الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

الرقم التسلسلي:.....

بعنوان:

تمثلات الهوية لمريضة سرطان الثدي
دراسة ميدانية لعينة من مريضات سرطان الثدي بمستشفى محمد بوضياف ورقلة

رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة دكتوراه أكاديمي في علم اجتماع، تخصص علم الاجتماع العائلي والتحول الديمغرافي للعائلة

إعداد الطالبة:
ميلودي إيمان

الأستاذة المشرفة:
د بغدادي خيرة

نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ 26 ماي 2021

أمام اللجنة المكوّنة من السادة:

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة بالعلمية	الجامعة الاصلية	الصفة
01	بن عيسى محمد المهدي	استاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	رئيسا
02	بغدادي خيرة	استاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
03	بلخيري مراد	أستاذ محاضر أ	جامعة قسنطينة	مناقشا
04	بودبزة ناصر	أستاذ محاضر أ	جامعة ورقلة	مناقشا
05	سوالمية عبد الرحمان.	أستاذ محاضر أ	جامعة بجاية	مناقشا
06	باية بوزغاية	أستاذة محاضرة أ	جامعة ورقلة	مناقشا

السنة الجامعية: 2020/2019

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

الرقم التسلسلي:.....

بعنوان:

تمثلات الهوية لمريضة سرطان الثدي
دراسة ميدانية لعينة من مريضات سرطان الثدي بمستشفى محمد بوضياف ورقلة

رسالة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة دكتوراه أكاديمي في علم اجتماع، تخصص علم الاجتماع العائلي والتحول الديمغرافي للعائلة

إعداد الطالبة:
ميلودي إيمان

الأستاذة المشرفة:
د بغدادي خيرة

نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ 26 ماي 2021

أمام اللجنة المكوّنة من السادة:

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة بالعلمية	الجامعة الاصلية	الصفة
01	بن عيسى محمد المهدي	استاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	رئيسا
02	بغدادي خيرة	استاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
03	بلخيري مراد	أستاذ محاضر أ	جامعة قسنطينة	مناقشا
04	بودبزة ناصر	أستاذ محاضر أ	جامعة ورقلة	مناقشا
05	سوالمية عبد الرحمان.	أستاذ محاضر أ	جامعة بجاية	مناقشا
06	باية بوزغاية	أستاذة محاضرة أ	جامعة ورقلة	مناقشا

السنة الجامعية: 2020/2019

إهـــــداء

أعشق سماك ... ويحييني هواك

بكل إصرارٍ ... بكل تحدٍ

أهتف ... وطني

لك روحي ... لك علمي

لك كل نجاحي

إلى من خَطت معي أول خطوة ... وخطّت معي أوّل حرف

إلى من رسمت لي أحلى ابتسامة ... حين خططتُ أوّل كلمة

وهل من كلمة أحلى من *أمي*

إلى من علمني أن حياتي مشوار

أبدأه باسم لله ... وأزينه بالأخلاق

إلى من أستمد منه قوّتي ... إلى من أستمد منه علمي

إلى من معه أعرف طعم النجاح

إليك (رحمة الله عليك) *أبي*

الى من ساندني وكان كل الدعم المادي والمعنوي والعلمي

الى شمعة حياتي زوجي " إسماعيل"

إلى من حين يضحكون تضحك الدنيا ... إلى من بهم أكون

إليكم إخوتي جميعاً (سعيد، غنية، عبد العزيز، مصطفى، سامية..)

و أزواجهم و أولادهم و الى زوج اختي محمد، عز دين.

إلى من لم تلدهم أمي وكانوا نِعم الأخوة نِعم الرفاق نِعم الأهل

(مريم، خديجة، نبيلة، ألفة، هجرة، إيمان، ام الخير، هناء،

زينب، فتيحة، سمية.)

شكر وعرفان

الحمد لله الذي هداني وقدر لي هذا وفقني لإتمام هذا العمل المتواضع

وما كان ليحصل هذا لولا فضل الله على وعونه، ومساعدة من سخرهم لمساعدتي.

أتقدم بالشكر والعرفان بالجميل، والشكر الجزيل

إلى جميع أساتذة قسم علم الاجتماع وأنثروبولوجيا

وخاصة الأستاذة المشرفة "بغدادي خيرة "

والبروفسور «بن عيسى محمد المهدي"

والى كل من ساعدني ولو بكلمة طيبة.

والى الاستاذ المساند دوماً " بودبزة ناصر"

كما أتقدم بالشكر الجزيل لجميع أصدقائي وصديقاتي وطلبة دفعة دكتوراه علم الاجتماع العائلة عرفانا بما بذلوه من جهد وتشجيع لي لإكمال هذا العمل وبالأخص رفقاء دربي "ألفة ومريم وهناء ونبيلة". وكل الإداريين بجامعة قاصدي مرباح ورقلة الذين أمدوا لنا يد العون والمساعدة، وكما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر لأعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة هذا العمل وإلى كل من عمال مستشفى محمد بوضياف وخاصة قسم السرطان من رئيس المصلحة الى ممرضين وممرضات وكل طاقم الطبي وخاصة "دغة رحمة"، ولا يسني أن أنسي الدكتور مالكي يوسف لنصائحه لدائمة.

الملخص:

من بين المواضيع الراهنة التي تشغل الدراسات العلمية الحالية مواضيع الصحة و المرض، اذ انها اخذت نصيبها من الدراسات لكن في مجالات العلوم الأخرى كالطب و البيولوجيا و علم النفس و حتي الانثروبولجيا، في حين أنها لم تنل الحظ الكافي من الجانب السوسيولوجي، وذلك رغم الأهمية الكبيرة و البالغة للبعد الاجتماعي لفهم الفرد المريض، وعليه تهدف إلى الاهتمام بمجال الصحة والمرض ومقاربة المرض سوسيولوجيا؛ وإن من هذه الدراسة تمكن من معرفة تمثلات المرأة الحاملة للمرض وإلى معرفة نموذج الثقافي للمرأة المصابة بسرطان الثدي. وفي نفس الوقت معرفة التفاعلات التي تتشكل من جراء التمثلات وبالتالي إسهامها في تحليل وتفسير تمثلات مرض سرطان الثدي في المجتمع الجزائري وكذا إلى مقاربة الصحة والمرض في المجتمع الجزائري بمقاربات جديدة لفهم طبيعة العلاقة الموجودة بين الصحة والمرض من جهة والمجتمع من جهة أخرى، ومن خلالها فهم المعاني والرسائل التي يرسلها مجال التفاعل للمفردة المريضة وكذا فهم النموذج الثقافي الذي تتبناه المريضة وتتفاعل به في مجال تفاعلها الأصلي والمجالات الاجتماعية الأخرى.

الكلمات المفتاحية: الصحة والمرض، التمثلات، المجال العمراني، المجال الاجتماعي، النموذج الثقافي، الهوية.

Abstract:

Among the current topics occupying the current scientific studies are health and disease, as they have taken their share of studies but in other fields of science such as medicine, biology, psychology and even anthropology, while they have not been fortunate enough from the sociological side, despite the great importance of the social dimension to understand the sick individual, and therefore aim to take care of the field of health and disease and approach the disease sociologically; And to know the cultural model of women with breast cancer. At the same time, identify the interactions that are formed by representations and thus contribute to the analysis and interpretation of the representations of breast cancer in Algerian society as well as to approach health and disease in Algerian society with new approaches to understanding the nature of the relationship between health and disease on the one hand and society on the other, and through it understanding the meanings and messages that the field of interaction sends to the sick individual as well as understanding the cultural model adopted by the patient and interacting with it in the area of its original interaction and other social areas.

key words: health and disease, représentations, Omran space, social space model culturel, Identity.

العنوان	الصفحة
إهداء	-
شكر وعرفان	-
ملخص الدراسة	-
قائمة الجداول	-
مقدمة	15
الإطار المنهجي للدراسة	
I. إشكالية الدراسة	18
II. التساؤلات والفرضيات الدراسة	20
III. مفاهيم الدراسة	22
IV. أسباب الدراسة	26
V. أهمية الدراسة	27
VI. أهداف الدراسة	28
VII. الدراسات السابقة	28
VIII. صعوبات الدراسة	39
الفصل الأول: المرض من المنظور الطبي إلى المنظور السوسيولوجي	
تمهيد	42
I. المرض في المنظور الطبي	43
II. المرض من منظور علم النفس	47
III. المرض في المنظور الانثوربولوجي	48
IV. المرض من المنظور السوسيولوجي	52
1. مفهوم المرض من وجهة نظر النظرية الوظيفية:	54
1- أكوست كونت	55
2- أميل دوركايم	55

3– تالكوت بارسونز	56
2. مفهوم المرض في نظر الاتجاه التفاعلي الرمزي	60
1- فيردسون	60
2- دافيد ميكانيك	61
3- ليمرت	62
4- أنسلم ستراوس	63
5- كلودين هيرزتش	64
V. التحول من علم الاجتماع الطبي إلى علم الاجتماع الصحة والمرض	66
1- المرض "سلوك الاجتماعي "	69
2- المرض " منتوج اجتماعي"	69
3- المرض "حالة معاشة"	70
الخلاصة	72
الفصل الثاني: مرض السرطان في الجزائر	
تمهيد	74
I. السرطان	75
1- أصل تسمية مصطلح السرطان	75
2- سرطان عند العرب	76
3- مرض السرطان في الطب الحديث	76
4- انواع الاورام	77
II. مرض سرطان الثدي	79
1- لمحة عن السرطان الثدي	79
2- عوامل ظهور مرض سرطان الثدي	81
3- مراحل مرض سرطان الثدي وطرق العلاج	83
III. السرطان في العالم	87
1- احصائيات حول مرض سرطان	87

2- احصائيات حول مرض سرطان الثدي	88
IV. السرطان في الجزائر	88
1- مراكز مكافحة السرطان في الجزائر	88
2- مرض سرطان الثدي في الجزائر	90
3- مرض سرطان الثدي في ولاية ورقلة	92
الخلاصة	93
الفصل الثالث: الجسد وتمثلات الصحة والمرض	
تمهيد	95
I. الجسد	95
1. دراسات مؤسسة للجسد	95
2. سوسيولوجيا الجسد	98
II. ماهية التمثلات	102
1. مفهوم التمثلات	102
2. وظائف التمثل الاجتماعي	107
III. الجسد وتمثلات مرض السرطان	110
1. العلاقة بين التمثلات والمرض والجسد	110
2. الهوية ومرضى السرطان	114
IV. التمثلات الاجتماعية للمرض في الجزائر	116
1. الصحة في الجزائر	116
2. المرض والمجتمع (تمثلات الاجتماعية للمرض في المجتمع الجزائري)	119
الخلاصة	123
الفصل الرابع: مجتمع الدراسة ميدانيا من المجال العمراني الى المجال الاجتماعي	
تمهيد	125
I. المجال العمراني الكبير لولاية ورقلة	125
1- تطور ولاية ورقلة عمرانيا	125

2- لمحة جغرافية عن ولاية ورقلة	133
3- التقسيم الإداري لولاية ورقلة	135
4- تعريف مفهوم المجال العمراني	136
II. المجتمعات العمرانية:	136
1- تعريف المجتمعات العمراينة.	136
2- مجالات العمرانية الفرعية على اساس تجهيزات الصحية	136
3- تعريف المجال العمراني المستهدف	156
III. المجال الاجتماعي	158
IV. المرحلة الاستكشافية	161
V. منهج وأدوات المعتمدة في الدراسة	164
VI. مجتمع الدراسة	169
VII. الحالة (العينة)	170
الخلاصة	172
الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة الميدانية	
تمهيد	174
I. المحور الأول عرض حالات المدروسة	176
II. المحور الثاني المعاني المتشكلة لدى المريضة بعد اصابتها بمرض سرطان الثدي	184
III. المحور الثالث المجالات الاجتماعية وتفاعلات المريضة	186
IV. المحور الرابع التمثلات والنموذج الثقافي	195
V. المحور الخامس الهوية المترتبة لدى المريضة سرطان الثدي	201
النتيجة العامة.	210
الخاتمة	214

قائمة المراجع	215
الملاحق	231

قائمة الجداول:-

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	المجالات العمرانية الفرعية على أساس التجهيزات الصحية	137
02	الطريقة التي تتبعها المريضة في اللباس	184
03	المرض بالنسبة للمريضة	185
04	مجال انتماء المريضة إلى المركز الاستشفائي دائم أم ضرفي	187
05	تفاعلات المريضة وشدة تفاعلاتها في المستشفى	189
06	موضوع نقاش وتفاعل المريضة داخل المستشفى	190
07	أماكن التي تقضي فيها المريضة وقتها من غير المستشفى وشدة التفاعل	192
08	سلطة المريضة في مجال تفاعلها	193
09	تفاعلات المريضة داخل العائلة	194
10	المعاني التي يخاطبون بيها المريضة	198
11	تعبير المريضة عن المرض	199
12	الجسد والجمال والذات بعد المرض	201
13	الهوية المشكلة بعد المرض	204
14	الهوية المترتبة للمريضة من خلال تفاعلاتها وتصريحها بمرضها في أماكن عدة	205
15	زيادة ونقصان المجالات الاجتماعية بعد المرض وهوية المترتبة	208
16	مصدر السلطة عند المريضة	209

قائمة الأشكال:

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	شرح الفرضية رقم 01	21
2	شرح الفرضية رقم 02	22
3	خوارزمية التفاعل	163

قائمة الملاحق:

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	خريطة ورقلة	219
02	الخريطة التالية تقسيم دوائر ولاية ورقلة	220
03	الهيكـــل التنظيمـــي للمـــؤسسات العمومية الاستشفائية وفق القرار الوزاري المشترك المؤرخ في: 2009/12/20	221
04	نموذج عن مستويات الفهم من اعداد الطالبة	223
05	جدول متغيرات الدراسة	224

مقدمة

مقدمة

بالرغم من التقدم الحضاري المعاش فإننا لا نزال نواجه في المجال الصحي مشاكل عدة، و يعد مرض السرطان من أخطر الأمراض والأكثر انتشارا في الوقت الحالي و الراهن، فمن بين انواعه سرطان الثدي، الذي تعتبر المرأة اكثر إصابة به من الرجل، ويعتبر بالنسبة لها تجربة غير سهلة، وحتى إن تعافت المريضة فان المجتمع يحمل لها نظرة مغايِرة عن المرأة العادية ويرجع ذلك لخصوصية المجتمع الجزائري وتمثلاته لجسدها؛ إن دراسة الصحة والمرض لا يقتصران على الجانب الطبي فقط، وإنما نستطيع دراستهم من منظورات أخرى مثل المنظور الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، حيث توجد علاقة بين المرض والصحة والعوامل الأخرى مثل السوسيو-اجتماعية. ونحاول جاهدين معرفة تصورات وتمثلات المرض لدى المرضى وأهلهم. ومعرفة المجالات الاجتماعية التي تتفاعل فيها المريضة، ومنه التعرف على نموذج الثقافي المتبنى من طرف هذه المريضة وبالتالي فهم هويتها قبل واثناء المرض.

ففي الدراسة الحالية نحاول تسليط الضوء على هُوية مريضة سرطان الثدي ومجالات تفاعلها ونحاول لمس التغير الحاصل على هويتها بعد إصابتها بالمرض.

إذ ستقسم الدراسة إلى فصول منها النظرية والميدانية فنبدأ أولا حول الإطار المفاهيمي يتضمن الإشكالية والفرضيات والاهمية والأسباب الدراسة و كذا المفاهيم المهمة و الدراسات السابقة وأخيرا عن صعوبات الدراسة.

أما الفصل الأول جاء بعنوان" المرض من المنظور الطبي الى المنظور السوسيولوجي" فقد جاء بالتدرج المفاهيمي لمفهوم المرض وكيف انتقل المفهوم من المجال العلمي الطبي إلى المجال السوسيولوجي أي تفسيرات المرض من عدة اتجاهات وصولا إلى مفهوم المرض من الجانب الاجتماعي ومحاولة التعرف على أهم علماء الاجتماع من بينهم: " فيردسون ، دافيد ميكانيك، ليمرت، انسلم ستراوس، كلودين هيرزتش" الذين اهتموا بالصحة و المرض.

أمـا الفصـل الثـاني الـذي تعنـون " مـرض السـرطان في الجزائـر" والـذي ركزنـا فيـه علـى الصـحة في الجزائـر والتعـرف أكثـر علـى مـرض السـرطان والاخـص مـرض سـرطان الثـدي وكـذا نظـرة عامـة عـن الاحصـائيات المتحصـل عليهـا في الجزائر عن تطورات المرض.

فانتقلنـا الى الفصـل الثالـث الـذي تعنـون بـ " الجسـد وتمـثلات الصـحة والمـرض" اذ فصـلنا فيـه مـن المـرض إلى الجسـد وركزنـا علـى الجسـد وتمـثلات الصـحة والمـرض ومحـاولين التركيـز علـى مفهـوم التمـثلات عنـد الـرواد ومـن ثم انتقلنـا الى التمثلات الاجتماعية للمرض في الجزائر.

ومـن ثم الى الفصـل الرابـع " مجتمـع الدراسـة ميـدانيا مـن المجـال العمـراني الى المجـال الاجتمـاعي "الـذي يتمحـور حـول مجتمع الدراسة ميدانيا والذي يركز على طريقة الوصول الى المفردة المطلوبة.

أمـا اخـيراً الفصـل الخـامس المتحـور حـول المفـردة مـن الفهـم الى التأويـل ثم الاسـتنتاج وتنـاول المحـاور التاليـة: عـرض الحـالات المدروسـة، المعـاني المتشـكلة لـدى المريضـة بعـد اصـابتها بـالمرض مـن ثم المجـالات الاجتماعيـة والتفـاعلات المريضـة ثم تفسـيرنا لتمـثلات والنمـوذج الثقـافي وأخـيرا الهويـة المترتبـة لـدى مريضـة سـرطان الثـدي تضـمن تحليـل لفرضـيات والنتـائج المتعلقـة بالدراسـة وتفسـيرها وصـولا إلى الاسـتنتاج العـام. اذ شملـت الدراسـة بعـض النتـائج المهمـة مـن بينهـا أن تجربـة المـرض تجربـة غـير سـهلة تغـير مسـار المريضـة بشـكل مـا؛ وإن تجـاوز هويـة المريضـة تعـود لعـدة أسـباب وذلـك يرجـع بقـوة للمعـاني المكتسـبة مـن مجـال التفاعـل. و كـذا تجـدد المعـاني السـابقة الـتي كانـت قبـل المـرض للمريضة يجعلها تتجاوز المرض.

وإن الرسـائل والمعـاني المرسـلة للمريضـة مـن طـرف المجـال الاجتمـاعي الأصـلي هـو المسـؤول عـن معانيهـا وتمثلاتهـا عـن ذاتهـا. وإن الهويـة المتشـكلة بعـد المـرض إمـا أن تتجـاوز المـرض وإمـا أن تفقـد المعـنى لإعـادة إنتـاج المعـاني. والمعـاني والتمـثلات المتشـكلة بعـد تجربـة المـرض مـن بينهـا معـنى الحيـاة، معـنى العـائلي وفقـدان معـنى الأنثـوي وفقـدان معـنى التفاعـل والانتماء.

الإطار المنهجي للدراسة

I. اشكالية الدراسة

II. التساؤلات والفرضيات الدراسة

III. مفاهيم الدراسة

IV. أسباب الدراسة

V. أهمية الدراسة

VI. أهداف الدراسة

VII. الدراسات السابقة

VIII. صعوبات الدراسة

I. الإشكالية:

تعد الصحة أحد الجوانب الأساسية في حياة الأفراد والمجتمعات، ولذلك حاولت الإنسانية منذ القدم البحث في أسباب الأمراض وكيفية علاجها. ولا تزال إلى اليوم تسعى إلى ذلك معتمدة على التطور التكنولوجي والعلمي سعيا إلى معرفة أسباب المرض لإيجاد علاج فعال.

إن الصحة و عكسها مفهوم المرض مفهومان مرتبطان بالمجتمع الذين يعيش فيه الأفراد، ولا يمكن فصل المفهومين عن المجال الاجتماعي و المجال الثقافي الذي يتواجدان فيه، فكلاهما انعكاس لطرق الحياة والعيش، مما أدى إلى تشكيل نماذج تعبيرية مختلفة وممارسات و أفعال ترسل رسائل عن الألم والمرض و في نفس الوقت تقدم تفسيرات متعددة لأسباب وطرق وكيفية الابتعاد عن الأمراض، كما أثبتها "مارك زبورفسكي M. ZBorowski" في دراسته بعنوان: "تباين المواقف الثقافية إزاء الألم" سنة 1952 بمستشفى "كينجزبريج" الواقع بنيويورك وكان الهدف من الدراسة فهم المواقف المتصلة بالصحة والدواء من خلال دراسة الألم، وكانت دراسته على مجموعة من يهوديين و الإيطاليين (صديقي فاطنة، 2010/2009، صفحة 27) ومن ثم أجريت عدة دراسات مماثلة لهدف الدراسة السابقة. فلم يعد المرض يحدد بيولوجيا فقط بل أضيف لفهمه الجانب الاجتماعي والنفسي، وهذا ما تبين بعد الحرب العالمية الثانية وانتشار الأوبئة؛ فهناك جماعات محددة من المجتمع تتمتع بمستويات صحية أفضل من جماعات ذات تركيبة الواحدة ويظهر ذلك على سبيل المثال في انتشار الأمراض المعدية أي نقيس مستوى الصحة بمدى انتشار الأمراض المعدية و كذا عدد الوفيات في كل مجتمع. وذلك ما أدى بالباحثين إلى البحث والتعمق في هذا الموضوع فتوصلوا إلى أن أعراض المرض لم تقتصر فقط على الجانب البيولوجي والفيزيولوجي كما كان في السابق بل أصبح له تجذر اجتماعي وله دلالات اجتماعية؛ ويختلف مفهومه حسب اختلاف المجال الاجتماعي الذي يعيش فيه المريض والنموذج الثقافي الذي يحكمه. أي المجال المنتمي اليه والذي يعيش فيه المريض وحسب السياق السوسيوثقافي وحسب تفاعلات الأفراد مع المرض وتمثلاته له. وقد أظهرت بعض الدراسات مثل دراسة "**ادوين شادويك**" عن أسباب الوفيات الناجمة عن الأوبئة في عام 1842 ودراسة "جون سنو " في عام 1854 عن مرض الكوليرا في لندن، مثالان يؤكدان على باكورة الاهتمام بالمجال الطبي الاجتماعي للوصول بان الطب بدأ اجتماعيا في المراحل الأولى ثم أصبح بيولوجيا بحتا في المراحل الوسطى حتى صار في نهاية الحقب الزمنية الأخيرة اجتماعيا وثقافيا. (مكاوي، وآخرون، 1998، صفحة 13)

انطلاقا مما سبق يتبن لنا إن فهمنا للصحة والمرض لن يعطي المفهوم الكامل إلا بعد إدراجه في المفهوم الاجتماعي الذي يعد بحق الإطار الأشمل الذي تندرج منه الصحة والمرض. فهناك أسلوبان متميزان لفهم تجربة المرض؛ فالوظيفيون يعتقدون أن هناك بعض المعايير و القواعد السلوكية ينتجها الأفراد في حالة المرض، **"فبارسونز" "p"** في دراسته حول "الأدوار المرضية" يشير إلى أن هذه الأخيرة تتيح الفرصة أمام ظهور انحراف عن المعاير اجتماعية من جهة ومن جهة أخرى فان المرض سرعان ما ينتشر اجتماعيا بسبب كونه احد أشكال الانحراف الشرعي؛ أي أن المريض منحرف عن النسق الكلي و لا يؤدي وظيفته، ويمكن القول أنهم يعتبرون المرض انحراف عن النمط و المريض هو الذي ينتج سلوك المنحرف، وبالتالي فإن الطرح الوظيفي لا يمكنه تحليل وفهم أفعال المريض من وجهة نظرنا.

أما "**فيردسون، Friedson**" فقد كانت له نظرة مخالفة لنظرة بارسونز ولكنه لم يخرج من الفكر الوظيفي فجاء بأنواع المرض وبدائل الوظيفية عن دور المريض وتحديد العلاقة الاجتماعية بمسببات المرض وطرح نموذج جديد لتحليل المرض والطب، فقد ذكر أن المرض حالة اجتماعية وبأنه ظاهرة اجتماعية قام بتحليلها وتصنيفها. ورغم ذلك فان **فيدرسون** f ركز على أشكال البناء الاجتماعي وليس على تفاعلات المريض أي اكتفى بتحليل البنى والوحدات الكبرى ولم يتطرق لدراسة الوحدات الصغرى.

حاول المعاصرون مثل أصحاب التفاعلية الرمزية تقديم وجهة نظر مغايرة للأطروحات السابقة في تحليل هذه الظاهرة وتفسيرات أوسع للمرض و الكيفية التي تؤثر فيها هذه المعاني على أفعال وتفاعلات المرضى؛ و في منظورهم إن المرض حالة معاشه و لابد من فهم تجربة المرض عند المريض ومحاولة **فهم** كيف يفسر بها الأفراد عالمهم وطريقة تمثلاتهم للمرض، فعلى سبيل مثال" **ستروس، A.Strauss** " فقد كانت دراسته عن الأمراض المزمنة و العلاقة التفاعلية بين الطبيب و المريض وكيف يدخل المريض في تحديد العلاقة، وأن حالة المريض لها علاقة بعدة جوانب من بينها الاجتماعية، وكذا من بين الدراسات التي قام بها "**ستروس**" كانت حول تسيير المرض من طرف مرضى المتزوجين في الحياة اليومية و حاول وضع المرض في سياق بيوغرافي أي ربط الآثار و التغيرات التي تحدثها التجربة المرضية انطلاقا من طبيعة الحياة الاجتماعية.

لنستنتج أن الصحة لم تعد مسألة فردية (بيولوجية – نفسية) فقط وهذا ما ذكرته الباحثة **"ك.هرزليش، C.Herzlich** " في دراستها عن التمثلات الاجتماعية للصحة والمرض بأن المرض قضية اجتماعية تخص المجتمع ككل، فكل ما يحدث في هذا المجتمع أو أسرته له أثر كبير على حياة الفرد سواء الحياة العملية أو التعليمية أو الصحية.

وانطلاقا مما سبق فان حالة المريض الصحية بعد إصابته بالمرض وأثناء فترة العلاج تسبب له الآلام وكذا الضرر الذي يلحق به من الجانب النفسي والمادي والاجتماعي، فبعد الإصابة بالمرض قد يغير مجالاته الاجتماعية وحتى نظرته لذاته.

ليست الأمراض المستعصية كالأمراض العادية فهي تدوم فترات طويلة من الزمن ملازمة المريض، فالسرطان ليس كغيره من الأمراض العابرة فهو يلازم المريض طيلة حياته و قد يؤدي للموت؛ فعندما نتكلم عن المرض المميت فسوف يتبادر في الذهن مرض السرطان بعدة أنواعه؛ ففي دراستنا هذه سوف نسلط الضوء على نوع انتشر بكثرة في الآونة الأخيرة آلا وهو "سرطان الثدي" فهذا النوع يصيب و يستهدف المرأة أكثر بكثير في كل مراحلها العمرية وهي أكثر عرضة له من الرجل، فهو يهدد حياتها ليس فقط من جانب الألم فحتى من جانب فقدانها لها أي الموت.

وبما أن النظرة إلى موضوع المرض قد تغيرت من كونه مشكل فيزيولوجي وسيكولوجي إلى كونه مشكل اجتماعي، وذلك ليس بالتوقف عند المرض وكيفية علاجه، بل يؤخذ بعين الاعتبار **تمثلات المريض** لذاته ولمحيطه الاجتماعي الذي يتفاعل فيه. ولذلك نطرح التساؤل التالي:

II. التساؤل الرئيسي:

هل تتغير تمثلات المريضة المصابة بسرطان الثدي بنظرتها لذاتها؟ وهل يؤثر ذلك على أفعالها وتفاعلاتها؟ وهل يؤدي هذا كله إلى إعادة تشكل هويتها؟ وما طبيعة هذه لهوية الجديدة؟

التساؤلات الفرعية:

1- هل المعاني التي تتفاعل بها المريضة في مجالات الاجتماعية تنتج لها أفعال تتجاوز بها المرض؟ أو تغترب له؟

2- هل المعاني التي تحملها المريضة بعد إصابتها بالمرض تجعلها عاجزة على إعادة تشكيل الهوية؟

فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

" المرأة بعد إصابتها بالمرض السرطان الثدي تتغير تمثلاتها وتغير نظرتها لذاتها وهذا التغير يؤدي إلى تغير أفعالها وتفاعلاتها ومن ثم إلى إعادة تشكيل هويتها "

الفرضيات الفرعية:

الفرضية الأولى: إن المعاني التي تكونها المريضة عن ذاتها وتتفاعل بها في المجالات الاجتماعية تنتج لها هوية تتجاوز بها المرض.

الفرضية الثانية: " المصابة بمرض السرطان التي لا تتمكن من إن تنتج تمثلات وتفاعلات وأفعال متجاوزة للمرض يؤدي ذلك إلى حالة فقدان المعاني "

شرح الفرضية العامة:

المصابة بمرض السرطان التي لا تتمكن من أن تنتج تمثلات وتفاعلات وأفعال متجاوزة للمرض يؤدي ذلك إلى حالة فقدان المعاني إن المرأة بعد إصابتها بالمرض السرطان الثدي يحدث لها عدة تغيرات من بينها تمثلاتها وإضافة إلى ذلك تغير نضرتها لذاتها وكل هذا التغير يؤدي بها إلى التغير في أفعالها وتفاعلاتها وتلك التفاعلات تنتج لها معاني جديدة عن ذاتها وعن مفهومها للمرض فتلك المعاني المتشكلة جديدا هي التي تعلها تعيد تشكيل هويتها

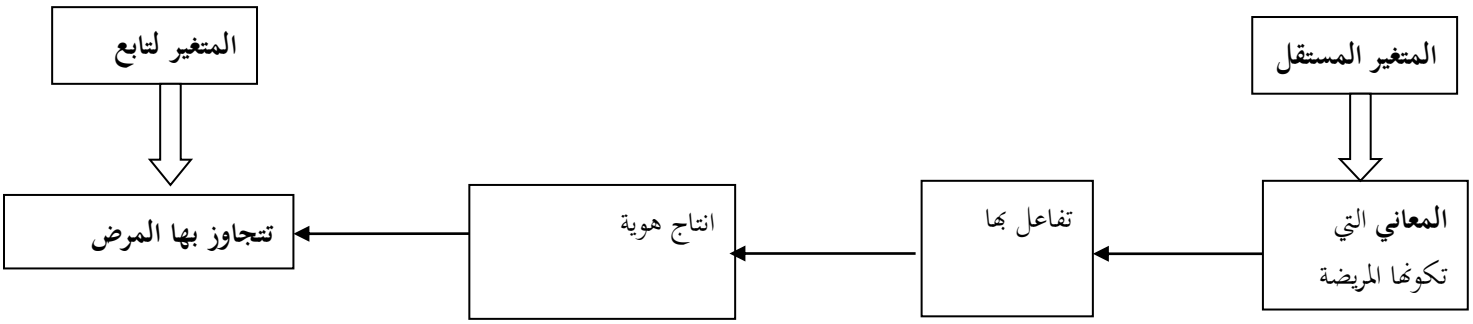
الفرضيات الجزئية:

الفرضية الأولى:

" إن **المعاني** التي تكونها المريضة عن ذاتها وتتفاعل بها في المجالات الاجتماعية تنتج لها هوية **تتجاوز بها المرض"**

شرح الفرضية الأولى: تختلف معاني المرأة ـ التي على أساسها تتفاعل بها ــ قبل و بعد إصابتها بمرض سرطان الثدي الذي غير فيها وتغيرت تلك المعاني فأصبحت قادرة على إنتاج هوية جديدة تتفاعل بها بعد المرض، وتستطيع أن تتجاوز هوية المريضة وتتجاوز المرض.

شكل رقم 01: يوضح شرح الفرضية الأولى



المصدر : من اعداد الطالبة

- **المتغير المستقل:** المعاني التي تكونها المريضة عن ذاتها بعد المرض

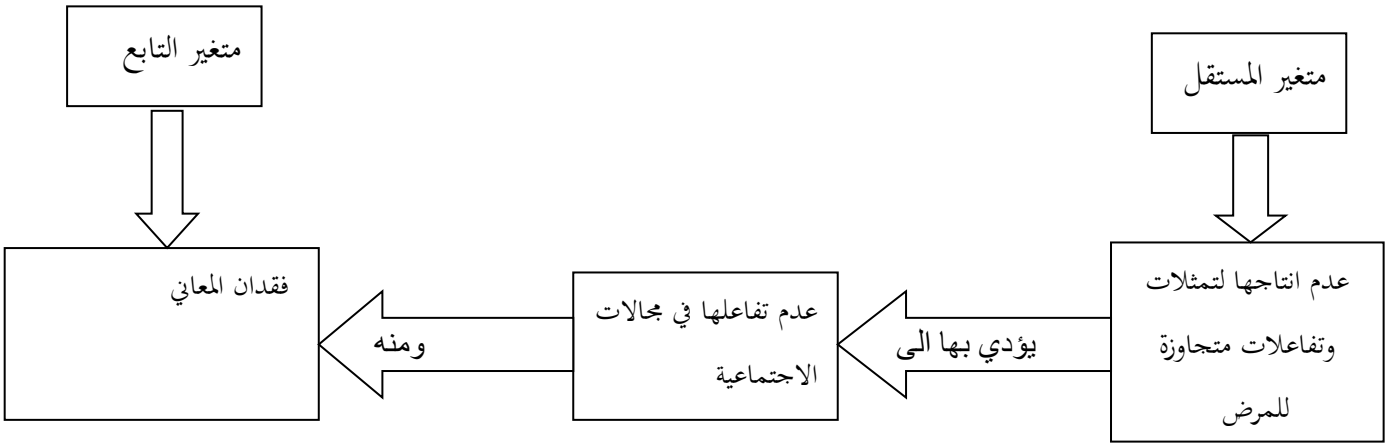
- **المتغير التابع**: تتجاوز المرض وتتشكل لديها هوية .

الفرضية الثانية:

" ان عدم تمكن المريض بالسرطان من انتاج تمثلات و تفاعلات و أفعال تتجاوز بها المرض سيؤدي به الى حالة فقدان المعاني المصابة "

شرح فرضية الثانية: المرض يجعلها تنسحب من مجالها الأصلي ولا تتفاعل ولا تتجاوز المرض وتيأس فلا يصبح لذاتها أي معنى وتكون منافية لكل تفاعلات التي من المفروض هي في صدد القيام بها، وتكون عاجزة عن انتاج تمثلات أو تفاعلات ومن هنا قد يؤدي بها إلى فقدان بعض المعاني التي كانت تحتويهم وأحيانا إلى الانتحار في بعض الحالات وهذا لعدم تقبلها لذاتها وعدم تجاوز المرض.

شكل رقم 02: يوضح شرح الفرضية الثانية



المصدر: من اعداد الطالبة

المتغير المستقل: عدم انتاج تمثلات وتفاعلات متجاوزة للمرض

المتغير التابع: فقدان المعاني

IV. مفاهيم الدراسة:[1]

إن تحديد المفاهيم في العلوم الاجتماعية عموما وفي علم الاجتماع خصوصا يعتبر خطوة هامة من خطوات البحث العلمي الدقيق ذلك أن كثيرا من المفاهيم قد تحمل في طياتها العديد من المعاني والتأويلات، ولذلك يلجأ الباحثون في علم الاجتماع إلى تحديد المفاهيم تحديدا دقيقاً، إذ وجب الحرص على أهمية التحديد الجازم لمعاني الكلمات حتى لا يتيه الباحث في خضم التراكمات

[1] لمزيد من الشرح انظر جدول متغيرات الدراسة في الملاحق.

اللغوية الكثيرة والمتشعبة؛ و إن المفاهيم في الواقع إلا تصورات ذهنية لمجموعة متنوعة من الظواهر التي نريد ملاحظتها (موريس أنجرس، ترجمة:بوزيد صحراوي و آخرون،2004،ص158) ؛ لذا سوف نحاول التعرف على مفاهيم المهمة و المتداولة في الدراسة.

1- المجال الاجتماعي: "هو الحقل التي تتم فيه عملية التفاعل بين المعني ومحيطه الاجتماعي" (بن عيسى محمد المهدي، محاضرة حول مفاهيم المقاربة، 2015) ؛ وكذا هو فضاء من التفاعلات المتبادلة، وهو شبكة من الأفراد والجماعات المشتركة في القيام بعمليات اجتماعية و إن بعض العمليات الاجتماعية تحدث بين الأفراد والجماعات داخل المجالات القرابية والمتغايرة في المجتمعات المحلية أو تحدث بين الأفراد والجماعات داخل التنظيمات.

التعريف الإجرائي: يقصد به مجال تفاعل المريضة سرطان الثدي وأين تقضي معظم أوقاتها، ويستخرج هذا المتغير من أداة المقابلة، ومن مؤشراته مجال الأسرة، مجال العمل، مجال المركز ألاستشفائي....

2- التفاعل الاجتماعي: يعرف محمد خيري حافظ التفاعل الاجتماعي بأنه عملية تنشأ من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية التي تقوم بين أفراد الجماعة ويؤثر التفاعل الاجتماعي بصورة تبدو واضحة في تبادل الأفكار والمشاعر والتصرفات، وبهذا فإن الجماعة تعيش عملية التفاعل الاجتماعي الذي يعتب أحد محاكاتها الأساسية، ويجري هذا التفاعل عادة عبر وسط معين (لغة رموز إشارات وأشياء) ويتم خلال ذلك تبادل رسائل معينة تربط بغاية أو هدف محدد. وتتخذ عمليات التفاعل أشكالا ومظاهر مختلفة تؤدي إلى علاقات اجتماعية معنية. (محمد عيسى بن مهدي وكانون جمال، صفحة 588)

التعريف الإجرائي: وفي الدراسة الحالية يكون بين المريضة والمتفاعلين معها من أسرتها ومن أفراد آخرين داخل المجال الاجتماعي، بحيث ترسل وتتبادل الرموز والرسائل بينها (المريضة) والمتفاعلين معها داخل المجال الاجتماعي المتفاعلة به.

3- الأفعال الاجتماعية: يعتبر مفهوم الفعل الاجتماعي أصغر وحدة تحليل في النظرية السوسيولوجية ومن أهمها على الإطلاق بحيث بدون فهمه وتحليله ومعرفة محركاته ومواجهته لا نستطيع أن نفهم السلوك البشري في المجموعات والتجمعات. لهذا كان المفهوم مركز التحليل لدى العديد من رو اد علم الاجتماع أمثال ايميل دوركايم

وماكس فيبر وتالكوت بارسونز و كارل ماركس وغيرهم كثير. (بن عيسى و محمد المهدي،2004/2005، صفحة 67)

4- يشير مفهوم الفعل الاجتماعي عند بارسونز بأنه كل أنواع السلوك الإنساني التي تحركها وتوجهها المعاني الموجودة في دنيا الفاعل وهي معاني يدركها الفاعل ويسند بها في ذاته، والفاعل يمكن أن يكون فردا أو جماعة أو تنظيما أو في مجتمع. فالفاعل هو كيان يسلك في ضوء المعاني التي توجد في بيئته (بن عيسى و محمد المهدي ،2004/2005، صفحة 100)

التعريف الإجرائي: هي تلك السلوكيات التي تحرك المريضة وتوجهها وكذا هي التي تحدد معاني والدلالات التي تدركها في موقف ما أو مجال معين داخل مجلات تفعلها.

5- التمثلات: "يخص "دور كايم" على مفهومه لتمثل الاجتماعي: على أنه أشكال عقلية مجتمعية لها ديمومة تستمر لأجيال " (جلول ،بكوش الجموعي،2014 ، صفحة 168) ،والتمثل الاجتماعي هو ظواهر تتميز عن باقي الظواهر في الطبيعة بسبب ميزاتها الخاصة (غانم ابتسام، 2008/2009، صفحة20)، أي أنها متعلقة بالوعي الجماعي؛ أما الباحث "أبريك" يرى أن التمثلات الاجتماعية هي منتوج ونظام لنشاط عقلي بفضله الشخص أو الجماعة تعيد بناء الواقع الذي تواجهه وتسند له رموزا خاصة، كما يعتبره نسق لترجمة الواقع الذي يحكم العلاقات مع الأفراد ومحيطهم (بلال ريم ، 2013،صفحة 194.) وأن الحديث عن التمثلات الاجتماعية يسرد لنا معلومات عن العلاقة بين الأفراد والمجال الاجتماعي المنتمون إليه، حسب الأفكار التي يكونوها عن موضوع التمثل وبالتالي الأفعال التي هي كردود أفعال من طرف أحد أفراد الجماعة داخل المجال الاجتماعي التفاعلي الواحد تكون متشابهة وبالتالي تحمل نفس المعنى.

التعريف الاجرائي: هي معاني موجودة في ذاتية المبحوث الحامل للظاهرة يستخرجها الباحث بأدوات معينة وكذلك هي عبارة عن تصورات وأفكار ذهنية خاصة بموضوع معين وتستخرج من ملاحظتنا من ردود أفعال المريضة، ومقابلتها، وكذا من الدراسات التي تطرقنا إليها في الجانب النظري.

6- **الهُوية:** هي المحصلة لمختلف المعاني التي يرسمها الفرد عن ذاته انطلاقا من خبراته البيوغرافية واللحظية والتي ينطلق منها في إقامة علاقات تفاعلية مع الأخر على انه ذات مختلفة عنه للقيام بأفعاله وبناء استراتيجيته الخاصة (محمد عيسى بن مهدي وكانون جمال، صفحة 588)وفي موضوع الدراسة هي نتيجة التي تصل إليها المريضة بعد إصابتها بالمرض، ومؤشراته تستخرج من المقابلة والدراسات حول الموضوع. **وهو نفسه التعريف الإجرائي المتبنى في الدراسة.**

7- **نموذج الثقافي:** قدرة مجتمع ما على الفعل والخلق والإبداع وبذلك يتضمن على مختلف تصورات تمثلات التي تحقق هذه القدرة، وبطريقة أخرى يمكن فهمه على انه قدرة مجتمع على الفعل الحظري (محمد المهدي بن عيسى، 2016، محاضرة)

- ومن بين خصائص نموذج الثقافي أنه: متغير بتغير مجالات الاجتماعية للفرد، ويعتبر أنه ليس بمفهوم النمط لأن المبحوث في مرحلة تلمس إنتاج تمثلات المجتمع الجزائري، وإننا لا نحكم على نموذج الثقافي بل نكتفي بهذا النموذج لنصل به إلى الهوية الموجودة والتي يحملها الفرد؛ بحيث أن دور الباحث هنا هو التحليل وتأويل السوسيولوجي (محمد المهدي بن عيسى، 2017، محاضرة)

مفهوم الإجرائي: وهو عبارة عن تصور والتمثل الموجود في ذهن المريضة لمفهوم المرض ويظهر ذلك من خلال تمثلاتها وأفعالها وتفاعلاتها داخل المجال التفاعلي إذ يعتبر نموذج الثقافي هو محصلة تلك التصورات والتمثلات التي تحملها المريضة عن ذاتها وكذا الذي يحملها الأفراد الموجودين في المجال الاجتماعي.

1. **المرض:** يعرف **ابن سينا** المرض: بأنه هيئة غير طبيعية في بدن الإنسان (عبد الرحمان ابن خلدون، (ب س)، صفحة 23).أي يقصد به كل المتغيرات التي تدخل على جسم الإنسان تحدث فيه سقماً أو علة، و نقرأ في **قاموس الطبي:** المرض هو إتلاف صحي يشمل من الخصائص المحددة بالأخص السبب الإشارات و الأعراض، ويعرف **قاموس ويلستر** المرض: بأنه حالة يكون فيها الإنسان معتل الصحة ويكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض، والمعنى الحرفي لكلمة مرض هو الاحتياج للراحة (محمد رجب فهمي، 2012، صفحة 17)، وكذا **يعرفه المعجم العربي الأساسي بأنه:**" كل ما خرج بالكائن الحي عن حد الصحة و الاعتدال، من علة أو نفاق أو تقصير في أمر ما مثل: مرض باطني، مرض جلدي، مرض عقلي، مرض صدري، مرض

متوطن، مرض مزمن، مرض معدي، مرض نفسي، مرض وبائي" (جماعة من كبار اللغويين العرب، ب س، صفحة 30)؛ و لا يعتبر " أنسليم ستراوس" المرض حدث بيولوجي فقط بل ظاهرة اجتماعية ويخصص بهذا الاهتمام بالمشاكل الاجتماعية والنفسية، وعكس بارسونز يبين دور وأهمية الأسرة في تجاوز المرض باعتبارها مجال لتفاعل مع المريض وركز في ذلك حول الأمراض المزمنة و مدى الإزمان و مدى تفاعلات التي ينتجها المريض في حالته المرضية، و كذا اهتمامه بالتغيرات التي تحدثها التجربة المرضية انطلاقا من طبيعة تفاعلاته الاجتماعية.

التعريف الاجرائي: في الدراسة الحالية نحن بصدد دراسة الفرد المصاب بمرض سرطان الثدي ويعتبر هو أحد أنماط الأورام الخبيثة الشائعة وينجم عنه نمو غير طبيعي لخلايا الثدي، ويعد سرطان الثدي من أكثر أنواع الأورام التي تصيب السيدات على اختلاف أعمارهم. يبدأ سرطان الثدي عادة في البطانة الداخلية لقنوات الحليب أو الفصوص التي تغذيها بالحليب، ويتميز بقدرته على الانتشار لمواقع الجسم. (موقع الطبي، سرطان الثدي،2016) http://www.altibbi.com

V. أسباب الدراسة:

يجب على كل باحث أن يضع نصب عينيه عددا معتبرا من الأسس والمعايير التي يتم من خلالها الاختيار السليم لمشكلة بحثه، سواء كانت موضوعية أو ذاتية وكما قال كارل بوبر" كثيرة هي العوامل التي تدخل في الحسبان عند اختيار موضوع البحث" (Karle Poper, 1984, Page 23) www.google.books.com

كما أن الموضوعات الاجتماعية هي مفتكة من الواقع الاجتماعي أي أن هذا التناول للدراسات وثيقة الصلة بعملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وعليه فقد وجدت عدة دوافع كانت حافزا لاختيار مشكلة الأمراض المستعصية وبالتحديد مرض السرطان وبالأخص مرض سرطان الثدي كموضوع للبحث والدراسة.

ومن أهم الأسباب نجد ما يلي:

✓ الأسباب الذاتية:

- الرغبة الكبيرة في دراسة مرض السرطان الثدي الذي يعتبر من كبرى الأمراض الخطيرة وهذا الرعب الذي أصبح مخاوف الجميع، هذه المعاناة التي عاش الناس منها فيما يشبه الموت قبل أن تحين الساعة الموت سواء ذلك في المريض نفسه أم القريبون منه. تسليط الضوء على هذه الفئة من المجتمع والمرأة التي قد تفقد الحق في عدة مجالاتها في الحياة.

- محاولة الربط بين المجال الطبي ومجال السوسيولوجي وذلك كرغبة شخصية.
- الرغبة والميل الشخصي للبحث في مشكلات الصحة والمرض والمواضيع الطبية لاهتمامي بهذا المجال.

✓ **الأسباب الموضوعية:**

- إن إصابة الفرد بهذا المرض من الإصابات الخطيرة والمهمة التي تستدعي الاهتمام، لذا المريض يجد نفسه في مجال الاجتماعي غريب عليه يستوجب التعايش معه.
- إن دراسة الصحة والمرض لا يقتصران على الجانب الطبي فقط، وإنما نستطيع دراستهم من منظورات أخرى مثل المنظور الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، حيث توجد علاقة بين المرض والصحة والعوامل الأخرى مثل السوسيو-اجتماعية.
- تقديم مساهمة علمية ي مجال سوسيولوجيا الصحة والمرض نظرا لقلة الدراسات السوسيولوجية التي تقارب المرض.
- قلة الدراسات عن السرطان الثدي من الجانب الاجتماعي.
- معرفة تصورات وتمثلات المرض لدى المرضى وأهلهم.
- تعدد وكثرة الأمراض الخطيرة في المجتمع الجزائري خاصة مرض السرطان الذي عرف انتشارا واسعا في الآونة الأخيرة فأردنا أن يتشكل هذا الواقع عند المريضة لمعرفة طبيعة تفاعلاتها مع المرض وتأثير ذلك على هويتها.

VI. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية البحث السوسيولوجي فيما يلي:

تكمن الأهمية في الدراسة العلمية بإثراء الجانب المعرفي العام، ومن جهة خاصة فان موضوع الدراسة الحالية له أهمية في معرفة العوامل الاجتماعية المؤثرة في تمثل مرض سرطان الثدي وكذا فهم تفاعلات الفرد المريض وفهم المتغيرات المؤثرة في تمثلاته لمرض سرطان الثدي؛ ومعرفة المجالات الاجتماعية التي تتفاعل فيها المريضة، ومنه التعرف على نموذج الثقافي المتبنى من طرف هذه المريضة وبالتالي فهم هوية المريضة قبل وأثناء المرض.

VII. أهداف الدراسة:

المعروف في البحث العلمي هو وجود أهداف، ويسعى الباحث لتحقيق أهداف منشودة، فان الدراسة الحالية تهدف إلى الاهتمام بمجال الصحة والمرض ومقاربة المرض سوسيولوجيا، وكذا وجود هدف عملي تطبيقي وهو استخدام نتائج الدراسة وتطبيقها للوصول إلى حل المشكلة التي بصدد معالجتها؛ وإن من هذه الدراسة تمكن من معرفة تمثلات المرأة الحاملة للمرض وإلى معرفة نموذج الثقافي للمرأة المصابة بسرطان الثدي. وفي نفس الوقت معرفة التفاعلات التي تتشكل من جراء التمثلات وبالتالي إسهامها في تحليل وتفسير تمثلات مرض سرطان الثدي في المجتمع الجزائري.

VIII. الدراسات السابقة:

I. الدراسات المؤسسة لـ "مرض السرطان":

1. دراسة "**شدمي رشيدة**":

1) جاءت هذه الدراسة لتتناول موضوع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بالسرطان الثدي، وهي دراسة ميدانية لواقع الصحة النفسية لمصابات بأورام خبيثة على مستوى أحد الثديين أو الاثنين، متواجدة بالمستشفى الجامعي– تلمسان، وقد قامت بهذه الدراسة الباحثة "شدمي رشيدة" تحت عنوان :" **واقع** الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي "، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي ، قسم علم النفس وعلوم التربية ،كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان ،2015/2014، حيث تمحورت الدراسة على المفاهيم التالية : (الصحة النفسية –علم الأورام النفسي – الوضعية النفسية المرضية لسرطان الثدي – سرطان الثدي عن المرأة) وعليه فقد تطرقت الباحثة إلى طرح مجموعة من **الأسئلة** تمثلت فيما يلي :

–هل هناك فروق بين مختلف الفئات العمرية من حيث الصحة النفسية عند تطبيق ا لمقياس على المصابة بسرطان الثدي؟

– هل هناك فروق بين الوضعيتين الاجتماعيتين (عزباء، متزوجة) من حيث الصحة النفسية عند المصابات؟

– هل هناك فروق بين الدرجات ككل للصحة النفسية والمستوى التعليمي عند تطبيق مقياس الصحة النفسية على المصابات؟

– هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث نوعية الحياة في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟

- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث المساندة الاجتماعية في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث التحكم الانفعالي في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث استراتيجية التكيف في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث الصورة الجسدية في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث التكفل الطبي في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث التوافق النفسي في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل هناك فروق بين المجموعات الخمس من حيث التدين في ضوء المستوي التعليمي لدي المصابة؟
- هل للديناميكية النفسية المرتبطة بالتمثلات النفسية للسرطان علاقة بالصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي؟

كما قد تطرقت الباحثة إلى **صياغة الفرضية** الآتية:

1- لا توجد فروق بين مختلف الفئات العمرية من حيث الصحة النفسية لدى المصابات.

2- لا توجد فروق بين الوضعيتين الاجتماعيين (عزباء، متزوجة) من حيث الصحة النفسية عند المصابات بسرطان الثدي.

3- لا توجد فروق بين الأبعاد العيادية ككل والمتمثلة في ثمانية أبعاد للمقياس والمستوى التعليمي لدى المصابات بسرطان الثدي.

4- للديناميكية النفسية المرتبطة بتمثلات للسرطان علاقة بالصحة النفسية لدى المصابة بسرطان الثدي.

حيث اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي معتمدين على الطريقة الإحصائية والطريقة العيادية من خلال دراسة الحالة للكشف عن الطبيعة الدينامية النفسية التي تميز الشخصية المصابة بالسرطان؛ كما اعتمدت الباحثة ايضا على المنهج الإكلينيكي. وتتمثل العينة المختارة للدراسة في النساء المصابات بسرطان الثدي واللواتي تقع أعمارهن بين 17 إلى 60 سنة، حيث كانت الدراسة القياسية لهذه العينة لمدة 3 أشهر أي ما يعادل 61 حالة في منطقة تلمسان. ولقد اعتمدت الباحثة على مجموعة من الأساليب الإحصائية تمثلت في مقاييس معينة وهي اختبار كنادل و كروسباخ ألفا و One wayAnova تحليل التباين أحادي التصنيف و دراسة الفروق بين مجموعتين – T .مقياس ؛ أما فيما يخص أدوات الدراسة فلقد تم استخدام كل من الملاحظة والمقابلة العيادية. وكانت نتائج الدراسة التي توصلت إليها الباحثة كالأتي:

- **أولا** :لا يوجد فرق بين الفئات العمرية من حيث الصحة النفسية عند المصابات بسرطان الثدي .تدل هذه النتيجة على أن المصابات من مختلف الفئات العمرية تعيش نفس المصير سواء من حيث الإصابة أو العلاج وحتى الانتكاسة والمعاودة.
- **ثانيا** :لا توجد فروق بين الوضعيتين الاجتماعيتين" عزباء، متزوجة "من حيث الصحة النفسية، فكلاهما تعيش نفس الوضع من حيث التشخيص، والعلاجات المستخدمة، والقابلية للمعاودة أو الانتكاسة.
- **ثالثا** :لا توجد فروق بين الأبعاد العيادية ككل لمقياس الصحة النفسية والمستوى التعليمي لدى المصابات بسرطان الثدي، حيث وجدت عوامل أخرى مؤثرة ونذكر من بينها :المساندة الاجتماعية المدركة، والمساندة الطبية، والثقافة الصحية، والثقة بالنفس، والعلاقة الزوجية، والعلاقة) طبيب– مريض(، والتحكم الانفعالي والمستوى الروحي، والتمثل النفسي المرتبط بالسرطان.
- **رابعا** :هناك تأثير للتمثلات النفسية للسرطان وتاريخ الحالة على الصحة النفسية لدى المصابة، حيث وجدت علاقة بين الاضطرابات النفسية وتكوين الشخصية والإصابة بسرطان الثدي

- نلاحظ أن في هذه الدراسة لا يؤثر مرض سرطان الثدي في متغير السن، إذ قالت " مختلف الفئات العمرية تعيش نفس المصير سواء من حيث الإصابة أو العلاج" وكذا وضعية الاجتماعية للمريضة، إذ إن حاولنا إسقاط هذه النقطة على **مقاربة** الحالية فلا يمكن أن تتساوى الصحة النفسية و المترجمة لدينا بتمثلاتها لذاتها و إن اختلاف هذه الأخيرة يختلف بمجال الاجتماعي وتفاعلاتها ويعتبر سن المريضة ووضعية الاجتماعية لها مؤشر على مدى اندماجها في المجتمع و كذلك على تمثلات المجتمع لها؛ في حين أن نتائج الدراسة في نظر علم الاجتماع لا يمكن تعميمها على عينة الدراسة، لان لكل علم له خصوصية، وكل قائم بذاته لأنه ليس علوم الطبيعية وفي نتيجة أقرت بان كل لهم نفس المصير وفي مقاربة التي نتبنها التي تتعمد على الفرد ومفهومه لهذا المرض إذن الفرد المصاب قابل لتغير هويته.

إن السبب اختيارنا لهذه الدراسة كدراسة سابقة هي الاستفادة التي قدمتها من حيث كونها عالجت بعض المتغيرات الدراسة كتمثلات النفس (الذات)؛ وكذا عالجت بعض المتغيرات التي تم التطرق إليها في الدراسة من ناحية خصائص دراستنا الحالية: (سن المريضة – وضعية الاجتماعية – مستوى التعليمي)

❖ هذه الدراسة السيكولوجية جاءت تعالج نفس المتغير والذي هو " مرض سرطان الثدي" في الدراسة الحالية، لكن هذه الدراسة كانت سيكولوجية مرتبطة ببرنامج ومقاييس اختبار معينة للتأكد من صحة الفرضيات وعدمها كما أن المفاهيم

المستخدمة والمؤشرات ذات طابع سيكولوجي لا سوسيولوجي؛ وبالتالي فان هذه الدراسة وظيفية مرتبطة بالبنية ودرست الفرد المتمثل بالمرأة الحاملة للمرض ضمن مجال اجتماعي معين وهو المستشفى أو مكان تلقي العلاج. وعلية يستوجب علينا التطرق إلى دراسات أخرى في منظور آخر آلا وهو المنظور السوسيولوجي لمعرفة خصوصية هذه الدراسات التي أجريت حول مرض السرطان.

2. دراسة " باشا نوال ":

تدخل هذه الدراسة في إطار البحوث السوسيولوجية التي تهتم بدراسة المرض كظاهرة اجتماعية تتعدى الطرح البيولوجي، حيث يؤثر المرض على إنتاجه وعلى أدواره الاجتماعية؛ بالإضافة إلى معرفة الدلالة السوسيولوجية التي يحملها المرض ومعرفة الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالمرض حسب اعتقادات المصابين و وصف طريقة عمل تسير التي يفرضها المرض و التصور الاجتماعي الذي يحمله الأفراد حول المرض. وقد قامت بهذه الدراسة الباحثة " باشا نوال " معنونة ب " **تسير مرض القصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين**"، دراسة سوسيولوجية بقسم مرضى القصور الكلوي المزمن المعالجين بالة الديالز، مستشفى بني مسوس الجامعي، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجزائر، 2009/2008. حيث شملت الدراسة المفاهيم التالية: (المرض – القصور الكلوي المزمن – العجز – آلة التحاليل الدموية – الهيمو ديالز تصفية الدم)

- وانطلاقا من هذه الفكرة تحاول الباحثة الإجابة على التساؤلات التالية:

–ما هو التمثل الاجتماعي لمرض القصور الكلوي المزمن عند الفئة المعالجون بآلة التحاليل الدموي؟

–ما هو التفسير ألسببي للإصابة بهذا المرض عند هذه الفئة الاجتماعية؟

–ما هو نموذج السلوك المرافق لظهور أعراض المرض عند هذه الفئة الاجتماعية؟

–كيف يظهر عمل تسيير مرض القصور الكلوي المزمن داخل المستشفى؟

–ماهي الآثار الاجتماعية و الاقتصادية الجسدية الناتجة عن المرض وعن وضعية الاستشفاء؟ وما هي الأسباب التي جعلت من عمليات زرع الكلى متباطئة ؟ في المجتمع الجزائري حسب هذه الفئة ؟

وللإجابة على التساؤلات تطرقت الباحثة إلى صياغة مجموعة من الفرضيات بغية الوصول إلى نتائج الدراسة وهي:

1. يظهر التمثل الاجتماعي لمرض القصور الكلوي المزمن من خلال:

- التصور الاجتماعي للمرض.
- التفسير السببي للمرض.
- السلوك المرافق لظهور أعراض المرض.

2. يفرض المرض عمل تسيير يظهر عبر مراحل أساسية مرتبطة بخصوصية كل مرض مزمن. وهنا _القصور الكلوي_
3. يخلق هذا المرض وضعية الاستشفاء – طريقة العلاج – التصفية بالآلة – آثار جسدية واجتماعية عميقة مما يبرز أهمية زرع كلى التي لا تتعدى التبرع العائلي.

لقد اعتمدت الباحثة على المنهج الكيفي في دراستها لمرض القصور الكلوي حيث لجأت إلى استخدام كل من المقابلة كأداة لجمع المعطيات، والملاحظة كأداة تدعيميه، وذلك لفهم الأفعال والسلوكيات المميزة لعمل التسيير مرض القصور الكلوي المزمن ومحاولة فهم التمثل الاجتماعي لهذا المرض حيث تعتبر الباحثة أن المرض يمثل خلل بيولوجي اجتماعي. تمت هذه الدراسة في مستشفى بني مسوس كمكان محدد للوصول للعينة المراد دراستها حيث اشتمل مجتمع الدراسة على مجموعة من الخصائص وهي (السن، الجنس، الوضعية العائلية، المستوى التعليمي، نمط الأسرة، المستوى الاقتصادي، المهنة، الأصل الاجتماعي أي مكان السكن من اجل الملاحظة المسافة التي يقضيها المصاب لاستشفاء اليومي)؛ وتمثلت عينة الدراسة في العينة القصدية ضمت حوالي 20 فرد، بالإضافة إلى القيام بمقابلات تدعيميه أجريت مع العاملين بالقطاع الصحة. ولقد كانت نتائج الدراسة كالآتي:

- **الصورة الاجتماعية:**

- غياب الدلالة الاجتماعية بهذا المرض، أي لا تتوفر معلومات عن المرض من حيث الأعراض.
- المعنى الأول: القصور الكلوي المزمن. الخوف. ... الخطر... الموت.

-المعنى الثاني: إعاقة..... عجز .... الدموي ارتباط بالة التحاليل.

-التفسير ألسببي للإصابة، كمستوى ثاني للتمثيل الاجتماعي للمرض:

✓ العامل السوسيوثقافي سبب أساسي لحدوث المرض.

✓ غياب تنشئة صحية عند هذه الحالات.

✓ الوعي السوسيوثقافي في تفسير المرض.

✓ الصور الاجتماعية التي يحملها الأفراد حول المستشفى والعاملين به.

✓ دور العامل الاقتصادي للأسرة الذي لا يسمح بدفع تكاليف العلاج .

- **المرض** عند المرأة المتزوجة دلالة خاصة فإنها تلقي الرفض من عند زوجها و أسرته.
- **التمثل الاجتماعي لمرض القصور الكلوي:**

الدلالة التي تحملها الفئة المصابة حول المرض قبل عملية الفحص:

➢ القصور الكلوي المزمن مرض خطير مخيف ومميت حيث صرحت بعض حالات الدراسة أنها معرضة لخطر الموت في أي لحظة

➢ القصور الكلوي المزمن هو العجز أو الإعاقة بسبب الارتباط بآلة التحاليل الدموي نظرا لارتباط المريض بمواعيد التصفية الدائمة يجعلهم يتخلون عن نشاطاتهم الاجتماعية المعتادة؛ لذا يصبح هذا المرض إعاقة أمام أداء الرد لأدواره ووظائفه الاجتماعية.

- **التصور والاعتقاد السببي:**

-الاعتقاد الديني الراسخ في ذهنية الأفراد: العين الشريرة، القضاء والقدر، العقاب اللاهي

-المشاكل النفسية الاجتماعية الناتجة عن ضغوط الحياة الاجتماعية.

-غياب تربية أو تنشئة اجتماعية صحية ممارسات الصحة عند هذه الفئة.

- نلاحظ أن هذه الدراسة السوسيولوجية رغم اعتمادها النموذج التحليلي لـ "ستراوس " واستخدامها لأدوات ومنهج كيفي يتماشى مع خصوصية الدراسة إلا أنها قد وقعت في خلط المفاهيم بين ما هو نفسي وما هو اجتماعي حيث قامت الباحثة بطرح اشكالية دراسة حول كون المرض ظاهرة اجتماعية يتعدى الطرح البيولوجي وصولا إلى الطرح السوسيولوجي وله تمثل اجتماعي هذا الاخير يؤثر على تمثلات و افعال الافراد الحاملين لهذا المرض المزمن؛ لكن الباحثة هنا استخدمت مفاهيم بعيدة كل البعد عن المؤشرات السوسيولوجية التي درستها بحيث درست نمط السلوك واتجاه السلوك الذي يتخذه الأفراد نحو ظهور المرض وهذا يتعارض مع المنهجية السوسيولوجية بل يجب دراسة الفعل وليس السلوك الذي هو مفهوم سيكولوجي بحت. بالإضافة إلى ذلك لم تستعمل الباحثة التجذر النظري في الدراسة كما لم نلمس إسقاط لهذا التجذر النظري المطروح، بل ركزت على بعض المصلحات التي أخذت التجذر السيكولوجي؛ وافتقرت الدراسة أيضا الاستعانة بالتجذر النظري في

التحليلات وتفسيرات الدراسة. لقد اهتمت الباحثة بتمثل المرض والصحة لدى المرضى وعالجت نقطة أخرى وهي كيف يتمثل لديهم سببية المرض، بحيث أن العنوان الدراسة كان يحث على تأثير المرض في العلاقات الاجتماعية.

- تتمحور اوجه الشبه والاستفادة بين هذه الدراسة والدراسة الحالية في كونها تعتبر دراسة مؤسسة لحالة المرضية بمرض المزمن في المجتمع الجزائري. حيث ان هذه الدراسة السوسيولوجية مثال صغير عن تمثل المجتمع الجزائري للمرض المزمن. ودراستنا الحالية تسعى للوصول إلى تمثل مرض سرطان الثدي في المجتمع الجزائري. إن طرح هذه الدراسة كان طرحا وظيفيا بحيث اعتبرت مكان العلاج بناء اجتماعي يضم هؤلاء المرضى الذين جاؤوا لتلقي العلاج وان كل أفعالهم وتفاعلاتهم تكون ضمن ما يقرره هذا النظام الاجتماعي وعليه فتصور الفرد لمرض ينجم عن تفاعلاته بالمستشفى والباحثة هنا الغت وجود مجالات اجتماعية قد يتفاعل بها المريض وتكون هي مصدر تمثله للمرض. وبالتالي هي دراسة وظيفية ركزت على دراسة البناء لا الفرد.

II. الدراسات المؤسسة لـ "التمثلات الصحة والمرض":

1. دراسة " Inna B. Bovina " :

دراسة أجنبية تمت في المجتمع الروسي، وتمحورت هذه الأخيرة بالبحث عن آثار تطور مفهومي الصحة و المرض في اللغة الروسية في التمثلات الاجتماعية للصحة و المرض بالأخص لدى الشباب الروس، و للقيام بهذه الدراسة تطرقت الباحثة إلى استخدام نظرية التمثلات الاجتماعية ,(Moscovici, 1961, 2001) و بالتحديد المنهج الهيكلي لـ Abric، والهدف من هذه الدراسة هو كيفية تحديد الفرد لمعنى و دور الصحة و المرض في حياته اليومية و كيف يؤثر السياق السوسيو اجتماعي و التاريخي على أفكار الأفراد و أفعالهم اتجاه الصحة و المرض؛ كيفية تأثير السياق الثقافي الروسي في تمثيلات الصحة و المرض؛ بالتركيز على المتغيرات التالية "الصحة و المرض، القوة و الضعف، فئة الشباب، منطقة الجغرافية المحددة في روسيا"، وقد قامت هذه الدراسة الباحثة " Inna B. Bovina " بعنوان:

"Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes: ‘‘force’’ versus ‘‘faiblesse ’’, Département de Psychologie Sociale Université de Moscou, 2006.

وانطلاقاً من هذه الفكرة تحاول الباحثة الاجابة على تساؤل التالي:

ما هي آثار تطور مفهومي الصحة و المرض في اللغة الروسية في التمثلات الاجتماعية للصحة و المرض لدى الشباب الروس و للقيام بهذه الدراسة اتبعت نظرية التمثلات الاجتماعية، و بالتحديد النهج الهيكلي لـ Abric؟

- و جاء فرض الدراسة يدور حول فكرة تحليل التمثلات الاجتماعية للصحة و المرض لدى الشباب الروسي فإن النظام المركزي مرتبط بشروط تاريخية و اجتماعية و فكرية، و القيم و المعايير و تتواجد الذاكرة الاجتماعية داخل هذا النظام المركزي، و نظن أننا سنجد آثار تطور مفهومي الصحة و المرض في اللغة الروسية في التمثلات الاجتماعية للصحة و المرض لدى الشباب الروسي في تمثل مصطلح القوة المتواجد في النظام المركزي لتمثيل الصحة و مصطلح الضعف الذي سيتواجد في النظام المركزي لتمثيل المرض، و هذين العاملين مرتبطان بتاريخ المجموعة و ثقافتها.
- واعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج التحليل النفسي ومتبع طريقة العشوائية في اختيار العينة، وكادا اعتمد على الثقافة التراكمية لشعب الروسي الدال لمفهوم الصحة والمرض، أتت هذه الدراسة بمنهج نفسي لكن كان التحليل ممزوج بين علم النفس وعلم النفس الاجتماعي، استعملت طريقة التجمع أو الربط الحر، لعينة تتكون من 168 شخص، 31 رجل و131 امرأة، يبلغون من العمر بين 18- 30 سنة تم استجوابهم.
- وقد طلب من كل شخص ان يقدم على الأقل 5 كلمات مرتبطة بكلمة الصحة والمرض وفي 50 بالمائة من الحالات تم عكس ترتيب كلمتي الصحة والمرض تم استجواب العينة في مجموعات من 12 إلى 15 شخص وقد استخدمت تقنية التحليل النموذجي التي اقترحها فيرجيس (1992).
- وكانت النتيجة التي توصلت اليها الدراسة تدل على ان النظام المركزي مرتبط بشروط تاريخية واجتماعية وفكرية، وتتواجد الذاكرة الاجتماعية داخل هذا النظام المركزي، وأن آثار تطور مفهومي الصحة والمرض في اللغة الروسية في التمثلات الاجتماعية للصحة والمرض لدى الشباب الروس، مصطلح القوة المتواجد في النظام المركزي لتمثيل الصحة ومصطلح الضعف سيتواجد في النظام المركزي لتمثيل المرض، هذين العاملين مرتبطان بتاريخ المجموعة وثقافتها. وأن تتكون منطقة النظام المركزي من المفاهيم التالية: الرياضة، الجمال، القوة، الفرح، الحيوية في حالة تمثيل المرض، عناصر منطقة النظام المركزي هي التالية: الألم والضعف والحمى والزكام.
- نلاحظ أن هذه الدراسة المعنونة بـ

Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes : "force" versus "faiblesse," Département de Psychologie Sociale.

جاءت لتسلط الضوء على ثقافة الشعب الروسي لمصطلح الصحة و المرض وذلك نابع من تمثلاته للمفهومين بحيث ينقسمان إلى فرعين القوة و الضعف، بحيث أوضحت أن تجذر و أصل المفهوم الصحة والمرض يرجع إلى تمثلات الشباب الروسي التي يحملها في ذهنه نتيجة ثقافة شعب الروسي، وحيث نلاحظ أن الدراسة غير مشابهة للدراسة الحالية وذلك لاختلاف المنطقة الجغرافية كنقطة بداية و يمكن القول أن جانب الاستفادة من هذه الدراسة يكمن في معرفة تمثلات الشباب وما يدور في ذهنياتهم حول مصطلح المرض و الصحة أي ما يطلق عليه سوسيولوجيا بمفهوم التمثل الاجتماعي ومن جهة اخرى تعتبر مقاربة جدا من جانب الدراسة الحالية التي تحاول معرفة تمثلات المجتمع حول المرض.

2. دراسة " **سليمان بومدين**":

جاءت هذه الدراسة لمحاولة فهم كيف يدرك الناس تجربة الصحة والمرض بالجزائر ووصف محتوى التفكير الاجتماعي حولها، ومحاولة التعرف على محتويات التفكير الاجتماعي المتعلق بقضية الصحة والمرض. فالدراسة تحاول أن تكشف عن التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في مدينة سكيكدة من خلال محاولة فهم كيف يدرك عامة الناس تجربة المرض ووصف محتوى التفكير الاجتماعي لظاهرتين، وكذا نمط العلاقة بين الطب الرسمي وغير الرسمي في سياق التغيرات السريعة. ولقد قام بها الباحث " سليمان بومدين" بعنوان " **التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر**"، حالة مدينة سكيكدة، شؤون الاجتماعية، مجلة فصلية علمية محكمة تهتي بالعلوم الاجتماعية والإنسانية تصدر عن جمعية الاجتماعيين والجامعة الأمريكية في الشارقة، العدد 88 شتاء 2005.

وانطلاقا من هذه الفكرة يحاول الباحث الإجابة على التساؤل التالي:

- ماهي الصحة وما هو المرض؟ كيف يفسران وما سببهما وما معناهما؟
- ما هو الجسم المريض وما هو الجسم السليم؟
- ماهي أسباب العلاج المناسبة؟ وإلى أي الناس يلجأ المريض؟
- ماهي مسؤولية المريض في سبب المرض وعلاجه والوقاية منه؟
- من يتخذ القرار بشأن نوعية العلاج الذي سيخضع له المريض؟

- هل يلجا للطب الحديث أولا أو إلى الطب التقليدي؟ وعلى أي أساس يتم تفضيل أحدهما؟
- وما علاقة كل ذلك بالنظام القيمي والثقافي المحلي؟

قد جاءت فرضيات الدراسة كالتالي:

- الفرضية الاولى: إن هناك علاقة دالة بين الممارسة الطب التقليدي أو الحديث وبين المتغيرات الجنس، السن، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة العائلية، الموطن الأصلي، الإقامة، السكن، الدخل، الأسرة والطبقة.
- الفرضية الثانية: توجد علاقة ارتباطيه بين التصورات الصحة والمرض وبين النظام والثقافي في المجتمع الدراسة.

قد استعان الباحث بالمدخل الثقافي لفهم تفسير واقع التصورات الاجتماعية للمجتمع مدينة سكيكدة من حيث الممارسات الشعبية والحديثة لذا استعملت المسح بالعينة والمدخل الثقافي؛ أما من حيث الأدوات قد استخدم كل من الملاحظة واستمارة البحث والمقابلات المفتوحة وكأسلوب للمعالجة التحليل النفسي الاجتماعي للمعطيات التاريخية، تحليل مضمون البيانات الواردة في السجلات.

توصل الباحث في آخر دراسته إلى النتاج التالية:

- الفرضية الأولى: أن هناك علاقة دالة بين ممارسة الطب التقليدي أو الحديث وبين متغيرات الجنس، العمر، المستوى التعليمي، المهنة، الحالة العائلية، الموطن الأصلي، مدة الإقامة بالمدينة، السكن، عدد أفراد الأسرة، الدخل والانتماء الطبقي.
- الفرضية الثانية: توجد علاقة ارتباطيه بين تصورات الصحة والمرض وبين النظام الثقافي –القيمي في مجتمع الدراسة.

- نلاحظ إن هذه الدراسة كانت ساعية لمعرفة تصورات لعينة من المجتمع الجزائري حول الصحة والمرض لكن الباحث لم يوفق في الطرح السوسيولوجي فقد استعان بالتحليل النفسي الاجتماعي كمدخل مع أن هناك مقاربات اجتماعية يمكن بها تحليل المجتمع الجزائري وتصوراته حول المرض، في نفس الوقت هي دراسة ملائمة ومساعدة لموضوع الدراسة بحيث أن تمثلات الهوية لمرضى السرطان الثدي هي عبارة عن جزء من تمثلات المجتمع للموضوع الصحة والمرض.

3. دراسة "**لبقع زينب** ":

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن المجالات الاجتماعية للمجال المكاني المدروس بولاية الأغواط، و مجالات التفاعل التي يتفاعل داخلها الفرد الجزائري، كما تم التطرق للبحث عن المعاني و التمثلات التي يتخذها الفرد في هذه المجالات الاجتماعية و ذلك من خلال النموذج الثقافي الذي يؤثر في هذه المجالات السوسيولوجية للصحة و المرض في كل مجال اجتماعي و بما أن

الأمر يتعلق بمجموعة من صراعات القيم في ثقافة الفرد و المجتمع و كذا في حالة اللاتجانس الثقافي و الاجتماعي و الاقتصادي التي تعاني منها المجتمعات النامية و الجزائر منها . فالمريض وجماعته المرجعية يكونون أمام خيارات علاجية توجهها قيمهم وثقافاتهم وممارساتهم الاجتماعية ما يجعل أن الطب الحديث هو المختار. وقد قامت بها الباحثة "لبقع زينب " تحت عنوان: " **تمثلات الصحة و المرض والممارسة التطبيبية في المجتمع الجزائري الحالي**"، دراسة ميدانية بولاية الآغواط، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع والديناميكيات الاجتماعية في المجتمع، قسم العلوم الاجتماعية ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة ، 2012/2011.

وانطلاقا من الفكرة السابقة تحاول الباحثة الاجابة على التساؤل التالي:

كيف يؤثر النموذج الثقافي على تمثلات الصحة والمرض وعلى الممارسة التطبيبية لكل مجال اجتماعي معين لدى الفرد الجزائري؟

وعلى إثر هذا الطرح تم بلورت مجموعة من الفرضيات ألا وهي:

- الفرضية الأولى: إن المجال الاجتماعي الذي يحكمه نموذج ثقافي بدوي تكون تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية تتميز بالطابع الميتافيزيقي.
- الفرضية الثانية: إن المجال الاجتماعي الذي يحكمه نموذج ثقافي ريفي تكون تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية تتميز بالطابع الغيبي .
- الفرضية الثالثة: إن المجال الاجتماعي الذي يحكمه نموذج ثقافي شبه حضري تكون تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية تتميز بالطابع السحري.
- الفرضية الرابعة: إن المجال الاجتماعي الذي يحكمه نموذج ثقافي حضري تكون تمثلات الصحة والمرض والممارسة التطبيبية تتميز بالطابع الخليط.

اعتمدت الباحثة في هذه المذكرة على أداة الملاحظة و المقابلة وذلك بعد تحديد مجلات لدراسة المتمثلة في مجال الاجتماعي بدوي، ريفي، شبه حضري، وحضري وتم اختيار العينة من هذه المجلات بطريقة عشوائية، ولم تذكر الباحثة المنهج المستخدم في الدراسة.

وقد توصلت الباحثة في نهاية الدراسة إلى أن:

هناك رؤية الثقافة الشعبية للمرض و أسبابه تختلف عن الرؤية الطبية الحديثة ,و مثل هذه المواقف تؤدي إلى اضطراب الحالة النفسية للمرضى مما يدفعهم إلى التماس الخلاص من أي سبيل ,فإذا افتقدوا المعرفة الصحيحة كان سبيلهم

الوحيد هو اللجوء إلى العلاج و المعالجين التقليديين و الشعبيين ,و إن توفر قدر من المعرفة الطبية لمسببات المرض اتجهوا إلى الطب الحديث .

- نلاحظ أن هذه الدراسة قد جاءت مساعدة من عدة جوانب وخاصة في مجال التدرج النظري المستخدم وتفصيل في فصل الملم بالتمثلات الاجتماعية ،إذ تلعب هذه الأخيرة شق هام في دراسة موضوعنا بما أن الفرد اجتماعي بطبعه فلابد أن يأخذ بعين الاعتبار نظرة المجتمع و المجال الاجتماعي له بعد الإصابة بالمرض السرطان الثدي.

IX. صعوبات الدراسة:

إن ما يميز العلوم الاجتماعية انها علوم نسبية النتائج وبالتالي وجب على الباحث الوصول إلى أكثر درجة من الصدق و الثبات في النتائج، ولتحقيق ذلك قد تصادفه الكثير من الصعوبات، وهذا راجع إلى طبيعة الظواهر الاجتماعية المتناولة، وتعتبر هذه الصعوبات و العراقيل التي تواجه الباحث أثناء دراسته الميدانية و النظرية، ولذا فقد واجهتنا بعض الصعوبات و العراقيل منذ بداية البحث إلى نهايته منذ الدراسة النظرية الى الميدانية، ويمكن ايجاز هذه الصعوبات فيما يلي:

- عينة الدراسة حساسة، والصعوبة لا يمكن ضبطها بحيث المركز ألاستشفائي لولاية ورقلة المعني بالدراسة لا يستخدم الإحصائيات كل نوع سرطان على حذا بل يضع الاحصائيات مع بعضها البعض بدون التفرقة هل الفرد المريض مصاب بسرطان الرئة أم الثدي على سبيل المثال.

- صعوبة جمع عينة الدراسة.

- عند زيارة أخرى للمركز ومحاولة طلب الإحصائيات من جديد، واجهتنا عدة مشاكل وهو أن المركز أثناء كتابة المعلومات عن المريض لا يكتبون نوع السرطان المصاب به المريض في السجل الموجود في المصلحة، أو في برنامج الآلي المخصص لكتابة المعلومات الشخصية للمريض؛ بل يتم تسجيل رقم الملف في السجل الورقي بالترتيب حسب التشخيص الأولي للمريض في المركز. فلمعرفة نوع المرض هل هو سرطان الثدي أم لا؛ وجب علينا التوجه إلى الأرشيف وإخراج الملف كل واحد على حدي وفتحه وقراءته ومعرفة نوع المرض لسنة 2016، إذ لوجود بعض الأخطاء المنهجية في ملفات المرضى اضطررننا إلى معرفة نوع السرطان المصاب به المريض من الخلال أسم الطبيب و البحث عن تخصصه، وفي بعض الأحيان قمنا بالاتصال بالطبيب

بنفسه لسؤاله عن المريض و ما هو مرضه، من خلال رقم الملف و اسمه، وكان هذا صعب لسرية المعلومات عن المريض، لذا كانت لدينا خطة بديلة وهي البحث عن مترجم للقراءة بعض المعلومات المتواجدة في ملف الأصلي بالغة الإسبانية.

- الجانب النظري غير المتوفر الدراسات القليلة عن موضوع الصحة والمرض من الجانب علم الاجتماع.

الفصل الأول: المرض من المنظور الطبي الى المنظور السوسيولوجي

تمهيـــــــد

I. المرض في المنظور الطبي

II. المرض من منظور علم النفس

III. المرض في المنظور الانثوربولوجي

IV. المرض من المنظور السوسيولوجي

1. مفهوم المرض من وجهة نظر النظرية الوظيفية:

1- أكوست كونت

2- أميل دوركايم

3- تالكوت بارسونز

2. مفهوم المرض في نظر الاتجاه التفاعلي الرمزي:

1-فيردسون

2-دافيد ميكانيك

3-ليمرت

4-أنسلم ستراوس

5-كلودين هيرزتش

V. التحول من علم الاجتماع الطبي إلى علم الاجتماع الصحة والمرض:

1-المرض "سلوك الاجتماعي "

2-المرض " منتوج اجتماعي"

3-المرض "حالة معاشة "

الخلاصـــــة.

تمهيد:

يندرج مفهوم الصحة والمرض ضمن أهم مفاهيم علم الاجتماع الطبي التي اهتم بها الباحثين في هذا المجال واللذان يشكلان مفهومان أساسيان في دراسة تمثلات هوية المريض، وكذا اهتم بقضايا ومشكلات الصحة و تنظيمات والمؤسسات الإستشفائية، واهتموا بعدة الأمراض منها الأمراض المعدية و الوراثية وكذا الأمراض المزمنة والمستعصية ومدى انتشارها في المجتمع، ومسبباتها وكذا كيفية تأقلم و تفاعل الأفراد سواء المصابة بالمرض أو المحيطة بالمريض مع هذا لمتغير الجديد، ومن بين الأمراض الأكثر خطورة وانتشاراً في الآونة الأخيرة مرض "سرطان الثدي"، الذي نحن في صدد دراسته، ومن هنا سنتطرق إلى مفهوم المرض والصحة بالشرح والتحليل و يتدرج هذا المفهوم في عدة منظورات النفسية و الانثروبلوجية و السوسيولوجية وكذا من الجانب الطبي.

إن الهدف من هذا الفصل هو معرفة كيف انتقل مفهوم المرض من الطبي إلى السوسيولوجي أي التدرج ألمفاهيمي ومعرفة وجهة نظر العلوم عن هذا المصطلح.

لقد كان الإنسان البدائي يفسِر الأمراض بقوى شريرة تتسلط على الشخص المصاب، وبالتالي كان يستدعي الكاهن للقضاء على هذه القوى، وبتعقد الحياة الاجتماعية وتطور الفكر الإنساني والاعتماد على الحدس والتجربة العلمية والابتعاد عن التفسيرات الميتافيزيقية في تفسير الظواهر الاجتماعية منها والمرضية أدى ذلك إلى ظهور تفسيرات أكثر عقلانية وعلمية للأمراض من خلال البحث عن مسبباتها وعوامل حدوثها للحد منها والقضاء عليها. هناك عدة تعريفات للمرض، ويعود سبب ذلك لعدة تفسيرات، ولكل منظور تفسير الخاص به، فنتطلق أولها من منظور الطبي.

I. مفهوم المرض في المنظور الطبي:

إن عالم الطب هو ذلك التخصص المفسر للنظريات العلمية البيولوجية الحافل بالمصطلحات البيولوجية بحت تنفي كل الجوانب النفسية والاجتماعية ويعتمد على نظرية علم الأمراض وكذا نظرية الجراثيم في التحليل والاستجابة ومعالجة، لذا تعددت مفاهيم المرض في المنظور الطبي.

إذ يعرف **ابن سينا** المرض: بأنه هيئة غير طبيعية في بدن الإنسان (عبد الرحمان ابن خلدون، (ب س)، صفحة 23) ، أي يقصد به كل المتغيرات التي تدخل على جسم الإنسان تحدث فيه سقماً أو علة، و نقرأ في **قاموس الطبي**: المرض هو إتلاف صحي يشمل من الخصائص المحددة بالأخص السبب الإشارات و الأعراض، ويعرف **قاموس ويلستر** المرض: بأنه حالة يكون فيها الإنسان معتل الصحة ويكون الجسم في حالة توعك بسبب المرض، والمعنى الحرفي لكلمة مرض هو الاحتياج للراحة (محمد رجب، سيد فهمي، 2012، صفحة17)، وكذا **يعرفه المعجم العربي الأساسي بأنه**: كل ما خرج بالكائن الحي عن حد الصحة و الاعتدال، من علة أو نفاق أو تقصير في أمر ما مثل: مرض باطني، مرض جلدي، مرض عقلي، مرض صدري، مرض متوطن، مرض مزمن، مرض معدي، مرض نفسي، مرض وبائي(جماعة من كبار اللغويين العرب، ب س، صفحة30).

أما **الموسوعة البريطانية** وصفته انحرافا ضارا ومؤذيا عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي حيث تظهر عليه عادة علامات وأعراض تدل على أن حالته غير طبيعية. (جماعة من كبار اللغويين العرب، ب س، صفحة 30).

وعادة ما يحدث المرض نتيجة قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم على القيام بدوره خير قيام كما يحدث أيضا إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفه (المليحي، 1991، صفحة95 .)

و إن نموذج الطب الحديث موجه بالدرجة الأولى نحو استنتاج وقياس المعلومات الكيميائية–والفيزيائية عن المريض بدلا من العوامل الوجدانية والاجتماعية الأقل قابلية للقياس وكما يطرح "**كلينمان** kleinman" أن رؤية الطبيب للواقع

العلاجي تفترض أن الموضوعات البيولوجية تعد شيئا أساسيا وواقعيا وذات أهمية إكلينيكية بدرجة أكثر من الموضوعات السيكولوجية والثقافية والاجتماعية (عاطف خليل، 2006، صفحة 175)، أي هنا دور الطبيب هو فهم حالة المريض من خلال التفسيرات العلمية الفيزيائية، فإذا كان مثلا المريض يعاني من ألم في الجهة يسرى، من المنطقة الصدرية فيجب عليه عمل بعض الفحوصات والاختبارات لتعرف على السبب الفيزيائي للألم مثل مرض انسداد شرايين القلب أو تضخم القلب... الخ، وان لم يكن هناك أي شيء من ذلك أي كسبب بيولوجي فقد يصنف كأعراض نفسية المنشأ أو كأعراض نفسية ناتجة عن أعراض جسمية.

ويعتبر المرض عبارة عن عملية منذ بدء السبب وحتى ظهور المضاعفات وقد يكون هذا التطور حاداً سريعا، وقد يكون بطيئاً ومزمناً، ويمكن أن يكون المرض عاماً يصيب أكثر من عضو واحد أو يكون موضوعيا وتقتصر الإصابة على عضو واحد أو جزء من العضو. (مزاهرة وآخرون، 2002، صفحة 58) ويمكن القول بأنه يمثل الوضع الطبيعي للكائن الحي في حالة من التوازن الفيزيولوجي الدقيق أو ما يطلق عليه الاتزان البدني من حيث استمرار العمليات الفيزيائية والكيميائية بواسطة ميكانيزمات معقدة داخل الجسم (نجلاء عاطف خليل، 2006، صفحة 31)، أي أن المرض يكون في تعطل الميكانزمات التي تتحكم وتسيطر على الاتزان البدن.

والمرض يحدث من القصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته أو يحدث نتيجة اختلال أو انعدام التوافق بين عضوين أو أكثر في أداء وظائفه (فايزة محمد رجب و محمد سيد فهمي، 2012، صفحة 19)، ومنه المرض ناتج من اختلال أحد مكونات الجسم سواء هرمونيا أو عضويا وهذا الاختلال بذاته يؤدي إلى مضاعفات أخرى. وهناك عدة أشكال للمرض من بينها مرض وبائي، مرض مستوطن، مرض انفرادي، وكذلك أصناف أخرى أمراض وراثية، خلقية، معدية، غير معدية، مهنية ونفسية.

وفي هذا الصدد عُرّف المرض على أنه حالة غير طبيعية تؤثر على جسم الكائن الحي، ترتبط غالباً بأعراض وعلامات، وتنتج إما عن أسباب خارجية، أي عن طريق المياه مثلا، أو التلوث كما هو الحال مع الأمراض المُعدية، أو نتيجة إختلالات داخلية، كما هو الحال مع أمراض المناعة الذاتية، ويتم استخدام مصطلح المرض بشكل عام عند كافة الأفراد، للإشارة إلى جميع الحالات التي تؤدي للإحساس بالألم، أو التي ينتج عنها اختلال في الوظائف، أو تسبب الضيق والإزعاج، أو المشاكل الاجتماعية، أو وفاة المصاب في النهاية. وفي مفهومه الأوسع يشمل مصطلح المرض أحياناً: الإصابات، والإعاقات، والاضطرابات والاختلال،

والعدوى، والأعراض المستقلة، والاختلافات غير الشائعة في التركيب أو الوظيفة. ولا يقتصر تأثير المرض على الأعراض والعلامات التي تظهر على جسد المصاب فقط بل حتى تمتد إلى هويته والى مجالات أخرى. (اكمل عبد الحكيم ، 2012)

أما عن العلماء فقد عرف المرض "سناو **Snow**": بأنه يحدث عن قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام في أداء وظائفها (فيروز صولة ، 2013). حيث كانت دراسته حول انتشار وباء ومرض الكوليرا في مناطق عديدة من لندن وقد كشفت الدراسة عن أن المياه الملوثة تعد مصدر هذا المرض (هندومة محمد أنور حامد، 2013، صفحة 54).

و حدد "**اوبرى لويس Aubrey lewis**" ثلاث مراحل طبية تقليدية لتحديد المرض هي:

- إحساس المريض بمشاعر ذاتية المرض
- اكتشاف أن لديه خللا في وضيفة عضو ما
- ظهور بعض الأعراض التي تنطبق مع النموذج الإكلينيكي معين (محمد علي محمد، 2004، صفحة 65)

وان مصطلح داء المرض بمعنى Disease فهو يؤكد على دراسة المرض كعمليات فسيولوجية بحتة خاصة بوظائف الأعضاء، إذ أن المرض هو ذلك الاختلال في الوظائف الأعضاء فهو مصطلح يشير إلى الحالة المرضية لجسم أو جزء منه (مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، 2008، صفحة 45) ، و للمرض معاني بيولوجية عديدة منها أنه فقدان للإحساس الجسمي والعقلي العادي وذلك على حد تعبير "**باتريك pateick**" و "**سكامبلر scambler** "، ونظر إليه "**أوبرى aubrey** " على أنه حالة تكيف الجسم مع الظروف الداخلية والخارجية القاسية وغير العادية . (مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، 2008، صفحة 44)

وقد يعتبر أن المرض اضطراب فالمرض ليس حالة ثابتة وإنما حالة حركية متطورة تطورا غير طبيعي في جسم الإنسان، وهذا التطور قد يأخذ فترة طويلة أو قصيرة ولكنه ينتهي دائما بنتيجة قد تكون أيما الشفاء التام أم الوفاة أو تقف في مرحلة الوسط وتعمل على إعداد الجسم لظروف الجديدة (مختار رحاب، 2014، صفحة 175)، ومن هذا التعريف قد يظهر لنا بان المرض لا يكون بشكل دائم ولا بشكل ثابت لكنه ذا حركة دائمة في جسم الإنسان؛ وكما نستنتج بان الجسم يقف عند 3 حالات لمواجهة المرض:

1. إما التجاوز الجسم لهذا المرض ويكون ذلك بالشفاء، و على سبيل المثال الأمراض الخفيفة العادية العابرة والتي لها علاج، مثل أمراض الأنفلونزا و ضربات البرد.

2. تغلب المرض وأعراضه على جسم الإنسان ومنه تكون الوفاة، مثل الأمراض الخطيرة المفاجئة كالسيدا مثلا.

3. تتوقف في المرحلة الوسطى وتعمل على إعداد الجسم لمحاولة تأقلمه وتعايشه مع المرض، وهنا مثل الأمراض المزمنة التي تبقى مع المريض طول حياته.

يمكن القول أن مفهوم المرض من المنظور البيولوجي يركز على الأبعاد البيولوجية للمرض و العلاج، و إن المريض موضوع مادي يخلو من العقل و الحس ويتجاهل تلك العلاقة بين العقل و الجسم من الناحية الفيزيائية و عقل الإنسان، ويتفق **علماء البيولوجيا والمجال البيوطبي** بأن " المرض يحدث من قصور عضو أو أكثر من الأعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير القيام، وأيضا هو إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من الأعضاء الجسم في أداء وظائفها" (فايزة محمد رجب و محمد سيد فهمي، 2012، صفحة 16) فالمرض في المنظور الطبي هو كل التفسيرات العلمية لتلك الأعراض، و هو ظاهرة عضوية طبية (البيوطبي) بحته. و كل ما يهمنا في المرض من الناحية البيولوجية هو كشف سبب المرض والتعرف على أعراضه التي تظهر على المريض سواء المكتشفة من طرف الطبيب أو من التقنيات المستعملة لكشف ذلك، أو حتى الأعراض المصرح عليها من طرف المريض ومنها لمعرفة طرق العلاج المناسبة، و **نخلص** أن المنظور البيولوجي والطبي ينظران إلى المرض على انه ذالك التفسير العلمي الخالي من الأحاسيس و يتجاهل تلك العلاقات بين العقل والعضو. ولكن هذا المنظور غير كافي لتفسير وتحليل المرض وكذا أن بعض الأمراض قد ترجع إلى المجال الاجتماعي إلى طبيعة الفرد وذاته، إذ في الأخير نستنتج أن هذا المنظور لا يكفي بل يجب إدراج المرض في السياق الاجتماعي، وهذه الوجهة أصبحت غير مقبولة وتتصف بالقصور لأنها لم تسلط الضوء على كل مناحي وأسباب المرض وإنما على جزء منه فقط لذا فتفسيراتها كانت جزئية وبهذا جاء العلماء من تخصصات و علوم أخرى كعلم الاجتماع و الانثربولوجية وركزوا على دراسة المرض من ناحية الاجتماعية لتكملة وتغطية القصور الذي أغفلته الدراسات الفسيولوجية والبيولوجية في تفسير المرض إذ لابد من النظر إلى المرض بوجهات نظر أخرى تتدخل في تحديد طبيعة المرض من بينها المنظور النفسي.

II. المرض من منظور علم النفس :

تتغير وجهات النظر والتعاريف من عدة منظورات وكل تختلف حسب مجالاته فعلم النفس علم قائم بذاته به فروع كثيرة ومتعددة، اهتم بمجال الصحة والمرض من عدة زوايا ودليل ذلك تلك الفروع كعلم النفس العيادي، علم الاضطرابات، علم النفس الاجتماعي، علم النفس الصحي ... الخ ، فمفهوم المرض من وجهة علم النفس تركز على الوجدان والأحاسيس والعواطف في تفسيرها له، وكذا درس علم النفس الاضطرابات النفسية سواء تلك التي لها علاقة بالجسد أو الأمراض النفسية العقلية و أعراضها.

إن المنظور النفسي و نفسي الاجتماعي يحدد لنا بان نفسية الأفراد وكذا شخصياتهم تتأثر بحد ما بتفسير الظواهر، ويرجع ذلك إلى الحياة النفسية التي عايشها منذ الصغر و البيئة الاجتماعية المحيطة به، وكذلك فان علم النفس يهتم بالتفسير السلوكي للمرض.

فمفهوم المرض في علم النفس: هو سلوك اجتماعي مما يتطلب قبل كل شيء فهم الوضع الاجتماعي و جنس وعرق و نوع المريض بتحديد العوامل الاجتماعية التي بدورها تحدد سلوك الشخص في تعامله مع المرض أو الألم..

علم النفس الصحي: هو مجال حديث وتم نشأته مؤخرا، بعد اجتماع لكبار علماء النفس سنة 1976، في الجمعية الأمريكية لعلم النفس، وفي غضون أقل من 30 سنة تم إنشائه في الدول الناطقة باللغة الانجليزية وفي بدايات التسعينات بدأت في الدهور بفرنسا.

وهو يتضمن مساهمة علم الأحياء وعلم الأعصاب وعلم النفس ألسريري والاجتماعي لدراسة العوامل النفسية المختلفة و الاجتماعية والبيولوجية المؤثرة في الصحة، وهناك هدفين رئيسين هما لفهم آليات مؤثرة في الأمراض وتعزيز الحياة الصحية وكذا هو يهتم بالسلوكيات التي بها مخاطر مثل التدخين والجنس .... و الطرق التي يتكيف بها الأفراد مع المرض، والدعم الاجتماعي للمريض، بعد أن اثبت ذلك في الدراسات علمية، وعلم النفس الصحي.

وقد نجد **دافيد فيلد David Field** يميز بين مفهومين للمرض Disease الاعتلال أو العلة Illness، فان المفهوم الأول يشير إلى المفهوم الطبي السواء المرضى ويظهر من ناحية الاضطرابات الظاهرة، والمصطلح الثاني يعرف من ناحية المشاعر الألم وعدم الارتياح ويعرف عادة بطريقة اقل دقة بأنه حالة الشعور بالمرض بمعانيها المختلفة ومن بين هذه المعاني :

- حالة المزاج السيئ والمعنويات المنخفضة.
- عدم الارتياح والاضطراب والتعكر والضيق.
- حالة الجسم السيئة وغير الصحية والشعور بالوهن والسقم. (بومدين سليمان، صفحة 6)

كذلك علماء **النفس الاجتماعي** حتميون حيث أنهم يعتقدون بوجود نموذج أساسي للسلوك يمكن تفسيره على أساس المابدىء البيولوجية والسيكولوجية و الاجتماعية والاهتمام بإرادة الإنسان ودور الفاعلية السلوكية في مجرى الأهداف الإنسانية، واهتموا بدراسة الحالة النفسية مثال على ذلك العجز (صولة فيروز، 2014/2013، صفحة 30)، أي أن الحالة النفسية والمزاج هما اللذان يحددان معنى المرض وتفسيراته المرتبطة إلى حد ما بالشعور و الأحاسيس الداخلية .

إذن كخلاصة أن منظور علم النفس للمرض ومفاهيمه متعلقة بالأحاسيس والشعور و الانفعالات، ومفهوم السواء ولا سواء يرجعون كل أسباب المرض إلى الاضطرابات النفسية، ويفسرون المرض على أنه خلل في نفسية الفرد فمن هذا الخلل تحدث الأمراض، لكن لحد ما لا يمكن تفسير المرض بهذه الطريقة لأن هذا الأخير لديه أبعاد اجتماعية، وكذا ثقافية ومفهوم المرض لا يتوقف فقط عند تفسير علماء النفس إذا أردنا إسقاط هذا على موضوع الدراسة، لذا سوف نتجه إلى منظور آخر باحثين عن مفهوم المرض في المنظور الأنثربولوجي.

III. المرض في المنظور الانثوربولوجي :

منذ القرن 19 علماء الانثروبولوجيا يهتمون بدراسة الرعاية والممارسات العلاجية بين الشعوب وأفكارهم حول جسم الإنسان و الأمراض والصحة الإنجابية.

انثربولوجية الطبية بدأت في التخصص في سنوات الخمسين، وكان علماء الانثربولوجيين الانجلوسكسونيين يشاركون في حملات تحسين التغذية و العناية بالجسم ومحاربة الأوبئة في المجتمعات الغربية وتنوعت الانثروبولوجيا الطبية منذ إضافة النظريات والممارسات ومؤسسات طب الحيوي الحديث.

وتعرف الانثوربولوجي الطبية بأنها دراسة التقاليد المتنوعة للعلاج والتداوي بما في ذلك المعالجون الطبيون وكذلك منهج وأيديولوجية وفلسفة الأسباب والنتائج، بالإضافة إلى دراسة التقاليد والمورثات أو السلوكيات الثقافية التي تؤدي أو تنقص من

صحة الفرد والمجتمع (لطرش أمينة ، 2012/2011، صفحة 55)، و ترتكز على اعتبار المرض حدث عالمي مسير ومعالج وفق الأشكال المختلفة وأيضا وفق المجتمعات. وهي مرتبطة بأنساق الاعتقادات والتمثلات والمعرفة، حسب وظيفة الثقافة التي هي متواجدة فيها و الانتروبولوجيا الطبية هي "دراسة كلية مقارنة للثقافة ومدى تأثيرها على المرض والرعاية"، وقد تزايد الاهتمام بهذا العلم وذلك انطلاقا من إدراك ما للثقافة من دور وتأثير على قضايا الصحة والمرض، مثل منشأ المرض وتطوره، وانتشاره المكاني أو الجغرافي وكذلك الوسائل والأساليب التي تعتمد عليها المجتمعات في مواجهته، والطرق المناسبة من أجل نشر الطب الحديث في المجتمعات التقليدية، وكيفية تحسينه وطرائق تطويره (مختار رحاب، 2014، صفحة 176) وكذلك تساهم الثقافة في التحكم في مدى تجاوب الفرد مع المرض واختيار طرق العلاج. وعليه فان الدراسات الأنثروبولجية تتوجه إلى أن المرض يفسر باختلاف الثقافات وهذه الأخيرة يؤدي اختلافها إلى اختلاف طريقة تعبير عن الألم، وكذا التجاوب مع المرض ونوعه وطرق العلاج، و أهمية العوامل الثقافية في الصحة والمرض والوفاة، و الانثروبولوجيا الطبية تهتم بكيفية تفسير الناس في مختلف الثقافات والجماعات الاجتماعية لأسباب المرض وأنواع العلاجات، وإلى من يرجعون إذا مرضوا، وهي تدرس كيفية ارتباط هذه المعتقدات والممارسات بالتغيرات البيولوجية والفسيولوجية التي تحدث في الكائن البشري في حالة الصحة والمرض. (عوض إبراهيم وآخرون، 2008 صفحة 14-15).

كانت الباحثة "**دي بندا**" قد اشتغلت على محاولة تفسير سبب ارتفاع معدلات وفيات الأطفال في ريف كولومبيا، فوجدت نوعا من اللامبالاة لدى الآباء والأمهات، وهذا السلوك من اللامبالاة كان ناتجاً عن قناعات ثقافية، فالآباء يطلبون الخدمات الصحية لأبنائهم المرضى وإذا مات أحد الأطفال كان عزاؤهم في ذلك أن مصيره قضى بعدم نموه (مختار رحاب، 2014، صفحة 177)

إذن من خلال التعاريف السابقة يتبين لنا أن الأنثروبولوجيا الطبية هو مجال البحث بين الثقافة من وجهة نظر أنها موضوع الأساسي في الدراسات الانثوروبولجية والصحة والمرض من الجهة أخرى على أنها من اهتمام الطب وإضافة إلى الثقافة فإنها اهتمت بالعادات والتقاليد وطرق والممارسات الطبية الشعبية و أصل هذه الممارسات من الثقافة المحلية وتلك المعتقدات والقيم لمجتمع معين، أي فهم المرض والصحة من منظور ثقافي وطبيعة العادات والقيم السائدة وكذا تدرس تشخيص المرض وأسبابه من جانب السحر والشعوذة كما يرى " **آموند**" إلى أن غياب التفسيرات العلمية للمرض ولأسبابه تجعل الفرد يلجأ إلى الاعتماد دائما على التفسيرات الثقافية المتصلة بالسحر

والـدين والقـوى والفـوق الطبيعـة كمفسـرات لأسـباب المـرض ولأسـباب العـلاج ويتمثـل السـحر في الاعتقـاد في أن القـوى فـوق الطبيعـة يمكـن أن الـتحكم فيهـا لتحقيـق رغبـات لصـالح بعـض الأفـراد ويتطلـب ذلـك القيـام بـبعض شـعائر الشـعوذة والسحر (لطرش أمينة ، 2012/2011، الصفحات 60-61).

مـن بـين العلمـاء الانثربولـوجين الـذين درسـوا المـرض نجـد مـن بيـنهم " ليبـان leiban :" إذ صـرح بـان الانثروبولوجيـا الطبيـة "تتضـمن دراسـة الظـواهر الطبيعيـة في تأثيرهـا بالجوانـب الاجتماعيـة و الثقافيـة وكـذلك فقـد اقـترح بعـض مجـالات الرئيسـية لدراسـة المـرض داخـل منظـور الانثروبلوجيـة الطبيـة مـن بينهـا: الايكولوجيـة وعلـم الأوبئـة، الطـب الشـعبي، الجوانـب الطبيـة للأنسـاق الاجتماعيـة و الطـب والتغـير الثقـافي. إذ ركـز علـى تبـادل دراسـة الظـواهر الطبيعيـة بالظواهر الاجتماعية والثقافية.

أما وجهة نظر "**فوستر و اندرسون foster and Anderson**": اعتبر أن الانثروبلوجية الطبية تهتم بالجانب الطب و الجانب الثقافي وقال أنها: " فرع بيوثقافي يهتم بالجانبين البيولوجي الثقافي من السلوك البشر، والطرق التي يتفاعل بها هذين الجانبين والتي تفاعل بها خلال التاريخ الإنساني للتأثير في الصحة والمرض " (عوض إبراهيم وآخرون،2008 ، صفحة 14)، واعتبر المرض على انه "كائنات ثقافية" وكذلك اهتم بأسباب المرض، فقد اهتموا بالانثوبولوجية المعاصرة وقد تمسكوا بالمنظور الايكولوجي بحيث اهتموا بالمشكلات البيئية البيوثقافية. وتم تقسيمها إلى المجالات التالية: الانثروبولوجيا الفيزيقية، الطب الشعبي و دراسات الثقافة والشخصية وكذا الصحة العامة العالمية.

ويركز "**فوستر**" بربط مفهوم المرض مع علم الثقافة الحيوية الذي يعني بكل الجوانب البيولوجية والاجتماعية –الثقافية في السلوك البشري والذي يهتم بصفة خاصة بالطرائق والأساليب التي تفاعلت بها هذه الجوانب من خلال التاريخ الإنساني للتأثير في الصحة والمرض. (عاطف خليل، 2006، صفحة 144)

أما العالمين " **ماكلوري وتاونسند MeElroy and Tounsend**" تبنوا المنظور التاريخي في دراسة الصحة والمرض واهتموا بالمجالات التالية :

1- الانثربولوجية الفيزيقية

2- أثار ما قبل التاريخ

3- الانثربولوجية الثقافية

4- الانثوروبولوجية الايكولوجية

5- النظرية التطورية

6- اللغويات الانثروبلوجية .

و اعتبروا أن المرض مجالا للأنثربولوجيا الاجتماعية وهذا الاتجاه تأكد في فرنسا على يد " **مارك أوجي**Marc Auge " حيث يعطينا المبدأ بأن الممارسات المتعلقة بالمرض لا يمكن فصلها من النسق الرمزي كما بين التداخل الضيق بين التصورات والتمثلات للفوضى البيولوجية والفوضى الاجتماعية و باعتبار أن الممارسة المتصلة بالمرض ضرورية لنظام رمزي منظم، وشدد نصوصا على الترابط الوثيق بين مفاهيم الاضطرابات البيولوجية والاضطراب الاجتماعي، وقد اقترح مصطلح الأنثروبولوجيا المرض بديلا للأنثروبولوجيا الطبية، لان المرض و العنصر المستهدف والمستخدم لمثل هذه الدراسات (صولة فيروز، 2014/2013، صفحة 11.)، فقد ركز على أنه يجب الاهتمام بمرض بدلا من الطب، لان الطب يعالج حالة المرضية لكن عند الاهتمام بالمرض نحاول معرفة الأسباب لتفاديها ووضع برامج للوقاية قبل المرض.

إذ نستنتج بأن المرض يكمن في المنظور الثقافي و هو الانحراف عن الحالة الصحية الطبيعية وهو يهتم بالمعتقدات الثقافية المتعلقة بالمرض(عوض إبراهيم، 2008، صفحة 45)، أي مدى حدوث المرض وبأنه ظاهرة ثقافية اجتماعية ومنه يدرك مدى تفهم وتقبل الحالات المرضية والمرض في مجال معين على أساس تلك الثقافة المحيطة والمعاشة في ذلك المجال.

ومنه إن **المدخل الثقافي لدراسة المرض** يهتم بعملية تأثير المحتوى الثقافي السائد كما ذهب به " **فيرمان Freeman** " بان المحتوى الثقافي يكمن في الطريقة التي يدرك بها المريض حالته الصحية وهذا الإدراك يتشكل وفقا للمكونات الثقافية التي تشمل عليها ثقافة المريض أي وفقا للقيم وللمعتقدات وللمعايير الثقافية(هندومة 2013، صفحة 50).

و في الأخير نستطيع القول أن المدخل الانثوربولوجي ينطلق في دراسة قضايا الصحة والمرض بمجموعة قيم وفروض تكون مؤكدة نوعا ما، من بينها تصورات وطرق الاستجابة و أساليب العلاج لان هذه المعارف مرتبطة بحد ما بالنسق و القيم الثقافية السائد في تلك الثقافة و الانثروبولوجيا هي علم يدرس البيئة المغلقة وكيف يكون وكيف ما

يجب أن يكون بمحاولة تعميم هذا المنطلق على جميع فالفرد داخل دائرة المجتمع بتعريف انثربولوجي مسير لا مخير، أي داخل حتمية الثقافية لهذا المجتمع المنغلق الذي ينتمي إليه، ومنه أي أن المنظور الانثربلوجي منظور ضيق بالنسبة لعلم الاجتماع و حدوده مرتبطة بالتخصص الانثوربولوجي، فسوف نتطرق إلى منظور أخر يصب في سياق علم الاجتماع ونحاول إسقاط الضوء على أهم الرواد علم الاجتماع وتفسير السوسيووولجي لصحة و المرض.

IV. المرض من المنظور السوسيولوجي:

يعتقد العلماء أن اختزال المرض في بعده البيولوجي فقط ينتج فهماً مشوهاً وقاصراً لتلك الظاهر، .و انطلاقا مما سبق فان تفسير المرض لم يعد فقط بتفسير عضوي و طبي، فإذا كان المنظور الانثوربولوجي يرى إلى أن المرض كما رأينا سابقا يفسر بالثقافة والعادات والقيم، و بوجود عدة دراسات أُكد أن الطبيب حتى و يقوم بمسؤولياته كطبيب معالج، فلابد أن يتواءم مع الموقف الاجتماعي للمريض ويراعي السياق الاجتماعي للمرض، للتعرف على العلاقات المعقدة التي تربط بين الأفراد في المجال الاجتماعي، حيث اعترف الأطباء بالأسباب الاجتماعية الأخرى للمرض، و يرى علماء الاجتماع أن المرض ليس حدثاً عضوياً فقط، وإنما يتعدى ذلك إلى ظاهرة اجتماعية معقدة، ترتبط بالعديد من المتغيرات الاجتماعية والثقافية، فإن المنظور السوسلوجي يربط المرض بالجوانب الاجتماعية أي أصبح له تفسيرات اجتماعية ليس فقط من الجانب النفسي أو الانثوربولوجي.

ومن ثم جاء علم الاجتماع الطبي إذ يدرس المرض في تفسيره الاجتماعي، بحيث هذا الحقل يركز على النواحي الاجتماعية لسلوك المرضى ودراسة المرض والصحة كظواهر اجتماعية، و أسباب الأمراض كدراسة تأثير عوامل الاجتماعية و الظروف الصحية على الأفراد والمجتمع، و علاقة المرض بالتنظيم الاجتماعي للمجتمع، ويشمل كذلك دراسة البناء التنظيمي للمستشفى ويقوم علم الاجتماع الطبي على محاولة تطبيق النظريات والمناهج السوسيولوجية على ميدان الطب. وهذا ما يؤكد أن علم الاجتماع الصحة و المرض لا يمكنه الاعتماد على المعلومات الطبية فقط بل وجب الاعتماد على البعد الاجتماعي، و إن الظواهر الاجتماعية مرتبط يبعضها ويرجع ذلك للبعد التاريخي (Daniel Benamouzig, 2010, p17) .

و المرض دائما يكون مصحوبا بأفعال تستند إلى عوامل موضوعية ذاتية بحكم طبيعتها الاجتماعية والنفسية وليس البيولوجية إذن المرض هو سلوك اجتماعي. لذا يجب علينا أن نفهم الوضع الاجتماعي الجنس العرق ونوع المرض، الخ ... لتحديد ذلك (Marc Renaud, 1985, p. 7)وهكذا صار المرض يعرف تعريفا بيولوجيا واجتماعيا باعتباره اختلال في الصحة الفرد

ويكون بسب إصابة عضو أو عدة أعضاء في جسمه، وبهذا تم ظهور العلم الذي يدمج بين العلمين الطب وعلم الاجتماع وهو علم الاجتماع الطبي الذي بدا ظهوره في أوائل القرن العشرين لأول مرة وكانت اهتماماته في على الدراسات التأمينية الاجتماعية والرعاية الصحية للقطاعات والطبقات الفقيرة في الشعوب الاروبوية الأمريكية(جوهري وآخرون، 2009، صفحة 15). ، بداية الخمسينيات في الولايات المتحدة بعد الحرب العالمية الثانية كتخصص جديد في علم الاجتماع و الأوائل هم كانوا في المؤسسة الطبية، والمهتمون بالمستشفيات، وتنظيمها ودور الطبيب، وبعض علماء الاجتماع الوظيفيين "تالكوت بارسونز"، وتفاعلية الرمزية "ايفرت هيوزEverett Hughes " ، "إرفنغ غوفمانErving Goffman "، " هوارد بيك.Howard Becker"، وظهر كرد فعل للمطالب الاجتماعية ضمن المجال الصحي، واستثمرت المستشفيات كحقل دراسة من خلال تطوير الدراسات التجريبية المبتكرة على تدريب الأطباء وتفاعلاتهم مع المرضى، وكذا الباحث "Anselm Strauss أنسلم ستراوس" الذي كرس جل أبحاثه في تحليل عالم الطب.

إذ يهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة القضايا التطبيقية التي تتعلق بموضوعات المرض، والعلاقة التفاعلية بين المؤسسات الصحية، كما أكد ذلك **دافيد ميكانيك في تعريفه لعلم الاجتماع الطبي** بأنه عبارة عن مجموعة الجهود التي تهدف إلى تطوير الأفكار سوسيولوجية داخل السياق الأنساق الطبيعية (نجلاء عاطف خليل، 2006، صفحة 136)، وكذا فيما يتعلق بالعمليات الصحة والمرض. (نادية محمد السيد عمر، 2003، صفحة 21) في تعريف أخر له بأن علم الاجتماع الطبي هو: العلم الذي يدرس العلاقة التفاعلية بين المؤسسات الصحية وما يكتفيها من مهام وتقنيات وسياقات عمل في المجتمع (صديقي فاطنة، 2010/2009، صفحة 7)، أي تبادل من كل الجوانب. ومن اهتمامات علم الاجتماع الطبي أيضا دراسة علاقة المجتمع بالأمراض المزمنة الذي ركز على هذا الجانب **اديون ليمرت** حيث عرفه بأنه ذلك العلم الذي يدرس علاقة المجتمع والحياة الاجتماعية بالأمراض المزمنة الانتقالية حيث أن المجتمع مصدر هذه الأمراض وان هذه الأخيرة تترك أثارها وانعكاساتها على المجتمع والبناء الاجتماعي (إحسان محمد الحسن، 2008، صفحة 21).

ومن بين أهم رواد علم الاجتماع الطبي **"تالكوت بارسونز"** إذ ركز في دراساته لمعرفة العلاقة بين المجتمع والمرض ودراسات المؤسسات الاستشفائية لإسقاط الضوء على دور المريض ودور الطبيب والعلاقة العلاجية، وعرف علم الاجتماع الطبي بأنه: العلم الذي يدرس الصلة بين المجتمع والمرض من حيث طبيعته وأسبابه وأثاره وكيفية معالجته، وصلته بالمجتمع الذي يوجد فيه ويتطور في

ظل ظروفه ومعطياته. (إحسان محمد الحسن، 2008، صفحة 21) وفي المذكرة النقدية "مهنة الطب" أعلن **فيردسون** أن الطب وعلم الاجتماع لهما دعاوي مختلفة، ويجب الاهتمام بالواقع الاجتماعي لحياة الإنسان (نجلاء عاطف خليل، 2006، صفحة 132).

مما سبق يتبين لنا أن مفهوم الصحة المرض مرتبطان بالمجتمع، وأن أساس علم الاجتماع الطبي دراسة هذين المفردتين ودراسة كل الظواهر والتفاعلات التي لها صلة بالصحة والمرض وكذا تأثير المجتمع عليها.

إذ يقوم هذا الأخير بتركيز على ظاهرة الصحية أو المرضية ودراستهما كمواضيع معالجة من المنظور الاجتماعي مع مراعاة التنظيمات الصحية والاستشفائية. وكذا على الجوانب الصحية في المجال الاجتماعي. ويهتم علم الاجتماع الطبي بالميدان الصحي بوصفه نظاما اجتماعيا ثقافيا.

ومن اهتمامه أيضا دراسة تحليل الثقافة في صلتها بالصحة والمرض وذلك انطلاقا من أن الثقافة تمثل نمط معيشة الأفراد وتوفر إجابات وأطر مرجعية لكثير من مظاهر و الأفعال والعلاقات وهي الكل المركب من العادات والتقاليد والقيم و الأعراف و الفنون والآداب والتشريعات (عبد السلام بشير الدويبي، 2005، صفحة 38). وأيضا يهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة أبعاد علاقات بين الأفراد في البيئة المستشفى أو المرفق الصحي وكذا أبعاد والقيم التي تنظم في إطارها هذه العلاقات (عبد السلام بشير الدويبي، 2005، صفحة 39). وكما ورد في كتاب "**كلودين هرزليش**" فان لعلم الاجتماع الطبي هدف خاص يتمحور حول دراسة التعريفات الاجتماعية للمرض والممارسات التي لها علاقة بالمؤسسات التي تهتم بالمرض وتحديد المكانة الاجتماعية للمريض وأفعاله. (Claudine Herzlich, 1995, p. 7)

❖ **المرض كمفهوم سوسيولوجي:** يهتم علم الاجتماع الطبي بعدة قضايا ولقد انقسم الرواد علم الاجتماع من رواد النظرية الوظيفية وكذا رواد التفاعلية الرمزية ففي هاذ النقطة سوف نحاول إسقاط الضوء على بعض الرواد الذي عالجوا قضية الصحة والمرض.

1. مفهوم المرض من وجهة نظر النظرية الوظيفية:

يهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة وتحديد مواصفات الطبيب و عن ممارسة مهنة الطب، وكذا اهتم بالمؤسسات الخدماتية الطبية، و دراسة سوسيولوجية المستشفى التي تهتم بدراسة المرضى و العاملين و التنظيم و الوظائف المختلفة، ودراسة مشكلات الاجتماعية لبعض المؤسسات الطبية، أي في البداية كان كل الاهتمام على المؤسسات الصحية،

بحيث أعتبر المستشفى كنسق اجتماعي وثقافي، وفحص علاقة المريض بالقوى العاملة الطبية، وبالمؤسسات العلاجية كما يحددها البناء الاجتماعي والوضع الطبقي. أي في هذه الفترة كان الاهتمام فقط على النسق الطبي ودور المريض ودور الطبيب، و يعبر المرض في هذه الفترة عن الحالة التي يحدث فيها خلل من الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد ومن شأنه إعاقة الفرد على مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة (Stanly davinson and others , 1987, p. 4)، ومن خلال هذا سوف نحاول التعرض على أهم الرواد الذين اهتموا بميدان علم الاجتماع الطبي والذين ينتموا إلى هذا الاتجاه لمفهومهم للمرض.

1- **"اكوست كونت** Auguste Comte ":

اهتم بالمرض والصحة ورأى أن الفرق بين العادي والمريض هي قضية نسبية، أي فرق كمي فقط، فالمرض هو عبارة عن خلل أو عطب كمي، وهذا العطب إما أن يزيد أو يقل بنسبة كمية عن الحالة العادية (قويدري بشاوي مليكه، 2014/2013، صفحة 50)، بالنسبة للفيلسوف **كونت** الحالة المرضية ليست بظاهرة جديدة وإنما لها نظير في الحالة العادية.

وان المرض حدث اجتماعي يتعرض له الإنسان في كافة مراحل حياته نتيجة بعض العوامل الطبيعية والاجتماعية، مما يوجب على الفرد أو الجماعة أعباء مقاومته عليه إن أمكن أو التخفيف من حدته عند حدوثه (أميرة منصور يوسف علي، 1999، صفحة 26).

وكذلك من بين الذين اهتموا بهذا الميدان بنظرة أخرى" أميل دوركايم" فسنتطرق إلى فكرته عن المرض من خلال مفهومه للانتحار.

2- إميل دوركايم Emile Durkheim:

يعد كتاب الانتحار من أهم المؤلفات في علم الاجتماع الطبي، إذ يعتقد أن الانتحار ظاهرة اجتماعية لا يستطيع أي علم تفسيرها وتحديد معالمها إلى علم الاجتماع ويؤكد ذالك بأنها ليست نفسية ولا اقتصادية بحث وعوامل الانتحار الثلاثة وهي: العزلة الاجتماعية، الإيثار الاجتماعي، التفسخ الاجتماعي. (شين سعيدة، 2014-2015، صفحة 103)

يرى "**دوركايم**" أن **المرض** يلازم الإنسان بنسب متفاوتة ولا يوجد إنسان خالي من الأمراض، وأن معنى الصحة أن يكون الإنسان في حالة أقل قدر ممكن من الأمراض و أن الإنسان الخالي من الأمراض غير موجود وأن هناك علامات مرضية تبدو على الإنسان ولكنها في الواقع علامة صحة (نجلاء عاطف خليل، 2006، صفحة 30)، أي يؤكد "دوركايم" أن السبب الاجتماعي هو الأساس للانتحار وهذا السبب يقود إلى الحالة النفسية المرضية التي تتحول بعد ذلك إلى حالة نفسية جسمية سلبية تقود بالفرد إلى الانتحار (إحسان محمد الحسن، 2008، صفحة 50).

و من أهم الباحثين والمقدمين كثيرا لميدان علم الاجتماع الطبي رائد البنيوية الوظيفية تالكوت بارسونز.

3-تالكوت بارسونز Talcott Parsons:

مقدمة عن بارسونز:

قدم كتابه " النظام الاجتماعي" على دراسة النسق الاجتماعي وركز على الأدوار الاجتماعية والتي تشمل الحقوق والواجبات واختار المؤسسة الصحية وركز اختياره على المستشفى، اهتم بدور المريض ودور الطبيب وعلاقتها بين الدورين، وان دور المريض يقابله ذهابه إلى الطبيب وإتباعه العلاج وضبط دور المريض من خلال تعين أطباء يكونوا بمثابة أدوات ضبط اجتماعي من خلال مراجعة الطبيب (إحسان محمد الحسن، 2008، صفحة 44)، أي أن الطبيب يعمل على توجيه المريض لبلوغ الشفاء وعودته للقيام بدوره الوظيفي في المجتمع وهكذا يفسر" بارسونز" دور المريض في الأسرة والمجتمع انه دور قائم على التزام المريض بواجباته وحقوقه (إحسان محمد الحسن، 2008، صفحة 44).

و هو من أهم المساهمين والمنظرين في مجال الطب و المجتمع الذي ينتمي إلى الاتجاه الوظيفي الذي ظهر في الو.م.أ في الخمسينات وذلك من خلال تفسيراته وتحليلاته لدور المريض ووصف سلوك المريض في كتابه النظام الاجتماعي في إطار النظرية الاجتماعية بحيث عمله هذا كان له الفضل في تطوير علم الاجتماع الطبي وبالمقابل أثار الجدل وكان مساحة كافية للنقاش.

واعتبر أن الصحة تعتبر شرط أساسي في سير النسق الاجتماعي من بين الحاجات الوظيفية للأعضاء المجتمع فالمستوى العالي للمرض أو المستوى المنخفض للصحة يظهر كخلل وظيفي في سير النسق (Parsons Talcoott , 1995, p. 193). و يرى " مشكلة الصحة تكمن أساسا في اللزوميات الوظيفية للنسق الاجتماعي وان المرض يعتبر خللا وظيفيا في النسق، فغالبا ما

يصاحبه العجز في الأداء الأدوار الاجتماعية " (مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، 2008، صفحة 45)، و يمثل تهديد لاستقرار النظام الاجتماعي، هذا التهديد يجب على المجتمع السيطرة عليه من خلال الطب. و في هذا السياق، يعرف **المرض** بأنه انحراف عن المعايير الاجتماعية التي بموجبها الأفراد يؤدون مهامهم وواجباتهم في المجتمع (Marc Renaud, 1985, p. 7)، و اعتبره انحرافا ويشكل خللا وظيفيا ولا يمكن ضبطه إلا من خلال الطب (Baszanger Isabelle, 1986 , p. 8). أي أن الإنسان المريض ليس فقط من لديه اضطراب في حالته الصحية البيولوجية لجسمه بل هو خلل في تصرفه الاجتماعي وطريقة حياته وخاصة تفاعلاته الاجتماعية .

و يكون شكل من السلوك ألانحرافي الذي يمد أو يزود بتصديق اجتماعي وطريقة تنظيمية لانسحاب المتطلبات وضغوط الحياة اليومية تليها شرعية لهدفه لشغل دور المريض. (مصطفى عوض إبراهيم وآخرون، 2008، صفحة 84) و أن **المرض** انحراف عن النسق الاجتماعي لما يترتب عليه من خلل في أداء ادوار اجتماعية بالطريقة المعتادة (صديقي فاطنة، 2010/2009، صفحة 82)، و كذا بدوره الفرد ليس مسئولا عن هذا الانحراف وعلاوة على ذلك فهو يسعى إلى التعافي و هو لا يود الاستفادة بشكل غير جيد من "المنافع الثانوية" المرتبطة بهذا المرض (إجازة مرضية، وما إلى ذلك)، الإعفاء من الالتزامات اليومية العادية. (Marc Renaud, 1985, p. 7)

كان في الأول التفسيرات الموجودة عن المرض فقط تفسيرات بيولوجية منعزلة عن التفسيرات الاجتماعية، ومن هذا المنطلق بدأ العالم تالكوت بارسونز بطرح بعض التساؤلات التي كانت البداية منه وهذا الأخير الذي قدم دعما قويا للبحث السوسيولوجي عن " المرض"، و إن المرض من وجهة نظره يمثل تهديدا وعدم الاستقرار النظام الاجتماعي ويأتي الطب لكي يضبط هذا النظام، وهو كانحراف عن القيم الاجتماعية التي تفرض على الأفراد القيام بواجباتهم ووظائفهم .

❖ دور المريض:

في نظر تالكوت بارسونز هو دور يعفي المريض من بعض التزاماته دون أن يحمله مسؤولية مرضه (فاطمة مساني، 2012، صفحة 273)، و هو مجموعة من التوقعات والمعايير الثقافية الاجتماعية التي وضعت من أجل منع التسلسلات المحتملة لتفكك المرض للمجموعة (Marc Renaud, 1985, p. 7)، ولقد تصور بارسونز شخصية المريض كدور اجتماعي ويجب النظر إليه من خلال أربع سمات تعريفية، اثنين منها توصفان بالحقوق واثنين بالواجبات وتتألف الحقوق من إعفاء المريض من أداء

الوظائف الاجتماعية العادية ومن المسئولية المرض، أما الواجبات فهي يتعهد المريض بالعمل على أن يصبح سليما معافى بمعنى أن يتنازل عن الدور المريض بقدر السرعة وبقدر الإمكان وان يبحث عن المساعدة المهنية المتخصصة ويتعاون مع الطبيب أو أي شخص أخر يقدم الرعاية الصحية (نجلاء عاطف خليل، 2006، صفحة 122).

من وجهة نظر المجتمع "دور المريض" يضفي الشرعية على الانحرافات الناجمة عن المرض ويدفع المريض إلى إعادة الاندماج في المجتمع من خلال العلاقة بين المريض والطبيب، ويشمل هذا الدور الحقوق التالية: المريض ليس مسئولا عن المرض، إعفاء المريض من المسؤوليات اليومية والالتزامات، الالتزام من محاولة التعافي، الالتزام بضرورة طلب المساعدة؛ إن وجود مثل هذا الدور "دور المريض" يسمح بظهور بعض أشكال الانحراف الاجتماعي، على الرغم من أن المرض منتشر اجتماعيا فهو الشكل الوحيد للانحراف المشروع. "الدور المريض" يسمح للمجتمع بالسيطرة والحد من تأثير المرض من خلال إشراف طبي. (Marc Renaud, 1985, p. 7)

❖ **سلوك المريض لدى بارسونز:**

في دراسة المرض والأدوار الاجتماعية أبرز "بارسونز " مفهوم سلوك المريض والذي هو: تلك الأفعال والنشاطات التي يبديها المريض اتجاه أعراضه المرضية (فاطمة مساني، 2012، صفحة 264)، أي هو الطريقة التي يفهم ويستوعب بها الفرد بعض الآلام الأولى لمرضه. وفكرة دور وسلوك المريض عند بارسونز تبرهن أن بعض الأفراد يستغلون دخولهم لدور مريض من إعفائهم من الخدمات اليومية ولواجباتهم بهذا قد يتوقفون عن مهامهم اليومية و أعمالهم وهنا يعتبرون قد انحرفوا وبهذا يحدث خلل في النسق.

إن فكرة بارسونز تحول حول الدوافع التي تجعل الفرد يرتَكِب أي سلوك منحرف كما يشبهها هو بالجريمة أو مخالفة القيم السائدة ويعتبر في وجت نظره أن المريض كالمجرم كل منها منحرفون عن النمط أو النسق، لكن ينفي المريض بإعطائه الحق في المرض وحقه في الاستفادة طبية و واجبه هنا الإتباع وصفة الطبية؛ و منه يجعل المجتمع يوظف المؤسسات العلاجية كميكانيزم للضبط الاجتماعي، أي يعتبره على انه انحراف شرعي وهو غير مسئول عن المرض الذي أصابه عكس المجرم الذي هو مسئول عن إجرامه ويبن "بارسونز" أن وضع المرض غير مرغوب فيه، وحالة المرض حالة مؤقتة فقط.و بعد ما تم دراسته إضافة إلى ذلك تحليله لمهنة الطب والبيروقراطية من المستشفى، قال إن دراسته تتحول إلى المريض نفسه وموقف المجتمع لموقع المريض والمرض والصحة، بطريقة فريدة من نوعها، بارسونز يعرف المريض بأنه منحرف، لأنه لا يمكن أن يلبي التوقعات العادية وأدواره الاجتماعية في زمان ومكان الصحيح، و أن يتبع

القواعد المعتادة للسلوك، ويحتاج المريض إلى المحيطين به بعد تبنيه سلوك جديد تجاه نفسه أو المرض، وتكمن الاحتياجات سواء فيما يتعلق الرعاية الشخصية التي قد تتطلب الاهتمام والدعم المعنوي.

إن تحليل بارسونز للمرض كان مستبد من ظاهرة رمزية و من العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجتمع وذلك ما لاحظه لموقف المجتمع الأمريكي عن الشيخوخة والموت. إذ أن "مالينوفسكي" قد كان من بين العلماء الظاهرين في تلك الفترة و المهتمين بقضايا الإنسان إذ شاهد في طقوس الجنازة عامل متنفسا اجتماعيا، في الحالات التي يكون فيها الألم الذي يشعر به الناجون يمكن أن تتخذ أشكالا معادية للمجتمع (الانتحار والاكتئاب، وما إلى ذلك)، تخدم طقوس الجنازة المعترف بها وقيمتها مجال لتعبير عن المعاناة المعنوية والتعاطف والدعم من البيئة، وهنا يظهر بارسونز الخطوط العريضة للفكر مالينوفسكي، وهذه المرة في سياق المجتمع الأمريكي، وتبحث على وجه الخصوص كيف يمكن لنظام الاجتماعي الذي يقدر العمل والنجاح يجب أن يتجنب في الوقت نفسه إنكار فكرة الشيخوخة ويلتزم الموت وعلى الاندماج في ثقافتها.(Guy Rocher, (1988), p149-150)

ولكن إن أفكار " بارسونز" لا تتماشى مع كل الأمراض و أن الدور المريض لن يكون دور وقتيا فمفهوم بارسونز يتفق مع الأمراض الحادة و المؤقتة وليس مع الأمراض المزمنة و قد كشف العديد من الباحثون من الحالات التي لم تنطبق عليها ما يسمى " دور المريض" ولم ينطبق عليها رأي " بارسونز" في الحقوق والالتزامات المتوقعة من الشخص المريض (صديقي فاطنة، 2010/2009، صفحة 18)، ومثال على ذلك بعض الدراسات العلمية التي أجريت في هذا الصدد إذ أن دور المريض لا ينعكس في الواقع كما تم وصفه من بارسونز على سبيل المثال في دراسة أجريت على الأزواج في منتصف العمر في ولاية "رود ايلاند" في الولايات المتحدة، أدركنا أن اليهود أكثر امتثالا من البروتستانت – أي أكثر ترددا لرؤية الطبيب – والإيطاليين أقل استعمالا للعلاج الطبي؛ نعلم أيضا أن النساء أكثر عرضة من الرجال للمرض و للذهاب إلى الطبيب، ولكن لا يمكننا أن نعرف ما إذا كان هذا راجعا لأمراض أشخاص المختلفة مقارنة بأعراض المرض و الشعور بالألم. و إن المستوي الاجتماعي والاقتصادي ومستوى التعليم يؤثر أيضا على نسبة اللجوء إلى الرعاية الطبية. وكذا شدة خطورة الأعراض المحسوسة، والتشخيص يساهم أيضا في تعزيز الامتثال دور المريض، وتبين هذه الدراسات أن في الواقع الأفراد لا يستجيبون بنفس الطريقة لنفس الأعراض، وبالتالي مفهوم الدور المريض يجب تأهيله وإعادة بلورته (Marc Renaud, 1985, p. 7)، وفي نقطة أخرى بان مرض عبارة عن انحراف للمجتمع هذا ليس منطقيا لأن هناك خطر وتلازم الفرد طيلة حياته فكيف يتوقف النسق أو المجتمع على هذه الأفراد، إذ

وجب عليهم إعادة محافظة على اندماجهم في المجتمع كما اعتبر المريض سلبي داخل العملية العلاجية يخضع لسلطة الطبيب وأبعد الأسرة كمجال أساسي للمرض والمؤسسات الطبية لتحقيق الضبط الاجتماعي، ناسيا في ذلك أن للمرض أبعاد اجتماعية.

2. مفهوم المرض في نظر الاتجاه التفاعلي الرمزي:

بعد معرفة دور الطبيب والمريض والعلاقة التي بينهم و الاهتمام بالمؤسسات الاستشفائية هناك من وجب الاتهام بالمريض و تفاعلاته وتسليط الضوء على ذلك وأن المرض ليس انحراف من النسق، سنبدأ بفكرة "فيردسون" الذي انطلق من أفكار تالكوت بارسونز وبقي في نفس السياق على أنه أضاف بعض النطاق، إذ هو لم يتبنى بشكل نهائي فكرة التفاعلية الرمزية بل بوادرها فقد، إذ سوف نتطرق لتصوراته.

1-اليوت فيردسون Eliot Freidson:

تدخل اهتمامات "فيردسون "في ميدان المرض والطب إذ ركز على الهيمنة الطبية و علاقة السلطة الطبية بتحديد أفراد كمرضى، وجاء طرحه بعيدا عن الحتمية العضوية والطبيعية للمرض و الصحة و الموت، فالمهنة الطبية تمثل معيار ومقياس لتجربة المرض و أتى "فيردسون" بنموذج جديد لتحليل المرض مخالف عنه عند "بارسونز "، والسبب الذي دفع هذا الباحث ليس تكملة مهام الطبيب كما فعل " بارسونز " وإنما يقول : " إن سوسيولوجية المعرفة خارجة عن هذا الموضوع التحليلي: فالطب يتدخل به إبداع فئة المرضى وتحديد مدى وتصنيف مرضهم"، وهو الذي أعطى مفهوما جديدا في تحديده لعلاقة بين الطبيب والمريض.

وان الاختلاف بين طرحه وطرح بارسونز كان في أن الطب ليس له سلطة منح جواز المرض فقط، بل الطب يحدد الحالة السوية والحالة المرضية بواسطة معرفة السلوك الاجتماعي (Baszanger Isabelle, 1986 , p. 31). و يختلف في مفاهيم جديدة حول المرض حيث أن المرض والصحة هي كذلك فئات اجتماعية مبنية عن طريق المعرفة والممارسة الطبية، و يوضح لنا **فيردسون** أن سلوك المريض سواء إزاء مرضه أم عن تصوره للمريض يختلف باختلاف المحاولات التي يبذلها للتعامل مع مرضه من جراء المعاملات التي يتعامل بها مع المحيطين به. و يعرف المرض على أنه خلل بيولوجي ولكن فكرة المرض وردود أفعال الأشخاص اتجاهه تعطي لهذا الخلل تعريفا اجتماعيا، تحدده مجموعة من الأفعال الاجتماعية (باشا نوال، 2015، صفحة 19)، ويقر إن اختلاف المجتمعات والثقافات تؤدي إلى التغير في السلوك و يحدد مستوى الانحراف على أساس مقياس الشرعية ويعتبر المرض بأنه انحراف اجتماعي يتم ضبطه عن طريق الممارسة الطبية كما كميكانزمات للضبط الاجتماعي معتمدا على تحليل البارسونزي، وتعدى ذلك لمعرفة مقاييس المحددة لانحراف ويقسمها إلى ثلاث أنواع:

1- **الشرعية المشروطة:** ويكون المنحرف المريض معفى من مسؤولياته مؤقتا له امتيازات بشرط البحث عن المساعدة الضرورية للتخلص من الانحراف" المرض."

2- **الشرعية غير المشروطة:** وهنا يمنح الطابع القائم للانحراف بدون إعفاء المنحرف المريض عن مسؤولياته المعتادة والحصول على امتيازات خاصة.

3- **اللاشرعية** :وهو المنحرف المريض مع إعفاءه لبعض المسؤوليات المعتادة بسبب الانحراف المرضي والذي لا يعتبر مسئولا عنه فإنه يتحصل على القليل من الامتيازات مع وجوب القيام ببعض المهام الجديدة والمعقبة للمسار المعتاد للحياة. (باشا نوال، 2009/2008، صفحة 76)

و تدخل دراسته في السياق بالاهتمام ميدان الطب و المرض من خلال كتاب هام يعتبر كمرجع كلاسيكي للأطباء من جهة والدارسين في مجال العلوم الاجتماعية من جهة أخرى وكذلك علاقة السلطة الطبية بتحديد الأفراد كمرضى ويظهر "فيردسون" في هذا الكتاب أن المرض والصحة هي كذلك فئات اجتماعية مبنية عن طريق المعرفة والممارسة الطبية. (صديقي فاطنة، 2010/2009، صفحة 19) **واعتبر أن الطب هو الذي يخلق الانحراف بمجرد استعمال السلطة والاعتراف الاجتماعي بالمرض.**

رغم ما أتى به "فريدسون" من إضافات لعلم الاجتماع الطبي إلا أنه تلقى انتقاد من قبل الباحثة " بزانجر isabelle baszanger " حيث ترى أن هذا العمل ركز على أشكال البناء الاجتماعي وليس على سير المرض، كما ترى مقاربة كل من " بارسونز " و " فيردسون" تتميز بالمركزية الطبية التي تتطلب دراستها الانتقال إلى الفضاءات اجتماعية أخرى (صديقي فاطنة، 2010/2009، صفحة 22).

2-"دافيد ميكانيك"

هو أحد الأطباء الأمريكان درس علم الاجتماع الطبي، من مؤلفاته " طب الأسرة" و " طب المجتمع" واهتم بالتفاعل الحاصل بين المريض والطبيب، ومقارنة النظم الرعاية الصحية....

في مفهومه عن المرض يقول بأنه: يتكون من مجموعة طرق يستطيع بها المريض أن يفهم أعراضه ومرضه ويقيمه ويقرر من خلالها نوع المساعدة التي يطلبها (فاطمة مساني، 2012، صفحة 265) إذ عرفه في كتابه " علم الاجتماع الطبي" بأنه حالة

باثولوجية تنتاب الفرد وتجعله غير قادر على أداء واجباته الاجتماعية، فضلا عن دورها في حثه على الانسحاب كليا من المجتمع لأنه لا يمتلك المؤهلات التي تعينه على القيام بأدواره الاجتماعية (إحسان محمد الحسن، 2008، صفحة 123).

قدم (ميكانيك) و (فولكارت Volkart) أول تعريف **لسلوك المرض** في عام 1961 في دراسة عنوانها: الضغط، سلوك المرض، ودور المريض Stress, Illness behavior and Sick role في المجلة الأمريكية لعلم الاجتماع، حيث أوضحا أن سلوك المرض يصف الطريقة التي يدرك بها الفرد أعراض المرض ويقيِّمها ويتصرف حيالها، حينما يلاحظ بعض الآلام، أو عدم الراحة، أو أية مؤشرات أخرى لسوء الأداء العضوي. (حسني ابراهييم عبد العظيم)أي هو طرق لاستجابة التغيرات العضوية وتفسيرها وكيفية التصرف تجاهها، وقد وضع دافيد ميكانيك أهم مجالات الاهتمام في علم الاجتماع الطبي:

1. السياسة الصحية
2. العلاقة بين الضغوط الاجتماعية والمرض
3. الطب النفسي الاجتماعي والمجتمعي
4. دراسة نظم التعليم الطبي ونتائجه
5. بناء الوظائف منظمات صحة المجتمع[2]

3- ليمرت Lemert Edwin :

من أهم علماء الاجتماع الامريكين كان مناصرا للنظرية التفاعلية الرمزية الذي كان زعيمها جورج هربت ميد إلا أنه انشق على هذه المدرسة وتبنى نظرية الوصم مع زميله العالم الاجتماعي الأمريكي " **هوارد بيكر**" وألف كتابه بعنوان المرض الاجتماعي " Social Patholigy" وألف كتاب أخر بعنوان " الإجهاد والأمراض المزمنة" (إحسان محمد الحسن، 2008، صفحة 52)

لقد ألف كتابه المرض الاجتماعي بعد تنبيه لنظرية الوصم الاجتماعي، هذا الكتاب الذي صنف فيه الأمراض الاجتماعية إلى أمراض اجتماعية أولية ثانوية، و الامراض الاجتماعية الأولية تصيب الأفراد وتكون نتيجة سبب اجتماعي أو أخر كالإدمان مثلا (شين سعيدة، 2015/2014، صفحة 102)، ويعترف به سرعان ما يكتشف به

2 للاطلاع أكثر أنظر لكتاب محمد على وآخرون في دراسات في علم الاجتماع

أبناء المجتمع المحلي فيكون هؤلاء الأفراد يحملون وصمة العار تلازمه طيلة حياته، وتلك الوصمة لايمنكه نزعها حتى وان توقف عن الإدمان لان المجتمع لا ينسى ذلك فيعود للإدمان لأنه لم يجنح وهذا يعتبر المرض الثانوي .

لقد فسر المرض على أنه انحراف وقسمه إلى انحراف الأولي و الثانوي، فالنسبة له الانحراف الأولي هو تلك الانحرافات عن الحالة الطبيعية للأمور وقد تكون جزء لايتجزء من النشاط الاجتماعي العادي، أما التغيرات التي تؤدي إلى تعريف جديد للنشاط الاجتماعي للفرد وتكون نتيجة لانحراف الأولي فهي انحرافات ثانوية. (بومدين سليمان، صفحة 07) فقسم ردود أفعال الفرد والاستجابة على أنها عادية تحدث في اليوميات كانحراف أولي أما إذا كان هناك تغير في المجال وتعاملات فهو في الانحراف الثانوي والذي به يدخل إلى دور المريض، ومن دخوله إلى المستشفى إلى دور المريض وبالتالي بنظرية الوصم يصبح منحرف و غير طبيعي.

تعريفه للمرض في كتابه "المرض الاجتماعي" على أنه شكل من الأشكال الاضطراب الذي يتعرض له المجتمع والذي يؤثر بتأثير سلبيا على صحة الفرد وحيويته وقدرته على أداء مهامه . (إحسان محمد الحسن، 2008، صفحة 123)

4- انسليم ستراوس Anselm Strauss:

هو من بين الذين قاموا بالدراسات الطبية في إطار التفاعلية الرمزية و يعتبر أن المريض والطبيب ليس فقط وحدهما الفاعلين في معالجة المريض، بل هناك فاعلين آخرين في هذه عملية من بينهم الأفراد الفاعلين في المجالات الاجتماعية التي يتواجد فيها المريض وطرحه الأساسي في فهم الأفعال و التفاعلات التي تصدر من المريض وللأفراد اللذين حوله ويعتبره فاعل في العملية العلاجية.

اهتم انسليم بدراسة الأمراض المزمنة، بحيث أن دوام المرض في جسم الإنسان لمدة طويلة تجعل هذا الأخير يمس الشرائح الاجتماعية الأخرى ومجالات التفاعل المختلفة مثال الأسرة ومكان العمل، وكذا اهتم بالاتجاه التفاعلي الرمزي، ويعتبر المريض على أنه فاعلا في المسار المرضي وفي وضع النظام الاجتماعي (باشا نوال، 2009/2008، صفحة 16)، و يركز على أن بعض الأمراض تتطلب متابعة منتظمة قد تؤثر على الروتين اليومي لحياة الناس الذين هم حوله، و ركز ا "أنسلم ستراوس" على صيرورة التفاعل الحاصل على مستوى الفرد، أي التجربة المرضية انطلاقا من الفعل الفردي وتمثلات المريض عن مرضه، والمريض هو الذي يحدد مفهوم المرض الذي يحمله وكيفية التعامل معه، و أنه ليس منعزل عن المجال الاجتماعي بل هو فاعل فيه، لذلك يعطي الأهمية للأفعال داخل هذا المجال من طرفه أي المريض و تفاعلاته داخل مجالات أخرى.

و تمحورت فكرته الرئيسة حول أن التنظيمات هي انساق التفاوض الدائم، وأن النظام الاجتماعي هو نظام يقوم على التفاعل المستمر، يتفاعل فيه الأفراد مع شروط البنائية لهذا النظام (باشا نوال، 2009/2008، صفحة 78)، يبرز من خلال هذا أهمية التفاعلات من طرف الأفراد والتي تكون بشكل يومي مستمر، ومن هنا فهم آلية التفاعل بين الأفراد داخل النظام الاجتماعي .

وانه لا يعتبر المرض حدث بيولوجي فقط بل ظاهرة اجتماعية ويخصص بهذا الاهتمام بالمشاكل الاجتماعية والنفسية، وعكس بارسونز يبين دور وأهمية الأسرة في تجاوز المرض باعتبارها مجال لتفاعل مع المريض وركز في ذلك حول الأمراض المزمنة و مدى الإزمان و مدى تفاعلات التي ينتجها المريض في حالته المرضية، و كذا اهتمامه بالتغيرات التي تحدثها التجربة المرضية انطلاقا من طبيعة تفاعلاته الاجتماعية؛ ويعتبر طرحه ينتمي إلى علم الاجتماع الموجه نحو الفعل و هدفه الأساسي فهم أفعال و تفاعلات، و بين أن هناك أمراض تهدد الاستقلالية العضوية للمريض، كما قام بوضع المرض في سياقه البيوغرافي، أي ربط الآثار والتغيرات التي تحدثها التجربة المرضية انطلاقا من طبيعة الحياة الاجتماعية الماضية (باشا نوال، 2015، صفحة 22).

5- كولودين هيرزليتش:

"كلودين هيرزليتش" ولدت في 6 جوان 1932، هي عالمة سوسيولوجيا و دكتورة في علم النفس الاجتماعي، عملت مع عالم النفس الاجتماعي الكبير "سيرج موسكوفيتشي" و خلال حضورها لمؤتمر "لكلود لوفي ستروس" و الذي كان يتطرق لموضوع المرض و تأثيره ودوره الهام في حياة الشعوب التقليدية، تأثرت "كلودين" بالموضوع و قررت تبني دراسة مقاربة المرض و تمثلانه في المجتمع الفرنسي، بدأت بالعمل على أطروحة الدكتوراه الخاصة بها بإشراف من الدكتور "فرنسوا ستوتزل "بروفيسور علم النفس الاجتماعي في جامعة سربون و تحصلت عليها عام 1966.

المرض في منظور كلودين:

تقر الباحثة على أن الصحة والمرض شيئان يحصلان للفرد و يشهدهما رجوعا إلى علاقته و مكانته في المجتمع، و من خلال مرض الفرد أو تمتعه بصحته يتم دمجه في المجتمع أو تقييده، المرض هو عطب يصيب صحة الفرد أو نفسيته بسبب ضغوط المجتمع عليه و دور المريض يظهر من خلال المعايير السلوكية التي من خلالها يحدد المجتمع محيط الفرد، و أول شخص سيقوم بذلك و هو الطبيب الذي يقيم سلوكه. ومن خلال النشاط الإيجابي أو عدم نشاط المريض يمكن تحديد علاقة الفرد بالمجتمع و مشاركته فيه من عدمها، امتثاله

أو انحرافه. وان لعدم نشاط الفرد ثلاث معاني أو تمثلات، و هذا اعتمادا على تعامل الفرد مع المرض و نوعية العلاج و المريض بحد ذاته نجد الأمراض المدمرة (القاتلة)، الأمراض التحررية والأمراض الحرفية (dominique friard،،Les concepts en sciences infirmières, n.d.).

- تحتل أعمال كلودين هيزليتش السوسيولوجية حول الصحة مكانة خاصة داخل السوسيولوجيا الفرنسية، لا لكونها أوّل باحثة فرنسية تهتم بهذا السؤال فحسب، بعد أن اتجه أقطاب السوسيولوجية الفرنسية إلى دراسة الأسرة والدين والدولة والمدرسة والتربية والتنظيمات الاقتصادية، وإنما لأنها كانت وما زالت إلى اليوم مرجعاً أساسياً للدراسات السوسيولوجية حول الصحّة، وخبيراً دولياً استندت إليه المنظمة العالمية للصحة والعديد من المؤسسات العاملة في مجالات الصحة "الإعاقة، السيدا، الانحراف، الأمن...الخ."

تعتبر كلودين هيزليتش موضوع سوسيولوجيا الصحة سابقا على ظهور الصحّة، ويجد لنفسه مكاناً داخل مجموعة من الأعمال التي أنجزت خلال القرنين الثامن والتاسع عشر حول الطبّ الاجتماعي Médecine Sociale بمختلف دول أوروبا الغربية وخاصة فرنسا وألمانيا وإنجلترا، حيث تقدم أبحاث كل من فيليرمي Villermeوفيرشوف virchow وشادويكchadwik درساً بليغاً في هذا الباب، غير أن هذا المذهب العلمي نحو دراسة الأبعاد والأسباب الاجتماعية للمرض، سرعان ما سيتراجع حسب هيرزليتش بعد أن احتلت مقاربة باستور الصدارة في فهم المرض، وعلاجه والوقاية منه، وقد زادت الثقة في هذه المقاربة بعدما أدت مجموعة من التدابير والإجراءات الوقائية والعلاجية إلى نتائج صحية واضحة من قبيل :مساهمة تعقيم الحليب منذ سنة 1890في التحكّم في وفيات الأطفال، مساهمة التعقيم والتطهير داخل الخدمات الاستشفائية في تناقص حالات الوفاة بعد الجراحة، التحكم في "التيفويد "عن طريق الأشغال العمومية الخاصة بالماء الصالح للشرب غير الملوث (alawan, 2016)

إن موقف هيرزليش لا يمكن أن يفهم في الحقيقة إلا بالرجوع إلى قناعة تعبر عنها في مجمل كتاباتها حول المرض والصحة، يتعلق الأمر بإيمانها أن سوسيولوجيا الصحة لم تتأسس علمياً 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 تحدّد 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"، ولا

تخفي هيرزليتش في هذا الصدد المكانة التي تحتلها أعمال كل من بارسونز وأنسليم ستروس A. L. Strauss خاصة التميز الشهير للثاني بين نوعين من الممارسة

السوسيولوجية الخاصة بالطبّ، يتعلق الأمر هنا بسوسيولوجية للطبّ Sociology of Medicine تهتم بالمؤسسات الطبية، من حيث أدوارها وقيمها والوظائف التي تقوم بها والظروف التي تتم فيها العملية العلاجية، وسوسيولوجية داخل الطبّ Sociology in Medicine غايتها الأولى دراسة السيرورات المرضية العلاجية بالإضافة إلى العوامل المرتبطة بها .أما السوسيولوجيا الفرنسية فإن هيرزليتش لم تجد فيها غير ما كتبه ميشيل فوكو حول الجنون سنة 1961 وولادة العيادة 1963، والمقال الهام الذي كتبه جون ستيوتزيل "Jean Stoetzel المرض، المريض والطبيب"سنة 1960، لذلك فإن عملها يعتبر حقاً في هذا السياق عملا أصيلا من حيث الموضوع والمنهج لأنه يكشف عن علاقة الفرد بالمجتمع والطبيعة من خلال الصورة التي يكوّنها عن المرض واللغة التي يعبر بها عنه، يقول موسكوفتشي في معرض تقديمه لكتاب هيرزليتش "الصحة والمرض: تحليل لتمثل اجتماعي (claudine, , Herzlich, 2005, p11،) في الوقت الذي اتجهت فيه السوسيولوجيا الفرنسية نحو دراسة التربية والأسرة

والدين والعمل، اعتقاداً منها أن ظواهر الجسد والمرض والصحة لا تستحقّ أن تكون موضوعاً للسوسيولوجيا، لأنها ظواهر توجد خارج الاجتماعي وستتعصي على التحليل السوسيولوجي.

وفي نهاية القول **نستخلص** إلى إن المعنى الاجتماعي للمرض هو أكثر انتشارا بحيث تتولى المداخل الاجتماعية والثقافية والسلوكية بلورة هذا المعنى من عدة وجهات نظر وتركز على إبراز دور الثقافة وطرق العيش وسلوك في تحديد معنى و مفهوم المرض وكيفية الاستجابة له وكذا نتائج تحديد حالة المرض، أي أن التوجه الاجتماعي للمرض يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي في المجتمع ويتكامل تماما مع أنماط الحياة.

V. التحول من علم الاجتماع الطبي إلى علم الاجتماع الصحة والمرض:

ظهر علم الاجتماع الصحة كتطور لعلم الاجتماع الطبي الذي هذا الأخير يهتم بالتثقيف الصحي و الجانب الاجتماعي في النظم الصحية والصحة الشخصية للدرجة التي جعلت بعض الأطباء الاجتماعيين ينادون بأفضل تسمية أن يطلق عليه " علم الاجتماع الصحة" (عبد الحميد الشاعر وآخرون، 2000، صفحة 11)، وفي السبعينات، علم الاجتماع الطبي بدأ الظهور في

فرنسا وأصبح بشكل تدريجي إلى علم الاجتماع الصحة، وعلماء الاجتماع أصبحوا مهتمين بالمرضى كفاعل، وتسير اليومي للمرضى، ووباء السيدا يشكل مخبرا حقيقيا لعلم الاجتماع، وكذا السماح بتركيز على تجربة المرضى لبناء حركة اجتماعية حول موضوع الصحة العامة و التطبيقات السياسية و الإعلامية لها؛ واليوم هناك عدة مجالات و وجهات فاعلة مع أدوار وصلاحيات كل منها و تمن في حيوية علماء الاجتماع.إذ عرفت الصحة العامة منذ أقدم العصور واختلف مدلولها طبقا لدرجة رقي العلوم الطبيعية والاجتماعية، فالإنسان الأول عرف المرض وكان يعالج الإصابات المرضية بالسحر والشعوذة. لذا برز الاهتمام بالصحة و أصبحت الطريقة الأفضل محاولة تفادي الأمراض وتعزيز الصحة بطريقة الوقاية خير من العلاج و يركزون على مفهومين أساسين "المرض" و"المريض" كمنتجات اجتماعية، لذا التحول من علم الاجتماع الطبي إلى علم الاجتماع الصحة والمرض يتركز على مفهوم الصحة بشكل كبير، لذا سوف نتطرق بشكل موجز عن ماهية الصحة.

- **مفهوم الصحة:**

من بين تعريفات الصحة نجد بأنها مؤشر دال على حياة وسير كل الوظائف الدالة على حياة الأعضاء المشكلة للجسم الإنساني بشقيه الفيزيائي والنفسي، خلال مدة زمنية كافية تماشيا مع النمط أو النمو العادي الذي تحدده الأصول الطبية والعلمية المتخصصة في هذا المجال مع استثناء العاهات والإصابات التي قد تصيب الجسم ولكن لا تعيق الأعضاء على أداء وظائفها، كالأعمى مثلا يتوفر على قدر معتبر من الصحة. (مختار رحاب، 2014، صفحة 3) أي أن الجسم يقوم بعمليات الحفاظ على توازنه وتكيفه مع ما يصيبه من فقدان توازن.

- وقد عرفت **هيئة الصحة العالمية** مفهوم الصحة على أنها: "حالة الكاملة من السلامة و الكفاية النفسية والجسمية البدنية و العقلية و الاجتماعية الكاملة لا مجرد الخلو من المرض أو العجز أو الضعف (فايزة محمد رجب و محمد سيد فهمي، 2012، صفحة 09) " و إذا نظرنا إلى هذا المفهوم فإننا نجد:
  - أن الصحة لا تعني الخلو من الأمراض.
  - التكامل بين الجوانب البدنية و النفسية و الاجتماعية.
  - نقص أي عنصر من هذه العناصر يتيح عنه عدم اكتمال الصحة.
  - نسبية الصحة فلا يمكن تحديدها تحديدا مطلقا يميز بين مثاليا و ما هو دون ذلك.

لقد أكدت منظمة الصحة العالمية على شعار **الصحة للجميع**، و يتطلب هذا تضافر مختلف الجهود و القطاعات لتوفير الصحة للجميع كما يتطلب المشاركة الإيجابية و الفعالة من جميع الهيئات عل اعتبار أن الصحة هي أساس عملية التنمية الشاملة في أي مجتمع من المجتمعات و تتأثر صحة بعديد من التفاعلات، و هذه العوامل هي التي تقرر مستويات الصحة بها، و تتمثل هذه العوامل في (رحامنية سعيدة، 2007/2008، صفحة 113):

- **عوامل طبيعية**: وتتمثل في العوامل المناخية و البيئية الجغرافية .
- **عوامل بيولوجية (حيوية)** تكمن في ناقلات العدوى سواء كانت حشرات مثل الذباب والناموس أو الحيوانات كالفئران و الكلاب.
- **عوامل اجتماعية**: و تتمثل في مستويات المعيشة و العادات و التقاليد و التعقيم.
- **عوامل اقتصادية** :مثل قصور الإمكانيات المادية المتمثلة في عدم وجود إمكانيات لتنفيذ برامج الرعاية الصحية مثل المسببات و التشخيص و الحصينات أو انتشار الفقر و عدم توافر الإمكانيات التي تساعد على توفير حياة صحية جيدة مسكن و غذاء و رعاية طبية.
- **عوامل بيئية** :و تتمثل في عدم توافر المياه الصحية للشرب و صرف الفضلات بصورة صحية و ما يترتب عليها من انتشار للأمراض المعدية مثل الدوسنتاريا، النزلات المعوية.
- **عوامل سكانية**: حيث التركيبة السكانية و زيادة معدلات المواليد و الوفيات و الخصوبة مما يترتب عليه مشاكل صحية و اجتماعية.
- **عوامل طبية**: مثل مدى توافر العيادات الطبية و المتخصصين و الأطباء و التمريض...

كل هذا يؤدي إلى المشاكل صحية و اجتماعية تؤثر في الحالة الصحية و مستوى الصحة العامة بالمجتمع.

نستطيع أن نميز اتجاهين عن مفهوم الصحة بحيث أن الصحة و المرض هما لنتائج العوامل متعددة وهذا ما أكدته نظرية الجرثومة (باستور pasteur ولستر lister) هذا ما يعتبر الاتجاه الأول، أما الاتجاه الثاني و هو اتجاه حديث، أن كل شخص له الإمكانية الكامنة لكل مرض ويكون معرض لذلك في أي وقت، وذلك باختلاف الزمان والمكان و الظروف وحتى الأفراد، فسيتغير مفهوم المرض هنا إذ يعتبر احدهم أصحاء وآخرون هم مرضى.

نستطيع القول أن مفهوم الصحة هي أكثر من غياب المرض ويبدو على أن مفهوم "حالة الخلو من المرض " هو مفهوم سلبي إذ قُورِن بمفهوم الذي قدمته W.O.H[3] الذي يصف الصحة على أنها حالة من الكفاية والسلامة الكاملة الجسمية والعقلية والاجتماعية وفي النهاية نميز أن تعريف الصحة لا يقتصر على عدم وجود المرض بل اكتمال النواحي عدة من بينها:

- اكتمال الناحية البدنية، أي أن تؤدي جميع الأعضاء الجسمية في الإنسان بتوافق وانسجام مع الأعضاء الأخرى.
- اكتمال الناحية الاجتماعية، وهي قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مع الناس.
- اكتمال الناحية النفسية، أن يعيش الإنسان بسلام مع نفسه ومتمتعا بالاستقرار الداخلي. (أيمن مزاهرة وآخرون، 2002، صفحة 42)

- وكذا أن الصحة هي حالة الفرد السليمة سواء أن تكون وقائيا أو علاجيا، لأنه أصبح بحاجة إلى الصحة للابتعاد عن شبح مرض الموت و السرطان وما يتعلق بالإنسان من قضايا مباشرة ومنظورة أو القضايا خفية غير منظورة.

1- المرض كسلوك اجتماعي:

هناك بعض علماء الاجتماع يتبنون فكرة " المرض كسلوك اجتماعي " ويستندون إلى المصطلحات مثل:" النظام، النسق، البناء، الوظيفة، الانحراف"، وكل تحليلاتهم تتركز على أن المرض يشكل تهديدا للاستقرار النظام أو النسق وهو انحراف عن القيم والمعاير الاجتماعية، أن الطب والسلك الطبي هما انعكاس للقيم الاجتماعية، وصاحب هذا التوجه الذي أضاف الكثير في هذا المجال "تالكوت بارسونز" بمفهومه "دور المريض". و أن يفترض أن الطب والمهن الطبية تعكس فقط القيم الاجتماعية الأساسية، وهنا نتساءل عن الاستراتيجيات التي من خلالها احتكر الطب تحديد المرض وعلاجه. (Marc Renaud, 1985)

2- المريض كمنتوج اجتماعي:

في هذه الفترة تم إعادة النظر في مفهوم المرض والمريض، فتحت مجال نحو ظهور رؤى فكرية وآفاق جديدة مثل أعمال: **"اليوت فريدسون E feridson"** ،**"ميشال فوكلت M.Foucault"**، **"قوفمان E. Goffman** (يوسف سعدون)" وغيرهم، حيث رأوا وجب الاهتمام بميدان الجديد وهو علم الاجتماع الصحة، وتتركز هذه الأخيرة على المريض والمرض كمنتوج أساسي، ويتركز المفهوم المنتوج الاجتماعي في تحديد مفهوم المرض وبنائه اجتماعيا، وتفطن الطب بالاهتمام بالأبعاد الاجتماعية للمرض.

[3] W.O.H: منظمة الصحة العالمية

في البداية كان يعبر عن المرض من انه اختلال وظيفيا للجسم من وجهة نظر طبية و اختلالا وظيفيا في المجتمع، أي أن الطب أصبح موضوع الدراسة في المجال السوسيولوجي وبه تم ظهور ونشأة علم الاجتماع الطبي وكان الهدف الاهتمام الكامل بالأضرار ومحاولة الكشف فنون وطرق العلاج الحديثة للأمراض ثم ارتقى إلا شيء أوسع وهي الاهتمام بالصحة والمحافظة على الصحة لدى من يمتلكونها، ويطلق عله الوقاية الصحية، بحيث ذهب بعض الباحثين من ضرورة توسيع في مجال علم الاجتماع الطبي إلى الصحة والاهتمام بدراسة سوسيولوجية الصحة، لأن المجال الصحة أوسع واشمل فقبل البحث عن طرق علاج المرض و المؤسسات الصحية، والمهن التي يتكفل بها، نبحث عن طرق الوقاية من الأمراض والمحافظة على الصحة التي يمتلكها الفرد.

هذا التطور والتوسع في المجال لم يمس علم الاجتماع الطبي فقط بل بعض الجوانب الأخرى ولم يعد علم النفس الطبي فأصبح علم النفس الصحي والاقتصاد الصحة ... الخ. أي بدءا الاهتمام بموضوع الصحة وصبوا ذلك في عدة تخصصات.

3- المرض " حالة معاشة ":

طبقت التفاعلية الرمزية على عدة مواضيع ودراسات عامة في المجتمع وركزت على المعاني وكذا الرموز و الرسائل، أما في ميدان الصحة والمرض جاء على أساس فهم تجربة المرض من طرف الأفراد أو العائلات المصاب احد أفرادهم، وكذا تمثلات الناس والمجتمع للمرض وللمريض، وكذا كيفية التأقلم ومحاولة العيش مع الأمراض المزمنة .

كما أن هناك أمراضا أخرى قد تكون بعض أثارها مفاجئة وغير متوقعة أو تكون أعراضا ظاهرية مثيرة للحرج لدى المحيطين بالمريض وربما لدى المريض نفسه مما يتطلّب من أهل المريض أو من يقومون برعايته اتخاذ خطط واستراتيجيات معينة لمواجهة مثل هذه المواقف من جهة أو إعادة هيكلة حياتهم اليومية من جهة أخرى (أنتوني غدنز مساعدة كارين بيردسال، 2001، صفحة 242). فعلا سبيل المثال مرض سرطان الذي تكون بدايته مفاجئة وغير متوقعة إذ أعراضه تؤثر على المريض وحتى على مجالات تفاعله؛ ومن بين التفاعليين الرمزين نجد أطروحة "أنسلم ستراوس" الذي درس الفعل كإشكالية محورية انطلقا من التفاعل الحاصل بين " مستوى الفرد، مستوى الفعل الفردي والسيرورات الاجتماعية الصغيرة والمستوى الماكرو اجتماعي البنائي، والتي تؤثر على ظروف الفعل" (صديقي فاطنة، 2010/2009، صفحة 23). إن دراسة التفاعل الفرد مع ذاته ومع مجالات تفاعله ويقول"ستروس" في التفاعل

الرمـزي للمـرض:" أن الوضـعيات التاريخيـة واجتماعيـةّ والهويـات تبـنى تفاعليـا، ويظهـر هـذا التفاعـل بطريقـة ديناميكيـة الأفـاق والتطلّعـات... فتفسـيرات أفـراد تولّـد في الجماعـات وفي العـوالم اجتماعيـة" (صـديقي فاطنـة، 2010/2009، صـفحة 24)؛ هـو يقصـد أن تفاعـل الرمـزي المـريض يـأتي مـن خـلال الوضـعيات التاريخيـة أي الفـرد ماهيـة طـرق العـيش سـابقا وكيـف ويتفاعـل مـع غـيره قبـل مـا يصـاب بـالمرض وكـذا بعـد الوضـعيات الاجتماعيـة الجديـدة بعـد الإصـابة بـالمرض و إعادة تشكل هوياته الجديدة.

إن السـيمات الشخصـية ومورثـات والجينـات مختلفـة مـن فـرد إلى آخـر وهـذا مـا يولـد لـه طبـاع مختلفـة وردود أفعـال مختلفـة حسـب المواقـف، والمـرض يعتـبر حالـة معاشـة لـذا فتصـرف جـراء هـذا المـرض يختلـف مـن شـخص إلى أخر. من حيث المعنى والاستجابة وطرق العلاج.

الخلاصة:

في الأخير يمكننا القول أن المنظور البيولوجي والطبي ينظران إلى المرض على انه ذالك التفسير العلمي الخالي من الأحاسيس و يتجاهل تلك العلاقات بين العقل والعضو، و يرى بأنه ظاهرة عضوية بحتة وكذا يهتم بأسبابه العلمية، وان النظرة الطبية القديمة ترجع جل الأمراض إلى الأسباب الفسيولوجية والبيولوجية، ولكن هذا المنظور غير كافي لتفسير وتحليل المرض، إذ يجب إدراج المرض في السياق الاجتماعي. اذ جاء العلماء من تخصصات و علوم أخرى كعلم الاجتماع والانثربولوجيا وركزوا على دراسة المرض من الناحية الاجتماعية لتكملة وتغطية القصور الذي أغفلته الدراسات الفسيولوجية والبيولوجية في تفسير المرض. أما عن منظور علم النفس للمرض ومفاهيمه كانت متعلقة بالأحاسيس والشعور والانفعالات، ومفهوم السواء واللا سواء يرجعون كل أسباب المرض إلى الاضطرابات النفسية، ويفسرون المرض على أنه خلل في نفسية الفرد فمن هذا الخلل تحدث الأمراض. ثم انتقلنا إلى المدخل الانثوربولوجي الذي ينطلق من أن قضايا الصحة والمرض متعلقة بمجموعة قيم وفروض تكون مؤكدة نوعا ما، مرتبطة بالنسق و القيم الثقافية السائدة في تلك الثقافة و الانثروبولوجيا هي علم يدرس البيئة المغلقة وكيف يكون وكيف ما يجب أن يكون بمحاولة تعميم هذا المنطلق على الجميع، فالفرد يفسر المرض داخل دائرة المجتمع بتعريف انثربولوجي مسير لا مخير، أي داخل الحتمية الثقافية لهذا المجتمع المنغلق الذي ينتمي إليه، ومنه أي أن المنظور الانثربلوجي منظور ضيق بالنسبة لعلم الاجتماع و حدوده مرتبطة بالتخصص الانثوربولوجي. أما عن المعنى الاجتماعي للمرض هو أكثر انتشارا بحيث تتولى المداخل الاجتماعية والثقافية والسلوكية بلورة هذا المعنى من عدة وجهات نظر وتركز على إبراز دور الثقافة و طرق العيش والأفعال في تحديد معنى و مفهوم المرض وكيفية الاستجابة له وكذا نتائج تحديد حالة المرض، أي إن التوجه الاجتماعي للمرض يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي في المجتمع ويتكامل تماما مع أنماط الحياة، وان علم الاجتماع يفسر المرض بوجهات مختلفة على أنه "سلوك اجتماعي" وأنه " منتوج اجتماعي" وحالة معاشة" وكذا في هذا الفصل تطرقنا لأهم علماء الاجتماع الطبي الذي ركزوا في دراساتهم عن مفهوم الصحة والمرض، في الأخير ينتج لنا بان مفهوم **"المرض"** له عدة تعاريف ومفاهيم وتختلف حسب التخصص والمنظور المفسر له إذ في دراساتنا هذه سوف نسقط مفهوم المرض اجتماعيا كما تتنوع علماء الاجتماع الطبي على مفهوم مرض سرطان الثدي ومريضة سرطان الثدي، إذ إن المرض ما هو إلا حالة معاشة من طرف المريض.

الفصل الثاني: مرض السرطان في الجزائر

تمهيـــــــــد

I. سرطان:

1. أصل تسمية مصطلح" السرطان"
2. سرطان عند العرب
3. مرض لسرطان في الطب الحديث
4. أنواع الاورام

II. سرطان الثدي:

1. لمحة عن مرض سرطان الثدي
2. عوامل ظهور مرض سرطان الثدي
3. مراحل مرض سرطان الثدي وطرق العلاج

III. السرطان في العالم:

1. إحصائيات حول مرض سرطان
2. احصائيات حول مرض سرطان الثدي

IV. السرطان في الجزائر:

1. مراكز مكافحة السرطان في الجزائر
2. مرض سرطان الثدي في الجزائر
3. مرض سرطان الثدي في ولاية ورقلة

الخلاصـــــــــة

تمهيد:

بعد التطرق إلى الفصل السابق تطور موضوع المرض من المجال الطبي الى مجال سوسيولوجي، أردنا التوسع أكثر في موضوع الدراسة؛ وبما أننا في صدد إلقاء الضوء على موضوع جد مهم في الآونة الأخيرة من الناحية الصحية والاجتماعية والاقتصادية؛ إذ أن الدولة الجزائرية سخرت جل جهودها لمحاولة التوعية ضد السرطان، وخاصة موضوع الدراسة " سرطان الثدي " التي تسعى هذه الأخيرة بحملات التوعية التحسيسية للكشف المبكر ضده. ومن أجل محاكاة أكثر بأرض الواقع سوف نتطرق إلى هذا الفصل ونحاول إلقاء الضوء على واقع الصحة في المجتمع الجزائري، الذي يتميز بخصوصية اجتماعية على غرار المجتمعات الأخرى سواء من الناحية الثقافية أو الصحية، وكذا سوف نتطرق إلى التعدد الإحصائي للمصابين بمرض السرطان في مجال الدراسة.

I. السرطان:

تعددت أنواع الأمراض وخاصة الأمراض المزمنة لكن مرض السرطان له خصوصية اجتماعية في الوطن عربي والجزائر خاصة فيعتبر مرض غير عادي وليس عابر، وطريقة انتشاره في الجسم بطريقة سريعة لذا في هذا الفصل سوف نحاول التطرق إلى مفهوم مرض السرطان وكيفية علاجه، والتحليل من حيث عدد الحالات انتشاراً وخاصة في الجزائر؛ وقبل التعرض إلى وضعية السرطان في الجزائر، نتعرف أولا على ماهية مرض السرطان.

1- لمحة عن مرض السرطان:

1- أصل تسمية مصطلح " السرطان":

إن مرض السرطان من بين الأمراض المستعصية والذي يتسبب في وفاة العديد من الأفراد؛ وسنحاول معرفة دقيقة عن ماهية هذا المرض وكيف يصيب الجسم الإنسان؛ إذ يحدث السرطان عندما يقع خطأ ما في عملية التحكم في دورة حياة الفرد؛ مما يؤدي إلى نمو غير منتظم لمجموعة من الخلايا يمكنها بعد ذلك الانتشار وإتلاف أعضاء أخرى بالجسم؛ وكذلك نستطيع وصفه بانه ذلك التكاثر الغير الطبيعي لخلايا جسم الإنسان وبه تخرج الخلايا عن نطاق السيطرة، وتتزايد إلى ما لا نهاية ثم تتسبب في انقطاع وظائف مهمة من جسم.

في القديم عندما شاهد الإنسان ورم الثدي لدى المرأة شبه بحيوان برمائي معروف وسماه باسمهم في لغتهم فقالت **العرب** عنه "سرطان" ودعاه الفرنسيين "Ecrevisse" أو "Cancer" و السلافيون "Crabe" وقد تحولت هذه الكلمة مع مرور الزمن فيما بعد لتأخذ طريقها إلى مصطلح علمي ساد في معجم الجسم و لغة الناس عامة مع العلم أنه لا يعكس مطلقا هذا المرض و حقيقته و الأصح تسميته "علم الأورام الخبيثة و اللطيفة" انطلاقا من الأصل اليوناني ورم" Oncos " علم logas أي**oncologie**. (محمدي جمال، 2006/2005، صفحة 16)

2- السرطان عند العرب:

وقد اهتم أطباء العرب بهذا المرض وبطريقة علاجه، فقد عرفه "**أبو سقراط** " بأنه كتلة تنموا وتكبر في الجسم ثم اكتشف بأن هناك ورم حميداً موضوعي لا يتسبب بالضرر وهناك ورم خبيثاً يكبر موضعياً في مكانه وينتشر في باقي أنحاء الجسم كما وإنه ليس هناك نوعا واحدا بل هناك أنواع عديدة وكثير من السرطانات والأورام لها خصائص مختلفة وسرعة نمو مختلفة (ناجي الصغير، 2005، صفحة 17)

3- مرض السرطان في الطب الحديث:

أما في العصر الحديث فقد تم تشخيص مرض السرطان بطريقة أدق عن السابق وذلك بالاستعانة بالوسائل الطبية التكنولوجية التي تساهم في اكتشاف المرض وهو في مراحل بدايته على عكس الطب قديما حيث لا يتم التعرف على المرض إلا بعد تورم ثدي المرأة وبروزه مثلا، لكونه مرض ينتج عن خلل في الحامض النووي للخلية الحية و يؤدي إما إلى "إشارات موجعة تشجع نمو الخلية " أو يؤدي إلى " وقف إشارات عدم النمو" وتتم ترجمة رموز هذا الخلل عبر بروتينات تكون موجودة على سطح الخلايا و داخلها، أو قد تكون منقولة في الدم ولها علاقة في إشارات نمو الخلية وخضوعها للمراقبة السليمة من قبل الجسم وجهاز المناعة. والخلية المتحولة تنمو وتتكاثر بشكل غير منتظم وعشوائي وتُكون كتلة ورم تغزوا محيطها وتستطيع الانتقال إلى الدم وعبره إلى أماكن متعددة في الجسم وقد تستقر في بعضها وتسبب ما نسميه انتشاراً (ناجي الصغير، 2005، صفحة 17).

تعتبر النواة المكون المحوري للخلية الذي يمكِّننا منه فهم السرطان، فتحمل هذه الأخيرة بداخلها (DNA) الحمض النووي ألريبي منزوع الأكسجين؛ و يعتبر السبب الأساسي – الوراثي لمرض السرطان- هو حدوث تلف في هذا الحمض الذي يؤدي إلى نمو الخلايا نموًا شاذًّا غير منتظم. واللافت للنظر أنه مع أن الخلايا على اختلافها ربما تتباين على نحو ملحوظ في مظهرها ووظيفتها فكل الخلايا داخل الكائن الواحد تشترك معًا في شفرة (DNA) واحدة، ويتجمع (DNA)في خيوط طويلة تسمى كروموسومات (chromosome) ويوجد 23 زوجًا من هذه الكروموسومات في كل خلية بشرية .وداخل كل كروموسوم ينتظم (DNA) فيما يسمى بالجينات، وكل منها يحمل شفرة لبروتين واحد .ويمكننا اعتبار الجينات والكروموسومات أشبه بمكتبة تضم كتبًا، وكلٌّ من الكروموسومات الثلاثة والعشرين يمثل كتابًا، وكلٌّ من الواحد والعشرين ألف جين يمثل صفحة من التعليمات داخل هذا الكتاب .ومن السهل أن نفهم الآن من الناحية النظرية كيف يمكن لتلف إحدى صفحات التعليمات أن يؤدي إلى تغيرات في خصائص خلية ما. (نيكولاس جيمس، 2013، الصفحات 34-36)

جسم الإنسان يتكون من مليارات الخلايا ذات الوظائف المختلفة. فالخلية الموجودة في العين لها القدرة على الإبصار؛ والخلية الموجودة في الأذن لها القدرة على السمع، والخلية الموجودة في الثدي لها القدرة على إفراز اللبن، وخلية القلب لها القدرة على الانقباض وضخ الدم، لكنها جميعا تخضع لنظام دقيق في انقسامها وإفرازها وظائفها، فلو خرجت خلية واحدة من هذه المليارات عن النظام وانقسمت انقسامات غير طبيعية وغير منتظمة (بدون الحاجة لخليا جديدة) فإنها تكون عددا من الخلايا أكثر مما هو مطلوب وسوف تتكون لدينا أنسجة فائضة .ومن ثم تؤدي لظهور كتلة (هذه الكتلة هي عبارة عن عدد كبير من الخلايا التي لا تخضع للنظام الانقسام العام) وهذا ما يطلق عليه (ورم). فلو كانت هذه الكتلة في الثدي يصبح لدى المريض ورم في الثدي، ولو كانت في المعدة يصبح ورم في المعدة ...وهكذا .والورم إما أن يكون حميدا أو خبيثا كما يلي:

4- أنواع الأورام:

1. الأورام الحميدة Benign tumors:

وهي ليست أوراماً سرطانية ويمكن إزالتها، وفي بعض الحالات قد تعود للظهور وأهم ما في هذه الأورام أنها لا تنتشر إلى أماكن أخرى من الجسموهي قد تهدد حياة الانسان إذا أصابت القلب أو الدماغ فمثل ورم الثدي الحميد من أعراضه ازدياد في حجم الثدي يصاحبه انتفاخ وآلم قبل بدء الدورة الشهرية ثم تخف هذه الأعراض بانتهاء الدورة. وقد تصيب هذه التكتلات الحميدة المرأة في أي وقت. وربما تكون صغيرة أو كبيرة، لينة مطاطية، أو مليئة بالسوائل، أو صلبة، أو متحركة وقد يصاحب ظهورها بعض الألم. أحيانا تكون هذه الأورام الحميدة في أماكن حساسة من جسم الإنسان كالعين أو الدماغ أو القلب وتكون إزالتها ليست بالسهولة التي يتخيلها الكثيرون، لكن الأورام الحميدة في الثدي تعتبر مشكلة بسيطة حيث يمكن إزالتها بعملية جراحية غير معقدة وبمنتهى السهولة. (كل ما يجب معرفته عن سرطان الثدي، 2016، صفحة 4)

2. الأورام الخبيثة Malignant tumors:

الخلايا الخبيثة تنقسم بسرعة ولا تموت حسب النظام العام للخلايا وتسمى بالسرطان لأن بإمكانها غزو وتخريب الخلايا المجاورة وباقي أعضاء الجسم كذلك يمكن لهذه الأورام أن تتفكك وتدخل في مجرى الدم أو الجهاز الليمفاوي، وبهذه الطريقة ينتشر السرطان ليكون أوراما ثانوية في أجزاء من الجسم مثل العظام والكبد والرئة. هذه الفكرة تنطبق على جميع أنواع السرطانات، إلا أن الأورام السرطانية الخبيثة تختلف عن بعضها اختلافاً كبيراً ومن مريض إلى مريض. فمثلا يختلف سرطان الرئة عن سرطان المعدة أشد

الاختلاف، كما أن سرطان الثدي يختلف من امرأة إلى امرأة أخرى اختلافا كبيراً. (كل ما يجب معرفته عن سرطان الثدي، 2016، صفحة 5)

وفي الأخير يمكن القول إن السرطان مصطلح عام يشمل مجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكنها أن تصيب كل أجزاء الجسم. ويُشار إلى تلك الأمراض أيضاً بالأورام الخبيثة. ومن السمات التي تطبع السرطان التولّد السريع لخلايا شاذة يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة ومن ثم اقتحام أجزاء الجسم المتاخمة والانتشار إلى أعضاء أخرى، ويُطلق على تلك الظاهرة اسم النقيلة وتمُثّل النقائل أهمّ أسباب الوفاة من جرّاء السرطان. (www.who.int, 2017) كما وُصِف السرطان بأنه ورم خبيث يتصف بطاقة غير محدودة لنمو الخلايا المستمر، هذه الخلايا إما أن تمتد محلياً وتغزو وتدمر النسيج الطبيعي المجاور وإما أن تنتقل عبر الأوعية اللمفاوية أو الأوعية الدموية إلى أمكنة أخرى من الجسم وتؤسس بؤراً جديدة نامية نسميها" البؤر السرطانية المنتقلة"، هذه البؤر بدورها تدمر الأعضاء الجديدة التي تغزوها وتنتهي بوفاة المصاب (ملحم حسن، 1987، صفحة 13).

II.مرض سرطان الثدي:

إن من بين السرطانات الأكثر انتشارا في العالم والذي يتسبب في وفيات النساء هو سرطان الثدي؛ حيث يعتبر هذا الأخير من أكثر أنواع السرطان شيوعا لدى النساء، إذ لا يصيب الرجال إلا ناذرا بمعدل رجل واحد مقابل 200 امرأة (Association d' aide aux Malades Atteintsde cancer,, 2010-2011, p. 13)؛ وفي هذا الجزء نحاول التعرف على هذا المرض بشكل دقيق وأكثر توضيح عن ماهيته وأنواعه وطرق علاجه ومراحله وذلك للمعرفة الكاملة لمتغير الدراسة ومعرفة التغيرات التي تحدث في جسد المرأة المصابة بهذا السرطان.

1- لمحة عن مرض سرطان الثدي:

1) أورام ثدي المرأة:

-الورم الليفي المتكيس : هذا الورم عبارة عن اضطراب موضعي في الثدي وهو شائع وغير خبيث يتواجد عند المرأة التي يتراوح عمرها بين 30-50 سنة وهو غير مؤلم.

-الورم الغددي الليفي : هذه أورام صلبة ملساء ومنتظمة، بطيئة النمو وتظهر غالبا مابين البلوغ والعشرينات ومن الممكن أن تجد المرأة أكثر من ورم واحد في الثدي أو الثديين.

-الورم الفصي: يحدث هذا الورم في القناة اللبنية بجوار الحلمة وقد تلاحظ المرأة إفرازات من الحلمة قد تكون أحيانا ممزوجة بالدم.

2) سرطان الثدي:

سرطان الثدي هو اسم لمجموعة من أنواع السرطان وجدت في أثداء النساء أو الرجال. (mainecancer, 2016) و تحدث الإصابة بسرطان الثدي في جميع المراحل العمرية، ولكن تكثر الإصابة به لدى السيدات اللاتي تجاوزن 40 عاماً، وربع المصابات بهذا المرض لم يبلغن الخمسين. (بنيو ساوث ويلز، 2017) ويعتبر هو أحد أنماط الأورام الخبيثة الشائعة وينجم عنه نمو غير طبيعي لخلايا الثدي، ويعد سرطان الثدي من أكثر أنواع الأورام التي تصيب السيدات على اختلاف أعمارهم. يبدأ سرطان الثدي عادة في البطانة الداخلية لقنوات الحليب أو الفصوص التي تغذيها بالحليب، ويتميز بقدرته على الانتشار لمواقع الجسم (موقع الطبي مسرطان الثدي ، 2016)

وتُعرف **جمعية السرطان الأميركية** American Cancer سرطان الثدي بأنه :ورم خبيث يسبب نمواً غير طبيعي لخلايا الثدي، وعادةً ما يظهر في القنوات والغدد الحليبية للثدي، ويمكن أن ينتشر إلى الأنسجة المحيطة به، أو إلى أي منطقة في الجسم، ويحدث سرطان الثدي غالباً لدى النساء، وقد يحدث أحياناً لدى الرجال (حنان الشقران و ياسمين رافع الكركي، 2016، صفحة 86) وتعرفه **منظمة سرطان الثدي** Brest Cancer بأنه :نمو غير منتظم لخلايا الثدي، ناتج عن طفرات أو تغيرات غير طبيعية في الجينات المسئولة عن تنظيم نمو الخلايا، والحفاظ على صحتها (حنان الشقران و ياسمين رافع الكركي، 2016، صفحة 86).

وكذا هو ورم خبيث ناتج عن التكاثر العشوائي والغير الطبيعي لمجموعة من الخلايا في الثدي والتي تؤدي إلى تدمير النسيج الأصلي ثم تغزو الأنسجة المحيطة وأحيانا تنتقل إلى أماكن أخرى خاصة الكبد، الرئتين أو العظام الذي يؤدي إلى الموت في غياب العلاج (Larousse médicale, 1999, p. 425)

3) أنواع سرطان الثدي:

أما أنواع سرطان الثدي فهي على النحو التالي كما وضحها " بالش": (بشير إبراهيمي محمد حجار، صفحة 59)

1- - السرطان القنوي الترسيبي Infiltrating Ductal Carcinoma

2- السرطان الفصيصي Lobular Carcinoma

3- السرطان الأنبوبي Tubular Carcinoma

4- السرطان ألغدي ألكيسيي Adénoïde Cystic Carcinoma

5- السرطان النخاعي Medullar Carcinoma

6- السرطان الموضعي داخل Intraductal Carcinoma in Situ

7- السرطان الورقاني الخبيث Malignant Cytasarcoma Phylliedes

8- السرطان الالتهابي Inflammatory Carcinoma

9- مرض باجيت الخاص بالحلمة Paget's Disease of the Nipple

وإضافة إلى هذا التقسيم يمكن أن ينتج لنا نوعين مهمين من أنواع سرطان الثدي:

1) سرطان الثدي التوسعي (الفصيصي) :وفيه تنتشر الخلايا السرطانية عبر القنوات أو الفصوص منذ بداية أنسجة الثدي المحيطة بها ثم تنتقل إلى الغدد اللمفاوية أو إلى الدم ومنه إلى أجزاء أخرى من الجسم مثل :الرئة، الكبد، العظام والدماغ ومعظم أنواع سرطان الثدي هي من نوع توسعي.

2) سرطان الثدي الغير توسعي(الموضعي): وفيه تكون الخلايا السرطانية محصورة في القنوات وفصوص الثدي ويعرف باسم السرطان الموضعي وسلوك هذا الأخير يختلف عن سلوك السرطان التوسعي إذ لا يسبب مشاكل إضافية بعد استئصاله (حنان الشقران و ياسمين رافع الكوكي، 2016، صفحة 86).

3) كما قد يتواجدان معاًفي آن واحد.

2-عوامل ظهور مرض سرطان الثدي:

1. الأسباب والعوامل المساعدة لإصابة بسرطان الثدي:(تتغير من مجتمع إلى آخر)

إن هناك بعض العوامل والأسباب التي تساعد على زيادة الاحتمال بالإصابة بالمرض من بينها وجود المرض في أحد الأقارب، الحمل الأول بعد سن الثلاثين وكذا التفريط في التدخين. (مريم عيسي حسين كرسو، 2012، صفحة 24)، وكذا زياد فرصة الإصابة به نتجت عن الدراسات والأبحاث التي قدمت في هذا المجال، إذ من بين العوامل المساعدة نجد ما يلي:

1- **الجنس**: كون الشخص المصاب امرأة فان احتمال إصابة الرجل قليل جدا مقارنة معها.

2- **العمر**: يزيد خطر الإصابة المرأة بسرطان الثدي مع ازدياد العمر وقد أظهرت إحصاءات عالمية أن حوالي 88 % من النساء المصابات بسرطان الثدي كانت أعمارهن تزيد عن 50 سنة عند التشخيص وتقل الإصابة بشكل كبير ممن هن دون سن الثلاثين.

3- **التاريخ الأسري**: تضاعف خطر الإصابة بهذا المرض مع وجود قريبة من الدرجة الأولى (أم، أخت، أو ابنة)، ويزيد خطر الإصابة بخمس أمثالها مع وجود قريبتين من الدرجة الأولى لديهما سرطان الثدي. (بشير إبراهيمي محمد حجار، صفحة 54) وجود المرض في أحد الأقرباء (لذلك على من أصيبت أمهاتهن أو أخواتهن بهذا الورم التعود على إجراء الفحص الذاتي).

4- **العادة الشهرية:** تبين من الإحصائيات أن النساء اللواتي بدأن العادة الشهرية في سن مبكرة قبل بلوغ 12 سنة، أو توقفت لديهن العادة الشهرية في سن متأخرة بعد بلوغ 50 سنة لديهن خطرا أكبر قليلا للإصابة بسرطان الثدي. (بشير إبراهيمي محمد حجار، صفحة 55) وكذا رفض الأم الإرضاع الأطفال يعتبر من العوامل المسببة لسرطان الثدي.

5- **عوامل متعلقة بالمحيط:** يعتبر الطب الحديث أن التلوث أحد أكثر العوامل المسببة للسرطان كتلوث الهواء والتربة، كذلك تناول الهورمونات التعويضية أو حبوب منع الحمل فهي تتسبب في اختلال إفراز الهرمونات في الجسم مما قد يؤدي الى إضراب بعض الأعضاء كالثدي والمبيض لدى المرأة مما قد يزيد في احتمال إصابتها ببعض الأورام كأورام الثدي.

2. أعراض مرض سرطان الثدي:

ليس كل تغير في الثدي هو ورم وليس كل ورم هو خبيث، لكن يجب عدم إهمال أي ورم أو تغير في شكل الثديين ومن المهم مراجعة الطبيب إذا لاحظت:

- ظهور كتلة في الثدي
- زيادة في سماكة الثدي أو الإبط
- إفرازات من الحلمة
- انكماش الحلمة (يعتبر مرحلة متقدمة من سرطان الثدي)
- ألم موضعي في الثدي
- تغير في حجم أو شكل الثدي

علماً بأن بعض هذه التغييرات تحدث طبيعياً عند الحمل أو الرضاعة أو قبل الحيض وبعده عند بعض النساء (داء السرطان في الجزائر وشهادات من الواقع ، 2017).

3. تشخيص سرطان الثدي:

ينطوي تشخيص سرطان الثدي عادةً على اختبار ثلاثي، وهذا يشمل :الفحص السريري للثدي، وصورا إشعاعية بجهاز التصوير، التصوير الإشعاعي الماموجرام(Mammogram) بالموجات ما فوق الصوتية (Ultrasound) يليها أخذ عينة من الأنسجة (Biopsy) من الثدي لفحصها تحت المايكروسكوب. وتجرى اختبارات أخرى، مثل :اختبارات الدم، أو مسح

العظام عن البؤر السرطانية المتنقلة، أما فيما يخص التصوير بالرنين المغناطيسي (Magnatic Resonanace Image) فُيقترح في حالة عدم القدرة على تشخيص الورم بالتصوير الاشعاعي و الموجات فوق الصوتية أو للبحث عن البؤر السرطانية المتنقلة أو في حالة عدم ظهور الورم . (حنان الشقران و ياسمين رافع الكركي، 2016، صفحة 86)

3-مراحل مرض سرطان الثدي وطرق العلاج:

1) مراحل تطور مرض سرطان الثدي:

يتطور سرطان الثدي وفق أربعة مراحل مرقمة من 1 إلى 4، و يتم ذلك حسب درجات المرض (حسب سرعة انقسام الخلية السرطانية)؛ حيث تعبر تلك الدرجات عن سرعة انتشار المرض.

- **درجة 1**: وهي درجة منخفضة، وفيها تكون الخلايا غير طبيعية وتنمو نمواً سريعاً مقارنة بالخلايا العادية، ولكنها لا تصل إلى سرعة نمو الخلايا في الدرجة 2.
- **درجة 2**: وهي درجة متوسطة، وفيها تكون الخلايا غير طبيعية وتنمو أسرع من خلايا الدرجة 1، ولكنها لا تصل إلى سرعة نمو الخلايا في الدرجة 3.
- **درجة 3**: وهي درجة مرتفعة، وتنمو فيها الخلايا السرطانية أسرع من الدرجتين السابقتين.

كلما ارتفعت الدرجة، كلما زاد احتمال الخضوع للعلاج الكيميائي أو الهرموني بعد الجراحة (بنيو ساوث ويلز، 2017).

وترى "**روزنثال**" أن سرطان الثدي يقسم لعدة مراحل، وكل مرحلة منها تعطي فكرة عن مدى انتشار المرض، ونسبة الشفاء المرجوة في هذه المرحلة، بالإضافة إلى طرق العلاج الخاصة بها، وهذه المراحل هي:

المرحلة الصفرية:(**Zero Stage**) وتعني هذه المرحلة أن الورم في مرحلة مبكرة جداً؛ وتتراوح نسبة الشفاء من المرض ما بين 98 % و 99%. (حنان الشقران و ياسمين رافع الكركي، 2016، صفحة 86)؛ ويعني أن السرطان لم ينتقل للأجزاء المحيطة، لذلك يسمى سرطان ثدي غير انتشاري ويمثل حوالي 15-20 % من مجموع حالات سرطان الثدي، ولا يعتبر سرطانا حقيقياً ويوجد نوعان – في هذه المرحلة:

أ- **سرطان في القنوات الناقلة للحليب Ductal Carcinoma in Situ**: وتكون خطورة الإصابة بالسرطان مرتفعة لذلك يحتاج متابعة دقيقة لتطوره.

ب-**سرطان في أنسجة الثدي Lobular Carcinoma Situ**: وفيه تخير المرأة بين استئصـــال جزئي للثدي أو إزالة الثدي بالكامل وذلك بناء على حـــجم الثدي ومنطقة الإصابة. (بشير إبراهيمي محمد حجار، صفحة 59)

المرحلة الأولى (First Stage): وحجم الورم فيها يكون حوالي 2 سم، ونسبة الشفاء منه تكون ما بين -90% 85%، ويكون العلاج في هذه المرحلة بالجراحة.

المرحلة الثانية (Second Stage): ويتراوح حجم الورم هنا ما بين (5-2سم) ، ولكن الورم يكون قد انتشر إلى العقد الليمفاوية الموجودة تحت إبط الثدي المصاب، ونسبة الشفاء في هذه المرحلة هي(66 %) ، ويتمثل العلاج بالجراحة، أو الجمع ما بين الجراحة والعلاج الإشعاعي، يليهما العلاج الكيميائي، أو العلاج الهرموني، أو الاثنان معاً .**المرحلة الثالثة (Third Stage)**: وتعد هذه المرحلة من المراحل المتقدمة للمرض، ويكون حجم الورم (أكبر من 5سم)، والغدد اللمفاوية ملتصقة مع بعضها بعضاً وبالنسيج المحيط، ولكن الورم لم ينتشر بعد إلى أماكن بعيدة في الجسم، ونسبة الشفاء .(50 %)ويكون العلاج في هذه المرحلة من خلال الاستئصال الموضعي بالأشعة المناسبة، أو العلاج الكيميائي، أو العلاج الهرموني.

المرحلة الرابعة: (**Fourth Stage**)هي مرحلة متقدمة جداً من المرض؛ أي أن الورم قد انتشر إلى أنسجة أخرى كالعظام أو الكبد أو الرئتين أو الدماغ أو الثدي المقابل، ونسبة الشفاء لا تتجاوز10%) ، (أي لمدة خمس سنوات من الحياة. ويتمثل العلاج في هذه المرحلة في العلاج الكيميائي أو العلاج الهرموني أو الاثنين معاً؛ بهدف تحطيم الخلايا السرطانية، والسيطرة عليها، والحد من انتشارها. (حنان الشقران و ياسمين رافع الكركي، 2016، صفحة 86).

2) طرق العلاج مرض سرطان الثدي:

تعتبر الجراحة العلاج الأساسي لسرطان الثدي أما العلاج الكيميائي و الاشعاعي فهي علاجات مكتملة للجراحة، كون علاج سرطان الثدي بالجراحة، أو بالأشعة أو بالعلاج الكيميائي أو جميعها معاً ويعتمد ذلك على مرحلة اكتشاف المرض. إذ إن النسبة المئوية لنجاح العلاج من المرض تقاس للمريضات اللائي يبقين خمس سنوات على قيد الحياة بعد بداية العلاج . ويمكن اعتبار أن أغلبهن قد تعافين من المرض ممن يبقين على قيد الحياة لتلك الفترة، وهي خمس سنوات. (حنان الشقران و ياسمين رافع الكركي، 2016، صفحة 86)

ومن بينها ما يلي:

أ ـ العلاج الكيميائي : Chimio Thérapie

يتم العلاج الكيميائي باستخدام مجموعة مركبة من العقاقير الكيميائية والتي يكون تأثيرها على الخلايا السرطانية أقوى منه على الخلايا السليمة، ويكون العلاج إما على شكل حقن في الوريد أو أقراص في الفم، ومن آثار العلاج الجانبية تساقط الشعر، التقيؤ، والإسهال لكن كل هذه الآثار مؤقتة. أيضاً قد بسبب انخفاض عدد كريات الدم البيضاء ولذا يتم عادة فحص الدم بشكل مستمر وينصح بالابتعاد عمن يشكوا من أمراض معدية مثل الأنفلونزا إذا كان عدد كريات الدم البيضاء منخفضاً (داء السرطان في الجزائر وشهادات من الواقع ، 2017)

ب ـ المعالجة الجراحية: La Chirurgie

وتعتمد قطع الورم كاملا وإذا كان ممكنا وذلك بإتباع إحدى الطرق المعتمدة من القطع البسيط للجزء المصاب من الثدي وإلى إزالة الورم بكامله مع جزء من الغدة السليمة وحتى مرحلة قطع الثدي وما يتبعه من أنسجة وتشمل الغدد اللمفاوية تحت الإبط وفي الصدر. (سميح نجيب الخوري، 1999، صفحة 243)؛ وأنواع الجراحة لاستئصال الورم السرطاني تعتمد على عدة أمور منها حجم الثدي، وحجم وموقع الورم السرطاني في الثدي، ومدى انتشار الورم في الثدي أو المنطقة القريبة منه، أو الغدد الليمفاوية، أو أجزاء أخرى في الجسم وتفضيل المرأة للاستئصال الكامل للثدي رغم عدم انتشاره في كل الثدي.

من بين اختيارات الجراحة ما يلي:

أ-إزالة الكتلة أو إزالة الثدي المقطعي (Lumpectomy):

وفيها تزال بعض الأنسجة المحيطة، وهو النوع الأقل استئصالاً في جراحة سرطان الثدي.

-إزالة ربع الثدي أو إزالة الثدي الجزئي:(Quatranetoctomy)

وفيها يزال الربع الذي يوجد فيه السرطان شاملاً بعض الجلد والغشاء المبطن للعضلة الصدرية التي تقع تحت الورم.

-إزالة الثدي البسيط(Simple Mastectomy) :

وفيها يزال كل الثدي وتؤخذ عينة من العقد الليمفية تحت الإبط.

-إزالة الثدي التام المعدل:(Modified Radical Mastectomy)

وفيها يزال كل الثدي والعقد الليمفية تحت الإبط والبطانة فوق عضلات الصدر.

-إزالة الثدي التام:(Radical Mastectomy)

وفيها يزال كل الثدي والعقد الليمفية تحت الإبط وعضلات الصدر التي خلفها. (بشير إبراهيمي محمد حجار، الصفحات 60-61.)

ج ـ العلاج الإشعاعي:

هو وسيلة لقتل الخلايا السرطانية التي يحتمل بقاؤها في مكان الجراحة ويساعد في عدم انتكاس المرض، وفي حالات أخرى تستعمل الأشعة ذات القدرة العالية في الحالات المتقدمة لقتل الألم. (سميح نجيب الخوري، 1999، صفحة 243) ؛ وهو عبارة عن إرسال أشعة سينية بقدرة 6 ميغا فولط ومباشرة إلى الخلايا السرطانية في الجزء المصاب من الجسم، وتتم هذه العملية عبر طريقتين:

- توجيه أشعة مباشرة إلى الجزء المصاب من الجسم.
- زراعة مؤقتة لبذور مشعة في الخلايا السرطانية (بشير إبراهيمي محمد حجار، صفحة 62).

ويسبب مشاكل جلدية في منطقة المعالجة، وكذا تقلص أو انكماش النسيج الداخلي للثدي.

د ـ العلاج بالهرمونات :

إن عدد كبير من الأورام السرطانية هي أورام تعتمد في نموها وتكاثرها على الهرمونات وعلى هذا فمن الممكن إيقاف تكاثرها أو إبطائها وذلك تبديل الهرمونات الجنسية التي يعتمد عليها الورم، لذا المرأة في سن اليأس يكون سرطان ثديها معتمدا على الهرمون الأنثوي الاستروجين، لذا فان علاج النقائل يكون بإزالة هذا الهرمون أو معادلته وذلك بإجراء عملية إزالة المبيضين (سميح نجيب الخوري، 1999، صفحة 243)؛ وكذا يستعمل لمنع نمو الخلايا السرطانية أو انتشارها أو ظهورها مرة أخرى.

هـ ـ زراعة نخاع العظم :

ويعني اخذ خلايا السلالية (stem cells) من النخاع العظمي، أو فصلها من دم المريضة قبل البدء في العلاج، ثم إعادتها لها بعد الانتهاء من العلاج للمساعدة على إعادة قدرة الجسم على المقاومة، لأن العلاج الكيماوي أو الإشعاعي يقتل الخلايا السرطانية، إضافة إلى قتل خلايا الدم المكونة للخلايا السلالية.

III. السرطان في العالم:

السرطان واحد من أهمّ أسباب الوفيات في جميع أنحاء العالم لذا سوف نتعرض لإحصائيات هذا المرض

1- احصائيات حول مرض السرطان:

قد بلغ عدد الحالات الجديدة للإصابة بمرض السرطان في العالم عام **2008** ما يقارب 12.7 مليون حالة جديدة، و وفاة 7.6 مليون شخص بسبب السرطان وقد طرأ أكثر من نصف الحالات الجديدة وما يناهز ثلثي الوفيات في البلدان النامية (متحدون ضد السرطان، صفحة 12). وكذا قد سجلت حالات جديدة أصيبت به وبلغ عددها 14 مليون حالة تقريباً في سنة **2012** (Ferlay J,I Soerjomataram , 2012.P 11) ، ويقابل هذا العدد الجديد 8.2 مليون حالة وفاة في نفس السنة أي بنسبة 56.8 %في الدول المتقدمة ونسبة 64.9% في الدول النامية (قوارح يمينة ، 2015/ 2016،، صفحة 63).ومن المتوقع أن يزيد عدد الحالات الجديدة للإصابة بالسرطان بنسبة تقارب 70% خلال العقدين المقبلين، إذ أن السرطان يعتبر ثاني سبب رئيسي للوفاة في العالم وقد حصد في عام **2015** أرواح 8.8 مليون شخص، وتُعزى إليه وفاة واحدة تقريباً من أصل 6 وفيات على صعيد العالم ؛ تُمنى البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل بنسبة 70% تقريباً من الوفيات الناجمة عن السرطان. (صحيفة الواقع، السرطان ، 2017) وحسب منظمة الصحة العالمية فإن عدد الحالات الجديدة لهذا الداء سوف يعرف ارتفاعا بحلول عام **2025** وكل هذا يدل على خطورة التهديد للعالم النامي وخصوصا مع استمرار هذه الدول في مواجهة مشكلة "العبء المزدوج "وهو ما يتضح من فيروس الكورونا (الفيروس التاجي) اليوم (قوارح يمينة ، 2015/ 2016،، صفحة 63). ومن بين أنواع السرطان الأكثر شيوعاً التي تسبب الوفاة:

سرطان الرئة (1.69 million وفاة)، سرطان الكبد (788 000 وفاة)، سرطان القولون والمستقيم (774 000 وفاة)، سرطان المعدة (754 000 وفاة)، سرطان الثدي (571 000 وفاة) (صحيفة الواقع، السرطان ، 2017).

2. احصائيات حول مرض سرطان الثدي:

يعتبر سرطان الثدي أكثر أنواع السرطانات المنتشرة بين السيدات في أستراليا، حيث يتم تشخيص إصابة حوالي 13000 سيدة بسرطان الثدي كل عام (بنيو ساوث ويلز، 2017). كما يشكل سرطان الثدي نسبة 22.9 بالمائة من جميع أنواع السرطان، ففي عام **2008**، تسبب سرطان الثدي بموت 458,503 امرأة في جميع أنحاء العالم (الإذاعة الجزائرية، 2017)، وتشير أرقام منظمة الصحة العالمية إلى أن هناك ومليون و 700 ألف حالة جديدة في العالم سنويا. (djazairess, 2017)كما يقتل المرض 458 ألف إنسان في العام. ومع أن المرض يصيب النساء إلا أن الرجال أيضا معرضون له وإن بنسبة أقل. (الإذاعة الجزائرية، 2017)

IV. السرطان في الجزائر:

1. مراكز مكافحة سرطان في الجزائر:

إن الهدف في دراسة هذه النقطة ليس التطرق إلى مراكز العلاج كنسق أو نظام خاص بل معرفة كيف تسير التفاعلات الموجودة داخل هذا المجال و خصوصية مجالات العلاج في المجتمع الجزائري باعتبار **مركز علاج السرطان** "هو مجال اجتماعي علاجي يتواجد فيه الفرد المصاب بالسرطان لتلقي العلاج من طرف الطاقم الطبي الخاص حسب حالته المرضية و كذا يتفاعل فيه المريض ويرسل ويستقبل رموز ورسائل ترجع إلى تمثل هويته، و تمثلاته لمرض السرطان .

وكما ورد في السابق أن " الانتماء إلى ثقافة معينة يمنح الفرد الإطار الذي تتكون فيه الأولويات التي لها علاقة بما يتمظهر على الجسم و ما في ذلك المرض و أعراضه (Freidson eliot , 1985, p. 297)" أي أن انتماءات الأفراد إلى مجالات وثقافات معينة تجعله يفسر تلك الأعراض المتعلقة بمرضه وسبب حدوث المرض. ومن هنا يتبين لنا أن هناك محددات ثقافية للصحة والمرض كما ذكرته "كلودين" (Philippe Adam, Claudine Herzlich, 2005, pp. 58-62.) فمن بينها :

- تجربة الألم
- الاختلاف في ردود الأفعال اتجاه أعراض المرض بحد ذاته.
- ومفهوم المرض في مجتمع معين .

في هذه النقطة أن الطبيب يضع التفسير العلمي الطبي للأعراض وبعد إجراء الفحوصات فان المريض يفسر سبب الأعراض تلك حسب ثقافته وإلى المتغيرات السوسيوثقافية، لذا فان علاقة المريض بالطبيب لها دور هام في فهم المجال الاجتماعي العلاجي والتفاعلات الحاصلة داخل المجال.

ومن هنا فإن هوية المريض هي التي تحدد العلاقة التي سوف تكون داخل المجال الاجتماعي العلاجي، بحيث أن تفاعل الفرد المريض داخل هذا المجال، يرجع إلى تمثلاته للمرض وعلاقته بهذا المجال

1) من بين المراكز الموجودة في الجزائر التي جاءت للتكفل بمرضى سرطان و إتباع حالاتهم مركز "ذراع بن خدة" الذي يتوفر على قاعة جراحية خاصة بمرض السرطان ويتسع لما لا يقل عن 140 سرير؛ و كونه يتكفل بمرضى السرطان التابعين لكل من ولاية: تيزي وزو، بجاية، بومرداس، وكذا ولاية البويرة، سيما الذين بلغوا حالة متقدمة من المرض (أ،صبرينة، 2017) ؛ و في الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية في العدد 18 من سنة 2011، 23 مارس، وفي المادتين 85-3 و 125، المتضمنة إنشاء مؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها لكل من: مركز مكافحة السرطان سطيف، ومركز مكافحة السرطان بباتنة كل في ولايتين سطيف و باتنة. (أحمد أويحي، 2011، صفحة 27) و أعلن وزير الصحة والسكان و إصلاح المتشفيات السابق" عبد المالك بوضياف " عن فتح مراكز جديدة لمكافحة السرطان خلال السداسي الأول من سنة 2018 بكل من تلمسان، وسيدي بلعباس، أدرار و الأغواط، وأكد الوزير لدى نزوله ضيفا على منتدى القناة الأولى للإذاعة الوطنية أن هذه المراكز الجديدة سوف تساهم في التقريب الصحة من المريض وتخفيف أعباء النقل ناهيك عن تخفيض الضغط الذي تعاني منه المراكز المتواجدة في المدن الكبرى (ق.ح، 2017) ؛ و أكد رئيس قسم طب الأورام بمركز مكافحة السرطان "بيار وماري كوري" البروفيسور "كمال بوزيد" أن المركز يعالج "4.500 حالة جديدة من المرضى المصابين بداء السرطان سنويا، في حين تعالج مركز بوفريزي 1800 حالة و الرويبة ما بين 1.500 و 2000 حالة جديدة سنويا، أي 20% من الحالات الجديدة المسجلة عبر الوطن." (وكالة الأنباء الجزائرية، 2017)

2) **مركز مكافحة السرطان بولاية ورقلة:** هو قسم مختص بعلم الأورام ويقدم خدمة عامة استشفائية، تأسس في 2008، وتم تدشينه في 2010/10/27، وهو أول مركز لسرطان في جنوب الجزائر، و أول مركز في الجزائر الذي يستفيد من خدمات الأجانب (الكوبين) ويتكون من الوحدات التالية:

1/ قسم العلاج بالأشعة Radiothérapie

2/ قسم فحص الأورام d'oncologie médicale

3/ جراحة الأورام chirurgie oncologique

4/ قسم التشخيص بالأشعة

بحيث يتكون الطاقم الطبي الموجود به على 7 أطباء، وفيزيائيين 02، ومختصين يتداوي الأخرى 08 إذ يعتبرون من الأطباء جزائريين، أما بالنسبة لأطباء الكوبيين و03، والفيزيائيين 03، 07 لتخصص أخر، ويتم استقبال المرضى من 48 ولاية من الوطن وقد يتماشى الحال باستقبال حتى بعض الجالية المتواجدة في الجزائر على سبيل المثال: ليبيا، مالي، نيجر. (الاخظاري، 2017).

2. مرض سرطان الثدي في الجزائر:

تحصي الجزائر أكثر من 11 ألف حالة جديدة لسرطان الثدي الذي سجل ارتفاعا ملحوظا في السنوات الأخيرة وان هذا الداء كان يحتل قبل سنوات مضت المرتبة الثانية، مسبوقا بسرطان عنق الرحم، ليتغير الأمر خلال السنوات الأخيرة بتصدره قائمة مختلف أنواع السرطان بالجزائر، والسبب راجع لعدم تشخيصه مبكرا والتأخر الملحوظ للعلاج الإشعاعي، ما يؤدي إلى انتكاس الحالات وانتشار الداء عبر مختلف أنحاء الجسم (elkhaba, 2015) و حسب أخصائية في تداوي بالأشعة البروفيسور "**سهام اوكريف**"، تستقبل مصلحة "بيار ماريكوري" لمكافحة السرطان بالعاصمة حالات كثيرة، ورغم فتح مصالح أخرى عبر الوطن، إلا أن ذلك يبقى غير كاف مؤكدة أن نسبة الإصابة بسرطان الثدي في تزايد كل سنة، بمعدل 11000 حالة سنويًا . (djazairess, 2017) و كشفت الأمينة العامة لجمعية الأمل لمساعدة مرضى السرطان "**حميدة كتّاب**" في تصريح لها على هامش إشرافها على قافلة الكشف المبكر عن سرطان الثدي بولاية غرداية، أن الجزائر تسجل سنويا 11 ألف حالة جديدة سنويا للإصابة بسرطان الثدي وسط النساء 12 من المائة منهم أصغر من سن 35 سنة بينما تسجل 4 ألاف حالة وفاة سنويا بسبب عدم الكشف المبكر عن هذا الداء الخبيث والوصول إلى المراحل المتأخرة من المرض، وهي نسبة متزايدة مقارنة بالسنوات الماضية نتيجة غياب ثقافة التشخيص لدى النساء. (jawahir.echoroukonline., n.d.)

وفي بعض التصريحات أن في بعض السنوات تكتشف 7000 حالة جديدة سنويا، ويصيب المرأة خلال مختلف مراحل حياتها وخاصة باقترابها من سن 55 وكذا يصيب سرطان الثدي الرجال نادرا بمعدل رجل مقابل 200 امرأة (جمعية مساعدة المرضى المصابين بالسرطان، 2010-2011، صفحة 18).

وفي تصريحات أخرى وعن ملاحظة التزايد الكبير لحالات سرطان الثدي بالجزائر بدليل أن عددها تضاعف ثلاث مرات خلال السنة التي مضت، أكد السيدة"كتّاب" مرة أخرى على تأخر الكشف عن الحالات التي عادة ما تصل في مرحلة متقدمة من الإصابة، موضحا أن هذا النوع من السرطان في تصاعد مستمر، والسر من وراء ذلك، أضافت قائلة "راجع إلى عقلية المرأة الجزائرية التي لا تقصد الطبيب لمعاينة ثديها إلا في حال إحساسها بألم أو بوجود أجسام غريبة بأحد ثدييها أو كليهما معا"، وهي حالات يكون فيها الورم قد بلغ 20 ملم في غالب الأحيان، الأمر الذي يتطلب بتر الثدي أو اللجوء لعلاج كيميائي وجراحي ثقيلين. وعليه، فإن تقنين معاينة النساء العاملات وعددهن مرتفع بالجزائر، من شأنه أن يحد من انتشار الداء وضمان التكفل المبكر بالمصابات به (elkhaba, 2015 , p. 2)؛ وقالت بأن الأرقام تشير إلى 12 % من المصابين الجدد تعود لنساء أقل من 35 سنة، و20 % من نساء أقل من 40 سنة.

وعرضت الأستاذة:" **مزياني**" خلال مهرجان الفيلم الطبي البيداغوجي المنتظم، بالعاصمة، فيلما من 10 دقائق يتحدث عن تجربة 3 نساء مصابات بسرطان الثدي وكيفية تعايشهن مع الداء، وتعلق الأستاذة عن الحالات بأنهن تطلبن بعض الوقت لتقبل إصابتهن، وكيف أن مساندة أسرهن لهن قد أفادتهن كثيرا في تلقي العلاج، لكن الإشكال المطروح بعد ذلك كان في مدى إعادة اندماجهن في حياتهن المهنية، إذ أن العودة إلى الحياة بعد علاج كيميائي طويل وثقيل لا يكون سهلا بالمرة.

ويعتبر سرطان الثدي في السنوات الأخيرة يشكل أول السرطانات عند النساء في الجزائر وفي العالم أجمع، وهذا بتسجيل 1200 عملية جراحية في السنة الواحدة، بمعدل 9 حالات يوميا. ويسجل 11 ألف حالة إصابة جديدة بهذا السرطان في الوطن. (djazairess, 2017)

أما بالنسبة لسنة **2002** تم تسجيل 6000 حالة إصابة، والسنة 2007 تم تسجيل 8000 حالة إصابة، أما في السنة الموالية سنة **2008** تم تسجيل 9000 حالة جديدة، ويتوقع أن يرتفع العدد إلى 45000 بحلول سنة **2013** (Epidemiologie du cancer du sein en algerie, 2009, p. 4)

3. مرض سرطان الثدي في ولاية ورقلة:

أما في ولاية ورقلة فان عدد مرضى سرطان الثدي المسجلين في مركز العلاج لمكافحة السرطان بورقلة لسنة **2016** كانت بالتقريب **397 حالة** من **1250** حالة مسجلة في نفس السنة باختلاف أنواع سرطاناتهم يتواجدون في المركز من اجل العلاج باختلاف مناطقهم الجغرافية أي باختلاف المجال العمراني للمصاب[4].

أما بالنسبة لمريضات ولاية ورقلة والمسجلين في سجل السرطان لولاية ورقلة فكانت سنة **2014**، 97 حالة جديدة من أصل الولاية، وفي سنة **2015** سجلت 98 حالة، أما بالنسبة لسنة **2016** فقد تم تسجيل 115 حالة جديدة في تلك السنة (الدكتور بوعزيز حسام، 2017).

[4] إعداد الباحثة، **قسم الأرشيف ، مركز العلاج لمكافحة السرطان بولاية ورقلة** ، الجزائر، من 2016/10/10- إلى 2017/5/4

خلاصة:

في الأخير جاء هذا الفصل لتسليط الضوء عن مجال التفاعل الاجتماعي من حيث اعتبار أن لكل مريض له مجال لتداوي وتلقي العلاج و مراكز العلاج و مكافحة السرطان كمثال عن ذلك، فهذا المجال ما هو إلا افتراض منطقيي بالنسبة للدراسة؛ و نستطيع القول كذلك أنها تمت المعرفة العلمية الطبية لمرض السرطان بصفة عامة و مرض سرطان الثدي بصفة خاصة من اجل الفهم الدقيق للتغيرات البيولوجية التي تحدث للمرأة المصابة بالمرض وكذا مراحل العلاج ، فمرض السرطان ليس كأي مرض عادي بل له مخلفات جسدية كبتر ونزع ثدي المرأة، و حتى الحروق التي تتم على جسدها وتترك مخلفات تبقي حتى بعد الشفاء، و معرفة في أي مرحلة و أي علاج يتم سقوط شعر الأنثى، إذ يعتبر هذا الأخير متغير مهم في دراسة و له دلالات قوية تغير من تفاعلات وتمثلات المجتمع للمرأة المصابة.

وهذا ما يتسبب لدى المريضة تمثلات عن صورة جسدها وعن شكلها لذا يستوجب علينا التطرق إلى فصل أخر مكمل لمعرفة أكثر عن ماهية التمثلات، وماهية الجسد في وجهة نظر سوسيولوجية وكيف يستطيع أن يغير سرطان الثدي في عدة معطيات خاصة بالمريضة المصابة ومجالاتها، إذن ما هي تمثلات الصحة والمرض؟ وما هي صورة الجسد بعد المرض؟

الفصل الثالث: الجسد وتمثلات الصحة والمرض

تمهيـــــد:

I. الجسد

1. دراسات مؤسسة للجسد

2. سوسيولوجيا الجسد

II. ماهية التمثلات

1. مفهوم تمثلات

2. وظائف التمثل الاجتماعي

III. الجسد وتمثلات مرض السرطان

1. العلاقة بين التمثلات والمرض والجسد

2. الهوية ومرضى السرطان

IV. التمثلات الاجتماعية للمرض في الجزائر

1. الصحة في الجزائر

2. المرض والمجتمع

الخلاصـــة

تمهيـــــد:

لقد أولت العلوم الاجتماعية اهتماما كبير بمجال الصحة والمرض، فموضوع الدراسة الحالية مثالا على ذلك إذ يعالج أحد الأمراض المستعصية ألا وهو "مرض سرطان الثدي" في المجتمع الجزائري. لذا جاء هذا الفصل لتكملة الفصول السابقة من حيث التراث العلمي الخاص بموضوع الأطروحة وللبحث عن مفهوم التمثلات وتحليل الدراسات التي أجريت حول هذا المرض المستعصي وكذا رمزية جسد المرأة لكونه جسد أنثوي له دلالات معينة يحمل مميزات خاصة مختلفة عن جسد الرجل. وبما أن مرض سرطان الثدي يترك مخلفات وتحولات على جسدها أثناء مرحلة العلاج فسوف نتطرق إلى الدراسات التي عالجت موضوع الجسد، وكذا المفهوم العام لمفهوم التمثلات وصولا إلى تمثلات المجتمع الجزائري لموضوع المرض بصفة عامة.

I. الجسد:

منذ بداية الحياة كان الجسد وسيلة للتعبير وإرسال الرسائل للآخرين من أجل التواصل، وفي الآونة الأخيرة أصبح الجسد موضوع كامل قابل للدراسة في عدة علوم وطرح من عدة قضايا وبما أن الجسد يحمل رمزية ودلالات تعبر عن صاحب هذا الجسد؛ لذا أردنا الإلمام بهذا الموضوع ومعرفة الدراسات التي سُلط عليها الضوء في شتى المنظورات.

1. دراسات مؤسسة للجسد:

إن من بين المهتمين بدراسة الجسد المنظور الطبي و البيولوجي، إذ ينظرون إليه على انه كتلة من الأعصاب والأوعية الدموية له وظائف يقوم بها موجهة من السيالة العصبية من الدماغ إلى كافة الجسم، ولقد ظهر عند:" ا. **ويلسون**" في كتابه "عالم الحشرات"، حيث حاول من خلاله بناء الأسس البيولوجية لكل السلوكيات الاجتماعية، وهو ما يلخصه: "**مارشال سهلينز**" بقوله: " إذا كانت الدلالات تتشكل على المستوى الاجتماعي، فان التفاعلات الإنسانية تتحدد على المستوى البيولوجي، الشيء الذي يؤدي حتماً إلى المنظور التطوري لميل عرقي، يهدف إلى إعطاء حظوظ التوالد" (دافيد لوبروتون، 2014، صفحة 123). هذا المنظور لا يراعي أفعال وتفاعلات الفرد الحامل للجسد بل يرى الجسد على أنه مفهوم طبي بيولوجي وأنه كتلة أساسها الأعصاب موجودة في جسم الإنسان موجهة من طرف الدماغ لها أغراض تتماشى مع متطلباته ويفسرونها بعامل الوراثة والجينات التي تحمل في طياتها خصائص من أفعالهم وطبائعهم، في حين هناك منظور آخر آلا وهو المنظور الفلسفي الذي يعالج الجسد من وجهة نظر أخرى تختلف كلية عن المنظورات السابقة.

لقد ظل هذا الأخير- الجسد- محل تجاهل النظريات الفلسفية والسياسية والثقافية حتى عهد قريب، وكان "ديكارت" أكثر من همّش الجسد حين افترض أنه يمكننا اكتساب المعرفة من خلال الاقتصار على تأمل العالم.

لكن جاء بعده "هايدغر" الذي نقض تصورات ديكارت وبيّن أنه لا يمكن الحصول على المعرفة الحقيقية إلا من خلال تعامل الجسد مع المحيط حوله، لذا فإن "هايدغر" أدخل الجسد ضمن نطاق الفكر الفلسفي؛ وهذا ما يؤكد لنا أن معظم النظريات الفلسفية ركزت على العقل الإنساني واعتبرته أهم بكثير من الجسد.

وفي هذا السياق يعتبر " **فوكو**" من العلماء الفرنسيين المعاصرون و هو من بين العلماء الأوائل و المؤسس الحقيقي لسوسيولوجيا الجسد، بمنظور مغاير يختلف عن المفهوم الفسيولوجي للجسد في الوقت الذي كان جل اهتمام العلماء آن ذاك

موجه نحو "الروح"، إذ أن بنية الفرد الاجتماعي المكونة من روح و جسد هي خاضعة حسب فوكو إلى البني الاجتماعية و السياسية و الثقافية و الدينية و غيرها، كما تتأثر الروح بسلطة البني فإن الجسد هو كذلك يتأثر ببنية الفرد الاجتماعية، (لبنى لطيف، 2017) وتعتبر أيضا من أبعاد الجسد ودلالاته المستمدة من الوازع الاجتماعي؛ إذ أن لهذا الأخير سلطة معينة كما تطرق لها " فوكو" إذ يحدد مفهومه للجسد على انه منتوج اجتماعي، وبهذا تَطرق إلى العلاقة بين الجسد والسلطة.

حيث اهتم «فوكو» بفهم طريقة استخدام الجسد وممارسته كسلطة، كاستخدامه في الخطاب السياسي وكذا في عدة مؤسسات اجتماعية مختلفة كالمدرسة والسجن والمصنع والمستشفى؛ ويعتبر فوكو أن الجسم بوصفه موضع إنزال العقوبة وهذا ما تبين في دراسته للسجون، وأنه يتم تهذيبه وتشكيله من خلال وضع خطط صارمة للمراقبة؛ ويعتبر هنا بأن الجسد حصيلة ناتجة من كل إلزام اجتماعي وبنية اجتماعية.

إن المنظورات السابقة، كل من المنظور الطبي والفلسفي، ربط الجسد و الأفعال والتفاعلات المترتبة عنه بالجانب البيولوجي من خلال عمل الجينات والوراثية أو بإلغاء أهميته و إعطاء الأولية للعمليات العقلية التي تعد مصدر كل الأفعال والتفاعلات أو من خلال ازدواجية الروح والجسد حيث يعتبر أحدهما نتيجة للآخر فيتمثل عبر ممارسات وأفعال تظهر في سلطة وفي البناء الاجتماعي الذي يتفاعل فيه؛ إن هذا التراث العلمي السابق لم يبقى الوحيد الذي أولى اهتماما بموضوع الجسد فهناك منظور أخر قدم إسهاما علميا حول الجسد كسيكولوجيا الجسد أو المنظور النفسي الاجتماعي للجسد.

لقد اهتم **علماء النفس** بالجسد عبر إجراء دراسات في مجال النفسي الاجتماعي والتي قدمها " **فرانكلين شونتز**" عن الجوانب الإدراكية والمعرفية للخبرة الجسمية وحاول دراسة الإدراك والتصور الجسدي (مها محمد حسين، 2010، صفحة 35)، أي كيف ينظر الفرد إلى جسمه وأجزائه ومكوناته، وكذا دراسة " **ميشيل أرجيل** " كتعبيرات الوجه السريعة والأبعاد المسافية بين الأشخاص ودراسة الحركات الجسدية (مها محمد حسين، 2010، صفحة 36). كما اهتم بعض الأطباء وعلماء النفس الاجتماعي بدراسة الشكل الجسمي النموذجي في مرحلة المراهقة وما يتعلق بالمراهقين من التغيرات الفسيولوجية ذات الدلالات الجسدية الملحوظة، ودراسة ردود الفعل السيكولوجية لهم ولدى مرضى شلل الأطفال أيضا (مها محمد حسين، 2010، صفحة 34). وكذا اهتمت دراسات علم النفس لموضوع الجسد في دراسات الشخصية والقياسات الشخصية.

نستطيع القول هنا أن المنظور النفسي الذي تناول مفهوم الجسد يركز على المشاعر والأحاسيس التي يحملها الجسد في بعض المواقف وكذا يهتم بردود الفعل العصبية والغير عصبية؛ إن الدراسات الموجودة في علم النفس عالجت التغيرات التي مر بها الفرد

أثناء تطور حياته من الجانب السيكولوجي. في حين هناك منظورات أخرى عالجت موضوع الجسد من وجهات نظر مختلفة ذات طبيعة سوسيوثقافية تمثلت في المنظور الأنثروبولوجي.

بدأ الاتجاه الأنثروبولوجي لدراسة التجربة الحية الجسدية في الثمانينيات كنتاج لتصحيح الدراسات المبكرة التي أدركت التجربة اليومية بصورة أولية في ضوء العقل من خلال الافتراضات والمزاعم عن ثنائية الغرب (العقل / الجسد)، و قد أثر هذا الاتجاه على العديد من مجالات البحث الأنثروبولوجي و دراسات اللغة ودراسات ما قبل التاريخ في علاقتها بالثقافة المادية؛ ومع هذا فإن هذا الأسلوب التحليلي غالبا ما يعمم بصورة غير ملائمة فيما يتصل بغير الغربيين مشيرا إلى أنهم يركزون على التجربة في الجسد و ينقصهم الالتفات إلى ما يوجه و يميز هذا الجسد و هو العقل (مها محمد حسين، 2010، صفحة 60).إن علماء الانثروبولوجيا البنائية والرمزية استخدموا مفهوم الجسد "كرمز" فالكائن البشري قد يستخدم كخريطة معرفية تمثل العلاقات الاجتماعية والطبيعية و فوق الطبيعية والعلاقات المكانية الأخرى (نجلاء عاطف خليل، 2006، صفحة 186)، واعتبروا أن جسم الإنسان و أعضائه وحركاته مرتبطة بالمعنى الاجتماعي ولقد اتضح جليا في اهتمامات الحركة النسائية العالمية من خلال دراسة نوع الذكورة والأنوثة (مها محمد حسين، 2010، صفحة 32). إن هذا المنظور جعل من جسد الفرد بنية مغلقة ترتب أفعاله وتفاعلاته على أساس وحتمية هذه البنية القائمة في حين هناك منظور أخر لم يقتصر على جبرية وحتمية البنية الاجتماعية في تشكيل أفعال وتفاعلات وعلاقات الفرد عبرها، وإنما جعلت جسد الفرد أساس إنتاج ممارساته الاجتماعية في الحياة اليومية وهذا ما جعل من موضوع الجسد محل للدراسة السوسيولوجية.

2. سوسيولوجيا الجسد:

تقوم الدراسة السوسيولوجية للجسد على دراسة الأفراد وتحليليهم بوصفهم أشخاص متجسدين في الأجسام، وليسوا مجرد فاعلين ذوي قيم و اتجاهات، فهم يسعون وراء الكشف عن المعاني الثقافية المتباينة المرتبطة بالأجساد و الأساليب، التي يتم من خلالها ضبط وتنظيم و إعادة إنتاج الأجسام و الأفعال مركزين بصفة خاصة على اعتلال الصحة و الأمراض، ويعد كتاب "**برايان تيرنز**" "الجسد و المجتمع" المنشور عام 1984 أفضل مقدمة في هذا موضوع (مها محمد حسين، 2010، صفحة 11) ، بحيث استحدث مصطلح «المجتمع الجسدي» ليصف كيف أن الجسد في الأنظمة الاجتماعية الحديثة أصبح "المجال الرئيس للنشاط السياسي والاجتماعي" (الفقيهي عبد الواحد، 2017)، ويعتبر **أن** الجسد محورا مركزيا في محاولة فهم الفرد و التعرف على هويته.

و من بين المهتمين بفكرة أن الجسد معطى سوسيولوجي في العشرينات من القرن الماضي "**مارسيل موس**" **marcel Mauss**" فقد أكد على الأهمية التي تكتسبها الدراسة "الإثنوغرافية" لوسائل الدمج التي تمارس على الجسد من قبل المجتمع (خالد، 2017)، وهنا بدا الاهتمام بالجسد كموضوع قابل لدراسة السوسيولوجية، حيث تتلمذ على يد أستاذه " **إميل دوركايم**" هو و "**روبرت هرتز**" فلم يكن اهتمامهما فقط في دراسة الجسد الإنساني قائما على افتراض أن أفراد أي مجتمع تنمو بينهم اتجاهات مشتركة فيما يتعلق بفهم الجسد تُكَوِّن معرفة مشتركة عن الجسم السليم أو الجسم المعتل أو الجسم الجميل أو المثير للشهوة، و إنما تخطي اهتمامهما ذلك إلى اهتمام بالمعنى الاجتماعي للجسد حيث لم يعد الجسد كيانا فسيولوجيا محضا بل أصبح هذا الكيان عاكسا لمعاني اجتماعية متنوعة تعد نتاجاً لتفاعل الجسد بالبيئة الاجتماعية المحيطة (مها محمد حسين، 2010، الصفحات 36-37) .

نستنتج أن " **مارسيل موس**" درس موضوع الجسد نتيجة تفاعلاته التي يرسلها الجسم إلى المجال المحيط به، وأنه عاكس لمعاني اجتماعية وتعتبر دراسته متعلقة بالعمليات والميكانيزمات التي تحول عن طريق الجسم الإنساني؛ ويظهر ذلك عن طريق إظهار أساليب للتعبير عن عمليات التعلم والتدريب من خلال الجسد (مها محمد حسين، 2010، صفحة 38). وقد بين أن الجوانب الأساسية للأنشطة الجسدية كالمشي والوقوف والجلوس هي" بني اجتماعية "فمع أن هذه الأنشطة تستلزم أساسا عضويا، إلا أن إتقان هذه القدرات يستلزم سياقا ثقافيا؛ إن آليات الجسد أو تقنياته رغم اعتمادها على أساس عضوي عام إلا أنها في ذات الوقت تمثل تطورات ثقافية وشخصية (لبقع زينب، 2012/2011، صفحة 53) .

وتطورت الدراسات السوسيولوجية للجسد لتصبح مجالاً واسع من مجالات البحث السوسيولوجي المعاصر، و أصبحت تشمل موضوعات عدة من بينها العلاج الجنسي، الرقص الحديث، ورياضة كمال الأجسام، والتعامل مع الأطفال واستخدام الطعام؛ و بهذا أصبح تزايد الأفراد الأكثر اهتماما بصحة وشكل ومظهر أجسادهم بوصفها تعبيرا عن هوياتهم الفردية، أي أن استخدام الجسم في عدة نشاطات يومية أو خاصة على سبيل المثال النشاطات السياسية مثال ذلك الانتخابات بحيث تمثل المرأة ويستخدم جسدها لهذا النشاط، وكذلك في النشاطات الاجتماعية وحتى الخيرية، ويظهر هذا مع الرجل في ممارسة هذه المهام ويكون بالجسم السليم واللائق و هنا تتدخل عدة معايير من بينها شكل الجسم و الهندام.....

لقد بدأت دراسة مفهوم الجسد كموضوع قابل للدراسة و مستقل عن المواضيع الأخرى في علم الاجتماع و خاصة في السوسيولوجيا الكلاسيكية حيث أشاروا بجزئية صغيرة جداً مثال ذلك: أعمال "**إميل دوركايم**" فإنه يبين لنا بأن الجسد مصدر

وموضع تلك الظواهر الدينية التي أسهمت في تماسك الأفراد في كليات أخلاقيات، وميز بين الجسدية و العضوانية متحدياً كل ادعاء للعلوم الاجتماعية لتنكب عليها (دافيد لوبروتون، 2014، صفحة 26)، ويفسر أن الجسد يؤدي وظيفة في النسق الديني؛ و إن البنية الجسدية للفرد تجعله يقوم بوظائفه الدينية وكذا اهتمامه بالوظائف الاجتماعية التي يقوم بها، و هذه الوظائف تبرز لنا من خلال التمثلات الاجتماعية التي يحملها الفرد.

هذه النظرة السوسيولوجية الكلاسيكية مهدت لدراسات سوسيولوجية أخرى من بينها أعمال **"بيار بيرديو"** التي أسهمت في ظهور علم اجتماع الجسد، وذلك في سياق تحليلاته للمفاهيم التي قدمها في علم الاجتماع، مثل الممارسة، والهابيتوس، و الأشكال المختلفة لرأس المال، وعلاقة ذلك بالسلطة الرمزية للجسد (حسني إبراهيم عبد العظيم، 2011، صفحة 67)، وكذا يشير لمفهوم للجسد بوصفه نوعا من رأس المال المادي إلى شيوع عملية تسليع الجسد؛ وهو موقف يربط هويات البشر بالقيم الاجتماعية التي يحصلون عليها بسبب حجم وشكل ومظهر أجسادهم في المقابل (الفقيهي عبد الواحد، 2017)؛ ولقد أصبح الجسد باعتباره وسيطا ومحورا للحضور الإنساني في واقع كل الممارسات الاجتماعية و التقاطعات الثقافية ونقطة مفصلية في الحقل الرمزي بامتياز (دافيد لوبروتون، 2014، صفحة 63). ويدخل مفهوم الجسد عنده على أساس رأس المال المادي ونستطيع استعماله كسلطة، وبه الفرد يتجه إلى عدة طرق للحصول على هذا الجسم وذلك بعدة خطوات من بينها ممارسة الرياضة، عمليات التجميلية، والمشاريع الصحية ككمال الأجسام. وتعبر هذه الأمثلة على أن الجسم أصبح مشروع فردي يعكس العلاقة بين الجسد وهوية الفرد؛ أي يعيد الفرد إنتاج الفرد من خلال الجسد. كما يمثل الجسد أحد الأبعاد المهمة في تحليل برديو للطبقة الاجتماعية، إذ انه يعد موقعا أو فضاءً تدوّن عليه الممارسات الثقافية لمختلف الطبقات الاجتماعية في كل طبقة، و كل طبقة فرعية تمتلك نشاطاً متميزا يعرض سماتها الثقافية و الاقتصادية (حسني إبراهيم عبد العظيم، 2011، صفحة 68)، إذ يتجلى ما قاله بورديو عن الجسد في جسد المرأة على سبيل المثال أو طريقة لباس الرجل من أشياء تقليدية و معاصرة، كما ركز على أهمية و قوة اللغة باعتبارها تمثل إحدى التقنيات المهمة في " عادات الجسد" و يقول هنا :" إن رأس المال اللغوي هو رأس مال جسدي، وتمثل اللغة بعدا مهما في تعلم مهارات الجسد" (حسني إبراهيم عبد العظيم، 2011، صفحة 70)، إذ إن هذه العادات لا تعتبر أوضاع جسدية وإنما تعكس بناءا ثقافيا و أخلاقيا راسخا وبالتالي هو يصف البناء الاجتماعي للجسد ومنه إن الجسد مؤشرا مهماً على التمايز الطبقي.

في الأخير نستطيع القول أن للجسد عدة تفسيرات مثلا في المنظور السوسيولوجي، على أنه يحمل ازدواجية الأولى ظاهرة عامة تكون في الجانب الفسيولوجي و الثانية تتمثل في السياق الثقافي الذي يظهر في البني الاجتماعية مثل عمليات التعلم والتدريب التي تتمظهر في جسده عبر أفعاله وتفاعلاته في محيطه الاجتماعي، وهذا ما جاء به مارسيل موس ؛ أما بالنسبة **لاميل دوركايم** فقد أشار لأهمية الجسد في كونه يؤدي وظيفة في النسق الديني وعامل من عوامل التماسك الاجتماعي عبر تأديته لهذه الوظائف الاجتماعية ، أي أن الممارسات الدينية والطقوس الجماعية التي يمارسها الفرد في مجتمعه تعبر عن انتمائه لبنائه الاجتماعي. في حين بيار برديو طرح وجهة نظر مغاير حول الجسد حيث اعتبره كسلعة يستخدم لكسب رأس المال المادي عبر استخدام اللغة التواصلية، كما أوضح بأن الجسد عبارة عن وسيلة للتعبير عن الحقل والهابيتوس الذي يعمل الحقل الاجتماعي على إنتاجه وإعادة إنتاجه؛ وفي الوقت ذاته فإن الجسد يعد مصدر للتعبير عن الهوية الفردية لصاحبه. هذه الرمزية للجسد التي تختلف من مجتمع لآخر والتي تتجلى في أفعالهم وتفاعلاتهم الاجتماعية هي ترجمة لتمثلاتهم عن موضوع معين. وعليه للمعرفة أكثر عن رمزية الجسد نتطرق إلى مفهوم التمثلات، فما هي التمثلات؟ وما هي وظائفها؟

II. ماهية التمثلات:

إن مصطلح التمثلات يختلف مفهومه من دراسة لأخرى أي ليس هناك توحيد في المفاهيم فهناك من يستعمل مفهوم الآراء والآخر التصور أو المواقف وغيرها. حيث اهتم الفلاسفة بمفهوم التمثلات بفعل معرفي ويصبح به معنى " عملا فكريا ديناميكيا لخلق وإعادة خلق " وأشاروا به بمفهوم " التصورات ".

إذ يقابل مصطلح التمثلات في اللغة الفرنسية : "représentation"ويقصد بها إحضار الشيء ومثوله أمام العين أو في الذهن أو اللغة، إما بواسطة الرسم أو النحت أو اللغة، بمعنى أن صيرورة التمثل في الذهن تستدعي لزوما حضور متمثل؛ ونجد في "لسان العرب "أن التمثل من مثل له الشيء :صوره حتى كأنه ينظر إليه .وامتثل أي تصوره، ومثلت له كذا تمثيلا إذا صورت له مثاله بكتابة أو غيرها .وتمثيل الشيء بالشيء تشبيها به، ونجده عند" لالاند "يعني التحول من الاختلاف إلى التشابه (كاوجة محمد الصغير، 2014، صفحة 4). ولمعرفة أكثر عما تعنيه التمثلات نسرد أهم الرواد الذين تطرقوا إليها، للانتقال إلى التوسع أكثر إلى تمثلات الصحة والمرض.

1. مفهوم التمثلات:

1) سيرج موسكوفيتشي :Serge Moscovici

عند الحديث عن مصطلح التمثلات يتوجب لنا الإشارة بأن هذا المفهوم يرتبط بنوع من التعقيد في تعريفه ويرجع ذلك لأن هناك مزج في المفاهيم السوسيولوجية والسيكولوجية **موسكوفيتشي** يقر بأنها متعلقة بسيرورات ولها ديناميكية اجتماعية، ونفسية، وتشكل كذلك نسق نظري معقد (JODLET Denis, 1989, p. 41). فقد أعاد مسوفيسكي إحياء مجهودات **دوركايم** حيث درس تمثلات الجماعات المختلفة للتحليل النفسي، وصرح بأن " التمثل الاجتماعي هو نظام من القيم ومن المبادئ، والممارسات المرتبطة بأشياء معينة سواء مظاهر أو أبعاد خاصة بالوسط الاجتماعي، والتي تسمح باستقرار إطار الحياة الخاصة بالأفراد والجماعات، كما تشكل أيضا أداة لتوجيه إدراكنا وكذا بناء استجاباتنا" (حاج الشيخ سمية، 2013/2012، صفحة 21).و كذلك يرى أن التمثل هو" إعادة إظهار شيء للوعي مرة أخرى رغم غيابه في المجال المادي و هذا ما يجعل منه عملية تجريدية محضة إلى جانب كونه كذلك عملية إدراكية فكرية" (حاج الشيخ سمية، 2013/2012، صفحة 24)؛

وقد أورد " S. Moscovici " على أن التمثلات الاجتماعية مرجع ومعيار اجتماعي يحتاج إليه الفرد لفهم العالم الخارجي وتحديد مكانته في هذا العالم وتطوير علاقته مع أفراد المجتمع (بلال ريم، 2013، صفحة 202)؛ وعلى أساس وجهة نظره يمكن اعتبارها على أنها اجتماعية عند توفرها على ثلاثة شروط وهي:

1-عندما يمكن توضيح شاسعتها داخل جماعة ما أو كتلة ما (هنا لها خاصة الكمية).

2-عندما يمكننا اعتبارها كتعبير لتنظيم اجتماعي (هنا لها خاصية منتوج.)

3- عندما نستطيع تحليل مساهمتها الخاصة في الصيرورة، التوجيه والقيادة والاتصالات الاجتماعية. (هنا لها خاصية وظيفية.) (محمد خالدي، 2005/2006، الصفحات 33-34)

❖ حسب **مسوفيسكي** فإن التمثلات تحتوي على:

1. المعلومة: تتعلق بمجموعة المعارف المكتسبة حول موضوع اجتماعي معين. (غانم ابتسام، 2009/2008، صفحة 18)
2. حقل الصور: يعبر أولا عن فكرة تنظيم المحتوى، وأن للتمثل حقل، ويجب توفر معلومات قابلة للتنظيم.
3. الاتجاه: التوجه العام حيال موضوع التمثل سواء كان ايجابيا أو سلبيا.

2) " اميل دوركايم" Emile Dourkaim:

وكما سبق أن تطرقنا إلى " دوركايم " حول مفهوم المرض الاجتماعي، فلا نغفل في كونه له الفضل في ظهور مصطلح التمثلات، والأخص بالذكر التمثلات الفردية و الجماعية؛ وبأنه لم يضع تعريف دقيق لهذا المفهوم، فكانت فكرته في الجماعة الاجتماعية (المجتمع) على انه أشكال عقلية مجتمعية لها ديمومة تستمر لأجيال (احمد جلول، مومن بكوش الجموعي ، 2014، صفحة 168)، والتمثل الاجتماعي هو ظواهر تتميز عن باقي الظواهر في الطبيعة بسبب ميزاتها الخاصة (غانم ابتسام، 2009/2008، صفحة 20)، أي أنها متعلقة بالوعي الجماعي تظهر من خلال الضمير الجمعي الذي يتحكم في الممارسات الفردية والجماعية .

ويعتبر دوركايم أول من استعمل وعرف مفهوم التمثل الاجتماعي حينما قارن بين التمثلات الجماعية والتمثلات الفردية وذلك في مقال مشهور له نشر في مجلة " الأخلاق الميتافيزيقيا " عام 1898 و اعتبر أن الأولى ليست عبارة عن مجموع الثانية؛ وبذلك تعتبر التمثلات الجماعية موضوعا مستقلا للدراسة وأكد على خصوصية التفكير الجماعي بالنسبة للتفكير الفردي (حاج الشيخ سمية، 2013/2012، صفحة 19).

ويتمثل لديه أن الجماعة ليست مجرد حاصل لمجموع الأفراد الذين يكونوها، بل كيان مستقل كامل الأوجه ولهذا يجب دراستها انطلاقا من هذا الأساس وبالتالي يرى " التمثلات الجماعية خارجة عن وعي الأفراد ... فهي لا تنبثق عن الأفراد مأخوذين بشكل معزول". إذن يمكن القول إن التمثلات تكون مختلفة وعابرة ويومية عندما تكون فردية، في حين أنها مستقرة وصلبة ومتقاسمة عندما تكون جماعية (Blanc N. et autres, 2006, p. 14)، بهذا نستطيع القول بان التمثلات الجماعية تكون نتاج عن تماسك تلك الجماعة الاجتماعية تتمثل في أفعالهم وتفاعلاتهم عبر رمزية ودلالات متعددة راسخة.

إن إنتاج التمثلات لا يكون بسبب بعض الأفكار التي تشغل انتباه الأفراد، ولكنها بقايا لحياتنا الماضية، إنها عادات مكتسبة، الأحكام المسبقة، الميول تحركنا دون أن نعي، وبكلمة واحدة أنها كل ما يشكل سماتنا الأخلاقية (حاج الشيخ سمية، 2013/2012، صفحة 23) .

وكذلك تعتبر التمثلات حسب المفهوم الدوركايمي هي " طبقة واسعة من الأشكال الذهنية، العلوم، الديانات، الأساطير، الفضاء، الوقت، الأفكار، المعارف بدون تمييز فهي مشتركة ويعاد إنتاجها بطريقة اجتماعية وهي متنقلة بين الأجيال وتمارس قهرا على الأفراد. (محمد خالدي، 2005/2006، صفحة 40) وإنها ظواهر تتميز عن باقي الظواهر في الطبيعة بسبب ميزاتها الخاصة...بدون شك فإن لها أسباب وهي بدورها أسباب.

3) Denise Jodelet جودليت :

تعتبر " جودليت" من بين المهتمين بمجال التمثلات إذ كانت لها عدة دراسات متنوعة في هذا المجال؛ وتعتبر التمثل على أنه نوع من المعرفة الاجتماعية المبنية والمقسمة من طرف المجتمع، بحيث تعرفها: على أنها شكل من المعرفة المبلورة والمشاركة الاجتماعية ولها هدف ملموس في بناء الواقع المشترك لجماعة ما. وتضيف بأن التمثلات يجب أن تعرّف كمنتوج وكصيرورة (محمد خالدي، 2005/2006، صفحة 32).

وأن لها معنى موحد وتظهر ميزتها في طبيعة أنظمتها الاجتماعية التي تشكلها وتتميز بالخصائص التالية:

- مكونة اجتماعيا ومتقاسمة بين أفراد المجتمع.
- لها نظرة واقعية لتنظيم والتحكم في المحيط (مادي، اجتماعي، مثالي) وتوجه السلوك لاتصالات.
- تساهم في تأسيس نظرة موحدة لواقع الجماعات الاجتماعية أو ثقافة معينة (Denise Jodelet, 1989, p. 64)

أما فيما يخص وضعية التمثلات الاجتماعية فهي لا تقع تماما في المجال الاجتماعي كما أنه لا تقع تماما في المجال الفردي ولكنها تقع في الواجهة، ما بين النفسي والاجتماعي (Denise Jodelet, 1989, p. 40)؛ إذن أن أساس هذا المفهوم مركب بين ما هو اجتماعي وما هو نفسي إذ به تتم العملية الديناميكية.

4) جان كلود أبريك Jean Claude Abric:

يرى الباحث أبريك –أن التمثلات الاجتماعية هي منتوج ونظام لنشاط عقلي، بفضله يعيد الشخص أو الجماعة بناء الواقع الذي تواجهه وتسند له رموزا خاصة، كما يعتبره نسق لترجمة الواقع الذي يحكم العلاقات مع الأفراد ومحيطهم (بلال ريم، 2013، صفحة 194). وإن الحديث عن التمثلات الاجتماعية يسرد لنا معلومات عن العلاقة بين الأفراد والمجال الاجتماعي المنتمون إليه، حسب الأفكار التي يكونوها عن موضوع التمثل وبالتالي الأفعال التي هي كردود أفعال من طرف أحد أفراد الجماعة داخل المجال الاجتماعي التفاعلي الواحد تكون متشابهة وبالتالي تحمل نفس المعنى.

إن أبريك من خلال تعريفه يقول "أن التمثل هو مجموعة المعلومات والمعتقدات والاتجاهات والآراء التي يبنيها الفرد حول موضوع معين" (بلال ريم، 2013، صفحة 201)، إذ ينظر إلى التمثل الاجتماعي باعتباره جهازا مرتب يحتوي على عناصر أكثر أهمية وأخرى أقل أهمية تعمل على إنتاج وتشكيل واقع الفرد فيعطيه معنا محددا وبالتالي يكون كتنظيم ذاتي لأفعاله وتفاعلاته.

يستند التنظيم الذاتي أو ما يعرف بإعادة البناء العقلي للحقيقة الاجتماعية على جملة من الأطر المرجعية، التي تنتج من خلال حضور العنصر الفاعل ضمن مجالات متعددة في المجتمع (بلال ريم، 2013، صفحة 201)، أي أن الأسس التي يتركز عليها الفرد عندما يريد أن تتكون لديه الفكرة الكاملة لموضوع من مواضيع التمثل يكون مصدرها من انتمائه الاجتماعي.

وتلك الأفكار و الأسس و المراجع التي يستند إليها الفرد لذلك التمثل امتداد وحدود تاريخية و ثقافية و اجتماعية، لذا تعتبر التمثلات الاجتماعية شكل من أشكال المعرفة الاجتماعية و التي بفضلها نستطيع التفاعل في المجتمع .حيث يتشكل التمثل بفضل التجارب والمعلومات المستقبلة والمنقولة عن العادات والتربية والتواصل الاجتماعي، لذا فهو يحوي جملة المعلومات المكونة اجتماعيا والمتشاركة بين أفراد المجتمع، و بهذا يعمل التمثل على ضبط وتوجيه فعل الفرد نحو مختلف العلاقات الاجتماعية مع الجماعات التي ينتمي إليها (بلال ريم، 2013، الصفحات 201-202).

5) " Herzlich Claudine هيرزلش كلودين" :

تعتبر الباحثة " **Herzlich** (**c**) " من بين أهم الباحثين في موضوع التمثلات إذ ركزت دراساتها في مجال الصحة والمرض خاصة بالمجتمع الفرنسي، وتعدّ التمثلات في نظرها إطاراً مرجعياً تجتمع عنده كل المؤشرات لتضفي المعنى والقيمة على كل مرض كيفما كان نوعه.

قد أوضحت الباحثة " **Herzlich** (**c**) **هيرزلش**" المفهوم العام للتمثلات الهدف منه إعادة دراسة الآليات التي تتم من خلالها المعرفة الرمزية في علاقتها مع الأفعال، أي أن التمثل فعل رمزي وتركيب للفكر ونشاط مرتبط بالموضوع، فالتمثلات اتجاه موضوع ما تحدد مختلف الأفعال التي يتبناها الأفراد نحو هذا الأخير (احمد جلول، مومن بكوش الجموعي ، 2014، صفحة 170). وكذلك ما جاءت به في دراستها حول الصحة والمرض ركزت على أن البحث في التمثل الاجتماعي للصحة والمرض هو " ملاحظة طريقة التفكير وعيش الأفراد في المجتمع من خلال مجمل القيم التي يحملونها، و المعايير الاجتماعية المكتسبة لديهم، والنماذج الثقافية المكونة لهم، ودراسة الطريقة التي تتبنى بها هذه المواضيع الاجتماعية المتمثلة في الصحة والمرض Herzlich) .(C), 1996, pp. 13-14)

فكما ورد لدى هيرزليش في" :مقدمة لتحليل التمثيل الاجتماعي للصحة والمرض"درست فيها التصورات أو التمثلات الاجتماعية للصحة والمرض من خلال مجموعة من القيم والمعايير الاجتماعية، التي تحدد وتضع نموذجا منطقيا ونفسيا للمرض، كما تحدد معنى المرض حتى و إن كانت هذه الصورة غير حقيقية أو علمية (صولة فيروز، 2014/2013، صفحة 120)؛ ويمكن التذكير أن مصدر التمثلات هو المجتمع، فهي مرتبطة بالقوانين و الأماكن التي ينتمي إليها، فهي ليست الصورة البسيطة التي يصنعها بل هي العلاقة بين الوسط الاجتماعي و الأفراد أو المجموعات (Marika richetto-redonet, 2005, .p. 3)

من هنا يمكننا أخذ المعيار الثقافي للمجتمع كمرجع للتمثلات، إذن الفرد مرتبط بالمجتمع الذي يعيش فيه.

- إذا أخذنا بعين الاعتبار الأعمال التي قام بها guy rocher (1970) فإننا نري التصرفات المستوحاة من القواعد التي نأخذها كمعيار، فمثلا رؤية الشخص ego للشخص alter مرتبطة بقواعد أو بالأحرى برمز معين لمعرفة مفهوم الأفعال (Marika richetto-redonet, 2005, p. 3).

من هنا فإننا نستنتج بان هناك روابط ما بين التمثلات والأفعال؛ وإن التطبيقات الاجتماعية والتمثلات هما متكاملتان وهي تتجاوز القيم الاجتماعية، وهذا ما ينطبق على الأفراد المصابون بأي مرض مزمن أو مستعصي فان ردة فعل المريض بعد إخباره بأنه مصاب بمرض السرطان تكون مستوحاة من ثقافة المحيط المنتمي إليه ومن صلب المجال الاجتماعي الذي اكتسب منه معانيه و تمثلاته.

- وتقسم "كولدين " التمثلات على الشكل التالي (لبقع زينب، 2012/2011، صفحة 109):

- عندما تكون الصحة فارغة: الصحة أو الحالة المحددة سلبية عند غياب المرض والجسم لا يحتوي على مرض تمثلاته العادية.
- خزان الصحة: هي حالة واقعية معاشة، وهنا يكون الفرد في مرحلة المقاومة الفردية للمرض.
- الصحة في توازن: ويرجع هذا للخبرات السابقة المكتسبة على المرض ويكون تصنيف ثابت نوع ما.

وتقول أيضا "كلودين" أن بين الصحة الجيدة والمرض هناك تجربة فردية لا يمكن مشاركتها، لكن في الوقت ذاته بمقدوره إعطاء معلومات للأخر عن حالته بالأفعال والتفاعلات؛ بالرغم من ذلك فالمجتمع لا يحمل نفس النظرة التي يحملها المريض لذاته (Herzlich (C), 1996, p. 17)؛ ومع هذا يكون من الجيد وجود الهوية مقابل الثقافة؛ والجيد هنا هو التحرك والتغير الصحي ليس بشكل محايد بل يكون متقارب مع ذات المريض. وإن هذه العلاقة مع العالم هي الشيء الذي يسمى بتمثلات الصحة والمرض المتعلقة بالقاعدة وأساسيات المعارف بالمشاركة مع الهوية الفردية للفرد والفردانية (Marika richetto-redonet, 2005, p. 7).

2. وظائف التمثل الاجتماعي:

1- وظيفة المعرفة:

تسمح التمثلات الاجتماعية للأفراد بفهم وتفسير الواقع، وذلك بإدماجه في تفكير منطقي، منسجم مع القيم والأفكار والآراء، كما تسهل التفاعل الاجتماعي بتحديدها لإطار مرجعي مشترك (Abric Jean Claude, 1994, p. 15)، أي أن التمثلات تساهم في معرفة وشرح الواقع.

2- وظيفة الهوية:

تسمح هذه الوظيفة بوضع الأفراد والجماعات في الحقل الاجتماعي، من خلال إعداد هوية اجتماعية وشخصية متماشية مع أنظمة المعايير والقيم المحددة اجتماعيا وتاريخيا، فتمثل الفرد للمجال الاجتماعي الذي يتفاعل فيه له علاقة بالتفاعلات التي ينتجها من خلاله، للمحافظة على الهوية الاجتماعية وهي تشرحها وتساعد على حماية خصوصية المجتمعات. وان التمثلات تساهم في وضع مكانة الأفراد والمجتمعات في الحقل الاجتماعي، أي أنها تساهم في وضع الهوية للمجتمع وللفرد والمرتبطة بحد ذاتها بالقواعد والقيم الاجتماعية والتاريخية (Marika richetto-redonet, 2005, p. 4) ، أي أن الهوية الجماعية للمجال الاجتماعي لها علاقة بتحرك تمثلات الفرد حول المواضيع المسيطرة في ذلك المجال، وهذه الوظيفة هي التي تحدد كيف تنظر جماعة اجتماعية لذاتها وكيف تنظر للجماعات الأخرى التي هي في تفاعل دائم معها.

3- وظيفة التوجيه:

وهي تسيير التصرفات والأعمال وهي ردة فعل على الواقع المعاش (Marika richetto-redonet, 2005, p. 4)؛ بحيث لا تختلف اختلاف واسع بينها وبين الوظيفة السابقة، إذ هنا تعمل على فك الشِيفرة بين الفرد والمجتمع، (Abric Jean Claude, 1994, p. 15)إذ أن تمثلات الفرد هنا هي التي تحدد أفعال الفرد بما هو مقبول أو منافي لمجال الانتماء، أي عبارة عن الشيء المسموح وغير المقبول في مفهوم المجتمع المعطي. فهي تعمل على تسيير مجموعة الممارسات والأفعال بهدف توفر وامتلاك الآليات الضرورية للتحكم في مجالها وبيئتها وكذا في تحديد أفعالها داخل كل حقل اجتماعي.

4- وظيفة التبرير:

تمكن التمثلات الاجتماعية من تبرير المواقف والتفاعلات التي يتبناها الفاعلون الاجتماعيون اتجاه شركائهم أو أفراد الجماعات المنافسة (Abric Jean Claude, 1994, p. 16)، أي هي تسمح بشرح أفعال وتصرفات الفرد في مجتمعه.

إن التمثلات الاجتماعية مرتبطة بتصرفات المجتمع بالنسبة للفرد بحيث يمكن للأفراد معرفة ماذا يعتقد الآخرين بالنسبة لهم (Marika richetto-redonet, 2005, p. 3)؛ من هنا يمكن استنتاج أن الوعي الشخصي يعتبر من أهم العناصر في التمثلات الاجتماعية؛ إذن فالشخص أو الفرد يعتبر المرآة العاكسة لهوية الفرد لذلك المجتمع الذي يتمي إليه.

نستنتج مما سبق أن المفهوم العام للتمثلات كما أشار له المنظرين أنه الصورة الذهنية التي تتمثل داخل ذهنية الفرد مربوطة بموضوع معين، لها جذور وحدود ثقافية، اجتماعية، تاريخية، بحيث إن تفاعلات الأفراد داخل المجال التفاعلي مرتبطة جدا بتمثيلاتهم حسب موضوع ما؛ هذه التمثلات تقوم على جملة من الوظائف المترابطة والمتسلسلة حيث أن غياب إحداها يؤثر على هوية الفرد وبالتالي على تمثلاته الاجتماعية في مجتمعه، فعند إصابة جسد الفرد بالحالة المرضية فانه من الممكن أن يؤثر على فهمه وفهم المجتمع له. كما يؤثر على أفعاله وتفاعلاته وتوجه تصرفاته و مواقفه وبالتالي يؤثر على هويته في مجاله التفاعلي .و من هنا تنتج لنا تمثلات خاصة حول موضوع معين، و على سبيل المثال موضوع " الصحة و المرض" فبالنسبة للفرد أو للمجتمع فهذا موضوع خاص لاسيما عندما يكون المرض مستعصي غير عابر وغير عادي كمرض السرطان لذا في النقطة التالية نحاول معرفة تمثلات الصحة والمرض وخاصة مرض السرطان وذلك بالإلمام بالمعلومات النظرية المتوفرة حول ما سبق لمناقشة هذا الموضوع نظرياً رغم قلة المعلومات وندرة الدراسات العربية و الجزائرية في هذا الموضوع ، لذا اعتمدنا على بعض الدراسات الأجنبية التي مست موضوع الدراسة و ما هذا إلا تمهيد للأطروحة الحالية التي سوف نسلط الضوء فيها على تمثلات الصحة والمرض لمرض سرطان الثدي في الجزائر.

III. الجسد وتمثلات مرض السرطان:

كما سبق التطرق إلى وجود تمثلات في ذهنية الفرد وتعتبر المحرك لأفعاله داخل المجال الاجتماعي لذا فالفرد يحمل أيضا تمثلات عن مفهوم المرض وأسباب حدوثه وعما يدور في ذهنية الفرد المريض وما يتمثل له بالنسبة للمجتمع.

1. العلاقة بين التمثلات والمرض والجسد:

إن من يحاول تمييز الجسد وتحديد علاقاته مع المجتمع يتحدد ذلك من خلال الرسائل المتبادلة بين أعضاء الجسم و المجتمع حيث تسند لأفعال أعضاء الجسد الإنساني تمثلات وقيم تختلف من مجتمع إلى آخر، كما تختلف داخل نفس الوسط الاجتماعي، حسب الطبقات الاجتماعية المتواجدة (Marika richetto-redonet, 2005, p. 136)؛ أي أن لكل عضو من جسد الإنسان دلالة ورمزية داخل الجماعات، ويعتبر الجسد في المجتمعات التقليدية ذات التركيب المتجانس الجمعي الذي لا يمكن تميز الفرد فيه، لا يشكل الجسد موضوعاً للانفصال (Marika richetto-redonet, 2005, p. 20) وكذلك في المجتمعات التي تقوم على الجماعة الواحدة والتي يشير فيها معنى وجود الإنسان للولاء للمجموعة والكون والطبيعة لا يوجد الجسد بصفته عنصر تفرّدٍ، لأن الفرد بحد ذاته لا يتميز عن المجموعة، ولا يعد إلا جزءاً من الانسجام التفاضلي للمجموعة (Marika richetto-redonet, 2005, p. 21) بل هو تابع لتلك البنية الاجتماعية التقليدية فهو جزء مكمل لها يعمل على تماسك وحدتها.

أما في المجتمعات ذات التركيبة المعقدة وغير المتجانسة يقل فيها الضمير الجمعي وتبرز فرادنية الفرد في مجتمعه، حيث تبرز أهمية أفعاله الجسدية مما جعل من هذا الأخير يستخدم كظاهرة للتسليع بغية كسب رأس المال المادي أو استخدامه بواسطة الإيماءات والإشارات لإيصال المعنى حول موضوع معين؛ مما يعني إعطاء الجسد صبغة أو معنى اجتماعي ورمز يميزه عن أي فعل أو تفاعل لجسد الفرد الآخر في موقف اجتماعي ما.

أي نستنتج أن تمثل التمثلات الاجتماعية داخل مجتمع معين تختلف باختلاف التركيبة الاجتماعية لبنية المجتمع فهناك من يلغي فكرة الاهتمام بالجسد وجعله جزء لا يتجزأ من كلية البنية مما يعني الأخذ بالتمثلات الجماعية لموضوع المرض مثلا وبالتالي تابعية الفرد لحتمية تمثلات البنية الاجتماعية؛ في حين النظرة المعاصرة

قدمت طرح مختلف عما سبق فهي تعتبر أن تمثلات الفرد حول جسد على أنه رمز وتشئ وتسليع ورأس مال يختلف من فرد لأخر، إذ أن المعرفة الثقافية للجسد تمكن من إبراز المعنى الاجتماعي للجسد.

و في حالت تعرض جسد الفرد للإصابة بانتكاسة كالمرض يجعله يتعرض إلى نوبات الألم سواء الألم الدائم أم المتقطع، فالاستجابة للألم و التعبير عنه بطرق مختلفة تختلف من مجتمع إلى أخر ومن ثقافة إلى أخرى أي أن من طرق معرفة تمثلات الفرد عن مرضه ترجع في طريقة التعبير عنه بواسطة الألم؛ و قد قدم المتخصصون في الدراسات الاجتماعية للجسد إسهامات في مجالات دراسة المرض وعلم الاجتماع الطبي، ويمكن إلقاء الضوء على هذا الفرع التخصصي الذي تتزايد شعبيته من خلال تعدد الموضوعات التي عالجها كل من " **سو سكوت و دافيد مورجان**" في كتاباهما الذي حرر 1993 بعنوان: **شئون الجسدية**. (مها محمد حسين، 2010، صفحة 12) لذلك كان التفسير للألم يقع في نقطة اشتراك بين البيولوجيا والثقافة بحيث في هذا الإطار يقول "موريس" Morris في كتابه ثقافة الألم The culture of pain الصادر في عام 1991 إن الألم ليس مجرد ظاهرة فسيولوجية وتشريحية فقط، وإنما هو نتيجة التفاعل بين **العقل والجسد والثقافة**، ويؤكد "موريس" في كتابه سالف الذكر أن النظرة الطبية أهملت جوانب مؤثرة في تحليل الألم تتعلق بأن الألم يتم تشكيله وتقييمه وفق عناصر ثقافية محددة (Bendelow and Williams, 1995, pp. 139-140).

أي أن الألم وطريقة التعبير عنه ومتى يصبح هذا الألم يحتاج إلى مراجعة الطبيب أم لا؟ ترجع إلى ثقافة المريض و المجالات التي يتفاعل بها، لذا يعتبر على أنه مؤشر لتمثلات الفرد المريض عن موضوع المرض و مفهومه للصحة؛ وبما أن السرطان من الأمراض المستعصية وغير العابرة فالمريض المصاب به يعاني في فترة العلاج من آلام صعبة تؤثر على جسمه، بحيث لا يستطيع تحملها في أغلب الأحيان وهذا ما يميز مرض السرطان عن الأمراض المزمنة الأخرى، وبالتالي فإن تمثلات الفرد للمرض و مرض السرطان بالأخص تتمثل لنا في تعبيره عن شدة الألم؛ و ما يتطلب لعملية العلاج عدة عمليات جراحية كبتر الأعضاء، وكذا توجد عدة أثار جانبية مثل أثار الإشعاع و أثار العلاج بالكيميائي و كلها تسبب مخلفات على المريض وجسمه (Michel Reich, 2008, p. 251) ، وفي نفس الفترة قد تصاحب تلك العمليات بعض الآلام والمعاناة العاطفية و تكمن في شكاوى جسدية ويتم التعبير عن ذلك باستغاثة، القلق، الاكتئاب، وتصل حتى الشعور بالذنب حيث يعتبر المرض كعقاب له، و يصبح في حداد مع النفس، ومنه فإن الإعلان عن الإصابة بمرض السرطان يؤثر في الجسم ويكسبه نوع من الضعف كما يتضح هذا في اقتباس " **ديشان**": "عند الإعلان عن كلمة" سرطان "كسر أجنحة الرغبة"، والانهيار لكون السرطان يعني السقوط ويبدأ

يدخل في ذهنه مفهوم الموت" (Michel Reich, 2008, pp. 251-252.)، فيتمثل لديه أن ما يكون مرغوب فيه وما كان مخطط له قد يتوقف وينكسر.

إذن درجة الألم التي يعبر عنها المريض تفسر بمدى تقبله للمرض وتمثلات التي يحملها عن مرضه ومدى تعايشه مع السرطان ومدى تحمله للوجع ومتى يتم الرجوع إلى الطبيب.

صورة الجسم لمريض سرطان:

تم إنشاء مفهوم "صورة الجسم "بواسطة " شيلدر بول " Paul Schilder en 1935" بحيث يقول : تمثلات قصديه وغير قصديه يصدرها الجسم، مما يدل ليس فقط على معارف فسيولوجية ولكن تشير أيضا إلى مفهوم الغريزة الجنسية والأهمية الاجتماعية للجسم، و يقول بأن "صورة جسم الإنسان هي صورة من أجسامنا و تمثلاتها في عقولنا وكذلك هي طريقة ظهور هيئتنا وكيف تمثل إلينا" (Michel Reich, 2008, p. 248). إن صورة الجسم أكثر مطابقة لرؤية النفسية فيها مثل هذه المواقف والمشاعر للجسم؛ والظاهرة الجسدية تتمثل في الذات وفي حجم الجسم، شكله، ووزنه وقوته، ويتم تميز هذا من شكل الجسم الذي يركز أكثر على الإدراك وتمثلات الجسد الناتجة عن دمج الحس والحركة (Michel Reich, 2008, p. 248). أما بالنسبة لتمثلات الذات فإن الجسم يكون وفقا لرؤية صاحبه و هو "الموضوعية" "objectalisé" كالنماذج لهوية فردية وكيف ينظر إليها من قبل الآخرين. (Michel Reich, 2008, p. 248) و تعتبر صورة الجسد هي التمثل الذي يكوّنه الشخص عن جسده والطريقة التي يبدوا بها هذا الجسد بالنسبة له عبر سياق ثقافي اجتماعي ويضفي عليه طابعا خاصا من تاريخيه الشخصي (نجلاء عاطف خليل، 2006، صفحة 238). وبالتالي يقوم الشخص باستنباط الحكم الاجتماعي الذي يحيط بالصفات الجسدية التي تميزه، فيبني الشخص حكما عن الصورة التي يكونها عن جسده طبقا لتاريخه الشخصي والطبقة الاجتماعية التي ينتمي من خلالها علاقته بالعالم (دافيد لوبروتون، 2014، الصفحات 145-146.). أي أن الجسد هو الذي يعطي لنا الصورة عن صحة أو مرض الفرد وعن وضعيته الصحية ويرجع ذلك إلى تحليله وتمثلاته عن مرضه وكل هذا يتمظهر في أفعاله وتفاعلاته التي يعبر عنها بواسطة الإيماءات والإشارات التي تصدر عن جسمه.

- **إن** الجسم المريض كما أسميناه سابقا أو جسم سرطاني -المصاب بمرض السرطان- **في علاج الأورام يتضمن الخطوات الرئيسية الثلاثة الجسدية والنفسية على حد سواء:**

- ✓ **من الناحية الجسدية:** الإعلان على وجود المرض وإمكانية التشويه وتدمير وإزالة العضو أو الجزء من الجسم المتضرر، ومن ثمة إعادة الإدماج وتعمير الجهاز النفسي ومن ثم تعديل ما شوه في الجسم (Michel Reich, 2008, p. 248)، وبالنسبة للمرأة هذه النقطة جدّ حساسة إذ إن نظرتها لذاتها وكمال جسدها من الضروريات التي بواسطتهم تتعامل مع المحيط الموجود معها، من حيث التعاملات اليومية أو حتى تفاعلاتها في مجالات التفاعل الاجتماعية.
- ✓ **من الناحية النفسية:** الإعلان عن المرض بدوره يؤدي إلى إدراك المريض لمفهوم الوفاة؛ وكذا فقدان الجسم مع بدأ ظهور علامات الحداد (Michel Reich, 2008, p. 249)، ونركز بالأخص على جسد المرأة فقد تبدأ بممارسة بعض الأفعال والتفاعلات التي تدل على أنها سوف تواجه الموت حتماً.
- ✓ من **ناحية علم الأورام:** يضعف الجسم ويحاول أن يقود هذا الموضوع في إيمانه بالبقاء ويجبر الجهاز النفسي إلى تقبل بعض التغيرات الحاصلة عليه، ومن هنا يتم تنفيذ آليات الدفاع التي يحملها جسم المريض. (Michel Reich, 2008, p. 249)

ويعتبر تشوه الجسم مؤشر على القيام بعملية جراحية مما يمكن أن يؤدي إلى فقدان أو بتر الأطراف وأشكال الجلد القبيحة وحتى التشوهات. وإن العمليات التجميلية الجراحية وتركيب الأطراف الاصطناعية قد لا تكون كافية للتعويض عن القيود أو الخسائر الوظيفية؛ فالجراحة تعد أكثر رمزية ووصم للمرضى مثال على ذلك استئصال الثدي والقولون، استئصال الحنجرة (Michel Reich, 2008, p. 249).

و كذا العلاج الكيميائي يشير لتساقط الشعر الذي يمثل علامة واضحة للإصابة بمرض "السرطان" ولكن أيضا إن شعر الجسم: الحاجبين و الرموش، شعر الرأس تعتبر من تحديات الأنوثة وقوة الإغراء، وغالبا ما يكون صدمة نرجسية بحيث تحملها صعب للنساء خاصة وأحيانا صعب كذلك من قبل الرجال (Michel Reich, 2008, p. 250)؛ والعلاج الإشعاعي يمكن أن يؤثر على الجسم بوجود اضطرابات الجلد مع إدخال تغييرات على النسيج من الجلد (المكوّرات العنقودية، وضمور الجلد) وحروق على مستوى منطقة المشعة؛ إن المواد الجديدة المستخدمة للوشم في مراحل مناسبة في المجال الإشعاعي لا تمحى وبالتالي أقل تأثيرا على الجلد. وهناك ردود فعل أخرى ممكنة مثل فقدان الشهية، والشعور بالغثيان والتعب والضعف الإدراكي المعرفي عند إصابات الدماغ، وضمور الأغشية المخاطية، جفاف الأعضاء الجنسية الذي يؤدي إلى هلاك الرحم عند المرأة وأمراض النساء، وكما أن المعالجة بالهرمونات يؤثر على جسم الإنسان.

مما سبق نستطيع القول إن كل هذه المتغيرات تؤدي إلى عدم قبول المرأة المريضة جسمها وبالتالي يؤدي بها إلى النفور منه أو إعادة تشكيله بعمليات التجميل. فالسرطان يغير من نظرة الفرد إلى الجسم على أنه موضوع ويغير من نظرة الآخرين له (Michel Reich, 2008, pp. 247-254)؛ حيث يجبر الجسم بالتدريج دائما للبحث عن المعنى.

يتسبب السرطان في تحول سريع أو بطيء للجسم ما يجعل الهوية الجسدية في خطر والمخاطرة محتملة في تمدد الشخصية مع ضياع مراقبة الذات وضياع نظرة المريض إلى هويته وخرق الاحترام للذات وضياع الثقة بالنفس (Michel Reich, 2008, pp. 247-254)؛ فالعلاجات الأخرى تجعل وتجبر الفرد على التفكير بشكل مختلف في جسمه وفي مواجهته لهذا الجسد المريض وهو في هذه الحالة يبحث عن الجسم الحقيقي. (Michel Reich, 2008, p. 249)

في الأخير يمكننا القول أن صورة الجسد في علم الأورام والاضطرابات نتيجة لتشخيص مرض السرطان تعبر عن خسائر للأعضاء المريضة والتشويه لجسمها، فالألم والآثار الجانبية التي تحدث على جسدها تؤدي إلى تغيير الجسم و الشعور بفقدان السيطرة عليه وكذا الشعور بالخيبة مما يجعلها غير قادر على تلبية حاجياتها اليومية المعتادة و كذا واجبها كزوجة و كأنثى واجبها كأم، كل هذا أثر على تفاعلاتها وأفعالها في حياتها اليومية و تمثلاتها لجسدها بعد إصابتها بالسرطان أو بعد فقدان ثديها فالمرض له مخلفات من ناحية النفسية و الاجتماعية و من ناحية الجسدية وجمال و أنوثة امرأة السرطان، كما له مخلفات و أثار على المجتمع يمكن أن يرسل لها رسائل تدعم أو لا تدعم ما يتمثل في ذهنية المريضة.

2. الهوية ومرضى السرطان:

إن الهوية كمفهوم تناوله العديد من الباحثين في ميدان العلوم الإنسانية اختلف باختلاف هذه الاتجاهات، فكل اتجاه حاول تقديم تعريف خاص يخدمه؛ فإذا كان علم النفس يعطي له جانبا مرضيا كما هو في ضياع الهوية عند الهستيريا، وعلم النفس الاجتماعي يعتبر الهوية عامل من عوامل الشخصية كما هو الحال عندFREUD ، في حين فأن علم الاجتماع ينتقل في دراسته للهوية من وحدة التحليل الكلية إلى الفرد المتعدد، لأن الفرد المتعدد أصبح منتوج لمجالات التفاعل المتعددة والمتنوعة وحتى المتناقضة، وبالتالي الانسجام في هذه الوحدة لا يأتي من خارج الفرد(خارج الهوية) بل يأتي من قدرة الفرد على اختيار المعاني والتفاعلات التي تحقق له هذه الوحدة وهذا الانسجام في الذات (محمد بن عيسى المهدي، 2013، صفحة 9). إن الحامل لهوية الفرد المريض بعد إصابته بالمرض تتغير هذه المضامين والرموز، وبتفصيل أدق تعتبر الهوية هي ذلك الوعاء الحامل والمتضمن

لنسق المعاني في لحظة معينة من تفاعلات الفرد التي تمكنه من ضبط علاقاته بذاته وبالموضوعات الخارجية سواء كانت اجتماعية أو غير اجتماعية وهيكلتها على ضوء ذلك أو هي محصلة مختلف المعاني التي يكونها الفرد عن ذاته وعن الموضوعات الأخرى انطلاقا من خبراته التفاعلية وانطلاقا من هذه المعاني الاجتماعية والثقافية التي تشكلت لديه تحمل الفرد على:

- إقامة علاقات تفاعلية مع الآخرين على أنه ذات مختلفة عنهم .
- القيام بأفعاله وبناء مشاريعه واستراتيجياته الخاصة به إزاء الآخرين وفي مجاله العمراني. (محمد بن عيسى المهدي، 2013، الصفحات 9-10)

تتم ترجمة هذه المعاني والرموز المتمثلة في تفاعلات إلى أفعال وقد تكون نتيجة تمثلات أم هي التي تنتج تمثلات جديدة التي تتمظهر في الفرد المصاب. إن السرطان وعلاجه سوف يهدد هوية جسم المريض (صورة الذات) والهوية (الوعي بالذات)؛ ومن الأسئلة الجوهرية التي تقدم للمريض لمعرفة هويته وكيف يكون تأثير المرض على الهوية هي:

1. كيف يتم الاستثمار الجسم قبل التشويهه بالجراحة؟
2. كيف يمكن أن يتصور أو يفهم الخسارة في جسده؟
3. ما هي نظرة الآخرين لي؟ كيف سوف أبدوا؟ هل يذهب من حولي؟ هل يتعرفون عني؟ كيف سوف ينظرون في وجهي؟

إن **هوية الجسم** هي انعكاس لصورة الذات التي دمرها هذا الجسم مع انهيار علامات التحكم في الذات المفقودة (Michel Reich, 2008, p. 251).

وتعتبر صورة الجسم تلك الخلفية التي تمثل في ذهن الفرد عن جميع خسائر السلامة البدنية التي يمر بها المريض في مراحل علاجه. يعد خلل الجسم إحدى مؤشرات المرض التي تؤثر على تمثلات الفرد الحامل للمرض، فهذا الأخير تظهر تمثلاته عبر رمزية الألم والتي ترتبط بثقافة المحيط الذي ينتمي إليه ومدى اندماجه في مجال تفاعله. إن هذا المرض المستعصي تختلف رمزيته من الرجل إلى المرأة وهذا يعود لخصوصية الجسد الأنثوي في مجتمع ما. فعند الحديث على امرأة السرطان (المرأة المصابة بمرض السرطان) فان هذه الرمزية تظهر بشكل مختلف في أفعالها وتفاعلاتها وكذا تمثلاتها التي تبلورت لديها بعد مخلفات مرض السرطان من سقوط للشعر وبتر بعض الأعضاء كالثدي مثلا. ففي المقابل فللمجتمع وجهة نظر مختلفة حول الفرد الحامل للمرض المستعصي، تختلف هذه الأخيرة باختلاف الثقافة السائدة في ذلك المجتمع وكذا من شريحة إلى أخرى ومن مجال لأخر حسب الحقبة الزمنية والعوامل

السائدة والمتحكمة في تلك الفترة. لذا في العنصر التالي سوف نسلط الضوء على المجتمع الجزائري وكيف كانت الصحة والمرض انذآك.

IV. التمثلات الاجتماعية للمرض في الجزائر:

1. الصحة في الجزائر:

انطلاقا من كون الصحة متغير هام في المتجمعات بصفة عامة والمجتمع الجزائري بصفة خاصة حيث يتكون هذا الأخير من مجالات عمرانية واجتماعية متعددة ومتنوعة من حيث الإرث الثقافي والمضامين الثقافية التي نتجت عن التراكم التاريخي لواقع الصحة في الجزائر؛ فلكل مجال اجتماعي معين نموذج ثقافي ما يحْتكِم إليه في تمثلاته للصحة والمرض وهذا ما أشارت إليه الباحثة "كلودين شولي" في أن كل ثقافة تحمل في طياتها نموذج اسري خاص ينتج تمثلات جماعية ويتحرك في قلب التغيرات الاقتصادية السياسية كشكل ثابت قادر على تنظيم محتويات متغيرة. وعليه وجب التطرق إلى الوضع الصحي في الجزائر حسب الحقب الزمنية المختلفة:

1) الوضع الصحي في العهد العثماني في المجتمع الجزائري:

إن معرفة الوضع الصحي للجزائر في العهد القديم يوضح لنا بطريقة ما مدى تطور اهتمام الدولة بهذا المجال وكذا معرفة تمثلات الفرد الجزائري للمرض آنذاك، وفهم خصوصية المجتمع الجزائري في موضوع ثقافة الصحة والمرض. ويعتبر التكفل الحالي بالمجال الطبي ما هو إلا نتيجة حتمية لصيرورة تاريخية للاهتمام بالصحة في الجزائر وهذا ما جاء به ابن خلدون في "المقدمة" قائلا: "إن هذه الصناعة (الطب) ضرورية في المدن والأمصار لما عرف من فائدتها فان ثمرتها حفظ الصحة للأصحاء ودفع المرض عن المرضى بالمداواة حتى يحصل لهم البرء من أمراضهم"(ابن خلدون، عبد الرحمان. (2006). صفحة 460)

قبل سنة 1830 كانت المؤسسات التي تحمل طابعا اجتماعيا هي الحبوس أو الوقف وهي مرتبطة بالنظام المدني الإسلامي، أي أن وضع النظام الصحي في الجزائر في تلك الفترة لم يكن منظما ومؤسسا بشكل دقيق وكانت الزوايا هي التي تقوم بتحقيق وظائفه حيث أخذت على عاتقها مهمة جمع التبرعات والزكاة لإعانة الفقراء والمعوزين و المرضى الذين لم تقدر أسرهم على علاجهم، وكان التداوي مربوط بالعديد من شيوخ الزوايا إذ يقومون بعلاج المرضى بالطرق البدائية باسم " البركة"؛ وأن أسباب بعض الأمراض ترجع لعدم تبرك "بالشيخ الفلاني"، أو استخدام بعض المناطق المقدسة مثل "الحمامات الصالحين" في غير غرضها

.ويكمن هنا سبب المرض في تمثلهم إذ ترتبط تمثلات المجتمع الجزائري عن المرض بسبب أساليب العلاج المتوفرة في هذه الفترة و مرتبطة بالعلاج عن طريق الزوايا و بركة الشيخ وذلك لعدم وجود الأساليب العلمية والطبية.

إن الحالة الصحية في هذه الفترة كانت صعبة جدا نظرا للحروب والأوبئة الفتاكة وعدم اكتشاف العديد من الأدوية في ذلك الوقت. فهذه الوضعية السيئة تجعلهم بحاجة ماسة إلى المعالجة على مستوى نطاق واسع، هذا ما أدى إلى الاهتمام الكبير من طرف العرب آنذاك بمجال الطب المنزلي وتداوي بالأعشاب. ومع ذلك كان الإيمان بالقضاء والقدر في مجال المرض من بين تمثلات الأفراد. ولا يمكن إغفال اختلاط الطب ببعض العادات والتقاليد كالشرب من البئر الفلاني والزيارة للحكيم الفلاني ...؛ ومن بين الأطباء المعروفين في الفترة العثمانية هو " عبد الرزاق بن حمدوش " الذي ألف في الطب واشتهر بالتداوي بالأعشاب والكي والحجامة (محمد الطويل، 2011 /2012، صفحة 182).

2) الوضع الصحي خلال مرحلة الاستعمار:

إن هذه المرحلة كانت تحت النظام العسكري في كل المجالات وشمل حتى الطب وميدان التمريض، وهذا ما عاد سلبا على صحة الشعب الجزائري التي كانت جد متدهورة بسبب تطبيق سياسة التفريق والتفكيك الاقتصادي والاجتماعي فكل الطاقم الصحي يتناسب مع الحاجيات الصحية للاستعمار الفرنسي فقط.

وقد تم التركيز في تلك الفترة على تكوين الأطباء وتعزيز الطاقم الطبي وكذا الاهتمام بالهياكل الاستشفائية، بالرغم من كل هذا فقد كانت هناك محاولات من طرف المستعمر لكسب ودّ الشعب الجزائري بتقديم الإسعافات وفرص التداوي له لكن في الأغلب باءت هذه المحاولات بالفشل.

- إن الحالة الصحية بين السنتين 1865 و 1867 تعد فترة حرجة بالنسبة للشعب الجزائري بحيث انتشر فيها " مرض الجدري و الكوليرا" الأمر الذي زاد تذبذب المسار الديموغرافي للسكان وارتفاع معدل الوفيات (أبو القاسم سعد الله، 1998، صفحة 288) إن ما يتبين لنا أن معرفة تغيرات الحاصلة في مجال الصحة أثناء الثورة الجزائرية ما هي إلا فترة حرجة جدا بالنسبة للصحة لذلك كانت جل تمثلات أفراد المجتمع متعلقة بالجانب الروحاني الديني لتفسيراتهم للمرض، وكذا عرفت هذه المرحلة الاستعمارية تغيرات عديدة مست العائلة الجزائرية وتمثلت في: مراكز الأفراد وكذا مختلف القيم والتقاليد السائدة في جميع مناحي الحياة الاجتماعية وبما في ذلك الوضعية الصحية للمجتمع (محمد الطويل، 2011

/2012، صفحة 191)، و بالرغم من شح المعلومات والتوثيق عن الوضع الصحي للجزائر إبان الثورة الاستعمارية إلا أن الوضع الصحي كان كإرثي و شهد ازدياد في انتشار الأمراض الوبائية والمعدية بشكل ملحوظ ،و إن زيادة الوفيات تعتبر دليل على الحالة المزرية لصحة الفرد الجزائري. هذا بالنسبة للوضع الصحي للمجتمع الجزائري، أما بالنسبة للنظام الصحي والعلاجي، فانه اشتهر بالبناء المختلف عن الفترة السابقة وبداية التكفل بالمسألة الصحية وإدخال الطب الحديث بالاستعانة بالأوروبيين المتواجدون في الأنظمة الصحية المنشاة المختلطة بينهم وبين السكان الأصلين.

3) الوضع الصحي بعد الاستقلال:

بعد الفترة الاستعمارية كانت لبنة المجتمع الجزائري مجهزة بهياكل صحية التي وجدت من أجل الاستعمار حيث تواجدت أين كان يتمركز الأوروبيون في الولايات الكبرى وهو ما يفسر النقص المتواجد في المجال الطبي والشبه الطبي وكذا نقص مراكز الصحية في الولايات التي لم يتواجد بها الأوروبيون. وكذلك تم التركيز على عناصر الوقاية من مسببات المرض ومن أهمها الماء، الغذاء، النظافة الشخصية والجسمية، السكن، الطب المدرسي، وطب العمل، وكذا طب الأطفال الذي يمثل أولوية في القضاء على الأمراض المعدية والخطيرة كالدفتيريا والشلل والحصبة والكزاز. الخ. . وهذه الأمراض هي التي كانت السبب في عدد الوفيات الأطفال وبشدة (محمد الطويل، 2011 /2012، صفحة 193).

وفي هذا الشأن اتبع الفاعلون في مجال الصحة خلال الفترة الممتدة بين 1962/ 1965 سياسة صحية ترتكز على إعادة إنعاش ما خلّفه الاستعمار من بنايات بالإضافة إلى بعض العيادات الخاصة التي شغّل حوالي 600 طبيب معظمهم من الأجانب (محمد الطويل، 2011 /2012، صفحة 193)؛ أما بالنسبة للهياكل القاعدية الاستشفائية فقد تم تقديرها بحوالي 39000 سرير سنة 1967. وهذه الأرقام تعبر عن العجز الدائم الذي عرفته هذه المرحلة مما أدى بالدولة في الجانب الأخر إلى إتباع سياسة الحملات التلقيحية للقضاء على بعض الأمراض الفتاكة والمعدية (محمد الطويل، 2011 /2012، صفحة 193)؛ و هذا ما يوضح لنا تدني المستوى الصحي في بداية الحياة الاجتماعية للمجتمع الجزائري بعد الاستقلال، فقد عملت الدولة على التحسين من المستوى الصحي للمجتمع في تلك الفترة فتم توحيد النظام الوطني للصحة و أكد الدستور سنة 1976 على العلاج بالمجان باعتباره مكسبا ثوريا وقاعدة نشاط للصحة العمومية، وجاء ذلك في المادة 67 التي تنص على أن لكل مواطن الحق في حماية صحته (محمد الطويل، 2011 /2012، صفحة 194). بعد هذه الفترة تم ملاحظة التحسن الصحي ونقص عدد الوفيات لدى الأطفال ونقص عدد الأمراض المعدية وبدا الاهتمام بالأمراض غير المنتقلة مثل أمراض القلب والسرطان.....؛

من خلال ما سبق يمكن القول إن الصحة في الجزائر بعد الاستعمار مرت بعدة مراحل انتقالية حيث بدأت من الصفر وكان الهدف التقليل من عدد الوفيات وخاصة الأطفال وعملت الدولة لوضع عدة خطط واستراتيجيات لمحاولة تحسين مستوى الصحة في الجزائر؛ ومن مؤشرات هذه الاستراتيجيات الطب المجاني والتكفل المجاني بعلاج الأطفال وكذا التلقيحات الإجبارية والمجانية ضد الأمراض المعدية.

ونستخلص مما سبق ذكره أن الدولة الجزائرية عملت جاهدة على توفير العلاج وتحقيق الصحة الجيدة للفرد الجزائري من خلال توفير المراكز الاستشفائية وتكوين طاقم طبي متنقل، مستهدفا المناطق النائية والحملات التحسيسية ضد الأمراض المعدية رغم محدودية الإمكانيات المادية والبشرية بعد الفترة الاستعمارية.

من خلال ما تم ذكره في التطور الصحي للجزائر من الفترة العثمانية إلى الفترة الاستعمارية وما بعدها نستنتج أن المجتمع الجزائري كانت جل تمثلاته بعيدة عن التفسيرات العلمية للأمراض، ويعود ذلك للخصوصية الاجتماعية والثقافية السائدة في تلك الحقبة ففي الفترة العثمانية كانوا يجهلون معظم الأسباب الأمراض التي تصيبهم مما أدى بهم للجوء للتداوي ببركة الشيخ، مياه البئر، على سبيل المثال. أما في الفترات الاستعمارية فقد كان العلاج يقتصر على المستعمر فقط، هذا ما أدى بالفرد الجزائري لإتباع نفس طرق العلاج الشعبية السابقة، في حين أن الفترة التي تلت الاستعمار الفرنسي وهي فترة الاستقلال قد عرفت بداية ظهور الطرق الطبية للعلاج بشكل واضح عبر توفير المراكز العلاجية والمستشفيات وجُهد الدولة المبذول في ذلك.

بعد ما تم عرضه حول الصحة في الجزائر وكيف كان المجتمع الجزائري يعالج الأمراض التي تصيبه، فعليه نركز حاليا أكثر حول نظرة المجتمع الجزائري للمرض وكيف يفسرونه و ماهية مصدر تمثلاتهم للمرض؟

2. المرض والمجتمع (تمثلات الاجتماعية للمرض في المجتمع الجزائري):

رغم الأحداث و التحولات التي مر بها الفرد الجزائري خاصة الجانب الأمني و الاجتماعي وحتى الصحي، فإن تفسيرات المرض الموجودة في ذهنية الفرد اختلفت داخل المجتمع من حيث الأسباب التفسيرية لبعض الأمراض التي تصيب الفرد؛ حيث تؤكد الشواهد التاريخية أن الإنسان الجزائري في العصور القديمة لم يكن تعامله مع المرض خاليا من الشعوذة والسحر و العرافة و الرقية (إسماعيل قيرة وآخرون، ب س، صفحة 64)، وكان ذلك ظاهرا في المرحلة الرومانية وظهرت في تلك الفترة طرق العلاج مثل " حمامات، المياه الطبيعية" التي هي متواجدة حتى الآن. إذن يمكننا القول أن تلك الفترة كانت نابعة من طبيعة التنظيم الاجتماعي

السائد و القائم في جانب منه على العقل و المنطق وفي جانب آخر على الغيبيات و الاعتقاد في قوى خارقة بمقدورها التأثير على الإنسان (إسماعيل قيرة وآخرون، ب س، صفحة 64).

إن التمثلات الشعبية لسرطان هي من اللاوعي الجماعي تشير إلى غزو الجسم عن طريق بدايات المرض وظهور بدايات الموت، وهذه الفكرة جاءتهم من مفهومهم لسرطان البحر فالفرد الذي تعرض للإصابة من سرطان البحر فأنه سيؤدي به إلى تعفن جسده وانتشار الفيروس فيه؛ وبالتالي فإن مرض السرطان له عواقب مرتبة على الحكم الذاتي للمريض وكذا فقدان الدور الاجتماعي والعائلي والمهني (Michel Reich, 2008, p. 249) . إذن تميل نماذج التمثلات الاجتماعية للصحة والمرض إلى الخصوصية القابلة للتغيير كما تتأثر بشدة العوامل الثقافية والعوامل الشخصية الذاتية؛ وهي إلى حد ما نماذج شعورية قد تكون خارج نطاق الوعي، كما أنها تتسم بالغموض وتعددية المعني، والتغيرات المتتالية، والافتقار إلى الحدود القاطعة بين الخبرة والأفكار والمفاهيم (نجلاء عاطف خليل، 2006، صفحة 186). حيث توضح دراسة " **ميكانيك** و **فولكارت** "في تدخل العادات الفردية والاجتماعية في تقييم مدى خطورة المرض، وبالتالي مدى اللجوء إلى الخدمات الصحية والاعتماد عليها؛ فإذا كان هذا المرض شائعا مألوفا ويمكن التنبؤ بمساره فإن المريض لا يعرض نفسه على الطبيب إلا إذا كان راغبا في الاستعانة بالخدمات الصحية، ولكن كلما تباينت الأعراض وشذت، وصعب التنبؤ بمجراها كلما خرجت الحالة عن نطاق العادات الفردية إلى نطاق العادات الاجتماعية، ويتعاظم بالتالي دور العوامل الثقافية والاجتماعية في اللجوء إلى الخدمة الصحية. (لبقع زينب، 2012/2011، صفحة 113)

- إن التمثلات الشعبية للصحة والمرض في الجزائر تنتظمن قوى رمزية خفية قادرة على تغيير التوازن الجسمي والنفسي للفرد وتعتبر مشكّلة للميثولوجيا الجزائرية من بينها:

1- **الجن**: تشير كلمة الجن إلى كل ما هو خفي ، وتندرج تحت مصطلح " الأرواح الغامضة"، كائنات ليست بشرية متغير ذات قدرة غريبة تفوق كل ما هو متوقع ويعتبر وجود غيبي ، إن في التمثل الشعبي الجزائري الناس يؤمنون بالجن و يفضلون عادة عدم ذكرهم بالاسم، إذ يعتقد الكثيرون أن مجرد ذكر اسمهم سوف يؤدي إلى إثارة غضبهم و في الثقافة الجزائرية ينادونهم بعدة أسماء منهم (أماليين المكان ، سيادنا ، لخرين ...) (إسماعيل قيرة ، ب س، صفحة 77-78)؛ و إن فكرة الجن قد يفسر بها بعض الأمراض إذ جل الأمراض و الأمراض العصبية تفسر في المجتمع الجزائري على أنها إصابة جن " سكنوا جنّ" كما يلقبونهم.

2- **العين**: وتعرف في الثقافة العربية اختصارا بالعين أو كلمة النظرة أو النفس، حيث أن الفرد الذي تعرض للنفس أو العين يلحق به ضرر جسدي وهذا الاعتقاد الشعبي سائد في المغرب العربي ويسمى صاحب العين "معيان" والضحية " المتعين"

وفي الجزائر الأفراد خوفا من الإصابة بالعين يقدمون الشيء الذي أعجب الحاسد لتفادي الضرر الجسدي الذي قد يلحق به جراء إصابته بالعين. وأي إعجاب من الحاسد لذلك الشيء فيتم مخاطبته بالعبارات التالية: "ما شاء الله، تبارك الله، صلي على النبي، خمسة في عينيك، الله يعمي عين الشيطان". هناك في الجزائر من يلجئ إلى ممارسة مجموعة من " الاوشمة، البخور، الحروز" فهذا مرتبط باعتقاد راسخ في الثقافة الشعبية الجزائرية يتمثل في الإيمان بتأثير المضر بالنظرة ومشاعر الحسد على الفرد الذي توجه ضده هذه النظرات.

3- السحر:

لاحظ "**مصطفى بوتفنوشت**" أن السحر ما زال منتشراً حتى في الأوساط الحضرية للجزائر، وفي كل الأوساط الاجتماعية؛ وقد تزامن هذا الفعل مع تفسيرات المرض وسببية المرض وتم تصنيفه كمرض عقلي وقد يستوجب حجزه في المستشفى إذ تفسر هنا بعض الأمراض العقلية على أنها نوع من السحر المقدم على بعض الأشخاص، لذا أصبح مصطلح السحر والشعوذة يندرج ضمن مصطلحات الطب العقلي كظاهرة مرضية (إسماعيل قيرة وآخرون، ب س، صفحة 106)؛ وإن إدراك المريض لمرضه يكون واحداً في نطاق المجتمعات التي تنتمي لنفس النمط الثقافي. وذلك على عكس المجتمعات المنتمية لأنماط ثقافية مختلفة (هندومة محمد أنور حامد، 2013، صفحة 50)، و من خلال ما جاء به "**فيرمان**" التي كانت دراسته للمستوطنين المكسيك في أمريكا حيث أكدت نتائجه على أن للسكان مفهوما محددا للمرض وهذا المفهوم مرتبط بنسيج ثقافتهم المحلية مثل السحر الأسود والحسد أي مفهوم المرض يرجع بالأساس في نظره إلى الثقافة المتفق عليها في مجتمع ما وبما يفسر الألم وأعراض المرض ويرجع ذلك للعادات و التقاليد والقيم ومنها من يفسر بمنظور السحر والشعوذة أو اللعنة ولا يهتمون بأقوال الأطباء الذين لا ينتمون إلى نفس ثقافتهم.

أي أن لكل محتوى ثقافي تمثلاته وتصوراته الخاصة به حول الصحة والمرض وتختلف هذه الأخيرة من مجموعة سكانية عن أخرى. وفي الآونة الأخيرة تطورت هذه الظاهرة بشكل ملحوظ بحيث أصبح موضوع قابل للدراسة بشكل ضروري و قد ازداد انتشاره بشكل ملحوظ جداً، إذ يعتبر ظاهرة اجتماعية قابلة للدراسة من وجهة نظر سوسيولوجية، وكذا نستطيع التعمق أكثر في الموضوع

بحيث أصبح يستخدم السحر كوسيلة و سبب للمرض وهذا فقط لكي يصبح الفرد المسحور مريضا ملازما للفراش و هذا ما تحدثت عنه بعض عينات المجتمع الجزائري أثناء دراستنا الاستطلاعية عن العلاقة بين المرض و السحر.

4- المكتوب:

- المرض العقوبة: وهنا يعتبر المرض كعقوبة بسبب ذنب أتى به الفرد خلال حياته بسبب المحرمات " فالسخطة، اللعنة، دعوة .." كلها عبارات تدل على أن المريض كان يستحق ما فعل له (يستحق هذا المرض).
- المرض كتطهير: تدور الفكرة عندما يصاب أحدا بمرض ما ويكون ظاهرا عليه أنه ملتزم لي دين ما، هنا يعتبر المرض على أنه تكفير لذنوب، ومسح كل المساوئ على ذلك الفرد المصاب لأنه ليس فرد سيء؛ لذا إصابته بالمرض يعتبر ابتلاء وأن المؤمن مصاب ولهذا يستعمل الفرد الجزائري مصطلح" طهور".

في الأخير يمكن القول إن ما سبق يعد أمثلة صغيرة فقط عن تفسيرات المرض في المجتمع الجزائري حيث يرجعون أسباب إصابتهم بالمرض لأسباب ميتافيزيقية وبالتالي نستطيع الحكم عليها على أنها تمثلات شعبية يحملها الفرد الجزائري في طيات ذهنه. وعليه فرغم التطور الحاصل في المجال العلمي الصحي الذي شهده المجتمع الجزائري مؤخرا إلا أنه لا تزال هناك رواسب ما قبل الاستعمار والعهد العثماني في تمثلات الفرد، وهذا ليس حكم مسبق بل حكم نظري لما تداولته الكتب والمقالات في هذا الموضوع. لذا سوف نركز أكثر في الفصل القادم عن طريقة جمع البيانات والنزول إلى الميدان للإجابة عن الأسئلة المطروحة ومعرفة تمثلات المجتمع لمرض سرطان الثدي، وتمثلات المريضة لذاتها.

الخلاصة:

عند حديثنا عن التمثلات فإنه يتوجب علينا التكلم على الأفعال، لأنه قبل القيام بالفعل يكون تمثل؛ فالتمثل مترابط ومتلازم بالفعل ويمكن أن تسبق التمثلات الأفعال وهذه الأخيرة مستمدة من الثقافة وأشكال الوعي الاجتماعي؛ لذلك يبقى من الصعب الحديث عن المرض دون استحضار مفهوم الجسد وما يمكن أن نطلق عليه "**بثقافة الجسد**"، والتي نقصد **بها مجمل التصورات والتمثلات الثقافية والإيديولوجية التي ينتقل فيها الجسد من بنيته البيولوجية المحضة لكي يتحول إلى معطى ثقافي وإلى واقعة اجتماعية دالة.** حيث أن للمرض دلالات على مستوى الجسد فالتفسير الرمزي لجسد المريض ينعكس على تمثلات الفرد المريض لجسده وذاته، وأيضا إن هذا المريض يتفاعل في مجالات اجتماعية عدة وهذه الأخيرة هي مجال للتفاعل وإرسال الرسائل سواء عن طريق اللغة أو التعبير بشكل مباشر أو غير مباشر؛ إذ لكل ثقافة طريقة ومنهج خاص في التعامل مع الجسد المريض، ويتماشى هذا بكيفية تنظيم علاقته بالأشياء وكذا تنظيمه للتفاعلات الاجتماعية.

و يعتبر " **الجسد مريض** " عبارة عن وسيلة للتفاعل و رمزاً اجتماعياً لأن الجسد يرسل الرموز و الإشارات التي تكمن وراء الحركات الفرد، خاصة حينما يصبح الجسم الإنساني أداة تواصل واتصال بدوره يرسل رسائل تعبر عن هويته الذاتية للمريض؛ فعندما يلتقي الفرد المريض مثيرا خارجيا (فكرة – حادثة- معلومة) يقوم بمعالجته ذهنيا وهذه المعالجة تختلف من مريض للآخر حسب عوامل الثقافية والذاتية، تتعلق بهوية الفرد وكذا حسب تفاعلاته في المجالات التفاعلية المتعددة من بينها المركز لاستشفائي، العمل، الأسرة، جماعة الرفاق ...الخ، ونتيجة هذه المعالجة يتكون التمثل، و تتكون الأفعال الذي يقوم بها الجسد المريض.

الفصل الرابع: مجتمع الدراسة ميدانيا من المجال العمراني إلى المجال الاجتماعي

تمهيد

I. المجال العمراني الكبير لولاية ورقلة:

II. المجتمعات العمرانية:

III. المجال الاجتماعي:

IV. المرحلة الاستكشافية

V. المنهج والأدوات المعتمدة في الدراسة

VI. مجالات الدراسة:

VII. الحالة (العينة):

VIII. الحالات المستهدفة في الدراسة الميدانية

الخلاصـــــــــة

تمهيد:

هذا الفصل كأداة توصيفيه تحليلية لقراءة الميدان بطريقة سوسيولوجية وكيفية، حيث أنه يعتمد على وصف المتغيرات والمؤشرات المكونة للمجال العمراني أو المجال الاجتماعي وتحليل وتفسير العلاقة بينهما .إن هذه العملية التوصيفيه التحليلية الكيفية تسمح للباحث بالمعرفة الدقيقة لكل ما يحيط بالحالة المراد دراستها وكذا تحديدها بصورة أدق وأوضح؛ وعليه تمكن الباحث من معرفة مصدر النموذج الثقافي وخوارزمية التفاعل الذي تحمله أي مفردة قيد الدراسة، وبالتالي الوصول ومعرفة مصدر تشكل هويتها.

I. المجال العمراني الكبير لولاية ورقلة:

1- تطور ولاية ورقلة عمرانيا:

1) ورقلة في العصر القديم:

1. التعريف بمدينة ورقلة:

❖ تعرف بمدينة ورقلة قديما باسم "**ورجلان**" ؛ حيث يعرف "**ياقوت الحموي**" هذه التسمية بأنها تكون بفتح أول الكلمة وسكون ثانيها وفتح الجيم وآخره نون. وتعني كورة أي فحوهة بين إفريقية و بلاد الجريد ضاربة في البر كثيرة النخل و الخيرات.

❖ ويقول الأستاذ "**أحمد توفيق المدني**" أن ورقلة اسمها الأصلي بني ورجلان قصر من أبدع القصور البربرية في الجنوب الجزائري.

❖ أما الدكتور "**سعد زغلول عبد الحميد**" فيرى أن لها أسماء كثيرة حسب المؤرخين و منها "**وارکلاء**" ،"**وارکلان**"، و أن حرف الكاف قد ينطق كحرف الجيم المصرية.

❖ أما الشيخ "إبراهيم أعزام " أن من أسمائها "**ورجلان**"،" **وارکلان**"،"**وارکلاء**"، "**وارقلا**"،"**وارقلة**" ،"**ورقلة** "، "**وارقلان** "؛ حيث قال أن المعروفة بها الآن هي "**وارجلان**" و "**ورقلة**". وقد استعمل "**الوسيانى**" اسم "**كريمة**" وقصد به وارجلان.

2. سبب تسمية المدينة بـ "ورقلة":

❖ يرجع المؤرخون معنى تسمية ورقلة إلى كونه اسم قديم ارتبط بمؤسسي هذه المدينة وهذا ماجاء به "**جون ليتيو** "**jean lethielleux**"حيث يرى أن كلمة "**وار**" عند البربر تعني أولاد أو أبناء وتأتي في بداية الاسم مثل وار فحومة، وار فلا، وار سنيس؛ وهي مأخوذة من كلمة "**أروا** " أو " **أرا**" وتعني النفاس أو الوضع . أما كلمة "**أكلي** "و "**إيكلان** " فالآولى تعني الأسود والثانية جمع لها وتعني السود عند اللغة الوارجلانية القديمة أي أبناء الزنوج أو أبناء السمر . حيث جاء الشيخ "**حادور**" جاء مع جماعة من الزنجباريين بنوها فسميت نسبة إلى سمرتهم وكان تشييدها سنة (726م / 108 هـ).

- في حين "**لاجور**" " **Largeau**" يرجع أصل التسمية إلى امرأة يقال بأنها سكنت مكان هذه المدينة جراء حدوث غارات على جبل كريمة فلجأت لهذا المكان وغرست به نخلا وبنت كوخا فسميت المدينة باسمها.
- أما "**دوفيريي**" "**Duverier**"فيرى أنها مدينة من أقدم مدن الصحراء ومن غير الممكن أن نحدد لها تاريخا دقيقا (بن حمو عمر لقمان. بوعصبانة سليمان. 2008،صفحات 30،32).
- عرفها "**هيرودوت**" " **Herodote**" الملقب بأب التاريخ بأنها آخر نقطة لمعرفة **النزامون** "**Nasamoons**" وهم قراصنة سريانيون قضى عليهم "**دقليد يانوس**" بعد ثورتهم على الرمان، فهي آخر ما وصل إليه هؤلاء (للم، إبراهيم. و اخرون. 2000 ،صفحة118).
- يؤرخ الحسن بن محمد الوازن الفاسي قائلا"وركلة مدينة أزلية بناها النورمانديون في صحراء نوميديا".
- في حين نجد أن "**ابن خلدون**" فلم يحدد لنشأتها تاريخا فيرى أن بني وركلا بطن من بطون زناتة، كانت مواطنهم قبلة الزاب فبنيت قصور متقاربة فاستبحرا عمرانها وصارت مصرا وحدا . (بن حمو، عمر لقمان. بوعصبانة، سليمان.2008 صفحة 32) تذهب بعض المراجع إلى القول إن تأسيس ورقلة قدي ميعود إلى العصورالحجرية و يعللون ذلك بوجود أدوات حجرية صنعها الإنسان القديم بهذه الجهة يعود بعضها إلى العصر الحجري القديم والبعض الأخر إلى العصر الحجري الحديث وبكميات كثيرة جدا حيث لاتخلوا منها جهة من الجهات الأربعة المحيطة بالمدينة على شعاع طوله 40 كلم.

لقد مر الإنسان القديم بهذه الجهة و لم يشيد أية مدينة ،ولم يترك أي عمران ، بل كان إنسانا جوالا لا يمكث كثيرا في منطقة حتى يغادرها ، ولم يعش حتى في شكل تجمعات بشرية كبيرة ، مع الإشارة إنه بدأ يعرف نوعا ما الاستقرار ، و ذلك من خلال استعماله للكهوف والمغارات الموجودة بأعالي ورقلة بمنطقة بامنديل في العصر الحجري الأخير وخاصة في المنطقة التي تعرف باسم كهف السلطان على بعد حوالي عشرين كيلو متر جنوب غرب ورقلة وسبق وأن زار هذه الكهوف الرحالة الفرنسي " **لارجو**" سنة 1877 م و وجد فيها كهوفا يصل عمقها إلى ثلاثين مترا و تحتوي على طوابق وغرف ،و أخذ مقاييس إحدى هذه الغرف فوجد ارتفاع الغرفة المحفورة في الجبل يصل إلى 1,70 مترا و طولها 3,90 مترا و عرضها 2,75 مترا، وكما اكتشف كتابة باللغة العربية لم يستطع أن يفهم منها إلا لفظ الجلالة الله. ولكن هذه النواة الأولى للتمدن والاستقرار لم تعرف في التاريخ باسم معين، وقد دلت الآثار المادية التي لا تترك مجالا للشك أنها كانت تمتد من الجهة الشمالية الشرقية إلى الجهة

الجنوبية الغربية ، أي من موقع الحمراية بضواحي مدينة نقوسة إلى كهف السلطان مرورا بملالة و حاسي مويلح و العظام ، و بهذه الصورة يمكن أن نقول أنه استعمل اعلي الهضاب كمعمل للصناعة الحجرية , و سفحها كهوفا ومغارات للإيواء، و المنخفض للصيد و الزراعة و الرعي ؛ أي أن الإنسان في هذه الفترة المبكرة لم يعرف لا الدور ولا القصور ، بل استعمل المغارات ،و الكهوف كمأوى يقيه من البرد والحر و المطر و الزوابع الرملية و الحيوانات المفترسة.

بينما يذهب الرحالة المغربي"**الحسن بن محمد الوزان** "الذي عاش في القرن السادس عشر ميلادي إلى أنها مدينة نوميدية أسسها النوميديون في صحراء نوميديا حيث قال" وركلة مدينة أزلية بناها النوميديون في صحراء نوميديا لها سور من الحجر و دور جميلة و يوجد في ضواحيها عدة قصور و عدد لا يحصى من القرى" (ذكار، أحمد . 2014،صفحة 164)

يعود وجود الإنسان في "واد ميه"إلى مئات ألاف من القرون حيث وصل عدد القرى في هذا الوادي إلى 325 قرية اكبر هم قصر بنى ورقلة. وقد كان متوسط عمر الرجل الورقلي القديم 64 سنة ثم تقدم إلى 85 سنة حتى أصبح اليوم بين 85 و 90 سنة وهذا دليل على تغير المعيشة في هذه المدينة إلى الأفضل مقارنة بحقب زمنية سابقة. حيث يتكون سكان ورقلة من ثلاثة مجموعات أساسية وكل قسم منها يمثل طائفة من هذه الطوائف :

- **الأمازيغ**:هم بني واقين وبني سيسين وبني إبراهيم و نقوسة؛ يعرف أصحاب هذه الطائفة بحبهم للفلاحة والخدمات والتجارة والصيد.
- **العربي**: و هم المخادمة و سعيد و بني ثور و شعانبة وهؤلاء خليط من عرب و سوافة وغيرهم من الشمال؛ فقد كانوا يعرفون بكثرة الترحال ومرافقة القوافل وحبهم للصحراء وما تحتويه من رعي وصيد وتجارة

الأباضية: ينقسمون إلى العرب و أمازيغ بني ورقلة و ريغ و تيميمون وجبل نقوسة و جريد وعمان والسودان والبعض من الشمال العربي ؛ حيث عرف عنهم التجارة والفلاحة.(حاجي عبد الرحمان ،2011،صفحات 8،9،10).

كانت منطقة ورجلان جاذبة للسكان وعرفها الإنسان في الأزمنة الماضية وترك بها أثاره من آلات حجرية قديمة وغيرها من مستلزمات العيش ؛ فقد كانت مناطق لا تعرف الحد والفاصل الصحراوي لكونها ذات غابات متلاصقة و أشجار وانهار عظيمة مثل نهر أغرغار ولكن بفعل التصحر التدريجي اختفت هذه الأنهار عبر العصور ولم يبقى إلا الرسومات التي خلفتها ورسمتها يد

الإنسان في ذلك الزمان و بقايا جذوع الشجار المتحجرة في الغابات والتي لا تزال شاهدة على وجود فترة من الخصب وحياة للإنسان والحيوان معا .

وبعد الفتح الإسلام بدأت منطقة ورجلان تشهد تغيرات جديدة وخاصة بفعل انتشار العيون المائية بها، التي ساهمت وساعدت في تحولها من منطقة قاحلة إلى واحة خصبة وسط الصحراء القاحلة و محطة للتجار ورجال القوافل ومحط رحال الحجاج المتوجهين إلى بيت الله الحرام مما جعلها مركز لنشر الإسلام في القارة الإفريقية فعمرت بالعلماء وكثرت فيها حلق الدراسة وارتفعت فيها مآذن المساجد .(بن حمو، عمر لقمان. بوعصبانة، سليمان،2008، صفحات 34-35)

يتحدث سكان منطقة ورقلة اللغة العربية و كذا اللهجة الورقلية المحلية وتعتبر هذه الأخيرة إحدى اللهجات الامازيغية حيث يتفرع عن الامازيغية ما يقارب 11 لهجة أو تنوعا، غير أن هذه اللهجات تلتقي وتتحد في القواعد اللغوية (النحو والصرف) المشتركة بينها، بحيث يمكن للناطق بأحد اللهجات الامازيغية أن يتعلم ويتكلم لهجة أمازيغية أخرى بكل سهولة

.وأهم لهجات الامازيغية: التارقية، و(تقبايليت)القبائلية ، و(تاشاويت)الشاوية، و(تشلحيت)الشلحية، وتاريفيت (الريفية) والسوسية، والزاوية، والجبائلية، والغدامسية، أما اللهجة الورقلية (تقارقرنت) فهي زناتية قريبة من الشلحية المنتشرة في جنوب المغرب.(دار الثقافة مفدي زكارياء،2018،صفحة 7،10)

3. أهم المواقع الأثرية بالمدينة:

لعل الحضارات والأحداث التي تعاقبت على منطقة ورقلة قد أكسبتها ميزة سياحية فاصلة بما ظل من الشواهد والآثار والمعالم والتي منها قصر ورقلة "القصبة القديمة" وقصر تماسين و سدراته وكذلك لالة كريمة وبرج ملالة وقصر سيدي خويلد وقصر تقرت، قبر الملوك وبرج ديفيك وغيرها من المعالم السياحية والتاريخية كالمتاحف والبحيرات والحمامات والينابيع الطبيعية الاستشفائية، كما تزخر ورقلة بالمرافق السياحية والترفيهية كالفنادق والمطاعم والمخيمات السياحية و الوكالات السياحية العمومية والخاصة. إلا أنها ما زالت بعيدة عن التطور السياحي الذي يجعلها رائدة في هذا المجال وفي فترة ما بعد نزوح الرستميون ومعهم تبائعهم من تيهرت نزحوا في ورقلة بمنطقة تسمى سدراته وعمروا فيها وكان لها صيت كبير في البقاع المجاورة بسبب التجارة و علمائها. وهي تبعد عن عاصمة الولاية 8 كلم وآثارها قائمة إلى الآن وهم الآن يعتبرون من أقدم السكان بورقلة لأنهم السكان الذين بدأ التاريخ يشهد على أنهم

قطنوا في هاته الولاية وهدا أيضا لا يعني أنهم السكان الأوائل بها (موقع ولاية ورقلة ،2018)-http://www.wilaya ouargla.dz .ومن بين هذه المواقع الأثرية مايلي:

- **القصر القديم:**

يسمى القصر القديم أو القصر العتيق يعد احد المعالم الأثرية بالمدينة تم تصنيفه كمعلم اثري وتاريخي ووطني في عام 1996 واحد الحصون المنيعة للقصبة العريقة والتي كانت في الأصل مسكن لسلاطين ورقلة، وأصبحت فيما بعد المكتب العربي بعد تدميرها عام 1882 وأصبحت ثكنة عسكرية وبها نجد القصر والقصر محاط بخنادق سدت في عام 1972 لعدم ضمان سلامتها وله سبع أبواب تغيرت ملامحها وعددها عبر التاريخ ومن أهم هذه الأبواب باب الربيع 1894، باب باحميد 1894،باب فلا ترس 1894 أو باب السلطان أو باب بوسحاق وهو الأصح لأنه كان قريبا من عين بوسحاق في غابات النخيل المحاطة بالقصر ،باب عمر القريب من لآلة منصورة باب بستان 1894،يتوسط القصبة ساحة سميت بساحة "افلاترس" المتوفي عام 1881 وحتى عام 1962 سميت بساحة الشهداء وبجوارها نجد السوق وكذا المدرسة العمومية حيث الثكنة ومن الجهة الغربية المسجد الاباضي متضحا في أخر سيدي حفيان .

- **سوق المدينة:**

يرجع بناء السوق إلى القرن السابع عشر وساحته محاطة بأقواس مربعة حتى عام 1895 تم استبدالها بالأقواس الدائرية المنشئ والوسطى مخصصة للقصابة وهي باقية حتى الآن وبجانبه نجد مئذنة لآلة مالكية المسجد المالكي وتليها بني واقين في ساحة السوق وحتى حوالي 1889 كان السوق مكانا يباع فيه العبيد وما يميز القصبة شوارعها الملتصقة وليعرف أو يخبر ممراتها الضيقة إلا أهلها ، وهي ممرات مغطاة وامتداد للمباني المجاورة وهي أيضا أمكنة بها الظل والهواء المنعش خاصة في فصل الصيف و مكان للاجتماعات وما يميز منازل القصبة دهاليزها الباردة والتي هي ملاذ في فصل الصيف الحار.

-مدينة سدراته الأثرية المختفية تحت الرمال:

المدينة المختفية تحت الرمال لم يتبقى منها الا البعض من بقايا أعمدة من الجبس وبقايا صخور وحجارة متهدمة. يرجع تاريخ المدينة إلى عام 909 للميلاد عندما احتمى الاباضيون بها بعد طردهم من تيهرت بالقرب من ورقلة وجعلوا من سدراته مدينة مدهشة بزخارفها المعمارية التي تم اكتشافها عبر التنقيب خاصة عام 1951و1952.

تلك المعالم لم تبقى إلا أطلالا تحت الرمال ، مايميز المدينة هي عين الصفا التي كانت تغذي المدينة بالمياه حيث أنها كانت عينا ارتوازية، وكانت مياهها تصل حتى انقوسة المدينة الأم لورقلة وهذا بفضل قناة كانت تعبر قصر ورقلة وهدمت تلك المدينة مرة في 1077 ودمرت نهائيا عام 1274.

-المتحف البلدي:

هو في حد ذاته تحفة معمارية ومعلم واحد الشواهد بالمدينة لما يزخر به هذا المتحف بالعديد من الآثار التي تمتد من العصر الحجري إلى فترة الاستعمار الفرنسي.(منتدى التاريخ والاركيولوجيا ،2018)

2) ورقلة أثناء الاستعمار الفرنسي:

لقد واجه الاستعمار الفرنسي وكبار ضباطه العديد من المقاومين والانتفاضات الشعبية في الجنوب الشرقي الجزائري وخاصة ضد القوات الاستعمارية بعد بعثة " **فلاتيرس**" التي تهدف إلى خدمة التوسع الاستعماري نحو الجنوب والصحراء الكبرى ؛فبعد وصول تلك البعثة إلى الطوارق وجدت البعثة نفسها محاصرة من كل الجهات مما اضطر المستعمر الفرنسي إلى الفرار والعودة إلى ورقلة (بشي، إبراهيم العيد. 2013 ،صفحات 32،33) عرفت منطقة ورقلة (وادي ميه و وادي ريغ) عدة مقاومات ضد الاستعمار وانتفاضات شعبية في وجه الزحف الاستعماري الفرنسي قبل أن تحكم القوات الفرنسية سيطرتها التامة على المنطقة أواخر سنة 1871 م وبداية سنة 1872 م من بين هذه المقاومات مقاومة والمعركة التي حدث بمنطقة مقارين وكذا مقاومة الشريف محمد بن عبد الله ومقاومة سليمان حاكم وادي ريغ آنذاك وغيرها من المقاومات الشعبية لطرد المستعمر من أرض الوطن.

وكغيرها من مناطق الوطن الأخرى شهدت مدينة ورقلة و تقرت قبل اندلاع الثورة نشاط عدة تيارات سياسية تحررية وطنية من بينها نشاط حزب الشعب الجزائري الذي وسع حركته انطلاقا من قسنطينة من خلال إجراء اتصالات وشبكات له بالمنطقة؛ وهذا ما ذكره بعض المؤرخين نقلا عن شهادات حية لمجاهدين عن اعتقالات في صفوف بعض قادة حزب الشعب الجزائري بمنطقتي ورقلة و تقرت بعد تفكيك المنظمة الخاصة الجناح المسلح للحزب سنة 1949 م من طرف السلطات الاستعمارية. ومع اندلاع الثورة المجيدة شكلت ولاية ورقلة وخاصة منطقة ورقلة و تقرت لكونهما الأكثر عمرانا و سكانا آنذاك قاعدة خلفية للثوار و مركز عبور هام يتم من خلاله تمرير الأسلحة و أفواج المجاهدين كما انها كانت حلقة وصل لربط المناطق الأخرى بتونس وليبيا من خلال

الإتيان بكل ما يحتاجه المناضلين والثورة من أسلحة و أطعمة من الأراضي التونسية والليبية و إيصالها للمجاهدين في كل التراب الوطني.(مديرية دار الثقافة لولاية ورقلة، صفحات 24،25،26)

3) ورقلة في العصر الحديث:

استمرت عملية البناء لمدينة ورقلة التي تميزت بقصورها المتعددة التي كانت تعبر عن البيئة الطبيعية والاجتماعية والثقافية؛ وفي عهد الاستعمار الفرنسي شهدت ظهور المدينة الجديدة أين أنشأت خارج القصر في 1886 و1887 مثل برج بني ثور المعروف بالبرج الأحمر، وبعد 1918 سمي ببرج شانديز ثم برج لوتو 1915-1917 والذي أصبح أول مقر للولاية بعد الاستقلال، وهو يتواجد على يمين مدخل المستشفى العسكري في وقتنا الحالي . وبعدها ظهرت العديد من الأحياء الجديدة منذ 1958 والتي تميز المنطقة إلى يومنا هذا مثل المخادمة، تازقرارت، الشرفة، لاسيليس، والتي كانت تحتوي القليل من السكان آنذاك؛ وتضم ورقلة حاليا 21 بلدية و10 دوائر وكثافة سكانية ذو أعراق متنوعة.

و في وقتنا الحاضر أصبح النموذج العمراني لهذه المنطقة متعدد الأشكال والأحجام وطغيان العمارة التي تتنافى خصائصها مع التركيبة السكانية والبيئة الطبيعية من جهة، ومن جهة أخرى عدم مراعاة التاريخ المادي للمدينة مما انعكس ذلك بالسلب على التفاعلات الاجتماعية بسبب استزاد أنماط غريبة تحت رداء التنمية الحضرية.

وبشكل عام فإن الطابع العمراني الحديث الذي فرض على المجتمع الورقلي أو المجتمع المحلي للمدينة أصبح في صراع بين شكله الهندسي من حيث تعدده واختلافه، وبين ما تحمه ثنائيات الفروق الريفية الحضرية، لأن الملاحظة للعلاقات الاجتماعية يجدها في أخذ ورد بين علاقات اجتماعية تسودها الإرادة الفطرية أو الطبيعية بين الآباء والأبناء والأقارب والجيران والأصدقاء، فهي تتسم بالدفء العميق والإشباع حسب تونيز وتارة تحمل هذه العلاقات معنى المجتمع المتقاعد الذي أراد منه تونيز معنى العلاقات الاجتماعية التي تفصل بين الأفراد وكل فرد يعتمد على نفسه بمعزل عن الآخرين. ورغم وجود تناغم بين الإدارات إلا أنها على أساس شخصي يتضمن معنى الإدارة العقلية.

وإذا ما أسقطنا وجهة نظر "**ردفيلد**" على المجتمع المحلي لمدينة ورقلة نجد أن العلاقات الاجتماعية تميل إلى أن تكون ذات طبيعة أولية، بينما التحول إلى المجتمع الحضري تجعلها تتميز بدرجة من الفردية والتفكك الثقافي الذي جعل من العلاقات الاجتماعية ذات طبيعة ثانوية في بعض الأحيان لأن كلما ازدادت المدينة نموا في الحجم بازدياد عدد المقيمين بها تضعف الروابط الاجتماعية

بين هؤلاء المقيمين وتتعرض العلاقات الاجتماعية للتغير والتبدل وتصبح سطحية ومؤقتة وسريعة الزوال.(الموقع الرسمي لولاية ورقلة http://www.wilaya-ouargla.dz(2018،

2- لمحة جغرافية عن ولاية ورقلة:

1) التعريف بورقلة جغرافيا:

إن المقصود بورقلة هو اسم المدينة وكذا المنطقة المحيطة بها، إذ تتحدث بعض المصادر عن ورقلة، وهي تقصد المدينة القصر و القصبة فقط، و البعض الآخر يقصد بها المدينة و ما يحيط بها من قرى .والأرجح هو أن مفهوم الإقليم هو الصحيح وفي ورقات مخطوطة عن تاريخ ورقلة، تذكر أن الحدود الجغرافية لورقلة من أفران إلى ورجلان إلى جبل العباد إلى عين البغل.

ويقع حوض ورقلة في الجنوب الشرقي للجزائر، وهو جزء من المنخفض الصحراوي الكبير، يبلغ طوله 30 كم وعرضه ما بين 12و 13 كم وارتفاعه بين103 و 105 مفوق مستوى سطح البحر، يمتد بين هضبتين الأولى تحدها من الغرب وارتفاعها 203م، والثانية تحدها من الشرق بارتفاع يناهز 160 م وهي متصلة برمال العرق الشرقي الكبير. (عباز الأزهر. 2014 ،صفحة 65).

وتعتبر ورقلة هي أحد أهم الولايات الجزائرية لامتدادها التاريخي فهي أحد أهم المدن في أول دولة إسلامية في المغرب العربي وكانت المدينة وقتها تسمى "واركلان" لتتغير لكنة نطقها بالبربرية الآن بـ"وارجن"أي بمعنى الرجل الحر قديما حيث جمع سكانها الذين عمرو مدينة واركلان أحد قصورها الصحراوية ثروة كبيرة من خلال الخط التجاري الذي نشطوه مع أفريقيا العميقة، وثانيا لأنها مصدر الثروة البترولية للجزائر وسميت مدينة ورقلة حديثا والتي سكنت منذ فجر التاريخ وشكلت العاصمة الإقليمية للجنوب الشرقي منذ الفترة العثمانية. سميت ولاية الواحات إبان الاستقلال وضمت جميع مدن الجنوب الشرقي من **الأغواط** شمالا إلى **تمنراست** جنوبا لتكتفي بعد التقسيم الإداري لعام 1984 بثلاث مدن كبرى هي **ورقلة** عاصمة الولاية **و حاسي مسعود** القطب الصناعي **و تقرت** التي تعتبر قطبا هاما من أقطاب الصناعة. تبعد عن العاصمة الجزائرية ب 820 كلم، ولا زالت آثار القديمة والتاريخية راسخة في سكانها حيث تلمس الصبغة المتأصلة لتراثها بمجرد زيارة القصر العتيق الذي يتوسط المدينة المصنف ضمن التراث العالمي ومن خلال زيارة قصورها الستة بحيث تصل مساحتها الإجمالية إلى 1.163.233 كيلومتر مربع،

ويعيش عليها ما يزيد عن 438 نسمة. (منتديات الجلفة 2017) https://www.djelfa.info/vb/ وهذا ما توضحه **الخريطة الملحق رقم 01** .

2) مناخ ولاية ورقلة :

يسود إقليم ورقلة وضواحيها مناخ قاري حارفي فصل الصيف؛ حيث ترتفع درجة الحرارة إلى 50 +درجة مئوية في الظل، كما تنخفض في فصل الشتاء إلى درجة الصفر، وبذلك يكون المدى الحراري كبيراً جداً. بالإضافة إلى تعرضها إلى رياح جافة فيشكل عواصف هوجاء رملية تعرقل أنواع النشاط البشري .أما معدل الأمطار فهو ضعيف لا يتجاوز 45 م في السنة، و أما تساقط الثلوج فنادر جداً، و قد لا يتجاوز المرة الواحدة في كل نصف قرن، أما تساقط الأمطار والمعروفة بالأمطار الصحراوية فلها فترتان إحداهما في شهر نوفمبر إلى غاية شهر جانفي عندما تهب الرياح الشمالية الغربية والثانية فتبدأ من شهر ماي إلى سبتمبر؛ وذلك عندما تهب الرياح الموسمية على الهوامش الجنوبية. فمنطقة حوض ورقلة تعرف بالجفاف وقلة الرطوبة وانعدامها خاصة في فصل الصيف عندما تهب الرياح الجنوبية الحارة المعروفة بالشهيلي، والتي تؤدي إلى تشكيل زوابع رملية حارة تؤثر على المنتجات الزراعية خاصة التمور و المزروعات الموسمية والإبل وقد تؤدي إلى هلاك البشر.

ويبدأ الجو في التحسن ابتداء من شهر سبتمبر عندما يتغير اتجاه الرياح لتصبح شمالية شرقية، وهي معروفة محليا باسم البحري؛ وهي غالبا ما تكون محملة بشيء من الرطوبة فتعمل على تلطيف الجو لاسيما ليلا.(عباز، الأزهر. 2014 ،صفحة 16)

3) الأودية والموارد المائية والغطاء النباتي:

تنبع الأودية الصحراوية من الأطلس الصحراوي و تصب أحيانا في الشطوط و أحيانا تختفي في وسط الرمال، ليس لها جوانب مضبوطة ولا حدود معينة، فهي عديمة الانتظام و فجائية الفيضان تغوص مياهها في الرمال لتظهر مرة أخرى في شكل عيون فيضية أو آبار ارتوازية قامت عليها واحات النخيل .

تتوفر الصحراء على موارد مائية معتبرة لاسيما في الجزء الأكبر من باطنها؛ ومن بينها الحوض الترسيبي للصحراء المنخفضة في الركن الشمالي الشرقي الذي يختزن كميات هائلة من المياه يتألف من مركبين الأول ارتوازي سطحي متجدد يعرف بالقاري النهائي و المتمركز في وادي ريغ ويتغذى من السيول الصحراوية الممتدة على طول الحواف الصخرية المحيطة بالعرق الشرقي .أما الثاني فهو

القاري المتداخل و المتواجد في أعماق سحيقة تتراوح ما بين 800- 1500 متر و يتزود من السيول الحاصلة على الأطلس الصحراوي و الهضاب العليا.

أما بالنسبة تنوع الغطاء النباتي فلقد كان لظرف المناخ في الصحراء بصفة عامة و منطقة واد ميه –ورقلة حاليا– انعكاسا مباشر على الحياة النباتية التي تتميز بالضآلة و تحملها للجفاف والحرارة المرتفعة و البرودة الشديدة.(عميراوي، احميده. و زواية، سليم. 2009،صفحة 14،15،16) .

3- التقسيم الإداري لولاية ورقلة :

تعتبر ولاية ورقلة قطب صناعي هام جدا و بها مدينة تعتبر هي القلب النابض للجزائر وبالتالي فهي مزيج بين الطابع الصناعي والطابع الزراعي؛ حيث تتميز بتوفر الآبار البترولية والغاز الطبيعي ومراكز إنتاج الكهرباء و الموارد المنجمية المدروسة والسهلة الاستغلال وكذلك النسيج الصناعي في إطار المؤسسات المتوسطة والصغيرة .كما اشتهرت بزراعة النخيل وتحتوي على ثلاثة مطارات هامة .أما بالنسبة للاتصالات فتمتلك شبكة اتصالات هامة جدا و بها هوائي جهوي للتلفزيون . أما بالنسبة للسياحة فهي تشتمل على مجموعة من الآثار المتمثلة في القصر القديم و آثار مدينة سدراته..؛ إن ولاية ورقلة ولاية عريقة ضبطت تقسيمها الإداري سنة 1984 بمقتضى القانون رقم 84-09 المؤرخ في 4 فبراير 1984 و هي اليوم تشمل 10 دوائر و 21 بلدية، مقسمة كما يلي :(الموقع الرسمي لولاية ورقلة،2018) http://www.wilaya-ouargla.dz

1. دائرة ورقلة وتضم بلديات ورقلة، بلدية الرويسات.
2. دائرة انقوسة و بها بلدية انقوسة.
3. دائرة سيدي خويلد وتشتمل البلديات التالية: سيدي خويلد ، عين البيضاء، حاسي بن عبد الله.
4. دائرة حاسي مسعود وتشمل بلدية حاسي مسعود.
5. دائرة البرمة و بها بلدية البرمة.
6. دائرة الحجيرة وتضم بلديات التالية : بلدية الحجيرة ، بلدية العالية.
7. دائرة تماسين وتشمل بلدية تماسين، بلدة عمر

8. دائرة تقرت وتضم البلديات التالية: بلدية تقرت، بلدية النزلة، بلدية تبسبست، بلدية الزاوية العابدية.
9. دائرة المقارين وتشمل البلديات الآتية: بلدية المقارين، بلدية سيدي سليمان.
10. دائرة الطيبات وتضم بلدية الطيبات، بلدية بن ناصر، بلدية المنقر (الملحق رقم 02).

4- تعريف مفهوم المجال العمراني:

- هو كل معطى جغرافي بكل مقوماته الطبيعية والاقتصادية ويتضمن المنتوج العمراني للتفاعلات التي تتم في المجالات الاجتماعية ثم يصبح ذلك نتاجا لها (بن عيسى، محمد المهدي،2016).
- هو عبارة عن منتوج مادي، ليس منتوج البنية الاجتماعية كما كان الحال في عصر ابن خلدون، في أن القبائل البدوية هي التي تختط البلدان و تعمرها، وإنما المجال العمراني في حاضرنا هو منتوج شريحة معاصرة التي هي الدولة الحديثة، ودورها في إنشاء المراكز الحضرية، والقرى والمدن الجديدة وتخطيطها وتنظيمها، والتعمد في تشكيل مراكز إدارية في إطار سياستها الإدارية وهكذا يعتبر التحضر حتمية سياسية في ضوء متغير القوة والقرارات التي ترتكز إلى القانون الذي يعمل على تأسيس التكوين الحضري للقرية أو المدينة، وتشكيل وتفسير النظام والبنية الاجتماعية أو الإيكولوجية لها (كوشي ،ابتسام ،2012،صفحة 10).

II. المجتمعات العمرانية الفرعية:

1-تعريف المجتمعات العمراينة:

هي تلك المجالات الفرعية من المجال العمراني الأصلي، والتي تتميز و تختلف عن بعضها البعض بمؤشرات و صفات، وهذه الأخيرة تحدد و تقسم المجال العمراني الأصلي الكبير إلي مجالات عمرانية فرعية.

2-المجالات العمرانية الفرعية على أساس التجهيزات الصحية:

يتم تحديد المجالات العمرانية الفرعية على المؤشرات التالية الخاصة بموضوع الدراسة وكذا يعود ذلك إلى الفئة المراد تسليط الضوء عليها، إذ سوف يتم تقسيم المجال العمراني الكبير على أساس التجهيزات الصحية المتواجدة في الولاية لذلك بعد الدراسة الاستطلاعية والاقتراب من مراكز العلاج الموجودة في الولاية والمراكز الصحية وبعد إجراء مقابلات مع بعض عمال في مجال الصحة والبحث عن الوثائق الرسمية والاطلاع عليها والقيام بعملية تحليلها تم الاستنتاج بان الولاية مقسمة إلى 6 مناطق بالتقسيم الصحي وهي كالتالي:

جدول رقم 01 : **المجالات العمرانية الفرعية على أساس التجهيزات الصحية**

المنطقة	المنطقة 01	المنطقة 02	المنطقة 03	المنطقة 04	المنطقة 05	المنطقة 06
الدائرة	– ورقلة – الرويسات – أنقوسة	– تقرت – تماسين – مقارين	طيبات	حجيرة	حاسي مسعود	برمة

لذاك سوف يتم التعرف على خصائص المناطق التالية لاستدلال أكثر و معرفة نموذج الثقافي الخاص بكل المنطقة.

إن المجال العمراني الكبير الذي هو " ولاية ورقلة" تم تقسيمها إلى عدة مجالات عمرانية فرعية هذه الأخيرة قسمت بدورها على أساس التجهيزات الصحية الموجودة في الولاية ويتم تسميتها بالمناطق وعلى حسب ما سبق ذكره هناك 6 مناطق هي كالتالي:

1) المجال العمراني الأول: المسمى بـ " منطقة 01 " :

إذ إن هذه المنطقة تضم 3 دوائر وهذا ما جاء به من تقسيم على أساس الهياكل العمومية الصحية بالولاية، و هي تضم دائرة " **نقوسة**" و " **سيدي خويلد**" و " **ورقلة**" و يتميز بعدة خصائص نوجزها فيما يلي بادئين بدائر " ورقلة ":

1–معلومات عامة عن المجال العمراني الأول:

❖ **ورقلة: من حيث تشكيلة السكان:** تتكون غالبية سكان المنطقة من تمازج اجتماعي قديم وهو نتاج لقبائل عديدة قدمت من أفاق نواحي مختلفة وحدتهم العادات والتقاليد والتي يورثونها أحفادهم، كذلك هناك تمازج اجتماعي تحظى به مدينة ورقلة وهم القادمين الحديثين والمعاصرين لهدف توفر المدينة على فرص العمل.

- **من حيث التركيبة العمرانية:** تتوفر مدينة ورقلة على عديد المقاطعات المشكلة لها فقد تجد داخلها النمط الريفي، والنمط البدوي، والنمط الشبه حضري إضافة إلى النمط الحضري.
- **من حيث الجانب الثقافي والخدماتي والتعليمي:** يعتبر المجتمع الورقلي من بين المجتمعات التي توصف بالمحافظة على وازعه الديني وعاداته وتقاليده وخاصة الجانب الثقافي الشعبي الذي يميزه، اما من الناحية الخدماتية لا يزال يعاني المجتمع الورقلي من نقص في شتى المجالات وخاصة التعليمية والصحية منها.

- تعتبر منطقة الرويسات التابعة لولاية ورقلة مجال كبير و مهم في الدائرة إذ إن **رويسات:** تصل مساحتها إلى 7 آلاف كيلومترٍ مربع، ويَزيد تعداد سكانها عن 50 ألف نسمة، وتُعد واحدةً من المناطق التي تَحتاج إلى بنى خدماتية كالطرقات، والسكن، والصرف الصحي، والمدارس.(موقع موضوع ولاية ورقلة، http://mawdoo3.com(2018
- **سيدي خويلد:** تقع شمال ولاية ورقلة على بعد20كلم تقريبا يحدها شمالا العالية والحجيرة وجنوبا ورقلة وسيدي خويلد وغربا ورقلة وشرقا بلدية حاسي بن عبد الله و تتبع إداريا لولاية ورقلة .(منتدى اللمة الجزائرية، بطاقة فنية عن مدينة أنقوسة العريقة، www.4algeria.com(2018

وتتربع على مساحة إجمالية تقدر ب 131 كلم ويبلغ عدد سكانها حسب إحصائيات 2008 على 270نسمة وتعتبر منطقة فلاحية بالدرجة الأولى و تستوعب أغلب البرامج الفلاحية سواء ميدان الاستصلاح أو القطاع الفلاحي التقليدي و تتوفر على نشطات مهيأة ، كما تحتوي على هياكل سياحية هائلة غير مستغلة يمكن أن تكون عنصر جذاب سياحي على مستوى الولاية. (الموقع الرسمي لدائرة سيدي خويلد، **2018**(www.dairasidikhouiled.blogspot.com

المنطقة الصحية للمجال العمراني الأول (موقع الصحة والسكان لولاية ورقلة، ***infrastructures sanitaires***)

الكيان الصحي الجغرافي:

- دائرة ورقلة (بلدية: ورقلة و روسيات)
- دائرة نقوسة (بلدية انقوسة)
- دائرة سيدي خويلد (بلدية : سيدي خويلد ، حاسي بن عبدالله و عين البيضاء)

وحدات الصحية:

1- وحدة الصحة المحلية الجوارية لورقلة :

- **منطقة الصحية الجوارية القصر:**
  - عيادة متعدد خدمات لسعيد
  - قاعة العلاج لسعيد 01

- قاعة العلاج بور الهيشة
- قاعة العلاج حاسي ميلود
- قاعة العلاج باعمير

- **منطقة الصحية الجوارية بمخادمة:**
  - قاعة العلاج شرفة.
  - قاعة العلاج مخادمة.
  - قاعة العلاج سيدي عمران.
- **منطقة الصحية الجوارية بني ثور:**
  - عيادة متعدد الخدمات بوغفالة.
  - قاعة العلاج لا سليس.
  - قاعة العلاج باعلي
  - قاعة العلاج حي بوزيد
- **منطقة الصحية الجوارية برويسات:**
  - عيادة متعدد الخدمات زايينة.
  - قاعة العلاج الحدب.
  - قاعة العلاج بودراع.
  - قاعة العلاج زاوية 2.
  - قاعة العلاج سيدي بارك.
  - قاعة العلاج سكرة.
- **منطقة الصحية الجوارية حي النصر:**
  - مركز متعدد الخدمات ببامنديل.

2. **وحدة الصحة المحلية الجوارية لنقوسة:**

- **منطقة الصحية الجوارية بنقوسة:**
  - قاعة العلاج بدبيش.
  - قاعة العلاج الكوم.
  - قاعة العلاج قرس بوغوفالة.
- **منطقة الصحية الجوارية بالبور:**
  - قاعة العلاج البور.
  - قاعة العلاج قلة لرباع .
  - قاعة العلاج فران.
  - قاعة العلاج حي توارة.

3. **وحدة الصحة المحلية الجوارية لسيدي خويلد:**

- **منطقة الصحية الجوارية بسيدي خويلد:**
  - قاعة متعددة الخدمات حاسي بن عبد الله.
  - قاعة العلاج عين موسى.
  - قاعة العلاج أم الرانب.
- **منطقة الصحية الجوارية عين البيضة :**
  - قاعة العلاج الشط.
  - قاعة العلاج عجاجة
  - قاعة العلاج ولاد زايد.

4. **مستشفى العمومي محمد بوضياف.**
5. **مركز المتخصص لمكافحة السرطان بورقلة.**
6. **مستشفى متخصص لطفل و الأم بوخريص عمر.**
7. **مستشفى متخصص لأمراض العقلية بالحدب.**

2- التجهيزات والمرافق الموجودة في المجال العمراني الأول:

تتوفر بها المؤشرات و الخصائص التالية:

- بناء عمراني مزيج بين الدولة والخاص إذ يحتوي على عمارات، بناء عصري، و بناء غير فوضوي و كذا بناء فوضوي؛ وكذا بناء التقليدي المتواجد في بعض الأماكن من المنطقة.
- تواجد ضروريات ومكملات المعيشة من توفر (الغاز، الكهرباء، الماء، وسائل الاتصال، وسائل النقل).
- إذ تتوفر هذه المنطقة على المقومات التالية:

- **المرافق البيداغوجية والتعليمية:** إن هذه المرافق تضم الأساسيات التي يحتاجها الفرد في تلبية حاجياته التعليمية ففي المنطقة –1-تتكونمن 208 ابتدائية و كذلك يتواجد بيها 44 متوسطة، أما بالنسبة للتعليم الثانوي فيحتوي على 21 ثانوية موجودة في منطقة العمرانية – 1-؛بالإضافة إلى مديرية التربية ومركز التكوين عن بعد، ومديرية المفتشية.

- وكذا تحتوي عل مراكز التكوين المهني بشتى التخصصات التي ساهمت في ترقية المجال المهني للولاية إذ تميزت منطقة –1- بمعهدين و3 مراكز للتكوين المهني، وكذا مراكز لذوي الاحتياجات الخاصة؛ بالإضافة إلي تواجد الجامعة بأقطابها ضمن هذه المنطقة وأيضا جامعة التكوين المتواصل، ولم تقتصر هذه الجامعات والمراكز على إنشائها من طرف الدولة، بل هناك مراكز ذات طابع خصوصي شملت تخصصات البترولية والتعليم اللغات ومجال الإعلام الآلي وتسير ... الخ.

- تواجد داخل هذا المجال العمراني الفرعي الأول التابع للمجال العمراني الأصلي على مجموعة من دور الحضانة التابعة لقطاع العام، وكذا نلاحظ أن القطاع الخاص مستثمر بشكل واضح في هذا المرافق.

- **المرافق الخدماتية:** تحتوي على مجموعة من المؤسسات الخدماتية المتمثلة في شركات الاتصالات والإذاعة والتلفزيون وكذا مؤسسات الخاصة بالموارد كالكهرباء والغاز والمياه، وكذا جل المؤسسات ذات طابع الاقتصادي خدماتي متمركز في منطقة 01. كما تتوفر على كل أنواع وسائل النقل والتواصل.

- **المرافق الدينية: تحتوي** منطقة العمرانية 1 على عدة مراكز دينية مهمة جدا للولاية، إذ تحتوي على مقر الشؤون الدينية والأوقاف، وكذا على 170 مسجد، واغلبيه المدارس القرآنية للولاية متواجدة في هذه المنطقة وتعددت بـ15 مدرسة و19 زاوية قرآنية، بالإضافة إلى العديد من الكشافات الإسلامية وجمعيات الخيرية.

- **الأجهزة الأمنية: إن** تواجد الأمن الحضري في بعض مناطق الولاية مرتبط بالكثافة السكانية وكذا بتواجد المرافق الصحية الضرورية، حيث أن هذه المنطقة – 1-تتوفر على كل مراكز الأمنية من شرطة والأمن، والحماية المدنية، وبالنسبة للأمن الحواضر يتوفر على 08 مركز يتبعها فرق أمن حواضر.
- **مرافق الترفيهية:** تحتوى هذه المنطقة على مجموعة كبيرة من المراكز الترفيهية من بينها دور الشباب و الرياضة و دور الثقافة وكذا مكتبات المطالعة الوطنية والتابعة للبلديات بالإضافة إلي مسرح و متاحف و مجموعة من المسابح و الملاعب الرسمية و الملاعب الفرعية و كذا مناطق الترفيه؛ كما تتوفر هذه المنطقة على قاعات للرياضة والتدريب ذات الطابع الخاص.

2) مجال العمراني الثاني: المسمى بـ " منطقة 02 " :

إن هذه المنطقة تضم عدة دوائر وهي كالتالي: دائرة " **تقرت** "، " **تماسين**"، "**مقارين**".

1- معلومات عامة عن المجال العمراني الثاني:

- تبعد مدينة تقرت مسافة 160كيلومتراً عن مقر الولاية ورقلة، ومسافة 620 كيلومتراً عن العاصمة، ومسافة 95 كيلومتراً عن ولاية الوادي، ومسافة 220 كيلومتراً عن ولاية بسكرة. تمتاز المدينة بالبرودة في فصل الشتاء، والجفاف في فصل الصيف. يتحدث سكانها اللغة العربية واللغة الأمازيغية اللتان تعدان لغة رسمية في الجزائر. ويعتمد اقتصدها على عدة قطاعات منها: استخراج وإنتاج الغاز الطبيعي، والبترول. إنتاج التمور. قطاع السياحة؛ لاحتوائها على عدد من المعالم التاريخية والسياحية كضريح الملكين موروس ومور، وقصر الزاوية العابدية، وبوابة تقرت القديمة، وقصر مستاوة. (موقع موضوع ولاية ورقلة ،2018) http://mawdoo3.com.

- **منطقة تقرت(وادي ريغ) :**

- تعتبر منطقة تقرت عاصمة وادي ريغ ويرجع أصل تسمية وادي ريغ حسب المؤرخين إلى قبيلة ريغة وهي فرع من قبيلة كبيرة من بني زناته أقامت في المنطقة في القرن الخامس عشر. كانت المنطقة في عهد الرمان مسرحا للأحداث حيث كان يلتجئ إليها الفارين من الرومان بسبب الفوضى وعدم الاستقرار.

- في النصف الثاني من القرن السابع للميلاد بعث القائد عقبة بن نافع الفهري بأحد أصحابه حسان بن النعمان لتغيير الحكم وقيادة البلاد الواقعة بين بسكرة و ورقلة وحسب العارفين بتاريخ البلاد لقب الملازم حسان بالحشاني واليه انتسب رجال الحشانة وأصبحت تنضم في كل سنة في بدايةالخريف **حضرة رجال الحشان** .

في القرن العشر والحادي خضعت تقرت " وادي ريغ " لنفوذ الاباضين الوافدين من الشمال والتجؤا إلى ورقلة سدراتة وادي مئة .كما إن المنطقة وقعت تحت سيطرة سلاطين بني حماد الحضنة كما أنها أيضا خضعت إلى الموحدين ثم الحفصيين وأسندت إلى ابن المزني الذي تولى حكم بسكرة في فترة من الفترات.

- ومن أهم من حكم المنطقة نجد السلطان محمد بن يحي الإدريسي والذي حكم منطقة وادي ريغ قرابة العام وكان من أهم ناشري المذهب الاباضي، وفي عام 1445م تربع على عرش منطقة وادي ريغ السلطان الحاج بن جلاب "المريني" (منتدى التاريخ والاركيولوجيا ،www.30dz.justgoo.com(2018

- **مؤسس حكم بني جلاب الذي دامت 4 قرون:**

تعرضت تقرت للعديد من الحملات الفرنسية والتي كانت تفشل في كل مرة بنية التخلص من أولائك الثوار والمجاهدين؛ ففي عام 1844 م احتل الفرنسيين بقيادة الدوق دومال مدينة بسكرة وفرضت وضريبة سنوية على السلطان عبدالرحمان بن جلاب إلى انتم فيما بعدا لقضاء عليه بتاريخ 25 فيفري من طرف سليمان الجلابي الذي استولى على العرش وانخرط في حزب المناضل محمد بن عبد الله وتنكر لكل اتفاق مع الفرنسيين.

وبمرور السنوات كانت فرنسا تخمد في كل مرة نارا لكن سرعان ما كان يشعلها الثوار من جديد لم ترضخ مدينة تقرت وادي ريغ أبدا لنير الاحتلال وهاجم أبناءها وببسالة وردوا تلك الهجمات والمعارك التي دارت ومن أهمها معركة قرداش ويشهد تاريخ 19 نوفمبر 1957 ذلك اليوم الدموي في تقرت تم اعتقال 2500 مناضل من بينهم بوليفة حمة عمران ابن عم محمد وتونسي لزهر واعدما المناضلين دون أي صيغة للحكم وفقدت تقرت أبناء ومجاهدين سوف لن تنساهم الأجيال أبدا.(الموقع الرسمي لولاية ورقلة

http://www.wilaya-ouargla.dz.(2018،

- و هي إحدى دوائر ولاية ورقلة وتضم إداريا كلا من بلديات تقرت و النزلة و تبسبست و الزاوية العابدية؛ حيث تميز بطابع صحراوي تغطي بساتين النخيل جزءا كبيرا من مساحتها وتعتبر من أكبر التجمعات السكانية في منطقة وادي ريغ. وتبعد تقرت عن مقر الولاية بـ: 160 كلم، وعن مقر العاصمة بـ: 620 كلم، وهى مقر دائرة تابعة لولاية ورقلة، كما أنها تقع في منطقة

إستراتيجية بحيث يمر وسطها الطريق الوطني رقم 3 الرابط بين ولايتي بسكرة و ورقلة، وينتهي بها خط السكة الحديدية الذي أنشئنه الاستعمار الفرنسي في 2 ماي 1914م بحضور الحاكم العام لوطوا ووزيرا الحربية والمالية.

- وتقع منطقة تقرت في إقليم وادي ريغ والذي هو عبارة عن منخفض مستطيل الشكل يتراوح طوله حوالي 160كلم، وعرضه ما بين30و40 كلم، ويبدأ شمالا من عين الصفراء قرب بلدة أم الطيور، وينتهي جنوبا بقرية (القوق) قرب بلدة عمر جنوب تقرت(المعرفة، 2018)www.marefa.org . .

- **النزلة:**

تقع بلدية النزلة في دائرة تقرت بولاية ورقلة في الجنوب الشرقي من العاصمة الجزائرية الجزائر تبلغ مساحة بلدية النزلة 132.7كلم مربع. (مجموعة المدار الإعلامية ، 2018) www.w.mdar.com

- **بلدة عمر :**

تقع في الشمال الشرقي للولاية على بعد 140كم من مقر الولاية الحدود يحدها من الشمال بلدية تماسين و من الجنوب بلدية الحجيرة ومن الشرق بلدية النقر ومن الغرب بلدية الحجيرة وتبلغ مساحتها 250 كم^2 حيث يعود تقسيمها الإداري لسنة 1984.(مزداغ، بلدة عمر بالأرقام،2018) www.blidetamor.com.

2-المنطقة الصحية للمجال العمراني الثاني :

الكيان الصحي الجغرافي:

- دائرة تقرت (بلدية : تقرت، نزلة، تبسبست، زاوية)
- دائرة تماسين (بلدية: تماسين و بلدة عمر)
- دائرة مقارين (بلدية : مقارين و سيدي سيلمان)

وحدات الصحية:

1-وحدة الصحة المحلية الجوارية لتقرت:

- **منطقة الصحية الجوارية الأمير عبد القادر:**

- عيادة متعدد خدمات تقرت.
- عيادة متعدد خدمات رمال.
- قاعة العلاج 630.

- **منطقة الصحية الجوارية المستقبل:**

- قاعة العلاج المستقبل.

- **منطقة الصحية الجوارية لبدات:**

- قاعة العلاج المجاهدين.
- قاعة العلاج الفتح.
- قاعة العلاج بني سعد.
- قاعة العلاج المجاهد.

- **منطقة الصحية الجوارية نزلة:**

- عيادة متعدد الخدمات عين صارة.
- عيادة متعدد الخدمات حي النصر.
- قاعة العلاج سيدي بوجنان.
- قاعة العلاج سيدي مهدي.
- قاعة العلاج دارة البارود.

- **منطقة الصحية الجوارية زاوية العابدية:**

- قاعة العلاج 5 جويلية.
- قاعة العلاج حي البدر.

2. **وحدة الصحة المحلية الجوارية لتماسين:**

- **منطقة الصحية الجوارية لتماسين:**

- عيادة متعدد الخدمات تماسين.

- عيادة متعدد الخدمات البهور.

- **منطقة الصحية الجوارية تملاحت:**

- قاعة العلاج سيدي عمور.
- قاعة العلاج الكودي.
- قاعة العلاج تملاحت.

- **منطقة الصحية الجوارية بليدة عمر:**

- قاعة العلاج جووق
- قاعة توليد بليدة عمر.

3. **وحدة الصحة المحلية الجوارية مغارين:**

- **منطقة الصحية الجوارية بمقارين:**

- قاعة العلاج حي المهضة.
- قاعة العلاج القصور.
- قاعة العلاج القمار.
- قاعة العلاج عميشي.

- **منطقة الصحية الجوارية سيدي سليمان:**

- عيادة متعدد الخدمات مووقار.
- قاعة العلاج الحريجرا.
- قاعة العلاج سيدي سيلمان.

4. **مستشفى العام سيلمان عميرات.**
5. **مستشفى المتخصص لطفل و الام تقرت.**
6. **مستشفى العام تقرت**

3- التجهيزات والمرافق الموجودة في المجال العمراني الثاني:

- تتميز المنطقة الثانية ببناء عمراني مزيج بين الدولة والخاص إذ يحتوي على عمارات، بناء عصري، و بناء غير فوضوي و كذا بناء فوضوي.
- تواجد بالمنطقة ضروريات ومكملات المعيشة من توفر (الغاز، الكهرباء، الماء، وسائل الاتصال، وسائل النقل).

و إذ تتوفر هذه المنطقة على المقومات التالية:

- **المرافق البداغوجية والتعليمية:**

إن هذه المرافق تضم الأساسيات التي يحتاجها الفرد في تلبية حاجياته التعليمية ففي المنطقة –02- تتكون من 41ابتدائية و كذلك يتواجد بيها 43 متوسطة، أما بالنسبة للتعليم الثانوي فيحتوي على 17 ثانوية موجودة في منطقة العمرانية – 02 -.

- تحتوي عل مراكز التكوين المهني بشتى التخصصات التي ساهمت في ترقية المجال المهني للولاية إذ تميزت منطقة 1 بمعهد واحد و 04 مراكز للتكوين المهني؛ بل هناك مراكز ذات طابع خصوصي شملت تخصصات البيترولية و التعليم اللغات و مجال الاعلام الالي و تسير ... الخ.
- توجد داخل هذا المجال العمراني الفرعي الثاني التابع للمجال العمراني الأصلي على مجموعة من دور الحضانة التابعة لقطاع العام، وكذا نلاحظ أن القطاع الخاص مستثمر بشكل واضح في هذا المرافق.

- **المرافق الخدامتية:** تحتوي على مجموعة من المؤسسات الخدامتية المتمثلة في شركات الاتصالات وكذا مؤسسات الخاصة بالموارد كالكهرباء و الغاز والمياه، وكذا جل المؤسسات ذات طابع الاقتصادي خدماتي متمركز في منطقة 02 وذلك بسبب وجود المصانع من بينها مصنع رغوة الجنوب، و مصع الاجور و مصنع خاص بالالبان. كما تتوفر على وسائل النقل والتواصل.
- **المرافق الدينية:** تحتوي منطقة العمرانية – 2 - على عدة مراكز دينية مهمة جدا للولاية، إذ تحتوي على 110 مسجد، و بعض المدارس القرآنية التي تعددت بـ 05 مدرسة و 07 زاوية قرآنية، بالإضافة إلي العديد من الكشافات الاسلامية و جمعيات الخيرية.

- **الاجهزة الامنية: إن** تواجد الأمن الحضري في بعض مناطق الولاية مرتبط بالكثافة السكانية و كذا بتواجد المرافق الصحية الضرورية، حيث أن هذه المنطقة 02 تتوفر على كل مراكز الامنية من شرطة و الأمن، و الحماية المدنية، و بالنسبة للأمن الحواضر يتوفر على 03 مركز يتبعها فرق أمن حواضر.
- **مرافق الترفيهية:** تحتوى هذه المنطقة على مجموعة كبيرة من المراكز الترفيهية من بينها دور الشباب و الرياضة و دور الثقافة وكذا مكتبات للمطالعة والتابعة للبلديات بالإضافة إلي متاحف ويعود ذلك للحفريات الموجودة في لمنطقة و التراث العريق الذي مس عدة حضارات و مجموعة من الملاعب و كذا مناطق الترفيه.

3) المجال العمراني الثالث: المسمى بـ " منطقة 03 "

1- معلومات عامة عن المجال العمراني الثالث:

- تشمل هذه المنطقة دائرة " **الطيبات**"، التي تتميز بعدة خصائص و توجد في الناحية الشمالية الشرقية من برقلة، وتصل مساحتها الإجمالية إلى 4562 كيلومتراً مربّعً، ويعيش عليها ما يزيد عن 21 ألف نَسمة، وأبرز ما يُميزها أنّها موطنٌ للكثير من أشجار النخيل، ويشتهر أهاليها بصفاتِ الكرم والجود، وتُعد مركزاً سياحياً لجمالِ طبيعتها، وهوائها النقي. (موقع موضوع، ولاية ورقلة،2018)http://mawdoo3.com

ـ **بن ناصر**: تتبع إدارياً لدائرة الطيبات، وتوجد بين بلدية الطيبات، وبلدية تقرت، وتصل مساحتها إلى 2593 كيلومترٍ مربع، ويعيش عليها أكثر من 15 ألف نسمة. (موقع موضوع ولاية ورقلة، العقلة، إحسان 2018) http://mawdoo3.com.

- **المنقر**: تعرف باسم "النقر " وتعد منطقة ريفية تقع في شمال شرقي الولاية وتبعد عن الولاية ورقلة بـ190 كلم وعن مقر الدائرة الطيبات بـ 6كلم ، كما أنها تقع بالعرق الشرقي الكبير كما يبلغ ارتفاعها عن سطح البحر حوالي 70م و تبلغ مساحتها 8892 كلم يحدها شمـالا بلدية المغير (ولاية الوادي) و غربـا بلدية سيدي خليل و بلدية جامعة و بلدية سيدي عمران(ولاية الوادي)و بلدية سيدي سليمان و بلدية المقارين و بلدية الزاوية العابدية وبلدية تبسبست و بلدية النزلة و بلدية تماسين و بلدية بلدة عمر و بلدية الحجيرة ،أما جنوبـا فتحدها بلدية حاسي بن عبد الله و بلدية حاسي مسعود ، وأما

شـرقا تحدها بلدية الطيبات .تبلغ الكثافـة السكانيـة بالبلدية إلى غاية 31/ 12/ 2011 – 15076 نسمة .(بلديات ورقلة، المنقر.2018) www.dictionnaire.sensagent.leparisien.fr.

2– المنطقة الصحية للمجال العمراني الثالث:

الكيان الصحي الجغرافي:

- دائرة طيبات (بلدية : طيبات، بن ناصرو نقر)

وحدات الصحية :

1– وحدة الصحة المحلية الجوارية لطيبات:

- **منطقة الصحية الجوارية لطيبات:**
  - قاعة العلاج دليلعة.
  - قاعة العلاج الكوبان.
  - قاعة العلاج بن رحمونة.
  - قاعة العلاج بوكاار
- **منطقة الصحية الجوارية بن ناصر:**
  - قاعة العلاج بن ناصر 1.
  - قاعة العلاج بن ناصر 2.
  - قاعة العلاج بن ناصر 3.
  - قاعة العلاج المور.
  - قاعة العلاج سكرة.
  - قاعة العلاج سورايا.
- **منطقة الصحية الجوارية نوقر:**
  - قاعة العلاج نوقر الجديدة.
  - قاعة العلاج نوقر .

- قاعة العلاج أم زبد.
- قاعة العلاج أم زبد زاوية.
- قاعة العلاج حمارية.
- قاعة العلاج شابي.
- قاعة العلاج لبييض
- قاعة العلاج امية بن نالي

2- مستشفى العام الطيبات.

2- التجهيزات والمرافق الموجودة في المجال العمراني الثالث:

- تميز بما يلي : بناء عمراني ذاتي (بناء ذو معيار خاص عادي)، حيث يقوم المواطن بالتكفل بطبيعة البناء وطريقة البناء، و بناء بوسائل تقليدية .تتوفر على بعض التجهيزات العامة في بعض الاحيان. تواجد ضروريات المعيشة فقط في بعض الأحيان (الغاز، االكهرباء، الماء).
- إذ تتوفر هذه المنطقة على المقومات التالية:

- **المرافق البداغوجية والتعليمية:**

- إن هذه المرافق تضم الاساسيات التي يحتاجها الفرد في تلبية حاجياته التعليمية ففي المنطقة 03 تتكون من 17 ابتدائية وكذلك يتواجد بها 04 متوسطة، أما بالنسبة للتعليم الثانوي فيحتوي على 04 ثانوية موجودة ضمنها.

- **المرافق الخدامتية:** تحتوي على بعض الافرع التابعة للمؤسسات الخدامتية العامة فقط.
- **المرافق الدينية:** تحتوي منطقة العمرانية 03 على بعض المراكز دينية من بينها 45 مسجد فقط، و لا تتواجد بها لا مدرسة قرانية ولا زاوية قرآنية.
- **الاجهزة الامنية:** تحتوى المنطقة 03 على الدرك الوطني فقط فهو المسئول عن سير الامن في هذه المنطقة على العكس المناطق الأخرى.
- **مرافق الترفيهية:** قلة المناطق الترفيهية في المنطقة.

4) مجال العمراني الرابع: المسمى بـ " منطقة 04 " :

1-معلومات عامة عن المجال العمراني الرابع:

وتعتبر هذه المنطقة تضم دائرة حجيرة، التي تعتبر مجال فلاحي مهم للولاية توجد على بعد مائة كيلومترٍ من الناحية الشمالية لعاصمة الولاية، ويعود تاريخ تأسيسها إلى عام 1957م، ويعتبر حي الحميمدات من أبرز أحيائها. (موقع موضوع، ولاية ورقلة،2018) http://mawdoo3.com .

2-المنطقة الصحية للمجال العمراني الرابع :

الكيان الصحي الجغرافي:

- دائرة الحجيرة (بلدية: الحجيرة و العلية)

وحدات الصحية :

1- وحدة الصحة المحلية الجوارية لحجيرة :

- **منطقة الصحية الجوارية الحجيرة:**

➢ قاعة العلاج متقدم

➢ قاعة العلاج دبديبي

➢ قاعة العلاج المير

➢ قاعة العلاج خنفر

➢ قاعة العلاج بن باديس

➢ قاعة العلاج2 ماي 45

- **منطقة الصحية الجوارية العليا:**

➢ قاعة العلاج دبدابة

➢ قاعة العلاج شاقا

➢ قاعة العلاج طيبين

- **منطقة الصحية الجوارية لقراف:**

➢ قاعة العلاج لقراف

➢ قاعة العلاج رشيدي

2- مستشفى العام الحجيرة.

3-التجهيزات و المرافق الموجودة في المجال العمراني الرابع:

- تتميز هذه المنطقة بالبناء المجال العمراني الرابع ببناء عمراني ذاتي (بناء ذو معيار خاص عادي)، حيث يقوم المواطن بالتكفل بطبيعة البناء وطريقة البناء تقليدية بوسائل تقليدية.
- تتوفر على بعض التجهيزات العامة في بعض الاحيان.
- تواجد ضروريات المعيشة فقط في بعض الأحيان (الغاز، االكهرباء، الماء).
- إذ تتوفر هذه المنطقة على المقومات التالية:

- **المرافق البداغوجية والتعليمية:**

إن هذه المرافق تضم الأساسيات التي يحتاجها الفرد في تلبية حاجياته التعليمية ففي المنطقة –ج-تتكون من 10 ابتدائية وكذلك يتواجد بها 07 متوسطة، أما بالنسبة للتعليم الثانوي فيحتوي على 04 ثانوية موجودة ضمنها.

- **المرافق الخدماتية:** تحتوي على بعض الأفرع التابعة للمؤسسات الخدماتية العامة فقط.
- **المرافق الدينية: تحتوي** منطقة العمرانية الرابعة على بعض المراكز دينية منها 31 مسجد، ولا تحتوي على مدرسة قرانيه وكذا يوجد بها زاوية قرآنية واحدة، بالإضافة إلى بعض جمعيات الخيرية.
- **الأجهزة الأمنية:** تحتوي المنطقة 04 على الدرك الوطني فهو المسئول عن سير الأمن في هذه المنطقة على العكس المناطق الأخرى.
- **مرافق الترفيهية:** تحتوى هذه المنطقة على دور الشباب و الرياضة وكذا مكتبات المطالعة التابعة للبلديات بالإضافة إلي الملاعب الفرعية.

5) مجال العمراني الخامس: المسمى بـ " منطقة 05 " :

تضم هذه المنطقة على دائرة واحدة و هي دائرة " حاسي مسعود"

1-معلومات عامة عن المجال العمراني الأول:

- **تاريخ حاسي مسعود**

مدينة حاسي مسعود القلب النابض للجزائر بها تتواجد أهم المراكز لإنتاج وتكرير البترول والكهرباء والغاز . حاسي مسعود تلفظ باللسان المحلي بالحاسي أي البئر وهي مدينة عصرية حديثة تقع جنوب مقر الولاية وتبعد عنها مسافة 80 كلم وتضم أكثر من 1000 بئر للبترول والماء ويقال عنها أنها **مدينة الذهب الأسود والأخضر** لم تكن المدينة معروفة إلا بعد قدوم ذلك الشيخ البدوي والمسمى بـ روابح مسعود بن عمار والذي قدم إليها مع عائلته من قرية متليلي (الشعانبة) باحثا عن المرعى والكلأ في عام 1917 م وطاب له المقام فوق تلك الأرض وحفر بئرا حتى وصل إلى ماء غزير على عمق 20 م ومنذ ذلك الحين صارت البئر تحمل اسم الرجل ومنزلا للقوافل والمارة تحط به الرحال.

- **اكتشاف البترول:**

وشهد تدفق البترول فيها أول مرة عام 1956 وتوالت السنوات وشهدت المدينة نهضة سريعة جعلت المدينة مكانا لطلب الرزق وازداد عدد العمال فيها من داخل وخارج الوطن وموقعا هاما للاستثمار (الموقع الرسمي لولاية ورقلة.2018) http://www.wilaya-ouargla.dz/ar/?page_id=1059

2- المنطقة الصحية للمجال العمراني الخامس:

الكيان الصحي الجغرافي:

دائرة حاسي مسعود (بلدية حاسي مسعود)

وحدات الصحية :

1. **وحدة الصحة المحلية الجوارية لحاسي مسعود:**

- **منطقة الصحية الجوارية توميات:**

➢ قاعة العلاج سي الحواس.

- **منطقة الصحية الجوارية الأمير عبد القادر:**

  - قاعة العلاج بوعمامة.

2. مستشفى العام لحاسي مسعود

3- التجهيزات و المرافق الموجودة في المجال العمراني الخامس:

هذه المنطقة تتوفر بها المؤشرات و الخصائص التالية:

- بناء عمراني مزيج بين الدولة والخاص إذ يحتوي على عمارات، بناء عصري وتقليدي في نفس الوقت، ويغلبه البناء الفوضوي؛ توفر بعض التجهيزات العامة فقط وكذا بعض التجهيزات الخاصة التي يتحمل تكاليفها و تعود أرباحها إلى المواطن كالحضانة .تتواجد بعض ضروريات ومكملات المعيشة. إذ تتوفر هذه المنطقة على المقومات التالية:

- **المرافق البيداغوجية والتعليمية:**

إن هذه المنطقة تضم بعض الأساسيات التي يحتاجها الفرد في تلبية حاجياته التعليمية ففي المنطقة الخامسة توجد بها 10 ابتدائيات و كذلك يتواجد بها 07 متوسطات، أما بالنسبة للتعليم الثانوي فتحتوي على 03 ثانويات موجودة ضمن هذه المنطقة فقط ؛ بالإضافة إلي مركز التكوين المهني..

- تحتوي على معهد التكوين المهني بشتى التخصصات والتي ساهمت في ترقية المجال المهني للولاية، ولم تقتصر هذه المراكز على إنشائها من طرف الدولة، بل هناك مراكز ذات طابع خصوصي شملت تخصصات البترولية و تعليم اللغات ومجال الإعلام الآلي والتسير ... الخ.
- توجد داخل هذا المجال العمراني الفرعي الخامس التابع للمجال العمراني الأصلي مجموعة من دور الحضانة التابعة للقطاع العام.

- **المرافق الخدماتية:** تحتوي على مجموعة من المؤسسات الخدماتية المتمثلة في شركات الاتصالات وكذا المؤسسات الخاصة بالموارد كالكهرباء و الغاز والمياه، وتتميز المنطقة بوجود شركات بترولية خاصة بمجال البترول والغاز ورغم أهميتهما الاقتصادية و الصناعية للدولة إذ تعتبر المورد الصناعي البترولي الوحيد إذ هي منطقة ذات خدمات سيئة مقارنة

مع المتطلبات الموجودة فيها. و يعود ذلك لأسباب مجهولة. ولا ننسى أن المنطقة يتوفر بها مطار و الذي يتوفر على خطوط دولية يوفر خدمة للسكان.

- **المرافق الدينية: تحتوي** المنطقة العمرانية الرابعة على عدة مراكز دينية مهمة جدا للولاية، إذ تحتوي على مقر الشؤون الدينية والأوقاف، وكذا على 14 مسجد، وتحتوي على زاوية قرآنية واحدة، بالإضافة إلى العديد من أفواج الكشافة الإسلامية والجمعيات الخيرية.
- **الأجهزة الأمنية: إن** تواجد الأمن الحضري في بعض مناطق الولاية مرتبط بالكثافة السكانية وكذا بتواجد المرافق الصحية الضرورية، حيث أن هذه المنطقة تتوفر على كل مراكز للأمن والحماية المدنية، وبالنسبة لأمن الحواضر يتوفر على مركز واحد يتبعه فرق أمن حواضر.
- **المرافق الترفيهية: تحتوي** هذه المنطقة على مجموعة كبيرة من المراكز الترفيهية من بينها دور الشباب والرياضة ودور الثقافة وكذا مكتبات المطالعة الوطنية والتابعة للبلديات ومسبح وبعض الملاعب الفرعية وكذا مناطق الترفيه؛ كما تتوفر هذه المنطقة على قاعات للرياضة والتدريب ذات الطابع الخاص وقاعات الأفراح.

6) المجال العمراني السادس: المسمى بـ " منطقة 06 " :

1-معلومات عامة عن المجال العمراني السادس:

بما أن دائرة البرمة هي منطقة بعيدة عن وسط المدينة وكذلك عن الدوائر الأخرى فهي تعتبر المنطقة 06.

2- المنطقة الصحية للمجال العمراني السادس :

- دائرة البرمة (بلدية البرمة)

الوحدات الصحية :

1-وحدة الصحة المحلية الجوارية للبرمة:

- **المنطقة الصحية الجوارية للبرمة:**
  - قاعة العلاج زينقيا.

3-التجهيزات والمرافق الموجودة في المجال العمراني السادس:

- إن هذه المنطقة تختلف عن المنطقة السابقة وتتميز بطابع خاص يحتوي على الخصائص و المؤشرات التالية:

- بناء عمراني من طرف الحكومة أي الدولة هي التي تقوم ببناء السكنات العمرانية ويكون ذو طبيعة واحدة من حيث شكل البناء وهذه السكنات تكون موجهة في المقام الأول لفئات معينة.
- تتوفر هذه المناطق على التجهيزات العمومية الضرورية؛ بحيث أن كل مجمع سكاني محدد بعدد معين من السكان وعليه توفر له الدولة المرافق التي يحتاجها كالمرافق التعليمية من مدارس ابتدائية و متوسطات، و المرافق الصحية والدينية.
- تتواجد ضروريات المعيشة والموارد التالية كالغاز، الكهرباء، الماء، و وسائل النقل بصفة محدودة.
- إذ تتوفر هذه المنطقة على المقومات التالية:

- **المرافق البيداغوجية والتعليمية:**

- إن هذه المرافق تضم الأساسيات التي يحتاجها الفرد في تلبية حاجياته التعليمية، ففي المنطقة 06 ابتدائيتين وكذلك يتواجد بيها متوسطه واحدة، أما بالنسبة للتعليم الثانوي فهو غير موجود ضمن هذه المنطقة.

- **المرافق الخدماتية:** تحتوي على بعض الأفرع التابعة للمؤسسات الخدماتية المتمثلة في البلديات والبريد الجزائري. وبعض الشركات الخاصة والوطنية البترولية .
- **المرافق الدينية: تحتوي** المنطقة العمرانية 06 على بعض المراكز الدينية منها 4 مساجد، ولا تحتوي لا على زاوية قرآنية ولا على مدارس القرآنية.
- **الأجهزة الأمنية: إن** هذه المنطقة لا تحتوي على الأمن إنما على الدرك الوطني لبعدها على مركز المدينة وعلى مقر الأمن الحضري.
- **المرافق الترفيهية: لا** تحتوي هذه المنطقة على المراكز الترفيهية، وإن وجدت فهي مجهزة ويعود ذلك لخصوصية المنطقة باعتبارها منطقة صناعية.

3-تعريف المجال العمراني المستهدف:

بعد ما تم تعريف وتقسيم كل المناطق العمرانية المتواجدة في الولاية، بحيث تم تقسيمها على الأجهزة واماكن الصحية المتواجدة داخل الولاية، وبما أن موضوع الدراسة يتمحور حول موضوع مخصص ومحدد و هو " السرطان " تحت عنوان

المذكرة: مرضى سرطان الثدي وتمثلات الهوية في العائلة الجزائرية" إذن إن المجال العمراني المستهدف الافتراضي كانطلاقة للبداية الميدانية لموضوع الدراسة هو المستشفى العمومي محمد بوضياف ورقلة الذي يتواجد به مركز مكافحة السرطان.

1) تعريف مستشفى محمد بوضياف كمجال عمراني مستهدف:

يعتبر مستشفى محمد بوضياف بورقلة مؤسسة عمومية ذات طابع صحي استشفائي، يلعب دورا هاما في المنطقة من الناحية الاستشفائية، حيث يقع في وسط المدينة في نهج سي الحواس يحده من الناحية الشرقية معهد اللغات الأجنبية سابقا و من الشمال منطقة زراعية، أما جنوبا فهو مقابل مقهى الشباب العام و صندوق الضمان الاجتماعي ومن الناحية الغربية حضانة الأطفال و مركز شبه الطبي و هو قطاع تابع لوزارة الصحة و السكان ، أنشئ في 22 مارس 1982 الموافق ل 14 شعبان 1409، فتح أبوابه في شهر جافني 1988 و تم تدشينه من طرف رئيس الحكومة السابق قاصدي مرباح بتاريخ 22 -3-1989 حيث يتبرع على مساحة إجمالية قدرها 48000 م^2 وتبلغ قدرة استيعابه 501 سريرا مقسمة على المصالح و الوحدات الداخلية. (سكتيرة مدير مستشفى محمد بوضياف ، 2018) و يحتوي على العديد من الأقسام و يشمل 4 طوابق، وكل طابق يشمل العديد من الأقسام.

2) تعريف مركز مكافحة السرطان بورقلة:

في هذه الدراسة التي يتم التقاء مجالات الدراسة الخاصة بموضوع الدراسة داخل" **المركز ألاستشفائي لمكافحة السرطان بولاية ورقلة**" كافتراض أولي؛ المتواجد ضمن مستشفى محمد بوضياف ورقلة. ويوفر هذا المركز الذي يحمل طابعا جهوياً حصص للمعالجة بالأشعة لفائدة 140 إلى 150 مريض في اليوم يمثلون حوالي 30 ولاية عبر الوطن وفقا لما أكده السيد عبد الباقي بوحفص، واستنادا إلى إحصائيات المؤسسة العمومية الاستشفائية فقد تم التكفل بحوالي 1.488 مريض قدموا من الجهات الأربع للوطن خلال السنة 2014 على مستوى المركز.(مركز مكافحة السرطان بورقلة ،2015) ويتعلق الأمر بـ 1.242 مريضا استفاد من علاج بالأشعة و246 مريض أخر استفاد من علاج الأورام لاسيما لأنواع السرطان الأكثر انتشارا (الثدي عنق الرحم والرئة).

- وسجلت حصيلة المركز لسنة 2014 إجمالي 10.557 عملية فحص (علاج الأورام والجراحة والتخضير) بالإضافة إلى 29.153 عملية علاج منحها 23.588 علاج بالأشعة و4.094 علاج كيميائي.

- ويشرف على تأطير هذا المرفق الصحي المتخصص طاقم طبي وشبه طبي جزائري كوبي من بينهم أطباء مختصين وعامين وفيزيائيين وشبه طبيين وعاملين على الأجهزة. أما في سنة 2015 فهناك أكثر من 1500 حالة جديدة مسجلة في المركز.(الاخضري، 2016)

III. المجال الاجتماعي:

1- تعريف المجال الاجتماعي:

هو الحقل الذي يتم فيه عملية التفاعل بين المعني ومحيطه الاجتماعي.

2-المجالات الاجتماعية للمجال العمراني المستهدف:

لكل مجال عمراني فرعي مجموعة من المجالات الاجتماعية ولكل مجال اجتماعي جملة من المؤشرات التي يتميز بها كل موضوع دراسة خصوصية في تحديد المجال المستهدف، ويعود ذلك إلى إشكالية وفرضيات الموضوع. بحيث نقوم بتعريفه وفق خصائص و مؤشرات هذا المجال الاجتماعي المستهدف.

وباعتبار الدراسة الحالية مختلفة عن الدراسات الأخرى من الناحية الخصوصية التي فرضها موضوع الدراسات؛ حيث تتمثل في الاختلاف في المجال العمراني وكذا المجال الاجتماعي وكذلك الحالة المدروسة. لذا فالدراسة الحالية المعنونة بـ" **تمثلات الهوية لمريضة سرطان الثدي** "؛ تختلف عن الدراسات الأخرى من حيث طبيعة الموضوع وعدم توفر مراكز العلاج الخاصة بمكافحة مرض السرطان ضمن المجال العمراني الكبير حيث أن هذا المجال العمراني الكبير يحتوي على مركز استشفائي واحد في مستشفى محمد بوضياف؛ وعليه يتم اعتبار المصالح الاستشفائية التي تتواجد داخل المركز كمجال اجتماعي مستهدف.

- وبما أن المجال العمراني الأصلي للحالات الموجودة والتي تخدم الدراسة هو المركز الاستشفائي لمكافحة السرطان فان المصالح المجودة داخل المركز هي التي تعتبر المجلات الاجتماعية للحالات المستهدفة ويتكون المركز من مصلحتين وهي كالتالي:

1. **مصلحة المعالجة بالإشعاع والفحوصات الدورية.**
2. **مصلحة الكيميائي .**

بحيث أن المركز يتكون من 3 وحدات: وحدة النساء بقدرة استيعاب 15 سرير، وحدة الرجال بقدرة استيعاب 15 سرير، وحدة الكشف الإشعاعي.

3- تحديد هوية المجال الاجتماعي المستهدف:

ويكون هذا وفق مجموعة من المؤشرات؛ هذه الأخيرة يختلف مضمونها من موضوع لآخر وبما أن المركز الاستشفائي هو المجال الاجتماعي المستهدف فيتضمن الخصائص التالية :

1) **الهدف**: ويتكون من:

1. **أهداف المجال**: ويعني تحديد الأهداف التي يعمل المجال الاجتماعي على تحقيقها وهي: هدف ديني ، رياضي، ترفيهي، طبي، تربوي..

أما في موضوع الدراسة الحالية فإن أهداف المجال تكمن في: الهدف الصحي وتوفر العلاج المناسب.

2. **أهداف الأفراد**: وذلك لمعرفة وتحديد هدف تواجد الفرد داخل المجال الاجتماعي. حيث إن هدف الفرد من تواجده في هذا المجال هو تلقي علاج مرض السرطان أو لتقديم الدعم للفئات المصابة بهذا المرض .

3. **تحديد العلاقة بين أهداف المجال الاجتماعي وأهداف الأفراد**: إن العلاقة هنا تكمن في الخصوصية التي فرضها المرض على الحالة الحاملة للمرض؛ وعليه فهدف المجال يصب في خدمة هدف الأفراد.

2) **وسائل المجال**: وذلك لمعرفة الوسائل التي يستخدمها المجال الاجتماعي و مدى تطابقها مع الهدف الذي يسعى المجال الاجتماعي لوصوله و تحقيقه؛ أي البحث عن العلاقة بين وسائل المجال والهدف من المجال.

إن الوسائل المستخدمة في هذا المجال تتمثل في الأدوية والآلات الخاصة للمعالجة الإشعاعية والكيماوية والجراحية، وكذا توفر أقسام خاصة لمكوث المريض أثناء تلقي العلاج عند الحاجة؛ وهذه الوسائل المستخدمة في المجال تعمل على خدمة الأفراد الحاملين للمرض.

3) **نوع التفاعل**: وقد يكون التفاعل القائم بين الأفراد ضمن هذا المجال الاجتماعي: أفقي ، عمودي.

إن هذا المجال الاجتماعي المتمثل في المركز الاستشفائي الخاص بمكافحة سرطان يتضمن نوعين مختلفين من التفاعل آلا وهما التفاعل الأفقي الذي يكون بين الطبيب والممرض والمريض، في حين أن التفاعل العمودي هو التفاعل الذي يكون بين المرضى

في حد ذاتهم وكذا وبين الأطباء مع بعضهم ....، وكذلك قد يتحول التفاعل الأفقي إلي تفاعل عمودي في بعض الحالات عند تخفيف الألم أثناء تلقي العلاج.

4- تحديد ملمح المجال الاجتماعي المستهدف:

ويكون وفق الخطوات التالية:

1. **تعريف ملمح المجال الاجتماعي**: هو العوامل و المؤشرات المجردة التي تعمل على انتاج المجال.(بن عيسى، محمد المهدي،2016)
2. **مؤشرات ملمح المجال**: هي مجموعة من المؤشرات التي تدل عليه وهي:

1)**عدد الأفراد المتفاعلين** .

2) **طبيعة الأفعال والتفاعلات**: وتضم ما يلي: الصراع، النزاع، الانسجام، الاندماج.

3)**الانتماء للمجال**: وقد تكون ما يلي: ظرفي أي أن المعاني تزيد وتنقص، دائم، متقطع.

4) **مدة وشدة التفاعل**: قوية، ضعيفة.

❖ يتكون ملمح مجال للمجال المستهدف (مركز الاستشرافي) من المؤشرات التالية:

- إن الأفراد المتفاعلين داخله هم: طبيب-الممرض-المرضى.
- طبيعة الأفعال مختلفة من حالة إلى أخرى
- مدة الانتماء من ضرفيه إلى متقطعة
- مدة وشدة تفاعل تختلف من حالة إلى أخرى. لا تخلوا أي دراسة من الجانب والإطار المنهجي وذلك لتحديد النتائج إذ به يتم التعرف على آليات جمع المعلومات والمنهج المستخدم والأدوات المناسبة لإجابة على الفرضيات.

ويعتبر الجانب الميداني الشق الجوهري الثاني والمكمل للجانب النظري، و إن كان هناك فصلاً بينهما فهو للضرورة المنهجية فقط. وطبيعة الجانب الميداني من الدراسة تقتضي إتباع خطوات منهجية مضبوطة، والسير في إطار منهجي هام لتقديم حلول واقعية وموضوعية لإشكالية الدراسة، كذا هو دراسة طرق والإجراءات التي تستخدم في البحوث العلمية.

IV. المرحلة الاستكشافية:

هي مرحلة مهمة في البحث العلمي تتضمن عملية القراءة والمقابلات الاستكشافية وهي تعتبر أول خطة بحث، كذا في هذه المرحلة تتم معرفة وتصور الموضوع من خلال ما تم كتابته حول الموضوع بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

والمقابلات الاستكشافية التي تسمح بمقاربة الميدان مع الجانب النظري والمفاهيم المتبناة، وكذا بناء نموذج للتحليل.

تتوازى هذه المرحلة مع القراءات الخاصة والملمة بالموضوع.

1-البحث البيبليوغرافي:

يهدف البحث البيبليوغرافي إلى جمع مختلف القراءات عن الموضوع من بينها المقالات، الكتب، وتصفح الانترنت بزيارة مواقع عالمية مختصة في موضوع الدراسة الذي يشمل محور الصحة والمرض أو عن المنشورات داخل المنتديات و على المراجع العلمية ذات الصلة الوثيقة بموضوع البحث و في الدراسات التي تناولت الموضوع و المجلات العلمية، والهدف من هذه العملية هو توسعة خيال العلمي للباحث بالنسبة لموضوع الدراسة، ولكن نبدأ البداية من سؤال الانطلاق وهو عبارة عن ترجمة لتلك الفكرة المستوحاة من المجتمع التي بدورها تبلورت في إشكال قابل للدراسة، وهذه المرحلة الأصعب في الانجاز الأطروحة وذلك لتواجد عدة اهتمامات والذي يعيقها ضيق الوقت، وكذا قلت المراجع والدراسات الموجودة في الموضوع، ولكن بوجود الأساتذة القائمين على مشروع الدكتوراه والأستاذة المشرفة تم تجاوز هذه المرحلة.

والهدف من البحث البيبليوغرافي معرفة الإطار النظري و الأسس النظرية للموضوع، وتم التطلع على أهم الدراسات التي أجريت في موضوع الصحة والمرض وكذا أهم المخابر الموجودة خارج البلاد لمعرفة المواضيع الجديدة المدروسة في الصحة والمرض والابتعاد عن تلك المواضيع المتكررة وكذا المنغلقة التي عالجت مفهوم المرض من زاوية التنظيمات الصحية كالمستشفيات والمراكز الخدمة الصحية، بعد الاطلاع على بعض البحوث في مجال علم الاجتماع وكذا الاهتمام بالصحة وجب السير نحو التوجه الجديد والذي يهتم بالفرد المصاب بالمرض وكيف تعامله مع المرض وتعامل المجتمع معه بعد المرض.

2- المقابلات الاستكشافية:

إن كل من القراءات التي تتم في مرحلة البحث البيبليوغرافي و المقابلات الاستكشافية لها دور فعال في تكوين واستكمال إشكالية البحث مراد دراسته، فالأول تساعد في الإلمام بالموضوع، والثانية جاءت لربط الجانب النظري بالميداني و الكشف عن النقاط التي

يجب أخذها بعين الاعتبار و اتخاذ القرار في التوسع أو إقصاء بعض القراءات، فبفضل القراءات توضح لنا خطة عن المقابلات الاستكشافية و بهذه الأخيرة يتبين لنا مسار بحث البيوغرافي.

إن للمقابلات الاستكشافية وضيفة رئيسية هي تبيان جوانب من الظاهرة المدروسة ما كان للباحث أن يفكر فيها من تلقاء نفسه والوصول بهذه الطريقة إلى تكملة مجالات العمل التي تكون قراءاته السابقة قد أظهرتها (ريمون كيفي ،وآخرون،1997،ص85).

بحيث تمت مع رئيس المكتب سجل مرضى السرطان بمستشفى محمد بوضياف بولاية ورقلة، و كذلك مع رئيس قسم مركز مكافحة مرض السرطان، و أيضا رئيس قسم العلاج بالكيميائي التابع للمركز.

- وكذا مع بعض المريضات بشكل غير مباشر وعدم التعريف بهوية الباحث كان الهدف منها قياس مدى تجاوب بعض المرضى المتواجدين في المركز مع أسئلة خاصة بمرضهم وكانت الصعوبة في معرفة المرأة تلك الجالسة في الكرسي الانتظار هي مصابة بتحديد بسرطان الثدي أم لا، وإن سألنا أحد الموظفين يكون ردهم: "وين نشفالك عليها أنا " ننتظر بعد الفحص، ولكن بعدها تكون حالتها الصحية والنفسية صعبة جداً، لا تسمح لنا بطرح الأسئلة، هذا ما أكد لنا صعوبة الميدان وأن نكون حذرين أكثر أثناء إجراء المقابلات، لذا كانت مقابلة عامة غير موجه، أجريت داخل المركز، و منها استنتجنا بعض المؤشرات الخاصة بمتغيرات الدراسة.

3- خوارزمية التفاعل:

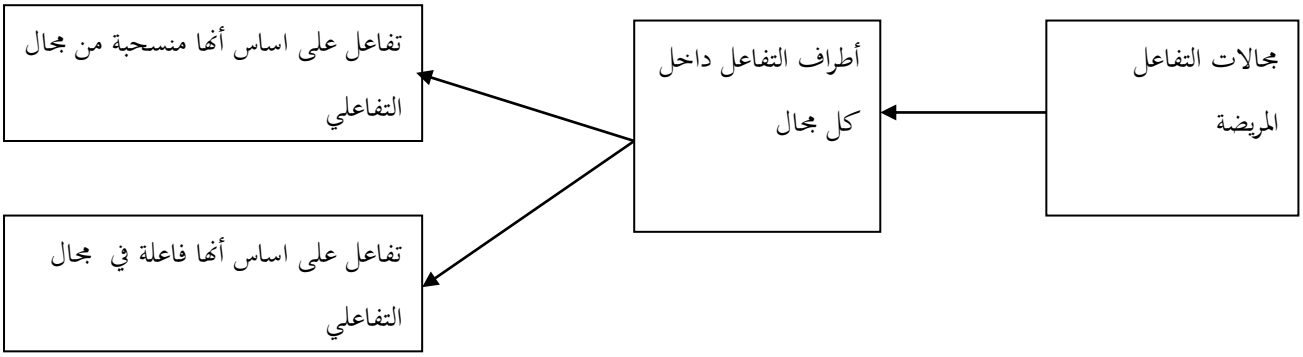
هي مخطط وشبكة تفاعل الظاهرة و الخفية و به نتعرف على جميع التفاعلات، مصادر التفاعلات، وماهي مصدر الذي يزود الفرد بتلك المعاني، وكذا جميع تفاعلات المفردة الذي نحن في صدد دراستها و تذهب الى التفاعلات الخفية (محمد المهدي بن عيسى ،2017) ، و جاء الهدف منها استخراج شبكة التفاعلات، ومنه نستخرج شدة و مدة تفاعل المريضة في مجال تفاعلي معين؛ والتي تكون في مجال تفاعل المرضية و مع من تتفاعل؛ وإن لكل مجال تفاعلي خوارزمية خاصة به.

نستخرج من خوارزمية التفاعل:

- أفراد التفاعل
- مدة التفاعل
- شدة التفاعل
- مركز السلطة لنموذج الثقافي المجود داخل المجال

- مصدر تمثلات المريضة

شكل رقم 03 : خوارزمية التفاعل



المصدر: من اعداد الطالبة

3- المجال البشري:

إن أولما يفكر به الباحث عند اختياره لعينة ما خاصة بموضوع الدراسة هو التعرف على مجتمع البحث الذي هو الاهتمام الأكبر بنسبة له، والمجال البشري هو المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث إلى أن يعمم النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة. و انطلاقا من طبيعة هذه الدراسة ذات الخصوصية في ميدان علم الاجتماع العائلة و تناولها لموضوع من مواضيع علم الاجتماع الصحة و المرض، و بالأخص يعالج فئة مرضى سرطان الثدي إذ لا يمكن ضبط هذه الفئة ومعرفة مكان تواجدهم ، فاخترنا المكان الأصح لمتابعة هؤلاء المرضى من طرف المركز ألاستشفائي لولاية ورقلة

4- المجال ألزماني:

وكمرحلة أولى توجهانا إلى مستشفى محمد بوضياف المتواجد بولاية ورقلة من اجل الإحصائيات ومعرفة كيف يتم علاج المرضى و ماهية المراحل للعلاج، المرحلة الثانية لجمع المعلولات والإحصائيات عن عدد المصابون بسرطان الثدي في سنة 2016، مرحلة الثالثة معرفة المجال العمراني للدراسة و التجهيزات الموجودة به و من ثم إعادة ضبط العينة بالحلات المستهدفة من ثم إجراء المقابلات.

V. منهج والأدوات المعتمد في الدراسة:

1- المناهج المستعملة في البحث:

يعرف المنهج بصفة عامة عبارة عن مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه (رشيد زرواتي ،2004،صفحة 40) ، وهو مجموعة من القواعد التي يتم وضعها بقصد الوصول إلى الحقيقة.كما انه عبارة عن الطرق التي يتبعها الباحث في دراسة المشكلة لاكتشاف الحقيقة· و المنهج في اللغة العربية مصطلح مرادف لكلمتي النهج والمنهاج اللتين تعنيان الطريق الواضح أما في اللغة الفرنسية فإن كلمة منهج هي(METHODE) التي تعبر عن الخطوات الفكرية المنظمة والعقلانية الهادفة إلى بلوغ نتيجة ما، أمّا اصطلاحا يعرف على أنه: "طريقة البحث التي يعتمدها الباحث في جمع المعلومات والبيانات المكتبية أو الحقلية وتصنيفها وتحليلها وتنظيرها "(إحسان محمد الحسن ،2005،صفحة11)

و إن مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية مجال واسع وصعب للدراسة والصعوبة هنا في أن المتغيرات ليست ثابتة بل نحن في صدد دراسة المجتمع و أفراد المجتمع، والفرد بطبيعته متغير يتأثر بحد ما بالمجالات الاجتماعية المتفاعل بها، لذا في موضوعنا هذا المتمثل في البحث عن الأشكال هوية المريض بمرض سرطان الثدي وتمثلات الهوية، التي تستنتج هذه الأخيرة من الأفعال والممارسات الفرد المريض في مجالات اجتماعية مختلفة.

فالمنهج **الكيفي من المناهج المستعملة في بحثنا هذا** وكذا هو أسلوب مناسب لفهم الواقع واستكشافه، وان الدراسة الكيفية تنطلق من الطابع الاستقرائي أي من الفرضيات وتساؤلات التي تدعم العمل الميداني، مما يتطلب استعمال المقابلة كتقنية مناسبة لهذا النوع من البحوث.

وكذالك من بين المناهج المساعدة و المستخدمة في موضوع الدراسة **منهج دراسة الحالة إذ** يقوم هذا الأسلوب على جمع البيانات و معلومات كثيرة وشاملة عن حالة فردية واحدة أو عدد محدود من الحالات وذلك بهدف الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة ومما يشبهها من ظواهر، حيث تجمع البيانات عن الوضع الحالي للحالة المدروسة وكذلك عن ماضيها وعلاقتها من اجل فهم أعمق وأفضل للمجتمع الذي تمثله (ربحي مصطفى عليان و عثمان محمد غنيم ،2000،صفحة 46) ؛كذلك من مميزات دراسة الحالة بأنها توفر مميزات شاملة و متعمقة عن الظاهرة وبشكل لا توفره أساليب و مناهج البحث الأخرى، وكذا يمكن توصيل إلى نتائج دقيقة تفصيلية حول وضع الظاهرة مقارنة بأساليب ومنهاج البحث الأخرى (ربحي مصطفى عليان و عثمان

محمد غنيم ،2000،صفحة 47) ، وبما أن العينة تتمثل في مريضات سرطان الثدي فأننا نستخدم هذا المنهج لمعرفة أدق لكل من تفاعلات المريضة و نفهم في ذاتيتها، لمعرفة تمثلاتها عن ذاتها.

منهج الفهم:

إن عملية الفهم عنصر أساسي لتحليل الظواهر، إذ أن هذا الأخير يعتبر عملية معرفية في الدراسات الإنسانية و الاجتماعية فليس هو وسيلة للتعرف على الواقع فحسب، و إنما أداة تفسير هذه الوقائع أيضا (جازية كيران ،2016، صفحة 15) ، ومن هنا يدل أن الفهم علية معرفية فكرية وتستخدم هذه الأداة في كل مراحل البحث العلمي، وتبرز عملية الفهم في مدى تأويل تلك الأفعال و الرموز إلى تفسيرات سوسيولوجية لها دلالات خاصة توجه الباحث إلى استخلاص تحليلات إلى نتائج الدراسة.

و الفهم هو بمثابة قراءة تأويلية للوقائع والنصوص في وضعها السياقي المدرك ومن ثم يختلف الفهم والتأويل من سياق إلى آخر. (جميل حمداوي ، علم الاجتماع بين الفهم والتفسير، صفحة 18)www.alukah.net

أما بالنسبة إلى منهج الفهم فقد يتسم هذا التوجه المنهجي بالطابع الدلالي و ألتفهمي و التأويلي، والتركيز على الذات بدل الموضوع (جميل حمداوي ، علم الاجتماع بين الفهم والتفسير)www.alukah.net ، أي دراسة الفرد و دراسة تفاعلاته مع أفراد المتفاعلين ضمن مجال الاجتماعي التفاعلي، مراعين في ذلك مختلف الرموز و المعاني والرسائل الذي يعبر عنها فعل ذلك الفرد؛ من بين أصحاب هذا المنهج نجد " ماكس فيبر" إذ يقول بير بريشيي (Pierre Bréchier)" إن فهم الفعل الإنساني حسب فيبر، ليس مسعى سيكولوجيا، بل هو السعي إلى **فهم الصيرورة المنطقية التي تقود الفاعل الاجتماعي إلى اتخاذ قرار ما في ظرف خاص**.إذ يتعين إعادة **تشكيل المنطق العقلي للفاعل**، كما ينبغي أيضا، فهم الجانب اللاعقلي في سلوكه، تبعا للأهداف التي يتوخاها والوسائط التي يتوسلها، من أجل التوصل إلى فهم تفسيري للفعل. (جميل حمداوي ، علم الاجتماع بين الفهم والتفسير)www.alukah.net "إذن إن منهج الفهم يستند إلى التأويل والذي نقصد به الغوص في ذاتية المبحوث.

- **عملية تأويل:**

وتتم عملية التأويلية بتأويل الباحث لكلام وأفعال المبحوث وقبل ذلك يكون بفهم الخطاب الذي يكون بين الباحث والمبحوث وبالتالي تتم عملية تأويل المريض للمرض ومن ثم تأويل المبحوث لتمثلات الباحث أي تأويلات الباحث لتأويلات المريض و هذا ما جاء به انتني غدينز في التأويل المزدوج، وتتم عملية التأويل من الذات العارفة.والتأويل أي إعادة ترجمة تلك المعاني والرموز إلى معلومات، هذا يعني أن الفعل الاجتماعي مرتبط بتمثلات خاصة ومحددة.

وبالتالي عند إسقاط المنهج الفهم و عملية تأويل على الدراسة الحالية نجد انه يجب الغوص في ذاتية المريضة وذلك بعملية الفهم نصل إلى تأويل ما تم فهمه.

وإننا نجد إن مفهوم التمثلات والهوية المريض ترجع إلى الحالة المعاشة للمرض كما وسبق الذكر بالنسبة للمرض من الزاوية الاجتماعية، وان الفرد وحده المسئول عن أفعاله وتمثلاته، ولدراسة هذه الأخير تسقط دراستنا التمحور في موضوع "مرضى سرطان الثدي وتمثلات الهوية في العائلة الجزائرية" في إطار البحوث الكيفية بهدف استكشاف وفهم الميدان الجديد، انطلقنا من استعمال أدوات البحث الملاحظة والمقابلة، إذا سوف نتعرض أكثر لأدوات جمع البيانات.

2-خطوات العمل الميداني:

يستخدم الباحثون مجموعة من التقنيات والأساليب لاكتشاف وفهم النتائج، إلاّ أن طبيعة الموضوع وخصوصيته تفرض على الباحث جمع البيانات بالأداة المناسبة للدراسة.

وبالنسبة لهذه الدراسة ولجمع البيانات اللازمة لها تم الاعتماد على: الملاحظة و المقابلة كشكل أولي.

1) الملاحظة:

الملاحظة هي أداة مساعدة في بعض الأحيان لكن كذا هي أداة رئيسة في بعض المواضيع، ملاحظة المبحوث للإجابة على بعض المؤشرات التي تخدم فرضيات الدراسة كافية لا نضطر لسؤال عنها إلا في حالات التأكد من صحتها ومن صدق المبحوث، و كذا لأخذ المعلومات كافية من اجل فهم المواقف و الأفعال، لذا تعتبر الملاحظة أداة استكشافية ووسيلة لتحقق من المعلومة.

وعرفت الملاحظة على أنها: هي مشاهدة الظواهر قصد عزلها وتفكيك مكوناتها الأساسية للوقوف على طبيعتها وعلاقاتها و الكشف عن التفاعلات بين عناصرها و عواملها.(محمد الدريج ،1991،صفحة 119) وكذا يعرفها **عمار بوحوش** على أنها: هي استعمال الحواس والعمليات الفكرية لتحديد هوية الظواهر الاجتماعية و التعرف عليها (عمار بوحوش و محمد الذنيبات ،2001 ،صفحة 99). وكذلك هي: تشمل أراء عينة المختارة من الأفراد الدين يكونون المجتمع محل الدراسة و الباحث يخطط لهذه الملاحظة لتشمل عددا كبيرا من المواقف الاجتماعية، دون أن يشعرهم بملاحظته لسلوكهم عن طريق انضمامه إليهم. (جازية كيران ،2016،صفحة 49)

إذن يمكن القول هي عبارة عن مشاهدة و مراقبة الأفعال أو ظاهرة معينة بصورة دقيقة وتسجيل هذه الملاحظات والاستعانة بالأساليب الإحصائية التي حددها الباحث لتحليل بيانات الظاهرة بغية الوصول إلى أفضل النتائج والحصول على أدقا لمعلومات.

و تعرف **الملاحظة** على أنها: "من أهم الأدوات الرئيسية التي تعتبر مصدرا أساسياً للحصول على البيانات والمعلومات اللازمة وتعتمد على حواس الباحث وقدرته الفائقة على ترجمة ما لاحظه وتلّمسه إلى عبارات ذات معاني ودلالات.

(فضيل دليو وآخرون،1999،صفحة 189)

أما في موضوع الدراسة عند الذهاب لإجراء المقابلة مع رئيس قسم مكافحة السرطان المتواجد في ولاية ورقلة، بمستشفى محمد بوضياف، لاحظنا كملاحظة أولية أن هناك عبارات لائقة تستخدم مع المرضى و أن هناك عملية تنظيمية لاستقبال المرضى، وانه المركز محبب ومفضل لدى المرضى مقارنة مع مراكز الأخرى المتواجدة في أماكن أخرى من الوطن والسبب هو حسن المعاملة والاعتناء من الناحية النفسية، وكذا تخدمنا الملاحظة في التأكد من بعض الأجوبة التي تتليها المريضة عند إجراء المقابلة ، وكذا ملاحظة بعض الأفعال ، والإشارات التي لها دلالة قوية لتفسير بعض الفرضيات ، بحيث أنها تقدم لنا وصفا كافيا فتمكننا من معرفة كيف يعد إنتاج تفعلانه الاجتماعية اليومية ؟ و ما هي الأدوار التي يقوم بها؟(موريس أنجرس، ترجمة:بوزيد صحراوي و آخرون،2004،صفحة 235)

❖ بناء شبكة ملاحظة:

أجريت الدراسة الحالية في ولاية ورقلة ابتداء من سنة 2015، شملت مجموعة من النساء المصابات بمرض سرطان الثدي المسجلين للعلاج في المركز مكافحة السرطان بولاية ورقلة، تواجدنا بالمركز بشكل دائم تقريبا لملاحظة كيفية إجراء الفحوصات ومدى تجاوب المرضى المنتظرين لدور الفحص مع الأشخاص الغرباء ، فلاحظنا بان جل من يتواجدون في المركز لإجراء الفحوصات لا يتجاوبون ولا يحبون إظهار هويتهم، بل إخفاء الوجه أحيانا سواء من الرجال أو من النساء ، صعوبة العينة و صفاتها جعل من تمديد شبكة الملاحظة ليس فقط على المرضى بل حتى الطاقم الطبي، والأصعب هو تحديد نوع السرطان المصاب به ذلك الفرد المتواجد في المركز. لذا الملاحظة تجيب لنا على عدة تساؤلات رئيسة وفي بعض الأحيان تكون مكملة لأداة المقابلة، ففي دراستنا ندرس الأفعال والتفاعلات التي تقوم بها المريضة في مجالات الدراسة.

2) المقابلة:

❖ **تعريف المقابلة:** تعرف المقابلة على إنها طريقة من الطرق البحث العلمي، إذ هذه الطريقة تتماشى مع معرفة الفعل الإنساني، وهي من اجل جمع المعطيات الدراسة و الهدف منها خلق الحوار بين المبحوث والباحث، وتدخل عدة اعتبارات في المقابلة من بينها عدد المقابلات، أنواعها و المدة وكذا تحديد عناصر التحليل، و تعتبر المقابلة من أهم الوسائل البحثية لجمع المعلومات والبيانات من الميدان فهي تعرف على أنّها: " تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة يحاول فيه الشخص القائم بالمقابلة أن يستثير معلومات أو آراء أو معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية "(رشيد زرواتي،2008،صفحة 212). و بالتالي هي عملية اجتماعية صرفة تحدث بين شخصين الباحث أو المقابل الذي يستلم المعلومات، ويجمعها، ويصنفها، والمبحوث الذي يعطي المعلومات إلى الباحث بعد إجابته على الأسئلة الموجهة إليه من قبل المقابل.

إذ سوف نستخدم في بحثنا هذا إلى **المقابلة شبه مفتوحة** وهي تعطي الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة أخرى والطلب من المستجيب مزيداً من التوضيح(ربحي مصطفى عليان و عثمان محمد غنيم ،2000،صفحة 105)

❖ خطوات إجراء المقابلة:

- **المقابلة الأولية:**

- تمت مع الطاقم الطبي لمعرفة كيفية سير آلية العلاج ، كيف يتم الاتصال بالمرضى.
- كانت مفتوحة مع بعض المريضات لاستخراج مؤشرات الدراسة.
- مع مسئول عن الإحصائيات لمعرفة الإحصائيات
- مع مسؤول عن الأرشيف لملفات المرضى

- **المقابلة النهائية:** كانت مع مفردة الدراسة.

❖ إعداد دليل المقابلة:

وهو أداة يتركز عليها الباحث إثناء إجرائه للمقابلة وتتضمن كل الأسئلة التي تخدم لموضوع بصياغة جيدة ودقيقة، وتحديد الأسئلة المغلقة من الأسئلة المفتوحة، وعلى الباحث سوى تسجيل المباشر للأجوبة سواء تسجيل كتابي أم الكتروني أو تصوير.و من ثم

تقسيم أداة المقابلة حسب المحاور فالمحور الأول البيانات الشخصية كسن المريضة، الحالة الاجتماعية...الخ، والمقابلة الأولية يتم تجريبها في الدراسة الاستطلاعية.(ملحق ،دليل المقابلة)

❖ **إجراء المقابلة:**

بعد التأكد من سلامة المقابلة ينزل الباحث إلى الميدان لإجراء مقابلته، مع حرصه الجيد على التعامل الجيد والحذر للعينة وكيفية التعامل معها، بحيث تكون الحرية النسبية للمبحوث لتعبير عن مشاعره و انفعالاته ونظراته ، إذ يبدأ المبحوث بطرح سؤال عام للبحث من ثم يبدأ بالتسلسل في طرح الأسئلة الأخرى، أما في موضوع الدراسة فالهدف منها هو التأكد من صحة الفرضيات والإجابة على أسئلة الدراسة، وكذا الإلمام بالموضوع من عدة جوانب.

VI. وبناء المؤشرات:

ولقد تم تحديد المؤشرات والمتغيرات للدراسة من خلال التراث السوسيولوجي والرجوع إلى النظريات في علم الاجتماع وربط كل مؤشر بتجذره النظري . وهذا ما يوضحه الجدول متغيرات الدراسة . انظر الملحق 05)

VII. مجتمع الدراسة:

1- تعريف مجتمع الدراسة:

إن أول ما يفكر به الباحث عند اختياره لعينة ما خاصة بموضوع الدراسة هو التعرف على مجتمع البحث الذي هو الاهتمام الأكبر بنسبة له، المجموعة الكلية من العناصر التي يسعى الباحث إلى أن يعمم عليها النتائج ذات العلاقة بالمشكلة المدروسة و كخطوة أولى سوف يكون:

مجتمع البحث: هو عبارة عن نساء المصابات بسرطان الثدي المتواجدات في ولاية ورقلة .

2- خصائص مجتمع الدراسة :

تعالج الدراسة الحالية فئة مرضى سرطان الثدي تحت عنوان البحث " مرضى سرطان الثدي و تمثلات الهوية في العائلة الجزائرية"، و أن :**مجتمع الدراسة:** مكون من نساء المصابات بسرطان الثدي المتواجدات في ولاية ورقلة وهم أصحاب المنطقة، و التي تتم معالجتهم في مركز العلاج لمكافحة السرطان بولاية ورقلة ، بحيث أن مجتمع الدراسة **متجانس** من حيث الخصائص التالية: ويكمن سبب التجانس من حيث نوع المرض إذ أن كل المجتمع البحث يحملون نفس المرض.

VIII. الحالة (العينة):

هي الحالة الحاملة للظاهرة الاجتماعية، ويمكن تحديدها من خلال ما يلي:

1- **السلطة**: وذلك من خلال معرفة مركز سلطة الفرد الحامل للظاهر داخل المجال الاجتماعي عبر ما يلي:

1) **نوع رأس المال**: وقد يكون راس مال المادي، رأس المال الرمزي، رأس المال الاجتماعي.

2) **معرفة عمل صاحب السلطة**: وذلك من خلال تحديد عمله منتج للسلطة، أو موزع للسلطة فقط، أو منتج وموزع للسلطة معا.

2- **خوارزمية التفاعل للحالة**: وهي شبكة وخريطة التفاعل الظاهرة والخفية للحالة التي تتواجد ضمن المجال التفاعلي وفي المجال الاجتماعي حيث يتوصل إليها الباحث عن طريق المقابلة مع المفردة المراد إجراء الدراسة معها وذلك لتحديد ملمح المجال الخاص بها.(بن عيسى محمد المهدي ،2016) يتم التوصل إليها من خلال ما يلي:

- أفراد تفاعل مع الحالة في المجال التفاعلي.
- مدة وشدة تفاعل الحالة ضمن المجال التفاعلي.
- البحث عن الفعل الذي يحمل معاني، أي الفعل الواعي ذوي معني.

أما في موضوع الدراسة الذي يتمثل في البحث عن تمثلات الهوية للمريضة سرطان الثدي ، فان الحالة الخاصة بالموضوع تكون بشكل التالي:

1- السلطة : ويتحكم في ذلك الحالة المراد استجوبها بحيث يعمل راس المال المادي و راس المال الرمزي القدرة على السيطرة و تمثل السلطة.

2- الترتيب الاجتماعي: ويعود ذلك لمدى تفاعل المريضة داخل المركز وقدرتها على التأثير و التأثر في المجالات المتفاعلة بها

3- خوارزمية التفاعل: هي معرفة أفراد المتفاعلين مع المريضة أثناء تواجدها داخل المركز ومعرفة الترتيب الاجتماعي للأفراد داخل شبكة التفاعل، للبحث عن الأفراد المغتربة لهم المريضة.

- **خصائص المفردة أو الحالة المستهدفة**: تحمل المفردة أو الحالة المستهدفة جملة من **الخصائص** التالية:

- المرأة المصابة بمرض السرطان الثدي.

- لا يهم سن المريضة .
- لا يهم الحالة المدنية للمريضة.
- إن يتم علاجها لمرضها داخل المجال العمراني المستهدف.

الحالات المستهدفة :

الحالة رقم 01 : من المنطقة العمرانية (02) ، **الحالة رقم 02**: من المنطقة العمرانية (04).

الحالة رقم 03: من المنطقة العمرانية (03). **الحالة رقم 04**: من المنطقة العمرانية (02).

الحالة رقم 05: من المنطقة العمرانية (01). **الحالة رقم 06**: من المنطقة العمرانية (02).

الحالة رقم 07: من المنطقة العمرانية (05). **الحالة رقم 08**: من المنطقة العمرانية (01).

الحالة رقم 09: من المنطقة العمرانية (01). **الحالة رقم 10**: من المنطقة العمرانية (05).

الحالة رقم 11: من المنطقة العمرانية (05). **الحالة رقم 12**: من المنطقة العمرانية (04).

الحالة رقم 13: من المنطقة العمرانية (03). **الحالة رقم 14**: من المنطقة العمرانية (04).

الحالة رقم 15: من المنطقة العمرانية (04).

الخلاصة:

تناول هذا الفصل تقديما لطريقة استخراج المفردة المستهدفة في الدراسة و تم ذلك باستخدام طريقة أعلاه و تعرفنا في هذا الفصل على الأدوات المستخدمة في جمع البيانات (المقابلة، الملاحظة). ووصف المنهج المستخدم في ووصف المنهج المستخدم في الدراسة. إذ يمكننا القول أن العمل العلمي والبحثي لا يمكن الفصل بين الجانب المنهجي والجانب النظري فالأصح السير بخط متوازي يلتقيان في تحليل نتائج الدراسة، التي يتم الاستعانة بالجانب النظري على النتائج المتحصل عليها، إذ وجب على الباحث التزود بالمعلومات الكافية قبل خطوة الميداني والإلمام بجل الموضوع من ناحية التجذر النظري و المفاهيم و الاطلاع على صعبات المتواجدة في الدراسات السابقة لعدم الوقوع في الأخطاء ولا ننسى مجتمع العينة الحساس جداً إذ أن مرضى سرطان الذي يعتبروا عينة حساسة إذ أن الخطأ في كيفية إجراء المقابلة أو التحكم في الميدان و أدواة جمع المعلومات. لذلك يلزمنا الان البحث عن الحالات المستهدفة وطريقة الحصول عليها.

الفصل الخامس: عرض، تحليل وتفسير نتائج الدراسة

تمهيـــد

I. المحور الأول: عرض الحالات المدروسة.

II. المحور الثاني: المعاني المشكلة لدى المريضة بعد إصابتها بمرض سرطان الثدي.

III. المحور الثالث: المجالات الاجتماعية وتفاعلات المريضة.

IV. المحور الرابع: التمثلات والنموذج الثقافي.

V. المحور الخامس: الهوية المترتبة لدى المريضة بسرطان الثدي.

النتيجـــة العامـــــــة.

تمهيد:

في هذا الفصل سوف نحاول الإجابة عن أسئلة الدراسة واستخلاص نتائج الدراسة الميدانية التي اعتمدناها على مجموعة من مرضى في هذا الفصل سوف نحاول الإجابة عن أسئلة الدراسة واستخلاص نتائج الدراسة الميدانية التي اعتمدناها على مجموعة من مرضى سرطان الثدي؛ وهذا من خلال خمسة محاور، وهو من أهم فصول الدراسة السوسيولوجية التي ستؤكد أو تنفي صحة فرضيات الدراسة.

في مقاربتنا نريد أن نفهم المعاني التي تحكم أفعال والتفاعلات الاجتماعية بصفتها منتجة للأفراد في المجالات الاجتماعية المتعددة ويعملون على إنتاجها أو اعادة إنتاجها، وأصبحت تطبع هوياتهم في علاقاتهم بالمجالات التفاعلية وكذلك في علاقاتهم بمجالاتهم العمرانية، لأننا نعتقد أن الفرد يقوم بممارساته وفق ما تعنيه له الموضوعات المختلفة المطروحة أمامه سواء كانت موضوعات مجردة أو ممارسة أو فعل اتجاه ذاته أو اتجاه الآخرين أو اتجاه المجال العمراني المتواجد فيه او الموضوعات المجردة (بن عيسى محمد المهدي،2013، صفحة 05)

فبعد فهمنا لأفعال الفرد و مستوى السلطة التي يمتلكها أو لا يمتلكها في المجال الاجتماعي نطرح السؤال لماذا هو موجود في هذه الوضعية في مجال التفاعل محل الدراسة ولماذا يعمل على انتاج وتوزيع المعاني أو لا يعمل على انتاجها أو توزيعها فالسببية في مقاربة الهوية و المجالات الاجتماعية تأتي بعد مرحلتي الفهم و التأويل ،لتصل في التفسير الى طرح السؤال لماذا يتصرف الأفراد المتفاعلين بهذا الفعل، بمعنى إذا كان الفرد له سلطة الإنتاج و ليس له سلطة التوزيع، فإننا كباحثين نطرح التساؤل لماذا تخلى هذا الفرد عن سلطة التوزيع و إذا كانت له سلطة الإنتاج و التوزيع نطرح لماذا يحتكر الإنتاج و التوزيع (الهيمنة) لماذا يهيمن في المجال الذي هو موجود فيه، فالتفسير في هذه المقاربة يهدف إلى الوصول إلى السبب الذي يؤدي بالفرد إلى أن يقوم بهذه الممارسة أو بهذا الفعل دون غيره وعليه، فالسببية في مقاربتنا ليست مجرد علاقة آلية بين متغيرين بل هي عملية بناء تمر بمراحل و كل مرحلة ترتبط منطقيا بسابقتها وتشتغل باليات ذهنية. ترتبط في مراحلها الأولى بفهم المعاني التي تحكم تفاعلات الأفراد في المجالات الاجتماعية لتصل إلى تأويل هذه المعاني أي الكشف عن أطر المعنى العميقة لتمكين الباحث من تفسيرها تفسيرا علميا عن طريق جهاز مفاهيمي وبالتالي، فالمعيار الذي نحكم به على الأفراد المتفاعلين في هذا المجال هو معيار الإنتاج والتوزيع والاستهلاك وهنا نريد أن نفهم بمعنى هل الفرد يعمل على إنتاج وتوزيع المعاني أو أنه يكتفي فقط بالتوزيع دون الإنتاج أو إنتاج دون توزيع أم أنه لا ينتج ولا يوزع ويستهلك فقط (بن عيسى محمد المهدي، خيرة بغدادي،2019، صفحة 14)

I. المحور الأول: عرض الحالات المدروسة

الحالة رقم (01):

المريضة ذات 43 سنة ومستوى التعليمي **ثانوي** وعزباء، وكانت **عاملة**، لكن المرض لم يترك لها الفرصة لمزاولة ذلك، بحيث تقطن **المنطقة "2"** جامعة؛ وإن مستوى الثقافي للأسرة **عادي**، وإن مدة إصابتها بالمرض **4سنوات**.

لقد أكدت المريضة أن أوقات تواجدها بالمركز الاستشفائي في وقت العلاج فقط، ولا أحد يذهب معها وأنها تتفاعل مع كل الطاقم الطبي من أطباء وممرضين وهذا عند علاجها بالكيماوي، كما أن معظم أوقات فراغها بالأسرة وأنها تقلصت تفاعلاتها في الأماكن التي كانت تقضي فيها أوقات فراغها وهي لا تحب نظرة الشفقة من الناس.

وكذلك أكدت المريضة أن المكان التي تتفاعل فيه بكثرة هو الأسرة بحكم تواجدها الدائم بها؛ في حين إنها تستشير أختها في القرارات المتخذة بحكم قربها منها؛ بينما معظم الناس يتفاعلون معها على أساس أن المرض ابتلاء وأنه أصبح كغيره من الأمراض.

لقد أكدت المريضة أن المرض بالنسبة لها من مشيئة الله وتتكلم عنه بشكل عادي، كما أنها لا تواجه أي مشكل في التصريح عن مرضها، فبعد المرض زاد إيمانها وقوتها، كما أنها لا تزال تحافظ على عاداتها اليومية التي كانت تمارسها؛ كما تصرح المريضة على قلة زياراتها الاجتماعية بسبب المرض والظرف الصحي الخاص. ان هذه الحالة لديها مجالين اجتماعين تفاعليين بارزين؛ ان المريضة في المجال الأصلي منتجة ومستهلكة للمعاني التي تستمد بها قوتها في حين في المجال الثاني هي مستهلكة فقط ولا تتفاعل معهم بل هي تذهب لهناك من اجل طقوسها الروحانية.

الحالة رقم (02):

سن المريضة هو 67 سنة وذات المستوى التعليمي **أمي** متزوجة، ولا تعمل، بحيث تقطن **المنطقة "4"**؛ **مستوى** الثقافي للأسرة **عالي جدا**، مدة إصابتها بالمرض 8 **سنوات**.

لقد أكدت المريضة أن بحكم تواجدها الدائم بالمستشفى فهي لا تخرج من المستشفى ويأتي أولادها لها دائما، وتتفاعل بكثرة مع الأطباء والممرضين والمرضى في حد ذاتهم ومدة تفاعلها دائمة وطويلة بالمستشفى وإن خرجت تقضيها في المنزل؛ كما أشارت المريضة أن نظرتها لنفسها تغيرت بسبب المرض على أنها غير كاملة ومشوهة. كما أن الأفراد الذين تتواجد معهم لديهم نفس المعايير التي تحملها.

وأكدت المريضة أن معظم تفاعلاتها بالمنزل كونه المكان الأصلي وتتفاعل معهم كل الوقت وتعمل على استشارة أولادها في كل قراراتها.

وأنها بعد المرض واجهت مشاكل زوجية تكمن في زواج زوجها للمرة الثانية، وشكل اخر قلت العلاقات الاجتماعية الأخرى، كما أنها لا تمارس عاداتها اليومية بشكل عادي، حيث أن الزيارات الاجتماعية قلت بسبب كلام الناس ونظرة المجتمع لها.

الحالة رقم (03):

سن المريضة هو 51 سنة وبدون المستوى التعليمي، ومتزوجة، **ولا تعمل**، بحيث تقطن **المنطقة "03"**؛ **مستوى** الثقافي للأسرة **ليس مستوى علمي بل حرفي**، مدة إصابتها بالمرض **6أشهر**.

لقد أكدت المريضة أن وقت ذهابها للمركز في وقت العلاج فقط وكان يرافقها الزوج، ومعظم تفاعلاتها كانت في الأسرة وكما أن تفاعلاتها تغيرت وكما صرحت " ان كل ما يقوله اسرتي عني فعندهم حق.. ايه انا مسكينة اييه انا مريضة وفاشلة".

وأن معظم المتفاعلين معها على أساس أن المرض خطر ويهدم وهي تشعر بالخوف من المرض.

الحالة رقم (04):

سن المريضة هو 43 سنة وذات المستوى التعليمي **3 ثانوي**، متزوجة، **لا تعمل**، تقطن **المنطقة "02"**؛ مستوى الثقافي للأسرة **عادي**، مدة إصابتها بالمرض **9 أشهر**.

صرحت المريضة أن وقت زيارتها للمركز خارج أوقات العلاج فقط وكانت ترافقها ابنتها في علاجها وكانت لا تتفاعل مع كل المتواجدين بالمستشفى، حيث تقضي جل أوقاتها مع العائلة وأنها تقلصت تفاعلاتها بسبب عدم تقبل الزوج لحالتها الصحية.

لقد أكدت المريضة أن تفاعلاتها داخل الاسرة كانت تخبرها بانها لم تصبح امرأة مثل قبل وأنها ناقصة ولا تصلح لشيء

وان معظم قراراتها لا تستشير أحد فقط الزوج يتعسف عليها بهم.

لقد أكدت المريضة أن لديها مشكلة في التعبير عن مرضها وعرفت مكانتها عند زوجها وإنها لا تمارس عاداتها اليومية كزيارة الناس واهتمامها بذاتها وابنتها. وان المريضة في المجال الأصلي مستهلكة للمعاني التي تستمدها من مجالها الأصلي فهي توزع المعاني وتعيد انتاج تلك المعاني.

الحالة رقم (05):

إن سن المريضة هو 39 سنة وذات المستوى التعليمي **ثانوي**، عزباء، **تعمل**، بحيث تقطن **المنطقة "01"**؛ مستوى الثقافي للأسرة **عالي**، مدة إصابتها بالمرض **4 سنوات**.

صرحت المريضة أن زياراتها للمركز خارج أوقات العلاج لزيارة المرضى ومرافقة صديقاتها والاستفسار وكانت خالتها أو أختها من يرافقها دوما، كما أنها تتفاعل مع كل المتواجدين بالمركز الاستشفائي وتقضي جل أوقاتها بالبيت أو العمل حيث تقلصت تفاعلاتها في العمل.

أما إن المتفاعلين معها يخاطبونها على أساس المرض ابتلاء، مشكل، خطير.

لقد أكدت المريضة أن الأماكن التي تصرح فيها عن مرضها العمل والمستشفى كما أنها لم تتغير أدوارها في المجالات الاجتماعية ولا تزال تمارس عاداتها اليومية كالزيارات الاجتماعية وأنها لا تزال تهتم بنفسها وجمالها.

ان الحالة 5 لديها مجالين اجتماعين تفاعليين بارزين الأول هو المجال الاجتماعي الأصلي هو الاسرة بحيث عدد الافراد المتفاعلين داخل المجال هم 3 ، و ان شدة التفاعل داخل المجال التفاعلي الأصلي قوية و دائمة التفاعل، و بالنسبة للمجال التفاعلي الثاني الذي تنتمي اليه هذه الحالة هو مجال العمل بحيث لا تتفاعل مع افراد محددين و شدة التفاعل ضعيفة و ليست دائمة بل متوسطة .و ان النموذج الثقافي داخل المجال الأصلي الاسرة يحمل معاني للمريضة على انها قادرة و قوية و انها تستطيع التغلب على المرض، في حين المجال الثاني يحمل نفس المعاني و الرسائل، كما أنها تحظى بدعم نفسي ومعنوي قوي لها من طرف الاهل.

الحالة رقم (06):

يبلغ عمر المريضة 31 سنة وذات المستوى التعليمي **جامعي**، متزوجة، **تعمل**، تقطن **المنطقة "02"**؛ مستوى الثقافي للأسرة **جيد**، مدة إصابتها بالمرض **2 سنة**.

اخبرتنا المريضة أن وقت ذهابها للوكز الاستشفائي يكون في أوقات العلاج فقط وكان زوجها يرافقها دائما وتفاعلاتها كانت مع صديقاتها اللواتي يحملن نفس المرض وبعض الممرضات تتفاعل معهم طيلة تواجدها بالمركز؛ حيث أوقات تفاعلها تقضيها بالمنزل أو العمل إذا لم تكن عطلة مرضية، وإن زياراتها الاجتماعية قلت بحيث لا أحد يعلم بمرضها إلا أمها وكان ذلك في المرحلة

الأخيرة؛ ومعظم قراراتها تناقشها مع زوجها ومعظم الافراد يتفاعلون معها على أساس المرض ابتلاء وان مرض معدي وخطير ومميت.

وكذا صرحت بأن المرض شيء عادي وتصرح به في المستشفى أو العمل كما أنها اكتشفت بعد المرض حب زوجها لها ومعرفة حقيقة الافراد المحيطين بها وأنها تمارس عاداتها اليومية كاملة خاصة الزيارات الاجتماعية وزاد اهتمامها بنفسها وجمالها بعد المرض..

الحالة رقم (07):

عمر المريضة هو 45 سنة وذات المستوى التعليم **ابتدائي**، متزوجة، **لا تعمل**، بحيث تقطن **المنطقة "05"**؛ مستوى الثقافي للأسرة **عادي**، إصابتها بالمرض منذ 2 سنة.

أكدت الحالة أن ذهابها للمركز العلاج يكون في وقت العلاج وأن زوجها وابنها يرافقانها عادة للمركز، مع ذلك هناك بعض الأشخاص الذين تتفاعل معهم من بينهم بعض المريضات الموجدين هناك وتتنوع المواضيع مثلا عن المرض هذا معندوش دواء هو يقتل ... قصص موت المرضى، إن تفاعلها معهم تكون في أوقات الانتظار، أو أثناء تلك الفترة التي مكثت بيها في المستشفى.

بالنسبة للاماكن التي تقضي فيها جل أوقتها كانت المنزل فقط ومستشفى، وأضافت أن الزوج هو الذي له جانب من السلطة في اتخاذهم للقرارات؛ وإن الذين حولها يخاطبونها على أساس أن المرض هو موت وعذاب وعن قصص الموتى بمرض سرطان.

الحالة رقم (08):

عمر المريضة هو 31 سنة وذات المستوى التعليمي **جامعي**، متزوجة، **تعمل**، بحيث تقطن **المنطقة "01»**؛ **مستوى** الثقافي للأسرة **جيد**، إصابتها بالمرض منذ **سنة**.

أكدت المريضة أن تواجدها في المركز الاستشفائي للعلاج فقط، وبرفقة زوجها وأن داخل المركز لها صديقتين بحيث تتكلم معهم في كل المواضيع وذلك في وقت الانتظار، أما بالنسبة عن الأماكن التي تقضي فيهم وقتها فقالت "أين يكون زوجي أكون أنا، لأنه سندي الوحيد"، وفي نفس الوقت العائلة الكبيرة تمدها بمعاني على ان لمرض عار وهو الموت؛ ومن بين الأماكن التي تفاعلت فيها الحملات التحسيسية لزيادة الوعي وأحيانا دار الرحمة، وكذا للهروب من العائلة الكبيرة ورسائلهم السلبية.

أكدت الحالة بأنها تعبر عن مرضها لكن في وقت الضرورة فقط وذلك في بعض الأماكن وإن طُلب منها ذلك؛ وأن بعد إصابتها بالمرض تغيرت فيها بعض الأشياء حيث أن المرض زادها حب للحياة أكثر واظهر الجانب القوي من شخصيتها، وأصبحت تعتمد

على نفسها أكثر من ذي قبل والأهم أنها لا تسمع ولا تعبر عن أي المثبطات الموجودة أمامها. وأكدت أنها مازالت تمارس عادتها اليومية مثل قبل، وكذا العمل والاهتمام بالنفس والاهتمام بزوجها، وفي نفس الوقت هي لا تحبذ الزيارات الاجتماعية بحيث تتجنب أي مصدر يكون فيه أشياء لا تحبها مثل ما قالت " المكان الذي يكون مصدر للكلام وإعطاء النصائح التافهة لا احبه " وأكدت بان اهتماما بنفسها زاد بحيث قالت:" عند نزع جزء من جسدك وهذا الجزء يعبر عن جمالك يجب تعويضه لكيلا يشعر زوجك بذلك "

الحالة رقم (09):

سن المريضة هو 33 سنة وذات المستوى التعليمي **ثانوي**، مطلقة وذلك بعد المرض فقط، أما بالنسبة للعمل فلم تكن تعمل فاضطرت لذلك بعد إصابتها بمرض سرطان الثدي، بحيث تقطن **المنطقة "01"**؛ مستوى الثقافي للأسرة **عادي**، مدة إصابتها بالمرض **5 أشهر**.

أكدت الحالة أن ذهابها لمركز العلاج يكون في وقت العلاج فقط و إن في البداية كان زوجها و ثم أبوها هما اللذان يرافقانها للمركز، مع أنها لا تتفاعل مع أي احد هناك، بالنسبة للاماكن التي تقضي فيها جل أوقاتها كانت المنزل فقط، وان بعد إصابتها بالمرض زادت عدد المجالات التي تقضي فيهم وقتها مثلا العمل، مراكز العلاج الأخرى و مراكز التجميل أما عن المجالات الاجتماعية التي تقلصت مثل بيت الزوجية أي حدث لها الطلاق، و أي مكان متواجد فيه الناس بكثرة ؛ و أكدت انهم لا يحملون نفس المعايير، وان المكان الذي تتفاعل به بكثرة هي تواجدها على مواقع التواصل الاجتماعي و الأنترنت و إن سبب وجودها أن لا احد يعرفها و كذا لتتزود بالمعلومات أكثر عن المرض و الأشخاص الذي تتفاعل معهم هم الأشخاص الافتراضيين و في وقت الضرورة؛ و أضافت أن الأب يساعدها في اتخاذ بعض القرارات.

أكدت الحالة بأنها لا تعبر عن مرضها وتخفي ذلك وأنها إن تكلمت عنه فيكون ذلك في المجال الافتراضي فقط؛ وإن بعد إصابتها بمرض سرطان الثدي تغير فيها بعض الأشياء حيث أن المرض زادها قوة و خرجت للعمل و اعتمدت على نفسها اكثر وصرحت بأنها تعلمت شيء مهم و هو بان الجسد عندما ينقص منه أشياء نصبح لا نصلح مثل ما قالت " تعلمت انه مكانش وفاء مجرد انك خسرتي جزء من جسم تاعك وليتي متصلحيش باه تكوني شريكة حياة" وأكدت أنها مازالت تمارس عادتها اليومية مثل قبل وتقصد الواجبات اليومية ، و في نفس الوقت هي لا تحبذ الزيارات الاجتماعية؛ أما عن جسدها و جمالها أكدت الاهتمام به فهي على موعد لعملية تجميله لزراعة ثدي لتبرهن لزوجها السابق انه سوف يندم على التخلي عنها بسبب المرض.

الحالة رقم (10):

إن سن المريضة هو 25 سنة وذات المستوى التعليمي **جامعي**، وعزباء، **ولا تعمل**، بحيث تقطن **المنطقة "05"**؛ وإن مستوى الثقافي للأسرة **جيد**، ومدة إصابتها بالمرض هي **سنة**.

ما صرحت بيه المريضة أنها تذهب إلى المستشفى في أوقات العلاج وخارجها وذلك لزيارتي المرضى ولكي تتزود بالمعلومات وان من يرافقها إلى مركز الأب أحيانا أو تذهب بمفردها و انها تتفاعل مع الكل وبعدة مواضيع من بينها لتعديل المزاج و يكون ذلك في أوقات العلاج أو أوقات الفراغ؛ وان باقي أوقاتها تكون مقسمة على الجامعة، دار الرحمة، الجمعيات الخيرية مع أصدقائي وأهلي و الأنترنت؛ وان بعد إصابتها زادت الأماكن التفاعل مثل الأماكن العامة و الجمعيات الخيرية ، فصرحت أن مرضها زادها وعيا و انفتاحا بالناس، بحيث تواجدها في هذه الأماكن ليس بالضرورة يحملون نفس المعاني و المعايير التي لديها، ووجودي الدائم يكون في الجمعيات الخيرية و ذلك لمساعدة الناس، و اكثر فئة أتفاعل معهم المصابين بمرض السرطان و خاصة الأطفال ، بأطول مدة ممكنة، و قالت هي حرة لا يوجد من يساعدها في قرارتها بل هي تفعل ما تريد، و أن من حولي كل يخبروني بان المرض شيء عادي.

لقد أكدت المريضة أن المرض شيء عادي وتصرح به في المستشفى في كل مكان وذلك ليأخذوا منها القوة ، و أنها تحكي عن تجربتها كما إنها اكتشفت بعد المرض أنها أصبحت اكثر حرية، و زادها الاستقلالية، و أحببت مساعدة أخرين و عرفت قيمة الحياة، و الشيء الذي ضرها هو ابتعاد اجمل صديقاتها عنها .وانها مازالت تمارس عاداتها اليومية كاملة مثل الدراسة الرسم و الزيارات المتبادلة و الزيارات الاجتماعية أخبرتنا بانها " تلك أمور تافهة مجتمع لا يمدك بطاقة إجابيه " وانها لم يزد اهتمامها بنفسها وجمالها بعد المرض بل بقي مثل السابق.

الحالة رقم (11):

المريضة عمرها 50 سنة وبدون مستوى تعليمي، وأرملة، **وتعمل عمل حر**، بحيث تقطن **المنطقة "05"**؛ واسرتها مستواها الثقافي متوسط، وإن مدة إصابتها بالمرض **6 سنوات**.

أما بالنسبة لهده الحالة تقول إنها تذهب للمركز في وقت العلاج فقط، ويرافقها ابنها، وأنها تتفاعل مع المرضى لكي تعطيهم الدعم ويكون ذلك في وقت العلاج فقط والأماكن التي تقضي فيها وقتها بقيت كما هي زاد المركز، فحتى عمل تعمل قبل المرض فهناك

تقضي معظم أوقاتها، وسبب تواجدها هناك من اجل قوت والمال وأتفاعل مع صديقاتي في العمل، وأبنائي من أستشيرهم في قراراتي، ويخاطبوني الناس على أساس المرض ابتلاء، وأن مرض موت، وهو عار، ومشكل وإن سرطان خطير.

أنها لا تعبر عن مرضها بشكل دائم، وان كان ذلك فيكون في المستشفى وذلك من اجل الدعم فقط، وهناك عدة أشياء تغير بها بعد المرض مثل أنها تعبت أكثر، وكانت على عاتقها مسؤولية أولادها بحكم أن الزوج متوفي فزادها المرض، وأخبرتنا كما أنا لله كان يعاقبها على شيء ما وأن أولادها توقفوا عن الدراسة بسببها وخرجوا للعمل من اجل تكاليف العلاج أنها رغم المرض مازالا مع العمل فقالت:" العمل ثم العمل رغم الألم "، وأنها تحب تقضي وقتها مع من تحب، وان جمالها وجسدها لا يهمها بحكم سنها.

الحالة رقم (12):

إن سن المريضة هو 45 سنة وذات المستوى التعليمي **ابتدائي**، ومطلقة، **ولا تعمل**، بحيث تقطن **المنطقة "04"**؛ وإن مستوى الثقافي للأسرة **ضعيف**، وإن مدة إصابتها بالمرض **7 سنوات**.

تأكد هذه الحالة تقول إنها تذهب للمركز في وقت العلاج فقط، وترافقها أختها، وأنها لا تتفاعل مع أي أحد وأنها دائمة التواجد في المنزل وان بعد المرض تقلصت الأماكن التي كانت تتفاعل فيهم فقالت: " لا أحب أن أرى أو أتكلم مع أحد " فلا تتفاعل مع أحد، وإنهم لا يحملون نفس المعايير فأختها الوحيدة التي تتفاعل معها ويكون ذلك عندما تأتي من لمركز بعد العلاج الكيميائي، وليس لدها أي قارات لتستشير أي أحد فيهم، ويخاطبونها الناس على أساس أن مرض موت، وهو عار، مشكل وانه مرض خطير.

الحالة رقم (13):

يبلغ عمر المريضة 43 سنة وذات المستوى التعليمي **ابتدائي**، وعزباء، **وتعمل عمل حر في مجال الفلاحة**، بحيث تقطن **المنطقة "03"**؛ ومستوى الثقافي للأسرة **متوسط**، ومدة إصابتها بالمرض 2 **سنة**.

ما صرحت بيه المريضة أنها تذهب إلى المستشفى في أوقات العلاج وخارجها وذلك لزيارتي المرضى وتتزود بالمعلومات و الاستفسار وان من يرافقها إلى مركز عائلتها و انها تتفاعل مع المرضى وذلك بتزويدهم بالطاقة الإيجابية و يكون ذلك في أوقات العلاج أو عبر الهاتف أحيانا؛ وان باقي أوقاتها تكون في العمل؛ وان بعد إصابتها زادت أماكن التفاعل مثل العمل و علاقاتها الاجتماعية و انهم يحملون نفس المعايير التي لديها، ووجودها الدائم يكون في الأسرة، واكثر فئة التفاعل معهم إخوانها، في كل وقت، و قالت بانهم هم الذين يستشرونها في قراراتهم، و أن من حولها يخبرونها بان المرض شيء عادي. وهو ابتلاء.

لقد أكدت المريضة أن المرض شيء عادي ولاكن لا تحب تصريح به أحيانا لأنها لا تحب الشفقة، كما أنها اكتشفت بعد المرض أنها عرفت مكانتها في عائلتها، وهي التي تقرر في كل شيء في المنزل

وأنها مازالت تمارس عاداتها اليومية كاملة مثل الاعتناء بأهلها والزيارات الاجتماعية أخبرتنا بانها تحب ذلك وان اهتمامها بنفسها وجمالها أحيانا فقط.

الحالة رقم (14):

إن سن المريضة هو 50 سنة وذات المستوى التعليمي **ابتدائي**، مطلقة، **لا تعمل**، تقطن **المنطقة "04"**؛ **مستوى** الثقافي للأسرة **جيد**، مدة إصابتها بالمرض عامين ونصف.

أكدت المريضة أنها تذهب للمركز وقت العلاج فقط ومع أبنها وأنها لا تتفاعل مع أحد وأن جل وقتها يكون في المنزل فقط، وان بعد المرض نقصت الأماكن التي تتفاعل بها مثل جيران صديقات والعائلة وذلك لأنهم يعايرونها بالمرض، وان أكثر الأماكن التي تتواجد بها هي غرفتها كما، وأنها لا تتفاعل مع أحد، وأنها لا تتخذ أي قرار والذي يعرفون مرضها يخاطبونها على أساس مرض عار وعدوة ومشكل كبير وهو الموت.

الحالة رقم (15):

سن المريضة هو 40 سنة وذات المستوى التعليمي **ثانوي**، متزوجة، **لا تعمل**، تقطن **المنطقة "04"**؛ **مستوى** الثقافي للأسرة **متوسط جدا**، مدة إصابتها بالمرض **5 سنوات**.

أكدت المصابة بمرض سرطان الثدي إنها تذهب إلى المركز العلاج وقت وخارج أوقات العلاج بشرط لا أحد يعرف السبب الرئيسي للذهاب، وإن من يرافقها للمركز ابنها؛ أنها لا تتفاعل مع المرضى، وإن المتواجدين معها في المنزل لا يحملون نفس الأفكار والمعايير، وان لغتهم قاسية وجارحة، ويخاطبونها على أساس إن المرض عار.

صرحت لنا بانها لا تحب أن تتكلم عن مرضها وأن فعلت ذلك يكون في المستشفى شرط ألا اكشف عن هويتي ويكون ذلك من تزيدهم بالمعلومات الحديثة، وان بعد المرض تغيرت بها عدة أشياء فقالت " كنت لا بائس بيا بصح نهار مرضت حطموني بلي انتين تصلحي لوالو، انتي مريضة ديما تشكي... وليت ديما فاشلة وشادة مطرح ".

II. المحور الثاني المعاني المتشكلة لدى المريضة بعد اصابتها بمرض سرطان الثدي

إن هذا المتغير يضم في طياته جملة من المؤشرات؛ هذه الأخيرة ستعرضها الباحثة في عناوين وكل عنوان عبارة عن وحدة تحليل سيتم عرض إجابات كل المبحوثات فيها ومن ثم فهمها وتأويلها وتفسيرها سوسيولوجيا.

1- الوسائل واللباس:

يعتبر مرض السرطان ليست بتجربة السهلة على المريضة فنحن بصدد محاولة معرفة المعاني المترتبة على المريضة بعد اصابتها بمرض سرطان الثدي فمن بين الوسائل التي تبين لنا المعاني هي طريقة اللباس و على أي أساس تحدد شكل مظهرها فان من بين المبحوثات سرحن انهن تهتمن بلباسهن ويكون لباس عصري و جديد في أغلب الأحيان اذ هي لا تهتم بعضوها المبتور بل هي تحافظ على اناقتها و جمالها رغم وجود المرض وهذا لا يسبب لها عائق في حياتها اليومية اذ مثل ما صرحت احداهن:" انا مرض ما بدل فيا والوا عادي نلبس كي بكري و نحط الحطة و حتى اذا بانت العملية ولا جلدي محروق عادي ميهمنيش الناس" وكان ذلك نسبة 53.33% ؛ في حين هناك فئة بينت لنا بانها تلبس لباس مغطي لنقص المتواجد في جسمها وبالملاحظة تظهر دائما بلبس فضفاض و طويل لا يظهر من جسدها شيء وهذا بنسبة 33.33 % في حين أن اقلية بنسبة 13.33% لم تبادر معنى الحديث المطول فقد اكتفت بانها لا تبالي لا بلباس ولا أي شيء.

الجدول رقم 02: يوضح الطريقة التي تتبعها المريضة في لباسها

فئة المعنى: الطريقة التي تتبعها المريضة في لباسها			
رقم الوحدة	وحدات التحليل	التكرار	النسبة
01	لباس عصري	8	%53.33
02	لباس يغطي اثار المرض	5	%33.33
03	لا ابالي باللباس	2	%13.33
المجموع		15	% 100

2- اللغة والكلام:

اثناء اجراء المقابلات الميدانية مع المريضات تم البحث عن اللغة وطريقة الكلام التي يعتمدونها عند الحديث عن مرض السرطان الثدي وماذا يمثل لهن، فهناك فئة تكلمت بطلاقة وبشكل عادي عنه وعبرت عن ذلك بنسبة 46.66%، في حين جاءت بعض المبحوثات أن المرض حطم لهم حياتهم، المرض عائق في ممارسة تلك الأفعال اليومية، مرض متعب جدا وجاءت بنسبة 40%، اما الأقلية فلم تود الحديث عن الموضوع وتغيره كلما وجهنا لها أسئلة عنه بطريقة مباشرة او غير مباشرة

الجدول رقم 03: المرض بالنسبة للمريضة

فئة المعنى: المرض بالنسبة للمريضة			
رقم الوحدة	وحدات التحليل	التكرار	النسبة
01	المرض عادي	7	%46.66
02	المرض محطم	6	%40
03	هروب من الموضوع وعدم التحدث فيه	2	%13.33
المجموع		15	% 100

❖ ان المعاني المتشكلة لدي المريضة بعد اصابتها بمرض السرطان الثدي جاءت مختلفة بدرجات بحيث ان اغلبية هاته المعاني لم تبدي تغير في هويتها بعد اصابتها بالمرض بل اوحت بان مرض سرطان مرض عادي، مقابل ذلك فئة خائفة من المرض وغير لها الكثير في معاني بل حطمها وغير من حياتها، اما الأقلية فلم تبدي لنا بجمل كاملة ولم تسمح لنا بكلام كثير معها.

III. المحور الثالث المجالات الاجتماعية وتفاعلات المريضة:

إن مفهوم المجال الاجتماعي هو عبارة عن الحقل التي تتم فيه عملية التفاعل بين المعني ومحيطه الاجتماعي(بن عيسى محمد المهدي ،2015)؛ وكذا هو فضاء من التفاعلات المتبادلة، وهو شبكة من الأفراد والجماعات المشتركة في القيام بعمليات اجتماعية و إن بعض العمليات الاجتماعية تحدث بين الأفراد والجماعات داخل المجالات القرابة والمتغايرة في المجتمعات المحلية أو تحدث بين الأفراد والجماعات داخل التنظيمات في حين ان الدراسة الحالية يقصد به مجال تفاعل المريضة سرطان الثدي وأين تقضي معظم أوقاتها، ويستخرج هذا المتغير من أداة المقابلة، ومن مؤشراته مجال الأسرة، مجال المركز ألاستشفائي....

وفي نفس المحور سوف ندرس كذا متغير **التفاعل الاجتماعي** اذ يعرف محمد خيري حافظ التفاعل الاجتماعي بأنه عملية تنشأ من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية التي تقوم بين أفراد الجماعة ويؤثر التفاعل الاجتماعي بصورة تبدو واضحة في تبادل الأفكار والمشاعر والتصرفات، وبهذا فإن الجماعة تعيش عملية التفاعل الاجتماعي الذي يعتب أحد محاكاتها الأساسية، ويجري هذا التفاعل عادة عبر وسط معين (لغة رموز إشارات وأشياء) ويتم خلال ذلك تبادل رسائل معينة تربط بغاية أو هدف محدد. وتتخذ عمليات التفاعل أشكالا ومظاهر مختلفة تؤدي إلى علاقات اجتماعية معنية (محمد عيسى بن مهدي و كانون جمال، ص 588.)

وكذا يعتبر مفهوم الفعل الاجتماعي أصغر وحدة تحليل في النظرية السوسيولوجية ومن أهمها على الإطلاق بحيث بدون فهمه وتحليله ومعرفة محركاته ومواجهته لا نستطيع أن نفهم السلوك البشري في المجموعات والتجمعات. لهذا كان المفهوم مركز التحليل لدى العديد من رو اد علم الاجتماع أمثال إميل دوركايم وماكس فيبر وتالكوت بارسونز كارل ماركس وغيرهم كثير (محمد المهدي بن عيسى،.2005/2004صفحة 67.)

وهذه المؤشرات سنعرضها في عناوين وكل عنوان عبارة عن وحدة تحليل سيتم عرض إجابات كل المبحوثات فيها ومن ثم فهمها وتأويلها وتفسيرها سوسيولوجيا.

1- المركز الاستشفائي كمجال اجتماعي:

إن ذهاب المريضة الى المستشفى كان فقط اثناء الوقت المحدد للعلاج ويعود ذلك لعدة أسباب وجاءت بنسبة 60% من بينها انها لا تعرف أي أحد في هذا المجال، ولم تندمج معه فتواجدها داخله لغرض وحيد هو تلقي العلاج فقط، فلم تخلق المريضة أي سبب

أخر لبقائها في المجال، فعدم تقبل المريضة لذاتها المريضة يجعلها في صراع داخلي لأن مجرد دخولها المستشفى فإن ذاتها تعترف بالمرض وهي في مرحلة تقبل مبدئي له. ولكن هناك أسباب أخرى لانتمائهم في هذا المجال من غير المرض، فالاحتكاك والتفاعل بنفس الفئة، والذهاب والعودة لهذا المجال في أوقات عشوائية متكررة تعود إلى انتماء هذه الفئة لهذا المجال ما يجعلها إما فاعلة إما موضوع داخله.

- واثناء المقابلة تم طرح سؤال اخر عن سبب ذهابها لمستشفى خارج أوقات العلاج وبما أن 5 من المريضات فقط الذي يذهبون إلى المركز خارج أوقات العلاج أي في أوقات إضافية فإن معرفة سبب وجودهم مهم والذي يبين لنا عدة معاني؛ فجاءت فئتين متساويين سبب ذهابهم زيارة المرضى وتزويد بالمعلومات.

إن زيارة المرضى الذين يحملون نفس الصفات أحيانا أو الأفكار وتواجد المريضة مع أطراف متفاعلين وهم المرضى هروبا من المجال الأصلي واللجوء إلى المجال الحالي الذي وجد فيه جزء من الراحة أو الهدف المخفي ويمكن يعود لسبب إنساني وخيري، في حين الفئة التي تذهب للاستفسار فهي حقا اندمجت مع المرض وهي تهتم بصحتها. أما بالنسبة للمريضات الذين قالوا إنهم يتواجدوا داخل المستشفى من اجل مرافقة صديقتها المريضة للعلاج فتلك الصديقة تخلق لها مجال تفاعلي مهم وهي مغتربة له ويعود ذلك تعاطفا مع الحالة أو انها تراها متجاوزة للمرض السرطان حتى وان لم يكن نفس النوع (الثدي) لذلك هي تشعر بقوة والأمان بتواجدها معها في حين تستطيع ان تكون هي مصدر قوتها. وهذا ما يبنه الجدول ادناه

جدول رقم 04 مجال انتماء المريضة إلى المركز الاستشفائي دائم أم ضرفي

فئة الانتماء: مجال انتماء المريضة إلى المركز الاستشفائي دائم أم ضرفي				
رقم الوحدة	وحدات التحليل		التكرار	النسبة
01	تتواجد وقت العلاج فقط	ظرفي	09	%60
02	تتواجد أثناء العلاج وأوقات أخرى	دائم	05	%33.33
03	ماكثة في المستشفى	دائم	01	%6.66
المجموع			15	100%

2-أطراف وشدة التفاعل داخل المستشفى:

ان اطراف التفاعل داخل المجال الانتماء أو المجال الاجتماعي المتفاعل فيه مهمة و ان التعرف عليها و على خوارزمية التفاعل الخفية يجعلنا نفهم المعاني و التصورات التي تحملهم المريضة من و إلى المتفاعلين معها داخل هذا المجال، فالفئة التي لا تتفاعل مع احد لا تحب أن تكشف عن هويتها و هي فئة صغيرة؛ وأما بالنسبة لأكثر فئة هم المرضى جاءت بالنسبة 26.31% لأنهم يحملون نفس المعاني و في نفس مستوى يتبادلون ذلك بالتفاعل الافقي أو العمودي وان مجرد أن تقبل المريضة التواصل و الحديث عن معناة المرض او التجارب السابقة، فهذا يدل على انتمائها الى فئة المرضى داخل المجال الاجتماعي المتفاعل فيه، ويؤكد لنا أن المركز ألاستشفائي هو المجال الدائم للمريضة؛ و في نفس الوقت إنها تمارس سلطة و تكمن في التكلم عن معاناتها أو إعطاء وصفات طبية تقليدية أو حتى ارشادهم على أحسن طبيب يمكن أن يعالج حالاتهم فان نسبة الشفاء و الدعم المعنوي و النفسي يكون مع الفئة التي تحمل نفس المعنى على مرض السرطان الثدي، وكذا تفاعلها مع الطاقم الطبي وكل المتواجدين داخل المجال هو الذي يعطي الأمل في الشفاء و حتى بكلمة بلغة غير عربية غير مفهومة فتلك الابتسامة التي على وجهه أمل.

شدة التفاعل داخل المستشفى:

إن هناك فرق كبير بين التفاعل العميق والتفاعل العادي، فالعادي قد نتبادل بفضله بعض الأشياء البسيطة العابرة القوية إذا كان متكرر، أما التفاعل العميق فهنا مدته طويلة ويدل هذا لاغتراب المريضة لهذا المجال فتجربة الصغيرة التي تكون في وقت انتظار دورك للعلاج قادرة على تلقين معاني وخبرات بشكل جيد، لكن تكون أقوى عندما تذهب إلى ما هو خارج المركز أي وجود مجال اجتماعي أخر من غير المستشفى تستمد منه التمثلات ونضرتها لذاتها.

والفئة المنسحبة من مجال تفاعلها التي لا تتفاعل داخل المركز الاستشفائي هي منسحبة من المجال الدائم وتواجدها فقط اجباري لي تلقي العلاج بحيث هي غير قادرة على التفاعل وارسال رسائل ورموز للأفراد المتواجدة معها داخل المجال.

وبنسبة لمجموعة الأخرى التي صرحت بأنها تكون تفاعل مع الافراد كمتفاعلين معها خارج اوقت العلاج فهي مغتربة لهم بحيث لا يكفي الوقت في مجال الأصلي بل يذهب الى لقاءات خاصة أخرى وشدة التفاعل قوية جدا هنا.

الجدول رقم 5 تفاعلات المريضة وشدة تفاعلاتها في المستشفى

فئة التفاعل: تفاعلات المريضة وشدة تفاعلاتها في المستشفى				
رقم الوحدة	وحدات التحليل	شدة التفاعل	التكرار	النسبة
01	لا أحد	منعدم	3	%15.78
02	الطاقم الطبي (الأطباء الممرضين)	قوي	4	%21
03	صديقة	ضعيف	3	% 15.78
04	المرضى	قوي	5	%26.31
05	الكل	ضعيف	4	% 21
المجموع			19	%100

3- موضوع التفاعل داخل المستشفى:

إن ما أدلت به المبحوثات على أن اغلبيه المواضيع المتحدث فيها تكون متمحورة في الدعم المعنوي لكليهما وبنسبة 30 % وخاصة عند التحدث عن طرق العلاج ومن بينها العلاج الكيميائي الذي يتم باستخدام مجموعة وكبة من العقاقير الكيميائية والتي يكون تأثيرها على الخلايا السرطانية أقوى منه على الخلايا السليمة، ويكون العلاج إما على شكل حقن في الوريد أو أقراص في الفم، ومن آثار العلاج الجانبية تساقط الشعر، التقيؤ، والإسهال لكن كل هذه الآثار مؤقتة. أيضاً قد بسبب انخفاض عدد كريات الدم البيضاء ولذا يتم عادة فحص الدم بشكل مستمر وينصح بالابتعاد عمن يشكوا من أمراض معدية مثل الأنفلونزا إذا كان عدد كريات الدم البيضاء منخفضاً (داء السرطان ،2017، http://www.shababdz.com: ويسبب هذا تدهور صحي حالة نفسية حادة وكارثية، لذلك تبادل الخبرات في هذا مجال يؤثر على هوية المريضة وتمثلاتها عن مرض سرطان.

أما عن تبادل الحديث في موضوع الأحوال الشخصية فهذا يدل على سطحية العلاقة بين المريضة والمتفاعلين معها؛ أما بالنسبة للدعم التي تعطيه المريضة إلى أفراد المتفاعلين معها فهذا يعود لخاصيتين إما تحب أن تظهر أنها بخير والمرض ليس عائقا بالنسبة لها، أو إنها متجاوزة للمرض وتحاول توصيل المعاني التي تحملهم إلى غيرها بحيث مرض سرطان ليس عائق بنسبة لها.

الجدول رقم 6 موضوع نقاش وتفاعل المريضة داخل المستشفى

فئة الموضوع: موضوع نقاش وتفاعل المريضة داخل المستشفى			
رقم الوحدة	وحدات التحليل	التكرار	النسبة
01	لا أتناقش	3	%15
02	عن المرض	2	%10
03	عام وعن الأحوال الشخصية	6	%30
04	عن نفسها	2	% 10
05	علاج والطب الشعبي	1	% 5
06	الدعم معنوي	6	% 30
المجموع		**20**	**%100**

4-مجالات تواجد المريضة من غير المركز الاستشفائي وشدة تفاعلاتها (تفاعلاتها في المجالات الاخرى):

لقد بينت الدراسة بافتراض أن المريضة سرطان الثدي تتفاعل في المستشفى ومركز العلاج و تم تأكد من ذلك من خلال الأسئلة المطروحة من قبل، إذ ُ يعتبر هو مجال انتماء و يتميز بشدة تفاعلاته القوية، في الحين المريضة التي لا تتفاعل والتي تتفاعل داخل المركز لها مجال أو مجالات مغتربة لهم ومنهم تستمد المعاني المتمثلة لديها، وقد جاءت "الاسرة " كمجال اجتماعي بأكبر نسبة لدى المبعوثات بحكم انه المجال الاجتماعي الأصلي ويحدث بعد معرفة المريضة بإصابتها بمرض السرطان أن تتبادل المعارف و الهموم مع اسرتها و خاصة اذا كان هذا المرض وراثي في العائلة و رغم ذلك لقد صادفتنا حالة لم تخبر اهلها بمرضها لكن العلاج الكيميائي يظهر على المصاب بعض الاعراض التي تترجم تمثلات المجتمع للسرطان يعني الافراد القريبين من المرأة المصابة سوف يعلمون بوضعها بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إلا الفئة الصغيرة و غير الواعية علميا بمفهوم السرطان مثل الأطفال الصغار؛ وهناك مجالات أخرى تتفاعل فيها المريضة من بينهم "و"جمعيات الخيرية"، "العمل، والأنترنت" وهاذين الأخيرين هما سوى

هروب من المجال الاجتماعي الأصلي الذي يرسل تلك رسائل التي تبين لها بعجزها لذلك هي تذهب لمجالات أخرى تستمد قوتها و تواجه المجال الاصلي لكي تتجاوز المرض.

إذ إن المصابة دائما هي في بحث عن مجال تجد فيه راحتها وتشكل فيه هويتها وترسل به رسائل تترجم ذاتها وهذه المجالات التي تتوجه لها هي ما تكون فيه فاعلا وموزعا لتلك السلطة والرسائل والمعاني التي لديها من غير حواجز أو قيود. و هي فيحد ذاتها تتزايد و تتناقص و المجالات المجودة في الجدول التالي هي ابرزها ليس كلها هي تلك المجالات التي ترسل المعاني والرموز التي هي من مؤشرات هوية المريضة بعد هذه المرحلة اذن سوف نفسر ونشرح الجدول بالتفصيل ان الاسرة كمجال اجتماعي اصلي تتواجد به المريضة بشكل دائم لكن تفاعلاتها تختلف من حالة الى حالة أخرى، فان اغلبية المبحوثات تتفاعل بقوة في الاسرة لكن هنا كما نسميه التفاعل الإيجابي (أي ترسل لنا الاسرة–المجال الاجتماعي المتفاعل فيه – الرموز و الرسائل والمعاني التي هي تساعد المريضة على تجاوز المرض من بينها " انتي قوية" انتي قادرة على تغلب هذا المرض العادي" " ربي دارك باه تحاربي باه تعيشي "....) هذه العبارات جاءت لتعطي المعاني للمريضة على ان هذا المرض مرحلة مؤقه وهي قوية وتستطيع التغلب على هذا المشوار.

اما الشق الثاني ونسميه التفاعل السلبي (هو تلك العبارات والمعاني والرسائل والرموز التي يرسلها المجال الاجتماعي المتفاعل فيه مثل " المرض هذا خطير" " اذهبي للعمرة سوف تموتين" افعلي الخير لم يبقى في حياتك الكثير" ...الخ) هنا المعاني كلها توحي بالعجز وعدم تجاوز المرض. فجاءت النسبة ب 12.5%؛ في حين الن الذين كان تفاعلهم ضعيف في الاسرة هنا اما لا يفاعلون ابدا، أو يفاعلون بشكل سطحي..

بالنسبة لباقي المجالات القراءة الإحصائية نفس الشيء التفاعل القوي يعود للمعاني المتلقات من طرف المجال الى المريضة في حين ان اغلبيتها ضعيفة ويرجع ذلك لنقص المجالات المريضة او لعدم تفاعلها أصلا اذ جاءت كأكبر نسبة 23%

إن ما تمر به المريضة من ظروف صحية واجتماعية يجعلها تتبع توجه او عدة توجهات لمجالات اجتماعية معينة تغترب لها فإن المجالين التي تتفاعل فيهما المريضة بكثرة و بشكل دائم أوله "الأسرة" بحيث سرحوا أن الأسرة هي مكانهم الأصلي و في نفس السياق بعبارة أخرى " لا يوجد عندي مكان اذهب اليه"، يعني تتقبل هذا المجال برغم من انه لا يمثلها و لا يناسبها في بعض الأحيان، أما المجال الثاني الذي كان مكان تواجد صديقات فان الصديق الحقيقي الذي يقدر ظروف صديقه و يقف بجانبه و يقدم له الدعم أين ما كان فيكون المجال الحقيقي لفهمها و راحتاها فهذا ما يجعلها مغتربة لصديقاتها في حين إن جهل هوية

المريضة يجعلها اكثر راحة لذلك تتفاعل في الأنترنت و بشخصية افتراضية بحيث لا احد يعرفها في هذا المجال وذلك خوفا من مواجهة المجتمع و هنا يرجع الموضوع إلى سببين تمثلات المجتمع لمريضة سرطان الثدي و نضرته إليها على أنها شخص منبوذ من هذا المجتمع و كذا ولا يمكن التفاعل معه لذلك تهرب من المجال الواقعي إلى أخر افتراضي ويمكن بشخصيات أخرى و متعددة، ونفس الشيء بنسبة للفئة أخرى التي صرحت لا يوجد أي مكان تتفاعل و تتواجد فيه.

الجدول رقم 7 أماكن التي تقضي فيها وقتك من غير المستشفى وشدة التفاعل

فئة الانتماء للمجال: أماكن التي تقضي فيها وقتك من غير المستشفى وشدة التفاعل					
رقم الوحدة	وحدات التحليل	الأطراف المتفاعلة	شدة التفاعل	التكرار	النسبة
01	الاسرة	الزوج	قوية	7.	%12.5
		الوالدان	ضعيفة	6	%10.7
02	الأصدقاء	الأصدقاء واصدقاء العمل	قوية	3	% 5.35
			ضعيفة	12	%21.4
03	جمعيات الخيرية وزيارة المرضى	الافراد المتواجدين داخل الجمعية	قوية	6	% 10.7
			ضعيفة	7	%12.5
04	الأنترنت	مواقع التواصل الاجتماعي	قوية	2	%3.57
			ضعيفة	13	%23.2
المجموع	56				%100

5- سلطة المريضة في مجال تفاعلها:

بعد اجراء المقابلات والملاحظة الميدانية بدء يتبين لنا ما هو المجال الذي تستمد منه المريضة المعاني والمجال التي تهرب منه لكي تتغلب على معانيه المحطمة لها. فان في الاسرة ا تكون موزعة للسلطة و مستهلكة و منتجة في نفس الوقت، و صادفتها حالات تكون تستهلك و توزع فهنا باختصار تعيد توزيع تلك المعاني التي تتلقاها من مجال الأصلي، في حين وجدت حالات لا تتفاعل أصلا لا تنتج لا توزع و لا تستهلك و حالة في مجال الجمعيات الخيرية موزعة و مستهلكة فقط اذ ليس لها القدرة على النتاج؛ و اذ تكلمنا بلغة الأرقام ان الحالات الموجود توزيعها و استهلاكها للسلطة بنفس النسب ب 42.10 % في ان انتاج

للسلطة جاء اضعف نسبة ب 15.7 % ويعود السبب للحالة الصحية و نموذج الثقافي لمجالها الأصلي وكذا المستوى العلمي و عدة متغيرات .

الجدول رقم 08 : سلطة المريضة في مجال تفاعلها

فئة المعنى: سلطة المريضة في مجال تفاعلها								
رقم الوحدة	**وحدات التحليل**	**الاسرة**	**الأصدقاء**	**جمعيات الخيرية وزيارة المرضى**	**مستشفى**	**الأنترنت**	**التكرار**	**النسبة**
01	**موزعة للسلطة**	5	1	1	/	1	8	%42.10
02	منتجة للسلطة	/2	/	/	/	1	3	% 15.7
03	مستهلكة للسلطة	4	1	1	1	1	8	%42.10
المجموع		19						%100

6- أطراف التفاعل داخل العائلة:

إن الأفراد الذي يتفاعلون مع المريضة داخل العائلة هم الذين يزودونها ببعض المعاني اثناء فترة العلاج و كذلك عن مرضها ، فهم كذلك تلك الفئة التي تثق بها المريضة و تعتمد عليها و تستمد منها بعض المعاني، ومن اجابات المبحوثات وجدنا أن الفئة الأكبر التي تستمد منها المريضة تلك الرموز و المعاني هي العائلة وافرادها ، لذلك تعتبر هذه الأخيرة المجال الأصلي الأقوى من حيث شدة التفاعل و تعدد مواضيع التفاعل مع العلم أن العائلة تتكون من عدة أفراد من بينها الأب و الأم و الأخت ... الخ، فدعم من العائلة أي المجال الأصلي للمريضة يدل على انهم متقبلين مرضها و يعتبرون سند لها، مساندة فرد وغياب فرد اخر يجعل و المريضة في عدم استقرار نفسي وتدبب هوياتي ،كذا الزوج فوجود الزوج مع الزوجة المصابة أثناء العلاج دليل على دعمه و تقبله للمرض، وهذا اقوى دعم سوف تتلقاه المصابة حسب ما تم ملاحظته من طرف الباحثة ، وان غاب هذا الأخير سواء بعدم تقبله للمرض أو لانشغالاته، أو في حالة الطلاق، أو في حالة وفاته وجد الأبناء و بقوة لدعم تلك المرأة. في حين أن الأقلية تصرح بانها لا تتفاعل مع أحد داخل المجال الأصلي.

الجدول رقم 09 تفاعلاتها داخل العائلة

فئة التفاعل: تفاعلاتها داخل العائلة			
رقم الوحدة	وحدات التحليل	التكرار	النسبة
01	لا أحد	02	% 13.3
02	الأب والأم	02	% 13.3
03	الإخوة	02	% 13.3
04	الأبناء	04	%26.6
05	الزوج	05	% 33.3
المجموع		15	% 100

- **المستوى الأول والثاني من التأويل:**

من خلال الملاحظة والمقابلات التي أجريت مع المبحوثات داخل المركز الاستشفائي و خارجه تبين لنا و اتضح أن طبيعة العلاقة بين المريضة و مجالها المستهدف الذي هو المركز الاستشفائي قوية و في نفس الوقت دائمة ، قوي لأنه مصدر التمثلات المحيطة بالمرض، و دائم لأنه المجال الذي تتلقى فيه المريضة العلاج ،و بالنسبة للمجال الاجتماعي الأصلي فهي كذلك قوية و دائمة وهذا ما أشارت إليه معظم المبحوثات من خلال إجاباتهن ، حيث أن المجال الاجتماعي الأصلي له انعكاس كبير على المفردة وبالتالي فإن غالبية المبحوثات يتفاعلن بكثرة في المستشفى و الاسرة ، ولا نغفل تفاعلاتها الظرفية في مواقع التواصل الاجتماعي و مع الاصدقاء و الجمعيات الخيرية .

و مما سبق يتبين لنا بان المريضة تتفاعل في المجلات التفاعل بنموذج ثقافي يغلب فيه معانيها المكونة عن ذاتها ففي المجال الأصلي " الاسرة" فالأغلبية وليس الكل يطغى التفاعلات والافعال الزوج او رب الاسرة أو احد افرادها ويعود السبب لنقص السلطة في بعض الأحيان و الى الحالة المرضية للمفردة بحيث لا تكمن لها القدرة في انتاج أفعال و تفاعلات داخل المجال لان المنزل هو مكان

للراحة بعدة فترة علاج صعبة من الناحية الصحية و النفسية فتمثل لنا بان اغلبية الحالات تكون في المجال الأصلي الى مستقبلة لي تلك المعاني المرسلة اليها من طرف اطراف التفاعل .

في حين ان النموذج الثقافي للمريضة يبرز في المجالات الاجتماعية مثل العمل، الانترنت، الجمعيات .... الخ وهنا ترسل المريضة الرموز والرسائل التي بيها تعيد انتاج هويتها. ويكمن نموذج اجتماعي مختلط في المركز الاستشفائي فهي ترسل وتستقبل وبدرجة توعية مختلفة.

IV. المحور الرابع التمثلات والنموذج الثقافي:

يخص "دور كايم" على مفهومه لتمثل الاجتماعي: على أنه أشكال عقلية مجتمعية لها ديمومة تستمر لأجيال (احمد جلول، مومن بكوش الجموعي،2014، صفحة 168)، والتمثل الاجتماعي هو ظواهر تتميز عن باقي الظواهر في الطبيعة بسبب ميزاتها الخاصة (غانم ابتسام، 2008/2009. صفحة 20) ، أي أنها متعلقة بالوعي الجماعي؛ أما الباحث "أبريك" يرى أن التمثلات الاجتماعية هي منتوج ونظام لنشاط عقلي بفضله الشخص أو الجماعة تعيد بناء الواقع الذي تواجهه وتسند له رموزا خاصة، كما يعتبره نسق لترجمة الواقع الذي يحكم العلاقات مع الأفراد ومحيطهم(بلال ريم، 2013، صفحة 194). وأن الحديث عن التمثلات الاجتماعية يسرد لنا معلومات عن العلاقة بين الأفراد والمجال الاجتماعي المنتمون إليه، حسب الأفكار التي يكونوها عن موضوع التمثل وبالتالي الأفعال التي هي كردود أفعال من طرف أحد أفراد الجماعة داخل المجال الاجتماعي التفاعلي الواحد تكون متشابهة وبالتالي تحمل نفس المعنى.

أما في موضوع الدراسة هي معاني موجودة في ذاتية المبحوث الحامل للظاهرة يستخرجها الباحث بأدوات معينة وكذلك هي عبارة عن تصورات وأفكار ذهنية خاصة بموضوع معين وتستخرج من ملاحظتنا من ردود أفعال المريضة، ومقابلتها، وكذا من الدراسات التي تطرقنا إليها في الجانب النظري.

ويعتبر نموذج الثقافي على انه قدرة مجتمع ما على الفعل والخلق والإبداع وبذلك يتضمن على مختلف تصورات تمثلات التي تحقق هذه القدرة، وبطريقة أخرى يمكن فهمه على انه قدرة مجتمع على الفعل الحظري (محمد المهدي بن عيسى، محاضرة، 2016).

- ومن بين خصائص نموذج الثقافي أنه: متغير بتغير مجالات الاجتماعية للفرد، ويعتبر أنه ليس بمفهوم النمط لأن المبحوث في مرحلة تلمس إنتاج تمثلات المجتمع الجزائري، وإننا لا نحكم على نموذج الثقافي بل نكتفي بهذا النموذج لنصل به إلى الهوية الموجودة والتي يحملها الفرد؛ بحيث أن دور الباحث هنا هو التحليل وتأويل السوسيولوجي(محمد المهدي بن عيسى، محاضرة، 2017).

اما بالنسبة لموضوع الدراسة هو عبارة عن تصور والتمثل الموجود في ذهن المريضة لمفهوم المرض ويظهر ذلك من خلال تمثلاتها وأفعالها وتفاعلاتها داخل المجال التفاعلي إذ يعتبر نموذج الثقافي هو محصلة تلك التصورات والتمثلات التي تحملها المريضة عن ذاتها وكذا الذي يحمله الأفراد الموجودين في المجال الاجتماعي.

لذلك فان المؤشرات التالية تجيب عن الأسئلة وتبحث عن تمثلات.

1- تمثلات المجتمع للمرض والمريضة سرطان الثدي:

رغم الأحداث والتحولات التي مر بها الفرد الجزائري خاصة الجانب الأمني والاجتماعي وحتى الصحي، فإن تفسيرات المرض الموجودة في ذهنية الفرد اختلفت داخل المجتمع من حيث الأسباب التفسيرية لبعض الأمراض التي تصيب الفرد؛ حيث تؤكد الشواهد التاريخية أن الإنسان الجزائري في العصور القديمة لم يكن تعامله مع المرض خاليا من الشعوذة والسحر والعرافة والرقية (إسماعيل قيرة وآخرون ، ب س ، صفحة 64)، وكان ذلك ظاهرا في المرحلة الرومانية وظهرت في تلك الفترة طرق العلاج مثل " الحمامات، المياه الطبيعية" التي هي متواجدة حتى الآن. إذن يمكننا القول إن تلك الفترة كانت نابعة من طبيعة التنظيم الاجتماعي السائد والقائم في جانب منه على العقل والمنطق وفي جانب آخر على الغيبيات والاعتقاد في قوى خارقة بمقدورها التأثير على الإنسان (إسماعيل قيرة وآخرون ، ب س ، صفحة 64).

إن التمثلات الشعبية لسرطان هي من اللاوعي الجماعي تشير إلى غزو الجسم عن طريق بدايات المرض وظهور بدايات الموت، وهذه الفكرة جاءتهم من مفهومهم لسرطان البحر فالفرد الذي تعرض للإصابة من سرطان البحر فأنه سيؤدي به إلى تعفن جسده وانتشار الفيروس فيه؛ وبالتالي فإن مرض السرطان له عواقب مرتبة على الحكم الذاتي للمريض وكذا فقدان الدور الاجتماعي والعائلي والمهني(Michel Reich, 2009 p. 249) . إذن تميل نماذج التمثلات الاجتماعية للصحة والمرض إلى الخصوصية القابلة للتغيير كما تتأثر بشدة العوامل الثقافية والعوامل الشخصية الذاتية؛ وهي إلى حد ما نماذج شعورية قد تكون

خارج نطاق الوعي، كما أنها تتسم بالغموض وتعددية المعني، والتغيرات المتتالية، والافتقار إلى الحدود القاطعة بين الخبرة والأفكار والمفاهيم(نجلاء عاطفة خليل2006 ، صفحة 186). حيث توضح دراسة " ميكانيك و فولكارت "في تدخل العادات الفردية والاجتماعية في تقييم مدى خطورة المرض، وبالتالي مدى اللجوء إلى الخدمات الصحية والاعتماد عليها؛ فإذا كان هذا المرض شائعا مألوفا ويمكن التنبؤ بمساره فإن المريض لا يعرض نفسه على الطبيب إلا إذا كان راغبا في الاستعانة بالخدمات الصحية، ولكن كلما تباينت الأعراض وشذت، وصعب التنبؤ بمجراها كلما خرجت الحالة عن نطاق العادات الفردية إلى نطاق العادات الاجتماعية، ويتعاظم بالتالي دور العوامل الثقافية والاجتماعية في اللجوء إلى الخدمة الصحية. (لبقع زينب، 2012/2011، صفحة 113).و إن بعض الرسائل التي ترسل للمرضى هي رد الصدى إما عن تمثلاتها لذاتها أو تمثلات المجتمع للمرأة المصابة فان أكثر فئة التي يطلقون على مرضها بانه:" مرض ابتلاء " وجاءت هذه العبارة لتخفيف الألم والمساندة إذ يطلقون عليه أن المرض من عند الله وهو شيء مقدر وأن الابتلاء فقط لشخص الذي يحبه الله وهذه الفئة تتحلى بالوازع الديني.

أما بالنسبة ما تبين لنا بان المرض شيء عادي وعابر وأن مرض السرطان يشبهونه مثله مثل أي "مرض عابر "وجاءت هذه العبارة لتخفيف الألم والمساندة.

بالنسبة للعبارات الأخرى فجاءت اقلية و بشكل متفاوت بين عبارات "المرض الموت" و هو شيء خطير أو مشكلة فهنا أفراد المتفاعلة معهم في مجال تفاعلهم لا يتقبلونها لذلك يرسلون لها معني تدل على خطورة الوضع و على أنها غير مقبولة، بنسبة للعبارة "المرض معدي " يطلقونه على مرض السرطان انه يعدي و هذا تمثل يرجع إلى نقص في ثقافة المجتمع و الوازع العلمي للفئة المتفاعلة معهم و في نفس الوقت هو حجة للابتعاد عن المرأة المصابة بسرطان و في الأخير توجد تلك الفئة المنعزلة التي لا تتفاعل و لا تتكلم مع احد و هذا يدل أنها فقدت المعني للتفاعل و التكلم في موضوع الدراسة

الجدول رقم 10 : المعاني التي يخاطبون بيها المريضة

فئة المعنى: المعاني التي يخاطبون بيها المريضة			
رقم الوحدة	وحدات التحليل	التكرار	النسبة
01	مرض عار (وصمة اجتماعية)	4	%10.81
02	مرض مشكلة	4	%10.81
03	مرض موت	4	%10.81
04	مرض خطير	5	%13.51
06	المرض ابتلاء	9	%24.34
07	مرض عادي	7	%18.91
08	مرض قوة	2	%5.40
09	لا تكلم مع أحد	2	%5.40
المجموع		37	%100

2- تجاوز المرض:

إن هذا التباين بين إجابات المبحوثات والذي دلت عليه النسب السابقة حول تعبير المريضة عن مرضها، نجد أن أعلى نسبة ب 53.33%كانت للفئة التي تعبر عن مرضها دون إحراج "كان المرض من مشيئة الله"، على عكس اللواتي يخفين مرضهن بسبب عدم تقبل شفقة الآخرين ونظرتهم لهم لذا نجدهم لا يعبرون على ذلك في كل الأماكن، و تسمح الوظيفة الهوية – وظيفة من وظائف التمثل الاجتماعي– بوضع الأفراد و الجماعات في الحقل الاجتماعي، من خلال إعداد هوية اجتماعية وشخصية متماشية مع أنظمة المعايير و القيم المحددة اجتماعيا و تاريخيا، فتمثل الفرد لمجال الاجتماعي الذي يتفاعل فيه له علاقة بالتفاعلات التي ينتجها من خلاله، للمحافظة على الهوية الاجتماعية و أنها تشرح الهوية و تساعد على حماية خصوصية المجتمعات وذلك ما ينطبق على المريضات. وان التمثلات تساهم في وضع مكانة الأفراد والمجتمعات في الحقل الاجتماعي، أي أنها تساهم في وضع الهوية للمجتمع وللفرد والمرتبطة بحد ذاتها بالقواعد والقيم الاجتماعية والتاريخية)-Marika richetto

p042005redonet, , ، أي أن الهوية الجماعية للمجال الاجتماعي الذي تتفاعل به المريضة لها علاقة لتحرك تمثلات الفرد حول المواضيع المسيطرة في ذلك المجال، وهذه الوظيفة هي التي تحدد كيف تنظر جماعة اجتماعية لذاتها وكيف تنظر للجماعات الأخرى التي هي في تفاعل دائم معه، لذلك تنسحب الذات المريضة من مجالها.

في حين النسبة الضئيلة تمثل نسبة المريضات اللواتي لا يصرحن بمرضهن إلا للضرورة؛ ومن هنا نجد أن المريضات واعين بمرضهن ومتقبلين المرض بالرغم من آثاره المترتبة إلا أنهن يحاولن تجاوز العائق الذي يسيطر على أفعالهم وتفاعلاتهم الاجتماعية والأسرية؛ وهذا ما يندرج تحت وظيفة المعرفة والتي تسمح التمثلات الاجتماعية للأفراد بفهم وتفسير الواقع، وذلك بإدماجه في تفكير منطقي، منسجم مع القيم والأفكار والآراء، كما تسهل التفاعل الاجتماعي بتحديدها) مشترك لإطار مرجعي Abric Jean 15Claude, 1994. p(؛ أي أن التمثلات تساهم في معرفة وشرح الواقع.

الجدول رقم 11 تعبير المريضة عن المرض

فئة المعنى: تعبير المريضة عن المرض			
رقم الوحدة	وحدات التحليل	التكرار	النسبة
01	أعبر بشكل عادي	08	%53.33
02	أخفي تعبيري عن المرض	05	%33.33
03	اعبر عن المرض عند الضرورة فقط	02	%13.33
المجموع		15	%100

3- معنى الجسد والجمال:

يوضح الجدول أدناه أن عدم اهتمام المريضة بنفسها يرجع لعدة عوامل وأسباب تدفع بها لعدم الاهتمام بنفسها نتيجة لمضاعفات المرض، ونتيجة تخلي الزوج عن زوجته في مرضها مما جعلها تكره نفسها وجسدها بسبب نقص عضو يعبر عن جمالها ويعود السبب لتمثلات الافراد المحيطين بها؛ وأصبحت تنظر لنفسها على أنها مشوهة وناقصة ،على عكس الفئة التي اهتمت بنفسها رغم المرض لكنها حاولت التغلب على هذا العائق والمرض الخطير واهتمت بنفسها وبجمالها وجسدها وحاولن أن يظهرن دائما في أحسن حال؛ هذا يعني أن هاته الفئة لديها نظرة مستقبلية والتي من خلالها تستطيع التغلب على المرض وعلى نظرة الناس التي كانت كلها شفقة ورأفة بهاتته الفئة.

تم إنشاء مفهوم "**صورة الجسم** "بواسطة " شيلدر بول " Paul Schilder en 1935» بحيث يقول: تمثلات قصديه وغير قصديه يصدرها الجسم، مما يدل ليس فقط على معارف فسيولوجية ولكن تشير أيضا إلى مفهوم الغريزة الجنسية والأهمية الاجتماعية للجسم، ويقول بأن "صورة جسم الإنسان هي صورة من أجسامنا وتمثلاتها في عقولنا، وكذلك هي طريقة ظهور هيئتنا وكيف تمثل إلينا. (Michel Reich, 2008, p. 248).

إن صورة الجسم أكثر مطابقة لرؤية النفسية فيها مثل هذه المواقف والمشاعر للجسم؛ والظاهرة الجسدية تتمثل في الذات وفي حجم الجسم، شكله، ووزنه وقوته، ويتم تميز هذا من شكل الجسم الذي يركز أكثر على الإدراك وتمثلات الجسد الناتجة عن دمج الحس والحركة (Michel Reich, 2008, p. 248)، أما بالنسبة لتمثلات الذات فإن الجسم يكون وفقا لرؤية صاحبه و هو "الموضوعية" "objectalisé" كالنماذج لهوية فردية وكيف ينظر إليها من قبل الآخرين. (Michel Reich, 2008, p. 248). و تعتبر صورة الجسد هي التمثل الذي يكوّنه الشخص عن جسده والطريقة التي يبدوا بها هذا الجسد بالنسبة له عبر سياق ثقافي اجتماعي ويضفي عليه طابعا خاصا من تاريخيه الشخصي (نجلاء عاطفة خليل،2006 صفحة 238). وبالتالي يقوم الشخص باستنباط الحكم الاجتماعي الذي يحيط بالصفات الجسدية التي تميزه، فيبني الشخص حكما عن الصورة التي يكونها عن جسده طبقا لتاريخه الشخصي والطبقة الاجتماعية التي يبني من خلالها علاقته بالعالم (دافيد لو بروتون، 2014 صفحات 145-146). أي أن الجسد هو الذي يعطي لنا الصورة عن صحة أو مرض الفرد وعن وضعيته الصحية ويرجع ذلك إلى تحليله وتمثلاته عن مرضه وكل هذا يتمظهر في أفعاله وتفاعلاته التي يعبر عنها بواسطة الإيماءات والإشارات التي تصدر عن جسمه.

الجدول رقم 12 الجسد والجمال ذات بعد المرض

فئة المعنى: الجسد والجمال ذات بعد المرض			
رقم الوحدة	وحدات التحليل	التكرار	النسبة
01	اهتمام بالجسد وجماله	6	% 40
02	لا يوجد اهتمام بالجسد	9	%60
المجموع		15	%100

- **المستوى الثالث من التأويل:**

من خلال المقابلات التي أجريت مع المبحوثات اتضح لنا أن غالبية المبحوثات من خلال تفاعلاتهن في المجالات الاجتماعية المختلفة سواء الاصلية او الثانوية او المستهدفة كانت موزعة للمعاني وفئة مستهلكة وكذا فئة منتجة ويعود هذا الاختلاف الى المكانة الاجتماعية والسلطة لدى المريضة وتمثلات افراد المتفاعلة داخل المجال الاجتماعي. في حين جاءت فئة منتجة وموزعة للسلطة في مجالها.

V . المحور الخامس الهوية المترتبة لدى مريضة سرطان الثدي:

الهُوية هي المحصلة لمختلف المعاني التي يرسمها الفرد عن ذاته انطلاقا من خبراته البيوغرافية واللحظية والتي ينطلق منها في إقامة علاقات تفاعلية مع الأخر على انه ذات مختلفة عنه للقيام بأفعاله وبناء استراتيجيته الخاصة (محمد عيسى بن مهدي و كانون جمال، 2011، صفحة 588). وفي موضوع الدراسة هي نتيجة التي تصل إليها المريضة بعد إصابتها بالمرض، ومؤشراته تستخرج من المقابلة والدراسات حول الموضوع. إن هذا المتغير يضم في طياته جملة من المؤشرات؛ هذه الأخيرة ستعرضها الباحثة في عناوين وكل عنوان عبارة عن وحدة تحليل سيتم عرض إجابات كل المبحوثات فيها ومن ثم فهمها وتأويلها وتفسيرها سوسيولوجي.

1- تشكيل وإعادة تشكيل الهوية (الهوية ومرضى السرطان):

لقد خلفت تجربة المرض في المريضات عدت تأثيرات سلبية، فإن عدم تقبلها داخل الأسرة وحدوث الطلاق يُبن أن المجال التي كانت تتفاعل به أثناء المرض لم يكن يحمل نفس تمثلاتها ولا مؤشرات هويتها.

وتمثلاتها عن جسدها وفهم ذاتها المريضة وأيضا بأن المرض هو من قام بتشويه جمالها واندثار عضو جنسي مهم في جسدها يؤدي بها إلى فقدان ذاتها وفقدان السيطرة على تفاعلاتها وانعدامها وكذا نقص ملحوظ في العلاقات الاجتماعية أي انسحابها كليا من التفاعل وفقدان المعنى لإعادة انتاج الهوية.

أما في الشق الجابي على أن مرض تجربة لم تدمر تلك المعاني فهذه الحالات وجدت اندماج في مجالات تفعلها أو هي مركز سلطة تنتج راس مال المادي والمعنوي، فزاد من تلاحم الأسرة بعد المرض، وبسببه زاد عدد مجالات التفاعل فأعطاها المرض دفعة للتفاعل أكثر وتجاوز صعاب ومشكلاته، **فزادهم المرض أكثر قوة**.

إن الهوية كمفهوم تناوله العديد من الباحثين في ميدان العلوم الإنسانية اختلف باختلاف هذه الاتجاهات، فكل اتجاه حاول تقديم تعريف خاص يخدمه؛ فإذا كان علم النفس يعطي له جانبا مرضيا كما هو في ضياع الهوية عند الهستيريا، وعلم النفس الاجتماعي يعتبر الهوية عامل من عوامل الشخصية كما هو الحال عند FREUD ، في حين فأن علم الاجتماع ينتقل في دراسته للهوية من وحدة التحليل الكلية إلى الفرد المتعدد، لأن الفرد المتعدد أصبح منتوج لمجالات التفاعل المتعددة والمتنوعة وحتى المتناقضة، وبالتالي الانسجام في هذه الوحدة لا يأتي من خارج الفرد(خارج الهوية) بل يأتي من قدرة الفرد على اختيار المعاني والتفاعلات التي تحقق له هذه الوحدة وهذا الانسجام في الذات(محمد بن عيسى المهدي، 2013، صفحة 9.). إن الحامل لهوية الفرد المريض بعد إصابته بالمرض تتغير هذه المضامين والرموز، وبتفصيل أدق تعتبر الهوية هي ذلك الوعاء الحامل والمتضمن لنسق المعاني في لحظة معينة من تفاعلات الفرد التي تمكنه من ضبط علاقاته بذاته وبالموضوعات الخارجية سواء كانت اجتماعية أو غير اجتماعية وهيكلتها على ضوء ذلك أو هي محصلة مختلف المعاني التي يكونها الفرد عن ذاته وعن الموضوعات الأخرى انطلاقا من خبراته التفاعلية وانطلاقا من هذه المعاني الاجتماعية والثقافية التي تشكلت لديه تحمل الفرد على:

- إقامة علاقات تفاعلية مع الآخرين على أنه ذات مختلفة عنهم .
- القيام بأفعاله وبناء مشاريعه واستراتيجياته الخاصة به إزاء الآخرين وفي مجاله العمراني. (محمد بن عيسى المهدي، 2013، صفحات 9-10).

تتم ترجمة هذه المعاني والرموز المتمثلة في تفاعلات إلى أفعال وقد تكون نتيجة تمثلات أم هي التي تنتج تمثلات جديدة التي تتمظهر في الفرد المصاب. إن السرطان وعلاجه سوف يهدد هوية جسم المريض (صورة الذات) والهوية (الوعي بالذات).

إن **هوية الجسم** هي انعكاس لصورة الذات التي دمرها هذا الجسم مع انهيار علامات التحكم في الذات المفقودة.

(Michel Reich, .2009 p. 251)

وتعتبر صورة الجسم تلك الخلفية التي تمثل في ذهن الفرد عن جميع خسائر السلامة البدنية التي يمر بها المريض في مراحل علاجه. يعد خلل الجسم إحدى مؤشرات المرض التي تؤثر على تمثلات الفرد الحامل للمرض، فهذا الأخير تظهر تمثلات عبر رمزية الألم والتي ترتبط بثقافة المحيط الذي ينتمي إليه ومدى اندماجه في مجال تفاعله. إن هذا المرض المستعصي تختلف تمثلاته من الرجل إلى المرأة وهذا يعود لخصوصية الجسد الأنثوي في مجتمع ما. فعند الحديث على امرأة السرطان (المرأة المصابة بمرض السرطان) فان هذه الرمزية تظهر بشكل مختلف في أفعالها وتفاعلاتها وكذا تمثلاتها التي تبلورت لديها بعد مخلفات مرض السرطان من سقوط للشعر وبتر بعض الأعضاء كالثدي مثلا. ففي المقابل فللمجتمع وجهة نظر مختلفة حول الفرد الحامل للمرض المستعصي، تختلف هذه الأخيرة باختلاف ثقافة السائدة في ذلك المجتمع وكذا من شريحة إلى أخرى ومن مجال لأخر حسب الحقبة الزمنية والعوامل السائدة ومتحكمة في تلك الفترة؛ لذلك في نهاية الدراسة سوف نتحصل على هويات مختلفة.

الجدول رقم 13 الهوية المشكلة بعد المرض

فئة المعني: الهوية المشكلة بعد المرض				
رقم الوحدة	وحدات التحليل		التكرار	النسب
01	إيجابيات	زادني قوة	3	%13.04
		اعتمدت على نفسي أكثر	2	8.69 %
		عرفت مكانتي عند عائلتي	2	8.69 %
		مكانتي عندي زوجي	2	8.69 %
		حقيقة الناس	2	8.69 %
		أصبحت أكثر حرية	2	8.69 %
		قوة أيماني	2	8.69 %
		حب الناس والحياة	3	13.04 %

		المسامحة	1	4.34 %
		زيادة علاقاتي مع الغير	1	4.34 %
		أحببت مساعدة الأخرين	1	4.34 %
		خرجت لعمل	1	4.34 %
		زاد تلاحم في الأسرة	1	4.34 %
المجموع			23	100%
02	السلبيات	الطلاق	2	15.38 %
		خسرت مكانتي مع أولادي	2.	15.38 %
		المرأة كلها جسد	1	7.69 %
		فقدت معنى الحياة	1	7.69 %
		لم احضر فرح بناتي	1	7.69 %
		تدمرت	1	7.69 %
		أرهقت أولادي معي	1	7.69 %
		ابتعدوا عني أجمل صديقاتي	1	7.69 %
		نقص العلاقات الاجتماعية	1	7.69 %
		تزوج على زوجي	1	7.69 %
		تعبت	1	7.69 %
المجموع			13	100%

2- الهوية المترتبة للمريضة من خلال تفاعلاتها:

إن التعبير عن المرض ليس بشيء السهل بنسبة لنوع مرض ، فالسرطان ثدي اخترناه في دراستنا كنوع خاص من الأمراض و نوع خاص من السرطانات، و سبب يعود انه يصيب المرأة اكثر نسبة، و كذا يقع في جزء حساس من جسدها و الذي له تمثلات في مجتمع المتفاعل تختلف عن المجتمعات الأخرى و في نفس الوقت نسبة الشفاء لفئة مرضى سرطان الثدي اكبر اذا تم اكتشافه مبكرا و لذلك التصريح عن المرض بحد ذاته يدل على تجاوز المرض فجات النسب متفاوتة عن المكان التي تعبر فيها

عنه فأكثر نسبة جاءت بالمستشفى بنسبة 31.5% وهذا شيء بديهي لان الكل المتواجدون في مركز العلاج من أجل العلاج ويحملون نفس المعاني عن المرض تقريبا وتليها العائلة الصغيرة أي العائلة القريبة و جاءت بنسبة 15.7% بحيث هو الذين يشاهدون حالتها يوميا ، ثم جات العبارة في كل مكان هذه الفئة لا تخشى المرض لا تعير لتمثلات المجتمع أي شيء.

الجدول رقم 14: الهوية المترتبة للمريضة من خلال تفاعلاتها وتصريحها بمرضها في أماكن عدة

فئة المعنى: الهوية المترتبة للمريضة من خلال تفاعلاتها وتصريحها بمرضها في أماكن عدة			
رقم الوحدة	**وحدات التحليل**	**التكرار**	**النسبة**
01	في كل مكان	03	%15.7
02	العائلة (الصغيرة)	03	%15.7
03	مع صديقاتي	1	**%5.26**
04	العمل	02	**% 10.52**
05	في المجال الافتراضي	1	**% 5.26**
06	لا أحد يسألني	1	**% 5.26**
07	لا أحب تكلم عن ذلك	2	**% 10.52**
08	مستشفى	06	%31.5
المجموع		**19**	**%100**

3- المجالات الاجتماعية بعد المرض وهوية المترتبة:

بعد الإصابة بمرض السرطان الثدي يحدث عدة تغيرات على المرأة المصابة من حيث جسدها ومن حيث ذاتها ومن أفعالها وتفاعلاتها لذلك وجودها في بعض الأماكن يعبر عن ذاتها وهويتها التي هي نتاج تمثلاتها وأفعالها وتفاعلاتها فالجدول المبين أسفله يوضح لنا المجالات الاجتماعية التي زادت والتي نقصت من بعد إصابتها بالمرض؛ فزيادة المجال يدل على شيئين إما الهروب من المجال التفاعلي الأصلي وهو الأسرة وهنا يدل على انها تحمل مؤشرات هوية انطوائية لا يمكنها تجاوز المرض.

أو إن تجربة المرض غيرت من اهتماماتها و زادت لها القابلية في العيش أكثر وهنا بداية تشكل مؤشرات الهوية المتجاوزة للمرض القابلة لذاتها المريضة؛ فالمعاني المعطاة في المجالات التي زادت بعد المرض توجهها إلى توجه معين إما ديني مثل الذين قالوا أصبحت اذهب إلى المسجد أي تفسيرها للمرض كان روحيا بحيث تفسر المرض على انه " مكتوب " على أساس انه **المرض العقوبة**: وهنا يعتبر المرض كعقوبة بسبب ذنب أتى به الفرد خلال حياته بسبب المحرمات " فالسخطة، اللعنة، دعوة .."كلها عبارات تدل على أن المريض كان يستحق ما فعل له (يستحق هذا المرض). أو **المرض كتطهير**: تدور الفكرة عندما يصاب أحدا بمرض ما ويكون ظاهرا عليه أنه ملتزم لي دين ما، هنا يعتبر المرض على أنه تكفير لذنوب، ومسح كل المساوئ على ذلك الفرد المصاب لأنه ليس فرد سيء؛ لذا إصابته بالمرض يعتبر ابتلاء وأن المؤمن مصاب ولهذا يستعمل الفرد الجزائري مصطلح" طهور" لهذا يلجأ الى المسجد ليتمم اعتقاده.

و بالنسبة للمبحوثات التي سرحن بانهم يهتمون بمعني الحرية و حب العيش و زيادة المجلات العلاقات الاجتماعية هو ما يفسر عدم وجود عوائق في حياتهن سببهن المرض، أما ما يدل اكثر على انها متجاوزة لذاتها المريضة فهم تلك الفئة التي تتداول مراكز التجميل هذا يدل على أنها واعية بذاتها المريضة تحاول التغيير من شكلها وذلك من اجل نفسها، تمثلاتها لذتها على انها فرد عادي لا يشكل له المرض عائقا مع إمكانية تغير تمثلات المجتمع والأفراد المتواجدين حولها حول جسدها وحول مرض سرطان الثدي، كما تعتبر صورة الجسد هي التمثل الذي يكوّنه الشخص عن جسده والطريقة التي يبدوا بها هذا الجسد بالنسبة له عبر سياق ثقافي اجتماعي ويضفي عليه طابعا خاصا من تاريخيه الشخصي (نجلاء عاطفة خليل، 2006، صفحة 238). أما بالنسبة للخروج من المنزل أو العمل فهذا هروب من المجال الاجتماعي الأصلي وتمضية أكبر وقت في العمل لكيلا تفكر في الألم والمرض.

أما الجزء الثاني من الجدول الذي يعبر عن الحالة العكسية للموضوع و هي نقص مجالات التفاعل فالأغلبية سرحن بأن الأماكن العامة لا يمكن الذهاب اليها و ذلك خوفا من المجتمع و الناس ونظرتهم إلي المصابة، الان نحن لسنا في معالجة تمثلات الناس و المجتمع عن المرض ولكن نحن في محاولة معرفة طبيعة الهوية للمرأة المصابة والحاملة للظاهرة و من أي نموذج متبناة؛ في بعض الإجابات ذكر لنا بان الاحتكاك الزائد بالمجتمع أثناء تجربة المرض هو فقط مضيعة للوقت لأننا لا يمكن أن نغير أفكارهم ونحاول أن نقنعهم بأننا أقوياء رغم المرض و رغم كلامهم، أي نبتعد عن المجتمع بقوة و بإرادتنا و بكل وعي، في نفس السياق جاءت فئة إنها تبتعد من المجتمع خوفا و هروبا لأنها أصبحت تخجل بجسدها و تخجل كونها مريضة وذلك يرجع إلى نموذج الثقافي و المجال

العمراني بشكل بسيط و إلى المجال الأصلي و المستوى الثقافي بشكل كبير، أما بالنسبة لشيء الغريب نوعا ما هي المريضات التي سرحن بان بعد المرض نقص لها مجال العائلة فان الطلاق بسبب المرض أو الجسد الناقص بعضو أنثوي اصبح مشكل وعائق اجتماعي ضخم؛ ولم يغفل علماء الاجتماع هذا الجانب من الناحية السوسيولوجية و من بين المهتمين بفكرة أن الجسد معطى سوسيولوجي في العشرينات من القرن الماضي "**مارسيل موس**" **marcel Mauss** فقد أكد على الأهمية التي تكتسبها الدراسة "الإثنوغرافية" لوسائل الدمج التي تمارس على الجسد من قبل المجتمع(خالد، 2017)، وهنا بدا الاهتمام بالجسد كموضوع قابل لدراسة السوسيولوجية، حيث تتلمذ على يد أستاذه " **إميل دوركايم**" هو و "**روبرت هرتز**" فلم يكن اهتمامهما فقط في دراسة الجسد الإنساني قائما على افتراض أن أفراد أي مجتمع تنمو بينهم اتجاهات مشتركة فيما يتعلق بفهم الجسد تُكَوِّن معرفة مشتركة عن الجسم السليم أو الجسم المعتل أو الجسم الجميل أو المثير للشهوة، و إنما تخطي اهتمامهما ذلك إلى اهتمام بالمعنى الاجتماعي للجسد حيث لم يعد الجسد كيانا فسيولوجيا محض بل أصبح هذا الكيان عاكسا لمعاني اجتماعية متنوعة تعد نِتاجاً لتفاعل الجسد بالبيئة الاجتماعية المحيطة(مها محمد حسين، 2010، صفحات 36-37) .

نستنتج أن " **مارسيل موس**" درس موضوع الجسد على نتيجة تفاعلاته التي يرسلها الجسم إلى المجال المحيط به، وأنه عاكس لمعاني اجتماعية وتعتبر دراسته متعلقة بالعمليات والميكانيزمات التي تحول عن طريق الجسم الإنساني؛ ويظهر ذلك عن طريق إظهار أساليب للتعبير عن عمليات التعلم والتدريب من خلال الجسد (مها محمد حسين، 2010، صفحة 38.).وقد بين أن الجوانب الأساسية للأنشطة الجسدية كالمشي والوقوف والجلوس هي" بني اجتماعية "فمع أن هذه الأنشطة تستلزم أساسا عضويا، إلا أن إتقان هذه القدرات يستلزم سياقا ثقافيا؛ إن آليات الجسد أو تقنياته رغم اعتمادها على أساس عضوي عام إلا أنها في ذات الوقت تمثل تطورات ثقافية وشخصية(لبقع زينب، 2012/2011، صفحة 53).

الجدول رقم 15: زيادة ونقصان المجالات الاجتماعية بعد المرض وهوية المترتبة

فئة المعنى: زيادة ونقصان المجالات الاجتماعية بعد المرض وهوية المترتبة				
رقم الوحدة	وحدات التحليل	المجالات	التكرار	النسبة
01	لم تتغير	اذهب أين ما أريد بدون أي إشكال	2	% 6
02	زيادة المجال	خروج من المنزل إلى أي مكان	2	%6
		العمل	2	% 6
		مراكز التجميل	1	%03
		الجمعيات الخيرية	1	% 03
		العلاقات الاجتماعية	4	% 12
		الصديقات	1	% 3
		المسجد	1	% 03
03	نقصان المجال	جيران	2	%6
		صديقات	5	% 16
		الأماكن العامة	6	% 18.8
		العمل	1	%3
		العائلة	5	%16
المجموع			**33**	**%100**

4- السلطة وطريقة توزيعها:

إن السلطة شيء مهم جدا في معرفة تفاعلات الفرد الحامل للظاهرة فهي أنواع: مصدر السلطة، موزع للسلطة، منتج وموزع معا، فمعرفة مكانة المريضة تبين لنا ما نوع السلطة التي تمارسها لمعرفة الشق الأول للهويتها المتمثلة بعد اصابتها بمرض سرطان الثدي، فان الزوج يتصدر المجموعة فشريك الحياة بنسبة 27.77% وان كان متواجد بعد المرض فهو الذي يشكل الدعم لذلك نلاحظ أنها لديها هنا سلطة موزعة. أما عن الفئة المنسحبة من مجال تفاعل أي لا تستشير أحد، أما الأسرة الكبيرة الممتدة التي تتواجد معها أبنائها الذين يعتبرون الدعم النفسي والمعنوي والمادي فهذا يدل على تواصل والتلاحم بين أفراد الأسرة، وكذا الأب الذي هو

عماد البيت بيده السلطة فالمريضة هنا البنت فهي تكون مغتربة له. في حين وجدت حالة هي مصدر السلطة المادي والمعنوي منتجة وموزعة للسلطة بسبب عملها الحر ووضعها المادي فرغم المرض لم ينقص من ذلك بل زاده قوة أكثر.

الجدول رقم 16: مصدر السلطة عند المريضة

فئة المعنى: مصدر السلطة عند المريضة			
رقم الوحدة	وحدات التحليل	التكرار	النسبة
	لا أتخذ أي قرار	2	%11.11
01	لا أحد	4	%22.22
02	هم الذين يستشروني	1	%5.55
03	الزوج	5	%27.77
04	الأب	3	%16.66
05	الأبناء	3	%16.66
المجموع		18	%100

- **المستوى الرابع من التأويل:**

من خلال ما سبق و من هذا البحث المطول ينتج لنا في الأخير عدة اشكال للهوية في حين هناك فئة من المبحوثات اللواتي عملن على إنتاج وتوزيع السلطة و للمعاني وبالتالي تشكلت لديهن الهوية الفاعلة التي بها استطعن ان يتجاوزن المرض و هوية المريضة؛ ومن جهة أخرى وجدنا فئة منسحبة تماماً نسبتها متقاربة مع الفئة الفاعلة و يرجع السبب دائما للتارخنية و للتمثلات التي يصبها المجتمع حول المرض السرطان في المجتمع الجزائري و تفسيراته حول هذا المرض التي لاحظنها من خلال هذه الدراسة لا زالت تحتاج الى توعية و تصحيح للمفهوم السرطان. وهذا تبين من خلال النتائج الدراسة الميدانية. في حين جاءت البعض منها بهوية مغتربة للمجال الاجتماعي الأصلي.

النتيجة العامة:

العلاقة بين التمثلات والمرض والجسد: إن من يحاول تمييز الجسد وتحديد علاقاته مع المجتمع يتحدد من خلال الرسائل المتبادلة بين أعضاء الجسم و المجتمع حيث تسند لأعضاء أفعال الجسد الإنساني تمثلات وقيم تختلف من مجتمع إلى آخر، كما تختلف داخل نفس الوسط الاجتماعي، حسب الطبقات الاجتماعية المتواجدة (لبقع زينب ،2012/2011، صفحة 136)؛ أي أن لكل عضو من جسد الإنسان له دلالة ورمزية داخل الجماعات، ويعتبر الجسد في المجتمعات التقليدية ذات التركيب المتجانس الجمعي الذي لا يمكن تميز الفرد فيه، لا يشكل الجسد موضوعاً للانفصال (لبقع زينب ،2012/2011، صفحة 20) وكذلك في المجتمعات التي تقوم على الجماعة الواحدة والتي يشير فيها معنى وجود الإنسان للولاء للمجموعة والكون والطبيعة لا يوجد الجسد بصفته عنصر تفرّدٍ، لأن الفرد بحد ذاته لا يتميز عن المجموعة، ولا يعد إلا جزءاً من الانسجام التفاضلي للمجموعة(لبقع زينب ،2012/2011، صفحة 21). بل هو تابع لتلك البنية الاجتماعية التقليدية فهو جزء فيها مكمل لها يعمل على تماسك وحدتها.

أما في المجتمعات ذات التركيبة المعقدة وغير المتجانسة يقل فيها الضمير الجمعي وتبرز فرادنية الفرد في مجتمعه، حيث تبرز أهمية أفعاله الجسدية مما جعل من هذا الأخير يستخدم كظاهرة للتسليع بغية كسب رأس المال المادي أو استخدامه بواسطة الإيماءات والإشارات لإيصال المعنى حول موضوع معين؛ مما يعني إعطاء جسد لصبغة أو معنى اجتماعي ورمز يميزه عن أي فعل أو تفاعل لجسد الفرد الآخر في موقف اجتماعي ما.

أي نستنتج أن تمثل التمثلات الاجتماعية داخل مجتمع معين تختلف باختلاف التركيبة الاجتماعية لبنية المجتمع فهناك من يلغي فكرة الاهتمام بالجسد وجعله جزء لا يتجزأ من كلية البنية مما يعني الأخذ بالتمثلات الجماعية لموضوع المرض مثلا وبالتالي تابعية الفرد لحتمية تمثلات البنية الاجتماعية؛ في حين النظرة المعاصرة قدمت طرح مختلف عما سبق فهي تعتبر أن التمثلات الفرد حول جسد على أنه رمز وتشئ وتسليع ورأس مال يختلف من فرد لأخر، إذ أن المعرفة الثقافية للجسد تتمكن من إبراز معنى الاجتماعي للجسد.

من خلال ما سبق ذكره وانطلاقا من التحليل الكيفي لفرضيات الدراسة توصلت الدراسة لجملة من النتائج العامة وهي كالتالي:

أن تجربة المرض تجربة غير سهلة تغير مسار المريضة بشكل ما و **إن** تجاوز هوية المريضة تعود لعدة أسباب وذلك يرجع بقوة للمعاني المكتسبة من المجال التفاعل، و إن **تجدد** المعاني السابقة التي كانت قبل المرض للمريضة يجعلها تتجاوز المرض؛و الرسائل والمعاني المرسلة للمريضة من طرف المجال الاجتماعي الأصلي هو المسؤول عن معانيها وتمثلاتها عن ذاتها، و إن **القدرة** على تشكل مجالات اجتماعية جديدة تجعلها تكتسب معاني تتجاوز بها هوية المريضة ، اذن ان **هوية** المتشكلة بعد المرض إما أن تتجاوز المرض وإما أن تفقد المعنى لإعادة الإنتاج المعاني، و كذا **المعاني** والتمثلات المتشكلة بعد تجربة المرض من بيها معنى الحياة، معنى العائلي وفقدان معنى الأنثوي وفقدان معنى التفاعل والانتماء.

وإن الحالات موجودة:

- موزعة ومنتجة ومستهلكة (هوية فاعلة ومتجاوزة للمرض)
- غير موزعة غير منتجة وغير مستهلكة (هوية منسحبة وفاقدة للمعنى وعدم تشكيل او إعادة تشكيل المعاني)
- غير موزعة وغير منتجة ومستهلكة (هوية منسحبة ومغتربة للمرض)
- غير منتجة وموزعة ومستهلكة (هوية مغتربة ومتجاوزة للمرض)

في نهاية الدراسة توصلنا الى الحالات التالية:

1) الحالات التي تجاوزن المرض: تتشكل لدهيهم هوية الفاعلة وتنقسم الى قسمين:

1- فاعلة في المجال الأصلي اذ:

- ثلاثة حالات تستهلك تلك المعاني الإيجابية عن حالتها وان المجال الأصلي يرسل لها تلك المعاني على انها قادرة على تجاوز المرض فتستهلكها وتعيد توزيعها.
- حالتان لديهم هوية فاعلة وبقوة اذ هي من تنتج تلك المعاني من بين مؤشراتها هي تجاوز المرض وتتفاعل بها في مجالاتها الأخرى وتوزعها وتعيد استهلاكها.

2- منسحبة من المجال الأصلي اذ:

- تنسحب من المجال الأصلي وتغترب الى مجال اخر هو الانترنت (مواقع تواصل الاجتماعي) وبفضل تفاعلها في هذا المجال تستطيع تجوز المرض اذ هي تنتج وتوزع وتستهلك لمواصلة عملية الانتاج لذلك لم تستطع معاني المجال الأصلي وتمثلاته التغلب عليها
- تنسحب من المجال الأصلي وتغترب الى مجال الأصدقاء وأصدقاء العمل اذ هنا يظهر الدور الإيجابي لهذه الفئة فهروب من مجال الأصلي يصادفها جماعة الرفاق التي هي هنا توزع وتستهلك
- نفس الشيء بالنسبة للحالة أخرى لكن مجال اخر هو الجمعيات الخيرية اذ هي توزع وتستهلك

2) الحالات المغتربة للمرض (لم تستطيع تجاوز المرض):

1- هناك 4 حالات لم تستطع ان تنتج مجالات اجتماعية لكي تتفاعل بها فبقيت في مجال الاسرة وهذا الأخير اغتربت له فأصبحت تستهلك معانيه التي مؤشراتها كلها حول انها غير قادرة ولا تستطيع ان تتجاوز المرض.

2- هناك حالة واحدة مغتربة لمجال الاستشفائي فتتلقى فيه رسائل وتجارب المرضى عن الموت وعدم نجاح العلاج.

3) الحالات الفاقدة للمعنى عدم القدرة على اعادة تشكيل الهوية:

نعم و للأسف واجهتنا حالتين صنفناها ضمن عدم قدرتها على إعادة انتاج المعاني المتشكلة قبل المرض و لم تكن لها القدرة على تشكيل معاني جديدة عن ذاتها بعد المرض ، كانت الحالات غريبة تتصف بصعوبة اجراء المقابلة المباشرة ساعدتنا الملاحظة و المقابلة مع الطاقم الطبي في البحث عن حقيقة هاته الحالات ، انها لا يمكن ان تتفاعل في أي مجال، ليست مدركة لحالتها الصحية، لا تقبل شرب الدواء و كما سرحت احداهن " علاه راني عايشة غير نخسر في سبيطار يخسروا عليا الدواء" منعزلون دائما لا يغيرون ملابسهم ، لا يسمحون لاحد الحديث او اجبارهم بشيء.... تساؤلي ما هي الظروف التي اولتهم الى هذه الحالة... في دراستي هاته ومع هذه الحالتين هناك مؤشرات ساعدت على تفاقم الوضع:

- تدني مستوى العلمي لها وللعائلة: عدم فهم المرض من الجانب علمي يخفي حقيقة الشفاء بكشف المبكر للمرض او بعلاج.

- نموذج الثقافي للأسرة وتمثلاتهم عن مرض السرطان الثدي وخوف من المجتمع ووصمة وعار من المرض. وخاصة الزوج في حين انه يمكن التخلي عنها مجرد ان جسمها غير كامل.

فصلنا في هذه النقطة لأننا نحاول جاهدين من خلال هده الاطروحة ان نوصل رسالة بان المرأة المصابة بمرض سرطان الثدي ما هي الا امرأة قوية تستطيع التغلب على معناه المرض والم العلاج لكي تستطيع الرجوع الى مجالها الأصلي بكل قوة وتصبح تجربة المرض تزيدها دافعا لحياة ورجوع الى عائلتها بكل قوة فقط هي امرأة اصابت بمرض لم تتسبب له، لم تخن ولم تسرق، فلماذا لحد الان هي منبوذة من المجتمع ولو بنسبة قليلة.

الخاتمة:

إن موضوع دراسة الفرد الحامل لظاهرة طبية اجتماعية و دراسة مخلفات مرض سرطان الثدي يختلف عن الدراسات الاجتماعية المدروسة من قبل؛ فالتجربة الصعبة التي تمر بها المريضة ستترك مخلفات لا شك فيها.

فالمريضة إما إن تتجاوز المرض أو تفقد المعنى لإعادة إنتاج المعاني، فالهوية المتشكلة لدى المرأة المصابة بعد المرض تجعلها تشكل المعاني التي تؤدي بها إلى أفعال وتفاعلات داخل مجالات التفاعل إلى تجاوز المرض بموجود صراع داخلي وخارجي عميق مع مجالات التفاعل الموجودة عندها فتمثلات المجتمع للمرأة السرطان مازالت لم تتجاوزها بأن تعطيها وترسل لها معاني تغير من تمثلاتها ذاتها وذلك بحكم المجال العمراني والنموذج الثقافي للمنطقة العمرانية.

و يعتبر " الجسد المريض " عبارة عن وسيلة للتفاعل و رمزاً اجتماعياً لأن الجسد يرسل الرموز و الإشارات التي تكمن وراء الحركات الفرد، خاصة حينما يصبح جسم الإنساني أداة تواصل واتصال بدوره يرسل رسائل تعبر عن هويته الذاتية للمريض؛ فعندما يلتقي الفرد المريض مثيرا خارجيا (فكرة – حادثة- معلومة) يقوم بمعالجته ذهنيا و هذه المعالجة تختلف من مريض للآخر حسب عوامل الثقافية والذاتية ، تتعلق بهوية الفرد وكذا حسب تفاعلاته في المجالات التفاعلية المتعددة من بينها المركز لاستشفائي، العمل، الأسرة، جماعة الرفاق ...الخ، ونتيجة هذه المعالجة يتكون التمثل، و تتكون أفعال الذي يقوم بها الجسد المريض؛ إن كل المعلومات و المعارف التي توجد داخل نظام التمثلات وفي ذهنيات الفرد هي التي تساعده على التفاعلات التي يقوم بها داخل المجالات التفاعل أي أنه يكون مجهزاً معرفيا حول الموضوع المرض ما، وذلك يعود إلى المعارف التي تم التحصل عليها من المجتمع حول مفهوم المرض وسببه، فإن الفرد المصاب بالمرض يكون لديه خلفية عن الموضوع وتكون أفعاله مستمدة من شرح ومعرفة الواقع العالم المحيط به أو عند وجود احد المقربون المصابون بالمرض فبالتالي يهيئ الفرد نفسه حسبها ويتمثل في ذهنه بعض الأفكار التي تكون أفعاله وتفاعلاته وفقا لها.

وفي الأخير نستطيع القول إن المرأة المصابة بالمرض سرطان الثدي هي فرد يحتاج لرعاية خاصة وإلى مجالات اجتماعية توفر له الدعم والقوة وترسل له معاني ورسائل على تجاوز هوية المريضة، وتقوي له تمثلاته بذاته لكي يستطيع مواصلة هذه المرحلة وبدون انقطاع عن المجالات الاجتماعية الأخرى، في الحين إن المجال العمراني بمقوماته لم يكن فاعل في حلقة التفاعل، والمجال الأصلي هو الذي يساهم في المعاني التشكل هوية المريضة بعد إصابتها بالمرض.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

1/ **الكتب:**

1. إبراهيم المليحي. (1991).**الرعاية الطبية و التأهيلية**.ط1، الاسكندرية، المكتب الجامعي الحديث .

2. أبو القاسم سعد الله. (1998).**تاريخ الجزائر الثقافي 1830–1954**.ج7.ط1،بيروت،دار العرب الإسلامي.

3. إحسان محمد الحسن. (2005).**مناهج البحث الاجتماعي**.ط1،عمان،الأردن،دار وائل.

4. إحسان محمد الحسن. (2008).**علم الاجتماع الطبي دراسة تحليلية في طب المجتمع**.ط1،عمان،دار وائل للنشر.

5. إسماعيل قيرة وآخرون. (ب س). **التصورات الاجتماعية ومعاناة الفئات الدنيا**. مخبر الإنسان والمدينة. جامعة منتوري. الجزائر دار الهدى لطباعة والنشر.

6. أميرة منصور يوسف علي. (1999).**المدخل الاجتماعي للمجالات الطبية و النفسية**.الإسكندرية،المكتب الجامعي الحديث.

7. أنتوني غيدنز مساعدة كارين بيردسال. (2001).**علم الاجتماع مع مدخلات عربية**. ترجمة فايز الصياغ. ط4، لبنان، المنظمة العربية للترجمة ـ مؤسسة ترجمان.

8. أيمن مزاهرة وآخرون. (2002).**علم الاجتماع الصحة**.ط1،عمان،دار اليازوي.

9. باشا نوال. (2015).**السياسة الصحية في الجزائر** (اقتراب سوسيولوجي للخدمة الصحية المقدمة لمريضات القصور الكلوي النهائي).الجزائر، تكسيج للدراسات و النشر و التوزيع.

10. بن حمو عمر لقمان وبوعصبانة سليمان. (2008).**معالم الحضارة الإسلامية بوارجلان _ ورقلة من نهاية الدولة الرستمية إلى زوال سدراته** . ط1، ورقلة، جمعية الوفاق المعصومة للإعلام.

11. جازية كيران. (2016) **محاضرات في المنهجية لطلاب علم الاجتماع**. ط 2، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

12. جماعة من كبار اللغويين العرب بتكليف من المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. (1999) **المعجم العربي الأساسي للناطقين بالعربية ومتعلميها**. باريس، لاروس.

13. جمعية مساعدة المرضى المصابين بالسرطان (2010-2011). **حول سرطان الثدي دليل إرشادات والمعلومات موجهة للمرضى وأقاربهم**. بمساهمة مركز مكافحة السرطان البليدة. مركز بيار وماري كوري الجزائر. جمعية البدر.ط2 البليدة.

14. حاجي عبد الرحمان. (2011). **ورقلة تاريخ وحضارة**. ج 2.دن،الجزائر، دار الثقافة.

15. دافيد لوبروتون، ترجمة: عياد أبلال، ادريس المحمدي. (2014). **سوسيولوجيا الجسد**. ط1. القاهرة، روافد للنشر والتوزيع.

16. ربحي مصطفى عليان، عثمان محمد غنيم. (2000).**مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق**.ط1،عمان،دار صفاء للنشر والتوزيع.

17. رشيد زرواتي. (2004).**منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية**. الجزائر، دار الكتاب الحديث.

18. رشيد زرواتي.(2008).**تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية**. ط2، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

19. ريمون كيفي، لوك فان كمبنهود. (1997). **دليل الباحث في العلوم الاجتماعية**. ترجمة يوسف الجباعي.ط1،بيروت،المكتبة العصرية للطباعة.

20. سعيد اللحام.(1426 – 2005). **القانون في الطب، تاليف ابن سينا: تحقيق وتعليق**.ط1، لبنان،دار الفكر.

21. سميح نجيب الخوري. (1999).**دليل المرأة في حملها و أمراضها**. الأردن، دار الآفاق.

22. عبد الحميد الشاعر وآخرون. (2000). **علم الاجتماع الطبي**. عمان، دار الزاوي العلمية.

23. ابن خلدون، عبد الرحمان.(2006).مقدمة ابن خلدون.ط9، بيروت، دار الكتب العلمية .

24. عبد السلام بشير الدويبي. (2005).**علم الاجتماع الطبي**.ط1، عمان، دار الشروق.

25. علي محمد مكاوي، فهد عبد الرحمان الناصر وآخرون. (1998).**دراسات في علم الاجتماع الطبي و الوطن العربي**.(ب ط)، موقع الكتب العربية.

26. عمار بوحوش، محمد الذنيبات. (2001). **مناهج البحث العلمي و طرق إعداد البحوث**.ط3، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

27. عميراوي احميده وزواية سليم. (2009). **السياسة الفرنسية في الصحراء الجزائرية "1844– 1916"**.دط، الجزائر، دار الهدى.

28. فايزة محمد رجب و محمد سيد فهمي(2012)، **الصحة الاجتماعية**، ط 1،دار الوفاء، الإسكندرية .

29. فضيل دليو وآخرون.(1999).**أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية (سلسلة العلوم الاجتماعية)**.قسنطينة، منشورات جامعة منتوري قسنطينة، دار البعث.

30. لملم إبراهيم، زمزوم صباح و ميدوني قويدر. (2000).**التوسع الفرنسي في الصحراء الجزائرية :مقاومة الشريف بوشوشة"**. (د ط).ورقلة، مديرية الثقافة لولاية ورقلة.

31. محمد الدريج.(1991).**تحليل العملية التعليمية**. البليدة، قصر الكتاب.

32. محمد جوهري وآخرون.(2009).**علم الاجتماع الطبي**.ط1،عمان، دار المسيرة للنشر و التوزيع.

33. محمد علي محمد. (2004).**دراسات في علم الاجتماع الطبي**.(ب ط)،مصر،دار المعرفة الجامعية.

34. مديرية دار الثقافة لولاية ورقلة. (ب س).**ورقلة العراقة المتألقة**. (ب ط). ورقلة، دار مفدي زكرياء.

35. مريم عيسى حسين كرسوع. (2012).**مرض السرطان في قطاع غزة**.دراسة في الجغرافية الطبية. غزة، الجامعة الإسلامية.

36. مصطفى عوض إبراهيم وآخرون. (2008).**مقدمة في الانثروبولوجيا الطبية**.ط 1 الإسكندرية،دار المعرفة.

37. ملحم حسن.(1987). **السرطان والأمراض الانحلالية الخطرة منعها وشفاؤها المؤكد**. ط1،بيروت،دار القلم للطباعة و النشر و التوزيع.

38. مها محمد حسين. (2010).**العذرية والثقافة دراسة انثوربولوجيا الجسد**.ط1، دمشق، دار دال.

39. موريس أنجرس. (2004).**منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات عملية**. ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون، الجزائر، دار القصبة للنشر.

40. ناجي الصغير. (2005). **ألف باء أمراض الثدي من الوقاية إلى العلاج**. ط1، بيروت، لبنان، دار العربية للعلوم.

41. نادية عمر محمد السيد. (1996). **علم الاجتماع الطبي "المفهوم و المجالات"**.(ط1)، مصر، دار المعرفة العربية.

42. نادية محمد عمر السيد. (2003).**علم الاجتماع الطبي "مفهوم والمجالات"**.(ط2)، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

43. نجلاء عاطف خليل. (2006).**في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض**. (ب ط)، مصر، مكتبة أنجلو المصرية.

44. نيكولاس جيمس. (2013).**السرطان: مقدمة قصيرة جدا**. ترجمة أسامة فاروق حسن. ط 1، مصر، مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة.

45. هندومة محمد أنور حامد. (2013). **الانثروبولوجيا الطبية**. (ب ط)، مصر، دار المعرفة الجامعية.

2/ **الرسائل والأطروحات:**

1. باشا نوال.2009/2008.**تسير المرض قصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين**. رسالة شهادة ماجستير،قسم علم الاجتماع ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة الجزائر.

2. بشير إبراهيمي محمد حجار. (ب س).**التوافق النفسي و الاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات**.رسالة شهادة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

3. بن عيسى، محمد المهدي.2005/2004. " **ثقافة المؤسسة: دراسة ميدانية للمؤسسة الاقتصادية العمومية في الجزائر (حالة بايب غاز غرداية)** " . أطروحة دكتوراه، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة، الجزائر.

4. حاج الشيخ سمية.2013/2012.**التصورات الاجتماعية للمرض العقلي لدى الأطباء**، دراسة ميدانية لدى عينة أطباء مستشفى بشير بن ناصر بسكرة، رسالة شهادة ماجستير، علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر.

5. رحامنية سعيدة.2007/2008. **وضعية الخدمات الصحية في الأحياء السكنية**، دراسة مقارنة بين الأحياء المخططة وغير المخططة في مدينة قسنطينة نموذج حي بو الصوف وحي البير، رسالة شهادة ماجستير، علم الاجتماع الحضري، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.

6. شين سعيدة.2015/2014. **التصورات الاجتماعية للطب الشعبي دراسة ميدانية في منطقة الزيبان**،".أطروحة دكتوراه علوم ، علم الاجتماع، جامعة بسكرة، الجزائر.

7. صديقي فاطنة.، 2010/2009.**العلاقة العلاجية وفاعلية تمثلاتها**، رسالة شهادة ماجستير، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

8. صولة فيروز. 2014/2013.**المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه**، دراسة ميدانية بمدينة بسكرة، أطروحة دكتوراه علوم، علم الاجتماع تنمية، جامعة محمد خضير بسكرة، الجزائر.

9. عباز الأزهر. 2014. **نظام المشايخ في ورقلة بين العهدين العثماني والفرنسي خلال (1603– 1884 م)**. رسالة ماجيستر، قسم العلوم الإنسانية، كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية، جامعة الوادي.

10. غانم ابتسام.2009/2008.**التصور الاجتماعي للعذرية عند الطالبة الجامعية**، رسالة ماجستير، علم النفس الاجتماعي، جامعة سكيكدة.

11. قوارح يمينة.2015/ 2016. **الانتقال الديمغرافي و الانتقال الصحي حسب تغير البنية السكانية في الجزائر من سنة 1970 إلى 2013**، أطروحة دكتوراه ل.م.د،علم الاجتماع – إحصاء اجتماعي، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.

12. قويدري بشاوي مليكه.2014/2013. **تمثل صورة الذات وصورة الأخر في العلاقة العلاجية**، أطروحة دكتوراه، قسم علم النفس وعلوم التربية و الارطوفونيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.

13. كوشي ابتسام. 2013/2012.**المضامين الثقافية للمجالات الاجتماعية وعلاقتها بتشكيل واعادة تشكيل هوية البطالين**. دراسة ميدانية لعينة من بطالين ولاية ورقلة، رسالة ماجستير، علم اجتماع تخصص التنظيم والديناميكيات الاجتماعية والمجتمع ،جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

14. لبقع زينب. 2012/2011. **تمثلات الصحة والممارسة التطبيبية في المجتمع الجزائري الحالي**. رسالة ماجيستر، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

15. لطرش أمينة.2012/2011.**الأعشاب الطبية ممارسات وتصورات مقاربة انثربولوجية**،رسالة ماجستير الانثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية، قسنطينة، الجزائر.

16. محمد الطويل.2011 /2012. **مقاربة سوسيولوجية لانتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري**، أطروحة دكتوراه تخصص ديمغرافي، جامعة الجزائر.

17.بن عيسى، محمد المهدي.2005/2004. " **ثقافة المؤسسة: دراسة ميدانية للمؤسسة الاقتصادية العمومية في الجزائر (حالة بايب غاز غرداية)** " . أطروحة دكتوراه، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ،الجزائر .

18. محمد خالدي.2006/2005. **تمثلات السلطة التنظيمية لدى عمال الصناعة بالجزائر**،دراسة ميدانية لمؤسسة نفطال لصناعة الأغطية بمدينة تلمسان، رسالة شهادة ماجستير،الجزائر .

19. محمدي جمال. 2006/2005.**تمثلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان المركز الاستشفائي الجامعي لتلمسان** نموذجا مقاربة انثروبولوجية طبية، رسالة الماجستير في الانثربولوجيا، جامعة تلمسان، الجزائر.

3/ **المقالات والمجالات العلمية:**

1. **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية**، العدد 18، 2011/03/23.

2. احمد جلول، مومن بكوش الجموعي. افريل 2014.**التصورات الاجتماعية – مدخل نظري-** ، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، (العدد: 6)،جامعة الوادي .

3. بشي إبراهيم العيد. 2013. "دور سكان الجنوب الشرقي الجزائري في مقاومة الاستعمار الفرنسي."**مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية**، (العدد: 11)، جامعة الجزائر2.

4. بلال ريم .ديسمبر2013. ، علاقة التمثلات الاجتماعية للعمل بالشعور بالانتماء إلى المؤسسة، دراسة ميدانية بمؤسسة-نفطال -لولاية معسكر،مجلة للبحوث والدراسات في المجتمع و التاريخ،، (العدد: 8).

5. بن عيسى محمد المهدي، خيرة بغدادي. (2019) ،**المنهج الكيفي: الفهم والتفسير في مقاربة الهوية والمجالات الاجتماعية**، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية ، العدد 10 ، الجزائر : جامعة ورقلة .

6. بن عيسى، محمد المهدي .2013."**من أجل سوسيولوجيا مجتمع الاتصال (الإذاعة المحلية في الجزائر ذات أو موضوع)**". مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. (العدد: 10) . جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.

7. بن عيسى، محمد المهدي. بغدادي، خيرة. مارس 2018. "**المنهج الكيفي في المعرفة السوسيولوجية (الفهم والتأويل بين الفلسفة وعلم الاجتماع)**". مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. (العدد: 33). جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، الجزائر.

8. بن عيسى، محمد المهدي. كانون، جمال.5 مارس 2011 ." **مستخدمي الانترنيت في المجتمع الجزائري بين الهوية المستقلة والهوية المغتربة** ". مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي الاول حول الهوية والمجالات الاجتماعية في ظل التحولات السوسيوثقافية في المجتمع الجزائري، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة.

9. بن عيسى، محمد المهدي.بوسحلة ،إيناس. 5مارس 2011 ." **تجاوز الإعاقة بين آليات الدمج وتشكيل الهوية – مقاربة سوسيولوجية** ". مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ورقة مقدمة في الملتقى الدولي الاول حول الهوية والمجالات الاجتماعية في ظل التحولات السوسيوثقافية في المجتمع الجزائري ،جامعة قاصدي مرباح ،ورقلة.

10. بن عيسى، محمد المهدي.حمادي ،منوبية . نوفمبر2013." **من أجل سوسيولوجيا التقاعد**". مجلة العلوم الإنسانية .(العدد: 32) . جامعة محمد خيضر، بسكرة.

11. بن عيسى، محمد المهدي.نوفمبر 2014. "**الروابط الاجتماعية في الأسرة الجزائرية بين المجال الاجتماعي المتجانس والمجال الاجتماعي غير المتجانس**". الملتقى الدولي الثاني حول المجالات الاجتماعية التقليدية والحديثة وإنتاج الهوية الفردية والجماعية في المجتمع الجزائري، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

12. بومدين سليمان. (يومي 21 و 22 افريل 2014)، **مرض "المريض" و مرض "الطبيب"**. مداخلة مقدمة في اطار فعاليات الملتقى الوطني الأول حول " الصحة العامة و السلوك الصحي في المجتمع الجزائري" المنعقد بقسم علم الاجتماع، جامعة الطارف.

13. حسني إبراهيم عبد العظيم. صيف 2011.**الجسد والطبقة و رأس المال الثقافي:قراءة في سوسيولوجيا بيير بورديو**، مجلة إضافات، العدد الخامس عشر.

14. حنان الشقران و ياسمين رافع الكركي.2016. **الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات**، المجلة الأردنية في العلوم التربية، مجلد 12، عدد 1،.

15. ذكار أحمد. 2014 ، **مدينة ورقلة التسمية والتأسيس " دراسة تاريخية "** ، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ، العدد 17 ديسمبر، جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، الجزائر.

16. فاطمة مساني. ديسمبر 2012.. **قراءة سوسيولوجية لسلوك ودور المريض**، مجلة المعارف، قسم 2، السنة السابعة، العدد 13 .

17. فيروز صولة. ديسمبر 2013**تأثير العوامل الاجتماعية و الثقافية في تفسير المرض وتحديد أنماط العلاج لدى المرضى**، مجلة العلوم الإنسان والمجتمع ، (العدد:08)،،جامعة تبسة، الجزائر.

18. كاوجة محمد الصغير. سبتمبر 2014 **تمثلات التوافق الزواجي وعلاقته بأساليب المعاملة الزوجية و الخلاق**=فات الزوجية، دراسة ميدانية مقارنة بين نساء العاملات وغير العاملات بالمجال العمراني لولاية الاغواط،مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، (العدد: 16)، جامعة قصدي مرباح ورقلة.

19. مختار رحاب.(جوان 2014.)، **الصحة والمرض وعلاقتهما بالنسق الثقافي للمجتمع**، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، (العدد: 15)،،جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.

4/ المواقع الالكترونية:

1. أ،صبرينة، **إصرار على دخول مركز مكافحة السرطان الخدمة جويلية 2017**، مقال في جريدة " وقت الجزائر"http://wakteldjazair.com، 2017/05/09، 09:47.

2. الإذاعة الجزائرية http://www.radioalgerie.dz/news/ar/article/20141018/16899.html 2017/04/20، 12:28

3. اكمل عبد الحكيم ، جريدة الاتحاد وجهات نظر، **مفهوم المرض وأهمية عوامل الخطر**، نشر يوم الخميس 20 سبتمبر 2012. http://www.alittihad.ae/wajhatdetails.php?id=68150

4. بلديات ورقلة، المنقر. (www.dictionnaire.sensagent.leparisien.fr). 2018/2/7، 10:30

5. بنيو ساوث ويلز ،**سرطان الثدي**، مجلس مكافحة السرطان http://languages.cancercouncil.com ، 2017/5/2 ، 12:06،

6. جميل حمداوي، **علم الاجتماع بين الفهم والتفسير**، شبكة الالوكة ،www.alukah.net، ص18.

7. حسني ابراهييم عبد العظيم، **سلوك المريض** :بحث موجز في علم الاجتماع الطبي، http://www.myportail.com/actualites-news-web-2-0.php?id=6864#lie.

8. خالد، **الجسد كموضوع سوسيولوجي**، http://khalid-sociologie.blogspot.com/، 13:01، 2017/02/09.

9. **داء السرطان في الجزائر وشهادات من الواقع**، http://www.shababdz.com/vb/shababdz19768/ 2017/04/23، 13:25

10. دار الثقافة مفدي زكرياء. **تاريخ وحضارة ورقلة**، 2018/3/9، 10:07.(www.mculture-ouargla.com).

11. صحيفة الواقع، السرطان، http://www.who.int/mediacentre/factsheets/ 2017/04/20، 12:10

12. العقلة، إحسان. ولاية ورقلة. 8/ 3/ 2018، 11:12(www.mawdoo3.com).

13. الفقيهي عبد الواحد، **الجسد؛ النظرية الاجتماعية**، http://fakihiprof.blogspot.com/، 15:34، 2017/02/11.

14. ق.ح، **مراكز جديدة لعلاج السرطان في الجزائر**، أخبار اليوم، http://www.akhbarelyoum.dz/، 2017/05/09، 11:06

15. **كل ما يجب معرفته عن سرطان الثدي**، http://www.sehha.com، 10/10/2016، ساعة 22:15.

16. لبنى لطيف، **علم الاجتماع الجسد: علم الاجتماع الجديد– نحو الجسدانية–** https://www.makalcloud.com ، 21:38، 2017/02/15.

17. الجزائر: ص. بورويلة http://www.elkhabar.com/press/article/91644/#sthash.xXalxNkv.dpb 02 أكتوبر 2015 ، 22:45

18. متحدون ضد السرطان، **مكافحة السرطان في العالم النامي**، برنامج العمل من أجل علاج السرطان "التطورات والابتكارات "، htt://cancer.iaea.org.

19. مركز مكافحة السرطان بورقلة : **مشروع توسعة لتدعيم قدرات استقبال المرضى**، نشر في صحة وعلوم تكنولوجيا. (http://www.aps.dz/ar/sante-science-%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B1%D8%B6%D9%89 الخميس26 مارس 2015 09:47

20. مزداغ، بلدة عمر بالأرقام، (www.blidetamor.com). 15/ 3/ 2018، 10:30

21. المعرفة، دائرة تقرت. (www.marefa.org). 2018/2/22، 10:30

22. منتدى التاريخ والاركيولوجيا. **مدينة ورقلة تاريخ وعراقة وسحر الجنوب الشرقي**. (www.30dz.justgoo.com). 8/ 3/ 2018 ، 21:44 .

23. منتدى اللمة الجزائرية. بطاقة فنية عن مدينة أنقوسة العريقة،. (www.4algeria.com). 2018/3/2، 10:12

24. منتديات الجلفة، تاريخ ولاية ورقلة.(www.djelfa.info). 2017/11/9، 23:55

25. موقع 15/04/2016http://www.alawan.org/article11032.html. 19:44 .

26. موقع الطبي سرطان الثدي http://www.altibbi.com/2016/02/08 ، 21:52

27. موقع موضوع، ولاية ورقلة. 01،13:45/03/2018 http://mawdoo3.com/%D9%88%D9%84%D8%A7%D9%8A%D8%A9_%D9%88%D8%B1%D9%82%D9%84%D8%A9

28. الموقع الرسمي لدائرة سيدي خويلد. بطاقة تعريفية حول دائرة سيدي خويلد. (www.dairasidikhouiled.blogspot.com). 2018/3/10، 15:22

29. الموقع الرسمي لولاية ورقلة. (http://www.wilaya-ouargla.dz/ar/?page_id=1059). 02/03/2018، 00:42.

30. الموقع الرسمي لولاية ورقلة،التطور التاريخي لمدينة ورقلة،(revues.univ-ouargla.dz). 2018/02/14 ، 20.24

31. الموقع الرسمي لولاية ورقلة، (https://archive.li/3TQbg). 27/02/2018، 13:20.

32. موقع الطبي ، سرطان الثدي http://www.altibbi.com/2016/02/08 ، 21:52

33. موقع مجموعة المدار الإعلامية ، جغرافية بلدية النزلة ، (www.w.mdar.com). 2018/2/7، 10:10

34. موقع ولاية ورقلة، لمحة تاريخية عن ولاية ورقلة–جغرافيا. (www.wilaya-ouargla.dz). 2018/3/8 23:31

35. وكالة الأنباء الجزائرية، **سرطان: مراكز العلاج الثلاثة للجزائر** العاصمة تستقبل 20% من 50.000 حالة جديدة المسجلة سنويا في البلد، الإذاعة الجزائرية، http://www.radioalgerie.dz/، 2017/05/09، 11:25.

36. يوسف سعدون، **من سوسيولوجيا الطب إلى سوسيولوجيا الصحة**، جامعة سكيكدة. http://www.univ-skikda.dz/doc_site/revues_SH/ar4.pdf.

5/ **المقابلات** :

1. الاخظاري، رئيس قسم الطاقم الطبي للمصلحة، **التعريف بمركز العلاج،داخل مركز العلاج السرطان بورقلة** ، الجزائر، 2017/05/0، 09:00

2. بوعزيز حسام، **رئيس مكتب سجل السرطان بولاية ورقلة**، في مستشفي محمد بوضياف ورقلة- الجزائر، 03/05/2017، 10:38.

3. حليمي فاطمة. **سكرتيرة مدير مستشفى محمد بوضياف** ، يوم 2018-02-08، على الساعة 10:20

4. ياسمين بختي ، **مركز العلاج لمكافحة السرطان بولاية ورقلة** ، الجزائر، من 2016/10/10- إلى2017/5/4

5. رحمة دغة. السيد رئيس المصلحة مكافحة السرطان بورقلة. لمحة عن المركز ألاستشفائي بورقة. مستشفى محمد بوضياف قسم أمراض الأورام.يوم 28-10-2016، ساعة 10 صباحاً.

6/ **المحاضرات** :

1. محمد المهدي بن عيسى ، **محاضرة حول مفاهيم المقاربة**، قسم الدكتوراه علم الاجتماع العائلي، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2015/10/25.

2. محمد المهدي بن عيسى، **محاضرة حول الدراسات السابقة**، جامعة قاصدي مرباح ورقلة 07/02/2017.

3. محمد المهدي بن عيسى، **محاضرة حول النموذج الثقافي**، جامعة قاصدي مرباح ورقلة 28/02/2017.

4. محمد المهدي بن عيسى، **محاضرة حول مفاهيم مقاربة**، جامعة قاصدي مرباح ورقلة،2016/03/10

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Abric Jean Claude, **Pratiques sociales et représentations**, Puf, Paris, 1994.
2. Philippe Adam, Claudine Herzlich, **Sociologie de la maladie et de la médecine**. Collection 128 - Sociologie - Anthropologie.2005
3. Association d' aide aux Malades Atteintsde cancer, **guide dinfomation et de dialogue l'usage des patients et de leurs proches**, le centre anti cancer de balida; et pierre et Marie curie d alger,Associationnel badr,2eme Edition, balida algie,2010-2011.
4. Baszanger Isabelle,**Les maladies chroniques et leur ordre négocié**. In Revue française de sociologie, 1986.
5. Gillian A. Bendelow , Simon J. Williams (1995), **sociology of health end illness**.pdf.
6. Daniel Benamouzig, 2010, **L'évaluation des aspects sociaux – Une contribution sociologique à l'évaluation en santé**,**La formation d'une expertise sociologique à la Haute Autorité de santé**, Dans Revue française des affaires sociales
7. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1995.tb00479.x.
8. Blanc N. et autres. (2006). **Le concept de représentation en psychologie**. Paris, In press.

9. Claudine Herzlich, **médicine**, **maladie et société**, paris, 1995.

10. Denise Jodelet, Les représentations sociales, édition PUF, 1989.

11. Epidemiologie du cancer du sein en algerie,a.barkat,chu.Constantine, 7éme congrès SAERM 14-15/03/2009 Alger.

12. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11

13. Freidson eliot (1985), la profession medicale in sciences sociales et sante.volume 3 n 1..

14. Guy Rocher,**Talcott Parsons et la sociologie américaine**,(1988).

15. Herzlich (C), **Santé et maladie**, **analyse d'une représentation sociale**, EHESS, 1996, paris.

16. Herzlich claudine, **santé et maladie analyse d'une représentation sociale**, EHESS, Paris, 2005.

17. Horssérie (ancienne formule) N° 48 Mars Avril Mai 2005 La santé, un enjeu de société **Points de repère : Les sciences humaines et la santé**http://www.scienceshumaines.com/points-de-repere-les-sciences-humaines-et-la-sante_fr_13795.html#titre_commentaire **2016/05/17 09:00**

18. http://jawahir.echoroukonline.com/articles/2058.html

19. http://mainecancer.org21:52 ، 2016/02/08/

20. http://www.djazairess.com/algeriapress/14681.14:55 ،20/04/2017 ،

21. http://www.elkhabar.com/press/article/91644/#sthash.xXalxNkv.dpuf

22. http://www.serpsy.org/formation_debat/diagnostic/representations.html#conception

23. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/ar/12:10 ،2017/04/20

24. Isabelle Baszanger, **les maladies chroniques et leur ordre négocié**, revue français de sociologie, XX v II 1986.

25. JODLET Denis, **Les Représentations sociale**, P.U.F Paris, 1989.

26. Karle Poper, Plaidoyet pour L'indeterunisme -, L'université irrisolu, Hirman, Paris1984, (PDF) www.google.books.com.

27. Larousse médicale, 1999, **librairie Larousse**, paris, France, 9eme, ed.

28. Marc Renaud, "**De la sociologie médicale à la sociologie de la santé; trente ans de recherche sur le malade et la maladie**". Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie.Québec: Les Presses de l'Université du Québec, l'Institut québé-cois de recherche sur la culture (IQRC), Presses de l'Université de Lyon, 1985.

29. Marc Renaud, "**De la sociologie médicale à la sociologie de la santé; trente ans de recherche sur le malade et la maladie**.

30. Marika richetto-redonet philippepitaudi, Miroir gentil miroir, **Des représentations sociales de la maladie d'Alzheimer comme éléments d'approche des malades et de leur entourahe**, Creai paca-Corse, decebre2005.

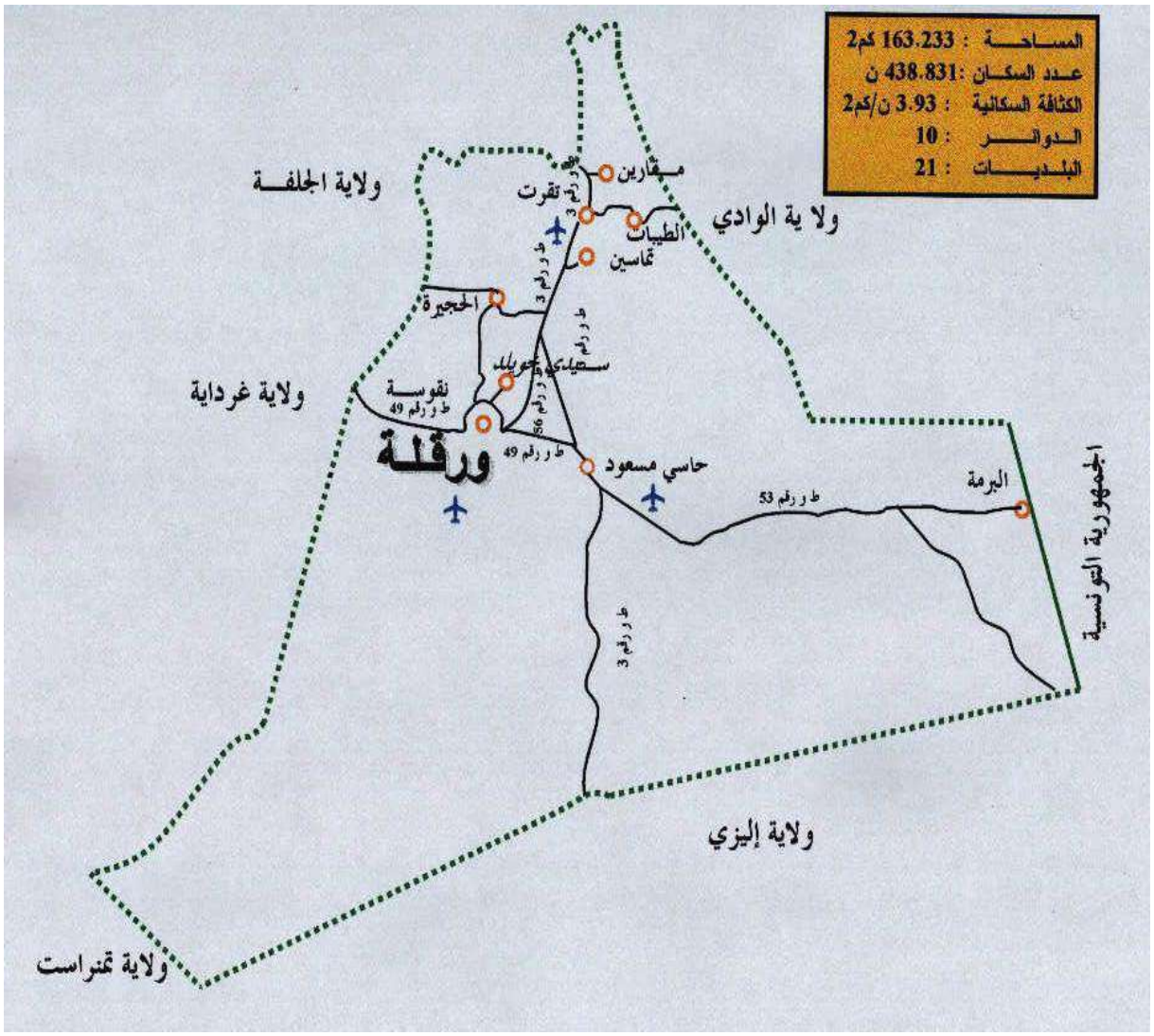
31. Michel Reich, « **Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique**. Travail présenté lors des 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille 24-27 septembre 2008 », *L'information psychiatrique* 2009/3 (Volume 85).

32. Parsons Talcoott, **éléments pour une sociologie de la l'action traduction de Bourricaud français ploncoll** .recherche en sciences humaines, Paris, 1995.

33. Stanly davinson and others **the principles and practice of medicine**, London, 1987.

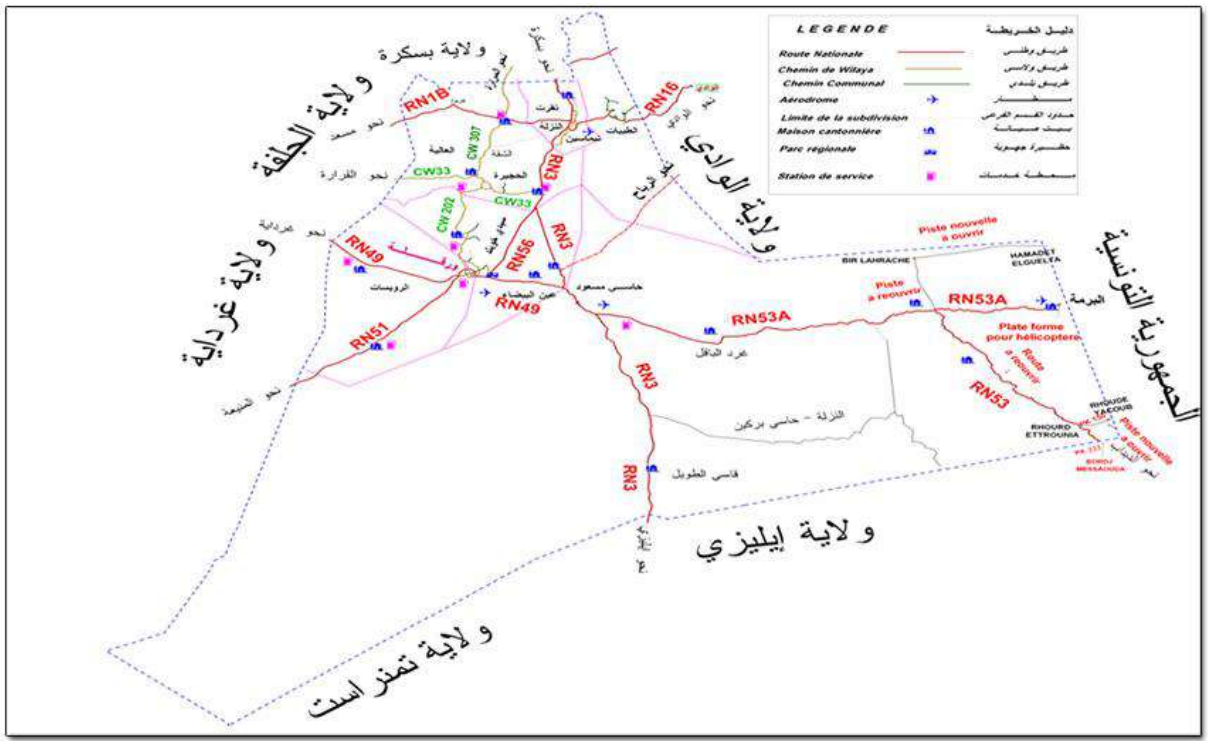
الملاحق

الملحق رقم 01:



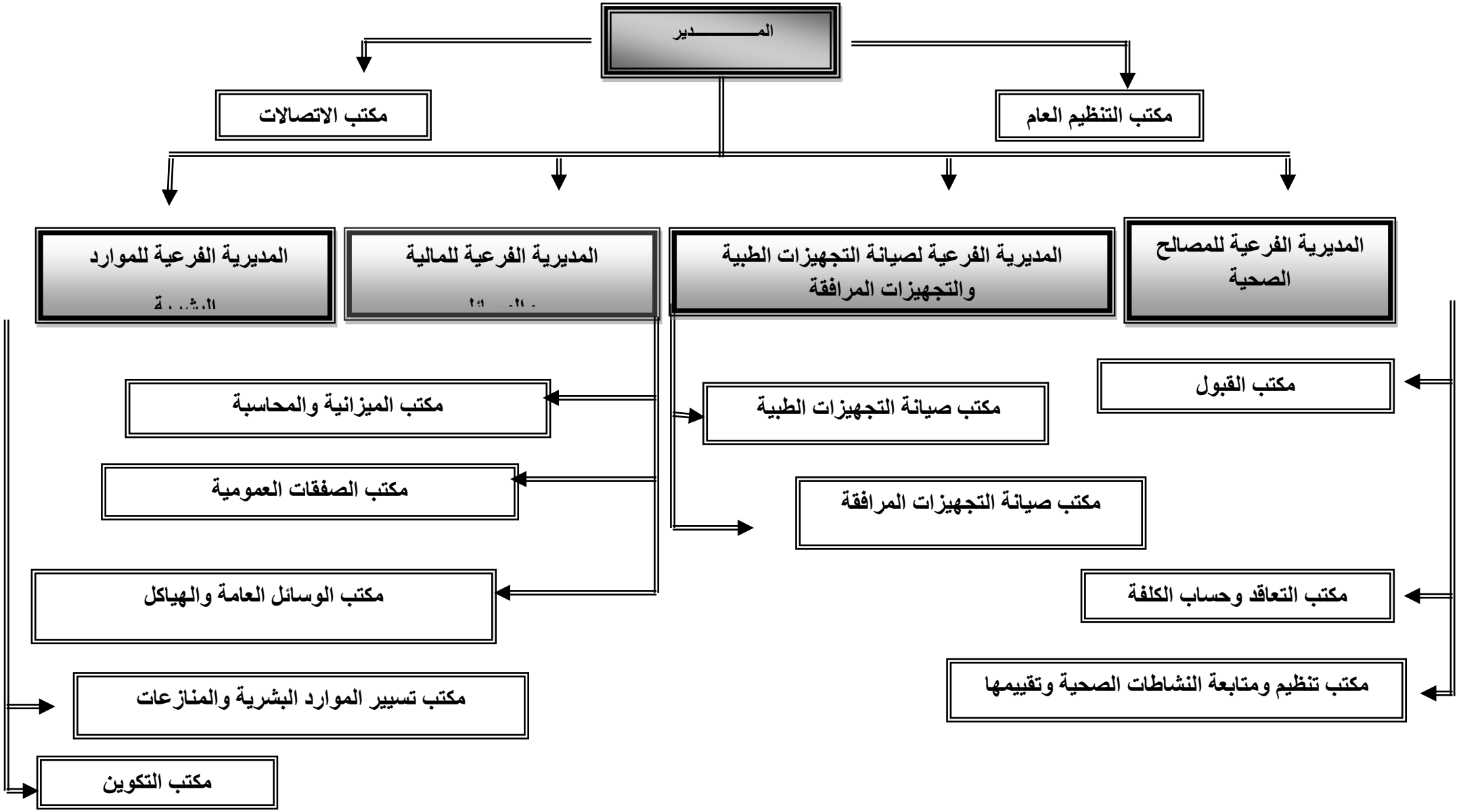
شكل رقم 01 يمثل خريطة ورقلة

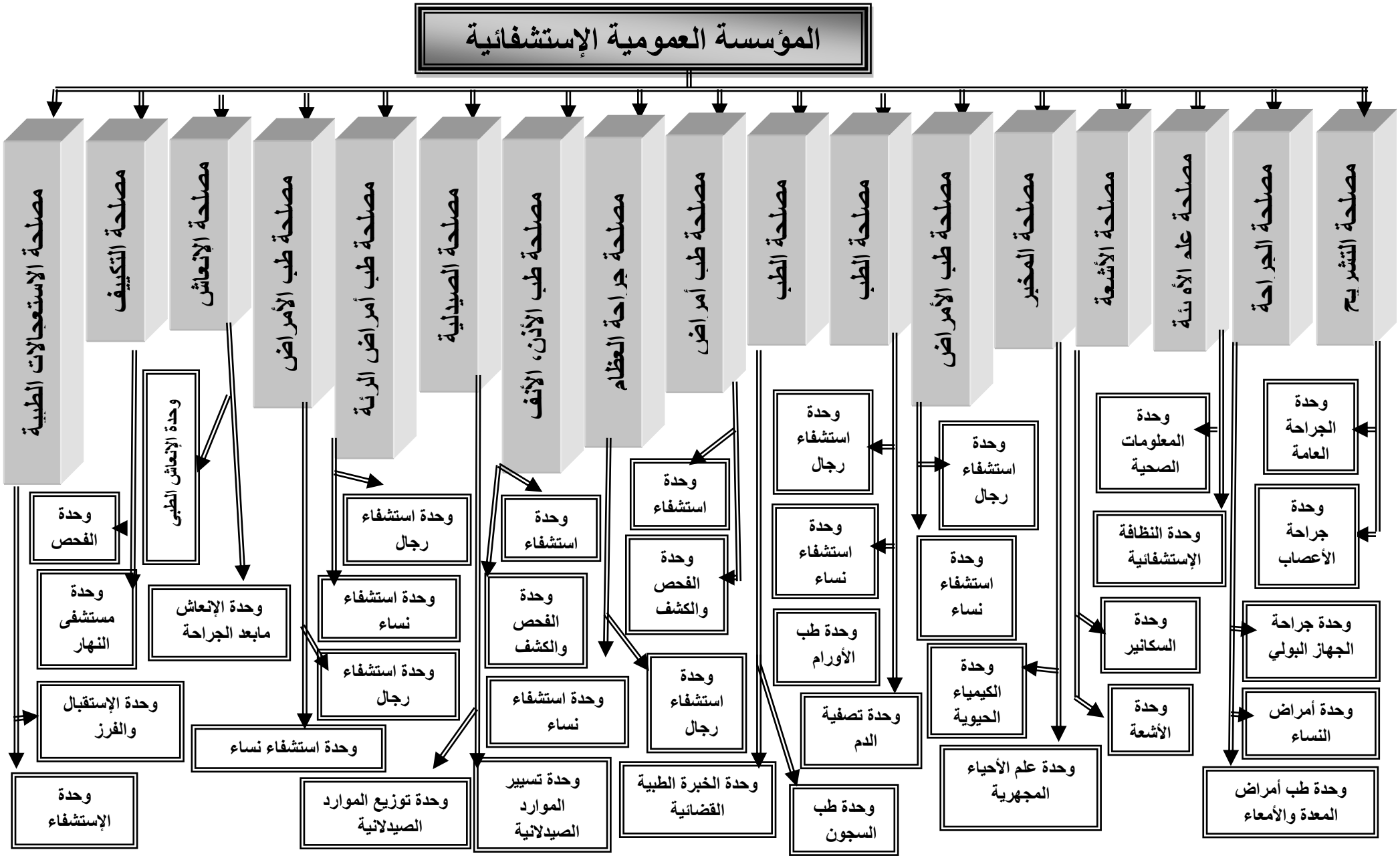
الملحق رقم 02 :



شكل رقم 02 توضح الخريطة التالية تقسيم دوائر ولاية ورقلة:

ملحق رقم 03 : الهيكــل التنظيمــي للمــؤسسات العمومية الاستشفائية وفق القرار الوزاري المشترك المؤرخ في : 2009/12/20




المؤسسة العمومية الإستشفائية
مصلحة التشريح
مصلحة الجراحة
مصلحة علم الأوبئة
مصلحة الأشعة
مصلحة المخبر
مصلحة طب الأمراض
مصلحة الطب
مصلحة الطب
مصلحة طب أمراض
مصلحة جراحة العظام
مصلحة طب الأذن، الأنف
مصلحة الصيدلية
مصلحة طب أمراض الرئة
مصلحة طب الأمراض
مصلحة التكييف
مصلحة الاستعجالات الطبية
وحدة الجراحة العامة
وحدة جراحة الأعصاب
وحدة جراحة الجهاز البولي
وحدة أمراض النساء
وحدة طب أمراض المعدة والأمعاء
وحدة المعلومات الصحية
وحدة النظافة الإستشفائية
وحدة السكانير
وحدة الأشعة
وحدة علم الأحياء المجهرية
وحدة استشفاء رجال
وحدة استشفاء نساء
وحدة الكيمياء الحيوية
وحدة تصفية الدم
وحدة طب السجون
وحدة استشفاء رجال
وحدة استشفاء نساء
وحدة طب الأورام
وحدة الخبرة الطبية القضائية
وحدة استشفاء
وحدة الفحص والكشف
وحدة استشفاء رجال
وحدة تسيير الموارد الصيدلانية
وحدة استشفاء
وحدة الفحص والكشف
وحدة استشفاء نساء
وحدة توزيع الموارد الصيدلانية
وحدة استشفاء رجال
وحدة استشفاء نساء
وحدة استشفاء نساء
وحدة الإنعاش مابعد الجراحة
وحدة الإنعاش الطبي
وحدة الفحص
وحدة مستشفى النهار
وحدة الإستقبال والفرز
وحدة الإستشفاء

الملحق رقم 04: نموذج عن مستويات الفهم من اعداد الطالبة

الحلات		01		02	03		
المجلات		المجال الأول	المجال الثاني	المجال الأول	المجال الأول	المجال الثاني	المجال الثالث
المستوى الأول (ملمح المجال)	عدد افراد المتفاعلين						
	شدة التفاعل						
	مدة التفاعل						
المستوى الثاني (انموذج الثقافي)	العلاقة بين المبحوث و المجال						
المستوى الثالث (طبيعة التفاعل)	منتجة						
	موزعة						
	مستهلكة						
المستوى الرابع (طبيعة الهوية)							

	المتغيرات	المؤشرات	الأدوات
البيانات الشخصية	السن		- وثائق من داخل المركز. .المقابلة
	المستوى التعليمي	مستوى الديني (المدرسة القرآنية)	مقابلة
		بدون مستوى	
		ابتدائي	
		متوسط	
		ثانوي	
		جامعي	
	الحالة الاجتماعية	عازبة	مقابلة
		متزوجة	
		أرملة	
		مطلقة (قبل المرض أو بعد المرض)	
	الحالة المهنية	بدون عمل	مقابلة
		عاملة	
		متقاعدة	
	المجال العمراني (المنطقة)	الولاية	الوثائق/ ملاحظة/ مقابلة
		المنطقة (تصنيف)	
	مرحلة المرض	بداية المرض	ملاحظة (الجسد) /مقابلة / ملف (وثائق)/ سؤال الطبيب
		مرحلة الوسطى	
		مرحلة متقدمة	

المتغيرات	الأبعاد	المؤشرات		شرح المؤشرات	أدوات
المعاني المكونة لدى المريضة	الوسائل	اللباس		- اللباس العصري - اللباس الذي يغطي اثار المرض - لا ابالي باللباس	الملاحظة و المقابلة
	اللغة	الكلام		- المرض عادي - المرض محطم - الهروب عن موضوع المرض	الملاحظة و المقابلة
المجال الإجتماعي بعد المرض	**مجال الأسرة**	وضعيتها في الأسرة بعد مرض	مطلقة	- ينفصل الزوج عن الزوجة بسبب المرض	المقابلة
			تزوج عليها	- لا يتقبل الزوج الزوجة و يعيد الزواج على المريضة	
			تزوجت بعد مرض	- تقبل الطرف الثاني المريضة كما هي ويتم الزواج	
			بقت في عائلة الأصلية (لم تتزوج)	- لم تنتج أسرة بسبب المرض	
			بقيت متزوجة	- اصيبت بالمرض بعد الزواج وبقا الزوج معها دور المساند	
	مجال المركز ألاستشفائي	- تواجدها في المركز		- أثناء فترة العلاج فقط - أثناء فترة علاج احد مريضات في المركز - بشكل عشوائي	- الملاحظة. - المقابلة مع الطاقم الطبي - المقابلة مع الطاقم الإداري - مقابلة مع المريض
		- ذهاب إلى المركز خارج أوقات تلقي العلاج		- للاستفسار - لزيارة احد المرضى سرطان الثدي - لتزود بالمعلومات عن طريقة العلاج، أو عن المرض - لمعرفة كيف يكون مريض السرطان بعد العلاج - لا اذهب	
		- عمل خاص (جديد بعد المرض / أم لم أتوقف عن العمل أصلا)		- ورشة خياطة - مربية أطفال - صناعة حلويات - مشروع مهني	المقابلة
		- عمل الحكومي (جديد بعد المرض / أم لم أتوقف عن العمل أصلا)		- عمل إداري - تعليم	
		- توقف عن العمل		- بسبب كلام الناس - بسبب عدم القدرة الصحية	
		- تغير نوع العمل بعد المرض		- من أجل مقابلة بناس لا اعرفهم	

	مجال العمل			
	المجال جماعة الرفاق	- تواصل مع الأصدقاء	- عبر الهاتف - عبر الانترنت	مقابلة الملاحظة
		- الالتقاء بالأقارب والأصدقاء	- في المنزل - خارج المنزل	
		- معرفة المقربون بإصابتك بالمرض	- تم إخبارهم - تم ملاحظة ذلك	
		- وجود احد الأصدقاء أثناء العلاج	- يذهب معك للعلاج وخطوت الأخرى	
		- الابتعاد عن الأصدقاء القدامى بعد المرض.	- لعدم تغير سورتهم عني	
		- التعرف على أصدقاء جدد بعد المرض.	- من جماعة مرضى حاملين نفس المرض	

	الأبعاد	المؤشرات	شرح المؤشرات	الأدوات
الأفعال الاجتماعية	مجال الأسرة	- رموز	- لغة قاسية من طرف الأسرة - إشارات تدل على عجز المريضة - إشارات من الأسرة تدل على أن المريضة غير قادر - إيماءات على عدم قدرة تفاعل المريضة - إيماءات من طرف المريضة على أنها قوية وقادرة	مقابلة الملاحظة الأهل أن وجدوا مع المريضة أثناء بالمقابلة
		- المعاني	- تصريح أفراد الأسرة بأنك مريضة - أسلوب كلام من طرف الأسرة يوحي بالتهميش المريض - أسلوب المريضة بأنها قوية - كلامها يوحي بالعجز	
		- الرسائل	- يخبرون المريض بطرقة مباشرة عن الموت. - يصرحون بمرضها - يعطوها أمثلة عن من شفوا من المرض	

	مجال العمل	- الرموز	- اللغة تواصل داخل المجال العمل - الإشارات المرسلة من طرف المريض - الاماءات المرسلة من طرف المريض - الإشارات المرسلة من أصحاب العمل - الإشارات من طرف المدير العمل - الإيماءات التي ترسل إلى أصدقاء العمل	المقابلة
		- المعاني	- الأفعال التي تكون بين المريضة والموجدين في العمل - طريقة الكلام بين المريضة والموجودين في العمل وماذا توحي - أسلوب الخطاب والكلام بين المريضة والموظفين في العمل	
		- الرسائل	- مباشرة بين الموظفين و المريضة - غير مباشرة توحي لمعاني ما - غامضة تخفي معاني ما	
	مجال: المركز ألاستشفائي	- الرموز	- لغة عامية - لغة طبية - لغة أجنبية معتمدة - لغة عادية - إشارات وإيماءات من المريض على عدم تقبل الطبيب والطاقم الطبي - عدم الاهتمام بالمريض - إشارات الطاقم الطبي عن الموت والمرض لمريضة - إشارات عن القوة والصحة من المريضة لطاقم الطبي و العكس - إشارات بالقوة والصحة للمرضى من نفس المرض	

		- المعاني	- طريقة الكلام مع المريضة - أسلوب الكلام - تهميش مريض من طرف الطاقم الأطباء - يحاول الطاقم الطبي إعطاء أمثلة نجحت في محاربة المرض للمريض - يزود المركز ألاستشفائي بمعلومات طبية كاملة عن المرض للمريض - يخبر الأطباء طرق العلاج جديدة لمحاربة مرض سرطان الثدي - الأفعال المعتمدة وغير معتمدة للمريضة من طاقم الطبي	- المقابلة - الملاحظة أثناء انتظار دور - ملاحظة ما يقال عن الطبيب بأنه يطلع المورال مثلا - ملاحظة معاملة الطاقم الطبي للمرضى
		- الرسائل	- يقدم الطاقم الطبي النصيحة للمريض	
	مجال: **جماعة الرفاق**	- الرمز	- الأصدقاء لا يظهر لهم المريض بالمرض - لا يعلمون الأصدقاء بمرض المريض - يتواجد معك الأصدقاء أثناء فترة العلاج المريض	- الملاحظة إذا تواجد احد الأصدقاء عند العلاج. - ملاحظة سيمات و تعابير الوجه عند الكلام في هذا الموضوع. - المقابلة
		- المعاني	- مع الأصحاب يشعر المريض بالمرض - يكون المريض إنسانا طبيعيا مع الأصدقاء	
		- الرسائل	- أصحاب هم مصدر القوة للمريض - . يخبر المريض جماعة الرفاق دائما انه بخير - يحملون جماعة الرفاق نظرة شفقة	
المتغيرات	**الأبعاد**	المؤشرات	- شرح المؤشرات	الأدوات
التفاعل الاجتماعي	**مجال العمل**	أطراف التفاعل	- رب العمل - الموظفون داخل المؤسسة - الموظفون خارج المؤسسة	المقابلة

		الشدة تفاعل	- مدة التفاعل	- كل أوقات التواجد في العمل - عند الإجراءات الإدارية - عند الحاجة فقط		
			- نقص التفاعل	- بين المريضة والموظفين داخل العمل - بين المريضة ومدير العمل داخل العمل		
			- زيادة التفاعل	- بين المريضة والموظفين داخل العمل - بين المريضة ومدير العمل داخل العمل		
		السلطة	- مركز السلطة	- مدير العمل - رئيس القسم - المريضة (مشروع خاص)نوع العمل - احد المتواجدين في العمل		
	مجال الأسرة	أطراف التفاعل	أسرة الممتدة	- الأم ،الأب ،الزوج،الأولاد،أم الزوج،أب الزوج،الجد،الجدة ،العم ،الاخوة..... الخ		- المقابلة - الملاحظة احد الأقارب عند موعد العلاج
			أسرة نووية	- الأم،الأب ،الزوج،الأولاد		
		شدة تفاعل	- مدة التفاعل	- في أوقات الغذاء والعشاء - لا اجلس معهم أبدا - أكثر الأوقات		
			- زيادة تفاعل	- دائما في استشارة معهم - دائما في اتصال		
			- نقص التفاعل	- لا اخبر احد بما افعل - لا استشير احد - لا اتصل بأحد		
		السلطة	- أطراف السلطة	متزوجة	- الزوج، الزوجة، أهل الزوج	
				غير متزوجة	- الأم، الأب، الجد، الجدة، الأخ	
			- توزيع وإدارة المهام اليومية داخل الأسرة			
	المركز ألاستشفائي	أطراف التفاعل	- الأطباء - الممرضين - المرضى - الإداريين - الأخصائي النفسي			ملاحظة مقابلة
		شدة التفاعل	- مدة التفاعل	- أوقات العلاج - خارج أوقات العلاج		
			- زيادة / نقص التفاعل	- دائما في اتصال وتفاعل - لا يوجد اتصال ابدآ حتى أوقات العلاج		

				الاندماج مع طاقم الطبي أثناء الفحص وبعد خارج حصص المعالجة	
		السلطة	- تتوزع السلطة بشكل متساوي - عند أي شخص في المجموعة - عند المريضة - المريضة موجودة فقط		
التمثلات		القيم والمعايير	- المرض ابتلاء - مرض موت - مرض عار - مرض كمشكل - سرطان مرض عادي - سرطان خطير		مقابلة مع المريضة الملاحظة في ردة فعل المريضة عند التكلم على مرضها .
		تمثلات المريضة لذاتها	- تقييم درجة التغير الشخصي الناجم عن مرضك. - أنا امرأة منحوسة - // // عاقبني ربي - // // مش قادرة ندير والوا - راني لاهية بعمري - أنا قادرة على شقاية - منيش مريضة هاذي حاجة عادية - زهر معنديش - لست ناقصة - مرض يعلمني حاجات بزاف - فرد منبوذ - في الفترة الأولى من العلاج يكون المريض متمسك بالأمل الشفاء. - الفترة المتقدمة من المرض تعود على حالة المرضية - يستسلم ويكره حياته المريض الذي طالت مدة علاجه. - يؤثر نوع العلاج على الصحة ومعنوية المريض - الجراحة ومنها اتصال الثدي ولا يتقبله المريض		
		تمثلات المجتمع للمريضة	- مريضة ملعونة - // منحوسة - // عار - // مشكل - // مسكينة - // ربي كاتبلها - // ربي عاقبها - // ربي حبها بلاها		
النموذج الثقافي	نموذج عمراني حضري (نموذج معاصر لمفهوم للمرض)		- هذا المرض له علاج - المرض دلالة على تمسك في الحياة - دلالة على الصحة - يعتبرون المريض انه سوف يحارب المرض		مقابلة الملاحظة

	نموذج عمراني ريفي (نموذج تقليدي لمفهوم للمرض)	- لا يمكنهم بتصريح بالمرض - لا يعالج هذا المرض لأنه عار - سرطان الثدي موت المرأة - ليس له علاج - مسحورة - تابعة	
الهوية	- الهوية المريضة	- عدم تفاعلها في المجلات الاجتماعية الأخرى التي كانت تتفاعل فيها قبل المرض - انسحابها إلى مجالها الاجتماعي الأصلي - عدم ظهورها في المجلات الاجتماعية التي كانت تتفاعل فيها من قبل	المقابلة الملاحظة
	- متجاوزة لهوية المريضة	- تمكنها من التفاعل في المجلات الاجتماعية أخرى - تجاوز إعاقة المرض - زيادة تفاعلاتها - تفاعلاتها عادية - ايعادة رجوعها للعمل إذا كانت تعمل.	
	- فاقدة لمعنى لإنتاج وايعادة إنتاج الهوية	- أنسحبها الكلي من أي مجال - عدم تأقلمها في أي وضع كان - صعوبة إجراء المقابلة - يائسة - لاتهمها صحتها - ليس لديها الرغبة في التعامل والتفاعل مع الناس	