الأمريكي، وكذلك (أندرو كارينجي) وهو من رواد العمل الخيري الأمريكي، وكلاهما من المؤمنين بالتفسير العلماني للعطاء. ومع ذلك فإنها تؤكد وتكرر في مواضع كثيرة أن العامل الديني كان دافعاً رئيساً، بل أولاً في الولايات المتحدة الأمريكية، "فالدعم الخيري للأمريكيين يذهب 50% من هباتهم إلى كنائسهم"¹.

¹ - القطاع الثالث والفرص السانحة، ص. 139-140، عن: إلزابيث بوريس، "المؤسسات الخيرية في الولايات المتحدة الأمريكية"، ص. 6.

وهكذا فقد انطلق العمل الخيري عند الغرب من دوافع عقديّة دينية، واستند رجال الدين المهاجرين إلى أمريكا لنشر ثقافة التطوع وعمل الخير على عدة نصوص دينية، فنجد عدة نصوص من العهد القديم عند اليهودية تحث على الأعمال الخيرية، والرعاية والاجتماعية، ومنها على سبيل التمثيل¹:
طوبى للذي ينظر إلى المسكين. في يوم الشر ينجيهِ الرب².

من يرحم الفقير يقرض الرب، وعن معروفه يجازيه³.

ومن العهد الجديد "الإنجيل"، نجد نصوصاً كثيرة تنص على الأعمال الاجتماعية والإحسان، حيث دعا المسيح عليه السلام في خطبة الجبل ليس إلى مساعدة أصدقائه فقط ولكن إلى أعدائه أيضاً، وكذلك الناس المنبوذين من المجتمع، ومنهم ذوو العاهات، وكانت الأديرة تخصص جزءاً من مداخيلها للأنشطة الإحسانية وكانت موجهة للفقراء واليتامى والأرامل وأمثالهم، وكان المسيح يعلم الناس بواسطة استخدام الأمثال. وكانت أبرز محاور تعاليمه تدور حول التضحية الشخصية غير المشروطة في سبيل محبة الله وجميع الناس، بغض النظر على خلفياتهم وانتماءاتهم. وفي معظم عظاته كان يؤكد على خدمة الآخرين، وعلى ضرورة التواضع في تلك الخدمة⁴.

وفي (إنجيل مرقس) نجد أمثلة توضيحية لمعنى الصدقة، حينما يروي عن المسيح مثال الرجل الغني الذي يتصرف بالمال، والمرأة التي تتصدق بفلسين، فيوضح بأن تلك التي تصدقت بما تملكه حقاً، في حين أن الغني تصدق بفضل رزقه وبقي رأس ماله محفوظاً⁵.

وفي (إنجيل متى) ورد قول المسيح: "إن أردت أن تكون كاملاً فاهرب وبع أملاكك وأعط الفقراء فيكون لك كنز في السماء"⁶.

وجاء في (إنجيل لوقا): "بيعوا ما لكم وأعطوا صدقة. اعملوا لكم أكياساً لا تفنى وكنزاً لا ينفد في السماوات حيث لا يقرب سارق ولا يبلّي سوس لأنه حيث يكون كنزكم هناك يكون قلبكم أيضاً"⁷.

وأولى الرهبان اهتماماً خاصاً بالمرضى والسعي لتفريج كربهم وعلاجهم؛ يقول د. سورنيا: "...كان المبشرون الدينيون فقط هم القادرين على قراءة كتب الأقدمين، ودراسة الأمراض وكيفية علاجها. كان الرهبان في الأديرة، وأحياناً في بلاط الأمراء، يعرفون الطب كما يعرفون اللاهوت، والرياضيات، والنبات أو

¹ - توثيق النصوص من الكتاب المقدس: ترجمة سميث وفاندايك، ألمانيا: 2010، النسخة الأكثر استعمالاً في العالم العربي.

² - المزمير 41: 1.

³ - الأمثال 19: 17.

⁴ - متى: الإصحاحين 5 و 7.

⁵ - مرقس 12: 41 - 44.

⁶ - متى 19: 21.

⁷ - لوقا 12: 33 - 34.

العمارة¹... هكذا شغل الرهبان بالطب ومارسوه، ووضعوا علمهم الأبوقراطي في خدمة المرضى. وازدادت هذه الظاهرة اتساعاً، ونال البعض منهم شهرة ونفوذاً، وثرأ على حساب وظائفهم الدينية... ففي المقام الأول لم يكن الطب يشكل فرعاً من فروع المعرفة التي يمكنها الفرار من قبضة الدين، وثانياً، يجب أن ندرك أن الأشخاص المؤهلين كانوا خاضعين، بحكم تكوينهم، لقواعد محددة من قبل النظام الكنسي: ففي باريس انتظر الأطباء حتى سنة 1452م حيث أعفوا من شرط التبتل (عدم الزواج)².

وأضاف د. سورنيا: "...ثم في العصر الوسيط الأعلى، أصبحت عبادة رفاة القديسين الخارقة طقساً كاثوليكياً ذائعاً. امتلأت الأديرة والكنائس ببقايا القديسين المحليين، التي اجتذبت المرضى، والعجزة، والنساء الحبالى مثلما اجتذبت العواقر منهن... وكان كثير من الرهبان يزرعون في قطع الأرض الصغيرة التي تحيط بالأديرة أنواعاً نادرة من النباتات حبثها الطبيعة قيمة علاجية... كذلك أنشأت الجمعيات الدينية المستشفيات الحضرية، وقد استقبلت هذه المستشفيات من الضيوف أكثر مما استقبلت من المرضى، كما كانت تؤوي الفقراء الذين لا مأوى لهم، والمحرومين، والمختلين عقلياً، فإذا ما سقط أحدهم مريضاً استدعوا له الطبيب أو الجراح³.

وبعد أن كان المنحى الديني منطلق الإحسان، غاب هذا المنحى في الغرب فترات طويلة، ثم بدأت في السنوات الأخيرة المطالبة بالاهتمام بالجوانب الروحية في الخدمات الاجتماعية والمجتمعية، وهناك عدة أبحاث أقيمت في الغرب بينت أهمية المنحى الديني في إنجاح العمل التطوعي، أذكر منها: مقالين للباحثة الاجتماعية سو سبنسر⁴ Sue Spencer؛ الأول بعنوان: "الدين والخدمة الاجتماعية" حاولت أن تقرب فيه بين وجهات نظر رجال الدين والمتخصصين في الخدمة الاجتماعية. وختمت المقال مؤكدة على أن الحاجة ملحة لإعطاء اهتمام أكبر للدين باعتباره عاملاً مهماً ومؤثراً في حياة الإنسان وفي النظام الاجتماعي. والثاني بعنوان: "الأديان والقيم الروحية في ممارسة خدمة الفرد" خلصت فيه إلى أهمية أخذ المعتقدات الدينية في اعتبار المهتمين بأعمال الرعاية الاجتماعية.

وفي عام 1962م كتب هيربرت ستروب⁵ Stroup Herbert مقالاً يحمل عنوان التحديات المشتركة التي تواجه الدين والخدمات الاجتماعية، فنأدى بضرورة إعادة العلاقة بين الدين والخدمة الاجتماعية اللذين كان لهما تاريخهما المشترك لعدة أجيال، قبل انفصالهما على يد أصحاب الاتجاه العلماني الإنساني الذي سيطر على المجتمع. وانتهى بعد شرح تلك التحديات إلا أن مصلحة كل من الدين والخدمة الاجتماعية في تقاربهما. كما اهتم بذلك مارتين مارتني Marty Martin⁶، وتوالت بعد ذلك المقالات والأبحاث. واعتباراً من

¹ - جان شارل سورنيا، تاريخ الطب - من فن المداواة إلى علم التشخيص، ط. 1423هـ - 2002م، ترجمة: إبراهيم البجلاتي، ص. 96-97.

² - تاريخ الطب - من فن المداواة إلى علم التشخيص، ص. 100.

³ - المرجع السابق، ص. 106.

⁴ - Spencer, Sue (1956) religion and social work, social work, vol. 1, n° 3, (19-28).

⁵ - Stoup Herbert (1962) the common perducament of religion and social work, April (89-93).

⁶ - Martin Marty: (1980) social service goldly and goldless - social service review, Decembre (463-481).

الثمانينات، يلاحظ ظهور عدة مؤشرات تدل على زيادة الاهتمام بالدين وبالجوانب الروحية من قبل المتخصصين الغربيين في الخدمات الخيرية والاجتماعية، وبالأخص في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا، وعقدت مؤتمرات ولقاءات لمناقشات هذا الموضوع، ومتطلبات إعداد الأخصائيين الاجتماعيين، وظهرت مجالات علمية متخصصة في هذا المجال، كمجلة النواحي الروحية في الخدمة الاجتماعية Spirituality and social work journal، ومجلة "البيان في النواحي الروحية في الخدمة الاجتماعية Spirituality and social work communicator.

وكل هذه الجهود والأبحاث أدت إلى الاهتمام بالجانب الروحي، والاستثمار في المؤسسات الدينية التي خصصت لها أكبر حصة بنسبة (31%) من إجمالي التبرعات.

وبدأ التفكير في دمج الجانب الروحي والديني في برامج التكوين الأساسي للعاملين في المجال الاجتماعي (social workers)، وكذلك في الدورات التي تنظم في إطار تكوينهم المستمر، ومن بين الدراسات التي أجريت في هذا الموضوع، دراسة سنة 2015 بعنوان "دمج الجانب الروحي ودين العملاء في ممارسة العمل الاجتماعي-مسح وطني-¹: وهي دراسة استقصائية وطنية شارك فيها 442 عامل اجتماعي حاصل على شهادة تكوين في الخدمة الاجتماعية من جميع أنحاء الولايات المتحدة، من خلال ملء استبيان على شبكة الإنترنت، الهدف منه هو تقييم رأي هؤلاء العاملين الاجتماعيين في دمج الجانب الروحي والديني في ممارستهم العملية. بينت النتائج أن العاملين في المجال الاجتماعي لهم مواقف إيجابية من دمج الجانب الروحي في ممارستهم، ويتقنون في إمكانية تطبيقه وفعاليته، ويرون أن الالتزام في العمل الاجتماعي له علاقة مع درجة تدين العامل الاجتماعي التي نشأ عليها intrinseque، وكذلك ما يتلقاه من محفزات روحية خلال تكوينه الأساسي أو المستمر.

وهناك دراسة أخرى أجريت سنة 2005، بعنوان "تحليل دولي مقارنة لعلاقة التدين والجانب الروحي مع الخدمة الاجتماعية: مسح لعينة من العاملين الاجتماعيين في المملكة المتحدة (بريطانيا) والولايات المتحدة الأمريكية"²: حاولت هذه الدراسة كشف تصورات العاملين الاجتماعيين عن دمج الجانب الروحي في الخدمة الاجتماعية عند الممارسة والتربية، وبيّنت أن العاملين الاجتماعيين الأمريكيين تقبلوا الدين أكثر من زملائهم البريطانيين، وأغلبية المستجوبين عبروا عن افتقار البرنامج التكويني من المحتوى الروحي (76% من العينة البريطانية و73% من العينة الأمريكية). كما أن 53% من المستجوبين البريطانيين يعتقدون أن الخدمة الاجتماعية تنمي جانبهم الروحي مقابل 90% من المستجوبين الأمريكيين. وربط الباحثون انخفاض مستوى قبول الدين في بريطانيا بارتفاع مستويات العلمانية في المجتمع البريطاني".

¹ - The Integration of Clients' Religion and Spirituality in Social Work Practice: A National Survey, Holly K. Oxhandler, Danielle E. Parrish, Luis R. Torres, and W. Andrew Achenbaum, Social Work Volume 60, Number 3 July 2015.

² -Comparative international analysis of Religion and Spirituality in Social Work: A Survey of UK and US Social Workers. Leola Dyrud Furman, Perry W. Benson, Edward R. Canda & Cordelia Grimwood, Social Work Education Vol. 24 No. 8, December 2005 pp. 813-839.

ويقول د. محمد عبد الله السلومي: "وبالنظر الى نسب العطاء والإنفاق الأمريكي في المجالات الدينية سنوياً في الداخل والخارج، يدرك الباحث والقارئ أن الولايات المتحدة الأمريكية تقوي هذا القطاع وتتقوى به ليشكل مع غيره إستراتيجية سياسية لقوة الدولة وذراعاً داخلياً وخارجياً لقوتها الأمنية والسياسية مع اعتبار ما يلي:

1. الدين بتحريفاته ومرونته وتعضُّب معظم زعمائه الروحيين والسياسيين محرك أساسي في مدخلات القطاع الخيري الأمريكي ومخرجاته كما سبق، وكما هي حال المؤسسات والجمعيات الخيرية الأمريكية وواقعها.

2. الاعتقاد بأن قوة الأمن الخارجي تتعكس -إيجاباً- على الأمن الداخلي، حيث يلاحظ حجم المعونات والمساعدات والإغاثات الأمريكية الخارجية¹ الكبيرة في نمو واطراد، فكسب المواقع والأطراف الخارجية وفق إيديولوجيا سياسية هو القوة الحقيقية لقوة الحكومة الأمريكية والدولة ذاتها. والإعلان دون التطبيقات العملية في دستور الدولة بالفصل بين الدين والدولة في أمريكا قد يكون وسيلة للحيلولة دون استخدام الآخرين للاستفادة من هذه القوة. أعني قوة الدين، فالدين قوة رافعة ومحرك فاعل².

"إن المتأمل يدرك بشكل جيد أن الولايات المتحدة الأمريكية مع كونها علمانية تترك الحقيقة التي مفادها أن قوة أي دولة هي في محافظتها على فكرتها الرئيسة، ومن أهمها الهوية الدينية الأساسية التي قامت عليها - أيًا كانت مشوهة أو محرفة - والعمل على زيادة قوة هذه الفكرة، حتى على حساب الثقافات الأخرى الثانوية، وتسخير معظم مدخلات القطاع الثالث ومخرجاته لذلك"³.

وسأخصص الفرع الثاني من هذا المطلب لعرض آليات التطوع في المجال الصحي بأمريكا، أتناوله في ثلاث عناصر: حجم التطوع في المجال الصحي في أمريكا، نماذج من المنظمات الأمريكية النشيطة في المجال الصحي، ونماذج من تطوع الأطباء الأمريكيين، ثم سأنتقل في الفقرة الرابعة إلى أسباب نجاح التطوع في المجال الصحي في أمريكا.

¹ - وكمثال عن هذه الجمعيات الإغاثية نذكر: منظمة خدمات الإغاثة الكاثوليكية الأمريكية Catholic Relief Service:

تقوم خدمات الإغاثة الكاثوليكية بالتزام أساقفة الولايات المتحدة بمساعدة الفقراء والمستضعفين في الخارج: "نحن مدفوعون بإنجيل يسوع المسيح لنعتز به، ونحافظ على قدسية وكرامة كل أشكال الحياة البشرية، ونشجع المحبة والعدل، ونجسد التعليم الاجتماعي والأخلاقي الكاثوليكي، بدأ تاريخنا خلال الحرب العالمية الثانية استجابة للدعوة لخدمة المهاجرين واللاجئين...".

² - القطاع الثالث والفرص السانحة، رؤية مستقبلية، ص. 142.

³ - المرجع نفسه، ص. 142.

الفرع الثاني: نماذج مؤسسات أمريكية غير ربحية مهتمة بالمجال الصحي

أولاً: حجم التطوع في المجال الصحي بأمريكا

عندما كان الخصائص في التغطية الصحية في أمريكا حاداً، كانت الخدمات الصحية تستقبل أعلى نسبة من التبرعات، وكمثال توضيحي عن ذلك نعرض إحصائيات عام 1992م.

جدول حول نصيب القطاع الثالث في بعض الخدمات المجتمعية¹ سنة 1992.

1	الخدمات الصحية	56%	من مجموع الخدمات في البلاد
2	خدمات التعليم	26%	=====
3	الخدمات الاجتماعية	12%	=====
4	خدمات مدنية	4%	=====
5	خدمات متنوعة أخرى	4%	=====

فالقطاع الخيري كان يقدم 56% من الخدمات الصحية في الولايات المتحدة، الأمر الذي يعني أنك تكاد لا ترى في أمريكا مستشفى أو مركز أبحاث طبي إلا ويتم تمويله من القطاع الخيري بشقيه الوقفي والتبرعي، أي من عوائد الأوقاف المحبسة على الخدمات الصحية ومن التبرعات التي تصل سنوياً إلى المؤسسات الصحية.

جدول توزيع المستشفيات في الولايات المتحدة حسب مصادر تمويلها² سنة 1992

نوع التمويل	المستشفيات		الأسرة		مجموع النفقات	
	عدد	%	عدد (ألف)	%	(بليون دولار)	%
خيري	3427	51	672	56	139,7	65
حكومي	2151	32	369	33	53,7	25
تجاري	1142	17	132	21,5	21,5	10
مجموع	6720	100	1200	100	214,9	100

ومن المهم أن نلاحظ أن هذه الأرقام تدل أن معدل الإنفاق على السرير الواحد هو 207 و 145 و 163 ألف دولار سنوياً في المستشفيات الخيرية والحكومية والتجارية على التوالي؛ هذا يعني أن ما يقدمه القطاع الخيري من خدمات هو أفضل نوعياً مما يقدمه القطاع التجاري والحكومي؛ وتؤكد هذه النتيجة النظرية القائلة بارتباط القطاع الخيري بضمير حي في العادة، على الأقل على مستوى المتبرعين بالعمل، وبعض القيادات العليا للمؤسسات الخيرية. الأمر الذي يحسن في كفاءتها وخدماتها معاً. وهناك دراسات

¹ - الوقف الإسلامي تطوره، إدارته، تنميته، ص. 43، عن:

Lester M, Solomon. America s Non profit Sector, The Foundation Center, New York 1992, p. 24.

² - الوقف الإسلامي تطوره، إدارته، تنميته، ص. 44، عن:

Lester M, Solomon. America s Non profit Sector, The Foundation Center, New York 1992, p.60 .

بينت أنَّ تمركز العمالة في القطاع الخيري أقل بكثير مما هو عليه في القطاع التجاري، مما يدل على أنَّ القطاع الخيري استطاع إيصال الخدمة الصحية إلى أماكن لا يستطيعها القطاع الربحي.

وحسب إحصائيات العطاء بأمريكا لسنة 2017، الملاحظ أنَّ نسبة التبرعات المخصصة للمجال الصحي (9%) من إجمالي التبرعات¹، انخفضت بالنسبة لإحصائيات سنوات التسعينات، ويمكن أن نرجع هذا إلى المجهودات المبذولة في مجال التأمين الصحي بأمريكا، حيث يتميز النظام الصحي الحالي للولايات المتحدة الأمريكية بطابعه التجزئي، وإذا كان القطاع الخاص مهيمنا، ويحظى في ذات الحين بتوافق أغلبية الشعب الأمريكي التي يتوفر 60% من أعضائه على تأمين صحي خاص غالبا ما يكون من اختيار المشغل، فإن للتأمين العمومي وجوداً ملموساً، فهو يوفر التغطية الصحية للعديد من الأشخاص المنتمين لشرائح اجتماعية هشة مختلفة، بواسطة هيئات عمومية من قبيل:

- ميديكار Medicare، التي توفر التغطية الصحية لحوالي 13.7% من السكان، ويتعلق الأمر بالمتقدمين في السن المتجاوزين لـ 65 سنة، والمعاقين عاجزين عن العمل.

- ميديكايد Medicaid و Schip، المختصتان في التكفل الصحي ببعض العائلات الفقيرة، والأطفال. ورغم المجهودات المبذولة من طرف الحكومة الأمريكية، لازال 11.4% من الأمريكيين لا يتوفرون على تأمين صحي (36 مليون أمريكي)، حسب إحصائيات الربع الثاني من سنة 2015م (سجل تقدم بالنسبة لإحصائيات 2014 حيث كانت نسبة الأمريكيين الذين لا يتوفرون على تأمين صحي 18%)².

كما أنَّ للدولة من البنيات والوسائل ما يكفيها لمواجهة الحالات الاستعجالية التي يتعرض لها المحرومون من التغطية، فهي تشجع إنشاء عيادات مجتمعية safety-net clinic، من طرف أطباء متطوعين، للتكفل برعاية الغير المؤمنين.

ثانياً: نماذج لمنظمات أمريكية متخصصة في المجال الصحي:

تعمل بعض المنظمات غير الحكومية محلياً، بينما تعمل العديد منها بالبلدان النامية، ومن هذه المنظمات نذكر أنموذجين³:

¹ - زيارة الموقع 7 يونيو 2019.

<https://byrnepeelofsky.com/giving-usa-2018-americans-gave-410-02-billion-to-charity-in-2017>.

² - Bureau of Primary Health Care, Health Resources and Services Administration. HRSA health center program [Internet]. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration; 2014 [cited 2016 Mar 23]. Available from: <http://bphc.hrsa.gov/about/healthcenterfactsheet.pdf>.

³ - لا يسع المقام لذكر كل المنظمات العاملة في المجال التطوعي بأمريكا، ولمزيد توسع يرجع إلى المنظمات الآتية: **Americares** «أميريكرز» **Direct relief** الإغاثة المباشرة، **Transparent Hands Foundation**.

🌈 مؤسسة كايزر فاميلي Kaiser Family Foudation¹:



تعتبر مؤسسة عائلة هنري جاي كايزر والتي تأسست في عام 1948م، من قبل هنري جاي كايزر في أوكلاند، مؤسسة أمريكية غير ربحية، ومقرها حاليا في مينلو بارى بولاية كاليفورنيا. وبعد وفاة السيد كايزر في عام 1967، ورثت زوجته نصف ممتلكاته وذهب النصف الآخر إلى المؤسسة. ولم يحصل أبناء السيد كايزر إلا على قدر ضئيل جدا من الميراث المباشر؛ ولكنهم حصلوا على السلطة لتشغيل شركات كايزر الصناعية، ومؤسسة كايزر فاميلي.

تُركز المؤسسة على قضايا الرعاية الصحية الرئيسية التي تواجه البلاد، فضلا عن دور الولايات المتحدة في السياسة الصحية العالمية، وترى المؤسسة أنها مصدر غير متحيز للحقائق والتحليلات والاقتراح والصحافة ولصناع السياسات ووسائل الإعلام ومجتمع الرعاية الصحية وعامة الناس، ومن المعروف أن موقع www.kff.org يقدم "معلومات محدثة ودقيقة عن السياسة الصحية" و"ما يجب معرفته لدى المهتمين بالرعاية الصحية".

🌈 صندوق الكومنولث² commonwealth fund:



The
COMMONWEALTH
FUND

يعتبر هذا الصندوق مؤسسة وقفية خاصة في الولايات المتحدة، تأسست كواحدة من أولى المؤسسات التي أنشأتها امرأة وذلك في عام 1918م، وذلك بتمويل من آنا هاركنس (المستثمرة الرئيسية في شركة ستاندرد أويل)، بقيمة 10 ملايين دولار تقريبا حيث أرادت أن "تفعل شيئا من أجل رفاهية الجنس البشري"، ثم أصبح ابنها إدوارد أول رئيس للصندوق وكان لديه "التزام عاطفيا بالإصلاح الاجتماعي"، وكان عازما على تحسين الخدمات الصحية للأمريكيين.

من خلال الهبات والوصايا الإضافية بين عامي 1918م و1959م، بلغ إجمالي مساهمة عائلة هاركنس في صندوق الهبات أكثر من 53 مليون دولار. واليوم لدى الصندوق أوقاف تقارب 700 مليون دولار.

هدف الصندوق هو "تعزيز نظام الرعاية الصحية عالية الأداء والتي تحقق وصولا أفضل، وجودة أحسن، وكفاءة أكبر، وخاصة للفئات الضعيفة في المجتمع وكبار السن".

وتتنشط المؤسسة في عدد من المجالات منها: إصلاح نظام تقديم الرعاية الصحية، تحسين تغطية الرعاية الصحية والوصول إليها، ووضع السياسات الصحية الدولية.

¹ - إبراهيم القمزي، دور المؤسسات الوقفية في الخدمات الصحية - نماذج وتجارب عالمية-، استشاري طب الأسرة، كلية الطب، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، مكتب تحقيق الرؤية بالكلية بحث قدم في ملتقى الأوقاف الرابع، الذي عقد 28-29 رجب 1439هـ/ 14-15 يونيو 2018م.

² - المرجع نفسه.

والذي يهمننا أكثر في هذا البحث هو ما هي إسهامات الأطباء في هذا المجال، وهذا ما سنقف عليه في الفقرة الموالية:

الفرع الثالث: إسهامات الأطباء في الخدمات التطوعية في المجال الصحي بأمريكا¹

د. روبيرت سيمون² Dr. Robert Simon

يعد الطبيب روبيرت سيمون الخبير أحد أطباء المستعجلات المشهورين، الذين لهم باع طويل في التأليف في علم طب العظام الاستعجالي والطرق الجراحية، والتي تستخدم ككتب معيارية في الطب الاستعجالي بالولايات المتحدة الأمريكية، كان يشغل أستاذا في قسم المستعجلات بجامعة راش، مستشفى مقاطعة ستروجر كوك في شيكاغو، وأيضا المؤسس لمكتب الخدمات الصحية بمقاطعة كوك.

ومن مجهوداته في الخدمات التطوعية أنه بعد الغزو السوفياتي لأفغانستان سنة 1979م، وما نجم عن ذلك من افتقار الخدمات الصحية، بإعدام الأطباء وسجنهم أو نفيهم، وفي ظل عدم سماح السوفيات للوكالات الإغاثية بالدخول لأفغانستان، حصل تفاقم ونقص في عدد الأطباء وتدهور الوضع الصحي، ففكر في القيام برحلات إلى أفغانستان لتقديم مساعدات طبية مباشرة إلى المدنيين، مما دفعه لبيع منزله في مالبو لتمويل عيادة على نهر كونار، ثم أدرك أن عيادة طبية لن تغطي الخصاص الصحي المهيول بأفغانستان آنذاك، لذا قام الدكتور سيمون بإنشاء المركز التدريبي الطبي الأفغاني بدوام كامل في المنطقة الحدودية مع باكستان.

ومن نتائج خدماته التطوعية أنه في نهاية الدورة التدريبية الأولى، التي دامت مدة تسعة أشهر، كان المتدربون الأفغان قادرين على تشخيص وعلاج 80% من الأمراض التي كانت تواجههم. كما أسس "الهيئة الطبية الدولية" سنة 1984م، بدافع توفير الخدمات الصحية والتدريب في أفغانستان، التي عانت من الحرب، وبحلول عام 1990م، كانت الهيئة الطبية الدولية قد رأت النور وخرّجت أكثر من 200 مسعف، الأمر الذي أسهم في خلق 57 عيادة و10 مستشفيات في 18 مقاطعة بجميع الأنحاء الريفية لأفغانستان.

تشتغل الهيئة الطبية الدولية³ اليوم بـ 70 بلداً حول العالم وقامت بتقديم ما قيمته 4,1 بليون دولار من المساعدات للملايين من الناس في أفريقيا، آسيا والشرق الأوسط، وتركز في أنشطتها على: الاستجابة للطوارئ: كالتدخل إبان زلزال هايتي بعد 22 ساعة من ضرب الزلزال، وتجويد صحة المرأة وصحة الطفل، والصحة النفسية، وتوفير المياه الصالحة للشرب والصرف الصحي، كما تقوم بدعم المشاريع المدرة للدخل

¹ - إسهامات الأطباء الأمريكيين ومنظماتهم من الكثرة بمكان، وقد اكتفيت باثنين منها وللتنوع يمكن الرجوع على سبيل المثال إلى: منظمة كايزر برماننت kaiser permanente باعتبارها من أكبر المنظمات التي تضم عددا كبيرا من الأطباء الذين لهم إسهام في مجال الخدمات التطوعية في المجال الصحي في الولايات الأمريكية.

² - International medical corps.org/who – we – are / Leadership The Ny times: An afghan tale: an American's body for ransom.

³ - International medical corps statement to the global plat from for disaster risk reduction May 2011) International medical corps.org.

بالنسبة للسكان المحلية، ودعم الأنشطة الزراعية، والوقاية والفحوصات الطبية، ودعم برامج القضاء على الأمراض المعدية (الإيدز، السل، الملاريا) والاعتماد على التدخلات الإغاثية بالمناطق الهشة، وتكوين أطر طبية كفيلة بضمان استمرارية واستدامة الخدمات الصحية من خلال برامج التعليم والتدريب.

ولأجل هذا الهدف يتم الاعتماد بالأساس على نسبة 96% من الموظفين والمهنيين الصحيين المحليين، مما يضمن استمراراً للمشاريع على مدى بعيد¹.

🏠 العيادة الطبية التابعة لمركز الجالية المسلمة (MCC)²:

تعد هذه العيادة أحد جوانب التزام مركز المجتمع الإسلامي الأساسية في خدمة المجتمع، وتتمثل مهمتها الطبية في توفير رعاية طبية عالية الجودة للمرضى البالغين الذين يعيشون في أمريكا ولا يتوفرون على تأمين صحي، بغض النظر عن الدين أو العرق أو الجنس أو الأصل القومي.

ففي أوائل التسعينات، اقترح الدكتور آصف قادري، عضو مجلس إدارة مؤسسة MCC المدير السابق لفترة طويلة، فكرة توفير الرعاية الطبية الأساسية للقطاع غير المؤمن من المجتمع الأمريكي، فوافق مجلس إدارة مؤسسة تحدي الألفية على المشروع ووجهه إلى إنشاء مركز رعاية صحية مجاني في مباني مركز تحدي الألفية.

وقد التزمت العيادة الطبية بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية عالية الجودة للسكان غير المؤمنين الذين تبلغ أعمارهم 18 سنة فما فوق. (لأن الأطفال جميعاً يتوفرون على تغطية صحية من طرف ميديكايد و Medicaid و Schip).

وتكلف مركز الجالية المسلمة (MCC) بتقديم التمويل الأولي والمعونة المالية المباشرة للمرضى غير القادرين على دفع تكاليف الاختبارات التشخيصية والأدوية اللازمة.

وتجمع عيادة MCC الطبية مجموعة رائعة من الأطباء المتطوعين والموظفين الذين لا يشاركون فقط بتقديم الاستشارات بتقان والتزام، بل يتبرعون أيضاً بخبراتهم وأموالهم الشخصية لهذه القضية النبيلة. وتعتمد عيادة MCC الطبية على مساعدة أكثر من 25 متطوعاً وموظفاً يتعاملون مع العيادة في المهام الإدارية وإجراء التوعية المجتمعية. وقد تمكنت من كل ذلك بفضل الدعم المالي والتقني السخي المقدم لها من تحالف الرعاية الاستشفائية ومن جملة من المؤسسات كمؤسسة Kaiser Permanente ومركز الجالية المسلمة.

وتقدم هذه العيادة خدمات في العديد من المجالات المتخصصة، ولا ترفض عيادة MCC الطبية الخدمة لأي مريض غير قادر مالياً على تحمل نفقاتها. يُطلب للمرضى المحتاجين مساعدة مالية بملى طلب الزكاة أو الصدقة، من مركز الجالية المسلمة قبل مواعدهم المقرر.

¹ - لمزيد تفصيل يرجع للموقع السابق.

² - The Muslim Community Center Medical clinic : www.mccclinic.org

وقد حصلت هذه العيادة على مجموعة من الجوائز والاعترافات:

- مايو 2014: جائزة التميز في الرعاية الصحية؛
- يوليو 2013: جائزة المواطن من حاكم ولاية ميريلاند؛
- تشرين الأول 2011: جائزة المجتمع الإسلامي من طرف مجلس العلاقات الأمريكية الإسلامية (كير)؛
- شتبر 2011: تكريم البيت الأبيض لأبطال التغيير؛
- كانون الأول 2010: الاعتراف والتقدير للخدمات المقدمة لمقيمي مقاطعة مونتغومري".

ومن خلال هذه الجوائز التي قدمت لهذه العيادة التطوعية، يتبين لنا ما تبذله الدولة الأمريكية من مبادرات لتثمين جهود المتطوعين مما يشجعهم على المزيد من العطاء.

الفرع الرابع: أسباب نجاح التطوع في المجال الصحي بأمريكا

لقد بيّنا في بداية هذا المطلب أن المعتقد الديني لعب دوراً مهماً في ترسيخ ثقافة التطوع في أمريكا في البداية، وبعد أن برهن القطاع التطوعي عن أهميته في إعانة المسؤولين على تحقيق العيش الكريم لجميع شرائح المجتمع، سارعت الدولة في اتخاذ عدة تدابير للرفع من نسبة المتطوعين وتشجيع المؤسسات الخيرية، ومن أهم هذه التدابير:

* **التربية على التطوع منذ الصغر:** وذلك راجع إلى ما يبذل من طرف الأسرة والمؤسسات التعليمية لغرس ثقافة التطوع في الناشئة منذ صغرهم؛ حيث يتدرب الأطفال منذ مرحلة الروض على أعمال تطوعية برفقة معلمهم وأصدقائهم في القسم سواء داخل المدرسة كتنظيف الساحة والأقسام، أو خارج المدرسة كزيارة الملاجئ والخيريات والمستشفيات والقرى مع تقديم الهدايا في المناسبات للفقراء والمحتاجين.

* **وضع شروط للحصول على دبلوم المرحلة الثانية:** إن كل المؤسسات التعليمية تعمل على غرس ثقافة التطوع عند تلامذتها وطلابها وتشجعهم على القيام بها من خلال عدة أنشطة مندمجة في البرنامج التعليمي¹، كما أن عدداً من المؤسسات التعليمية في أمريكا تلزم الطلاب من أجل الحصول على دبلوم المرحلة الثانوية بالقيام بأنشطة تطوعية، وذلك وفق الشكل الآتي²:

- يلزم على الطالب العمل 20 ساعة على الأقل من العمل التطوعي للتأهل.
- يمكن إكمال المشروع من خلال المشاركة في أنشطة الثانوية، بالإضافة إلى أنشطة مجتمعية أخرى.
- يجب إكمال ساعات المشاركة وخدمة المجتمع خارج ساعات الدرس، وبصفة مجانية.
- ينصح بربط خدمة المجتمع بمسار الطالب (مثلاً العمل بالمهنة التي يريد في المستقبل أو بقضية تهمه مما يجعل الطالب ينخرط بشكل فعال).
- يجب توقيع مشروع خدمة المجتمع من قبل شخص بالغ أشرف على المشروع.

¹ - www.online.college.org//ecs.force.com/mbdata/mbquest3RTE?Rep=SL1301

² - counseling/community.sevice.GraduationRequirement.WWW.Rentonschools.us/page/2208

- يجب على الطلاب تقديم تقرير عن التجربة، والإجابة عن أسئلة مطروحة للتفكير.
 - يتم تسجيل الساعات في برنامج سكاى ورد Skyward وإيداع النموذج في ملفات الطالب التراكمية.
 - يتم إصدار شهادة تقدير لطلاب المدارس الثانوية الذين يستوفون الشروط أسفله:
 - شهادة مؤهلات برونزية للطلاب الذين استكملوا ما بين 80 و 99 ساعة عمل.
 - شهادة مؤهلات فضية لطلاب الذين استوفوا ما بين 100 و 119 ساعة.
 - شهادة مؤهلات ذهبية للطلاب الذين استكملوا 120 ساعة فما فوق.
- كما أن الثانويات تلزم الطلاب الراغبين في الحصول على البكالوريا العالمية بجملة من الشروط، ومن ضمنها الإسهام الفعال بالعمل التطوعي خدمة للصالح العام¹.
- وبما أن البحث يهتم بالخصوص بتطوع الأطباء، سأعرض الشروط المعتمدة لقبول المرشحين لدراسة الطب:

* شروط القبول في كليات الطب²:

بعد دراسة على الأقل لمدة أربع سنوات للحصول على شهادة bachelor سواء في شعبة البيولوجيا علوم الأحياء أو الكيمياء الحيوية وهو ما يكافئ شهادة الإجازة التي يجب اجتيازها بامتياز مع الحصول على نتيجة متميزة بالنسبة لمعدل الفوج. وبعد انتقاء المتميزين يتم إجراء اختبار يمتحن فيه الطالب في عدة مواد: علوم الأحياء والكيمياء الحيوية وعلم النفس وعلم الاجتماع، بعد الحصول على النتائج: يرسل ملف الطالب إلى أرضية plateforme تشمل مواقع كل كليات الطب بالولايات المتحدة الأمريكية، ويتكون الملف بالإضافة إلى النتائج المحصل عليها في الامتحان، جرد للأنشطة التطوعية والمهارية التي قام بها منذ طفولته، ورسالة مفصلة يبين فيها دوافع رغبته في دراسة الطب، وفي حالة قبوله في هذه المرحلة الثانية من طرف إحدى كليات الطب، يستدعى لتجربته معه مقابلات مباشرة ليختبروا شخصيته ونوعية طبعه وتفاعله مع حالات واقعية تعرض عليه خلال المقابلة من طرف فنانين يجسدون الحالات mise en situation، ويطلب من المرشح عرض طرق لحلها، ويحللون طريقة تجاوبه معها، والغرض هو معرفة هل المرشح يتحلى بالجانب الإنساني والصفات النبيلة كالصبر والعطف والرحمة التي تتطلبها مهنة الطب.

¹ - ينظر تفصيل هذه الشروط على الموقع الآتي:

- Community service in the DP/international Baccalaureat, WWW.ibo.org/programmes/diploma.

² - //www.hotcourses.ae/study-in-usa/subject-info/medicine-study-in-usa//: وعدة حوارات مع طلبة الطب في أمريكا.

* اعتماد العمل الخيري المؤسسي في أمريكا:

إن العمل الخيري في أمريكا يعتمد بالخصوص على العمل المؤسسي، حيث تنتهي التبرعات إلى أوعية مؤسسية تتولى إعادة التوزيع وفق استراتيجيات واضحة مبنية على دراسات ميدانية علمية تأخذ بعين الاعتبار احتياجات المجتمع الأمريكي. ولهذا السبب ازدهرت مؤسسات النفع الاجتماعي المانحة التي تتحدد مهمتها في إعادة توزيع ما تحصل عليه من تبرعات لصالح برامج أو مؤسسات خيرية أخرى.

"هذا النوع من مؤسسات القطاع الثالث يوفر الخدمات في الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة تفوق خدمة الحكومة الفيدرالية ويسهم معها في معالجة جشع المؤسسات الربحية، وبهذا يتضح أن الغرب عالج التغول الرأسمالي لشركاته بهذا النوع من المؤسسات والمنظمات غير الربحية لتكبح جماح سيطرة السوق الاقتصادي على الإنسان خلافاً للعالم العربي والإسلامي الذي يستورد هذه الرأسمالية في اقتصاد السوق دون العمل على إيجاد جامعات ومستشفيات ومؤسسات غير ربحية كافية تحقق التوازن لصالح الإنسان وتتميته¹.

* سنّ قوانين تشجع على التطوع:

إن توسع المؤسسات الوقفية ورسوخ ثقافة التبرع في المجتمع الأمريكي المعاصر له علاقة كذلك بالدور الذي لعبته الدولة لتأمين بيئة تشريعية، وقانونية ملائمة لهذه الثقافة بل ومشجعة لها، من خلال توجيهها الاستراتيجي في دعم فعالية المجتمع المدني بكونه الأداة الرئيسية للوصول إلى مشاركة حقيقية للمواطن في تقرير مستقبل مجتمعه.

"يعتبر تشكيل المنظمات غير الربحية أحد الحقوق الثابتة لدى المواطنين ويمر الاعتراف بالمنظمات غير الربحية في الولايات المتحدة بمرحلتين: في المرحلة الأولى تتال المنظمة الصفة القانونية الأولية على مستوى حكومة الولاية، وفي المرحلة الثانية تتال المنظمة وضعاً خاصاً مثل الإعفاء من الضريبة على مستوى الحكومة الفدرالية إلى جانب شروط الإعفاء الضريبي الخاصة بكل ولاية. والنزعة الغالبة لدى المنظمات خلال النصف الثاني من القرن العشرين؛ هي الحصول على صفة قانونية رسمية واعتراف رسمي بها ككيانات معفاة من الضرائب من قبل سلطات الضريبة الفدرالية، وذلك طبقاً لقانون ضريبة الدخل وخاصة الذي يرمز إليه بـ 501 C3. ويشترط هذا القانون أن تكون المؤسسة أو المنظمة غير ربحية، لا تعمل بالسياسة حتى تتمتع بالإعفاء الضريبي.

وتشكل المنظمات المعفاة من الضريبة في الولايات المتحدة جزءاً أساسياً من إجمال المنظمات غير الربحية؛ بل يمكن القول إن جميع المنظمات غير الربحية، على اختلاف أسمائها، تشكل من الناحية العملية شريحة واحدة من حيث المعاملة الضريبية. والسبب في ذلك يعود إلى شروط الإعفاء الضريبي في القانون الفدرالي فضفاضة، ويمكن استيفاؤها بيسر، بل وتجعلها مؤهلة أيضاً للحصول على هبات من الأفراد

¹ - القطاع الثالث والفرص السانحة - رؤية مستقبلية -، ص. 73.

والشركات والمؤسسات. ولقد تأسست تلك الإعفاءات الضريبية بناءً على جملة من القواعد القانونية التي تتمحور في جوهرها حول طبيعة المجتمع الديمقراطي؛ الذي يشجع التعددية والتنوع للمؤسسات الخاصة؛ تلك المؤسسات التي تسمح للأفراد بالإنلقاء معاً، لتحقيق أهداف غير تجارية، وبالتالي إن فرض ضريبة على هذه المنظمات يبدو متناقضاً مع هذا المبدأ.

ويجيز القانون الأمريكي تقديم إعفاءات ضريبية مقابل التبرعات المقدمة لفئة معينة من المنظمات غير الربحية. وتسري هذه الإعفاءات على ضرائب الدخل والهبات والضرائب على العقار. وتستغل الشركات التجارية هذه الإعفاءات بصورة واضحة، والغرض من هذه القوانين هو استقطاب أصحاب الثروات للتبرع والمشاركة في أداء عدد من الخدمات العامة من خلال منحهم نوعاً من الواجهة الاجتماعية، وبعض الامتيازات الاقتصادية¹.

"ويمكن القول بأن كفاءة المؤسسات الوقفية الأمريكية تنبع في حقيقة الأمر من نوعية علاقتها بالدولة، حيث لا تضارب بينها وبين المؤسسات الحكومية بل نجدها تتخذ توجهات عملية وإن بدت مختلفة، إلا أنها في بعدها الاستراتيجي تتسق مع روح وفلسفة الوقف كما عرفت التجربة الإسلامية، فهي تتكامل في بعض الأحيان مع توجهات الدولة (كما في قطاع التعليم)²، وهي تعوض الدولة في بعض الأحيان الأخرى عندما تشهد المؤسسات الحكومية قصوراً في أداء مسؤولياتها تجاه الشرائح الاجتماعية أو عندما تتعثر آليات السوق، وهي في منحنى ثالث جزء من إعادة توزيع الثروة وتأكيد مبدأ العدالة الاجتماعية، وهي أخيراً صمام أمان اجتماعي يسمح للأمريكيين بالمشاركة بشكل مباشر في الإدارة المدنية لدولتهم"³.

المطلب الثاني: التطوع في المجال الصحي ببريطانيا:

الفرع الأول: منشأ ثقافة التطوع في بريطانيا ومراحل تطور القطاع التطوعي

حتى منتصف القرن الثامن عشر، كانت الأعمال الخيرية في أوروبا عامة وبريطانيا خاصة تتم من خلال أبرشيات الكنائس، وهي بمثابة مركز تابع للكنيسة. وكانت مسؤولة عن التعليم والصحة والسكن وحتى السجون، وتأسست المشور Almouchouses في جميع أنحاء أوروبا في العصور الوسطى، وهي مكان لتوفير الإقامة للفقراء والمسنين وغيرهم. وفي عصر النهضة الأوروبية، أصبح النشاط الخيري ممارسة ثقافية واسعة الانتشار وخاصة بين الأغنياء... وقد وجه هذا النشاط الاجتماعي الجديد إلى إنشاء منظمات خيرية تكاثرت

¹ - إبراهيم البيومي غانم، تجديد الوعي بنظام الوقف الإسلامي، ط. 2، دار البشير للثقافة والعلوم، 1437هـ/2016م، سلسلة الوعي الحضاري (16)، ص. 224-227.

² - تعتبر المؤسسات القومية للعلوم (NSF) The National Science Foundation أحد الأمثلة البينة على التكامل بين الأجهزة الحكومية والجامعات (بما فيها الوقفية)، حيث تمول هذه المؤسسة الحكومية المستقلة التي تأسست سنة 1950 خُمس الأبحاث والمشاريع العلمية (20%) التي تقام في جامعات ومراكز البحث داخل الولايات المتحدة الأمريكية بميزانية قدرت سنة 2010 بـ 6,9 مليار دولار.

³ - طارق عبدالله، هارفارد وأخواتها: دلالات الوقف التعليمي في الولايات المتحدة الأمريكية، مجلة أوقاف عدد 20، السنة 11، جمادى الأول 1432هـ/مايو 2011م، ص. 49.

من منتصف القرن الثامن عشر. وأسفر هذا التوجه على إدماج المنظمات الخيرية الأولى، فقد قام الكابتن توماس كورام الذي راعه عدد الأطفال المهجورين الذين يعيشون في شوارع لندن، بإنشاء مستشفى فوندلينغ Founding Hospital عام 1741 لرعاية هؤلاء الأيتام. وكانت أول جمعية خيرية من هذا القبيل في العالم، وسابقة للجمعيات الخيرية المرتبطة في كل مكان¹.

كانت إنجلترا سباقة في العمل الخيري، ودفعتها التجربة في هذا المجال إلى البحث في سبل تطويره والعمل على التنسيق بين الهيئات الخيرية؛ ففي النصف الثاني من القرن التاسع عشر ظهرت في إنجلترا اتجاهات لتكوين أجهزة لتنظيم الرعاية فأوصى "سولي H. Solly" بإقامة جهاز لتنسيق العمل بين الهيئات التي تساعد المحتاجين، وفي عام 1868 تَكَوَّن في لندن هذا الجهاز تحت اسم "جمعية تنظيم الإحسان" وكان عقلا المدبر هو سكرتيرها "تشارلس لوتش Charles Lotch". وقد باشرت الجمعية عملها مسترشدة بأراء "تشارلمرز Chalmers" التي نادى بأن الفرد هو المسؤول عن فقره ويجب عليه مادام قادراً صحياً أن يعمل ليعول نفسه، وأن الإعانات التي تعطى للفقراء تحطم معنوياتهم وأخلاقهم وتشجعهم على أن يصبحوا كسالى. ولذلك كانت الجمعية تقوم ببحث حالات المتقدمين لطلب المعونة وتقرر الإعانات لمن يثبت عجزه عن العمل، ولم تكن الجمعية تمنح الإعانات مباشرة، بل كانت توصي جمعيات خيرية معينة بصرفها للمحتاجين².

وكان الميل آنذاك إلى التمييز بين "الفقراء المستحقين" الذين يتم توفير الإغاثة المناسبة لهم، و"الفقراء المحسنين" الذين اعتبروا سبباً لمشاكلهم من خلال كسلهم.. ومع نهاية القرن التاسع عشر تغيرت المواقف تجاه الفقراء مما أدى إلى الإصلاحات الاجتماعية الليبرالية. وقد أنشئت لجنة الجمعيات الخيرية Charity commission لأول مرة بموجب قانون الصناديق الخيرية، وهي الجهة المخولة بوضع القوانين المنظمات الخيرية مثل أوكسفام عام 1947 إلى حد كبير، وأصبحت منظمات دولية كبيرة غير حكومية متعددة الجنسيات تتمتع بميزانيات كبيرة جداً³.

وتشير العديد من الدلائل إلى أن استفادة الأوروبيين من الإبداعات التي وصلت إليها الحضارة الإسلامية لم تنحصر في العلوم التطبيقية، بل وكذلك كانت في مستوى القوانين وفقه المعاملات. "وليس أدل على ذلك من استفادة الأوروبيين من نظام الوقف إبان تواجدهم في ديار الإسلام منذ القرن العاشر الميلادي، وبالتحديد أثناء فترة الحروب الصليبية. ويؤكد Gary Watt أن صيغة التراست (Trust) في أوروبا تجد أصولها في العادة التي دأب عليها الصليبيون المتوجهون إلى بيت المقدس، حيث كانوا يعهدون إلى

¹ - العمل الخيري نظرات نقدية وتطلعات مستقبلية، ص. 38.

² - طريق الخدمة الاجتماعية، ص. 143.

³ - العمل الخيري نظرات نقدية وتطلعات مستقبلية، ص. 40.

بعض "الأمناء (trustees)" لإدارة ممتلكاتهم وإسناد ريعها إلى عائلاتهم إلى حين عودتهم¹. ولقد أثبت الباحثون الغربيون بما لا يدع مجالاً للشك، أن كلية أكسفورد العريقة في بريطانيا قد أسست عقد الأمانة (Trust) لها حسب النموذج الإسلامي للوقف، علماً بأن عقد الأمانة لجامعة أكسفورد يعد أول عقد أمانة تم تأسيسه في الدول الغربية².

ولقد استعملت العديد من العبارات القريبة من الوقف عند الغرب منها:

1- endowment أي الهبات الدائمة: تتصف الهبات الدائمة بالديمومة مع وجود قيود شديدة على التصرف في أصولها وريعتها وطرق استثمارها، كما تخضع الهبات الدائمة إلى إدارة مالية صارمة فلا يجوز لها الدخول في استثمارات عالية المخاطر، وهي تكون على شكل ودائع طويلة الأجل مع نسب فائدة ثابتة في المؤسسات المالية الخاضعة إلى إشراف الحكومة التي تقوم بتأمين ودائعها. فعبارة "endowment" لا تشير إلى الهيئة أو المؤسسة وإنما إلى مال مملوك لها، أو أنه يوهب أو يعطى لها. ويكمن الاختلاف بين الهبات الدائمة في الغرب والأوقاف الإسلامية في سبل استثمار الأصول الوقفية أو الفائدة الربوية، حيث تستثمر الأوقاف الإسلامية في مشاريع ومجالات وفق مبادئ الشريعة الإسلامية.

2- مصطلح: trust أي الأمانة الوقفية: ومعناه اللغوي: وقف، ثقة، أمانة. يقوم المالك بنقل السيطرة القانونية على ملكه إلى شخص يسمى الأمين أو الوصي الذي يباشر سلطاته بإدارة واستثمار المال لحساب المستفيدين الذين حددهم المالك، وينقسم الترسر بحسب المستفيدين منه إلى: الترسر الخاص والترسر الخيري أو العام.

- الترسر الخاص: وهو شبيه الوقف الأهلي أي توزع منافعه على أشخاص معينين كالورثة.

- الترسر الخيري أو الترسر العام: ويكون الغرض منه تحقيق نفع عام للمجتمع وهو شبيه بالوقف الخيري.

3- مصطلح: foundation أي المؤسسة الوقفية: تعريفها مشابه للوقف الخيري، من حيث أنها لا توزع أرباحاً، لكنها تحبس أصولاً مالية وقفية في يد أوصياء أو قيمين للإنفاق من ريعها على خدمات خيرية بعينها، مثل المستشفيات أو الجامعات أو الخدمات الاجتماعية كالملاجئ. وتندرج تحت هذا المعنى جميع

¹ - طارق عبدالله: هارفارد وأخواتها: دلالات الوقف التعليمي في الولايات المتحدة الأمريكية، مجلة أوقاف عدد 20، السنة 11، جمادى الأولى 1432هـ/مايو 2011م، عن:

Gary Watt, Trust and Equity, Oxford University Press, 2003, UK, p. 8.

² - فؤاد عبد الله العمر، إسهام الوقف في العمل الأهلي والتنمية الاجتماعية، سلسلة الدراسات الفائزة في مسابقة الكويت الدولية لأبحاث الوقف (1)، إدارة الدراسات والعلاقات الخارجية - الأمانة العامة للأوقاف 1431هـ/2010م، ص. 94 عن:

Guadlosi, M.(1988),The Influence of Hslamic Law of Waqf on the development of the trust in England The Case of Merton College, Université of Pennsylvania Law Review, Bol.136,No.4M 1231-61.

أشكال المؤسسات الوسيطة، كالمؤسسات المستقلة التي تمنح معونات خيرية ذات أهداف اجتماعية، والمؤسسات الوقفية التابعة للشركات، والمؤسسات التشغيلية التي يقتصر عملها على تقديم الخدمات الصحية والتعليمية والدينية وغيرها.

والأمانات الخيرية كلها لديها أصول وقفية استثمارية أو استعمالية لتحقيق أهدافها المباشرة. الأمر الذي يجعل جزءاً من مواردها من عوائد هذه الأوقاف¹

"وأهم ما يميز هذه المؤسسات ست خصائص وهي: (1) الشخصية القانونية المستقلة؛ (2) المسؤولية المحدودة؛ (3) عدم محدودية مدة الشركة؛ (4) تداول أسهمها؛ (5) كثرة عدد المساهمين في العادة؛ (6) الفصل بين الإدارة والملكية في العادة أيضاً. وقد نشأت أيضاً مؤسسات مغلقة تتعدى فيها الخصائص الثلاثة الأخيرة. ويلاحظ أن هناك بعض التشابه بين هذه المؤسسات والوقف، من حيث وجود ذمة مالية لكل من الوقف والمؤسسة مستقلة عن ذمة المدير، والفصل بين الإدارة والملكية، وعدم محدودية عمر كل من المؤسسة والوقف"².

وتهتم المؤسسات الوقفية بالمجالات التي تبين الدراسات الميدانية الحاجة إليها، ومن أهم المجالات التي اهتمت بها الخدمات الإحسانية في بريطانيا منذ نشأتها الرعاية الصحية للفقراء والمحتاجين.

وسأخصص الفرع الثاني من هذا المطلب لعرض آليات التطوع في المجال الصحي ببريطانيا، أتناولها وفق نفس المنهج الذي اتبعته بالنسبة لأمريكا.

- حجم التطوع في المجال الصحي ببريطانيا.

لا يختلف الأمر في بريطانيا عن الولايات المتحدة الأمريكية من حيث ارتفاع نسب المقبلين على العمل التطوعي، وحسب الإحصاءات والتقارير الأخيرة حول العطاء الخيري في المملكة المتحدة NPT³.UK

- تبرع (60%) من البريطانيين للجمعيات الخيرية في سنة 2017.
- كان متوسط مبلغ التبرع الشهري في عام 2017 هو 44 جنيهًا إسترلينيًا.
- ارتفع إجمالي العطاء الخيري بنسبة 2.9% في المملكة المتحدة غير الربحية في عام 2017.
- يفضل الشباب التطوع في مؤسسات الرعاية الصحية الجسدية والعقلية، وملاجئ المشردين واللاجئين، والمؤسسات التعليمية، بينما تفضل الفئة العمرية الأكبر سنًا المستشفيات، والإغاثة في حالات الكوارث، والجمعيات الخيرية الدينية.
- زاد العطاء عبر الإنترنت في عام 2018 بنسبة 17% مقارنة بعام 2017.

¹ - الوقف الإسلامي تطوره - تتميته - إدارته، ص. 61.

² - المرجع نفسه، ص. 126.

³ - زيارة الموقع يوم 15 شتبر 2019 / <https://www.nptuk.org/philanthropic-resources/uk-charitable-giving-statistics/>

- كانت أكبر الزيادات في العطاء عبر الإنترنت بين عامي 2017 و2018 في الفنون والثقافة (5.8%)، والمنفعة العامة والمجتمعية (4.4%) والرعاية الصحية (3.3%).
 - ذهبت أغلب التبرعات إلى البحوث الطبية (26%)، رعاية الحيوانات (24%) وقضايا الأطفال أو الشباب (23%) عام 2017.
 - تحصل المنظمات الدينية على أكبر حصة من التبرعات حسب القيمة النقدية: 19%.
 - يفضل معظم المانحين التبرعات النقدية: قام 55% من المانحين بتقديم تبرع نقدي في الأشهر الـ 12 الماضية.
 - بلغ إنفاق المنح من قبل أكبر 300 مؤسسة في 2017/2016 رقما قياسيا قدره 3.3 مليار جنيه إسترليني.
 - أفاد 38% من المشاركين في الاستطلاع بأنهم تطوعوا مرة واحدة على الأقل خلال الاثني عشر شهرا الماضية.
 - أفاد 22% من المشاركين في الاستطلاع بأنهم تطوعوا مرة واحدة على الأقل شهريا في 2017-2018.
- إن تجربة بريطانيا في العمل الخيري جاءت نتيجة وعي بضرورة رد الجميل للمجتمع، ونفع أفرادهم بتقديم المساعدة للمحتاجين منهم، ويقول خبراء علم النفس إن المردود المعنوي للعمل التطوعي يفوق العائد المادي بكثير في أهميته وفائدته. ومن أهم المجالات التي يتبرع لها البريطانيون الصحة، وسنخصص الفقرات الموالية لعرض نماذج لمنظمات خيرية بريطانية مهتمة بالصحة ولأطباء بريطانيين متطوعين.

الفرع الثاني: نماذج مؤسسات غير ربحية بريطانية مهتمة بالمجال الصحي

🇬🇧 مؤسسة المساعدات الخيرية (CAF)¹:

وهي منظمة دولية خيرية غير ربحية تتمتع بخبرة تزيد عن تسعين عامًا، نشأت في المملكة المتحدة، وتعمل على إعطاء المزيد من الفعالية والنجاح للجمعيات الخيرية، وتسخير المعرفة والخبرة المحلية لدعم العطاء المستدام في جميع أنحاء العالم. تعمل مع أكثر من 7000 شركة وإدارة، وتقدم أكثر من 2,5 مليار جنيه إسترليني للجهات المانحة والجمعيات الخيرية، ودعم أكثر من 50000 منظمة غير ربحية ومؤسسات اجتماعية في أكثر من 100 دولة، ولها بنك CAF هو بنك للأعمال الخيرية والمنظمات غير الربحية؛ مكرس لخدمة القطاع وتقديم الخدمات المصرفية حسب رغبات العملاء: حساب توفير، إمكانيات الاقتراض... إلخ.

¹ -// www.cafonline.org/about-usK/. تمت زيارة الموقع 16 يونيو 2018.

وتوفر المؤسسة صندوق CAF الخيري، وهو ذو فعالية ضريبية وسهل الإعداد، كما تشجع المؤسسة الشركات للمزيد من العطاء باعتبارها شريكا موثوقا به، لديها أكثر من تسعين عاما من الخبرة وهي الرائدة في المملكة المتحدة في إدارة رأس المال الخيري، فهي رائدة في توجيه الأموال بأمانة وفعالية إلى المنظمات الخيرية في المملكة المتحدة وحول العالم؛ ولقد تمّ توزيع ما يقرب من مائة وستين مليون جنيه استرليني من التبرعات الخيرية للشركات خلال سنتي 2016/2015.

كما تقوم المؤسسة بعدة أبحاث ودراسات للتحقيق وزيادة فهم العطاء الخيري، وتقدم هذه الأبحاث والتحليلات مجانا للجميع، لأنها تساعد في التأثير على قرارات المؤسسات الخيرية والشركات والجهات المانحة وواضعي السياسات والباحثين والصحفيين في جميع أنحاء العالم¹.

ومن بين الدراسات التي تقوم بها: «مؤشر الإحسان العالمي كاف» CAF World Giving Index، يدرس هذا المؤشر كيف ولماذا يقدم الناس في جميع أنحاء العالم الأعمال الخيرية؟ وهكذا نلاحظ أن هذه المنظمات الخيرية، بالإضافة إلى تقديم الإغاثة والمساعدة في المجال الاجتماعي فهي كذلك تقوم بدراسات علمية من أجل تطوير القطاع الخيري وتنميته ليساير تغير احتياجات المجتمعات ومتطلباتها.

🚩 صندوق الملك <TheKingsFund>²:

يعتبر صندوق الملك، مركزاً فكرياً مستقلاً في إنجلترا. وقد تأسس عام 1897 بصفته مبادرة من «أمير ويلز» Whals، آنذاك للسماح بتجميع الأموال وتوزيعها دعماً لمستشفيات لندن. وكان الغرض الأساس منه جمع الأموال لمستشفيات لندن التطوعية، والتي كانت في ذلك الوقت الوحيدة التي تقدم الخدمات الصحية للفقراء في العاصمة. وكفلت أيضاً أن توجه التبرعات التي يتم جمعها إلى المستشفيات الأشد حاجة.

وأدى إنشاء دائرة الصحة الوطنية (NHS) عام 1948، وهي خدمة وطنية مفتوحة للجميع ممولة من الضرائب، إلى إعادة تقييم الدور الخيري للصندوق، وفتح إمكانية قيادته نحو اتجاهات جديدة لعمله؛ فبدأ الصندوق في تركيز خبراته وموارده على تطوير الممارسات الجيدة في دائرة الصحة الوطنية، على سبيل المثال من خلال الدورات التدريبية، وعلى المنح المصممة لدعم المبادرات الجديدة لتحسين صحة لندن.

ومنذ عام 1997، عمل الصندوق مع شركة غلاكسو سميث كلاين لتمويل جائزة سنوية لمكافأة المؤسسات الخيرية الصحية الصغيرة والمتوسطة والتي تعمل على تحسين صحة الناس.

¹ -// www.cafonline.org/about-us/

² -// <https://www.kingsfund.org.uk/> عن دور المؤسسات الوقفية في الخدمات الصحية- نماذج وتجارب عالمية-

وتبلغ الميزانية السنوية أكثر من 15 مليون جنيه إسترليني، وتعمل على دمج ثقافة تحسين الجودة في الخدمات الصحية، والسلوكيات القيادية عند مقدمي الخدمات الصحية الوطنية عالية الأداء، وكذلك على إثراء النقاش حول مستقبل الصحة العامة وصياغة برنامج عملها.

الفرع الثالث: نماذج أطباء بريطانيين متطوعين:

🇬🇧 الدكتور ديفيد نوت David Nott¹:

هو أحد الأطباء المتخرجين من جامعة مانشستر، في عام 1992 حصل على شهادة من الكلية الملكية للجراحين في إنجلترا ليصبح جراحًا استشاريًا.

خلال السنوات الثلاث وعشرين الماضية، حصل ديفيد على إجازة غير مدفوعة الأجر كل عام للعمل مع وكالات الإغاثة أطباء بلا حدود، واللجنة الدولية للصليب الأحمر، وسوريا للإغاثة. وقدم العلاج الجراحي لضحايا الصراع والكارثة في البوسنة وأفغانستان وسيراليون وليبيريا وساحل العاج وتشاد ودارفور واليمن وجمهورية الكونغو الديمقراطية وهايتي والعراق وباكستان وليبيا وسوريا وجمهورية أفريقيا الوسطى وغزة ونيبال، بالإضافة إلى علاج ضحايا الصراع والكوارث وجمع مئات الآلاف من الجنيهاات الخيرية، يقوم ديفيد بتدريس مهارات جراحية متقدمة للأطباء والجراحين المحليين عندما يكون في الخارج. في لندن، يدرس مهارات الصدمة الجراحية النهائية والتدريب الجراحي لدورات في الكلية الملكية للجراحين. وفي عام 2015 أسس ديفيد وزوجته مؤسسة ديفيد نوت، لتزويد الجراحين والأطباء بالمهارات التي يحتاجون إليها للمساعدة في مناطق الصراع والكوارث في جميع أنحاء العالم. بالإضافة إلى توفير أفضل رعاية طبية في مناطق الحروب².

🇬🇧 أطباء حول العالم "Doctors Worldwides" (DWW):

هي جمعية تأسست سنة 2000 بالمملكة المتحدة، من طرف أطباء، قصد خدمة المجتمعات المحتاجة من خلال توفير الإغاثة الطبية المستدامة وبرامج التنمية الصحية في جميع أنحاء العالم. ثم أسست لها فروعاً عدة في مختلف دول العالم: أطباء حول العالم بتركيا، كينيا، باكستان والولايات المتحدة الأمريكية، وقامت المنظمة حتى الآن بمشاريع في مختلف أنحاء العالم: آسيا والشرق الأوسط، أمريكا اللاتينية وأفريقيا. وكان الهدف من كل مشروع مساعدة الساكنة المحلية على تطوير واستدامة الخدمات الصحية، مثل: تشييد دار الأم والمستشفيات، كما استجابت للنداءات في حالات الطوارئ والكوارث الخطيرة كمجاعة شرق أفريقيا سنة 2011، وفيضانات باكستان 2010 و 2011، وهايتي 2010، وزلزال

¹ -//en.wikipedia.org/wiki/David_Nott

² -//davidnottfoundation.com

كشمير في عام 2005 والتسونامي الآسيوي في سيريلانكا عام 2005. وتفتح المنظمة باب التسجيل للأطباء المتطوعين عبر بوابتها الإلكترونية ويندرج عمل كل طبيب متطوع في الجوانب الآتية: مهام إدارية (20%)، ومهام تعليمية (80-70%)¹.

الفرع الرابع: أسباب نجاح التطوع بريطانيا

* سن قوانين مشجعة للتطوع: "لعل أول إشارة إلى الوقف في القوانين الغربية كانت في التشريعات الإنجليزية التي صدرت عام 1601م وتضمنت قانون الاستخدامات الخيرية التي جاء فيها بيان لطبيعة الأعمال الخيرية بموجب القانون"².

"وتطور هذا القانون على مر السنين ليصبح عملاقاً، حيث توجد داخل القطاع الخيري البريطاني منظمات خيرية كبيرة جداً تعمل على تطوير القطاع بالتدريب والبحث والدراسات وبناء المعايير المهنية مثل المجلس الوطني للمنظمات الخيرية NCVO، ومؤسسة مساعدة المنظمات الخيرية CAF، ورابطة المنظمات الخيرية المانحة ACF، ومعهد جمع التبرعات IF، ومركز أبحاث التطوع IVR، ومركز أبحاث القطاع الثالث TSRC، إضافة إلى عشرات البرامج التعليمية الجامعية والعليا المتخصصة في مجالات الإدارة للمنظمات الخيرية.

وتبذل بريطانيا جهوداً كبيرة لتشجيع مواطنيها على الإقبال على العمل التطوعي، وفي هذا الصدد فإن الحكومة البريطانية توفر أكثر من 4500 منحة وبرنامج مالي للمنظمات المحلية، خلال عام واحد تقدر بمليارات الجنيهات، لنشر ثقافة العمل التطوعي في المجتمع.

وتمنح المنظمات الحيوية الكثير من الاستثناءات والإعفاءات. فوفقاً لمرسوم ضرائب الدخل والمؤسسات لعام 1988م، يتم منح الجمعيات الخيرية إعفاءات محددة من ضرائب الدخل. وعادة ما تُعفى الجمعيات من ضريبة الدخل الرأسمالية بموجب مرسوم الكسب الخاضع للضرائب والأجور لسنة 1992م. وتقوم الجمعيات الخيرية بتقديم بعض السلع والخدمات بثمن منخفض حتى تكون معفاة من ضريبة القيمة المضافة VAT.

أما الإعفاءات الضريبية الأخرى فتشمل الطوابع الضريبية، وطوابع المراهنات، وإعفاء بعض الأفراد المتبرعين من ضريبة الدخل؛ وإن كان ذلك مقابل شروط معينة من بينها ألا تقل قيمة المبلغ المتبرع به عن 250 جنيهاً إسترلينياً³.

* غرس ثقافة التطوع عند التلاميذ في المؤسسات التعليمية:

تولي وزارة التربية والتعليم اهتماماً بالغاً للعمل التطوعي في وضع مناهج وبرامج مدرسية تهدف إلى تعميق ثقافة التطوع والعطاء لدى التلاميذ والطلبة في المدارس الحكومية والخاصة. ومن المبادرات

¹ - www. DOCTORS WORLDWIDES.org

² - القطاع الثالث والفرص السانحة، ص. 74.

³ - تجديد الوعي بنظام الوقف الإسلامي، ص. 152، عن الدليل الدولي للمنظمات غير الحكومية ص. 546، 547-549-551.

التطوعية التي يقوم بها الشباب: جمع التبرعات من المنازل لصالح منظمة أو جمعية خيرية، تقديم خدمات في دار رعاية اجتماعية، قراءة كتاب لضرير، تسلية أطفال في دور الأيتام. وتذكر أ.غ وهي طالبة إعدادي، ومتطوعة لجمع التبرعات من المنازل لصالح منظمة "أبحاث السرطان" (cancer research)، أن عملها التطوعي هو جزء من مقررها المدرسي، وعليه، يجب أن تعمل مدة خمسين ساعة في السنة، وتدعم ذلك برسالة تعهد وتقرير مفصل من الجهة التي تقوم بالعمل لصالحها¹.

* شروط قبول الطلبة في كليات الطب ببريطانيا:

من المعروف أن نظام تعليم الطب البريطاني من أحسن الأنظمة الأكاديمية بالعالم. إلا أن دراسة الطب في بريطانيا قد تعتبر من أكثر التخصصات تنافسية في المملكة المتحدة، وعلى المترشح تتبع جميع مراحل الانتقاء: فالى جانب المردود الأكاديمي العالي بالثانوية، يتم تقديم البيان الشخصي: هو شرح رغبة المتقدم ودوافعه لدراسة الطب واتخاذ المواقف المناسبة عند ممارسة المهنة كما يفضل بالإضافة الى ذلك، استعراض الهوايات والنشاطات الشخصية كالسفر والمقدرة على العمل بروح الفريق الواحد ومهارات التخاطب والقيادة، ومجموع الأعمال التطوعية التي سبق أن قام بها خصوصا في الرعاية الصحية؛ حيث إن الطلاب المتقدمين لدراسة الطب يتم تشجيعهم على الحصول على الخبرة العملية قبل البدء بدراسة الطب حتى يقرروا بأن الطب هو اختيارهم المهني والالتزام بدراسته. هناك عدة طرق تمكن الطالب من الحصول على الخبرة العملية وذلك من خلال العمل التطوعي أو مساعدة الأطباء في مكان معترف به كالمستشفيات ومنازل الرعاية الصحية وعيادات طبيب العائلة.

بالإضافة إلى المتطلبات التي تم شرحها سابقا فإن الجامعات تطلب من المتقدمين لدراسة الطب أن يتقدموا لاختبارين وإجراء مقابلات طبية متعددة MMI.

UKCAT :UK Clinical Aptitude Test: يتم عبر الانترنت، ويعتبر هذا الاختبار أحد معايير اختيار الطلاب المتقدمين لدراسة الطب في 26 جامعة لتقييم مدى تحلي الطالب المرشح لدراسة الطب بسمات وصفات أخلاقية تمكنه من توفير الرعاية الصحية للمرضى، وكذلك يتم من خلال هذا الاختبار تقييم القدرات العقلية والتفكيرية (التفكير الناقد، والتفكير المنطقي)، والمهارات التحليلية للمرشح. حيث يركز هذا الامتحان على اختبار القدرة الأكاديمية والكفاءة المهنية للمتشحين. إلى جانب تقييم قدرتهم على فهم مواقف الحياة وتقييم السلوكيات اللازمة للنجاح في مهنة الطب.

BMAT :Bio Medical Admissions test: هو اختبار يحدد القدرة الأكاديمية للمتقدم، ومستوى التحدي الذي سيواجهه الطالب أثناء دراسته العلوم الطبية حتى تتم المفاضلة بين الطلاب المتقدمين، وبعد اجتياز هذه الاختبارات، يتم انتقاء الطلبة المتميزين، لعقد مقابلات طبية متعددة مباشرة معهم، MMI لاختبار قدرتهم من خلال سلسلة من السيناريوهات الأخلاقية وحل المشكلات. لن تستغرق العملية بأكملها أكثر من ساعتين، يجتاز خلالها المرشح عشر مقابلات MMI، مع أن كل تقييم لا يدوم لمدة عشر دقائق، يؤخذ

¹ - لندن - لارا إدريس 26 سبتمبر 2017.

بالاعتبار البيان الشخصي الذي قدمه المرشح في المقابلة، وتطرح عليه أسئلة للتأكد من مدى انخراطه في الأنشطة التي قام بها.

تسعى MMI إلى دراسة قدرة المرشح على التعاطف وحل المشكلات ومدى تحليه بالقيم الأخلاقية والتواصلية، والغرض من هذه المقابلات هو انتقاء الطلبة المتميزين بروح الإنسانية والأخلاق الحسنة التي تؤهلهم لحسن رعاية المرضى عندما يصبحون أطباء في المستقبل.

المطلب الثالث: العمل التطوعي في المجال الصحي في تركيا الفرع الأول: تاريخ الأوقاف في تركيا

ليست تركيا اليوم هي تركيا وقت الخلافة العثمانية، ولكن امتداد لها. والخلافة العثمانية هي في حقيقتها جزء من تاريخ الحضارة الإسلامية الممتدة، بدءاً من القرن الإسلامي الثاني وحتى الوقت الحاضر.

نهجت الدولة العثمانية طيلة ستة قرون، سياسة التوفير ومنع تراكم الثروة بيد فئة معينة، كما منعت الدولة العثمانية الأغنياء من بناء العقارات الكبيرة والأسواق التجارية الضخمة إلا أنها سمحت للأوقاف بذلك. وكانت ميزانية الأوقاف تساوي ثلث ميزانية الدولة، وفي القرن التاسع عشر كان ثلث الأراضي الزراعية تابعاً للأوقاف، والواقفون كانوا من السلاطين ونساء السلاطين ورجال الدولة والعلماء وأبناء الشعب. كما كان في القرن نفسه 15% من العاملين يأخذون الرواتب من الأوقاف التي كانت عبارة عن خدمات دينية وتعليمية وصحية وعسكرية، وكذلك خدمات لتنمية البنيات التحتية والأشغال العامة.

واستمر اهتمام السلاطين العثمانيين بالوقف ومؤسساته حتى صار الوقف صفة ملازمة لهم، واتبعهم في ذلك بعض أمهات السلاطين وزوجاتهم، حيث وقفن أوقافاً كثيرة من مدارس وجوامع ومستشفيات وغيرها، وعرفت هذه الأوقاف "بأوقاف السلاطين" .. وقد وقفت والدة مراد الثالث، والدة السلطان عبدالمجيد، والسلطانة حفيظة، والسلطانة توريانة والتي بقي مستشفاهما وجهازه التعليمي حتى إلغاء نظام الوقف عام 1928. ومن ذلك أننا نجد المرأة العجوز الوحيدة التي تملك بيتاً له ثلاثة غرف، تقف منها غرفتين مشاركة منها في الوقف، ودليلاً على أن الذين لا يستطيعون القيام بمؤسسات ضخمة للأوقاف في المجتمع العثماني لم يتخلوا عن المشاركة المتواضعة في المؤسسات الخيرية..¹

وفي أواخر الدولة العثمانية ولأسباب داخلية وخارجية، فقدت الأوقاف قوتها وأغلقت، ومع تغيير النظام في تركيا بعد الدولة العثمانية، لم يبق إلا قليل من الأوقاف الدينية التي استمرت في خدمة المجتمع. كما مُنع مسمى "الوقف" وسميت الأوقاف بمؤسسات، ولم تسجل بين 1926 و 1967 سوى 202 مؤسسة.

¹ - الثقافة الإسلامية في رعاية الوقف، ص. 120.

ومع تغيير قانون الأوقاف في 1967 أعيد إسم الأوقاف، وسجلت 1721 وقفية من هذا التاريخ إلى 1987م¹:

وأضاف د. عزة شاهين "...وفي ظل توسع المجتمع المدني بفعل الانفتاح على العولمة والسعي نحو الالتحاق بالاتحاد الأوروبي والليبرالية وصل عدد الأوقاف إلى 5053 وقف؛ 1000 منها تعمل في مجال الإغاثة، و4000 الباقية تشتغل في مجالات البيئة والتعليم وحقوق الحيوانات ومجالات مختلفة، ومنها ما يعمل على الصعيد الدولي. ويصل ثمن ملكيات كل الأوقاف في تركيا إلى ما يعادل 55 مليار ليرة تركية، أي ما يناهز 18 مليار دولار أمريكي. ومن أكبر المصادر المالية للأوقاف التركية الشركات الاقتصادية التابعة للأوقاف، حيث تحصل منها الأوقاف التركية على أكثر من 6 مليارات ليرة تركية. وشجعت الدولة الأوقاف بإعفاء 268 وقفا من الأوقاف التركية من دفع الضرائب، مما رفع من حجم المساعدات من قبل الأوقاف التركية حتى وصل إلى 2،3 مليار ليرة تركية. وهذا راجع إلى كثرة المتطوعين الذي يصل إلى أكثر من مليون متطوع يعمل بلا بدل".

"وبناءً على الاهتمام الذي شهدته الأوقاف من الأوساط الشعبية منذ أيام الدولة العثمانية وحتى الوقت الراهن، وبسبب الروح الدينية، فإن أي جمعية خيرية أو تعاونية إذا أنشئت يطلق عليها الوقف... ومن هذا المنطلق يمكن القول بأن هذا المصطلح الإسلامي الرائع قد تحوّل مع مرور الأيام إلى عُرف اجتماعي معمول به، ومنتشر على نطاق واسع من المجتمع العثماني"².

الفرع الثاني: نموذج مؤسسات غير ربحية تركية مهيّمة بالمجال الصحي: هيئة الإغاثة الإنسانية IHH³:

هي أول هيئة دولية في تركيا، تقدم خدمات في مائة وأربعين دولة، تعمل في كل مجالات الإغاثة الإنسانية، وتتعاون مع أربعمئة جمعية في العالم، لها عضوية في الأمم المتحدة ومنظمة التعاون الإسلامي، تأسست عام 1992م، على إثر مأساة القرن التي حدثت في قلب أوروبا في عام 1992م في البوسنة، بغرض مساعدة المسلمين الذين تعرضوا لإبادة حقيقية.

تحمل الهيئة خصائص المؤسسة الوقفية على أسس إسلامية، وتأسست في إطار النظام القانوني التركي، بهدف مساعدة جميع المحتاجين والمشردين والفقراء، حيث تستصحب خلال إقامة أنشطتها الإغاثية وأعمال الدعم معاني التعاون والتضامن.

تتنوع المجالات التي تشتغل فيها هذه الهيئة، ومنها: زيادة الموارد والتبرعات، الإغاثة الطارئة، خدمات الكوارث الطبيعية، الخدمات الصحية والدعم النفسي، الخدمات الاجتماعية، بالإضافة إلى تقديم

¹ - عزة شاهين، التجربة التركية في الأوقاف، ضمن الأبحاث التي قدمت في المؤتمر الإسلامي للأوقاف 18-20 أكتوبر 2016 بمكة، .eicmakkah.com

² - العمل الخيري نظرات نقدية وتطلعات مستقبلية، ص. 47.

³ - www.ihh.org.tr/ar/about-us

الخدمات الإعلامية والدعاية والعلاقات العامة، وخدمات إنتاج المشاريع وتطويرها، ومتطوعو الإنترنت، والخدمات التعليمية والمكتبية والفنية، والاستشارات العلمية وغيرها.

تزاوُل هيئة الإغاثة الإنسانية (IHH) أعمال الإغاثة الإنسانية في كل من تركيا وخارجها على حد سواء، لكن الهيئة تعطي مناطق الحروب والكوارث الطبيعية الأولوية في جميع أعمالها، بغض النظر عن انتمائهم الديني أو العرقي أو اللغوي. كما أنها لا ترتبط بأي جماعة أو حزب سياسي أو حركة أو إيديولوجية.

يتم تنفيذ بعض المشاريع خارج تركيا من قبل موظفي هيئة الإغاثة الإنسانية أنفسهم، وبعضها الآخر يتم تنفيذه بالتعاون مع المؤسسات الشريكة المتواجدة في منطقة التنفيذ، والتي تعرف المنطقة جيداً. تقوم المؤسسات الشريكة وموظفو هيئة الإغاثة الإنسانية (IHH) بإعداد التقارير حول المشاريع التي يتم تنفيذها هناك ومراجعتها باستمرار. وتميزت الهيئة عن غيرها من المؤسسات بالحصول على جوائز دولية وإقليمية ومحلية، أهمها: ميدالية المديرية العامة للهلال الأحمر التركي تحت اسم "الإنسانية في السلام والحرب 2012م"، وجائزة حقوق الإنسان، مقدمة من المجلس الدولي للشباب والثقافة 2010م، و«جائزة الخدمة المتميزة»، مقدمة من البرلمان التركي، كما حصلت على جائزة «أفضل مشروع»، مقدمة من المديرية العامة للهيئات والأوقاف الخيرية عن مشروع إنشاء دار آسيان للأيتام في باكستان 2006م، وجائزة «أفضل مشروع» مقدمة من المديرية العامة للهيئات والأوقاف الخيرية عن مشروع إنشاء معهد التعليم النسائي في الصومال 2006م، وجائزة «أفضل مشروع» مقدمة من المديرية العامة للهيئات والأوقاف الخيرية عن مشروع إنشاء مستشفى متنقل في العراق 2006م، وجائزة «أفضل استخدام للموارد» مقدمة من المديرية العامة للهيئات والأوقاف الخيرية 2005م. وجائزة «الخدمة المتميزة» من البرلمان التركي، وجائزة المؤسسة الأكثر عطاءً وكفاءة في التوزيع...

وقد أسهمت هذه الهيئة في إنشاء العديد من المستشفيات والعيادات ومراكز الرعاية الصحية منها: مستشفى موسياد (باكستان، 2006م)، عيادة التوليد النسائي (العراق، 2006)، مستشفى الشهيد عبد الفضيل الماظ لطب وجراحة العيون (السودان، 2007م)، ترميم وتجهيز مستشفى الرحمة (فلسطين، 2008م)، وغرفة العمليات العينية (باكستان، 2008).... مستوصف دار الأيتام غنجة (أذربيجان، 2008)، مستشفى التوليد النسائي في بيت حانون (فلسطين، 2009م) مستوصف الشهيد نجدة يلدرم (سري لانكا، 2011م)، بناء مستشفى عرسال (لبنان، 2012م)، مستشفى الساد (النيجر، 2013م)، عيادة مصطفى أونال (تنزانيا، 2013م)، مركز الأمومة والطفولة الصحي (أوغندا، 2013)، وحدة العناية المركزة (كشمير، 2013)...

كما حققت هيئة الإغاثة الإنسانية (IHH) سنة 2017م¹، هدفها في إجراء 100 ألف عملية لمرضى الساد (الجلالة) cataracte في إفريقيا، وذلك في إطار حملتها التي أطلقتها عام 2007م بعنوان "إن أبصرتموهم فسببصرون". وقد شملت الحملة 14 دولة إفريقية... وإلى جانب إجراء العمليات للمرضى قامت

¹ - [//www.ihh.org.tr/ar/publish/ihh-annual-report-2017](http://www.ihh.org.tr/ar/publish/ihh-annual-report-2017)

الهيئة بتدريب الكوادر الطبية المحلية في تلك المناطق. وشارك في الحملة كل من المؤسسات المحلية والدولية كوزارة الصحة التركية ورئاسة الوكالة التركية للتعاون والتنسيق (TIKA¹)، ووزارة الصحة السودانية والنيجرية، ومنظمة الصحة العالمية، وبنك التنمية الإسلامي.

ولم تقف مجهوداتها التطوعية في المجال الصحي عند علاج الأمراض فقط، بل شملت جوانب أخرى وهي من محددات الصحة: كتلبية احتياجات المياه؛ ففي عام 2017 تم افتتاح 746 بئر ماء في 20 دولة إفريقية.

وتنظم IHH كل عام حملة "أيام التضامن مع اليتيم" بهدف رفع مستوى وعي المجتمعات حول الأيتام، كما تقوم خلال هذه الحملة بإنشاء معالم الخير (مشاريع التنمية المستدامة) المتعلقة بالأيتام كدور رعاية الأيتام وغيرها. وفي عام 2017م نفذت الهيئة في هذا الإطار 651 مشروعاً في مختلف المجالات التعليمية والصحية والثقافية والاجتماعية. وقد بلغ عدد الأيتام المستفيدين من مشاريع "أيام التضامن مع اليتيم" عام 2017م أكثر من 170 ألف يقيم حول العالم.

الفرع الثالث: نموذج طبيب تركي متطوع: الدكتور سيرهات أونور²

هو أخصائي علم المسالك البولية، رئيس اللجنة الصحية لمنظمة المتطوعين في مستشفى أوسكودار الحكومي. بدأت قصته في التطوع في عام 2008م، حيث ذهب مع أصدقائه في رحلة إلى إفريقيا.

وبسبب الظروف القاسية في المنطقة، حينما احتك بعائلات إفريقيا، وسمع قصص معاناة الأطفال. قال حينها "أبداً" لن أترك إفريقيا؛ إذ ارتبط بالمحتاجين هناك وبمشاكلهم.

أول رحلة له إلى أفريقيا تحققت رفقة أصدقائه قائلاً "نحن ذاهبون إلى سفاري"، لكنه أصبح مدركاً لرحلته الصعبة والشرف التي كلف به، إلا أن وجد نفسه وقد ذهب إلى أفريقيا 23 مرة، بعدما قال من قبل "لا قوة يمكن أن تجليني هنا مرة أخرى".

"عندما نصل إلى أفريقيا، -يقول أونور- نظرة الأطفال الذين أجريت لهم العملية، ملامح الأم والأب المليئة بالامتنان تجعلك تشعر بالارتباط بإفريقيا".

ويرتكز عمل أونور أيضاً على مواصلة التعبئة للعمل التطوعي في جميع الأوقات، وتشجيع الأطباء الذين لم يذهبوا قط إلى المنطقة أو الذين يرغبون في الذهاب إليها. ويعمل على تشجيعهم من خلال الذهاب إلى أفريقيا باستخدام إجازتهم السنوية في البداية، أو من خلال التعيين من وزارة الصحة. وقال د. أونور: "أمل أن تستمر هذه القافلة في السير على المدى الطويل دونما أن تكون مرتبطة بالأشخاص".

¹ - وكالة التعاون والتنسيق التركية: نيكاً: تأسست بتاريخ 24 يناير 1992 لتنسيق علاقات تركيا المتنوعة مع الدول التركية الموجودة في وسط آسيا، ولكن بعد قدوم حكومة حزب العدالة والتنمية عام 2002 وتبنيه سياسة الانفتاح الاستراتيجي توسعت رقعة مجالات عمل نيكاً وخرجت من العمل ضمن نطاق وسط آسيا لتشمل جميع المناطق التي تسعى حكومة حزب العدالة والتنمية للانفتاح عليها بشكل واسع وخاصة منطقة الشرق الأوسط والبلقان وأفريقيا. واليوم تقوم "نيكاً" بمواصلة أنشطتها عبر 56 مكتب برنامج تنسيق في 54 دولة شريكة في التنمية. وتقوم نيكاً بتسيير آلية التعاون بين مؤسسات القطاع العام، والجامعات، ومؤسسات المجتمع المدني، والقطاع الخاص. و تقوم بجمع كل هذه العناصر حول القواسم المشتركة فيما بينها. كما تقوم بتسجيل المساعدات التنموية التي تقدمها تركيا.

² - 28 يوليو 2019. www.google.com/search?source=hp&ei=BjA-XbjCH4aukwXGqpWADw&q

قام الدكتور أونور بـ150 عملية جراحية في إفريقيا إلى حد الآن يناير 2019م، ويقوم بنفس العدد من العمليات في تركيا لمدة 6 أشهر تقريباً.

الفرع الرابع: أسباب نجاح التطوع في تركيا:

* تطور النظم القانونية الخاصة بالمؤسسات الخيرية:

يُعرف قانون الوقف التركي باسم "قانون المؤسسات الخيرية"، وقد مرّ هذا القانون بمرحلتين: الأولى من 1934م إلى سنة 1976م، والثانية من سنة 1976م إلى بدايات القرن الواحد والعشرين. وهذه المرحلة الأخيرة هي التي شهدت طفرة كبيرة في أداء نظام الوقف ومؤسساته بفضل الإصلاحات التي أدخلها البرلمان عليه في سنة 1976م، ومنها النص على إعفاء مؤسسات الوقف من الضرائب العقارية، وفتح باب التبرعات والهبات من الأفراد والشركات للمؤسسات الوقفية. وقد استوعب قانون الوقف التركي الصيغ القديمة للوقف، وأضاف إليها الصيغ الجديدة، وأهمها المؤسسات الخيرية، كما عُني بتعريف أوقاف غير المسلمين ومؤسساتهم الخيرية ضمن القانون نفسه، ولم يعزلها عن الأوقاف أو المؤسسات الإسلامية. يعترف هذا القانون بأن الوقف له شخصية اعتبارية قانونية مستقلة (م/4)، وتتص (م/5) منه أن "تنشأ المؤسسات الجديدة وفقاً لفقرات القانون المدني التركي، ويتم تحديد الأدنى من الأصول والأموال المطلوبة من قبل مجلس الأوقاف الحكومي خلال تأسيس الوقف أو المؤسسة الوقفية. وللمؤسسات الجديدة أن تنشئ لها فروعاً ومكاتب تمثيلية وفقاً للشروط الواردة في حجة الوقف. ويسمح القانون للمؤسسات الخيرية والوقفية التركية بأن تنشئ لها فروعاً ومكاتب تمثيل لها خارج تركيا، كما يسمح بأن تتلقى مساعدات من جهات خارجية، وأن تقدم هي مساعدات لجهات خارجية وفق إجراءات معينة. وللمؤسسات الجديدة أن تنشئ فدراليات وكنفدراليات. وفيما يتعلق بمشكلة تعذر الالتزام ببعض شروط الواقفين، وخاصة في بعض الأوقاف القديمة نتيجة لطول الزمن، وبسبب تغير الظروف الاجتماعية، والاستحالة الاستمرار في الإنفاق على أغراض لم تُعد ذات أهمية، أو زالت من الوجود بالكلية، جاءت (م/15) من قانون الوقف التركي بحل هو أقرب لروح الأحكام الشرعية المتعلقة بنظام الوقف؛ إذ نصت على أنه "عندما يستحيل الوفاء بالشروط الواردة في حجة الوقف الملحق، أو وقف الجماعة الدينية، أو عندما تكون هذه الشروط غير قانونية، أو إذا ظهرت حاجة تدعو إلى تغيير مصرف الوقف، فإن المجلس الحكومي تكون له سلطة تغيير أو تحديث تلك الشروط أو الإعفاء من عبئها على اقتراح من إدارة المؤسسة الوقفية ذاتها، أي بناءً على اقتراح من ذوي الشأن، من ذرية الواقف، أو من الموكل إليهم إدارة الوقف ورعاية مصالحه بموجب شروط الواقفين، وليس بقرار فوق من السلطة الإدارية الحكومية. ونصّ قانون الوقف التركي (م/24) على إلزام المتعاملين مع الأوقاف بالتأجير أو الاستغلال، والمؤسسات الوقفية كذلك بالتأمين على مؤسسات الأوقاف ضد السرقة والحريق والكوارث الطبيعية. ولتوثيق علاقة المؤسسات الخيرية بالسلطات الحكومية المختصة من جهة، وبالمجتمع وقياداته المحلية وتكويناته المهنية والدينية من جهة أخرى، استحدث قانون المؤسسات الوقفية التركي جهازاً سمّاه "مجلس المؤسسات"، وهو عبارة عن مجلس أعلى لصنع القرار للمؤسسات الخيرية والوقفية، ويتكون هذا المجلس من 15 عضواً: خمسة أعضاء يُختارون من مجلس إدارة المؤسسات التابع لرئاسة الوزارة، وخمسة أعضاء يتم تعيينهم من

خلال مرسوم مشترك بناء على اقتراح من رئيس الوزراء ورئيس مجلس شؤون الأوقاف، والخمسة مقاعد المتبقية يتم شغلها من قبل ممثلي المؤسسات الوقفية "الجديدة"، والمؤسسات "القديمة"، والمؤسسات الخيرية للأقليات الدينية.

تتمتع الأوقاف التركية والمؤسسات الخيرية المرتبطة بها بإعفاءات ضريبية متعددة. وقد نصت (م/77) من قانون المؤسسات الخيرية (الأوقاف) التركي على أن تعفى من ضريبة الدخل، ومن ضرائب الشركات: الهبات، والمنح، والنفقات التي يقدمها أشخاص أو شركات من أجل صيانة أو إصلاح، أو ترميم وتصوير الملكية الثقافية التي تنتمي إلى المؤسسات الخيرية والوقفية، وتكون معفية بشكل كامل سواء كانت لها صفة النفع العام أم لم تكن لها هذه الصفة من ضرائب الدخل والشركات¹.

* غرس ثقافة التطوع عند الشباب:

اخترت أن أركز على دور نادي خريجي الجامعات ALUMNI في غرس ثقافة التطوع عند طلاب الجامعة.

يجب الإشارة أن أغلب الجامعات في العالم يوجد بها نادي خريجها (ALUMNI)، ويعمل بصفة عامة على تحقيق الأهداف الآتية²:

- ربط خريجي الجامعة بجامعتهم، وتوعية الخريج بأهمية دوره في خدمة جامعته ووطنه فيما يحقق رقي المجتمع وتقدمه؛
- تقوية العلاقات والتعاون فيما بين خريجي الجامعة، بما يُمكنهم من تبادل الخبرات والمعارف، والتعاون مع الجامعة لتحقيق أهدافها التربوية والثقافية والاجتماعية، والتعاون مع العميد في تأطير الطلبة؛
- السعي لإيجاد الدعم المادي والمعنوي للنادي من أجل القيام بنشاطاته؛ يوظف الخريجون الطلبة لتنظيم أنشطة لجمع موارد مالية لصالح الجامعة أو لخدمة المجتمع، كما يشارك خريجو الجامعة في جميع الخدمات التي تقدمها الجامعة، إما بالتبرع بمبالغ مالية لصالح الجامعة التي تخرجوا منها، أو تمويل أنشطة ثقافية، أو ببناء مدرجات جديدة؛

- نشر قصص النجاح لخريجين سابقين ليصبحوا قدوة للطلبة الحاليين؛

- وفي مجال خدمة المجتمع يهدف النادي إلى تعزيز الإحساس بالمسؤولية لدى الخريجين اتجاه الجامعة والمجتمع وتنمية روح المواطنة لديهم، وإجراء دراسات ميدانية حول المجتمع لتحديد المشكلات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والاستراتيجية لمحاولة إيجاد حلول علمية مما يحقق أهداف التنمية الشاملة، والسعي لاستثمار قدرات الجامعة العلمية والمادية والبشرية لخدمة المجتمع والإسهام في تدريب الكوادر البشرية للعاملين في القطاع العام والخاص ومؤسسات المجتمع المدني والعاملين في الجامعة لتنمية

¹ - تجديد الوعي بالوقف الإسلامي، ص 212/216.

² - <https://www.asu.edu.bh>، زيارة الموقع يوم 23 يونيو 2019.

وصقل مهاراتهم ومعارفهم لضمان مستوى أداء عالٍ، وتحديد فرص التطوع والمشاركة الاجتماعية وتقديمها للطلاب، وتقديم الدراسات والاستشارات والخدمات للوزارات والشركات والهيئات الحكومية والأفراد¹.

و كنموذج عن كيفية غرس ثقافة التطوع عند الشباب في تركيا، سأنتطرق بتفصيل لنموذج نادي

خريجي وقف أصيل Asil Alumni Club:

اخترته لأنها فكرة إبداعية جمعت بين فكرة نادي الخريجين الذي يوجد في الدول الغربية وفكرة الوقف الإسلامي:

شعار نادي خريجي أصيل: "معاً من العلم إلى العمران"، تأسس بهدف تعزيز دور الطلاب في التنمية المجتمعية وتعزيز رغبة العمل التطوعي وخدمة المجتمع وتبادل المعرفة بين الطلاب، ليكون منصة اجتماعية ترفيهية ثقافية تهتم بالجوانب الثقافية والأنشطة الأدبية والفعاليات الفكرية والاجتماعية، لملء أوقات الفراغ لدى الطالب بما يعود عليه بالنفع؛ بحيث تتيح الفرصة للطلاب المشاركة في النشاطات وتنمية المواهب والهوايات، وتعزيز عملية التنشئة الاجتماعية التي تكفل تعايش الطلاب مع المجتمع، وذلك من خلال الفهم السليم للمجتمع وقيمه، مما يجعلهم يتقبلون ذاتهم ومجتمعهم ويتوافقون مع عاداته وتقاليده ويؤثرون فيه إيجاباً، وتفعيل التواصل مع أندية طلابية وشبابية تعمل في نفس الإطار.

ومن أهم الأنشطة التي نظمها النادي خلال سنة 2018م²:

- 19 يناير 2018: نظمت فعالية وضح خلالها مشرفو المسارات ماهية النشاطات التطوعية التي يعنى بها النادي، وخطة العمل التي تم إعدادها. كما قدم مجموعة من الطلاب شرحاً حول أهم التخصصات الجامعية وآفاقها.

- 25 يناير 2018م: مؤتمر (بوصلتك الجامعية)، من أجل تحفيز الطلاب لتحديد أهدافهم وطموحاتهم والعمل بجد لتحقيقها وعدم القبول سوى بالتميز والتألق. وتطرق المؤتمر إلى أهم ما يحتاجه الطالب المقبل على الدراسة الجامعية في تركيا من مرحلة التحضير إلى التسجيل والمفاضلة واختيار التخصص بمشاركة نخبة من الطلاب العرب في أعرق جامعات إسطنبول وتركيا.

- 14 فبراير 2018م مخيم kocaeli في، إيماناً بأن بناء القدرات وتطوير المهارات الشخصية لدى الطلاب يتعزز بتطبيقها العملي في المخيمات. ومن أهم المهارات التي ظهرت جلوية في نشاطاتهم هي (القيادة والإشراف، روح الفريق، المبادرة، الالتزام والتخطيط)؛

- يوم السبت الموافق 2018/04/07 رحلة التميز على متن سفينة "valide sultan" للتعريف بـ

"منحة التميز الكبرى" المقدمة من قبل وقف أصيل؛

¹ - أغلب كبريات الجامعات في العالم يوجد بها نادي ALUMNI، يتكون من خريجي الجامعة من شتى التخصصات والطلاب الحاليين لهذه المؤسسة، بهدف ربط الخريجين بعضهم ببعض من جهة، وبينهم وبين الجامعة والمجتمع من جهة أخرى.

² - www.asilalumni.com وصفحة فايسبوك "نادي خريجي أصيل" ASIL ALUMNI CLUB، زيارة الموقع يوم 29 يوليو 2019.

- شهر أبريل 2018 مشاركة النادي ضمن جناح خاص في معرض الكتاب الدولي في إسطنبول الذي أُقيم في تحت عنوان "بداية الدرب"، حيث تضمنت المشاركة بعض من ابتكارات وتطبيقات الطلاب في المجالات التقنية والعلمية، وتمت الإجابة على العديد من الأسئلة والاستفسارات فيما يخص القبول الجامعي في تركيا، بالإضافة إلى منصة هم الشبابية التي ألقت الضوء على "أهمية الأعمال التطوعية والمبادرات الشبابية وتأثيرها على المجتمع".

- يتعاون طلاب نادي خريجي أصيل في أعمالهم التطوعية مع مختلف الجمعيات والمؤسسات... وتحت شعار "بالتطوع نرتقي"، يشارك طلاب نادي خريجي أصيل بأعمال تطوعية مع مؤسسات مختلفة، يقدمون فيها الفائدة والتعليم المفعمين بالمرح والمتعة للأطفال؛

- في أول أيام عيد الفطر المبارك وتحت شعار: "العطاء أن لا تعيش لأجل نفسك فقط، بل لأجل أمتك، لأجل قيمة تقدمها، ومعروف تساهم بغرسه، لأجل أن يستظل الناس بما قدمت يداك وينظرون لمعروف يعرفون عن صانعه ما تركه من أثر جميل"، لأجل هذا ولأجل زرع الابتسامة على وجوه الأطفال كانت فعالية فرحة ومرحة- التي أقامها متطوعوا نادي خريجي أصيل بمشاركة نادي جيل القرآن Kuran nesli والتي استهدفت الأطفال من عمر 9 وحتى 14 سنة، وتضمنت الفعالية ألعاب ترفيهية للأطفال ومأكولات العيد إضافة لتوزيع هدايا؛

كما ينظم النادي عدة أنشطة ثقافية: مسابقات إبداعية تهدف إلى اكتشاف الشباب الموهوب والمبدع في مختلف المجالات العلمية والثقافية والأدبية، وتنمية مواهبهم وصقلها وتطويرها، وتحت شعار: "لا يصل الناس الى حديقة النجاح، دون أن يمروا بمحطات التعب والفشل واليأس، وصاحب الارادة القوية لا يطيل الوقوف في هذه المحطات"، كرم وقف أصيل نخبة من الطالبات المتفوقات واللاتي حصلن على درجات عالية في اختبارات القبول الجامعي YOS¹.

وهكذا نلاحظ أن الأنشطة المتعددة التي يقوم بها النادي تهدف إلى ملئ أوقات فراغ الطلاب بما يساعدهم على النجاح في مسارهم الأكاديمي، مع تنمية مواهبهم ومهاراتهم وتفعيلها في خدمة مجتمعهم بتوافق مع عاداتهم وثقافتهم ضمانا لفعالية أنشطتهم في التنمية الشاملة والمستدامة لجميع شرائح المجتمع.

¹ - تأسس وقف "أصيل" في إسطنبول كمؤسسة تركية غير ربحية تساهم في تطوير الشباب من خلال دعم التعليم الجيد، ورفع القدرات والتمكين والخدمات المجتمعية والمساهمة دعم نخبة الطلبة ممن لديهم خصائص التميز والإبداع لإكمال الدراسة الجامعية والدراسات العليا في أرقى المؤسسات التعليمية، وتزويدهم بأهم المهارات الشخصية وتحفيزهم لخدمة المجتمع وتطوير ودعم البرامج التي تساهم في التنمية الاقتصادية والخدمية للمجتمعات. ويقدم الوقف المنح التالية: منحة البكالوريوس، منحة الدراسات العليا، منحة البرنامج التنموي (رعاية الطلاب الجامعيين المميزين لتنمية مهاراتهم ليواكبوا العصر ويمارسوا دورهم في المجتمع بفعالية وإيجابية)، منحة التحضير الجامعي (التحضير لامتحان القبول في الجامعات التركية الحكومية YOS).

المطلب الرابع: تجربة الكويت في العمل التطوعي في المجال الصحي

الفرع الأول: مراحل تطور العمل التطوعي في الكويت:

وقد مر العمل التطوعي في الكويت منذ بدايته وحتى الآن بثلاث مراحل:

- **الأولى: العمل التطوعي الفردي:** فنظراً لصغر المجتمع وبساطة تكوينه، لم تكن هناك مؤسسات حكومية تدير شؤونه أو مؤسسات أهلية تساهم في بنائه، بل كان الجميع رجالاً ونساءً، حكاماً ومحكومين يساهمون في بناء المجتمع، وكان العمل الخيري عبارة عن جهود ذاتية كل حسب طاقته وقدراته، فكان للحكام دور في إدارة شؤون البلاد، وللعلماء دور في التعليم والقضاء والتطبيب والوعظ والارشاد.

وللتجار دور في مساعدة الضعفاء والمحتاجين، وبناء المساجد، والأوقاف الخيرية التي يصرف ريعها على احتياجات المجتمع، وافتتاح المدارس الأهلية ودعمها مالياً، وتحديد نسبة 2% من ريع بضائعهم وتجارهم، تعطى للدولة طوعية منهم، لإعانة الحاكم مالياً في إدارة شؤون البلاد، وتساعدت هذه النسبة حسب احتياجات البلاد حتى وصلت في يوم من الأيام الى 5%.

- **الثانية: العمل التطوعي الجماعي:** مع وجود العمل التطوعي الفردي في الكويت قديماً، وجد كذلك العمل التطوعي الجماعي الذي كان يأخذ صورة العفوية والبساطة وتكاتف أبناء المجتمع وتلاحمهم وتعاونهم.

- **الثالثة: العمل التطوعي المؤسسي:** وبدأت ملامحه في الظهور في الكويت مع مطلع القرن العشرين، وكان لظهور هذه المؤسسات أسباب عدة أدت الى ظهورها على الرغم من بساطة المجتمع وقلة إمكاناته وعدد سكانه ومنها:

كون الكويت تطل على الخليج العربي، الأمر الذي أدى الى مرور العديد من التجار والعلماء والأدباء على دولة الكويت واحتكاكهم بأبناء الكويت، وكذلك حب حكام الكويت لعمل الخير من الأسباب الرئيسية التي أدت الى ظهور هذه المؤسسات التطوعية والخيرية. ولهذه الأسباب ولدت أول مؤسسة تطوعية في الكويت وكانت المدرسة المباركية وهي مؤسسة تعليمية ثقافية ساهم أبناء الكويت في دعمها مالياً كما ساهموا بالتعليم فيها وإدارتها، وكان ذلك في عام 1911م. وفي مطلع الستينيات وذلك في عام 1961م، تم فتح المجال لإنشاء جمعيات النفع العام التطوعية لتساهم مع مؤسسات الدولة في تنمية المجتمع وازدهاره تحت اشراف وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل، حتى بلغت في يومنا هذا ما يزيد على خمس وخمسين جمعية نفع عام في كافة المجالات، منها 85 مبرة و 11 جمعية خيرية تتبعها 150 لجنة، لم يتوقف نشاطها داخل المجتمع بل خرج الى بقاع كثيرة على وجه الأرض، تبني وتعمّر، وتعلم وتداوي، تقدم العون والمساعدات في الظروف الصعبة¹.

¹ - الكويت.. تاريخ «إنساني» مضيء يعلم العالم، جريدة الوطن الكويتية، 5 دجنبر 2014.

إن الباحث في التجربة الكويتية في العمل التطوعي يجدها زاخرة بنماذج رائدة اشتهرت بالعباء وإغاثة الملهوفين، ومع مرور الزمان قام الكويتيون بإنشاء المؤسسات والجمعيات الخيرية التي يواكب عملها تطور العصر وآلياته، وسنقف على مثالين من المؤسسات الكويتية المهتمة بالعمل الخيري وهما: جمعية العون المباشر وصندوق الوقف الصحي، وعلى نموذجين من مجهودات الأطباء الكويتيين التطوعية.

الفرع الثاني: نماذج مؤسسات خيرية كويتية ممتة بالعمل التطوعي في المجال الصحي

1) جمعية العون المباشر: وهي جمعية كانت تحمل اسم (لجنة مسلمي ملاوي) منذ أن تأسست في عام 1981م، إلا أن الحاجة كانت في ملاوي وفي غيرها، فتم في عام 1984 تغيير الاسم إلى (لجنة مسلمي إفريقيا)، وبمرور الوقت تغير الاسم مرة ثالثة إلى (جمعية العون المباشر) في عام 1999، لأن البرامج التنموية والمساعدات قد وصلت للمسلم وغير المسلم. تم تسجيلها في الأمم المتحدة كهيئة إغاثية تعمل في أكثر من أربعين دولة في إفريقيا، فهي عضو في الأمم المتحدة، وهي ذات صفة وحصانة دبلوماسية في عدد من الدول بموجب اتفاقيات مع وزارات الخارجية في هذه الدول. كما وقعت عدداً من الاتفاقيات مع منظمات دولية وعربية، من أهمها اتفاقية تعاون مع منظمة الصحة العالمية، واتفاقيات مع اليونيسيف في جنوب السودان وسيراليون وكينيا، ومع وكالة غوث اللاجئين في مالي وغينيا¹.

تركز هذه الجمعية على دراسة الواقع الإفريقي واحتياجاته الميدانية وبذلت كل السبل في تحقيق ذلك. واهتمت بالمجال الصحي من خلال إنشاء وتسيير المستشفيات والمستوصفات وإقامة المخيمات الجراحية المتنقلة والقوافل الطبية التي تعنى بالوقاية والعلاج في قرى لا تكاد تصل لها الخدمات. إضافة إلى مجالات أخرى تعنى بتنمية دخل الأسر الفقيرة من خلال المشاريع التنموية الصغيرة والمتناهية الصغر.

وبدأت هذه المنظمة عملها بشكل منتظم عام 1996م عند استلام مؤسسها الدكتور عبد الرحمن السميح جائزة الملك فيصل، وإعلانه أنها ستكون نواة لوقف تعليمي لرفع مستوى التعليم المقدم للمسلمين في إفريقيا. ثم توسع نشاط الوقف خلال السنوات الأولى ليشمل عدة أنشطة ومصارف عدا التعليم، حتى وصل عام 2014م إلى أكثر من 20 مصرف شملت الأنشطة التعليمية والصحية والتنموية والدعوية. حازت على المركز الثاني في جائزة "فويس الشرق الأوسط" لأكثر الجمعيات شفافية، والمركز الأول في مسابقة جائزة الكويت الإلكترونية لأفضل موقع عام 2012م².

ومن إنجازات هذه الجمعية حسب تقريرها لسنة 2016³: إنجاز آلاف المشاريع خلال فترة قياسية منها: بناء 5700 مسجداً وحفر 9500 بئراً وإنشاء 860 مدرسة وأربع جامعات و204 مركزاً إسلامياً،

¹ - wikipedia جمعية العون المباشر.

² - المرجع نفسه.

³ - جمعية العون المباشرة، التقرير السنوي لمكتب الوقف عن البرامج والأنشطة المنفذة من ربيع الوقف 2016، ص. 6.

والتكفل بأكثر من 70 ألف يتيم، والاهتمام بالتعليم الجامعي وتقديم منح الدراسات الجامعية والعليا استفاد منها 3000 طالب جامعي و 700 منحة دراسات عليا...

وقد حققت هذه الجمعية في المجال الصحي تنفيذ أكثر من 2,419 برنامج صحي (مخيم جراحي، مخيم عيون، حملة تطعيم، ختان، قافلة طبية)، وإنشاء وتسيير وإدارة أربعة مستشفيات، وبناء وتسيير 260 مستوصف، يصرف على المشاريع الصحية من ريع الأوقاف، خصوصا الوقف الصحي وكذلك: وقف الصدقة الجارية ووقف جميع الخيرات.

ويرجع الفضل في كل هذه الإنجازات إلى ما قام به الدكتور السميّط من جهود، تعجز عنها مؤسسات ودول ومنظمات في وقتنا الحالي، وخاصة فيما يتعلق بمأسسة العمل وتنظيمه وتزويده بآليات تضمن استمراريته واستدامته.

ومن أهم إنجازات الجمعية، افتتاح مستشفى د. السميّط التعليمي التابع لجامعة سيماد، ليكون صرحا تعليميا لطلبة كلية الطب، ومنشأة تقدم خدمات صحية وعلاجا متميزا للمنطقة، ويعهد لهذا المستشفى خدمة سكان المناطق القريبة وطلاب الجامعة البالغ عددهم 2800 طالبا يدرسون في تسع كليات، ويشمل المستشفى عيادات للجراحة العامة، العظام والباطنية، قسم الولادة وأمراض النساء والأطفال، كما يشمل أقسام للأشعة والطوارئ ووحدة العناية المركزة، ويلحق بالمستشفى مختبرات لها قدرة على تحليل 60 عينة في الساعة الواحدة ومعمل لتعبئة أنابيب الأكسجين لتوفير حاجة المستشفى وتحقيق الاكتفاء¹.

(2) صندوق الوقف للتنمية الصحية بالكويت:

أسهم وقف النقود في ظهور إحدى المؤسسات الوقفية التي تعتمد على أسلوب الإدارة الحديثة والعمل المؤسسي المنظم في تعبئة أموال الأوقاف وتنميتها واستثمارها لضمان العطاء المستمر لأموال الأوقاف وهي الصناديق الوقفية. ومن هذه الصناديق: الصندوق الوقفي للتنمية الصحية، الذي قامت بإنشائه الأمانة العامة للأوقاف عام 2005، وقد أنشئ من أجل الاهتمام بصحة المجتمع باعتبارها شرطا ضروريا لتحقيق التنمية المستدامة، ومن أهم الخدمات التي يقدمها هذا الصندوق:

➤ دعم خدمات التوعية الصحية: وذلك من خلال نشر مفاهيم التنمية الصحية والوعي الصحي بين المواطنين، ومن أهم إنجازات الصندوق في هذا المجال: دعم الوحدة المتنقلة للتوعية بأمراض القلب، ودعم طباعة بعض الكتب ككتاب: الدسلكسيا: دليل الباحث العربي؛ ودعم رابطة الكويت للطب التابعة لجامعة الكويت من خلال مشروع خصم الكتب لطلبة الطب...

¹ - موقع جمعية العون والإغاثة الكويتية، direct-aid.org، زيارة الموقع يوم 14 أبريل 2019.

² - www.awqaf.org.kw

➤ برامج لتطوير علاج الأمراض: كدعم مشروع الوحدة المتنقلة بالتعاون مع جمعية القلب الكويتية، ودعم مستشفى ابن سينا بالتعاون مع وزارة الصحة لشراء جهاز الليزر الأخضر لعلاج حالات تضخم البوستاتا، وشراء ميكروسكوب جراحة المخ، بالإضافة إلى العديد من الإنجازات¹.

➤ التغطية الصحية لأصحاب الاحتياجات الخاصة منها رعاية فئة المعاقين: من خلال:

✓ تحمل أكبر قدر ممكن من الأعباء التي تحتاجها رعاية هذه الفئات،

✓ الإسهام في تأهيل هذه الفئات ليكونوا أعضاء فاعلين في المجتمع،

ومن أبرز إنجازات الصندوق في هذا المجال: دعم مشروع برامج الفصول الخاصة لبطيئي التعلم، دعم مشروع مركز تأهيل فرط النشاط وتشنت الانتباه وصعوبات التعلم، عمل وسيلة الاتصال عبر الهاتف للصم، مشروع نظام الحاسوب للمكفوفين، توفير ألعاب خاصة بالمعاقين، مشروع أطفال متلازمة داون، مشروع الأطلس البارز للمكفوفين بالإضافة إلى العديد من الإنجازات.

الفرع الثالث: نماذج أطباء متطوعين بالكويت:

1) الدكتور عبد الرحمان السميّط:

ولد د. السميّط في الكويت عام 1366هـ/1947م، بدأ دراسته في الكويت، ثم انتقل لدراسة الطب في بغداد، وحصل على بكالوريوس في الطب والجراحة في مطلع السبعينات، وذهب لإكمال دراسته العليا في بريطانيا وكندا لمدة ثمان سنوات قضاها هناك (حصل على دبلوم أمراض مناطق حارة في جامعة ليفربول ببريطانيا عام 1974م، وحصل على دبلوم الأمراض الباطنية والجهاز الهضمي من جامعة ماكجل بكندا).

قال عنه الدكتور خالد المذكور: "بعد تخرجه من كلية الطب والتحاقه بأحد مستشفيات وزارة الصحة بالكويت، كان مع التطبيب يحاول قدر إمكانه أن يعرف حاجة المريض، ويعطيه من نصائحه، أو يساعده بماله أو يتصل بالجمعيات الخيرية لكي تساعد، فكان بلسماً شافياً لهؤلاء الذين يحتاجون إلى المعونة، وإلى التطبيب"².

وقال د. السميّط: «لقد بارك الله لي في أشياء كثيرة، أنا كنت أستطيع يا إخوة أن أشتغل بالمستشفى، وأن أفتح عيادة، فقد كنت من أوائل الأطباء الكويتيين الذين تخرجوا، تلامذتي كلهم الآن - الله يبارك لهم - وعندهم الملايين، ولكن والله أشفق عليهم؛ لأنهم يظنون أن السعادة في المال، بينما السعادة تجدها في قلبك... يا إخوة، كان بالإمكان بعد زيارتي الأولى لإفريقيا أن أقول: أنا طبيب فقط سأرجع للمستشفى وأعمل فيه وانتهى الأمر، لكنني لما رأيت من المصائب هناك.... كان بإمكانني أن أقول:

¹ - المرجع نفسه، www.awqaf.org.kw.

² - فهد بن عبد العزيز السنيدي (إعلامي)، في صحبة السميّط رحمه الله رحلة في أعماق القارة المنسية، دار عالم الكتب، ط.

1336هـ/2015م، ص. 31.

إن هذا العمل عمل حكومات، وسأرجع لأعمل في المستشفى، لكني قلت: سأشعل شمعة في هذه الظلماء؛ فقلعه أفضل من لعن الظلام أو أن أنتظر غيري ليأتي ويشعل النور»¹.

أما بداية تجربته في إفريقيا، فقد قدّر الله لهذا العامل الباذل أن تفتح له امرأة باب الخير، حيث كانت صدقتها نواة عمل السميط عام 1981م، إنها والدة الشيخ علي جابر الأحمد الصباح، تبرعت لبناء مسجد في دولة «ملاوي»، ويقول الشيخ السميط "لكن لما رأيت الوضع هناك مؤلماً إلى أقصى حد، أحسست أن قلبي بكى دماً على وضع المسلمين هناك....².

كانت زوجة د. السميط بنت عائلة ثرية وعندها خير ومال، لكنها تصدقت به، يقول عنها رحمه الله: "...أذكر أننا قضينا ثلاث سنوات في قرية نائية في مدغشقر، وقمنا ببناء بيت وجلسنا مع الأيتام ومع طلبة المعهد هناك، وفي الليل من بعد صلاة العشاء تنقطع الكهرباء دائماً، فكل الطلبة الأيتام ينامون، ونحن لسنا متعودين أن ننام بعد العشاء مباشرة، فأجلس أنا وأم صهيب وراء البيت، ننظر إلى السماء والنجوم، والغابات البعيدة رغم أنها مظلمة، ثم نحمد الله ونشكره، وفي يوم من الأيام التفتت إلي أم صهيب وكنت أظنها ستقول لي: متى سنذهب إلى الكويت؟ فإذا بها تقول لي: يا عبد الرحمن! لو الله غفر لنا وأدخلنا الجنة، فهل سنحس بطعم السعادة مثل ما نحس بها الآن؟ لقد اعتبرت الحياة التي نحن فيها في قرية ليس فيها أي خدمات هي السعادة"³.

قال د. السميط رحمه الله: "نحن المسلمون مع الأسف نهتم ببناء المساجد، ولا نهتم ببناء الساجد، أنا أتمنى من إخواني أن يستثمروا في تعليم إخوانهم المسلمين في كل مكان، التعليم هو وسيلتنا لتغيير المجتمعات، وتغيير الواقع السيئ الذي تعيشه هذه المجتمعات، إذا أعطيناهم شهادة فنحن أعطيناهم سلاحاً يعيشون به"⁴.

كان رحمه الله حريصاً في عمله على الوضوح والبعد عن كل ما يخالف تعاليم دينه أولاً، ثم ما يخالف الأنظمة⁵. ولا يدخل بلداً إلا وله تصريح رسمي من حكومة تلك الدولة، وكان يُبعد عمله الخيري عن السياسة، ويشترط على كل موظف إفريقي في جمعية العون المباشر في المكاتب المحلية ألا يكون جزء من المنظومة السياسية في داخل البلد⁶... يركب الشيخ السميط سيارات قديمة جداً ولا يسكن في الفنادق الفخمة، لأنه يريد أن يوفر القدر الكبير من أموال المتبرعين⁷.

¹ - في صحبة السميط رحمه الله رحلة في أعماق القارة المنسية، ص. 26-27.

² - المرجع نفسه، ص. 28.

³ - المرجع نفسه، ص. 25.

⁴ - المرجع نفسه، ص. 37.

⁵ - المرجع نفسه، ص. 47.

⁶ - المرجع نفسه، ص. 50-51.

⁷ - المرجع نفسه، ص. 90.

نال عددا من الأوسمة والجوائز والدروع والشهادات التقديرية، مكافأة على جهوده الخيرية. ومن أرفع هذه الجوائز جائزة الملك فيصل العالمية لخدمة الإسلام، ومقدارها سبعين ألف دينار كويتي، فما أخذ منها شيئا، وتصدق بها كلها لتكون نواة للوقف التعليمي لأبناء إفريقيا، ومن عائد هذا الوقف تلقت أعداد كبيرة من أبناء إفريقيا تعليمها في الجامعات المختلفة¹.

"أول ما استيقظ د. السميّط من غيبوبته التي مات فيها كانت أول كلمة قالها: أريد أن أصلي، أنتوني بوضوء، فإن لم يكن فأريد أن أتيّم، أين القبلة... وعندما حل أمر الله، ونفذت مشيئته سبحانه، كان اليوم الذي ودعنا فيه د. عبد الرحمان السميّط، خادم الدعوة، خادم الأيتام، خادم الفقراء الذي لاقى ربه يوم الخميس الثامن من شوال عام 1434هـ/العاشر من أغسطس من عام 2013م، فودعته الكويت، وودعته إفريقيا وودعه العالم الإسلامي. صلت عليه إفريقيا صلاة الغائب، بكته مراكز الأيتام، بكته الآبار والمساجد، بكته غابات إفريقيا، بكته الدنيا كلها..."².

إن النقطة الأساسية التي تهمنا في البحث: ما هي الدوافع التي جعلت د. السميّط يقوم بهذه التضحيات من أجل فقراء إفريقيا؟

- كانت تربية والديه الجادة واحدة من أهم أسباب نبوغه وعطائه، فقد كان يتكلم عن نفسه فيقول: «أنا من عائلة متوسطة، ووالدي كان إنساناً عادياً، محافظاً على صلاته، كان يقول لي، إفعل ما تشاء، ولكن احذر أن يوسوس لك الشيطان في أمرين: في ترك الصلاة؛ أو أن تدخل هلة أو فلساً واحداً على مالك من الحرام؛ لأنه سيدمر عليك مالك ولن يكتب الله لك البركة فيه، فاحرص على هذين الأمرين...»³.

- إن الدافع الرئيسي الذي كان وراء تضحياته هو الإخلاص لله وابتغاء مرضاته ونستخلص ذلك من مواعظه الكثيرة أذكر منها: قال رحمه الله للمشاهدين في ختام برنامج تلفزيوني تحت عنوان «القارة المنسية»: «يا إخواني والله الرصيد العظيم هو ما قدمته لنفسك وليس ما أبقينه في بنوك الدنيا، نحن في العالم العربي نملك مئات المليارات لو أدينا زكاتها ما بقي في الأرض فقير. تذكروا أنه سيأتي يوم من الأيام وسنموت، ويوم من الأيام سندخل القبر، فماذا أعددتنا لمثل هذا اليوم؟ والله إن الكفن ليس فيه جيب، ووالله إن القبر لمظلم وضيق... يا إخوان هناك جنة ونار، فماذا أعددتنا لأجل أن ندخل الجنة؟ وماذا عملنا حتى ننجو من النار؟... أنا أعتقد أن كل واحد منا -وأكررها- يجب أن تكون له رسالة في أن يغير هذه الدنيا لتكون عالماً أفضل لكل الناس»⁴.

- وإنّ أهم ما كان يسهر عليه الدكتور السميّط توفر شروط الاستدامة في أعماله الخيرية، فسهر على مأسستها وتوفير الشروط لاستدامتها من مصادر وفاقية لتمويل المشاريع، وكذلك كان يسهر على تحفيز

¹ - في صحبة السميّط رحمه الله رحلة في أعماق القارة المنسية، ص. 24.

² - المرجع نفسه، ص. 216.

³ - المرجع نفسه، ص. 20.

⁴ - المرجع نفسه، ص. 217.

الموارد البشرية التي تعمل على إنجاح وتطوير البرامج الخيرية، وبذل مجهودات كبيرة من أجل تحفيز الأطباء على الانخراط في العمل الخيري؛ ففي عام 2003 زار د. عبد الرحمن السميّط مجموعة من الأطباء الكويتيين في مدينة مونتريال بكندا، وتكلم معهم عن العمل الخيري، وما له من أثر فعال في مساندة وتنمية المجتمعات الفقيرة بمداواة الفقراء والتخفيف من آلام المساكين، وكان ذلك نواة لفكرة تكوين فريق الأمل الطبي الكويتي الذي يعكس الصورة الحقيقية للطبيب المسلم الذي يحمل الخير للعالم أجمع، ويمتحن الطب رسالة إنسانية سامية.

(2) فريق الأمل الطبي¹:

هو فريق طبي كويتي تطوعي، هو الأول من نوعه في الكويت، يضم مجموعة من الأطباء الكويتيين الاستشاريين المتميزين في عدة تخصصات طبية هامة، بالإضافة إلى هيئة تمريض مدربة على أعلى مستوى، يسعون لتقديم زكاة علمهم وعصارة خبراتهم، عبر تقديم خدمات طبية مجانية وإجراء عمليات جراحية للمرضى الفقراء أينما وجدوا.

ويتميز هذا الفريق عن الفرق الطبية الأخرى بأن الأطباء المشاركين فيه من كبار الأطباء والاستشاريين ذوي الخبرة، ولا يضم الفريق أي طبيب متدرب أو باحث عن التدريب واكتساب الخبرة. ينظم فريق الأمل الطبي مخيمات طبية بصفة دورية، ويقوم بعمليات جراحية في تخصصات الأطفال والتشوهات الخلقية، والشفاه الأرنبية، وجراحات المناظير للأطفال، وجراحات التشوهات المصاحبة للجهاز البولي، والكلية، والكاحل، والمثانة، والأعضاء التناسلية، وجراحة عامة بالمناظير. ويركز أيضاً على الجانب التدريبي للأطباء المحليين لنقل الخبرة العلمية والطبية لأطر محلية، من أجل ضمان وصول المساعدة الطبية لأكبر عدد ممكن من المرضى خاصة في المناطق البعيدة والنائية².

وهكذا نلاحظ أن دكتوراً واحداً وهو عبد الرحمن السميّط، لمّا آمن بفكرة تطوير العمل الخيري في القارة الإفريقية، استطاع أن يحفز عدداً من المحسنين والأطباء ليقفوا بجانبه من أجل تطوير المشاريع الخيرية ومأسستها، مستعماً الخطاب الديني ومبتعداً عن جميع المعوقات التي من شأنها أن تعرقل سير برامجهم، وذلك بابتعاده عن العمل السياسي واحترامه لقوانين البلدان التي كان يقيم فيها أنشطته الخيرية، والعمل على مأسسة مشاريعه الخيرية، واعتماد تمويلها عن طريق الأوقاف ضماناً لاستدامتها. كما يجب الوقوف على أهم المرتكزات التي كانت وراء إعداد شخصية الدكتور عبد الرحمن السميّط، وهي تربيته على الخوف من الله وتحليه بالأخلاق والقيم النبيلة، بالإضافة إلى براعته في الطب واهتمامه بتطبيق ما توصل إليه البحث العلمي في مجال العمل التطوعي.

وننتقل الآن إلى الباب الثاني الذي سنخصصه للحديث عن العمل التطوعي في المجال الصحي في المغرب: تاريخه وواقعه.

¹ - جمعية العون المباشر، مخيم الأمل الطبي توثيق التجربة الرائدة في العمل التطوعي 2010-2014م.

² - من مقال نشر في جريدة الأنباء الكويتية، 11 دجنبر 2016م (منشور على الأنترنت).

الباب الثاني: العمل التطوعي الصحي بالمغرب: الجانب التاريخي ورصد الواقع

الفصل الأول:
مراحل تطور النظام الصحي بالمغرب
وإسهامات المنظمات الدولية والمجتمع المدني

المبحث الأول: تطور النظام الصحي بالمغرب عبر التاريخ
المبحث الثاني: إسهامات المنظمات الدولية والمجتمع المدني في المجال الصحي وتشخيص واقع
المنظومة الصحية

الفصل الثاني:
واقع العمل التطوعي الصحي بالمغرب والتدابير الاستراتيجية المقترحة
من أجل النهوض بالعمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب

المبحث الأول: واقع العمل التطوعي الصحي بالمغرب
المبحث الثاني: تدابير استراتيجية مقترحة من أجل النهوض بالعمل التطوعي في المجال
الصحي

الفصل الأول: مراحل تطور النظام الصحي بالمغرب وإسهامات المنظمات الدولية والمجتمع المدني

المبحث الأول: تطور النظام الصحي بالمغرب عبر التاريخ

المبحث الثاني: إسهامات المنظمات الدولية والمجتمع المدني في المجال الصحي
وتشخيص واقع المنظومة الصحية

المبحث الأول: تطور النظام الصحي بالمغرب عبر التاريخ

إن تتبع المراحل والمحطات التاريخية التي مرَّ بها النظام الصحي يعد نبزاساً لفهم أساس الظواهر الاجتماعية وتطور المجتمع المغربي، ويمكن استحضار حقبتين زمنييتين كان لهما بالغ الأثر في رسم ملامح المنظومة الصحية للدولة المغربية: حقبة ما قبل الحماية، وحقبة الحماية وما بعد الاستقلال.

المطلب الأول: النظام الصحي بالمغرب قبل الحماية:

لقد سبق أن بينا في المبحث الذي خصصناه للحديث عن الطب في عصر الحضارة الإسلامية، الرقي والتقدم الذي بلغه الطب العربي في ذلك العصر، "وقد كان حظ المغرب من هذه النهضة جزيلاً ونصيبه منها موفوراً إذ تأسست به مدارس راقية ومستشفيات سامية في عواصمه بل وفي غالب مدنه الصغيرة، ونبغ فيه أطباء كبار خلدوا في الطب آثاراً جلية، لكن مما لا شك فيه أن سيره نحو النشوء والارتقاء كان بطيئاً لغاية لم يظهر لها كبير أثر إلى القرن الرابع الهجري، حيث امتد نفوذ الدولة الأموية بالأندلس إلى المغرب، ثم جاءت بعد ذلك الدولة اللمتونية ثم الموحدية"¹.

الفرع الأول: مظاهر العناية بالجانب الصحي في عهد الدولة الموحدية:

أسهم المغرب عبر تاريخه بحظ وافر في وضع أسس فن الطب، منذ أيام المرابطين والموحدين. وقد استفاد المغرب من القرب الجغرافي لبلاد الأنندلس التي شهدت ثورة علمية كبيرة، وضربت بإشعاعها العلمي عمق الدول الأوروبية، فتوافد عليها طلبة العلم من أنحاء العالم.

ويقول د. بن عبد الله: "وفي العهد الذي كانت الأنندلس خاضعة لسلطان مراكش، تكونت جماعة من الأطباء، التفتت حول ملوك المرابطين والموحدين وسار معظمهم في ركاب هؤلاء الملوك إلى المغرب، حيث قضوا بقية حياتهم في العلاج وتدريس الطب، فاستفاد المغرب من نكبة الأنندلس"².

ولقد خصَّص الأستاذ محمد المنوني (ت1999م)، فصلاً في كتابه "العلوم والآداب والفنون على العهد الموحدي" للحديث عن الطب والصيدلة في العهد الموحدي، فذكر "أن الطب كانت له صولة ودولة، واعتنى الموحدون، وبخاصة الخليفة يوسف بن عبد المومن (ت580هـ) والخليفة يعقوب ابنه (ت595هـ) اعتناء بالطب والأطباء، فبنوا المستشفيات ونظموا هذه المهنة وجعلوا لها رؤساء"³.

¹ - محمد بن أحمد الكانوني العبدى، الطب العربي في عصر دول المغرب الأقصى، تج. علال ركوك ومحمد بالوز، ط. 1، 2013 من منشورات كلية الطب والصيدلة بالرباط، ص. 25.

² - "الطب والأطباء بالمغرب"، ص. 21.

³ - محمد المنوني، العلوم والآداب والفنون في العهد الموحدي، ط. 2، دار المغرب للتأليف والترجمة والنشر، ص. 123.

واعتمدت في التأريخ لأحباس المرضى في المجتمع المغربي على بعض كتب النوازل، التي ضمت الكثير من فتاوى الوقف، مما جعل مصنفي هذه الكتب يفرّدونها بأبواب بأكملها، وهذا يؤكد أن فكرة الوقف كانت حاضرة بقوة في مجتمعات الغرب الإسلامي، بل كانت "مملكة الوقف" تأوي الكثير من المحرومين والمرضى والضعفاء، وتقوم بأدوار طلائعية في تنمية المجتمع. وقد كانت أوقاف المرضى حاضرة بقوة في هذه الكتب، بل إن المغاربة عرف عنهم الوقف على المرضى حتى قبل بناء المستشفيات بزمان بعيد منذ القرن الرابع الهجري، فقد نقل عيسى بن سهل الأسدي الجباني (413-486هـ) في كتابه "ديوان الأحكام الكبرى" وهو يذكر أقوال أئمة المذهب المالكي في عدم جواز الكراء بغير أمد أو الكراء الطويل الأمد للأحباس -خشية منهم موت العارفين بالحبس والشهداء فيه فيأخذه المكثري ويصبح ملكا له أو لورثته-. قال ابن العطار (ت399هـ): "واستحسن القضاة عقد قبالة أحباس المرضى والمساكين والمساجد لأربعة أعوام خوفا أن تدرس الأحباس بطول مكثها بيد متقبلها"¹. وهذا يثبت الوجود الفعلي لأحباس المرضى منذ القرون الأولى للتاريخ الإسلامي للمغرب والأندلس. قبل إنشاء المارستان في المغرب إلى تاريخ الموحدين، وكانت هذه المارستانات على شكل أوقاف.

وقبل أن أفصل الكلام عن أوقاف الرعاية الصحية في المغرب، أشير ولو باختصار إلى أعظم وقف في المغرب، وهو جامع القرويين الذي كان قبلة لتدريس العلوم بما فيها العلوم الطبية. وقد أسسته فاطمة الفهرية (ت265هـ/878م)² بعدوة القرويين بفاس. وحرصت منذ البداية على أن لا ينفق على هذا الجامع إلا من موارد نظيفة الأصول، وقد ابتدأت حفر أساسه في أول شهر رمضان من سنة 245هـ/30 نونبر 859م. وكان مما أضفى البهجة عليها أن اكتشفت بالمكان معدنا للحجر والرمل الأصفر، ونذرت أن تصوم شكرا لله حتى يتم البناء، وقد أكبر الإمام يحيى³ مبرة أم البنين على مقربة من عرينه، فكان يطالع البنائين بنفسه إلى جانب العلماء والفقهاء⁴.

وسرعان ما أصبح هذا الصرح العظيم يجمع بين العبادة التي أسس من أجلها، وبين التعليم والتكوين العلمي ليصبح دار فقه وعلم، ينشر المعرفة والفكر والثقافة، وقد تنوعت العلوم المدروسة بجامع القرويين إلى ثلاثة فروع: العلوم الدينية، والعلوم الأدبية، والعلوم البحتة... ونظرا لمكانة القرويين في قلوب الناس، فإنها ارتبطت بحياتهم الخاصة والعامة، فتجد الوالدين عندما يريدان الدعاء لولدهما بالرضا المستمر وبدون حدود، يقولان: "الرضا عليك حبس ما تحبس على القرويين والأندلس"⁵، وتهافت الجميع

¹ - عيسى ابن سهل الأسدي، ديوان الأحكام الكبرى أو الإعلام بنوازل الأحكام وقطر من سير الحكام، 1428هـ/2007م، دار الحديث، القاهرة - مصر، ص. 580.

² - الملقبة بأم البنين، تعود أصولها إلى ذرية عقبة بن نافع الفهري القرشي فاتح تونس ومؤسس مدينة القيروان. ولدت سنة 183هـ/800م، هاجرت من القيروان إلى فاس صحبة أبيها وأختها مريم. لما توفي والدها ورثت عنه ثروة طائلة، فقررت تخليد ذكره ببناء مسجد تحول تدريجيا إلى جامعة تدرس فيها شتى العلوم، توفيت حوالي 265هـ/878م.

³ - الحاكم الثالث من الدولة الإدريسية بالمغرب، حكم من 213هـ إلى 221هـ.

⁴ - عبد الهادي التازي، جامع القرويين المسجد الجامعة بمدينة فاس، دار الكتاب اللبناني بيروت، ط. 1، 1972، المجلد الأول، ص. 47.

⁵ - جامع القرويين المسجد الجامعة بمدينة فاس، المجلد الثالث، ص. 721.

لوقوف عليها؛ يقول عبد الهادي التازي: "...عرفنا كيف أن الذين فكروا في بناء القرويين جعلوا في تقديرهم منذ الأيام الأولى الطرق التي من شأنها أن تضمن بقاءها، وعرفنا كيف أن فاطمة شيدت الجامع في جانب من الأرض التي اشترتها واحتفظت بجانب آخر شمالي الجامع وقفا على الدلو، والحبل، والحصير والمصباح... إنها المكان الوحيد الذي ظل ملتقى لحب الجميع، الكل يهفو إلى رضاه بالبذل والسخاء اللذين كانا شعار سائر المؤمنين على اختلاف مراكزهم الاجتماعية"¹.

وقد نُقل عن علي بن ميمون (ت917هـ) في تأليف له ذكر فيه مدينة فاس، أنه ما رأى مثلاً ومثل علمائها في حفظ نصوص كل علم مثل النحو والفرائض والحساب والمنطق والتوحيد والبيان والطب وسائر العلوم العقلية... في المغرب وتلمسان وبجاية وتونس والشام والحجاز ومصر، رأى كل ذلك بالمشاهدة².

ولقد قوي الاهتمام بنشر العلم، "وتحكي المراجع العربية جملة كبيرة من الأقاليم التي تنبؤ عن أن المدرسين المسلمين وحتى الفقراء منهم كانوا يجلسون لتعليم الناس بدون مقابل، كما فعل ذلك أبو جعفر أحمد بن داوود المدعو بالصواف القيرواني (ت219هـ) من تلاميذ الإمام سحنون: يقول: "أنا حبس، وكتبي حبس على طلبة العلم"³.

ولعل تزايد عدد الأطباء الذين درسوا بالقرويين، هو الذي أدى إلى ارتفاع عدد المارستانات⁴ خصوصاً على يد الموحدين. ويعتبر المؤرخون أن أول مارستان تمّ بناؤه بالمغرب كان بمراكش بمبادرة من السلطان الموحدي يعقوب المنصور سنة 585هـ، وهو الذي وصفه عبد الواحد المراكشي⁵:

"... وبني بمدينة مراكش مارستاناً لا أظن أن في الدنيا مثله، ... وأمر البنائين بإتقانه على أحسن الوجوه، فأتقنوا فيه من النقوش البديعة والزخارف المحكمة ما زاد على الاقتراح. وأمر أن يغرس فيه مع ذلك من جميع زرعت كل أنواع الأشجار المشمومات والمأكولات، وأجرى فيه مياه كثيرة تدور على جميع البيوت، زيادة على أربع برك في وسطه، إحداها من الرخام الأبيض. ثم أمر له من الفرش النفيسة من أنواع الصوف والكتان والحري والأديم وغيره بما يزيد على الوصف، ويأتي فوق النعث⁶...، وكان المريض إذا نقه، فإن كان فقيراً أمر له عند خروجه بمال يعيش به ريثما يستقل..." وأضاف المراكشي في كتاب آخر: "... وفي كل جمعة، كان أبو يوسف صاحب هذا العمل، يزور هذا المستشفى راكباً على جواده ويطوف على المرضى يسألهم عن حالهم؟، كيف القومة عليهم؟ وقد استمر على هذه العادة إلى أن وافته المنية"⁷.

¹ - جامع القرويين المسجد الجامعة بمدينة فاس، المجلد الأول، ص. 132-133.

² - الطب والأطباء بالمغرب، ص. 45، عن كتاب "سلوة الأنفاس"، ج. 1، ص. 97.

³ - الثقافة الإسلامية في رعاية الوقف، ج. 1، ص. 55.

⁴ - خفف المغاربة إسم "البيمارستان" إلى "المارستان".

⁵ - الذي عاش بالمغرب وإسبانيا من سنة 581هـ إلى 614هـ/1185م إلى 1217م.

⁶ - عبد الواحد بن علي المراكشي، المعجب في تلخيص أخبار العرب، شرح واعتناء صلاح الدين الهواري، 1436هـ/2006م، ط.

1، المكتبة العصرية، صيدا - بيروت - لبنان، ص. 209.

⁷ - عبد الواحد المراكشي، تاريخ الموحدين، ص. 249، وما بعدها.

كما جعل فيه الصيادلة والأطباء والموظفين للسهر على خدمة المرضى وعلاجهم وقد اشتغل بهذا البيمارستان عدة أطباء ذوي كفاءة ومقدرة، وكان تلامذتهم يحضرون معهم أثناء قيامهم بمهامهم العلاجية، ومن بينهم: "أبو إسحاق إبراهيم الداني¹ (من بجاية) الذي كانت له عناية بالغة بصناعة الطب، وكان أمير المارستان وطبيب الحضرة في دولتي الناصر والمستنصر، وقد توفي قبل سنة 620هـ بمراكش في دولة المستنصر" وخلفه فيه ولده محمد الذي قتل في غزوة العقاب بالأندلس سنة 609هـ/1212م².

وحسب ابن أبي زرع (ت726هـ/1326م) كان يعقوب بن أمير المؤمنين يوسف بن عبد المومن بن علي (ولد سنة 55هـ، ببيع سنة 580هـ وتوفي سنة 595هـ)، يعطي أوامره ببناء المساجد والمدارس في بلاد إفريقية والمغرب والأندلس، وبناء المارستان للمرضى والمجانين، وإجراء المرتبات على الفقهاء والطلبة على قدر مراتبهم وطبقاتهم، والإنفاق على أهل المارستان والجذمي والعميان في جميع عمله...³. "وكان للجذمي حارات خاصة بعيدة عن الأصحاء يأوون إليها، وكانت حارة بمراكش في أواخر القرن السادس الهجري في باب أمغات شرقي المدينة بنظر صحي لتحمل الريح الغربية أمراضهم وروائحهم إلى غير جهة المدينة. وذكر الحسن الوزان أن الخليفة يعقوب المنصور الموحي لما أحيا عمارة شالة أسس بها مستشفى كبيرا يأوي إليه المرضى"⁴.

وبالجملة فقد كانت صناعة الطب على عهد الموحدين على مستوى عال من حيث الإمكانيات الطبية والأدوية الحديثة والأطباء المهرة، في وقت كانت أوروبا لا زالت متأخرة في مجال الطب: "ذكر مي (في كتابه الموحدون) المؤلف عام 1923م ص. 129، أن هذا المستشفى لا يخلف وراءه مستشفيات أوروبا المسيحية بل تخجل منه حتى اليوم مستشفيات باريس... وقال "ولتر" في مختصر التاريخ: "ازدهر علم الطب والتداوي عند العرب على حين كان الأوروبيون يجهلون هذا العلم الشريف ويحتقرون أربابه إذ أن الكنيسة كانت قد حرمتهم عليهم وحصرت التداوي في زيارة الكنائس والاستشفاء ب ذخائر القديسين وبالتعاون والرقى التي كان يبيعها رجال الدين ... وكان الأوروبيون يستكفون من النظافة لأنها تشبه النظافة عند المسلمين"، وذكر لوكير في كتابه تاريخ الطب ج. 2 ص. 351: "وقد كان الأوروبيين

¹ - عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ج. 2، ص. 79.

² - الطب والأطباء بالمغرب، ص. 35.

³ - علي ابن أبي زرع الفاسي: الأئيس المطرب بروض القرطاس في أخبار ملوك المغرب وتاريخ مدينة فاس، ط. 1972م، دار المنصور للطباعة والوراقة الرباط، ص. 217/218.

⁴ - الطب العربي في عصر دول المغرب الأقصى، ص. 81.

يضطرون إلى اللجوء إلى المستشفيات العربية، كما فعل الملك (شانجه) حين توجه إلى قرطبة من أجل العلاج من مرض الاستسقاء¹.

وننتقل الآن إلى الحديث عن مظاهر عناية المرينيين بالجانب الصحي:

الفرع الثاني: مظاهر العناية بالجانب الصحي في عهد الدولة المرينية (من 637هـ/1244م إلى 758هـ/1465م)

أجمع الدارسون على أن الوقف عرف نهضة في العصر المريني، فقد اهتم ملوك بني مرين الأوائل بشكل عملي ومكثف ببناء المؤسسات الوقفية الاجتماعية إلى جانب المؤسسات الدينية والثقافية، فشيّدوا المارستانات، والزوايا ودور الشيوخ والعجزة، وخصصوا الأوقاف للمبادرات المادية والمبادرات الإحسانية التي استفادت منها - بالدرجة الأولى - الفئات الفقيرة والمرضى والمعوقون².

قد توزعت المنشآت الصحية في عصر بني مرين، بين ست مدن: فاس وتازة ومكناس وسلا والرباط وآسفي، غير أن العاصمة فاس استقطبت معظمها:

- **مارستانات فاس:** أسسه أبو يعقوب يوسف بن عبد الحق بيمارستان سدي فرج لما تولى الملك عام 685هـ، وعهد بإدارته إلى أشهر الأطباء، وأوقف عليه الأوقاف، وخصص له الأموال لشراء الأدوية وإعدادها، ومداواة المرضى، ودفع أجور الأطباء والمرضيين والحراس والطباخين...³. "كان إسمه الأول باب الفرج، لكن العامة غيرته إلى سدي فرج، وبقي هذا الإسم يُطلق عليه"⁴.

يقول الحسن الوزان (ولد حوالي 888هـ/1483م) في كتابه (وصف إفريقيا)⁵: "يوجد بفاس مارستانات عديدة لا تقل حسنا عن المدارس... وكان الغريب يعطون السكن بها لمدة ثلاثة أيام. ويوجد كثير من المارستانات خارج أبواب المدينة، تقل جمالا عن التي في داخلها... مضيّفا أن هذا المارستان (سيدي فرج) يتوفر على كل ما يحتاج إليه من كُتّاب، وحراس، وطباخين وغيرهم ممن يهتمون بالمرضى، ويتقاضى كل واحد من هؤلاء المستخدمين أجراً حسناً من مال الأوقاف. وشغل الوزان بنفسه كاتباً لمدة عامين وهو لا يزال طالبا، وقد وردت عنه عبارة تعبر عن ذلك حيث قال: "كان الطالب بالمغرب يساعده

¹ - الطب والأطباء بالمغرب، ص. 41. عن تاريخ طب العرب، لوكير، ج. 2، ص. 351.

² - محمد المنوني، دور الأوقاف المغربية في التكافل الاجتماعي عبر عصر بني مرين، دعوة الحق رجب 1402هـ/ماي 1982م، ص. 46.

³ - محمد عبد الحي لكتاني، "الملاجئ الخيرية الإسلامية في الدولة الموحدية والمرينية بالديار المغربية"، المجلة الزيتونية، ربيع الثاني 1358هـ/يونيو 1939م، المطبعة التونسية، مجلد 3، ج. 6، ص. 276.

⁴ - روجي لوطورنو، فاس قبل الحماية، ترجمة محمد حجي ومحمد الأخضر، دار الغرب الإسلامي، ط. 1406هـ/1986م، ج. 1، ص. 373.

⁵ - الحسن بن محمد الوزان: وصف إفريقيا، ترجم عن الفرنسية من طرف الدكتور حجي والدكتور الأخضر، ط. 2، 1983م، دار الغرب الإسلامي، بيروت، ج. 1، ص. 227.

أستاذه، ويحصل الطالب على النفعين العلمي والمادي... وكانت هذه الوظيفة تدر علي مبلغ ثلاثة مثاقيل في الشهر"¹.

ويقول د. عبد الهادي التازي: "إضافة إلى المهمة الإنسانية لهذه المؤسسة، كانت تعتبر ملجأ المعروف للقلق (بلارج)، حتى إذا انكسر، أو أصيب بأي أذى، فإنه يحمل إلى مارستان سدي فرج، وتصرف جارية لمن يضمده ويطعمه... هذا إلى أنه كان له وقف برسم الموسيقين الذين يزورونه أسبوعياً، مرة أو مرتين ليقدموا إلى نزلته نغمات موسيقية مناسبة... وفضلاً عن المهمة الصحية لنفس المؤسسة، كان ينفق من أوقافها على غسل وتكفين الغرباء من الموتى"².

قام السلطان أبي الحسن (ت749هـ) بتجديد المارستان في مدينة فاس، واقتفى أثره ابنه السلطان أبو عنان (ت759هـ)³ في العناية به والتحبس عليه، فكان قدوة لعدد من المحسنين والموسرين الذين أشفقت قلوبهم على المرضى والمنكوبين، فقدموا العطاءات الجزيلة المتوالية، فلم تمض مدة حتى عمد الإصلاح الجديد إلى تقسيم الرباع الموقوفة في فاس، فميز بين ما يكفي لسير القرويين وجعلت له حوالة خاصة، وما يفضل عنها ويصرف في المشاريع الأخرى، وجعلت للمارستان حوالة خاصة بعنوان أوقاف المارستان⁴. وكانت أحباس سيدي فرج تُستعمل لإسعاف فقراء المدينة المسجلين بدار بوعلي عند العامل⁵. "وتكاثرت الأوقاف في فاس بكيفية هائلة، وعلى الأقل إلى القرن السادس عشر، فلم يكن هناك دكان، أو فندق، أو معمل، لا يرجع كلاً أو بعضاً إلى الأحباس... كما كثرت الأملاك المحبسة خارج فاس، ويذكر ليون الإفريقي (الحسن الوزان)، مراراً متعددة، أراضي كاملة كانت مواردها ترجع إلى أحباس القرويين... وكانت بعض الأحباس مخصصة بالإسم لأغراض تتعلق بالنظافة العامة: يذكر أوبان⁶، على سبيل المثال ملكاً معداً لإزالة الأزبال، وإنارة المدينة، وآخر معداً لالتقاط الجرذان الميتة من طرف مستخدم يتلقى عنها قطعاً من النقود..."⁷.

¹ - وصف إفريقيا، ج. 1، ص. 229.

² - دور الأوقاف المغربية في التكافل الاجتماعي في عصر بني مرين، مجلة دعوة الحق، العدد 230 شوال، ص. 28.

³ - هو أبو عنان فارس المتوكل على الله ابن أبي الحسن علي بن أبي سعيد عثمان وهو من أشهر ملوك بني مرين بالمغرب الأقصى دامت فترة حكمه عشر سنوات (749-759هـ)، وهو الملك الحادي عشر من ملوك بني مرين. ولاء أبوه على تلمسان بعد أن استولى عليها سنة 737هـ، لقبه لسان الدين الخطيب بـ "عالم الملوك وملك العلماء"، مات مخنوقاً من طرف وزيره سنة 759هـ.

⁴ - جامع القرويين المسجد الجامعة بمدينة فاس، ج. 3، ص. 704.

⁵ - فاس قبل الحماية، ص. 373.

⁶ - عن مجلة "بارس" 15 فبراير 1904م، (ص. 851 - 872)، فاتح مارس (ص. 173 - 196)، "فاس آخر مركز للحضارة الإسلامية".

⁷ - فاس قبل الحماية، ص. 378 - 379 - 380.

ولم تنحصر أنواع الوقف المرينية في بناء المارستانات في عدد من المدن (فاس وتازة ومكناس وسلا والرباط وآسفي)، بل تعدته إلى إحداث الزوايا لإيواء الغرباء والتجار الجائلين، وملاجئ للعجزة والمسنين، وغيرها من الدور لرعاية المحتاجين، فقد اهتم أبو الحسن بمرحلة الشيخوخة، واعتنى بمن بلغ هذا السن من الضعفاء الملازمين للخير، فأجرى لهم دورا لسكنهم ورتب لهم كل عام كساوى تكفيهم¹. ووجدت بعض الأوقاف الخاصة التي بينت مدى الرقي الحضاري الذي عرفه أهل المغرب، منها: أوقاف مؤنسي المرضى؛ فقد وجد وقف للمؤذنين الذين يحيون الليل بالتناوب، كل منهم يسبح الله نحو ساعة بصوته الرخيم، من أجل أن يستأنس المريض الذي غادر النوم جفونه بالأذكار، فتكون له بمثابة المؤنس لظلمة الليل، وهو تعبير رائع لازالت ملامحه بادية بالمدن العريقة².

والخلاصة أن المؤسسات الوقفية بصفة عامة بما فيها الأوقاف الصحية كثرت وتنوعت في العهد المريني الأول وتزايدت رباها، وقد ارتبطت نهضة الوقف في ذلك العهد بمرحلة دينية وسياسية واجتماعية معينة، وكذا باتجاه أو اختيار رسمي معين. وأهم ما شجع الناس على الإقبال على وقف وممتلكاتهم هو الاهتمام الكبير بالمحافظة على أموال الوقف: فقد ذكر د. عبد الهادي التازي: "... كانت النظرة على الأحباس في القديم من أشرف ما تطمح إليها الأنفس... ولأهمية وظيفة الناظر، نجد القضاة أنفسهم يتقلدونها، بل إن التاريخ ليسجل ترقى الشخص من الوزارة إلى النظارة. وظل العمل حتى عهد سدي محمد بن عبد الرحمان، على أن النظر في أمر الأوقاف يرجع إلى القاضي الذي هو نائب عن جماعة المسلمين، ولا دخل فيه للمخزن إلا من جهة "شد العضد" عل حد تعبير ظهير ملكي بتاريخ جمادى الأولى عام 1290م³.

ومعلوم أن المؤسسات الإنسانية تابعة في نظامها ورفقها لانتظام أحوال الدولة ورفاهية الأمة، والعكس بالعكس: "فلما انحطت الدولة المرينية واختلفت أحوالها أواخر القرن الثامن ولم ينته القرن حتى كانت الدولة في فتن وحروب داخلية أتت على الأخضر واليابس، فكانت هذه المؤسسات ممن أصابتها عين الكمال وغمرتها يد الفوضى والاحتلال. ذلك أن السلطان أبا سعيد عثمان بن أبي العباس المريني الذي انتصب ملكاً على المغرب سنة 800هـ/1937م، قامت عليه ثورات ولم يكن لديه المال الكافي ما يجهز به الجيش لإخماد الثورة... فباع الأملاك الموقوفة على المستشفيات على أن يعيد شراءها بعد انتهاء الحرب. ولكن تلك الثورات انتهت بمقتل الملك سنة 823هـ/1420م، وفاتت تلك الأملاك بموته وتدهورت حالة تلك المستشفيات لفقد مادتها ولم يبق إلا مستشفى واحد (الغالب هو مستشفى سيدي فرج)⁴.

¹ - دور الأوقاف المغربية في عصر بني مرين، مجلة دعوة الحق، ص. 31.

² - محمد بن عبد العزيز بن عبد الله، الوقف في الفكر الإسلامي، 1/142.

³ - جامع القرويين المسجد الجامعة بمدينة فاس، المجلد الثالث، ص. 706.

⁴ - الطب العربي في عصر دول المغرب الأقصى، ص. 141/140.

الفرع الثالث: الحالة الصحية بالمغرب في عهد الوطاسيين (861هـ-876هـ/1471م-1533م)، - والسعديين:

عرفت الحالة الاجتماعية في عهد الوطاسيين نهضة صحية، إلا أنها لم تصل لما كان عليه الوضع الصحي في الدولة الموحدية والمرينية، فقد ذكر التجكاني أنه وجد بفاس -على عهد الوطاسيين- ريضاً خاصاً بالمجذومين يحتوي على مائة منزل، تحت إشراف رئيس الريض، المكلف بجمع مداخيل الأوقاف الخاصة بهؤلاء، وبإنفاقها على توفير حاجاتهم المختلفة¹.

انتصبت الدولة السعدية على المغرب على رأس القرن التاسع عشر الهجري / الخامس عشر الميلادي، وصادفت المغرب في حالة منحنى لدرجة استولى البرتغال على جل شواطئه وجرّد عدة حملات على دواخله، فانحط المغرب انحطاطاً بيّناً².

وبالرغم من سنوات الازدهار التي عرفها عهد أحمد المنصور الذهبي³، فقد ظهرت أمراض منها الزهري، الذي انتقل من إسبانيا بعد سنة 1492م، ثم امتد داخل البلاد منذ القرن العاشر الهجري / السادس عشر الميلادي، كما انتشر الجذام وأنشأت حارات خاصة بالمجذومين خارج فاس ومراكش... وانتشر الوباء سنتي 964هـ/965هـ في كل أنحاء البلاد فمات بسببه آلاف السكان، كما انتشر مرض معد وهو السعال في أقصى جنوب المغرب واستمر عامين متتالين، بالإضافة إلى مرض الجرب والقرع. وعلى إثر وباء وقع سنة 1004هـ/1595م، عد حوالي ألف من الموتى بفاس وألفين بمراكش، وفي سنة 1006هـ/1597م، ظهر طاعون جديد فحصد العديد من الأموات فيهم شخصيات المدينة وفقهاؤها. وتوالت الكوارث والأوبئة بعد هذا التاريخ عدة سنوات، فحصدت العديد من الأرواح البشرية، وفي خطاب وجهه أحمد المنصور إلى ولده أبي فارس أشار إلى انتشار وباء 1011هـ/1602م، وكان هو نفسه ضحية لهذا الوباء في السنة الموالية⁴.

"وفي أيام الثورة الأهلية الداخلية بفاس، ارتفعت أثمان المعيشة إلى درجة حدثت معها مجاعة سنة 1022هـ، وهلك من أجلها آلاف عديدون وكثر، وخربت أطراف البلد وخلت المداشر من أهلها... وعاد الوباء يجتاح هذه المرة أوربا متجها نحو المغرب، بينما كانت الدولة السعدية تلقى مصيرها المحتوم... ولم

¹ - الإحسان الإلزامي في الإسلام وتطبيقاته في المغرب، الأستاذ محمد الحبيب التجكاني، 1410هـ - 1990م، ص. 558.

² - الطب العربي في عصر دول المغرب الأقصى، ص. 167.

³ - واسطة عقد الملوك السعديين، وأحد ملوك المغرب العظام وباني قصر البديع. ولد بفاس عام 956هـ/1549م، وبويع في ساحة معركة وادي المخازن الظافرة سنة 986هـ بعد وفاة السلطان عبد الملك. يعتبر عهده الذي دام حوالي 26 سنة أزهى عهود الدولة السعدية رخاء وعلمًا وعمرانًا وجاها وقوة. ومن الأطباء البارزين الذين خدموا عند أحمد المنصور، الطبيبان الفرنسيان (إتيان هوبير) بين 1598-1600م (وأرنولت دي ليسلي) بين 1588-1598م. توفي أحمد المنصور بالله بعد مرضه بداء الطاعون الذي انتشر في بلاد المغرب سنة 1012هـ/1603م.

⁴ - مصطفى بنعلي، تاريخ الأوقاف الإسلامية بالمغرب في عصر السعديين من خلال حوالة تارودانت وفاس، منشورات وزارة الأوقاف الإسلامية، 1428هـ/2007م، ص. 222/221.

ينقطع أثره إلا سنة 1681م" ... والواقع أن الوسائل الصحية من وقاية وعلاج كانت معدومة في جل أنحاء البلاد، ويكاد يقتصر الاهتمام على مراكش وفاس¹.

"وأما المارستانات فقد استمرت في إطارها القديم، ولا يعرف إلا مارستاناً واحداً من إنشاء السلطان عبد الله السعدي (970هـ/1562م) بمراكش بحي الطالعة، ووقف عليه أعيانا كثيرة خصصت لعلاج المرضى وإطعامهم وأداء مرتبات الأطباء والقائمين عليه"². كما بنى عبد الملك المعتصم مستشفى للأسرى المسيحيين بمراكش خصص لعلاجهم³.

"وعلى الرغم من الوضعية الصحية المزرية والوضعية الاجتماعية الكارثية التي أزهدت فيها أرواح العديد من ساكنة المغرب، شملت كل الطبقات الاجتماعية من علماء وحكام وعامة، بالإضافة إلى تدهور حالة البيمارستانات في أواخر العهد المريني والوطاسي، بسبب الحروب والاقتتال الذي أهلك الحرث والنسل، لم تستقطب المؤسسات الصحية كثيراً اهتمام السعديين، فمنجزاتهم في هذا الميدان كانت محدودة. ومن جهة أخرى لم يحدث السعديون تغييراً جذرياً في نظام الوقف، يمكنه من مواصلة تطوره دون التعرض لهزات تنتهي به إلى التراجع والضياع، كما حدث أواخر العهد المريني، إذ ظل مرتبطاً بمعطيات وهياكل سياسية واجتماعية واقتصادية معينة، لذلك تعرض مرة أخرى لأزمة إثر وفاة المنصور السعدي (1012هـ/1603م) أتت على الكثير من مؤسساته ورباعه"⁴.

وأمام قلة الأطباء المغاربة، استقطب الملوك أطباء أجانب، "وتخبر وثائق دوكاستر في مجلدها الثالث الخاص بالدولة السعدية أن أول طبيب مسيحي تمكن من علاج السلطان عبد المالك السعدي عام 1574م، كان هو بيرار Bérard، الذي نال الكثير من صداقة السلطان وثقته، مما هيا له أسباب المكوث طويلاً بالمغرب، حيث قضى بها اثني عشرة سنة. بعده قدم Arnould de Lisle الذي أمضى أحد عشر عاماً إلى كنف السلطان أحمد المنصور، أكسبته معرفة دقيقة بدواخل البلاط، وجعلت هنري الرابع يوفده مرسولاً إلى مراكش ثم إلى آسفي. وفي سنة 1607م قدم الطبيب Etienne Hubert، وكان كثير الاهتمام باللغة العربية وما كتب بها من مؤلفات أدبية وعلمية، مما أهله ليعين أستاذا لها بعد عودته إلى فرنسا، في جامعة باريس. وتمكن Jean Moquet من علاج أبي فارس السعدي، وحظي لديه بكثير من الإكرام والتقدير⁵.

¹ - إبراهيم حركات، المغرب عبر التاريخ، دار النشر الرشاد الحديثة، ج. 2، ص. 368-369.

² - رقية بلمقدم، أوقاف مكناس في عهد مولاي إسماعيل (1082-1139هـ/1672-1727م)، ط. وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية المملكة المغربية، 1413هـ-1993م، ص. 91.

³ - تاريخ الأوقاف الإسلامية بالمغرب في عصر السعديين من خلال حوالة تارودانت وفاس، ص. 223.

⁴ - أوقاف مكناس في عهد مولاي إسماعيل، ج. 1، ص. 91.

⁵ - الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب، ص. 271/272.

ويمكن القول إنه خلال فترة الوطاسيين والسعديين عرف مستوى الاهتمام بالطب والمجال الصحي انخفاضا، لا سيما إذا قارناه بالازدهار الملحوظ في عهد المرابطين والموحدين، وقسم من العصر المريني. وهذا الانخفاض راجع لعاملين، أولهما الاضطراب السياسي، وثانيهما وهو الأهم ابتداء أقول معالم الحضارة العربية¹.

الفرع الرابع: الحالة الصحية بالمغرب في بداية الدولة العلوية (1024هـ/1631م)

تمكنت الدولة العلوية المغرب أواخر القرن الحادي عشر الهجري، وقد وجدت المغرب يعاني من ضروب الكوارث ألوانا، ومن صنوف التفرق والشقاق أنواعا، فجمعت كلمته ووحدت الوجهة وشجعت العلوم والمعارف وشيدت المدارس وأغدقت الأرزاق على العلماء والمفكرين. وقد كانت لهم عناية خاصة بالأطباء...².

"حاول العلويون تلبية الحاجيات الصحية لسكانه البلاد، على الرغم من انشغال الدولة بمواجهة الغزو الخارجي، والفتن الداخلية، وما عرفه المغرب من سلسلة من الأوبئة ما بين سنة 907هـ/1676م، وسنة 1398هـ/1978م، حيث شجع العلويون الأطباء المغاربة، واستقدموا العديد من الأطباء الأجانب، وعلى رأس القائمة الفرنسيون لينفذوا ما يمكن إنقاذه، وخاصة أيام الأوبئة"³.

وكان للسلطان المولى محمد بالأطباء اعتناء زائد أكثر من غيره فكان يبعث "للفرايقية" (لعلم الأطباء والصيدالة) من بر النصارى إدانة في كل سنة ستة أشهر، فينزل بعضهم بحضرة مراكش وبعضهم بمكناس وبعضهم بفاس، أما في الثغور فأجرى لهم مالا كثيرا يصرف عليهم في جميع ما يحتاجون إليه في أدويتهم وأوعيتها وأوانيها التي تعطى فيها للمرضى وكل من أصابه علة ذهب إليهم فيعطونه ما يليق به من الأدوية مجانا، فإذا مضت ستة أشهر رجعوا لبلادهم... فيما يظهر أن المغرب صار عالة على أوروبا وأن الاستعمار المعنوي صار يتخلل المغرب"⁴.

ولقد ازدهرت على عهدهم كثير من العلوم النقلية والعقلية في جامع القرويين، الذي تقاطر عليه العلماء من مختلف نواحي المغرب، فورثت فاس أوائل العلويين علم الدلائيين والناصريين، بينما كان السعديون يجلبون العلماء إلى مراكش، ومن جملة التعاليم التي كان الكثير من العلماء يعتنون بنقولها ومصنفاتها علم الطب⁵.

¹ - الطب والأطباء، ص. 66.

² - الطب العربي في عصر دول المغرب الأقصى، ص. 183.

³ - الإحسان الإلزامي، ص. 605.

⁴ - الطب العربي في عصر دول المغرب الأقصى، ص. 183.

⁵ - الطب والأطباء، ص. 68.

إن أوقاف المغاربة على الرعاية الصحية لم تنقطع يوما ما، فقد تتأثر بأزمة سياسية أو اجتماعية، أو مجاعات أو أوبئة لكنها نكل ولا تنقطع. وفي عهد الدولة العلوية وازدهارها وإقبال المغاربة الكبير على الوقف على أنواع من أعمال البر ومنها المستشفيات، خشي المولى إسماعيل عليها الضياع والنسيان، فأمر "النظار من كل جهة من الجهات بإحصاء الأوقاف وتسجيلها في دفاتر خصوصية رسمية حتى تكون وثيقة قانونية وتاريخية بين أيدي الأجيال القادمة"، فكان لهذا الإجراء منه رحمه الله الأثر البالغ في حفظ المستشفيات من الضياع، وضمان استمرارها في أداء مهامها الاستشفائية والإيوائية والاجتماعية¹.

وفي عهد المولى إسماعيل (1102هـ/1727م)، تركزت الاهتمامات على بناء المؤسسات الدينية والثقافية، وإصلاح ما خرب من القديم منها، ولعل ذلك كان سببا في قلة ما أنشأه من مؤسسات اجتماعية. "وقبل وفاة مولاي إسماعيل ببضع سنوات، نكبت البلاد بسلسلة من السنوات العجاف تبادت أربع سنوات، من 1721م إلى 1724م، وتسببت في غلاء شديد ومجاعة رهيبة بين السكان... ونزيف ديمغرافي كبير.. ومع رحيل السلطان مولاي إسماعيل، وتهافت المتنافسين على اقتسام الوزعة، مضى شريط الاضطرابات دون توقف، وسقطت البلاد على امتداد ثلاثين سنة، في دوامة الحروب الأهلية. وعادت المجاعة سنتي 1737م - 1738م.... وفي غضون مارس 1742م، حل الطاعون بالمغرب.. وتبين من خلال المراسلات القنصلية أن قافلة تجارية محملة بالحرير قدمت من الشرق وحملت العدوى... وكان الطاعون منتشرا في الجزائر في سنوات 1740-1743"².

... وإذا كان التجار هم الذين أدخلوا الطاعون، فإن وحدات المقاتلين، هي التي لعبت أهم دور في نشره: أولا على طول محاور تنقلاتها، وثانيا بعد عودة أفرادها الموبوتين إلى مواطنهم الأصلية³. وظهرت مجاعة كبيرة في سنوات 1776م، 1779م، و1782م، ومات خلق كثير جوعاً... "وابتداء الغلاء بالمغرب الذي كاد يفنيه، وكاد ذلك الغلاء يستأصلهم بالأطباق وأن تقوم قيامتهم على ساق... هناك تقديران عن نسبة الخسائر الإجمالية: أولاها للناصري في كتابه الاستقصا (ج. 8، ص. 49)، الذي يؤكد أن أزيد من نصف عدد السكان تعرض للموت جوعا. والتقدير الثاني للقنصل الفرنسي "شنيي" الذي يقرر أن نسبة الوفيات بالجوع بلغت أكثر من سدس مجموع السكان... كانت مجاعة طاحنة، أودت

¹ - محمد المكي الناصري، الأحباس الإسلامية في المملكة المغربية، 1412هـ/1992م، دط، نشر وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، المملكة المغربية، مطبعة فضالة - المحمدية (المغرب)، ص. 21. وهذا الكتاب يعتبر مرجعا تاريخيا مهما لأنه في أصله عبارة عن بحث في شكل تقرير أعده المرحوم الشيخ محمد المكي الناصري في المرحلة الاستعمارية سنة 1935 في إطار لجنة الدفاع عن الأحباس الإسلامية، وتقدم به للمؤتمر الإسلامي العام آنذاك.

² - محمد الأمين البزاز، تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين 18 و19م، من منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالرباط، سلسلة رسائل وأطروحات، رقم 18، مطبعة النجاح الجديدة، 1992، ص. 40/35.

³ - تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين 18 و19م، ص. 55.

بعدد كبير من الناس... عمت جميع البلاد، وتمادت في الزمان، بين مد وجزر، زهاء ست سنوات... وظهرت اضطرابات وثورات نتيجة القحط والجوع¹.

كانت الأزمات الغذائية والوبائية في الغالب مصحوبة باندلاع أزمات سياسية وحروب أهلية، إلا أن ما أحدثه الطاعون والمجاعة من دمار وخسائر فاق بكثير ما خلفته الحروب، مما أدى إلى تقوقع اجتماعي وانكماش صناعي وتجاري، وإتلاف التجهيزات، بما فيها البيمارستانات.

ومن مظاهر العناية بالجانب الصحي التي وقفنا عليها في تلك العصور نذكر ما ورد في حوالة مولاي إسماعيل: "... ومن خلال استقراء بعض الحوالات الخاصة بالعهد العلوي الحديث، مثل حوالة المولى اسماعيل، نجد أنها تتضمن إلى جانب أوقاف متنوعة، أحباساً خصت للمرضى²، كما تضمنت وقف أراضي على المارستان، البعلية والسوقية المتفرقة على أماكن شتى خارج مدينة فاس... وهي عبارة عن أراضي وفدادين وعرصات وفيوضات ماء³.

"كما أن الملوك العلويين كانوا يعتبرون الأوقاف الإسلامية تراثاً خاصاً لجماعة المسلمين، ويخصصون مداخلها للقيام بشعائر الإسلام وتعليم الدين ومواساة اليأساء والغرباء، فكانت تتفق على المساجد والمدارس والملاجئ والمارستانات، وأحياناً ينفق منها على تحصينات الثغور، وإنارة الدروب، وتنظيف الشوارع وتوزيع المياه العذبة، وكانوا يأذنون بالإنفاق من أحباس جهة على جهة أخرى متى كانت المصلحة الإسلامية تقتضي ذلك، ولا سيما إذا طالبت به جماعة المسلمين⁴.

ومن الأمثلة عن الأوقاف في عهد الدولة العلوية، ما قام به السلطان سيدي محمد بن عبد الله (ت1204هـ/1790م) حيث خصص لمارستان فاس ومارستان مراكش أوقافاً عديدة للإنفاق عليهما... وفي عهد السلطان مولاي الحسن، بعث مندوب الخارجية المغربية بطنجة، السفير السيد الحاج محمد الطريس، يعرض على جلالته حالة المارستان الطنجي وكونه ضيقاً متداعياً للسقوط، وعدم وجود ملجأ آخر يلجأ إليه المرضى، فأجابه مولاي الحسن بظهير شريف مؤرخ بتاسع ذي الحجة سنة 1306هـ يأذن فيه ببناء المارستان والزيادة فيه، وجعل مرتباً للمرضى تقوم به ضرورياتهم، وجعل مرتب لمن يبر بهم ولمن يعالجهم، والإنفاق على ذلك كله من أحباس جامع طنجة، حيث لا أحباس للمارستان المذكور، وكتب بنفس ذلك لناظر الأحباس...⁵، "وبناء المستشفى الجديد بمدينة بسلا من طرف السلطان المولى عبد الرحمان

¹ - تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين 18 و19م، ص. 78/79.

² - ومثاله في الحوالة الإسماعيلية رقم 46 ص. 572، التي تضمنت ثلاثة أوقاف على المرضى الجذماء القاطنين ببرج الكوكب خارج باب عجيبة، وهي عبارة عن حوانيت وأراضي زيتون وغيرها.

³ - الحوالة الإسماعيلية رقم 47 ص. 559 إلى 566.

⁴ - محمد المكي الناصري، الأحباس الإسلامية في المملكة المغربية، 1412هـ/1992م، نشر وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية بالرباط، ص. 21.

⁵ - الأحباس الإسلامية في المملكة المغربية، ص. 22.

العلوي سنة 1247هـ/1831م في ضريح الحاج أبي العباس أحمد بن عمر بن عاشر الأنصاري الأندلسي (ت764هـ)، وقد قال عنه ابن علي الدكالي أنه "المارستان الرفيع، العام النفع والبركة"¹.

ومما يدل على استمرار الاهتمام بالأوقاف الصحية، نذكر بعض الأمثلة التي ذكرها د. التجكاني، ومنها أنه وجد بتطوان مأوى خاصاً بالمرضى والمنقطعين، يقدم لهم كلما يحتاجون، من مداخيل الأحباس الكثيرة التي رصدت لصالحهم من طرف المحسنين².

"وقد عاش بالمغرب في العهد العلوي أطباء أجانب حيث استدعى السلطان سيدي محمد بن عبد الله عام 1789م الطبيب الإنجليزي "لمبرير" لمعالجة نجله مولاي عبد السلام المصاب بالرمد، وفي عام 1823م وجه اللورد "شاطام" حاكم جبل طارق طبيباً إلى مولاي عبد الرحمان لإجراء عملية جراحية في عينه اليسرى، وفي عام 1826م ورد إلى المغرب الدكتور "براون" بطلب من السلطان الذي كان يتألم من عاهة... وقد منح السلطان الدكتور براون رخصة لممارسة فن الطب في مجموع أنحاء المغرب³.

في هذا الوقت كانت أوروبا قد اعتمدت التدابير الصحية الوقائية منذ نهاية القرن الرابع عشر، حيث استجمعت قواها وحاربت الأوبئة والمجاعات، بعدما تمكنت من فهم طبيعة العلاقة الجدلية القائمة بين الغلاء والمجاعة والوباء⁴. وهذه العلاقة الحتمية تجد ما يزيكها في الواقع المغربي، فحلقات الطاعون التي تعاقبت على المغرب، كانت مسبقة بالمجاعات وما ينتج عنها من غلاء، والطاعون لا ينتشر إلا في ظل المصاعب الغذائية.

وهكذا نلاحظ أن تكرر موجات المجاعات والأوبئة حالت دون الاهتمام بالتنمية الاجتماعية بالمغرب، بما فيها التنمية الصحية. وفيما كانت أوروبا تعيش ثورة سياسية واقتصادية واجتماعية، كانت المجاعات والأوبئة والحروب تستهلك رأسماله البشري، لذلك لم يكن له مفر من الوقوع في التدخل الأجنبي في شؤونه الداخلية.

¹ - محمد بن عبد العزيز بن عبد الله، الوقف في الفكر الإسلامي، ص. 154-155.

² - الحاج علي الريوندو، الذي حبس، سنة 1219هـ، و1220هـ، حبسا معقبا، ينتهي إلى مأوى المنقطعين عند نهاية العقب، والحاج عمر بن علي الدسولي، الذي حبس، سنة 1214هـ، ثلث متخلفه على فاقد العقل من نزلاء المأوى (المارستان) والسيدة تيمكو معتقة الحاج الهاشمي بن عبود التي حبست سنة 1297هـ ثلث متخلفها على الضعفاء والمرضى بالمارستان، انظر: الإحسان الإلزامي، ص. 558.

³ - الطب والأطباء، ص. 92.

⁴ - يقول د. سورنيا في كتابه "تاريخ الطب" ص. 287/288: "نهضت حركة قوية، في فرنسا من أجل الصحة العامة خلال السنوات من 1820م إلى 1850م، وعلى رغم تعثر هذه الحركة سريعا، إلا أن بريطانيا العظمى أمسكت بالزمام تحت التأثير الحيوي لـ أدوين شادويك (1800م-1890م)⁴. بالإضافة إلى المبادرات الإدارية التي اتخذت لمقاومة الفقر الذي انتشر في البلاد الصناعية، نلاحظ أيضا ظهور العديد من المؤسسات الخيرية الخاصة، فافتتحت المستوصفات (ولد المصطلح في إنجلترا في القرن 18) خاصة في المدن الكبرى، وتوجهت هذه المستوصفات إلى سكان الحي أو القرية، وقاومت الأمراض المعدية خاصة السل الرئوي والأمراض السارية، وكثيرا ما كانت هذه المستوصفات تخصص لعلاج الأطفال فتأسست قطرات (اللين) أو مؤسسة جرانشير الخيرية في نهاية القرن 19 في فرنسا...". عقد المؤتمر الطبي الأول في باريس في سنة 1851م باشتراك الأطباء والدبلوماسيين. وقد سعى هذا المؤتمر إلى سن وفرض قوانين صارمة خاصة بالحجر الصحي، ومقاومة انتشار الطاعون والكوليرا والتيفوس، وسنت قوانين المحاجر الصحة التي تقتضي عزل المسافرين والمراكب والبحارة والبضائع القادمة من الأماكن الموبوءة.

المطلب الثاني: الحالة الصحية بالمغرب من عهد الحماية إلى وقتنا الراهن

الفرع الأول: الحالة الصحية بالمغرب عشية الحماية

أولاً: تتابع موجات المجاعات والأوبئة:

إن انتشار الأوبئة وغياب منظومة صحية بالمغرب مهدا للتدخل الأجنبي في الشؤون الصحية: في عام 1799م، نقل الحجاج الطاعون من الحجاز إلى المغرب، وصادف ذلك هجوم الجراد فتحطمت المحاصيل الزراعية. امتد الوباء على نطاق جغرافي واسع، وأحدث انهياراً ديمغرافياً كبيراً نظراً لقوته التدميرية (يشير القنصل الفرنسي بطنجة في مراسلة بتاريخ 2 يونيو 1799م أن الخسائر وصلت بفاس إلى 700 و 800 ضحية يومياً، بينما بلغ عدد الضحايا بها منذ ماي 1799م: ثلاثون ألف ضحية¹) ... بالإضافة إلى أرقام مهولة عن ضحايا هذا الطاعون في جميع المدن المغربية (الرباط، سلا، المدن، الجنوبية، سوس، تطوان، طنجة...)، "ذكرت المراسلات الأجنبية بعض الفصول المأساوية التي كانت تجري في هذه المدن. من ذلك أن الناس كانوا يلقون بالجثث في حفرة كبيرة، وقد يتركونها في العراء لتتهشها الكلاب والطيور الكاسرة. وأمام شبح الفناء، عمّ اليأس والاستسلام، وتهافت الموسرون على شراء الكتان لتلف به جثثهم حينما يأتي دورهم، كما عمدوا إلى إفراغ مطاميرهم وتوزيع ما تختزنه من أقوات على الفقراء، وتهيبئها بذلك لتكون مقرهم الأخير"².

وبعد استراحة قصيرة 1801-1816، بدأت محنة جديدة سنة 1816 بتكالب الجراد على المحاصيل الزراعية، وفي سنة 1817 توقفت الأمطار... ومع استمرار الجفاف سنة 1818م، بلغت الأزمة الغذائية ذروتها، ونفذت المواد الاستهلاكية من الأسواق، بدأت تحركات القرويين بحثاً عن لقمة عيش... وفي ظل هذا الفقر المدقع عاد الطاعون إلى الظهور سنة 1818م-1820م؛ ويعتبر حلقة من سلسلة واسعة بدأت في عدد من البلدان المتوسطية منذ عدة سنوات، ففي 1806م ظهر الوباء بمصر... ثم ازداد الخطر عندما أصبح جائحاً في الحدود. وفي 1817م ظهر بالجزائر وتسلسل من الجزائر إلى بونة ووهران، ثم انتشر في كل نواحي الولاية الجزائرية مع قوافل الفارين³.

"ومع تدهور الأوضاع الصحية للسكان وتأثر الفكر المغربي بالارتداد الفكري الذي أضحى سجين حقبة مظلمة ضربت الفكر العربي الإسلامي منذ نهاية القرن الرابع عشر، حيث انحسر الفكر العقلاني أمام انتشار الفكر الخرافي، فأصيب الفكر بجمود انعكس على توجهات الساسة، ومتولي السلطة في اتخاذ

¹ - تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين 18 و 19م، ص. 95.

² - المرجع نفسه، ص. 97.

³ - نفسه، ص. 102/104.

القرارات السليمة من أجل التخفيف من وطأة الوباء، وهو ما تنبه له الأجانب حيث اتخذ الشأن المحلي كذريعة للتدخل في الشؤون الداخلية"¹.

"وكانت جل القنصليات العامة قد تركزت بطنجة التي بدأت وظيفتها تتبلور منذ ذلك الحين كعاصمة دبلوماسية للمغرب، وكان من الطبيعي أن يقوم بين البعثات الدبلوماسية بالمدينة نوعاً من التكتل حيث كانت تتعقد بينهم اجتماعات دورية لمعالجة القضايا ذات المصلحة المشتركة... وكان من شأن غياب سلطة مغربية تتولى مهمة المراقبة الصحية في المراسي، للتأكد من سلامة السفن الواردة عليها قبل منحها حرية الدخول، أن تترك الباب مفتوحاً أمام تدخل الأجانب في هذا الميدان، ومحاولة التحكم بموجبه حتى في قبول أو طرد السفن العائدة بالحجاج المغاربة إلى ديارهم"².

"... فمنذ طاعون 1798-1800م، أصبحت "خريطة القناصل" تولى مزيداً من الاهتمام بالوقاية الصحية في المراسي... ويفيد سجل "المجلس الصحي الدولي بالمغرب"³، بأن خريطة القناصل عقدت اجتماعاً طارئاً عند وصول الأخبار بظهور الطاعون بالجزائر عام 1817م، قررت فيه ما يلي: فرض حجر صحي⁴ لمدة أربعة أيام على جميع المراكب القادمة من بلاد المغرب الكبير ومن المشرق الإسلامي، ولمدة يومين على المراكب القادمة من الموانئ الأوربية فيما وراء جبل طارق... وتعيين طبيب فرنسي مفتشاً صحياً بمرسى طنجة لتعزيز المراقبة الصحية بها"⁵.

"بقي المغرب بمنحى خلال الموجة الأولى من داء الكوليرا (1817م-1827م) التي توقفت عند أبواب أوربا وتخوم سيبيريا الغربية، ولم يداهم الوباء إلا خلال الموجة الثانية التي جاءت بعد زمن يسير من سابقتها (1829م-1837م). كانت هذه الموجة رهيبة أثارت قدراً كبيراً من الرعب في أوربا، وفي أقل من سنتين، انتقل الوباء من ضفاف بحر قزوين إلى ضفاف التاميز... وعلى الرغم من المستوى الاجتماعي والصحي الجيد للسكان في أوربا، والتقدم الحديث المنجز في ميدان الطب، خلف الوباء عام 1832م:

¹ - لمياء أزر، تطور السياسة الصحية بالمغرب، أطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة محمد الخامس، الرباط السنة الجامعية: 2011-2012، ص. 27.

² - محمد أمين البزاز، المجلس الصحي الدولي بالمغرب (1829-1792م)، بحث لنيل دبلوم الدراسات العليا في التاريخ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالرباط، السنة الجامعية، 1979-1980 م، ص. 24.

³ - أمام ضغط أوربا في إطار اعتماد التدابير الصحية الوقائية، شهدت عدة أقطار إسلامية تأسيس مجالس صحية دولية تتكون من أطباء وقناصل أجانب وممثلين عن تلك البلدان... ومن بين هذه المجالس أسس المجلس الصحي الدولي بالمغرب، الذي يضرب بجذوره إلى عام 1792م، والذي كان يتكون فقط من نواب الدول الأوربية الممثلة في طنجة، عن تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين 18 و19، ص. 403.

⁴ - بدأت أوربا في اعتماد التدابير الصحية الوقائية منذ نهاية القرن الرابع عشر. ومن بين هذه التدابير "الحجر الصحي" وهو ما عرف في الأدب الإسلامي المعاصر بـ "الكرنيتنة"، ومن الأمثلة التي وصفتها؛ مثال السفير المغربي ابن عثمان في رحلته إلى إسبانيا، فبعد وصوله إلى سبتة سنة 1799، وصف "الكرنيتنة" بقوله: "وقد ذكرنا لنا قبل أن لا بد من أن نجعل الكرنيتنة، ومعناها أن يقيم الذي يرد عليهم في موضع معروف عندهم معد لذلك أربعين يوماً لا يخرج منه ولا يدخل إليه أحد... ولهم في ذلك تشديد كثير حتى أن الذي يأتي إلى صاحب الكرنيتنة بالطعام يطرحه له من بعد ويحمله الآخر ولا يتماسان، وإن ورد عليهم بكتاب ذكروا أنهم يغمسونه في الخل بعد أن يقبضوه منه بقصبة" (عن تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين 18 و19م، ص. 404).

⁵ - محمد أمين البزاز، تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين 18 و19، ص. 104.

5.500 ضحية في إنجلترا، و100.000 ضحية في فرنسا. إنها الموجة العالمية الأولى التي لم تسلم منها أية قارة. فانطلاقا من أوروبا الغربية أصيبت المغرب والأمريكتان. ولقد قام القناصل الأجانب بطنجة بمحاولات دفاعية متعددة ضد الوباء. "فمنذ 1829م و1831م استصدروا قرارات الطرد والحجر الصحي ضد السفن الموبوءة أو المشكوك في حالتها الصحية لحماية المغرب من الكوليرا التي تفشت في جبل طارق ثم في الجزائر. وفي عام 1834م، اتخذوا تدابير صارمة بعد أن اكتسح الوباء السواحل الإسبانية، وبالمناسبة أصدر مولاي عبد الرحمان أوامره إلى كافة عماله بالمراسي التجارية لتنفيذ هذه التدابير، مما دفع قنصل فرنسا ميشان "Méchain إلى القول في يوليو 1834م: "إن الأوروبيين يمارسون في المغرب سلطات واسعة في الميدان الصحي"¹.

"وقد أيقظ وباء الكوليرا الذي انقضى على أوروبا ابتداءً من سنة 1830م الرعب القديم المرتبط بطاعون القرون السابقة. وكما كانت الحال بالنسبة للطاعون قديما. جاءت الكوليرا من الشرق، وانتشرت في فرنسا الفكرة القائلة بأن تعاوننا دوليا سيكون شديد النفع من أجل تفادي تكرار هذه الموجة. ومن جهة أخرى كان الوضع السياسي مهينا لمثل هذا التعاون، خاصة عندما بدأت الإمبراطورية العثمانية في التمزق، وفقدان قوتها"².

رغم كل الاحتياطات الوقائية التي اتخذت في المراسي، توالى الأوبئة والأزمات الغذائية بالمغرب. "ففي سنة 1878م، والأزمة الغذائية ضارية أطنا بها، ظهر داء الكوليرا مرة أخرى بمكناس وفاس، وقرر المجلس الصحي انتداب الطبيب الإسباني تاديو مونتز (Taddéo Martinez)، والطبيب الفرنسي لينارس (F. Linarés) ... وقرر الطبيبان أن هناك عاملا ساعد على تنشيط الجيوب المتوطنة للداء، وهو البؤس العام الذي كانت تعيشه البلاد في صيف 1878م"³.

"ومباشرة بعد إقلاع الكوليرا، ظهر وباء التيفوئيد سنة 1879م، وهو الذي أشار إليه الناصري (في كتابه الاستقصا ج. 9، ص. 164) بقوله: "...حدث الوباء بالحمى في أعيان الناس وأمثالهم فهلك منهم عدد كبير". وبهذا توفي الصدر الأعظم موسى بن أحمد في يناير 1879م"⁴. "وارتفع عدد الموتى بالوباء... وكان الوباء ساحقاً، ولم تسلم منه حتى الفئات الميسورة وكبار موظفي المخزن، كما أنه تفشى أيضا بين المستوطنين الأجانب... وقد سقط ضحية له أيضا بعض القناصل والنواب القنصليين؛ ففي الصويرة، فتك بقنصلي إيطاليا والبرتغال، وفي آسفي نائب قنصل إيطاليا. وفي الجديدة بنائبي قنصلي البرتغال والنمسا... كما أن أكبر الخسائر هي التي سجلت في المدن (نظرا لمجيء حشود ضخمة من القرويين الجائعين

¹ - تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين 18 و19م، ص 170.

² - تاريخ الطب، سورنيا، ص. 288.

³ - تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين 18 و19م، ص. 164.

⁴ - المرجع نفسه، ص. 274.

والموبوئين)، حيث شكل الجوع، والازدحام، والقذارة، دعامة أساسية لتفشي الأوبئة... ويمكن أن نوضح هذه العلاقة من خلال مثال الصورة في عام 1878م، حيث ورد في مجموعة من تقارير الطبيب الفرنسي أوليف OLIVE؛ أنه على الرغم من أن الصورة كانت في مقدمة المدن التجارية المغربية، فإن حالة النظافة بها كانت توصف على نحو من الإهمال؛ وكان سوء تصريف المياه الحارة، ومساوي بيوت الخلاء، وانتشار القاذورات بجوار الدور المزدحمة والمفتقرة إلى وسائل التهوية الكافية... وكانت الغرفة الواحدة تأوي عدداً كبيراً من الأفراد... وأن مجاري المياه الحارة كانت مكشوفة وتفوح منها رائحة النتانة لا تطاق، مما يشكل تهديداً للصحة العمومية¹.

من هنا نستنتج العلاقة بين عدم الاهتمام بمحددات الصحة (السكن اللائق، الماء الصالح للشرب، جمع الأتبال، وتصريف الماء الحار...) وانتشار الأمراض والأوبئة.

"قاست المدن كثيراً من عدم الاستقرار، والحصار، والهجوم والنهب من طرف القرويين، كما أصبحت المسالك ملغومة بقطاع الطرق، مما تسبب في فوضى حقيقية على صعيد الأمن العام، سيما وأن المهاجمين كانوا يتوفرون على السلاح العصري الذي شاع استعماله بعد ازدهار حركة التهريب"². واستقطبت الأزمات الطبيعية بالخصوص مع بداية عهد مولاي عبد العزيز... وكثرت الانتفاضات نتيجة تراكم الغضب الشعبي الناجم عن عملية الإفكار التي أفرزها التسرب الأوروبي داخل المجتمع التقليدي...

"ولم يكن المغرب يومها يتوفر على مقومات بناء منظومة صحية فاعلة قائمة على التضامن الاجتماعي، بل حتى المستشفيات فقدت من قيمتها وأصبح الأجانب يؤسسونها على نسق أوسع مما وقع أيام السعديين"³.

"وبدا إنشاء المؤسسات الصحية الفرنسية بالمغرب قبل توقيع معاهدة الجزيرة الخضراء، فباستثناء طنجة التي كانت تحظى بتجهيزات صحية، كانت باقي البلاد بعيدة عن مثل هذه التجهيزات حتى سنة 1905م، وهي السنة التي قررت فيها وزارة الشؤون الخارجية الفرنسية خلق مؤسسات صحية صغيرة، مع تعيين أطباء داخل كبريات المدن المغربية. كما تم إنشاء مؤسسات صحية أخرى بعد توقيع عقد الجزيرة الخضراء سنة 1906م، مما أعطى الانطباع بأن فرنسا القوة الاستعمارية الأوفر حظا في المغرب"⁴.

¹ - تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين 18 و19م، ص. 278/277.

² - المرجع نفسه، ص. 308.

³ - الطب والأطباء بالمغرب، ص. 93-94.

⁴ - Abdelmounim ou Aissa, la sante publique au Maroc à l'époque coloniale 1907-1956/thèse pour le doctorat en histoire université de paris, pantheon sorbone ? 1977, atelier national de reproduction des thèses (ANTRT) pp:37-38.

رغم انتشار الأمراض والأوبئة، لم يكن للدولة المغربية دور يذكر في مجال التغطية الصحية، ولم تكن هناك قوانين اجتماعية وضعية خاصة بتنظيم الحياة الاجتماعية قبل دخول المغرب عهد الحماية في مارس 1912م: "فقد كان تآزر المغاربة -عند حدوث المرض- قائما على التعاليم الدينية والتقاليد الاجتماعية السائدة في إطار التضامن العائلي، حيث العائلة والقبيلة والإحسان مقومات أساسية حاضرة بقوة، وكانت تسهم إلى حد كبير في ضمان التلاحم الاجتماعي والعائلي بين الأفراد في تلك الفترة. فكان افتراض وقوع الشخص مريضا بمجرد عدم حضوره في صلاة الجمعة، وكان الجيران والأقارب يقدمون للمريض كل الخدمات التي يحتاجها لاسترجاع صحته"¹.

إن دراسة الأوبئة والمجاعات تعتبر عنصرا هاما إن لم نقل محوريا، في تاريخ المغرب، وتوضح تأثير الحالة الصحية للبلد على تطوره وتقدمه؛ كيف كان بإمكان المغرب أن يتطور وينمو ويعزز كيانه، والحالة أن الأوبئة والمجاعات كانت تجرف في كل عشر سنوات أو خمسة عشرة سنة، بقسم هام من ثروته الحيوانية والبشرية، بما فيها الأطر الإدارية والعسكرية والثقافية كما تبين لنا من خلال العرض الموجز الذي أوردته عن الخسائر التي تسببتها هذه الأوبئة: كانت القوى المنتجة تتعرض للتدمير، وكان الأمن يختل، والعلم يضمحل، بحيث إن البلد عوض أن تخطو إلى الأمام، كانت ترتد إلى الوراء. وأمام انتشار الأوبئة والأمراض، كان عدد الأطباء المغاربة جد قليل، وكانت محددات الصحة سيئة (الغذاء، الماء الصالح للشرب، مجاري المياه الحارة، السكن اللائق...) مما أدى إلى زيادة تدهور الحالة الصحية بالمغرب.

"وعشية الحماية، اختفى أثر التعليم الطبي من جامعة القرويين، وأصبح المرضى تحت رعاية السادة الأولياء الذين بفضل بركتهم سيتم طرد الجنون التي تسكنهم والتي هي فقط سبب علتهم، أو أنهم يلجؤون إلى الطلبة الذين يصوغون أحجة يختلط فيها الدين بعلم الفلك والتعويذات وإخراج الجن... أما الجراحة فهي من عمل الحلاقين الذين يباشرون عملية الختان ويعالجون النزف ويجبرون الكسور...². وانعدمت المؤسسات الصحية التي يمكن للمرضى أن يتلقوا فيها فحوصات معينة. ولا زالت توجد بعض المارستانات بها غرف مظلمة وبدون تهوية، مخصصة فقط للمجانين وكانوا يحملون أغلالا حديدية مثبتة في كواعبهم ويربطون ليلا إلى سلسلة بواسطة قلادة حديدية، وأصبحت وضعية المارستانات مزرية، وكانت تعتبر بمثابة ملاجئ حول الأضرحة، والأولياء ببركتهم، هم من يقوم بعلاج المرضى الوافدين عليها...³.

¹ - الحاج الكوري، دور الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في التنمية الوطنية، ج. 1، ط. 2، أكتوبر 2001، مكتبة دار

السلام للطباعة والنشر والتوزيع الرباط، ص. 38.

² - جوزيف لوشيني، المؤسسات الحسبية في المغرب - ترجمة نجيبه أغرابي، ص. 172 - 173.

³ - المرجع نفسه، ص. 181.

ولم تقتصر الهيئة الفصليّة على التّدخل في الشّؤون المتعلّقة بالحجر الصحيّ البحريّ، بل وسعت تدريجياً نطاق تدخّلها ليشمل اتّخاذ تدابير وقائيّة ضدّ أيّ جهة داخل المملكة ظهر بها الوباء، حيث قامت فرنسا بإرسال أطباء *médecins missionnaires* قبل فرض السيطرة العسكريّة على البلاد، حيث تمّ تجنيدهم لإعطاء معلومات استخباريّة عن البلاد وأهلها، كما قاموا بإنشاء علاقات مع الساكنة التي استفادت من خدماتهم الطبيّة¹.

والتحقّ بالمغرب أحد كبار الأطباء الذي يدعى لينارس F. LINARES وقضى به زهاء ربع قرن، من سنة 1879م إلى 1903م... وكان طبيباً لمولاي الحسن ومرافقاً له في بعض أسفاره... وتمكّن خلال مقامه بالمغرب أن يقدم الكثير من المساعدات لبلاده فرنسا في وقت كان التنافس على أشده بين القوى الاستعماريّة من أجل المغرب، بل إنه لقب بعميد الأطباء الذين مهدوا للتّدخل في المغرب...².

ومن بين الأطباء الفرنسيين الذين توافدوا على المغرب، طبيب آخر، في سنة 1905م، وهو إميل موشان E. Mauchamp، في إطار بعثة للشّؤون الخارجيّة، وطبقت شهرة هذا الطبيب الآفاق، بما برع فيه من علاج المرضى وتقديم علب الدّواء بغير حساب، وتسايق عليه كبراء القوم وصغارهم... لكن هذا الطبيب اغتيل في مارس 1907م بطعنات متتاليّة أردته قتيلاً، وهمّ قاتلوه بإحراق جثته لولا أن تدارك الأمر حرس الخليفة مولاي عبد الحفيظ وحالوا دون ذلك... وقد أثار مقتله كثيراً من التساؤل والاستغراب. فهل اشتم منه المغاربة ما يوحي بالتجسس لفرنسا في وقت كان فيه الصراع على أشده بين الدول الأوربيّة للانفراد بالمغرب؟... وكان رد فعل فرنسا على مقتل طبيبيها، الاستفادة من الظرف والانقضاض على مدينة وجدة، ثم بداية الاحتلال العسكري للمغرب³.

وبمقتل هذا الطبيب، واقتحام الجيوش الفرنسيّة لتخوم المغرب الشّرقية، "توارى الأطباء الدبلوماسيون شيئاً فشيئاً من الساحة السياسيّة، وأصبح على الأطباء العسكريين أن يلعبوا دورهم كعوامل أكثر فعالية في التغلغل السلمي... يقول ليوطي في هذا الصدد: "إن هدف هذه المرحلة، هو تحقيق الباسيفكسيون Pacification المادي والمعنوي، وذلك بتعويد الأهالي على الاتّصال بنا... يقول المارشال اليوطي⁴ في هذا الصدد: "ليس هناك ما هو أقوى ولا أكثر فعالية من عمل الطبيب كوسيلة للتغلغل وجلب الأهالي وتمهيد البلاد". وأضاف قائلاً: "إن للتوسع الاستعماري جوانبه القاسية، فهو ليس خالياً من العيوب والنقصان، غير أنه إذا كان هناك ما يضيفي على هذا التوسع نبلاً ويبرره فهو عمل الطبيب كمهمة وكرسالة شريفة"⁵.

¹ - المؤسّسات الحسبيّة في المغرب - ترجمة نجيبّة أغرابي، ص. 29.

² - الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب، ص. 272.

³ - المرجع نفسه، ص. 274.

⁴ - أول مقيم عام بالمغرب من 1912م إلى 1925م، ولد سنة 1854م، توفي 1934م.

⁵ - الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب، ص. 275-276. عن Lyautey et le médecin, Ed . Maroc Médical, Casablanca

1957م.

"ومن جهة أخرى لعبت الراهيبات الفرنسييسكانيات دورا مهما في إسعاف المرضى والمعوزين والعمل من خلال ذلك على نشر إشعاع فرنسا الحضاري. شارك في إدارة الصحة، وإسعاف من تحيفهم التيفوس، وساهم في تنظيم المستوصفات الأولى وفي إسعاف الأيتام الذين خلفهم التيفوس... وتحدث عن دورهن ليوطي قائلا: "لقد ساهمن دوما في غزو القلوب والعقول... وكن مساعدات رائعات لعمل الحماية سواء داخل المدرسة أو المستشفى"¹.

وهكذا نلاحظ أن عدم وجود العدد الكافي من الأطباء المغاربة الأكفاء القادرين على مواجهة الأوبئة المنتشرة في المغرب في هذه الفترة، فتح المجال للدول الأوروبية للتدخل في الشؤون الداخلية للبلاد و تبرير ضرورة الاستعانة بأطباء وممرضين أجانب الذين مهدوا الطريق للاستعمار، وقد ذكر د. دافيد أرنولد: "... والطب هكذا أصبح إحدى الطرائق التي التمس بها الإمبريالية أن تعرف الشعوب وأن ترسخ سلطتها عليها وذلك من خلال الكم الهائل من المعلومات عن الأمراض والصحة التي بدأ تجميعها في شكل إحصائي وعلمي، ومن خلال إنشاء هيئات عمل طبية كثيرا ما كانت هي نفسها فروعا من بنية الدولة ذاتها، أخذت تمتد إلى أرجاء الريف مثل ما تمتد في المدن"²، وقد أكد هذه الفكرة عدد من المثقفين منهم د. هيوبرت ليوتي أحد زعماء من يؤيدون أن الطب العسكري أداة للمساعدة في إرساء السلطان الفرنسي في إفريقيا وقد ذهب بعيداً إلى حد الزعم بأن «العذر الوحيد للاستعمار هو الطب». وقد اعترف ليوتي في 1926م مع قرب نهاية نشاطه المهني بأن الاستعمار له جوانبه القاسية وأنه ليس فوق اللوم وليس خاليا من المثالب، ولكنه يصر على أنه إذا كان هناك أمر واحد يضفي النبل على الاستعمار ويبرره فهو ما يفعله الطبيب³.

ويتضح مما تقدم أن الأوبئة والأمراض إلى جانب احتدام المجاعات أدت إلى تحكم القوى الأجنبية في أموره، وهو ما انتهى بفرض الحماية الفرنسية على البلاد، مما يفيد أن المرض يشكل عقبة أمام التنمية ويسهم في تدبب الحالة الاقتصادية، مما يهدد أمن واستقرار المجتمعات.

الفرع الثاني: النظام الصحي المغربي في ظل نظام الحماية ما بين 1912م/1956م

"ومع دخول الحماية الفرنسية في 30 مارس 1912م انكبت سلطاتها على معالجة الوضع الصحي المتردي بالبلاد واعتبرته أولوية، حيث واجهت وباء الطاعون المتفشي بين الساكنة، والذي كان آخره وباء دكالة الذي قتل سنة 1911م أكثر من 10 آلاف شخص، وامتد ما بين 1912م و1913م. ثم ضربت المغرب مجاعة تلتها موجة عنيفة من التيفوس قذف الرعب في قلوب الوافدين نحو المغرب، ووسمت إقبالهم عليه بكثير من التردد والإحجام لما كان يتميز به هذا الداء من سرعة في الانتشار ومعالجة بالموت... وسعيا منها في تهئئ الجو الصحي المناسب للقادمين من الفرنسيين نحو المغرب وتبديد

¹ - الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب، ص. 282.

² - د. دافيد أرنولد، الطب الإمبريالي والمجتمعات المحلية، ترجمة: د. مصطفى إبراهيم فهمي، عالم المعرفة 1998/236، ص. 35/34.

³ - الطب الإمبريالي، ص. 15.

مخاوفهم... اتجه المهتمون بالصحة إلى تسطير مجموعة من الإجراءات الكفيلة بأن تقي الوافدين شر ذلك الداء، وتجعلهم في مأمن من فتكه وعثيانه"¹.

"...إن انتشار مرض التيفوس دفع بسلطات الحماية إلى اتخاذ تدابير صحية صارمة كعزل المصابين والمحيطين بهم، ومحاربة الحشرات كالذباب، الناموس، والفئران باستعمال المبيدات، بل تم استعمال القوة لتجميع السكان بغرض تلقيحهم وتنقية ملابسهم من القمل الذي ينقل العدوى، واقتحام المنازل وحرق ما بها من أثاث وملابس"².

"وتماذى التيفوس في عيئه بين مد وجزر، ومن بين الأمراض التي توالى في فترة الحماية الطاعون، الجدري، حمى المستنقعات، الزهري، الجذام، السل، الرمد³، وجميعها أمراض ذات صلة وثيقة بمستوى العيش وازدحام السكان وقلة النظافة ونقص الغذاء، إذ ظلت تلك الأمراض تسنل أنفاس العديد من البشر، ولم تتمكن مجهودات القائمين بشؤون الصحة من مكافحتها لارتباطها بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية.

لم يكن الطب الفرنسي منذ بداية انغراسه بين المغاربة يهدف إلى تطويق ما كان يتحيفهم من الأوبئة والأمراض بشكل يستأصل دابر تلك الآفات، بل كان يرمي إلى الحفاظ على الفرنسيين والاستفادة من المغاربة كقوة بشرية... إذا انصب الاهتمام في الإسعاف الصحي على العناصر الحية والنشطة من الناس... للحفاظ على ذوي السواعد القوية القادرين على العمل في ما كانت تسطره مختلف إدارات الحماية من مشاريع"⁴. وأشارت إيفيت كاتان Y. Katan إلى الميز الذي كان موجوداً بين مستشفيات الفرنسيين ومستشفيات المغاربة بقولها: "إن مستشفيات الأوائل أي الفرنسيين مفضلة بما كان يخصص لها من ميزانيات مهمة جداً"⁵.

إن هذا الاستخدام المصلحي الاستعماري لا ينفي دور الحماية الفرنسية في إرساء دعائم نظام صحي متكامل استفاد منه إنسانياً الأهالي، إلى جانب تدعيم البنية التحتية الصحية الوطنية بتجهيزات صحية مختلفة ومتنوعة، وتحسين التغطية الصحية للسكان عبر القضاء على الأمراض والأوبئة السارية.

¹ - الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب، ص. 309.

² - تطور السياسة الصحية بالمغرب (لمياء أزران)، ص. 34. Daniel Rivet, hygiénisme colonial et médicalisation de la santé marocaine en temps de protectorat 1912-1956, Paris/ Lyon, maison l'orient méditerranéen, 1955, p.15.

³ - ولقد أشارت الطبيبة دولانوي، وهي تصف حالة من الأحوال التي تسبب فيها الرمد (الذي له علاقة وطيدة مع المحافظة على النظافة): "منذ وصولي إلى المغرب سنة 1913م، اندهشت من مواكب العمى التي تجوب الشوارع والطرق. يمشون واطنين أيدي بعضهم على أكتاف البعض أو يحملون عصا يأخذ كل واحد بطرف منها، يكونون مجموعات تمشي وهي ترتل الأدعية طالبة الصدقة..." عن الطب الكولونيالي الفرنسي، ص. 385.

⁴ - الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب، ص. 421-422.

⁵ - المرجع نفسه، ص. 424.

"... فقد تم تطوير اوبئة الطاعون والتيفوس والجذري، وبفضل الجهود التي بذلت من مديرية الصحة عرف المغرب ارتفاعا ديمغرافيا حيث ارتفع عدد السكان من 3.453.100 سنة 1921م إلى 5.192.300 سنة 1931م، ثم إلى 7.63.567 سنة 1941م¹، ف8.617.400 نسمة سنة 1947م. كما عملت مديرية الصحة العمومية على تأسيس عدد من المؤسسات الصحية، إذ انتقل عدد المستشفيات سنة 1954 من 6 إلى 12 مستشفى، كما أن الطاقة الاستيعابية انتقلت من 3044 سريراً إلى 5736 سرير. وقد قامت الإدارة الصحية استجابة للحاجيات المستجدة بإحداث مستشفيات جامعية حديثة مع عصرنة البنيات الصحية القديمة لاستقبال المرضى"².

ويجب الإشارة إلى أنه رغم الظروف العصيبة التي مر بها المغرب، حافظ الملوك العلويون على الأوقاف، ففي سنة 1905م حضرت سفارة فرنسية إلى فاس، وقدمت لحكومة مولاي عبد العزيز مشروعاً للإصلاحات التي يحسن إدخالها إلى المغرب... وقد كان على رأس الإصلاحات التي أوصى بها السفير الفرنسي وعرضها على الوزراء والأعيان "تنظيم الأحباس تنظيمًا جديدًا، والتصرف فيها تصرفاً أحسن من ذي قبل...، وعندما انعقد مؤتمر الجزيرة لدراسة الإصلاحات اللازمة للمغرب لم يدرس مسألة الأحباس، ولم يدخلها في برنامجه، لأنها مسألة دينية لا صلة لها بالدول الأجنبية... كما أن معاهدة فاس التي صدرت بتاريخ 30 مارس 1912م، صرحت في فصلها الأول باحترام المؤسسات الدينية والأحباس الإسلامية..."³.

ولكن في فترة الحماية، نظراً للحالة المزرية التي أصبحت عليها المارستانات، والحاجة إلى مؤسسات حديثة للرعاية الصحية، أخذت سلطات الحماية بعض الأراضي أو المحلات الحبسية إما بشكل مجاني، وإما مقابل أسعار منخفضة من أجل بناء مستشفيات، أو مستوصفات، وكمثال عن ذلك؛ بمراكش وضعت الأحباس مجاناً، قطعة أرضية من 33 ألف متر تحت تصرف الجمعية الإسلامية للأعمال الخيرية، في حين تم تخصيص قطعة أخرى لإدارة الصحة العمومية لإعداد مستوصف. وهكذا كان بالنسبة لمدن أخرى⁴. وأصبحت السلطات الفرنسية تتدخل في الأحباس تدخلاً فعلياً، كما أن مؤسسة "مراقبة الأحباس" أصبحت تحت سلطة الحماية، كما قامت بتقويت أراضي ومستشفيات وغيرها للمستعمر، وكانت هذه المؤسسة تؤجر للمستعمرين عقارات الأحباس لمدة تتجاوز العشر والعشرين والثلاثين سنة بأبخص الأثمان بهدف تناسيها وضمها للاستعمار⁵.

¹ - الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب، ص. 420.

² - Source: Annuaire statistique, zone sud 1955-1956, p :107.

³ - الأحباس الإسلامية في المملكة المغربية، ص. 25/24.

⁴ - المؤسسات الحبسية في المغرب - ترجمة نجبية أغرابي، ص. 441.

⁵ - لمعرفة تفاصيل هذه الأحداث، يرجع إلى "الأحباس الإسلامية في المملكة المغربية"، من ص. 30 إلى 58.

وقد أسهمت الأحباس في تحسين وضعية بعض المؤسسات الصحية في عهد الحماية الفرنسية، وأقيمت - بفضلها - عدة إصلاحات للبيمارستانات... واهتمت الأحباس منذ البداية بإصلاح الوضعية المادية لمارستان سيدي بن عاشر وسيدي الغازي، أما مارستان مراكش فقد انهار في بداية الحماية، ونقل المرضى الذين كانوا فيه- وكانوا ثلاثة أو أربعة فقط- إلى جناح خاص بالمستشفى الإسلامي¹.

كما تمّ في مرحلة الحماية اعتماد العديد من البرامج الهادفة إلى تطوير الخدمات الصحية، وبالأخص برامج للتوعية والتربية الصحية باستعمال وسائل الإعلام الحديثة كالأفلام التثقيفية المسجلة بالمغرب أو ببلدان أخرى، وبرامج المساعدة الطبية الاجتماعية: التي كانت تغطي نشاط أعمال البر والإحسان الخاصة، والتي يتم تمويلها من طرف الدولة على شكل إعانات تمنح للمجلس الأعلى للمساعدة. ولقد وصلت ميزانيته سنة 1954م إلى 650 مليون فرنك، منحت 498 مليون فرنك كإعانات لتسيير كبريات فدراليات الإحسان، فيما منحت 66 مليون فرنك لرؤساء الجهات لدعم أعمال الإحسان المحلية، وحددت 100 مليون فرنك لدعم بناء وإعادة هيكلة الخيريات، ودور الأيتام الإسلامية بالدار البيضاء، فاس، مراكش، أكادير².

عموما، لا يمكن إنكار المجهودات التي بذلتها فرنسا في إنعاش البنية التحتية للمجال الصحي، خاصة "بالمغرب النافع"³. حيث تحسن نظام التغطية الصحية للسكان الأمر الذي انعكس على حالتهم الصحية، فتراجعت الأوبئة الفتاكة كالطاعون، الجذام، التيفوس. ورغم هذه المجهودات المبذولة من طرف سلطات الاحتلال، ظلت الحالة الصحية والاجتماعية للأهالي مزرية من جوانب عدة؛ وهو أمر يؤكد التقرير الطبي لسنة 1950 والذي يوضح وضعية الأهالي: "فيكفي التجول عبر أزقة المدينة العتيقة لمعرفة الوضع المزري للسكان، أحياء فقيرة، جماعات من المتسولين المسنين، الأطفال في وضعية متسخة ومزرية، أما الحال بدور الصفيح فهو أشد وطأة: سكن غير لائق، تغذية غير ملائمة... الفقر والعوز عام"⁴.

وما لبثت تتفاقم عدة أمراض بسبب النمو الديمغرافي، والهجرة القروية ويهم الأمر داء السل، الزهري، وداء الرمد.... ولكن الميزانية المرصودة لمكافحة هذه الأمراض لم تكن كافية للتصدي لكل الظروف التي تساعد على انتشارها.

ونأخذ مثال مكافحة داء السل: "اهتدى القائمون بشؤون الصحة منذ بداية التصدي له إلى كون القضاء على المرض لا يقتصر على إبادة الباسيلات أو طردها من جسم الإنسان، بل يقتضي وجوبا الاهتمام بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية مع ما يعنيه ذلك من توفير التغذية والنظافة والسكن اللائق،

¹ - المؤسسات الحبيسية في المغرب، ص. 470.

² - تطور السياسة الصحية بالمغرب، ص. 46. M Bozzi, Rapport sur le projet de la direction de la santé publique et la famille , conseil de gouvernement, session de décembre 1954.

³ - الذي كان تحت النفوذ الفرنسي، إلى جانب الضعف الذي كانت تعرفه المناطق الشمالية وبعض الأقاليم الصحراوية التي كانت خاضعة للهيمنة الإسبانية.

⁴ - Abdelmonaim Ouassa, la santé publique au Maroc à l'époque coloniale 1907-1956, p.123.

وهو أمر كان من المتعذر على سلطات الحماية أن تسير فيه إلى أبعد حد مع المغاربة وهم كثر مقارنة مع الأوروبيين¹... "وجاء في كلمة لابان Lapin بصفته كاتباً عاماً لعصابة مكافحة السل: "أن خطر هذا الداء ليس أمراً وهمياً، وأنه لا يزداد بالمغرب إلا نمواً وانتشاراً، فإن اللجنة المغربية لمقاومته تتفق على خمسة مستشفيات مع حدائق الشمس وتقوم لحد الآن بتهيئ وإجراء عمليات تلقيح calmette، غير أن مالياتها ومواردها محدودة"... مما تطلب البحث عن مصادر أخرى من شأنها أن تحقن صندوق العصابة بشحنات مالية تسد العوز، ففكر القائمون بشؤون الصحة ملياً قبل أن يجدوا ضالتهم في تنظيم بيع الطوابع الخاصة بمكافحة السل، وكان ذلك بمناسبة انتهاء سنة 1930 وبمباركة من لوسيان سان Lucien Saint، وأصبحت منذ هذا التاريخ تخرج كل سنة طابعا بريدياً يباع في الأسواق والدكاكين والمدارس والإدارات في ما بين فاتح دجنبر وفاتح يناير... وتوجهت العصابة إلى رجال الفضل والإحسان من كرام هذه الأمة المغربية التي اشتهر سراتها بالعواطف النبيلة والتفكير في جمعيات الإسعاف لمساعدتها في إنجاح عملية ترويج الطابع وبيعه بين الناس².

ونخلص إلى نتيجة مفادها أن حل الإشكالية الصحية رهين بحل إشكالية مجتمع بأكمله اقتصادياً، اجتماعياً وثقافياً، وهو للأسف ما لم تحققه الحماية الفرنسية للشعب المغربي. هذا ما كان عليه الوضع إبان الحماية، فما التدابير التي اتخذت من طرف الحكومة المغربية بعد الاستقلال للنهوض بالمنظومة الصحية؟

الفرع الثالث: النظام الصحي في عهد الملك محمد الخامس - رحمه الله :-

شكلت المجهودات التي بذلتها الحماية الفرنسية في المجال الصحي آلية مهمة لانطلاقاً صحية وطنية رغم نقائصها، والمتمثلة في التوزيع اللامتكافئ بين أقاليم البلاد، وكذلك التفاوت المجالي بين المجال الحضري والمجال القروي، إلى جانب النقص الحاصل في المنطقة التي كانت تحت الحماية الإسبانية والتي افتقرت لمقومات النشاط الصحي السليم، اللهم بعض المستشفيات المتناثرة في منطقة الشمال. ونتيجة لمغادرة الأطر الصحية الفرنسية والإسبانية للتراب الوطني، وقلة التجهيزات الصحية وعدم شموليتها لعموم التراب المغربي، حرصت السلطات المغربية على إيجاد طريقة لإنقاذ الموقف، فدعت إلى عقد مؤتمر لتدارس الوضع الصحي، وبلورة سياسة صحية واضحة المعالم. انعقد المؤتمر الوطني الأول حول الصحة في أبريل سنة 1959م تحت إشراف الملك الراحل محمد الخامس، حيث قال في خطابه الملقى عند افتتاح المؤتمر: "إن الحفاظ على صحة المواطنين مسألة حيوية، لأنه لا يمكن تحقيق التقدم والازدهار، وبالتالي طموحاتنا إلا إذا كان مستوى صحة المواطنين عالياً، صحة تمكنهم من تفكير سليم، والعمل من أجل رفع الإنتاجية وبالتالي إحياء البلاد"³.

¹ - الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب، ص. 376.

² - المرجع نفسه، ص. 382.

³ - كلمة الملك محمد الخامس وجهها للمشاركين في المؤتمر الوطني الأول للصحة، أبريل 1959.

لقد شارك في المؤتمر الوطني حول الصحة جميع الأطر المعنية بالشأن الصحي (أطباء مغاربة، ممثلون عن طلبة الطب المغاربة بالخارج، ممثلون عن نقابات موظفي الصحة العمومية، ممثلون عن الهيئة الوطنية المؤقتة للصيادلة، الأطباء، جراحو الأسنان أطباء من الجزائر وتونس "بصفة ضيوف"). وقد ترتب عن هذا المؤتمر تقديم رؤية صحية واضحة تستجيب للأولويات المستعجلة تمثلت في مجموعة من التدابير، على رأسها تكوين الأطر؛ لأن نقص الأطر الصحية مع رحيل الأطر الفرنسية (أطباء، إداريين، تقنيين...) شكّل أحد التحديات التي واجهت واضعي السياسات الصحية. والتمس المؤتمر من الأطباء والممرضين المغاربة أداء واجبهم تجاه بلدهم دون تفضيلات مادية، وعيا بالظرفية الحرجة للقطاع في ظل العهد الجديد. كما خلص المؤتمر إلى أهمية رصد ميزانية هامة للقطاع الصحي، وهو ما شكل تجاوزا لفكرة أن قطاع الصحة قطاع غير منتج..

اعتمدت الدولة بعد الاستقلال على سياسة علاجية استشفائية قائمة على بناء المستشفيات وتكوين الأطر، وركزت على مواجهة آثار المرض بدل مواجهة مسبباته، وهو توجه يحاكي النموذج الفرنسي الذي قطع أشواطاً كبيرة في الميدان الصحي، مما أدى إلى فشل النظام الطبي المتبع لأنه ركز على بناء المراكز الطبية الغالية التكلفة، مع نقص في الاهتمام بالوقاية من الأمراض المعدية التي كانت منتشرة في تلك الفترة.

الفرع الرابع: النظام الصحي في عهد الملك الحسن الثاني - رحمه الله -

منذ تولي الملك الحسن الثاني سدة الحكم سنة 1961م، أبدى أهمية كبيرة للقطاع الصحي؛ حيث قال: "إن الذخيرة الأثمن لأية أمة ليست احتياطها من الذهب أو العملات الصعبة بالغة ما بلغت، وليست كذلك ثروتها الجوفية ولا صناعتها، بل هي صحة شعبها"¹.

وقام - رحمه الله - بإعطاء توجيهاته لإرساء منظومة استشفائية بالبلاد والعمل على مغربة الأطر الطبية، دون إهمال تكوين الأطر شبه الطبية، حيث قال في هذا السياق: "ولما كانت مشاريع التنمية يتوقف إنجازها على وجود مجتمع ينعم بالعافية وتخلو أوساطه وخلاياه العلل، فإن العناية بالصحة وتيسير العلاج والسهر المتواصل على وقاية البلاد من الأمراض والآفات التي تشل المجتمع وتجعله عاجزا ضعيفا لم تفتأ تشغل بالنا وتأخذ حظها المرموق من اهتمامنا ولقد ارتكز عمل وزارتنا في الصحة العمومية خلال السنة المنصرمة على تنمية تجهيزنا من المستشفيات والمستوصفات والمراكز الصحية... وتكوين الأطباء المغاربة والممرضين وإنشاء صناعة وطنية للأدوية"².

¹ - الحسن الثاني: التحدي، ط. 2، المطبعة الملكية، الرباط، 1983، ص. 227.

² - خطاب العرش 3 مارس 1967 الموافق 21 ذي القعدة 1326هـ، خطب وندوات صاحب الجلالة، المجلد الثالث، ط. 2، 1414هـ/1993م، ص. 157-158.

ومع بداية الثمانينات عرف المغرب ضعفا على مستوى القدرة على التدخل للدولة على المستوى الاجتماعي، وهو ما هدد الاستقرار الاجتماعي بفعل استثناء الفقر، البطالة وهزالة التغطية الاجتماعية والصحية، إلى درجة أن الدولة أضحت عاجزة عن تأمين الحد الأدنى من العيش الكريم لشرائح واسعة من المجتمع، واتضح أن الرهان على البرنامج الاستشفائي والعلاجي، وبالرغم من الإمكانيات المالية التقنية والبشرية التي رصدت له لم يتمكن من تحقيق التنمية الصحية المنشودة، كما بدأت الدولة تدرك عدم قدرتها على الاستمرار في الكلفة المالية المتصاعدة للبرنامج الاستشفائي العلاجي بسبب اختلال التوازن المالي العام للدولة. "وأمام هذه الأزمة، خضع المغرب شأنه في ذلك شأن العديد من دول الجنوب في إفريقيا وآسيا وأمريكا الوسطى والجنوبية وغيرها، لإملاءات المؤسسات المالية الدولية أمام التحلل على مستوى الالتزامات الاجتماعية، حيث تم تجميد الاستثمار في مجال الصحة، مما أدى إلى توقف العمل في العديد من المشاريع التي كانت تهدف إلى تقوية البنية التحتية للصحة العمومية، وكان من الطبيعي أن يؤثر برنامج التقويم الهيكلي سلبا على أهمية الميزانية المخصصة لوزارة الصحة"¹.

في هذا السياق خضع المغرب لتوجهات جديدة في الحقل الصحي صادرة عن مؤتمر ألماتا²، وتبنى استراتيجية الخدمات الصحية الأولية تمشيا مع توصيات منظمة الصحة العالمية، وتم تفعيله انطلاقا من المخطط الخماسي للتنمية الاقتصادية والاجتماعية 1981م-1985م عبر باقة الخدمات الصحية: التلقيح، صحة الأم والطفل، مراقبة الولادة، توفير مصالح التخطيط العائلي، مراقبة جودة المياه (أي توفير الماء الصالح للشرب)، الوقاية من الأمراض المعدية (السل، البلهارسيا...)، تطوير برامج التوعية الصحية، محاربة الأمراض غير المعدية (الأمراض العقلية، ارتفاع ضغط الدم...)، معالجة الأمراض السارية وتقديم الأدوية الأساسية.

وقد جاءت توجيهات الملك الحسن الثاني رحمه الله في الشأن الصحي والوقاية على وجه الخصوص "التلقيح" تماشيا مع قرارات المنتظم الدولي، حيث أكد ذلك في نداء وجهه للشعب بمناسبة الأيام المغاربية للتلقيح: "... وقعنا على الإعلان العالمي لبقاء الطفل وحمائته ونمائته عند ما عرض من طرف الأمم المتحدة، وذلك لكون هاتين الوثيقتين تسييران في اتجاه مبادئنا الإسلامية وتقاليدنا الحضارية العريقة"³.

¹ - سعد الركراكي، الحق في الصحة والآفاق: دراسة مقارنة، المجلة، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 112، ط. 1، 2016، ص. 74.

² - مؤتمر ألماتا نظم سنة 1978م من طرف المنظمة العالمية للصحة واليونيسيف بمبادرة من الاتحاد السوفياتي سابقا مؤتمرا دوليا حول الصحة بجمهورية كازاخستان، وهو المؤتمر الذي توج بتصريح عرف حينها بـ «الصحة للجميع في سنة 2000». وبضرورة توفير الخدمات الصحية لجميع الأشخاص. وقعت على تصريح ألماتا 134 دولة و67 منظمة دولية. وتأتي أهميته من تعامله مع الصحة كحق إنساني وتبنيه للمقاربة الاجتماعية، وفرضه لكل أنواع التمييز في الحق فيولوج الى العلاج.

³ - صاحب الجلالة الحسن الثاني يوجه نداء إلى الشعب المغرب بمناسبة الأيام المغاربية للتلقيح بتاريخ 26 ربيع الثاني 1414هـ الموافق 13 أكتوبر 1993م، خطب وندوات صاحب الجلالة، المجلد الرابع عشر، طبع ونشر وزارة الإعلام، 1414هـ الموافق 1993م مطبعة الانباء، ط. 2، ص. 69.

نلاحظ أن الملك الحسن الثاني، أكد في هذا النداء أن التدابير الوقائية الواردة في الإعلان العالمي، والتي تمّ التوقيع عليها من طرف الحكومة المغربية تتوافق مع مبادئ الإسلام، وذلك حرصاً منه لتشجيع المغاربة على تطبيقها حماية لصحتهم وصحة أطفالهم.

ويمكن تلخيص الإنجازات الصحية في عهد الملك الحسن الثاني رحمه الله، في أنه ركز في بدايته من 1962م إلى 1980م على استكمال نهج محمد الخامس، وذلك بالاهتمام بالجانب العلاجي عبر تجهيز البلاد ومغربة الأطر، بعدها تمّ التأكيد على الخيار الوقائي كأولوية تحفظ بها صحة المواطنين "خاصة الأطفال"، لتنتقل بعدها إلى التفكير في نمط جديد لتسيير الشأن الصحي يعتمد على المشاركة (إشراك جميع الفعاليات قطاعات اقتصادية، اجتماعية ومنتخبين)، إلى جانب البحث عن وسائل تمويل جديدة للقطاع.

الفرع الخامس: النظام الصحي في عهد الملك محمد السادس -حفظه الله-

منذ توليه العرش يوم 30 يوليو 1999م، أولى الملك محمد السادس اهتماماً كبيراً للشأن الصحي، وعبر عن ذلك في عدة خطب ملكية وجهها في مناسبات متعددة، ولكن الاعتراف بالحق في الصحة الذي كرّسه دستور 2011م، شكّل الشرارة للإصلاحات الصحية التي تحققت بتوجيهاته نصره الله؛ فقد أشار الدستور الجديد في عدة فصول إلى مسائل لها علاقة بالصحة: ويوضح (الفصل 31) أن «الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، تعمل على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في العلاج والعناية الصحية، والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة... والحصول على الماء والعيش في بيئة سليمة والتنمية المستدامة».

وتفعيلاً للدستور الجديد للمملكة وخاصة الفصل 13 الذي ينص على أن «تعمل السلطات العمومية على إحداث هيئات للتشاور، قصد إشراك مختلف الفاعلين الاجتماعيين في إعداد السياسات العمومية وتفعيلها وتنفيذها وتقييمها»، نظمت وزارة الصحة انطلاقة من يوم 5 أبريل 2012، البرنامج التواصلي «انتظارات لرصد الارتسامات والانتظارات الأساسية للمواطنين والمتدخلين، في أفق عقد المناظرة الوطنية للصحة والخروج بميثاق وطني للصحة». وقد ركز هذا البرنامج على أربعة محاور هي¹:

☑ أولاً: تنظيم لقاءات إذاعية تفاعلية مباشرة لاستقبال مكالمات المواطنين المتعلقة بمنظورهم للمنظومة الصحية واقتراحاتهم لتجديدها؛

☑ ثانياً: إحداث صفحة خاصة على الشبكة الاجتماعية Facebook لاستقبال آراء وملاحظات

واقترحات المواطنين www.facebook.com/IntidaratAssiha ؛

¹ - إنتظارات الصحة، التقرير العام 2013، إصدارات وزارة الصحة، المملكة المغربية، ص. 5.

☑ ثالثاً: تحليل واستثمار المقالات والكتابات والتغطيات الصحفية ذات الصلة بالقطاع الصحي والمشاكل المرتبطة به بالإضافة إلى الأفكار والاقتراحات الواردة في تلك الكتابات وذلك في الفترة الممتدة ما بين مارس 2011 وماي 2012؛

☑ رابعاً: تنظيم جلسات استماع عمومية للخبراء بالقطاع الصحي والأكاديميين والشركاء والفاعلين بالمجتمع المدني والمؤسسات المهمة بالشأن الحقوقي والاجتماع¹.

وقد شارك في الجلسات كل من: جمعيات المجتمع المدني المهمة بالشأن الصحي، الحقوقي والحكامة، الهيئات المهنية والجمعيات الطبية العالمية، ممثلي المؤسسات العمومية ذات الصلة بالشأن الصحي، ممثلي منظمات التعاون الدولي، المنظمات الحكومية المختصة في مجال حقوق الإنسان، الأكاديميين والباحثين في المجال والخبراء في القانون وعلم الاجتماع والحكامة.

واتخذ هذا البرنامج أرضية ترتكز على ستة محاور وهي: الحق في الصحة، تمويل المنظومة الصحية، الحكامة وتدبير القطاعات الصحية، سياسة الأمن الصحي، مهن الصحة تكوين وتدريب الكفاءات، الصناعات الصيدلانية والسياسة الدوائية والتكنولوجيات البيوطبية.

بالنسبة للانتظارات المتعلقة بالحق في الصحة والذي هو حق لا غنى عنه، ويتم إعماله عن طريق توفير حقوق أخرى متكاملة تشمل: المأكل، المسكن اللائق، التعليم، النظافة، ظروف العمل وممارسة الحرية... وكلها تتعلق باستدامة السلام والأمن الاجتماعي: لقد أجمع المهتمون بالقطاع الصحي أن الحق في الصحة لا يتم تحقيقه إلا عبر إدماج مبدأ المساواة في السياسات والبرامج الصحية. واقترح الكثير من المتدخلين، تبني "جهوية صحية" تهدف إلى تحقيق سياسة القرب من خلال منح صلاحيات مهمة للمديرين الجهويين لتدبير الوضع الصحي على المستوى الجهوي وفق خصوصيات ومتطلبات كل جهة، كنقطة انطلاق لمعالجة سوء التوزيع الجغرافي للمرافق العلاجية والموارد البشرية، كما طالبوا بتوفير خدمات المساعدة الاجتماعية على مستوى المراكز الصحية الجهوية.

وبغية إعمال الحق في الصحة، أجمع المشاركون في برنامج انتظارات، على ضرورة ضمان التنسيق والتكامل في تدخلات القطاعات الحكومية وتقريب الخدمات الصحية والمرافق العلاجية للمواطنين بالمجال القروي خصوصاً المناطق النائية والمهمشة، واعتماد الوحدات الصحية المتنقلة لتقريب العلاجات. ومن خلال تحليل انتظارات المواطنين التي صدرت في التقرير النهائي للبرنامج، تبين أن المسؤولية في إصلاح المنظومة الصحية متقاسمة بين جميع الفاعلين، فكل طرف لديه دور يؤديه: المسؤولون السياسيون على المستوى الوطني والإدارات المحلية، المهن الصحية والمنظمات المهنية والأوساط العلمية والقطاع خاص والمنظمات الدولية وجمعيات المجتمع المدني.

¹ - إنتظارات الصحة، التقرير العام 2013، إصدارات وزارة الصحة، المملكة المغربية، ص. 14.

وبعد صدور تقرير برنامج انتظارات، عقدت المناظرة الوطنية الثانية بمراكش أيام 1، 2، 3 يوليوز 2013 بغرض التشاور والتداول والحوار والتفاوض القبلي لتقديم البرنامج السياسي للصحة الذي يقوم على مبادئ الديمقراطية والحكمة وحقوق الإنسان والعدالة الاجتماعية والحق في الصحة؛ ولعل ما ورد في الرسالة الملكية الموجهة لأشغال المؤتمر، تعبير صريح عن إرادة سياسية عميقة للنهوض بالمنظومة الصحية في المغرب من جميع جوانبها¹، وأهم ما ورد في هذه الرسالة الملكية:

- التذكير بمنجزات المغرب في المجال الصحي ومنها: إقامة العديد من المؤسسات الاستشفائية العامة والمتخصصة المدنية والعسكرية ومراكز القرب وتطوير ودعم الخدمات الصحية بالعالم القروي، إحداث نظام للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض ونظام المساعدة الطبية "راميد"، وفي مجال التكوين تم إحداث العديد من كليات الطب وطب الأسنان والصيدلة والمراكز الاستشفائية الجامعية، وكذلك مجموعة من معاهد تكوين الأطر المتخصصة في الميدان الصحي والتدبير الإداري لمرافق الصحة، وفي مجال التأطير القانوني، صدرت عدة نصوص تشريعية وتنظيمية تتعلق أساسا بالتغطية الصحية وبالم منظومة الصحية وعرض العلاجات، تحدد مسؤوليات جميع المتدخلين في المجال الصحي كالدولة والجماعات الترابية والمؤسسات الصحية الخاصة وجمعيات المجتمع المدني.

☑ الدعوة إلى اعتماد المقاربة التشاركية في جميع القضايا الحيوية للأمة، واعتبار المناظرة محطة أساسية للتخلي بروح المسؤولية والغيرة الوطنية.

☑ الدعوة إلى ضرورة إدماج البعد الصحي في مختلف السياسات العمومية، في إطار من النجاعة والالتقائية، وذلك ضمن مقاربة تريبية جديدة، قوامها توطيد سياسة القرب، تتدرج في صلب الإصلاح المؤسسي العميق للجهوية المتقدمة، التي سيتم تفعيلها في جميع مناطق المملكة، وفي مقدمتها الأقاليم الجنوبية.

☑ إيلاء العنصر البشري الأهمية في إنجاح الأوراش الإصلاحية، والعناية بالموارد البشرية على أساس ضمان جودة تكوينها، بهدف تأهيلها وملاءمتها مع التطور العلمي والتكنولوجي في مجال العلاج والوقاية، والتدبير والحكمة الصحية، وفق المعايير الدولية، علاوة على ضرورة توفير العدد الكافي منها في جميع التخصصات والمهن الصحية، استجابة للطلب المتزايد على الخدمات الصحية، وتشجيع البحث والابتكار في مجال الطب والصيدلة، والصناعة الوطنية للأدوية.

¹ - الرسالة الملكية التي وجهها جلالة الملك محمد السادس إلى المناظرة الوطنية الثانية للصحة التي انطلقت أشغالها يوم الاثنين 01 يوليوز 2013 بمراكش.

ومن خلال هذه التوجيهات السامية التي تضمنتها هذه الرسالة، نلاحظ أنه بالإضافة إلى أهمية التغطية الصحية الشاملة، أكد حفظه الله على أهمية الانخراط الفاعل والبناء لكافة المتدخلين، مع ضرورة الاستفادة من التجارب الدولية في استحضار لتوجيهات منظمة الصحة العالمية الهادفة لضمان تغطية صحية شاملة، وأهمية التكامل والشراكة الممأسسة، بين القطاعين العام والخاص والمجتمع المدني.

المطلب الثالث: إسهامات الأطباء المغاربة في تطور النظام الصحي بالمغرب

سأحاول في هذا المطلب عرض نماذج أطباء مغاربة من كل حقبة من تاريخ المغرب:

الفرع الأول: نماذج أطباء من العصر الموحي والمريني

"في عهد الدولة اللمتونية، كان الطب في مقدمة الفنون التي نفق في حضرتهم سوقها وعمرت رباعها حيث صادفت من رجال هذه الدولة تنشيطاً غريباً بإدراك الأرزاق على أهلها ورفع مكانتهم إلى مراتب السمو وأسمى مراتب الرفعة، الشيء الذي من أجله ازدهرت المدرسة الطبية بالمغرب، وظهر على مسرحها جهابذة الطب وأساطين الحكمة الذين بثوا هذا الفن في أبناء المغرب وغيرهم فنتج عن ذلك وجود رجال من أبناء المغرب خدموا الطب أجل الخدمات، وخلدوا في الطب العربي الآثار الجليلة"¹.

"كان القرنان الخامس والسادس الهجري أبرز العصور العلمية في الأندلس، وذلك بفضل العناية التي أولاهها هؤلاء الخلفاء للعلم والعلماء، إذ يمكن القول أن الفكر لم يسبق له أن تحرر كما وقع في هذا العصر وشهد بذلك نبوغ أمثال ابن طفيل وابن باجة وابن رشد، وبني زهر² الذين توارثوا الطب طوال ثلاثة قرون"³.

ومن هؤلاء الأطباء العظماء الذين وفدوا إلى المغرب الطبيب الأندلسي الكبير "أبو العلاء زهر ابن زهر (ت557هـ)"⁴، "ويظهر أنه أول طبيب أندلسي ورد على المغرب بعد استيلاء المرابطين على الأندلس، وقد كان طبيباً خاصاً ليوسف ابن تاشفين (ت500هـ)"⁵، بعد أن كان طبيب المعتمد بن عباد (ت488هـ)"⁶ بإشبيلية⁷.

¹ - الطب العربي في عصر دول المغرب الأقصى، ص. 44/43.

² - أسرة بني زهر: أسرة أندلسية عاشت في الحادي عشر إلى الثالث عشر الميلادي، ومعظم أفرادها عملوا بصناعة الطب رجالاً ونساءً.

³ - الطب والأطباء بالمغرب، ص. 16.

⁴ - عبد الملك بن زهر بن عبد الملك بن محمد بن مروان، 464-557هـ/1162-1072م، يكنى "أبو مروان" ويعرف بابن زهر الإشبيلي، وقد عُرف عند الأوربيين باسم Avenzoa وهو ينحدر من عائلة عريقة في الطب، فقد كان والده طبيباً ماهراً في التشخيص والعلاج، وكان جده طبيباً أيضاً.

⁵ - أمير المسلمين أبو يعقوب يوسف بن تاشفين بن إبراهيم اللمتوني الصنهاجي (400-500هـ/1009-1106م)، قائد وأمير مسلم وُحِدَ المغرب وضم الأندلس تحت ملكه وسلطته. تولى إمارة دولة المرابطين بعد أن تنازل له ابن عمه الأمير أبو بكر بن عمر اللمتوني عن الملك، واستطاع إنشاء إمبراطورية مغربية تمتد بين مملكة بجاية شرقاً إلى المحيط الأطلسي غرباً، وما بين البحر المتوسط شمالاً حتى السودان جنوباً.

⁶ - أبو القاسم المعتمد على الله محمد بن عباد، وكذلك لُقّب بالظافر والمؤي (431-488هـ/1040-1095م)، هو ثالث وآخر ملوك بني عباد في الأندلس.

⁷ - الطب والأطباء، ص. 22.

ويقول د. لوشيني: "وقد جلب الموحدون من إسبانيا أشهر الأطباء المعروفين كأبي بكر بن طفيل (أبو بصير) (ت581هـ)¹، وابن رشد² (توفي بمراكش سنة 595هـ) والذي انتشر علمه المستلهم من الإغريق في كل شمال إفريقيا والبلاد"³.

يضاف إلى هؤلاء الغافقي والداني وابن العوام والشريف الإدريسي السبتي. ألفوا عدة مصنفات أصبحت أساساً دراسياً لرجال القرن المقبل أمثال ابن البيطار⁴ (ت646هـ/1248م) وأستاذه أبي العباس النبطي... فاستطاع الأندلس بفضل شبكة علمائه أن يحمل راية الفلسفة والطب في العالم الإسلامي⁵.

ومن الأطباء الذين وفدوا من الأندلس إلى المغرب صالح بن عبد الله الكتامي. ولقد عثر على إجازة منحت له بجامع القرويين⁶ سنة 603هـ، ومما جاء في هذه الإجازة⁷: "...إن علم الطب من أفضل مهمات العلوم، بل علم شريف شرعي، والأحاديث فيه كثيرة كقوله ﷺ: "إن الذي أنزل الداء هو الذي أنزل الدواء" وأمر عليه السلام بالكي والحجامة. وقد ألف فيه جماعة من العلماء والفحول، وبسطوا فيه الكلام والأبواب والفصول، وبحثوا فيه علاج الإنسان والدواب، بما يقتضيه الأمر من المركبات والأعشاب، وحيث كان هذا العلم بهذه المنزلة، وكان الطبيب الأَرْضَى عبد الله بن صالح الكتامي الانتماء، قد تصدر لمداداة الناس والدواب ومعالجتهم بالحضرة الإدريسية، وكانت له الأهلية لفهم الأطباء في دواوينهم. وطلب ممن خالطوه أن يشهدوا له بالإجازة في علم الطب على عادة الأطباء الأقدمين، واحتاج في ذلك للإذن لمن له الأحكام الشرعية، بحضرة مدينة فاس الإدريسية، ورفع أمره إليه، فأذن له في تلقي الشهادة من العلماء المعترف لهم بالعلم والورع وحسن التدبير. لقد شهدوا له بكونه بحراً يقف فحول الأطباء بساحله، وعجزوا عن مجاراته في ميادين صناعة الطب والبيطرة والصيدلة ودلائلها، عارفاً مهندسا، وحاذقا كيسا، وهو رجل صالح لا يتهم بجريمة ولا خيانة، يلزم

¹ - أبو بكر محمد بن عبد الملك بن محمد بن محمد بن طفيل القيسي الأندلسي ولد سنة 1100م، عربي من بني قيس عيلان بن مضر، فيلسوف وعالم وطبيب عربي مسلم ورجل دولة وهو من أشهر المفكرين العرب الذين خلفوا الآثار الخالدة في عدة ميادين منها: الفلسفة والأدب والرياضيات والفلك والطب وقد عرف عند الغرب باسمه باللاتينية Abubacer وكان من وزراء دولة الموحدين في وقت عظمتهم، توفي في عام 581هـ الموافق 1185م في مدينة مراكش.

² - أبو الوليد محمد بن أحمد بن محمد بن أحمد بن أحمد بن رشد Averroes واشتهر باسم ابن رشد الحفيد مراكش هو فيلسوف وطبيب وفقه وقاضي وفلكي وفيزيائي عربي مسلم أندلسي. نشأ في أسرة من أكثر الأسر وجاهة في الأندلس، حفظ موطأ الإمام مالك، وديوان المتنبي، ودرس الفقه على المذهب المالكي والعقيدة على المذهب الأشعري، دافع عن الفلسفة وصحح للعلماء وفلاسفة سابقين له كابن سينا والفارابي، فهم بعض نظريات أفلاطون وأرسطو.

³ - جوزيف لوشيني، المؤسسات الحبسية في المغرب - ترجمة نجيبه أغرابي، ص. 171.

⁴ - أبو محمد عبد الله بن أحمد ضياء الدين ابن البيطار المالقي، الملقب بالنباتي والعشاب، ولد في الأندلس بمدينة مالقة عام 593هـ، وتلقى علومه في إشبيلية على أيدي علمائها مثل أبي العباس ابن الرومية النباتي وعبد الله بن صالح الكتامي، انتقل إلى المغرب في سن العشرين من عمره، كان إمام النباتين وعلماء الأعشاب، من آثاره: الجامع لمفردات الأدوية والأغذية، "المغني في الأدوية المفردة في العقاقير"... تلمذ له الحكيم ابن أبي أصيبعة، كما قرأ عليه الشيخ الوقف أحمد بن السديد الخزرجي الدمشقي. عن الطب العربي في دول المغرب الأقصى.

⁵ - الطب والأطباء بالمغرب، ص. 19، عن "لوكلير" "تاريخ طب العرب"، ج. 2، ص. 72.

⁶ - حسب ما ورد في التعريف الموضوع لهذه الإجازة من طرف مديرية التاريخ العسكري: أنها مؤرخة بيوم الجمعة العاشر رجب من سنة 603هـ الموافق لـ التاسع من شهر فبراير 1207م، (الفترة المعاصرة للسلطان الموحدي أبو عبد الله محمد بن يعقوب بن يوسف بن عبد المومن الكومي، الملقب بالناصر لدين الله، توفي سنة 610هـ)، وهي على شكل مخطوط مكتوب على رق الغزال، بحبر أسود، أحمر، أخضر، أزرق، وبني فاتح، وهو مكون من مستخلصات نباتية ومعنوية نفيسة، بمقياس 25 على 22 سنتم، بخط مغربي تحمل حروفه نقط التجزئة، مع وجود بعض الحركات، وعنوان هذه الإجازة ملون بالأحمر، ومزينة بإطار مكون من شريط هندسي متقاطع، على شكل خاتم سليمان، منمق بغصينات وزخارف ورقية.

⁷ - يمكن الرجوع إلى ملاحق هذا البحث صفحة 360 للاطلاع على صورة هذه الإجازة.

الصلوات الخمس بالجماعة، وكثرة الأذكار وغير ذلك من أفعال البر. ويشهد الأطباء والحجامون بأنه عارف بميادين الطب والبيطرة والصيدلة، وأنهم يشهدون بإجازته في ذلك كل إجازة تامة شاملة عامة، وذلك في العاشر من شهر رجب عام 603 هجرية، بحضور ابن البيطار والطبيب أبي العباس النباتي (النبطي) والطبيب ابن الحجاج الإشبيلي كان الله لهم. الحمد لله أشهد العبد الفقير العلامة الأمثل قاضي الجماعة بالحضرة العليا أعزها الله تعالى بثبوت الرسم أعلاه عند الثبوت التام. (قاضي فاس محمد بن عبد الله الحسيني)¹.

"على أن ما يسترعي الانتباه حضور ابن البيطار (ت646هـ/1248م)، وسنُّه آنذاك مازال لا يتجاوز العشرين، كما أنه تتلمذ على يد عبد الله بن صالح في الأندلس، الشيء الذي يدعو إلى القول بكون هذه الإجازة كانت بمثابة مكافأة لعبد الله ابن صالح على مجهوداته وأبحاثه الطبية، وأن الشهادات التي شهد له بها الحاضرون تعتبر اعترافاً له بجميل ما كان يقدمه لصالح المجتمع، بعيداً عن كل أنانية أو رغبة في الوصول إلى رتبة معينة أو الحصول على حظوة لدى ولاية الأمور، وتلك صفة يمكن إضافتها إلى الخصال الحميدة التي كان يتصف بها، وقد شهد له بها جميع من حضر في هذه الإجازة. وهو الأمر الذي يؤدي إلى استخلاص ما ينبغي أن يتصف به الأطباء من خصال، وقيم، وأخلاقيات، باعتبار ما يقومون به من أعمال، وما يقدمونه من خدمات لصالح الإنسانية"².

إن ما يمكن ملاحظته بالنسبة لهذه الإجازة أنها لم تمنح بعد الانتهاء من سلك دراسي أو مرحلة تعليمية، تخول لحاملها الإذن بممارسة مهنة أو عمل معين، مثلاً الشأن بالنسبة للإجازة التي منحت لمحمد بن أحمد الكحاك سنة 1832م في الطب من جامعة القرويين³، والتي تعد من بين الإجازات ذات الأهمية في هذا المجال، حيث جاء فيها: "...الحمد لله شهوده الموضوعة أسماؤهم عقب تاريخه يعرفون الطالب الأرضي، الطبيب الماهر السيد الحاج محمد بن المرحوم بمنة الله عز وجل السيد الحاج أحمد الكحاك، المعرفة التامة الكافية شرعاً بها ومعها يشهدون وشهادتهم على تفصيل، فالأشراف والتجار وأضرابهم يشهدون بأنهم جربوه في معالجة المرضى والمبتلين غير ما مرة واختبروا حاله وأمره، ... وكان مقدماً على معالجة الأدواء ولعباد الله ناصح، وأنه رجل صالح، لا يتهم بريبة ولا خيانة، وفيه ما ليس في غيره من فعل المعروف وبسط الكف ومواساة الضعفاء، ومعالجتهم بغير أجره وملازمة الصلوات الخمس بالجماعة، وكثرة الأذكار، وزيارة الأولياء وغير ذلك من أفعال البر، والأطباء والحجامون يشهدون أنه عارف بالطب وبالأخلاق المهلكات التي بها قوام الأبدان الإنسانية ومنها الصلاح والفساد، وبالأخـرجة

¹ - محمد زين العابدين الحسيني، جامعة القرويين تمنح أول إجازة في الطب، سلسلة المناهل، الدار العالمية للكتاب للطباعة والنشر والتوزيع، ص. 238-239.

² - جامعة القرويين تمنح أول جائزة في الطب، ص. 242.

³ - يمكن الرجوع إلى الملاحق صفحة 355 للاطلاع على صورة هذه الإجازة.

التي هي أصول الأمراض البدنية على وفق المراد وأن مثله من ينتصب لمعالجة الناس لتوفر الشروط المنصوص عليها في كتب الطب فيه جملة وتفصيلا.... وشهد على إجازة الكحاك ثلاث وستون من العلماء والتجار وأعيان البلاد آنذاك ووقع عليها قاضي الجماعة بفاس¹.

والذي يثير الانتباه وله علاقة مع موضوع بحثنا، هو أن هاتين الإجازتين قد نصتا على جملة من الشروط التي تؤهل الطالب إلى للحصول على الإجازة في الطب، ومنها: الكفاءة العلمية والتجربة المهنية، والإحسان في أداء العبادات، والتحلي بالأخلاق الحسنة من بر وعطف على الفقراء، وشهادة الأطباء والحجامين بكفائه وعدد كبير من أفراد المجتمع من علماء وقضاة وتجار ومعلمين وأعيان ومرضى بتحليه بالأخلاق الفاضلة والتخلي عن الأوصاف الرذيلة التي لا تتلاءم مع شرف مهنة الطب. اخترت أن أذكر هاتين الإجازتين لأبين الأخلاق التي كان يتميز بها الأطباء الأوائل والتي كان يشار إليها في نص الإجازة تأكيدا على أهمية تحلي واتصاف الأطباء بها.

ومن النماذج النسائية اللواتي اشتهرن بالطب في عصر الموحدين والمرينيين أذكر:

➤ طبيبات أسرة ابن زهر: شقيقة الحفيد أبو بكر بن زهر (ولد في إشبيلية 1111م/1199م)، وكذلك ابنة شقيقته تلك، وابنته التي يدعوها البعض بالحفيدة بنت الحفيد وابنتها وجميعهن كانت ماهرات في صناعة الطب والمداواة ولهن خبرة ممتازة فيما يتعلق بالأمراض النسوية والولادة².

➤ والطبيبة العالمة أم الحسن بنت القاضي أبي جعفر الطنجالي، عاشت ابن الخطيب³ ترعرعت في مدينة في الأندلس تدعى "لؤشة" تبعد عن قرطبة عشرين فرسخا⁴. كانت شاعرة وأديبة مرموقة يتوجه إليها ذو الشهرة والمعرفة لمطالعة أخبارها، وكانوا يعجبون بأدبها ونظمها ولسانها، كانت تقرأ القرآن بصوت حسن⁵.

➤ والطبيبة عائشة الجيار السبئية، هذه السيدة الفاضلة العالمة الطبية تعتبر نموذجا متميزا من المغربيات الأصيلات المتفانيات في خدمة العلم والمعرفة، نشأت في مدينة سبتة، على عهد الدولة المرينية، ولقد ترجم لها الشيخ محمد الحضرمي في كتابه "بلغة الأمنية": "هي الطبيبة البارعة، عائشة بنت الشيخ الكاتب الوجيه أبي عبد الله بن الجيار المحتسب بسبتة، قرأت الطب عن صهرها الشيخ الشهير أبي عبد

¹—Kahhak Abdelkader, Un diplôme de medecin Marocain à Fes en 1832, Revue de l'occident musulman et de la Méditerranée, N 7, 1970. p. 195-210.

²— الطب ورائداته المسلمات، ص. 96.

³— وزير غرناطة عرفته قصور سلاطين بني الأحمر بغرناطة، سياسيا فذا، وقصور بني المغرب سفيراً ومستشاراً ومفاوضاً وعالماً بارزاً، ولد سنة 713هـ/1313م.

⁴— عبد القادر العافية، عالمة جليلات وعلماء أمجاد، ط. 1، فضاء الطباعة سلا، ص. 133.

⁵— الطب ورائداته المسلمات، ص. 93-94.

الله الشريسي ونبغت فيه". وذكرها ذ. إسماعيل الخطيب¹ في كتابه القيم عن الحركة العلمية بسببة في القرن السابع الهجري: "... وتأثّل لها بطريققتها صيت شيدده الأمراء، فطالما كانوا يجيزونها بالهدايا والتحف وغيرها، لأجل ما خبروه من حرفتها، وكانت لها رباغ تستغلها. ولم تزل سيدة محفوفة المنصب -الكرامة والجاه- إلى أن توفيت، بعد أن عهدت بتوقيف رباغها في سبيل البر، وسبيل الخيرات رحمها الله ونفعها"².

اخترت عرض ترجمة الطيبية عائشة الجيار ضمن المختارات من الطبييات، لما نأمل أن يكون لترجمتها من الأسوة والقودة إن شاء الله. لقد عاشت رحمها الله ميسورة الحال، وعرف الناس فضلها، وإخلاصها في مهنتها... ولم تنس أن تكون لها صدقة جارية بعد موتها لينتفع بها الناس حية وميتة، فهذه الطيبية المؤمنة الصالحة، عملت لدنياها وأخرها، رحمها الله وتقبل منها.

الفرع الثاني: أطباء في بداية عصر الدولة العلوية

تقلصت لائحة الأطباء بالمغرب الأقصى وحتى في إفريقية والقيروان خلال القرن السابع الهجري، ولم تعرف هذه المناطق إلا أعداد محدودة، ولم يعد الطب حكرا على المختصين بل شارك علماء عاديون ومحدثون وأدباء في هذا المجال، فلم يخل نشاطهم من مهارة ولكن بدون تجديد بل ولا حتى مسايرة للفكر العلمي. وبعد أن كان الطب يدرس في جامعة القرويين بواسطة كتب أبقرات وجالينوس وديجنوس المعربة، اندرس بعضها على يد الإسبان عام 1161م، ولم تعد تدرس العلوم والطب رسميا اللهم ما كان من دروس يلقيها أطباء في جوامع العاصمة وفي بعض زوايا المدن الأخرى³.

ولعل الاضطرابات السياسية مع قلة الأطباء المهرة كان لها دور في انتشار الأمراض والأوبئة التي تكلمنا عنها في المطلب السابق. ولعل هذا الخل هو الذي حدا الدولة العلوية إلى السماح لدول أوربية بإنشاء مستشفيات في مختلف حواضر المغرب.

ومن الأطباء الذين اشتهروا في بداية عصر الدولة العلوية: الطبيب عبد القادر بن شقرون المكناسي، من أهل النصف الأول من القرن الثامن عشر الميلادي⁴، كان نابغة دهره، وحكيم عصره، طبيا حاذقا وحكيما ماهرا، عارفا بالمفردات والمركبات، حائزا في ذلك قصبات السبق. لم يكن طبيا فقط، بل كان أدبيا شاعرا فقيها نبيلًا. تخرج في الفن على يد الطبيب الماهر أبي إسحاق بن علي المراكشي ثم المكناسي، ولما رحل للشرق اجتمع بمصر بالشيخ أحمد الزيداني فأخذ عنه مسائل كثيرة". اشتهر بأرجوزته الشقرونية، وفيها

¹ - وزير غرناطة عرفته قصور سلاطين بني الأحمر بغرناطة، سياسيا فذا، وقصور بني بالمغرب سفيرا ومستشارا ومفاوضا وعالما بارزا، ولد سنة 713هـ/1313م.

² - عبد القادر العافية، عالمت جليات وعلماء أماجد، ط. 1، فضاء الطباعة سلا، ص. 140-141-142.

³ - عبد العزيز بن عبد الله، العلوم الطبية بين المغرب والأندلس، حديث الخميس بأكاديمية المملكة، 14 جمادي الأولى 1431هـ / 29 أبريل 2010م، من منشورات أكاديمية المملكة، ص. 11.

⁴ - أما وفاته فكانت بموطنه بمكناسة الزيتون، غير أننا لا نعرف تاريخا محددا لها، وغاية ما نعرفه أنه كان حيا يرزق عام 1140هـ- 1727م، أي بعد وفاة السلطان المولى إسماعيل بسنة واحدة.

دَوْن جملة من الأدوية اعتمد في تركيبها على علم الطب وعلى طائفة من الرقي، كما اشتهر أيضا بأرجوزة أخرى تدور حول الأغذية والصحة¹.

ومن أطباء الدولة العلوية، الطبيب عبد الوهاب ابن أحمد أدراق (ت1159هـ)، نشأ في حجر والده الحكيم أحمد أدراق، مهر في الطب، وفاق في ذلك أهل عصره وانتهت إليه الرياسة وقصرت عليه نفاسته، ولم يكن طبيبا فقط بل كان أدبيا شاعرا أربيا عارفا باللغة العربية، رفيع القدر وسيع الجاه، استخلصه السلطان مولاي إسماعيل لنفسه، فعلت مرتبته وتمكنت عنده منزلته، فلم يفارق الموكب الملكي حضراً وسفراً، وكان مضربه في الأسفار أعظم من مضرب أكبر العمال فلا ترد شفاعته ولا تهمل إشارته. وكان الوزراء وعظماء الدولة يقفون ببابه، واتصلت له هذه الرتبة في دولة مولانا عبد الله وأخيه لمولى علي وغيرهم... وكان الملوك يجلسونه ويرفعون قدره ويسنون له الجوائز ويقطعونه الاقطاعات، وإليك ظهيرا إسماعيليا يسوغه جزية اليهود: "كتابنا هذا أسماه الله وأعز أمره بيد خديما الفقيه الأجل الحكيم الأنبل السيد عبد الوهاب ابن الفقيه النزيه الحكيم الوجيه السيد أحمد أدراق يتعرف بحول الله وقوته أننا أنعمنا عليه بعمالة الجزية الواجبة على أهل الذمة القاطنين بملاح مكناس وزدنا له في... وإعانة له على ما هو بصده من ملازمتنا وخدمة جنابنا العالي بالله على مقتضى حكمته وشريف صنعته إنعاما تاما، والواقف عليه يعمل به والسلام، في الرابع من صفر الخير عام سبعة وثلاثين ومائة وألف".

ومن آثاره: كتاب "لغز السمهوري على من نفى عيب الجدي"، وأرجوزته في "حب الإفرنج"، تعليق على النزهة للحكيم الشيخ داوود الأنطاكي، منظومة في خواص نبتة الكبار وغير ذلك في ماهية الأعشاب والنبات...².

ونبغ في عهد مولاي الحسن طبيبان هما د. عبد السلام العلمي (ولد سنة 1246هـ وتوفي سنة 1322هـ الموافق 1830م/1904م)، كان من نبغاء الأطباء وأفاضلهم، تلقى دروسه الأولية بفاس ثم بعثه السلطان إلى أرض كنانة لينهل هناك من مبادئ الطب الحديث على يد أطباء تخرجوا من أوربا، إذ حرز على إجازة في الطب من القاهرة³. ولما رجع من مصر تلقاه السلطان المولى الحسن بغاية الإجلال والاحترام، والإكبار فاتخذة طبيبه الخاص ويظهر وبقيم معه، وكان معه في حركته لسوس 1299هـ، وفتح دكانا لاستقبال المرضى ووصف الأمراض والعلاج بفاس.

كان عالماً بالمواقيت والفلك والرياضيات وشاعراً ولاعب شطرنج، يعده المؤرخون لتاريخ الطب بالمغرب نقطة تحول بين الطب التقليدي والطب الحديث في مغرب عصر النهضة الحديثة على حد قول الطبيب الفرنسي والمؤرخ للطب بالمغرب الدكتور رينو.

¹ - الطب العربي في عصور دول المغرب الأقصى، ص. 185.

² - الطب العربي في عصور دول المغرب الأقصى، ص. 192-193-194.

³ - يمكن الرجوع الى الملاحق ص. 356-357-358 للاطلاع على صورة من "تذكار مودة" الذي حصل عليه الدكتور عبد السلام العلمي من مصر، ونسخة من النص المكتوب فيها.

ومن آثاره: كتاب "ضياء النبراس في حل مفردات الأنطاكي بلغة أهل فاس" فرغ منه أواسط رجب عام 1302هـ ذيله بشرح ما جاء في كتاب كنوز الصحة مذيلاً أيضاً بـ 76 فائدة من مجرباته مع أشياخه بالقاهرة، و"الأسرار المحكمة في حل رموز الكتب المترجمة" وعد في آخر النبراس أنه سيورد فيه اكتشافات العصر الحاضر الطبية الكيماوية، "مفتاح التشريح" وهي منظومة رجزية طبعت بآخر ضياء النبراس، و"التبصرة في سهولة الانتفاع بمجريات التذكرة في أعمال المعالجة"، و"البدر المنير في علاج البواسير" و"إرشاد الخل لتحقيق الساعة بربع الشعاع والظل"¹.

أما الطبيب الثاني، فهو أبو العباس أحمد بن حمدون ابن الحاج، ولد سنة 1235هـ، ونشأ في بيت علم وجلالة وتلقى العلم عن أهله ثم عن علماء القرويين، ونبغ في الفنون شهاباً وارباً مشاركاً في الفقه والأصول والحديث مبرزاً في العربية واللغة والسير والأنساب والتاريخ والطب ولأدب، كان ذا وجهة كبيرة عند السلطان المولى الحسن، وكان السلطان وأولاده قد تتلمذوا له وأجازوه بالعلوم إجازة حافلة². "وهو الذي تحدث عنه رينو في كتابه الطب القديم بالمغرب، كأنموذج أخير للطبيب والعالم العربي الكامل، ومن مآثره كتاب "الدرر الطبية المهداة للحضرة الحسنية"³.

وأمام قلة الأطباء المغاربة وكثرة انتشار الأمراض، أرسلت بعثات طبية إلى الخارج؛ فقد وجه السلطان مولاي الحسن عدداً من الشباب المغاربة لدراسة الطب في أوربا فتتبع ستة منهم تمريناً في المستشفى الإسباني بطنجة في ميدان الفحص والتضميد والتشريح البسيط⁴...

"غير أنه لم يكن ينتفع بما في جعبة الأطباء من الوصفات سوى أكابر الناس ووجهائهم... وهم الذين كان في مقدورهم أن يجلبوا ما تتطلبه علاجاتهم من أدوية وعقاقير من بر النصارى، عن طريق بعض التجار اليهود... أما عامة الناس فقد ظلوا بسبب قصر ذات اليد عاجزين عن الحصول على وصفات طبية، وكانت أوضاعهم تلك تلزمهم بالالتجاء إلى الطبيب، بما توحى به التجارب من أعشاب ونقائع، أو بما يكتبه الفقهاء من التمانم والطلاسم والرقى... فهناك من كانوا يتعاطون العلاج وهم جهال، لا يعرفون حتى القراءة..."⁵.

وأمام تدهور الطب بالمغرب، قامت فرنسا بإرسال أطباء *médecins missionnaires* قبل فرض السيطرة العسكرية على البلاد، و"كان الحلف الإسرائيلي العالمي يوجه أطباء إلى يهود المغرب، وفي أوائل القرن العشرين كان بالمغرب إثنان وأربعون طبيباً أوروبياً تسعة عشر منهم محصلون على شهادات رسمية"⁶.

¹ - الطب العربي في عصور دول المغرب الأقصى، ص. 200-201-202.

² - الطب العربي في عصور دول المغرب الأقصى، ص. 206.

³ - الطب والأطباء بالمغرب، ص. 85-86-87.

⁴ - المرجع نفسه، ص. 91.

⁵ - الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب 1912، ص. 82 بتصرف.

⁶ - الطب والأطباء، ص 92.

الفرع الثالث: تطور عدد الأطباء المغاربة في عهد الحماية:

وفي عهد الحماية، كانت الهيئة الطبية تتكون من أطباء عسكريين ومدنيين يتعاقدون مع إدارة الصحة بالإضافة إلى أطباء مدنيين يعملون في الطب الحر وممرضين. لم يكن عدد الأطباء يتعدى سنة 1912م: 38 ما بين عسكري ومدني، أي بما يعادل على وجه التقريب طبيباً واحداً لكل 100.000 نسمة... وتجدر الإشارة إلى أن إدارة الحماية لم تعتن بإعداد أو تكوين أطباء مغاربة، إذ لم يكن يبرز من أسماء المغاربة في هذا المجال إلى حدود الحرب العالمية الثانية إلا طبيب واحد هو عبد المالك فرج الذي تخرج سنة 1935 من كلية الطب بباريس، وعمل طبيباً بالمجموعة الصحية المتنقلة بتازة، وقاد سنة 1942 عدة حملات وقائية بمنطقة الغرب¹.

ومن أهم المنجزات الصحية في فترة الحماية ارتفاع عدد الأطر الصحية من أطباء وممرضين وصيادلة، وجراحي الأسنان والمولدات ارتفاعاً ملحوظاً، شهدت الكثافة الطبية لكل 100000 نسمة تحولا في الفترة ما بين 1912 و1954 إذ انتقل العدد من طبيب واحد لكل 100000 نسمة سنة 1912 إلى نحو 12 طبيب لكل 100000 نسمة سنة 1954².

الكثافة الطبية لكل 100000 نسمة 1912 - 1954³

السنوات	1912	1921	1926	1931	1936	1947	1954
الأطباء	1	2.3	3.1	5.6	5.5	8	12

ويمكن إجمال الوضعية الحرجة للموارد البشرية في الجدول الموالي، والذي يحدد توزيع الأطر الطبية إلى حدود 31 دجنبر 1955. إذ نلاحظ أن القطاع الخاص شكل أفضلية بالنسبة لمزاولة مهنة الطب، الأمر الذي دفع بالسلطات الصحية إلى اللجوء إلى التعاقد مع أطباء القطاع الخاص للعمل بصفة مستخدمين بدوام مؤقت.

جدول: توزيع الأطباء بالقطاعات العام والخاص في 31 دجنبر 1955⁴

المجموع	الناحية الإدارية								القطاع
	الإدارة	أكادير	الدار البيضاء	فاس	مراكش	مكناس	وجدة	الرباط	
348	25	24	82	40	51	50	21	55	عام موظفون
180	–	2	88	7	14	14	14	33	عام مستخدمون لأوقات
597	–	10	329	33	56	41	34	94	خاص

¹ - الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب، ص. 302-304.

² - Source: l'œuvre médicale française au Maroc, Casablanca, 1949, p. 18.

³ - Abdelmounim Ouassia la santé publique au Maroc à l'époque coloniale 1956-1907, p. 202.

⁴ - Annuaire statistique, zone sud, 1955-1956, op.cit, p. 108.

وفي نهاية الحماية بلغ عدد الأطباء العاملين بالمغرب 1066: منهم 1031 من الأجانب، و 35 فقط كانوا مغاربة¹.

الفرع الرابع: اهتمام الدولة بمغربة الأطر الصحية بعد الاستقلال:

وبعد الاستقلال، ونتيجة لمغادرة الأطر الصحية الفرنسية والإسبانية للتراب الوطني، شكّل نقص الأطباء والمرضى، أهم التحديات التي واجهت واضعي السياسات الصحية. وعمل الأطباء المغاربة على أداء واجبهم تجاه بلدهم بكل تفان وتضحية، وعيا بالظرفية الحرجة للقطاع في ظل العهد الجديد.

وفي نونبر من سنة 1954م، دشن وزير الداخلية الفرنسي مستشفى ابن سينا، وكان الطاقم الطبي الذي سهر على تسيير هذا المستشفى الكبير يتكون من 18 طبيب (5 جراحين، 4 أطباء عامين، طبيب أخصائي في الأشعة، طبيب واحد أخصائي في الأنف والحنجرة، طبيب واحد أخصائي في العيون، وطبيبان للأطفال، وطبيب في جراحة الصدر وطبيب واحد للقلب)، يترأسهم الدكتور RENE BIECHLER، وكان عدد المرضى والمرضات 20، والمساعدين الصحيين 91².

وأولى الملك الحسن الثاني اهتماماً كبيراً بتكوين الأطباء؛ فأمام النقص الحاد في عدد الأطباء، تمّ سنة 1962م إحداث كلية الطب بمدينة الرباط لتكوين أطباء مغاربة. وكلف وزير التربية الوطنية محمد الفاسي الدكتور عبد المالك فرج³ بإنجاح هذا المشروع، مع التركيز على إيجاد نظام تعليمي متميز لضمان ممارسة طبية في مستوى التطلعات الوطنية. كان طاقم الأساتذة في البداية مكون من رؤساء مصالح مستشفى ابن سينا مثل: د. George Franquet، Simone Delons، Gerard Fulcranr والدكتور عبد الهادي مسواك، ود. عبد السلام التازي، Dr. Alexandre Haeffner، ود. حسن التازي، وبعض الأساتذة المبرزين من Val de Grace مثل: Pr Reynaud Pr Demarquis Pr Tournou. Pr Guignard Pr Robert Pr Aulong، وكانت كلية الطب في البداية في حي الليمون، ولكن أمام الحاجة إلى وجود الأساتذة قرب مستشفى ابن سينا، تم افتتاح سنة 1967م، مدرجين وإدارة ثانوية للكلية داخل مستشفى ابن سينا.

وفي دجنبر 1967م، تخرج أول فوج من الأساتذة المغاربة يتكون من 4 أساتذة مبرزين: د. عبد القادر التونسي، عبد اللطيف بربيش، عز الدين العراقي، عبد الهادي مسواك، و 5 أساتذة مساعدين: د. الطابع العلمي، عبد المجيد بلماحي، بناصر بن يحيى، عبد اللطيف بن شقرون والدكتور علي المعوني. ونوقشت أول أطروحة لنيل الدكتوراه من كلية الطب بالرباط أواخر 1969م، وخلال سنة 1970م نوقشت

¹ - Témoignages à l'occasion de la cinquantième anniversaire de l'hôpital Ibn Sina, p. 21. شهادات بمناسبة الذكرى الخمسينية لمستشفى ابن سينا

² - Témoignages à l'occasion de la cinquantième anniversaire de l'hôpital Ibn Sina, p. 29 .

³ - أول طبيب مغربي تخرج من باريس في يونيو 1935، كان وزيراً للصحة، واعترافاً بمجهوده في تدريس الطب في المرحلة الأولى بعد الاستقلال يحمل أكبر مدرج في كلية الطب حالياً إسمه: "مدرج فرج".

68 أطروحة. وتمكن أغلبية الدكاترة المتخرجين من النجاح في مباراة الأطباء الداخليين، ولوحظت مغادرة تدريجية لرؤساء الأقسام الفرنسيين وبدأت مغربة المصالح الإدارية والتسييرية والتمريضية¹.

ولقد اطلعت على شهادات أدلى بها الأطباء الذين تكوّنوا على يد الفوج الأول من الأساتذة المبرزين المغاربة، وتأثرت بما ذكره عنهم من تميزهم بالجدية والأخلاق السامية، وأنهم تعلموا منهم في نفس الوقت قواعد الطب وكذلك روح التضامن، مما جعل طلبة الطب في مرحلة التدريب يتألمون أمام حالات المرضى المعوزين ويساهمون بطرق متعددة لجمع المال قصد شراء الأدوية، ويبادرون بالتبرع بدمهم ليتمكن المرضى من إجراء العمليات الجراحية، وأسأدتهم يشجعونهم على هذه الأعمال النبيلة، ولكن في نفس الوقت ينبهونهم إلى خطر الإفراط في التبرع بالدم بروح من الفكاهة وتذكر الأستاذة حجّاج نعيمة (د. مبرزة في أمراض الروماتيزم) أن الأستاذ عبد القادر التونسي (د. مبرز في الجراحة العامة)، أمام تهافت الطلبة المتدربين على التبرع بالدم كان يحذرهم بطريقة فكاهية: "إنكم مهددون بأن لا تبقى فيكم قطرة دم"².

وتم تعزيز صرح التكوين الطبي بإحداث كلية الطب بالدار البيضاء سنة 1975. كما تم الاهتمام بتكوين الأطر شبه الطبية عبر بناء مؤسسات التكوين شبه الطبي وتوزيعها على مختلف العمالات والأقاليم، إلى جانب الاهتمام بتوفير تكوين نظري وتطبيقي يلائم الخصوصيات الديمغرافية والوبائية للمغرب.

ولقد أولى الملك الحسن الثاني أهمية كبرى للأطباء، وتم التأكيد على دور الطبيب الذي وصفه بالحكيم، حيث قال: "... فإلى جانب دور الطبيب الإنساني تمة دور تأطيري، حيث يعد قدوة يحتدى بها وسط الأطر الصحية لأداء المهمة الصحية النبيلة على وجه أكمل"³. وقال رحمه الله وهو يخاطب أعضاء المجلس الوطني والمجالس الجهوية للهيئة الوطنية للأطباء: "اعلموا أننا نعتد عليكم لتكونوا بجانبنا حتى تعم الصحة وحتى تعم كذلك الاستقامة في أهل الصحة في جميع مستويات السلم من الممرض إلى الطبيب"⁴.

وسأتكلم عن ثلاث أطباء، نماذج للجيل الأول من الأطباء الذين خدموا بلادهم بإخلاص وروح وطنية، أمام التحدي الذي واجهه المغرب في المجال الصحي بعد هجرة الأطر الطبية الفرنسية وأمام ضعف

¹ – Témoignages à l'occasion de la cinquantième anniversaire de l'hôpital Ibn Sina, p. 39.

² – Témoignages à l'occasion de la cinquantième anniversaire de l'hôpital Ibn Sina, p. 123.

³ – صاحب الجلالة يتّأسر جلسة عمل مع أعضاء اللجنة المؤقتة للأطباء، الأربعاء 19 جمادى الأولى 1404هـ الموافق 22 فبراير 1984، خطب وندوات صاحب الجلالة، المجلد الثامن، ط2، 1414هـ-1993م، منشورات وزارة الإعلام، ص. 49.

⁴ – صاحب الجلالة يستقبل أعضاء المجلس الوطني والمجالس الجهوية للأطباء، بتاريخ 24 ربيع الأول 1410هـ الموافق 25 أبريل 1989م، خطب وندوات صاحب الجلالة المجلد الحادي عشر، مرجع سابق، ص. 91.

البنية التحتية، وانتشار الفقر والجهل بالأسس الوقائية: واخترت أن أتكلم عن الدكتور المهدي بن عبود والدكتور أحمد رمزي والدكتور عبد اللطيف بريش:

أولاً: الدكتور المهدي بن عبود: "ولد سنة 1919م، ترعرع في بيت كان معهد التربية والتوجيه والإرشاد لعامة الناس، وملتقى الوجهاء، كانوا يتوافدون على أبيه الشيخ عبد السلام بن عبود الرجل الصالح الزاهد، الذي عوّد أهله حياة التقشف، إذ كان رحمه الله يحاول أن لا يبقى في يده نقير ولا قطمير، بل يُوزع كل ما زاد عن قوته على ذوي الحاجة... وفي هذا الصدد، يقول د. المهدي ابن عبود: "سمعت من أبي كلمات ذهبية لا أنساها، فقد سألته ذات يوم: يا أبي لقد دفعت كل ما في يدك.. فما أبقيت للغد؟.. فأجاب إن للغد رباً يتولاه.. وما أسرع ما تحقق المرجو فجاءه في الصباح من الأموال أضعاف ما كان دفعه من قبل، هذا من أكبر المؤثرات في نفسي وقد جاعني كله عن طريق والدي" وأضاف قائلاً: "توفي الوالد المربي وأنا في سن الثامنة، فكان على الصغير أن ينهض بعمل لإعانة الأسرة الفقيرة، فعملت في التجارة والخياطة وصناعة الحصر طوال أربع سنوات انقطعت فيها عن الدراسة، حتى يسر الله لي أن استأنفتها فأنال شهادة الابتدائية في مدينة سلا، حيث كنت أدرس القرآن في الصباح، ثم أتلقى العربية في الزوال، وأقضي سائر اليوم في تعلم الدروس باللسان الفرنسي، وكانت مرحلة ما بعد المرحلة الابتدائية غاية في الشدة، إذ قلماً يجتمع لنا الخبز والإدام... وعملت مراقباً ليلياً في مدرسة ابتدائية بمدينة الرباط، حيث أعطوني غرفة لسكني، وجعلت أتابع دروسي الثانوية نهاراً في مدرسة مزدوجة المناهج، تجمع بين العربية والفرنسية، وليلاً أراقب الصبيان ليكتبوا دروسهم ويحفظونها... وبعد حصولي على شهادة البكالوريا، توجهت لدراسة الطب في فرنسا، تخرجت في الطب عام 1950م... رجعت إلى الدار البيضاء، وافتتحت مكتباً للطب ثم انخرطت في مستشفيات الدولة، وبعد أشهر قليلة طلبت مني الحركة الوطنية أن أذهب إلى الولايات المتحدة لافتتاح مكتب للدعاية والإعلام لحركة الاستقلال المغربية، وكان ذلك في أواسط سنة 1952، انتهزت فرصة تواجدي هناك للتخصص في أمراض الجلد وذلك باللغة الإنجليزية وفي أكبر مستشفى بمدينة نيويورك، وقد سبق أن سجلت نفسي بقسم الفلسفة في كلية الآداب في فرنسا أثناء دراستي الطبية، ولم يكن دافعي إلى ذلك طلب الشهادة بل لمتابعة الدروس ولتلقاها من أفواه الأساتذة. وبعد قضاء خمس سنوات في الولايات المتحدة، عدت إلى المغرب سنة 1955م حيث انضمت إلى اللجنة التي تدير المقاومة وجيش التحرير في تطوان، وبقيت معهم حتى جاء الاستقلال، وهناك رأى الملك محمد الخامس رحمه الله أن يُعيّني كأول سفير

للمغرب في الولايات المتحدة، وذلك نظرًا للخمس سنوات التي جعلتني على علم ببعض أحوالها ودوائرها الحكومية والبرلمانية...¹.

قال عنه الدكتور عبد الهادي التازي: "عرفت أخانا المهدي أولاً كدبلوماسي صادق أمين، وعرفته كطبيب نطاسي² ينفذ إلى قلب زبائنه، وكأكاديمي صارم يُقدّر ما على الأكاديمي من تبعات... فطبقت شهرته الآفاق وكان يُطلب من أغلب العواصم الغربية في أوروبا والعالم العربي والإسلامي؛ لاسيما وأن الرجل كان يتكلم بثلاث ألسن"³.

وقال عنه الأستاذ عبد الله أكديرة رئيس المجلس العلمي المحلي بالرباط: ... كان د. بن عبود أكثر من قول: "الخلق عيال الله، وأحبهم إلى الله أنفعهم لعياله"، وهذه أيضا من تعاليم الإسلام التي عاش بها ولها مدة حياته المباركة، بالعلم والعمل... والتجربة واليقين... لقد اقترب من الناس، وأحبهم في الله، وسعى إلى نفعهم، معتبرا أن ذلك هو حركة وجوده وغايته...⁴.

وكتبت عنه دة نجاة المريني: "عرفته طبيبا لأسرتي الصغيرة في أواسط الستينات، فكان طبيبا وأستاذا ومربيا وموجها، لا يكتفي بالوصفة الطبية لمرضاه، بل يزودهم بنفحته الصوفية المتألثة بإرشادهم ونصحهم بهدوء واطمئنان وسعة صدر... لم ييخل طوال حياته بعلمه ونصحه وجهاده على طلاب كلية الآداب بالرباط... كان سعيدا بذلك أشعر وأنا أحدثه بباب الكلية بأنه الأستاذ الفعلي الذي تنطبق عليه مواصفات الأستاذ المربي، المعلم الناصح، المفكر في المصلحة، المقبل عليك بقلب سليم، الداعي إلى التمسك بالنهج الإسلامي بموضوعية وعقلانية وروحانية صادقة، كان رحمه الله قدوة للأستاذ العالم المتحلي بأجمل الصفات الخلقية: تواضعا وحلما، صدقا ووضوحا... وإن أنس، لا أنسى يوم زرتة وهو في فراش المرض لتعزيتة في وفاة ابنته الشابة التي انتزعها الموت من أحضانه وأحضان ابنها الوليد، فكان وهو يتقبل العزاء من أصدقائه وعشيرته ومحبيه الرجل المؤمن المطمئن، الراضي بقضاء الله... انبهرت وهو يخاطبنا بلغة راقية وبأسلوب حضاري عن كل شيء وفي كل شيء، لم أكن وحدي من يجالسه، كان المجلس يضم الأستاذين الدكتور عبد اللطيف بربيش والدكتور أحمد رمزي، ورجل آخر لم أعرفه، كنا جميعا ننصت إليه وكأننا في محراب الدرس أو في محراب المسجد، ننصت إليه في وجوه وانتباه ومحبة... لا أعرف كم من الوقت أو من الساعات مرت

¹ - المهدي بن عبود الطبيب والمفكر الإسلامي، إعداد وتنسيق: عبد الرحيم بن سلامة (شهادات في حق د. المهدي بن عبود ومقالاته)، مطبوعات الجمعية المغربية للتضامن الإسلامي، طبع من وزارة الثقافة، مطبعة دار المناهل، الطبعة الأولى 1435هـ/2013م، **نقط من** ص. 123-124-125.

² - النطاسي هو الطبيب الحاذق.

³ - المهدي بن عبود الطبيب والمفكر الإسلامي، ص. 7-9.

⁴ - المهدي بن عبود الطبيب والمفكر الإسلامي، ص. 97/92.

ونحن في هذا المحراب ننصت ونستوعب ونتلذذ، كانت الدموع في بعض الأحيان تُعبر عن صدق التجاوب مع هذا العالم الفذ، وهذا المتصوف الصادق، وفجأة يتوقف الأستاذ عن الحديث، إذ طرق المجلس زائر جديد، فانفض الجمع، ودَّعاه ونحن لا نرغب في وداعه، أو في ترك مجلسه. أثناء الانصراف، تحدث الدكتور عبد اللطيف بريش عن إشراقات الدكتور ابن عبود، وتحدث الدكتور رمزي عن الأستاذ الطبيب، تحدثا عنه وعن صموده وعطائه وعن فكره وقلمه وأخلاقه بنبل ومحبة، كم أكبرت هذين الرجلين في وقفة قصيرة بباب البيت، وكم سعدت ولو أنني في مآثم برؤية رجلين عالمين متواضعين يفيضان محبة وتقديراً في مجلس الداعية المفكر الإسلامي المتميز في لحظات نورانية أسعدُ كلما ذكرتها وتمثلتها بعد أن ارتسمت في ذاكرتي، وحُفرت بصورة متألئة للرجل المثل، الفقيد المهدي بن عبود¹.

وبعد أن أقعده المرض عن ممارسة أنشطته العلمية، فاجأ الجميع بقصيدة فريدة يائية في أكثر من ألف بيت، عنوانها: "صورة عصر وشكوى نفس" لإيمانه بما للشعر من تأثير في النفوس وفي القدرة على تحريكها، يقول رحمه الله:

فلولا عزاء الشعر ما كنت كاتباً ولولا أليم الصمت ما قمت ساعياً

ومن كلام الفقيد المهدي بن عبود عن الموت يمكن أن نرسم شخصيته عن حبه لقاء الله دون خوف ولا رهبة، فذكر في أوائل القصيدة:

سلاما ملاك الموت ما جئت شاكياً أيشكو جوار الحق من كان راضياً؟

أيشكو فراق العصر والعصر منذر بتدمير ما قد كان بالأمس بانياً

ولما كان على فراش الموت، زاره الأستاذ عبد المجيد الصغير وقدّم له كتابه "التصوف كوعي وممارسة- دراسة في الفلسفة الصوفية عند أحمد بن عجيبة". صدر عبد المجيد كتابه بإهداء إلى أستاذنا المهدي بن عبود، وبعد نظرته السريعة للإهداء والفهرس الذي ورد في الكتاب نظر إليه وهو على يقين قائلاً للأستاذ عبد المجيد الصغير: "لقد ذكرت في هذا الإهداء في كتابك الله جل جلاله ومحمد رسول الله ﷺ ولم تذكر الموت؟ وأشار بيده إلى لوحة زجاجية معلقة في الحائط على يمينه مكتوبة بخط اليد جاء فيها: "أولاً الله جل جلاله وثانياً محمد رسوله وثالثاً الموت"، وقال له بصوت خافت: "إن أباه الصوفي النوراني سيدي عبد السلام بن عبود كتبها بيده، وهي من فضائل أعماله ومحاسنها"²

¹ - المهدي بن عبود الطبيب والمفكر الإسلامي، ص. 30-31-32.

² - المرجع نفسه، ص 80-81

من خلال هذه النبذة المختصرة عن د. المهدي بن عيود رحمه الله، يتبين لنا ما تميزت به هذه الشخصية من عزيمة وصمود منذ صغره، وتأثره بما رياه عليه أبوه من قيم وأخلاق، حيث استطاع تحدي الصعاب المادية ويتفوق في دراسته، واغتتم وجوده بفرنسا لدراسة الطب وعلم النفس معاً؛ وذلك لتأثره بتصوف أبيه فأراد أن يعمق فهمه في هذا المجال، وظهرت وَطَنِيَّتُهُ الصادقة في مغادرته العمل في عيادته متوجهاً إلى أمريكا خدمة للحركة الوطنية، وكذلك اغتتم وجوده في أمريكا للتخصص في أمراض الجلد في أعظم المستشفيات، ومما ساعده على نجاحه تمكنه من اللغات الثلاث، فلقد اهتم بدراسة اللغات الأجنبية دون التفريط في اللغة العربية، ورغم ما وصل إليه من مستوى ظل متواضعا زاهداً مرشداً ناصحاً لكل من يلقاه بغية إصلاح المجتمع، متطوعاً في خدمة مرضاه مادياً ومعنوياً. عاش متذكراً للموت عاملاً للدار الآخرة. نسأل الله أن يجعله في عليين وأن يكون فيما ذكرناه عنه عبرة للقارئ.

ثانياً: الدكتور أحمد رمزي: وُلد يوم 26 يناير 1936 بالدار البيضاء. بعد حفظ القرآن في المسيد في الدار البيضاء، ومراكش عند عمّه المتخصص في الروايات القرآنية. أعده الوالد إلى التعليم العصري، ونال البكالوريا بـ "اليسي ليوطي" بالدار البيضاء سنة 1953. حصل على دكتوراه في الطب من جامعة مومبويلي، بفرنسا. عاد إلى المغرب وعمل طبيباً جراحاً بمستشفيات مراكش (1960)، ومستشفيات الصويرة وآسفي، وشارك في وضع أول برنامج وطني مع وزارة الصحة لتكوين الممرضين والممرضات، وأشرف إدارياً وتعليمياً على تخريج ستة أفواج منهم في مدرسة التمريض في مراكش. وعاد إلى فرنسا للتخصص فحصل على شهادة التخصص في جراحة العظام والمفاصل سنة 1964، وكان أول من أدخل إلى المغرب تقنيات جراحة الورك في الكسور الناتجة عن حوادث السير وغيرها.

تقطن د. رمزي لأهمية الاهتمام بالوقاية، فشجع البرامج الوقائية وانخرط فيها بكل تقان، فسهر على تطبيق برنامج التنظيم العائلي في مراكش والحوز على غرار زملائه الآخرين الذي عملوا في مدن الرباط ومكناس وفاس وغيرهما سنة 1965. وشارك في برنامج الصحة العمومية في حوز مراكش كالتلقيح الجماعي، ومكافحة أمراض العيون، ودراسة عوامل تضخم الغدة الدرقية في منطقة دمنات، مع فريق سويسري متخصص..

عمل مديراً للمستشفى الجامعي ابن سينا وكلف بتعليمات عليا بتأهيل مستشفيات الجنوب: أكادير، وسيدي إفني، وبويركارن، وتاغيجت، وطانطان، وكلميم، تحسباً لما قد تتجم عنه عملية استرجاع الصحراء المغربية. وعيّن بعد ذلك الملك الحسن الثاني وزيراً للصحة العمومية في مارس سنة 1973م، فسفيراً للمغرب في العراق في مارس سنة 1974، ثم وزيراً للأوقاف والشؤون الإسلامية (في أكتوبر سنة 1977)، اهتم في وزارة الأوقاف بالعمل الاجتماعي ونشر كتب التراث الإسلامي. وأسس بموافقة صاحب الجلالة كلية الشريعة "بأيت ملول" قرب أكادير، دمج نظارات الأوقاف (الصغرى والكبرى) في نظارة واحدة وبدأ تطبيق حلّ الحبس المعقّب بحكم مقتضيات الظهير الشريف الذي صدر في شأنه.

بنى من ميزانية الأوقاف المدرسة النموذجية للمكفوفين بمراكش وفق المعايير الدولية وسلّمها إلى "المنظمة العلوية لرعاية المكفوفين" التي ترأسها الأميرة لمياء الصلح، وتُوج هذا العمل من قبل صاحب الجلالة سنة 1980.

وفي يوليوز 1982 عُيّن مديراً للشؤون العلمية بأكاديمية المملكة المغربية، وعمل على إخراج إصداراتها من كتب ووقائع الدورات والندوات، وكذلك المجلة والكتب المحققة من جهات أخرى، وألقى فيها عدة دروس ضمن سلسلة الدروس الخميسية التي كانت تنظمها الأكاديمية، من بينها: "الفتوحات الطبية الكبرى في القرن العشرين"، وذكر في هذا الدرس: "أن الطب في القرن العشرين خرج من نطاقه الضيق بتعامل المريض مع الطبيب إلى النطاق الجماعي الإقليمي العالمي، فصرنا نتحدث عن مفهوم الصحة؛ صحة الجماعة وصحة الإنسانية... وتطور مفهوم الصحة فشمّل وقاية الإنسان من كل ضرر يصيبه كالمخدرات وحوادث الطرق... ومما لا شك فيه أن مفهومي الطب والصحة يحملان في طياتهما اعتبارات أخلاقية، فلا يمكن أن ننسى قارة بكاملها كإفريقيا يعوزها الدواء والغذاء، بينما ترفل في رغد أقوام أخرى وتصرف أموال طائلة في التسلح والتسلي¹".

ثمّ عيّن عضواً في المجلس العلمي الأعلى في يونيو سنة 2009، فرئيساً للمجلس الأعلى لمراقبة مالية الأوقاف العامة سنة 2010².

ولقد قمت بمقابلة مع الأستاذ أمين الإسماعيلي الذي كان صديقا للدكتور رمزي وكان مدير ديوانه في وزارة الأوقاف، فذكر لي ما كان يتميز به د. رمزي من ثقافة علمية شاملة ومتنوعة، وتفانيه من أجل نشر العلم والمعرفة، وما كان يتصف به من أخلاق رفيعة حيث كان يلجأ إليه كل من يعرفه لحل المشاكل الصحية التي تلم به وبأفراد عائلته (وذكر لي موقفه مع أمّه وأمّ ذ. بنّين)، فكان لا يرد طلباً ويبذل ما في وسعه لتخفيف معاناة المرضى الذين يلجؤون إليه، وحسب خزانته الشخصية الإسلامية واللغوية المكوّنة من 3500 كتاب على كلية الشريعة بـ"آيت ملّول عند إنشائها، وأهدى جزءاً آخر من خزانته 7500 كتاب لـ "المكتبة الوطنية للمملكة المغربية" قبيل تدشين مقرّها الجديد في الرباط في أبريل 2005.

مما أثار انتباهي في سيرة الدكتور رمزي، شدة اهتمامه بالبرامج الوقائية (التنظيم العائلي، التلقيح الجماعي، مكافحة أمراض العيون...)، وتكوين الموارد البشرية (الممرضون)، واهتمامه بالعمل الاجتماعي

¹ - أحمد رمزي، الفتوحات الطبية الكبرى في القرن العشرين، درس خميسي 23 ماي 2002، ص 13، من منشورات أكاديمية المملكة.

² - كل هذه المعلومات اقتبسناها من كتاب، دليل أكاديمية المملكة المغربية وحصيلة أعمالها في ذكراها الثلاثين، 1400-1431هـ/1980-2010م، مطبوعات أكاديمية المملكة المغربية. منحنى إياه د. الأمين الإسماعيلي الذي كان مدير ديوان د. رمزي حينما كان وزيراً للأوقاف.

سواء لما كان مديراً للمستشفى، أو وزيراً للصحة، أو وزيراً للأوقاف، وكذلك اهتمامه بطبع الكتب ونشرها، وما تحببته لمكتبته كاملة إلا تجسيد لرغبته في نشر العلم والمعرفة.

ثالثاً: الدكتور عبد اللطيف بريش: من مواليد 17 ماي 1934، حصل على دكتوراه الدولة في الطب من كلية الطب بمومبلي سنة 1961، وتخصص طب الكلى والإنعاش الطبي في مستشفى نيكر Hôpital Necker بباريس 1962-1964، تولى عدة مناصب: عميد سابق لكلية الطب بالرباط (1968-1974)، أمين السر الدائم لأكاديمية المملكة المغربية منذ أبريل (1982م)، عضو مراسل للأكاديمية الوطنية الفرنسية للطب (1989)، عضو المجلس الأعلى للتعليم.

وما ورد في الكلمة الترحيبية التي ألقاها الأستاذ عباس الجراري بمناسبة تعيين د. بريش عضواً جديداً في المجمع الملكي لبحوث الحضارة الإسلامية "مؤسسة آل البيت" بعمان، سنة 1414هـ/1993م، دليل على ما تميز به د. بريش، ومما جاء في هذه الرسالة: "... لقد حُزّت الصدارة بين زملائك من طلائع الأطباء الأولين الرواد، واشتهرت بدمائة خلك ولين طبعك، وبرجاجة عقلك وسماحة شيمك، مع إباء نفس وعلو همة... وعرفت بين الناس برقّة شعورك ودقة حدّثك، وبسداد تشخيصك للأمراض والأدواء... وذاع بين المرضى خُئوك عليهم والرفق بالفقراء منهم والإحسان إليهم والسعي الدائم لإسعافهم وإسعادهم. واعترف لك تلاميذك من الأطباء الشبان إذ تبلغهم كوامن المعرفة وتلقنهم أسرار السلوك وتبث فيهم صدق اللهجة وتثير لهم سبل الممارسة، وشهد لك العارفون أنك لم تتخذ الطب مهنة فقط، ولكنك طلبته علماً تعمق البحث في خباياه... وتتوسل لذلك بألوان من المعارف الإنسانية تراها -كما رآها النُّطس الأقدمون- أسّ إدراك الحكمة وعلومها التي لا حدود لها ولا فواصل بينها..."¹.

وفي كلمة الالتحاق بهذه المؤسسة التي ألقاها د. بريش قال رحمه الله: "... لقد تعلمت في الجامعة أنه لا حدّ للعلم، ولا نهاية للبحث، وتعلّمت في بيت آبائي تلك الحكمة العربية الأصيلة التي تحت الإنسان على طلب العلم من المهد إلى اللحد، فحفظتها حكمة بالغة، وذكرتها مثلاً سائراً، ولا أزال أتعلم منها وأعلمها للأجيال الصاعدة. وعلمتني الحياة المهنية أن الله عز وجل قد كرم الإنسان وفضّله على كثير ممّن خلق تفضيلاً. من أجله خلق العلم، ومن أجله كان الطب، بل لعل من أجله كانت الحياة! لا معنى للعلم إذاً إذا لم يكن العلم في خدمة الناس. لا طعم للحضارة إذا لم يكن هدفها الأسمى هو الإنسان... إن العلوم الإنسانية تمكّننا، حضرات السادة، من إطلالة وافية على هذه المجالات، ولعل علم

¹ - شهادات وأعمال البروفيسور عبد اللطيف بريش، مطبوعات أكاديمية المملكة، 2017م، ص. 203-208.

الطب من بين هاتيك العلوم التي تسمح بالجمع بين مزايا هذه القيم، والمزوجة بين ما هو إنساني صرف، وما هو منها خلقي صرف، وما هو منها مادي صرف في نظرة إنسانية جامعة تحفظ على الإنسان عقله وبدنه وفكره جميعاً¹.

وما ميّز الفترة التي كان فيه د. بربيش رحمه الله أمين سر الدائم لأكاديمية المملكة، انعقاد سلسلة أحاديث الخميس التي دأبت الأكاديمية على عقدها يوم الخميس في مقرها مرتين كل شهر منذ 1982، يقدم فيها العضو حديثه، أو محاضراته في مدة تتراوح ما بين خمس وأربعين وستين دقيقة في موضوع علمي من اختياره. ثم يتلى الحديث مناقشة الأعضاء الحاضرين. وقدم د. بربيش عدة أحاديث في هذه السلسلة، منها: أثر التغذية في نمو الدماغ خلال حياة الجنين في الرحم وفي السنوات الأولى من حياة الإنسان، تأملات في المظاهر التقنية والخلقية الناجمة عن تطور العلوم الطبية، في أخلاقيات نقل الأعضاء، أخلاقيات البحث والتجريب الطبي على الإنسان، التشيخ والشيخوخة: معطيات وتحليلات، "التكوين المستمر في مجالات الطب"، وآخر حديث كتبه رحمه الله هو "تأملات في الحياة والموت"، قد أعده قبل وفاته بشهور قليلة ليقدمها ضمن سلسلة أحاديث الخميس، كتبه باللغة الفرنسية، وترجم هذا الحديث عضو الأكاديمية الدكتور إدريس خليل: افتتح رحمه الله هذا الحديث بـ: "ليس هناك أسرع من الحياة زوالاً وأكثر منها غرابة"، وما هي الحياة يا ترى وما هو الموت؟... الإنسان يعرف أن الموت آت لا ريب فيه، ولكنه لا يستطيع أن يتمثل نهايته؛ فيتصرف في حياته كما لو كان مخلداً. من جهة أخرى، قد يبدو الموت للناس كحدث عبثي، لكونه يأتي على الإنسان بعد أن راكم تجارب كثيرة وأصبح أكثر نفعاً لغيره ولبلده، ثم إنه قد يكون كارثياً ثقافياً، إذ إنه كما يقول الكاتب المالي أحمد أمباتيبا (Amadou HAMPÂTE BÂ): "عندما يموت شيخ، تحترق خزانه"... إن الزيادة في العمر مهما ارتفعت فإنها لا تلغي حتمية الموت. لذلك لا يبقى للطبيب أمام عجزه عن إنقاذ المحتضر، إلا مصاحبته بمعروف وحنان وإنسانية فائقة، وكيف لا وهو يشاهد نظرات المريض كما لو كان يستعطفه ويرجو النجاة. لذلك تعلمنا مهنة الطب بتجاربها وتراكماتها أن المعالجة النفسانية التي تقدم للمحتضر تعد أساسية وواجباً من أوجب الواجبات وأسماها؛ ومع ذلك لا يمكن للطبيب إلا أن يقدم للمريض في آخر أيامه ما يسمى بالعلاج المسكن، الذي يقال عنه بسخرية إنه العلاج الذي يتبقى بعد أن لا يبقى علاج...².

فارق د. بربيش الحياة في اليوم الأول من سنة 2015م، تاركاً في كل من عاشرهم حسرة وألما شديدين. نسأل الله أن يتقبله قبولاً حسناً ويتغمده برحمته الواسعة، جزاء على ما قدم لبلده وطلابه وزملائه من جليل الأعمال.

¹ - المرجع نفسه، ص. 210/212.

² - شهادات وأعمال البروفيسور عبد اللطيف بربيش، ص. 184/199.

وأختم هذا المبحث بعرض ثلاث نماذج نسائية تميزن بإخلاصهن في علاج المرضى، وتكوين الأطباء وتطوير البحث العلمي، سعيًا في النهوض بالمنظومة الصحية في المغرب:

أولاً: الأستاذة جميلة هاشم رحمها الله: تعرفت على تضحيات هذه الدكتورة من خلال الشهادات التي قدّمت في حقها في من طرف زملائها ومرضاها في حفل تأبينها، وكذلك ما كتب عنها في مواقع التواصل الاجتماعي وبعض المجلات العلمية بعد وفاتها.

عُرفت دة جميلة هاشم بالجدية والاستقامة والتفاني في عملها كطبيبة للأطفال، انطلاقاً من قناعتها الدائمة أن أثنى خدمة يمكن أن تقدم للإنسان، مساعدته إلى حين الشفاء من مرضه، خاصة إذا تعلق الأمر بطفل. لم ترزق بذرية ولكنها كانت تعامل كل طفل مريض يأوي إليها إيناً لها فتعالجه جسدياً ونفسياً واجتماعياً.

ويعتبر مسارها مثالا يقتدى به، ذلك أنها قطعت أشواط التسلسل الوظيفي من طبية داخلية إلى أستاذة جامعية بكلية الطب بالدار البيضاء. ثم قررت تنميط تخصصها في شعبة أمراض الدم والأنكولوجيا عند الاطفال بفرنسا، وتخللت هذا المسار دورات تكوينية داخل أرض الوطن وخارجه. وفي هذا السياق، وإثر افتتاح أول مركز مرجعي للهيموفيليا بالمغرب بقسم الاطفال الثالث سنة 1994م، توجهت دة جميلة هاشم نحو باريس، لاجتياز دورة تدريبية بالمركز المرجعي الدولي للهيموفيليا بمستشفى "نيكير" للأطفال، تلتها دورة أخرى بمستشفى "تروسو" في مجال أمراض الدم والأنكولوجيا. وبعد عودتها، أُسندت إليها إدارة وحدة أمراض الدم والأنكولوجيا بقسم الاطفال الثالث حيث أبانت عن حس متميز في التسيير، وعن جدية ورصانة خاصة عند اتخاذ القرار. كانت نموذجاً للطبيبة والأستاذة التي تعي حجم المسؤولية والرسالة الملقاة على عاتق الطبيب تجاه مرضاه والمؤطر تجاه طلبته، لذلك واطببت على العمل بكل إخلاص ونكران ذات في وفاء صادق لمقدسات المهنة.

كانت تأمل في إكمال الطريق الذي اختارته، وتحقيق الأهداف التي سطرته، بمعية المخلصين أمثالها من مسؤولين ومتطوعين ومتبرعين، حيث كانت ترى في إطلاق الوحدة الجديدة لأمراض الدم بقسم الأطفال 3 تنويجا لمسارها. فهي لم تكن يوماً لتبحث عن مشاريع مذرة لأرباح شخصية، بل كانت تشعر بالاكتماء بتسييرها لوحدة أمراض الدم، ولأجل ذلك آثرت الاحتفاظ بمنصبها بالمركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد، عوض التوجه نحو القطاع الخاص.

وممّا حكّت عنها أختها، أنها كلما طلبت منها أخذ فنجان قهوة صباحاً قبل الذهاب إلى المستشفى، رفضت قائلة لها بأن تواجدتها في الوحدة الاستشفائية لمدة ساعة إضافية يجعلها تقضي حوائج العديد من المرضى وتتقص من مدة انتظارهم، وربما يكون منهم حالات مستعجلة تتطلب تدخلا في هذه الساعة.

وأهم ما ميّز حياة السيدة الفاضلة جميلة هاشم، أنها كانت عبارة عن برنامج حافل بالطاء اليومي، المادي والمعنوي، حيث واطببت على مد يد المساعدة للجمعيات التي تنشط في مجال رعاية الاطفال، من

أجل توفير الأدوية للمرضى المحتاجين وكذلك تأمين تكاليف النقل والدواء للمحتاجين من أولياء الأطفال المرضى لتمكينهم من تتبع علاج أطفالهم في ظروف ملائمة.

ولقد عاينت بنفسى بكاء عدد من الأساتذة والأطباء الذين تكونوا على يدها يوم جنازتها، وهم يرددون أنهم لم يتعلموا منها فقط طب الأطفال، ولكن تعلموا منها حب المرضى وحسن التعامل معهم، وقيم أخرى ثمينة...

وقد أقيم لها حفل تأبين أياما قليلة بعد وفاتها، حضره جمع كبير من الشخصيات اعترافا بما كانت تتميز به المرحومة: رئيس الجامعة، عميد كلية الطب، عدد كبير من الأساتذة والأطباء، والفاعلين الجمعويين والمرضى وعائلاتهم... وأدلو بشهادات في حقها تقشع منها الجلود وتتأثر بها القلوب وتتوخذ منها العبر للسير في نهجها بالإخلاص في علاج المرضى وتأطير الطلبة.

وفي العدد 42 من المجلة المغربية لأمراض الطفل الذي صدر بعد وفاة الأستاذة هاشم جميلة والتي كانت مواظبة على نشر مقالات علمية متميزة بهذه المجلة المحكمة، خصصوا عددا من الصفحات لتكريم الأستاذة هاشم جميلة، حيث قدم عدد من أساتذة طب الأطفال ورؤساء الجمعيات المهمة بالمرضى شهادات مؤثرة في حق المرحومة عبروا فيها أن معاشرتهم لهذه الدكتورة العظيمة المتميزة بكفاءتها العلمية وأخلاقيها النبيلة وابتسامتها الدائمة كان فخرا لهم، وكانت تمدهم بالتفاؤل وتعطيهم أجنحة التفاني والصبر في مزاولة رسالتهم. وختموا شهاداتهم بالدعاء لها بحسن الجزاء في دار البقاء. كما أن طلبة الطب بالدار البيضاء أطلقوا على قاعة دُشنت بعد وفاة المرحومة "قاعة الدكتورة هاشم جميلة"، اعترافاً منهم لما أبدلته من مجهودات داخل كلية الطب بالدار البيضاء.

ثانيا: الأستاذة ميكو نبيهة: رئيسة قسم أمراض روماتيزم الأطفال بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء ورئيسة الجمعية المغربية لمساعدة الأطفال المصابين بأمراض الروماتيزم. نظرا للاحترام الذي تحظى به من طرف طلبتها، أبوا إلا أن يجروا معها حوارا للتعرف على مسارها العلمي ومجهوداتها في العمل الاجتماعي داخل مستشفى الأطفال ابن رشد: ومما قالت في هذا الحوار: "... أنتمي لعائلة فيها عدة أفراد أطباء من بينهم أخي وأختاي، اخترت دراسة الطب عن اقتناع، وفي سنة 1980م اجتزت مباراة الأطباء الداخليين لأنني شغوفة بالعمل الجامعي، وكان أول تدريب قمت به في مصلحة إنعاش الأطفال مما جعلني أعلق باختصاص الأطفال، بعد حصولي على شهادة أستاذ مبرز في طب الأطفال سنة 1992م، تسجلت في دبلوم جامعي خاص بأمراض روماتيزم الأطفال في جامعة بياريس RENE DESCARTE. اخترت التعمق في هذا التخصص نظرا للمعاناة التي يعيشها الأطفال المصابين بأمراض الروماتيزم، والنقص الموجود في هذا التخصص في بلدنا. وبما أن أغلب المرضى الذين نستقبلهم في المستشفى هم من الطبقة المعوزة، لاحظت أنهم محتاجون للعطف والحب والإعانة المادية والمعنوية، ولهذا أنشأت الجمعية المغربية لمساعدة الأطفال المصابين بأمراض الروماتيزم "إجري" سنة 2003م، التي تسعى إلى توفير الرعاية المادية والمعنوية للمرضى (أداء الرواتب الشهرية لأربع مساعدات صحية تعملن

في المصلحة نظرا لنقص الموارد البشرية، تمويل التحليلات البيولوجية وفحوصات الأشعة الغالية الثمن التي يتوقف عليها نجاح علاج المرضى، شراء الأدوية التي لا يتوفر بعضها في المغرب، توفير مصاريف النقل للمرضى)، والغرض هو تجنب الإعاقة الحركية التي تسببها هذه الأمراض إذا لم تعالج مبكرا وبأدوية ملائمة لكل حالة وكل مرحلة. إن توفير الرعاية لهؤلاء المرضى المعوزين ساعد في رسم الابتسامة لعدد من الأطفال المرضى وتخفيف معاناة آبائهم الذين يفرحون كثيرا عندما يسترجع فلذات أكبادهم قدرتهم على مشط شعرهم، أو تنظيف أسنانهم، أو ارتداء ملابسهم بأنفسهم، وبالأحرى عندما يستطيعون المشي أو الجري. ولهذا اخترنا للجمعية إسم "إجري" لأن هدفنا هو ان نساعد الطفل الذي يأتي على كرسي متحرك أو محمولا على ظهر أمه على المشي والجري كباقي أقرانهم الأصحاء...

قامت الجمعية بأنشطة أخرى منها: بناء مصلحة امراض الروماتيزم بمستشفى الأطفال ابن رشد وفق المعايير الدولية للمصالحات المتخصصة الموجودة في الدولة المتقدمة، وهي الوحدة الأولى المتخصصة في أمراض روماتيزم الأطفال على الصعيد الوطني، وطاقتها الاستيعابية هي 20 سريراً، تم افتتاحه سنة 2006م. تكلفت جمعية "إجري" بإيجاد محسنين مؤلوا البناء الكامل لهذه المصلحة وتجهيزها، وتقوم الجمعية لحد الآن بالسهر على صيانتها وتجديد مواردها. وفي السنوات الأخيرة وسعت الجمعية حقل مساعداتها حيث بدأت تقدم خدمات لكل مريض مستشفى الأطفال ابن رشد بالدار البيضاء، وكذلك توفير معدات طبية في جميع مصالحات المستشفى: الإنعاش، المستعجلات، حديثو الولادة، الجراحة العامة، جراحة العظام، أمراض الدم، أمراض القلب، أمراض التنفس...

كما نهتم في الجمعية بالبحث العلمي، ونقوم بدراسات إحصائية وأبحاث جينية قصد الوصول إلى حلول لخفض نسبة الأمراض التي لها علاقة مع انتشار الزواج بالأقارب في بلادنا، وأغتم عضويتي في الجمعية الفرنسية للدراسات والبحث في الأمراض الإلتهابية للأطفال للتعاون معهم في مجال البحث العلمي.

ولتشجيع التكوين المستمر وتعزيز القيام بأبحاث علمية والمساعدة على نشرها، قمت منذ سنة 2003م أنا ومجموعة من الأساتذة المختصين في طب وجراحة الأطفال، بإنشاء مجلة متخصصة في أمراض الطفل تصدر بصفة دورية كل ثلاث أشهر، وبالإضافة إلى كوني رئيسة تحرير لهذه المجلة الوحيدة في هذا التخصص على الصعيد الوطني، كلفت بالبحث عن موارد لتمويل المجلة.

وختمت ذة ميكو نبيهة حوارها بنداء للطلبة: "أهنئ طلبة الطب على اختيارهم لهذه المهنة الشريفة، إن المسار التعليمي ليس بالمريح بثنائاً، يجب التسلح بالصبر والمثابرة والاستعداد لتقديم بعض التضحيات. وأنصحهم بالاهتمام بالتكوين الذاتي بغرض تقديم أحسن رعاية صحية للمرضى بأنسب كلفة والمحافظة على المستوى المطلوب من الكفاءة والخبرة المهنية للطاقت الطبي، كما أشجعهم للانخراط بتفاني في العمل الجماعي، أنا أعلم أن الطلبة يشكون من قلة الوقت أمام التزاماتهم للاستعداد لامتحانات والحضور للتدريبات، ولكن نحن شاهدون على الظروف الاجتماعية للآباء، ومن الواجب

علينا ليس فقط طمأننتهم على صحة أولادهم، ولكن نحن مسؤولون على تقديم المساعدة للذين يحتاجون إليها، لأننا نعلم مقدار معاناة الآباء عندما يعجزون على توفير العلاج لأبنائهم. إن هذا الجانب الاجتماعي يمثل نقطة أساسية في العلاج النفسي الذي يدخل في إطار رسالة الطبيب الذي من واجباته الإنصات والحوار مع المرضى ودعمهم والتعاطف معهم. وأغتنم الفرصة لتقديم أحر الشكر لزوجي الذي يساندني دائماً على القيام بكل هذه الأنشطة، وللتخفيف عن النفس لا شيء يساوي القرآن الكريم، الذي أجد في تلاوة آياته راحة داخلية لا توصف¹.

ثالثاً: الأستاذة نعيمة الحبابي العمراني: أستاذة بكلية الطب والصيدلة جامعة محمد الخامس الرباط، شغلت عدة مناصب منها: رئيسة الجمعية المغربية لأمراض الجهاز الهضمي SMMAD خلال 4 فترات من 1996-2005م، نائبة عميد كلية الطب والصيدلة بالرباط المكلفة بالشراكة والتعاون والبحث من 2004-2009م، رئيسة الرابطة العربية لأمراض الجهاز الهضمي PAAG 2009-2011م ولا زالت الرئيس الفخري لها منذ عام 2011م، وهي الآن رئيسة المنظمة العالمية لأمراض الجهاز الهضمي (WGO).

ومن المواقف التطوعية التي قامت بها دة الحبابي العمراني: أنها سهرت خلال 32 سنة التي قضتها كرئيسة لمصلحة الكشف الوظيفي للجهاز الهضمي بالمستشفى الجامعي ابن سينا من 1982م إلى 2014م، على حسن تسيير وتدبير هذه المصلحة، حيث قامت بترميمها وتجهيزها بأحدث الأجهزة والمعدات، سعيًا منها لتوفير أحسن العلاجات للمرضى باستعمال التقنيات الحديثة في التشخيص والعلاج. وتجلى سهرها على مصلحة مرضاها منذ سنة 1978م، حيث استغلت فرصة تعرفها على أساتذة من بلجيكا لما كانت في مرحلة إعداد شهادة علم الأحياء البشري وعلم وظائف الأعضاء بليون بفرنسا، وعقدت معهم اتفاقية للقيام بعدد من التحاليل المتطورة الغير المتوفرة آنذاك بالمغرب، والتزموا بإجراء هذه التحاليل مجاناً لأربعين إلى خمسين مريض أسبوعياً، من سنة 1978م إلى 2004م (وكانت قيمة هذه التحاليل تصل إلى ما يقرب عشرة آلاف درهم لكل مريض)، مما ساعد على تشخيص عدد من الأمراض وحسن رعاية المرضى.

كما استطاعت بحنكتها وحسن تواصلها والثقة التي كانت تحظى بها، بإقناع المحسنين وكذلك المنظمات الدولية بالتبرع بالتجهيزات والآلات المتطورة التي استفاد منها المرضى، وكذلك مكنت الأطباء الذين كانوا في مرحلة التخصص من التدريب على آخر التقنيات التي توصل إليها البحث العلمي. كما كانت تسهر على التكوين المستمر بعد التخرج للأطباء الأخصائيين في الجهاز الهضمي، حيث كانت تنظم داخل مصلحتها بصفة دورية ورشات تكوينية مجانية من تأطير نخبة من الخبراء الدوليين، حيث كانت تشغل منصب مديرة وحدة التكوين والبحث العلمي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي (UFR-HGE) من 2005م إلى 2011م.

¹ – Revue TOUBIB Or Not TO Be (TONTB), Revue Estudiantine, 9^{ème} Edition, Janvier 2019, pM 13/14/15.

وسعت إلى توسيع مجال التكوين المستمر، حيث كانت العضو المؤسس للمركز الدولي للتكوين بعد التخرج في تخصص الجهاز الهضمي OMGE الذي أنشئ سنة 2003م، بتعاون بين المنظمة العالمية أمراض الجهاز الهضمي ووزارة التعليم العالي بالمغرب. ومقره بكلية الطب والصيدلة بالرباط، وتشغل منصب رئيسة المركز منذ إنشائه إلى حد الآن. ويهدف هذا المركز للتكوين المستمر لأطباء دول إفريقيا، حيث ينظم سنويا تكوين نظري وتطبيقي يستغرق من 10 إلى 15 يوم، لمجموعة من الأطباء تتراوح بين 40 إلى 74 طبيب يتوافدون من 30 دولة إفريقية، ويستفيدون من التكوين مع الحصول على منح من المركز. ولقد وصل عدد المستفيدين من هذه التكوينات لحد الآن 1300 طبيب. ومنهم من استغرقت مدة تكوينه من بضعة أشهر إلى خمس سنوات حيث تمكن المركز من توفير الدفعة الأولى من الأطباء الأخصائيين في بعض الدول الإفريقية.

وبعد وصولها لسن التقاعد سنة 2014م، لم تعمل في القطاع الحر، بل فضلت مواصلة خدمة البحث العلمي والتكوين المستمر في مجال اختصاصها، حيث واصلت عملها مع المنظمة العالمية كرئيسة لجنة البرنامج العلمي في نفس المنظمة خلال المدة بين 2011-2015م، وشغلت منصب الأمين العام ما بين 2015-2017م، وتم ترشيحها رئيسة المنظمة العالمية لأمراض الجهاز الهضمي WGO للفترة 2017-2019م. وهي أول امرأة حصلت على هذا المنصب منذ إنشاء المنظمة العالمية للجهاز الهضمي.

إن ذة لحبابي العمراني نموذج للأستاذة المخلصة التي كانت تسعى بكل الطرق لتوفير أحسن التدريبات لطلبتها عندما كانت رئيسة مصلحة. ولا زالت تحتتم فرصة عملها في المنظمة العالمية للجهاز الهضمي لتمكين عدد من الأطباء الأفارقة من الحصول على أحسن التكوينات في أحسن الظروف.

وهذا التعاون مع المنظمات العالمية يدخل في إطار إشراك المنظمات الدولية للنهوض بالمنظومة الصحية، الذي اعتمدت عليها الحكومة المغربية منذ الاستقلال، وأشار إليه الملك محمد السادس في الرسالة الملكية الموجهة إلى المشاركين في المناظرة الوطنية، وأكد على أهميته الخبراء المشاركون في هذه المناظرة، وهذا ما سنتطرق له في المبحث الموالي الذي عنوانه بـ(إسهامات المنظمات الدولية والمجتمع المدني في المجال الصحي وأثرها على المنظومة الصحية).

المبحث الثاني: إسهامات المنظمات الدولية والمجتمع المدني في المجال الصحي وتشخيص واقع المنظومة الصحية

يعتبر مبدأ المشاركة من أهم المبادئ التي تم اعتمادها من طرف وزارة الصحة بعد الاستقلال، فبعدما نشرت منظمة الصحة العالمية شعار: "الصحة للجميع في حدود سنة 2000" عبر منهج الخدمات الصحية الأولية، أضافت شعار: "الصحة للجميع وجميعا من أجل الصحة"، وهو ما دفع بها إلى إعطاء ترجمة إجرائية لمبدأين أساسيين للنظم الصحية وهما: مبدأ العدالة ومبدأ المشاركة. فالمقاربة التشاركية هي

سنة ابتدعها محمد الخامس عبر المناظرة الوطنية الأولى للصحة، واتبعها الحسن الثاني في مناظرة ورزازات، حيث قال: "... ورغم كل الجهود التي يمكن أن يبذلها القطاع الصحي بوسائلها الخاصة فإن ما سطرناه من أهداف لا يمكن بلوغه دون وضع استراتيجية شاملة تتمثل فيها مساهمة الجميع من قطاعات اقتصادية واجتماعية ومنتخبين وتعتمد على إيجاد وسائل الدعم لتمويل هذا القطاع الحيوي"¹. وأكد عليها الملك محمد السادس نصره الله في عدة مناسبات، واتخذت توجهها جديدا تزامن مع ما جاء في الدستور الجديد الذي بلور منظورا جديدا في التدبير والتسيير قوامه التنسيق والشاركة مع المجتمع المحلي المدني والقطاع الخاص، ومختلف الفاعلين من أجل تحسين الأداء الخدماتي وزيادة فعالية العمل الصحي. وتعتبر المنظمات الدولية والجمعيات المدنية من أهم الشركاء في المجال الصحي ولهم إسهامات كثيرة في عدد من البرامج الصحية، ولهذا قسمنا هذا المبحث إلى ثلاث مطالب، سنتطرق في المطلب الأول إلى إسهامات المنظمات الدولية في المجال الصحي، وفي المطلب الثاني إلى الدور الاستراتيجي للمجتمع المدني في المجال الصحي، وفي المطلب الثالث سنقوم بتقييم واقع المنظومة الصحية.

المطلب الأول: إسهامات المنظمات الدولية في المجال الصحي

تعتبر المنظمات الدولية عنصرا أساساً في التنظيم الدولي، وتجمعا إراديا لعدد من الأشخاص متجسدا في شكل هيئة دائمة يتم إنشاؤها طبقا لاتفاق دولي، وتتمتع بإرادة ذاتية ومزودة بنظام قانوني مميز، وبأجهزة مستقلة، تمارس المنظمة الدولية عبرها نشاطها لتحقيق الهدف المشترك الذي من أجله تم إنشاؤها². ولا يمكن إطلاق تصور منظمة دولية في غياب موارد مالية تكفل لها مواجهة النفقات التي تقتضيها ممارسة نشاطها اللازم لتحقيق الأهداف التي أنشأت من أجلها؛ فكل دولة عضو في منظمة دولية تلتزم أن تسهم في ميزانية المنظمة المنتمية إليها طالما ظلت محتفظة بعضويتها³.

وتنقسم المنظمات الدولية إلى نوعين: **منظمات دولية حكومية، ومنظمات دولية غير حكومية:** فالأولى ترجع نشأتها إلى فكرة المؤتمر الدولي، وتتمتع بالشخصية القانونية وتسهم في وضع قواعد القانون الدولي، كما أنها تخضع في سلوكها لقواعده. أما المنظمات الدولية غير الحكومية فهي مجموعات طوعية لا تستهدف الربح، يتجاوز نشاطها نطاق دولة واحدة، تملك تفويضا من الحكومات بالنسبة لوجودها وأنشطتها، كما أنها تتمتع بتسهيلات تسمى في اللغة الدبلوماسية بـ "الامتيازات والحصانات".

¹ - رسالة ملكية إلى المشاركين في المناظرة الوطنية حول الصحة بورزازات، بتاريخ 13 محرم 1413 هـ الموافق 14 يوليوز 1992م، الحسن الثاني ملك المغرب - انبعاث أمة، ج. 37، 1413 هـ الموافق 1992م، ص. 239.

² - محمد غربي، الوجيز في تاريخ العلاقات الدولية المعاصرة مع دراسة تأصيلية مختصرة للمنظمات الدولية، ط. 2، 2006م، دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع، ص. 167.

³ - المرجع نفسه، ص: 238.

الفرع الأول: المنظمات الدولية الصحية الحكومية

"انطلق التعاون الدولي في المجال الصحي خلال فترة الأوبئة الفتاكة (الطاعون، الكوليرا)، وسعت المؤتمرات الدولية المخصصة للصحة العامة، والتي كانت تعقد بصفة منتظمة خلال القرن 19 إلى تكوين هيئة دائمة. وتشكلت هذه الهيئة في باريس سنة 1950م تحت اسم "المكتب الدولي للصحة العامة" (Office International d'Hygiène Publique OIHP)، يعمل على نشر المعلومات الوافدة من كل أنحاء العالم، والخاصة بالأوبئة والأمراض المتوطنة، إلى كل الدول الأعضاء. وقد ارتبطت العديد من البلدان بهذا المكتب، مثلما ارتبطت به الأغلبية العظمى من المستعمرات. وعملت هذه المنظمة (OIHP) بصفتها مراقباً دولياً واسعاً، يسجل جريان الجذري، والكوليرا، والحمى الصفراء، ويحافظ على علاقات وثيقة مع المكاتب والمحاجر الصحية، منتبهة بشكل خاص للحركات البشرية الكبرى المرتبطة بالحج إلى مكة على سبيل المثال، وفياضان المهاجرين إلى الولايات المتحدة. كما تابعت تجول الملاريا في المناطق الاستوائية وفي أوربا، وتسجيل التقدم الذي يحرزونه في مواجهة الأوبئة الكبرى الجرثومية والطفيلية، في إفريقيا وفي الشرق الأقصى. ثم اختفى بعد ذلك المكتب الدولي للصحة العامة في سنة 1945م، مع نشوء منظمة الأمم المتحدة ومنظمة الصحة الدولية التي استمرت في الاهتمام بعملها التوثيقي حتى خلال الحرب العالمية الثانية. وتعد نشراتها الشهرية سجلاً ثرياً بالمعلومات الوبائية خلال النصف الأول من القرن العشرين. وما إن انتهت الحرب العالمية الثانية، حتى أنشئت منظمات دولية مثل منظمة الغذاء والزراعة (FAO)، والمنظمة الدولية لرعاية الطفولة (UNICEF) اليونيسيف، إلا أن أهمها هي منظمة الصحة العالمية (OMS) والتي تتعلق بها آمال كبار¹.

وقد عمل المغرب، كباقي دول العالم الثالث، على تغطية حاجياته الصحية باللجوء إلى طلب المساعدة من المنتظم الدولي، والتي تأتي على شكل مساعدات تقنية، ولوجستكية أو مالية. ومن بين المنظمات الدولية الحكومية التي تمد العون للمغرب في الشأن الصحي: منظمة الصحة العالمية OMS،

CCM و FNUAP ، UNICEF ، PNUD .

وسنتناول في البداية الحديث عن منظمة الصحة العالمية باعتبارها وكالة تابعة لمنظمة الأمم المتحدة، مختصة بالمجال الصحي، ومدى تفاعلها مع الأحداث الدولية العالمية عبر بلورة استراتيجيات تتماشى وتطورات الأحداث التي عرفها المنتظم الدولي، لننتقل فيما بعد للحديث عن باقي المنظمات الدولية الصحية، من حيث نشأتها، ودورها ومكانتها على المستوى الدولي.

¹ - جان شارل سورنيا، تاريخ الطب-من فن المداواة إلى علم التشخيص، ط. 1423هـ-2002م، ترجمة: د. إبراهيم البجلاتي، ص. 313-312-314.

1) منظمة الصحة العالمية:

تأسست منظمة الصحة العالمية يوم 7 أبريل سنة 1948م، وهي وكالة تابعة لهيئة الأمم المتحدة، وتعد السلطة التوجيهية في مجال الصحة. تقوم المنظمة بجمع المعلومات من العالم كله (الإحصاءات والبيانات الخاصة بالأوبئة)، وإصدار توصيات صحية بالإضافة إلى مساعدة الدول الفقيرة في إرساء برامجها الخاصة برعاية الأمومة والطفولة، وتشارك في تكوين الكوادر الصحية، وتنفيذ المشاريع الخاصة بمكافحة الأمراض المتوطنة. كما تقوم بإرسال فرق للدراسة وللتنوعية الصحية إلى كل أنحاء العالم، وتضم هذه الفرق كوادر صحية من مختلف التخصصات¹.

ويرتكز عمل منظمة الصحة العالمية بالمغرب على اتفاق 15 سبتمبر 1961م، والمتعلق بتقديم الدعم التقني، والذي عوّض الاتفاق الأول الموقع خلال فترة الحماية 30 أبريل 1953م؛ فالتعاون يتم على فترة سنتين، وقد تمت برامج التعاون الأولي لصالح دعم المصالح المركزية لوزارة الصحة، توفير الآليات، ودعم القدرات التسييرية. وخلال الثمانينات ومع اعتماد سياسة الخدمات الصحية الأولية، ركز التعاون على البرامج الصحية الأساسية: (التلقيح، النظافة والتطهير، التجهيزات الصحية الأساسية، التكوين الطبي، وشبه الطبي عبر الاستفادة من الخبرات الدولية، توفير التجهيزات التقنية والتكوين المستمر). ومنذ سنة 1995م، تم اعتماد برنامج الحاجيات الأساسية للتنمية والذي استمر ما بين 1996م و2001م، والذي يندرج في إطار الإستراتيجية الدولية "الصحة للجميع". وتضمنت استراتيجية التعاون بين منظمة الصحة العالمية والمغرب للفترة 2017-2021م، ستة عشر مجالاً للعمل، تشمل بالخصوص الأولويات التالية²:

- إصلاح نظام الرعاية الصحية الأولية الموجهة نحو تطوير طب الأسرة،
- تعزيز عرض الخدمات الصحية للأشخاص ذوي الإعاقة والمسنين والمهاجرين،
- مواكبة تنفيذ الاستراتيجية الوطنية متعددة القطاعات لمكافحة الأمراض غير المعدية خاصة تطوير الصحة العقلية والنفسية والرعاية التلطيفية،
- تطوير قواعد البيانات العلمية في مجال التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية والمناصفة بين الجنسين في مجال الصحة، بهدف وضع استراتيجيات متعددة القطاعات للتأثير الإيجابي على المحددات الاجتماعية للصحة،
- تقديم الدعم التقني اللازم لتنفيذ استراتيجية الصحة البيئية، من أجل تقييم ومواجهة المخاطر والآثار الصحية الناجمة عن التدهور البيئي وتغير المناخ،
- تعزيز آليات الرصد والمراقبة وتقييم المخاطر ومراقبة الأمراض المعدية، بما في ذلك مقاومة المضادات الحيوية،

¹ - تاريخ الطب - من فن المداواة إلى علم التشخيص، ص. 315.

² - Stratégies de la coopération Maroc-OMS 2017-2021. Rapport du bureau de la méditerranée orientale.

- تطوير القدرات الأساسية المطلوبة بموجب اللوائح الصحية الدولية، لمواجهة الطوارئ الصحية العمومية وضمان السلامة الصحية،
 - الإسهام في تنفيذ السياسة الدوائية الوطنية،
 - مواكبة تطوير وإدارة الموارد البشرية الصحية،
 - مواكبة تنفيذ نظام الجهوية في قطاع الصحة.
- وسيتم تنفيذ مضامين استراتيجية التعاون من خلال بلورة وتنفيذ برامج العمل كل سنتين خلال فترة 2017-2021م، من خلال الدعم التقني والمالي لمنظمة الصحة العالمية.

(2) باقي المنظمات الدولية الحكومية:

(أ) صندوق الأمم المتحدة للسكان FNUAP:

هو منظمة تنموية دولية تقدم دعمها للدول من أجل استخدام المعطيات حول السكان، لبلورة سياسات وبرامج تروم تقليص الفقر وجعل كل الولادات مرغوبة، والولادة تتم بدون مخاطر، وكل الشباب محمي ضد فيروس نقص المناعة المكتسبة السيدا، وكل النساء والفتيات تعامل بكرامة واحترام، مع دعم برامج التشخيص المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم. وتهتم هذه المنظمة بتكوين الأطر الصحية والإدارية الوطنية لتمكينها من المشاركة الفعالة والفاعلة في إنجاح هذه البرامج، كما تقوم بإحصاءات ودراسات مسحية دورية حول مؤشرات صحة السكان لتقييم نتائج البرامج المنجزة وتوجيه مشاريع مستقبلية لحل المشاكل الصحية للسكان وفق النتائج المحيطة.

لقد أسهم صندوق FNUAP في تحسين الوضعية الديمغرافية والصحية بالمغرب، حيث لعب دورا هاما في إيلاء السلطات المغربية اهتماما لقضايا السكان.

(ب) برنامج الأمم المتحدة الإنمائي PNUD:

يعد PNUD شبكة دولية للتنمية، تتألف من مائة وستة وستين دولة. مجلس الإدارة يتكون من ست وثلاثين دولة. ومنذ سنوات تعمل PNUD مع الحكومة المغربية في إطار شراكة، اتخذت شكل برامج تهدف إلى تحسين شروط حياة الساكنة الفقيرة مع دعم صيرورة تنمية بشرية مستدامة وعادلة، من خلال دعم المجهودات الوطنية في مجال الحكامة، الديمقراطية، البيئة، الطاقة، محاربة الفقر، حملات التحسيس حول مرض السيدا، النوع، الشباب، وحقوق الإنسان.

فمنذ عهد السبعينيات عملت PNUD في برامجها على مسايرة مخططات التنمية المغربية خاصة مخططات 1973-77م، 1978-80م و1981-85م، حيث تم بعث خبراء عملوا على دعم البرامج الخاصة بقطاع الصحة التي تشرف عليها المنظمة العالمية للصحة والتي تهتم نظافة المجال، محاربة أمراض العيون، تكوين الموظفين شبه الطبيين، دعم برنامج الوكالة الدولية للطاقة الذرية (تجهيزات الفحص بالأشعة)...

وخلال مخطط 1985-1981م تم دعم الدراسات حول استغلال المياه الجوفية، وتوزيع المياه الصالحة للشرب بالمدن الصغيرة، وإنشاء المركز الوطني للأبحاث التقنية والأبحاث التطبيقية حول الهندسة المائية¹. ودعمت PNUD خلال عقد التسعينيات مشروعين في المجال الصحي الأول يهتم إصلاح التجهيزات الاستشفائية، والثاني يهتم تقوية كفاءة تسيير البرنامج الوطني لمحاربة السيدا².

ج) اليونيسيف:

تأسست اليونيسيف في دجنبر 1946م من أجل تقديم المساعدات للأطفال ضحايا الحرب العالمية الثانية لحمايتهم من خطر تهديد المجاعة والمرض.

ويهدف عمل اليونيسيف إلى التخفيف من وفيات الأطفال في بلدان العالم الثالث، لذلك رسمت استراتيجيات في هذا المجال انخرط فيها المغرب بقوة، حيث وسع مجال تعاونه مع اليونيسيف، وقد اتخذ الشكل التالي³:

○ برنامج تلقيح الأطفال:

لقد تم الإعلان عن ضعف التغطية التلقيحية للأطفال خلال تقييم العمل من طرف وزارة الصحة واليونيسيف سنة 1980م، الأمر الذي أدى إلى وضع برنامج موسع للتلقيح سنة 1981م، والذي استهدف ستة أمراض فتاكة: السل، الدفتريا، السعال الديكي، النشل، الحصبة والتيتانوس. وفي سنة 1987م، تم اعتماد برنامج وطني للتلقيح، حيث تكلفت اليونيسيف بتزويد المغرب باللقاح اللازم..

○ برنامج محاربة الإسهال:

منذ سنة 1979م تم دعم جهود المغرب لمحاربة الإسهال عبر استعمال (ملح، SRO). وفي سنة 1996م تم استبدال (SRO) ببيوسيل (BIOSEL) والذي يتم تقديمه للأطفال المصابين بالمراكز الصحية.

○ برنامج ولادة بدون مخاطر:

من المعلوم أن حماية الطفل تتم قبل الولادة، وهو ما حدا باليونيسيف إلى دعم الجهود لصالح ولادة بدون مخاطر، وذلك من خلال تلقيح الأمهات ضد التيتانوس، محاربة فقر الدم، والتكفل بالولادات خارج دور الولادة عبر تكوين القابلات التقليديات.

د) لجنة التنسيق المغربية لمحاربة داء السيدا والسل والملاريا CCM التابعة للصندوق الدولي:

هي تجسيد للتضامن الدولي بين الشعوب، كما ينص على ذلك ميثاق الأمم المتحدة، متخصصة في مكافحة ثلاث أمراض السيدا والسل والملاريا، وهي ثمرة تنسيق كبير بين برنامج الأمم المتحدة المشترك

¹– Wajih Maazouzi, thèse d'état en droit public, les éléments d'une nouvelle politique de santé au Maroc, édition OKAD, Rabat, 1989, p. 68.

²– Colloque national sur la santé; p :130.

³– Ministère de la santé/Rapport sur la coopération, p :30.

لمكافحة السيدا والحكومة المغربية والصندوق العالمي، وهي ممثلة في عدد من الدول النامية. تعتبر لجنة المغرب نموذجية، ويحتذى بها عبر العالم لأنها تترأسها جمعيات غير حكومية، وهذا مؤشر على النضج الذي وصلت إليه هيئات المجتمع المدني بالمغرب. وبخصوص المسار الكرونولوجي الذي قطعه لجنة التنسيق المغربية التي تم إنشاؤها سنة 2002م، فقد كانت بمثابة مجلس إداري للدعم الذي يقدمه الصندوق الدولي لمحاربة داء السيدا ومرض السل والملاريا. وفي سنة 2008م تمت إعادة هيكلة اللجنة، وتمّ انتخاب منظمات غير حكومية لتكون عضوة فيها، وتمثل المنظمات غير الحكومية التي تم انتخابها المجتمع المدني برمته وتشكل نسبة أربعين بالمائة من أعضاء اللجنة البالغ عددهم 25 عضواً. وتضم ممثلين عن القطاعات الحكومية والقطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية وجمعيات الأشخاص الحاملين لفيروس السيدا والسل وجامعيين ولجن جهوية وشركاء دوليين¹.

وأكد السيد إيف سوتيراند ممثل المنظمة العالمية للصحة، أن المغرب الذي عرف كيف يقنع الهيئات التقريرية للصندوق العالمي، يتوفر على مؤهلات كثيرة وعلى مجتمع مدني قوي². أشار مسؤولو الصندوق الدولي في عدة اجتماعات CCM أن المغرب لم يعد يحسب لدى المنتظم الدولي من ضمن الدول الأكثر فقراً في العالم، ولهذا قد تتوقف الإعانات التي تقدم له من الصندوق الدولي؛ فعليه أن يبحث عن مصادر أخرى لتمويل برامج مكافحة الأمراض الثلاث.

وأمام هذا التهديد، تترافع الجمعيات المدنية، وعلى رأسها الجمعية المغربية لمحاربة السيدا، والجمعية المغربية لحقوق الانسان، ومجموعة العمل لجمعية المجتمع المدني من أجل الصندوق العالمي بشمال إفريقيا والشرق الأوسط، وشعبة شمال إفريقيا للتتلاف الدولي، لدى صندوق الأمم المتحدة والدول المانحة من أجل عدم تقليص منحها الداعمة لمحاربة السيدا والسل والملاريا في مائة وأربع وأربعين بلداً، جراء الأزمة الاقتصادية العالمية. وتقوم بمراسلة سفراء تلك الدول بالمغرب، وبينهم سفراء الدول الثمانية الأكثر غنى في العالم، كأمريكا، وفرنسا، والصين الشعبية، وكندا، ودول مثل بلجيكا، واليابان وغيرها. خاصة وأن هذه الأموال ستمكن من القضاء نهائياً على مرض الملاريا، وإيقاف نقل الفيروس المسبب لمرض السيدا من الأم إلى الطفل، ومكافحة مرض السل.. ويؤكد عدد من المستفيدين من هذه المنح أنه في حالة تقليص التبرعات من لدن الدول المانحة، فإن المغرب سيعاني من تفشي تلك الأمراض.

وسأعرض فيما يأتي بيان لحجم التعاون الدولي متعدد الأطراف وثنائي الأطراف، حسب آخر

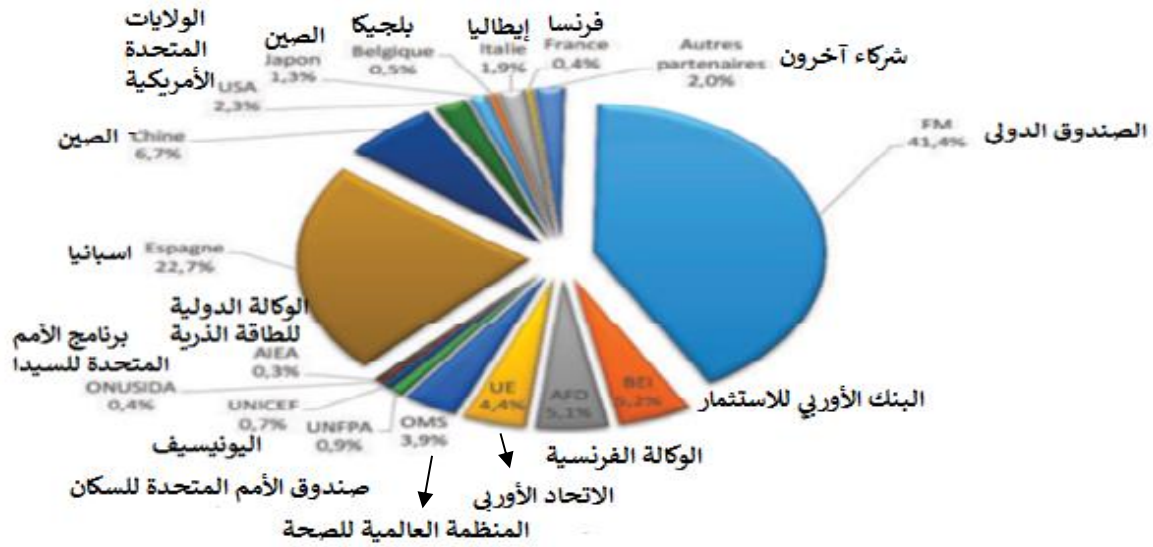
الإحصائيات:

¹ - جمال قاسي، مقال نشر في مراكش بريس يوم 23 - 11 - 2009، مغرس (محرك بحث إخباري).

² - مقتطف من كلمة أُلقيت خلال توقيع اتفاقية شراكة بين المغرب والصندوق العالمي لمكافحة داء السيدا والسل والملاريا

يوم الأربعاء 25 يونيو 2014م.

توزيع مساهمة التعاون الدولي حسب كل شريك، 2013¹



الشركاء (Partenaires)		المبلغ المالي بالآلاف من الدرهم Montant en milliers de Dirhams	النسبة المئوية (Percentage)
Coopération multilatérale التعاون متعدد الأطراف	الصندوق الدولي (FM)	133 905	41,4
	البنك الأوروبي للاستثمار (BEI)	16 682	5,2
	الوكالة الفرنسية للتنمية (AFD)	16 442	5,1
	الاتحاد الأوروبي (UE)	14 383	4,4
	المنظمة العالمية للصحة (OMS)	12 600	3,9
	صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)	2 856	0,9
	اليونيسيف (UNICEF)	2 286	0,7
	برنامج الأمم المتحدة للسيدا (ONUSIDA)	1 234	0,4
	الوكالة الدولية للطاقة الذرية (AIEA)	1 000	0,3
	Total coopération multilatérale مجموع التعاون متعدد الأطراف	201 388	62,3
Coopération Bilatérale et Régionale التعاون ثنائي الأطراف	إسبانيا (Espagne)	73 349	22,7
	الصين (Chine)	21 778	6,7
	الولايات المتحدة الأمريكية (USA)	7 362	2,3
	إيطاليا (Italie)	6 008	1,9
	اليابان (Japon)	4 209	1,3
	بلجيكا (Belgique)	1 557	0,5
	فرنسا (France)	1 215	0,4
	Total coopération bilatérale مجموع التعاون ثنائي الأطراف	115 478	35,7
شركاء آخرون (Autres partenaires)		6 616	2,0
TOTAL COOPERATION INTERNATIONALE مجموع التعاون الدولي		323 482	100,0

¹ – COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE, Rapport 2015, p. 61.

[illegible]

الفرع الثاني: المنظمات الدولية غير الحكومية العاملة في المجال الصحي

وتتضمن المنظمات الدولية غير الحكومية بوظائف متنوعة، منها:

211

الوظيفة التنموية: تنشط غالبية المنظمات الدولية غير الحكومية في كل ما يرتبط بالتنمية لصالح بلدان العالم الثالث، خاصة الفقيرة منها، وذلك في العديد من المجالات خاصة المجال الاجتماعي منها كالتعليم، الصحة، الغذاء، الطفولة، البيئة، والمجال الاقتصادي، حيث تشجع الأنشطة الاقتصادية ذات الحجم الصغير والمتوسط المدرة للدخل للإسهام في الرقي بأوضاع الفئات المعوزة، إلى جانب التحسيس الثقافي والحقوقى للأفراد والجماعات لتوفير المناخ الملائم للتنمية.

- **وظيفة نقل الأموال والمساعدات الدولية:** تمثل المنظمات الدولية غير الحكومية قناة لنقل الأموال والمساعدات الدولية، فغالبية المانحين الدوليين كوكالة التنمية الأمريكية تقوم بتمويل مساعداتها المالية للدول المستهدفة عبر وساطة المنظمات الدولية غير الحكومية، في حين أن الوكالات التابعة لهيئة الأمم المتحدة تتجه نحو وساطة المنظمات غير الحكومية المحلية، أي المتواجدة بالبلد المعني بالمساعدة المالية.

- **وظيفة المعاينة والإشهاد الميداني:** إن تواجد المنظمات غير الحكومية الدولية في الميدان لتقديم المعونة أو الإغاثة تستتبعه تلقائياً مهمة معاينة الواقع، كما هو في كافة أبعاده، كشاهد عيان مطلع على الخفايا وموثق للأحداث والشهادة بالصوت والصورة والكلمة.

- **وظيفة الإسهام والتأثير في التفاوض والتشريع الدوليين:** إن وجود المنظمات الغير الحكومية الدولية بالتراب المغربي ليس وليد اليوم، بل يعود إلى سنوات الاستقلال؛ فبعد استرجاع السيادة، ظهرت منظمات دولية غير حكومية في إشارة إلى انخراط المغرب المستقل في حركية المنتظم الدولي وانفتاحه على فاعليه الحكوميين وغير الحكوميين، وهو ما تم التعبير عنه رسمياً في أول دستور للمملكة حيث تشير الديباجة إلى: "وإدراكاً منها لضرورة إدراج عملها في إطار المنظمات الدولية، فإن المملكة المغربية التي أصبحت عضواً عاملاً نشيطاً في هذه المنظمات، تتعهد بالتزام ما تقتضيه مواثيقها من مبادئ وحقوق وواجبات"¹.

ومن بين المنظمات غير الحكومية الدولية التي تنشط بالمغرب أذكر:

(أ) منظمة **save children** "أنقذوا الأطفال" البريطانية²:

وهي منظمة تعمل من أجل حماية حقوق الطفل، هدفها الأسمى هو ضمان تحسين فوري ومستديم لحياة الأطفال عبر العالم. فهي تعمل بمنطق أن كل طفل له الحق في السعادة، الصحة والأمان، وهو ما يخالف الواقع الفعلي الذي يجعل الطفولة هي رمز المرض، العنف والإقصاء. وتضم المنظمة 28 فرعاً عبر العالم، من ضمنها فرع المغرب الذي بدأ الاشتغال منذ سنة 1959م؛ حيث أسهمت في إنشاء عدد من مراكز تكوين الأطفال المعاقين، والسهر على تعليم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، فالتواجد بالمغرب جاء عقب حادث الزيوت الضارة بمكناس، والذي خلف عدداً كبيراً من الضحايا.

¹ - تصدير دستور 1962م.

² - <http://WWW.Savethechildren.net/alliance.fr>.

وتهم أنشطة المنظمة أساساً: التربية، الصحة وبصفة خاصة الوقاية من التعرض لداء فقدان المناعة المكتسبة، وتوفير العلاج للأطفال ضحايا هذا الداء، ومحاربة استغلال الأطفال عبر تشغيلهم، أو أي شكل من أشكال العنف الذي يمكنهم التعرض له، بما في ذلك الاستغلال الجنسي.

ب) منظمة أرض الإنسان السويسرية Terre des hommes¹:

هي منظمة غير حكومية دولية، تمثل حركية دولية لمساعدة الأطفال دون تمييز على مستوى العرق، الدين أو الانتماء السياسي.

وقد تم إنشاؤها بلوزان بسويسرا سنة 1960م، حيث تم تركيز جهودها نحو دعم حقوق الطفل وحمايتها عبر التدخل في مجال صحة الأم والطفل عبر محاربة نقص التغذية، وتقديم الخدمات الصحية المتخصصة سواء محليا أو بالخارج؟

تركز منظمة أرض الإنسان بالمغرب جهودها وتدخلاتها على محورين هامين:

1- توفير الخدمات الطبية المختصة للأطفال المصابين بمرض القلب والشرابين سواء بالمغرب أو بالخارج.

2- تقديم الدعم المؤسسي للمنظمات غير الحكومية الوطنية التي تشتغل في المجال الاجتماعي أو الصحي.

ومن خلال تقرير 2018م، تبين أن هذه المنظمة قامت بالمتابعة الطبية بعد العمليات الجراحية لـ 320 طفل، واستفاد 23 طفل من عمليات جراحية على القلب بسويسرا، واستفاد 17 طفل من عمليات جراحية على القلب بالمغرب².

ج) منظمة "ابتسامة المغرب" ³ «Association Opération Smile Maroc»:

تعد من أشهر المنظمات غير الحكومية الدولية التي كثفت نشاطها ذا الصبغة الصحية بالمغرب منذ سنة 1999م؛ حيث تهتم المنظمة بإصلاح وتقويم التشوهات الخلقية للأطفال على مستوى الوجه "خاصة الفم"، إلى جانب معالجة الآثار المستديمة للحروق، حيث يتم تنظيم قوافل طبية ذات صبغة إنسانية مجانية يشارك فيها مجموعة من الأطباء الجراحين المختصين الدوليين لفائدة الأطفال المغاربة، خاصة المنحدرين من فئات اجتماعية معوزة.

ولقد أشارت منسقة المنظمة بالمغرب أنه قد تمّ خلال 19 سنة الأخيرة، إجراء أكثر من 11000 عملية جراحية استفاد منها أطفال كانوا يعانون من تشوهات في الشفة وسقف الحلق: fentes labiales et palatines.

¹ – <http://www.wiserearth.org/organization>.

² – www.tdh.ch

³ – www.huffpostmaghreb.com/entry/operation-smile-a-tanger-160-enfants-operes-gratuitement-de-leurs-malformations-faciale.

المطلب الثاني: الدور الاستراتيجي للمجتمع المدني في المنظومة الصحية بالمغرب

يتألف المجتمع المدني من مجموعة من المنظمات أو المؤسسات الطوعية الحرة غير الربحية، والتي تشتغل في المجال العام، وتقع بين الأسرة والدولة. ويشترط في هاته المنظمات أن تتشكل بالإرادة الطوعية، وأن تكون عضويتها اختيارية، وأن تتسم بالاستمرارية والوضعية القانونية، وأن تقدم مساعدات في شكل خدمات، وتدافع عن مصالح أعضائها، وأن لا يكون تحقيق الربح هدفا رئيسيا لها.

الفرع الأول: المجتمع المدني في المغرب النشأة والتطور

1) المرحلة الأولى:

إن ثقافة العمل الجماعي والتطوعي عرفها المغرب منذ القدم في شكل مجموعة من المؤسسات الاجتماعية التقليدية التي أسهمت في إذكاء روح التضامن والتآزر بين أفراد المجتمع، باعتماد مجموعة من الأعراف المتوارثة.

وظل بذلك المجتمع المغربي لقرون طويلة، يعتمد على الأسرة والقبيلة والعشيرة والزواوية والجماعة. وكانت هذه التنظيمات تتكفل برعاية الأطفال، والاهتمام بحاجات الكبار والنساء ومختلف الأجيال وإدماجهم داخل المجتمع. كما كانت هذه التنظيمات قريبة من حياة المواطنين. بحيث يعتمدون عليها بشكل كبير في مختلف مجالات حياتهم. لكن مع بداية القرن الماضي بدأت هذه المؤسسات التقليدية تعرف تراجعا كبيرا من حيث سلطتها ومواردها، وفعاليتها وقدرتها على الاستمرار في تلبية تلك الحاجات¹.

2) المرحلة الثانية: فترة الاستعمار

بعد أن تمكن الاحتلال الفرنسي الإسباني من القضاء على المقاومة في الريف والأطلس، وبسط نفوذه على مجموع التراب المغربي في أواخر العشرينيات من القرن الماضي، بدأ البحث عن أسلوب جديد للدفاع عن المقومات الوطنية بشكل منظم، فتأسست بالرباط سنة 1926م جمعية (الرابطة المغربية)، واتخذت اسما مستعارا هو (أنصار الحقيقة)، وتأسس فرع لها بتطوان، وآخر بطنجة، وعملت هذه الجمعية على نشر التعليم وتأسيس الفرق الرياضية والمسرحية ومناهضة الخرافات وانهلال الأخلاق ومقاومة الاستعمار، وكانت هذه الجمعية من الروافد الأولى للحركة الوطنية الاستقلالية².

وفي شمال المغرب، وبمجرد موافقة سلطات الحماية الإسبانية على مطلب الوطنيين بإصدار الظهير المتعلق بحرية الاجتماع وتأسيس الجمعيات في 23 شتنبر 1931م، تم تأسيس "الجمعية الخيرية الإسلامية" بتطوان بعد ستة أيام من صدور هذا الظهير، ثم تأسست "جمعية الطالب" المغربية بتطوان كذلك برئاسة الأستاذ عبد الخالق الطريس في 23 مارس 1932م، وأسس الحاج عبد السلام بنونة بنفس المدينة

¹ - فوزي بوخريص، في سوسيولوجيا العمل الجمعوي بالمغرب، من التطوع إلى العمل المأجور، مطبعة كوثر برنت - الرباط، 2015، ص. 23.

² - عبد الكريم غلاب، تاريخ الحركة الوطنية بالمغرب، ج. 1، مطبعة الرسالة بالرباط، ص. 38.

سنة 1933م عصبة حقوق الانسان، وكان عبد الخالق الطريس من بين أعضائها، وهي الأولى من نوعها في المغرب والعالم العربي، وربما في كل العالم الثالث. وتوالى بعد ذلك تأسيس الجمعيات في شتى المدن المغربية، والتي بدأت تشتغل في ميادين مختلفة، مع الحضور القوي للحس الوطني، وشكلت في كثير من الأحيان ذرعا للحركة الوطنية في نضالها ضد الاستعمار.

وهكذا نلاحظ أن بواذر الوعي بأهمية الجمعيات في بناء المجتمع المغربي كانت حاضرة في شكل الحركة الوطنية التي لم تراهن على مسألة الحزب والنقابة فقط، بل نجد استحضارا للجمعيات أيضا وللتنظيمات المدنية عموما، ولعل هذا ما نلمسه على سبيل المثال، في خطاب أحد قادة الحركة، وهو علال الفاسي (ت1394هـ/1974م) في كتابه "النقد الذاتي": "هدفنا هو تكوين مجتمع مغربي صالح جدير بتراثه وبما يصبو إليه من مستقبل رفيع، وذلك لخير الإنسانية. فيجب أن نعمل بكل ما في المستطاع لبث هذا الهدف في النفوس حتى يبعث فيها الشعور العام به ويؤلبها لخدمته. ولنشر هذه الفكرة يجب استخدام كل ما في متناولنا من مؤسسات عتيقة أو جديدة". ولن يتحقق هذا الهدف إلا بتنظيم الشباب ضمن الفرق الكشفية والرياضية والتنظيمات الجمعوية¹.

1) المرحلة الثالثة: بعد الاستقلال

لم تتطور الحياة الجمعوية خلال السنوات الأولى التي أعقبت الاستقلال، على عكس ما كان متوقعا، حيث ظلت هذه الحياة تتمحور حول شبكة جد ضيقة من الجمعيات الموازية لحزب الاستقلال، وأخرى أقل تخصصا وأقل ارتباطا بالحزب السياسي، مثل: جمعيات قداماء التلاميذ، الجمعيات الرياضية، الجمعيات الإحسانية وجمعيات العلماء².

وظل الحق في تأسيس الجمعيات يتعرض لتضييق كبير، إلى حدود صدور قانون الحريات العامة في 15 نونبر 1958م، ويتضمن ثلاثة ظواهر، منظمة لحقوق تأسيس الجمعيات، الاجتماع والصحافة، وتقترب في روحها من قوانين 1881م و1901م الفرنسية. ويرجع أحد الباحثين الفرنسيين سعي الدولة المغربية الحثيث إلى استنساخ المؤسسات والقوانين الفرنسية إلى عدة اعتبارات أهمها: القيمة المبالغ فيها التي كانت تمنح لمؤسسات سلطة الحماية، استمرار حضور المساعدة الفرنسية التقنية بعد استقلال المغرب. حيث ظل يتواجد حوالي 15 ألف مساعد تقني فرنسي في المغرب المستقل إلى حدود يناير 1958م، وما بين 5 و6 آلاف إلى حدود يناير 1961م. والمؤكد أن الاتجاه الطبيعي لهذا العدد الهائل من المساعدين التقنيين الذين هم في الغالب موظفون سابقون في الإدارة الاستعمارية، هو استنساخ المؤسسات والقوانين التي يعرفونها بشكل أفضل³.

¹ - فوزي بوخريص، في سوسيولوجيا العمل الجمعوي بالمغرب، من التطوع إلى العمل المأجور، ص. 267.

² - المرجع نفسه، ص. 24.

³ - في سوسيولوجيا العمل الجمعوي بالمغرب، من التطوع إلى العمل المأجور، ص. 26.

ولاشك أن التدخل الاجتماعي للدولة خلال العقود الأولى التي أعقبت الاستقلال، خصوصاً من خلال تقديم الخدمات الاجتماعية، ودعم المواد الأساسية وتشجيع السكن الاجتماعي إلى آخره، ومراقبة الدولة لجزء من الاقتصاد، شكل أداة أساسية لضبط النظام إلى غاية أزمة سنوات الثمانينيات وتطبيق برنامج التقويم الهيكلي للإصلاح بهذا التوازن. فسياسة التقشف المالي التي تميزه، انتهت إلى تخلي الدولة عن التزاماتها في المجال الاجتماعي (التعليم، الصحة...)، مما انعكس سلباً على قدرة الدولة على الحفاظ على التماسك الاجتماعي والإيديولوجي الذي تضطلع به في الفترات السابقة على التقويم الهيكلي¹.

وعرفت مجالات التدخل توسعاً يوماً بعد يوم، بحيث أصبح الفاعلون الجمعويون يضطلعون بمسؤوليات متزايدة، كانت إلى وقت قريب حكراً على الدولة... أصبحت مسارات الجمعيات أداة للتنمية بمختلف أبعادها، ومؤسسات للتأسيس والتوعية، وفضاء للتربية على المواطنة وحقوق الإنسان، ومجالاً للتضامن والتكافل.

أدى نجاح النشاط الجمعوي إلى زيادة ثقة الدولة به، فسعت إلى التعامل مع الجمعيات بصفتها شريكاً أساسياً في تعزيز صرح الديمقراطية وتحقيق التنمية المستدامة، ظهر ذلك من خلال عدة تدابير قانونية ومؤسسية قامت بها الدولة، خاصة مع مطلع الألفية الثالثة. فمن خلال قراءة مضامين خطابات عاهل البلاد -الملك محمد السادس- في مناسبات متعددة، يتضح أن الموقف الرسمي من الجمعيات قائم على²:

- الاعتراف والإشادة بالإسهامات الأساسية للجمعيات في مجالات تدخلها المتعددة، وبانخراطها في الشأن العام، بل واهتمامها بمجالات كانت في الماضي ملقاة على عاتق الدولة لوحدها، مما يعد مؤشراً على نضج المجتمع وقواه الحية. وبالجملّة نستشف موقف جلالة الملك من الجمعيات، من خلال ما جاء في إحدى الرسائل الملكية حيث نقرأ ما يلي: "ولا يسعنا إلا أن نبتهج بما أصبح تشكله الجمعيات المغربية، من ثروة وطنية هائلة، ومن تنوع في مجالات عملها، وما تجسده من قوة اقتراحية فاعلة، أصبحت بفضلها بمثابة الشريك، الذي لا محيد عنه لتحقيق ما نبتغيه لبلادنا من تقدم وتحديث"³.

- دعوة السلطات العمومية والجماعات المحلية وسائر المؤسسات العامة والخاصة إلى عقد كل أنواع الشراكة مع الجمعيات، ومدها بجميع أشكال المساعدة.

ويتأكد رهان الدولة على مشاركة الجمعيات أيضاً، من خلال الدور الموكل لها في المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، التي انطلقت منذ سنة 2005م، حيث يعتبر النسيج الجمعوي فاعلاً أساسياً.

¹ - في سوسيولوجيا العمل الجمعوي بالمغرب، من التطوع إلى العمل المأجور، ص. 27.

² - المرجع نفسه، ص. 44 - 45.

³ - مقتطف من الرسالة الملكية الموجهة إلى منتدى فعاليات اليومين الدراسي حول التدبير الجمعوي، المنظمين من طرف مؤسسة محمد السادس للتضامن، بتاريخ 14 و 15 فبراير 2002م.

ومن الإشارات الدالة على روح الشراكة مع الجمعيات، انفتاح اللجنة الاستشارية للجهوية الموسعة على الجمعيات، لتقديم وجهات نظرها واقتراحاتها، كما أن الظهير المتعلق بإحداث المجلس الاقتصادي والاجتماعي، ينص في المادة 11 على أن الجمعيات مكون أساس في تشكيلة المجلس، إذ يتألف من ستة عشر عضواً عضو من بين تسع وتسعين من مجموع أعضائه، يمثلون الهيئات والجمعيات النشيطة في مجالات الاقتصاد الاجتماعي والعمل الجماعي، ولا سيما حماية البيئة والرعاية الاجتماعية والتنمية البشرية ومحاربة الفقر والهشاشة، ويتم اختيارهم اعتباراً لإسهاماتهم في هذه الميادين.

وتتوجها للتراكمات والمكتسبات التي حققها المجتمع المدني في مجال المرافعة والاقتراح والشراكة للتخفيف من العديد من الإشكاليات التي تعيق مسار التنمية بالمغرب، أعطى دستور 2011م مكانة مهمة للمجتمع المدني للإسهام الفعلي في اتخاذ القرار. وتنزيلاً لمقتضيات الدستور، انعقد الحوار الوطني حول المجتمع المدني والأدوار الدستورية الجديدة، ونظمت اللجنة الوطنية المشرفة على إدارة الحوار، خلال الفترة الممتدة بين 13 مارس 2013م و21 مارس 2014م، سلسلة من اللقاءات التشاورية والندوات العلمية، بمشاركة ما يناهز 10.000 جمعية ومختلف الهيئات العمومية الوطنية والمنظمات الدولية المهمة بتوسيع مجالات المشاركة المدنية وتنظيمها وتأهيلها. وقد خصصت هذه اللقاءات للإنصات وتبادل الأفكار والتجارب بشأن تفعيل محتويات هذه المشاركة في الحياة العامة عبر أروضيات قانونية كفيلة بتفعيل ما نصت عليه الوثيقة الدستورية لفتاح يوليوز 2011م¹. وبعد سنة كاملة من العمل التشاركي والتعاوني الواسع وطنياً ودولياً أنهت اللجنة الوطنية فعاليات الحوار الوطني، واستطاعت رغم العديد من الصعوبات أن تشخص أوضاع المجتمع المدني وما يعترض سبيل عمل مكوناته من عراقيل وتحديات، وما يحتاج إليه من دعم ومساعدة على المستوى القانوني والمالي والجبايي والتدبيري والتكويني، وكذا الرفع من قدراته الذاتية خدمة لتفعيل مضامين وروح الدستور، الذي جعل من المجتمع المدني الأداة الرئيسة لترجمة الديمقراطية التشاركية على أرض الواقع.

ومن المحاور التي تمت مناقشتها ضمن فعاليات هذا الحوار الوطني محور مبادئ وقواعد العمل التطوعي التلقائي (Bénévolat) والتطوع التعاقدي (Volontariat)، حيث استعرض هذا المحور التجربة الأمريكية وعددًا من الممارسات الدولية الفضلى في مجال التطوع بنوعيه. وقد تم التأكيد على أن أي عملية لصياغة قانون أو سياسة تطوع يجب أن تكون تشاركية مبنية على منهجية بأهداف واضحة قابلة للتحقيق ومستدامة ومفتوحة للتحليل، والصياغة، والتطبيق. وقد أوصى المشاركون في هذا المحور بوضع نص قانوني يأخذ بعين الاعتبار الرصيد الوطني والكوني للعمل التطوعي بالمغرب، وينظم التطوع بمفهومه التلقائي والتعاقدي. ومن جهة أخرى يمنح حوافز مادية ومعنوية تدفع إلى انخراط المواطنين

¹ - مخرجات الحوار الوطني حول المجتمع المدني والأدوار الدستورية الجديدة، الملاحق، 6/6، ص. 4-5-6.

عامة والشباب خاصة في هذا العمل، كما دعوا إلى خلق هيئة مستقلة تعنى بالتطوع وتنظم عمل المتطوعين¹.

ومن أهم التوصيات التي أصدرها الحوار الوطني حول المجتمع المدني:

- ضرورة مضاعفة الدعم المقدم لصالح الجمعيات، في إطار الشفافية وتكافؤ الفرص ونهج سياسة القرب.
- اعتماد معايير وآليات محددة للنتبوع والتقييم ومراقبة صرف الدعم العمومي، لتمويل برامج الجمعيات.
- ضبط الإطار القانوني المتعلق بتمويل الجمعيات وفق مستجدات الواقع الراهن، بما في ذلك العلاقة المالية بين الجمعيات والجماعات الترابية.
- اعتماد البرمجة المتعددة السنوات في إطار المقاربة الجديدة للبرنامج الحكومي، لانتقاء المشاريع من خلال تفعيل مبادئ الشفافية ومساواة الجمعيات أمام الولوج إلى الدعم العمومي، واشتراط توفر الكفاءة والخبرة.
- الحرص على نشر معايير منح الدعم العمومي، وتوفير المعلومات عن حجم الدعم العمومي وطرق صرفه.
- اعتماد طرق التدبير والمراقبة الحديثة.
- اعتماد معايير الأمم المتحدة المتعلقة بتنظيم عمل الجمعيات، لتفادي الاستفادة من التمويل المتعدد الجهات.
- اعتماد أسلوب التنسيق والشراكة بين القطاعات الحكومية، وكافة المتدخلين لإعداد التقارير ونشر الأرقام والمعطيات.
- المحافظة على التوازن بين المرونة والضبط، في مجال منح الدعم العمومي.
- إنشاء سجل خاص بالمجتمع المدني وهيئاته، على غرار سجل المقاولات في إطار التعاون بين جميع المتدخلين والقطاعات.
- تأسيس مرصد وطني للمجتمع المدني.

وفي ورشة البحث العلمي والأكاديمي، عرضت تجربة جامعة «Johns Hopkins» الأمريكية في مجال البحث العلمي والدراسات الأكاديمية، حول قضايا المجتمع المدني وموارد العمل الجماعي باعتبارها نموذجاً رائداً في مجال التنظيم والتفقيء الأكاديمي لتطوير فعالية هيآت المجتمع المدني وانفتاحها على محيطها. وقد تم استعراض وصياغة مجموعات من التوصيات في هذا المجال تتعلق بمجملها بكيفية توجيه ونشر البحث العلمي، وكيفية تهيئة الباحثين وزيادة اهتمامهم بالبحث حول الإشكاليات التي تطرحها علاقات

¹ - مخرجات الحوار الوطني، الملاحق 6/6، ص. 41.

المجتمع المدني بمحيطه الاقتصادي الاجتماعي والمؤسساتي... ثم كيفية زيادة التعاون والشراكة بينه وبين مختلف مجالات البحث الأكاديمي. ومن أهم التوصيات التي صدرت عن هذه الورشة: تحسين تكوين الطلبة الباحثين والأساتذة عبر تتبع الدروس وبرامج الجامعات في مجال التكوين المستمر وتبادل المعلومات، وجعل الجامعة تحدث نوادي للعمل التطوعي، لتشجيع الطلبة للقيام بأعمال تطوعية، ونشر ثقافة العمل التطوعي، إحداث تخصص شهادة جامعية في موضوع المجتمع المدني والعمل غير الربحي، تشجيع الشراكات بين مراكز البحث الأكاديمي ومنظمات المجتمع المدني من أجل الربط بين ما هو نظري وما هو تطبيقي، وإعداد دراسات وأبحاث بشراكات مع منظمات دولية.

وتفعيلاً لهذه التوصيات اخترت البحث في موضوع "العمل التطوعي في المجال الصحي"، وحاولت جمع المعلومات الخاصة بإسهامات المجتمع المدني في المنظومة الصحية، وهذا ما سأطرق له في الفقرة الموالية (مؤسسات المجتمع المدني والشأن الصحي).

الفرع الثاني: مؤسسات المجتمع المدني والشأن الصحي:

لقد أصبح من المتاح للجمعيات المدنية في بلادنا، العمل على كافة المستويات الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية، وأصبحت تعمل في مختلف الأنشطة الحيوية التي تهم أفراد المجتمع، وعلى رأسها الأنشطة المهمة بالرعاية الصحية للمواطنين.

وتشجيعاً لهذه الأنشطة، وفي إطار نهج سياسة القرب عبر تقريب الخدمات الصحية لعموم المواطنين، قامت وزارة الصحة بإصدار قرار لوزير الصحة رقم 1299-13 في 5 جمادى الآخرة 1434هـ (16 أبريل 2013م) لإحداث قسم الشراكة مع مهنيي الصحة بالقطاع الخاص والجمعيات ذات الغرض الصحي، ويتكون هذا القسم من:

- مصلحة الشراكة مع مهنيي الصحة بالقطاع الخاص،
- مصلحة الشراكة مع الجمعيات ذات الغرض الصحي،
- مصلحة الدراسات وتقييم الشراكة.
- ويمارس قسم الشراكة بتنسيق مع المصالح المعنية بالوزارة، الاختصاصات التالية:
- تحديد مجالات الشراكة ذات الأولوية، تماشياً مع أهداف الصحة،
- إعداد خطة عمل سنوية من أجل تنفيذ الشراكة في المجالات ذات الأولوية،
- إعداد نماذج التعاقد مع الشركاء،
- تتبع وتقييم اتفاقيات الشراكة وتقييم آثار مشاريع الشراكة على النظام الصحي،
- الإسهام في تأطير مهنيي الصحة في مجال تنمية وتتبع وتقييم مشاريع الشراكة في المجال الصحي.

وأحدثت الشراكة مع فعاليات المجتمع المدني في إطار تفعيل حكمة جيدة، والتي تفترض تقاسم الموارد، العمل، المخاطر، المسؤوليات في أخذ القرارات، السلط، الإيجابيات والإكراهات، البحث عن حلول خلاقة، تحسين مردودية الخدمات في إطار من المسؤولية، والتي تبلورت في شكل مشاريع شملت المجالات الآتية:

- تعزيز التجهيزات الصحية وتحسين التغطية الصحية عبر مجموع التراب الوطني،
- تعزيز الكفاءات في المجال الطبي وشبه الطبي لصالح مؤسسات الخدمات الصحية والمراكز الاستشفائية بشراكة مع مصالح مديرية الموارد البشرية،
- خلق مؤسسات الصحة بتعاون مع المصالح الصحية انسجاما مع مخطط توسيع الخريطة الصحية،
- التنسيق من أجل تحقيق خدمات صحية مشتركة مثل الحملات والقافلات الصحية،
- الإعلام، التربية والتواصل من أجل تكثيف برامج الوقاية وتحسين الصحة،
- تنسيق المسطرة الإدارية المتعلقة برخص استغلال أملاك وزارة الصحة من طرف الجمعيات الناشطة بالمجال الصحي.

ومن أجل إنجاز هاته الصيرورة، عقدت وزارة الصحة مجموعة من الاتفاقيات مع الجمعيات. وإلى جانب الدعم المالي، كانت الوزارة تقوم بوضع أطر مؤهلة (أطباء، ممرضون،...) رهن إشارة هاته الجمعيات، إلى جانب وسائل النقل، المقرات، أداء فاتورة الماء والكهرباء والهاتف ... إلخ.

ونظرا لأهمية الشراكات بين الجمعيات والوزارة المعنية، قدّم المجلس الاقتصادي والاجتماعي عدة توصيات لتطوير الشراكة بين الدولة والجمعيات:

- تقديم رؤية واضحة للشراكة بين الدولة والجمعيات، قائمة على منطق المعاملة بالمثل واحترام التوجّهات الاستراتيجية للجمعيات.
- تفعيل إسهام الجمعيات في تطوير استراتيجيات الشراكة.
- ضمان المساواة في ولوج الجمعيات إلى المعلومة.
- وضع قواعد وإجراءات لضمان الإنصاف والشفافية في التمويل العمومي (معايير الاستحقاق، كفاءات الانتقاء، نشر النتائج)...
- تدقيق مضمون الشراكة في صيغة اتفاقيات تحدّد الأهداف ونوعية الأنشطة والميزانية والنتائج المنتظرة، كما تحدّد مؤشرات للنتائج بهدف التقييم.
- مراجعة دورية الوزير الأول 2003/07 المنظم لعلاقة الشراكة بين الدولة والجمعيات، في ضوء الأحكام الجديدة للدستور¹.

¹ - الرأي، وضع ودينامية الحياة الجموعية، 2016م، ص 13.

ومن أهم الشراكات التي عقدها وزارة الصحة:

(1) الشراكة مع مؤسسة محمد الخامس للتضامن:

أحدثت مؤسسة محمد الخامس للتضامن، تحت الرئاسة الفعلية لصاحب الجلالة الملك محمد السادس سنة 1999م. وهي مؤسسة ذات منفعة عمومية، وتسهم المؤسسة بمعية الفاعلين الجمعويين الآخرين في محاربة الفقر تحت شعار "لنتحد ضد الحاجة".

ومجالات عمل هذه المؤسسة كثيرة ومتنوعة، نقتصر في هذا البحث على إسهاماتها في المجال الصحي، حيث قامت بعدة إنجازات في إطار الشراكة مع وزارة الصحة والجمعيات المدنية المهمة بالشأن الصحي. ومن بين المشاريع الصحية للمؤسسة التي وردت في تقرير المؤسسة لسنة 2017م¹:

قامت المؤسسة منذ نشأتها ببناء 25 مستوصفاً ومستشفى وبنيات صحية، وتجهيز 65 مستوصفاً جهوياً وإقليمياً؛ اقتناء أجهزة سكانير استفاد منها مستشفى الأطفال بالرباط، مستشفى الأطفال بالدار البيضاء، مستشفى سيدي حساين بورزازات، مستشفى محمد الخامس بكل من طنجة والحسيمة².

كما أسهمت في 570 عملية مساعدة طبية في المجالين القروي والشبه حضري، وقامت بتتبع 6.014 معاقاً داخل المراكز المتخصصة، واستفاد 14.897 شخصاً من برامجها الطبية الاجتماعية، وقامت بتنظيم حملات القرب الطبية:

عدد الحملات الطبية	منذ سنة 2003م	في سنة 2017م
816	119	
عدد المستفيدين	968 579	137 226

• ومنذ عام 2016م بدأت المؤسسة في تنفيذ برنامج المراكز السوسيو - طبية: الذي صيغ في سياق التوجه نحو الحد من أوجه الإجحاف الاجتماعي في مجال العلاجات المتخصصة. وهدفه: تلبية الاحتياجات الملحة في التكفل الطبي على صعيد الاستعجالات الطبية للسكان المعوزين، وضمان متابعة طبية للقرب متخصصة ومنظمة. ويقوم هذا البرنامج الجديد على نموذجين من البنيات الطبية: مراكز القرب الطبية ومراكز العلاجات الطبية الأساسية. تتميز هذه المراكز بدمج مجموعة متكاملة من العلاجات وتوفيرها في نفس المركز، وتقع في محيط قريب من السكان المعوزين، يتعلق الأمر في الواقع بمؤسسة وسيطة بين مراكز المستوى الأول والمستوى الثاني وشبكة المستشفيات، وتُسَلَّم هذه المراكز إلى وزارة الصحة، للتكفل بتشغيلها وإدارتها.

ولقد عملت هذه المؤسسة على إنشاء عدد من المراكز الصحية، ومنها: المركز الصحي للقرب بحي النهضة، "المركز الصحي للقرب باليوسفية".

¹ - <http://www.fm5.ma/ar/fondation>، تقرير سنة 2017م.

² - Ministère de la santé, rapport sur la coopération en santé, p. 81.

كما عملت على إنشاء مجموعة مراكز العلاجات الطبية الأساسية: مركز العلاجات الطبية الأساسية بمقاطعة سيدي عثمان الدار البيضاء، مركز العلاجات الطبية الأساسية بحي الملاح مراكش، مركز العلاجات الطبية الأساسية ببيوقنادل سلا، مركز الإدمان الملاح مراكش، مركز طب الإدمان الدكارات فاس، المركز الجهوي لعلاج الفم والأسنان الرباط، المركز النهاري لاستقبال المرضى المصابين بالزهايمر بحي النهضة الرباط، مركز الترويض الطبي والتأهيل الوظيفي، عين الشق الدار البيضاء، المركز الطبي النفسي الاجتماعي بمقاطعة مولاي رشيد الدار البيضاء، المركز الطبي النفسي الاجتماعي بتيط مليل مديونة الدار البيضاء، مركز التأهيل النفسي الاجتماعي.

ووفاء منها لنهج الشراكة وتكريسا لمقاربة القرب والاستجابة للحاجيات الحقيقية للسكان، جعلت مؤسسة محمد الخامس للتضامن من الانفتاح على النسيج الجماعي آلية جوهرية لتنزيل مشاريعها بمختلف جهات المملكة، وضمان استدامتها سواء من خلال إشراك الجمعيات المحلية في التسيير الفعلي لمختلف المراكز التي تحدثها (حيث خولت لها تسيير أكثر من نصف مشاريعها في إطار شراكة محددة تحكمها قواعد المتابعة والتقييم)، أو تمكينها من التكوين اللازم والوسائل اللوجيستية المطلوبة لتعزيز أدائها وضمان احترافيتها بما يمكن من تحقيق انخراط أكبر للفاعلين المحليين في التنمية الوطنية.

وفي هذا الإطار، تبرز المراكز المتخصصة في تكوين وتنشيط النسيج الجماعي التي دأبت مؤسسة محمد الخامس للتضامن على إحداثها في عدد من مدن المملكة، كتجربة نموذجية في تفعيل استراتيجية القرب وتأهيل الجمعيات المحلية للاضطلاع بدورها الكامل في التنمية، باعتبارها ترفع عن النسيج الجماعي ثقل الإشكاليات التي ترهق كاهله، وتساهم في تكوين أطره وتوفير فضاءات ملائمة لتبادل الخبرات بين مكوناته بهدف توفير نسيج جماعي متماسك وفاعل بالمدينة، حيث تعتبر أن نجاح أي برنامج اجتماعي يرتبط بشكل وثيق بمدى قوة النسيج الجماعي المحلي الذي يعتبر الأكثر تأهيلا لضمان قرب فعال مع الساكنة المستهدفة.

كما أنشأت المؤسسة بجمعية الجمعيات الشريكة، شبكة "المنتدى الجماعي للتضامن" للجمعيات المحلية والجهوية، والتي تهدف على الخصوص إلى النهوض بمفهوم الحكامة الجيدة داخل الجمعيات، وإنشاء فضاء للتأمل وتدارس جميع المواضيع المتعلقة بالتنمية المستدامة وبالمشاكل التي تعوق الفئات المستضعفة من الساكنة وخاصة منها الأطفال والنساء في وضعية هشاشة وذوي الاحتياجات الخاصة.

ومن هنا تبرز مؤسسة محمد الخامس للتضامن من خلال تجربة مراكزها المتخصصة في التكوين وتنشيط النسيج الجماعي، كمحرك حقيقي لنشر ثقافة التضامن لدى مكونات المجتمع وإشاعة قيم التطوع وتحقيق أداء أكثر نجاعة للجمعيات المستفيدة وضمان احترافيتها¹.

¹ - مجلة منارة الإلكترونية: -http://www.menara.ma/ar/2014/07/12/1260031-

مؤسسة-محمد-الخامس-للتضامن-انفتاح-مستمر-على-النسيج-الجماعي-وسعي-حيث-لتعزيز-أدائه-وضمان-احترافيته.

2) شركات مجالس الأقاليم والجماعات مع جمعيات المجتمع المدني المحلي:

دعا برنامج الجهوية المتقدمة إلى تكريس الديمقراطية المحلية من خلال الإشراك الفعلي للسكان المحليين وللفاعلين من المجتمع المدني في مسلسل التنمية الجهوية والمحلية. وفي هذا الصدد، تنص القوانين التنظيمية الثلاثة المتعلقة بالجهات ومجالس الأقاليم والعمالات والجماعات على إحداث هيئات استشارية لدى مجلس الجهة والعمالة والجماعة:

- صدر في القانون التنظيمي رقم 111.14 المتعلق بالجهات، في المادة 117: "تحدث لدى مجلس الجهة ثلاث هيئات استشارية: هيئة استشارية بشراكة مع فعاليات المجتمع المدني تختص بدراسة القضايا الجهوية المتعلقة بتفعيل مبادئ المساواة وتكافؤ الفرص ومقاربة النوع؛ وهيئة استشارية تختص بدراسة القضايا المتعلقة باهتمامات الشباب؛ وهيئة استشارية بشراكة مع الفاعلين الاقتصاديين بالجهة تهتم بدراسة القضايا الجهوية ذات الطابع الاقتصادي.
 - القانون التنظيمي رقم 112.14 المتعلق بالعمالات والأقاليم، المادة 111: "تحدث لدى مجلس العمالة أو الإقليم هيئة استشارية بشراكة مع فعاليات المجتمع المدني تختص بدراسة القضايا الإقليمية المتعلقة بتفعيل مبادئ المساواة وتكافؤ الفرص ومقاربة النوع".
 - القانون التنظيمي رقم 113.14 المتعلق بالجماعات، المادة 120: "تحدث لدى مجلس الجماعة هيئة استشارية بشراكة مع فعاليات المجتمع المدني تختص بدراسة القضايا المتعلقة بتفعيل مبادئ المساواة وتكافؤ الفرص ومقاربة النوع تسمى «هيئة المساواة وتكافؤ الفرص ومقاربة النوع»". وعلى صعيد آخر أولى مخطوطو الجهوية المتقدمة اهتماما خاصا بالتمويل، لأنه يشكل أحد العوائق الكبرى أمام نجاح مسلسل الجهوية المتقدمة: ورغم الجهود المبذولة الرامية إلى تعبئة الموارد المالية للجهات، ومنها على وجه الخصوص الرفع من حصة مداخيل الضريبة على الشركات والضريبة على الدخل الموجهة إلى الجهات، والدعم الإجمالي الذي تقدمه الدولة في إطار قوانين المالية مؤخرا، فإن هذه الموارد قد لا تكون كافية، وخاصة بالنظر إلى حجم القصور في مجال التنمية الذي تعاني منه العديد من جهات المملكة، وبالنظر إلى انتظارات السكان المحليين.
- ومن هنا تتجلى أهمية البحث عن مصادر أخرى للتمويل، منها تشجيع الشركات والمقاولين والأغنياء وكل ساكنة الجهة على التطوع ماديا ومعنويا من أجل إنجاح المشاريع المبرمجة من أجل التنمية المحلية والتي ستستفيد منها ساكنة الجهة¹.

¹ - تقرير المجلس السنوي للمجلس الاقتصادي والاجتماعي 2017م، ص. 131 - 132.

3) وفيما يتعلق بالشراكة مع القطاع الخاص:

فعلى الرغم من وجود مشكل التوزيع الجغرافي اللامتكافئ في توزيع الأطر الصحية للقطاع الخاص، والتي تشترك في هاته الخاصية مع القطاع العام، فإن الإشكال المثار فعليا يتمثل في جذب القطاع الخاص للأطر الطبية العامة المتمرسية للعمل به، مما يحرم المواطنين المعوزين من الاستفادة من كفاءات ذات خبرة، ويرجع هذا الأمر إلى العائد الربحي الهام الذي يوفره القطاع الخاص.

لكن على الرغم من هذه النقائص، فالقطاع الخاص بهيمنته على المجال العلاجي بالمغرب يمكن استثماره لصالح المواطن بفعل إيجاد حلول عقلانية توازي بين المصلحة الفردية والمصلحة العامة، كمساهمة القطاع الخاص من خلال التعاقد، ومثال على ذلك: الشراكة التي عقدتها وزارة الصحة مع القطاع الصحي من أجل التكفل بمرضى العجز الكلوي الحاد من خلال شراء خدمات القطاع الخاص، وذلك لأسباب مختلفة، منها محدودية قدرات مراكز تصفية الدم وعدم كفاية الموارد البشرية والحاجيات.

تمّ عقد شراكة مع الجمعية المغربية لأطباء الكلى سنة 2009م ترمي إلى التعاون بين الطرفين في مجال تقديم الخدمات الموجهة للمرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن النهائي بمراكز تصفية الدم الخاصة. ويستفيد من هذه الاتفاقية المرضى المسجلون بلوائح الانتظار مع إعطاء الأولوية للمرضى المستفيدين من نظام المساعدة الطبية. وتغطي هذه الاتفاقية مجموع الخدمات، خاصة حصص تصفية الدم ونقل المرضى، في حالة الاستعجال، إلى مؤسسة للعلاجات والمتابعة الطبية وكذا الأنشطة التوعوية. وقد خصصت وزارة الصحة، سنة 2009م، 60 مليون درهم لهذا البرنامج، مما سمح بالتكفل بـ 567 مريضا وعرف هذا المبلغ ارتفاعا تدريجيا ليصل سنة 2013 إلى 200 مليون درهم تغطي 2250 مريضا¹.

ويجب الإشارة إلى أن النهوض بالجانب الصحي يتوقف كذلك على تحسين المحددات الاجتماعية للصحة (التغذية، الماء، السكن، التعليم، الرياضة، التوتر...). كما أن العمل على تحسين محددات الصحة يحتاج مساهمة جميع القطاعات الوزارية، وأهم القطاعات المتدخلة في الشأن الصحي هم: وزارة الداخلية، وزارة التعليم العالي، وزارة التربية الوطنية، وزارة الفلاحة، وزارة السكنى، وزارة النقل، وزارة البيئة، وزارة الشبيبة والرياضة، وزارة التشغيل (الجدول الموالي).

¹ - الكتاب الأبيض، ص. 36.

تلخيص تدخل القطاعات الحكومية في الشأن الصحي¹

الشركاء	الأنشطة التي لها علاقة بالصحة	أهداف الشراكة
العدل	الطب الخاص بالسجناء	تحسين حالة صحة السجناء وتبادل المعلومات
التعليم العالي	تكوين الأطباء	تخطيط للعرض، وتحسين التكوين الطبي وتبادل المعلومات
التربية الوطنية	الطب المدرسي والتربية الصحية	طب جيد قريب من المدرسة وإنعاش الصحة
النقل	الوقاية الطرقية	التخفيف من عدد الحوادث الطرقية
الفلاحة	مراقبة عمليات الذبح داخل المجازر	تحسين التطهير الغذائي
السكنى	الصحة وجودة المساكن	تطوير وتشجيع السكن اللائق والنظيف
البيئة	الحالة البيئية	بيئة نظيفة وصحية
الإدارات الاجتماعية	الاحتياط الاجتماعي	تحسين وتوسيع الأمن الصحي
المكاتب البلدية للصحة	التطهير، الوقاية الجماعية	ضمان تطهير عمومي جيد وتعاون ممتاز خلال الحملات الصحية
غرفة التجارة والصناعة	تأثير الأنشطة الصناعية والمنتجات التجارية على الصحة وطب الشغل	تحسين التطهير الغذائي وضمان شروط العمل في المقاولات

وفي ختام هذا المطلب،ؤكد بأن نجاح التدابير التي تقوم بها كل الجهات من أجل النهوض بالمنظومة الصحية يتوقف إلى حد كبير على تشخيص واقعها وتتبع تطورها لتحديد مجالات العمل، وتقييم نجاعة البرامج والمشاريع التي تقدمها كل من السلطات الحكومية والجمعيات الدولية والمجتمع المدني. ونظرا لأولوية هذا الجانب، فإن أهم المساعدات التي تقوم بها المنظمات الدولية في المجال الصحي بالمغرب هو القيام بتشخيص عميق للحالة الصحية استناداً إلى المعلومة الحديثة والمفصلة والدقيقة، والعمل على نشر نتائج هذه الدراسات وتحيين الإحصائيات، مما يمكن من تحفيز الإصلاح وتحسين تدبير قطاع الصحة. ومن هنا تتبين أهمية المطلب الموالي الذي سنحاول من خلاله تشخيص الواقع الصحي ببلادنا، حتى نتعرف على أهم التحديات التي تواجه النهوض بمنظومتنا الصحية، ونتعاون جميعاً من أجل إيجاد حلول ناجعة تتوافق مع ثقافتنا ومعتقداتنا مما يضمن فعاليتها وديمومتها.

¹ - المصدر: مديرية التخطيط والموارد المالية، وزارة الصحة، الرباط، مخطط التنمية الصحية.

المطلب الثالث: تشخيص واقع المنظومة الصحية بالمغرب:

أكد الخبراء المشاركون في المناظرة الوطنية الثانية للصحة على ضرورة إحداث نقلة نوعية في إنتاج واستعمال المعلومة، وذلك من خلال فتح نظام المعلومات الصحية على شريحة عريضة من المستعملين: في منظومة صحية حديثة وتعددية؛ لا يخدم نظام المعلومات الصحية وزارة الصحة وحدها، وإنما يتم تنظيمه لتكون المعلومة في خدمة الفاعلين الآخرين في القطاع:

- تحتاج الجماعات المحلية وكذا الأوساط الجموعية إلى تزويد أحسن بالمعلومات بطريقة يستطيعون معها حماية صحة أعضائهم والعمل على تقليص التهميش وكذا تحسين العدالة،
 - ويحتاج مهنيو الصحة أيضا إلى تزويد أحسن بالمعلومات كي يتمكنوا من تقديم خدمات من جودة أحسن وكذا تحسين التعاون والاندماج بين المصالح،
 - ويحتاج المسؤولون السياسيون إلى معرفة مدى استجابة المنظومة الصحية إلى أهداف المجتمع وكذا طريقة استعمال المال العام.
 - كما يحتاج المرتفقون كذلك لمعرفة التحديات التي تواجهها المنظومة الصحية حتى تعقلن متطلباتهم واحتياجاتهم، وينخرطوا هم كذلك في تحسين الرعاية الصحية حسب إمكاناتهم.
- ولقد دخل قانون الحق في الحصول على المعلومة، في مارس 2019م، بعدما نُشر في الجريدة الرسمية، والذي يترجم إحدى التزامات دستور 2011م الذي ينص في الفصل 27 منه، على حق حصول المواطنين على المعلومات الموجودة في حوزة الإدارة العمومية، والمؤسسات المنتخبة، والهيئات المكلفة بمهام المرفق العام. ومن أهم المعلومات التي يجب نشرها: الأوضاع الصحية، والخريطة الوبائية بالمغرب، وحالة البنية التحتية والموارد البشرية وهذا ما سنعرضه في الفروع الموالية:

الفرع الأول: الأوضاع الصحية والخريطة الوبائية الحالية بالمغرب

أولاً: المنجزات المحققة في مجال صحة الأم

سنركز على مؤشر وفيات الأطفال ومؤشر وفيات النساء اللذين يعتبران من المؤشرات التي يعتمد عليها لترتيب الدول في سلم التنمية البشرية: نسبة الفقر، مستوى التعليم، وفيات الأمهات، وفيات الأطفال ومعدل أمد الحياة.

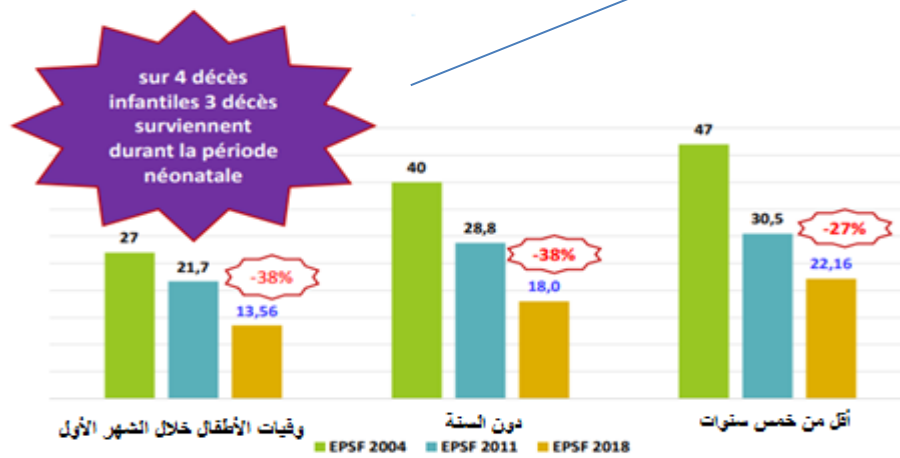
1) مؤشر احتمال وفيات الأطفال لكل 1000 طفل حي:

لقد عرفت وفيات الأطفال انخفاضا ملحوظا، حيث انتقلت وفيات الأطفال حديثي الولادة (خلال الشهر الأول) من 92.4 حالة وفاة لكل 1000 طفل حديث الولادة إلى 76,2 حالة وفاة لكل 1000 طفل حديث الولادة ما بين 1980م و1988م، ثم انخفض إلى 27 سنة 2004م، ثم إلى 21,7 سنة

2011م، ليصل إلى 13,56 طفل لكل 1000 طفل حديث الولادة سنة 2018م. كما انتقلت وفيات الأطفال دون السنة من 91 في الألف سنة 1979م إلى 37 في الألف سنة 1997م لتصل إلى 28,8 في الألف سنة 2011م، ثم إلى 18 في الألف سنة 2018م.

أما احتمال وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات لكل 1000 طفل حي، فقد شهد انخفاضاً من 136 ما بين 1980م و1982م إلى 76,2 ما بين 1991م و1993م، ثم انخفض إلى 47 سنة 2004م، ثم 30,5 سنة 2011م، ليصل إلى 22,16 سنة 2018م.

ويوضح المبيان الآتي هذا المؤشر بجلاء حيث يصل عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة إلى ثلاثة من أصل 4 عدد وفيات الأطفال:



احتمال وفيات الأطفال¹

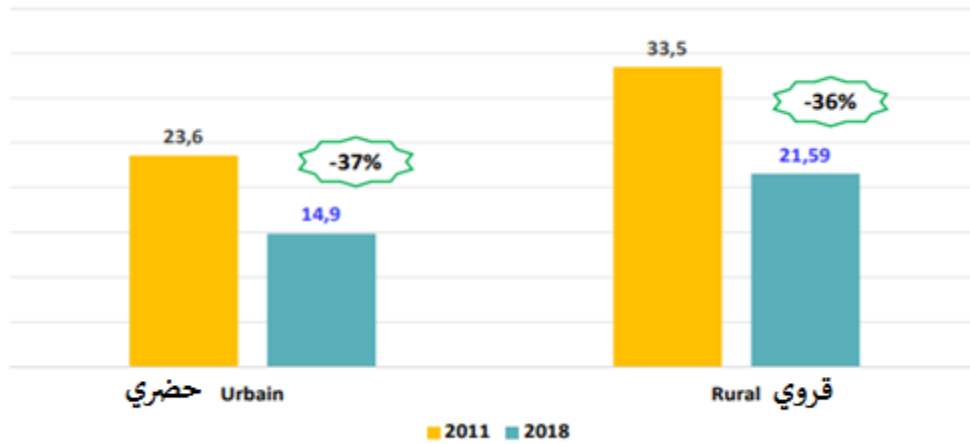


مقارنة مؤشر وفيات الأطفال بين الدول²

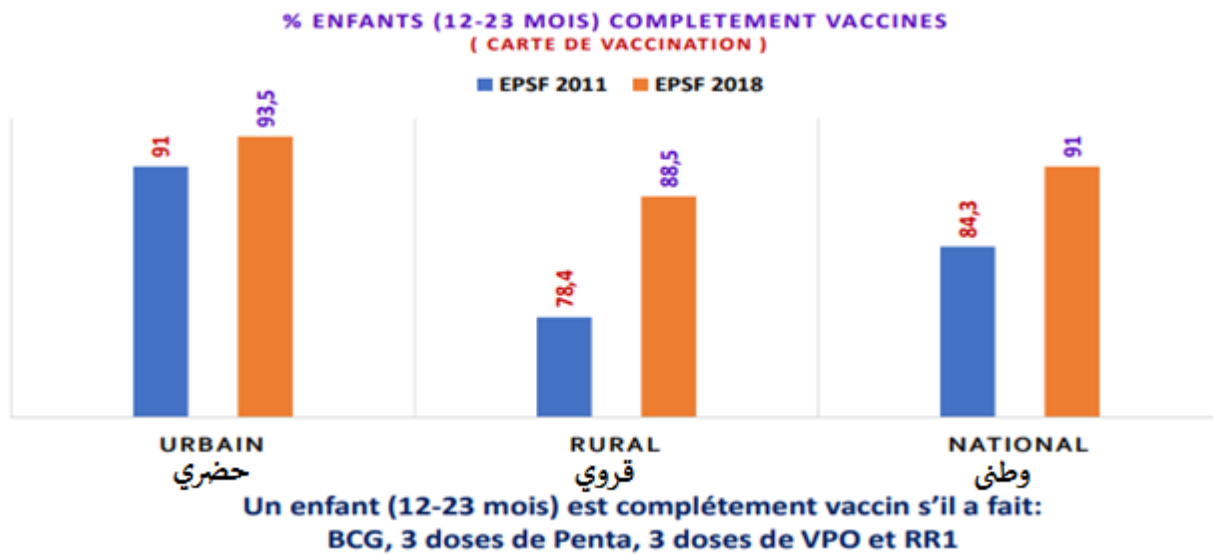
¹ - المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة لسنة 2018م ENPSF إصدار وزارة الصحة بالمغرب.

² - تقديرات مجموعة بين وكالات الأمم المتحدة.

أما من حيث توزيع عدد الوفيات بين المجال الحضري والقروي، فهذا مبيان يوضح الاختلاف بين الواسطين:



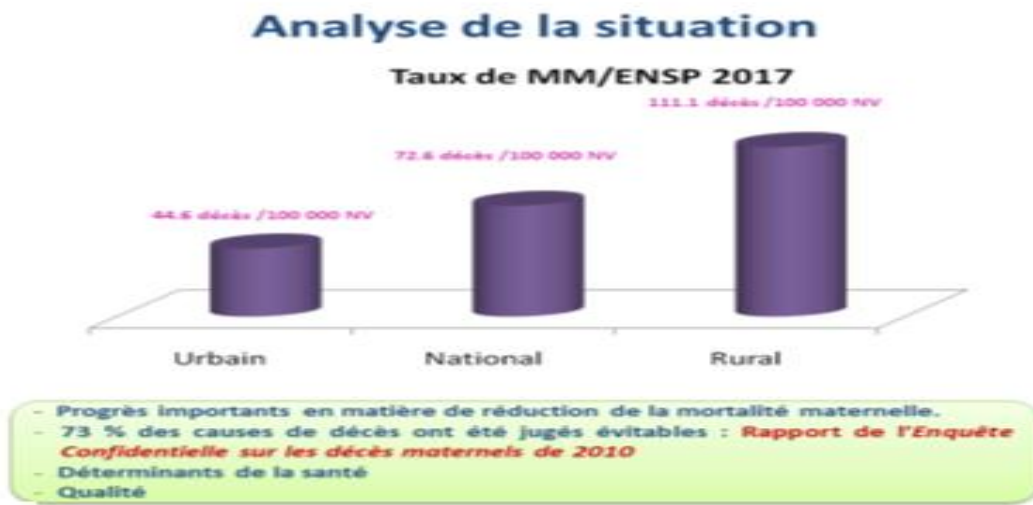
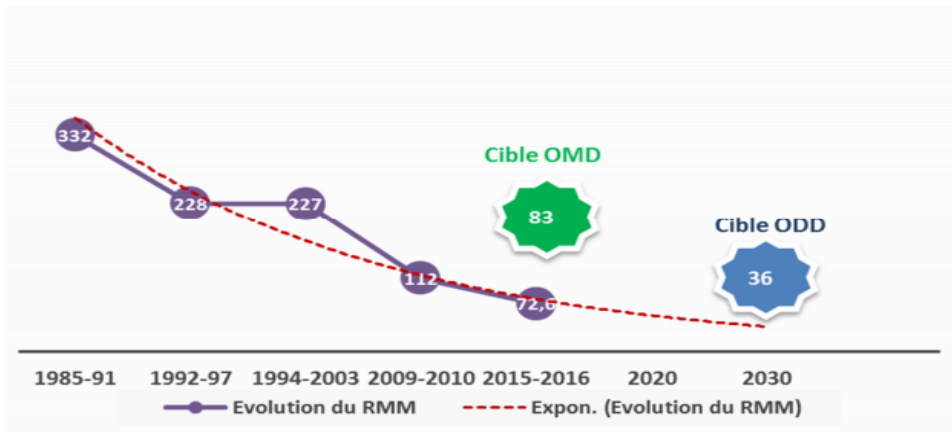
ويعتبر تلقيح الأطفال، من أهم التدابير الوقائية التي أدت إلى خفض نسبة وفيات الأطفال، ولقد تمت تغطية نسبة مهمة من الأطفال حسب ما يظهر في المبيان الآتي الذي يوضح نسبة تغطية الأطفال مكتملي، التلقيح، أقل من سنتين، حسب الوسط والجهات:



(2) مؤشر وفيات الأمهات:

يعد احتمال وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية من بين المؤشرات المعتمدة لتقييم فعالية النظم الصحية من طرف الأمم المتحدة ومعياراً لقياس مستوى التنمية البشرية بالدول النامية لهاته الدواعي تم اعتماده هدفاً ضمن أهداف الألفية.

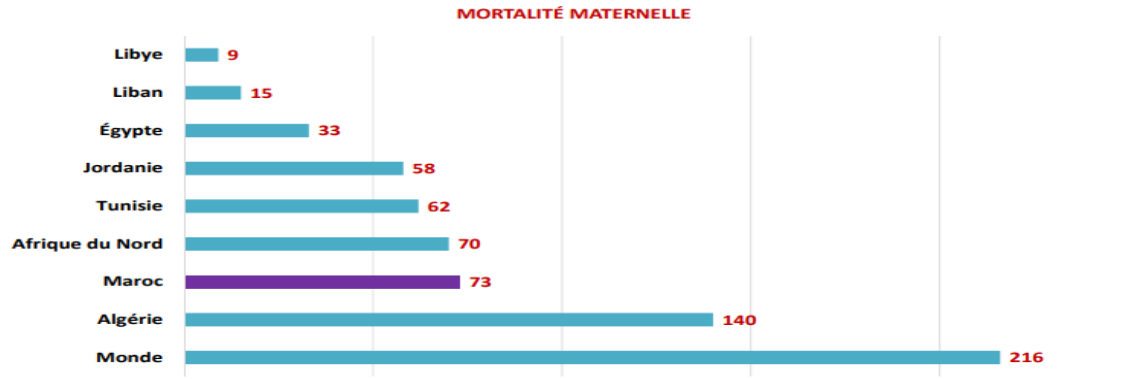
تطور مؤشر احتمال وفيات الأمهات¹



ففي المدة ما بين 1991م و1993م بلغ هذا المؤشر 332 حالة وفاة الأمهات لكل 100.000 ولادة حية وهي نسبة مرتفعة، الأمر الذي استدعى اتخاذ التدابير اللازمة على مستوى مراقبة الحمل والوضع لحفظ حياة النساء. وشهد المؤشر انخفاضا منذ اعتماد سياسة الخدمات الصحية الأولية، حيث تم إحداث برامج صحية خاصة بالأم وبرنامج التخطيط العائلي الذي يؤثر بصورة غير مباشرة على مستوى وفيات الأمهات، مما أدى إلى انخفاض المؤشر خلال الفترة ما بين 1992م و1999م، حيث انتقل من 340 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حديثة (299 حالة وفاة بالوسط الحضري و362 حالة وفاة بالوسط القروي)، إلى 228 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حديثة سنة 1999م، مع وجود تفاوت بين الوسطين الحضري والقروي (125 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حديثة بالوسط الحضري و307 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حديثة بالوسط القروي)، ليصل إلى 112 وفاة لكل 100.000 ولادة حديثة 6,72 سنة 2015-2016م (6,44 حالة وفاة لكل 100.000 ولادة حديثة، ثم وصل إلى 73 وفاة لكل 100.000 ولادة حديثة سنة 2018.

¹ - المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة لسنة 2018 م ENSPF .

نلاحظ أن المغرب في المجال الحضري، وصل إلى نتائج أحسن من التي حددها "هدف الألفية للتنمية OMD"، بينما في المجال القروي فالمغرب لا زال بعيداً عن الرقم الذي حُدِّد وهو 80 وفاة لكل 100.000 ولادة حديثة. مما يستوجب تكثيف الجهود في السنوات المقبلة لتجاوز هذا التفاوت بين العالم الحضري والعالم القروي. ويبقى التحدي الآخر هو تحقيق تطلعات "هدف التنمية المستدامة ODD" في أفق 2030م، وهو انخفاض هذا المؤشر إلى 30 في المجالين الحضري والقروي.

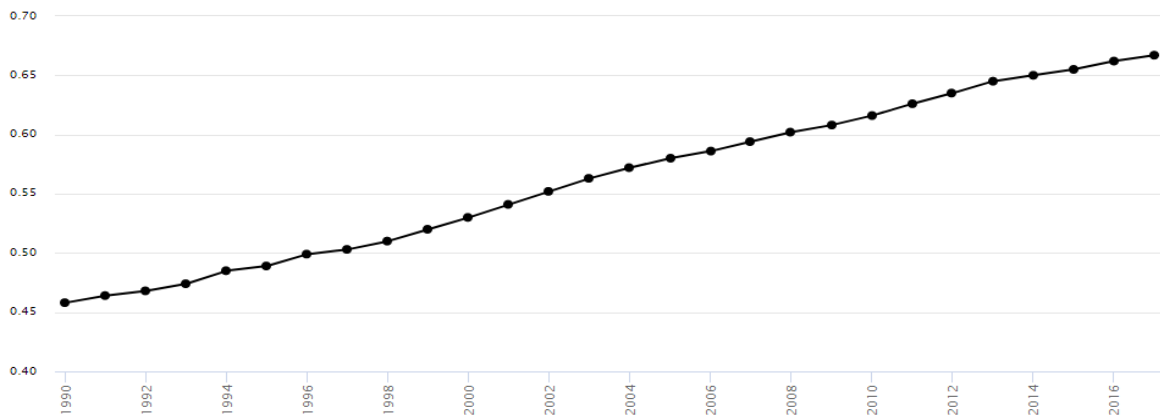


Source: Estimations du groupe inter-agences des Nations Unies

مقارنة مؤشر وفاة الأمهات بالمغرب مع دول أخرى¹

تحليل النتائج:

إن الانخفاض الملموس لمؤشر وفيات الأطفال ومؤشر وفيات النساء يرجع إلى الجهود المبذولة على مستوى مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية (برامج التلقيح، برامج الوقاية من الإسهال، برنامج تتبع الحمل والولادة، الولادة تحت إشراف أطر صحية وتكوين القابلات التقليديات، إلى جانب اعتماد هدف ولادة بدون مخاطر)، ولقد صنفت المنظمة العالمية للصحة المغرب من بين ثلاثين دولة الذين حققوا أحسن النتائج في تخفيض نسبة وفيات الأطفال ووفيات النساء خلال الولادة. إلا أننا نلاحظ وجود تفاوت بين الواسطين الحضري والقروي، مما يستدعي تكثيف برامج القرب للتقليل من هذه الأرقام الموهلة. وقد لوحظ أن المغرب حقق تقدماً في مؤشر التنمية البشرية:



تطور مؤشر التنمية البشرية بالمغرب²

¹ - المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة لسنة 2018/ ENPSF.
² - زيارة الموقع يوم 2018-01-16: <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/MAR/fr/SP.POP.IDH.IN.html>

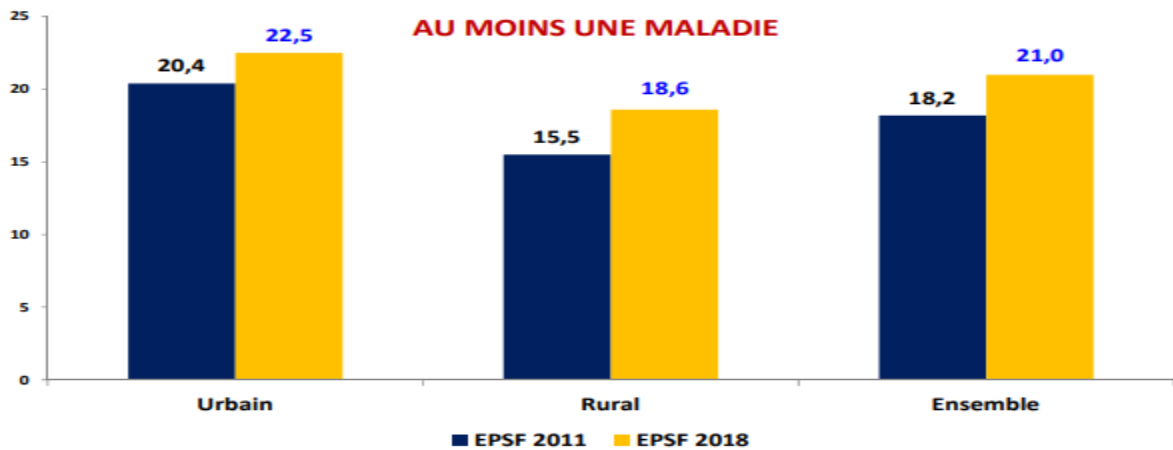
ولكن إذا قارنا النتائج التي حققت في المغرب مع ما تحقق في الدول المتقدمة، مثلاً فيما يخص نسبة وفيات الأطفال، فإنها لا تتجاوز خمس حالات وفاة على كل 1000 ألف مولود حي ببليجا، وسبع حالات وفاة على كل 1000 ألف مولود حي بإسبانيا، وهو ما انعكس سلباً على ترتيب المغرب وفقاً لمعايير التنمية البشرية، حيث تراجع ترتيب المغرب من الرتبة 123 من بين 177 دولة سنة 1999م إلى الرتبة 126 سنة 2005م، ثم الرتبة 123 سنة 2016م وهي نفس الرتبة التي حصل عليها سنة 2018م من أصل 189 دولة شملها التصنيف. والتصنيف اعتمد على عدة معايير من بينها، الناتج الداخلي الإجمالي، والدخل الفردي، وأمد الحياة، وجودة التعليم، نسب البطالة، والمساواة بين الجنسين، والمشاركة السياسية للمرأة ورفاهية العيش، وجودة الرعاية الصحية؛ حيث يبقى الهدف من التنمية البشرية الرفع من مستوى الفرد اجتماعياً، ثقافياً وصحياً أي الرفع من مستوى الخدمات المقدمة التي تسعى لتحقيق مستوى عيش ملائم للمواطن.

ثانياً: المنجزات المحدثة للحد من الحالة الوبائية الحالية بالمغرب:

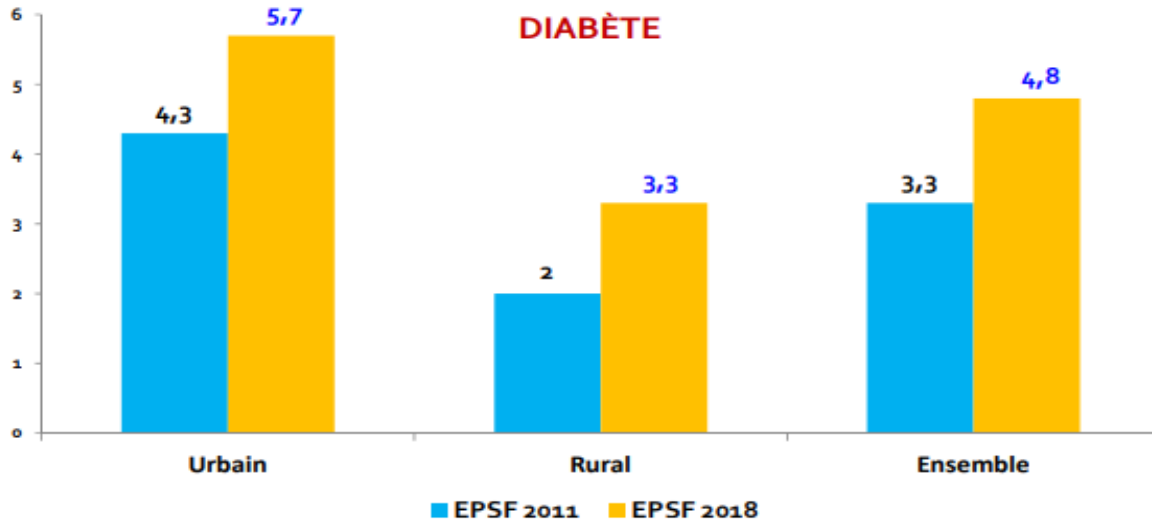
بالنسبة للأمراض المعدية: مازال داء السل يصيب ما بين 26000 و 30000 حالة جديدة كل سنة، ويعتبر مشكلاً من مشاكل الصحة العامة، كما هو شأن الأمراض المتنتقلة جنسياً/وداء فقدان المناعة المكتسبة والتهاب السحايا وداء اللشمانيات (حيث تحتل اللشمانيا الجلدية طابعا وبائيا في بعض المناطق)، والتعفنات التنفسية الحادة، والتسممات الغذائية الجماعية، والتهاب الكبد الفيروسي. وعلى الرغم من ذلك، انتقل المغرب منذ بضع سنوات من نموذج تقليدي كانت فيه الأمراض السارية مهيمنة، إلى وضع تتراجع فيه هذه الأمراض بشكل تدريجي، بموازة مع اتساع نطاق الأمراض غير السارية. أما بالنسبة للأمراض غير المعدية: فقد أظهرت معطيات المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة المنجز سنة 2011م، أن 18,2% من الساكنة المغربية وخاصة الفئة المسنة، مصابة على الأقل بمرض مزمن، في حين كانت هذه النسبة لا تتجاوز 13,8 سنة 2004م، ووصلت هذه النسبة إلى 21% سنة 2018م.

الأمراض المزمنة

نسبة المصابة بمرض واحد على الأقل



مرض السكري



92,2% suivent un traitement régulier

92,2% من المرضى يتبعون علاجاً منتظماً

وتمثل الوفيات بسبب الأمراض غير السارية 75% من مجموع الحالات المرضية، تليها الأمراض السارية، وأمراض الأمومة، وأمراض الفترة المحيطة بالولادة، والأمراض الناجمة عن التغذية 19%، والحوادث والإصابات 6%.

من خلال تحليل الحالة الوبائية والديمغرافية بالمغرب يلاحظ ثلاثة ظواهر متزامنة:

- منحنى نحو الانخفاض، إن لم يكن نحو الاستئصال الكلي، كحالة الأمراض المستهدفة بالتلقيح،
- ومنحنى نحو الاستقرار، كحالة أمراض السل،
- ومنحنى ثالث نحو بروز الأمراض المزمنة والسرطانات.

ويظهر من خلال المشهد الوبائي أن المغرب يواجه ثقلًا مزدوجاً بين ثقل الأمراض الحادة وفي غالبيتها أمراض سارية، وثقل الأمراض المزمنة وفي غالبيتها أمراض غير سارية.

ويتبين من هذه الأرقام، أن الاختيارات الاستراتيجية يجب أن تتضمن الاهتمام بإتمام الانتقال الوبائي عن طريق تدعيم المكتسبات في مجال الوقاية ومحاربة الأمراض السارية، وبمواجهة بروز تركيبة جديدة للمراضة تغلب عليها الأمراض المزمنة والسرطانات. وأمام ارتفاع مدى الحياة، ارتفعت نسبة الأشخاص المسنين، وبالتالي نسبة أمراض الشيخوخة المكلفة مادياً (قدّرت الساكنة المتراوحة أعمارها من 60 سنة فما فوق سنة 2007م بما يناهز 8,1% أي 2,2 مليون نسمة، في حين قدرّت سنة 2011 بـ 3 ملايين ووصلت في سنة 2017م إلى 10,2%، ووصلت سنة 2018م إلى 10,8%، لتصل حسب الإسقاطات إلى 4 ملايين (11%) سنة 2020م). إضافة إلى ذلك، يتعين أخذ التمدن السريع بعين الاعتبار، والذي سينتقل من 59% سنة 2013م إلى 62% سنة 2020م ليصل إلى 65% سنة 2030م

(عدد السكان الحضريين سنة 2017م بالآلاف: 21561، عدد السكان القرويين بالآلاف 13292)¹، كما أن الفوارق المجالية «قروي - حضري» ستتسع والمشهد الاجتماعي وانتظارات الساكنة ستتغير هي الأخرى، مما يستدعي بذل المزيد من الجهود في صحة القرب.

ولا يمكن تحديد كيفية مواجهة الوضع الحالي إلا بعد تشخيص دقيق لواقع المنظومة الذي يخص القطاع بأكمله، وخاصة تقييم واقع الميزانية للصحة، المراكز الصحية والمؤسسات الاستشفائية، التأمين الإجباري على المرض، والموارد البشرية؛ لمعرفة الأسباب التي تقف وراء الاختلالات التي تشهدها المنظومة الصحية بالمغرب والعمل على تجاوزها.

الفرع الثاني: الميزانية المخصصة للصحة

للتتبع حقيقة تطور ميزانية وزارة الصحة عمدت إلى التركيز على مؤشرين:

- المؤشر الأول: النسبة المئوية لحصة ميزانية وزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة.
- المؤشر الثاني: النسبة المئوية لحصة ميزانية وزارة الصحة من الناتج الداخلي الخام PIB.

فمن خلال المؤشر الأول يتضح أن حصة ميزانية وزارة الصحة من ميزانية الدولة عرفت انخفاضاً وتذبذباً طيلة خمسة عقود. ففي سنة 1970م تم تسجيل نسبة 6,16%، لتعود وترتقي إلى حدود هذا الرقم سنة 2005م بنسبة 5,15%، هذا مع التأكيد على أنه خلال سنة 1975م عرف المؤشر أضعف نسبة، وهي 2,88% إلى 3,59% سنة 1980م لتصل إلى 4,47% سنة 1990م.

وعلى العموم فميزانية وزارة الصحة بالمغرب لا ترقى إلى نسبة 10% من الميزانية العامة لقطاع الصحة، كما أوصت بذلك منظمة الصحة العالمية².

ومن جهة أخرى يدل مؤشر حصة ميزانية وزارة الصحة من الناتج الداخلي الخام أن هذا الأخير يتراوح ما بين 1,22% كأعلى نسبة سجلت سنة 1970م و0,89% سجلت سنة 1990م لتصل سنة 2005م لنسبة 1,36%. وهاته الحصة تبقى ضعيفة ولا تصل إلى مستوى 2% كما هو الحال بالنسبة لغالبية الدول ذات المستوى الاقتصادي المماثل للمغرب³.

ويمكن تفسير كل هذا بتبني الدولة لسياسة مالية تقشفية ناجمة عن اعتماد برنامج التقويم الهيكلي في تلك الفترة، والذي فرض ضرورة التخلص من النفقات غير المنتجة، خاصة على مستوى الخدمات الاجتماعية.

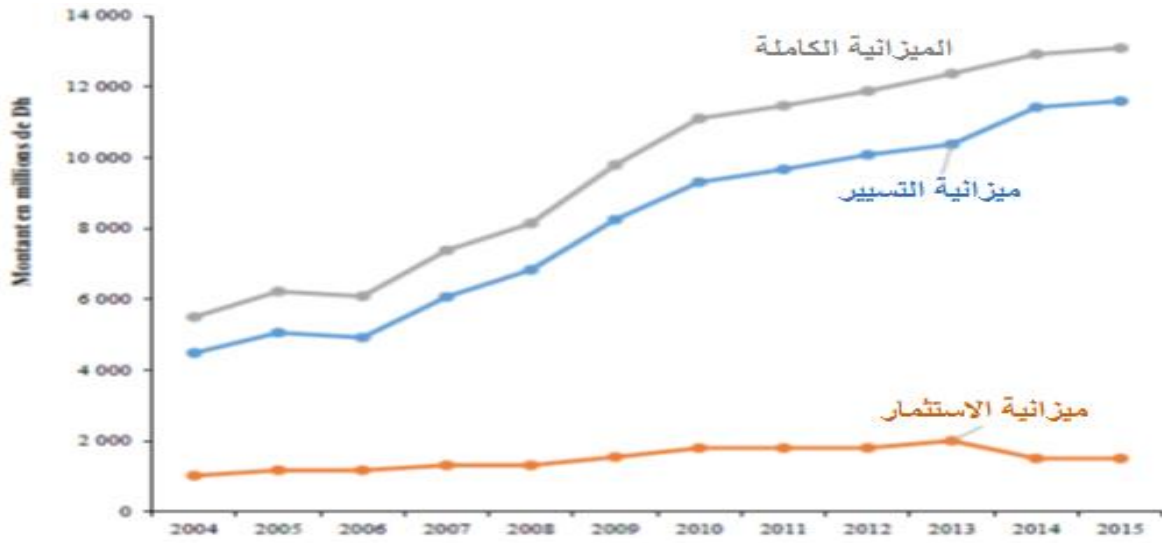
وخلال السنوات الموالية ارتفعت ميزانية الصحة تدريجياً:

¹ - مسح المندوبية السامية للتخطيط سنة 2018م.

² - تطور السياسة الصحية بالمغرب، ص. 235.

³ - Comptes Nationaux sur la santé 1997/98, ministère de la santé, rapport final CNS, p.43.

تطور ميزانية وزارة الصحة حسب مكونات الميزانية بملايين الدرهم ما بين 2004-2015م¹



Source : SEIS, DPRF

ولقد تم تدارك الموقف شيئاً ما حيث خصص 14,79 مليار درهم لميزانية الصحة برسم قانون مالية 2018م، أي بزيادة نسبة 3,47%²، حيث أصبحت النسبة المئوية لحصة ميزانية وزارة الصحة من الميزانية العامة للدولة 5,60%، وأصبحت النسبة المئوية لحصة ميزانية وزارة الصحة من الناتج الداخلي الخام 1,34% PIB.

الفرع الثالث: التغطية الصحية الأساسية:

بدأ الحديث عن إجبارية نظام التأمين الصحي ضد المرض لفائدة موظفي القطاع العام، والجماعات المحلية، ومأجوري القطاع الخاص المسجلين في نظام الضمان الاجتماعي خلال عقد التسعينيات. وتمت بلورة هذه الإرادة السياسية في مشروع القانون المقدم من طرف الحكومة سنة 1995م. ودخل نظام التأمين الأساسي الإجباري عن المرض حيز التنفيذ في 18 غشت 2005م، كما أكد دستور سنة 2011م على التغطية الصحية الأساسية في الفصل 31: "تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في العلاج والعناية الصحية؛ والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة".

وتتكلف بالحماية الاجتماعية عدة هيئات على رأسها: الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي CNOPS، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNSS، تعاضدية القوات المسلحة الملكية، وهناك العديد من أنظمة التأمين التي تدبرها شركات التأمين الخاصة، ودخل نظام المساعدة الطبية (راميد) حيز التنفيذ في مارس 2012م بعد تجربة نموذجية بدأت في سنة 2008م في جهة تادلة أزيلال.

¹ – Santé en chiffres 2015, Edition 2016, p. 13.

² – البرنامج الحكومي 2018م.

ولقد أدى ارتفاع الطلب على خدمات المستشفيات العمومية، على إثر تعميم نظام المساعدة الطبية، دون تأهيل مسبق للقطاع، إلى ضغط أثّر على جودة العلاجات المقدمة ونجم عنه عبء إضافي على العاملين بالمؤسسات الصحية، كما تضررت من ذلك صورة المرفق الصحي العمومي لدى المواطنين، حيث صار ينظر إليه قطباً يفتقر للمقومات الأساسية للاضطلاع بدوره ولا يتوجه إلا للفقراء. وفي التقرير الذي أصدرته وزارة الصحة سنة 2018م تمت الإشارة إلى أنه في أفق تحقيق التغطية الصحية الشاملة: بلغت نسبة الساكنة المستفيدة من التغطية الصحية 62% من الساكنة، موزعة على الشكل التالي: 28% مستفيد من نظام المساعدة الطبية و34% مستفيد من التأمين الإجباري عن المرض¹. وبالنسبة لنظام المساعدة الطبية بلغ عدد المستفيدين منذ تعميمها سنة 2012م إلى غاية أكتوبر 2018م: 10,5 مليون مستفيد؛ عدد الأسر المستفيدة، أزيد من خمسة ملايين من بينها 93% في وضعية فقر و7% في وضعية هشاشة.

إن هذه الأرقام توضح لنا المجهودات التي تبذلها الدولة من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

الفرع الرابع: تقييم حالة المراكز الصحية والمستشفيات

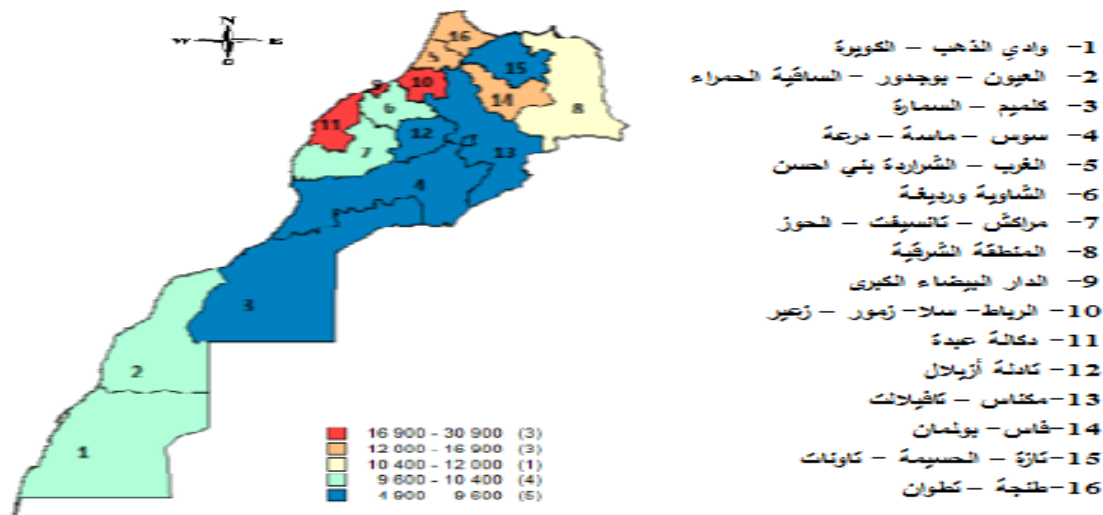
تواصل إنشاء المؤسسات الاستشفائية العامة والمتخصصة منذ مرحلة الاستقلال مما أدى إلى توسيع التغطية الصحية على مجموع أرجاء البلاد وتزويدها بشبكة الخدمات الصحية الأساسية: ومن الناحية العددية يلاحظ وجود تطور ملموس على مستوى التغطية الصحية بشبكة المؤسسات الصحية الأساسية، حيث انتقل العدد من 311 مؤسسة صحية أساسية عند الاستقلال، و394 سنة 1960م، إلى 1724 (عند نهاية مخططات التنمية الاقتصادية والاجتماعية أي سنة 1993م) و2138 مؤسسة صحية في حدود سنة 2000 (أي سنة 1999م).

تطور مؤشرات عرض العلاج ما بين 1993 و1999²

السنوات المؤشرات	1993	1995	1997	1999
عدد مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية	1724	1764	1949	2138
عدد السكان لكل مؤسسة من مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية	14714	14958	14048	13201

¹ - تقرير وزارة الصحة 2018م، ص. 20.

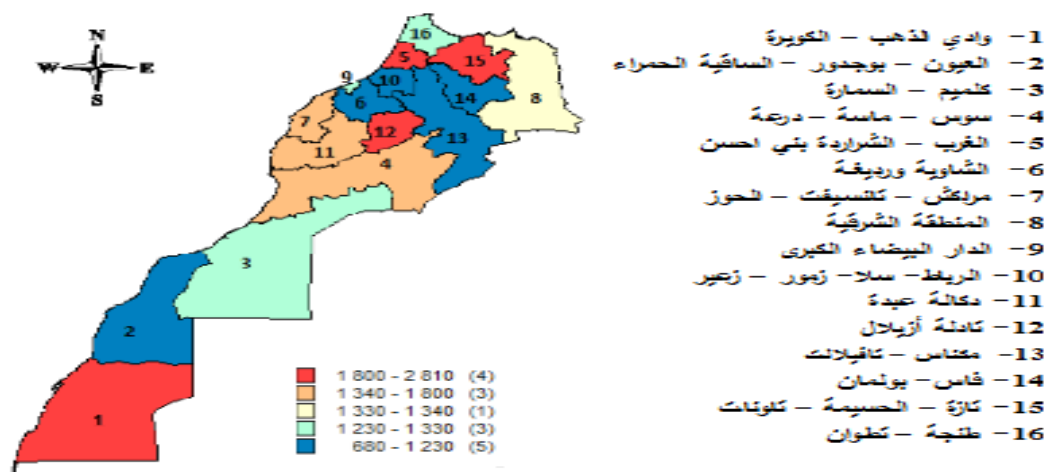
² - Source: santé en chiffre 2000.



وفي سنة 2011م، كانت نسبة 20% من الساكنة المغربية تتواجد على بعد أكثر من عشرة كيلومترات من أقرب مركز للعلاجات الأولية¹.

وبالنسبة للمستشفيات، فإنه يلاحظ أنه على الرغم من تعزيز الطاقم الاستشفائي وكذلك الرفع من الطاقة الاستيعابية، حيث تم الانتقال من 17319 سرير في يناير 1956م إلى 28618 خلال المخطط الخماسي 1981-1985م. إلا أنه وبسبب النمو الديمغرافي فإن كثافة الطاقة الاستيعابية قد عرفت انخفاضا ملموسا بالانتقال من 167 سرير لكل 100.000 نسمة سنة 1956م إلى 130 سرير لكل 100.000 نسمة.

خريطة توزيع عدد السكان حسب أسرة الاستشفاء بالجهات، سنة 2015²



¹ - الكتاب الأبيض، ص. 33.

² - Santé en chiffres 2015, 27.

- توسيع العرض الاستشفائي في بعض الجهات، خاصة بالمناطق القروية والجبالية بافتتاح 11 مستشفى جديدا وإحداث 790 سريرا جديدا برسم سنة 2017م، مع تقدم بناء المستشفى الجامعي بكل من طنجة وأكادير،
- إحداث وتجهيز وافتتاح 3 مراكز جهوية بكل من الرباط، كلميم، والدار البيضاء من أجل النهوض بصحة الفئات الهشة وذوي الاحتياجات الخاصة¹.

وفي إطار برنامج تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية بالوسط القروي تمّ اقتناء:

- 120 وحدة صحية متنقلة سنة 2017م، إضافة إلى 40 وحدة صحية متنقلة تم تخصيصها، وتم وضعها رهن إشارة 160 قيادة بالدوائر الصحية القروية،
- اقتناء 74 سيارة إسعاف سنة 2017م، إضافة إلى 40 سيارة إسعاف تم تخصيصها في إطار برنامج تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية بالوسط القروي، وتم وضعها رهن إشارة 114 قيادة بالدوائر الصحية القروية.

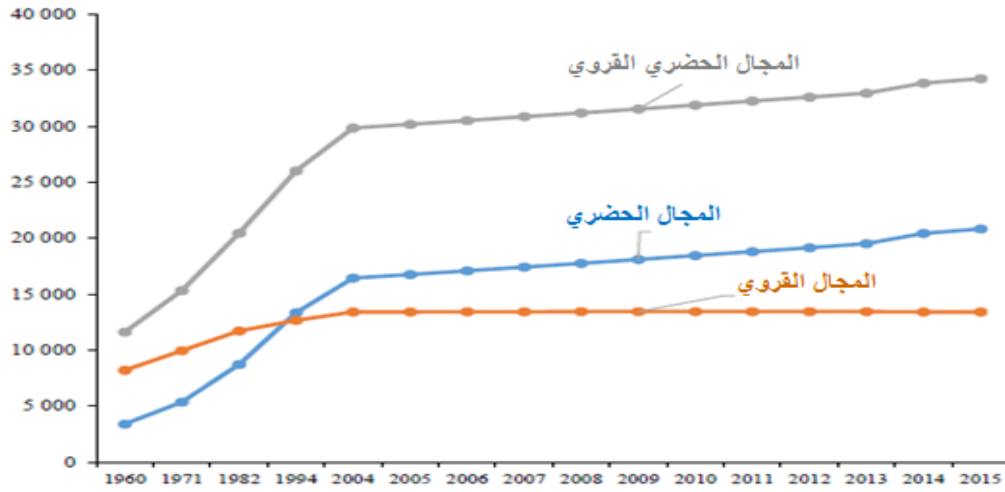
وفيما يتعلق بحصيلة خدمات المستشفى المتنقل لسنة 2018م فهي على الشكل الآتي:

- 10438 استشارة طبية عامة و 5720 استشارة طبية متخصصة،
- 421 تدخلا جراحيا و 4023 تحليلا بيولوجيا و 3075 تصويرا إشعاعيا، استهدفت عملية "رعاية" 28 إقليمًا منتميا إلى سبع جهات: جهة طنجة - تطوان - الحسيمة، الجهة الشرقية، جهة بني مال - خنيفرة، جهة درعة تافيلالت، جهة فاس - مكناس، جهة سوس - ماسة، جهة مراكش - آسفي. وقد تمّ إنجاز 4248 زيارة ميدانية للوحدات الطبية المتنقلة وتنظيم 163 قافلة طبية متخصصة للاستجابة للحاجيات المرصودة من الخدمات الطبية العلاجية، كما تمت تعبئة غلاف مالي قدره 5 ملايين درهم كميزانية استثنائية للأدوية والمواد الصحية وميزانية 800.000 درهم كميزانية استثنائية لتغطية الحاجيات من الوقود وصيانة الوحدات المتنقلة².
- رغم المجهودات المبذولة في بناء المستشفيات والمراكز الصحية، فلا زال المغرب يواجه خصائصاً كبيراً في هذا المجال، لأن عدد هذه المؤسسات الصحية لا يرتفع بنسبة الوتيرة التي تضاعف بها عدد السكان بالمغرب:

¹ - البرنامج الحكومي 2018م.

² - أبرز إنجازات وزارة الصحة 2018، ص. 11.

تطور عدد السكان حسب المجالين الحضري والقروي بين فترة 1960م و2015م¹



ومما يؤدي إلى تفاقم الوضع الصحي في المغرب، الخصائص الحاد في الأطر الطبية والشبه الطبية، وهذا ما سنبينه بالأرقام في الفرع الموالي.

الفرع الخامس: تقييم حالة الأطر الصحية

عمل المغرب منذ الاستقلال على الرفع من وتيرة تكوين الأطر الصحية الوطنية كمًّا ونوعاً، لتكون في مستوى الهدف الصحي المنشود سواء من حيث التأطير الطبي أو التأطير شبه الطبي. وعرفت الهيئة الطبية في المغرب تطوراً ملموساً من حيث العدد، حيث ارتفع عدد أطباء القطاعين العام والخاص، وانتقل عدد الأطباء من 979 طبيب مغربي سنة 1960م إلى 2144 سنة 1980م (الضعف تقريباً) ليعرف هذا العدد ارتفاعاً بنسبة 3 مرات أي الانتقال من 2144 إلى 6243 سنة 1990م، ليتضاعف بدوره سنة 2000م.

جدول تطور الأطر الطبية في القطاعين العام والخاص ما بين 1960-2000م²

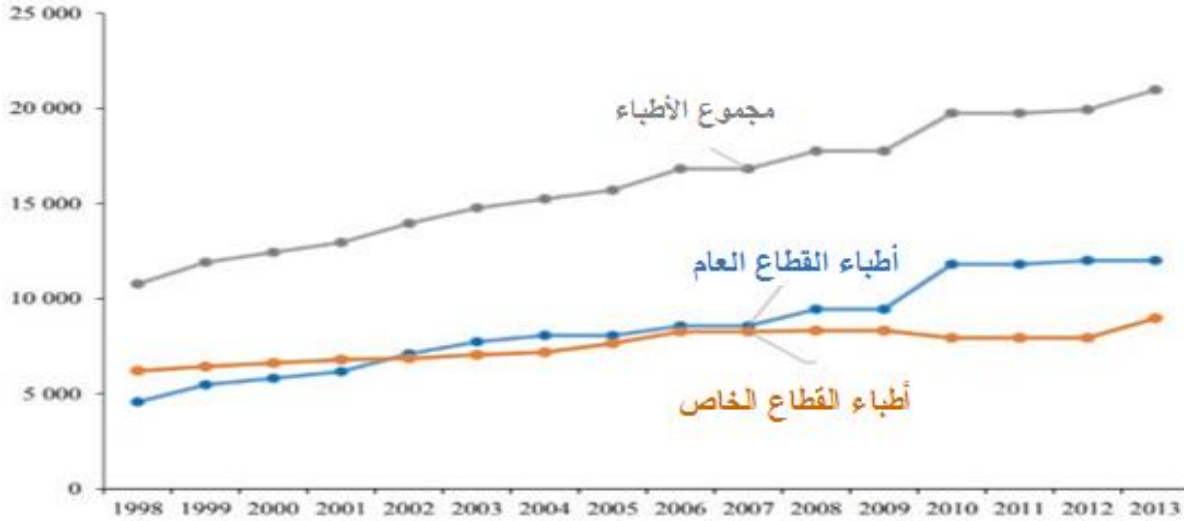
السنوات	القطاع العام	القطاع الخاص	مجموع	كثافة لكل 1000 ساكنة
	عدد	عدد	القطاعين	
1960	431	548	979	0,7
1970	574	472	1046	0,7
1980	1267	877	2144	1,1
1990	3426	2817	6243	2,6
2000	7233	6620	13853	4,8

¹ – Santé en chiffres 2015, édition 2016, p. 13.

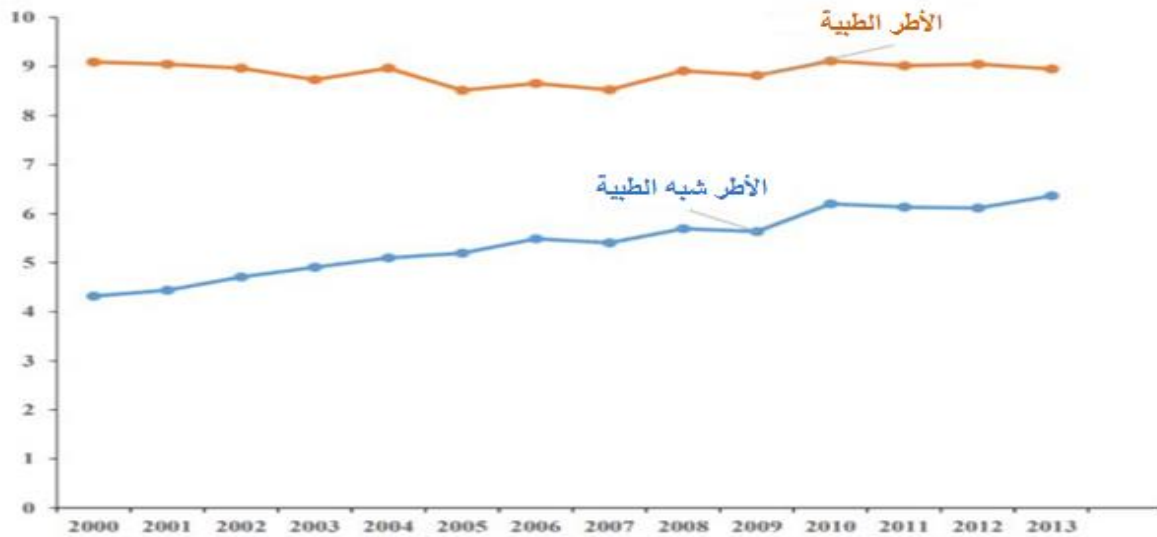
² – المصدر: السياسة الصحية: المكتسبات، التحديات والرهانات (برنامج العمل لسنوات 2005-2007)، وزارة الصحة، ص.36.

وبخصوص مؤشر كثافة الأطر الطبية لكل 10.000 مواطن فقد انتقلت من حوالي طبيب واحد لكل 10.000 ساكن خلال الستينيات، لتصل إلى حوالي خمسة أطباء لكل 10.000 ساكن خلال سنة 2000م.

تطور عدد الأطباء بالقطاعين العام والخاص، ما بين فترة 1998م و2013م¹.



تطور كثافة الأطر الطبية (القطاع العام والخاص) وشبه الطبية (القطاع العام) لكل 10.000 ساكنة، فترة ما بين 2000م و2013م².



وحسب إحصائيات سنة 2015م وصلت كثافة الأطر الطبية وشبه الطبية إلى:

¹ – Santé en chiffres 2015, Edition 2016, Direction de la planification et des Ressources Financière, Division de la Planifications des Etudes Service des Etudes et de l'Information Sanitaire.

² – Santé en chiffres 2015, p. 34.

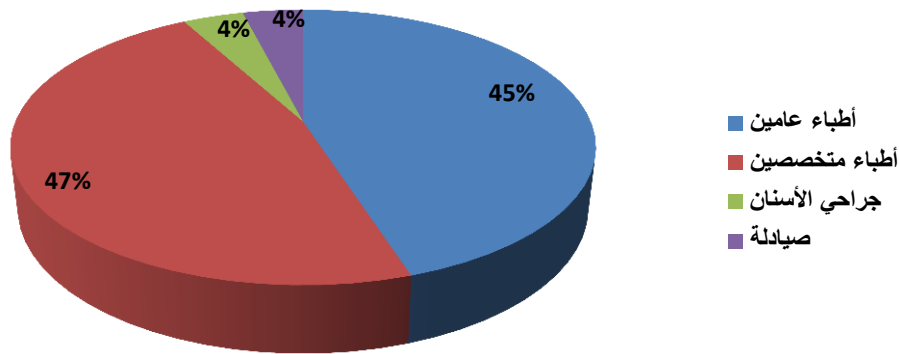
جدول حول أرقام أساسية للموارد البشرية للصحة¹

كثافة الأطر الطبية	
الكثافة بالنسبة لـ 10 000 مواطن التي توصي بها المنظمة العالمية للصحة	11,4
الكثافة بالنسبة لـ 10 000 مواطن بالمغرب (القطاع العام والخاص)	6,2
الكثافة بالنسبة لـ 10 000 مواطن بالمغرب (القطاع العام)	2,5
الكثافة بالنسبة لـ 10 000 مواطن بالمغرب (القطاع العام) بالعالم القروي	0,3

كثافة الأطر شبه الطبية

الكثافة بالنسبة لـ 10 000 مواطن التي توصي بها المنظمة العالمية للصحة	16,1
الكثافة بالنسبة لـ 10 000 مواطن بالمغرب (بالقطاع العام والخاص)	8,9
الكثافة بالنسبة لـ 10 000 مواطن بالمغرب (القطاع العام)	7,2
الكثافة بالنسبة لـ 10 000 مواطن بالمغرب القطاع العام (بالعالم القروي)	1,7

النشاط حسب الفئة²



ولقد صنفت منظمة الصحة العالمية المغرب من بين 57 دولة تعرف نقصا حاداً في مهنيي الصحة، كما يتجلى هذا النقص في تفاوت عرض العلاجات بين العالم القروي والحضري، حيث يتمركز أكثر من 45 في المائة من مجموع الأطباء في جهتي الرباط والدار البيضاء، في حين أن العالم القروي يعمل به فقط 24 في المائة من الأطباء.

إن الوزارة واعية بمتطلبات إصلاح المنظومة الصحية، وخلال تقديم مخطط الصحة في أفق سنة 2025م، أشار وزير الصحة، إلى أنه على الرغم من تحسن المؤشرات العامة للصحة خلال العشر سنوات الأخيرة، فإن الحكومة ترى أن ذلك غير كافٍ، وتسعى إلى تحقيق تحسن أكبر بشكل يجعل المواطن يستشعر تأثير الإصلاحات التي يتم القيام بها على جودة حياته. وأكد الوزير أن هذا المخطط يستند على ثلاث دعائم:

¹ – Ressources Humaines de la Santé en chiffres, 2015, Edition octobre 2016, p. 9.

² – Ibid, p. 13.

الدعم الأولي: تتمثل في تنظيم وتطوير عرض العلاجات بهدف تحسين الولوج إلى الخدمات الصحية، ومن أهم محاور هذه الدعمة تنظيم العرض الصحي الوطني وتطوير الشبكة العمومية وتعزيز شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية وتطوير الصحة المتنقلة بالعالم القروي، وتطوير صحة القرب وطب الأسرة.

الدعم الثانية: تتمثل في تقوية الصحة الوطنية وبرامج محاربة الأمراض، وتشمل تعزيز برامج الأم والطفل كأولوية وطنية، وتعزيز صحة ذوي الاحتياجات الخاصة، وتقوية محاربة الأمراض السارية، وتحسين المخطط الوطني للصحة النفسية والعقلية، وتعزيز اليقظة الصحية والأمن الصحي.

الدعم الثالثة: فهم تطوير حكمة القطاع وترشيد استخدام الموارد واستعمالها، ويشمل توسيع التغطية الصحية الأساسية، ومعالجة الخصائص في الموارد البشرية، وتحسين ظروف العمل وتحفيز المهنيين.

إن جميع الإصلاحات المبرمجة من أجل النهوض بالمنظومة الصحية تتوقف بالأساس على الموارد البشرية، وأمام صعوبة المهن الصحية سواء خلال فترة التكوين أو خلال الممارسة، ونظرا للمقاصد الكبرى التي يحققها الطبيب من خلال الحفاظ على الصحة وقاية وعلاجاً، فللطبيب على المجتمع حق الثقة الوطيدة والعيش الكريم والرزق الوافي والكرامة المصونة كما على الطبيب أن يكون أهلاً لهذه الحقوق، لأن الطب هو رسالة قبل أن يكون مهنة، وما يتقاضاه الطبيب مقابل عمله يعتبر إكراماً honoraires، لأن عمله لا يقدر بثمن.

والحمد لله لأزال هذا الحس الإنساني مجسداً عند أغلب الأطباء، حيث إن العديد منهم يتقانون في خدمة مرضاهم بكل إخلاص ونكران للذات، سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص. ويبادر عدد كبير من الأطباء للقيام بأعمال تطوعية مبتكرة وعيا منهم بواجبهم نحو وطنهم، ومسؤوليتهم في التعاون مع كل الأطراف لتحقيق تغطية شاملة لكل المواطنين وخاصة الفئة المعوزة الساكنة في المناطق المعزولة.

إن إبراز المجهودات التطوعية التي يقوم بها الأطباء في بلدنا وتثمينها، لها أهمية كبيرة في تشجيع عدد أكبر من الأطباء للانخراط في هذه الأعمال التطوعية النبيلة، وسنخصص الفصل الثاني من هذا الباب لإبراز عدد من النماذج التطوعية في المجال الصحي وعرض نتائج الدراسة الميدانية، وهذا يدخل في إطار تفعيل التوصيات التي أكد عليها الحوار الوطني حول المجتمع المدني، والذي أكد على أهمية تشجيع وتعزيز البحث العلمي حول مواضيع المجتمع المدني، وذلك بتهيئة وتوفير المعلومات بخصوص الجمعيات، عبر تعميم البيانات والإحصائيات وتجميع المعلومات حول الأنشطة التي تقوم بها الجمعيات، وهذا ما سنحاول المشاركة فيه من خلال ما سنتطرق له في المباحث الموالية.

الفصل الثاني:

واقع العمل التطوعي الصحري بالمغرب والتدابير الاستراتيجية المقترحة
من أجل النهوض بالعمل التطوعي في المجال الصحري بالمغرب

المبحث الأول: واقع العمل التطوعي الصحي بالمغرب

المبحث الثاني: تدابير استراتيجية مقترحة من أجل النهوض بالعمل التطوعي في المجال
الصحي

المبحث الأول: واقع العمل التطوعي الصحي بالمغرب

اخترت من أجل تشخيص واقع العمل التطوعي استعمال عدة تقنيات وأدوات للبحث: كل أداة تساعد على اكتشاف زاوية معينة من الدراسة: خصصت المطلب الأول لتحليل نتائج الاستثمارات التي ملئت من طرف 570 طبيباً وطبيبة متطوعين، وقد كان الهدف منها تحديد السمات المشتركة لديهم ومعرفة توجهاتهم الكبرى حول كيفية النهوض بالعمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب وقاية وعلاجاً، وفي المطلب الثاني قمت بعدد من المقابلات مع خبراء في التطوع في المجال الصحي قصد إيجاد حلول ناجعة تحدّ من معوقات تطوع الأطباء وتحفزهم للانخراط والإبداع في هذا المجال. كما عرضت نماذج لجمعيات عاملة في المجال الصحي.

المطلب الأول: الدراسة الميدانية: المحفزات، المعوقات وسبل التطوير:

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد سمات الطبيب المتطوع وتسهيل الضوء على المحفزات التي تشجعه على التطوع والمعوقات التي تحول دون قيامه بهذا العمل النبيل؛ ومعرفة اقتراحات الأطباء المتطوعين لتعزيز العمل التطوعي في مجال الصحة العامة بالمغرب. وقد اعتمدت في هذه الدراسة على آلية الاستثمار.

الاستمارة:

1) المنهجية والإجراءات:

استخدمت الاستمارة كأداة رئيسة في الدراسة الميدانية، وقد تم بناء وتطوير الاستبانة بعد استطلاع رأي عدد من المختصين في التحليل الإحصائي وعدد من الأطباء الذين لهم تجربة طويلة في مجال التطوع الصحي، الذين أبدوا آراءهم واقتراحاتهم قبل إعداد المسودة الأولى للاستمارة، ثم عرضت عليهم المسودة الأولى، فأبدوا ملاحظات هامة عليها، وقد أخذت بعين الاعتبار هذه الملاحظات وقمت بحذف وتعديل بعض الفقرات، وإعادة صياغة وإضافة فقرات أخرى.

وبعد ذلك تمّ التأكد من صدق استمارة الدراسة وسهولة ملئها من طرف عينة الدراسة، حيث قمت بتوزيع حوالي 100 نسخة ورقية على الأطباء خلال مشاركتهم في بعض القوافل الطبية، وتمّ ملء بعض الاستثمارات بحضورهم، وطلبت منهم إبداء ملاحظاتهم عن محتوى فقرات الاستمارة، وقُدِّمت لي عدة ملاحظات من طرف عدد من الأطباء المتطوعين، فقامت بتعديل الاستمارة مرة أخرى وفق هذه الملاحظات حتى أصبحت في صورتها النهائية مكونة من 24 فقرة موزعة على 5 مجالات: معطيات ديمغرافية (السن، الجنس، الحالة العائلية، التخصص، قطاع العمل)، المحفزات، المعوقات، الاستعداد للمشاركة، والتوصيات.

وقد اعتمدت في إفراغ الاستمارات على برنامج SPSS¹.

- مدة الدراسة:

دامت الدراسة لمدة شهرين، من 2 يناير 2018 إلى 2 مارس 2018.

- عينة الدراسة:

قمت بتوزيع الاستمارة على عدد كبير من معارفي الأطباء، وشرحت لهم الهدف من هذه الدراسة، وبيّنت لهم سهولة ملئها، وطلبت منهم مساعدتي بنشرها بين الأطباء المهتمين بالتطوع. فتمّ ملء الاستمارة من طرف 568 متطوعاً ينتمون للمجال الطبي: أساتذة بكليات الطب، أطباء متخصصون وعامون وطلبة الطب².

متغيرات الدراسة:

ركزت خلال هذه الدراسة على ثلاث متغيرات: الشريحة العمرية للعينة التمثيلية من المتطوعين، التخصص الطبي، ونسبة الالتزام. ويستند هذا النهج على نتائج دراسات قامت بها هيئات عالمية أوروبية وأمريكية، والتي خلّصت إلى نتائج تعكس واقعا شفافا وصادقا.

وقمت بتحليل النتائج وفق سبع أساسيات، مرتبطة بالتطوع الطبي:

- الشريحة العمرية: أقل من 26 سنة، ما بين 26 و 35 سنة، ما بين 35 و 60 سنة وفوق 60 سنة.
- الجنس: ذكر، أنثى.
- سبق الانخراط بجمعية من جمعيات المجتمع المدني.
- نسبة الالتزام بممارسة التطوع الطبي في مجال القوافل الطبية أو التوعية الصحية أو مجالات أخرى.
- مقترحات لتحفيز العدد الأقصى من الأطباء على التطوع: إضافة مادة عن التطوع في المناهج الدراسية للدراسات الطبية، تحقيق عدد معين من ساعات العمل التطوعي للحصول على شهادة الدراسات الطبية، زيادة الوعي بين الأطباء من خلال وسائل الإعلام وشبكات التواصل الاجتماعي حول مساهمة التطوع في تحسين الخدمات الطبية، إعطاء تعويضات مادية للأطباء المتطوعين، تعزيز الأنشطة التطوعية من خلال مكافأة طلاب الطب المشاركين.
- فرضيات أصل الاهتمام بالعمل التطوعي الطبي: تربية الآباء، كتب، مجلات، صحف، المدارس الابتدائية، المدارس الإعدادية، الدراسات الطبية، الوسط المحيط.

¹ - STATISCAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES (SPSS): هو برنامج عبارة عن مجموعة من الحزم أو بيانات حسابية شاملة للقيام بتحليل البيانات، ويتم استخدام هذا البرنامج في الأبحاث العلمية التي تحتوي على بيانات رقمية.

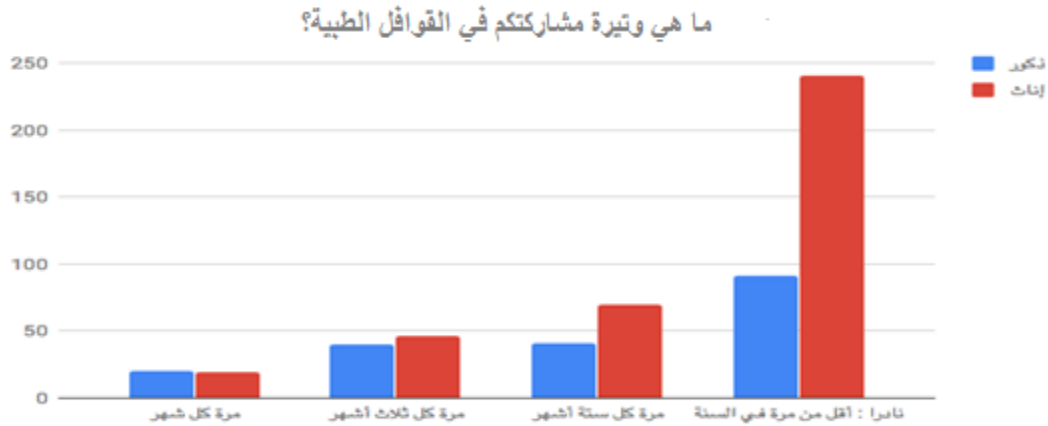
² - ولقد كان أغلب المشاركين في الدراسة من الذين يتطوعون لإنجاح القوافل الطبية، لأنها تعد من أهم الأنشطة التطوعية في المجال الطبي لأنها تسعى لفك العزلة عن ساكنة المناطق النائية. وهذه الفئة من الأطباء المتطوعين هي التي يسهل التواصل معها لملئ الاستمارة. وإلا يجب الإشارة إلى أن هناك طرق أخرى للتطوع في المجال الصحي، ضمنها في بعض الأسئلة الواردة في محور التوصيات في الاستمارة، وسنقف على نماذج من أطباء متطوعين بأنشطة سوى القوافل في المطلب الثاني الذي خصصته لعرض نتائج المقابلات التي أجريتها مع عدد من الأطباء المغاربة المتطوعين.

- مقترح طرق نشر الوعي الصحي والتربية الصحية للوقاية من العديد من الأمراض التي لها علاقة مع سلوكيات خاطئة (إهمال النظافة، سوء التغذية، الإدمان على التدخين والخمر والمخدرات، الانحرافات الجنسية...).

(2) تحليل النتائج:

1- شدة الالتزام:

- الالتزام حسب الجنس:



يلاحظ أن الإناث أكثر انخراطاً بقليل من الرجال، من حيث العدد، حيث يشكلون نسبة 64%، وكذا من حيث وتيرة المشاركة، حيث يشكلون نسبة 23,76% بوتيرة قافلة كل ستة أشهر، في مقابل نسبة 17,78% بالنسبة للذكور. أما فيما يخص التواتر السريعة بين شهر وثلاثة أشهر، فنسب مشاركة الرجال والنساء والتزامهم فيها متقاربة جداً.

وهذا ما أكدته بحث أمريكي صدر عام 2004 في كتاب Sex Roles، Vol 51،

بعنوان «Medical students, Motivations to volunteer: an examination of the nature of gender differences»: جاء في الدراسة أن هناك فرقا واضحا في التطوع بين الجنسين فيما يخص دوافع التطوع، حيث أن النساء يصنفن جميع الدوافع أكثر من الرجال. بينما كانت نتيجة الدراسة متشابهة بالنسبة لأهمية هذه الدوافع. وصنّف كلا الجنسين في المقام الأول: القيم الأخلاقية والإنسانية، تليها الدوافع الاجتماعية ثم الدوافع الوظيفية.

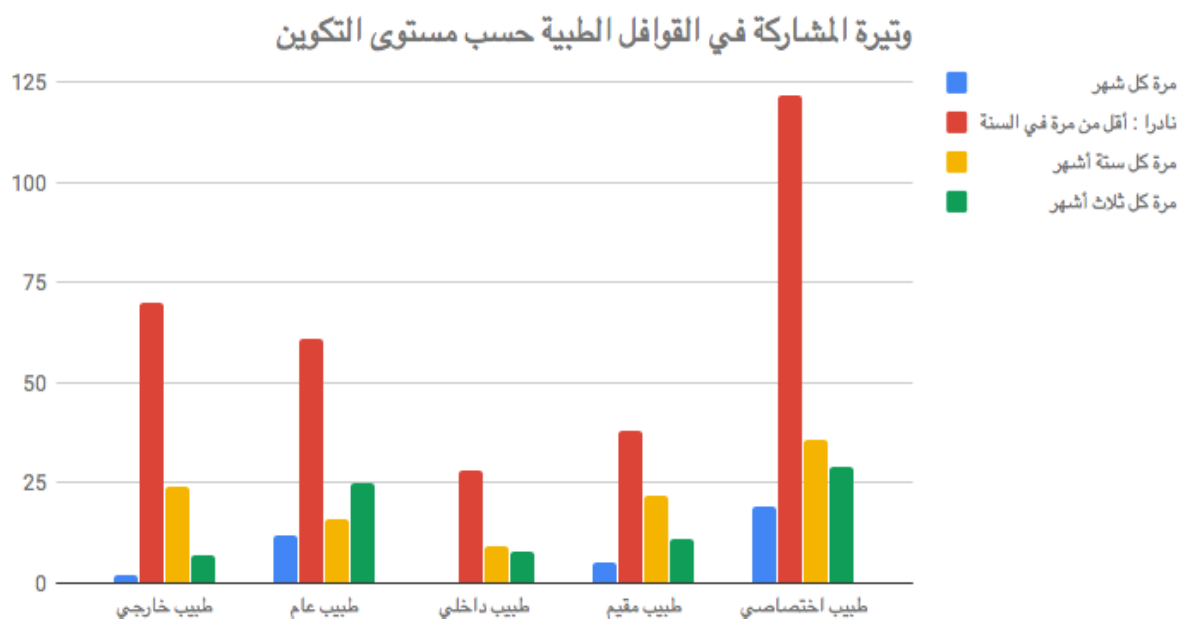
- الالتزام حسب الحالة العائلية:

وتيرة المشاركة حسب الحالة العائلية				
الحالة العائلية	مرة كل شهر	مرة كل ثلاث أشهر	مرة كل ستة أشهر	نابداً : أقل من مرة في السنة
أعزب (ة)	9	37	58	143
مطلق (ة)	1	4	1	9
متزوج (ة)	29	45	51	180
أرمل (ة)	0	0	1	0

من الملاحظ أنه لا تأثير للزواج أو عدمه على الالتزام بالتطوع، حيث أن نسبة كل من المتزوجين أو العُزَّاب كانت متقاربة جدا. في حين أن عدد الأطفال كلما ارتفع إلا وانعكس سلبا على نسبة الالتزام. بحيث تكون النسبة شبه منعدمة مع عدد أطفال يساوي أو يفوق 4 أطفال. وهذا ما يتبين من خلال المبيان الموالي:

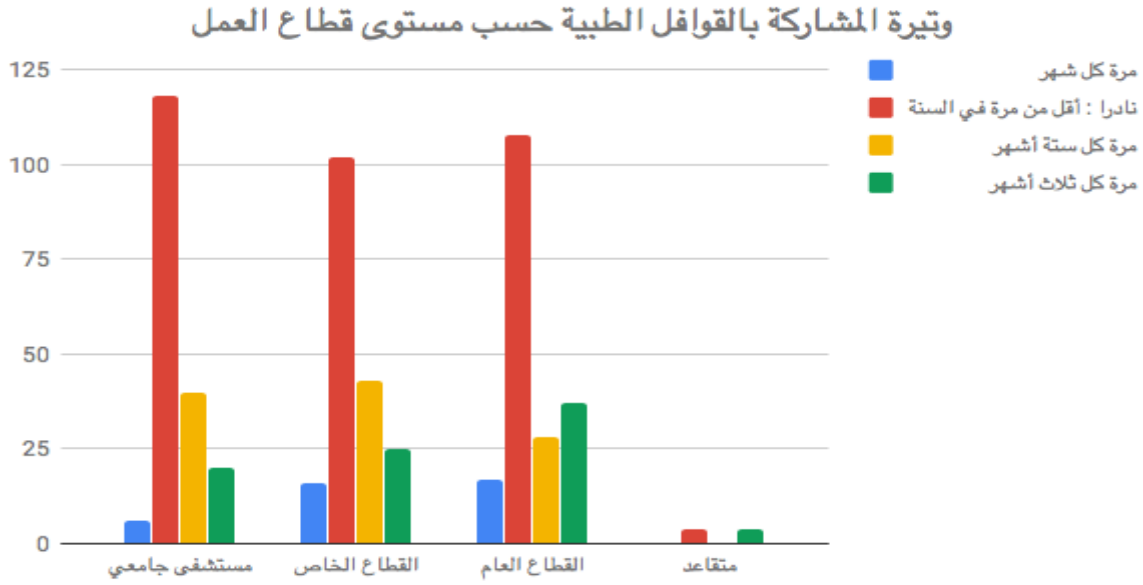
وتيرة المشاركة في القوافل الطبية حسب عدد الأطفال ؟				
عدد الأطفال	مرة كل شهر	مرة كل ثلاث أشهر	مرة كل ستة أشهر	نادرا : أقل من مرة في السنة
0	14	51	74	176
1	5	9	9	37
2	12	11	17	56
3	7	11	7	50
4	1	3	2	12
5	0	0	2	1
6	0	1	0	0

• التزام المتطوعين حسب مستوى التكوين :



هناك ترابط بسيط بين مستوى التكوين ونسبة الالتزام والمشاركة بالعمل التطوعي الطبي. حيث أنه كلما تقدم التكوين بين مرحلة قبل التخرج، التخرج من الطب العام، التخصص ونهاية التخصص الطبي، كلما ارتفعت نسبة الانخراط في العمل التطوعي الطبي. ومرد ذلك إلى أن الجمعيات تتجه في طلباتها للمشاركة خاصة إلى الأخصائيين استجابة للنقص الحاد في أماكن القوافل الطبية.

• الالتزام حسب مستوى قطاع العمل:



يؤثر قطاع العمل بشكل طفيف على نسبة الالتزام بالمشاركة في أعمال طبية تطوعية، حيث يتصدر الالتزام كل ثلاثة أشهر أطباء القطاع العام في حين أن نسبة القطاع الحر والمراكز الاستشفائية تبقى متقاربة، بينما نجد أن الالتزام الشهري متكافئ بالنسبة للقطاع العام والخاص، وبنسبة أقل بالنسبة للأطباء العاملين بالمراكز الاستشفائية. ويمكن إرجاع انخفاض نسبة الأطباء المتطوعين العاملين في المراكز الاستشفائية إلى أنهم لا يحصلون على موافقة رؤساء المصالح التي يعملون بها، وهذا ما عرفتة من عدد من الأطباء الذين عبروا أنهم لا يستطيعوا المشاركة في القوافل الطبية بوتيرة متقاربة، خصوصا أنها تتطلب منهم التغيب عن العمل في المركز الاستشفائي من يوم الخميس إلى يوم الأحد، وهذا لا يسمح به رئيس مصلحتهم خصوصا أمام قلة الأطباء في المصلحة والحاجة إليهم لرعاية العدد الكبير من المرضى المتوافدين على المصالح التي يعملون بها.

وما يثير الانتباه في هذه الدراسة، هو أن نسبة المتطوعين من الأطباء المتقاعدين منخفضة جدا، مقارنة مع العاملين بباقي القطاعات. في حين أن دراسة قامت بها جمعية "أبحاث & تضامن" **Recherches & Solidarités** في فرنسا "France Bénévolat" سنة 2016، بينت أن نسبة 26% من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و 65 سنة يشاركون بأعمال تطوعية، هذه النسبة ترتفع لتصل لـ 38% بالنسبة لمن تفوق أعمارهم سن 65 سنة، لأنهم في سن التقاعد ويتوفر لهم الوقت للتطوع، وبينت نفس الدراسة التي أجريت سنة 2013 أن 52% ممن تفوق أعمارهم 70 سنة يقومون بأعمال تطوعية.

كما أن للأطباء كبار السن دور مهم داخل منظمة "الأطباء الألمان" "Doctors German"¹، حيث أن مهمة إنسانية من بين 5 تحقق من طرف أطباء تجاوز سنهم 62 سنة.

إن فكرة التوقف عن ممارسة الطب عند الوصول إلى سن التقاعد عند الأطباء الذين راكموا سنوات من الخبرة يجب إعادة النظر فيها، وإذا كان الطبيب لا يستطيع مواصلة بعض الأعمال التي لا تتلاءم مع إمكانياته الصحية، فيمكنه التخفيف من وتيرة العمل ولكن لا يجب أن يتوقف نهائياً، لأن الناس محتاجون إلى خبرته، خصوصاً في المجتمعات التي تشكو من خصاص كبير في عدد الأطباء.

إن الاستسلام لفكرة أن عند كبر السن نحتاج إلى الراحة خطأ، لأن التجربة بيّنت أن الموظفين بصفة عامة عندما يتوقفون عن العمل تظهر عندهم أمراض ويكتثرون من الشكوى وزيارة الأطباء، في حين أن من يواصلون العمل والعطاء تقل عندهم أمراض الشيخوخة وعلى رأسها الأمراض النفسية وأمراض الدماغ. وهذا ما أثبتته عدة دراسات، أذكر منها: "دراسة تحت عنوان "النموذج الاجتماعي لتعزيز صحة السكان في فترة الشيخوخة"² التي أجريت في نيويورك على أطباء في سن التقاعد: أشارت هذه الدراسة إلى أن انقلاب الهرم السكاني وتنامي الشيخوخة، يؤدي إلى أن الناس سيقضون ثلث أعمارهم في فترة ما بعد التقاعد، ومن الحتمي أن هذه الفترة العمرية لا بد لها وأن تمر في ظروف صحية سليمة، وهذا لا يتم إلا إذا تحقق تعزيز ممارسة بعض السلوكات الصحية، فمثلاً يرتبط النشاط البدني لدى هؤلاء الأشخاص بانخفاض نسبة الوفيات، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب والأوعية الدموية والاكنتاب والخرف والإعاقة. لكن اللافت للنظر، هو ما أثبتته هذه الدراسة الأمريكية التي أجريت على 128 متطوعاً تتراوح أعمارهم بين 60-86 تمت مراقبة صحتهم وهم يمارسون أنشطة تطوعية لمدة 8 أشهر. وبينت أن المشاركة المنتظمة في الأنشطة الاجتماعية والعطاء المنظم داخل شبكات مجتمعية كبيرة يفيد صحياً بشكل أفضل من باقي الأنشطة".

¹ - تأسست على يد Bernard Ehlen الذي أدارها لمدة 26 سنة ثم تقلد مسؤوليتها Dr. Harald Kislat، تعمل المنظمة على ثمانية مشاريع قارة ودائمة يشارك فيها 36 طبيباً ألمان وسبعة أطباء محليين بالإضافة لـ 300 ممرض، ومرجمين وسائقين. كما تدعم المنظمة 66 مشروعاً بمختلف أنحاء العالم. كل سنة، حوالي 350 طبيباً يُعُثْنون للهند، بنغلاديش، كينيا، سري ليون والفلبين لمعالجة الأشخاص ذوي الأمراض الصعبة والغير مؤهلين للولوج للخدمات الصحية. ولضمان استدامة مشاريعها، يعوض الأطباء المتطوعون بالمنظمة تلقائياً بعد نهاية مهمتهم التطوعية، أغلبهم يشتغلون ستة أسابيع حسب تفرغهم، وهناك أطباء دائمون بالمنظمة لتوفير استدامة المشاريع، كما تشتغل في الغالب مع مرضيين ومستخدمين محليين، لتيسير تعوُّد الطبيب على ثقافة ونفسية وكذا ديانة المرضى. عن German-doctors.de/blog/

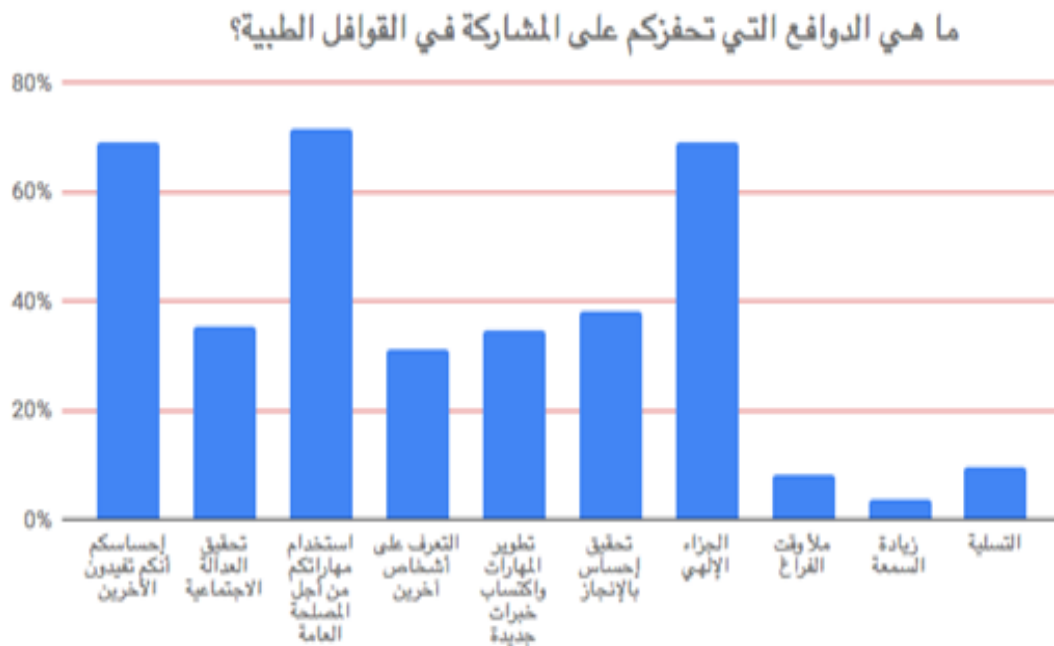
² - "A social Model for health promotion for an aging population: initial evidence on the experience corps model" Journal of urban health: Bulletin of the New York Academy, medicine: 2004.

ومن هنا تظهر أهمية تشجيع العمل التطوعي عند الأطباء الذين يصلون إلى سن التقاعد، مع التركيز على مردوده الإيجابي على صحتهم، وكذلك التركيز على أن عقيدة الإسلام تحثنا على الإكثار من الأعمال الصالحة إلى أن توافينا المنية، فنحن محاسبون على كل لحظة من عمرنا، ومواصلة مباشرة أحوال الناس في الخير سبيل إلى ختام حياة ناجحة مليئة بالإنجازات.

كما يمكن تفسير تراجع نسبة الأطباء المتقاعدين الذين يتطوعون بالمغرب، إلى عوامل أخرى كانتقال المتقاعدين إلى العمل بالقطاع الخاص، فلا يتاح لهم وقت فارغ للمشاركة بالقوافل الطبية، وكذلك إلى ظروفهم الصحية التي لا تسمح لهم بتحمل مشقة السفر إلى المناطق البعيدة والمعزولة التي تنظم بها أغلب القوافل الطبية.

2- المحفزات:

وهي ما يطلق عليه علماء الاجتماع "منايع الالتزام". وقد اعتمدنا أسسا متينة، ذات صفة دائمة، تمكن من شرح دوافع المتطوعين. وقد ميزنا فيما بينها من باب التكامل لا التعارض، بين ما هو منتم للمجال النفعي العام؛ ومنه إفادة الآخرين وتحقيق العدالة الاجتماعية واستخدام المهارات من أجل المصلحة العامة، وما هو داخل بالمجال النفعي الفردي؛ ومنه اكتساب علاقات وخبرات جديدة والحصول على الجزاء الإلهي والمتعة وكذا زيادة السمعة وملء الفراغ. ويعرض التمثيل المبياني بالأعمدة أسفله نتائج أهم الدوافع التي عبرت عنها عينة الدراسة.



3- الدوافع:

يتبين من خلال هذا الاستطلاع حول دوافع التطوع أن النسبة الغالبة منها تدخل في المجال النفعي العام ممثلة في استخدام المهارات من أجل المصلحة العامة والإحساس بإفادة الآخرين، وذلك بنسب هي على التوالي 71,7% و 69%.

وهذا ما أكدته دراسات سابقة:

- حيث تشير دراسة أجريت عام 2013 بأمريكا، تحت عنوان « **Health and volunteering** study» إلى أن 96% من المتطوعين يقولون أنهم يساهمون في جعل مجتمعهم في مكان أفضل.

- وفي الدراسة التي أجرتها جمعية «أبحاث وتضامن» **Recherches & Solidarités** سنة 2015 في فرنسا تحت عنوان: «فرنسا المتطوعة: ألف طريق للعمل»¹، بينت أن 92% من المتطوعين يتطوعون من أجل محاولة تحسين بعض الأشياء، و 79% من أجل نفع المجتمع وعدم الاقتصار على التفرج في المشاكل، و 67% من أجل الإحساس بنفع الآخرين، و 54% كتعبير عن رفض الواقع ومواجهة غياب العدالة الاجتماعية، ونفس النسبة 54% من أجل التعرف على أشخاص آخرين، و 48% من أجل تطوير المهارات وتعلم أشياء أخرى، و 44% من أجل إعطاء قيمة لحياتهم ورفع التحديات، و 31% من أجل الإحساس بأداء الواجب، و 15% من أجل ملء وقت الفراغ.

ويبقى أقوى دافع فردي ظهر في دراستنا هو الدافع الديني المتجلي في ابتغاء نيل الثواب الإلهي بنسبة 69,2%.

وعلاقة الدين بالتطوع أكدتها عدة دراسات أذكر منها:

* دراسة ، « **Volunteering for human service provisions : lessons from Italy and the U.S.A²** »، أجرتها جامعة بنسلفانيا، وجاء في الدراسة أن 85% من المتطوعين هم متدينون.

* ودراسة: **Examining some effects of religiosity upon participatio in humanitarian voluntarism** 5/3/2006 :³ تحت عنوان: «العلاقة بين الدين والتطوع الإنساني»، وقد جرت هذه الدراسة في الكنيسة الإنجيلية والكنائس التي تم تجديدها لإعادة تشكيل التجمعات اللاهوتية والممارسات الليتورجية للكنيسة التقليدية مع ثقافة ما بعد الحداثة. نتائج الاستطلاع بينت وجود علاقة إيجابية بين حضور الكنيسة للصلاة وقراءة الإنجيل، مع القيام بالعمل التطوعي متوافقة مع دراسات سابقة.

* وفي دراسة تحت عنوان **Conscious Voluntary Action**، أجرتها Peter Maria Elena Johann سنة 2002. هدفت هذه الدراسة لتوضيح أن العمل التطوعي الواعي ينبع من أساس ديني، وأن الاستفادة من جهود المتطوعين المشتركة، بشكل منظم ومدرّس يساهم في تحقيق آمال المواطنين نحو التغيير وإحداث تحولات اجتماعية

¹ - La France Bénévole : les mille et une façons d'agir, Edition 12- Juin 2015.

² - Ugo Ascoli - Ram A. Cnaan. University of Pennsylvania : 1997

³- Michael Itagaki -A Thesis Presented to the Faculty of California State University, Fullerton In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Arts in Sociology. UMI Number: 1434524.

وروحية بالمجتمع، كما أشارت الدراسة إلى أن تطوير العمل التطوعي الخيري لا يجب أن يرتبط بزاوية دينية فقط ولكن يجب تناوله من زوايا اقتصادية واجتماعية وسلوكية...إلخ.

أما في مجتمعاتنا الإسلامية فهناك عدة دراسات وأبحاث بينت أهمية الدافع الإيماني في تشجيع انخراط أفراد المجتمع في العمل التطوعي، أذكر على سبيل التمثيل:

- دراسة ميدانية قام بها الدكتور زكريا محمد عبد الهادي¹ على ثمانين متطوعاً من هيئة الهلال الأحمر الإماراتي وهي مؤسسة لها حضور واسع بين المواطنين، وتجذب الكثير من المتطوعين؛ أوضحت هذه الدراسة أن ما شجع 83% من المتطوعين على الانخراط في العمل التطوعي هو ابتغاء الأجر والمثوبة من الله.

- دراسة قام بها الباز راشد بن سعد سنة 2002 تحت عنوان (الشباب والعمل التطوعي: دراسة ميدانية على طلاب المرحلة الجامعية في مدينة الرياض) لمعرفة مدى مشاركة الشباب ورغبتهم في العمل التطوعي والعوامل المرتبطة بالتطوع من محفزات ومعوقات، واستخدم المسح الاجتماعي لعينة من الشباب بلغت (163) مبحوثاً. وكشفت الدراسة عن وجود علاقة بين المشاركة في العمل التطوعي ومتغير اكتساب الخبرة حيث أفاد بذلك 92% من المبحوثين. ودلت الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين المشاركة في العمل التطوعي والرغبة في الحصول على الأجر والثواب ومثلها 99% من أفراد العينة.

➤ بالنسبة لدراسة المحفزات حسب المتغيرات:

أ- حسب السن: ركزنا على أربع فئات عمرية، تتكون من شرائح "قوية إحصائياً" لمعانة أهم الاختلافات.

	أقل من 26 سنة	بين 26 و 35 سنة	بين 35 و 60 سنة	فوق 60 سنة	
إحساسكم أنكم تفيدون الآخرين	62,83%	67,03%	66,82%	75,00%	
تحقيق العدالة الاجتماعية	32,43%	32,41%	36,58%	07,25%	
استخدام مهارتكم من أجل المصلحة العامة	58,78%	73,62%	74,14%	60,00%	
التعرف على أشخاص آخرين	34,45%	32,41%	29,26%	17,85%	
تطوير المهارات واكتساب خبرات جديدة	56,08%	36,81%	16,09%	07,14%	
تحقيق إحساس بالإنجاز	43,24%	27,47%	35,20%	57,14%	
الجزاء الإلهي	62,83%	72,52%	65,85%	53,57%	
ملء وقت الفراغ	12,83%	07,14%	04,80%	10,70%	
زيادة السمعة	04,05%	03,29%	02,40%	00,00%	
التسلية	08,78%	12,08%	05,85%	00,00%	

¹ - زكريا محمد عبد الهادي: أستاذ الفكر الإسلامي المشارك بكلية الشريعة والدراسات الإسلامية، جامعة قطر، بحث قدم في مؤتمر العمل الخيري الخليجي الثالث بدبي، 22-20 يناير 2008م، عن منشورات هذا المؤتمر المجلد الثالث، ص. 1175.

السؤال عن الدوافع من حيث أنه متعدد الإجابات، سمح للأطباء الذين تتراوح أعمارهم بين 35 سنة و 60 سنة من وضع أربعة اختيارات فأكثر على الغالب؛ فقد كانت لهذه الفئة العمرية رغبة قوية في التطوع، حيث نجد اهتمامهم بالدرجة الأولى استخدام المهارات من أجل المصلحة العامة بنسبة 74,14%. تليها إفادة الآخرين، بنسبة تصل إلى 66,82%. نفس الأمر ينطبق على الفئة التي تتراوح أعمارها بين 26 سنة و 35 سنة، مع نسب أقل قليلاً.

ونجد في مؤخرة النسب عند جميع الفئات العمرية: ملء وقت الفراغ وزيادة السمعة والتسلية، حيث وصلت نسبة الرغبة في التسلية وزيادة السمعة 0% عند الفئة العمرية التي تفوق 65 سنة، في حين أن هذه الفئة العمرية تركز بالأساس على جانب إفادة الآخرين، بنسبة تصل إلى 75,00%.

1) دوافع العمل التطوعي حسب شدة الالتزام:

تم تشكيل أربعة أجزاء، دون تقدير الدوافع، لأنها تعتمد على الوقت المتاح دون النظر إلى القيمة، الفئة العمرية أو الجنس.

ما هي الدوافع التي تحفزكم على المشاركة في القوافل الطبية؟ (يمكنكم اختيار عدة إجابات)

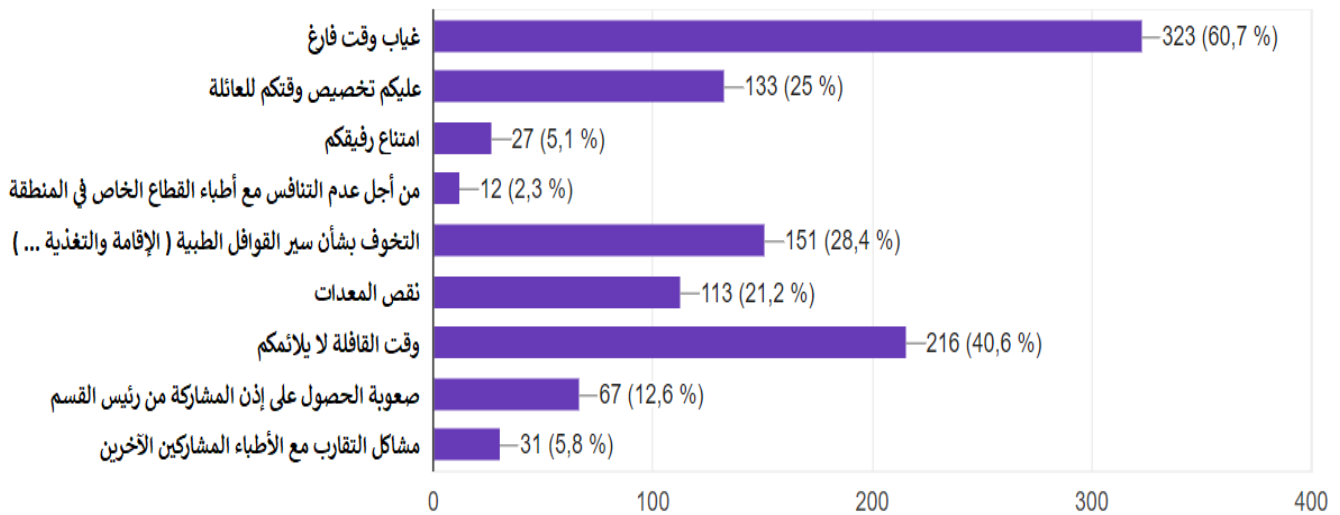
نادراً: أقل من مرة في السنة	كل ستة أشهر	كل ثلاثة أشهر	شهري	
60,84%	67,56	77,90%	82,05%	إحساسكم أنكم تفيدون الآخرين
30,42%	33,33%	40,96%	41,02%	تحقيق العدالة الاجتماعية
64,45%	71,11%	81,39%	76,92%	استخدام مهارتكم من أجل المصلحة العامة
26,80%	33,33%	38,37%	38,46%	التعرف على أشخاص آخرين
29,81%	38,73%	33,72%	38,46%	تطوير المهارات واكتساب خبرات جديدة
35,84%	34,23%	38,37%	33,33%	تحقيق إحساس بالإنجاز
61,74%	67,56%	75,58%	84,61%	الجزاء الإلهي
06,92%	09,90%	11,62%	02,56%	ملأ وقت الفراغ
02,10%	03,60%	06,97%	00,00%	زيادة السمعة
07,83%	13,51%	05,81%	05,12%	التسلية

يتضح أن الدوافع القوية والأكثر ترجيحاً من قبل المتطوعين، تؤدي إلى التزام أكبر، حيث أن المتطوعين الملتزمين بوتيرة أسرع (شهرياً، أو كل ثلاثة أشهر) تبنوا أربعة دوافع على الأقل، مقارنة بباقي المتطوعين، يأتي على رأسها الارتباط الديني بالتطوع والحصول على الثواب الإلهي بحيث يعد بمثابة حافز قوي بالنسبة ل 84,61% لدى الفئة التي تشارك في قافلة كل شهر، يليه الشعور بإفادة الآخرين حيث يعد دافعا قويا بنسبة 82%، ثم استخدام المهارات من أجل المصلحة العامة بنسبة 76,92%.

4- المعوقات:

توجد عدد من العوامل التي تؤدي إلى عزوف الأطباء عن المشاركة في الأعمال التطوعية، والتعرف عليها له أهمية كبيرة لمحاولة التغلب عليها وبالتالي تشجيع عدد كبير من الأطباء على الانخراط في الأعمال التطوعية.

ومن خلال اطلاعي على عدة دراسات حول معوقات العمل التطوعي، تبين أن أهم المعوقات هي التي عرضتها في الإجابات المتعلقة بالسؤال التالي: ما هي المعوقات التي تمنعك من المشاركة في القوافل الطبية؟ ويعرض التمثيل المبياني بالأعمدة التقسيم المرجح لهذه المعوقات التي عبرت عنها عينة الدراسة:



القافلة لا يتطوع للمشاركة في القافلة، 40,6% الوقت، إما من جانب غيابه وذلك بنسبة 60,7%، أو أن وقت يمكن التغلب على هذا العائق (عامل الوقت)، ببيان الحكم الشرعي لتطوع الأطباء أمام الظروف التي تمر بها المنظومة الصحية في بلادنا، فقد سبق أن أشرنا في الفصل الأول من هذا البحث أن التطوع في المجال الصحي يعتبر فرضاً كفاً، يعني أن القيام به واجب على كل طبيب ما لم تحصل الكفاية والعيش الكريم لكل المواطنين، ومن هنا يتوجب على الطبيب تخصيص جزء من وقته للقيام بأنشطة تطوعية علاجية أو وقائية سواء في الجهة التي يعمل بها، أو المشاركة في قوافل طبية مرة في كل ستة أو ثلاث أشهر أو شهرياً حسب ظروفه.

كما يلاحظ أنه من معوقات التطوع الطبي، عوامل داخلية تتعلق بحياة المتطوع، إما للإلزامية تخصيصه وقتاً للعائلة وذلك بنسبة 25%، أو صعوبة الحصول على إذن المشاركة من رئيس القسم بنسبة 12,6%، ويأتي بنسبة أقل امتناع الرفيق بنسبة لا تتجاوز 5,1%.

كما أن هناك نقطتين متعلقتين بالجهة المنظمة للقافلة الطبية، أولاهما تتعلق بظروف سير القافلة الطبية، وتسبب عائقاً للمتطوعين بنسبة تصل إلى 28,4%، وكذا نقص المعدات الطبية، إذ يعيقهم بنسبة 21,2%. ورغم أن النسب تبدو بسيطة إلا أن هذين العنصرين مهمان للغاية ليؤخذا بعين الاعتبار من طرف المنظمين، لأنه خلافاً للأسباب التي تؤثر داخليا على حياة المتطوع، فإن الجمعيات لها تأثير مباشر عليهم أيضاً. ولهذا لا بد من لجنة تنظيمية تسهر على توفير حد أدنى من الراحة والنظافة في السكن والأكل ووسائل التنقل لضمان سلامة المتطوعين، ولكن على المتطوعين كذلك عدم المبالغة في المتطلبات وتحمل بعض الصعوبات التي قد تواجههم خصوصاً أن أغلب القوافل تنظم في أماكن معزولة يصعب فيها توفير ظروف متالية في السكن والأكل.

وهناك عدة قصص واقعية وقفت عليها تبين مدى تضحية وتفاني عدد من المتطوعين خارج بلدهم، وتحمل أقصى الظروف في سبيل تحقيق هدفهم الإنساني، منها ما ذكره الدكتور محمد علي البار¹: "كنت في زيارة إلى الصومال فصادفتي بعثة طبية فرنسية مكونة من أطباء وممرضين، وممرضات رجالاً ونساء، يعيشون في ظروف بيئية قاسية، يدفعهم إلى ذلك دوافع شتى، بعضها تنصيري، وبعضها إنساني بالإضافة إلى حب المغامرة وتجربة الحياة... وفي إحدى سفرياتي تعرفت على طبيب إنجليزي أخصائي في أمراض العيون، يذهب كل عام شهراً أو شهرين إلى بعض قرى الهند، ليدرب الأطباء على إجراء عمليات العيون... وفي مدينة شيتاجونج ببنجلاديش، أنشئ مستشفى للعيون وضعت حجر الأساس فيه، وجمعت المعونات لإنشائه سيدة ألمانية، نذرت على نفسها أن تسهم في مكافحة أمراض العيون في الدول الفقيرة، ويروى عنها أنها إذا جاءت إلى بنجلاديش لمتابعة المشروع، ودعاها أحد للعشاء أو الغداء اعتذرت عن الدعوة وطلبت من الداعي أن يدفع لها تكاليف الدعوة نقداً لتضمها لصندوق المستشفى".

هذه أمثلة محدودة لعشرات من القصص. وعالمنا الإسلامي لا زال بخير، فهناك أيضاً عشرات القصص تروى عن إسهام أطبائنا في خدمة المرضى المعوزين، ولكن الحاجة لا زالت كبيرة ونحتاج إلى تكثيف هذه الأعمال والإبداع في طرق تنظيمها.

إن الطبيب الذي لديه القدرة، ويستطيع أن يسهم بجزء من وقته لخدمة المرضى الفقراء وخصوصاً في المناطق المعزولة، سواء كان ذلك في حقل الطب العلاجي، أو الطب الوقائي، أو البحوث، أو التدريب، أو الإغاثة العاجلة، يجب عليه أن يبادر، وألا يشترط كثيراً.

¹ - الطبيب أدبه وفقهه، ص. 133-134-135-136.

وبالإضافة إلى المعوقات التي وردت في التمثيل المبياني السابق، بينت عدة دراسات اطلعت عليها أن النقص في ترويج وتسويق العمل التطوعي يعتبر من أهم معوقاته، ولهذا خصصت له عددا من الأسئلة للتعرف على سبل النهوض به، لما له من أثر في توفير الإمكانيات المادية والبشرية التي يتوقف عليها نجاح التطوع في المجال الصحي.

✓ **الترويج للعمل التطوعي الطبي:** خصصنا عدة أسئلة في هذا المحور قصد التعرف على أهم القنوات التي يجب الاعتماد عليها لإنجاح الترويج للعمل التطوعي، وبالتالي توفير الموارد البشرية والمادية الكافية لتطوير الأعمال التطوعية.

■ **السؤال الأول:** هل تعتقد أن الترويج الحالي للعمل التطوعي كاف؟

هل تعتقد أن الترويج الحالي للعمل التطوعي كاف؟		
لا	نعم	
91	12	طالب طب
103	11	طبيب عام
34	11	طبيب داخلي
62	14	طبيب مقيم
183	23	طبيب اختصاصي

يلاحظ أن كل الفئات: طلبة، أطباء عامون، مقيمون وأطباء اختصاصيون - أجمعوا على عدم كفاية الترويج الحالي للعمل التطوعي الطبي. حيث بلغت النسبة 88,8% في صفوف الأطباء الاختصاصيين، 90% بالنسبة للأطباء العاميين، و 88,34% بالنسبة للطلبة.

في حين لم تتجاوز النسبة التي قالت بأن الترويج كاف 11,16% بالنسبة للأطباء الاختصاصيين، و 9,6% بالنسبة للأطباء العاميين و 11,65% بالنسبة للطلبة الأطباء. وهذا ما يقتضي فتح باب واسع لتطوير سبل الدعاية والتحسيس بأهمية العمل التطوعي.

■ **السؤال الثاني:** إذا كان الترويج للعمل التطوعي في المجال الصحي في بلادنا غير كاف، فما

هي أهم القنوات التي يمكننا استعمالها لتطويره؟

أ- **أهمية مساهمة المتطوعين في الترويج للعمل التطوعي في المجال الصحي:**

بينت عدة دراسات أن المتطوعين هم على رأس من يقومون بالترويج للعمل التطوعي، ولهذا خصصت سؤالا لمعرفة مدى صدق هذا المعطى في دراستنا:

"هل تشجع الأطباء الآخرين على المشاركة في العمل التطوعي الطبي؟" اعتمدت على تحليل أجوبة المتطوعين حسب وتيرة مشاركتهم بالقوافل الطبية.

وتيرة المشاركة	النسبة المئوية %		هل تشجع الأطباء الآخرين على المشاركة في العمل التطوعي الطبي (القوافل أو غيرهم)؟	
	نعم	لا	نعم	لا
شهريا	100	0	39	0
نادرا: أقل من مرة في السنة	90,06	9,93	299	33
كل ستة أشهر	93,69	6,30	104	7
كل ثلاثة أشهر	97,67	2,38	84	2

نلاحظ أنه بالنسبة للمواطنين على القوافل الطبية مرة كل شهر فإن نسبة تشجيعهم للأطباء الآخرين تبلغ 100%، يليهم المتطوعون كل ثلاثة أشهر بنسبة 97,67%، ثم المتطوعون كل ستة أشهر بنسبة 93,69%، وأخيرا المتطوعون أقل من مرة واحدة في السنة بنسبة 90,06%.

وهكذا نلاحظ أن الأطباء الذين يشاركون في القوافل الطبية، حينما يعاينون الخصائص الموجودة في المناطق النائية ويقدرّون الفائدة التي يقدمونها للمرضى خلال هذه القوافل، يقتنعون أكثر بأهمية هذه الحملات الإنسانية ويشجعون الآخرين على المشاركة فيها. من هنا تتبين أهمية العمل على تشجيع الأطباء للمشاركة في هذه الأعمال التطوعية ولو لمرة واحدة. وهناك قصة وقعت لي مع طبيبة أخصائية في القطاع الخاص، خلال تنظيم قافلة طبية متعددة التخصصات، تعذر علينا في بادئ الأمر إيجاد طبيب أو طبيبة في تخصصها، فكلمتها وهي أحد صديقاتي وشرحت لها المشكل، فما كان عليها إلا أن قالت لي لو احتجتم لمساعدة مالية أساهم معكم، ولكني لا يمكنني التنقل إلى هذه الأماكن البعيدة، قلت لها إن المشكل الكبير الذي نعاني منه أكثر في بلدنا ليس المال، ولكن نعاني من نقص حاد في عدد الأطباء الأخصائيين في هذه المناطق، ولما ألححت عليها للمشاركة معنا لأنها لم تكن لها تجربة من قبل، قبلت وكانت من أنشط الأطباء خلال تلك الحملة الإنسانية بل أصبحت تعرض نفسها للمشاركة في عدد من القوافل، وتشجع معارفها على الانخراط في الأعمال التطوعية لما شعرت به من نقصير تجاه هذه الفئة من المرضى المعوزين وما شعرت به من رضا عن النفس وفرحة كبيرة بإسعاد الآخرين.

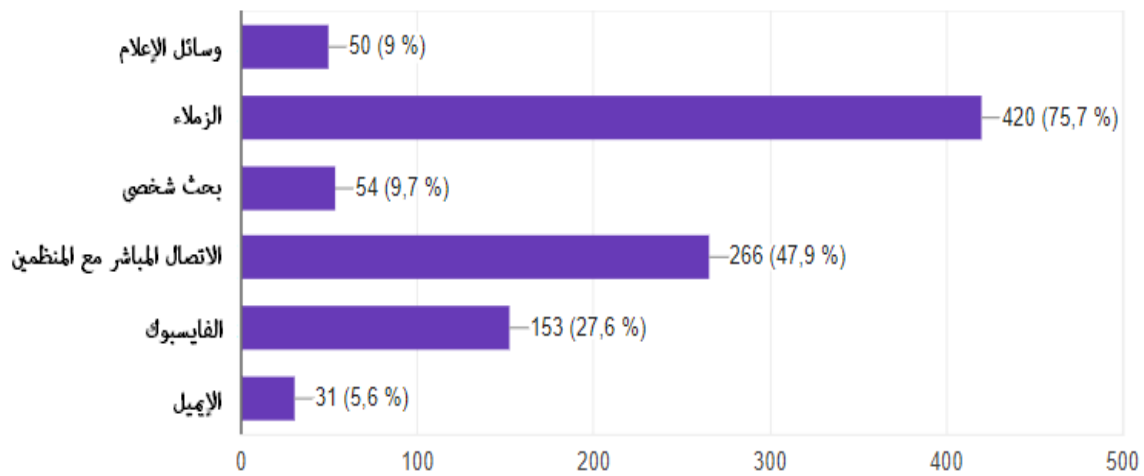
ومن بين الدراسات التي بيّنت الدور المهم الذي يقوم به المتطوعون للترويج للعمل التطوعي، أذكر دراسة أجريت في شمال المكسيك¹، لتجربة ناجحة لمجموعة من المتطوعين دامت أكثر من 20 عاماً، قاموا بتقديم الخدمات الطبية وخدمات طب الأسنان والجراحة للسكانة بشمال المكسيك الذين يعانون من نقص في الخدمات الصحية، من بين المسائل التي وردت في تقرير عن هذه التجربة: القيمة المحورية لتعددية طرق واستراتيجيات استقطاب المتطوعين، مع التأكيد على الارتباط الوثيق الذي يقع بين "المتطوع والمريض"، وأهمية تمهيد السبل للمتطوعين لأول مرة، وكذا والأهم من ذلك أنه على المنظمات التركيز على

¹ – Promoting volunteerism in global health: lessons from a medical mission in northern Mexico": Melissa Withers – Carole H. Brozner – Tara Aghaloo ;Journal Community health, New York 2012.

إنجاح التجربة الأولى للمتطوعين، خصوصا من خلال إعطائهم مسؤوليات وأدوار محددة، الشيء الذي يضمن رضاهم على العمل الذي يقومون به وضمان استدامة انخراطهم في التطوع".

ومع الأسف في المغرب لا زال عدد كبير من الأطباء لا علم لهم بتنظيم القوافل الطبية وما تحققه من خدمات صحية جلية. لذا علينا تكثيف برامج ترويج الأعمال التطوعية عبر جميع القنوات الممكنة وخاصة الإعلام.

ب) ونظرا لأهمية الإعلام ومواقع التواصل الاجتماعي في الترويج للعمل التطوعي، خصصت السؤال **"كيف تعرفت على القوافل الطبية؟"** لمعرفة أهم القنوات التي تساعد على استقطاب الأطباء المتطوعين في القوافل الطبية:



يتضح من خلال المبيان التمثيلي أن الإخبار من طرف الزملاء هو أبرز الوسائل للتعرف على القوافل الطبية، حيث تصل نسبة اعتماده إلى 75,7 %، يليه الاتصال المباشر من المنظمين بنسبة 47,9 %، ثم الفيسبوك بنسبة 27,6 %، في حين أن كلا من وسائل الإعلام والبحث الشخصي وكذا الإيميل فلا تتجاوز نسبة كل منها 9 %.

نلاحظ من خلال النتائج التي توصلنا إليها أن استعمال وسائل الإعلام والفيسبوك والإيميل للترويج للعمل التطوعي لازال ناقصا، بحيث أن نسبة الأطباء الذين تعرفوا على القوافل الطبية عن طريق هذه القنوات أقل بكثير من التعرف عليها عن طريق الزملاء أو الاتصال المباشر بالجهات المنظمة، رغم أن الكثير من الدراسات والتجارب تؤكد على أهمية استثمار وسائل الإعلام والمواقع الإلكترونية للترويج للعمل التطوعي، وتوصي بجعل الإعلام شريكا استراتيجيا؛ وتتأكد هذه الشراكة عبر الإعلام الجديد؛ حيث أصبح وسيلة لا غنى عنها في بناء العمل التطوعي بشكله المؤسسي الصحيح والمفيد والمؤثر، ومن أهم طرق الإعلام الجديد التي أريد التأكيد عليها الإعلام الإلكتروني.

إن إهمال التسويق الإلكتروني للعمل التطوعي في المغرب أمر واقع يجب الانتباه إليه والعمل الجاد على تجاوزه؛ فإن عدداً من الجمعيات العاملة في المجال رغم أنها تقوم بأنشطة متميزة ومتعددة، لا تتوفر على موقع إلكتروني خاص بالجمعية، يكون حلقة وصل بينها وبين الجمهور من المستفيدين والجهات المانحة وكذلك المتطوعين.

إن أولى خطوات تطبيق عملية التسويق الإلكتروني بالمنظمات الخيرية، تعتمد على توفير موقع إلكتروني خاص بالجمعية، وينبغي أن يكون تصميم الموقع متماشياً مع البرامج والخدمات المقدمة، وأن يعرض الموقع أهداف وأنشطة الجمعية، مع مراعاة التنسيق الشكلي والموضوعي، وأهمية اختيار الألوان والشعار والشكل الخارجي للموقع بدقة وعناية، لجذب الزوار. كما يجب ربط الموقع الإلكتروني بحسابات مختلفة على مواقع التواصل الاجتماعي كالفيسبوك وتويتر، وإنشاء صفحات ومجموعات مرتبطة بهذه الصفحات، لتسهيل انتشار محتويات الموقع الإلكتروني، فيتم البث والوصول لكل مكان متجاوزاً الصعوبات والمسافات والإمكانات، مع سرعة نقل ما تقام من أنشطة، وتغطية ما يجري من أحداث، وما يستتبعه ذلك من سرعة وصول المعلومة للجمهور.

ويجب الحرص على عرض إنجازات الجمعية عبر الموقع: وهذا يتطلب توفير مجموعة كبيرة من الصور والفيديوهات والأخبار عن نشاطات الجمعية لإضافتها على الموقع، لأن نقل الصورة والصوت، وعدم الاعتماد على النقل الخبري بالكلمات فقط يكسب المصداقية للعمل الخيري، تدفع عنه كل أنواع التشكيك، مما يساعد على ترسيخ صورة إيجابية عن الجمعية، والانتشار على مساحة أكبر.

كما يمكن فتح حساب بنكي إلكتروني، يوضع على الموقع في مكان بارز يراه كافة الزوار حتى يكون متاحاً تحويل الأموال إلى حساب الجمعية من جميع أنحاء العالم.

ويجب التأكيد على أهمية الإعلان عن الموقع الإلكتروني بكافة الوسائل التقليدية والإلكترونية، مثل الحديث المباشر والإلكتروني مع الجمهور من طرف العاملين والمتطوعين بالجمعية، الملصقات، الإعلان عن طريق الإذاعة والتلفزة (الإعلان بالشرط السفلي بالقنوات الفضائية)، إقامة الحفلات - المؤتمرات والندوات - المسابقات - الرحلات، مع أهمية توافر عنصر الشفافية والمصداقية والنزاهة والإنضباط والالتزام بالوقت المحدد والمتفق عليه، في التعامل مع الجمهور الإلكتروني من المستفيدين والجهات المانحة، مما سيؤثر إيجابياً على سمعة الجمعية وانتشارها عالمياً.

إن الترويج للعمل التطوعي بهذه الطريقة، لا يتنافى مع شرط إخلاص النية لله، لأن استعمال الطرق التسويقية الحديثة أصبح ضرورياً من أجل إنجاح هذه الأعمال النبيلة، ويبقى الإخلاص مرتبطاً بالقلب، وجزاؤه عند الله الذي يعلم السر وما يخفى.

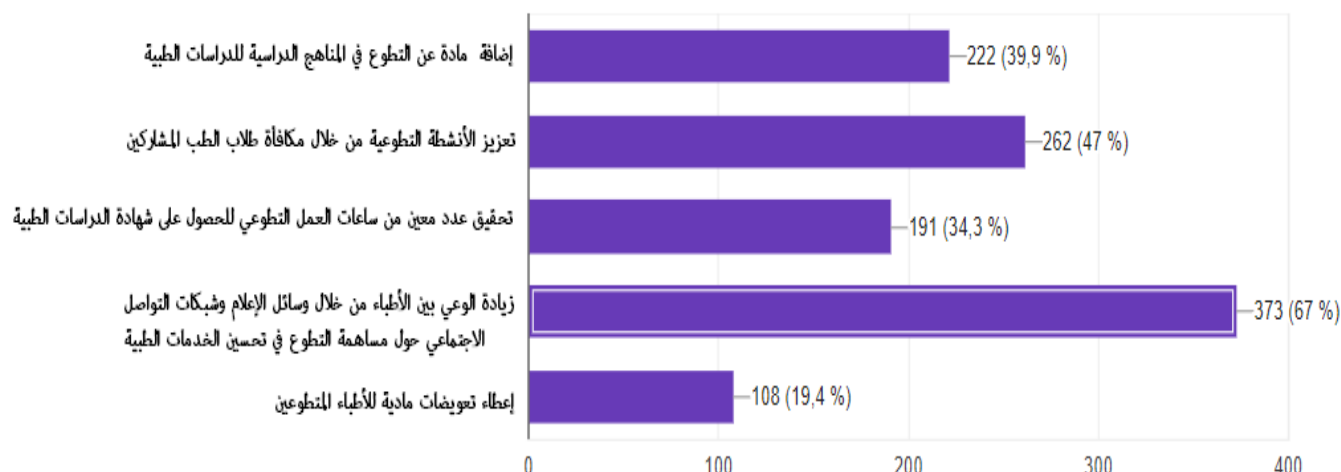
وفي محور التوصيات، خصصنا عددا من الأسئلة تتعلق بسبل تطوير العمل التطوعي عند

الأطباء:

أ- سبل التحفيز للعمل التطوعي: اعتمدنا في هذا السؤال على تحليل وسائل التحفيز لدى جميع

الفئات، بمختلف أعمارها.

في رأيكم، ما هي أفضل وسيلة لتحفيز العدد الأقصى من الأطباء على التطوع؟



من الملاحظ أن قائمة وسائل التحفيز تأتي على رأسها زيادة الوعي بين الأطباء من خلال وسائل

الإعلام وشبكات التواصل الاجتماعي حول مساهمة التطوع في تحسين الخدمات الطبية، وذلك بنسبة

67%، تليها تعزيز الأنشطة التطوعية من خلال مكافأة طلاب الطب المشاركين بنسبة 47%، ويأتي في

مؤخرة الاستطلاع إعطاء تعويضات مادية للأطباء المتطوعين بنسبة 19,4%.

✓ الإعلام وشبكات التواصل الاجتماعي والتطوعي:

زيادة الوعي بين الأطباء من خلال وسائل الإعلام وشبكات التواصل الاجتماعي حول مساهمة التطوع في تحسين الخدمات الطبية		النسبة المئوية %		
لا	نعم	لا	نعم	
43	60	41,17	58,25	طالب طب
40	74	35,08	64,91	طبيب عام
24	21	53,33	46,66	طبيب داخلي
27	49	35,52	64,47	طبيب مقيم
65	141	31,55	68,44	طبيب اختصاصي

يلاحظ أنه فيما يخص زيادة الوعي بين الأطباء من خلال وسائل الإعلام وشبكات التواصل الاجتماعي حول مساهمة التطوع في تحسين الخدمات الطبية كأفضل وسيلة لتحفيز العدد الأقصى من الأطباء على التطوع، أن الإجابة كانت نعم عند جل الفئات حيث بلغت النسبة 58,25% بالنسبة لطلبة الطب، بينما تمثل الإجابات بـ "نعم" في صف كل من الأطباء العامين، والأطباء المقيمين والمتخصصين نسبة أكبر من 64%.

وهذا يؤكد ما سبق الوقوف عنده، عن أهمية تسويق العمل التطوعي عبر جميع قنوات الإعلام. إن غياب الدور الإعلامي عن التوعية بأهمية التطوع وبالجمعيات المهتمة بالمجال الصحي والأنشطة التي تقدمها للمجتمع يساهم في قلة الإقبال على التطوع. وقد ساعدت عدة عوامل على عدم اهتمام وسائل الإعلام بالعمل التطوعي لعل من أبرزها: قلة مصادر المعلومات عن برامج التطوع ومجالاته، وعدم توثيق الجمعيات لأنشطتها بالصور والفيديوهات التي يمكن صياغتها على شكل مواد إخبارية إعلامية. وأؤكد أن لدى كيانات العمل التطوعي فرصة نجاح كبيرة عبر استعمال مختلف وسائل الإعلام، ويمكنها من خلال ذلك تغيير الكثير من المفاهيم الخاطئة عن العمل التطوعي، وتثبيت مفاهيم أخرى كتوعية المجتمع بقيمته، وتعريفه بما يتم القيام به من خدمات للمجتمع، مما يمكنها من استقطاب المتطوعين والحصول على التبرعات التي تستثمر في مشاريع تسعى للتنمية المستدامة للمجتمعات.

إضافة مادة عن التطوع في المناهج الدراسية للدراسات الطبية		النسبة المئوية %		
لا	نعم	لا	نعم	
66	37	64,07	35,92	طالب طب
71	43	62,28	37,71	طبيب عام
36	9	80	20	طبيب داخلي
54	22	71,05	28,94	طبيب مقيم
109	97	52,91	47,08	طبيب اختصاصي

● أهمية نشر ثقافة التطوع خلال التكوين الطبي:

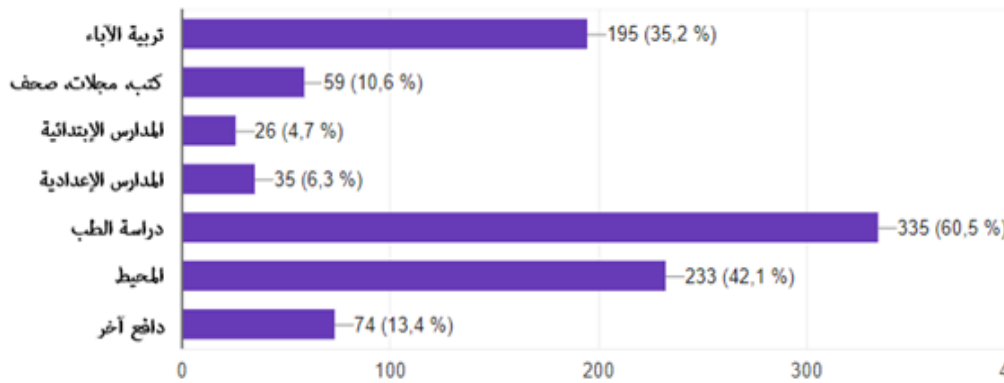
يلاحظ أنه فيما يخص إضافة مادة عن التطوع في المناهج الدراسية للدراسات الطبية، أن النسبة كانت ضعيفة عند كل من الأطباء المقيمين وطلبة الطب، حيث بلغت 35,92% بالنسبة للأطباء المقيمين و 28,94% بالنسبة لطلبة الطب. في حين أن النسبة بلغت 47,08% بالنسبة للأطباء الاختصاصيين. ويمكن أن نفسر هذه النتائج هو أن ثقل المواد التي تدرس لطلبة الطب جعلتهم يرفضون مواد أخرى تثقل كاهلهم عند إعداد الامتحانات.

ومن خلال عدة دراسات اطلعت عليها، لاحظت أن في عدد من الدول كالولايات المتحدة الأمريكية وكندا وماليزيا وأندونيسيا... يلزم الطلبة باستيفاء عدد من الساعات التطوعية خلال مسارهم الأكاديمي للتمكن من حصولهم على دبلوم التخرج، وكلما كانت لهم أنشطة تطوعية كثيرة كلما حصلوا على حظوظ أكثر لاختيار التخصص أو القيام بتدريبات في الخارج.

ومن التوصيات التي اقترحها الباحث كورلن¹ بعد الدراسة التي قام بها حول تطوع الأطباء في العيادات المجتمعية المجانية: "قد يكون ممكناً تلقين مثل هذه القيم في الكليات الطبية للطلبة من أجل الدفع بهم إلى العمل في المستشفيات العمومية".

ومن أجل معرفة الطرق الناجعة التي يجب تطويرها من أجل استقطاب المزيد من الأطباء للمشاركة في الأعمال التطوعية، طرحت السؤال الموالي:

– كيف تم انخراطك بالعمل التطوعي الطبي؟



إن أبرز دوافع الانخراط بالعمل الطبي تلخصت في ثلاثة عناصر أساسية: "خلال دراسة الطب" حيث شكلت نسبتها 60,5% من مجموع المتطوعين، "المحيط" وذلك بنسبة 42,1%، ثم "تربية الآباء" وذلك بنسبة 35,2%. بينما كان للعوامل الأخرى كالكتب والمجلات والصحف والمدارس الابتدائية والإعدادية نسب أقل من 10%.

تعتبر تربية الأبناء منذ صغر سنهم على العطاء، ومشاركتهم في الأعمال التطوعية في جميع مراحل التعليم الأولية والابتدائية والثانوية والجامعية تعتبر من أهم التدابير التي يجب اتخاذها لغرس ثقافة التطوع في الأجيال الصاعدة، وهذا ما أكدته عدة دراسات أذكر منها: دراسة أجريت حول أسباب تضائل انتشار ثقافة العطاء في المجتمع السعودي، أشارت نتائجها إلى أن 67% أكدوا أن السبب وراء ذلك يكمن

¹ –Curlin FA, Serrano KD, Baker MG, Carricaburu SL, Smucker DR, Chin MH. Following the call: how providers make sense of their decisions to work in faith-based and secular urban community health centers. J Health Care Poor Underserved 2006 Nov;17(4):944–57. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2006.0120>.

في عدم وجود تغطية إعلامية لأهداف المؤسسات الخيرية وأنشطتها، و75% لعدم وجود برامج إعلامية توضح أهمية العمل التطوعي، بينما أشار 73,4% إلى قلة تركيز المناهج الدراسية على مفاهيم العطاء والتطوع منذ الصغر¹. فجميع هذه العوامل تؤدي إلى قلة وعي الشباب بأهمية التطوع، وبالتالي عدم مشاركتهم في الأعمال التطوعية.

وقد ذكرت في المبحث الذي خصصته للتطوع في عصرنا الحاضر أن نجاح قطاع التطوع عند الغرب يرجع بالأساس إلى تنشئة الأطفال منذ صغر سنهم على حب التطوع والعطاء، مع التركيز على دمج الأنشطة التطوعية في مقررات التدريس في جميع مراحله. وهذا يغيب عن مقرراتنا الدراسية بالمغرب، لهذا نلاحظ أن أقل من 10% من الأطباء المتطوعين في دراستنا كان سبب انخراطهم هو ما تلقوه في المدارس الابتدائية والإعدادية. من هنا نؤكد على أهمية الانتباه لهذا الإهمال والسعي إلى نشر ثقافة التطوع عند أبنائنا عبر المقررات الدراسية.

ومن المفيد هنا استحضار نموذج اليهود في العطاء لأنهم يؤمنون بالمسؤولية المجتمعية لتقديم المعونة والمساعدة والمال للفقراء والمحتاجين منهم: "يشكل الإحسان جزءاً من التقاليد اليهودية التي تنتقل من جيل لآخر ويبقى أثرها للأجيال القادمة. ففي مقال نشر بكلية الأعمال الخيرية بجامعة انديانا في الولايات المتحدة الأمريكية بعنوان "كيف يدرس الآباء أبناءهم مسائل حول العطاء الخيري وفقاً لدراسة جديدة"، والذي يناقش دراسة أجراها أحد مراكز الأبحاث التابعة للكلية، عن كيفية تنشئة الأطفال لكي يصبحوا من محبي العطاء، بينت الدراسة أن نموذج الحوار القائم بين الوالدين وأبنائهم لتحقيق ذلك، هو حوار بسيط عن كيف ولماذا تعطي الآخرين². كما أن معظم المنازل اليهودية تحتوي على صندوق لإيداع النقود المعدنية للصدقة من أجل دعم الأعمال الخيرية... يتعلم الأطفال اليهود أن مسؤوليتهم تتمثل في رعاية اليهود الآخرين المحتاجين، فيكمن الحافز للعطاء في الحفاظ على الشعب اليهودي وتعزيز المجتمع اليهودي في الحاضر والمستقبل³. إن مجموعة القيم والتقاليد اليهودية والتي شكلت مفهوماً مجتمعياً للعطاء، ترتكز على مبدأ العدالة الاجتماعية في المجتمعات اليهودية. ففي اللغة العبرية تستخدم كلمة معناها "العدالة الاجتماعية" للإشارة للعمل الخيري، وهو ما يعني أنهم ينظرون إلى العطاء باعتباره مسألة عدالة اجتماعية واقتصادية⁴.

¹ - عثمان العامر، ثقافة العمل التطوعي لدى الشباب السعودي-دراسة ميدانية، مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية العدد السابع، 1427هـ.

² - النظرة المجتمعية للعطاء وعلاقتها بتعميق الأثر المجتمعي للعمل الخيري أبريل 2018 - 21 رجب 1439، موقع المركز الدولي للأبحاث والدراسات(مداد) متخصصون في العمل الخيري: www.medadcenter.com، زيارة الموقع يوم 19 غشت 2019 عن How Parents teach children about charitable giving matters, new study finds, IUPUI Newsroom, 2013.

³ - المرجع نفسه عن: Newsroom, 2013. How Parents teach children about charitable giving matters, new study finds, IUPUI

⁴ - المرجع نفسه عن: Giving Wisely: The Israel Guide to Non Profit and Volunteer Organizations, Eliezer David Jaffe, Gefen Books, 2000.

" وقد كان لهذا المفهوم تأثير مجتمعي واضح على نشأة العديد من المنظمات والجمعيات الخيرية اليهودية... بالإضافة الى تنشئة جيل يعزز من قيمة العطاء المجتمعية ويملك القدرات الكافية للعمل في هذا القطاع، وذلك من خلال توفير البرامج التعليمية والمناهج التي تدرس أسس إدارة القطاع غير الربحي. ولم يقتصر العطاء الخيري في المجتمع اليهودي على مجتمعاتهم فحسب بل أيضا شمل تأثيره ودعمه قضايا عالمية مثل الفقر، المجاعة، منع انتشار الأوبئة والعنف، التشرد، ودعم التعليم مثل ما تقدمه المنظمات اليهودية لتنشئة المراهقين من دعم مالي وبرامج توعوية لهذه القضايا داخل وخارج المجتمع اليهودي، والتي تمثلت جهودها في إعادة بناء المدن، مساعدة الشعوب الفقيرة في الحصول على الماء والغذاء بإقامة مشاريع خيرية في تلك الدول وتقديم المساعدات الطبية"¹.

وبالتالي يمكن القول إن النظرة المجتمعية للعطاء في المجتمعات اليهودية ساهمت بشكل كبير في تعميق أثر الأعمال الخيرية في المجتمع اليهودي. فقد كشف تقرير تقييم الأثر المجتمعي لأنشطة وبرامج أحد المنظمات الخيرية اليهودية "منظمة شباب المجتمع اليهودي"، أن 95% من خريجي برامجها تعززت أكثر لديهم الهوية اليهودية، والقدرة القيادية والمهارات اللازمة لجعل العمل الخيري أكثر فعالية للارتقاء بمجتمعهم، فمنهجية المنظمات الخيرية اليهودية المبنية على العمل المؤسسي وبناء كوادر متخصصة في مجال العمل الخيري جميعها عوامل تزيد من تعظيم دور الاعمال الخيرية في تنمية المجتمع وإحداث أثر وتغيير إيجابي"².

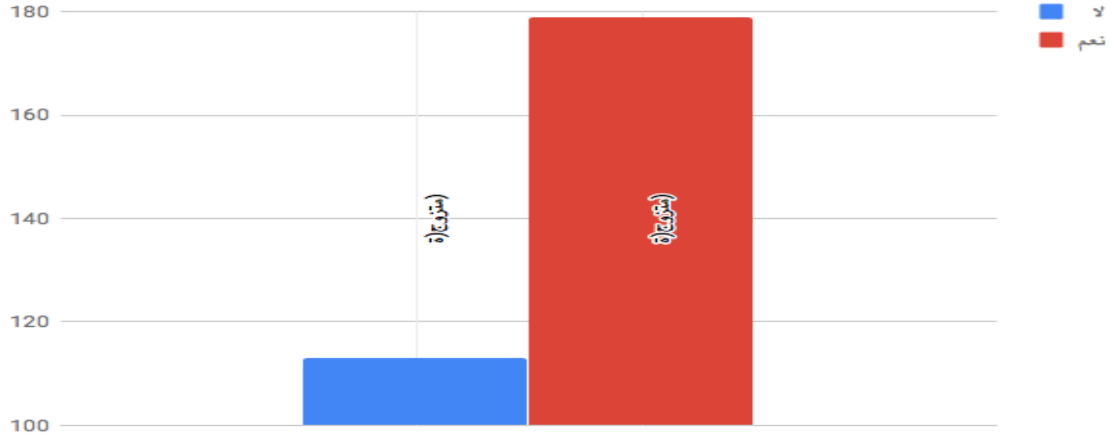
ومن خلال التجربة، لاحظت أن عددا من الأطباء والطبيبات بالخصوص، خلال مشاركتهن في القوافل الطبية يقترحن إمكانية مرافقة أزواجهن وأطفالهم معهم في بعض القوافل الطبية. كما لاحظت من خلال مشاركة بعض الأسر في القوافل الطبية، تعاون جميع أفراد الأسرة على إنجاز خدمات متنوعة، التنظيم، تسجيل المرضى وتوجيههم نحو قاعات الفحص، توزيع الوجبات الغذائية... في جو من الفرح والرضا عن النفس والافتخار. ولن تقوتني الفرصة أن أؤكد على أهمية مشاركة بعض المحسنين في القوافل الطبية، فهذا يجعلهم يعاينون عن قرب فعالية الخدمات المقدمة والحاجة الماسة إلى تكثيف هذه الأنشطة، مما يدفع المحسنين إلى المزيد من العطاء واستقطاب محسنين آخرين للتبرع لصالح هذا المجال.

ومن أجل معرفة مدى تأثير مرافقة أفراد الأسرة في رفع وتيرة مشاركة الأطباء في القوافل الطبية، أضفت هذا السؤال إلى الاستمارة:

¹ – Jewish Teen Foundations Impact Report, A program of the Jewish Community Federation and Endowment Fund.

² – 10 Years of Impact: 2003–2012, Jewish Community Youth Foundation.

هل مشاركة زوجك سترفع من دوافعك للمشاركة في القوافل الطبية؟



فيما يخص مشاركة الزوج(ة) والرفع من نسبة المشاركة بالقوافل الطبية، فقد كانت الإجابة بنعم بنسبة 61,38% (ولا ننسى أن عددا كبيرا من عينة الدراسة هم غير متزوجين ولهذا لم يجيبوا عن هذا السؤال بـ "نعم").

إن مشاركة الأزواج وكذلك الأطفال في سن معين يجعلهم يتشبعون بفكرة التطوع منذ صغر سنهم، وسيشجعهم على الاجتهاد في دراستهم حتى تكون لهم مهنة شريفة يستطيعون بها نفع الآخرين بما يتقنونه. وكثير من القصص التي قرأتها عن رواد التطوع كانوا يذكرون تأثرهم بما كان يفعله أبوهم أو أمهم من أعمال تطوعية: أذكر تجربة المهندس علاء عبد المجيد: "فلسطيني الأصل، عاش في المملكة العربية السعودية، لُقّب بـ"أبو العلاج الخيري" لفقراء جدة، الذي قضى عشرات السنين يسعى سعيا حثيثا لحفظ كرامة المريض العفيف الذي لا يجد مالا يعالج به نفسه، رضع حلاوة العمل التطوعي من والدته التي تبنت مدارس الخير في نابلس بتبرعات أهل الخليج ومصر، واقتدى بأمه التي كانت كما يصفها صديقه الشيخ إبراهيم بأنها "جيش لجب" في الهمة والخير وتعليم الأجيال وبناء المدارس وكفالة الأيتام... كان المهندس علاء مسكونا بكيفية توفير علاج المرضى الفقراء وإجراء العمليات الجراحية لهم بالسعي الحثيث على جانبيين: الجانب الأول بإقناع أصحاب المستشفيات أن يتحملوا نسبة 70% من تكاليف العملية والعلاج، والجانب الثاني بتحسيس المحسنين من رجال الأعمال والشركات لتحمل النسبة الباقية 30% من مصاريف العلاج، بعد أن سجل لهم حسابات في أغلب المستشفيات الخاصة التي تجرى فيها العمليات بجدة... رفض المهندس علاء راتب 40,000 ريال وبيت وسيارة للعمل بمؤسسة مانحة، حتى لا يحرم فقراء جدة من مشروعه الخيري الفردي، فقال: "نحن نعمل مع الله ولن يتخلى عنا". بهذه الثقة كانت أحلك المشاكل تتبدد... بكى وهو يحكي خبر وصول أجهزة زرع القرنية لعميان فلسطين المعدمين... نجح ولقي قبولا كبيرا من أهل الخير والموسرين لصالح الفقراء والمعدمين من مرضى أهل جدة بجميع جنسياتهم، لا يفرق بين جنسية وجنسية أخرى، ولم يكن يتسلم الأموال من المحسنين بل فتح حسابا خاصا لوضع التبرعات مباشرة

في صناديق المستشفيات المتعاقدة معه... كان يعمل قرابة ست عشرة ساعة في بعض الأوقات، إن لم تكن أكثر الأوقات... كان دائما يذكر المواقف التطوعية التي كانت تقوم بها أمه رحمهما الله جميعا وجعلنا ممن يعتبرون بذكرهم¹. ذكرت هذا النموذج لأبين مدى تأثير صلاح الآباء والقيام بأعمال تطوعية بصحبة أبنائهم في غرس قيم العطاء في أبنائهم.

وختمت الأسئلة المتعلقة بالتوصيات بهذا السؤال: "ما هي أيام الأسبوع الأنسب بالنسبة لك للمشاركة في قافلة طبية؟"، لتعرف عن الأيام التي تلائم أغلب الأطباء:

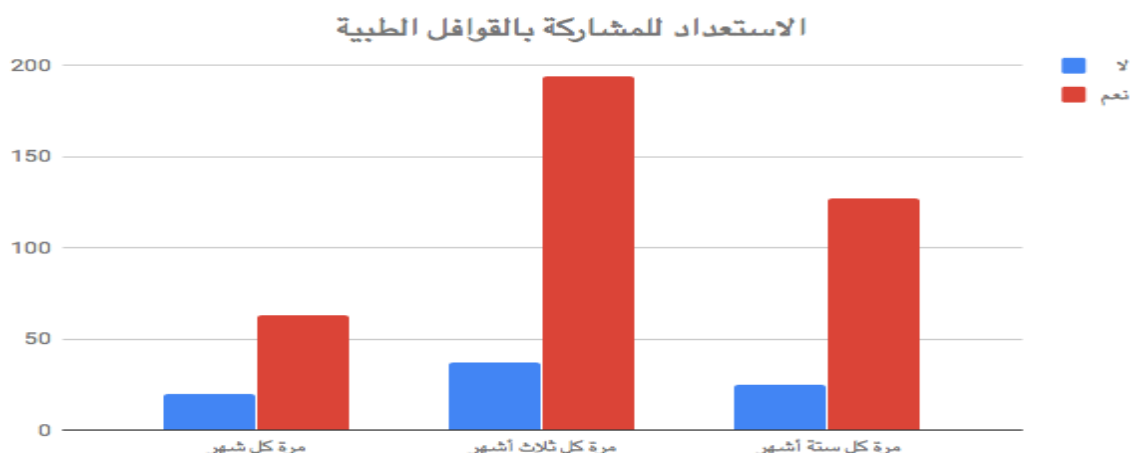
العدد	النسبة المئوية	
1	0,17	أيام العطل
5	0,86	كل الأيام
42	7,24	يوم وسط الأسبوع
461	79,48	نهاية الأسبوع

فيما يخص الأيام التي تتناسب المتطوعين للمشاركة بالقوافل الطبية، نجد أن أغلبية المتطوعين يفضلون نهاية الأسبوع، وذلك بنسبة 79,48%. تليها المشاركة في يوم وسط الأسبوع بنسبة 7,24%. ثم في آخر الترتيب التطوع كل الأيام بنسبة 0,86%، وأيام العطل بنسبة 0,17%.

4) وخصصنا عدد من الأسئلة في محور الاستعداد للمشاركة: حاولنا في هذا المحور من خلال عدد من الأسئلة التعرف على مدى استعداد عينة الدراسة لتطوير العمل التطوعي في المجال الصحي في بلادنا:

أ- الاستعداد للالتزام بالتطوع الطبي:

اعتمدنا في هذا السؤال على تحليل تقاطعي بين الاستعداد للالتزام ووتيرة الالتزام.

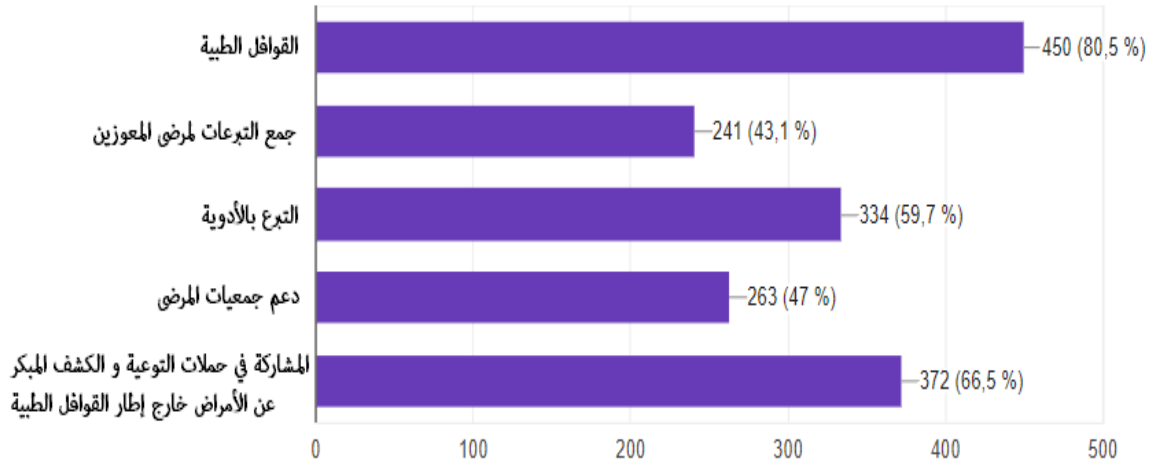


¹ - رواد العمل الخيري، موقع المركز الدولي للأبحاث والدراسات (مداد) متخصصون في العمل الخيري international center of research and studies. www.medadcenter.com ، زيارة الموقع 15 يوليوز 2019.

نلاحظ أنه على رأس نسب دورية التطوع تأتي وتيرة قافلة كل ثلاثة أشهر، ثم وتيرة قافلة كل ستة شهر، وأقل نسبة مستعدة للقيام بقافلة كل شهر.

ب- اقتراح طرق ناجعة للتطوع الطبي:

هل يمكنك اقتراح طرق للتطوع الطبي تعتبرها ناجعة جدا؟

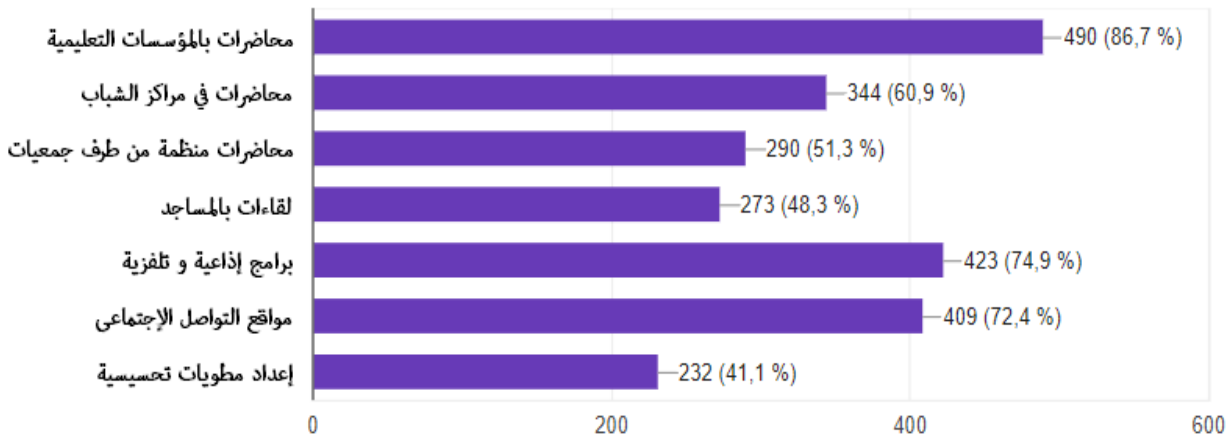


تبقى أنجع وسيلة للتطوع الطبي من وجهة نظر المتطوعين، هي القوافل الطبية، وذلك بنسبة تصل إلى 80,5%، تليها الحملات التوعوية والكشف المبكر عن الأمراض خارج إطار القوافل الطبية بنسبة 66,5%، ثم التبرع بالأدوية بنسبة 59,7%، بينما كان لدعم جمعيات المرضى وجمع التبرعات للمرضى المعوزين نسب لا تتجاوز 47%.

ج- الوسائل الناجعة لنشر الوعي الصحي:

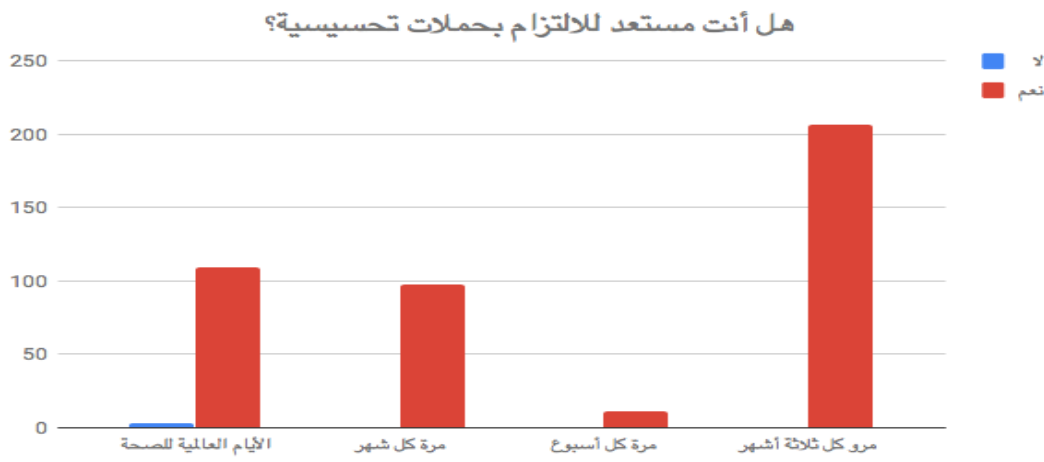
نظرا لأهمية نشر الوعي الصحي في مكافحة السلوكيات الغير السليمة والوقاية من العديد من الأمراض،

ما هي الوسائل الناجعة لنشر الوعي الصحي؟



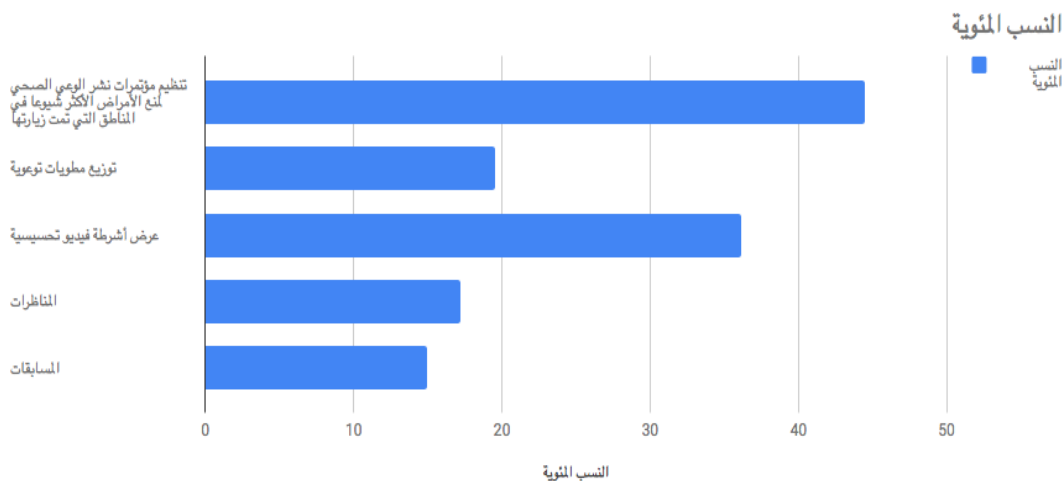
وهكذا حلت المحاضرات بالمؤسسات التعليمية، على رأس الوسائل الناجعة لنشر الوعي الصحي، وذلك بنسبة 86,7%، تليها تباعا البرامج الإذاعية والتلفازية، والتحسيس عبر مواقع التواصل الاجتماعي، بنسب 74,9% و 72,4% على التوالي، ثم المحاضرات بمراكز الشباب بنسبة 60,9%، واللقاءات بالمساجد بنسبة 48,3%. بينما جاءت الوسائل التقليدية كأعداد مطويات في مؤخرة الترتيب بنسبة 41,1%.

د - الاستعداد للالتزام بالحملات التحسيسية وبأي وتيرة:



يتبين أن الالتزام بالمشاركة بالحملات التحسيسية مرة كل ثلاثة أشهر هو الأكثر تفضيلاً وإقبالاً من طرف المتطوعين حيث بلغت النسبة 33,71% من مجموع المتطوعين، تليها الأيام العالمية ذات الصلة بالصحة بنسبة 18,15%، ثم المشاركة مرة كل شهر وذلك بنسبة 15,88%، بينما تبقى نسبة المشاركة كل ستة أشهر ضعيفة حيث بلغت النسبة 1,78%.

هـ - كيف يمكن نشر سبل الوقاية من الأمراض خلال القوافل الطبية؟



يلاحظ أن المتطوعين رشحوا أكثر كلا من "تنظيم محاضرات من أجل نشر الوعي الصحي لمنع الأمراض الأكثر شيوعاً في المناطق التي تمت زيارتها (النظافة والتغذية والوقاية من داء السل والحد من آفة التدخين والإيدز والمخدرات....)" و "عرض أشرطة فيديو تحسيسية" كوسيلة للحد من بعض الأمراض، وذلك بنسب هي على التوالي 44,46% و 36,14%. بينما جاءت "الحوارات المباشرة، وتنظيم المسابقات، و"توزيع مطويات توعوية" بنسب أقل.

خلاصة وتوصيات الدراسة الميدانية:

- انطلاقاً من أن عدد وقوة الدوافع تؤثر إيجاباً وسلباً في نسبة ووتيرة الالتزام، يجب دعم دوافع التطوع القوية لدى الممارسين بالميدان الطبي خاصة ذات النفع العام، وإبراز وتقوية الدوافع ذات النفع الفردي بتعزيز برامج تطوير خبرات ومكتسبات المتطوع، والتركيز على اقتران العمل التطوعي بالتكليف الشرعي واحتساب الجزاء الرباني، وذلك باستثمار الخطاب الديني لدفع الأطباء للقيام بالأعمال التطوعية.
- العمل على تحفيز كلا الجنسين، وكل الفئات العمرية على ممارسة التطوع الطبي بما فيها الأكثر من 60 سنة (المتقاعدين)، إذ تبقى نسبة مشاركتهم ضعيفة، ويمكن إيجاد أنشطة تطوعية تلائم الحالة الصحية للذين يعانون من أمراض لا تسمح لهم بالسفر بعيداً، فيمكنهم القيام بأنشطة قارة كتكوين الأطباء في مجالات مختلفة (الفحص بالصدى، تحليل ECG، أو مهارات أخرى)، وكذلك القيام بدورات تحسيسية للوقاية من الأمراض أو للتربية العلاجية المتعلقة بتخصصهم، فالطبيب بما يملكه من معرفة وخبرة، لا يحق له التقاعد عن العمل كلياً، خصوصاً أمام النقص الحاد الذي يشكو منه بلدنا، فالاستمرار في العطاء ونفع المجتمع خصوصاً إذا كان تطوعاً وبإخلاص النية لله، سينعكس إيجاباً على صحته الجسدية والنفسية، وسيجلب له الخير الكثير في الدنيا والآخرة.
- تطوير برامج ووسائل خاصة بالأطباء المتزوجين وذوي الأطفال، تمكنهم من مرافقة أطفالهم وأزواجهم خلال الحملات التطوعية، مما سيساعد على زرع قيم التطوع عندهم.
- تشجيع الأطفال على التطوع خلال كل مراحل التنشئة الاجتماعية (روض الأطفال، التعليم الابتدائي والثانوي وفي المخيمات الصيفية...).
- دمج طلبة الطب في أنشطة تطوعية في المجال الصحي خلال مراحل دراستهم الجامعية، مع إيجاد طرق إبداعية للتطوع تتوافق مع ميولات الطلبة خلال كل مراحل التكوين الطبي، من الخارجية إلى الإقامة ثم ما بعد التخرج: مثل برامج التثقيف الصحي في المؤسسات التعليمية والمراكز الصحية، وخلال القوافل.
- تحسين وتطوير العوامل المتعلقة بالجهة المنظمة للقافلة الطبية، سواء بما يتعلق بالجانب اللوجستي من أكل ونقل ومبيت أو ما يخص الجانب الطبي من تجهيزات ومعدات، لأنها من أهم المعوقات التي عبرت عنها عينة الدراسة.

- تشجيع الأطباء وطلبة الطب للتطوع في مجال الوقاية من الأمراض: تنظيم محاضرات لنشر الوعي الصحي وسبل الوقاية من الأمراض الأكثر شيوعا، وكذا عرض مقاطع مرئية تحسيسية وبرامج إذاعية وحملات مدرسية، فهاته الوسائل، تبقى الأنجع في رأي عينة الدراسة.
- توثيق الجمعيات لأنشطتها بالصور والفيديوهات التي يمكن صياغتها على شكل مواد إخبارية إعلامية.
- خلق وسائل دعائية متطورة للترويج للأنشطة التطوعية الطبية من خلال وسائل الإعلام ومواقع التواصل الاجتماعي، وإشراك الممارسين الطبيين في هذه العملية من خلال دعوة زملائهم، لأن عينة الدراسة أجمعت على أنه لا يتم الترويج للعمل التطوعي في المجال الصحي بصفة كافية حاليا.

المطلب الثاني: المقابلات

إضافة إلى الاستمارة قمنا بمقابلات مع خبراء في العمل التطوعي في المجال الصحي للحصول على بعض المعلومات الإضافية التي لم ترد في أسئلة الاستمارة ولإيجاد حلول لأهم معوقات تطوع الأطباء التي بيّنها تحليل نتائج الاستمارات، والبحث عن سبل لتطوير الأعمال التطوعية ليكون لها أثر مستدام.

1) إن عدد الأطباء المغاربة الذين لهم تجربة غنية في العمل التطوعي في المجال الصحي كبير، وقد صعب علي الانتقاء من بينهم. ولهذا اخترت أن أعرف الأطباء الذين أجريت معهم المقابلات بذكر صفتهم دون ذكر الأسماء؛ لاعتبارهم نماذج لعدد كبير من الأطباء المتطوعين الذين يشتركون معهم في نفس الصفة.

الفرع الأول: مقابلات مع أساتذة في الطب

2) الأستاذ الدكتور (م.ب): أستاذ في جراحة العيون، رئيس الجمعية المغربية الصحية للتضامن AMMS، وهي رائدة في الطب المنتقل¹، الذي استهل الحوار بقوله: "لا يرفض طبيب في المبدأ فرصة التطوع، فهي فرصة إنسانية تجسد فلسفة الطب في تخفيف المعاناة عن الآخر ولكن هذا الأمر يحتاج إلى تنظيم، فالأطباء في سباق مع الوقت وحين يتوجهون إلى العمل التطوعي يجب استثمار وقتهم بأنشطة ذات نجاعة وفعالية، مما يشجعهم على الانخراط بتفان في هذه الأعمال الإنسانية، ولهذا نلاحظ أن أهم الأنشطة التي ينخرط فيها الأطباء هي القوافل الطبية لأنها تساعد على تقريب الخدمات الصحية إلى المناطق المعزولة، و لها أثر ملموس خصوصا عندما تكون مجهزة بوحدة متقلة متعددة: وحدات للتشخيص (الأشعة، التحاليل)، ووحدات علاجية (الجراحة العامة، جراحة العيون، جراحة الأسنان...)، مما يمكن من تشخيص دقيق للأمراض وتوفير العلاج الجراحي في عين المكان، وهذا يجعل الأطباء يشعرون برضا عن إنجازاتهم، عوض الاقتصار على الفحص السريري وتوزيع الأدوية. وهذا ما نسهر عليه في جمعيتنا حيث تتوفر على سبع وحدات متقلة مجهزة، وكذلك ثمان وحدات طور الإنجاز.

¹ - للمزيد من المعلومات عن جمعية، AMMS المرجو الرجوع إلى الملاحق، ص. 361.

ولكننا أصبحنا نواجه مشكل تمويل القوافل الطبية، فهي تحتاج إلى مبالغ باهضة، حيث تتعدى المتطلبات المادية للقافلة الواحدة 300 ألف درهم في المعدل. إلى حد الآن أغلب القوافل تمول من طرف وكالات المبادرة الوطنية للتنمية البشرية التابعة للجهة التي تنظم فيها القوافل الطبية، ولكن أمام الطلبات المتزايدة على هذه القوافل المجهزة نحتاج لإيجاد مصادر مستدامة للتمويل، سيما أن هناك مصاريف لا تتكلف بها هذه الجهات المانحة، منها صيانة الوحدات المتنقلة، ورواتب الموظفين العاملين في الجمعية. وأؤكد على ضرورة توظيف عدد من الأشخاص الأكفاء للعمل في الجمعية، لأن إدارة الجمعية تحتاج لكفاءات متخصصة ومتفرغة في الإدارة والمحاسبة والتسيير والتمريض والسياسة... ويبقى مشكل إيجاد تمويل قار قائماً لأداء رواتبهم، لأن هذه المصاريف القارة لا تدخل في الإعانات الممنوحة من الدولة (المبادرة الوطنية للتنمية، الشراكات مع الوزارة المعنية، الشراكة مع مؤسسة محمد الخامس للتضامن...)، ولهذا نحن نبحث عن إيجاد موارد قارة لتمويل هذه المصاريف... فنحن إلى حد الآن لا نقوم بحملات لتسويق جمعيتنا لجمع التبرعات... ولكن أمام ارتفاع الطلبات على خدمات الجمعية من طرف عدد من الجمعيات المحلية التي تعمل في مناطق معزولة والتي هي كذلك لا تتوفر على موارد مالية للتكفل بمصاريف الحملات الطبية، نحتاج إلى إيجاد مصادر للتمويل حتى نستطيع إفادة أكبر عدد ممكن من المواطنين من خدماتنا.

وأكد د. (م.ب) إلى أهمية وضع "ميثاق السلوك"، يسهر كل أعضاء الجمعية على احترامه، لتجنب بعض الاختلافات بين المتطوعين، والحرص على اعتماد الحيادية والشفافية والتضحية من أجل مصلحة الجمعية وسمعتها.

كما أشار إلى أن من استراتيجية الجمعية التعاون مع الجمعيات التي لها نفس الأهداف، وذكر تجربة رائدة قامت بها جمعية AMMS بشراكة مع جمعية أطباء العيون الخواص بالرباط AOPR بمناسبة اليوم العالمي للنظر خلال شهر أكتوبر 2019، وهي على شكل تظاهرة طبية تضامنية ومجانية لفائدة المسنين المعوزين الذين يعانون من مرض المياه البيضاء "الجلالة"، حيث أجريت 1000 عملية إزالة الجلالة في كل من الوحدات الجراحية المتوفرة للجمعية وعدد من المصحات الخاصة التي انخرطت في هذه الحملة الإنسانية.

3) الأستاذ الدكتور (ع.م): أستاذ مبرز في جراحة العروق، مؤسس جمعية مبادرات للتنمية القروية، وعضو المرصد الوطني للتنمية البشرية:

ذكر أنه بالإضافة إلى القوافل الطبية نحتاج لأنشطة تطوعية أخرى، مثلاً أمام الخصاص في الأطباء الأخصائيين في بعض الجهات، أشار إلى أهمية عقد شراكات بين المراكز الاستشفائية أو القطاع الخاص، والمستشفيات الجهوية والمراكز الصحية الموجودة في المناطق المعزولة : فيمكن للأساتذة والأطباء الأخصائيين سواء في القطاع العام أو الخاص أن يقوموا بصفة دورية بإجراء بعض الفحوصات

والعمليات الجراحية في المستشفيات الجهوية مما سيساعد على تقريب الخدمات الصحية للمواطنين، وتخفيف لوائح انتظار المرضى لمواعيد العمليات، كما هي فرصة للتكوين المستمر للأطباء.

وأكد د (ع.م) على أهمية غرس ثقافة التطوع عند طلبة الطب خلال مراحل تكوينهم في الكلية، وأشار إلى أهمية إدماجهم في أنشطة تطوعية كمرافقة أساتذتهم في القوافل الطبية.

ونبّه أيضا إلى النقص في التعاون بين الجمعيات والتكامل في الأدوار بين جميع الفاعلين في منطقة معينة بما فيه مصلحة الساكنة، إشارة منه إلى أهمية اعتماد "la convergence"¹.

كما أكد البروفيسور (ع.م) على أهمية الاهتمام بالتنمية المحلية والعمل على تحسين المحددات الاجتماعية للصحة، لأن الصحة هي مفهوم أكثر شمولاً من مجرد تقديم خدمات صحية، ومن أجل أن يتمتع سكان منطقة بالصحة الجيدة يجب العمل على تحسين المحددات الاجتماعية للصحة: وعلى رأسها إصلاح التعليم، توفير الماء الصالح للشرب، السكن اللائق، التغذية السليمة، إتاحة فرص العمل (مقاولات صغيرة مدرة للربح للرفع من مستوى عيش الأسر)... وله تجربة رائدة في مسقط رأسه في منطقة مولاي

بوعزة، عمالة إقليم خنيفرة، وهي إنشاء جمعية مبادرات للتنمية القروية².

3) الأستاذ الدكتور (ط.ص): أستاذ مبرز في أمراض الكلى، رئيس قسم أمراض الكلى، ونائب عميد كلية الطب بفاس، ورئيس جمعية مبادرات الصحة ودعم التنمية³ ISAAD، التي حصلت على لقب "جمعية السنة 2018"، في الدورة الأولى من "مبادرة دير يديك"⁴.

وعندما طلبت منه إعطاء بعض التوصيات لتطوير العمل التطوعي الصحي في المغرب، نظرا للتجربة الطويلة والناجحة في هذا المجال، أكد على ضرورة الاهتمام بوضع "ميثاق أخلاقي" يجب تطبيقه من طرف جميع الجمعيات، لدفع أعضاء الجمعيات إلى اعتماد الشفافية والمصادقية، وإبعاد هذا العمل النبيل عن كل الاعتبارات المصلحية سياسية أو دعائية أو اعتبارات أخرى. كذلك، أكد على أن هناك بعض المسؤولين عن جمعيات يستعملون الدعم الممنوح من الدولة لإنجاح مشاريع، يكون غرضهم منها الدعاية لمصالح شخصية، وهذه التصرفات تدفع لاتخاذ احتياطات قد تعيق سير بعض الجمعيات النزيهة.

¹ - هي آلية تهدف إلى ربط علاقة محددة بين عدة مراكز (الفاعل العام - الجماعات الترابية - الجمعيات المدنية - الفاعلين الخاص)، من أجل تطوير جودة العمل التنموي المشترك عبر بلورة مشاريع على مستوى المشترك المجالي، بغية الخروج ببرنامج واحد، متكامل ومنمجم ومنسجم وذو نتائج ايجابية، قابلة للاختبار والتقييم والتقييم.

² - للمزيد من المعلومات عن جمعية مبادرات للتنمية القروية، المرجو الرجوع إلى الملاحق، ص.372.

³ - للمزيد من المعلومات عن جمعية ISAAD المرجو الرجوع إلى الملاحق، ص. 364.

⁴ - جمعت هذه التظاهرة عددا من ممثلي النسيج الجمعي المغربي من متطوعين وجمعيات ومجتمع مدني قصد تسليط الضوء على إنجازات الجمعيات واقتسام تجارب ونصائح ونجاحات المحاضرين.

كما دعى إلى ضرورة تسهيل إجراءات الحصول على المنفعة العامة، لأنها تفتح المجال لعدد من الامتيازات. خصوصاً الحصول على تبرعات من طرف الشركات التي يمكن استخلاصها من الأساس المفروضة عليه الضرائب.

ومن أهم ما أوصى به ذ. (ط.ص): ضرورة إدماج الطلبة في الأعمال التطوعية، وله تجربة في هذا المجال، حيث أنشئت في كلية الطب في فاس "لجنة الدور المجتمعي"، فيها ممثلون لأعضاء الكلية من أساتذة وطلبة، وممثلون من المجتمع المدني كجمعية فاس سايس، وجمعية إسعاد، وجمعية أصدقاء كلية الطب بفاس (أطباء من القطاع الحر، آباء الأطباء...)، وتعمل هذه اللجنة على دعم الطلبة حيث وفرت 64 منحة لصالح طلبة تمت دراسة ملفهم من طرف مساعدة اجتماعية في الكلية، كما تقوم بتنظيم حملات تلقيح الطلبة، وأنشطة لصالح الطلبة الأجانب (شهر رمضان، عيد الأضحى...).

(4) الأستاذ الدكتور (إ.ك): أستاذ مبرز في علاج أمراض السرطان بالأشعة:

ألف ذ. (إ.ك) كتاباً عرض فيه قصته مع محاربة السرطان عنونه "أربعون سنة في محاربة السرطان". وقد لعبت صرامته الطبية والعلمية دوراً حاسماً في تضميد جراح المرضى لمدة أربعين سنة بإنسانية وطيب الأخلاق. ومن مواقفه المتعددة والرائدة الواردة في هذا الكتاب، أذكر:

- الموقف الأول: مجهودات من أجل تأهيل وتجهيز مركز بيركوني:

أبلى البروفيسور (إ.ك) البلاء الحسن من خلال التحرك والبحث عن من يمد يد العون لإحياء المركز الوحيد لمحاربة السرطان في المغرب بعد عودته من فرنسا سنة 1980: "جرت عملية جمع التبرعات في إطار تظاهرة نظمت تحت شعار أسبوع محاربة مرض السرطان سنة 1981، قام خلالها طلبة كلية الطب بالدار البيضاء... بجولات على تجار العاصمة الاقتصادية لجمع مساهماتهم في تأهيل وتجهيز مركز بيركونيني، وقد مكنت هذه العملية من جمع مبالغ مالية مهمة، أضيفت إلى تبرعات كبار رجال الأعمال والتجار... هكذا تم توفير الاعتمادات المالية التي مكنت أولاً من إصلاح بنايات المركز وتأهيلها ثم تجهيزه، وتم اقتناء آلات المشبه simulateur من طرف أحد المحسنين وهو، والد أحد مرضى السرطان بكلفة 700 ألف درهم في ذلك الوقت"¹.

- **الموقف الثاني:** سهره على حسن تدبير المعهد الوطني للتكنولوجيا، حيث كان دائم البحث عن الدعم المالي واللوجستيكي، سواء وطنياً أو دولياً من خلال إبرام اتفاقيات للتعاون مع المعاهد الدولية المخصصة في محاربة السرطان².. وقد كان يسعى إلى إدخال أحدث التجهيزات التي تستعمل سواء في كشف أو علاج مختلف حالات الإصابة بالسرطان، وتحديث التجهيزات التي يتوفر عليها المعهد³.

¹ - إبراهيم الخليل الكداري، أربعون سنة في محاربة السرطان، ص. 48.

² - المرجع نفسه، ص. 53-54.

³ - المرجع نفسه، ص. 60-61.

- الموقف الثالث: اهتمامه بالوقاية من أمراض السرطان: شارك في مجموعة من برامج الإذاعة الوطنية والقناتين التلفزيونيتين الأولى والثانية. وكان حريصاً دائماً على تبسيط لغة خطاب التوعية حتى يصل إلى جل فئات المجتمع، خاصة بالنسبة لأنواع الإصابات الأكثر انتشاراً، كسرطان عنق الرحم وسرطان الثدي بالنسبة للمرأة، وسرطان الرئة...".

- الموقف الرابع: "تشجيعه للجمعيات المدنية للقيام بأنشطة لصالح مرضى السرطان: "وقد انخرطت جمعيات المجتمع المدني في هذا المجهود، بتنظيم ندوات حول علاقة التدخين والمخدرات بالإصابة بسرطان الرئة، والتوعية بالقيام بفحوصات طبية بسيطة لدى بلوغ الشخص سناً متقدمة سواء بالنسبة للمرأة أو الرجل للكشف المبكر عن السرطان، وتنظيم تظاهرات رياضية تحث على ممارسة الرياضة من جهة وتشجع مرضى السرطان على التمسك بالحياة ومقاومة المرض، وتنظيم أنشطة داخل المستشفى شارك فيها مجموعة من الفنانين بهدف الترفيه عن مرضى السرطان الخاضعين للعلاج¹".

كما شجع ذ. (إ.ك) على إنشاء جمعيات مهتمة بمرضى السرطان، منها جمعية أصدقاء مرضى السرطان: "كما قامت أستاذة جامعية عولجت من السرطان في المعهد ومنّ عليها الله بالشفاء بتأسيس جمعية لمساعدة مرضى السرطان باسم أصدقاء المعهد الوطني للأنكولوجيا، انخرط فيها أطباء وممرضين ومرضى ومتطوعون، وقد شكلت هذه الجمعية خطوة مهمة في فتح آفاق التكافل والتعاون بين مختلف الفاعلين في علاج السرطان، خاصة في مجال توفير الأدوية وتوفير الإمكانيات المالية، إما عن طريق تبرعات من المحسنين أو عن طريق تنظيم حفلات خيرية...²".

ورغبة مني لمعرفة الدوافع التي جعلت د. (إ.ك) يقوم بهذه المبادرات من أجل مقاومة مرض السرطان، قابلته في مصلحة العلاج بالأشعة بمستشفى الشيخ زايد، حيث لا زال يباشر عمله بنشاط كرئيس لهذه المصلحة رغم بلوغه سن التقاعد. وقد كان لقاء مفيداً استفدت فيه من الدرر التي أدلى بها، حيث أكد على ضرورة مشاركة الأطباء في التطوع، وأكد على أن تطوع الأطباء له علاقة مع الأهداف التي تدفع الطلبة لاختيار دراسة الطب منذ البداية. وتحدث عن سبب اختياره دراسة الطب قائلاً: "قضيت سنوات طفولتي الأولى في البداية بعمالة سدي قاسم، كنت أحب مشاركة العمال الذين يشتغلون في أراضي العائلة، وأعمل في نفس الوقت على مشاطرة الفئة الكادحة همومها وسبر أغوار تطلعاتها.... وهو إحساس ظل ملازماً لي طيلة مسار حياتي الدراسية والمهنية... فرغم حصولي في امتحان الباكلوريا سنة 1968، على معدل جيد في علوم الرياضيات يؤهلني لولوج المدارس الكبرى في الهندسة، إلا أن رغبتني في تقديم عمل إنساني نبيل يخدم الصالح العام، خاصة الفئة الضعيفة والمحدودة الدخل، دفعني للتوجه لدراسة الطب بكلية الطب والصيدلة بالرباط... وبعد تخرجي عرض علي أبي فكرة فتح عيادة خاصة... ولكن فضلت العمل

¹ - أربعون سنة في محاربة السرطان، ص. 133-132.

² - المرجع نفسه، ص. 134-13.

في القطاع العام لأنني كنت أومن بأن إعانة المرضى المعوزين المصابين بهذا المرض الخطير هي أولى من أي اعتبار آخر...".

ولازال الأستاذ (إ.ك) إلى حد الآن يسعى لتشجيع كل المبادرات والمشاريع التي بإمكانها التخفيف من معاناة مرضى السرطان، حيث أشار إلى الحاجة إلى اهتمام المتطوعين برعاية مرضى السرطان في مرحلة إعلان المرض، لما لهذه المرحلة من وقع على نفسية المرضى وتأثير على انخراطهم في اتباع مراحل العلاج وبالتالي رفع حظوظ شفائهم.

وأكد على أن الطبيب المتطوع يجب أن يتحلى بروح الزعامة والقيادة "Leader ship"، حتى يستطيع تحفيز زملائه للتعاون معه، واستقطاب عدد من الشركاء للانخراط معه في أعمال خيرية تستجيب لاحتياجات المرضى، والعمل على جعل الأعمال التطوعية فعالة ومستدامة.

(4) الأستاذ الدكتور (ف.ت): أخصائي في جراحة المسالك البولية، والذي وقفت على شهادات خير عديدة في حقه سواء من زملائه في العمل، أو مرضاه، أو طلبته وكذلك أفراد عائلته، فهو متفان في عمله في المستشفى، يتعامل مع مرضاه بعطف ورفق ورحمة، ويعشق مهنة تدريس الطب...، وسأعرض حوار جرى بين الأستاذ وبين أمه، التي أمدتني بنص هذا الحوار، وهو يجسد سمو أخلاق هذا الأستاذ الفاضل:

- يا بني، هل بدأت إجراءات الاستقالة لتبدأ في إجراءات افتتاح عيادتك الخاصة، التي تركتها لك من أجل هذا الغرض؟

- أمي الحنونة، تخالجني مشاعر جياشة يطغى عليها الحب والإمتنان لهذا الإهداء، عطاء من أم عاشت لأجلنا ومن أجلنا، دعني أصارك أمي وأستاذتي، أقول أستاذتي لأن لهذه الكلمة معنى يفوق المعنى الأدبي ليصل إلى معنى وجودي تربوي وأخلاقي وروحي. إن بعد سنة من التفكير المستمر، والأخذ والرد مع النفس، بعد أن أصبحت أستاذ التعليم العالي؛ أعلى درجة في أستاذية التعليم العالي، قررت أن أصارك بمكنون نفسي: ...كيف لي وأنا الذي تربيت في كنفك أنت الأستاذة الجليلة التي ربيت أجيالاً وأجيالاً من الطلبة والتلاميذ... كيف لي أن أترك منصة مدرج الكلية التي ألتقي فيها بالأجيال الصاعدة أمل هذه الأمة وأطباء الغد، هم من سيعالجونني إذا مرضت. كيف لي أن أغادرهم ونحن ننهل سويًا من العلم، نعم سويًا لأن الأستاذ دائم التعلم، كيف لي أن أتخلى عن فحصي للمرضى صحبة طلبتي الأطباء الداخليين والمقيمين... شكرًا لك أمي... لن أنسى شغفك بتحضير دروسك، ونحن نراقبك تتفانين في بلورتها... كما كنت تحبين التدريس وتتفانين في العطاء لطلبتك وتلامذتك على مدى أربعين سنة، بحب وتفان، فالمرء ابن بيئته، وأنا شربت في لبنك الطاهر حب العلم وحب اقتسامه بالتدريس، هاته المهنة النبيلة بدرجتين: "الأولى لأنها التدريس، الثانية لأنها تدريس الطب؛ العلم السامي الذي يسعى للتخفيف على عباد الرحمان".

ويشارك د. (ف.ت) في أنشطة تطوعية متعددة: فهو عضو مؤسس لجمعية مبادرات الصحة ودعم التنمية ISAAD: متخصصة في رعاية مرضى الكلى، ينظم عدة أنشطة عبر وسائل الإعلام ويتعاون مع الجمعيات المدنية من أجل التشجيع على التبرع بالأعضاء وخصوصا التبرع بالكلى، يشارك في عدة قوافل الطبية مختصة في التوعية بالوقاية والتشخيص المبكر لأمراض الكلى وسرطانات المسالك البولية.

يظهر من خلال جواب الأستاذ ف.ت، مدى تأثره بأخلاق والدته التي غرست فيه حب العلم وحب التدريس وخصوصا الإخلاص في العمل، من هنا تظهر أهمية التنشئة منذ الصغر على تفضيل المصلحة العامة على كل اعتبار.

(5) الأستاذ (م.ق): ذ. مبرز في الأمراض النفسية، رئيس لجنة الأخلاقيات بكلية الطب بالرباط: أشار إلى أن عددا كبيرا من الأطباء يقومون بأعمال تطوعية فردية مؤقتة، يجب مأسسة الأنشطة لتكون مستدامة، فتقافة المؤسسات تتيح للجميع المشاركة والتعاون وتكامل الأدوار. كما أن تطوير التطوع في المجال الصحي يحتاج الانخراط في جمعيات لاقتراح قوانين، لأن الدستور الجديد أعطى للجمعيات الحق في تقديم العرائض إلى السلطات العمومية والجماعات الترابية، وكذلك تقديم الملتزمات في مجال التشريع.

كما يجب التفكير في إضافة دروس حول التطوع، لصالح طلبة الطب خلال مسارهم الأكاديمي، خصوصا في إطار الصحة المجتمعية. وختم بالإشارة إلى أن هناك نقصاً كبيراً في تسويق العمل التطوعي في المجال الصحي، فلا بد من استخدام الإعلام لتحسيس أكبر عدد من الأطباء للمشاركة في هذه الأعمال النبيلة والتي نحتاج إليها في المغرب.

(6) حوار مع الدكتور (ع. أ): أستاذ في الجراحة التقيومية بمستشفى ابن رشد في الدار البيضاء: كان يشارك باستمرار في القوافل الطبية:

"أكد الأستاذ أن بعض منظمي القوافل يكون لهم هدف سياسي وهو النجاح في الانتخابات، ويستغلون الأطباء لهذا الغرض: وقد سبق أن شارك في عدد من القوافل الطبية، وكان غير راض عما يقوم به خلال القوافل الطبية لأنه عندما يشخص حالات تتطلب الجراحة لا يستطيع معالجتها في الحين، ويحتاج إلى ربط الاتصال مع المستشفى أو مصحة للتكفل بالحالة. وعدد من الحالات لم يستطع متابعتها لأسباب كثيرة منها ما يتعلق بالمرضى الذين لا يريدون التنقل إلى المدينة أوفي بعض الحالات عدم توفر الجهة المستقبلية. ولما أخبرته أن بعض الجمعيات تتوفر على وحدات جراحية متنقلة وتقوم بعمليات جراحية كبيرة في عين مكان القافلة. قال أنه لا يعلم بهذا وهو مستعد للمشاركة معهم، لأن ما جعله يتراجع عن المشاركة في القوافل الطبية هو قلة هذه الإمكانيات التي تمكنه من حل المشكل الذي يشخصه". وأضاف الدكتور بأن الظروف في المغرب غير مهيأة ومتاحة للأطباء لتقديم خدمات التطوع، والسبب يرجع إلى

ضعف وسائل التواصل والاتصال بين الجمعيات. فكل جمعية تعمل وحدها بينما في الدول المتقدمة نلاحظ أنها سعت منذ سنوات إلى التشبيك بين الجمعيات قصد التعاون والتكامل لتحقيق الأهداف.

وهنا أريد الإشارة إلى أهمية القيام بحملات إخبارية في جميع الأوساط الطبية بوجود هذه الوحدات الطبية المتنقلة التي تمكن من إجراء العمليات المتخصصة في الأماكن المعزولة، لأن عدداً من الأطباء رغم اهتمامهم بالتطوع لا يعلموا بإمكانية التوفر على هذه التجهيزات.

الفرع الثاني: مقابلات مع مسؤولين في مؤسسات لها علاقة مع الوزارة الوصية:

1) الدكتور (م.ه): هو الآن في مرحلة التقاعد، ولكن له تجربة طويلة في الإشراف على مشاريع الجمعيات المدنية المهتمة بالصحة، كمسؤول إقليمي في مندوبية الصحة، ثم كرئيس قسم الشراكة بوزارة الصحة، وهو الآن فاعل جمعي. ولقد ورد في جوابه عن سؤالي حول تصوره حول التطوع في المجال الصحي بالمغرب قال: " أقدر أن أقول أن الوضعية الراهنة للعمل التطوعي والجمعي في الميدان الصحي تتسم بمناخ إيجابي حيث أن هناك مجموعة من المعطيات الإيجابية والمشجعة منها:

- الرغبة السياسية على جميع المستويات وبرنامج حكومي يولي أهمية للشراكة مع المجتمع المدني
- الترحيب بالمتدخلين في المنظومة الصحية على جميع المستويات ومن قطاعات اجتماعية أخرى؛
- صحو المجتمع المدني ورغبة المشاركة والإدماج في تدبير الشأن الصحي وتنوع مجالات التدخل في المنظومة الصحية؛
- إبرام عدد كبير من اتفاقيات الشراكة مع مختلف الشركاء وعلى جميع الأصعدة (المحلي، الجهوي، الوطني)؛
- نجاعة المبادرة الوطنية للتنمية البشرية وأجرئة قانون الإطار المتعلق بالمنظومة الصحية والعرض الصحي؛
- وجود معطيات صحية محينة ضمن نتائج البحوث والدراسات في الميدان الصحي؛
- وجود تجارب شراكة ناجحة.

إلا أن موازاة مع ما سلف فهناك بعض نقاط الضعف منها:

- انعدام استراتيجية وطنية خاصة بالشراكة مع المجتمع المدني، متفق عليها مع مختلف المتدخلين؛
- ضعف التنسيق بين المتدخلين في ميدان الشراكة ومع مختلف الشركاء؛
- ضعف الحكامة وتدبير وتتبع مشاريع الشراكة سواء من طرف مسؤولي الوزارات الوصية وكذا معظم جمعيات المجتمع المدني ؛
- ضعف التواصل والإعلام مع وبين مختلف المتدخلين في ميدان الشراكة؛
- العدد المحدود للشركاء المؤهلين لإنجاح مشاريع الشراكة في ميدان الصحة حيث أن الجمعيات المتوفرة على المعايير الضرورية للاستفادة من الدعم ومن تم إنجاح مشاريع الصحة قليلة؛
- الانتباه الى خطر استغلال التطوع والعمل الجمعي للأغراض الشخصية والسياسية؛

وفي الأخير لعل من أسباب نجاح العمل التطوعي في المجال الصحي وضمان ديمومته ووقعه الإيجابي على الصحة العامة تكمن فيما يلي:

- القيادة الجيدة، وتستدعي تطوير العمل في مجال الصحة ووجود قيادة قادرة على التعبئة المستمرة للشركاء وفرق العمل. ومن أجل تحقيق هذه المهمة، يجب أن يتمتع القائد بالقدرات التقنية والتواصلية وأن يكون مقتنعا ومهتماً بالمشروع؛
- تشجيع العمل التطوعي والعزم على تحقيق الأهداف المسطرة؛
- التزام الأطراف ومأسسة الشراكات؛
- المواكبة المستمرة والتأطير الدوري لفرق العمل الميداني؛
- تكثيف عمليات التواصل والتعبئة الاجتماعية حول المبادرات المفعلة.

(2) الدكتور (ح. ه): ممثل المنظمة العالمية للصحة بالمغرب:

أشار إلى صعوبة تنظيم القوافل من الناحية التقنية والتمويلية، والمرضى لا ينتظر وقت القوافل. هناك حالات استعجالية تحتاج لتدخل سريع لتجنب عواقب وخيمة على صحة المرضى المعزولين؛ لذا نحتاج لفاعلين في الصحة المجتمعية والرعاية الصحية الأولية يعملون بصفة قارة في المناطق المعزولة مع الاعتناء بالتنمية المحلية حتى تتوفر ظروف عيش مقبولة للأطباء المعينين في تلك المناطق وتحسن محددات الصحة فتستفيد منها الساكنة صحياً واجتماعياً واقتصادياً.

وذكر لي أنه كان بصدد إعداد بحث دكتوراه حول إشكالية لماذا بعض أطباء الطب العام عندما يعينون في مناطق نائية يضعون برامج ويؤطرونها ويرفعون المستوى الصحي في المنطقة التابعة لهم رغم الإمكانيات المتوافرة لديهم، بل يبحثون عن مصادر لتمويل مشاريع للتنمية المحلية لتحسين محددات الصحة قصد التغلب على العديد من الأمراض التي تعاني منها المنطقة التي يعملون بها، في حين أن هناك من يتهاونون في أداء واجبهم ويتغيبون عن العمل ويكون مهمهم الوحيد هو الانتقال إلى المدن. وختم بالقول بأن المشكل لا يتعلق بالإمكانيات وحدها، ولكن يتوقف بالدرجة الأولى على ضمير الطبيب ومدى شعوره بالمسؤولية تجاه مرضاه.

(4) الأستاذة الدكتورة (ن.إ): أستاذة في أمراض الجلد، نائبة رئيس الهيئة الوطنية للأطباء، مؤسسة ورئيسة جمعية الأمراض الوراثية، ولها تجربة طويلة في المشاركة في القوافل الطبية مع عدة جمعيات على رأسها جمعية "تافيالنت" وهي أول جمعية نظمت قافلة طبية بالمغرب.

أشارت ذة (ن.إ) إلى ضرورة السهر على تنظيم القوافل الطبية في المناطق التي تمس الحاجة إليها، لأن هناك بعض المناطق تنظم بها قوافل باستمرار (مناطق سياحية) مع إهمال مناطق أخرى، وكذلك دعت إلى تنظيم هذه القوافل على مدار السنة وعدم الاقتصار على الفصول التي يكون فيها الجو معتدلاً مع إهمال تنظيم القوافل في فصل الشتاء وفي الجو الحار، كما أكدت على ضرورة إيجاد طرق ناجعة لحسن تدبير الأدوية (كيفية جمعها وكذلك الحفاظ على ما تبقى منها بعد انتهاء القافلة).

كما أكدت أن المشكل الكبير هو كون عدد كبير من المنظمين لهم أهداف سياسية، مما يجعل المسؤولين يتخذون بعض الإجراءات للحد من استغلال هذه الحملات الإنسانية لأهداف أخرى، وكذلك الأطباء المتطوعون لا يقبلون أن تستغل جهودهم لمصالح أخرى غير مساعدة المرضى المعوزين، لهذا لابد من تقنين وتقييم هذه القوافل، والعمل على أن تنظم خارج اعتبارات المكاسب السياسية. ومن أجل هذا الغرض ذكرت ذة(ن.إ) أن الهيئة الوطنية للأطباء أعدت بتعاون مع وزارة الصحة مشروع قانون لتقنين عملية تنظيم القوافل الطبية، ينص على أنه لا يمكن تنظيم أي قافلة طبية إلا بعد أخذ الموافقة من هيئة الأطباء، التي ستسهر على توفير الضمانات لنجاح القافلة.

4) الدكتور (ب. ش): رئيس هيئة أطباء الأسنان سابقاً: "رغب بشدة بفكرة إبراز تطوع الأطباء فهو نوع من إعادة الاعتبار للأطباء وتحسين صورتهم أمام المجتمع. وأكد على أهمية إدماج البرامج التطوعية في الأنشطة التي تقوم بها الجمعيات العالمية *sociétés savantes*، وجمعيات الأطباء ليكون العمل مؤسساتياً ومنظماً ويحقق أهدافاً ملموسة عوض العمل الفردي الذي تكون فعاليته محدودة. وذكر تجربته عندما كان رئيساً لهيئة أطباء الأسنان، حيث قام بعدة أنشطة منظمة تجاوب معها عدد كبير من أطباء الأسنان، وشاركوا فيها بنفان وإتقان، وتلقى تهنئة مباشرة من الملك محمد السادس الذي كلمه هاتفياً، مما شجعه على الاستمرار في تنظيم الأنشطة، خصوصاً أمام ما عايناه خلال هذه الحملات من حاجة ماسة للفئة المعوزة إلى علاجات الأسنان والتوعية الصحية بضرورة المحافظة على نظافة الأسنان منذ الصغر وباستمرار. وتأسف لكون هذه الأنشطة تكون موسمية، وقد تتوقف بتغيير رئيس أو مكتب الجمعية أو النقابة، لهذا أكد على أهمية مؤسسة هذه الأنشطة ذات الحس الإنساني والوطني، وتربية الأجيال على المشاركة فيها منذ صغر سنهم وخلال تكوينهم الأكاديمي حتى يتعرفوا على احتياجات الطبقة المعوزة من مجتمعهم. أما إذا لم يعاينوا عن قرب هذه الحالات فسيقتصر عملهم بعد التخرج داخل عيادتهم الخاصة، على معالجة المرضى الذين لهم إمكانية الأداء، وسيسارعون في القيام بتكوينات في تخصصات تدر عليهم الربح عوض الاهتمام بالأمراض التي تصيب الفئة المعوزة وقاية وعلاجاً".

الفرع الثالث: مقابلات مع أطباء أخصائيين لهم تجربة غنية في التطوع في المجال الصحي

1) الأستاذة الدكتورة (ي.ع) أخصائية في طب الكلى: غادرت الوظيفة العمومية، ولكنها استغلت تجربتها الطويلة التي راكمتها خلال السنوات التي قضتها في المستشفى، فقررت جعل أولوياتها مساعدة الحالات الاجتماعية المعوزة سواء في المجال الصحي (إجراء عمليات، توفير الأدوية والمعدات الطبية المكلفة، تيسير بعض العلاجات التلطيفية للمعاقين والمسنين)، أو مجالات خيرية أخرى (التعليم، توفير السكن اللائق، إدماج القادرين على العمل في مشاريع تدر عليهم الربح بكرامة...).

وهذا عرض مجمل لتجربتها في العمل الخيري:

"بدأتُ العمل التطوعي لما كُنْتُ طالبة في كلية الطب مع جمعية المستقبل المهتمة بالأطفال المصابين بمرض السرطان ... ومن خلال تجربتي تبين لي أن عددا من المحسنين يرغبون في التبرع لصالح المرضى المعوزين ولكن لا يجدون جهة يتقنون فيها ولا يمكنهم متابعة تبرعاتهم للتأكد من استفادة المحتاجين المستحقين لها.

• وفي سنة 2015م، عرضت علي أختي حالة أسرة كانت تسكن في دور الصفيح، وتحتاج لإكمال ثمن سكن اقتصادي كانت قد قدمت تسبيقا للاستفادة منه وليس لها أي دخل للحصول على ثمانين ألف درهم التي يلزمها دفعها لتسلم البيت... ولما عرضت الحالة على بعض أفراد عائلتي وأصدقائي تمكنت من جمع المبلغ و تحقيق حلم هذه الأسرة المعوزة، وشعرت برضا عن النفس لما عاينته من فرح عند كل أفراد هذه الأسرة. فشعرت بمسؤولية كبيرة نحو المجتمع الذي يشمل حالات كثيرة من هذا النوع؛ وقررت إنشاء مجموعة "واتساب" أعرض فيها حالات اجتماعية موثقة بالصور والوثائق التي توضح بتفصيل الحالات، وأقوم بمتابعة جميع مراحل التكفل بالصور التي يتم إرسالها إلى المجموعة، واعتبرت هذه الطريقة نوعاً من الطرق الناجحة لتسويق العمل الاجتماعي، تتكون هذه المجموعة حالياً من 98 عضو: أصدقاء، أفراد العائلة، أشخاص لا أعرفهم ولكن اقترحوا من طرف أعضاء من المجموعة نمت عندهم ثقة في هذا المشروع. معظم الحالات هي عمليات جراحية لأمراض القلب أغلبهم أطفال حديثو الولادة بتشوهات خلقية تحتاج لعمليات مستعجلة وتتطلب مبالغ عالية لا تستطيع العائلات المعوزة توفيرها، وأغلبها يعرض علي من طرف جمعيات مهتمة بالصحة لم تتمكن من توفير المبلغ الكامل الذي تتطلبه العملية الجراحية أو جزء منه.

• بالإضافة إلى حالات عمليات القلب، تعرض علي حالات أخرى، على سبيل المثال: حالات تحتاج إلى عملية زرع القرنية، وجراحة الأورام الدماغية... أو توفير رجل اصطناعية، أو أداء تكلفة حصص الترويض لبعض المرضى المصابين بعدد من الإعاقات بعد الحصول على تخفيضات من طرف مقدمي الخدمات.

كما أقوم بمساعدة بعض الآباء والأمهات القادرين على العمل من أجل القيام بمشاريع مدرة للربح: شراء دراجات نارية ثلاثية العجلات لنقل السلع، شراء آلات خياطة، شراء أفران لإعداد الحلويات...

ومن الحالات التي تعرض علي باستمرار: المساهمة في اقتناء سكن اقتصادي أو ترميم بيوت وتأثيثها لحالات تقطن في ظروف مزرية تتعرض فيها للبرد أو تسرب مياه الأمطار، ولكن لا أستطيع تلبية كل الطلبات. كما شاركت في حملة نظمها نادي طلبة الطب لترميم قسمين بمدرسة موسى الدكالي بسلا التي تسهر على تأطير الأطفال المصابين بالتوحد وبمتلازمة داون.

كما أن الدكتورة (ي.ع) عضو في المجلس الإداري للمؤسسة المغربية للطالب، التي تنظم حملات لجمع تبرعات لصالح الطلبة الحاصلين على شهادة الباكلوريا المتميزين المعوزين لتمكينهم من متابعة دراستهم الجامعية في المستوى الذي يناسب تفوقهم.

وواصلت شهادتها بالقول: "جميع الحالات تعرض علي من طرف جمعيات أثق في أعضائها، وأسهر على التأكد من الحالات الاجتماعية، وأعمل بشفافية لإبعاد أي شبهة عن أعمالنا، حيث نقوم بدفع تكاليف العمليات مباشرة إلى إدارة المصحات، وأرسل إلى المحسنين صور الملف الطبي للمرضى واقتراحات متعددة للتسعير DEVIS، وصور إيصال الدفع، وكذلك فيديوهات مؤثرة تجسد حالات المرضى قبل وبعد العملية، وشكرهم ودعواتهم للمحسنين".

وختمت ذة (ي.ع) حديثها بأن أملها تطوير هذه الأعمال التطوعية، لأن الحالات التي تحتاج المساعدة كثيرة، والمغاربة الميسورون مستعدون لفعل الخير ولكن يريدون متابعة تبرعاتهم للتأكد من استفادة المستحقين منها، وتنصح بالبحث عن طرق مدروسة لتنظيم العمل الخيري بالمغرب على شكل مؤسسي حتى يسهل التواصل بين المحسنين والمحتاجين.

2- الدكتورة (ن.ب)، أخصائية في أمراض الجلد، مؤسسة ورئيسة المنظمة الإفريقية لمكافحة السيدا فرع المغرب OPALS¹ منذ 1995م. بعد حصولها على شهادة التخصص اشتغلت في مركز التشخيص بالرباط، وبعد أن أشرفت على إنهاء مدة عقدها وكانت تعزم فتح عيادة حرة، شجعها الدكتور عثمان ألقلي رئيس قسم دراسة الأوبئة بوزارة الصحة آنذاك، على العمل بوزارة الصحة مُبينا لها أهمية العمل على التخطيط للصحة العامة ووضع استراتيجيات السياسة الصحية لخدمة الصالح العام.

ومن أجل النجاح في المهمات التي أسندت لها في وزارة الصحة حصلت على دبلوم كيفية تدبير المشاريع، ووضعت برنامج لمكافحة مرض السيدا، وكانت مكلفة بالتعاون مع المنظمات الدولية المهمة بمكافحة داء السيدا. وبعد ذلك لاحظت أن طموحاتها تتعدى ما كان يملى عليها من طرف المسؤولين، فقررت تأسيس فرع المغرب للمنظمة الإفريقية لمكافحة السيدا بالتعاون مع سبع أعضاء. وكان الدكتور عبد اللطيف بربيش وزير الصحة آنذاك أعضاء شرفيين للمنظمة. أنشئ أول مركز للوقاية والتشخيص سنة 1995 بالتعاون مع جمعية الهلال الأحمر المغربي. واستطاعت د. (ن.ب) عقد عدة شراكات وإفادة جمعيتها من منح مالية أعطيت من طرف المؤسسات الحكومية المغربية (وزارة التعليم، وزارة العدل)، وكذلك من منظمات دولية. وأشارت دة (ن.ب) أن العمل الجماعي صعب جدا ويتطلب شخصية قيادية تتمتع بقدرات للتواصل مع فئات مختلفة باتجاهات متنوعة: سياسية، دينية، فئات هشة من المجتمع....

¹ - تشغل المنظمة الإفريقية على التقليل من الاستهداف لفيروس فقدان المناعة المكتسب لكنها تدرج ذلك ضمن مقارنة شمولية هي الصحة الجنسية والإنجابية، وتطوير الكفايات النفسية الاجتماعية لدى الفئات الأكثر استهدافا للفيروس، وبالأخص النساء والشباب. ولها حاليا 18 فرع، 10 مراكز للوقاية والعلاج، ووحدة منتقلة. وتقدم المنظمة خدمات طبية مختلفة حيث تهتم بالتكفل النفسي والقانوني بالإضافة إلى أنشطة التكوين والتربية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، والخدمات الشبه الطبية وإجراء التحاليل الطبية.

وتعتمد في منظماتها على تكثيف برامج تكوين المتطوعين. وختمت حديثها بأنها لم تتقدم قط على توجيهها إلى العمل الجماعي، وتُرجع الفضل في اهتمامها بمصلحة الفئات الهشة من المجتمع وخصوصا النساء، إلى ما ترتبت عليه من طرف أمها التي كانت مديرة مدرسة وكانت تدافع على تدرس الفتيات إلى درجة تتدخل لمنع زواج القاصرات ليواصلن تعليمهن. وفي ختام حديثها أوصت بأهمية تربية الأطفال منذ صغرهم على التطوع، وأشارت إلى أهمية تشجيع الأطفال في جمعيات الأحياء، ولو بالمشاركة في تنظيف الحي من الأزبال. وكذلك أكدت على أهمية اهتمام المؤسسات التعليمية بغرس التطوع عند التلاميذ والطلبة، حيث ذكرت بأن منظماتها تستقبل باستمرار عددا من الطلبة الأمريكيين (منهم من يدرس في جامعة HARVARD)، يقضون مدة ستة أشهر للمشاركة في أنشطة الجمعية، منهم طلبة في الطب، ومنهم ممرضون، ومنهم طلبة في مجالات أخرى كالإعلاميات والتدبير والتسويق.

3- الدكتور (م.أ)، أخصائي في الجهاز الهضمي: رئيس جمعية "الطب الاستعجالي" ACTION URGENCE. كانت بداية انخراطه في العمل الجماعي لما كان طبيباً داخلياً في مستشفى ابن سينا بعد إصابته بمرض، فقرر بعد تجربته مع المرض أن ينظم أنشطة لمساعدة المرضى المحتاجين. أول ما فكر فيه هو أن وضع خزانة في مصلحة المستعجلات يضع فيها الأطباء الأدوية التي يتلقونها كعينات من طرف المختبرات، ويتم توزيع تلك الأدوية من طرف أطباء الحراسة على المرضى المحتاجين، ثم بعد ذلك قدم طلبات لعدد من المختبرات ليمدوا تلك الخزانة بالأدوية. ونصحه أحد أصدقائه كان محاميا بإنشاء جمعية وذلك في 20 يونيو 2000 بتعاون مع مجموعة من زملائه الداخليين وكان عددهم 33 عند تأسيس الجمعية. نظم أول نشاط للجمعية بتعاون مع الولاية على شكل "أبواب مفتوحة" شهدت نجاحا كبيرا. في سنة 2008 تم إنشاء فرع الجمعية بفرنسا بتعاون مع أطباء مغاربة يعملون في فرنسا، وحصل على تبرعات هامة مالية وأجهزة وأدوات طبية. وهبتها الجمعية لمصلحة الإنعاش بمستشفى ابن سينا بالرباط حيث شكره على هذه المبادرة الكاتب العام لوزارة الصحة. ومن خلال تواصله مع رئيس المنظمة العالمية للجهاز الهضمي حصل على آلة الفحص بالصدى. وفي سنة 2011 التقى بالبروفيسور JACK TASSOU في مؤتمر جراحة المخرج المنظم بالمستشفى العسكري بالرباط، ولما تعرف البروفيسور TASSOU على أنشطة الجمعية، التزم بالمجيء أربع مرات في السنة للمشاركة في القوافل الطبية وإجراء عمليات جراحية، حيث وصل عدد العمليات التي أجراها إلى حين شهر نونبر 2019 ثلاثمائة عملية. ولقد عبر عدة مرات عن الفرح التي يشعر بها لما يرى المرضى بعد العملية فرحين يعانقون الممرضة، وما يجعله يأتي كل مرة هو الارتياح الذي يشعر به بعد كل رحلة له إلى المغرب يشارك فيها في هذه الأعمال الإنسانية.

تمكن د. (م.أ) من توسيع مهام جمعيته، فأنشأ فرعين للجمعية: فرع فاس سنة 2006، وفرع أكادير سنة 2013. وبالإضافة إلى الطب المتنقل، تتوفر الجمعية على مركز قار تجرى فيه فحوصات طبية في شتى التخصصات لصالح المرضى المحتاجين. كما تهتم الجمعية بالتكوين المستمر للأطباء حيث تنظم

أيام علمية بالموازاة مع القوافل الطبية. وفي إطار شراكة الجمعية مع مستشفى ابن سينا تنظم الجمعية دورات تكوينية في التقنيات الحديثة المتعلقة بأمراض الجهاز الهضمي بتأطير عدد من الخبراء الدوليين.

(4) الدكتورة (ح. ف)، أخصائية في أمراض الدم، عضو في الجمعية المغربية للمرافقة النفسية والتجميلية لمرضى السرطان AMAPEMAC: بعد عشر سنوات من ممارستها لاختصاصها، شعرت بأن مرضاها يحتاجون بالإضافة إلى العلاج الدوائي، إلى رعاية نفسية الشيء الذي كانت تقوم به ولكن شعرت أنها تحتاج لمهارات أكثر، خصوصا في مرحلة إعلان المرض وضرورة إقناع المرضى بتحمل صعوبة مضاعفات العلاج، فقررت الحصول على دبلوم في علم النفس الإكلينيكي. مما جعلها تشعر أن لها مهارات أكثر للتعامل مع النفسيات المختلفة للمرضى. وفي سنة 2015 قامت هي ومجموعة من الأطباء منهم الدكتور الأزرق أخصائي في التحليلات¹، وأعضاء من تخصصات أخرى، بإنشاء جمعية AMAPEMAC، التي تسهر على رعاية المرضى المصابين بالسرطان بتنظيم عدة أنشطة، منها: حصص يوكا YOGA، ورشات فنية، ومهارات يدوية، لقاءات مع مرشحات دينيات، جلسات للاستماع فردية وجماعية حيث تتحدث المريضات عن مرضهن ومشاكلهن بحضور مدربين وأخصائيين في علم النفس.

وبما أن أغلب المريضات فقيرات ومن بينهن أرامل ومطلقات، وبعد إصابتهن بمرض السرطان يصبحن عاجزات عن القيام بأعمال شاقة، هناك عدد من المتطوعات يتم تعليمهن من طرف متطوعات كيفية إعداد الحلويات، أو حِرف تقليدية، وكذلك تعلمهن طريقة تسويق منتوجاتهن لضمان دخل مادي يحسن من حالاتهن الاجتماعية.

وبالنسبة للجانب التجميلي، تتم مساعدة المريضات على اقتناء باروكة الشعر لأنهن يفقدن شعرهن من جراء العلاج الكيميائي، ويوفر لهن ثدي اصطناعي بعد عمليات إزالة الثدي، وكذلك يستفدن من حصص تجميلية وتدليكية للاسترخاء...

وأشارت دة. ح.ف إلى ظاهرة عدم التزام المتطوعين، حيث نلاحظ أن هناك من يُظهر حماسه في البداية ولكن سرعان ما يغيب وربما لمدة طويلة وبدون عذر مقبول، فالمتطوع يشعر بأنه غير ملزم بتحقيق نتائج معينة ولا أنه متابع بالمحاسبة عن مهام وافق عن طواعية على الاضطلاع بها مما يؤدي إلى تعثر نجاح برامج الجمعية، وهذا الأمر تعاني منها العديد من الجمعيات. ويجب إيجاد حل لهذا المشكل ويحتاج لمأسسة العمل التطوعي لنستطيع تحقيق نتائج نرضى عليها وإلا فلا فائدة بتضييع الوقت في أعمال ارتجالية غير مدروسة .

(5) الدكتور (ع.ع): أخصائية في طب العيون، عضو في مؤسسة تهتم بشؤون الأسرة: أهداف جمعيتنا هي المحافظة على استقرار الأسرة بتعليم مهارات حسن تربية الأبناء، وتحقيق السعادة الزوجية للوقاية

¹ - الذي فقد أمه وأباه بسبب مرض السرطان، وعند مرافقته لأحد أفراد عائلته الذي كان يتابع العلاج من السرطان بفرنسا، وقف د. الأزرق على المجهودات التي تقوم بها عدد من الجمعيات للتخفيف من معاناة مرضى السرطان فقرر إنشاء هذه الجمعية.

من التفكك الأسري والعنف والطلاق. ورغم أن جمعيتنا غير متخصصة في الصحة، فإننا نحتاج كثيرا لمساهمة الأطباء من عدة تخصصات لتنشيط عدد من المحاضرات التوعوية التي تمس الحاجة إليها، لتوعية المنخرطين في جمعيتنا بسبل الوقاية من بعض الظواهر التي انتشرت في مجتمعنا: ظاهرة التدخين، المخدرات، الأمراض المتناقلة جنسيا، ... والتي لها علاقة وطيدة مع المشاكل الأسرية التي نعانيها. والحمد لله لا نجد صعوبة في إيجاد أطباء متطوعين... تُعرض علينا حالات كثيرة تحتاج إلى عمليات جراحية مكلفة، أو إلى أدوية باهظة الثمن ولا نستطيع دائما مساعدتها لأن الإمكانات المادية للجمعية ولأعضائها قليلة، وفي أغلب الأحيان نقوم بوساطة بين المرضى والأطباء لتخفيض التكاليف، وعدد من الأطباء يتجاوبون مع الحالات المعوزة وخصوصا المستعجلة، وفي بعض الأحيان بعد التأكد من الظروف الاجتماعية للمرضى لأنهم ينتمون إلى المنطقة التي تعمل فيها الجمعية (حي شعبي)، ودراسة ملفهم الطبي للتأكد من صدق المعلومات، نعرض الحالات على بعض المحسنين الذين يتعاونون على جمع تكاليف العملية.

6) الدكتورة (ث.د): طبيبة في جراحة الأسنان: رئيسة سابقة لجمعية سنابل الخير للتنمية

الاجتماعية والثقافية منذ 2008، مسيرة سابقا لدار الرعاية "دار الأمان" بعين عتيق التي تتكفل بالأطفال الأيتام والمتخلى عنهم وتوفر لهم كل الاحتياجات المادية والمعنوية بما في ذلك التمرس والأكل والشرب والأنشطة الموازية والرياضية، عضو مؤسس لأكبر دار الرعاية على صعيد إفريقيا و هي "مدينة الأمان" التي أسست بشراكة بين عدد من المحسنين والمبادرة الوطنية للتنمية، وهي رئيسة شرفية لأربع جمعيات: (1) "جمعية ثمار الخير للتنسيق السوسيو- الثقافي" رئيسها تربي في دار الرعاية "دار الأمان" حتى حصل على شهادة البكالوريا، وسهرت الدكتورة (ث.د) على تأطيره وتوجيهه حتى تخرج من المعهد الملكي لتكوين الأطر، وهو الآن يشغل بوزارة الشبيبة والرياضة، (2) "جمعية جسور الخير للتنمية المستدامة" رئيسها كان مديرا معها في دار الأمان بعين عتيق وهو أستاذ الرياضة، ولما ذاق حلاوة العمل الخيري، أسس هذه الجمعية، (3) جمعية "بنيان لكفالة اليتيم"، كانت رئيستها تتعاون مع جمعية سنابل الخير في العمل الاجتماعي بتتبع الحالات الاجتماعية الساكنة بسلا، فأنشأت أخيرا جمعية "بنيان" بالحي الذي تقطن فيه بالقرية بسلا، تهتم بالأيتام والدعم التربوي للأطفال في وضعية صعبة.

بالنسبة للتطوع في المجال الصحي، تعالج دة نزلاء خيرية عين عتيق الذين يشكون من مشاكل الفم والأسنان، حيث جهزت قاعة بجميع المعدات الضرورية للقيام بهذه العلاجات. وتُعرض عليها حالات كثيرة تحتاج إلى استشارات متخصصة أوعمليات جراحية مكلفة أو إلى أدوية باهظة الثمن، فتتدخل عند الأطباء لتخفيض التكاليف، وعدد كبير من الأطباء يتجاوبون مع الحالات المعوزة وخصوصا المستعجلة. وفي بعض الأحيان بعد التأكد من الظروف الاجتماعية للمرضى من طرف اللجنة المكلفة بالتتبع، ودراسة ملفهم الطبي للتأكد من صدق المعلومات، نعرض الحالات على بعض المحسنين الذين يتعاونون على جمع تكاليف العملية.

ومن جهة أخرى أضافت دة إلى غياب مفهوم التطوع الحقيقي لدى بعض المتطوعين، الذين يظنون أنهم غير ملزمين بالحضور باستمرار إلى الجمعية، ولا يتابعون إلا عن بعد بعض أنشطة الجمعية، وهذا يرجع بالخصوص إلى قصور في إخلاص النية والإيمان بالمسؤولية الملقاة عليهم نحو هذه الفئات الهشة من المجتمع. ولهذا أكدت على أهمية وضع معايير لاختيار المتطوعين مبنية على الكفاءة والقدرة وتوفير الوقت اللازم لأداء المهام المنوطة بهم، وضرورة عقد دورات تدريبية للمتطوعين للعمل على رفع كفاءتهم وتأهيلهم ومدّهم بمهارات يحتاجون إليها لتدبير مشاريع الجمعية بإتقان وجودة، وتذكيرهم باستمرار بمفهوم التطوع الصحيح وآلياته. كما أشارت إلى أهمية توظيف بعض الأطر المتخصصة للعمل في الجمعية لضمان سير أنشطتها بدون تعثر مع احترام التخصص، لأن الجمعيات مطلوبة بتطبيق حكمة جيدة وتقديم تقارير أدبية ومالية مضبوطة لتوضح بشفافية كيفية صرف الإعانات المقدمة من الجهات الحكومية أو المحسنين لتبرهن على أمانتها وحسن تدبيرها.

إن أهم ما يميز تجربة دة (ث.د) هو حرص المستفيدين من جمعية الأمان على إنشاء جمعيات يدعمون من خلالها أطفال في وضعية تشبه الظروف التي مروا بها، كنوع من رد الجميل للمجتمع، وحرصهم على جعل دة التي أطرتهم رئيسة شرفية لهذه الجمعيات، اعترافاً بالمجهودات التي بذلتها من أجل تكوينهم وتأهيلهم حتى أصبحوا أطرا صالحة مصلحة تسعى للمشاركة في تنمية المجتمع.

الفرع الرابع: أطباء مغاربة يعيشون في الخارج:

أولاً: الدكتور (ز.ل)¹: أخصائي أمراض النساء يشتغل بباريس:

عَرَضْتُ على د. (ز.ه) عدة أسئلة عند مقابلته، منها:

✓ كيف نشأت فكرة انخراطك في العمل التطوعي؟، أجاب قائلاً: "ما جعلني أقوم بكل هذا، كوني كنت مصاباً في صغري بمرض الربو. هذا المرض الفريد من نوعه يجعلك في حاجة للتنفس، ويجعلك تحس أنك أقرب إلى الموت. الشيء الذي يضعفك. وهو ما دفعني إلى التميز في الدراسة، لأنني حينما أخاطب نفسي أقول: "أنا ضعيف البنية، فإن لم أدرس فما أنا بفاعل؟" العلم والدراسة هما الوحيدان اللذان بإمكانهما أن يعطيني قوة أكبر. وحينما وصلت إلى المستشفى الجامعي وكان سني حينها واحد وعشرون سنة، أول قسم تدربت فيه كان قسم المستعجلات، وهناك كانت أولى صدماتي، حينما رأيت المرضى يعانون، فأخذت على نفسي أنني سأدافع عن هذا المريض. ولا يمكنك الدفاع عن أي أحد دون سلاح، وسلاحى الوحيد هو الطب".

¹ - ولد زهير الهنا في مدينة الدار البيضاء عام 1966م، وينحدر من عائلة متوسطة، نال دبلوم في الطب من جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء عام 1992، ثم سافر إلى فرنسا للتخصص في الأمراض النسائية، وحصل على عدد من الشهادات الجامعية، منها دبلوم الجراحة النسائية المهبيلة والجراحة الترميمية، سبق أن شغل منصب رئيس المصلحة التابعة لجامعة باريس السابعة، ومنصب نائب رئيس منظمة الدعم الطبي بفرنسا، عضو في الفرع الفرنسي لأطباء بلا حدود.

✓ ماهي أحسن التجارب التي قمت بها وتفتخر بها؟

خلال تكويني بفرنسا، قمت بحملات إنسانية مع "أطباء بلا حدود" فأعجبت بالفكرة، وحينما أنتمت تكويني وتجربتي مع "أطباء بلا حدود"، انضمت إلى منظمة المساعدة الطبية العالمية Aide médicale internationale، التي زرت معها إفريقيا: جزر القمر، الهند... حينما كانوا يسألونني بعد عودتي من غزة: "ما رأيت هناك!" وقد أكرمني الله بزيارتها ثلاث مرات سنة 2009 و2013، وخلال الحرب الأخيرة 2014 بقيت هناك 51 يوم، أقول أنه عندما تحنَّكُ مع أناس تحت الضغط، تصبح بنفسك غنيا... التقيت خلال هذه الحملات الإنسانية مع مجموعة من الأطباء المتقنين في التطوع مثل Mads Guilbat من السويد في غزة وDavid Nolt من إنجلترا في سوريا وبنغلاديش.

كما ذهبت إلى شمال سوريا ثمان مرات، والتقيت سنة 2012 بمخيم الزعتري بأستاذ البيداغوجيا رافايل بيتي Raphael Pitit وهو أستاذ ذو صيت وجنرال فرنسي، هذا الأخير حرَّ في نفسه موت الأطباء في سوريا، أنشأ مركزا لتطوير مهارات الأطباء والمسعفين الذين ظلوا في سوريا. بدؤوا بأطباء الحروب، ثم أضافوا مسعفي الحروب. وبعدما سمعت أنهم أضافوا قسما بأمراض النساء، اتصلت بهم وقدمت لهم نفسي وتجاربي السابقة في البلدان الأخرى... دَعَوْنِي إلى الانضمام إليهم. تعلمت منه طريقة مبسطة لتعليم القابلات اللاتي كان معظمهن لا يملكن شهادة ويمارسن تجربة الحرب فقط، بفضل الله تمكنا من إضافة مهارات إلى مهارتهن عبر إشرافي على عدة دورات تكوينية، كما شاركت معهم في دورات لتعليم الإسعاف.

✓ ماذا عن تجربتك في المغرب؟

أنا أهتم دائما بالأعمال التطوعية التي لها أثر مستدام؛ حين عدت إلى المغرب لاحظت أن القابلات بالمغرب خاصة في العالم القروي يشتغلن وحدهن، وعند حدوث تعسر خلال مرحلة الولادة أمام بُعد المركز الصحي وغياب سيارة الإسعاف قد تحدث مضاعفات خطيرة قد تصل إلى وفاة الأم والجنين. في ظل هذه الظروف القاسية التي تشتغل بها القابلات ارتأيت أن أقتبس من تجربة تعليم القابلات التي خُصَّنها خلال حرب سوريا مع د. رافايل بيتي "وأطبقتها في المغرب. بدأنا سلسلة دورات تكوينية منذ أكثر من سنة في الفنادق، ثم استطعنا القيام بها داخل المراكز الصحية العمومية، حيث تمَّ تكوين خلال السنتين الأخيرتين 250 قابلة، أغلبهن يشتغلن في المراكز العمومية. وأصبح هذا التكوين يلقي إقبالا من لدن القابلات... هاته الطريقة المبسطة والجديدة تتطلب وقتا وجهدا لكنها تظل ذات وقع قوي وهذا ما يسمى بالاقتصاد العلمي.

والآن أعمل على فكرة جديدة وحملة جديدة تخص تعليم المسعفين هدفها مسعف لكل قرية، لا زلت أعمل عليها وحيدا، وأنا أرحب بكل طبيب يرغب بالمشاركة. ذهبت لمناطق الأطلس وطلبت منهم أن يجمعوا لي شبانا وشابات في العشرينيات الذين نالوا الشهادة الابتدائية وبدأت بتعليمهم بطريقة مبسطة خلال يوم واحد المعلومات الأساسية للإسعاف بطريقة سهلة الاستيعاب، لأن تضاريس المغرب لا تمكننا من إنشاء مراكز صحية تغطي جميع المناطق وبالتالي وجب علينا تعليم أبناء مختلف المناطق. ومن ضمن توصياتي

عدم تكثير المراكز الصحية أمام العجز المالي الذي يشكو منه القطاع الصحي ولكن علينا تأهيل وسائل التواصل والمواصلات.

✓ ما هي أحسن التجارب التي حدثت لك في المغرب؟

• بدأت الاشتغال بالمغرب منذ سنة 2000، الأصدقاء الذين فتحوا لي أبواب المستشفى علمتهم الجراحة المهبلية التي تمكن من إصلاح بعض المضاعفات التي تحدث عند الحوامل خلال فترة الولادة المستعصية، وهذه الدورات أجريتها بعدة مدن بالمغرب: فاس، سيدي قاسم، الخميسات، الجديدة، المحمدية، سيدي عثمان. أيما طبيب يفتح لي الأبواب آتي إليه لنقوم بالعمليات معا ويتعلم من خلال ذلك. ومنهم من علم آخرين ومع الأسف منهم من احتكر العلم عنده. وقد سررت حينما اتصل بي طبيب يشكرني على ما تعلمه من خلال طبيب آخر تعلم على يدي وأنه أجرى 100 عملية بهاته الطريقة. لهذا أؤكد على أهمية الاهتمام بالأعمال التطوعية التي لها مردود مستدام.

• وهناك واقعة أثرت في كثيرًا: كتبت منذ شهرين مقالا أسميته "كيس الحمام"، مقال لسيدة في مكناس، مصابة بكيس ليفي بالرحم وكان ينزف ويؤلم، ولم تتمكن من الحصول على الموعد لاستئصاله، في الحملة التي قمنا بها لمدة أسبوع في مستشفى مكناس قمنا باستئصال الكيس، وبعدها بأيام اتصل بي الجراح الذي قمت معه بالعملية، يخبرني أن لديه هدية لي، قلت: «ما هي؟» قال: "كيس حمام!" قلت: "ما الحكاية؟" قال: "وأنا جالس بالمقهى، أتتني سيدة وسألتني إذا ما كنت أنا الجراح الذي كان برفقة الطبيب الآخر الذي أتى من الخارج، فرددت بالإيجاب ومدت إلي كيس حمام، وقالت أنها أصبحت بخير وأن لا شيء لي لأكافئ الدكتور الذي أجرى لي العملية إلا هذا الكيس الذي أبيعه. هذه الهدية كانت لها دلالات كبيرة، حيث أنك جعلت من إنسان عاطل، إنسانا يشتغل. فدورنا ليس أن نعطي الصدقات للناس وإنما الكرامة.

✓ في نظركم كيف يمكن التخفيف من هذه المشاكل؟

بحكم عملي لأزيد من عشرين سنة بالمناطق الصعبة، بتأكده سماع مشكل الموارد، فالإشكالية إشكالية إنسان، إن كان متقنا لما يقوم به فستكون له القدرة لتدبير الموارد ولو كانت قليلة. المشكل بالأساس في الإنسان. أولا بالنسبة للأطباء والقابلات والممرضين الذي عُينوا في مناطق معزولة، يجب تحسيسهم بأنهم يقومون بعمل نبيل يسهرون فيه على إنقاذ أرواح الناس المعزولين في هذه المناطق، عايشة معالجين متطوعين يعملون بنشاط وتقان في صحاري الساحل، وأودية إفريقيا ومع الرياح الموسمية لآسيا وهم فرحون وراضون عن أنفسهم عند القيام بهذه الأعمال الإنسانية.

وعلى تقدير مجهودات من يعمل بالمناطق النائية وتأمين أعمالهم ماديا ومعنويا، وإلا سيصابون باليأس والإحباط والاكتئاب؛ وفي هذه الحالة كيف سيكون مردود من هو بنفسه يحتاج للرعاية والمساعدة. ولهذا يجب على المسؤولين توفير توازن بين راحة الأطباء والممرضين الذي يعملون في هذه المناطق وبين ما يقدمونه من خدمات للسكان؛ وهذا يحتاج للتنمية المحلية لهذه المناطق حتى يتحقق العيش الكريم لهؤلاء

المعالجين، وإلا سيصبح هاجسهم هو فرصة الانتقال إلى مناطق قريبة. وهذا يحتاج إلى استحضار أن المواطنة الحقّة تحتاج إلى التضحية في سبيل حسن رعاية المواطنين.

✓ ماهي طموحاتك المستقبلية؟

ألزمت على نفسي أن مكاني ليس بعبادة خاصة، بل قرب الناس. وأصدقكم أنه أعظم شعور عندي هو حينما أجري تدخلا جراحيا مجانيا لأحد المعوزين، لأن ثمنه لا يعد ولا يحصى، ولا يحس بهذا إلا ذو قلب سليم، يحس بقيمة تسخير له يد العون ولإنقاذ الناس، فنحن نحمل قوة لتغيير حياة بني آدم.

ثانيا: (ع.م): أستاذ مبرز في طب القلب في مستشفى بوخوم بألمانيا، عضو جمعية "أمانة" بألمانيا التي أنشئت من طرف عدد من المغاربة العاملين بألمانيا ويترأسها الدكتور مجيد الحمدوشي.

ولد د.(ع.م) سنة 1948، في واحة فكيك، وكان أبوه من رجال المقاومة الأفذاذ ممّا كلفه قضاء تقريبا حياته كلها في التعذيب بجميع أنواعه في مختلف سجون الاستعمار الفرنسية. بعد حصوله على شهادة البكالوريا، تمّ اختياره كأحد الطلبة الأوائل في الصف، للاستفادة من الدفعة الأولى لمنحة الدراسة الجامعية في ألمانيا DAAD (الخدمة الألمانية للتبادل بين الجامعات) في 30 نوفمبر 1966. قام لمدة 8 سنوات بالتخصص في الطب الباطني في ثلاثة مستشفيات ثم في أمراض القلب، وسنتين من التخصص المعمق في أمراض القلب عند الرضع في مدينة ليل، بفرنسا.

عين نائب مدير القسم الطبي ابتداء من عام 1984 في المستشفى الجامعي بوخوم لمدة 16 سنة، ثم بعد ذلك رئيس الشؤون الطبية لأكثر من 14 عاما، والذي أنهى به مسيرته الأكاديمية من خلال تأهيله كأستاذ مشارك ثم أستاذ مبرز بعد 12 عامًا من البحث العلمي والدراسات العليا. قام بنشر أكثر من 300 بحث، وخمسة كتب للتدريس في الطب الباطني وطب القلب التدخلي، وشارك في خمسة كتب طبية أخرى. وحصل على براءة اختراع في مجال الأطراف الصناعية التاجية Stents.

إن هذه الإنجازات التي حققها د. (ع.م) وما توفر له من مراكز عالية ومؤهلات علمية لم تنسه بلده المغرب، فهو لا زال يسعى بكل ما في وسعه لخدمة بلده الأم؛ يقول د.(ع.م) : "لديّ حاضنة عائلية كبيرة في مختلف أنحاء المغرب لا سيما مع إخوتي وأخواتي الثمانية ومع واحة فكيك، أشعر أنني متعلق بها جدا وأنا دائما أسأل عن حالتها ومشاكلها، وأحاول المساهمة في تنميتها. "

وأضاف قائلا: "إن أغلب الأطر المغربية التي تعمل في الخارج لها غيرة على بلدها الأم، وتعمل جادة لنفع بلدها، لقد قمنا في ألمانيا بإنشاء عام 2009 شبكة DMK (شبكة الكفاءات المغربية الألمانية)، ونأمل المساهمة في تطوير المغرب، لقد حقق التعاون المغربي الألماني بشكل عام بعض الإنجازات، لكنني أعتقد أنها لا تزال غير كافية لأن لنا إمكانات مهمة للغاية. نستطيع نقل الكثير عن النمط الألماني وأساليب عملهم. يمكن للمغاربة الذين يعيشون في ألمانيا أن يكونوا جسر تعاون بين الدولتين من خلال تجربتهم في مجالات اختصاصهم المتنوعة: التعليم، التدريب والتأهيل، ونقل الدراية know، وتطبيق خطوط الدليل المعيارية guide-lines وهذه هي أهدافنا الأولية..

في مجال الصحة، وأنا مسؤول عن قيادة مجموعة "الطب والصحة" أبرمت اتفاقات تعاون مع الرباط والدار البيضاء ووجدة. عقدت ندوة مشتركة وورشة عمل نيابة عن DMK في أبريل 2012 مع جمعيات أمراض القلب المغربية والألمانية (DGK) في المؤتمر السنوي لأمراض القلب DGK لأول مرة في مانهايم ألمانيا. وهناك مشاريع مبرمجة من طرف المجموعة الطبية DMK في منطقة الصويرة. وتم اقتناء معدات لغرفة الطوارئ والإسعاف بفجيج قدمها زملائي الأطباء من فلنسبورغ. ويتم نقل معدات طبية وأجهزة للبحث العلمي من وقت لآخر إلى الجامعات والمؤسسات حسب الحاجة إليها وحسب الإمكانيات التي تتوفر عليها، وذلك بالتعاون مع جمعية "Espoir Trait d'Union" "أمل جسر الاتحاد". وقد قمت بالنيابة عن شبكة DMK بالتعاون مع الوزارة المكلفة بالمغاربة المقيمين بالخارج والهجرة ووزارة الصحة ووزارة التعليم العالي والمركز الوطني للبحوث العلمية والتقنية بحملات طبية للتوعية وكذلك نظمنا قوافل طبية مع الرابطة الطبية لفكيك، بالتعاون مع زملائي وأصدقائي، وفي نفس الوقت يتم التخطيط لعدة مشاريع صغيرة في مجالات الصحة والتعليم بالتعاون مع شركاء فلنسبورغ في ألمانيا. وفي ألمانيا، نركز على مسألة دعم المواطنين المغاربة في تكوينهم، وإنجازهم لمشاريع علمية، ونعمل على تقديم الدعم للأمهات المغربات في مجال تربية أطفالهن بالتعاون مع السلطات المحلية. كما قمت نيابة عن شبكة الكفاءات الطبية لمغاربة العالم C3M بعقد المنتدى الأول في الدار البيضاء بالتعاون مع الوزارة حول التوعية الصحية وتمّ تدريب الأطباء في التقنيات الطبية بدعم من مستشفى فلنسبورغ.

لكن هذه الأنشطة لا تشكل أولوياتنا، نريد التركيز على برامج لها تأثيرات على التنمية المستدامة، وأكد بأن أهم مجال يجب الاهتمام به هو التعليم والصحة. وختم حديثه بصرد قناعاته: "التعليم هو رأس المال، متعة العمل ونوعيته تحدد النجاح، الإيمان بأهمية الوقت: (إذا كان الوقت معروضا للبيع، سأكون أول زبون)، الاحترام المتبادل لا يمكن المساس به، حتى لو اختلفت الآراء والثقافات، احترام الحياة الشخصية للآخرين، لا يحق اليأس أمام أي مشكلة، المعاملة بالرفق وتجنب الاستبداد، اتخاذ القرارات المشتركة في الأمور المشتركة، التدخل في شؤون الناس الآخرين يولد الصراع، فرض أمر واحد على الآخرين يحرمهم من حريتهم، شريكك ليس ملكك، هناك قيم أكثر قيمة من المال".

إن هذه القناعات التي ذكرها د. (ع.م) هي أساس نجاح العمل الجماعي المؤسسي الذي يؤمن به ويبحث فيه ويدرسه في ألمانيا، والذي نحتاج إلى تطويره في المجال التطوعي الصحي، ونركز على آخر قناعة ذكرها وهي "هناك قيم أكثر قيمة من المال". نعم، هناك قيم كثيرة أفضل من المال منها قيمة الشعور بالمسؤولية نحو الآخرين والتطوع من أجل التخفيف من معاناة الفئات التي ابتليت باجتماع عدة كرب: الجهل والفقر والمرض.

الفرع الخامس: مقابلات مع طلبة الطب

سنقدم إجابات بعض طلبة الطب المغاربة عن سؤال: ما رأيكم في مشاركة الطلبة في الأنشطة التطوعية؟:

قال أحد الطلبة: عدد من طلبة الطب أصبحوا يشكون من توتر عصبي نتيجة الظروف التي يعيشونها خلال مسارهم التكويني: الامتحانات، التدريبات، الآفاق الغامضة لمستقبلهم، وهم بحاجة إلى دعم نفسي، ومن المسائل التي تنعكس إيجابيا على نفسية الطلبة مشاركتهم في الأعمال التطوعية، كما أثبتت ذلك عدة دراسات وهذا ما لمستّه شخصا عندما انخرطت في التطوع. ولا أخفيكم أنني لما شاركت في عدد من القوافل الطبية ولمست عن قرب حاجة ساكنة تلك المناطق المعزولة إلى الخدمات الصحية اقتنعت بأن من الواجب علينا عند التخرج أن نقبل التعيينات التي ستعرض علينا للعمل في هذه المناطق عوض الاحتجاج بالإضرابات، فمن سيتكفل بهؤلاء المرضى إذا لم نتناوب جميعا لعدد من السنوات؟ ولكن نحتاج كذلك للتنمية المحلية لهذه المناطق حتى يُضمّن العيش الكريم للطبيب ومساعديه والساكنة كذلك.

- وقالت طالبة أخرى: إن حيز الرغبة في العمل التطوعي حاضر عند معظم الطلبة، خاصة حين نسمع عن الخصائص الموجودة في المناطق النائية، ولكن ما يمنعني الآن من القيام بذلك أنني لا زلت في مرحلة التكوين، وحين أقدم على هذه الخطوة يجب أن أكون مؤهلة، وإلا سأكون عالة على فريق التطوع وهذا أمر لا ينبغي التسرع فيه قبل اكتساب الخبرات اللازمة.

وأشارت إلى أنها ورفاقها في كلية الطب ومن خلال جمعيتهم سبق أن شاركوا في إقامة حملات للتوعية والتثقيف الصحي، ونظموا أعمالاً إغاثية بإيصال معونات إبان حملات البرد القارس في بعض المناطق المغربية بالتعاون مع جمعيات محلية، وهم مستعدون للمشاركة مرات أخرى إذا سمح لهم الوقت وتوفرت لهم الإمكانيات المادية لذلك. كما نظموا حفلات خيرية ومدخول هذه السهرات يصرف في تمويل الأنشطة الخيرية.

وفي ختام حديثها قالت: "لن تقوتني الفرصة دون تقديم الشكر إلى عميد الكلية وأساتذتنا الذين يشجعوننا على هذه المبادرات الإنسانية، وأوجه نداء لأساتذة الطب فعليهم مسؤولية كبيرة في تكوين طلبتهم تقنيا ولكن كذلك أخلاقيا وإنسانيا، فهم قدوتنا، ولكن مع الأسف هناك بعض الأساتذة يهملون تأطير طلبتهم حتى من الناحية التقنية؛ لأنهم يقضون كثيرا من الوقت خارج المستشفى في مصحات خاصة، ولكن الحمد لله لا زال هناك عدد كبير من الأساتذة الذين نعترف ونقدر ما يبذلونه من جهد من أجل تأطيرنا رغم عددنا الكبير وقلة الإمكانيات...".

إن أغلب هؤلاء الأطباء الذين أجريت معهم المقابلات هم أعضاء في جمعيات مدنية، وجميعهم أكدوا على أن نجاح هذه الجمعيات يرجع بالخصوص إلى اعتمادها على العمل المؤسسي، وإيمان أعضائها بأن الإسهام في العمل الخيري والإنساني في المجال الصحي أصبح مسؤولية الجميع وعلى رأسهم الأطباء.

ولكن كل هذه الجمعيات تشكو من عدم وجود تمويلات قارة لبرامجها، مما يحيل دون التخطيط لبرامج مستدامة وفق خطة استراتيجية يكون لها مردود ملموس على المستوى الصحي للمواطنين. ومنهم من يشكو من قلة الموارد البشرية المتطوعة الملتزمة مع الجمعية مما يحد من أنشطتها كمّاً ونوعاً، رغم الحاجة الماسة إلى الإكثار منها والرفع من جودتها.

خلاصة:

رغم المجهودات التطوعية المبذولة في المغرب والتي عرضنا نماذج منها في المطلب السابق، فقد جاء المغرب في رتبة متأخرة (الرتبة 136 من بين 139 دولة) في الإصدار الثامن من مؤشر الإحسان



العالمي World Giving Index لسنة 2017 ، الذي تصدره مؤسسة المساعدات

الخيرية «كاف» كل سنة ، والتي يوجد مقرها ببريطانيا وتعنى بالعمل الخيري عبر العالم، وهي ذات مصداقية عالمية ومعروفة بمهنيّتها.

يدرس المؤشر ثلاثة جوانب أساسية تهتم مساعدة الغرباء والتبرع بالأموال والتطوع بالوقت، جمعت المؤسسة بيانات من 139 دولة، وهو ما يمثل نسبة من 95% من سكان العالم. يعتمد مؤشر العطاء العالمي CAF على معدل للإجابات عن الأسئلة الرئيسية الثلاثة في كل بلد، ويتم إعطاء كل بلد درجة مئوية، ويتم تصنيف الدول على أساس هذه الدرجات.

وأكد السيد "جون لو"، الرئيس التنفيذي لمؤسسة CAF: «...لا نعتمد الكم المتبرع به أو مجموع التبرعات للبلد الواحد، أو عدد ساعات التطوع، وإنما نعتبر فقط أن تعطي وقتاً أو شيء ما، أو تقدم معونة مع عدم توقع أي مقابل، وكأننا نقيس وجود الفكر التطوعي في حد ذاته مع تطبيقه في أرض الواقع. إنه يخالف وجهات النظر التقليدية للعلاقة بين الثروة والكرم، ويؤكد أن العطاء يتعلق بالروح والحافز الداخلي، وليس بالوسائل المالية».

وحسب هذا التقرير، تصدرت "ميانمار" قائمة المؤشر، إذ حلت الرتبة الأولى عالمياً بنسبة إحسان بلغت 65%، متبوعة بأندونيسيا بنسبة إحسان تقدر بـ 60%، تليها كينيا، ثم نيوزيلندا، والولايات المتحدة الأمريكية، فأستراليا.

	 CAF World Giving Index ranking	 CAF World Giving Index score (%)	 Helping a stranger (%)	 Donating money (%)	 Volunteering time (%)
Myanmar	1	65	53	91	51
Indonesia	2	60	47	79	55
Kenya	3	60	76	52	51
New Zealand	4	57	65	65	41
United States of America	5	56	73	56	41
Australia	6	56	66	63	40
Canada	7	54	67	61	35
Ireland	8	53	61	60	39
United Arab Emirates	9	51	71	55	27
Netherlands	10	51	51	64	36
United Kingdom	11	50	58	64	28
Sierra Leone	12	49	81	26	41
Malta	13	48	45	73	26
Liberia	14	46	75	18	46
Iceland	15	46	44	68	26
Thailand	16	46	51	68	19
Iran	17	45	61	50	25
Zambia	18	45	69	33	33
Germany	19	45	58	55	22
Norway	20	45	49	55	30

- حلت ميانمار الرتبة الأولى وللسنة الثانية على التوالي، وهذه النتيجة تثير عدة تساؤلات نظرا لفقر ميانمار، علّق بعض الخبراء عن المرتبة الأولى التي احتلتها ميانمار، بأن أمام شدة الحاجة والفقر وكثرة المحن والمشاكل الاجتماعية، تكون الرغبة في التآزر دافعا قويا للعتاء والتبرع بسخاء؛ فميانمار دولة فقيرة ومتعددة الإثنيات، وتتعرض للكوارث والحروب باستمرار مما يقوي الدوافع عند عدد كبير من المواطنين للتعاون لحل الأزمات.
- حل المغرب الرتبة الـ136 عالميا بنسبة إحسان لا تتجاوز 18 في المائة، من بين 139 دولة، إذ أكد التقرير أن نسبة الإحسان بالمملكة تعرف تراجعا سنة بعد أخرى؛ فمنذ انطلاق المؤشر عام 2012 تراجعت النسبة بـ6 في المائة.
- وحلّ المغرب فيما يتعلق بمساعدة الغرباء الرتبة الـ97 عالميا، إذ لم تتجاوز نسبة مساعدة الغرباء بالبلاد 43 في المائة؛ فيما حلّ في الرتبة الـ139 والأخيرة فيما يتعلق بالتبرع بالأموال، الذي بلغت نسبته فقط 2 في المائة وصنفت المملكة في الرتبة الـ130 في ما يتعلق بالعمل التطوعي بالوقت بنسبة 7 في المائة.
- ولم يستطع المغرب أن يحجز مكانة متقدمة حتى على مستوى الدول العربية، إذ تصدرت الإمارات العربية المتحدة القائمة بحلولها في الرتبة التاسعة عالميا، متبوعة بليبيا التي حلت في الرتبة الـ42، ثم تونس بالرتبة الـ98، ومصر في الرتبة الـ108، يليها المغرب، ثم اليمن التي تذيلت المؤشر على الصعيد العالمي بحلولها في الرتبة الـ139¹.

¹ - تقرير مؤشر الإحسان العالمي 2017م.

- حلت أندونيسيا المرتبة الثانية سنة 2017م، ثم المرتبة الأولى عالميا سنة 2018، ولمعرفة الأسباب التي جعلت أندونيسيا تتصدر قائمة ترتيب الدول حسب المؤشر العالمي للإحسان، أجريت مقابلة مع دة أماني لوبيس¹، لمعرفة الأسباب التي كانت وراء وصول الشعب الأندونيسي إلى هذه الدرجة المميزة من التبرع بالمال والوقت، فكان جوابها كما يلي:

إن عدد سكان أندونيسيا كبير 360 مليون، وأكثر المناطق جزر بعيدة، لا تستطيع الحكومة أن تتكلف برعايتهم، وليس في مصلحتها أن ينزلوا من الجبال والجزر إلى المدن، لهذا تشجع الحكومة المواطنين على المشاركة في تنمية مناطقهم، وتستقبل المسؤولين عن المشاريع الخيرية وتقدم لهم إعانات، وتحضر لافتتاح المشاريع وتُعَيِّن أساتذة وأطباء يتقاضون رواتبهم من الحكومة ومنهم من يشتغلون تطوعا في هذه المؤسسات الخيرية....

وذكرت أن في مجال التعليم العالي، يوجد في اندونيسيا:

○ 2000 جامعة حكومية و 2000 أهلية.

○ 28000 معاهد دينية: منهم من يتبع منهج نظامي يشبه النظام الحكومي، ومنهم من يتبع منهج تقليدي: يعتمدون على كتب التراث في اللغة والحديث والفقه... وعند تخرجهم، منهم من يشتغل في مجال الدعوة، ومنهم من يفتح معاهد أخرى ويشرف عليها.

وأشارت دة أماني لوبيس على أن تطور العمل الخيري في اندونيسيا يرجع إلى أن القوانين والتشريعات تعطي الحرية للجمعيات الأهلية. اندونيسيا تطبق الديمقراطية، والديمقراطية عندنا ليست فكرة سياسية فقط ولكن اجتماعية أيضا.

تشتترط الحكومة عدة معايير قبل إعطاء الرخصة لإنشاء المعاهد أو المؤسسات الخيرية: بحيث ترسل مراقبين للتأكد من ملكية الأرض وعدم وجود أي نزاعات، وتوفر المعهد على عدد معين من الفصول والمرافق مثلا مستوصف، مسجد، وأن يوجد للجهة المشرفة على المشروع رصيد كاف في البنك.

تمول هذه المعاهد من طرف المحسنين، ويتفاخر رجال الأعمال المحسنين لو كان عندهم معهد، أو أي مؤسسة خيرية. ويشترط في كل معهد أن يكون له مستوصف لتوفير الرعاية الصحية: لأن المعهد يستقبل 2000 إلى 3000 طالب، وبالتالي يحتاج إلى مستوصف يشرف عليها أطباء وممرضون يحصلون على رواتب من الدولة أو يكونوا متطوعين... أخيرا أنشأت جمعية المحمدية (عدد أعضائها 40 مليون) جامعة كبيرة، على شكل مبنى كبير يشمل عدة مرافق، مُمَوَّل من طرف المحسنين على شكل أوقاف.

وكخلاصة أكدت دة لوبيس ان نجاح التطوع في أندونيسيا راجع إلى التعاون والتفاعل بين الحكومة والجمعيات الأهلية بسبب النظام الديمقراطي (الديمقراطية السياسية والاجتماعية)، كما أن المؤسسات

¹ - رئيسة جامعة هداية الله الإسلامية بجاكرتا، أَلَقَتْ درسا حسنيا بالمغرب سنة 2017.

التعليمية تعمل على غرس ثقافة التطوع؛ ففي جميع شعب التعليم العالي يلزم الطلبة بقضاء شهر كامل في الخدمة المجتمعية في مناطق نائية معزولة تحت إشراف أحد الأساتذة، مع ضرورة تقديم تقرير عن الأنشطة التي قاموا بها خلال هذا الشهر.

والسؤال الذي يهمننا في هذا البحث، هو ما هي الأسباب التي جعلت المغرب يحتل هذه المرتبة المتأخرة حسب مؤشر الإحسان العالمي: عدد من المحللين أرجعوا هذه النتيجة إلى كون مجال التطوع في المغرب غير منظم على شكل مؤسسي، وعدد من الخبراء في التطوع الذين أجريت معهم المقابلات أكدوا على ضرورة مأسسة العمل التطوعي بالمغرب، كما أن دراسة تجربة عدد من الدول بينت أن مأسستها هي من وراء النجاح الذي حققته، فما السبيل إذن لمأسسة العمل التطوعي بالمغرب؟ هذا ما سنتناوله في المبحث الموالي الذي عنوانه "آفاق استراتيجية للنهوض بالعمل التطوعي بالمغرب".

المبحث الثاني: تدابير استراتيجية مقترحة من أجل النهوض بالعمل التطوعي في المجال الصحي

بناء على المؤشرات الكمية التي جمعناها عبر قراءة أرقام الحاضر والماضي، وبالاكتفاء على الأساليب الكيفية التي استنتجنا أدلتها من الآراء القارئة لمجرى الواقع، سنحاول في هذا المبحث اقتراح بعض التدابير الاستراتيجية التي باتخاذها يمكن النهوض بالعمل التطوعي بالمجال الصحي، وبالتالي تحقيق مستقبل أفضل للمنظومة الصحية بالمغرب يحافظ على كرامة جميع شرائح المجتمع. وبما أن هدفنا في هذا البحث منصب على إبراز إسهامات الأطباء، فسأنتظر في المطلب الأول من هذا المبحث إلى التحديات الحالية التي تواجهها المنظومة الصحية في المغرب التي لها علاقة بالموارد البشرية وبالأطباء على وجه الخصوص، قصد إيجاد حلول لها؛ لأن الأطباء هم أساس تطوير المنظومة الصحية بصفة عامة، في كل من القطاع العام والخاص وكذا التطوعي الذي هو موضوع هذه الدراسة.

المطلب الأول: تحديات الموارد البشرية الطبية بالمغرب، الواقع وآفاق التطوير:

الفرع الأول: واقع المشاكل التي تعاني منها الموارد البشرية:

حسب إحصائيات وزارة الصحة لسنة 2018، وصل عدد الأطباء 23.361 (11.167 في القطاع العمومي و12.194 في القطاع الخاص)، وهو ما يساوي كثافة 7,1 طبيب لكل 10.000 مواطن. وحسب ما أعلنت وزارة الصحة المغربية، فإن المغرب يحتاج إلى 32.387 طبيب لتفادي هذا الخصاص الحاد.

كما يعاني المغرب من خصاص في الأطر شبه الطبية، وحسب إحصاءات أواخر 2018، يحتاج المغرب إلى 64.774 ما بين ممرض وتقني في الصحة. توصي المنظمة العالمية للصحة بـ 23 مهنيي الصحة لكل 10.000 مواطن.

إن كل ما ذكرناه في هذا البحث حول الطبيب ينطبق على الأطر شبه الطبية، لأن فئة الممرضين تعد من أهم فئات القوى العاملة الصحية؛ حيث أثبتت الدراسات أن 80% من الخدمات الصحية التي تقدم للمريض ولل فرد للمحافظة على صحته (البرامج الوقائية) تقدم بواسطة التمريض. وبالإضافة إلى هذا الخصائص الحاد في الأطر الصحية الذي تعاني منه المنظومة الصحية حالياً في المغرب، هناك مشكلتان حادثان تفرضان إجراءات تحفظية استعجالية:

* المشكلة الأولى: تتعلق بالإحالة المقبلة على التقاعد، لما يناهز 16 486 عامل بوزارة الصحة: 1.923 من الأطر الطبية، و 11.160 من الأطر شبه الطبية، و 3.403 من الموظفين الإداريين في أفق سنة 2025م.

جدول حول إسقاط حالات التقاعد حسب الحد الأدنى لسن العاملين بوزارة الصحة بحلول عام 2025¹.

السنة	الطبية		شبه الطبية		إدارية وتقنية		المجموع	
	العدد	% النساء	العدد	% النساء	العدد	% النساء	العدد	% النساء
2016	76	24%	726	48%	214	36%	1 016	44%
2017	191	32%	1 002	54%	312	39%	1 505	48%
2018	151	39%	1 257	58%	308	39%	1 716	53%
2019	161	45%	1 350	56%	348	35%	1 859	51%
2020	157	45%	1 460	58%	313	36%	1 930	54%
2021	174	34%	1 446	58%	341	43%	1 961	53%
2022	234	36%	1 342	58%	354	42%	1 930	52%
2023	255	38%	1 089	59%	396	44%	1 740	53%
2024	230	37%	834	59%	404	43%	1 468	51%
2025	294	35%	654	60%	413	44%	1 361	50%
المجموع	1 923	37%	11 160	57%	3 403	41%	16 486	51%

وانطلاقاً مما سبق، فمن المستحيل رفع التحدي على المدى القريب بدون إعادة النظر في أعداد المهنيين الطبيين وشبه الطبيين المبرمجين للتكوين، وبدون إمكانية اقتراح خيار الاستمرار في العمل على المهنيين الذين وصلوا سن التقاعد، أو جلب مهنيين من الخارج.

* المشكلة الثانية: تتعلق بهجرة الأطر الطبية:

ليست هناك إحصائيات دقيقة لعدد الأطر الطبية التي تهجر إلى الخارج، ولكن هناك تقديرات تشير إلى أن 7.000 طبيب مغربي مسجلون في هيئة الأطباء بفرنسا، بالإضافة إلى عدد من الأطباء

¹ – Ressources Humaines de la Santé en chiffres, 2015, Edition octobre 2016, p. 38.

المغاربة المهاجرين في أمريكا وألمانيا ودول أخرى. كما أن عدداً كبيراً من طلبة السنة السادسة من كليات الطب بالمغرب يدرسون اللغة الألمانية رغبة في الرحيل إلى ألمانيا للتخصص، وأغلبهم لا يعودون إلى المغرب¹.

ونظراً لكون هجرة الأطر الطبية المحلية تمثل حائلاً أمام تحقيق شعار "الصحة للجميع" الذي رفعتَه منظمة الصحة العالمية، تعكف هذه المنظمة والهيئات الشريكة معها على استحداث حلول تمكن البلدان من التصدي لمشكلتي السيطرة على هجرة العاملين الصحيين وتحسين سبل الاحتفاظ بهم، ففي بعض الحالات يغادر الأطباء بلدانهم الأصلية ويتجهون إلى بلدان أجنبية بحثاً عن فرص لاستكمال تكوينهم أو عن ظروف عمل أفضل. وفي حالات أخرى يغادرون المناطق الريفية في اتجاه مناطق حضرية، والنتيجة هي تزايد أشكال التفاوت في الحصول على خدمات الرعاية الصحية داخل البلدان وفيما بينها.

ومن العناصر الأساسية التي تتعاون على تحقيقها منظمة الصحة العالمية مع الشركاء والدول الأعضاء للحد من هجرة الأطر الطبية:

- * تهيئة بيئة داعمة فيما يخص العمل والعيش وإتاحة فرص التطور المهني للحدّ من احتمال هجرة العاملين الصحيين؛
- * اعتماد الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية قراراً يطلب من المدير العام للمنظمة وضع مدونة أخلاقيات بشأن التوظيف الدولي للموظفين الصحيين، وذلك بالتشاور مع الدول الأعضاء وجميع الأطراف المعنية، بما فيها وكالات التنمية.
- * العمل على زيادة مستويات الموارد المالية المتاحة لتنمية القوى العاملة الصحية واستثمار هذه الموارد بكفاءة وفعالية، ولهذا الغرض قامت منظمة الصحة العالمية ببناء تحالفات استراتيجية مع شركاء ومؤسسات دولية؛ بما في ذلك -على سبيل المثال- هيئة المعونة الأمريكية بيبفار PEPFAR ومؤسسة جايا اليابانية JICA والمفوضية الأوروبية... والغرض من هذه التحالفات هو إعداد عاملين صحيين وفرق صحية لديها مهارة في التعامل مع المشاكل الصحية لجميع الفئات العمرية -من الرضع إلى كبار السن- والعمل كذلك عبر العديد من البرامج الخاصة على مكافحة أمراض محددة، وإدراج برامج تركز على الأطفال والأمهات الحوامل والمصابين بالإيدز والسل والملاريا، مع وضع برنامج عمل صحي أوسع، مما يفتح فرص شغل للعاملين الصحيين تتناسب مع حاجات بلادهم، وتحد من نسبة الأطر الصحية التي تتجه إلى الخارج رغبة في التكوين المستمر أو التخصص، وغالباً ما تجرّها ظروف العمل الملائمة والحوافز المالية إلى البقاء للعمل هناك².

¹ - كلمة السيد محمد الدرويش (مدير المرصد الوطني لمنظومة التربية والتكوين)، الندوة الوطنية الدولية في موضوع: "منظومة التربية والتكوين بين التخطيط والتنفيذ"، المنظمة بكلية الطب والصيدلة بالرباط في 20 فبراير 2019.

² - التحديات، Site OMS، <http://www.who.int/hrh/strategy/challenges/ar/>، زيارة الموقع مارس 2018.

وقبل عرض بعض التدابير التي يجب اتخاذها من أجل الحد من هجرة الأطر الطبية، وتشجيع الأطباء الذي درسوا الطب في الخارج للعودة إلى المغرب الذي هو في أمس الحاجة إلى خدماتهم. ارتأيت أن أقدم بعض الإشكالات التي تعاني منها المنظومة الصحية، والتي عبر عنها كل من المرتفقين والأطر الطبية خلال برنامج انتظارات:

فخلال هذا البرنامج تمّ استخلاص مجموعة من المؤاخذات التي سجلها المواطنون: "التي تتعلق بالغيابات المتكررة للعاملين بالقطاع الصحي، ناهيك عن الإضرابات، التي قد تصادف مواعيد طال انتظارها من طرف المرضى...، هذا علاوة عن عدم احترام أوقات العمل المعمول بها... مما يؤثر سلبا على نوعية التشخيص والفحوصات التي يقومون بها والتي تتم حسب رأي المواطنين عن غياب الضمير المهني والاستخفاف بصحة المواطن¹.

ونتيجة لهذه التصرفات الصادرة عن بعض الأطباء والمرضى أصبحت العلاقة بين المهنيين والمرتفقين في بعض الحالات، في السنوات الأخيرة مجالا للصراعات ولانعدام الثقة، مما أدى إلى مشاعر الإحباط لدى الطرفين داخل منظومة ذات الاختلالات اليومية التي لا تسمح برؤية المكتسبات التي تحققت في المجال الصحي مما لا يسهم في تحسين الوضع القائم. ووعيا من الوزارة الوصية بأن تليين العلاقة بين الطرفين يمر عبر الشفافية والحوار، وعدم الاقتصار على سماع المرتفقين فقط. لهذا عملت وزارة الصحة من خلال برنامج انتظارات على أخذ شكاوى واقتراحات مهنيي الصحة بعين الاعتبار بشكل منهجي من خلال المسوحات والمشاورات والمناقشات: "وسجل مهنيو الصحة مجموعة من الاختلالات التي تطبع القطاع الصحي في شقه الخاص بتدبير الموارد البشرية حيث يرون أن تطوير القطاع الصحي رهين بتحسين الظروف المهنية، حيث نددت مجموعة من الأطر الطبية التي تشتغل في المركز الاستشفائي ابن سينا في جهة الرباط، بالأوضاع التي يعيشها المركز، والتي تتمثل أساسا في قلة الموارد البشرية، مما ينعكس على جودة الخدمات المقدمة للمواطنين... وفي الشق المتعلق بالجانب الأمني، يطالب مهنيو الصحة بتوفير الحراسة الأمنية داخل المستشفيات لأنهم كثيرا ما يتعرضون لاعتداءات لفظية وجسدية من طرف المرضى أو المرافقين لهم قد تصل أحيانا إلى استعمال الأسلحة البيضاء مما لا يتيح بيئة سليمة للعمل. كما يتطلع مهنيو الصحة إلى إشراكهم في اتخاذ القرارات الاستراتيجية التي تهم القطاع عوض حصرهم في أدوار تنفيذ القرارات فقط... وتمت المطالبة بإنشاء مراكز جديدة لتكوين المرضى لتغطية الحاجيات وتقوية التخصصات، وتحديد إجراءات اعتماد المدارس الخاصة بتكوين المرضى.

كما طالب مهنيو الصحة بالرفع من مستوى الخدمات الاجتماعية للشغيلة الصحية، وذلك بإخراج "مؤسسة الحسن الثاني للنهوض بالأعمال الاجتماعية لموظفي وزارة الصحة" إلى حيز الوجود في أقرب الآجال، وإصلاح نظام الرواتب الشهرية مع الأخذ بعين الاعتبار الحوافز حسب المردودية.

¹ - انتظارات الصحة التقرير العام 2013، إصدارات وزارة الصحة، المملكة المغربية، ص. 27/26.

ومن ضمن مطالب العاملين بالقطاع: التعويض عن الحراسة، إدماج الأطباء في الوظيفة العمومية ابتداء من السنة الأولى من الإقامة، تحسين ظروف الحركة الانتقالية لتمكين الأطباء من الاستقرار الاجتماعي وأداء مهنة الطبيب على أحسن وجه، تخفيض المدة التعاقدية بالنسبة للأطباء المعيّنين بالمناطق المعزولة إلى 4 أو 6 سنوات عوض 8 سنوات، كما أحاط النقاش بضرورة عقلنة تعيينات الأطباء المختصين وتبني التعيينات الجماعية، وكذا تبني سياسة تشجيعية كتوفير السكن الوظيفي أو علاوات خاصة للمعيّنين بالمناطق النائية.

ويأتي الاهتمام بالبحث العلمي ضمن المطالب الملحة، وذلك عبر إنشاء المرصد الوطني للبحث في الصحة، ليكون قادراً على وضع برامج البحوث مع نشر نتائجها... واجتمعت آراء العاملين بالقطاع كذلك حول ضرورة التكوين المستمر للعاملين بالقطاع الصحي وذلك بصفة عادلة وبطرق حديثة تتماشى مع المستجدات¹.

ونستنتج بعد عرض شكاوى مهنيي الصحة، أن هناك عدة معوقات تحول دون إمكانياتهم أداء عملهم في أحسن الظروف، ولكن الملاحظ في السنوات الأخيرة أن الرأي العام يرجعون الاختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية بكليتها إلى الأطباء. واستمرار هذا الحكم الخاطئ وتعميمه على جميع الأطباء قد يؤدي إلى تفاقم الوضع.

وإن أهم الحلول المقترحة من أجل تليين العلاقة بين الأطباء والرأي العام، هو خلق توازن بين واجبات الطبيب حول المجتمع، وبين الحقوق التي يجب أن تضمن له من طرف المسؤولين. ولقد أشار إلى هذه النقطة د. حدية في الفصل التاسع من كتابه "قضايا من علم النفس الاجتماعي"، والذي عنوانه بـ "محددات مفهوم الدور بين الثقافة والمجتمع من أجل فهم عميق للسلوك الفردي"، يقول فيه: " وكل أولئك الذين يعلمون أننا نحمل مواقع محددة هم على معرفة بها، ينتظرون منا أن نتوافق مع هذه النماذج السلوكية وإن نجسدها في سلوكياتنا... وعلى سبيل المثال يمكن ذكر دور الطبيب. إن السلوك الأساسي للطبيب الذي يمنح للدور وحدته ووجوده ويرتكز على علاج المرضى (هكذا يكون المطلوب منه أن يكون سخياً في علاجه وليس أن يشفي بالضرورة هؤلاء المرضى)... وبعض السلوكيات التي تكون الدور تشكل حقوقاً للطبيب (تشريقات) في حين نجد سلوكيات أخرى تشكل واجباته (التنقل مثلاً استجابة لطلب مستعجل)... أما الاتجاه الشخصي المتوقع من الطبيب فهو التفاني، النزاهة في العمل، الصبر، الحفاظ على أسرار الناس وبشكل عام الاتجاه نحو الآخر (التعاطف الطيبوية، السمات العاطفية. ويمكن الإشارة إلى أن بعض هذه المعطيات يتم التركيز عليها صراحة ضمن بعض النصوص (قانون الواجبات الطبية، قسم أبقراط). في

¹ - انتظارات الصحة التقرير العام 2013 لوزارة الصحة - المملكة المغربية، ص. 29.

حين أن بعضها الآخر تبقى ذاتية تتواجد على وجه الخصوص ضمن آراء توقعات أعضاء الجماعة. ولا يقل هذا النوع بطبيعة الحال، من حيث إلزاميته بالرغم من أنه أكثر انتشاراً. وهكذا فإن عدم الاستجابة لتوقعات الجماعة يجر على المتهم استهزاء الزبائن وعدم تعاطفهم، وبمعنى آخر أنه يجد صعوبات في ممارسته المهام وكسب العيش. وإن عدم طاعة نصوص القوانين يؤدي إلى عقوبات قانونية¹.

فلا يمكن تشجيع الأطباء على أداء واجبهم تجاه المجتمع بطريقة مرضية إلا بضمان الحد الأدنى من حقوقهم، وفي مقدمتها تامين مجهوداتهم لخدمة الصالح العام؛ فبعد قضائهم سنوات طويلة في مراحل الدراسة والتكوين، فهم لا زالوا يضحون من أجل توفير الرعاية الصحية للمرضى مع ما تتطلبه ممارستهم من ضغط نفسي أمام الحالات الاستعجالية والأمراض الخطيرة، ثم بعد ذلك تتوجه إليهم التهم أمام كل مشكل متعلق بالصحة. إن هذه الظروف أدت إلى عدة تحديات إضافية، من بينها:

- معاناة عدد من الأطباء من الاحتراق النفسي² "BURNOUT". وهو مصطلح عام يشير إلى حالة يمر بها الموظف يشعر فيها بالضغط النفسي الناجم عن العمل، والإنهاك والتعب بسبب العمل. إن هذا المشكل أصبح يشكو منه كثير من المسؤولين والموظفين أمام ضغوطات العمل، ولكن الدراسات بينت أن نسبة الإصابة به في صفوف الأطباء مرتفعة نظراً لطبيعة عملهم (التوتر المستمر لمواجهة معاناة المرضى، متطلبات المداومة في مصلحة المستعجلات والإنعاش...). ولقد أوضحت دراسة فرنسية، عبر استطلاع رأي 1000 طبيب فرنسي، وكانت النتائج أن ما يقرب نصف الأطباء المستجوبين كانوا يعانون من مشاكل لها علاقة مع الإرهاق الوظيفي، وأن 28% عبروا أنهم يشكون من أعراض الاحتراق النفسي، منهم 6% وصلوا لمرحلة الاكتئاب. كما أن نتائج 37 دراسة شملت 15 000 طبيب عاملين بفرنسا، بينت أن نصف الأطباء هم في مرحلة الإرهاق الوظيفي، من بينهم 5% في مرحلة الاحتراق النفسي الحاد³.

ومن هنا تتجلى أهمية إبراز إنجازات الأطباء المغارية، لتشجيعهم على المزيد من العطاء، وكذلك ليكونوا قدوة لزملائهم للسير في طريقهم. وأؤكد على أهمية الإكثار من مبادرات تكريم الأطباء الفاعلين والتميزين في مجال التنمية الصحية. فهذا سيشجع الأطباء الممارسين على مزيد من التضحية لأداء رسالتهم المهنية، وكذلك يشجع التلاميذ على الإقبال على دراسة الطب؛ لأنه هناك تحدي آخر يواجه مستقبل المنظومة الصحية هو عزوف عدد كبير من الحاصلين على شهادة البكالوريا عن دراسة الطب

¹ - المصطفى حدية، قضايا في علم النفس الاجتماعي، طبعة جديدة 2017، مطبعة الرباط نت، 144-145.

² - قد يكون من الصعوبة اكتشاف الاحتراق النفسي مبكراً، إذ يشعر الكثير من الموظفين في المراحل الأولى للمرض بأنهم في حالة صحية جيدة، وغالباً ما يرجعون هذه الأعراض إلى ضغوط العمل وأعباء الحياة. ولكن تفاقم هذه الأعراض وعدم التعامل معها من قبل الموظف ومع أسبابها، قد يقود إلى الإصابة بالاكتئاب، كما قد يصل الأمر في أسوأ الحالات إلى حد التفكير في الانتحار. ومن أهم أسبابه عدم أخذ فترة راحة في أوقات العمل.

³ - Stéphanie Lavaud Enquête Medscape : les médecins français en burnout, 23 janvier 2019.

نظرا لصعوبة وطول مسار التكوين والدراسة، وكذلك صعوبة ممارسة هذه المهنة أمام الضغوطات الحالية الموجهة إلى الأطباء. وهناك عدة دراسات علمية أجريت في عدد من الدول بينت أن نسبة وجود الأفكار الانتحارية تتراوح بين 7.2% و 35%، ونسبة محاولات الانتحار بين 0.7% و 4.8% عند طلبة طب. وفي المغرب لا توجد دراسة واحدة أجريت على 600 طالب طب منتمين إلى كليات الطب السبع، وبينت أن 5% منهم قاموا بمحاولة الانتحار على الأقل مرة واحدة. و 31% منهم كانت عندهم أفكار انتحارية¹.

إن طلبة الطب أصبحوا يشكون من توتر عصبي نتيجة الظروف التي يعيشونها خلال مسارهم التكويني: الامتحانات، التدريبات، الآفاق الغامضة لمستقبلهم، وهم بحاجة إلى دعم نفسي، ومن المسائل التي تنعكس إيجابيا على نفسية الطلبة مشاركتهم في الأعمال التطوعية وانخراطهم في أنشطة جماعية كنادي الرياضة والفن التي تتوافق مع ميولاتهم.

إن المشاكل النفسية التي يشتكي منها طلبة الطب ليست خاصة بهم، فجميع الشباب أصبحوا يعانون منها، وهذا راجع لعدة أسباب منها، ما أشار إليه د. حدية في كتابه "دراسات حول الطفولة والشباب - مقارنة نفسية اجتماعية"، في المحور الذي عنوانه: "الشباب والخدمات الاجتماعية"، حيث قال: "أنه كلما تغير المجتمع وتعدّد، كلما ازدادت مؤسساته وتنوعت أساليب حياة سكانه، وتشابكت علاقات أفراد وجماعاته واحتاج الفرد فيه إلى فترة أطول من التعليم والتكوين، إن لم تكن هذه الفترة تمتد طيلة حياته، كما هو معلوم به اليوم في عدة مجتمعات قطعت أشواطاً كبيرة ومعقدة من حيث التقدم العلمي والتكنولوجي مما استتبع تعددا اجتماعيا انعكست نتائجه على حياة الفرد النفسية والاجتماعية بشكل كبير، فأصبحت معاناته كبيرة، تتجلى في الاضطرابات النفسية-الاجتماعية والأمراض كالعصابات والذهانات التي أصبح الفرد يعيشها في مثل هذه المجتمعات، وبالأخص في مدنها الكبيرة كنيويورك وتوكيو وباريس على سبيل المثال. وللتخفيف من شدة هذه المعاناة والمشاكل النفسية الاجتماعية التي يعيشها الفرد في هذه المجتمعات أفرزت تبعا لسيروية النمو والتطور في هذه الأخيرة، مؤسسات اجتماعية ونوادي متعددة الاهتمامات والخصائص، كإتاحة الفرصة للقاء بين أفراد هذه المجتمعات في النوادي السينمائية ودور الشباب أو دور الثقافة أو المتاحف... إلخ... التي تساعد الفرد إلى جانب الأسرة والمدرسة والمعمل والضيعة على حل مشاكله النفسية والاجتماعية².

فعلينا العمل على دمج الأطفال منذ صغر سنهم في مثل هذه المؤسسات الاجتماعية حتى يرتبطوا مما سيعود بالخير من أجل إشباع حاجاتهم النفسية-الاجتماعية. وتعد الجمعيات المدنية المهتمة بالثقافة والصحة والبيئة والرياضة والخيرية، من أهم المؤسسات الاجتماعية التي يشعر فيه الأطفال بالراحة والرضا عن النفس، وبالتالي تكسر حاجز التعقد والاضطرابات النفسية.

¹ - Mohammed Brahimi , Mosaab Maazouzi, Souhaila Malakt, Soukaina Lazaar, Hajar Khaoulani, les idées et tentatives de suicide chez les étudiants en médecine au Maroc : résultats d'une étude multicentrique, service de psychiatrie CHU Mohammed Premier, faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda , Oujda, Maroc/ ScienceDirect/www.sciencedirect.com .

² - المصطفى حدية، دراسات حول الطفولة والشباب - مقارنة نفسية اجتماعية-، ط. 2. مزيدة ومنقحة، 2013، مطابع الرباط نت، ص. 110.

الفرع الثاني: وزارة الصحة والتحديات المتعلقة بالموارد البشرية:

إن الوزارة واعية بالتحديات التي تواجه إصلاح المنظومة الصحية، وتبذل جهوداً من أجل رفع هذه التحديات؛ حيث تقوم بالتشاور مع عدد من الخبراء والمسؤولين لإيجاد حلول ناجعة. ويعد المرصد الوطني للتنمية البشرية ONDH من أهم المؤسسات التشاورية في المجال الصحي. ومن خلال تقريره حول الفوارق في الحصول على الرعاية الصحية والذي صدر سنة 2010، أجمع المسؤولون والشخصيات المستجوبة أن سمات الطبيب العام حالياً لا تستجيب لمتطلبات واحتياجات الساكنة. وقد قال أحد المسؤولين في وزارة الصحة: "حالياً الطبيب العام يقتصر على المقاربة العلاجية، بينما عليه أن يهتم بالجانب السوسيو-الاقتصادي والنفسي والاجتماعي والثقافي للمريض، وكذلك عائلته ومحيطه..." وقال خبير آخر: "الطبيب العام لا يجب أن يقتصر عمله على الجانب التقني، ولكن عليه أن يكون كذلك معالجا نفسيا واجتماعيا، مدبراً للتنمية المحلية، وقائداً لجميع الفاعلين التتميين للمنطقة التي يعمل بها". وأكد عدد من المسؤولين من وزارة الصحة أن هذه الكفايات مهمة في المسار التكويني للأطباء، كأننا ننسى أن الطب مهنة إنسانية واجتماعية... لهذا من اللازم أن نضيف في التكوين الأكاديمي لطلبة الطب، بالإضافة إلى المقاربة التقنية مقارنة مكملّة تشمل كلاً من تاريخ الطب، وأخلاقيات مهنة الطب ونقطة أساسية من علم الاجتماع وعلم النفس. إن هذه المواد تقوي الجانب الإنساني للعلوم الطبية غير أنها مع الأسف تغيب لحد الآن عن البرنامج الأكاديمي في تكوين طلبة الطب¹. كما أشار أغلب المسؤولين عن جامعات الطب إلى النقص في المواد التي تهتم بالوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة².

وأشار التقرير أن مبادرة تنظيم القوافل الطبية في المناطق النائية غالباً ما تأتي من طرف أطباء ينتمون لهذه المناطق وهم الآن يعملون إما داخل المغرب أو خارجه، ويشعرون بمسؤولية أمام ساكنة مسقط رأسهم ومنهم أقاربهم وذووهم³.

كما ورد في هذا التقرير بأن أغلب الأطباء الذين يتأقلمون بسهولة مع العمل في العالم القروي، ويمارسون عملهم بتقان وإخلاص هم الذين أصلهم من الجهة التي عيّنوا فيها. ومن الشهادات التي أدلى بها أحد الأطباء الذي يعمل في القطاع العام في منطقة معزولة: "أنا أصلي من هذه المنطقة، وأنا معتاد على العيش في هذه الظروف، التحدي الوحيد الذي واجهني هو أن الساكنة تريد أن أكون تحت إشارتها 7 أيام على 7 أيام، ليل نهار، لأنني منهم ولهم". وهذا المعطى يتوافق مع توصيات المنظمة العالمية للصحة⁴.

¹ – Rapport de l'ONDH: Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc- Etude des cas- 2010 .p 129.

هذه الدراسات أجريت بتعاون بين مؤسسة البحث في التنمية: IRD والمؤسسة الوطنية للإدارة الصحية: INAS، ووكالات الأمم المتحدة بالمغرب PNUD- UNICEF- FNUAP- ONU Femmes

² –Rapport de l'ONDH 2010, p. 131 .

³ –Rapport de l'ONDH 2010, p. 85.

⁴ – Rapport OMS. 2010. Recommandations pour une politique mondiale. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation.

التي تؤكد على استخدام سياسات تجعل نسبة من طلبة الطب تكون من أصول قروية، من أجل تعيينهم عند التخرج في هذه المناطق القروية المعزولة وفاءً لمسقط رأسهم¹.

كما أشار عدد من المسؤولين بأن التدريبات التي يقوم بها طلبة الطب داخل المستشفيات لا تعدهم لمواجهة المشاكل الصحية الموجودة على أرض الواقع في المناطق النائية، لهذا أوصوا بأن تيرمج كذلك تدريبات في المراكز الصحية النائية لإعدادهم لممارسة طب القرب وطب الأسرة.

وأكد مسؤولون في كليات الطب خلال هذه الدراسة، على ضرورة تضافر الجهود بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي والكليات وهيئات الأطباء للتعاون من أجل تكوين أطباء يلبيون احتياجات المرضى في المناطق النائية، فالبرامج الحالية تعدهم للعمل داخل المستشفيات وليس في مراكز القرب... كما أن طموح تكوين عدد أكبر من الأطباء لم يواكبه الرفع من عدد الأساتذة والأطباء المقيمين والداخليين مما يؤثر سلباً على نوعية تكوين طلبة الطب².

وتفعيلاً لهذه التوصيات التي وردت في هذا التقرير، وكذلك التوصيات التي صدرت عن المناظرة الوطنية للصحة لسنة 2013، قامت الوزارة بعدة تدابير لإنجاح تحدي النهوض بالمنظومة الصحية. وعلى رأسها تعزيز الموارد البشرية وتنمية قدراتهم، ومن أهم التدابير التي اتخذتها في هذا الاتجاه:

❖ رفعت من عدد الطلبة المسجلين في كليات الطب السبع منذ سنة 2015م إلى 2500 طالب كل سنة، عبر رفع عدد كليات الطب العمومية (أصبح عددها سبعة: الرباط، الدار البيضاء، فاس، وجدة، مراكش، أكادير، طنجة)، والترخيص لكليات شريكة (جامعة محمد السادس لعلوم الصحة بالرباط وجامعة الزهراوي بالرباط)؛

وفي سنة 2017 تم تعزيز الموارد البشرية بمساهمة الشركاء الدوليين³.

❖ إعادة الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية وعلاجات القرب (الصحة العائلية، الرعاية الصحية الأولية، إنشاء مراكز صحية مندمجة، مع توجيه تكوين الأطباء نحو عمل القرب (طب الأسرة) لتمكينهم من المؤهلات للعمل في المناطق النائية، لأن مسألة علاجات القرب لا يمكن حلها بأنشطة متفرقة، بل عبر مجموعة من التدخلات الموجهة برؤية واضحة، ولا يمكن لهذه الرؤية أن تتحقق إلا عبر تغيير بنىات علاجات القرب، من نظام يركز على المستشفى نحو نظام يركز على شبكة من وحدات الصحة الأسرية (قطاع عام أو خاص) بمسؤولية واضحة موجهة لساكنة محددة⁴.

¹ – Rapport de l'ONDH: Les disparités dans l'accès aux soins au Maroc-Etude des cas-, 2010. p.143.

² – المرجع نفسه، ص. 132.

³ – الفريق الطبي الصيني: 78 عضو عينوا بالجهات التالية: مكناس، سطات، بنجرير، تازة، شفشاون، المحمدية، والراشدية. المتطوعون من

اليابان في إطار JICA : تمّ تعيين 8 متطوعين يابانيين بالجديدة وفاس وسطات والمحمدية والخميسات وسدي قاسم. الكنيسة الكاثوليكية:

مرمضات رهييات: تمّ تعيين 12 ممرضة رهيية: 4 بالحسيمة، واحدة بالرباط، واحدة بالدار البيضاء أنفا، 3 بميدلت، واحدة بفاس، واحدة

بورزازات، وواحدة بمكناس، عن تقرير التعاون الدولي 2017.

⁴ – الكتاب الأبيض، ص. 26.

❖ كما نص الإصلاح الجامعي لكليات الطب (الذي تم تفعيله بداية من شهر شتنبر سنة 2015) على إدخال العلوم الإنسانية والاجتماعية والأخلاقيات والمسؤولية الطبية كوحدات أساسية ضمن سنوات التكوين.

فكيف يمكن استثمار هذا الإصلاح من أجل النهوض بالعمل التطوعي في المجال الصحي، هذا سنحاول التطرق إليه في الفرع الموالي:

الفرع الثالث: آفاق غرس ثقافة التطوع عند طلبة الطب

يجب اغتنام هذه الفرصة بإدخال تدريس بعض المواد حول تاريخ الطب، وعرض نماذج أطباء تميزوا بالأخلاق الحسنة والمبادرات الإنسانية التطوعية، ليكونوا قدوة لطلبة الطب فيقتنعوا بأن الطب رسالة وليست مهنة، وأن لا يقتصر دورهم عند تخرجهم على علاج المرضى بغية النجاح الشخصي ماديا واجتماعيا، بل يكون لهم دوراً أكثر بعدا وشمولية، خاصة إذا ما تذكرنا تعريف الصحة الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، بأنها "التكامل الجسدي والعقلي والنفسي والاجتماعي، وليس مجرد الخلو من الأمراض".

فإدخال العلوم الإنسانية والاجتماعية في برنامج تكوين طلبة الطب سيمكنهم من الاهتمام بمرضاهم من الجوانب الثلاث: النفسية والجسدية والاجتماعية وفق مقاربة شاملة HOLISTIC APPROCHE، مما يضمن نجاح العلاج.

فبالإضافة إلى أهمية الاهتمام بالجانب النفسي والاجتماعي للمريض، فإن أفضل دور يمكن أن يؤديه الطبيب هو أن يساهم في تحقيق التكافل الاجتماعي، حتى يستطيع أفراد المجتمع أن يتغلبوا على مشاكل التخلف والفقر التي هي من محددات الصحة، وتختلف باختلاف المكان والزمان والحاجة القائمة في المجتمع والاستعداد الشخصي للطبيب، لذا يجب تنمية هذا الاستعداد عند الطبيب خلال تكوينه وتقوية مسؤوليته المهنية، لأن شرف مهنة الطب مرتبط أشد الارتباط بالأهداف التي يضعها الطبيب أمامه، وذلك من خلال المناهج الطبية التي يتلقاها في طور تكوينه فعلى الاساتذة أن يكونوا قدوة لطلبتهم، ولا يخفى في هذا الصدد أهمية مشاركة طلبة الطب في القوافل الطبية والأنشطة التطوعية مع أساتذتهم، بتنظيمهم حملات توعوية لسكان الجهة التي تنظم فيها القافلة، مما يتيح لهم الفرصة للتعرف على الخصائص التي تعرفه هذه المناطق ومعالجة ساكنتها أمام المرضى، مما يدفعهم للانخراط في البرامج التي تخطط للتنمية الشاملة والمستدامة لهذه المناطق، حاليا وعند تخرجهم.

وتعمل عدد من كليات الطب في بعض الدول الإسلامية على تنمية روح التطوع وتقوية الوازع الديني عند طلبتها بتخصيص بعض الوحدات الدراسية للعقيدة الإسلامية، والقواعد الفقهية التي لها علاقة بممارسة الطب¹.

¹ - مثل برامج كلية الطب بجامعة "كوانتن" بماليزيا، وجامعة هداية الله الإسلامية بأندونيسيا، والتي تشترط على خريجها العمل مدة سنتين تطوعيا.

إن تشجيع طلبة الطب على روح المسؤولية أثناء مرحلة الدراسة والتكوين، سيجعلهم متشبعين بالأخلاق والآداب التي تدفعهم للتطوع في خدمة الصالح العام، وكذلك تحصنهم عن القيام بتصرفات خاطئة عندما يصبحون أطباء في المستقبل فيمارسون مهنتهم مع استحضار الضمير المهني. فعلى سبيل المثال مما يمتحن فيه الأطباء باستمرار هو أن عددا من عديمي الضمير يطلبون العلاج بأسماء أقاربهم أو بعبارة أخرى منتحلين الشخصية التي تتوفر على تأمين صحي، وهذا يدخل في صلب الكذب والخيانة. ومنهم من يطلب شهادات مرضية مُزيفة، فمنهم من يُزيف المرض ويدّعيه، ومنهم من يعاني فعلا مرضا ولكنه لا يستوجب المدة الذي يطلب فيريد استغلال المرض ودمجه في رحلة أو سفر على حساب التغيب عن العمل مما يؤدي إلى ضياع حقوق الآخرين كحق التلاميذ في الدراسة الذي يتعطل بسبب غياب الأساتذة الذين يقدمون شهادات مرضية مبالغ فيها. كما أن الطبيب الذي يمنح موظفاً إدارياً شهادة طبية غير مستحقة قد يسهم في تعطيل إنجاز مشروع مهم، مما يكون له أثر سلبي على التنمية ورفي البلد، فهل نظن أن عجلة التنمية والإنتاج ستكون مثمرة والأطباء يعطون شهادات راحة غير مبررة؟. والذي يجب أن يطبق هو أن الشهادة المرضية شهادة زور يُعاقب عليها الشرع -قبل القانون- أشد العقاب¹.

ومن أهم التدابير لتجاوز هذه التصرفات الصادرة عن بعض الأطباء هو العمل على جعل طالب الطب خلال مراحل تكوينه يؤمن بأن الطب رسالة قبل أن يكون مهنة، ويتشبع بأخلاقياتها، ويكون أساتذته نموذجا مثاليا يقتدى بهم، وبالتالي يستطيع عند تخرجه أن يسهم ليس بجهد فقط، ولكن أيضا باستقطاب جهود الآخرين من أطباء وغير أطباء من العاملين في مجال التعليم والدعوة والاقتصاد...، من أجل التنمية الاجتماعية للمحيط الذي يعمل به، وبالتالي تطوير محددات الصحة (السكن اللائق، المال الصالح للشرب، مكافحة التلوث، ترشيد جمع النفايات...)، وجميعها روافد تنتهي بتحسين الوضع الصحي، لأن الفقر والجهل والمرض هي دائرة مغلقة يأخذ بعضها برقاب بعض، فهي السبب والنتيجة في آن واحد، فالطبيب قادر على الإسهام في إشاعة روح المحبة والتعاون والإيثار في مجتمعه، وهكذا لن يقتصر على التطوع بشكل فردي ولكن في إطار مؤسساتي يكون مردوده أكثر نجاعة وفعالية.

فلا بد من التأكيد على أن أهم مجال يجب الاهتمام به للنهوض بالعمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب، هو العمل على غرس ثقافة التطوع عند طلبة الطب من خلال إدماج وحدات تنمية الجانب الإنساني خلال تكوينهم الأكاديمي: مثل إبراز الجوانب المشرقة من تاريخ الطب في عصر الحضارة الإسلامية، عرض التجارب الناجحة للدول الرائدة في هذا المجال، تدريس أخلاقيات المهنة، القيام بتدريبات في المؤسسات الخيرية ودور المسنين والأيتام، والمراكز الصحية الموجودة في المناطق المعزولة حتى يطلع الطلبة على حاجة المجتمع إليهم، ويكون هدفهم هو خدمة وطنهم وليس النجاح المادي فحسب.

¹ - كُن طبيبا ناجحاً، ص. 84-85.

ولكن غرس الأخلاق والقيم الفاضلة بما فيها قيم التكافل والتضامن، تحتاج أن يربى عليها الطفل منذ السنوات الأولى من عمره خلال جميع مراحل تنشئته الاجتماعية، ابتداء من تربية الوالدين والأسرة والروض والمدرسة الابتدائية ثم الثانوية والأكاديمية، ليكون لها أثر ملموس في تكوين شخصيته. أما إذا انتظرنا إلى أن يصل إلى مرحلة الجامعة، فسيكون أقل استجابة لما سيلقن إليه خلال مساره التكويني الأكاديمي.

ولقد بينت عدة دراسات، من بينها الدراسة التي أجريت في مدينة آسفي سنة 1987، والتي عرض خلاصاتها د. حدية في كتابه "دراسات حول الطفولة والشباب"، وأشار إلى قول أحد رؤساء بعض الجمعيات بأن عدد الرواد والمنخرطين في الجمعيات والنوادي الموجودة في مدينة آسفي قليل. وعلق د. حدية عن هذه العلاقة السلبية والفاترة للشباب بالجمعيات، بأن هذا راجع إلى أن هذه المؤسسات لا تلبي كثيرا رغبات هذا الشباب مما يدفعه للوقوف "براس الدرب" وارتياح المقاهي والسينما أكثر من غيرها... كما يرجع عزوف الشباب عن هذه المؤسسات إلى غياب أية استمرارية بين البيت وأنشطة هذه المؤسسات وإهمال تهيين الشباب في الوسط المنزلي لهذه الأنشطة... وتساءل د. حدية عن "كيف يعقل أن يعنى بهذه الاستعدادات والقدرات في سن متأخرة وإهمالها في فترة الطفولة في الأسرة؟"، كما أشار إلى أن "البحث العلمي في مجال علم النفس وعلم النفس الاجتماعي قد أكدوا بصفة قاطعة على ضرورة تنمية الاستعداد والقدرة منذ الطفولة الأولى ورعايتها بتهيئة المناخ المناسب لها ومتابعتها في كل المؤسسات الاجتماعية والثقافية حتى تنمو وتتضح في إطار تكوين مستمر ومتكامل لشخصية الفرد¹.

ومن هنا نستنتج أهمية اعتماد مقابلات شفهية لانتقاء طلبة الطب تأخذ بعين الاعتبار وجود الجانب الإنساني والحس الأخلاقي عند المترشحين الذين اختيروا عن طريق المباريات الكتابية، على غرار ما تقوم به عدد من الدول في العالم كما سبق أن بينا ذلك عند كلامنا عن تجارب معاصرة للدول الغربية.

كما نؤكد على أهمية تربية الأطفال على حب التطوع في تحقيق المصلحة العامة، من خلال جميع مراحل التنشئة الاجتماعية، وهذا ما أكد عليه د. حدية في كتابه، حيث أشار إلى: "أن أغلب الدراسات الحديثة في العلوم الإنسانية عموماً وعلم النفس خصوصاً أشارت إلى أهمية التربية الوالدية والبرامج التربوية المبكرة، مما وسع من دائرة الوعي بأهميتها عند الكثير من دول العالم، باعتبار الأسرة هي أساساً التنشئة الاجتماعية للطفل، ومن أقوى المؤثرات في سلوكه، مما يوفر الحصانة الذاتية، والاقتدار الذاتي ويزوده بمقومات النضج الشخصي والعاطفي والصحة النفسية التي تبني في الطفولة. فمن التربية الوالدية يتعلم الطفل قيم المجتمع وتشكل شخصيته وتكتسب اتجاهاته وميوله، ومن خلالها يتعلم كذلك الروابط والقيم الروحية والاجتماعية والفكرية والأخلاقية منذ بداية حياته².

¹ - المصطفى حدية، دراسات حول الطفولة والشباب - مقارنة نفسية اجتماعية-، ص 113. 114-115-116.

² - المصطفى حدية، التربية الوالدية الرؤية الإسلامية بتنظيماتها القيمية، ط 2013، مطابع نت، ص. 11.

كما يجب العمل على غرس قيم التطوع والتكافل عند التلاميذ خلال مراحل دراستهم الابتدائية والثانوية، من خلال دمجهم في أنشطة تطوعية داخل المؤسسات التعليمية وخارجها من خلال انخراطهم في جمعيات مدنية كجمعيات الحي مثلا.

ونؤكد على أهمية تربية الأطفال على المواطنة الصحيحة والإيجابية، وهي كما وردت في الكتاب الذي أصدرته منظمة المجتمع المدني الدولية لقيم المواطنة والحوار "إيكسو": "المواطنة الصحيحة والإيجابية سلوك ومنظومة قيمية، وليست مجرد انتماء لمجال جغرافي وتاريخي، وهي لا تتمثل في حمل جنسية والتوفر على بطاقة تعريف أو جواز سفر. إنها ارتقاء إلى مستوى الفعل والممارسة تتأكد معه الروابط المتينة والأواصر القوية التي تشد المواطن الصالح إلى مجتمعه ووطنه، وتتجلى معه إسهاماته الإيجابية لخير هذا الوطن وبنيته"¹. إن التربية على المواطنة تجعل المواطن الصالح الرسالي الذي يحمل هموم وطنه في كل مكان وزمان، ويجعل مصلحة وطنه فوق كل أنانية ومصالح ذاتية. فالتربية على المواطنة تعتبر من أهم التدابير للحد من "هجرة الأدمغة"، وعلى رأسهم الأطباء.

ونحتاج للحد من هجرة الأطر الطبية سواء إلى الخارج، أو من البوادي إلى المدن، وكذلك من القطاع العام إلى القطاع الخاص، إلى توفير التجهيزات الكافية التي يحتاجونها، وكذلك تبني سياسة تشجيعية كتوفير السكن الوظيفي أو علاوات خاصة للمعينين بالمناطق النائية، ومراجعة نظام الرواتب الشهرية مع الأخذ بعين الاعتبار الحوافز المادية كالتعويض عن الحراسة والمردودية والتعيينات في المناطق المعزولة. كما يجب السهر على التنمية المحلية لهذه المناطق وتوفير الوسائل والآليات اللازمة لجعل الجهة في محور التدخل في البرامج الصحية، بتوفير العيش الكريم لجميع أفراد الساكنة.

وفي ختام هذا المطلب، نقترح اختيار كل سنة عدد من الحائزين على نتائج ممتازة في شهادة البكالوريا الذين يسكنون في مناطق قروية (مثلا الحائز أو الحائزة على أول نقطة من كل جماعة قروية)، وتمكينهم من دراسة الطب مع التعهد بخدمة جهتهم عند التخرج لعدد من السنين، وذلك تطبيقا لتوصيات المنظمة العالمية للصحة² التي أكدت على أهمية اعتماد سياسات تدعو إلى قبول نسبة من المرشحين لدراسة الطب من أصول قروية من أجل تعزيز تعيين هذه الأطر الطبية عند تخرجها في المناطق القروية المعزولة.

¹ - مصطفى الزياخ والمصطفى حدية، استراتيجية الحوار والمواطنة والتنمية في برامج المجتمع المدني، مطابع الرباط نت، 2015، ص.84.

² - Rapport OMS. 2010. Recommandations pour une politique mondiale. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation.

المطلب الثاني: مأسسة العمل التطوعي في المجال الصحي

إن المتأمل في المجتمع المدني بالمغرب، يرى تواجدا كبيرا وانتشارا واسعا للجمعيات الخيرية المهمة بالمجال الصحي، والتي أصبحت تشارك في برامج وخطط التنمية الاجتماعية، وفي تنفيذ بعض أهداف وبرامج السياسة الصحية، وقد أصبح من المتاح للجمعيات المدنية في المغرب العمل على كافة المستويات الإنسانية والاجتماعية والاقتصادية، والدخول كشريك هام وفعلي في عمليات البناء والتطوير. ورغم ما تقدمه هذه الجمعيات من أنشطة متنوعة، إلا أن الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها أظهرت أن كثيرا من الجمعيات تعاني من مشكلات تتعلق بالبناء المؤسسي وتكويناته المختلفة، بالإضافة إلى اعتماد بعضها على البناء المؤسسي التقليدي الذي لا يواكب التطورات والمتغيرات المحلية والعالمية المعاصرة، الأمر الذي يؤثر على عطائها واستمرارها ونموها، ويؤدي إلى ضعف الخدمات التي تقدمها للجماهير المستفيد منها.

كما أن الدراسة التي أجراها الفضاء الجمعوي أشارت إلى: أن الحالة الراهنة بالمغرب، تؤكد على بعض الممارسات السلبية التي من شأنها أن تشوب شفافية الجمعيات وتحد من تخليق العمل الجمعوي، والشعور بالإحباط لدى الجمعيات الصغيرة بسبب عدم قدرتها المؤسساتية على مسايرة الضبط المسطري الصارم الذي عادة ما تشترطه المصالح العمومية المانحة بغض النظر عن القيمة المالية للدعم، وعن الخصوصية القانونية للجمعيات والصفة التطوعية لأعضائها والتي تحد من مهنية التزاماتهم، خاصة على مستوى ضبط الأرشفة وإدارة الوثائق المحاسبية¹.

وأكدت أغلب التقييمات المنجزة حول واقع المجتمع المدني بالمغرب، أن نسيجه الجمعوي يعاني من ضعف الحكامة لدى العديد من الجمعيات، مع ما يرتبط به من إشكالية الديمقراطية الداخلية، وعدم وجود نظام للشفافية في التدبير الإداري والمالي والمراقبة والمحاسبة، وهو ما يتنافى مع المبدأ الدستوري المتعلق بربط المسؤولية بالمحاسبة.

واحتراماً لمبادئ الحكامة الجيدة، أتى منشور رئيس الحكومة رقم 2/2014 بتاريخ 05 مارس 2014م، حول مراقبة المجلس الأعلى للحسابات لاستخدام الأموال العمومية²، والهادف بالأساس إلى وضع جمعيات المجتمع المدني المستفيدة من التمويل العمومي تحت مجهر الفحص والتدقيق والرقابة والاختصاص والضبط والتقييم، حيث يحيل المنشور على المادة 86 من القانون رقم 62.99، المتعلق بـ مدونة المحاكم المالية، وهي المادة التي جاءت مضمنة في الفرع الثاني من هذا القانون، تحت عنوان "مراقبة استخدام الأموال العمومية"، والتي نصت على ما يلي: "يراقب المجلس استخدام الأموال العمومية التي تتلقاها المقاولات، أو الجمعيات أو كل الأجهزة الأخرى التي تستفيد من مساهمة في الرأسمال، أو أي مساعدة كيفما كان شكلها من طرف الدولة أو مؤسسة عمومية أو من أحد الأجهزة الأخرى الخاضعة لرقابة المجلس".

¹ - الدراسة المنجزة من طرف الفضاء الجمعوي حول مؤشر المجتمع المدني بالمغرب / أبريل 2011.

² - محمد بنجيحي، الدليل القانوني والعملي للجمعيات، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية REMALD، العدد 41، 2019،

وعلى ضوء هذه المادة يؤكد المنشور على ضرورة" تذكير مختلف الجمعيات المعنية بوجوب ادلائها للمجلس بالحسابات المتعلقة باستخدام الأموال والمساعدات العمومية التي تستفيد منها".
كما ينص المنشور على ضرورة موافاة المجلس الأعلى للحسابات بما يلي:

- قوائم الجمعيات المستفيدة من الإعانات.
- مبالغ الإعانات الممنوحة.
- الاتفاقيات المبرمة في هذا الشأن مع الجمعية المعنية.

والغاية من هذا المنشور هو جعل فعل الرقابة على التمويل العمومي سلوكا عاديا روتينيا قادراً على خلق فاعل جمعي شفاف وفعل في إنجاز برامج ومشاريعه التنموية.
كما لا يفوتنا في هذا الصدد أن نذكر بالتوصيات التي وردت في تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي لسنة 2016 لصالح الجمعيات لتقادي هذه الاختلالات:

- ضرورة تعزيز الديمقراطية الداخلية؛
- وضع آليات لتدبير حالات تضارب المصالح؛
- توفير محاسبة مالية دقيقة واعتماد واحترام قواعد تدبير شفافة، والانتظام في عقد الجمعوع العامة والمجالس الإدارية والمجالس المسيرة، والانتظام في عرض التقارير الأدبية والمالية والمصادقة عليها، وإرسالها لمختلف الشركاء للبرهنة على الفعالية والأمانة في استعمال الأموال ونيل ثقتهم لضمان استمرارية تدفق التمويل والدعم، وبالتالي فإن المؤسسة الخيرية التطوعية تحتاج إلى طاقم إداري ونظام محاسباتي ذا تخصص علمي وخبرة عملية عالية لضمان النجاح والتواصل.
- المحافظة على المتطوعين بتوفير تكوينات لفائدتهم وإشراكهم الفعلي في أنشطة الجمعية، مع إدخال استعمال الأدوات المعلوماتية وتكنولوجيا المعلومات والاتصال الجديدة في تكوين الأجراء والمتطوعين والتفكير في كفاءات تثمين وتقييم عمل المتطوعين.
- وضع بالتعاون مع الجماعات الترابية، عقود عمل ذات منفعة عامة واجتماعية تسمح للشباب الاستفادة من تجربة مهنية داخل هيئة غير ربحية تنجز مهمة اجتماعية أو مهمة ذات مصلحة عامة، انسجاماً مع رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول تشغيل الشباب، والذي أكد كذلك على أن اللجوء إلى الاعتماد على أجراء ضروري لتمكين الجمعيات من التدبير النوعي للعديد من المشاريع والاستفادة من ميزانيات ضخمة . فالقطاع الجمعي قطاع يوفر فرص الشغل المؤدى عنه، لذلك يتعين تشجيعه وتثمينه؛ مع الحرص على احترام قوانين الشغل.

ودعا المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي السلطات العمومية للإسهام في تمويل وتعزيز قدرات الجمعيات بالرفع من قيمة الدعم العمومي المقدم للجمعيات، مع تشجيع التمويل متعدد السنوات، مع مشاريع تمتد إلى ثلاث سنوات على الأقل بدلا من تقديم منح وإعانات محدودة في الزمن، لأن

مصادر تمويل الجمعيات محدودة جدا وبالتالي قد تضطر إلى إيقاف المشاريع قبل تحقيق أهدافها. كما أن التمويلات تكون في معظم الأحيان مشروطة بإعلان عن المشاريع مقيدة بتمويل التجهيزات أو أشغال البناء والتهيئة دون غيرها من حاجيات التسيير اليومي للجمعيات ولهذا تحتاج الجمعيات لمصادر أخرى للتمويل وإطار قانوني يسمح لها بذلك¹.

إن تطبيق هذه التوصيات التي وردت في تقرير المجلس الاجتماعي والاقتصادي من أهم مقومات العمل المؤسسي الذي تفتقر إليه أغلب الجمعيات المغربية حالياً. وما نجحت الدول المتقدمة والمؤسسات العريقة إلا لأنه تَوَقَّر لديها فكر المؤسسة فكان هو المُهْمِئ.

"وليس المراد بالعمل المؤسسي العمل الجماعي المقابل للعمل الفردي؛ يعني التجمع على العمل، فمارسته من خلال مجلس إدارة، أو جمعية أو مؤسسة لا يجعله مؤسسياً، فكثير من المؤسسات والمنظمات والجمعيات التي لها لوائح ومجالس وجموع عامة إنما تمارس العمل الفردي؛ لأنها مرهونة بشخص منها؛ فهو صاحب القرار"².

ويمكن تعريف العمل المؤسسي بأنه: "كل تجمع منظم يهدف إلى تحسين الأداء وفعالية العمل، لبلوغ أهداف محددة، ويقوم بتوزيع العمل على لجان كبرى و فرق عمل وإدارات متخصصة: علمية ودعوية، واجتماعية؛ بحيث تكون لها المرجعية وحرية اتخاذ القرار في دائرة اختصاصها"³.

إن من أهم ثمرات العمل الخيري المؤسسي⁴:

- تحقيق مبدأ التعاون والتكامل في العمل، باجتماع الجهود، والمواهب، والخبرات، والتجارب، والعلوم، مع التزام الشورى، والتجرد للحق.
- القرب من الموضوعية في الآراء: حيث يسود الحوار الذي يفرض قيامه وضع معايير محددة وموضوعية للقرارات تنمو مع نمو الحوار، في حين ينبني العمل الفردي على قناعة صاحبه.
- توظيف كافة الجهود البشرية، والاستفادة من شتى القدرات الإنتاجية؛ مما يوفر للمؤسسة جو الابتكار والعمل والإسهام في صنع القرار.
- يحافظ العمل المؤسسي على الاستقرار النسبي، المالي والإداري، من خلال اتباع مجموعة من نظم العمل (سياسات وقواعد وإجراءات)، تعمل على تحقيق الأهداف، بما يتفق مع رؤية المؤسسة.

¹ - وضع ودينامية الحياة الجمعوية تقرير المجلس، الإحالة الذاتية 28 / 2016، ص. 14 وما بعدها بتصرف.

² - عبد الحكيم بن محمد بلال، العمل المؤسسي معناه ومقومات نجاحه، مجلة البيان: العدد 143، رجب 1420هـ، نونبر 1999م.

³ - محمد ناجي بن عطية، البناء المؤسسي في المنظمات الخيرية الواقع وآفاق التطوير، مجلة الأندلس الاجتماعية والتطبيقية، العدد الثالث، 2009، صنعاء - الجمهورية اليمنية 2009م، ص. 13.

⁴ - البناء المؤسسي في المنظمات الخيرية الواقع وآفاق التطوير، ص. 15/14.

- يضمن العمل المؤسسي بأن جميع العاملين ملتزمون بمنظومة من القيم والمبادئ يتمحور حولها أداؤهم وسلوكهم وعلاقاتهم الوظيفية والإنسانية، من خلال اتباع سياسة محددة في الاختيار والتوظيف والتدريب والتأهيل، لتحقيق للتنمية المهنية المستمرة.
- يؤكد العمل المؤسسي جاهزية المؤسسة في تقديم القيادات البديلة في وقت الضرورة والطوارئ، حينما تدخل المؤسسة في أزمة تستدعي التغيير والتبديل.
- يؤدي العمل المؤسسي إلى اكتساب الشرعية للمشاريع، والبرامج التابعة للمؤسسة، مما يفتح أمامها كثيرا من الميادين، ويسهل سياسة الانتشار.
- ينقل المؤسسة المعنية من محدودية الموارد المالية إلى تنوعها واتساعها، فتنعقد قنوات الإيرادات، ويعرف المانحين طريقهم إلى المؤسسة، عن طريق رسميتها ومشروعيتها".
- وفي ثقافة الغرب، تأتي المفاهيم التي يركز عليها العمل المؤسسي على رأس **مدونات السلوك** أو ميثاق الأخلاقيات CHARTES DE CONDUITE، وهذه المدونات هي موثيق متعارف عليها دوليا، تأخذ فيه المنظمة على نفسها بمبدأ الحياد والتجرد، إضافة إلى جملة من قيم أخرى تلزم نفسها بها، في تعاملاتها الداخلية والخارجية، وفي علاقاتها مع ذوي المصالح والحقوق بشكل خاص.

وقد تمّ التأكيد على هذه النقطة في الموسوعة العربية للمجتمع المدني: "إن إعلان وتبني "موثيق الشرف الأخلاقية، لمنظمات المجتمع المدني، وعلاقاتها بالمانحين، وعلاقاتها بالحكومات والرأي العام" جاء من أجل توحيد ملامح معركة صياغة القيم الانسانية العامة، وهي الموثيق التي تطرح مجموعة من المبادئ الاسترشادية لعمل منظمات المجتمع المدني، وأيضاً الموجهات للقواعد القانونية، التي تحكم العلاقات بين المجتمع المدني من جانب وبين الحكومات والجمهور ومؤسسات من جانب آخر.¹

إن مراجعة هذه القيم العالمية المقترحة، يدفعنا إلى صياغة الخريطة التالية: للمجتمع المدني، للإسهام في "الثورة العالمية غير العنيفة"، للارتقاء بأوضاع الانسانية، وهي تشمل: الحكم العادل أو الرشيد Good Governance، إشباع الاحتياجات الأساسية Basic needs، الأمن الاقتصادي، تعليم متميز، تنمية بيئية مستدامة، ضمان ثقافة أخلاقية، تكافؤ الفرص وتحقيق العدالة وتوفير فرص الترقى للجميع وخلق بيئة صحية.

وهكذا نلاحظ أن "الثورة العالمية" غير العنيفة، هي في واقع الأمر أحد مكونات الخريطة المعرفية، أو أحد المشاريع الفكرية التي تسعى للتعامل مع الأزمات الحادة التي يواجهها البشر في إطار الكونية أو العولمة.. بعض ما تتضمنه قد توافق حوله العالم بالفعل، في مطلع الألفية الثالثة، فيما يعرف بالأهداف الإنمائية للألفية، ويتمثل الأهم بالنسبة لنا في مكافحة الفقر، التعليم المتميز، حق الصحة، التوازن البيئي، تمكين النساء (وهو ما يدخل ضمن أفكار العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص).

¹ - يسين السيد، أماني قنديل، الموسوعة العربية للمجتمع المدني، ص. 21.

وأعرض نموذجين من "ميثاق السلوك" للمجتمع المدني، بمرجعيتين مختلفتين:

- **ميثاق السلوك الحسن للمنظمات غير الحكومية الدولية ذات الشراكة مع المجلس الأوروبي:** وينص الميثاق على مجموعة من المبادئ: الفعالية، الشفافية، الأهداف غير الربحية، إسقاط الأحكام المسبقة، الاستقلالية. ويتضمن عدداً من المسؤوليات: وهي الالتزام بالقانون، المحاسبة، استخدام أدوات الشفافية (نشر كل المعلومات والبيانات المتعلقة بأداء المنظمة أو المؤسسة)، تقييم الأداء¹.
- **ميثاق جمعية الرحمة العالمية²:** وهي جمعية تسعى إلى بناء الإنسان والمساهمة في تحسين حياة الشعوب والأقليات، تحقيقاً للتنمية المستدامة من خلال الأنشطة الخيرية التنموية والإغاثية والشراكات والمبادرات، وتسهر على احترام قيم عمل محددة وهي: الإخلاص والتجرد، الأمانة والصدق، القدوة، الإيمان بالرسالة والانتماء للمؤسسة، التعاون، النزاهة والشفافية، حسن الخلق، العدل والرحمة والإنسانية والمؤسسية والتنمية المستدامة.

وضعت "الرحمة العالمية" أول ميثاق قيمي للعاملين لديها، ليكون أداء العاملين فيها على بصيرة؛ ونصّ الميثاق هو: "أعاهد الله تعالى أن أكون مخلصاً في عملي الخيري، لا أبتغي إلا مرضاته، وأن أتحزّ الصدق في عملي، وأن أكون أميناً على أموال المؤسسة وشروط المتبرعين، متعظفاً عن تلك الأموال، نزيبها في عملي، ساعياً لكل ما فيه خير للمؤسسة وسمعتها، مجتهداً في تحقيق رسالتها، قدوة لغيري، محسناً في أخلاقي، متقناً في أداء مهامي، متعاوناً مع زملائي، وأمارس واجباتي حسب المهام الموكلة إليّ".³

إن العمل المؤسسي له ارتباط بمفهوم "فروض الكفاية"، ويذكر د. البيومي: "أن غلبة المؤسسية على الممارسة الاجتماعية للفروض الكفائية هي وثيقة الصلة بمفهوم "المصلحة العامة" التي يجلبها أداء فرض الكفاية للمجتمع أو لجماعة منه، وكذلك بفهوم "المفسدة" التي يدرؤها عن المجتمع أو عن جماعة منه. وأصل المؤسسية في فرض الكفاية نابع من أن الشارع لم يقصد "أشخاص" القائمين به، بل قصد وقوع الفعل "الكفائي طلباً لما يترتب عليه من جلب مصلحة أو دفع مفسدة مثل هذا الطلب أو المقصد إنما يتحقق بكفاءة وفعالية كلما شارك فيه أكثر من شخص، وبطريقة منظمة، ووفق شبكة من العلاقات التي عادة ما تنشأ بين أطراف المصلحة المجلوبة، أو المفسدة المدروسة".⁴

¹ - المجتمع المدني ومقاصد الشريعة إشكاليات المرجعية والتنزيل، ص. 234.

² - جمعية الرحمة العالمية التابعة لجمعية الإصلاح الاجتماعي: هي مؤسسة خيرية مقرها الكويت، وتعمل في 42 دولة حول العالم من خلال المكاتب الإدارية أو من خلال الشراكة مع المنظمات أو الجمعيات المحلية في كل من آسيا وإفريقيا وأوروبا.

³ - www.khaironline.net/sorry.asp

⁴ - إبراهيم البيومي غانم، مقاصد الخير وفقه المصلحة، مؤسسة الفرقان للتراث الإسلامي، مركز دراسات مقاصد الشريعة الإسلامية،

ط 1433هـ/2012م، ص. 84.

والملاحظ في الواقع، كما أشار إليه د. البيومي بقوله أن: "ثمة تتصل متبادل يغلب على الكتابات الحديثة تتناول ما يقع ضمن الحقول الدلالية لهذه المصطلحات من فريق العلوم الفقهية الموروثة، ومن فريق العلوم الاجتماعية الحديثة سواء بسواء. فدارسو العلوم الفقهية لا يدركون- في أغلب الحالات- جملة العلاقات العملية التي تربط بين أقسام الأحكام الشرعية عموماً على أرض الواقع الاجتماعي وساعة انتقالها من حيزها المجرد إلى حيز الممارسة الممتدة امتداد عمر الفرد، وعمر الجيل، وعمر المجتمع. ومن ذلك الأحكام التكاليفية الخاصة بفروض العين وفروض الكفاية. وأكثر من هذا نجد أنهم يتصلون، صراحة أو ضمناً، من أي دلالات قد يجري اشتقاقها من تلك المصطلحات الفقهية لتمتد إلى وقائع مستحدثة في الممارسات الاجتماعية مثل: مؤسسات المجتمع المدني، التي ننظر إليها على أنها أدوات ووسائل تطبيق "فرض الكفاية" التي تعمل في خدمة المصالح العامة".

أما دارسو العلوم الاجتماعية الحديثة، وبالأحرى الوافدة، فهم- في أغلب الحالات أيضاً- يتصلون من مصطلحات الفقهاء ذاتها، رغم أنها تعمل في نفس ميدان اختصاصهم، وتتناول المشكلات والتحديات التي يرومون التوصل إلى حلول لها. بل إنهم لا يكادون يلمون بأوليات تلك المصطلحات، ولا يحيطون بحقولها الدلالية المعرفية، أو تطبيقاتها العملية. وأوضح دليل على ذلك هو خلو مقررات العلوم الاجتماعية في "الجامعات المدنية" من أي مقدمات أو معالجات مستمدة من تراث العلوم الفقهية. وفي نظرنا أنه لا بد من تجاوز هذا الانفصال وهزيمته في عقر داره؛ أعني عند الفريقين: دارسي العلوم الفقهية المنغلقيين على أنفسهم، ودارسي العلوم الاجتماعية المنغلقيين عن تراثهم. ذلك لأن استمرار الانفصال بينهما على النحو الحاصل ليس له سوى نتيجة واحدة هي: عدم قدرة أي منهما على فهم الواقع وتفسيره، ناهيك عن التصدي لمشكلاته أو تطويره، وستبقى علوم الفريقين محدودة الفاعلية ما بقي هذا التتصل المتبادل بينهما¹.

وبالعودة إلى المرجعية الإسلامية، توجد قيم ومبادئ حاكمة نصّ عليها الشرع الإسلامي من شأنها أن تجعل العمل الخيري مؤسسيا وناجحاً، وهي:

• الإحسان والإيتقان: ذلك أن المصالح التي يتعين استجلابها، والمفاسد التي يجب درؤها، مرتبطة أشد ما يكون الارتباط بمفهوم الإحسان كقيمة كلية جوهرية. والله تعالى أمرنا بالإحسان وبشرنا بمحبته المحسنين، فقال سبحانه: ﴿وَأَنِهِفُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْفُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾² وأكد تلك المحبة رسول الله ﷺ بقوله: «إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه»³.

• بسط الشورى: هو مبدأ وقيمة أخلاقية عليا، يدور عليها تشخيص وتبدير مصالح المجتمع والدولة، وعلى جميع المستويات وفي جميع القطاعات، وهنا يجب الانتباه إلى أن العمل التطوعي لا يشكل

¹ - مقاصد الخير وفقه المصلحة، ص. 86.

² - سورة البقرة، الآية 195.

³ - أخرجه البيهقي في شعب الإيمان (4/334)، حديث رقم (5312)، وصححه الألباني في السلسلة الصحيحة، 106/3.

استثناء للقاعدة بدعوى التطوع، بل الشورى في العمل المدني لا تقل تأكيداً ووجوباً عنها في تدبير باقي القطاعات، والصيغة التي وردت في القرآن هي صيغة التقرير والوجوب و﴿وَأْمُرْهُمْ شُورَىٰ بَيْنَهُمْ﴾¹، وبصيغة الأمر لرسول الله ﷺ وبالتالي لكل المسلمين: ﴿وشاورهم في الأمر﴾²، فهو حكم عام غير مقيد.

- الصدق والأمانة: وهما شرطان لازمان في كل المجالات ومنه عمل الجمعيات والمنظمات، ومن الصدق ما يعرف بالنزاهة، قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا إِنِّقُوا اللَّهَ وَكُونُوا مَعَ الصّٰدِقِينَ﴾³. والصدق قرين الأمانة، فإذا كان المرء صادقاً كان أميناً، لأن الباعث عليهما هو مخافة الله ومراقبته جل وعلا، ولقد كان الناس يستودعون النبي ﷺ أموالهم وودائعهم لأنه "الصادق الأمين"، فالواجب على العاملين في القطاع الخيري أن يحققوا هذه الصفة بعمق، وأن يرسخوها بكافة معاملاتهم، فيكونوا أمناء في تحصيل المال الخيري، أمناء في تحقيق مقصد المتبرع وشروطه، أمناء في الحفاظ على ما بين أيديهم من إمكانات، أمناء في متابعة إنجاز المشاريع الخيرية وإبلاغ المتبرعين بما تمّ فيها، أمناء على سمعة مؤسستهم ومصداقيتها⁴.
- القوة والكفاءة: يقول الله تعالى: ﴿إِنَّ خَيْرَ مَنِ اسْتَجَرْتَ الْقُوَىٰ الْأَمِينُ﴾⁵، إن أول مدخل للقوة هي قوة المعرفة والاقتدار، وهي بالنسبة للمجتمع المدني، تتعلق بمنظومة معرفية غنية ومتطورة في الخبرة والمهارات، أساسها التطبيقات والمراكمات، وتتطور ببناء الكفايات والقدرات عبر التكوينات والتدريبات المستمرة، وتطبيق أدبيات التقييم من أجل التقييم.
- المساءلة والمحاسبة: إن الأمانة في الأداء وفق التجارب الدولية لا تتعلق بمفهوم الورع بالمعنى الأخلاقي وحسب، بل بجملة من الضوابط القانونية والتعاقدية والأدوات والإجراءات التطبيقية التي تحصن أداء المنظمة أو المؤسسة ومصادرها، وهي في ثقافة المنظمات غير الحكومية الغربية تشمل الحكامة والشفافية والحق في الوصول إلى المعلومات.

إن المساءلة والمحاسبة واجب على أصحاب السلطة والقرار، أيا كان موقعهم، بالخضوع للمساءلة تحملاً لمسؤولية أعمالهم، سواء تعلق الأمر بالحكومات أو الشركات الخاصة وكذلك المؤسسات المالية الدولية، ومنظمات المجتمع المدني. والمساءلة لها طابع الاستفسار وإخضاع أصحاب القرار لضرورة إعطاء التوضيحات والمعلومات اللازمة حول موضوع ما، أي كيف ولماذا، بينما المحاسبة فهي إخضاع أصحاب القرار للتمحيص والتدقيق في الأداء والنتائج وصرف الميزانيات.

¹ - سورة الشورى، الآية 38.

² - سورة آل عمران، الآية 159.

³ - سورة التوبة، الآية 136.

⁴ - عيد الكريم زيدان، أصول الدعوة، الناشر: مؤسسة الرسالة، ط. 9، 1421هـ/2001م، ص. 943 وما بعدها.

⁵ - سورة القصص، الآية 26.

- شيوخ روح التعاون والتكافل: قال الله تعالى: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ﴾¹. إن التعاون خلق إيماني كريم تستجيب له النفوس الكريمة، والقلوب المتجردة، والجماعة المتآخية، إذ يحمل كل فرد هم أخيه، ويرى نجاح أخيه نجاحاً له، وكل منهم يرى نفسه لبنة في بناء المؤسسة، يعضد من جهد أخيه ليكتمل البناء، ويسر الناظرين².

ونلاحظ أن الآية جاءت بصيغة الأمر، بما يعني أن مبدأ التعاون في ديننا ليس من المندوبات ولا المستحبات، بل هو من الواجبات الشرعية الجماعية الكبرى.

وما يمكننا اقتراحه بالنسبة لـ ميثاق السلوك " في مجتمعنا المغربي، هو اعتماد المزج بين المصطلحات الشرعية والمصطلحات الحديثة، لتكون جميعها داعية إلى اعتماد حكمة جيدة، محصنة بالضمير العقدي الإيماني، و الالتزام الأدبي الأخلاقي، والسلطة القانونية الرادعة.

✓ كما أن العمل المؤسسي يحتاج إلى موارد بشرية متفرغة وكفاءات من اختصاصات متنوعة. وهذا يحتاج إلى متطوعين موظفين. وهذه النقطة أشار إليها عدد من الأطباء الذين أجريت معهم المقابلات، كما أن التوصيات الصادرة في تقرير المجلس الاقتصادي البيئي الاجتماعي تؤكد على أن اللجوء إلى الاعتماد على أجراء ضروري لتمكين الجمعيات من التدبير النوعي للعديد من المشاريع، لأن الاستفادة من المنح الحكومية والدولية تحتاج لكفاءات لحسن تدبيرها بشفافية وحكمة جيدة. خصوصاً أن خبراء التدبير والتسيير يؤكدون على أهمية اعتماد الجمعيات المدنية على موظفين أجراء ذ. كمال الحبيب: "إن اعتماد جمعيات المجتمع المدني على العمل التطوعي وهو ما يشكل سبباً لكبح تطورها، بالنظر إلى شعور المتطوع بأنه غير ملزم بتحقيق نتائج معينة ولا أنه متابع بالمحاسبة عن مهام وافق عن طوعية على الاضطلاع بها³.

ومن التحديات التي تواجه العمل التطوعي هي كيفية تحديد الفئة المحتاجة التي تستحق الإعانات. إلى حد الآن يتم الاعتماد على توفر المرضى على بطاقة الراميد لتمكينهم من الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة من طرف عدد من الجمعيات، في انتظار تطبيق المشروع الذي تعدده الدولة وهو "السجل الاجتماعي الموحد" الذي سيتيح إمكانية التعرف بدقة على الفئة المحتاجة.

ومن أهم عوائق التطوع التي أشار إليها عدد من الأطباء الذين أجريت معهم المقابلات، هي تخوف المتطوعين من استغلالهم السياسي من طرف المنظمين للأنشطة التطوعية سواء القوافل، أو أنشطة أخرى داخل مقر الجمعيات أو الخيريات أو المؤسسات التعليمية، فكيف يمكننا تجاوز هذا العائق؟

¹ - سورة المائدة، الآية 2.

² - أصول الدعوة، ص. 943.

³ - الحماية المدنية للأوقاف العامة بالمغرب، ص. 97، عن كمال الحبيب، تقديم لكتاب "العمل الجمعي بالمغرب: عناصر استراتيجيات"، مطابع أمبريال، ص. 14.

المطلب الثالث: الغلب على إشكالية الاستقطاب الإيديولوجي وشبهة التوظيف السياسي للعمل التطوعي

تعد إشكالية الاستقطاب الإيديولوجي وشبهة التوظيف السياسي للعمل التطوعي إحدى الإشكاليات الأكثر ضرراً في عمل منظمات المجتمع المدني، وقد أشار إليها عدد من الأطباء الذين حاورتهم في المقابلات التي أجريتها في إطار هذا البحث.

ليس من العسير الحديث عن وجود ميل واضح إلى التوظيف السياسي في العمل المدني لدى المنظمات اليسارية والإسلامية والقومية والليبرالية على السواء، وفي العادة يستتر الاستقطاب الإيديولوجي والتوظيف السياسي في العمل المدني بشكل مضمّر في الأدبيات والممارسات وليس بشكل مكشوف، لكنهما موجودان بالفعل كنتيجة للتنافس على كسب الجمهور ولتحقيق أجندات الأحزاب والحركات السياسية... ونتيجته التلقائية هي الانحراف الحاد عن تحقيق المصالح العليا للمجتمع وللأمة ككل، وإلى تغليب المصالح الضيقة لحزب أو جماعة دينية أو طائفية أو عرقية ما، وهذا مناقض لمتطلبات البناء الجامع للشتات. إن الأصل في العمل المدني أيا كان نوعه أو مجاله في القيم الإسلامية، أن يكون خالصاً لوجه الله تعالى، قال تعالى: ﴿وَمَا أُمِرُوا إِلَّا لِيَعْبُدُوا اللَّهَ مُخْلِصِينَ لَهُ الدِّينَ حُنَفَاءً﴾¹، وقال تعالى أيضاً: ﴿لَا تُرِيدُ مِنْكُمْ جَزَاءً وَلَا شُكُوراً﴾²، وعندما نتحدث عن المنظمات التطوعية يأتي الإخلاص الخالص على رأس ضوابط هذا العمل، يقول النبي ﷺ: «إنما الأعمال بالنيات، وإنما لكل امرئ ما نوى»³. فكل الانتماءات والتوجهات والخيارات والاجتهادات في الوطن الواحد وفي الأمة الواحدة يجب أن تكون خادمة للأوطان وللأمة أولاً وآخراً، وهذا مما يرضي الله⁴.

ويتطلب ترسيخ الحيادية والتجرد في ممارسة العمل المدني التنقيف الواعي بهذه القيم.

1- ومن الملاحظ أن التجارب الغربية المعاصرة طوّرت وبمستويات عالية الكفاية والتأثير، ثقافة التعاون والتكامل والتنسيق، وأدوات وآليات التخطيط لها لتحقيقها ومتابعتها وتقييمها وتقويمها، وتأتي ثقافة التشبيك (Reseauage-Networking) كأرقى الصيغ في هذه التجارب. قد أصبح التشبيك ممتداً ومتجذراً في الثقافة الاجتماعية في الغرب... والغرض تكثيف الشراكات مع أطراف أخرى لتحقيق أهداف مشتركة بكفاءة ومردودية أعلى. فالتشبيك صار منذ عقود ثقافة علماً وفناً، ومقصده تعظيم المصالح التي تقصر عنها جهود المنظمة الواحدة أو المنظمين، وتحكمه قواعد وضوابط قيمية وتقنية وإجرائية يتحقق بها الكسب الأفضل لكل أطراف التشبيك، والمستفيد الأول هي المجتمعات المستهدفة، كما تحول دون هيمنة البعض على البعض.

¹ - سورة البينة، الآية 5.

² - سورة الإنسان، الآية 9.

³ - رواه البخاري ومسلم.

⁴ - محمد الحبيب الدكالي، المجتمع المدني ومقاصد الشريعة إشكاليات المرجعية والتزليل، دار النشر الكلمة، ط. 1،

1440هـ/2019، ص. 68/67.

وأشارت الموسوعة العربية إلى أهمية التعاون والتشبيك بين الجمعيات ذات الهدف الواحد: "إن تصاعد الاهتمام المجتمع المدني العربي، هو في شق كبير منه جزء من تشكل الوعي الكوني، الذي يستهدف مزيداً من مشاركة المواطنين، وتفعيل قدراتهم في عمليات التأثير على السياسات وعلى أساليب الحياة التي يعيشونها. هذا الوعي الكوني الآخذ في التشكيل -عبر عملية بطيئة ولكن ثابتة- هو الذي يفسر لنا أيضاً تحالفات وائتلافات وشبكات المجتمع المدني العالمي، والتي يطلق عليها البعض ظاهرة "الشبكات عبر القومي"، وأحياناً ما يطلق عليها "متعدد الجنسيات" حيث تتحالف منظمات المجتمع المدني من الشمال والجنوب، لمواجهة قضية الفقر، أو البيئة، أو مناهضة العولمة"¹.

غير أن من أهم عوائق التعاون والتشبيك بين الجمعيات والمنظمات الخيرية هو الاستعمال الإيديولوجي والسياسي للعمل التطوعي مما يؤدي إلى وضعية التشرذم في هذا القطاع. وهكذا لا يمكن مع تفشي التشرذم والاستقطاب السياسي والإيديولوجي والحزبي الحاد لدى منظمات المجتمع المدني العربي توقع مساهمات منها ذات بال لبلوغ نتائج جادة للمشكلات الكبيرة التي تعاني منها الأمة العربية ومجتمعاتها.... ومن الظواهر الغريبة لدى عديد من قيادات المنظمات "الإسلامية" تفشي سوء ظن وأهم فكر سائد لديها هو أن التشبيك والشراكات البيئية تفضي إلى هيمنة البعض على البعض، وهذا مظهر من مظاهر القصور المعرفي والاحترافي والانغلاق الثقافي لدى هذه المنظمات².

وهكذا يتبين أن من أهم التدابير التي يجب الاهتمام بها للنهوض بالعمل التطوعي في المجال الصحي في المغرب، هو تطبيق المبادئ الإسلامية التي ذكرناها، وعلى رأسها الإخلاص في النية مع إبعاد هذه الأعمال التطوعية عن كل الأهداف السياسية والإيديولوجية، ويكون الهدف المشترك عند جميع العاملين في هذا القطاع هو مصلحة المرضى، مع التركيز على مراقبة الله في السر والعلن، والآخذ بجميع الأسباب الممكنة لإنجاح البرامج والمشاريع. ومن هذه الوسائل: ضرورة التنقيف بأدوات التفكير الاستراتيجي والتدريب والتكوين المتطوعين والموظفين على بناء القدرات المؤسسية، والعمل على تصميم استراتيجيات لتنزيل البرامج والمشاريع المشتركة بين الجمعيات العاملة في المجال الصحي على الصعيد الوطني، مع التركيز على كفايات التشبيك وإعداد البرامج والمشاريع التي يشترك فيها عدد كبير من الجمعيات ذات الهدف المشترك، وهم توفير الرعاية الصحية وتحسين جودتها لجميع شرائح المجتمع وقاية وعلاجاً.

وعلى صعيد آخر فإن أكبر تحدٍّ تواجهه الجمعيات المدنية هو توفير التمويلات للتمكن من إنجاز برامجها ومشاريعها التي تمس حاجة المجتمع إليها، بالإضافة إلى المتطلبات المالية التي تحتاجها الجمعية كرواتب الموظفين وكراء المقرات وأداء فواتير الماء والكهرباء والهاتف، والموارد المتعلقة بتغطية الأنشطة التي تبرمجها كتكاليف تنظيم القوافل الطبية المتعددة الاختصاصات حيث تصل تكلفة القافلة الواحدة إلى

¹ - الموسوعة العربية للمجتمع المدني، ص. 21.

² - محمد الحبيب الدكالي، ص. 70/69/68.

300 ألف درهم لتغطية مصاريف تنقل الأطباء وإقامتهم وتغذيتهم، وكذلك مصاريف الأدوية ومستلزمات الجراحة وغيرها من المتطلبات الضرورية.

ويمثل التمويل العمومي (قسم الشراكات في وزارة الصحة، المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، السلطات المحلية، مؤسسة محمد الخامس للتضامن)، أهم مصادر تمويل العديد من الجمعيات حاليا، غير أنه يظل غير كاف. كما أن الحق في الولوج إلى التمويل العمومي بصورة منصفة وشفافة ليس مضمونا دائما ولا يسمح به إلا للجمعيات ذات المنفعة العامة وعددها قليل بالنسبة لمجموع الجمعيات، لذا أصبح البحث عن مصادر أخرى لتمويل الجمعيات أمرا ضروريا ومستعجلا. وسنتعرض في المطالب المالية إلى أهم المصادر التي يجب تطويرها من أجل تمويل مشاريع الجمعيات المدنية.

المطلب الرابع: راهنية وآليات إحياء مؤسسة الوقف الصحي بالمغرب:

تعتبر مؤسسة الوقف الصحي من أهم أبواب تمويل البرامج الهادفة إلى النهوض بالرعاية الصحية والتخطيط الاستراتيجي له، لأنها تتميز عن سائر طرق التمويل في الإسلام بمسألتين رئيسيتين: ترتبط الأولى بتطوير مفهوم الصدقة من المستوى الفردي إلى المستوى الجماعي (من التصدق على فرد إلى التصدق على غرض)، وتتعلق المسألة الثانية بنقل الصدقة من الآني إلى المستديم.

الفرع الأول: راهنية إحياء مؤسسة الوقف الصحي بالمغرب

يوجد في المغرب حاليا وافر الظروف والبيئة المناسبة لنمو الوقف وتطوره أمام التغير الاقتصادي العالمي (الأزمة الاقتصادية أثرت سلبا في التمويلات الدولية التي يعتمد عليها لإنجاح عدد من البرامج الصحية سواء من طرف وزارة الصحة أو الجمعيات المدنية)، عجز الدولة المتزايد (على غرار باقي دول العالم الغنية والفقيرة) على تغطية جميع مصاريف الخدمات الصحية، وكثرة التركيز على دور مؤسسات المجتمع المدني، تنامي الوعي الديني الإسلامي عند جميع شرائح المجتمع، وبداية العمل بمشاريع الاقتصاد الإسلامي (البنوك التشاركية، الصكوك الإسلامية، التأمين التكافلي...)، وكلها عوامل متعددة توفر بيئة ملائمة لنمو الأوقاف الصحية بجميع الصيغ المشروعة، مما يتطلب تضافر الجهود من أجل إحياء ثقافة الوقف عامة والوقف الصحي بالخصوص. فلا عجب إذن أن تبنت "دراسة عن مكافحة الفقر preventing and Eradicating poverty" قام بها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (PNUD) سنة 1997 بنيويورك، مقترحات لإعادة إحياء دور الوقف والزكاة لمصلحة الفقراء والتنمية الاجتماعية¹ ويعد الرهان الأكبر من الإصلاحات التي جاءت في مدونة الأوقاف سنة 2010م، والتعديلات الجديدة التي أحدثت عليها في شهر مارس 2019، هو إعادة الثقة في المؤسسة الوقفية وإحياء ثقافة الوقف.

¹ - إسهام الوقف في العمل الأهلي والتنمية الاجتماعية، 191/190.

ويمكن إجمال أهم الإصلاحات التي وردت في المدونة في النقاط التالية:

1- تنقيصها على مقتضيات تشجع على توسيع دائرة التحبب منها:

تصريحها في المادة 16 بما يلي: "يجوز وقف العقار والمنقول وسائر الحقوق الأخرى"، ولا يمكن أن يحد من هذه العمومية إلا مشروعية محل الوقف وملكية الواقف له ملكاً صحيحاً على النحو الذي نصت عليه المادة 15 من المدونة التي جاء فيها: "يجب في المال الموقوف تحت طائلة البطلان:

- أن يكون ذا قيمة ومنفعة به شرعاً؛
- أن يكون مملوكاً للواقف ملكاً صحيحاً".

فقد أتاح المدونة استناداً إلى هذه المادة إمكانية وقف أنواع كثيرة من الأموال كما هو الشأن بالنسبة للقيم المنقولة والمنافع، وحقوق الملكية الصناعية وحقوق المؤلف... الإشارة إلى أهمية اعتماد السندات الوقفية في المادة 140 من المدونة التي جاء فيها ما يلي: "يجوز للسلطة الحكومية المكلفة بالأوقاف التماس الإحسان العمومي تلقائياً ودون سابق إذن لفائدة الأوقاف العامة عن طريق جمع تبرعات نقدية أو عينية أو عن طريق إصدار سندات اكتتاب بقيمة محددة تسمى سندات الوقف، تخصص مداخلها لإقامة مشاريع وقفية ذات صبغة دينية أو علمية أو اجتماعية". وهي طريقة تمكن كل من توفر على مبلغ مالي ولو قليل أن يصبح محبساً دونما حاجة إلى مبالغ أو عقارات أو منقولات ذات قيمة مالية عالية".

2. كما أن مقتضيات مدونة الأوقاف حرصت على ضمان حكمة جيدة وتنمية الوقف وتطويره تحقيقاً لاستمرارية ودوام الانتفاع به. فلم يعد تدبير المال الوقفي خاضعاً لاجتهاد إدارة الأوقاف، بل أصبح مؤطراً تأطيراً قانونياً يأخذ بعين الاعتبار خصوصية الوقف وينفتح على ما توفره الحكامة الجيدة من آليات تعيد الثقة للمؤسسة الوقفية. ولما كانت الحكامة الجيدة تقوم أساساً على الشفافية والوضوح، فقد نظمت المدونة لأول مرة مالية الأوقاف العامة بدءاً من بنية ميزانيتها وعناصر مواردها ونفقاتها، مروراً برقابتها الداخلية، وانتهاءً برقابة المجلس الأعلى لمراقبة مالية الأوقاف العامة¹.

وسنحاول في الفرع الموالي عرض بعض صيغ الوقف التي تتوافق مع ما جاء في مدونة الأوقاف:

الفرع الثاني: صيغ جديدة للوقف

إذا نظرنا إلى الوقف على امتداد العصور الإسلامية نلاحظ أنه كان هناك تلمس حقيقي لمواطن الحاجة في المجتمع وجعلها من مصارف الأوقاف. وأمام الحاجة إلى إيجاد تمويلات للأعمال التطوعية، تستطيع المؤسسات الوقفية أن تكون رافداً مهماً للخدمات الصحية من خلال التنسيق والتعاون مع الجهات المعنية (من القطاع العام والخاص) والجمعيات المدنية.

¹ - مجيدة الزباني، مدونة الأوقاف المغربية: دراسة منهجية في الأسس والأبعاد، دار الأمان الرباط، ص. 216.

ويمكن لإحياء ثقافة الوقف أن يسهم في توفير الموارد البشرية المتطوعة حتى تستطيع المصالح التابعة لوزارة الصحة والجمعيات المدنية التخطيط الاستراتيجي الدقيق لبرامجها ومشارعها حسب الموارد البشرية الملزمة معها، وكذلك توفير الموارد المالية لتمويل المشاريع الصحية التي سوف تخفف أعباء مالية كبيرة على ميزانية الدولة، وتحل كثيراً من المشكلات القائمة في مجال الرعاية الصحية. ونظراً لأهمية الموارد البشرية في نجاح أي نشاط تطوعي، سأخصص الفقرة الموالية لبيان كيف يمكن بإحياء ثقافة الوقف تحفيز الأطباء من مختلف التخصصات للانخراط المكثف في الأعمال التطوعية؟

أولاً: "وقف الوقت" أو "وقف العمل المؤقت":

في عصرنا الحالي حيث الحاجة إلى فتح الباب أمام التزام عدد كبير من الأطباء والموارد البشرية من مختلف التخصصات بالمشاركة في الأعمال التطوعية بما يسد حاجة المجتمع إلى الخدمات الصحية، أصبح البحث عن صيغ جديدة للوقف ضرورياً: فهل يمكن اعتبار وقف العمل الفكري الانفرادي المؤقت المرتبط بالمهن الحرة صورة من صور الوقف؟ وكيف يمكن استثماره في المجال الصحي بما يسهم في تحقيق التنمية المجتمعية؟

أ- التأصيل الشرعي لـ "وقف العمل المؤقت":

لقد أبلى علمائنا البلاء الحسن في خدمة العقود التبرعية وبيان فضلها والتفصيل في أنواعها وآثارها التربوية والاجتماعية والاقتصادية... وخصوا الوقف بدراسة مستفيضة مبينين صوره وأحكامه انطلاقاً من القرآن الكريم والسنة النبوية، ومجتهدين في ذكر صور أخرى تدخل تحت مسمى الوقف وأحكامه بما انتهى إليه نظرهم ونتاج أفكارهم، انطلاقاً من عنصر الاجتهاد الذي يقوم عليه فقه الوقف. يقول الدكتور مصطفى الزرقا: "تفاصيل أحكام الوقف المقررة في الفقه هي جميعاً اجتهادية قياسية للرأي فيها مجال، غير أن فقهاء الأمة أجمعوا فيها على شيء هو أن الوقف يجب أن يكون فيه قرينة إلى الله تعالى"¹.

لتأصيل «وقف العمل المؤقت» يتوجب علينا تعريفه أولاً: ولقد عرّفه د. الرفاعي بأنه: «حبس مؤقت لجهد الإنسان اليدوي أو العقلي؛ المؤدي إلى إيجاد منفعة شرعية، والذي يظهر بشكل انفرادي أو من خلال مشروع، على جهات البر»².

¹ - د. الزرقا، مصطفى، أحكام الاوقاف، عمان: دار عمان، 1997/1320، ص. 19.

² - حسن محمد الرفاعي، وقف العمل المؤقت في الفقه الإسلامي، بحث قدم في المؤتمر الثاني للأوقاف في السعودية في رحاب جامعة أم القرى بمكة المكرمة تحت شعار "الصيغ التنموية والرؤى المستقبلية"، 21 ذو القعدة 1427هـ الموافق 12 ديسمبر 2006 م، دار النشر كلية الإمام الأوزاعي للدراسات الإسلامية 1427هـ 2006م.

• آراء الفقهاء في مالية المنفعة:

لقد اعتبر الشرع منفعة عمل العامل الحر (رعي الغنم، خياطة الثوب...) مالاً معتبراً، إذ أجاز سيدنا شعيب عليه السلام جعلها مهراً لابنته في النكاح، وذلك في الآية الشريفة التي تتحدث عن تزويج سيدنا شعيب موسى على أن يكون مهرها رعي الغنم لمدة ثماني سنوات، حيث قال تعالى: ﴿قَالَ إِنِّي أَرِيدُ أَنْ انْكَحَكَ إِخْدَى ابْنَتِي هَتَيْسَ عَلَى أَنْ تَاجِرَنِي ثَمَنِي حِجَجٌ¹﴾.

يتضح إذاً أن منفعة العامل الحر يجوز أن تكون صداقاً لأنها مال.

ولقد ذكر د. منذر قحف تعريفاً للوقف يتمثل بالآتي: "الوقف حبسٌ لمالٍ مُؤَبِّداً أو مؤقتاً، عن كُلِّ أنواع التَّصَرُّفِ الشَّخْصِيِّ من بيع أو هبة أو غيرها، للانتفاع المتكرّر به أو بثمرته في جهاتٍ من البرِّ العامّة أو الخاصّة، على مقتضى شروط الواقف، وفي حدود أحكام الشريعة"².

وبهذا التعريف يرد الوقف على عين أو منفعة أو حق مالي متقوم. وبما أن منفعة عمل العامل تعتبر مالاً على رأي الجمهور من الفقهاء القدامى، فإن الإنسان يملك حق التصرف فيها بالشكل الذي يتوافق مع ضوابط الشرع. وبالتالي فإنه يجوز وقفها مؤقتاً (لمدة زمنية محدّدة). وأصحاب المهن الحرة كالطبيب مثلاً، يمكنهم وقف منفعة عملهم لصالح المرضى المحتاجين في وقت محدد.

• وبالإضافة إلى خدمات الأطباء، نحتاج في المجال الصحي كذلك إلى عدة خدمات أُخربلتوفير الرعاية الصحية للمرضى المعوزين، كخدمات الاستشفاء في مصحات القطاع الخاص لصالح هذه الفئة من المرضى، أو خدمات صيانة سيارات الإسعاف التي تنقل المرضى من الأماكن النائية إلى المراكز الصحية... ويدخل وقف هذه الخدمات ضمن وقف المنافع الذي أجازها الفقهاء وعلى رأسهم المالكية.

ولقد عرّف المالكية الوقف بأنه "جَعْلُ مَنْفَعَةٍ مَمْلُوكٍ ولو بأَجْرَةٍ أو غَلَّتِهِ لمستحقٍّ بصيغة مُدَّة ما يَرَاهُ المَحْبَسُ"³. ورد في هذا التعريف "بصيغة مُدَّة ما يَرَاهُ المَحْبَسُ"، وهذا ما يميز به الفقه المالكي بنصه على مسألة تأقيت الوقف عوض ما جاءت به باقي المذاهب الفقهية بنصها على التأييد.

"إنَّ الصُّورَ المحتملة للوقف كما وردت في تعريف المالكية تتمثل بثلاثٍ وهي: وقف منفعة العين المملوكة، أو وقف غلة العين المملوكة، أو وقف منفعة العين المستأجرة. ودراسة "وقف العمل المؤقت" أو "وقف الوقت" لها صلةٌ بالصورة الثالثة، والذي يستأجر في العادة إما العين لوقف منفعتها أو غلتها، وإما الإنسان العامل لوقف منفعته، ذلك لأنّ مستأجر العامل تملك منفعته من خلال عقد العمل الذي وقَّعه معه"⁴.

¹ - سورة القصص، الآية 27.

² - الوقف الإسلامي، تطوره، إدارته، تنميته، ص. 154.

³ - أحمد بن محمد بن أحمد الدردير، الشرح الصغير مع بلغة السالك لأقرب المسالك ج. 4، دار الكتب العلميّة، بيروت لبنان ط. 1، 1415/1995 م، ص. 9-10.

⁴ - بحث "وقف العمل المؤقت في الفقه الإسلامي".

وبناءً على تخريج هذه المسألة على رأي المالكية: فإن أصحاب القطاعات الخدمائية يستطيعون وقف منفعة العاملين لديهم على أهل الحاجة في زمنٍ محدّد؛ كصاحب المصحّة الذي يحدّد يوماً من كلّ أسبوع لمعالجة المرضى الفقراء من الأطباء المتعاقدين في المصحّة.

ولقد رجح د. طارق بن نايف الشميري بعد دراسة فقهية مفصلة، جواز وقف الإنسان لجزء من وقته، يقضيه بتقديم منفعة، كمن يقدم ساعات إضافية دون عوض في مؤسسة من المؤسسات التي لها طابع النفع العام، كجمعيات البر الخيرية¹

وهذه الأنواع من الأوقاف يمكن ولاشك وضعها تحت باب الإحسان العام والصدقات، ولكن تكرارها ودوامها يجعلها من أنواع الوقف. والغرض من محاولة تشجيع الأطباء على الوقف من أوقانتهم، هو دفعهم للالتزام بالتطوع لأن من أهم الإشكاليات التي تعيق الجمعيات في إنجاح برامجها هي عدم تأكدها من التزام الأطباء المتطوعين للتمكن من التخطيط لبرامجها.

ب- صورٌ مقترحة لوقف العمل المؤقت على الرعاية الصحية:

✓ وقف «عمل الطبيب المؤقت»:

إن الأطباء هم أعلم من غيرهم بخطورة الأزمة التي يعاني منها القطاع الصحي وجسامة عواقبها، ولا يرفض طبيب في المبدأ فرصة التطوع. لكن الأطباء في سباق مع الوقت وحين يتوجهون إلى العمل التطوعي يجب استثمار وقتهم بأنشطة ذات نجاعة وفعالية. وسبب اختياري عرض فكرة «وقف العمل المؤقت» على الأطباء يرجع إلى أن كثرة مشاغل والتزامات الأطباء قد تجعل حماسهم للقيام بالأعمال التطوعية يتغير من وقت لآخر، فربما يلتزم الطبيب أمام جمعية خيرية بتقديم خدمته ثم يتراجع بسبب انشغالات أخرى مما قد يعرقل بعض المشاريع التي خطت لها الجمعية، لكنّ التزامه ذلك إذا كان بنية الوقف مُدَوَّنًا وموقَّعاً عليه فسيُساعد على مراعاة التزامه.

ووقف الأطباء لأوقانتهم لصالح خدمة المرضى المحتاجين يمكن أن يقوموا به بشكل انفرادي أو داخل عمل مؤسسي، ويجب التأكيد على أن العمل التطوعي المؤسسي يجعل الأمر أكثر تنظيماً ويسهل على المتطوعين البرمجة والانخراط والالتزام؛ فالمتطوع يقدم برنامجه وساعات العمل المتاحة له التطوع بها، وتتم جدولتها في برامج دورية مستدامة. فعلى سبيل التمثيل:

- يمكن للطبيب أن يقوم بوقف نصف يوم أو يوم في الأسبوع للقيام باستشارات طبية في مركز مرجعي تابع لجمعية مهتمة بالصحة أو في مستوصف قروي في نواحي المدينة التي يعمل بها الطبيب، أووقف ثلاث أيام في الشهر بالنسبة للمستوصفات البعيدة، خصوصاً أن هناك عدداً من المراكز الصحية في المناطق النائية مجهزة ولا يوجد بها أطباء أخصائيين قادرين على تشغيل تلك الآلات لصالح المرضى المحتاجين إليها.

¹ - طارق بن نايف الشميري، الضوابط الشرعية لوقف الوقت، سلسلة دراسات ساعي العلمية (1)، الطبعة الأولى 1441هـ/2019م،

دار مؤسسة ساعي لتطوير الأوقاف، 1439هـ فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، ص. 43.

- كما أن هناك مستشفيات جهوية يضطر المرضى الانتظار طويلا قبل حلول موعد بعض العمليات الجراحية التي تتطلبها حالتهم الصحية، ولو أن الأطباء الأخصائيين سواء من القطاع الخاص أو العام (خارج أوقات الدوام الرسمي)، أوقفوا جزءاً من وقتهم لإجراء بعض العمليات الجراحية أو الفحوصات المتخصصة لتَمّ الحد من هذا المشكل.

ولقد أجرت وزارة الصحة شراكة مع القطاع الخاص للقيام بهذه العمليات والفحوصات، غير أن المقابل كان تعويضاً مالياً زهيداً قوبل بالرفض من طرف أطباء القطاع الخاص. ولا شك أنه لو تمّ إخبارهم بالحاجة الماسة إلى خدمتهم أمام الخصائص الكبير في تخصصهم، وتمّت توعيتهم بأن المشاركة في توفير الرعاية الصحية في تلك المناطق النائية هي من فروض الكفاية على جميع أفراد المجتمع القادرين عليها وعلى رأسهم الأطباء، وأن هذا عمل خيري يثاب عنه فاعله بالأجر الكثير، لتجاوب عدد كبير من الأخصائيين مع هذا العمل النبيل خصوصاً إذا وفرت لهم الجهات المعنية ظروف مناسبة للعمل في تلك المستشفيات النائية مع احترام وقتهم وجهدهم.

وهناك أوجه أخرى لتطوع الأطباء، أذكر منها:

- مع تقدم التكنولوجيا الحديثة، أصبح بالإمكان القيام باستشارات طبية عن بعد "Télémedecine"، حيث يمكن حل بعض المشاكل التي كانت تستلزم سابقاً الاستشفاء عبر التطبيب عن بعد. ويجب الإشارة إلى أنه تمّ إطلاق خدمات هذه التقنية من طرف وزارة الصحة لفائدة بعض المناطق القروية كالمركز الصحي لزواوية أحنصال التابعة لإقليم أزيلال، والمركز الصحي بأنفكو والمركز الصحي باملشيل التابعين لإقليم ميدلت، وتعزم الوزارة على التعاون مع جمعيات مدنية مهتمة بالصحة لإنجاح هذا المشروع، مما يستوجب تشجيع الأطباء الأخصائيين للتطوع في هذا المجال حتى يمكن نشر هذه التقنية في أكبر عدد من المناطق المعزولة. فإذا تطوع عدد من الأخصائيين بالتناوب للتواصل مع تقنيين أو أطباء موجودين في المناطق المعزولة، فسيكون بالإمكان تشخيص الأمراض ومتابعة حالة المرضى عن بُعد، دون الحاجة إلى التنقل إلى المستشفيات إلا في الحالات التي تستوجب ذلك.

- ونظراً لأهمية البرامج الوقائية في الحد من انتشار الأمراض وبالتالي خفض الطلب على الخدمات الصحية المكلفة، وهناك حاجة إلى تطوع عدد كبير من الأطباء للمشاركة في التوعية الصحية بالطريقة التي يروها ذات فعالية والتي تناسب تخصصهم ومهاراتهم التواصلية. ومنها على سبيل التمثيل: تقديم برنامج محدّد بساعة في الأسبوع في الإذاعة أو التلفاز، أو من خلال كتابة مقالات في صحف أسبوعية أو شهرية، أو تقديم محاضرات توعوية للوقاية من الأمراض في المؤسسات التعليمية أو نوادي الشباب، بلا عوض مالي ولا رغبة في شهرة بل حسبةً لوجه الله تعالى، ويمكن اعتبار هذه الأعمال من أنواع وقف العمل المؤقت لمدة معينة، مما يجعل الطبيب يلتزم بالقيام بها رغبة في الأجر والثواب رغم مشاغله الكثيرة.

وما قيل عن وقف العمل المؤقت للأطباء، فإنه يقال كذلك عن عمل المحاسب الذي يتكفل بمراجعة حسابات مؤسسة وقفية من خلال تخصيص جزء من وقته للقيام بذلك، أو خبير في التسويق والإشهار يقوم بالإعلان عن أنشطة الجمعية واستقطاب المتطوعين والمانحين لصالحها، أو عمل المحامي الذي يدافع عن حقوق مؤسسة وقفية مهتمة بالصحة... وكل هذه الخدمات تحتاج إليها المؤسسات التطوعية، وتجد صعوبة في إيجاد تمويلات لكفاية مصاريف هذه الخدمات الضرورية لحسن تسيير وتدبير الجمعيات.

✓ وقف القطاعات الخدمائية المؤقت:

- وقف أصحاب المصحات عدداً من الأسرّة لاستشفاء المرضى المحتاجين، وتحدّد المدّة الزمنية للوقف مثلاً بسنة قابلة للتجديد، حيث يلزم صاحب المصحة نفسه في هذه الحالة بتلك المدّة.
- ومن الصّور المحتملة أيضاً لوقف عمل المصحات المؤقت، أن يقوم صاحبها بتقديم التزام إلى إدارة مؤسسة خيرية تُعنى بالأيتام أو الأطفال في وضعية صعبة يتعهدّ فيه بمعالجة من يحتاج من تلاميذها في مصحته بلا عوض مالي، بل حسبة لوجه الله تعالى، ولمدّة محددة قابلة للتّجديد.
- ويدخل في إطار وقف القطاعات الخدمائية المؤقت: مؤسسة لصيانة السيّارات عندما تتفق مع مؤسسة تطوعية على تأمين صيانة سيّارات الإسعاف أو الوحدات المتنقلة التي تستعمل في القوافل الطبية مدّة محددة بدون مقابل (بنية الوقف)، أو شركة معلومات التي تلتزم بصيانة آلات الحاسوب المستعملة بمؤسسة وقفية لمدة معينة....

وبالإضافة إلى الموارد البشرية يحتاج العمل التطوعي في المجال الصحي إلى موارد مالية، وهذا ما عبر عنه أغلب الأطباء الذين أجريت معهم المقابلات. وتعتبر الصناديق الوقفية من أهم صيغ الوقف الحديثة التي يمكنها توفير الموارد المالية الوقفية واستثمارها وتخصيص أرباحها لصالح الرعاية الصحية. وسأنتظر في الفرع الموالي إلى التعريف بالصناديق الوقفية، وضوابط استثمار أموالها:

ثانياً: الصناديق الوقفية:

أ- ماهية الصناديق الوقفية وضوابط استثمارها:

تعد الصناديق الوقفية من الآليات أو الصيغ المستجدة التي يمكن للوقف من خلالها الإسهام في دفع عجلة التنمية المستدامة، فالصندوق الوقفي هو وعاء تُجمّع فيه أموال موقوفة تدار على شكل محفظة استثمارية لتحقيق أعلى عائد ممكن ضمن مقدار المخاطر المقبول. والأموال في الصندوق مقسمة إلى حصص صغيرة تكون في متناول الأفراد الراغبين في الوقف.

ولقد تباينت التعريفات حوله إلى عدة أوجه، وعرفه د. العمراني بكونه: "وعاء يتكون من مجموعة من الوحدات الموقوفة المسبل ريعها تحت إدارة شخص مرخص له من هيئة السوق المالية"¹ يستمد إنشاء الصناديق الوقفية مشروعيتها من مسألة "وقف النقود"؛ وهو من أهم ما توسعت فيه المؤسسات الوقفية أمام ظهور أنماط جديدة من الاستثمار والأشكال المؤسسية في التنظيم الاقتصادي التي فتحت آفاق جديدة أمام وقف النقود، كما أن وجود المؤسسات المالية والنظم المحاسبية الحديثة جعل حفظ وإدارة الوقف النقدي أسير.

ويقول د. منذر قحف: "أول صور وقف النقود هي وقفها في صناديق استثمارية التي يمكن أن تتخذ ثلاث صور فرعية:

- أولها: أن تنتدب هيئة وقفية نفسها لاستقبال الصدقات الجارية النقدية لتمويل إنشاء مشروع وقفي، نحو مصنع مثلاً، ثم إنفاق إيراداته إلى غرض وقفي معين، وليكن على دور الأيتام مثلاً، ويمكن أن تتعدد الأغراض فتشمل عدداً من وجوه البر معاً. ويمكن أن تكون الهيئة الوقفية حكومية، أو شبه حكومية، أو خاصة.

- والصورة الفرعية الثانية لوقف النقود تتم بأن يحدد الواقف نفسه الجهة التي تُستثمر فيها النقود، فيكون الوقف لنقود مستثمرة بشكل ودیعة استثمارية في بنك إسلامي معين مثلاً...

- أما الصورة الفرعية الثالثة لوقف النقود فهي مألوفة كثيراً في عالم اليوم، ويمارسها الكثيرون في إنشاء المشروعات الوقفية. وقد يرغب البعض في عدم تسميتها وقفاً للنقود، لأنها تتحول بالمآل إلى أعيان معمرة تخصص لأغراض وقفية عامة. أما الشكل البسيط لهذه الصورة فهو لجان لجمع التبرعات لبناء وقف خيري مكلف مالياً (مستشفى مثلاً)، بحيث لا يستطيع محسن واحد القيام به في معظم الأحيان. والنقود المجموعة لها حكم الوقف منذ تاريخ جمعها من قبل لجنة المشروع"².

ويمكن استثمار الصناديق الوقفية كباقي صناديق الاستثمار، التي يمكن تعريفها بأنها "مؤسسات مالية تقوم بالاستثمار الجماعي للأوراق المالية عن طريق تجميع المدخرات من عدد كبير من المستثمرين واستثمارها في شراء وبيع الأوراق المالية بواسطة إدارة محترفة؛ بهدف تحقيق منفعة لمؤسسيها وللمستثمرين وللاقتصاد القومي ككل"³.

¹ - عبد الله بن محمد العمراني، تجارب معاصرة في استثمار الأوقاف (الصناديق الاستثمارية - العهد المالية)، بحوث ندوة البركة الخامسة والثلاثين للاقتصاد الإسلامي، ص. 280.

² - الوقف الإسلامي تطوره إدارته وتنميته، ص. 194/195 بتصرف.

³ - أشرف محمد دوابه، صناديق الاستثمار في البنوك الإسلامية بين النظرية والتطبيق، دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة، ط. 3، 1437هـ/2016م، ص. 59.

وهناك مجموعة من المعايير التي تحكم استثمار النقود الموقوفة على شكل صناديق وقفية، منها: " أن يقوم على استثمار الوقف أهل الخبرة والأمانة حماية له من الخسارة الناتجة عن الضعف والتقصير، وصيانة له عن الاختلاس والانحراف بالوقف عن أهدافه، أن يكون مجال الاستثمار مباحاً، مع الحرص على الأمان النسبي: أي عدم تعرض أموال الوقف لدرجة عالية من المخاطر...¹ وأكد د. العمر على الحرص على الاهتمام بالبعد الاجتماعي في عملية استثمار الأوقاف، مما يفتح آفاقاً لحل مشاكل اجتماعية قائمة مثل البطالة أو عدم توافر السكن، وغيرها من المشاكل الاجتماعية"².

وفي هذا الاتجاه، أشير إلى أهمية استثمار أموال الوقف في الاقتصاديات الصحية المزدهرة، كالمستشفيات العلاجية، وشركات التأمين التكافلي³، والمنشآت التعليمية الصحية التي أصبحت في هذا العصر من أرباح المشروعات الاستثمارية ذات المدخولات الربحية العالية، مما سيساعد على تكوين أكبر عدد ممكن من الأطباء والمرضى خصوصاً أمام التكلفة العالية التي يتطلبها توفير الكادر الصحي وعجز الدولة عن تغطية هذه التكاليف الباهضة. ويمكن تخصيص نسبة من المقبولين في هذه الكليات للطلبة المتميزين المنتمين للفئة المعوزة من المجتمع، وكذلك تخصص نسبة للطلبة المتفوقين من أصول قروية، تطبيقاً لما أوصت به المنظمة العالمية للصحة كما سبق الإشارة إلى ذلك. إن إيجاد العدد الكافي من المتخصصين بالطب تعليماً وتعليماً يعد من فروض الكفاية على المجتمع. وبالتالي يجب تشجيع استثمار الوقف في هذا المجال، مما سيوفر أرباحاً للوقف من جهة وبسهم في الحد من النقص في عدد الأطباء.

ب- مصاريف مقترحة للصناديق الوقفية:

حسب شرط الواقفين، يمكن للصناديق الوقفية أن تتكفل بجانب محدد من مجال الرعاية الصحية، أو أن تكون مخصصة للتنمية الصحية بصفة عامة، ووزارة الصحة والجمعيات المدنية هي التي تعرض المشاريع التي ترى أن الحاجة تمس إليها. ويمكن للصناديق الوقفية المخصصة للتنمية الصحية العمل على عدة مستويات:

- دعم خدمات التوعية الصحية: وذلك من خلال نشر مفاهيم التنمية الصحية والوعي الصحي بين المواطنين: إنشاء وحدات متنقلة للتوعية بالأمراض، طباعة بعض الكتب والمنشورات التوعوية، مشاريع أفلام التوعية، تدريب الأطر الوطنية من طلبة الطب وممرضين وأساتذة وأئمة ووعاظ لتكثيف برامج

¹ - وقد ذكر د. علي محيي الدين القره داغيف كتابه "التأمين التكافلي الاسلامي، دراسة فقهية تأصيلية مقارنة بالتأمين التجاري مع التطبيقات العملية"، ج. 1، دار البشائر الاسلامية، ط. 6، 1432هـ/2011م، ص. 12: "قد استطاعت صناعة التأمين التكافلي بسبب نجاحاتها أن تقتحم -بشكل تدريجي هادئ وهادف- الأسواق المحلية والعالمية، حتى بلغ الأمر إلى أن تفكر شركات إعادة التأمين العملاقة العالمية في إنشاء فروع في إعادة التأمين الاسلامي (بماليزيا والخليج)، وقام عدد من شركات التأمين التقليدي الإقليمي بفتح فروع للتكافل الاسلامي، بل تحول بعضها فعلاً بالكامل".

² - فؤاد عبد الله العمر، إسهام الوقف في العمل الأهلي والتنمية الاجتماعية، ص. 193.

التوعية الصحية. كما يمكن إنشاء تكوين خاص بالتثقيف الصحي، سعيًا في خفض نسبة إصابة المواطنين بالأمراض وبالتالي خفض الطلب على الخدمات الصحية. إن الاهتمام بالوقاية من الأمراض يعتبر من أهم مجالات "اقتصاديات الصحة". ولقد بينت عدة دراسات أهمية تكثيف برامج الوقاية منها: دراسة أجرتها الجمعية العالمية لمراقبة المخدرات OICS أن استثمار دولار واحد في الوقاية والعلاج يمكن من توفير ما يصل إلى عشرة دولار¹.

- دعم الجهات القائمة على توفير الخدمات الصحية والارتقاء بمستواها عبر إنشاء وتجهيز وصيانة المراكز الصحية العمومية. كما يمكن للوزارات المعنية (وزارة الصحة أو وزارة الأوقاف) أن توفر الأرض للمشروع، وتتكلف اللجنة بالبناء والتجهيز. ويمكن للجنة التي تكلفت ببناء المستشفى الوقفي أن تسلمه إلى وزارة الصحة لتتولى تشغيله وصيانته كما هو الحال في وقف كثير من المساجد.

كما يمكن استغلال المستشفى الوقفي على شكل مؤسسة غير ربحية على غرار المستشفيات الوقفية الموجودة في الدول الغربية؛ حيث تكون هذه المستشفيات مفتوحة لعلاج عامة الناس؛ وتقدم الخدمات الصحية مجانًا للمرضى المعوزين ويؤدي عنها بالنسبة للقادرين على أداء مصاريف العلاج، مما سيوفر مدخولا لتغطية مصاريف المستشفى، ويمكن استثمار الأرباح في مشاريع وقفية أخرى يصرف مدخولها في مجال الرعاية الصحية للمرضى المعوزين؛

- وقف الأجهزة الطبية التي تحتاجها المستشفيات والمراكز الصحية مثل جهاز غسيل الكلى وأجهزة الأشعة المتطورة وغيرها، مما قد لا يتوفر في كثير من المستشفيات رغم الحاجة المتزايدة إليها. وكذلك وقف سيارات الإسعاف وغيرها من الوسائل المساعدة التي تحتاجها المستشفيات والمراكز الطبية؛ ووقف الوحدات الطبية والجراحية المتنقلة تشجيعا للطب المتنقل الذي تعتمد الوزارة للتخفيف من معاناة ساكنة المناطق المعزولة؛

- الوقف على الأدوية حيث يمكن تخصيص بعض الأوقاف لتوفير الأدوية وخاصة أدوية الأمراض المزمنة والتي يحتاجها المريض فترات طويلة أو مدى الحياة مثل أدوية الضغط والسكر والقلب وغيرها؛

- رعاية فئات معينة من المجتمع (المعاقون، المكفوفون، المسنون، المصابون بأمراض مزمنة أو أمراض معدية معينة...)،

- دعم الجمعيات المدنية المهتمة بالصحة. وسأنتظر في الفقرة الموالية إلى أهمية التعاون بين المؤسسات الوقفية الجمعيات المدنية.

¹ - www.dianova.org (extrait du rapport annuel de l'orgne international de contrôle de Stupéfiants)

(جمعية دولية مصادق عليها من طرف مكتب الأمم المتحدة في فيينا : Dianova)

الفرع الثالث: أهمية التعاون بين الصناديق الوقفية والجمعيات المدنية في ترشيد مصارف الوقف

في السنوات الأخيرة تكثفت الأبحاث لإيجاد صيغ التعاون وتكامل الأدوار بين المؤسسات الوقفية والجهات الحكومية. ولقد أكد على ذلك د. فؤاد عبد الله العمر¹ في بحثه قائلاً: "... ولقد أظهر الواقع العملي وتجارب الدول لرائدة بأن الوقف يكون فاعلاً عندما يحتل موقعاً وسطاً بين السلطة ممثلة في الإدارة الحكومية، والمجتمع ممثلاً في مبادرات مؤسسات المجتمع المدني"².

كما بيّن د. قحف: "أن الاهتمام بالدور الاقتصادي التنموي للوقف يتطلب إيجاد صيغ تعاون، واتصال مع الجهات القادرة على حسن استثمار أصول الوقف، أو حسن التصرف في ريعه مثل مؤسسات المجتمع المدني"³.

وأشارت إلى ذلك دراسة برنامج الأمم المتحدة الإنمائي PNUD عن مكافحة الفقر preventing and Eradicating poverty التي أجريت سنة 1997م، أكدت على دور الوقف في بناء المجتمع المدني: لما يتميز به هذا الأخير من فاعلية ومرونة مع ابتعاد عن القيود⁴.

فمؤسسات المجتمع المدني -بحكم حيويّتها ومرونتها في الاستجابة لحاجات المجتمع الذي تعيشه-، تستطيع أن تحدد أولويات وأساليب التنمية الاجتماعية بصورة أكثر فعالية، وذلك بحكم قربها من الفئات المستحقة، وفهمها لاحتياجاتها المعيشية.

وقد أكد د. العمر على أهمية التعاون بين المؤسسات الوقفية والجمعيات المدنية حيث قال: "إن الاهتمام بتطوير نظام الوقف، ووصل علاقته بمؤسسات المجتمع المدني، سيوفران خط حماية لمجتمعاتنا ضد ما يطلق عليه الاستعمار الجديد الذي يلاحظ في الوقت الحاضر، من خلال سيطرة المنظمات الدولية على المنظمات التطوعية المحلية وتمويلها... كما أن الوقف يمثل دعماً لقوة الدولة والمجتمع في آن واحد، حيث يعمل على توطيد العلاقة بينهما، وعلى الاستفادة من مصادر القوة في كليهما، والتقليل من مواقع الضعف لديهما"⁵.

وفي المغرب، تتجلى أهمية التعاون بين المؤسسات الوقفية والجمعيات المدنية أمام عزم بعض المنظمات الدولية إيقاف تقديم إعاناتها المالية للمؤسسات الحكومية والجمعيات المدنية، مثل حالة لجنة تنسيق المغرب لمحاربة داء السيدا والسل والملاريا CCM التابع للبنك الدولي الذي يقدم منح مالية مهمة لعدد من الجمعيات المدنية، وما فتئ ممثلوا الجهة المانحة أن المغرب لم يعد يحسب لدى المنتظم الدولي من

¹ - حاز البحث على الجائزة الأولى من سلسلة الدراسات الفائزة في مسابقة الكويت الدولية لأبحاث الوقف علم 1420هـ/ 1999م.

² - فؤاد عبد الله العمر، إسهام الوقف في العمل الأهلي والتنمية الاجتماعية، ص. 96.

³ - منذر قحف، الوقف في المجتمع الإسلامي المعاصر، وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، الدوحة، قطر، 1417هـ-1998م، ص. 121-128.

⁴ - إسهام الوقف في العمل الأهلي والتنمية الاجتماعية، ص. 190/191.

⁵ - إسهام الوقف في العمل الأهلي والتنمية الاجتماعية، ص. 95.

ضمن الدول الأكثر فقراً في العالم، ولهذا قد تتوقف الإعانات التي تقدم له قريباً، فعليه أن يبحث عن مصادر أخرى لتمويل برامج مكافحة الأمراض الثلاث.

"تعتبر الجمعيات المدنية إطاراً مناسباً للتعاون والاتصال مع الوقف، في مجالات تحقيق التنمية الاجتماعية، ولابد من التأكيد على أن عنصر حسن اختيار الجمعية المدنية التي يتعاون معها الوقف، يُعد أمراً أساسياً في تفعيل العلاقة بينهما وفي نمائها، فلا بد أن يكون للجمعية تنظيم مؤسسي مع احترام شروط الحكامة الجيدة (الشفافية، المحاسبة، الرقابة...)، لصرف الأموال الوقفية بعيداً عن سوء التصرف وعدم المسؤولية، وأن تكون لها تجربة غنية وناجحة في العديد من الأنشطة التي يود الوقف التعاون معها.

"ويمكن لمؤسسات المجتمع المدني إنشاء مؤسسة متخصصة للرقابة الذاتية نابعة منها، تحرص على أن تصرف الأموال -الموجهة إليها من الوقف- في مصارفها المقررة بأمانة، من دون تكلفة إضافية، أو من دون تكلفة مبالغ فيها. كما يمكن للوقف أن يساهم في تشكيل مؤسسة الرقابة الذاتية هذه، من خلال توفير الدعم القانوني ودعم أنشطة الرقابة عليها وتشجيع المبادرة والابتكار والمشاركة"¹.

كما أكد د. العمر على أهمية تشجيع البحوث العلمية، ودعم الدراسات التي تساعد على تحديد مواطن الحاجة في المجتمع المدني، وذلك للوصول إلى سياسات محددة موجهة نحو الجوانب الأكثر أهمية وأولية في مجال التنمية الاجتماعية وذلك من خلال التعرف على الفئات الأكثر حاجة في المجتمع"².

الفرع الرابع: نماذج أوقاف صحية معاصرة

➤ المصرف الوقفي للرعاية الصحية بالإدارة العامة للأوقاف بقطر³:

تولي الإدارة العامة للأوقاف بقطر المسؤولية الاجتماعية والشراكة الفاعلة مع مؤسسات الدولة أهمية كبيرة تحقيقاً لشعارها «الوقف شراكة مجتمعية»، وتبرز آثار المسؤولية الاجتماعية للأوقاف في مختلف المصارف الوقفية وعددها ستة وهي: المصرف الوقفي للقرآن والسنة، والمصرف الوقفي لخدمة المساجد، والمصرف الوقفي للبر والتقوى، والمصرف الوقفي للتنمية العلمية والثقافية الذي يعمل على طباعة الكتب ونشر الدوريات وتبني الملتقيات، والمصرف الوقفي للأسرة والطفولة، والمصرف الوقفي للرعاية الصحية الذطي يهمن في هذه الدراسة.

يعمل المصرف الوقفي للرعاية الصحية على تحقيق عدة أهداف منها:

- رعاية المرضى المحتاجين للعلاج من محدودى الدخل وتوفير الخدمات الصحية المناسبة لهم؛

¹ - إسهام الوقف في العمل الأهلي والتنمية الاجتماعية، ص. 195.

² - المرجع نفسه، ص. 199.

³ - موقع وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية القطرية <http://www.meia-gov.org/>.

- التعاون مع العديد من مؤسسات الدولة في الإطار الوقفي والخيري، منها وزارة الصحة العامة ووزارة التنمية الإدارية والعمل والشؤون الاجتماعية وكذلك عدد من الجمعيات الأهلية والجامعات والجهات المختصة للقيام ببرامج مشتركة. ومن نماذج هذا التعاون:

1. المشاركة في تمويل الحملات الإعلامية التي نظمتها الأجهزة المختصة في وزارة الصحة، مثل: حملة التطعيم، وحملة الرضاعة الطبيعية، والحملة الوطنية للتطعيم ضد مرض الكبد الوبائي؛ المساهمة في تأسيس قسم التنقيف الصحي بوزارة الصحة، ودعم البرنامج الوطني للمدارس المعززة للصحة بالتعاون كذلك مع وزارة الصحة العامة وهو برنامج تنفيذ منه جميع مدارس الدولة...

2. دعم جهود مؤسسة حمد الطبية لتوفير الدم المأمون في دولة قطر عن طريق تمويل شراء أول وحدة متنقلة كبيرة ذات كفاءة عالية.

3. التعاون مع جمعية "دار الإنماء الاجتماعي" من أجل إنشاء المشروع الوقفي المشترك لدعم مرضى الفشل الكلوي، حيث تمت الدعوة للاكتتاب والتبرع لصالحه من قبل الطرفين؛ وتم شراء عقار لصالح المشروع، ووقف العقار وفقا بنظارة الإدارة العامة للأوقاف التي التزمت برعاية الوقف وفق الأصول المتعارف عليها، وحسبما تقتضيه المصلحة العامة للوقف من صيانة ومتابعة وإعادة إعمار. إن تجربة هذا المصرف الوقفي لحرية بالدراسة والاستئناس، لأنها وجدت طرقا للتعاون مع الوزارات المعنية، وكذلك مع الجمعيات المدنية سواء بمدى بيع بعض المعدات لإنجاح برامجها أو بإقامة مشاريع وقفية مشتركة، سعياً لحل عدة مشاكل يعاني منها المرضى المعوزون.

➤ **صندوق إعانة المرضى في دولة السودان:** يعتبر هذا الصندوق أحد المؤسسات الوقفية الفعالة: ويقدم خدمات متعددة للمرضى ويعتبر مزود الخدمة الثاني تقريبا بعد الحكومة، وقد بدأ نشاطه في عام 1986م عبر الصندوق الكويتي لإعانة المرضى، ثم تحول إلى صندوق إعانة المرضى، وتنامى نشاط الصندوق عبر أكثر من ثلاثين عاما حتى بلغ عدد المستفيدين من هذا الصندوق خلال عام 2016م حوالي 1.681.818 مستفيدا وذلك بواقع 673.342 مراجعا للمؤسسات العلاجية و748.130 فرداً عبر برامج الإغاثة الطارئة والحملات الطبية، بالإضافة لـ 254.468 مستفيداً عبر برامج الرعاية الاجتماعية والصحية الأخرى وما يزيد عن 5000 متدرب في مراكز الصندوق المختلفة.

ويملك الصندوق عدداً من المستشفيات والمراكز الصحية المختلفة والتي يزيد عددها عن 25، منها 5 مستشفيات و3 مراكز تخصصية و17 مركزاً صحياً متوزعة عبر ما يزيد عن 13 ولاية سودانية. فالصندوق جعل من أهدافه إقامة مراكز طبية في أطراف المدن وفي الأرياف السودانية، وكذلك إقامة الصيدليات الشعبية في الأحياء والقرى البعيدة، لتقديم الدواء للمرضى المحتاجين بأسعار مخفضة.

كما يسعى الصندوق لتقديم البرامج التوعوية وتطوير الكفاءات الطبية وتعزيز البحث العلمي والمساهمة بتطوير المناطق التي يعمل بها من خلال التنفيذ المباشر أو المساندة عبر شراكات فاعلة لتطوير كادر صحي متميز ونموذجي يجمع بين المهنية والقيم.

ويقدم الصندوق أيضا مجموعة البرامج المشتركة مع العديد من المؤسسات الخيرية العاملة في المجال الصحي في بعض الدول الإفريقية الفقيرة والمنكوبة¹.

➤ **مستشفى السند بباكستان:** هذه التجربة هي مبادرة قام بها الطبيب "عبد الباري خان" المتخصص في جراحة القلب في عام 1996، من أجل تقديم رعاية عالية الجودة للفقراء والقيام بعمليات جراحية مجانية لصالحهم. وقد قام بزيارة مراكز القلب المعروفة في جميع أنحاء الولايات المتحدة من أجل ربط علاقات مع عدد من المؤسسات الطبية وتطوير فرص التبادل الدولي الأمريكي والباكستاني للجراحين. وبنى روابط مع منظمات مثل الجسور الطبي في هيوستن و Medwish الدولية في كليفلاند التي توفر المعدات الطبية والسلع الاستهلاكية إلى بلدان آخر... ويتبنى الدكتور عبد الباري تأمين الدعم لهذا المستشفى إذ يعود إلى الولايات المتحدة سنويا لجمع الإمدادات والتبرعات وإقناع الأطباء بضرورة منح وقتهم والتطوع في المستشفى الذي يعتبر المبادرة الوحيدة من نوعها في باكستان، وتوفير الرعاية الطبية المتخصصة مجاناً للأشخاص الذين ليس لديهم وسيلة لتحمل التكاليف المرتفعة².

وفي ختام هذا المطلب المخصص لآفاق تطوير الوقف الصحي بالمغرب، أؤكد على ضرورة إثارة الوعي لدى الأفراد بأهمية الوقف في خدمة المجتمع، وذلك بالاستفادة من وسائل الإعلام وخطباء المساجد والدعاة، ومواقع التواصل الاجتماعي، وكل الوسائل المتاحة لإحياء سنة الوقف عامة والوقف الصحي بالخصوص وتحسيس الجميع محسنين وأطباء وعامة الناس بالحاجة الماسة للوقف الصحي، وبيان عظم ثوابه.

أمام التكلفة العالية التي تتطلبها المشاريع التي يمكنها النهوض بالمجال الصحي، تحتاج المؤسسات العاملة في هذا المجال إلى إيجاد تمويلات من مصادر متنوعة لتتمكن من تغطية احتياجاتها المالية. وسنعرض في المطلب الموالي بعض المصادر التي يمكن الاستفادة منها.

¹ - دور المؤسسات الوقفية في الخدمات الصحية نماذج وتجارب عالمية، مرجع سابق.

² - عيد الله بن نفيح المطرفي، الوقف ودوره في تأسيس وتشغيل وتطوير المؤسسات الصحية العلاجية، بحث قدم في المؤتمر الإسلامي للأوقاف تحت شعار "أوقف لأجر لا يتوقف"، 17/19 محرم 1438هـ/20 أكتوبر 2016م.

المطلب الخامس: مصادر أخرى لتمويل مشاريع الجمعيات المدنية

إن تحقيق العيش الكريم لأفراد المجتمع هو من مسؤولية الدولة وكذلك القادرين في المجتمع بكفاية المحتاجين مادياً. وذلك بسد حاجات الفقراء والمعوزين، وتفريج كرب المكروبين، والمساهمة العملية في إقامة المصالح العامة، ولا يسقط الإثم على الجميع إلا بتحقيق حد الكفاية لجميع أفراد المجتمع. "فالمسؤولية المجتمعية تقوم بها جهتان:

❖ الجهة الأولى: هي الدولة، فهي ملزمة بضمان حد الكفاية¹ لكل مواطن لها، متى عجز عن توفير ذلك لنفسه بسبب فقر أو مرض أو عجز أو شيخوخة أو غير ذلك. وهذا ما يسمى في العصر الحاضر بالضمان الاجتماعي.

❖ الجهة الثانية: هم عامة المسلمين، أفراداً ومؤسسات، وذلك بكفاية بعضهم لبعض، بحسب الحاجة والقدرة، من خلال الوسائل التي شرعها الإسلام لتحقيق هذا التكافل².

ومن هذه الوسائل ما هو فرض كالزكاة ومنها ما هو تطوعي: وهي الصدقات والتبرعات، التي لا حد لها.

الفرع الأول: الزكاة

لو أن أهل الأموال جميعهم أخرجوا زكاة أموالهم، وصرفوها لمستحقيها، لما بقي في المسلمين فقير، وما احتاج فقير إلا بما منع من غني، قال علي بن أبي طالب عليه السلام: "إن الله تعالى فرض على الأغنياء في أموالهم بقدر ما يكفي فقراءهم، فإن جاعوا أو عروا وجُهدوا، فبمنع الأغنياء، وحقٌّ على الله تعالى أن يحاسبهم يوم القيامة، ويعذبهم عليه"³. وقال محمد رشيد رضا: "ولو أقام المسلمون هذا الركن من دينهم لما وُجد فيهم بعد أن كثُرهم الله، ووسَّع عليهم في الرزق فقير مدقع، ولا ذو غرم مفعج. ولكن أكثرهم تركوا هذه الفريضة، فجنوا على دينهم وأمتهم، فصاروا أسوأ من جميع الأمم حالاً في مصالحهم المالية والسياسية"⁴.

الفرع الثاني: المسؤولية الاجتماعية للأفراد والشركات:

تعد المسؤولية الاجتماعية للأفراد والشركات من التبرعات التي يمكن توجيهها للتنمية الصحية للمجتمعات. ولقد عُرِّفت بعدة تعريفات لعل أجمعها وأخصرها ما ذكره عبد العزيز بن فوزان بن صالح الفوزان: "... التزام المؤسسات والأفراد بخدمة المجتمع، والإسهام في التنمية الشاملة، وتحقيق العيش الكريم، وحفظ الحقوق الإنسانية المعتمدة"⁵.

¹ - لا حد الكفاف، وذلك بكفالة المستوى اللائق لمعيشة كل فرد، أي أنه ليس مجرد إبقاء الحياة، بل لكي تكون هذه الحياة كريمة لائقة.

² - مشكلة الفقر وسبل علاجها في ضوء الإسلام، د. يوسف القرضاوي، ج 1، ص. 307.

³ - رواه ابن حزم في المحلى بالآثار، دار الفكر - بيروت، بدون طبعة وبدون تاريخ، ج. 6، ص. 158.

⁴ - تفسير المنار، ج. 10، ص. 443.

⁵ - مسؤولية الدولة والأغنياء عن تحقيق التكافل الاجتماعي وفق منظور الاقتصاد الإسلامي، بحوث ندوة البركة الخامسة والثلاثين للاقتصاد الإسلامي، 7-8 رمضان 1435 هـ / 5-6 يوليو 2014 هـ، جدة، ص. 144.

وعرّفها Holmes كما يلي: "التزام منشأة الأعمال تجاه المجتمع الذي تعمل فيه، وذلك عن طريق المساهمة بمجموعة كبيرة من الأنشطة الاجتماعية، مثل محاربة الفقر، وتحسين الخدمات الصحية، ومكافحة التلوث، وخلق فرص عمل، وحل مشكلة الإسكان والمواصلات وغيرها"¹.

"وتعتبر المسؤولية الاجتماعية للشركات نوعاً من أنواع الاستثمار بعيد المدى، حيث يترتب عليها محبة الناس لهذه الشركة وإقبالهم عليها، وثقتهم بالسلع والخدمات التي تقدمها، فتزيد أرباحها ويكثر إنتاجها وتزوج بضائعها، كما أن الموظفين التابعين للشركة وأسرة هم أبناء المجتمع أيضاً، فسيستفيدون من برامج المسؤولية الاجتماعية ويشعرون بالفخر والاعتباط لما تقدمه شركتهم لهم ولمجتمعهم فيعكس ذلك في تعزيز ولائهم للشركة وتفانيهم في العطاء وحسن الأداء، وزيادة الإنتاج والإبداع². وفي الحكمة "جبلت القلوب على حب من أحسن إليها، وبغض من أساء إليها"، وقد صدق من قال³:

أحسن إلى الناس تستعبد قلوبهم فطالما استعبد الإنسان إحصان

"وإذا كان الأمر كذلك، فإن التزام التجار والشركات في مجتمعاتنا المسلمة بالمسؤولية الاجتماعية ينبغي أن يكون أكثر من غيرهم؛ لأنهم ملزمون بأحكام الشريعة الإسلامية في جميع معاملاتهم مع منسوبيهم وعمالئهم وعامة الناس، ولأنهم مسلمون يرجون ما عند الله، ويسعون لخدمة دينهم والنهوض بأوطانهم وأمهم، وهم يعلمون يقيناً أن المال مال الله، وأن له حقوقاً في هذا المال، وحقوق الله في خدمة المصالح العامة التي يعود نفعها على المجتمع عامة.

وبالإضافة إلى ذلك فإن بذل الأفراد والمؤسسات نصيباً من أموالهم في وجوه البر والخير سبب لحمايتهم من الآفات والمصائب، وحصول البركات في أموالهم ونشاطاتهم، كما قال ربنا سبحانه: ﴿وَمَا أَنفَقْتُمْ مِّنْ شَيْءٍ فَهُوَ يُخْلِفُهُ، وَهُوَ خَيْرُ الرَّازِقِينَ﴾⁴، وقال نبينا ﷺ: «ما نقصت صدقة من مال»⁵.

"وقد توسعت الصناعة المالية الإسلامية ونجحت في مجالات شتى، ولكن ذلك لا يكتمل ويؤتي أكله إلا بالاهتمام الكبير بمسؤوليتها الاجتماعية. وتستخدم البنوك الإسلامية عدة منتجات للوفاء بمسؤوليتها الاجتماعية مثل التبرعات المقطوعة والسنوية أو الشهرية، والقروض الحسنة، وتمويل الحرف الصغيرة والمتوسطة، وتمويل الخدمات الاجتماعية من تعليمية وتربوية ودعوية وصحية واقتصادية، ودعم الهيئات الخيرية والدينية، وإدارة أموال الزكاة جمعاً وتوزيعاً، إلى غير ذلك"⁶.

¹ - مسؤولية الدولة والأغنياء عن تحقيق التكافل الاجتماعي وفق منظور الاقتصاد الإسلامي، ص. 145.

² - المرجع نفسه، ص. 146.

³ - شاعر الفحام، ديوان أبي الفتح البستي (من شعراء القرن الرابع الهجري)، مجمع اللغة العربية بتعاون مع شبكة الألوكة.

⁴ - سورة سبأ، الآية 39.

⁵ - أخرجه مسلم في كتاب البر والصلة والآداب، باب استحباب العفو والتواضع، حديث رقم: 6757.

⁶ - مسؤولية الدولة والأغنياء عن تحقيق التكافل الاجتماعي وفق منظور الاقتصاد الإسلامي، ص. 147-148.

وبناء على الاحتياج الشديد للخدمات الصحية في المغرب، يجب العمل على حث وتوجيه الأفراد والشركات للمساهمة في تخفيف معاناة المرضى المعوزين، ويجب الإشارة أن قانون الضرائب المغربي يتيح إمكانية خصم مبلغ التبرعات النقدية من الأساس الذي اعتمدته الإدارة لفرض الضريبة استناداً إلى الإقرار المدلى به من لدن المتبرع الخاضع للضريبة مدعوماً بالأوراق المثبتة، حيث تعتبر كتحويلات تؤخذ بعين الاعتبار عند تحديد قيمة الضرائب سواء بالنسبة للشركات أو بالنسبة للمهن الحرة، كالأطباء مثلاً.

الفرع الثالث: التماس الإحسان العمومي

صادقت الحكومة في نونبر 2018م، على مشروع قانون 18.18 يتعلق بـ "تنظيم عمليات جمع التبرعات من العموم وتوزيع المساعدات لأغراض خيرية"، ويهدف مشروع هذا القانون، إلى تنظيم عمليات جمع التبرعات من العموم وتوزيع المساعدات لأغراض خيرية، وذلك بغاية ضبط الإطار المنظم للعمليات الإحسانية، و"ملء الفراغ القانوني الذي يعرفه هذا التقليد المتجذر للتكافل والتضامن عند المغاربة، وخاصة ما يتعلق بالنقص القانوني الحاصل في طرق جمع التبرعات وتوزيع المساعدات ومساهمتها في العمل التنموي".

وينص مشروع القانون، على إخضاع جميع عمليات جمع التبرعات من العموم لأحكام هذا القانون (مع استثناء عمليات جمع التبرعات بالطرق التقليدية والعرفية)، وتحديد شروط دعوة العموم إلى التبرع، وحصر الجهات التي تدعو إليه، وتحديد قواعد تنظيم عمليات جمع التبرعات وأوجه استخدامها، وشروط وقواعد توزيع المساعدات لأغراض خيرية، وعلى إلزامية إيداع الأموال المجموعة من التبرعات في حساب بنكي.

كما ينص مشروع القانون، على إلزام الجهة المنظمة لعملية جمع التبرعات وتخصيصها، موافاة الإدارة بتقرير مفصل حول ذلك الفعل، وإخضاع جميع عمليات توزيع المساعدات لأغراض خيرية للتصريح المسبق لدى عامل العمالة أو الإقليم، المزمع توزيعها في دائرة نفوذها الترابي.

وشدد مشروع القانون، على منع دعوة العموم إلى التبرع لأهداف تجارية أو دعائية أو إشهارية أو انتخابية أو من أجل الترويج لمنتجات أو سلع أو خدمات، أو بهدف أداء غرامات أو صوائر أو تعويضات صادرة بشأنها أحكام قضائية أو أداء ديون.

يتوخى المشروع الحكومي الجديد، تأهيل الإدارة عند الاقتضاء، لتنظيم عمليات جمع التبرعات من العموم وتوزيع المساعدات لفائدة ضحايا الحروب أو الكوارث أو في إطار التضامن الوطني أو الدولي وفق الإجراءات التي تحددها مسطرة الترخيص بالتماس الإحسان العمومي¹.

¹ - زيارة الموقع يوم 5 غشت 2019، الأمانة العامة للحكومة 2019

وتخضع طلبات الترخيص بالتماس الإحسان العمومي لمقتضيات القانون رقم 71-004 الصادر في 21 من شعبان 1371 (12 أكتوبر 1971) الذي يتعلق بالتماس الإحسان العمومي. ونورد هنا أهم تلك المقتضيات:

1- وضع الطلب والوثائق الواجب الإدلاء بها: يجب على كل جمعية مؤسسة بصفة قانونية يوجد مقرها بالمغرب، ترغب في التماس الإحسان العمومي أن تضع عن طريق ممثلها المفوض من قبلها بصفة رسمية لهذا الغرض طلبا للحصول على رخصة بذلك مقابل وصل، خمسة عشر يوما على الأقل قبل تنظيم التظاهرة المزمع إقامتها وذلك لدى عامل العمالة أو الإقليم التي ستنظم التظاهرة بها إذا كان لها طابع محلي سواء على صعيد العمالة أو الإقليم؛ ولدى والي الجهة عندما يهم الالتماس أكثر من عمالة أو إقليم في الجهة المعنية؛ ولدى الأمين العام للحكومة إذا كانت التظاهرة لها طابع وطني. ويبعث هذا الطلب، الذي يجب أن يحدد طبيعة التظاهرة والغرض المخصص للأموال المراد جمعها وتاريخ التظاهرة ومكان إجرائها، عن طريق والي الجهة أو العامل المعني بالأمر إلى الأمين العام للحكومة مشفوعا برأيه في الموضوع، ومرفقا بوصل آخر تجديد لمكتب الجمعية، ونسخة من بياناتها المالية، وبرنامج التظاهرة، وهوية وصفة الأشخاص الذاتيين المكلفين بجمع الأموال.

2- مسطرة دراسة الطلب ومنح الرخصة: يجب على السلطة التي تسلمت طلب التماس الإحسان العمومي (الوالي أو العامل) أن ترسله إلى الأمين العام للحكومة. ويقوم الأمين العام للحكومة بمجرد توصله بالطلب، بعرضه على أنظار لجنة تتألف من ممثلي السلطات الحكومية المكلفة بالمالية والداخلية والصحة والاتصال قصد إبداء الرأي فيه. وبعد دراسة الطلب من لدن اللجنة المذكورة أعلاه، وبناء على رأيها، يقرر الأمين العام للحكومة منح رخصة التماس الإحسان العمومي أو عدم منحها.

وكنموذج عن طرق جمع التبرعات بالتماس الإحسان العمومي، تنظم بعض الجمعيات تظاهرات على شكل Telethon وهو برنامج تلفزي يتم إعداده لجمع الأموال للجمعيات الخيرية الوطنية والمحلية أو المنظمات غير الربحية.

وتجدر الإشارة إلى أن أول تيلتون، وقد دام لمدة 16 ساعة، كانت قد بثته قناة إن بي سي الأمريكية NBC، وقدمه ميلتون بيرل في عام 1949م، جمع مبلغ 1100000 دولار لصندوق مؤسسة ديمون رونيون للسرطان Damon Runyon Memorial Cancer Fund. وقد ظلت التجربة المقدمة من الممثل والكوميدي بيرل، باعتباره نجما كبيرا في التقديم، واعتمادا على شركات الاتصالات لجمع التبرعات، وشخصيات المسرح، والأفلام، والتلفزيون التي تظهر في النداءات المحمسة للتبرع، رائدة لسنوات عديدة... كان جيري لويس واحداً من الشخصيات التي ظهرت مع بيرل أثناء أول بث تلفزيوني¹.

¹ - Breslin, Jimmy (1991). Damon Runyon—a life. New York, USA: Ticknor & Fields.

وفي المغرب، تعد الجمعية المغربية لمكافحة السيدا ALCS الجمعية الوحيدة التي تقوم بجمع التبرعات سنويا عن طريق Telethon منذ سنة 1994م. وكانت التجربة الأولى لهذا البرنامج على القناة الثانية، تحت إسم "Le Sida en Clair" السيدا على الواضح"، وسأعرض الورقة التقنية لـ "Sidaction لسنة 2014م" التي دامت من 1 إلى 24 ديسمبر 2014م، وكان شعارها: "دعونا نساعد في إنقاذ الشباب من السيدا"، حيث اعتمدت عدة طرق لتجميع الأموال: الحساب البنكي، الدفع الإلكتروني، الرسائل النصية القصيرة، ونظمت سهرة تلفزيونية ليلة 19 ديسمبر 2014، تخللها تقديم معلومات وتقارير حول المرض وأنشطة ترفيهية مع وجود متخصصين وفنانين، واستقبال التبرعات مباشرة على الهواء. وقد وصل مبلغ التبرعات: 10.2 مليون درهم¹.

الفرع الرابع: مصادر أخرى لتمويل العمل التطوعي في المجال الصحي

إن من أهم التبرعات التي تشكل أهم إيرادات المؤسسات التطوعية الرائدة في العالم، هي التبرعات العامة التي تأتي من الشريحة الوسطى من المجتمع سواء من خلال الاستقطاع الشهري بالتنسيق مع البنوك المحلية والجهات التي تتبنى استقطاع موظفيها من رواتبهم الشهرية، أو التبرعات الإلكترونية التي يقوم بها المتعاونون مع المؤسسة عن طريق الموقع الإلكتروني الخاص بها.

وأختم هذا المطلب الذي أشرنا فيه إلى مصادر لتمويل الجمعيات، بذكر قول د. إبراهيم البيومي: "إن الفرض الكفائي" في تطبيقاته المعاصرة لا يختص فقط بما يسمى "المسؤولية الاجتماعية" بمعناها الضيق الذي يتناول واجبات القطاع الخاص بشركاته ومؤسساته المالية تجاه المجتمع. كما إنه لا يختص فقط بالمرافق العامة وقطاع الخدمات التي تضطلع الدولة بتقديمها؛ ولا تلك الخدمات والأعمال التي تقدمها مؤسسات "المجتمع المدني"، وإنما هو يشمل ذلك كله، وإن بنسب متفاوتة. فالقطاع الخاص مخاطب ببعض فروض الكفاية ليقوم بمسؤولياته التنموية والاجتماعية، وكذلك السلطات الرسمية والقطاع الحكومي، إلى جانب مؤسسات المجتمع المدني. وتدخل جميع هذه الفعاليات في بناء "المجال العام" بركنيه: المعنوي الذي يشتمل على مجموعة من القيم، والمادي الذي يشتمل على مجموعة من المؤسسات التي تتجلى فيها تلك القيم"². فكل هذه الجهات مسؤولة، ويجب التعاون بينها لتحقيق الرعاية الصحية الكريمة لجميع فئات المجتمع.

وفي الواقع الحالي، نلاحظ أن الجمعيات الرائدة على صعيد العالم، هي التي استطاعت من جمع التبرعات من عدة جهات مانحة، وبطرق متنوعة، نظرا لاعتمادها العمل المؤسسي المبني على حكمة

¹ - <http://www.alcs.ma/>: Opération de sensibilisation et de collecte de fonds, Rapport de la campagne, Du 1^{er} au 24 décembre 2014.

² - مقاصد الخير وفقه المصلحة، ص. 105.

جيدة، مما يكسبها الثقة ويسهل عملية انتشارها وحصولها على التمويلات الكافية والمستدامة لتحقيق طموحاتها وإنجاح برامجها. وكمثال عن هذه الجمعيات أذكر جمعية زمزم للخدمات الصحية بمكة المكرمة¹.

وفي ختام هذا المبحث الذي خصصناه لعرض بعض الإجراءات التي يجب اتخاذها من أجل التخطيط الاستراتيجي للنهوض بالعمل التطوعي في المجال الصحي، ينبغي التأكيد على أن المغرب يواجه تحديات كثيرة في مجال الصحة، والتي تفرضها تحولات عديدة، منها التحول الاجتماعي حيث أضحى المواطنون يمثلون الصحة كحق دستوري واجب على الحكومة توفيره عبر سياساتها وبرامجها، والتحول الديمغرافي عبر ارتفاع أمد الحياة والشيخوخة، والتحول الوبائي متجلياً في انتشار الأمراض المزمنة التي تتميز بكونها مكلفة. كل هذا يستلزم إرادة جديدة تنهج نموذجاً تديره الدولة في شراكة إلى جانب الجماعات المحلية والمجتمع المدني والقطاع الخاص والمنظمات الدولية في إطار شبكة علاقات متينة.

فعلى الدولة، خاصة وزارة الصحة، العمل كوسيط لعقد اجتماعي حول الحق في الصحة، وليس كعون تنفيذ رئيسي كما كان الحال خلال العقود الماضية. فالوزارة تتوفر على مجموعة الروافع لتوجيه سير المنظومة الصحية: الإطار القانوني والتنظيمي والمعايير التقنية ومعايير الجودة والمحفزات المالية، فعليها تغيير طريقة ممارسة السلطة: الانتقال من نمط ممارسة سلطة فوقية نحو نمط يعتمد التوجيه والتفاوض، والتشاور والتعاقد مع شركاء متعددين: الأطباء، المرضى، فعاليات المجتمع المدني، القطاع الخاص، والجماعات المحلية خصوصاً مع تفعيل الهوية المتقدمة، دون إغفال المستفيدين من الخدمات الصحية.

¹ - للمزيد من المعلومات عن جمعية زمزم، يمكن الرجوع إلى ملاحق هذا البحث، صفحة رقم 376.

الخاتمة:

في خاتمة هذا البحث، الذي كان الهدف منه إيجاد حلول ناجعة لدفع المزيد من الأطباء للانخراط في العمل التطوعي في المجال الصحي، أذكر بأهم المحاور التي تناولتها قصد الإحاطة بالموضوع من عدة جوانب، بغرض ربط الماضي بالحاضر من أجل تطوير آفاق مستقبلية واعدة للعمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب، وفق مفاهيم مستوحاة من خصوصيتنا الحضارية الإسلامية، تحترم القوانين المنصوص عليها في المغرب، وتتوافق مع حاجاتنا الضرورية ذات الأولوية من أجل تحقيق العيش الكريم لجميع شرائح المجتمع، وبالخصوص توفير الرعاية الصحية الكافية للمرضى المعوزين.

تبين لنا من خلال البحث أن شرف مهنة الطب رهين بشرطين: أولهما حذق الطبيب لعلمه وتكوينه المستمر في مجال تخصصه، وثانيهما مراعاته في سلوكه وتصرفاته للخلق الكريم، الذي لا يكفي فيه أداء قسم أبو قراط، أو سن قوانين تنظم المهنة، بل تحتاج إلى إيجاد الضمير الذي يرشد إلى الصواب ويوجه إلى الخير. ولهذا الاعتبار ألفينا الأطباء المسلمين الأوائل خلفوا تراثاً ضخماً، تناولوا فيه أهمية علم الطب وشرفه بين العلوم، وأكدوا على الشروط، والواجبات المختلفة، والأخلاق الفاضلة التي يجب أن يتحلى بها الأطباء وأساتذة الطب وتلامذتهم. ولقد تجلت أخلاق الأطباء المسلمين الأوائل فيما حققوه من إنجازات وإبداعات في عصر الحضارة الإسلامية؛ حيث عكفوا على دراسة الطب وتطويره وفق منهج تجريبي دقيق، اعتمد على التجربة والملاحظة، وافترض الفروض ومحاولة تطبيقها. كما أنهم تفاعلوا في خدمة المرضى مادياً ومعنوياً، وأسهموا في النهوض بالمجال الصحي بتشجيع إنشاء الأوقاف الصحية والإبداع في طريقة تسييرها وتنظيمها، وقاموا أيضاً بعدة مبادرات تطوعية؛ فمنهم من حول بيته إلى بيمارستان، يأوي إليه المرضى الفقراء، ومنهم من جعل سكناه مدرسة للطب.

ارتكز النهوض بالمجال الصحي في عصر الحضارة الإسلامية على الأوقاف الصحية التي كثر الإقبال عليها نتيجة عدة عوامل على رأسها:

- تشبع أفراد المجتمع بالعقيدة الإسلامية الصحيحة؛ وهذا أسهم في تشكيل شخصية المسلم السوي، ذي أهداف تتسم بالتسامي والتعالي عن سفاف الاهتمامات، والتعلق الزائد بالملاذات الدنيوية؛ فتآزر الحكام والمحكومون، والأطباء والعامة، لتوفير الرعاية الصحية للجميع، رجاء الفوز بدرجات عالية في الحياة الآخوية.

- حسن رعاية الوقف، وأمانة النظار ونزاهتهم؛ حيث ساد الاعتقاد بأن مساس الأحباس مؤذن بخراب البيوت، مما جعل الواقفين يثقون في نظافة يد من سيضعون أموالهم عندهم، ويضمنون استفادة الفئة الموقوفة عليها من ريع الوقف حسب شروطهم.

- اعتناء الملوك والخلفاء بالأطباء، وتقدير مكانتهم وحرصهم على بث علم الطب بين سائر الطبقات، مما شجع الأطباء للتفاني في النهوض بالمجال الطبي وخدمة المرضى ونفع المجتمع. لقد كان الغرض من الوقوف على تراثنا الحضاري وإبراز نماذج تطوعية من تاريخنا، هو شحذ الهمم، وإثارة الاعتزاز والتفاؤل في أنفسنا، مما يشجع على استئناف السير على درب أسلافنا، واعتماد العوامل التي ساعدت على نجاحهم.

كما أن تطوير العمل التطوعي في بلادنا يحتاج إلى الاستفادة من التجارب الإنسانية التي تشكل هي الأخرى مرجعية غنية وداعمة؛ لأنها حسيمة لتطور الفكر الحقوقي والثقافات، ونتيجة ممارسات وتراكمات مهمة جداً، أثبتت نجاعتها في بناء التقدم الحضاري في هذا العصر. ومن أجل هذا الغرض قمنا بقراءة لواقع العمل التطوعي في أمريكا وبريطانيا نموذجين عن دول الغرب، وتركيا والكويت نموذجين عن الدول المسلمة، ودرسنا أسباب نجاح التطوع في هذه الدول. وقد اتضح لنا أن المؤسسات الخيرية انطلقت من ديانة المجتمع؛ ففي بريطانيا وأمريكا نجد روح الديانة المسيحية حاضرة في العمل الخيري، في حين أن في تركيا والكويت نجد الروح الإسلامية هي المهيمنة.

ومن أهم العوامل التي أدت إلى نجاح التطوع في المجال الصحي في هذه الدول اهتمام الآباء، ووزارة التربية والتعليم بغرس ثقافة التطوع منذ الصغر، وذلك بوضع مناهج وبرامج مدرسية تهدف إلى إشراك التلاميذ والطلبة في الخدمة المجتمعية.

وتبين لنا أن من أهم التدابير التي اتخذتها هذه الدول لتشجيع القطاع التطوعي أو ما اصطلح عليه بالقطاع الثالث، سنّها لتسهيلات ضريبية واتخاذها لتدابير قانونية تؤهل المنظمات غير الربحية للحصول على هبات من الأفراد والشركات والمؤسسات، وتسهل كيفية صرفها في مشاريع حسب احتياجات المجتمع.

ومكنا تتبع المراحل والمحطات التاريخية التي مرّ بها النظام الصحي بالمغرب من فهم الظواهر الاجتماعية التي شهدتها البلاد عبر التاريخ؛ فبعد الازدهار الملحوظ الذي شهده المجال الصحي في عهد المرابطين، والموحدين وجزء من حكم المرينيين؛ حيث اعتنى الملوك ببناء البيمارستانات وتخصيص أوقاف لحسن تسييرها، واعتنوا أيضاً بطلب العلم، سيعرف الوضع الصحي تراجعاً ملحوظاً أواخر العصر المريني بسبب الاضطرابات السياسية. ثمّ بعد ذلك توالى المجاعات والأوبئة. وأمام غياب نظام صحي متطور، جرفت هذه الأوضاع قسماً هاماً من ثروة المغرب البشرية، بما فيها الأطر الإدارية والعسكرية والعلمية، فضلاً عن عموم ساكنة البلاد.

لقد شكل غياب منظومة صحية بالمغرب، وعدم وجود العدد الكافي من الأطباء المغاربة القادرين على مواجهة الأوبئة المنتشرة في هذه الفترة أهم عوامل تحكم القوى الأجنبية في أمور البلد الداخلية، وتمهيد الطريق للاستعمار.

بررت فرنسا خططها الاستعمارية بهدف إنساني، غايته مساعدة البلاد للتخلص من الأوبئة. وقامت في ظل الحماية بإنعاش البنية التحتية للمجال الصحي. وبعد الاستقلال، وأمام غياب الأطر الصحية والإدارية المغربية ذات الكفاءة العالية القادرة على تخطيط سياسة صحية تتوافق مع إمكانية الدولة، وتحترم ثقافة المواطنين ومعتقداتهم، مما يضمن سهولة تطبيقها ونجاحاتها، ونتيجة استمرار حضور المساعدة الفرنسية التقنية، اعتمدت الدولة المغربية توجهاً يحاكي النموذج الفرنسي الذي قطع أشواطاً كبيرة في الميدان الصحي؛ حيث اهتمت ببناء المراكز الطبية الغالية التكلفة، مع عدم الاهتمام الكافي بالوقاية من الأمراض المعدية التي كانت منتشرة في تلك الفترة، مما أدى إلى نجاح محدود للنظام الطبي المتبع.

ومع بداية الثمانينيات، وأمام عجز القدرة المالية للدولة على التدخل على المستوى الاجتماعي، خضع المغرب لإملاءات المؤسسات المالية الدولية، حيث تمّ تجميد الاستثمار في مجال الصحة، وتبني استراتيجية وقائية تهتم بالخدمات الصحية الأولية، انسجاماً مع توصيات منظمة الصحة العالمية، والتفكير في نمط جديد لتسيير الشأن الصحي يعتمد على المشاركة والبحث عن وسائل تمويل جديدة للقطاع. فاستفاد المغرب من أجل تغطية حاجياته الصحية -كباقي دول العالم الثالث- من مساعدات تقنية ولوجستيكية ومالية من المنتظم الدولي. ومن بين المنظمات الدولية التي تمدّ العون للمغرب في الشأن الصحي: منظمة الصحة العالمية (OMS)، (PNUD)، (UNICEF)، (FNUAP)، (CCM).

كما قامت الدولة بتشجيع المجتمع المدني للإسهام في التخفيف من العديد من الإشكاليات التي تعيق مسار التنمية بالمغرب، فأصبح مجالاً للتضامن والتكافل، وعقدت عدة شراكات مع الجمعيات، وضاعفت الدعم المقدم لصالحها في إطار الشفافية وتكافؤ الفرص ونهج سياسة القرب، وسنت قوانين للإعفاء الضريبي للجمعيات، ولتسهيل حصولها على تمويلات مالية، مع إلزامها بانتهاج حكمة جيدة في التسيير والتدبير.

لقد أدت هذه المقاربة التشاركية إلى انخفاض ملموس لمؤشر وفيات الأطفال، ومؤشر وفيات النساء، وارتفاع مدى الحياة. لكن هذا الإنجاز غير كاف بالمقارنة مع النتائج التي حققتها الدول المتقدمة، ولا زالت الفوارق المجالية بين العالم القروي والعالم الحضري متسعة، مما انعكس سلباً على ترتيب المغرب في سلم التنمية البشرية؛ حيث حصل سنة 2018م على الرتبة 123 من أصل 189 دولة شملها التصنيف، الذي يتخذ جودة الرعاية الصحية من أهم المعايير المعتمد عليها في الترتيب.

ومن خلال تشخيص واقع المنظومة الصحية بالمغرب، تبين لنا أن المشهد الوبائي يواجه ثقلاً مزدوجاً، بين ثقل الأمراض الحادة وفي غالبيتها أمراض معدية، وثقل الأمراض المزمنة، كأعراض السرطان، ومرض السكري، وارتفاع ضغط الدم المكلفة مادياً. ونحتاج للتخفيف من المصاريف التي يتطلبها علاج

هذه الأمراض إلى تكثيف البرامج التوعوية، واعتماد التربية الصحية، من أجل الوقاية منها، وحث الجمعيات المدنية للتركيز على دمج البرامج الوقائية في أنشطتها.

كما أن المغرب، ورغم الإنجازات التي حققها في بناء المستشفيات وتجهيزها، لا زال يواجه خصوصاً في عدد المؤسسات الصحية وتجهيزاتها، وقلة الموارد البشرية المخصصة لقطاع الصحة، من أطباء، وممرضين، وإداريين وتقنيين، وضعف الميزانيات المقدمة لقطاع الصحة، مما يجعل البحث في سبل تطوير العمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب أمراً بالغ الأهمية، يمكنه تخفيف العبء عن الدولة ورفع المعاناة عن المرضى المعوزين.

يتوقف العمل التطوعي في المجال الصحي بالأساس على الأطباء؛ ولا يزال هذا الحس الإنساني حاضراً في الأوساط الطبية بكثرة. وانطلاقاً من أهمية تثمين الجهود المبذولة في تشجيع عدد أكبر من الأطباء للانخراط في هذه الأعمال التطوعية النبيلة، قمنا بعرض نماذج لأطباء متطوعين ونماذج لجمعيات عاملة في مجال الصحة، وهذا يدخل في إطار تفعيل التوصيات التي أكد عليها الحوار الوطني حول المجتمع المدني، والذي أكد على أهمية تشجيع وتعزيز البحث العلمي حول مواضيع المجتمع المدني بتجميع المعلومات حول الأنشطة التي تقوم بها الجمعيات.

ولقد أفادتنا مجموع البيانات والأفكار التي تضمنتها هذا البحث في تغيير الصورة السلبية عن الأطباء، والتي أصبح يُروَّج لها في السنوات الأخيرة؛ حيث ظهر لنا جلياً انخراط عدد كبير منهم في الأعمال التطوعية بكل إخلاص وإتقان وإبداع، من خلال المشاريع التي يخططون لها ويعملون على إنجاحها، ومن خلال الاقتراحات التي أبدتها شريحة منهم، أجرينا معهم المقابلات. إن بناء صورة سلبية عن الأطباء، لدى الرأي العام، قد ينعكس سلباً على المجتمع ككل، وعلى رأسهم المرضى؛ حيث يفقد الثقة في الطبيب المعالج، مما تتضاءل معه فرص العلاج والشفاء.

كما أن عدم تقدير الجهود المبذولة من طرف عدد من الأطباء الذين أفنوا سنوات طويلة من أجل التكوين الطبي، ولزالوا يضحون بوقتهم وجهدهم من أجل رعاية المرضى، قد يجعل البعض منهم يصاب بالإحباط والإرهاق مما يدفعهم إلى التهاون في تقديم الخدمات لمجتمع لا يعترف بتضحياتهم وجهودهم.

إن هذه الجهود التطوعية المبذولة في المجال الصحي بالمغرب لازالت غير كافية، مقارنة مع التحديات التي تواجهها المنظومة الصحية؛ فالأحوال الصحية في المناطق المعزولة مزرية، وبرامج الوقاية من الأمراض متدنية، وتكلفة الخدمات الصحية جد غالية. ولابد من موقف حازم وتخطيط استراتيجي دقيق للحد من المعوقات التي تحول دون مشاركة أكبر عدد من الأطباء في الأعمال التطوعية.

ومن أهم التدابير التي يجب اتخاذها والتي استخلصناها من تحليل نتائج الاستمارات، ومن اقتراحات الأطباء المتطوعين الذين أجرينا معهم المقابلات:

- تشجيع الأطفال على التطوع خلال كل مراحل التنشئة الاجتماعية: (تربية الوالدين، روض الأطفال، التعليم الابتدائي والثانوي، أنشطة النوادي وجمعيات الحي والمخيمات الصيفية... إلخ)، خصوصاً وأن تحليل الاستثمارات بيّن أن نسبة الأطباء الذين تدربوا على التطوع من خلال ما تلقوه في التعليم الابتدائي والثانوي كانت جد ضعيفة، وهي على التوالي 4,7% و 6,3%.

- وضع معايير جديدة لاختيار الطلبة المؤهلين لولوج كليات الطب بالمغرب، مع القيام بمقابلات شخصية للتأكد من حضور الجانب الإنساني عند المرشحين لدراسة الطب، وتحديد دوافع ميولاتهم، واتجاهاتهم نحو العمل الطبي.

- العمل على إدراج بعض المواد التي تنمي في طلبة الطب ثقافة التطوع: (أخلاقيات المهنة، تاريخ الطب، عرض نماذج أطباء متطوعين يشهد لهم التاريخ بتألقهم في هذا المجال، وكذلك نماذج أطباء معاصرين ليكونوا قدوة لطلبة الطب)، ودمج طلبة الطب في أنشطة تطوعية في المجال الصحي خلال مراحل تكوينهم الجامعي، مثل المشاركة في برامج التنقيف الصحي في المؤسسات التعليمية والمراكز الصحية والقيام بالتوعية الصحية خلال القوافل الطبية.

- مأسسة الأعمال التطوعية في المجال الصحي، وذلك لتحقيق التعاون والتكامل بين المواهب والخبرات المتنوعة، مع اعتماد حكمة جيدة، تركز على احترام التشاور والتداول والشفافية والمحاسبة في هذه المؤسسات. وقد أشار إلى هذه النقطة أغلب الأطباء الذين أجرينا معهم المقابلات.

- ومن أهم الإكراهات التي يشير إليها باستمرار عدد كبير من الأطباء المتطوعين، التخوف من استغلال تطوعهم من أجل أهداف سياسية، لهذا نؤكد على أهمية حماية العمل التطوعي من الاستقطاب الإيديولوجي وشبهة التوظيف السياسي. ويمكن الحد من هذا الإشكال بالتأكيد على شرط إخلاص النية، من أجل التقرب إلى الله بالأعمال الخيرية، وجعل عدم التوظيف السياسي من ضوابط العمل التطوعي.

- وفي إطار اقتران العمل التطوعي في المجال الصحي بالتكليف الشرعي والجزاء الرباني، والحاجة إلى تمويلات مستدامة للعمل التطوعي للتمكن من التخطيط الاستراتيجي البعيد المدى، علينا العمل على إحياء ثقافة الوقف الصحي في المغرب، وعرض صيغ جديدة، تتوافق مع التعديلات التي وردت في مدونة الأوقاف؛ كوقف "العمل المؤقت" لتحفيز الأطباء على الالتزام بالأعمال التطوعية، و"الصناديق الوقفية المهمة بالتنمية الصحية" لتوفير موارد مالية مستدامة تساعد على التخطيط الاستراتيجي للأعمال التطوعية الصحية. كما يجب البحث عن استراتيجيات ناجحة لإقامة مشاريع وقفية استثمارية، كالاستثمار في المستشفيات العلاجية، والمنشآت التعليمية الصحية غير الربحية (التي تعد حالياً من أرباح المشروعات الاستثمارية ذات المداخل الربحية العالية)، مما سيساعد على توفير فرص إضافية لرعاية المرضى

المعوزين، ويسهم في تكوين أكبر عدد ممكن من الأطباء والممرضين لتحدي مشكل الخصاص في الأطر الصحية الذي يعاني منه المغرب حالياً.

كما يجب البحث لإيجاد صيغ للتعاون بين المؤسسات الوقفية والوزارات المعنية ومؤسسات المجتمع المدني.

لقد كان الغرض من جميع المعلومات التي وردت في هذا البحث هو الإجابة على السؤال المركزي الذي انطلقنا منه وهو: ما أنجع المحفزات الأخلاقية والدينية والمعرفية والقانونية التي يمكنها تعزيز ثقافة التطوع عند الأطباء بالمغرب، والإجابة عن هذا السؤال والأسئلة التي تفرعت عنه، تتلخص فيما يلي:

- تبين من خلال نتائج تحليل الاستثمارات أن عامل "غياب وقت فارغ" تصدّر لائحة معيقات تطوع لا يسقط الإثم على الجميع، وعلى رأسهم الأطباء إلا بتحقيق الكفاية والعيش الكريم لكل المرضى. مما سيدفع الأطباء لتخصيص جزء من وقتهم كواجب في حقهم عليهم القيام به لرفع الإثم عنهم، عوض الاقتصار على قذف مسؤولية عدم توفير الرعاية الصحية الكافية إلى الدولة، فلا بد من تعاون جميع الجهات من أجل تحقيق هذا الفرض الكفائي.
- وبما أن دافع "ابتغاء الجزاء الإلهي" كان أقوى محفز تمّ التعبير عنه خلال الدراسة بنسبة 69,2% عند جميع الأطباء المتطوعين الذين شملتهم الدراسة، وبنسبة 84,61% لدى الفئة التي تشارك في قافلة كل شهر، تتأكد أهمية استثمار الخطاب الديني لدفع الأطباء للقيام بالأعمال التطوعية. فالدافع العقدي الإيماني يعد أهم طاقة مجددة، تساعد على تعزيز الدافعية الدينية والقيم التراحمية، حيث تركز على حياة العالم الآخر والثواب الذي يجازي الله به المحسنين. مما يجعل النفس تتحرر من دافع تعظيم الربح والمنفعة الشخصية، وتتشبع بروح التضحية من أجل المصلحة العامة. يجب تكثيف الخطابات الدينية (الوعظ والإرشاد) التي تعمل على إحياء وتقوية واستمرارية انخراط الأطباء في العمل التطوعي، مع التركيز على الأحاديث النبوية التي تحث على الأخلاق، فبدون طبيب قوي صالح ممتلك لرؤية حقيقية نابعة من هويتنا وقيمنا الأصيلة التليدة، لن نستطيع الجهات المعنية بالشأن الصحي تحقيق النجاح المنشود مهما راكمت من خبرات وإمكانات مادية.
- إن التعرف على مقاصد العمل التطوعي النفسية والاجتماعية والاقتصادية تعد من أهم الآليات التي تحفز الأطباء على التطوع. فالعمل التطوعي يحقق الرضا عن النفس ويحمي المتطوعين من عدة اضطرابات نفسية (الاحتراق الوظيفي)، كما يسهم في تحقيق السلم الاجتماعي ويحمي من انتشار الرذائل والجريمة والإرهاب.

- كما أن تعرف الأطباء على الجوانب المشرقة من تاريخنا الإحساني، ونماذج أطباء تميزوا بأخلاقهم وعطاءاتهم من أجل النهوض بالمجال الطبي في عصر الحضارة الإسلامية، سيدفعهم للاقتداء بهم والسير في نهجهم، لأن التأثير بالأحوال والقنوات الماثلة أكثر من الإيمان بالأقوال والقيم النظرية.
- إن تعريف الأطباء بالتحديات التي تواجهها المنظومة الصحية (النقص في عدد الأطر الطبية، عدم التغطية الصحية الكافية للمناطق المعزولة، إحصائيات الحالة الوبائية بالمغرب...)، يجعلهم يستشعرون ضرورة إسهامهم في رفع هذا التحدي بالتعاون والتنسيق مع الوزارة الوصية.
- يعد عدم الترويج الكافي للعمل التطوعي أهم عائق أمام انخراط الأطباء فيه، واتضح من خلال تحليل نتائج الاستثمارات وجود نقص في الترويج للأنشطة التطوعية بالمغرب حالياً، حيث إن (90%) من الأطباء أجابوا بأن الترويج الحالي للعمل التطوعي غير كاف، ومن هنا يظهر أن من أهم التدابير التي يجب اتخاذها من أجل تحفيز الأطباء على العمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب خلق وسائل دعائية متطورة للترويج للأعمال التطوعية الطبية، من خلال وسائل الإعلام المختلفة، ومواقع التواصل الاجتماعي. فلا بد من تظافر جهود كل الفاعلين في المجتمع من مسؤولين سياسيين، وأطباء، وإعلاميين، وعلماء، ووعاظ ومرشدين من أجل تحفيز الجميع -كل حسب قدرته- للمشاركة في الأعمال التطوعية، وعلى الجميع أن يعمل على أن يُؤدّي هذا الواجب الكفائي؛ فالقادر عليه بنفسه وماله عليه أن يقوم به، وغير القادر على أدائه بنفسه عليه أن يبحث القادر ويحمله على القيام به، وبالتالي سيتمكن توفير الموارد البشرية والإمكانيات المالية من أجل تمويل المشاريع الصحية التي تخطط لها الجمعيات المدنية بتنسيق مع الوزارة المعنية، وستتوفر كل التجهيزات والآلات التي تمكن الأطباء المتطوعين من أداء خدمات صحية ناجعة تجعلهم يشعرون بالرضا عن النفس، عوض الارتجال والعمل الغير الجاد الذي يهدف إلى الإعلان عن عدد كبير من الفحوصات التي أجريت خلال الحملة التطوعية، دون أن يكون لها تأثير إيجابي ملموس على صحة المستفيدين، مما يجعل عدد من الأطباء المتطوعين لا يلتزمون بالمشاركة في هذه الأعمال التطوعية التي يعتبرونها مضيعة لأوقاتهم.
- كما يجب الإشارة إلى ضرورة خلق توازن بين واجبات الطبيب حول المجتمع، وبين الحقوق التي يجب أن تضمن له من طرف المسؤولين؛ كالرفع من رواتبهم الشهرية مع الأخذ بالاعتبار الحوافز حسب المردودية، وتبني مبادرات تشجيعية كتوفير السكن الوظيفي وتعويضات خاصة بالمعينين بالمناطق النائية، مع التأكيد على ضرورة تحسين ظروف عمل الأساتذة في المراكز الاستشفائية والأطباء في القطاع العام للحد من انتقالهم إلى القطاع الخاص مما ينعكس سلباً على جودة تكوين طلبة الطب، والخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية.

- كما أن الكشف عن التجارب الناجحة الحالية للعمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب، وتثمين جهود الأطباء الرائدین في هذا المجال عن طريق تنظيم أنشطة لتكريمهم أو منحهم جوائز تشجيعية (كجائزة المجتمع المدني التي تنظم سنوياً منذ مارس 2016م)، من شأنه تحفيز الأطباء للاندماج في الأعمال التطوعية، وهي طريقة ناجعة للترويج للأعمال التطوعية.
- وفي انتظار تكوين العدد الكافي من الأطباء والرفع من أجورهم في القطاع العام وتحسين ظروف عملهم خصوصاً في المناطق النائية، أشير إلى إمكانية اللجوء إلى "التطوع التعاقدی" (الذي ورد في توصيات الحوار الوطني للمجتمع المدني) لتحفيز بعض الأطباء إلى التطوع من أجل توفير بعض الخدمات الضرورية. وهذا معمول به في عدد من الدول أمام الحاجة الماسة إلى الموارد البشرية التي يتوقف عليها إنجاز كل المشاريع التطوعية.

وفي الختام، نطمح من وراء كل هذه التدابير، أن تتحول رغبة النفس في الشهرة بالثروة إلى الشهرة بنفع الناس، وأن ندعم التنافسية في الأعمال الاجتماعية، عوض التنافس في الملذات الدنيوية، من ترف في المسكن، والمركب، والملبس والحلي، الذي تصرف فيه الأموال الطائلة، على حساب التقصير في أداء حقوق الضعفاء من أبناء المجتمع، وعلى رأسهم المرضى المعوزون. ولا تتحقق هذه الأهداف النبيلة إلا بتقوية الإيمان الدافع إلى التنافس في تفريغ الكربات، والتعاون على الخيرات بإخلاص النية لله، في إطار مؤسسي من أجل تحقيق التنمية المستدامة في جميع المجالات. ولا يمكن تحقيق هذه الطموحات إلا بتكثيف البحوث والدراسات التي تحيط بجميع جوانب تطوير العمل التطوعي، من خلال التفاعل المستمر بين الفكر ونظرياته من ناحية، وبين الواقع المعيش وخصوصياتنا الحضارية من ناحية أخرى، على غرار ما تقوم به الدول المتقدمة.

والله الموفق وهو يهدي إلى سواء السبيل

الملاحق

لأول مرة يتعدى العطاء الأمريكي
400 بليون سنة 2017 بارتفاع نسبة
المصادر الأربع للعطاء

For the first time ever, charitable giving exceeded
the \$400 billion mark in 2017, spurred by growth
from all four sources of giving.

العطاء الأمريكي خلال سنة 2017

\$410.02 billion

Where did the generosity come from?

مصادر التبرعات

تبرعات الأفراد

**Giving by
Individuals**
\$286.65 billion
Increased 5.2 percent (5.0
percent when inflation-
adjusted) over 2016.

↑ 5.2% 70%

Contributions by source
(by percentage of the total)



تبرعات المؤسسات

**Giving by
Foundations**
\$66.90 billion
Increased 6.0 percent (5.8
percent when inflation-
adjusted) over 2016.

↑ 6.0% 16%

الوصايا

**Giving by
Bequest**
\$35.70 billion
Increased 2.3 percent (0.2
percent when inflation-
adjusted) over 2015.

↑ 2.3% 9%

عائدات الشركات
الوقفية

**Giving by
Corporations**
\$20.77 billion
Increased 8.0 percent (5.7
percent when inflation-
adjusted) over 2015.

↑ 8.0% 5%

Visit www.GivingUSA.org to
learn more and to order your copy of
*Giving USA 2018: The Annual Report
on Philanthropy for the Year 2017.*

* All figures on this infographic are reported in current dollars unless otherwise noted.

Giving to
arts was the
second-fastest
growing subsector,
with an 8.7 percent
increase over the previous
year to a total of \$19.51
billion in 2017.

Giving
to foundations
increased 15.5 percent
in 2017, the largest gain
of any subsector, far
outpacing the growth
in total giving.

Where are all of the charitable dollars going?

مجاللات صرف التبرعات

The 6 largest
subsectors all
grew in 2017, but
growth rates ranged
widely from 2.9
percent at the low
end to 15.5 percent
at the high end.

31% Religion	\$127.37 billion
14% Education	\$58.90 billion
12% Human Services	\$50.06 billion
11% To Foundations	\$45.89 billion
9% Health	\$38.27 billion
7% Public-Society Benefit	\$29.59 billion
5% Arts, Culture, and Humanities	\$19.51 billion
6% International Affairs	\$22.97 billion
3% Environment/Animals	\$11.83 billion
2% To Individuals	\$787 billion

المؤسسات الدينية
التعليم
الخدمات الانسانية
منح المؤسسات
الصحة
المصلحة العامة للمجتمع
الفن - الثقافة
قضايا دولية
البيئة / الحيوانات
لصالح الأفراد

Giving USA Foundation™, The Giving Institute, and the Indiana University Lilly Family School of Philanthropy are pleased to continue their partnership in providing the most comprehensive, longest-running, and most rigorously researched resource on U.S. charitable giving, *Giving USA: The Annual Report on Philanthropy*. It is a privilege to report on Americans' generosity and related historical trends on U.S. charitable giving.

G

Giving
USA
Smart intelligence
for the giving good

G

THE
Giving
Institute™
Smart intelligence
for the giving good

Ψ

IUPUI

LILLY FAMILY SCHOOL OF PHILANTHROPY

Profil des médecins bénévoles

Cher confrère, chère consœur.

Cette étude s'inscrit dans le cadre de mon travail de recherche, elle a pour finalité d'identifier le profil du médecin bénévole et de mettre en évidence ses motivations afin de proposer des recommandations pour promouvoir le bénévolat dans le domaine de la santé publique au Maroc.

Je vous prie de remplir ce questionnaire et vous remercie pour votre collaboration.

Identité

1. Quel est votre âge?.....

2. Quel est votre sexe ?

☐ Masculin ☐ Féminin

3. Quel est votre statut familial ?

☐ Marié (e) ☐ Divorcé (e)

☐ Célibataire ☐ Veuf

4.

5. Combien avez-vous d'enfants?

☐ 0 ☐ 1

☐ 2 ☐ 3

Autre :.....

6. Etes vous ?

☐ Externe ☐ Interne

☐ Résident ☐ Généraliste

☐ Spécialiste ☐ Paramédical

Autre :.....

7. Faites-vous partie du secteur ?

☐ Public ☐ Libéral

☐ CHU ☐ Retraité

Motivations :

7. Quelle est votre fréquence de participation aux caravanes médicales ?

☐ 1- Mensuellement

☐ 2- Trimestriellement

☐ 3- Semestriellement

☐ 4- Rarement : moins d'une fois par an

8. Quelles sont les raisons qui vous motivent à participer aux caravanes ?

(Vous pouvez cocher plusieurs cases).

☐ 1. Sentiment profond d'être utile

☐ 2. Réagir aux injustices sociales

☐ 3. Utiliser vos compétences pour l'intérêt général

☐ 4. Rencontrer d'autres personnes

☐ 5. Développer vos compétences et savoir faire

☐ 6. Avoir le sentiment d'un devoir accompli

☐ 7. Récompense d'Allah (Religion)

☐ 8. Occuper votre temps libre

☐ 9. Augmenter votre notoriété

☐ 10. Distraction

Freins

9. Quels sont les freins qui vous empêchent de participer aux caravanes médicales ?

(Vous pouvez cocher plusieurs cases).

☐ 1. Manque de temps

☐ 2. Vous devez vous consacrer à votre famille

☐ 3. Refus du conjoint

☐ 4. Pour ne pas concurrencer les médecins du secteur privé de la région

☐ 5. Inquiétudes face au déroulement des caravanes (hébergement, locaux, alimentation, ambiance...)

☐ 6. Manque de matériel

☐ 7. La période ne vous convient pas

☐ 8. Difficulté d'avoir l'autorisation de participer de la part du chef de service

☐ 9. Problèmes d'affinités avec les autres médecins participants

10. Pensez-vous que la promotion actuelle du bénévolat est suffisante ?

☐ Oui

☐ Non

11. Encouragez-vous d'autres médecins à participer au bénévolat médical (caravanes ou autres) ?

☐ Oui

☐ Non

12- Comment Êtes-vous mis au courant des caravanes?

(Vous pouvez cocher plusieurs cases).

☐ 1- Médias

☐ 2- Confrères

☐ 3- Recherche personnelle

☐ 4- Contact direct des organisateurs

☐ 5- Facebook

☐ 6- E-mail

13. Comment avez-vous été initié au bénévolat ?

(Vous pouvez cocher plusieurs cases).

- ☐ 1. éducation des parents
- ☐ 2. livres, revues, journaux
- ☐ 3. études primaires
- ☐ 4. études secondaires
- ☐ 5. études médicales
- ☐ 6. entourage
- ☐ 7. autres

14. Est-ce que la participation de votre conjoint augmentera votre motivation à participer aux caravanes?

- ☐ Oui ☐ Non

15. Quelles sont pour vous les jours de semaines les plus adéquats pour participer à une caravane ?

- ☐ 1. Les jours des vacances
- ☐ 2. Tous les jours
- ☐ 3. Un jour au milieu de la semaine
- ☐ 4. Fin de la semaine (week end)

Mobilisation

16. Êtes-vous prêt à vous engager à participer à une caravane "périodique" ?

- ☐ Oui ☐ Non

17. A quelle fréquence?

- ☐ 1. une fois par mois
- ☐ 2. une fois tous les 3 mois
- ☐ 3. une fois tous les 6 mois

18. Êtes-vous membre d'une association ?

- ☐ Oui ☐ Non

19. Pouvez-vous proposer des moyens de bénévolat médical que vous jugez très importants?

(Vous pouvez cocher plusieurs cases).

- ☐ 1. Caravanes médicales
- ☐ 2. Collecte pour des cas de malades indigents
- ☐ 3. collecte des médicaments
- ☐ 4. soutien des associations de malades
- ☐ 5. participation à des campagnes de sensibilisation et ou de dépistage et ou de prévention hors caravanes

22. Vu l'importance de l'éducation sanitaire pour la lutte contre les comportements à risque et la prévention de plusieurs maladies; Pouvez vous cocher les moyens de sensibilisation que vous jugez utiles ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- ☐ 1. Conférences dans les établissements scolaires
- ☐ 2. conférences dans les maisons de jeunes
- ☐ 3. conférences organisées par des associations
- ☐ 4. conférences dans les mosquées
- ☐ 5. Emissions dans la radio et/ou la Télévision
- ☐ 6. réseaux sociaux
- ☐ 7. Réalisation de brochures de sensibilisation

23. Comment peut-on profiter des caravanes médicales pour faire la prévention de certaines maladies? Vous pouvez cocher plusieurs cases.

- ☐ 1. Organiser des conférences d'éducation sanitaire pour prévenir les maladies les plus fréquentes dans les régions visitées (propreté, nutrition, prévention de la tuberculose, lutte contre le tabac, sida, drogues....)
- ☐ 2. Distribution de brochures
- ☐ 3. Projection de vidéos éducatives
- ☐ 4. Débats
- ☐ 5. Compétitions

Recommandation

24. Quel est à votre avis, le meilleur moyen pour motiver le maximum de médecins ?

(Vous pouvez cocher plusieurs cases).

- ☐ 1. Ajouter un module sur le bénévolat dans le cursus académique des études médicales
- ☐ 2. Valoriser les activités de bénévolat en récompensant les étudiants qui y participent
- ☐ 3. Exiger la validation d'un certain nombre d'heures de bénévolat pour avoir le diplôme
- ☐ 4. Sensibiliser les médecins à travers les médias et les réseaux sociaux sur l'apport du bénévolat dans l'amélioration de la couverture médicale
- ☐ 5. Donner une indemnité matérielle pour les médecins bénévoles

ترجمة الاستمارة التي اعتمدت في الدراسة الميدانية إلى اللغة العربية:

زملائي الكرام،

هذه الدراسة تتدرج تحت إطار بحث لنيل شهادة الدكتوراه، ونهدف من خلالها إلى تحديد سمات الطبيب المتطوع وتبسيط الضوء على دوافع العمل التطوعي ومعيقاته عند الأطباء، من أجل اقتراح توصيات لتعزيز العمل التطوعي في مجال الصحة العامة بالمغرب. المرجو ملء هذا الاستبيان. شكرا لكم.

الهوية:

1. السن:

2. الجنس:

☐ ذكر ☐ أنثى

3. الحالة العائلية:

☐ متزوج (ة) ☐ مطلق (ة)

☐ عازب (ة) ☐ أرمل (ة)

4. عدد الأطفال :

☐ 0 ☐ 1

☐ 2 ☐ 3

5. هل أنتم ؟

☐ طبيب خارجي ☐ طبيب داخلي

☐ طبيب مقيم ☐ طبيب عام

☐ طبيب متخصص

6. في أي قطاع أنتم ؟

☐ القطاع الخاص ☐ القطاع العام

☐ المستشفى الجامعي ☐ متقاعد

المحفزات:

7. ما هي وثيرة مشاركتكم في القوافل الطبية ؟

☐ شهريا

☐ كل ثلاثة أشهر

☐ كل ستة أشهر

☐ نادرا : أقل من مرة في السنة

8. ما هي الأسباب التي تدفعكم للمشاركة في القوافل الطبية؟

☐ شعوركم بأنها مفيدة

☐ كونها وسيلة لتحقيق العدالة الاجتماعية

☐ استخدام مهارتكم من أجل المصلحة العامة

☐ يتحقق لديكم إحساس بالإنجاز

☐ الجزاء الإلهي (الدين)

☐ ملء وقت فراغكم

☐ زيادة سمعتكم

☐ تسلية، سكن، أنشطة موازية..

المعوقات:

9. ما هي المعوقات التي تمنعك من المشاركة في القوافل الطبية؟

☐ غياب وقت فارغ

☐ عليكم تخصيص وقتكم للعائلة

☐ امتناع رفيقكم

☐ من أجل عدم التنافس مع أطباء القطاع الخاص في المنطقة

☐ التخوف بشأن سير القوافل الطبية (الإقامة والتغذية ووسائل النقل...)

☐ نقص المعدات

☐ وقت القافلة لا يلائمكم

☐ صعوبة الحصول على إذن المشاركة من رئيس القسم

☐ مشاكل التقارب مع الأطباء المشاركين الآخرين

10. هل تعتقد أن الترويج الحالي للعمل التطوعي كاف؟

☐ نعم ☐ لا

11. هل تشجع الأطباء الآخرين على المشاركة في العمل التطوعي الطبي

(القوافل أو غيرهم)؟

☐ نعم ☐ لا

12. كيف تعرفت على القوافل الطبية ؟

☐ وسائل الإعلام ☐ الزملاء

☐ بحث شخصي ☐ الاتصال المباشر مع المنظمين

☐ الفايسبوك ☐ الإيميل

13. كيف تم انخراطك بالعمل التطوعي الطبي ؟

☐ تربية الآباء ☐ كتب، مجلات، صحف

☐ المدارس الابتدائية ☐ المدارس الإعدادية

☐ دراسة الطب ☐ المحيط

14. هل مشاركة زوجك سترفع من دوافعك للمشاركة في القوافل الطبية ؟

☐ نعم ☐ لا

15. ما هي أيام الأسبوع الأنسب بالنسبة لك للمشاركة في قافلة طبية؟

☐ أيام العطل

☐ كل الأيام

☐ يوم وسط الأسبوع

☐ نهاية الأسبوع

الفاعلية:

16. هل أنت مستعد للالتزام بالمشاركة في قافلة "دورية"؟

☐ لا

☐ نعم

17. بأية وتيرة ؟

(السؤال ذو صلة فقط إذا كانت الإجابة ب "نعم")

☐ مرة كل شهر

☐ مرة كل ثلاث أشهر

☐ مرة كل ثلاث أشهر

18. هل أنت عضو بجمعية ؟

☐ لا

☐ نعم

19. هل يمكنك اقتراح طرق للتطوع الطبي تعتبرها ناجعة جدا؟

☐ القوافل الطبية

☐ جمع التبرعات لمرضى المعوزين

☐ التبرع بالأدوية

☐ دعم جمعيات المرضى

☐ المشاركة في حملات التوعية والكشف المبكر عن الأمراض

خارج إطار القوافل الطبية

20. نظرا لأهمية نشر الوعي الصحي في مكافحة السلوكيات الغير سليمة

والوقاية من العديد من الأمراض، هل أنت مستعد للالتزام بحملات
تحسيسية ؟

☐ لا

☐ نعم

21. بأية وتيرة ؟

(السؤال ذو صلة فقط إذا كانت الإجابة ب "نعم")

☐ مرة كل شهر

☐ مرة كل ستة أشهر

☐ مرة كل ثلاث أشهر

☐ الأيام العالمية ذات الصلة بالصحة

22. في رأيكم ما هي الوسائل الناجعة لنشر الوعي الصحي؟

☐ محاضرات بالمؤسسات التعليمية

☐ محاضرات في مراكز الشباب

☐ لقاءات بالمساجد

☐ برامج إذاعية وتلفزيونية

☐ مواقع التواصل الاجتماعي إعداد مطويات تحسيسية

23. كيف يمكننا الاستفادة من القوافل الطبية للحد من بعض الأمراض؟

☐ تنظيم محاضرات نشر الوعي الصحي لمنع الأمراض الأكثر شيوعا في

المناطق التي تمت زيارتها (النظافة والتغذية والوقاية من داء السل والحد

من آفة التدخين والإيدز والمخدرات...).

☐ توزيع كتيبات توعوية

☐ عرض أشرطة فيديو تحسيسية

☐ حوارات مباشرة مع المرضى ومرافقيهم

☐ تنظيم مسابقات

التوصيات:

24. في رأيكم، ما هي أفضل وسيلة لتحفيز العدد الأقصى من الأطباء على

التطوع؟ (لکم الحق في عدة اختيارات)

☐ إضافة مادة عن التطوع في المناهج الدراسية للدراسات الطبية

☐ تحقيق عدد معين من ساعات العمل التطوعي للحصول على شهادة

الدراسات الطبية

☐ زيادة الوعي بين الأطباء من خلال وسائل الإعلام وشبكات التواصل

الاجتماعي حول مساهمة التطوع في تحسين الخدمات الطبية

☐ إعطاء تعويضات مادية للأطباء المتطوعين

☐ تعزيز الأنشطة التطوعية من خلال مكافأة طلاب الطب المشاركين

المخطوطات

- إجازة بن عبد الله الكتامي (603هـ).

- إجازة محمد بن أحمد الكحاك (1832م).

- تذكّر مودة عبد السلام العلمي (1882م).

- صورة من الحوالة الإسماعيلية.

- صورة من حوالة تعيين الناظر عبد الوهاب.

نماذج إجازات في الطب

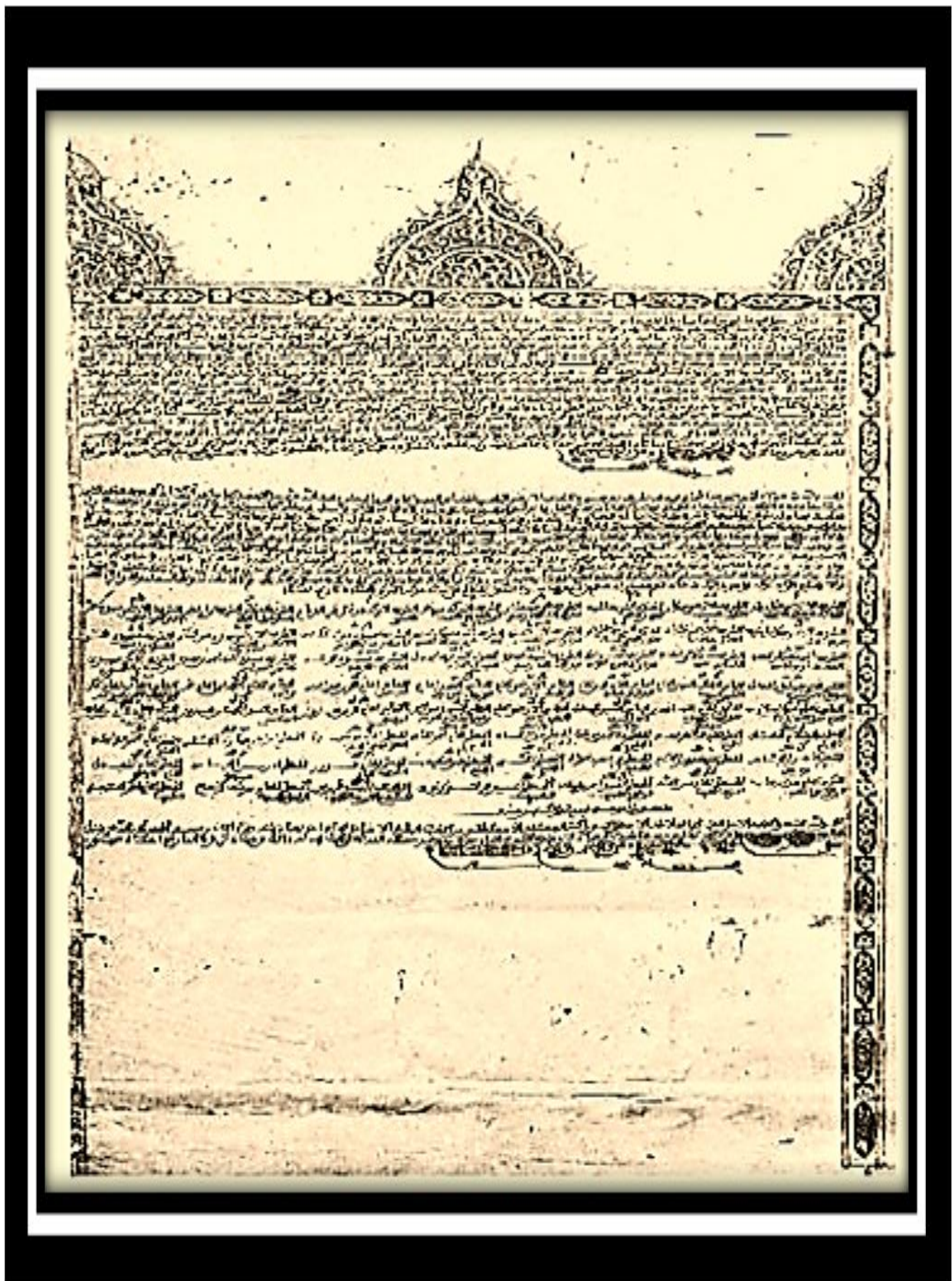
إن إبداعات المسلمين في العلوم الطبية لم تقتصر على تشخيص العلل وعلاجها فحسب، بل تجاوزوا ذلك إلى ابتكار وتأسيس منهج أصيل يهدف التدقيق في صحة المعلومة ومهارة الأداء - أو ما يصطلح عليه في وقتنا الراهن بربط المسؤولية بالمحاسبة -، منهج انعكست آثاره على جميع جوانب الممارسة الطبية والأبعاد الإنسانية والأخلاقية التي تحكم الأداء الطبي. ومن هذه الوسائل التي تحكم هذا الأخير؛ برز مفهوم **الإجازة في الطب**؛ المفهوم الذي يعتبر صفحة مشرقة من صفحات تراثنا الطبي وواحدة من روائع منجزات الحكماء المسلمين. إن مفهوم الإجازة - الذي يعني الإذن والترخيص - هو تقليد إسلامي عريق؛ منحت على مختلف أصنافها إلى مريدي العلوم الشرعية. إلا أن إدراجها في ميدان الطب تحت مفهوم الرخصة والإذن بالتطبيب كان في القرن الثالث الهجري في عهد الخليفة العباسي أبو الفضل جعفر بن المعتضد (295-320 هـ / 908-932 م)؛ وذلك إثر خطأ من أحد المنتسبين إلى صناعة الطب تسبب في مصرع المريض. وأستناداً إلى بعد الإسلام المقاصدي وحمولته الإنسانية الداعية إلى التداوي، وقول الرسول ﷺ: **«من تطب ولم يعلم منه شيء من الطب فهو ضامن»** (رواه أبو داود والنسائي)؛ فقد أشرت الخليفة المذكور على كل من يريد ممارسة مهنة الطب الحصول على إجازة من حكيم عصره سنان بن ثابت (ولد عام 270 هـ / 880 م، وتوفي عام 330 هـ / 940 م). وصار النظام بعد ذلك؛ أنه متى ما أتم الطالب دروسه يتقدم برسالة في الفن الذي يريد مزاولته إلى لجنة يتقدمها المحتسب - أي المشرف - وتضم نخبة من الأساتذة العارفين واناसा ممن يشهد بصلاحهم؛ فيمتحن ويختبر؛ حتى إذا ما وثق برصيده المعرفي وحسن إتقانه لفنه؛ أُجيز وألحق بكوكبة الحكماء.

وتعتبر الإجازة التي منحت للطبيب العبقري عبد الله بن صالح الكتامي (سنة 603 هـ / 1207 م) أول إجازة في الطب تمنح من مؤسسة عامة وهي جامعة القرويين، مبرزة قيمة المنظومة التدريسية لهذا الصرح العلمي الأصيل. وسنعرض في الصفحات الموالية ثلاثة نماذج من هذه الإجازات؛ وهي إجازة الكتامي، إجازة الكحاك وإجازة عبد السلام العلمي:



الإجازة التي منحت لصالح بن عبد الله الكناسي
وهي في ملكية مديرية القاريخ العسكري

منحت له من جامعة القرويين سنة 603هـ/1207م



إجازة في الطب منحت لمحمد بن أحمد الكحاك سنة 1832 ميلادية من جامعة القرويين



تذكر مودة "عبد السلام العلمي" مُنح له سنة 1882م من المدرسة الطبية الخديوية المصرية وتوجد بالمكتبة الزيدية بمكناس وتوجد بالمكتبة الملكية بالرباط أخرى تحمل رقم 460 وتوجد مقتطفات منه بالخزانة العامة بالرباط في كناش يحمل رقم 351.

نص "تذكار مودة" الدكتور عبد السلام العلمي

"الحمد لله الذي أطلع من شاء على هوارف سره، وأظهر كل معدوم من خزائن علمه، اللطيف الشافي الذي جعل لكل داء دواء تفضيلاً منه ورحماً، وأمر بتعاطيه على لسان أنبيائه الذين بينوا من أصول الطب وقرومه قسماً جماً، والصلاة والسلام على طبيب القلوب سيدنا ومولانا محمد المفضل من كل ما سواه من خلقه، وعلى آله وأصحابه وحزبه وجنده.

أما بعد: فلما كان في أيام خديوية من ضمري بالإكرام، ومعني بالجوهر والإتعام، صاحب العزم الذي عز من يحاوله والكرم الذي ملا أن يكون في الكرام من يطاوله، وأضحت في زمنه حدائق العلم بآفة الأثرار، كأنها جناب تجري من تحتها الأنهار، وهذبت بالديار المصرية موارد فضله، وأمطر على الصغير والكبير وافر كرمه ومدله، فأضى وهو قبلة المجد التي لما تزال حولها الأمال طائفة، ولا تبرح تسعى طائفة بعد طائفة، أفندينا المعظم المحروس بعناية ربه العلي، خديوي مصر وهزينا اسماعيل بن ابراهيم بن محمد علي، ولا زال سعدة باقماره منشورا، وجيش هزه بأتصاره منصورا.

إنه قد وفد من مدينة فاس المحروسة بالديار المغربية، إلى الديار المصرية، بامر سيدنا ومولانا العالم العادل المؤيد المظفر سيف الدنيا والدين، ناصر الإسلام والمسلمين، السلطان مولانا الحسن ابن السلطان سيدي محمد بن السلطان مولانا هيد لرحمن، أدام الله أيامه، وقرن بالنصر أهلامه وإجلاله حضرة الخليل الذي تخلى بالمجد، وحصل المعالي بالاجتهاد والجهد، الذي الأملعي والطبيب اللوذعي، السيد الشريف هيد السلام أفندي نجل المرحوم السيد محمد العلمي بل الله ثراء، وجعل الجنة مثواء، لأجل التمرين على تفانيس العلوم المستجدة الطبية، بالمدرسة الطبية الخديوية المصرية المتداولة الآن، في جميع البلدان.

وكان دخوله في سنة إحدى وتسعين ومائتين بعد الألف، فحضر على حضرات أساتذتنا الكرام، الذين اشتهر فضلكم لدى الخاص والعام، جملة على علوم نذكر طرفاً منها، وهي جراحة الصغرى على حضرة رئيس الاستبالية والمدرسة الطبية سعادتو محمد علي باشا والباطولوجيا الخاصة أي علم الأمراض الباطنية على حضرة مزتلو سالم بيك سالم معلم العلم المذكور وحكيم باشي حضرة دولتو مصمتلو والدته الحضرة الفخيمة الخديوية، معلم الكيمياء والنباتات على كل من حضرة أحمد بيك.

ندي معلم المواليد الثلاث، وعلى حضرة جاستنيل بيك الفرنساوي كشاف باشي ورئيس الاجزاجية، والاقرباذين والعمليات الاقربازنية على حضرة علي افندي رياض رئيس المعمل الكيماوي، وخلاقهم، فشمير الأفندي المذكور من ساعد الجد والاجتهاد، وهجر الأوطان والبلاد، وسهر الليل لنيل المعالي، وغاص البحر لطلب اللآلي، وقد تميز من ابتداء دخوله ومباشرته في الدروس واشتهر بمواظبته الحقيقية والغيرة الكلية، في بذل الجد والاجتهاد، ونال بذلك طريق الرشيد والسداد.

ولا يخفى أن مثل هذه الأفعال بها الافندي المومن إليه: فهي فعل جميل لا تخلو من إشهار فضل ومنفعة، وكان أحياناً يحضر مجلسنا للمذاكرة ببعض من العلوم السابق نشرها، والفتون المتقدم ذكرها، فأقول مع الاختصار: أتني من منذ ما كلفت بتعليم علم الطب بدمشق الشام الجمعية، قبل مجيئي إلى المدرسة الخديوية المصرية، على الاستاذين: الوالد مصطفى أفندي أبو موده رحمه الله وعلى الأخ سعيد أفندي مودة حرسه الله، فلم أجد أحداً اشتغل بغيرة شديدة، وطريقة مستمرة حميدة، مثل هذا الطبيب النحرير، الذي هو بالمدح جدير، وأشكر صائب رأي السلطان مولانا الحسن، وفطنته الحميدة العلية، أن جعلت منفعة هذه المعارف العلمية والعملية، المختصة بطبيبها الجديد المحضر من المدرسة الطبية الخديوية المصرية، لإلقاء ما تحصل عليه بتدريس العلوم الطبية، ومن حظي الأوفر أتني اجتمعت مع مثل هذا الفاضل الماهر فوجدته في العلم والعمل وحيد «كذا» وفي المعارف بالنسبة لأقرانه فريد، لأنه ذاق من منهل علوم الطب ما فاق وزاقي، وشرب من سلسيل الحكمة كالسا دهاق «كذا» لمثل هذا قليعمل العاملون، وفي ذلك فليتنافس المتنافسون، تحريراً في محروسة مصر القاهرة سنة 1291هـ.



الحولة وحسن ظن الله على مولا محمد وآله وصحبه وسلم تسليمًا
 مرتبًا من الرولة التي بعمدة والملكة العجيبة المنيرة
 مما هو بغير ما في السنية ومكالمها الباهرة التبية دولة
 مولا امام وخامس بيضة دمامة ومحيط منة جرة فينسا
محمد عليه الصلاة والسلام وهو امام في بساكن الاماني
 امام مولا امامي المومنين ونظام الدير المجامر في ميل
 رب العلمين ابا الخير والتايد مولا **انا اسماعيل**
ابن مولا الشريفة الشريف الحسين ابغى الله تعالى
 للمسلمين اياته واسعدهم به اوقات ونفع اعلامه
جمع هذا الربوا السبع في كتابه
 المبلر المعيد المشتغل في اوقات المساكين المنسوبة لجلاب
 الولي الصالح المتبرك به حيا وميتا سيدنا **عبد الله محمد**
 نفعنا الله تعالى به كاته التي بدخل منة الحرة العلية باله
 تعالى عروسة مكناسة ومخارج **تفيل الله تعالى**
 مولا المنصور اعماله وبلغه مرخي الرايين مفسوكة
 ودامالة **وفيل** بالتاريخ ميمت

صورة مأخوذة من الحوالة الإسماعيلية

بسم الله الرحمن الرحيم
صلى الله على سيدنا محمد وآله وصحبه وسلم

الحمد لله الذي جعل في العالمين به وفي كل امر استعجن وهو
الموفق المعين **صلى الله عليه وسلم** ولد الحمد المشتهر ذكره في سلوك السالكين
وسمواك التالين ونشكرهم شكر من اقتنع بشكرهم، انوار الميراث **و**
تشمير انوار الاله لا الله وحده لا شريك له شهادته بتبليغنا يسوع القرم الابن
من العزل الشريين ونشكرهم من انوارهم ورسوله الذي اضاء
من العبد وجعله السبب الاصل في فناء الناجي وسعداء السجين
صلى الله عليه وعلى آله وصحبه وسلم صلاته تنفكح ابد الابدية لا تبيد
و **والحمد لله** الذي كان البقية الحق في كيب البليخ الناحي الاسعد
ابوالم كذا ستر عبد الوهاب بن الناحي الم حوم بكرم الله سبحانه ستر الحاج
محمد المرحوم العرايشي كالم التشل وفورها عمود البقية مشكور
تخليها بالسكينة علان النماحة بامكانه المكنية خبثه الخفا العلية
واغتبت به الجماء الاولية وانتجلمته الدولة المنيعة التوتق اهل
الغضايل للثرب وتستلهم على المناصب ببناء التفرع والحسب بطار معروفا
من غيلان خباياها وضرورتها بملها وتصدر للاخر من منى الحضرة بام
الجارح وتقلد لغم النظارة بها على اوفاء المساكين قلما قلنا لك اعثنى
تروينه في هذا الديوان وجمع المفاصل التي وبها الغاية التي لا تشتهى
عالم على ما يغني عن الله من مفاصله ويغني عن مفاصله وموالمشوا سبحانه
يعطى ان شاء ويصرف في فضله الجليل وصنعه الجميل جاءه انه اكرم مشكور

صورة مأخوذة من حوالة تعيين الناظر الفقيه عبد الوهاب بن الناظر الحاج محمد العرايشي

نماذج لجمعيات عاملة في المجال الصحي

إن المتتبع لعدد الجمعيات التي تنشط في الحقل المدني يجدها في تزايد مستمر خصوصا في السنوات الأخيرة، كما يظهر من خلال الجدول الآتي¹:

السنة	عدد الجمعيات	الجمعيات ذات المنفعة العامة
2007	44 771	منها 157
2014	116 ألف جمعية	منها 202
2017	130 ألف جمعية	منها 225

ومن بينها جمعيات مختصة في الجانب الصحي، وقد اخترت التمثيل لها من خلال عرض تجربة ثمان جمعيات، حيث تمثل كل واحدة منها نوعاً من الجمعيات المهتمة بالصحة:

- ☑ الجمعية المغربية الصحية للتضامن AMMS: وهي رائدة في الطب المتنقل² نموذج للجمعيات المهتمة بتنظيم القوافل الطبية؛
- ☑ جمعية مبادرات الصحة ودعم التنمية ISAAD: متخصصة في أمراض الكلى، نموذج للجمعيات المتخصصة في مرض معين؛
- ☑ جمعية صفوف الشرف: يترأسها طبيب من القطاع الخاص، وأغلب الأطباء المتطوعين الذين يشاركون في أنشطتها من القطاع الخاص؛
- ☑ جمعية "دار الصحة البلسم"، نموذج لجمعيات الحي، تترأسها طبيبة لها عيادة في نفس الحي؛
- ☑ جمعية أمانة: مقرها في ألمانيا، نموذج للجمعيات العاملة بالمغرب والتي يوجد مقرها بالخارج؛
- ☑ جمعية الحياة للتنمية البشرية: تتميز باهتمامها بتأطير الشباب ومواكبة تكوين طلبة الطب؛
- ☑ جمعية مبادرات للتنمية القروية، نموذج لجمعيات مهتمة بمحددات الصحة؛
- ☑ و"الجمعية الوطنية لطلبة الطب المغرب" IFMSA MOROCCO، نموذج لجمعيات أعضاؤها طلبة الطب.



الجمعية المغربية الطبية للتضامن : Association Marocaine Médicale de Solidarité

:AMMS

تأسست الجمعية المغربية الطبية للتضامن في دجنبر 2003م، بمبادرة من مجموعة من الأطباء من مختلف التخصصات بهدف المساهمة في تحسين ولوج الفئات المعوزة للخدمات الطبية في العالم القروي من خلال تقديم كل الخدمات والإسعافات الضرورية. حصلت الجمعية على وسام التضامن وتم

¹ - معطيات حسب الوزارة المكلفة بالعلاقات مع البرلمان والمجتمع المدني لسنة 2017م.

² - هناك عدة جمعيات تهتم بتنظيم القوافل الطبية منها: جمعية الطب الاستعجالي بالرباط يترأسها الدكتور محمد أشرفي، جمعية إسافارن من أجل الصحة والتنمية ISSAFARNE بالدار البيضاء، جمعية "الأيدي البيضاء" بوجدة. وجمعية "مساعدة مرضى المؤسسات العمومية للصحة"... ولكن ما يميز هذه الجمعية هي أنها تتوفر على وحدات متنقلة تمكنها من التشخيص الدقيق، والقيام بعمليات جراحية في عين المكان.

توقيع شراكة مع مؤسسة محمد الخامس للتضامن أمام جلالة الملك محمد السادس بمراكش سنة 2005م، وحصلت الجمعية على صفة المنفعة العامة سنة 2009م.

توالى على رئاستها كل من الأستاذ الدكتور مصطفى العزوزي أخصائي في جراحة الدماغ والأستاذ الدكتور مصطفى بن عزوز أخصائي في الجهاز الهضمي، ويترأسها حالياً الأستاذ الدكتور محمد بلمكي أخصائي في جراحة العيون.

"تتكون الجمعية من الهيئات الآتية: الجمع العام، مجلس التوجيه والتتبع، المجلس الشرفي، والمكتب المسير. كما ينتخب المكتب المسير من طرف الجمع العام لمدة 4 سنوات، ويقوم الأعضاء بمهامهم مجاناً، ويتألف المكتب المسير الحالي الذي تم انتخابه في يناير 2017م، من 15 عضواً، أربع أساتذة مبرزين في كل من جراحة العيون والجراحة العامة وطب الأطفال والتخدير، و 11 دكاترة مختصين في كل من جراحة العيون (3)، التحاليل الطبية (2)، الجهاز الهضمي (1)، أمراض النساء والولادة (1) أمراض الجلد (1)، وخبيران في المحاسبة، وخبير في التواصل".

من الملاحظ أن الجمعية تراعي وجود توازن في مكتبها المسير من خلال تنوع خبرات أعضائه، وعياً منها بأهمية التكامل واحترام التخصص، مما يزيد في الإلتقان ويؤدي إلى المهارة والجودة والشفافية وبالتالي اكتساب الثقة المستدامة. كما أن الرئيس يتم انتخابه من طرف الجمع العام، وقد تناوب على رئاسة الجمعية منذ نشأتها الأستاذ الدكتور مصطفى العزوزي أخصائي في جراحة الدماغ، والأستاذ الدكتور مصطفى بن عزوز أخصائي في الجهاز الهضمي، ثم الأستاذ الدكتور محمد بلمكي أخصائي في جراحة العيون منذ يناير 2017م. وينظم المكتب المسير اجتماعات دورية على الأقل مرة في الشهر، ولا يتخذ أي قرار إلا باستشارة جميع أعضاء المكتب. كما يعقد الجمع العام كل سنة يحضر فيه كل أعضاء الجمعية، يقدم فيه التقريرين الأدبي والمالي ويتم المصادقة عليهما.

تقوم الجمعية بإنجاز مشاريعها بشراكة مع المؤسسات الحكومية والسلطات المحلية والقطاع الخاص والمنظمات والهيئات والمؤسسات الوطنية والدولية ذات الأهداف المشتركة.

"وتتوزع أعمال الجمعية على نوعين من الأنشطة: الطب المتنقل والأنشطة القارة:

☑ الطب المتنقل: بتنظيم قوافل طبية¹ متعددة التخصصات لفائدة الفئات المعوزة بالمناطق المعزولة، هو ما تتميز به هذه الجمعية حيث تعتبر رائدة في هذا المجال لأنها تتوفر على عدة وحدات متنقلة: أربع وحدات لجراحة العيون²، وحدة طبية متنقلة متعددة الاختصاصات من أجل التشخيص الدقيق للأمراض بعين المكان التي تنظم فيه القوافل، وحدة متنقلة خاصة بالجراحة العامة تمكّن من اتخاذ

¹ - تعتبر القوافل الطبية وسيلة فعالة للوصول إلى المناطق المعزولة المحرومة، وتقديم الخدمات للأشخاص في وضعية هشّة، لذا حظي هذا الجانب بأهمية من طرف الجمعية.

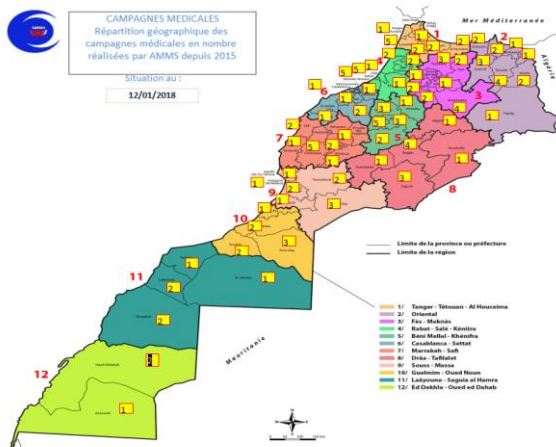
² - الوحدة المغربية الإماراتية وهي هبة من طرف سمو الشبيخة فاطمة بنت مبارك، ووحدة متنقلة خاصة بجهة مكناس تافيلالت (جهة درعة تافيلالت 2015م) والثانية لإقليم شفشاون (شمال غرب المغرب) والثالثة لأقاليم الجنوب.

القرار السريع إذا استوجبت حالة المريض التدخل الجراحي، وحدة خاصة بالطفل وتتوفر على عيادات متخصصة في طب العيون، الأذن، الأنف والحنجرة وطب الأسنان.

وخلال سنة 2019م، تمّ تحيين وتمديد الشراكة مع المبادرة الوطنية للتنمية البشرية -جهة سوس ماسة- وعقدت اتفاقية من أجل: تنظيم حملات طبية متعددة التخصصات واقتناء وتجهيز 7 وحدات طبية متنقلة جديدة: وحدة طب وجراحة العيون، وحدة طب الأسنان، وحدة للكشف بالأشعة، وحدة خاصة بالمختبر الطبي، وحدة متنقلة لتحاقن الدم، وحدة للجراحة العامة، ووحدة لطب العيون (التشخيص).
تقوم الجمعية بالقوافل الطبية في ربوع المملكة تحت إشراف وزارة الصحة أو المصالح الجهوية التابعة لها بالتنسيق مع السلطات المحلية.

Année	Nbr Cam-pagnes	Nbr Actes	Valeur actes	%
2007	10	4 317	11 456 750	5%
2008	17	3 088	13 923 250	6%
2009	21	4 479	16 546 000	7%
2010	35	3 709	21 148 500	10%
2011	21	5 908	18 355 750	8%
2012	28	21 952	26 400 230	12%
2013	15	11 952	14 454 915	7%
2014	30	24 783	25 044 260	11%
2015	20	38 714	19 266 305	9%
2016	22	22 366	20 681 428	9%
2017	39	24 381	34 847 247	16%
Total	258	165 649	222 124 635	
Moyenne	23	15 059	20 193 149	

وحسب الجدول أعلاه فمزد الحصول على الوحدة المتنقلة للعيون سنة 2007م إلى 31 دجنبر 2017م، قامت الجمعية بـ 258 قافلة طبية، وانتقلت من 10 قوافل في سنة 2007م إلى 39 قافلة في سنة 2017م. وتقدر قيمة الأنشطة التي أجريت خلال القوافل المتنقلة من 2007م إلى 2017م فتصل إلى 222 124 635 درهم.



Région	Nb cam-pagne	Total actes	Valeur Actes	%
TANGER-TETOUAN-AL HOCEIMA	12	13 961	13 066 630	17,5%
GUELMIM-OUED NOUN	8	21 289	10 274 840	13,7%
SOUS-MASSA	7	14 288	9 505 505	12,7%
BENI MELLAL-KHENIFRA	11	6 719	8 422 250	11,3%
MARRAKECH-SAFI	8	2 698	6 778 350	9,1%
RABAT-SALE-KENITRA	11	4 025	6 397 935	8,6%
LAAYOUNE-SAKIA EL HAMRA	4	13 611	6 249 000	8,4%
FES- MEKNES	6	3 563	4 838 525	6,5%
CASABLANCA-SETTAT	5	655	3 636 750	4,9%
DRAA-TAFILALET	3	1 284	2 119 650	2,8%
ORIENTAL	4	946	2 034 250	2,7%
ED DAKHLA -OUED EDDAHAB	2	2 422	1 471 295	2,0%
Total	81	85 461	74 794 980	100,0%

تمت تغطية جميع الجهات المغربية، فيما تصدرت جهة طنجة - تطوان - الحسيمة - بـ 12 قافلة بقيمة أكثر من 13 مليون درهم. تليها جهة كلميم - واد نون بقيمة أكثر من 10 مليون درهم.

☑ الأنشطة القارة: تركز بالخصوص على المركز المرجعي لمرضى السكري بحي النهضة بالرباط: وقد انطلق العمل فيه سنة 2011م، وهذه حصيلة الأنشطة التي قام بها ما بين 2015-2017م:

المجموع الكلي للمرضى الجدد: 382	استشارة طب الغدد: 62%
نسبة النساء: 74%	استشارة طب العيون: 14%
متوسط العمر: 57 سنة	استشارة طب القلب: 11%
عدد الاستشارات التخصصية: 5474	جميع التحاليل الطبية مجانية

كما أن من أهداف هذه الجمعية: تطوير برامج هادفة في التربية الصحية والتثقيف الصحي، القيام بدراسات ميدانية وبحوث علمية ونشرها، الإسهام في تطوير الطب المتقدم عبر تقديم المساعدة التقنية والاستشارة في إطار خبرة وتخصص الجمعية، الإسهام في التأطير والتكوين والبحث العلمي لفائدة الأطر الطبية والشبه الطبية حسب الإمكانيات المتاحة، والإسهام في البرامج والأنشطة التي من شأنها تطوير التنمية الصحية المستدامة.



* جمعية مبادرات الصحة ودعم التنمية "إسعاد"

"ISAAD" Initiatives Santé & Aide Au Developpement

إخترتها كنموذج جمعية متخصصة في مرض معين¹، يترأسها الأستاذ الدكتور طارق الصقلي، متخصص في أمراض الكلى، ويتكون مكتبها المسير من 13 عضو، خمس أطباء، ثلاثة رجال أعمال، ثلاثة أساتذة، ومهندس وممرض.

تأسست جمعية "إسعاد" في ماي 2008م، وتعتمد مقاربة شمولية لمشكل القصور الكلوي المزمن، تقوم أساسا على الوقاية والكشف المبكر للأمراض الكلوية، وتقوية وتعزيز العلاجات القلبية لتجنب السقوط في القصور الكلوي المزمن وغسل الدم والغسيل البريتوني وزراعة الكلى؛ ومن أجل تحقيق هذه الأهداف، تقوم هذه الجمعية بـ:

☑ مساعدة أصحاب النوايا الطبية على تحقيق مشاريعهم الإنسانية وتوجيه تبرعاتهم في الاتجاه الصحيح؛

☑ عقد شراكات مع العديد من الجهات والمؤسسات، منها: عقد اتفاقيات التعاون والشراكة مع جهة فاس مكناس، ووزارة الصحة عبرة المديرية الجهوية للصحة، والمركز الاستشفائي الجامعي الحسن الثاني،

¹ - يوجد بالمغرب عدد متزايد من الجمعيات المتخصصة في أمراض معينة أذكر منها: جمعية "جلدي" التي تترأسها دة سميرة شهاب رئيسة قسم الأمراض الجلدية بمستشفى ابن رشد بالدار البيضاء، وجمعية "الزهراء" التي تترأسها دة فاطمة الزهراء المريني رئيسة قسم الأمراض الجلدية بفاس والتي تعمل على توفير العلاجات الباهظة الثمن التي يحتاجها المرضى المصابون بأمراض جلدية مزمنة، وكذلك تمكنت من شراء جهاز الليزر الذي يعالج عدد من المشاكل الجلدية وخاصة ضحايا الحروق الخطيرة، وجمعية "هاجر" لمساعدة الأطفال الذين يعانون من نقص المناعة التي يترأسها الأستاذ أحمد عزيز بوصفحة، وجمعية "الحضن" المهتمة بالأيتام والتي تترأسها الأستاذة أمينة أمليل أخصائية في طب الأطفال، وجمعية "المستقبل للأطفال المصابين بالسرطان" وتترأسها دة المسفر علوي أخصائية في أمراض الدم ..

وكلية الطب والصيدلة بفاس، وجمعية مفاتيح الرحمة، والفيدرالية الوطنية للجمعيات المهتمة بالقصور الكلوي المزمن وزرع الأعضاء (FMAIRTO)، ومجموعة العمران... ومن أهم أنشطة الجمعية، ما يلي:

1/ المركز المرجعي «إسعاد» لعلاج القصور الكلوي المزمن: حيث عملت الجمعية بمساعدة ذوي الأريحية على بناء مركز جديد لتصفية الدم داخل مستشفى الغساني بفاس بهدف إنساني محض. وسمي بالمركز الجهوي المرجعي "إسعاد" لعلاج القصور الكلوي المزمن، وقد روعي في بناء هذا المركز الجهوي المرجعي "إسعاد" والفضاءات التابعة له نوع من المرونة التي جعلته قابلاً لاستقبال ذوي الاحتياجات الخاصة مع احترام المعايير الوطنية والدولية المعمول بها في هذا المجال، وتمّ تجهيزه بالمعدات اللازمة والتي مكنته من استيعاب 137 مريضاً (مجانياً بالنسبة للمرضى الذين يتوفرون على الراميد).

2/ مقهى العلوم: يتم إحياء هذه التظاهرة كل أول أربعاء من كل شهر على الساعة الخامسة والنصف، ويعتبر المقهى مفتوحاً للعموم ومخصصاً للنقاش وتبادل الآراء، لتعميم الفائدة العلمية وتتناول مواضيع ذات صبغة علمية مرتبطة باهتمامات راهنة، حيث يحاضر خلال هذه الجلسات أساتذة أجلاء في جميع التخصصات. كما تتم خلالها لقاءات صحفية سواء من طرف إذاعيين أو صحافة مكتوبة لما تتميز به هذه الجلسات من غنى في المعلومات القيمة والتي لقيت نجاحاً كبيراً واستحساناً من طرف الحضور الذي يشارك فيها.

3/ القوافل الطبية: تستهدف بالخصوص التشخيص المبكر والوقاية من الأمراض المزمنة، التي يمكن أن تؤدي إلى القصور الكلوي. وقد نظمت الجمعية إلى حدود شهر ماي 2018م، ما يزيد عن 120 قافلة طبية جالت مختلف المناطق بربوع المملكة شارك فيها عدد من المختصين في أمراض الكلى وأمراض القلب والشرابيين وأمراض العيون وأمراض الغدد والسكري... كما تقوم الجمعية بمعاودة الزيارة لهذه المناطق المعزولة قصد تتبع حالات المرضى.

4/ دار الصحة: عملت الجمعية على افتتاح "دار الصحة للرعاية الاجتماعية" بمساعدة محسنين وضعوا مقراً رهن إشارة الجمعية. ويهدف المشروع إلى تكوين وتأهيل وإدماج الأشخاص في وضعية صعبة الذين يعانون من القصور الكلوي في مهن توفر لهم دخلاً قاراً (الطبخ، الخياطة، الطباعة والتصوير). كما يهدف المشروع إلى الإنصات وتقديم الاستشارة القانونية والدعم النفسي للفئة المستهدفة، إضافة إلى خدمات نهائية تتوزع بين أنشطة تحسيسية علاجية وأنشطة اجتماعية.

5/ مركز تصفية الدم لمؤسسة محمد الخامس للتضامن: تم تدشينه نهاية سنة 2018م، وهو من إنجاز مؤسسة محمد الخامس للتضامن، وتولت جمعية إسعاد تسييره، ويهدف هذا المركز القضاء على لائحة انتظار العلاج لمرضى القصور الكلوي المعوزين. وتشمل هذه البنية عدة وحدات، تتمثل أولاً في وحدة للعلاج تضم أربع قاعات تحتوي على 60 آلة لتصفية الدم تؤمن حصصاً علاجية لـ 300 مريض.

وثانيها وحدة للوقاية من مرض القصور الكلوي، تروم الحد من تطور هذا المرض الناتج عن داء السكري ومرض ارتفاع الضغط الدموي.

6/ الأدوية والتحاليل المخبرية: تقوم الجمعية بشراء الأدوية من المختبرات الطبية لصالح مرضى القصور الكلوي، مع تقديم كل التسهيلات مراعية في ذلك ظروفهم المادية الصعبة، وتساعدتهم على إجراء التحاليل المخبرية.

7/ إسعاد شباب « ISAAD Junior »: تم خلق خلية إسعاد شباب يوم 30 يونيو 2017 من طرف براعم مفعمة بحب التضامن، هدفهم الأسمى هو مساعدة إخوانهم الاطفال اللذين يعانون من القصور الكلوي المزمن. ومن الإنجازات التي قامت بها:

* التخييم للأطفال اللذين يقومون بتصفية الكلى مع توفير كل المستلزمات الضرورية للتصفية؛

* جوائز تحفيزية للأطفال المرضى المتفوقين؛

* إعداد ورشات تربوية وتعليمية للأطفال أثناء القيام بالقوافل الطبية؛

* تجهيز مكتبة وتوفير ورشة لقراءة الكتب على الأطفال المرضى.

8/ البحث العلمي: تدعم الجمعية أنشطة البحث العلمي من خلال الإسهام في تجهيز مختبر أبحاث حول الحصى البولية وأمراض الكلى بكلية الطب والصيدلة بفاس، الشيء الذي يساعد طلبة الدكتوراه على تعميق معارفهم وتحسين جودة بحوثهم. كما تشارك أيضا في تنظيم ملتقيات علمية¹. وتتوجا للمجهودات التي تقوم بها جمعية إسعاد، حصلت على لقب: "جمعية السنة 2018م"، في الدورة الأولى من "مبادرة دير يدك".

* جمعية أمانة بألمانيا: هي منصة للتكامل بين الثقافة والصحة

Aamana، أنشئت سنة 2011م، يقع مقرها الأصلي في فرانكفورت (ألمانيا)، عدد أعضاء المكتب التسييري سبعة، أربعة منهم أطباء، رئيسها هو الدكتور مجيد حمدوشي وهو طبيب مغربي ولد ودرس في ألمانيا وله عيادة خاصة هناك، له غيرة على بلده ويرغب في تقديم كل ما في وسعه للتخفيف من معاناة المرضى المغاربة المحتاجين.

أنشئ فرع للجمعية في الرباط في 16 شتنبر 2014م، يحمل اسم جمعية "أمانة فرع المغرب". وتهدف الجمعية إلى:

* القيام بأعمال خيرية غير هادفة للربح؛

* تعزيز التسامح والفن والثقافة؛

* تعزيز التعليم والتدريب المهني ومساعدة الطلبة؛

* تعزيز التعاون التنموي، لا سيما في بلدان المنطقة المغربية.

¹ - معلومات حصلت عليها من طرف رئيس الجمعية "د. طارق الصقلي"، أستاذ مبرز في أمراض الكلى، رئيس قسم أمراض الكلى بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس.

وتعمل على تحقيق أهدافها من خلال ما يلي:

- تنظيم أنشطة ثقافية متنوعة بألمانيا: سهرات فنية يحييها فنانون مغاربة، عرض مسرحيات مغربية، صور ولوحات فنية، تنظيم دورات تدريبية لتعزيز التسامح والتعارف بين جميع الجنسيات.
- رعاية الشباب وتأطيرهم من خلال تنظيم الندوات والمؤتمرات والمعارض مع التركيز على وجه الخصوص على الموضوعات التي تلبي الاحتياجات التي أعرب عنها الشباب: مثل: فرص التعليم، غرس القيم والتكامل بين الأجيال.

- دعم الطلبة وإدماجهم المهني من خلال برامج التوجيه وورش العمل الدراسية.
- تعزيز التعاون التنموي من خلال الدعم الاستشاري والدعم المالي للمشاريع المغربية الألمانية، لا سيما في مجال التعليم (من مرحلة ما قبل التمدرس إلى التعليم العالي)، وكذلك المجال الطبي والاجتماعي.
- وتأتي موارد الجمعية من المساهمات والتبرعات، ومداخليل السهرات والحفلات التي تنظم بألمانيا...

كما تقوم الجمعية بقوافل طبية داخل المغرب، ويشارك في هذه القوافل عدد من الأطباء المغاربة الأكفاء الذين يعيشون في ألمانيا منهم رؤساء مصالح كالبروفيسور محمد المشراوي، والبروفيسور نور الدين المختاري، والبروفيسور جاليد سيهولي، والبروفيسور الألماني توماس أخصائي في أمراض النساء والتوليد وعدد من الممرضات الألمانيات... وعدد من المغاربة المهاجرين في ألمانيا غير الأطباء والذين يتفانون في تنظيم وحسن تسيير القوافل الطبية لوجستيكيا، وعلى رأسهم السيد بغداد.

وبالإضافة إلى الطاقم الذي يأتي من ألمانيا يشارك في هذه القوافل أساتذة وأطباء أخصائيين أكفاء من المغرب، منهم من يعمل في الجهة التي تنظم فيها القافلة ومنهم من يأتي من جهات بعيدة. كما تقام ورشات تحسيسية حول الوقاية من الأمراض التي تكثر في المنطقة التي تنظم بها القافلة؛ يلقي فيها الأطباء مداخلات معززة بإحصائيات ومعلومات محينة عن سبل الوقاية من الأمراض لصالح ساكنة المنطقة.

ومن أهم القوافل التي نظمته جمعية أمانة والتي غالبا ما تتزامن مع اليوم العالمي للصحة 7 أبريل:

- في سنة 2015م: قوافل طبية في كل من الناظور، الخميسات، مراكش، قلعة السراغنة.
- في سنة 2016م: قافلة طبية في العيون، بوكراع.
- في سنة 2017م: قافلة طبية للداخلية والجهة الجنوبية.
- في سنة 2018م: قافلة طبية دامت 7 أيام في الجهة الشرقية: وجدة، السعيدية، الناظور، زاو، الدريوش، وجردة.

* جمعية صفوف الشرف:

يتأسسها د. نور الدين بناني أخصائي في الأشعة يعمل في القطاع الخاص. جاءت فكرة إنشاء هذه الجمعية عندما كان مجموعة من الأصدقاء، أغلبهم أطباء ينظمون رحلات إلى مناطق سياحية بعيدة، للقيام بتجولات مشياً خلال عطلة نهاية الأسبوع. أول رحلة استطلاعية كانت عام 1995م، ثم تالتت الرحلات،

وكان الأطباء يكتشفون واقع سكان المناطق التي يزورونها المليء بالأمراض والمعاناة، فانفقوا على إنشاء جمعية من أجل الارتقاء بالحالة الصحية لسكان المناطق التي يزورونها.

نظمت الجمعية حتى سنة دجنبر 2018م أزيد من 157 قافلة طبية في الأماكن المعزولة، بمعدل عشر قوافل في السنة، بتعاون مباشر مع السلطات المحلية ومندوبيات وزارة الصحة. وأغلب الأطباء الذين يشاركون في هذه القوافل من القطاع الخاص، الذين بالإضافة إلى تطوعهم لإنجاح القوافل الطبية مجاناً، يساهمون مادياً لتغطية بعض مصاريف الرحلة: التنقل، الأكل، وكذلك السكن في حالة عدم توفيرها من طرف الشركاء المحليين. في غالب الأحيان تتطلق القافلة يوم الخميس متجهة نحو منطقة معزولة، ويستغرق العمل يومي الجمعة والسبت، ويُخصَّص يوم الأحد، للقيام برحلة مشي جماعية لاكتشاف المنطقة.

وخلال هذه القوافل، تجرى عدة استشارات طبية (consultations) مع توزيع الأدوية، وكذلك إجراء بعض العمليات الجراحية بالمستشفى الإقليمي للمنطقة، كما تقام عدة دورات تحسيسية من بينها: نظافة الفم والأسنان، توعية مرضى السكري. شروط الأكل الصحي المتوازن... ويتراوح عدد المستفيدين في كل قافلة ما بين 1000 و 2000 شخص.

ومما يميز القوافل التي تنظمها جمعية صفوف الشرف، مشاركة بعض الخبراء من تخصصات أخرى للقيام بأنشطة تساهم في التنمية المحلية، وحل بعض المشاكل التي تشكو منها المنطقة، مثلاً:

- مشاركة عدد من الخبراء في التربية: الذين يقومون بلقاءات مع عدد من المعلمين والمعلمات، وينظمون دورات تكوينية في مجال التواصل والتنمية الذاتية.
- مشاركة عدد من المعالجين النفسيين الذين ينظمون أنشطة ترفيهية للتلاميذ في عدد من المؤسسات التعليمية (دورات أعمال يدوية، ورشات الرسم، مسابقات ثقافية، دورات تدريبية، coaching،...)
- لاكتشاف وتنمية قدرات الأطفال والمراهقين، كما يقومون بجلسات استماع لبعض الحالات الخاصة.
- مشاركة أطباء بيطريين: يقومون باستشارات بيطرية لفلاحي المنطقة.
- مشاركة بعض الطلبة الباحثين في مجالات مختلفة مع مشرفيهم ومؤطريهم (علم الحفريات، الزراعة، الأعشاب، الجغرافيا، التاريخ...) حسب مميزات المنطقة التي تنظم فيها القافلة.
- مشاركة خبراء إداريين يقومون بدورات تكوينية حول "طرق حل المشاكل" لصالح الموظفين العاملين في الجماعات المحلية وغيرها من الإدارات الحكومية الموجودة في تلك المناطق.
- كما تقوم الجمعية بأنشطة اجتماعية: توزيع الملابس، الأغذية، الألعاب...

وعند نهاية كل قافلة يوم السبت ليلاً، يقوم رئيس الجمعية بحضور عدد من المسؤولين عن المنطقة (عامل المدينة، أعضاء الجماعات المحلية، المدير الجهوي مندوب الصحة، والمدير الجهوي ومندوب التعليم...) بتقديم تقرير شامل عن جميع الأنشطة التي أنجزت خلال الحملة، ثم يقدم كل طبيب أخصائي ملاحظات عن الأمراض التي شخَّصها، ويعرض كل مشارك تقريراً عن النشاط الذي أطره، لبيان خصوصيات

ومتطلبات المنطقة ومحاولة حل مشاكلها والنهوض بها. ويختم الحفل بكلمة السيد الوالي أو العامل، يشكر فيها المتطوعين. وأذكر مثالا عن ما قاله السيد العامل في أحد القوافل الطبية: "في عدد من المرات أكاد أياأس، ولكن لما أرى مثل هذه النماذج المتشعبة بمشاعر الحب والتفاني في خدمة المصلحة العامة أنفأءل. قوة بلادنا في أمثالكم، أنتم ملائكة الرحمان...".

لم تقتصر الجمعية على تنظيم حملات طبية في المغرب بل وصلت إلى عدة دول كموريتانيا، الطوغو، الكامرون وفلسطين...

إن أهم الملاحظات التي يمكن التركيز عليها من خلال تجربة د. بناني هي نجاحه في استقطاب عدد كبير من الأطباء العاملين في القطاع الخاص، والذين يساهمون ماديا في تمويل هذه القوافل (يشارك كل المتطوعين بمبلغ مالي). وكذلك تنوع الأنشطة التي تقام خلال القوافل الطبية: فبالإضافة إلى الاستشارات الطبية، هناك أنشطة في مجال التعليم، الإدارة، البيطرة، الحفريات، تدريبات الطلبة المرافقين لأساتذتهم في مجالات مختلفة...، وكذلك ما يقومون به من تشخيص للمشاكل التي تعاني منها ساكنة المنطقة... وأختم بأهمية تخصيص اليوم الأخير للقيام برياضة المشي لاستكشاف المنطقة والسياحة، مما يمكن الأطباء من الترفيه عن النفس، وبالتالي إمكانية استئناف عملهم بعد عودتهم إلى مدنهم بجدة ونشاط، ورضى عن النفس بما قدموه من أعمال نبيلة؛ مما يشجعهم إلى استدامة مشاركتهم في هذه الحملات الخيرية.

* "دار الصحة البلسم" MSA:

نموذج جمعية الحي: تترأسها الدكتورة سناء مريمي، طبيبة عامة في القطاع الخاص بسلا. وجاءت فكرة إنشائها للجمعية أمام ما كانت تلاحظه عند المرضى الذين يزورونها في عيادتها من جهل بالمبادئ الأولية للحفاظ على الصحة، وما تحكي لها الأمهات من مشاكل اجتماعية داخل أسرهن وخاصة ما يتعلق بتعليم وتربية الأولاد، وتعرضهن لبعض الانحرافات التي تضر بصحتهن الجسدية والنفسية.

نموذج "دار الصحة" يوجد في عدة دول من بينها فرنسا وبلجيكا، وهي لحد الآن دار الصحة الوحيدة بالمغرب، قد أسست سنة 2008م بحي الواد بسلا. رسالتها هي تحسيس الساكنة المحلية بمفهوم الصحة العامة، وكذلك نشر الوعي بمسائل تتعلق بالجانب الاجتماعي والتربوي، والتكوين المهني والمقاولاتي، والهدف على المدى البعيد هو مساعدة الساكنة على أن تكون مستقلة في هذه المجالات.

ويتكون الفريق الساهر على "دار الصحة البلسم" من مهنيين في مجال الصحة (أطباء، ممرضين، مختصين في الترويض الطبي...)، وعاملين في المجال الاجتماعي (مساعدين اجتماعيين، منسطين، مدربين...).

تقوم الجمعية بمشاريع تحسيسية خاصة بكل فئات المجتمع: الأطفال، المراهقين، الشباب، النساء، الرجال والمسنون. وتعمل الجمعية لتحقيق أهدافها بواسطة عدة أنشطة: فحوصات طبية وشبه طبية، برامج الصحة المجتمعية، التربية الصحية، ورشات التنمية الذاتية، ورشات الفن والسينما، برامج صحة الشباب، وبرنامج المتطوعين الدوليين.

كما تستقبل دار الصحة "البلم" متطوعين دوليين، الذين يشكلون دعماً حاسماً للجمعية، خاصة من أجل تنويع المشاريع المنجزة، فيقومون بتنشيط الورشات، تدبير المشاريع، تنظيم الفعاليات، وكذلك القيام بمهام إدارية عامة.

وتهدف الجمعية على المدى البعيد، تصميم المشاريع التي تعمل عليها منذ 2008م، من أجل تطبيقها في جهات أخرى من البلاد.

وأهم ما يميز دار "البلم"، هو أنها جمعية محلية تهتم بمشاكل الحي الذي تعمل فيه، وبالتالي يتم اختيار مجالات المشاريع انطلاقاً من تشخيص واقع ساكنة الحي، مع الأخذ بالاعتبار اعتقادات وعادات وتقاليد الساكنة عند التخطيط لإنجازها ضماناً لفاعليتها.

* جمعية الحياة للتنمية البشرية:

تأسست جمعية الحياة للتنمية البشرية سنة 2006، بمبادرة ثلة من الأطر المغربية المتعددة التخصصات.

وتهتم بالخصوص بتأطير الشباب باعتبارهم الركيزة الأساسية للمجتمع، للمساهمة في تكوين جيل مغربي له دور فعال في صناعة نهضة المجتمع..

وتنظم الجمعية ضمن فرق مشاريع، يتمحور عمل كل واحد منها حول مجال مجتمعي معين لتلتقي كلها في هدف استراتيجي واحد: المساهمة في النهضة الشاملة لقطاعات المجتمع الحيوية، والرقى بالمستوى الثقافي والأخلاقي للأفراد، وبث روح الأمل لدى الفئات المحتاجة بالانخراط النوعي في العمل الخيري.

ويعتبر مشروع الصحة من أهم مشاريع جمعية الحياة، يهدف إلى تقديم نموذج رائد في المجال الصحي التطوعي وذلك من خلال برنامج متكامل من أجل:

- تقريب الخدمات الصحية للفئة المحتاجة من المواطنين؛
- رفع نسبة الوعي الصحي داخل المجتمع؛
- تفعيل الشباب في أنشطة تروم إلى خدمة الجانب الصحي داخل المجتمع؛
- المساعدة في تكوين وتأطير الأطر الطبية والشبه الطبية؛

وتضم الشبكة الصحية لجمعية الحياة أكثر من 100 طبيب عام ومتخصص وطبيب أسنان، وأكثر من 120 طالب طب و10 ممرضين.

ويعتمد مشروع الصحة على وسائل عملية وهي:

- تنظيم قوافل طبية متعددة التخصصات تهم المناطق المهمشة في مختلف أقاليم المملكة؛
- تشخيص الأمراض المزمنة ومتابعة المرضى وربطهم بالمصالح الاستشفائية القريبة منهم؛
- القيام بعمليات جراحية بسيطة ومعقدة بالمجان من طرف جراحين متخصصين؛
- القيام بدورات تحسيسية لكل المستفيدين من الخدمات الصحية بأهم الأمراض المزمنة؛
- تكوين طبي مستمر للمتخصصين في المجال الصحي من خلال دورات تكوينية متتابعة تنظم إما في إطار مساعدة طلبة الطب على الاستعداد للامتحانات في عدد من المواد كطب القلب، وأمراض النساء والتوليد، وأمراض الصدر، وجراحة العظام، وأمراض الروماتيزم. كما تنظم تكوينات على شكل ورشات تطبيقية للفحص بالصدى، وتحليل تخطيط القلب ECG، وتحليل صور الأشعة السينية، ورشات الإسعافات الأولية...، كما تنظم ندوات وأياماً دراسية في تخصصات متعددة، ودورات تدريبية في التواصل ومهارات العرض والإلقاء. كما تسهر الجمعية على تنظيم مخيمات ترفيهية وتكوينية: (MED CAMP).

وهكذا وإلى نهاية 2018، قامت جمعية الحياة بعدة إنجازات:

- أجرت الجمعية 1218 عملية جراحية.
 - استفاد من الفحوصات الطبية ما يزيد عن 39.526 مستفيد.
 - استفاد من الحالات التحسيسية: 13.715 شخصاً موزعين كما يلي: 3000 مستفيد بالنسبة لأمراض السكري، 1565 بالنسبة لسرطان الثدي وعنق الرحم، 6000 بالنسبة لآفة التدخين والمخدرات. 650 فيما يخص التغذية و 2500 مستفيداً فيما يخص ارتفاع ضغط الدم.
 - قامت الجمعية بأكثر من عشر تكوينات لفائدة طلبة الأطباء.
- ومن أهم أهداف جمعية الحياة، العمل على غرس ثقافة التطوع عند طلبة الطب وذلك بإشراكهم في تنظيم الأنشطة التطوعية: ويتم إدماج الطلبة الأطباء المنخرطين في العمل التطوعي بتقلدهم مسؤوليات تهم تنظيم القوافل الطبية والحملات التحسيسية، حيث يُشكّل فريق يتكون من 20 طالبا على الأقل، يتطوع كل واحد منهم لأخذ مسؤولية معينة سواء في التنظيم القبلي أو يوم الحدث أو الإشراف على عدة مهام، وذلك من أجل التشجيع على الانخراط الجدي في العمل وتنمية روح المسؤولية وتقوية العمل الجماعي بين الأفراد. ومع كل نشاط جديد تتم إعادة توزيع المسؤوليات والمهام بحيث يتمكن الطلبة في الأخير من تجريب كل المسؤوليات وإتقانها، والإلمام بحيثياتها، وبالتالي الوصول إلى قدرة تأطير الطلبة المنخرطين الجدد.



* جمعية مبادرات للتنمية القروية

تعمل جمعية مبادرات للتنمية القروية - منذ تأسيسها بتاريخ 17 أبريل 2004 - على استقطاب الطاقات البشرية المحلية من أجل الاستغلال الأمثل للإمكانات والموارد المحلية، وذلك من أجل تحقيق تنمية

مستدامة بمنطقة مولاي بوعزة التابعة لإقليم خنيفرة، وهي تشتغل على أربع مجالات أساسية: المجال التربوي؛ المجال السوسيواقتصادي؛ المجال البيئي والمجال الصحي.

وفيما يخص المجال الصحي، تهتم الجمعية بتنظيم أنشطة توعوية في عدد من المراكز التابعة لها، وكذلك تنظيم قوافل طبية وجراحية بتعاون مع الجمعية المغربية الطبية للتضامن AMMS.

ولقد ارتأى مؤسسها الأستاذ الدكتور "عباس المسناوي" الاهتمام بمحددات الصحة والتنمية المحلية، وجعل مجال التربية والتكوين الميدان يتصدر أولويات أنشطة هذه الجمعية، وذلك قناعة منه بالدور المحوري الذي يلعبه على مستوى التنمية المستدامة، بحيث أعطته الجمعية الاهتمام البالغ، وشرعت في تطوير بنياته التحتية من خلال العمل على بلورة تجربة المدرسة الجماعية، وقد سعت الجمعية من خلال هذه التجربة إلى تشجيع التمدن بالعالم القروي الجبلي، والحد من معيقاته، ثم العمل على تعميمه، مما ساهم في محاربة الفشل الدراسي، والهدر المدرسي.

كما ساهمت الجمعية في الرفع من جودة التعليم وتحسين جودة التحصيل باعتماد آليات الدعم النفسي والاجتماعي والتربوي، وإدماج المدرسة في محيطها السوسيواقتصادي وذلك بـ:

- إشراك الساكنة في إنجاز وتدبير المشروع؛
- إصلاح وتوسيع المسلك المؤدي إلى مدرسة اعروست؛
- تزويد دار التلميذ القروي وكذا الساكنة المحلية بالماء الشروب، الشيء الذي أعطى الانطباع على أن المدرسة ودار التلميذ القروي تجلبان للمنطقة كثيرا من المنافع؛
- وأصبحت الداخلية فضاء طبيعيا للقاءات والاجتماعات والحملات الطبية والتحسيسية لفائدة الساكنة المحلية.

ولمواكبة المسار الدراسي للتلاميذ الملتحقين بالتعليم الثانوي التأهيلي والإعدادي تمّ بناء دار الطالبة بإعدادية الحسن الأول سبت آيت رحو بتصور يهدف تشجيع تمدن الفتاة القروية، الحد من أسباب الهدر المدرسي ومحاربة ظاهرة زواج القاصرات.

وانطلاقا من النتائج جد الإيجابية التي تم تحقيقها على مستوى السلكين الابتدائي والثانوي الإعدادي، والتي كانت ثمرة المبادرات المعتمدة من طرف الجمعية لحل إشكالية التمدن بالمنطقة القروية التابعة لإقليم خنيفرة، ورغبة منها في مواكبة هذه النتائج لتشمل تلاميذ وتلميذات السلك الثانوي التأهيلي، ارتأت الجمعية بلورة استراتيجيتها التعليمية في إطار مقارنة "حوض مدرسي" شمولي ومتكامل في بنيته المستقبلية وروافده المتفرعة، من أجل حل إشكالية التمدن بالعالم القروي الجبلي بكل من الجماعات القروية؛ مولاي بوعزة، سبت آيت رحو وحد بوحسوس. وتمّ اعتماد مقارنة مجالية، مندمجة وتشاركية، حتى تضمن للمتمدرسين

الاستمرارية من سلك التعليم الأولي وختمًا بالحصول على شهادة البكالوريا، مع إمكانية مواكبة الناجحين على مستوى التعليم العالي.

كما قامت الجمعية بإحداث لجنة تابعة للجمعية، تحمل إسم: "لجنة دعم التوجيه التربوي"، تحت إشراف مجموعة من أساتذة المدرسة المحمدية للمهندسين، والأطر التربوية والإدارية العاملة بثنائية المنصور الذهبي، بهدف مواكبة التلاميذ ومساعدتهم على حسن الاختيار والتوجيه في مسارهم الدراسي عن طريق وضع قاعدة معطيات ومعلومات تتعلق بالمسالك الدراسية ما بعد البكالوريا، وعن كيفية ولوجها والكفاءات التي تتطلبها والإجراءات الأولية التي يجب على تلاميذ السنة الثانية بكالوريا اتخاذها، خصوصاً وأن معرفة كل هذا يجنبهم هدر فرص ثمينة تكون في متناولهم، إلا أن تهميش المنطقة وعزلتها والنقص الحاصل في خدمات التوجيه، تقوت عليهم فرصاً ثمينة في هذا المجال.

اتخذت جمعية مبادرات للتنمية القروية هذه البادرة لتقديم الدعم اللازم لهؤلاء التلاميذ ومساعدتهم في تهييء الظروف الملائمة لهم لاجتياز المباريات، وكذا مساعدتهم من أجل الحصول على منح التعليم العالي، مع تمكينهم من السكن في الأحياء الجامعية، مما يفتح أمامهم فرصاً أكثر في سوق الشغل.

النتائج الأولية للتجربة:

1- على مستوى نسبة التمدرس، بعدما كانت نسبة التمدرس لا تتعدى 54% خلال الموسم الدراسي 2004/2005، تضاعف عدد التلاميذ بالوحدة المدرسية ثلاث مرات، ما بين الموسم المذكور والموسم الدراسي 2011/2012م، وتشكل فيه نسبة الإناث أكثر من 50%، الأمر الذي تطلب من الجمعية توسيع الطاقة الاستيعابية لمدرسة أعروست (موقع انطلاق تجربة المدرسة الجماعية)، ببناء حجرات إضافية للدرس، وكذلك بناء طابق علوي لدار التلميذ القروي، لتأمين المراقدة الكافية للوافدين على المدرسة، بحيث تم تغطية الحاجيات المحلية فيما يتعلق بتعميم التمدرس بنسبة 100%، بل تم تجاوز هذه النسبة باستقبال التلاميذ الوافدين من مناطق أخرى، رغبة منهم في الاستفادة من خدمات المدرسة الجماعية.

2- على مستوى نسبة النجاح:

بالسلك الابتدائي: تدل النتائج الدراسية المسجلة بعد إنجاز المشروع على مؤشر الجودة حيث تتراوح نسب النجاح في مختلف المستويات (السنة الأولى/السنة الخامسة ابتدائي) ما بين 98% و100%، بينما وصلت إلى 98% بالنسبة إلى السادسة ابتدائي، الشيء الذي جعل الطاقة الاستيعابية على مستوى المؤسسات الثانوية الإعدادية التي يتكون منها الحوض المدرسي غير قادرة على استيعاب كافة الملتحقين بها، سواء على مستوى الجماعة القروية سبت آيت رحو أو جماعة حد بوحسوسن.

بالسلك الثانوي الإعدادي: وصلت نسبة النجاح بالسنة الثالثة بالثانوية الإعدادية الحسن الأول بسبت آيت رحو إلى 80%، وذلك على حساب النسبة المئوية المحددة على مستوى نيابة إقليم خنيفرة،

بحيث حصل تلاميذ هذه المؤسسة التي يلتحق بها تلاميذ المدارس الجماعية معدلات متميزة جعلتهم يحتلون المراتب الأولى في الامتحانات الإشهادية، على مستوى الإقليم. هذه النسب الجيدة والمرتفعة لنجاح تلاميذ الثالثة إعدادي بمؤسسة الحسن الأول بسبت آيت رحو، واجهتها إكراهات فيما يتعلق بالالتحاق بالثانوية التأهيلية الوحيدة المنصور الذهبي بمولاي بوعزة، التي تبعد بـ 7 كيلومترات عن قرية سبت آيت رحو، ويمكن إجمال هذه الإكراهات في:

- إكراهات تتجلى على مستوى الثانوية التي لا تتوفر على داخلية لإيواء الملتحقين بها، خصوصا وأن الطاقة الاستيعابية للخيرية الوحيدة بمولاي بوعزة، لا تسمح باستقبال عدد أكثر، نظرا للاكتظاظ الذي تعرفه. أيضا الظروف المادية لآباء هؤلاء التلاميذ لا تسمح لهم بالاستقرار في مولاي بوعزة، أو توفير إيواء لبناتهم وأولادهم.

- إكراهات من أجل توفير وسائل لنقل التلميذات والتلاميذ من إعدادية الحسن الأول بسبت آيت رحو إلى الثانوية الإعدادية التأهيلية المنصور الذهبي، الوحيدة بمنطقة مولاي بوعزة، لأن نسبة الناجحين بالثالثة إعدادي في ارتفاع متزايد سنة بعد أخرى، وذلك ارتباطا بالمستوى الجيد لتلاميذ الروافد التي تشكلها المدارس الجماعية، الشيء الذي أصبحت معه خدمات الحافلة الوحيدة غير قادرة على تلبية حاجيات ما يفوق 84 تلميذة وتلميذ. ويشكل هذا الإكراه عائقا من المعوقات المسببة في الانقطاع عن الدراسة وعدم الالتحاق بالثانوي التأهيلي، بالرغم من النتائج المتميزة المحصل عليها، وهذا ما لا يصطلح عليه الفشل الدراسي، وإنما الهدر المدرسي، ولا زال أعضاء الجمعية يعملون جادين لرفع هذه التحديات، خصوصا أمام النتائج المتميزة التي يحصل عليها التلاميذ والتلميذات في امتحانات البكالوريا.

كما اهتموا بإنشاء مشاريع داعمة للتجربة:

- بناء مركز أرقية قدوري الذي يشكل نواة للتعليم الأولي وفضاء للدعم والتقوية والتكوين في ميدان المعلومات؛ تزويد دوار آيت إيشي بالماء الشروب من أجل تحرير الأطفال من مهمة جلب هذه المادة والالتحاق بالمدرسة؛
- إصلاح وتأهيل فرعية زوكش، بما فيها إصلاح وترميم حجراتها الدراسية وسكنها الوظيفي وربطها بالماء الصالح للشرب، إضافة إلى بناء مراحيض للفتيات والفتيان؛
- إنجاز مشاريع مدرة للدخل كمركز تكوين وتأهيل المرأة ومركز تربية وتحسين نسل الماعز المحلي من أجل تحسين مستوى معيشة الساكنة المحلية لمواجهة تكاليف التمدرس، وذلك بمركز سبت آيت رحو؛
- توزيع رؤوس الماعز على الفئات المعوزة لنفس الغرض، بدوار آيت إيشي (زوكش)؛
- تفعيل آلية الدعم الاجتماعي بتوزيع محافظ مجهزة باللوازم المدرسية وألبسة على التلاميذ المنحدرين من أسر معوزة؛

- تقديم دروس للدعم والتقوية، والتكوين في ميدان المعلومات من أجل التخفيف من ظاهرة الفشل الدراسي، التي تفضي بدورها الى الهدر المدرسي.

ولاستكمال تصورها الرامي إلى تحقيق نسبة تدرس تصل إلى 100%، في باقي المناطق التي لم تشملها بعد تدخلات جمعية مبادرات، كالجماعة القروية حد بوحسوسن التي تم إلحاقها أخيراً ضمن الجماعات المستفيدة من مساعدات التنمية البشرية، فإن الجمعية بصدد إعداد مشروعات لمدرستين جماعيتين لتلبية حاجيات التمدن بكل من منطقة المباركيين ومنطقة أعوينات، التابعتين لهذه الجماعة القروية. وبالتالي العمل على تحسين جودة التعليم، بجماعتي سبت أيت رحو وجماعة مولاي بوعزة، بإنجاز دار التلميذ القروي بمركز سبت أيت رحو، التي استقبلت 120 تلميذة وتلميذ مع بداية الدخول المدرسي الحالي 2018/2019، وأخرى بمركز مولاي بوعزة، وهي في المراحل الأولى من طور البناء.

* "الجمعية الوطنية لطلبة الطب المغرب" IFMSA MOROCCO:

تتضوي هذه الجمعية تحت لواء الشبكة العالمية لـ IFMSA، وهو تنظيم يمثل طلبة الطب في أكثر من 127 دولة، معترف بها من طرف المنظمة العالمية للصحة. وقد أسس فرع المغرب سنة 2012، وهي جمعية لامنتمية سياسياً، هدفها غير ربحي، ومقرها بكلية الطب والصيدلة بالرباط، ولها 7 فروع متوزعة على كليات الطب السبع في المغرب، وتضم أزيد من 1.000 طالب طب.

وتهدف إلى تشجيع اندماج الطلبة -أطباء المستقبل- في تحديد وتوجيه السياسات الوطنية والعالمية للصحة، وتأهيلهم لتقوية النظام الصحي، كذا الرفع من مؤشرات الصحة من خلال مشاريع وبرامج متنوعة تدخل في إطار أربعة محاور وهي كالتالي: الصحة العامة، الصحة الإنجابية والجنسية، التكوين الطبي، حقوق الإنسان والسلام.

كما تقوم الجمعية الوطنية لطلبة الطب بتنظيم برامج لتبادل التداريب بمختلف دول العالم، ينخرط فيها ما يزيد عن 13.000 طالب طب سنوياً من جميع الدول، يجرون إما تداريب سريرية أو تداريب البحث.

تنظم الجمعية برامج توعوية في مجالات مختلفة (الصحة الجنسية، صحة الفم والأسنان، السكري، السل، الصحة النفسية، حقوق المرأة...)، على شكل محاضرات، أو خيمات تحسيسية كالخيمة التي نظمتها الجمعية بمحج الرياض بالرباط للتوعية بمرض السكري، والخيمة التحسيسية التي نظمت بالمستشفى الجامعي بوجدة بمناسبة شهر فبراير سنة 2018م "شهر الوقاية من السرطان". كما تقوم الجمعية بأنشطة أخرى كتنظيم قوافل طبية (منها قافلة طبية متعددة التخصصات لصالح نزلاء سجن عكاشة بالدار البيضاء)، ويقوم الطلبة بزيارات لدور الأيتام، وجمعيات المعاقين...

وبعد عرض هذه النماذج من الجمعيات العاملة في المجال الصحي بالمغرب، سأقف على تجربة جمعية "زمزم للخدمات الصحية" الموجودة بمكة المكرمة نموذج لجمعية مدنية استطاعت أن توفر تمويلات متنوعة من أجل تنفيذ برامجها:

"جمعية زمزم للخدمات الصحية":

تأسست جمعية زمزم للخدمات الصحية في 1426/4/20هـ بمنطقة مكة المكرمة تحت مظلة وزارة الشؤون الاجتماعية وذلك إثر جهود مخلصه من المؤسسين الذين رأوا الحاجة المتزايدة لمثل هذا العمل الصحي التطوعي في منطقة تعتبر قلب العالم الإسلامي ومنبع زمزم. تقوم جمعية زمزم بتقديم الخدمات الصحية الخيرية والتطوعية لذوي الاحتياج في منطقة مكة المكرمة من خلال مجموعة من البرامج والمشاريع الصحية تشمل: التوعية الصحية كأولى السبل في الوقاية من الأمراض وتحسين الواقع الصحي، ثم الرعاية الصحية الأولية من خلال كل من برنامج القوافل الطبية وبرنامج الجولات الطبية ومشروع رؤية¹ وعيادة الحج، ثم تأتي بعد ذلك برامج الرعاية الثانوية من خلال كل من برنامج العلاج الخيري² وبرنامج الأمومة والطفولة وبرنامج الصيدلية الخيرية³، وبرنامج الأجهزة والمستلزمات الطبية، وبرنامج زيارة المرضى نزلاء المستشفيات وبث روح الأمل في نفوسهم وإدخال السرور عليهم، إسهاماً من الجمعية في تخفيف آلامهم، كما تقوم زمزم بتقديم هدايا عينية لهم متضمنة مواد توعوية صحية لتثقيفهم بالهدي النبوي في التعامل مع المرض.



وتقوم جمعية زمزم بالتركيز على توظيف المواطنين من إداريين وممرضين وأطباء (بالإضافة إلى عدد من الأطباء المتطوعين، تعاقدت الجمعية مع عدد من الأطباء للمشاركة في أنشطتها عند الحاجة بمقابل يكافئ 500 ريال سعودي يومياً). وتعمل على عقد دورات تدريبية للموظفين والمتطوعين بشكل دوري حول مفهوم التطوع الصحيح وآلياته، وتعمل على رفع كفاءتهم وتأهيلهم ضمن قيادات العمل في الجمعية.

ووضعت الجمعية أسس واضحة لاختيار المتطوعين مبنية على الكفاءة والقدرة وتوفير الوقت اللازم لأداء المهام المنوطة بها.

وتسعى باستمرار لتطوير الشراكة مع مزودي الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص فيما يخص تقديم الخدمات الصحية لمستفيديها من المرضى الفقراء، وذلك بالحصول على تخفيضات خيرية على أجور الخدمات المقدمة للمستفيدين. وتلتزم جمعية زمزم بالاستماع إلى الشكاوى التي تتعلق بإجراءاتها الإدارية في التعامل مع الحالات المرضية أو التي تتعلق بمزودي الخدمات، والعمل على التحقق من تلك

¹ - يهدف مشروع رؤية قياس حدة الإبصار لطلاب المدارس من خلال تنفيذ مسح ميادين شامل لجميع طلبة المدارس المستهدفة، ومن ثم تقديم المساعدة الطبية المناسبة للطلبة ذوي الاحتياج مثل النظارات الطبية والعلاج الطبي المتخصص في طب العيون).

² - هذا البرنامج معني بتقديم خدمات الرعاية الصحية الثانوية لذوي الاحتياج الصحي في منطقة مكة المكرمة. حيث يتم دعمهم عن طريق المساهمة في تكاليف الخدمات الطبية المطلوبة، بتسليم خطابات اعتماد مالية لمزودي الخدمة الطبية (المتعامل معها مسبقاً) بقيمة المساهمة والتي تلتزم زمزم بدفعها بعد التأكد من تقديم الخدمة.

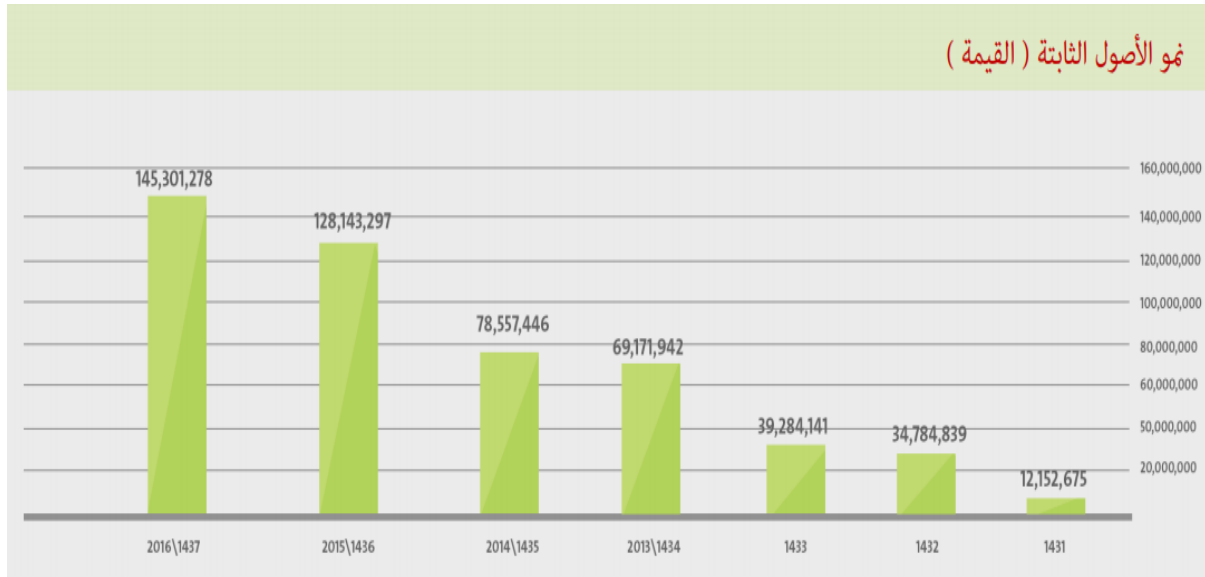
³ - هذا البرنامج يهدف إلى توفير الدواء للمرضى المحتاجين، حيث يتم توفير الأدوية من الصيدلية التابعة لزمزم أو من خلال شركائها من موردي الأدوية والصيدليات، حيث تحصل زمزم على نسبة خصم خيرية على الأدوية المقدمة لمستفيديها.

الشكاوى والتعامل معها لضمان خدمة أفضل للمستفيدين. كما وضعت نظاماً لإدارة الشكاوى (الأيزو)، وهو النظام المعني برضا العملاء (المستفيدين) وإدارة الشكاوى.

كما تقوم بقياس الأثر الاجتماعي للاستثمار لبيان القيمة التي تقدمها للمستفيدين والمجتمع ككل، ومثال عن ذلك: تبين أن "مشروع رؤية" في سنة 2016 قد خلق قيمة اجتماعية تقدر بـ (838,240) ريال سعودي حوالي (7.3) ريال سعودي لكل (1) ريال مستثمر من قبل زمزم وشركائها.

وتستقبل الجمعية من 60 إلى 70 مريض يومياً، 90 في المائة منهم غير سعوديين من مستحقي الزكاة. وتعرض التقارير الطبية الخاصة بالمرضى الذين يطلبون الإعانة من الجمعية على أطباء أخصائيين متطوعين في الجمعية لدراستها والتأكد من صحة ما فيها من معلومات، ثم يتم توجيه المرضى إلى المستشفيات أو المصحات المتعاقدة مع الجمعية لإجراء العمليات أو تقديم العلاجات الاستشفائية. كما تسهر الجمعية على تحقيق الاستدامة المالية من خلال ثلاث محاور رئيسية هي:

1. **الإيرادات المقيدة:** وهي الإيرادات التي تبرع بها أصحابها للوقف سواء كانت مبالغ مالية أو عقارات. وقد بلغ عدد "أوقاف زمزم الصحية" 11 وقفاً ضخماً. وتعمل الجمعية على رفع نسبة الموارد المالية الثابتة من إيرادات هذه الأوقاف، ومن أجل ذلك تم إنشاء قسم لإدارة وتشغيل وتنمية هذه الأوقاف. ومن أهم المشاريع الاستثمارية التي قامت بها الجمعية: إنشاء مجمع طبي بجودة عالية VIP لعلاج الفئة الميسورة تخصص مدخولاته الربحية للنهوض بالرعاية الصحية للطبقة المعوزة.



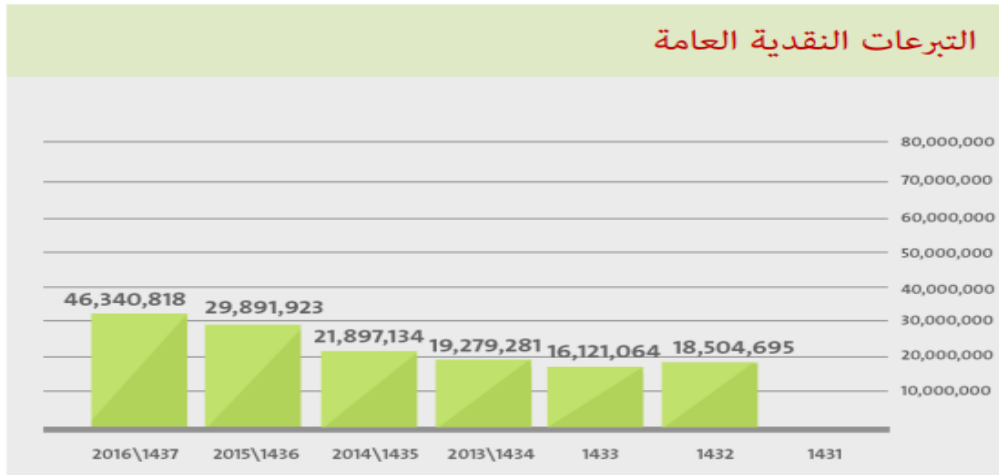
2. **الإيرادات غير المقيدة:** وهي المبالغ المالية الواردة من عدة مصادر والموجهة للصرف على البرامج والأنشطة الرئيسية والمساندة. وتشمل تبرعات الزكاة، التبرعات العينية، اشتراكات الأعضاء، إعانة وزارة الشؤون الاجتماعية...

3. **المساهمات المجتمعية:**

- وتشمل الدعم الذي تتلقاه الجمعية من شركات الأعمال المختلفة ضمن برامج المسؤولية الاجتماعية. وتعمل الجمعية باقتناص الفرص بابتكار برامج تتلاءم مع توجهات المسؤولية الاجتماعية بالشركات لتكوين شراكات طويلة الأمد تساعد على تحقيق الاستدامة المالية للجمعية؛

- وتشمل الدعم العام من المجتمع: اهتمت الجمعية بجلب التبرعات العامة من الشريحة الوسطى من المجتمع، حيث تشكل هذه التبرعات النسبة الأعلى من إيرادات الجمعية، وذلك من خلال حملات التبرع العام المكثفة في المواسم العامة مثل شهر رمضان وموسم الحج، مع العمل على تشجيع أفراد المجتمع للتوجه للتبرعات الإلكترونية. كما سعت الجمعية إلى تحقيق مداخيل مستمرة من خلال دعم الاستقطاع الشهري بالتنسيق مع البنوك المحلية والجهات التي تتبنى استقطاع موظفيها من رواتبهم الشهرية. كما تسعى إلى تفعيل نظام التوصية المجتمعية حيث يتضمن النظام بيان مفصل للخطوات الواجب اتباعها لفئة المتبرعين ذي القدرة المالية المتوسطة. كما يتضمن النظام على نصائح في استخدام وسائل التواصل الاجتماعي مثل: تويتر وفيس بوك، ومقترحات لحسن التواصل عبرها. وتبرز أهمية الموقع الإلكتروني للجمعية بكونه رسالة إعلامية متجددة دائماً. تؤمن جمعية زمزم بأهمية مواقع التواصل الاجتماعي في إبراز جهود الجمعية وأثرها على المجتمع، وتقوم الجمعية بوضع الخطط التسويقية لزيادة الموارد المالية للجمعية مع تطوير هوية الجمعية العامة والإعلانية في مختلف وسائل الإعلام (المطبوعة والمرئية والمسموعة).

وبالنسبة للشراكة مع الداعمين: تقدر جمعية زمزم الداعمين على اختلاف أنواعهم ومقدار دعمهم وتسعى جاهدة لزيادة تبرعاتهم، كما تحرص على التواصل المستمر مع الداعمين بشتى الوسائل بما في ذلك التواصل المباشر من خلال الاجتماعات وتقارير أثر التبرعات، ووسائل التواصل الاجتماعي ورسائل الجوال والاجتماعات والزيارات الميدانية وغيرها. وقد أثمرت جهود زمزم في التواصل المستمر مع كبار الداعمين ورجال الأعمال وتحديد أولوياتهم وتوجهاتهم إلى ابتكار وسائل تسويقية جديدة ساهمت في إيجاد شراكات طويلة الأمد مع الداعمين.



وقد زادت الإيرادات من التبرعات النقدية العامة في العام 1437هـ/2016م بشكل مهم عن العام 1436هـ/2015م نتيجة الوسائل الإلكترونية التي انتهجتها الجمعية والتي أتاحت لفئات المجتمع المختلفة التبرع من خلالها.

إن جمعية زمزم جمعية رائدة في العمل التطوعي في المجال الصحي، وقد اعتمدت آخر التوصيات التدبيرية الحديثة في مجال إدارة العمل المؤسسي من حكمة جيدة وتدريب للموارد البشرية وتقبل شكاوى المستفيدين وأخذها بعين الاعتبار وقياس الأثر الاجتماعي لبرامجها والعمل على حسن التواصل مع شركائها بمدعم باستمرار بتقارير أنشطتها وإصدارها كل سنة لتقرير مفصل سمّته تقرير الاستدامة ونشر جميع المعلومات على موقعها مع تحري الشفافية والصدق والامانة. هذه المميزات جعلت الجمعية تحظى بثقة عدد كبير من الشركاء والمحسنين، من الشركات المانحة ورجال الأعمال والأغنياء إلى الطبقة المتوسطة التي تشارك بتبرعات مالية واستقطاعات شهرية تمثل نسبة مهمة من مدخلات الجمعية¹.

¹ - جميع المعلومات التي أوردتها عن جمعية زمزم أخذتها عن مسؤول بالجمعية عند زيارة مقرها الرئيسي يوم 26 نونبر 2017، وكذلك من تقارير الاستدامة التي تصدرها الجمعية كل سنة، وعن موقع الجمعية الإلكتروني zmzm.org.

لائحة المصادر والمراجع

أولاً: مراجع باللغة العربية

القرآن الكريم برواية ورش عن نافع.

الألف

- * إبراهيم البيومي غانم، تجديد الوعي بنظام الوقف الإسلامي، ط. 2، دار البشير للثقافة والعلوم، 1437هـ/2016م، سلسلة الوعي الحضاري (16).
- * إبراهيم البيومي غانم، مقاصد الخير وفقه المصلحة، مؤسسة الفرقان للتراث الإسلامي، مركز دراسات مقاصد الشريعة الإسلامية، ط 1433هـ/2012م.
- * إبراهيم الخليل الكداري، أربعون سنة في محاربة السرطان، ط. 1، 2018م، مطابع الرباط نت.
- * إبراهيم بن موسى بن محمد اللخمي الغرناطي الشهير بالشاطبي، الموافقات، تحقيق مشهور بن حسن آل سليمان، ط. 1، طبعة دار ابن عفان 1417هـ/2007م.
- * إبراهيم حركات، المغرب عبر التاريخ، دار النشر الرشاد الحديثة.
- * أبو الحسن علي بن عمر بن أحمد البغدادي ويلقب بـ الدارقطني، سنن الدارقطني، حققه وضبط نصه وعلق عليه: شعيب الأرناؤوط، حسن عبد المنعم شلبي، عبد اللطيف حرز الله، أحمد برهوم، ط. الأولى، 1424هـ - 2004م.
- * أبو العباس شمس الدين أحمد بن محمد بن إبراهيم بن أبي بكر ابن خلكان البرمكي الإربلي، وفيات الأعيان وأنباء أبناء الزمان، تح. إحسان عباس، دار صادر - بيروت.
- * أبو العلاء صاعد بن الحسن، التشويق الطبي، تح. مريزن سعيد مريزن عسيري، الناشر، مكتبة التربية العربية لدول الخليج، الرياض: 1416هـ/1996م.
- * أبو القاسم الحسين بن محمد المعروف بالراغب الأصفهاني، المفردات في غريب القرآن، تح. صفوان عدنان الداودي، ط. 1، دمشق، بيروت: دار القلم، الدار الشامية - دمشق بيروت، 1412هـ.
- * أبو بكر محمد بن يحيى بن زكريا الرازي، أخلاق الطبيب، تح. عبد اللطيف محمد العبد، ط. 1، مكتبة دار التراث، القاهرة 1397هـ/1977م.
- * أبو حذيفة إبراهيم بن محمد، نفح الطيب في آداب وأحكام الطبيب، دار الصحابة للتراث بطنطا.
- * أبو داود سليمان بن الأشعث، سنن أبي داود، تح. محمد محيي الدين عبد الحميد، المكتبة العصرية، بيروت.
- * أبو داود سليمان بن داود الطيالسي، مسند أبي داود الطيالسي، تح. محمد بن عبد المحسن التركي، الناشر : دار هجر - مصر، ط. 1، 1419هـ - 1999م.
- * أبو زكريا محيي الدين يحيى بن شرف النووي، تحرير ألفاظ التنبيه، تح. عبد الغني الدقر، دار القلم - دمشق، ط. 1، 1408هـ.
- * أبو عبد الرحمن أحمد بن شعيب النسائي، سنن النسائي المسمى بـ «المجتبى من السنن» ، تح. عبد الفتاح أبو غدة، الناشر: مكتب المطبوعات الإسلامية - حلب، ط. 2، 1406هـ - 1986م.
- * أبو عبد الله أحمد بن محمد بن حنبل الشيباني، مسند الإمام أحمد بن حنبل، تح. شعيب الأرناؤوط وآخرون، الناشر: مؤسسة الرسالة.

- * أبو عبد الله محمد بن عبد الله الحاكم النيسابوري، المستدرک علی الصحیحین، تح. مصطفى عبد القادر عطا، الناشر: دار الكتب العلمية، سنة النشر: 1422هـ - 2002م، ط. 2.
- * أبو عبد الله محمد بن يزيد بن ماجة، سنن ابن ماجة، محمد فؤاد عبد الباقي، الناشر: دار إحياء الكتب العربية - فيصل عيسى البابي الحلبي.
- * أبو عبد الله محمد بن إسماعيل البخاري، الأدب المفرد، محمد ناصر الدين الألباني، الناشر: دار الصديق للنشر والتوزيع، ط. 4، 1418هـ - 1997م.
- * أبو عبد الله محمد بن إسماعيل البخاري، صحيح البخاري المسمى بـ «الجامع المسند الصحيح المختصر من أمور رسول الله ﷺ وسننه وأيامه»، تح. محمد زهير بن ناصر الناصر، الناشر: دار طوق النجاة (مصورة عن السلطانية بإضافة ترقيم محمد فؤاد عبد الباقي، ط. 1، 1422هـ).
- * أبو علي الحسين بن عبد الله بن الحسن بن علي بن سينا، القانون في الطب، دار صادر، بيروت.
- * أبو عيسى محمد بن عيسى بن سورة بن موسى بن الضحاك السلمي الترمذي، سنن الترمذي المسمى بـ «الجامع المختصر من السنن عن رسول الله ومعرفة الصحيح والمعلول وما عليه العمل»، تحقيق وتعليق: أحمد محمد شاكر (ج 1، 2)، ومحمد فؤاد عبد الباقي (ج 3)، وإبراهيم عطوة عوض المدرس في الأزهر الشريف (ج 4، 5)، الناشر: شركة مكتبة ومطبعة مصطفى البابي الحلبي - مصر، ط. 2، 1395هـ - 1975م.
- * أبو محمد علي بن أحمد بن سعيد بن حزم بن غالب الفارسي الأصل الأندلسي، المحلى في شرح المجلى بالحجج والآثار، دار الفكر - بيروت، بدون طبعة وبدون تاريخ.
- * أبو نصر إسماعيل بن حماد الجوهري الفارابي، الصحاح في اللغة، تح. أحمد عبد الغفور عطار، ط. 4، بيروت: دار الملايين، 1407هـ/1987م.
- * أبو هلال الحسن بن عبد الله بن سهل بن سعيد بن يحيى بن مهران العسكري، الفروق اللغوية، تحقيق الشيخ بيت الله بيات، ط. 1، قم: مؤسسة النشر الإسلامي التابعة لجماعة المدرسين بـ «قم»، 1412هـ.
- * أبي الحسن مسلم بن الحجاج، صحيح مسلم المسمى بـ «المسند الصحيح المختصر من السنن بنقل العدل عن العدل إلى رسول الله ﷺ»، تح. محمد فؤاد عبد الباقي، الناشر: دار إحياء التراث العربي - بيروت.
- * أحمد ابن فارس بن زكريا أبو أبو الحسين، معجم مقاييس اللغة، تح. عبد السلام محمد هارون، بيروت - دار الفكر، 1399هـ/1979م.
- * أحمد الريسوني، الأخلاق في الطب... تأسيس مقاصدي، ورقة مقدمة لندوة (الأخلاق الإسلامية والطب)، المنظمة من قبل مركز دراسات التشريع والأخلاق، بالدوحة، في 5-7 يناير 2013م.
- * أحمد بن الحسين بن علي البيهقي، الجامع لشعب الإيمان، تح. مختار أحمد الندوي - عبد العلي عبد الحميد حامد، الناشر: مكتبة الرشد، سنة النشر: 1423هـ - 2003م، ط. 1.
- * أحمد بن علي بن حجر العسقلاني، فتح الباري بشرح صحيح البخاري، دار الريان التراث - القاهرة، ط. 1، 1407هـ/1986م.
- * أحمد بن علي بن عبد القادر، أبو العباس الحسيني العبيدي، تقي الدين المقريزي، المواعظ والاعتبار بذكر الخطط والآثار، مؤسسة الحلبي وشركاؤه للنشر والتوزيع القاهرة.
- * أحمد بن محمد بن أحمد الدردير، الشرح الصغير مع بلغة السالك لأقرب المسالك، دار الكتب العلمية، بيروت لبنان ط. 1، 1415هـ/1995م.
- * أحمد عوف محمد عبدالرحمن، الأوقاف والرعاية الصحية، كتاب الأمة، العدد 119، جمادى الأولى 1428هـ.
- * أحمد عيسى بك، تاريخ البيمارستانات في الإسلام، مطبوعات جمعية التمدن الإسلامي بدمشق، 1357هـ.

- * إسحاق بن علي الرهاوي، أدب الطبيب، تح. د. ميرزن عسيري، ط. 1، مركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الإسلامية، الرياض 1412هـ/1992م.
- * ألكسيس كاريل، الانسان ذلك المجهول، تعريب: شفيق أسعد فريد، مكتبة المعارف بيروت لبنان، ط. 1، 1423هـ/2003م.

الجيم

- * جان شارل سورنيا، تاريخ الطب - من فن المداواة إلى علم التشخيص، ط. 1423هـ/2002م، ترجمة: إبراهيم البجلاتي.
- * جوزيف لوشيني، المؤسسات الحبسية في المغرب - ترجمة نجيبه أغرابي.

الحاء

- * الحاج الكوري، دور الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في التنمية الوطنية، ط. 2، أكتوبر 2001، مكتبة دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع الرباط.
- * حامد أحمد الرفاعي، الاسلام والنظام العالمي الجديد، كتاب شهري يصدر عن رابطة العالم الإسلامي، السنة الثالثة عشر، صفر 1415هـ، العدد 146.
- * حسن إسماعيل، ألفاظ الحضارة عند أبي حيان التوحيدي، دار الفارابي.
- * الحسن بن محمد الوزان، وصف إفريقيا، ترجم عن الفرنسية من طرف الدكتور حجي والدكتور الأخضر، ط. 2، 1983م، دار الغرب الإسلامي، بيروت.
- * الحسين بن مسعود البغوي أبو محمد، معالم التنزيل، ط. 5، بيروت: دار الزهراء ودار المعرفة، سنة 1423هـ/2002م.
- * حمد بن محمود شمس الدين الإشراقي الشهرزوري، تاريخ الحكماء "نزهة الأرواح وروضة الأفراح"، تح. عبد الكريم أبو شويرب، ط. 1، 1398هـ/1988م، جمعية الدعوة الإسلامية العالمية.

الدال

- * دافيد أرنولد، الطب اللامبريالي والمجتمعات المحلية، ترجمة: مصطفى إبراهيم فهمي، عالم المعرفة 1998م.

الراء

- * راغب السرجاني، قصة العلوم الطبية في الحضارة الإسلامية، الطبعة الأولى للناسر، 1434هـ/2013م، أقلام للنشر والتوزيع.
- * رقية بلمقدم، أوقاف مكناس في عهد مولاي إسماعيل (1082-1139هـ/1672-1727م)، ط. وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية المملكة المغربية، 1413هـ/1993م.
- * روجي لوطورنو، فاس قبل الحماية، ترجمة محمد حجي ومحمد الأخضر، دار الغرب الإسلامي، ط. 1406هـ/1986م.

الزاي

- * زهير أحمد السباعي، محمد علي البار، "الطبيب أدبه وفقهه"، ط. 4، 1430هـ-2009م، دار القلم دمشق.
- * زيغريد هونكه، شمس العرب تسطع الغرب، ترجمة: فاروق بيضون، وكمال دسوقي، دار الجيل بيروت ودار الآفاق الجديدة بيروت، ط. 8، 1413هـ/1993م.

السين

- * سامر جابر بسير، كن طبيباً ناجحاً، ط. 1، يناير 2014م.
- * سعد الزركاكي، الحق في الصحة والآفاق: دراسة مقارنة، المجلة، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 112، ط. 1، 2016م.

* سليمان النجران، المفاضلة في العبادات - قواعد وتطبيقات، ط. 1، الرياض: مكتبة العبيكات، 1425هـ/2004م.

* سليمان بن أحمد بن أيوب الطبراني أبو القاسم، المعجم الأوسط، تح. طارق بن عوض الله بن محمد، عبد المحسن بن إبراهيم الحسيني، الناشر: دار الحرمين - القاهرة.

* سليمان بن أحمد بن أيوب الطبراني أبو القاسم، المعجم الكبير، تح. حمدي بن عبد المجيد السلفي، دار النشر: مكتبة ابن تيمية - القاهرة، ط. 2.

* سميث وفان دايك، الكتاب المقدس، ألمانيا: 2010م، النسخة الأكثر استعمالاً في العالم العربي: العهد القديم والعهد الجديد، دار النشر كنوز، تاريخ النشر: 1 يناير 2015م.

* سيد أبو بكر حسانين، طريقة الخدمة الاجتماعية في تنظيم المجتمع، ط. 1، 1974م.

* سيد قطب إبراهيم حسين الشاذلي، أفراح الروح، بيروت، دار ابن حزم، 1433هـ/2012م.

* سيد قطب إبراهيم حسين الشاذلي، في ظلال القرآن، الطبعة 12، جدة، دار العلم للطباعة والنشر، 1982م.

الشين

* شمس الدين محمد بن عبد الرحمان السخاوي، "الإعلان بالتوبيخ لمن ذم التاريخ"، دار الكتاب العرب.

* شهاب الدين أحمد بن إدريس بن عبد الرحمن المالكي أبو العباس الشهير بالقرافي، أنوار البروق في أنواء الفروق، عالم الكتب، بدون طبعة وبدون تاريخ، الفرق الحادي عشر والمائة بين قاعدة ما يضمن وقاعدة ما لا يضمن).

* شهادات وأعمال البروفيسور عبد اللطيف بريش، مطبوعات أكاديمية المملكة، 2017م.

الصاد

* صالح بن عبد الرحمان الحصين، رؤى تأصيلية في طريق الحرية، إعداد وترتيب مؤسسة العبيكان، ط. 1، 1438هـ-2016م.

* صالح بن عبد الله بن حمد وعبد الرحمن بن محمد بن عبد الرحمن بن ملح، ومجموعة من المختصين، نضرة النعيم في مكارم أخلاق الرسول ﷺ، دار الوسيلة للنشر والتوزيع، ط. 1، 1418هـ/1998م.

الطاء

* ظهير الدين علي بن زيد بن محمد بن الحسين أبو الحسن البيهقي، تاريخ حكماء الإسلام، تح. محمد كروعلی، مطبعة الترقى بدمشق 1946م.

العين

* عباس محمود العقاد، أثر العرب في الحضارة الأوربية، ط. 2، دار المعارف بمصر.

* عبد الباقي عبد الكبير، إحياء الفروض الكفائية سبيل تنمية المجتمع، كتاب الأمة، العدد 105، ط. 1 (قطر: وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، 1426هـ/2005م).

* عبد الرحمان محمد ابن خلدون، ديوان المبتدأ والخبر في تاريخ العرب والبربر ومن عاصرهم من ذوي الشأن الأكبر، تح. خليل شحادة، دار الفكر، بيروت، ط. 2، 1408هـ/1988م.

* عبد الرحمن بن الكمال أبي بكر بن محمد بن سابق الدين بن الفخر بن عثمان السيوطي، ويلقب بجلال الدين وكنيته أبو الفضل، حاشية الإمام السندي، سنن النسائي، المطبعة المصرية بالأزهر.

* عبد الرحيم بن سلامة، المهدي بن عباد الطبيب والمفكر الإسلامي، مطبوعات الجمعية المغربية للتضامن الإسلامي، طبع من وزارة الثقافة، مطبعة دار المناهل، ط. 1 1435هـ/2013م.

* عبد الرزاق اصبيحي، الحماية المدنية للأوقاف العامة بالمغرب، 1430هـ/2009م، مطبعة الأمنية - الرباط.

* عبد العزيز الخياط، المجتمع المتكافل في الإسلام، ط. 2، 1401هـ/1981م، مؤسسة الرسالة، مكتبة الأقبص.

- * عبد العزيز بن عبد الله، الطب والأطباء بالمغرب، ط 1380هـ/1960م، المطبعة الاقتصادية.
- * عبد القادر العافية، عالمات جليلات وعلماء أمجاد، الطبعة الأولى، فضاء الطباعة سلا.
- * عبد القادر بن محمد النعيمي الدمشقي، الدارس في تاريخ المدارس، ط. 1، دار الكتب العلمية.
- * عبد الكريم زيدان، أصول الدعوة، الناشر: مؤسسة الرسالة، ط. 9، 1421هـ/2001م.
- * عبد الكريم غلاب، تاريخ الحركة الوطنية بالمغرب، مطبعة الرسالة بالرباط.
- * عبد الله بن الزبير الحميدي، مسند الحميدي، حقق نصوصه وخرج أحاديثه: حسن سليم أسد الداراني، الناشر: دار السقا، دمشق - سوريا، ط. 1، 1996م.
- * عبد الله بن حسين النعمة، العمل الخيري نظرات نقدية وتطلعات مستقبلية، ط. 1، 2018م.
- * عبد الله بن محمد بن إبراهيم بن عثمان بن خواستي العبسي (ت235هـ) أبو بكر بن أبي شيبة، المصنف في الأحاديث والآثار، كمال يوسف الحوت، ط. الأولى، 1409هـ.
- * عبد الله عبد الرزاق مسعود السعيد، الطب ورائداته المسلمات، مكتبة المنار الزرقاء، الأردن، ط. 1، سنة 1405هـ/1985م.
- * عبد الله ناصح علوان، معالم الحضارة في الإسلام وأثرها في النهضة الأوربية، (دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع).
- * عبد المجيد عمر النجار، فقه التحضر الإسلامي، دار الغرب الإسلامي، ط. 1، 1999م.
- * عبد الهادي التازي، جامع القرويين المسجد الجامعة بمدينة فاس، دار الكتاب اللبناني بيروت.
- * عبد الواحد بن علي المراكشي، المعجب في تلخيص أخبار العرب، شرح واعتناء صلاح الدين الهواري، 1436هـ/2006م، ط. 1، المكتبة العصرية، صيدا - بيروت - لبنان.
- * عبد الوهاب خالف، "علم أصول الفقه"، ط. دار الحديث - القاهرة، 1423هـ/2003م.
- * العز بن عبد السلام، قواعد الأحكام في إصلاح الأنام، تح. نزيه كمال حماد وعثمان جمعة ضميرية، دار القلم.
- * عكرمة سعيد صبري، الوقف الإسلامي بين النظرية والتطبيق، ط. 2، دار النفائس الأردن.
- * علاء الدين، أبو بكر بن مسعود بن أحمد الكاساني الحنفي، بدائع الصنائع في ترتيب الشرائع، بيروت دار إحياء التراث العربي ومؤسسة التاريخ العربي.
- * علي ابن أبي زرع الفاسي، الأنيس المطرب بروض القرطاس في أخبار ملوك المغرب وتاريخ مدينة فاس، ط. 1972م، دار المنصور للطباعة والوراقة الرباط.
- * علي عبد الله الدفّاع، أعلام العرب والمسلمين في الطب، ط. 1، 1403هـ/1983م، مؤسسة الرسالة.
- * علي محي الدين القرّة داغي، التأمين التكافلي الإسلامي دراسة فقهية تأصيلية مقارنة بالتأمين التجاري، ط. 6، 1432هـ/2011م، شركة دار البشائر الإسلامية.
- * عماد الدين أبو الفداء إسماعيل بن عمر بن كثير، البداية والنهاية، تح. علي شيري، دار إحياء التراث العربي، ط. 1، 1408هـ/1988م.
- * عمر رضا كحّال، أعلام النساء في عالمي العرب والإسلام، مؤسسة الرسالة، ط. 3، 1397هـ/1977م.
- * عيسى ابن سهل الأسدي، ديوان الأحكام الكبرى أو الإعلام بنوازل الأحكام وقطر من سير الحكام، 1428هـ/2007م، د.ط.، دار الحديث، القاهرة - مصر.
- الغين**
- * غوستاف لوبون، حضارة العرب، ترجمة عادل زعيتّر، ط. 2008، دار بيلون باريس.

الفاء

- * فهد بن عبد العزيز السنيدي، في صحبة السميّط رحمه الله رحلة في أعماق القارة المنسية، دار عالم الكتب، طبعة 1336هـ/2015م.
- * فؤاد عبد الله العمر، إسهام الوقف في العمل الأهلي والتنمية الاجتماعية، سلسلة الدراسات الفائزة في مسابقة الكويت الدولية لأبحاث الوقف (1)، إدارة الدراسات والعلاقات الخارجية- الأمانة العامة للأوقاف 1431هـ/2010م، دولة الكويت، ط. 2، 1432هـ/2011م.
- * فوزي بوخريص، في سوسيولوجيا العمل الجمعي بالمغرب، من التطوع إلى العمل المأجور، مطبعة كوثر برنت- الرباط، 2015م.

الكاف

- * الكتاب الأبيض، من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، المناظرة الوطنية الثانية للصحة، مراكش: 1، 2، 3 يوليو 2013م، وزارة الصحة - المملكة المغربية.
- * كمال الدين أبو الفضل عبد الرزاق بن أحمد بن محمد الصابوني المعروف بابن الفوطي (ت723هـ)، الحوادث الجامعة والتجارب النافعة في المائة السابعة، تح. مهدي النجم، ط. 1، سنة 1424هـ/2003م، دار الكتب العلمية بيروت.

الميم

- * مجيدة الزباني، مدونة الأوقاف المغربية: دراسة منهجية في الأسس والأبعاد، دار الأمان الرباط.
- * محمد أبو زهرة (1898م-1974م)، التكافل الاجتماعي في الإسلام، طبعة جديدة 1991، دار الفكر العربي.
- * محمد استيتيو، الفقر والفقراء في مغرب القرنين 16 و17، سنة 2004م، مؤسسة النخلة للكتاب، وجدة. ط. 2.
- * محمد الأمين البزاز، تاريخ الأوبئة والمجاعات بالمغرب في القرنين 18 و19م، من منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالرباط، سلسلة رسائل وأطروحات، رقم 18، مطبعة النجاح الجديدة، 1992م.
- * محمد الحبيب التجكاني، الإحسان الإلزامي في الإسلام وتطبيقاته في المغرب، 1410هـ/1990م.
- * محمد الحبيب الدكالي، المجتمع المدني ومقاصد الشريعة إشكاليات المرجعية والتنزيل، دار النشر الكلمة، ط. 1، 1440هـ/2019م.
- * محمد الرازي فخر الدين، التفسير الكبير ومفاتيح الغيب، ط 1، 1401هـ/1981م، دار الفكر.
- * محمد الطاهر بن محمد بن محمد الطاهر بن عاشور، أصول النظام الاجتماعي في الإسلام، دار النفائس بالأردن 1421هـ/2001م.
- * محمد المكي الناصري، الأحباس الإسلامية في المملكة المغربية، 1412هـ/1992م، نشر وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، المملكة المغربية، مطبعة فضالة - المحمدية (المغرب).
- * محمد بن أبي بكر بن أيوب بن سعد بن حريز الزرعي المشهور بابن قيم الجوزية، إعلام الموقعين عن رب العالمين، تح. محمد عبد السلام إبراهيم، ط. 1، بيروت: دار الكتب العلمية، 1411هـ/1991م.
- * محمد بن أبي بكر بن أيوب بن سعد بن حريز الزرعي المشهور بابن قيم الجوزية، الإمامة والسياسة، طبع بمصر 1228هـ.
- * محمد بن أبي بكر بن أيوب بن سعد بن حريز الزرعي المشهور بابن قيم الجوزية، مدارج السالكين بين منازل إياك نعبد وإياك نستعين، محمد المعتصم بالله البغدادي، دار الكتاب العربي - بيروت، ط. 3، 1416هـ/1996م.
- * محمد بن أحمد الكانوني العبدى، الطب العربي في عصر دول المغرب الأقصى، تح. علال ركوك ومحمد بالوز، ط. 1، 2013 من منشورات كلية الطب والصيدلة بالرباط.

- * محمد بن أحمد ميارة الفاسي المالكي، الدر الثمين والمورد المعين. بدون طبعة.
- * محمد بن جرير أبو جعفر الطبري (ت310هـ)، جامع البيان عن تأويل آي القرآن، تح. عبد الله بن عبد المحسن التركي بالتعاون مع مركز البحوث والدراسات العربية والإسلامية، دار هجر للطباعة والنشر والتوزيع والاعلان.
- * محمد بن عبد العزيز بن عبد الله، الوقف في الفكر الإسلامي، طبعة وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية - المملكة المغربية، 1416هـ/1996م.
- * محمد بن عبد العزيز بن عبد الله، الثقافة الإسلامية في رعاية الوقف، ط. 1، الرباط 2005، مطبعة بني يزناسن - سلا.
- * محمد بن علي بن محمد التهانوي الحنفي، كشف مصطلحات الفنون.
- * محمد بن علي بن محمد الشوكاني، نيل الأوطار بشر منتقى الأخبار من أحاديث سيد الأخيار، ط. 3، 1380هـ/1961م.
- * محمد بن مكرم بن علي جمال الدين ابن منظور أبو الفضل الأنصاري الرويفعي الإفريقي، لسان العرب، بيروت - دار إحياء التراث العربي مؤسسة التاريخ العربي، 1416هـ.
- * محمد بن يعقوب بن محمد بن إبراهيم بن عمر، أبو طاهر، مجد الدين الشيرازي الفيروزآبادي، القاموس المحيط، تح. مكتب التراث في مؤسسة الرسالة بإشراف محمد نعيم العرقسوسي، ط. 8، (بيروت: مؤسسة الرسالة، 1426هـ/2005م).
- * محمد بنحبي، الدليل القانوني والعمل للجمعيات، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية REMALD، العدد 41، 2019م.
- * محمد رشيد رضا، (ت1354هـ/1935م)، تفسير القرآن الكريم المشهور بتفسير المنار، سنة النشر 1366هـ/1947م.
- * محمد زين العابدين الحسيني، جامعة القرويين تمنح أول إجازة في الطب، سلسلة المناهل، الدار العالمية للكتاب للطباعة.
- * محمد عبد الرحمن بن عبد الرحيم المباركفوري، تحفة الأحوزي بشرح جامع الترمذي، دار الفكر، ط. 3، 1399هـ/1979م.
- * محمد عبد الله السلومي، القطاع الثالث والفرص السانحة - رؤية مستقبلية - سلسلة دراسات اجتماعية الكتاب الثالث، مركز القطاع الثالث للاستشارات والدراسات الاجتماعية، ط. 1، 1431هـ/2010م.
- * محمد غربي، الوجيز في تاريخ العلاقات الدولية المعاصرة مع دراسة تأصيلية مختصرة للمنظمات الدولية، ط. 2، 2006م، دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع.
- * محمد متولي الشعراوي، تفسير الشعراوي (خواطري حول القرآن)، مطابع دار أخبار اليوم، 1991م.
- * محمد مصطفى شلبي، كتاب أحكام الوصايا والأوقاف، مطبعة دار التأليف بمصر، سنة 1386هـ-1967م، ط. 3.
- * مريزن سعيد مريزن عسيري، "علم الطب أهميته وشرفه ومعاييره الأخلاقية والعلمية عند المسلمين"، ط. 1416هـ.
- * مصطفى الزباخ، المصطفى حدية، استراتيجية الحوار والمواطنة والتنمية في برامج المجتمع المدني.
- * مصطفى الزرقا، أحكام الاوقاف، عمان - دار عمان، 1320هـ/1997م.
- * مصطفى السباعي، من روائع حضارتنا، دار ابن حزم ودار الوراق، بيروت - لبنان، 1430هـ-2010م.
- * مصطفى بنعلي، تاريخ الأوقاف الإسلامية بالمغرب في عصر السعديين من خلال حوالة تارودانت وفاس، منشورات وزارة الأوقاف الإسلامية، 1428هـ/2007م.

- * المصطفى حدية، التربية الوالدية الرؤية الإسلامية بتنظيماتها القيمية، ط 2013، مطابع نت.
- * المصطفى حدية، دراسات حول الطفولة والشباب - مقارنة نفسية اجتماعية -، ط. 2 مزيده ومنقحة، 2013، مطابع الرباط نت.
- * المصطفى حدية، قضايا في علم النفس الاجتماعي، طبعة جديدة 2017، مطبعة الرباط نت.
- * مصطفى فرعل، سير الصالحين وأنيس المؤمنين. بدون طبعة.
- * مكي بن نسيب السباعي، مكتبات المسجد، مكتبات المساجد، ترجمة هاشم فرحات السيد ومحمد جلال غندور مركز فيصل للدراسات والبحوث، ط. 1، 1427هـ-2006م.
- * منذر قحف، الوقف الإسلامي تطوره - تنميته - إدارته، دار الفكر المعاصر بيروت لبنان، ط. 2، 1427هـ/2006م.
- * منذر قحف، الوقف في المجتمع الإسلامي المعاصر، وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، الدوحة، قطر، 1417هـ.
- * موفق الدين أحمد بن القاسم بن خليفة الحكيم الخرجي، والذي يكنى بأبي العباس، ويلقب بابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء في طبقات الأطباء، ط. 4، 1408هـ/1987م، دار الثقافة بيروت - لبنان.

النون

- * نعمت عبداللطيف مشهور، الزكاة (الأسس الشرعية والدور الإنمائي والتوزيعي)، المعهد العالمي للفكر الإسلامي سلسلة الرسائل الجامعية 2، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع - بيروت، ط. 1، 1413هـ/1993م.

الواو

- * ولي الله الدهلوي، حجة الله البالغة، مطبعة القاهرة. دون تاريخ.
- * وهبة الزحيلي، الوصايا والوقف في الفقه الإسلامي، ط. 2، 1417هـ/1996م، دار الفكر - دمشق.

الياء

- * يسين السيد، أمانى قنديل، الموسوعة العربية للمجتمع المدني.
- * يوسف القرضاوي، في فقه الأولويات دراسة جديدة في ضوء القرآن والسنة، ط. 1، القاهرة: مكتبة وهبة، 1415هـ.
- * يوسف القرضاوي، مشكلة الفقر وسبل علاجها في ضوء الإسلام، طبعة مزيده منقحة، 1386هـ/1966م.
- * يوسف القفطي، إخبار العلماء بأخبار الحكماء، طبع مصر، مكتبة المتنبي القاهرة، 1226هـ.

○ بحوث جامعية (دكتوراه وماستر):

- * أمينة الإدريسي، بحث الدكتوراه: نزعة الخير والشر في الفكر الإسلامي، جامعة محمد الخامس - أكادال - الرباط، شعبة الدراسات الإسلامية (2014/2015م).
- * بثينة الغلبزوري، بحث الدكتوراه: التزامات الطبيب بين الفقه الإسلامي والقانون المغربي، جامعة محمد الخامس الرباط، شعبة الدراسات الإسلامية. 1422هـ/2002م).
- * زينب عبد الوافي، المرأة وإسهاماتها في العمل الاجتماعي، جامعة محمد الأول كلية الآداب والعلوم الإنسانية وجدة، 2017-2018م.
- * سمية جعفر، دور الصناديق الوقفية في تحقيق التنمية المستدامة دراسة مقارنة بين الكويت وماليزيا، الماجستير في إطار مدرسة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس سطيف، الجزائر، 2013-2014م.

- * لمياء أزرن، تطور السياسة الصحية بالمغرب، أطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية جامعة محمد الخامس، الرباط السنة الجامعية: 2011-2012م.
- * محمد أمين البزاز، المجلس الصحي الدولي بالمغرب (1929-1792م)، بحث لنيل دبلوم الدراسات العليا في التاريخ، كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالرباط، السنة الجامعية، 1979-1980م.

○ مقالات:

- * إبراهيم القميري، دور المؤسسات الوقفية في الخدمات الصحية - نماذج وتجارب عالمية-، بحث قدم في ملتقى الأوقاف الرابع الذي عقد بمكة يوم 28-29 رجب 1439هـ/14-15 يونيو 2018م.
- * أحمد رمزي، الفتوحات الطبية الكبرى في القرن العشرين، درس خميسي 23 ماي 2002م، من منشورات أكاديمية المملكة.
- * أحمد عوف محمد عبدالرحمن، الأوقاف والرعاية الصحية، مجلة أوقاف، السنة 3، العدد 6، ربيع الثاني 1425هـ/يونيو 2004م.
- * جمال قاسي، مقال نشر في مراكش بريس يوم 23 - 11 - 2009م، مغرس.
- * ذياب موسى البداينة، التنمية البشرية والإرهاب في الوطن العربي، مركز الدراسات والبحوث - جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية - ط. 1، 1431هـ-2010م.
- * زكريا محمد عبد الهادي، الإيمان كدافعية لتشجيع العمل التطوعي، بحث قدم في مؤتمر العمل الخيري الخليجي الثالث بدبي، 20 - 22 يناير 2008م.
- * طارق بن نايف الشميري، الضوابط الشرعية لوقف الوقت، سلسلة دراسات ساعي العلمية (1)، الطبعة الأولى 1441هـ/2019م، دار مؤسسة ساعي لتطوير الأوقاف، 1439هـ فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.
- * طارق عبدالله، هارفارد وأخواتها: دلالات الوقف التعليمي في الولايات المتحدة الأمريكية، مجلة أوقاف عدد 20، السنة 11، جمادى الأول 1432هـ/مايو 2011م.
- * عبد الحكيم بن محمد بلال، العمل المؤسسي معناه ومقومات نجاحه، مجلة البيان: العدد 143، 1420هـ/1999م.
- * عبد الرزاق قسوم، البعد الإنساني العام للوقف الإسلامي، مؤتمر الشارقة للوقف الإسلامي والمجتمع الدولي، الشارقة 1426هـ.
- * عبد الستار أبو غدة، دور الدولة في النشاط الاقتصادي نظرة تأصيلية وفق قواعد الاقتصاد الإسلامي، بحوث ندوة البركة الخامسة والثلاثين للاقتصاد الإسلامي، ط. 1، 1435هـ-2014م.
- * عبد العزيز بن عبد الله، العلوم الطبية بين المغرب والأندلس، حديث الخميس بأكاديمية المملكة، 14 جمادى الأولى 1431هـ/ 29 أبريل 2010، من منشورات أكاديمية المملكة.
- * عبد العزيز بن فوزان بن صالح الفوزان، مسؤولية الدولة والأغنياء عن تحقيق التكافل الاجتماعي وفق منظور الاقتصاد الإسلامي، بحوث ندوة البركة الخامسة والثلاثين للاقتصاد الإسلامي، 7-8 رمضان 1435هـ / يوليو 2014هـ، جدة.
- * عبد الله بن محمد العمراني، تجارب معاصرة في استثمار الأوقاف (الصناديق الاستثمارية-العهد المالية)، بحوث ندوة البركة الخامسة والثلاثين للاقتصاد.
- * عبد الله بن نفيح المطرفي، الوقف ودوره في تأسيس وتشغيل وتطوير المؤسسات الصحية العلاجية، بحث قدم في المؤتمر الإسلامي للأوقاف تحت شعار "أوقف لأجر لا يتوقف"، 19 محرم 1438هـ/ 20 أكتوبر 2016م.
- * عبد الملك السيد، الوقف الإسلامي والدور الذي لعبه في النمو الاجتماعي في الإسلام ضمن بحوث وقائع ندوة إدارة وتثمين ممتلكات الوقف.

- * عثمان العامر، ثقافة العمل التطوعي لدى الشباب السعودي: دراسة ميدانية، مجلة الشريعة والدراسات الإسلامية، العدد السابع، 1427هـ.
- * عزة شاهين، التجربة التركية في الأوقاف، بحث قدم في المؤتمر الإسلامي للأوقاف الذي نظم من 17 إلى 19 أكتوبر 2016م/17-19 محرم 1438هـ، تحت شعار «أوقف لأجر لا يتوقف».
- * لارا إدريس، مجلة لندن، 26 سبتمبر 2017م.
- * محمد الدرويش (مدير المرصد الوطني لمنظومة التربية والتكوين)، الندوة الوطنية الدولية في موضوع: "منظومة التربية والتكوين بين التخطيط والتنفيذ"، المنظمة بكلية الطب والصيدلة بالرباط في 20 فبراير 2019م.
- * محمد المنوني، العلوم والآداب والفنون في العهد الموحي، ط. 2، دار المغرب للتأليف والترجمة والنشر.
- * محمد المنوني، دور الأوقاف المغربية في التكافل الاجتماعي في عصر بني مرين، مجلة دعوة الحق، العدد 230.
- * محمد بن عبد العزيز ابن عبد الله، الوقف في التشريعات القديمة، في دعوة الحق، العدد 231، ذو الحجة- محرم 1403-1404هـ، شتبر- أكتوبر 1983م.
- * محمد صالح سلطان، الوقف الصحي رؤية مقاصدية تطبيقية، منتدى فقه الاقتصاد الإسلامي 2017م.
- * محمد صديق محمد عبد الله، الامتناع عن الإسعاف وأثره في تح. المسؤولية التقصيرية "دراسة تحليلية مقارنة"، مجلة القانون المغربي، العدد 37، أبريل 2018م.
- * محمد ناجي بن عطية، البناء المؤسسي في المنظمات الخيرية الواقع وآفاق التطوير، مجلة الأندلس الاجتماعية والتطبيقية، العدد الثالث، 2009، صنعاء - الجمهورية اليمنية 2009م.
- * ياسمين أبو فخر، سلسلة مفاهيم العمل التطوعي - ثقافة العمل التطوعي الإنساني في سوريا، مجلة دلتا نون، العدد 3، ربيع 2015م.

○ تقارير:

- * أبرز إنجازات وزارة الصحة 2018م.
- * إنتظارات الصحة، التقرير العام 2013، إصدارات وزارة الصحة، المملكة المغربية.
- * البرنامج الحكومي 2018م.
- * تصدير دستور 1962م.
- * الدراسة المنجزة من طرف الفضاء الجمعي حول مؤشر المجتمع المدني بالمغرب / أبريل 2011م.
- * دليل أكاديمية المملكة المغربية وحصيلة أعمالها في ذكراها الثلاثين، 1400-1431هـ/1980-2010م، مطبوعات أكاديمية المملكة المغربية.
- * الرأي، وضع ودينامية الحياة الجموعية، الإحالة الذاتية 28، 2016م تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي.
- * السياسة الصحية: المكتسبات، التحديات والرهانات (برنامج العمل لسنوات 2005-2007م)، وزارة الصحة.
- * قانون الالتزامات والعقود.
- * مخرجات الحوار الوطني حول المجتمع المدني والأدوار الدستورية الجديدة، الملاحق، 6/6.
- * المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة لسنة 2018م ENPSF إصدار وزارة الصحة بالمغرب.

ثانيا: مراجع باللغات الأجنبية

- "A social Model for health promotion for an aging population: initial evidence on the experience corps model" Journal of urban health: Bulletin of the New York Academy, medicine: 2004.

- “Medical students Motivations to volunteer: An examination of the nature of Gender differences”, Thomas D Fletcher and Debra A. major, *Sen Roles*, Vol. 51, July 2004.
- 10 Years of Impact: 2003–2012, Jewish Community Youth Foundation.
- Abdelmounim ou Aissa, la sante publique au Maroc à l’époque coloniale 1907–1956/thèse pour le doctorat en histoire université de paris, pantheon sorbone ? 1977, atelier national de reproduction des thèses (ANTRT).
- Annuaire statistique, zone sud 1955–1956.
- Berkman, L. F., Kasl, Freeman, Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology* in, 1986, 124, 372–388.
- Breslin, Jimmy (1991). *Damon Runyon –a life*. New York, USA: Ticknor & Fields.
- Bureau of Primary Health Care, Health Resources and Services Administration. HRSA health center program [Internet]. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration; 2014 [cited 2016 Mar 23]. Available from: <http://bphc.hrsa.gov/about/healthcenterfactsheet.pdf>.
- Comparative international analysis of Religion and Spirituality in Social Work: A Survey of UK and US Social Workers. Leola Dyrud Furman, Perry W. Benson, Edward R. Canda & Cordelia Grimwood, *Social Work Education* Vol. 24 No. 8, December 2005.
- Comptes nationaux de la sante, Rapport 2015.
- Comptes Nationaux sur la santé 1997/98, ministère de la santé, rapport final CNS.
- Curlin FA, Serrano KD, Baker MG, Carricaburu SL, Smucker DR, Chin MH. Following the call: how providers make sense of their decisions to work in faith-based and secular urban community health centers. *J Health Care Poor Underserved* 2006 Nov; 17(4): 944–57. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2006.0120>.
- Daniel Rivet, hygiénisme colonial et médicalisation de la santé marocaine en temps de protectorat 1912–1956, Paris/ Lyon, maison l’orient méditerranéen, 1955.
- DOUG OMAN, CARLE E. THORESEN, KAY MACMAHON, *Journal OF Health Psychology*, 1999 SAGE Publications London, Vol 4(3) 301–316, 008557.
- Gary Watt, *Trust and Equity*, Osford University Press, 2003, UK.
- Guadlosi, M. (1988), The Influence of Hslamic Law of Waqf on the development of the trust in England The Case of Merton College, *Université of Pennsylvania Law Review*, Bol.136, No.4M 1231–61.
- Interest in international surgical volunteerism: results of a survey of members of the American Pediatric Surgical Association: Marilyn W. Butler a, Sanjay Krishnaswami b, David H. Rothstein c, Robert A. Cusick d a Division of Pediatric Surgery, Stanford University, Stanford, CA, USA b Oregon Health and Sciences University, Portland, OR, USA c Children's Memorial Hospital, Chicago, IL, USA d University of Nebraska, Omaha, NB, USA Received 21 August 2011.
- Jewish Teen Foundations Impact Report, A program of the Jewish Community Federation amd Endowment Fund.
- John R. Commons, *History of Labor in the United States*, Vol. II, New York: The Macmillan Co., 1935, see also, *The Socialist*, July 29, 1876.
- L’œuvre médicale française au Maroc, Casablanca, 1949.
- La France Bénévole : les mille et une façons d’agir, Edition 12– Juin 2015.
- Lester M, Solomon. *America s Non profit Sector*, The Foundation Center, New York 1992.

- M Bozzi, Rapport sur le projet de la direction de la santé publique et la famille, conseil de gouvernement, session de décembre 1954.
- Martin Marty: (1980) social service goldly and goldless – social service review, Decembre (463–481).
- Ministère de la santé, rapport sur la coopération en santé.
- Physicians’ Perceptions of Volunteer Service at Safety–Net Clinics „By: Laura McGeehan, PhD; Michael A Takehara, MD; Ellen Daroszewski, PhD, APRN. The Permanente Journal/Perm J 2017; 21:16–0039.
- Promoting volunteerism in global health: lessons fro; a medical mission in northern mexico”: Mellissa Withers – Carole H. Brozner – Tara Aghaloo; Journal Community health, New York 2012.
- Rapport de l’ONDH: Les disparités dans l’accès aux soins au Maroc– Etude des cas– 2010.
- Rapport OMS 2010 Recommandations pour une politique mondiale. Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation.
- Ressources Humaines de la Santé en chiffres 2015, Edition octobre 2016, Direction des Ressources Humaines, Ministère de la Santé.
- Revue de l’occident mudulmanet de la méditerranée, N. 7, 1970.
- Revue TOUBIB Or Not TO Be (TONTB), Revue Estudiantine, 9^{eme} Edition, Janvier 2019, pM 13/14/15.
- Royal Institute of international Affairs: The Middle East: A Political & Economical Survey (oxford Univ. Press, London, 1950).
- SamuelEliot Morism, The Oxford History of the American People, New York: Oxford University Press, Inc., 1965.
- Santé en chiffre 2000, op.cit.
- Santé en chiffres 2015, Edition 2016, Direction de la planification et des Ressources Financière, Division de la Planifications des Etudes Service des Etudes et de l’Information Sanitaire, Maroc.
- Spencer, Sue (1956) religion and social work, social work, vol. 1, n° 3, (19–28).
- Stoup Herbert (1962) the common perducament of religion and social work, April (89–93).
- Stratégies de la coopération Maroc–OMS 2017–2021. Rapport du bureau de la méditerranée orientale.
- Sullivan, G. B., & Sullivan M. J. (1997), Promoting wellness in carciac rehabilitation: Exploring the role of altruism. Journal of Cadiovascular Nursing, 1997, 11, 43–52.
- Témoignages à l’occasion de cinquantième anniversaire de l’hôpital Ibn Sina.
- The Integration of Clients’ Religion and Spirituality in Social Work Practice: A National Survey, Holly K. Oxhandler, Danielle E. Parrish, Luis R. Torres, and W. Andrew Achenbaum, Social Work Volume 60, Number 3 July 2015.
- Wajih Maazouzi, thèse d’état en droit public, les éléments d’une nouvelle politique de santé au Maroc, édition OKAD, Rabat, 1989.

○ مواقع إلكترونية:

- www.asilalumni.com: موقع وقف أصيل بتركيا:
- www.awqaf.org.kw: موقع الأمانة العامة للأوقاف بالكويت:
- www.byrnepelofsky.com/giving-usa-2018-americans-gave-410-02-billion-to-charity-in-2017: العطاء بأمريكا:
- www.cafonline.org/about-us: مؤشر الإحسان العالمي:
- www.davidnottfoundation.com: موقع مؤسسة David nott البريطانية:
- www.direct-aid.org: موقع جمعية العون والإغاثة الكويتية
- www.doctors.worldwides.org: موقع جمعية أطباء حول العالم:
- www.eicmakkah.com: موقع المؤتمر الإسلامي للأوقاف:
- www.fm5.ma/ar/fondation/2017: موقع مؤسسة محمد الخامس للتضامن:
- www.hotcourses.ae/study-in-usa/subject-info/medicine-study-in-usa//
- www.huffpostmaghreb.com/entry/operation-smile-a-tanger-160-enfants-operes-gratuitement-de-leurs-malformations-faciale: منظمة "ابتسامة المغرب":
- www.ibo.org/programmes/diploma:communityserviceinthedp/internationalBaccalaureat
- www.ihh.org.tr/ar/publish/ihh-annual-report-2017: موقع هيئة الإغاثة الانسانية : IHH
- www.khaironline.net/sorry.asp: موقع جمعية الرحمة العالمية:
- www.kingsfund.org.uk: موقع صندوق الملك بابرطانيا:
- www.mccclinic.org: موقع العيادة الطبية التابعة لمركز الجالية المسلمة بولاية ميريلاند:
- www.medadcenter.com: موقع المركز الدولي للأبحاث والدراسات (مداد) متخصصون في العمل الخيري:
- www.meia.gov.org/: موقع وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية القطرية
- www.nptuk.org/philanthropic-resources/uk-charitable-giving-statistics/: العطاء ببريطانيا:
- www.onlinecollege.org//ecs.force.com/mbdata/mbquest3RTE?Rep=SL1301: الخدمة المجتمعية بأمريكا
- www.Rentonschools.us: counseling/communityservice.GraduationRequirement
- www.Savethechildren.net/alliance.fr: موقع منظمة "أنقذوا الأطفال" البريطانية:
- www.sgg.gov.ma/arabe/Associations/Procedures: الأمانة الاعمة للحكومة 2019:
- www.who.int/hrh/strategy/challenges/ar/: Site OMS
- www.wiserearth.org/organization: موقع منظمة أرض الإنسان السويسرية:
- www.zmzm.org: موقع جمعية زمزم:
- www.santé.gov.ma: موقع وزارة الصحة المغرب:

الفهارس

فهرس الآيات القرآنية

الآية	السورة	الصفحة
﴿بَطَّوْعَتْ لَهُ نَفْسُهُ﴾	المائدة	23
﴿وَمَنْ تَطَوَّعَ خَيْرًا﴾	البقرة	23
﴿إِنَّ الصَّبَا وَالْمَرْوَةَ مِنْ شَعَائِرِ اللَّهِ فَمَنْ حَجَّ الْبَيْتَ أَوْ اعْتَمَرَ فَلَا جُنَاحَ عَلَيْهِ أَنْ يَطَّوَّفَ بِهِمَا وَمَنْ تَطَوَّعَ خَيْرًا فَلِلَّهِ شَاكِرٌ عَلِيمٌ﴾	البقرة	25
﴿أَيَّامًا مَّعْدُودَاتٍ فَمَنْ كَانَ مِنْكُمْ مَّرِيضًا أَوْ عَلَى سَفَرٍ فَعِدَّةٌ مِنْ أَيَّامٍ أُخَرَ وَعَلَى الَّذِينَ يُطِيقُونَهُ فِدْيَةٌ طَعَامِ مَسْكِينٍ فَمَنْ تَطَوَّعَ خَيْرًا فَهُوَ خَيْرٌ لَهُ وَأَنْ تَصُومُوا خَيْرٌ لَكُمْ إِنْ كُنْتُمْ تَعْلَمُونَ﴾....	البقرة	26
﴿الَّذِينَ يَلْمِزُونَ الْمُطَّوِّعِينَ مِنَ الْمُؤْمِنِينَ فِي الصَّدَقَاتِ وَالَّذِينَ لَا يَجِدُونَ إِلَّا جُهْدَهُمْ فَيَسْخَرُونَ مِنْهُمْ سَخِرَ اللَّهُ مِنْهُمْ وَلَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ﴾	التوبة	26
﴿وَأَتَى الْمَالَ عَلَى حُبِّهِ ذَوِي الْقُرْبَى وَالْيَتَامَى﴾	البقرة	27
﴿لِلَّذِينَ أَحْسَنُوا فِي هَذِهِ الدُّنْيَا حَسَنَةٌ وَأَرْضُ اللَّهِ وَاسِعَةٌ إِنَّمَا يُوَفَّى الصَّابِرُونَ أَجْرَهُمْ بِغَيْرِ حِسَابٍ﴾	الزمر	27
﴿وَمَنْ يَعْمَلْ مِنَ الصَّالِحَاتِ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَا يَخَافُ ظُلْمًا وَلَا هَضْمًا﴾	طه	27
﴿وَمَنْ أَحْبَاهَا فَكَانَتْ مَوْجِبًا لِلنَّاسِ جَمِيعًا﴾	المائدة	30
﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا ازْكُرُوا مَا كُنْتُمْ تُعْبَدُونَ وَاعْبُدُوا رَبَّكُمْ وَافْعَلُوا الْخَيْرَ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ﴾	الحج	33
﴿رَبَّنَا وَابْعَثْ فِيهِمْ رَسُولًا مِنْهُمْ...﴾	البقرة	46
﴿يُوتَى الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا﴾	البقرة	46
﴿وَلَقَدْ آتَيْنَا لُقْمَانَ الْحِكْمَةَ أَنْ اشْكُرْ لِلَّهِ﴾	لقمان	46
﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنْ تَتَّقُوا اللَّهَ يَجْعَلْ لَكُمْ فُرْقَانًا...﴾	الأنفال	63
﴿يَمُنُّونَ عَلَيْكَ أَنْ أَسْلَمُوا فُلْ لَا تَمْنُوا عَلَىٰ إِسْلَامِكُمْ...﴾	الحجرات	63
﴿وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلْيٍ عَظِيمٍ﴾	القلم	64

64	21	الطور	﴿وَالَّذِينَ ءَامَنُوا وَاتَّبَعَتْهُمْ ذُرِّيَّتُهُمْ بِإِيمَانٍ...﴾
98	72	التوبة	﴿وَعَدَ اللَّهُ الَّذِينَ ءَامَنُوا مِنْكُمْ وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ...﴾
67	3-2	الطلاق	﴿وَمَنْ يَتَّبِعِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مَخْرَجًا وَيَرْزُقْهُ مِنْ حَيْثُ لَا يَحْتَسِبُ﴾
67	22-19	الحج	﴿بِالَّذِينَ كَفَرُوا فَطَعَنَ لَهُمْ قِيَابَ مَسْ بَارٍ...﴾
67	112	النحل	﴿وَضَرَبَ اللَّهُ مَثَلًا قَرْيَةً كَانَتْ آمِنَةً مُطْمَئِنَّةً...﴾
312	119	التوبة	﴿يَتَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا بِتَقْوَى اللَّهِ وَكُوْنُوا مَعَ الصَّالِحِينَ﴾
98	2-1	الطلاق	﴿وَمَنْ يَتَّبِعِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مَخْرَجًا وَيَرْزُقْهُ ۖ مِنْ حَيْثُ لَا يَحْتَسِبُ﴾
98	53	النور	﴿وَعَدَ اللَّهُ الَّذِينَ ءَامَنُوا مِنْكُمْ وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ...﴾
98	69	العنكبوت	﴿وَإِنَّ اللَّهَ لَمَعَ الْمُحْسِنِينَ﴾
98	195	البقرة	﴿إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾
98	62	يونس	﴿أَلَا إِنَّ أَوْلِيَاءَ اللَّهِ لَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾
99	63	الأَنْفَال	﴿لَوْ أَنفَقْتُ مَا فِي الْأَرْضِ جَمِيعًا مَا آَلَفْتُ بَيْنَ قُلُوبِهِمْ...﴾
100	158	الأعراف	﴿يَتَأْتِيهَا النَّاسُ إِلَى رَسُولِ اللَّهِ إِلَيْكُمْ جَمِيعًا﴾
314	5	البينة	﴿وَمَا أَمِرُوا إِلَّا لِيَعْبُدُوا اللَّهَ مُخْلِصِينَ لَهُ الدِّينَ حُنَفَاءَ﴾
314	9	الإنسان	﴿لَا تُرِيدُ مِنْكُمْ جَزَاءً وَلَا شُكْرًا﴾
311	195	البقرة	﴿وَأَنفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْفُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى الْتِهْلُكَةِ...﴾
312	38	الشورى	﴿وَأَمْرُهُمْ شُورَى بَيْنَهُمْ﴾
312	159	آل عمران	﴿وَشَاوَرَهُمْ فِي الْأَمْرِ﴾
312	136	التوبة	﴿يَتَأْتِيهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا بِتَقْوَى اللَّهِ وَكُوْنُوا مَعَ الصَّالِحِينَ﴾
312	26	القصص	﴿إِنَّ خَيْرَ مَنِ اسْتَعِزَّ الْقَوِيُّ الْأَمِينُ﴾
313	2	المائدة	﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى...﴾
319	27	القصص	﴿قَالَ إِنِّي أَرِيدُ أَنْ اتَّخِذَكَ إِحْدَى ابْنَتَيَّ هَاتَيْنِ...﴾
331	39	سبأ	﴿وَمَا أَنفَقْتُمْ مِنْ شَيْءٍ فَهُوَ يُخْلِفُهُ، وَهُوَ خَيْرُ الرَّازِقِينَ﴾

فهرس الأحاديث

الصفحة	الحديث
27	«مَنْ نَفَسَ عَنْ مُؤْمِنٍ كُرْبَةً مِنْ كُرْبِ الدُّنْيَا، نَفَسَ اللَّهُ عَنْهُ كُرْبَةً مِنْ كُرْبِ يَوْمِ الْقِيَامَةِ، وَمَنْ يَسَّرَ عَلَى مُعْسِرٍ، يَسِّرَ اللَّهُ عَلَيْهِ فِي الدُّنْيَا وَالْآخِرَةِ، وَمَنْ سَتَرَ مُسْلِمًا، سَتَرَهُ اللَّهُ فِي الدُّنْيَا وَالْآخِرَةِ، وَاللَّهُ فِي عَوْنِ الْعَبْدِ مَا كَانَ الْعَبْدُ فِي عَوْنِ أَخِيهِ...»
28	«ابْعُوثِي فِي ضَعْفَانِكُمْ، فَإِنَّكُمْ إِنَّمَا تَرْزُقُونَ وَتُنْصَرُونَ بِضَعْفَانِكُمْ»
28	«إِنَّمَا يَنْصُرُ اللَّهُ هَذِهِ الْأُمَّةَ بِضَعْفِهَا بِدَعْوَتِهِمْ وَصَلَاتِهِمْ وَإِخْلَاصِهِمْ»
29	«صَنَائِعُ الْمَعْرُوفِ تَقِي مَصَارِعَ السُّوءِ»
29	«مَنْ لَا يَرْحَمِ النَّاسَ، لَا يَرْحَمُهُ اللَّهُ»
29	«الْمُسْلِمُ أَخُو الْمُسْلِمِ لَا يَظْلِمُهُ وَلَا يُسْلِمُهُ»
29	«ثُمَّ كُنَّا نَغْرُو مَعَ النَّبِيِّ ﷺ نَسْقِي وَنَدَاوِي الْجَرَحَى، وَنَرُدُّ الْقَتْلَى إِلَى الْمَدِينَةِ»
31	«تَدَاوُوا فَإِنَّ اللَّهَ عَزَّ وَجَلَّ لَمْ يَضَعْ دَاءً إِلَّا وَضَعَ لَهُ دَوَاءً غَيْرَ دَاءٍ وَاحِدٍ الْهَرَمُ»
37	«قَالَ رَجُلٌ لَأَتَصَدَّقَنَّ اللَّيْلَةَ بِصَدَقَةٍ، فَخَرَجَ بِصَدَقَتِهِ فَوَضَعَهَا فِي يَدِ زَانِيَةٍ، «
41	« ثَلَاثٌ لَا يَكْلَمُهُمُ اللَّهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ، وَلَا يَنْظُرُ إِلَيْهِمْ، وَلَا يُرَكِّبُهُمْ وَلَهُمْ عَذَابٌ أَلِيمٌ: رَجُلٌ عَلَى فَضْلِ مَاءٍ بِالْفَلَاءِ يَمْتَنِعُهُ مِنَ ابْنِ السَّبِيلِ، وَرَجُلٌ بَايَعَ رَجُلًا بِسَلْعَةٍ بَعْدَ الْعَصْرِ فَحَلَفَ لَهُ بِاللَّهِ لِأَخَذِهَا بِكَذَا وَكَذَا فَصَدَّقَهُ وَهُوَ عَلَى غَيْرِ ذَلِكَ، وَرَجُلٌ بَايَعَ إِمَامًا لَا يُبَايِعُهُ إِلَّا لِدُنْيَا فَإِنْ أَعْطَاهُ مِنْهَا وَفَى، وَإِنْ لَمْ يُعْطِهِ مِنْهَا لَمْ يَفِ.....»
41	«مَنْ كَانَ مَعَهُ فَضْلٌ ظَهَرَ، فَلْيُعْذِ بِهِ عَلَى مَنْ لَا ظَهَرَ لَهُ،...»
42	«أَيُّمَا أَهْلٍ عَرِصَةٍ ظَلَّ فِيهِمْ امْرُؤٌ جَائِعٌ، فَقَدْ بَرِئَتْ مِنْهُمْ ذِمَّةُ اللَّهِ»
46	«لَا حَسَدَ إِلَّا فِي اثْنَتَيْنِ: رَجُلٌ آتَاهُ اللَّهُ مَالًا،...»
50	«مَنْ تَطَبَّبَ وَلَمْ يَعْلَمْ مِنْهُ طَبٌّ فَهُوَ ضَامِنٌ»
64	«رَوَدَكَ اللَّهُ التَّقْوَى...»
65	«الْبِرُّ حُسْنُ الْخُلُقِ، وَإِلَيْنِ مَا حَاكَ فِي صَدْرِكَ، وَكِرِهَتْ أَنْ يَطَّلَعَ عَلَيْهِ النَّاسُ»
66	«أَكْمَلَ الْمُؤْمِنِينَ إِيمَانًا أَحْسَنَهُمْ خُلُقًا»
402 – 66	«إِنَّمَا الْأَعْمَالُ بِالنِّيَّاتِ، وَإِنَّمَا لِكُلِّ امْرِئٍ مَا نَوَى...»
67	«لَا يَدْخُلُ الْجَنَّةَ مَنْ فِي قَلْبِهِ مِثْقَالُ ذَرَّةٍ مِنَ الْكِبْرِ»
81	«اجْعَلُوهُ فِي خِيْمَةٍ رَفِيدَةٍ حَتَّى أَعُوْدَهُ مِنْ قَرِيبٍ»
311	«إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ إِذَا عَمَلَ أَحَدُكُمْ عَمَلًا أَنْ يَتَّقَنَهُ»
331	«مَا نَقَصَتْ صَدَقَةٌ مِنْ مَالٍ»

فهرس المحتويات

4	----- الملخص
5	----- مقدمة
21	----- الباب الأول: العمل التطوعي في المجال الصحي: التعريف والتأصيل الشرعي ونماذج تطبيقية
22	----- الفصل الأول: التعريف والتأصيل الشرعي للعمل التطوعي في المجال الصحي ولمهنة الطب
23	----- المبحث الأول: العمل التطوعي في المجال الصحي: دراسة مفاهيمية تأصيلية مقاصدية
23	----- المطلب الأول: مفهوم العمل التطوعي في المجال الصحي
23	----- الفرع الأول: العمل التطوعي لغة واصطلاحا
24	----- الفرع الثاني: "المجال الصحي" لغة واصطلاحا
25	----- المطلب الثاني: التأصيل الشرعي للعمل التطوعي في المجال الصحي
25	----- الفرع الأول: تأصيل العمل التطوعي من القرآن الكريم
27	----- الفرع الثاني: تأصيل العمل التطوعي من السنة النبوية
29	----- الفرع الثالث: تأصيل العمل التطوعي من الإجماع
30	----- المطلب الثالث: مقاصد العمل التطوعي في المجال الصحي
30	----- الفرع الأول: حفظ العمل التطوعي في المجال الصحي للضروريات الخمس
32	----- الفرع الثاني: مقاصد خاصة بالقائم بالعمل التطوعي
38	----- المطلب الرابع: التكليف الشرعي للعمل التطوعي في المجال الصحي
38	----- الفرع الأول: الحكم الشرعي للأعمال التطوعية في المجال الصحي
41	----- الفرع الثاني: الحكم الشرعي للممتنع عن تقديم المساعدة الطبية
44	----- المبحث الثاني: دراسة مفاهيمية تأصيلية مقاصدية لمهنة الطب
44	----- المطلب الأول: التعريف اللغوي والاصطلاحي لـ «الطبيب» وللقبه «الحكيم»
44	----- الفرع الأول: الطب لغة واصطلاحا
45	----- الفرع الثاني: الحكمة لغة واصطلاحا وصفات الطبيب الحكيم
48	----- المطلب الثاني: شرف مهنة الطب
51	----- المطلب الثالث: منشأ الأخلاق الطبية وجهود الأطباء الأوائل للحفاظ عليها
51	----- الفرع الأول: حث الحكماء على التحلي بالأخلاق الحسنة
55	----- الفرع الثاني: قسم أبقراط: النشأة والتطور
61	----- الفرع الثالث: إيجاد الضمير وأثره في الثبات على الأخلاق الحسنة
62	----- المطلب الرابع: المنهج الإسلامي في تقويم أخلاق الطبيب
63	----- الفرع الأول: أثر الإيمان والتقوى في تقويم أخلاق المسلم

- 65----- الفرع الثاني: خصائص الأخلاق الإسلامية
- 67----- الفرع الثالث: أخلاق الطبيب
- 69----- المطلب الخامس: نماذج من التراث الإسلامي وأهمية تحلي الأطباء بالأخلاق الفاضلة
- 76----- الفصل الثاني: نماذج تطبيقية للعمل التطوعي في المجال الصحي
- 77---- المبحث الأول: العمل التطوعي في المجال الصحي في العصور الإسلامية الأولى (نموذج الوقف)
- 77----- المطلب الأول: تعريف الوقف ومشروعيته
- 77----- الفرع الأول: مفهوم الوقف لغة واصطلاحاً
- 78----- الفرع الثاني: مشروعية الوقف
- 79----- الفرع الثالث: لمحة تاريخية عن الوقف
- 81----- المطلب الثاني: الأوقاف الصحية في التاريخ الإسلامي
- 81----- الفرع الأول: الوقف على علاج المرضى (البيمارستانات ومرافقها)
- 88----- الفرع الثاني: أوقاف مهتمة بمحددات الصحة وتدريب الطب
- 91----- الفرع الثالث: إسهامات الأطباء في الوقف على البيمارستانات وتطور الرعاية الصحية
- 98----- المطلب الثالث: أسباب نشاط المبادرات التطوعية في عصر الحضارة الإسلامية
- 98----- الفرع الأول: أسباب إيمانية وعقدية
- 101----- الفرع الثاني: الحرص على المحافظة على أموال الوقف
- 103----- الفرع الثالث: اعتناء الملوك والخلفاء بالأطباء وتقدير مكانتهم
- 104----- الفرع الرابع: عوامل راجعة لمهنية الأطباء ومنهجهم العلمي
- 109----- المبحث الثاني: نماذج للعمل التطوعي في المجال الصحي في العصر الحالي
- 109----- المطلب الأول: العمل التطوعي في المجال الصحي في أمريكا
- 109----- الفرع الأول: منشأ ثقافة التطوع بأمريكا ومراحل تطورها
- 119----- الفرع الثاني: نماذج مؤسسات أمريكية غير ربحية مهتمة بالمجال الصحي
- 122----- الفرع الثالث: نماذج أطباء أمريكيين متطوعين في المجال الصحي
- 123----- الفرع الرابع: أسباب نجاح التطوع في المجال الصحي بأمريكا
- 127----- المطلب الثاني: العمل التطوعي في المجال الصحي في المملكة المتحدة (بريطانيا)
- 127----- الفرع الأول: منشأ ثقافة التطوع بالمملكة المتحدة (بريطانيا) ومراحل تطورها
- 131----- الفرع الثاني: نماذج مؤسسات غير ربحية بريطانية مهتمة بالمجال الصحي
- 133----- الفرع الثالث: نماذج أطباء بريطانيين متطوعين في المجال الصحي
- 134----- الفرع الرابع: أسباب نجاح التطوع في المجال الصحي بالمملكة المتحدة (بريطانيا)
- 136----- المطلب الثالث: العمل التطوعي في المجال الصحي في تركيا
- 136----- الفرع الأول: تاريخ الأوقاف في تركيا
- 137----- الفرع الثاني: نماذج مؤسسات غير ربحية تركية مهتمة بالمجال الصحي
- 139----- الفرع الثالث: نماذج أطباء أترك متطوعين في المجال الصحي

140	الفرع الرابع: أسباب نجاح التطوع في المجال الصحي في تركيا
144	المطلب الرابع: العمل التطوعي في المجال الصحي في الكويت
144	الفرع الأول: مراحل تطور العمل التطوعي في الكويت
145	الفرع الثاني: نماذج مؤسسات غير ربحية كويتية مهتمة بالمجال الصحي
147	الفرع الثالث: نماذج أطباء كويتيين متطوعين في المجال الصحي
151	الباب الثاني: العمل التطوعي الصحي بالمغرب: الجانب التاريخي ورصد الواقع
152	الفصل الأول: مراحل تطور النظام الصحي بالمغرب وإسهامات المنظمات الدولية والمجتمع المدني
153	المبحث الأول: تطور النظام الصحي بالمغرب عبر التاريخ
153	المطلب الأول: النظام الصحي بالمغرب قبل الحماية
153	الفرع الأول: مظاهر العناية بالجانب الصحي في عهد الدولة الموحدية
157	الفرع الثاني: مظاهر العناية بالجانب الصحي في عهد الدولة المرينية
160	الفرع الثالث: الحالة الصحية بالمغرب في عهد الوطاسيين والسعديين
162	الفرع الرابع: الحالة الصحية بالمغرب في بداية الدولة العلوية
166	المطلب الثاني: الحالة الصحية بالمغرب من عهد الحماية إلى وقتنا الراهن
166	الفرع الأول: الحالة الصحية بالمغرب عشية الحماية
172	الفرع الثاني: النظام الصحي المغربي في ظل نظام الحماية
176	الفرع الثالث: النظام الصحي في عهد الملك محمد الخامس
177	الفرع الرابع: النظام الصحي في عهد الملك الحسن الثاني
179	الفرع الخامس: النظام الصحي في عهد الملك محمد السادس
182	المطلب الثالث: إسهامات الأطباء المغاربة في تطور النظام الصحي بالمغرب
182	الفرع الأول: نماذج أطباء من العصر الموحي والمريني
186	الفرع الثاني: نماذج أطباء في بداية عصر الدولة العلوية
188	الفرع الثالث: نماذج أطباء من فترة ما بعد الاستقلال
189	الفرع الرابع: اهتمام الدولة بمغربة الأطر الصحية بعد الاستقلال
203	المبحث الثاني: إسهامات المنظمات الدولية والمجتمع المدني في المجال الصحي وتشخيص واقع المنظومة الصحية
204	المطلب الأول: إسهامات المنظمات الدولية في المجال الصحي
	الفرع الأول: المنظمات الدولية الصحية الحكومية منظمة الصحة العالمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان FNUAP، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي PNUD، والمنظمة العالمية لرعاية الطفولة اليونيسيف
211	الفرع الثاني: المنظمات الدولية غير الحكومية العاملة في المجال الصحي
214	المطلب الثاني: الدور الاستراتيجي للمجتمع المدني في المنظومة الصحية بالمغرب
214	الفرع الأول: المجتمع المدني في المغرب النشأة والتطور
219	الفرع الثاني: مؤسسات المجتمع المدني والشأن الصحي

226	المطلب الثالث: تشخيص واقع المنظومة الصحية بالمغرب
226	الفرع الأول: الأوضاع الصحية والخريطة الوبائية الحالية بالمغرب
233	الفرع الثاني: الميزانية المخصصة للصحة
234	الفرع الثالث: التأمين الإجباري على المرض
235	الفرع الرابع: تقييم حالة المراكز الصحية والمستشفيات
238	الفرع الخامس: تقييم حالة الأطر الصحية
	الفصل الثاني: واقع العمل التطوعي الصحي بالمغرب والتدابير الاستراتيجية المقترحة من أجل النهوض
242	بالعمل التطوعي في المجال الصحي بالمغرب
243	المبحث الأول: واقع العمل التطوعي الصحي بالمغرب (الدراسة الميدانية)
243	المطلب الأول: تقنية الاستمارة: المحفزات، المعوقات وسبل التطوير
269	المطلب الثاني: المقابلات
269	الفرع الأول: مقابلات مع أساتذة في الطب
276	الفرع الثاني: مقابلات مع مسؤولين في مؤسسات لها علاقة مع الوزارة الوصية
278	الفرع الثالث: مقابلات مع أطباء أخصائيين
284	الفرع الرابع: مقابلات مع أطباء مغاربة يعيشون في الخارج
289	الفرع الخامس: مقابلات مع طلبة الطب
293	المبحث الثاني: تدابير استراتيجية مقترحة من أجل النهوض بالعمل التطوعي في المجال الصحي
293	المطلب الأول: تحديات الموارد البشرية الطبية بالمغرب- الواقع وآفاق التطوير
293	الفرع الأول: واقع المشاكل التي تعاني منها الموارد البشرية
300	الفرع الثاني: وزارة الصحة والتحديات المتعلقة بالموارد البشرية
302	الفرع الثالث: آفاق غرس ثقافة التطوع عند طلبة الطب
306	المطلب الثاني: مؤسسة العمل التطوعي في المجال الصحي
	المطلب الثالث: التغلب على إشكالية الاستقطاب الإيديولوجي وشبهة التوظيف السياسي للعمل
314	التطوعي
316	المطلب الرابع: راهنية وآليات إحياء مؤسسة الوقف الصحي بالمغرب
316	الفرع الأول: راهنية إحياء ثقافة الوقف الصحي
317	الفرع الثاني: صيغ جديدة للوقف
326	الفرع الثالث: أهمية التعاون بين الصناديق الوقفية والجمعيات المدنية في ترشيد مصارف الوقف
327	الفرع الرابع: نماذج أوقاف صحية معاصرة
330	المطلب الخامس: مصادر أخرى لتمويل مشاريع الجمعيات المدنية
330	الفرع الأول: الزكاة
330	الفرع الثاني: المسؤولية الاجتماعية للأفراد والشركات
332	الفرع الثالث: التماس الإحسان العمومي
334	الفرع الرابع: مصادر أخرى لتمويل العمل التطوعي في المجال الصحي
336	خاتمة
344	ملاحق

346	-----إستمارات-----	-
350	-----مخطوطات-----	-
361	-----نماذج لجمعيات عاملة في المجال الصحي-----	-
359	• الجمعية المغربية الطبية للتضامن	
362	• جمعية مبادرات الصحة ودعم التنمية "إسعاد"	
364	• جمعية أمانة بألمانيا: هي منصة للتكامل بين الثقافة والصحة	
365	• جمعية صفوف الشرف	
367	• دار الصحة البلسم	
368	• جمعية الحياة للتنمية البشرية	
369	• جمعية مبادرات للتنمية القروية	
373	• الجمعية الوطنية لطلبة الطب - المغرب	
374	• جمعية زمزم للخدمات الصحية	
378	-----لائحة المصادر والمراجع-----	
391	-----الفهارس-----	
392	- فهرس الآيات القرآنية	
394	- فهرس الأحاديث	
395	- فهرس المحتويات	