مجلة التاريخ المتوسطي. المجلد 08، العدد 02. شهر جوان 2026. ص: 376 - 390
P-ISSN: 2716-764X, E-ISSN: 2716-7747

ت. الإرسال: 27 - 02 - 2026	ت. القبول: 20 - 04 - 2026	ت. النشر: 30 - 06 - 2026

إدارة الأزمات الوبائية في المشرق الإسلامي خلال العصر المملوكي: البيمارستاناتكآلية استجابة وخط دفاع اجتماعي (648-923هـ / 1250-1517م)

Epidemic crisis management in the Islamic East during the Mamluk era: Bimaristans as a response mechanism and social defense line (648–923 AH / 1250–1517 CE).

يوسف أحلام
جامعة 8 ماي 1945 ،قالمة ، الجزائر
E-mail : youcef.ahlem@univ-guelma.dz

الملخص:

تستهدف هذه الدراسة تقديم قراءة تحليلية معمقة للدور البنيوي والمؤسسي الذي نهضت به البيمارستانات في إدارة النوازل الوبائية التي اجتاحت حواضر المشرق الإسلامي إبان العصر المملوكي (648–923هـ/1250–1517م)، تتبلور إشكالية البحث في تساؤل جوهري حول مدى قدرة هذه المنشآت، بوصفها مؤسسات وقفية وسلطانية سيادية، على تجاوز وظيفتها العلاجية التقليدية المحدودة لتتحول إلى منظومة تدبيرية متكاملة لمواجهة انتشار الأوبئة الفتاكة والحد من تداعياتها الكارثية، سعياً للحفاظ على استقرار البناء المجتمعي وترسيخ شرعية السلطة الحاكمة في أزمنة الجوائح الكبرى، ويهدف البحث إلى إبراز الهيكل التنظيمي لهذه المؤسسات، وتحليل أثر الأعيان الموقوفة في ضمان استدامة الخدمات الطبية وتوفير الغذاء والدواء أثناء الأزمات، فضلاً عن فحص حدود التداخل بين السياسة الشرعية ورعاية الرعية عبر المنظومة الطبية.

اعتمدت الدراسة المنهج التاريخي لاستقصاء مسار الأزمات وتطور الاستجابة المؤسسية لها، مستندةً إلى أمهات المصادر المعاصرة كالمقريزي، والقلقشندي، وابن تغري بردي، بالإضافة إلى المنهج المقارن لدراسة الفروق بين النماذج المعمارية والوظائف الإدارية للبيمارستانات.

تخلص نتائج الدراسة إلى أن البيمارستانات في العصر المملوكي لم تكن مجرد دور للاستشفاء، بل مثلت ركيزة أساسية لسياسة رعاية الرعية، إذ طبقت نظم العزل للمصابين، ونظمت قاعات العلاج وفق تخصصات دقيقة كالجراحة والطب النفسي، وبفضل الموارد المالية التي حبسها السلاطين والأمراء، تمكنت هذه المؤسسات من تقديم العلاج بالمجان، وتوزيع الأدوية والأغذية خلال موجات الطاعون الكبرى لاسيما طاعون عام 749هـ/1348م، مما ساهم في حفظ التوازن السكاني في حواضر كبرى كالقاهرة ودمشق. ورغم نجاح هذه المنظومة، إلا أنها واجهت تراجعاً في أواخر العصر المملوكي نتيجة اضطراب الموارد المباشرة وتجاوزات إدارة الأوقاف.، وتؤكد الدراسة أن تجربة البيمارستانات المملوكية تعد نموذجاً فريداً يجمع بين العلم والإدارة الوقفية، ويوفر إطاراً لفهم استقرار المجتمعات في أزمنة المحن.

وعلى الرغم من هذا النجاح المؤسسي، يثبت البحث أن كفاءة هذه المنشآت واجهت تحديات جسيمة في المرحلة المتأخرة، حيث أدى تراجع الأصول الوقفية وتفشي التجاوزات في تصرفات الناظرين على الوقوف إلى عجز البيمارستانات عن استيعاب المصابين في الأوبئة المتأخرة.

الكلمات المفتاحية: البيمارستانات، العصر المملوكي، رعاية الرعية، الأزمات الوبائية، الوقف الصحي.

Abstract:

The objective of this research is to present an insightful analysis of the role that was performed by the Bimāristāns (hospitals), as structural and institutional frameworks, in dealing with the epidemic crises that prevailed in the urban regions of the Islamic East throughout the period of the Mamluks (648-923 AH/1250-1517 AD). The research problem can be articulated in terms of one key question regarding the ability of these facilities, which operated in the capacity of endowment institutions (waqfs) and government establishments, to rise above their conventional role in treating illnesses and assume an administrative

system to deal with the spread of epidemics. Such a development was aimed at maintaining the stability of society and legitimizing the rule of its authorities amidst large-scale pandemics. Moreover, the research will shed light on the organizational structure of the institution in order to evaluate the effect of endowments in sustaining medical services and offering food and medication during emergencies.

Lastly, it evaluates the limitations that exist regarding the interplay between Islamic legal politics and the well-being of the people through the medical services. As regards the methods used, it is based on the historical methodology in order to identify the course of crisis and developments, using some major secondary sources from recent times such as al-Maqrīzī, al-Qalqashandī, and Ibn Taghrī Birdī. Moreover, a comparative methodology is used to examine the variations in architectural designs and administrative functions of Bimāristāns.

In conclusion, the results of the study indicate that the Bimāristān in the Mamluk era was not just a hospital facility; it formed one of the core elements of the welfare policies of the state. It established a quarantine system for those who were infected and had treatment facilities divided into specialties like surgery and psychology. The institutions were able to offer free medical assistance, as well as distribute medication and food supplies, due to the funding from the sultan and emirs during large-scale epidemics, notably the epidemic of 749 AH/1348 CE, thus maintaining the demographic stability in cities like Cairo and Damascus. Nevertheless, although the system proved to be effective, its performance was marred towards the end of the Mamluk era due to the interruption of finances and corruption in endowments' management. The research concludes that the Mamluk Bimāristān can be regarded as a distinct example of an institute combining science and endowment-based management, which provides useful lessons on how society copes with crises.

Nonetheless, despite this successful institution, the study shows that there were notable challenges to the efficacy of such organizations. The depletion of endowed properties and the rampant corruption by endowments' supervisors made it impossible for Bimāristāns to cater for the rising number of patients in subsequent epidemics.

Key words: Bimāristāns, Mamlukperiod, Welfare policy, Epidemic Crises,mmedical endowment.

المؤلف المرسل: يوسف أحلام ، **الإيميل:** **youcef.ahlem@univ-guelma.dz**

مقدمة

تُعدّ الأوبئة والطواعين من أكثر الظواهر تأثيراً وحسماً في صياغة التاريخ الحضري والاجتماعي للمشرق الإسلامي، وقد مثّل العصر المملوكي (648–923هـ / 1250–1517م) مرحلة تاريخية قلقة ومفصلية في آن واحد، حيث تزامنت فيه موجات الطاعون المتكررة مع نمو الحواضر الكبرى وتعاظم الكثافة السكانية في القاهرة ودمشق وحلب، هذا الواقع الوبائي الجارف فرض تحديات غير مسبوقة على مؤسسة السلطة والمجتمع معاً في مجال "رعاية الرعية" وحفظ النفوس، وهي المهمة التي لم تعد ترفاً سياسياً بل ضرورة وجودية لاستمرار الدولة، وفي هذا السياق التاريخي المعقد، برزت البيمارستانات ليس كمنشآت معمارية فحسب، بل بوصفها مؤسسات صحية واجتماعية وسيادية متكاملة، اضطلعت بدور مركزي في إدارة الأزمات الوبائية وصيانة عمارة البلاد وحفظ نظام الجماعة، وغدت إحدى أهم أدوات تعزيز "الشرعية السلطانية" وإثبات جدارة الحاكم في إدارة شؤون المملكة أوقات الفناء الجماعي.

وقد نال موضوع الأوبئة والطب في العصر المملوكي اهتماماً كبيرا لدى المؤرخين و الباحثين المحدثين ، إلا أن استقراء هذه الجهود يكشف عن فجوات منهجية واضحة، فقد قدم "مايكل دولز" (Michael Dols) تحليلاً سوسيولوجياً عميقاً لآثار الطاعون، لكنه ركز على تبعات فناء العمران ونقص الأنفس بصفة كلية دون تشريح الدور الميداني للبيمارستان، ومن جانب آخر، اتسمت دراسات "أحمد عيسى" بالنزعة الوصفية السردية التي عددت وظائف المارستانات العلاجية العامة دون الربط بين المؤسسة الوقفية و شرعنة السلطة أوقات الكوارث.

أما "حياة ناصر الحجي" فقد انصبت جهودها على الجوانب الاقتصادية وتقلب الأسعار، مما ترك مجالاً لبحثنا الحالي ليتجاوز هذه المقاربات السردية نحو تحليل فلسفة التدبير المؤسسي، بالاعتماد المكثف على الوثائق الوقفية التي نشرها محمد محمد أمين، والتي تمنحنا رؤية "بنيوية" من داخل المؤسسة تتجاوز العموميات الخبرية، وتكشف عن أدوار مسكوت عنها مثل تجهيز الموتى ورعاية المنكوبين كأدوات للدعاية السياسية وتثبيت أركان الحكم..

تتمحور إشكالية الدراسة حول التساؤل الرئيسي:

إلى أي مدى استطاعت البيمارستانات في العصر المملوكي، بوصفها منظومة وقفية وسيادية، أن تتحول من وظيفتها العلاجية التقليدية إلى منظومة تدبيرية فعّالة في إدارة الأوبئة والحفاظ على تماسك المجتمع وشرعنة السلطة؟

وتتفرع عن هذه الإشكالية أسئلة تفصيلية، منها: كيف استوجبت النوازل الوبائية الانتقال من المبادرات الفردية إلى الاستجابة المؤسسية عبر البيمارستانات؟

كيف تكاملت المرجعيات الطبية (اليونانية والنبويّة) مع شروط الواقفين لضبط الهيكل الإداري والوظيفي للبيمارستان؟

ما دور الأوقاف في ضمان كفاية الموتى ورعاية الفقراء، وكيف وُظفت لتعزيز الشرعية السلطانية؟

أين تكمن حدود فعالية البيمارستانات أمام الواقع الوبائي القاهر، مثل طاعون 749هـ/1348م، وما أسباب عجزها الهيكلي؟

تعتمد الدراسة المنهج التاريخي لربط الوقائع التاريخية بتحليل الأدوار الوظيفية للبيمارستانات كمنظومة تدبيرية، وتفكيك آليات اشتغال المؤسسة الوقفية في مواجهة الأزمات، كما تم توظيف المنهج المقارن كأداة تحليلية للمقارنة بين أداء البيمارستانات في فترات الاستقرار والازدهار المؤسسي، وبين أدائها في فترات الانهيار والاضطراب أثناء الأزمات الوبائية الكبرى، وذلك بغرض استجلاء حدود الاستجابة المؤسسية وتفسير التباين في كفاءة المنظومة الوقفية بين القوة والعجز أمام النوازل الجارفة، مما يسمح بفهم أعمق لأثر الإنهاك الوقفي والتحولات البنيوية التي طرأت على هذه المنشآت في أواخر العصر المملوكي.

أما من حيث المادة المصدرية، فقد استندت الدراسة إلى مجموعة متنوعة من المصادر التاريخية ، وفي مقدمتها كتب التراجم والطبقات كـ عيون الأنباء لابن أبي أصيبعة، لما تشتمل عليه من تفاصيل دقيقة حول التراتيب الطبية والنظم العلاجية، كما تم الاعتماد بشكل محوري على كتب الحوليات والوبائيات، ولا سيما مؤلفات المقريزي وابن حجر العسقلاني وابن الوردي، لما تضمنته من رصد دقيق لموجات الفناء الجماعي، كما استنطقت الدراسة معطيات اجتماعية وتجهيزية دقيقة من مصادر معاصرة للفترة، ككتاب الروض الزاهر في سيرة الملك الظاهر ططر للبدر العيني (ت 855هـ/1451 م) خاصة في تتبع أدوار البيمارستانات في رعاية الضعفاء والقيام بتجهيز وكفاية الموتى من الغرباء والمساكين.

1. و اقع البيئة الوبائية في المشرق الإسلامي:

1.1. خريطة الطواعين والأوبئة (الطاعون الجارف 749هـ/1348م نموذجاً):

اتسم العصر المملوكي بتواتر حاد في النوازل الوبائية، حيث لم يكن الوباء حدثاً عارضاً بل صار جزءاً من الدورة الطبيعية للحياة وتحدياً بنيوياً للسلطة والمجتمع على حد سواء، وتتصدر هذه السلسلة الوبائية فاجعة "الطاعون الجارف" (749هـ / 1348م)، المعروف تاريخياً بالموت الأسود، والذي دخل من ثغر الإسكندرية عبر السفن التجارية القادمة من القرم، ليكتسح القاهرة ومنها إلى بلاد الشام، وقد وصف المقريزي هذا الوباء بأنه "فَناء لم يعهد في ملة الإسلام مثله"، مصوراً حالة الشلل التام التي أصابت الدولة، حيث وصلت الوفيات في القاهرة وحدها إلى أرقام مرعبة ناهزت عشرين ألفاً في اليوم الواحد خلال ذروة الوباء في شهر شعبان، مما أدى إلى خلو الأسواق من الباعة، وتوقف الأذان في كثير من الجوامع لوفاة المؤذنين، بل وعجز الناس عن مواراة موتاهم الثرى (المقريزي، السلوك ،1998: ج4، ص 77-82).

ولم تكن فاجعة الطاعون الجارف سنة 749هـ/1348م إلا فاتحة لسلسلة من الطواعين الدورية التي ضربت المشرق الإسلامي بمعدل وباء كل تسع سنوات تقريباً، ولعل أبرزها أيضا "طاعون سنة 833هـ/ 1430م" في عهد السلطان الأشرف برسباي، والذي تميز بشدة الفتك بالصغار والشباب، وأحدث خللاً جسيماً في بنية العسكر والمماليك السلطانية، ويشير ابن تغري بردي إلى أن كثرة الموتى أدت إلى نفاد الأكفان وارتفاع أسعار أدوات الغسل، مما دفع السلطة إلى محاولة تنظيم عمليات الدفن الجماعي

(ابن تغري بردي، النجوم، 1992: ج14، ص 334).

إن هذا الواقع الوبائي المتأزم وما رافقه من أعراض متباينة بين الطواعين الخيارية (الدمامل اللمفاوية) وطاعون 'بصق الدم' الرئوي الفتاك، يفسر الانتقال النوعي في سياسة السلاطين المماليك نحو إنشاء مؤسسات صحية ثابتة ومستدامة (بيمارستانات)، فلم تعد الحاجة طبية فحسب، بل أضحت ضرورة لحفظ النظام ورعاية الرعية لاحتواء آثار الفناء الجماعي الذي لم تكن الممارسات الطبية الفردية قادرة على مواجهته (المقريزي، السلوك، 1998: ج4، ص 77. ابن حجر العسقلاني، بذل الماعون، 1991:ص 363).

ومع ذلك، فإن هذا التنظيم المؤسسي اصطدم بحجم الكارثة، حيث يذكر المقريزي أن البيمارستانات فقدت قدرتها على الاستجابة أمام التدفق الهائل للمرضى والموتى، مما كشف عن فجوة كبيرة بين الإمكانات المتاحة وحجم الكارثة التي تجاوزت قدرات التدبير البشري(المقريزي، السلوك، 1998: ج4، ص 82).

1-2: انعكاسات الوباء على البنية السكانية والاجتماعية :

لم يقتصر أثر الطواعين الوافدة على إزهاق النفوس فحسب، بل أحدث اختلالًا حادًا في التوازنات البشرية وفجوة عميقة في بنية المجتمع الحضرية والريفية، مما فرض تحديات جسيمة على السلاطين في إطار مسؤوليتهم عن رعاية الرعية، فقد خلّفت موجات الطاعون المتكررة في العصر المملوكي تأثيرات طويلة الأمد على النسيج السكاني، إذ لم يكن الموت الجماعي مجرد خسارة للأفراد، بل كان ينطوي على فقدان الخبرات المهنية والفكرية والاجتماعية، بما في ذلك الحرفيون المهرة، العلماء، الأطباء، والمماليك السلطانية، وهو ما أدى إلى فراغ مؤسساتي وأزمات في إدارة المرافق العامة (المقريزي، السلوك، 1998: ج4، ص 80).

أدى الفناء الجماعي إلى اختفاء أسر بأكملها، مما أورث حالة من ارتباك المواريث وضياع الأنساب، وهو ما أسهم في زيادة حدة الصدمات النفسية والاجتماعية لدى الناجين، الذين كانوا يشهدون فجوات في روابطهم الأسرية والمجتمعية، وقد سبق أن واجه المشرق الإسلامي تحديات مشابهة خلال الطواعين في العصر الأيوبي، مثل طاعون 642هـ/1244م، الذي تسبب في تقلص اليد العاملة الزراعية وتراجع إنتاجية الحرفيين، مما أدى إلى تراكم الأزمات الاقتصادية والاجتماعية، وانتشار الفقر والبطالة، وبالتالي توسيع رقعة الضغوط على الدولة وأجهزتها (ابن إياس، بدائع، 1972: ص 112).

هذا الواقع دفع بالعديد من الأسر إلى النزوح من القرى نحو المدن الكبرى، أو من المدن إلى الضواحي والمناطق النائية، بحثًا عن الأمن والغذاء، مما أدى إلى تغير توزيع السكان بين المناطق، وخلق تفاوتًا في الكثافة السكانية، وقد انعكس هذا التغيير على نظم الجباية والضرائب، إذ أصبح من الصعب تحصيل الإيرادات من مناطق خالية نسبيًا أو مزدحمة بشكل غير متوازن، ما استدعى تدخل السلاطين لضبط هذا التوازن وضمان استمرار الوظائف الإدارية والمالية للدولة.

كما عجزت الأسر عن القيام بواجبات التجهيز والدفن حين اشتدت النوائب، وفي هذا الصدد يذكر ابن الوردي (ت 749هـ/1348م) أن الناس من شدة الذهول والفاقة كانوا يتركون موتاهم في الطرقات، مما أدى إلى تراكم الأجساد وانبعاث الروائح التي زادت من حدة البلاء وأفسدت الهواء، وهو ما أدى بدوره إلى اختلال نظام الجماعة وعجز التدابير الأهلية عن احتواء الكارثة (ابن الوردي، رسالة النبأ، 1991: ص 188)، وقد دفع هذا العجز السلطة المملوكية إلى إعادة هيكلة دور البيمارستانات، بحيث لم تعد مجرد مؤسسات صحية فحسب، بل أصبحت تضم وظيفة اجتماعية شاملة، شملت توزيع الأكفان، توفير الحمالين والغسالين، وتخصيص أوقاف لدفن الغرباء والمساكين، لتصبح المارستانات مؤسسات متكاملة للصحة والرعاية الاجتماعية (ابن تغري بردي، النجوم، 1992: ج14، ص 334).

إضافة إلى ذلك، أظهرت المقارنة بين وباء الطاعون الأعظم 749هـ/1348م وطاعون 833هـ/1430م، أن الدولة المملوكية بدأت تعتمد نهجًا تدبيريًا أكثر تنظيمًا، عبر تشجيع الوقفيات الصحية، زيادة عدد الأطباء والممرضين، وإنشاء مرافق عزل إضافية للمرضى المصابين بالأمراض المعدية، وقد شكّل هذا تطورًا مهمًا في السياسة الصحية العامة للدولة، إذ ارتبط التدخل الصحي بالبعد السياسي للسلطان، الذي كان يستثمر إدارة الأوبئة لإثبات "رعاية الدولة" وتعزيز الشرعية الاجتماعية، خصوصًا في ظل فقدان الثقة العامة عند عجز السلطة عن حماية الرعية (ابن تغري بردي، النجوم، 1992: ج14، ص 335).

كما أدت الأوبئة إلى ظهور فئات هشة جديدة مثل الأيتام والأرامل والمنقطعين، وبرزت الحاجة إلى مؤسسات منظمة تتجاوز قدرة الأسر في النهوض بالدور الاجتماعي، وهو ما جعل البيمارستانات ملاذاً لرعاية الرعية ومؤسسةً لكفاية المنكوبين، يمتص تداعيات الفناء البشري ويحد من تصدع البنية السكانية، وقد انعكس هذا الدور مباشرة على استقرار الحواضر الكبرى كالقاهرة ودمشق، حيث شكلت البيمارستانات شبكة أمان موازية للسلطة السياسية، بحيث لم تعد أجهزة الدولة وحدها قادرة على مواجهة الفناء الجماعي، بل أضحت الحاجة إلى منشآت وقفية وإغاثية ضرورة لاحتواء الأزمات (المقريزي، السلوك، 1998: ج4، ص 82).

ومن الجوانب المهمة أيضًا، أن هذه التجربة أكدت على العلاقة الوثيقة بين الصحة العامة والاستقرار الاجتماعي، إذ برزت فكرة أن العناية بالرعية والوقاية من الأمراض لا تمثل مجرد واجب طبي، بل أداة سياسية لتعزيز الشرعية، والحفاظ على التوازنات الاقتصادية والاجتماعية، مما يجعل الطاعون ليس مجرد كارثة صحية، بل حدثًا له انعكاسات استراتيجية على المجتمع والدولة في آن واحد.

3.1. عبقرية المعمار الصحي و أثرها في الاستشفاء والوقاية:

لا يمكن فصل نجاح التجربة الطبية المملوكية عن الإطار المعماري الذي احتضنها، إذ صُمّمت البيمارستانات وفق رؤية هندسية تجمع بين الوظيفة العلاجية والبعد الوقائي والاجتماعي في آن واحد، فقد اعتمد المعماري المملوكي نظام الإيوانات الأربعة المتعامدة حول صحن مكشوف، وهو تخطيط مستمد من العمارة الإسلامية التقليدية، مكّن من توفير تهوية طبيعية مستمرة وتجديد الهواء، وهو عنصر كان يُنظر إليه بوصفه عاملًا أساسيًا في الوقاية من الأمراض، لا سيما تلك المرتبطة بفساد الهواء والعلل الصدرية (المقريزي، المواعظ، 1998. ج4، ص 260؛ أحمد عيسى، 1981: 60-68).

وقد كان هذا التخطيط لا يقتصر على توفير الهواء النقي فحسب، بل أسهم أيضًا في تنظيم حركة المرضى والطاقم الطبي، بما يضمن سير العلاج دون احتكاك مرضي قد يؤدي إلى انتشار العدوى، كما تم توظيف هذا التصميم في بيئات التعليم الطبي داخل البيمارستانات، إذ كان يُخصص جناح للتدريب العملي على الأمراض المعدية بعيدًا عن الأقسام الأخرى، مما يعكس فهمًا دقيقًا لأهمية العزل المكاني والوقاية الاحترازية (ابن أبي أصيبعة، عيون، 1965: ص 450).

ولم يكن التخطيط المعماري مجرد ترف زخرفي، بل كان تجسيدًا عمليًا لنظرية الأخلاط والطب اليوناني، حيث صُممت الإيوانات المفتوحة والأسقف العالية لضمان تدفق الهواء النقي وطرد الهواء الفاسد، الذي كان يُعتقد أنه الناقل الرئيسي للطاعون، مما يجعل المعمار البيمارستاني معمارًا وقائيًا بالدرجة الأولى، يستهدف عزل المرضى وتطويق العدوى قبل تفشيها (أحمد عيسى، 1981: ص 60).

وقد أدت العناصر المائية، المتمثلة في الفسقيات والبرك التي تتوسط الصحن، دورًا مزدوجًا يتمثل في تلطيف الأجواء وتحقيق اعتدال الهواء، وخلق بيئة تساهم في تعديل الأمزجة وتفريح النفس، وهو ما يُعد إدراكًا مبكرًا لأهمية المحيط الخارجي في استكمال عملية الاستشفاء، حيث جرى توظيف الفضاء المعماري لخدمة العلاج بالضد (ترطيب الجو لمواجهة حرارة المرض) والترويح عن المرضى في آنٍ واحد (المقريزي، المواعظ، 1998: ج4، ص 262؛ حسن الباشا، 1970: ص 250).

كما أتاح التخطيط الداخلي للبيمارستانات نظام عزل مكاني فعّال، من خلال تخصيص قاعات مستقلة لأنواع الأمراض المختلفة، والفصل التام بين أقسام الرجال والنساء، وتوفير مرافق صحية ملحقة بكل جناح، وقد أسهم هذا التنظيم في الحد من انتشار العدوى، وتعزيز القدرة الوقائية للمؤسسة الصحية، خاصة خلال موجات الطاعون التي ضربت مدن المشرق الإسلامي في العصر المملوكي (المقريزي، المواعظ، 1998: ج4، ص 265؛ حسن الباشا، 1970: ص 250).

ويمكن ملاحظة تطور المعمار الصحي المملوكي مقارنة بالبيمارستانات العباسية، التي كانت أولية في التخطيط وركزت أساسًا على العلاج المباشر دون اهتمام كبير بالوقاية، كما بدأت بعض التحسينات تظهر في العصر الأيوبي، مثل العزل الجزئي للمرضى وتوفير مساحات داخلية مفتوحة، لكنها لم تصل إلى المستوى المتكامل الذي ميز البيمارستانات المملوكية، والتي جمعت بين الوقاية، العلاج، الجمال، والوظائف الاجتماعية والسياسية (ابن أبي أصيبعة، عيون، 1965: ص 450. أحمد عيسى، 1981 ،ص 165-170).

إن هذا التزاوج بين جماليات العمارة ومتطلبات الطب جعل البيمارستان المملوكي فضاءً علاجيًا متكاملًا، لا يخفف فقط من وطأة المرض الجسدية، بل يحدّ أيضًا من انتشار الأوبئة، ويعزز قدرة المجتمع والدولة على مواجهة الأزمات الصحية الكبرى، وهو ما يجعله نموذجًا مبكرًا للعمارة العلاجية الحديثة، حيث دمج بين الوقاية، العلاج، الصحة النفسية، والوظائف الاجتماعية في آن واحد (ابن أبي أصيبعة، عيون، 1965: ص 452).

2. المرجعية الفكرية والبنية التنظيمية للمؤسسة الصحية:

1.2. الجذور المعرفية والشرعية للمنظومة الطبية:

إن فهم طبيعة المؤسسة الصحية في العصر المملوكي يقتضي العودة إلى الأصول المعرفية والشرعية التي قامت عليها، إذ لم تكن نشأة البيمارستانات مجرد استجابة تقنية لحاجات طبية طارئة، بل جاءت ثمرة رؤية متكاملة تدمج بين العلوم العقلية والعلوم النقلية في إطار مسؤولية السلطان عن رعاية نفوس الرعية، وقد تشكل هذا الوعي في سياق ديني اعتبر مداواة المرضى من أعظم القربات استناداً إلى الأصول الشرعية التي جعلت من استدامة حياة الرعية أولوية قصوى، وهو ما نقل الطب من كونه مهنة خاصة، إلى كونه من المصالح العامة التي يضطلع بها ولي الأمر صيانةً للنظام وحفظاً للرعية (الشاطبي، الموافقات ، 1997: ج2، ص 451).

وإلى جانب هذه المرجعية المقاصدية، تداخلت توجيهات الطب النبوي في صياغة قواعد التحرز بالمارستانات المملوكية، حيث شكلت أحاديث الاحتراز من العدوى، مثل قوله ﷺ: "لا يُورد ممرض على مصح"، مستنداً فقهياً لتبرير إجراءات العزل والتباعد داخل أروقة المارستان (البخاري، صحيح البخاري، 1997،ج 7، ص128) ، وهو ما منح هذه المؤسسات قبولاً شرعياً وشعبياً واسعاً تجاوز حدود التفسيرات المادية البحتة للمرض، وربط الممارسة الطبية بالبعد الروحي والإيماني للمجتمع (ابن القيم الجوزية، الطب النبوي، 1994: ص 21-25).

وعلى صعيد التراكم الحضاري، استفاد المماليك من الإرث الطبي "الجالينوسي" الموروث عن العصر العباسي، والذي يفسر المرض باختلال "الأخلاط الأربعة" (الدم، البلغم، الصفراء، السوداء)،إلا أن الإضافة المملوكية تمثلت في إخضاع هذا الإرث لرقابة مؤسسية أكثر صرامة، حيث انتقل ثقل التجربة العلمية من بغداد إلى القاهرة ودمشق بعد سقوط الخلافة العباسية سنة 656هـ/ 1258م ويشير المقريزي إلى أن البيمارستان في هذا العصر بلغ درجة من النضج حولته إلى فضاء لإنتاج المعرفة وتدريسها، حيث كان الأطباء لا يمارسون المهنة إلا بعد الوقوف على كتب الأوائل مثل الرازي وابن سينا، وتحت إشراف "رئيس الأطباء" لضمان عدم خروج الممارسة عن الأصول العلمية المعتمدة (المقريزي، السلوك، 1998: ج4، ص 266).

إلا أنَّ هذه المنظومة الطبية واجهت قصوراً أمام الأوبئة الكبرى، ففي حين كان ابن أبي أصيبعة يمتدح انضباط الممارسة الطبية ، نجد أن نصوصاً أخرى تكشف عن ذهول الأطباء أمام طاعون 749هـ/ 1348م،حيث لم تسعفهم نظريات "عفونة الهواء" ولا "فساد الأخلاط" في كبح جماح الفناء الجماعي، مما جعل المارستان يواجه حدود طاقته المعرفية أمام هول الكارثة، وكشف عن فجوة بين التنظير الطبي والواقع الوبائي القاهر، إذ يذكر المقريزي في السلوك أن الأطباء من شدة الحيرة كانوا يصفون عقاقير متناقضة، مما يثبت أن المرجعية الجالينوسية وقفت عاجزة عن إدراك حقيقة الوباء الوافد الذي تجاوز حدود العلم الموروث (المقريزي، السلوك، 1998: ج4، ص 80).

2.2. الهيكل الإداري والتراتبية الوظيفية (سلطة الناظر والجهاز الطبي):

تميّزت البيمارستانات في العصر المملوكي ببنية إدارية دقيقة تعكس إدراك السلطة لأهمية التنظيم والرقابة في المجال الصحي، إذ لم يكن تسيير هذه المؤسسات خاضعاً للاجتهاد العفوي، بل ضُبط بـ"شروط الواقفين" التي كانت بمثابة دستور إداري ملزم لا يجوز تجاوزه، وهو ما أكدته دراسات محمد محمد أمين حول الوثائق الوقفية، التي كشفت أن السلطان قلاوون مثلا جعل شرط الواقف ملزماً في تقديم العلاج للغني والفقير والحر والعبد على حد سواء (محمد محمد أمين، 1980: ص 115).

وقد تربع على رأس هذا الهيكل "الناظر"، وهو منصب رفيع كان يُسند بـ "توقيع سلطاني" إلى كبار رجال الدولة، حيث لم يقتصر هذا التفويض على أرباب الأقلام من القضاة والعلماء، بل كان يُعهد به في كثير من الأحيان إلى أرباب السيوف من أمراء المماليك ذوي الحظوة، وهو ما يعكس رغبة السلطة في إضفاء هيبة سيادية وقدرة تنفيذية صارمة على إدارة المرفق الصحي، وضمان حماية الأوقاف من الأطماع، لا سيما في أوقات الطوارئ والنوائب التي تتطلب حزماً في الضبط والربط الإداري (القلقشندي، صبح، 1987: ج3، ص 39-40). وبذلك، مُنح البيمارستان حصانة سياسية وقدرة على استخلاص حقوقه المالية، وضمان استمراره بوصفه خط دفاع أول حتى في أحلك أوقات الاضطراب السياسي.

وتحت سلطة الناظر الإدارية، برز دور "رئيس الأطباء" بوصفه المرجع العلمي الأعلى والمسؤول عن الاحتساب الطبي، حيث أُوكلت إليه مهام اختبار المشتغلين بـ الصناعة الطبية، ومنحهم إجازات الممارسة، ومراقبة جودة الأشربة والمعاجين، وتكشف النصوص التاريخية أن هذه الرقابة كانت تهدف إلى حماية الرعية من الدخلاء (المتطببين)، وهو ما يؤكد أن المارستان كان مؤسسة اعتماد مهني ترفض العشوائية (ابن أبي أصيبعة، عيون، 1965: ص 412).

أما الجهاز الطبي التنفيذي، فقد عرف تقسيماً وظيفياً تخصصياً دقيقاً، إذ ضمّ البيمارستان طوائف من الأطباء لكل منها رئيسها: الكحالين لطب العيون، و الجرايحية للفصد والجراحة، والمجبرين للكسور، وإلى جانبهم، وُجد المباشرون وهم الجهاز الإداري والمحاسبي، والفراشون والمناوبون الذين تولوا شؤون الخدمة اليومية للمرضى، مع تخصيص قاعات مستقلة لكل صنف من المرضى لضمان عدم اختلاط العلل (المقريزي، السلوك، 1998: ج4، ص 267).

إلا أنَّ هذه التراتبية المنظمة واجهت انكساراً حاداً أثناء النوائب الكبرى كطاعون سنة 749هـ/1348م، حيث تذكر المصادر أن كثرة الموتى بين الأطباء والمباشرين أنفسهم أحدثت فراغاً إدارياً قاتلاً، مما أدى في بعض الأحيان

إلى عجز الناظر عن الوفاء بمتطلبات المارستان التشغيلية، وتحول المؤسسة من فضاء للعلاج إلى دار للفناء تحت وطأة العجز البشري أمام جبروت الوباء (ابن تغري بردي، النجوم، 1992: ج14، ص 334)، إن هذا الانكسار الإداري يثبت أن الاستجابة المؤسسية، مهما بلغت درجة تنظيمها، تظل رهينة بسلامة العنصر البشري، فبموت الأطباء والمباشرين تداعى الهيكل الإداري للمارستان، وتحولت 'رعاية الرعية' من واجب سيادي إلى عجز ميداني قاهر.

3. البيمارستانات كآلية استجابة ميدانية وإدارة للأزمات الوبائية:

1.3. استراتيجيات العزل والبروتوكولات الوقائية (بين التنظيم النظري والقصور الميداني):

لم تكن البيمارستانات في العصر المملوكي مجرد حيز مكاني للتطبيب، بل تحوّلت خلال النوائب الوبائية إلى أدوات سلطوية لرعاية الرعية (أشرف صالح محمد، 2011: ص 45). فقد تم تصميم هذه المؤسسات وفق رؤية متكاملة تربط بين التخطيط المعماري الدقيق والوظائف الوقائية والاجتماعية، حيث اعتمدت على نظام العزل الذي يقوم على الفرز الطبي، مستفيدة من التخطيط المعماري القائم على الإيوانات الأربعة، لتخصيص فضاءات مستقلة تمنع اختلاط الأخلاط الرديئة والمرضية، وهو ما ينسجم مع مقررات الطب اليوناني الموروث، بالإضافة إلى التعاليم النبوية في الاحتراز من العدوى (ابن أبي أصيبعة، عيون، 1965: ص 15).

ومع ذلك فقد وقفت البيمارستانات التي صُممت لاستيعاب المئات عاجزةً أمام فاجعة الطاعون الجارف سنة 749هـ/1348م وطاعون سنة 833هـ/1430م، إذ تؤكد المصادر التاريخية أن المنظومة انهارت أمام الحجم الهائل للوفيات. فقد ذكر المقريزي في "السلوك" أن الإيوانات لم تعد قادرة على استيعاب أجساد الموتى التي تراكمت في الطرقات وأروقة المارستان، وهو ما كشف عن قصور بنيوي في التعامل مع سرعة الفناء الجماعي للأوبئة (المقريزي، السلوك، 1956: ج2، ص 258). ولم يقتصر العجز على الجانب الطبي، بل شمل أيضًا القدرة الإدارية والتنظيمية للمؤسسة، كما تشير دراسة فتحي سالم حميدي التي تؤكد أن الفشل لم يكن مجرد نقص في العلاج، بل كان انعكاسًا لعجز القدرة الاستيعابية للمؤسسة نفسها أمام الضغط الكبير الناتج عن الطاعون (فتحي سالم حميدي، 2005: ص 112).

لقد كان العزل الذي نصت عليه الوقفيات السلطانية يُنظر إليه أيضاً كأداة للترويج السياسي وتعزيز الشرعية الاجتماعية للسلطان، إذ كانت إقامة البيمارستانات وتقرير الرواتب للأطباء والمباشرين وفرض رسوم وقائية تندرج ضمن إطار نظر السلطان في مصالح الرعية، إلا أن الواقع الميداني أظهر فجوة كبيرة بين النظرية والتنفيذ، حيث يروي المؤرخون أن شدة الوباء دفعت بعض الفراشين والمباشرين إلى الفرار من البيمارستان، تاركين المرضى يواجهون مصيرهم في عزلة تحولت فيها الإيوانات من فضاء للعلاج إلى فضاء للاحتضار والموت (ابن تغري بردي، النجوم، 1992: ج14، ص 334).

ويبرز من خلال هذا الواقع كيف أن الطوارئ الصحية أعادت تشكيل العلاقة بين السلطة، المؤسسات الصحية، والمجتمع، إذ لم تعد الدولة وحدها قادرة على إدارة الكارثة، فقد أصبحت البيمارستانات، رغم قصورها، محورًا أساسيًا في الاستجابة الميدانية، حيث أضافت وظائف جديدة تتجاوز العلاج، مثل تنظيم دفن

الموتى، توزيع الأدوية واللوازم الطبية، وإدارة الفرق الصحية المتنقلة داخل المدينة، وهذه الوظائف لم تكن موجودة في تصميم البيمارستانات الأصلي، لكنها تمثل تكيفًا عمليًا للمؤسسة مع الأزمات الكبرى، مما يعكس مرونة النظام المملوكي في إدارة الأوبئة على الرغم من محدودية الإمكانيات.

إضافة إلى ذلك، فإن هذه الفجوة بين شروط الواقف ومقتضيات الواقع كانت درساً بليغاً في تطور النظر السلطاني في مصالح الأبدان، إذ شرعت السلطات المملوكية في أعقاب هذه الأزمات في تكثير أرباب الوظائف من الأطباء والقُوّام، واستحداث أماكن للعزل، وحثّ الواقفين على تسبيل الأوقاف لضمان استدامة النفقات وصرف الرواتب لهذه المنشآت، وهو ما أسّس لنوع من الرعاية السلطانية المنظمة التي أضحت لاحقاً ركيزةً في سياسة العمران للدولة المملوكية (ابن تغري بردي، النجوم، 1992: ج14، ص 335).

وفي الختام، يمكن القول إنّ تجربة الاحتراز ورسوم العزل في البيمارستانات المملوكية، رغم قصورها الميداني أمام الطواعين الجارفة، قد أرست القواعد الأساسية لفهم العلاقة بين العمارة الوقفية (تخطيط الإيوانات)، والأحكام الطبية، والاستجابة المؤسسية للنازلات الوبائية، كما أنها أبرزت ضرورة الجمع بين النظر العلمي، والخبرة الميدانية لأرباب الوظائف، والقوة الإدارية لناظر الوقف، وذلك لمواجهة نوائب الدهر التي تضرب نظام العمران، مما جعل من هذه المنشآت ركيزةً سيادية لا غنى عنها في حفظ كفاية الرعية واستقرار الحواضر.

2.3. التدابير التجهيزية والموارد المالية: ديمومة الوقف وإشكالية الاستدامة:

لم تكن فاعلية البيمارستانات في مواجهة النوائب الوبائية وليدة صدفة تنظيمية، بل استندت إلى الاستدامة المادية التي ضمنها نظام الوقف، الذي لم يعد في هذا العصر مجرد مؤسسة خيرية جامدة، بل آلية فاعلة لرعاية الرعية، وتكشف الوثائق الوقفية التي حققها ونشرها محمد محمد أمين أن الوقف كان بمثابة الضمانة السياسية لاستمرار المؤسسة، إذ خُصصت قرى وحوانيت كاملة لضمان تدفق الغذاء والدواء للمرضى بالمجان، وهو ما منح السلاطين المماليك شرعية اجتماعية قوية، حيث ظهر المارستان كأداة للدعاية السلطانية التي تبرز شفقة السلطان على رعيته وقت الكرب (محمد محمد أمين، 1980: ص 348).

وتجلت هذه الاستجابة الميدانية في أدق تفاصيل الأزمة الوبائية، إذ لم يقتصر دور البيمارستان على العلاج، بل امتد ليشمل ما يمكن تسميته بـ "كفاية الموتى"، وهي مادة خبرية غفل عنها الكثير من الباحثين، حيث وثقت المصادر المملوكية مثل الروض الزاهر في سيرة الملك الظاهر ططر قيام البيمارستانات بتجهيز الموتى من المنقطعين والفقراء، وتوفير الأكفان وتعيين الغسالين والحمالين بالمجان، لحماية المجال الحضري من تحلل الجثث وانتشار عفونة الهواء (العيني، الروض الزاهر،1967 : ص 145)، إن قيام البيمارستان بتجهيز الموتى وتوزيع الأكفان لم يكن مجرد إجراء صحي، بل كان فعلاً سيادياً يهدف إلى طمأنة الرعية بأن السلطة حاضرة حتى في لحظة الموت، مما يرسخ شرعية السلطان كأبٍ رحيم بالفقراء والمنقطعين (محمد محمد أمين، 1980: ص 350).

ومع ذلك، فقد واجهت هذه المنظومة الوقفية عجزاً حاداً في الإمداد والخدمات في طاعون سنة 749هـ/ 1348م ووباء سنة 833هـ/ 1330م ، إذ يذكر المقريزي في السلوك أن الوقف رغم عظمته شُلّ تماماً أمام غلاء الأكفان وفناء أرباب الحرف الذين كانوا يحركون عجلة الاقتصاد الوقفي، مما أدى إلى تراجع ريع الأوقاف وعجز الناظر عن الوفاء بمتطلبات المارستان، حتى وصل الأمر إلى عجز المؤسسة عن حفر القبور الجماعية

(المقريزي، السلوك، 1956: ج2، ص 258). وتؤكد الدراسات الحديثة مثل دراسة مبارك الطراونة أن تكرار الأوبئة أحدث إنهاكاً وقفيا، حيث أدت وفاة المستأجرين والفلاحين إلى تعطل الموارد المالية، مما جعل البيمارستان يقف مكشوفاً أمام أزمات التموين والتمريض (مبارك الطراونة، 2010: ص 88).

3.3. الأبعاد النفسية والاجتماعية: الطب الروحاني وسياسات صون الرعية:

لم تقتصر استجابة البيمارستانات للأزمات الوبائية على المداواة الجسمانية، بل امتدت لتشمل أبعاداً نفسانية واجتماعية تعكس وعياً عميقاً بتأثير الخوف الجماعي والهلع على استقرار الأمزجة النفسية، فقد أدرك أطباء المماليك استناداً إلى فلسفة الطب الروحاني أن الوباء لا يقتصر أثره على البدن فحسب، بل يمكن أن ينفذ إلى الأرواح نتيجة سيطرة الفزع واليأس على النفوس، مما استوجب اعتماد تدابير معنوية تهدف إلى تعزيز مناعة النفس ضد الوباء، ورفع الروح المعنوية للرعية خلال أوقات الفناء الجماعي (غادة القبلان، 1431هـ: ص 115).

وفي هذا السياق، استُثمرت العناصر المعمارية للبيمارستان كأدوات علاجية، إذ عملت الفسقيات المائية والصحون المكشوفة على تبريد الهواء وتعديل الأمزجة، وهو ما يُعرف بـ 'تلطيف الأجواء'، كما أن تخطيط الإيوانات الأربعة بـ أسقفها المرتفعة ومساحاتها الفسيحة، كان يبعث على الطمأنينة ويحدُّ من ضيق النفس الناتج عن الاعتزال (أحمد عيسى، 1981: ص 66).

إضافة إلى ذلك، شاع استخدام السماع، والموسيقى الروحانية، والمؤذنين ذوي الأصوات الحسنة في أروقة العلاج، خاصة في المارستان المنصوري بالقاهرة، لتهدئة روع المصابين بالوباء، وإخراجهم من حالة اليأس التي قد تؤثر على التعافي الجسدي، وقد كان لهذه التدابير أثر ملموس على استقرار المجتمع النفسي خلال الأوبئة، إذ أظهرت المراسلات والوثائق أن المرضى كانوا أكثر قدرة على التعايش مع الحجر الصحي والانضباط للإجراءات الوقائية عندما شعروا بأن الدولة تهتم بالبعد النفسي لمصابها (غادة القبلان، 1431هـ: ص 118).

وقد امتدت المسؤولية السلطانية إلى ما بعد الشفاء، حيث اعتمدت سياسة رعاية لاحقة تمثلت في صرف مبالغ مالية للمتعافين، ومنحهم كسوة جديدة عند مغادرتهم البيمارستان، لضمان عدم اضطرارهم للكدّ الشاق فور خروجهم، وهو ما يعكس مفهوم التكافل الاجتماعي ورعاية الفئات الضعيفة، غير أن هذه التدابير واجهت لحظات انكسار واضحة، إذ يشير ابن حجر العسقلاني إلى أن هذه الأعطيات كانت تنقطع تماماً في ذروة الأوبئة الكبرى مثل طاعون 749هـ/1348م بسبب نفاذ السيولة النقدية وانشغال النظار بدفن الموتى، مما كشف عن هشاشة هذه السياسات أمام هول الواقع الوبائي الذي تجاوز كل الحسابات المؤسسية
(ابن حجر العسقلاني، بذل الماعون، 1991: ص 362).

كما أن اتساع وجوه البر في البيمارستان شملت ذوي المرضى والمحيطين به، حيث نُظمت سبل الإغاثة لتوفير الكفايات العينية والغذائية، مع إقامة الأذكار وتلاوة القرآن في أروقة المارستان لبث الطمأنينة في النفوس، وهو ما يعكس إدراكاً مبكراً للعلاقة بين صلاح القلوب واستقرار نظام العمران خلال النازلات، وبذلك مثّل الطب الروحاني والمبرات الاجتماعية في البيمارستانات المملوكية كفايةً مزدوجة: مداواة الأبدان وعلاج الأرواح، بما يضمن صيانة النسيج المجتمعي واستمرارية الرعية رغم فداحة الطواعين.

(المقريزي ، المواعظ والاعتبار، 1997: ج 4، ص 260. أحمد عيسى،1981: ص 122)

4. مآلات المنظومة الصحية المملوكية وتحديات الاستدامة:

1.4. التحولات البنيوية في المجتمع وإشكالية الشرعية السلطانية:

لم تكن استجابة البيمارستانات في العصر المملوكي مجرد فعل إنساني أو طبي محض، بل كانت بمثابة ركيزة سياسية لتعزيز الشرعية السلطانية. إذ أن قيام السلاطين بتشييد المارستانات وتوقيف الأوقاف الضخمة عليها كان يهدف أساسًا إلى إظهار القدرة على رعاية الرعية والقيام بمصالح المسلمين في أوقات المحن، بما يعكس حضور السلطة في الحياة اليومية للمجتمع (أشرف صالح، 2011: ص 60)،ومن هذا المنطلق، يمكن القول إن المارستان لم يكن مجرد مؤسسة علاجية، بل كان واجهة سياسية واقتصادية تشهد على مدى كفاءة النظام الحاكم وشرعيته أمام الناس، وخصوصًا في مواجهة الطواعين والجائحات.

وقد أسهمت هذه المؤسسات، لا سيما خلال القرن الثامن الهجري/الرابع عشر الميلادي، في الحد من الفناء السكاني النسبي في الحواضر الكبرى مثل القاهرة ودمشق، إذ لم يقتصر أثرها على المداواة الطبية، بل امتد إلى صون التوازن الاجتماعي وحماية الفئات الهشة، كأرباب الحرف والصغار من الكسبة، ومنع انهيار القطاعات الاقتصادية الحضرية، فقد أشار سعيد عبد الفتاح عاشور إلى أن توفير الغذاء والدواء مجانًا أسهم في الحد من وقوع مجاعات وبائية كانت كفيلة بالقضاء على ما تبقى من سكان المدن (سعيد عبد الفتاح عاشور، 1962: ص 242).

ومع ذلك، فتبقى هذه الصورة إيجابية جزئية، إذ أن الوقائع التاريخية تكشف عن محدودية الدور الفعلي للمؤسسة في أوقات الأزمة الكبرى، فقد كشفت أحداث الطاعون سنة 749هـ/1348م عن حدود فعالية المارستانات، حيث تحول بعضها إلى ساحات لدفن الموتى بدل أن تكون مراكز للاستشفاء، نتيجة فناء الطواقم الطبية والإدارية نفسها، وهو ما يعكس العجز البنيوي أمام جوائح تفوق الطاقة البشرية
(المقريزي، السلوك، 1956: ج2، ص 258).

كما أن الطواعين المتأخرة، مثل طاعون سنة 833هـ/1430م، أظهرت تصدعًا في العقد الاجتماعي الوقفي الذي كان يرتكز على التكافل بين السلطة والمجتمع، فقد أدى تكرار الأوبئة إلى نقص حاد في أرباب الأراضي الموقوفة، مما انعكس سلبًا على الموارد الريعية، وأفضى إلى عجز البيمارستانات عن القيام بمهامها التجهيزية (غادة القبلان، 1431هـ: ص 142)، ومن ثم أصبح المارستان شاهدًا على تآكل هيبة الدولة المملوكية في أواخر عصرها، إذ لم يعد قادرًا على أداء دوره باعتباره خط دفاع اجتماعي فاعل.

2.4. التحديات البنيوية وقصور المؤسسة أمام الطواعين الو افدة:

لم تكن قدرة البيمارستانات مطلقة على الاستيعاب والتعامل مع الأزمات، بل واجهت في فترات الطواعين المتلاحقة عجزًا شديدًا في أرباب الوظائف والمرافق والمؤن ، لا سيما عند تزامن الأوبئة مع اضطرابات في النظام الاقتصادي، ويعد طاعون سنة 833هـ/1430م نموذجًا بارزًا على هذا القصور، إذ تشير المصادر إلى عجز

البيمارستانات، وعلى رأسها المنصوري بالقاهرة، عن استقبال أعداد المرضى المتزايدة، ما كشف عن ضعف المنظومة الوقفية أمام توالي النوازل (الحجي، 1982: ص 45).

وقد تفاقم هذا القصور بفعل اضطراب التموين في الأسواق، إذ أدى احتكار الأدوية وارتفاع أثمان الأغذية الضرورية للمرضى إلى تراجع مستوى الخدمة الطبية بشكل ملحوظ، ويؤكد حميدي أن المارستانات واجهت أزمة في الإمداد، حيث لم يعد ريع الأوقاف كافيًا لسد الفجوة بين الاحتياجات المتزايدة وارتفاع الأسعار، مما حول المؤسسة من جهة للرعاية الشاملة إلى جهة تقدّم القدر الأدنى من المساعدة (حميدي، 2005: ص 112).

إضافة إلى ذلك، فقد أدى تكرار الموجات الوبائية إلى تناقص الأيدي العاملة في الأوقاف، إذ تسبب موت الفلاحين في القرى الموقوفة في بوار الأراضي وانقطاع تدفقات الريع، وهو ما عرّض استدامة البيمارستانات لاضطراب بنيوي طويل الأمد، ويحلل الطراونة هذه الظاهرة باعتبارها خللاً في عمارة الوقف، إذ فقدت المؤسسات الطبية قوتها البشرية والمالية، مما انعكس على جودة الخدمات المقدمة للمرضى (الطراونة، 2010: ص 88).

وفي العقود الأخيرة من العصر المملوكي، تفاقم هذا الوضع نتيجة الفساد الإداري وتعدي الأمراء على أوقاف المارستانات، وهو ما وثقه ابن تغري بردي في سياق رصد تدهور أحوال المارستانات التي غدت تعاني من إهمال المرافق وتدني مستوى الأشربة والأغذية (ابن تغري بردي، النجوم الزاهرة، 1992: ج14، ص 334). وقد أثبت هذا التآكل أن اختلال رعاية الرعية لم يكن نتيجة الأوبئة فقط، بل نتاج تداخل الطواعين الوبائية مع الترهل الإداري والسياسي، بما يؤكد على هشاشة المنظومة الصحية المملوكية أمام التحديات البنيوية المركبة (Martel-Thoumian, 1992, p. 134).

ومن هذا المنطلق، يمكن استخلاص أن مآلات المنظومة الصحية المملوكية لم تكن مقتصرة على قصور طبي بحت، بل شملت أبعادًا سياسية واجتماعية واقتصادية، إذ كشف التاريخ عن محدودية قدرة الدولة على الاستجابة للأزمات الكبرى حين تتداخل الأوبئة مع ضعف الوقف، اختلال الأسواق، ونقص الموارد البشرية، كما أن هذه التجربة تتيح قراءة متأنية للمعضلة المزدوجة بين الاستدامة المؤسساتية والمواجهة الطارئة للأوبئة، ما يجعل دراسة البيمارستانات المملوكية نموذجًا غنيًا لفهم العلاقة بين الصحة العامة والشرعية السياسية في المجتمعات الإسلامية الوسيطة.

الخاتمة:

خلصت هذه الدراسة، من خلال تتبع دور البيمارستانات في العصر المملوكي بوصفها آلية استجابة للأزمات الوبائية، إلى جملة من الاستنتاجات الجوهرية؛ حيث أثبتت القراءة التحليلية أن البيمارستان لم يكن مجرد مؤسسة علاجية تقنية، بل مثل أداة سيادية وظفتها السلطة المملوكية لشرعنة وجودها وتعزيز صورتها في إطار "رعاية الرعية"، فقد شكلت هذه المنشآت واجهة للدعاية السلطانية التي تبرز شفقة الحاكم وبرّه في أوقات الفناء الجماعي، وهو ما أكده التحليل المعماري للفضاءات (كالإيوانات و الفسقيات) التي كشفت عن استجابة ذكية لمتطلبات الوقاية البيئية، صُممت لتتلاءم مع المرجعيات الطبية السائدة كالأخلاط الأربعة وتوجيهات الطب النبوي في العزل، مما منحها قبولاً علمياً وشرعياً واسعاً في الضمير الجمعي.

كما برز نظام الوقف خلال الدراسة كشريان حياة حقيقي للمنظومة الصحية، إذ وفر الاستدامة المالية التي مكنت البيمارستانات من تقديم خدمات اجتماعية تتجاوز العلاج السريري، لتشمل رعاية الضعفاء وتجهيز الموتى بالمجان، وهو ما أسهم في الحفاظ على الحد الأدنى من التوازن الاجتماعي أوقات الأزمات الكبرى، ومع ذلك، أظهر البحث مفارقة حادة بين دقة التنظيم الإداري النظري وبين الواقع الميداني، إذ واجهت المنظومة عجزاً بنيوياً وتلاشياً أمام هول الأوبئة الجارفة، لاسيما في طاعون عام 749هـ/1348م، حيث تحول المارستان في تلك اللحظة الحرجة من فضاء للاستشفاء إلى شاهد حي على العجز المؤسسي أمام كثافة الفناء.

وفي الختام، يثبت البحث أن تصدع المنظومة الصحية في أواخر العصر المملوكي لم يكن نتاجاً للنوازل الوبائية وحدها، بل كان انعكاساً مباشراً لأزمة إدارة شاملة وتراكمٍ للإنهاك الوقفي والفساد الإداري، إن تآكل الحصون المؤسسية والمالية للبيمارستانات هو ما جعل المجتمع المملوكي مكشوفاً تماماً أمام الطواعين الوافدة، مما يؤكد أن استقرار نظام العمران وصيانة النسيج المجتمعي يظلان رهينين بكفاءة المؤسسة واستقامة إدارتها الوقفية، لتظل تجربة البيمارستانات نموذجاً تاريخياً ملهماً يجمع بين العلم ونظام الوقف والسياسة الشرعية.

البيبليوغرافيا

- المصادر:

1 . ابن أبي أصيبعة، موفق الدين أحمد (1965). عيون الأنباء في طبقات الأطباء. تحقيق نزار رضا، دار مكتبة الحياة

2. ابن إياس، محمد بن أحمد (1972). بدائع الزهور في وقائع الدهور. تحقيق محمد مصطفى، الهيئة المصرية العامة للكتاب

3. ابن تغري بردي، جمال الدين يوسف (1992). النجوم الزاهرة في ملوك مصر والقاهرة. دار الكتب العلمية

4. ابن حجر العسقلاني، أحمد بن علي (1991). بذل الماعون في فضل الطاعون. تحقيق أحمد عصام الكاتب، دار العاصمة.

5. ابن القيم الجوزية، محمد بن أبي بكر (1994). الطب النبوي. دار الفكر.

6.ابن الوردي، زين الدين عمر (1991). رسالة النبأ عن الوبأ. تحقيق أحمد فوزي الهيب، دار القلم

7.البخاري، محمد بن إسماعيل (1997). صحيح البخاري. دار ابن كثير

8.الشاطبي، إبراهيم بن موسى (1997). الموافقات. تحقيق مشهور بن حسن آل سلمان، دار ابن عفان.

9.العيني، بدر الدين محمود (1967). الروض الزاهر في سيرة الملك الظاهر ططر. تحقيق هانس مورتل، دار نشر فرانتسشتاينر.

10.القلقشندي، أحمد بن علي (1987). صبح الأعشى في صناعة الإنشا. دار الكتب العلمية.

11.المقريزي، أحمد بن علي (1998). السلوك لمعرفة دول الملوك. تحقيق محمد عبد القادر عطا، دار الكتب العلمية.

12. المقريزي، أحمد بن علي (1998). المواعظ والاعتبار بذكر الخطط والآثار. دار الكتب العلمية.

- الدراسات (كتب ومقالات)

1. أمين، محمد محمد (1980). الأوقاف والحياة الاجتماعية في مصر (648-923هـ / 1250-1517م). دار النهضة العربية.

2. الباشا، حسن (1970). الفنون الإسلامية والوظائف على الآثار العربية. دار النهضة العربية.

3. الحجي، حياة ناصر (1982). أثر الأوبئة والمجاعات على مصر في عصر سلاطين المماليك. دار القلم.

4. حميدي، فتحي سالم (2005). الرعاية الصحية في مصر في العصر المملوكي. مجلة آداب الرافدين، العدد 41.

5. صالح محمد، أشرف (2011). الدولة والمجتمع في مصر زمن سلاطين المماليك. دار الناشر العربي.

6.الطراونة، مبارك (2010). الحياة الاقتصادية في الشام في العصر المملوكي. دار المناهج للنشر والتوزيع.

7. عاشور، سعيد عبد الفتاح (1962). العصر المماليكي في مصر والشام. دار النهضة العربية.

8. عيسى، أحمد (1981). تاريخ البيمارستانات في الإسلام. دار الرائد العربي.

9. القبلان، غادة (1431هـ). الأوبئة وأثرها على الحواضر الإسلامية (مصر والشام في العصر المملوكي). رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك.

باللغة الأجنبية :

-الدراسات (كتب و مقالات)

1. Dols, M .W. (1977). The Black Death in the Middle East Princeton University Press.
2. Martel-Thoumian, B. (1992). Les civils et l'administration dans l'État mamelouk (IXe/XVe siècle). Institut Français de Damas.