جامعة سيدي محمد بن عبد الله بفاس
UNIVERSITÉ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH DE FES
كلية الآداب و العلوم الإنسانية –ظهر المهراز

مركز دراسات الدكتوراه: الجماليات وعلوم الإنسان

تكوين الدكتوراه: آليات التفكير والديناميات النفسية والاجتماعية

مختبر: الأبحاث والدراسات النفسية والاجتماعية

تخصص: علم الاجتماع

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في موضوع:

تمثلات الجسد الأنثوي عند المستأصلات الثدي:

مقاربة سوسيو- أنثروبولوجية

حالة مكناس- خنيفرة- مراكش

إعداد الطالبة الباحثة :

فاطمة الزهراء إلهامي

ر.و.ط: 2725939736

تحت إشراف الأستاذة

الدكتورة: أسماء بنعدادة

السنة الجامعية : 2021 -2020

لجنة المناقشة

الأستاذ كريم ألديم	رئيسا/ كلية الطب والصيدلة فاس
الأستاذة أسماء بنعدادة	مقررا/ كلية الأداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز فاس
الأستاذ محمد عبابو	عضوا/ كلية الأداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز فاس
الأستاذة خلود السباعي	عضوا/ كلية الأداب والعلوم الإنسانية المحمدية
الأستاذة عزيزة خرازي	عضوا/ كلية الأداب والعلوم الإنسانية بني ملال

إهـــــداء

إلى والدَيّ الأعزاء أطال الله في عمرهما

إلى إخوتي وأخواتي دون استثناء

إلى من ضاقت السطور عن ذكرهم فوسعهم قلبي د. أحمد

صديقاتي وزملائي

إلى المصابات بمرض سرطان الثدي

إلى كل من كان له الفضل في تسهيل مهمة إنجاز هذا البحث

إلى أساتذتي الكرام

إلى وطني الغالي

إلى كل من يعمد على نشر العلم والخير...

كلمة شكر

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى أستاذتي المشرفة الدكتورة "أسماء بنعدادة" التي منحتني كل الثقة لسبر أغوار هذا البحث، وأمدتني بالتوجيهات السديدة والمعلومات النيرة منذ بدايته.

أشكر كل الأطر العاملة بمراكز الأنكولوجيا ودور الحياة سواء بمكناس أو

بخنيفرة أو بمراكش

والشكر الجزيل للمستأصلات الثدي اللواتي لم يبخلن بمشاركتنا همومهن

ومعاناتهن اليومية والبوح بكل ما يلوح في خاطرهن

أشكر كل من ساهم من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا البحث

مدخـــــــــــــل

لابد من الإشارة أولا، إلى أنه ومن غير الممكن، في نظرنا، تناول موضوع "**تمثلات الجسد الأنثوي عند المستأصلات الثدي**"، سواء في السوسيولوجيا أو في الأنثروبولوجيا، دون التعريج ولو قليلا على المسار التاريخي لتطور الاهتمام الاجتماعي ومن ثمة السوسيولوجي بالمرض والصحة، باعتبارهما موضوعان يدخلان في تخصص الجسد الإنساني عامة والأنثوي خاصة موضوع بحثنا.

فالمرض يبدو للوهلة الأولى حالة بيولوجية عضوية تنفلت من التحليل السوسيولوجي، غير أن علماء الاجتماع بيّنوا شيئا فشيئا، ومن خلال العديد من الدراسات والملاحظات، أن الصحة والمرض هما ظاهرتان اجتماعيتان كما أنهما ظاهرتان بيولوجيتان أو فسيولوجيتان. حيث أكدوا على أن للعوامل الجسمية والاجتماعية والاقتصادية والنفسية وأسلوب الحياة آثاراً عامة على حالة الشخص المرضية. وقد أثبتت البحوث الحديثة وجود علاقة وثيقة بين عدد من الأمراض العضوية والنفسية مثل ضغط الدم العالي، أمراض القلب، السكر، الأمراض النفسية، وبين الظروف الاقتصادية المتذبذبة والسيئة. لقد سبق لبعض علماء الإحصاء والطب والديموغرافيا أن لاحظوا وجود فوارق بين الفئات والطبقات الاجتماعية خلال الجزء الأخير من القرن الثامن عشر، ويعتبر الإحصائي الفرنسي **ديبراسيو** Dépracieux أول من سجل ومنذ سنة 1764 واعتمادا على معطيات إحصائية مسألة اللاّتكافؤ أمام الموت، لاحظ في باريس أن أطفال الطبقات الغنية أو الميسورة يَتَوفَّوْن أقل في الغالب بالمقارنة مع أطفال الطبقات الدنيا من الشعب. وقد انطلق **ديدرو** Diderot في مقالته "الحياة" المنشورة في "الأنسيكلوبيديا" من أراء نفس الإحصائي (ديبراسيو) لينتهي لنفس ملاحظاته.

إنه وابتداء من هذا التاريخ سيشرع العديد من الإحصائيين والأطباء في البحث عن تفسير التفاوتات الاجتماعية التي بدأت تظهر وتتقوى في مختلف المجالات الاجتماعية وبالخصوص في مجال الصحة. هكذا، وانطلاقا من بداية القرن التاسع عشر سيصبح بعض الأطباء أكثر إدراكاً لمسألة اجتماعية جوهرية

تظهر في تفاوت تعرض الإنسان للمرض من حيث اختلاف المهن والظروف الاجتماعية وبالخصوص ظروف السكن واختلاف جو الأحياء الحضرية، لذلك دعا **فيليرميه Villermé** في مقال كتبه سنة 1830 إلى القيام بأبحاث جديدة في هذا المجال. أثارت هذه الأبحاث إلى جانب أبحاث أخرى لمهتمين بالصحة الانتباه إلى الطابع الاجتماعي لمختلف الأوبئة والأمراض من جهة، ومن جهة أخرى كان لها تأثير واضح في مجال السياسات الصحية وخلق نظام الحماية الاجتماعية والطبية الذي انطلق في ألمانيا مع أواخر القرن التاسع عشر ليمتد فيما بعد إلى باقي أنحاء أوربا. وانطلاقا من هذا التاريخ، تمَّ بالفعل العمل على تتبع وملاحظة الوفيات في مختلف أحياء باريس. وبعد إنجاز عدة دراسات، سيلاحظ بشكل أوضح اختلاف معدلات الوفيات باختلاف الأحياء والفئات الاجتماعية. عمّ هذا الاهتمام باقي الدول الأوربية ليتم الوصول إلى استنتاج أساسي مفاده أن الصحة هي بالأساس "واقعة اجتماعية" (Fait social).

إن العديد من مثل هذه الملاحظات أدّت بمجموعة من الكتاب إلى تفسير العديد من الفوارق الاجتماعية وارتباطها بظاهرة "الفقر" إلى استنتاج أن ظاهرة الوفيات الاجتماعية قد بلغت مستواها الأعلى خلال القرن التاسع عشر. ففيما كانت الفئات المحظوظة من السكان تستفيد من التقدم الصحي والطبي، وتنعم برفاه العيش، ستظهر بروليتاريا حضرية بئيسة. ومما سيزيدها بؤسا هو أوضاعها الاجتماعية المتفاقمة والتي توازت مع الثورة الصناعية الأولى التي أدت إلى تحضر فوضوي وسريع النمو. كان من أبرز سماته: أجور ضعيفة، اشتغال الأطفال وانعدام الأمن. وقد أدت هذه العوامل إلى ظهور بؤس كبير بشكل جعل حتى أقل الناس انتباها يلاحظون تفاقم اللامساواة أمام الموت.

وسيُعْرَف هذا التفكير الاجتماعي الذي كان متمحوراً حول ظاهرتي الصحة والمرض، والذي ساد في مختلف أنحاء أوربا خلال القرن التاسع عشر ب"التيار الصحي" (L'hygiénisme) الذي نشأ لدواعي

وأسباب اجتماعية أساسا والذي يرجع له الفضل في المقام الأول في إثارة الانتباه إلى الطابع الاجتماعي لظاهرتي الصحة والمرض. ولذلك تقول **كلودين هرزليش** Claudine Herzlich: "إن الفضل في اعتبار المرض واقعة اجتماعية لا يرجع إلى علماء الاجتماع ولكن إلى تيار طبي هو "التيار الصحي""[1]. ولقد حاول أصحاب هذا التيار وبنجاح أكيد طوال القرنين الثامن عشر والتاسع عشر وضع اليد على الأسباب الاجتماعية للمرض.

يلاحظ مما تقدم أن "التيار الصحي" الذي عرفته أوربا في القرنيين الثامن عشر والتاسع عشر قد لعب دورا هاما في إثارة الاهتمام بالأسباب الإجتماعية للمرض، حيث ظل هذا التيار يتأرجح بين الانتماء إلى الاهتمام الطبي (من خلال انتماء بعض الأطباء في إطاره) وبين الاهتمام الاجتماعي (من خلال انتماء بعض المصلحين والفاعلين الاجتماعيين إليه). هذا في وقت لم يُعر علماء الاجتماع الأوائل لهذا الموضوع أي اهتمام يُذكر، لأن عنايتهم كانت مُركَّزة بالأساس على تأسيس العلم. ولذلك لم تلتق السوسيولوجيا بمعناها الدقيق مع ظاهرتي الصحة والمرض لتجعل منهما أحد مواضيعها البارزة والواضحة إلا بعد الحرب العالمية الثانية وبالخصوص مع كتابات **تالكوت بارسونز** Talcott Parsons منذ 1951، والتي لازال تأثيرها واضحا إلى اليوم.

إن الاهتمام السوسيولوجي بالصحة والمرض سيعرف نمواً سريعاً في النصف الثاني من القرن العشرين. حيث يعتبر حقل علم الاجتماع الطبي اليوم من بين مجالات البحث السوسيولوجي الأكثر ازدهارا في الولايات المتحدة الأمريكية[2].

---

[1] Claudine Herzlich, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Mouton, 1969, Paris, éditions EHESS, 1992.

[2] للإطلاع أكثر على الاهتمام الاجتماعي ومن ثمة السوسيولوجي بظاهرتي الصحة والمرض يرجى الإطلاع على الكتابات التالية:

محمد عبابو، *سوسيولوجيا الصحة* (مقاربات نظرية)، طباعة SIPAMA، ردمك، الطبعة الأولى، 2015، الصفحات 19-20.

المصطفى السعليتي، *الصحة والثقافة والسلوك*، الطبعة الأولى، مطبعة الداودية، مراكش، المغرب، 2008.

الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي، *مقدمة في علم الاجتماع الطبي*، الطبعة الأولى، الدار الجماهيرية، مصراتة، ليبيا، 1989.

وليام باينم، *تاريخ الطب –مقدمة قصيرة جدا*، ترجمة لبنى عماد تركي، مراجعة هبة عبد المولى، الطبعة الأولى، مطبعة كلمات، 2016.

Mohamed Ababou et Abderrahman El Maliki, *Sociologie de la maladie chronique (cas du diabète au Maroc*), publications du laboratoire de sociologie de développement social, LASDES, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines Dhar Mehraz Fès, pp. 15-16.

يقول **محمد عبابو:** "إن علم الاجتماع الطبي –كما تقول **هرزليش**– يهتم بدراسة المرض كسلوك اجتماعي (La maladie comme conduite sociale)، وكذا المكانة الاجتماعية **ودور المريض،** والمتغيرات التي تحدد سلوكه والمعايير التي تعطي لهذا السلوك شكله، وكذا علاقاته مع المؤسسة الطبية"[3].

إن تركيز النظر السوسيولوجي على مجال الصحة والمرض والطب ليس غاية في حد ذاته، ولم يأت بشكل عفوي أو تعسفي، وإنما جاء كما يقول **فرانسوا ستودلر** François Steudler "نتيجة لخاصيتين أساسيتين تميزان الطب الحديث، فهناك أولا التقدم التقني والتنظيمي لهذا الطب. ومن جهة أخرى هناك دور العوامل الاجتماعية والبيئية في ظهور وتطور الأمراض؛ هذا بالإضافة إلى البعد النفسي والاجتماعي الذي أصبح يتطلبه العلاج أكثر فأكثر" [4].

وعليه، إن ظاهرة المرض تتطلب تظافر العديد من الجهود من أجل بلوغ المعرفة العلمية الطبية والسوسيولوجية كذلك لأن هناك نوعاً من التوافق بين الجسد المحتضن للصحة والمرض وبين الثقافة التي يتحرك ويتفاعل ويتطور ضمن أعرافها هذا الجسد: السوي وغير السوي، المنتشي أو المتألم الجريح أو المحتضر، وبين المجتمع الذي يحتضن هذه التفاعلات، لكونه يتأثر بها ليشهد تحولات وتغيرات لا مفر منها.

ففي معرض حديثهما عن المرض، يشدد كل من **إرفنج كوفمان Erving Goffman** في مؤلفه: *Stigmates: les usages sociaux des handicapes*[5] و**أنسلم ستراوس** في مؤلفه:

---

[3] محمد عبابو، *سوسيولوجيا الصحة* (مقاربات نظرية)، مرجع سابق، ص 21.

[4] François Steudler, *Sociologie médicale*, Paris, Armand Colin, 1972, p. 7.

[5] Erving Goffman, *Stigmate: Les usages sociaux des handicaps* (1963), traduit de l'anglais par Alain Kihm, coll. « Le Sens commun », Éditions de Minuit, 1975.

La trame de la négociation[6] على الجانب الثقافي والجانب العلائقي للمرض بصفته حالة بيولوجية تصيب الجسد، وتشكل عموما الأمراض مرآة للمجتمعات وللثقافات ترافق مصير الإنسان أينما حل وارتحل، وترتبط بتمثلاته وتصوراته للحياة والموت.

لقد جاء بحثنا هذا حول تمثلات الجسد الأنثوي المستأصل الثدي بعد إصابته بمرض سرطان الثدي، في سياق الارتفاع المهول لمعدلات الإصابة بهذا المرض عالميا ووطنيا، حيث تشير آخر المعطيات العالمية حول مرض السرطان إلى "تسجيل 18.1 مليون حالة إصابة جديدة و9.6 مليون حالة وفاة بسبب السرطانات خلال سنة 2018. ويفارق الحياة شخص واحد من بين ستة أشخاص بسبب السرطان. وتقع نسبة 70% من هذه الوفيات في البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط. وقد قُدّرت الكلفة السنوية الإجمالية للمرض سنة 2010 بحوالي 1160 مليار دولار. وتشير التوقعات لسنة 2040 إلى ارتفاع كبير في عدد الحالات الجديدة المصابة بالسرطان، لتصل إلى حوالي 29.5 مليون حالة جديدة وأكثر من 16.5 وفاة بسبب السرطان في العالم"[7].

ويعتبر المغرب من الدول التي تتأثر أيضا بهذه الآفة العالمية، وتُقدَّر الحالات الجديدة التي يتم تسجيلها سنويا ب 50 ألف حالة، بالرغم من كل المجهودات التي تم بذلها خلال السنوات الأخيرة، إذ تظل نسبة الإماتة مرتفعة، حيث تعدّ السرطانات السبب الثاني في الوفيات في المغرب بعد أمراض القلب والشرايين بنسبة 13.4% [8]. إن تزايد الاهتمام في الآونة الأخيرة بسرطان الثدي مثلا، راجع لتزايد عدد الإصابات به[9]. وكذلك لما له من آثار سلبية اجتماعية ونفسية واقتصادية وصحية وفسيولوجية على المصابات به وأسرهن. وتعتبر هذه الدراسة وسيلة مهمة لزيادة التعرف على الجسد الأنثوي المصاب بهذا

[6] Strauss Anselm, *La Trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.

[7] المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان 2020-2029م، وزارة الصحة بشراكة مع مؤسسة للا سلمى للوقاية وعلاج السرطان، ص 8.

[8] نفس المرجع، ونفس الصفحة.

[9] بلغت نسبة النساء المصابات بسرطان الثدي في جهة الدار البيضاء وحدها سنة 2008 ما يعادل 887 حالة، تليها نسبة المصابات بسرطان الرحم 309 حالة، أما في سنة 2009 فقد تزايدت نسبة المصابات بسرطان الثدي حيث مثلت 1062، وفي سنة 2010 تراجع معدل إصابة النساء بسرطان الثدي حيث بلغ 902، وفي سنة 2011 بلغت الإصابة بسرطان الثدي عند النساء 1023، ثم سنة 2012 بلغت 920. مرجع *Registre : des Cancers de la Région du grand Casablanca pour la période 2008,* Ministère de la Santé, 2016, p. 202.

المرض (سرطان الثدي) والتمثلات المرتبطة به ومن ثمة آثاره السلبية المختلفة على المصابة به، مما يزيد من قدرة السيطرة عليه، والعمل على تجاوز تأثيراته وتحقيق النجاح في التغلب عليه.

إن ما يُميّز مرض السرطان عن غيره من الأمراض المزمنة الأخرى هو الانقسام غير المحدود للخلايا السرطانية؛ ما يجعل انتشاره سريعاً، كما أنه مرض "صامت" أي أنه لا يصدر في الغالب أعراضا أو ألماً حتى يتفشى في الجسد، يضاف إلى ذلك أنه مرض كثيرا ما يرتبط في التمثلات المجتمعية بالموت[10]، إن مجرد إعلان خبر إصابة شخص ما بمرض السرطان لا يعني له ذلك الإصابة بالمرض فقط، بل يعني له الحكم بالموت القريب، وهذا ما يولد لديه القلق و الخوف وربما اليأس من مرضه ومستقبله.

يأتي هذا البحث متزامنا مع الأولويات الوطنية للبحث العلمي في الآونة الأخيرة التي تولي الاهتمام الكبير لمحاربة سرطان الثدي لدى المرأة المغربية. ويظهر ذلك من خلال عناية القطاعات الوصية[11] بالكشف المبكر عن هذا المرض، لما لهذا الأخير من دور أساسي في نجاح العلاج، زيادة على اهتمام العلوم الطبية والاجتماعية بدراسة الأمراض المزمنة. وما التمثلات المرتبطة بالجسد المستأصل الثدي، سوى نموذجا واضحاً بهذا الاهتمام. إن هذه التمثلات تجد مبرراتها في التصورات الاجتماعية للجسد الأنثوي المصاب بهذا المرض، والذي يكشف عن البنيات الذهنية وعن أشكال التفاعل والتعامل معه، وكذلك التفاعل مع الآخر الذي قد يكون الزوج، الأصدقاء، العائلة أو المحيط الاجتماعي، لذلك تأتي دراستنا هذه المعنونة ب "**تمثلات الجسد الأنثوي عند المستأصلات الثدي: مقاربة سوسيو-أنثروبولوجية حالة مكناس-خنيفرة-مراكش**"، لإماطة اللّثام عن قضية الجسد الأنثوي المستأصل الثدي بعد إصابته بمرض سرطان الثدي.

---

[10] أظهرت لنا نتائج البحث الميداني ذلك من خلال أقوال بعض المبحوثات "*المرض الخايب كيؤدي للموت*".(مقابلة رقم 01)

[11] مخططات وبرامج وزارة الصحة المغربية، منظمات عالمية مثل المنظمة العالمية للصحة، والمركز الدولي للبحث في السرطان «CIRC»، الوكالة الدولية لبحوث السرطان التابعة لمنظمة الصحة العالمية، جمعيات المجتمع المدني المهتمة بمرض سرطان الثدي الدولية والوطنية، وأهمها وطنيا جمعية لالة سلمى لمحاربة داء السرطان وآخرون.

مقدمـــــــــة عامة

انطلاقا من تساءل **ألان تورين** في إحدى كتاباته عن: كيف يمكن تحويل الواقع الاجتماعي المعطى والخام، إلى واقع سوسيولوجي مبني ومفكر فيه، سوف نتناول موضوع بحثنا هذا المعنون ب

"تمثلات الجسد الأنثوي عند المستأصلات الثدي: مقاربة سوسيو-أنثروبولوجية

حالة مكناس- خنيفرة-مراكش"

متبعين في ذلك تقنيات البحث العلمي السوسيولوجي لفئة من المستأصلات الثدي واللواتي شكلن عينة هذه الدراسة. وبما أن الجسد يعتبر في أحد جوانبه بمثابة ذلك المحلال لفهم واقع المجتمعات الإنسانية، فإن دراسة التمثلات المرتبطة بالجسد الأنثوي المستأصل الثدي؛ سوف تمكننا، ولو جزئيا، من الغوص في البنيات الذهنية لأفراد المجتمع المغربي، ومن الكشف عن المستور وعن اللامرئي وتوضيح آليات اشتغال المجتمع وتعاطيه مع إشكالات هامة، من قبيل الصحة والمرض والموت.

إن البحث في موضوع الجسد الأنثوي المستأصل الثدي والتمثلات المرتبطة به، من جهة تعد محاولة لفتح نقاش حول قضايا الصحة في مقابل المرض، الحياة في مقابل الموت وارتباطها بالجسد وتصوراتنا للطبيعة الإنسانية. ومن جهة أخرى تعد محاولة للانفتاح على المسارات العلاجية المتبعة من قبل المريضة وكذلك معرفة نظرتها للمؤسسة الطبية والعلاجية، كما أنها مناسبة لإعادة التفكير في مفاهيم من قبيل الجسد، الصحة، المرض، التمثلات، الرابط الاجتماعي.

وهنا نتساءل عن كيفية الاهتمام العلمي بموضوع الجسد عامة والجسد الأنثوي خاصة؟

علما أن موضوع الجسد ظل ولفترة طويلة حبيس المناولة الفيزيولوجية (الطب) من جهة، والمناولة الفلسفية من جهة أخرى. ولم يُعْلن عن نفسه كموضوع للأبحاث والدراسات خاصة الأنثروبولوجيا والسوسيولوجيا منها، إلا مع بداية القرن العشرين.

ولقد كانت الإسهامات التي قدمها كبار الفلاسفة حول الجسد مهمة قبل أن تتبلور الإسهامات السيكولوجية والاجتماعية والثقافية في دراسته. يعتبر ميشيل فوكو Michel Foucault أحد أبرز الفلاسفة المهتمين بموضوع الجسد الذي تناوله في المطلق –العام–، لكن عندما ظهرت الدراسات النسائية طرحت إشكالية ضرورة التمييز بين جسد المرأة وجسد الرجل؛ مما جعل مجموعة من العلوم تنتبه لهذه المسألة وتتبناها بالتدريج.

حاول **فوكو** إذن في دراساته "تفكيك" نظم المصادرة والترويض والتدجين والتطويع والضبط التي يتعرض لها الجسد، من خلال تحليل بنى الرقابة بشقيها المادي والرمزي في المؤسسات المختلفة (البيت، الشارع، المدرسة، السجن، المستشفى...الخ). حيث يتشابك نظام الضبط ووسائل السيطرة بنظام القيم السائد في المجتمع لأنهما يساهمان في مسخ الجسد وإقصاءه. يوضح فوكو في مؤلفه *ميلاد العيادة الطبية* [12] كيف فَتحتْ نظرة الطبيب الفاحصة مجالا للأطباء سمح لهم برسم صورة عما يجري داخل جسد المريض وربط العلاقات والأعراض بأمراض معينة. وبناء على تلك الرؤية يتم نقل المريض إلى المستشفى والذي يتحول إلى "موقع للسيطرة المكثفة وتحصيل المعرفة"[13]. لقد تناول فوكو الجسد كمادة أو كنسق دال على مجموعة من المعاني الناقلة لعلاقات السلطة. ليظهر بعد ذلك أن الواقعة الجسدية تتجلى كظاهرة اجتماعية محددة ومركبة بين المؤسساتي، الخطابات والموضوعات. ومع تحول النظرة الفاحصة للجسد من الخارج إلى الداخل، أصبح الطب هو العلم المؤسس للإنسانية، وأصبح الجسد البشري "موضوعا للمعرفة العلمية". كما أن المتخصصين[14] في الدراسة الاجتماعية للجسد قدموا إسهامات في مجالات دراسة المرض وعلم الاجتماع الطبي وعلم اجتماع الصحة إلى غير ذلك، حتى حدود النصف الأول من القرن العشرين، لم يكن الحديث عن قضايا المرأة واردا؛ ولاسيّما الجسد، حيث تم تناول الجسد بصيغة مجردة (مطلقة، كلية). ليتخذ الجسد في ستينيات القرن الماضي مكانة مهمة ضمن الأسئلة

[12] Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1ère édition 1963 « Quadriage », 9e édition 2015.

[13] على الرابط التالي : https://socio.yoo7.com (تم الإطلاع بتاريخ 31/03/2019 على الساعة 14.00).

[14] سوف نأتي على ذكر أهمهم لاحقا.

المطروحة في العلوم الإنسانية وذلك في سياق الحركات النسائية وجملة من التغيرات السوسيو–ثقافية والسوسيو–اقتصادية التي عرفتها أوربا في تلك الفترة. إن الاهتمام بالجسد كموضوع سوسيولوجي له بدايات جنينية، حيث مرّ الجسد حسب **دافييد لوبروتون** David Le Bretonبمراحل متعددة، فمن السوسيولوجيا الضمنية Une sociologie implicite إلى السوسيولوجيا المتقطعة Une sociologie en pointillé إلى الحديث عن سوسيولوجيا الجسد *Une sociologie du corps* [15]. وإن مسألة دراسة الجسد كموضوع انبثقت – خلال القرن التاسع عشر– من الأوضاع الاجتماعية –خاصة في أوربا– التي كان يعيشها الإنسان من فقر، انتشار الأوبئة، ضيق السكن، القابلية للمرض، تشغيل النساء والأطفال الخ. وهي أوضاع أثرت سلباً على صحة الإنسان وغدا الجسد موضوع ملاحظة، مما دفع مجموعة من المهتمين إلى القيام بعدة دراسات[16] كانت مقدمات لبزوغ علم يهتم بالجسد كموضوع دراسة سوسيولوجية أو فرع خاص من علم الاجتماع سمي بسوسيولوجيا الجسد.

وهذا ما أدى إلى تظافر العلوم من أجل دراسة موضوع الجسد الإنساني. ولا عجب، فقد أصبح مدخل تعدد التخصصات هو سمة كثير من البحوث العلمية المعاصرة. حيث اهتمت علوم أخرى بدراسة موضوع الجسد من قبيل: البيولوجيا، الوراثة، الطب، البيئة وغيرها من العلوم الطبيعية–نظرية وميدانية–. فإذا كان موضوع الجسد في أوربا قد تم تناوله بشكل مطلق وكلي[17]، فإنه مع ظهور الحركات النسائية أصبح هذا التمييز واضحا، حيث تم إعطاء كل جسد (أنثى، ذكر) حقه من الدراسة، وأضحى الجسد الأنثوي ذلك الجسد المتميز بخصوصيته البيولوجية ومن ثمة الاجتماعية التي يتم التصريف لها من خلال الأدوار الاجتماعية. يرجع الفضل إذن إلى الدراسات النسائية التي أثارت الإنتباه إلى الاهتمام بالجسد مع التنبيه والتركيز على خصوصية الجسد الأنثوي مقارنة مع الجسد الذكوري.

---

[15] David Le Breton, *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1ère édition 1992, 7ème édition 2010.

[16] من ذلك نجد Villermé فليرمي (التي سبق أن أشرنا إليها)، ودراسة بوري، وإنجلز حول (وضعية الطبقة الكادحة في انجلترا سنة 1845)، كارل ماركس في "الرأسمال"، قدم تحليلا كلاسيكيا للحالة الجسدية للإنسان في عمله سنة 1867، إلى غيرها من الدراسات التي اهتمت بأوضاع الطبقة الكادحة.

[17] دراسات ميشيل فوكو مثلا وكارل مارس وإنجلز حول جسد العمال.

ارتبط تناول موضوع الجسد في الدول العربية –حسب علمنا– بتقاليد وعادات وأعراف الشعوب العربية، المُرتبطة بتمثلات وتصورات عن الجسد عامة والجسد الأنثوي خاصة الذي اهتم به الفقهاء، حيث قاموا بتحديد تعبيراته وحركاته ومجال تحركاته (إشكالية المقدس والمدنس)[18].

إن الجسد لم يُغيّب عن الثقافة المغربية حيث أن تناوله كان ضمنيا من خلال الثقافة الشعبية مثلا والتي تمنح تفضيلا لجسد الرجل مقابل جسد المرأة، كما يقول المثل الشعبي (الراجل مكيعيبوا غير جيبوا)[19].

وعليه نطرح السؤال الإشكالي المؤطر لهذا البحث والموجه له:

كيف تتمثل المصابة بسرطان الثدي جسدها بعد استئصال الثدي؟ وما تأثير ذلك على نظرتها لذاتها وتفاعلها مع المجتمع؟

يتضمن هذا السؤال مجموعة من الأسئلة الصغرى من قبيل: كيف تتمثل المصابةُ سرطانَ الثدي وأسباب الإصابة به؟ كيف تتعايش المرأة المستأصلة الثدي مع المرض؟ كيف يؤثر استئصال المريضة لأحد ثدييها أو كلاهما على تقديرها لذاتها وعلى علاقاتها التفاعلية مع المحيط؟ وكيف تعيش المصابة بسرطان الثدي تجربتها مع الألم وكيف تصرفه (الألم)؟

للإجابة على هذا السؤال المركزي المؤطر للبحث نفترض أن:

استئصال المرأة لأحد ثدييها أو كلاهما نتيجة إصابتها بمرض السرطان يؤثر سلبا على تمثلها لجسدها ومن ثمة تفاعلها مع ذاتها ومع المجتمع.

---

[18] يرجى مراجعة، صوفية السحيري بن حتيرة، *الجسد والمجتمع: دراسة أنثروبولوجية لبعض الاعتقادات والتصورات حول الجسد*، الطبعة الأولى، در محمد علي للنشر، تونس، 2008. (لقد وقع إهمال مبحث الجسد طويلاً فلم تول البحوث التاريخية العربية هذا الموضوع عناية تذكر على أهميته، ولقد جاءت مقاربة هذه الباحثة لموضوع الجسد لتبرز منزلة الجسد بين الثقافي والمقدس في الفكر العربي الإسلامي. فمن الواضح أن صورة المرأة القادرة على غواية الرجل هي الصورة الطاغية التي تعطي لجسد المرأة قوة "شياطنية".

تتناول هذه الدراسة ما تطارحته مصنفات الفقه الإسلامي حول الجسد وجسد المرأة خصوصاً، كما تبرز مدى اهتمام المجتمعات العربية الإسلامية بالجسد حياً وميتاً، وتحاول جاهدة أن تشرح الاهتمام الشديد بهذا الموضوع من كل جوانبه في المجتمعات العربية، علها تساعدنا على فهم العلاقة بين نمو هذه المجتمعات وتطور النظرة إلى الجسد في مختلف المراحل).

[19] إنه مثل مغربي فضّلنا أن نأتي به كما يقال بالدارجة المغربية كونه يشير ضمنيا إلى أن جسد الرجل ينظر إليه أنه جسد كامل في مقابل جسد المرأة الناقص، وقد توصلت دراسات ميدانية منجزة بالمجتمع المغربي إلى هذه الخلاصة، ومنها دراسة **عبد المالك بوزكراوي** في موضوع "تمثلات الصحة والمرض والطب التقليدي في الثقافة الشعبية: واحة تافيلالت نموذجا وهي أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، تحث إشراف الأستاذة **أسماء بنعدادة** والتي اعتمدناها كدراسة سابقة في موضوع بحثنا، كذلك دراسة **زكرياء الإبراهيمي** حول "الصحة والمجتمع: دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي والتي اعتمدناها كدراسة سابقة أيضا في موضوع بحثنا.

وعليه، يكون هدفنا العام من خلال هذا البحث، التعرف على كيان الجسد الأنثوي المستأصل الثدي بذاته وأهميته، هذا الكيان الذي يمثّل الواسطة لترجمة أفكارنا وإدراكنا، قد تُفْرضُ عليه سلطة تحط منه وتعيقه بعض الشيء أو تنهيه قطعاً، ألا وهي سلطة المرض التي تجعل منه جسداً بالياً قد يخضع أحيانا إلى الترميم والتجميل، وأحيانا أخرى إلى الزوال والانتهاء. إننا أمام قراءة موضوع الجسد عامة والجسد الأنثوي خاصة وموقع هذا الجسد من ظروف وتغيرات الحياة، لرصد الصور التي يكون عليها، والإستراتيجيات الحياتية المتخذة للتصدي لهذه الظروف والتغيرات التي يسببها مرض سرطان الثدي.

إن هذا البحث لا يعدو أن يكون، في نظرنا، سوى خطوة أولى نحو التأسيس لمشروع كبير للبحث في سؤال الجسد عامة والجسد الأنثوي في علاقته بمرض سرطان الثدي بالمجتمع المغربي، ولتحقيق هذا الهدف سوف نعمل على:

- كشف وتشخيص وضعية المرأة المستأصلة الثدي في علاقاتها بجسدها، ذلك من خلال تحليل وضعها السوسيو–اقتصادي والمجالي وتمثلاتها لمرض سرطان الثدي في حد ذاته والعوامل والأسباب وراء إصابتها بالمرض من وجهة نظرها.
- معرفة تمثلات المستأصلة الثدي لجسدها ونظرتها له في بعده البيولوجي والاجتماعي. وتأثير هذا الاستئصال على تمثلها لجسدها.
- كيفية ولوج المصابة بسرطان الثدي إلى العلاج والمسارات العلاجية المتبعة من طرفها.
- كشف العلاقة التفاعلية للمصابة بسرطان الثدي مع ذاتها ومع الآخر وخاصة الزوج.
- كيف تعيش المريضة تجربة الألم إثر العلاج من مرض سرطان الثدي؟ وما هي تعبيرات الألم المصاحبة لعلاجها؟
- كيف يصبح المرض هوية للتعريف بالذات لدى المصابة بسرطان الثدي؟

إنها مجموعة من التوجهات الكبرى التي تؤطر دراستنا هذه والتي كانت ولا تزال محط بحوث ودراسات أخصائيين في مجال الطب وعلماء النفس والسوسيولوجيين والأنثروبولوجيين.

ويبقى هدفنا من وراء إنجاز هذا البحث على وجه الخصوص كشف تمثلات المصابة بمرض السرطان بعد استئصال الثدي لجسدها وما يصاحب ذلك من معاناة، يشكل فيها الوضع الاجتماعي الجديد الذي أصبحت تعيشه، وكذلك الإستراتيجيات الحياتية التي أصبحت تتبعها، سواء في علاجها للمرض أو تعايشها معه، مكانة مهمة. ثم كيف يؤثر ذلك كله على تفاعلها مع ذاتها وتفاعلها مع المجتمع.

إننا لا نولي أهمية للسيرورات البنيوية، بقدر ما نُعطي مساحة للمشاركات في البحث، (المبحوثات)، بوصفهن ذوات مُنتجة للمعنى. لأننا نهدف من خلال هذه الدراسة إلى إبراز تجربة فئة اجتماعية تعاني في صمت، هذه التجربة ليس بوصفها حتمية وقدرية وإحساس ذاتي، وإنما هي تجربة اجتماعية أيضا تطور إزاءها المصابات المستأصلات الثدي مقاومة تتخذ في غالب الأحيان استراتيجيات مختلفة، يعملن من خلالها (الاستراتيجيات) على ضمان "الاستمرار في العيش" و"البقاء في الحياة".

يعود اختيارنا لهذا الموضوع "الجسد الأنثوي المستأصل الثدي" إلى مجموعة من الاعتبارات، أملته دوافع عدة تداخل فيها ما هو ذاتي بما هو موضوعي:

أولا: أن هويتنا الأنثوية جعلتنا نرغب ونميل لهذا الموضوع خاصة لأنه يرتبط بفئة اجتماعية تعاني من الهشاشة الصحية وتفتح باب سؤال الجسد المصاب بالمرض في ارتباطه بمجموعة من المتغيرات أهمها الذات والمجتمع. لقد كانت رغبتنا الأولى أن نشتغل على الجسد الأنثوي المصاب بسرطان الثدي وعنق الرحم، لكن ولظروف مرتبطة باختلاف نوعية سرطان الثدي عن سرطان عنق الرحم من حيث التفاعلات والممارسات الاجتماعية والتأثيرات الجسدية والاجتماعية لكل منهما سواء على ذوات المشاركات في البحث أو على علاقتهن بالآخر (الزوج خاصة)، وما يتطلبه البحث حول سرطان الثدي

وعنق الرحم من جهد أكبر سواء على المستوى الجغرافي (الميداني)، المادي، أو الجسدي. لذلك انصبّ بحثنا على الجسد الأنثوي المصاب بسرطان الثدي، آملين مستقبلاً أن نعمل على عينة من المصابات المستأصلات لعنق الرحم، كي يتسنى لنا معرفة تمثلات الجسد الأنثوي عند كل من المستأصلات للثدي وعنق الرحم والمقارنة بين هاتين الفئتين.

ثانيا: إن اهتمامنا بالجسد الأنثوي يعود إلى ارتباط المرأة بالجسد وإلى هذا الموضوع بالذات تشير **خلود السباعي** بقولها "حيث أننا لا نكاد نجد كائناً ارتبط وجوده بالجسد كالمرأة، وذلك على اختلاف الحضارات والمجتمعات والحقب الزمنية. صحيح أن الإعلان عن وجود الإنسان_سواء أكان رجلاً أو امرأة_ يتم من خلال الجسد وعبره، إلاّ أن ذلك يبقى أكثر وضوحاً في حالة المرأة التي غالباً ما يعلن عن وجودها من خلال جسدها"[20].

إن اهتمامنا السوسيولوجي والأنثروبولوجي بدراسة الجسد الأنثوي جعلنا نقوم بدراسة عينة من المجتمع المغربي والتي تستجيب لتلك المعايير المذكورة ألا وهي فئة من النساء المستأصلات الثدي نتيجة إصابتهن بمرض السرطان.

وقد جاء هذا البحث في قسمين ومقدمة وخاتمة. تناول القسم الأول البناء المنهجي والتأصيل النظري السوسيو–أنثروبولوجي للصحة، المرض والجسد. حيث تطرقنا في الفصل الأول، الذي جاء تمهيدا للبحث، إلى إشكالية الدراسة، الفرضيات، مفاهيم البحث، والدراسات السابقة. وفي الفصلين الثاني والثالث تناولنا الأسس والنماذج النظرية سواء السوسيولوجية أو الأنثروبولوجية المتعلقة بالصحة، المرض والجسد، كما تطرقنا لبُعْد الألم والتمثلات الاجتماعية والثقافية المرتبطة به. أما الفصل الرابع فأفردناه للسياسات الإستشفائية والأمراض المزمنة بالمجتمع المغربي.

[20] خلود السباعي، **الجسد الأنثوي وهوية الجندر**، الطبعة الأولى، مطبعة جداول، لبنان، ماي 2011، ص 13.

بخصوص القسم الثاني جاء مُفصّلاً وصفاً وتحليلاً لنتائج البحث بناء على العمل الميداني، حيث جاء هذا القسم مسترسلا للقسم النظري الأول. تناول الفصل المنهجي الخامس تقنيات جمع المعطيات، مجالاته والعينة المدروسة، وأخلاقيات البحث وظروف الاشتغال المرتبطة بالبحث الميداني. أما الفصل السادس فانصب على الجسد الأنثوي المصاب بسرطان الثدي بين الاهتمام القطاعي به من حيث المخططات والبرامج وبين تطبيق ذلك على أرض الواقع. لنخصص الفصل السابع للتمثلات الاجتماعية والثقافية والمعارف المرتبطة بسرطان الثدي، سواء من حيث كيفية اكتشافه، أو أسباب الإصابة به في نظر المريضات أو من حيث كيفية التعامل معه في الجانب الوقائي والغذائي إلى غير ذلك. أما الفصل الثامن فقد خُصّص لتناول الجسد الأنثوي المستأصل الثدي بين الولوج للعلاج وكيفية التعايش مع المرض. أخيرا عالجنا في الفصل التاسع الجسد الأنثوي والعلاقات التفاعلية للمصابة سواء بذاتها أو بالآخر.

القسم الأول: البناء المنهجي
والتأصيل السوسيو-أنثروبولوجي
للصحة، المرض والجسد

جاء هذا القسم الأول المعنون بالبناء المنهجي والتأصيل النظري السوسيو–أنثروبولوجي للصحة، المرض والجسد مشتملاً على أربعة فصول:

الفصل الأول: الفصل التمهيدي للبحث

الفصل الثاني: الأسس والنماذج النظرية السوسيو–أنثروبولوجية للمرض والصحة

الفصل الثالث: التأطير السوسيو–أنثروبولوجي للجسد والألم

الفصل الرابع: السياسات الإستشفائية ومرض سرطان الثدي

تناول هذا القسم موضوع الجسد عامة والأنثوي خاصة معرجا على المسار التاريخي للاهتمام الاجتماعي ومن ثمة السوسيولوجي والأنثروبولوجي بالمرض والصحة كموضوعين يبدوان لأول وهلة أنهما ينفلتان من التحليل السوسيولوجي. كما تناول الجسد والألم والسياسات الاستشفائية بالمجتمع المغربي المهتمة بمرض سرطان الثدي.

تكمن أهمية البحث في موضوع الجسد الأنثوي المستأصل الثدي نتيجة الإصابة بالسرطان في جدّته –حيث لم يسبق تناوله من قبل حسب علمنا– آملين أن يشكل إضافة نوعية للحقل الأكاديمي المغربي من خلال توضيح كيف يتم تمثل الجسد الأنثوي من قبل المشاركات في البحث (المصابات) وعلاقة هذا الجسد بالثقافة المغربية وبالتفاعلات المرتبطة به، ومن ثمة فهم التصور العام الذي يطبع الجسد الأنثوي عامة والمستأصل الثدي خاصة، والذي يحمل دلالات سلبية في مضمونها وهيمنة خفية تتبدى في أشكال تعامل المجتمع معه.

إن السؤال الإشكالي والمركزي في هذا البحث هو: **كيف تتمثل المصابة بسرطان الثدي جسدها بعد استئصال الثدي؟ وما تأثير ذلك على نظرتها لذاتها وتفاعلها مع المحيط؟**

وافترضنا إجابة عن هذا السؤال أن: **استئصال المريضة لأحد ثدييها أو كلاهما نتيجة إصابتها بمرض سرطان الثدي، يؤثر سلبا على تمثلها لجسدها ومن ثمة على تفاعلها مع ذاتها ومع المجتمع.**

ولتوضيح ذلك، انصب اهتمامنا على مجموعة من المفاهيم المفاتيح في تحديد وفهم موضوعنا بشكل جيد من قبيل: مفهوم الجسد، مفهوم الصحة، المرض، التمثلات الاجتماعية والرابط الاجتماعي، ثم أهم الدراسات التي سبق لها وأن عالجت أحد مواضيع بحثنا سواء كانت في السوسيولوجيا أو في علم النفس أو بحوث أنجزت بكليات الطب حول سرطان الثدي.

يرى **دافيد لوبروتون** David Le Breton[21] أن السوسيولوجيا كعلم لم تركز على دراسة الجسد كموضوع مستقل، بل ركزت على الاستعمالات المتعددة له، من ذلك اهتمام السوسيولوجيين الكلاسيكيين أمثال **كارل ماركس وإنجلز** بأوضاع الطبقة العاملة.

تساءل **لوبروتون** ألا يمكن أن نقول إن الجسد نفسه ينظر إليه من خلال حجاب التمثلات؟ فالجسد ليس طبيعة، ومن هنا فلا وجود له. نحن نرى ونشاهد رجالا ونساء، ولا نرى أجسادا، لأن الجسد في هذه الشروط يخاطر بأن لا يكون شموليا (كليا)، حيث يعتبر أنه على السوسيولوجيا أن لا تأخذ هذه العبارة أو تلك من القاموس لتجعل منها مبدأ تحليل دون أن تعود إلى الجينيالوجيا، ودون أن توضح التصورات الاجتماعية التي تشير إليه وتحركه، ليس فقط من باب دلالته الإيحائية (مجموعة من الأفعال التي حللها السوسيولوجيون جد غنية في هذا الميدان)، بل أيضا من باب دلالته وإشاراته. لذلك فهو يرى أن الجسد ليس طبيعة شكلتها المجموعات البشرية، لأنه أصبح معطىً جاهزاً للملاحظة كما هو الحال بالنسبة لتمرين السوسيولوجي[22].

إن الجسد إذن ليس معطىً طبيعياً وإنما هو مُعطى اجتماعي، لأننا ننظر إليه من خلال تصوراتنا وتمثلاتنا له وبالتالي فهو معطى قابل للملاحظة. لذلك يرى **لوبروتون** أنه يجب على الباحث السوسيولوجي الذي يتخذ "الجسد" كمرجع لأبحاثه أن "لا ينسى أبدا إلتباس وزئبقية موضوعه، وصفته

[21] دافيد لوبروتون David Le Breton ولد سنة 1953، أنثروبولوجي وعالم اجتماع فرنسي، أستاذ بجامعة ستراسبورغ وعضو في المعهد الجامعي الفرنسي. عُرف باهتمامه بمجالات هامشية، لا يَنتبه لها علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا إلا فيما نذر من بينها بحثه حول "تجربة الألم" الصادرة ترجمته العربية عن دار توبقال للنشر بالمغرب سنة 2018، بقلم الباحث المغربي فريد الزاهي، كذلك مؤلفاته الشهيرة *"La sociologie du corps" و" Anthropologie de la douleur"*.

[22] للمزيد من المعلومات يرجى الإطلاع على .David Le Breton, *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1ère édition 1992 ص26، (ترجمتنا بتصرف).

كمحفز على التساؤل أكثر من كونه ضامنا لليقينيات"[23]. وهو الأمر الذي صادفناه في بحثنا هذا حول الجسد الأنثوي المستأصل الثدي والتمثلات المرتبطة به، حيث أن جدته وأهميته جعلت منه موضوعا محفزا لنا على التساؤل والبحث المستمر، من أجل إيجاد إجابات تقينا التيه والضياع الذي يمكن أن يخرجنا عن الهدف العام للبحث.

عندما يتعرض هذا الجسد لاستئصال الثدي كأحد آليات العلاج، ما الذي يحدث بعد ذلك سواء فيما يخص التفاعلات من جهة، تفاعلات المصابة مع ذاتها، أو تفاعلاتها مع الآخر (الزوج، الأطر الطبية، العائلة، المحيط...) أو فيما يخص الممارسات، أي السلوكات التي تلجأ إليها المصابة والتي تكون متأثرة بالتمثلات (كيف تستقبل خبر الإصابة بالمرض، لمن تلجأ في البداية لتلقي العلاج من هذا المرض، هل تزاوج بين العلاج التقليدي والحديث، ما هي تمثلاتها للمرض في حد ذاته وأسباب الإصابة به...) إلى غيرها من الأسئلة التي كانت دائما دافعاً لنا وراء البحث في هذا الميدان.

[23] نفس المرجع السابق، ص 37.

الفصل الأول: الفصل التمهيدي للبحث

مقدمــة

1. إشكالية البحث

2. فرضيات البحث

3. المفاهيم الأساسية للبحث:

- مفهوم الجسد

- مفهوم الصحة

- مفهوم المرض

- مفهوم التمثلات

- مفهوم الرابط الاجتماعي

4. الدراسات السابقة

تركيب

لقد كان" الجسد وما يرتبط به من إشكالات بيولوجية واجتماعية وثقافية معقدة مثل الموت والحياة والمرض والعجز...الخ، من بين أول الأسئلة التي حاول الإنسان في كل الثقافات أن يفهمها ويجد حلولا لها أو على الأقل، أن يقدم إجابات على أسئلتها العميقة والكثيرة في نفس الوقت. بل إن التفكير فيه "أي الجسد" كان سببا في ظهور الكثير من الظواهر الاجتماعية مثل الدين والسحر والسلطة والعلاج...الخ، وعددا أكبر من المعتقدات والمعارف التي تتأسس على الإيمان في قدرة الأشخاص والأشياء والأماكن والحيوانات وما يرتبط بها من طقوس وأفعال، على إعادة النظام للجسد وللعالم بشكل عام، خاصة وأن الخلل البيولوجي –كما يقول **مارك أوجي**– غالبا ما تم اعتباره داخل العديد من المجتمعات؛ خللا اجتماعيا أو ناتجا عن خلل اجتماعي، لذلك فالعلاج لم يكن ينطلق من محاولة إعادة النظام للجسد المريض، وإنما من محاولة إعادة تنظيم المجتمع بشكل عام"[24].

إن محاولة إعادة تنظيم المجتمع من خلال العلاج جعلت الإنسان يتساءل حول المرض وكيف يصاب به، حيث أن الحالة الطبيعية والعادية للإنسان هي "الصحة". بينما الحالة غير العادية وغير السوية هي "المرض"، فكيف يمر الفرد من الحالة العادية إلى الحالة الباثولوجية–المرضية–؟

أكد العديد من العلماء أن القيم الاجتماعية والثقافية هي من تحدد العادي وغير العادي، ومن ثمة السوي وغير السوي، وتختلف معاني المرض والصحة، المرضي والعادي حسب اختلاف الأمكنة، الأزمنة والثقافات المجتمعية.

من هنا نتساءل عن بدايات الاهتمام السوسيولوجي بالمرض والصحة؟ وكيف تعرف ظواهر الصحة والمرض وبالتالي الجسد –كون هذا الأخير يجمع ظواهر الصحة والمرض–؟ ما هي التعبيرات التي تصاحب الشعور بالألم؟ وكيف يتم تصريفه من قبل المريضات؟

[24] زكرياء الإبراهيمي، ***الصحة والمجتمع-دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع المغربي***، الطبعة الأولى، مطبعة ردمك، منشورات فضاء آدم، 2016، ص 13.

إنها مجموع الأسئلة –ليست الوحيدة طبعا– التي كانت بمثابة الدافع لنا للاشتغال في هذا الموضوع، بحيث وجدنا أنفسنا ونحن نهيئ هذا البحث أمام عدد لا يستهان به من الدراسات حول ظواهر المرض والصحة والجسد سواء في المغرب أو خارجه، إلا أنها في أغلبها ذات طابع طبي، أي تغلب عليها النظرة الطبية –التي تتخذ من المختبر الطبي مرجعيتها–، بينما النظرة السوسيولوجية ترتكز على دراسة الظاهرة في الواقع الاجتماعي من خلال مناهج وأدوات البحث الميداني. كما أن هذه التساؤلات تطرح مشروعية التساؤل عن سبب اهتمامنا بالجسد الأنثوي المصاب بالمرض المزمن"نموذج مرض سرطان الثدي".

يصيب مرض سرطان الثدي المرأة في أكثر أعضاءها الأنثوية التي تميزها عن الرجل ألا وهو عضو الثدي، كما أن تعرض الثدي أو كلا الثديين للاستئصال في الكثير من حالات العلاج من هذا المرض، يجعل جل الوظائف المرتبطة به تتعرض للخلل كذلك؛ نذكر من ذلك وظيفته البيولوجية المتمثلة في الإرضاع، الوظيفة الجمالية والاستيتيقية ومن تم الوظيفة الاجتماعية للجسد ككل، فكيف تتمثل المرأة جسدها بعد هذا الاستئصال؟ وكيف يتمثلها المجتمع من وجهة نظرها؟

كيف يؤثر ذلك الاستئصال على صورة المصابة لجسدها؟ وعلى علاقاتها التفاعلية سواء مع الذات أو الآخر؟

كيف تعيش المرأة تجربتها مع المرض والألم، هذه التجربة التي يكون لها تأثير مباشر على ما هو فيزيولوجي ونفسي واجتماعي؟

وما هو تأثير استئصال الثدي على مسارات حياة المصابة؟

إن ما يهمنا في هذه الدراسة هو كشف الوضع الاجتماعي الجديد الذي تجد المرأة المصابة بسرطان الثدي نفسها مضطرة للتأقلم معه. بصيغة أخرى إن ما نروم الإجابة عنه هو: كيف تتمثل المرأة المستأصلة الثدي جسدها، وما هي معاناتها مع هذا المرض، وما هي المسارات العلاجية المتبعة من طرفها لعلاج هذا المرض؟

1. إشكالية البحث

يبدو المرض للوهلة الأولى حالة بيولوجية عضوية تنفلت من التحليل السوسيولوجي، غير أن **إميل دوركايم** Emile Durkheim[25] **ومارسيل موس** Marcel Mauss [26] وعلماء اجتماع آخرون، بيّنوا أن هناك علاقة سببية موجبة بين نسب الوفيات الملاحظة عند بعض الجماعات البشرية ودرجة الاندماج الاجتماعي للفرد لديها في الأسرة وفي المجتمع، فهناك ما يشير إلى حالة من التوافق بين الجسد وبين الثقافة التي يتحرك ويتفاعل ويتطور ضمن أعرافها هذا الجسد السوي وغير السوي، المنتهي أو بالعكس المتألم الجريح أو المحتضر. وبين المجتمع الذي يحتضن هذه التفاعلات، وأحيانا يتأثر بها ليشهد تحولات وتغيرات لا مفر منها.

"في معرض حديثهما عن المرض يشدد كل من **إرفنغ كوفمان** Erving Goffman[27] **وأنسلم ستراوس** و**Anselm Strauss**[28] على الجانب الثقافي والجانب العلائقي–التفاعلي– للمرض بصفته حالة بيولوجية تصيب العضو البشري"[29]. ففيما ركز كوفمان في دراسته للمرض على العلاقات التفاعلية التي تحدث بين مختلف الفاعلين الاجتماعين سواء بين المرضى أنفسهم أو بين المرضى والأطباء أو بين الأطر الطبية فيما بينهم، نجد **ستروس** قد يركز على الجانب الثقافي والتفاعلي في ميدان علم الاجتماع الطبي حيث تناول تحليل السيطرة المهنية للأطباء وعلاقة الطبيب بالمريض والتفاوض والسيطرة التي يمارسها الأطباء بعضهم على البعض الآخر وكيفية تأثير هذه السيطرة على تحسين نوعية الأداء المهني للأطباء. وعموما "تشكل الأمراض مرآة للمجتمعات وللثقافات ترافق مصير الإنسان أينما حل،

---

[25] عندما ننظر في المتون السوسيولوجية الكلاسيكية التي تناولت مسألة الصحة والمرض بأشكال مختلفة وبأسئلة متباينة، نجد المتن **الدوركايمي** أهمها وأغناها على الإطلاق خاصة من الناحية المعرفية والسوسيولوجية حيث خصص دوركايم في **"قواعد المنهج السوسيولوجي"** حيزا لا يستهان به لمناقشة هذه القضية (الصحة والمرض) كما يُعد مؤلفه **"الانتحار"** من بين أول الدراسات السوسيولوجية التي وظفت المعطيات الإحصائية لدراسة ظاهرة اعتبرها ظاهرة مرضية من الناحية الاجتماعية.

[26] **مارسيل موس Marcel Mauss** ولد سنة 1872 وتوفي سنة 1950، كان عالم اجتماع فرنسي وابن أخت إميل دوركايم، حلّل مواضيع مثل السحر، التضحية وتبادل الهدايا في ثقافات مختلفة حول العالم، ويعد مرجعه المعنون ب "الهدية" لسنة 1952 العمل الأكثر شهرة بالنسبة له، ومقالته عن "الهبة" Essai sur le don سنة 1924م. من أهم مراجعه حول الجسد نجد « Les Techniques du corps » المنشور سنة 1934.

[27] **إرفينغ غوفمان** بالانجليزية **Erving Goffman** تعتبر دراسته عن نظرية التفاعل الرمزي أفضل إسهاماته في مجال النظريات الاجتماعية، من أهم مؤلفاته نجد "تصوير النفس في الحياة اليومية"، "وصمة العار" في سنة 1963، "طقوس التفاعل" في سنة 1967، و"أشكال الكلام" في سنة 1981.

[28] **أنسلم ليونارد ستراوس** (اسمه الكامل **Anselm Leonard Strauss**) سوسيولوجي أمريكي، اشتغل في ميدان علم الاجتماع الطبي، من مؤلفاته المترجمة إلى اللغة الفرنسية نذكر: « Miroirs et Masques » « La trame de la négociation ».

[29] تأليف مجموعة من الباحثين، ***المعرفة الطبية وتاريخ الأمراض المزمنة***، تحث إشراف آسية بنعدادة، منشورات عكاظ، مطبعة ردمك، 2011، ص 145.

وترتبط بتمثلات وتصورات نُظَمّنُها للحياة وللموت، أحيانا نظهر المرض ونتحدث عنه، وأحيانا نخفيه ونغيبه ونتجنب الحديث عنه، وأحيانا أخرى، نشير إليه باستعمال مترادفات من نوع خطيرة أو قاتلة أو مزمنة أو ضارة أو معدية أو لها قابلية الانتشار"[30].

إن البحث داخل العديد من الثقافات المجتمعية نجدها تضع حدا بين السوي وغير السوي، بين العافية والمرض، وهذه الحدود هي حدود وحواجز هشة، مرنة ولينة تتغير بتغير المكان والزمان والمجموعة الاجتماعية الحاملة لهذه التصورات، إن كل هذه العوامل تجعلنا نقول أن الصحة والمرض هما إفراز معقد للتفاعلات بين المعطيات البيولوجية وبين المعطيات الثقافية والاجتماعية.

وتبعا لما سبق تستوقفنا بعض الأسئلة الأساسية المرتبطة بموضوع بحثنا هذا:

- كيف تتمثل المرأة المستأصلة الثدي جسدها المصاب بمرض سرطان الثدي؟
- وما هي تمثلاتها للمرض نفسه؟ والذي يعتبر سرطان الثدي أحد نماذجه؟
- ما هي الإستراتجيات والمسارات العلاجية التي تتبعها في تدبير مرض سرطان الثدي والتعايش معه؟
- ماذا عن معارفها ومواقفها ومعتقداتها التي تواجه بها وضعيات المرض والتي تنذر بحدوث خلل أو تعطل في الرابطة الاجتماعية بين المرض وبين المحيط الضيق أو الواسع الذي تعيش فيه؟"

إنّ هذه الأسئلة من بين أخرى تجعلنا نروم الإحاطة بها وملامستها في دراستنا هذه، المنجزة بالمجتمع المغربي، الذي أشار بعض باحثيه مثل عبد **الكبير الخطيبي وبول باسكون** إلى كونه من المجتمعات المركبة والمعقدة[31].

إن اختيار الجسد كموضوع معرفة سوسيولوجية في علاقته بالمرض يندرج في إطار اختيارنا لمجالين معرفيين هما: سوسيولوجيا الجسد وسوسيولوجيا الصحة، رغم تداخل الاختصاصات والحقول

[30] تأليف مجموعة من الباحثين، ***المعرفة الطبية وتاريخ الأمراض المزمنة***، تحث إشراف آسية بنعدادة، منشورات عكاظ، مطبعة ردمك، 2011، ص 145.

[31] عبد الكبير الخطيبي في مؤلفه**"النقد المزدوج"** يشير إلى الطابع المركب للمجتمع المغربي، كذلك بول باسكون المهتم بالسوسيولوجيا القروية كثير ما استعمل هذا المصطلح "المعقد" للإشارة إلى بنية المجتمع المغربي.

الإبستمولوجية بينهما، "الأول (سوسيولوجيا الجسد) كفرع حديث من فروع السوسيولوجيا، اختص في تحليل الجسد الإنساني كظاهرة اجتماعية وثقافية؛ مادة من الرموز؛ موضوع للتمثلات والتصورات"[32]، وتجدر الإشارة إلى أن الجسد كموضوع معرفة سوسيولوجية يحظى بمكانة الموضوع المحوري الأساسي، وكذلك الأمر بالنسبة لمجال سوسيولوجيا الصحة. على الرغم من أن الاهتمام بالمرض ومحاولة البحث في أسبابه وعلاجه في الثقافات القديمة بدأ منذ القدَمْ، غير أن بداية الاهتمام بسوسيولوجيا الصحة والمرض لم يظهر إلا مع الاتجاه الوظيفي، على يد **تالكونت بارسونز**[33].

إن التقاء علم الاجتماع بالمعرفة الطبية في البداية لم يكن التقاءً سهلاً، بين ميدانيين معرفيين مختلفين، لإنتاج معرفة بالمرض والصحة، غير أن تطور الحياة الاجتماعية وتداخل العديد من العوامل الاجتماعية بداية بنشوئها (الأمراض)، مرورا بتشخيصها وصولا إلى علاجها أو شفائها، كل ذلك فرض الانفتاح التدريجي لعلم الطب على علم الاجتماع.

يرتبط إدراك الجسد إذن كموضوع للمعرفة الاجتماعية من قبل الأفراد في أحد جوانبه وبشكل كبير بموضوع المرض، حيث أنه عندما تتعرض أحد أعضاء الجسد للمرض، يبدأ المصاب بطرح مجموعة من الأسئلة من قبيل: ما سبب إصابتي بهذا المرض؟ لماذا أشعر بالألم[34]؟ ما هو العلاج المناسب لهذا المرض؟ إلى غيرها من الأسئلة التي تتبادر إلى ذهن المصاب.

يعرف المرض طبيا على أنه "اختلال يصيب وظائف الجسم"، وهو تعريف يستهدف البعد البيولوجي والبعد الفردي. أما في السوسيولوجيا فيعرف المرض حسب **تالكوت بارسونز** Talcott

---

[32] David Le Breton, *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 1ère édition 1992, 7ème édition 2010, p 3. Op.cit, p3.

[33] محمد عبابو وعبد الرحمان المالكي، **سوسيولوجيا الصحة والأمراض المزمنة**، عدد خاص، مختبر سوسيولوجيا التنمية الاجتماعية، العدد الأول، 2011، ص 11.

[34] رغم أن الألم ليس بالضرورة معيار معبر عن المرض في جميع الحالات، إذ أن هناك أمراض لا تصدر ألما على مستوى الجسم (السرطان مثلا)، أو يحدث ألم داخل الجسم دون أن يكون هناك مرض (ظاهرة الحيض عند النساء مثلا)، وهو الأمر الذي دافع عنه **دوركايم**، حيث رفض اعتبار الألم كمؤشر على وجود المرض، ومن مظاهر ذلك التعريف الذي يقدمه **دوركايم** للصحة من حيث **"**هي الحالة التي تنمو فيها القوى الحية بشكل سليم، ويتكيف داخلها الجسم مع محيطه بطريقة كاملة**"** للتفصيل أكثر يرجى العودة إلى:
Emile Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*

Parsons على أنه انحراف اجتماعي، إي اختلال يصيب الأدوار الاجتماعية، ويعتبر العلاج ضبطا لهذا الانحراف وإعادة بناء توازن الفعل الاجتماعي الذي يهدده[35].

فماذا عن هذا العلاج إذا كانت مدته طويلة، وقد ترتبط بمسارات حياة المريضة خصوصا عند بسرطان الثدي مثلا موضوع الدراسة؟ هل ستتمكن هذه المريضة من إعادة بناء هذا التوازن بعدما أصابه الخلل أو الانحراف بلغة **بارسونز**؟

وللتذكير فإننا لا نولي أهمية لإعادة توازن الخلل الذي أحدثه المرض، بقدر ما نركز على آليات التعايش مع المرض، كون أن أهم خاصية تميز "المرض المزمن، هي خاصية العلاج وليس الشفاء"[36]، وبالتالي وجب التعايش معه، هذا التعايش الذي أغفلته –حسب قراءتنا– المقاربة البارسونزية للمرض المزمن خاصة. والذي كان –التعايش– موضوع الانتقادات الموجهة **لبارسونز**. مما يُحيلنا إلى الحديث عن الأمراض المزمنة حسب الباحثة **إزابيل** بزنجر Isabelle Bazanger التي ترى بضرورة استحضار مسألتين مشتركتين فيما يخص هذه الأمراض:

1– **مسألة مدة المرض:** عندما نتحدث عن الأمراض المزمنة أو (الطويلة الأمد) فإننا نتحدث بالأشهر والسنوات. بل إن الأمراض المزمنة يمكنها أن تستمر مع الشخص المريض حتى الممات.

وعلى المستوى الطبي فالأمراض المزمنة تطرح مسألة أخرى وهي:

2– **مسألة تدبير المرض:** إنه عوَضَ الخطاطة المعتادة بالنسبة للأمراض الحادة: مرض– تشخيص– علاج– شفاء. يلزم اعتماد خطاطة مفتوحة أي عوض الشفاء الذي يكون في نهاية المطاف، سيتم الشروع في التدبير اليومي للمرض المزمن، وهذا التدبير الزمني لا يفرضه العمل الطبي فقط، وإنما

[35] المصطفى السعليتي، ***الصحة والثقافة والسلوك***، الطبعة الأولى، مطبعة الداودية، مراكش، المغرب، 2008، ص 232.
[36] Giorgio BORDIN et Laura POLO D'AMBROSIO, *La médecine*, Editions Hazan, Paris, 2010, p. 39.

الحدث الاجتماعي أيضا والذي يتطلب تدخل مختلف الفاعلين من مرضى، أطباء، أسر والمحيط، إلى غير ذلك[37].

بناء على ذلك ننطلق من السؤال الأساسي في هذا البحث:

كيف تتمثل المصابة بسرطان الثدي جسدها بعد استئصال الثدي؟ وما تأثير ذلك على نظرتها لذاتها وتفاعلها مع المحيط؟

ويمكن أن يفضي بنا هذا السؤال الرئيسي للبحث إلى طرح مجموعة من الأسئلة الفرعية:

- **كيف تتمثل المصابةُ، سرطانَ الثدي وأسباب الإصابة به؟[38]**
- **كيف تتعايش المرأة المستأصلة الثدي مع المرض؟[39]**
- **كيف يؤثر استئصال المرأة لأحد ثدييها أو كلاهما على تقديرها لذاتها وعلى علاقاتها التفاعلية مع المحيط؟ [40]**
- **كيف يحضر الألم عند المصابة بسرطان الثدي؟ بمعنى آخر، كيف تعيش تجربتها مع الألم وكيف تتعامل معه (الألم)؟**

تلك هي الأسئلة الفرعية التي يتمحور حولها هذا البحث، ويمكن القول إننا ننطلق في هذا البحث من مجموعة من الملاحظات والتصورات، التي قد تبدو أحيانا من باب البديهيات التي لا تحتاج إلى جهد لإثباتها، وأحيانا أخرى من باب الأفكار المسبقة غير المبرهن عليها، وعلى كل حال فلا بد في مثل هذه

---

[37] Isabelle Baszanger, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986, pp. 3-27, p.4 Sur le site web: http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_1_2280.

[38] ما هي تمثلات المصابة المستأصلة الثدي لمرض سرطان الثدي –كونه في التمثلات المجتمعية يرتبط بالموت–؟ هل تعتبر المرأة جسدها بعد استئصال الثدي جسدا ناقصا يعيق اندماجها الفردي والاجتماعي؟ أم أنها تعتز به وتتعامل معه بطبيعة وتلقائية لتحقيق اندماجها وتفاعلها الاجتماعي والإنساني؟

[39] ما هي المسارات العلاجية للمرأة المصابة؟ وهل هناك مساواة صحية في الولوج إلى العلاج أمام المصابات بنفس المرض؟ (هل تستفيد المصابات من جل الخدمات الصحية)؟ ما هي معاناتها مع هذا المرض؟ كيف تتفاعل المرأة مع هذا المرض؟ بمعنى أخر، كيف تعيش حياتها اليومية في مراحلها الثلاث: العمل المرضي 'العلاج وما يصاحبه'– العملي 'الأنظمة اليومية..'– الهوياتي 'مدى استدماج المرض في وعي ولاوعي المريضة'؟

[40] **أي** كيف يؤثر استئصال الثدي على مستوى رضاها عن نفسها وبالتالي تقديرها لذاتها (صورة الجسم، مستوى الرضى عن الجسد، تقدير الذات،...)؟ هل تعيد المصابة بسرطان الثدي تشكيل هويتها الذاتية، أو تقوم بتعديلها اتجاه نفسها واتجاه من يحيطون بها "من أسرة، أصدقاء، المحيط العام"؟

الدراسة من الانطلاق من بعض التصورات التي نتبناها كفرضيات أو أفكار موجهة للبحث، حيث سنعمل من خلال هذه الدراسة على تمحيصها لتبيان مدى مطابقتها للنتائج الميدانية وقبل ذلك للدراسة الاستكشافية.

2. فرضيات البحث

من الواضح أن "الواقع يتطور بسرعة كبيرة، وطابع العلاقات الاجتماعية يسجل التجديد على مستوى وضعية النساء داخل المجتمع، فخروج المرأة إلى العمل بشكل يتسع يوما بعد يوم ويقتحم مجالات جديدة ومستويات متعددة، وانتشار التعليم في أوساط اجتماعية واسعة، وكذلك تطور الصراع الاجتماعي وتأثيره على بنية العائلة المغربية وتوزيع السلط داخلها، بالإضافة إلى تأثير وسائل الإعلام، كل ذلك أدى إلى حدوث تغير على مستوى الخطاب بصدد التصورات التي تحيط بالمرأة"[41] وبجسدها تحديدا.

إن التطورات التي يعرفها مجتمعنا من زوايا مختلفة _في خضم حركية الواقع المتطور باستمرار_ جعلتنا نتلمس بعضا من جوانبه المرتبطة بالجانب الصحي، ونحاول الكشف عن هذا الجانب عند فئة من المجتمع المغربي ألا وهي فئة المستئصلات الثدي.

لذلك يأتي بحثنا هذا، لملامسة طبيعة العلاقة التي تربط المصابة بسرطان الثدي بجسدها، من خلال معرفة تمثلاتها حول هذا الجسد. موظفين في ذلك، المقاربة الكيفية المتمثلة في تقنية مقابلة موجهة مع مريضات مستأصلات الثدي، كذلك، ومن أجل الغوص أكثر في الظاهرة المدروسة ومحاولة فهم وتحليل المراحل التي قطعتها المريضة إثر إصابتها بمرض سرطان الثدي في تمثلها لجسدها، ثم اعتماد المقاربة الكمية أيضا والمتمثلة في توظيف الاستمارة، ذلك بهدف تكميم بعض المتغيرات والمؤشرات المساعدة على إيجاد إجابات على الأسئلة المطروحة سابقا.

[41] الرازي نجاة، **"المرأة والعلاقة بالجسد"**، مجلة مقاربات، نشر الفنك، الدار البيضاء، المغرب، بدون ذكر العدد، الطبعة الأولى، 1991، ص 35.

- الفرضية المركزية

نفترض أن استئصال المرأة لأحد ثدييها أو كلاهما نتيجة إصابتها بمرض السرطان، يؤثر سلبا على تمثلها لجسدها ومن ثمة على تفاعلها مع ذاتها ومع المجتمع.

ولتعزيز هذه الفرضية العامة نطرح الفرضيات الفرعية التالية:

❖ **نفترض أن المحددات الاجتماعية للصحة تلعب دورا هاما في تمتع المستأصلات الثدي بصحة جيدة من عدمها [42].**

❖ **نفترض أن مستأصلة الثدي لها تمثلات اجتماعية وثقافية ومعارف حول سرطان الثدي وأسباب الإصابة به.**

❖ **نفترض أن مستأصلة الثدي توظف استراتيجيات خاصة سواء في مساراتها العلاجية أو في تعايشها مع المرض[43].**

❖ **نفترض أن استئصال المصابة للثدي يؤثر على تفاعلها مع ذاتها[44] ويساهم في تفكك رابطها الاجتماعي، ما يكسبها هوية مريضة، معذبة ومتألمة.**

بناء على هذه الفرضيات التي تعتبر إجابات مؤقتة عن الأسئلة المطروحة في البحث، والتي يمكن تأكيدها كما يمكن ضحدها، ذلك من خلال نتائج البحث الميداني. سوف نتناول أولا المفاهيم التي نراها ضرورية ومهمة في هذا البحث.

---

[42] نفترض أن هناك محددات سوسيو-اقتصادية ومجالية تتحكم وتؤثر في المسارات العلاجية عند المصابات بمرض سرطان الثدي سلبا، وتتبدى بعض المتغيرات سوسيو-اقتصادية في متغير السن ومدى استفادة المصابات بسرطان الثدي من البرنامج الخاص بالسرطان، متغير الوضعية العائلية وعلاقته بالتكفل بمصاريف العلاج، متغير العمل وعلاقته بمصاريف العلاج، متغير المستوى الدراسي وعلاقته بطرق العلاج (علاج تقليدي، حديث) المتبعة من قبل المصابات، متغير التغذية إلى غير ذلك. أما المحددات المجالية، فنفترض على أن هناك فروق بين المصابات المنتميات للمجال الحضري والقروي فيما يخص تتبعهن للعلاج بشكل منتظم، ثم نفترض أن متغير نوعية السكن يتحكم هو الآخر في علاجهن، بالتالي نفترض أن هناك لامساواة في الأجساد أمام المرض وأمام الموت بين المستأصلات الثدي.

[43] نفترض أن هناك عوامل تتحكم في الكشف عن مرض سرطان الثدي عند المصابات وأن هناك فروق بين المصابات في ردود الفعل حيال خبر إصابتهن بالمرض، كما أننا نفترض غياب الرعاية التلطيفية لعلاج الألم لدى المستأصلات الثدي. وأن تتعدد المسارات العلاجية لدى المصابات راجع لتمثلاتهن عن العلاج، ونفترض أن المصابات بسرطان الثدي توظفن إستراتيجية التحدث عن المرض ثارتا وإخفاءه ثارتا أخرى حسب سياقات التفاعل، كما نفترض أن المستأصلات الثدي تلجأن لإستراتيجيات خاصة في علاجهن من مرض سرطان الثدي تتمثل في "السلف" أي الاقتراض والتسول أحيانا.

[44] (صورة الجسم، مستوى الرضى عن الجسد، تقدير الذات،...)

3. المفاهيم الأساسية للبحث

المفهوم بالفرنسية Concept هو تجريد أو رمز لتمثيل شيء أو إحدى خصائصه أو ظاهرة سلوكية معينة، كما أنه (المفهوم) يؤدي عدداً من الوظائف في البحث العلمي الاجتماعي، من ذلك أنه يمثل أساس التواصل. ففي حال غياب مجموعة من المفاهيم المتفق عليها، يصعب على الباحث إيصال نتائجه، أما في ظل مفاهيم متفق عليها يصبح التواصل القائم على التداخل الذاتي والفهم المشترك ممكنا. إن المفهوم يمكّن الباحث من ربط بعض جوانب الواقع وتعريفه لإنتاج خصائص مشتركة للظاهرة المدروسة في العالم الواقعي[45].

وهناك التعاريف المفاهيمية والتعاريف الإجرائية: فالأولى هي تلك التعاريف التي تصف مفاهيم باستخدام مفاهيم أخرى، حيث تكون صلبة ومتماسكة ولا يمكن تعريفها بمفاهيم أخرى، ذلك لأن المصطلحات المشتقة منها تلك التي يتم إنشاؤها باستخدام المصطلحات الأولية. أما التعاريف الإجرائية فهي مجموعة من الإجراءات يمكن للباحث إتباعها. لتأسيس وجود الظاهرة الموصوفة من قبل المفهوم[46].

إن تحديد المفاهيم الرئيسية في الدراسة مسألة مهمة جدا، كونها تساهم في إزالة اللبس والتشويش الذي يمكن أن يطال القارئ وخاصة غير المتخصص.

وبما أن موضوع اشتغالنا هو: "تمثلات الجسد الأنثوي عند المستأصلات الثدي"، فقد كان من الضروري تحديد مجموعة من المفاهيم من قبيل: **الجسد، الصحة، المرض، التمثلات (الاجتماعية والثقافية) والرابط الاجتماعي.**

1.3 حول مفهوم الجسد

يستدعي الحديث عن مفهوم الجسد في مختلف العلوم التي قاربته، سواء من حيث تطوره التاريخي، أو من حيث أسسه الإبستمولوجية والمنهجية. تعريفه في اللغة.

---

[45] فرانكفورت ناشيماز وناشيماز دافيد، ***طرائق البحث في العلوم الاجتماعية***، ترجمة ليلى الطويل، الطبعة الأولى، بترا للتوزيع والنشر، سوريا، دمشق، 2004، ص 39-40.

[46] فرانكفورت ناشيماز وناشيماز دافيد، ***طرائق البحث في العلوم الاجتماعية***، مرجع سابق، ص 45.

يعرف الجسد لغة على أنه:"جمع أجساد: جسم الإنسان والنسبة إليه جسدي وجسداني"[47].

ظل الجسد كموضوع، ولمدة طويلة، حبيس ثنائية المناولة الفيزيولوجية من جهة، والمناولة الفلسفية من جهة أخرى، ولم يعلن عن نفسه كموضوع للبحث العلمي إلا مع باحثين ودارسين في الأنثروبولوجية والسوسيولوجية الأولى أمثال **جورج زيمل** George Simmel **وروبير هيرتز** Robert Hertz **ومارسيل موس و**Marcel Mauss [48].

فكيف تناولت السوسيولوجيا مفهوم الجسد؟ إنه وقبل أن نتطرق لذلك، نرى ضرورة استدعاء بعض الحقول العلمية والمعرفية التي كان لها الفضل في دراسة وتناول الجسد من قبيل: الفلسفة، الأنثروبولوجيا والطب. فكيف تناول الفكر الفلسفي موضوع الجسد؟

الجسد في الفكر الفلسفي: من المشكلات الرئيسية التي نوقشت في الفلسفية ابتدءا من كتابات **ديكارت** في القرن السابع عشر نجد على سبيل المثال؛ قضية العلاقة بين العقل والجسد، فلا يوجد سوى عدد قليل من المفكرين خاصة أصحاب التراث الإمبريقي في الفلسفة البريطانية. في القرنيين السابع عشر والثامن عشر، حيث يمكن اعتبار **دافيدهيوم** مهتما بالجسد الإنساني، ذلك من خلال اعتباره أن خبرتنا بهذا العالم تعتمد اعتمادا كليا على حواسنا الجسدية. مركزا على حاستي السمع والبصر وحدهما بوصفهما مصدر المعرفة. غير أنه أغفل الحواس الجسدية الأكثر وضوحا كحاسة الشم والذوق واللمس.

وقد قام **كانط** في نهاية القرن الثامن عشر بايضاح الوضع الإشكالي للحواس في كتابه *"نقد الحكم*" 1987، مشيرا إلى أننا لا نستطيع أن نخبر متعة الشعور بالجمال من جهة، إلا أننا مخلوقات تجمع بين كونها عقلية وكونها حسية أو (جسدية) في وقت واحد من جهة أخرى.

---

[47] المنجد في اللغة والأعلام، الطبعة الثالثة والعشرون، مطبعة دار المشرق، بيروت، لبنان، 1973، ص 92.

[48] لقد تناول السوسيولوجي والأنثروبولوجي الفرنسي **مارسيل موس** في مؤلفه *Les techniques du corps* (1934) الجسد من خلال تقنياته والتي اعتبر المشي إحداها (سوف نأتي لتناول ذلك لاحقا) كما أن جورج زيميل تناول من خلال مؤلفه المعنون *Sociologie: Étude sur les formes de socialisation* ، " التعبير القسري للمشاعر" عام 1921، حيث تناول هذا الأخير مسألة رفع اليد اليمنى "داخل المجتمعات الإنسانية"، حيث كتب قائلا (ليس هناك اعتراض على أن اليد اليسرى يمكن أن تتلقى تربية فنية وتقنية مثل نظيرتها اليمنى التي تحظى لحد الآن بالامتياز). مأخوذ عن **دافيد لوبروتون**، سوسيولوجيا الجسد، ص. 39.

إن أهمية المعايشة الجسدية والعملية لهذا العالم رغم أهميتها البالغة. لم تحظ بالمعالجة الفلسفية الشاملة الدقيقة إلا مع الفلسفة البرغماتية الأمريكية في أواخر القرن التاسع عشر. وفي القرن العشرين تم تطوير هذه الرؤية الشاملة المتعلقة بمدى اكتساب المعرفة اعتمادا على الحواس، ونجد **هايدجر** يؤكد من خلال أعماله على النقيض من تصورات **ديكارت** وافتراضاته؛ أنه لا يمكننا اكتساب المعرفة من خلال الاقتصار على تأمل هذا العالم فقط، وإنما نحن بحاجة إلى سبب يدعونا إلى التفكير والتأمل فيه، ولا يتوفر هذا السبب إلا من خلال التعامل الجسدي معه. لذلك نجد أن **هايدجر** يدخل الجسد ضمن نطاق الفكر الفلسفي، بل أكثر من ذلك يؤكد **هايدجر** حاجتنا الضرورية للجسد، لكي نفهم أنفسنا كمخلوقات بشرية، وقد كان هذا الاتجاه له تأثير على الفلسفة الظاهراتية أي الفينومينولوجيا الفلسفية[49].

ويعتبر **موريس ميرلوبنتي** Maurice Merleau Ponty من بين الفلاسفة الفينومينولوجين الذين وجهوا اهتمامهم نحو البحث في دور المحسوس والجسد داخل التجربة الإنسانية بوجه عام، وفي المعرفة بوجه خاص، فنجده يقيم تمييزا واضحا بين الجسد السليم Corps propre والجسد كفكرة Corps en idée. يعتبر **ميرلوبنتي** أن الثقافة هي وسائل لتنظيم التصورات، وبالمقابل إن الضغوط الثقافية تُفرض على الجسم وتوجه سلوكاته. ويتضح ذلك في خيارات التجميل، الحركات، الإيماءات، التقنيات أو الرموز، فيصبح الجسد أيضا رسالة. في أنثروبولوجيا الجسد هناك أيضا قراءة للجسد من خلال الحلي، الإيماءات، الحركات والوشم[50].

إنه ومن غير الممكن أن نجد مفهوما واحدا للجسد داخل المجتمع نفسه، ذلك لأنّ الجسد يعرف انطلاقا من استخدامه أو استعماله في الحياة اليومية، كما أنه يحضر في الخطاب الاجتماعي وغالبا الديني منه. إن جل أنشطتنا وعلاقتنا مع العالم تمر عبر الجسم، فغالبا ما يتم ابتداع مصطلحات أوسع

---

[49] مها محمد حسين، ***العذرية والثقافة-دراسة في أنثروبولوجيا الجسد***، مرجع سابق ص ،ص 8-9.

[50] Jean Benoist et Pascal Cathebras, *Conceptions et représentations du corps*, p. 7 .Site web http://classiques.uqac.ca / date de visite 16/09/2017 à 22.10 (Texte inédit en français. Traduction d'un article publié originalement en anglais sous le titre : "The Body : from an Immateriality to another. Un article publié dans la Revue Social Sciences and Medicine, vol. 36, no 7, 1993, pp. 857-865.)

في كل يوم، والتي تتشكل انطلاقا من تصورنا للعالم، بحيث يتم وضع الخطابات حول الجسد "مفهمة الجسد" كغلاف يغطي ممارستنا اليومية، والتي من شأنها أن تعطي معناً[51].

إذا كان الجسد قد تم تناوله في الفكر الفلسفي من خلال تناول قضايا تهم علاقته بالعقل، بالحواس والتصورات. فكيف اهتم به علم النفس؟

- **الجسد في علم النفس**[52]

اعتبرت مدرسة التحليل النفسي –والتي يعتبر **سيغموند فرويد** رائدها– الجسد تخيلا يوجد عند نقطة التقاء المتخيل باللاشعور، هذا فضلا عما أولته نظرية التحليل النفسي من اهتمام بالغ للمراحل الأولية للطفولة، ذلك عبر ما صنفته من مراحل تطورية لحياة الطفل (المرحلة الفمية، القضيبية والشرجية).

من هنا نلمس الحضور البارز للجسد في هذه النظرية إما كمعطى فيزيولوجي أو كموضوع للغرائز الليبيدية أو الإستهامات والانحرافات الجنسية.

- **الجسد في الأنثروبولوجيا**

شكل الجسد في مختلف الثقافات تمثلات أنثروبولوجية وإثنية تتحكم فيها ثقافات الشعوب سواء المتقدمة أو تلك السائرة في طريق التقدم. وعلى الرغم من أن الجسد يظل حقيقة طبيعية وبيولوجية (الجسد الطبيعي) فإنه يشكل أيضا حقيقة سوسيو–ثقافية.

فإذا كان الجزء البيولوجي يسمح للإنسان طبعا بتأسيس ومعرفة العالم والتفاعل معه من خلال التجربة الفردية، فإن الجزء الثقافي يسمح له بنوع من التماسك مع الكون، كما أنه يقوم على تعلم رموز أساسية لفهم العالم والآخرين والذات.

إن هذا الجزء الثقافي يهم 'المعايير' و'الطقوس' و'التمثلات'، كذلك يحدد ما على الفرد القيام به وما عليه تجنبه في بيئته ومحيطه الاجتماعي، بالتالي يكون من المستحيل إقامة حدود واضحة ما بين "الجسد

[51] Op. cit. p. 8.

[52] من خلال مدرسة التحليل النفسي.

الطبيعي" و"الجسد الثقافي". من هنا تأتي أهمية حقيقة الجسد، والتي طالما كانت منسية منذ زمن طويل[53]. إن الجسد في الدراسات الأنثروبولوجية كما أشارت **خلود السباعي**؛ مثل الجسد عبر الزمن ذلك الشيء المزين والمقنّع والمتغيّر بتغيّر المجتمعات والثقافات، فهو "الرمز" الذي يستعمله كل مجتمع على حدة لكي يتحدث عن استهاماته عبر سيرورة يعلن من خلالها عن مختلف الوسائل التي ينشرها فيه.[54]

ويلاحظ الأنثروبولوجيون[55] أن كل ثقافة تسجل على الجسد قيّمها واعتقاداتها وقوانينها الشرعية، ومن أبرز المؤشرات الدالة على هذا الطابع الثقافي للجسد؛ التوترات التي تحصل لحظة انفلاته بحكم طبيعته البيولوجية الغريزية من قواعد "الآداب" أو غيرها من وسائل الترميز المشكّلة للمنظومة القيمية الأخلاقية.

❖ **الجسد في السوسيولوجيا**

"لقد كان الجسد غائبا عن علم الاجتماع الكلاسيكي، إذ أن هذا الفرع المعرفي ناذرا ما ركز بطريقة ثابتة على الجسد بوصفه مجالا مستقلا للبحث، حيث ظل اهتمام علم الاجتماع الكلاسيكي بالجسد ضمنيا، بدل أن يكون صريحا، فضلا عن ذلك؛ نزع إلى التركيز على جوانب منتقاة من الجسدية البشرية، حيث ركز علم الاجتماع على قضايا من قبيل اللغة والوعي مثلا، دون ملاحظة أن هاتين القدرتين نفسيهما قدرات جسدية"[56].

لكن رغم ذلك، "إن هذا لا يبرر الحكم بأن علم الاجتماع تبنى مقاربة لا جسدية كلية في تناول موضوعه، هناك بعض إسهامات علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا في مجال العلاقة بين الجسم الإنساني والواقع الاجتماعي، ذلك منذ آراء وأفكار الرواد الأوائل وانتهاءاً بالمحدثين، حيث تناول **كارل ماركس Karl Marx** مسألة استيعاب الجسد في التقنية الرأسمالية. فيما وجه **جورج سيمل** الاهتمام المبكر للدّور

---

[53] Nacira Saadi, *Le corps humain: interpénétration du sacre et du profane dans le Droit positif Algérien*, Université Panthéon-Assas, Paris 2, p. 1.

[54] خلود السباعي، *الجسد الأنثوي وهوية الجندر*، مرجع سابق.

[55] سوف نأتي لذكر أهمهم لاحقا.

[56] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، ترجمة منى البحر نجيب الحصادي، الطبعة الأولى، دار العين، الإسكندرية، مصر، 2009، ص 29.

الجسدي في الحياة اليومية واعتبر أن الجسد ما هو إلا استعمال لحواس في ضوء أوضاع اجتماعية وثقافية محددة.

أما أعمال السوسيولوجي **ماكس فيبر** Max **W**eber فقد أبدت اهتمامًا بعقلنة الجسد و"الملاجئ" التي يوفرها الفن، الحب والشهوة الجنسية. فيما اعتبر **ايميل دوركايم** الجسد مصدراً وموضعاً لتلك الظواهر الدينية التي أسهمت في تماسك الأفراد في كليات أخلاقيات"[57]. لقد أثرت آراء وتصورات **دوركايم** عن المجتمع تأثيرا بالغا في تلاميذه أمثال **مارسيل موس وروبرت هرتز**، اتضح ذلك جليا في إدراكهما المبكر للأهمية الاجتماعية لجسم الإنسان، حيث لم يعد الجسد كيانا فسيولوجيا خالصاً بل أصبح هذا الكيان عاكسا لمعان اجتماعية متنوعة، تُعدّ نتاجا لتفاعل هذا الجسد مع البيئة الاجتماعية المحيطة به.

وهذا ما دفع **هيرتز** للاهتمام بالجانب الرمزي المتعلق بأبعاد الجسد الإنساني، خاصة في تقسيمه للجسم الإنساني إلى جانب أيمن وجانب أيسر، وما يرتبط بكل منهما من رموز أعطت المجتمع الفرصة أن يصوغ حولها تصنيفات وتعبيرات تتعلق بجوانب طقوسية عديدة، وكذلك اهتمام **مارسيل موس** بالعمليات والميكانيزمات التي يتحول عن طريقها الجسد الإنساني إلى معنى محدد من صنع الإنسان عن طريق إظهار أساليب التعبير عن عمليات التعلم والتدريب من خلال الجسد.

وقد اهتم **هيرتز وموس** بالجسم الاجتماعي ثم جاءت من بعدهما **ماري دوجلاس** Mary Douglas التي استمرت في نفس الاتجاه مفترضتاً أن الجسم الاجتماعي هو الذي يحدد الطريقة التي يتم بها إدراك الجسم الطبيعي، بمعنى أن عملية إدراك الجسد الإنساني الطبيعي حسب **دوجلاس** تعد جزءا من البناء الاجتماعي الذي يُشيّده المجتمع، بل إن الجسد يتفوق على أي حقيقة واقعية ندركها إجتماعيا طالما أن الخبرة الفيزيقية له تعكس نظرة المجتمع الخاصة به.

[57] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، ترجمة منى البحر نجيب الحصادي ، مرجع سابق، ص 30.

حاولت **ماري دوجلاس** تطوير النموذج الدوركايمي ليتضمن الخبرة الفيزيقية، واعتبرت أن النظرة للجسم الإنساني ناتجة عن تصور مجتمعي، حيث أننا ننظر لجسم الإنسان من خلال تصور المجتمع له، ومن خلال دراسة اتجاهات الأفراد وتصوراتهم المجتمعية والثقافية عنه.

يتفق **دافيد لوبروتون** مع طرح **ماري دوجلاس** حينما يؤكدان أن الجسد الإنساني ما هو إلا مرآة عاكسة للمجتمع الذي يوجد فيه هذا الجسد، حيث يعتبر حياة الإنسان ما هي إلا اختزال دائم ومستمر للعالم من حوله في جسده بمرور الزمن الذي يجسده[58].

وفي ظل الاهتمام بالجسد تحتل العلوم الإنسانية بجميع تخصصاتها مركز الصدارة، ذلك لانشغال كل المجتمعات على حد تعبير **بريان تورنر**Bryan **Turner** بمشكلة التحكم في الجسد وضبطه.

إن تناول مفهوم الجسد عامة، والجسد الأنثوي المصاب بالمرض خاصة وللضرورة المنهجية يحيلنا على دراسة الجسد السوي وغير السوي اجتماعيا، أي ما الذي يجعل هذا الجسد يتصف بالسواء وآخر يتصف باللاسواء؟ ما يحيلنا على مفهوم آخر وجد تأصيله النظري والإبستمولوجي في الفلسفة بدءًا من **نتشه**، مرورا **بكانغيلام** وصولا إلى **فوكو**، ليصل إلى السوسيولوجي **ايميل دوركايم** إنه مفهوم "المعيار" أو "المعيارية"[59].

عندما ننظر إلى الثقافة المغربية نجدها غالبا ما تضع تصنيفا وتمييزا بين أجساد الذكور وأجساد الإناث، حيث تنظر إلى جسد الأنثى على أنه ذلك الجسد الناقص، الضعيف، الأكثر استعداداً وتعرضاَ للمرض، في مقابل جسد الذكر، الكامل، القوي والأقل تعرضا للمرض. فالمرأة بحكم طبيعتها الجنسية وأدوارها الطبيعية (تفوق الرجل من حيث قابليتها لأنواع خاصة من المرض، مثل تعرض رحمها وثدييها ومختلف أعضائها الجنسية التي تميزها عن الرجل للمرض)[60]، أي أن الثقافة المجتمعية هنا تضع ذلك

---

[58] مها محمد حسين، ***العذرية والثقافة-دراسة في أنثروبولوجيا الجسد-***، مرجع سابق الصفحات 39،38،37.

[59] سوف نأتي للتفصيل أكثر في هذه المسألة (التمييز بين المعياري واللامعياري-السوي وغير السوي) في مناسبة لاحقة من الأطروحة.

[60] للتفصيل أكثر يرجى العودة إلى النتائج الميدانية لدراسة أكاديمية لنيل شهادة الدكتوراه للدكتور للباحث زكرياء الإبراهيمي، *الصحة والمجتمع –دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي*، جامعة محمد الخامس، الرباط، 2016.

التميز والتصنيف بين جسد المرأة الناقص والمعرض للمرض بدرجة كبيرة، في مقابل جسد الرجل الكامل أو الذي لا يتعرض للمرض بتلك الدرجة التي يتعرض فيها جسد المرأة للمرض.

وعليه نقول، أن الجسد كمفهوم إذن وجد تأصيله النظري في الفلسفة أولا عن طريق دراسة إشكالات تهم ثنائية العقل والجسد، ثم الحواس وامتلاك المعرفة. أما في الأنثروبولوجية فقد اهتمت به من خلال الطقوس والممارسات. وعلم النفس اهتم به (الجسد) من خلال تناوله لمسألة الرغبات والغرائز الليبيدية. أما السوسيولوجيا فقد ذهبت إلى دراسة الجسد كظاهرة مرتبطة بالمجتمع عبر المعاني والدلالات التي يُنتجها أو يتم إنتاجها حوله. فماذا عن مفهومين آخرين يرتبطان بهذا الجسد ألا وهم مفهوم الصحة والمرض؟

منذ البدايات الأولى لعلم الطب كان الحديث عن المرض يتم دائما بصيغة الجمع، بينما الحديث عن الصحة يكون بصيغة المفرد[61]. وأن حياة الإنسان ما هي إلا صراع ضد الأمراض والسعي للحفاظ عليها من خلال صحة سليمة ومعافاة الصحة. فكيف يمكن تعريف الصحة؟ في مقابل المرض؟

2.3. مفهوم الصحة

بالرجوع إلى تعريف الصحة حسب منظمة الصحة العالمية (OMS)، نجد أنها انتقلت من تعريفها كحالة من الاكتمال الجسدي، العقلي والاجتماعي...، إلى القدرة على الاختيار والرضى عن الحياة... ثم إلى تعريفها على أنها "اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وهي القدرة على استيعاب الأدوار العائلية، المهنية، والاجتماعية، القدرة على تدبير التوتر والشعور بالرضا وغياب خطر الموت المبكر" (2001)[62]، وإن تعديل منظمة الصحة لتعريف هذا المفهوم (الصحة) ليس اعتباطيا بل هو راجع إلى

[61] Mohamed Ababou et Abderrahman El Maliki, *Sociologie de la maladie chronique (Cas du diabète au Maroc),* Publications du Laboratoire de Sociologie de Développement Social, LASDES, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah Dhar El Mahraz-Fès, 2017, p. 11.

[62] OMS (2001): « Intégrité anatomique, physiologique et mentale. Capacité à assumer ses rôles familiaux, professionnels et sociaux. Capacité à gérer le Stress, sensation de bien être, et absence de risque de maladie ou de décès prématuré ».
OMS (1986): « La santé est une dimension essentielle de la qualité de vie, l'opportunité de faire des choix et d'être satisfait de vivre ».
OMS (1947): « La santé est un état de complet de bien-être physique, mentale et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » sur le site web http://fmp.um5.ac.ma/sites/fmp.um5.ac.ma/files/D%C3%A9finition%2C%20concept%2C%20approches%20en%20sant%C3%A9.pdf 10/08/2020 à 00.16.

إدراكها لدور هذه المتغيرات: القدرة على تدبير التوتر، الشعور بالرضى ثم غياب خطر الموت المبكر في تمتع الإنسان بصحة جيدة من عدمها، ويعرف **روني لوغيش** René Leriche يعرف الصحة على أنها "العيش في سكون الأعضاء" "La vie dans le silence des organes"[63].

أكدت **كلودين هرزليش** Claudine Herzlich في دراستها للتمثلات الاجتماعية على أن الصحة هي قبل كل شيء مفهوم وتصور يتأسس على تصورات الأفراد والقيم الاجتماعية التي تعمل على بناء الحقيقة الاجتماعية، وأن التمثلات الاجتماعية للصحة والمرض في علم النفس تبدو مركبة ومتداخلة، ذلك لأنها تحمل صوراً ذات دلالة ترتبط بتجربة الفرد وبالمعارف الموجودة بالمجتمع. بالتالي فالتمثلات حسب **هرزليش** تسمح بإعطاء انطباعاتنا حول واقعنا اليومي من خلال المعارف المكتسبة من المحيط، التجارب والعادات الموجودة بالمجتمع[64]. من خلال نتائج دراستها عن الصحة والمرض. توصلت **هرزليش** إلى أن هناك أشكال للصحة.

- **أشكال الصحة حسب هرزليش**

ترى **هيرزليش** أن الصحة تأخذ داخل المجتمع ثلاثة أشكال كبرى:

- الصحة فراغ santé– vide
- الصحة جوهر Fond de santé
- الصحة توازن Equilibre

في الحالة الأولى تظهر الصحة في أجساد الناس من خلال غياب المرض، وعدم وعي الشخص بجسده أو على الأقل عدم إحساسه بانزعاج بناءه العضوي لحظة القيام بمجهود ما. أما في الحالة الثانية فترى الصحة كحالة من القوة وكقدرة على تحمل كل ما يمكن أن يعترض الفرد من تعب أو إرهاق أو قلق...الخ. أما الصحة باعتبارها توازنا فتتجلى في تمتع الشخص بصحة نفسية وجسدية جيدة، ثم القدرة

[63] David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Editions Métailié, Paris, 1995, p. 23.
[64] Claudine Herzlich, *Santé et maladie- analyse d'une représentation sociale*, Paris, Mouton, 1976, p. 23.

على القيام بالأنشطة، عكس الإحساس بالعياء، إضافة إلى مدى فعالية الشخص في بناء علاقات جيدة مع الآخرين[65].

3.3 مفهوم المرض

إن تناول مفهوم المرض يقتضي منا أولا تعريفه لغة واصطلاحاً. لقد اشتق مصطلح "**مَرَضَ** من مَرِضَ، يمرَض، مَرَضًا، فهو مريض، ومَرِضٌ وقد مارضٌ، ويقال مرض الشخص أو الحيوان أي تغيرت صحته واضطربت بعد اعتدالها" [66].

يعرف المرض في المعجم العربي الأساسي على أنه "كل ما خرج بالكائن الحي عن حد الصحة والاعتدال، من علة أو نفاق أو تقصير في أمر ماثل؛ مرض باطني، مرض جلدي، مرض عقلي، مرض صدري، مرض متوطن، مرض مزمن، مرض معدي، مرض نفسي، مرض وبائي"[67].

وفي لسان العرب "إن كلمة **مرض** تدل على معاني سلبية أيضا، فالمرض هو السقم وهو نقيض الصحة"[68]. لقد كانت كتب التفسير أكثر اهتماما من معاجم اللغة بتعريف المرض والمريض، يقول **الأصفهاني** في هذا الصدد: "المرض هو الخروج عن الاعتدال الخاص بالإنسان وهو نوعان، الأول جسمي، والثاني عبارة عن الرذائل كالجهل والجبن والبخل والنفاق وغيرها من الرذائل الخلقية". والمرض في نظر **ابن سينا** هو اضطراب في نسبة تكوين الأمزجة في الجسم وهذا أقرب ما يكون لنظرية اضطراب الغدد اللمفاوية التي يعْترف بها الطب حالياً[69].

أما في اللغات الأجنبية الأكثر تداولا وخاصة الفرنسية والإنجليزية، فمراجعها اللغوية تتشابه في تعريف المرض والمريض. فهي ترى أن المريض هو الذي يعاني من مرض. ففي اللغة الفرنسية مثلا إن

---

[65] Claudine Herzlich, *Santé et maladie-Analyse d'une représentation sociale*, Op. Cit., p. 80.

[66] معجم *المعاني الجامع* –معجم عربي عربي. على الرابط التالي: https://www.almaany.com

[67] المعجم *العربي الأساسي*. على الرابط التالي: https://www.arabdict.com

[68] معجم *لسان العرب*. على الرابط التالي: https://www.al-jawaab.com

[69] علي مكاوي، *علم الاجتماع الطبي مدخل نظري*، ص 136، على الرابط التالي https://drive.google.com/file/d/1ZZ0zDCOVNNmo-Wo6JpQyzwBUDgonDzFm/view على الساعة 13.48 02/10/19.

مرادف كلمة مريض (patient)[70] وترجمته إلى العربية (صابر) أي أن المريض عليه أن يصبر على أداه ويستسلم لما يعانيه، أو الذي يتحمّل الألم في صمت[71].

أما في التعريف الاصطلاحي فإنه يشير إلى حالة تغير في الوظيفة أو في الشكل العضوي، يكون فيه الشفاء منه صعباً أو مستحيلاً.

إن هذه التعاريف تجعلنا نقع في نفس الصعوبة التي وقع فيها اللغويون والمفسرون العرب الأوائل بقولهم أن المرض هو خروج الجسم عن حالته الطبيعية، دون إيجاد تحديد دقيق لما هي الحالة الطبيعية. فمن هو المريض حسب تعريف "العلوم الطبية"؟

يكاد جميع الأطباء دون استثناء يتفقون على تعريف المريض بأنه ذلك الشخص الذي عانى أو يعاني من مرض، وأن المرض هو تغير في صحته البدنية أو الجسمية أو العقلية أو كليهما معا [72].

ويرى دافيد ميكانيك David Mechanic باعتباره أحد المتخصصين في علم الاجتماع الطبي منذ 1950، أنه عندما يستخدم العلماء المهتمون بقضايا الصحة والمرض، مفهوم المرض، فإنهم يقصدون معنيين اثنين:

الأول: أن مفهوم المرض يشير إلى مصطلح علمي محدد وفق النموذج الطبي للمرض Medical Model

والثاني: أن المرض يشير إلى حالة أو عَرَضْ يقلق الفرد ويجعله يبحث عن المساعدة، بالتالي إن مفهوم سلوك المرض Illness behaviour[73] يشير إلى كل فعل يتعلق بهذا المعنى أي البحث عن المساعدة.

---

[70] Le Petit Robert, *Dictionnaire de la langue française*, Montréal, Canada, 1996, p. 1609.

[71] *Dictionnaire Usuel Illustré*, Paris, Librairies Flammarion et Quillet, 1980, p. 1362.

[72] الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي، ***مقدمة في علم الاجتماع الطبي***، الطبعة الأولى، مطبعة الدار الجماهيرية، مصراتة، ليبيا، 1989، ص 55 و56.

[73] David Mechanic, Illness behaviou: An overview Article sur le site web http://link.Springer.com Date de visite 16/10/2017.

إن الفضل في صياغة مصطلح سلوك المرض يعود إلى **دافيد ميكانيك**، حيث قدم المفهوم إلى الحقل السوسيولوجي، ليصف التباينات المختلفة في ردود أفعال الأفراد اتجاه الأعراض symptômes والأمراض illnesses ويحدد العوامل المختلفة اجتماعية، ثقافية، بيئية ونفسية والتي تؤثر جميعها في ردود الأفعال تلك. وترى كلودين هرزليش أن هناك مستويات لتمثل المرض.

❖ **مستويات تمثل حالة المرض كمحاولة تصنيفية لهرزليش**

ترى **كلودين هرزليش** من خلال نتائج دراستها عن الصحة والمرض كمفهومين يُعاشان وينظر إليهما من باب علاقتهما بالمجتمع، أنه بواسطة الصحة والمرض يستطيع الإنسان أن يندمج أو لا يندمج في المجتمع، وهنا تلتقي مع منظور **بارسونز** الذي يرى أن الصحة هي شرط أساسي لسير النسق الاجتماعي، وأن المرض هو شكل من أشكال الانحراف الراجع إلى ضغط المجتمع على الفرد.

لم تدرس **هرزليش** السلوك الفعلي للفرد بل المعايير والتأويلات التي يستوجبها هذا السلوك، واستنتجت أننا غالبا ما نجد أنفسنا أمام ثلاثة أنواع من التمثلات للمرض:

- **المرض كهدم:** la maladie destructrice الهدم هنا يهدد شخصية الإنسان وليس جسده، فعلاقة المريض بالمرض يمكن أن تأخذ بعدا أخر؛ ماذا يمكن عمله اتجاه هذا المرض؟ يمكن أن يشكل المرض نوعا من السلطة على المريض. ويعيش هذا الأخير المرض كتدمير وهدم من خلال الحرمان من بعض الأنشطة وتكون مرفقة بتدمير بعض العلاقات مع الآخرين، بحيث يفقد خلالها مؤهلاته وعلاقاته.

- **المرض كتحرر:** la maladie libératrice في بحثها حول المرض استنتجت **هرزليش** وجود منظورين للمرض كتحرر:

الأول: يرى أن المرض هو نوع من القطيعة مع الواجبات الاجتماعية ونمط العيش اليومي الممل.

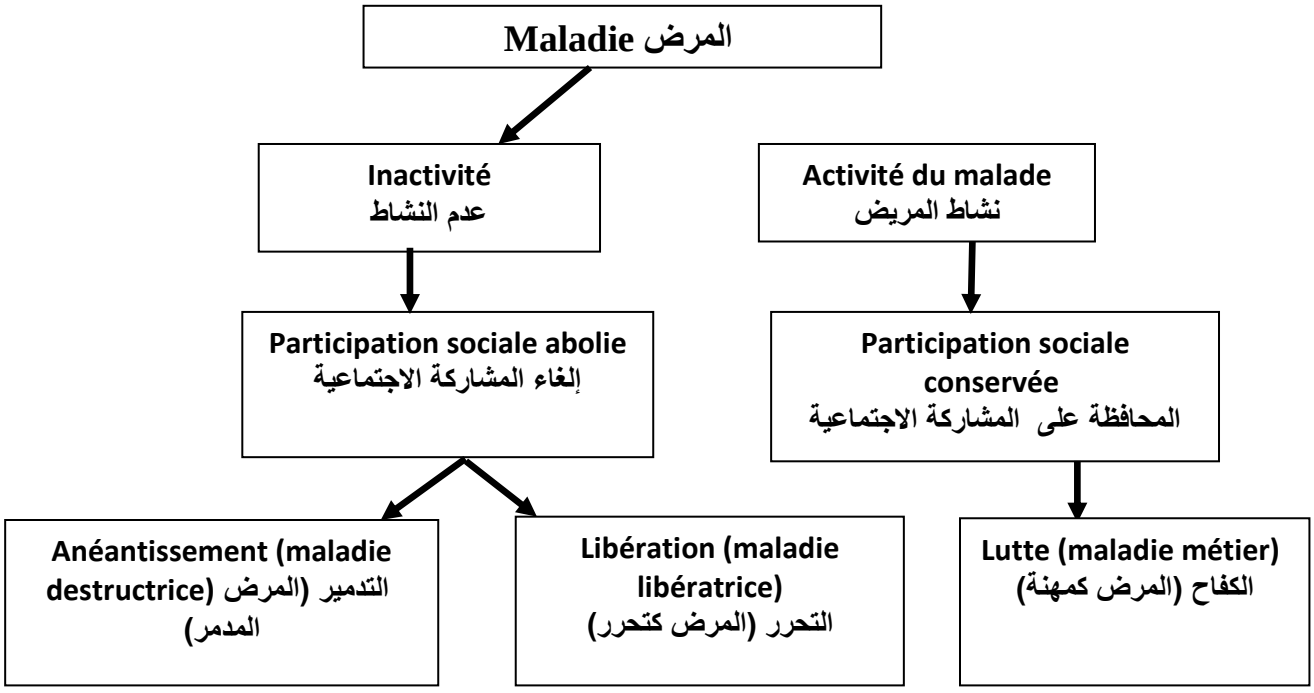
الثاني: يصوّرُ المرض بشكل درامي كونه يشكل ظاهرة استثنائية نظرا لطبيعته ومعانيه العميقة والمؤثرة التي تشمله كشيء خطير يهدد حياة الإنسان.

- **المرض كمهنة:** La maladie comme métier

ينظر للمرض كمهنة لا بالمعنى اللغوي للكلمة ولكن بالمعنى المجازي، وظيفة المريض هي مقاومة المرض، وظيفة لديها خصائص المهنة، نتعلمها ونستعد لها، يجب التأكيد على طابعها الفعلي والعملي[74].

والخطاطة التالية **لهرزليش** توضح ذلك أكثر:

خطاطة رقم 1: مستويات تمثل المرض حسب كلودين هرزليش



المصدر : كلودين هرزليش[75]

وبما أن موضوع دراستنا هو تمثلات الجسد الأنثوي المستأصل الثدي نتيجة الإصابة بالسرطان، فقد اخترنا أن تكون اللغة كوسيلة للتعبير عن التمثلات الاجتماعية المرتبطة بهذا الجسد، ذلك لأن اللغة في جانب منها تمكن الباحث من كشف النقاب عن الطابع غير الطبيعي للوقائع التي تحدث داخل الجسد

[74] Claudine Herzlich, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, op. cit., pages : 140-151-157.(ترجمة بتصرف)
[75] Ibid, (الخطاطة عمل شخصي)

ومنها المرض. فالمرض قبل أن يكون خللاً طبيعياً، يعتبر داخل بعض الثقافات نظير تلك التي بحثها **مالينوفسكي** و**ليفي برويل** و**تايلور** و**إفانس بريتشارد** و**دوتي** و**أوجي**...الخ، خللاً اجتماعياً وثقافيا[76].

من بين التعاريف التي وجدناها حول الأمراض المزمنة "تلك الأمراض التي تخضع للعلاج لكنها غير قابلة للشفاء بشكل نهائي"[77]، حيث تتميز بطول مدتها العلاجية وبتركيبتها (أزمنة/ نوبة محتملة الوقوع)، مع صعوبة إيجاد وصفة علاجية نهائية وفعالة. إن الأمراض المزمنة بذلك تتميز بعدم وضوح أسبابها وأعراضها، مع عدم القدرة على التنبؤ بتطورها والنتائج المصاحبة لها[78]. الناتجة عن سيطرة عضوية أو وظيفية كالسكري، السيدا، السرطان، ضيق التنفس، ارتفاع ضغط الدم...ونفسية كانفصام الشخصية والاكتئاب أو متعلقة بالنفس والجسد معا كالاضطرابات الناتجة عن السلوك الغذائي الذي ينتج عنه تشوه خلقي أو غيره.

تعرف الأمراض المزمنة نموا مضطردا في جميع الدول سواء المتقدمة أو النامية. وهي تصيب جميع الأعمار وجميع الفئات الاجتماعية، إنها بذلك تشكل عائقا أمام التنمية، بحيث تزداد بنسبة مهمة مقارنة بالأمراض الحادة "Les maladies aigues".

وتتميز الأمراض المزمنة بخصائص معينة:

1. **مدة المرض:** حينما نتحدث عن الأمراض المزمنة فنحن نتحدث بالأشهر والسنوات، وقد يستمر المرض طويلا بطول حياة الشخص المريض.

2. تدبير المرض: تتميز الأمراض المزمنة بالخطاطة الطبية المفتوحة دائما على عدم اليقين: أعراض، تشخيص، علاج أو(موت)[79]" ثم غياب علاج نهائي لها وهو ما يجعل المريض يتعايش مع

---

[76] زكرياء الإبراهيمي، ***الصحة والمجتمع- دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي-***، مرجع سابق، ص 146.

[77] Giorgio Bordin et Laura Polo D'Ambrosio, *La Médecine*, traduit de l'italien par Todaro Tradito, Editions Hazan, Paris, 2010, p. 39.

[78] Reida Ababou**, «** Approche globale de la maladie chronique », colloques et séminaire N 5, sur le sujet : santé, culture et comportement, Faculté des lettres et science Humaines Marrakech, coordination El Mostapha Saaltti, 2008, pp. 41-42 (ترجمتنا بتصرف).

[79] Mohamed Ababou, *Sociologie de la maladie chronique (cas du diabète au Maroc),* Publications du laboratoire de sociologie de développement social, Edition Négoce, 2017, p 21(ترجمتنا بتصرف)

مرضه، هذا النموذج يشبه النموذج الكلياني القائم على دمج حياة المريض، وجعل الطبيب في حاجة لمساعدة المريض عن طريق متابعة حالته الصحية والتكفل بعلاجه بالإضافة إلى مشاركة هذا المريض في الممارسة الطبية.

وحسب D. Armstrong إن الأمراض المزمنة لم يتم اكتشافها من طرف البحوث التي صيغت حول نسبة الأمراض المنتشرة داخل منطقة ما، لكنها اكتشفت من طرف باحثين سوسيو–طبيين، حيث طلبت British General Household Survey (BGHS) من 10.000 أسرة ملء مجموعة من الأسئلة تهم الحالة الصحية للفرد منها: هل تعلمون بوجود مرض يتميز بطول مدته ويتميز بعجز الطب عن إيجاد علاج نهائي له؟ خلال الأسبوعين الماضيين، هل فقدتم القدرة على القيام بأنشطتكم المعتادة بسبب مرض أو حرق؟[80]

انطلاقا من هاذين السؤالين وغيرهما حاول الباحثون إنتاج معطيات حول نوعين هما:

<u>النوع الأول</u>: شمل الأمراض الحادة التي ترتكز على التشخيص السريع للمرض في مدة وجيزة،حيث يمكن استئصاله، وله بداية ونهاية إما بالشفاء أو بالموت، وهذا النوع من الأمراض متعلق بالفرد وبمحيطه الخارجي، فالشخص المريض خاضع لسلطة الطبيب.

<u>النوع الثاني</u>: شمل الأمراض المزمنة التي تتميز بطول مدتها سواء تعلق الأمر بالتشخيص أو بالعلاج وتستلزم مشاركة المريض للطبيب في الممارسة الطبية.

ولمعالجة فعالة للأمراض المزمنة، فالطبيب يحاول استبدال النموذج البيو–طبي الخاص بالأمراض الحادة بنموذج أخر هو النموذج البيو–سيكو–سوسيولوجي Bio–psycho–social؛ قصد تحسين وتحمل أعباء المرض ومواجهته بنفسية قوية، وهو ما يجعل الطبيب يهتم بالمريض وليس فقط بالمرض.

[80] Danièle Carricaburu et Marie ménoret, *Sociologie de la santé –institutions, professions et maladies*, Editeur 21, Edition Armand Collin, Paris, 2004, p. 94.

من هنا نستنتج إذن أن عبارة مزمن تخفي ورائها وقائع أكثر تنوعا واختلافا. إنها تطرح مشكلا أساسيا يتجلى في إشكالية "تدبير المرض"[81]، هذا التدبير اليومي للمرض مرتبط ليس فقط بالعمل الطبي وإنما بتدبير المدة والأحداث الاجتماعية للمرضى. الأمر الذي نلمس من خلاله أن عملية تنظيم المجتمع ليست سوى تنظيم للأجساد، داخليا وخارجيا عبر الزمان والمكان[82].

كيف نعرف مرض سرطان الثدي؟

إن الأمر الذي يثير الدهشة حقاً هو أن الأطباء لم يتمكنوا حتى اليوم من التوصل إلى تعريف دقيق لمرض السرطان، على الرغم من تقديم عدد من العلماء لتعريفات كثيرة، ارتبطت بمجالات الأبحاث الخاصة بهؤلاء العلماء. يعرف الباثولوجي ايونج (J. Ewing) سرطان الثدي على أنه ذلك "الورم الخبيث وهو نماء ذاتي نسبي للنسيج"[83]. أما المصطلح العلمي أو الطبي للمرض فهو النماء (Neoplasm).

ونجد أصل كلمة السرطان في اللغة الإنجليزية Cancer، مشتقة من كلمة يونانية الأصل Karkinos لأنه يشبه الحيوان القشري السلطعوني، وهذا الاسم اللاتيني أخذ دلالاته باللغة الفرنسية في القرن السابع عشر، بمعنى الورم الخبيث[84].

اصطلاحا: أخذ لفظ السرطان يقتصر مؤخرا على النماء الخبيث، وتشير كلمة الأورام إلى كتلة أو نمو غير طبيعي في النسج[85]، وكما جاء في أحد المعاجم الطبية، فالسرطان ورم خبيث، ناتج عن خلل في نمو وتكاثر الخلايا، بحيث إن الخلايا السرطانية تتميز بالانقسام المتكرر وغير المنظم للخلايا، حيث

---

[81] Isabelle Baszanger, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986, pp. , 4-5 web site: http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_1_2280.

[82] سامية الساعاتي، ***علم اجتماع المرأة- الأعمال الفكرية***، الطبعة الأولى، مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2003، ص 214.

[83] يحتوي تعريف **يونج** على أكثر من فكرة، ومنها: أولا الذاتية، والتي تعني أن السرطان لا يخضع للقوانين والنظم التي تتحكم في الخلايا الطبيعية والوظيفية والكلية للكائن الحي كوحدة. هذه الذاتية مرتبطة بالتحكم في انقسام الخلية ووظائفها...مثل تكوين الهرمونات وغيرها من منتجات الخلية. وثانيا تدل لفظة "نسبي" على أن هذه الأورام ليست مطلقة الذاتية. ففي حالات كثيرة تكون "الذاتية" متوارية وخاصة بالنسيج الذي شفت منه. وأفضل مثال لذلك هو الانسياب شبه المطلق لهرمون الأنسولين والذي يتحكم في مستوى السكر في الدم بواسطة ورم منشأه جزر لانجرهانز (النسيج الغددي الذي يفرز عادة مادة الأنسولين). مأخوذ عن دكتور يس مصطفى طه ومجموعة من المؤلفين، **السرطان أو الخلية المتمردة**، مراجعة علمية لدكتور حسين محمود عبد الدايم، قسم الكيمياء، جامعة الكويت، الطبعة الثانية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي إدارة التأليف والترجمة والنشر، 1990، ص 32.

[84] عبد الباسط محمد السيد، ***السرطان أسبابه وعلاجه من القديم إلى الحديث***، الطبعة الأولى، دار الوفاء للنشر والتوزيع، 2007، ص 14.

[85] محمد الأنصاري بدر، ***الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان***، كلية العلوم الاجتماعية، الطبعة الأولى، عالم المعرفة، الكويت، 1996، ص 10، والنسج المقصود به هو النسيج الخلوي في جسد الإنسان.

تغزو هذه الأخيرة الأنسجة المحيطة وتنتشر عن طريق الدم، ويمكن لعوامل كثيرة أن تساهم في التسرطن منها: المواد الكيماوية، الإشعاع، الفيروسات والوراثة[86]. فكيف يحدث السرطان؟

حتى نفهم كيفية نشوء السرطان، من الضروري أن يتضمن حديثنا بعض المعلومات عن البيولوجيا الأساسية للخلية. إن الخلية لبنة البناء الأساسية التي تتكون منها جميع الكائنات الحية. يتكون جسم الإنسان من خلايا وهذا أمر مشترك بينه وبين سائر الحيوانات من أصغرها كالخميرة حتى أكبر حوت أزرق، وبعض الكائنات الحية –كالخميرة على سبيل المثال– تتكون من خلية واحدة، في حين تتكون كائنات أخرى– ونحن من بينها– من العديد من الخلايا المتنوعة تشمل الدم والعظام والمخ والكلي وما إلى ذلك. إن لجميع الخلايا داخل أي كائن دورة حياة خاصة بها محكومة بعناية، ويحدث السرطان عندما يقع خطأ ما في عملية التحكم في هذه الدورة، مما يؤدي إلى نمو غير منتظم لمجموعة من الخلايا يمكنها بعد ذلك الانتشار وإتلاف أعضاء أخرى بالجسم[87].

تبدأ الإصابة بسرطان الثدي عندما تصبح الخلايا في أنسجة الثدي غير طبيعية وتبدأ بالانقسام بشكل خارج عن السيطرة، مما يشكل ورما. إن العديد من الأورام تكون حميدة ولكن هناك أنواع معينة من الخلايا غير الطبيعية قد تبدأ بالانقسام بشكل خارج عن السيطرة وتصبح خبيثة. عندما يكون ورم الثدي سرطانياً يمكن أن ينتشر من مكان حدوثه الأول إلى الأنسجة المجاورة، وعندما تتطور الإصابة أكثر، يمكن أن يصل السرطان إلى الأوعية اللمفاوية (التي تنقل السوائل والخلايا المناعية من وإلى الثدي) أو إلى مجرى الدم وهذا ما سوف يسمح بانتشار السرطان إلى أماكن أخرى أبعد في الجسم[88].

---

[86] Jacques Quevau Villiers, Alexandre somogyi et Abe Fingerhut, *Dictionnaire Médical*, 5édition, Elsevier Masson, 2007, p. 148.

[87] نيكولاس جيمس، ***السرطان-مقدمة قصيرة جدا***، ترجمة أسامة فاروق حسن، القاهرة، كلمات عربية للترجمة والنشر، 2013، ص 37.

[88] Guide de détection précoce des cancers du sein et du col de l'Utérus, Ministère de la santé et Association L'alla Salma de lutte contre le cancer, Edition 2011, sur le site web : https://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/Guide_de_detection_pre%C3%BCcoce_des_cancers_du_sein_et_du_col_de_lute%C3%BCrus.pdf.

والسرطان هو مجموعة من الأمراض التي تتميز خلاياها بالعدائية Aggressive (وهو النمو والانقسام من غير حدود) وقدرة هذه الخلايا المنقسمة على غزو أنسجة مجاورة وتدميرها أو الانتقال إلى أنسجة بعيدة في عملية نطلق عليها اسم **النقلية** وهذه القدرات هي صفات الورم الخبيث على عكس الورم الحميد الذي يتميز بنمو محدد وعدم القدرة على الغزو وليس له القدرة على الانتقال أو النقلية. كما يمكن تطور الورم الحميد إلى سرطان خبيث في بعض الأحيان.

من ناحية ظهور حالات جديدة، يُعدّ سرطان الثدي أكثر أنواع السرطان انتشارا بين النساء، فيشكل 21% من حالات السرطان التي تصيب الإناث و14% من وفيات الإناث الناجمة عن السرطان على مستوى العالم[89].

يعزى في الغالب تحول الخلايا السليمة إلى خلايا سرطانية، إلى حدوث تغييرات في المادة الجينية الموروثة، وقد تسبب هذه التغيرات عوامل مسرطنة مثل: التدخين، الأشعة، مواد كيماوية أو أمراض معدية (كالإصابة بالفيروسات). إضافة إلى عوامل أخرى قد تكون السبب في الإصابة بالسرطان، مثل حدوث خطأ عشوائي أو طفرة في نسخة الحمض النووي الدنيا DNA عند انقسام الخلية أو بسبب توريث هذا الخطأ أو الطفرة من الخلية الأم. ومن العلاجات المستعملة لمواجهة هذا المرض هناك:

- العلاج الجراحي
- العلاج الكيماوي: ويقصد به علاج الأورام بالأدوية
- العلاج الإشعاعي: يقصد به علاج الأورام بالأشعة
- العلاج المستهدف: يستخدم هذا العلاج أدوية دقيقة تستهدف بورتينات تظهر في الخلايا السرطانية.

[89] نيكولاس جيمس، ***السرطان-مقدمة قصيرة جدا***، مرجع سابق، ص 18.

- **العلاج المناعي:** ويعمل على تحضير جهاز مناعة المريض للقضاء على الخلايا السرطانية، تحت الطرق الحالية من توليد رد مناعي ضد السرطان.
- **العلاج الهرموني:** وهو علاج يوقف نمو بعض السرطانات عن طريق التأثير على الهرمونات.
- **العلاج بالتقني الضوئي:** وهو علاج يشمل ثلاث متطلبات، وهو مادة حساسة للضوء، أوكسجين من الأنسجة والضوء (غالبا ما يكون ليزر)

وتجدر الإشارة إلى أن علاج كل حالة يكون حسب السرطان ودرجته ومرحلته وحالة المريض، ويكون هدف العلاج هو إزالة السرطان من جسد المريض من غير تدمير الأعضاء السليمة في الجسم، لكن قد يحدث هذا التأثير الضار في حالة العلاج الإشعاعي.

السرطان ليس مرضاً جديدا أو طارئا وإنما هو موجود منذ القدم، وعن الاعتقاد في أسبابه، فقد سادت منذ القدم كثير من الاعتقادات؛ حيث اعتقد قدماء الإغريق أن المرض ينتج من خلال سوائل الجسم، كما ساد الاعتقاد في العصور القديمة بأن المرض غير قابل للشفاء، ولكن حتى في تلك العصور لم تتوقف جهود العلماء عن كشف أسرار المرض ومحاولة علاجه بكافة الطرق[90].

❖ **عوامل الخطورة**

إن عوامل الخطورة هي تلك التي تجعل أشخاصاً أكثر عرضة للإصابة بالمرض مقارنة مع أشخاص آخرين، وتجدر الإشارة إلى أن عوامل الخطورة المرتبطة بسرطان الثدي، لا تعني بالضرورة أن هذه المرأة ستصاب بالسرطان، ذلك لأن هناك دراسات أظهرت أن بعض النساء اللواتي تتوفر لديهن العديد من عوامل الخطورة لم يصبن بسرطان الثدي أبدا. وفي نفس الوقت، فقد أصيبت بعض النساء ممن لا تتوفر لديهن عوامل خطورة.

[90] مريم عيسى حسين كرسوع، ***مرض السرطان في قطاع غزة-دراسة في الجغرافيا الطبية***، بحث لنيل شهادة الماجستير في الجغرافيا، إشراف الأستاذ نعيم سلمان بارود، الجامعة الإسلامية غزة، كلية الآداب، لسنة 2012، ص 19.

لكن تبقى معرفة عوامل الخطورة المرتبطة بسرطان الثدي جد مهمة، حيث يمكن أن تجنب بعض الخطوات في التقليل من خطورة الإصابة به. إذ أن هناك بعض عوامل الخطورة لا يمكن تغييرها مثل العمر أو التاريخ المرضي للعائلة (الوراثة) ، بينما هناك عوامل خطورة أخرى يمكن التحكم بها مثل الغذاء، تناول الكحول والمخدرات، ممارسة التمارين الرياضية.

ومن عوامل الخطورة الرئيسية المرتبطة بسرطان الثدي نجد:

عامل السن: تصاب بمرض سرطان الثدي بشكل رئيسي، النساء البالغات من العمر 50 سنة فما فوق، بالمقارنة مع انخفاض معدلاته عند النساء البالغات من العمر 35 سنة فأقل، نستثني من هؤلاء النساء أولائك الذين يصابون بتأثير العامل الوراثي.

التاريخ المرضي للعائلة (الوراثة): إن المرأة التي لها قريبة من الدرجة الأولى وتم تشخيص إصابتها بسرطان الثدي، تعتبر معرضة لخطر أكبر. فإذا كانت للمرأة قريبة واحدة (من الدرجة الأولى مثل الأم، الأخت) مصابة بسرطان الثدي، فإن ذلك يضاعف من خطورة إصابتها.

أخذ أقراص منع الحمل: إن أخذ المرأة لأقراص منع الحمل مدة طويلة يجعلها أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي.

زيادة الوزن: إن تجنب الوزن خلال سنوات البلوغ يساعد في تقليل خطورة الإصابة بسرطان الثدي، فكلما زاد الوزن كانت خطورة الإصابة أكبر.

العِرْقُ: إن النساء ذوات البشرة البيضاء لديهن نسبة إصابة بسرطان الثدي أكثر من النساء ذوات البشرة السمراء. كما أن تناول الكحول والتعرض للسموم. كلها عوامل خطيرة يمكن أن تصيب المرأة بسرطان الثدي[91].

[91] Guide de détection précoce des cancers du sein et du col de l'Utérus, Op. Cit.

4.3 حول مفهوم التمثلات

لا يمكن الحديث عن مفهوم التمثلات[92] بشكل عام –في نظرنا– والتمثلات المرتبطة بالجسد الأنثوي المستأصل الثدي دون الحديث عن التمثلات الاجتماعية والثقافية. كيف تعرف هذه التمثلات إذن؟ وكيف تسعفنا في تناول موضوع بحثنا؟

✓ **التأصيل التاريخي لمفهوم التمثلات الاجتماعية**

من أجل الإحاطة بمفهوم التمثلات أكثر، نرى ضرورة تناول الخلفيات النظرية له، لكن قبل ذلك نرى ضرورة التعريج على التطور التاريخي الذي عرفه هذا المفهوم، بهدف فهم دلالاته ووضعه في إطاره الصحيح.

لذلك نرى أن تحديد مفهوم **التمثلات** يمر عبر تحديد مفهوم التمثل أولا، سواء في اللغة أو في الاصطلاح، فما المقصود بهذا المفهوم؟

التمثل **لغة** كما نجده في **لسان العرب عند ابن منظور** يعني مثل له الشيء كأنه ينظر إليه، وامتثله أي تصوره، ومثلت له تمثيلا، وتمثيل الشيء سواه وشبهه به وحصل مثله وعلى مثاله. وفي معجم اللغة والأعلام: تَمَثَّلَ بين يديه، بمعنى مثَل، امتثل الأمر: أطاعه[93].

اصطلاحا: يعتبر مفهوم "التمثل" من المفاهيم المركزية في علم النفس الاجتماعي خاصة، وقد تم تحديده بتضافر جهود حقول معرفية عديدة، منها علم الاجتماع وعلم النفس والأنثروبولوجيا والديداكتيك. إن كل علم يحاول إضفاء طابعه الخاص على هذا المفهوم. ويمكن تعريف التمثل كما يلي: "هو بنية مُرتبطة بنموذج توضيحي منظم، غالبا ما يكون بسيطا ومنطقيا، شخصي أو من أصل اجتماعي، مرتبط

---

[92] إن أول شيء وجب الإقرار به هو صعوبة تعريف مفهوم التمثلات، أو بعبارة أصح، صعوبة إيجاد تعريف موحد له، إنها مسألة لا تثير أي استغراب لدى العاملين في حقل التمثلات. ذلك لكون أن هذا المفهوم، على أهميته الشديدة، يشكو في الوقت نفسه من بعض السلبيات كالغموض، والعمومية الشديدة والالتباس. كذلك صعوبة إيجاد تعريف موحد للتّمثلات إنما يعود بالأساس إلى اختلاف ميادين دراسة هذا المفهوم وتنوعها من جهة، وإلى تعدد استعمالاته من جهة أخرى، إضافة إلى تباين الخطوط النظرية التي تعالج من خلالها، والتي تلعب فيها رؤى وأهداف الباحث دوراً أساسياً. للتفصيل أكثر انظر Yvonne Castellan, *Initiation à la psychologie sociale*, Paris, Armand Colin, Quatrième édition, 1977.

[93] ***المنجد في اللغة والأعلام***، الطبعة 23، مطبعة دار المشرق، بيروت، لبنان، 1973، ص 747.

ببنية التفكير ومستوى التطور وبفعل نشاط أو مجموعة أسئلة، ويمكن أن يتغير بتغير ونمو المفاهيم التي تبنى[94].

- **التمثلات الاجتماعية**

ظهر مصطلح التمثل في الكتابات الاجتماعية سنة 1878م، حيث استعمله **دوركايم** في معرض حديثه عن العقيدة والمنطق والعلم باعتبار أن هذه المواضيع منبعها المجتمع العامLa société totale إذ يتحدد بانتظام الأشخاص والجماعات[95]. فموضوع التمثل إذن، ظهر أول الأمر في علم الاجتماع، ثم عرف تراجعا دام زهاء نصف قرن، إلى أن تناولته السيكولوجيا خاصة في بحوث **جون بياجي** Jean Piaget **وموسكوفيتشي** Serge Moscovici [96].

يرجع الفضل إذن إلى **دوركايم** في إنتاج هذا المفهوم (التمثلات) في السوسيولوجيا، فمن خلال مفهوم التمثلات الجماعية تناول عدة ظواهر ذات طابع اجتماعي. إن فكرة **دوركايم** تقوم على المسلمة القائلة بأن المجتمع _أو الظاهرة الاجتماعية_ يشكل كله وحدة أصيلة مختلفة عن مجرد مجموع الأفراد الذين يتكون منهم المجتمع[97].

إن ما هو خاص بمفهوم التمثل الاجتماعي هو أنه صنف من المعرفة التي تُبنى جماعيا بخلاف ما هو عليه الأمر في نظرية علمية أو نسق إيديولوجي. إن الأمر يتعلق بصياغة جماعية، وعلى نحو معين تؤدي إلى تحديد إجماع داخل نطاق جماعة اجتماعية. وكما يرى **موسكوفتشي** فالتمثل ينتج جماعيا وتناسليا أيضا [98].

---

[94] Devechi, (G), « Utilisation des représentations enfantines en Biologie et formation des maitres » Aster, n°3, 1987, p. 223.

[95] Maisonneuve (J), *La psychologie Sociale*, Paris, Que sais-je ? 1er édition, 1950, p 107.

[96] للتفصيل أكثر يرجى مراجعة كتابات جون بياجي وخاصة
(*La représentation du monde chez l'enfant*, Quadrige, PUF, 2003, (ISBN 978-2-13-053978-0), (1ère édition : PUF, 1926.

[97] للتفصيل أكثر يرجى مراجعة كتابات دوركايم خاصة (Durkheim E, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, (éd. 1963
De la division du travail social, Thèse présentée à la faculté des lettres de Paris, Paris, Félix Alcan, coll. Bibliothèque de philosophie contemporaine» 1893.

[98] Serge Moscovici *La Psychanalyse, son image et son public*, PUF [archive], 1961 (édition refondue, 1976

يعد مفهوم التمثل من بين أكثر المفاهيم ثراءاً في علم النفس الاجتماعي، وقد أسّس إطاره النظري اعتمادا على بحوث **سيرج موسكوفيشي** Serge Moscovici (1960-1976) [99].

عرّف **موسكوفيسي** التمثلات الاجتماعية في مقدمة كتابه ***التحليل النفسي صورته وجمهوره*** La *Psychanalyse, son image et son public* على أنها: "شكل خاص من المعرفة ومجموعة من القوانين العلمية المنظمة وهي إحدى العمليات النفسية التي بفضلها يستطيع الأفراد جعل الواقع النفسي والاجتماعي مفهوما واضحا" [100].

إن فهم مشكلات الناس في جوانب عديدة، يرتبط أساسا بمفهوم التمثلات الاجتماعية التي تعتبر كموجه أساسي للممارسات الاجتماعية، تلك التمثلات التي تشكل في حد ذاتها مجموعة تصورات ومقاربات يقوم بها الأفراد حول معاشهم اليومي وحول معاناتهم اليومية. إلى الحد الذي تعمل فيه على توجيه الممارسات الاجتماعية. لذلك فإن الفعل في هذه التمثلات يعني بالضرورة الفعل في الممارسات اليومية.

انطلاقا من هذه التعاريف يمكننا القول أن التمثلات الاجتماعية لا تعكس معارفا فقط بل هي مصدر لأحكام توجه ممارساتنا اليومية وتكون لها انعكاسات على المسارات العلاجية للمصابة بسرطان الثدي. إنه وحينما نتحدث عن تمثلات المرض، فالمصابة بسرطان الثدي لها تمثلات حول هذا المرض تظهر على شكل صور، كذلك لها تمثلات عن أسباب الإصابة، وقد تؤول هذه الصور سبب المرض إلى ما هو غيبي-لاهوتي (الأقدار، العين...)، أو إلى ما هو بيولوجي (وراثي)، أو بيئي (التلوث-التغذية...)، لكن التمثل أو الصورة التي يحملها المريض عن مرضه ليست صورة ذاتية فقط بل هي في غالب الأحيان اجتماعية.

[99] DENISE Jodelet, « *Représentation sociale, phénomène, concept et théorie, une Psychologie sociale*, (sans la direction de Moscovici), PUF, Paris, 6ème édition, 1984, p. 357.
[100] Serge Moscovici, *La Psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 1961, édition refondue 1976.

إن هذه الصور عبارة عن مجموعة من الميكانيزمات المبنية شبيهة بتجارب النظر، فكما اعتبر ذلك **موسكوفيشي** أن الصور تساعدنا على الاختيار عن طريق فهم وتأويل أفضل لكل معلومة جديدة وعلى مراقبة رؤيتنا للواقع[101].

إذن إن تحديد مفهوم التمثلات الاجتماعية كمفهوم أساسي في مقاربة موضوع بحثنا، سوف يساعدنا على دراسة تمثلات المصابة بسرطان الثدي لجسدها وتمثلاتها للمرض نفسه ومن ثمة تفاعلها مع ذاتها، محيطها الأسري والاجتماعي وولوجها للعلاج. إن هذه التمثلات تظل محكومة بالثقافة المجتمعية السائدة. فماذا عن التمثلات الثقافية؟

- **التمثلات الثقافية**

يعرف **تايلور** Tylor (1871) الثقافة بأنها "التنمية العقلية والتنظيمية للمجتمعات، مشيرا إلى أنها "كل ما يتضمن المعارف والمعتقدات الدينية والفن والأخلاق والطقوس وكل القدرات والعادات الإنسانية التي يكتسبها الإنسان كعضو في المجتمع"[102].

وتعرفها الأنثروبولوجيا الثقافية الأمريكية، الثقافة نمط حياة الشعوب وهي مكتسبة إنسانية ومستقرة نسبيا ولكنها تخضع لمسار حياتنا، دون أن نشعر بتأثيرها على تفكيرنا الواعي.

يشير الاستعمال المعاصر لمصطلح الثقافة إلى أنماط وأساليب الاتصال بالمعارف والقيم السائدة في المجتمع بشكل هرمي (الثقافة الشعبية وثقافة النخبة) وذلك من خلال قنوات معلوماتية معينة والثقافة الجماعية تنقلها وسائل الإعلام إلى الجمهور الواسع.

وفي خطاب الإدارة في ثمانينات القرن الماضي انتشر مفهوم ثقافة الشركات. وقد ربط علم الاجتماع المعرفة بعلم اجتماع الثقافة للدّلالة على مؤلفي المراجع الرمزية والتي يمكن من خلالها التعبير

[101] للإطلاع أكثر يرجى العودة للمرجع السابق ذكره.
[102] للمزيد من المعلومات يرجى الإطلاع على: Edward Burnett Tylor, *Primitive Culture*, vol. Volume 1, London, John Murray., 1871

عن التمثلات في العالم، علاقة المؤلفات بكتابهم في المجتمع، ونظام إنتاج مؤلفات لروح وعقل إيديولوجي، حيث توجد أجهزة الإرسال والاستقبال للأعمال الثقافية[103].

إن مصطلح التمثلات الاجتماعية وجد تأصيله النظري والابستمولوجي إذن في الكتابات الأولى للسوسيولوجين الأوائل (دوركايم)، ثم في كتابات علم النفس الاجتماعي (موسكوفيتشي)، هذه التمثلات التي تظل محكومة بالثقافة المجتمعية السائدة. و"لقد ساهم العديد من علماء الاجتماع والأنثربولوجيين وعلماء النفس الاجتماعي، حسب محمد عبابو، في دراسة ظاهرة 'التمثل'. ويمكن القول أن لكل تخصص من تخصصات العلوم الإنسانية تعريفه الخاص لمفهوم 'التمثل الاجتماعي'،... لكن يمكن استنتاج جذع مشترك يجمع مختلف التعاريف ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- أن كل تمثل هو شكل من المعرفة العملية التي تربط ذاتا ما بموضوع ما. إنها عملية بناء لصورة من طرف الذات عن موضوع ما؛ إن المريض مثلا يبني صورة عن مرضه.
- إن كل تمثل هو نقطة التقاء بين الفردي والجماعي، أي أنها تعني الفرد كما تعني الجماعة والمجتمع في الوقت نفسه.
- من أجل فهم الميكانيزمات التي تساعد على تكوين تمثل اجتماعي معين ينبغي إذن تحليل العلاقة بين عدة محاور في الوقت ذاته: النفسي، العاطفي، الاجتماعي، الاقتصادي، الثقافي والديني."[104] ويضيف محمد عبابو:
- "إن التمثل ليس فقط بناء لصورة عن شيء ما أو المعرفة التي ننتج، ولكنه أيضا الحكم أو التقييم الذي نحمله أو نكونه عن ذلك الشيء. فلما يعتقد المريض أن السبب في مرضه هو عامل خارجي ما (كالمشاكل داخل العائلة أو القضاء والقدر...)، فإنه هنا يحمل حكما عن مرضه، وهذا الحكم

[103] Raymond Boudon et autres, *Dictionnaire de sociologie*, Paris, édition Larousse, 1993, pp. 53-54.

[104] محمد عبابو، ***سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)***، الطبعة الأولى، مطبعة سيبما، 2015، ص 75.

نفسه يتم بناؤه انطلاقا من الانتماء السوسيو–ثقافي للفرد أو انطلاقا من تمثلاته الخاصة التي يكون قد اكتسبها من ثقافته أو مجتمعه.

- إن تمثلا ما لا ينحصر في معرفة موضوع معين، وليس مجرد خطاب عن واقع ما، إنه وسيلة للتوجيه وللفعل بالنسبة للأفراد.
- إن كل تمثل هو تمثل اجتماعي ومعرفي في الوقت ذاته: إنه تمثل معرفي نظرا لكونه يفترض القيام بعملية معرفية لمعالجة المعلومة المتلقاة، وتأويل موضوع معين، وكذا البرهنات التي تتيحها هذه المعلومات أو ذاك الموضوع. ولكن فعل المعرفة هذا يتم تنشيطه بممارسة معينة، كما يتم التأثير عليه من طرف الخطاب الرائج في المجتمع. وبهذا المعنى فإن كل تمثل هو تمثل اجتماعي، ومن تم يكون مرتبطا بالثقافات والإيديولوجيات والممارسات.
- يتضمن كل تمثل قسطا من العاطفية واللاعقلانية، لأن كل تمثل يعتمد على صورة–عقيدة لكي يتم بناؤه. وذلك بخلاف النظرية التي تعتبر عملية عقلنة للصورة أو الصور التي يكونها المريض عن مرضه.
- كل تمثل فردي أو جماعي هو تمثل ديناميكي: "معرفة الشخص تتبلور طيلة حياته تحث تأثير محيطه الثقافي، مساره الدراسي، نشاطه المهني والاجتماعي، هذا زيادة على تأثير الإعلام. كما تدخل عوامل أخرى في التأثير على تمثلاتنا منها الملاحظة المباشرة للظواهر والتصورات النابعة منها والتي تحملها حواسنا. هذه التصورات العامية لا تؤدي دائما إلى فهم حقيقي للواقع" رغم ديناميكيتها فالتمثلات الاجتماعية للأفراد هي غير واعية ولا تتغير بسهولة"[105].

وبالتالي يؤكد محمد عبابو "إن التمثلات الاجتماعية إذن هي شكل من أشكال المعرفة مختلفة عن المعرفة العلمية. هذه المعرفة تسمى المعرفة العامية، كما تحتوي التمثلات على عدة عناصر إيديولوجية

[105] محمد عبابو، ***سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)***، الطبعة الأولى، مطبعة سيبما، 2015، ص ص 76-77.

واعتقادية وقيم وأراء وصور تغذي المقاربة العلمية التحليلية للظواهر، وتتجلى مهمة الباحث في إعادة بناء المعلومات المستقاة من التمثلات الاجتماعية"[106].إذا كان هذا هو الأمر بالنسبة لمفهوم التمثلات، فماذا عن مصطلح الرابط الاجتماعي؟

5.3 مفهوم الرابط الاجتماعي

جاءت كلمة الرابط في اللغة العربية "من فعل (رَبَطَ) (وليس من فعل رَابَطَ) حيث يُقال ربط بين طريقين أو نحوهما: أي وصل ووحّد بينهما"[107]، بالتالي فهو "كل ما يصل طرفين بقوة مع دوام ذلك ولو لم يكن هذان الطرفان يرغبان في هذا الرابط"[108].

أما في اللغة الفرنسية فقد ورد في قاموس لاروس Larousse ضمن مادة "lien" بأنه:

- "السلسلة، الحبل، الحزام، وكل ما يستعمل لإبقاء الأشياء مع بعضها أو مربوطة، الإبقاء، الغلق، الرابطة التي تغلف بحزام من الجلد.
- الصلة بين الأشياء المجردة، منطقية كانت أو ترابطية؛ علاقة النتيجة بالسبب بين حدثين.
- الصلة بين شخصين
- فرض قيود دائمة، روابط القسم (Larousse, lien)"[109].

وهنا نلاحظ وجود عناصر كثيرة متشابهة بين التعريف اللغوي العربي والتعريف اللغوي الفرنسي منها الربط والصلة.

أما في التعريف الاصطلاحي فيرى **بيارإيف كوسي** Pierre Yves– Cusset في كتابه الرابط الاجتماعي *Le lien social* أن "للرابط تعاريف متعددة، أبسطها التعريف الذي يرى بأنه "مجموع

---

[106] نفس المرجع، ص 77.

[107] خواجة عبد العزيز بن محمد، *سوسيولوجية الرابط الاجتماعي: بناءات مفاهيمية ومسارات نظرية*، دابة للطباعة غرداية، الجزائر، نور للنشر، ألمانيا، 2018، ص 08. على الرابط التالي:
file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/liensocial-khouadja.pdf اطلع عليه بتاريخ 01/02/2020

[108] مرجع سابق، ص 09.

[109] خواجة عبد العزيز بن محمد، *سوسيولوجية الرابط الاجتماعي: بناءات مفاهيمية ومسارات نظرية*، ص 11.

العلاقات التي تربطها بالعائلة، الأصدقاء، الجيران...وصولاً إلى الميكانيزمات الجماعية للتضامن، مروراً بالمعايير، والقواعد والقيم...التي تزودنا بالحد الأدنى للمعنى الجماعي Collective" [110].

في حين يرى **فريديريك لوبارون** Frédéric Le baron في قاموسه *علم الاجتماع من الألف إلى الياء La sociologie de A à Z* "أن الرابط يتواجد بين فردين أو أكثر حيثما تكون العلاقات الشخصية الداخلية مباشرة بينهم، والتي تستند على مختلف أشكال التفاعل" وبالتالي نستطيع تعريف الرابط الاجتماعي باعتباره تفاعلاً خاصاً ومنتظما بين فردين، إحدى ركائزه إجبارية التبادل كما وصفها الأنثروبولوجي مارسيل موس Marcel Mauss" [111].

إن الرابط الاجتماعي إذن هو مجمل العلاقات التي تسمح بوَصْل الأفراد والمجموعات بعضهم ببعض، والتي تضم كل ما يمكّنهم من البقاء مع بعضهم البعض والعيش داخل المجتمع.

وفي التعريف السوسيولوجي، فمصطلح الرابط الاجتماعي يتشكل من مجموع محددات لا يكتمل التعريف إلا بها، وهي أساسية لوجوده، تتمثل فيما يلي:

- "علاقات قوية بين فردين أو مجموعتين أو أكثر، دون اختيار مسبق للفرد لها بالضرورة
- وجود إجراءات وقيم ومعايير وقواعد مشتركة بينهم
- تتم من خلالها عملية اندماج وتنشئة
- تشكل هوية الأفراد والجماعات"[112].

تتم العمليات السابقة ضمن مجتمع أوسع له ثقافته وقيمه، ولا يقتصر مصطلح "الرابط" بحقل علم الاجتماع وحده وإنما يمتد إلى تخصصات أخرى من ذلك:

---

[110] مرجع سابق، ص 12.
[111] خواجة عبد العزيز بن محمد، *سوسيولوجية الرابط الاجتماعي: بناءات مفاهيمية ومسارات نظرية*، مرجع سابق، ص 12.
[112] مرجع سابق، ص 15.

➢ "يطلق عليه في علم النفس الاجتماعي تسمية *"الروابط الشخصية البينية"* *Lien interpersonnel* وقد وظفه **جاك لاكان** Jacques Lacan في نظريته المعروفة باسم 'الخطابات الأربع' Théorie des quatre discours (المشاعر، التصورات، الأدوار والمراكز).

وهناك مصطلحات مجاورة ل "الرابط الاجتماعي" في علم الاجتماع، وهي كثيرة ومتداخلة بشكل يثير الضبابية والقلق، سواء ما ارتبط بها في اللغة أو الاستعمال وهي: الصلة أو الصلات الاجتماعية، الأواصر الاجتماعية، العلاقة الاجتماعية، التفاعل الاجتماعي، الاندماج الاجتماعي، التوافق الاجتماعي...وغيرها"[113].

ويضيف خواجة عبد العزيز محمد "إنه وعندما نتحدث عن أصناف الرابط الاجتماعي التي تحقق الإندماج، فنحن نتحدث عن رابط مباشر: ويضم العائلة، الجيران، الأصدقاء، الأطر المدرسية ثم رابط غير مباشر: وهو الذي يتشكل عن طريق الجمعيات، النقابات، الأحزاب السياسية. ومن أهم مصادر الرابط الاجتماعي هناك: الانتماء القرابي والذي تشكل فيه الأسرة، العائلة، العشيرة، القبيلة...أهم مؤسساته، ثم التبعية الدينية، الإيديولوجية السياسية، الانتماءات المهنية"[114].

وللإشارة فما يهمنا من مصادر هذا الرابط الاجتماعي في موضوع بحثنا هو الانتماء القرابي، ذلك لأن الانتماء القرابي للمصابة بسرطان الثدي بأسرتها هو محور تفاعلاتها اليومية[115]. ما يجعلنا نتساءل عن كيف اهتمت السوسيولوجيا بمسألة الرابط الاجتماعي؟ ومن هم الرواد الأوائل الذين عالجوا هذا المفهوم؟ وكيف يتدخل هذا المفهوم في موضوع بحثنا؟

➢ **المسارات النظرية لمفهوم الرابط الاجتماعي**

قبل أن تصبح مسألة الرابط الاجتماعي موضوعا للتساؤل السوسيولوجي لدى الرواد الأوائل لعلم الاجتماع، كانت محل بحث من قبل علماء العقد الاجتماعي خلال القرن السابع عشر ميلادي أمثال

---

[113] مرجع سابق، ص 17.
[114] خواجة عبد العزيز بن محمد، *سوسيولوجية الرابط الاجتماعي: بناءات مفاهيمية ومسارات نظرية*، مرجع سابق، ص 21-30.
[115] كما أظهرت النتائج الميدانية ذلك، خاصة من خلال علاقة المصابة بزوجها الذي لعب دور المساعد أحيانا في علاجها وأحيانا المتخلي عنها.

توماس **هوبز** و**جون لوك** وخلال القرن الثامن عشر مع **جون جاك روسو** ضمن الإشكالية العامة التي تنقّب عن الأسباب التي جعلت البشر يعيشون مع بعضهم بعضا ويختارون الانتقال من الحالة الطبيعية إلى الحالة المدنية.

ولقد "اعتبر **جون جاك روسو** بقاء الروابط الاجتماعية نتيجة تخلي الأفراد عن جزء من حرياتهم لصالح الدولة التي تضمن تساوي الكل أمامها. في حين تناول آدم سميت Adam Smith المفهوم على أساس اقتصادي، فالرابط الاجتماعي حسبه اقتصادي قبل كل شيء آخر، لأن الأفراد يدخلون في علاقات مع بعضهم البعض من خلال السوق"[116].

وقبل ذلك بكثير جعل **عبد الرحمان بن خلدون** من الرابط الاجتماعي الدعامة الأولى لبناء المجتمعات وتحريكها مختزلا إياه ضمن مفهوم العصبية. والذي تدور حول رحاه كل العلاقات الاجتماعية وعلى كل المستويات بداية من الأسرة وصولا إلى النظام السياسي مرورا بالدين والعقيدة. ليتم في النهاية طرح موضوع الرابط الاجتماعي باعتباره حالة ضرورة لتواجد الإنسان ولو دون مصلحة مسبقة، فهو الذي يضمن التضامن بين الأفراد وإمكانية العيش داخل المجتمع[117].

بذلك انتقل السؤال من "لماذا"؟ باعتباره سؤالا فلسفيا يبحث في الأسباب الأولى والغايات النهائية للأشياء إلى سؤال "كيف"؟ الذي يحفر في السيرورة والتاريخ والتطور والعلاقات وغيرها من العمليات الواقعية الأخرى العميقة في المجتمع.

- **الرواد الأوائل**

"تناول الرواد الأوائل للسوسيولوجيا جلهم تقريبا- بشكل أو بآخر- موضوع الرابط الاجتماعي بشكل أو بآخر، إلا أننا سوف نتوقف عند أبرز هؤلاء وهما **فرديناند تونيز** (1855-1936) و**إميل دوركايم** (1858-1917)"[118].

---

[116] عبد العزيز بن محمد، *سوسيولوجية الرابط الاجتماعي: بناءات مفاهيمية ومسارات نظرية*، مرجع سابق، ص 31.
[117] عبد العزيز بن محمد، *سوسيولوجية الرابط الاجتماعي: بناءات مفاهيمية ومسارات نظرية*، مرجع سابق، ص 32.
[118] نفس المرجع، ص 33.

- **فرديناند طونيز** Ferdinand Tönnies (1855-1936)

"ينطلق **طونيز** في كتابه *"الجماعة والمجتمع" Communauté et société* من مقاربة سيكولوجية، حيث يرى أن الإرادة (volonté) تسمح للفرد بالانتقال من حالة تجمع إنساني معين إلى حالة أخرى، وباختلاف نوع هذه الإرادة التي يتبناها يختلف نوع التجمع الناتج بعد ذلك، لذا يقسم الإرادة إلى نوعين وكل نوع ينتج شكلا معين من التواجد الإنساني.

1- **الإرادة العضوية:** Organique: وهي أساسية تتعلق بحرية التصرف ميزتها التلقائية والأصالة، تنتج حالة "الجماعاتية" Communautaire أو شكل "الجماعة communauté (Gemeinschaft)"[119]، وهي تنظيم يطبع الأفراد الذين يعيشون ضمن المجموعة الأولية، ميزتهم التعلق الداخلي والعاطفة الشديدة نحو العائلة التي ينتمون إليها، حيث تجمعهم رابطة الدم من جهة، ورابطة المكان نحو بلدتهم ومن يسكنها من جهة أخرى، ثم الممارسات التقليدية والدينية التي تمارس فيها رابطة الروح أيضا؛ كالمجتمع الإقطاعي الذي ينتمي فيه الفرد منذ ولادته إلى نظام محدد وبشكل دائم.

2- **الإرادة المفكرة Réfléchie:** تتعلق بالاختيار الذاتي والقرار والحكم. ينتج عنها حالة "المجتمعية Sociétale أو شكل "المجتمع société"(Gesellschaft) الذي يقوم على التفكير الإنساني، فالرابط هنا يقوم على المصلحة الفردية. إنه يقوم على تجاوز المستوى الشخصي للعلاقات الفردية الخاصة وبالتالي يستند على العقلانية والحساب.إنه رابط المجتمعي يتميّز بنوع من "التعاقدية والعلاقات غير الشخصية والنفعية بين الأفراد والعقلانية، وسيطرة المصلحة الفردية والخاصة" [120]. وإن زيادة التحضر (العمران) حسب **تونيز** هو العامل الذي يطور أشكال التجمّع الإنساني من الحالة الجماعاتية

[119] عبد العزيز بن محمد، *سوسيولوجية الرابط الاجتماعي: بناءات مفاهيمية ومسارات نظرية*، مرجع سابق، ص 33.

[120] Émile Durkheim, «Communauté et société selon Tönnies. » Extrait de *la Revue philosophique*, 27, 1889, pp. 416 - 422. Reproduit in Émile Durkheim, Textes. 1. Éléments d'une théorie sociale, pp. 383 à 390. Paris: Éditions de Minuit, 1975, 512 pp. Collection: Le sens commun.

إلى الحالة المجتمعية أو من شكل الجماعة إلى شكل المجتمع[121]، لذلك يعتقد **تونيز** مبدئياً أن الرابط القائم في النمط الجماعاتي ذو طابع ايجابي، في حين يتصور أنه سلبي في النمط المجتمعي.

وعليه يكون هذا التقسيم الذي قدّمه **تونيز** ليس مجرد تطور تاريخي لحالة معزولة، إنما هو أيضا قبل كل شيء نمذجة تصنيفية وأداة لتحليل أشكال التجمعات الإنسانية سوسيولوجيا تنطبق على كلّ التجمعات الإنسانية الأخرى في العالم[122].

- **إميل دوركايم Emile Durkheim**

انطلق دوركايم في معالجة الرابط الاجتماعي من سؤال أساسي وهو ما سبب بقاء المجتمع المعاصر واستمرارية علاقاته الاجتماعية بالرّغم من التزايد المذهل للفردانية فيه؟ وما الذي يجعل الأفراد يترابطون ويحافظون على الرابط الموجود بينهم؟

يعيد **دوركايم** تماسك المجتمعات إلى الأخلاق[123]، فالرابط الاجتماعي رابط أخلاقي قبل كل شيء. لكن أنماط الأخلاق تختلف من مجتمع إلى آخر. ويميّز داخل مؤلفه *"تقسيم العمل الاجتماعي"*المجتمعات إلى نوعين. وراء كل نوع نمط معين من التضامن، وبالتالي حالة معينة من الرابط الاجتماعي:

- **"النوع الأول هو المجتمع التقليدي:** الذي يحكمه التضامن الميكانيكي والقائم على تشابه الأفراد فيما بينهم على مختف المستويات الذهنية والنفسية والاجتماعية وحتّى الجسدية، ما يولّد شعوراً مشتركاً بينهم تحكمه رابطة العاطفة والتعلق بالآخرين، وهو ما سمّاه بالضمير الجمعي...، حيث يسود القانون القمعي (أو الجزائي) في حال مخالفة هذه القواعد الاجتماعية. فالرابط الاجتماعي يحكمه الضمير الجمعي والشعور الداخلي والعاطفي الذي يدفع الفرد للتعاون والتضامن مع الآخر.

---

[121] عبد العزيز بن محمد، *سوسيولوجية الرابط الاجتماعي: بناءات مفاهيمية ومسارات نظرية*، مرجع سابق، ص 34-35.

[122] نفس المرجع السابق، ص 37.

[123] ويعرّف دوركايم الأخلاق في أبسط معانيها ب "كل ما هو منبع للتضامن، وكل ما يرغم الإنسان على تنظيم حركاته وفق شيء آخر غير اندفاعيته النابعة من أنانيته" (Est moral ce qui est source de solidarité, tout ce qui force l'homme à réglet ses mouvements sur autre chose que les impulsions de son égoïsme)

▪**النوع الثاني هو المجتمع الصناعي أو الحديث:** الذي يقوم بالعكس على ذلك على اختلاف أفراده، وتخصص كلّ واحد منهم في عمل أو مهنة محددة، ما يجعلهم يدخلون في علاقة تكاملية وضرورية لا يمكن فيها للفرد الاستغناء عن الآخر وتحكمهم رابطة المصلحة والحاجة. فتضامن الأفراد هنا ناتج عن "التقسيم الاجتماعي للعمل" هذا الذي تسيّره المصلحة الفردية ضمن المصلحة الجماعية، وهنا تسود القوانين المدنية المبنية على التّعويض والتوجيه بدل القمع والترهيب"[124].

وعليه، إذا كان الضمير الجمعي هو أخلاق المجتمعات التقليدية، فإن" تقسيم العمل الاجتماعي هو أخلاق المجتمعات الحديثة، حيث أن الانتقال من الحالة الأولى إلى الثانية وبالتالي من الرابط ذي التضامن الميكانيكي إلى الرابط ذي التضامن العضوي حسب *دوركايم*، هو نتيجة الزيادة السكانية والعمرانية من جهة والثقافة المادية للمجتمع من جهة أخرى"[125]. فما هو سبب أزمة هذا الرابط؟

إن **أزمة الرابط الاجتماعي** حسب دوركايم لا تُنتج من انتقال المجتمع من مرحلة إلى أخرى، "فالرابط دائما موجود بأشكال مختلفة ضمن تصور تطوي، إنما تكمن أزمة الرابط حسبه في حالة "الأنوميا Anomie" أو "اللامعيارية" التي تعرفها المجتمعات في مرحلة ما من حياتها (فترات الأزمات) أو تمس مجموعات أو مؤسّسة معيّنة داخل المجتمع (العائلة، المؤسّسة الدينية، المدرسة...ويرى دوركايم أن هناك نوعين من الأنوميا التي قد تشكّل عائقا أمام الرابط الاجتماعي:

- حين لا يوفّر المجتمع إطارا مستقرا ومنظما ومنسجما من أجل تقسيم العمل وتحديد دور كل واحد داخل النظام والمعايير المحددة لهذا الدور. هنا تظهر الأنوميا، باعتبارها خللا وظيفيا ناتجا عن تضامن عضوي ضعيف.

[124] عبد العزيز بن محمد، *سوسيولوجية الرابط الاجتماعي: بناءات مفاهيمية ومسارات نظرية*، مرجع سابق، ص38- 39.
[125] عبد العزيز بن محمد، *سوسيولوجية الرابط الاجتماعي: بناءات مفاهيمية ومسارات نظرية*، مرجع سابق، ص 40.

➢ وحين لا تُؤخذ بعين الاعتبار اهتمامات الأفراد ضمن القواعد الاجتماعية الجارية وتجانس المجموعة، فتعمل الأنوميا على تهديد وضعية الأفراد، وهو ما يحدث مثلا في حالات الانتحار المتعلق بالمرأة المتزوجة دون أطفال بالمقارنة مع التي لها عائلة أو أطفال ترعاهم"[126].

إذا كان تركيز الرواد الأوائل على الرابط في ذاته، فإن تركيز المعاصرين كان على أزمة هذا الرابط في المجتمعات المعاصرة خاصة...، لهذا تلاشى موضوع الرابط بين عدة موضوعات أخرى كالانحراف والتنشئة الاجتماعية وغيرها، من ذلك مثلا؛ أعمال **هوارد بيكر** (Etude de la sociologie de la déviance, 1985) عن جنوح الأحداث ونظريته عن الوصم الاجتماعي[127](Stigmates)، بداية من الثمانينات[128] عادت الأعمال المتعلقة بالرابط الاجتماعي بشكل مباشر وبيّن، ولعلّ السبب في ذلك يعود لتزايد التأثير الواضح والشديد للجانب الاقتصادي على المجالات الاجتماعية، وطغيان نزعة المنفعة والمصلحة على تصورات الأفراد وسلوكاتهم[129].

وعليه يظهر أن الرابط الاجتماعي في بحثنا من خلال العلاقات التي تربط المصابة المستأصلة الثدي بمختلف الفاعلين الآخرين سواء كانوا أشخاصا أو مؤسسات: من الزوج، الأسرة، الأطر الطبية، المؤسسات العلاجية، والمحيط...هذه العلاقات وهذه الروابط يمكن أن تصاب أحيانا بالخلل والتصدع، وهذا ما عبّر عنه دوركايم بالأنوميا[130]. من هنا نتساءل عن ما هي أهم الدراسات التي سبق لها وأن تناولت موضوع بحثنا في جزء منه أو في أجزاء كثيرة؟

---

[126] نفس المرجع، ص 42.

[127] يرجى الإطلاع على: Howard S. Becker, *Outsiders, Études de sociologie de la déviance*, Éditions Métailié, Collection : Leçons De Choses, 1985.

[128] أخذ التعبير عن أزمة الرابط الاجتماعي خلال الثمانينات وما بعدها، عدة تسميات أبرزها: فقدا النسب (la désaffiliation) عند **كاستيل** (1995)، واللاندماج (la désinsertion) بالنسبة **لدوجو لوجاكس** (1997)، وفك الرابط أو اللاتواصل (la défiance) لدى **بول دويال** (1985)، أما **ولتجر** فقد اختار اصطلاح فكّ الشراكة (la dissociation).

[129] ولعلّ أبرز بعض الدراسات المعاصرة التي تناولت الرابط الاجتماعي نذكر:

- عمل إلياس نوربرت N. Elias في *'مجتمع الأفراد'* "*la société des individus*" 1991

- دراسة ألان تورين Alain Touraine في كتابه *'هل يمكننا أن نعيش مع بعضنا بعضاً أنانيين ومختلفين'* Pourrons-nous vivre ensemble égaux et différent? 1997 .

-سرج بوغام Serge Paugam في مؤلفه *''الرابط الاجتماعي'* le lien social 2008.

[130] سوف نأتي لاحقا لتوضيح ذلك في الفصل الخاص بالعلاقات التفاعلية للمصابة بالذات والآخر.

4. الدراسات السابقة

تشكل الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع البحث خلفية مساعدة على استيعاب مختلف العناصر المكونة لموضوعه، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، كما أنها تمكّن من تجاوز التكرار. لهذا عمدنا إلى الإطلاع على أهم الدراسات التي أنجزت في أحد المواضيع المرتبطة ببحثنا من قبيل: الجسد، المرض والصحة، والتي أفادتنا كثيرا سواء على المستوى المعرفي أو المنهجي.

لقد حظي موضوع الجسد بقدر هائل من الاهتمام تجلى ذلك في عدد كبير من الدراسات والبحوث في مختلف المجالات، وعلى سبيل المثال نذكر ندوة دولية أقيمت برحاب كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالرباط سنة 2012، تناولت موضوع تمثلات الجسد من خلال الكلمات والصور والتي شارك فيها مجموعة من الباحثين المغاربة والأجانب. تناولوا من خلالها مختلف التمثلات المرتبطة بالجسد في الأدب، الفن التشكيلي، التاريخ، الصحافة ثم دراسة النوع من خلال الكتب المدرسية. ورغم أن هذه الدراسة تبدو وكأنها متباينة إلا أنها تلتقي في نقطة محورية ألا وهي اهتمامها بالجسد، الذي يعتبر قطب الرحى بين مختلف هذه العلوم والمجالات[131]. وسوف نعرض في هذا السياق، بعض الدراسات التي تنتمي لنظم علمية متباينة، تمثل نماذج لتناول الأبعاد المختلفة التي ارتبطت بدراسة ظواهر الصحة والمرض والجسد.

إن البحث والتنقيب في الدراسات السابقة التي تناولت المواضيع المذكورة، مكّننا من العثور على دراسات كثيرة[132] في الفلسفة، السوسيولوجيا، علم النفس الطب، ناهيك عن أطروحات جامعية خاصة تلك التي أنجزت داخل كليات الطب والتي عنيّت بدراسة مرض سرطان الثدي. و أول دراسة سوف نبدأ بها، هي دراسة تتساءل عن معنى المرض، وهي دراسة في فلسفة الطب تبحث في ما وراء المعتقدات.

---

[131] Miyna KAPTAN BELKOKH et Ijjou CHEIKE MOUSSA, *Les représentations du corps mises en mots, mises en images*, Rabat, Editions et Impressions Bouregreg, 2014, Publication Faculté des Lettres e des sciences Humains de Rabat.

[132] من بين الدراسات التي تناولت بالدراسة والبحث الجسد في المجتمع المغاربي هناك دراسة الباحث الأنثروبولوجي الجزائري، **مالك شابيل** المعنونة ب**"الجسد في الإسلام" "le corps en Islam"** هذا الأخير اهتم بدراسة موضوع الجسد. حيث أنه حصل على دكتوراه في موضوع "طابو العذرية". كما أن هناك دراسات سوسيولوجية تناولت الجسد في أحد جوانبه، من قبيل دراسة المختار الهراس وإدريس بسعيد حول "الثقافة والخصوبة" منشورات دار الطليعة، بيروت، 1996. دراسة فاطمة الزهراء أزرويل حول، الجسد المستباح، الغير ذلك.

- **هل للمرض معنى: بحث في ما وراء المعتقدات [133]**

La maladie a-t-elle un sens ? Enquête au delà des croyances

تتناول هذه الدراسة مجموعة من القضايا الأساسية المرتبطة بإشكالات الصحة والمرض والعلاج وما يرتبط بالمجال الطبي بصفة عامة، وتأتي كمحاولة للإجابة على الكثير من التساؤلات المطروحة في هذا الميدان. بناء على مقابلات اعتمدها الباحث المتخصص في علم النفس العلاجي مع مرضى كُثر، حيث هدف من خلالها إلى تحليل تطور المعتقدات المرتبطة بالصحة لديهم وخاصة ما يتعلق بمعرفة أكبر حول الأمراض والعلاقات الممكنة. إن القضايا والافتراضات التي طرحها الباحث ترتكز بالأساس على أفعال/ أحداث بيّنة Faits démontrés ومنشورة في الكتب العلمية المعتمدة في هذا المجال.

اعتمد الباحث في دراسته هذه ميدانيا على حالات إكلينيكية أثناء ممارسته لمهنته الطبية، كذلك كل ما يتعلق بالكتب الطبية، إضافة إلى اعتماده على تجارب مهني الصحة الذين التقى بهم ثم استئناسه بالتجارب المعروضة بالكتب الطبية في مختلف الثقافات المجتمعية.

تضم هذه الدراسة مقدمة وخاتمة وثلاثة أقسام رئيسية:

جاء القسم الأول خاص بالبحث من أجل المعنى، يضم ثلاثة محاور أساسية تتمحور حول ثلاث موضوعات وهي القلق s'inquiéter، الكلام parler والاحتكار confusion

أما القسم الثاني، فجاء معنوناً بالمعنى ويتناول الباحث داخله ثلاثة مفاهيم رئيسية وهي: البحث، الفقدان، التطور. أما القسم الأخير فجاء معنوانا بالعودة إلى المعنى الصحيح: يضم ثلاثة محاور وهي المساعدة، الأنسنة، تحمل المسؤولية.

إذن فهذه الدراسة جاءت كمحاولة جادة في نظر الباحث. من أجل فتح العقول المغلقة للبحث في المعنى أو ما وراء المعتقدات المرتبطة بإشكالات وتساؤلات معقدة على مختلف الأصعدة.

[133] Thierry Janssen, *La maladie a-t-elle un sens ? Enquête au delà des croyances,* Librairie Arthème Fayard, 2008.

اتضح للباحث في دراسته هذه، أن الواقع ليس له أي معنى غير الذي يعطيه إياه الأفراد، وكما جاء في كلام أحد مبحوثيه "وكم أودّ أن يكون معنى الواقع بسيطا جدا، لكنني عقدت الأمور كلها..."[134]

وعليه، يكون الباحث وانطلاقا مما اكتشفه خلال دراسته للطب وتحليل ما فهمه من حضارة مصر القديمة وما تعلمه من خلال تجاربه المرتبطة بمختلف الثقافات القديمة وتعاليم المعالجين القدامى الذين التقى بهم وكذلك اعتمادا على شهادات المرضى الذين كان يشرف على علاجهم وذكرياته هو نفسه مع المرض، من خلال كل ذلك، تبيّن له أنه وجد معنىً لواقعه، وهذا في الحقيقة أمر بسيط لكنه يترجم ما هو أهم، لأن ما وراء المعتقدات، يبدو جليا، إن معنى الحياة هو عيشها في نظره، وهذا ما دفع الباحث إلى أن يفهم ويعطي معنى لها.

لقد خلص الباحث في دراسته حول "هل للمرض معنى: بحث في ما وراء المعتقد" إلى طرح مجموعة من الأسئلة المرتبطة بالمعنى والبحث ما وراء المعتقد أكثر مما قدّم أجوبة عنها، كونها من القضايا التي أثارت العديد من التعليقات commentaire والتساؤلات بالنسبة له، ويرى الباحث أن مثل هذه القضايا يمكن معالجتها بعيدا كل البعد عن الإيديولوجيات المختلفة لعلّها تؤدي في نهاية المطاف للوصول إلى معرفة كنه إنسانيتنا، وهذا النهج هو الأمر الذي يمكن أن نسميّه بنهج المعنى الصحيح « La voie du bon sens ».

واختتم الباحث دراسته هذه بطرح مجموعة من التساؤلات والإضاءات النسبية علّها تفتح باب البحث المعمّق في عالم الطب والفلسفة، رغم الإيديولوجيات والمعتقدات المختلفة والمعقدة، وتفضي إلى كُنّه الأشياء والاحتفاظ بما يجعلنا ويحفظ لنا وعلينا إنسانيّتنا، وتجعلنا نعيش في الأرض بأمان واطمئنان بحثا عن عيش مشترك نحو طريق العلاج والوقاية على حد سواء وهذا ما يمكن أن نُسميّه طريق المعنى الصحيح.

[134] Thierry Janssen*, La maladie a-t-elle sens, enquête au delà des croyances* ?, op. cit., p. 191.

الإعلان عن السرطان: وظائف "الأنا" في التواصل و"نحن" من أجل الإنخراط في علاقة يطبعها الشك: دراسة تجريبية[135]

Fonctions des pronoms «Je» pour le dialogue et « Nous » :L'annonce de cancer étude exploratoire:pour l'engagement dans une relation incertaine

هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على الإستراتيجية التواصلية القائمة بين الأطباء والمرضى، وخاصة بعد الكشف الأولي وإعلان خبر الإصابة بالسرطان. عالجت هذه الدراسة إشكالية التواصل بين فئة الأطباء والمرضى، من خلال طرح السؤال التالي: كيف يمكن الإعلان عن خبر الإصابة بمرض السرطان؟ ما هي الطريقة المثلى التي ينبغي إتباعها كي لا يُصدم المريض؟

وتعتبر هذه الدراسة من الدراسات الميدانية المهمة التي أنجزت في فرنسا سنة 2016 على عينة مكونة من 20 مقابلة معمّقة مع المرضى، وذلك على مستوى التواصل الذي يأخذ بعين الاعتبار ضميرين "je" و"on" (بمعنى "الأنا" المتكلم) و(الأنا، نحن، الآخر) اعتماداً على الموضوعية التامة.

وخلصت هذه الدراسة، إلى ضرورة العمل على تكوينات ميدانية تواصلية لفائدة الأطباء للاستفادة من دروس خاصة، تأخذ بعين الاعتبار الحالات النفسية اللاشعورية وتؤدي إلى العمل بفرضية استراتيجيات خطابية تواصلية لتساعد على تقديم المعلومة المتعلقة بخبر الإصابة أو الإعلان عن مرض السرطان. على الطبيب، إذن أن يتجرد من الذات لكي يقوم بواجبه المهني ولو تعلق الأمر بالمشاعر والأحاسيس للإعلان عن خبر المرض، الذي لم يكن يتوقعه المريض، خاصة مريض السرطان.

إن معالجة مسألة الإعلان عن خبر الإصابة بالسرطان تكتسي أهمية بالغة لدى المصاب مهما كان الوقع عليه بليغا، حيث يمكن للمريض أن يتعايش مع المرض باستحضار تجارب مرضى آخرين.

---

[135] R. Lanfroy et All, *L'annonce de cancer: fonctions des pronoms «je» pour le dialogue et « nous » pour l'engagement dans une relation incertaine: étude exploratoire*, Lavoisier SAS 2016, sur le site web https://www.researchgate.net/publication/320412879_L'annonce_de_cancer_fonctions_des_pronoms_je_pour_le_dialogue_et_nous_pour_l'engagement_dans_une_relation_incertaineEtude_exploratoire 20/04/2021.

تعتبر هذه الدراسة، مرض السرطان مرادفاً للموت الاجتماعي قبل الموت البيولوجي، بحيث يهدم مجموعة من الوظائف العائلية وسوسيو–مهنية للفرد. أما على مستوى التخيل الجماعي فمرض السرطان يؤدي إلى موت قبيح mauvais: موت بطيء، هدام، محتوم، مُهين، مؤلم، وعازل اجتماعيا...تنضاف إلى هذه التمثلات كعبء ثقيل جماعي وعام تمثلات أخرى خاصة بكل فرد مصاب بمرض السرطان.

إن الرهان الأساسي للإعلان عن خبر الإصابة بالمرض يعود بالأساس إلى طريقة التعبير التي ينبغي أن تتوفر في كل طبيب معالج، وذلك أخذاً بعين الاعتبار نفسية المريض التي يجب أن تبقى نفسية عالية كلها أمل في الحياة مهما كانت خطورة هذا المرض. إنها إذن مجموعة من القضايا التي تتعلق بالأبعاد التواصلية المطروحة داخل المنظومة الصحية وعلاقتها بالمرضى سواء على مستوى التواصل اللفظي أو غير اللفظي.

وعليه، خلصت الدراسة إلى أنه لا توجد طريقة واحدة للإعلان عن خبر الإصابة بالمرض بل هناك طرق عديدة، غير أننا نلاحظ استراتيجيات تواصلية متنوعة يستعملها الأطباء المعالجين بطريقة عادية وطبيعية لإخبار المريض وأقاربه بالمرض الخطير، حيث تهدف هذه الدراسة إلى ضرورة تأسيس علاقة مبنية على الثقة المتبادلة بين المريض والطبيب. أو ما يسمى بميثاق العلاج الذي ينبغي أن يحترمه الجميع في عالم الطب.

❖ **دافيد لوبروتون: "سوسيولوجيا الجسد" La sociologie du corps**

تعتبر سوسيولوجيا الجسد فصلا من السوسيولوجيا المختصة بفهم وتحليل الجسد الإنساني كظاهرة مجتمعية وثقافية ومادة للرموز وموضوعا للتمثلات والمتخيل[136].

استهل المؤلف مقدمة دراسته بالتطرق إلى وضعية الجسد ثم الانشغال الاجتماعي الذي عرفه هذا الجسد، ليمر بعد ذلك إلى الحديث عن سوسيولوجيا الجسد. يقول **لوبروتون** في هذا الصدد "عرفت أواخر

[136] David Le Breton, *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 2010, p. 3.

ستينيات القرن الماضي ظهور بعض المقاربات التي أخذت بعين الاعتبار مختلف أنماط التعامل الجسدي للفاعل في الوسط الاجتماعي والثقافي الذي ينتمي إليه، مما أدى بالجسد إلى احتلال مكانة محورية ضمن تساؤلات العلوم الاجتماعية خاصة عند كل من **ميشيل فوكو، نوربرت إلياس، بيير بورديو، إرفنج كوفمان، ماري دوكلاس** وغيرهم. إن هؤلاء اهتموا في الغالب بحركات البدن والأدوار التي يؤديها الجسد ودلالاته، كل هذه المواضيع أصبحت تثير اهتمام الحقل الاجتماعي"[137].

تناول **لوبروتون** المراحل التاريخية التي مر منها الجسد في مقاربته السوسيولوجية، ويمكن تحديد المسار التاريخي الذي قطعه التفكير في الجسدانية الإنسانية منذ اللحظات الأولى للعلوم الاجتماعية في القرن التاسع عشر. ويمكن الحديث حسبه عن ثلاثة أزمنة قوية حاولت في آن واحد وصف ثلاث زوايا للنظر، أو ثلاث طرق لتناول هذا الموضوع والتي مازالت قائمة في السوسيولوجيا المعاصرة اليوم وهي.

أ- سوسيولوجيا ضمنية -خفية- للجسد: والتي تناولت الجسدية انطلاقا من مقاربتين متناقضتين: الأولى اهتمت بالانعكاسات الاجتماعية على الجسد والتي تنظر إلى الجسد كمنتوج للوضعية الاجتماعية التي يعيشها الفاعلين، والثانية تناولت مقاربة الإنسان "كمنتوج" جسده، من خلال اعتباره وضعية اجتماعية قابلة للملاحظة والتحليل[138].

ب- سوسيولوجيا متقطعة: يسجل المرور التدريجي من الأنثروبولوجيا الفيزيقية المتنازع بشأنها، والتي تستخلص مزايا الإنسان من خلال مظهره المورفولوجي، إلى ذلك الإحساس الذي يبنيه الإنسان مجتمعيا عن جسده. فالإنسان ليس منتوج جسده فقط، بل ينتج بنفسه مزايا جسده، وذلك بتفاعله مع الآخرين وبغوصه في الحقل الرمزي[139].

ج-سوسيولوجيا الحسد: تعالج بشكل خاص الجسد من خلال توضيحها للثوابت الاجتماعية والثقافية المنطقية التي تنتشر عبره.

---

[137] Ibid, p. 9.

[138] David Le Breton, *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 2010, p. 14.

[139] نفس المرجع السابق، ص 18، وللتفصيل أكثر يمكن الرجوع لأعمال **جورج زيمل** حول ***"الحواسية وتبادلات النظر*** (1908)، أو ***"الوجه"*** (1901).

إن "تمثلات الجسد حسب **دافيد لوبروتون** دائما ما تكون مرتبطة بتمثلات الفرد، فعند ذكر ما يقوم به الإنسان في حدوده وفي علاقته مع الطبيعة أو مع الآخرين. يقال نفس الشيء بالنسبة إلى جسمه. تصبح بذلك تمثلات الفرد وجسمه دائمة الارتباط برؤى العالم عند مختلف المجموعات الإنسانية، بالتالي يصبح الجسد هو الأنا لكن لا وجود لشيء مطلق، لأن الجسد يبنى اجتماعيا سواء في اشتغاله في المشهد العام أو في النظريات التي تفسر وظائفه أو في علاقته بالإنسان الذي يحتويه"[140].

ينتقل **لوبروتون** إلى سرد معطيات ابستمولوجية تهم تعريف الجسد وبناءه إجتماعيا وثقافيا، حيث يرى أن الجسد يختفي كليا، وبصفة دائمة من خلال شبكة الرموز الاجتماعية التي تحدد هويته ومجموع تصرفاته اللائقة في مختلف وضعيات الحياة الشخصية والجماعية، فلا وجود لجسد في حالته الطبيعية، إذ يتحدد دائما داخل المعاني ولو في تمرده. فعندما تنقطع مؤقتا شفافية العلاقة الفيزيقية للفاعل بالعالم (في حالة الألم والمرض أو أي سلوك غير عادي...) هنا يتدخل أخصائيو المعنى الخفي (أطباء، معالجون نفسانيون، الشامات، العرافون...الخ)؛ ذلك لتحديد اللغز وشرح أصله وأسبابه وإعادة اندماج هذا الإنسان المصاب داخل المجموعة، من خلال تعيين الطريق التي يجب إتباعها لحل المشكلة، وإن فشلت خطتهم الأولى يتم اقتراح أخرى، أو يتم التوجه إلى أخصائيين آخرين، وهكذا دواليك[141]. وما مجتمعاتنا الحالية إلا خير مثال على ذلك، حيث أن إصابة فرد ما بالمرض تجعله يبحث عن طرق للعلاج والشفاء من المرض، فيجرب بالتالي مجموعة من الطرق من ذلك لجوءه للعلاج التقليدي أو العلاج الحديث أو المزواجة بينهما معا.

إن دراسة دافييد لوبروتون حول "سوسيولوجيا الجسد" تعتبر من الدراسات القليلة التي حاولت سرد المسار التاريخي للاهتمام بسوسيولوجيا الجسد، مشيرا إلى اهتمام العلوم الاجتماعية بموضوع الجسد في شموليته ومن تم الحديث عن فرع متخصص في السوسيولوجيا سمي ب"سوسيولوجيا الجسد".

[140] David Le Breton, *La sociologie du corps*, Op. Cit, p. 28.
[141] David Le Breton, *La sociologie du corps*, Op, Cit, pp. 36-37.

❖ **خلود السباعي:"الجسد الأنثوي وهوية الجنذر"**[142]

قامت هذه الدراسة، بتحليل طبيعة تمثلات المرأة القروية لجسدها، ثم انعكاسات هذا التمثل على إحساسها بهويتها القروية. وقد أنجز هذا العمل بمنطقة "**وادلاو**" بجبالة المنتمية لإقليم **تطوان– المغرب،** حيث تكونت عينة الدراسة في عموميتها من نساء، عازبات ومتزوجات، مسنات وشابات، تم اختيارهن بطريقة عشوائية بناء على ثلاث متغيرات، شكلت في نظر الباحثة خاصيات يمكن أن تؤثر في كيفية استشعار المرأة لهويتها القروية وتقيّمها إيجابا وسلبا والتي تتمثل في: مؤشر الانتماء السوسيو–اقتصادي ، مؤشر السن ثم مؤشر الوضع الاجتماعي. جاءت هذه الدراسة مقسمة إلى بابين: تناولت الباحثة في الباب الأول الجسد الأنثوي في أبعاده الثقافية التي شملت البعد المظهري– الجمالي والبعد الصحي–الإنجابي، ثم البعد الأخلاقي، مشيرة في بادئ الأمر، إلى التساؤل حول الجسد، حيث قامت الباحثة برصد المراحل التاريخية لتطور مفهوم الجسد ومجالاته. كذلك الأحداث الكبرى التي جعلت منه (الجسد) مركز اهتمام العديد من العلوم.

توصلت الباحثة من خلال هذه الدراسة إلى أنه وفي إطار العناية بالمظهر الخارجي، مَثّل اللّباس[143]، أحد أبرز العلامات الاجتماعية المسطرة لهوية الجندر. وبما أنها اعتبرت اللباس أحد امتدادات الجسد، وأبرز المؤشرات الدالة على بعده التجميلي وكذا على مختلف التحولات الطارئة على المجتمعات في مستوياتها الحميمية الداخلية أو الخارجية العمومية، فإن المرأة القروية بمجال الدراسة "**وادلاو**" تقوم بارتداء أنواع اللباس الأنثوي الذي يعلن عن هويتها وتطلعاتها ومن هذه الأشكال نجد الكرزية، المنديل، السبنية، بالإضافة إلى استعمالها لمواد تجميلية تخص غالبا الشعر والعين والبشرة.

---

[142] خلود السباعي، *الجسد الأنثوي وهوية الجندر*، الطبعة الأولى، مطبعة جداول، لبنان، 2011.

[143] أشارت الباحثة في دراستها هذه إلى أن بعد بعض الدراسات الأنثروبولوجية أظهرت أن للّباس ثلاث وظائف رئيسية: الوظيفية الوقائية التجميلية والوظيفة المرتبطة بالستر والحياء.

ونظرا لكون الحس المشترك بالمجتمع قيد الدراسة يرفض التجميل ويعتبره زيف وغواية، فإن المرأة القروية تلجأ إلى آليات من أجل أن لا تتهم بالخروج عن المعايير، من ذلك أنها تلجأ إلى تمويه التجميل بالصيانة، فتعمل على تزيين جسدها وتجميله تحت غطاء النظافة والخوف من المرض والحفاظ على الصحة، كما تستغل المرأة في هذا المجال البعد الديني للطهارة كضرورة دينية قبل أن تكون دنيوية، فتذهب إلى الحمام العمومي الذي يشكل في نظرها مجالا حيويا للاسترخاء والنظافة والغسل وتهيئ الجسد للحب، كذلك تعمل على وضع "الكحل"[144] بعينيها ليلا لتغسله بالصباح بدعوى أنه دواء يقي العين من الأمراض، لكنها في العمق تريد أن تظهر بمظهر جميل.

أما عن الجسد الأنثوي في بعده الصحي–الإنجابي، فترى الباحثة أنه من المؤشرات التي جعلت المرأة أقرب إلى الجسد على مر العصور. إنّ بيولوجية الجسد الأنثوي وقابليته للتحول (العادة الشهرية، الحمل، الوضع) وما يصاحب هذه التحولات من آلام وعياء وإرهاق ومرض جعلت المرأة أقرب إلى الجسد. وتحتل المولدة أو القابلة المرتبة الأولى من النساء العارفات بالجسد باعتبارها المتخصصة في أمور الخصوبة والإنجاب والعناية بصحة الطفل والأم.

وفي إطار علاقة الأوضاع الصحية والمحيط يبقى من الصعب الحديث عن البعد الصحي للمرأة القروية بدون ربطه بمختلف الظروف والأوضاع السوسيو–اقتصادية للمنطقة، ففي كثير من الحالات نجد المرأة القروية تستسلم لمرضها في معاناة صامتة رافضة الإعلان عن مرضها، لأن ذلك يشكل تهديدا لوضعها الاجتماعي، فهي تخاف من ضجر الزوج ونفاذ صبره ناهيك عن مصاريف العلاج.

أما عن أسباب المرض، فقلما يتم تمثلها على أنها أعراض فسيولوجية واضحة، إذ غالبا ما يتم ربطها بالقدر أو القوى الخارقة التي تحال إلى السحر أو الحسد أو العين، الأمر الذي يبقى معه الجسد

[144] الكحل هو مادة سوداء اللون تضعها النساء بأعينهن ذلك بغرض التزين أو التداوي.

هشا وضعيفا ومعرضا للمرض. لذلك فأساليب العلاج التي تلجأ لها المرأة القروية تتنوع من حيث اللجوء إلى الفقهاء، زيارة حامة "**للامكاد**" واللجوء إلى المراكز الطبية الحديثة.

تشير الباحثة بخصوص الجسد الأنثوي في بعده القيمي–الأخلاقي إلى أنه نتاج ثقافي اجتماعي، فلا وجود للجسد إلا ضمن انتماءات ثقافية بلورها الإنسان وضبط من خلالها سلوكاته وتحركاته، تبعا لتقاليد وعادات اجتماعية معينة، من هذه التقاليد والعادات، وقد شكّل غشاء البكارة أحد أمثلها، هذا المعطى البيولوجي الذي أُعطيت له دلالات رمزية متعددة تنطلق من عنوان العزوبة (الدالة على أن الفتاة لم تمارس أي اتصال جنسي) مما يجعلها عنوانا للطهارة والعفة. كما أن جسد المرأة القروية وخاصة الفتاة، يجب أن يخضع لتقنين معين في وظائفه الحسية والحركية، فصوت الفتاة مثلا؛ لا ينبغي أن يكون عاليا وخصوصا في حضور الرجال، كذلك كلامها يجب أن يكون قليلا وأن تلتزم الصمت ما أمكنها ذلك. كذلك، في مسألة الضحك يجب على المرأة القروية ألا تضحك بصوت مرتفع. إلى غيرها من التقنيات الجسدية المقترنة بالتنشئة الاجتماعية والتي لا تعدو أن تكون حسب الباحثة سوى مجرد "**ترويض استلابي**" للجسد الأنثوي.

ومن آليات التنشئة السيكو–اجتماعية للجسد الأنثوي بالمنطقة لجوء المرأة القروية إلى آليات لتحصين الجسد وحمايته من ذلك: الزواج المبكر والثقاف الذي يستعمل كممارسة وقائية وكممارسة انتقامية.

أما في الباب الثاني من الدراسة فقد تناولت الباحثة موضوع "الجنذر" أو النوع الاجتماعي والهوية الأنثوية. حيث توصلت الباحثة من خلال تساؤلها عن مسار التحولات التي تعرفها الهوية السيكو–اجتماعية للمرأة القروية في "**وادلاو**"، إلى أن مجمل التحولات الطارئة على الهوية السيكو–اجتماعية للمرأة القروية بالمجال المدروس تسير نحو الانتقائية والسعي إلى التوفيق ما بين القديم والحديث قدر الإمكان، حيث ساهم الانفتاح الذي أصبحت تعرفه المرأة الجبلية في "وادلاو" في التقليص من معاناتها المادية،

غير أنه أوجد أشكالا جديدة من المعاناة ذات المنحى السيكولوجي. ما يدل على أن التحولات الحاصلة على المستوى المادي لم يتم استيعابها بعد من قبل البُنى الفكرية الاجتماعية وأن النسق الاجتماعي قد حافظ على الصورة التقليدية نفسها للمرأة، مع العلم بأن النساء الشابات لم يعدن النساء أنفسهن، مما يؤدي إلى مضاعفة المعاناة بين الواقع والطموح وبين الهوية الجبلية المرفوضة والهوية العصرية البعيدة المنال لدى المرأة القروية[145].

❖ **زينب معادي: "الجسد الأنثوي وحلم التنمية"**– قراءة في التصورات عن الجسد الأنثوي بمنطقة الشاوية[146]

تعد هذه الدراسة من أبرز الدراسات التي اهتمت بالجسد، خاصة الجسد الأنثوي، ومحاولة مقاربته اعتمادا على منهجية سوسيولوجية. فقد تميزت هذه الدراسة بكونها تمحورت حول جسد الأنثى/المرأة وحدها، ثم اهتمت بجسد المرأة في الوسط القروي المغربي. حاولت الباحثة في هذه الدراسة تقديم قراءة لواقع النساء القرويات وتطلعاتهن وعوائق اندماجهن في التنمية، ذلك من خلال قراءة أشكال الكتابة على الجسد الأنثوي، ليس فقط الكتابة الاجتماعية التي تهدف إلى ممارسة الرقابة على جسد المرأة، ولكن كذلك الكتابة النسائية التي تعبر بها المرأة عن مواقفها وتطلعاتها.

انطلقت الباحثة **زينب معادي** في دراستها هذه من فرضية أساسية تتمثل في أن التصورات عن الجسد الأنثوي المرتبطة بالثقافة السائدة، ونوعية علاقة المرأة مع جسدها في تفاعلها مع تلك التصورات تؤثر على استجابتها وتفاعلها مع محطات أساسية من مشاريع التنمية، مثل تنظيم الأسرة والتعليم وبرامج التوعية المرتبطة بالصحة، وأن تغيير التصور السائد عن الجسد الأنثوي وتغيير نوعية علاقة القروية بجسدها من شأنه أن يساعد على تحقيق التفاعل الإيجابي للنساء القرويات مع مشاريع التنمية.

---

[145] أنظر خلود السباعي، *الجسد الأنثوي وهوية الجنر*، مرجع سابق.

[146] زينب معادي، ***الجسد الأنثوي وحلم التنمية***، *قراءة في التصورات عن الجسد الأنثوي بمنطقة الشاوية*، على الرابط التالي: https://altair.imarabe.org//notice.php?q=id:57531&lang=fr 05/02/2017.

للإنصات للمرأة القروية، وهي تتحدث عن جسدها، اختارت الباحثة إقليم سطات من منطقة الشاوية كمجال للبحث الميداني، باعتبار أن منطقة الشاوية تعد مركزا أو وسطا قرويا.

تكونت العينة البشرية من عينة تمثيلية مثلت 10% من مجموع النساء البالغات من العمر 14 سنة فما فوق، ساكنات الدواوير المكونة للعينة المكانية تضم 482 امرأة، وعينة مكونة من 12 ممرض و75 امرأة أي 87 مبحوث أنجزت معهم مقابلة معمقة. حيث اعتمدت على تقنيات **المقابلة المعمقة** اعتمادا على أسئلة محددة وعلى **الملاحظة المعمقة** في الأسواق والمواسم والمراكز الصحية والأضرحة المتواجدة في ميدان البحث. ومن أهم الخلاصات التي توصلت إليها الباحثة حول الجسد الأنثوي القروي في المغرب، من خلال هذه الدراسة تتمثل فيما يلي:

جسد المرأة كتركيب بيو– ثقافي: ذلك من خلال تفكيك رموز إستراتيجية المجتمع كما كُتبت على جسد المرأة، واكتشاف لحظات البناء الاجتماعي، وكذا لحظات البناء الثقافي لجسد المرأة القروية الشاوية، وتكوين تصور النساء لأجسادهن من خلال محطات أساسية هي: الحمل، الثقاف، البلوغ، الخصوبة، غياب الخصوبة.

أنماط علاقة المرأة القروية مع جسدها: العلاقة مع الجسد مرآة للعلاقة مع العالم حيث اختارت الباحثة التعرف على علاقة المرأة القروية بجسدها عبر المستويين التاليين:

- **المستوى الأول:** يرصد علاقة النساء القرويات بأجسادهن من خلال إدراكهن وتدبيرهن للصحة.
- **المستوى الثاني:** يرصد علاقتهن بأجسادهن من خلال أشكال العناية بالجسد، كما يتصورنها وكما يمارسنها.

عمدت الباحثة، لدراسة إدراكات النساء للصحة، إلى دراسة الطريقة التي يتم بها تدبير كل من الصحة والمرض من طرفهن، بحيث كانت مناسبة لدراسة تفاعل كل من العوامل الفردية والاجتماعية والثقافية، وكذلك الإطار السياسي الذي يطبع هذه التجارب.

أوضحت الباحثة أن مفهوم وتمثل الصحة للمرأة القروية يرتهن بما تنجزه، لهذا فهي تقاوم السقوط تحث ثقل المرض. وأن معنى الصحة مرتبط بالقدرة على الشغل، والصحة مرتبطة بالمرأة التي تتميز بالأنفة والشجاعة والجد "المرا اللي فيها النفس–المرا الحارة"، بالتالي ترى أن البناء الاجتماعي هو الذي يضفي معنى للصحة والمرض.

أما عن إستراتيجية العلاج المتبعة من قبل الفاعلات الاجتماعيات فقد توصلت الباحثة، من خلال البحث الميداني إلى أن:

- الفقيه هو أول من تلجأ إليه 50% من المبحوثات القرويات في منطقة الشاوية.
- الضريح: أول مكان تلجأ إليه 31% من نساء العينة، أما عن باقي النساء، لا يعني أنهن لا يلجأن للضريح، بل يمكن أن يلجئْن إليه بعد الوسائل الأخرى، أو بموازاتها أو بعدها.
- التداوي الذاتي بالأعشاب تلجأ إليه فقط 4% من النساء.

المرأة القروية والعناية بالجسد: إن الاعتناء بالجسد يعتبر لحظة أساسية في حياة الإنسان في كل المجتمعات، ومؤشرا هاما من مؤشرات العلاقة الصحية بالجسد، بالجماعة والإحساس الايجابي بالحياة. وتمر العناية بالجسد لدى النساء القرويات عبر: التغذية، اللباس ثم الإقلال من العمل. أما عن مصادر اللذة كما حاولت الباحثة أن ترصدها، باعتبارها مؤشرا على مدى العناية بالجسد عند المرأة القروية، فقد تمحورت إجابات المبحوثات حول ثلاثة مصادر للَّذَّة وهي: الجنس والأكل واللباس.

وبما أن الفرح كإحساس أساسي في حياة الإنسان والذي يمر عبر الجسد، فنحن نفرح من خلال أجسادنا وبواسطتها، جاءت إجابات المبحوثات عن سؤال متى تفرحين؟ بأن الاستحمام يعد من مصادر الفرح بالنسبة ل 93% من النساء المبحوثات، و54% تنشد الفرح أو النزهة في زيارة ضريح أحد الأولياء،

و28% يعتبرن الاستماع للأغاني مصدر فرح بالنسبة إليهن، ثم 6% تعتبر الذهاب للسوق نوعا من النزهة أي مصدر فرح[147].

إنها إذن أهم الخلاصات التي حاولت من خلالها **زينب المعادي** الإحاطة بمختلف الجوانب المحددة للجسد الأنثوي، وتمثلات هذا الأخير من قبل المرأة القروية نفسها، محصورة في مجال دراستها بالشاوية ذات الخصوصية الثقافية والمجالية المتميزة. إنه إذن عمل نموذجي من سوسيولوجيا الجسد في المغرب الذي استهدف رصد الجسد الأنثوي المغربي التواق إلى ولوج عالم التنمية[148].

❖ **محمد عبابو وعبد الرحمان المالكي: "سوسيولوجية الأمراض المزمنة (حالة السكري بالمغرب)"**[149]

تمحورت هذه الدراسة أساسا حول الأمراض المزمنة –مرض السكري نموذجا–، هذه الأمراض التي لا تعرف التدخل الطبي وحده، ولكن العلوم الاجتماعية هي الأخرى تتدخل في تشخيص وتدبير الكثير من هذه الأمراض. حيث لا يصيب المرض الفرد في بيولوجيته فقط وإنما يمس جانبه النفسي والاجتماعي ويكون أيضا بمثابة هَم بالنسبة لمحيط المريض. إن تدبير المرض المزمن يطرح للمرضى نمط حياة خاص بهم، ذلك من خلال بحثهم عن جودة المواد الغذائية، الطبية، النفسية والاجتماعية (Anselm Strauss)، هدفا ورغبة في عيش حياة يومية بشكل جيد وعادي Normal.

تناولت هذه الدراسة مختلف الموضوعات المرتبطة بالمرض المزمن وخاصة السكري. حيث قُسّم إلى ثمانية فقرات، توزعت بين الحديث عن العلوم الاجتماعية والمرض، من بداية الاهتمام السوسيولوجي بالمرض والصحة إلى نشأة وأهداف السوسيولوجية الطبية، دور التمثلات الاجتماعية للمرض، وأصل مرض السكري والتمثلات المرتبطة به وأسباب الإصابة به ثم دور ما يسمى بالفقسة FAKSA في حدوث

[147] زينب المعادي: ***الجسد الأنثوي وحلم التنمية***، قراءة في التصورات عن الجسد الأنثوي بمنطقة الشاوية، نشر الفنك، الدار البيضاء، المغرب، 2004.
[148] أنظر زينب معادي: ***الجسد الأنثوي وحلم التنمية***-*قراءة في التصورات عن الجسد الأنثوي بمنطقة الشاوية*.
[149] Mohamed Ababou et Abderrahman El Maliki, *Sociologie de la maladie chronique (Cas de diabète au Maroc),* Publication du Laboratoire de Sociologie de Développement Social, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Faculté des lettres et des sciences humaines Dhar Mehraz, Fès, 2017.

المرض، وقد تساءل الباحثان حول هذه (الفقسة) هل هي أسطورة أم حقيقة. لينتقلا إلى الحديث عن الثقافة وتدبير المرض من طرف الأسرة خاصة، وأخيرا تطرقا إلى صيام رمضان بالمغرب عند مرضى السكري.

أظهرت بعض نتائج هذه الدراسة أنه لا يمكن الحديث عن تمثلات فردية أو جماعية للمرض دون العودة إلى الثقافة، الدين والوضع السوسيو–اقتصادي...فقد بينت المعطيات الميدانية المنجزة أن تمثلات المغربي المصاب بالسكري غالبا ما ترتبط بالثقافة. المريض ومن أجل تفسير أسباب مرضه يستعمل عناصر مرتبطة بالثقافة، وناذرا ما يكون الخطاب المستعمل من قبل المبحوثين ينبني على معرفة بيو–طبية، حيث كثيرا ما ترددت عند المبحوثين في تفسيرهم لمرض السكري عوامل دينية وأخرى نفسية (الفقسة FAKSA). إنها تفسيرات ترجع أسباب الإصابة بالسكري إلى مشاكل اجتماعية: مشاكل داخل الأسرة ومشاكل داخل العمل. وهي تمثلات تولد مباشرة من الوسط الاجتماعي وأيضا من المعتقدات الدينية وعناصر أخرى من الثقافة المعاشة للمتخيل الشعبي والديني.

وبما أن المرض المزمن يتميز بخصائص تختلف عن المرض الحاد، من ذلك طول مدة الإصابة به، فإن تدبيره سواء من قبل المريض نفسه أو أسرته أيضا، يكون طويلا (أخذ الدواء، الحمية الغذائية، الأنسولين، النشاط البدني) كل ذلك يصاحبه عدم اليقين في إمكانية الشفاء بشكل تام. إنها إذن مجموع الخصائص التي توضح حدود المقاربة البيولوجية وحدها، على العكس من ذلك فالمقاربة الشمولية التي تستند على عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية هي الكفيلة بتوضيح دور العوامل الاجتماعية في دفتر تحملات المرض المزمن والمعرفة حوله من طرف العائلة.

إن صيام رمضان هو الطقس الأكثر تعبدية في العالم الإسلامي، صيام رمضان يعني الأكل، الشرب أو التدخين؛ وقطع ذلك كله من وقت بزوغ الفجر إلى أذان المغرب لشهر كامل. وعلى المريض

بالسكري أن يتبع تغذية متوازية ونشاط بدني منتظم وأن يأخذ الدواء الموصف له من قبل الطبيب، كل ذلك يرتكز على دفتر تحملات المريض؛ الطبية والنفسية والاجتماعية.

أظهرت نتائج البحث الكيفي أن نسبة كبيرة من المصابين بمرض السكري بالمغرب يصومون هذا الشهر رغم الأخطار التي يمكن أن تواجهُهم، وذلك نابع من اعتقادهم الديني من جهة، ومن جهة أخرى نابع من مستوى معرفتهم للمرض. كما أن نسبة مهمة من المصابين بمرض السكري غالبا ما يلجؤون إلى استعمال الأعشاب الطبية في التداوي من هذا المرض، كما أن تخلي بعضهم عن التداوي بهذه الأعشاب ليس نهائيا، لأن المرضى غالبا ما يقومون بتجريب أعشاب جديدة، لاسيما إذا ما اعتقدوا بأن هذه الأعشاب سوف تزيل المرض نهائيا من جسمهم. ينظاف إلى ذلك، أن المريض بالسكري لا يعتقد بأن السكري مرض مزمن. وأن هناك مجموعة من العوامل تتدخل في أخذه الأعشاب الطبية منها:

- السن، مدة المرض، النوع، الحالة العائلية، المستوى الدراسي، الأصل الاجتماعي، مستوى العيش، الخ، المعتقدات والمعرفة حول السكري، الثقافة الدينية، محدودية العلاج الطبي في علاج الأمراض المزمنة، إمكانية وقرب الأعشاب، القدرة على شراء الأعشاب بثمن قليل[150].

❖ **<u>زكرياء الإبراهيمي حول "الصحة والمجتمع: دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي"</u>**[151]

يرى الباحث أن أهمية السؤال السوسيولوجي حول الصحة، لا تنبع في الواقع من خلال وجود هذه الأخيرة كظاهرة طبيعية تُفْهم وتُبْنى اجتماعيا، وإنما تتعدى ذلك إلى البحث في ما تلعبه الشروط الاجتماعية والاقتصادية التي تنتج الجسد وتتحكم فيه. هذه الشروط هي ما يسمى بالمحددات الاجتماعية

[150] للإطلاع أكثر يرجى مراجعة: Mohamed Ababou et Abderrahman El Maliki, *Sociologie de la maladie chronique (Cas de diabète au Maroc),* Publication du Laboratoire de Sociologie de Développement Social, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Faculté des lettres et des sciences humaines Dhar Mehraz, Fès, 2017.

[151] زكرياء الإبراهيمي، *الصحة والمجتمع: دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي*، جامعة محمد الخامس بالرباط الطبعة الأولى، 2016.

للصحة"[152]. تدور إشكالية هذه الدراسة في البحث في الكيفية التي توجد بها الصحة كظاهرة اجتماعية، تخضع من حيث بنائها لكل القواعد التي تقوم عليها الظواهر الاجتماعية، وتُفْهم بنفس الطريقة التي يتأسس عليها الفهم الاجتماعي لباقي ظواهر البناء الاجتماعي. وبصفة أخرى البحث في الطريقة التي يتحول بها الوجود الاجتماعي للفرد من مجال يحتضن المريض، إلى مجال ينتج المرض.

وضع الباحث فرضية عامة تتأسس على وجود الصحة كظاهرة طبيعية أولا، وثقافية –اجتماعية ثانيا، تتحدد وتنشأ عن طريق تفاعل البنيات الثقافية والاجتماعية داخل المجتمع القروي المغربي ثالثا.

وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على مجموعة من النتائج أهمها؛ أن الصحة ظاهرة اجتماعية، تبنى ثقافيا وتتأسس على مجموع التجارب الاجتماعية للأفراد، وتتحدد انطلاقا من مجموع الشروط والمحددات الاجتماعية التي يعيش داخلها الأفراد.

وأن المؤشرات الاجتماعية التي تدل على وجود الصحة أو تكشف غيابها داخل المجتمع القروي المغربي موضوع الدراسة ترتبط بظواهر وأفعال اجتماعية، أكثر من ارتباطها ببنيات بيولوجية، فالألم على الرغم من أنه يبدو ظاهرة طبيعية، فهو بدوره يستعمل اجتماعيا، وقد اتضح للباحث أن الألم داخل مجتمع البحث ظاهرة أنثوية بامتياز، وغير معترف به ذكوريا، ذلك أن النساء أكثر إعلانا وبوحا بالألم مقارنة مع الذكور، حيث أن المجتمع القروي، لا يسمح للذكور بالتعبير عن الألم أو الانسحاب من وظيفة اجتماعية معينة بدعوى الألم. لذلك فالمؤشرات الاجتماعية للصحة التي يستعملها المجتمع القروي تنحصر إذا ما استثنينا الألم، في ثلاثة متغيرات أساسية هي: العجز وعدم القدرة على العمل وعدم العيش بشكل طبيعي.

وقد توصل الباحث من خلال دراسته الميدانية إلى أن ساكنة السهول تُميّز بين نظامين للمرض، يتأسس كل واحد منهما على معرفة اجتماعية خاصة بالزمن. فالمجتمع القروي يميز عادة بين أمراض تنتمي إلى زمن ماضي "**بكري**"، وبين أخرى تقوم على الوجود داخل الزمن المعاصر "**دابا**" ويقوم في نفس

[152] زكرياء الإبراهيمي، الصحة والمجتمع: دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي، مرجع سابق، ص 25. (أصل هذه الدراسة هي أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، المغرب)

الوقت بسحب تمثله للزمن على إدراكه للأمراض، ف"بكري"، كزمن مرجعي يفقد بعده السحري والمقدس عندما يتعلق الأمر بالمرض، فهو "**زمن قهرة، جوع، موت، معاناة وألم...**". أما الزمن المعاصر فإنه لا يبدو داخل الوعي الاجتماعي، أكثر رحمة من بكري، لأنه أنتج نظاما عقابيا من المرض يتجاوز من حيث عنفه أمراض الماضي القاتلة، فالسيدا والسرطان والسكري لا تحضر داخل التمثلات الاجتماعية بالسهول إلا كعقاب ناتج عن مجموع الظواهر اللاّأخلاقية التي حملها الزمن المعاصر.

ينتقل الباحث إلى الحديث عن التمثلات الاجتماعية للصحة ويعتبر أن هذا المجال هو الآخر يشكل أحد أهم العناصر التي تقوم عليها التمثلات الاجتماعية للصحة بالسهول، حيث يميز السهول مرة أخرى، بين نظامين من المرض؛ مديني (حضري) وقروي، فالمدينة تقدم نفسها داخل الوعي الاجتماعي بالسهول كمجال مُمْرض وحمّال لْلمَرَضْ، بينما تدرك البادية كمجال نقي ومضاد للمرض، بل وحتى عندما يُستهدَف المجال القروي بالأمراض فإنها لا تكون كما يعتقد معظم المبحوثين إلا من طبيعة الأمراض الخفيفة، مثل "**السخانة، الحلاقم، الرواح...الخ**". أما الأمراض "**الواعرة**" فإن المدينة وحدها هي من تختص باحتضانها وإنتاجها. لهذا يعتقد أغلب المبحوثين أن السكري مرض مديني (حضري) ومعظم من يحمله قاطن بالمدينة؛ لأن نظام العيش الحضري يتجه بأكمله نحو إصابة الأفراد بالسكري، فالمدينة مجال للخمول والكسل والإفراط في التغذية والقلق. وهذه هي الأسباب الحقيقة التي تؤدي في نظر مجتمع الدراسة للإصابة بمرض السكري.

السهول يعتقدون أن الاختلاف بين الإناث والذكور يقوم كذلك على الاختلافات التي تميز الجسدين من حيث القابلية للمرض من عدمها، فوراء أن النساء أكثر استعدادا للمرض في نظر معظم السهول، فإنهن معرضات كذلك لأنواع خاصة معينة من المرض لا تجد طريقها نحو الذكور. فالمرأة بحكم طبيعتها الجنسية وأدوارها الطبيعية (تفوق الرجل من حيث قابليتها لأنواع خاصة من المرض، مثل تعرض رحمها، ثديها ومختلف أعضائها الجنسية التي تميزها عن الرجل للمرض).

من النتائج التي توصل إليها الباحث أيضا أن البناء الاجتماعي لظاهرة الصحة يخضع إلى معيار اجتماعي آخر، تتأسس عليه المعرفة الاجتماعية للصحة، ألا وهو معيار السن، فالسهول يعرفون الصحة كذلك انطلاقا من تقسيم المجتمع إلى فئات عمرية. ذلك أن المجتمع يعتقد بوجود اختلافات كمية وكيفية واسعة بين فئاته العمرية التي يتشكل منها، فاستعدادات الأطفال والشباب والمسنين لقبول المرض أو الابتعاد عنه تختلف. كما أن الأمراض التي تستهدف كل فئة اجتماعية تتباين عن تلك التي تتجه نحو غيرها. فالشيوخ في نظر السهول أبعد عن الصحة وأقرب إلى المرض مقارنة مع الشباب والعكس صحيح.

أما بخصوص ما يعتقده القرويون أسبابا حقيقة للمرض فقد كشفت الدراسة الميدانية أن القدر والعين والجن والسحر هي الأسباب الحقيقة والمباشرة للمرض داخل مجتمع الدراسة.

إن أهم الأسباب التي تحدد الحالة الصحية للأفراد داخل مجتمع الدراسة، هو أن أغلب المبحوثين يعتقدون أن الفقراء هم العنصر الاجتماعي الأبعد عن المرض، بينما جسد الأغنياء يعتبر في نظر هؤلاء الأكثر استهدافا للمرض، حيث أن السعي وراء مراكمة الثروات والتفكير المفرط في المستقبل والاستهلاك المفرط للحوم الحمراء يعتبر في نظر السهول السبب الأول للإصابة بالأمراض الخطيرة بصفة عامة، والسكري بصفة خاصة، بينما يحمي الفقراء من كل أشكال المرض.

إن التغذية في السهول تعتبر أحد العوامل الأساسية للمرض بهذا المجال– فإلى جانب اعتراف الكثير من الساكنة القروية بدور التغذية في الوقاية من الأمراض–أو بالأحرى أنواع خاصة من التغذية مثل اللحوم الحمراء– يمكن القول أن التغذية بهذا المجال ضعيفة جدا وغير متوازنة بالمرة، حيث يستهلك القرويون داخل هذا المجال بشكل مفرط السكريات والنشويات، ويعرفون استهلاكا أقل للحوم والخضر والفواكه. وهو ما يعني بشكل مباشر تعرض القرويين إلى أمراض بعينها خاصة الأمراض التي ترتبط بالجهاز الهضمي، أو أمراض الكلي بسبب أنواع المياه التي يشربونها.

إن البحث عن العلاج يعتبر آخر الحلول الممكنة عند العديد من ساكنة السهول. القروي كما أكد أكثر من شخص لا يتجه نحو المستوصف أو الصيدلية أو الطبيب "حتى كيتزير"؛ أي حتى يصبح الفرد عاجزا عن الصبر والمقاومة. أما الطبيب أو العلاج المهيكل بشكل عام فإنه لا يعتبر في نظر القرويين إلا حلا إنقاذيا، خاصة وأن الفقر والعلاقات العمودية الباردة التي يفرضها الأطباء لحظة الفحص والعلاج تجعل من علاقة السهول بهذه المؤسسات علاقة متوترة.

إنها إذن أهم الخلاصات التي انتهى إليها الباحث في هذه الأطروحة، غير أنه ينبه إلى أن هذه الأسباب والتمثلات لا تؤثر بشكل مستقل عن غيرها في الحالة الصحية للأفراد بل إن كل واحد منها يتأثر بالآخر ويؤثر فيه في نفس الوقت. إن التمثلات الاجتماعية للصحة والتقسيم الاجتماعي للصحة والمرض يولدان سلوكات وأفعال اجتماعية تؤثر في الحالة الصحية للأفراد، لكنها تكون هي الأخرى قبل ذلك ناتجة عن محددات موضوعية توجد خارجها، فالمستوى التعليمي والمجال والحالة الاقتصادية والانتماء إلى جنس معين أو إلى فئة عمرية محددة تؤثر كذلك في طبيعة التمثلات عن الحالة الصحية[153].

❖ **<u>عبد المالك بوزكراوي "تمثلات الصحة والمرض والطب التقليدي في الثقافة الشعبية واحة تافيلات أنموذجا"[154]</u>**

انطلق الباحث من سؤال أساسي في هذه الدراسة وهو: ما الذي يفسّر استمرار ثقافة علاجية يمتزج فيها الحس العملي للأفراد بالمعرفة العامية؟ وما الذي يجعل مناطق المغرب ومنها منطقة تافيلالت، رغم ولوج المعرفة الطبية الحديثة منذ عهد الاستعمار بها مرتبطة بالطب التقليدي؟

جاءت هذه الدراسة مقسّمة إلى ثلاثة أبواب ومقدمة وخاتمة. تناول في الباب الأول البناء المنهجي والتأصيل النظري لموضوع البحث. وفي الباب الثاني عرض نتائج البحث، حيث قارب في الفصل الأول من هذا الباب مفهوم الصحة والمرض لدى المجتمع الفيلالي. والتمثلات التي تحملها الساكنة عن المرض

---

[153] راجع: زكرياء الإبراهيمي، *الصحة والمجتمع: دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي*، سنة 2016.

[154] عبد المالك بوزكراوي، *تمثلات الصحة والمرض والطب التقليدي في الثقافة الشعبية: واحة تافيلالت أنموذجا*، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، إشراف الأستاذة أسماء بنعدادة، السنة الجامعية 2017-2018.

وأنواعه، والعوامل المتحكّمة في هذه التمثلات. في الفصل الثاني تناول كيفية حضور سجلات الماضي والحاضر لمقاربة المرض من طرف الساكنة وكيف تؤثر الذاكرة الجماعية في تكوين مفاهيم الناس عن الصحة والمرض. مشيرا إلى أثر العوامل الجنوسية في تشكيل تصورات المجتمع الفيلالي عن الصحة والمرض. في الفصل الثالث قام بالكشف عن العوامل التي تشكل تمثلات الناس لأسباب الإصابة بالمرض.

بخصوص الباب الثالث والأخير فقد سعى إلى الكشف عن العوامل التي تحدد استراتيجيات العلاج في المجتمع الفيلالي وكذلك العوامل الضامنة لاستمرارية الطب التقليدي. في الفصل الأول من هذا الباب قام بالكشف عن العوامل التي تحدّد تمثل الناس لاختصاصات الطب التقليدي وأدواره، وبالتالي تبني استراتيجيات الطب التقليدي. أما في الفصل الثاني فقد كشف فيه عن أسباب الإقبال على الطب التقليدي والاستراتيجيات الخاصة به. وفي الفصل الثالث والأخير قام بعرض أسباب اعتقاد مجتمع البحث في فعالية الطب التقليدي وكذا العوامل التي تحدد نظرتهم له بخصوص استمراريته في المستقبل.

اعتمد البحث على عينة غير احتمالية ل 300 فرد: 150 رجل و150 امرأة.

بخصوص بعض نتائج هذه الدراسة، فقد توصل الباحث إلى:

أن تمثلات الصحة والمرض بمنطقة تافيلالت تقوم على الآثار الذهنية التي خلفتها الأمراض والأوبئة السابقة أكثر من قيامها على المعارف الطبية الحديثة.

تشكل علاقات النوع الاجتماعي حجرا أساسا في تمثل المجتمع الفيلالي لكل من الصحة والمرض، ذلك عن طريق ربط الوهن بالنساء والصحة بالرجال.

خلص الباحث إلى أن هناك تعدد في مسارات العلاج بمجتمع الدراسة، عن طريق المزاوجة بين الطب التقليدي والطب الحديث وإن ضعف الخدمات الصحية بالمنطقة (واحة تافيلالت) وكذلك المستوى

الاقتصادي والاجتماعي للأفراد بمنطقة الدراسة يجعل الأفراد يقبلون على الطب التقليدي، وتمثله إيجاباً سواء على مستوى الدور والفعالية أو على مستوى الاستمرار.

❖ **عزيزة خرازي "التمثلات والمعرفة حول الأمراض المزمنة–نموذج مرض السل: دراسة سوسيو–أنثروبولوجية بمدينة فاس"**[155]

هدفت هذه الدراسة إلى الوقوف على أسباب انتشار مرض السل واستمراره، بل وعودته للظهور ببعض الدول كفرنسا التي ظنت أنها قضت عليه نهائيا لتجده يستوطن بشكل كبير في بعض الأحياء، رغم مجانية التشخيص والعلاج.

فكان الانطلاق من التساؤل التالي: ما سبب استمرار الوباء بالمغرب رغم إدعاء منظمة الصحة العالمية أنه من المفترض القضاء عنه منذ عدة سنوات، خصوصا في المدن الكبرى؟ وما هي صلة تأثير التمثلات الاجتماعية والثقافية والمعرفة حول مرض السل بهذا الاستمرار؟ ألا تعد معالجة هذه الأمراض خارج مقاربة شمولية (سوسيولوجية–طبية–وقائية...) سببا في انتشاره وبالتالي الفشل في القضاء عليه؟

بشكل أكثر تحديدا انطلقت الباحثة من السؤال الإشكالي التالي: إلى أي حد يمكن اعتبار التمثلات الاجتماعية والثقافية سببا في استمرار الإصابة بمرض السل؟ وفي ذات الوقت نتيجة له؟

وضعت الباحثة فرضية أساسية مفادها أن استمرار انتشار المرض له علاقة من جهة بالتمثلات والمعرفة حوله، ومن جهة أخرى بمختلف الاختلالات التي يعاني منها المجتمع مما راكمه من جوانب العجز الاقتصادي والاجتماعي والثقافي.

جاءت الأطروحة مقسمة إلى قسمين: قسم نظري وآخر ميداني.

[155] عزيزة خرازي، *التمثلات والمعرفة حول الأمراض المزمنة، نموذج مرض السل، دراسة سوسيو-أنثروبولوجية بمدينة فاس*، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، كلية ظهر المهراز، فاس، إشراف محمد عبابو، السنة الجامعية 2014-2015.

بخصوص القسم النظري الأول، فقد ابتدأته بفصل تمهيدي وضّحت من خلاله السياق العام للبحث، أهدافه، إشكاليته، فرضياته، والمفاهيم المستعملة. لتتناول أربعة فصول كلها متعلقة بالجانب النظري للبحث.

بخصوص الفصل الأول المعنون ب"الأسس والنماذج النظرية لسوسيولوجيا الصحة" فقد عملت على تحديد وتعريف سوسيولوجيا الصحة، ثم النماذج النظرية المعتمدة في سوسيولوجيا الصحة كإطار نظري موجه للبحث ومنها: النموذج الوظيفي أو التوافقي، النموذج الصراعي، النموذج التفاوضي ومسار المرض، نموذج البناء الاجتماعي، النموذج التأويلي وأخيرا التفاعل الإستراتيجي عند إرفنج كوفمان.

أما في الفصل الثاني فقد عرضت الأسس والنماذج النظرية لأنثروبولوجيا الصحة، والذي يعتبر الاتجاه الوظيفي والاتجاه المعرفي الإدراكي أهمها. لتنتقل الباحثة في الفصل الثالث للحديث عن الأمراض المزمنة، نموذج مرض السل، وكيفية التعايش معه، ثم نسبة انتشاره بالعالم وبالمغرب سواء في عهد الحماية أو غداة الاستقلال. في الفصل الرابع تطرقت فيه للسّياسات الصحية بالمغرب نموذج مكافحة السل، حيث تناولت فيه أسباب فشل مكافحة مرض السل بالمغرب، ثم إستراتيجية خفض وتيرة الإصابة به، وأخيرا دور المجتمع المدني في مكافحة هذا المرض.

أما عن القسم الميداني، فقد استهلته الباحثة بفصل منهجي، حددت من خلاله منهج البحث، وطرق وتقنيات جمع مادته ومعطياته، ثم مجال الدراسة والعينة المعتمدة، دون إغفال الصعوبات التي واجهتها أثناء قيامها بالبحث.

بخصوص النتائج التي توصلت إليها الباحثة في إجراء هذا البحث فقد تمثلت أهمها في أن جل المبحوثين الذين لم يُتموا فترة العلاج لهم تمثلات خاصة لنوعية مرضهم والتي تعكس أفكارهم، معتقداتهم وممارساتهم التي تحملونها عن المرض، وتتمثل بعض أسبابها في :

– الخوف من الوصم الاجتماعي، تردي الظروف الاقتصادية التي تقف حاجزا أمام تلبية متطلبات العلاج، كون المرض يخلق نوعا من الانحراف لأنه يتسبب في عدم القدرة على العمل، الخوف من فقدان العمل عند التصريح بنوع المرض.

أسفرت النتائج أيضا أن العديد من المرضى يحملون مفاهيم خاطئة عن نوعية مرضهم وهذا راجع لغياب التوعية والتحسيس بخطورة هذا المرض في مؤسسات التنشئة الاجتماعية والمؤسسات الصحية والإعلام.

أما على مستوى التصور والاعتقاد السببي في الإصابة بالمرض فقد أسفرت نتائج البحث الميداني أن تمثلات المبحوثين لمرض السل وأسباب المرض به ترتبط ببعض العوامل السوسيو–ثقافية المرتبطة بالمعتقدات الدينية الراسخة في أذهان الأفراد والمتمثلة في العين الشريرة، القضاء والقدر، والعقاب الإلهي[156].

❖ **حمزة شينبو: "الاكتئاب والسرطان"[157]**

استهل الباحث أطروحته بمقدمة عامة تناول فيها نبذة عامة عن بحثه وما يتضمنه، حيث قسمه إلى سبعة فصول. تناول في الفصل الأول والثاني والثالث الإطار النظري للبحث، أما الفصل الرابع فقد خصصه للإطار المنهجي، والفصل الخامس والسادس والسابع فقد تطرق فيهم إلى نتائج العمل الميداني.

جاء السؤال الإشكالي المؤطر لهذا البحث كما يلي: ما علاقة سرطان الثدي بالتوافق والاكتئاب وجودة الحياة؟

بالنسبة للعينة المستهدفة، فقد تمثلت في النساء اللواتي لديهن مرض سرطان الثدي، أما عن متغيرات القياس فقد تمحورت بين المتغيرات الثقافية والاجتماعية: السن، الحالة العائلية، وسط الإقامة،

[156] عزيزة خرازي، *التمثلات والمعرفة حول الأمراض المزمنة، نموذج مرض السل، دراسة سوسيو-أنثروبولوجية بمدينة فاس*، مرجع سابق.
[157] حمزة شينبو، ***الاكتئاب والسرطان***، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص علم النفس، كلية ظهر المهراز، فاس، المغرب، السنة الجامعية 2018-2017م.

المهنة والمستوى الدراسي ومتغيرات السرطان: تصنيف المرضى، المرحلة، المدة، وضعية الثدي ونوع العلاج.

وعن الأدوات التي اختارها الباحث لقياس موضوع بحثه فقد تنوعت بين أداة الاستمارة لقياس التوافق، ومقياس **'أرون بيك'** للاكتئاب ومقياس 'جودة الحياة الخاصة بمريضات سرطان الثدي، ثم وصف برنامج العلاج النفسي التربوي.

بناءا على ذلك، خلص الباحث في دراسته هذه إلى أن الإكتئاب يعتبر اضطرابا نفسيا شائعا لدى مرضى السرطان، حيث يتراوح انتشاره بين مرضى السرطان بين 0 و58%، وقد بلغت نسبة انتشاره (الاكتئاب) في هذه الدراسة بين 24% حاد و54% متوسط و 21.5% خفيف، حيث منح الباحث أهمية كبيرة للمتغيرات الشخصية في تفسير الإصابة بالإكتئاب لدى مرضى السرطان، معتبرا أن الاكتئاب هو اضطراب متعدد العوامل، ويتأثر بمجموعة من المتغيرات منها الجنس والوراثة والبيئة، طبيعة الشخصية، السوابق المرضية والدعم الاجتماعي المنخفض، الخ.

لقد اتضح للباحث أن السياق الثقافي يلعب دورا في معدل انتشار الاكتئاب سواء كعامل خطر أو كعامل مسبّب للاكتئاب. وأن الإصابة بسرطان الثدي تولّد لدى المصابات به نوع من الشعور والإحساس والمتمثل حسب النتائج الميدانية في زيادة الشعور بالمسؤولية عندهن وإلقاء اللوم على الذات وحدوث تغيرات في احترامها والغضب والخوف من الموت والتغير في صورة الذات، ونتيجة لجملة من المتغيرات المرتبطة بالإصابة، فالخضوع لعملية استئصال الثدي 47.5% أو الاحتفاظ به 42.5% تبين أن ردود الفعل النفسية أهم حدث عند مريضات سرطان الثدي، حيث وجد أن النساء اللائي خضعن لعملية استئصال الثدي عندهن مشاعر سلبية مستمرة خلال الفترة الموالية للعملية. لكن بدرجة أقل من اللائي احتفظن بأثدائهن. ففي حالة الاستئصال الجذري ينتشر الاكتئاب بدرجتيه المرتفعة والمتوسطة بنسبة 28% في مقابل 54.5% في وضعية الاحتفاظ.

وقد بيّنت هذه الدراسة أن مستوى الاكتئاب يكون أقل خلال جميع فترات الإصابة عند المستأصلات الثدي بالمقارنة مع المصابات اللائي احتفظن بأثدائهن[158].

❖ **فاطمة الزهراء حجيري: "أهمية العلاج الموضعي لمرض سرطان الثدي"[159]**

لقد أدى استئصال الثدي عند النساء الحاملات لسرطان الثدي المنتشر إلى ارتفاع نسبة إبقاء المرضى على قيد الحياة من 30 سنة إلى 50 سنة. شكلت هذه الدراسة الأولى من نوعها في المغرب حسب الباحثة والتي هدفت إلى معرفة ما إذا كان استئصال الثدي عند المريضات اللواتي يعانين من مرض سرطان الثدي المنتشر يؤدي إلى الرفع من البقاء على قيد الحياة والحد من الانتشار الموضعي للمرض في جميع أنحاء الجسم أم لا. وقد أجريت هذه الدراسة على مرضى سرطان الثدي المنتشر، اللواتي تلقين علاجهن في قسم الأنكولوجيا الطبية بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس، خلال الفترة الممتدة بين أبريل 2007 وأبريل 2009. تم جمع البيانات الديمغرافية، ظروف وطرق التشخيص، خصائص الورم وتقييم مدى جودة حياة المرضى.

أظهرت نتائج هذه الدراسة أن استئصال الثدي عند المريضات الحاملات لسرطان الثدي المنتشر يحسن العلاج الموضعي لديهن ويؤدي إلى تحسين مستوى عيشهن دون عودة المرض على المستوى الموضعي ثم الحد من انتشاره في الجسم[160].

❖ **أمين الحوميدي: انقطاع الحيض عند النساء البالغات من العمر أقل من 45 سنة[161]**

تجلت أهم أهداف هذا العمل؛ في دراسة تأثير حدوث انقطاع الحيض عند المصابات الشابات بسرطان الثدي والبالغات من العمر أقل من 45 سنة، من خلال تحليل مختلف المظاهر الوبائية والسريرية والتشريحية المرضية والعلاجية لسرطان الثدي عند هذه الفئة من المصابات، خلال الفترة

---

[158] حمزة شنيبو: *الاكتئاب والسرطان*، مرجع سابق.

[159] فاطمة الزهراء حجيري، ***أهمية العلاج الموضعي لمرض سرطان الثدي***، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص الطب، إشراف عمر المصباحي، كلية الطب والصيدلة بفاس، 2012.

[160] نفس المرجع السابق.

[161] أمين الحوميدي، *انقطاع الحيض عند النساء البالغات من العمر أقل من 45 سنة*، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه ، كلية الطب، فاس، 2015.

الممتدة من يناير 2009 إلى دجنبر 2011، حيث تم استقبال 104 حالة سرطان ثدي موضعي عند النساء الشابات اللائي لا يتعدى عمرهن 45 سنة، والمتوجدات بمصلحة علم الأورام الطبية التابعة للمركز الإستشفائي الجامعي محمد السادس بوجدة. وقد بلغت نسبة سرطان الثدي الموضعي عند هذه الفئة من النساء حوالي 10.97% من بين العدد الإجمالي لسرطان الثدي، كما أن متوسط العمر عند هؤلاء المريضات بلغ 38.05 سنة (24 سنة كحد أدنى و44 سنة كحد أقصى على التوالي). وعلى المستوى العلاجي، استفادت 98 مريضة من علاج كيميائي مساعد، مسبوق بجراحة ثديية مُسْتَبْقيّة (محافظة أو جذرية للثدي).

وقد سجلت نتائج هذا العمل انقطاع الحيض الناجم عن العلاج الكيميائي عند 77 مريضة، 34 منهن كان ذلك بعد عملهن للحصة الثالثة، أما 26 مريضة منهن فقد عانت من انقطاع الحيض الدائم الناتج عن العلاج الكيميائي. أما عن عودة الحيض فكانت لدى 51 مريضة (16 منهن بشكل منتظم و35 بشكل غير منتظم)، حيث كانت مدة انقطاع الحيض في المتوسط هي 12.33 شهرا (6 شهور كأقصر مدة، و36 شهرا كأطول مدة).

أظهرت الدراسة أن لعامل السن دوره، حيث أن النساء البالغات أكثر من 40 سنة كان سنهن عاملا تكهنيا لحدوث انقطاع الحيض الناتج عن العلاج الكيميائي، حيث مثلت نسبتهن (95.5%) في هذه الدراسة ($p<0.05$). لقد تبيّن أن جميع المريضات اللواتي عانين من انقطاع الحيض الناجم عن العلاج الكيميائي كان عمرهن يفوق الأربعين. ومن بين النساء اللواتي يقل عمرهن عن 35 سنة تم تسجيل نسبة انقطاع الحيض الناجم عن العلاج الكيميائي عند ثلاث نساء كلهن استرجعن دورة شهرية منتظمة بعد ذلك. وقد تم خلال هذه الدراسة تسجيل ثلاث حالات حمل عند النساء اللواتي عانيين من انقطاع الحيض الناجم عن العلاج الكيميائي[162].

[162] أنظر أمين الحوميدي، *انقطاع الحيض عند النساء البالغات من العمر أقل من 40 سنة*، نفس المرجع.

من بين كل هذه الدراسات السابقة، تأتي دراستنا هذه حول "تمثلات الجسد الأنثوي عند المستأصلات الثدي" نتيجة الإصابة بسرطان الثدي، هادفين من خلالها إلى توضيح كيفية تمثل هذا الجسد من قبل الذوات الفاعلة (المصابات)، وعلاقته (الجسد) بالثقافة المغربية وبالتفاعلات المرتبطة به، ومن ثمة فهم التصور العام الذي يطبع الجسد المستأصل الثدي، والذي يحمل دلالات سلبية في مضمونها وهيمنة خفية تتبدى في أشكال تعامل المجتمع معه.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الدراسات السابقة ليست في موضوع بحثنا كما هو، فحسب علمنا لا توجد دراسة تناولت **تمثلات الجسد الأنثوي المستأصل الثدي**، وإنما هي دراسات تناولت إما موضوع الجسد أو المرض أو الصحة. وهي دراسات بلا شك سوف تمكننا من الإلمام والإطلاع أكثر على مختلف حيثيات موضوع بحثنا.

إن هذا الفصل إذن، كان بمثابة تمهيد للبحث، حيث عرضنا من خلاله للإشكالية، الفرضية العامة والفرضيات الفرعية، المفاهيم الأساسية في بحثنا من: مفهوم الصحة، المرض، الجسد، التمثلات الاجتماعية والرابط الاجتماعي.

تناولنا أيضا الدراسات التي سبق لها وأن عالجت أحد مواضيع بحثنا المتعلقة بالمرض أو بالصحة أو بالجسد سواء في السوسيولوجيا أو في علم النفس أو من خلال أبحاث أنجزت بكليات الطب على الخصوص حول مرض سرطان الثدي.

إنه على الرغم من أن الأبحاث حول الصحة والمرض لم تنل قسطا وافرا من البحث والتنقيب، ناهيك عن الأبحاث التي تناولت الجسد الأنثوي المستأصل الثدي والتمثلات الاجتماعية والثقافية المرتبطة به، وإن وُجد من الباحثين المعاصرين من تناول بالدراسة بعض جوانب هذا الموضوع. والتي تعد محاولات جادة لدراسة أشمل في هذا المجال، فإن ذلك كله، لن يصدنا عن البحث في هذا الموضوع، بقدر ما سوف يحفزنا للبحث والتنقيب في ثناياه.

الفصل الثاني: الأسس والنماذج النظرية السوسيو- أنثروبولوجية للمرض والصحة

مقدمة

المحور الأول: من الطب إلى سوسيولوجيا الصحة

1. الأنثروبولوجيا الطبية: نشأتها وأهم مجالاتها

أ) نشأة الأنثروبولوجيا الطبية

ب) أهم مجالات الأنثروبولوجيا الطبية

2. حول بداية اهتمام الفكر الاجتماعي بالمرض والصحة

أ) حول علم الاجتماع الطبي

ب) من السوسيولوجيا الطبية إلى سوسيولوجيا الصحة

3. حول مفهوم الصحة: سوسيولوجيا وأنثروبولوجيا

أ) التأصيل السوسيولوجي لمفهوم الصحة

ب) التحديد الأنثروبولوجي للصحة

المحور الثاني: بعض النماذج النظرية في تطور المقاربات السوسيولوجية للصحة والمرض

1. نظرية دور الطبيب والمريض عند تالكوت بارسونز Talcott Parsons

2. نظرية البناء الاجتماعي عند إليوت فرايدسون Eliot Freidson

3. نظرية التفاعل الاستراتيجي عند إرفنج كوفمان Erving Goffman

4. التمثلات الاجتماعية عند دوركايم وموسكوفيتشي

5. تمثلات الصحة والمرض حسب كلودين هرزليش Claudine Herzlich

6. النظرية التفاوضية عند أنسلم ستراوس Anselm Strauss

تركيب

لقي موضوع المرض اهتماماً جنينياً مع العلوم الطبية، إن لم نقل أن الجسد كان حكرا على العلوم الطبية فقط، لكن مع تطور العلوم والعوامل المسببة للأمراض من المحيط الإجتماعي أو البيئي، النظافة، النوع، الخصائص السوسيو–اقتصادية للأفراد والجماعات...، إضافة إلى انتباه العديد من الباحثين والأطباء خاصة في القرن التاسع عشر إلى مسألة الفوارق واللامساواة في الموت، وبالتالي في الصحة، كل هذه العوامل والمتغيرات فرضت على علماء الاجتماع التدخل من أجل سبر أغوار هذه الظاهرة (المرض).

قام السوسيولوجين[163] بتناول علاقة الطبيب بالمريض، ذلك من خلال دراسات اهتمت ب: المرضى ومحيطهم، الجماعات الاجتماعية، الأطباء كجماعة مهنية لهم مؤهلاتهم وأدوارهم الخاصة. إن هذه العلاقة التي تنشأ بين الطبيب والمريض تجعل من الرهان العلمي لدراسة القيم الاجتماعية المتحكمة في الصحة أمراً أساسياً. من هنا نتساءل عن بداية الاهتمام السوسيولوجي بالمرض والصحة؟ متى بدأ هذا الاهتمام؟ وكيف تُعرّف ظواهر الصحة والمرض؟ ما هو دور الطبيب والمريض؟ ما هو دور الثقافة المجتمعية المهيمنة في تفسير ظواهر المرض والصحة؟

كيف انتقلنا من الحديث عن سوسيولوجيا الطب إلى الحديث عن سوسيولوجيا الصحة؟ وما هي أبرز النماذج النظرية سواء المهتمة بالمرض أو بالصحة؟

إنها مجموعة من الأسئلة (ليست الوحيدة طبعا) التي لقيت اهتمام الأطباء والسوسيولوجين، والأنثروبولوجين وعلماء النفس ، وطرحت أيضا على الفاعل الاجتماعي المهتم والمتدخل في حقل الطب والصحة.

إن التفكير في المسألة الصحية لا يكتمل، في نظرنا، إلا من خلال العديد من المداخل أهمها؛ المدخل الاجتماعي والمدخل الثقافي.

[163] أمثال تالكوت بارسونز وأنسلم ستراوس، وكلودين هرزليش وغيرهم.

المدخل الاجتماعي: تبيّن لباحثين أمثال تالكوت بارسونز T. Parsons أن الصحة والمرض لا يمكن فهمهما إلا من خلال وضعهما في السياق الاجتماعي الأكبر، فالسوسيولوجيا بتفكيرها في الأدوار الاجتماعية للمريض وخضوعها لمعايير النظام الاستشفائي من جهة، ومن جهة أخرى في التنظيم الداخلي للمؤسسات العلاجية. جعلها (السوسيولوجيا) تحتل موقعا تؤسس من خلاله خطابا حول سوسيولوجيا الطب.

أما المدخل الثقافي فهو يهتم بدراسة العلاقة بين الثقافة والصحة أي أساليب الحياة الثقافية من جهة، والصحة، المرض، الوقاية والعلاج من جهة أخرى.

لقد ساهمت هذه المداخل ومازالت تساهم في فهم وتحليل ظواهر الصحة والمرض، كل من موقعها ومن منظورها الخاص. لكن رغم أهمية هذه المداخل، إلا أن المدخل الاجتماعي يبقى في نظرنا أهمها كونه مهّد لما يعرف بسوسيولوجيا الطب. وهنا تأتي مشروعية التساؤل عن كيفية الانتقال من سوسيولوجيا الطب إلى سوسيولوجيا الصحة؟ وما هي بدايات اهتمام الفكر الاجتماعي بالمرض والصحة؟ وما هي الأسس والنظريات المرجعية للصحة والمرض سواء في السوسيولوجيا أو الأنثروبولوجيا؟

لكن قبل ذلك، لابد أن نجيب عن كيف بدأ علم الاجتماع الطبي؟ ومتى ظهر؟ وما الحاجة المعرفية والمنهجية لهذا كله؟

المحور الأول: من الطب إلى سوسيولوجيا الصحة

يرى Robert Strauss **روبرت ستروس** ضرورة تقسيم علم الاجتماع الطبي إلى قسمين:

القسم الأول: سوسيولوجيا الطب Sociology of Médicine

القسم الثاني: علم الاجتماع في الطب Sociology in Médicine[164]

[164] علي المكاوي، ***دراسات في علم الاجتماع الطبي والوطن العربي***، جامعة قطر، 1998، ص 37.

"يهتم القسم الأول بدراسة المؤسسات الطبية، من حيث أدوارها، قيّمها، الوظائف التي تقوم بها والظروف التي تتم فيها العملية العلاجية. أما القسم الثاني (علم الاجتماع في الطب) فغايته دراسة السيرورات المرضية العلاجية، إضافة إلى العوامل المرتبطة بها.

وتبدو العلاقة الوثيقة بين هذين القسمين بأوضح صورها في ميدان دراسة مستشفى الصحة النفسية (...)، ولاشك أن موضوع المتغيرات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض تمثل أهم موضوعات الدراسة في استخدام علم الاجتماع في الميدان الطبي، ومن ذلك دراسات تهتم بتوزيع المرض، حيث يطلق اسم الانتشار الاجتماعي للمرض Epidemology على الطريقة التي يستعين بها الباحثون لدراسة توزيع المرض تبعا للمتغيرات الاجتماعية–الثقافية. وأهم الأمراض التي اهتمت بحوث علم الاجتماع الطبي بدراسة توزيعها وفق المتغيرات الاجتماعية هي: تصلب الشرايين، انسداد الأوعية الدموية في القلب، ارتفاع ضغط الدم، قرحة المعدة، وقرحة الإثنا–عشر، مرض السكر، السمنة، العصاب والاضطرابات الوظيفية، الأمراض العقلية، والسل الرئوي، والسرطان"[165].

فإذا كانت السوسيولوجيا كعلم مستقل عن باقي العلوم، ظهرت في بداية القرن التاسع عشر، حيث تظافرت العديد من العوامل الاجتماعية والثقافية في هذه النشأة. فإنّ السوسيولوجين الأوائل درسوا القواعد الإبستمولوجية لهذا العلم الجديد من خلال تحديد موضوعه، منهجيته وبراديغماته. ولم يهتموا بدراسة مختلف الظواهر الاجتماعية والتخصصات المتنوعة ومختلف فروع هذا العلم.

"لذلك فإن التقاء السوسيولوجيا بالمعرفة الطبية، منذ بداياتها الأولى لم يكن لقاءاً سهلاً ومفتوحا بين مرجعيتين مختلفتين لإنتاج المعرفة بالمرض والصحة والطب... بل لم يكن التدخل السوسيولوجي مقبولا في مجال الطب، وذلك يعود بالدرجة الأولى إلى النظرة الاكتفائية للرؤية العلمية والتقنية وهيمنتها على حقل الممارسة الطبية، ليس فقط على المستوى الإبستمولوجي والمعرفي، بل من حيث أن الجسد كان

[165] علي المكاوي، ***علم الاجتماع الطبي-مدخل نظري***، على الرابط التالي: www.kotobarabia.com (تم الإطلاع بتاريخ 09/08/2017 على الساعة 19.43)، ص 9-10.

موضوع محتكر للعلم الطبي. ينضاف إلى ذلك اعتقاد العلوم الطبية بقدرتها التقنية على التشخيص وعلاج الاختلالات الجسدية، وتحقيق الصحة الكاملة والقضاء على الألم وتأخير الموت المبكر... فأصبح موضوع الفرد/ الجسد ميداناً محتكراً بشدة من طرف علوم الطب وتخصصاته المتعددة وتقنياته الدقيقة المستعملة"[166].

غير أنه ومع تطور الحياة الاجتماعية للأفراد والجماعات وتداخل عوامل متعددة في نشأة وتغير صحتها ومرضها، ومع بداية اكتشاف حدود العوامل والمتغيرات الباثولوجية في تفسير المرض. بدأ الانفتاح التدريجي لعلم الطب وإقدامه على محاولة إدماج بعض العوامل السوسيولوجية، السيكولوجية، والأنثروبولوجية وعوامل أخرى في تفسير الظاهرة المرضية ومساعدة الطب على استكمال رؤيته الطبية.

إذا كانت المقاربة الأنثروبولوجية (الثقافوية) تتأسس على دراسة التمثلات الثقافوية للمرض، "فإن المقاربة السوسيولوجية ونظرياتها حول المرض المزمن متعددة وتتحدد من خلال مقاربات متنوعة؛ حيث تشمل تناول دور المتغيرات الاجتماعية من (السن، الجنس، الطبقة الاجتماعية). المقاربة الماركسية تدرس (اللامساواة الاجتماعية حول المرض والصحة). المقاربة الوظيفية تركز على دور المرض والمريض كمنحرف اجتماعي. المقاربة الثقافوية تفسر المرض كنظام اجتماعي. المقاربة الفهمية تهتم بمقاربة التمثلات الذهنية للمرض وتفسير معناه (المرض) من طرف جماعة اجتماعية. وأخيرا المقاربة النسقية التي تعرف بتركيب وتعقد العديد من العوامل المتحكمة في السلوك العلاجي (البيو–طبي، النفسي، الاجتماعي، الثقافي والتربوي) وما ينجم عن التفاعلات ما بين هذه العوامل جميعها في تفسير ظواهر الصحة والمرض"[167].

---

[166] عبد المجيد العموري بوعزة، ***مقال من الطب إلى الصحة: مقدمات في المرجعية السوسيولوجية***، على الرابط التالي: www.maghress.com (تم الإطلاع بتاريخ 07/10/2017 على الساعة 10.25).

[167] Mohamed Ababou et Abderrahman El Maliki, *La sociologie de la santé et l'approche interdisciplinaire de la maladie chronique*, Annales du laboratoire de sociologie et de développement, numéro 1 novembre 2011, Fès, Info-Print, p. 40.(ترجمة بتصرف)

إننا ندرس إصابة الشخص بالمرض، وكيف يكون هذا الشخص جزءاً من المجتمع، كيف تتدخل ظروف عيش الشخص في صحته ومرضه؟ العمل؟ أنماط الحياة؟ إلى غير ذلك. وهنا تأتي مشروعية التساؤل عن علم الأنثروبولوجيا الطبية كأحد العلوم المتخصصة في دراسة الطب.

كيف نشأت هذه الأنثروبولوجيا الطبية؟

وما هي أهم المجالات التي اهتمت بها؟

1. الأنثروبولوجيا الطبية: نشأتها وأهم مجالاتها

واجه الإنسان منذ وجوده على الأرض تحديات عديدة فرضتها عليه البيئة والطبيعة ولعل أخطر وأكبر هذه التحديات هو المرض، لكونه يهدد حياته ويمثل خطرا عليه، كما يسبب له مشاكل كثيرة في مختلف جوانب حياته، أهمها الصحة، وما تطور العلوم سوى استجابة لفهم وعلاج هذا المرض، ومحاولة إعادة التوازن للجسد المصاب.

تعد الأنثروبولوجيا الطبية أو أنثروبولوجيا الصحة كما يسميها بعض الدارسين أحد الميادين الفائقة التطور في ميدان الأنثروبولوجيا، كما أنها أحد الفروع المهمة التي تكاد تكتسب مرتبة العلم المستقل، وهي تبحث في أسس التربية الصحية التي تقوم على القيم الاجتماعية المعطاة لمفاهيم الحياة، المرض والموت.

أ) نشأة الأنثروبولوجيا الطبية

ظهرت الأنثروبولوجيا الطبية كعلم في بداية القرن العشرين. تزايد الاهتمام بها نظرا لتزايد الوعي بجذور الثقافة في القضايا الصحية، مثل تطور المرض، وتوزيعه الجغرافي، والوسائل والأساليب التي تعتمد عليها المجتمعات في مواجهته، والطرق المثلى لتحسين الطب الحديث وتطوره في المجتمعات التقليدية.

إن "الأنثروبولوجيا الطبية علم يبحث في العلاقة بين الثقافة (باعتبارها الموضوع الأساسي في الأنثروبولوجيا) والصحة والمرض (باعتبارهما موضوعي اهتمام الطب)، لذلك فهي تعني 'الدراسة الكلية المقارنة للثقافة، ومدى تأثيرها على المرض والرعاية الصحية'، حيث أن هناك إرهاصات إثنوغرافية منذ العشرينات مهدت لظهور الأنثروبولوجيا الطبية، غير أنها ازدهرت منذ الخمسينات حينما أسهمت في دراسة المشكلات الطبية. وشهدت الفترة الممتدة من 1962 إلى 1972 تطوراً ملحوظاً حدد هوية العلم وقضاياه ومجالات الدراسة فيه" [168].

وقد أوضح **لويس مرجان** "أهمية الثقافة في مجال الصحة والرعاية الصحية. فالثقافة تتحكم إلى حد كبير في موضوعات كثيرة من قبيل: نمط انتشار المرض بين الناس، طريقة الناس في تفسير المرض ومعالجته والسلوك الذي يستجيب به الناس لانتشار الطب الحديث.

إن الثقافة تقي الإنسان من المرض وتصيبه به أيضا. فتسميد الأرض بالنفايات البشرية لضمان خصوبتها ووفرة غلتها يجعل من الأمراض الوبائية والطفيليات المرتبطة بالبراز Facal– Related deseases مصدر تهديد للصحة، والذي تتزايد خطورته بمرور الوقت. وهنا تعرض الثقافة أبناءها للمرض، وتقربهم منه وهي في أحيان أخرى تبعدهم عن المرض وتقيهم منه في ضوء الدور المزدوج الذي تلعبه"[169].

تتخذ الثقافة بهذا المعنى سيفا ذو حدين؛ من جهة يمكن أن تكون واقية للأفراد من المرض، ومن جهة أخرى يمكن أن تكون السبب في تعرض الأفراد للمرض.

"شهدت الأنثروبولوجيا الطبية ازدهارا ملحوظاً بعد الحرب العالمية الثانية، وخاصة حينما أسهمت في دراسة المشكلات الطبية. حيث تمثل دراسة **كوديل** Caudill عن الأنثروبولوجيا التطبيقية في مجال

---

[168] علي المكاوي، ***الأنثروبولوجيا الطبية، دراسات نظرية وبحوث ميدانية***، ص 7، نشر وتوزيع إلكتروني على الرابط التالي:
https://www.aranthropos.com/%D9%83%D8%AA%D8%A7%D8%A8-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D9%86%D8%AB%D8%B1%D9%88%D8%A8%D9%88%D9%84%D9%88%D8%AC%D9%8A%D8%A7-%D8%A7%D9%84%D8%B7%D8%A8%D9%8A%D8%A9-%D8%B9%D8%B1%D8%B6-%D8%AA%D8%AD%D9%85%D9%8A%D9%84 / (تم الإطلاع بتاريخ 04/06/2018 على الساعة 12.52)

[169] نفس المرجع السابق، ص 12.

الطب نقطة البداية، غير أن هناك محاولات سبقت **كوديل** تناولت وصف المفاهيم الإثيولوجية والمعتقدات المرتبطة بالصحة والمرض والممارسات الطبية في المجتمعات البسيطة. وشكلت محاور أساسية في الدراسات الإثنوغرافية ومنها دراسة **إيفانز بريتشارد** Pritchard مثلا"[170].

و"ألقت دراسة **كوديل** الضوء على أهمية الأنثروبولوجيا في المجال الطبي وكانت نقطة تحول، حيث انخرط الأنثروبولوجيون وعلماء اجتماع عديدون في الاهتمام بالبرامج الصحية والبحث الطبي والتعليم الطبي وغيرها من المجالات الطبية. وعليه فقد شهدت الفترة ما بين سنة 1962 و1982 تطوراً ملحوظاً في الأنثروبولوجيا الطبية"[171].

عنيت الأنثروبولوجيا الطبية منذ نشأتها بدراسة الأمراض والمعتقدات الطبية وممارستها الشعبية في سياق البناء الاجتماعي، ومن خلال علاقتها (الأنثروبولوجيا الثقافية) بالعوامل الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالصحة والمرض أيضا.

ب) أهم مجالات الأنثروبولوجيا الطبية

لقد تزايد الاهتمام بعلم الأنثروبولوجيا الطبية. نظرا لتزايد الوعي بدور الثقافة في القضايا الصحية مثل تطور المرض وتوزيعه الجغرافي والوسائل والأساليب التي تعتمد عليها المجتمعات في مواجهته، والطرق المثلى لتحسين الطب الحديث، وتطويره في المجتمعات التقليدية.

ولعل سرعة الاهتمام بالمظاهر الاجتماعية والثقافية للطب بين الأنثروبولوجيين من مختلف التخصصات والتوجهات النظرية والمنهجية المتباينة والاهتمامات بقضايا متنوعة. كل ذلك حدد هوية الأنثروبولوجيا الطبية ومجال دراستها فيها...حيث أن هناك اهتمامات متداخلة بين الأطباء والأنثروبولوجيين، ذلك لأن الصحة والمرض لا يرتبطان بالعوامل البيولوجية فحسب وإنما يرتبطان

---

[170] علي المكاوي، ***الأنثروبولوجيا الطبية، دراسات نظرية وبحوث ميدانية***، مرجع سابق، ص 14. على الرابط التالي:
https://www.aranthropos.com/%D9%83%D8%AA%D8%A7%D8%A8-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D9%86%D8%AB%D8%B1%D9%88%D8%A8%D9%88%D9%84%D9%88%D8%AC%D9%8A%D8%A7-%D8%A7%D9%84%D8%B7%D8%A8%D9%8A%D8%A9-%D8%B9%D8%B1%D8%B6-%D8%AA%D8%AD%D9%85%D9%8A%D9%84/ 01/05/20 على الساعة 13.00.

[171] نفس المرجع ونفس الصفحة.

بالمصادر الثقافية لدى الشعوب وبالسلوك الاجتماعي الذي يستند إلى هذه المصادر؛ فالمرض وعلاجه مجرد عمليات بيولوجية في ظاهرها، غير أنه كيف يصيب المرض الإنسان وأي أنواع المرض تصيبه؟ تعتمد بالدرجة الأولى على عوامل اجتماعية وثقافية.

وعليه، يمكن القول أن "الأنثروبولوجيا الطبية ليست طريقة للنظر والتأمل في حالات الصحة والمرض في المجتمع فحسب، ولكنها طريقة للنظر والتأمل في المجتمع ذاته. وتتمثل أهم مجالات الأنثروبولوجيا الطبية فيما يلي:

- الايكولوجيا وعلم الأوبئة
- الطب الشعبي
- المظاهر الطبية للأنساق الاجتماعية
- الطب والتغير الثقافي"[172]

الإيكولوجيا وعلم الأوبئة: تلعب البيئة أدوارا مزدوجة فهي أحد مصادر حدوث المرض وانتشاره وهي أيضا تحمي الإنسان من المرض من خلال ما تقدمه من وسائل للوقاية من المرض وعلاجه. فكيف ذلك؟

يهتم المدخل الإيكولوجي بالنظرة الشاملة للعلاقات الكائنة بين الكائنات الحية وبين بيئتها، وهذا ما دفع علميّ الطب والصحة العامة للاهتمام بتعدد الأسباب. وعليه، يهتم هذا المدخل اهتماماً خاصاً بالآثار المتعددة للأفعال الإنسانية التي تغير العلاقة بين الناس وبيئتهم وبالنتائج الطبية المصاحبة، وهي قضية جوهرية في المجتمعات الصناعية التي أدخلت العديد من التعديلات على البيئة بشكل يهدد الصحة ذاتها. كما يلعب هذا المدخل دوراً بالغاً في تقييم قيمة مشروعات النمو الاقتصادي في المجتمعات النامية[173].

---

[172] علي المكاوي، ***الأنثربولوجيا الطبية، دراسات نظرية وبحوث ميدانية***، مرجع سابق، ص 15.
[173] نفس المرجع السابق، ص 16.

وللتوضيح أكثر، يمكننا أن ندرج هنا مثال **الكوليرا**، فهذا الأخير هو مرض إسهالي تنقله المياه ويصيب البشر بشكل رئيسي في العالم النامي. تسببه البكتيريا Vibrio cholerae التي تعيش داخل كائنات حية صغيرة في المصادر المائية الملوثة، التي قد توجد أيضا في الأصداف النيئة مثل لمحار، وعند التقاط الكوليرا تصبح قاتلة بشكل سريع. والطفيليات المعوية والخارجية تنتشر على نطاق واسع في البيئات الترابية والمائية، وعندما تتغير درجة الحرارة ومستويات الهطول، تزداد قدرة الطفيليات على الصمود في البيئة فتصيب عدداً كبيرا من البشر والحيوانات.

والملاحظ، أن هناك مظاهر اجتماعية وثقافية في علم الوبائيات، حيث يركز هذا العلم على أصل المرض وأسبابه ووسائل انتشاره أكثر من تركيزه على توزيع المرض، كما يرتبط بالإيكولوجيا ارتباطاً وثيقاً. إضافة إلى أن العوامل الاجتماعية والثقافية تساعد على معرفة أسباب الأمراض وتوزيعها بين السكان وتأثيرها على علاقتهم بالبيئة الطبيعية. وتختلف هذه العوامل باختلاف السن، النوع، المهنة، الطبقة والعرق، الخ.

الطب الشعبي: من بين التعاريف التي نصادفها عن الطب الشعبي أنه "مجموعة المعارف والأفكار والأساليب والطرق الشعبية المتبعة في علاج المرض، سواء كانت مادية أو غير مادية، ذلك من خلال استخدام المواد والنباتات المتعارف عليها محلياً أو باللجوء لأناس يُعْرَفُون بالكرامات والقدرات الخارقة"[174]. بالتالي فإن "الطب الشعبي يعتمد على خزان متوارث من التجارب والأفكار المتراكمة في مجال الصحة والمرض. يعد كذلك الطب الشعبي جزءا من المعتقدات الاجتماعية الشعبية المتوارثة التي يتمسك بها أفراد المجتمع ويعتمدون عليها في علاج مرضهم"[175].

تعتبر قضية أسباب ومصادر المرض من أهم القضايا التي تتعدد التمثلات حولها، والتي "تدور حول القوى الغيبية أو المجرات والكواكب البعيدة، فإذا ما أصيب شخص بالحمى مثلا أو القيء ولم يعرف

---

[174] عبد الله معمر، ***الطب الشعبي: حقيقة العلاج وثقافة المرض***، أراء وأفكار، بدون ذكر الطبعة ولا المطبعة، منشور بالأنترنيث، ص 191.

[175] عبد الرزاق صالح محمود، ***الطب الشعبي في منظور أطباء الطب الحديث*** (دراسة ميدانية في مدينة موصل)، مركز دراسات موصل، العدد الثامن عشر، 2008، ص 127.

السبب ولم يستطع أن يربط هذا بسبب محدد، فإنه غالبا ما يرجع ذلك إلى فعل الأرواح الشريرة أو السم أو استحواذ الجن على جسمه ودخول جسم غريب فيه. إن هذا الفهم المرتبط بالمصادر الغيبية للمرض يجعل المريض يلجأ إلى الجوانب السحرية والغيبية في علاج المرض. ولكن بخلاف التفسير والفهم المنطلق من الأسباب العضوية للمرض والخلل في أداء العضو المصاب لوظيفته يجعل المريض والمعالج يسلكان سلوكاً يهدف لإصلاح الخلل من خلال إتباع مجموعة من الوسائل العقلانية في العلاج المعتمد على الأعشاب والنباتات الطبية أو العلاج لدى الطبيب. لذلك فالظاهرة التي لا تبدو أسبابها ملموسة في الوجود المادي يتم إرجاعها إلى وجود غامض ومسببات غير مرئية وغير محسوسة تخترق جسم الإنسان"[176].

المظاهر الطبية للأنساق الاجتماعية: من بين المظاهر الطبية للأنساق الاجتماعية أن المرض يظهر كعقوبة وكانحراف. إن الاعتقاد في المرض كعقوبة نجده يسود في الكثير من المجتمعات، وعلى هذا يتماثل الأمر الاجتماعي مع الأمر الأخلاقي في المجتمع الإنساني الذي تعتمد فيه الصحة على الفضيلة والطهارة. "وحينما يكون المرض عقوبة فإن مبحث أسبابه يعد دليلاً واضحا على التوقعات الاجتماعية. ومثال ذلك أن كرم الضيافة في مجتمع ojibwa يمثل قيمة عالية، وبالتالي فالشخص الذي لا يكرم ضيفه يكون مهدداً بالمرض حسب هذا التصور"[177]. أما عن المرض كانحراف، في كثير من المجتمعات تسود فكرة "أن المرض عبارة عن اعتقاد اجتماعي، وبالتالي فوقوع المرض مؤشر على أن شخصاً ما قد انحرف عن القوانين والقواعد الاجتماعية. وهذا ما أوضحه **بارسونز** Parsons **وفوكس** Fox في دراسات تؤكد على أن ارتفاع معدل الإصابة بالمرض، يرجع إلى خلل وظيفي في النسق الاجتماعي وبالتالي يصبح المرض مؤشراً لأداء النسق الاجتماعي، حيث يرتبط المرض والاستجابة له

[176] عبد الله معمر، ***الطب الشعبي: حقيقة العلاج وثقافة المرض***، مرجع سابق، ص 196.
[177] علي المكاوي، ***الأنثروبولوجيا الطبية، دراسة نظرية وبحوث ميدانية***، مرجع سابق، ص 26.

بالبناء الاجتماعي والمحافظة على استمرارية النسق الاجتماعي، من ذلك أن صحة السكان مؤشر بالغ الأهمية على مدى كفاءة المجتمع في أدائه الوظيفي"[178].

الطب والتغير الثقافي: لقد أحدثت التطورات التكنولوجية والتصنيع الذي يعتمد عليها تغيرات ثقافية عديدة في كل أنحاء العالم، وكان من بينها استخدام الطب الحديث والممارسات الطبية الحديثة في العالم الثالث، ساهم ذلك في انخفاض معدلات انتشار الأمراض والوفيات عموماً، ذلك على الرغم من استمرارية الأنساق الطبية الشعبية التي تؤثر سلبا على الصحة وعلى اختيار العلاج الطبي وعلى سلوك المرض. لهذا فالطب الحديث غالبا ما يواجه تحديات الطب الشعبي.

2. في بداية اهتمام الفكر الاجتماعي بالمرض والصحة

"إن بداية الاهتمام بدراسة ظواهر الصحة والمرض في أوربا لم ترتبط بالعلوم الاجتماعية خاصة، ولكن بالتفكير الاجتماعي الذي يدور حول العمل الاجتماعي والإصلاحات الاجتماعية. كان هدف هذا التفكير معالجة المشاكل الاجتماعية التي ظهرت في المجتمع الصناعي الأوربي. حتى أواخر القرن الثامن عشر. كان التفكير المهيمن في مختلف الأوساط الطبية يهتم بمسألة الحياة والموت، المرض والصحة وكانت هذه الأخيرة من بين الموضوعات التي يتم من خلالها حفاظ أكبر عدالة بين مختلف الفئات الاجتماعية بمختلف أصولها وأعراقها" [179].

لقد وجد التفكير الاجتماعي في المشاكل الصحية بوادره الأولى على الخصوص في ما عرفه المجتمع الصناعي الأوربي من مشاكل اجتماعية. و"يعتبر Dépracieux أول من لاحظ وأعلن عن اللامساواة الاجتماعية أمام المرض في سنة 1764، معتمدا في ذلك على معطيات إحصائية يقول"لقد لاحظت في باريس أن الأطفال الذين ينتمون لطبقات غنية، معدلات موتهم أقل بكثير من الأطفال الذين

[178] نفس المرجع السابق، ونفس الصفحة

[179] Mohamed Ababou et Abderrahman El Maliki, *Sociologie de la maladie chronique (Cas de diabète au Maroc),* Publication du Laboratoire de Sociologie de Développement Social, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Faculté des lettres et des sciences humaines Dhar Mehraz, Fès, 2017, p 14.(ترجمة بتصرف)

ينتمون إلى الطبقات الفقيرة" مستندا في ذلك على ملاحظات الإحصائي Diderot في مقاله المعنون ب "الحياة". ومنذ ذلك التاريخ والعديد من المتخصصين في الإحصاء والأطباء اتّبعوا نفس خطى سابقيهم في محاولاتهم تفسير اللامساواة الاجتماعية التي عُرفت وتفاقمت في العديد من المجالات. وخاصة في مجال الصحة"[180].

لهذا و"منذ بداية القرن التاسع عشر سيصبح بعض الأطباء أكثر إحساسا وإدراكا لمسألة اجتماعية جوهرية تتجلى في تفاوت تعرض الإنسان للمرض، باختلاف المهن والظروف الاجتماعية وبالخصوص ظروف السكن واختلاف "جو" الأحياء الحضرية. وبعد إنجاز عدة دراسات"[181]، و"سيلاحظ بشكل أوضح اختلاف مستوى الوفيات باختلاف الأحياء والفئات الاجتماعية، وسينشر هذا الاهتمام إلى باقي الدول الأوربية ليتم الوصول إلى استنتاج أساسي مفاده أن الصحة هي بالأساس "واقعة اجتماعية" "Fait social""[182] ، "منذ ذلك الحين سوف يتم تقديم مجال الصحة من خلال سلسلة من الأبحاث الاجتماعية، حيث كان الهدف الأساسي منها تحديد الأسباب الرئيسية لعدم المساواة الاجتماعية أمام المرض والموت. وخلص الباحثون بناءا على ملاحظاتهم الإمبريقية أن هناك ارتباطاً قوياً بين ظاهرة الفقر وظاهرة المرض وبشكل خاص معدل الموت. بتعبير آخر، إن الطبقات الاجتماعية التي تعاني الفقر والهشاشة وغير القادرة على توفير احتياجاتها الضرورية من الغذاء واللباس والسكن كانت هي الأكثر عرضة لمختلف الأمراض. كما أن "العديد من الملاحظات انتهت إلى أن ظاهرة الوفيات الاجتماعية وصلت إلى أقصها خلال القرن التاسع عشر. في عصر بدأت فيه الطبقات الغنية من السكان تستفيد من التقدم في النظافة

[180] Op. cit. p 15.(ترجمة بتصرف)

[181] على إثر هذه الملاحظات، الكثير من العلماء اقترحوا طرق جديدة للبحث وكذلك منهجيات جديدة لقياس الصحة والمرض، ومن خلال ما جاء به Villermé الذي دعا الباحثين للقيام بتحقيقات جديدة في هذا الميدان. خاصة معدلات الموت على جميع الفئات المكونة لساكنة باريس. ومن خلال هذه الدعوة وعمل التحليل الإحصائي والملاحظة الامبريقية، انتشرت مع مرور الوقت، ظاهرة الموت حسب الفروق بين الأحياء الباريسية وأصبحت معيار. لهذا جاءت العديد من الدراسات تأكد الملاحظة السابقة، و معرفة أن هناك لامساواة أمام الموت حسب الفروق بين الأحياء وحسب الفروق بين الطبقات الاجتماعية. محمد عبابو، سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)، الطبعة الأولى، نونبر 2015، ص 15.

[182] محمد عبابو، سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)، الطبعة الأولى، نونبر 2015، ص 16.

والطب والشعور براحة الحياة، وازى ذلك ظهور بروليتاريا حضرية بئيسة"[183]. "حيث كانت هذه الطبقة البروليتارية تعاني من الهشاشة وأوضاعها الاجتماعية جد مزرية، بسبب التأثير السلبي للثورة الصناعية الأولى؛ التي أنتجت مظاهر منها التحضر السريع والفوضوي، العمل في ظروف سيئة، ضعف الأجور غياب الأمن، وكان اشتغال الأطفال من أكثر العوامل تعبيرا عن البؤس وإدراكا لعدم المساواة.

إن المساواة في الصحة ترتبط قبل كل شيء بالمساواة الاجتماعية. لهذا كان من اللازم تدخل الدولة القومية لتحقيق بعض التوازن الاجتماعي وقد تدخلت عبر بناء المنازل، الصرف الصحي، الأحياء السكنية، بناء المستشفيات العمومية التي تضمن التوزيع المتوازن للصحة العمومية. في نفس الوقت مهدت هذه الأفكار طريقها لظهور ظواهر مثل 'العمل الاجتماعي' و'المساعدة الاجتماعية' التي كان هدفها الأول معرفة ظروف حياة الفقراء ثم التدخل من أجل تخفيف بؤسهم"[184].

أثارت الأعمال التي أنجزت حول النظافة، من جهة الانتباه إلى المنظور الاجتماعي ومختلف الأمراض والأوبئة. ومن جهة أخرى أثرت بوضوح على السياسات الصحية وساهمت في ولادة نظام التأمين الاجتماعي والطبي الذي نشأ في بدايته بألمانيا في أواخر القرن التاسع عشر، ليتم تعميمه بعد ذلك بباقي البلدان الأوربية. وقد كان هذا التيار أيضا بمثابة دعم البحث في مجالات الطب والبيولوجيا.

أ) حول علم الاجتماع الطبي

"يعتبر علم الاجتماع الطبي من الفروع الهامة في علم الاجتماع. ظهر للمرة الأولى في أوائل القرن العشرين، وإن كان قد ظهر قبل ذلك؛ منذ حوالي 1850 كانت محاولات بعض الأطباء للاهتمام ببعض النواحي الاجتماعية في ممارسة مهنة الطب وفي تدريس العلوم الطبية، ثم ظهرت بعد ذلك اهتمامات بالصحة العامة والطب الوقائي وما كان يعرف بالطب الاجتماعي"[185].

---

[183] Mohamed Ababou et Abderrahman El Maliki, *Sociologie de la maladie chronique (Cas de diabète au Maroc),* Op, Cit, p. 16 (ترجمة بتصرف).

[184] Ibid, p 16.(ترجمة بتصرف)

[185] علي المكاوي، ***علم الاجتماع الطبي-مدخل نظري***-كتاب منشور على البوابة الالكترونية www.kotobarabia.com (تم الإطلاع بتاريخ 09/08/2017 على الساعة 19.43).

"لقد اهتم المفكرون على مر الأزمان وفي مختلف الحضارات بظاهرتي الصحة والمرض. كان للحضارة العربية الإسلامية إسهامها البارز في هذا المجال، حيث كان العلماء العرب يفنون أعمارهم في البحث والقراءة. درسوا كتب **أبقراط وجالينوس** وغيرهما من الأطباء القدامى، وقاموا بترجمة وتأليف كتب مهدت وأثرت بشكل كبير في النهضة الأوربية، ويكفي أن نشير هنا إلى رموز مثل **الرازي**، و**ابن سينا**، و**ابن زهر**، **ابن رشد**، **أبو القاسم الزهراوي**...، ولقد ترجمت معظم الكتب الطبية لهؤلاء إلى مختلف اللغات الأوربية"[186].

"ظل التراث الإسلامي في مجال الطب يراوح بين العلاج العلمي والعلاج الشعبي. وكان هذا الأخير هو السائد إلى حدود التقاء الحضارة العربية الإسلامية بالحضارة الغربية من جديد، إما عن طريق التبادل الثقافي والتجاري أو عن طريق الاستعمار المباشر. ومنذ ذلك الحين بدأ العلاج العصري ينافس تدريجيا العلاج الشعبي دون أن يلغيه لنصل إلى حالة الازدواج العلاجي الذي تعيش عليه مجتمعاتنا اليوم. ومن هنا تأتي مشروعية التساؤل عن علاقة السوسيولوجيا بالطب؟"[187] ومتى بدأت السوسيولوجيا تهتم بمسألتي الصحة والمرض؟

تظافرت العديد من العوامل الاجتماعية والثقافية في بدايات الاهتمام السوسيولوجي بموضوع المرض والصحة. "اهتم السوسيولوجيون الأوائل بإظهار الأسس الإبستمولوجية لهذا العلم الجديد، ذلك من خلال محاولة تعريف موضوعه ومنهجيته، وبراديغماته، فلم يهتم (السوسيولوجيون الأوائل) باختلاف الظواهر الاجتماعية ولا بالفروق بين التخصصات ومختلف الفروع التي يعرفها هذا العلم. بل اهتموا بدراسة ظواهر الصحة والمرض في أوربا، إذ لم ترتبط هذه الظواهر بالعلم الاجتماعي بشكل خاص ولكن

[186] محمد عبابو، ***سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)***، الطبعة الأولى، طباعة Sipama ردمك، 2015، ص 13.
[187] المرجع السابق، ص 14.

بالتفكير الاجتماعي الذي يدور حول العمل الاجتماعي والأشكال الاجتماعية. فقد كان هدف هذا التفكير معالجة المشاكل الاجتماعية التي ظهرت مع المجتمع الصناعي الأوربي"[188].

يرجع اهتمام العلماء في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر بالمشكلات الصحية ومحاولة دراستها بطريقة علمية[189] بشكل كبير، إلى الأوضاع السيئة التي خلفتها الثورة الصناعية على طبقة العمال خاصة (سوء الحالة الصحية– انتشار الأمراض...)، حيث اتجه العلماء إلى القيام بدراسات علمية للمشكلات الجديدة وذلك باستخدام المُسوح الصحية الإقليمية أو الطبوغرافيا الطبية. توالت الدراسات الإمبريقية والإحصائية المتعلقة بالصحة، فدرسوا أثار كل من الفقر والتغذية وعمل الأطفال والنساء إلى غيرها من المشكلات المتعلقة بالصحة والمرض.

كل هذه الوقائع السابقة نتج عنها ظهور الطب الاجتماعي سنة 1848[190] توالت بعد ذلك العديد من الدراسات في مجال الطب الاجتماعي والاجتماع الطبي في فترة الثلاثينات والأربعينات من القرن الماضي. وقد ازدهر الطب الاجتماعي بعد الحرب العالمية الثانية، ساعده على هذا الازدهار والتداخل مع علم الاجتماع الطبي ظهور مشكلات طبية وصحية جديدة مثل انتشار الأمراض المزمنة، ازدياد نسبة كبار السن، المرضى العقليين، المضطربين نفسيا والأشخاص في وضعية إعاقة، إضافة إلى تطور

---

[188] Mohamed Ababou et Abderrahman El Maliki, *Sociologie de la maladie chronique (cas du diabète au Maroc)*, Publications du laboratoire de sociologie et de développement social LASDES, université sidi Mohammed ben abdellah, Faculté des lettres et Sciences Humaines Dhar El Mehraz, Fès, Edition Négoce, 2017, p. 14.(ترجمة بتصرف)

[189] لقد درس السوسيولوجيين وعلماء النفس الطب، فالعديد من كليات الطب في الولايات المتحدة الأمريكية، مثل كلية **كنتيكي kentucky** خصصت شعباً للعلوم الإنسانية بحيث تم تكوين مجموعات أو فرق بحث تضم كلاً من: السوسيولوجين، الأطباء، الاقتصاديين، المتخصصين في الجغرافيا، والمتخصصين في علوم التربية. إن حقل علم الاجتماع الطبي نسبيا هو جديد، غير المنظرين المعروفين مثل **ميرتون وبارسونز** الذين حاولا إشراك الطب. وستتضاعف العديد من الدراسات، فحسب إحصائيات بمؤسسة صحية لسنة 1961 بالولايات المتحدة، تم إنجاز أكثر من 1000 مشروع بحث وسجل ما يزيد عن 2000 باحث في ميدان سوسيولوجيا الصحة أو الاقتصاد. أنظر

François Steudler, *Sociologie médicale*, Paris, Librairie Armand Colin, Paris, 1972, pp. 7-8

[190] لقد كانت فرنسا أكثر الدول تقدما في النظريات السياسية والاجتماعية، حيث انتشرت فيها (فرنسا) فكرة الربط بين العلم والسياسة، بين الطب والاجتماع، وانتقلت فكرة الطب الاجتماعي إلى ألمانيا وغيرها من الدول خاصة وسط وشرق أوربا. ثم ظهر تعبير "الاجتماع الطبي" قبل الحرب العالمية الثانية، في كل من فرنسا وألمانيا وتطور بسرعة في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا بسبب الاهتمام بالصحة العامة والعمل الاجتماعي المنظم.
وفي سنة 1902 استخدمت **إليزابيث بلاكويل** Elizabet Blakwell مصطلح الاجتماع الطبي كعنوان لمجموعة من المقالات تربط بين العوامل الاجتماعية والعوامل الصحية والطبية. بعدها نشر **جيمس وارباس** Jimes Warbasse كتابا في "الاجتماع الطبي" سنة 1910 أوضح فيه أهمية الإصلاحات الاجتماعية الصحية وكذا التعليم الطبي.

المستشفيات وتضاعف حجمها وميزانيتها، وزيادة التخصصات الطبية بها. وبالتالي تعقد العلاقات الاجتماعية بداخلها.

ومن خلال هذا التطور في الدراسات الاجتماعية الطبية من حيث المجال والمنهج، الكم والكيف، اعتبر معظم علماء الاجتماع في أمريكا وبريطانيا أن علم الاجتماع الطبي ظهر بعد الحرب العالمية الثانية كفرع حديث لعلم الاجتماع. وبما "أن موضوع الطب هو المرض بوصفه حالة خاصة تمس الجسد، ووظيفة الطب هي وصف هذه الحالة من خلال مصطلحات موضوعية والعمل على إيجاد علاج لها، فإن المرض هنا يظهر –على خلاف المقاولة والمدرسة والعائلة التي تعتبر وقائع اجتماعية بشكل بديهي– كظاهرة يمكن أن تختزل في جانبها العضوي البيولوجي، مما جعل كلودين هرزليش تعتبر أن المرض والطب يبدوان كموضوعين ينفلتان من التحليل السوسيولوجي"[191].

ولمّا كان الطب يهتم بقضايا الصحة والمرض وعلم الاجتماع يدرس البناء الاجتماعي، فإن "علم الاجتماع الطبي يمثل حلقة وصل بين هذين العلمين: الاجتماع والطب، بمعنى أنه يدرس قضايا الصحة والمرض في ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية"[192].

وعليه، لم تلْتق السوسيولوجيا بمعناها الدقيق مع ظاهرتي الصحة والمرض وتجعل منهما أحد مواضيعها البارزة والواضحة إلا بعد الحرب العالمية الثانية وبالخصوص مع **تالكوت بارسونز** في كتابه الشهير **"النظام الاجتماعي"** الذي أصدره في مطلع الخمسينات من القرن الماضي، والذي اعتبر فيه أن المرض هو انحراف اجتماعي.

[191] HERZLICH Claudine, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris, 1975, p. 5.(ترجمة بتصرف)
[192] www.magsociologie.blogspot.com date de visite 01/06/2016 à 01.16.

ب) من سوسيولوجيا الطبة إلى سوسيولوجيا الصحة

لقد كان التفكير الاجتماعي في مسائل الصحة والمرض سابقاً على التفكير السوسيولوجي، حيث أن الدارسين في علم الإحصاء يَليهم الأطباء هم أول من انتبهوا إلى عدم المساواة أمام الموت، والمرض، لتزدهر بعد ذلك أبحاث–كما سبقت الإشارة إلى ذلك– لمعرفة أسباب وخلفيات هذه الظواهر.

وقد مثلت في نظرنا دراسة عالم الاجتماع الأمريكي **إيرفينغ زولا** Irving Zola بعنوان *"الطب كمؤسسة للضبط الاجتماعي"* المنشورة سنة 1972[193]، بعد عرضها في مؤتمر "علم الاجتماع الطبي لجمعية علم الاجتماع البريطانية" سنة 1981؛ مفتاحا نظريا ومنهجيا للاحتكاك بعالم الطب. أشارت هذه الدراسة إلى كل من تطبيب المجتمع وتطبيب الحياة اليومية، كما اعتمدت على صياغة **اليوت فرايدسون**Eliot Freidson في دراستيه "مهنة الطب" والهيمنة الوظيفية Professional dominance اللتين نُشرتا سنة 1970[194].

"اقترح **إرفنج زولا** بأن الطب كان مؤسسة اجتماعية رئيسية للضبط الاجتماعي والمستودع الجديد للحقيقة، وحدد أربعة عناصر لتطبيب المجتمع وهي:

أولا: انتشار ما هو مناسبا للممارسة الطبية، مؤكدا أن التغيير الذي يطرأ على الأنماط المتعددة الأسباب من المرض كانت تؤثر على حياة الشخص والتي تصبح مرتبطة بمرضه، بحيث سيكشف الطب تلك الأوجه العديدة، وذلك لغرض تشخيص ومعالجة المرض والوقاية منه أيضا"[195].

"**ثانيا:** إن سلطة الطب المطلقة على إجراءات معينة خصوصا مسألة العلاج مثل العمليات الجراحية والأدوية، تمتد إلى أكثر من مجرد تشخيص وعلاج المرض العضوي إلى عمليات تجميلية أو وصفات طبية لأدوية تؤدي إلى تأثيرات نفسية مثلا.

---

[193] Irving Kenneth Zola, « Médicine as an institution of social control », article publié sur le site web file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/Zola-1972-The_Sociological_Review.pdf date de visite 10/05/2018 à 16.02.

[194] Eliot Freidson, *Professional Dominance, The Social Structure of Medical Care*, Copyright Year 1970.(ترجمة بتصرف)

[195] Irving Kenneth Zola, *Médicine as an institution of social control*, First Published November 1, 1972, p. 493.(ترجمة بتصرف)

ثالثا: تؤدي إمكانية التطبيب إلى الوصول بشكل مطلق إلى المناطق الحساسة "الأجزاء الداخلية لأجسامنا وعقولنا"، وهو ما يعني أن ما يمكن أن يؤثر في كل من الجسم أو العقل يمكن وصفه بالمرض. ومن هنا على سبيل المثال جاء دور الأطباء في التعامل مع المشكلات الشخصية وإدمان الكحول وإدمان المخدرات الخ.

رابعا: يرى زولا أن الطب مناسب بالنسبة إلى الممارسة الحقيقة لمتطلبات الحياة، ومن هنا كان للطب سلطة إخبار المرضى عن كيفية مزاولة أنشطة حياتهم اليومية"[196].

وعليه، فقد "أكد **إرفنج زولا** أنه بواسطة هذه العناصر الأربعة احتل الطب مكانة الدين والقانون في العديد من المناطق، كانت إحدى عواقب ذلك، أن القضايا الطبية استبعدت من مجال السياسة وأن وسائل التدخل الأخرى مُنعت، ذلك أن الطب يُنظر إليه على أنه مشروع علمي وفني وحتى في مجال التطبيق يتطلب بعض القيم الأخلاقية مثله مثل الدين والقانون. على الرغم من ذلك، كان **زولا** ناقدا لعملية التطبيب مؤكدا أن تلك العملية الجراحية أو التجميلية لم تنبع من امبريالية المهنة وبالأحرى كانت احتمالات الطب بمساعدة الناس والثقة المتزايدة بالخبراء في عالم تكنولوجي بالغ التعقيد. حيث كان الاعتقاد بمدى ما يمكن حدوثه لتمكين المرء من الإحساس أو رؤية أو القيام بدور أفضل متماشياً مع القيم العليا المتعلقة بالصحة"[197].

---

[196] Ibid, pp. 494-496.(ترجمة بتصرف)

[197] كان مفهوم التطبيب لافتا لنطاق واسع من الناس من خلال كتابات أحد اللاجئين النمساويين القس السابق **إيفان إليتش** (Ivan Illich) الديالكتيكية –ففي كتابه **نقمة الطب** (Medical nomesis) عام 1975 الذي أعيد نشره بعنوان 'حدود الطب' (**Limits to Medicine**) عام 1977 قدم **إليتش** نقدا شرساً للطب الحديث، زاعما أن البنيان الطبي أضحى مهدداً رئيسياً للصحة، ناصا على ملف من الآثار الجانبية –أضراره وكبواته- خلال الآثار الجانبية للعمليات الإكلينيكية والاجتماعية والثقافية أو الحالات التي يقدمها الطبيب. وبناءا على ذلك تم إهمال التفريق الدقيق **لزولا** بين الطب كمهنة وممارسة والتطبيب كعملية، وبين الطب وأفعال الأطباء، حيث كان ذلك محل مهاجمة التطبيب نفسه. كان لوجهة النظر هذه الكثير من التفسيرات الاجتماعية من قبل بعض الكتاب مثل **هوارد وايتزكين** (Howad Waitzkin) الذي استوحى أفكاره معتمدا على نواميس الاقتصاد السياسي، مؤكدا على أن الطب والرعاية الصحية تحولا إلى مشاريع تجارية على نطاق واسع بالنسبة إلى الأطباء وشركات الرعاية الصحية. وفي حين أن المرء، يمكن أن يتوقع وجود تلك الاختلافات النظرية المبكرة، استخدم مفهوم التطبيب في شتى طرق علم الاجتماع الطبي، وبالدرجات متفاوتة. مأخوذ عن جوت سكوت، **علم الاجتماع: المفاهيم الأساسية**، الشبكة العربية للأبحاث والنشر، الطبعة الأولى، بيروت، 2009، الصفحات 108-109.

وعقب الموجة الأنثوية الثانية قامت بعض العالمات الأنثويات في فترة السبعينات وأوائل الثمانينات من القرن الماضي بتبني هذا المفهوم بكل حماسة، مستخدمينه لوصف التدخل الطبي المتزايد من قبل الرجال في الفحص الطبي لجسد المرأة، خصوصاً في عملية الولادة، وعن طريق الاستخدام المكثف للتكنولوجيا الطبية مثل الفحص النسائي ومراقبة الجنين والعمليات القيصرية وكان المدافعون عن قضية المرأة في غاية النقد لهذه التغيرات، مؤكدين أهمية التحكم الكبير في عملية الولادة بواسطة النساء أنفسهن وتقليلاً للسّلطة الطبية. تبعَ إصدار الكتاب المناصر للمرأة:

"أجسامنا: أنفسنا "Our Bodies, Our selves سنة 1973، سلسلة من الدراسات في علم الاجتماع منها كتاب:

"نساء في القيد" "Women confined **والرحم الأسير** *"The captured womb* " **لآن أوكلاي** Anna okley وكتاب " ***تكنولوجيا التناسل***" *Technologies reproductive* لميشيل ستانوورث Michelle stanworth سنة 1987[198].

وخلال فترة الثمانينات تم تناول مصطلح التطبيب بشكل مكثف في المناقشات بشأن الجريمة والمخالفات التي تحتاج إلى التطبيب بشكل متزايد. وقدم **بيتر كونراد** Peter Conrad و**جوزيف شنايدر** Joseph schneider في عملهما المعروف *"بالانحراف والتطبيب: بين الرداءة والمرض"*[199] محاولات، بعد **زولا**، لتحديد الظروف التي يمر تطبيب السلوكيات منها، والإشارة إلى سلسلة القوى الاجتماعية مثل تدهور الدور الديني والسلوكيات المتعهدة لشركات الأدوية. لكنهم، أكدوا أيضا أن التطبيب لا يمكن أن يتحقق من دون التورط أو التأهب بعض الشيء في المهنة الطبية، وأضافوا أنه غالبا ما يكون هناك محترفوا الطب الذين يتعهدون عملية التطبيب[200]، يتضح أن هاجس البحث والتفكير

---

[198] جون سكوت، ***علم الاجتماع: المفاهيم الأساسية***، الطبعة الأولى، الشبكة العربية للأبحاث والنشر، بيروت، 2009م، ص 112.

[199] Deviance and Medicalization, From Badness to sickness.

[200] جون سكوت، ***علم الاجتماع: المفاهيم الأساسية***، مرجع سابق، ص 113.

في المرض بإرجاعه إلى الأبعاد الاجتماعية سابق على التطور التقني العلاجي الذي عرفه القطاع الطبي.

قدمت الأنثروبولوجيا الطبية أو أنثروبولوجيا الصحة إذن، كما يسميها بعض الدارسين إلى جانب علم الاجتماع الطبي وسوسيولوجيا الصحة، مجموعة من المفاهيم والأدوات المعرفية النظرية والإمبريقية من أجل فهم إشكالات مرتبطة بالصحة والمرض كنتاج تسوده معتقدات وتمثلات معينة. من الإشكالات الأساسية التي عالجتها سوسيولوجيا الصحة إلى جانب الأنثروبولوجيا الطبية نجد أساسا: تطور وتنظيم التقسيم الطبي للعمل وتنظيم المؤسسات الإستشفائية والعلاجية ثم السياسات الصحية، تمت معالجة هذه القضايا والمواضيع السابقة في البداية إلا أنه ومع بداية سنوات الخمسينات من القرن الماضي تم توسيع مجال البحث، وأصبحنا أمام إشكالات أهمها: المرض كسلوك اجتماعي والمرض كمنتوج اجتماعي[201].

3. حول مفهوم الصحة: سوسيولوجيا وأنثروبولوجيا

تعددت المقاربات السوسيولوجية والأنثروبولوجية[202] في تناول مفهومي الصحة والمرض، بالرغم من "أن الأنثروبولوجيين هم الرواد الأوائل في دراسة التمثلات الاجتماعية للمرض، ذلك أن الكثير منهم عمل على تحليل مدى تأثير النماذج الثقافية على تمثل المرض، وانطلاقا من أعمالهم يمكن أن نستنتج أمرين هامين: الأول هو أن تمثل المرض والممارسة الطبية يختلفان من مجتمع لآخر. والثاني هو أن التمثلات المتعلقة بموضوع الصحة مرتبطة بنسق المعايير والقيم الثقافية لكل مجتمع. وبالرغم من كون الأنثربولوجيين يعتمدون المقاربة الثقافوية، فإن هذه المقاربة تظل مفيدة بالنسبة لكل مهتم بالتصور الاجتماعي للمرض. وهكذا نجد أن علماء الاجتماع المهتمين بهذا الموضوع يستعملون مفهوم الفئة

[201] في إطار الندوة التي كانت تحث عنوان: سوسيولوجيا قضايا الصحة والمرض بالمغرب، من تنظيم مرصد مراكش لسوسيولوجيا، مراكش، 7 يناير 2017.
[202] سوف نأتي على ذكر أهمها في المحور الموالي.

الاجتماعية بدل مفهوم المجتمع السائد عند الأنثروبولوجيين: إن تمثل الصحة والممارسة الطبية حسب علماء الاجتماع يختلفان بحسب الانتماء لهاته الفئة الاجتماعية أو تلك"[203].

ويعتبر **تالكوت بارسونز** من أبرز علماء الاجتماع الأمريكيين الذين اهتموا بهذا الموضوع، انطلاقا من نظريته الوظيفية سيعمل على تناول ظاهرتي الصحة والمرض معتمدا في ذلك على مفهوم "**الدور**" بدل مفهوم الفئة الاجتماعية السائد في السوسيولوجيا الأوربية. وبحسب هذا العالم فإن لكل من الطبيب والمريض دوراً اجتماعياً يؤديه. إن المنظور الوظيفي يعتبر **المريض منحرفا اجتماعيا**.

يمكن القول إن سوسيولوجيا الصحة تطورت في أوربا خلال الثلاثينات والأربعينات من القرن الماضي خاصة من طرف T. Parsons الذي اهتم بدراسة المؤسسات الصحية ووظائفها.

أ) التأصيل السوسيولوجي لمفهوم الصحة

يقتضي منا التأصيل السوسيولوجي لمفهوم الصحة، العودة إلى ايميل دوركايم، على الرغم من أن اهتمامه بهذا المفهوم لم يكن واضحا، حيث كان اهتماما ضمنيا شمل الظاهرة الاجتماعية ككل.

➢ مفهوم الصحة عند إميل دوركايم Emile Durkheim

لم يكن اهتمام السوسيولوجي **ايميل دوركايم** بموضوع الصحة بارزا حسب عدد كبير من السوسيولوجيين الفرنسيين المهتمين بالصحة[204]، وهذا يعود في جزء منه إلى اتجاه السوسيولوجيا الفرنسية عامة و**إميل دوركايم** خاصة نحو دراسة التربية، الأسرة، الدين والعمل. اعتقاداً منها (السوسيولوجية الفرنسية) أن ظواهر الجسد والمرض والصحة لا تستحق أن تكون موضوعاً للسوسيولوجيا لأنها ظواهر توجد خارج الاجتماعي وتُستعصى على التحليل السوسيولوجي[205]. لكن عندما نغوص في أفكار **ايميل دوركايم** ونصوصه يظهر عكس ذلك؛ بمعنى أن العودة إلى أكبر نصوصه وأهم أفكاره حول العادي

---

[203] Mohamed Ababou et Abderrahman El Maliki, *Sociologie de la maladie chronique (cas du diabète au Maroc),* op. cit., pp. 25-26.(ترجمة بتصرف)

[204] يمكن الرجوع إلى كل من **كلودين هيرزليش** في كتابها حول الصحة والمرض، كذلك يمكن العودة إلى **دانييل كاركابوري** في مرجعه المعنون ب " sociologie de la santé-institutions, professions et maladies".

[205] Claudine Herzlich, *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale,* op. cit.(يرجى الإطلاع على)

والمرضي، يشير داخلها بما لا يدع مجالاً للشك إلى حضور عدد كبير من الإشكاليات الصحية. سواء تلك التي اتخذت طابعاً ابستمولوجياً ونظرياً خالصاً "*كقواعد المنهج السوسيولوجي*" الذي خصص فيه **دوركايم** فصلا كاملا لمناقشة الإشكالية الصحية من زاوية نظر معرفية بسيطة، ذلك من خلال البحث في الفرق بين العادي والمرضي أو بين السوي وغير السوي[206]. أو في بعض أبحاثه التطبيقية مثل *"الانتحار"* الذي درس فيه أبرز ظاهرة عرفها المجتمع الفرنسي في بداية القرن العشرين، من حيث أسبابها ومحدداتها الاجتماعية، إضافة إلى نشر دوركايم عدداً كبيراً من الدراسات[207] التي جعلت من الصحة موضوعها الأول. كل ذلك يكفي للرد على كل النقاد الذين تجاهلوا الشرط المعرفي والتاريخي الذي حكم إنتاج دوركايم لمتنه السوسيولوجي.

أشار **دوركايم** في كتاباته إلى مسألة مهمة، وهي "أن الألم ليس دالاً le signe بالضرورة على المرض، ذلك لأنه جزء من الحالة الصحية، فقد يكون أحيانا ناتجاً عن ظواهر طبيعية مثل (الشيخوخة، مخاض الولادة، الخ). بالتالي إن الألم حسب **دوركايم** ليس نتيجة مؤكدة عن المرض"[208].

- **<u>الصحة كمعيار اجتماعي La santé comme normativité</u>**

بما أن المرض هو انحراف اجتماعي عن المعايير المجتمعية عند **بارسونز** للمرض، وهو هدم عند **كلودين هرزليش**، "فإن الصحة هي إعادة بناء هذا الخلل و إرجاع التوازن الاجتماعي للجسد. إن الصحة بهذا المعنى تكون عبارة عن 'سلطة الوقوع في المرض والتعافي منه'، حيث أن الإنسان ليس حقا معافى، كونه دائما مهدد لأن يصبح مريضاً، بالتالي يكون مقياس الصحة هو القدرة على التغلب على تلك الأزمات العضوية وتكوين نظام فسيولوجي جديد يختلف عن القديم. إن الحالة المرضية إذن من حيث

---

[206] ايميل دوركايم وفي مؤلفه "*Les règles de la méthode sociologique*" نجده قد خصص الفقرة الثالثة المعنونة ب" règles relatives à la distinction du normal et du pathologique" حيث بين أن الهدف النظري والعملي من هذا التمييز يجب أن يكون علمياً حتى يمكن استخدام العلم لتوجيه السلوك.

[207] يكفي هنا أن نشير إلى مقال "le crime et santé sociale" الذي خصصه ايميل دوركايم لبسط موقفه من طبيعة الجريمة، كظاهرة طبيعية، لأنها ترتبط بالشروط الأساسية للحياة الاجتماعية، Emile Durkheim, *Crime et santé sociale, les classiques des sciences sociales*, 1895, p 6، فلا نستطيع رؤية مجتمع خالي من الجريمة، كما أنها ظاهرة تاريخية أي كانت موجودة في كل المجتمعات عبر مر التاريخ.

[208] Emile Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, imprimé en France, 2013, pp. 47-48-49.(ترجمة بتصرف)

ارتباطها بقيم ومعايير المجتمع لا تتميز بالانحراف عن القاعدة وإنما بعدم القدرة عن استقلالية معينة وذلك في إطار نظام ثقافي واجتماعي معين"[209]، كما "أن الكثير من الباحثين أكدوا على أن المعايير الاجتماعية والثقافية هي من تحدد السوي وغير السوي وبهذا نرى تعددية معنى المرض والمريض، المرضي والعادي وذلك بتعدد الأمكنة والأزمنة والمجتمعات والثقافات"[210].

ب) التحديد الأنثروبولوجي للصحة

إذا كانت السوسيولوجيا الكلاسيكية قد قصرت في دراسة الصحة كظاهرة اجتماعية، وتجاهلت الاهتمام بالجوانب الاجتماعية للمرض. فإن الأنثروبولوجيا باعتبارها العلم الذي يهتم بدراسة الأبعاد الثقافية والرمزية في الحضارات الإنسانية كانت أكثر حظاً من السوسيولوجيا، ولم تغفل أبدا البحث في الصحة، وهي تعتبر بمثابة الكتاب الذي يخفي بين دفتيه البناء الاجتماعي والثقافي للمجتمع بأكمله.

لذلك "فإن الفقر الواضح في كتابات مؤسسي التفكير السوسيولوجي الذي يمكن قراءته في كتابات **مونتسكيو وفيبر وكونت وماركس**...الخ، يقابل بغنى متميز داخل الأنثروبولوجيا التي نجد داخل أعمال مؤسسيها حضوراً متميزاً للظاهرة الصحية، من خلال دراسة المعتقدات والتمثلات والسلوكات والاستراتيجيات الصحية ذات الطبيعة العلاجية أو الوقائية، وعن طريق دراسة الجسد وطرق إدراكه وآليات استعماله خاصة داخل المجتمعات البدائية، لاسيما وأن الأنثروبولوجيا تنطلق من فرضية تكاد تخالف جذريا تلك التي يمكن قراءتها داخل أطروحة **بارسونز** و**هيرزليش**؛ وهي أن الخلل البيولوجي لا ينتج خللاً اجتماعياً فقط، وإنما هو ناتج أساساً عن خلل اجتماعي ساهم الفرد المريض في حدوثه"[211].

إنه وحسب "Fassin الصحة هي بناء ثقافي كمفهوم وسياسي كمجال والتي لا يمكن القبض عليها إلا بطريقة علائقية وكمنتوج للعالم الاجتماعي. يرى Fassin بأن الواقع المعقد للصحة لابد من تفسيره

---

[209] François Steudler, *Sociologie médicale*, op. cit, p. 41-42. (ترجمة بتصرف)

[210] Mohamed Ababou et Abderrahman El Maliki, *Sociologie de la maladie chronique (cas du Diabète au Maroc)*, Publications du laboratoire de sociologie et de développement social, université sidi Mohamed Ben Abdellah, Dhar El Mehraz Fès, p 11.(ترجمة بتصرف)

[211] زكرياء الابراهيمي، ***الصحة والمجتمع-دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي***، مرجع سابق، ص 74.

كمفهوم محدد ثقافيا وكمجال منظم سياسياً؛ وإن تطور مؤشرات مفهوم الصحة من خلال معارف الحس المشترك وأيضا من خلال المعرفة العلمية، سوى مجالا يضم مجموعة من المتدخلين منهم المرضى ومهني الصحة أو الإداريين"[212].

- **حول بداية الاهتمام الأنثروبولوجي بالمرض والصحة عند مارسيل موس Marcel Mauss**

لم يكن اهتمام **مارسيل موس** الأنثروبولوجي والسوسيولوجي في البداية منكبا على دراسة ظاهرة الصحة أو المرض؛ بقدر ما كان منصرفا لدراسة قضايا وظواهر ارتبطت بالشروط المجتمعية التي أنتجتها مثل السحر، الدين، الهبة، السلطة وغيرها من الظواهر التي عُرف مارسيل موس بدراستها. لكن التنقيب في كتابات **موس** يبين بجلاء الاهتمام الكبير الذي لحق تمييزه لما سمّاه بالظواهر الكلية الخاصة بالمجتمع، حيث يقسمها إلى ظواهر وطنية تختص بالدستور، الحدود، الحياة والموت. والثانية تختص بها جميع المجتمعات البشرية ويسميها بالظواهر العالمية مثل الحرب، التجارة الخارجية، إذ تنتمي الصحة إلى هذا النوع من الظواهر التي يسميها **موس** بالكلية، فالصحة ظاهرة كلية لأنها تخترق الوجود الاجتماعي نحو جميع الاتجاهات، ولأنها ظاهرة عابرة للقارات وتدخل ضمن ما يسميه **موس** بالظواهر الاجتماعية العالمية "Phénomènes sociaux internationaux"، فالصحة ظاهرة كلية خاصة كونها توجد في جميع المجتمعات، كما أنها تتمثل وتعاش بطريقة وبشكل خاص من طرف جميع الأفراد داخل المجتمع الواحد[213].

إن هذا التحليل يظهر أن الصحة والمرض كظواهر مركبة من أبعاد سحرية، دينية، سياسية، اقتصادية، اجتماعية وطبيعية؛ تكشف مواقع الأفراد داخل المجتمع ودور هذا الأخير في تقسيم الجسد وترتيب عناصره وتحديد قيمه. "نجد **مارسيل موس** هنا يستعير مفهوم المحاكاة للحديث عن التربية التي تهيمن على كل عناصر فن استعمال الجسد البشري. فالطفل أو الراشد يقلد أفعالا ناجحة ويرى كيف نجح

[212] Henri Dorvil et Robert Mayer, *Problèmes sociaux*, Tome II, Etudes de cas et interventions sociales, Presses de l'Université du Québec, 2001, pp. 592-593.(ترجمة بتصرف)

[213] زكرياء الإبراهيمي، ***الصحة والمجتمع-دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي***، مرجع سابق، ص 75-76.

في إنجازها أشخاص يَثقُ فيهم ويمارسون سلطة عليه. إن الفعل يفرض نفسه من الخارج ومن الأعلى حتى وإن كان فعلاً بيولوجياً خالصاً يتعلق بجسده ويستعير الفرد سلسلة الحركات التي يتكون منها الفعل الذي ينجزه الآخرون أمامه ومعه"[214].

"نجد **مارسيل موس** في كتابه *"Les techniques du corps"* الذي صدره سنة 1936 يهتم بهيئة الجسد وأوضاعه وحركاته ولباسه وحليه واعتبرها تعابير مختلفة لمعاني هي من معانيه الخاصة أو من معاني المجتمع المنعكسة فيه"[215].

- **مارك أوجي Marc Augé**

يعد الأنثروبولوجي **مارك أوجي** واحداً من أهم الأنثروبولوجيين الفرنسيين الذين انشغلوا في العقود الماضية بدراسة تنوع ميادين الأنثروبولوجيا بدءا بالدين، الأدب والسياسة. وصولا إلى ابتكار حقول جديدة أو توقع ظهور ميادين جديدة تمارس فيها الأنثروبولوجيا. أصدر **مارك أوجي** ضمن هذا السياق عدد من الكتب والأبحاث المهمة، منها كتابه حول *"أنثروبولوجيا العوالم المعاصرة"*[216] الذي اعتمد فيه على التأويل في دراسته للظواهر الثقافية في العالم المعاصر، حيث "أكد **أوجي** على أهمية الأنثروبولوجيا في العالم الحديث وأنها تخضع لتحد مزدوج ومتناقض، الأول مرده أن كل الظواهر الكبرى التأسيسية للمعاصرة تغيّرُ من طبيعة علاقة الفرد بمحيطه، ومن هناك تتشكل مقولة الآخر بناء على الأفعال والأفكار التي تحدثها وتؤثر بطريقة ما على التوجهات والرؤى، في حين يرُد التحدي الثاني إلى كون وضعية "ما فوق الحداثة" واختفاء الوقائع المحددة الموضع والمجسمة في رموز كان يهتم بها عالم الإثنولوجيا سابقا.

---

[214] مارسيل موس، ***تقنيات الجسد***، ترجمة حسن أحجيج، مقال في المؤلف الجماعي، تراث الأنثروبولوجيا الفرنسية في تقدير الممارسة الفكرية لمارسيل موس، تنسيق وتقديم يونس الوكيلي، الناشر مؤسسة مؤمنون بلا حدود، 2016، ص 170.

[215] للتفصيل أكثر يرجى مراجعة مارسيل موس *"تقنيات الجسد"* *Les techniques du corps*.

[216] راجع مارك أوجي، ***أنثروبولوجيا العوالم المعاصرة***، ترجمة وتقديم طواهري ميلود، نشر وتوزيع ابن النديم، دار الروافد الثقافية، ثم *"مدخل إلى الأنثروبولوجيا"* الذي أعده بالتعاون مع جان بول كولاين و*"مهنة الأنثروبولوجي: المعنى والحرية"*.

يفضل **مارك أوجي** عند تناول موضوع الصحة والمرض. الحديث عن أنثروبولوجيا المرض L'anthropologie de la maladie بدلا من الأنثروبولوجيا الطبية Anthropologie médicale، وذلك راجع في نظره إلى سببين:

السبب الأول يرتبط بعدم قابلية الأنثروبولوجيا للتقسيم إلى تخصصات فرعية يهتم كل واحد منها بدراسة موضوع امبريقي محدد، حيث لا يوجد في نظره أنثروبولوجيا واحدة لموضوعات امبريقية متميزة (المرض، الدين، القرابة...وما إلى ذلك) تشكل موضوعات لملاحظة الأنثروبولوجي، بل تنخرط جميعها ضمن مقاربته لبناء موضوع دراسته.

ويرتبط السبب الثاني بمفهوم "أنثروبولوجيا الطب في حد ذاته Médical anthropology" كما يستعمله الباحثون الأمريكيون. حيث يتخذ هذا المفهوم طابعاً إدارياً واستراتيجاً يتم من خلاله تجميع بحوث لها أهداف فكرية مختلفة والمشترك بينها هو الموضوع الإمبريقي. يمكن التمييز داخل هذه البحوث التي تشكل الأسس المرجعية للأنثروبولوجيا الطبية بين أربعة أجزاء رئيسية وهي: الإيبديميولوجيا L'épidémiologie، ودراسة العلاجات المقدمة داخل المؤسسات الصحية ، والدراسات المرتبطة بالمشاكل الصحية، ثم اثني الطب L'ethnomédecine"[217]، لقد شكلت هذه الأجزاء الأربعة حسب **مارك أوجي** جزءا هاما للأنثروبولوجيا الطبية، وفي نفس الوقت شكلت قسما فرعيا داخل الأنثروبولوجيا بشكل عام[218]. لقد قدّم **أوجي** مقاربة جديدة لفهم المرض تقوم أساساً على دراسة الدور الذي يلعبه تأويل المرض داخل الحياة الاجتماعية وموقعه في الصراعات الاجتماعية التي تنتج عن الخلل البيولوجي.

وعليه، لم تعد الأنثروبولوجيا في معناها تتخذ كوظيفة لها تصنيف الشعوب والثقافات البدائية والمقارنة بينها، بل إنها تحتاج إلى فعل أنثروبولوجي قادر على إخراج الأنثروبولوجيا من حالة السهو" Hors–jeu " إلى إعادة تعريفها وتعريف موضوعها. مما جعل **أوجي** يقدم درساً بليغاً من خلال بعض

[217] Marc Augé, « *L'Anthropologie de la maladie* », L'homme 97/98, janv. Juin, XXVI, pp. 81-90.
[218] Ibid, p. 82.

المفاهيم التطورية مثل المجتمع المتوحش، المجتمع البدائي، العقلية السحرية وغيرها، بمفاهيم جديدة من قبيل مفهوم الغير، الآخر...إضافة إلى إعادة تعريف مفاهيم أخرى من داخل الأنثروبولوجيا مثل الثقافة، الدين الخ وهي جلها مفاهيم يستعملها **أوجي** في دراسته لموضوع المرض.

يُعتبر المرض حسب **مارك أوجي** مجالاً للتّأويل والتّحليل، حيث تظهر أهمية تأويل المرض في أن إصابة الفرد بالمرض تجعله يتساءل عن سبب إصابته بالمرض؟ ما هو هذا المرض؟ فيعود إلى ثقافة المجتمع الذي يعيش داخله، بل إن مجرد التفكير بالمرض يتطلب الرجوع إلى الآخرين بُغية الاستفادة من خبراتهم واستراتيجياتهم العلاجية في مواجهته.

وبالنظر إلى مجتمعنا المغربي خاصة في العقود الأخيرة، "ظهر باحثون ينتمون إلى كليات الطب خصوصا واهتموا برصد الممارسات الطبية التقليدية بالمغرب، نذكر منهم على سبيل المثال كلاً من **هنري باسكالاني** في كتابه "*مساهمة في دراسة الطب التقليدي بالمغرب* و**كليمون جيني** في مؤلفه "*أوجه الطب التقليدي بالمغرب*" و "*السحر والطب والشعوذة بالمغرب*" عند **مصطفى أخميس** وغيرهم، بيد أن النقص الجوهري الذي تعاني منه هذه الدراسات هو تجاهلها للبعد الطقوسي والرمزي لتلك الممارسات"[219].وعليه نقول أن الفقر الواضح في كتابات مؤسسي التفكير السوسيولوجي الذي يمكن قراءته في كتابات الرواد الأوائل لعلماء الاجتماع أمثال **أوغسط كونت، كارل ماركس، مونتسكيو، فيبر**،...وغيرهم، قابله غنى متميز داخل الأنثروبولوجيا التي وجدنا داخل أعمال مؤسسيها حضوراً كبيرا للظاهرة الصحية، من خلال دراسة المعتقدات والتمثلات والسلوكات والاستراتيجيات الصحية ذات الطبيعة الصحية أو الوقائية، وعن طريق دراسة الجسد وطرق إدراكه وآليات استعماله داخل المجتمعات البدائية.

وكما رأينا ذلك، سواء مع **مارسيل موس** أو مع **مارك أوجي** فالمقاربة الأنثروبولوجية للصحة ليست واحدة أو منسجمة، ذلك لأن الحصيلة التي قدّمها **أوجي** حول التراكم العلمي الموجود داخل هذه المقاربة

[219] http://www.folkculturebh.org/ar/index.php?issue=23&page=showarticle&id=431 date de visite 20/07/2018 à 14.09.

يكفي ربما لوحده للكشف عن الطابع المتعدد والمركب للوعي الأنثروبولوجي بالصحة التي تنطلق من اعتبار الثقافي بنية أساسية يقوم عليها المتن الاجتماعي بأكمله. وهنا نتساءل كيف ساهمت بعض النماذج النظرية في تطور المقاربات السوسيولوجية للصحة والمرض؟

المحور الثاني: بعض النماذج النظرية في تطور المقاربات السوسيولوجية للصحة والمرض

تعددت المقاربات السوسيولوجية والأنثروبولوجية التي تناولت مفهومي المرض والصحة، ذلك بتعدد الثقافات والجماعات والأفراد واختلاف مستويات التقدم الطبي. وسوف نحاول هنا التطرق إلى أهم النماذج النظرية التي تناولت موضوع الصحة أو المرض سواء في السوسيولوجية أو في الأنثروبولوجية أو في علم النفس.

1- نظرية دور الطبيب والمريض عند تالكونت بارسونز Talcott Parsons

تعتبر دراسة العلاقات الاجتماعية بين الأشخاص، من أهم اهتمامات علم الاجتماع، في هذا الصدد حاول علم الاجتماع الطبي التركيز على دراسة هذه العلاقات داخل النسق الطبي، من ذلك العلاقة بين الأطباء فيما بينهم، العلاقة بين الأطباء والممرضين والعلاقة بين الأطباء والمرضى التي أصبحت ليست مجرد علاقة تشخيص المرض وعلاجه فقط وإنما امتدت لتشمل مختلف أنماط التفاعل الاجتماعي بين الطرفين.

وفي هذا السياق، قدم بعض الباحثين والعلماء نماذج للعلاقة بين الطبيب والمريض، ومنهم "**تالكونت بارسونز** Talcott Parsons الذي يعتبر من الباحثين الأوائل الذين وضعوا تحليلا سوسيولوجيا للمرض، حيث أثار الاهتمام بالمجال الطبي، وقدّم فيه نظريات مهمة، حيث بنى إطاره السوسيولوجي لدراسة المرض في سياق نظريته العامة حول الفعل. في مؤلفه *"النسق الاجتماعي"* انطلق من فكرة أساسية مفادها أن البناء الاجتماعي يوضح العلاقة بين المرض والطب ويوجهها بغية تحديد وضعيات

المرض رغبة في الوصول إلى العلاج. ومن أهم ما اهتم به دراسته لعلاقة التفاعل الاجتماعي بين الطبيب والمريض ذلك من خلال دراسته للدور الاجتماعي لكل منهما:

- **<u>دور المريض</u>:** مبني حسب **بارسونز** على افتراض أن "المرض ليس شيئا مقصودا واختيارا معروفا من قبل المريض، لذلك لا نستطيع أن نلوم المريض بأنه قد سبب لنفسه المرض، مع أن المرض يمكن أن يحصل للفرد نتيجة تعرضه للأمراض المعدية أوالجروح أوالالتهابات، فبينما يعتقد أن المجرم يخالف المعايير والنظم الاجتماعية لأنه يريد أن يخالفها، فالإنسان المريض يعد منحرفا حسب بارسونز لأنه لم يستطع أن يحول دون وقوع المرض"[220]. بالتالي اعتبر **باسونز** كلاً من المجرم والمريض أشخاصاً منحرفين.

لقد اهتم التصور **البارسونزي** بتوضيح أبعاد دور المريض لإظهار الاختلاف بين الانحراف في حالتي المجرم والمريض يظهر هذا الاختلاف من خلال استجابة المجتمع لسلوكهما، فإذا ما خالف المجرم القيم والمعايير الاجتماعية لأنه أراد ذلك؛ فإن المريض لا يلتزم ببعض القيم والمعايير الاجتماعية، لأنه لا يستطيع أن يفعل ذلك. أي أنه مضطر إلى اتخاذ سلوكه المخالف. لهذا فإن الاستجابة الاجتماعية المتعارف عليها إزاء المجرم هي عقابه لتغيير دوافعه وتقويم سلوكه، وبالنسبة للمريض السعي لعلاجه لتقويم سلوكه والاستجابة للمعايير الاجتماعية السوية داخل المجتمع، "إن دور المريض حسب **بارسونز** يكون طارئاً غير متوقع ومرتبط بالزمن أيضا، لأن الشخص المريض يكون بالفعل مريض وهذا باعتراف الأطباء في أنه أصبح عاجزا وغير قادر على القيام بأنشطته المعتادة. وعليه، فإن اتخاذ الفرد هذا الدور لا يعتبر دائما وإنما مؤقتا وينسحب منه (دور المريض) حينما يقرر الطبيب بالفعل أن هذا الشخص شفي تماما من مرضه، ونتيجة لقرار الطبيب يباشر الفرد مسؤولياته الاجتماعية.

[220]. أحمد بيري الوحيشي وعبد السلام بشير الدويبي، ***مقدمة في علم الاجتماع الطبي***، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع، طرابلس، 1989 الصفحات 68-69.

إن الدخول في دور المريض يفرض على صاحبه التخلي عن بعض المسؤوليات والإعفاء من بعض الواجبات، وهذا ما يجعل بعض الأفراد يحبذون دور المريض كوسيلة لتحقيق رغباتهم والتخلي عن واجباتهم ومواجهة بعض مواقف الحياة المفروضة عليهم. ومثال على ذلك؛ أن اتخاذ دور المريض يعفي العامل من عمله والطالب من مدرسته.

إن المجتمع في العادة يفرق بين الأدوار المنحرفة، ذلك من خلال معاقبة المجرم وبتوفير العلاج للمريض وكلا العمليتين تعمل على تخفيض الانحراف وتغيير الأوضاع التي قد تتدخل في عملية الامتثال للمعايير الاجتماعية. كما تتطلب تدخل بعض المنظمات الاجتماعية للتحكم في السلوك الإنحرافي مثل أجهزة العدالة والقانون والنظم الصحية"[221]. ويمكن القول إن ممارسة دور المريض لا تتم اعتباطيا وإنما بعد تقريرها اجتماعيا من طرف الطبيب أو من طرف أفراد أسرة المريض الذين يقرّرون أنه حقا مريض. لذلك يُعفى من بعض الالتزامات الاجتماعية ويستفيد من هذا الدور الاجتماعي. فالطبيب إذن هو الذي يمنح تأشيرة الدخول في دور المريض.

في هذا الإطار، فإن بعض الأفراد يشعرون بأعراض مرضية فيسلكون طرق معينة ولا يمارسون دور المريض، كما أنهم لا يلجؤون مباشرة إلى الطبيب. فدورهم لا يبدأ إلا عندما يتقرر أن حالتهم حالة خطيرة تستلزم إعفاءهم من بعض المسؤوليات والأدوار المعتادة، كما تتطلب التزامات جديدة تنضاف إلى أدوار بعض المحيطين به، تُفرَضُ عليهم ويتقيّدون بها وهذا الدور يختلف من شخص لآخر حسب قيّمه، معتقداته، وضعه الاجتماعي ووعيه بهذا الدور الذي غالبا ما تتأثر ممارسته بعادات المريض وبأفعال المحيطين به. كما هو معترف به فإن العوامل الاجتماعية والنفسية لها أهمية في تقبل دور المريض، حيث تلعب دورا في قرار الإنسان باتخاذ هذا الدور أو عدم الدخول فيه، وذلك هروبا من المسؤوليات والواجبات اليومية أو العكس. إذ أن الضغوط الاجتماعية والعواطف قد تكون سببا في عدم الراحة النفسية

[221] أحمد بيري الوحيشي وعبد السلام بشير الدويبي، ***مقدمة في علم الاجتماع الطبي***، مرجع سابق، ص 69.

والجسمية للفرد وتجعله في اضطراب وقلق، وهو الأمر الذي يدفعه إلى البحث عن مفر من هذه الحالة الغريبة. ويعتبر الدخول في دور المريض حلا ولو مؤقتا وأملا في الحصول على الراحة.

إن العديد من الناس قد يكونون غير قادرين على حل مشاكلهم الأسرية والاجتماعية، وبذلك يكون المرض هو الحل الأمثل للتخلص من مشكلات الحياة. إنها ظاهرة يمكن الاصطلاح عليها "بظاهرة التمارض" والتي تعتبر انحرافا يمارسه الفرد هروبا من بعض الواجبات والمسؤوليات الاجتماعية. وفي بعض الحالات ينعكس هذا السلوك سلبا على صاحبه. بالرغم من ذلك هناك أمران يمنعان الشخص من التقيد بدور المريض والتمسك به وهما الخوف من المرض في حد ذاته والخوف من النتائج التي تترتب عن دور المريض، حيث لقي اهتماما من طرف العلماء، خاصة في مجال العلوم النفسية والسوسيولوجية لما له من فائدة على الطب. تشمل دراسة هذا الدور؛ دراسة خبرة المريض في اشتغاله لهذا الدور وكيفية الاستفادة منه، حيث يمكن تَنبّؤ وتوقع سلوكه.

•**دور الطبيب**: يرى **بارسونز** أن هذا الدور يقوم على الخصوصية الوظيفية والحياد العاطفي والتوجيه نحو الجماعة[222]، حيث يعتبر أن العمل الطبي الحديث يهدف لتطبيق المعرفة العلمية من طرف أشخاص تتوفر فيهم مجموعة من القيم البنيوية وهي؛ القدرة التقنية أو الإنجاز، الكونية، الخصوصية الوظيفية، الحياد العاطفي والتوجه نحو الجماعة:

-**القدرة التقنية:** لا يتعلق الأمر هنا بما يمتلكه الطبيب من مؤهلات تقنية خاصة تميزه عن باقي الفاعلين الاجتماعين في مجال تقديم العلاج، وإنما يعود الأمر إلى الجانب المؤسساتي لمهنة الطب، حيث أضحى المحتوى التقني للطب بعد مؤسسته من العناصر التي تحدد مكانة الطبيب داخل النسق العلاجي.

-**الكونية أو العالمية:** يتميز دور الطبيب بالبحث عن راحة المريض قبل كل شيء، وفق قواعد مجردة تقوم على الكفاءة التقنية لا مجال فيها لأي رابطة شخصية كيفما كان نوعها. إن هذا الجانب

[222] T. Parsons, *Eléments pour une sociologie de l'action*, op. cit., p. 224.

اللاشخصاني لمهنة الطب يعتبر من السمات الأساسية لهذه العلاقة التي تجعل الطبيب أمام جسد يحتاج العلاج وتضع المريض أمام تقني يجيد المداواة. في غياب تام لكل الاعتبارات الاجتماعية أو الثقافية والتي تضفي على هذه العلاقة صبغة الإنسانية والعالمية.

-**التخصص المهني:** يعد هذا العنصر من مميزات الممارسة الطبية الحديثة التي جعلت من معرفة الصحة والمرض حدودا لا يمكن تجاوزها. وهذا ما يعني أن الطب المهيكل يختلف عن كل أشكال العلاج التقليدي التي يتجاوز أصحابها هذا العلاج إلى القيام بوظائف أخرى مثل القدرة على التزويج أو التطليق أو التحصين ضد العين إلى غير ذلك.

-**الحياد العاطفي:** إن العلاقة مع المريض يجب أن تكون موضوعية وليست عاطفية، خاصة وأن الطبيب يصل إلى الحميمة النفسية والجسدية للمريض، في الوقت الذي يوجد فيه المريض في حالة من الضعف بسبب حالة العجز والارتباك التي يوجد عليها هذا الأخير. وإن حياد الطبيب هو الضامن لموضوعية هذه العلاقة.

-**الاتجاه نحو الجماعة:** تختلف مهنة الطبيب عن عدد كبير من المهن الأخرى التي غالبا ما يسعى أصحابها إلى تحقيق الربح المادي، ذلك لأن الطبيب يهدف إلى تحقيق راحة المريض وتوازنه العضوي ما أمكن.

إن ما يمكن الخروج به من نظرية **بارسونز** هو اعتبار المرض سلوكا اجتماعيا منحرفا واعتبار دور المريض آلية لتقنين هذا الانحراف. ولتفادي هذا الانحراف يرى **بارسونز** أنه ينبغي عزل المريض عن المجتمع، من خلال وضعه في مؤسسات صحية تسهر على علاجه بهدف تحقيق الضبط والاستقرار الاجتماعيين له. لكن رغم ذلك، فالممارسة الطبية كما تبقى محدودة في نظر **بارسونز**، كونها لا تهتم بمشاعر المرضى وأهلهم. إن كفاءة الطبيب ومهارته في الممارسة الطبية كافية للوصول إلى أهداف المريض، لكن بعض حالات الانزلاق العاطفي يؤثر سلبا على مجريات الممارسة الطبية، بالإضافة إلى

أن الممارسة الطبية قد تقف عاجزة لما تواجه بعض حالات المرض التي لا تجد لها أي حل. الممارسة الطبية إذن شيء معقد، حيث أنه يجب أن تبقى علاقة الطبيب بجسم المريض وبكل تفاصيل حياته سرية لأن السر الطبي هو الذي يُؤسس لثقة المريض تجاه الطبيب.

لكي تنجح الاستشارة الطبية، يرى **بارسونز** أنه على كل من الطبيب والمريض الالتزام بدورهما، رغم عدم تكافئ العلاقة بينهما. فإذا كان الطبيب نشيط ومسؤول وله معرفة دقيقة بالمجال الطبي، ويمكن أن يجد حلا لمشاكل المريض، وله سلطة "للتصريح" بالمرض والسلطة التقديرية للقول بأن هذا الإنسان مصاب بمرض أو أنه غير مصاب، فإن المريض على العكس من ذلك، هو شخص مسالم وغير مسؤول عن مرضه. مع ذلك، تبقى علاقة المريض بالطبيب علاقة توافقية تقوم على ضرورة تعاون المريض مع الطبيب والاعتراف بسلطته، ذلك لأن أدوارهما تتكامل وهدفهما واحد ألا وهو الوصول إلى شفاء المريض[223]. و"رغم أهمية طرح **بارسونز** في تحليله للعلاقة بين الطبيب والمريض، إلا أنه قد تعرض لانتقادات كثيرة، أهمها أنه درس نموذجا واحدا من العلاقة بين الطبيب والمريض وهو نموذج الأمراض التعفنية مع ظهور المضاد الحيوي. لكن في عصرنا الحالي أصبحت الأمراض المزمنة أكثر انتشارا من الأمراض الحادة، حيث أن العلاقة بين الطبيب والمريض فيما يتعلق بهذه الأمراض المزمنة لا تتمثل في الشفاء، بل في البحث عن نوع من التوازن والتعايش مع المرض. هذا مع العلم أن هذه الأخيرة (الأمراض المزمنة) لا تشكل انحرافا عن النظام الاجتماعي بل تشغل المجتمع [224].

إن هذا النموذج من الأمراض المزمنة يعتمد كما ذهب إلى ذلك **محمد** عبابو على التعاون بين الطبيب والمريض، ولا يعني دائما احترام المرضى للوصفة الطبية، حيث أظهرت عدة دراسات حول مدى احترام الوصفة الطبية، أن نسبة مهمة من المرضى الذين يعانون من المرض المزمن لا يحترمون

---

[223] عبابو محمد، ***سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)***، مرجع سابق، ص 39.
[224] لقد تعرض التصور البارسونزي لإنتقادات كثيرة، خاصة من طرف كلودين هرزليش.

الوصفة الطبية بشكل دقيق، بالإضافة إلى أن الانتماء الاجتماعي يؤثر على العلاج وعلى اعترافهم بمرضهم"[225].

2. نظرية البناء الاجتماعي عند إليوت فرايدسون Eliot Freidson

عندما ننظر إلى التصور الذي قدمه **إليوت فرايدسون** نجده يتقارب مع تصور **بارسونز**، غير أن **فرايدسون** تميز بتقديم مفاهيم جديدة حول المرض، حيث اعتبر أن الصحة والمرض مفهومان يتحددان حسب الفئات الاجتماعية؛ ذلك عبر المعرفة والممارسة الطبية. وقد أبرز في كتابه المعنون ب***"المهنة الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية"*** الصادر سنة 1970 سيرورة التحديد الاجتماعي للمرض والمراقبة من طرف المهنة الطبية، حيث لا يعتبر التشخيص والعلاج مجرد قراءة لحالة المريض. وإنما تعد هذه القراءة تنظيما اجتماعيا يخلق المرض ويؤثر في نمط العلاقات مع الآخرين، فهو يرى أن المرض انحرافاً، مثله في ذلك مثل **بارسونز** ولكن هذا الانحراف يتم تقنينه عن طريق الممارسة الطبية لميكانيزم الضبط الاجتماعي، أي أن المرض عبارة عن خلل بيولوجي، غير أن فكرة المرض وردود الأفعال اتجاهه تعطي هذا الخلل تعريفا اجتماعيا يتدخل في تحديد مجموعة من الأفعال الاجتماعية.

لقد "استقى **فرايدسون** مفاهيمه حول الصحة والمرض من **هوارد بيكر** Howard Becker في مؤلفه المعنون ب *"الخارجون"* "*Outsiders*" في تحليله للمرض كانحراف"[226]، حيث أشار إلى مجموع السيرورات والخصائص المتدخلة في المرض. كما حدد مستويين للمرض كالانحراف الأولي والانحراف الثانوي اعتبر أن هذه الانحرافات ترتبط بردود الأفعال المجتمعية الناتجة على مقياس الشرعية. وقد قسم فرايدسون هذه الشرعية إلى ثلاثة أنواع وهي:

---

[225] عبابو محمد، *سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)*، مرجع سابق، ص 40.

[226] Freidson Eliot, *La profession médicale*, traduction de Lyotard May, Malamoud, Paris, Payot, 1984, p. 721.

- **الشرعية المشروطة:** حيث يكون المنحرف المريض معفً من مسؤولياته ولو مؤقتا، وتكون له امتيازات لكن هذه الشرعية تشترط بحثه عن المساعدات الضرورية للتخلص من الانحراف "المرض".

- **الشرعية غير المشروطة:** وهنا يعطي الطابع القائم للانحراف دون إعفاء المنحرف المريض من مسؤولياته المعتادة والحصول على امتيازات خاصة.

- **اللاشرعية:** وهو المنحرف المريض مع إعفائه من بعض مسؤولياته المعتادة بسبب انحرافه المرضي، والذي لا يعتبر مسؤولا عنه، لذلك يحصل على القليل من الامتيازات ولكنه يطالب بضرورة القيام ببعض المهام الجديدة المرتبطة بمرضه[227].

وعليه، إن نظرية البناء الاجتماعي عند **فرايدسون** حول المرض تتقارب مع أطروحة **بارسونز**، ذلك لأنهما يعتبران المرض هو انحراف اجتماعي. غير أن **فرايدسون** تعمق في هذا المفهوم (الانحراف) فاعتبر أن هناك انحراف أولي للمريض ثم انحراف ثانوي له، هذه الانحرافات تظل محكومة بردود الأفعال المجتمعية التي تظل مرهونة بمقياس أساسي عنده ألا وهو مقياس الشرعية القائم على شرعية المرض من عدمه.

- **إليوت فرايدسون والمقاربة التفاعلية والبنائية**

"تعتبر مقاربة التفاعل الاجتماعي والبناء الاجتماعي التي اعتمد عليها **إليوت فرايدسون** Eliot Freidson في دراسته للعلاقة بين الطبيب والمريض وفي تناوله لمسألة الضبط الاجتماعي للمهنة الطبية، من أهم المقاربات السوسيولوجية في ميدان الصحة والمرض. إذ شكلت دراسته نقلة نوعية في فهم الميكانزمات التي تتحكم في سير الممارسة الطبية وفي العلاقة بين الفاعلين داخل هذا الحقل. هكذا

[227] Ibid

استطاع **فرايدسون** أن يتخلص من الإرث الوظيفي الذي اختزل العلاقة بين الطبيب والمريض في أدوار محكمة يكون معها الطبيب صاحب سلطة مطلقة والمريض شخصاً مسالماً"[228].

"لقد أوضح **فرايدسون** أن العلاقة القائمة بين الطبيب والمريض مرتبطة ارتباطا وثيقا بانتمائهما إلى أنساق ثقافية مختلفة، الطبيب ينتمي إلى نسق مرجعي علمي وكوني" Système référentiel scientifique et universel" والمريض ينتمي إلى نسق مرجعي عامي ومحلي " Système référentiel profane et local ". والصراع بين المرضى والأطباء ليس صراعا نابعا دائما من عدم احترام الأدوار المحددة لكل واحد منهما، بقدر ما هو صراع بين الأنماط الثقافية والعلاجية. وبما أن المريض هو زبون –حسب **فرايدسون**– فإن له سلطة على الطبيب يستمدها من انتمائه إلى النسق العلاجي المحلي. كما حاول **فرايدسون** من خلال هذا التفسير فهم المعايير التي تقوم عليها الممارسة الطبية في ظل تزايد طلبات التطبيب وازدياد عبئها على ميزانية الدولة واستخلص غياب ضوابط واضحة تحتكم إليها المهنة الطبية"[229]. وعليه فإن أهم ما تناوله **فرايدسون** هو تأثير الزبون على الممارسة الطبية وعلى دراسة الضوابط التي تقوم عليها هذه الممارسة الطبية.

- **تأثير الزبون على الممارسة الطبية**

أوضحت العديد من الدراسات السوسيولوجية، وخاصة دراسة **بارسونز** أن "الطب ينتمي في المنظور المحافظ إلى بنية مؤسساتية وتنظيمية، لا يشكل المرضى فيها إلا كتلة من الأفراد الذين لا تأثير لهم على الممارسة الطبية أو أن تأثيرهم على الأرجح ضعيف، ذلك أن الممارسة الطبية ترتكز من جهة على العلاقات القائمة بين الطبيب وزملائه في العمل وعلى المؤسسات التي ينتمون إليها. ومن جهة أخرى على العلاقات الموجودة بين المهنة الطبية نفسها والدولة"[230].

---

[228] محمد عبابو، سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)، الطبعة الأولى، مطبعة SIPAMA، نونبر 2015، ص 43.
[229] نفس المرجع، نفس الصفحة.
[230] محمد عبابو، سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)، الطبعة الأولى، مطبعة SIPAMA، نونبر 2015، ص 44.

"أوضح **فرايدسون** أنه لا وجود لممارسة طبية بدون زبناء **(المرضى)**، ففي الغالب تكون أفكار الزبناء حول ما يريدون تحقيقه مختلفة عن أفكار المهنيين الذين تتم استشارتهم، كذلك الشأن بالنسبة للمريض/ الزبون وعلاقته بمهني الصحة. حيث أوضح علماء الأنثروبولوجيا بما لا يدع مجالا للشك أن اختيار الزبون يرتبط ارتباطا وثيقا بمعايير تختلف من ثقافة إلى أخرى بل وتختلف حتى داخل الثقافة. وحتى بعد أن يكون الزبون قد حدد اختياراته، فالاختلافات في المعايير والثقافات التي ينتمي إليها المريض والطبيب معا قد يكون لها أثر كبير على جودة علاقاتهما، لذلك فمن البديهي أن تشكل الخصوصيات الثقافية للزبون/ المريض نوعا من الضغط على الممارس الطبي"[231].

"يقترح **فرايدسون** بناء على هذا النموذج من التحليل وضع تصنيف وصفي للعلاقة بين مهنيي الطب والمرضى والزبناء، حيث يقول في هذا الشأن "إن الممارس لمهنة ما يدعي دائما أن له كفاءات وقدرات عالية لا يملكها الزبون ولا يعرف قيمتها. بهذا يبرر الممارس أهمية مرتبته الاجتماعية والتي يعتمد فيها على رأي زملاءه في المهنة وليس على رأي الزبناء، هذا الإدعاء هو علامة تبين مكانته كعضو بين أعضاء الجماعة المهنية، وبالرغم من كونه عضوا من أعضائها، فهو يقبل بمعاييرها لأنه تابع رسميا لمؤسساتها وهو يظل دائما كالأجنبي في أوساط الزبناء–المرضى– لأن جماعة الانتماء بالنسبة له هي جماعة الزملاء–الأطباء– وليس جماعة الزبناء–المرضى–"[232]. درس **فرايدسون** أيضا البعد الاجتماعي للتجربة المرضية، وذلك انطلاقا من السيرورة التي تحدد اللجوء إلى الطبيب.

إذا كان **تالكوت بارسونز** قد وضّح في كتاباته المكتشفة عن الطب في فترة الخمسينات والستينات أن المرض يشكل نوعا من الانحراف الاجتماعي، الذي يتطلب معالجته من قبل المجتمع، كما أشار إلى قدرة الطب على تحديد ما إذا كان الشخص الذي يتصرف بصفته مريضا بالفعل أم لا،

[231] محمد عبابو، سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)، الطبعة الأولى، مطبعة SIPAMA، نونبر 2015، ص ص 44، 45.
[232] محمد عبابو، ***سوسيولوجيا الصحة*** (مقاربات نظرية)، الطبعة الأولى، مطبعة سيبما، 2015، ص، ص 45-46.

ومن تم الإقرار بعلَّته، فإن **فرايدسون** قد ذهب إلى أبعد من ذلك، مؤكدا أن الطب قادر على تحديد ما هي العلَّة. ويمكنه أيضا أن يقرر ما إذا كانت أي مجموعة معينة من الظواهر تعتبر علَّة أم لا.

بهذا يمكن القول أن **فرايدسون** من خلال مقاربته حول المرض والصحة، حاول تناول التفاعلات القائمة بين فئة المرضى الذين سماهم الزبناء وفئة الأطباء، واعتبر أن هؤلاء الزبناء لهم سلطة على الأطباء؛ تتجلى في أن لولاهم لما وُجد الأطباء رغم الكفاءات والقدرات العالية التي يملكونها.

3. نظرية التفاعل الاستراتيجي عند إرفنج كوفمان Erving Goffman

يعتبر **إرفنج كوفمان** من أهم رواد نظرية التفاعلية الرمزية[233]، حيث أنه لعب دوراً بارزا في هذه النظرية، لقد لخص فكرته عن الحياة الاجتماعية بوصفها عملية تمثيل حيث أن الذات لا فحوى لها غير ما هو متوقع منها في مواقف مختلفة، ونحن لدينا من الذوات بقدر ما هناك من مناسبات ومواقف مختلفة[234].

لقد اعتبر **كوفمان** أن الأدوار التي يلعبها الممثل فوق خشبة المسرح، ويقصد بالأدوار (أي التوقعات التي تكون لدى الآخرين عن سلوكنا في ظروف معينة) هي بمنزلة نصوص مكتوبة نقوم بتمثيلها، لقد اهتم **كوفمان** بتوضيح الأساليب التي نسلكها لكي نؤدي أدوارنا، ولذا يرى **كوفمان** جميع الأفعال بهذا المعنى، بينما يرى كثير من منظري التفاعلية الرمزية أن التفسيرات لا تناسب إلا المواقف التي وُضعت فيها، وليس بمقدورنا أن نضع تعميمات عن الحياة الاجتماعية والمجتمع بصفته محادثة ظاهرة تتغير باستمرار، وبالتالي لا يمكن وضع تعميمات مجردة.

وحسب **كوفمان** إن العلاج الرسمي لكثير من أنواع السلوك المنحرف في المؤسسات المُنشأة لهذا الغرض هو – كما هو الحال بالنسبة للمرض العقلي– إلى حد ما محاولة لتغيير صورة الذات، وذلك حتى

---

[233] لقد أطلق اسم **التفاعلية الرمزية** على أحد أشهر نظريات الفعل، وأن التفاعلية الرمزية هي الطريقة في التعبير لتحديد أو تعريف الموقف بواقعية من خلال رؤية الملاحظ. وفي الواقع أن الأفراد عندما يحددون المواقف بصورة واقعية، فإن للواقع نتائجه المرتبطة به، وبغض النظر عن هذا، فقلد أطلق مسمى التفاعلية على الرؤية التي تدل بوضوح على أنماط النشاط الإنساني التي تعتبر عناصرها ضرورية من أجل فهم الحياة الاجتماعية، ووفقا لتصور هذه التفاعلية الرمزية، فالحياة الاجتماعية معرفيا هي التفاعل الإنساني أو البشري من خلال استخدام الرموز والإشارات ولذا فهي تهتم بنقطتين أساسيتين: أولا: الطريقة التي يستخدم بها البشر الرموز بما يقصدوه لكي يتصل كل واحد بالأخر. ثانيا: بتفسيرات نتائج هذه الرموز على السلوك الخاص بالجماعات أثناء عملية التفاعل الاجتماعي.
للتفصيل أكثر أنظر فيليب جونز، النظريات الاجتماعية والممارسة البحثية، مرجع سابق، ص 153.

[234] إرفنج كوفمان له كتاب بعنوان ***"تقديم النفس في الحياة اليومية"*** Presentation of self in every life لسنة 1969.

يصبح هو أو هي أكثر لجوءا إلى "العلاج" وفي تحليل مُرحب به لما أطلق عليه كوفمان *"المؤسسة الكلية"* *"Institutions Total"* (المصحات) 1986.

طور كوفمان وجهة النظر القائلة بأن المؤسسات مثل السجون ومعسكرات التدريب ومستشفيات الأمراض العقلية هي مؤسسات يُحجز فيها من يُطلق عليهم منحرفين إجتماعيا ويتم حجزهم عبر فترات طويلة، إن هذه المؤسسات حسب **كوفمان** هي مؤسسات لإعادة إنتاج نفس السلوك الاجتماعي (الانحراف)، رغم أن حجته لا تقتصر على علاج المنحرفين فقط، ذلك أن الطبيعة غير التطوعية لانخراط المنحرف في هذه المؤسسات تجعل أي تغيير ناجح في تصوره لذاته (المنحرف) على وجه الخصوص جدير بالملاحظة.

ويعرف **كوفمان** المؤسسات الكلية[235] على أنها 'أماكن للإقامة والعمل' حيث ينعزل عدد كبير من الأفراد ذوي الظروف المتشابهة عن المجتمع الكبير لفترة من الزمن، حيث يعيشون معا في جولة حياتية مخططة ومنظمة ومفروضة رسميا، حيث يؤكد أنه في هذه المؤسسات يتم تصميم طريقة الحياة بطريقة متعمدة لتجريد النزلاء من صورهم عن ذواتهم واستبدالها بأخرى قبولا لدى روح المؤسسة ويطلق على هذه العملية الانخراط في المؤسسة[236].

ولقد اتجه كوفمان في نظريته حول التفاعلية إلى توضيح أن الجسد الإنساني هو موضوع يبنى باستمرار ويُعادُ بناؤه في الحياة اليومية، ويظهر كوسيلة لتنظيم الممارسات والعلاقات الاجتماعية في المجتمع.

لقد ساهمت النظرية الكلاسيكية إذن وبشكل فعال في دراسة موضوع الجسد، وكما رأينا ذلك مع **كوفمان** من خلال نظريته حول التفاعلية الرمزية والمكانة التي تحتلها حاليا في تفسير وتحليل العديد من الظواهر المرتبطة بالجسد، هناك أيضا نظرية **مارسيل ماوس** حول تقنيات الجسد، التي اعتبر فيها أن

---

[235] يقصد كوفمان بالمؤسسات الكلية تلك المؤسسات التي تقوم بأدوار كبرى داخل المجتمع مثل السجون، المدارس، المستشفيات وغيرها.
[236] فيليب جونز، ***النظريات الاجتماعية والممارسة البحثية***، مرجع سابق، ص 161.

الجسد هو أول وأكثر الأدوات طبيعية لدى الفرد الذي يُنتَج "produit" ويعاد إنتاجه "reproduit" داخل المحيط السوسيو–اقتصادي، حيث ألقى بذلك الضوء على مختلف السيرورات والإستراتيجيات (التقنيات الجسدية) التي يُؤسّسُها الفرد والتي يتفاعل بها مع الآخرين. إن هذه الجسدية تتضح في قواعد تعنى ب(الدور والرهان) أو وضع رمزي "Ordre Symbolique" يسمح للفرد باحتلال مكانة داخل الوسط التفاعلي.

4. التمثلات الاجتماعية عند دوركايم وموسكوفيتشي

التمثلات الاجتماعية مفهوم قديم جدا، نجد أول من اهتم به هم الفلاسفة عندما طرحوا تساؤلات عن العلاقات الموجودة بين المواضيع والأفراد.

سوف نتناول مفهوم التمثلات الاجتماعية من خلال تصور كل من **ايميل دوركايم وسرج موسكوفيتشي** فكيف درس هؤلاء العالمان نظرية التمثلات الاجتماعية؟

أ) التمثلات الاجتماعية عند ايميل دوركايم

يرى **دوركايم** أن "التمثلات الاجتماعية تنبثق من العلاقات التي تنعقد بين الأفراد أو بين الجماعات الثانوية التي توجد بين الفرد والمجتمع الكلي (...). ويعتبر دوركايم أنه إذا كنا نذهب إلى القول بأن التمثلات الجماعية خارجية بالنسبة للوعي الفردي، فذلك لأنها لا تنبع من الأفراد طالما ظلوا معزولين عن بعضهم البعض. بل إنه يذهب إلى القول أن الأحاسيس الخاصة لا تصبح اجتماعية إلا عندما تتأثر بقوى خاصة جدا تنمو وتتفاعل بفضل الاجتماع"[237]. إنه و"من الواضح إذن أن دوركايم وانطلاقا من منظوره الخاص للظاهرة الاجتماعية يفصل فصلا واضحا بين التمثلات الفردية والتمثلات الجماعية، بل ويتحدث عن استقلال كل نمط من التمثلات عن الآخر. لكننا في الواقع لا يمكننا الإقرار بوجود تفاعل بين النمطين المذكورين. إن الفرد من خلال سيرورة سيكولوجية يستبطن التمثلات الجماعية ويجعلها تمثلاته.

[237] للإطلاع أكثر يرجى مراجعة: Emile Durkheim, *Les Règles de la méthode sociologique*, 1895 مرجع سابق، (ترجمة بتصرف).

إن تمثل شيء ما أو حالة ما ليس مجرد استنساخه أو تكراره أو إعادة إنتاجه، بل إعادة تشكيله وتكوينه وتغيير تعابيره. إن هذه البناءات المادية لا تكتمل لأنها تُنسينا أننا نحن الذين بنيناها، ولذلك يمكن القول بأن العلاقة بين المستويات الفردية والمستويات الجماعية للتمثل لا تعني فقط مجرد قولبة فكر فرد ما بواسطة تمثل اجتماعي، ولكنها تعني بالأحرى إعادة بناء "قالبي" من خلال إعادة استذكار لحظات واقعية من بين لحظات أخرى. وعليه، فإن هناك تداخلاً بين التمثلات الجماعية والتمثلات الفردية"[238].

لقد ركز **دوركايم** في دراسته للتمثلات الاجتماعية على دور المجتمع كموضوع أساسي لتفسير ما يجري داخله بمهارة أكاديمية واضحة حيث أن كتابه *أشكال الحياة الدينية*"[239] وضح فيه أن الفكر المنطقي هو من إبداع المجتمع وليس صفة طبيعية في الفرد. لذلك يعرف دوركايم التمثلات الاجتماعية، "بأنها ظواهر تتميز عن باقي الظواهر الطبيعية بسبب مميزاتها الخاصة، ويضيف، أن إنتاج هذه التمثلات لا يأتي من الأفكار التي تشغل فكر بعض الأفراد ولكنها بقايا لحياتنا الماضية، إنها عادات مكتسبة وأحكام مسبقة وميول تحركنا دون أن نعي ذلك"[240]. كما يُمكن أن تُعتبر الظواهر الفكرية المشتركة التي ينظم من خلالها الناس حياتهم، وتشكل مكونات جوهرية من أي ثقافة. وقد "طرح **دوركايم** مصطلح التمثلات الاجتماعية لأول مرة للإشارة إلى واحدة من الأنواع الرئيسية للحقائق الاجتماعية التي يُعنى بها علم الاجتماع، وهي المعتقدات والأفكار والقيم والرموز والتوقعات التي تشكل طرق التفكير والشعور التي تتسم بالعمومية والديمومة ضمن مجتمع ما أو مجموعة اجتماعية ما والتي تتشاركها باعتبارها خاصية اجتماعية" [241].

وعليه "يرى دوركايم أن الناس بمن فيهم علماء الاجتماع وغيرهم من العلماء لا يمكنهم فهم عالمهم إلا من خلال استخدام المفاهيم التي تسمح لهم باستيعاب وتنظيم التجارب والخبرات الفوضوية التي تتلقاها

---

[238] محمد عبابو، ***سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)***، مرجع سابق، ص 78.

[239] *Les formes de la vie religieuse*.

[240] للتفصيل أكثر يرجى مراجعة كتاب *Sociologie et philosophie* ل أيميل دوركايم، مطبعة باريس، ص 113. (ترجمة بتصرف)

[241] جون سكوت، ***علم الاجتماع***، المفاهيم الأساسية، الطبعة الأولى، الشبكة العربية للأبحاث والنشر، بيروت، 2009، ص 122.

حواسهم، فقبل أن يتسنى لهم الإقدام على فعل ما يتحتم عليهم تصور هذا الفعل بشكل من الأشكال ومحاولة توقع تبعاته، اعتبر دوركايم على أن التصورات الجمعية تتألف من "ضمير جماعي" أو "وعي جماعي" يتواجد بشكل خارجي عن أفراد المجتمع، حيث تسبقهم هذه التصورات الجمعية في الوجود وتدوم بعد وفاتهم. يولد الأفراد في عالم قائم مسبقا من التصورات الجمعية ومن اختلاطهم الاجتماعي، ويتعلمون هذه التصورات الجمعية وينمو لديهم الإحساس بالالتزامات المعنوية إزائها. وهذا الالتزام يعني هنا؛ أن هذه التصورات تتخذ شكلاً إلزاميا ومن تم فهي قادرة على تحجيم وتقييد أفعال الأفراد والعلاقات التي يبنونها مع الآخرين[242].

وللإشارة، لا تعني تلك الفكرة عن الطبيعة الخارجية للضمير الجماعي والتصورات الجمعية أنها تتواجد بشكل منفصل عن أذهان الأفراد، ذلك أنه لا يوجد "عقل جماعي" يعلو على عقول الأفراد، فالتصورات الجمعية تتواجد في أذهان الأفراد، والصفة المشتركة لهذه التصورات الجمعية ومن تم عموميتها على مستوى أي مجتمع هي ما يعطيها تلك الطبيعة الجمعية والخارجية. وعلى الرغم من ذلك حاول دوركايم التمييز بين "التصورات الجمعية والتصورات الفردية" المحضة التي تصقل إنتاجات مباشرة للذهن الفردي وأدواته الحسية، ووجد أنه من الصعب تدعيم هذا التمييز، وعلى الرغم من ذلك، رأى كافة المحتويات الرئيسية للأذهان باعتبارها محتويات اجتماعية في الأصل والطبيعة[243].

و"يعد تناقل التصورات الجمعية حسب **دوركايم** من فرد إلى آخر الوسيلة التي يتم من خلالها دمج الأفراد اجتماعيا في التصورات المشتركة الموجودة ضمن مجتمعهم أو مجموعتهم الاجتماعية. ويعتمد تفاعل وتجمع الأفراد على تواصل بعضهم مع بعض ومن تم هناك تناول دائم للتصورات ضمن المجتمع. ومن خلال هذا التناول تنقل التصورات من فرد إلى آخر وتتناسخ بسهولة. وفي الامتثال لهذه التصورات

[242] كوثر السويسي، ***التمثلات الاجتماعية: مقاربة لدراسة السلوك والمواقف والاتجاهات وفهم آليات الهوية***، مرجع سابق، ص 123.
[243] نفس المرجع السابق، ص 124.

ونقلها إلى الآخرين، سنجد الأفراد دائما يحرفون أو يعدلون أو يستحدثون فيها بشكل مبتكر. ونتيجة لذلك، فإن بعض التحولات المعينة والتصورات في مجملها يحدث لها تحول بمرور الوقت" [244].

ليشهد مصطلح التمثلات – بعد دوركايم– ركوداً استمر لنصف قرن بعدما كان ظاهرة أكثر بروزا في علم الاجتماع بفرنسا، لتتم صياغته بعد ذلك مرة أخرى من طرف **موسكوفيسي** في مجال التحليل النفسي عوض التمثلات الجماعية وذلك من خلال تحديد الآليات النفسية التي تنتج وتصُوغُ المادة التمثيلية.

ب) التمثلات الاجتماعية عند سيرج موسكوفيتشي Serge Moscovici[245]

للتمثلات (Représentations) "بعدان أساسيّان: الأول نفسي والثاني اجتماعي، لكونهما يشكلان جزء من عالمنا الداخلي. لقد أكدت المدرسة التحليلية أن تمثل العالم الذي يحيط بنا في شكل صور ذهنية هو دليل على أننا نتمتع بصحة نفسية جيدة، حيث وضح كل من فرويد Freud وكلينKlein سنة 1971؛ أن التمثل يحتوي على خاصية مغناطيسية تعمل على جذب المحتويات العقلية وشدّها إلى بعضها البعض لتنتج منها بعد ذلك صوراً ذهنية يحتفظ بها الفرد في ذاكرته لأنه يعتبرها جزءاً من ماضيه الحقيقي وحياته الخاصة، ولقد تبلورت نظرية التمثلات الاجتماعية على ضوء ما جاء به **موسكوفيتشي** في أوائل الستينيات، حيث أكد على أهمية البعدين النفسي والاجتماعي في دراسة كل مظاهر التفكير والسلوك الإنساني دراسة علمية وموضوعية"[246].

و"يعتبر **موسكوفيتشي** أول من استخدم مصطلح التمثلات الاجتماعية في أطروحة الدكتوراه التي تناول فيها دراسة تمثلات التحليل النفسي Représentation de la psychanalyse لدى مجموعة كبيرة من الفرنسيين. وردا على طرح **دوركايم**، اعتبر **موسكوفيتشي** أن التمثلات ليست فقط جمعية

---

[244] كوثر السويسي، ***التمثلات الاجتماعية : مقاربة لدراسة السلوك والمواقف والاتجاهات وفهم آليات الهوية***، مرجع سابق، ص 124.

[245] سرج موسكوفيتشي Serge Moscovici (1925-2014) عالم فرنسي من أصل روماني ومؤسس نظرية التمثلات الاجتماعية 1961، أتى بها لنقد وتطوير مصطلح التمثلات الجماعية التي تحدث عنها دوركايم، شغل لسنوات عديدة مدير المخبر الأوربي لعلم النفس الاجتماعي.

[246] كوثر السويسي، ***التمثلات الاجتماعية: مقاربة لدراسة السلوك والمواقف والاتجاهات وفهم آليات الهوية***، المجلة العربية لعلم النفس، مجلة علمية محكمة، المجلد 1، العدد الأول، 2016، ص 48.

(collectives) تتكون عبر الأجيال وغير قابلة للتغير بل وأيضا اجتماعية (sociales) قابلة للمراجعة والتجديد وإعادة البناء من طرف المجموعات التي تكوّن المجتمع لتنتج بذلك معارف "الحس العام" Savoir de sens commun.

يتكون الحس العام، كما بيّن **موسكوفيتشي** من نسق من القيم والمفاهيم والسلوكيات المرتبطة بسمات ومواضيع يحدد معالمها الوسط الاجتماعي، والذي يتدخل في استقرار حياة الأفراد والجماعات وفي توجيه وصياغة السلوكات وردود الأفعال المناسبة وهي أيضا وسائط بين الشخص والوضعية المتواجدة فيها. فالتمثلات الاجتماعية تتغير وتختلف في معناها ومحتواها بحسب اللغة والسياق الثقافي والإيديولوجي وبحسب اهتمامات وعلاقات التواصل والتخاطب بين أفراد المجموعة. مثلا إذا أبدى الفرد أو المجموعة رأيا يتعلق بموضوع ما (مادي أو اجتماعي، فكرة، شيء أو شخص) فإن هذا الرأي هو بطريقة ما جزء من تكوينه لأنه يجدد ماهية هذا الموضوع"[247]. و"التصورات الجمعية هي المفاهيم المشتركة اجتماعياً والتي يستطيع الناس من خلالها التفاعل مع العالم الطبيعي مع الناس الذين يقابلونهم. وعليه فالواقع إنما هو واقع تشكله الظروف المجتمعية والتفاعلية الرمزية من خلال توظيف الرموز والمعاني لبناء موقف ما. وهذا ما أكد عليه **جون بودريارد** Jean Baudrillard في أعماله فهو يفضل استعمال مصطلح "الصورة الزائفة" لتأكيد وجهة نظره في ضرورة اعتبار التصورات الجمعية انعكاسات فكرية مباشرة عن واقع خارجي مستقل، وبالتالي يجب رؤيتها دائما باعتبارها مشكلات للواقع"[248].

يعرف **موسكوفيتشي** التمثلات أيضا على أنها عمليات مستقلة ترتكز على سيرورتين أساسيتين وهما السيرورة الإدراكية أو الحسية والسيرورة التجديدية:

السيرورة الحسية: تسمح لنا بإدراك وتسجيل الموضوع، أما السيرورة التجديدية فتعمل على إعادة صياغة وتنظيم كل ما هو مدرك. وهنا نأخذ مثال الصور، فيفترض أن الصور تساعدنا على الاختيار

[247] كوثر السويسي، ***التمثلات الاجتماعية: مقاربة لدراسة السلوك والمواقف والاتجاهات وفهم آليات الهوية***، مرجع سابق، ص 49.
[248] نفس المرجع السابق، نفس الصفحة.

عن طريق فهم وتأويل أفضل لكل معلومة جديدة وعلى مراقبة رؤيتنا للواقع. وحينما ينتقل لتعريف التمثلات الاجتماعية يشير إلى أنها تختلف عن الصور وتعتمد على عناصر أخرى. حيث يشير إلى أنه لا يمكن الفصل بين العالم الخارجي للفرد وعالمه الداخلي، بين الذات والموضوع، هذا الأخير يوجد دائما في وضعية ديناميكية وحركية لأنه يعتبر كامتداد لسلوك الفرد والجماعة. إن عدم الاعتراف بالقدرة الخلاقة لأنشطة تمثلاتنا من حيث الأشياء والأحداث كمن يعتقد أنه لا توجد علاقة بين خزاننا في الصور (الذي يوجد في الذاكرة) وقدرتنا على تصور الأشياء.

إن تحليل التمثلات الجماعية لا يجب خلطه بتحليل البعد المعرفي الاجتماعي الذي يهم، من حيث المبدأ، مستوى التمثلات الفردية، هذا مع الإشارة إلى أن هذين المستويين مرتبطين بشكل قوي. إن السؤال الذي يطرح هو ما إذا كان من الممكن معرفة دور التمثلات الجماعية–التي يمكن تعريفها بشكل تقريبي كمعتقدات وقيم مشتركة بين أفراد مجتمع ما– في تشكيل أو عدم تشكيل مستوى مستقل بالعلاقة مع التمثلات الفردية {...}؛ أم أن الأمر يتعلق بطريقة مجازية في الكلام، ملائمة لسياقات معينة، لكن في نهاية المطاف مخادعة مادام لا يوجد إمبريقيا إلا أفراد بمعتقدات شخصية {...} إن انتماء الأفراد إلى مجموعة ما أو إلى مجتمع ما يجعلهم يحسون أنهم لا يفكرون تماما كما يريدون، لكنهم مكرهون بتمثلات يشعرون أنها مجهولة، هذا مع العلم أننا في الغالب لا يمكننا أن نربطها (التمثلات) بشخص بعينه ونقول على أنه مصدرها، هذا مع العلم أن التحليل التاريخي المعمق يمكن في بعض الحالات أن يتوصل إلى تحديد بعض مراحل سيرورة إنتاج وانتشار هذه التمثلات. يظن بعض الباحثين مثل **ريفي برول**، أن التمثلات الجماعية {...} تخضع، في المجتمعات التي توصف على أنها بدائية، لمنطق أخر غير المنطق الغربي، منطق يمكن أن ينعت بالمَا–قبل منطقي، الذي يفهم انطلاقا من سيرورات عاطفية أكثر منها عقلانية [249].

[249] Raymond Boudoun et autres, *Dictionnaire de Sociologie*, op. Cit., pp. 199-200.(للتفصيل أكثر يرجى مراجعة)

تَبْنى المؤسسات الاجتماعية المجتمعات بأسرها من هذه التصورات الجمعية، باعتبارها تمثل مجموع التصورات المترابطة التي يتعلمها الأفراد، حيث تعد المؤسسات الوسيلة التي تتبلور من خلالها العلاقات الاجتماعية في أنماط متمايزة ومتكررة وهي بهذه الصفة تصبح راسخة باعتبارها تقاليداً أو تصبح وبشكل أكثر رسمية ممارسات جائزة قانونياً، حيث تتألف المجتمعات المتماسكة من أفراد تربطهم إجتماعيا تصوراتهم الجمعية المشتركة. تملك هذه التصورات الجمعية ما أطلق عليه **أنطوني غدنز** اسم "الوجود الافتراضي" خارج عقول الأفراد ويمكنها أن تصبح مرئية أو ملموسة إذا ما مُنح لها شكلاً خارجياً أو مادياً. إذ قد توجد هذه التصورات، على سبيل المثال، في الخطابات أو الكتب أو الصحف أو المستندات الرسمية أو الشرائط أو الأقراص المضغوطة، وهذه الأشكال التوثيقية هي المؤشرات المادية للتصورات الجمعية الفعلية التي تعبر عنها أو ترمز لها، وهي فوق كل ذلك تمثل القنوات الرئيسية التي يمكن من خلالها تناقل التصورات الجمعية ضمن أي مجتمع تدعم فيه أشكال التفاعل الواقعي– القائم وجها لوجه– أشكال التواصل التحريرية وأنظمة التواصل الجماهيري التي تجعل من الممكن تحقيق التفاعل من مسافات كبيرة[250].

كثيرون ممن كتبوا عن هذه الظاهرة التي وصفها **دوركايم** ب"التمثيل الجماعي"[251] "مُهتميّن بذلك بالوسائل التي تمتلكها المجموعات الاجتماعية من خلالها قدرتها على التأثير على سلوكات أعضائها بشكل فردي. لقد أكد الكُتّاب المُعاصرون أمثال **غوستاف لوبون** Gustave Lebon على أهمية السلوك الجماعي والتأثيرات المتولدة ضمن الحشود، وقد ركز **غابرييل تارد** Gabriel Tarde على انتشار التصورات، من خلال شبكات العلاقات المجتمعية" [252]، حيث تعتبر وسائل الإعلام أهم هذه الشبكات في الوقت المعاصر.

---

[250] نفس المرجع السابق ص 125.

[251] المصطلح بالفرنسية عند دوركايم Représentation collective وقد تناوله كل من غوستاف لوبون وغابرييل تارد وموسكوفيتشي.

[252] كوثر السويسي، ***التمثلات الاجتماعية: مقاربة لدراسة السلوك والمواقف والاتجاهات وفهم آليات الهوية***، مرجع سابق، ص 126.

وكما يعتبر محمد عبابو "إن دراسة التمثلات والسعي إلى معرفتها والبحث عن أسبابها وأنماطها وظروف تشكلها تعتبر من المواضيع التي أصبحت تستأثر باهتمام علماء الاجتماع وعلماء النفس الاجتماعي في السنوات الأخيرة وبشكل يكاد يكون شاملا، وذلك راجع لكون هؤلاء العلماء أدركوا، بما لا يدع مجالاً للشك، أن هذه التمثلات مهما كانت صائبة أو خاطئة هي التي تحدد سلوك الفاعل الاجتماعي وتوجهه في اختياراته وممارساته. وهذا الموضوع البالغ الأهمية كان من المواضيع الغائبة عن اهتمام علماء الاجتماع وذلك بالخصوص في الفترات التي هيمن فيها نمط من التفكير كان يعطي الأولوية للعوامل المادية في تحديد الفكر والتمثلات. والواقع أن هذين المستويين يتبادلان التأثير بشكل دوري، ويختلف هذا التأثير من حيث الحدة والاتساع باختلاف أوضاع الأفراد الاجتماعية والنفسية والثقافية"[253].

5. تمثلات الصحة والمرض حسب كلودين هرزليش Claudine Herzlich

"تتمثل دراسة التمثلات الاجتماعية للصحة والمرض حسب **كلودين هيرزليش** في ملاحظة كيف تُعاش مجموعة من القيم والقواعد الاجتماعية والنماذج الثقافية من قبل أفراد، كيف يؤولونها وكيف تتبلور وتتأسس منطقيا وسيكولوجيا على شكل صور، حيث لا يمكن للمرض أن يُرى كشيء جسدي وعضوي فقط. إن دراسة التمثلات الاجتماعية السائدة عن الصحة والمرض في نظر **كلودين هرزليش** تهدف إلى البرهنة على وجود نسق فكري منسجم مكون من مفاهيم مستقلة سائدة عن الصحة والمرض مستقلة عن مقولات المعرفة الطبية. حيث تُظهر دراسة التمثلات الاجتماعية بوضوح أن اللغة التي يعبر فيها عن الصحة والمرض. ليست لغة جسم الكائن العضوي ولكنها لغة العلاقة بين الفرد الخاضع للتنشئة الاجتماعية الخارجية وبين المجتمع"[254].

---

[253] محمد عبابو، ***سوسيولوجيا الصحة، سوسيولوجيا الصحة (مقاربات نظرية)***، مرجع سابق، الصفحات77- 78-79.

[254] Claudine Herzlich, «La maladie comme signifiant social» op. Cit., p 203.(ترجمة بتصرف)

وتعرف **كلودين هرزليش** التمثل الاجتماعي بأنه "سيرورة لبناء الواقع، تؤثر في آن واحد على المثير والاستجابة فتُعدل من الأول وتُوجه الثاني، سواء كانوا أفراداً أو مجتمعات"[255]. تعتبر الباحثة أن سوسيولوجية الصحة لم تتأسس إلا خلال الخمسينات من القرن الماضي بالولايات المتحدة الأمريكية، وفي الستينات داخل فرنسا، حيث اتجه الأمريكيون إلى دراسة الصحة باعتبارها سلوكاً اجتماعياً من خلال البحث في "مكانة المريض ودوره بالمجتمع، المتغيرات التي تحدد سلوكه والمعايير التي تعطيه شكلا، علاقات المريض داخل المؤسسة العلاجية، مكانة المعرفة الطبية ودورها في تعريف المرض، السياق التنظيمي والعلائقي للمرض، دور الطبيب، التأويل الاجتماعي للمرض...الخ"[256].

لقد شكلت أعمال **كلودين هرزليش** إضافة نوعية لدراسة وفهم أنثروبولوجية وسوسيولوجية الصحة . لقد اهتم الفلاسفة بالمجال الطبي، حيث نجد ميشيل فوكو Michel Foucault في مؤلفاته *'تاريخ الجنون'* و*'ولادة العيادة'* ، يتناول موضوع المرض والجسد داخل العيادة الطبية، ويُعتبر فوكو تلميذا ل**كانغيلايم**، هذ الأخير الذي يعتبر من المؤسسين لمفهوم 'السوي والمرضي'[257]، ولقد استعملت هذه المفاهيم في الاهتمام الطبي. لقد "كشفت أعمال **كلودين هرزليش** عن علاقة الفرد بالمجتمع والطبيعة من خلال الصورة التي يكونها الفرد عن المرض واللغة التي يعبر بها عنه. يقول موسكوفيتشي في معرض تقديمه لكتاب هرزليش إن "الصحة والمرض، تحليل لسيرورات اجتماعية"[258].

أكدت **كلودين هرزليش C. Herzlich** في دراستها للتمثلات الاجتماعية على أنها قبل كل شيء؛ مفهوم وتصور يتأسس على تصورات الأفراد والقيم الاجتماعية التي تعمل على بناء الحقيقة الاجتماعية. إن "التمثلات الاجتماعية للصحة والمرض في علم النفس تبدو مركبة ومتداخلة، ذلك لأنها تحيل إلى صور لها دلالة إما بتجربة الفرد أو المعارف الموجودة بالمجتمع. إنها (التمثلات) تسمح بإعطاء

[255] C. Herzlich, «La représentation sociale» in Moscovici Serge, *Introduction à la Psychologie sociale*, Larousse, Paris, 1972, p. 304. Site web http://classiques.uqac.ca date de visite 18/11/2017 à 18.20.
[256] Ibid
[257] George Canguilhem**,** *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966 (première édition 1943).
[258] Claudine Herzlich, *Santé et maladie-analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris, LA HAYE, Première édition, 1929, p. 11.(ترجمة بتصرف)

انطباعاتنا حول واقعنا اليومي، من خلال المعارف المكتسبة من المحيط والتجارب والعادات الموجودة بالمجتمع"[259].

إن هذه الانطباعات حول الواقع اليومي لما ترتبط بالمريض تكون له إنتظارات كثيرة ولكن ما يستطيع الطبيب أن يَعدَ به مرضاه هو أن يقوم بعلاجهم. فالقانون يطالب الأطباء باستعمال كل الوسائل الممكنة ولا يلزمه بتحقيق النتائج (العلاج). وما يطالب به المريض وينتظره، على العكس من ذلك، هو تحقيق العلاج أي تحقيق نتائج إيجابية وجيدة.

إن ما يتجلى من خلال هذا الانتظار الذي يطالب به المريض طبيبه أن المرض هو تعبير عن انقلاب وخلل لا يمكن تجاوزه أو تجاهله، انقلاب يمس الصحة باعتبارها شرطا لحياة مقبولة، بالرغم من الصعوبات التي تواجهنا في مسار حياتنا العادية. يظهر أن الصحة عند كلودين هرزليش هي سلوك اجتماعي وأنها ليست في متناولنا ولا يمكننا ضمانها. ذلك لأن كل شيء في الطبيعة قابل للتغيير والتّحوّل كما قال الحكيم اليوناني **هيرقليطس**.

وعليه يتضح لنا جليّاً أن نظرية التمثلات الاجتماعية تلعب دوراً هاماً في فهمنا للعالم الذي يحيط بنا وفي تحديد علاقتنا وتفاعلاتنا مع ذواتنا ومع بعضنا البعض، وهذا ما يؤكد صلاحية هذه النظرية في فهم وتفسير تمثلات المصابات بسرطان الثدي لأجسادهن.

6. النظرية التفاوضية عند "أنسلم ستروس" "Anselm Strauss"

لقد ركز **أنسلم ستروس** Anselm Strauss في كتابه المعنون بالنظام التفاوضي *La trame de la négociation*، على فكرة التفاوض انطلاقا من اهتمامه بموضوع الطب والمرض ودراسته رفقة مجموعة من الباحثين للأمراض العقلية، حيث اعتبر أن جل التنظيمات هي عبارة عن أنساق للتفاوض الدائم، وهذا ما يمثل القاعدة المركزية لنظريته إذ أن "النظام الاجتماعي هو نظام يقوم على تفاوض

[259] Ibid, p. 23.

مستمر تتفاعل فيه أفعال الأفراد مع الشروط البنائية لهذا النظام. وانطلاقا من هذه النظرية يلعب الأفراد دوراً فعالا وواعيا في التنظيمات وفي وضع شكل النظام الاجتماعي"[260].

لقد رفض **أنسلم ستروس** تقسيم العمل السوسيولوجي بين الصياغة المنطقية والاستنباطية لنظريات منفصلة عن الوقائع من جهة، وبين التحقق من هذه النظريات من جهة أخرى، حيث اعتبر "أن هناك تداخلا بين العمل النظري من جهة وبين العمل الإمبريقي–الميداني من جهة أخرى. قام **أنسلم ستروس** بدراسة عدة أوجه للفعل؛ أهمها جدول الهوية الفردية والجماعية، الفعل حول الموت، فعل التفاوض في جميع أشكال النظام الاجتماعي والفعل المرتبط بتأثير التكنولوجيا الجديدة والأمراض المزمنة على العمل الطبي. كما أن الفعل عند **ستروس** مرتبط بتدبير الأمراض المزمنة في الحياة اليومية. إن مفهوم الفعل يرافق المحيط البنائي (المحتويات) والذي يعني التخصص في المقاربة التفاعلية التي طورها **ستروس**"[261].

تحتل التفاعلات اليومية مكانة مهمة داخل تحليل ستروس بجميع أبعادها، حيث يركز على التفاوضات القائمة بين مختلف الفاعلين في تنظيم الحياة اليومية بجميع أبعادها، وفهم صيرورة التحول الحاصل فيها، وبذلك يعتبر التفاوض في هذا المجال شكلا لتنظيم وضبط العلاقات الاجتماعية.

قدم ستروس A. Strauss اقتراحا مرجعيا يتعدى البعد الطبي للتجربة المرضية إلى البعد الاجتماعي في مجال دراسة الأمراض المزمنة، التي تحمل خصائص تميزها عن الأمراض الحادة. ذلك "أنه قدم نظرة واضحة للمشاكل الاجتماعية والنفسية التي يواجهها المريض وأسرته في حياته اليومية"[262].

لا يعتبر **ستروس** المرض ظاهرة بيولوجية فقط، وإنما ظاهرة اجتماعية أيضا، وهذا يظهر من خلال عمل تدبير المرض، حيث "يرى ستروس أن (المريض والطبيب) ليس وحدهما الفاعلين في تدبير المرض. وإنما هناك فاعلون آخرون في عملية تدبيره. وبذلك، تظهر أهمية تدبير المرض في أطروحة

[260] Strauss Anselm, *La trame de la négociation*, (textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger), ED l'harmattan, paris, 1992, p. 21. (ترجمة بتصرف)
[261] Strauss Anselm, *La trame de la négociation*, (textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger), ED l'Harmattan, Paris, 1992, p. 11. (ترجمة بتصرف)
[262] Ibid, p. 28.

أنسلم ستروس؛ لأنه قام بتقديم إطار عام يتجاوز الدراسات والأبحاث السوسيولوجية الخاصة بالأمراض المزمنة المختلفة، والذي يستعمل في مختلف الوضعيات التي تخلقها الأمراض المزمنة باختلافها. بالتالي فطرحه يدخل في سياق علم الاجتماع موجه نحو الفعل هدفه الأساسي فهم الأفعال والتفاعلات بمجال العمل، وأنواع هذا العمل والجماعات التي تقوم به" [263].

من هنا، يكون عمل تدبير المرض الذي قدمه **ستروس** صالحاً لدراسة مختلف الأمراض المزمنة باختلاف الوضعيات الاجتماعية التي تخلقها وباختلاف الفاعلين فيها، على اعتبار أن هناك أمراضا كالربو والتهاب المفاصل لا تمثل تهديدا حيويا للمريض، لكون هذا الأخير يتعلم كيف يتكيف مع إصابته وكيف يتعايش معها، وبالعكس تمثل أمراض القلب والسرطان تهديدا بالموت، وهنا البقاء على قيد الحياة هو مركز اهتمام المريض، ويمكن أن يكون المرض كوصم "Maladie stigmatisée" كمرض السيدا. كما أن هناك أمراضاً تهدد الاستقلالية العضوية للمريض كمرض الكلي.

"قام **ستروس** بوضع المرض في سياقه البيوغرافي، من خلال ربط الآثار والتغيرات التي تحدثها التجربة المرضية على طبيعة الحياة الاجتماعية الماضية. وطرح بذلك أهمية التدبير الذي يقرره الفاعلون في محيطهم الاجتماعي؛ قصد مواجهة المرض وآثاره والتقليل من حدة التكلفة والتي تحتكم لمتغيرات بيولوجية وتقنية واجتماعية"[264]. تساءل **ستروس** عن: كيف يستمر نوع من النظام داخل المؤسسات رغم التحولات الخارجية والداخلية التي تعرفها هذه الأخيرة؟

انطلق **أنسلم ستروس** من فكرة أساسية وهي "أن النظام هو شيء يتطلب عملاً مشتركاً بين كل أعضاء المجتمع، موضحا ذلك بأن جميع الاتفاقيات التي تحصل والتي تكون أساس كل نظام لا تستمر إلى الأبد، لأن أي اتفاق يكتسي أشياء مؤقتة، وهذه الأشياء المؤقتة تتطلب المراجعة والتجديد أو التخلي

[263] Ibid, p. 32.
[264] Strauss Anselm, *La trame de la négociation*, op. cit., p. 34.

عنها نهائيا في بعض الأحيان. من هنا يوضح **أنسلم ستروس** أهمية التفاوض والأسس التي تقوم عليها هذه العملية"[265].

وعليه يمكن القول أن الانتقال من الطب إلى سوسيولوجيا الصحة هو انتقال ساهمت فيه مجموعة من العوامل والتغيرات، كانت الأنثروبولوجيا سابقة لدراستها، من خلال اهتمامها بالصحة والمرض من وجهة نظر طقوسية وسلوكية تعتمد على الملاحظات وعلى التجارب الإنسانية. أما فيما يخص علم الاجتماع الطبي، فقد بدأ من خلال الاهتمام بالمشاكل الاجتماعية التي ظهرت في أوربا خلال القرن التاسع عشر، والتي فرضت إجراء بحوث ودراسات خلصت إلى أن الصحة هي بالأساس واقعة اجتماعية.

بناء على ذلك، تأسست مجموعة من المقاربات والنماذج النظرية السوسيولوجية والأنثروبولوجية أو في علم النفس لتهتم بدراسة الصحة والمرض. ومنها؛ نظرية دور الطبيب والمريض عند **بارسونز**، حيث اعتبر هذا الأخير أن المرض يشكل انحرافا وخللا وظيفيا، ولا يمكن ضبطه إلا بواسطة الطب. تليها، نظرية البناء الاجتماعي عند **فرايدسون** التي ركز فيها على الطب كصفة لها استقلالية مطلقة في خلق الانحراف، حيث اعتبر (فرايدسون) أنه لا يمكن التفكير في وجود المرض في المحيط الاجتماعي إلا بعلاقته مع الطب. أما **كوفمان** فقد حاول من خلال نظريته حول التفاعل الإستراتيجي توضيح الأساليب التي نسلكها لكي نؤدي أدوارنا، معتبرا أن المؤسسات مثل السجون والمستشفيات العقلية هي مؤسسات لحجز ما يطلق عليهم منحرفين اجتماعيا وأن دورها هو إعادة إنتاج نفس هذا السلوك الاجتماعي (الانحراف). ثم نظرية تمثلات الصحة والمرض عند **كلودين هرزليش**، فقد حاولت هذه الخيرة كشف علاقة الفرد بالمجتمع والطبيعة من خلال الصورة التي يكونها الفرد عن المرض واللغة التي يعبر بها عنه، وعلى ضوء ما سبق، نرى أن الثقافة الصحية تلعب دورا محوريا في تجاوز بعض العوائق المرضية،

[265] Strauss Anselm, *La trame de la négociation*, Ibid, p34.

لأنه بقدر ما يصبح التفكير في الصحة هاجساً مجتمعياً، فإنه يجعل من صعوبة الحسم مع الوضع الصحي في سياق المجتمع المغربي أمراً ممكنا وليس مستحيلا. من هنا تتجلى أهمية تقويم ومتابعة الإصلاحات والقرارات الصحية وتطوير البحث العلمي لمعرفة التحديات، وتحقيق التعاون والمساواة في الصحة بتعبير السوسيولوجي المغربي **المختار الهراس**. وليس موضوع الجسد الأنثوي المريض والمتألم، إلا تجلياً من تجليات الواقع الصحي بالمجتمع المغربي والذي يحتاج إلى نجاعة بقدر ما يحتاج إلى كثرة وفعالية وجودة المؤسسات الصحية. فكيف تم تناول موضوع الجسد والألم سواء من وجهة نظر سوسيولوجية أو أنثروبولوجية؟ ذلك ما سوف نتناوله في الفصل القادم.

الفصل الثالث: التأطير السوسيو-أنثروبولوجي للجسد والألم

مقدمة

المحور الأول: حول مفهوم الجسد

1. التطور التاريخي للاهتمام بالجسد السوي وغير السوي، العادي والمرضي

2. الجسد كمفهوم سوسيولوجي

المحور الثاني: البراديغمات الأساسية في دراسة سوسيولوجية الجسد

1. البراديغم الأول: الجسد كبناء اجتماعي

2. البراديغم الثاني: دلالات الجسد

3. البراديغم الثالث: الجسد والسلطة

المحور الثالث: الألم، المفهوم والتجربة

1. حول مفهوم الألم

2. تجربة الألم

تركيب

إنّ التأطير السوسيولوجي والأنثروبولوجي لموضوع الجسد والألم، يقتضي منا وللضرورة المنهجية تناول التطور التاريخي للاهتمام بموضوع الجسد كمفهوم سوسيولوجي أولا. ثم تناول البراديغمات الرئيسية في دراسة سوسيولوجيا الجسد ثانيا وتناول تجربة الألم ثالثاً.

لقد غيّب الجسد ولمدة زمنية طويلة عن المواضيع الرئيسية في علم الاجتماع عامة وفي علم الاجتماع الكلاسيكي خاصة، بمعنى أن هذا الفرع المعرفي ناذراً ما ركز بطريقة ثابتة على الجسد، بوصفه مجالاً مستقلاً للبحث. تنامى الاهتمام الأكاديمي السوسيولوجي بالجسد في السنوات الأخيرة، حيث برز علم اجتماع الجسد بوصفه مجالاً متميزاً للدراسة، بهذا استحدث **براين تورنر** مصطلح "المجتمع الجسدي" ليصف كيف أن الجسد في الأنظمة الاجتماعية الحديثة قد أصبح المجال الرئيسي للنشاط السياسي والاجتماعي[266]. وهكذا يمكن لسوسيولوجيا الجسد الاستفادة من مقاربات عديدة ومن علوم مثل (الأنثروبولوجيا، التحليل النفسي، الظاهراتية، الإثنولوجيا، التاريخ والاقتصاد...).

ولما كانت مسألة تحديد المفاهيم تعتبر من بين أول ما يعترض الدارس لظاهرة اجتماعية ما أو مسألة سوسيولوجية معينة، وهي مسألة أساسية وغاية في الأهمية، إلا أنها لا ينبغي أن تتحول من وسيلة لبدأ البحث إلى غاية له، لهذا سوف نتساءل عن كيف يعرّف مفهوم الجسد؟ . وكيف تناولته السوسيولوجيا؟

المحور الأول: حول مفهوم الجسد

ظل الاهتمام بموضوع الجسد ولفترة طويلة حبيس المناولة الفيزيولوجية والطبية من جهة، والمناولة الفلسفية من جهة أخرى، ولم يصبح كموضوع لاهتمام العلوم الإنسانية إلا مع الأبحاث والدراسات الأنثروبولوجية والسوسيولوجية الأولى[267]. ليأخذ "الجسد" بعد ذلك مكانة مهمة ضمن الأسئلة المطروحة

[266] للتفصيل أكثر يرجى مراجعة، كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، ترجمة منى البحر ونجيب الحصاديف، دار العين للنشر، 2009.
[267] خاصة سوسيولوجية جورج زيمل G. Simmel 1901، روبير هيرتز R. Hertz 1928، مارسيل موس Marcel Mauss 1934.

في العلوم الإنسانية، خصوصا انطلاقا من ستينيات القرن العشرين وذلك في سياق الحركات النسائية والشبابية، وجملة من التغيرات السوسيو–ثقافية السوسيو–اقتصادية التي عرفتها أوربا في هذه الفترة.

أ– التطور التاريخي للاهتمام بالجسد السوي وغير السوي، العادي والمرضي

يعرف الجسد في معجم اللغة على أنه:"جمع أجساد: جسم الإنسان، والنسبة إليه "جسدي وجسداني"[268]. وإن تناول مفهوم الجسد الأنثوي عامة، والجسد المستأصل الثدي خاصة، وللضرورة المنهجية يحيلنا على دراسة الجسد السوي وغير السوي اجتماعيا؛ أي ما الذي يجعل هذا الجسد يتصف بالسواء وآخر يتصف باللاسواء؟ ما يحيلنا على مفهوم آخر وجد تأصيله النظري والإبستمولوجي في الفلسفة بدءًا من **نتشه**، مرورا **بكانغيلام** وُصُولاً إلى **فوكو**، ليصل إلى السوسيولوجي **ايميل دوركايم** إنه مفهوم "المعيار" أو "المعيارية" فما المقصود بهذا المفهوم؟

إن **تحديد مفهوم الجسد** سواء في اللغة أو الاصطلاح أو وفي الحقول المعرفية المجاورة للسوسيولوجيا والأنثروبولوجيا يستدعي منا كذلك التمييز بين مصطلح السوي والمرضي من وجهة نظر اجتماعية، ذلك لأن جسد المرأة المصاب بمرض سرطان الثدي في التحديد الاجتماعي يوصف بأنه حالة أو ظاهرة مرضية، بالتالي فهو خرق للمعيار الاجتماعي المتصف بالسواء. فما المقصود بالسوي والمرضي في العلوم الاجتماعية أو الفلسفية **(ايميل دوركايم، غذنز، جورج كانغلام)؟**

إنه وفي تعريفنا للجسد، يمكننا البدء بتعريفه كشيء مادي موجود في الزمان والمكان وكشيء واقعي خاضع لبعض القوانين الفيزيائية. "الجسد من أخص ما يدل على الإنسان ويؤدي إلى فهمه، وهو المشترك الإنساني الأكبر.أضحى الجسد بحسب تمثيله لأهميته الاجتماعية والثقافية قطب رحى التحليل الأكاديمي، بحيث عرفت السنوات الأخيرة إنجاز أعمال كثيرة في موضوعه، تميزت بتحليلات متعددة للجسد، ذلك بتعدد التخصصات المعرفية التي تناولتها من علم الاجتماع، علم التاريخ، الأنثروبولوجيا، والدراسات

[268] المنجد في اللغة والأعلام، الطبعة الثالثة والعشرون، مطبعة دار المشرق، بيروت، لبنان، 1973، ص 92.

المعنية بمختلف أنواع الرياضة وسبل قضاء أوقات الفراغ، الفلسفة، علم اللاهوت، ثم الدراسات الدينية إلى غيرها من العلوم التي اهتمت بموضوع الجسد.

إن الجسد البشري ليس كيانا فيزيقيا ماديا يعيش في الفراغ أو خارج السياق الاجتماعي أو التجارب التي نمر بها في تفاعلاتنا غير المحدودة مع منظومة التجارب والبيئات النفسية والروحية والاجتماعية والاقتصادية والطبيعية التي تكتنف وجودنا الإنساني. وقد بدأ علماء الاجتماع في الآونة الأخيرة بإدراك الأغوار العميقة لطبيعة الترابطات القائمة بين الحياة الاجتماعية والجسد، بحيث أخذ هذا المجال يكتسب أهمية متزايدة في العلوم الاجتماعية على وجه الخصوص"[269]. وإذا كان حدث المرض يصيب هذا الجسد ويدخله في مساءلات اجتماعية وطبية، فإن ذلك يقضي التمييز بين الجسد في حالته المعيارية – الطبيعية– والجسد في حالته اللامعيارية –المرضية–.

1. الجسد بين المعياري واللامعياري

عندما يتناول **فوكو** بالنقد **مفهوم المعيار**؛ فهو يتناوله كمعطى يُفْرض من الخارج ضمن توزيع هرمي للقيم، ضمن تحديد لمجال تصنيفي بين ما يندرج تحت "الصواب" ويدخل في منطقة القبول وما يفرض "لانحرافه" عن مقاييس القبول تلك.

يظل **فوكو** مستحضرا للدرس الفلسفي النقدي المتعلق بالسواء والانحراف عند **جورج كانغيلايم**[270]. وقد لا نجازف إذا اعتبرنا أعمال فوكو– منذ مؤلفه التدشيني لحقل جديد في البحث، ولأسلوب مغاير في التفلسف: *"تاريخ الجنون في العصر الكلاسيكي"*، إلى أبحاثه المتأخرة حول التجربة الإغريقية الرومانية، مرورا بمادة دروسه حول السلطة التطبيعية لعلم النفس المرضي والقانون الجنائي الغربي– وقد نجازف إذا

[269] أنتوني غدنز، ***علم الاجتماع***، ترجمة فايز الصياغ، مرجع سابق، ص 225.

[270] عندما نعود إلى البدايات الأولى لتشكل المفهوم عند **كانغيلام**، خاصة مفهوم **المعيارية normativité** نجد الجذور النتشوية تمتد داخل النص الكانغيلايمي، حيث أن معنى الحياة الذي تكلم عنه نتشه، يمكن استنباطه من خلال قراءتنا لكانغيلام، ومفهوم **المعيارية** نجد نتشه قد عبر عنه بمفهوم الحياة **كإرادة قوة** la vie comme volonté de puissance فهناك قضية ناظمة تسير من نتشه لتمر بكانغيلام لتصل أخيرا إلى فوكو، إنها قضية الحياة التي عالجها كل منهم بحسب مقاربته.

قلنا أن كل هذه الأعمال تتناول الممارسات المعيارية وتتطرق إلى تجربة الحداثة أيضاً انطلاقا من "أماكنها" و"بؤرها" التطويعية.

إن الرابط الاجتماعي هو بالأساس رابط معياري ومادة معيارية لدى فوكو؛ والمعيار هو ما يسمح بالتثبيت في وضع أو حيز أو في هوية عبر النظرة والخطاب وعبر تدبير المجال وتشكيل العمران. إنه يعمم ويشخص في نفس الوقت يسمح بالمقارنة وبالإرجاع إلى النموذج، يرسم الفروق ويقيم الحواجز، يعمل على الدمج من خلال الاحتواء أو من خلال الإقصاء، يفصل بين 'العادي' و'غير العادي'، بين 'الأحمق' و'العاقل'، 'المنحرف' و'السوي'، 'المريض' و'السليم'.

إن المعيار 'يستقدم' الأفراد والمجموعات إلى منطقة 'النور' الفاحص وإلى دائرة المراقبة المستديمة لتصبح موضوعا لنظرة تتمعن كي تحاكم، ومادة لبناء خطابات 'تقوم' كي تصنف وتقصي. إنه آلة لتحديد معنى الأشياء وتثبيت دلالتها انطلاقا من قيمتي 'السلب' و'الإيجاب'. لذلك يخلص **فوكو** إلى فكرة مفادها أن ذات الإنسان "الحديث" "ذات معيارية" بالأساس وليست "ذاتا حقوقية" كما عودتنا على ذلك أدبيات الفلسفة السياسية للعصر الكلاسيكي وللفكر الليبرالي عموما. بإمكان السلطة أن تمارس عبر أشكال حربية أو عنيفة أو قهرية أو مانعة، إلا أنها تمارس أساسا عبر أشكال تَحُث على الفعل والقول والتواجد والاجتماع: فكلها تمظهرات تجند سلطة المعيار وتنتج ممارسات معيارية.

المعيار إذن آلة إستراتيجية بامتياز ضمن ترسانة فنون الحكم والتدبير السياسي الحديث وفنون تختص "بإرادة" حياة الجماعات والأفراد وبتنظيم المجال وترتيب الأقاليم...وتركيب القوى، ومزج تأثيراتها قصد استخلاص أكبر قدر من "المنفعة" و"المردودية". إنه رهان استراتيجي يتطلب التحكم المعرفي والسياسي في "الذوات" وفي "الأشخاص"، كبؤر تتكثف فيها التوترات لتحيل إلى "خوارجها"، ولتصبح بمثابة "توجهات" ترتسم على خارطة العلاقات الاجتماعية والسياسية كعلاقات صراعية، وهو ما يقودنا إلى اللحظة المتأخرة في فكر **فوكو**، والتي تنتهي به إلى مسألة "**العلاقة بالذات**" كعلاقة استعادة لإمكانية

التشكل الحر وفق إرادة ومعايير اختيارية ذاتية تتم من خلالها مواجهة المعايير المحاكة خارج إرادة الأشخاص وخارج رغباتهم. فلا غرابة أن يعود الأفق –الجمالي الإيتيقي– مع سؤال "الاهتمام بالذات" Le souci de soi، وتطرح من جديد ضرورة "تصريف" العلاقة بالآخرين، دولة أو مجتمعا أو هوية على السؤال الفلسفي– السقراطي أساسا، والمتعلق بإمكانية ابتداع "تقنيات للذات" تعمل على إفساح مجال للكينونة على نحو مختلف و"حر" غير قابل للاختزال إلى معيار أو إلى تجربة قبلية مرغمة[271]. بذلك يكون المعيار حسب فوكو شيء مفروض اجتماعياً وسياسياً.

2. الجسد بين الوضعية الصحية والوضعية المرضية[272]

إن الجسد لما ينتقل من الوضعية الصحية –الوضعية العادية– إلى الوضعية المرضية –الوضعية غير العادية – فهو يمر بتغيرات كثيرة خاصة الفيزيولوجية منها والتي تتفاقم أثارها لتمس الجوانب النفسية والاجتماعية للمصاب (ة)، هذا الانتقال وهذا التحول من الحالة العادية إلى الحالة المرضية كثيراً ما شغل علماء كثر، حيث بحثوا وطوروا مجالات أبحاثهم للإجابة على أهم سؤال في هذا المجال ألا وهو: كيف ينتقل الإنسان من الوضعية الصحية– العادية– إلى الوضعية المرضية– غير العادية–؟

يعتبر **جورج كانغيلام** أحد المهتمين بالتمييز بين العادي والمرضي في كتابه *العادي والمرضي* "***Le normal et le pathologique***"[273] الذي يعتبر من أهم أعماله؛ جامعاً تقريبا لجهازه المفاهيمي كمفهوم الحياة والموت، تاريخ العلوم، الخطأ والمرض، فهو، حسب علمنا، المؤلف المهم من بين جميع مؤلفاته والذي يتناول فيه تاريخ العادي والمرضي.

---

[271] مصطفى لعريصة، ***فن التدبير والرابط الاجتماعي لدى فوكو***، سلسلة حوارات فلسفية، **الرابطة الاجتماعية**، إشراف علي بنمخلوف، نشر الفنك، الدار البيضاء، المغرب، ص، ص128-129.

[272] نقصد بالجسد في حالته العادية أو وضعيته العادية، ذلك الجسد غير المصاب بالمرض، أما الجسد في حالته المرضية فذلك الجسد المصاب بمرض.

[273] Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique,* Paris, PUF, «Quadriage», 12e édition 2013.
(يمكن القول أن هذا الكتاب لجورج كانغيلايم والذي هو في الأصل عبارة عن دكتوراه في الطب، من بين أهم الكتب الفلسفية في الطب التي تناولت إشكالية التمييز بين العادي- والمرضي)

يعرف **كانغيلايم** العادي–السواء– بأنه "مجموعة مركبة، تدخل ضمنه تجربة كل فرد على حدة وقيم ومعايير المجتمع. حيث يمكن أن نجد العديد من الأمثلة التي تُبين أن مفهوم العادي يتغير تاريخيا. مثلا *"نشأة الجنون"* كما حللها **ميشيل فوكو** M. Foucault تطورت ولكن أصولها ترتبط بالمرض العقلي، كذلك الأمر بالنسبة لأمد الحياة هو أيضا يعتبر معياراً مجتمعياً"[274].

لقد "بحث **دوركايم** هو الآخر في *"قواعد المنهج في علم الاجتماع"* عن تعريف العادي والمرضي. المرض حسبه لا يمكن تعريفه على أنه عدم تكيف عضو في وسط أو تهديد الحظوظ لأن هناك حالات لا تعتبر أمراضا (الشيخوخة، الطفولة، سن اليأس...). وحسب **رايمون أرون** إن تمييز ما هو صحي عن ما هو مرضي يلعب دورا مهما في فكر دوركايم. هذا التمييز الذي يقيمه دوركايم بين الصحي والمرضي حسب **أرون** يعود لاتجاهات **دوركايم** الإصلاحية، فإذا كانت الظاهرة صحية فلن نعمل على استبعادها حتى ولو تعرضت لنا أخلاقيا، بينما إذا كانت مرضية فإننا سوف نملك حجة علمية كي نبرر خطط الإصلاح"[275]. الظاهرة الصحية أو العادية حسب **دوركايم** هي تلك "الظاهرة التي تتصف بالعمومية، الشمولية، وتكون موجودة عند أغلب الأفراد، على عكس الظاهرة المرضية فهي استثنائية؛ أي أن معدلاتها قليلة بالمقارنة مع الظاهرة الصحية، لذلك تعتبر في نظره ظاهرة مرضية أو باثولوجية"[276]. بالتالي، "إن معيار تحديد ما هو سوي وما هو غير سوي يرجع إلى خصوصية الواقعة الاجتماعية والوعي الجماعي، فما هو سوي إذن حسب **دوركايم** يشكل المعيار، ولكل حضارة أنظمة معيارية تميز من خلالها بين السوي وغيره. وقد وجدت إشكالية التمييز بين السوي وغير السوي صداها أيضا في خطابات علماء النفس والإثنولوجيين"[277].

---

[274] François Steudler, *Sociologie médicale*, Librairie Armand Colin, Paris, 1972, p. 38.(ترجمة بتصرف)

[275] R. Aron, *Les étapes de la pensée sociologique,* Paris, Gallimard, 1967, p. 368-369. (ترجمة بتصرف)

[276] François Steudler, *Sociologie médicale*, op. cit., p. 39.(ترجمة بتصرف)

[277] Ibid., p. 39.(ترجمة بتصرف)

إن العلوم الإنسانية تحتل بجميع تخصصاتها مركز الصدارة في اهتمامها بالجسد، ذلك لانشغال كل المجتمعات– على حد تعبير **Turner** بمشكلة التحكم في الجسد وضبطه. بالتالي فهو يرى (تورنر) أن لكل نظام اجتماعي أربعة وظائف أساسية تتلخص في ضرورة تمكنه من إعادة إنتاج مكانه عبر الزمن، والتحكم في أجساد الأفراد عبر المكان، وكبح رغبات الجسد من خلال النظم، ثم تعيين أدوار الجسد وأوضاعه اجتماعيا.

- **الجسد المريض**

"يعتبر **أنطوني غدنز** من بين المهتمين بالبحث في مفاهيم **الصحة** و**المرض** وهي من المصطلحات التي يجري تعريفها ثقافيا واجتماعيا، غير أن الثقافات تختلف في تعريفها لما هو صحي أو سوي أو معافى"[278]، حيث يمكن تشخيص ومعالجة المرض من الناحية الطبية فقط، وهذا المرض هو بالتأكيد يهم الجسد والأعضاء المكوّنة له. لكن الرهان الاجتماعي للجسد المريض يظل مرتبط وصادر من الهوية الاجتماعية للمرض.

يتحدد المعنى اللغوي لكلمة مرض حسب المعجم الوجيز للغة العربية بأنه "من فسدت صحته فضعف. والمريض من به مرض أو نقص أو انحراف"[279].

وفي إطار التحديد اللغوي، دائما وبالانتقال إلى اللغات الأجنبية نجد قاموس ويبستر للغة الإنجليزية يعرف المرض باعتباره: "حالة يكون فيها الإنسان معتل الصحة، ويكون فيها الجسم في حالة توعك بسبب المرض. والمعنى الحرفي لكلمة مرض هو الاحتياج للراحة. والحقيقة أن المرض له معان متعددة تختلف باختلاف الأفراد. يشمل النواحي الطبية والاجتماعية والاقتصادية، ويؤثر على الناس بطرق مختلفة إما مباشرة أو غير مباشرة، وله نتائج خاصة على الأفراد والجماعات والمجتمعات"[280]. و"يعرف قاموس أكسفورد الإنجليزي كلمة "Disease" بأنها "اضطراب في بنية أو وظيفة ما في الإنسان أو الحيوان أو

---

[278] أنتوني غدنز، ***علم الاجتماع***، ترجمة فايز الصياغ، الطبعة الرابعة، منشورات المنظمة العربية للترجمة، بيروت، لبنان، 2005، ص 233.
[279] مجمع اللغة العربية، ***المعجم الوجيز في اللغة العربية***، جمهورية مصر العربية، دون ذر تاريخ النشر ودار النشر، ص 578.
[280] أميرة منصور يوسف علي، ***المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية والنفسية***، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999، ص 26.

النبات. تنتج عنه أعراض محددة وهو ليس مجرد نتيجة مباشرة للإصابة البدنية". ويميز هذا القاموس بين كلمة "Disease" التي تعني المرض بوصفه حالة موضوعية، وبين كلمة "Illness" التي تعني المرض كحالة ذاتية وشعور بالمرض والألم من طرف المريض"[281].

تظهر هذه التعاريف المعجمية، أن مفهوم المرض يتخذ دلالات يمكن التمييز فيها بين مستويين: الأول، مادي يرتبط بالجسد وبالفساد والشر وما إلى ذلك. والثاني أخلاقي ونفسي يربط المرض بالسلوك المنحرف، دون أن تحدد لنا هذه التعاريف الحدود الفاصلة بين ما تعتبره طبيعيا وما هو غير ذلك، وكأن الحدود الفاصلة بين العادي–الصحي وغير العادي–المرضي هي حدود واضحة. كما أن هذه المعاجم حاولت تعريف المرض فقط كظاهرة، دون الحديث عن المريض كشخص يعيش تجربة المرض وكأن المريض معروف ولا يحتاج منا تعريفه.

يرتبط الجسد المريض بالشروط البنيوية المؤسسة له. فمن جهة إن الأمراض تحكمها جغرافية وتاريخ. ومن جهة أخرى تظهر التمثلات والقيم التي تحدد العلاقات بالمجتمع أو بمجموعة اجتماعية معينة. الصحة والمرض لا يتحددان فقط من خلال حقيقة عضوية معتمدة على حالات الجسد الفردية. ولكن أيضا كما أوضح **مارسيل موس** من خلال الملاحظات التي قام بها على المجتمعات التقليدية لنيوزيلندا الجديدة وأستراليا التأثير المادي للفرد من فكرة الموت التي اقترحتها الجماعة؛ بمعنى أن الطرد الجماعي للفرد في صحة جيدة يجعله يُستنزف جسديا حتى يؤدي به ذلك إلى الموت. الأمر الذي نلمس من خلاله أن عملية تنظيم المجتمع ليست سوى تنظيم للأجساد، داخليا وخارجيا عبر الزمان والمكان[282]. وهو الشيء الذي يفسر تعدد المقاربات والتخصصات داخل العلوم الإنسانية، غير أن اختلافها هذا لم يمنع من تعاملها مع الجسد باعتباره منبع للتمثلات الاجتماعية والثقافية المختلفة.

[281] Traduction de disease depuis le Dictionnaire GLOBAL anglais-français © 2016 K Dictionaries Ltd ; et
Définition de illness depuis le Cambridge Advanced Learner's Dictionary & Thesaurus © Cambridge University Press.

[282] سامية الساعاتي، ***علم اجتماع المرأة- الأعمال الفكرية***، الطبعة الأولى، مطابع الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2003، ص 214.

ب- الجسد كمفهوم سوسيولوجي

لقد كان الجسد غائبا عن علم الاجتماع الكلاسيكي، "إذ أن هذا الفرع المعرفي نادرا ما ركز بطريقة ثابتة على الجسد بوصفه مجالا مستقلا للبحث، حيث ظل اهتمام علم الاجتماع الكلاسيكي بالجسد ضمنيا بدل أن يكون صريحا، فضلا عن ذلك؛ نزع إلى التركيز على جوانب منتقاة من الجسدية البشرية، مثال ذلك، ركز علم الاجتماع على قضايا من قبيل اللغة والوعي، دون ملاحظة أن هاتين القدرتين نفسيهما قدرات جسدية"[283].

"ثمة أمر آخر يتعلق بإغفال علم الاجتماع الكلاسيكي للجسد بوصفه جزءا مكملا للفاعل البشري. لاريب أن أجسادنا هي التي تمكننا من الفعل والتدخل في تيار الحياة اليومية وتغييره والحال أنه لا سبيل للحصول على نظرية مناسبة في الفعل البشري لا تأخذ الجسد في اعتبارها، بمعنى غاية في الأهمية، ذلك لأن الشخص الفاعل هو جسد فاعل"[284]. لكن رغم ذلك، "إن هذا لا يبرر الحكم بأن علم الاجتماع تبنَّى مقاربة لا جسدية كلية في تناول موضوعه، هناك بعض إسهامات علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا في مجال العلاقة بين الجسم الإنساني والواقع الاجتماعي، ذلك منذ أراء وأفكار الرواد الأوائل وانتهاء بالمحدثين.

تناول **كارل ماركس** Karl Marx مسألة استيعاب الجسد في التقنية الرأسمالية. فيما وجه **جورج زيمل** الاهتمام المبكر بالدور الجسدي في الحياة اليومية، واعتبر أن الجسد ما هو إلا استعمال لحواسنا في ضوء أوضاع اجتماعية وثقافية محددة. أما أعمال **ماكس فيبر** Max weber فهي تبدي اهتماما بعقلنة الجسد و"الملاجئ" التي يوفرها الفن والحب والشهوة الجنسية، فيما اعتبر **دوركايم** الجسد مصدر وموضع تلك الظواهر الدينية التي أسهمت في تماسك الأفراد في كليات أخلاقيات"[285]. أثرت أراء وتصورات **ايميل دوركايم** عن المجتمع تأثيرا بالغا في تلاميذته أمثال **مارسيل موس وروبرت هرتز**، حيث

---

[283] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، ترجمة منى البحر نجيب الحصادي، الطبعة الأولى، دار العين، الإسكندرية، مصر، 2009، ص 29.
[284] نفس المرجع السابق ونفس الصفحة.
[285] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، مرجع سابق، ص 30.

اتضح ذلك جليا في إدراكهما المبكر للأهمية الاجتماعية لجسم الإنسان. بحيث لم يعد ينظر للجسد ككيان فسيولوجي خالص؛ بل أصبح هذا الكيان عاكسا لمعان اجتماعية متنوعة تعدُّ نتاجا لتفاعل هذا الجسد بالبيئة الاجتماعية المحيطة به حسبهما.

مما دفع **هيرتز** للاهتمام بالجانب الرمزي المتعلق بأبعاد الجسد الإنساني، خاصة في تقسيمه للجسم الإنساني إلى جانب أيمن وجانب أيسر وما يرتبط بكل منهما من رموز أعطت المجتمع الفرصة أن يصوغ حولها تصنيفات وتعبيرات تتعلق بجوانب طقوسية عديدة. واهتمام **مارسيل موس** بالعمليات والميكانيزمات التي يتحول عن طريقها الجسد الإنساني إلى معنى محدد من صنع الإنسان عن طريق إظهار أساليب التعبير عن عمليات التعلم والتدريب من خلال الجسد. وعليه إن **هرتز وموس** اهتم بالجسم الاجتماعي وجاءت من بعدهما **ماري دوجلاس** التي استمرت في نفس الاتجاه، حيث بدأت هذه الأخيرة بافتراض أن الجسم الاجتماعي هو الذي يحدد الطريقة التي يتم بها إدراك الجسم الطبيعي، بمعنى أن عملية إدراك الجسد الإنساني الطبيعي تعد جزءا من البناء الاجتماعي الذي يشيده المجتمع ومتعلقا بالواقع الفعلي. بل إن الجسم يتفوق على أي حقيقة واقعية ندركها اجتماعيا طالما أن الخبرة الفيزيقية له تعكس نظرة المجتمع الخاصة.

"حاولت ماري **دوجلاس** تطوير النموذج الدوركايمي ليتضمن الخبرة الفيزيقية، واعتبرت أن النظرة للجسم الإنساني هي ناتجة عن تصور مجتمعي، وأن إدراك الجسم الإنساني هو جزء من البناء الاجتماعي الذي يشيده المجتمع ويتعلق بعالم الحقائق، أي أننا ننظر إلى الجسد الإنساني من خلال ثقافة وتصور المجتمع له.

يتفق **دافييد لوبروتون** يتفق مع طرح **ماري دوجلاس** حينما يؤكد أن الجسد الإنساني ما هو إلا مرآة عاكسة للمجتمع الذي يوجد فيه هذا الجسد، حيث يعتبر حياة الإنسان ما هي إلا اختزال دائم ومستمر

للعالم من حوله في جسده بمرور الزمن الذي يجسده"[286]، بالتالي فهما يُقرّان بالدور الاجتماعي للجسد داخل المجتمع.

"ظلت المرأة كموضوع وإلى فترة طويلة مهملة من قبل التحليل السوسيولوجي، ومع ذلك، فالمعطيات الميدانية المتراكمة منذ ثلاثين سنة تظهر أن متغير "الجنس" "النوع" وحضوره كقوة تفسيرية رئيسية؛ يمكن من خلاله تحديد وضعية المؤنث في مجال الحياة الاجتماعية بعيدا عن كونها ذات خصوصية 'طبيعية'"[287]. إنه وبالبحث في الثقافة المجتمعية العربية عامة والمغربية خاصة نجدها غالبا ما تضع تصنيفا وتمييزا بين أجساد الذكور وأجساد الإناث، حيث ينظر إلى جسد الأنثى أنه ذلك الجسد الناقص، الضعيف، أي أن الإناث هن الأكثر استعدادا للمرض. فوراء أنهن أكثر استعدادا للمرض، فإنهن معرضات لأنواع خاصة ومعينة من الأمراض لا تجد طريقها نحو الذكور. إن المرأة بحكم طبيعتها الجنسية وأدوارها الطبيعية (تفوق الرجل من حيث قابليتها لأنواع خاصة من المرض مثل تعرض رحمها، ثديها ومختلف أعضائها الجنسية التي تميزها عن الرجل للمرض). أي أن الثقافة المجتمعية تضع ذلك التميز والتصنيف بين جسد الأنثى الناقص، المعرض للمرض بدرجة كبيرة وبين جسد الذكر الكامل، الجسد الذي لا يمرض. أيضا هناك تصنيف آخر يثار حول الجسدين، وهو أن جسد المرأة غالبا ما يتألم، أي أنه في أحايين كثيرة معرض للألم، في حين ينظر إلى جسد الذكر على أنه جسد لا يتألم، جسد قوي، لا يعرف للألم سبيلا[288].

بناء على هذه الثنائيات التي تفصل وتميز في نقاشاتها بين جسد المرأة وجسد الذكر. جاء بحثنا هذا ليتخصص في دراسة الجسد الأنثوي المستأصل الثدي من زاوية التمثلات الاجتماعية والثقافية. فما هي أهم البراديغمات التي تناولت سوسيولوجية الجسد؟

---

[286] مها محمد حسين، ***العذرية والثقافة-دراسة في أنثروبولوجيا الجسد-***، مرجع سابق الصفحات 39،38،37.

[287] Jean Etienne et autres, *Dictionnaire de sociologie*, Hatier, Paris, 2004, p. 314.

[288] للتفصيل أكثر يرجى العودة إلى النتائج الميدانية لدراسة أكاديمية لنيل شهادة الدكتوراه للباحث زكرياء الإبراهيمي، ***الصحة والمجتمع -دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي***، جامعة محمد الخامس، الرباط، 2016. والمعتمدة كدراسة سابقة ببحثنا.

المحور الثاني: البراديغمات الأساسية في سوسيولوجية الجسد

أ- البراديغم الأول: الجسد كممارسة اجتماعية

يتضمن هذا البراديغم النظريات الكلاسيكية عند كل من **مارسيل موس** Marcel Mauss و**إرفنج كوفمان** Goffman Erving ، ثم النظريات المعاصرة عند كل من **بيير بورديو** و**سلفيا فور**، **أنتوني غذنز**، **كريس شلنج**.

1. النظريات المؤسسة عند مارسيل موس وإرفنج كوفمان

إنه ومن الأهمية بمكان، تأكيدنا في تناولنا للنظريات الكلاسيكية على مساهمات كل من **مارسيل موس** و **إرفنج كوفمان** ، كما أنه وبسبب التناول الكبير للجسد في النظرية التفاعلية عند **كوفمان** وتأثيرها الحالي سوف يتم تخصيص جزء كبير لهذه الأخيرة.

"إن أول براديغم نظري عالج مسألة الجسد، حسب قراءتنا، ككيان مُحمّل بالممارسات الاجتماعية دافع عن فكرة مفهمة الجسد كنتيجة للممارسات الاجتماعية المُؤسّسة أو التي يتم التأسيس لها والتي تدعم النظام الاجتماعي وتحافظ عليه. يُبنى الجسد الإنساني إذن وينتج (أو يعاد إنتاجه) باستمرار وبانتظام في الحياة اليومية. حيث يظهر كوسيلة مفضّلة لضبط نموذج الممارسات والعلاقات الاجتماعية لمجتمع معين، إلى الحد الذي يكون فيه الجسد هو المنتوج.

يظهر اهتمام **مارسيل موس** بموضوع الجسد والذي يعتبر أول من اهتم به في الأنثروبولوجيا، حسب قراءاتنا، من خلال الطريقة التي يمكن بها لمجموعة اجتماعية معينة أن تؤثر بشكل دائم على الجسد. ويعتبر تحليل "*تقنيات الجسد*" عند **مارسيل موس** من أهم المساهمات الرئيسية له في هذا النموذج البراديغمي الأول، حيث يشير **موس** إلى أن الجسد هو الأداة الأولى والطبيعية لدى كل فرد، حيث تعمل تقنيات الجسد على تحديد المجال الجسدي الذي يتم تأسيسه وإعادة إنتاجه في محيط اجتماعي وثقافي معين.

إن تقنيات الجسد هي التي تَظهر من خلال علاقتنا بالعالم، حيث يوجد الجسد بطريقة تجريدية ك"تقنية بيولوجية" على حد تعبير **برينو كارسونتي** Bruno Karsenti"[289]، الذي يوضح أهمية ثقافة الجسد من خلال النماذج الظاهراتية التي تؤسس الواقع الجسدي، وهو بذلك يعالج فرضية النظام الرمزي الذي يوضح الأبعاد الخفية للواقع المادي في مظاهره الفردية والجماعية. ومن هذا المنظور، تعتبر تقنية الجسد حسب **مرسيل موس** الطرق التي يميز بها الإنسان مجتمعاً عن مجتمع آخر وذلك باستخدام الجسد كتعبير عن الواقع الاجتماعي.

يُصنّف **مارسيل موس** تقنيات الجسد إلى أربعة مبادئ عامة وهي "تقسيم تقنيات الجسد حسب النوع، الفروق في تقنيات الجسد حسب السن، ترتيب تقنيات الجسد حسب المردودية الإنتاجية ثم نقل شكل هذه التقنيات"[290]. وعليه، يرى **مارسيل موس** أن تقنيات الجسد هي المتجه الرئيسي لإعادة إنتاج النظام الرمزي الذي يساهم في بناء الواقع الاجتماعي. ورغم كون الجسد لديه إمكانات فسيولوجية، فإنه لا يتحقق إجتماعيا إلا من خلال مجموعة متنوعة من تقنيات الجسد. وعلى هذا المستوى، تتلاقى تقنيات الجسد مع الهابيتوس من أجل التأسيس للنظام الرمزي. لأنّ مثال المشي الذي تحدث عنه **مارسيل موس** في قبائل أديلايد d'Adélaïde في أستراليا يوضح الأبعاد الثلاث المساهمة في بناء الجسد وهي الأبعاد الاجتماعية والنفسية والفسيولوجية. وقد خلص **مارسيل موس** إلى أنه على الرغم من أن الجسد الإنساني لديه القدرة على المشي، فإنّ شكل وتقنية وممارسة المشي، غالبا ما تنتج داخل المجتمع أو الجماعة، إذ أنه ومن خلال التنشئة الاجتماعية يتم اكتساب معاني هذه الممارسة.

[289] Bruno Karsenti, «Techniques du corps et normes sociales : de Mauss à Leroi-Gourhan», In: *Intellectica. Revue de l'Association pour la Recherche Cognitive*, n°26-27, 1998/1-2. Sciences sociales et cognition. pp. 227-239; doi : https://doi.org/10.3406/intel.1998.1578 (ترجمة بتصرف)
https://www.persee.fr/doc/intel_0769-4113_1998_num_26_1_1578 ; Fichier pdf généré le 24/02/2020

[290] Marcel Mauss, «Les techniques du corps» Article originalement publié Journal de Psychologie, XXXII, ne, 3-4, 15 mars - 15 avril 1936. Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934, p. 282. (ترجمة بتصرف)

لا يمكن اعتبار الجسد كمادة أو معطى داخل المجتمع، حسب **مارسيل موس**، على الرغم من أن هذه التقنية "تقنية المشي" تدل على ما هو فسيولوجي، إلا أنها لا يمكن فصلها عن سيرورات الإكتساب، إنّ هذه التقنيات تُشكّل وتنتج علاقة محددة مع المحيط المادي والاجتماعي.

لقد تبنى **مارسيل موس** وجهة نظر غير طبيعية، لكونه دافع عن فرضية النماذج الرمزية التي تحتل مكانة محورية في بناء الواقع الجسدي. ذلك لأنه حلّل الجسد كظاهرة رمزية تساهم في بناء الواقع الاجتماعي، انطلاقاً من تقنياته حول الجسد والذي اعتبر المشي إحدى هذه التقنيات الأساسية. فالمشي ظاهرة طبيعية، إلا أن المجتمع يتدخل في طريقة المشي وفي تقنياته، وبالتالي يكون المشي مكتسباً ومتحكماً فيه عبر التنشئة الاجتماعية.

"درس **كوفمان** هو الآخر الواقعة الجسدية بعد عدة عقود ذلك من منظور ميكرو–سوسيولوجي. حيث استندت مقاربته على لعبة التفاعلات الموجودة بين مختلف الوضعيات الاجتماعية واللقاءات المشتركة، إذ أنه بحث في وصف الظروف المتحكمة في تصور وبناء الواقع الاجتماعي ضمن منطق تفاعل معين سواء من حيث الأدوار[291]، أو من حيث المكانات، الإكراهات المؤسسية والوضعيات الاجتماعية الخ، علاوة على ذلك، ظلت مكانة الجسد هي المحدد للتفاعلات الاجتماعية عند **كوفمان**.

إنه وعبر التفاعل (يعني بالتفاعل التقابل وجه لوجه) يحدث التأثير بين المتدخلين لاسيما عندما يكون الوجود المادي المباشر لبعضهم البعض. إن الجسد ليس فقط عاملاً مادياً في بناء العلاقات بين المجموعات ولكنه يحدد أيضا المجال الاجتماعي والمادي لهذه العلاقات نفسها.

لقد أشار **كوفمان** إلى مختلف الإستراتيجيات المكونة للتقنيات الجسدية التي يتفاعل بها الأفراد مع بعضهم البعض. وهي عبارة عن القواعد التي ترتبط بالأدوار الاجتماعية وقواعد اللعبة والنظام الرمزي

[291] درس كوفمان موضوع الجسد من خلال نظريته حول المنظور المسرحي، وخاصة الدور المسرحي الذي يؤديه الممثل فوق خشبة المسرح.

الذي يسمح للفرد بأن يحظى بمكانة متميزة داخل المجال التفاعلي. ومن هنا يبقى الوضع الجمعي شرطاً إيجابياً للفعل والتفاعل الاجتماعي. مبرهنا على ذلك بالمثال التالي: تكون هناك علاقة طقسية عندما يفرض مجتمع ما على أحد أفراده موقفا معينا يهم موضوعا ما وموقف يفرض درجة معينة من الاحترام من خلال نموذج سلوكي تقليدي حول هذا الموضوع"[292].

و"أشار **كوفمان** أيضا إلى وجود نظام من القيود يحكم التفاعلات بين الأفراد، هذه التفاعلات باعتبارها نظاما من الالتزامات والاستراتيجيات (أدوار، السيطرة على العواطف والتحكم في التعبيرات) مما يسمح للفاعل بالانخراط في وضع اجتماعي معين. يمكن أن نضيف إلى هذه العناصر الأخيرة نظريته حول الدور. فحسب تعبير **كوفمان** "يمكننا أن نطلق على الدور أو الروتين ذلك النموذج الذي تم تأسيسه مسبقا والذي نطوره أثناء الأداء، حيث يمكننا تقديمه أو استخدامه في مناسبات أخرى" [293]. وعليه غالبا ما يكون للفاعل دور اجتماعي أو أدوار اجتماعية متعددة يؤديها في سياقات كثيرة، لذلك فإن ظواهر الواقع الفيزيقي تعتمد على ترتيب التفاعل، والحالات الاجتماعية، والقواعد والاستراتيجيات والأدوار التي تم وضعها سابقا[294].

قدّمت دراسة **كوفمان** الجسد إذن، على أنه تلك الأداة التي تسمح للفرد بتدبير الحياة اليومية من جهة، أما من جهة ثانية يعتبر المجتمع المُؤسس لهذا الوسيط الاجتماعي (الجسد). ذلك لأنه يحتل مكانة مهمة في التفاعلات[295]. لقد تقصى **إرفنج كوفمان** عبر أعماله وضع الجسد في التفاعل الاجتماعي من خلال السلوك، الأماكن العامة والخاصة، وعرض الذات، ذلك لأن ترويض الجسد أساسي في الحفاظ

---

[292] Erving Goffman, *Les rites d'interaction*, A Kihm - 1974 - crcom.ac-versailles.fr, p. 51.

[293] Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne*. Tome 1. *La présentation de soi*, Paris, Minuit, 1973, p.24.

[294] للمزيد من المعلومات يرجى الإطلاع على: Elda Weizman, « Rôles et identités dans les interactions conflictuelles », Questions de communication
//:En ligne], 9 | 2006, mis en ligne le 06 juin 2006, consulté le 23 avril 2019. URL : http]
/journals.openedition.org/questionsdecommunication/7919 ; DOI : 10.4000
questionsdecommunication.7919

[295] Mathieu St-Jean, ***métamorphose de la représentation sociétale du corps dans la société occidentale contemporaine,*** Thèse en sociologie, Université du Québec à Montréal, 2010, p34.(ترجمة بتصرف)

على الأدوار الاجتماعية. يتوسط الجسد إذن علاقة هوية الفرد الذاتية بالهوية الاجتماعية. وهنا يحتلّ الجسد منزلة المورد الذي يمكن تطويعه بطرق مختلفة بُغية تشكيل صورة بعينها عن الذات. إن تأثير أعمال **كوفمان** واضح إذن في الدراسات السوسيولوجية المعاصرة وفي علاقة الجسد بالهوية الذاتية.

أحدثت أعمال **إرفنج كوفمان** و**ميشل فوكو**[296] تأثيرا استثنائيا في تشكيل رؤى البنائية الاجتماعية في الجسد. حيث شكلا مثالين مقارنين مهمين على الرؤى البنائية الاجتماعية. إنهما يبدوان لأول وهلة أنهما مختلفان جذرياً عن بعضهما. ويعزى هذا جزئيا إلى أن شكل وأسلوب أعمال كل منهما يختلف كثيرا عن شكل وأسلوب أعمال الآخر. ذلك لأن **فوكو** يُصنّف على أنه ما بعد بنيوي (أي مهتم بكيف أن الجسد محكوم باللغة المستخدمة أو الخطاب السائد). في حين يعتبر **كوفمان** نصيرا للتفاعلية الرمزية (أي مهتم بالجسد كأحد مكونات الفعل). غير أن **كرس شلنج** يعتبر أن رؤى **فوكو** و**كوفمان** في الجسد أكثر اتفاقا مما يبدو. خاصة وأن كل منهما يروم التشبّث برؤية تعتبر الجسد مركزيا في حياة الفرد، بينما يُقرّان في الوقت ذاته أن أهمية الجسد محددة في النهاية من قبل "بنى" اجتماعية توجد خارج نطاق الفرد [297]، وجد المنظرون السوسيولوجيون المعاصرون أفكارا ونظريات أكثر أهمية مؤسسة على مقدمة مُؤداها أن الجسد مستقبل للدلالات الاجتماعية، عوض أن يكون منتجا لها. وعليه، استخدمت البنائية الاجتماعية مصطلحا عاما تنطوي تحث لوائه رؤى تقترح أن الجسد مشكلا بطريقة معينة ومُقيّدا بل مُنشأ من قبل المجتمع.

لقد ساهمت النظريات الكلاسيكية حول البراديغم الأول، الذي يعتبر الجسد كممارسة اجتماعية عند كل من **مارسيل موس** حول (تقنيات الجسد) و**إرفنج كوفمان** حول (التفاعلية الرمزية) –حسب قراءتنا– في تشكيل رؤى الجسد بوصفه مكونا اجتماعيا. فكيف ساهمت النظريات المعاصرة في تناول الجسد سوسيولوجيا؟

---

[296] الذي سوف نتناول مساهمته لاحقا.
[297] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، مرجع سابق، ص 104.

2. النظريات المعاصرة عند بيير بورديو وسيلفيا فور وأنطوني غذنز وكرس شلنج

قبل تناول مساهمات كل من **بيير بورديو** Pierre Bourdieu، **أنطوني غذنز** Anthony Giddens، **كرس شلنج** Chris Shilling و**سيلفيا فور** Sylvia Faure حول الجسد، تجدر الإشارة إلى أن علماء الاجتماع الأوائل لم يهتموا بالجسد كموضوع مستقل، غير أن أعمال **بيير بورديو**[298] شكّلت –استثناءا أساسيا– حيث أكد في نظريته عن إعادة الإنتاج الاجتماعي أن الجسد يظل حامل لتلك القيمة الرمزية التي تجعله ينخرط في تحليل الجسد كظاهرة مادية تتشكل وتُشكّل من قبل المجتمع.

إن الجسد عند **بيير بورديو** كما عند **نوربرت إلياس Norbert Elias** كيان غير مكتمل يتطور بالتزامن مع تطور مجموعة من القوى الاجتماعية وهو مكمل لعملية تكريس الإجحاف الاجتماعي. إن **بورديو** يؤكد في نظريته عن الجسد على أنه شكل من أشكال الرأسمال المادي، كما أن هناك علاقة متبادلة بين تطور الجسد من جهة ومكانة الفرد الاجتماعية من جهة أخرى، وأن تدبُّر الجسد أمر محوري في اكتساب مكانة اجتماعية وفي تحقيق التميز الاجتماعي.

لم يكن **بورديو** مهتما بتقصي تفاصيل طبيعة الجسد الاجتماعية والبيولوجية في الوقت ذاته. ذلك أنه أولى اهتماما بعدم اكتمالية الجسد، وحافظ على تصور شامل عن مادية الجسدية البشرية مقارنة بمنظرين آخرين الذين ركزوا حصريا على اللغة، الوعي، والجسد (بوصفه مكونا من لحم ودم) [299]. "أدرك **بورديو** إذن أن سلوكيات العمل مطلوبة من أجل تحويل الجسد إلى كيان اجتماعي، حيث تؤثر هذه السلوكيات على كيفية تطوير الناس للبنية المادية لأجسادهم والمحافظة عليها. إضافة إلى كيفية تعلمهم طريقة المشي والكلام واللباس بعيدا عن كونه شيئا طبيعيا. كما يشير **بورديو** إلى بعض الإنجازات البارعة والمتميزة اجتماعيا والتي يتم تعلمها منذ الطفولة المبكرة. كما يعتبر أن الجسد يحمل مميزات انتماء الفرد

[298] سوف نأتي على ذكرها لاحقا.

[299] نذكر هنا على سبيل المثال مساهمة كل من سلفيا فور Sylvia Faure، وأنطوني غذنز Anthony Giddens، وكريس شلنج Chris Shilling حول الجسد (سوف نوضح مساهمتهم في ما بعد).

إلى إحدى الطبقات الاجتماعية. وعلى نحو أكثر تحديدا يحمل الجسد علامات الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها بسبب ثلاثة عوامل رئيسية وهي:

- مكانة الفرد الاجتماعية
- الهابيتوس
- تطور الذوق لديه"[300].

ويقصد **بورديو** بالمكانة الاجتماعية الظروف المادية المؤسسة طبقيا والتي تعمل وتساهم في تطوير أجساد الأفراد. حيث تتأسس على المقدار الكلي للرأسمال الذي يمتلكه الفرد والوزن النسبي لرصيده المختلف والتغيير الذي يمكن أن يطرأ على أملاكه عبر الزمن. وبالتالي يمكن أن تقاس هذه المكانة الاجتماعية للفرد بمدى بعد الفرد عن الحاجات الضرورية أو الحاجات المادية والاجتماعية والثقافية.

أما الهابيتوس فيعني به **بورديو** الوساطة بين الممارسات الاجتماعية والبنيات الموضوعية داخل الحقول الاجتماعية التي توجد فيها وهو يقوم على ثلاث مؤشرات، حيث يشير أولا إلى التعلّم المبني على التصورات والأحكام والسلوكات التي تم اكتسابها عبر التنشئة الاجتماعية الفردية. ثانيا إلى تأثير هذا التعلّم على طريقة تلقي الفاعل داخليا واستدماج ما تم اكتسابه في اللاوعي الفردي والجماعي. وثالثا القدرة على تصريف هذا الهابيتوس من قبل الفرد عبر ممارسات اجتماعية في مختلف السياقات.

"تتشكل الأجساد حسب **بورديو** من خلال تطور الذوق أيضا، ويقصد ب"الذوق" تلك العمليات التي يطور من خلالها الأفراد خياراتهم عبر أساليب مختلفة، إنه يتجذر في الواقع الاجتماعي للفرد وهو عبارة عن قيود مادية. إنه وبتعبير آخر، يطور البشر أذواقهم وخياراتهم ويطورون ذوقهم الذي يمكن أن يعد

[300] Pierre Bourdieu, « l'amour de l'art, les musées et leur public », (1966), «la reproduction, Eléments d'une théorie du système d'enseignement » (1970), Esquisse d'une théorie de la pratique précédé de trois études d'ethnologie Kabyle, (1972), «le sens de la pratique» (1980), « la domination masculine » (1998) etc.(ترجمة بتصرف)

تجليا واعيا للهابيتوس ويؤثر بشكل عميق على تعامل الأفراد مع أجسادهم. هكذا، عرف **بورديو** الذوق على أنه؛ مبدأ لامادي مدمج للتصنيف، يحكم كل أشكال دمج واختيار وتعديل كل شيء ممكن أن يتناوله أو يستوعبه الجسد من الناحية الفسيولوجية أو السيكولوجية وإن استهلاك الطعام مثلا لهو مثال واضح عن كيف يؤثر الذوق على الجسد وعلى تطور مكانة الأفراد الطبقية"[301].

من هنا يظهر أن الأجساد هي وحدات لم تكتمل تتشكل من خلال تفاعلها في الحياة الاجتماعية وتطبع عليها الطبقة الاجتماعية سماتها. "تتطور الأجساد عبر التفاعل بين مكانة الفرد الاجتماعية والهابيتوس وذوقه وتعمل هذه العوامل على تطبيع وتثبيت العلاقات المختلفة التي تربط الجماعات الاجتماعية بأجسادها، كما تعتبر أساسية للاختيارات التي يتبناها الأفراد في مجالات الحياة الاجتماعية كافة"[302]. إن الدلالة العميقة للهيمنة تسكن الجسد من خلال مفهوم "الجسد المنشأ إجتماعيا' le corps socialisé ويسمح لنا هذا المدخل الأنثروبو–كوسمولوجي بالحديث عن طوبولوجيا جنسية للجسد. ففي مجمل حركاته وسكناته يحمل هذا الأخير دلالات اجتماعية"[303].

يؤكد **بورديو** "أن الحصار الأخلاقي الذي يعرفه الجسد النسوي ما زال قائما حتى في المجتمعات الحداثية كفرنسا مثلا بعد أكثر من نصف قرن من الحركة النسوية، منتقدا الإدعاء المبالغ فيه بتحرر النساء متحدثا عن "استعراء مراقب" لحركات جسدهن فعمق التبعية الرمزية للنساء يكمن في كونهن موضوعات رمزية مُدركة في حال عدم الأمان الجسدي الذي تلخصه عبارة "إنهن موجودات من أجل الآخرين ومن أجل نظرتهم"؛ لذا ينتظر منهن أن يكن باستمرار لطيفات وودودات ومحتشمات. أما الأنثوية

[301] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، مرجع سابق، 172-173.
[302] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، مرجع سابق، ص 173.
[303] بيير بورديو، ***الهيمنة الذكورية***، ترجمة سلمان قعفراني، الطبعة الأولى، مطبعة المنظمة العربية للترجمة، 2009، ص 24.

المزعومة فليست سوى شكلاً من المجاملة إزاء انتظارات ذكورية. هكذا تتجه علاقة تبعيتهن لأن تصبح مكونا من مكونات كيانهن"[304].

"يتضمن تحليل **بورديو** –حسب دراسة **كرس شلنج**– للجسد اختبارا للسبل المتعددة التي تم من خلالها "تسليع" الجسد في المجتمعات الحديثة. لا يشير هذا "التسليع" فحسب إلى إقحام الجسد في عملية بيع قوة العمل وشرائها؛ بل يشير أيضا إلى الطرق التي أصبح بها الجسد يعتبر شكلاً محوريا للرأسمال المادي؛ مالكا للقوة والمكانة والأشكال الرمزية المميزة والمكملة لتراكم المصادر المختلفة"[305].

أما **سيلفيا فور** فقد اعتمدت نظرية حول الجسد مفادها أن تميز بين عملية التعلم أو البيداغوجيا الظاهرة التي يتم تناولها داخل المدرسة والعملية التي تتم عبر التعلم من خلال الجسد وهي بيداغوجيا ضمنية. وقد بيّنت من خلال دراستها الميدانية حول الرقص الكلاسيكي والمعاصر ثم الهيب هوب Hip hop، أن البيداغوجيا المعتمدة داخل المدرسة يمكن أن تؤدي أيضا إلى التعلم عبر الجسد، وهي تأسيس انعكاسي للمعارف والقيم. وقد ركزت **سيلفيا فور** على تحليل الجسد انطلاقا من اللغة التي تجسد البنية الموضوعية من خلال سيرورات التنشئة الاجتماعية، وبذلك طرحت فرضية تمثلت في أن الأشكال المستوعبة داخلياً من خلال ثنايا اللغة لا تكفي وحدها لتفسير سيرورات الرقص، رغم أن الطرق المتّبعة في التحضير للرقص لا تنفي الأشكال الانعكاسية ولا الممارسات اللغوية. وبالتالي فإن تحليل السياق الخاص المرتبط بممارسة الرقص يرمي إلى إشكالية التعلم بالجسد[306].

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الباحثة –حسب علمنا– توجه انتقادا لنظرية بيير بورديو في كونه اعتبر الجسد بمثابة ذلك الرأسمال المادي الذي يحقق للفرد تميزه ومكانته الاجتماعية.

---

[304] بيير بورديو، ***الهيمنة الذكورية***، مرجع سابق، ص 104.
[305] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، مرجع سابق، ص 169-170.
[306] للمزيد من المعلومات حول نظرية سيلفيا فور يرجى الإطلاع على:
Sylvia Faure, Apprendre par corps : *socio-anthropologie des techniques de danse*, La Dispute, 2000 ;
Corps, savoir et pouvoir : sociologie historique du champ chorégraphique, Lyon, PUL, 2002 et
Sylvia Faure et Marie-Carmen Garcia, *Culture hip-hop, jeunes des cités et politiques publiques*, La Dispute, 2005.

يعتبر "**أنطوني غذنز** Anthony Giddens أن طبيعة التغيرات الاجتماعية المعاصرة تظهر جليا في منطق واتجاه المعاصرة. وذلك من خلال فهم مجموعة من الممارسات الاجتماعية التي يقوم بها الفرد داخل سياق زمكاني معين؛ اعتمادا على الفعل والمعنى والذاتية والعلاقات المرتبطة بالبنية عامة. مبرزا خاصية المجتمعات الرأسمالية الحديثة والمعاصرة. من جهة يعرف الحداثة من خلال ثلاثة أسس رئيسية منها: ظهور الحداثة وتطورها ثم نتائجها. وعليه فقد أكد الباحث بصفة خاصة على عنصرين مهمين وهما الهوية والحميمية، لأن الهوية الفردية هي التي تكون نتيجة مشروع انعكاسي دائم وذلك من خلال نمط الحياة وليس من خلال المعايير الاجتماعية. أما الحميمية فتدخل في إطار الحداثة المتقدمة وينظر إليها من خلال الزاوية الانعكاسية التي تهتم بتاريخ الأنا الذي يظهر فيه الفرد كعنصر مكوّن ومُكَوَّن. وفي هذا السياق تعمل المجتمعات المعاصرة على طرح مجموعة من الأسئلة الفردية والجماعية حول الجنس، الحب، النوع، الأبعاد الحميمية، الذكورة والأنوثة ونماذج مثالية حول العلاقات بين–شخصية"[307].

وعليه "يرى **غذنز** أن المشروع الانعكاسي للفرد غالبا ما يرتبط بهويته. حيث تروم نظريته إذن إلى توضيح تلك الفروق المتغيرة المرتبطة بجانب الحميمية والتي تدعى العلاقات الخالصة، الحب الرومانسي، الانحراف الجنسي، وضبط العلاقات الجنسية"[308].

طرح **كرس شلنج** تحليله لفهم العلاقة بين الجسد والهوية الذاتية والموت في الحقبة المعاصرة التي وصفها **أنتوني غذنز** بالحداثة "المتأخرة" أو "الغالبة" مركزا على حجة مفادها أنه وفي ظروف الحداثة المعاصرة يصبح الجسد تدريجيا محورا مركزيا في فهم الشخص الحداثي للهوية الذاتية. ومن أثار الحداثة المتعددة؛ إسهامها في ارتفاع درجة تحكم الدول بوجه عام، والمهن الطبية بوجه خاص في أجساد المواطنين.

---

[307] Anthony Giddens, *Les conséquences de la modernité. Théorie sociale contemporaine*, Paris, L'Harmattan, 1994.(ترجمة بتصرف)

[308] Anthony Giddens, *Les conséquences de la modernité, Ibid.*(ترجمة بتصرف)

"هناك علمين يبدوان متناقضين أسهما حسب **كرس شلنج** في جعل الجسد كيانا مرئيا، الأول يكمن في السبل التي تمكن بدرجة غير مسبوقة من التحكم في أجسادنا، والثاني هو أننا نعيش في عصر ألقى بضلال شكوك قوية على درايتنا بماهية الأجساد وكيفية التحكم فيها"[309].

إن تناول **كرس شلنج** للعلاقات بين الجسد والهوية الفردية والموت تلتقي عند نظرية الحداثة التي تحدث عنها **أنطوني غدنز** كما تلتقي عند نظرية الهابيتوس عند بيير بورديو. إن الإضافة النوعية التي يتناولها **كرس شلنج** توضح أن المجتمع المعاصر يتميز بطغيان الفردانية التي تظهر من خلال اهتمام الأفراد بصفة عامة بالصحة والمظهر الخارجي للجسد التي تُعتبر تعبيراً عن الهوية الشخصية. وقد أولى اهتماماً بالغاً للمظهر الخارجي للجسد الذي يعتبر الأنا داخل المجتمع المعاصر. من هنا تأتي القيمة المرتبطة بالجسد في وضعيته الشبابية وفي صحة جيدة ورشيقة. وعليه يكون الجسد حسب **شلنج** سيرة ذاتية داخلية Autobiographie incarnée.

إن أطروحة **شلنج** حول الجسد تعتبر من الاتجاهات المعاصرة التي تعتمد على تكوين الأنا من خلال جسد سليم ومعافى، وهذا الأخير هو ما يبحث عنه الجميع، وإن التطور المستمر الذي تشهده جراحة التجميل خير دليل على ذلك سواء تعلق الأمر بجسد الذكر أو الأنثى.

يتبين مما سبق أن البراديغم الأول تضمن نظريات كلاسيكية وخاصة دراسات **مارسيل موس** حول تقنيات الجسد، و **إرفنج كوفمان** حول التفاعلية الرمزية وهي دراسات أساسية –حسب قراءتنا–ساهمت في تشكيل رؤى الجسد بوصفه مكونا اجتماعيا. كما تضمن نظريات معاصرة منها على سبيل الحصر أعمال **بيير بورديو، سيلفيا فور، أنطوني غدنز وكريس شلنج**. فكيف تناول البراديغم الثاني مسألة الجسد؟

[309] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، مرجع سابق، ص 21.

ب- البراديغم الثاني: دلالات الجسد

يتناول هذا البراديغم مسألة الجسد من زاوية الدلالات والاستعارات لكونه محمّل بأنساق وعلامات رمزية لها دلالات اجتماعية، وهذا ما سوف نتناوله من خلال النظرية الكلاسيكية عند **ماري دوكلاس** Mary Douglas والنظريات المعاصرة عند كل من **براين تورنر** Bryan S.Turner، **وجون بودريار** Jean Baudrillard **ونانسي شوبير هيك** Nancy Scheper Hughes.

إن الاهتمام السوسيولوجي بالجسد غالبا ما يتساءل عن الأشكال الرمزية وعن التمثلات اللغوية له، ولذلك لابد أن نتساءل عن التمثل الاجتماعي للجسد الذي يعتبر: "الجسد مادة حيّة" –Corps–matière vivante' أو ما يمكن تسميته بالنمذجة العضوية للجسد خاصة في المجتمعات الغربية. ذلك لأنه لا يمكن أن ينفصل عن كل ما يميّزه داخل الثقافة واللغة. فكيف اهتمت ماري دوكلاس بدراسة الجسد؟

1- النظرية الكلاسيكية لماري دوكلاس Mary Douglas

تعتبر "الأنثروبولوجية البريطانية **ماري دوجلاس** الجسد مستقبلا للدلالات الاجتماعية ورمزا للمجتمع ففي كتابها *Symbols Natural* تعرض نظريتها حول الجسد والتي ترى من خلالها أن الأفراد يحاولون عبر طقوسهم الحفاظ وتخليد شكلاً معيناً من الثقافة القائمة على التجارب المختلفة للأفراد، ذلك لأن بعض المواضيع الثقافية غالبا ما تجد تعبيرها داخل ومن خلال الطقوس المرتبطة بالجسد. إن هذه الطقوس تحتوي على شكل العلاقات الاجتماعية والتي تقدم تعبيرات متنوعة عن هذه العلاقات التي تساعد الأفراد على معرفة مجتمعهم الخاص بشكل واضح، ذلك لأن الطقوس كثيرا ما تؤثر على الجسد بشكل رمزي أو بشكل مادي (فيزيقي)" ، تعتبر الطقوس المرتبطة بالجسد ذات مكانة مهمة كونها تدخل في التنظيم واللاتنظيم المجتمعي، فمثلا في فترة الأزمات غالبا ما تلجأ الجماعة إلى المراقبة الاجتماعية المشددة من خلال ظهور تعبيرات رمزية قوية يلجا لها الأفراد كتعبير عن ردود أفعالهم تجاه هذه المراقبة. بحيث يتم التحكم في الأنا وممارسة الطقوس التطهيرية (Rites de purification) الشيء الذي يسمح

للأفراد في هذه الأزمات أن يولوا اهتماما خاصاً ومحدوداً للتعبيرات الجسدية المعبّر عنها بشكل رمزي داخل المجتمع[310].

"ترى **ماري دوجلاس** أن الجسد البشري يمثل الصورة الأكثر جاهزية للنظام الاجتماعي، حيث تقترح أفكارا عن هذا الجسد تستجيب بشكل مباشر لأفكار المجتمع، فضلا عن ذلك، تنزع قطاعات بعينها في المجتمع إلى تبني مقاربات للجسد تستجيب لأوضاعها الاجتماعية"[311].

إن المبدأ العام الذي ترتكز عليه نظرية **ماري دوجلاس** هو أن الجسد الاجتماعي يُقيّد إدراك واختبار الجسد المادي. تشتمل إذن دراسات **دوجلاس** بشكل خاص على علاقات الجسد الاجتماعي بالجسد الفردي، حيث تقوم أحيانا بدمج هذين الجسدين عبر اختزال فينومونولوجيا الجسد الفردي مثل طرق عيش الناس وتجاربهم وإدراكهم لأجسادهم في أوضاع يقوم الجسد الاجتماعي بتوفيرها. وعليه فقد أثرت أعمال **دوجلاس** كثيرا في التحليلات الأنثروبولوجية للجسد بوصفه مُشكّلاً ثقافيا اجتماعيا.

2- النظريات المعاصرة لكل من بريان تورنر، جون بودريار ونانسي شوبير هيك

تتمحور نظرية **بريان تورنر** Bryan S. Turner حول ما يرتبط بالمجتمع من خلال الجسد لأن المجتمعات لا تتعامل في نظره مع المشاكل الاقتصادية والسياسية بطريقة مجردة بل تتعامل مع مشاكل الجسد في عموميتها. حيث يعتبر **تورنر** أن تعديل الجسم وسلوك العقل والتدبير الجيد؛ كلها عوامل مرتبطة ارتباطا وثيقا بالنظريات السياسية للدولة، وذلك في إطار الحداثة المتقدمة خاصة وأنه يدافع بشراسة عن أطروحة ضبط الجسد كضرورة مُلحّة لضمان التوازن والنظام الفردي والجماعي، وهنا تجدر الإشارة إلى أن تورنر يسير على نهج **ماري دوكلاس** باعتبار الجسد ذي دلالة اجتماعية.

---

[310] Jean –ST Mathieu, *Métamorphose de la représentation sociétale Du corps dans la société occidentale contemporaine,* Thèse pour obtenir le diplôme de doctorat en sociologie, Université Québec, Montréal, 2010, p. 66. (ترجمة بتصرف)

[311] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، مرجع سابق، ص 106.

"إن كل المجتمعات حسب **تورنر** تشتغل بمشكلة التحكم في الجسد وضبطه، وهو بذلك يعتبر أن لكل نظام اجتماعي أربعة وظائف أساسية تتلخص في ضرورة تمكنه من إعادة إنتاج مكانه عبر الزمن، والتحكم في الأجساد عبر المكان وكبح رغبات هذ الجسد من خلال النظم، ثم تعيين أدواره وأوضاعه اجتماعيا.

من خلال ما تقدم يمكن القول أن نظرية **تورنر** حول الجسد ترتبط بالمجتمعات الغربية التي تعرف كثرة المشاكل السياسية والقلق الجماعي جرَّاءها، مما ينعكس بشكل مباشر وغير مباشر على الجسد، مركزا من خلال نظريته على التحولات والتغيرات التي تطال البنية الديموغرافية التي تعرفها المجتمعات الغربية المعاصرة.

فيما "ترتكز نظرية الجسد عند السوسيولوجي الفرنسي جون **بودريار** Jean Baudrillard حول نظام العلامات أو ما يمكن تسميته برمزية الدلالات والمعاني الاجتماعية متخذا المجتمعات الاستهلاكية الغربية المعاصرة نموذجا لدراسته، حيث يقدم مظهرين أساسيين يظهر من خلالهما الجسد وهما سيرورة المعاني المرتبطة بالاستهلاك ثم تنظيم هذا الاستهلاك وإبراز الفروق الاجتماعية بين هذه المجتمعات الاستهلاكية. وللتأكيد على هذا المعنى يولي **بودريار** أهمية قصوى للجسد كأحد الموضوعات المرتبطة بالاستهلاك الذي يؤمن الإنتاجية ويطبع الرأسمالية، ذلك لأن الجسد يعتبر مقدساً بكونه مادة خصبة للاستهلاك. وبالفعل فإن **بودريار** يركز على فكرة الجسد في ارتباطه بالفرد كبضاعة ذات أهداف مالية في المجتمع الرأسمالي. خاصة وأنه يعتبر الجسد متعلقا بالنمو الاقتصادي والاستثمار النرجسي للموضوع المعاصر. وعليه، يبدو أن الفرد يُسيّر جسده ويعتبره أحد المبادئ الأساسية المعبرة عن تميّزه الاجتماعي. من هنا لم تعد الصحة مرتبطة ذلك الارتباط الوثيق بالحتمية البيولوجية كما كانت سابقا، بل أصبحت مرتبطة أساسا بالحتمية الاجتماعية وجودة الحياة والمكانة الاجتماعية.

من هنا يحتل الجسد مكانة رئيسية في نظرية **بودريار** كموضوع للاستهلاك، لكونه غالبا ما يتساءل عن فكرة تكوين الجسد كموضوع–علامة أو رمز والتي تطبعه (العلامة) وتوجهه داخل المجتمع. إن هذا النموذج الذي يدور حول المعيار المثالي لصورة الجسد الكامل المرتبط بالجنس غالبا ما يعود إلى قضية النوع المتميز؛ خاصة وأن الذكورة غالبا ما ترتبط بالسلطة في حين أن الأنوثة ترتبط بالشعور والإحساس أكثر، بالتالي يصبح الجسد أداة لمراقبة وصيانة النظام الاجتماعي"[312]. تولي النظريات المعاصرة للبراديغم الثاني بهذا المعنى والمتمحورة حول دلالات الجسد أهمية قصوى للتوازن الذي ينبغي تحقيقه من خلال العلاجات المرتبطة بأعراض وأوصاف الجسد كشيء طبيعي (بمعنى كظاهرة حية) ومن خلال الجسد كدلالة رمزية (بمعنى كظاهرة نفسية وسوسيو–تاريخية) رغم ما يبدو لأول وهلة وكأنها معادلة صعبة المنال وعسيرة التحقيق. إن هذا النقاش الطبي حول فهم كيفية فهم وعلاج الجسد غالبا ما يعود إلى المعتقدات السائدة في مختلف المجتمعات التي تكوّن الواقع الجسدي بكل حمولاته المتعددة الرمزية والنفسية والسوسيو–تاريخية أو الظاهراتية الحية.

ج- البراديغم الثالث: الجسد والسلطة

سوف نتناول في هذا البراديغم النظرية الكلاسيكية عند **ميشيل فوكو** والنظريات المعاصرة عند كل من **بريان تورنر وميك فترستون وجوديت بتلر**. فكيف تناول ميشيل فوكو مقاربته للجسد؟

1. النظرية الكلاسيكية عند مشيل فوكو Michel Foucault

يحتل الجسد عند **فوكو** مكانة مهمة لدرجة أن أعماله توصف على أنها تُشكّل "تاريخ أجساد"، والأسلوب الذي يتم عبره شحن ما يعد الأكثر أهمية وحيوية فيها. إن الانشغال بالعلاقات القائمة بين "الجسد وآثار القوى التي تمارس عليه" مركزي في أعماله. حيث شمل فحص كيفية عمل "فيزياء

[312] Jean Baudrillard, *La Société de consommation*, paris, Gallimard, 1970, et *Pour une critique de l'économie politique du signe*, Collection Les Essais n° 168, Gallimard Parution, 1972. (ترجمة بتصرف)

الجسيمات الصغرى" في قوة التشكيلات المؤسساتية الحديثة عبر قنوات تلتمس طريقها إلى الأفراد أنفسهم وإلى أجسادهم، إيماءاتهم، وكل مسلكياتهم اليومية"[313].

ولذا لا يشكل الجسد عند **فوكو**[314] مجرد مركز اهتمام الخطاب بل يشكل أيضا الرابط بين الممارسات اليومية من جهة وتنظيم القوة أو النفوذ على نطاق واسع من جهة أخرى. إن أعمال **فوكو** في الأنظمة التأديبية وتاريخ الجنسية، نجدها تُعنى أساسا بالتحول من المجتمعات التقليدية إلى المجتمعات الحديثة، بالسبل التي ينتج عبرها الأفراد بوصفهم أشخاصا فاعلين ومرتبطين بمؤسسات.

"لم يعد الأشخاص، حسب فوكو، يشكلون عبر خطابات تشكل الجسد مباشرة بوصفه لحما ودما، بل بخطاب حكم الجسد بطريقة غير مباشرة لكنها متصاعدة عبر تشكيله في صورة "جسد معقلن". وعليه، يعتبر فوكو أن الجسد يتلاشى ككيان بيولوجي ويصبح نتاجا مشكلا اجتماعيا طيعا بشكل غير محدود.

في كتاب فوكو المعنون بـ*"المراقبة والمعاقبة –ولادة السجن"* نجده يعرض بتفصيل دقيق للتحولات العميقة في الطرق الجزائية انطلاقا من تكنولوجيا سياسية للجسد، حيث قدّم قراءة تاريخ مشترك للعلاقات السلطوية وللعلاقات الموضوعية. يعتبر فوكو أن جسد الإنسان هو المكان الوحيد الذي تتقاطع فيه وحوله علومه وممارساته كلها، وإن تتبع تاريخ الجسد يمكن أن يضع بين أيدينا علما ماديا في أركيولوجيا المنشأة المتلازمة والمزدوجة للمعرفة والسلطة عبر شبكيات تمفصلاتها المتتابعة والمعقدة. فمن مرحلة الجسد باعتباره قوة إنتاج أو قوة عمل مادي فحسب إلى الجسد المسيس الذي ينبغي ضبطه اقتصاديا واجتماعيا، يبرز على هامش الجسد المعذّب والمريض، الجسد المجنون والمسجون.

---

[313] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، مرجع سابق، ص 109.

[314] يعتبر **ميشل فوكو** من رواد ما بعد الحداثة الذين تحدثوا عن عالم خارجا، عن نظام خارج الخطاب (extra discoures) والذي يتمثل في البنية المؤسسية التي ينبثق عنها الخطاب، وتكون هي تجسيدا لذلك الخطاب، وأن الخطابات والمؤسسات مثبتة بعلاقات القوة الكامنة فيها، واعتداءا بنتشه، فقد قلب فوكو النظرة الدارجة عن العلاقة بين القوة والمعرفة رأسا على عقب، فلئن كنا اعتدنا على اعتبار المعرفة أداة تمنحنا القوة لفعل أشياء لم يكن في استطاعتنا القيام بها من دونها، فإن فوكو يرى أن المعرفة هي في ذاتها قوة نمارسها على الآخرين، لتحرير الآخرين، أي أن القوة ما عادت للتحرير وأصبحت أداة للاستعباد، وأن الخطاب يجسد المعرفة، ولذا فهو يجسد القوة، ومن يمتلك المعرفة يمتلك القوة لتقرير انسياب المعاني وتحرير الآخرين، وعلى هذا يتكون العالم من ألاف مؤلفة من علاقات القوة، وكل قوة تخلق مقاومة، ومن تم فإن العالم يتكون من صراعات على القوة لا حصر لها، ولعل منهج فوكو فيه تشابه لافتا للنظر بينه وبين نظرية الصراع إلى طبيعة الحياة الاجتماعية التي تتسم بالتقلب والتغير. "إيان كريب"، ***النظرية الاجتماعية*** (من بارسونز إلى هابرماس)، ترجمة محمد حسين غلوم، مراجعة محمد عصفور، سلسلة علم المعرفة، الكويت، العدد 244، أبريل 1999، ص-ص 277-278.

إن تغير علوم ومعارف وأساليب التعامل مع هذه الأنواع الأخرى من الأجساد، يكشف ما يقابله تمفصلية مؤسسة الجسد المنضبط وتاريخ مراحلها لدلالات الضبط وأساليبه وممارساته"[315].

تتضح علاقة الجسد بالسلطة في كتابات **فوكو**، في رؤيته للمؤسسة العقابية، ذلك لأن العقوبات الأكثر قسوة كانت تنفذ علنا؛ حيث كان المجرمون يُحرقون ويتعرضون للاعتداء وتقطع أوصالهم. "يضرب فوكو مثالا بشخصية **داميان**، منذ أن كان محمولا على عربة العرض التي تخترق به شوارع باريس لتصل إلى ساحة إعدامه. كان الجسد هدفا مرئيا لقمع قانون العقوبات، وكانت الجزاءات التي تُوقع بالمذنبين تنقش حرفيا على أجسادهم. في المقابل، كان نظام السجون في القرن التاسع عشر يضع أجساد المذنبين في فضاء مؤسساتي يمكن فيه ترويضها على نحو يستهدف الوصول إلى عقولهم لقد دخلت المؤسسة العقابية إيقاع الرقابة والسلطة العامة"[316].

وهكذا "انمحى في مطلع القرن التاسع عشر المشهد الكبير للعقاب الجسدي، وأخفي الجسد المعذب، واستبعد من القصاص وعَرْض مشهد الألم وتم الدخول في حقبة الرزانة العقابية. يظهر إذن أن تاريخ الجسد قد تناوله المؤرخون منذ زمن طويل، فقد درسوا الجسد في حقل من الديمغرافية، التاريخ، دراسات تهتم بالمرض، ونظروا إليه كموضع للاحتياجات وللشهوات وكمكان للعمليات الفيزيولوجية وعمليات تحول المواد وكأهداف للهجمات الميكروبية أو الفيروسية. لكن الجسد هو أيضا غاطس ضمن حقل سياسي، ذلك أن علاقات السلطة تعمل فيه عملا مباشرا فهي توظفه، تطبعه، وتقومه وتعذبه، وتجبره على أعمال وتضطره إلى احتفالات وتطالبه بدلالات. هذا التوظيف (الاستثمار) السياسي للجسد مرتبط وفقا لعلاقات معقدة ومتبادلة باستخدامه اقتصاديا وإلى حد بعيد كقوة إنتاج، يُزوّد بعلاقات سلطوية ومُسيطرة. في حين

[315] ميشيل فوكو، ***المراقبة والمعاقبة –ولادة السجن–***، ترجمة علي مولا، الطبعة الأولى، مركز الإنماء القومي، بيروت، لبنان، 1990، ص 34.
[316] ميشيل فوكو، ***المراقبة والمعاقبة –ولادة السجن***، ص 37.

إن تكوينه (الجسد) كقوة عمل لا يكون ممكنا إلا إذا أخذ ضمن نظام استعبادي (...) إنها التكنولوجيا السياسية للجسد"[317].

2. النظريات المعاصرة عند ميك فترستون وجوديت بتلر

عُنيَّ الجسد باهتمام العديد من الحقول المعرفية والتي كان لها الفضل في إخراجه من حمولته البيولوجية إلى دلالاته الاجتماعية والثقافية. من ذلك الحديث عن الجسد الأنثوي والجسد الذكوري، ما الذي يجعل الحديث عن هذا التصنيف بناء على النوع أو الجندر الاجتماعي؟ ما هي المحددات الاجتماعية التي تقف وراء ذلك؟

تعتبر **ميك فترستون** قضية الجسد في المجتمعات الغربية المعاصرة قضية مرتبطة بالأساس بالإستراتيجيات التي تؤدي إلى الدفاع عن الجسد وعدم انحطاطه، مركزتا على الممارسات الاجتماعية ذات دلالة ورمزية مرتبطة بمراقبة الأنا المتعلقة بعالم الاستهلاك، خصوصا وأن شروط المجتمع المعاصر ترتكز أساساً على صحة جيدة بل ومظهرا جيدا يحقق المتعة المرجوة. بمعنى؛ أن الجسد يعتبر مركزا للمتعة داخل المجتمع الاستهلاكي المرتبط بنظارة الشباب وجودة الصحة وجمال الهيئة والشكل لأنها عبارة عن مقاييس وشروط رأسمال المجتمعات الغربية المعاصرة التي تتعامل مع هذه المعطيات الجسدية كعملة متداولة. وبالتالي فصورة الجسد لدى الفرد المعاصر غالبا ما تساعد وتؤسس لإعادة إنتاج المجتمع الرأسمالي المتقدم[318].

"حاولت **جوديت بتلر** منذ 1990 تأسيس نظرية مفادها إعادة النظر في القضايا المرتبطة بالنوع المتداول في سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي. حيث دحضت القضايا المرتبطة بالهوية الجنسية بمعنى هوية النوع: الرجل– المرأة ثم الانحرافات الجنسية المرتبطة بالمثليين والمتحولين جنسيا وذلك دفاعا عن الأفراد والأشخاص ذوي هذه الاتجاهات خارج المعايير والقوانين، كل ذلك من أجل الدفاع عن هذه

[317] ميشيل فوكو، ***المراقبة والمعاقبة –ولادة السجن***، مرجع سابق، الصفحات، 36-64.

[318] Mike Featherstone, *Global Culture,* Londres, Newbury Park, New Delhi, Sage Publications, 1990 et *Body Modification,* London, Thousand Oaks and New Delhi: Sage, 2000.

القضايا المتعلقة بالفوارق الجنسية داخل المجتمعات المعاصرة"[319]، وتعتبر بذلك **جوديت بتلر** أنه ليس هناك حدود بين السوي وغير السوس، المعياري واللامعياري الذي يضعها المجتمع، يضع المجتمع حدوداً بين السوي وغير السوي، العادي وغير العادي، المريض والمصاب،...بناء على معايير محددة اجتماعيا ومتفق عليها. حيث أن التنشئة الاجتماعية وعبر مختلف مؤسساتها تضع حدوداً ومعاييراً على إثرها يتم التمييز بين ما هو سوي وما هو غير سوي، وبالتالي بين الصحة والمرض.

وهنا نجد **جورج كانغيلايم** في كتابه *Le normal et le pathologie* يتساءل عن: ما الذي يضع المعيار الاجتماعي لكي نقول هذا جسد سليم وهذا جسد معتل أو مريض؟ وهنا نجد:

محدد السن: كيفية تعامل المجتمع مع الذكور والإناث على اختلاف الأعمار؟ يبدأ المجتمع في المراقبة والسهر على الحماية والعناية بالأجساد سواء كانت ذكورية أو أنثوية؛ حينما تصل مرحلة البلوغ. المجتمع دائما يحمل هاجس الخوف من الأنثى أكثر من الذكر، الخوف أن تجلب له العار بلغة **رايمون جاموس** (العرض والبركة)، إنه بذلك ينهج سياسة مراقبة الأجساد (...)هذا الخوف وهذه المراقبة يتم استدماجها عبر مختلف وسائط التنشئة الاجتماعية من أسرة، مدرسة، الرفاق، مؤسسة الإعلام (...)، بالتالي تكون إصابة هذا الجسد بالمرض محط استنكار وعطف ومسكنة، لماذا؟ بل وأحيانا ينظر إلى الجسد الأنثوي الذي أصيب بهذا المرض على أنه جسد انتهت صلاحيته ويجب تعويضه بجسد آخر سليم وفتي.

بناء على ما سبق يظهر أن البراديغم (الثالث)؛ تناول الجسد كمادة أو نظام أو نسق من الدلالات والعلامات المُعبّرة عن علاقات السلطة. إن واقع الجسد يبدو وكأنه ظاهرة اجتماعية مُعقدة ومُركبة وذات علاقة بالمؤسسات والخطابات والذاتية. حيث استقى **ميشيل فوكو** أفكاره من الماركسية مُؤكدا على بعض

[319] « Judith Butler, théoricienne du genre » sur cairn.info.
Judith Butler, *La Vie psychique du pouvoir. L'Assujettissement en théories*, préface de Catherine Malabou, traduction de Brice Matthieussent, Leo Scheer, Paris, 2002, p. 33.

التصنيفات المُرتبطة بتقنيات الإنتاج التي يتحكّم فيها الفرد على مستوى تغيير الأشياء وخاصة عندما يتعلق الأمر بالمجتمع الرأسمالي وصراع الطبقات وقوة الإنتاج. أما الصنف الثاني فيرتبط بتقنيات نسق الدلالات والعلامات في عالم الخطاب. وعلى هذا المستوى من التحليل الراقي كما يؤكده **بوتلر** لأن الأمر يتعلّق بسلطة الكلمات وقدرتها على التحكم وما تعنيه من معاني ودلالات. أما القسم الثالث من التقنيات فتعتبر رئيسية في هذا البراديغم لأن الأمر يتعلق بأدوات السلطة، حيث تحدد سلوكيات الأفراد بواسطة تقنيات الهيمنة والسيطرة.

إن دراسة أشكال العلاقات الاجتماعية داخل المجتمعات الحديثة والمعاصرة بمؤسساتها المختلفة تُمثل أهم الموضوعات المرتبطة بهذه التقنيات. ومن هنا لابد من التأكيد على تقنية الذات التي تتعلق بالفرد الذي يكتسب رمزيته الفردانية مثل الأفكار والسلوكات وأساليب التعبير ونمط الحياة. من خلال ما تقدم يمكن نستخلص الفكرة العامة التي يمكن حصرها في أن الجسد يعتبر واقعة اجتماعية وكظاهرة تتحكم فيها سلطة.

وفي الأخير يمكن القول أن الواقع الرمزي للجسد يعتبر تعبيرا رمزيا ذا دلالة عميقة مما دفع بعض الدارسين[320] المهتمين بقضية الجسد وعلاقته بالواقع الاجتماعي إلى الدفاع على فرضية تصور الجسد عد فوكو يستدعي فردا ذا جسد مستلب لأنه غالبا ما يبدو كنتيجة منتوج سوسيو خطابي وعلاقاته مع السلطة. إنها إذن مجموع البراديغمات التي حاولت بشتى نظرياتها الكلاسيكية والمعاصرة أن تدرس الجسد كل من وجهة نظرها الخاصة ومن منطلقاتها التفسيرية، لنخلص عبرها إلى أن الجسد بناء اجتماعي وثقافي، تتدخل فيه مجموعة من القيم والمعايير في تفسيره وتصنيفه بين سوي وغير سوي، معياري ولامعياري، عادي ومرضي.

[320] لتعميق فكرة الجسد وعلاقته بالواقع الاجتماعي يرجى الإطلاع على أعمال كل من:

Foucault, Turner, Featherstone, Shilling, Giddens

المحور الثالث: الألم: المفهوم والتجربة

إن تناول تجربة الألم لا يكمن أن تتم، في نظرنا، إلا من خلال التطرق، أولا إلى الألم في بعض معاجم اللغة، ثم اهتمامات بعض العلوم بدراسته (الألم) ونخص بالذكر الأنثروبولوجيا والسوسيولوجيا.

1- في مفهوم الألم

"يشير معجم لسان العرب إلى أن الألم يعني الوجع، والجمع آلام. وقد أَلِم الرجل يألم ألما، فهو أَلِم...ويُجمع الألم آلاما، والأليم:: المؤلم والموجع، مثل السميع بمعنى المسمع.

والعذاب الأليم: الذي يبلغ ايجاعه غاية البلوغ، وإذا قلت: عذاب أليم فهو بمعنى مؤلم؛ قال: ومثله رجل وجِع، وضرب وجِع أي موجع، وتألم فلان من فلان إذا تشكى وتوجع منه. والتألم يعني التوجع. والإيلام يعني الإيجاع..."[321].

و"جاء في معجم التراث الأمريكي American Heritage Dictionary أن للألم عدة دلالات لغوية معاصرة، حيث يشير الألم إلى:

– الإحساس غير السار الذي يحدث بدرجات متفاوتة من الشدة نتيجة للجرح أو المرض أو الاضطراب العاطفي، المعاناة أو الشدة، الآلام pains (بصيغة الجمع) مخاض الولادة، مصدر للإزعاج، إزعاج"[322].

"أما الجمعية الدولية لدراسة الألم، فتقدم تعريفا موجزاً ومكثفاً مفاده أن الألم هو تجربة حسية وعاطفية ترتبط بتلف فعلي أو محتمل في الأنسجة، ويتم وصفه من خلال ذلك التلف"[323]. و"فيما يتعلق بالتصنيف العلمي للآلام، فهناك مجموعة واسعة من المتلازمات الطبية للألم، تتجاوز مائتين وخمسين تصنيفا، غير أنه تم تقسيمها لأربع فئات رئيسية:

---

[321] ابن منظور، معجم *لسان العرب*، ص 22.

[322] حسني إبراهيم عبد العظيم، "الألم: مقاربة سوسيو– أنثروبولوجية"، نقد وتنوير، العدد الثاني، سبتمبر/أكتوبر/نوفمبر،2015، على الرابط التالي: file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/52798530.pdf (اطلع عليه في 20-05-2020)

[323] International Association for the Study of Pain (IASP), 2002.

- تلف الأنسجة العميقة (مثل التهاب المفاصل)
- تلف الأعصاب الطرفية (كما في حالات البتر)
- تلف الجذر (مثل الالتهاب العنكبوتي)
- الآلام مجهولة السبب، حيث لا يوجد علامات على تلف بأي أنسجة، كما لا يوجد سبب واضح لها. (مثل آلام أسفل الظهر، والصداع النصفي)"[324].

لقد "كان الألم مصدر قلق كبير للبشرية منذ القديم، حيث بذلت جهود متباينة لفهمه وتفسيره والتحكم فيه، كما أن الإحساس بالألم ومحاولة فهمه كان ولا زال متأصل في حياة الإنسان، ارتبط تصور الألم بأفكار ومعتقدات تعزى إلى تفسيرات غيبية–روحية، حيث ارتبط الألم في الهند القديمة مثلا بالإله (إندرا) Indra واعتقد الهنود القدماء، كما اعتقد المصريون من قبلهم أن الألم خبرة قلبية. ففي نهاية القرن الأول قبل الميلاد اعتبر (كاركا) وهو أحد المتخصصين في طب العظام في الهند أن القلب هو مصدر الألم والبهجة، كما اعتبره مركزا للوعي أيضا. وتمثل الحضارة اليونانية نقلة نوعية في فهم الألم، حيث بدأ اليونانيون القدماء في الطب، بالتالي مقاربة الألم وفق منهج علمي متحرر من الأسطورة بدرجة كبيرة، لقد انشغل اليونانيون في مرحلة ما قبل سقراط بشكل مكثف بطبيعة الإحساس في أعضاء الجسد، ففيثاغورت Pythagoras الذي تنقل بين مصر وبابل والهند لدراسة الحواس، طرح لأول مرة فكرة أن المخ وليس القلب هو مركز الإحساس والفكر(...) فيما اعتبر **أرسطو** أن القلب هو المهيمن الأعلى على الجسد. وفي مرحلة ما بعد **سقراط** التي انتقل الاهتمام الفلسفي فيها من الطبيعة إلى الإنسان والمجتمع، وظهرت رؤى جديدة ومغايرة للألم تأثرت بشكل خاص بما طرحه أفلاطون وأرسطو، حيث أنهما طنا أن القلب هو

[324] حسني إبراهيم عبد العظيم، "الألم: مقاربة سوسيو– أنثروبولوجية"، نقد وتنوير، العدد الثاني، سبتمبر/أكتوبر/نوفمبر،2015، على الرابط التالي: file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/52798530.pdf (اطلع عليه في 21-05-2020)

مصدر الإحساس وليس المخ، حيث اعتقد أفلاطون أن الإحساس لدى الإنسان ينتج من حركة الذرات المتواصلة عبر الأوردة إلى القلب والكبد" [325].

وعليه يظهر أن مفهوم الألم قد لقي اهتمامات فلسفية قديمة، سبقت الطب الحديث والمعاصر والذي مازال يبحث عن تعريف للألم، فكيف تعيش المصابات بسرطان الثدي تجربتهن مع هذا الألم؟ الذي يرتبط في غالب الأحيان مع علاجهن للمرض.

2- تجربة الألم عند المريضات

شكلت تجربة الألم تجربة إنسانية عميقة عبر الزمن، استلزمت اهتمام وتحليل مختلف العلوم الفلسفية، الطبية والاجتماعية، النفسية والأنثروبولوجيا استناداً للتكامل المنهجي.

إنّ الحديث عن تجربة الألم في علاج سرطان الثدي كأحد الأمراض المزمنة، تختلف التصورات والتعبيرات عنه لدى المريضات باختلاف الإستراتيجيات التي تتبعنها في تصريفه. فكيف اهتمت الأنثروبولوجيا والسوسيولوجيا باعتبارهما أحد العلوم الإنسانية بالألم؟ وكيف تعيش المستأصلة الثدي هذه التجربة 'المؤلمة'؟

إن الألم كمعيار لدلالة على المرض يجد أصوله الأولى في التفسير الأنثروبولوجي، وليس السوسيولوجي، ذلك أن التعبيرات والدلالات المصاحبة للألم تختلف من ثقافة مجتمعية إلى أخرى. ومن تفسير إلى آخر، فذرف الدموع مثلا قد يعبر على الفرح وقد يعبر على الحزن.

يعتبر **دافيد لوبروتون** كتاب *أنثروبولوجيا الألم "Anthropologie de la douleur"*، في نظرنا، أهم الباحثين الذين تناولوا مفهوم الألم في الأنثروبولوجيا، حيث تناول مواضيع مهمة مرتبطة بالألم من ذلك؛ أشكال الألم والألم كمكانة اجتماعية والأبعاد الرمزية للألم ثم الممسارات الطبيّة والثقافية المرتبطة بالمرضى.

[325] حسني إبراهيم عبد العظيم، "الألم: مقاربة سوسيو– أنثروبولوجية"، نقد وتنوير، العدد الثاني، سبتمبر/أكتوبر/نوفمبر،2015، ص 200-201على الرابط التالي:
file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/52798530.pdf

ونجد **لوبروتون** في حديثه عن أشكال الألم Formes de la douleur يتحدث عن الألم الحاد La douleur aigue والألم المزمن La douleur chronique ثم الألم الكليLa douleur totale[326].

"تحاول كل الشعوب أن تبدع في التصدي للأمراض والعذاب والأوجاع الإنسانية وانحلال التوازن الفكري والجسدي في أشكال ومستويات مختلفة طبقا لإمكانياتها الاقتصادية ومعارفها الفكرية وحدسها. وهنا نجد **مارك بورفسكي** Mark Zborowski قد قام بدراسة لسلوكيات التعبير عن الألم بأحد المستشفيات بأمريكا وأجرى تجربته على عينة من الإيطاليين واليهود، فوجد أن استجابتهم للألم تختلف وتساءل ما إذا كان للثقافة والدين والتنشئة تأثير على تعبيرات الألم، رغم صدور الألم نتيجة ضغوط فيزيولوجية؟"[327].

"اتضح **لمارك بورفسكي** من خلال دراسته حول أنثروبولوجيا الألم، أن البروتستانت ذوي الأصل البريطاني، غالبا ما يميلون إلى الاستجابة بطريقة واقعية للألم، مما يمكّنهم من التكيف بسرعة أكبر مع المرض أكثر من المجموعات الأخرى، مثل المرضى ذوي الأصول الأيرلندية؛ هؤلاء الايرلنديين كثيرا ما يقْمعُون معاناتهم ويميلون إلى إنكار الألم، أما المرضى اليهود والإيطاليين فهم يستجيبون إلى مرضهم بعاطفة أكثر انفتاحا. ومع ذلك فإن المرضى اليهود كانوا قلقين في المقام الأول بشأن عواقب مرضهم على المدى الطويل، بحيث لم يطمئنوا إلى الأدوية التي تساعد على التخفيف أو إنهاء الألم على غرار المرضى الإيطاليين الذين كانوا أكثر توجها إلى الألم الحالي، وكانوا على الأقل راضين إلى حد ما على ألمهم"[328]، و"لا يشير الألم إلى ظاهرة طبيعية خالصة وأصيلة، فحدوده مثله مثل المرض تتسع وتضيق بناءا على موقع الأفراد داخل المجتمع وأدوارهم الاجتماعية، لذلك يعتبر **مارك زبوروفسكي** أن الألم ليس مؤشرا دقيقا على وجود المرض، خاصة عندما اعتبر أن الألم ليس مفهوما طبيا أو بيولوجيا بشكل عام،

---

[326] للتفصيل أكثر يرجى مراجعة: David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Editions Métailié, 2006.

[327] صوفية السحيري بن حتيرة، **الجسد والمجتمع-دراسة أنثروبولوجية لبعض الاعتقادات والتصورات حول الجسد-** مرجع سابق، ص 237.

[328] Article sur internet, «**Health Behavior, Illness Behavior, and the Sick Role**», https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00039896.1966.10664421?journalCode=vzeh20 Date de visite 17/11/2017

وإنما هو مفهوم اجتماعي يُبْنى ويتم قبوله واستدماجه جماعيا. إن الألم الذي يشتكي منه الفرد يكون ناتج عن خلل في النظام العام للجسد وما يرافق هذا الألم من عدم القدرة على القيام ببعض الأنشطة اليومية البسيطة. لذلك فإن الألم من وجهة نظر فيزيولوجية ليس إلا 'شعوراً وإحساسا غايته الحفاظ على حياة الفرد وبقاؤه"[329]. "إن معنى الألم لا يمكن اختزاله في اتجاه واحد ووحيد، بل إن هذا الأخير يقبل من المعاني بقدر ما يوجد من المجتمعات، يمكن تصنيفها رغم ذلك وبشكل تعسفي ضمن ثلاث مجموعات كبرى تنطلق كلها من أسس اجتماعية وثقافية بالدرجة الأولى وهي: الألم المرغوب فيه لذاته، الألم الذي يحدثه الغير ثم الألم الطبيعي.

إنّ الألم المرغوب فيه لذاته: هو الألم الذي يبحث عنه الفرد لأسباب ثقافية واجتماعية أو إيديولوجية، وهو مرغوب فيه لأنه يصنع للمتألم مكانة خاصة داخل المجتمع أو يسعى من خلاله إلى تنبيه الجماعة التي يعيش فيها بالدور الكبير الذي يقوم به داخل النظام الاجتماعي. إن هذا النوع من الألم السابق ذكره لا يرتبط بالمجتمعات البدائية كما يمكن أن يتخيل البعض، بل يوجد حسب **زبوروفسكي** داخل المجتمعات الغربية الحديثة أيضا مثل بعض الأفراد الذين ينتمون إلى بعض التنظيمات السياسية في ألمانيا تلك التنظيمات الطلابية أو العسكرية يلجؤون إلى شق وجوههم إعلانا منهم عن العلاقة؛ من أجل رسم بعض العلامات التي تعلن وجودهم كأفراد داخل جماعة اجتماعية مميزة"[330]، أو يمكن ملاحظتها كذلك على أجسام بعض (المنحرفين)، حيث يقوم هؤلاء بإحداث جروح كثيرة وغائرة في أنحاء متفرقة من أجسامهم حتى ينالوا انتماءهم إلى جماعة معينة ويحصلون على المكانة والتوقير الذين يسعون إليه. وبالتالي يكتسبون مجموعة من الفوائد المادية والرمزية.

يتميز النوع الثاني من الألم، أي ذاك الذي يكون الغير مصدره بطابعه الاحتفالي إنه الألم المقبول والمنتظر الذي يتلقاه الفرد من داخل ممارسة ثقافية مشروعة ومعترف بها من طرف المجتمع، وإذا كان

[329] Marc Zborowski, *La diversité des attitudes culturelles a l'égard de la douleur*, in François, Steudler, *Sociologie médicale*, op. cit., p. 122.
[330] Ibid, p. 122.

هذا النمط يظهر بشكل خاص داخل الرياضة والحرب والمصارعة وداخل بعض الممارسات الدينية؛ عندما يتعلق الأمر بمجتمعنا المغربي مثلا يمكن أن نعثر على هذا النوع من الألم داخل الكثير من الممارسات الثقافية خاصة تلك التي تظهر داخل احتفالات المواسم والزوايا مثل تلك التي تحدث داخل (اشراكة بقبيلة ازعير أو سيدي براهيم بولعجول بالسهول أو سيدي بنعاشر بمدينة سلا...)، حيث يقوم بعض الأفراد بإحداث جروح مؤلمة بأطراف أجسادهم. إن هذا النوع من الألم يرتبط كذلك في نظر **زبورفسكي** بالطب ويحدثه الطبيب لحظة فحصه أو علاجه للمريض، لذلك فإن الألم الذي يحسه المريض لحظة الفحص أو طلب العلاج ليس ألما يلحقه الفرد بنفسه وإنما يطلبه ويقبله من الغير.

ويتحدد النوع الأخير من الألم (الألم الطبيعي) بمجموع المشاعر والأحاسيس التي يحدثها المرض، أو التي تنتج عن إصابة إحدى أطراف الجسد، أو الذي تسبب في وجوده بعض الظواهر المركبة التي تحضر فيها القيم الثقافية والاجتماعية بشكل واسع مثل الموت.

إن هذا النوع من الألم الذي يرتبط بالمرض ويخترق جميع أزمنة حدوثه أي قبل وبعد ولحظة حدوث المرض هو ما يهمنا في هذا الإطار لأن الألم المرغوب فيه لا يعبر في نظر صاحبه عن ظاهرة مرضية بقدر ما يعبر عن حدث ثقافي يؤسس لدخول اجتماعي ورمزي جديد أو يجدد تجربة اجتماعية فائتة.

إن هذه الأشكال الثلاثة للألم تنتمي للنظام العام للصحة. وهذا لا يزيد في الحقيقة إلا تأكيد فكرة أن حدود الصحة والمرض تنبع من خارج الجسد وتحددها شروط غير طبية. فالألم الذي لا يتقدم داخل استعماله الاجتماعي كظاهرة شمولية واحدة هو نفسه الألم الذي تضيق وتتسع طرق التعبير عنه والقول به.

كلما انتقلنا من مجتمع إلى آخر ومن جماعة إلى أخرى داخل نفس المجتمع نجد أشكالا وأصنافا للألم، فاليهودي داخل الولايات المتحدة الأمريكية كما يبين ذلك **زبوروفسكي** يبالغ بشكل كبير في التعبير

عن الألم مقارنة مع الإيطالي. أما السبب في ذلك فهو راجع إلى الوضع الاجتماعي الذي يحتله كل واحد منهما داخل النسق الاجتماعي العام أو الصورة التي يحملها كل طرف عن نفسه داخل المجتمع. فالأول (اليهودي) يحاول أن يعيد إنتاج وضعه الاجتماعي المقترن بالخوف وعدم الإحساس بالأمن اتجاه وضعه الصحي، حيث تصبح كل سلوكاته الصحية ناتجة عن طبيعة الموقع الذي يجد نفسه فيه داخل البناء الاجتماعي[331]. أما الثاني (الايطالي) فهو يستجيب لمرضه بعاطفة أكثر انفتاحاً فيقبل إلى حد ما تجربته مع الألم.

"تساءل **زبورفسكي** Zborowski من خلال تناوله مسألة الألم عن ما إذا كان من الممكن اعتبار عتبة للألم متشابهة عند جميع الأفراد. اتضح له أن تصور الألم والموقف المرتبط به راجع حسبه للوسط الثقافي. وقد اعتبر **دافيد لوبروتون** أن الألم يتغلغل في وجود الإنسان ويستولي عليه، فيصبح دخيلا على وجوده ويتم استلابه بواسطة هذه القوة السلبية (الألم) التي تستولي عليه إذا فشل في التعامل معها وفي تصريفها.أشارت العديد من الدراسات إلى العلاقة التي تربط المرض بالألم"[332]، في إشارة منها إلى أن أهمية الألم كمعيار للمرض وغيابه كدليل على الصحة وأمام مرض سرطان الثدي الذي غالبا ما لا يرتبط اكتشافه بالإحساس بالألم أصبح هذا الأخير (الألم) مؤشرا مضللا وغير دال على وجود اضطرابات عضوية مرتبطة بالألم وهو الأمر الذي نجد **ايميل دوركايم** يقول به، حيث يرفض **دوركايم** اعتبار الألم كحالة تدل على المرض[333].

لقد انتبه **دوركايم** إلى النتائج الخاطئة التي يمكن أن ينتهي إليها الباحث عند محاولة فهم الحالة الباثولوجية وما يرتبط بها من أسئلة وإشكالات بيولوجية أولا واجتماعية ثقافية ثانيا الشيء الذي دفعه إلى

---

[331] يرجى مراجعة زكرياء الإبراهيمي، ***الصحة والمجتمع –دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي-***، الطبعة الأولى، مطبعة ردمك، 2016، ص-ص 162-163.

[332] David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Op. Cit. ; et *Enquête Nationale à Indicateurs Multiples et Santé des Jeunes*, ENIMSJ 2006-2007. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé, 2008. (ترجمة بتصرف)

[333] للتفصيل أكثر يرجى مراجعة Emile Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, Librairie FELEX ALGAN, 1919.

رفض مبدأ الألم كمعيار لتمييز الحالة المرضية عن الحالة العادية، حيث يعتبر أن العلاقة بين المرض والألم غير واضحة بما فيه الكفاية، إذ أن هناك عدد من الأمراض والإختلالات الفيزيولوجية الخطيرة التي لا تحدث ألما (مرض السرطان مثلا)، وهناك كذلك مجموعة من الآلام التي يعيشها الأفراد دون أن يعتبروها قطعا مرضا. فالحيض مثلا بالرغم مما يرافقه عند بعض النساء من ألم على مستوى الجسد إلا أن الحيض لا يعد مرضاً دون الحديث عن التعب أو الجوع...الخ.

إن رد إميل **دوركايم** لمعيار الألم كمحدد لحالة المرض، يمكن أن يجد إحدى معانيه في انتباه هذا الأخير لكثير من التصورات الطبية التي هيمنت لمدة طويلة على الفهم الطبي للصحة والمرض، في مقدمتها أطروحة **لوريش** حول الصحة، حيث اعتبر **لوريش** أن الطب والمعرفة الطبية بشكل عام ليست هي من تكتشف الأمراض، بل على العكس من ذلك. إن المرضى هم من يكتشفون الأمراض وبالتالي فإن الألم ليس معياراً طبياً يمكن من خلاله الحديث عن المرض، لأن تقييم الأفراد للألم يختلف من فرد لآخر، ومن مجموعة اجتماعية إلى أخرى.

يمكن اكتشاف مظهر آخر من مظاهر رفض **دوركايم** لمعيار الألم كمؤشر على وجود المرض. بناء عليه يقدم **دوركايم** للصحة مفاده أنها؛ الحالة التي تنمو فيها القوى الحية بشكل سليم ويتكيف داخلها الجسم مع محيطه بطريقة كاملة"[334]، إن هناك أمراض توجد داخل جسم الإنسان دون أن تُحدث ألماً أو يمكن أن يَحدث ألم داخل الجسم دون أن يكون هناك مرض[335]. كذلك إن ما دفع **دوركايم** إلى رفض الألم كمؤشر على وجود المرض، هو أنه (الألم) نتيجة مباشرة لارتباط المرض بالمرضى أكثر من ارتباطه بالطب. وهو ما اعتبره **لوريش** في أن المرض يحدث أولا داخل الوجود الاجتماعي للمريض، وبالتالي فهو يرتبط بالمعرفة الاجتماعية.

---

[334] ترجمتنا بتصرف Emile, Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*، ص 38، مرجع سابق.
[335] زكرياء الإبراهيمي، ***الصحة والمجتمع –دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي***، ص 166.

إن موقف **دوركايم** من الحس المشترك الذي أنتج مفهوما للألم كدليل على وجود الخلل العضوي. مما يكشف لنا عن؛ لماذا لا يمكن أن تستسلم المعرفة السوسيولوجية لهذا المعيار حسب **دوركايم**. فالألم ليس مفهوماً علمياً حسبه، وبالتالي فإن استعماله كمعيار للحكم على الظواهر يعني الاعتماد على المعرفة الحسية المباشرة وعلى الوعي الجمعي في أبسط تمظهراته الاجتماعي، أي السقوط في المعرفة العامية، الذي كان الهم والعَدو الأول للمشروع الدوركايمي، بعد هذه اللمحة الابستمولوجية التي تهم الألم هل هو معيار للمرض أم لا؟ ننتقل إلى الحديث عن تقييم الأعراض واختلافها بين المجتمعات والثقافات، حيث أن هناك تأثيرات اجتماعية وثقافية كبيرة تهم طريقة تفسير الناس واستجابتهم للأعراض الطبية مثل الألم على سبيل المثال، حيث تستند الاختلافات في الاستجابة للألم إلى مستويات مختلفة من التسامح في الآلام التي توصف ثقافيا في مختلف الحالات سواء لدى النساء أو لدى الرجال أو لدى مختلف المجموعات العرقية.

لقد اهتم **جورج كانغيلام**[336] كثيرا بالتجربة الذاتية، خاصة تلك التي تعانيها الذات المريضة. فهي حسبه ذات همشتها المعايير الموضوعية كونها تعيش نوعا من التهميش أو العزل الممارس من طرف الطب أو المجتمع. إن تجربة المريضة مع مرض سرطان الثدي، غالبا ما تجعلها تطرح العديد من الأسئلة من قبيل: لماذا جسدي مريض؟ كيف أصبت بهذا المرض؟ لماذا أنا بالضبط وليس شخصاً آخر؟ لماذا في هذا العضو بالذات؟ ولما كان الثدي هو العضو الأكثر تمييزا للمرأة عن الرجل وهو رمز الأمومة ورمز الأنوثة أيضا؛ فهو رمز الأمومة لعلاقته بالإرضاع الطبيعي وهو رمز الأنوثة لما يمثل من صفات جمالية ويختلف شكل وحجم الثدي من امرأة إلى أخرى. فإن إصابة الثدي بالمرض وتعرضه للاستئصال والألم المصاحب للعلاج والذي يختلف من مصابة إلى أخرى حسب الزمان والمكان، حيث أن هناك مصابات أحسسن بالألم قبل معرفتهن بالمرض وهو السبب الذي دفعهن إلى الفحص وبالتالي مباشرة

[336] يعتبر جورج كانغيلام **G. Canguilhem** الفيلسوف ومؤرخ العلوم والأستاذ المباشر لميشيل فوكو، وقد أشرف عليه في رسالته للدكتوراه، ولقد مارس كل منهما تأثيره على الآخر، فلم يكن كانغيلام يخجل من توظيف أفكار تلميذه فوكو بل كان يحيل عليه في كثير من الأحيان.

العلاج، فيما هناك من المصابات من أحسسن بالألم في فترة تلقي العلاج خاصة الكيماوي منه فقط، فيما هناك فئة من النساء يبقى الألم مصاحبا لهن لفترات طويلة من العلاج، يمكن أن يتراوح الألم وعدم الراحة من الألم البسيط إلى الألم التعجيزي، والثدي يتعرض لألم أثناء الرضاعة أو بعد الفطام لكن هذا الألم عادة ما يصنف على أنه احتقان الثدي أو التهاب الثدي.

وعليه، فالإنسان هو الكائن الوحيد الذي يعي أنه يتألم وأنه مريض، والقدرة على الوعي بالألم هي جزء من التلاؤم النقدي مع الجسد في مجال ما نسميه صحة الإنسان، والصحة هي القدرة على تحمل مسؤولية شخصية أمام المرض، أمام الألم، الضعف، القلق، وأخيرا أمام الموت. كل ذلك نلخصه في عبارة **ميرلوبونتي** "أنا جسدي ليس أمامي، في مواجهتي، بل أنا جسدي".

إن الألم على حد تعبير **ايميل دوركايم** إذن، يعتبر أمرا مرغوبا فيه، فالفرد يكرهه كما المجتمع يكره الجريمة، مع ذلك نرجعه إلى الفيزيولوجيا الطبيعية[337].

لقد اعتبرت البراديغمات الثلاث في جل نظرياته، الكلاسيكية والمعاصرة، أن الجسد مادة أو نسق دال على مجموعة من المعاني والدلالات المرتبطة بالفرد والتي يتدخل فيها المجتمع سواء بشكل مباشر أو غير مباشر (رمزي).

والألم باعتباره إحدى الموضوعات التي لاقت اهتمام مختلف العلوم في الفلسفة إلى الطب المعاصر، لم يكن اهتمام علماء الاجتماع به سباقا، بل كان الأنثربولوجيون هم من بحثوا في أشكال الألم وتعبيراته ودلالته ثم الطقوس المرتبط به، لنخلص إلى أن تصريفه عند المصابات بسرطان الثدي موضوع بحثنا ارتبط باستراتيجيات معينة[338].

[337] E Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique,* PUF, Paris, nouvelle ED, p. 50.

[338] سوف نأتي لتبيانها لاحقا.

الفصل الرابع:
السياسة الإستشفائية ومرض سرطان الثدي

مقدمة

المحور الأول: مفهوم المستشفى وتطوره التاريخي

1. المستشفى كمفهوم

2. المستشفى كتنظيم وكمؤسسة

المحور الثاني: الصحة والمرض بالمجتمع المغربي

1. فترة ما قبل الحماية

2. الطب المغربي في فترة الحماية

3. الطب في الوقت المعاصر

المحور الثالث: السياسات الصحية بالمغرب، نموذج سياسة مكافحة سرطان الثدي

1. برامج ومخططات تهتم بمرض سرطان الثدي

2. الرعاية الصحية لمريضات سرطان الثدي

3. التغطية الصحية عند المريضات بسرطان الثدي

تركيـــب

تعد مرحلة الاستشفاء من المراحل الأساسية في تدبير المرض، وخاصة مرض سرطان الثدي وما يرتبط به من مسارات علاجية. إن المستشفى كمكان للعلاج يعتبر أيضا مكانا لقراءة سير عمليات العلاج التي تتلقاها النساء المصابات بهذا الداء، لذلك نرى أنه من الضروري تناول مفهوم المستشفى والاستشفاء بداية، لنتطرق بعد ذلك إلى الحديث عن الصحة والمرض بالمجتمع المغربي وذلك عبر تصنيف زمني مهم، يتمثل في ضرورة العودة إلى مرحلة ما قبل الحماية ثم من فترة الحماية إلى الاستقلال، وأخيرا الفترة المعاصرة، والتي تعرف تفشي ما يسمى بالأمراض المزمنة أو أمراض العصر، ومنها سرطان الثدي.

إن الأمراض المزمنة تتطلب دفتر تحملات كبير يخص العديد من الجوانب سواء كانت مادية أو لوجستيكية أو اقتصادية أو نفسية أو اجتماعية إلى غيرها. وبما أن المستشفى يعتبر أحد المجالات التي ترتادها المصابات بمرض سرطان الثدي وبالضبط في الجناح الخاص بالأنكولوجيا، فذلك يتطلب منا وللضرورة المعرفية والمنهجية التعرف على كيف اهتم المتخصصون بهذا المجال (المستشفى) وكيف تم تعريفه؟ ثم ما هو وضع الصحة والمرض في المجتمع المغربي عبر فتراته التاريخية التي تشمل فترة ما قبل الحماية، إلى الحماية ومنذ الاستقلال حتى الفترة الراهنة؟

المحور الأول: مفهوم المستشفى وتطوره التاريخي

يعتقد أن أول من أقام البيمارستان[339]، كان الوليد الأموي الذي تولى الخلافة عام 16ه بالشام، وهو أول من بنى المارستان في الإسلام. إنّ"أول من اتخذ المارستان في مصر هو أحمد **بن طولو** وبلغ كراء المقعد (أي السرير) فيه كل يوم إثني عشر درهما(...) وكان في المارستان العضدي أربعة وعشرون من الأطباء منهم الكحالون والطبائعيون والجراحون والمجبرون كل يداوي حسب اختصاصه (...) ومن أنجع الوسائل التي كان العرب يقاومون بها الأمراض بجانب المصحات حسن التغذية وتناسب الملبوس

[339] المارستان مصطلح كان يطلقه العرب على المكان الذي يتلقى فيه المرضى العلاج، ما يصطلح عليه اليوم "المستشفى".

مع الفصول والأساليب الوقائية وفي مقدمتها الطهارة"[340]. لقد كان العرب يهتمون إذن بالجانب الوقائي، ذلك باختيارهم لتغذية أفضل ولباس يلائم الفصول الأربعة من السنة.

وقد "تطورت وتكاثرت في العصر العباسي الكثير من البيمارستانات، فشيد عدد كبير منها في بغداد والقاهرة ودمشق ومراكش وفاس وغيرها من العواصم الإسلامية والمدن الكبرى وكان سلاطين المسلمين يبالغون في عنايتهم بها، ذلك باختيار المكان الملائم الذي يصلح لإقامتها، كما كانت لهم سياسة طبية مرسومة في تدبيرها"[341]. إنه ونظرا لوعي العرب بالدور المحوري الذي تلعبه البيمارستانات (المستشفيات) في حياة الأفراد والجماعات تم تشييد عدد كبير منها خاصة في المدن والعواصم الكبرى.

و"من أقدم البيمارستانات وأجملها في دمشق، البيمارستان النوري الذي شيّد في القرن السادس للهجرة/ الثاني عشر للميلاد. وعلى غرار مثيلاتها في الشرق أنشئت في المغرب عدة بيمارستانات، وقامت بمهامها أحسن قيام. ويعتبر مستشفى مراكش أهمها وأكثرها شهرة لما حظي به من عناية وإتقان في التشييد والبناء والتنظيم والإدارة والسبق، حيث أسسه الخليفة أبو يوسف يعقوب المنصور سنة (580-595هـ)، وهو ما عرف آنئذ باسم بيمارستان مراكش وأعطيت له العناية والأولوية والاهتمام بالضروريات كما الجزئيات التي أولتها السلطة السياسية العليا في عهد الموحدين في بناء البيمارستانات تحت إشراف أعلى سلطة سياسية في البلاد ممثلة في شخص الخليفة نفسه. ويرى الباحث المغربي العلامة محمد بن عبد العزيز بنعبد الله "أن أول بيمارستان عُرف بإفريقيا الشمالية هو الذي أسسه المنصور الموحدي بمراكش، قبل تأسيس مدينة القاهرة بقرن تقريبا" [342].

إن المغرب كدولة تنتمي للقارة الإفريقية، عرفت أكبر وأشهر بيمارستان في عهد الخليفة أبو يوسف يعقوب المنصور والذي أولاه العناية اللازمة وسهر على حسن تدبيره وتسييره.

---

[340] عبد العزيز بنعبد الله، ***الطب والأطباء بالمغرب***، دون ذكر الطبعة، المطبعة الاقتصادية، 1380-1960، ص-ص 7-8.

[341] البشير بنجلون ***"تاريخ البيمارستانات في المغرب"*** المستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس، عدد 3 أكتوبر 2012، مقال على الأنترنيت، (تم الإطلاع بتاريخ 29/01/2020 على الساعة 22.02).

[342] نفس المرجع السابق.

1. المستشفى كمفهوم

إنه وفي البحث عن المستشفى وجدنا أن "كلمة Hôpital (المرادف الإنجليزي لكلمة "مستشفى") مشتقة من الجذر نفسه والذي اشتقت منه الكلمتان الإنجليزيتان Hospitality (حسن الضيافة) وHostel (نزل) و hôtel (فندق)"[343]، أما الاستشفاء في الفرنسية **L'Hospitalisation** فهو يفيد "القبول وإيواء المرضى الجرحى، امرأة حامل في مؤسسة لتشخيص الأمراض والعلاج أو النقاهة"[344]. للاستشفاء أنواع عديدة نذكر منها على سبيل الحصر:

- الاستشفاء القصير وهو الذي يفرض على المصابين البقاء داخل المستشفى لمدة زمنية قصيرة من أجل علاج بعض الأمراض العابرة وإجراء عمليات جراحية.

- الاستشفاء الطويل المدى ويتميز بطول مدة العلاج للمرضى، خاصة أولائك الذين يعانون من الأمراض المزمنة، ويتلقون علاجا لمدة طويلة.

- مستشفى النهار وفيه يتلقى المصابون العلاجات والإسعافات ويغادرون المستشفى في نفس اليوم.

ويعود مفهوم المستشفى في نشأته وتطوره إلى مراحل تاريخية قديمة عرفتها الحضارة الإنسانية قديما قبل أن يتطور الطب وتتطور معه طرق العلاج، وقد عرفت البيوت العلاجية تطوراً نتيجة تطور المجتمعات والحضارات، إذ نظمت نمطية المؤسسات السوسيو–صحية لليونان القديمة واتخذت أنواعا مختلفة منها:

النوع الأول: وهي مؤسسة كانت تسير من طرف الدولة، حيث كانت تسمى بريتاني Prytanée.

النوع الثاني: وهو المستوصف وكان يسمى إياتريا La Trea.

النوع الثالث: سمي بالمعابد والتي جمعت الممارسات الدينية بالممارسات الطبية[345].

---

[343] وليام بايتم، ***تاريخ الطب-مقدمة قصيرة جدا***، ترجمة لبنى عماد تركي، مراجعة هبة عبد المولى، الطبعة الأولى، مطبعة هنداوي، 2016، ص 36.

[344] Robert Laflan, *Vocabulaire de psychologie et de l'enfant*, Paris, PUF, 4ème édition, 1979, pp. 255-524.

[345] Ibid.

وقد "حدث بعد ذلك تحديد على مستوى المؤسسة اليونانية التي كانت مهيأة حسب الجو العبودي والعسكري لتلك الفترة، إذ خصصت مجموعة من الممرضات للجنود وبيتاً للمرضى"[346]. ويعتبر المستشفى مكونا أساسيا، له طبيعته البنائية والوظيفية التي تَنْعكس على منظومة العلاقات التي تنشأ داخله وعلى علاقته بالمجتمع ككل. وينظر إلى التنظيمات الإستشفائية باعتبارها تمثل بناء اجتماعيا تعبر عن مجموعة من العلاقات المهنية بين الأطر الصحية، من أطباء وممرضين وغيرهم وبين المرضى بمختلف فئاتهم وأعمارهم وجنسيتهم ومستوياتهم التعليمية والاقتصادية وظروفهم النفسية والاجتماعية والصحية إلى غير ذلك. وعليه فالبناء الاجتماعي للمؤسسة الإستشفائية يمثل "نسقا من العلاقات التي تطبعها أخلاقيات مهنة الطب والتمريض وغيرها وكذلك التخصص المهني العلمي الدقيق في شكل تراتبي محدد ومعتبر ومرتبط"[347].

وهكذا يظهر أن مفهوم المستشفى عرف تطورا تاريخيا منذ ظهوره، انعكس ذلك على وظائفه وعلى الفئات المستفيدة منه.

2. المستشفى كتنظيم وكمؤسسة

لقيت دراسة المستشفى نجاحا كبيرا من طرف العديد من الدارسات السوسيولوجية بالولايات المتحدة الأمريكية، بحيث حاولت هذه الدراسات تطبيق مناهج وتقنيات البحث المستعملة في مختلف المجالات الأخرى على المستشفى منها المقاولات الصناعية التي درست التراتبيات الإدارية والسلطة من داخل المستشفى ومشاكل المراقبة، أخذ القرارات والمواقف المرتبطة بالتغيرات وتقسيم العمل ودرجة رضى مختلف الفئات المشكلة لكل مهمة ثم الإنتظارات بين مختلف المجموعات، الخ.

---

[346] Bigman (I) : l'Hôpital et la cité : Ed : cosmos, 1963, In Lamiri (Larbi), *Diffusion et Incideros des nouvelles technologies médicales sur les systèmes des soins en pays de développement cas d'Algérie*, Thèse, IS, université d'Alger, 1995, p. 11.

[347] الدويبي عبد السلام بشير، ***علم الاجتماع الطبي***، مرجع سابق، ص 71.

"قام المتخصصون على التوالي في علم النفس وعلم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي أمثال T. Burling و E.M. Lentz و R.N. Wilson منذ سنة 1949 حتى 1954 بتطبيق دراسة ميدانية من خلال تقنية الملاحظة لوظائف ستة مستشفيات عامة في شرق الولايات المتحدة الأمريكية، كما استخدموا تقنية المقابلة، حيث بحثوا في تحليل العلاقات بين–الشخصية والتفاعلات ما بين المجموعات العاملة بالمستشفى[348]. حيث وقف الباحثون في هذه الدراسة عند مجموعة من أمور البحث تتجلى في الرغبة في معرفة مكانة المستشفى كمؤسسة من بين المؤسسات الأخرى الجماعية الأمريكية، ثم مواصفات الأشخاص الذين يرغبون في العمل بالمستشفى وتساءلوا حول الإيجابيات الواقعية التي حققوها في عملهم والاتفاق والتعاون فيما بين المجموعات المختلفة في وضعية العمل ثم النتائج المنتظرة من هذا كله. أخيرا رغب هؤلاء الباحثون في معرفة التوقعات والنماذج المتكيف معها للانتماء للمجموعات التي انخرطوا فيها وأنواع الأنشطة المهنية للمستشفى[349].

تناول الباحثون في مؤلفهم الجماعي المذكور سابقا، المستشفى في الإطار السوسيو- تاريخي ووصفوا بنية السلطة مهام مختلف المجموعات من الممرضين والعاملين الاجتماعين والعمال الخ) وخاصة ما يتعلق بالخدمات الطبية والمختبرات. حيث مكّنهم تحليل بنية السلطة بالمستشفى من توضيح كيف تأسست العلاقات بين القائمين على الإدارة والإداريين والأطباء، بمعنى آخر تعريف وتحديد الأدوار ورهان التحالفات والصراعات بين مختلف الفاعلين بالمستشفى.

حاول **وليام كوديل** William Caudill من وجهة نظر مشابهة تحليل مستشفى الطب النفسي مثل الجماعة الصغيرة كانعكاس للنظام الاجتماعي معتمدا على تقنيات بحث منها: المقابلات، الملاحظات واستعمال برنامج T.A.T (Thematic, Aperception, Test) الذي يدرس نسق

[348] François Steudler, *Sociologie médicale*, Paris, Librairie Armand Colin, 1972, p. 52.
Temple E. Burling, Edith M. Lentz et Robert N. Wilson, *The Give and Take in Hospitals: a Study in Human Organisation*, New York, G.P. Putnzm's sons, 1956, p. XIII ; voir aussi l'étude de Basil S. GEORGOPOULOS et Floyd C.MANN, The Community General Hospital, New York, Macmillan, 1962.
[349] François Steudler, *Sociologie médicale*, Paris, Librairie Armand Colin, 1972, p. 52.

التفاعلات التي تقع داخل المستشفى، سَنُّ القرارات الإدارية، اختلاف المشاكل الجماعية، أشكال ومواقف الأطباء والأشخاص إلى غير ذلك. كما أن دراسة المقاولة عند إرفنج كوفمان Erving Goffman من خلال مستشفى الطب النفسي، ومختلف مؤسسات الطب النفسي التي لازالت مشهورة، تنضاف كذلك لهذه الدراسات. لقد رفض كوفمان الأخذ بالتأويل الأحادي للطب النفسي، وبيّن كيف أن المرض يقود إلى سلسلة من التنازلات الخاصة بالمرضى والتي يتم وفقها التكيف مع أهداف المستشفى، موازاة مع ذلك يتم التكيف الثانوي من المجتمع كي لا يبلغ درجة النفور الكلي من المستشفى عامة ومستشفى الطب النفسي خاصة.

سجلت دراسة كوفمان حول مستشفى الطب النفسي إذن قطيعة مع التفسيرات الأحادية التي تَدْرُس وظيفة المرض من داخل المستشفى لتعطي إجابات متمثلة على الأقل في نوعية الأهداف العلاجية. كما وضحت أن بنية المستشفيات ليست بمكان محايد، إنها تعبير عن رؤية الطب وعن عتامة المكان العقابي الذي هو المستشفى.

أوضح روبير كاستل **R.Castel** أن "التأويلات الحقيقية لبنية مستشفى الطب النفسي، تبين أنه وسط خاص، كما أن تفسيرات علم النفس الاجتماعي في حدودها وأضعافها، تكشف أيضا وتنتج نسيان التاريخ، عدم معرفة الأهداف المحددة والوظائف المضطلعة للمؤسسة داخل المجتمع الكلي"[350]. إن **كاستل** رأى بضرورة النظرية الشاملة لمؤسسة المستشفى.

لهذا تظل مجمل الدراسات السوسيولوجية للمستشفيات الأمريكية وظيفية، تبحث عن تفسير الإختلالات التي تصيب هذا النسق، دون الأخذ بعين الاعتبار أن المستشفى هو أيضا رهان لفاعلين في السياسات والذين يريدون أن يتجاوزوا المستشفى ك"تنظيم" (نسق من العلاقات الداخلية بالمستشفيات) إلى

[350] François Steudler, *Sociologie médicale*, Ipid, p. 53.

المستشفى ك"مؤسسة" التي تضم الفاعلين والمتدخلين مثل الدولة، الجماعات المحلية، المستثمرين، الأحزاب، النقابات ومجموعات الضغط[351].

المحور الثاني: الصحة والمرض بالمجتمع المغربي

عرفت المجتمعات الإنسانية تحولا كبيرا على مستوى نوع وحجم وطبيعة الأمراض والأوبئة التي كانت تستهدف الأفراد والجماعات على حد سواء. فإذا كانت الأوبئة بجميع أنواعها والحمى والسل الرئوي هي الهاجس الصحي الأول بالنسبة للمجتمعات الغربية في الماضي، فإن اختفاء هذه الأمراض تقريبا من خريطتها الصحية تم تعويضه ببروز أمراض جديدة كانت غائبة عن الوعي الصحي بهذه المجتمعات مثل أمراض القلب والأمراض المعدية والسرطان والسيدا.

"يتفق جل المؤرخين الذين اهتموا بالتاريخ الصحي والديمغرافي بالمجتمع المغربي، وقبلهم بعض المراقبين الصحيين والإثنوغرافيين والرحالة والمستكشفين على أن المغرب كان يعاني خلال بداية القرن العشرين من فراغ ديمغرافي كبير يسهل على الجميع ملاحظته، وهو الأمر الذي بدا واضحاً في الأرقام التي قدر بها هؤلاء جميعاً سكان المغرب خلال فترة ما قبل الحماية، بل وحتى مرحلة ما قبل إنجاز أول إحصاء عام للسكان بالمغرب سنة 1960. حيث إن السبب الحقيقي وراء هذا النقص السكاني الكبير يفسر في الغالب بطبيعة الأوضاع الصحية وبالتالي الشروط الاجتماعية والاقتصادية التي كان يعيش داخلها المجتمع المغربي خلال فترة ما قبل الحماية"[352].

ويرجع اختيارنا لهذه المراحل التاريخية للحديث عن الصحة والطب بالمجتمع المغربي إلى ضرورات كرونولوجية ومنهجية، فمرحلة ما قبل الحماية التي عاشها المجتمع المغربي تختلف عن تلك التي عاشها في فترة الحماية، ثم الفترة الراهنة. وما صاحب ذلك من انتقال وبائي كبير وتحولات عديدة مست العديد من الميادين أهمها الصحة والمرض والموت والحياة.

[351] François Steudler, *Sociologie médicale*, Ipid, p. 54.

[352] زكرياء الابراهيمي، ***الصحة والمجتمع: دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي***، مرجع سابق، ص-ص 105-106.

1- فترة ما قبل الحماية

لقد كانت الأمراض العَدُوَ الأول للمغرب تاريخياً والسبب الأول في ارتفاع معدل الوفاة والذي لم يستطع التغلب عليها، إلا عندما جعل ليوطي من الطب سلاحا اجتماعيا، ووسيلة من وسائل الاختراق والإخضاع والاستغلال السلمي للمغاربة. وهو ما ظهرت أولى نتائجه في التحولات التي عرفتها ظواهر الموت والحياة والمرض والصحة. حيث عرفت المجالات المغربية ارتفاعا ديمغرافيا وإن بأشكال متفاوتة[353].

لم يكن هذا "النمو الديمغرافي الذي عرفته المدن المغربية حسب **كاطان** Katan، نتيجة لحركة هجروية داخلية من البوادي نحو المدن، بقدر ما كان انعكاسا طبيعيا للسياسات الفرنسية بالمغرب، بعد أن جعلت هذه الأخيرة من المسألة الصحية ومن الطب مدخلاً مباشراً وأساسيا للهيمنة على المغرب، وأداة لمراقبة هذا المجتمع بالمعنى الذي يستعمله فوكو لهذا المفهوم، أي أن الوظيفة الأولى للطب بالنسبة لليوطي لم تكن علاج المجتمع المغربي وتطهير جسده ومجاله مما كان يحيط به من أمراض، بل إن الهدف كان سياسياً وعسكرياً بامتياز"[354].

تعد الدراسات الجادة والمتعلقة بالمعرفة الطبية وتاريخ بعض الأمراض المزمنة بالمجتمع المغربي قليلة على عكس ما حدث في أوربا، حيث تم الإنكباب على هذا الحقل قبل ما يزيد على ستين سنة، بالمغرب يمكن الإشارة إلى أعمال الباحثين المغاربيين مثل **محمد الأمين البزاز وبوجمعة رويان**، إضافة إلى أعمال الباحث التونسي **حسين بوجرة**، والذين كانوا رائدين في مجال الطب.

تناول **بوجمعة رويان** بالدرس والتمحيص الطرق التي اعتمدها الطب الاستعماري لمعالجة وبائي الطاعون والزهري بالمغرب، فحلل الإجراءات المتخذة لمحاربة الفأر والعهارة، واستخلص أن الفرنسيين

---

[353] لقد تمكنت وجدة والدار البيضاء على سبيل المثال من مضاعفة ساكنتها بين 1917 و 1947، حيث انتقل عدد سكان الأولى من 19000 سنة 1917 إلى 91000 سنة 1947، وارتفع عدد سكان الثانية من 80000 إلى 551000، وانتقلت بور ليوطي "القنيطرة" من مدينة صغيرة لا يتعدى سكانها 10000 نسمة إلى 56600، وهو الأمر نفسه الذي تم تسجيله بكل من وزان ومازغان "الجديدة" وموغادور "الصويرة" وآسفي، حيث ارتفاع سكان هذه المدن جميعها وبغض النظر عن الأسباب الاجتماعية المتدخلة فيه، فإن تحسن الأوضاع الصحية للسكان من خلال توفير الحاجيات الطبية الأساسية لهذه الساكنة كان بدور حاسم في هذا النمو. نفس المرجع السابق ص 106.

[354] نفس المرجع السابق، ص 106.

بالرغم من قضائهم على هذين المرضين، لم يتمكنوا من وضع حد للأمراض التي لها صلة بالوضعية الاقتصادية والاجتماعية[355].

أما ابن الخطيب الذي يعد موسوعة فكرية ناذرة حيث ألف في الطب تسع مقالات وكتبا، وخاصة كتابه المعنون ب"الوصول إلى حفظ الصحة في الفصول"، لقد اهتم بموضوع حفظ الصحة في فصول السنة. وركز على "البعد الإيكولوجي" نظرا لمعرفته وخبرته بدور هذا العامل، لأن هذه المعرفة تعد أساسية باعتبارها وسيلة لتدبير حياة المرء في البيئة التي يعيشها. كما اهتم بقضية أساسية وهي قضية الطبخ وما يتناوله المرء...وهذا ما يعادل ما أشار إليه هو نفسه حين أكد على قضية "الحمية" ودورها في تأمين سلامة صحة الإنسان في أزمنة السنة المتنوعة الفصول"[356]. وعن مسألة تدبير صحة البدن في أزمنة اليوم فلها وقت معلوم مفهوم مرتبط بأحوال الجسد في 'النوم واليقظة' وقد جسد ابن الخطيب هذا العامل فربط بينه وبين أعضاء الجسد مركزا على ما يجب فعله مع الطفل منذ لحظة ولادته كذلك نبه إلى كل ما يجب فعله وما يجب تجنبه في تدبير صحة الشيخ كذلك، كما انتبه إلى ضرورة معالجة الشيوخ بما يربط معدتهم من الأغذية والمياه والأشربة. لقد ربط ابن الخطيب بين الغذاء وسلامة البدن من أعراض المرض وعلى أن تدبير صحة المرء مرتبط بقدرته على ملاءمة تدبره للزمن الطبيعي الذي يعيش فيه.

وبالعودة إلى **ابن خلدون** نجد أن الطب عنده وُضع لغايتين هما حفظ صحة الإنسان وزوال أمراضه. يتفق ابن الخطيب مع سلفه في هذه القضية مع تأكيده على مبدأ الوقاية التي تعد عملا جوهريا تؤكده الملة وتحرص عليه[357].

"أما بخصوص الوضع الطبي خلال العصر السعدي يمكن الارتكان إلى **الفقيه الكانوني** الذي استعرض في مؤلفيه ***تاريخ الطب العربي بالمغرب***" و***تاريخ الطب المغربي من منظور شمولي***"؛ فقد

---

[355] آسية بنعدادة، ***المعرفة الطبية وتاريخ الأمراض في المغارب***، الطبعة الأولى، منشورات عكاظ، 2011، ص 9.
[356] آسية بنعدادة، ***المعرفة الطبية وتاريخ الأمراض في المغارب***، مرجع سابق، الصفحات 15-16.
[357] نفس المرجع السابق، الصفحات 24-25.

اعتمد على التسلسل الكرونولوجي، وتتبع نشأة الطب المغربي وتطوره وأفوله ولخّص المراحل التاريخية الكبرى للطب في أربعة أدوار أساسية وهي:

- دور التكوين في القرون الأربعة الإسلامية الأولى.
- دور الازدهار والركود في القرنيين الخامس والسادس أي عصر الدولتين المرابطية والموحدية.
- دور الوقوف والركود في القرنيين السابع والثامن خلال عصر الدولة المرينية.
- دور الانحطاط في القرن التاسع فما بعد.

ينسب الكانوني للسلطان السعدي عبد الله غالب خلال الفترة ما بين (1557-1574م) تشييد مستشفى مراكش الذي بناه سنة 970 هـ/1564م أي 7 سنوات بعد توليه الحكم، حيث أَدَّى **بيمارستان** مراكش السعدي دورا هاما في المعالجة وكذلك في تحضير الأشربة والأدوية للمرضى، وذلك لتوفره على صيادلة كما ذكر الكانوني. وتعايشت أجيال عديدة ومتخصصون من مشارب متنوعة بالبيمارستان السعدي، وشكلت مؤلفات **جالينوس والرازي وابن سينا** أساس المادة العلمية المعتمدة لتكوين الأطباء آنذاك.

اعتمد الأطباء خلال العصر السعدي على الاستشارة والمناظرة التي كانوا يعقدونها أساسا بالحاضرتين المهمتين مراكش وفاس. ولاشك أن تشييد بيمارستان جديد بالحاضرة مراكش – وإن لم تواكبه بناءات أخرى– صاحبه ترميم بعض البيمارستانات التي استعادت أدوارها، ومنها بيمارستان سيدي فرج بفاس كما أن فضاءات أخرى كالدكاكين ومنازل الأطباء قامت بأدوار هامة في تحضير الأدوية أو المعالجة أو التعليم. ذكر الكانوني بأن البيمارستان السعدي استمر إلى سنة 1330هـ/ 1913م ثم تحول إلى مأوى للمجانيين، وأخيرا إلى سجن للنساء وبالتالي تم هجره تماما عقب الحماية فطاله الخراب"[358].

[358] آسية بنعدادة، ***المعرفة الطبية وتاريخ الأمراض في المغارب***، الطبعة الأولى، منشورات عكاظ، 2011، الصفحات 30-31-36-38-42.

2- الطب المغربي في فترة الحماية

إن الطب المغربي في فترة الحماية أو ما يسمى بالطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب عرف مجموعة من التحولات، فمثلما كانت سنة 1912م سنة توقيع الحماية على المغرب، ودخوله رسميا تحت وصاية فرنسا، فإنها كانت كذلك سنة ظهور إدارة الصحة كأداة لتغلغل الطب الفرنسي بالمغرب، وإن كانت أنشطة الأطباء للعمل في التغلغل السلمي قد بدأت قبل ذلك التاريخ.

أكد اميل كيرن Emile Kern وهو من المهتمين بامور الصحة الذين زاروا المغرب قبيل الحماية، أن الماء الذي كان المغاربة يحفظونه في الصهاريج لاستعماله في الشرب لم يكن صالحا للشّرب واستدل على ذلك بما لاحظه من فساد الصُّور المحادية لأشرطته التي تعرضت للتلف بما كان يشوب الماء من مكروبات. كما لاحظ أثناء تطوافه بالمغرب أن الآبار التي كان ماؤها يستعمل للشرب كانت مفتوحة للهواء المطلق، مما كان يجعلها مُعرّضة باستمرار لما قد تجره الرياح من غبار وقاذورات. وتلتقي هذه الملاحظات مع ما كتبه **جاك كايي** Jacques Caillé من أن الماء كان يخرج نقياً من العين، ويتلوث أثناء جريانه نحو المدينة بسبب عدم حراسة الأنابيب الموصلة وعدم تنظيفها، بالإضافة إلى ما كان يرتع فيها من سلاحف وحيوانات صغيرة أخرى[359]. وقد ارتبطت بمياه الشرب بعض الأمراض ذات الطبيعة الوبائية والعدوى السريعة وأول مثال يطالعنا في هذا الصدد الحمى التفويدية la typhoïde التي عرفها المغرب خلال صيف 1937م في مدينة سطات بشكل كثيف ومفاجئ إذ ثبت أن الفرشة المائية التي كانت تغذي المدينة بماء الشرب قد تلوثت من قنوات واد الحار التي كانت على حالة من التلف تسمح للمياه القذرة من التسرب من جوانبها إلى الأماكن المجاورة، فشرب سكان المدينة ماءاً غير صحي مشبع بالقاذورات.

"وأشار تقرير إدارة الصحة أنداك لسنة 1938 إلى كثرة المصابين بحمى التفوئيد بمراكش وآسفي، وسبب ذلك مياه العيون والسواقي والآبار التابعة للأحباس. وأخذت مدينة الدار البيضاء بنصيب وافر من

[359] بوجمعة رويان، ***الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب 1912-1945***، مطبعة ردمك، الرباط، 2013، ص 48.

هذه الحمى في صيف 1945، وكان سكانها يعانون من مجاعة طاحنة. وكان سبب هذا الوباء تلوث ماء الشرب بقاذورات تسربت إليه من قنوات جرف المياه المستعملة والفضلات(...). وتسبب الماء الملوث في أمراض أخرى خطيرة كالزحام la dysenterie، وهو عبارة عن إسهال مفرط ينتاب الإنسان متى شرب ماءاً غير صالح. ومن أهم أنواع هذا المرض الزحام الأميبي الذي اشتهرت به مدينتا فاس ومكناس"[360].

يبدو أن ماء الشرب قد ظل يطرح الكثير من المشاكل الصحية أمام سلطات الحماية، التجأت على إثرها إلى القيام بالعديد من المحاولات من أجل توفير ماء طهور لحواضر المغرب النافع لكن استعمال الماء ظل محفوفا بكثير من المخاطر وظلت الأمراض المرتبطة بتلوثه تهدد المغاربة باستمرار داخل المدن أو في البوادي. ولربما أدركت سلطات الحماية أن مشكل الماء الصالح للشّرب مع ما يعنيه ذلك من توفير ماء طَهور للمغاربة من المشاكل الاجتماعية التي يتعذر أن تنوء بأعبائها، فجاءت الحلول انتقائية في هذا الباب تستهدف حماية الأوربيين وبعض من يجاورهم من المغاربة مما قد يتسبب فيه تلوث الماء من الانحرافات الصحية.

إن ما طال الماء الصالح للشرب من مخاطر صحية على الأفراد والجماعات طال أيضا ظروف السكن، فهذه الأخيرة لم تكن تستجيب لأبسط ما تقتضيه شروط الصحة، وهو ما كان يساعد على انتشار الأوبئة وتفشي الأمراض؛ فما أن ينزل الوباء بحي من الأحياء أو حومة من الحومات حتى تسري العدوى بين الأزقة ويتوطن الداء ليحصد الناس بغير حساب.

وقد عبر عن دور الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب بما لا مزيد عليه من البيان طبيبان من الرعيل الأول بقولهما: "إن مكافحة الجدري والتيفوس والطاعون وحمى المستنقعات وكل الأمراض المتوطنة بالمغرب، أمر يفرض نفسه بالفعل، سواء لمصلحة الجيوش أو المعمرين، وكذا لمصلحة محمييينا، الذين بوقايتنا لهم من الأمراض يتقلص موت الأطفال(...) ونكون قد حافظنا على يد عاملة

[360] نفس المرجع السابق، ص 51.

لخدمة الأرض ومجندين للعمل في فياقلنا"[361]. وأكد ذلك **كولمباني** في ما بعد بقوله "إن الهدف النفعي هو كما أبرزه كالييني، الحفاظ بكل الوسائل على الرأسمال البشري، لنضمن حصيلة من اليد العاملة نحن في حاجة إليها منذ أول يوم لاستغلال بلد حديث الدخول تحت السيطرة"[362].

وكانت استفادة المغاربة قليلة من التجهيزات الصحية والعلاجية رغم اختفاء الأوبئة وتمكن الحماية من قطع دابرها، في حين ظلت أمراض أخرى تنخر المجتمع وزاد أمرها تفاقما لأن الإجراءات الصحية في شأنها كانت تلامسها بشكل سطحي أبعد من أن يقْضي عليها أو تستأصل جذورها.

3- الطب في الوقت المعاصر

إنه لمن الصعب جدا وصف ما عاشه المجتمع المغربي من تحولات صحية لكونه عانى إلى حدود أواخر النصف الأول من القرن الماضي من أمراض تصنف تقليديا ضمن أمراض الزمن القديم، مثل الطاعون والكوليرا والجذري والجدام وهي الأمراض التي استمرت إلى حدود العقد الثامن من نفس القرن. ورغم ذلك لا يمكن إنكار الدور الكبير الذي لعبته السياسات الاستعمارية في تجاوز المجتمع المغربي لكثير من المحن الصحية الكبرى التي عانى منها عبر تاريخه.

لقد عاش المغرب تغيّراً وبائيا خلال القرن الماضي شأنه في ذلك شأن العديد من المجتمعات القريبة منه، حيث شهد انتقالاً ملحوظاً من منظومة خاصة للأمراض والأوبئة مع ما يرافقها من شروط وظواهر وأحداث سبق ذكرها إلى منظومة أخرى من الأمراض تختلف جذريا عن الأولى من حيث مجموع أعراضها وخصائصها الطبيعية، ومن حيث الشروط والمحددات الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تنتجها وتتحكم في وجودها أو اختلافها.

"تعرف الأمراض المهيمنة اليوم في جل المجتمعات بتلك الأمراض المزمنة أو الأمراض الباثولوجية بخصائصها (طول المدة، التدبير الضروري الذي يفرضه العلاج) والتي تعبر عن وضعية اجتماعية

[361] بوجمعة رويان، ***الطب الكولونيالي الفرنسي بالمغرب 1912-1945***، مطبعة ردمك، الرباط، 2013، ص 51.
[362] نفس المرجع السابق، ص 438.

صعبة. فالأمراض الجديدة التي أصبحت تشكل المشهد الصحي بالمغرب لم تعد هي الطاعون والتيفوس أو الجذري، أي لم تعد هي الأمراض الميكروبية المعدية التي ميزت المرحلة الأولى من وجود الأوبئة بالمغرب. بل أضحت أنواعاً مغايرة من المرض ناتجة عن نظام العيش داخل المجتمع بعد أن تم القضاء عن جل أسباب وجود وانتشار النمط الأول من الأمراض. إن السكري والسرطان وجل أمراض القلب والشرايين وأمراض الجهاز التنفسي...الخ أمراض غير معدية ناتجة أساسا عن نمط العيش الحديث التي يمكن تلخيصها حسب وزارة الصحة المغربية في العديد من العوامل أهمها: "التدخين والتغذية غير المتوازنة وقلة ممارسة الأنشطة البدنية...(إن) عوامل الخطر السلوكية هاته متجذرة بعمق في البنية الاجتماعية والثقافية للمجتمع"[363]. وتصعب مكافحتها جذريا كونها مرتبطة بسلوكات وبأوضاع اقتصادية واجتماعية كثيرة ومتغيّرة.

إن هذه الأمراض التي تعتبر من مميزات الوجود الاجتماعي المعاصر تختلف –كما أشرنا سابقا– من حيث مظاهرها الوبائية وأسبابها كذلك عن الأمراض السابقة (كما هو الحال بالنسبة لمرضي الطاعون والتيفوس مثلا) وتقدم نفسها كأمراض فردية لا تسبب الموت فإنها تعد كذلك نمطاً من أنماط الحياة التي تلحق الوجود الفردي، وتفرض عليه نظاما خاصا من العيش يجبره على استبدال سلوكاته الطبيعية والاجتماعية والثقافية والإنتاجية، بسلوكات تختلف جذرياً عن القواعد والقوانين الاجتماعية التي يتواضع عليها المجتمع ويجد فيها الفرد نوعاً جديداً من الوجود الاجتماعي، تقوم أساسا على الإعفاء من جل الوظائف والأدوار التي يكون ملزماً بفعلها في حالة الصحة، وعدم محاسبته عندما يقوم بعدم احترام بعض الظواهر الدينية (التعاطي للتدخين مثلا يكون السبب في كثير من حالات أمراض الرئة). وعليه يمكن القول إن "الانتقال الوبائي" الذي عاشه المجتمع المغربي هو انتقال من نظام اجتماعي إلى آخر في نفس الوقت، ومن محددات وشروط معينة لوجود الأفراد إلى أخرى تختلف عنها فمعرفة المجتمع المغربي اليوم

[363] زكرياء الإبراهيمي، ***الصحة والمجتمع***-*دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي*، مرجع سابق، ص 137.

لأمراض مزمنة تختلف عن تلك التي كانت سائدة قبل الحماية أو أثناء الاستعمار لا يعني اختفاء تلك الأمراض المعدية والطفيلية لأن الإجراءات الصحية في شأنها كانت تلامسها بشكل سطحي أبعد من أن تقْضي عليها أو تستأصل شأفتها.

عموما يمكن القول إن التحولات الوبائية التي عرفها المجتمع المغربي منذ القرن السادس عشر إلى اليوم تحكمها مسألتان ما تزالان فاعلتان في المجتمع إلى اليوم، الأولى تتمثل في الدور الذي تلعبه الشروط السياسية والاقتصادية والاجتماعية في ولادة الأمراض وتوزيعها منها توفير الغذاء، السكن، الماء الصالح للشرب، وسائل النظافة...الخ، وكلها عوامل تلعب دوراً هاماً في حياة الناس. والثانية تتجلى في أن اختفاء هذه الأوبئة داخل المجتمع المغربي لم يرافقه اختفائها من داخل الوعي الاجتماعي، هذا الأخير يظل حاضرا في ذاكرة المغاربة. فإذا كان هذا هو وضع الطب المغربي في فترات ما قبل الحماية والحماية ثم الاستقلال، فماذا عن السياسات الصحية المهتمة بمرض سرطان الثدي كأحد الأمراض المزمنة والمعاصرة؟

المحور الثالث:السياسات الصحية بالمغرب، نموذج سياسة مكافحة سرطان الثدي

تتمثل السياسات الصحية حسب فهمنا في مجموع البرامج والإستراتيجيات والبنيات والمقاربات التي أنتجتها سلطات الحماية الفرنسية من أجل تدبير الشأن الصحي بالمغرب، والتي اعتمدت على مقاربتين اثنتين: المقاربة الإستعجالية والمقاربة البنيوية.

المقاربة الإستعجالية تتمثل في توفير الترسانة القانونية والإدارية والمؤسساتية اللازمة لتنفيذ السياسة الصحية وتدبير العمل الطبي بالمغرب، كما تتجسد في بعض الإجراءات الطبية التي اتخذتها سلطات الحماية الفرنسية من أجل القضاء على الأمراض أو على الأقل التحكم في بعض الأوبئة والأمراض التي كانت تقض مضجع "الأهالي" والمعمرين على حد سواء والتي شملت حملات التلقيح والعزل والغسل والنظافة، والوقاية عموما التي كانت تقوم بها إدارة الصحة العمومية، باعتبارها الهيئة التي كانت مكلفة

بكل الأسئلة المرتبطة بالصحة العمومية والاستشفاء والاستشارة وعلاج المرضى والوقاية الصحية للبلد والحماية الاجتماعية والمساعدة كذلك[364].

"أما المقاربة البنيوية فقد تشكلت من خلال خلق مؤسسات طبية متنوعة تمثلت في مجموعة من المعاهد والوحدات الصحية، وفي كثير من المؤسسات الإستشفائية الحديثة التي ظهرت لأول مرة بالمغرب، بعدما كانت الزوايا والأضرحة والمساجد والحَامَّات والمارستانات هي الأمكنة العلاجية الوحيدة بالمغرب"[365]. فسواء كنا مع المقاربة الاستعجالية أو مع المقاربة البنيوية فالأمر يدعو إلى التساؤل عن جودة هذه المقاربات في إرساء وتفعيل البرامج والمخططات المصوغة بالنسبة للاهتمام بالأمراض المزمنة، ونخص بالذكر مرض سرطان الثدي. وهنا نرى مشروعية التساؤل عن:

- مدى تفعيل وتنزيل هذه المخططات والبرامج على أرض الواقع؟
- هل هناك حكامة في التدبير؟
- هل هناك تكافؤ وعدالة في استفادة كل المصابات بهذا الداء من العلاج؟

لقد اتسمت معالجة القطاعات الاجتماعية في المغرب بتغيرات ملحوظة خلال السنوات الخمس الماضية، ذلك أن الملفات الأساسية شهدت قطيعة ثلاثية الأبعاد في جودة التشخيص والصياغة، ثم في المعالجة والقيادة، وأخيرا في نوعية وحجم الموارد التي يتعين رصدها لهذه القطاعات؛ كما تعددت مجالات التدخل، إلا أن فلسفة التعامل معها صارت اليوم واضحة للعيان، فأوجه العجز معروفة ومقر بها، وتندرج معالجتها في سياق الاستثمار الذي تتحمله الأمة أكثر مما تندرج ضمن تدابير تصحيحية.

[364] زكرياء الإبراهيمي، ***الصحة والمجتمع:*** *دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي*، مرجع سابق، ص 124.
[365] نفس المرجع السابق، ص 127.

1- برامج ومخططات تهتم بمرض سرطان الثدي

من المخططات التي عمل المغرب على صياغتها في السنوات الأخيرة والتي تهم مرض السرطان نجد ما يلي:

- الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016
- المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان 2010-2019
- المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان 2020-2029

"تشير منظمة الصحة العالمية في أحد التقارير عن المرأة والصحة (بيانات اليوم وبرامج الغد) إلى أنه على الرغم من بعض التقدم المحرز، لا تزال المجتمعات وفي جميع أنحاء العالم مقصرة في حق المرأة في المراحل الأساسية من حياتها، ولاسيما في مرحلتي المراهقة والكبر. بناء على ذلك، تدعو المنظمة إلى اتخاذ إجراءات في قطاعات أخرى غير القطاع الصحي من أجل تحسين صحة الفتيات والنساء"[366]. فما الذي فعله المغرب من أجل إيلاء الأهمية لهؤلاء النساء المصابات بهذا المرض الفتاك؟

"في السنوات الأخيرة ونظرا لارتفاع معدل انتشار عوامل الخطر ذات الصلة بالأمراض غير المعدية مثل مرض السكري (33.6%) وأمراض القلب والشرايين (6.6%) والسرطان والأمراض التنفسية المزمنة... جعل المغرب يعتبر محاربة الأمراض غير السارية أولوية وطنية"[367]. وما الذي فعله المغرب لمواجهة مرض سرطان الثدي؟

"قام المغرب بوضع البرنامج الوطني لوقاية ومكافحة السرطان الذي يطور وينفذ بتشاور ودعم من جمعية لالة سلمى لمحاربة السرطان، بحيث أن هذه الخطة توصف من قبل الهيئات الدولية التي توصي باستخدامها على أنها نموذج لمعالجة هذه المشكلة الصحية الرئيسية. كذلك تمت صياغة وتنفيذ برامج

[366] منظمة الصحة العالمية L'OMS، *مركز وسائل الإعلام*، على الرابط www.who.int (تم الإطلاع عليه بتاريخ 20/07/2017 على الساعة 00.38).
[367] الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016 على الرابط التالي ص 53: http://www.sante.gov.ma/Pages/Accueil.aspx
تم الإطلاع بتاريخ 09/07/2017 على الساعة 08.00

التشخيص الجيد لدى المرضى المعرضين للخطر والذي تضمن تعزيز حصص الكشف عن مرض السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض السرطان لدى النساء"[368].

كرس المغرب الحق في الصحة بصفة صريحة في الدستور لاسيما في المادة 31 المتعلقة بالحق في الولوج إلى الرعاية الصحية: "تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية على تهيئة كل الوسائل المتاحة لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات على قدم المساواة من الحق في العلاج والعناية الصحية والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية..."[369] جاء في المخطط القطاعي للصحة للفترة الممتدة ما بين 2012-2016 على أساس تحليل ودراسة الوضعية الصحية بالمغرب، بناءً على مقتضيات الدستور الجديد، وعلى أساس توجهات البرنامج الحكومي لنفس الفترة. تنص المادة 154 على أنه "يتم تنظيم المرافق العمومية على أساس المساواة بين المواطنات والمواطنين في الولوج إليها والإنصاف في تغطية التراب الوطني والاستمرارية في أداء الخدمات"[370].

فماذا عن الإجراءات والتدابير التي جاءت في الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016؟

من الإجراءات التي تضمنتها الإستراتيجية القطاعية الصحية المذكورة: توسيع نطاق إدماج الرصد المبكر لسرطانات الثدي وعنق الرحم في الرعاية الصحية الأولية. إضافة إلى تعزيز وتحسين جودة الخدمات للرصد المبكر لسرطانات الثدي وعنق الرحم [371]. من الواضح إذن أنه توجد زوايا عدة لسياسات الاهتمام بالسرطان، وهذه الزوايا مرتبطة ارتباطا وثيقا باقتصاديات المرض يظهر ذلك من خلال التركيز على الاختلافات في الحالات المشخصة ومعدلات الوفاة، ويُعتبر هذان العاملان موجهين لسياسات التعامل مع المرض، فسرطان الثدي والبروستاتا يمكن من خلاله توضيح الاختلافات بين الجنسين[372].

---

[368] نفس المرجع السابق، الإجراء 73، ص 54.
[369] *دستور المغرب*، الصادر عام 2011م.
[370] *الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016* ص 18.
http://www.sante.gov.ma/Pages/Accueil.aspx (تم الإطلاع بتاريخ 09/07/2017 على الساعة 10.25
[371] الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016، الإجراء 32، ص 36. (المرجع السابق)
[372] نيكولا جيمس، ***السرطان-مقدمة قصيرة جدا-***، مرجع سابق، ص 32.

فكلا العضوان يلعبان أدوارا مهمة في النواحي الجمالية والجنسية والإنجابية، وكلاهما يتعرضان لتغيرات خلال مراحل العمر المختلفة استجابةً لمستويات الهرمونات[373].

إن الاهتمام المبكر بسرطان الثدي وعنق الرحم في السياسات الصحية المغربية لهو شيء ايجابي وجيد، لكن ماذا عن الرعاية والمواكبة الصحية لهذه الأمراض بعد اكتشافها، هل تستفيد جميع الفئات الحاملة لمرض سرطان الثدي من رعاية صحية متساوية وهل هناك تغطية صحية شاملة لهؤلاء؟

"من ناحية ظهور حالات جديدة يعد سرطان الثدي أكثر أنواع السرطان انتشارا بين النساء، حيث يشكل 21 % من حالات السرطان التي تصيب الإناث و14 % من حالات السرطان التي تصيب الإناث الناجمة عن السرطان على المستوى العام لكن معدل البقاء على قيد الحياة بالنسبة لسرطان الثدي أفضل بكثير من ذلك الخاص بسرطان الرئة إذ يعيش ثلاثة أرباع ممن يعانون من سرطان الثدي في أوربا وأمريكا الشمالية خمس سنوات. بل في البلدان الأقل تقدما يبلغ أكثر من نصف مريضات سرطان الثدي هذه المدة. كما أن دراسة أنماط الإصابة بسرطان الثدي تساعد أيضا في إيضاح بعض الأساليب التي يمكن لإحصائيات السرطان من خلالها أن تلقي الضوء على سلوك المرض"[374]. ويعد سرطان البروستاتا–من أوجه كثيرة– المقابل عند الذكور لسرطان الثدي عند الإناث.

يعتبر سرطان الثدي وعنق الرحم في المجتمع المغربي من بين السرطانات الأكثر انتشارا في صفوف النساء، حيث إن هذين النوعين يشكلان تقريبا نصف نسبة السرطانات المسجلة في كل سنة– حسب إحصائيات سجل السرطانات في الدار البيضاء الكبرى– لهذا وفي إطار المخطط الوطني للوقاية ومكافحة السرطان 2010–2019م، فإن وزارة الصحة وبشراكة مع مؤسسة لالة سلمى للوقاية وعلاج السرطان قامت منذ سنة 2010م، بتنزيل البرنامج المنظم للكشف المبكر عن سرطان الثدي وعنق الرحم

[373] نيكولاس جيمس، ***السرطان-مقدمة قصيرة جدا***، ترجمة أسامة فاروق حسن/ مراجعة أميرة علي عبد الصادق، الطبعة الأولى، مطبعة كلمات، 2023، ص 13.

[374] نفس المرجع السابق، ص 18.

والذي تم تفعيله والتأسيس له في 2012[375]. وقد استهدف هذا البرنامج الكشف المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم، النساء البالغات من العمر ما بين 40 و69 سنة. وهذا الكشف يتم من خلال الاختبار السريري للثدي بالإضافة إلى أشعة mammographie في المركز المرجعي للصحة الإنجابية –مركز الرصد المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم. أما الفحوصات الثانوية فإنها تدخل ضمن الفحوصات والتشخيص التي تدعى Anatomo–pathologiques والتي تهم أخذ عينة من الثدي المشكوك فيها وإخضاعها للاختبار لمعرفة ما إذا كانت مسرطنة أم لا؛ ثم مواكبة ذلك بالفحوصات والإجراءات الضرورية.

وهنا نتساءل عن الرعاية الصحية والتي اخترنا متغير "دور الحياة" كمثال للحديث عنها، لأن دور الحياة تعتبر من العناصر المهمة المتدخلة في مدى أخذ المريضات للعلاجات الضرورية.

2- الرعاية الصحية لمريضات سرطان الثدي

يرتبط تقدم الرعاية الصحية وعلاج المرض بتقدم المجتمع وتطوره وارتفاع مستوى معيشة أفراده وزيادة درجة وعيهم بمظاهر الصحة وعوامل المرض وأسس التغذية والحماية أو إصلاح البيئة وغيرها. ويؤكد الكثير من الباحثين على الصلة المباشرة بين الواقع الصحي وبين الواقع الاجتماعي. إدراكا منا لأهمية ودور الرعاية الصحية التي يجب أن تخصص لهذه الفئة من النساء التي تعاني من هذا المرض المزمن قمنا بطرح السؤال على المبحوثات عن مجانية الفحوصات والدواء الموصف لهن من قبل الأطر الطبية المختصّة. فكانت أجوبتهن كالتالي: 100% من المبحوثات أكدن على أدائهن لمبلغ مالي عند إجرائهن الفحوصات بالأشعة بالمستشفى العمومي بمنطقة خنيفرة يستثنى منهن النساء اللواتي يتوفرن على التغطية الصحية 'الراميد' Ramed.

[375] مقابلة مع طبيبة المتخصصة في سرطان الثدي وعنق الرحم ***بالمركز المرجعي في الصحة الإنجابية: مركز الرصد المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم***، وللتفصيل أكثر يرجى الإطلاع على:
Programme National de Détection Précoce des Cancers du sein et du Col de l'Utérus, publication, Ministère de la Santé et Association de L'alla Salma de Lutte Contre Le Cancer, Edition 2011.

أما بالنسبة للدواء فهو الآخر ليس مجانياً بالكامل، فجاءت أجوبة المبحوثات عندما طرحنا عليهن سؤالاً عن مجانية الدواء من عدمها أنهن يقمن بشرائه عندما لا يكون متوفراً بالمستشفى وهو الأمر الذي لاحظناه أثناء تواجدنا هناك[376]. إذا كان الفحص بالأشعة والدواء ليس مجاناً لدى جميع الفئات التي تعاني من سرطان الثدي، فماذا عن إقامتهن بدور الحياة؟

- **الإقامة بدور الحياة ومدد العلاج**

تتراوح مدة تلقي العلاجات الضرورية (الأشعة الكيميائية، الشيميو...) للمريضات بالمستشفى بين شهر إلى خمسة أشهر متتالية، حسب نوعية الإصابة بالسرطان، والعلاج المخصص لهن، هذه المدة التي هي في نظر المصابات، مدة لا يستهان بها، فهي طويلة في نظرهن ومرهقة جدا سواء على المستوى النفسي أو الجسدي أو المادي أو الاجتماعي أو الاقتصادي. وعندما طرحنا سؤال الأداء عن المبيت بدور الحياة التي تعتبر مراكز الإيواء المخصصة لهن أجابت المستفيدات من المصابات بأنهن يؤدين مبلغاً مادياً رمزياً، حيث يتراوح هذا المبلغ ما بين 15 درهم إلى 30 درهم لليلة الواحدة أثناء فترة تلقي العلاج.

- **شروط وظروف الإقامة بدور الحياة**

وقفنا وفي إطار قيامنا بالملاحظات اليومية لمجالات البحث على ملاحظة مجالات مهمة للمريضات لمتابعة علاجهن ألا وهي دور الحياة وبعد طرح مجموعة من الأسئلة على عدد من الفاعلين بهذه الدور سواء أكانوا أطراً طبية أو مريضات أو مدراء دور الحياة تبين لنا أن استقبال المريضات بدار الحياة جيد، حيث توفير الأكل والشرب بالمجان لجميع النزلاء والنزيلات بدار الحياة، أما عن المبيت فكل فرد يؤدي مبلغاً مالياً يتراوح بين 15 درهم و30 درهم عن الليلة الواحدة. أما عن أشكال تواصل الأطر الإدارية مع المريضات فهي جيدة، إذ أكدت جل المصابات المستفيدات عن المعاملة الجيدة التي يتلقينها،

[376] مركز الأنكولوجيا بمكناس.

لأن هذه الظروف الجيدة بالنسبة لهن تحفزهن على الاستمرار في العلاج، غير أن هناك من المصابات من لا يتوفرن على هذا المبلغ المالي الضروري للمبيت، وهناك من يرهقهن طول مدة ليالي المبيت والأداء، فتجدهن يعانين اقتصاديا وجسدياً.

3. التغطية الصحية عند المريضات بسرطان الثدي

إذا كان المرض مشكلة إنسانية تصيب الفرد وتؤثر على طبيعة المجتمع الإنتاجية، فإن النظام الاجتماعي مُلزم بإيجاد نظام صحي متكامل يحافظ على صحة الأفراد، ويعالجهم معالجة تؤدي بهم إلى الشفاء، ثم إرجاعهم مرة أخرى إلى عجلة الإنتاج والخدمات الاجتماعية.

إن هذه الأمراض التي تحتاج في معالجتها إلى تدخل المؤسسة الصحية، تنقسم إلى نوعين: هناك الأمراض الحادة وهي التي تحتاج إلى فترة علاجية قصيرة نسبيا تؤدي بالإنسان إما إلى الشفاء وإما إلى الموت مثل مرض الحصبة، وهناك الأمراض المزمنة وهي التي يحتاج العلاج فيها إلى فترة طويلة، ولكن ليس هناك ضمان بشفاء المريض شفاء كاملا[377]، مثل أمراض السكري، السرطان والسيدا (داء نقصان المناعة المكتسب).

وتعتبر سنة 2005م بالمغرب، بدون منازع، سنة إطلاق وتسريع وثيرة أوراش التنمية البشرية، فلم يسبق للمغرب أن شهد مثل هذا العدد من المبادرات الاجتماعية، ولا مثل هذا الحجم من الإمكانات التي يتم رصدها للرفع من مؤشرات التنمية البشرية، ومن هذه الأوراش التي انخرط فيها المغرب انخراطا تاما نجد:

- ✓ دخول التأمين الإجباري عن المرض حيز التطبيق سنة 2005، والتدابير المتخذة لإنعاش أهم أنظمة التقاعد، بحيث يتوق المشروع الأول إلى توسيع التغطية الصحية لتشمل ما يفوق 30% من الساكنة. حيث استفادت فئات عريضة من هذه الخدمات الصحية، لأن التوفر على تغطية صحية هو أمر أساسي ومستعجل بالنسبة لأولائك الذين يعانون من أمراض مزمنة، الطويلة الأمد، غير أن فئات أخرى لا

[377] زهير الأعرجي، ***النظام الصحي والسياسة الطبية في الإسلام***، بدون ذكر الطبعة ولا المطبعة، ص 57.

زالت تنتظر وتصارع الزمن من أجل الحصول على هذه التغطية الصحية الكفيلة بضمان الحق في علاج أفضل.

وبصفة عامة، لقد قام المغرب بالعديد من البرامج والمخططات في اهتمامه بمرض سرطان الثدي، هدفه تحسين جودة حياة المصابات بهذا الداء، سواء عبر إحداث مؤسسات الإيواء (دور الحياة) أو مراكز الأنكولوجيا، أو عبر تفعيل بطاقة رميد (**Ramed**)، هذه الأخيرة التي تسمح للمريضات بالاستفادة من العديد من الخدمات وبالتالي تسهيل ولوجهن للعلاج، إلى غير ذلك.

إلا أن هذه السياسات مازالت قاصرة وعاجزة في أغلب الحالات وذلك أمام تزايد معدلات النساء المصابات بمرض سرطان الثدي، إضافة إلى التكلفة الباهظة لهذا المرض، ثم النقص الكبير الذي تعرفه المؤسسات الإستشفائية للعنصر البشري من الأطر الطبية المتخصصة ومساعدات اجتماعيات ومتخصصين في علم النفس وفي علم الاجتماع.

كل ذلك يجعلنا نتساءل عن نتائج ومخلفات هذه السياسات على الجسد الأنثوي المصاب بسرطان الثدي وعن تمثلات المصابات للمرض والعلاج وكيفية مواكبتهما والتعايش معهما؟[378]

[378] سوف نتناول ذلك في فصول القسم الميداني من البحث.

القسم الميداني:

الجسد الأنثوي المستأصل الثدي

(عرض النتائج وتحليلها)

يعتبر العمل الميداني في نظرنا من أهم مراحل البحث العلمي وخصوصا إذا تعلق الأمر بالبحث السوسيولوجي، إنه وعن طريق تطبيق الأدوات المناسبة لنوع الإشكالية المطروحة وبعد تفريغ المعطيات وتحليلها استطعنا التوصل إلى استنتاجات وتوصيات مهمة نرنو من خلالها تشخيص ووصف وتحليل واقع فئة اجتماعية تعاني من الهشاشة الصحية ألا وهي فئة من المستأصلات الثدي هادفين إلى التعرف على تمثلات هؤلاء المصابات إلى جسدهن الأنثوي بعد تعرضه لاستئصال الثدي وكيف ينظرن إلى تمثل المجتمع لهن، كل ذلك من أجل مساعدة المختصين سواء في المجال الصحي أو الاجتماعي على إيجاد حلول ملائمة لوضعيتهن.

وقد جاء هذا القسم متمماً للقسم الأول ومعضدا له، ذلك عبر فصوله التالية:

الفصل الأول: الفصل المنهجي

الفص الثاني: الجسد الأنثوي المصاب بسرطان الثدي بين التنظير والممارسة

الفصل الثالث: التمثلات الاجتماعية والثقافية والمعارف حول مرض سرطان الثدي

الفصل الرابع: الجسد الأنثوي المستأصل الثدي بين مسارات العلاج واستراتيجيات التعايش مع المرض

الفصل الخامس: تمثلات الجسد الأنثوي وتفكك الرابط الاجتماعي عند المستأصلات الثدي

سعينا من خلال هذه الفصول الإجابة على السؤال الإشكالي المؤطر للبحث: **كيف تتمثل المصابة بسرطان الثدي جسدها بعد استئصال الثدي؟ وما تأثير ذلك على نظرتها لذاتها وتفاعلها مع المجتمع؟**

ثم التحقق من الفرضية العامة التي تقول: **أن استئصال المريضة لأحد ثدييها أو كلاهما نتيجة إصابتها بمرض سرطان الثدي، يؤثر سلبا على تمثلها لجسدها ومن ثمة على تفاعلها مع ذاتها ومع المجتمع.**

لإيجاد إجابات شافية عن السؤال الإشكالي المؤطر للبحث والتحقق من الفرضية العامة، اخترنا البدء بفصل منهجي سوف نتناول من خلاله أخلاقيات البحث وظروف إنجازه والصعوبات التي اعترضتنا في ذلك، لولا إلحاحنا وإصرارنا المتواصل لما كان لهذا البحث أن يرى النور، ثم التقنيات المعتمدة في جمع المعطيات وعينة الدراسة وهن المستأصلات الثدي نتيجة الإصابة بالسرطان والمتواجدين في أحد مجالات البحث التالية: المركز المرجعي للصحة الإنجابية –مركز الكشف المبكر عن سرطان الثدي وعنق الرحم–[379]، دار الحياة ومراكز الأنكولوجيا[380]، في كل من مكناس، خنيفرة ومراكش، وعلى الرغم من أن لكل مجال خصوصياته، فإن ذلك لم يؤثر على العينة المستهدفة في البحث، كوننا لا نهتم بمتغيرات المجال بقدر ما نهتم بمعرفة تمثلات المصابات لجسدهن وكيفية تعايشهن مع وضعيتهن المرضية، وما تأثير كل ذلك على حياتهن. وعلى علاقتهن سواء بالذات أو بالآخر.

وحسب المعطيات الميدانية تبين لنا أن الفئة الأكثر إصابة بمرض سرطان الثدي هي تلك الفئة البالغة من العمر 40 سنة فما فوق[381]، وهي النتيجة التي تتوافق تقريبا مع المعطيات الرسمية لوزارة الصحة، حيث تعتبر الفئة التي يتراوح عمرها ما بين 40 و 49 سنة هي الفئة الأكثر إصابة به، تليها لفئة التي تبلغ من العمر 50 سنة فما فوق، إن هذه الفئات تشكل حوالي 50.5% من مجموع الحالات المصابة لدى النساء[382].

[379] يتواجد هذا المركز الذي كان من مجالات بحثنا بمدينة خنيفرة.
[380] اعتمدنا على دور الحياة ومراكز الأنكولوجيا بكل من بمكناس ومراكش .
[381] نتائج البحث الميداني والتي سوف تظهر لنا في متغير السن عند المستأصلات الثدي وعلاقته بالاستفادة من البرنامج الوطني للوقاية ومراقبة السرطان في نسختيه: الأولى كانت ما بين سنوات 2010-2019 والثانية سوف تكون ما بين سنوات 2020-2029م.

في الفصل الثاني سوف نتناول للجسد النثوي المصاب بسرطان الثدي بين التنظير (اهتمام القطاعات الوصية) وبين الممارسة (مدى تطبيق هذه التنظيرات "مخططات وبرامج" على أرض الواقع) والذي جاء في محورين:

المحور الأول: تناولنا المحددات السوسيو–اقتصادية والمجالية للمصابات بسرطان الثدي

المحور الثاني: تطرقنا للتكفل بمريضات سرطان الثدي بين التنظير والممارسة

في الفصل الثالث تناولنا التمثلات الاجتماعية والثقافية والمعارف حول مرض سرطان الثدي من خلال ثلاثة محاور أساسية؛ تناولنا في المحور الأول: التمثلات الاجتماعية والثقافية حول الصحة والمرض. وفي المحور الثاني: تمثل أسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي لدى المصابات. وفي المحور الثالث: المعارف حول مرض سرطان الثدي.

في الفصل الرابع عالجنا مسألة الجسد الأنثوي المستأصل الثدي في الارتباط بين مسارات العلاج واستراتيجيات التعايش مع المرض. ذلك من خلال المحور الأول الذي عني باكتشاف المرض عند المصابات وتجربة الألم عندهن. والمحور الثاني تناولنا فيه مسار العلاج والتعايش مع المرض لدى المصابات.

لنختم هذا القسم بالفصل الخامس الذي تطرقنا فيه لتمثلات الجسد الأنثوي وتفكك الرابط الاجتماعي عند المستأصلات الثدي من خلال محورين: شمل الأول الحديث تمثلات الجسد الأنثوي عند المصابات بسرطان الثدي (عينة الدراسة). والمحور الثاني عرض لمسألة الرابط الاجتماعي والعلاقات التفاعلية عند المصابات بسرطان الثدي سواء بالذات أو بالأطر الطبية أو بالمحيط.

---

[382] *Registre des cancer- de la Région du Grand Casablanca pour la période 2008-2012*, Ministère de la santé et Association Lalla Salma de lutte contre le cancer, p. 55.

الفصل الأول:

الفصل المنهجي للبحث

مقدمة

1. أخلاقيات البحث وظروف إنجازه

2. تقنيات جمع المعطيات وعينة الدراسة

- أداة كيفية: المقابلة الموجهة

- أداة كمية: تقنية الاستمارة

- معالجة المعطيات: تقنية SPSS

3. مرحلة الترميز والتفييء

4. معالجة المعطيات: تحليل المضمون

- المقاربة المتبعة في تحليل معطيات المقابلات

5. المجالات الجغرافية للدراسة: مكناس- خنيفرة- مراكش

6. الفترة الزمنية للبحث

7. عينة البحث: المستأصلات الثدي نتيجة الإصابة بالسرطان

تركيب

إن إنجاز أي بحث سوسيولوجي ميداني يمر بعدة مراحل أولها التهييء النظري للبحث من خلال تجميع البيبليوغرافيا واستغلالها والتعرف على تجارب الآخرين والتراكم المعرفي في المجال المختار للدراسة، ومن خلال القراءات والملاحظات المباشرة والزيارات الاستطلاعية للميدان تأخذ في الظهور أنماط الأسئلة وأشكال الوقائع والظواهر التي يمكن أن تشكل الموضوع النظري للدراسة.

"ولكن جوهر البحث السوسيولوجي كما يذكر عبد الرحمان المالكي لا يكمن في ذلك فحسب لأن الواقع الاجتماعي لا يمكن إدراكه من خلال المعرفة الحسية المباشرة. إن مهمة عالم الاجتماع تتجلى أساسا في السعي إلى تحويل الموضوع الاجتماعي (المعطى الخام) إلى موضوع سوسيولوجي (المبني). ولذلك ينبغي الانطلاق من الجزء (الفرد) لفهم الكل (المجتمع) لأن الوقائع الاجتماعية تنبثق من الأفعال والتمثلات الفردية، وعليه يجب على الباحث الاجتماعي أن يسعى لفهم وتأويل العالم الخاص بكل فرد، وهذا ما يستدعي من الباحث "موقفا عقليا" يجعله ينخرط في التجربة الميدانية وهو متشبع بقناعة تامة مفادها أن كل فرد من أفراد العينة المحتملة يشكل حالة إنسانية خاصة. ومهمة البحث السوسيولوجي هي محاولة البحث عن الثابت والمشترك (الوقائع الاجتماعية) من خلال المتحول والمختلف (الحالات الفردية)، وذلك بقصد الوصول إلى تعميمات تساعد على فهم اتجاهات الأفعال والتمثلات"[383].

لا يمكن أن يتم تناول البناء المنهجي للبحث –في نظرنا– إلا من خلال التطرق إلى عنصر مهم جدا في البحث ألا وهو أخلاقيات البحث وظروف إنجازه أولا، ذلك لأهميّتها المنهجية والعملية طيلة مراحل البحث خاصة الميداني منه.

[383] عبد الرحمن المالكي، ***سوسيولوجيا التحضر في المغرب***، دراسة في العلاقة بين الأطر الايكولوجية والأنساق الثقافية: حالة المهاجرين القرويين إلى مدينة فاس، أطروحة لنيل دكتوراه الدولة في علم الاجتماع، إشراف الدكتور عبد الجليل حليم، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، طهر المهراز، السنة الجامعية 2004-2005، ص 291-292.

1. أخلاقيات البحث وظروف إنجازه

لقد أفردنا عنوانا خاصا لأخلاقيات البحث لكوننا نعي جليا دورها المحوري في البحوث الاجتماعية عامة وموضوعنا خاصة هذا الأخير الذي يتناول جانبا من جوانب الحياة الإنسانية ألا وهو الجسد الأنثوي، الذي يتعرض أحد أعضائه للاستئصال نتيجة العلاج من مرض يفتك بالجسد ألا وهو مرض سرطان الثدي. إننا نعي كامل الوعي سواء النفسي أو الأخلاقي جل مراحل هذا البحث بالجانب الأخلاقي فيه، سواء في تعاملنا مع المؤسسات الطبية أو مع المريضات في مختلف مجالات البحث.

إنه وبعد تمكننا من الحصول على موافقة مندوب الصحة بمدينة "خنيفرة" بإجراء تدريب ميداني لمدة شهر، قابل للتمديد بالمركز المرجعي للصحة الإنجابية –مركز الرصد المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم– توجهنا مباشرة إلى المركز والتقينا بالممرضة المسؤولة على التداريب وقدمنا لها أنفسنا والغرض من القيام بالتدريب داخل المركز، والذي يهدف إلى التعرف على حالات ووضعيات النساء المترددات على المركز وهكذا باشرنا **البحث الاستكشافي**. ترددنا على المركز كل يوم، من التاسعة صباحا إلى الرابعة مساء ما عدى يومي السبت والأحد. إن المدة التي قضيناها بالمركز مكنتنا من الملاحظة الدقيقة لكل ما يجري داخله، من تفاعلات مختلف الفاعلين الاجتماعيين سواء بين المصابات بالمرض فيما بينهن أو بين هؤلاء المصابات والأطر الطبية أو بين الأطر الطبية فيما بينها. هذه التفاعلات كانت في أغلبها تُنمّ عن وجود تواصل فعال وجيد في أغلب الأوقات بين مختلف هؤلاء الفاعلين.

بعدما يتم استقبال النساء المترددات على المركز، في قاعة الاستقبال الأولى ويتم تسجيل أسمائهن والغرض من مجيئهن إلى المركز يتم بناء على ذلك فرز ملفاتهن، بحيث هناك النساء اللواتي أتين للمركز للكشف عن المرض أول مرة، لأنهن إما شعرن بأن هناك شيء ما غير طبيعي بجسدهن وبالضبط بالثدي أو بالرحم، أو أتيْن للمركز بناء على إحالة من المستشفى الصحي الأقرب لسكناهن. وهناك النساء اللواتي يترددن على المركز لعمل الراديو عند تقني الأشعة بناء على موعد سابق.

بالنسبة للعينة التي اعتمدنا عليها في موضوع بحثنا فهي عينة قصدية يتم اختيارها وفق اتفاق وتنسيق مع الممرضة المسؤولة على فرز ملفات المترددات على المركز. وعندما تجد هذه الأخيرة امرأة بالأوصاف التي قلنا لها عنها سابقا، آنذاك تعرفني عليها فأقدم نفسي لها وأشرح لها الغرض من المقابلة وأهداف البحث، وأنتظرها ريثما تنهي حصتها سواء أكانت مع الطبيبة أو مع تقني أشعة الماموغرافي mammographie. في إحدى الغرف الشاغرة بالمركز كنت أجلس رفقة المصابة وأقدم لها نفسي مرة أخرى، وأشرح لها أهداف البحث ذات الأغراض العلمية، وأن عملي ليس كممرضة[384] وإنما كباحثة في علم الاجتماع وأغلب المبحوثات كنّ يقبلن بصدر رحب المشاركة في البحث وإجراء المقابلات معهن.

أبدأ بطرح الأسئلة على المبحوثة بالدارجة المغربية، وإذا لم تتمكن من فهم المقصود من إحدى الأسئلة أقوم بطرح السؤال بصيغة أخرى دون الإخلال بمعناه، حتى تتمكن من فهم المغزى، وأسجل إجابتها باعتماد "آلة التسجيل" بعد أخذ الإذن منها طبعا والحصول على موافقتها، وهي فرصة كنت من خلالها أقوم بملاحظة تفاعلات المريضة وسلوكاتها التي غالبا ما كانت تترجم إلى دموع وهي تحكي عن معاناتها التي لا تنتهي سواء مع المرض أو مع الزوج أو الأولاد، وإما تجيب بكل تلقائية وعفوية، إذ غالبا ما كانت المبحوثات المشاركات في البحث يجدن الإجابة عن الأسئلة المطروحة من طرفنا فرصة للتخفيف عن النفس كما قالت لنا العديد منهن. حديث كان يتخلله أخذ جميع المعلومات الممكنة من المصابة لإعادة ربط الاتصال بها إذا ما دعت ضرورة البحث لذلك. وفي الأخير كنا نقدم لهن الشكر والامتنان على الوقت الذي منحنه إيّانا والذي كان في بعض الحالات يمتد إلى ساعتين للمقابلة الواحدة.

بعد هذا المجال "مركز الكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم"، توجهنا إلى المستشفى الجامعي بفاس وبالضبط مصلحة الأنكولوجيا، لكننا صادفنا العديد من العراقيل والصعوبات حالت دون القيام

[384] كان لزاما عليّ لبس الوزرة البيضاء عند الدخول للمركز، ليس تحايل على المبحوثات المشاركات في البحث، وإنما تنفيذا للإجراءات المعمول بها داخل المركز، لكن ذلك كان يكسبني نوع من الثقة مع المبحوثات، بحيث يتكلمن معي بكل حرية، خاصة حينما يعرفن هويتي كباحثة في علم الاجتماع وأنني لست من الأطر الطبية.

بالبحث تمثلت أساسا في رفض المسؤول عن المصلحة في عدم السماح لنا بإجراء أي مقابلة أو ملئ أي استمارة مع المريضات، مدعيا أن هذا هو القانون الداخلي للمصلحة، وسمح لنا بالملاحظة فقط، بعدما كنا قد هدرنا وقتا كبيرا تمثل في أشهر من الانتظار والتنقل من هنا إلى هناك للحصول على رخصة القيام بتدريب في المصلحة.

بعدما أوصدت الأبواب في وجه البحث السوسيولوجي الميداني بهذه المؤسسة التي من المفترض أن ترحب بالباحثين وتساعدهم في تسهيل مهمتهم، طرقنا باب مؤسسة استشفائية مغربية أخرى، هذه المرة توجهنا إلى المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش، مركز الأنكولوجيا وبعد القيام بالإجراءات الضرورية من تقديم الملف الذي يشمل الطلب ونسخ من دليل المقابلة والاستمارة، وانتظار مدة شهر تقريبا للبث في ملفنا، لتلقي الجواب إما بالقبول أو الرفض، تفاجئنا بضياعه أو هو "تضييع مقصود"، مما جعلنا نعيد نفس الإجراءات ونفس الأوراق مرة أخرى، وكنّا نقضي وقتاً من الزمن بين المسؤُولين هناك دون أن نحصل على أجوبة شافية أو مواعيد دقيقة، لكن إلحاحنا المستمر على مقابلة رئيسة مركز الأنكولوجيا وأمراض الدم وتمكننا من ذلك (المقابلة)، جعلنا نقنعها بضرورة الموافقة على إجراء البحث مع المريضات وأن المعلومات سوف تبقى سرية ولن تستعمل إلا لغرض البحث العلمي الأكاديمي فقط، مما جعلها توافق وتمنحنا التوقيع شريطة أن يرافقنا طيلة مسار البحث مع المريضات طبيب مشرف. فكان أن تمكننا من ملء الاستمارات في ظروف جيدة مع المريضات بمركز الأنكولوجيا بمراكش. بدور الحياة التي تمثل فضاء للإقامة وإيواء المصابات بهدف تتبع العلاج بشكل أفضل، عملنا على إجراء مقابلات وملء استمارات أيضا مع نساء مصابات بمرض سرطان الثدي، وقد تم ذلك بعد التنسيق مع المسؤُولين (مدراء دور الحياة سواء بمكناس أو بمراكش)، هؤلاء الذين سهلوا بل ورحبوا بنا واعتبروا عملنا إضافة نوعية تساعد المريضات على تتبعهن للعلاج.

كنا نجري المقابلة مع كل مصابة في غرفتها بمرافقة السيدة المسؤولة سواء بدار الحياة بمكناس أو بمراكش، حتى ننتهي من المقابلة أو الاستمارة فنشكر المبحوثة على سعة صدرها، نغيب مدة أسبوع أو ما يزيد عنه، ثم نعود للقاء مبحوثات أخريات سواء بدور الحياة أو بمراكز الأنكولوجيا، جل المصابات تقريباً يتم وصف حصص الأشعة لهن أو العلاج الكيميائي على فترات متتالية تتراوح بين 5 حصص إلى 30 حصة تقريبا وهي حصص تختلف من مصابة إلى أخرى حسب كل حالة، وأحيانا تكمل نفس المصابة العلاج الكيميائي لتبدأ بالإشعاعي، وهذا كان عاملاً من بين عوامل أخرى تحتم علينا انتظار مجيء مبحوثات أخريات لاستكمال البحث معهن.

إنها إذن ظروف من بين أخرى لمسار البحث الميداني، والتي خضناها لوحدنا، ذلك لأنه طيلة فترة البحث لم نعتمد على باحثين آخرين من أجل جمع المعطيات، كوننا اعتبرنا ذلك مهمة سوف تكون أفضل من طرفنا، لاسيما وأن قيامنا بالمقابلات أو ملء الاستمارات مع المبحوثات بأنفسنا مكّننا من الملاحظة الدقيقة لكافة تعابير الوجه والجسد وحالة المصابات وتفاعلاتهن مع الأسئلة المطروحة، إيمانا منا أنه على الرغم من أن اللغة تظل هي الوسيلة التي يعبر بها الإنسان عن أفكاره، معتقداته وتمثلاته. لكن الرمز والحركات والإيماءات هي أيضا وسائل للتعبير في أحايين كثيرة تستوجب التوقف عندها ومحاولة تحليلها في سياقاتها المناسبة. مما جعلنا نربط علاقات إنسانية مع العديد من المصابات، تجاوزت علاقة الباحثة بالمبحوثة المشاركة في البحث، وتطورت إلى علاقات إنسانية استمرت بعضها عبر الزمن، ونفس الشيء حصل مع الأطر الطبية والصحية.

يمكن القول أن منهجيتنا في البحث اعتمدت طريقة ترتكز على مقومات هويتنا الأنثوية وتنسجم تمام الانسجام مع موضوع البحث الدائر حول الجسد الأنثوي. تبلورت طريقتنا في الحصول على المعلومات تحث تأثير مقومات هويتنا الأنثوية التي شكلت سيفا ذا حدين، فمن جهة مكنتنا من إقامة

علاقات ودية مع المصابات من خلال إفصاحهن عن ما يدور في أذهانهن وعن ما هو حميمي في حياتهن وعن تجربتهن الاجتماعية مع مرض سرطان الثدي. ومن جهة أخرى، كان هذا العالم صعبا بالنسبة لنا، حيث أن الاستماع للمصابات ولمعاناتهن المركبة: الاجتماعية، النفسية، الجسدية والمادية جعلنا نتورط معهن لأنه امتد هذا التورط حتى البكاء معهن أحيانا.

إن هذا البحث خاصة في شقه الميداني مكننا من فهم خصوصيات النفس الأنثوية –هذه الأخيرة التي ميزت البحث الأنثروبولوجي الذي قامت به **أرسولا كينغسميل هارت** زوجة عالم الأنثروبولوجيا **دافيد مونتغومري هارت** "نساء قبيلة بني ورياغل في ضوء الأنثروبولوجيا النسوية قراءة في كتاب 'وراء باب الفناء'–وأيضا من إدراك الفروق بين شخصية الرجل وشخصية المرأة، تلك الفروق التي كشفت عنها دراسة **كارسلن** Carlson. تبيّن لهذه الباحثة أن الذكور يمثلون تجارب الذات والآخرين والمكان والزمان بطرق فردانية وموضوعية وغير ودية، في حين أن الإناث يمثلن التجارب بطرق بيشخصية نسبيا، وذاتية ومباشرة. وتوصلت **نانسي كودور** Nancy Chodorow في دراستها للفروق بين شخصية الذكر وشخصية الأنثى إلى نتائج مماثلة، بل أكدت ما ذهبت إليه **كارلسن** من أن الرجل أكثر موضوعية، ويميل إلى التواصل بأشكال أكثر تجريدية أما المرأة فتكون أكثر ذاتية وتميل إلى التواصل بأساليب محسوسة نسبيا. واعتبرت هذه الاختلافات عامة شمولية إلى حد ما[385]. إن طبيعتنا الأنثوية هي التي جعلتنا أحيانا نتفاعل بشكل كبير خاصة على المستوى العاطفي مع المبحوثات ونشاركهن أحزانهن وآلامهن رغم وعينا بضرورة إبقاء الحدود بين الباحثة والمبحوثة، لكنها تظل حدوداً تحتكم في نظرنا لسياقات التفاعل وخصوصية كل موضوع على حدة.

[385] أحمد أغبال، "نساء قبيلة بني ورياغل في ضوء الأنثربولوجيا النسوية"، *قراءة في كتاب 'وراء باب الفناء' لأرسولا كينغسميل هارت*، ص 406-479، *على الرابط التالي https://www.asjp.cerist.dz/en/article/1639 تم الاطلاع بتاريخ 2020/08/22 على الساعة 13.20.*

إن القيام بالبحث الميداني يقتضي الانخراط في التجريب السوسيولوجي[386] وهو تجريب يختلف عن العلوم الطبيعية الذي يتم في المختبر، ذلك أن الباحث الاجتماعي لا يمكنه خلق الوقائع ولا اصطناع التجربة، ولهذا فإن الموضوع الاجتماعي لا يمكن إدراكه إلا من خلال استعمال تقنيات تتجسد في عدة أدوات أهمها: المقابلة، الاستمارة، تقنية الرسم ودراسة الحالة، إلى غير ذلك. فما هي التقنية أو التقنيات المعتمدة في هذا البحث؟

2- تقنيات جمع المعطيات وعينة الدراسة

إن مقاربة موضوع الجسد الأنثوي المصاب بمرض سرطان الثدي والتمثلات المرتبطة به، تستلزم منا تنويع مصادر المعلومة، وبالتالي تنويع أدوات جمع المعطيات، فلم يعد اليوم من مبرر أمام العلوم الإنسانية وخاصة السوسيولوجيا والأنثروبولوجيا لإعادة إنتاج النقاش الكلاسيكي حول الكم والكيف في العلم الاجتماعي، حيث إن هذا النوع من النقاش أصبح متجاوزا اليوم في نظرنا، بعد أن أدرك العلم الاجتماعي أن الظاهرة الاجتماعية ظاهرة مركبة ولا يمكن معرفتها أو فهمها باستعمال أداة واحدة. فقدرة المناهج الكمية على وضع الباحث أمام اتجاهات الأفراد واختراق تمثلاتهم ورصد ممارستهم تتحول إلى عجز عندما يتعلق الأمر بتلك التفاصيل الصغيرة التي تضفي المعنى على الظاهرة الاجتماعية والتي يمنحها البحث الكيفي.

لا يخرج البحث في الجسد من حيث هو ظاهرة اجتماعية عن هذا النقاش بين الكيفي والكمي في العلم الاجتماعي، لذلك ارتأينا المزاوجة بين المنهجين الكمي والكيفي، موظفين الاستمارة كأداة لجمع المعطيات الكمية والمقابلة نصف الموجهة كتقنية لجمع المعطيات الكيفية. فكيف نعرف المقابلة نصف الموجهة؟

[386] والتجريب المحدود الذي يمكن القيام به في مجال العلوم الإنسانية هو ذاك الذي يتم عن طريق المقارنة، كالمقارنة بين مجموعتين إحداهما ضابطة والأخرى تجريبية، أو المقارنة بين متغيرات ومحاولة توضيح أو استجلاء العلاقة الممكنة بينها. ولهذا ينتهي بعض علماء الاجتماع إلى القول بأن المقارنة هي بمثابة المنهج التجريبي في علم الاجتماع، مأخوذة عن، عبد الرحمن المالكي، ***سوسيولوجيا التحضر في المغرب***، مرجع سابق، ص 292.

- أداة كيفية: المقابلة الموجهة

تعرف المقابلة عموما على أنها أداة أو طريقة من طرق البحث العلمي التي تعتمد على عملية الاتصال اللغوي من أجل تدعيم المعطيات التي لها علاقة مع الهدف المرسوم للبحث[387]، وهي عبارة عن عملية خلق حوار بين الباحث (ة) والمبحوث (ة). ومن هنا تختلف طبيعة الحوار حسب درجة الحرية ومستوى العمق وتترتب عليها مجموعة من العناصر الأخرى: المدة الزمنية للمقابلات، عددها، عدد المبحوثين المعنيين بالتحليل[388]. ولقد تبلورت المقابلة كتقنية للبحث الاجتماعي في سياق تطور الدراسات السوسيولوجية في أواسط القرن العشرين، وأساساً ما ارتبط منها باستطلاع الرأي وإنجاز تحقيقات حول المواقف والتّصورات وغيرها، وهو الأمر الذي تطورت معه شروط استخدام هذه التقنية وتعدد أشكالها تبعاً لتعدد الموضوعات والأهداف المتوخاة من الدراسة وتبعا لنوعية المبحوثين.

"وإذا كانت الملاحظة تتّجه في الغالب نحو التعرف على المعطيات المادية وعلى السلوكات والممارسات وكذا على الظاهرة المعبرة عن مجتمع الدراسة، فإن المقابلة تتجه بالأساس نحو التعرف على التمثلات والآراء والتصورات"[389].

لهذا يكمن اختيارنا لهذه التقنية (المقابلة الموجهة) في كونها تسمح لنا بالاتصال المباشر بمصدر المعلومات والمعطيات، الأمر الذي يجعل النتائج المتوصل إليها تتسم بدرجة عالية من الصدق والموضوعية بالإضافة إلى أنها مكنتنا من تعميق وتعديل المعارف التي تم البحث عنها، بفضل المعطيات التي تُدلي بها المشاركات في البحث.

---

[387] Madeleine Grawitz, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Editions Dalloz, 9e édition, 1993, p. 582.(ترجمة بتصرف)

[388] Ibid, p. 744.(ترجمة بتصرف)

[389] عمّار حمداش، ***تقنيات البحث السوسيولوجي***، الطبعة الأولى، المطبعة السريعة، قنيطرة، المغرب، 2006، ص 36.

تتيح المقابلة كذلك للباحث، "ملاحظة ردود الأفعال الجانبية والتي تزامن الإجابات الشفوية للمبحوثات، كما أنها تساهم وبشكل كبير في عملية الربط بين المكتسبات النظرية وبين الواقع الموضوعي والواقعي لتلك المعارف؛ وهي بذلك تُكوّن تمفصلا بين ما هو نظري وما هو واقعي على اعتبار أن كلا منهما يساهم في إغناء وإثراء وتعديل الآخر"[390]. ومن أجل تجميع المعلومات بشكل دقيق عبر هذه التقنية (المقابلة الموجهة) وظفنا آلة التسجيل.

- آلة التسجيل

استعملنا في بحثنا آلة التسجيل، بعد إذن وموافقة المبحوثات اللواتي سمحن لنا بإجراء مقابلات معهن، وقبل استعمال آلة التسجيل كنا نقوم بتقديم وشرح الأغراض من البحث، وأن استعمال هذا التسجيل سوف يبقى سرياً، ولن يستخدم إلا لأغراض البحث العلمي فقط. وقد تراوحت مدة المقابلات نصف الموجهة بين ساعة إلى ساعتين للمقابلة.

فإذا كانت الأبحاث الكيفية تكمن أهميتها في كونها تقوم بما يسميه **باشلار** بالتحليل النفسي للمعرفة أي معرفة نفسية الباحث وذاتيته، إذ لا يمكن فهم وجود الإنسان أو تأويله أو تحليله إلا من خلال فهم علاقة البحث بالواقع والباحث بالمبحوث كعملية دينامية وحيوية تسهم في الفهم الصحيح لحياة الفرد[391]. فإن الأبحاث الكمية كذلك، تسمح بهذه القراءة الواقعية لحياة الأفراد وذلك من خلال تأويل الأرقام وتحليل دلالتها الإحصائية عن طريق إبراز اتجاه ودلالة علاقة ارتباط المتغيرات فيما بينها، ومدى تأثير العوامل في الظاهرة، الشيء الذي يعطي لمقاربة الظاهرة بكيفية كمية تلك الفاعلية. زيادة على أن توظيف الاختبارات الإحصائية المتطورة التي توفرها برامج مثل برنامج (SPSS) والذي اعتمدنا عليه في بعض الجوانب كتقنية لتحليل بعض المتغيرات في دراستنا ساهم بشكل جيد في مقاربة موضوعنا بشكل أفضل.

---

[390] عبد الكريم غريب، ***منهج البحث العلمي في علوم التربية والعلوم الإنسانية***، مطبعة النجاح الجديدة، الدار البيضاء، منشورات عالم التربية، الطبعة الأولى، 2012، ص 208-209.

[391] عرابي عبد الله عبد القادر، ***المناهج الكيفية في العلوم الاجتماعية***، الطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق، سوريا، 2006، ص. 48-49.

- أداة كمية: تقنية الاستمارة

لمقاربة بعض المتغيرات في موضوع دراستنا اعتمدنا تقنية الاستمارة، البالغ عددها 110 استمارة موزّعة على مصابات بسرطان الثدي، سبق أن قمن باستئصال ثدي واحد أو كلا الثديين، بحيث همّت الأسئلة معلومات عن المبحوثة، الخصائص السوسيو–اقتصادية للمبحوثة، تمثلاتها حول مرض سرطان الثدي، التغذية، المسارات العلاجية للمبحوثة إلى غير ذلك، كما تضمّنت اختيارات قمنا بترميزها[392] وذلك عبر خطة الترميز.

- معالجة المعطيات (تقنية SPSS)

قمنا بتحليل المعطيات الواردة في الاستمارات وتحويلها إلى متغيرات قابلة للمعالجة الإحصائية معتمدين في ذلك على حزمة الأدوات الإحصائية للعلوم الاجتماعية المعروفة اختصارا ب (SPSS) Statical Package for Social Science، فعلى الرغم من أن هذا البرنامج يطلق عليه برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية، إلا أنه يستخدم في كل العلوم تقريبا[393].

ويحتوي هذا البرنامج على مجموعة كبيرة من الاختبارات الإحصائية تتدرج ضمن الإحصاء الوصفي مثل التكرارات والمتوسط والانحراف المعياري، الإحصاء الاستدلالي ثم إلى الأكثر تعقيدا مثل تحليل التباين وتحليل الانحدار والتحليل العاملي. إن هذه الاختبارات الإحصائية تساعد الباحث على اختبار فرضيات بحثه والوقوف على المتغيرات المتحكمة في مشكلة معينة، ومنها استبعاد العوامل غير المؤثرة وتحديد العوامل المؤثرة في البحث.

---

[392] يعني أنه قبل أن نقوم بإدخال المعطيات إلى برنامج SPSS، عملنا على تحويل المعطيات أو أجوبة الاستمارة إلى متغيرات قابلة للمعالجة الإحصائية، وبعدها قمنا بإعداد خطة لترميز أو إعداد رموز على شكل أرقام للمعطيات Code book المستخلصة من الاستمارات، وذلك من أجل تسهيل عملية إدخالها من جهة، حيث أن كتابة (1) مثلا يعد أسهل بكثير من كتابة (نعم)، ومن جهة أخرى، لكون برنامج التحليل الإحصائي يقوم بعمليات حسابية، لا يمكن إجراؤها على كلمات أو حروف، لذا يفضل دائما استخدام الأعداد في خطة الترميز.

[393] أبو سريع رضا عبد الله، ***تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS***، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن، 2004، ص 13-14.

ومن أهم المفاهيم الإحصائية التي سوف نستعملها خلال تطبيق الاختبارات الإحصائية في بحثنا هذا، هناك مفهوم الدلالة الإحصائية Seuil de signification، ففي حال كان المؤشر الإحصائي المتعلق باحتمال الخطأ، يساوي P=0.05 أو أقل، نستبعد الفرضية العدمية ونستنتج وجود علاقة دالة بين المتغيرين المدروسين، وتصبح الفرضية البديلة للفرضية العدمية هي الصحيحة، مما يجعلنا نقول أنّ هناك فروقاً دالة إحصائيا بين هذين المتغيرين. وإذا كان احتمال الخطأ أكبر من 0.05، نقبل الفرضية العدمية ونستبعد الفرضية البديلة[394]، أي عدم وجود فروق بين المتغيرين المدروسين.

والاختبارات التي قمنا بتوظيفها في تحليل متغيرات ميدانية والتحقق من فرضيات البحث هي كالآتي:

- جداول التقاطع أو جداول الاقتران[395].
- اختبار كاي تربيع[396] Test de Khie2
- وقد قمنا بتحليل المعطيات الواردة في الاستمارات وتحويلها إلى متغيرات قابلة للمعالجة الإحصائية وذلك بواسطة حزمة الأدوات الإحصائية للعلوم الاجتماعية، المعروفة اختصاراً ب SPSS وتتكون محاور الاستمارة مما يلي:

المحور الأول: معلومات عامة عن المبحوثة

المحور الثاني: المحددات السوسيو-اقتصادية والمجالية للمصابات بسرطان الثدي

المحور الثالث: الجسد الأنثوي المستأصل الثدي بين التمثلات الاجتماعية والمعارف حول المرض

---

[394] للتفصيل أكثر يرجى الرجوع إلى المرجع السابق ذكره، أبو سريع رضا عبد الله، تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS.

[395] تبين هذه الجداول كيفية توزيع أفراد العينة وفقا لمتغيرين، يفترض أن تكون بينهما علاقة ارتباط، ونهدف من خلال هذه التقنية إلى بيان التباين في توزيع قيم متغيرين أو أكثر والكشف عن علاقة الاقتران المفترض وجودها بين المتغيرات في التحليل.

[396] يحسب **كاي تربيع** من خلال مقارنة المعطيات أو التكرارات الملاحظة التي يلخصها جدول التقاطع بالمعطيات النظرية أو المتوقع حصولها بضرب من الحظ. كذلك يتم حساب الاحتمال المرتبط بقيمة كاي تربيع. تسمى درجة الاحتمال المحصل عليها بمستوى الدلالة، و تخبرنا بما إذا كانت قيمة كاي تربيع دالة إحصائيا أم لا. فإذا كان احتمال الخطأ مساويا ل 0,05 أو أقل، دل ذلك على أن العلاقة بين المتغيرين دالة إحصائيا، وبذلك يمكن استبعاد الفرضية العدمية (فرضية عدم وجود علاقة بين المتغيرين). ولذلك يعتبر كاي تربيع وسيلة من وسائل الاستدلال الإحصائي.

المحور الرابع: الجسد الأنثوي المريض والتغــذية

المحور الخامس: الجسد الأنثوي المستأصل الثدي بين المســارات العـلاجيــة وإستراتيجيات التعايش مع المرض.

3. مرحلة الترميز والتفييء

"إن الترميز حسب Holsti عملية تتحول بموجبها المعطيات الخام إلى وحدات تسمح بالوصف الدقيق للخصائص المناسبة للتحليل، وتتم هذه العملية عن طريق تحويل مادة التحليل إلى مادة مصاغة صياغة كمية أو كيفية"[397].

نظرا لكون هذه التقنية (SPSS) تعتبر برنامجا (Programme)، فقد مكنتنا من ترميز كل معطيات الاستمارة[398].

4. معالجة المعطيات: تحليل المضمون

غالبا ما يقع كثير من الباحثين في أخطاء كبيرة بتجاهل حقيقة أن الغاية من أي بحث سوسيولوجي ليست جمع المعلومات في حد ذاتها –بالرغم من أهمية وحيوية هذه المسألة– ذلك لأن كل مراحل البحث الميداني المتتابعة هي مجرد وسيلة للإجابة على الأسئلة والتحقق من الفرضيات التي تعتبر إجابات مؤقتة، وبناء نماذج وأنماط تفسيرية جديدة وبالتالي إن إعادة بناء الواقع الاجتماعي بغية فهم أحسن وأفضل للواقع هي الغاية والهدف الأسمى لأي بحث سوسيولوجي بامتياز.

ومن أنواع تقنيات معالجة المعطيات اعتمدنا على تقنية تحليل المضمون، التي تعرّف بأنها "طريقة موضوعية ومنهجية وأحيانا كمية لدراسة النصوص، بهدف تصنيف وتفسير العناصر المكونة التي لا يمكن الوصول إليها بشكل كامل من خلال القراءة السريعة"[399]، خاصة المقاربة الكيفية التي تعتبر المقابلة

---

[397] عبد الكريم غريب، منهج وتقنيات البحث العلمي، منشورات عالم التربية، ط 1، مطبعة النجاح الجديدة بالدار البيضاء، المغرب، 1998.

[398] ينظر في خطة ترميز معطيات الاستمارة الموجهة للمبحوثات (مستأصلات الثدي) الموجودة في الملاحق

[399] Robert, A, Bouillaguet, A, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, Que sais-je ? 1997.

أحد تقنياتها. يؤكد **جون كلود كوفمان** بهذا الصدد على أن مرحلة إنجاز المقابلات مرحلة صعبة للغاية على الرغم من أنها لحظة ممتعة لكن يصعب تدبيرها بشكل مثالي إنها بذلك لا تشكل المرحلة الأكثر أهمية في البحث لكون هذه المرحلة تأتي فيما بعد، حيث إن البداية الحقيقية لاستخراج معاني ودلالات المادة المجمّعة من الميدان هي نقطة الانطلاق الثانية للبحث. وهي البداية الثانية للتحقيق والتي تعرف عادة بتقنية "تحليل المضمون"[400].

يرى **جون كلود كوفمان** أنه على الباحث (ة) 'محلل المضمون' "أن يجعل الحقائق تتحدث، وأن يعثر على أدلّة وأن يسأل نفسه عن أصغر جملة، إنه بذلك يراكم مفاتيح جديدة، يقرأ ما يستمع إليه يوما بعد يوم"[401]، من "أجل التعرف على الوثائق التي سيتم استغلالها في التحليل والمرتبطة بهدف البحث"[402]. حتى تصبح أذنه قادرة على التحقيق في المستقبل. إنها الافتراضات والمفاهيم التي يتم تحديثها باستمرار من أجل الوصول إلى بناء نماذج ونظريات تفسر الواقع.

تعتبر تقنية "تحليل المضمون" إذن من التقنيات المنهجية الأكثر دقة في تحليل 'الخطاب' 'Discours' التي تستند إلى الاستنتاج وكذلك الاستدلال. وكوننا نعتبر "تقنية تحليل المضمون شأنها شأن مختلف أدوات البحث التي يمكن أن توظف في منهج البحث العلمي والتي اعتمدنا بعضها في بحثنا هذا (استمارة، مقابلة، تحليل إحصائي...) فإننا عندما نتحدث عن خطوات تقنية تحليل المضمون، فإننا نقصد المراحل الضرورية التي يتبعها الباحث خلال إعداد وتوظيف هذه التقنية"[403] والتي تقوم على ما يلي:

---

[400] J. C. Kaufmann, *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 1996, p. 75.(ترجمة بتصرف)

[401] Ibid, p. 76.

[402] Philippe Wanlin, « L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels », p. 249. Recherches qualitatives – Hors Série – numéro 3
Actes du colloque BILAN ET PROSPECTIVES DE LA RECHERCHE QUALITATIVE, 2007 Association pour la recherche qualitative, Recherches qualitatives / HORS SÉRIE.(ترجمة بتصرف)

[403] عبد الكريم غريب، ***منهج البحث العلمي في علوم التربية والعلوم الإنسانية***، الطبعة الأولى، مطبعة النجاح الجديدة بالدار البيضاء، منشورات عالم التربية، 2012، ص 230.

- ❖ مرحلة اختيار متن البحث
- ❖ مرحلة تحليل المتن

في المرحلة الأولى قد تكون المادة على شكل وثيقة أو مجموعة وثائق... مكتوبة أو سمعية أو مصورة، ولذلك فإن عملية اختيار المتن corpus تتحكم فيها عدة شروط من أهمها: اختيار الوثيقة الملائمة ثم انتقاء المتن المرتبط بموضوع الدراسة.

أما عن المرحلة الثانية (وإن كانت تتضمن هذه الأخيرة المرحلة السابقة عنها) ففيها تتم عملية استخراج الأفكار والمعاني الضمنية، لذلك تُعدُّ هذه المرحلة من أعسر مراحل تقنية تحليل المضمون، والتي يحتاج فيها الباحث إلى الاستعانة بخلفية نظرية غنية ومحددة تخدم أهداف البحث.

- **المقاربة المتبعة في تحليل معطيات المقابلات**

عندما ينتهي الباحث (ة) من عملية جمع البيانات، يبدأ في التساؤل عن كيف يمكن التوصل إلى نظام ترميز ملائم؟ فالترميز كغيره من العمليات الذهنية المنهجية يجب أن يتّسم بنوع من المرونة، حيث يمكن أن نستخدم ترميزا مؤقتاً أو أولياً. لقد انتهى **دريك لايدر** Derek Layder من خلال تجربته في دراسته عن الممثلين في انجلترا إلى القول: "استخدمت في كثير من النصوص المدونة لمقابلاتي شكلا أوليا وبسيطا من الترميز، مثل وضع خط أسفل بعض أجزاء من النص، أو وضع نجمة (علامة) على أجزاء معينة من النص لتوضيح أهميّتها أو صلتها بالموضوع (...) والخلاصة أن الترميز المؤقت كان بمثابة محاولة تجريبية لتنظيم وتصنيف البيانات بطريقة يمكن تنقيحها أو تعزيزها فيما بعد، ويشبه الترميز

الأولي أو الترميز المؤقت–بصورة جزئية وهذا ما يعرف في كتب المناهج بالترميز المفتوح"، "وهي الفكرة التي دافع عنها كل من **جلاسر** و**ستراوس**"[404].

تتجلى أهمية الترميز في كونه عملية تساعدنا على "تحويل المعطيات الخامة في النص إلى وحدات تسمح بالوصف الدقيق للخصائص الفعلية للمحتوى"[405]، ومن ثمة الوصول إلى تمثل للمحتوى أو التعابير المتضمنة فيه والكفيلة بتنوير الباحث (ة) عند التحليل. ومن بين التعاريف التي أعطيت للترميز أنه "وسيلة يتم من خلالها تطوير عملية التنظير[406]".

اتّضح لنا بعد القراءة المتعددة للمقابلات والمحاولات العديدة لترميز الأجوبة أنّ دليل المقابلة يتضمن تفيئا أولياً، وأنّ هذا ما تبيّن لنا من حيث الالتقاء بين "الملفات الموضوعاتية" التي انتهينا إليها من خلال الموضوعات الرئيسية التي تضمنّها دليل المقابلة والتي تم حصرها في المواضيع التالية:

- الجسد الأنثوي المستأصل الثدي والتمثلات حوله
- المعرفة حول مرض سرطان الثدي
- الجسد المستأصل الثدي وآلية التعايش مع الوضع الجديد
- المسارات العلاجية وتأثيرها على الجسد الأنثوي
- العلاقات التفاعلية للمصابة بسرطان الثدي مع مختلف الفاعلين (الأسرة، الأطر الطبية، المحيط..)

هذه المواضيع الرئيسية تتضمن مواضيع فرعية وهي مستقاة بدورها من سؤال أو عدة أسئلة من أسئلة دليل المقابلة:

---

[404] ديرك لايدر، ***قضايا التنظير في البحث الاجتماعي***، ترجمة عدلي السمري، المشروع القومي للترجمة، القاهرة، طباعة ونشر الشركة الاعلامية ستامبا، الجيزة، مصر، 2000، الصفحات 120-121.

[405] عبد الرحمان المالكي، ***سوسيولوجيا التحضر في المغرب***، مرجع سابق، ص 313.

[406] Magali Ayache, Hervé Dumez, « Le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ? », 2012, p. 34 sur site web http://Hal.archives-ouvertes.fr/hal-00657490, consulté le 11/05/2020.

- تمثل الصحة (سؤال 1-2)
- تمثل المرض (س2-2، س5-2، س7-2)
- تمثل الجسد (س4-2، س 1-4، س7-4)
- اكتشاف الإصابة (س3-2)
- المعرفة بالمرض (س 6-2، 8-2، 9-2، 10-2، س 8-5، س 9-5)
- تأثير المرض على حياة المصابة (س 1-3، س3-3، س4-3، س 8-4)
- المصابة بالمرض وعلاقتها بجسدها (س 2-3، س5-3)
- تمثلات العلاج لدى المصابة (س 2-4، س3-4، س 4-4)
- مسار العلاج لدى المصابة (س 5-4، 6-4، س9-4، س 10-4)
- استراتيجيات التعايش مع المرض (س4-3، 8-4)
- العلاقات التفاعلية للمصابة بالأسرة (س 1-5، س 2-5،س 5-5)
- العلاقات التفاعلية للمصابة بالأطر الطبية (س 3-5)
- العلاقات التفاعلية للمصابة بالمستشفى (س4-5)
- العلاقات التفاعلية للمصابة بالمحيط (س 6-5)
- نظرة المصابة للمستقبل (س7-5)

لقد تم تجميع هذه المواضيع من أراء وتمثلات وتصورات المبحوثات وذلك انطلاقا من الأسئلة التي تم وضعها عليهن والحوار الذي أجري معهن بشأنها. لقد تمت عملية تحديد المواضيع الرئيسية والفرعية بعد تفريغ كل المقابلات ورقياً وترقيمها، ثم إعادة كتابتها[407] وتصويرها للاحتفاظ بنسخة ثانية، وكنا نعمد إلى استخراج كل موضوع "Thème" من المواضيع التي ذكرناها سابقا، مع احترام الترقيم الخاص بكل سؤال. وكنا نعمد بعد القراءة الثانية لكل مقابلة إلى اقتطاع الجمل المتعلقة بكل موضوع على حدة، ثم نعمد إلى إلصاقها في الملف الموضوعاتي الخاص بها، مع الإشارة دوما أسفل كل مقتطف إلى

[407] تعتبر مسألة إعادة كتابة المقابلات من المسائل المنهجية التي يثيرها كل علماء الاجتماع الذين يتبنّون المقاربة الكيفية، فهناك من يدعو إلى ضرورة ترك كلام المبحوث كما هو دون تغيير، ولذلك ينبغي الاستماع إليه من آلة التسجيل، لأن أي تدخل يمكن أن يحرّف كلام المبحوث ولا يتركه على طبيعته (ج.ك. كوفمان) وهناك من يقول بضرورة إعادة الكتابة مع التقيد ما أمكن بما قاله المبحوث وبالصيغة التي قيل بها، ودون تعليق على ما قال أو تأويله (موقف بيير بورديو، بؤس العالم) وهناك من يرى ضرورة إعادة كتابة المقابلات حتى نتمكن من نمذجتها وجعلها قابلة للتقطيع والتحليل (موقف دانييل برطو)، ولقد تبنّينا في هذا البحث وجهة النظر الأخيرة.

المعلومات العامة المتعلقة بكل حالة (مبحوثة) (وضعية الثدي، السن، الوضعية العائلية، المستوى الدراسي، عدد الأبناء، مجال السكن، نوع السكن، التغطية الصحية، نوع التغطية الصحية، نوع الأسرة، العمل). كما كنا نبحث من خلال الاستمارة –في كل متغيراتها المرمّزة– عن نقط الالتقاء والتقاطع بين جل المعلومات المستقاة منها بغية مزجها مع المعطيات المجمعة من المقابلات. إنها إذن طريقة التوليف بين الكيفي والكمي، بغية الوصول إلى الأهداف المرجوة من هذه الدراسة والتي تشكل مجالاتها أهمية كبيرة. فما هي أهم المجالات أو الأمكنة التي وقعت فيها هذه الدراسة؟

5. المجالات الجغرافية للدراسة: مكناس-خنيفرة-مراكش

"إن الوصول إلى حياة الآخرين ومحاولة التعرف على أوضاعهم وأفكارهم وتمثلاتهم هو بالضبط ما يشكل صعوبة البحث الميداني السوسيولوجي، ذلك أن عالم الاجتماع لما يقرر دراسة ظاهرة من الظواهر الاجتماعية، فلا شك أن أول ما يستحضره هو كيفية الوصول إلى المشاركات في البحث واللواتي يجسدن أو تتجسد فيهن تلك الظاهرة، ذلك أن العوائق التي تواجه الباحث (ة) في هذا المجال ليست كلها من طبيعة علمية أو معرفية، بل هي أولا وقبل كل شيء عوائق اجتماعية وهو ما أشار إليه **بيير بورديو** عندما قال "إن العلوم الاجتماعية علوم صعبة لأسباب اجتماعية"[408].

ومن أجل الوصول إلى هؤلاء المشاركات في البحث، كان لزاما علينا الاتجاه إلى مجموعة من المجالات، ويقصد بمجالات الدراسة تلك الأمكنة التي لجأنا إليها من أجل العثور على العينة المستهدفة في البحث ألا وهي "النساء المستأصلات الثدي".

المجال المكاني: يتوفر المغرب حاليا (سنة 2020م) على عشرة مراكز جهوية للأنكولوجيا من المستوى الثالث، تتواجد بالمدن التالية: أكادير، الدار البيضاء، فاس، وجدة، الحسيمة، مراكش، الرباط، مكناس، طنجة، بني ملال. بالإضافة إلى مصحات خاصة للأنكولوجيا وتتواجد ببعض المدن المغربية

[408] عبد الرحمان المالكي، ***سوسيولوجيا التحضر في المغرب***، مرجع سابق، ص 293.

الكبرى مثل مدينة الرباط والدار البيضاء. كما تعمل مجمل مراكز الصحة الوطنية البالغ عددها أزيد من 2500 مركزا على مواصلة حملات التحسيس والتوعية بمرض السرطان.

تنوعت وتوزعت مجالات الدراسة الميدانية تبعا للعينة المستهدفة في البحث، حيث مثّل "**المركز المرجعي في الصحة الإنجابية- مركز الرصد المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم**" بخنيفرة[409] المحطة الأولى، بحيث عملنا على القيام بتدريب ميداني بشكل يومي لمدة شهرين. يمكن القول أنها مدة استطعنا فيها القيام بالبحث الاستكشافي، ثم ترددنا على المكان كلما دعت الضرورة إلى ذلك. أما المحطة الميدانية الثانية في البحث فكانت مركز الأنكولوجيا لعلاج السرطان ودار الحياة بمكناس، وأخيرا شكّل مركز الأنكولوجيا لعلاج السرطان ودار الحياة بمراكش المحطة الثالثة.

- **المركز المرجعي في الصحة الإنجابية -مركز الرصد المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم- بمدينة خنيفرة**، أقيم على مساحة إجمالية تقدر ب 365 متر مربع، ويتوفر هذا المركز على قاعتين للاستقبال وقاعتين للانتظار وقاعتين للفحص والتشخيص والكشف المبكر عن سرطان الثدي وعنق الرحم، وقاعة للفحص بجهاز الصدى، بالإضافة إلى قاعة للملاحظة وصيدلية ومكاتب ومرافق أخرى.

بالنسبة للأطر العاملة المداومة بالمركز فهي تتكون من: طبيبة عامة، تقني الأشعة "Technicien de radiologie"، أربع ممرضات، حارس أمن "Agent de sécurité". أما بالنسبة للأطر العاملة غير المداومة بالمركز، فهناك الطبيبات المسؤولات عن فحص الرحم Gynécologue وهناك الطبيبات المسؤولات عن فحص الثدي بأخذ عينات منه وإرسالها للمختبر بعد ذلك. إن هذه الأطر

[409] نظرا لأن المريضات يذهب إلى **المستشفى الإقليمي** بخنيفرة لمواصلة العلاج، فقد ذهبنا لهذا المستشفى ذلك لملاحظة ومعاينة السيرورات التي تقطعنها للاستفادة من الخدمات الطبية بهذا الخصوص.

الطبيبة لا تداوم العمل بشكل يومي بالمركز (لأنها تعمل بالمستشفى الإقليمي بخنيفرة) حيث تأتي مرتين في الأسبوع وتتناوب فيما بينها حسب جدولة زمنية خاصة.

والجدول التالي يبين بعض الإحصاءات الرسمية لعمليات الكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم والتي تمت داخل المركز خلال سنة 2016 والنصف الأول من سنة 2017.

جدول رقم 01: عمليات الكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم لسنة 2016 والنصف الأول من سنة 2017 بالمركز[410]		
أنواع/ خصائص النساء المحالات على المركز	سنـــة 2016	النصف الأول من 2017
	عدد التكرارات	عدد التكرارات
المعاينات بالمركز (CDPCSC)	3464	2665
المحالات من مراكز أخرى والمستفيدات من البرنامج	1220	396
المحالات من مراكز أخرى والمشكوك في إصابتهن بسرطان الثدي	776	288
المصدر: البحث الميداني		

كما يوضح الجدول أعلاه، هناك عدد كبير من المحالات على المركز والتي تمت معاينتهن به، حيث بلغ عددهن 3464 حالة في سنة 2016، و2665 خلال النصف الأول من سنة 2017.

أما بالنسبة للنساء المحالات من مراكز صحية أخرى واللواتي تمت معاينتهن بالمركز واللواتي استفدن من البرنامج الوطني للوقاية ومراقبة السرطان فقد بلغ عددهن 1220 حالة سنة 2016 و396 خلال النصف الأول من سنة 2017. وتجدر الإشارة هنا، إلى أن النساء اللواتي يستفدن من البرنامج الوقائي الخاص بسرطان الثدي، هن النساء اللواتي أتين إلى المركز المرجعي لأول مرة ولم يسبق لهن أن بدأن العلاج في مراكز علاجية أخرى، أي تم اكتشاف مرضهن بالمركز. بالإضافة إلى شرط آخر يحدد

[410] يقصد بالمركز هنا، المركز المرجعي في الصحة الإنجابية –مركز الرصد المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم- بخنيفرة وتجدر الإشارة أن هذه الإحصائيات قد حصلنا عليها من هذا المركز، بمساعدة الطبيبة الرئيسة هناك. Centre de Références en Santé Reproductive (CDPCSC)

الاستفادة من مجانية العلاجات[411]. إن النساء البالغات من العمر ما بين 40 سنة إلى 69 سنة واللواتي سبق لأحد أفراد عائلتهن أن أصيب بمرض سرطان الثدي (أخت، أم، عمة، خالة، جدة، بالنسبة للجيل الأول والثاني...)، أما بالنسبة لسرطان عنق الرحم، فالنساء اللواتي يستفدن هن البالغات من العمر ما بين 30 إلى 49 سنة، ولم يسبق أن قمن بمتابعة العلاج بمؤسسات أخرى، أي أن مرضهن تم اكتشافه أول مرة بالمركز المرجعي في الصحة الإنجابية. وهذه الشروط عامة في جميع المؤسسات والمراكز الصحية العمومية بالمغرب لكونها شروط منصوص عليها في البرنامج الوطني للوقاية ومراقبة السرطان 2009-2019. إن هذه الشروط تطرح أمام الكثير من النساء إشكالات تتجلى في عدم استفادتهن من الخدمات التي يقدمها المركز مما يحُول دون تتبعهن العلاج بشكل أفضل،كما جاء على لسان أحد الأطر الطبية العاملة بنفس المركز.

جدول رقم 02: أنواع الحالات المحالة على المركز للكشف عن سرطان الثدي لسنة 2016	
خصائص / أنواع النساء المحالات على المركز	عدد التكرارات
المستفيدات من le Bilan Radiologique	780
المستفيدات من échographie mammaire	86
المستفيدات من mammographie+ échographie	694
المستفيدات منBilan Radiologique normal centre référé aux CS	246
المستفيدات من Biopsie du sein	63
حالات السرطان المكتشفة بعد القيام ب Bilan Radiologique	99
حالات السرطان المؤكدة بعد Biopsie	43
المحالات من مراكز العلاج CHP/CRO/CHU	46
المصدر : البحث الميداني	

يتبين من خلال الجدول أعلاه أن المركز رغم ضعف طاقته الإستعابية فهو يستقبل عددا مهما من النساء، حيث بلغ عدد المستفيدات من الماجرافي والإكوغرافي 694 حالة خلال سنة 2016، كما

[411] بالنسبة لهذا المركز تتمثل مجانية العلاجات عند المصابات في استفادتهن من الماموغرافي والتحليل باستخدام الأشعة Mammographie و Radiographie.

استفادت 63 امرأة من اختبار أخذ العينة من الكتلة الموجودة بالثدي أو ما يسمى (la biopsie du sein)، تأكدت منها 43 حالة مصابة بسرطان الثدي و99 امرأة استفادت من تحليل الراديو أو ما يسمى (bilan radiologique) خلال سنة 2016. إنه مركز الكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم، "من هنا أتت فكرة بناء مراكز حديثة بالمغرب متخصصة في الكشف وعلاج سرطان الثدي وعنق الرحم، باعتبار هذين النوعين من السرطانات السبب المباشر في وفاة عدد من نساء العالم كل سنة، إذ أن الإصابة في المغرب تزداد سنويا بحوالي 30 ألفا و500 حالة، حيث أن سرطان الثدي وعنق الرحم هما الأكثر انتشارا بالنسبة للنساء ب 36% و12% على التوالي، وبالنسبة للرجال هناك سرطان الرئة والبروستات"[412].

وتكمن أهمية الكشف المبكر لسرطان الثدي في الوقاية من مضاعفاته التي تعد أول مسببات الوفاة لدى النساء. إن اكتشاف المرض في بدايته يسهل العلاج بنسبة كبيرة بحيث يجنب المريضة العلاجات الثقيلة كاستئصال الثدي أو الخضوع لجلسات العلاج الكيميائي والإشعاعي إن اقتضى الحال، والاكتفاء فقط بإزالة الورم كما أن نسبة النجاح والتماثل للشفاء في هذه الحالة تقارب المائة بالمائة. لذلك فإن غياب الثقافة الصحية لدى النساء وانعدام التوعية والتحسيس تعتبر من أهم أسباب تفاقم المرض، لأنه لا يوجد أي علاج أو لقاح في العالم يمنع وقوع هذا المرض، ويبقى الحل الوحيد هو الكشف المبكر الذي يقلص من مضاعفات المرض الثقيلة، خصوصا بالنسبة للفئات الهشة والفقيرة التي تجد صعوبات في الولوج إلى وحدات العلاج والوصول إلى الأدوية الباهضة "الثمن".

❖ مركز الأنكولوجيا بمكناس

افتتح المركز الجهوي لعلاج السرطان بمكناس في يونيو سنة 2013، ويعد أول مركز من الجيل الجديد ضمن مراكز الأنكولوجيا المغربية بمواصفات وتجهيزات طبية وتكنولوجيا حديثة. يضم هذا المركز الذي يندرج في إطار تنفيذ مكونات المخطط الوطني للوقاية والعلاج من داء السرطان، والذي يعد ثمرة

[412] على الرابط التالي: http://www.meknespress.com (تم الإطلاع بتاريخ 15 /10/2017، على الساعة 03.00)

شراكة بين مؤسسة لآلة سلمى للوقاية وعلاج السرطان ووزارة الصحة وولاية جهة مكناس تافيلالت سابقا والمجالس المنتخبة، وحدات علاجية وقاعات للاستشفاء اليومي"مستشفى النهار" للعلاج الكيميائي ووحدات تقنية للعلاج بالطب الإشعاعي ووحدة للرشم الدقيق لمكان الأورام بواسطة آلة "السكانير" المتخصصة، بالإضافة إلى وحدة لتحضير مقاييس وجرعات العلاج الكيميائي ووحدة أخرى للصيدلة فضلا عن قاعات مشتركة ومركب إداري ومجموعة من المرافق العامة.

ويهدف هذا المركز الذي يقع داخل مستشفى مولاي إسماعيل بمكناس، والمشيّد على مساحة إجمالية تقدر ب 5400 متر مربع، إلى تعزيز وتنويع العرض الطبي وتقريب الخدمات الطبية التي تستجيب لحاجات الساكنة، مع ضمان المساواة وتسهيل الولوج للعلاجات وتوفير خدمات صحية عمومية لعلاج داء السرطان[413].

يتكون المركز من 29 إطارا من بينهم متخصصون في العلاج بالطب الكيميائي والأنكولوجيا والطب العام، إلى جانب تقني مصلحة الطب الإشعاعي والمساعدات الاجتماعيات وممرضات وممرضين بالإضافة إلى طاقم إداري وتقني متعدد التخصصات.

استقبل المركز الجهوي للأنكولوجيا بمكناس ما يفوق 400 حالة مشخصة من مختلف مناطق مكناس تافيلالت، وتلقت كلها العلاجات الضرورية بناء على تقرير الطبيب المعالج الذي يحدد لها عدد الحصص التي يستلزم الخضوع لها، سواء بواسطة العلاج الكيميائي أو بواسطة الأشعة، والتي تختلف من حالة لأخرى حسب طبيعة ونوعية المرض، علما أن عدد حصص العلاج تتراوح ما بين 25 و33 حصة علاجية كيميائية أو إشعاعية لكل مريض أو مريضة حسب نوعية الورم واختلافه. وهو الإجراء الذي تتراوح تكلفته للحصة الواحدة منه ما بين 500 و700 درهم، غير أنه يقدم مجانا لحاملي بطاقة

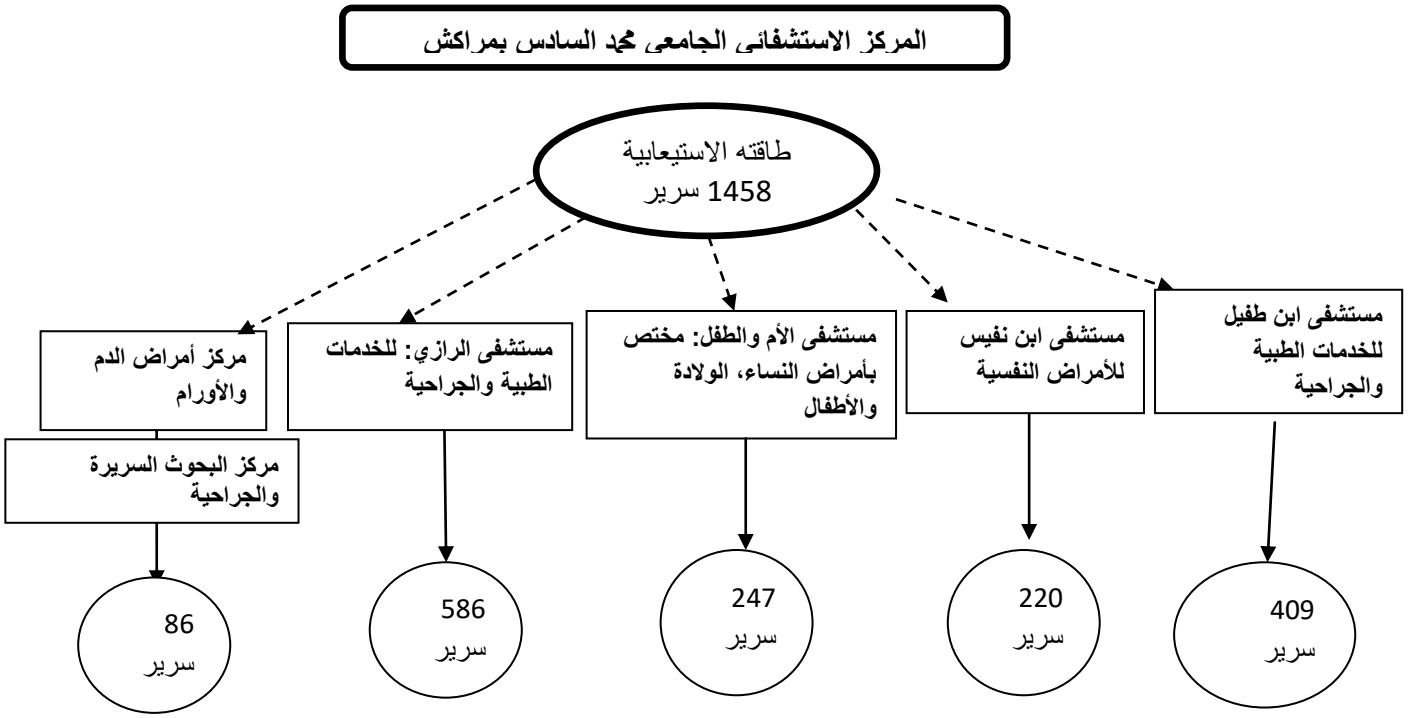
[413] على الرابط التالي: http://www.meknespress.com (تم الإطلاع بتاريخ 15/10/2017، على الساعة 05.23).

"رميد"[414]. وحسب تصريح مدير المركز الإستشفائي الجهوي سنة 2017، فإن نسبة تفوق 95 % من المرضى المتكفل بهم داخل المركز، هم من حاملي بطاقة "راميد". علما أن الهدف هو التكفل بأزيد من 2000 حالة سنويا، ويعتبر اكتشاف المرض في بداياته أحد آليات العلاج.

❖ **مركز الأنكولوجيا بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش**

مركز محمد السادس الجامعي هو مؤسسة عامة ذات شخصية اعتبارية واستقلالية مالية. تخضع لإشراف وزارة الصحة، تم إنشاؤها بموجب قانون 82.00 الصادر عن الظهير 1.01.206 من 10 جمادى الثانية 1422 (30 غشت 2001) بتعديل واستكمال القانون 37.80 المتعلق بالمستشفيات الصادر بظهير 1.82.5 من 30 ربيع الأول (15 يناير 1983).يتكون المستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش من أربعة مستشفيات ومركزين، وتبلغ طاقته الاستيعابية 1548 سريرا موزعة حسب ما يلي:

خطاطة رقم 02: التركيبة العامة لمستشفى محمد السادس



المصدر : موقع الإلكتروني لمستشفى محمد السادس بمراكش[415]

[414] على الرابط التالي: http://www.meknespress.com (تم الإطلاع بتاريخ 16/10/2017، على الساعة 06.00).

❖ **بطاقة تقنية للمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش**

يتوفر المستشفى الجامعي محمد السادس على منصة تقنية حديثة ومتنوعة والتي تسمح بالاستجابة لمتطلبات الساكنة القادمة إليه من أجل القيام بالجراحة أو الأشعة أو التحاليل أو الفحص الدقيق للأمراض ويضم: جناح العمليات "Blocs opératoires". يوجد بمستشفى الرازي جناحان للعمليات، يحتويان على 22 قاعة منها: خمس قاعات للمستعجلات و17 قاعة في المستوى المركزي، (بما فيها غرفة مخصصة لضحايا الحروق).

كما يضم مستشفى ابن طفيل أربع غرف عمليات بإجمالي 19 قاعة موزعة على النحو التالي: ثمانية قاعات على مستوى الجناح المركزي، وخمس قاعات على مستوى الجناح المفتوح، وأربع قاعات مخصصة لأمراض النساء وغرفتان لجراحة القلب والأوعية الدموية. ويضم مستشفى الأم والطفل جناحين للعمليات بإجمالي ثمانية قاعات منها: أربعة قاعات مخصصة لجراحة الأطفال وأربع قاعات مخصصة للتوليد وأمراض النساء.

-**الأشعة والتصوير:** يتوفر مستشفى الرازي على قاعة كاملة للتصوير، قاعة للتصوير بالرنين المغناطيسي، قاعة للسكانير، قاعة لتصوير الأوعية الدموية، غرفة (Radiologie) يتم التحكم فيها عن بعد، ثلاثة غرف (Radiologie conventionnelle) ، غرفة تصوير الثدي، غرفة الأشعة البانورامية، غرفتين للتصوير بالموجات فوق الصوتية.

أما مستشفى ابن طفيل للأم والطفل فيشتمل على جناح للتصوير الطبي الذي يحتوي على واحد (IRM)، سكانيرين، جهاز أشعة يتم التحكم فيه عن بعد، أربع أجهزة الأشعة التقليدية، تسع مكثفات الصور، ثلاث أجهزة لتخطيط صدى القلب، وعشرة من (Echo-Doppler Couleur)، نظامين

[415] معلومات مستقاة من الموقع الالكتروني لمستشفى محمد السادس بمراكش على الرابط التالي: www.chumarrakech.ma (تم الاطلاع بتاريخ 23/06/2020) وتم تحويل هذه المعلومات إلى خطاطة من طرفنا.

للموجات فوق الصوتية، مقياس لكثافة العظام، ثلاث أجهزة أشعة متنقلة، ثم آلتين لتصوير الثدي بالأشعة.

– **المختبرات:** يضم المستشفى الجامعي الكبير محمد السادس بمراكش مختبرات، حيث يوجد داخل مستشفى ابن طفيل المنتمي إليه مختبر للتحاليل البيولوجية وفي مستشفى الرازي يوجد مختبر التشريح المرضي ومختبر مركزي للتحليل البيولوجي، الكيمياء الحيوية، أمراض الدم، علم الجراثيم، الأمصال، علم الطفيليات والأحياء الدقيقة.

– **مركز التحاليل الدموية:** يختص مركز غسيل الكلي برعاية مرضى الكلي المعوزين في منطقة تانسيفت الحوز ويضم: 13 آلة غسيل الكلي وغرفتين لمعالجة المياه.

– **مركز علم الأورام والدم** ويتوفّر على مُسرعين خطيين وآلة للعلاج الإشعاعي (محاكي الماسح الضوئي)، جهاز عرض المصدر المشع للعلاج الإشعاعي الموضعي عالي الجرعة، غرفة قياس الجرعات، كاميرا جاما مزدوجة الرأس، حاويتين محميتين ووحدة صيدلية للتحضير.

يعد المستشفى الجامعي محمد السادس في مراكش فاعلاً رئيسياً في توفير الرعاية في جهة مراكش–آسفي وجنوب المملكة بأكملها. حيث جاء في خطاب المدير العام للمستشفى أنه منذ عام 2001، شهدت المؤسسة الإستشفائية تطورا مستمرا، سمح بتحويلها من وحدة صغيرة ومبتدئة إلى مؤسسة ذات أبعاد إقليمية أو حتى وطنية، مما كان له انعكاس إيجابي على جودة الرعاية المقدمة للسكان، مع تلبية الحاجة للتعليم والتدريب والبحوث أيضا، رغم ما يواجهه القطاع الصحي كل يوم من تحديات على المستوى الوطني، تتطلب حسب مدير المؤسسة تظافر الجهود لتعزيز الصحة العامة لكونها تشكل جزءً من الدستور الجديد تنبع من السياسات القطاعية والحكومية.

جدول رقم 03: توزيع العاملين بالمستشفى حسب الصفة في 31/12/2018			
صفة العاملين		المجموع	النسبة المئوية%
طبيب بعلم النفس		8	%0.38
طبيب		92	%4.36
جراح أسنان		1	%0.05
مساعد إداري		1	%0.05
صيدلاني		11	%0.52
مهندس دولة		24	%1.14
مساعد طبيب		24	%1.14
مساعد تقني		41	%1.94
ممرض مساعد		56	%2.65
إداريان		71	%3.36
تقني الإدارة وتقني الصيانة		244	%11.55
ممرضون وتقني الصحة	مساعد اجتماعي في الطب	19	%0.90
	التأهيل وإعادة التأهيل	29	%1.37
	القابلة	71	%3.36
	تقني الصحة	227	%10.75
	ممرضين معالجين	1193	%56.49
	المجمـــــوع	2112	%100
المصدر: مستشفى محمد السادس بمراكش			

تستقبل مصلحة العلاج بالأشعة جميع الحالات المصابة بالسرطان بعد تشخيصها من طرف مختلف المصالح الطبية التابعة للمركز الإستشفائي الجامعي الحسن الثاني، ومختلف المستشفيات الإقليمية والجهوية، كما تقدم الاستشارات والفحوصات الطبية للمرضى المصابين بداء السرطان حديثا ومراقبة الحالات التي سبق علاجها، علما أن البنية التقنية للمصلحة تمكن من معالجة مختلف أنواع السرطانات بواسطة تقنيات حديثة ومتطورة، وفق برنامج خاص يسمى المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان، والذي اعتمد خلال الفترة 2010-2019 حوالي 78 إجراء، منها 30 إجراء وقائي، و13 إجراء

للتشخيص المبكر، و18 إجراء للتكفل من حيث التشخيص والعلاج، و13 إجراء في مجال العلاجات المخففة للآلام، و4 إجراءات في مجال المصاحبة.

كما يعتمد المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان، الذي أطلق رسميا في 24 مارس 2010، كثمرة لشراكة إستراتيجية تجمع بين جمعية لالة سلمى لمحاربة داء السرطان، ووزارة الصحة، مع الاعتماد على مساهمة عدد من المختصين المغاربة والأجانب، 78 إجراء عمليا قابلا للتفعيل في المجالات الإستراتيجية، من قبيل الوقاية، الكشف المبكر، التكفل العلاجي، العلاجات المخففة وإجراءات مواكبة المرضى.

والأكيد أن هذا المخطط المندرج في إطار المقرر 5822 المعتمد في ماي 2005 من طرف الجمعية العالمية للصحة التي أوصت كافة الدول بتعزيز الأعمال الرامية لمحاربة السرطان من خلال إعداد مخططات تتناسب والسياق السوسيو–اقتصادي لبلدانها، يعتمد رؤية تقوم على الوقاية ومراقبة السرطان، وذلك عبر مقارنة متعددة القطاعات تقترح أعمالا ملموسة ومستدامة، علما أن هدفه الأساس يتمثل في تقليص الوفيات وضمان جودة عيش المرضى وأقاربهم.

وللحد من معاناة المصابين وضمان التكفل العلاجي بهم، لاسيما أولئك الذين يعانون العوز والهشاشة الاجتماعية، تمكنت "جمعية لالة سلمى لمحاربة داء السرطان" من وضع برنامج للتكفل العلاجي المجاني للفئات المعوزة من مرضى السرطان يعفيهم من تحمل التكلفة الباهظة لشراء أدوية العلاج الكيماوي، وذلك بموجب اتفاقية شراكة مبرمة بين "جمعية لالة سلمى لمحاربة داء السرطان" ومختبر "**روش**" للأدوية في المغرب[416]. إذا كانت هذه هي مجالات البحث وأمكنته، فماذا عن زمانه؟

[416] على الرابط التالي: http://karimroyal.jeun.fr (تم الإطلاع بتاريخ 14/10/2017 على الساعة 18.10).

6- الفترة الزمنية للبحث

لقد بدأنا بحثنا هذا منذ شهر يناير 2016 واستمر إلى غاية ماي من سنة 2021، تخلل هذه السنوات العمل الدؤوب ليلا ونهارا وما شملها من فترات انتظار ارتبطت سواء بمجالات البحث أو العينة المستهدفة فيه.

7-عيّنة البحث: المستأصلات الثدي نتيجة الإصابة بالسرطان

تعرف العينة بأنها جزء من المجتمع والتي يتم اختيارها بعناية حتى تكون تمثيلية بالنسبة للمجتمع وقد تكون الحاجة ضرورية لأخذ العينة بديلا عن دراسة المجتمع كله، مثل أخذ عينة من دم مريض لفحصها، حيث أننا لا نستطيع فحص كل دم المريض لأن ذلك يؤدي إلى وفاته[417]. وأفضل العينات، هي تلك التي تمثل المجتمع أفضل تمثيل وتفيد المعلومات المتوفرة من العينات في التنبؤ بمعلومات ومؤشرات عن المجتمع كله.

وعينتنا في هذه الدراسة هي النساء اللواتي استأصلن ثدياً واحداً أو كلا الثديين نتيجة إصابتهن بمرض سرطان الثدي. لقد تمت مقابلة هذه العينة بمختلف مراكز العلاج، والتي توزعت عبر ثلاث محطات رئيسية، همت مركز الكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم بمدينة خنيفرة ثم دور الحياة بمكناس ومراكش ومراكز الأنكولوجيا بمكناس ومراكش. بلغ مجموع العينة 32 مقابلة نصف موجهة و110 استمارة تم ملؤها ذاتيا مع المصابات.

اخترنا أن تكون عينتنا في هذا البحث عينة قصدية أو عمدية، لأن ما يبرر اختيارنا لهذه العينة هو السؤال الذي انطلقنا منه والذي يستهدف النساء المستأصلات الثدي نتيجة إصابتهن بسرطان الثدي.

[417] أمانى موسى محمد، ***التحليل الإحصائي للبيانات***، الناشر مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث- كلية الهندسة- جامعة القاهرة، 2007، ص 7. https://fr.scribd.com (تم الإطلاع بتاريخ 23-01-2019 على الساعة 19.23)

وقد اعتمدنا على متغيرات تم تفيّئها إلى مؤشرات ومنها:

- **صفة المبحوثة:** (مستأصلة ثدي واحد، كلا الثديين مستأصلان)
- **السن:** صنف إلى 5 فئات، بدءا من 16 سنة إلى 65 فما فوق
- **الحالة العائلية:** عازبة، متزوجة، مطلقة، أرملة، هجران الزوج
- **المستوى الدراسي:** غير متمدرسة، قرآني، ابتدائي، إعدادي، ثانوي، عالي
- **الدخل أو الأجر الشهري:** نعم- لا
- **التوفر على التغطية الصحية:** نعم- لا
- **نوع التغطية الصحية:** (Ramed-CNSS-CNPS...)
- **أسباب الإصابة بمرض السرطان:** "الفقسة"- قضاء وقدر- الوراثة- التغذية...
- **مدة الإصابة بالمرض:** أقل من سنة- سنة إلى سنتين- من 3 إلى 5 سنوات- من 6 سنوات فما فوق
- **الكشف المبكر ضروري لعلاج السرطان:** نعم- لا
- **العلاقة بين التغذية والإصابة بالمرض؟** نعم- لا
- **تتبع نظام غذائي معين في علاج السرطان؟** نعم- لا
- **في الغالب من يتكلف بمصاريف العلاج؟** أنت وحدك- الزوج- أحد أفراد أسرتك- أحد أفراد أسرة الزوج- آخر (يذكر)
- **استعمال علاج أخر بالموازاة مع الطب الحديث:** نعم- لا

لقد شمل الفصل المنهجي أخلاقيات البحث ومنهجيته –ولو جزئيا– كذلك الهندسة المتبعة فيه سواء من حيث أدوات العمل وتقنياته، المجالات وظروف الاشتغال، كيفية الحصول على المعلومات. إن تجربة البحث الميداني تعتبر من التجارب المهمة التي يجب على الباحثين والباحثات الإشارة إليها وذلك بهدف تطوير البحث واستفادة باحثين آخرين من هذه التجربة، فلكل بحث تجربته الخاصة، وهذه هي الإضافة النوعية لأي باحث أو باحثة في العلوم الاجتماعية عامة وعلم الاجتماع خاصة، وهذا ما سعينا إلى توضيحه أثناء الحديث عن الظروف التي مر منها البحث وكيف تمكننا من إجراءه دون أن ننسى النتائج المتوصل إليها طبعا والتي تشكل هي الأخرى قيمة خاصة.

الفصل الثاني: الجسد الأنثوي المصاب بسرطان الثدي بين التنظير والممارسة

مقدمة

المحور الأول: المحددات السوسيو–اقتصادية والمجالية للمصابات بسرطان الثدي

1. المحددات الاجتماعية للصحة حسب **مارك لالوند**
2. الوضع السوسيو–اقتصادي للمصابات وأشكال الهشاشة
3. المحددات المجالية للمصابات بسرطان الثدي

المحور الثاني: التكفل بمريضات سرطان الثدي بين التنظير والممارسة

1. التدابير الوقائية للمصابات بسرطان الثدي
2. التدابير التمويلية والعلاجية للمصابات بسرطان الثدي
3. اللامساواة بين الأجساد أمام المرض والموت

تركيب

لتناول علاقة الجسد الأنثوي المصاب بمرض سرطان الثدي بين التنظير والممارسة اخترنا الحديث عن أهم عنصر في ذلك وهي المحددات الاجتماعية للصحة والتي تعتبر إحدى أهم المتغيرات التي تؤثر مباشرة على ارتفاع أو انخفاض المؤشر الصحي لأفراد مجتمع ما والتي يصعب التحكم فيها لاسيما من طرف مهني الصحة. فالمؤسسات الاجتماعية والحكومية والجماعية والمجتمع المدني كلها تتحمل نفس المسؤولية تجاه المشاكل الصحية، وبذلك يمكن اعتبارها أحد أهم الأسباب في اللامساواة في الصحة. وجاء هذا الفصل للتأكد من الفرضية الأولى القائلة بأن: **المحددات الاجتماعية للصحة تلعب دورا هاما في تمتع المستأصلات الثدي بصحة جيدة من عدمها.**

تعرف الموسوعة الإلكترونية المحددات الاجتماعية للصحة بكونها "تتمثل في الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي يعيشها الأفراد والتي تحدد صحتهم". فضلا عن ذلك، تشكل المحددات الاجتماعية للصحة تلك "العوامل المتغيرة التي تعمل مباشرة على انخفاض أو ارتفاع المؤشرات الصحية والتي بطبيعتها تبقى خارج سيطرة الفاعلين في الميدان الصحي[418].

ونظرا لأهمية المحددات الاجتماعية للصحة فقد أشارت العديد من تقارير منظمة الصحة العالمية إلى ذلك[419]؛ حيث عقدت هذه الأخيرة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة، من أجل الجمع بين الدول الأعضاء وأصحاب المصلحة لتبادل الخبرات والتوصل إلى تأييد السبل الكفيلة بتنفيذ سياسات واستراتيجيات الحد من الإجحاف في الصحة. وهذا المؤتمر العالمي الذي استضافته حكومة البرازيل أتاح الفرصة لمناقشة كيفية تنفيذ توصيات اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة. وأعدت

[418] الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016، الصادرة عن وزارة الصحة المغربية، مارس 2012، ص 80.

[419] تقرير من الأمانة، ***المحددات الاجتماعية للصحة***، منظمة الصحة العالمية، المجلس التنفيذي، الدورة الثانية والثلاثون بعد المائة، نونبر 2016. منشور على الموقع https://apps.who.int/. (تم الإطلاع بتاريخ 01-05-2018 على الساعة 11.00)

- تقرير من الأمانة، المحددات الاجتماعية للصحة: حصيلة المؤتمر العالمي المعني بالمحددات الاجتماعية للصحة (ري ودي جانيرو، البرازيل، أكتوبر 2011، منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية الخامسة والستون، 22 مارس، 2016.

- أجرت منظمة الصحة العالمية خمس حلقات عمل في مجال المحددات الاجتماعية للصحة ل 100 من المديرين شاغلي وظائف الإدارة الوسطى في وزارة الصحة من مناطق متعددة في الضفة الغربية، وتم فيها عرض مفاهيم وأساليب تحليل المحددات الاجتماعية للصحة لدى النساء والرجال ومعالجتها.

ورقة مناقشة حول الكيفية التي يمكن للبلدان تنفيذ الإجراءات بشأن هذه المحددات الاجتماعية للصحة، وذلك بعد عدة جولات من المشاورات مع الدول الأعضاء والفريق الاستشاري وهيئات الأمم المتحدة الأخرى والمجتمع المدني والأوساط الأكاديمية والأمانة.

وحددت المشاورات خمسة مجالات أساسية للعمل في إطار نهج خاص بالمحددات الاجتماعية من أجل تحسين الصحة والحد من الإجحاف وتعزيز التنمية[420]. وعندما قامت وزارة الصحة المغربية سنة 2011 بإجراء دراسة اجتماعية وأنثروبولوجية حول المحددات الاجتماعية للصحة، وتحديد أسباب وفيات الأمهات تبين لها أن سبب ذلك يعود للهشاشة الاقتصادية، العزلة المجالية والثقافية، الأمية، النوع، الولوج إلى المعلومة ومشكل التواصل[421]. فإذا كان هذا هو وضع المحددات الاجتماعية للصحة عالميا، في بعض جوانبه، ومغربيا، فماذا عن المحددات السوسيو–اقتصادية والمجالية للمصابات بسرطان الثدي؟

المحور الأول: المحددات السوسيو-اقتصادية والمجالية للمصابات بسرطان الثدي

يقتضي تناول مختلف المحددات (الاجتماعية، الاقتصادية والمجالية) للمصابات بسرطان الثدي التطرق أولا إلى كيف نظرت لها منظمة الصحة العالمية باعتبارها المسؤولة الرئيسية عن أوضاع الصحة عالميا. لقد أدركت منظمة الصحة العالمية OMS في تعريفها للصحة بكونها "حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"[422]، حيث شمل هذا التعريف دور العوامل الاجتماعية في تعريف الصحة. بهذا تجاوزت المنظمة الدلالة البيو–طبية الضيقة في تعريفها للصحة لتشمل باقي دلالتها الأخرى الاجتماعية والنفسية والعقلية. غير أن الملاحظة التي يمكن تسجيلها

[420] وذلك من خلال النقط التالية: أ) وهي لابد من تحسين تصريف شؤون الصحة والتنمية على المستوى الوطني.
ب) يجب تعزيز المشاركة في رسم السياسات وتنفيذها.
ج) يلزم الاستمرار في إعادة توجيه قطاع الصحة نحو الحد من الإجحاف في الصحة.
د) ينبغي تعزيز الشؤون والتعاون على المستوى العالمي.
ه) لابد من تعزيز المساءلة ورصد التقديم.

[421] جاءت هذه الدراسة في إطار اختيار المكتب الإقليمي لشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية أربع بلدان، كان ضمنها المغرب الذي مثّل موقع رائد لبدء العمل في إنشاء اللجنة الوطنية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، عن الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016، ص 80.

[422] https://fr.wikipedia.org. (Date de visite le 09/08/2019 à 22.08 h).

خصوصا على هذا التعريف هي أنه رغم شموليته فإنه يبقى مثاليا إلى حد بعيد، طالما يربط الصحة بالكمال. مما يدفعنا إلى التساؤل عن مدى هذا الكمال وحدوده وعن مدى واقعيته؟

وأمام استحالة وجود صحة مطلقة، يصبح من اللازم النظر إلى الصحة كحالة دينامية لا تتحدد بغياب المرض فقط وإنما بانسجام الفرد مع محيطه. وكما جاء في أحد بيانات منظمة الصحة العالمية فالصحة هي تطلع إنساني عالمي ومن حقوق الإنسان الأساسية، حيث يمكن الحكم على تقدم المجتمع سواء الغني أو الفقير بنوعية صحة مواطنيه، ومدى عدالة توزيع الصحة في أنحاء المجتمع المختلفة، ودرجة الحماية من التهميش نتيجة لسوء الصحة. إن هذا البيان تطرق إلى المحددات الاجتماعية للصحة كالأسباب التي تؤدي إلى المرض. ومن ضمن الأسئلة المطروحة في هذا التقرير: ما هي أسباب عدم العدالة الصحية؟ وتعتقد اللجنة أن هذا الجور الصحي نتيجة لنظام معقد يعمل على المستويات: العالمية، الوطنية والمحلية[423]. فكيف حلل أحد كبار المهتمين بالصحة العامة **مارك لالوند** هذه المحددات الاجتماعية.

1. المحددات الاجتماعية للصحة حسب مارك لالوند

يعتبر **مارك لالوند**[424] من الباحثين في قضايا الصحة، فقد وَسَّع المجال الافتراضي للصحة، بحيث أخرج مفهوم الصحة من الجسد البيولوجي عموماً إلى مجال أوسع هو مجال المجتمع وظواهره. أما الصحة الجيدة فإنها لا تتحقق في نظره إلا من خلال الابتعاد عن ما يسميه بالتصور التقليدي لمجال الصحة والذي يتحدد عموما في النظرة البيو–طبية للجسد التي تعتبر أن جودة الصحة ترتبط بجودة الطب

[423] اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، تحقيق العدالة الصحية: من الأسباب الجذرية إلى النتائج العادلة بيان مؤقت، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، ص 14

[424] يعتبر **Marc Lalonde** من المهتمين بالصحة العامة، حيث تقلد مناصب سامية، منها: أنه عُيّن وزيرا للرفاه الاجتماعي والصحة بكندا سنة 1972 وفي سنة 1980 أصبح وزيرا للطاقة، وما بين سنة 1982 إلى 1984 شغل منصب وزير المالية، وقد شارك **لالوند** كمحكم أو وسيط أو مستشار قانوني في أكثر من 125 قضية تحكيم دولية تحث رعاية غرفة التجارة الدولية. وقد كتب العديد من المقالات حول الصحة وقدم عدة مؤشرات في كندا والخارج حول التحكيم التجاري الدولي. لقد عالج في أحد تقاريره مسألة الصحة من خلال مقاربته لها وفهمه لها، ما يسميه بالتصور الشامل للصحة وهو على الرابط التالي:
Marc Lalonde," Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail, publié Gouvernement du Canada", Ottwa, avril, 1974, sur le site:
https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/nouvelle-perspective-sante-canadiens.htm (consulté 09/08/2019 à 21H00).

وطبيعة العروض الطبية والعلاجية المقدمة داخل مجتمع ما، واستبداله بآخر يقوم على تأثر الصحة بأربعة محددات أساسية وهي:

- ❖ البيولوجيا البشرية Biologie Humaine
- ❖ البيئة أو المحيط Environnement
- ❖ نمط العيش Mode de vie
- ❖ تنظيم فحوصات الصحة L'organisation des soins de santé[425]

هذه المحددات الأربعة يعتبرها **مارك لالوند** في وثيقته بمثابة ذلك الإطار المفاهيمي للصحة والذي يطلق عليه ("مفهوم الصحة العالمي").

إن **لالوند** يفضل استعمال لفظ البيولوجيا البشرية بدل البيولوجيا، ذلك أن الأولى لا تقف عند العضوية فقط، وإنما تنظر إليها في بعدها الإنساني وشرطها الاجتماعي. فإذا كان الطب مثلا لا يقوم في اشتغاله على التمييز بين جسم الشاب والشيخ، الرجل والمرأة...الخ، فإن البيولوجيا البشرية كمحدد للصحة تنهض على اختلافات "لا يراها" الطبيب عادة أو لا يعيرها اهتماما كببيرا كالشيخوخة ومختلف الأنساق الداخلية مثل النسق العصبي...الخ.

يرى **لالوند** في تعريفه للصحة "وجودها كظاهرة اجتماعية وجماعية في نفس الوقت، فإما أن تكون اجتماعية فذلك راجع إلى ارتباطها بوضعيات وأطر ومحددات لا تجد لنفسها مكانا داخل البيولوجي، إنها

[425] Marc Lalonde, "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail, publié Gouvernement du Canada", Ottwa, avril, 1974, sur le site: https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/nouvelle-perspective-sante-canadiens.htm (consulté le 09/08/2019 à 23 H30) et

"Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, Résultat d'une réflexion commune", Coordination et rédaction Aline Émond, consultante, Version mars, 2010, Édition : La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sur le site web https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/responsabilite-populationnelle/cadre_conceptuel.pdf (consulté le 13/08/2019 à 07H)

وضعيات تظهر في الهوة بين متمتعين بالصحة من سكان الدول الغنية، ومحرومين منها في دول العالم الثالث، بل وداخل نفس المجتمع هناك هوة بين الأغنياء والفقراء من حيث تمتعهم بصحة جيدة"[426].

عملت دراسات كثيرة على قياس الصحة والمرض، منها دراسة **إنجلز** عن "وضعية الطبقة الكادحة في إنجلترا" سنة 1845 و**ماركس** في "رأس مال" سنة 1867 والذي أعطى تحليلا كلاسيكيا للحالة الجسدية للإنسان في عمله. إنها دراسات هدفت إلى فضح وتعرية الحالة المزرية للطبقات الكادحة في سياق الثورة الصناعية، استنادا إلى مؤشرات مرتبطة بمشاكل الصحة العمومية أو بعلاقات خاصة بالشغل.

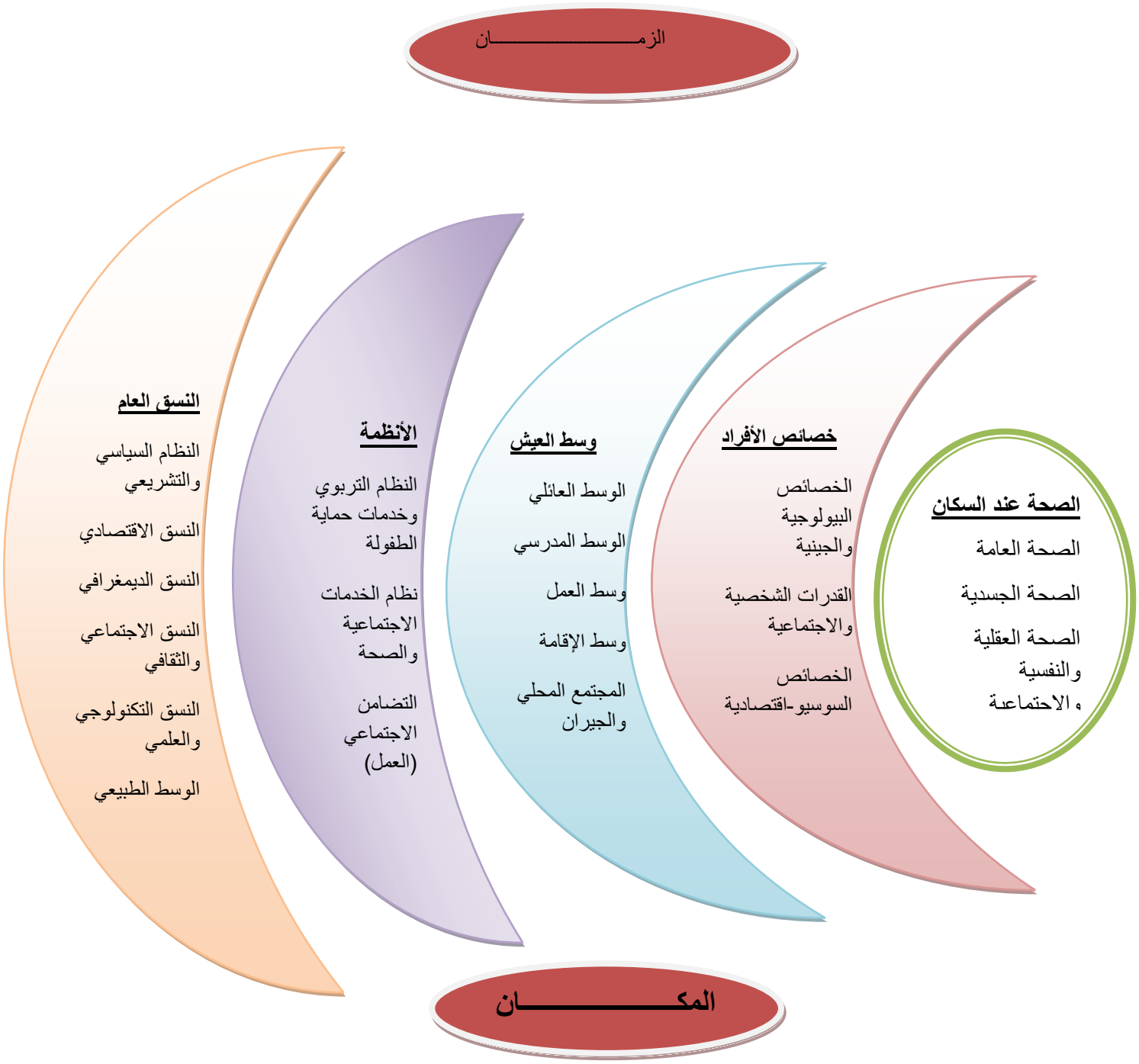
أما بخصوص المحيط فتعتبر وثيقة **لالوند** أنه "مسؤول بطريقة مباشرة على الحالة الصحية، ويقصد بالمحيط أساساً مختلف الشروط الخارجية التي تؤثر على الجسد البشري من قبيل الماء الصالح للشرب والنظافة والهواء والبيئة عموماً، بالإضافة إلى المجال المنزلي والوسط الاجتماعي وكل التحولات التي يعرفها هذا المجال وتؤثر بشكل كبير على الصحة[427]".

من جهة أخرى يعتبر نموذج **لالوند** أن تنظيم الفحوصات هو أحد المحددات الكبرى للصحة داخل أي مجتمع كيفما كان نوعه، لأنها ترتبط فقط بكمية وكيفية وتنظيم وطبيعة الخدمات الطبية التي تقدمها الدولة وإنما تتجاوز ذلك إلى العلاقات التي تربط بين السكان والموارد الطبية المعبئة للصحة.

ينبني التصور الشامل الذي تقترحه وثيقة **لالوند** على المحددات الأربعة التي سبق الحديث عنها مما يستدعي استحضار خمسة حقول: النسق العام- الأنظمة- أوساط العيش- خصائص الأفراد ووضعية صحة السكان. حيث أن كل حقل يضم مجموعة من المؤشرات، وهذه الأخيرة تضم هي الأخرى مجموعة من الخصائص الفرعية التي ترتبط بالصحة، حيث يمكن إجمال هذا كلّه في الخطاطة التالية:

[426] Marc Lalonde, "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail", Op. Cit.
[427] Op. Cit.

خطاطة رقم 03: المحددات الاجتماعية للصحة[428]



[428] تم الاستعانة بخطاطة حول المحددات الاجتماعية للصحة، ترجمة بتصرف على الرابط التالي:
http://fmp.um5.ac.ma/sites/fmp.um5.ac.ma/files/D%C3%A9finition%2C%20concept%2C%20approches%20en%20sant%C3%A9.pdf 01/03/19 على الساعة 12: 13.

تجدر الإشارة إلى أن المحددات الاجتماعية للصحة التي جاء بها **لالوند** هنا والتي تؤثر على صحة الأفراد بشكل مباشر وغير مباشر في نفس الوقت، ليست نماذج نهائية أو بنيات مطلقة، فهي قابلة لأن تحتضن الكثير من المحددات الأخرى، ويمكن إجمالها في خمس محددات اجتماعية رئيسية مرتبطة بالصحة، وتؤثر عليها بحدة:

-**محددات بيولوجية:** (السن، الجنس، الوراثة...)

-**محددات سلوكية:** ترتبط بسلوكات الأفراد مثل استهلاك الكحول والتدخين، ممارسة الرياضة، الترفيه، نمط العيش...

-**محددات اجتماعية:** هي عوامل مرتبطة بالمحيط الاجتماعي مثل العائلة، الدخل الأسري، الأصدقاء، الحماية الاجتماعية، العامل الثقافي...

-**محددات مرتبطة بالمحيط:** مثل جودة الماء، الهواء، التهوية، العمل...

-**محددات مرتبطة بالنظام الصحي:** مدى سهولة الولوج للعلاج وجودته.

❖ **علم أوبئة صحة: Epidémiologie**

وينقسم إلى قسمين رئيسيين يرتبط الأول بعوامل الخطورة والثاني بعوامل وقائية أو حمائية.

-**عوامل الخطورة:** إنها تلك العوامل التي تجعل شخصا ما أكثر عرضة للإصابة بالمرض بالمقارنة مع أشخاص آخرين، وهي أيضا مجموع السلوكات التي يقوم بها الأفراد وتكون سببا في إصابتهم بالعديد من الأمراض كاستهلاك الكحول والتدخين المفرط الذي يكون في كثير من الأحيان سببا في الإصابة بسرطان الرئة كذلك إن ممارسة الجنس بدون حماية تؤدي للإصابة بمرض فقدان المناعة المكتسبة وأمراض في الجهاز التناسلي... ومن عوامل الخطورة التي يمكن أن تسبب أو تساعد في ظهور مرض سرطان الثدي نذكر عامل الوراثة، العمر، زيادة الوزن، نمط الحياة خالي النشاط، التعرض للسموم إلى

غير ذلك، إلا أن عوامل الخطورة هذه لا تعني بالضرورة أن شخصا ما إذا توفرت فيه سيصاب بالسرطان. لقد أظهرت بعض الدراسات أن بعض النساء اللواتي توجد فيهن العديد من عوامل الخطورة لم يصبن بسرطان الثدي فيما أصيبت بعض النساء ممن لا تتوفر فيهن عوامل الخطورة هذه.

– **عوامل الوقاية أو الحماية:** وهي مجموعة من العوامل والسلوكات التي يقوم بها الأفراد وتحسن حالتهم الصحية، بل وتقيهم من الإصابة بالكثير من الأمراض كممارسة الرياضة بانتظام مثلا والتي تخفف من احتمالية الإصابة بأمراض القلب والشرايين.

ومن الخطوات التي تساعد على الوقاية من سرطان الثدي هناك:

* إجراء فحص الثدي بشكل منتظم

* عمل صورة الثدي الإشعاعي (ماموغرافي) بشكل دوري

* تجنب الاستخدام الطويل للهرمونات بعد انقطاع الدورة الشهرية

* المحافظة على الوزن المثالي

* القيام بالتمارين الرياضية بشكل منتظم

* الحد من تناول الكحول وتعاطي التدخين.

إنها إذن عوامل من بين أخرى والتي تساهم في الوقاية من خطر الإصابة بمرض سرطان الثدي، حيث إن المتصفح لهذه العوامل يجد أنها ترتبط بشكل كبير بحقوق الإنسان بشكل عام والتنمية بشكل خاص وهذا ما نص عليه الدستور المغربي الجديد لسنة 2011 في بعض جوانبه. حيث أكد الإصلاح الحكومي المغربي الجديد لسنة 2011 على الطابع الشمولي الذي يربط الولوج للصحة بالحق في التنمية،

الإنصاف وتكافؤ الفرص (الفصل 30)، وذلك بتبني ما تطرحه الاتفاقيات الدولية من أولوية بالنسبة لحقوق الإنسان، ولا يقف الدستور الجديد عند ضمان الحق في الصحة فقط، ولكن يرمي إلى تنفيذ سياسة تؤمن أفقية المقاربة مابين القطاعات. ويبقى هذا العمل ضروريا من أجل معالجة اللامساواة في القطاع الصحي. وفي هذا السياق عملت منظمة الصحة العالمية منذ 2005 (OMS) على خلق هيئة دولية حول المحددات الاجتماعية للصحة والتي وضعت من أهم أهدافها تقديم الوسائل العملية لفائدة الحكومات، المنظمات الدولية، المجتمع المدني والجهات المانحة، لتحسين الشروط الاجتماعية من أجل الصحة. وقد قام المكتب الإقليمي للشّرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية باختيار أربعة دول كمواقع نموذجية من بينها المغرب، لانطلاق العمل حول خلق هيئة وطنية للمحددات الاجتماعية للصحة[429].

تظهر إذن أهمية المحددات الاجتماعية للصحة على المستوى العالمي في إيلاء منظمة الصحة العالمية اهتماماً خاصاً بها عبر سياستها الصحية؛ وعلى المستوى الوطني في اهتمام القطاع الوصي (وزارة الصحة المغربية) عبر سياساتها الصحية أيضا ببعض جوانبها، وإن كان هذا الاهتمام الأخير يظل في نظرنا اهتماما خجولا لأنه في بدايته ولا تتم أجرأته في الواقع بالشكل المطلوب نظرا للإكراهات التي يعاني منها القطاع من نقص الموارد، اللوجستيك، الطاقم البشري... إلا أنه اهتمام يعبر عن وعي هؤلاء المهتمين بقضايا الصحة بالحاجة لدراسة المحددات الاجتماعية للصحة إلى جانب المحددات الطبية. فالصحة ظاهرة اجتماعية –كما أثبتت ذلك بعض الدراسات المغربية (دراسة زكرياء الإبراهيمي، الصحة والمجتمع)– تتأثر بمحددات اجتماعية كثيرة.

[429] تفعيل البرنامج الحكومي على مستوى قطاع الصحة 19 مارس 2012، مذكر تقييمية، وزارة الصحة، المملكة المغربية، ص 57.

2. المحددات السوسيو-اقتصادية للمصابات بسرطان الثدي وأشكال الهشاشة

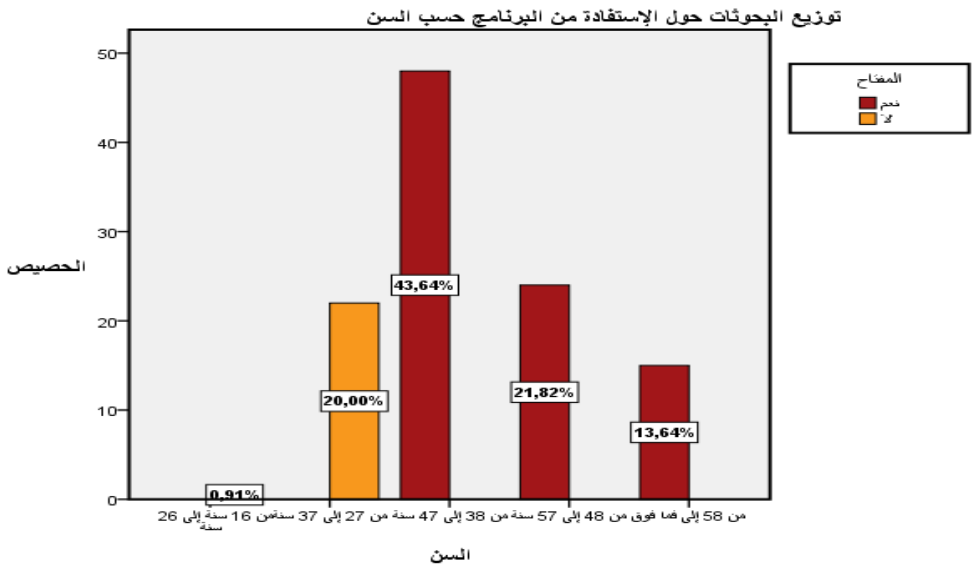
إن النفاذ للهامش ومحاولة سبر أغواره والتعرف على تفاصيله وحيتياته كفيل بأن يميط اللثام ولو جزئيا عما تعيشه فئة اجتماعية تعاني في صمت، فئة اجتماعية تعاني الهشاشة بمختلف تجلياتها: الصحية، الاقتصادية، الاجتماعية... إنها فئة المريضات بسرطان الثدي. وإذا كان دور البحوث الاجتماعية في جزء كبير منها هو النفاذ للهامش، –لاسيما وأن هناك هوامشا متحكمة في سير وعمل العديد من البرامج والمخططات لكنها تظل غير معروفة وتوجد بالهامش– فإن مهمتنا هي التعرف على هذه الفئة الاجتماعية من النساء من خلال معرفة تمثلاتها لجسدها وأوضاعها الصحية وكذلك معاناتها ومدى تعايشها مع المرض.

تؤثر الظروف المادية في الوضع الصحي للمرأة بشكل عام، غير أنه من الصعب قياس هذا العامل، حيث تدل العديد من الدراسات أن المجتمع يميل إلى تصنيف النساء وفقا للطبقة الاجتماعية أو لمكانة أزواجهن، مما يعطي صورة مشوهة عن أوضاعهن الصحية. وهناك بعض الدلائل على ذلك حيث أن النساء المسنات مثلا أقل دخلا من الرجال[430]. ويمكننا أن نشعر بالفرق أيضا عندما ننظر إلى عجز المرأة عن الوصول إلى الموارد التي تشجع على الاستقلالية وتسهل ممارسة حياة فعالة ونشطة... وترى إحدى عالمات الاجتماع أن الآثار التراكمية للأعباء التي تتحملها المرأة– مثل العمل المنزلي، الإنجاب، رعاية الأطفال، مهمات الأمومة وتناول الأدوية الخاصة بمنع الحمل–كلها عوامل تتظافر من أجل تحديد الوضع الصحي للمرأة. من هنا فإن أي تحليل لوضع النساء الصحي يجب أن يأخذ بعين الاعتبار سلسلة التفاعلات بين المؤثرات الاجتماعية، النفسية، والبيولوجية [431].

[430] أنتوني غدنز، ***علم الاجتماع***، ترجمة فايز الصياغ، الطبعة الرابعة، منشورات المنظمة العربية للترجمة، بيروت، لبنان، 2005، ص 231.
[431] نفس المرجع، نفس الصفحة.

إنه ولمعرفة الوضع الصحي للمريضات بسرطان الثدي في أحد جوانبه، قمنا بالبحث في مدى استفادتهن من البرنامج الخاص بهذا المرض وهو البرنامج الوطني للوقاية ومراقبة السرطان بالمغرب لسنة 2009-2019م، حيث جاءت النتائج وفق المبيان التالي:

مبيان رقم 01: توزيع المبحوثات حول استفادتهن من البرنامج[432] حسب السن



المصدر: البحث الميداني

كما هو موضح بالمبيان أعلاه أن النساء اللواتي يستفدن[433] من البرنامج الوطني للوقاية ومراقبة السرطان هنّ الفئة العمرية الثلاث الأخيرة، أي النساء البالغات من العمر ما بين 40 إلى 69 سنة فما فوق. والسؤال الذي يطرح هنا هو ماذا عن الفئة البالغة من العمر أقل من 40 سنة، مع العلم أنها هي الأخرى تسجل معدلات إصابة مرتفعة. لماذا هذا الاستثناء لهذه الفئة والجدول التالي يبين توزيع المبحوثات حسب السن:

[432] البرنامج الوطني للوقاية ومراقبة السرطان بالمغرب 2010-2019.
[433] سوف نأتي على ذكر تجليات الاستفادة من هذا البرنامج لاحقا.

جدول رقم 04: توزيع المبحوثات حسب السن

	الفـئات العمـرية					المجموع
استئصال الثدي	من 16 سنة إلى 26 سنة	من 27 سنة إلى 37 سنة	من 38 سنة إلى 47 سنة	من 48 سنة إلى 57 سنة	من 58 سنة إلى فما فوق	
عدد التكرارات	1	22	48	24	15	110
المجمـوع	1	22	48	24	15	110

المصدر : البحث الميداني

كما هو ملاحظ بالجدول أعلاه، يتبيّن أن 22 من المصابات اللواتي يبلغن من العمر أقل من 40 سنة حوالي 20% من العينة، وهي نسبة مهمة لا تستفيد من خدمات البرنامج الوطني للوقاية ومراقبة السرطان المجانية، والذي يشكل فيه الكشف باستعمال تقنية الماموغرافي أهم خدماته بالنسبة للمصابات[434]. إذا كان هذا الوضع يهم سن المريضات واستفادتهم من خدمات البرنامج من عدمها، فماذا عن وضعيتهن العائلية؟

الصحة لا يمكن حصرها في الجسد ككيان فيزيقي مادي يعيش في معزل عن محيطه الاجتماعي، بل أصبح من الضروري إدراك كل الترابطات القائمة بين الحياة الاجتماعية والجسد في معاناته مع المرض. يعتبر المرض في أحد جوانبه مهدداً للاستقرار الأسري، حيث أن إصابة امرأة متزوجة بمرض مكلف ماديا وجسديا يجعل بعض الأزواج يفضلون الهرب والتخلي عن مسؤوليتهم الأسرية والسماح في الزوجة المريضة، إن لم نقل الأبناء[435]. وبالنسبة للمستوى التعليمي للمصابات بسرطان الثدي وعلاقته بالكشف المبكر فقد اتضح أنه ليس هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين هذين المتغيرين، أي أن متغير المستوى التعليمي لا يؤثر في التجاء النساء إلى الكشف المبكر أو عدمه، والجدول التالي يوضح ذلك أكثر:

[434] وتبعا للإحصاءات الرسمية لوزارة الصحة وكذلك بالنسبة لبحثنا، فإن هذه الفئة التي تبلغ من العمر أقل من 40 سنة تظل نسبة ضئيلة بالمقارنة مع الفئة التي يفوق عمرها 40 سنة فأكثر –ربما لهذا السبب أقصيت من البرنامج الوطني للوقاية ومراقبة السرطان–.

[435] سوف نأتي لتوضيح ذلك في الفصل الخامس من هذا القسم.

جدول رقم 05: علاقة المستوى الدراسي للمستأصلات الثدي بالكشف المبكر					
لمـــــاذا ذهبـــت للفحـــص الأول؟					
				القيام بالكشف المبكر عن سرطان الثدي	ظهور أعراض جانبية	المجمـــــوع
المستـــوى التعليـــمي	غير متمـدرسة	التكرارات		01	68	69
		% النسب المئوية		%0.90	%61.81	%62.72
	تعليم أولي أو قرآني	التكرارات		01	07	08
		% النسب المئوية		%0.90	%6.36	%7.27
	الابتدائي	التكرارات		02	14	16
		% النسب المئوية		%1.81	%12.72	%14.54
	الإعدادي	التكرارات		01	08	09
		% النسب المئوية		%0.90	%7.27	%8.18
	الثانوي	التكرارات		01	03	04
		% النسب المئوية		%0.90	%2.72	%3.63
	الجامعي	التكرارات		00	04	04
		% النسب المئوية		%00	%3.63	%3.63
المجمـــــوع				06	104	110
مستوى دلالة كاي تربيع						
المصدر : البحث الميداني						

لقد بلغت قيمة كاي تربيع 8.20 عند مستوى دلالة الدلالة الإحصائية 0.14= وهي غير دالة إحصائيا لكونها أكبر من 0.05، مما يعني عدم تحقق الفرضية العدمية، أي عدم وجود علاقة بين المستوى الدراسي والذهاب للقيام بالفحص الأولي واكتشاف المرض. أما عن الوضعية الاقتصادية للمصابات، فمعظم المصابات لا يتوفرن على عمل يحصلن من خلاله على مدخول مادي قار.

جدول رقم 06: توزيع المبحوثات حول العمل المأجور

العـــمـــــــل	عـــــدد التكـــــــرارات	النسبـــة المئوية %
نعم	18	%16.4
لا	92	%83.6
المجمـــــوع	110	%100

المصدر: البحث الميداني

من البيّن أن أول ملاحظة تلفت الانتباه في الجدول أعلاه هو الارتفاع الكبير لعدد المصابات اللواتي لا يتوفرن على عمل مأجور، حيث تصل نسبتهن إلى 83.6%، وهو ما يعني أنهن يعانين ماديا في مواجهة المصاريف الكبيرة التي يتطلبها العلاج من المرض. وبخصوص النساء المصابات بسرطان الثدي واللواتي يتوفرن على عمل، فمجال عملهن يتوزع كالتالي: 13.6% منهن يعملن بقطاعات هشة (قطاعات غير مهيكلة) ونسبة 1.8% يعملن بالقطاع العام و0.9% يشتغلن في القطاع الخاص.

بذلك يمكن القول أن أغلب النساء المصابات بسرطان الثدي، يعانين من الهشاشة الاقتصادية ، فإذا ما أخذنا بتعريف **سيرج بوغام** للهشاشة، "فهو يرى أنها تميز فئة من المجتمع، وهو يقسم المجتمع إلى ثلاث فئات؛ الفئة الهشة اجتماعيا، الفئة المُسَاعدة اجتماعيا ثم الفئة المقصية أو المهمّشة، وهو بذلك يرى أن الهشاشة تعني فئة معينة من الأشخاص الذين فقدوا علاقتهم بالشغل وأصبحوا عالة على المجتمع وأصبحوا مُسَاعدين اجتماعيا، وأصبحوا بعد ذلك من فئة المهمّشين، إذا لم يتم إدماجهم في المجتمع،"[436]. تقول إحدى المبحوثات "**كنت خدامة عند الناس، دابة منين مرضت جلست في الدار**"[437]، وتضيف أخرى "**دابة الخدمة والو مبقيتش قادة ندير حتى حاجة**[438]". إن الإصابة بالمرض كانت سببا في فقدان الشغل للكثير من المصابات وهو ما عرضهن للهشاشة، إنه عنف اقتصادي تعاني منه فئة عريضة من النساء

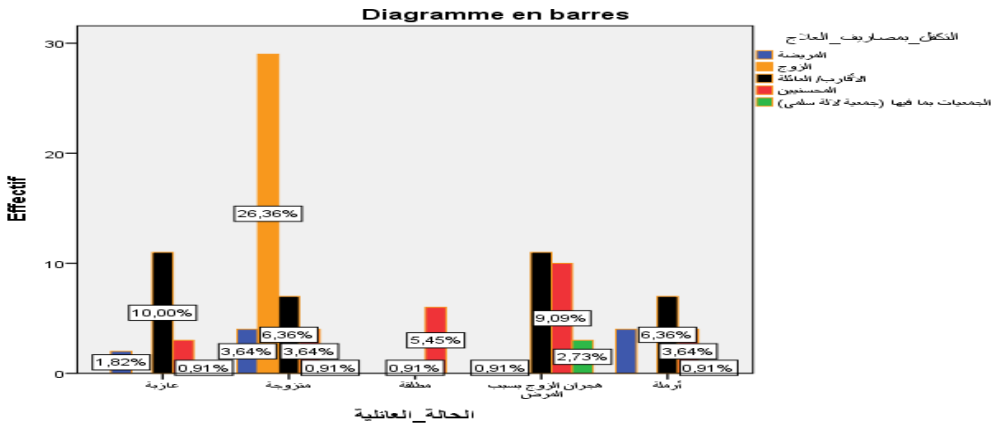
[436] **للإطلاع أكثر يرجي مراجعة** Serge Paugam, *La salarié de la précarité*, *les nouvelles formes de l'intégration* professionnelle, PUF, Coll. Quadriage, Essais débats, 2007, p. 437.

[437] مقابلة رقم **02** (28 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، تتوفر على تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السكن قروي، نوعه عصري، موروث).

[438] مقابلة رقم **15** (65 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها ابنة واحدة، تتوفر على تغطية Ramed، تعمل بصناعة الزرابي، مجال السكن قروي، نوعه عصري، موروث).

المستأصلات الثدي بالمجتمع المغربي. وأمام هذه الوضعية جاء سؤالنا حول من يتكلف بمصاريف علاج المريضة؟ فكانت الإجابات كالتالي:

مبيان رقم 02: توزيع المبحوثات حول علاقة الحالة العائلية بالتكفل بمصاريف العلاج



المصدر: البحث الميداني

يتضح من خلال المبيان أعلاه أن التكفل بمصاريف العلاج تتسم بالهشاشة، نظرا لأنها مرتبطة بمصادر دخل غير قارة، فكما نلاحظ أن نسبة 26.36 % من المصابات المتزوجات يعتمدن على أزواجهن فيما يخص مصاريف العلاج، تليها نسبة 10% يعتمدن على الأقارب والعائلة عند فئة العازبات، أما فئة المريضات التي تعرضت لهجران الزوج بسبب المرض فإن نسبة 9.09% تعتمد في مصاريف علاجها على الأقارب والعائلة والمحسنين، كذلك فئة الأرامل فهي تعتمد على الأقارب والعائلة بنسبة 6.36%، وأخيرا تأتي فئة المطلقات اللواتي يعتمدن على المحسنين في مصاريف علاجها من المرض بنسبة 5.45%. تقول مبحوثة في هذا الصدد "...**مشيت كنطيح ونوض، بَعْت شي حويجات وعاونوني الناس...**"[439].

بل إن بعض المبحوثات المريضات لا يجدن المال لدفع مصاريف التحليلات الطبية أو التنقل أو بعض المصاريف الأخرى، تقول مبحوثة "**فاش مشيت لعند مول التحليلة، قلت ليه سلفني، قالي**

[439] مقابلة رقم **15** (65 سنة، أرملة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، تعمل بصناعة الزرابي، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

لا..."[440]، فيما أخريات يلجأن إلى الاقتراض كإستراتيجية لمواجهة مصاريف العلاج تقول مبحوثة "...**النقص ديال الفلوس بززاف كنضطر نتسلف...**"[441].

إن الملاحظة التي نسجل هنا هي أن المصابات في علاجهن للمرض يعتمدن على مصادر غير مستقرة وهشة ومؤقتة في الزمن، كما أنها ترتبط بإحسانية الغير وظروفه. يظهر إذن أن المحددات السوسيو–اقتصادية للمصابات بسرطان الثدي بمختلف متغيراتها (السن وعلاقته بالاستفادة من خدمات البرنامج، الوضعية العائلية وعلاقتها بالتكفل بمصاريف العلاج) تتّسم بهشاشة اجتماعية واقتصادية كبيرة جدا. فماذا عن عامل آخر يعتبر ذا أهمية بالغة في تمتع المريضات بوضع بيولوجي مساعد على العلاج من عدمه، ألا وهو عامل التغذية؟

•التغذية ومرض سرطان الثدي

تشكّل التغذية محددا اجتماعيا للصحة، في نظرنا، ذلك لأن العلاقة بين التغذية والجسد والصحة تشكل مجالا مثمرا للبحث العلمي داخل العلوم الحقة، وتقدم نفسها كسؤال أكثر إثارة للاهتمام داخل العلوم الإنسانية كالأنثروبولوجيا والسوسيولوجيا والإبستمولوجيا. إن التغذية تنخرط ضمن مجال أرحب يحوي ما هو رمزي (هوياتي)، ويستدعي تجربة الإنسان في هذا العالم بصفة عامة. فالتغذية تعتبر إلى حد ما عنصرا جوهريا في انتقال الإنسان من الطبيعة إلى الثقافة بالنسبة **لكلود ليفي ستراوس** (الانتقال من النيئ إلى المطبوخ)، وفي ترتيبه الاجتماعي كما كشف عن ذلك **بيير بورديو** "غني، فقير"، والثقافي (طالب، فقيه)، والجندري (النساء، الرجال). وتتحدد انطلاقا من مجموع الرساميل التي يتوفر عليها الفرد داخل وجوده الاجتماعي، وهي رساميل تتراوح كما قدمها **بورديو** بين المادي والاجتماعي والرمزي والثقافي[442].

---

[440] مقابلة رقم **10**.
[441] مقابلة رقم **11**.
[442] زكرياء الابراهيمي، ***الصحة والمجتمع***: *دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي*، مرجع سابق، ص 381.

ويؤكد الكثير من الباحثين على الصلة المباشرة بين الواقع الصحي وبين الواقع الاجتماعي، فقد أشارت الدراسات التي قام بها كل من **ليفين وسكوتش وميكود وإيكمان** إلى أن الضغط النفسي والاجتماعي يؤدي إلى إصابة الأفراد بالكثير من الأمراض الجسمية والعقلية كمرض القلب، عسر الهضم والاضطرابات العقلية[443]. وأن الأشخاص الذين تتصف حياتهم بكثرة الضغوط الاجتماعية والنفسية، يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمرض من غيرهم ممن لا تتصف حياتهم وواقعهم الاجتماعي بذلك.

إن هناك الكثير من الأدوار والوظائف التي يمارسها الأفراد تتصف بأنها ذات طبيعة ملحة ومكثفة وبها الكثير من التناقضات والصراعات والمنافسة وتجعل هؤلاء الأفراد أكثر عرضة للضغوط وأكثر احتمالا للإصابة بالمرض، وتشير دراسات أخرى أجراها **دوهرنوند** أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالمرض، خاصة النساء العاملات التي تتعدد أدوارهن ومسؤولياتهن بين العمل والمنزل[444].

فإذا كانت الضغوط تؤثر سلبا على الإنسان وتجعله عرضة للمرض، فهو مضطر إلى اختيار نظام غذائي مُساعد على التخفيف من هذه الضغوط ولو جزئيا. فما هو النظام الغذائي عند المصابات بسرطان الثدي، وكيف يتم اختيار هذا النظام؛ هل هناك ثقافة مبنية على مصادر علمية–طبية عند المصابات بسرطان الثدي أم أنها ثقافة عامية–اجتماعية ترتبط بمصادر العائلة، الأصدقاء...إلى غير ذلك. إننا نهدف من خلال طرحنا لهذا السؤال على المصابات لمعرفة هل لديهن من ثقافة خاصة حول نوع الغذاء الذي يجب تناوله، وما إذا كان هذا النظام الغذائي موصوفا من طرف الطبيب أو أخصائي (ة) في التغذية.

---

[443] الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي، ***مقدمة في علم الاجتماع الطبي***، الدار الجماهيرية العربية للنشر والتوزيع، مصراتة، ص 97. (MC (Quade ain kman and levine and scotch, 1956, 1974

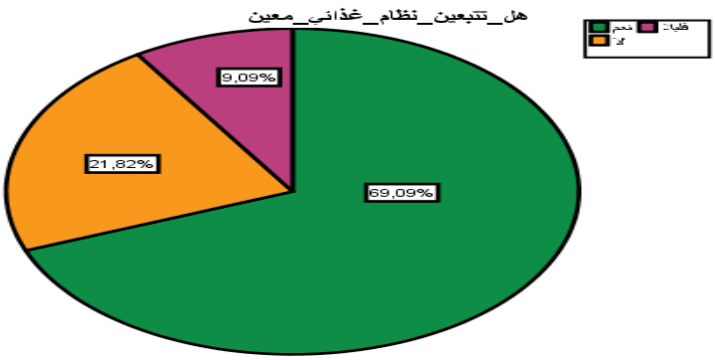
[444] نفس المرجع السابق، ص 98.

جاء في كلام إحدى المبحوثات "**ماشي بزاف، ومقالي الطبيب والو، فقط داكشي الذي سمعت مثل، المعلبات، اللحم، السكر، أما الدجاج والحوت والقطاني والخضر أكلهم**"[445] أما مبحوثة أخرى فتقول "**لا كلشي كناكلوا**"[446]، تضيف مبحوثة "**مكانديرش الريجيم، ولكن كنتجنب بعض الحوايج لكيسببوا المرض، بحال مطيشة الحك، الزعفران...**"[447]. يتضح من أجوبة هؤلاء المصابات بسرطان الثدي أنهن لا يمتلكن ثقافة غذائية عن نوعية وكمية الغذاء الذي يجب تناوله، وأن معرفتهن تبقى معرفة اجتماعية-عامية وأغلبها تعتمد على مريضات سبق لهنّ وأن أصبن بهذا المرض، بل إن طرحنا لهذا السؤال جعلنا نكون في محط تساؤل، حيث بمجرد أن نطرح عليهن هذا السؤال حتى يبادرن إلى الرد بسؤال آخر"...**باش تنصحينا ناكلوا يا بنتي...**" ما يُفسر جهلهن بما وجب تناوله، وما وجب تجنّبه كما أن مباشرتهن لطرح ذلك السؤال علينا يدل على رغبتهن في معرفة الأشياء التي ينصح بها لتمتعهن بصحة جيدة.

إنه على الرغم من الدور المحوري للتغذية في الحصول على جسد معافى، فإنه لا يتم الاهتمام بها بالشكل الفعّال، ما يجعل المصابات يتبعن نظاما غذائيا يخضع لمعايير تتأسس على الثقافة العامية أكثر مما ينبني على قواعد العلم والطب ومعاييره.

[445] مقابلة رقم **20** (42 سنة، عازبة، غير متمدرسة، بدون أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[446] مقابلة رقم **01** (52 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[447] مقابلة رقم **05** (49 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

مبيان رقم 03: توزيع المبحوثات حول النظام الغذائي



المصدر: البحث الميداني

لعل أول ما يثير الانتباه داخل هذا الجدول، هو ارتفاع نسبة المصابات اللواتي أجبن "بنعم" أي أنهن يتبعن نظاما غذائيا خاصا بمرض سرطان الثدي، مثّلت نسبتهن حوالي 69%، ونفت نسبة 21% إتباعها لأي نظام غذائي، فيما مثلت نسبة 9% من أفراد العينة ممن يتبعن نظاماً غذائياً غير مُسْتقر.

وعن سؤالنا من أمدك به؟ طُرح هذا السؤال على المصابات اللواتي يتبعن نظاما غذائيا بشكل مستمر أو ضئيل واللواتي مثلت نسبتهن حوالي 80% (78.2%)، فقد جاءت إجاباتهن كالتالي:

30.9% من المبحوثات تبعن نظاما غذائيا بوصفة طبية.

28.2% من المبحوثات يتبعن نظاما غذائيا بناء على وصفة شخصية.

13.6% من المبحوثات يتبعن نظاما غذائيا بناء على نصائح الأصدقاء والعائلة.

5.5% من المبحوثات يتبعن نظاما غذائيا بناء على تجارب أشخاص آخرين.

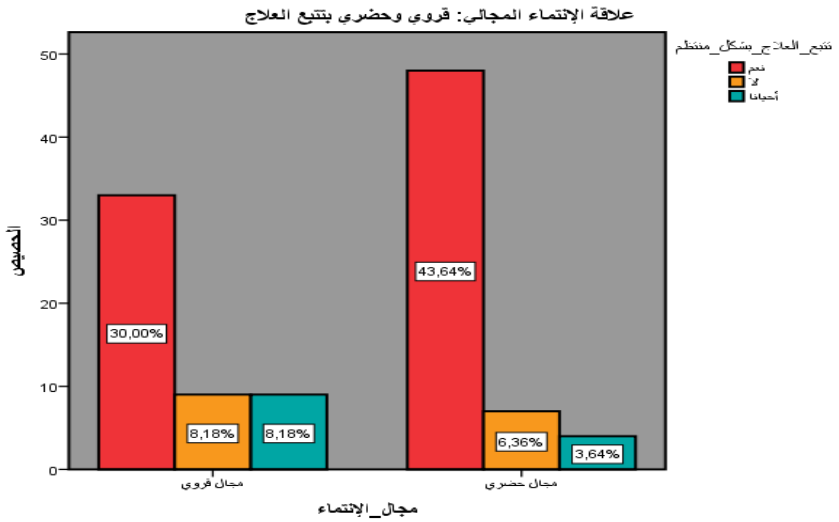
يتبين أن هذا النظام الغذائي يتسم بالهشاشة؛ ذلك لأن معظم المصابات عن سؤالنا، هل طلبتم نصيحة أخصائي في التغذية؟ أجبن بعدم درايتهن بوجوده. أي أنهن لا يعرفن أن هناك إطارا (طبيبا أو طبيبة) متخصص في التغذية وهو العارف بما على المصابة تناوله وما يجب تجنّبه. فتظل نسبة قليلة ممن تسأل وتبحث بنفسها لتجد إجابات شافية. ويمكن القول إن مجموع هذه المصادر تبقى نسبية وغير قارة، نظرا لما يلعبه متغير الزمن والمكان فيها من دور، فالمريضة مثلا يمكنها أن تلتزم اليوم بنظام

غذائي كما وصفه لها الطبيب، وفي لحظة تواجدها مع أحد أقاربها تأكل معهم ما حضروه، كذلك هناك من المصابات من يفضلن الالتزام بما هو مفيد في غذائهن لكن لا يجدن إليه سبيلا، فيخرقن هذا النظام.

3. المحددات المجالية للمصابات بسرطان الثدي

نقصد بالمحددات المجالية للمصابات بسرطان الثدي مجالات انتمائهن (قروية–حضرية) وكذلك نوع سكنهن (تقليدي–عصري–صفيحي–فيلا...). أما عن علاقة مجالات انتماء المصابات بسرطان الثدي بمدى مواصلتهن للعلاج بشكل منتظم، فالمبيان التالي يوضح ذلك:

مبيان رقم 04: علاقة الانتماء المجالي للمصابات بتتبع العلاج



المصدر: البحث الميداني

يتضح من المبيان أعلاه أن هناك فروقا بين المصابات سواء المنتميات للمجال الحضري أو القروي فيما يخص تتبعهن للعلاج بشكل منتظم، غير أنها فروق ليست كبيرة جدا بين من ينتمين للمجال الحضري واللواتي يقطنّ بالمجال القروي، وهذا ما دل عليه اختبار كاي تربيع فيما يخص العلاقة بين هذين المتغيرين (مجال الانتماء وتتبع العلاج بشكل منتظم) حيث جاءت قيمة كاي تربيع غير دالة إحصائيا عند مستوى (0.11). مما يعني أن الانتماء للمجال (سواء القروي أو الحضري) لا يتحكم في مدى تتبع العلاج بشكل منتظم من طرف المصابات بسرطان الثدي.

ورغم ذلك فنحن نسجل تفاوتات كبيرة بين المجالين فيما يخص افتقار المجال القروي لمجموعة من العوامل التي تحفظ كرامة المريض (ة) وتجعله يتساوى مع قرينه الحضري سواء أمام المرض أو أمام الموت، وأهم التفاوتات الملاحظة عموما بين المجالين نذكر:

- هناك تفاوتات فيما يخص المحددات الاجتماعية للصحة، خاصة تلك المرتبطة بالمتغيرات السوسيو–مهنية حيث أن النساء القرويات غالبا ما لا يتوفرن على عمل وليس لهن دخل يساعدهن على ولوج العلاج بشكل أفضل، مما يعرضهن لمسلسل التفقير والتهميش ويجعلهن عرضة للعنف خاصة المادي منه.

- ضعف البنيات الصحية بالمجالات القروية عامة وانعدام مراكز الأنكولوجيا بها، مما يحتم على المريضات التنقل إلى المجال الحضري من أجل الحصول على خدمة الاستشفاء من مرض سرطان الثدي. وهو ما أكدته مجموعة من المبحوثات في كلامهن بضرورة توْفير مراكز العلاج قريبة من محلات سكناهن: تقول مبحوثة في هذا الصدد "**خاص الدولة تقرب لينة السبيطار لعندنا...**"[448]، كوْن التنقل عملية شاقة ومُتعبة لأجسادهن. وعن نوعية سكن المصابات فقد جاء موزعا حسب الجدول التالي:

جدول رقم 07 : توزيـع المريضات بسرطان الثدي حسب نوعية السكن[449]		
نوع السكـــن	**عدد التكرارات**	**النسبة المئوية%**
قـــــروي	34	30.90
عصـــري	71	64.54
براكـــــة	4	3.63
فيـــــلا	1	0.90
المجمـــــوع	110	%100
المصدر: البحث الميداني		

[448] مبحوثة رقم **05** (49 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

[449] اعتمدنا على تصنيف المندوبية السامية للتخطيط في تصنيف نوعية السكن (الإحصاء لعام للسكان والسكنى الأخير) ونقصد بالسكن القروي ذلك المبني بالحجر والتراب، أما المنزل العصري فهو المبنيّ بالإسمنت والأجور، أما البراكة فتكون مشكّلة من القصدير والقصب والبلاستيك والتراب.

يتضح من الجدول أعلاه أن النسبة الكبيرة من المريضات حوالي 65% يقطن بمنازل عصرية سواء المتواجدات بالمجال الحضري أو القروي، تليها نسبة حوالي 40% ممن يسكن بمنازل قروية، ثم نسب ضعيفة ممن يقطن بمنزل من نوع "براكة" تليها فيلا.

إن التحولات الأخيرة التي عرفها المجتمع المغربي سواء فيما يخص الانتقال الديمغرافي[450] والذي واكبته هجرة قروية إلى المدن والتحضر السريع، ارتبطت بتحول فيما يتعلّق بالسكن، حيث تؤكد بعض المؤشرات إقبالاً هاما للسكان المغاربة على الوحدات السكنية البالغة قيمتها المالية 000 250 درهم. وفي ما يخص برنامج "مدن بدون صفيح" الذي تم إطلاقه سنة 2004، فقد مكّن من إعلان 58 "مدينة بدون صفيح" في متم سنة 2017 [451].

إنها إذن بعض المحددات المجالية للمصابات بسرطان الثدي والتي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في استفادة وفعالية العلاج لديهن، فماذا عن التدابير والبرامج التي يعمل بها القطاع الوصي في سياسته الوقائية والعلاجية من سرطان الثدي؟

المحور الثاني: التكفل بمريضات سرطان الثدي بين التنظير والممارسة

إن التكفل بمريضات سرطان الثدي وبعلاجهن من هذا المرض اقتضى منا البحث في مختلف البرامج والمخططات المهتمة بهذا المرض، والتي على رأسها البرنامجين الوطنيين للوقاية ومراقبة السرطان[452]، فما هي تجليات القطاع الوصي في اهتمامه بالمحددات الاجتماعية للصحة وماذا فعل (القطاع الوصي) لاهتمامه بمرض سرطان الثدي؟

---

[450] لقد انتقل عدد السكان بالوسط الحضري من 16 مليون و464 ألف إلى 20 مليون و432 ألف نسمة خلال الفترة ما بين 2004 و2014، مسجلاً بذلك معدل نمو ديموغرافي سنوي قدره 2.2% مقابل 2.1% خلال العشرية السابقة. ويرجع هذا الارتفاع في ساكنة الوسط الحضري إلى النمو الديموغرافي الطبيعي من جهة و الهجرة من المجال القروي من جهة أخرى، بالإضافة إلى خلق مراكز حضرية جديدة و كذلك توسع المدارات الحضرية للمدن. مذكرة حول النتائج الأولية للإحصاء العام للسكان والسكنى 2014 على الرابط التالي: https://www.hcp.ma/attachment/562510/

[451] ملخص التقرير السنوي للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي 2017، المملكة المغربية، ص 20، على الرابط التالي:
https://www.chambredesrepresentants.ma/sites/default/files/sra2017a.pdf

[452] في نسختيه الأولى ما بين 2010-2019 والثانية ما بين 2020-2030.

أنجزت وزارة الصحة المغربية منذ سنة 2011 دراسة سوسيو_أنثروبولوجية حول المحددات الاجتماعية للصحة وذلك بهدف معرفة أسباب وفيات الأمهات، ولعرض نتائج هذه الدراسة تم تنظيم ورش بحضور ممثلي مختلف القطاعات الحكومية وبعض فعاليات المجتمع المدني وخبراء من المكتب الإقليمي للشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية. وقد أسفرت هذه الدراسة عن محددات كثيرة هي السبب وراء وفيات الأمهات ومنها: الفقر، الهشاشة الاقتصادية، العزلة الجغرافية والثقافية، مشكل الأمية، إشكالية النوع الاجتماعي والإعلام والتواصل.

ومن أهم أهداف هذا البرنامج الحكومي للمحددات الاجتماعية للصحة:

- خلق وتفعيل هيئة وطنية حول المحددات الاجتماعية للصحة.
- بلورة إستراتيجية وطنية للمحددات الاجتماعية للصحة، والعمل على تنفيذها على أساس وضع "الصحة في جميع السياسات".
- خلق شراكة مع الجامعة المغربية لتعزيز البحث العلمي حول المحددات الاجتماعية للصحة.

يعتبر سرطان الثدي أكثر أنواع الأورام شيوعا بين النساء إذ بلغت نسبة الوفيات من النساء جراء إصابتهن بسرطان الثدي 500 43 امرأة وذلك حسب إحصائيات جمعية السرطان الأمريكية لعام 1999، وأن أكثر من 000 175 امرأة مصابة تم تشخيصها في العام نفسه، كما تدل الإحصائيات على أن امرأة واحدة من بين كل ثمانية نساء معرضة للإصابة بسرطان الثدي خلال حياتها[453]. ويعتبر سرطان الثدي من أهم الأمراض التي تؤدي إلى الوفاة بين النساء، ولكن إذا تم اكتشافه في مرحلته المبكرة، فإن العلاج يكون فعالا إلى حد كبير.

[453] فاتن سيد بيومي، **السرطان بين الصفات الوراثية والمخاطر البيئية**، مطبعة نهضة للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، 2009، ص 94.

وبما أن مرض سرطان الثدي يسجل هذه النسب الكبيرة من الوفيات، فقد جاء في البرنامج الحكومي في شأن الوقاية ومكافحة الأمراض المزمنة والسرطان أن إستراتيجية الوقاية ومراقبة أمراض القلب والشرايين، السرطان، السكري، الفشل الكلوي تهدف إلى تخفيض 15% من الوفيات المبكرة بسبب هذه الأمراض بحلول عام 2025 [454].

ويشمل التكفل بمريضات سرطان الثدي توفير الإيواء أثناء فترات العلاج التي يمكن أن تطول أو تقصر، نظرا للحالة الصحية للمريضة، هذا الإيواء تجلى في توفير مجالات ما يطلق عليه "دور الحياة" تستفيد المريضات من المبيت بثمن رمزي ومن المأكل والمشرب طول مدة إقامتهن بدار الحياة. فماذا عن سياسة الاهتمام بالجانب الوقائي من طرف وزارة الصحة المغربية؟

1. التدابير الوقائية للمصابات بسرطان الثدي

نظرا لكون سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم من بين السرطانات الأكثر انتشارا بين صفوف النساء، حيث يمثل تقريبا نصف نسبة السرطانات المسجلة في كل سنة ببلادنا[455]. لهذا وفي إطار المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان 2010-2019، قامت وزارة الصحة وبشراكة مع مؤسسة لالة سلمى للوقاية وعلاج السرطان، منذ سنة 2010 بتنزيل البرنامج المنظم للكشف المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم. استهدف هذا البرنامج النساء البالغات من العمر من 45 إلى 69 سنة للكشف عن سرطان الثدي، والنساء من 30 إلى 49 سنة للكشف عن سرطان عنق الرحم. حيث ارتكز هذا البرنامج على فحص سريري لسرطان الثدي، وعلى منهج المراقبة البصرية لعنق الرحم بحامض الخليك (IVA)، وهو ما عايناه أثناء حضورنا لبعض حصص الكشف رفقة إحدى الطبيبات.

[454] ذلك وفق المحاور التالية: **المحور 1:** الوقاية الأولية وتعزيز أنماط الحياة الصحية. **المحور 2**: الكشف والتشخيص المبكر للأمراض غير السارية. **المحور 3:** جودة التكفل بالأمراض غير السارية. **المحور 4:** خدمات الرعاية الملطفة. **المحور 5:** الترصد الوبائي. **المحور 6:** البحث العلمي.

[455] حسب سجل السرطانات في الدار البيضاء الكبرى Registre des cancers du Grand Casablanca 2005-2007

❖ **<u>المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان</u>**: أطلق رسميا في 24 مارس 2010 واعتمد 78 إجراء عمليا قابلاً للتفعيل في المجالات الإستراتيجية الكبرى مثل: الوقاية، الكشف المبكر، التكفل العلاجي، العلاجات المخففة، وإجراءات لمواكبة المرضى.

لقد اعتمد المغرب هذا المخطط وذلك وفق شراكة وثيقة بين جمعية للاسلمى لمحاربة داء السرطان، ووزارة الصحة. حيث إندرج هذا المخطط في إطار المقرر 822 5 المعتمد في ماي 2005م من طرف الجمعية العالمية للصحة والتي أوصت كافة الدول بتعزيز الأعمال لمحاربة السرطان من خلال إعداد مخططات تتناسب والسياق الاجتماعي–الاقتصادي لبلدانها.

يعتبر المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان عنصراً أساسياً لسياسة عصرية للصحة العمومية، وقد اعتمد رؤية تتجلى في الوقاية ومراقبة السرطان من خلال مقاربة متعددة القطاعات تقترح أعمالاً ملموسة ومستدامة تتكيف بانتظام حسب الأولويات وحسب السياقات الاجتماعية–الاقتصادية والثقافية للبلد. وهدف التقليص من الأمراض والوفيات وتحسين جودة عيش المرضى وأقاربهم. وقد سمح باستعمال رشيد وفعال للموارد المتوفرة وتعبئة موارد أخرى بغية الاستجابة لحاجيات المرضى بشكل أفضل.

استفادت من هذا البرنامج النساء اللواتي يبلغن من العمر ما بين 45 و69 سنة للكشف عن سرطان الثدي، بشرط أن لا يكن قد بدأن العلاج بمركز آخر (تابع للقطاع الخاص). لأن هؤلاء لا يستفدن من مجانية mammographie وradiographie.، كما تستفيد من مجانية هذه العلاجات النساء اللواتي أصيبت إحدى قريباتهن بمرض سرطان الثدي، من جهة الأم (الأخت، الأم، الجدة، سواء في الجيل الأول أو الثاني أو الثالث)، بالإضافة إلى الحالات الاجتماعية المعوزة جدا (النساء اللواتي لا يتوفرن على بطاقة رميد، غياب الأم، غياب الأب..)[456]. كما نص البرنامج أيضا وفي إطار الوقاية من

[456] هذا ما وقفنا عليه من خلال الملاحظات الميدانية لنساء مترددات على "المركز المرجعي للصحة الإنجابية، مركز الفحص المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم، خنيفرة".

السرطان على مجموعة من الإستراتيجيات همّت بالأساس إستراتيجية الوقاية، إستراتيجية الكشف المبكر، إستراتيجية للتكفل التشخيصي والعلاجي، إستراتيجية العلاجات التلطيفية إلى غير ذلك.

-**إستراتيجية الوقاية:** تعتبر الوقاية من المقاربات الأكثر نجاعة في الصحة العمومية والاقتصادية لمحاربة السرطانات على المستوى البعيد، فيمكن أن تجنّب 40% من حالات السرطان عن طريق تعديل أو تقليل عوامل الخطورة بالنسبة للأشخاص المعرضين لها ومنها التدخين، زيادة الوزن والسمنة، عدم تناول ما يكفي من الفواكه والخضر، قلة النشاط البدني واستهلاك الكحول وتلوث الهواء[457]. وقد همّت هذه الإستراتيجية 30 إجراء تركزت ما بين مكافحة التدخين وتعزيز اعتماد أسلوب حياة صحي[458]، محاربة الالتهابات، تقليل التعرض للأشعة فوق بنفسجية، تقوية الحماية في مجال العمل، مكافحة المخاطر البيئية، تعزيز حماية المستهلك، مراقبة تطور السرطانات وعوامل الخطر، تطوير إستراتيجية التكوين في الوقاية، تطوير البحث في مجال الوقاية.

❖ **إستراتيجية الكشف المبكر:** تعتبر أنشطة الكشف المبكر جد مهمة، حيث يمكن أن تنخفض الإصابة ببعض أنواع السرطانات إلى الثلث وذلك عن طريق الكشف المبكر وعلاج حالات المرض في وقت مبكر، بحيث يكون العلاج أكثر فعالية ويمكن ذلك من خلال حملات تحسيسية وإعلام السكان بالعلامات الأولى المبكرة للسرطان وأيضا عن طريق تنظيم برامج الفحص للأشخاص المعرضين للخطر، فيتم الكشف عن المرض حتى قبل ظهور العلامات الأولى[459].

---

[457] *Plan national de prévention et de contrôle du cancer, axes stratégiques et mesures*, publié Ministère de la santé avec Association Lalla Salma de lutte contre le cancer, *2010-2019, p. 9.*

[458] ويضم الإجراء 9: تعزيز الأكل الصحي والمتوازن ذلك عبر المؤشرات التالية: تشجيع استهلاك ما لا يقل عن خمس فواكه وخضروات يوميا ؛تطوير استهلاك الأسماك (غير المقلية) وتقليل الاستهلاك اللحوم والدهون الحيوانية ؛ تعزيز الحفاظ على الغذاء بالبرودة. الإبلاغ عن مخاطر التدخين والتمليح للحفاظ على الأطعمة الأسرية إجراء حملات نشطة ومستمرة للترويج لطعام متوازن وغير مكلف في جميع المواسم؛ تطوير برامج تعليم الطهي في وسائل الإعلام وفي المؤسسات التعليمية؛ توعية أصحاب المطاعم والمتعهدين والمصنعين بالمخاطر المرتبطة بها عادات الأكل المتوازنة ؛ وضع معايير لنظام غذائي متوازن في المقاصف ومطاعم الإدارات والشركات والمؤسسات والمدارس:
Plan national de prévention et de contrôle du cancer, axes stratégiques et mesures, publié Ministère de la santé avec Association Lalla Salma de lutte contre le cancer, 2010-2019, p. 13.

[459] *Plan national de prévention et de contrôle du cancer,* Op. cit., p. 21.

وللحد من الأمراض والوفيات الناجمة عن سرطان الثدي وعنق الرحم أعدت جمعية للاسلمى لمحاربة داء السرطان برنامجا للكشف المبكر يأخذ بعين الاعتبار المستويات الثلاثة لمنظومة الصحة المغربية. وتعمل مجمل مراكز الصحة الوطنية البالغ عددها أزيد من 500 2 مركزا على مواصلة حملات التحسيس متدرجة حسب مستوياتها الثلاث والتي تعمل وفق الجدول التالي:

جدول رقم 08: إستراتيجية الكشف المبكر لنظام الصحة بمستوياته الثلاث			
	المستوى الأول	المستوى الثاني	المستوى الثالث
من؟	الكشف	الكشف المبكر عن سرطان الثدي وعنق الرحم علاج المضاعفات السرطانية لسرطان عنق الرحم	التكفل العلاجي للحالات السرطانية المتقدمة
أين؟	المراكز الصحية	المركز المرجعي للصحة الإنجابية (CRSR)	مراكز الأنكولوجيا
لفائدة من؟	النساء البالغات من العمر ما بين 30 إلى 49 سنة لسرطان عنق الرحم، و البالغات من العمر من 45 إلى 69 سنة بالنسبة لسرطان الثدي	النساء المحالات من المستوى الأول	النساء المكتشفات من المستوى الثاني
من طرف من؟	الأطباء العامون أو الممرضون	أطباء وأطباء متخصصون في أمراض النساء	أطباء متخصصون في علم الأورام، الجراحة، العلاجى الإشعاعي
كيف؟	استقبال، تجند المشاركين، معلومات حول البرنامج، الاختبار الفيريقي للثدي، والحمضي لعنق الرحم.	استقبال، Examen clinique، échographie، colposcopie et examens complémentaires	استقبال، التكفل العلاجي
المصدر: مؤسسة لالة سلمى للوقاية وعلاج السرطان			

كما يتضح من خلال الجدول أعلاه أن هذه المستويات الثلاث والتي تضم:

المستوى الأول: يضم المراكز الصحية ومكاتب الطب العام.

المستوى الثاني: يشمل مستشفيات العمالات والأقاليم، مراكز التشخيص، مكاتب ومصحات الطب المتخصص.

المستوى الثالث: يضم مراكز الاستشفاء الجامعية، المراكز الجهوية للأنكولوجيا، مصحات خاصة للأنكولوجيا.

كل هذه المستويات متدرجة من المستوى الأول إلى الثالث تعمل على تحسيس النساء المغربيات، عبر حملاتها بالدّور المحوري للكشف المبكر عن السرطان كي يتم التعرف عليه في مراحله الأولى تجنباً لمضاعفات كثيرة. لكن هذا الكشف ليس مجانيا بل إن الكشف الفيزيقي الذي يقوم به الطبيب أو الطبيبة هو المجاني فقط. تقول مبحوثة في هذا الصدد "**قالولي خاصك ديري واحد التحليلة وتشري واحد الإبرة، شريتها ديك الوقت ب 400 درهم، من بعد...، دخلت عند الطبيب قالي عندك المرض الخايب...**"[460] هذا يدعونا للقول أن قدرة بعض النساء ماديا وعدم قدرة أخريات يعتبر شكلا من أشكال اللامساواة أمام نفس المرض.

2- التدابير التمويلية والعلاجية للمصابات بسرطان الثدي

اتخذ القطاع الوصي مجموعة من التدابير من أجل علاج فعال لحاملات مرض السرطان من ذلك:

-**إستراتيجية للتكفل التشخيصي والعلاجي:** لقد أظهرت دراسات أنجزت حول التكفل التشخيصي والعلاجي للمرضى عن ضعف الرعاية المقدمة لهن، وتم نقص الموارد البشرية المتخصصة في العديد من أمكنة العلاج مما يُحتّم على المرضى التنقل لمسافات طويلة لأجل أخذ موعد مثلا، هذا الأخير تكون مدته طويلة أيضا. بذلك يكون تشخيص المرض في أغلب الأحيان في مراحله المتقدمة، فبالنسبة لسرطان

[460] مقابلة رقم **03** (53 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري، كراء).

الثدي يتم التشخيص في المرحلة الأولى عند 6% فقط من الحالات، مقابل 57% منها في المرحلتين الثالثة والرابعة.

وتفوق المدة الفاصلة بين ظهور الأعراض الأولى والاستشارة الأولى شهرا تقريبا بنسبة 36% من الحالات، وهذه المدة تزيد عن 6 أشهر بنسبة 14% من الحالات. وتزيد الفترة ما بين أول استشارة وتشخيص السرطان عن 3 أشهر، إذ تمثل نسبة 52% من الحالات، وعن 6 أشهر فما فوق بنسبة 27% من الحالات. ويبقى الافتقار إلى البروتوكولات الموحدة للتشخيص والعلاج ضعيف الجودة وذا تكلفة مرتفعة[461].

إنها إذن من بين الإكراهات التي تقف أمام فعّالية وأجرأة هذه الاستراتيجية (التشخيص) على أرض الواقع بشكل فعّال وهذا ما أكّدته مبحوثات كثيرات في قولهن أن الفترة الزمنية بين أول استشارة لأول تشخيص للمرض امتدت لأكثر من سنة عند بعضهن مما أدى إلى نتائج سلبية على جسدهن.

❖ **إستراتيجية العلاج التلطيفي**

تعتبر الرعاية التلطيفية أحد مجالات الرعاية الطبية التي تركز على تخفيف معاناة المرضى، ويعتمد العلاج التلطيفي من أجل رعاية المرضى على مقاربة تشاركية تضم الأطباء، الصيدلانيين، الممرضات، رجال الدين، الأخصائيين الاجتماعيين، الأطباء النفسيين وغيرهم من المهتمين بالصحة وغيرها. إن هذه المقاربة تسمح لفريق الرعاية التلطيفية بالتعامل مع الأمور الجسدية، العاطفية، الروحانية والاجتماعية التي تظهر مع تقدم المرض عند المرضى، وكذلك الاهتمام بأسر المرضى لمشاركتهم في الأنشطة الاجتماعية والتخفيف من معاناتهم في عدة مجالات من حياتهم وإيجاد نهاية مُرضية لهم في آخر حياتهم.

[461] *Plan national de prévention et de contrôle du cancer, axes stratégiques et mesures*, publié Ministère de la santé avec Association Lalla Salma de lutte contre le cancer, *2010-2019*, p. 28.

يقال إن الأدوية والعلاجات لها تأثير تلطيفي إذا كانت تخفف الأعراض بدون أن يكون لها تأثير علاجي على المرض أو السبب الأساسي للأعراض. ويمكن أن يشمل ذلك الغثيان المتعلق بالعلاج الكيميائي أو تسكين الألم عند مرضى السرطان[462].

في بحثنا عن الرعاية التلطيفية وكيفية استفادة المريضات موضوع الدراسة منها، وجدنا أن الرعاية الموصفة للمريضات بسرطان الثدي بعد علاجهن (الإشعاعي، الكميائي...) وإن كان الألم حادا تتلخص هذه الرعاية في وصفة مسكن الألم (دوليبران) أو تتم إحالهتن إلى مراكز الرعاية التلطيفية المتواجدة بالمدن المغربية الكبرى فقط مثل الدار البيضاء، الرباط... وما يصاحب ذلك من معاناة وصعوبات التنقل، ضعف الإمكانات أو انعدامها للمتابعة بمراكز بعيدة عن سكنى المريضات فتبقى إستراتيجية "الصبر" لدى العديد من المصابات هي مفتاح الرعاية التلطيفية.

إن أخذ المريضات للعلاج بأنواعه الإشعاعي أو الكيماوي أو أخذ موعد إلى غير ذلك، يتطلب إقامتها بالقرب من مراكز العلاج، لذلك فإنهن أثناء فترات العلاج يقمن بأمكنة تسمى "دور الحياة".

❖ **دور الحياة: فضاء لحفظ كرامة المرضى وذويهم**

إنه العنوان الذي منحته مؤسسة لالة سلمى منذ تأسيسها لهذه الدور، وقد وعت بضرورة خلق فضاءات خاصة للإيواء المؤقت للمرضى الذين يتنقلون إلى مراكز السرطان لتلقي علاجاتهم. والحكمة من هذه المبادرة هي تحسين ظروف التكفل بالمرضى وتقليص نسبة تخليهم عن العلاج الذي غالبا ما يكون طويلا وصعب التحمل من طرف المرضى وأسرهم. في هذا الإطار تم الاهتداء إلى هذا التصور– خلق دور الحياة– لتشكل فضاءات توفر الراحة والدفء للمرضى وأسرهم أثناء فترة العلاج، فضلا عما

[462] https://ar.wikipedia.org/ date de visite 15/05/2020 à 16.30.

تُوّفره لهم من خدمات مطعمية –تحسيسية–[463] وتنشيطية للرفع من معنوياتهم وحثهم على مواصلة العلاج في ظروف أمثل. حيث ترافقهم في عين المكان فرق متعددة التخصصات تتكون من مهنيين في مجال الصحة والتمريض، وأطباء نفسانيين ومساعدات اجتماعيات ومتطوعين يسهرون كلهم على تحقيق راحتهم والرفع من معنوياتهم ويقدمون لهم الدعم النفسي اللازم[464]. غير أن الملاحظة الميدانية لدور الحياة جعلتنا نقف على غياب متخصصين في المساعدة الاجتماعية في إحداها، وغياب متخصصين في علم النفس والتغذية عن جلها.

دُشنت أول دار الحياة بالدار البيضاء سنة 2007 قبل أن تليها مدن أخرى مثل الرباط، أكادير، مراكش، فاس ومكناس. وتتراوح نسبة الإيواء في دور الحياة بين 60% و 89 % في المعدل العام، إلا أنها تصل أحيانا إلى 100%، وكل دار من هذه الدور توفر سنويا ما بين 000 6 و 000 12 ليلة مبيت للمرضى وأسرهم. وتهدف دور الحياة إلى:

- إيواء المرضى وأسرهم خلال فترة العلاج
- تمكين المرضى من التتبع المنتظم للعلاج
- مرافقة المرضى من خلال توفير الدعم المعنوي والنفسي اللازمين لهم
- تنظيم أنشطة اجتماعية وثقافية وترفيهية للمرضى

لقد صارت دور الحياة مع مرور الوقت تستقبل أعدادا متزايدة من المتطوعين الذين ينخرطون شخصيا ومهنيا للعمل من أجل خدمة المرضى، وذلك على عدة مستويات منها الاستقبال، التوجيه، المرافقة، التحسيس، التربية الصحية، تنظيم أنشطة ترفيهية وتربوية لفائدة المرضى[465]، إلى غير ذلك.

[463] تصادفنا في إحدى الزيارات الميدانية لدار الحياة بمكناس مع حملة تحسيسية قام بها أعضاء متطوعين من جمعية لالة سلمى حول "اليوكا" وأهمية التنفس العميق، وشرب الماء بالنسبة لمريضات سرطان الثدي، والتي حضرناها وشاركنا فيها.

[464] مؤسسة للاسلمى للوقاية وعلاج السرطان على الرابط التالي: تم الاطلاع بتاريخ 21/12/2020 على الساعة 20.43 www.contrelecancer.ma

[465] موقع على الأنترنيت: http://contrelecancer.ma (تم الإطلاع بتاريخ 14/10/2017 على الساعة 11.12).

وتساعد هذه الخدمات التي تشرف عليها جمعية لالة سلمى لمحاربة السرطان أو تلك الخدمات الإحسانية المُقدّمة إليهن –بشكل كبير– في مواصلة علاجهن بشكل جيد. وعن سؤالنا للمبحوثات حول طبيعة معاملة الأطر داخل هذه الدور. أقرت العديد من المبحوثات اللواتي تواجدن أثناء قيامنا بالبحث بدار الحياة (مكناس نموذجا) بالمعاملة الجيدة للأطر الطبية والأطر المشرفة عليها. تقول مبحوثة في هذا الصدد "**هنا بدار الحياة الفرمليات كاملات كيعاملونة مزيان، وكذلك بالمستشفى، كل الأطباء والمسؤولون هناك جيدون ويتعاملون معنا بلطف**"[466] وتضيف مبحوثة "**معاملة الأطباء مزيانة، غير هو منين كنبغي ندير الحصة ديال الأشعة، وكيكون الطبيب هو لغادي إدوز ليا ونتعرا قداموا كتجيني شوية صعيبة، لأنه كيبقا راجل وأنا مكنقدرش، ولكن معندي مندير مفروض علي الأمر**"[467]. يتضح من كلام هذه المبحوثة أنها تجد صعوبة كبيرة في تلقي العلاج من طبيب لأنها تنظر إليه نظرة رجل بغض النظر عن وظيفته الأمر الذي يعرقل علاجها بشكل جيد. إن لهذه المبحوثة تمثلات خاصة للطبيب نابعة من وسطها الثقافي كما أن صغر سنها يجعلها تولي أهمية للجسد وخاصة الثدي ككيان بيولوجي وفيزيقي يحمل أكثر من دلالة. ولكنها في نهاية المطاف ليس لها حق الاختيار "**لكن معندي مندير مفروض علي الأمر**" ويمكن القول أن هذا الأمر هو إجحاف في حق بعض المريضات لأن القطاع الوصي لا يأخذ بعين الاعتبار محدد النوع في تدابيره الإجرائية بالشكل الذي يوفر للمريضات حسب تمثلاتهن وثقافتهن مواصلة العلاجات الضرورية بشكل أفضل.

3. اللامساواة بين الأجساد: أمام المرض/ الموت

نقصد باللامساواة أمام المرض تلك اللامساواة التي تطبع المحددات الاجتماعية والاقتصادية والمجالية للمريضات، حيث أن تمتع بعضهن بوضع أفضل من الأخريات يجعلهن يستجبن للعلاج بشكل أفضل ويتمتعن بجودة حياة أفضل أيضا وقد تبيّن لنا في هذا البحث أن المتغيرات السوسيو–مهنية، منها

[466] مقابلة رقم **28** (60 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها أبناء، مستفيدة من التغطية الصحية CNOPS، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[467] مقابلة رقم **24** (32 سنة، متزوجة، ابتدائي، لها طفلين صغيرين، مستفيدة من التغطية الصحية CNOPS، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

متغير الوضعية العائلية والعمل تلعب دوراً محورياً في هذه المحددات، حيث أن بعض المصابات تعرضن لهجران أزواجهن نتيجة إصابتهن بالمرض، وما وازى ذلك من تفاقم مشاكلهن الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والجسدية. إن المصابات اللواتي يتوفرن على دخل قار من عمل مأجور يمكنهن ذلك من مواصلة علاجه بشكل أفضل ودون الحاجة أو الارتباط بالآخر سواء بإحسانيته أو بظروفه المادية وغيرها. إن ضعف العامل المادي لدى المصابات يؤثر بشكل سلبي على مواصلتهن العلاج. تقول مبحوثة في هذا الصدد ""**بالنسبة لي معندهاش باش دير التحليلة الأولى، باش تعرف أشنو عندها، معمرها تعرف واش مريضة أو لا، حيث ديك التحليلة باش ديرها، خاصها تشري الإبرة لكتوصل حتى 800 درهم، وزيد تخلص عليها في المختبر شي 1500 درهم**"[468].

إن كان هذا يدل على شيء ما فهو يدل على تكريس الإقصاء والهشاشة الاجتماعية داخل المجتمع الواحد وخلق التصدع والتوتر بين أفراده "**لي عندو الفلوس، راه كايداوى وهو مرتاح، ولي معندوش تيبقا إخمم منين غادي إيجيبهوم...؟؟؟**" قول يحمل أكثر من معنى على عدم المساواة في الولوج للعلاج أمام نفس المرض وبالتالي عدم الاستفادة من الخدمات المقدمة في هذا القطاع الصحي والاجتماعي الحساس والمهم.

إن ولوج واستفادة الفئات والطبقات الاجتماعية من الخدمات الصحية يمثل مؤشرا- إلى جانب مؤشرات أخرى- لمدى تقدم أو تخلف المجتمعات بشكل عام. إنه وعلى الرغم من التقدم الكبير الذي حققه النظام الوطني للصحة، فإن الولوج للخدمات العلاجية ما يزال محدودا وغير متكافئ بسبب عوامل عدة فضلا عن المستوى الضعيف للإنفاق العمومي في مجال الصحة والتغطية الصحية، عن طريق اعتماد آليات جماعية عمومية وخاصة. كما يظل الإنفاق في مجال الصحة غير كاف وغير عادل على المستوى

[468] مقابلة رقم **10** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

الاجتماعي، الشيء الذي يفسر النقص الحاصل في التأطير الطبي والعلاجي، وفي البنيات التحتية الإستشفائية، ومن ثمة في الأداء العام للنظام الصحي. إضافة إلى ذلك، يضاعف تحمل الأسر لنسبة 50% من الإنفاق الإجمالي للصحة من حدة التفاوتات في الولوج للخدمات الصحية. كما تشكل التكلفة الباهظة للعلاجات والتوزيع غير العادل للخدمات الطبية حواجز إضافية للولوج للعلاجات والاستفادة منها ولاسيما بالنسبة للساكنة الفقيرة والمعوزة. وفي المقابل لا يمكن رد مجموع النواقص التي تعتري هذا النظام إلى العامل المادي وحده إذ أنها أيضا ذات طبيعة بنيوية وتنظيمية.

وإذا كان على المغرب أن ينفق في مجال الصحة فإنه يتعين عليه وبصفة خاصة، أن يقوم بذلك الإنفاق على نحو معقلن وأفضل، وذلك ما يفترض مخططا لإعادة انتشار الخدمات العلاجية العمومية والخاصة، بغاية التحكم في التحديات التي يفرضها انتقال الأوبئة وضمان الإنصاف. إن إصلاح مجال تقديم العلاجات يرتبط ارتباطا وثيقا بعملية تقويم الإنفاق التي تم الشروع فيها. ولا ينبغي النظر منذ الآن إلى الاستثمار في الميدان الصحي من زاوية التكاليف فقط بل من زاوية الفوائد الاجتماعية أيضا. الأمر الذي يتطلب، في هذا المجال كما في غيره من المجالات، الممارسة المُمنهجة للتقويم الذي ما فتئ يعوز بلادنا[469]. إنها من بين القراءات والنّظرات الإستشرافية التي عمل عليها متخصصون في عدة مجالات لاسيما مجال التنمية، والذي يهدف إلى الاستثمار في الجانب الصحي الذي تكون له فوائد اجتماعية كثيرة، أهمها التمتع بأجساد معافاة قادرة على مزاولة أنشطتها الاقتصادية والاجتماعية بشكل أفضل.

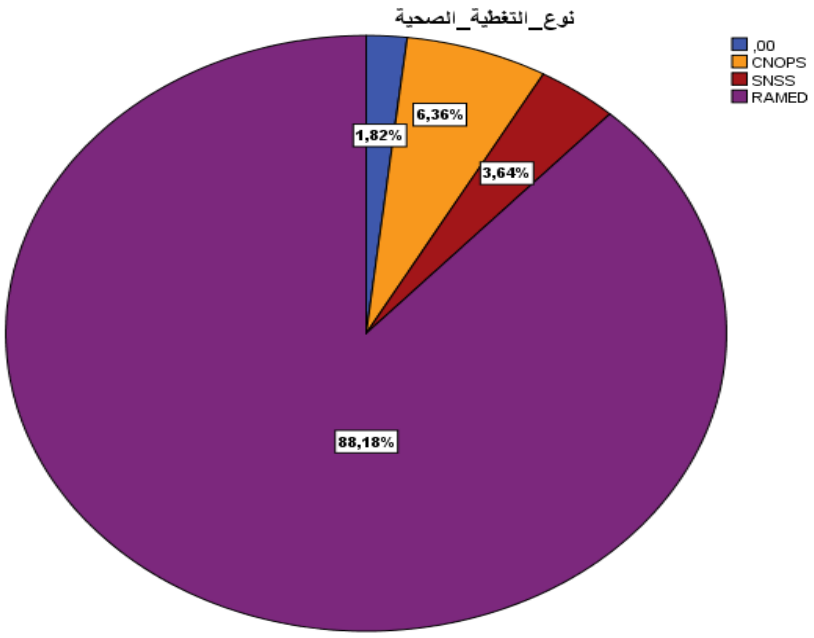
كل ذلك جعلنا نقول أن هناك لامساواة أمام أجساد أنثوية أصيبت بنفس المرض، وهذا ما خلص إليه الباحث **حمزة شينبو** من خلال الدراسة التي قام بها حول المريضات بسرطان الثدي حيث اتضح له أن سرطان الثدي هو بمثابة ورم انتشاري أو موضعي يؤثر على الصحة وهو السبب الرئيسي للوفاة لدى

[469] تقرير الخمسينية، ***المغرب الممكن،*** إسهام في النقاش العام من أجل طموح مشترك، تقرير 50 سنة من التنمية البشرية بالمغرب وآفاق 2025، مطبعة دار النشر المغربية، الدار البيضاء، المغرب، 2006، الصفحتين 234 و235.

النساء، إذ مثل حوالي 20% من مجموع وفيات السرطان. إن دراسة الأثر النفسي الناجم عن سرطان الثدي يبقى بالغ الأهمية، ذلك بهدف الوصول إلى فهم أفضل للحالة النفسية للمصابة بسرطان الثدي وخلص أيضا إلى أن متغير الوضعية العائلية ومتغير العمل يلعبان دورا هاما في درجة اكتئاب المصابة، حيث إن درجة الاكتئاب الحاد توجد بنسب مرتفعة لدى المتزوجات خاصة وأن مشكلات الزواج تدخل ضمن عوامل الضغط، لاسيما عندما تكون المصابات ربات بيوت، كذلك ف 42 % ممن لا يشتغلن لديهن اكتئاب حاد وتحقق هذا الارتباط أيضا بين المستوى الدراسي لصالح المتعلمات، حيث أن 54% منهن لديهن درجة مرتفعة من الاكتئاب، وبما أن جودة الحياة تتأثر بدرجة الاكتئاب فإن نفس الملاحظات مسجلة على مختلف المتغيرات الثقافية[470].

إن هذه اللامساواة تظهر أيضا في نظام التغطية الصحية والذي اخترنا الحديث عن أحد أصنافه ألا وهو "نظام رميد" ذلك لأننا وجدنا أن أغلب المبحوثات يتوفرن على هذا الصنف والمبيان التالي يوضح ذلك:

مبيان رقم 05 : توزيع المبحوثات حسب نوع التغطية الصحية



المصدر : البحث الميداني

[470] حمزة شنيبو، ***الاكتئاب والسرطان***، أطروحة لنيل الدكتوراه، تخصص علم النفس، مرجع سابق.

إن الملاحظة الأولى التي تظهر من خلال هذا المبيان هو هيمنة التغطية الصحية من نوع Ramed على الأنواع الأخرى، حيث مثلت نسبة تقارب 90 % (88.18%)، فيما مثلت تقريبا 10% نسبة المصابات اللواتي لديهن أنواع أخرى، وفق ما يلي:

- 3.64% نسبة النساء اللواتي يتوفرن على الضمان الاجتماعي (CNSS)
- 3.36 % من لديهن تغطية CNOPS وهن من المستفيدات فقط مع أزواجهن، لأنهن لا يشتغلن.
- فيما مثلت نسبة 1.82% ممن لا يتوفرن على أية تغطية صحية.

وعن مدى رضى المبحوثات عن تغطيتهن الصحية، أجابت أكثر من 70% ما مثل (72.73%) عن رضاها عن تغطيتها الصحية، فيما أقرت نسبة 30% أي ما مثل (27.27%) عن عدم رضاها عن تغطيتها الصحية، والسبب في نظر هذه الفئة الأخيرة يتراوح بين ثلاث أسباب رئيسية تتوزع بين من اعتبرت نسبة التغطية ضعيفة (24.5%)، ومن أرجعت سبب عدم رضاها عن تغطيتها الصحية إلى تعقيد المساطر الإدارية (1.8%)، ثم نسبة ضئيلة تمثلت في 0.9% اعتبرت إجراءات التعويض بطيئة.

وفي بحثنا عن هذه التغطية الصحية Ramed وجدنا أن نظام التغطية الصحية في المغرب يتألف من ثلاث مستويات: قطاع عام وقطاع خاص غير ربحي وقطاع ربحي،[471]بحيث يشكل القطاع العام الجزء الأكبر من مجمل نظام الرعاية الصحية رغم أن القطاع الخاص ينمو بسرعة، بحيث انتقل من 18% سنة 1997م إلى 32% سنة 2011[472].

[471] Hassan Semlali, '*The Moroccan Practice Case Study : Positive Practive Environments In Morocco', 2010*, p. 16 : http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/PPE_Morocco_CaseStudy.pdf (consulté le 22 Mai 2020 à 09 H).

[472] وزارة الصحة، *"الإستراتيجية القطاعية للصحة (2012-2016)"* ص 10، http://www.sante.gov.ma/Documents/annonces/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%B1%D8%A7%D8%AA%D9%8A%D8%AC%D9%8A%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9%20%D9%84%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%202012-2016.pdf.(تم الاطلاع في 23.05.2020)

لقد تم تكريس الحق في الصحة بصفة صريحة في الدستور المغربي لسنة 2011م من خلال المادة 30 التي تنص على أن "تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية على تعبئة كل الوسائل المتاحة لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات على قدم المساواة من مجموعة من الحقوق من بينها: العلاج والعناية الصحية، الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة"[473].

أصدر المغرب بتاريخ 3 أكتوبر 2002 نظام المساعدة الطبية Ramed، في إطار سياسته العمومية الهادفة إلى الاهتمام بالجانب الاجتماعي لفائدة جميع الفئات من المواطنين، حيث يساهم في تمويل هذه التغطية أساسا، الدولة والجماعات الترابية، وكذا بعض الفئات من المستفيدين.

وضعت الدولة شروطا للانخراط في هذا النظام ومعايير تؤهل الاستفادة منها سواء بالمجال الحضري أو القروي[474]. وبناءا على تلك الشروط، فالاستفادة من بطاقة المساعدة الطبية تكون مجانية بالنسبة للفئة الموجودة في حالة فقر[475]، بينما تؤدي الفئة التي في وضعية هشاشة مساهمة جزئية تقدر ب 120 درهما للشخص في السنة في حدود سقف 600 درهما للأسرة، كيفما كان عدد الأشخاص بها. والجدول التالي يوضح معدل الاستشارة الطبية في حالة المرض حسب نوع التغطية الصحية:

---

[473] مرجع سابق، ص 18.

[474] يتم تصنيف الأشخاص المستفيدين من نظام التغطية الصحية Ramed إما أنهم في وضعية هشاشة، أو أنهم في وضعية فقر. حيث يعتبر في وضعية الهشاشة، الأشخاص القاطنون بالوسط الحضري والمتوفرون على دخل مصحح يفوق 3767 درهما للفرد في السنة ولا يتجاوز 5650 درهما للفرد في السنة، وكذا الأشخاص القاطنون بالوسط القروي المتوفرون على مجموع النقط المتعلقة بالممتلكات يفوق 28 نقطة ولا يتجاوز 70 نقطة.
أما المصنفون في وضعية الفقر فهم القاطنون بالوسط الحضري والذين يتوفرون على دخل مصحح يساوي أو يقل عن 3767 درهما للفرد في السنة وكذا الأشخاص القاطنون بالوسط القروي والمتوفرون على مجموع النقط المتعلقة بالممتلكات يساوي أو يقل عن 28 نقطة.(للتفصيل أكثر يرجى الرجوع للقانون 08-836 صادر في 29 سبتمبر 2008 وهو قرار مشترك لوزير الداخلية ووزير الاقتصاد والمالية ووزيرة الصحة ووزير الفلاحة والصيد البحري، والمتعلق بتحديد المتغيرات المرتبطة بالظروف المعيشية للأسرة ومعاملات موازنة الدخل المصرح به مؤشرات حساب مجموع النقط المتعلقة بالممتلكات، ومؤشرات حساب مجموع النقط المتعلقة بالظروف السوسيو-اقتصادية وكذا بكيفية حسابها للاستفادة من نظام المساعدة الطبية)، على الموقع الإلكتروني https://www.ramed.ma/ar/SInformer/TexteDeLoi.aspx (تم الإطلاع بتاريخ 20/05/2020 على الساعة 17:05)

[475] للإطلاع على مؤشرات الفقر ومؤشرات الهشاشة يرجى زيارة موقع المندوبية السامية للتخطيط على الرابط التالي: https://www.hcp.ma/

جدول رقم 09: معدل الاستشارة الطبية في حالة المرض حسب نوع التغطية الصحية وحسب السنة			
السنـــة / نوع التغطية الصحية	2012	2013	2015
تأمين الإجباري عن المرض AMO	85.7%	75.2%	69.6%
رميد فقر	غير متوفر	75%	64.8%
رميد هشاشة	غير متوفر	70.2%	60%
غير المؤَمنين	27%	65%	55.6%
المجمـــــوع	75.3%	68.9%	61%
المصدر: البحث الوطني للتتبع الأسر[476]			

يوضح الجدول أعلاه مجموع الاستشارات الطبية التي قام بها المغاربة خلال سنوات 2012-2013-2015 ونظرا لأن العمل بالتغطية الصحية "رميد" لم يبدأ فعليا إلا في سنة 2012، لذلك لم تتوفر النسب المئوية للاستشارات الطبية بالجدول بهذه التغطية حتى سنة 2013.

فكما يظهر بالجدول أن معدل الاستشارات قد انخفض بنحو 10 نقاط بين عامي 2013 و 2015، حيث انتقل بالنسبة لرميد فقر من 75% إلى 64.8%. ثم من 70.2% إلى 60% بالنسبة لأصحاب "رميد هشاشة". وهو ما فُسر بتراجع تدريجي لفعالية التغطية الصحية "رميد" خلال سنتي (2013 و2015) وهو ما أنذر حسب هذا البحث (panel de ménage) بعدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية.

من ناحية أخرى، فإن أصحاب رميد فقر لديهم نسب أقل للاستشارة من أصحاب AMO بحوالي خمس نقاط خلال سنة 2015[477]. بلغ عدد الأسر التي استفادت من نظام المساعدة الطبية (رميد) إلى غاية أكتوبر 2018 ما مجموعه خمس ملايين أسرة منها 91% في وضعية فقر و9% في وضعية

[476] البحث الوطني لتتبع الأسر panel de ménage قام به المرصد الوطني للتنمية البشرية L'ONDH والذي شاركت فيه بصفة باحثة خلال سنتي 2013 و2015.

[477] *Evaluation du Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (Ramed), Rapport publié par l'Observatoire National du Développement Humain*, 2017, p. 55

هشاشة، إنها أرقام مهمة، لكن هل استفادة فئات عريضة من المواطنين والمواطنات المغاربة يعني تمتعهم بنظام تغطية "رميد" يخول لهم العلاج المجاني؟

بالنسبة للمبحوثات اللواتي يتوفرن على تغطية "رميد" فجلهن لا يؤدين أي مبلغ سنوي عنها لكونهن يتوفرن على رميد "صنف فقر". أما عن نجاعة بطاقة **رميد** في علاج مرضى سرطان الثدي. فقد صرّحت إحدى المبحوثات بتأديتها مبلغا ماليا عند إجراءها لعملية استئصال الثدي "**نهار درت العملية، باش نقطع البزولة، راني خلصت 2900 درهم، والأخت ديالي نعسات معاية في المستشفى خلصات حتى هي ليلة، واخة نعسات غير في الأرض**"[478]، كذلك أغلب المصابات يؤدين عن التحاليل المتعلقة بالكشف عن وضعيتهن الصحية والتي تتم غالبا في مختبرات خاصة أي خارج المؤسسات الصحية العمومية، تقول مبحوثة"**قالوا لي خاصك ديري واحد التحليلة وتشري واحد الإبرة، شريتها ديك الوقت ب 400 درهم**"[479].

إن هناك نقصا في مجانية نظام "رميد" يتمثل أساسا في زيادة التكاليف إما بطريقة مباشرة كأداء بعض المريضات عن العمليات الجراحية، وإما بطريقة غير مباشرة مثل: التنقل، الإقامة، المرافقة المرتبطة بحالات الانتظام التي يعاني منها المرضى الذين غالبا ما يكونون غير مطلعين على التدابير المتبعة في مختلف المؤسسات الصحية.

فبخصوص نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، تقع نسبة الجزء الباقي من مصاريف العلاج على عاتق المستفيدين من هذا التأمين منحى تصاعديا مستمرا منذ سنوات، سيما في القطاع الخاص. لذا، فقد بات من اللازم العمل على مراجعة التعريفات المعتمدة في هذا القطاع وتعزيز آليات مراقبة تطبيقها. وفي ما يتعلق بنظام المساعدة الطبية (راميد)، فقد شمل مع متم سنة 2017 ما مجموعه 7.11 مليون مستفيد، غير أن 7.4 مليون منهم فقط يتوفرون على بطائق سارية المفعول.

[478] مقابلة رقم **10** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[479] مقابلة رقم **03** (53 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري، كراء).

ويعزى هذا الأمر إلى ضعف معدل تجديد البطائق، سّيما من قبل الفئات الهشة (31 في المائة). وفضلا عن ذلك، لم تتم مواكبة تعميم نظام المساعدة الطبية بزيادة حجم التمويل وتعزيز الموارد البشرية المخصصة لقطاع الصحة العمومية، بما يمكّن من الاستجابة للحاجة المتزايدة إلى خدمات الرعاية الصحية[480].

لقد انتقدت 'الشبكة المغربية للدفاع عن الحق في الصحة' توفير العلاج والدواء المجاني للفقراء والمعوزين، معتبرة أن فلسفة "الرميد" هي الاستفادة من مجانية العلاجات وليس تعميم نظام المساعدة الطبية على الفقراء والمعوزين[481].

تلعبُ المحددات الاجتماعية للصحة إذن دورا هاما في التمتع بصحة جيدة من عدمه، فالنوع، المستوى التعليمي، الوضعية العائلية، السكن وظروفه، العمل... كلها عوامل ومحددات توجد خارج الصحة، لكنها تؤثر فيها وتتأثر بها رغم أنها عوامل ومحددات لا تؤخذ على محمل الجد في إستراتيجيات القطاع الوصي، اللهم بعض البرامج والمخططات القليلة والتي تبقى فاعليتها محدودة ومشروطة.

إن التكفل بمريضات سرطان الثدي كما رأينا ليس بالأمر الهيّن، ذلك لما يتطلبه من تدابير وقائية، تمويلية وعلاجية، والتي تلعب فيها الرعاية التلطيفية دورا هاما، لكن تبقى مسألة عدم المساواة بين الأجساد قائمة، مما يجعلنا نقول أن هناك لا مساواة أمام الموت والحياة أيضا، وما أنظمة التغطية الصحية سوى محْلالاً لهذه اللامساواة، فالذي يمتلك نظام تغطية قوي، أي قادر على أن يعالج من خلاله يبقى أكثر حضا في الحياة بالمقارنة مع الذي يتوفر على نظام هش (رميد مثلا) أو لا يتوفر على أي نظام للتغطية الصحية. بالإضافة إلى ذلك اتضح أن هناك هشاشة سوسيو–اقتصادية ومجالية تعاني منها المصابات بسرطان الثدي والتي تتحكم في مساراتهن العلاجية بشكل كبير.

[480] التقريـــر السنـــوي2017، المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، ص 19-20
[481] موقع إخباري مغربي https://www.hespress.com/ (تم الإطلاع بتاريخ 22/05/2020 على الساعة 22.12)

الفصل الثالث:
التمثلات الاجتماعية والثقافية والمعارف
حول مرض سرطان الثدي

مقدمة

المحور الأول: التمثلات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض

1. في دلالات الصحة

2. في دلالات المرض

المحور الثاني: تمثل أسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي لدى المصابات

1. التمثلات المرتبطة بمرض سرطان الثدي

2. الأنماط الاجتماعية لتسمية المرض

3. أسباب الإصابة بالمرض

المحور الثالث: المعارف حول مرض سرطان الثدي

1. ردود الفعل تجاه أعراض المرض

2. النوع والمرض

3. الدلالات السوسيو-ثقافية للإصابة بمرض سرطان الثدي

تركيب

تشكل "دراسة التمثلات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض فرصة للتعرف على كيفية تفكير وعيش الأفراد في المجتمع من خلال مجمل القيم والمعايير الاجتماعية النماذج الثقافية ودراسة الطريقة التي تتبني بها (منطقيا ونفسيا) مواضيع اجتماعية من قبيل الصحة والمرض"[482]. ومن ثمة الجسد لكونه تجتمع وتُعاش فيه كل من ظواهر الصحة والمرض. إننا نهدف من خلال هذا الفصل إلى التأكد من الفرضية الثانية القائلة: **أن هناك تمثلات اجتماعية وثقافية ومعارف خاصة لدى المستأصلة الثدي حول سرطان الثدي وأسباب الإصابة به.**

ومن هنا فدراسة التمثل الاجتماعي والمعرفة حول مرض سرطان الثدي يعكس طريقة عيش وتفكير الأفراد في موضوع الصحة والمرض. وإننا لنهدف من خلال هذا الفصل إلى إبراز وتوضيح مجمل التصورات التي تحملها المصابة بسرطان الثدي عن هذا المرض سواء من وجهة نظر اجتماعية أو ثقافية، من خلال المستويات التالية:

1) مستوى المعنى والدلالة: من خلال دراستنا للدلالات الاجتماعية للصحة والمرض عند الأفراد.

2) مستوى التمثل السببي للإصابة بمرض سرطان الثدي: والذي يعكس مستوى التفكير والاعتقاد الذي تحمله المصابات بالمرض حول أسباب الإصابة.

3) مستوى السلوك المرافق لظهور أعراض المرض: والذي يعكس مستوى ردود الفعل المرافقة لظهور أعراض المرض من خلال توجه الأفراد نحو طلب الخدمة الطبية المستعجلة أو عدمها والعوامل المرتبطة بهذا السلوك.

[482] Herzlich Claudine, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale,* Mouton, 1969, Paris, éditions EHESS, 1992, Préface de Serge Moscovici, pp. 13-14.(ترجمة بتصرف)

المحور الأول: التمثلات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض

يرتبط الجسد ارتباطا وثيقا بظروف الوجود شكلته التقاليد وأخضعته القوانين وحاصرته الضغوط التاريخية والثقافية والمرضية والتي من ضمنها مرض سرطان الثدي.

إن استحضار كلمة "سرطان cancer" يجعل مجموعة من الصور والأفكار والمعتقدات والآراء و/أو المواقف تتبادر إلى ذهن الأفراد، والتي تسمح لهم بتعريف ما يتوقعونه من كلمة "سرطان". "إن مجموع هذه الصور والمعتقدات لم تتشكل هكذا وإنما ترتبط بتجربة الشخص، هذه التجربة التي يجب وضعها في سياق التاريخ الجمعي لهذا المرض مع مراعاة العلاقات التي تربطها بالصحة والمرض بشكل عام. إن طرح هذا المعنى مرتبط بمشاركة الأفراد في مجموع العلاقات الاجتماعية التي تؤسس لما نصطلح عليه بالتمثلات الاجتماعية"[483]، فما هو تمثل الصحة عند المصابات بسرطان الثدي؟

1. في دلالات الصحة عند المصابات بسرطان الثدي

لقد أعطى المغاربة أهمية كبيرة لحفظ الصحة، ظهر ذلك من خلال المأثور الشفهي المتوارث على ألسنة الخاصة والعامة، من ذلك قولهم "**الصحة هي الفضل هي راس المال**"، "**الصحة كنز**"، "**الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى**"، وأيضا من خلال امتداد الزيارات وعيادة المرضى ومؤانستهم. فما هي دلالات الصحة عند المصابات بسرطان الثدي؟ إذا كنا من الناحية البيو_طبية نتحدث عن مفهوم الصحة والمرض، فإننا نتحدث من خلال كل مفهوم عن حقيقة عضوية واضحة إلى حد ما، تتحدد انطلاقا من معايير ومؤشرات ومعدلات واضحة ومضبوطة تلتقي كلها عند مفهوم التوازن ببعديه الكمي والكيفي، ويوجد الجسد كمجال طبيعي وحيد لفعل هذا النوع من الظواهر. لذلك فإننا نعتبر أن اللغة التي تعتمدها المصابات للتعبير عن مجموع الإختلالات التي تصيب هذا الجسد أول مؤشر على الواقع الاجتماعي للصحة.

[483] D. Marie, L, Dany, « Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie : enjeux pour la définition de la situation thérapeutique», CHU de la Timone, Service d'oncologie médicale, 264, rue Saint-Pierre, 13385 Marseille, France, p. 577.

نقصد بالمؤشر أو المؤشرات الاجتماعية للصحة مجموع المعايير التي يعتمدها المجتمع في معرفة الصحة والمرض وفي تحديد وجود أحدهما وغياب الآخر. وأهم ما يميز هذه المؤشرات هي أنها تسير جنبا إلى جنب مع الطب وتوازي من حيث أهميتها الاجتماعية – بل ربما تفوق– المؤشرات التي تُعْتمد عادة من طرف المقاربة الطبية في تمييز الحالة العادية عن الحالة المرضية.[484] إن البحث عن هذه المؤشرات لا يعني في الحقيقة إلا محاولة الإجابة عن سؤال بسيط: كيف تعرف المصابات موضوع الدراسة الصحة؟ لقد اخترنا أن تكون اللغة وسيلة نستعملها لمعرفة طبيعة تمثلات المصابات ومن خلال مجموعة من العبارات والأوصاف التي يحددن بها معنى الصحة كما يوضح الجدول التالي:

جدول رقم 10: تمثلات الصحة عند المستأصلات الثدي في علاقتها بالمستوى الدراسي

			ما هي الصحة؟				المجمـوع
			القدرة على العمل	كل شيء	لا أعرف	العيش في سلام	عدم الشعور بالألم	
المستـــوى التعليـمـــي	غيـــر متمـــدرسة	عدد التكرارات	13	41	09	04	02	69
		النسبة المئوية%	11.81	37.27	8.18	3.63	1.81	%62.72
	أولي أو قرآني	عدد التكرارات	03	04	01	00	00	08
		النسبة المئوية%	2.72	3.63	0.90	00	00	%7.27
	ابتـــــدائي	عدد التكرارات	03	13	00	00	00	16
		النسبة المئوية%	2.72	11.81	00	00	00	%14.54
	إعـــــدادي	عدد التكرارات	03	06	00	00	00	09
		النسبة المئوية%	2.72	5.45	%00	%00	%00	%8.18
	ثانـــــوي	عدد التكرارات	01	03	00	00	00	04
		النسبة المئوية%	0.90	2.72	%00	%00	%00	%3.63
	جامـعـــي	عدد التكرارات	02	02	00	00	00	04
		النسبة المئوية%	1.81	1.81	%00	%00	%00	%3.63
المجمـــوع		عدد التكرارات	25	69	10	04	02	110
		النسبة المئوية%	22.72	62.72	9.09	%3.63	1.81	%100
مستـــــوى دلالة كاي تربيـــع $x^2 = 0.01$								
المصدر: البحث الميداني								

[484] زكرياء الإبراهيمي، ***الصحة والمجتمع: دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي***، مرجع سابق، ص 159.

لعل أول ما يثير الانتباه من خلال معطيات هذا الجدول، هو تأرجح تمثلات الصحة عند المبحوثات بين متغيرين كبيرين وهما الصحة باعتبارها "كل شيء" والصحة باعتبارها "القدرة على العمل" ليحتل المتغير الأول المرتبة الأولى عند جميع المبحوثات باختلاف مستوياتهن التعليمية، غير المستوى التعليمي الجامعي الذي أتت نسبته بين هذين المتغيرين متساوية بنسبة 1.81%. ويمكن القول إن المتغير الأول الذي يشير إلى أن الصحة تعني "كل شيء" عند المبحوثات قد يتضمن الثاني "القدرة على العمل". وعن علاقة تمثل الصحة عند المبحوثات بالمستوى الدراسي، فقد جاء كاي تربيع دالاً عند مستوى x^2 = 0.01 مما يعني أن هناك علاقة جد قوية بين تمثل الصحة والمستوى الدراسي عند هؤلاء المبحوثات.

1.1 الصحة باعتبارها استقلالية

لقد جاءت إجابات المبحوثات تتمحور بين من أشارت إلى أن الصحة تعني القدرة على الفعل (تلبية الحاجات الأساسية من مأكل ومشرب وملبس...)، الإنتاج، تحقيق الأهداف، في مقابل غيابها يعني غياب القدرة على الفعل، تقول إحدى المبحوثات "**إكون الإنسان صحيح شي حاجة أخرى، صحيح إدير كل شيء، إشقا، إخدم على راسو، أما المريض أش إدير، واش غادي إشقا، واش إجيب شي حاجة ياكلها، راه غير الوجوه لي كيعطيوك**"[485]. وتضيف أخرى مستأصلة "**الصحة كتعني كل شيء، إكون بنادم معندوش المرض**"[486]، يظهر من كلام هاتين المبحوثتين أن التمتع بالصحة يعني القيام بالوظائف والمهام الاجتماعية المنُوطة بالمرأة من العمل المنزلي غير المأجور إلى العمل المأجور وبالتالي النهوض بالأدوار الاجتماعية التي يفرضها المجتمع والمساهمة في الإنتاج. تقول إحدى المبحوثات "**الصحة هي لي كتخليك تخدمي**"[487]، كذلك تُمكّن الصحة من عدم الحاجة إلى الآخر وبالتالي إصابة جسد المرأة

[485] مقابلة رقم **03** (53 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري، كراء).
[486] مقابلة رقم **01** (52 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[487] مقابلة رقم **15** (65 سنة، أرملة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، تعمل بصناعة الزرابي، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

بالمرض يجعلها تفقد هذه الاستقلالية. وهذا ما خلصت له إحدى الدراسات المغربية المنجزة بمنطقة تافيلالت والتي أكدت أن تمثل أدوار الجنسين يحدد نظرة الأفراد للمرض والصحة[488].

2.1 الصحة باعتبارها رأسمال

لتوضيح ما الذي تقصده المصابات بإجابتهن عن أن الصحة هي "كل شيء"، طرحنا عليهن سؤالا: ما هو "كل شيء" في نظرك؟ وجدنا أنهن يعتبرن الصحة رأسمالا قابلا للإستثمار الاجتماعي، تقول إحدى المبحوثات "**الصحة هي كل شيء، إلا معندك الصحة معندك والو**"[489]، وتضيف أخرى"**الصحة هي أهم حاجة**"[490]. إن الصحة إذن هي رأسمال اجتماعي يمكّن الفرد من فعل أي شيء دون الحاجة للآخر وتلبية حاجاته ورغباته سواء الأساسية أو الثانوية.

3.1 الصحة باعتبارها عدم الشعور بالألم

إذا كان **لوريش** يعتبر أن الصحة هي العيش في سكون الأعضاء ونسيان الصحة، فإن المرض على العكس من ذلك يصبح حديثاً واستحضاراً للجسد خاصة وأننا نتحدث عن مرض صامت، إحدى خاصيات علاجه استئصال الثدي، وإتباع نظام علاجي يسبب الألم في غالب الأحيان للكثير من المصابات. تقول مبحوثة "**الصحة هي تكون، مكضرني حتى حاجة وهي كل شيء**"[491]، وتقول أخرى "**الصحة هي عدم الشعور بالألم**"[492] و"**الصحة هي ميكونوش المشاكل والعيش في سلام**"[493] عند مبحوثة أخرى.

لقد أعطت المصابات عدة دلالات لمفهوم الصحة حاولنا تجميعها من خلال تيمات ثلاث رئيسية، الأولى تمثلت في الصحة باعتبارها رأسمالا، وبين من اعتبرن الصحة هي استقلالية، فيما اعتبرتها

---

[488] عبد المالك بوزكراوي، *تمثلات الصحة والمرض والطب التقليدي في الثقافة الشعبية واحة تافيلالت نموذجا*، بحث لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، جامعة محمد بن عبد الله، فاس، إشراف الأستاذة أسماء بنعدادة، السنة الجامعية 2019-2020.

[489] مقابلة رقم **13** (35 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[490] مقابلة رقم **04** (58 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها ابنة واحدة، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي، كراء).

[491] مقابلة رقم **24** (32 سنة، متزوجة، ابتدائي، لها طفلين صغيرين، مستفيدة من التغطية الصحية CNOPS، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[492] مقابلة رقم **08** (40 سنة، متزوجة (زوجها مريض بسرطان الكبد)، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه براكة (رحّالة)).

[493] مقابلة رقم **02** (28 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري، موروث)

أخريات أنها عدم الشعور بالألم. فما هي دلالات المرض عند المصابات بسرطان الثدي؟ وما الأسباب التي تراها المصابة سببا في إصابتها؟

2. في دلالات المرض عند المصابات بسرطان الثدي

إذا كانت الصحة عند المصابات بسرطان الثدي تمنح المرأة تلك الاستقلالية، وهي بذلك تشكل رأسمالا مهما في حياتها، وأنها عدم الشعور بالألم، فماذا عن دلالات المرض عند هؤلاء المصابات بسرطان الثدي؟ وهل للمرض معنى معينا عندهن؟

بهدف معرفة دلالات المرض عند المصابات بسرطان الثدي انطلقنا من معاني المرض وذلك من خلال التسميات الاجتماعية التي يعطينها لهذا المرض، حيث اختلفت هذه التسميات باختلاف الثقافة واختلاف المحيط الاجتماعي لدى المصابات وفق التسميات التالية لمرض سرطان الثدي:

- ✓ المرض الخايب، مرض البزولة
- ✓ المرض الذي لا يذكر
- ✓ الكونسير
- ✓ المرض القاصح، الكبير، الصعيب
- ✓ السرطان
- ✓ المرض المزمن

إنها تسميات اختلفت باختلاف ثقافة كل مبحوثة. تقول إحدى المبحوثات "**هو مرض خايب، تخافي بززاف على صحتك**"[494] وتضيف أخرى "**حنا كنقولوا المرض القاصح لي مكيذكرش**"[495]، فيما تربطه إحدى المبحوثات بطول العلاج تقول "**هو مرض مزمن، ديما ديما الدواء...**"[496]، فيما تصفه أخرى بأنه "**المرض الخايب، الكونسير، أخنزير، الحبوب، البخوش الذي يكون في البزولة**"[497]. إنها أوصاف تُنمّ

[494] مقابلة رقم **16** (40 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي)
[495] مقابلة رقم **23** (44 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها أبناء، لها تغطية Ramed، تعمل بالتنظيف، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[496] مقابلة رقم **06** (50 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها أربعة أبناء ، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[497] مقابلة رقم **08** (40 سنة، متزوجة (زوجها مريض بسرطان الكبد)، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه براكة (رحّالة).

عن دلالات عميقة عند هؤلاء المصابات، لأنهن وصفنه بأوصاف بشعة. فقد تصورته المبحوثة الأخيرة على أنه "**خنزير**" وهذا الأخير هو حيوان شرس يعيش في الغابة، كذلك قالت بأنه عبارة عن **بخوش** وهذه الأخيرة هي كائنات صغيرة تعيش في نظرها على مستوى الثدي وهي التي تسبب السرطان. وتقول إحدى المبحوثات "**في الأيام الأولى كنقول غادي نموت، غادي نخلي أولادي،... ولكن الحمد لله حيث دابة وليت شوية...**"[498]. إن الفترة الأولى لإصابة هذه المبحوثة بالمرض جعلتها تُفكّر أنها سوف تتخلى على أدوارها وعن علاقاتها الحميمية مع أولادها مما يعني أن إصابتها شكلت لها خوفا كبيرا من الموت، لكن عند خضوعها للعلاج واجتيازها للمرحلة الأولى جعلها تشعر بنوع من الأمان والإطمئنان.

إن هذه التسميات لمرض سرطان الثدي من طرف المبحوثات كشفت أن هناك معنى معينا للمرض حيث تمثلنه وتصورنه بصور أحيانا واقعية وأحياناً خيالية تلعب فيها الثقافة دورها الأساسي وهو ما حاول أحد الباحثين الأطباء البحث فيه، البحث في معنى المرض.

هل للمرض معنىً معين؟ إنه السؤال الذي جعل منه **تيري جانسن** Thierry Janssen عنوان كتابه "La maladie a-t-elle-sens?" فهو يقول إن هذا السؤال يسائلنا جميعا، لماذا لا يطرح الطب مثل هذا السؤال، علما أنه يعالج الجسد دون أن يهتم بالفرد في كليته. إن الطب عادة ما يهتم بمعرفة الجزئيات في حين ينسى العلاقات التي تربط المرضى بالعالم الذي يعيشون فيه. ويرى **تيري جانسون** أننا أمام المعاناة نحاول البحث عن كثير من المعاني منها "المعنى البيولوجي" المعرّف في العلوم و"المعنى الرمزي" المعبر عنه لدى المرضى[499].

[498] مقابلة رقم **10** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[499] للتفصيل أكثر يرجى مراجعة مؤلف ? *La Maladie a-t-elle sens* ,Thierry Janssen مرجع سابق.

المحور الثاني: تمثلات أسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي بين مختلف مسارات الحياة

يعبر مسار الحياة عن تداخل مجموعة من المسارات التي قد تظهر على أنها مستقلة بذاتها، لكنها في واقع الأمر مرتبطة ببعضها ارتباطا شديدا. فالمسار العائلي والمسار المهني، المسار الصحي، المسار السكني...الخ يتميز كل مسار من هذه المسارات بمجموعة من الأنشطة والأدوار الاجتماعية التي تأخذ حيزها في الزمان والمكان وداخل شبكة العلاقات وداخل البنيات[500]. إن المسارات التي تميز حياة المرأة بصفة عامة تتأرجح بين المسار الأسري والعملي فالصحي... والتمفصل بين جل هذه المسارات أو الارتباط بينها باعتبارها نسيجا متصلا هو ما يجعل أي حدث يقع على مستوى أحد هذه المسارات يجد صداه على مستوى المسارات الأخرى، بل يعمل على تغييرها وتغيير اتجاهاتها وبالتالي تغيير جل المسار الشخصي. إن الحياة اليومية لأغلب النساء المغربيات في ظل سياق موسوم بالهشاشة الاجتماعية والاقتصادية إذا ما استحدثت واقعة أو حدث مفاجئ أو حتى مخطط له قد تزيد الوضع هشاشة وتساهم في تعقيد مسار حياتهن.

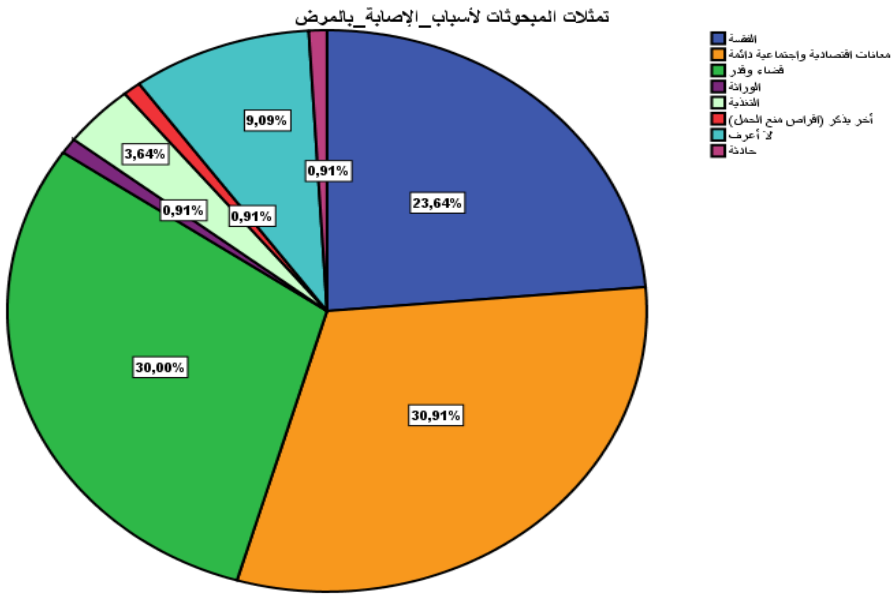
إن حدث الإصابة باعتباره حدثا في المسار الصحي للمرأة المصابة يخضع لتمثلات "سببية" قد تنتقل من مسار إلى آخر لتستقر على أحد المسارات التي تعتبرها المصابة السبب الأول لإصابتها. توزعت تمثلات أسباب الإصابة عند المصابات بمرض سرطان الثدي بين أسباب داخلية وأخرى خارجية.

فإذا كان الطبيب يبحث عن الأعراض البيولوجية– الطبية عند المريض ويسعى إلى تأويلها اعتمادا على معرفته الطبية الثابتة والمحددة سلفا، فإن المريض أيضا له حكمه الخاص عن حالته الصحية وعن مصدر مرضه، وفي هذا النموذج التفسيري للمريض لمرضه، فإننا نجد أن هناك حضورا قويا وتأثير للبعد الفردي والاجتماعي والثقافي.... وهو ما يسمى بالتمثل.

[500] Hélardot Valentine, « Parcours professionnels et histoires de santé: une analyse sous l'angle des bifurcations », *Cahiers internationaux de sociologies* 1, N°120, 2006, pp. 59-83.

إن مفهوم التمثل يعني في اللغة العادية "تكوين الفرد في ذهنه لصورة ما عن شيء ما"، وفي إطار الصحة والمرض يمكن القول بأن الفرد قد يتمثل أسبابا للمرض تكون عبارة عن تصورات ذهنية (خيالية أو خرافية أو واقعية...) والسؤال الذي يمكن لعالم الاجتماع المهتم بالذهنيات والتمثلات أن يطرحه هو: هل الصورة التي يُكونها الفاعل الاجتماعي الذي قد يكون هو المريض مثلا هي صورة مصدرها مُعتقد ما أو تربية ما أو انتماء اجتماعي أو ثقافي ما...؟[501] وفي بحثنا عن أسباب الإصابة بالمرض عند المبحوثات وجدنا أنفسنا نتأرجح بين أسباب داخلية وأخرى خارجية حاولنا الإحاطة بها وفق المتغيرات الموضحة في المبيان التالي:

مبيان رقم 06: تمثلات المبحوثات لأسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي



المصدر: البحث الميداني

لعل أول ملاحظة تسترعي الانتباه في معطيات هذا الرسم المبياني، هو إحالة مجموع الأسباب التي تعتقد المبحوثات أنها مسؤولة عن المرض، على نموذجين تفسيريين لأسباب المرض من حيث مصدرها ومنطق اشتغالها: الأول يعتبر المرض ناتجا عن تدخل عنصر خارجي (واقعي أو رمزي) عن الفرد حيث

[501] محمد عبابو وعبد الرحمان المالكي، ***سوسيولوجيا الصحة والأمراض المزمنة***، مرجع سابق، ص 18.

يعتبر الله أو بعض الظواهر الاجتماعية والاقتصادية أهم عناوينه مثل (معاناة اقتصادية واجتماعية دائمة –بما فيها من غياب مدخول قار، مشاكل أسرية–،القضاء والقدر، حادثة) والثاني داخلي تعد التغذية والوراثة... أبرزها.

احتل متغير المعاناة الاقتصادية والاجتماعية[502] المرتبة الأولى وذلك بنسبة 30.91%، تليها الفئة التي اعتقدت بأن سبب إصابتها راجع لعامل فوق طبيعي (قضاء وقدر) بنسبة 30%. بالنسبة للنموذج الثاني لتمثل المريضات هو النموذج الداخلي –أي أن المرض يأتي من داخل الذات– فالملاحظة المسجلة هنا هو أن نسبة مهمة تحدثت عن الأسباب النفسية حيث فسرت نسبة 23.64% من المبحوثات سبب إصابتها بسرطان الثدي "بالفقسة"، وبالطبع فإن مدلول هذه الكلمة يظل غامضا لأن هذا السبب قد يمتد من القلق البسيط إلى الأزمة العصبية الحادة. ثم نسبة 3.64% تعتقد بعامل التغذية، تليها نسبة 9.09 %لا تعرف سبب إصابتها، فيما تساوت نسبة المعتقدات في إصابتهن بالمرض نتيجة أخذ أقراص منع الحمل، حادثة والوراثة بنسبة 0.91%.

إن مجموع هذه الأسباب تدفعنا –مع نوع من الحذر– إلى القول أن تمثل مجتمع الدراسة لأسباب المرض هو تمثل مركب (يتضمن ما هو داخلي وخارجي)[503] ويدخل في عداد الأسباب الداخلية للمرض على سبيل المثال الاستعداد الوراثي لأمراض محددة، أما الأسباب الخارجية للمرض فتتدخل فيها العوامل المسببة للأمراض من جو، نظافة، نمط حياة الإنسان...

[502] نقر أن هذا المتغير يحمل الكثير من المؤشرات الدالة عليه، من غياب أجر قار للمريضة، ضعف المدخول الأسري، تدني المستوى التعليمي، مشاكل مرتبطة بالأسرة.... إلى غيرها من المؤشرات التي سبق وأن وضَّحناها في فصول البحث، خاصة عند حديثنا عن الوضع السوسيو-اقتصادي للمصابة.

[503] سوف نأتي للتفصيل في هذه الفكرة في المحور الموالي (الدلالات السوسيو-ثقافية للإصابة بمرض سرطان الثدي.

❖ **أسباب المرض الخارجية**

في الأسباب الخارجية للمرض، والتي يمكن التأثير فيها إلى حد ما (عن طريق تغيير نمط الحياة مثلاً) نميز بين الأسباب المرضية الاجتماعية، النفسية والبيئية –ولكنها تكون في تماس مع العوامل الممرضة أيضا (حمات وجراثيم وفطريات...)– كلها تدخل في عداد أسباب المرض الخارجية.

يقصد بمفهوم أسباب المرض الاجتماعية العوامل المرضية التي تنشأ نتيجة الظروف الاجتماعية التي يعيشها الفرد، فالفقر على سبيل المثال، عامل من هذا النوع، كما يمكن للبطالة أيضا أن تساعد في ظهور الأمراض النفسية والجسدية على حد سواء.

ينتمي إلى أسباب المرض النفسية المتنوعة العجز عن التغلّب على المشاكل (موت الشريك مثلا أو التكيف مع تغير الظروف)، أو عدم القدرة على مواجهة ظروف معينة (التحدث أمام جماعة كبيرة من الناس مثلا)، قد يؤدي السبب النفسي للمرض إلى تطور المرض النفسي (اكتئاب أو اضطراب في تناول الطعام أو القلق)، وذلك في حال لم يفلح الشخص المعني في حل الصراعات الداخلية، وغالبا ما يكون المرض النفسي سببا في التأثير النفسي على الصحة الجسدية أيضا.أما الأسباب البيئية للمرض فلا تتضمن سوى شروط خارجية من الصعب التأثير فيها كالضجيج وتلوث الهواء وتلوث المواد الغذائية من المواد الكيماوية. ينضاف إلى ذلك نمط حياة الفرد الذي يساهم في نشوء الأمراض. أخيراً لم يعد خافيا على معظم الناس اليوم أن البدانة والتدخين والاستهلاك الشديد للكحول والتناول المفرط للأدوية والعقاقير والتغذية الغنية بالدهون والفقيرة بالفيتامينات والمعادن وقلة الحركة، كلها عوامل تساعد في ظهور الأمراض. ويمكن إبطال هذه العوامل إلى حد كبير من خلال تغيير نمط حياة الفرد، ويؤدي هذا على الأقل إلى الإقلال من خطورة الأمراض المستعصية [504].

[504] مؤلف جماعي، جسم الإنسان وأمراض، المعهد البيبليوغرافي بألمانيا، ترجمة إلياس حاجوج، الطبعة الأولى، 2006، الصفحات 67-68.

❖ **أسباب المرض الداخلية**

ليس في مقدور الطب الحديث –حتى الآن– القيام بشيء في مواجهة أسباب المرض الداخلية ولا يمكنه سوى معالجة الأمراض الناجمة عنها بدرجات مختلفة من النجاح. ويدخل في عداد أسباب المرض الداخلية على سبيل المثال التشوهات (انشقاق الشفة والفك والحنك مثلا) الموجودة عند الولادة، وكذلك الأمراض الوراثية كالمرض النزفي[505]. كما أن خطورة الإصابة بأمراض محددة تكون بدرجة كبيرة عندما نصادف أمراضا معينة في عائلة ما (عامل الخطورة الوراثي) أثناء انقسام الخلايا، خصوصا في غضون تضاعف خلايا (الحمض النووي الريبوزيDNA) يمكن أن تحصل تغيرات في المادة الوراثية للخلايا المتولّدة حديثا. عن طريق المصادفة أو جراء مؤثرات خارجية. وقد تكون النتيجة إصابة سرطانية على سبيل المثال، خصوصا عندما يكون الجهاز المناعي ضعيفا ولا تستطيع الخلايا المناعية كشف الخلايا المتغيّرة. ويقف الطب أحياناً عاجزا أمام هذه الأسباب المرضية الداخلية أيضا.

أخيرا تدخل شيخوخة النسج في عداد أسباب المرض الداخلية فتبدل الشرايين وتضيقها (تصلب الشرايين) على سبيل المثال، مما يؤدي إلى حدوث إصابات قلبية شديدة وهو جزء من الشيخوخة، لذلك تزداد خطورة الإصابة بأمراض القلب مع التقدم في السّن و نمط الحياة الذي يلعب دورا مهما بالطبع[506].

1. التمثلات المرتبطة بمرض سرطان الثدي

يعتبر مرض سرطان الثدي من الأمراض التي يصاب بها الإنسان في مختلف الأعمار وتثير الخوف لمجموع الأسباب التالية والتي استشفيناها من –تمثلات– مجموع إجابات المبحوثات.

[505] يعرف أيضا بالداء النزفي عند المواليد بسبب نقص فيتامين "ك" الشهير بالاختصار الداء النزفي عند المواليد، وهو اضطراب تخثر الدم في الأطفال حديثي الولادة بسبب نقص فيتامين 'ك'.
[506] نفس المرجع، ص 68.

✓ **سرطان الثدي مرتبط بالموت**

إن أول صورة يرتبط بها مرض السرطان هي صورة الموت ببعديه البيولوجي والاجتماعي حيث أن فكرة الموت ليست متداولة فقط في وسط المرضى وأسرهم خاصة والمحيط عامة، لكنها تحمل خلفية علمية مدعمة بالإحصائيات الطبية مما يعكس هذه الصورة في خطابات المرضى وأسرهم وفي خطابات المعالجين من أطباء وممرضين، خاصة إذا وصل المرض مراحله الأخيرة.

يعتبر الموت صورة مرافقة لمرض السرطان من بعده البيولوجي إلى بعده الاجتماعي، هذا الأخير يتمثل في الخلل الذي يصيب الأدوار الاجتماعية للمصاب، فهناك من يعبر عن ارتباط السرطان بالموت من خلال التمثل السلبي للصورة الذاتية له. هذه الصورة مرتبطة بالخلفية الاجتماعية فمن المريضات من يتحدثن عن المرض كقطيعة مع الحياة الماضية. تقول إحدى المبحوثات "**المرض الخايب، صعيب، كيؤدي للموت، والنهاية منو هي الموت...**"[507]. إن نهاية المرض حسب هذه المبحوثة هو حتمية للموت ولا مجال للشفاء النهائي منه.

وتقول مبحوثة أخرى "**كنتخلع من الاسم ديالو، شحال من وحدة جلست معاها في دار الحياة، مكتحس حتى حاجة حتى ماتت...**"[508] إن أهم خاصية بالنسبة لمرض سرطان الثدي هو أنه مرض صامت لا يحدث في غالب الأحيان أعراضا عن وجوده داخل جسم الإنسان أو أنه يؤدي إلى الوفاة عند حالات كثيرة رغم خضوعها للعلاج. وهذا ما تعبر عنه إحدى المبحوثات بقولها "**هو سرطان، كيكون ناعس، منين كينوض في شي بلاصة، كينوض فيه**"[509].

[507] مبحوثة رقم **01** (52 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[508] مبحوثة رقم **07** (32 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، لها طفلان، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[509] مبحوثة رقم **17** (32 سنة، عازبة، مستوى ابتدائي، لها بنتان، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري، كراء).

✓ **سرطان الثدي لا يتم الشفاء منه**

إنه ومن بين التمثلات التي تحملها المصابات عن سرطان الثدي هو أنه مرض لا يتم الشفاء منه، تقول إحدى المبحوثات "**على الرغم من أننا نأخذ الدواء إلا أنه لا يوجد دواء غير دواء الله**"[510]، وتضيف أخرى "**هو مرض مزمن، ديما ديما الدواء، ديما طالعا هابطا ماشي عام ماشي عامين، هادي 5 سنوات دابة ومزالة كنزيد**"[511] "**هو مرض يبقى مع الإنسان في ذاته حتى يموت**"[512]. إن كلام هؤلاء المبحوثات يُعبّر عن تمثلهن للمرض بأنه مرض لا يتم الشفاء منه، وهي إحدى خاصيات هذا المرض ففي التعريف الطبي الحديث يعتبر سرطان الثدي من الأمراض المزمنة القابلة للعلاج وغير قابلة للشفاء.

✓ **سرطان الثدي كإعاقة جسدية**

يُعطي الثدي للمرأة ذلك الجانب الإستيتيقي الجمالي بالإضافة إلى وظيفته البيولوجية المرتبطة بالإرضاع إنّ للثدي كعضو أنثوي دوراً هاماً في حياة المرأة وبالتالي فبتره قد يعيق عيشها بشكل سليم، حيث تنظر بعض المريضات لجسدهن على أنه جسد ناقص يعاني من ضياع. تقول مبحوثة "...**ضاعت ليا البزولة ديالي...**"[513] وتضيف أخرى "...**شي حاجة ناقصة ليك في ذاتك** (وتبكي)..."[514]. إن أقوال هاتين المبحوثتين تدلان على نظرتهما لجسدهما نظرة ضياع ونقص. إن هذه النظرة للجسد على أنه جسد ناقص ترتبط بالتصور الفردي الذاتي للمريضة مع ذاتها من جهة أولى، ومن جهة ثانية يرتبط بالتصور الاجتماعي المرتبط بالآخر ووسمه لجسدها. تقول مبحوثة في حديثها عن علاقتها بزوجها "...**نهار**

[510] مبحوثة رقم **29** (54 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[511] مقابلة رقم **06** (50 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها أربعة أبناء ، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[512] مقابلة رقم **26** (61 سنة، متزوجة، مستوى ابتدائي، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[513] مقابلة رقم **11** (46 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[514] مقابلة رقم (42 سنة، عازبة، غير متمدرسة، بدون أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

مرضت تخلى عليا...، بحالا مرضاش المرأة بواحد البزولة..."[515]. إنه كلام ينم عن النظرة إلى جسد المرأة أنه جسد مستهلك، ما إن أصيب بالمرض حتى تم التخلي عنه في حالات كثيرة

✓ **<u>سرطان الثدي كخلل في العلاقة الزوجية</u>**

تعتبر الرضاعة أحد الخصائص الكبرى لوظيفة الأمومة. بعد الولادة تهدي الأم ثدييها لطفلها من أجل تغذيته وتجنيبه المرض وبهما تُؤمن استقرارها أمام زوجها. بالإضافة إلى هذه الوظيفة (تغذية الطفل والخصوبة) هناك عنصر مهم للثدي وهو عنصر الجمال، فهل استئصال الثدي نتيجة الإصابة بسرطان الثدي له دور في تفكك الرابطة الزوجية؟ وإذا كان الأمر كذلك هل نستطيع القول بأن المرأة قد مُسَّت في أنوثتها؟

تقول مبحوثة "**المرض كيؤثر، دابة أنا مشا عليّ الراجل...فاش عرفني مريضة مشا في حالو**"[516] وتضيف أخرى "**الطبيبة دابة حيدات ليا النّعاس مع الراجل...كيبقا إقول لي علاش وكيفاش، ولكن أنا كندير بكلام الطبيبة (وتتنهد) تنقول ليه الصبر إوا كيصبر وصافي**"[517]. يظهر من كلام المبحوثة الأولى أنها بمجرد معرفة زوجها أنها مصابة بهذا المرض تركها ورحل. أما المبحوثة الثانية فهي تعمل بكلام الطبيبة التي منعت عنها الجنس مع زوجها وهي تتلقى العلاج الكيماوي، لكنه يظل يتساءل عن سبب هذا المنع؟ وهي تدعوه للصبر فقط لكونها لا تعرف هي الأخرى سبب ذلك.

بخلاف مصابات أخريات دعتهن الطبيبة إلى استعمال العازل الطبي مع الزوج، لكن الزوج لم يتقبل ذلك تقول مبحوثة "**فاش رجعت من الطبيبة، قلت ليه أودي راه ها شنو قالت ليا الطبيبة أشنو، أشنو دابة إلى بغيتي تبقا تنعس وداكشي دير هديك الجلدة (العازل الطبي)، هو متقبلش داكشي**

[515] مقابلة رقم **10** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[516] مقابلة رقم **04** (58 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها ابنة واحدة، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي، كراء).
[517] مقابلة رقم **11**.

وصافي مشا فحالوا، صافي هذا هو المشكل..."[518]. إن كلام هذه المبحوثة يدل على الثقافة الجنسية التي يغيب فيها الحوار والتواصل بشكل فعّال فيكون مصير العديد من العلاقات هو التصدع والفراق.

وهذا ما أثبتته بعض الدراسات العلمية في أن مرض سرطان الثدي له تأثير على دور المرأة في الحياة الزوجية[519] كما في حالة الأمراض التناسلية وفي حالة العجز الجنسي مما يجعل المرأة المصابة بهذا المرض تظهر مظهر العاجز أمام الطرف الآخر (الزوج).

2. الأنماط الاجتماعية لتسمية مرض سرطان الثدي

اختلفت تسميات مرض سرطان الثدي باختلاف التمثلات الاجتماعية والثقافية والمعارف حوله، فعن سؤالنا لمجتمع الدراسة أو العينة المدروسة عن ماذا تحيل لك كلمة سرطان أو ماذا يعني لك سرطان "البزولة"؟ كانت الكلمات المبتدعة من قبل النساء معبرة عن ما يصيب جسدهن من اضطرابات عضوية، وهي تكشف عندما نمعن النظر عن أهم وأولى الحقول الاجتماعية والرمزية الكبرى. من جهة أولى تحيل على حقل الموت مع كل ما يحمله هذا المفهوم من دلالات ثقافية سلبية "**المرض الخايب كيؤدي للموت والنهاية منو هي الموت..."**[520]، وتشير من ناحية ثانية إلى حقل العجز التام والكلي خاصة في فترات القيام بالعلاج الإشعاعي أو الكيميائي مادام يعتبر من الناحية لاجتماعية أقرب المجالات الرمزية إلى الموت والهلاك "**كنتسنى الموت حتى تجي..."**[521]، بينما يعتبر الحقل الدال على التعب من أكثر صوره؛ معاناة بشتى أشكالها (النفسية، العصبية، المادية والجسدية) والقهر الاجتماعي من جراء المرض وعلاجه. هذا الأخير الذي يتّسم بطول مدة المرض (مدة طويلة الأمد)، والذي تتجلى أهم صوره في عدم القدرة على العمل المأجور أو غير المأجور وعدم القدرة على مزاولة الأنشطة العادية والمنزلية اليومية للمرأة، ومن تم نهوضها بالأدوار الاجتماعية التي يفرضها المجتمع.

---

[518] مقابلة رقم **10** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

[519] Marie Nuytten, Laurence Faugeras, Lionel D'Hondt, « Cancer et sexualité », Centre de Médecine Sexuelle, Congrès 2018 - CHU UCL Namur - site Godinne ; et *Sexualité et cancer : Information destinée aux femmes*, Coordination : Marie LANTA, Imprimé sur les presses de PRINTCORP, Edition actualisée Mars 2016.

[520] مقابلة رقم **01** (52 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[521] مقابلة رقم **03** (53 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري، كراء).

وهنا يصبح المرض كهدم la maladie destructrice، كما اعتبرت ذلك **كلودين هرزليش** في تصنيفها لمستويات تمثل حالة المرض، حيث لاحظت **هيرزليش** أنه بواسطة الصحة أو المرض يستطيع الإنسان أن يندمج أو لا يندمج في المجتمع.

تمثل المرض كهدم وجدناه غالبا عند المصابات اللواتي يعتبرن أنفسهن نشيطات وملتزمات في مشاركتهن في المجتمع. إن أصل المرض في نظرهن هو "عدم الاشتغال" الذي يحتوي على معاني متعددة منها: "التخلي عن الدور المهني والعائلي"، "المشاكل المادية"، "الإقصاء من الجماعة"، كل هذا يعني في نظرهن الإنعزال والإنطواء.

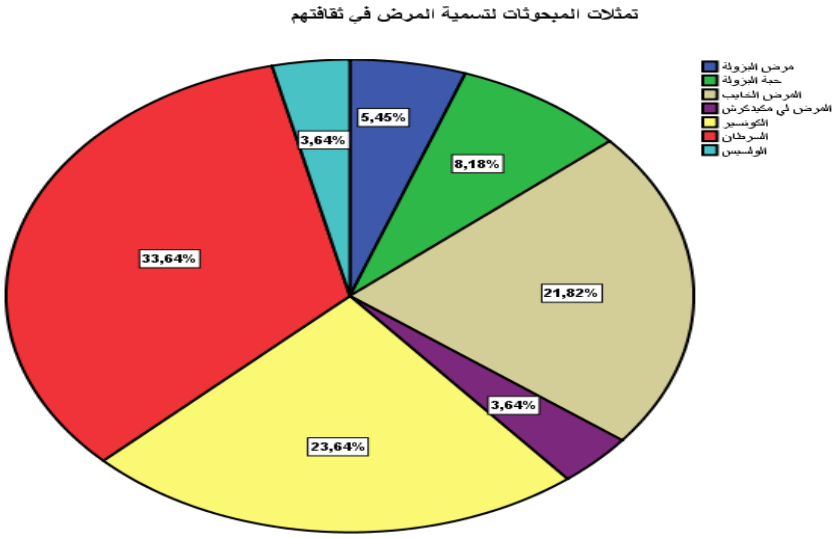
عدم القيام بالأنشطة يعني كذلك الاتكال على الآخرين والتبعية لهم، وغالبا ما تشعر المريضة في هذه الحالة بالحرج عند طلب المساعدة وينتابها شعور بالقلق وعدم الجدوى من وجودها. يصبح المرض في منظور المريضة بالإضافة إلى أنه انحراف اجتماعي حسب **بارسونز** هو النهاية والموت. النهاية والموت ليس كنتيجة للمرض بل كنتيجة لموت الحياة الاجتماعية اليومية عند بعضهن.

تعتبر المريضة نفسها كأنه ميتة قبل مماتها. ليس الموت هنا بالمعنى العضوي بل الموت الاجتماعي والسيكولوجي. والهدم هنا يهدد شخصية الإنسان وليس جسده. هذا بالإضافة إلى شعور المريضة بالنقص أو أنها عالة على المجتمع. وتشعر أن مكانتها تراجعت وأصبحت كالطفلة[522]. تقول مبحوثة "...**المريض بالسرطان، أش كيتسناه غير الموت...**"، وتضيف أخرى "**فاشك ندير الشيميو، المـوت، صافي كنخرج ميتة**". إن الحضور القوي لهذه التعابير الكلامية والرمزية عند المصابات بسرطان الثدي وهيمنتها على المجال التصوري والرمزي للصحة والمرض عندها، ناتج في نظرنا عن تجربة المرض، سواء المرتبطة بالمريضة نفسها أو بمرضى آخرين سبقوها في تجاربهم المرضية. فاللسان كما

[522] محمد عبابو وعبد الرحمان المالكي، **سوسيولوجيا الصحة والأمراض المزمنة**، آفاق سوسيولوجية، عدد خاص، العدد الأول، 2011، مختبر سوسيولوجية التنمية الاجتماعية، الصفحتين 32-33.

يقول **دي سوسير** "إرث اجتماعي لا يستطيع المجتمع أن يتخلص منه"، ويتجلى ذلك من خلال مختلف التسميات التي تطلقها المصابات بسرطان الثدي على مرضهن، كما يوضح المبيان التالي ذلك:

مبيان رقم 07: توزيع المبحوثات حول اسم المرض في ثقافتهن



المصدر : البحث الميداني

يظهر من خلال المبيان أعلاه، أن الفئة الأولى التي تسمي المرض بالسرطان تمثل 33.64%، تليها الفئة الثانية التي تنعت المرض بالكونسير بنسبة 23.64%، ثم الفئة الثالثة المرض الخايب بنسبة 21.82%، والتي اعتبرت المرض هو "حبة في البزولة "مثلت نسبة 8.18%، لتمثل نسبة 5.45% من المصابات اللواتي اعتبرن مرضهن مرض البزولة، لتأتي النسبة متساوية ب 3.64% ممن اعتبرن المرض هو مرض لا يذكر أو هو ولسيس.

إن مجموع هذه التسميات التي تطلق على مرض سرطان الثدي من قبل المصابات تدل على فروق في تمثلاتهن الاجتماعية والثقافية حول المرض وكذلك المعارف حوله.

المحور الثالث: المعرفة حول مرض سرطان الثدي

نهدف من خلال هذا المحور التطرق إلى مدى معرفة المصابات بالمرض وذلك من خلال التعرف على ردود أفعالهن تجاه ظهور بعض أعراض المرض ثم ارتباط المرض بالنوع، مصادر المعلومات حول المرض ثم تمثلات أسباب المرض عند المصابات. من هي الفئة الأكثر إصابة بمرض سرطان الثدي في نظر المريضات: الإناث أم الذكور؟ ثم ما هي مصادر المعلومات التي يثقون بها ويستقين منها معلوماتهن هل هي مصادر مبنية على ما هو طبي–علمي أم على ما هو اجتماعي–عامي فقط، وما هي تمثلاتهن لأسباب إصابتهن بمرض سرطان الثدي؟

1) ردود الفعل تجاه ظهور أعراض المرض

إن البحث في ردود الفعل تجاه أعراض المرض هو بمثابة بحث في السلوك المصاحب لظهور هذه الأعراض، بمعنى آخر إنه بحث عن إلى من التجأت المريضة في بداية ظهور هذه الأعراض؟ هل إلى الطب الحديث؟ أم إلى الطب التقليدي؟ هل أخذت بأحد هذه العلاجات أم بقيّت تنتظر زوال تلك الأعراض؟

إنها أسئلة من بين أخرى انطلقنا منها لمعرفة سلوكات المريضات في مواجهة أعراض المرض تقول إحدى المبحوثات في هذا الصدد: "**كانت عندي واحد الولسيسة، محجرة هادي شي أربع سنوات، مشيت لسبيطار ديال الحومة قالي الطبيب معندك والو...جلست عام وهي تبدا ضرني، بحال الضوء كيضرب فيها مرة مرة...رجعت عندو وهو إصفطني لسبيطار لالة سلمى...درت التحليلة بعدما شريت الإبرة ب 400 درهم وقالت لي الطبيبة عندك المرض الخايب...**"[523]. إن فترة انتظار هذه المبحوثة التي دامت لمدة أربع سنوات لا تتحمّل فيها المسؤولية، ذلك أنها ذهبت للطبيب الذي لم يتمكّن من التشخيص الدقيق

[523] مقابلة رقم **03** (53 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري، كراء).

للثدي مما جعل حالتها تتفاقم سوءاً بعد ذلك، كذلك الأمر بالنسبة لمبحوثة أخرى تقول: "**كانوا البزازل كيضروني بجوج كيتنفخوا، شحال هذي شي 8 سنوات درت الراديو في مكناس قالي ماعندك والو...وبقيت حتى لهذا العام (2018) بدأت كضرني لداخل ديال البزولة وحمرا من واحد الجهة والنفخ من تحت الإبط، مشيت لسبيطار ديال الحومة وهما إصفطوني لهنا –مركز الكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم– وقالو لي عندك الولسيس...**"[524]. إن كلام هاتين المبحوثتين يشير إلى أنهما واعيّتان بالأعراض المُصاحبة للمرض أي أن تلك الأعراض تُنذر بوجود شيء ما غير طبيعي بالثدي وما لجوءهما للمؤسسات الصحية سوى تعبير عن رغبتهما –وأخريات عانين نفس الشيء– في الكشف عن هذه الأعراض ومعرفة سببها.

إن عدم التشخيص الطبي الفعّال وعدم معرفة المرض من قبل بعض الأطباء ساهم في تطوره رغم وجود أعراض جسدية –مثلا وجود ولسيس محجر في الثدي منذ أربع سنوات قبل اكتشاف الإصابة بالسرطان عند المبحوثة رقم (3)–، وكذلك –الانتفاخ الذي كان على مستوى الثديين عند المبحوثة رقم (4) منذ ثماني سنوات قبل اكتشاف الإصابة–. إن هذه المدة الزمنية طويلة جدا، ساهمت وبشكل سلبي في تطور المرض، كما جاء على لسان المبحوثات "**مشيت لسبيطار ديال الحومة قالو لي معندك والو...**" "**...درت الراديو في مكناس شحال هذي قالو لي ما عندك والو...**" إلى غيرها من التعابير التي تدل على عدم التشخيص الدقيق والفعال للكشف عن مرض سرطان الثدي في بدايات ظهوره وفي وقته المحدد.

فيما التجأت فئة من المبحوثات لمؤسسات الطب الحديث للكشف عن تلك الأعراض. هناك فئة أخرى تماطلت في هذا الكشف وذلك بسبب التمثلات العلاجية التقليدية لديها، تقول إحدى المبحوثات

[524] مقابلة رقم **04** (58 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها ابنة واحدة، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي، كراء).

"**ضراتني البزولة ومشيت لعند واحد الراجل كيكوي على داكشي، منين كيبخ عليّ بالماء والملح كيحرقني بزاف بزاف...**"[525]، وتضيف أخرى "**خرجات لي واحد الولسيسة، قالو لي شي عيالات سيري بخي أو بخري، مشيت بخيت وبخرت،... عاوتني منين دوزت عند واحد الطبيب حتى هو ضْحك عليّ، قالي راه غير الأعصاب وعطاني الدواء...من بعد داكشي قلقني، مشيت عاود لطبيب ديال الحومة عطاني ورقة لسبيطار لالة سلمى، درت التحليلة لقيت المرض الخايب وأنا نفتح...**"[526]، إن أول مكان التجأت إليه هذه المبحوثة رقم (8) هو شخص تعتقد بأنه قادر على علاجها من تلك الأعراض، وهو يستعمل الكيّ للعلاج، ذلك بأخذ الماء والملح في فمه والنفخ به على الثدي المصاب. أما المبحوثة رقم (15) فقد التجأت إلى "البَخّ" كذلك وعمل "البخور" وهي أعشاب ومكونات توضع في النار وتطلق رائحة في الهواء حيث يتم استنشاقها، وهذه الرائحة في نظرها قادرة على علاجها، لكن عندما لم يُجْد ذلك نفعا (البخ– البخور) التجأت إلى مركز العلاج القريب من سكناها وتمت إحالتها على مركز لالة سلمى لعلاج السرطان.

وفي طرحنا للسؤال التالي على المبحوثات: **كيف تنبغي التوعية بمرض سرطان الثدي؟**

تبين أن هناك فئة مهمة من المبحوثات لديها ثقافة طبية أو شبه طبية (الوعي بأهمية الكشف المبكر، التغذية الجيدة، تتبع العلاج الطبي، الاستعانة بمصابات في المراحل الأخيرة للعلاج من أجل نقل تجربتهن لمصابات في بداية الإصابة بالمرض) ومعرفة جيّدة بمرض سرطان الثدي، ما لخصته مجموعة من المبحوثات في عبارة "**خاص لي ضراتوا شي حاجة إمشي إشوف شنو هي في الأول....**" فيما تغيب هذه الثقافة عند فئة أخرى من المبحوثات. حيث تقول مبحوثة "**يجب أن تكون حملات تحسيسية وتوعوية، لكي يعرف المجتمع بأن هذا المرض غير معدي، ولأن مجتمعنا مازال يخاف من هذا المرض،**

[525] مقابلة رقم **08** (40 سنة، متزوجة (زوجها مريض بسرطان الكبد)، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه براكة (رحّالة)).

[526] مقابلة رقم **15** (65 سنة، أرملة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، تعمل بصناعة الزرابي، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

حتى التي أحسّت بشيء ما لا تريد أن تذهب للمستشفى أو أن تعلن عن مرضها، حتى المريضة به تحاول أن تخفي مرضها"[527]. يظهر من كلام هذه المبحوثة أن التوعية بمرض سرطان الثدي في نظرها يجب أن تبدأ بحملات تحسيسية عن هذا المرض كما يجب توفير مجانية الكشف عنه لتجاوز تفاقم حالات الإصابة به.

وهناك فئة من المبحوثات لا تمتلك جوابا عن كيف يمكن التوعية بمرض سرطان الثدي، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على ارتفاع نسبة الأمية بمجتمعنا المغربي وخصوصا في صفوف النساء[528]، وما يرافق ذلك من ارتفاع أرقام نسبة الفقر الذي وصفها تقرير برنامج الأمم المتحدة لسنة 2019 بأرقام تبعث على القلق. جاء في هذا الأخير أن نسبة الفقراء المغاربة الذين يعانون من الحرمان الشديد بلغت 45% وهي نسبة لا يستهان بها حيث نبه التقرير ذاته حول "مؤشر الفقر المتعدد الأبعاد لسنة 2019" إلى احتمالية ارتفاع نسبة الفقر والحرمان بالمغرب، معتبرا أن 13% من المواطنين معرضون للفقر المتعدد الأبعاد. وأوضح التقرير أن تجليات الفقر في المغرب تتمثل في كون 42% يعانون من فقر التعليم، و32% يعانون قسوة المعيشة فيما بلغت نسبة فقر الصحة 13%[529]. حيث أن هذه الفئة اكتفت عند طرحنا لسؤال كيفية التوعية بالمرض من وجهة نظرها بعبارة "معرفتش".

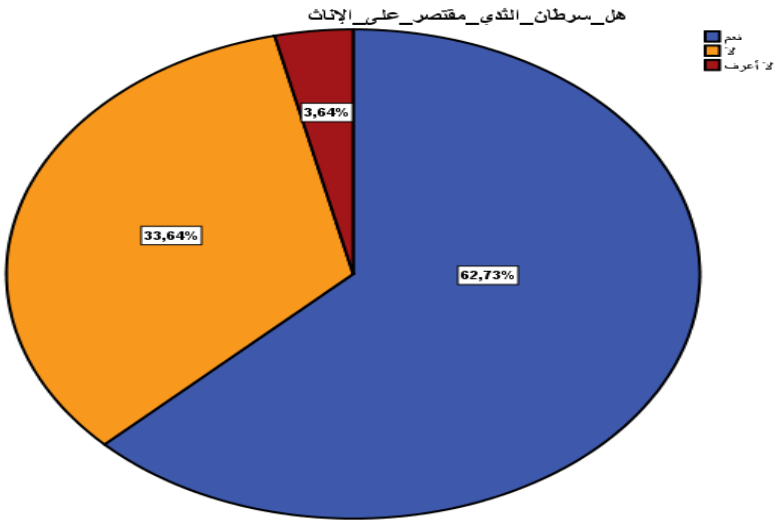
2) النوع والمرض

يختلف الجسد الأنثوي عن نظيره الذكوري فيما يخصّ الإصابة بالمرض وفق التمثلات الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي اختلافا كمياً، حيث تعتقد حوالي 62% من مجموع المبحوثات أن الإناث هُنّ الأكثر إصابة بالمرض مقارنة مع الذكور، حيث مثلت نسبة 33% من المصابات اللواتي قلن بقابلية الجسد الذكوري للإصابة بمرض سرطان الثدي، وهو ما يعني تفوّق الإناث في الإصابة بالمرض بالنسبة

[527] مقابلة رقم **31** (29 سنة، متزوجة، مستوى الثانوي- التأهيلي، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).
[528] يصل معدل الأمية في صفوف النساء إلى 41.1% مقابل 22% في صفوف الرجال. اعتمادا على نتائج الإحصاء العام للسكان والسكنى 2014.
[529] صادر عن موقع إخباري مغربي https://www.hespress.com/societe/438488.html في 04/11/2020.

للمبحوثات مقارنة مع الذكور، وهذه النسب تحيل إلى معاني اجتماعية كثيرة ترتبط في نظرهن بالاختلافات البيولوجية والطبيعية التي تُميّز الجسد الأنثوي عن نظيره الذكوري والمبيان التالي يوضح ذلك:

مبيان رقم 08: تمثلات المبحوثات حول علاقة المرض بجنس المصاب (ة)



المصدر: البحث الميداني

يتبين أن النسبة الكبيرة من إجابات المبحوثات ترى أن سرطان الثدي مقتصر على الإناث فيما اعتبرت نسب ضئيلة من المصابات أن سرطان الثدي غير مقتصر على الإناث، ومثلت نسبة 3.64% من المبحوثات اللواتي عبرن في إجابتهن عن عدم معرفتهن هل سرطان الثدي يصيب الإناث فقط أم الذكور أيضا.

وعن سؤالنا حول مدى امتلاك المصابات لمعلومات كيفما كان نوعها عن مرضهن أجابت 56.4% من المبحوثات بأن لديهن معلومات عن مرض سرطان الثدي، فيما أجابت نسبة 40% من المبحوثات بأنهن لا يمتلكن أي معلومات عن مرض سرطان الثدي، بينما أجابت نسبة 3.6% أنهن يمتلكن القليل من المعلومات حول هذا المرض.ورغبة منّا في الإحاطة باهتمام المبحوثات ومدى رغبتهن

في البحث عن معلومات تخص هذا المرض جاء سؤالنا كالتالي: هل تهتمين بمعرفة معلومات أكثر عن مرضك؟

جاءت إجابات المبحوثات كالتالي: 95% من مجموع العينة أجبن بنعم (أي أن لهن اهتمام بمعرفة معلومات أكثر عن هذا المرض) في حين 4 من مجموع العينة أجبن ب "لا" و11 من مجموع العينة أقرن ب "أحيانا" وفق ظروف زمكانية خاصة. وبالنسبة لمصادر المعلومات التي تثق فيها المبحوثات فإن الجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم 11: مصادر المعلومات عند المستأصلات الثدي وعلاقتها بالمستوى الدراسي

			ما هي المصادر التي تثقين فيها بشكل كبير للحصول على معلومات تخص مرضك؟				المجمـوع
			المؤسسات الصحية	الاعلام ووسائل الاتصال	العائلة والاصدقاء	الجمعيات	
المستـــوى التعليـمـــي	غيـــر متمـــدرسة	عدد التكرارات	52	06	09	02	69
		النسبة المئوية%	47.27	5.45	8.18	1.81	%62.72
	أولي أو قرآني	عدد التكرارات	06	00	02	00	08
		النسبة المئوية%	5.45	00	1.81	00	%7.27
	ابتـــدائي	عدد التكرارات	13	00	02	01	16
		النسبة المئوية%	11.81	00	1.81	0.90	%14.54
	إعـــداد ي	عدد التكرارات	08	00	01	00	09
		النسبة المئوية%	7.27	00	0.90	00	%8.18
	ثانـــوي	عدد التكرارات	03	01	00	00	04
		النسبة المئوية%	2.72	0.90	00	00	%3.63
	جامـعـــي	عدد التكرارات	02	01	00	01	04
		النسبة المئوية%	1.81	0.90	00	0.90	%3.63
المجمـــوع		عدد التكرارات	84	08	14	04	110
		النسبة المئوية%	76.36	7.27	12.72	3.63	%100
مستـــــوى دلالة كاي تربيـــع $x^2 = 0.46$							
المصدر: البحث الميداني							

يتّضح من خلال الجدول أعلاه أن النسب الكبيرة عند أفراد العينة بمختلف مستوياتهن التعليمية تتمركز في خانة المؤسسات الصحية كمصادر للمعلومات التي تخص مرضهن من أطباء وممرضات وأطر مساعدة...إلى غير ذلك بنسبة 76.36% وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على ثقة هؤلاء في المؤسسات العلاجية للطب الحديث في علاج مرض سرطان الثدي، لتأتي في المرتبة الثانية نسبة 12.72% من المبحوثات اللواتي يتخذن من الأصدقاء والعائلة كمصادر أكثر ثقة بالنسبة لهن للحصول على المعلومات حول مرضهن، فيما تمثل وسائل الإعلام والجمعيات كمصادر للمعلومات نسب ضئيلة. إنه وبإجرائنا لاختبار كاي تربيع حصلنا على مستوى دلالة $0.46 = x^2$ وهو أكبر من أو يساوي 0.05 ، مما يعني أنه ليست هناك علاقة بين المستوى التعليمي للمبحوثات وبين المصادر التي يثقن بها في حصولهن على المعلومات حول مرضهن.

هل يمكن القول من خلال الجدول السابق أن المبحوثات لديهن ثقافة طبية واعية بالمرض وأن ثقتهن بالمؤسسات الطبية الحديثة تُفسر ذلك؟ إنه وعند سؤالنا للمبحوثات حول: هل هناك تثقيف وتوعية بمرض سرطان الثدي في نظرك؟ أجابت نسبة 28.18% "بنعم" أي أن هناك تثقيفا وتوعية بهذا المرض، في حين أجابت نسبة 11.81% ب"لا" فيما أجابت نسبة 60% من أفراد العينة، وهي النسبة الكبيرة، ب"لا أعرف". أي أنهن لا يعرفن ما إذا كانت هناك توعية بالمرض أم لا. إن إجابة هذه النسبة الكبيرة من المبحوثات يمكن أن نرده إلى عدم معرفتهن بالحملات التحسيسية التي تقوم بها جل المراكز المتخصصة في السرطان والجهات المهتمة به من جمعيات المجتمع المدني ودور الحياة. فما هي أسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي حسب المبحوثات؟

3) الدلالات السوسيو-ثقافية للإصابة بمرض سرطان الثدي

ترتبط العوامل المُفسرة للإصابة بالمرض لدى المصابات بعدة أسباب تتأرجح هذه الأخيرة بين معاني اجتماعية من جهة وثقافية من جهة أخرى، ذلك وفق ما يلي:

✓ **المحيط كسبب في الإصابة بالمرض**

يلعب المحيط –الذي تعيش فيه المصابة بالمرض– دوراً هاماً في حياتها، ذلك من حيث تمتعها بصحة جيدة أو العكس، فهو المسؤول الأول في نظر بعضهن في إصابتهن بالمرض، نظرا للمشاكل الاجتماعية والسوسيو–اقتصادية التي عشنها ويعشنها إلى اليوم، تقول مبحوثة"...**قلة الشي والمشاكل، الواحد كيخمم، بحال دابة بغيتي ديري شي حاجة، ملقيتي باش ديريها، كتعصبي...**"[530]. وتضيف أخرى "**واحد ولدي مرض ليا مسكين بمرض نفساني، هو لي حط فيا هادشي كلو ولله الحمد**"[531]. بالإضافة إلى أن بعضهن أرجعن سبب الإصابة إلى التعب والعياء الناتج عن مجموع الأنشطة التي زاولنها في فترات معينة (موت الزوج مثلا) تقول مبحوثة "**كنظن داك العياء وتمارة لدوزت مع راجلي الله ارحموا هي لي خلات ليا هاد العروق اتنفخوا، ومن بعد ناض لي الولسيس، لي علا ودو قطعو لي البزولة**"[532].

إن المحيط الاجتماعي خاصة الأسري منه يمكن أن يكون له دور وقائي في الإصابة بالمرض كما يمكن أن يكون هو المسبّب للمرض، عبر المعاناة الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والجسدية.

✓ **القضاء والقدر كسبب للإصابة**

الإيمان بالقدر خيره وشره هو الركن السادس من الإيمان في الثقافة الدينية الإسلامية، حيث تعتبر العديد من المصابات أن إصابتهن بالمرض هو قضاء وقدر من عند الله، ويجب عليهن الإيمان به وتقبله لكونه في نظرهن ابتلاء وامتحان من عند الله. تقول مبحوثة في هذا الصدد "**في نظري إصابتي بهذا**

[530] مقابلة رقم **03** (53 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري، كراء).
[531] مقابلة رقم **21** (60 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها ستة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[532] مقابلة رقم **05** (49 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

المرض هي امتحان من عند الله، ربي بغا إمتاحني فأعطاه لي، اللهم لك الحمد، والآن أن أستغفر الله لأنني ابتليت به"[533] وتقول أخرى"**أمر الله، صراحة لا أملك سبب معين، ولادي رضعتهم كلهم رضاعة طبيعية، أمر الله وكيتصرف"**[534].

نستنتج من خلال أقوال المبحوثات أن للمعتقدات الدينية والثقافية دورا كبيرا في تفسير الإصابة بالمرض باعتبار المصابة تنتمي إلى ثقافة اجتماعية معينة يشكّل فيها التدين الإسلامي دوراً محورياً.

✓ **<u>"الفقسة" كسبب للإصابة</u>**

إن "الفقسة"[535] كمصطلح سوسيو–لغوي يحمل دلالات اجتماعية ونفسية عميقة، والذي ينتج في أحد جوانبه عن صدمة ما، حسرة داخلية عميقة تشعر بها المرأة نتيجة المشاكل الاجتماعية والصدمات التي عاشتها المرأة قبل إصابتها بسرطان الثدي والتي هي السبب الأول في نظر بعض المبحوثات حول إصابتهن بهذا المرض. تقول إحدى المبحوثات "**الفقسة التي يسببها لي الناس،...أنا يتيمة ما عندي لا أم و لا أب، ساكنة غير مع خويا الكبير ومراتو ممزياناش معاية، هي لي خلاتني نتصاب بهذا المرض**"[536]. وتضيف أخرى "**فاش مات ليا الراجل، تفقست مزيان، أنا حسيت بهداكشي نيت... وليت كنتعصب بزاف، بغيت نموت صافي، حسيت بالفقسة وحسيت بالمرض، وتنبكي بالليل وبالنهار**"[537] أضف إلى ذلك إحساس بعضهن بالتّحسر والغضب ما عبّرت عنه كثير من المصابات بالعبارة التالية "**كنتعصب بزاف، وكنرد لخاطري بزاف**".

---

[533] مقابلة رقم **26** (61 سنة، متزوجة، مستوى ابتدائي، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[534] مقابلة رقم **31** (29 سنة، متزوجة، مستوى الثانوي- التأهيلي، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

[535] لقد فضلنا أن نأتي بهذا مصطلح كما جاء في كلام المبحوثات وكما يُتداول في الدارجة المغربية، نظرا للدلالات اللغوية العميقة التي يحملها.

[536] مقابلة رقم **02** (28 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري، موروث)

[537] مقابلة رقم **09** (42 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها إبنة، لها تغطية Ramed، تعمل بالمجال الفلاحي، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

✓ **عدم معرفة سبب الإصابة**

هناك من المبحوثات من صرحن بعدم معرفة أسباب إصابة جسدهن بمرض سرطان الثدي حيث تقول مبحوثة في هذا الصدد "**معرفتش، أنا معرفتش زعما مناش تصابيت بهذا المرض**"[538] فيما ترده بعضهن إلى عامل القلق والتوتر "**ربما القلق والتوتر، زيد عليها كناكل وكنعس مباشرة، ربما هذه الأمور خلاتني نتصاب بيه**"[539]، وفي عدم رد سبب الإصابة بالمرض لسبب محدد أو أسباب محددة تفترض هذه المبحوثة القلق والتوتر والنوم مباشرة بعد الأكل كأسباب وراء إصابة جسدها بالمرض.

✓ **التغذية كسبب للإصابة**

تعرف الموسوعة الإلكترونية ويكيبيديا التغذية بأنها "دراسة العلاقة بين النظام الغذائي وحالات الصحة والمرض"[540] وتشكل التغذية أحد العناصر المهمة في تمتع الإنسان بصحة جيدة من عدمه، حيث إن كثيرا من الأمراض أو الأعراض الشائعة يمكن منعها أو تخفيفها بتغذية أفضل أو ما يسمى بعلم التغذية. ونظرا لأهمية عامل التغذية في صحة أو مرض الإنسان فقد بحثنا عن تمثلاتها من طرف المريضات ودورها في إصابتهن بمرض سرطان الثدي وفي هذا الصدد تقول مبحوثة: "**قالو لي الحار ممزيانش لهذا المرض، وأنا كنت كناكل الحرور بزاف مع الخبز–كتعرفي صحاب الراشدية كيعطيو دقة لماكلة ديال الحرور**–"[541]. إن هذه المبحوثة تعتقد أن إصابتها بمرض سرطان الثدي ترجع لتناولها الدائم للفلفل الحار، خصوصا عندما اتضح لها عند ولوجها المؤسسة الطبية أن هذا الأخير (الفلفل الحار) يشكل خطرا على مرضى السرطان.

وبما أن للتغذية دوراً مهماً في تمتع المصابات بسرطان الثدي بصحة أفضل، قمنا بسؤال المصابات عن دورها في إصابتهن بالمرض أم عدمه، والمبيان التالي يوضح ذلك:

---

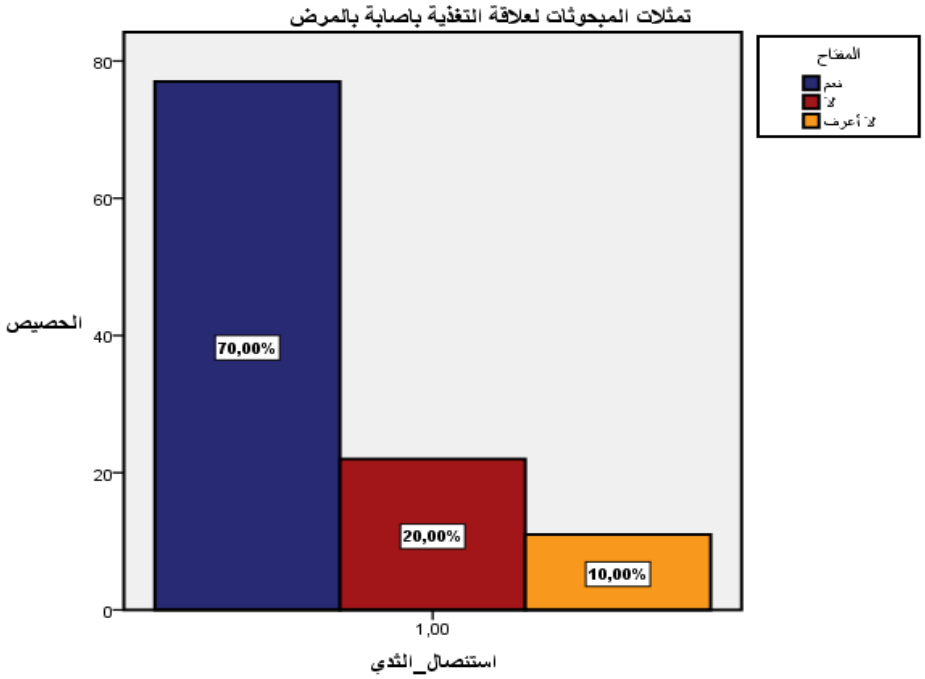
[538] مقابلة رقم **16** (40 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

[539] مقابلة رقم **24** (32 سنة، متزوجة، ابتدائي، لها طفلين صغيرين، مستفيدة من التغطية الصحية CNOPS، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[540] أنظر ويكيبيديا على الرابط التالي https://ar.wikipedia.org بتاريخ 23/02/2021 على الساعة 20.46.

[541] مقابلة رقم **12** (50 سنة، أرملة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، تعمل كخادمة بالبيوت، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

مبيان رقم 09: توزيع تمثلات المبحوثات لدور التغذية في الإصابة بمرض سرطان الثدي



المصدر: البحث الميداني

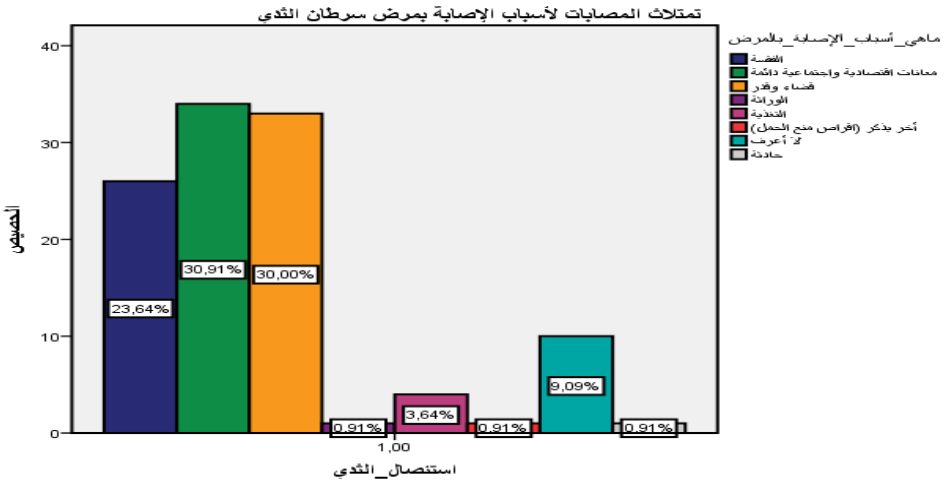
كما يتبيّن من خلال المبيان أعلاه أن الغالبية من المصابات يعتقدن بوجود علاقة بين التغذية وبين الإصابة بمرض سرطان الثدي، ذلك بنسبة 70%، فيما تعتقد 20% منهن أنه لا توجد علاقة بين التغذية وبين إصابتهن بالمرض، فيما لا تمتلك نسبة 10% أي إجابة.

يرتبط تقدم الرعاية الصحية وعلاج المرض بتقدم المجتمع وتطوره وارتفاع مستوى معيشة أفراده وزيادة درجة وعيهم بمظاهر الصحة وعوامل المرض وأسس التغذية وحماية البيئة وغيرها. وتعتبر المشاكل الصحية المنتشرة في الكثير من المجتمعات المعاصرة دليلا على التخلف الاجتماعي وتدني مستوى المعيشة وسوء توزيع الثروة بين أفراد المجتمع.

تعد الرعاية الصحية تبعا لذلك جانبا متأثرا بالحياة الاجتماعية سلبا وإيجابا، فالفقر مثلا يفرض على الإنسان أن يعيش في مسكن غير صحي وأن يحرم من الغذاء الجيد، إن لم يحرمه من الحصول على الغذاء بشكل كامل.

إنها إذن بعض التمثلات التي تعتقد المصابات أنها المسؤولة عن إصابتهن بمرض سرطان الثدي، والمبيان التالي يزكي هذه التمثلات أكثر:

مبيان رقم 10: تمثلات المبحوثات لأسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي



المصدر: البحث الميداني

يظهر من خلال المبيان أعلاه أن تمثلات المبحوثات لأسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي تتأرجح بين عوامل داخلية وأخرى خارجية، كما ذهب إلى ذلك الأنثروبولوجي **فرانسوا لابلاتين** F.Laplatin [542]، وتتقدّمها المتغيرات الثلاث التالية:

30.91% معاناة اقتصادية واجتماعية دائمة

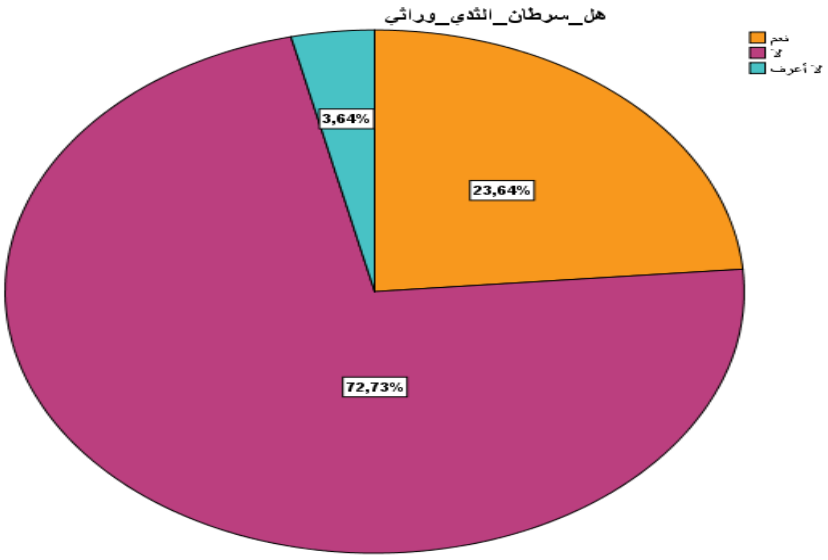
30% القضاء والقدر

23.64% الفقسة

[542] محمد عبابو وعبد الرحمان المالكي، ***سوسيولوجية الصحة والأمراض المزمنة***، مرجع سابق ص 24.

إذا كانت هذه هي النتيجة أعلاه التي حصلنا عليها من مجموع الإجابات حول أسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي عند المريضات، فقد طرحنا سؤالا يتضمن عامل الوراثة وحده، وجاءت صيغة السؤال كالتالي: هل سرطان الثدي وراثي أم لا؟ وذلك لمعرفة تمثلات المبحوثات لعامل الوراثة كسبب في المرض وقد جاءت الإجابات كالآتي:

مبيان رقم 11: تمثل عامل الوراثة كسبب للإصابة بالمرض



المصدر : البحث الميداني

يتضح من خلال المبيان أعلاه أن نسبة 72.73% من مجموع العينة تعتبر أن سرطان الثدي غير وراثي، فيما اعتبرت نسبة 23.64% من مجموع العينة أن مرض سرطان الثدي وراثي، وقد مثلت نسبة 3.64% ممن لا يعرفن ما إذا ما سرطان الثدي وراثي أم لا.

إن الدلالات السوسيو–ثقافية إذن حول مرض سرطان الثدي تتأرجح بين ما هو ثقافي واجتماعي وغيبي وبيولوجي، وتارة تلعب المشاكل الاجتماعية والاقتصادية دورها الريادي حسب المبحوثات في إصابتهن بالمرض وتارة أخرى ترجع أسباب الإصابة للقضاء والقدر.

إنها إذن مسارات من بين أخرى تلجأ لها النساء عند ظهور أعراض غير طبيعية بالثدي، وقد توزعت بين من التجأت أول الأمر إلى المؤسسات الطبية–رغم مساهمة هذه الأخيرة في تفاقم المرض عند بعض المريضات نظرا لعدم التشخيص الدقيق– فيما التجأت مصابات أخريات إلى الطب الشعبي التقليدي، وكلهن لديهن أمل واحد وهو الرغبة في الحصول على العلاج.

يظهر أن ردود أفعال المبحوثات تجاه ظهور أعراض المرض قد توزعت بين من التجأن للمؤسسات الطبية كأول مكان لمعرفة سبب ظهور تلك الأعراض وبين من التجأن إلى المعالج التقليدي (البخ، البخور) لعلاج تلك الأعراض.

أما عن تمثلات المصابات بسرطان الثدي فهن يحملن تمثلات اجتماعية وثقافية ومعارف خاصة حول مفاهيم الصحة والمرض. فالصحة في نظرهن تعني مما تعنيه التمتع بالاستقلالية في الفعل والاختيار...كما أن الصحة هي رأسمال اجتماعي مهم يُمكّن المرأة من الحفاظ على مكانتها الاجتماعية، في حين أن هناك من اعتبرنها(الصحة) هي عدم الشعور بالألم في مقابل المرض الذي عرّفنه بأنه مرض مزمن ومن إحدى خاصياته طول مدة علاجه. أما عن أسباب إصابتهن بالمرض فقد تمحورت بين أسباب داخلية وأخرى خارجية، اعتبرت المعاناة الاجتماعية والاقتصادية أهم أسباب الإصابة بالمرض في نظر المصابات، تلاها مصدر إلهي (القضاء والقدر)، ثم "الفقسة" وهي خاصية نفسية–اجتماعية يمكن أن تكون نتيجة صدمة أو حسرة داخلية على شيء ما فقدته المصابة أو عانت منه.

من هنا نتساءل حول المسارات العلاجية المتبعة من طرف المريضات لعلاج مرض سرطان الثدي بعد اكتشافه؟ وعن الإستراتيجيات المتّبعة من قبلهنّ للتعايش مع هذا المرض الفتاك؟

الفصل الرابع: الجسد الأنثوي المستأصل الثدي بين مسارات العلاج واستراتيجيات التعايش مع المرض

مقدمة

المحور الأول: اكتشاف المرض وتجربة الألم

1. التشخيص واكتشاف الإصابة: مرحلة اكتشاف المرض (كيفية اكتشاف المرض، مكان اكتشافه– مرحلة استئصال الثدي)

2. ردود الفعل حيال خبر الإصابة

3. تجربة الألم عند المصابات

المحور الثاني: مسار العلاج والتعايش مع المرض

1. تمثل علاج المرض من طرف المريضات

2. الإحساس بالانتماء من خلال دور الحياة

3.استراتيجيات التعايش مع مرض سرطان الثدي

تركيب

يعرف الجسد الأنثوي أثناء إصابته بمرض مزمن كسرطان الثدي تجربة البحث الدائم عن طرق العلاج تتمثل في مسارات. ونقصد بهده الأخيرة في بحثنا مجموع الطرق التي تلجأ لها المريضات أملا في إيجاد حل لما يعانينه وتختلف هذه المسارات وتتنوع تبعاً لاختلاف وتنوع تمثلات المريضات للعلاج، فهناك من تلجأ إلى العلاج التقليدي أولا ثم إلى العلاج الطبي ثانياً، وهناك من تلجأ إلى العلاج الطبي وحده، وهناك من تزاوج بين العلاجين معاً.

سوف نتناول من خلال هذا الفصل الفرضية الثالثة القائلة: **توظف المستأصلة الثدي استراتيجيات خاصة، سواء في مساراتها العلاجية أو في تعايشها مع المرض.** لهذا سوف نبدأ بكيفية اكتشاف المريضات لهذا المرض (سرطان الثدي) وكيف كانت ردود الفعل تجاه ذلك، ثم كيف يتمثلن مسارات العلاج وكيف يتعايشن مع المرض سواء من خلال الألم المصاحب له أو من خلال إحساسهن بالانتماء من خلال دور الحياة أو من خلال الحديث عنه تارة وإخفاءه تارة أخرى حسب سياقات التفاعل.

المحور الأول: اكتشاف المرض وتجربة الألم

تعتبر مرحلة اكتشاف مرض سرطان الثدي من المراحل المهمة والصعبة التي تعيشها المريضات، فردود الفعل حيال خبر الإصابة تختلط بين الصدمة والمفاجئة وبين التقبل أو الإنكار، ناهيك عن الألم الذي يصاحب العلاجات الضرورية بعد استئصال الثدي من العلاج الكيميائي، العلاج الكيماوي، العلاج بالأدوية الذي غالبا ما يكون مُرّة المذاق

وقد تبيّن من خلال النتائج الميدانية مع المبحوثات أن اكتشاف الإصابة بمرض سرطان الثدي تمحورت حول ثلاث تيمات رئيسية:

الأولى: ظهور أعراض جانبية بالثدي كدافع للكشف عن المرض

الثانية: القيام بالكشف المبكر عن المرض كدافع للكشف عنه

الثالثة: الصدفة كعامل في اكتشاف الإصابة بمرض سرطان الثدي

1. التشخيص واكتشاف الإصابة

يُعتبر التشخيص الطبي الوسيلة الوحيدة للتعرف على الإصابة بسرطان الثدي، والملاحظة العامة التي يمكن تسجيلها في هذا الصدد والتي لا يختلف حولها جل المهتمين بموضوع المرض من فاعلين وأطباء، هو ضعف الإقبال على التشخيص الطبي. فالعديد من النساء يظهرن نوعا من التردد المشوب بالخوف في الإقدام على إجراء الفحص الأولي الفيزيقي، بالرغم من طابعه المجاني والسريع. ولعل هذا التردد والخوف من الإقدام على إجراء الفحص مرده للتمثلات التي تحيط بالمرض والخوف من المصير الذي ينتظر المرأة في حالة اكتشافها الإصابة بالمرض. إن تشخيص هذا الأخير يمر أولا عبر:

- **فحص الثدي السريري: Examen Clinique des Seins (ECS)**

إن عملية فحص الثدي السريري تتم على يد الطبيب أو الطبيبة ويتم ذلك بفحص الثديين والمناطق المحيطة بهما للكشف عن أي كتل أو شذوذ قد تدل على الإصابة بسرطان الثدي. وإذا ما لوحظ شيئ ما غير طبيعي بالثدي فإنه يتم المرور لمرحلة الكشف بأشعة الماموجرافي.

- **تصوير الأشعة الماموجرام** Mammographie [543]

إن التصوير بأشعة الماموغرافي يعتبر من الإجراءات الضرورية لصحة المرأة لأنها تساعد في الكشف المبكر عن سرطان الثدي، فإذا ما تم اكتشافه مبكرا فإن فرصة الشفاء منه تبلغ أكثر من 90% وكلما تأخر الكشف عنه أصبح علاجه أكثر صعوبة. ورغبة في معرفة ما إذا كانت المصابات يعتقدن

[543] يصطلح عليه باللغة المتداولة عند النساء ب "الراديو ديال البزولة"، أما أشعة **mammographie** للثدي فهي أشعة تستخدم في الكشف وتشخيص وجود سرطان الثدي، سواء لمن تشكو من أعراض في الثدي كوجود كتلة محسوسة أو ألم في الثدي أو إفراز في حلمته، كما تستخدم ضمن وسائل الفحص الدوري للنساء اللواتي لا يشكين من شيء، لكن احتمالية إصابتهن بالمرض تكون مرتفعة نظرا لوجود تاريخ عائلي في الإصابة بالمرض. وتمثل هذه الأشعة الفحص الأهم والوحيد لاكتشاف سرطان الثدي المبكر من عدمه، فهو يعتبر من أفضل الفحوصات التشخيصية فعالية في الكشف المبكر عن سرطان الثدي، حيث أثبت دراسات في الطب أنه يكشف عن الورم قبل الإحساس به من قبل المريضة بفترة تصل إلى سنتين، علما بأن الكشف عن السرطان في مراحله الأولى هو مفتاح العلاج الناجح.

في أهمية الكشف من عدمه، طرحنا عليهن السؤال التالي: هل في نظركن الكشف المبكر ضروري لعلاج أفضل؟

اتضح من نتائج البحث الميداني، أن نسبة 78.2% من المبحوثات أجبن بنعم، تلتها نسبة 19.1 %أجبن بعدم معرفتهن ما إذا كان الكشف المبكر ضروري لعلاج أفضل، فيما أقرت نسبة 2.7% مجموع العينة عدم ضرورة الكشف المبكر لعلاج أفضل، وهو الأمر الذي يوضّح أن فئة مهمة من النساء المصابات يدركن أهمية الكشف المبكر عن سرطان الثدي لعلاج ذي نتائج فعالة.

إذا كان الكشف عن سرطان الثدي يمر من الفحص الفيزيقي إلى التصوير بأشعة الماموغرافي وأن النسبة الكبيرة تعتقد بالدور الفعّال للكشف المبكر فإن سبب اكتشاف المصابات لمرض سرطان الثدي كان راجعا إلى:

1-1 ظهور أعراض جانبية بالثدي

إن النسبة الغالبة من المبحوثات أي ما مثلت نسبتهن 94.5% من مجموع العينة (110 استمارة) كان سبب اكتشافهن لمرض سرطان الثدي وذهابهن للكشف عنه بسبب أعراض جانبية ظهرت على مستوى الثدي أو كلا الثديين ذلك إما بسبب ألم الثدي أو بسبب ظهور كتلة به أو إحمرار وتقيح الحلمة إلى غيرها من الأعراض التي كانت سببا في ذهاب المرأة للقيام بالكشف واكتشافها لإصابتها بالمرض. فيما مثلت نسبة 5.5 % من النساء اللواتي اكتشفن إصابتهن بالمرض بسبب قيامهن بالكشف المبكر، وهي نسبة ضئيلة جدا. تقول إحدى المبحوثات "**كان كيخرج ليا شوية ديال الدم من الرأس ديال البزولة...**"[544] وتضيف أخرى "**ناض ليا بحال "بوكبار"، و شي عامين ونصف وأنا كنحس بالحريق تحث الإبط وأقول يكما غير العياء، يكما غير الأعصاب، حتى مبقيتش كنحس بيدي، بحالة تْشَلْلات،**

[544] مقابلة رقم **19** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

وأنا نمشي لطبيب الحومة، ثم رسلوني لهنا (مركز الأنكولوجيا)" [545]. إن كلام هؤلاء المبحوثات يُعبّر عن إحساسهن بوجود شيء ما غير طبيعي بالثدي، آنذاك يبادرن لزيارة الطبيب مع تسجيل تماطل بعضهن في الذهاب لإجراء الفحص بسبب عدم وعيهن بخطورة ذلك. وتقول مبحوثة أخرى "...**حسيت بالبزولة ديالي غادة وكتكمش، كتشرب، وغادي الراس وكيكبر ليها ...ثم لقيت واحد الولسيسة بحال البيضة...**"[546]. إن إحساس هذه المبحوثة بالتغير الفيزيقي الذي طال الثدي وهو ما عبّرت عنه بالعبارات التالية "كتكمش، كتْشرب، الرأس ديال البزولة غادي وكيكبر..."دفعها ذلك للمسارعة في إجراء الكشف عن هذه الأعراض ومعرفة سببها مما جعلها تكشف عن وجود مرض سرطان الثدي.

2-1 القيام بالكشف المبكر كعامل في اكتشاف الإصابة بمرض سرطان الثدي

لقد اكتشفت فئة من المبحوثات إصابتها بالمرض أثناء القيام بالكشف المبكر عنه، حيث تقول مبحوثة في هذا الصدد "**مشيت لواحد سبيطار صغير قريب مننا، ودخلت لجهة لي كيقلبو فيها العيالات وقلت للممرضة تعلمني كيف نقلب راسي، قالت لي أجي نقلبك...ولقات رأس الثدي الأيسر داخل شوية...بعد ذلك أحالتني لمركز لالة سلمى، ثم بعد ذلك عرفت أنني مصابة بسرطان الثدي**"[547]. إن اكتشاف هذه المبحوثة لمرضها كان بسبب زيارتها المعتادة للمركز الصحي حيث لما دخلت إلى الجناح الخاص بالنساء وطلبت من الممرضة أن تعلمها كيف تكشف عن نفسها وطلبت منها الممرضة أن تفحصها، آنذاك وجدت شكل الثدي غير طبيعي، مما جعلها تحيلها على مركز لالة سلمى للكشف عن سرطان الثدي، وهو ما قامت به فعلا لتعرف بعد ذلك أنها حاملة للمرض.

---

[545] مقابلة رقم **17** (32 سنة، عازبة، مستوى ابتدائي، لها بنتان، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري، كراء).
[546] مقابلة رقم **01** (52 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[547] مقابلة رقم **26** (61 سنة، متزوجة، مستوى ابتدائي، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

1-3- الصدفة كعامل في اكتشاف الإصابة بسرطان الثدي

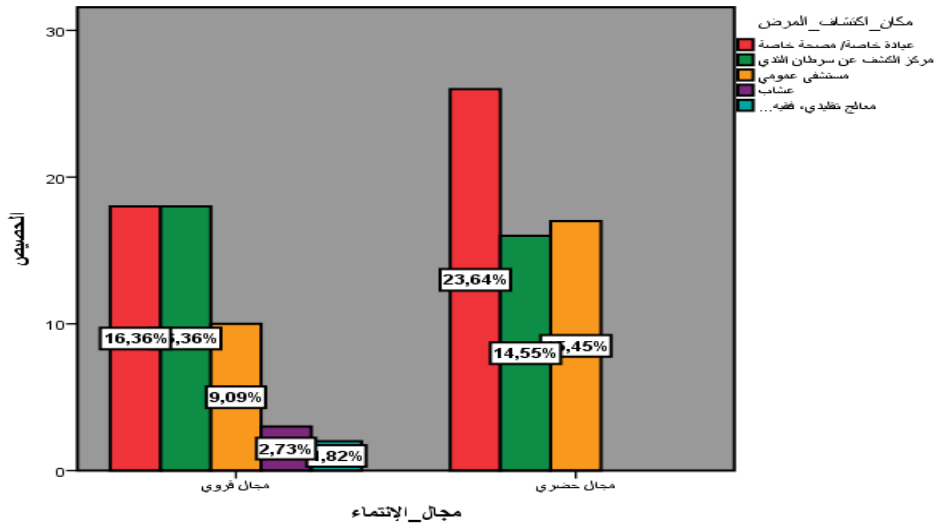
تعتبر الصدفة من عوامل اكتشاف المرض حيث تقول إحدى المبحوثات "**اكتشفت الإصابة ديالي...كنت كنتفرج في واحد البرنامج على التلفازة، كان واحد الطبيب كيعالج مرضى السرطان ديالوا بالنباتات الخضراء بحال الخص، أزكزا...وكانت عندي واحد الربيطة ديال المخينزة وأنا نشدها طحنتها مع الماء وشربتها، جلست واحد الشوية حسيت بالزولة ديالي كتنغزني بحال شي إبرة...مشيت لسبيطار الصغير قالو لي مفيك والو...مشيت لواحد الطبيب ثاني عطاني ندير الماموغرافي وهو إقول لي شوفي راه عندك شي وسخ في البزولة لداخل منقدرش نقولك أش كاين...وأنا ندير البيوبسي وتماك عرفت بالمرض...**"[548]. إن قول هذه المبحوثة يشير إلى أن اكتشافها للمرض كان محط صدفة، حيث أنها كانت تتابع أحد البرامج التلفزية حول مرض السرطان والأغذية المفيدة في علاجه، فقامت بعمل عصير 'المخينزة' وهي نبات مثل نبات 'البقول' تستعمل في عدة علاجات تقليدية منها الحمى، علاج ألم الحيض، ألم البطن... جعلها تَشعر بشيء ما بالثدي مثل وخز خفيف مما أدى بها إلى الاستعجال في طلب الكشف عن هذا المرض.

إن الصدفة إذن كانت من بين العوامل في اكتشاف مجموعة من المبحوثات لإصابتهن بمرض سرطان الثدي. يظهر أن اكتشاف المصابات أنهن مريضات بسرطان الثدي مر بثلاث تيمات رئيسية: ظهور أعراض جانبية، القيام بالكشف المبكر وأخيرا الصدفة كعامل في اكتشاف مرض سرطان الثدي.

والمبيان التالي يوضح علاقة انتماء للمجال (قروي–حضري) لدى المبحوثات بالمكان الأول الذي ذهبن له لاكتشاف إصابتهن بالمرض:

[548] مقابلة رقم **21** (60 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها ستة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

مبيان رقم 12: علاقة المجال (قروي–حضري) لدى المبحوثات بالمكان الأول في تشخيص مرضهن



المصدر: البحث الميداني

يتضح من خلال المبيان أعلاه تنوع الأمكنة التي ذهبت إليها المصابات للكشف عن المرض وعلاجه، بين مجالات حديثة طبية ومجالات تقليدية. غير أن الملاحظة الأولى للمبيان تبين أن المصابات القاطنات بالمجال الحضري تتوزع أمكنة الكشف التي ذهبن إليها حول مؤسسات الطب الحديث حيث أن أكبر نسبة ما مثل 23.64% عند هذه الفئة ذهبت للكشف عن المرض عند مصحة خاصة أولا، ثم مركز الكشف عن سرطان الثدي بنسبة 14.55% ثانيا، والمستشفى العمومي ثالثا. أما القاطنات بالمجال القروي فقد تساوت نسبتهن في احتلال المرتبة الأولى سواء عند اللواتي ذهبن لعيادة خاصة و مركز الكشف عن سرطان الثدي، ثم الفئة الثانية ممن ذهبن عند مستشفى عمومي، لتحتل الفئة الثالثة التي ذهبت عند العشاب لاكتشاف المرض، وأخيرا نسبة ضئيلة ممن ذهبت عند المعالج التقليدي.

لقد احتلت مجالات الطب الحديث التي لجأت لها المصابات للكشف عن المرض الرتب الأولى سواء عند المنتميات للمجال الحضري أو القروي، غير أن هناك فروقا ملاحظة بين المصابات من حيث مجالات انتمائهن في علاقتها بمكان اكتشاف المرض، وهو غياب أمكنة العلاج التقليدي عند المصابات

القاطنات بالمجال الحضري، ووجودها عند القاطنات بالمجال القروي، مما يفسر أن هناك إدراكاً ووعياً جد مهم عند الفئة الحضرية من المصابات بدور الطب في الكشف عن هذا المرض وبالتالي علاجه. في حين لازال هناك اعتقاد واستمرارية الطب التقليدي (العشاب، المعالج التقليدي...) في المجال القروي. فماذا عن ردود الفعل عند المترددات على أحد المؤسسات الطبية للكشف عن المرض؟

2. ردود الفعل حيال خبر الإصابة

خلافا لحدث الإعلان عن سلامة الشخص من الإصابة بعد إجرائه للفحص والذي يتلقاه المعني كخبر سار يبعث على الفرح والارتياح، يتم تلقي خبر الإصابة كحدث مؤلم وبشكل درامي في غالب الأحيان. وقد تبين من خلال نتائج البحث أن تلقي خبر الإصابة بالمرض عند المبحوثات تمحور حول تيمتين أساسيتين:

الأولى: تمحورت حول تقبل المصابات لخبر الإصابة بمرض سرطان الثدي

الثانية: تمحورت حول عدم تقبل المصابات لخبر الإصابة بمرض سرطان الثدي

إلا أنه لابد من الإشارة إلى أن هاتين التيمتين لا يمكن الجزم بعدم ارتباطهما المطلق. كون أن أغلب المصابات في المرحلة الأولى من المرض غالبا ما يكون عدم تقبلهن للإصابة هو الغالب، وعدم رغبتهن في الحديث عن المرض. تقول مبحوثة في هذا الصدد "**فتحت في محمد الخامس، البداية كانت صعيبة، صعيبة بززاف**"[549] لكن مع اجتيازهن للمرحلة الأولى –وهي تلقي خبر الإصابة–ومرورهن للعلاج يكون هناك نوع من التكيف مع المرض وبالتالي تقبله. تقول مبحوثة "**قالي الطبيب أودي راه عندك مرض الكونسير في البزولة خاصني ولابد نحيدها ليك كاملة، قلت ليه ماشي مشكيل إلى عندي حتى في الأخرى حيدها لي...صافي مبقات لي رضاعة مابقا لي راجل كبرنا، باش نافعيني...**"[550]. إن كلام هذه

[549] مقابلة رقم **16** (40 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السكن قروي، نوعه قروي).
[550] مقابلة رقم **05** (49 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السكن قروي، نوعه عصري).

المبحوثة يشير إلى أنها تقبلت خبر إصابتها بالمرض بشكل جيد حيث أن الطبيب عندما قال لها يلزمني أن أقوم باستئصال ثديك لأنه مريض بالسرطان، أجابته بأنه إذا كان الثدي الآخر مريضا أيضا فليستأصله، كونها أدت مهمة الإرضاع بهما زيادة على أن زوجها متوفى. تضيف مبحوثة أخرى "**درت لتحاليل قالت لي الطبيبة راه عندك الكونسير، صافي من بعد حيدات لي البزولة...وتقبلت المسألة بصدر رحب، تقبلتها نفسانيا**"[551].

إذا كانت هذه الفئة الأولى من المصابات قد تقبّلن خبر إصابتهن بمرض سرطان الثدي، فإن فئة أخرى تلقت هذا الخبر بنوع من عدم التقبل، بل والاتجاه نحو الإنكار–إنكار المرض وعدم البوح به– تقول مبحوثة "**فاش قال لي الطبيب عندك المرض الخايب، خرجت من عندو وأنا تالفة، حتى الطريق قطعتها وأنا معارفاش واش الطوموبيلات حابسين، دخت صافي المرض الخايب منو للموت**"[552]. إن هذه المبحوثة تعبّر عن خبر إصابتها بالمرض بشكل درامي وهذا يظهر في تعابيرها التالية **'تلفت، دخت'** أي أن تلقيها لخبر إصابتها بالمرض صدمها وضلل طريقها، زيادة على ذلك أن التمثلات التي تحملها عن مرض سرطان الثدي بكونه يؤدي مباشرة للموت زادت من خوفها ومن فاجعتها. وتقول مبحوثة أخرى "**مشيت لسبيطار لالة سلمى قلبوني قالو لي هادشي لعندك راه خطير...مشيت كنطيح ونوض، بعت شي حويجات وعاونوني الناس...**"[553] إن تلقي خبر إصابة هذه المبحوثة بالمرض كان بشكل درامي وبشكل فجائي أيضا وهذا ما عبّرت عنه بالعبارة التالية "**مشيت كنطيح ونوض**".

إن إشكالية إخبار المريض بحقيقة مرضه مسألة أثارت العديد من النقاشات الأخلاقية، حيث نجد Nathalie Clément Hryniewicz تناولت هذه المسألة في إحدى مقالاتها[554]وتساءلت حول: هل من

---

[551] مقابلة رقم **21** (60 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها ستة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[552] مقابلة رقم **01** (52 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[553] مقابلة رقم **15** (65 سنة، أرملة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، تعمل بصناعة الزرابي، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[554] Nathalie clément Hryniewicz, Article « An ethical approach to announcing palliative care: the truth of the matter » sur site web http://www.cain-int.info Date de visite 16/11/2017 à 11.26.

الأجدر أن نخبر المريض بحقيقة مرضه كاملة، خاصة عندما يكون المرض في مراحله الأخيرة؟ هل يمكن اعتبار ذلك صوابا، حتى عندما تكون الحقيقة أو الخبر ضارا بالنسبة للمريض نفسه؟ ما هو تأثير ذلك على علاجه؟ ألا يمكن القول بأن الحفاظ على الآمال والرغبات بعدم إخباره، أفضل له...؟

إن إخبار المريض بحقيقة مرضه مسألة لقيت اهتمامات العديد من الباحثين[555] خاصة في مجال الطب، وقد شكل الإعلان عن خبر الإصابة بمرض السرطان بعد التشخيص الدقيق واكتشاف المرض أنه من واجب الطبيب أن يخبر المريض بإصابته بمرض السرطان وبلغة بسيطة وغير جارحة لمشاعره. حيث يُستحب إظهار التفاؤل أمام المريض ومحاولة تطْمينه ورفْع معنوياته وعدم التصريح بخطورة مرَضه وإعلام ذلك إلى أقاربه أيضا، وذلك تشجيعًا للمريض بأن لا ييأس من الشفاء.

ولما كانت فكرة الموت حقيقة واقعية وحتميَّة بالنسبة للإنسان فالمريضة بسرطان الثدي تُدرِك أن الموت سيُدرِكها في موعده المحدد، سواءً أصيبت بالمرض أم لم تَمرض، وهذه الفكرة لا شكَّ أنها ستُساعدها على التمتُّع بالصحة النفسيَّة التي تؤهِّلها لتقبُّل قسوة الصراحة الطبية في الحالات الاستثنائية، التي لا يجد فيها الطبيب (ة) مناصًا من ذكْر الحقيقة. فالمرضى الذين وصلوا إلى نهاية العلاج عند سماعهم الرعاية التلطيفية، كأنها إعلان عن سماع 'الموت الوشيك' و 'التنبؤ بالموت' –وهو أمر لا يتم سماعه فعليا بل يرمز لهم بذلك– إن هذه المسألة تتطلب من الحذر والاهتمام الشيء الكثير أكثر من واجب الحقيقة المطلقة.

[555] Collectif, *L'annonce de cancer : fonctions des pronoms « je » pour le dialogue et « nous » pour l'engagement dans une relation incertaine — étude exploratoire*, Dossier, Lavoisier SAS 2016 ; et *Etude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011,* ce document s'inscrit dans la mise en œuvre du plan cancer 2009-2013. Il a pour vocation d'impulser et de coordonner la lutte contre le cancer en France.

يظهر إذن أن هناك من المصابات من تلقين خبر إصابتهن بالمرض بالتقبل –ولو كان هذا التقبل نسبيا، في حين هناك من المصابات من تلقين هذا الخبر بنوع من الصدمة والمفاجأة غير السارة التي أدخلتهن في مسارات حياتية أخرى ترتبط بالمرض ألا وهي المسارات العلاجية.

- **المرض بين الإخفاء والإظهار حسب سياقات التفاعل**

نظهر أحيانا المرض ونتحدث عنه وأحيانا نخفيه ونغيبه ونتجنب الحديث عنه، تارة نشير إليه باستعمال مترادفات من نوع خطيرة أو قاتلة أو مزمنة أو ضارة أو معدية أو لها قابلية الانتشار، وتارة نتحدث عنه وكأنه أمر عادي ونتقبله ونؤمن به ونتبع استراتيجيات في تدبيره وعلاجه.

فكيف تُصرّف المصابات بسرطان الثدي الألم نتيجة أخذهن للعلاجات الضرورية؟ أو بمعنى آخر كيف ارتبط الألم بالعلاج؟ وما هو دور العلاجات التلطيفية في مواجهة هذا الألم؟

3. تجربة الألم عند المصابات بسرطان الثدي

تعتبر تجربة الألم التي تخوضها المريضات في علاجهن من مرض سرطان الثدي من التجارب المؤلمة والقاسية بالنسبة لهن، كونها تفرض عليهن نمط حياة مغاير لما اعتدن عليه قبل إصابتهن بالمرض، فكثيرا ما ترددت على مسامعنا عبارات مثل "**كنموت بالحريق**" "**كنتقطع بالحريق**" "**الحمد لله على كل حال**" –في وصف المريضات للألم الذي يشعرن به– لأكثر من مرة نتيجة أخذهن للعلاجات الضرورية ذات المفعول القوي، فوصف المصابات تجربة ألمهن بعبارة "**الحريق**" له دلالته اللغوية والرمزية كذلك، فالحريق جاء من فعل حَرَقَ، والحريق أي الذي يقع في حرق النار فيلتهب[556]، وهو تعبير عن درجة الألم (كاللهيب) الذي تشعر به المصابات نتيجة ألمهن. كما يقول **دويال وهاريس** Doyal And Harris –المتأثرين بـ**فتجنشتاين**– "إذا لم تعنى الكلمات ما نعنيه بالفعل، فإنها إذا لا يمكن استخدامها للتعبير عما نريد أن نقول". وعلاوة على ذلك وبما أن الفكر يعتمد على اللغات التي تسبقنا في الوجود –

[556] معجم لسان العرب لابن منظور.

لا يمكن أن تراودك فكرة أو مفهوم إلا إذا علمت ماذا تطلق عليها– فإن الأفكار نفسها اجتماعية في الأصل، وعلى هذا، فإنه تبعا **لفتجنشتاين** 1973، فإنك تتعلم مفهوم "الألم" عندما تتعلم "اللغة"[557].

إن تجربة الألم إذن تجربة مريرة وعنيفة بالنسبة للمريضات، لكن بعضهن لا يستسلمن لهذا الألم، ذلك أنهن يوظفن استراتيجيات في تصريفه، وهي استراتيجيات تختلف بين المصابات قبل وأثناء وبعد تلقيهن للعلاج. فهناك من ألفن المرض وبالتالي ألفن الشعور بالألم ويواجهنه بنوع من المقاومة الداخلية التي تعتمد على قوة الإيمان والصبر، تقول إحدى المبحوثات "**ولفت المرض لدرجة أنني عندما أذهب لتلقي العلاج بالشيميو أرغب بالأكل، فتقول لي بعض النساء بجواري، لماذا نحن نشعر 'بالسخفة' ولا نقدر على الأكل وأنت لا، فيجبهم الطبيب، أنا لي شيء ما بجسمي يجعلني أتغلب على المرض، ولا يؤثر فيّ بدرجة كبيرة" (عند كل صلاة تدعو الله أن يشفيها من هذا المرض)**[558]". إن هذه المبحوثة تتغلب على الشعور بالألم بمقاومته والتضرع إلى الله في كل صلاة.

فيما هناك من المبحوثات من يقاومن الألم وذلك لتلقيهن دعما نفسيا واجتماعيا وماديا أيضا خاصة من قبل أسرهن، تقول مبحوثة "**الأسرة ديالي ساعدوني بزاف، كون ماشي هما كن مت شحال هذي**"[559].

تختلف تجربة الألم إذن من مصابة إلى أخرى لأنها ترتبط بالسياق الاجتماعي وبالحالة اليومية لهن وهنا نجد **خلود السباعي** تقول في هذا الصدد تقول: "إن تجارب الفرد وتفكيره في تجربته، تخلق تجربة جسدية ومعرفية خاصة وهي مفتاح لتوجيه السلوك والفكر، فبعض النساء يعشن آلاما شديدة فيما يمكن اعتباره مشكلا صحيا بسيطا، في حين أن أخريات يصبرن على آلام لا تحتمل، هذه الأخلاقيات التي يعاش بها الألم ليست وهمية بل فعلية، ونتيجة لذلك ينبغي إعطاء وزن للكيفية التي تصف بها النساء

---

[557] فيليب جونز، ***النظريات الاجتماعية والممارسة البحثية***، ترجمة محمد ياسر الخواجة، مطبعة علي مولا، دار النشر، مصر العربية، الطبعة الأولى، 2010، ص 179.

[558] مقابلة رقم **01** (52 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السكن حضري، نوعه عصري).

[559] مقابلة رقم **02** (28 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السكن قروي، نوعه عصري، موروث)

تجاربهن الصحية"[560]، فوصف المصابات لألمهن يختلف حسب الاستراتيجيات التي يوظفنها في مواجهته.

إنّ الألم يعبر عن تجربة حميمية وهو–غير مرئي– يُعكر مزاج المريضة ويفرض عليها وبقوة كبيرة الدخول في علاقات اجتماعية خاصة تقول مبحوثة "**حياتي تغيرات بززاف...**"[561] وتضيف أخرى "**بززاف ديال الحوايج ناقصين، وبززاف ديال الحوايج مبقاوش...ماشي بحال تكون الصحة عند بنادم ماشي بحال تيكون مريض، دابة متقدري تخدمي متقدري ديري والو...**"[562]، إن هذه المبحوثة تشير إلى الفرق الشاسع بين أن يكون الإنسان متمتعا بصحة جيدة وبين أن يكون في وضعية المرض، حيث أن أول شيء يتغير هو عدم قدرته على العمل نتيجة مرضه.

ينبغي أنْ نُدرك أن المرأة بفعل إصابتها بمرض سرطان الثدي، فإنها تخوض غمار تجربة قاسية ومؤلمة من جهة، وربانية–امْتحانية من جهة أخرى، ففي الثقافة الشعبية يقال (المؤمن مصاب) فالمرض هو امتحان وابتلاء من الله لدرجة صبر العبد واستجابته. فالمرأة تجد نفسها أمام تجربة هي لا تعلم بنهايتها وهي تجربة تغيّر من شكل وصورة الجسد ويمكن أن تؤدي إلى الوفاة، إنّها تجربة تغيّر من وضعها ودورها داخل المجتمع.

ويؤدّي هذا التداخل المعقد لما هو بيولوجي بما هو سيكو–اجتماعي، والمُحمّل بالدلالات القيمية والدينية إلى إحساس المرأة بالإرهاق والتعب مما يضاعف من معاناتها وألآمها المادية والمعنوية في كثير من الحالات ويدفعها إلى التعبير عن رغبتها في مواجهة المرض والتعايش معه أحيانا، أو تفضيل العزلة والانسحاب من الحياة الاجتماعية أحيانا أخرى، وهناك من يفتك بها شبح هذا المرض منهيا حياتها.

---

[560] للإطلاع أكثر يرجى مراجعة خلود السباعي، *الجسد الأنثوي وهوية الجندر*، مرجع سابق.

[561] مقابلة رقم **09** (42 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها إبنة، لها تغطية Ramed، تعمل بالمجال الفلاحي، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

[562] مقابلة رقم **10** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

ويمثل المجال الطبي في التحليل النفسي أحد أهم الفضاءات الضيّقة والقليلة التي يمنحها المجتمع للمرأة لأجل تصريف المعاناة التي لا يسمح لها بالتعبير عنها في نطاق الحياة العامة، وهذا ما يجعل من المطالبة بنيل الاهتمام من خلال المرض والشكوى إحدى الحيل السيكولوجية التي تستعملها المرأة لأجل تغطية "شيء" لا يمكن التعبير عنه إلا بهذه الطريقة.

إن ما يُعتقد أنه عمليات طبيعية محضة غالبا ما تعيشه المرأة كتجارب مشحونة بالخوف والقلق والتوتر والمعاناة في صمت واستسلام تعكسه استمرارية خضوعها وتعزيزها لهويتها الجنذرية حتى تثبت اندماجها في النسق الاجتماعي، لما للجسد من أبعاد ذات تأثيرات ملحوظة في كل من العلاقات العاطفية والأخلاقية والقيمية التي تصبح بفعل التنشئة الاجتماعية ذات طابع دينامي يمكّن الفرد من مواكبة مختلف التحولات، سواء منها المتعلّقة بمراحل حياته البيولوجية أو الاجتماعية أو الثقافية. ولعل ذلك ما يجعل من الجسد أحد أبرز أبعاد الهوية الفردية والاجتماعية [563].

إذا كانت تجربة المرض عند بعض المصابات تجربة هدامة بتعبير **هرزليش** حول المرض كهدم، تقول إحدى المبحوثات **"شحال هذي فاش كنت صحيحة، كنخدم، نخرج، نضحك، دابا كنشوف راسي ناقصة، دابة والو منقدرش نخدم ونهز الثقل"**[564]، تضيف أخرى **" داك الجهد لكان عندي مبقاش، وليت كنعيا بزاف، إلى خملت وشقيت شويا في الدار كنعيا بزاف"**[565]، فإنه يمثل تجربة استفادت منها أخريات، تقول إحدى المبحوثات **"أنا منين تصابيت بالمرض، وليت كنلبس أحسن من الأول، وكنخرج من الدار وكنتجمع مع الصديقات ديالي"**[566] تضيف أخرى **"فاش تصابيت شوية جاتني قاصحة، أما دابة ولفت كنضحك، كنخرج مع البنات، الحمد لله"**[567]، وهو ما أشار إليه الطبيب الجراح **جانسون**

---

[563] خلود السباعي، ***الجسد الأنثوي وهوية الجنذر***، مطبعة جداول للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 2011، ص 335.

[564] مقابلة رقم **03** (53 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري، كراء).

[565] مقابلة رقم **05** (49 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

[566] مقابلة رقم **26** (61 سنة، متزوجة، مستوى ابتدائي، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[567] مقابلة رقم **25** (42 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

Thierry Janssen يقول: "إنه لمن الواضح أن تحفيز المرضى الذين التقيت بهم والذين يمثلون عينة من السكان الذين أشتغل معهم (...)، وفي النهاية، يظل معظم الأشخاص الذين يأتون عندي للاستشارة مقتنعين أن حالتهم النفسية، يمكن أن تؤثر إيجابا على حالتهم الجسدية، لذلك فهم يسعون إلى جعل تجربتهم ايجابية، ويريدون إيجاد معنى لمعاناتهم وهم بذلك يودون استغلال مرضهم لإعطاء منحى جديد لوجودهم"[568]. ويضيف **جانسون** "وخارج هذا السياق، تسير الأمور أحيانا بشكل مختلف جدا، حيث أن هناك بعض الأشخاص الذين التقينا بهم أثناء قيامنا "بمقابلات ميدانية في إطار مجموعات" والتي تنظم داخل بعض المستشفيات يرفضون الخضوع لأية مقاربة تهتم بدراسة حالتهم المرضية بيولوجية كانت أو تكنولوجية. ويرى Thierry Janssen أن البحث عن معنى المرض صار ظاهرة تنتشر أكثر فأكثر لتشمل أشخاصا من أفق مختلفة، ومن أجل الاقتناع، يكفي النظر للنجاح الذي حققته بعض الكتب ذات العناوين الموحية لذلك مثل: *قل لي أين تحس بالألم، أقول لك لماذا؟*" *"المرض يبحث عن علاجي"، "سلطة علاج المرض"، "المعنى الخفي للمرض*"[569]، إلى غيرها من الكتب التي تناولت ظاهرة المرض والبحث عن معناه.

إنّ الألم عند الإصابة بسرطان الثدي غالبا ما يرتبط بفترات العلاج أو عند بلوغ المرض مراحل متقدمة وليس مؤشرا عن الإصابة بالمرض. من هنا نتساءل عن دور العلاجات التلطيفية في تخفيف الألم عند المصابات بسرطان الثدي؟

- **<u>أهمية العلاجات التلطيفية في تخفيف الألم</u>**

تتمحور العلاجات التلطيفية في تقديم الدعم والعلاجات الطبية للأشخاص المصابين بالأمراض المستعصية، التي قد تؤدي إلى الوفاة أو أنها أمراض مزمنة وتأخذ في تطور، وتهدف العلاجات التلطيفية

[568] Thierry Janssen, *La maladie a-t-elle un sens? Enquête au-delà des croyances*, Librairie Arthème Fayard, 2008, p. 23.
[569] Thierry Janssen, *La maladie a-t-elle un sens?*, Op. Cit., pp. 23-24.

إلى تجنب الألم والمضاعفات المترتبة عنه، حيث تشمل العلاجات الطبية، الرعاية، فضلا عن الدعم النفسي، الاجتماعي والروحي.

بينما أن الألم عَرَضٌ رئيسي لدى المصابين بأمراض تحد من الحياة، فالرعاية التلطيفية أوسع من مجرد الراحة من الألم الجسدي. حيث أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض تحد من الحياة وأقاربهم أيضا يواجهون في كثير من الأحيان أسئلة نفسية واجتماعية وروحية عميقة في مواجهتهم لأمراض تهدد الحياة وغير قابلة للشفاء، وفي الغالب تسبب الوهن.

ويعتبر القلق والوهن من الأعراض الاعتيادية، وقد تبيّن أن تدخلات الرعاية التلطيفية مثل تقديم المشورة النفسية والدعم الروحي تقلل إلى حد كبير من حدوث هذه الأعراض ودرجتها وتحسن نوعية حياة المرضى وأسرهم.

تسعى بذلك الرعاية التلطيفية إلى تحسين نوعية حياة المرضى الذين يعانون من أمراض مستفحلة أو تحد من الحياة، إن الغرض من هذه الرعاية ليس هو شفاء المريض أو المريضة أو تمديد الحياة، بل تخفيف الألم والمشاكل الجسدية والنفسية والاجتماعية الأخرى، تقول **سيزلي سوندرز** مُؤَسسة أول مأوى حديث للمسنين والتي دافعت طوال حياتها عن الرعاية التلطيفية في هذا الصدد: تهتم الرعاية التلطيفية ب "إضافة حياة إلى الأيام وليس أياما إلى الحياة".

إن للألم المستمر تأثير عميق على نوعية الحياة ويمكن أن يكون له أثار جسدية ونفسية واجتماعية، حيث يمكن للتأثير الجسدي المزمن والضغط النفسي الذي ينتج عنه أن يؤثر حتى على مسار المرض؛ إنه وحسب منظمة الصحة العالمية في المبادئ التوجيهية لمكافحة السرطان"اللم يمكن أن يقتل"، وتشمل العوائق الاجتماعية عدم القدرة على العمل والاهتمام بالذات والأطفال أو غيرهم من أفراد الأسرة،

والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية وإيجاد نهاية مُرضية في أخر الحياة. فماذا عن توفر الدواء من عدمه لعلاج هذا الألم؟

•توفر الدواء

يعتبر دواء المورفين الدواء الأكثر استخداما لعلاج الألم فرغم أن المغرب خلال سنة 2013 غيّر من قانون المواد الخاضعة للرقابة، حيث تمت زيادة عدد الأيام التي تغطيها الوصفة الطبية للحصول على مسكن أفيوني من 7 أيام إلى 28 يوما أزيلت بذلك عقبة رئيسية أمام توفر هذه الأدوية، وقد كان التقيد لمدة 7 أيام، يعني أن المرضى المحتاجين إلى المسكنات الأفيونية أو أقاربهم، كانوا مضطرين للسفر إلى الطبيب كل أسبوع لطلب وصفة جديدة والحصول عليها.

جاء في التقرير الذي استند إلى بحث سابق **لهيومن رايتس ووتش**[570]، بشأن الحصول على العلاجات التلطيفية في المغرب، أن لوائح الأدوية في المغرب أكثر تعقيدا مما تقتضيه اتفاقيات الأمم المتحدة للأدوية، وأنها تزيد العبء على الأطباء والصيادلة وإدارات المستشفى، فقليل من الصيدليات والمستشفيات تخزن المورفين. لقد حددت الحكومة نفسها خوف الطبيب المبالغ فيه من المخاطر المرتبطة بالمسكنات الأفيونية وهو ما يسمى برُهاب المورفين (أو الخوف من المورفين) باعتباره عائقا كبيرا لوصف الدواء المناسب. حيث اتضح أن العديد من الأطباء والصيادلة كانت لديهم مفاهيم خاطئة حول المسكنات الأفيونية. كما أن قانون المواد الخاضعة للرقابة في المغرب يصف هذه الأدوية بأنها "سموم" وهي تسمية قديمة مستخدمة في العديد من البلدان الفرنكوفونية. وهذا راجع في جانب منه إلى طبيعة الدواء المخدرة، فقد اعترف الخبراء الطبيون بأهمية مسكنات الألم الأفيونية لعقود من الزمن، إن "الاتفاقية الوحيدة

[570] وهي منظمة دولية غير حكومية معنية بالدفاع عن حقوق الإنسان والدعوة لها، يوجد مقرها بمدينة نيويورك، تأسست في سنة 1978، حيث قامت هذه المنظمة ببحث حول الرعاية التلطيفية بالمغرب، نشر التقرير سنة 2011 حول "حالة علاج الألم في العالم: الرعاية التلطيفية كحق من حقوق الإنسان".

للمخدرات لسنة 1961" و"المعاهدة الدولية التي تحكم استخدام العقاقير المخدرة كلها تنُص على أن الاستخدام الطبي للمخدرات لا يزال ضروريا لتخفيف الألم والمعاناة".

اعترفت منظمة الصحة العالمية بأن المواد الأفيونية القوية مثل المورفين هي "ضرورة قصوى"، حيث أقرت أن معظم الألم الذي يسببه السرطان، إن لم يكن كله، يمكن أن يزول إذا نفذنا المعرفة الطبية والعلاجات القائمة، فتكون الدعامة الأساسية لعلاج الآلام المتوسطة والشديدة هو المورفين، وهو مادة أفيونية غير مكلفة مصنوعة من أحد مستخرجات نبات الخشخاش. والمورفين دواء خاضع للمراقبة مما يعني أن تصنيعه وتوزيعه منظم بشكل صارم على المستويين الدولي والوطني.

وبما أن الإصلاح الدستوري المغربي الأخير لسنة 2011 قد اعترف بسمو الاتفاقيات الدولية في مجال حقوق الإنسان، كما أكد على نظرة شاملة تجمع بين الحصول على الخدمات الصحية والتنمية البشرية وتكافؤ الفرص (المادة 31)، فقد حدد المغرب بوضوح الرعاية التلطيفية كقضية هامة[571].

أدرجت الحكومة المغربية في سياستها الصحية أهداف الرعاية التلطيفية المحددة في الإستراتيجية القطاعية للصحة 2012–2016 (الإستراتيجية القطاعية)، و"إستراتيجية الصحة الوطنية في المغرب" وكذلك (المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان 2010–2019 (المخطط الوطني)، كل هذه الوثائق تدعو إلى إنشاء شبكات للرعاية التلطيفية، وتطوير استشارات الرعاية التلطيفية الخارجية مع إضفاء الطابع المؤسساتي لعلاج الألم في جميع مستويات الرعاية التلطيفية.

[571] الإستراتيجية القطاعية للصحة (2012-2016)، الصادر عن وزارة الصحة المغربية، ص 80، على الرابط التالي:
http://www.sante.gov.ma/Documents/annonces/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%B1%D8%A7%D8%AA%D9%8A%D8%AC%D9%8A%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9%20%D9%84%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%202012-2016.pdf.(23.05.2020 (تم الاطلاع بتاريخ

ويغطي كل من البرنامجين الرئيسيين للتأمين الصحي: التأمين الإجباري عن المرض AMO لموظفي القطاعين العام والخاص الذين يتقاضون أجرا، ونظام المساعدة الطبية RAMED الخاص بالفقراء والمعوزين، توفير الرعاية التلطيفية ومجموعة شاملة نسبيا من أدوية الرعاية التلطيفية الأساسية.

ومع ذلك فمن الناحية العملية تعتبر هذه التغطية التأمينية غير فعالة لأن عددا قليلا جدا من مزودي الرعاية الصحية يقدمون الرعاية التلطيفية، وأن نظام المساعدة لا يغطي أدوية مرضى العيادات الخارجية. تقول مبحوثة في هذا الصدد "**كنت بغيت نموت من الألم، قبل منحيد البزولة**"[572]. تضيف أخرى "**الألم صعيب بعد la chimio، منقدرش نعس إلى مخديتش دواء مضاد للألم**"[573]. وعن الدواء الذي غالبا ما يوصف لهن لعلاج الألم فهي أقراص دوليبرين Doliprane المعروفة في علاج ألم الرأس والحمى، وهو دواء يعتبر مفعوله خفيفا بالنسبة لهن، ويبقى استمرار إحساسهن بالألم لفترات طويلة هو الحالة الغالبة، وهو ما يسميه **لوبروتون** في حديثه عن أشكال الألم "بالألم الكلي "la douleur totale". إن هذا الألم الكلي الذي يصيب المريض (ة) غالبا ما يؤدي به إلى طلب الموت الرحيم l'Euthanasie لأنه كلما عاش أكثر تألّم أكثر"[574]. لكننا بحكم ثقافة مجتمعنا المغربي فلا يوجد هذا الأمر (طلب الموت الرحيم) مما يجعل المريضات يتألمن في صمت أحيانا وبآهات أحيانا أخرى، متضرعات في الغالب إلى الله كي يزيل ويبعد عنهن هذا الألم. الذي يسبب الفتور الكلي للجسد، ويحدُّ من نشاطات المصابة.

إنّ التخفيف من الألم غالبا ما يكون مجديا عندما تتلقى المريضة دعما من أحد أقاربها، دعما مادياً كان أو معنوياً. تقول مبحوثة في هذا الصدد "**واحد أختي هي لساعدتني بززاف وبقا كتساعدني...**"[575]، وتضيف أخرى "**كل شي كيعاوني، البنات ديالي كيقولوا لي مصاب غير نبرا...**"[576]،

---

[572] مقابلة رقم **30** (44 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

[573] مقابلة رقم **28** (60 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها أبناء، مستفيدة من التغطية الصحية CNOPS، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[574] David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Op. Cit, p. 34.

[575] مقابلة رقم **23** (44 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها أبناء، لها تغطية Ramed، تعمل بالتنظيف، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

تكمن أهمية دعم المريضة في مساراتها الحياتية وخاصة العلاجية منها في تحسين ظروف حياتها واستجابتها للعلاج بشكل أفضل. إن وجه أحد الأقارب هو الكفيل بأن يعطي للمريضة ذوق البقاء في الحياة ولو في الساعات الأخيرة من حياتها مستشعرة بذلك قيمة العالم.

المحور الثاني: مسار العلاج والتعايش مع المرض

إذا كان المرض هو اختلال في التوازن وخروج الجسم أو أحد أعضاءه عن سكونها، فإن جل المجتمعات لم تقف مكتوفة الأيدي أمام هذا الخلل بجميع أنواعه، وإنما بحثت ووجدت دائما آليات لتدبير هذا الاختلال وإعادة الجسم إلى حالة توازنه الأولى، سواء من خلال البحث عن العلاج المهيكل عند الأطباء وداخل المؤسسات الصحية أو باتخاذ سيرورات علاجية أخرى سبقت من حيث وجودها الفعل الطبي المهيكل، ألا وهي العلاجات التقليدية.

داخل المجتمع المغربي كما في العديد من المجتمعات الأخرى هناك ما يسمى بالعلاج التقليدي بمختلف أشكاله، هذا الأخير (العلاج التقليدي) سواء أكانت أصوله نابعة من مجتمعنا نفسه أو تم جلبها من مجتمعات أخرى وتم استعمالها داخل المجال الاجتماعي وقَبلَهَا المجتمع كالطب البديل أو الطب الموازي. من هنا نتساءل عن: ما هي التدابير المتخذة من قبل المريضة من أجل مواجهة وعلاج مرض سرطان الثدي؟ وأي العلاجات التجأت لها في بداية إصابتها بالمرض؟ ولماذا؟ وهل تعمل المصابة في علاجها على المزاوجة بين الطب الحديث والطب التقليدي؟

[576] مقابلة رقم **19** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

1. تمثلات العلاج عند المستأصلات الثدي

تلعب التمثلات الاجتماعية والثقافية دوراً هاماً في السيرورات العلاجية التي تتبعها المريضات في علاجهن من سرطان الثدي، ولمعرفة هذه التمثلات طرحنا على المبحوثات السؤال التالي: لمن التجأتن في البداية لتلقي العلاج من مرض سرطان الثدي؟

اتضح لنا أن النسبة الكبيرة من المبحوثات لجأن إلى المراكز الصحية العمومية والمصحات الخاصة في بداية الإصابة بالمرض لتلقي العلاج من هذا المرض 93.75%، فيما لجأت أخريات إلى المعالج التقليدي وهي نسب ضئيلة، ما مثل نسبة 6.25%.

وبعد تلقي المريضة للكشف بأحد المراكز السابقة الذكر، يقوم الطبيب (ة) بإحالتها إلى أحد المراكز المتخصصة بعلاج السرطان؛ من ذلك مركز لالة سلمى لعلاج السرطان ومركز الأنكولوجيا فتقوم المريضة بعد إجراء الفحوصات الضرورية. وعندما تتأكد من إصابتها بالمرض تتبع آنذاك العلاجات الضرورية لذلك.

بالنسبة لتتبع العلاج من هذا المرض، اتضح لنا أن هناك فئتين من المبحوثات، فئة أولى تحرص حرصاً تاماً على تتبع العلاج الطبي الحديث في مواعيده الدقيقة. تقول مبحوثة "**آه، ضروري كنتبع العلاج**"[577]، وتضيف أخرى "**آه، كنتبع الحصص ديالي في الوقت**"[578]، وفئة ثانية لا تقوم بتتبع العلاج في مواعيده المحددة، بسبب عدم توفرها على المال الضروري للتنقل مثلا. تقول مبحوثة "**إوا فاش كيكون عندي المركوب كنرجع للموعد ديالي**"[579] وتضيف أخرى "**مرة مرة، هدشي على حساب إلى لقيت**

[577] مقابلة **12** (50 سنة، أرملة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، تعمل كخادمة بالبيوت، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[578] مقابلة رقم **23** (44 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها أبناء، لها تغطية Ramed، تعمل بالتنظيف، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[579] مقابلة **08** (40 سنة، متزوجة (زوجها مريض بسرطان الكبد)، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه براكة (رحّالة)).

الفلوس باش نجي كنداوي راسي راني كنجي"[580]. إن العلاج إذن عند هذه الفئة الأخيرة يرتبط ارتباطا وثيقا بإمكانية توفر المال للتنقل أو عدمه مما يسبب في مضاعفات سلبية لهن.

وأما سؤالنا للمبحوثات عن نوع العلاج الذي يستعملّنه الآن أو سبق وأن استعملنه سابقا، اتضح أن هناك ثلاث تيمات رئيسية اقتصرت الفئة الأولى من المصابات على العلاج الطبي وحده، فيما الفئة الثانية اتجهت إلى العلاج التقليدي أولا ثم إلى الحديث ثانيا، أما الفئة الثالثة من المبحوثات فهي تقوم بالمزاوجة بين العلاج التقليدي والطبي الحديث في نفس الآن.

1-1: الاقتصار على العلاج بالطب الحديث

تُعرّف الموسوعة الإلكترونية الطب الحديث بأنه "خلاصة تطور الطب على مراحل متعددة وانتقاله من الطب التقليدي إلى الطب الحديث الذي يعتمد على دراسة دقيقة ومناهج تعليمية حديثة أدوات طبية متطورة. ولكن ما زال الطب الحديث يعود لبعض المراجع الموجودة عند الطب التقليدي في تصنيع بعض الأدوية" [581]. وفي بحثنا حول العلاج المتّبع من قبل المريضات، اتضح أن هناك فئة مهمة اقتصرت على العلاج الطبي الحديث في جل مراحل المرض، بدء من تشخيصه وإجراء العملية الجراحية حتى مباشرة العلاج الكيميائي أو الإشعاعي أو هما معا. وهناك فئة أخرى اتجهت للعلاج التقليدي في السابق، أي قبل العلاج الطبي. وهناك فئة لا زالت تزاوج في علاجاتها بين الطبي والتقليدي. وللتوضيح أكثر قمنا بسؤال المبحوثات حول هل لازلن يزاوجن بين العلاج التقليدي والطبي الحديث، أو سبق وأن التجأن للعلاج التقليدي. يوضح الجدول التالي تمثلات المبحوثات حول العلاج:

[580] مقابلة رقم **14** (36 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

[581] على الرابط التالي: https://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%B7%D8%A8_%D8%AD%D8%AF%D9%8A%D8%AB اطلع عليه بتاريخ 04/05/2020.

جدول رقم 12 : تمثلات العلاج لدى المستأصلات الثدي				
	هل تستعملين علاجا آخر غير العلاج الطبي؟			
	نعم	لا	سابقا	المجمـــوع
	التكرارات	التكرارات	التكرارات	
المستأصلات الثدي	14	78	18	110
النسبة المئوية%	%12.7	%70.9	%16.4	%100
المصدر: البحث الميداني				

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن النسبة الكبيرة ما مثّل تقريبا 71% من المبحوثات يقمن باتباع العلاج الطبي الحديث في علاجهن لمرض سرطان الثدي، وهذا ما تردد عند الكثير من المبحوثات في كلامهن. تقول مبحوثة في هذا الصدّد "**أنا متبعة غير مع الطبيب صافي**"[582]، وتضيف أخرى "**لا مكنتبع حتى علاج آخر من غير الطبيب**"[583]. فيما تتوزع النسب المتبقية على العلاجات التقليدية الأخرى من أخذ الأعشاب النباتية إلى الكي إلى غير ذلك والتي لازلن يعتمدن عليها (العلاجات التقليدية) أو كان ذلك في السابق. وهنا نتساءل عن مدى ارتباط المصابات بالعلاج الطبي أو التقليدي بمتغير المستوى التعليمي؛ نجد الجدول التالي يفصل في ذلك:

جدول رقم 13: علاقة تمثلات العلاج بالمستوى الدراسي لدى المبحوثات						
			هل تستعملين علاجاً تقليدياً؟			المجموع
			نعم	لا	سابقا	
المستوى الدراسي	غير متمدرسة	التكرارات	05	54	10	69
		النسبة المئوية%	4.54	49.09	9.09	%62.72
	أولي أو قرآني	التكرارات	01	06	01	08
		النسبة المئوية%	0.90	5.45	0.90	%7.27
	إبتدائـــي	التكرارات	02	10	04	16
		النسبة المئوية%	1.81	9.09	3.63	%14.54
	إعـــدادي	التكرارات	04	03	02	09
		النسبة المئوية%	3.63	2.72	1.81	%8.18
	ثانـــوي	التكرارات	02	01	01	04
		النسبة المئوية%	1.81	0.90	0.90	%3.63
	جامـــعي	التكرارات	00	04	00	04
		النسبة المئوية	00	3.63	00	%3.63
المجمـــــــــــــوع		التكرارات	14	78	18	110
		النسبة المئوية%	12.72	70.90	16.36	%100
مستوى دلالة كاي تربيع						
المصدر: البحث الميداني						

[582] مقابلة رقم **10** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[583] مقابلة رقم **23** (44 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها أبناء، لها تغطية Ramed، تعمل بالتنظيف، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

يتضح من الجدول أعلاه أن لجوء بعض المصابات للعلاج التقليدي مرتبط بالمستوى الدراسي لديهن، حيث أن المصابات اللواتي سبق لهن أن لجأن للعلاج التقليدي أو لازلن يُمارسنه مستوى تعليمي مُتدني. وهذه العلاقة هي دالة إحصائيا، كونها أقل من 0.05، بالنظر إلى كاي تربيع الذي بلغ مستوى دلالته (0.003)، فالمصابات ذوات المستوى التعليمي العالي لا يزاوجن بين العلاجات التقليدية والحديثة في علاجهن لمرض سرطان الثدي بل يقتصرن على العلاج الطبي وحده.

2-1. كان اللجوء إلى الطب التقليدي سابقا على الطب الحديث

تعرف منظمة الصحة العالمية الطب التقليدي بأنّه "مجموعة الممارسات والمناهج والمعارف والمعتقدات الطبية التي تتضمن استخدام الأدوية والأساليب العلاجية الروحانية والتقنيات اليدوية والتمارين القائمة على النباتات والحيوانات والمعادن، والتي تُطبق بصورة فردية أو جماعية للمداواة والتشخيص والوقاية من الأمراض أو الحفاظ على الصحة". وفي بعض الدول الآسيوية والإفريقية، يعتمد ما يصل إلى 80% من السكان على الطب التقليدي في تلبية احتياجات الرعاية الصحية الأولية الخاصة بهم. وعند تبنيه خارج ثقافته التقليدية، كثيرًا ما يسمى الطب التقليدي الطب البديل والتكميلي[584].

تجدر الإشارة هنا إلى أن الطب التقليدي بالمغرب يطلق على ما كان سائدا من طرق الطب التقليدية قبل مجيء الطب العصري الأوربي[585] وما ظل موجودا منها إبّان الاستعمار إلى يومنا هذا.

---

[584] https://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%B7%D8%A8_%D8%AA%D9%82%D9%84%D9%8A%D8%AF%D9%8A#cite_note-WHO-1 اطلع عليه بتاريخ 05/05/2020

[585] من هذه الطرق والوسائل نجد: **العصابة**: روي عن الرسول (محمد) أنه قد وصف العصابة (أي ربط الرأس) كوسيلة لتخفيف الصداع، وهي وسيلة مجدية في كثير من الأحيان خاصة إذا كان الصداع ناتجاً عن أمور تتعلق بمسألة تدفق الدم في شرايين الرأس، إذ تؤدي العصابة نوعاً ما إلى التحكم فيه نسبياً من جهة والضغط على مكان الألم من جهة أخرى مما يؤدي إلى التخفيف من حدة الصداع.

الكي: هو وسيلة شاع استخدامها في الطب الشعبي عند العرب حيث يَحْمي (يسخن جيدا) الطبيب المعالج قطعة من المعدن وتوضع على مكان الألم أو على مكان يحدده الطبيب باعتبار أن هذا المكان من جسم الإنسان يتحكم في مصدر إحساسه بالألم .وإن كان هذا النوع من العلاج يأتي في الغالب بعد استخدام الأساليب الأخرى للعلاج لما فيه من إيلام للمريض. ويعد العلاج بالكي علاجاً ناجحاً في بعض حالات القراح أو الأورام السرطانية، حيث ثبت نجاحه نسبياً.

البتر: وإلى جانب العلاج بالكي هناك علاج يسمى "التداوي بالبتر"وهو في حالات قليلة أي إذا استدعى الأمر ذلك وفشلت كل الأساليب العلاجية السابقة. حيث يلجأ الطبيب إلى بتر العضو المريض كوسيلة لمنع انتقال المرض إلى الأجزاء الأخرى من جسده. وهي معالجة ناجحة في بعض الأحيان ومستقاة من الطب النبوي ومازال معمولاً بها حتى الوقت الحاضر، إذ يلجأ الطبيب أحيانا لبتر عضو المريض عند إصابته ببعض الأمراض. مقال **فريبا رفيعيان**، الطب التقليدي...علاقة الأجيال بالأجداد على الرابط التالي، (إطلع عليه 02/04/2021 على الساعة 11:00) على الرابط التالي:
https://www.alalamtv.net/news/3659651/%D8%A7%D9%84%D8%B7%D8%A8%D8%A7%D9%84%D8%AA%D9%82%D9%84%D9%8A%D8%AF%D9%8A--%D8%B9%D9%84%D8%A7%D9%82%D8%A9%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%AC%D9%8A%D8%A7%D9%84-%D8%A8%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%AC%D8%AF%D8%A7%D8%AF

يختلف هذا الطب في مجالاته وطرقه ووسائله عن الطب العصري، وقد يكون أحياناً على طرفي نقيض معه، إذ يعتمد على مزيج من المواد النباتية والحيوانية والمعدنية، بالإضافة إلى الآليات الأخرى التي ترتبط بالدين والسحر والشعوذة وما إلى ذلك[586]. تقول مبحوثة في حديثها عن هذا الطب التقليدي: "**آه كنت كندير العشوب ديال برا، وقالو لي شي وحدين ديري "العقرب"، شديت شي 7عقارب،...حتى يبسوا ودرتهوم في واحد القرعة، زت عليهم الزيت البلدي وطيبتهم، ثم كندهن بيهم ديك البلاصة لي عندي فيها المرض، يقولون "السم كيقتل السم" (وتضحك)، ثم حب الرشاد مع العسل كنفطر بيها في الصباح معلقة قبل الفطور، وفاش كنبغي نعس كذلك، هاديك الأيام لي قال لي الطبيب فيك مرض السرطان، غير لي قالي شي حاجة كنديرها، حتى من داك الكريزي (محلول يستعمل لتنظيف الحمامات) شربت منه، من بعد قطعت داكشي كامل**"[587].

يتضح من كلام هذه المبحوثة أنها قامت بتجريب وصفات عديدة تنوعت بين الأعشاب والسوائل المضرة بالجسم، نزولا عند التداوي بسم العقارب، مقتنعة بالمثل الشعبي الذي يقول "**السم يقتل السم**" أي أن سم العقارب يداوي مرض السرطان رغبة في التخلص من المرض، لكنها ظلت محاولات فاشلة إلى أن اقتنعت بالاكتفاء بالعلاج الطبي وحده. وتضيف أخرى "**كنت كنكمد بالماء السّخون وكنبخ على ديك الولسيسة باش تبرا ساعة غير ما زادت...**"[588] إنه وبعد فشل المحاولات العلاجية التقليدية عند هذه المبحوثة التجأت إلى العلاج الطبي الحديث.

3-1- المزاوجة بين الطب التقليدي والطب الحديث

إن هذه الفئة من المبحوثات تعمل على المزاوجة بين العلاج بالطب التقليدي الشعبي والطب الحديث، ذلك بعمل الرقية الشرعية وأخذ بعض الأعشاب البرية، تقول مبحوثة "**مرة مرة كندير الرقية**"[589]،

---

[586] للتفصيل أكثر يرجى مراجعة، رويال بوجمعة، ***الطب التقليدي بالمغرب***، معلمة المغرب، المجلد 17، 2003.

[587] مقابلة رقم **09** (42 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها إبنة، لها تغطية Ramed، تعمل بالمجال الفلاحي، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

[588] مقابلة رقم **14** (36 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

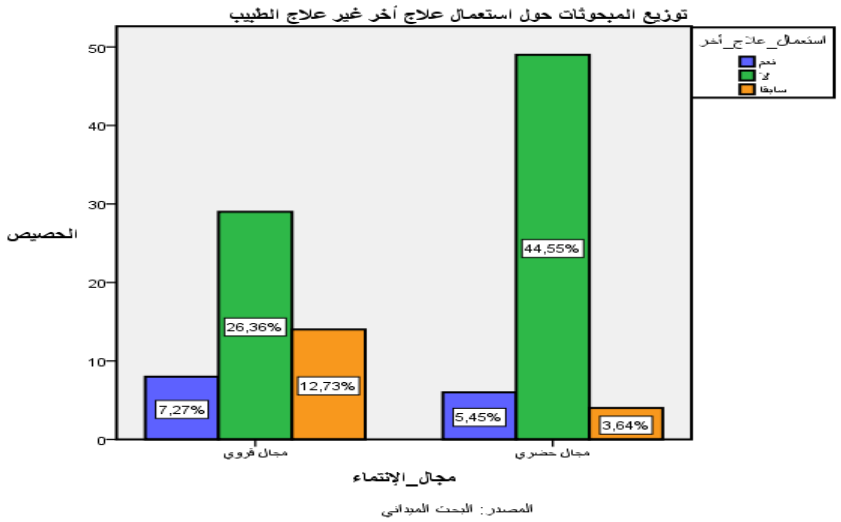
[589] مقابلة رقم **06** (50 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها أربعة أبناء ، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

وتضيف أخرى "**بعض المرات كندير بعض الأعشاب ماشي ديما...كندير شوية ديال مريوتة، ربيعة السم، تراهلة، وعشبة بَكْرَمانْ وهي عشبة زوينة للسرطان...**"[590].

إن هذه الثنائية أو التركيب الذي يميز اتجاه الأفراد بالمجتمع المغربي نحو العلاج لا يمكن أن يفسر دائما بالفقر المادي أو العجز الاقتصادي الذي يعتبر محددا أساسيا للصحة بالمجتمع المغربي، كون العامل المادي يؤثر فعلا على الحالة الصحية للأفراد وعلى اختياراتهم العلاجية، لأن زبناء العلاج التقليدي بمختلف أنواعه ينتمون إلى "طبقات" وفئات اجتماعية مختلفة ومتمايزة، ويظهر ذلك في احتفاظ الوعي الاجتماعي والذاكرة الجماعية بهذا العلاج، بل وتم تبنيه حتى من طرف الدولة عن طريق العمل على تأهيل المعالجين التقليدين (تأهيل القابلات مثلا) أو تنظيمهم داخل مؤسسات تعترف بها الدولة[591].

لمعرفة هل لانتماء المبحوثات للمجال القروي أو الحضري علاقة بتمثلاتهن للعلاج، أجرينا اختبار كاي تربيع بين متغير المجال ومتغير العلاج والمبيان التالي يوضح ذلك:

مبيان رقم 12: علاقة مجال الانتماء (قروي-حضري) بتمثلات العلاج عند المصابات



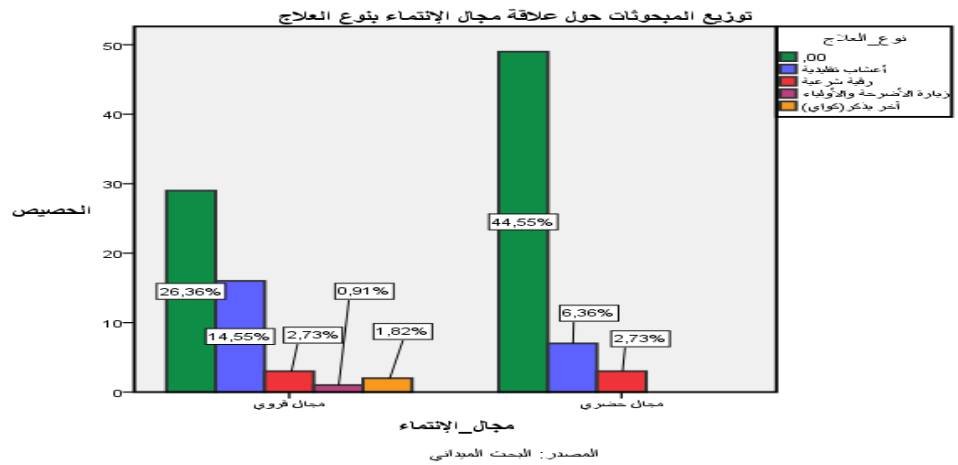
[590] مقابلة رقم **21** (60 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها ستة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[591] كما أشار زكرياء الإبراهيمي إلى ذلك في نتائج أطروحته حول ***"الصحة والمجتمع دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي"***، لسنة 2016.

يتّضح من خلال المبيان أعلاه أن النسبة الغالبة سواء بالمجال الحضري 44.55% أو بالمجال القروي 26.36% لا تستعمل أي علاج أو سبق أن استعملته بالموازاة مع الطب الحديث، لكن بالمقارنة بين المجالين وتمثلات العلاج يتبين أن نسبة 7.27% التي تقطن المجال القروي تأخذ علاجاً آخر، تفوق نسبة 5.45% بالمجال الحضري، مما يعني أن المريضات اللواتي ينتمين إلى المجال القروي هن أكثر ميلا إلى العلاج التقليدي. وإذا ما قارنا بين نسبة المصابات اللواتي سبق وأن أخذن علاجا آخر، يتضح أن نسبة المصابات القاطنات بالمجال القروي والتي تمثل 12.73% تفوق أربع مرات نسبة القاطنات بالمجال الحضري اللواتي سبق لهن وأن أخذن علاجا آخر غير العلاج الطبي، حيث مثلت نسبتهن سوى 3.64%. وهذا ما يدفعنا للقول بأن هناك علاقة قوية بين الانتماء لمجال معين وبين تمثلات العلاج. لكن ماذا عن طبيعة هذا الارتباط بين هذين المتغيّرين: نوع العلاج (تقليدي–حديث) ومجال الانتماء (قروي– حضري)، هل هذا الارتباط دالّ إحصائيا أم لا؟

جاء اختبار كاي تربيع دالاً إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.02). مما يعني أن هناك ارتباطا قويا وعلاقة ذات دلالة إحصائية بين هذين المتغيرين (المجال ونوع العلاج)، أي أن المصابات اللواتي ينتمين للمجال القروي أكثر ميلا للعلاج التقليدي بالمقارنة مع المصابات اللواتي ينتمين للمجال الحضري، والمبيان التالي يوضّح ذلك أكثر:

مبيان رقم 13: علاقة مجال انتماء المصابات بالعلاج



كما يتضح بالمبيان، إن النسبة الكبيرة من النساء اللواتي سبق لهن وأن عالجن بالأعشاب ينتمين للمجال القروي حيث مثلت نسبتهن 14.55%، في مقابل نسبة 6.36% من المبحوثات القاطنات بالمجال الحضري، فيما تساوت نسبة المصابات اللواتي عالجن بالرقية الشرعية بين المجالين حيث مثلت نسبتهن 2.73%، وتبقى نسبة 0.91 %من المبحوثات اللواتي يقطن بالمجال القروي واللواتي اتخذن من زيارة الأضرحة وسيلة للعلاج نسبة ضئيلة، تليها نسبة 1.82% ممن ينتمين للمجال القروي واللواتي ذهبن عند شخص يقوم بالكيّ من هذا المرض.

لقد ظهر اهتمام واسع في الآونة الخيرة وفي كثير من دول العالم وخاصة الاهتمام بالطب الشعبي. إن كون المرض غير وظيفي بالنسبة للمجتمع –كما ذهب إلى ذلك أنصار البنائية الوظيفية وعلى رأسهم **بارسونز**– دفع الكثير من المجتمعات إلى إيجاد آليات وممارسات دفاعية لمقاومته والتصدي له أو التخفيف من حدته فكانت الأشكال الأولى لمواجهته متمثلة في السحر والتمائم والتعاويذ والرقى والأعشاب الطبية والتردد على الأولياء والأضرحة... ورغم التغيّر الاجتماعي وما صاحبه من استخدام التقنية الحديثة في التشخيص والعلاج فإن ذلك لم يمنع الكثير من الشرائح الاجتماعية من الاعتماد على الطرق الشعبية ذات الطابع الديني أو السحري أو الطبيعي لتحافظ على وجودها واستمرارها متخذة بذلك طابعا غير رسمي، بل نجدها قد عادت بقوة وبشكل ملفت للانتباه مع بداية التسعينيات من القرن الماضي إلى هذه الطرق التقليدية، حيث نالت اهتمام شرائح عديدة في المجتمع، كونها لم تقتصر على فئة غير المتعلمين بل شملت حتى الفئات المتعلّمة[592].

إذا كانت تمثلات العلاج عند المصابات ترتبط بمتغير المستوى التعليمي ومتغير الانتماء المجالي فماذا عن متغير دُور الحياة في علاجهن من مرض سرطان الثدي؟ هذا الفضاء الذي تلتقي فيه المريضات من مجالات مختلفة قروية وحضرية.

[592] ميلود سفاري وسعيدة شين،" العلاقة بين الطب العبي والطب الرسمي"، مجلة علم الإنسان والمجتمع، العدد 05 مارس 2015، ص 196. اطلع عليه بتاريخ 15/02/2021 على الرابط التالي: https://www.asjp.cerist.dz/en/article/47499

2. الإحساس بالانتماء من خلال دور الحياة

تعاني المريضات من سرطان الثدي من تغيرات كبيرة في حياتهن نتيجة التشخيص والعلاج وسرعة تقدم المرَض، مما يؤثر سلباً على نوعية حياتهن، حيث إنه على قدر خطورة هذا المرض، نجد أن العلاج يكون قويا وموجها لكافة الجسم دون استهداف المرض وحده، أو عضو دون آخر، حيث يُخَلّف آثاراً على صحة المريضة سواء من الناحية الجسمية أو النفسية أو العصبية. فقد توصلت العديد من الدراسات[593] إلى أن هناك علاقة بين الإصابة بمرض السرطان وآثاره النفسية–العصبية على المريضة.

وتشكل الفضاءات العلاجية والتي تمثل دور الحياة أهمها أحد الفضاءات التي تجد فيها المريضات نوعا من الراحة النفسية والاجتماعية لكونها أحد الأمكنة التي تلتقي فيها المريضة مع مريضات مثلها، فتشعر بنوع من الانتماء لهذه المجموعة وأنها ليست الوحيدة التي تحمل هذا المرض. تقول مبحوثة "**فاش كنكون مع العيالات في دار الحياة، كل وحدة كتهدر على مشاكلها...**"[594] وتضيف أخرى "**هكذا مع العيالات، كنهضرو شوية على الماكلة المزيانة والماكلة لممزيناش لهذا المرض...**"[595] إن الانتماء لنفس الجماعة (جماعة المرضى) هو ما يفسر هذا الإحساس بالانتماء ويجعل المريضات يتقاسمهن همومهن ومشاكلهن مع بعضهن البعض في هذا الفضاء (دور الحياة).

---

[593] توصلت عدة دراسات أيضا لأثار النفس-عصبية للسرطان وعلاقتها بنوعية حياة المريضة من بينها **"دراسة Quesnel** سنة 2009م في كندا، **"دراسة أمين مصمودي** وآخرون 2009م بتونس بعنوان، ***"جدوى تقييم نوعية الحياة في ممارسة طب الأورام السريري"***، وهناك دراسات حول الاكتئاب من بينها دراسة **Lover** وآخرون 2002م هدفت هذه الدراسة الأخيرة إلى تقييم الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي والضغوط النفسية لدى مريضات سرطان الثدي"، حيث شملت العينة 238 مصابة بسرطان الثدي، وقد تمت مقابلة العينة خمس مرات خلال الجرعات الستة الأولى للعلاج، حيث ظهرت الأعراض التالية: غثيان، تساقط الشعر، والإرهاق على أكثر من 80% من المريضات، وعند الجرعة السادسة 46% من المريضات بدأن يفكرن بالتوقف عن العلاج، ولكن عددا قليلا منهن أبلغ الطاقم الطبي بذلك، وعلى العكس فإن الضغط النفسي كان أقل حساسية للعلاج مع مرور الزمن وأن العلاج الكيميائي له أعراض جانبية تؤثر بشكل كبير على الوضع الجسدي للمرأة، وبالتالي يؤثر نفسيا واجتماعيا.

[594] مقابلة رقم **08** (40 سنة، متزوجة (زوجها مريض بسرطان الكبد)، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه براكة (رحّالة)).

[595] مقابلة رقم **14** (36 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

3.التعايش مع سرطان الثدي عند المريضات

توظف المريضات بسرطان الثدي مجموعة من الاستراتيجيات للتعايش مع هذا المرض ففيما تظهر هذه الاستراتيجيات عند بعض المبحوثات في الإعلان عن المرض تارة وإخفاءه تارة أخرى حسب سياقات التفاعل، تلجأ أخريات إلى إستراتيجية مواجهة المرض في العالم الخارجي بالظهور بمظهر لائق وجذاب.

1.3- المرض بين الإخفاء والإظهار حسب سياقات التفاعل

إذا كانت محاولات التستر وإخفاء معالم المرض وحقيقته إحدى الاستراتيجيات والميكانيزمات الدفاعية لدى بعض المصابات بمرض سرطان للتعايش معه فإن أخريات يفضلن الحديث عنه وإظهاره في سياقات معينة وتظهر هذه الاستراتيجيات من خلال التيمتين التاليتين:

- التيمة الأولى: إستراتيجية التحدّث عن المرض

شملت إستراتيجية حديث المبحوثات عن المرض ثلاث وضعيات وهي تحدث المبحوثات على المرض مع مريضات مثلهن أولا ثم تحدث المريضات مع المحيط العائلي ثانيا، ثم التحدث مع الصديقات ثالثا. يشكل التحدث عن شيء ما وإخراجه من الباطن إلى الظاهر أحد الآليات العلاجية كما هو معروف في علم النفس. تقول مبحوثة في هذا الصدد "**فاش كنكون مع المرضى بحالي...كنهضروا على هذا المرض**"[596] وتشمل مواضيع هذا الحديث مواضيع عن المظهر الخارجي للجسد (اللباس، التجميل، الرياضة، التغذية إلى غير ذلك) بالإضافة إلى مواضيع تهم المستوى العلائقي لهذا الجسد وخاصة العلاقة بالزوج، أخذ حبوب منع الحمل والإجهاض.

بل تلجأ بعض المريضات اللواتي قطعن مراحل متقدمة مع المرض إلى تقديم الدعم المعنوي والنفسي لمريضات أخريات في مراحلهن الأولى مع المرض. تقول مبحوثة "**إلى لقيت شي حد مريض،**

[596] مبحوثة رقم **28** (60 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها أبناء، مستفيدة من التغطية الصحية CNOPS، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

ولقيتو مهموم ومغموم كنقولوا شي باس مكاين..."[597] إنه التضامن بين المريضات والاتحاد بينهن. وهناك من المصابات من تفضل الحديث عن مرضها مع محيطها العائلي الذي يشكل فيه الأولاد والآباء والإخوة المحيط الأكثر قربا لها. تقول مبحوثة "**كنتحدث مع واحد خويا، كنعاود ليه كل شيء..."**[598]، وتضيف أخرى "**فاش كنكون مع مالين الدار كنهدر مزيان على مرضي..."**[599] إن هؤلاء المبحوثات يفطفطن عمّا يعشنه من تجربة مع المرض مع أقرب الناس إليهن وهم العائلة، فيما تجد فئة أخرى من المريضات راحتها في التحدث عن مرضها مع الصديقات. إذ تشكل الصداقة إحدى العلاقات الإنسانية المهمة في التواصل والتفاعل الجيد والفعال. إن هذه العلاقة (الصداقة) تشكل عند بعض المبحوثات الملجأ والملاذ الذي يثقن فيه من أجل الحديث عن ما يلوج في خاطرهن من مشاكل ومعاناة مع المرض. تقول مبحوثة "**فاش كنكون مع صحباتي كنهدر معاهم في كل شيء وكنرتاح ليهم بززاف"**[600] وتضيف أخرى "**كنلقى راحتي مع صديقاتي، بل اعتبرهن خوتاتي، العشرة ديال عشرين سنة، الحمد لله..."**[601]، إن أقوال هاتين المبحوثتين تبين قوة علاقة الصداقة الجيدة والتي تعتبر إحدى الجوانب المهمة في المسارات العلاجية الايجابية بالنسبة للمريضات.

إذا كانت هذه الفئات تختلف في جهة التواصل والتحدث عن مرضها مع مريضات يحملن نفس المرض، العائلة والأصدقاء فإنها تجتمع في أنها تفضل التواصل والتحدث عن مرضها كإستراتيجية للتعايش معه، بخلاف فئة أخرى لا تجد في هذه العلاقات ضالتها وتفضل الصمت وعدم ذكر المرض كإستراتيجية للتعايش معه.

[597] مقابلة رقم **21** (60 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها ستة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[598] مقابلة رقم **11** (46 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[599] مقابلة رقم **20** (42 سنة، عازبة، غير متمدرسة، بدون أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[600] مقابلة رقم **02** (28 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري، موروث)
[601] مقابلة رقم **26** (61 سنة، متزوجة، مستوى ابتدائي، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

- التيمة الثانية: إستراتيجية تفضيل عدم التكلم عن المرض

نجد مبحوثة تقول "**مكنهدرش فيه كاع...**"[602] وتضيف أخرى "**مكنبغيش نذكروا كاع...**"[603] يشير كلام هاتين المبحوثتين إلى تفضيل عدم التحدث عن المرض أو ذكره لأن ذلك يشكل بالنسبة إليهما استدعاء للأوجاع والآلام المرتبطة بهذا المرض.

تشكل هذه الاستراتيجيات إذن أحد الميكانيزمات التي توظفها المصابات بسرطان الثدي لمقاومة المرض ولو في أحد جوانبه النفسية والتفاعلية. فإذا كان بعضهن يفضلن الحديث عنه وعن ما يعشنه من تجربة معه طوال وقت العلاج بمختلف أمكنته (مراكز الأنكولوجيا، دور الحياة، منازل المريضات...) فإن أخريات يفضلن التزام الصمت وعدم ذكر المرض، كون ذلك يشكل بالنسبة لهن استدعاء للآلام والأوجاع التي يعشنها مع هذه التجربة المرضية المؤلمة، من هنا نتساءل عن ما هي أوقات فرح هؤلاء المريضات؟

2-3 أوقات فرح المريضات

في خضم حديثنا عن المسارات العلاجية المرتبطة بالمرض من علاج وإحساس بالألم وتعايش نفتح نافذة بعيدة عن هذا كله ألا وهي نافذة الفرح. فإذا كانت النساء القرويات المنتميّات لمنطقة "**وادلاو**" بجبالة إقليم **تطوان–المغرب**، كما أشارت إلى ذلك الباحثة خلود السباعي، أوقات فرحهن هي تلك التي يقضينها في التسوق والذهاب للحمام وما إلى ذلك، فما هي السلوكات التي يمكن أن تقود إلى الإحساس بالفرح أو عدمه عند المريضات بسرطان الثدي؟

تبين من خلال نتائج البحث الميداني أن هناك ثلاث تيمات رئيسية انبثقت من إجابات المبحوثات مشكلة بذلك ثلاث فئات رئيسية وهي:

[602] مقابلة رقم **07** (32 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، لها طفلان، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[603] مقابلة رقم **13** (35 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

نجد الفئة الأولى من المبحوثات لم تستسلم للمرض وما يرتبط به من تمثلات وتصورات تنتج على إثرها مجموعة من السلوكات، شكّل فيها حضورها للأعراس والمسرات جزء من فرح المريضات وسعادتهن. تقول مبحوثة في هذا الصدد "**فاش كنتزين ونمشي لشي عرس، نلبس مزيان**"[604] كما يشكل الذهاب للسوق عند بعض المصابات أحد الأمكنة التي تجعلهن يشعرن بالفرح تقول مبحوثة "...**فاش كنخرج كنمشي إلى السوق كنفرح**"[605]، بالإضافة إلى فضاء المسجد، هذا الأخير الذي يمثل فضاء تجد فيه بعض المريضات راحتهن وسكينتهن. تقول مبحوثة "**كنكون فرحانة وكنلقا ذاتي وراسي في المسجد مع الأخوات وأنا كنحفظ القرآن...**"[606]. إن هذه المجالات التي تشكل فيها حضور الأعراس والتسوق والذهاب للمسجد عند هذه الفئة من المبحوثات تعتبر فضاءات للإحساس بالفرح والسرور عند تواجدهن بها.

فيما نجد الفئة الثانية من المريضات قد استسلمت للمرض. بل إن هذا الأخير شكل بالنسبة لهذه المبحوثة هدماً destruction كما اعتبرت ذلك **إزابييل بزانجر** في حديثها على تصنيف المرض، تقول مبحوثة في هذا الصدد "...**لم أعد أفرح بنفسي، دابة غير مع المرض ومشاكله...**"[607] وتضيف أخرى "...**مبقيتش كنفرح براسي، الفرحة ديال النفس صافي مشات هربات مع المرض...**"[608]، إن أقوال هاتين المبحوثتين تُنمّ عن معاناتهما مع المرض وعن استسلامهما له، بل والسقوط في الاكتئاب والحزن بسببه.

إذا كانت الفئة الأولى من المبحوثات واصلت إحساسها بالفرح رغم إصابتها بالمرض فإن الفئة الثانية أخذ منها المرض هذا الإحساس، وبطرحنا لهذا السؤال على المبحوثات (ما هي أوقات فرحك؟)، فإننا لم نتلق أي جواب عند الفئة الثالثة، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على تفضيل هؤلاء المريضات

[604] مقابلة رقم **01** (52 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[605] مقابلة رقم **11** (46 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[606] مقابلة رقم **21** (60 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها ستة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[607] مقابلة رقم **14** (36 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).
[608] مقابلة رقم **17** (32 سنة، عازبة، مستوى ابتدائي، لها بنتان، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري، كراء).

عدم التحدث أو التفاعل مع السؤال وهو جواب في حد ذاته، لأن الصمت هو حديث النفس والروح وهو إجابة صريحة منهن عن ما يعشنه من معاناة وألم جراء إصابتهن بمرض سرطان الثدي.

يظهر إذن أن الجسد الأنثوي المصاب بمرض سرطان الثدي يتخذ مجموعة من الآليات والطرق أملا في حياة أفضل والتي تبدأ من مرحلة التشخيص واكتشاف الإصابة بالمرض، هذه المرحلة التي تعتبر جد مهمة في حياة المصابة لكونها تكشف عن لحظة الإعلان عن خبر الإصابة بمرض مزمن وما يرتبط به من تمثلات اجتماعية وثقافية أهمها أنه مرض "قاتل"، فتعيش المصابة تجربة مِؤلمة وقاسية، كما أن هذه المسارات العلاجية التي تتبعها المصابات تختلف باختلاف تمثلاتهن للعلاج والتي يلعب فيها متغير المجال الجغرافي (قروي–حضري) –كما رأينا– دوراً هاماً.

هناك علاقة جد وطيدة بين مجال انتماء المصابات (قروي–حضري) وتمثلاتهن للعلاج، حيث أن المصابات اللواتي يقطن بالمجال القروي هن الأكثر استخداما لعلاجات أخرى غير علاج الطب الحديث، مقارنة مع مثيلاتهن القاطنات بالمجال الحضري، كما أن نسبة مهمة من الفئة الأولى تعتمد أو اعتمدت قبل أن تباشر العلاج الطبي على الأعشاب التقليدية، وهذا ما يفسّر في جزء منه عند هؤلاء ضعف المستوى التعليمي والوعي الصحي بالمجال القروي مقارنة بالمجال الحضري.

تشترك المصابات بسرطان الثدي في إحساسهن بالانتماء إلى نفس جماعة المرضى من خلال تواجدهن بدور الحياة التي تشكل في نظرهن بيوتاً ثانية يتلقين فيها الدعم المعنوي من قبل مريضات مثلهن. لكن هذا المرض قد تظهره المريضات أحيانا ويخفينه أحيانا أخرى حسب سياقات التفاعل. من هنا نتساءل عن: كيف يصبح المرض أحياناً عاملاً مساهما في تفكك الرابط الاجتماعي وكيف يساهم كذلك في تشكيل هوية معذبة ومريضة؟

الفصل الخامس:
تمثلات الجسد الأنثوي وتفكك الرابط الاجتماعي
عند المستأصلات الثدي

المحور الأول: تمثلات الجسد الأنثوي عند المصابات بسرطان الثدي

1. تأثيرات العلاج على الجسد الأنثوي

2. من الجسد العضوي–البيولوجي إلى الجسد الاجتماعي

3. الجسد المستأصل الثدي بين المرجعية الاجتماعية والمرجعية الدينية

المحور الثاني: الرابط الاجتماعي والعلاقات التفاعلية عند المصابات بسرطان الثدي

1. استئصال الثدي تفكك الرابط الاجتماعي

2. العلاقات التفاعلية للمصابة بالذات (استدماج هوية مريضة)

3. العلاقات التفاعلية للمصابة بالآخر

تركيب

يعتبر البحث في اللاّمرئي[609] أحد أهم أهداف الباحث في علم الاجتماعي، ونحن في موضوعنا هذا نهدف إلى البحث في هذا الجزء. –اللاّمرئي الذي لا ننكر أهميته– فالذي يظهر هو أن المرأة تستأصل أحد ثدييها أو كلاهما كآلية للعلاج من مرض سرطان الثدي، لكن هذا الاستئصال تتبعه سيرورة علاجية ترتبط إما بالطب الحديث (القيام بالعلاج الكيماوي أو الإشعاعي أو هما معا، أخذ أقراص...) أو بالعلاج التقليدي (أخذ الأعشاب، الرقية الشرعية...) أو بالمزاوجة بين العلاجين الطب التقليدي والحديث. كذلك تأثيرات العلاج على الجسد الأنثوي وما يرتبط به من تمثلات اجتماعية وثقافية تنعكس على مسارات حياة المصابة، ولا تجد اهتماما واضحا من طرف السياسات الصحية. من هنا نتساءل حول دلالات الجسد عند المصابات بسرطان الثدي؟ وكيف يتفاعلن مع الذات ومع الغير (الآخر) سواء أكان هذا الغير محيطا أو أسرة أو أطرا طبية أو مستشفى العلاج...؟ وذلك لما لهذه التفاعلات والعلاقات من دور في تمثلات المصابات لأجسادهن الأنثوية. إننا نهدف من خلال هذا الفصل التأكد من الفرضية الرابعة القائلة: **أن استئصال المصابة للثدي يؤثر على تفاعلها مع ذاتها ويساهم في تفكك رابطها الاجتماعي، ما يكسبها هوية مريضة، معذبة ومتألمة.**

المحور الأول: تمثلات الجسد الأنثوي عند المصابات بسرطان الثدي

شكل جسد المرأة بخصوصيته البيولوجية وإمكاناته الطبيعية عبر تاريخ الحضارات الإنسانية والميتودلوجيات القديمة والتصورات الدينية على اختلافها حقلا لتناقضات بارزة، فهو مجال للقوة الميتافيزيقية؛ للسلطة المرتبطة بدور الأمومة والخصوبة وحمل الحياة الجديدة، وهو أيضا مجال للشر، مصدر للسحر والضرر، حامل للحياة والموت في آن واحد.

[609] المرض ليس فقط أمراً طبيعياً، بل هو أيضا واقع اجتماعي واقتصادي...، سوف نأتي لاحقا لنبيّن كيف أنه بعد تعرض الجسد الأنثوي للاستئصال كآلية للعلاج من مرض سرطان الثدي، فإن ذلك في كثير من الأحيان يؤثر سلبا على علاقة المرأة بذاتها وعلاقتها بالآخر سواء أكان ذلك الأخر القريب (الزوج) أو البعيد (المحيط...). وهذا شيء لا نجده في الإحصاءات الرسمية مثلا، لذلك يبقى غير مرئي وجب البحث فيه والكشف عنه.

فكرتان تبرزان حول جسد المرأة: الجسد/العورة، مجال الشهوة ومصدر الفتنة، باب الشيطان ورمز الدنس والقذارة من جهة، ومن جهة ثانية الجسد/ المقدس، رمز الطهارة والخير والزهد، والعطاء والخصوبة. فكرتان تمتدان قديما في حضارتنا وثقافتنا وعقليتنا وتستمران بمرجعية واقعية تمارس في سلوكات وعلاقة الآخر بجسدنا وعلاقتنا كنساء بهذا الجسد الذي يلتصق بوجودنا[610].

من هنا نسائل المريضة وتصوراتها من هذا التقابل/ التناقض حول جسدها. ما هي الإيحاءات والدلالات التي يمثلها الجسد الأنثوي بالنسبة لها؟ هل هو جسد يختزل وجودها في وظائف معينة يؤديها بشكل راض مرة وقسري مرة أخرى، أم أنه جسد يحمل مميزات بيولوجية مستقلة عن ممارستها لوجودها الاجتماعي والإنساني؟ إن هدفنا من هذا الفصل هو معرفة كيف أصبحت المصابات تتمثل أجسادهن بعد استئصال الثدي؟

1. تأثيرات العلاج على الجسد الأنثوي

هناك تأثيرات جسدية خارجية تظهر كتأثيرات نتيجة تلقي العلاج وأخرى غير ظاهرة، والجدول التالي يمثل وصفا لمجموع هذه التأثيرات سواء على المستوى الخارجي أم الداخلي للجسد الأنثوي.

[610] مجلة مقاربات، سلسلة بإشراف عائشة العربي، ***الجسد الأنثوي***، الطبعة الأولى، نشر الفنك، توزيع شوسبريس، ص33.

جدول رقم 14: تأثيرات العلاج على الجسد الأنثوي المصاب بسرطان الثدي	
تأثيرات العلاج على المستوى الخارجي للجسد	تأثيرات العلاج على المستوى الداخلي للجسد
- تساقط شعر الرأس، الأهداب والحاجبين - إسوداد الأظافر - الحمى - شحوب البشرة - القيء - انقطاع دم الحيض - سقوط الأسنان - ظهور حب في الجسم - تقشر الجلد - النفخ أو النحافة - ألم جسدي على مستوى الأطراف العليا والسفلى والفم والحنجرة.	- العياء المستمر - عدم القدرة على حمل الأثقال (خاصة المنزلية) - عدم القدرة على الاشتغال بالمنزل - عدم القدرة على التعرض للشمس - فقدان الشهية - ألم المعدة - القلق والاكتئاب
المصدر: البحث الميداني	

إن أول متغير يؤثر في المصابة بمجرد مباشرتها للعلاج سواء الإشعاعي أو الكيميائي، هو تغير صورتها الجسدية، تقول مبحوثة "**أولا صورتك الجسدية تتغير،...ثم تتحطمي، وكتقدري ديري والو...**"[611]. والجدول أعلاه يشير إلى مختلف التأثيرات التي يحدثها هذا العلاج على الجسد الأنثوي، حاولنا تجميعها في التأثيرات الخارجية والداخلية وارتباطهما ببعضها، رغم أن هذه التأثيرات تختلف درجتها من امرأة لأخرى، ومن عرض إلى أخر، إذ يمكن أن يسبب العلاج الكيميائي لبعض النساء فقدان الشهية وبالتالي المساهمة في نحافتهن، فيما يسبب لأخريات الانتفاخ الجسدي. إلا أن التأثير السلبي العام والشامل عند جل المصابات اللواتي يتلقين العلاج هو الشعور المستمر بالعياء والتعب. تقول مبحوثة "**طاح الشعر كامل...الظّفار ولاّ لونهم كحل، حتى بشرتي ولاّت كحلة وشاحبة وكأنك حرقتها بالعافية...ودم الحيض تقطعات لي...**"[612].

[611] مقابلة رقم **31** (29 سنة، متزوجة، مستوى الثانوي- التأهيلي، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).
[612] مقابلة رقم **25** (42 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

نتيجة تلقي العلاج من سرطان الثدي، هناك وظائف تختل أو تُفْقد، وظائف اجتماعية لا يمكن أن تقوم بها المصابة، وإن قامت بها فهي تكون مجبرة ومكرهة على ذلك. تقول مبحوثة "**الدواء حيد ليا الشعر، مشاو الحجبان، مشاو الشفار، وليت منفوخة...الحاجة الثقيلة منقدرش نهزها، أما الشْغل ديال الدار ضروري كنديروا، مكاينش لي دير ليك شي حاجة إلى مدرتيهاش راسك**"[613].

بعدما حاولنا وصف التأثيرات التي يخلفها علاج سرطان الثدي على الجسد الأنثوي، انتقلنا إلى مساءلتهن حول كيفية تعريفهن للجسد الأنثوي، بهدف معرفة علاقة المصابة بسرطان الثدي بجسدها؟ وكيف أصبحن يتمثلن هذا الجسد بعد خضوعه للاستئصال؟

2. من الجسد العضوي-البيولوجي إلى الجسد الاجتماعي

لقد تمثلت الدلالات حول الصحة عند المصابات بسرطان الثدي في ثلاث تيمات أساسية: الصحة باعتبارها استقلالية، الصحة باعتبارها رأسمال اجتماعي ثم الصحة باعتبارها عدم الشعور بالألم. وفي بحثنا عن دلالات الجسد عند المصابات بسرطان الثدي وجدنا أن أغلب الدلالات والمعاني حول الجسد عند المصابات تنطبق على دلالات الصحة.

1.2. الجسد كوسيط عضوي-بيولوجي نحو تحقيق الاستقلالية

تقوم المرأة من خلال جسدها بوظائف الجسد البيولوجية إذ تُعرّف الجسد من خلال أدواره البيولوجية من حمل وإرضاع وإنجاب، تقول مبحوثة "**المرأة كترضع، تربي الدراري**"[614] "فمن الأولاد تستمد المرأة قيمتها وسلطتها، وهم بالنسبة لها مصدر فخر واعتزاز بالنفس، والوسيلة التي تبدد مخاوف الطلاق التي تقُضُّ مَضْجَعَها...بالتالي فالإنجاب يعزز لدى المرأة الريفية مكانتها في الأسرة وفي المجتمع"[615]. وتعرفه أخريات من خلال الأعضاء الأنثوية المميزة للمرأة عن الرجل "**جسد المرأة هو البزازل، الوالدة، إوا**

[613] مقابلة رقم **07** (32 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، لها طفلان، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[614] مقابلة رقم **08** (40 سنة، متزوجة (زوجها مريض هو الآخر بسرطان الكبد)، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه براكة (رحّالة)).

[615] أحمد أغبال، "نساء قبيلة بني ورياغل في ضوء الأنثروبولوجيا النسوية"، قراءة في كتاب ***ما وراء باب الفناء*** لأرسولا كنغسميل هارت، مرجع سابق.

داكشي نيت لعندها"[616]، وتعرفه مصابات أخريات (الجسد الأنثوي) من خلال الجمال لأن الثديين يمنحان للمرأة ذلك المظهر الجمالي تقول مبحوثة "...**هناك من يرى المرأة بالجمال...**"[617]، فتشعر المرأة من خلال جسدها الجميل بوجودها الاجتماعي ورضاها عن نفسها، تقول مبحوثة "**المرأة إذا كانت تتمتع بصحة جيدة وتعتني بجسدها وتتزين وترى نفسها في المرآة فيعجبها نفسها، أما إذا كان عندها نقص ما راه مسكينة تجلس وتقول هذا ما كتب عليّ الله**"[618]. بالتالي إنّ التمتع بجسد في صحة جيدة يوازي الكمال في مقابل النقص الذي يطبع الجسد الأنثوي المصاب بمرض سرطان الثدي.

2.2. الجسد كوسيط اجتماعي نحو تحقيق الاستقلالية

يمنح الجسد في صحة جيدة للمرأة استقلاليتها الاجتماعية والنفسية، فمن خلال الجسد تستطيع المرأة أن تقوم بمهامها الاجتماعية، تقول مبحوثة "**جسد المرأة هو الصحة...**"[619] كما أنه يمكّنها من الحفاظ على الروابط الاجتماعية، وإن إصابته بالمرض ينتج عنه خلل أو فقدان للروابط الاجتماعية خاصة الأسرية منها. تقول مبحوثة "...**ولدي الكبير فاش مرضت زوجتوا...هز مرتوا ومشا...**)[620]، وتضيف أخرى "**جسد المرأة هو كل شيء صراحة، ...كاين لي معندهاش دعم نفسي ومعنوي، كاين لي مكاينش كيتخلا عليك لأبسط حاجة**"[621]. يمثل الجسد إذن ذلك الوسيط الاجتماعي الذي يحقق للمرأة قيمتها وصلاحيتها الاجتماعية أيضا من خلال تربية الأولاد والعناية بهم، تقول مبحوثة "**لعندو صحتو عندو كلشي... كنطلب الله غير الصحة ديالي حتى إكبرو ليا ولادي...**"[622].

إنه وبقدر ما يمثل الجسد تلك الوسيطة البيولوجية التي تمنح بها المرأة الحياة للآخر، فهو وسيطة اجتماعية أيضا. ذلك لأنه في تمثلات المصابات للجسد أشرن إلى أن المرأة تحقق مكانتها الاجتماعية

---

[616] مقابلة رقم **09** (42 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها إبنة، لها تغطية Ramed، تعمل بالمجال الفلاحي، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).
[617] مقابلة رقم **25** (42 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[618] مقابلة رقم **28** (60 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها أبناء، مستفيدة من التغطية الصحية CNOPS، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[619] مقابلة رقم **06** (50 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها أربعة أبناء ، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[620] مقابلة رقم **06.**
[621] مقابلة رقم **17** (32 سنة، عازبة، مستوى ابتدائي، لها بنتان، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري، كراء).
[622] مقابلة رقم **19** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

عبر الإنجاب وتربية الأولاد وإرضاعهم[623]. إن الجسد بهذا المعنى هو وسيط ومعيار للصلاحية الاجتماعية، بالتالي فالصلاحية البيولوجية للجسد الأنثوي تُحقق الصلاحية الاجتماعية له.

وينتج عن إصابة الجسد الأنثوي بالمرض واستئصال الثدي فقدان المريضة لاستقلاليتها وبالتالي فقدان الرابط الاجتماعي وتفاقم معاناتها، حيث تفقد أدوارها الاجتماعية المرتبطة بتربية الأبناء والعناية بهم، لذلك نجد أن أغلب المصابات المتقدمات في السن يعتبرن أن تلك الوظيفة الاجتماعية للجسد قد أدينها تقول مبحوثة "...**أنا دابة كبرت في العمر وساليت...إلى جات الموت مرحبا بيها...**"[624] وبالتالي يكون الجسد عند هذه الفئة من المصابات المتقدّمات في السن قد اسْتُهْلِكَ اجتماعيا.

من هنا يمكن القول إن الجسد يُبْنى اجتماعيا، وهي الأطروحة التي دافعت عنها **كرستين دترز** في مؤلفها *البناء الاجتماعي للجسد*، إنه محطة لكل التناقضات (الموت والحياة، الصحة والمرض،...) وهنا تجدر الإشارة إلى أن علم الاجتماع لم يكن يهتم بالجسد كموضوع سوسيولوجي إلا في الآونة الأخيرة. إن التمثلات والقيم التي يجسدها الجسد والتعبيرات اللغوية والمعارف المنتوجة حوله هي محطة تساؤلات وخاصة المظاهر "الطبيعية" و"الشخصية" من طريقة المشي إلى طريقة اللباس[625].

3. الجسد المستأصل الثدي بين المرجعية الاجتماعية والمرجعية الدينية

أسفر الانطلاق من أقوال المبحوثات المشاركات في هذا البحث عن اتجاهين رئيسيين يفسران نظرتهن للجسد بعدما تعرض أحد أعضائه للاستئصال، هذان الاتجاهان (المرجعية الاجتماعية والدينية) يحيلان على أن الجسد الأنثوي ظل يتأرجح بين المرجعية الاجتماعية المتشبعة بالدور الاجتماعي والصلاحية الاجتماعية للجسد الأنثوي مقابل المرجعية الدينية المتشبعة بالقيم والمعتقدات الدينية التي ترى الجسد على أنه فتنة، عورة... فمن خلال طرحنا للسؤال التالي: كيف كان شعورك عندما استأصلت

---

[623] وهو الأمر الذي أشارت إليه إحدى الدراسات الميدانية المنجزة بالريف المغربي، للإطلاع عليها يرجى مراجعة أحمد أغبال، نساء قبيلة بني ورياغل في ضوء الأنثربولوجيا النسوية، قراءة في كتاب 'وراء باب الفناء' لأرسولا كينغسميل هارت.

[624] مقابلة **32** (64 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[625] للتفصيل أكثر راجع مرجع سبق ذكره.

Christine Detrez, *La construction sociale du corps*, Paris, Poche, 2002.

الثدي؟ كان هدفنا من وراء هذا السؤال معرفة شعور وإحساس المصابات لحظة استئصال الثدي وكيف تقلقين هذا الأمر؟

انطلاقا من أقوال المبحوثات لسبر أغوار الظاهرة والتعرف عليها أكثر من خلال تمثلاتهن المتأثرة بالوسط الاجتماعي والثقافي الذي يعشن فيه، تجيب الفئة الأولى على شعورها إزاء استئصال الثدي وتصف تجربتها بالبكاء، الألم والإحساس بالنقص، نتيجة لذلك. إن هؤلاء المصابات لديهن مرجعية اجتماعية أكثر حضوراً من المرجعية الدينية، حيث أنهن يعتبرن الجسد الأنثوي بمثابة ذلك الوسيط الاجتماعي الذي يمكنهن من تحقيق العديد من الأدوار والوظائف الاجتماعية، بالتالي إن هذه الفئة عاشت تجربة الاستئصال بمرارة ووصفتها بأقسى عبارات الألم. تقول مبحوثة "...**بقا فيا الحال بزّاف، 'وبكيت وبكيت كثيرا'**[626]...". تضيف مبحوثة أخرى "...**تألّمت نيت...**"[627]. "**بكيت وعانيت ولي قتلني أكثر هو المادة، الفلوس ماكينش لي إعطيك حتى حاجة، والو**"[628]. إن استئصال الثدي جعلهن يدخلن في معاناة اجتماعية ونفسية وتفاقم شعورهن بالنقص إزاء جسدهن. تقول مبحوثة "**حسيت بالنقص ومرضت نفسيا...**"[629] وتضيف أخرى "**بقا فيا الحال بزاف، شي حاجة نقصات ليك من ذاتك...(وتبكي)**"[630]. إن هذا الإحساس بالنقص ناتج عن شعورهن بأن دورهن قد اختلّ ولم يعد بمقدورهن فعل الكثير من الأدوار الاجتماعية بسبب إصابتهن بمرض سرطان الثدي. "...**كل شي ناقص...، منقدرش نعجن بيها (اليد)، منقدرش نصبن بيها...**"[631] "...**لم أعد أقدر على الاشتغال بالبيت ولكن الحمد ل لله**"[632].

---

[626] مقابلة رقم **01** (52 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[627] مقابلة رقم **04** (58 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها ابنة واحدة، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي، كراء).

[628] مقابلة **رقم 14** (36 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

[629] مقابلة **رقم 17** (32 سنة، عازبة، مستوى ابتدائي، لها بنتان، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري، كراء).

[630] مقابلة **رقم 20** (42 سنة، عازبة، غير متمدرسة، بدون أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

[631] مقابلة **رقم 18** (60 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية CNOPS، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[632] مقابلة **رقم 27** (55 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

إن هذا يجعلنا نقول أن "الجسد وعاء لمعان اجتماعية"[633]، يؤكد ذلك **مارسيل موس** في كتابه *تقنيات الجسد Les techniques du corps*، والذي يعتبر أول من اهتم بهيئة الجسد وأوضاعه وحركاته وثوبه وحليه، كما اعتبر كل التعابير المختلفة لمعاني الجسد هي من معانيه الخاصة أو من معاني المجتمع المنعكسة فيه[634].

أما الفئة الثانية من المبحوثات فقد عبّرت عن تجربة الاستئصال بنوع من التقبل والارتياح. تقول مبحوثة "**مبقاش فيا الحال...**"[635] وتضيف أخرى "**عادي...حيتها متقلقت مدرت حتى حاجة، داكشي لجا من عند الله مرحبا بيه...**"[636] "**ارتحيت بزاف...**"[637]. "**...المرض تيكون سبب دخول الإنسان إلى الجنة، إذا رضا به...**"[638]. **وهذا** ما يجعلنا نقول أن هذه الفئة من المصابات لديها تمثلات عن جسدها نابعة من الثقافة المجتمعية المغربية التي تنظر إلى الجسد على أنه فتنة، عورة، تمثلات يحتل فيها الدين الإسلامي بنصوصه قيمة كبرى. إن "النص الإسلامي أبعد ما يكون عن التجمد في التعاليم الخاصة للعلماء الإسلاميين وكتاباتهم، إذ يمتد إلى المنابر الفكرية الشعبية للعبادة الجمعية ووسائل الإعلام العامة، وينقل من خلال التنشئة الاجتماعية والتراث الشفهي، وهو يدخل في تكوين البنى الثقافية التي تشكل التفكير وتؤثر في مجريات الحياة العادية"[639]. لقد "تشكلت صورة المرأة في قطاع هام من الثقافة العربية في صورة كائن شيطاني متبرج باعث على القلق والخوف يشطب ويحجب وتسقط عليه كل المخاوف... ومما رسخ هذا الاعتقاد نصوص كثيرة في الحديث وفي كتب الفقه التي تُدين المرأة وتحذر من الاغترار بها وتحثُّ على إقصائها والحذر منها"[640]. وهناك أحاديث كثيرة تشير إلى ذلك مثل "ما تركت بعدي فتنة أضر على

---

[633] صوفية السحيري بن حتيرة، **الجسد والمجتمع دراسة أنثروبولوجية لبعض الاعتقادات والتصورات حول الجسد**، مرجع سابق، ص 18.

[634] Marcel Mauss, *Les techniques du corps*, 1936, Op. cit., p. 59.

[635] مقابلة رقم **07** (32 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، لها طفلان، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[636] مقابلة رقم **22** (48 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

[637] مقابلة رقم **26** (61 سنة، متزوجة، مستوى ابتدائي، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[638] مقابلة رقم **21** (60 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها ستة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[639] فدوى الجندي، ***الحجاب بين الحشمة والخصوصية والمقاومة***، ترجمة سهام عبد السلام، الطبعة الأولى، المركز القومي للترجمة، القاهرة، العدد 2328، 2016.

[640] صوفية السحيري بن حتيرة، ***الجسد والمجتمع دراسة أنثروبولوجية لبعض الاعتقادات والتصورات حول الجسد***، مرجع سابق، ص 41.

الرجال من النساء"[641]. "المرأة تُقبل وتدبر في صورة الشيطان". "إياكم والدخول على النساء". "اتقوا الله واتقوا النساء فإن أول فتنة بني إسرائيل كانت من النساء". "المرأة من حبائل الشيطان". أحاديث كثيرة تثير العديد من التساؤلات حتى لا نقول الكثير من الشكوك...، وبالرغم من وجود البحث عن أصالة هذه النصوص التي قد تكون عبّرت عن مرحلة تاريخية وضرورة شعرت بها الجماعة لتتبنى مثل هذا الاتجاه يبقى التراث منطوياً على القسوة والصرامة فيما يتعلق بالمرأة. وقد لقيت هذه الأفكار قبولاً كبيراً وانتشاراً واسعاً فتبنتها الثقافة الشعبية التي أفرزت ذخيرة لا زالت تحتفظ بها كتب التراث وذاكرة الشعوب مرسّخة بذلك فكرة دونية المرأة" [642].

"كما أن الجسد الأنثوي في الثقافة السائدة يجلب فتنة الخوف والعار وذلك لارتباطه بمضمون الشرف، فميلاد البنت اعتبر في مجتمعات كثيرة مبعث قلق وتوتر ورفض أحياناً. –عملية وأد البنات[643] في مجتمعات عربية قبل الإسلام–"[644].

يمكن القول إذن أن هذه الفئة تحمل ذلك **الهابيتوس** الذي يتمحور حول الهيمنة الذكورية وينم عن المعنى الذكوري الذي يُعطى للجسد الأنثوي، فيتم استدماج ذلك في متخيل المريضة فتنظر إلى جسدها نظرة جنسية، بالتالي يمثل الجسد لديها قيمة جنسية تستطيع من خلاله أن تحضى بدورها الجنسي مع الرجل[645] وفي بحثنا هذا، تقول مبحوثة "**...صافي الراجل دفنتوا، ما خليت لا زمان من ورائي ما والو، إلا جات الموت مرحبا بيها...قال لي الطبيب ألم تخافي من استئصال ثديك، فأجبته لماذا سوف أخاف، الراجل مات الله ارحموا، خلي البزازل حتى هما امشيو معاه...(وتضحك)**"[646] إن كلام هذه المبحوثة

---

[641] حديث متفق عليه، *شرح كتاب رياض الصالحين*، 35 باب حق الزوج على الزوجة.

[642] نفس المرجع السابق، ص 42.

[643] **الوأد**: معناه دفن الوليدة الأنثى وهي على قيد الحياة. والقرآن حرم هذه الممارسة في سورة التكوير في قوله تعالى: (وإذا المؤْءودةُ سُئلتْ*بأيّ ذنْب قُتلتْ) (الآيتان 8 و9). وفي سورة النحل: (وإذا بشّر أَحدُهُم بالأُنثى ظلّ وجهُهُ مُسْوداً وهُو كظيم* يتوارى من القوْم من سوء ما بُشّر به، أَيُمْسكُهُ علَى هَوْن أَم يدُسُّهُ في التُراب أَلا سَاءَ مَا يَحْكُمُون) (الآيتان 58-59).

[644] صوفية السحيري بن حتيرة، ***الجسد والمجتمع دراسة أنثروبولوجية لبعض الاعتقادات والتصورات حول الجسد***، مرجع سابق، ص 43-44.

[645] يرجى الإطلاع على المقال التالي: S. Schwab et Al, « Sexualité et cancer, information destinée aux femmes, traitées pour un cancer », Université Louis Pasteur, Strasbourg, février 2008.

[646] مقابلة رقم **05** (49 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

يشير إلى أن الزوج الذي يشكل له الثدي مصدر رغبة وأحد الأعضاء الأنثوية لإثارته قد توفي وقامت بدفنه وأن استئصال ثدييها لا يشكل في نظرها أي عائق، بل تقول "... **خلي البزازل حتى هما إمشيو معاه...**"وهي إشارة صريحة منها إلى الارتباط الجنسي للثدي بالرجل، هذه العبارة تدل على المعنى المُجنسن للثدي. كما أن أقوال هذه المبحوثة ومبحوثات أخريات[647] لم تأت من فراغ وإنما هي مستقاة من الثقافة المجتمعية التي تحمل في بعض طياتها ذلك المعنى الجنسي للثدي[648]، حيث يتم استدماجها من طرف المصابات وبالتالي استدماج المعنى الذكوري للجسد. إن استئصال الثدي يفسر هنا غياب الإثارة الجنسية عن جسد المرأة، وبالتالي ينفي الإثارة الجنسية لديها وهي التيمة الخفية التي كشف عنها تحليلنا لمقولات المبحوثات. إن شعور المصابات بسرطان الثدي يتأرجح بين مرجعيتين إذن المرجعية الاجتماعية ثم المرجعية الدينية، وإن كانت هاتين المرجعيتين تتداخلان أحيانا وتنفصلان أحيانا أخرى، بناء على سياقات التفاعل التي تمر بها المصابات.

المحور الثاني: الرابط الاجتماعي والعلاقات التفاعلية عند المصابات بسرطان الثدي

إن المرض هو الجانب المظلم في حياة البشر، كونه ينقلنا من مملكة المعافين إلى مملكة المرضى، هذا الانتقال الذي تنتج عنه تغيرات وتحولات في مسارات حياة المرضى، أهمها تفكك بعض الروابط الاجتماعية عندهن، كذلك تغيرات تطال العلاقات التفاعلية سواء مع الذات (المريضة مع نفسها) أو مع الآخر (الزوج) فكيف ذلك؟

[647] سوف نأتي في وقت لاحق لنبين الارتباط بين استئصال الثدي والعلاقة بالزوج.

[648] إذا نظرنا في الثقافة المغربية نجد أن الواقع الاجتماعي يزخر بمواقع إلكترونية وصفحات إلكترونية تهتم بمواضيع جنسية وروتيني اليومي مثلا خير مثال على ذلك، حيث يتم التركيز فيه على الأعضاء الجنسية للنساء من الثديين والنهدين، ويحقق نسب مشاهدة عالية، كما أنه في قنوات على اليوتوب نجدها تدور حول مواضيع تهم (وصفات لتكبير الثدي، تكبير المؤخرة...)، هذه النظرة الجنسية للجسد الأنثوي من طرف الرجال، يجعل المرأة تستدمج ذلك سواء بشكل واعي أو غير واعي، وترغب بالظهور في مظهر إعجاب وبالتالي تتمكن من تحقيق قيمتها الاجتماعية، فهذه كلها سلوكات حاضرة بقوة في الواقع الاجتماعي وهي من بين المعاني التي يعطيها الأفراد لسلوكاتهم.

1) استئصال الثدي وتفكك الرابط الاجتماعي

لم تشكل تجربة استئصال الثدي نتيجة الإصابة بسرطان الثدي عند العديد من المبحوثات تجربة إزالة العضو المريض فقط، وإنما تجربة أدخلتهن في علاقات مغايرة لما اعتدنه سواء تلك العلاقة التي أصبحت تربطهن بذواتهن (النظرة للجسد والذات) أو تلك العلاقة التي أصبحت تربطهن بالغير والذي يعتبر الزوج أحد أهم الفاعلين الذين بيّنت النتائج الميدانية دوره السلبي أحيانا في المسارات العلاجية لدى المصابة وأحيانا أخرى دوره الإيجابي والفعال في حياتها.

بناء على تفسير **إيزابيل بزنجر** Isabelle Baszanger للأمراض المزمنة يمكن القول بأن هذه الأمراض تتميز بشيء أساسي هو أنها أكثر اجتماعية من الأمراض الحادة، ذلك لأنها أمراض قابلة للعلاج لكنها غير قابلة للشفاء النهائي، لذلك سميت بالأمراض المزمنة[649] والذي يعتبر سرطان الثدي أحد نماذجها. إن هذه الأمراض المزمنة تتميز بطول مدتها وبتدبيرها اليومي المفتوح دائما على عدم اليقين، ذلك لأن مسألة التدبير اليومي للمرض لا تقتصر فقط على العمل الطبي أو على تكيف العلاج بالنسبة للمريضة إنها تعني أن المرض يتحول إلى "حدث اجتماعي" بالنسبة لكل الفاعلين المباشرين وغير المباشرين: المرضى، المهنيون، الأطباء، الأسر، مجال العمل...

إن مرض سرطان الثدي يجعل عالم المرض أكثر اتساعا ولا يقتصر على عالم الأسرة وعالم الطب فحسب بل إنه عالم يمتد إلى كل نواحي الحياة الاجتماعية، ولمدة زمنية غير محدودة. إن طول هذه المدة الزمنية لمرض سرطان الثدي وتغير شكل الجسد لدى المصابات به يجعل العلاقات الاجتماعية عندهن تصاب بالانفصال والشعور بعدم الانتماء تجاه الذات أحياناً، وأحياناً أخرى بالخلل والتفكك تجاه الآخر (الزوج).

[649] Isabelle Baszanger, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 1986. web site: http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_1_2280.

تُولّدُ الإصابة بسرطان الثدي لدى المصابات نوعا من الشعور بعدم الانتماء[650] فتصبح المريضة مستلبة الجسد، لأن هناك وسما اجتماعيا وعنفا نفسيا موجها نحوها، الشيء الذي يؤثر سلبا على تمثلها لصورة جسدها وعدم رضاها عن نفسها، ما يفسر عدم رغبة بعض المريضات العازبات في الزواج بعد إصابتهن بالمرض تقول مبحوثة "**لا أريد أن أتزوج، وأنت تعرفين تأثير الدواء على الجسد...**"[651]. إنه موقف صريح بعدم رغبة هذه المبحوثة بعدم الزواج لكونها تتمثل جسدها بتلك الصلاحية البيولوجية القائمة على الجنسانية بالدرجة الأولى، وتستحضر نظرة الآخر ووسمه لجسدها مما يؤدي إلى تفاقم إحساسها بعدم انتمائها لهذا الجسد وهذا ما عبّرت عنه إحدى المبحوثات "...**تشعرين أن جسدك غريب عنك،...**"[652].

لقد أدت إصابة الجسد الأنثوي عند بعض المريضات المتزوجات إلى تفكك رابطهن الاجتماعي مع الزوج، مما يعني تفكك رابطهن الأسري. هذه الأسرة التي تمثل النواة أو الخلية الاجتماعية الأولى التي تُؤَسَّس الْعَلاقات الودية والحميمة داخلها مما جعلهن يتحسرن على تلك الثقة التي سبق لهن وأن وضعنها في أزواجهن. تقول مبحوثة في هذا الصدد "...**لو كنت أفكر مثلما أفكر الآن، مغاديش نبقى نمحن راسي، كنت كندير المنسج، كاندير الصوفة، كنتقاتل والفلوس ديالي كنعطيهم للراجل، ندمت على داك العقل لي كان عندي...**"[653]. إن هذه المبحوثة بعدما أصيبت بالمرض واجهت تخلي الزوج عنها؛ إنها تتحسر على تلك السنوات التي قضتها تعمل بكد وجد وما تحصل عليه من مال تعطيه لزوجها الذي أصبح يعاملها معاملة سيئة نتيجة مرضها.

---

[650] نقصد بها في اللغة الفرنسية désaffiliation وترجمناها بعدم الانتماء كون أن هذا المصطلح يضم كل من الجانبين النفسي والاجتماعي للمصابة، فالنفسي يظهر في علاقة الروح بالجسد، والاجتماعي يظهر في تفكك بعض الروابط الاجتماعية وضعف شبكة العلاقات الاجتماعية.

[651] مقابلة رقم **25** (42 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

[652] مقابلة رقم **08** (40 سنة، متزوجة (زوجها مريض بسرطان الكبد)، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه براكة (رحّالة)).

[653] مقابلة رقم **06** (50 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها أربعة أبناء ، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

تعبر تجربة استئصال الثدي إذن عن نوع من الانفصال والمفارقة التي تعيشها المصابة سواء تجاه جسدها (علاقة الجسد بالروح) أو تجاه مجتمعها والتي تظهر في تفكك العلاقات وبعض الروابط الاجتماعية خاصة من داخل الأسرة. من هنا نتساءل هل هناك من استراتيجيات أو أساليب تلجأ لها هؤلاء المريضات لمقاومة هذا التفكك؟

إن إصابة الجسد الأنثوي بمرض سرطان الثدي تجعل المصابات يستجبن للتغيرات الناتجة عن هذه الإصابة بطرق مختلفة ويوظفن استراتيجيات للمقاومة تختلف طرقها باختلاف علاقتهن بجسدهن. وقد أفرزت نتائج البحث حول استراتيجيات المصابات في مقاومة المرض والتعايش معه عن فئتين من المبحوثات، تلجأ الفئة الأولى للظهور بمظهر جميل ولائق، تقول مبحوثة "...**كنلبس مزيان،... كنخرج نمشي للحمام...**"[654]، هذا الفضاء (الحمام) الذي شكل مجالا نسْويّاً خالصا، يمنح الاسترخاء للجسد ويعيد إليه حيويّته ونشاطه ويهيّئه للحب، كما يهيّئه للطهارة والغسل والوضوء. وتضيف مبحوثة أخرى"...**أصبحت ألبس أحسن من الأول، وأخرج من المنزل...**"[655]، إن هذه المبحوثة تشير إلى اللباس الذي "مثّل عبر التاريخ أحد أبرز المؤشّرات التي تُطلعنا على المجتمع الذي ينتجه والعلاقات التي يَعْقدها مع الخارج، الأمر الذي يبرز ما يؤديه اللباس من وظيفة رمزية مهمّة تكمن في تجاوز المستوى البيولوجي الطبيعي إلى المستوى الاجتماعي الثقافي."[656] هذه الرغبة في الظهور بمظهر جميل، هي نوع من المقاومة تجاه النظرة السلبية التي تتلاقاها –وتشعر بها– المصابة من الآخر وتقول مبحوثة "...**نخرج لي بغا إشوف إشوف، لي بغا إهدر إهدر...**"[657]، بالتالي إن اللباس والخروج إلى الفضاء العام هو رغبة في الحصول على تلك القيمة الاجتماعية واثبات الاعتراف الاجتماعي بحضور الجسد الأنثوي بالفضاء العام.

---

[654] مقابلة رقم **05** (49 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[655] مقابلة رقم **26** (61 سنة، متزوجة، مستوى ابتدائي، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[656] خلود السباعي، *الجسد الأنثوي وهوية الجندر*، مرجع سابق، ص 60.
[657] مقابلة رقم **05**.

أما الفئة الثانية فهي تقاوم مقاومة إيمانية–روحانية وذلك بتوظيف إستراتيجية تقبل المرض والاتجاه نحو التعبد والتقرب إلى الله، تقول مبحوثة "**الحمد لله، من أول مرة عندما سمعت بالمرض، تقبلته ورضيت بما قسم الله عليّ...**"[658] وتقول أخرى "**...عادي، الحمد لله...**"[659].

وفئة ثالثة تلجأ لشبكة العلاقات الاجتماعية مع الصديقات والجارات كآلية للتعويض والإحساس بالانتماء الذي فقدته داخل الأسرة. تقول مبحوثة "**...جراتي هما لي كيقدموا لي العوين و كيفاجيو عليّ، أما الراجل مسمحتش ليه...**"[660].

إن إستراتيجية المصابات في المقاومة الاجتماعية للمرض إذن ليست قوية عند هذه الفئة وضعيفة عند الفئة الأخرى، بل إن كل المصابات يعشن نفس التأثير، حيث أن سرطان الثدي يؤثر سلباً على الرابط الاجتماعي عامة عندهن، إن الفرق يكمن فقط في علاقتهن بالجسد وكيف يتم تصريف هذه العلاقة عبر السلوكات الاجتماعية. فإذا كانت الفئة الأولى تحاول الهروب من هذا التفكك عبر المقاومة الاجتماعية التي تتمثل في (اللباس والخروج من البيت...) والثانية عبر توظيف استراتيجية ايمانية–روحانية (عبر التقرب إلى الله بالدعاء والصلاة...). فإن الفئة الثالثة تلجأ لشبكة العلاقات الاجتماعية سواء مع (الأصدقاء أو الجيران...) لتعويض هذا النقص.

يصبح الجسد المصاب بهذا المعنى بمثابة تلك المرآة العاكسة للعلاقات الاجتماعية، فالتفكك الذي تشعر به المصابة تجاه جسدها **(تشعرين أن جسدك غريب عنك)** ما هو إلا انعكاس للتفكك الاجتماعي الذي تعيشه قبلا **(كون كان عندي العقل ديال دابة...)** وما سرطان الثدي سوى متغير من بين متغيرات أخرى ساهم في الكشف وإظهار هذا التفكك، خاصة على مستوى الأسرة. بهذا يصبح مرض سرطان الثدي كمحدد نحو تفكك الرابط الفردي مع الذات والاجتماعي مع الآخر.

---

[658] مقابلة رقم **31** (29 سنة، متزوجة، مستوى الثانوي- التأهيلي، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).
[659] مقابلة رقم **22** (48 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).
[660] مقابلة رقم **06** (50 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها أربعة أبناء ، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

إن مختلف هذه التفسيرات تقودنا إلى التعمق في مستوى العلاقات التفاعلية، سواء من وجهة نظر سوسيولوجية أو من وجهة نظر تحليلية–نفسية. من هنا نتساءل كيف أصبحت علاقة المريضة بذاتها بعد إصابتها بالمرض؟

2) العلاقات التفاعلية للمريضة بالذات (استدماج هوية مريضة)

أظهرت النتائج الميدانية أن بعض المبحوثات استدمجن فكرة المرض، بل أصبحن يتخذن من المرض هوية لتعريف ذواتهن. تقول مبحوثة ""**وليت كنشوف راسي مغيرة، ماشي عادية، تنبقا نقول أنا غير مريضة**،..."[661](وتبكي) وتضيف أخرى "...**كنقول...لاش غادة نلبس الجديد، أنا غير مريضة**"[662]. "إن الجسد بهذا المعنى أصبح يمثّل "مقعد 'الأنا' وعنوان الهوية الفردية، إنه 'الموضع' الذي قُدّر علينا أن نسكنه، فهو منبع الإحساس والارتياح واللّذة من جهة، والمرض والتوتر من جهة ثانية، إلاّ أن إدراك الإنسان لجسده لا يقف عند حدود التعامل معه كمعطى فيزيولوجي، وإنّما يتعدّى ذلك إلى اعتباره نموذجاً ثقافياً وطريقة خاصة في الانخراط في تفاعلات الحياة اليومية"[663].

تشكل المقاربة التفاعلية أهمية بالغة في التحليل[664]، ذلك عبر سبر أغوار ذات المريضة وتركها تعبر عن نفسها بنفسها. يرى عالم الاجتماع **أنتوني غدنز** أن التفاعليّين الرمزيّين، درسوا السبل التي يتكيّف ويتعامل بها المُصابون بأمراض مُزمنة مع حياتهم اليوميّة فوجدوا أن تجربة المرض قد تدفع إلى حدوث تغيرات في الهويّة الذاتيّة للفرد وفي مسار حياته اليومية. وقد أخذ هذا المجال في علم اجتماع

---

[661] مقابلة رقم **16** (40 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).

[662] مقابلة رقم **03** (53 سنة، مطلقة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري، كراء).

[663] خلود السباعي، الجسد الأنثوي وهوية الجندر، مرجع سابق، ص 34.

[664] لقد اتّبعنا نهج **إرفنج كوفمان** ذلك من خلال التحليل الذي قام به حول المعاقين، باعتباره يتقاطع في جزء مهم مع بحثنا، لقد اهتم هذا الأخير بالعلاقات بين الأفراد من خلال الإنصات للمحادثات والتفاعلات من خلال الملاحظة بالمشاركة وكذلك بما أسماه بمسرحة الاستعارة Métaphore théâtrale، فالفرد الذي يعاني من الوصم يختلف عن الآخر وكل واحد من ناحيته يبني إستراتيجيته وفق ما يدركه ويتمثّله، ومن هنا تنشأ المواقف والتفاعل بين الفرد الموصوم والسوي. وقد اعتمد **كوفمان** في مقاربته على تحليل الخطاب وكذلك استند إلى البحث الوثائقي والسير الذاتية التي تعبر عما يتألم منه الشخص الذي يعاني من إعاقة.

الجسد يكتسب أهمية متزايدة في كثير من المجتمعات؛ ذلك أن الناس يعيشون الآن أعمارا أطول من سابقيهم، غير أنهم يعانون أوضاعا صحيّة مزمنة تستنزف طاقتهم، لا من أمراض حادة[665].

ينتج عن الإصابة بسرطان الثدي عند المرأة المغربية في كثير من الحالات إذن هوية مريضة، متألمة ومعذبة نتيجة العلاجات القاسية والمؤلمة والطويلة الأمد من جهة (شيميو، الاشعة...) وعدم علاج هذا الألم بالعلاجات التلطيفية المخصصة لعلاج الأمراض المزمنة والمرتبطة بالألم كالسرطان والسيدا، فيبقى الاستمرار في الإحساس بالألم عند العديد من المبحوثات هو السمة الغالبة، ولا ننسى التأثيرات التي يحدثها العلاج على الجسد الأنثوي والتي تؤدي إلى تغيّر صورته الخارجية (تساقط الشعر، الأظافر، النحافة أو الانتفاخ، شحوب البشرة...). تقول مبحوثة في هذا الصدد "...**'كنرد السينتة' إلى الوراء، وأنظر إلى صوري وأقول شوف أنا كيف كنت**..."(وتتنهد)[666]، بالإضافة إلى التمثلات المرتبطة بمرض سرطان الثدي في حد ذاتها والتي تلخصت في أنه مرض "قاتل"، "لايمكن الشفاء منه"، وأنه يمثل "إعاقة جسدية" كل هذا يفاقم من إحساس المريضة بالألم والحسرة والنقص، مما يؤدي بالعديد من المصابات إلى استدماج المرض بل وجعله هوية للتعريف بأنفسهن، وهذا ما يظهر في العبارة التالية "أنا غير مريضة" التي ترددت عند الكثير من المبحوثات. بهذا يصبح مرض سرطان الثدي كهوية لتعريف الذات ومحددا لتفكك الرابط الاجتماعي. فإذا كانت هذه هي العلاقة التي أسّست لدى المريضات مع ذواتهن، فما هي العلاقة التي تجمعهن بالآخر؟

3) العلاقات التفاعلية للمصابة بالآخر

تشكل علاقات المريضات بمختلف الفاعلين الاجتماعيين سواء أولائك الذين تواجدت معهم المصابة من (أسرة، أصدقاء، جيران...) أو الذين صادفتهم في مساراتها العلاجية من أطر طبية وأطر إدارية بمختلف المهام التي يشرفون عليها، علاقات يمكن أن تساعدهن بشكل ايجابي في سيرورة علاجهن كما

---

[665] أنتوني غدنز، **علم الاجتماع**، ترجمة الدكتور فايز الصيّاغ، مرجع سابق، ص 248.

[666] مقابلة رقم **10** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

يمكن أن تكون هذه العلاقات محطمة لهن وبالتالي تُعرقل علاجهن بشكل أفضل. كيف ذلك؟ للإجابة على هذا السؤال سوف نتناول هذه العلاقة وذلك بالتركيز على المتغيرات التالية:

- علاقة المصابة بالزوج
- علاقة المصابة بالأسرة
- علاقة المصابة بالطبيب

إن تركيزنا على هذه المتغيرات ليس محط الصدفة وإنما هي متغيرات كثيرا ما ترددت في كلام جل المبحوثات، حيث كان لهذه العلاقات إما تأثير سلبي أو إيجابي عليهن منذ استئصالهن للثدي.

علاقة المصابة بالزوج بعد استئصال الثدي

عند طرحنا للسؤال التالي على المبحوثات: هل يؤثر استئصال الثدي على علاقة المرأة بزوجها؟

إن أول نتيجة توصلنا إليها هو أن إصابة المرأة بسرطان الثدي واستئصال ثدييها ينجم عنه في كثير من الحالات إصابة علاقتها الزوجية بالخلل. جاءت إجابات المبحوثات بين من كان زوجها سندا ومدعما لها في مواجهة مرضها، وبين من كان سببا في تأزمها، بل والتخلي عنها بسبب إصابتها، تقول مبحوثة "...**صراحة راجلي وقف معاية وقفة الرجال، لم يتخلى عني أبدا، ولم يحاول أن ينقص مني، كان هو مساندي الأول...**"[667] وتقول أخرى "...**أنا كنت مع الزوج ديالي قبل ما يموت وأنا محيدة البزولة، إوا أش غادي إدير، أمر الله، إلى معجبوش الحال، إمشي إدير امرأة أخرى،...هو شوية النفسية كتكون قاصحة، لكن الحمد لله...**"[668]، تضيف مبحوثة "...**المرأة فاش كتكون مزوجة وبصحتها كيكون باغيها كل شي، أما فاش كتنقص ليها شي حاجة في الذات ديالها، يعني كيولي إشوفها شوفة ناقصة، شي حاجة ما شي هي هاديك...**"[669].

[667] مقابلة رقم **31** (29 سنة، متزوجة، مستوى الثانوي- التأهيلي، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي).
[668] مقابلة رقم **21** (60 سنة، أرملة، مستوى ابتدائي، لها ستة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[669] مقابلة رقم **17** (32 سنة، عازبة، مستوى ابتدائي، لها بنتان، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري، كراء).

تقول إحدى المبحوثات في حديثها بشكل درامي عن معاناتها مع زوجها جراء تعامله السيئ معها بعد مرضها"...**فاش مرضت، قال لي؛ دبري لراسك، هانتي كاتشوفي، معندي ما نعطي عليك...لي مريض مكاياكلش الفلوس، لي مريض بحالك مكايبراش...**"[670].

يختلف تأثير الدواء من امرأة لأخرى، حيث تظل بعض الاضطرابات مؤقتة فيما تدوم أخرى، وإن كانت بعض جوانب الحياة الجنسية تُعدّل، فإنّ عيشها يظل ممكناً.

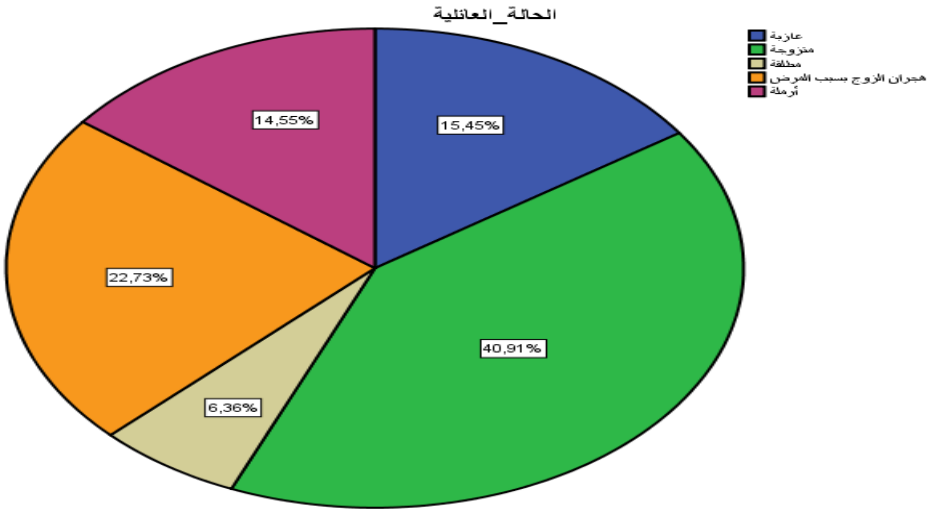
إن "تغير صورة الجسد، الصدمة النفسية، الخوف من المستقبل كلها متغيرات تُفسر أن مجموعة من المرضى أو المتدخلين لا يهتمون بالمشاكل الجنسية المتعلقة بالمرض أو لا يُريدون الإهتمام بها. في المقابل، إن عدم توفر معلومات من طرف مقدمي الرعاية حول العواقب الجنسية لبعض العلاجات تؤدي إلى الإحباط والانزعاج. إن بعض مقدمي الرعاية يُخفون هذه العواقب عن مرضاهم خوفا من عدم متابعتهم للعلاج. تنضاف إلى ذلك متغيرات مرتبطة ببعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب المصاحب للتشخيص والعلاج والخوف من الانتكاس، فوحدها هذه المتغيرات كافية لقتل الرغبة الجنسية عند المصابة، فلا يوجد أحد يولي اهتماماً للجنس عندما يكون هناك تهديد للحياة"[671]. كما يمكن أن يعزز الخوف من عدم القدرة على إرضاء الشريك والشعور بالذنب أحد الأسباب وراء عدم الاهتمام بالحياة الجنسية.

تعتبر الرضاعة أحد الخصائص الكبرى لوظيفة الأمومة فبعد الولادة تقوم الأم بإرضاع طفلها من أجل تغذيته وحمايته من المرض، بذلك تكون للثدي عدة دلالات منها تغذية الطفل والخصوبة، دون أن ننسى عنصر الجمال. غير أن إصابة أحد الثديين بمرض سرطان الثدي وخوفا من حدوث أي مضاعفات

[670] مقابلة رقم **06** (50 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها أربعة أبناء ، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).
[671] S. Schwab et Al, *Sexualité et cancer, information destinée aux femmes, traitées pour un cancer*, Université Louis Pasteur, Strasbourg, février 2008, p. 5.

يتدخل الطب لاستئصاله، فيكون من نتائج ذلك إصابة العلاقة الزوجية بالخلل، والتي كان من نتائجها هجران الزوج عند حالات كثيرة، في هذه الحالة هل يمكن القول أن المريضة قد مست في أنوثتها؟

مبيان رقم 15: توزيع المبحوثات حسب الوضعية العائلية



المصدر: البحث الميداني

إنّ الملاحظة الأولى التي تظهر من خلال الجدول أعلاه هي أن نسبة 22.73% من النساء المصابات تعرّضن لهجران الزوج بسبب مرضهن. حيث احتلت هذه الفئة المرتبة الثانية بعد المتزوجات، مما يؤثر سلبا عليها اجتماعيا ونفسيا واقتصاديا، سواء في تعايشها مع المرض أو في اندماجها الاجتماعي. تقول مبحوثة "...**كاينين الرجال لي كيطلقوا عيالاتهم، دابة أنا مشا وخلاني، بحالي مرضاش المرأة بواحد البزولة، جاتوا هو فشي شكل...**"[672] تضيف أخرى "...**فاش عرفني راجلي مريضة مشا فحالو...**"[673]. المرض غالبا ما يتحول إلى خلل اجتماعي كما أشار إلى ذلك **مارك أوجي** في حديثه عن مظاهر الوجود الاجتماعي للمرض، وإلى تغيّر في طبيعة العلاقات الاجتماعية.

[672] مقابلة رقم **10** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).
[673] مقابلة رقم **4** (58 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها ابنة واحدة، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه قروي، كراء).

أكد **بندا** M. Benda في تقرير **أوربيل:** "لجسد الرجل معنى في حد ذاته، بصرف النظر عن جسد المرأة، بينما يبدو هذا الأخير مجردا من المعنى إذا لم نذكر الذكر... يفكر الرجل بنفسه بمعزل عن المرأة ولا تفكر هي بنفسها بمعزل عن الرجل...إنها غير الأساسي في مواجهة الأساسي. إنه "الذات" و"المطلق" وهي "الآخر".[674] فإصابة جسد الرجل بالمرض تختلف عن إصابة جسد المرأة كميا وكيفيا[675].

ينعكس الفرق البيولوجي بين الإناث والذكور على مستوى التقسيم الاجتماعي والبيولوجي للمرض، حيث ترتبط أغلب الأمراض التي تصيب النساء بطبيعتهن الأنثوية وبالوظائف الطبيعية لأجسادهن مثل سرطان الرحم والثدي؛ تقول مبحوثة "...**أنا راجلي متقبلش نحيد البزولة، ولكن كاينين شي عيالات حيدو الوالدة (الرحم)، وصابرين عليهم رجالهم، إوا المرأة إلا حيدات الوالدة أش بقا ليها، صافي داكشي لي كاين في المرأة، مازال البزولة بعدا ماشي شي حاجة...**"[676] إن المبحوثة تجري مقارنة بين الأعضاء الأنثوية، الرحم والثديين، وتعتبر أن استئصال الثدي هين بالمقارنة مع الرحم، بل إنها تلخص كيان المرأة في عضوها، من خلال قولها **(داكشي لي كاين في المرأة)**. دون أن ننسى الآثار النفسية الزوجية وبالتالي تخريب النسيج الاجتماعي مثلما خرب النسيج الإنساني بين الطرفين (الزوج والزوجة) والذي يكون تأثيره غالبا سلبيا على الأبناء في الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والنفسية. فوراء الاختلافات البيولوجية والطبيعية التي تميز الجسد الأنثوي عن نظيره الذكوري، توجد فوارق اجتماعية وثقافية اصطناعية، ترسخ لفكرة وجود المرأة ككائن هش، بسبب الأنوثة التي تمثل كل معالم الضعف والرقة والمرض والقابلية للاختراق في العالم الاجتماعي والطبيعي. خاصة وأن نظرة الإنسان إلى العالم والطبيعة كما يقول **بيير**

[674] سيمون دوبوفوار، ***الجنس الآخر***، الجزء الأول، ترجمة سحر سعيد، نشر الرحبة للنشر والتوزيع، دمشق، سوريا، الطبعة الأولى، 2015، ص 16.
[675] نتائج الدراسة الميدانية التي قام بها زكرياء الإبراهيمي حول الصحة والمجتمع: ***دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي***.
[676] مقابلة رقم **10**.

بورديو، نظرة شبه جسمية "quasi–corporelle"، وتقف دائما عند حد وجود كائن آخر مختلف ومغاير هو الأنثى وكائن أصل هو الذكر[677].

إن مرض سرطان الثدي له تأثير سلبي على أداء المرأة لدورها في الحياة الزوجية، كما في حالة الأمراض التناسلية وفي حالة العجز الجنسي، مما يجعل المرأة المصابة بهذا المرض تظهر بمظهر العاجز أمام الطرف الآخر، فإذا ما كانت المرأة المصابة متزوجة ودم الحيض يأتيها، فالطبيبة تمنع عنها معاشرة الزوج مخافة الحمل تقول مبحوثة "**الطبيبة دابة حيدات لي النعاس مع الراجل...كيبقا إقول لي علاش وكيفاش، ولكن أنا كندير بكلام الطبية...**"[678] وتضيف أخرى "**...دابة أنا مشا وخلاني،...بحالا مرضاش المرأة بواحد البزولة، جاتوا هو في شي شكل...**"[679]، كما أن أمر الطبيبة المريضة بضرورة استعمال العازل الطبي من قبل الزوج أو الزوجة أثناء العلاقة الحميمة بينهما لم يتقبله الزوج مما دفعه لهجرانها والتخلي عنها. وهذا ما أكدته بعض الدراسات العلمية[680]، من أن مرض سرطان الثدي له دور سلبي على أداء المصابة لدورها الجنسي.

- **<u>علاقة المريضة بسرطان الثدي بالأسرة</u>**

إن للمرض بعدين أساسيين أحدهما شخصي والآخر عام واجتماعي. حيث أن إصابة أحد بالمرض لا تلحق به مجرد الإحساس الفردي بالألم والخوف والنكد والحيرة والارتباك، بل إنها تؤثر في الآخرين حوله خاصة الأسرة. كما أن الناس الذين حوله أو يتعامل معهم يواجهون حالته المرضية بالتعاطف أو مد يد المساعدة أو تقديم الرعاية أو التخلي. وهم يبذلون الكثير من الجهد لفهم مشاعره ويحاولون استيعابها

---

[677] زكرياء الإبراهيمي، ***الصحة والمجتمع***، مرجع سابق، ص 274.

[678] مقابلة رقم **11** (46 سنة، متزوجة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

[679] مقابلة رقم **10** (37 سنة، هجرها زوجها بسبب مرضها، غير متمدرسة، لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

[680] S. Schwab et Al, « Sexualité et cancer, information destinée aux femmes, traitées pour un cancer », Université Louis Pasteur, Strasbourg, février 2008 ; https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/sexualite-cancer-femme_2016-03-.pdf consulté le 2021/02/05 à 17H et

« Couples et cancer du sein: l'expérience de la sexualité », Université de Genève certificat de formation continue en sexologie clinique, Aout 2011) ; et

« sexualité après un cancer du sein: un sujet non tabou » sur le site web :
https://www.revmed.ch/view/424076/3675162/RMS_598_563.pdf consulté le 2021/02/06 à 10H.

وترتيب آثارها على حياتهم. كما أن ردود الفعل التي تصدر تجاه المريض من الذين يتعاملون أو يتفاعلون معه تُسهم في التأثير على تصور الفرد لنفسه ولأهميته بالنسبة للآخرين[681].

للمريضة ارتباط قوي بأسرتها التي تعيش معها مرضها بمواعيده وآلامه ومعاناته، بحيث تعتبر (الأسرة) المتضرر الرئيسي بعد المريضة وخصوصا الآباء والأبناء، هاته العناصر المرافقة والحاملة لهموم المريضة الحاملة لمرض سرطان الثدي، بل إن الأمر لا يقتصر على هموم المرض وحده، وإنما ينضاف همُّ ضعف العامل المادي أو عدم وجوده للكثير من الأسر المغربية، والتي تواجه مشاكل الحياة اليومية بكفاح وقهر، وعندما يضاف هذا المرض، يسبب معاناة مزدوجة، الاختيار بين إحداها يكون مريرا وما ينتج عن ذلك من تأثيرات سلبية على المصابة جسديا، نفسيا، عصبيا، ماديا وعلائقيا...

فماذا ننتظر من مجتمع إذا ما أصاب العطب أهم نواة فيه، ألا وهي الأسرة؟ إننا عندما نتحدث عن إصابة إمرأة فإننا نعني بذلك إصابة أسرة بكاملها. إن التأثير الأول الذي يحدثه مرض سرطان الثدي على المصابة هو تأثر أدوارها الاجتماعية، سواء أكانت زوجة أو أماً، فتجد نفسها أمام حياة جديدة تعيشها، حياة مليئة بتجربة مع المرض، لكنها تبقى حياة في نظر المصابات وجب عيشها وهي العبارات التي تردّدت عند الكثير من المبحوثات "**بغينا نحسوا أننا مزالين عايشين**"، الشعور بأنهن مازلن على قيد الحياة، أهم شيء يُردن أن يشعروا به ويرغبن في أن يعرفه كل الناس المحيطين بهن، يطلبن من الناس معاملة وكأنهن لسن مريضات، وإن كن يحتجن فعلا إلى مساعدات كثيرة، تقول إحدى الباحثات "**... في هذه المرحلة ستحتاجين إلى مساعدات كثيرة، لم تكوني تحتاجين إليها أبدا...لكن تذكري...قد يأتي يوم تكونين أنت من يمد الآخرين بالمعونة...**"[682] وهو فعلا ما حدث مع العديد من المصابات، حيث أن إصابتهن بالمرض جعلتهن أكثر سخاء وعطاء ولم يعد هدفهن مرتبطا بالدنيا فقط، وإنما أصبح همهن تقديم المساعدات للآخرين طلبا للأجر والثواب من الله تقول مبحوثة "**...كنت أصلي قبل أن أصاب بهذا**

---

[681] أنتوني غدنز، ***علم الاجتماع***، مرجع سابق، ص 240.

[682] هناء بنت لقمان يونس، الحياة الجديدة: أيامي مع سرطان الثدي، دون ذكر الطبعة، دار سيبويه للطباعة والنشر والتوزيع، 2012.

المرض، لكن الدعاء والصدقات لم أكن أعيرهم أهمية، الآن حينما أصابني هذا المرض تقربت به إلى الله، أصبح لزاما عليّ أن أقدم العون لأخي المسلم وأختي المسلمة، وإذا لم يكن لدي المال لذلك، فكلمة جميلة تكفي...لم تعد الدنيا تهمني، أصبحت أهتم بعمل الخير وفقط..."[683].

إن إصابة المرأة بهذا المرض وما يتطلبه من تدبير طويل ومعاناة تحتاج فيه لمساعدة الآخر ودعمه، كما أشارت الكاتبة **هناء بنت لقمان يونس** في أحد كتبها وهي تحكي عن تجربتها مع سرطان الثدي أن كثيرا من الناس يتساءلون: كيف يمكن أن نساعد مريضة سرطان الثدي، فأعطت بعض الاقتراحات لذلك وقالت:

"لا تبالغي في ردود أفعالك أو تبكي أو تتصرفي مع المريضة وكأنما سَتَمُوتُ قريبا.

- افعلي شيئا لطيفا لأطفالها، كإعداد الطعام لهم أو اصطحابهم في نزهة.

- اعرضي عليها المساعدة في تنظيف المنزل أو كي الملابس.

- أعدي عشاء في بيتك وادعها مع صديقاتكن المشتركات لتستمتع بقضاء وقت لطيف، دون أن تتعب في إعداده، وإذا لم تفضل المجيء فحولي الزيارة لها مع قيامك بكافة التجهيزات.

- لا تقولي لها أخبريني إذا احتجت شيئا...هي لن تخبرك...قرري ما الذي بإمكانك تقديمه واعرضيه عليها بصيغة التقرير: سآتي اليوم لأنظف لك البيت؟ أو سأرسل لك الغذاء غدا؟

- لا تتركي دعوتها لمناسبة أو إخبارها عن عزمك على زيارة صديقة بافتراض أنها مريضة ويجب أن تمتنع عن الاختلاط الزائد بالناس...

وتنتهي من هذه الاقتراحات بالقول أن مريضة السرطان تريد أن تشعر بأنها لازالت على قيد الحياة وتشارك الناس في نشاطاتهم"[684].

[683] مقابلة رقم **25** (42 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

- علاقة المصابة بسرطان الثدي بالطبيب (ة)

أولت فئة من المبحوثات الأهمية إلى عامل المعاملة الجيدة وحسن الاستقبال للأطر الطبية ودوره في العلاج، وأشادت فئة أخرى بمتغير النوع داخل مراكز العلاج كعامل مهم في العلاج. تقول مبحوثة "**المعاملة في فاس والو، أما في خنيفرة مزيانة، في فاس راه السوق، جهداش إديروا الخاطر، جهداش إسبقوا...**"[685] يتضح من خلال هذا الكلام أن هذه المبحوثة رغم إقرارها بالمعاملة الجيدة للأطر الطبية بمركز الكشف بخنيفرة يقابله معاملة سيئة بمركز الأنكولوجيا، إلا أنها على وعي تام بعدم صحة مقارنتها كون أن أطر المجال الثاني (الأنكولوجيا) يستقبلون عددا كبيرا من المرضى في مقابل العدد القليل للمحالات على المركز المرجعي للصحة الإنجابية بخنيفرة. أثارت فئة ثانية في حديثها عن معاملة الأطر الطبية إشكال النوع كعامل مهم في العلاج، تقول مبحوثة "**مزيانة...غير منين كيكون الطبيب هو لي غادي إدوز ليا ونتعرا قداموا كتجيني شوية صعيبة، لأنه كيبقا راجل، وأنا مكنقدرش ولكن معندي مندير**"[686]، إن مباشرة علاج المريضة من قبل طبيب يعتبر في نظرها أمرا مفروضا وقهريا بالنسبة لها وللعديد من المصابات مما يدل على عدم احترام رغبة وتوجهات المريضة في الاختيار. وبالتالي التأثير بشكل سلبي على العلاج في بعض جوانبه النفسية، والمبيان التالي يوضح تمثلات المبحوثات للعلاج حسب النوع.

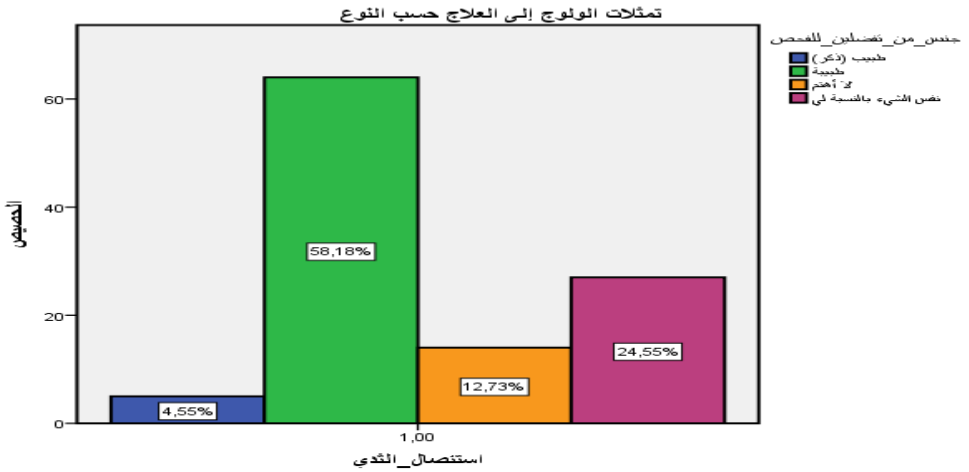
---

[684] هناء بنت لقمان يونس، الحياة الجديدة: أيامي مع سرطان الثدي، دون ذكر الطبعة، دار سيبويه للطباعة والنشر والتوزيع، 2012.

[685] مقابلة رقم **05** (49 سنة، أرملة، غير متمدرسة، لها ثلاثة أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن قروي، نوعه عصري).

[686] مقابلة رقم **24** (32 سنة، متزوجة، ابتدائي، لها طفلين صغيرين، مستفيدة من التغطية الصحية CNOPS، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

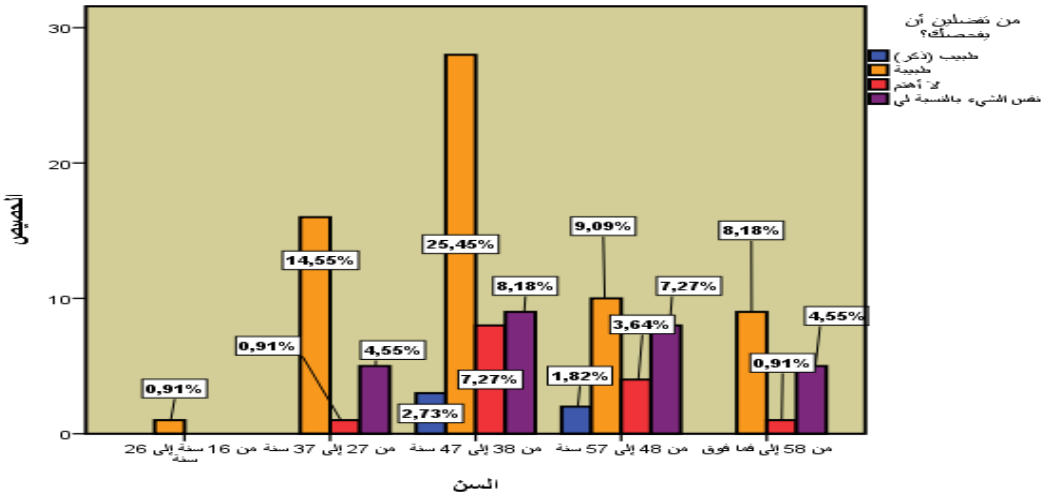
مبيان رقم 16: تمثلات الولوج إلى العلاج حسب النوع



المصدر: البحث الميداني

يظهر بالمبيان أعلاه أنّ تمثلات أكثر من نصف العينة فضلن أن تفحصهن طبيبة بنسبة 58.18%، تليها نسبة المصابات اللواتي لا يشكل عندهن الأمر فرقا بنسبة 24.55%، لتحتل الفئة التي تود أن يفحصها طبيب المرتبة الأخيرة بنسبة 4.55%. وهنا نتساءل هل لمتغير السن علاقة بهذه التمثلات؟

مبيان رقم 17: علاقة متغير السن المصابات بمتغير النوع (طبيب-طبيبة)



المصدر: البحث الميداني

يتضح من المبيان أعلاه تفضيل المصابات في مختلف الأعمار أن تقوم طبيبة بفحصهن وعلاجهن، حيث احتلت فئة المصابات البالغة من العمر ما بين 38 إلى 47 سنة الرتبة الأولى بنسبة 25.45%، تلتها الفئة الثانية من المبحوثات البالغات من العمر ما بين 27 إلى 37 سنة، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على أن الجسد الأنثوي وخلال هذه الفترات العمرية يكون في أوجه، ثم تأتي المرتبة الثانية عند المصابات اللواتي صرحن بأن الأمر نفسه بالنسبة لهن، سواء فحصهن طبيب أو طبيبة فذلك لا يشكل عندهن أي مشكل. (حيث شكلت الفئة البالغة من العمر 38 إلى 47 سنة الأولى، تلتها الفئة البالغة من 48 إلى 57 سنة) وهذا ما يجعلنا نقول أن المرأة كلما تقدمت في السن، تصبح تمثلاتها للجسد مرتبطة بعلاجه أكثر، في حين أنها كلما كانت صغيرة في السن كلما كانت تمثلاتها للجسد مرتبطة ببيولوجيته وجنسيته، سواء لجسدها الأنثوي أو لجسد الطبيب (الذكر).

تؤثر أمور أخرى كثيرة بالإضافة إلى المتغيرات السابق ذكرها على علاقة الطبيب بالمريض، من ذلك مثلا الحالة النفسية لكل منهما، كذلك التوقعات التي يأمل المريض تحقيقها، والتي يمكن تحقيق بعضها وعدم تحقيق بعضها الآخر للمبالغة فيها، فالمريض عادة يظل مشغولا فكريا بمرضه، حيث تمتزج عنده أعراض المرض البدنية بمشاعر القلق والخوف والألم مما يجعله أقل صبرا وحكمة منه عندما يكون سليماً ومعافى من كل الأمراض.

وبذلك يكون المريض في حاجة ماسة إلى الطبيب لأنه في موضع ضعف والطبيب في موضع قوة، إذ عليه مثلاً أن يتعرى أمامه ولو جزئياً نفسياً وجسمياً، ومن هنا كانت نظرة المرضى إلى الأطباء مزيجاً من الاحترام والرهبة ومن الرغبة في الاعتماد عليهم وكراهية ذلك في الوقت نفسه.

لقد أشارت أبحاث إلى أن المرضى لا يهتمون بعمل الطبيب للقضاء على أعراض المرض فقط، ولكنهم يهتمون كذلك بقيمة الطبيب في حل مشاكل أخرى بعيدة عن الأعراض المرضية البيولوجية. إن

الكثير من المرضى يرغبون في التحدث عن مشاكلهم الأسرية ومشاكل السكن ومشاكل العمل، الأصدقاء والعائلة[687]. بالرغم من أن علاقة الطبيب بالمريض هي علاقة (تبادلية) تضم نوعا من التبادل في صورة توقعات سلوكية معينة وهنا تجدر الإشارة إلى أن مركز وقوة الجانبين ليست متساوية.

إنّ دور الطبيب يرتكز على عدم المساواة في القوة والخبرة الفنية. حيث تبدو ضرورية لكون الطبيب يحتاج إلى نوع من القوة أو النفوذ في علاقته بالمريض حتى يستطيع أن يُحدث تغييراً إيجابياً في حالة المريض الصحية، إذ أن تحقيق هذا الهدف يحتاج في بعض الأحيان إلى عمليات وطرق يمكن أن تكون مُؤلمة أو غير مريحة نفسيا وجسمياً للمريض، ولكن على المريض أن يقبل وأن يتبع خطة العلاج، إذا ما أريد للطبيب أن يكون مؤثراً أو ناجحاً ويمارس قوته ونفوذه من خلال ثلاثة متغيرات أو طرق:

- النفوذ (أو القوة) المهني أي المعرفي أو العلمي.
- نفوذ (أو قوة) المنصب، الموقع والوظيفة.
- حالة الاعتماد (أو الضعف) التي عليها المريض[688].

تعيش المؤسسة الطبية اليوم في العالم نقلة نوعية في علاقة الطبيب بالمريض وفي اشتغال المؤسسات الصحية–الإستشفائية، وفي مفهوم الصحة عموما، فحسب التعريفات المتداولة في أدبيات المنظمة الدولية للصحة وشعاراتها فالصحة لم تعد تعني العافية le bien–être المادية والعقلية، بل المحافظة عليها لمدة أطول[689]. دأب الباحثون والمهتمون بحفظ الصحة القدماء والمعاصرون (أطباء وعلماء اجتماع الصحة...) على تثبيت فكرة أن الصحة توازن، وهو ما يعني أن المرض اختلال يصيب صحة الإنسان، إذ أن هناك بعض الأمراض لا تأخذ دلالتها كأمراض إلا بعلاقتها مع المحيط، فالوسط هو الذي يعلن أن بعض الأشخاص هم بالفعل مرضى.

---

[687] الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي، ***مقدمة في علم الاجتماع الطبي***، مرجع سابق، ص 122- 123.

[688] نفس المرجع السابق، ص، 123-124.

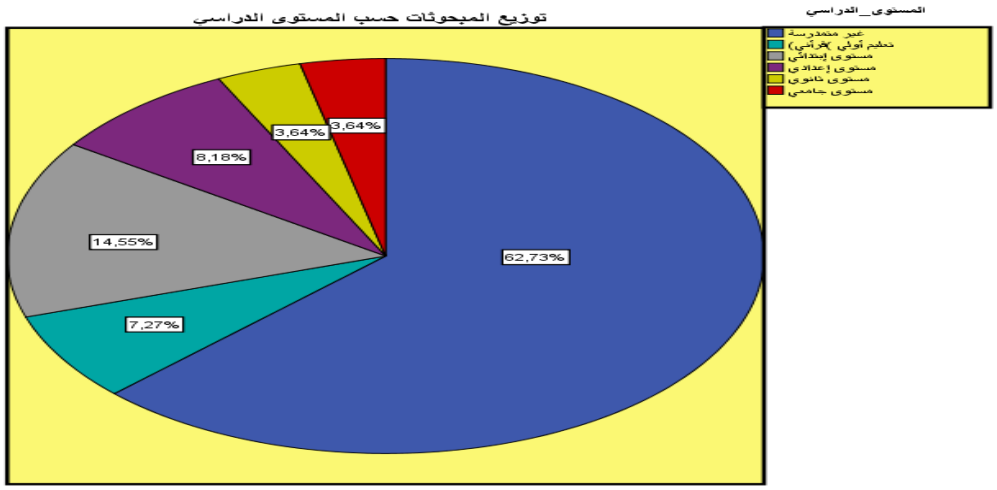
[689] آسية بنعدادة، ***المعرفة الطبية وتاريخ الأمراض في المغارب***، مرجع سابق، ص 148.

تشكل إذن دراسة العلاقات التي تربط الأطر الطبية بالمرضى أهمية بالغة، إضافة إلى دراسة نماذج التفاعل التي تنشأ بينهما؛ لما لها من دور في نجاح العلاج الطبي والنفسي للمريض، والتي تلعب فيها اللغة دورها الأساسي.

أثناء حضورنا للعديد من حصص الكشف السريري **بمركز الكشف المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم بمدينة خنيفرة**، وقفنا على دور لغة التواصل بين النساء المترددات على المركز والأطر الطبية، بحيث أن معظم النساء من المترددات على المركز يتكلمن اللغة الأمازيغية وبالتالي بعد الكشف عليهن من طرف الطبيبة المسؤولة عن ذلك، تشير هذه الأخيرة إلى إحدى الممرضات المساعدات لها في ملئ تقارير المريضات، بأن تكتب نوعية إصابة المرأة من عدمها، باللغة الفرنسية، إن لم نقل لغة طبية مختصرة.

وعليه يكون هناك توتر باد على مُحيى المرأة واندهاش يظهر عليها، عندما تدخل غرفة الكشف، حتى إن بعض النساء يصيبهن التوتر الشديد، فترتجف أيديهن وتصفر وجوههن وهذا قبل أن يسمعن من الطبيبة نتيجة فحصهن. إذ أن أغلب النساء لعدم قدرتهن على انتظار ملء الملفات والأوراق الخاصة بهن من قبل الطبيبة والممرضة، يقمن بطرح السؤال، (ياك شيباس ما كاين؟) أنذاك تخبرها الطبيبة بما عليها القيام به إن شكّت في إصابتها، تملئ لها ورقة، لقيامها بفحص mammographie، وإن بدت لها الأمور طبيعية بعد فحص الثديين، تطمئنها وتطلب منها أن ترجع كل سنتين للمركز الأقرب لسكناها للقيام بالكشف. يضاف إلى ذلك، أن لغة التواصل التي تستعملها الأطر الطبية، غالبا ما لا يتم استيعابها بشكل جيد من طرف المصابات، كما أنها لغة ممزوجة باللغة الفرنسية، أمام نساء معظمهن يعانين من الأمية، والتوتر النفسي جرّاء احتمالية الإصابة بسرطان الثدي كما يبين المبيان أسفله:

مبيان رقم 18: توزيع المبحوثات حسب المستوى الدراسي



المصدر : البحث الميداني

تبقى المرأة مندهشة وغير قادرة على فهم واستيعاب كلام الطبيب (ة)، وغالبا ما تستفسر مرة أخرى، عن ما يجب فعله، آنذاك تقوم الممرضة بإعادة تبسيط وتوضيح ما يجب القيام به. فتذهب المصابة وهي غير مدركة بشكل تام لما يجب فعله، والشكوك تراودها في إمكانية إصابتها بالمرض، خاصة إذا ما طُلبَ منها عمل الماموغرافي، هذا الأخير الذي قد تطول مدة انتظار القيام به من أسبوع إلى 4 أسابيع، أو القيام بفحص الأشعة بالمستشفى الإقليمي، أو عند خروج نتيجة الفحص الأول، وفي حالة الشك بالإصابة تطلب الطبيبة من المرأة أن تقوم بتحليلة طبية بالمستشفى الإقليمي، وإذا كانت غير مستفيدة من البرنامج الوقائي للسرطان تطلب الطبيبة من المريضة أن تقوم بشراء حقنة من الصيدلية، وهي حقنة يتراوح ثمنها ما بين 600 درهم إلى 800 درهم، وإذا كانت المرأة غير قادرة على شرائها، آنذاك لا تغادر إلا والدموع تنهمر من عينيها وهذه حالات عديدة صادفتهن وتحدثت معهن. وإذا كانت اللغة من أكثر الوسائل تطورا، والتي بها يمكننا توصيل ما نعنيه لبعضنا البعض، وبالتالي نبني ما يسمى بالنظام الاجتماعي.

إن التركيز على الاستخدام الخلاق للغة من قبل الأفراد يصل إلى أقصاه مع الإثنوميتودولوجيا؛ فهناك تصبح طبيعة اللغة البشرية نفسها موضوع البحث الاجتماعي. وعلى هذا فإن آليات كيفية

استخدامها من قبل البشر لكشف محتويات عقول كل منا هي محور اهتمام أكثر أداة بحثية إثنوميتودولوجية شهرة المعروفة بتحليل الخطاب أو تحليل الحوار.

فمن الواضح إذن، أننا يجب أن نميز، كما فعل عَالم اللغويات، **فردناند دي سوسير** Ferdinand de Saussure بين الخطاب –ما يقوله أفراد معينيون لبعضهم البعض– واللغة والنظام الاجتماعي العام للعلامات، الرموز والمرجعيات التي على المتحدثين أن يستخدموها للتفكير والتحدث. فنظام اللغة موجود بشكل مستقل عن دارسيها ومستخدميها، وإنهم مضطرون لاستخدام المعاني المشار إليها بواسطة الرموز المكونة لها للتفكير في أنفسهم لتبادل الأفكار مع الآخرين على حد سواء[690].

فإذا كُنّا من الناحية البيو–طبية نتحدث من خلال كل مفهوم عن حقيقة عضوية واضحة إلى حد ما، تتحدد انطلاقا من معايير ومؤشرات ومعدلات واضحة ومضبوطة، تلتقي كلها عند مفهوم ببعديه الكمي والكيفي، ويوجد الجسد كمجال طبيعي وحيد لفعل هذا النوع من الظواهر. فإننا نعتبر اللغة المستعملة من لدن الأطر الطبية للتعبير عن مجموع الاختلالات التي تصيب الوجود الطبيعي والاجتماعي للجسد، أول مؤشر على الواقع الاجتماعي للصحة والمرض.

[690] آسية بنعدادة، ***المعرفة الطبية وتاريخ الأمراض في المغارب***، مرجع سابق، ص 180.

إن إصابة الجسد الأنثوي بمرض مزمن كسرطان الثدي أحدثت تغيرات هامة طالت الجانب العلائقي للجسد (تغير صورة الجسد، استدماج الهوية المريضة...) كما طالت الجانب الاجتماعي له (تأثر الأدوار الاجتماعية للمرأة، الدخول في مسارات حياتية أخرى كالمسارات العلاجية، ثم تأثر العلاقات الأسرية...) كما كشفت إصابة الجسد الأنثوي بالمرض عن المرجعيات المتحكمة في التصورات والتمثلات الاجتماعية والثقافية لهذا الجسد من ثقافة مجتمعية محمّلة بقيم وتقاليد وعادات تنظر إلى المرأة كجسد يجب أن يؤدي أدوارا اجتماعية وبيولوجية أساسية. فتؤدي الإصابة بمرض سرطان الثدي إلى استدماج وتشكيل هوية جديدة، مريضة، متألمة، مستلبة لدى المصابة. أن إصابة المرأة بالمرض كشفت عن الخلل الاجتماعي العلائقي مع الأسرة المتمثل في العلاقة بالزوج خاصة، وتخليه عن أدواره مع الأبناء والزوجة عند الكثير من الحالات.

لهذا يبدو المرض للوهلة الأولى حالة بيولوجية عضوية تنفلت من التحليل السوسيولوجي، غير أن **دوركايم، ومارسيل موس**، وعلماء اجتماع آخرين بيّنوا أن هناك علاقة سببية موجبة بين نسب الوفيات الملاحظة عند بعض الجماعات البشرية ودرجة الاندماج للفرد لديها في الأسرة وفي المجتمع، فهناك ما يشير إلى حالة من التوافق بين الجسد وبين الثقافة التي يتحرك ويتفاعل ويتطور ضمن أعرافها هذا الجسد السوي وغير السوي، المنتشي أو بالعكس المتألم الجريح أو المحتضر وبين المجتمع الذي يحتضن هذه التفاعلات، وأحيانا يتأثر بها ليشهد تحولات وتغيرات لا مفر منها.

خاتمة عامة

بعد عرضنا في القسم الأول–عبر فصوله الأربعة– البناء المنهجي والتأصيل النظري السوسيو–أنثروبولوجي للصحة، المرض والجسد، قمنا في القسم الثاني بالتفصيل في نتائج البحث وتحليلها والتحقق من فرضياتنا المطروحة. وقد تبين لنا أنّه وعلى الرغم من أن البحوث حول الصحة والمرض لم تنل قسطا وافرا من البحث والتنقيب، ناهيك عن البحوث التي تناولت الجسد الأنثوي المستأصل الثدي والتمثلات الاجتماعية والثقافية المرتبطة به. وإن وجد من الباحثين المعاصرين من تناول بالدراسة بعض جوانب هذا الموضوع، والتي تعد محاولات جادة لدراسة أشمل في هذا المجال، فإن ذلك، لم يصدّنا عن البحث في هذا الموضوع وثناياه.

وقد جاءت دراستنا هذه لتبيّن كيف يتم تمثل الجسد الأنثوي من قبل الذوات الفاعلة (المصابات) وعلاقته (الجسد) بالثقافة المغربية وبالتفاعلات المرتبطة به. ومن ثمة فهم التصور العام الذي يطبع الجسد الأنثوي عامة والمستأصل الثدي خاصة والذي يحمل دلالات سلبية في مضمونها وهيمنة خفية تتبدى في أشكال تعامل المجتمع معه.

وللتذكير فقد قدمت الأنثروبولوجيا الطبية أو أنثروبولوجيا الصحة كما يسميها بعض الدارسين إلى جانب علم الاجتماع الطبي وسوسيولوجيا الصحة، مجموعة من المفاهيم والأدوات المعرفية النظرية والإمبريقية من أجل فهم إشكالات مرتبطة بالصحة والمرض كنتاج تسوده الكثير من التمثلات والمعتقدات. من الإشكالات الأساسية التي عالجتها سوسيولوجيا الصحة إلى جانب الأنثروبولوجيا الطبية هناك مثلا تطور وتنظيم التقسيم الطبي للعمل، تنظيم المؤسسات الإستشفائية والعلاجية والسياسات الصحية. حيث كان الاقتصار على هذه القضايا والمواضيع في البداية إلا أنه ومع بداية سنوات الخمسينيات من القرن الماضي تم توسيع مجال البحث وأصبحنا أمام إشكالات أهمها: المرض كسلوك اجتماعي والمرض كمنتوج اجتماعي.

لذلك نرى أن الثقافة الصحية تلعب دوراً محورياً في تجاوز العوائق المرضية، لأنه بقدر ما يصبح التفكير في الصحة هاجساً مجتمعياً، يُصبح الحسم مع الوضع الصحي داخل المجتمع أمراً ممكنا وليس مستحيلا. وبتعبير السوسيولوجي المغربي **المختار الهراس** تتجلى أهمية تقويم ومتابعة الإصلاحات والقرارات الصحية وتطوير البحث العلمي في معرفة التحديات وتحقيق التعاون والمساواة في الصحة. وما موضوع المرأة والصحة والتمثلات الاجتماعية حول الأمراض المزمنة ومنها سرطان الثدي، إلا تجلياً من تجليات الواقع الصحي بالمجتمع المغربي والذي يحتاج إلى نجاعة، كثرة، جودة وفعالة المؤسسات الصحية.

ولقد تعددت المقاربات التي تناولت الصحة والمرض وعلاقة بعضها ببعض، فإذا كانت المقاربة البارسونزية، التي تعنى بدور الطبيب والمريض والتي ظهرت في فترة الخمسينيات من القرن الماضي قد وضّحت أن المرض يشكّل نوعا من الانحراف الاجتماعي الذي يتطلب معالجته من قبل المجتمع. فإن نظرية البناء الاجتماعي عند **إليوت فرايدسون** Eliot Freidson ذهبت إلى أبعد من ذلك، ففي كتابه المعنون ب *"المهنة الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية"* الصادر في 1970 أبرز أن سيرورة التحديد الاجتماعي للمرض والمراقبة من طرف المهنة الطبية، حيث لا يعتبر التشخيص والعلاج مجرد قراءة لحالة المريض، وإنما تعد هذه القراءة تنظيما اجتماعيا يخلق المرض ويؤثر على العلاقات مع الآخرين، إنه بذلك يرى أن المرض انحرف، مثله في ذلك مثل **بارسونز** ولكن هذا الانحراف يتم تقنينه عن طريق الممارسة الطبية لميكانيزم الضبط الاجتماعي. إن المرض بهذا المعنى عبارة عن خلل بيولوجي غير أن فكرة المرض وردود الأفعال اتجاهه تعطي هذا الخلل تعريفا اجتماعيا يتدخل في تحديد مجموعة من الأفعال الاجتماعية.

أما **أنسلم ستراوس** فقد انطلق من سؤال مركزي وهو: كيف يستمر النظام داخل المؤسسات ومنها (المؤسسة الإستشفائية)، رغم التحولات الخارجية والداخلية التي تعرفها هذه الأخيرة؟ليخلص إلى فكرة

أساسية مفادها أن النظام هو شيء يتطلب عملاً مشتركاً بين كل أعضاء المجتمع، موضحا ذلك بأن جميع الاتفاقيات التي تحصل والتي تكون أساس كل نظام لا تستمر إلى الأبد، لأن أي اتفاق يكتسي أشياء مؤقتة، وهذه الأشياء المؤقتة تتطلب المراجعة والتجديد أو التخلي عنها نهائيا في بعض الأحيان[691]. من هنا يوضح **أنسلم ستراوس** أهمية التفاوض والأسس التي تقوم عليها هذه العملية.

كما شكلت أعمال **كلودين هرزليش** Claudine Herzlich إضافة نوعية لدراسة وفهم أنثروبولوجية وسوسيولوجية الصحة، حيث كشفت أعمالها عن علاقة الفرد بالمجتمع والطبيعة من خلال الصورة التي يكونها الفرد عن المرض واللغة التي يعبر بها عنه. يقول **سيرج موسكوفيتشي** Serge Moscovici في معرض تقديمه لكتابها إن "الصحة والمرض تحليل لسيرورات اجتماعية"[692]. لقد أكدت كلودين هرزليش في دراستها للتمثلات الاجتماعية على أنها قبل كل شيء مفهوم وتصور يتأسس على تصورات الأفراد والقيم الاجتماعية التي تعمل على بناء الحقيقة الاجتماعية. واعتبرت أن الصحة تأخذ داخل المجتمع ثلاثة أشكال كبرى: الصحة– فراغ ، الصحة– جوهر ، الصحة– توازن.

لعبت نظرية التمثلات الاجتماعية عند **كلودين هرزليش** إذن دوراً هاماً في فهمنا للعالم الذي يحيط بنا وفي تحديد علاقتنا وتفاعلاتنا مع ذواتنا ومع بعضنا البعض، وهذا ما يؤكد صلاحية هذه النظرية في فهم وتفسير تمثلات المصابات بسرطان الثدي لأجسادهن.

إن التأطير السوسيولوجي والأنثروبولوجي لموضوع الجسد والألم اقتضى منّا وللضرورة المنهجية تناول التطور التاريخي للاهتمام بموضوع الجسد كمفهوم سوسيولوجي أولا، ثم تناول البراديغمات الأساسية حول سوسيولوجيا الجسد ثانيا، ومفهوم الألم ثم تجربة هذا الأخير عند المستأصلات الثدي ثالثا.

---

[691] A. Strauss, *La trame de la négociation*, (textes réunis et présentés par Isabelle Bazsanger), Paris, L'harmatton, 1992, pp. 11-12.(ترجمة بتصرف)

[692] Claudine Herzlich, *santé et maladie- analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris, LAHAYE, première édition, 1929, p. 11.(ترجمة بتصرف)

كان لزاما علينا أثناء البحث في مفهوم الجسد التمييز بين الجسد السوي وغير السوي أو، العادي والمرضي. وجدنا التأصيل النظري والإبستمولوجي لهذه المصطلحات (الجسد السوي وغير السوي)، (الجسد العادي والمرضي) في الفلسفة بدءا من **نتشه** مرورا ب **جورج كانغيلايم**[693] وصولا إلى **ميشيل فوكو**، لنصل لسوسيولوجي **ايميل دوركايم** الذي تناول مفهوما قريبا من هذه المفاهيم ألا وهو مفهوم "المعيار" أو "المعيارية".

إنه وعلى الرغم من أن السوسيولوجين الكلاسيكين لم يجعلوا من الجسد موضوعا مستقلا في اهتمامهم وبحثهم ذلك أنهم كانوا منشغلين بالتقعيد لعلم الإجتماع، إلا أننا سجلنا بعض إسهامات علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا في مجال العلاقة بين الجسم الإنساني والواقع الاجتماعي، وخاصة منذ أراء وأفكار الرواد الأوائل وانتهاء بالمحدثين. "تناول **كارل ماركس** Karl Marx مسألة استيعاب الجسد في التقنية الرأسمالية، فيما وجه **جورج سيمل** الاهتمام المبكر بالدور الجسدي في الحياة اليومية، واعتبر أن الجسد ما هو إلا استعمال لحواسنا في ضوء أوضاع اجتماعية وثقافية محددة. أما أعمال **ماكس فيبر** Max weberأبدت اهتماما بعقلنة الجسد و"الملاجئ" التي يوفرها الفن والحب والشهوة الجنسية. فيما اعتبر **دوركايم** الجسد مصدر وموضع تلك الظواهر الدينية التي أسهمت في تماسك الأفراد في كليات أخلاقيات"[694]. حيث أثرت آراء وتصورات **ايميل دوركايم** عن المجتمع تأثيرا بالغا في تلاميذته أمثال **مارسيل موس وروبرت هرتز** واتضح ذلك جليا في إدراكهما المبكر للأهمية الاجتماعية لجسم الإنسان. إذ لم يعد ينظر للجسد ككيان فسيولوجي خالص، بل أصبح هذا الكيان عاكسا لمعان اجتماعية متنوعة تعدُّ نتاجا لتفاعل هذا الجسد بالبيئة الاجتماعية المحيطة به حسبهما (مارسيل موس وروبرت هرتز).

مما دفع **هيرتز** للاهتمام بالجانب الرمزي المتعلق بأبعاد الجسد الإنساني، خاصة في تقسيمه للجسم الإنساني إلى جانب أيمن وجانب أيسر، وما يرتبط بكل منهما من رموز أعطت المجتمع الفرصة أن

---

[693] Gerges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, op, cit.

[694] كرس شلنج، ***الجسد والنظرية الاجتماعية***، ترجمة منى البحر نجيب الحصادي، الطبعة الأولى، دار العين، الإسكندرية، مصر، 2009، ص 30.

يصوغ حولها تصنيفات وتعبيرات تتعلق بجوانب طقوسية عديدة. واهتمام **مارسيل موس** بالعمليات والميكانيزمات التي يتحول عن طريقها الجسد الإنساني إلى معنى محدد من صنع الإنسان عن طريق إظهار أساليب التعبير عن عمليات التعلم والتدريب من خلال الجسد.

ويمكن تصنيف ثلاثة براديغمات أساسية في دراسة سوسيولوجيا الجسد:

البراديغم الأول: الجسد كممارسة اجتماعية

البراديغم الثاني: دلالات الجسد

البراديغم الثالث: الجسد وعلاقته بالسلطة[695]

تناولت هذه البراديغمات الثلاث سوسيولوجيا الجسد وعرضت لأهم النظريات الكلاسيكية والمعاصرة التي عُنيّت بالجسد كموضوع سوسيولوجي، والتي ظلت اهتمامات لباحثين وعلماء درسوا المجتمعات المتقدمة أو الحديثة.

فماذا عن مجتمعنا المغربي؟ وما هي التحولات الوبائية التي مر منها ليشهد ارتفاعاً في معدلات إصابة أجساده بسرطان الثدي؟

إن "الانتقال الوبائي" الذي عاشه المجتمع المغربي هو انتقال من نظام اجتماعي إلى آخر في نفس الوقت، ومن محددات وشروط معينة لوجود الأفراد إلى أخرى تختلف عنها. فمعرفة المجتمع المغربي اليوم لأمراض مزمنة تختلف عن تلك التي كانت سائدة قبل الحماية أو أثناء الاستعمار لا يعني اختفاء تلك الأمراض المعدية والطفيلية، لأن الإجراءات الصحية كانت تلامسها بشكل سطحي أبعد من أن تقْضي عليها أو تستأصل شأفتها.

يمكن القول إن التحولات الوبائية التي عرفها المجتمع المغربي منذ القرن السادس عشر إلى اليوم تحكمها مسألتان ما تزالان فاعلتان في المجتمع إلى اليوم، الأولى تتمثل في الدور الذي تلعبه الشروط السياسية والاقتصادية والاجتماعية في ولادة الأمراض وتوزيعها، من ذلك: توفير الغذاء، السكن، الماء

[695] « Judith Butler, théoricienne du genre » sur cairn.info.
Judith Butler, *La Vie psychique du pouvoir. L'Assujettissement en théories*, préface de Catherine Malabou, traduction de Brice Matthieussent, Leo Scheer, Paris, 2002, p. 33.

الصالح للشرب، وسائل النظافة...الخ، كلها عوامل تلعب دوراً هاماً في حياة الأفراد. والثانية تتجلى في كون اختفاء هذه الأوبئة كوقائع داخل المجتمع المغربي لم يرافقه اختفاء من داخل الوعي الاجتماعي، لأن هذا الأخير يظل حاضرا في ذاكرة المغاربة. فإذا كان هذا هو وضع الطب المغربي في فترات ما قبل الحماية والحماية ثم الاستقلال، فماذا عن السياسات الصحية المهتمة بمرض سرطان الثدي كأحد الأمراض المزمنة والراهنة؟

لقد قام المغرب بالعديد من البرامج والمخططات في اهتمامه بمرض سرطان الثدي، هدفه تحسين جودة حياة المصابات بهذا الداء، سواء عبر إحداث مؤسسات الإيواء (دور الحياة) أو مراكز الأنكولوجيا، أو عبر تفعيل بطاقة رميد (**Ramed**)، هذه الأخيرة التي تسمح للمريضات بالاستفادة من العديد من الخدمات وبالتالي تسهيل ولوجهن للعلاج، إلى غير ذلك. إلا أن هذه السياسات مازالت قاصرة وعاجزة في أغلب الحالات وذلك أمام تزايد معدلات النساء المصابات بمرض سرطان الثدي، إضافة إلى التكلفة الباهظة لهذا المرض، ثم النقص الكبير الذي تعرفه المؤسسات الإستشفائية للعنصر البشري من الأطر الطبية المتخصصة، مساعدات اجتماعيات، ومتخصصين في علم النفس وفي علم الاجتماع.

إلى هنا، يمكن القول أنه آن الأوان للحكم على مدى صدق فرضياتنا المطروحة عبر النتائج المتوصل إليها. إن تجربة الخوض في هذا البحث من أوله لآخره لهي تجربة مهمة، مكنتنا من تطوير قدراتنا ومهارتنا البحثية، خاصة الميدانية منها. إن البحث في الجسد الأنثوي المستأصل الثدي مكننا من إماطة اللثام عن جانب من الحياة اليومية والتمثلات المرتبطة بها لفئة اجتماعية تعاني الفقر والهشاشة بأبعادها المختلفة.

بخصوص **الفرضية الأولى** القائلة بأن: **المحددات الاجتماعية للصحة تلعب دورا في تمتع المستأصلات الثدي بصحة جيدة**، فقد تأكدت صحتها في أحد أجزائها فيما لم تتأكد في أجزاء أخرى.

لقد تأكدت فرضية أن المحددات الاجتماعية للصحة لدى المستأصلات الثدي عبر المتغيرات التالية: النوع، السن وعلاقته بالبرنامج الخاص بالسرطان، العمل الهش، الحالة العائلية وعلاقتها بالتكفل بمصاريف العلاج، سوء التغذية، المستوى التعليمي وعلاقته بالمسارات العلاجية، فيما لم يتأكد متغير المستوى التعليمي وعلاقته بالكشف المبكر لدى المصابات.

بخصوص الفرضية الثانية القائلة: **هناك تمثلات اجتماعية وثقافية ومعارف خاصة لدى المستأصلة الثدي حول سرطان الثدي وأسباب الإصابة به.** فقد خلصنا من خلال نتائج البحث إلى أن ردود أفعال المبحوثات تجاه ظهور أعراض المرض، توزعت بين من لجأن للمؤسسات الطبية كأول مكان لمعرفة سبب ظهور تلك الأعراض، وبين من لجأن إلى المعالج التقليدي (البخ، البخور) لعلاج تلك الأعراض. وعن تمثلات المصابات حول سرطان الثدي فهن يحملن تمثلات اجتماعية وثقافية ومعارف خاصة به. فالصحة في نظرهن تعني مما تعنيه التمتع بالاستقلالية في الفعل والاختيار...، كذلك الصحة هي رأسمال اجتماعي مهم يمكن المرأة من الحفاظ على مكانتها الاجتماعية، في حين أن هناك من اعتبرنها–الصحة– هي عدم الشعور بالألم. في مقابل مرض سرطان الثدي الذي عرّفته المصابات بأنه مرض مزمن خاصة وأنه تطول مدة علاجه. أما عن تمثلاتهن لأسباب إصابة أجسادهن بالمرض، فقد تمحورت بين أسباب داخلية وأخرى خارجية، حيث ترجع المصابات المعاناة الاجتماعية والاقتصادية أنها من أهم أسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي، في حين تعتبر أخريات أن إصابتهن تعود للقضاء والقدر، فيما ترى أخريات أن "الفقسة" باعتبارها خاصية نفسية–اجتماعية يمكن أن تكون نتيجة صدمة أو حسرة داخلية على شيء ما فقدته المصابات أو عانين منه.

لقد أظهرت نتائج البحث أن هناك تمثلات خاصة لدى المصابات بسرطان الثدي أهمها أنه مرض "قاتل"، حيث شكلت لحظة تلقي خبر الإصابة به تجربة مؤلمة وقاسية عند أغلبهن، كما أن العلاج الذي يتلقينه يتسم بالمرارة والقسوة. اتضح كذلك أن المسارات العلاجية (تقليدية–حديثة) التي تتبعها وتوظفها

المصابات تختلف باختلاف تمثلاتهن للعلاج والتي يلعب فيها متغير مجال الجغرافي (قروي–حضري) كما رأينا دوراً هاماً. حيث أن هناك علاقة جد قوية بين مجال انتماء المصابات (قروي–حضري) وتمثلاتهن للعلاج، ذلك أن المصابات اللواتي يقطن بالمجال القروي هن الأكثر استخداما لعلاجات أخرى غير علاج الطب الحديث، مقارنة مع مثيلاتهن القاطنات بالمجال الحضري، كما أن نسبة مهمة من الفئة الأولى تعتمد أو اعتمدت قبل أن تباشر العلاج الطبي على الأعشاب التقليدية، وهذا ما يفسّر في جزء منه عند هؤلاء المصابات بضعف المستوى التعليمي والوعي الصحي بالمجال القروي مقارنة بالمجال الحضري. وهذا ما دلت عليه دلالة اختبار كاي تربيع عند مستوى (0.02) وهي دالة احصائيا.

كما اتضح لنا أن المصابات بسرطان الثدي **يوظفن استراتيجيات خاصة سواء في مساراتهن العلاجية أو في تعايشهن مع المرض** وهي **الفرضية الثالثة:** حيث أظهرت نتائج البحث أن المبحوثات يشتركن في إحساسهن بالانتماء إلى نفس جماعة المرضى من خلال تواجدهن بدور الحياة التي تشكل في نظرهن بيوتاً ثانية يتلقين فيها الدعم المعنوي من قبل المريضات. لكن هذا المرض قد تظهره المريضات أحيانا ويخفينه أحيانا أخرى حسب سياقات التفاعل. بالتالي فهن يلجأن لإستراتيجيات خاصة في تعايشهن من المرض قائمة على الاقتراض أي "السلف". أحيانا وعلى إظهار المرض أحيانا وإخفاءه أحيانا أخرى. وهذا ما يجعلنا نقول أن هناك قهر اقتصادي واجتماعي يمارس على المصابات.

إن مسألة إخبار المريض بحقيقة مرضه[696]، لقيت اهتمام العديد من الباحثين، خاصة في مجال الطب، وقد شكل الإعلان عن خبر الإصابة بمرض السرطان بعد التشخيص الدقيق واكتشاف المرض، أنه من واجب الطبيب أن يخبر المريض بإصابته بمرض السرطان وبلغة بسيطة وغير جارحة لمشاعره. حيث يُستحب إظهار التفاؤل أمام المريض، ومحاولة تطمينه ورفْع معنوياته، وعدم التصريح بخطورة

[696] قد يبدو أن تناول مسألة إخبار المريض (ة) بحقيقة الإصابة بالمرض سابقة على المسارات العلاجية ودَوْرُ دُور الحياة في ذلك، غير أن متغيرات الفرضية الثالثة التي تهم التعايش مع المرض استلزمت منا ضرورة البحث في كيفية اكتشاف الإصابة وبالتالي كيفية تلقي خبر الإصابة من طرف المريضات.

مرَضه، مع إخبار أقاربه أيضا. وذلك تشجيعًا للمريض بأن لا ييأس من الشفاء. وقد تبين من خلال نتائج البحث أن تلقي خبر الإصابة بالمرض عند المبحوثات تمحور حول تيمتين أساسيتين: عُنيّت الأولى بتقبل المصابات لخبر الإصابة بمرض سرطان الثدي، أما الثانية فشملت عدم تقبلهن لخبر الإصابة. غير أنه، لابد من الإشارة إلى أن هاتين التيمتين، لا يمكن الجزم بعدم ارتباطهما المطلق، كون أن أغلب المصابات في المرحلة الأولى من المرض غالبا ما يكون عدم تقبلهن للإصابة هو الغالب، بل لايرغبن حتى في التحدث عن المرض، لكن مع اجتيازهن للمرحلة الأولى –وهي تلقي خبر الإصابة–ومرورهن للعلاج يكون هناك نوع من التكيف مع المرض وبالتالي تقبله، خاصة إذا كانت المصابة قد أدت بعض الوظائف المرتبطة بالجسد كوظيفة الإرضاع مثلا.

إذا كانت هذه الفئة الأولى من المصابات قد تقبّلن خبر إصابتهن بمرض سرطان الثدي، فإن فئة أخرى تلقت هذا الخبر بنوع من عدم التقبل، بل والاتجاه نحو الإنكار–إنكار المرض وعدم البوح به. إن العديد من المبحوثات يعبّرن عن خبر إصابتهن بالمرض بشكل درامي وهذا ما يظهر في تعبير إحداهن **"تلفت، دخت"**[697] أي أن تلقيها لخبر إصابتها بالمرض صدمها، خاصة وأن التمثلات التي تحملها عن مرض سرطان الثدي لكونه يؤدي مباشرة للموت فاقمت من خوفها ومن فاجعتها.

بخصوص الفرضية الرابعة والقائلة بأن: **استئصال المصابة للثدي يؤثر على تفاعلها لذاتها ويساهم في تفكك رابطها الاجتماعي، ما يكسبها هوية مريضة، معذبة.** لقد تم تأكيدها كلياً، حيث أحدثت إصابة الجسد الأنثوي بمرض سرطان الثدي تغيرات هامة طالت الجانب العلائقي للمصابة بجسدها (تغير صورة الجسد، استدماج هوية مريضة، معذبة ومتألمة...) كما طالت الجانب الاجتماعي له (تأثر الأدوار الاجتماعية للمصابة، الدخول في مسارات حياتية أخرى كالمسارات العلاجية، تفكك الرابط الاجتماعي خاصة مع الزوج...). لقد كشفت إصابة الجسد الأنثوي بالمرض عن المرجعيات المتحكمة في التصورات

[697] مقابلة رقم **01** (52 سنة، عازبة، غير متمدرسة، ليس لها أبناء، لها تغطية Ramed، لا تعمل، مجال السّكن حضري، نوعه عصري).

والتمثلات الاجتماعية والثقافية لهذا الجسد من ثقافة مجتمعية محمّلة بقيم وتقاليد وعادات، تنظر إلى المرأة كجسد يجب أن يؤدي أدوارا اجتماعية وبيولوجية أساسية. فتؤدي الإصابة بمرض سرطان الثدي إلى استدماج وتشكيل هوية مريضة، متألمة، مستلبة لدى المصابة، كما أن إصابة المرأة بالمرض كشفت عن الخلل الاجتماعي العلائقي مع الأسرة المتمثل في العلاقة بالزوج خاصة، وتخليه عن أدواره مع الأبناء والزوجة عند الكثير من الحالات.

انطلاقا من مقولة "**الإنسان قيمة في ذاته**" عند **كانط** وبناء على ما تقدم من توصيات نرى أنه يجب ايلاء أهمية بالغة للإنسان في جوهر الحياة والحق فيها، باعتباره ذات مفكرة ومركبة ومعقدة يتداخل فيها ما هو عضوي–بيولوجي بما هو نفسي، اجتماعي وثقافي، فلا يمكن الإهتمام بجانب واحد في استقلال عن الجوانب الأخرى، وعليه يتجلى **رهان** هذه الأطروحة:

- **على المستوى المؤسساتي:** في ضرورة تشييد مستشفيات ومراكز خاصة بمرضى سرطان الثدي وتعزيزها بأخصائيين في المساعدة الاجتماعية وفي علم النفس، ومرشدين اجتماعيين، مع تجهيز هذه المراكز بما يلزم من أدوات طبية، وبشرية كافية، مع عدم تمديد مواعيد الاستفادة من الخدمات الطبية، مثل الحصول على "خدمة القيام بأشعة الراديو" التي تصل في بعض الأحيان إلى ستة أشهر بل وعند بعض حالات الدراسة وصل الموعد إلى سنة كاملة من الانتظار. فأي خدمة ترجى بعد هذا الانتظار الطويل الذي غالبا ما تكون له تبعات صحية على جسد المريضة.
- **على المستوى التواصلي:** إعادة النظر في بيداغوجية تدريس الأطباء التي تفتقر إلى تدريس الجانب العلائقي–التفاعلي بين الأفراد؛ إن لم نقل لا يتم إعطاءها القدر الكافي من الأهمية على حساب ما هو طبي محض. التحسيس والتوعية عبر مختلف قنوات الاتصال السمعية والبصرية باللغتين العربية والأمازيغية لنشر الوعي الصحي، والعمل على زيادة وتسليط الضوء على هذه الأمراض والأسباب المؤدية إليها، وزيادة الوعي بالمصاحبة الاجتماعية والنفسية لها، ثم الاهتمام بالمحددات الاجتماعية للصحة

ودورها في الإصابة أو الوقاية من المرض. مع الانفتاح على البحث، والبحث العلمي فعلى الجامعات الطبية وأقسام علم الاجتماع وعلم النفس والأنثروبولوجيا القيام بالمزيد من الدراسات والأبحاث حول هذا الجانب المهم من سوسيولوجية الصحة والأمراض المزمنة. كل ذلك من شأنه أن يساهم في تحسين القطاع الصحي بالمغرب.

إن البحث في موضوع الجسد الأنثوي المستأصل الثدي اعترته حدود تمثلت أهمها في دراستنا لعينة من النساء اللواتي خضعن لعملية استئصال الثدي نتيجة إصابتهن بمرض السرطان. ولم يشمل فئة الذكور ليس لعدم إصابة أجسادهم بمرض سرطان الثدي، وإنما لضرورة بلوغ الهدف الأساس الذي ارتبط به البحث ألا وهو تمثلات المصابات لجسدهن بعد استئصال الثدي، حيث يمكن إجمال أغلب حدود هذا البحث فيما يلي:

حدود زمنيـــــة: إن ضيق الوقت كان سيفا ذا حدين، فمن جهة كان محفزاً لنا على البحث المتواصل والجاد، ومن جهة أخرى فرض علينا جوانب وحدود لا يجب تجاوزها بهدف استكمال البحث.

حدود مجاليـــة: تمثلت بالأساس في دراستنا للمجالات التالية وهي مركز الأنكولوجيا بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش، دار الحياة سواء المتواجدة بمراكش أو مكناس، ومركز الأنكولوجيا بمكناس، ثم المركز المرجعي في الصحة الإنجابية مركز الفحص المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم **بخنيفرة.**

حدود ماديـــة: تمثلت أساسا في غلاء المراجع ونذرتها إذ أن أغلبها كان يأتينا عبر الطلب من فرنسا، بالإضافة إلى تكلفة الترجمة من الفرنسية والإنجليزية إلى العربية، إضافة إلى التنقل المستمر سواء لمجالات البحث الميداني أو من أجل البحث عن المصادر والمراجع الأساسية أو لحضور الندوات والتكوينات سواء داخل الجامعة التي ننتمي إليها أو بجامعات أخرى.

نرى أنه عند دراسة المشكلات الإنسانية، لا بد من الخروج **بتوصيات**، ذلك أن علم الاجتماع عامة وعلم اجتماع الصحة خاصة، لهو العلم الذي يساهم في وضع السياسات الصحية، ومن أهم المقترحات التي خرجنا بها أثناء إنجازنا لهذه الدراسة والتعمق في الميدان بكل إشكالاته وصعوباته:

- ضرورة توفير الدواء بالمجان لكل المصابات بسرطان الثدي سواء المستفيدات من البرنامج الوطني للوقاية ومراقبة السرطان أو غير المستفيدات.
- إدراج المحددات الاجتماعية للصحة في مخطط العلاج لكل مصابة. كذلك إن معرفة تمثلات المرأة المغربية لجسدها بشكل عام والتمثلات حول مرض سرطان الثدي بشكل خاص، كفيل بمساعدة المصابات على تتبع العلاج في ظروف جيدة.
- تخصيص وحدات الرعاية التلطيفية لعلاج الألم في كل مراكز الأنكولوجيا لعلاج السرطان وفق معايير منظمة الصحة العالمية لعلاج الألم.
- ضرورة التنسيق الجيد والاستباقي بين المؤسسات الصحية فيما بينها، سواء الإقليمية أو الجهوية أو الوطنية الساهرة على علاج مرض سرطان الثدي.
- تمكين المرأة اقتصاديا شرط أساسي لصون كرامتها، كما يجب تخصيص صندوق لدعم المعوزات والحالات الاجتماعية التي تعاني الهشاشة والفقر مع ما يشمل ذلك من متطلبات العلاج كيفما كان نوعها. كما يجب تخصيص دعم للأسرة، كونها المتضرر المباشر لكل ما يحدث للمريضة.
- تنزيل مخطط لإعادة انتشار الخدمات العلاجية العمومية والخاصة، بما يضمن توسيع نطاق الخدمة الصحية في إطار علاج الأمراض المزمنة، وجعل الرعاية الاجتماعية والنفسية لمرضى السرطان جزءا من بروتوكولات العلاج جنبا إلى جنب مع الرعاية الطبية. من خلال تعيين متخصصين في علم الاجتماع وعلم النفس والتغذية في كل مراكز الأنكولوجيا ودور الحياة.

▪ إن عدد مراكز الأنكولوجيا في المجتمع المغربي محدود جدا، لكونه يتواجد في المدن المغربية الكبرى وحدها مثل الدار البيضاء– الرباط– فاس– مكناس– مراكش... وكل مركز يخدم العديد من المناطق حسب توزيع جغرافي محدد، مما يجعل العديد من هؤلاء المرضى يتكبدون عناء السفر الطويل، وما ينجم عنه من تعب وإرهاق جسدي، اقتصادي واجتماعي، لذا فإنه من الضروري التوسع في إنشاء مراكز الأنكولوجيا في العديد من المناطق بالمملكة، مع تحسين الخدمات بها، وتحسين خدمات مراكز الإيواء أيضا على المستوى الكمي والكيفي. وقبل ذلك، يجب توفير وسائل النقل بالمجان للنساء المحالات على مراكز خارج إقليم إقامتهن.

▪ دعوة كافة الفاعلين والأطر المسؤولة عن التنشئة الاجتماعية للتوعية بالأمراض المزمنة وخاصة سرطان الثدي، ذلك بنزع الهيمنة الممارسة على المرأة، والدعوة إلى معاملة النساء كمعاملة الرجال، لأنهن لسْن مسؤولات عن مرضهن.

▪ تنبيه القائمين على الجانب الصحي مثل الأطباء والممرضين، وكذلك مختلف المتدخلين في التنشئة الاجتماعية إلى ضرورة الاهتمام بالجوانب الاجتماعية، النفسية وكذلك الجسدية للمصابات بسرطان الثدي. مع توفير فرص التدريب والتكوين المستمر للأطر المتخصصة من خلال برامج خاصة تهدف إلى العناية وعلاج مريضات سرطان الثدي ومواكبتهن نفسيا واجتماعيا واقتصاديا.

▪الاهتمام بالجانب الوقائي أو الحمائي: إنه وعلى الرغم من أن مرض سرطان الثدي لا يمكن تجنّبه، ولكن مخاطر الإصابة به يمكن تقليلها، من خلال أنشطة وقائية كثيرة ومنها ممارسة الأنشطة الرياضة وإتباع نمط حياة جيد، ونظام غذائي صحي...

▪التوعية والتعليم المستمر: ذلك بتركيز البرامج التعليمية على الوقاية والفهم الأفضل للمرض ثم الحث على أهمية الكشف المبكر.

▪الرعاية: يجب أن تتضمن برامج مكافحة السرطان تشخيص المرض في مراحله المبكرة جدا، لأنه حينما يكون العلاج أكثر فعالية يكون الشفاء أكثر احتمالية.

إنه ومن خلال المرض يمكن أن نراجع تصوراتنا للجسد، ومن خلال الجسد الأنثوي يمكن أن نساءل مواضيع هامة من قبيل: النوع، اللامساواة، الهيمنة إلى غيرها من المواضيع التي تستحق البحث والتنقيب. إن أهمية النتائج والخلاصات المتوصل إليها، وكذلك التوصيات والحدود. كل ذلك لا ينفي ضرورة التعمق مستقبلا في هذا البحث أو دعوة باحثات وباحثين آخرين إلى ضرورة البحث العلمي في مواضيع ذات أهمية كبيرة والتي يمكن أن تشكل موضوعات للبحث الأكاديمي **العلمي المستقبلي**، لهذا نقترح إجراء بعض البحوث سواء في علم الاجتماع أو علم النفس أو الأنثروبولوجيا أو العلوم الطبية على سبيل المثال:

❖القيام بدراسات طويلة –تتبعية– لمرضى السرطان باختلاف أنواعه، منذ بداية المرض حتى الشفاء أو التعايش معه لمعرفة تمثلات المريض (ة) لهذا المرض في مراحل الإصابة به سواء على المستوى الفردي أو الاجتماعي.

❖القيام ببحوث لمعرفة تأثيرات العلاج بمختلف أنواعه (الجراحي–الكيمائي– الإشعاعي)، على حدة المشكلات النفسية والاجتماعية على المريضة وأسرتها وخاصة الزوج.

❖دراسات تهتم بتحديد مفهوم صورة الجسد لدى مرضى السرطان لدى الزوجين.

❖ دراسات أنثروبولوجية تبحث في تمثلات العلاج عند النوع والوقوف على الطرق التقليدية الشعبية المغربية عند المريضات بسرطان الثدي.

بيبليـــوغـــرافيـــا

I. مصادر ومراجع بالعربية

- إبراهيم أبراش، **البحث الاجتماعي، قضاياه- مناهجه و إجراءاته**، منشورات كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، مراكش، سلسلة الكتب، الطبعة الأولى، العدد 10، 1994.
- إبراهيم مفيدة محمد، **المرأة العربية والفكر الحديث**، الطبعة الأولى، دار معدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2000.
- أبو بكر أميمة، وشكري شرين، **المرأة و الجندر، إلغاء التمييز الثقافي و الاجتماعي بين الجنسيين**، الطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق، 2002.
- أبو سريع رضا عبد الله، **تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS**، الطبعة الأولى، دار الفكر، عمان، الأردن، 2004.
- آلان كولان، **مدرسة شيكاكو**، ترجمة مروان بطش، الطبعة الأولى، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2012.
- ألان و باربارا بييز، **لغة الجسد**، الطبعة الأولى، مطبعة جرير، 2008.
- أنتوني غدنز، **علم الاجتماع**، ترجمة فايز الصياغ، الطبعة الرابعة، منشورات المنظمة العربية للترجمة، بيروت، لبنان، 2005.
- أورزولا شوي، **أصل الفروق بين الجنسين**، ترجمة بو علي ياسين، الطبعة الأولى، دار التنوير للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 2006.
- إيان كريب، **النظرية الاجتماعية من بارسونز إلى هابرماس**، ترجمة محمد حسين علوم، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عدد 244، مطبعة ردمك، 1978.

- بكاج رشيد، **جوانب علمية في منهج البيوغرافيا، ضمن المناهج الكيفية في العلوم الاجتماعية،** منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية، سلسلة ومناظرات رقم 10، مطبعة النجاح الجديدة، الرباط، 2002.
- تيودور كابلوف، **البحث السوسيولوجي،** تعريب نجاة عياش، الطبعة الأولى، دار الفكر الجديد، بيروت، لبنان، 1989.
- حسن الساعتي، **تصميم البحوث الاجتماعية،** نسق منهجي جديد، بيروت، دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- خلود السباعي، **الجسد الأنثوي وهوية الجندر**، الطبعة الأولى، جداول، بيروت، لبنان، 2011.
- دافيد لوبروتون، **أنتروبولوجيا الجسد و الحداثة،** ترجمة محمد عرب صاصيلا، الطبعة الثانية، مطبعة المجد، لبنان، بيروت، 1997.
- رويدا المعايطة، **النوع الاجتماعي و أبعاد تمكن المرأة في الوطن العربي،** الطبعة الأولى، منظمة المرأة العربية، 2010.
- زكرياء الإبراهيمي، **الصحة والمجتمع–دراسة سوسيولوجية للصحة والمرض بالمجتمع المغربي،** الطبعة الأولى، مطبعة ردمك، منشورات فضاء آدم، 2016.
- سعيد ناصف، **محاضرات في تصميم البحوث الاجتماعية: نماذج لدراسات و بحوث ميدانية،** الطبعة الأولى، مكتبة الزهراء الشرق، مصر، القاهرة، 1997.
- سيمون دوبوفوار، **الجنس الآخر**، الجزء الأول، ترجمة سحر سعيد، الطبعة الأولى، نشر الرحبة للتوزيع والنشر، دمشق، سوريا، 2015.
- سيمون دوبوفوار، **الجنس الآخر**، الجزء الثاني، ترجمة سحر سعيد، الطبعة الأولى، نشر الرحبة للتوزيع والنشر، دمشق، سوريا، 2015.

- شافا فرانكفورت ناشيماز و دافيد ناشمياز، **طرائق البحث في العلوم الاجتماعية**، ترجمة ليلى الطويل، ، بترا للنشر والتوزيع، دمشق، الطبعة الأولى، 2004.
- عبد الباسط محمد السيد، **السرطان أسبابه وعلاجه من القديم إلى الحديث**، الطبعة الأولى، دار الوفاء للنشر والتوزيع، 2007.
- عبد الرحيم العطري، **سوسيولوجيا الشباب المغربي- جدل الإدماج و التهميش**، الطبعة الأولى، طوب بريس، الرباط، المغرب، 2004.
- عبد الغني عماد، **منهجية البحث في علم الاجتماع- الإشكاليات، التقنيات، المقاربات**، دار الطليعة للطباعة و النشر، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى ، 2007.
- عبد القادر محمدي، **أنثروبولوجيا الجسد الأسطوري- بحث في الهوية و الامتداد**، الطبعة الأولى، 2013.
- عبد الكبير الخطيبي، **الاسم العربي الجريح**، ترجمة محمد بنيس، الطبعة الأولى، منشورات الجمل، لبنان، بيروت، 2009.
- عبد الكريم غريب، **منهج البحث العلمي في علوم التربية و العلوم الإنسانية**، الطبعة الأولى، مطبعة النجاح الجديدة، الدار البيضاء، المغرب، منشورات عالم التربية، 2012.
- عبد المجيد كاره مصطفى، **مقدمة في الانحراف الاجتماعي**، الطبعة الأولى، معهد الإنماء العربي، بيروت، لبنان، 1985.
- عبد النور إدريس، **النقد الأدبي النسائي والنوع الاجتماعي (الجندر)، تمثلات الجسد الأنثوي في الكتابة النسائية**، الطبعة الأولى، سلسلة دفاتر الاختلاف ردمد، 2011.
- عدنان الأمين، **التنشئة الاجتماعية و تكوين الطباع**، الطبعة الأولى، مطبعة المركز الثقافي العربي، بيروت، لبنان، 2005.

- عمّار حمداش، **تقنيات البحث السوسيولوجي**، الطبعة الأولى، المطبعة السريعة، قنيطرة، المغرب، 2006.
- عرابي عبد الله عبد القادر، **المناهج الكيفية في العلوم الاجتماعية**، الطبعة الأولى، دار الفكر، دمشق، سوريا، 2006.
- عقيل حسين عقيل، **خطوات البحث العلمي (من تحديد الإشكالية إلى تفسير النتيجة)**، الطبعة الأولى، مطبعة دار ابن كثير، بدون ذكر السنة.
- فاتن سيد بيومي، **السرطان بين الصفات الوراثية والمخاطر البيئية**، مطبعة نهضة للطباعة والنشر، الطبعة الأولى، 2009.
- فاطمة المرنيسي، **فكر وإبداع، المهرجان المتوسطي لكتابات المرأة**، أعمال الدورة السادسة للمهرجان المتوسطي لكتابات المرأة، 28-29 أبريل 2016، تنيسق سلوى الشرقاوي وسمير القاديري، بشراكة مع وزارة الثقافة المغربية.
- فاطمة المرنيسي، **ما وراء الحجاب: الجنس كهندسة اجتماعية**، الطبعة الثانية، نشر الفنك، الدار البيضاء.
- فزة جمال، **المنهجية الأنثروبولوجية بين إدوارد فستر مارك و إفانس بريتشارد**، الطبعة الأولى، مطبعة الأمنية، الرباط، 2013.
- فيليب جونز، **النظريات الاجتماعية والممارسة البحثية**، ترجمة محمد ياسر الخواجة، مطبعة علي مولا، دار النشر، مصر العربية، الطبعة الأولى، 2010.
- فيليب كابان وجان فرانسوا دورتيه، **علم الاجتماع- من النظريات الكبرى إلى الشؤون اليومية- أعلام وتواريخ وتيارات**، ترجمة إياس حسن، دار الفرقد، سورية، دمشق، 2010.

- كرس شلنج، **الجسد والنظرية الاجتماعية**، ترجمة منى البحر نجيب الحصادي، الطبعة الأولى، دار العين، الإسكندرية، مصر، 2009.
- مالك شابل، **الجنس و الحريم- روح السراري**، ترجمة عبد الله زارو، الطبعة الأولى، مطبعة درمك، افريقيا الشرق، المغرب، 2010.
- مجلة مقاربات، سلسلة تحث إشراف عائشة العربي، **الجسد الأنثوي**، الطبعة الأولى، نشر الفنك، مطبعة النجاح الجديدة، الدار البيضاء، توزيع شوسبريس، 1990.
- محمد الأنصاري بدر، **الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان**، كلية العلوم الاجتماعية، الطبعة الأولى، عالم المعرفة، الكويت، 1996.
- محمد عبابو وعبد الرحمان المالكي، **سوسيولوجيا الصحة والأمراض المزمنة**، حوليات مختبر سوسيولوجية التنمية الاجتماعية، العدد الأول، 2011.
- محمود قاسم، **قواعد المنهج في علم الاجتماع**، الطبعة الأولى، مطبعة دار المعرفة الجامعية، مصر، الإسكندرية، 1988.
- المصطفى السعليتي، **الصحة والثقافة والسلوك**، الطبعة الأولى، مطبعة الداودية، مراكش، المغرب، 2008.
- مصطفى حدية، **التنشئة الاجتماعية والهوية، دراسة نفسية اجتماعية للطفل القروي المتمدرس**، ترجمة محمد بن الشيخ، الطبعة الأولى، سلسلة نصوص و أعمال، ترجمة رقم 5، 1996.
- مصطفى لعريصة، فن التدبير والرابط الاجتماعي لدى فوكو، سلسلة حوارات فلسفية، **الرابطة الاجتماعية**، إشراف علي بنمخلوف، نشر الفنك، الدار البيضاء، المغرب.
- معصومة علامة، **الغذاء سر الوقاية من سرطان الثدي**، الطبعة الأولى، دار الكتاب المصري ودار الكتاب اللبناني، 2010.

- منى فياض، **فخ الجسد**، تجليات، نزوات و أسرار، منشورات رياض الريس، بيروت، 2000.
- مها محمد حسين، **العذرية والثقافة –دراسة في إنثربولوجيا الجسد**، الطبعة الأولى، دال، سورية، دمشق، 2010.
- نزار الرباح ومجموعة من الباحثين، **السرطان أو الخلية المتمردة**، تقديم دكتور يس مصطفى طه، مراجعة دكتور حسين محمود عبد الدايم، الطبعة الثانية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي لإدارة التأليف والترجمة والنشر، 1990.
- نوال السعداوي، **دراسات عن المرأة والرجل في المجتمع العربي**، الطبعة الثانية، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بدون ذكر السنة.
- نور الدين الزاهي، **المقدس الإسلامي**، الطبعة الأولى، دار توبقال للنشر، 2005.
- نيكولاس جيمس، **السرطان–مقدمة قصيرة جدا**، ترجمة أسامة فاروق حسن، مراجعة أميرة علي عبد الصادق، الطبعة الأولى، مطبعة كلمات، القاهرة، مصر، 2013
- الهادي الهروي، **الأسرة، المرأة والقيم، تساؤلات سوسيولوجية في قضايا المرأة**، الطبعة الأولى، مطبعة إفريقيا شرق، 2013.
- الوحيشي أحمد بيري وعبد السلام بشير الدويبي، **مقدمة في علم الاجتماع الطبي**، الطبعة الأولى، الدار الجماهيرية،مصراتة، ليبيا، 1989.
- وليام باينم، **تاريخ الطب – مقدمة قصيرة جدا**، ترجمة لبنى عماد تركي، مراجعة هبة عبد المولى، الطبعة الأولى، مطبعة كلمات، 2016.
- ديرك لايدر، **قضايا التنظير في البحث الاجتماعي**، ترجمة عدلي السمري، المشروع القومي للترجمة، القاهرة، طباعة ونشر الشركة الإعلامية ستامبا، الجيزة، مصر، 2000.

- هناء بنت لقمان يونس، **الحياة الجديدة: أيامي مع سرطان الثدي**، دون ذكر الطبعة، دار سيبويه للطباعة والنشر والتوزيع، 2012.
- فدوى الجندي، **الحجاب بين الحشمة والخصوصية والمقاومة**، ترجمة سهام عبد السلام، الطبعة الأولى، المركز القومي للترجمة، القاهرة، العدد 2328، 2016.
- رويال بوجمعة، **الطب التقليدي بالمغرب**، معلمة المغرب، المجلد 17، 2003.
- صوفية السحيري بن حتيرة، الجسد والمجتمع: دراسة أنثروبولوجية لبعض الاعتقادات والتصورات حول الجسد، دار محمد علي للنشر، مؤسسة الانتشار العربي، 2008.
- مؤلف جماعي، **تقرير الخمسينية، المغرب الممكن، إسهام في النقاش العام من أجل طموح مشترك، تقرير 50 سنة من التنمية البشرية بالمغرب وآفاق 2025**، مطبعة دار النشر المغربية، الدار البيضاء، المغرب، 2006.

❖ أطروحات جامعية

- أمين الحوميدي، **انقطاع الحيض عند النساء البالغات من العمر أقل من 40 سنة**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص الطب، كلية الطب والصيدلة بفاس، إشراف مولاي عبد الإله ملهوف، سنة 2015.
- حمزة شنيبو، **الاكتئاب والسرطان**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص علم النفس، إشراف علي أفرفار، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، طهر المهراز، فاس، السنة الجامعية 2017/2016.
- عبد الرحمن المالكي، **سوسيولوجيا التحضر في المغرب**، دراسة في العلاقة بين الأطر الايكولوجية والأنساق الثقافية: حالة المهاجرين القرويين إلى مدينة فاس، أطروحة لنيل دكتوراه الدولة في علم الاجتماع، إشراف الدكتور عبد الجليل حليم، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، طهر المهراز، السنة الجامعية 2004-2005.

• عبد المالك بوزكراوي، **تمثلات الصحة والمرض والطب التقليدي في الثقافة الشعبية واحة تافيلالت،** أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص علم الاجتماع، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز، فاس، السنة الجامعية 2018/2017.

• عزيزة خرازي، **التمثلات والمعرفة حول الأمراض المزمنة–نموذج مرض السل– دراسة سوسيوأنثروبولوجية بمدينة فاس،** أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز، فاس، إشراف محمد عبابو، السنة الجامعية 2015/2014.

• فاطمة الزهراء حجيري، **أهمية العلاج الموضعي لمرضى سرطان الثدي،** إشراف عمر المصباحي، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص الطب، كلية الطب والصيدلة فاس، سنة 2012.

• محمد أعراب، تمثل **الأسرة لجسد الطفل: دراسة نفسية اجتماعية في أنماط التعامل مع جسد الطفل،** أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهراز، فاس.

• مريم عيسى حسين كرسوع، **مرض السرطان في قطاع غزة–دراسة في الجغرافيا الطبية،** بحث لنيل شهادة الماجستير في الجغرافيا، إشراف نعيم سلمان بارود، الجامعة الإسلامية غزة، كلية الآداب، لسنة 2012.

• مصطفى قيمة، **الثقافة الصحية عند المسنين في المغرب، مدينة الدار البيضاء نموذجا،** أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهراز، فاس، السنة الجامعية 2013/2012.

❖ **مواقع ومقالات إلكترونية**

•عبد المجيد العموري بوعزة، **مقال من الطب إلى الصحة: مقدمات في المرجعية السوسيولوجية،** على الرابط التالي www.maghress.com.

•أمانى موسى محمد، التحليل الإحصائي للبيانات، الناشر مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث- كلية الهندسة – جامعة القاهرة، 2007، ص 7، الموقع على شبكة الأنترنيت:

https://fr.scribd.com

•البشير بنجلون **'تاريخ البيمارستانات في المغرب'** المستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس، عدد 3 أكتوبر 2012، على الموقع التالي: http://www.tawassol.ma/

•ميلود سفاري وسعيدة شين، العلاقة بين الطب العبي والطب الرسمي، مجلة علم الإنسان والمجتمع، العدد 05 مارس 2015: على الرابط التالي:

https://www.asjp.cerist.dz/en/article/47499

•خواجة عبد العزيز بن محمد، **سوسيولوجية الرابط الاجتماعي: بناءات مفاهيمية ومسارات نظرية**، دابة للطباعة غرداية، الجزائر، نور للنشر، ألمانيا، 2018

file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/liensocial-khouadja.pdf

•علي المكاوي، ***الأنثروبولوجيا الطبية، دراسات نظرية وبحوث ميدانية***، ص 7، نشر وتوزيع إلكتروني على الرابط التالي:https://www.aranthropos.com

•موقع مؤسسة لالة سلمى للوقاية وعلاج السرطان

https://www.contrelecancer.ma/fr/le_pnpcc

•معهد البحث في السرطان http://www.irc.ma/statistiques/registre-des-cancers

•معهد البحث في السرطان "المستشفى الجامعي فاس" www.irc.ma

❖ معـــاجـــم

- المنجد في اللغة والأعلام، الطبعة الثالثة والعشرون، مطبعة دار المشرق، بيروت، لبنان، 1973.
- معجم المعاني الجامع –معجم عربي عربي
- المعجم العربي الأساسي https://www.arabdict.com/
- ابن منظور، معجم لسان العرب.https://www.al-jawaab.com

II- مراجع بالفرنسية

❖ THESES

- DURKHEIM Emile, *De la division du travail social*, Thèse présentée à la Faculté des Lettres de Paris, Paris, Félix Alcan, coll. «Bibliothèque de philosophie contemporaine, 1893.
- LAMIRI Larbi, *Diffusion et Incideros des nouvelles technologies médicales sur les systèmes des soins en pays de développement cas d'Algérie*, Thèse, IS, université d'Alger, 1995.
- ST MATHIEU Jean, *Métamorphose de la représentation sociétale. Du corps dans la société occidentale contemporaine*", Thèse pour obtenir le diplôme de doctorat en sociologie, Université Québec, Montréal, 2010.

❖ OUVRAGES

- ABABOU Mohamed et EL MALIKI Abderrahman, *Sociologie de la maladie chronique (cas du diabète au Maroc),* publications du laboratoire de sociologie de développement social LASDES, université sidi Mohammed ben abdellah, Faculté des lettres et Dhar mehraz, Fès, Edition Negoce, 2017.
- AKHMISSE Mustapha, *Croyances et médecine berbères à Tagmut,* Edition dar Kortoba, 1ère Edition, 2004.
- BLATIER Catherine, *Introduction à la Psycho-criminologie*, 1ère édition, Dunold, Paris, 2010.
- BAUDRILLARD Jean, *Pour une critique de l'économie politique du signe*, *Paris*, Gallimard, Collection Les Essais (n° 168), 1972.
- BORDIN Giorgio et POLO D'AMBROSIO Laura, *La médecine*, Editions Hazan, Paris, 2010.
- BOURQIA R., CHARRAD M., GALLAGHER N., *Femmes culture et société au Maghreb*, 2ème édition, Afrique -Orient, 2000.
- BURNETT TYLOR Edward, *Primitive Culture*, Volume 1, London, John Murray, 1871.
- CANGUILHEM Georges, *Le normal et le pathologique*, 12e édition « Quadrige », 2013, presses Universitaires de France, 1966.
- CARRICABURU Danièle et MENORET Marie, *Sociologie de la santé –institutions, profession et maladie*, Paris, Armand Colin, 2004.
- CUSSON Maurice, *Le contrôle social du crime*, Paris, PUF, 1983.
- CUSSON Maurice, *La criminologie actuelle*, Paris, PUF, 1998.
- DETREZ Christine, *La construction sociale du corps*, Paris, 2002.
- DURKHEIM Emile, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1963.
- ELIOT Freidson, *La profession médicale*, traduction par Lyotard May, Malamoud, Paris, Payot, 1984.
- FAGET Jacques, *Sociologie de la délinquance et de la justice pénale*, 2ème Ed. Ères, France, 2007.
- FASSIN Didier**,** *Pouvoir et maladie en Afrique***,** Paris, PUF, 1992.

- FILLIEULE Renaud, *Sociologie de la délinquance*, Paris, PUF, 2001.
- FOUCAULT Michel, *Naissance de la clinique***,** 1re édition: 1963, 9e édition « Quadriage » 2015, Presses universitaire de France, Paris, 1963.
- GAILLARD Bernard, *Psychologie criminologie***,** 1édition, presses de la nouvelle imprimerie Laballery, France, 2008.
- GALLAND Olivier, *Sociologie de la jeunesse,* 4 éditions Armand Colin, Paris, 2007
- GOFFMAN Erving, *La Mise en scène de la vie quotidienne*, T. 1. *La Présentation de soi*, Paris, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun », 1973.
- GOFFMAN Erving, *La Mise en scène de la vie quotidienne*, T.2. *Les Relations en public*, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun », 1973.
- GOFFMAN Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, 1963 ; traduit de l'anglais par Alain Kihm, Éditions de Minuit, coll. « Le Sens Commun », 1975.
- GOFFMAN Erving, *Comment se conduire dans les lieux publics. Notes sur l'organisation sociale des rassemblements* ; traduit de l'anglais et postfacé par Daniel Cefaï, Paris, Economica, 2013 (1963).
- GRAWITZ Madeleine, *Méthodes des sciences sociales*, 9e édition, Editions Dalloz, Paris, 1993.
- HERZLICH Claudine, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale,* Paris, Mouton, 1969.
- HOWARD Saul Becker**,** *Outsiders, Etude de sociologie de la déviance*, Editions Métaillé, Paris, 1985.
- JANSSEN Thierry, *La maladie a-t-elle un sens ?, Enquête au-delà des croyances*, Librairie Arthème Fayard, 2008.
- KACZMAREK Sylvie, *Femmes et féminisme d'hier à demain,* Erès, Toulouse, 1993.
- KAUFMAN Jean-Claude, *L'entretien compréhensif*, Ed, Nathan, Paris, 1996.
- LE BRETON David, *Corps et société*, 1985.
- LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, 1990 (plusieurs rééditions).
- LE BRETON David, *Passions du risque*, Éditions Métailié, 1991.
- LE BRETON David, *La sociologie du corps*, Paris, PUF, 2ème édition 1994.
- LE BRETON David, *L'Interactionnisme symbolique*, Presses universitaires de France, 2004.
- LE BRETON David, *Anthropologie du corps et modernité*, Presses universitaires de France, 2005.
- LE BRETON David, *Anthropologie de la douleur*, Éditions Métailié, 2006.
- LE BRETON David, *Expériences de la douleur*, Éditions Métailié, 2010.
- MUCCHIELLI Laurent, *Sociologie de la délinquance*, ARMAND Colin, paris, 2014.
- NAVEZ-BOUCHANINE Françoise, *Habiter la ville marocaine,* Paris, L'Harmattan, 1997.
- PIAGET Jean, *La représentation du monde chez l'enfant*, Paris, PUF, Quadrige, 2003, (ISBN 978-2-13-053978-0), (1 ère édition 1926)

- RAYMOND Quivy et COMPENHOUDT Luc Van, *Manuel de recherche en science sociales*, 3 Edition, Dunod, Paris, 2006.
- SENON Jean-Louis, LOPEZ Gérard, CARIO Robert et al, *Psycho-criminologie*, 2 édition, DUNOD, Paris, 2012.
- STEUDLER François, *Sociologie médicale*, Librairie Armand Colin, Paris, 1972.
- STEUDLER François, *L'hôpital en observation*, Paris, Librairie Armand Colin, 1974.

❖ ARTICLES ET COMMUNICATIONS

- Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019, axes stratégiques et Mesures.
- Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2020-2029, Mot de la présidente de la Fondation Lalla Salma.
- Evaluation du Régime d'assistance Médicale aux économiquement démunis (Ramed), Rapport, publié par observatoire National du développement Humain, 2017.
- Revue Horizons Sociologiques, Annales du laboratoire de sociologie de Développement Social (LASDES), « Vulnérabilité et politiques social », Université Sidi Mohamed Ben Abdellah Dhar Mehraz-Fès, Numéro spécial, N4, Novembre 2017.
- Horizons Sociologiques, Annales du laboratoire de sociologie de Développement Social (LASDES), « La sociologie de la santé et l'approche interdisciplinaire de la maladie chronique », Université Sidi Mohamed Ben Abdellah Dhar Mehraz-Fès, Numéro 1 Novembre, 2011.
- Horizons Sociologiques, Annales du laboratoire de sociologie de Développement Social (LASDES), « Santé, politiques sociales et Formes contemporaine de vulnérabilité », Université Sidi Mohamed Ben Abdellah Dhar Mehraz-Fès, centre Jacques Berque, Numéro spécial, N2, septembre 2015.
- ABABOU Reida, « Approche globale de la maladie chronique », colloques et séminaire N 5, sur le sujet Santé, culture et comportement, Faculté des lettres et science Humaines Marrakech, coordination El Mostapha Saaliti, 2008.
- Colloque international des sciences sociales et santé, « La gouvernance de la couverture médical an Afrique »,4-5-6ème Edition, organisé avec l'université internationale de Rabat et l'université Sidi Mohamed Ben Abdellah, 2018.
- Marie Nuytten, Laurence Faugeras, Lionel D'Hondt, « Cancer et sexualité », Centre de Médecine Sexuelle, Congrès 2018 - CHU UCL Namur - site Godinne.

- Sexualité et cancer : Information destinée aux femmes, Coordination : Marie LANTA, Imprimé sur les presses de PRINTCORP, Edition actualisée Mars 2016.
- VALENTINE Hélardot, « Parcours professionnels et histoires de santé:une analyse sous l'angle des bifurcations », Cahiers internationaux de sociologies 1, N°120, 2006.
- Plan National de prévention et de contrôle du cancer 2010-2019, axes stratégiques et mesures, publié association L'alla Salma de lutte contre le cancer et le Ministère de la santé de Maroc.
- Guide de détection précoce des cancers du sein et du col de l'utérus, Edition 2011, Lalla Salma de lutte contre le cancer, Royaume du Maroc, Ministère de la santé.
- LABERGE Yves, « Sociologie du corps en bonne santé: sur quelques théories américaines émergentes en sociologie médicale ».
- S. Schwab et Al, « Sexualité et cancer, information destinée aux femmes, traitées pour un cancer », Université Louis Pasteur, Strasbourg, février 2008.

❖ DICTIONNAIRES

- Le Petit Robert, Dictionnaire de la langue française, Montréal, Canada, 1996.
- QUEVAU VILLIERS Jacques et SOMOGYI Alexandre et FINGERHUT Abe, Dictionnaire Médical, 5 Edition, Elsevier Masson, 2007.
- BOUDON Raymond et autres, Dictionnaire de sociologie, édition Larousse, 1993, 1 édition.
- Dictionnaire Usuel Illustré, Paris, Librairies Flammarion et Quillet, 1980.
- ETIENNE Jean et autres, Dictionnaire de sociologie, Hatier, Paris, 2004.

❖ WEBOGRAPHIE

- Marcel Mauss, « Les techniques du corps », 1934, PDF.
- Magali Ayache, Hervé Dumez, le codage dans la recherche qualitative une nouvelle perspective ?, 2012, p 34 sur site web http://Hal.archives-ouvertes.fr/hal-00657490.
- S. Schwab et Al, « Sexualité et cancer, information destinée aux femmes, traitées pour un cancer », Université Louis Pasteur, Strasbourg, février 2008 ; https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/sexualite-cancer-femme_2016-03-.pdf consulté le 2021/02/05 à 17H et
- « Couples et cancer du sein: l'expérience de la sexualité », Université de Genève certificat de formation continue en sexologie clinique, Aout 2011) ; et

- « sexualité après un cancer du sein: un sujet non tabou » sur le site web: https://www.revmed.ch/view/424076/3675162/RMS_598_563.pdf consulté le 2021/02/06
-
- Philippe Wanlin, L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de Logiciles.
- comment définir la vulnérabilité ? http://www.raison-publique.fr/article658.html
- http://www.espace-ethique.org/ressources/cours-en ligne/structure-et-repr%C3%A9sentations-de-la-maladie-en-milieu-african-noir.
- http://www.sante.gov.ma/Pages/Accueil.aspx .
- Isabelle Baszanger, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », Revue française de sociologie, 1986. web site: http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_1_2280.
- David Mechanic, Illness behaviour Article sur le site web : http //link.Springer.com.
- Nathalie clément Hryniewicz, Article « An ethical approach to announcing palliative care: the truth of the matter » sur site web http://www.cain-int.info.
- BENOIST Jean et CATHEBRAS Pascal, « Conceptions et représentations du corps », p.7 .Site web http://classiques.uqac.ca (Texte inédit en français. Traduction d'un article publié originalement en anglais sous le titre : "The Body : from an Immateriality to another." Un article publié dans la revue Social Sciences and Medicine, vol. 36, no 7, 1993, pp. 857-865).
- Karsenti Bruno. Techniques du corps et normes sociales : de Mauss à Leroi-Gourhan. In: Intellectica. Revue de l'Association pour la Recherche Cognitive, n°26-27, 1998/1-2. Sciences sociales et cognition. pp. 227-239; doi : https://doi.org/10.3406/intel.1998.1578 https://www.persee.fr/doc/intel_0769-4113_1998_num_26_1_1578 Fichier pdf généré le 24/02/2020.
- SEMLALI Hassan, 'The Moroccan Practice Case Study: Positive Practive Environments in Morocco,2010 http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/PPE_Morocco_CaseStudy.pdf .

الملاحق

1- دليل الاستمارة المطبق

2- خطة ترميز الإستمارة

3- دليل المقابلة المطبق

4- نموذجان من المقابلات المنجزة

لائـحة الخطاطات، الجـداول والمبيانات

الرقم الترتيبي	الخطاطـــــــــــات
1	مستويات تمثل المرض حسب كلودين هرزليش
2	التركيبة العامة لمستشفى محمد السادس
3	المحددات الاجتماعية للصحة
	الجـــــــــــداول
1	عمليات الكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم لسنة 2016 والنصف الأول من سنة 2017 بالمركز
2	أنواع الحالات المحالة على المركز للكشف عن سرطان الثدي لسنة 2016
3	توزيع العاملين بالمستشفى حسب الصفة في 31/12/2018
4	توزيع المبحوثات حسب السن
5	علاقة المستوى الدراسي للمستأصلات الثدي بالكشف المبكر
6	توزيع المبحوثات حول العمل المأجور
7	توزيـع المريضات بسرطان الثدي حسب نوعية السكن
8	إستراتيجية الكشف المبكر لنظام الصحة بمستوياته الثلاث
9	معدل الاستشارة الطبية في حالة المرض حسب نوع التغطية الصحية وحسب السنة
10	تمثلات الصحة عند المستأصلات الثدي في علاقتها بالمستوى الدراسي
11	مصادر المعلومات عند المستأصلات الثدي في علاقتها بالمستوى الدراسي
2	تمثلات العلاج لدى المستأصلات الثدي
13	علاقة تمثلات العلاج بالمستوى الدراسي لدى المبحوثات
14	تأثيرات العلاج على الجسد الأنثوي المصاب بسرطان الثدي
	المبيـانـــــــــــات
1	توزيع المبحوثات حول استفادتهن من البرنامج حسب السن
2	توزيع المبحوثات حول علاقة الحالة العائلية بالتكفل بمصاريف العلاج
3	توزيع المبحوثات حول النظام الغذائي
4	علاقة الانتماء المجالي للمصابات بتتبع العلاج
5	توزيع المبحوثات حسب نوع التغطية الصحية
6	تمثلات المبحوثات لأسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي
7	توزيع المبحوثات حول اسم المرض في ثقافتهن
8	تمثلات المبحوثات حول علاقة المرض بجنس المصاب (ة)
9	توزيع تمثلات المبحوثات لدور التغذية في الإصابة بمرض سرطان الثدي
10	تمثلات المبحوثات لأسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي
11	تمثل عامل الوراثة كسبب للإصابة بالمرض

12	علاقة المجال (قروي–حضري) لدى المبحوثات بالمكان الأول في تشخيص مرضهن
13	علاقة مجال الانتماء (قروي–حضري) بتمثلات العلاج عند المصابات
14	علاقة مجال انتماء المصابات بالعلاج
15	توزيع المبحوثات حسب الوضعية العائلية
16	تمثلات الولوج إلى العلاج حسب النوع
17	علاقة متغير السن المصابات بمتغير النوع (طبيب–طبيبة)
18	توزيع المبحوثات حسب المستوى الدراسي

الملحق الأول

نموذج دليل الإستمارة

تقديم

نشكركم جزيل الشكر على تعاونكم:

ونحيطكم علما أننا ننجز بحث لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع حول موضوع "تمثلات الجسد الأنثوي المستأصل الثدي: مقاربة سوسيو-أنثروبولوجية"، وأن المعلومات التي تقدمونها لنا سوف تبقى سرية ولن تستعمل إلا لأهداف علمية محضة -تتجلى أهمها في معرفة تمتلاتكن للجسد المستأصل الثدي- لأن ذلك من أخلاقيات البحث السوسيولوجي.

استمارة عدد:.....	مكان إنجازها: .....
تاريخ إجراء الإستمارة:	اسم الباحثة: فاطمة الزهراء إلهامي

أولا: معلومات عامة حول المبحوثة	ترميز المعطيات

1. صفة المبحوثة	1. مستأصلة ثدي واحد ☐ 2. كلا الثديان مستأصلان ☐
2. السن	1. من 16 إلى 26 سنة ☐ 2. . من 27 إلى 37 سنة ☐ 3. من 38 إلى 47 سنة ☐ 4. من 48 إلى 57 سنة ☐ 5. من 58 سنة، إلى فما فوق ☐
3. المستوى الدراسي	1. غير متمدرسة ☐ 2. تعليم أولي (قرآني) ☐ 3. مستوى ابتدائي ☐ 4. مستوى إعدادي ☐ 5. مستوى ثانوي ☐ 6. جامعي ☐
4. الوضعية العائلية	1. عازبة ☐ 2. متزوجة ☐ 3. مطلقة ☐ 4. هجران الزوج بسبب المرض ☐ 5. أرملة ☐
5.هل لك أبناء؟	1. نعم ☐ 2. لا ☐
6. إذا كان الجواب على السؤال السابق 'نعم' فما هو عددهم؟	1. من 1 إلى 2 ☐ 2. من 3 إلى 4 ☐ 3. من 5 إلى 6 ☐ 4. من 7 فما فوق ☐
7. هل قمت بإرضاعهم	1. رضاعة طبيعية ☐ 2. رضاعة اصطناعية ☐
8. ما هو مجال سكنك؟	1. مجال قروي ☐ 2. مجال حضري ☐

9. ما هي جهة الانتماء؟	1. جهة بني ملال خنيفرة	☐
	2. جهة فاس مكناس	☐
	3. جهة مراكش أسفي	☐
9. ما هي نوعية السكن	1. سكن قروي	☐
	2. سكن عصري	☐
	3. براكة	☐
	4. شقة في عمارة	☐
	5. فيلا	☐
10. ما هي صفة حيازة السكن؟	1. ملك خاص/وراثي	☐
	2. كراء	☐
	3. رهن	☐
	4. سكن مجاي	☐
	5. آخر يذكر	☐
11. نوعية الأسرة	1. نووية	☐
	2. ممتدة	☐
12. الاستفادة من البرنامج الوقائي حول السرطان	1. نعم	☐
	2. لا	☐
ثانيـــا: الخصـــائص السوسيـــو-اقتصاديـــة والمجالية للمستأصلات الثـــدي		
1. هل لديك دخل أو أجر شهري من عمل ما؟	1. نعم	☐
	2. لا	☐
2 .إذا كان الجواب على السؤال السابق 'نعم' فما هو مجال عملك؟	1. قطاع عام	☐
	2. قطاع خاص	☐
	3. قطاع حر	☐
	4. قطاعات هشة	☐
	5. أخر يذكر	☐
3.هل يمكنك أن تقدري مدخول أسرتك	1. أقل من 1000 درهم في الشـ	☐

الشهري؟	2. من 1500 درهم إلى 0 درهم	☐
	3. من 3500 إلى 5000 درهم	☐
	4. من 5500 درهم إلى 0000	☐
	5. من 10000 فما فوق	☐
	6. غير معنية	☐
2. هل تعانين من مرض آخر غير سرطان الثدي؟	1. نعم	☐
	2. لا	☐
3. إذا كان الجواب 'نعم' فما هو نوع المرض؟	1. مزمن	☐
	2. حاد	☐
4. هل لديك تغطية صحية؟	1. نعم	☐
	2. لا	☐
5. إذا كان الجواب 'نعم' فما نوعها؟	1. CNOPS	☐
	2. CNSS	☐
	3. بطاقة راميد RAMED	☐
	4. AMO	☐
6. هل أنت راضية على تغطيتك الصحية؟	1. نعم	☐
	2. لا	☐
7. إذا كان الجواب على السؤال السابق 'لا' فما هو سبب عدم الرضى؟	1. إجراءات التعويض بطيئة	☐
	2. نسبة التغطية ضعيفة	☐
	3. تعقد المساطر الإدراية	☐
	4. آخر يذكر	☐
8. هل أديت مبلغ مادي في فحصك الأولي؟	1. نعم	☐
	2. لا	☐
9. إذا كان الجواب 'نعم' هل المؤسسة الصحية؟	1. عمومية	☐
	2. خصوصية	☐

ثالثا: التمثـــلات والمعــرفة حول مـــرض سرطـــان الثـــدي

1. في نظرك، ما هي الصحة؟	.....	
2. ما هو مرض سرطان الثدي في نظرك؟	.....	
3. كيف تسمون مرض سرطان الثدي في ثقافتكم؟	1. مرض البزولة 2. حبة في البزولة 3. المرض الخايب 4. المرض لي مكيدكرش 5. الكونسير 6. أخر يذكر	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4. ما هي أسباب إصابة جسدك بالمرض في نظرك؟	1. الفقسة 2. معاناة اقتصادية واجتماعية دائمة 3. قضاء وقدر 4. الوراثة 5. التغذية 6. أقراص منع الحمل 7. لا أعرف 8. حادثة 9. عدم الرضاعة الطبيعية	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
5. منذ متى وأنت مصابة بالمرض؟	1. أقل من سنة 2. سنة إلى 2 سنوات 3. من 3 سنوات إلى 5 سنوات 4. من 6 سنوات فما فوق 5. لا أعرف 6. لا جواب	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6. هل هناك أيام لا تستطيعين فيها مزالة أنشطتك العادية؟	1. نعم 2. لا	☐ ☐
7. إذا كان الجواب على السؤال السابق 'نعم' فما هي أغلب	1. أيام العلاج 2. أيام عادية	☐ ☐

تلك الأيام؟	3. كلا الأيام	☐
8. في نظرك هل سرطان الثدي مقتصر على الإناث؟	1. نعم 2. لا	☐ ☐
9. في نظرك هل سرطان الثدي وراثي؟	1. نعم 2. لا	☐ ☐
10. هل سبق وأن أصيب أحد أفراد عائلتك من قبل؟	1. نعم 2. لا	☐ ☐
11. هل ذكر المرض يسبب لك خوفا؟	1. نعم 2. لا 3. أحيانا 4. سابقا	☐ ☐ ☐ ☐
12. في نظرك هل الكشف المبكر ضروري لعلاج السرطان؟	1. نعم 2. لا 3. لا أعرف	☐ ☐ ☐
13. ما أكثر المعاناة التي تواجهينها مع المرض؟	1. مادية 2. جسدية 3. نفسية 4. إجتماعية	☐ ☐ ☐ ☐
14. هل لديك معلومات عن مرض سرطان الثدي؟	1. نعم 2. لا	☐ ☐
15. هل تهتمين بمعرفة معلومات أكثر عن مرض سرطان الثدي؟	1. نعم 2. لا 3. أحيانا	☐ ☐ ☐
16. إذا كان الجواب على السؤال السابق 'نعم' كيف تحصلين على هذه المعلومات؟	1. بطريقة شخصية 2. عبر وسائل الإعلام والتواصل 3. من العائلة والأصدقاء 4. الجمعيات 5. المؤسسات الصحية 6. أخر يذكر	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

17. ما هي أكثر مصادر المعلومات التي تثقين بها؟	1.	المؤسسات الصحية	☐
	2.	وسائل الإعلام والتواصل	☐
	3.	الأصدقاء والعائلة	☐
	4.	الجمعيات	☐
	5.	أخر يذكر	☐
	6.	لا جواب	☐
18. هل تمكنك الأطر الطبية من الشرح الكافي لطبيعة مرضك، بحيث تلبي الحاجة المعلوماتية لديك؟	1.	نعم	☐
	2.	لا	☐
	3.	شيئا ما	☐
19. في نظرك، هل هناك تحسيس وتوعية بمرض سرطان الثدي؟	1.	نعم	☐
	2.	لا	☐
	3.	لا أعرف	☐
رابـــعا: الجسد الأنثوي والتغـــذية			
1. في نظرك هل هناك علاقة بين نظام التغذية والإصابة بالمرض؟	1.	نعم	☐
	2.	لا	☐
	3.	لا أعرف	☐
	4.	لا جواب	☐
2. هل تتبعين نظام غذائي معين في علاج السرطان؟	1.	نعم	☐
	2.	لا	☐
	3.	قليلا	☐
3. إذا كان الجواب 'نعم' من أمدك به؟	1.	وصفة طبية	☐
	2.	نصائح العائلة والأصدقاء	☐
	3.	تجارب أشخاص أخرين	☐
	4.	أخر يذكر	☐
4. تعد المدرسة مجال للمعرفة والتربية، في رأيك هل تقوم بدورها فيما يخص التربية الصحية والعوامل المسببة في الأمراض الخطيرة؟	1.	نعم	☐
	2.	لا	☐
	3.	لا أعرف	☐
	4.	لا جواب	☐

5. هل لديك معلومة عن نوع معين من الغذاء قد يسبب أو يحمي من سرطان الثدي؟	1. لدي معلومة عن غذاء يحمي من السرطان ☐ 2. لدي معلومة عن غذاء يسبب السرطان ☐ 3. ليس لذي معلومة عن غذاء يحمي من السرطان ☐ 4.ليس لذي معلومة عن غذاء يسبب السرطان ☐ 5.لا أعرف
خامســــــــا: الجسد الأنثوي المستأصل الثدي بين المســـــارات العــلاجيـــة و تدبير المرض	
1. ما نوع العلاج الذي الموصف لك؟	1. Chimio فقط ☐ 2. الأشعة فقط ☐ 3. الأشعة وchimio معا ☐ 4. أقراص ☐ 5. الشيميو والأشعة والأقراص ☐ 6. الشيمو والأقراص ☐ 7. المراقبة le contrôle seul ☐
2. لماذا ذهبت للفحص الأولي؟	1. للقيام بالكشف المبكر (الفحص السريري) ☐ 2. ظهور أعراض جانبية ☐ 3. آخر يذكر ☐
3.ما هو المكان الأول الذي التجأت له لاكتشاف المرض؟	1. عيادة خاصة/ مصحة خاصة ☐ 2. مستوصف أو مركز صحي ☐ 3. مركز الكشف عن سرطان الثدي ☐ 4. صيدلية ☐ 5. عشاب ☐ 6. معالج تقليدي، فقيه... ☐ 7. أخر يذكر ☐
4. هل تستعملين علاجا آخر بالموازاة مع الطب الحديث؟	1. نعم ☐ 2. لا ☐ 3. سابقا ☐

5. إذا كان الجواب على السؤال السابق 'نعم' فما نوع العلاج؟	1. أعشاب تقليدية 2. رقية شرعية 3. زيارة الأضرحة 4. أخر يذكر (الكي)	☐ ☐ ☐ ☐
6. هل تحرصين على تتبع العلاج بشكل منتظم؟	1. نعم 2. لا 3. أحيانا	☐ ☐ ☐
7. إذا كان الجواب على السؤال السابق 'لا' أو أحيانا، فما سبب ذلك؟	.....	
8. هل تقومين بالأداء على المبيت للاستفادة من حصص العلاج (الأشعة، Chimio)؟	1. نعم 2. لا	☐ ☐
9. غالبا من يتكفل بمصاريف علاجك؟	1. أنت وحدك 2. الزوج 3. الأقارب/ العائلة 4. المحسنين 5. الجمعيات بما فيها (جمعية سلمى)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
10. هل تواجهك صعوبات في تتبع العلاج؟	1. نعم 2. لا	☐ ☐
11. إذا كان الجواب على السؤال السابق 'نعم' ما نوع هذه الصعوبات؟	1. مادية 2. جسدية 3. نفسية 4. أخر يذكر	☐ ☐ ☐ ☐
12. كيف تستفيدين من حصة العلاج؟	1. موعد قبلي من الطبيب 2. مضاعفات حادة (ألم جسدي) 3. انتظار المرور والفحص بـ موعد 4. أخر يذكر	☐ ☐ ☐ ☐

13. كيف هي مدة انتظارك للمرور للعلاج بالمستشفى؟	1. مدة قصيرة ☐ 2. مدة متوسطة ☐ 3. مدة طويلة ☐
14. من تفضلين أن يقوم بفحصك وعلاجك؟	1. طبيب ☐ 2. طبيبة ☐ 3. لا أهتم ☐ 4. نفس الشيء بالنسبة لي ☐ 5. لا أعرف ☐ 6. لا جواب ☐
15. كيف هي المسافة التي تفصل منزلك عن مقر العلاج؟	1. مسافة قريبة ☐ 2. مسافة متوسطة ☐ 3. مسافة بعيدة ☐
16. كيف كان استقبالك بالمستشفى/ المركز أول مرة عند مجيئك له؟	1. جيد ☐ 2. جيد إلى حد ما ☐ 3. متوسط ☐ 4. سيء ☐ 5. لا جواب ☐
17. من يرافقك لحضور حصص العلاج؟	1. لا أحد ☐ 2. الزوج ☐ 3. أحد أفراد الأسرة ☐ 4. أحد الأصدقاء ☐
18. هل تستعملين دواء ما؟	1. نعم ☐ 2. لا ☐
19. إذا كان الجواب 'نعم' كيف تحصلين على هذا الدواء؟	1. مجانا إذا وجدته بالمستشفى ☐ 2. مشترى إذا لم أجده بالمستشفى ☐ 3. أشتريه دائما ☐
20. من يمدك بالدواء؟	1. مركز الأنكولوجيا ☐ 2. الصيدلية ☐ 3. الجمعية ☐ 4. أخر يذكر ☐

21. هل يساعدك أفراد أسرتك في تدبير أمورك المنزلية؟	1. نعم 2. لا 3. بعض الشيء 4. غير معنية	☐ ☐ ☐ ☐
22. درجة الرضى عن نفسك؟	1. راضية 2. غير راضية 3. راضية شيئا ما 4. لا عرف	☐ ☐ ☐ ☐
23. حالة المستجوبة عموما أثناء إجابتها على الأسئلة؟	1. جيدة 2. جيدة جدا 3. سيئة 4. سيئة جدا 5. لا بأس بها	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
24. درجة اهتمام المبحوثة بالإجابات على الأسئلة؟	1. جيدة 2. جيدة جدا 3. لا بأس بها 4. سيئة 5. سيئة جدا	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
25. الأمل في الشفاء من هذا المرض؟	1. نعم 2. لا 3. بعض الشيء	☐ ☐ ☐

الملحق الثاني: خطة ترميز معطيات الإستمارة

صفة المبحوثة:

1.00="مستأصلة الثدي"

السن ←——— الفئات العمرية

1.00="16-26" من

2.00="27-37" من

3.00="38-47" من

4.00="48-57" من

5.00="58 سنة فما فوق"

المستوى الدراسي:

1.00="غير متمدرسة"

2.00="تعليم أولي أو قرآني"

3.00="ابتدائي"

4.00="إعدادي"

5.00="ثانوي"

6.00="جامعي"

الوضعية العائلية:

1.00="عازبة"

2.00="متزوجة"

3.00="مطلقة"

4.00="هجران الزوج بسبب المرض"

5.00="أرملة"

هل لك أبناء؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

هل قمت بإرضاعهم؟

1.00="رضاعة طبيعية"

2.00="رضاعة اصطناعية"

ما مجال انتماءك؟

1.00="قروي"

2.00="حضري"

ما نوعية السكن؟

1.00="قروي"

2.00="عصري"

3.00="براكة"

4.00="فيلا"

5.00= "آخر يذكر"

ما صفة حيازة السكن؟

1.00="ملك خاص/وراثي"

2.00="كراء"

3.00="رهن"

4.00="مجاني"

الاستفادة من البرنامج الوقائي حول السرطان:

1.00="نعم"

2.00="لا"

العمل:

1.00="نعم"

2.00="لا"

مجال العمل:

1.00="قطاع عام"

2.00="قطاع خاص"

3.00="قطاع حر"

4.00="قطاع هش"

5.00="أخر يذكر"

ما تقديرك لمدخولك الأسري؟

1.00="أقل من 1000 درهم في الشهر"

2.00="من 1500 درهم إلى 3000 درهم"

3.00="من 3500 درهم إلى 5000 درهم"

4.00="من 5500 درهم إلى 10000 درهم"

5.00="من 10000 فما فوق"

6.00="غير معنية"

هل تعانين من مرض آخر؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

بناء متغير مجال العمل (حسب المندوبية السامية للتخطيط) HCP

1.00= كل المهن والأعمال المصنفة عمومية

2.00= كل الأعمال والمهن المصنفة خصوصية

3.00= لها عمل حر مثل نسيج الزرابي والصوف...

4.00= طيابة في الأفراح، الاشتغال في الحمامات، بائعات الخبز، الاشتغال بالبيوت.....

نوع المرض:

1.00="مزمن"

2.00="حاد"

هل عندك تغطية صحية؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

نوع التغطية الصحية؟

1.00="CNOPS"

2.00="SNSS"

3.00="RAMED"

4.00="أخر يذكر"

الرضى عن التغطية الصحية؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

سبب عدم الرضى:

1.00="إجراءات التعويض بطيئة"

2.00="نسبة التغطية ضعيفة"

3.00="تعقد المساطر الإدارية"

4.00="أخر يذكر"

التّأدية عند الفحص الأول؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

نوع المؤسسة التي ذهبت إليها في الفحص الأول:

1.00="عمومية"

2.00="خصوصية"

في نظرك، ما هي الصحة؟

1.00="القدرة على العمل"

2.00="كل شيء"

3.00="لا أعرف"

4.00="العيش في سلام"

5.00="عدم الشعور بالألم"

في نظرك، ما هو سرطان الثدي ؟

1.00="بخوش أو حبوب"

2.00="قدر وقضاء"

3.00="مرض صعيب"

4.00="لا أعرف"

5.00="مرض مزمن"

6.00="مكروب"

7.00= "آخر يذكر"

ماذا تسمون مرض سرطان الثدي في ثقافتكن؟

1.00="مرض البزولة"

2.00="حبة في البزولة"

3.00="المرض الخايب"

4.00="المرض الذي لا يذكر""

5.00="الكونسير"

6.00="السرطان"

7.00="الولسيس"

في نظرك، ما هي أسباب إصابة جسدك بالمرض؟

1.00="الفقسة"

2.00="معاناة اقتصادية واجتماعية دائمة"

3.00="قضاء وقدر"

4.00="الوراثة"

5.00="التغذية"

6.00="آخر يذكر"

مدة الإصابة؟

1.00="أقل من سنة"

2.00="سنة إلى 2 سنوات"

3.00="من 3 سنوات إلى 5 سنوات"

4.00="من 6 سنوات فما فوق"

5.00="لا أعرف"

6.00="لا جواب"

هل هناك أيام لا تستطيعين فيها مزاولة أنشطتك العادية؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

ما هي تلك الأيام:

1.00="أيام العلاج"

2.00="أيام عادية"

3.00="كلا الأيام"

هل سرطان الثدي مقتصر على الإناث؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

في نظرك هل سرطان الثدي وراثي؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

هل سبق وأن أصيب أحد أفراد عائلتك من قبل؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

هل ذكر المرض يسبب لك خوفا؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="أحيانا"

في نظرك هل الكشف المبكر ضروري لعلاج السرطان؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="لا أعرف"

ما أكثر المعاناة التي تواجهينها مع المرض؟

1.00="مادية"

2.00="جسدية"

3.00="نفسية"

4.00="إجتماعية

5.00 ="أخرى تذكر"

هل لديك معلومات عن مرض سرطان الثدي؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="شيئا ما""

هل تهتمين بمعرفة معلومات أكثر عن مرض سرطان الثدي؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="أحيانا"

كيف تحصلين على هذه المعلومات؟

1.00="بطريقة شخصية"

2.00="عبر وسائل الإعلام والتواصل"

3.00="من العائلة والأصدقاء"

4.00="الجمعيات"

5.00="المؤسسات الصحية"

6.00="أخر يذكر"

ما هي مصادر المعلومات التي تثقين بها أكثر؟

1.00="المؤسسات الصحية"

2.00="وسائل الإعلام والتواصل"

3.00="الأصدقاء والعائلة"

4.00="الجمعيات"

5.00="أخر يذكر"

6.00="لا جواب"

هل تمكنك الكوادر الطبية من الشرح الكافي لطبيعة مرضك؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="شيئا ما"

4.00="أخر يذكر"

في نظرك، من هي الأجساد(الفئات الاجتماعية) الأكثر إصابة بمرض سرطان الثدي؟

1.00="أجساد الفقراء"

2.00="أجساد الأغنياء"

3.00="الأجساد معا"

4.00="لا أعرف"

5.00="لا جواب"

هل في نظرك، هناك تحسيس وتوعية بمرض سرطان الثدي؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00 = "لا أعرف"

في نظرك، هل هناك علاقة بين نظام التغذية والإصابة بمرض سرطان الثدي؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="لا أعرف"

4.00="لا جواب"

هل تتبعين نظاماً غذائياً معيناً في علاج سرطان الثدي؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="قليلا"

إذا كان الجواب 'نعم' من أمدك به:

1.00="وصفة طبية"

2.00="نصائح العائلة والأصدقاء"

3.00="تجارب أشخاص أخرين"

4.00="أخر يذكر"

في نظرك، هل تقوم المدرسة بدورها بالتربية الصحية والعوامل المسببة في الأمراض الخطيرة؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="لا أعرف"

4.00="لا جواب"

هل لديك معلومة عن نوع معين من الغذاء قد يسبب أو يحمي من سرطان الثدي؟

1.00="لدي معلومة عن غذاء يحمي من السرطان"

2.00="لدي معلومة عن غذاء يسبب السرطان"

3.00="ليس لذي معلومة عن غذاء يحمي من السرطان"

4.00="ليس لذي معلومة عن غذاء يسبب السرطان"

5.00="لا أعرف"

ما هو نوع العلاج الموصف لك؟

1.0="Chimio فقط"

2.0="الأشعة فقط"

3.0="الأشعة وchimio معا"

4.0="أقراص"

5.0="الشيميو والأشعة والأقراص"

6.0="الشيمو والأقراص'

7.0="المراقبة le contrôle seul"

لماذا ذهبت للفحص الأولي؟

1.00="للقيام بالكشف المبكر (الفحص السريري)"

2.00="ظهور أعراض جانبية"

3.00="آخر يذكر"

ما هو المكان الأول الذي التجأت إليه لاكتشاف المرض:

1.00="عيادة خاصة/ مصحة خاصة"

2.00="مستوصف أو مركز صحي"

3.00="مركز الكشف عن سرطان الثدي"

4.00="صيدلية"

5.00="عشاب"

6.00="معالج تقليدي، فقيه"

7.00="أخر يذكر"

هل تستعملين علاجا آخر بالموازاة مع الطب الحديث؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="سابقا"

إذا كان الجواب على السؤال السابق "نعم" أو "أحيانا"، فما هو نوع هذا العلاج؟

1.00="أعشاب تقليدية"

2.00="رقية شرعية"

3.00="زيارة الأضرحة"

4.00="أخر يذكر (الكي)"

هل تحرصين على تتبع العلاج بشكل منتظم؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="أحيانا"

إذا كان الجواب على السؤال السابق "لا" أو "أحيانا"، فما سبب ذلك؟

1.00="عدم توفر الإمكانات المالية"

2.00="عدم القدرة الجسدية"

3.00="أخر يذكر"

هل تقومين بالأداء على المبيت للاستفادة من حصص العلاج (الأشعة، Chimio...)؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

في الغالب من يتكفل بمصاريف علاجك؟

1.00="أنت وحدك"

2.00="الزوج"

3.00="الأقارب/ العائلة"

4.00="المحسنين"

5.00="الجمعيات بما فيها (جمعية لالة سلمى)"

6.00= "آخر يذكر"

هل تواجهك صعوبات في تتبع العلاج؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

إذا كان الجواب على السؤال السابق "نعم" فما نوع هذه الصعوبات؟

1.00="مادية"

2.00="جسدية"

3.00="نفسية "

4.00="أخر يذكر"

كيف تستفيدين من حصة العلاج؟

1.00="موعد قبلي من الطبيب"

2.00="مضاعفات حادة (ألم جسدي)"

3.00="انتظار المرور والفحص بدون موعد"

4.00="أخر يذكر"

كيف تنظرين لمدة انتظارك للمرور للعلاج؟

1.00="مدة قصيرة"

2.00="مدة متوسطة"

3.00="مدة طويلة"

ما جنس من تفضلين أن يقوم بفحصك وعلاجك؟

1.00="طبيب"

2.00="طبيبة"

3.00="لا أهتم"

4.00="نفس الشيء بالنسبة لي"

5.00="لا أعرف"

6.00="لا جواب"

كيف تنظرين للمسافة التي تفصل منزلك عن مكان علاجك؟

1.00="مسافة قريبة"

2.00="مسافة متوسطة"

3.00="مسافة بعيدة"

كيف كان استقبالك بالمستشفى/ المركز أول مرة عند مجيئك إليه؟

1.00="جيد"

2.00="جيد إلى حد ما"

3.00="متوسط"

4.00="سيء"

5.00="لا جواب"

من يرافقك لحضور حصص العلاج؟

1.00="لا أحد""

2.00="الزوج"

3.00="أحد أفراد الأسرة"

4.00="أحد الأصدقاء"

هل تقومين بأخذ دواء ما (أقراص، إبر...) في علاجك؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

كيف تحصلين على هذا الدواء:

1.00="مجانا إذا وجدته بالمستشفى"

2.00="مشترى إذا لم أجده بالمستشفى"

3.00="أشتريه دائما"

إذا كان الجواب على السؤال السابق "مجاناً" فمن يمدك به؟

1.00="مركز الأنكولوجيا"

2.00="الصيدلية"

3.00="الجمعية"

4.00="أخر يذكر"

هل يساعدك أفراد أسرتك في تدبير أمورك المنزلية؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="بعض الشيء"

4.00="غير معنية"

عموما، كيف تنظرين لنفسك؟

1.00="راضية"

2.00="غير راضية"

3.00="راضية شيئا ما"

4.00="لا عرف"

حالة المستجوبة عموما أثناء إجابتها على الأسئلة:

1.00="جيدة"

2.00="جيدة جدا"

3.00="لا بأس بها"

4.00="سيئة"

5.00="سيئة جدا"

درجة اهتمام المشاركة في البحث بالإجابات على الأسئلة:

1.00="جيدة"

2.00="جيدة جدا"

3.00="لا بأس بها"

4.00="سيئة"

5.00="سيّئة جدا"

هل عندك أمل في الشفاء؟

1.00="نعم"

2.00="لا"

3.00="بعض الشيء"

الملحق الثالث: دليل المقابلة الموجهة المطبق

نموذج المقابلة الموجهة

تقديم

نشكركم على تعاونكم:

ونحيطكم علما أننا ننجز بحث لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع حول تمثلات الجسد الأنثوي عند المستأصلات الثدي: مقاربة سوسيو-أنثروبولوجية. وأن المعلومات التي سوف تقدمونها لنا، سوف تبقى سرية ولن تستعمل إلا لأهداف علمية محضة.

مقابلة عدد:..... مكان إنجازها: .....

تاريخ إجراء المقابلة: ..... اسم الباحثة: إلهامي فاطمة الزهراء

المحور الأول: معلومات عامة عن المريضة

1. وضعية الثدي
   - ثدي واحد مستأصل
   - كلا الثديين مستأصلان
2. سنها:.....
3. الوضعية العائلية: (عازبة، متزوجة، هجران الزوج، مطلقة، أرملة)
4. المستوى الدراسي:.....
5. عدد الأبناء:.....
6. مجال السكن: .....
7. نوع السكن:.....
8. التغطية صحية:.....
9. نوع التغطية الصحية:.....
10. نوع الأسرة:.....
11. هل تزاولين عمل ما؟.....

المحور الثاني: التمثلات الاجتماعية والثقافية حول مرض سرطان الثدي والمعرفة حوله

1. ماذا تعني لك الصحة؟
2. على ماذا يحيل لك السرطان؟
3. كيف اكتشفت أنك مصابة بسرطان الثدي؟
4. بماذا شعرت عندما استأصلت ثديك؟
5. بماذا تسمون مرض سرطان الثدي في ثقافتكم؟
6. قبل إصابتك بالمرض، هل تعرفين أحداً أصيب به؟ وهل تغيرت حياته بعد ذلك؟
7. في نظرك، ما هي الأسباب وراء إصابتك بهذا المرض؟
8. هل معرفتك بالمرض ازدادت بعد إصابتك به؟
9. هل تعانين من مرض آخر، غير سرطان الثدي؟
10. هل تتبعين نظام غذائي معين؟

المحور الثالث: استئصال الثدي واستراتيجيات التعايش مع الوضع الجديد

1. هل تغيرت حياتك بعدما أصبت بهذا المرض؟
2. هل تغيرت علاقتك بجسدك، بعدما أصبحت مريضة؟
3. كيف هي معاناتك مع المرض؟
4. ما هي السياقات (الأوقات) التي تتحدثين فيها عن مرضك بكل حرية وتلقائية؟
5. كيف أصبحت تعتنين بجسدك بعد الإصابة؟

المحور الرابع: الجسد الأنثوي المستأصل الثدي بين المسارات العلاجية وتجربة الألم

1. ما هو جسد المرأة في نظرك؟
2. لمن التجأت في البداية لتلقي العلاج؟
3. هل أنت حريصة على تتبع العلاج؟
4. هل تتبعين علاجا آخر أو سبق أن اتبعته بالموازاة مع الطب الحديث؟ (أعشاب- رقية..)؟
5. منذ متى وأنت تقومين بتتبع العلاج من هذا المرض؟
6. هل تلقي العلاج فرض عليك التنقل إلى أماكن أخرى بعيدة عنك؟
7. صفي لنا تأثيرات العلاج (كيميائي، هرموني، إشعاعي..) على جسدك؟
8. ما هي أوقات فرحك بنفسك؟
9. هل تواجهك صعوبات/ عراقيل في تتبع العلاج؟
10. كيف تواجهين الألم؟
11. هل تدخل أحد أفراد أسرتك في قرار العلاج؟

المحور الخامس: العلاقات التفاعلية للمصابة بذاتها وبالأسرة، الأصدقاء، الأطر الطبية والمحيط العام

1. في نظرك، هل يؤثر استئصال الثدي على علاقة المرأة بزوجها؟
2. كيف أصبحت علاقتك بأسرتك بعد إصابتك بالمرض؟
3. كيف تجدين معاملة الأطر الطبية لك؟
4. هل ينتابك خوف عند زيارتك المستشفى؟
5. هل مرافقة أحد أفراد العائلة ضرورية بالنسبة لك؟
6. كيف تجدين نظرة المجتمع لك (العائلة، الجيران، الأصدقاء، المحيط العام)
7. كيف تتصورين مستقبلك؟
8. برأيك كيف ينبغي التوعية بسرطان الثدي؟
9. في نظرك، هل المدرسة تقوم بالتربية الصحية؟

الملحق الرابع: نموذجان من المقابلات المنجزة

تمثلات الجسد الأنثوي عند المستأصلات الثدي:

مقاربة سوسيو-أنثروبولوجية

المقابلة رقم: 09

الباحثة: فاطمة الزهراء إلهامي

مكان إنجازها: المركز المرجعي في الصحة الإنجابية – مركز الكشف المبكر عن سرطان الثدي وعنق الرحم- بخنيفرة

تاريخ إنجازها: 31/10/2017

المحـــور الأول

01. **صفة المبحوثة**: مستأصلة الثدي الأيمن
02. **السن**: 42 سنة
03. **المستوى الدراسي**: غير متمدرسة
04. **الحالة العائلية**: أرملة

4.1 -**عدد الأبناء**: ابن واحد

4.2 - **عدد أفراد الأسرة الإجمالي:** أربعة

05. **مجال السكن**: قروي أم حضري

5.1- الجواب على نوعية السكن: سكن قروي

2.5- الجواب على صفة استغلال السكن الحالي: ملكية خاصة

06. هل عندك تغطية صحية:

الجواب: نعم

07. إذا كان الجواب على السؤال رقم (7) 'نعم' ما نوعها؟

الجواب: الرميد

08. نوع الأسرة:

الجواب: أسرة ممتدة

09. هل تزاولين عمل ما؟

الجواب: نعم، بالفلاحة

المحـــور الثانـــي

01. ماذا تعني لك الصحة؟

الصحة هي كل شيء، إذا لم تكن عندك الصحة فأنت لا تملكين شيئا في هذه الحياة.

02. **ماذا تحيل لك كلمة 'سرطان'؟**

مرض السرطان، هناك من يرى أنه مرض يثير الرعب والخوف، وهناك من يرى أنه مرض من عند الله، أما أنا فقد قسمه الله علي وأنا الآن أعالجه، هناك العديد من النساء ممن كنت معهم بالمستشفى، خضعنا في نفس الوقت للعملية الجراحية ومنهم من توفوا وأنا مازلت على قيد الحياة.

03. كيف اكتشفت أنك مصابة بمرض سرطان الثدي؟

في داك الوقت، كانت بثدي حبة على شكل "ولسيسة" هنا (تشير إلى مكانها)، وتماطلت في الذهاب للكشف عنها حتى ازداد حجمها، بل ظهرت "ولسيسة" أخرى تشبهها. عندها ذهبت إلى طبيب الحي، هذا الأخير الذي أحالني إلى الطبيب الكبير، الذي بدوره أعطاني موعد وراء موعد، لمدة سنة تقريبا، حتى كبر حجم تلك "الولسيسات".

آنذاك، عدت عند طبيب الحي، وبعدما كشف عني، قال لي بأن أذهب مباشرة "لمستشفى مولاي عبد الله" بالرباط.

قبل أن أذهب للرباط، توجهت لمكناس لعمل الفحص بالأشعة أو ما يسمى mammographie.

عندما وصلت إلى مستشفى بالرباط، وجدت الطبيب المسؤول عن إجراء العمليات الجراحية ينتمي مجاليا لنفس منطقتي، حيث لقيت منه كل المساندة والمساعدة الضرورية.

أجريت العملية الجراحية 'استئصال الثدي' بنجاح، مرت عليها إحدى عشر سنة منذ إجرائي للعملية. تخللتها فترات مراقبة أو ما يسمى بcontrol التي كنت أقوم به في الرباط من 3 أشهر إلى 3 أشهر، ثم بعد ذلك من 6 أشهر إلى 6 أشهر، ثم من سنة إلى سنة، أكملت أربعة سنوات ولم أعد أذهب "صافي عييت" والمصاريف كثيرة، ولا معين لي. أي منذ سنة 2013.

الآن ونحن في سنة 2017 لأول مرة أتيت إلى هذا المركز، ذلك بسبب إحساسي بأن هناك شيء ما بثدي، وخفت أن يكون ذاك المرض.

04. بماذا شعرت عندما استأصلت ثديك؟

بكيت كثيرا بالمستشفى، حتى أني كنت أهرب منه عندما يحين دوري لإجراء العملية، فعلتها مرتين، لكن مساندة الأطباء وتشجيعهم الدائم لي جعلني أتغلب على خوفي.

05. بماذا تسمون مرض سرطان الثدي في ثقافتكم؟

مرض الكونسير

06. **قبل إصابتك بالمرض، هل تعرفين أحدا أصيب به؟ وهل تغيرت حياته بعد ذلك؟**

نعم، أعرف جارتي المسكينة أصيبت بسرطان الحنجرة الذي أذى إلى وفاتها المسكينة، حينما حل أجلها قال لها الطبيب أن المرض قد تفشى في جسدها بحيث أنه قد أصاب عضو الرئة، ماتت المسكينة. (وهي تتذكرها)

07. في نظرك، ما هي الأسباب وراء إصابتك بهذا المرض؟

عندما توفي زوجي، حزنت كثيرا (تعبر عن ذلك بكلمة تفقست)، كنت أبكي طوال الوقت، توفي زوجي وهو صغير في السن، وترك لي ولد صغير، تشتت الأسرة.

عندما توفي زوجي أحسست بشيء ما بداخلي، لم أعد كما كنت، أصبحت سريعة الغضب، أردت الموت، من بعد هذا الحدث أصبت في الثدي. أنا أقول السبب راجع لشعوري ب"الفقسة"، والله أعلم.

08. هل معرفتك بالمرض ازدادت بعد إصابتك به؟

شيئا ما، بعد إصابتي بالمرض أصبحت أسئل عن الأطعمة المفيدة لصحتي والأطعمة المضرة بها، سألت الطبيب أنداك عن نوعية الأطعمة، فقال لي أن آكل كل شيء، لم يمنعني من أي شيء.

09. هل تعانين من مرض أخر غير سرطان الثدي؟

لا، لا أعاني من أي مرض آخر.

10. هل تتبعين نظام غذائي معين؟

لا، أنا آكل كل شيء، لم أمنع نفسي من أي شيء.

المحـــور الثالـــث

01. هل تغيرت حياتك بعدما أصبت بهذا المرض؟

نعم، لقد تغيرت كثيرا، عندما أخبرني الطبيب لأول مرة بأني مصابة بمرض السرطان، لم تتغير وفقط، تغيرت جذريا، لقد فشلت حينها بالمرة، وكأنك قمت بإفراغ البالونة، سقطت على الأرض، لم تحتمل رجلاي جسدي، فقط لا شيء أعرفه غير البكاء. حتى خضعت للعملية، قلت على أنني أصبحت بصحة جيدة.

بدأت أعمل في الحقل، أحطب، أجلب الماء من البئر، أغسل...وكأنني لم أخضع للعملية.

02. هل تغيرت علاقتك بجسدك بعدما أصبحت مريضة؟

عندما ذهبت إلى المستشفى وخضعت للعملية الجراحية، مكثت بالدار المخصصة لمرضى السرطان بالرباط هناك حوالي شهر تقريبا، كنت أكل وأشرب جيدا، حتى ازداد وزني، ولون بشرتي أصبح فاتحا. وعندما أتيت إلى المنزل يأتي الأقارب والجيران لرؤيتي فيتفاجؤون لمنظري الجميل، هناك لا عمل ولا شقاء، كما أن المحسنين كانوا يقدمون لنا يد المساعدة، المادية والمعنوية.

03. كيف هي معاناتك مع المرض؟

أغلب معاناتي مع المرض، كانت تتجلى في عدم توفري على المال الكافي سواء للتنقل، إجراء التحاليل...لا أستطيع أن أوفق بين مصاريفي الشخصية ومصاريف العلاج، فقررت الانقطاع عن العلاج، وصلت المدة الآن تقريبا إلى أربعة سنوات.

04. ما هي السياقات (الأوقات) التي تتحدثين فيها عن مرضك بكل حرية وتلقائية؟

أجد راحتي مع صديقاتي، وأحبابي...

05. كيف أصبحت تعتنين بجسدك بعد الإصابة؟

لم يعد يضرني شيء منذ قيامي بالعملية إلى الآن، أتعامل مع جسدي كما في السابق.

المحـــور الرابـــع

01. ما هو جسد المرأة في نظرك؟

جسد المرأة هو الثديين والرحم، إن هذه الأعضاء هي التي تميزها عن الجسد الذكوري.

02. لمن التجأت في البداية لتلقي العلاج؟

ذهبت لمستوصف الحي، ومن تم أحالوني على المستشفى الكبير بالرباط.

03. هل أنت حريصة على تتبع العلاج؟

لم أعد حريصة على تتبع العلاج، فمنذ سنة 2013 لم أعد أذهب للقيام بالمراقبة الدورية، ذلك لسبب مادي بالأساس.

04. هل تتبعين علاجاً آخر أو سبق أن اتبعته بالموازاة مع الطب الحديث (أعشاب، رقية...)؟

نعم، لقد كنت أعالج بالأعشاب البرية، حيث نصحتني إحدى النساء بأن أخذ "العقرب"، وأن أجمع منها حوالي 7 عقارب، ووضعتهم في إناء تحث الشمس، فعملت على خلطهم مع زيت الزيتون، وطبخت الكل، من بعد ذلك أقوم بدلك مكان الثدي المستأصل مرارا بهذا الخليط، كما يقولون "السم يقتل السم" (وتضحك).

أيضا أخذ عشبة اسمها "حب رشاد" وأدقها وأخلطها بالعسل وأخذ منها ملعقة عند كل صباح، وعندما أريد أن أخلد للنوم، ولا أشرب الماء وراءها.

في تلك الأيام عندما أخبرني الطبيب بأنني مصابة بالسرطان، بدأت أجرب كل شيء، كلما قال لي أحد عن وصفة ما، لا أتوانى في تجريبها، حتى أنني شربت محلول تنظيف المرحاض "الكريزي"، كذلك شربت "القطران". لكن من بعد ذلك لم أعد أخذ شيئا من هذه الأشياء.

05. منذ متى وأنت تقومين بتتبع العلاج من هذا المرض؟

تقريبا منذ إحدى عشر سنة إلى الآن، لكن توقفت منذ أربع سنوات عن العلاج.

06. هل تلقي العلاج فرض عليك التنقل إلى أماكن أخرى بعيدة عنك؟

نعم، لقد كنت أذهب من مسقط رأسي بنواحي خنيفرة، إلى مدينة الرباط للعلاج.

07. صفي لنا تأثيرات العلاج (كيميائي، هرموني، إشعاعي) على جسدك؟

لقد كان العلاج الكيميائي (chimio) يسبب لي القيء كثيرا، كما أن شعري تساقط بالكامل، أدافري أصبح لونهم أسود، لون البشرة يصبح مائل إلى الزرقة والوجه شاحب. أما العقاقير التي كنت أخذها مدة خمس، فقدت سببت لي إنتفاخ الجسم والعياء الجسدي الكبير، ولم أعد أتحمل أشعة الشمس.

08. ما هي أوقات فرحك بنفسك؟

عندما أتزين وأذهب إلى حفل زواج مثلا، أكون سعيدة.

09. هل تواجهك صعوبات/ عراقيل في تتبع العلاج؟

نعم، أغلب العراقيل مادية، إضافة إلى العياء والقيء الناتج عن العلاج الكيميائي.

10. كيف تواجهين الألم؟

بالصبر والمداومة على الصلاة ثم التضرع إلى الله.

11. هل تدخل أحد أفراد أسرتك في قرار العلاج؟

العائلة وقفت بجانبي في محنتي هذه، والمحسنين كذلك.

المحـــــور الخامـــــس

01. في نظرك، هل يؤثر استئصال الثدي على علاقة المرأة بزوجها؟

لا أعرف، أنا توفي زوجي قبل إصابتي.

02. كيف أصبحت علاقتك بأسرتك بعد إصابتك بالمرض؟

لقد ساعدوني كثيرا، خصوصا أمي المسكينة، والمحسنين بالرباط ساعدوني كثيرا، يأتون لدار الحياة بالأكل والشرب والملابس والأحذية.

03. كيف تجدين معاملة الأطر الطبية بالنسبة لك؟

لقد استأنست بهم وبالأجواء هناك، حيث إنه عندما كنت خاضعة لحصص الأشعة، ألفت الجو هناك، حتى أنني أصبحت أتغيب عن الحصة لتطول مدة بقائي هناك. حيث كنا نجتمع ونتبادل أطراف الحديث أنا والنساء خاصة بالليل، أما بالمساء فكنا نذهب للحديقة المجاورة نقضي أوقات رائعة، كان الرباط في تلك الأيام جميلا عندما كنت أذهب هناك (مركز الإيواء) يقولون لي أن أدفع مستحقات المبيت والتي تقدر ب20 درهم عن الليلة الواحدة، أقول لهم لا أملكها، فيتركونني أبيت مجانا. إن معاملة الأطباء أو المسؤولين بمركز الإيواء كانت جيدة.

04. هل ينتابك خوف عند زيارتك المستشفى؟

نعم، في بداية إصابتي كنت أخاف كثيرا من الذهاب، خصوصا عندما أخبروني بضرورة إجراء العملية الجراحية، كما أن كلام النساء يزيد من خوفي.

05. هل مرافقة أحد أفراد العائلة ضرورية بالنسبة لك؟

نعم، في الأول كانت العائلة تذهب معي، بحيث كنا نستأجر سيارة ذهابا وإيابا. من بعد ذلك أصبحت أذهب وحدي.

06. كيف تجدين نظرة المجتمع لك من عائلة، جيران، أصدقاء والمحيط العام؟

عندما أتي إلى البلاد (أكلموس عبارة عن قرية صغيرة الكل يعرف الكل) آنذاك ينتابوني الوسواس، أما عندما كنت بالمستشفى كنت عادية. لأنه في البلاد تقول لي النساء بأن هذا المرض يرجع إلى الذات، وأخاف من أن يعود لي المرض، خصوصا عندما أرى نساء قد رجع لهم المرض فعلا،لذلك أحس بالخوف، أما عندما أكون بالمستشفى كون مرتاحة، خاصة عندما ترين فئات من كل الأعمار مصابة ويأتون للعلاج.

07. كيف تتصورين مستقبلك؟

بعض الأوقات، أقول لنفسي أن هذا المرض قد قسمه الله علي، ليس باليد حيلة. (وتتحسر).

08. في نظرك كيف ينبغي التوعية بسرطان الثدي؟

لقد قال لي الطبيب أن المرض فيه فروق، فهو ليس واحد، قال لي بأن فيه المرض الصعب والمرض الهين، وقال لي بأن المرض الذي أصابني ليس بالخطير، فقط الوليسسات بالثدي وثم استئصاله وبالتالي استئصال المرض.

قال لي لا تسمعي عن السرطان، وتقولي أنه مرض واحد، بل فيه إختلافات. كل امرأة ودرجة إصابتها.

تمثلات الجسد الأنثوي عند المستأصلات الثدي:

مقاربة سوسيو-أنثروبولوجية

المقابلة رقم: 17 الباحثة: فاطمة الزهراء إلهامي

مكان إنجازها: مستشفى الأنكولوجيا بمكناس

تاريخ إنجازها: 07/11/2018

المحـــــــور الأول

01. **صفة المبحوثة**: مستأصلة الثدي الأيمن

02. **السن**: 32 سنة

03. **المستوى الدراسي**: مستوى الثالث ابتدائي

04. **الحالة العائلية**: أم عازبة

4.1 -**عدد الأبناء**: بنتان

4.2- **عدد أفراد الأسرة الإجمالي:** خمسة أفراد

06. **مجال السكن**: حضري

1.6- نوعية السكن: منزل عصري

2.6- صفة استغلال السكن الحالي: كراء

07. هل عندك تغطية صحية: نعم

08. إذا كان الجواب على السؤال رقم (7) 'نعم' ما نوعها؟ الرميد

09. نوع الأسرة: ممتدة

10. هل تزاولين عمل ما: لا (منذ إصابتي بالمرض، انقطعت عن العمل)

المحـــــــور الثـانـــــي

01. ماذا تعني لك الصحة؟

الصحة هي كل شي، (إذا خطاتك صحتك، راه صراحة الله يارب تسمح ليا، غير إوجد الإنسان قبره واتسنا ساعتوا) لماذا لأن الصحة هي كل شيء، عندما تكونين بصحتك الكل يحبك، ولكن عند ذهابها يذهب كل شيء، فتشعرين بالنقص ما بين صحتك وما بين عائلتك.

02. ماذا تحيل لك كلمة 'سرطان'؟

بكل صراحة، قولها صعب، على الرغم من أن هناك من يقول أن المرض ينقسم إلى الخطير وإلى غير الخطير، لكنه في نظري مرض واحد، هو نائم وعندما يستيقظ يصيب أي عضو في الجسم.

03. كيف اكتشفت أنك مصابة بمرض سرطان الثدي؟

ظهرت لي حبة في ثنايا ثدي على شكل "بوكبار"، مدة سنتين تقريبا وأنا أحس بشيء غريب في الثدي يلازمه ألم خفيف، مع ذلك أعمل يوميا في إحدى المقاهي، وأقول لفسي ربما العياء الذي يصيبني من العمل، في أحد الأيام ذهبت عند طبيبة المركز الصحي المجاور لمنزلنا، فاندهشت لما قامت بفحصي وقالت لي (غير قولي لي واش أنت ميتة أو حية، محستيش بهاذ شي لفيك)، أجبتها (قولي لي أش فيا؟)، قالت لي الطبيبة سوف أكتب لك تقرير وأصرح فيه أن المرض الذي تعانيه هو وراثي.

عندما قالت لي الطبيبة سوف أكتب لك أنه وراثي، (صافي أنا قلت مكاينش لا في الوالدين ديالي، لا في الجدة، صافي ربي كيعطيه، المهم ماديت ماجبت.

ذهبت للمنزل وأنا لا أملك حتى نقود سيارة الأجرة، جلست أخمن في الأمر وأبكي، حتى أتت جراتنا تعمل أستاذة التعليم الإبتدائي وسألتني ما الذي أصابك، فحكيت لها عن الموضوع، أخرجت من جيبها مالا وقالت لي أن أذهب بسرعة إلى **مركز لالة سلمى المتواجد بمستشفى محمد الخامس**، ودخلت عند الطبيبة هناك، وطرحت علي سؤال هل كان المرض في أحد أقاربك، أجبتها بلا، لم يكن لا في والدي ولا في والدتي، بل هي إصابة من عند الله.

أجابتني الطبيبة: (إلا بغيتي تستقبلي حاليا خاصك تحطي واحد 2 ديال المليون في الصندوق).

استغربت وقلت لها: مليونان، الأفضل أن أموت بالمرض، (ويديروا ليا جنازتي ولي بقا يعطيوه لبناتي). رجعت وحكيت لتلك الأستاذة ما حصل، فاتصلت بأحد معارفها هناك وقال لي أن بطاقة الرميد ضرورية بالنسبة لي، فأخذتها، وأصبحت أعمل بها.

04. بماذا شعرت عندما استأصلت ثديك؟

أحسست بالنقص، ومرضت مرض نفسي، فعندما استأصلت الثدي وأخذت العلاج الكيميائي (chimio) ومن بعد ذلك أخذت التحاليل لطبيبة، فقالت لي طبيبة أخرى: لماذا استأصلت ثديك؟ قالت لي بأن الدواء قد قضى على المرض، لم يكن عليك فعْل ذلك.

05. بماذا تسمون مرض سرطان الثدي في ثقافتكم؟

ماذا أقول لك، يا ربي اشفي الجميع، (كل واحد وماذا يقول له)، أنا أقول مرض السرطان.

06. قبل إصابتك بالمرض، هل تعرفين أحدا أصيب به؟ وهل تغيرت حياته بعد ذلك؟

أصيب ثلاثة أشخاص أعرفهم، هناك من توفي منهم بعد الإصابة.

07. في نظرك، ما هي الأسباب وراء إصابتك بهذا المرض؟

أنا (كنتعصب بزاف، كنرد لراسي بزاف، وكنرد لخاطري بزاف).

08. هل معرفتك بالمرض ازدادت بعد إصابتك به؟

شيئا ما.

09. هل تعانين من مرض أخر غير سرطان الثدي؟

كنت أعالج مرض الحساسية، لكن عندما أصبحت أتعالج من هذا المرض، أهملت الأول.

10. هل تتبعين نظام غذائي معين؟

لا آكل اللحم أبدا، قال لي الطبيب أن آخذ كمية قليلة، لكن أنا قطعته على نفسي بالمرة، أما الخضر والفواكه فأخذها. والشاي بدون سكر، وكأس حليب في اليوم بعد غليه مرتين.

أصبحت شهيتي ضئيلة الآن موازاة مع هذا العلاج (الشيميو).

المحـــــــور الثـــــــالث

01. هل تغيرت حياتك بعدما أصبت بهذا المرض؟

الإنسان عندما يمرض، يحس أن شيئا ما نقص في ذاته، حالته النفسية تصبح غير مستقرة، فمثلا أنا إذا أردت الذهاب للعمل في المقهى لم أعد قادرة، لأن هناك جهد كبير علي أن أقوم به، وأنا لا أستطيع. إذا أردت أن أقوم بتجارة ولو بسيطة أحتاج إلى المال لذلك..(وتتنهد).

02. هل تغيرت علاقتك بجسدك بعدما أصبحت مريضة؟

نعم تغيرت كثيرا، بل قلبت رأسا على عقب، إذ أصبت بالهزال، (الحوايج ما شي أنا لي كنلبسهوم ولكن هما لي كيلبسوني)، Chimio أزال لي الشعر، الحاجبين، (هبطت هبطة وحدة، ديري أف نطير ليك).

03. كيف هي معاناتك مع المرض؟

المعاناة مع هذا المرض كثيرة ومتعددة ولكن غياب النقود (المادة) هي المعاناة الرئيسية بالنسبة لي.

04. ما هي السياقات (الأوقات) التي تتحدثين فيها عن مرضك بكل حرية وتلقائية؟

بصراحة، ليس هناك أحد أتحدث معه بكل حرية وتلقائية، يعني أن ما أعانه أحتفظ به لنفسي، بيني وبين خالقي، ليس هناك إنسان أو إنسانة تشكين له عن معاناتك، الكل منشغل بأموره وقضاياه (كل واحد كيعيط يا راسي، ياراسي).

05. كيف أصبحت تعتنين بجسدك بعد الإصابة؟

لم أعد أذهب إلى الحمام كما في السابق، ألبس هكذا جلباب، وتحتها سروال و قميص من القطن، (لما قمت بالعملية الجراحية في شهر يوليوز الماضي كنت أضع فوطة على مكان الجراحة، لأن الجو كان حارا، ولكي لا تلتصق يد الإبط على مكان الجراحة، لأنها تصدر لي ألما).

المحـــــــور الرابـــــــع

01. ما هو جسد المرأة في نظرك؟

جسد المرأة هو كل شيء بصراحة، إلا أن هناك من النساء من لهن دعم نفسي ومعنوي، يكون الأمر هين عليهن، وهناك من لا تمتلك هذا الدعم، فيتم التخلي عنها لأبسط الأشياء.

02. لمن التجأت في البداية لتلقي العلاج؟

طبيب عمومي أقطن بجواره.

03. هل أنت حريصة على تتبع العلاج؟

نعم، أنا حريصة على تتبع كل الحصص وبانتظام.

04. هل تتبعين علاجاً آخر أو سبق أن اتبعته بالموازاة مع الطب الحديث (أعشاب، رقية...)؟

نعم، لقد سبق لي أن قمت بالرقية الشرعية قبل أن أدخل غرفة العملية الجراحية، وشربت من مائها.

05. منذ متى وأنت تقومين بتتبع العلاج من هذا المرض؟

هذه السنة تقريبا عندما ذهبت للقيام بتحاليل العظام (les rimes)، لقد ذهبت لغرض أن يقربوا لي موعد القيام به، ولكن لحسن حظي كانت زيارة لوزير الصحة، وقد أجروا لي هذه التحاليل مع مرضى آخرين.

06. هل تلقي العلاج فرض عليك التنقل إلى أماكن أخرى بعيدة عنك؟

نعم، فأنا أقطن بمكناس ويرسلونني أحيانا إلى مستشفى فاس.

07. صفي لنا تأثيرات العلاج (كيميائي، هرموني، إشعاعي) على جسدك؟

العلاج الكيميائي كانت له أثار سلبية على جسدي، إذ أنه ساهم في تساقط الشعر كاملا، الحاجبين، هزلت صحتي كثيرا، وتناقصت شهيتي، بالإضافة إلى أنني أصبحت عصبية كثيرا.

08. ما هي أوقات فرحك بنفسك؟

"تضحك"، لم أعد أفرح بنفسي كما في السابق يا أختي، فرحة النفس ذهبت بإصابتي بهذا المرض. بصراحة تصبحين منشغلة مع المرض وما يرتبط به، وتصبح عندك نفسية أخرى.

09. هل تواجهك صعوبات/ عراقيل في تتبع العلاج؟

نعم، المادية بشكل كبير.

10. كيف تواجهين الألم؟

تفويض أمري إلى الله لأنه قضاء وقدر، وليس لي إلا الله والصبر، ثم غالبا ما ألجأ إلى أخذ أقراص دوليبران للتخفيف من الألم.

11. هل تدخل أحد أفراد أسرتك في قرار العلاج؟

لا، لم يتدخل في أمري أحد، فقط أختي التي دعمتني والناس الذين أعرفهم.

المحـــــور الخامـــــس

01. في نظرك، هل يؤثر استئصال الثدي على علاقة المرأة بزوجها؟

المرأة عندما تكون متزوجة وبصحة جيدة، الكل يحبها،أما (فاشك تنقص ليها شي حاجة في ذاتها، قليل لي كيكون ولد الناس، يعني كيولي إشوفها شوفة ناقصة)، يعني أن نظرته لها تغدو متسمة بالنقص، وهناك من يصيبها في المرارة، وهناك من يأتيها في الكبد، إلى غيرها من الأعضاء التي يمكنها أن تصاب بهذا المرض، والحمد لله.

02. كيف أصبحت علاقتك بأسرتك بعد إصابتك بالمرض؟

تأثرت كثيرا، كثيرا، أصبحوا يهملونني كثيرا، لأنه كان هناك مدخول للأسرة وتوقف عند إصابتي بالمرض، فعندما تكونين في وضعية عمل، تكون لك قيمة، وعندما تصابين بالمرض، تشعرين بالنقص، وخاصة عند ذوي (النفوس الحارة).

03. كيف تجدين معاملة الأطر الطبية بالنسبة لك؟

معاملة جيدة، غير أن النفقات المرتبطة بإجراء (scanner, les rimes) التي تخص هذا المرض، لأن كل طبيب يطلب منك إجراء فحوصات معينة، وهناك من لا يقدر على إجراءها لغلائها الفاحش، أخر مرة لما ذهبت عند الطبية وصفت لي دواء معين، فسألتها عن ثمنه، فقالت بأنه يقدر بحوالي 7000 درهم، فأجبتها قلت لها (عرفتي تديني وتبيعيني إلا جبت ليك 7000 درهم بعيني). دوار هذا المرض مرتفع جدا، أنا الآن أخد مرهما أشتريه ب 200 درهم.

04. هل ينتابك خوف عند زيارتك المستشفى؟

لم أعد أخاف، لن أكذب عليك، كلنا في الدنيا معرضون للمرض.

05. هل مرافقة أحد أفراد العائلة ضرورية بالنسبة لك؟

بالنسبة لوالدي فقد توفيا رحمهما الله، أتي إلى العلاج وحدي، لأنه لايمكنني أن أزعج أختي لتأتي معي، وهناك بعض المرات (كنكون مهلوكة) وأجيء وحدي حتى أقف على رجلي.

06. كيف تجدين نظرة المجتمع لك من عائلة، جيران، أصدقاء والمحيط العام؟

عادية، يطلبون من الله شفائي.

07. كيف تتصورين مستقبلك؟

أدعو الله أن يساعدني ويشفيني ويشفي جميع المرضى المسلمين، لأن هذا المرض مجرد سماع اسمه يصيبك بالهلع والخوف (وتبكي..)

08. في نظرك كيف ينبغي التوعية بسرطان الثدي؟

أنصح جميع النساء إذا ما أحسسن بشيء ما أن يذهبن مباشرة عند الطبيب، لأنني تماطلت في الذهاب عند الطبيب "شي عامين ونصف وأنا جالسة"، وأرجع ذلك الألم الذي ينتابني من لحظة لأخرى إلى الإرهاق الناتج عن العمل "جبتها في راسي، كان وقيلا مغاديش إطرا ليا بحال هكذا".

<u>ظروف إنجاز هذه المقابلة</u>: أجريت المقابلة مع هذه المبحوثة حوالي الساعة 14.30 قرب مركز الأنكولوجيا بمكناس، بعدما خرجت من حصة الأشعة مباشرة.

الفهـــــــــــــــرس

مدخـــــــــــــل 5
مقدمـــــــــة عامة 11
القسم الأول: البناء المنهجي والتأصيل السوسيو-أنثروبولوجي للصحة، المرض والجسد.....19
مقدمــة.....23
الفصل الأول: الفصل التمهيدي للبحث.....23
1. إشكالية البحث:.....26
2. فرضيات البحث.....31
3. المفاهيم الأساسية للبحث.....33
1.3 حول مفهوم الجسد 33
2.3. مفهوم الصحة 40
3.3 مفهوم المرض.....42
4.3 حول مفهوم التمثلات 53
5.3 مفهوم الرابط الاجتماعي.....59
4. الدراسات السابقة.....67
الفصل الثاني: الأسس والنماذج النظرية السوسيو- أنثروبولوجية للمرض والصحة.....96
المحور الأول: من الطب إلى سوسيولوجيا الصحة.....98
1. الأنثروبولوجيا الطبية: نشأتها وأهم مجالاتها 101
2. في بداية اهتمام الفكر الاجتماعي بالمرض والصحة 107
3. حول مفهوم الصحة: سوسيولوجيا وأنثروبولوجيا 116
المحور الثاني: بعض النماذج النظرية في تطور المقاربات السوسيولوجية للصحة والمرض ...124
1- نظرية دور الطبيب والمريض عند تالكونت بارسونز Talcott Parsons.....124
2. نظرية البناء الاجتماعي عند إليوت فرايدسون Eliot Freidson.....130
3. نظرية التفاعل الاستراتيجي عند إرفنج كوفمان Erving Goffman 134
4. التمثلات الاجتماعية عند دوركايم وموسكوفيتشي 136
5. تمثلات الصحة والمرض حسب كلودين هرزليش Claudine Herzlich 143

6. النظرية التفاوضية عند "أنسلم ستروس" Anselm Strauss" 145
الفصل الثالث: التأطير السوسيو-أنثروبولوجي للجسد والألم 150
المحور الأول: حول مفهوم الجسد..... 151
1. الجسد بين المعياري واللامعياري..... 153
2. الجسد بين الوضعية الصحية والوضعية المرضية..... 155
المحور الثاني: البراديغمات الأساسية في سوسيولوجية الجسد..... 162
المحور الثالث: الألم: المفهوم والتجربة 182
1- في مفهوم الألم..... 182
2- تجربة الألم عند المريضات..... 184
الفصل الرابع:السياسة الإستشفائية ومرض سرطان الثدي..... 192
المحور الأول: مفهوم المستشفى وتطوره التاريخي 193
1. المستشفى كمفهوم..... 195
2. المستشفى كتنظيم وكمؤسسة..... 196
المحور الثاني: الصحة والمرض بالمجتمع المغربي 199
1- فترة ما قبل الحماية..... 200
2- الطب المغربي في فترة الحماية 203
3- الطب في الوقت المعاصر..... 205
المحور الثالث:السياسات الصحية بالمغرب، نموذج سياسة مكافحة سرطان الثدي 207
1- برامج ومخططات تهتم بمرض سرطان الثدي..... 209
2- الرعاية الصحية لمريضات سرطان الثدي..... 212
3. التغطية الصحية عند المريضات بسرطان الثدي..... 214
القسم الميداني:الجسد الأنثوي المستأصل الثدي(عرض النتائج وتحليلها)..... 216
الفصل الأول:الفصل المنهجي للبحث 220
1. أخلاقيات البحث وظروف إنجازه 222
2- تقنيات جمع المعطيات وعينة الدراسة..... 227
3. مرحلة الترميز والتفييء 232
4. معالجة المعطيات: تحليل المضمون 232
5. المجالات الجغرافية للدراسة: مكناس-خنيفرة-مراكش..... 237

6- الفترة الزمنية للبحث 248
7-عيّنة البحث: المستأصلات الثدي نتيجة الإصابة بالسرطان 248
الفصل الثاني: الجسد الأنثوي المصاب بسرطان الثدي بين التنظير والممارسة 251
المحور الأول: المحددات السوسيو اقتصادية والمجالية للمصابات بسرطان الثدي..... 253
المحور الثاني: التكفل بمريضات سرطان الثدي بين التنظير والممارسة..... 273
الفصل الثالث:التمثلات الاجتماعية والثقافية والمعارف حول مرض سرطان الثدي..... 292
المحور الأول: التمثلات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض 294
1. في دلالات الصحة عند المصابات بسرطان الثدي..... 294
1.1 الصحة باعتبارها استقلالية..... 296
2.1 الصحة باعتبارها رأسمال 297
3.1 الصحة باعتبارها عدم الشعور بالألم..... 297
2. في دلالات المرض عند المصابات بسرطان الثدي..... 298
المحور الثاني: تمثلات أسباب الإصابة بمرض سرطان الثدي بين مختلف مسارات الحياة..... 300
1. التمثلات المرتبطة بمرض سرطان الثدي..... 304
2. الأنماط الاجتماعية لتسمية مرض سرطان الثدي 308
المحور الثالث: المعرفة حول مرض سرطان الثدي..... 311
1. ردود الفعل تجاه ظهور أعراض المرض..... 311
2. النوع والمرض..... 314
3. الدلالات السوسيو-ثقافية للإصابة بمرض سرطان الثدي 318
الفصل الرابع: الجسد الأنثوي المستأصل الثدي بين مسارات العلاج واستراتيجيات التعايش مع المرض
..... 325
المحور الأول: اكتشاف المرض وتجربة الألم..... 326
1. التشخيص واكتشاف الإصابة 327
1-1 ظهور أعراض جانبية بالثدي..... 328
1-2 القيام بالكشف المبكر كعامل في اكتشاف الإصابة بمرض سرطان الثدي..... 329
1-3- الصدفة كعامل في اكتشاف الإصابة بسرطان الثدي 330
2. ردود الفعل حيال خبر الإصابة..... 332
3. تجربة الألم عند المصابات بسرطان الثدي..... 335

المحور الثاني: مسار العلاج والتعايش مع المرض.....344
1. تمثلات العلاج عند المستأصلات الثدي 345
1-1. الاقتصار على العلاج بالطب الحديث 346
2-1. كان اللجوء إلى الطب التقليدي سابقا على الطب الحديث.....348
3-1. المزاوجة بين الطب التقليدي والطب الحديث.....349
2. الإحساس بالانتماء من خلال دور الحياة 353
3.التعايش مع سرطان الثدي عند المريضات 354
1.3. المرض بين الإخفاء والإظهار حسب سياقات التفاعل.....354
2-3. أوقات فرح المريضات 356
الفصل الخامس:تمثلات الجسد الأنثوي وتفكك الرابط الاجتماعي عند المستأصلات الثدي.....359
المحور الأول: تمثلات الجسد الأنثوي عند المصابات بسرطان الثدي.....360
1. تأثيرات العلاج على الجسد الأنثوي.....361
2. من الجسد العضوي-البيولوجي إلى الجسد الاجتماعي 363
1.2. الجسد كوسيط عضوي-بيولوجي نحو تحقيق الاستقلالية 363
2.2. الجسد كوسيط اجتماعي نحو تحقيق الاستقلالية 364
3. الجسد المستأصل الثدي بين المرجعية الاجتماعية والمرجعية الدينية.....365
المحور الثاني: الرابط الاجتماعي والعلاقات التفاعلية عند المصابات بسرطان الثدي 369
1. استئصال الثدي وتفكك الرابط الاجتماعي.....370
2. العلاقات التفاعلية للمريضة بالذات (استدماج هوية مريضة) 374
3. العلاقات التفاعلية للمصابة بالآخر 375
خاتمة عامة 391
بيبليـــوغـــرافيـــا 405
الملاحق.....419
الفهـــــــــــــرس 467