

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد ابن باديس-مستغانم-

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم الاجتماع

مذكرة لنيل شهادة الماستر في موسوعات سوسولوجية في مجال الصحة

المسار المرضي للمصابة بسرطان عنق الرحم

دراسة ميدانية سوسولوجية بمصلحة الاورام السرطانية بمستشفى يومي

بمزغان -مستغانم-

إشراف الأستاذة:

مشري فريدة

إعداد الطالبة:

ثابت فتيحة

لجنة المناقشة

جامعة مستغانم

مناقشا

أ/مناد سميرة

جامعة مستغانم

مقررة

أ/مشري فريدة

جامعة مستغانم

رئيسا

أ/كيم صبيحة

قابلية للإعارة

بالمكتبة

مشري فريدة

Ala

السنة الجامعية

2016-2017

شعبة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد ابن باديس-مستغانم-

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

شعبة العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع

رسالة لنيل شهادة الماستر في موسوعات سوسولوجية في مجال الصحة

المسار المرضي للمصابة بسرطان عنق الرحم

دراسة ميدانية سوسولوجية بمصلحة الاورام السرطانية بمستشفى يومي

بمزغان -مستغانم-

إشراف الأستاذة:

مشري فريدة

إعداد الطالبة:

ثابت فتيحة

لجنة المناقشة

جامعة مستغانم

مناقشا

أ/عزوز نوال

جامعة مستغانم

مقررة

أ/مشري فريدة

جامعة مستغانم

رئيسا

أ/الهوري عبد الكريم

السنة الجامعية

.2016-2015

كلمة شكر وتقدير

أتوجه بآول الشكر إلى المولى تعالى بالشكر و الشاء على نعمته كلها وعلى توفيقه لي في إنهاء هذه المرحلة من التحصيل العلمي, و أشكره عز وجل شكر من يطمع في المزيد مصداقا لقوله تعالى: [لئن شكرتم لأزيدنكم] وبعد التوجه بالشكر و الشاء للمولى عز وجل, أتقدم بالشكر الجزيل إلى أستاذتي المشرفة "فريدة مشري" على خدماتها ودعمها وتوجهاتها التي كانت لها الأثر الكبير في انجاز هذه الدراسة, فجزاها الله عني خيرا ورعاها و أنار دربها.

كما أتقدم بالشكر و الاحترام و التقدير للسادة الافاضل أعضاء لجنة المناقشة .

لايفوتني أن أتوجه بالشكر و التقدير الى كل من قدم لي المساعدة أو ساهم في إبداء النصح و المشورة في مسيرتي العلمية, فشكرا لكم جميعا.

ثابت فتيحة





إهداء

الحمد لله الذي جعل العقل نعمة لنا وجعل العلم واجبا علينا, وجعل النور طريق هدايتنا.

ألى من جعل الجنة تحث قدميها, الى من غمرتني بالحب و الحنان و سقتني بالدفء و

الامان, الى تلك الشمعة التي تذوب و تحترق لاتعلم و ادرس, الى اغلى من في الوجود امي

الحبيبة الى من كنت أمله أن يشهد يوم تتويجي بالشهادة, خطوات عمري, ساعات عملي وسهري

دقائق أمني ويأسي, لحظات سعادتني ابي العزيز الى الشموع التي تضيئ دربي إخوتي: حفصهم الله

الى قسم علم اجتماع الصحة ماستر 02.

إلى كل عائلي أطال الله في عمرهم.

الى رفيقات دربي وحببيات قلبي صديقاتي: خضرة, حنان, سامية, خيرة, العالية, بختة

منال, كريمة, فتيحة, كريمة

الى البراعم الصغار: زونة, حمادة, أسينات, إسحاق, جليل, يعقوب, جميلة, يوسف.

ثابت فتيحة



الفهرس

كلمة شكر وعرفان

إهداء

مقدمة

الجانب النظري للدراسة

الفصل الاول: الجانب المنهجي للدراسة.

02-الخطوات المنهجية للدراسة.

02.....1- الاشكالية.

03.....2-الفرضيات.

03.....3- أسباب اختيار البحث.

044- أهداف البحث.

04.....5- أهمية البحث.

04.....6- صعوبات البحث.

7- تحديد

05.....المفاهيم.

09.....8- المقاربة النظرية.

10.....9- الدراسات السابقة.

24.....-المنهجية المتبعة والتقنيات المستعملة.

25.....1-الدراسة الاستطلاعية.

2-المنهج المتبع وتقنيات جمع و تحليل

المعطيات.....25

3-مجالات

الدراسة.....28

4-العينة.....29

الفصل الثاني: الصحة و المرض

تمهيد.....31

1- نشأة الانثروبولوجيا الصحية.....31

2- أهم أهداف الانثروبولوجيا الصحية.....31

3-تمثلات الصحة و المرض عبر التاريخ

بالجزائر.....32

خلاصة.....34

الفصل الثالث: كلودين هيرزليتش

تمهيد.....37

1-المرض ظاهرة إجتماعية.....37

2-أسباب المرض و أشكاله.....38

3-أشكال الصحة.....38

4- أشكال المرض.....39

5-تصور المرض و الصحة عند بارسونز.....41

خلاصة.....43

الفصل الرابع: الامراض المزمنة

تمهيد.....46

1-نبذة تاريخية عن الانتقال نحو الامراض المزمنة في

الجزائر.....47

2- الوضع الصحي مند العهد العثماني في المجتمع الجزائري.....47

3-واقع الامراض المزمنة حديثا في المجتمع

الجزائري.....69

4-أهم الامراض المزمنة المنتشرة في المجتمع

الجزائري.....73

5-الامراض المزمنة الشائعة عموما.....74

6-السياسة الوطنية لمكافحة الامراض المزمنة في المجتمع

الجزائري.....81

92.....خلاصة

الفصل الخامس:المرأة المغربية و الصحة وتمثل مرض السرطان

تمهيد.....96

1-المقاربة السوسولوجية للصحة.....96

2-المرأة من منظور سوسولوجيا النوع الاجتماعي.....98

3-المرأة والصحة وبروز الوعي الاجتماعي.....99

4- بحثا عن البدائل.....100

101.....خلاصة

الفصل السادس:الجانب التطبيقي

الجانب الميداني للدراسة

تمهيد.....

المحور الاول: ماهو مفهوم الصحة عند

المرأة.....104

المحور الثاني: مرحلة ما قبل

المرض.....104

المحور الثالث: وضعية الازمة.....

105..

المحور الرابع: الحياة الاسرية ومعايشة المرض.....

107..

المحور الخامس: مفهوم سرطان عنق الرحم عند

المريضة.....111

112 خلاصة.....

113 استنتاج عام.....

خاتمة.

قائمة المصادر و المراجع.

الملاحق.

مقدمة

يعتبر مرض السرطان من الأمراض الخطيرة الهامة التي تشغل بال الباحثين في جميع أنحاء العالم نظراً لزيادة معدل الإصابة به، و لمرض السرطان بعداً جغرافياً و بيئياً، وأصبح مرض السرطان مصدر قلق لبرامج التنمية البشرية، فقد تسبب هذا المرض في وفاة 7.6 مليون نسمة (نحو 13% من مجموع الوفيات) في عام 2008 ويتسبب السرطان في وفاة ما يزيد على 3.4 مليون شخص سنوياً في مختلف أنحاء العالم أكثر من نصفهم بقليل من سكان البلدان النامية بسبب ارتفاع متوسط العمر المتوقع والتحسين المستمر في مكافحة المشكلات الصحية الرئيسية وزيادة استهلاك التبغ فالانخفاض الذي حدث في نسبة استهلاكه في العديد من البلدان النامية أدى لانخفاض نسبة الإصابة بالمرض، كما أن 70% من إجمال تلك الوفيات يحدث في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة، وتحدث 30% من وفيات السرطان بسبب خمسة عوامل خطيرة ما بين سلوكية وغذائية، وهي ارتفاع كتلة الجسم، عدم تناول الفواكه والخضر بشكل كاف، قلة النشاط البدني، تعاطي التبغ، تعاطي الكحول¹.

يعد السرطان أحد الأسباب الرئيسية للوفاة بين الأشخاص المنتجين في البلدان الصناعية والنامية على حد سواء².

انطلاقاً من التداخل بين التطورات الحادثة في مجال المعارف الطبية وكذلك تعقد الحياة الاجتماعية لم تعد الصحة مفهوم ستاتيكي يقتصر على المعنى المتمثل في غياب المرض، بل هو يحمل بعداً أشمل يتجسد من خلال التعريف الذي وضعته المنظمة العالمية للصحة، كونها: (حالة من الرفاهية البيولوجية والعقلية والاجتماعية وليس فقط غياب المرض والعاهة الجسمية)، ورغم أهمية هذا التعريف في ادخال المحددات الاجتماعية لحالة الصحة الا أنه يشمل مجال واسع من المعاني انطلاقاً من مفهوم مثالي أفلاطوني للرفاهية إلى غياب الحالات البيولوجية السلبية (المرض، الألم، العاهة، الموت) وتمثل المرأة نصف المجتمع الانساني، فهي الام و الزوجة والاخت و الابنة، وأصبح دورها في المجتمع المعاصر يحتل مكانة عالية ضمن الموضوعات التي تناقش حالياً، وتعد الصحة و الحيوية التي تتمتع بها المرأة من أهم العوامل التي تمكنها من

¹ منظمة الصحة العالمية، السرطان، متحصل عليه من: http://www.who.int/media_centre/events/annual/word_cancer_day/ar/index.html، تاريخ الإطلاع: 2016-04-22.

² المرجع نفسه.

التكيف للمحيط الاجتماعي الذي تعيش فيه وتتفاعل معه، ومن الأولويات التي تساعدنا في أداء المهام المنزلية ومهام العمل الانتاجي خارج البيت، أما عاتلال صحة المرأة وتعرضها للعلل فانه يحاول دون قدرتها على التكيف مع المحيط وعجزها عن أداء المسؤوليات داخل وخارج البيت.

وبما أنني بصدد دراسة المسار المرضي للمصابة بسرطان عنق الرحم يظهر المرض كواقعة اجتماعية، هو المنطلق الذي تقوم عليه هذه الأطر مع العالم الطبي، كفضاء إجتماعي للتجربة المرضية، مع ظهور فضاءات إجتماعية أخرى خاصة عندما يتعلق الامر بالامراض المزمنة، و المرض كموضوع للدراسة السوسولوجية عرف أطر تصورية مختلفة، سنقوم بعرض أهم هذه الأطر لعلماء اجتماعيون حاولوا بناء نماذج نظرية لفهم المرض كواقعة اجتماعية، وهم على التوالي: تالكوت بارسونز، فريديسون، وستراوس وهم ينتمون لعالم الاجتماع الأمريكي الذي قدم العديد من المساهمات في مجال المرض و الطب، واذا كانت أطروحة كل من بارسونز، وفريديسون تدخل في مركزية طبية . كما أشارت له الباحثة بازنجر في مقالتها حول "الامراض المزمنة و نظامها التفاوضي"³. يعاد النظر فيها حسب الباحثة انطلاقا من خصائص الامراض المزمنة التي تجعل التفكير في فضاء اجتماعي أوسع من الطب و من مؤسساته انطلاقا من التساؤل حول الروابط الموجودة بين المرض و المجتمع في مختلف أبعادها.

حيث نجد أن النساء المصابات بهذا النوع من المرض يؤدي بهن الى استئصال العضو المريض، كما نجد أيضا أن الامراض الامراض السرطانية التي تصيب النساء خاصة مرض سرطان الرحم بكل أنواعه الذي نجده يحتل نسبة 11,9. وهذا النوع من السرطانات غالبا ما يصيب المرأة في سن 45 سنة، ومع العلم أن هذا العنصر مهم في البحث لأنه مرتبط بالمرأة وهويتها، ومن المعروف أن الانسان يعاني المراحل الحرجة من تغيرات تطراً على كافة جوانب شخصيته الجسمية و الاجتماعية وغيرها، وبعدها تصاب المرأة بالسرطان يجب عليها استأصاله خوفا على صحتها بمعنى بقائها على قيد الحياة وعدم تدهور صحتها أو الاخلال بأنوثتها من الناحية الجسمية و الاجتماعية.

³ Baszanger, (i), les maladies chronique et leurs ordres megocies).in :revue francaise de sociologie, vol,xxxvii, 1986,p8.

كما يعتبر من العوامل الهامة التي تؤثر كثيرا على السلوك، وهو إحساس الفرد بذاته وفي هذا البحث أقوم بمحاولة التوصل الى وضع لا تحسد عليه المرأة أي عليها الاختيار فقدان أهم رمز من رموز الانوثة والامومة لديها.

ومن أجل ذلك قمت بتقسيم الدراسة إلى ستة فصول أساسين:

الفصل الأول: الذي تناولت فيه الجانب المنهجي للدراسة، وهذا الاخير تطرقت فيه الى إشكالية الدراسة وأهميتها بالاضافة الى المقاربة النظرية، و المنهجية والتقنيات المستعملة، كذلك الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: حول الصحة والمرض وتناولت فيه نشأة الانثروبولوجية الصحية ، واهدافها وتمثلاتها عبر التاريخ بالجزائر

فيما يخص **الفصل الثالث:** تناولت فيه التمثل الاجتماعي للصحة و المرض عند هيرزليتش.

كذلك **الفصل الرابع:** فقد احتوى على أهم الامراض المزمنة في الجزائر عبر العصور.

الفصل الخامس: حول المرأة المغربية والصحة وتمثل مرض السرطان.

الفصل السادس: وهو الجانب الميداني للدراسة، حيث قسمته الى عدة محاور أساسية على شكل تساؤلات، اما المحور

الاول فقد تناول نظرة المرأة الى الصحة، اما المحور الثاني عن مرحلة ما قبل المرض، أما في المحور الثالث اردت معرفة

وضعية الازمة، أما المحور الرابع عن الحياة الاسرية ومعايشة المرض، وفي الاخير المحور الخامس تطرقت الى مفهوم سرطان

عنق الرحم عند المرأة.

وأشير الى أن كل فصل دراسة يحتوي على تمهيد وخلاصة، كما أنهيت هذه الدراسة بخاتمة .

الفصل الأول:

الجانب المنهجي

للدراسة

- الخطوات المنهجية للدراسة .

1- الاشكالية :

تعد الصحة و الحيوية التي تتمتع بها المرأة من أهم العوامل التي تمكنها من التكيف مع المحيط الاجتماعي الذي تعيش فيه وتتفاعل مع أفرادها، ومن الأولويات التي تساعدنا في أداء المهام المنزلية ومهام العمل الانتاجي أو الخدماتي خارج البيت فضلا عن دورها الفاعل في تمكين المرأة من الدراسة و التحصيل العلمي ومن تم احتلال مواقع العمل في المجتمع أما اعتلال صحة المرأة وتعرضها للمرض فانه يحاول دون قدرتها على التكيف مع المحيط وعجزها عن أداء المسؤوليات و الاعمال داخل البيت وخارجه. لهذا كان لزام على المرأة اتخاذ كل ما من شأنه من اجراءات وتدابير تؤمن تمتعها بالصحة و النشاطو الفعالية. غير ان المرأة وحدها لا تستطيع بلوغ هذا الهدف دون مساعدة أجهزة الدولة عن طريق تقديم الخدمات الصحية¹.

رغم اعتبار الصحة، والمرض موضع اهتمام العلوم الطبية كوقائع بيولوجية بالدرجة الاولى من خلال مختلف فروعها الا أن تطور الواقع البيولوجي وحدوثه يتم في اطار اجتماعي مما يجعلها كذلك وقائع اجتماعية وهو ما يفسر التقارب بين الطب و العلوم الانسانية ومع الانتقال الصحي من الاهتمام بالامراض الوبائية الى الامراض المترتبة عن نمط المجتمع المعاصر نتج سياق جديد لدراسة البعد الاجتماعي للمرض من خلال دراسة الاثار المترتبة عنه، وقد بدأ ظهور هذا الاتجاه مع أعمال عالم الاجتماع الامريكي "تالكوت بارسونز" كرائد في التحليل السوسيولوجي للمرض، والطب في المجتمع الغربي، وذلك بدراسة وضعية المريض، والطبيب، و الأدوار المترتبة عنها، وتمثل أبحاث بارسونز انطلاقة للعديد من الدراسات التي تناولت بالبحث في الاثار الاجتماعية الناتجة عن المرض وهنا تظهر الامراض المزمنة التي انتشرت في المجتمعات الغربية، وفي المجتمعات النامية على حد سواء وهي إصابات تخلق وضعيات اجتماعية مختلفة مرتبطة بالخصائص التي تميزها مما يجعلها موضوعا ثريا للدراسات السوسيولوجية ومن بين هذه الامراض المزمنة نجد مرض السرطان الذي يمثل السبب الثاني للوفاة بعد الامراض القلبية، وهو يعتبر في المجتمع الجزائري من: المشاكل الاساسية في الصحة العمومية في الجزائر².

¹ احسان محمد حسن، علم اجتماع المرأة، دار وائل للنشر، عمان، ط1، 2008، ص261.

² Epidemiologie des cancers solides en Algerie, journee detude, Algerie, juillet, 1999, p7.

للدراصة

إن المرأة تقوم بدور بناء سيرورة المجتمع بصفتها عضوا فعالا فيه, لما تقوم به من نشاطات اجتماعية في غاية لأهمية, وينظر اليها على أساس أنها الزوجة, الام, كذلك التغيرات التي تحدث في جسمها بداية من ولادتها مرورا بسن البلوغ والانجاب ومرحلة الحمل, ويعد الرحم من أبرز الاعضاء حيث ينمو خلال فترة الحمل.

إلا أن تعرض المرأة للمرض وتدهور في الصحة الجسدية يحدث خلل في التوازن الجسدي, بحيث يشكل المرض صدمة للمرأة خاصة إذا كانت الاصابة خطيرة مثل: السرطان وهذا الاخير يؤدي الى اضطرابات جسمية كثيرة و متنوعة إضافة الى اعراض ناتجة عن المرض فقد برز السرطان كأعصى مشكلة وأكبر مصدر.

ومن هنا أطرح الاشكال التالي:- كيف تنظر المرأة إلى الصحة؟.

- كيف كان المرض في مراحل الأولى؟.

- كيف تأزم الوضع؟.

- كيف كانت الحياة الأسرية ومعايشة المرض؟.

- ما هو المسار المرضي للمصابة بسرطان عنق الرحم ؟ .

2-الفرضيات :

- المرض يحدث التغيرات في جميع جوانب الحياة الاجتماعية للمريضة.
- يتسبب مرض السرطان في تكلفة نفسية و اجتماعية و اقتصادية تمس المريضة ومحيطها.
- يمثل المسار المرضي لمرض السرطان مؤشر سوسيوولوجي كاشف لخصوصية العوالم الاجتماعية الفاعلة فيه في إطار المجتمع الجزائري.
- السلوك المرافق لظهور المرض.

3-أسباب اختيار الموضوع :

نظرا لمعاناة العديد من الافراد المصابين بهذا المرض, خاصة عندما يكون هذا الفرد المصاب من افراد اسرتك, فان الدوافع والاسباب التي دفعتني الى تناول هذا الموضوع بالبحث والدراسة :

- ✓ نقص التكفل بالمصابة بمرض السرطان خاصة في المرحلة الحساسة الاولى من المرض .
- ✓ الرغبة في توسيع المعرفة ، والتعرف على هذا المرض أكثر .
- ✓ الانتشار السريع لهذا المرض .

4-أهداف البحث:

- بما ان لكل دراسة أهداف حتى تكون ذات قيمة علمية فهي محركات البحث التي يهدف الباحث الوصول اليها وخوضي في موضوع المسار المرضي للمصابة بسرطان عنق الرحم لم يكن من باب الصدفة وانما تمثل في:
- محاولة مني لفهم مرض السرطان ولاكتساب ثقافة صحية حول المرض .
 - بالاضافة الى معرفة المعاناة اليومية التي يعيشها المرضى ذوي الامراض المزمنة ومنها داء السرطان ومن جهة اخرى اردت اثراء البحوث الانتروبولوجية بالمواضيع الخاصة بالصحة و المرض .

5-أهمية الدراسة:

- ان اهمية الدراسة تنبع من المشكلة التي تناولتها وهي بعنوان المسار المرضي للمصابة بسرطان عنق الرحم, دراسة سوسيوولوجية تعد من الموضوعات الهامة التي لها خلفيات ثقافية وهذه العوامل تدفع الباحث الى المضى في بحثه وتكشف له حقائق ونتائج ذات صلة بالموضوع و الواقع وتتمثل هذه الالهمية في :

- ✓ كون الاشكال يمس شريحة كبيرة من افراد المجتمع الجزائري .
- ✓ محاولة التوصل الى مجموعة من النتائج العلمية التي تساهم في فهم و تفسير الظاهرة المدروسة.
- ✓ انتشار تمثلات وتصورات مختلفة حول هذا المرض .

6-صعوبات البحث :

- إن اي بحث علمي لا يخلو من صعوبات تواجه الطالب, هذه تصبح بمثابة تحدي للطالب للوصول الى مبتغاه, وقد واجهتني أثناء الدراسة صعوبات كثيرة منها :

- ✓ تجميع المعلومات الميدانية التي كانت مع مرضى السرطان (سرطان عنق الرحم) فالاعتماد على تقنية المقابلة تتطلب مهارة كبيرة من الباحث و التأقلم السريع.فالتحدث عن المرض بحد ذاته صعب وذلك من الخوف من إداء مشاعرهم او عدم ايصال الفكرة فأخذ رأي المريضة حول سرطان عنق الرحم وعن حالتها الصحية ونظرتها للمرض يفرض عليها ضغط.
 - ✓ صعوبة إقناع المرضى بإجراء مقابلات معهم نظرا لحالتهم الصحية المتدهورة التي منعتني من مواصلة إجراء المقابلة معهم.
 - ✓ عدم تقبل بعض الحالات للتحدث عن المرض وعن العلاج الكيميائي .
 - ✓ نقص في تواجد المراجع الخاصة بموضوع البحث .
 - ✓ نقص الدراسات التي تتناول البحث في ميدان الصحة.
 - أما في ما يخص الجانب الميداني للدراسة فقد واجهتني صعوبة في تصريحات المبحوثات نظرا لحساسية الموضوع .
 - ✓ يعتبر التحليل الكيفي للمقابلات ميدان جديد بالنسبة لي لذا فقد وجدت صعوبة كبيرة أثناء التحليل الذي أخذ وقت كبير .
- 7-تحديد المفاهيم :**

أ-تعريف الصحة : تعرف الصحة على انها: " السير الحسن للجسم " ¹ .

-الصحة :هي حالة مثالية من التمتع بالعافية وهي مفهوم يصل لأبعد من مجرد الشفاء من المرض إنما الوصول وتحقيق الصحة السليمة الخالية من الامراض .

ويتطلب الوصول الى الصحة السليمة الموازنة بين الجوانب المختلفة للشخص:الجسمانية و النفسية والاجتماعية ² .

¹ د.أيمن مزاهرة.د.عصام حمدي الصفيدي 'ليلي أبو حسون ' علم اجتماع الصحة ،ط1،دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ،2003'ص33.

²http="ejabet google.com/ejabet/thread ?tid:4f3b8442a5aa4cb4.

ب-تعريف المرض : اما المرض فيعرف بانه : " انحطاط صحة الفرد,يحدد بالسبب والاعراض وكذلك العلامات العيادية,والشبه عيادية,وهو يتطور يخضع للتشخيص والعلاج ¹ .

-المرض : هو مجموعة انعكاسات ناجمة عن اضطرابات الجسم او أحد أجزائه تنبئها قد يحدث مرض,فهو عملية متطورة مند بدء السبب وحتى ظهور المضاعفات قد يكون التطور حاد وسريع وقد تكون بطيء ومن مزمن والمرض يحدث على شكل وباء او يكون مستوطنا او يظهر على حالات انفرادية ² .

ج-الازمان المرضي : يعرف المرض المزمن من الناحية الطبية على كونه يتميز بتطور بطيء دون اتجاه الشفاء فهو ليس له كما هي الحالة بالنسبة للمرض الحاد بداية محددة فتطوره غير محسوس عبر الاشهر والسنوات, فالازمان مرتبط بمقاومة الجراثيم للعلاج او باضطراب مناعي يتطلب علاجاً دائماً هدفه تصحيح الاضطراب المرض ³ .

- اما من الناحية السوسيوولوجية يعتبر الازمان المرضي بقاء في المدة فالمرض يبقى مريضاً طول الحياة إذ ان الفصل بين الفترات المؤقتة (الصحة,المرض,الشفاء,العودة الى الصحة)المستبدلة بفترات أكثر تعقيداً (صعوبة التعرف على الاعراض مما يتطلب تيسيراً للازمان المرضي,وليس فقط البحث عن التشخيص والعلاج الفعال ⁴ .ومن هنا يظهر المرض المزمن ليس فقط كتجربة بيولوجية واجتماعية يتحقق الشفاء منها بمجرد اللجوء الى العلاج .

د-مفهوم السرطان:

عبارة عن نمو غير طبيعي لخلايا الجسم والخلية هي وحدة تكوين الاجسام الحية و الجسم البشري ولهاوظيفتان: التكاثر ووظيفة أخرى تخصصية تختلف باختلاف نوع الخلية قد تكون هذه الوظيفة التخصصية حركة كما في العضلات أو انزيمات أو افراز عصارة او غير ذلك من الوظائف الحيوية وفي الجسم البشري المكتمل النموتكون الوظيفة التخصصية هي الاساس بينما يقتصر التكاثر على عدد قليل من الخلايا.

و النمو السرطاني هو عبارة عن:قيام الخلايا بتكاثر مضطرب متزايد وغير منتظم يفوق حاجة الجسم بل و ينقلب الى الاضرار بها و ذلك على حساب الوظيفة الاصلية و يؤدي هذا التكاثر و النمو غير الطبيعي في كثير من الاحيان

¹larouse. Medicale. paris edt. Larouse .2000.p917

² Ibid .p618

³ Larousse médical ,op , cit, p,205

⁴Cresson .g?op?cit?p25.

الى ظهور الاورام وفي بعض الحالات كما في الدم مثلا :لا تكون هناك أورام محسوسة و انما تتحول الخلايا السرطانية مع الوتختلف الاعراض باختلاف العضو المصاب فالسرطان يمكن ان يصيب أي جزء من جسم الانسان اذ يمكن ان يحدث في الثدي او المسالك البولية او الرئتين وغيرها وظهور الورم في أي عضو يؤدي الى ظهور اعراض معينة فاذا حدث في الثدي مثلا ظهر على هيئة ورم محسوس و قد تصاحبه افرازات.وفي المثانة يؤدي الى كثرة التبول والحرقان وتغيير لون البول ووجود افرازات كما يؤدي الى نزيف بولي وفي الرئتين قد يؤدي الى السعال و الافرازات التي قد تكون مصحوبة بدم وهكذا تختلف الاعراض باختلاف العضو المصاب¹.

ه- مفهوم سرطان عنق الرحم :

هو عضو دائري يتكون من الانسجة الليفية والعضلات, يقع في مقدمة الرحم ليشكل حاجزا طبيعيا يتمتع المسببات العدوى المختلفة من الوصول الى الرحم .

يلعب عنق الرحم دورا رئيسيا في حماية الرحم وخاصة خلال فترتي الحمل والولادة, ويبلغ طول عنق الرحم في المتوسط لدى المرأة 3-4سم ويصل قطره الى 2,5سم تقريبا ويتعرض وحجم هذا الجزء من الرحم للعديد من التغيرات الكبيرة خلال حياة المرأة.

وهو لا يحتوي على غلاف ويحتوي على حمض نووي DNA ثنائي, وهذا الفيروس هو من الفيروسات الحليمية التي تضم حوالي 200 نوع مختلفة من الفيروسات, قسم كبير من هذه الفيروسات غير ضار بالبشر وفي معظمها تهاجم الاغشية المخاطية والطبقات القاعدية في الجلد, كما ان تناول هرمونات الاسترجين الصناعية في علاج أعراض الياس (نهاية الدورة الشهرية) عند المرأة يسبب الاصابة بسرطان الرحم إذا أخذت جرعات كبيرة .

و- المسار المرضي :

هو ليس مجرد سرد سلسلة من الاحداث المتتالية بطريقة ميكانيكية بل هو تناول لمعيشة المرض كنتاج إجتماعي يقوم على مجموعة من التفاعلات التي تحدث في عوامل إجتماعية مختلفة, او بعبارة اخرى فهم عمل التسيير الذي

¹محمود شريف, مدير مستشفى معهد السرطان عام 1997م, مرض السرطان حقيقته, مجلة طبيبك الخاص, دار الهلال للنشر, القاهرة, 1975, ص15.

يخلقه الفاعلون في محيطهم الاجتماعي لمواجهة الاثار الناجمة عن المرض والتقليل من حدة التكلفة التي تتحدد بمتغيرات بيولوجية نفسية واجتماعية¹.

ي- الحياة الأسرية:

تتميز الأسرة بطابع العالمية، كونها تمثل الوحدة الاجتماعية الأولية التي ينتمي إليها الفرد، وهي تعمل على استمرارية المجتمع من خلال ممارستها للوظيفة البيولوجية، ولكن الأسرة ليست فقط وحدة إنتاجية للنوع الإنساني لكنها نسق اجتماعي ديناميكي لها قوانين بنائية، مركبات وقواعد². أو كما يقول أرغست كونت "A.Compte".
(.) تعتبر الأسرة الأولى في جسم المجتمع وهنا تظهر المماثلة العضوية التي ميزت بداية تكون علم الاجتماع إذن نستنتج أن الأسرة هي النقطة الأولى التي يبدأ منها التطور، وأنها الوسط الطبيعي والاجتماعي التي ترعرع فيه الفرد³.

فالأسرة مركب من النسق الاجتماعي العام وهي وحدة اجتماعية تؤثر وتتأثر بالظواهر الحادثة بداخلها أو تلك المنبعثة من المحيط الخارجي لذا عرفت هذه الأخيرة أي الأسرة تحدث تغيرات على جميع المستويات البنائية، الوظيفية والقيمية، ولكن هذه المتغيرات ليست أحادية وخطية بل هي تختلف باختلاف المجتمعات، فلا نستطيع الجزم مثلا بأن التصنيع هو وحده سبب تحول الأسرة من النمط الممتد إلى النمط النووي، فكما أشارت إليه الباحثة "سيقالان" لا يمكن تفسير العلاقات بين التحولات التي تعرفها الأسرة والتحويلات المجتمعية بنماذج بسيطة وأحادية، فكل دراسة مخصصة للأسرة في سياق اجتماعي واقتصادي خاص تبين تنوع الوضعيات المتعلقة بالأسرة⁴.

ومن هنا يتبين أن الأسرة كانت محل اهتمام العديد من الباحثين، مما نتج عنه تعدد في المداخل النظرية التي تناولتها بالدراسة، فهناك من اهتموا بدراسة تغير نمط الأسرة من خلال نظم القرابة والتي نتج عنها أربع اتجاهات رئيسية (.) هي النظرية التقليدية نظرية الاختلاط والنظريات الاقتصادية وأخيرا النظريات المثالية وهناك مدخل آخر اهتم بدراسة وظائف الأسرة وتطوراتها، إضافة إلى تناول الأسرة كوحدة في علاقتها بالمجتمع، وهنا نميز أربع أطر تصويرية هي:

¹فريدة مشري، المسار المرضي للمصاب بالسرطان-رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2001، ص96.

²bradshaw,(jhon),la famille(une revolutionaire pour se decourir),traduit :par(jaen-roper saucyer),canada :edt le jour,1993.

(.) voir :laubier(jean),auguste comte,sociologie,textes choisis,p.u.f,1963,pp,25-33.

³سامية محمد جابر، الاسرة و المجتمع، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1998، ص07.

⁴segalen(martine),sociologie de la famille,paris :armand colin,coll,u,1981,p.8.

(.) voir :cuviller(armand),manuel de sociologie,tome2,paris,p.u.f,1963,p.569-582.

(.) voir :pitrou(Agnes) ,les solidarites familiales (vivre sans famille).toulouse :privat,2eme edt,1992,p.19.

الإطار البنائي الوظيف، الإطار التفاعلي الرمزي، الإطار الموضوعي والإطار المؤسساتي إضافة إلى الاتجاه النظري الحديث الذي يهدف لإعادة النظر في الأطروحات السابقة والقاتلة بتقلص الأسرة وتحولها إلى وحدة منعزلة منطلقين في ذلك من تضامن أسري فبالنسبة لهذا الاتجاه (.) موضوع انفجار العلاقات الأسرية أصبح كلام رجل الشارع .

الدراسات الخاصة بالأسرة حالياً: تحاول التأكيد على بقاء العلاقات بين الأسرة النواة والأسرة الكبيرة، فانتشار النمط الزواجي حسب هذا الاتجاه لا يعني العزلة وهو يرى ضرورة إعادة الإعتبار للأسرة كفاعل في وضع السياسات العائلية مثلاً: نجد الإهتمام المتزايد بموضوع الإستفتاء المنزلي *à domicile hospitalisation* كبديل للتكفل الكلي للمرض في الهياكل العلاجية وفي الأخير نستطيع تلخيص موضوعات الدراسة الخاصة بالأسرة¹ في ثلاث محاور هي:

المحور الأول: خاص بتكوين وبناء الجماعة المنزلية والأنماط المختلفة للأسرة باختلاف السياق الاجتماعي والاقتصادي المحور الثاني: يتناول تطور وتعدد نظم القرابة وبخصوص علاقات النسب التي تدرس حديثاً من خلال النظام الأسري إنطلاقاً من³ افتراضات (وجود علاقات قرابية أبوية، وجود علاقات زواجية، وجود علاقات اجتماعية)

-دراسة الأسرة كوحدة ميكروسوسيولوجية في علاقتها مع المجتمع أي دراسة الحياة الأسرية .

8-المقاربة النظرية:

ان المنطق النظري يعد من اهم الخطوات التي يقوم عليها اي بحث علمي والذي من خلاله تتحدد خطوات الدراسة والاتجاه الفكري والنظري لها ومنه سوف اعتمد في دراستي كاقتراب نظري على: تصور أنسليم ستراوس: يأتي هذا الطرح و الذي ينطلق من خصوصية الامراض المزمنة بحيث ان صفة الازمان تجعل المريض يمتد لمجموع طبقات الحياة الاجتماعية المهنية و الاسرية حيث لم تعد المسؤوليات متروكة مؤقتا بل يتم داخلها تفاوض وتفاعل مستمرين وهي تفرض سلسلة من النشاطات الخاصة مما يجعل المحيط و الاسرة مجال اخر لتعدد الوضعيات الاجتماعية للمرض وهنا تظهر اطروحة عالم الاجتماع ستروس وفق النظام التفاوضي و المرتبطة بالاتجاه التفاعلي الرمزي حيث يعتبر المريض من خلاله فاعلا في المسار المرضي وفي وضع النظام الاجتماعي حيث حاول ستروس وضع اطار مرجعي جديد يتماشى مع الامراض المزمنة وهذا طبعا يكون بعيدا عن الطرح الطبي المختص وذلك حتى تتضح الجوانب النفسية و الاجتماعية الواجب مواجهتها من طرف المريض و اسرته وحسب دائما فان كل وجه من اوجه الحياة الاجتماعية للمريض و اقراره

¹ferreol(gilles),vocabulaire de la sociologie,paris,p.u.f,coll,quesais-je,1995,p.53.

للدراسة

تظهر مرهونة بدرجات مختلفة حسب طبيعة الأزمان المرضي ومدته وكذلك عوامل أخرى نفسية واجتماعية واثروبولوجية .

وانطلاقا من هذا الطرح نستطيع القول بان المسار المرضي للمصابة بسرطان عنق الرحم و الاستشفاء يكون موجها لا محالة نحو الفعل حيث سوف أحاول فهم التمثل الاجتماعي للمرض من خلال مستوى التصور الاجتماعي للمرض و التفسير السببي للاصابة , ودراسة السلوك الناتج عن ظهور المرض ثم أحاول دراسة المرض داخل المستشفى و الابعاد الاجتماعية و الاقتصادية لهذه الظاهرة مبرزة اهمية الشفاء من المرض.

9-الدراسات السابقة:

تعدالدراسات السابقة الركيزة الاساسية التي تنطلق منها البحوث الاجتماعية,و الجدير بالذكر أن الدراسات الخاصة بالسرطان المرتبط بالامراض المزمنة,و التي أخذت بشرح و تحليل الظواهر المرضية قليلة في مجتمعنا, إذ أن البحوث السوسيوولوجية في المجتمع الجزائري مقتصرة على الجانب الاقتصادي أو الطب الاجتماعي,أما الخاصة بالتحليل السوسيوولوجي,فتكاد تنعدم.

• الدراسات الاجنبية:

• الدراسة الاولى :المرضى في مواجهة السرطان.

وقد أقامت هذه الدراسة الباحثة "السياكوفيان" باسبانيا وهي باحثة في علم الاجتماع.

لقد انطلقت الباحثة في دراستها من تصور أساسي للمرض المزمن ,و ذلك بالتمييز بين الوضعية الاجتماعية العادية المرتبطة بالاستقرار و التواصل في النشاطات الانسانية و الوضعية الحدية كقطيعة في البناء ,و كازمة تحددها تغيرات ناجمة عن فقدان الاطار المرجعي و التي تكون مرفوقة بعمل تيسيري لمحاولة أدماج المرض "المزمن" في الحياة الاجتماعية وقد قامت الباحثة من خلال هذا العمل بتحليل مفصل للمواقف و السلوكات للمرضى المصابين بمرض السرطان ,وذلك بمقاطعتها مع متغيرات سوسيوولوجية حسب الجنس -السن- والطبقة الاجتماعية للوصول الى نمطية تفسيرية لوضعية مرض السرطان .

وقد اجريت الدراسة على 30 مقابلة معمقة بين سنتي 1982-1988 لمرضى تتراوح أعمارهم ما بين 25-60 سنة يقطنون ب برشلونة و مدريد و يعانون من إصابات سرطانية مختلفة , ولتحليل تطور المرض تعمدت الباحثة استجواب المرضى الذين تعدوا شهرين من معرفتهم للتشخيص كما استعملت الباحثة مادونه المرضى حول تجربتهم المرضية .

ولقد تمت الانطلاقة للدراسة من التساؤلات التالية :¹

- ✓ كيف يمكن فهم وتفسير الخوف المبالغ فيه من السرطان ؟
- ✓ لماذا تظهر فكرة الموت دائما في الاجابات للمرضى رغم أنه ليست كل الاصابات السرطانية قاتلة-على الاقل في المدى القصير ؟
- ✓ ماهي العوامل التي تؤثر و تخلق الوضعية الحدية في السرطان ؟
- ✓ هل يوجد علاقة بين التمثل "المرض" ورد الفعل الإجتماعي ؟
- ✓ ماهي العوامل الاخرى المؤثرة على أجوبة المرضى ,وعلى محيطهم ؟
- ✓ هل يمكن إنجاز نمطية لصور انطلاقا من وسائل الاتصال الاجتماعى ؟
- ✓ هل هناك اختلافات ملاحظة بين مرضى السرطان ,مرضى يحملون إصابات أخرى؟
- ✓ كيف يظهر تأثير بعض المتغيرات السوسيوولوجية (الجنس ,السن ,الطبقة الاجتماعية) على السلوكات الملاحظة ؟

وانطلاقا من هذه التساؤلات و اعتمادا على المقاطع المستخرجة لمقابلات أتوصلت الباحثة الى النقاط التالية :²

¹ Kaufman (Alicia),les malades face aleur cancer) In Aich (Piere)et all,vivre une maladie grave (Analyse dune situation de crise ,Paris, Ed, Meridiens Klin Kesiack, 1989,p30.

² Kaufman(Alicia)op`cit PP104-107.

- من بين المرجعيات المركزية لفهم السيرورة التي تجعل من المرض الخطير وضعية جدية هو البعد الاجتماعي للمرض (رمز اجتماعي سلبي) أي الصور الاجتماعية التي تبني التمثيل الاجتماعي للمرض و تميز المرور من مكانة الاصحاء الى مكانة المرضى (الصور المرافقة لمرض السرطان).
- أهمية الاسرة كمرجعية أساسية في فهم المواقف و السلوكات المرافقة لظهور مرض السرطان ,فهي مرآة لفهم الاثار المترتبة عن حدوث التجربة المرضية و العمل التسييري المرافق له.
- ارتباط انماط المواقف اتجاه "السرطان"سلسلة من المتغيرات البنائية المرتبطة بالنسق الصحي الصورة الاجتماعية المتواجدة حول المرض ,الطبقة الاجتماعية للمرض ,اضافة الى متغيرات خاصة بشخصية المريض و طريقته في مواجهة الوضعيات الصعبة في حياته السابقة ,أضف الى ذلك الصفات الخاصة بنوع الاصابة السرطانية .
- الانتماء الى طبقة اجتماعية يعتبر محدد تسيير السيرورة العلاجية ,فالمرضى الذين ينتمون لطبقات عليا تملك موارد خاصة تلك المتعلقة بالمعارف و العلاقات الاجتماعية 'للعودة للحالة العادية.
- وضعيات الازمة ليست مرادفة للقطيعة أو إضعاف البناءات النفسية و الاسرية و المهنية ,كونها قد تكون مصدر لتقوية العلاقات بين الافراد.
- ومن هدا تسمح أهمية الدراصة التي جاءت بها الباحثة حيث أظهرت أهمية التمثيل الاجتماعي لمرض السرطان كمتغير أساسي في فهم المسار المرضي للمصابين .

● الدراسات الجزائرية:

● الدراصة الاولى:دراصة سليمان بومدين:

وهي دراصة أكاديمية في اطار الحصول على شهادة دكتوراه دواة في علم النفس العيادي تحت عنوان:التصورات الاجتماعية للصحة و المرض في الجزائر-حالة مدينة سكيكدة-من اعداد الطالب :سليمان بومدين,تحت اشراف اسماعيل قيرة,بجامعة منتوري قسنطينة,سنة 2003-2004 م .

وقد تضمنت الدراسة ثمانية فصول: الفصل الاول وهو فصل تمهيدي خاص بموضوع الدراسة تناول فيه الاشكالية واهداف الموضوع و الفرضيات والاطار المفاهيمي كما تناول الاسلوب الفني للدراسة المدخل النظري و المنهج والادوات واساليب معالجة البيانات، كما جاء فيه اساليب التحليل الكمي و الكيفي، اما الفصل الثاني من الدراسة فهو خاص باتجاهات التنظير في مجال التصورات الاجتماعية للصحة و المرض. حيث اعتمد الباحث على اربعة مداخل نظرية: المدخل الانثروبولوجي النفسي، المدخل الطبي لدراسة الصحة و المرض، والمدخل الاجتماعي ودراسة التصورات الاجتماعية للصحة و المرض، واخيرا المدخل النفسي.

الفصل الثالث خاص بالمنظور الامبريقي للصحة و المرض، اما الفصل الرابع يتناول التصورات التقليدية و الحديثة للصحة و المرض.

اما الفصل الخامس، الفصل السادس، الفصل السابع و الفصل الثامن فهي فصول خاصة بالجانب الميداني للدراسة جاء فيها اولا خطوات الدراسة الميدانية واجراءاتها اما باقي الفصول فكانت خاصة بمعالجة البيانات في اطار الفرضيات التي وضعها الباحث و في الاخير تضمنت الدراسة عرض للنتائج على ضوء فرضياتها، واخيرا الخاتمة و الملاحق .

فالباحث يحاول ان يكشف عن التصورات الاجتماعية للصحة و المرض بالجزائر مدينة سكيكدة من خلال محاولة فهم كيف يدرك عامة الناس تجربة المرض و الصحة ووصف محتوى التفكير الاجتماعي حولهما والتي بالرغم من انتشار وسائل الاعلام الحديثة و تعرضها باستمرار لها فان التصورات لا يمكن ان تكون محايدة ولا يمكن ان تعود فقط للمعلومات العلمية ولكن تعود ايضا الى الهوية الثقافية الاجتماعية الدينية بالجزائر، مع محاولة الفهم كيف نشأت وبنيت هذه التصورات .

فالأطر المرجعية التي تفسر خلالها الظاهرة من خلال التساؤلات التالية:

- ماهي الصحة وماهو المرض؟ كيف يفسران ما سببهما وما معناهما؟ ماهو الجسم المريض وما هو الجسم السليم؟ ماهي أساليب العلاج المناسبة و الى اين يلجأ المريض؟ ماهي مسؤولية المريض في سبب المرض و علاجه و الوقاية منه؟ من يتخذ القرار بشأن نوعية العلاج؟ هل يلجأ الى الطب الحديث اولا او الى الطب التقليدي؟ وعلى اي اساس يتم تفضيل أحدهما؟ وما علاقة كل ذلك بالنظام القيمي و الثقافي المحلي؟

للدراسة

وبطبيعة الحال ترتبط هذه التساؤلات بمحاولة رصد الواقع الفعلي لكيفية تعامل مع قضايا الصحة و المرض وعلاقة ذلك بالهوية الثقافية لمجتمع الدراسة و البحث عن تفاعل وتداخل مكونات الظاهرة البحثية (العين,الجن,السحر,المكتوب...الخ) بغرض تحديد كيفية بناء وتشكيل التصورات الاجتماعية للصحة و المرض في مجتمع الدراسة.

-فرضيات الدراسة :

وكاجابة مبدئية عن هذه التساؤلات طرح الباحث فرضيتين اساسيتين هما كالتالي:

1-إن هناك دالة بين ممارسة الطب التقليدي أو الحديث وبين متغيرات الجنس و العمر المستوى التعليمي المهنة,الحالة العائلية,الموطن الاصلي,مدة الاقامة بالمدينة,السكن ,عدد أفراد الاسرة ,الدخل والانتماء الطبقي.

2-توجد علاقة ارتباطية بين تصورات الصحة والمرض وبين النظام الثقافي -لقيمي في مجتمع الدراسة.

وللتحقق من هذه الفرضيات اعتمد الباحث على دراسة ميدانية وهي دراسة نفسية اجتماعية وصفية بمدينة سكيكدة وقد اختار الباحث المجال البشري للدراسة وهم نزلاء مستشفى سكيكدة المركزي المتواجدين في المصالح الطبية التالية مصلحة الطب الداخلي للنساء و الرجال,مصلحة طب وجروح الرجال و النساء ,مصلحة الامراض النسائية و الولادة ,مصلحة الكلى ,مصلحة الاذن و النف و الحنجرة ,مصلحة الجراحة للنساء و الرجال ,و قد تم استبعاد مصلحة طب الاطفال و الامراض المعدية.

-نوع العينة:

وحدة العينة التي اعتمدها الباحث هي الفرد وهو شخص يتقدم للعلاج لدى المؤسسات الطبية الرسمية أو الشعبية غير الرسمية.

أما عن حجم العينة وطريقة اختيارها:اختار الباحث عينة مساحية أو مكانية وهي عينة طبقية وعينة عشوائية بسيطة ,ومن بين الصعوبات التي واجهت الباحث تحديد المترددين على الطب الرسمي و غير الرسمي بمدينة سكيكدة وكيفية الاتصال بهم ولتجاوز ذلك تم اتباع الخطوات التالية:

✓ اجراء مقارنات احصائية للتقديرات التي يقدمها مسؤولوا الصحة .

✓ اعطاء تقديرات بناء على السجلات و الوثائق.

✓ عند حساب الاختلاف بين هذه التقديرات تبين ان الفرق لا يؤثر من الناحية الاحصائية. وعند القيام بتطبيق

معادلة احصائية من اجل الحصول على حجم العينة المطلوب توصل الباحث بعدها بتحديد حجم العينة

ب: 5 وهي ماتقارب 358 فردا بالاطافة إلى عدد المعاجين و الأطباء 20 فردا.

كما استعان الباحث ببعض الطرق و الأساليب الإحصائية الخاصة مثل النسب المئوية, المتوسطات الحسابية, حساب معامل الارتباط واختبار كاي تربيع.

وبعد الانتهاء من عرض وتحليل البيانات توصل الباحث الى مجموعة نتائج نطرحها باختصار كالتالي:

-نتائج الدراسة:

- هناك نمطين من الطب يوجدان في الجزائر طب رسمي ذي جامعي وطب تقليدي.
- في غالب الاحيان يتوارث المعالجين التقليديين مهنة الطب الخاصة بالعلاج التقليدي أبا عن جد داخل الاسرة الواحدة كأن تعطي لهم كرامة العلاج.
- تختلف ممارسات الطب الشعبي بين العلاج بالاعشاب النباتية, جبر العظام, قراءة الطالع و صيدلية الرصيف.
- يقوم المعالجين التقليديين بعلاج بعض الامراض و ليس كلها, واهمها: قطع الشقيقة, وعلاج الصفراير, ضربة الشمس, التشللاط, الكي, الحجامة.
- هناك بعض الادوية تاخذ معاني دينية مثل حبة البركة والنسا مكّي وعشبة مريم.
- هناك احترام متبادل بين المعالجين التقليديين وزبائنهم فهؤلاء الزبائن من كل الطبقات و المستويات الثقافية رجالا و نساء, يلجؤون للعلاج التقليدي خاصة عند فشل الطب الحديث في علاج مرضهم .
- هناك الكثير من الاطباء المعالجين بالطب الحديث من يؤمنون بالعلاج التقليدي, بل و يوجهون مرضاهم اليهم.

- لا يوجد معنى واحد للصحة و المرض بل توجد شبكة من المعاني المعقدة ترتبط جميعها بالثقافة العربية و الاسلامية وفي جزء منها بالثقافة الغربية.
- كما بينت الدراسة ان هناك عدة مسارات علاجية يسلكها المريض وهي مسارات ترتبط بتصوير المريض و محيطه عن المرض, حيث أن الاغلبية تفضل الطب الحديث و عند فشل هذا الاخير فقط يلجأ الى الطب التقليدي .
- بينت الدراسة ان الجوء الى الطب التقليدي ليس حكرا على الطبقات الريفية الفقيرة بل هي موضع ثقة الكبار, و الصغار, النساء, و الرجال, الاطارات, و العمال... الخ. فهي تثبت انها ليست مسألة طبقية بالقدر أنها مسألة ثقافية.
- اوضحت الدراسة ان لدى افراد العينة مجموعة من التصورات المختلفة الخاصة باسباب المرض فهناك من يرجعها الى عوامل طبيعية كالفيروسات و الميكروبات, وبعضها غيبي كالعين و الجن و المكتوب, اي ان هناك معتقدات ثقافية خاصة بتفسير المرض.
- هناك غزو للممارسات الدينية الخاصة بالطب النبوي على الممارسات العلاجية التي تعتمد على الكهنة و السحر¹

● الدراسة الثانية: دراسة حمودي جمال محمد

وهي دراسة أكاديمية في اطار الحصول على شهادة الماجستير دولة في الانثروبولوجيا ,تحت عنوان: تمثلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان المركز الاستشفائي الجامعي لتلمسان نموذجاً ومقاربة انثروبولوجية طبية, تخصص انثروبولوجيا ,من اعداد الطالب: حمودي جمال ,وتحت اشراف الاستاء الدكتور :محمد بشير ,جامعة ابي بكر بلقايد ,تلمسان ,للسنة الدراسية 2005-2006م.

وقد تضمنت الدراسة خم فصول سبقها فصل تمهيدي الذي تناول فيه الاشكال و المفاهيم الاساسية اشكالية البحث و فرصيات الدراسة ومنهجية الدراسة.

¹ سليمان بومدين,التصورات الاجتماعية للصحة و المرض في الجزائر,حالة مدينة سكيكدة,رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي,قسنطينة,الجزائر,جامعة منتوري قسنطينة,كلية العلوم الانسانية و العلوم الاجتماعية,السنة الجامعية 2003-2004.

لِلدِّرَاسَةِ

اما الفصل الاول تناول: النماذج الثقافية في تفسير الصحة و المرض , جاء في اربعة اجزاء كالتالي الاساليب الشعبية في العلاج , العلاج بالخرفات في بعض الشعوب العربية , الطب الشعبي وعلاقته بالتصورات الشعبية , التوافق بين المرض و العلاجات المقترحة .

اما الفصل الثاني تحت عنوان نموذج تفكير الطب الحديث و علاقته بالرقية الشرعية وهو يحتوي على جزئين الجزء الاول خاص باصل نشأة الطب و مرض السرطان , و الجزء الثاني الحوار بين الطب و المريض ومحدداته الثقافية . اما الفصل الثالث كان حول: الصحة و المرض عبر تاريخ الطب الجزائري , وجاء فيه خمس اجزاء كالتالي: تصورات الامراض منذ القدم , مفهوم الصحة و المرض عند العرب , الصحة و المرض خلال المرحلة التركبية في الجزائر , الوضع الصحي خلال مرحلة الاحتلال الفرنسي , الوضع الصحي بعد الاستقلال .

اما الفصل الرابع الذي كان بعنوان مرض السرطان و حالة انتظار الموت جاء فيه اربعة اجزاء كما يلي : مفهوم التمثلات الاجتماعية , الاثار النفسية الناتجة عن التصريح بالسرطان , المسرح كمتنفس من مرض السرطان , الكشف عن رهان خطير .

اما الفصل الخامس و الذي تناول منظور الثقافة المحلية لمرض السرطان وهو عبارة عن الجانب التطبيقي للدراسة تناول جزئين رئيسيين الجزء الأول يمثل مخطط الدراسة الميدانية , أما الجزء الثاني يمثل المحاور الرئيسية للدراسة الميدانية التالي: الهوية و المتغيرات , النظرة الاجتماعية و الثقافية للصحة و المرض , السرطان و المجتمع , العلاج المزدوج لمرض السرطان , السرطان و المؤثرات النفسية , السياسية الصحية في الجزائر و مرض السرطان .

وقد وضع الباحث سؤال الانطلاق كالتالي : لماذا الاخذ المتزامن بالطب الرسمي وفي نفس الوقت بالطب التقليدي في علاج مرض بحجم مرض السرطان .

ومن أهم الأهداف التي يهدف البحث الوصول اليها هو فهم مرض السرطان بأبعاده الطبية و الاجتماعية و الثقافية عن المفهوم الاجتماعي له وفهم أسباب التكفل به في ظل ازدواجية العلاج العصري و التقليدي .

و لتحقيق هذه الأهداف وضع الباحث مجموعة فرضيات التالية كإجابة مبدئية على التساؤل الرئيسي .

-فرضيات الدراسة:

-الفرضية الأولى: مسار التنشئة الاجتماعية للفرد وتفاعله مع الثقافة السائدة تنتج تماثلات و تصورات اجتماعية و ثقافية خاصة بهذا المرض الخطير ,و بالتالي تعطي لنا طرقا علاجية متنوعة منها الرسمية التي يتكفل بها الطب الرسمي و طرق علاجية تقليدية وفقا لعادات واعتقادات المجتمع للتكفل بهذا المرض الكبير .

-الفرضية الثانية: يعتبر عامل الخوف و القلق الأربى سبب من بين الأسباب التي تجعل المريض خاصة و المجتمع عامة يؤسس تصورات و تماثلاته لمرض السرطان وكذلك طريقة علاجه, لان المؤثرات النفسية الناتجة عن هذا المرض الخطير تلعب دورا هاما في مسار سلوك المريض وكذلك سلوك المجتمع الثقافي في مواصلة الصراع مع هذا المرض .

-منهجية البحث:

منهجية البحث تتأسس حول التحليل الكيفي للمعطيات الميدانية , لنتيجة من الاثنولوجيا حيث تؤسس معطياتها حول المقاربات الاثنوغرافية التي تجمع كمعطيات العينة الصغيرة لمجتمع البحث, هذا على مستوى المجموعة الاجتماعية , حيث تعمل على تفسير المعطيات وتربطهم بالاطار الاقتصادي و الاجتماعي و الديني و التاريخي والسياسي... الخ وكل وجه من هذه الواجه له علاقة بالتفسير الصحي .

أما بالنسبة للجانب الميداني للدراسة ,وبصفة الباحث يعمل في مجال الصحة لمدة 20 سنة أعطت له التجربة كيفية التعامل و التعايش مع ظاهرة المرض,وبما أن البحث يتعلق بمقاربة انثروبولوجية طبية وصفية ,فمنهج البحث المستعمل هو منهج دراسة الحالة من اجل وصف وفهم المواقف من إشكالية البحث كذلك الاتجاهات و السلوكيات و التماثلات لهذا المرض فالباحث اذن يندرج في اطار البحوث الوصفية الكشفية .

هذا وقد استعان الباحث بتقنية أو أداة الاستبيان الخاص بفتحة الأطباء و المرضى بحكم مستواهم الثقافي من خلال مقابلة نصف موجهة.

- كما استعان الباحث ببعض التقنيات الإحصائية خاصة النسب المئوية و الرسومات المتمثلة في المدرجات التكرارية.

-أما البعد الزمني للدراسة فكان خلال فترة 03ديسمبر2005-14ديسمبر2005.

-أما المجال المكاني و البشري للدراسة فكان بالمستشفى الجامعي C.H.U.T تتوزع الفئات البشرية المدروسة كالتالي:

-فئة الاطباء تم توزيع 30 استمارة خاصة بسلك الاطباء.

-فئة الممرضين تم توزيع 30 استمارة خاصة بالسلك الطبي.

-فئة مرضى السرطان تم مقابلة 40 مريضا بالسرطان المتوافدين على المصلحة.

نتائج الدراسة: نتائج الدراسة التي تحصل عليها الباحث لم يدونها في محور خاص لكن تمثلت اثناء تحليله للبيانات التي

تحصل عليها الدراسة من الدراسة, كما كانت خاتمة الدراسة كملخص للنتائج العامة التي توصل اليها دون ان يشير

الى ذلك وهي كالتالي؟

-يعتبر مرض السرطان من اكبر و اخطر الامراض حسب عينة الدراسة.

-هناك تخوف من هذا المرض خاصة اذا ما ارتبط بالموت سواء من الضحية نفسها او اهلها القريبون منها او منه.

-هناك اساليب وطرق مختلفة ياجا اليها المريض بالسرطان ,فمن الط الرسمي او الطب الحديث الى الطب التقليدي

خاصة التداوي بالاعشاب,او الجمع بينهما.

-الواقع السوسيوثقافي يستعصي كل تنظيم او تكفل لهذا المرض في اطار الطب الرسمي لان العوائق الثقافية و

الاجتماعية وحتلى الاقتصادية لها و اقعها و تاثيرها هي الاخرى على المصابين بهذا المرض.

-ان صعوبة علاج بعض أنواع السرطانات في إطار الطب الرسمي فتح الأبواب على التداوي بالطرق التقليدية المخفوفة

بالمخاطر¹.

● الدراسات العربية:

● الدراسة الاولى: دراسة أردنية:

¹حمودي جمال محمد,تمثلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان,المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان نموذجاً,مقاربة أنثروبولوجية طبية،مذكرة تخرج انيل شهادة الماجستير في الانثروبولوجيا,تلمسان,الجزائر,كلية الاداب و العلوم الانسانية و العلوم الاجتماعية,السنة الجامعية 2005-2006.

هي دراسة أكاديمية في اطار الحصول على شهادة الماجستير وهذه الدراسة تحت عنوان دور العوامل الاقتصادية و الاجتماعية في تحديد أنماط العلاج لدى المرضى-دراسة ميدانية في منطقة جرش من اعداد الطالبة:ميسون وائل يوسف العتوم,وتحت اشراف الدكتور:محمد سليمان الشناق,جامعة اليرموك ,تخصص انثروبولوجيا ,معهد الآثار و الانثروبولوجيا ,الأردن ,سنة 2002م.

وقد تضمنت الدراسة خمس فصول كالتالي :الفصل الأول حول إشكالية الدراسة ,أهمية الدراسة تقنيات جمع المعلومات وصعوبات العمل الميداني و الاطار النظري و التحليلي .

الفصل الثاني فقد تضمن منطقة الدراسة "جرش" بهدف الوقوف على الواقع الجغرافي و التاريخي و الديمغرافي ,و المناخي ,وواقع الخدمات العلاجية فيه .هذا بالاضافة الى تضمين الفصل بستة من الحالات العلاجية التي مثلت عينات المرضى الممثلين للأنماط العلاجية الستة التي تم فرزها وتصنيفها ضمن الواقع العلاجي للمنطقة ,وكانت كالتالي:

- حالة ممثلة لمراجعي نمط العلاج بالقرآن الكريم .

- حالة ممثلة لمراجعي نمط العلاج "دير الليات الفقرا.

- حالة ممثلة لمراجعي نمط العلاج الذي يستخدم السحر في العلاج.

- حالة ممثلة لمراجعي نمط العلاج الذي تمتلله محال العطاراة.

- حالة ممثلة لمراجعي نمط العلاج بالطب الحديث.

-تضمن حالة ممثلة لمراجعي العيادات الاسلامية.

الفصل الثالث تمثل في وصف اثنوغرافي للأنماط العلاجية ,التي تم فرزها الى ستة أنماط من العلاج يتم تغطيتها كمصادر علاجية أساسية في منطقة الدراسة وهي كالتالي "نمط دي الليات ,نمط العلاج بالقرآن الكريم ,النمط الحديث في العلاج ,نمط العلاج بالسحر ,العيادات الاسلامية ,نمط علاج محلات العطاراة,الفصل الرابع جاء لتحليل الظاهرة العلاجية من خلال ربطها بالطار النظري للدراسة و الدراسات السابقة ,اما الفصل الخامس فقد تضمن ملخصا لاهم الاستنتاجات الت تم التوصل اليها من خلال تحليل الظاهرة العلاجية سألفة الذكر .

للدراسة

وتتناول هذه الدراسة موضوع الممارسات العلاجية كاحد الموضوعات التي تهتم بدراستها الانثروبولوجيا الطبية في المجتمعات المحلية وتهدف الدراسة الى تفكيك الظاهرة العلاجية في مجتمع منطقة جرش , في محاولة لتحديد الانماط العلاجية التي يتم تعاطيها من قبل سكان المنطقة و محاولة فحص شكل العلاقة التي تربط بين هذه الانماط العلاجية جميعها .

-اشكالية الدراسة :

محاولة تحديد العناصر المكونة للظاهرة العلاجية من ممارسات خطائية ,ومن تمثلات ,بهدف الوصول الى تحديد الانماط العلاجية المكونة للظاهرة العلاجية في منطقة الدراسة ,وفحص العلاقة التي تربط بين هذه الانماط.

-الاجراءات المنهجية للدراسة :**-ادوات جمع البيانات :**

الباحثة اعتمدت على طرق ومصادر مختلفة لجمع المعلومات ,وكانت الطريقة الرئيسية هي:المشاهدة بالمشاركة "الملاحظة بالمشاركة"من خلال الاقامة في منطقة الدراسة دامت حوالي ستة شهور متواصلة,وتمت خلال هذه الفترة بناء الكثير من العلاقات الشخصية سواء مع المرضى او المعالجين .

ففي بداية الامر قامت الباحثة بجمع معلومات عامة من اي مصدر علاجي يقصده اهل منطقة الدراسة ,وكانت تستعين خلال ذلك افراد من مجتمع الدراسة لتقديمها للمعالجين,وعليه استفادت الباحثة من تقسيم الانماط العلاجية التي يتردد اليها المرضى وافادها في التعريف على اشكال العلاقة التي تربط بين هذه الانماط ببعضها البعض. كما افادتها في التعرف على الكثير من المعطيات اهمها معرفة العلاقة التي تربط بين المعالجين و المرضى.

-المقابلات الشخصية:

وشملت المعالجين و المرضى,وتضمنت هذه المقابلات اسئلة تركز على طبيعة فهم المريض و المعالج للعملية العلاجية وعوامل بناءها وطبيعة هذه الانماط العلاجية ببعضها البعض.

وبسبب عدم وجود اي احصائيات دقيقة تحدد توزيع المعالجين وتردد المرضى على انماط خاصة غير الرسمية للعلاج ,جعلها تعتمد على نشاطها الشخصي وتستعين بالافراد لتحديد مواقع هذه الانماط العلاجية في المنطقة.

للدراصة

-السجلات الحكومية: واستعملت خاصة بالتعريف بالمجال المكاني و السكاني العام لمدينة جرش.

-الصحف الرسمية و البرامج التلفزيونية :وعن طريقها تمكنت الباحثة من الحصول على بعض المعلومات الخاصة بمختلف انماط العلاج المدروسة.

-الصور الفوتوغرافية,من خلال تصوير بعض الوصفات العلاجية.

-المنهج المستخدم:

استعانت الباحثة بالطر المنهجية في الانثروبولوجيا الطبية كمدخل منهجي للدراسة "المنهج او المدخل الثقافي ,المنهج التاريخي دور الانظمة الاقتصادية و السياسية في تحديد انماط العلاج.

كما اعتمدت الباحثة على مدخل التمثلات الاجتماعية واستعملته في تحليل الكلام الشفوي و القصص والحكايات الفردية التي يتحصل عليها...الخ.

كما اعتمدت الباحثة على مدخل ما بعد الحداثة الذي يتجسد في الخطاب و المعرفة الطبية وعلاقتها بشبكة السلطة من خلال توضيح كيفية تاثير وتغلغل ظاهرة السلطة في الظواهر الاجتماعية على مستوى المؤسسات او البنى او الممارسات الاجتماعية,سواء كان ذلك بين الطبيب و المريض او بين الدول الغنية المسيطرة و الدول الفقيرة التابعة. حيث ان هذا الاتجاه يستخدم ضمن الدراسات المتعلقة بالسلطة الخفية التي تتخلل ادق العلاقات الاجتماعية و الاقتصادية داخل المجتمع.

-نتائج الدراسة:

توصلت الباحثة من خلال هذه الدراسة الى جملة النقاط المهمة التالية:

-ان كتلة الممارسات الطبية السائدة في مجتمع الدراسة هي كتلة غير متجانسة من الممارسات و التمثلات و المعارف.ولا يمكن ان يتم الحكم عليها باعتبارها تصب في اطار معرفي واحد,ذلك ان هناك مصادر معرفية متعددة مسؤولة عن انتاج الحقائق الطبية ,وهذا يقود الى الستنتاج بان قو مختلفة تدعم وتوسع,وتعطي المشروعية لظهور شكل من الممارسات العلاجية او اختفاء اخر.

للدراصة

-تمكنت الدراصة من فرز وتصنيف كتلة الممارسات العلاجية في مجتمع الدراصة الى انماط علاجية,وقد اعتمدت الدراصة في ذلك على وجهة نظر كل من الباحث و المبحوث.

-انه تبعا لوجهة نظر المبحوث يمكن تصنيف الممارسات العلاجية الى ستة انماط علاجية هي: نمط العلاج بالقران الكريم,ونمط دير الليات العلاجي,نمط العلاج بالسحر,نمط طب العطارين و النمط الرسمي الحديث في العلاج,ونمط العيادات الاسلامية.

-اما بالنسبة لوجهة نظر الباحثة فان هذه الممارسات العلاجية يمكن تصنيفها الى ثلاثة انماط من الممارسات:أ- مجموعة العمليات العلاجية التقليدية,والتي تنتمي الى مجموعة الافكار و الرموز الروحية و الاخلاقية في المجتمع,ونمط العلاج بالسحر.ب-الشكل الرسمي من العلاج و الممثلة بنمط الطب الحديث و القائم على أسس و المبادئ العلمية الغربية في العلاج.ج-نمط الطب الذي يشكل الظاهرة الاحداث في مجتمع الدراصة و المتمثل بالعيادات الاسلامية,وهو النمط الذي يمزج بين الممارسات التقليدية و الممارسات الحديثة في العلاج.

-ان العلاقة بين الانماط العلاجية تاخذ طابع الصراع و التنافس أكثر من التعاون و التكامل, اذ ان كل طرف -نمط- يعتمد الى خلق و تطوير تكتيكات واستراتيجيات بهدف تعزيز مكانته و محاولة الانماط الاخرى من العلاج و تهميشها¹.

د-تقييم الدراسات السابقة:

بالرغم من ان دراسة "س بومدين"في تخصص علم النفس العيادي, الا اننا استفدنا بشكل كبير من هذه الدراصة خاصة اعتماده على المداخل النظرية "المدخل الانثروبولوجي النفسي و المدخل الطبي لدراصة الصحة و المرض,المدخل الاجتماعي للتصورات الاجتماعية للصحة و المرض"فاعتماد الباحث على مثل هذه المداخل جعل منها دراصة اجتماعية نفسية وسوسيوانثروبولوجية أكثر منها نفسية عيادية,مما سهل لنا الكثير من الامور العلمية المنهجية و النظرية لدراستنا 'خاصة مع ندرة الدراسات السابقة حول هذا الموضوع في الجزائر .

¹ميسوم وائل يوسف العتوم,دور العوامل الاقتصادية و الاجتماعية في تحديد أنماط العلاج لدى المرضى,دراصة ميدانية في جرش,مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الانثروبولوجيا,اليرموك,الاردن,جامعة اليرموك,معهد الآثار و الانثروبولوجيا,2002.

النتائج التي توصل اليها الباحث كانت قريبة من الفرضيات التي وضعناها لدراستنا، و بالتالي فنحن نعتبر ان دراسة "سليمان بومدين" كانت الدراسة المشابهة الاكثر ثراء في المنتج المعرفي الجزائري حول التصورات الاجتماعية للصحة و المرض من خلال اطلاقنا الشخصي.

كما ان دراسة همودي جمال حول تمثلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان واستعماله للمقاربة الانثروبولوجية الطبية، تخصص الانثروبولوجيا، فالباحث من خلال هذه الدراسة قام بتحديد نوع المرض المراد دراسته مما يسهل عليه التوصل لافراد المجتمع خاصة وان الدراسة في مستشفى جامعي، والفرضية الولى التي اعتمدها الباحث قريبة من الفرضية التي تناولناها في دراستنا هذه و التي تشمل دور العوامل الثقافية و الاجتماعية الناتجة عن التنشئة الاجتماعية وتفاعلها مع الموروث الثقافي و الاجتماعي للمجتمع، و بالتالي فهي تؤثر على تصورات للمرض وتحدد العلاج المناسب وعليه فان جزء مهم من هذه الدراسة يغطي اهم العوامل وهو العامل الثقافي و الاجتماعي.

كما ان المنهج الذي اعتمده الباحث في دراسته كان مناسباً وطبيعة الموضوع خاصة بعد اعتماده على منهج واداة دراسة الحالة مع اشخاص المرضى. بالرغم من ان الدراسة في اطار الانثروبولوجيا و بالاحص الانثروبولوجيا الطبية فقد تجاهل الباحث وجهة نظر المعالجين التقليديين للمرض كما لم يطرح وجهة نظر الجماعة المرجعية المحيطة بالمريض حتى تكون النظرة اجتماعية شاملة، على الرغم من انه اعتمد على فرضية اساسية خاصة بدور التنشئة الاجتماعية و تفاعله مع الثقافة السائدة، كما اعتمد الباحث على التحليل الكيفي و الكمي في نفس الوقت، مع انه لم يتعمق في التحليل الكيفي للبيانات، على الرغم من اندراسته كانت بمجال الانثروبولوجيا، بحيث غلب على دراسته التحليل الكمي و الاحصائي.

واستفدنا من دراسته هذه في اعتمادنا على أسلوب التحليل الكيفي و الكمي في نفس الوقت وهذا ما يضيف طابع مميز للدراسة السوسيو انثروبولوجية، خاصة أننا اعتمدنا أداة دراسة الحالة.

وفيما يخص الدراسة الاردنية "نديم المسيري": حول: دور العوامل الاقتصادية و الاجتماعية في تحديد أنماط العلاج لدي المرضى، الباحثة انتقت أدوات و المنهج المناسب في الدراسة الانثروبولوجية و الملائمة للمنهج التحليلي الكيفي فالبرغم من ان هذه الدراسة لم تتناول التصورات الاجتماعية للصحة و المرض، غير انها اعتمدت في جزء من دراستها على تمثلات المجتمع في تحديده لانماط العلاج، وهو المتغير الثاني المهم لعنوان وموضوع دراستنا، مما دعم استفادتنا من الادوات التي اعتمدها الباحثة فاستعمالها لاداة دراسة الحالة كان من الامر المهم جدا في التعرف على تحديد العناصر

للدراسة

المكونة للظاهرة العلاجية، ومن الممارسات الخطابية و التمثلات بهدف الوصول الى الانماط العلاجية المكونة للظاهرة العلاجية في منطقة الدراسة.

ولهذا كانت دراسة الحالة الاداة و المنهج المناسب لدراسة تتبع المرضى لانماط العلاج.

كما استعانت الباحثة باداة الملاحظة بالمشاركة و المقابلات الشخصية، مما يؤدي الى فهم أعمق لتمثلات المرضى في اختيارهم للعلاج.

كما استفدنا من هذه الدراسة في توظيف أدوات البحث المناسبة للدراسة ألا وهي دراسة الحالة، وكذا تقنية المقابلة مع كل من المرضى و المعالجين، وكذا في طريقة تحليل البيانات بالطريقة الطيفية التي تتلاءم بشكل كبير و طبيعة الموضوع، وفرضيات الدراسة.

-المنهجية المتبعة و التقنيات المستعملة:

1-الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الإستطلاعية العمود الفقري للعديد من البحوث الإجتماعية إذ بواسطتها يستطيع الباحث ملاحظة الظاهرة المدروسة واقعيا ومقارنتها بالدراسات السابقة وملاحظة التغيرات التي حدثت على الظاهرة التي هو في صدد دراستها، وتسمح بتحديد الإشكال وصياغة الفرضيات صياغة علمية دقيقة وضبط أسئلة الإستبيان أو المقابلة أو الإستمارة وتحديد نوع العينة. ولهذا تمت هذه المرحلة أساسيا في عملية البحث البيوغرافي لظاهرة السرطان ونظرا لغياب هذا النوع من الدراسات داخل الحقل السوسولوجي، إعتمدت على الدراسات التي تناولت الأمراض المزمنة، ونذكر من بينها على وجه التحديد الدراسة التي قامت بها: "د. فريدة مشري" حول المسار المرضي لمرضى السرطان والدراسة التي قام بها: "محسن عبد النور" تسيير المرض والإستشفاء وفق تفاعلات الطفل المصاب بالسرطان مع الوسط الأسري والنظام الصحي. إضافة إلى نزولي إلى ميدان البحث المتكرر وإجراء مقابلات أولية مع المرضى فكل هذه العوامل ساهمت في تحديد مجتمع البحث لمن ستوجه المقابلات من هم الفاعلين في العملية العلاجية،

أوقات إجراء المقابلات ومدتها، كيفية طرح أسئلة المقابلات، اللغة الأنسب استعمالها مع المبحوثين، الإحتكاك بالمرضى مساعدتهم، فكل هذه الخطوات ساعدت في تسهيل عملية البحث.

2- المنهج المتبع وتقنيات جمع وتحليل المعطيات :

يمثل المنهج الطريقة الموضوعية التي يسلكها الباحث في الدراسة او في تتبعه لظاهرة معينة من اجل تحديد ابعادها بشكل من السهل التعرف عليها¹.

وبما ان المنهج المناسب لموضوع دراسة ما يتحدد حسب طبيعة الموضوع نفسه ، وعليه تتحدد التقنيات اللازمة .

إن الهدف من المنهج يتمثل في معرفة وإبراز المواقف والميولات المتداخلة للعناصر الفاعلة لهذا الموضوع ، ومن جميع الجوانب وتدخّل دراستي ضمن البحوث الكيفية اذ تهدف الى معرفة المسار المرضي للمصابة بسرطان عنق الرحم وذلك من خلال نزولي الى الميدان في مصلحة الاورام السرطانية التي اجريت فيها عدة مقابلات مع مبحوثات هن في هذه المرحلة الحساسة ن الحياة .

- تقنيات جمع المعطيات :

يعتمد البحث الكيفي على المقابلة كأداة لجمع المعطيات ، إضافة الى التقنيات التدعيمية المستعملة لذه البحوث كالملاحظة مثلا : حيث اردت معرفة المعلومات حول المرأة في مرحلة المرض ، و علاقتها مع أفراد الاسرة .

1 - المقابلة:

تعرف المقابلة على أنها طريقة من طرق البحث العلمي، تعتمد على عملية الاتصال اللغوي من أجل تدعيم المعطيات التي لها علاقة مع الهدف المرسوم² وهي عبارة عن عملية خلق حوار بين المبحوث والباحث، ومن هنا نتخذ طبيعة الحوار واختلافه حسب درجة الحرية ومستوى العمق، وتترتب عليها مجموعة من العناصر الأخرى، المدة الزمنية للمقابلات، عددها، عدد الباحثين والعناصر الخاضعة للتحليل³.

¹ الخالدي الهادي، المرشح المفيد في المنهجية وتقنيات البحث، دار الطليعة للطباعة و النشر، الجزائر، 1996، ص22.

²Grzwitz,(m),ibid,p742.

³ibid,p744.

ومن هنا قمت باختيار المقابلة شبه الموجهة والتي تعتبر أداة لجمع المعطيات وتعرف على أنها وسيطة بين المقابلة المغلقة والمقابلة المفتوحة فهي تجمع بين متناقضين ما من جهة السماح للمبحوث ببناء فكرة حول الموضوع، ومن جهة أخرى تنفي من مجال الاهتمام مختلف الاعتبارات التي يريد إثارتها المبحوث. إن ازدياد نسبة المراضة والوفيات في البلدان النامية يعود إلى قلة الموارد لدعم برامج المسح الخلوي عن السرطان 2 ولاسيما عند المجموعات عالية الخطورة للإصابة بالمرض كالمخدخات 2 ومستخدمات موانع الحمل الفموية 4 والجماع في عمر مبكر، وتعدد الشركاء الجنسيين، وما ينجم عنه من ارتفاع خطر الإصابة ب HPV العامل الأخطر في الإصابة بسرطان العنق 5 فضلا عن الحالة الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة¹.

إن انتشار هذا المرض ووجود مراحل قبل سرطانية يمكن معالجتها، دفع للبحث عن طرائق للمسح عن السرطان العنقي والآفات ما قبل السرطانية وهذه الطرائق وإن اختلفت هي الحساسية والنوعية لكنها بمجموعها زادت نسبة تشخيص الآفات ما قبل الغازية مما أدى إلى إنقاص حدوث السرطان².

إن أهم هذه الطرائق هي اللطاخة العنقية وتنظير عنق الرحم المكبر Colposcopy الذي أدخل في العالم 1927 من قبل Hinselman بوصفه وسيلة لرؤية بشرة العنق تحت تكبير منخفض الطاقة لتحديد التغيرات الشكلية الخاصة التي دعاها بالعقيدات السرطانية التي يمكن أن تكشف وجود سرطان العنق قبل أن يكون ظاهرا سريريا 8، وقد ظهر في البداية كاختبار مسح منافس للطاقة العنقية خلال عدة سنوات، ولكن تبين أخيرا أن اللطاخة العنقية هي أفضل وسيلة للمسح الباكر عن الآفات ما قبل السرطانية، والتشخيص الأمثل يكون بإجراء الخزعة الموجهة بالتنظير المكبر وتحليلها، وهكذا غدت هذه الوسيلة فحصا متمما للطاقة أكثر من كونه منافسا لها.

يتكون عنق الرحم لدى المرأة البالغة من ظهارة ونسيج ضام 9 تتكون الظهارة من بشرتين رصفية وغدية، ونرى فيها الوصل الوصفي الأسطواني الذي هو خط إلتقاء البشريتين الأسطوانية والرصفية، وأخيرا المنطقة الإنتقالية Zone transformation التي تخضع لتغيرات مستمرة في بنيتها وشكلها الهندسي، وتنشأ أكثر من 90 % من التنشؤات على حسابها لذا لا يعد التنظير كافيا إلا إذا شوهدت هذه المنطقة بأكملها 10-11.

¹العساف صالح 1989، المدخل الى البحث في العلوم السلوكية، ج1، الرياض، شركة العبيكان للطباعة والنشر، ص406.

²العساف صالح بن محمد 1995، المدخل الى البحث في العلوم السلوكية، ج2، مكتبة العبيكان، السعودية.

إن التظاهرات النسيجية الأولية للآفات ما قبل السرطانية تعرث بالثدن أو عسر التصنع الذي يمر بعدة مراحل، والتصنيع النسيجي لعسر التصنع المعتمد في دراستي.

2- الملاحظة :

تعتبر الملاحظة من الوسائل التي عرفها الانسان واستخدمها في بياناته و معلوماته مند أقدم العصور وهو لا يزال حتى الان يستخدمها في حياته اليومية العادية وفي إدراك وفهم كثير من الظواهر يستخدمها في حياته اليومية العادية وفي أدراك وفهم كثير من الظواهر الطبيعية و الاجتماعية و النفسية التي توجد في بيئته مجتمعه , حيث يستطيع الباحث بملاحظة بعض الظواهر السيطرة على عناصر المشكلة ومعالجتها, ويقصد بالملاحظة "الانتباه المقصود و الموجه نحو سلوك فردي او جماعي معين , بقصد متابعة ورصد تغيراته ليتمكن الباحث من وصف السلوك فقط, أو وصفه وتحليله وتقويمه .

كما تعرف الملاحظة بأنها "أحدى ادوات جمع البيانات , وتعني الانتباهو النظر لشيء ما وهي اداة من ادوات البحث العلمي تجمع بواسطتها المعلومات التي تمكن الباحث من الاجابة عن اسئلة البحث واختيار فروضه . وتعرف ايضا بأنها "التنبه للظواهر او الحوادث بقصد تفسيرها واكتشاف اسبابها وعواملها و الوصول الى القوانين التي يحكمها¹ .

-فهي تعني الانتباه المقصود والموجه نحو سلوك فردي او جماعي معين نقصد متابعته ورصد تغيراته , لذا يمكن الباحث من وصف السلوك فقط او وصفه وتحليله وتقويمه والملاحظة قد تكون مباشرة او غير مباشرة ويتم التخطيط للملاحظات في العادة لتمكن من تسجيل انواع معينة من البيانات ذات الصلة بالموضوعات او الظواهر التي تتم ملاحظتها² .

ولا يكتفي الانسان فيها بالاعتماد على حواسه وانما يستعين بادوات تزيد من فاعليتها ودقتها, وهي عبارة عن الجهد الحسي والعقلي المنظم الذي يقوم به الباحث بغية التعرف على بعض المظاهر الخارجية المختارة الصريحة والخفية للظواهر و الاحداث و السلوك الحاضر في موقف معين ووقف محدد وهي ملاحظة موجهة يهدف الباحث منها الى متابعة أحداث معينة او التركيز على ابعاد محددة دون غيرها و يكون ذلك بغرض التقويم , والتوجيه وعلى هذا لا بد

¹الريضي, فرح موسى, الشيخعلي مصطفى, بدون تاريخ, مبادئ البحث التربوي, عمان, مكتبة الاقصى, ص75.

²الغامدي, سعد حسن عبد الفتاح, 2007, أدوات البحث العلمي, موقع أنترنت: www.abegs.org/sitesresearch

للدراسة

من معرفة انواع الملاحظة التي يحتاجها المعلم في تعليمه للمهارات والعلوم و المعارف. يستخدم في البحوث الميدانية لجمع البيانات التي لا يمكن جمعها عن طريق الاستمارة او المقابلة او الوثائق و السجلات الادارية او الاحصاءات الرسمية و التقارير او سواء كان كلاما ام سلوكا وتصنف من جهة الى ملاحظة بسيطة وملاحظة منظمة بالاضافة و الفرضية والذاتية و الكشفية و التقييمية والتكوينية وتميز الملاحظة العلمية من الملاحظة العابرة بانها ملاحظة علمية ومقننة وهادفة .

3-مجالات الدراسة:**3-1:المجال الزمني:**

لقد استغرقت الدراسة مدة بين الدراسة الاستطلاعية و الميدانية و النظرية ,اذ لا أستطيع القول بان هناك حد فاصل بين الدراسة للاستطلاعية وبناء مجتمع البحث خاصة في مجال البحوث الكيفية نظرا لخوبته وقبوله دائما للاثراء ,ففي كل مرة استطيع وضع اضافات يفرزها ميدان البحث ,فبعدها قمت بالدراسة الاستطلاعية كان علي تحديد الحالات التي سوف يتم استجوابها,وكانت الدراسة الميدانية"شهرًا كاملاً " (30يوما)من2016/05/02 إلى2016/06/03

3-2:المجال المكاني:

إن مجال بحثي ينطلق أساسا من مستشفى يومي بمزغران و بالضبط من مصلحة الاورام السرطانية. ومن هذا قمت باختيار هذا المستشفى اليومي كمكان لاجراء بمختلف المستويات العلمية ,والحالات العائلية

3-3:المجال البشري:

أُنجزت الدراسة الميدانية على 20 حالة مصابات بالسرطان عامة و سرطان عنق الرحم خاصة, حيث تراوحت أعمارهم بين (39و44و55سنة)

4-العينة :

للدراسة

فعينتي قصدية قمت باجراء مقابلات مع النساء داخل المستشفى وبالضبط في مصلحة الاورام السرطانية, حيث قمت باختيار عينتي ولذلك كانت عينتي قصدية وهي العينة التي لا يختارها الباحث بطريقة الصدفة أو بالطريقة العشوائية بل يختار العدد المطلوب من وحدات البحث حسب ارادته و مشيئته, اي يختار الاشخاص الذين يعتقد أنهم صالحون ملائمون بتزويد البحث بالمعلومات المطلوبة¹.

لقد قمت باجراء مقابلات مع مختلف الحالات و مراعاة مختلف التغيرات السوسولوجية (السن, المستوى التعليمي, الحالة العائلية, نوع الاسرة, مكان الإقامة) وذلك بهدف تنويع العينة.

- انطلاقا من متغير السن, نجد المريضات يصبن (44, 39, 55, 52, 48, 50).

- حسب متغير الحالة العائلية, حيث نجد الوضعيات الثلاث (متزوجة, مطلقة, أرملة).

- حسب متغير المستوى التعليمي, نجد كذلك (أمية, ابتدائي, متوسط, ثانوي).

- حسب متغير نوع الاسرة (أسرة نووية, أسرة ممتدة).

- حسب متغير المهنة (بدون عمل).

¹ باشا نوال, رسالة ماجستير, تسيير مرض القصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين قسم علم الاجتماع, 2008, 2009, ص 22.

الفصل الثاني:

الصحة والمرض

تمهيد:

الانثروبولوجيا الصحية هي دراسة كلية مقارنة للثقافة و مدى تأثيرها على المرض و الرعاية" وقد تزايد الاهتمام بهذا العلم وذلك انطلاقاً من إدراك ما للثقافة من دور وتأثير على قضايا الصحة و المرض، مثل منشأ المرض وتطوره، وانتشارها المكاني أو الجغرافي و كذلك الوسائل و الاساليب التي تعتمد عليها المجتمعات في مواجهته، وكيفية تحسينه وطرائق تطويره¹.

1- نشأة الانثروبولوجيا الصحية:

كانت الانثروبولوجيا الطبية قد عرفت إزدهاراً معتبراً خاصة بعد الحرب العالمية الثانية لما أسهمت في دراسة المشكلات الطبية، فكانت هناك دراسات تناولت وصف المفاهيم الاسطورية و المعتقدات المرتبطة بالصحة و المرض و الممارسات في المجتمعات البسيطة، و كانت هذه الدراسات قد شكلت محاور أساسية في مجال الدراسات الانثروبولوجية ونذكر منها دراسات إيفانز بريتشارد 1937pritchard و ريفريز 1924rivers و كليموش دراسة كلودين، و كانت دراسة هذا الأخير قد ألفت الضوء على أهمية الانثروبولوجيا في المجال الطبي، و كانت نقطة تحول حيث انخرط الانثروبولوجيون وعلماء اجتماعيون كثر في الاهتمام بالبرامج الصحية و البحث الطبي و التعليم الطبي و غيرها من المجالات الطبية، و كانت الفترة الممتدة بين (1962-1982) قد عرفت تطوراً ملحوظاً في مجال الانثروبولوجيا².

2- أهم أهداف الانثروبولوجيا الصحية:

زيادة وتعميق الوعي لدى الانثروبولوجيين و الباحثين في مجالات الرعاية الصحية بضرورة الرعاية بالمعتقدات الطبية، ونماذج الممارسات خاصة بين الثقافات و الجماعات العمرية ذات الخصوصية الثقافية أي تهدف الى إيجاد مستوى من الفهم بدور حول محور الاهتمام بفهم الصحة في اطار الثقافة السائدة³ إضافة و تدعيم الابعاد النظرية والمنهجية التي يمكن بواسطتها دراسة و فهم كل نماذج الطب الحديث، ونماذج و أنماط الطب الشعبي السائد في المجتمع أو في اطار الثقافة المحلية، ومدى كيفية تعامل الناس مع تلك النماذج السائدة خاصة في فترات التغيير السريع أو البطيء (فهم الصحة في اطار الثقافة ودراسة الاثنين معا باعتبارها نسق متكامل يتدخلان مع الكثير من المفاهيم المحلية

¹ على محمد المكاوي: الانثروبولوجيا الطبية، دراسات نظرية وبحوث ميدانية، دار النصر للتوزيع و النشر، جامعة القاهرة، ص 17.

² علي محمد المكاوي: الانثروبولوجيا الطبية، نفس المرجع، ص 276-277.

³ لطرش أمينة، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الانثروبولوجيا الاجتماعية و الثقافية، جامعة منتوري قسنطينة، سنة 2011-2012، ص 56.

كالرمزية و الممارسات الطقوسية و اساليب العلاج او التطبيب)وهذه خلفيات نظرية ومنهجية هامة للغاية لا سيما اذا كان المجتمع المحلي مقبلا على استعارة بعض النماذج الطبية و الممارسات العلاجية من خارج مضمون و جوهر ثقافتها الاصلية¹. وتتركز الانثروبولوجيا الصحية على دراسة أثر الثقافة على الصحة و المرض وذلك من خلال:

مساهمة الثقافة في صناعة تمثلات الصحة و المرض لدى الفرد و طرق العلاج من الامراض, وترسيخ قناعات لدى الافراد من جدوى الطب الحديث, و بالتالي التحكم في مدى استجابة الفرد, ودرجة تفاعله مع الاساليب الطبية الحديثة². فالصحة و المرض مرتبطان بانماط الحياة واعداد انتاجها و الحفاظ عليها, او فقدانها وتسعى الابحاث و الدراسات الانثروبولوجيا للكشف عن نظرة الناس وطريقة ادراكهم لعالمهم وكذلك العلاقة بين الصحة و حدوث المرض في المجتمع, وبذلك يمكننا القول ان الانثروبولوجيا ليست مجرد الطريقة للنظر و التأمل في حالات الصحة و المرض في المجتمع, وبذلك يمكننا القول انها طريقة للنظرة والتأمل في المجتمع ذاته, وكان كليموننتس clements قد ألف كتابا تحت عنوان "المفهوم البدائي للمرض" وكانت دراسته حسب ما اورده بعض المختصين قد حازت جانبا كبيرا من المنهجية العلمية, و من أهم النتائج التي توصل اليها في هذه الدراسة تصنيف خمس نظريات حول أسباب المنتجة و المسببة للامراض نذكر منها اختراق المرض للاشياء السحر, تحدي و اختراق كل ماهو طابو, دخول الارواح, و اخيرا فقدان الروح³. ونظرا لاتساع موضوعات الانثروبولوجيا الصحية كانت قد تفرعت حسب الاهتمامات, فظهر ما يسمى الطب الشعبي, التشريع الشعبي, البيولوجيا الشعبية, علم الاوبئة, الصحة العمومية.

3-تمثلات الصحة و المرض عبر التاريخ بالجزائر:

كان للاعتقادات و التصورات الخاصة بالصحة و المرض المتعلقة بالانسان الذي عاش على أرض الجزائر دورا هاما في تاسيس الديني المبني على الخوف من المجهول و جهل حقيقة الامور الطبية, حيث نزحت هذه الاعتقادات نحو الطبيعة المقدسة لبعض الممارسات و الالتزامات رغم تغير البناء الاجتماعي في كل مرحلة من مراحل تاريخ الجزائر, لكن إعادة إنتاج المجتمع عبر مستويات الانتاج الرمزي و المعتقدات⁴. استمر عبر تواصل الاجيال.

¹ لطرش أمينة, مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في الانثروبولوجيا الاجتماعية و الثقافية, نفس المرجع, ص 57.

² مختار رحاب, الصحة و المرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع مقارنة من منظور الانثروبولوجيا الطبية, مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية, جامعة المسيلة, العدد 15, جوان 2014, ص 176.

³ Good byrom :comment faire de lanthropologie medical ?medicine, rationalite et traduire par sybettegleise, institut synthelabo pour les progres de la science, le plessis robinson, 1998, p79.

⁴ Ahmed henni-etat, sur plus et societe en algerie avant 1830-edition.

و الاشكال المتعلقة بمفهوم الصحة و المرض يرجع بنا الى التاريخ القديم للجزائر اي قبل العهد الروماني ثم في مرحلة العهد الروماني و ماتمميز من بروز أطباء وهذا لم يخفي استمرار التصورات و التمثلات للأمراض التي ظهرت في تلك المرحلة.

ان الدراسات الجغرافية و المناخية و الاثروبولوجية المتعلقة بتحديد نوع الانسان الذي وطأ الجزائر مند القديم، انطلقت من فرضيات الانسان الجزائري الموجود في القديم، انطلاقا من سلالة مشتي العربي¹ التي اعتبرت أولى السلالات التي وجدت في أرض الجزائر حيث أعطت هذه السلالة أحفادهم اسمهم البربر² les berbers زيادة على دخول شعوب من مناطق أخرى مثل الشعوب من أعالي النيل و كذلك العنصر الاسود حيث أعطى هذا الاختلاط تهجينا من الشعوب التي عرفتها الجزائر عبر تاريخها مثل الفنيقيين و الوندال و الرومانيين و الاسبان وغير ذلك من الشعوب، ان هذا الاختلاط خاصة مع القبائل العربية اعطى تغييرا من حيث العمق المتعلق بالخصائص الاثنولوجية للجزائر.

تميز العنصر البربري بالزيادة العالية في المواليد و العمر الطويل الخاص³ و أكد بعض مؤلفين تمتعهم بالصحة و ان الموت لا يحصل الا بسبب الشيخوخة وكذا ما تميز به الرومان بطول العمر، وبدخول الرومان الى الجزائر 125 سنة قبل المسيح تحت الاشارة الى اول وباء للطاعون خلال هذه السنة، ولقد خلق هذا الوباء اعدادا كبيرة من ضحايا مثل ما خلفه الجراد من مشاكل كبيرة للسكان⁴ وللجنود الرومانيين، ووجدت امراض اخرى من بينها الحمى الموتية الاولى لقائمة الامراض يرجع السبب الى مرض يسمى حمى المستنقعات، وغيرها من الوبئة و الامراض ومن بين الامراض التي كانت منتشرة في هذه الحقبة من الزمن الشلل، وبعض أمراض الجهاز العصبي كالصداع حيث كان التفسير الاجتماعي لهذه الامراض ينسب الى جن شرير، ووفيات الاطفال كانت جد مرتفعة و هذا بسبب الرضاعة المبكرة التي كانت ممارسة زيادة الى نوعية المياه المستعملة حيث كانت نصائح الاطباء الذين عاشوا في تلك المرحلة ينصحون بالابتعاد عن هذا النوع من الرضاعة⁵ والتي اظهرت وجود تشوهات خلقية للانسان وهذا في ظل الاعتقادات التي كانت سائدة حيث نسبت الى قوى شريرة، أما في شمال افريقيا وجد أكثر ألفين تمثال "لاسكليبيوس" يسمى الاله الطب في الاساطير اليونانية مما تبناه الرومان وانتشرت معابده في أنحاء الجزائر، حيث وجدت معابده في مدينة شرشال⁶.

¹ M.kaddouche-lalgerie danslantiquite-ed,enal,1992.

²M.khiati.-histoire,de la medecine en algerie-,edition anep,3,page13.

³ M.kaddouche,op,cit.

⁴ M.khiati- histoire,de la medecine en algerie-,edition anep-page18.

⁵ M.khiati op-cit,page 23.

⁶ M.khiati- histoire,de la medecine en algerie-,edition anep-page18.

اما في المغرب العربي فأغلبية الدراسات تركز على العلوم الاسلامية لان الدين الاسلامي حث على ضرورة ان يعتني الانسان بصحته,منها قوله تعالى: *ولا تلقوا بأنفسكم إلى التهلكة*¹ واذ تتبعنا نظام حياة المسلم من خلال أوامر القران الكريم و السنة النبوية فاننا نجد كنه نظافة وطهارة تنجي الانسان من الوقوع في المرض.

ان تاريخ الطب في الجزائر مملوء باحداث مؤلمة خلال مرحلة الاستعمار,المرحلة الاولى تبدأ من بداية القرن 19م حيث استعمل الطب الرسمي من طرف المستعمر الفرنسي لاغراض سياسية كوسيلة للدعامة وتسريب المعلومات وكوسيلة لقبول اجابيات الحضارة الغربية,أما في المرحلة الثانية من القرن 20م الى غاية الاستقلال 1962م تميزت بتهميش السكان المحليين بالرغم من وجود بعض المسلمين في معاهد الطب الفرنسي وامام هذه الوضعية لم يتراجع الطب الشعبي أمام طب المستعمر حيث يلجأ اليه السكان في جميع الاحوال كما كانت إنجازات الامير عبد القادر في تكوين نسق علاجي حديث يتماشى مع إحتياجات السكان لقد كان الطب التقليدي مجالا واسعا من الممارسات خلال القرن 19م وفترة القرن 20م هذا النوع من الطب,الوحيد الذي شاع تداوله بين السكان الجزائريين في تلك المرحلة,حيث كان هذا الاخير دو مصدر ديني مبني على أساس النظافة و الوقاية من الأمراض.¹ إن شدة ارتباط المجتمع الجزائري بثقافته,و الاعتقادات الشعبية للصحة و المرض و بالرغم من الخدمة الصحية المتقدمة من طرف إدارة الاستعمار للسكان الا انه بدى جليا ان المرض نتج في اطار ديني,وظهر هذا عند (قبيلة أولاد براهيم)² أين توفي 50 شخصا و كان تفسيرهم بموتهم بان الله عاقبهم وسبب ذلك أكلهم للمحصول الزراعي(لسي بن الشريف)وكل ما في الامر هو انتشار وباء الكوليرا سنة 1849م.³

خلاصة:

السرطان أول الامراض عند الانسان,الناجمة عن التدخين, الخمر و الفيروسات الحيوانية و الغذاء الغير متزن ونظرا لاهميته الطبية فقد اتجهت الانظار نحوه في السنوات الاخيرة وخصصت أموال طائلة في البحث عن معرفة أسبابه وكيفية علاجه.

ان وجود السرطان يختلف من بيئة الى اخرى وكذلك من مكان الى آخر وهذا يعتمد على العوامل و الظروف التي تحيط به, كما ان السرطان ليس مرضا منفرد بل هو مجموعة كبيرة من الامراض تتميز بالنمو الخلوي الغير منتظم و لا

¹ M.khiati op cit.

² Y.turn,-affrontements culturels danslalgerie coloniale-ed enal,alger 1983,page356.

³ هذا النوع من التمثلات الدينية تعرض لها عالم الاجتماع دوركام.

يمكن التحكم فيه، فتبدأ الحياة بخلية واحدة تنقسم الى اثنين ثم اربع ثم ثمان وهكذا ومع هذا الانقسام يبدأ توزيع الخلايا و الانسجة و الاجهزة المختلفة من الجلد، الى القلب و المخ و الكبد الى غير ذلك حتى بعد أن يستكمل الجسم نموه تماما و يستمر نشوء خلايا جديدة لتعويض الخلايا التي تتلف وتتلاشى في الشيخوخة او المرض او الحوادث، حتى تستمر أنسجة الجسم في القيام بوظائفها، تاخذ خلية واحدة او مجموعة من الخلايا اي عضو من اعضاء الجسم او اي نسيج من الانسجة تاخذ في التغيير حتى تصبح مختلفة شاذة عن زميلاتها من الخلايا تاخذ في التكاثر و التضاعف بطريقة غير طبيعية و غير منتظمة مخالفة بذلك النظم الاساسية التي تتحكم في نمو و تكاثر وانقسام الخلايا الطبيعية وتدرجيا تتجمع هذه الخلايا الشاذة في شبه مستعمر مكون نسميه وربما هذه الاورام قد تبقى حميدة، اي محدودة المدى لا تهدد الجسم بالفناء او قد تنقلب خبيثة وهو ما نسميه بالسرطان، وقد ينمو السرطان بطيئا جدا و يبقى محدودا لمدة طويلة ولكن البعض الاخر قد ينمو ويتكاثر سريعا ويمتد الى ابعاد كثيرة ويهاجم الانسجة المجاورة الى الاجهزة الاخرى المجاورة، بل انه مع الوقت تخرج منه اجزاء الى مجاري الدم و السائل اللمفاوي وتهاجم مختلف أجهزة الجسم البعيد عن المصدر الاول¹.

¹Arab british, academy, for higher, education.

الفصل الثالث:

كلودين هرزليتش

تمهيد:

تعتبر " كلودين هرزليتش " موضوع سوسيوولوجيا الصحة سابقا على ظهور الصحة ويجد لنفسه مكانا داخل مجموعة من الأعمال التي أنجزت خلال القرنين الثامن والتاسع عشر حول "الطب الاجتماعي" بمختلف دول أوروبا الغربية وخاصة فرنسا وألمانيا وبلجيكا، حيث تقدم أبحاث كل من " فيلرمي " و " فيرشوف " و " شادويك " درسا في هذا الباب، غير أن هذا المذهب العلمي نحو دراسة الأبعاد والأسباب الاجتماعية للمرض، سرعان ما سيتراجع حسب هرزليتش بعد أن احتلت مقربة 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 1890 في التحكم في وفيات الأطفال، مساهمة التعقيم والتطهير داخل الخدمات الإستشفائية في تناقض حالات الوفاة بعد الجراحة، التحكم في " التيفويد " عن طريق الأشغال العمومية الخاصة بالماء الصالح للشرب غير الملوث.

إن موقف هرزليتش لا يمكن أن يفهم في الحقيقة إلا بالرجوع إلى فناعة تعبر عنها في مجمل كتاباتها حول المرض والصحة يتعلق الأمر بإيمانها أن سوسيوولوجيا الصحة لم تتأسس علميا إلا خلا الخمسينات في القرن الماضي بالولايات المتحدة الأمريكية وفي الستينات داخل فرنسا حيث اتجه الأمريكيون إلى دراسة الصحة باعتبارها سلوكا اجتماعيا من خلال البحث في مكانة المريض ودوره بالمجتمع، المتغيرات التي تحدد سلوكه والمعايير التي تعطيه شكلا، علاقات المريض داخل المؤسسة العلاجية، مكانة المعرفة الطبية ودورها في تعريف المرض، السياق التنظيمي والعلائقي للمرض، دور الطبيب، التأويل الاجتماعي للمرض.....الخ.

1- المرض ظاهرة اجتماعية:

تعتقد كلودين هرزليتش أننا لا نحتاج الكثير من الوقت لحظة التفكير في الظواهر المرتبطة بالجسد لإدراك البعد الاجتماعي للمرض داخل كل المجتمعات الإنسانية بأكملها، حيث تتجه كل الجماعات البشرية إلى تأليف

علاقة بين النظام البيولوجي والنظام الاجتماعي، إذ ليست المحتمات المسماة بدائية وحدها من تغزو المرض إلى ظواهر ثقافية واجتماعية بل حتى داخل المجتمعات الغربية يتجه الأفراد حسب هرزليتش إلى بناء المرض اجتماعيا من خلال إضفاء أبعاد اجتماعية على الظواهر البيولوجية الأولية كالموت والمرض والصحة التي تبدو داخل السجل الطبي ظواهر موضوعية وفيزيولوجية تبتعد كل البعد عن البعد الاجتماعي، فالوضوح الفيزيائي لظواهر الشيوخوخة والموت ختفي وراءها أبعادا اجتماعية كثيرة تفسرها وتحددتها وتؤولها وتضفي عليها بعدا رمزيا غير موجود من الناحية الواقعية. لذلك فإن الشروع الذي سنته هرزليتش لنفسها يتجه نحو الكشف عن هذا البعد الاجتماعي والرمز خلال مجموعة من الأسئلة الكبرى ترتبط بـ:

- المعايير التي تتحدد بها الصحة والمرض اجتماعيا.
- التصور السببي للصحة والمرض، وطبيعة الظاهرة المرضية داخل المجتمع.
- العلاقة بين الصحة والمرض والقيم الاجتماعية.
- أثر الصحة والمرض في المشاركة الاجتماعية.
- العلاقة بين الصحة والمرض والموت.

2- أسباب المرض وأشكاله:

لم تكن كلودين هرزليتش لتبقى حبيسة مقارنتها النظرية التي تدافع فيها عن البعد الاجتماعي للمرض، كما لم يكن لها أن تقنع بمحدودية التمثل والتصنيف والبناء البيوطي، مادام الأصل في وجود المرض وبنائه وتوزيعه اجتماعيا وثقافيا محضا.

3- أشكال الصحة:

ترفض هرزليتش التحدث عن مفهوم الصحة بصيغة المفرد، كما ترفض الفهم الطبي للصحة، إذ ما وجد هناك من فهم طبي، فالحديث عن الصحة يجب أن يتم بصيغة الجمع، خاصة وأن الصحة تأخذ من الناحية الاجتماعية

أشكالا متعددة، فهي قد تعرف بطريقة سلبية محضة، باعتبارها غيابا للمرض، أو عدم وعي بالجسد، وفي هذه الحالة يكون مفهوم الصحة قريبا جدا من التعريف الشهير "للوريش" للصحة" : العيش في سكون الأعضاء، كما يمكن أن نتحدث عن الصحة من حيث هي حالة من الكمال الفيزيائي الذي يستطيع داخله الفرد أن يقوم بكل الوظائف الاجتماعية.

من جهة أخرى ترى هرزليتش أن الصحة تأخذ ثلاثة أشكال كبرى، فهي إما فراغ

أو غياب أو رأسمال الصحة أو توازن، ففي الحالة الأولى تظهر الصحة في وعي الناس من خلال غياب المرض وعدم وعي الشخص بجسده، أو على الأقل عدم إحساسه بالانزعاج ببنائه العضوي لحظة القيام بجهود ما، أما في الحالة الثانية فتتكشف الصحة كحالة من القوة، وكقدرة على تحمل كل ما يمكن أن يعترض الفرد من تعب أو إرهاق أو قلق.....الخ.

أما الصحة باعتبارها توازنا فتتقشع داخل الشخص على بناء علاقات جيدة مع الآخرين وعدم الإحساس بالإعياء، هذا دون نسيان الكمال النفسي والجسدي.

4- أشكال المرض:

لا يصح الحديث عن المرض عندما يتعلق المرض بالمجتمع الفرنسي عن نظام أو بنية منسجمة، لأن المرض لا يتخذ داخلا شكلا واحدا أو صورة موحدة فالإتيولوجيا الاجتماعية تجمع بما لا يدع مجال للشك، على وجود أشكال وبنيات وأنظمة متعددة للمرض، كما تكشف وجود نماذج تصنيفية كثيرة، تقوم أولا على تمييز المرض عن غيره من أشكال الخلل العضوي والنفسي من قبيل الحوادث، العجز، الوقائع أو الأحداث التي يمكن أن تعيق الحياة اليومية وعليه فإن طبيعة الخلل العضوي غالبا ما توضع محل لبس وتساؤل.

إن المرض لا يتميز عن غيره من أشكال الخلل التي تعترض الوجود العادي واليومي للأفراد، بل إن الأمراض لا تتميز عن بعضها البعض إلا بناءا على ثلاثة مؤشرات كبرى تبدو هي الأخرى كسلسلة من الثنائيات:

- درجة خطورتها: خطيرة، خفيفة، قاتلة، غير مميتة، قابلة للشفاء، مزمنة.

- حجم ألمها: أمراض مؤلمة، غير مؤلمة.

- معايير مؤقتة: طويلة الأمد، قصيرة الأمد، مفاجئ، غير مفاجئ.

وتعتبر هذه المؤشرات بمثابة قواعد تصنيفية يمكن من خلالها أن تميز بين عدد كبير من الأمراض، إذ لا يدل كل مؤشر منها على عدد من الأمراض دون أخرى، بل على العكس من ذلك أي ان المرض غالبا ما يصنف بناءا عليها جميعا، فالأمراض الخطيرة مثلا، بالإضافة أنها تعد قاتلة وغير قابلة للشفاء، فإنها تنفرد ذلك بخصوصية طولها على مستوى الأمد/ فالسرطان مثلا غالبا ما يعتبر مرضا قاتلا وغير قابل للشفاء، زيادة على ما يحدثه من ألم إلى صفة الخطورة هنا، خطورة مرض كالسرطان تعد في نظر هرزليتش إطار مرجعيا تجتمع عنده كل المؤشرات لتضفي المعنى والقيمة على كل مرض كيفما كان نوعه، هذا من جهة ومن جهة أخرى يتخذ المرض داخل المجتمعات الإنسانية حسب هرزليتش ثلاثة أشكال أساسية جميعها يدخل ضمن رؤية "بارسونز" للمرض باعتباره انحرافا أو خلاا اجتماعيا.

* أما الشكل الأول فهو: المرض باعتباره تدميرا: ويصبح المرض خلاله مرادفا للعجز من أوجه عدة، تبدأ بعدم قدرة المريض لعب أدواره المهنية والأسرية وتنتهي عند تسمية هرزليتش " الإقصاء من الجماعة"، أو إبعاد المريض من المجتمع ويتخذ هذا الإبعاد أبعادا مختلفة في مقدمتها: إحساس المريض بأن إقصاءه من المجتمع يعني ممارسة العنف اتجاهه من خلال إلزامه بالتخلي عن أدواره الاجتماعية والمهنية، كما يفرض عليه المرض تبعية دائمة للآخرين، مع ما يرافق ذلك من قلق وإحساس بالدونية مقارنة مع باقي أفراد الجماعة التي ينتمي إليها ويرتبط هذا لنوع من المرض وفهمه بأشكال محددة من المرض يتعلق الأمر في هذا السياق بالأمراض الخطيرة والطويلة الأمد دون غيرها، أي أن الحديث في هذا الباب يكون في الغالب عن أمراض بينها مثل السرطان، السل، السيدا.....الخ

* ويتجسد النموذج الثاني لتمثل المرض: في المرض باعتباره محمرا: حيث يعتقد الأفراد أن منزلة المرض تتحدد انطلاقا من فك الارتباط بين الفرد وكل أدواره الاجتماعية وأشكال المسؤولية التي يمكن أن تستند إليه و يحاسب بها، إن المرض يوفر للأفراد الزمن الذي كانت تسترقه أدوارهم الاجتماعية، غير أن المرض الذي يمكن الحديث عنه هنا لا يدخل في باب الأمراض الخطيرة التي تعزل الفرد عن المجتمع، وتقصيه عن الحياة الاجتماعية، بل إن المقصود في هذا المقام الأمراض الخفيفة القابلة للعلاج والقصيرة من حيث الزمن، يستغل الفرد وجودها من أجل كسب مجال مشروع وشرعي للحرية التي يفتقدتها في وجوده الاجتماعي والعمومي.

* أما المرض المهنة: تنبه هرزليتش أن ما تقصده بالمرض المهنة، لا يتم فهمه انطلاقا من صورته الأولية أو معناه الظاهر، فما تعنيه بالمرض المهنة ليس امتهان الأشخاص لظاهرة المرض، وإنما استعملت هذا المفهوم من أجل وصف سلوك المريض الذي يجعل من محاربة مرضه غايته الأولى، ويمكن القول مع "هرزليتش" أن المرض المهنة ما هو إلا نتيجة لتمثيلين السابقين للمرض، فإن كان العجز والإقصاء يخلفه الشكل الأول من أشكال وجود المرض وتمثله يزعج الأفراد، فإن الحرية التي السعي نحو القضاء على المرض.¹

5- تصور المرض والصحة عند "بارسونز"

أشار "تالكوت بارسونز" T.Parsons إلى أن هناك أهمية كبيرة من المنظور الطبي للصحة بالنسبة للمجتمع. ويقول بارسونز: أن الصحة هي حالة من الطاقة الكاملة للفرد، يستطيع في ظلها أداء أدواره التي تم تنشئته على تأديتها بصورة مثالية، والمرض يمثل عبئا على المجتمع ولذلك يجب أن يظل تحت السيطرة. وقد ركز بارسونز اهتماماته على كيفية تقليل حجم المرض، وفي رأي بارسونز أن ذلك يمكن تحقيقه بخلق أدوار اجتماعية معرفة تعريفيا اجتماعيا ويقوم بها المرض والأطباء معا. ومن المعروف أن الصحة مطلب ضروري إذا أردنا للنسق الاجتماعي أن يقوم بوظائفه على الوجه الأمثل.

¹ د. زكريا إبراهيمي، مقال خاص ب: كلودين هرزليتش والتمثل الاجتماعي للصحة . 06 أبريل 2012.

وقد كان "بارسونز" يدرك ذلك، ولكنه كان يرى أن النموذج الطبي الحيوي هو نموذج تقني، ليس له صفة اجتماعية، ويقول بارسونز: "إن الاهتمام البالغ الذي يمنحه المجتمع مثل قيم النشاط والمشاركة في الحياة العامة، وفي أنشطة المحافظة على البيئة، وقيم الاهتمام بالحياة الدنيوية، والمصالح غير الدينية، ولذلك فإن حرص الأفراد على حالتهم الصحية يعد مطلباً وظيفياً لأنه يساعد المجتمع على أداء وظائفه، ويتوافق مع قيم السعي وراء التفوق والإنجاز. لذلك فإن "بارسونز" كان واضحاً في اهتمامه بصحة أفراد المجتمع والعلاقة بين حالتهم الصحية ونجاحهم في أدائهم لأدوارهم المطلوبة منهم، وقد كان بارسونز يرى أيضاً أن الاهتمام له مكانته في زمن الحرب بصفة خاصة وذلك لأن الكشف الطبي على الجنود يظهر لياقتهم الصحية وقابليتهم للخدمة العسكرية¹.

1 طارق السيد، نفس المرجع، ص 47-48

خلاصة

تضمن هذا الفصل وناقشنا فيه تجربة مريض السرطان من جهة النظرة الاجتماعية، ويعتبر السرطان في سياق أوسع من الأمراض على المدى الطويل المزمن و الذي يعتبر نموذجا للمجتمعات الحديثة مختلف المفاهيم السوسولوجية، أن من "تمزق السيرة الذاتية، مسار مرض" من "عمل لا نهاية له للمريض و مرافقيه هي مفيدة لتحليل تجربة المرض، وعلاقة المريض مع الدواء و لفهم التأثير فرديا و جماعيا .

الفصل الرابع:

الأمراض المزمنة

تمهيد:

إن المجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات عرف ولا زال يعرف جملة من التغيرات الاجتماعية والإقتصادية والثقافية وحتى السياسية والأمنية، والتي مست في المقام الأول لخريطة الصحة، حيث تمكنت من تغييرها بإتجاه الأمراض العصرية المزمنة، وذلك بعدما تعرض المجتمع الجزائري في العديد من المرات في وقت مضى إلى الأوبئة الفتاكة والأمراض المعدية التي تراجع خطرهما نوعا ما في هذه الأزمنة الأخيرة، ولعل محاولة مواكبة التحولات التي يعرفها الإقتصاد العالمي ومواكبة ما يسمى بالعمولة المتنامية، تعتبر من العوامل التي زادت من الضغوط النفسية والاجتماعية التي عاشها ويعيشها الفرد الجزائري اليوم، إلى جانب التغير الذي أصاب نمط التغذية وأدى إلى إنتشار بعض قيم التقليد والعادات الخاطئة في مجال النظام الإستهلاكي للمواد الغذائية وتراكيبيها ومن ثم فقدان مفعولها الصحي، وبمقتضى هذه العوامل وغيرها كثر الحديث عن إرتفاع عدد الإصابات والوفاة بنوعية معينة من الأمراض المزمنة من أبرزها ضغط الدم، الداء السكري وأمراض القلب، والجدير بالإهتمام في هذا المحور هو أن هذه الأمراض باتت تنتشر وتتضاعف إنعكاساتها بشكل ملفت للإنتباه حسب المختصين في مجال الصحة العمومية، لذلك بات من الواضح على القائمين في هذا المجال إستطلاع هذا النوع من الأمراض لمعرفة عواملها واسبابها ومخاطرها وسبل الوقاية منها، ومن ثم إتخاذ إجراءات التكفل بالمرضى المزمنين خاصة وأنها تضعف النشاط الطبيعي عند المصاب، وتقلل سعيه وعمله عن ذي قبل مما يؤثر سلبا على أداء واجباته وأدواره المجتمعية .

ونظرا لهذه الآثار السلبية التي تخلفها الأمراض المزمنة وبخاصة منها مرض الضغط الدموي، داء السكري

وأمراض القلب، وسواء كانت جسمانية، معنوية وحتى مادية، فإنه ليس من السهل التكفل بها، لذلك فرضت

منظمة الصحة العالمية تطبيق سياسات وبرامج وطنية وقائية هادفة قبل الوقوع تحت وطأت الإصابة بهذه النوعية

من الأمراض، وللتأكيد فمن الأجدر أن تركز البرامج الوقائية على جميع سبل الكشف عن عوامل الخطر، التوعية

الصحية، الكشف المبكر، المراقبة وتكوين المختصين .

1- نبذة تاريخية عن الإنتقال نحو الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري.

إن ظاهرة انتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري حاليا تعد من بين أهم الظواهر الصحية و الإجتماعية العامة التي تمثل النقلة الحقيقية في نوعية الامراض وهذا ما يعكس التحول الحقيقي في الأوضاع الإجتماعية التي تحدد مستوى الحالة الصحية للمجتمع عامة ولا شك أن حالات الإصابة بالمرض المزمن كما هو الحال بالنسبة للضغط الدموي و داء السكري و امراض القلب أصبحت تعتبر من المسببات الاساسية لحدوث حالات الوفاة في المجتمع الجزائري كذلك فان تتبع المسار التاريخي و الوقوف على واقع الوضع الصحي السائد في المجتمع امر بالغ الاهمية على الأقل لإعطاء صورة شاملة عن مختلف العمليات التحدث و التحضر التي مر بها المجتمع الجزائري من ناحيه و من ناحية أخرى يصبح من السهل إجراء المقارنة البسيطة لفهم كيف كانت تحدث الأمراض وماهي عليه اليوم في المجتمع الجزائري.

2-الوضع الصحي منذ العهد العثماني في المجتمع الجزائري.

إن معرفة التطور التاريخي للوضع الصحي قديما في المجتمع الجزائري يتضح في حقيقة الامر من خلال التعرض لاهم التحولات الكبرى، التي مست بالدرجة الأولى أنماط الحياة المجتمعية، بما في ذلك السياسة الصحية المنتهجة خلال الفترة الإستعمارية، وكل العمليات الاجتماعية والنفسية التي خصصت لتنفيذ البرامج الطبية كتكوين الأطباء و بناء الهياكل الإستشفائية والتجهيزات وغيرها من الخدمات الصحية، يضاف الى ذلك محاولة إستقراء الأوضاع و المعوقات الإجتماعية والإقتصادية والثقافية للمجتمع وعلاقة ذلك بالصحة و إنتشار الأمراض حيث تزداد هذه العلاقة توثقا من كل مرحلة تاريخية مر بها المجتمع ، وعلى الجانب الأخر فإن تفاعل بين الصحة و التنمية المجتمعية يؤدي حتما الى تعاضم الحاجة لفهم الوضعية الإبيدمولوجية أو الوبائية لمعرفة المدى الأوسع لإنتشار الأمراض و مسبباتها ومن ثم فهم محاولات الحد من اضرارها أو القضاء عليها سواء تعلق الأمر بالفاعلين من المستعمرين أو من الأهالي و بالطبع في

مجال الرعاية الصحية و حصيلة هذا وذاك دائما هي المعطيات الإحصائية و الدراسات الإبيدمولوجية التي تساعد على إجراء المقارنات، وتعكس أيضا مدى إنتشار الأمراض بجميع أنواعها في المجتمع الجزائري، وعبر جميع مراحل التاريخ التي يمكن حصرها في مراحل أساسية وهي مرحلة العهد العثماني، المرحلة الإستعمارية أو قبل ثورة التحرير وأثناء ثورة التحرير ومرحلة ما بعد الإستقلال.

- خلال العهد العثماني :

تظهر نتائج البحوث، الكتابات و الدراسات هنا وهناك أن المجتمعات المحلية لشمال إفريقيا بما فيها المجتمع الجزائري خلال العهد العثماني وفي حدود سنة 1830 كانت تتشابه الى حد بعيد من حيث الاوضاع الصحية السائدة آنذاك فهذه المجتمعات لم تكن تخلو من المعاناة الدورية الناتجة عن المجاعات و الحروب و الأوبئة الفتاكة¹ وهذه الوضعية الصحية السيئة هي التي جعلت الأفراد و الجماعات خلال العهد العثماني بحاجة ماسة الى المعالجة وعلى مستوى نطاق واسع من فضاء المجتمع، و بالنظر في مسألة التطبيب آنذاك فإن العناية بالعلوم الطبية كانت أكبر من العناية بالعلوم الأخرى ما عدا علم الفلك ، وعلى الرغم من أن الإيمان بالقضاء و القدر في هذا الشأن كان مهيمنا على العقول بشكل رهيب إلا أن بعض الأفراد كان لهم الإيمان بالعلاج و الإستشفاء و إتخاذ الوسائل و الأسباب للحفاظ على الصحة ومن هؤلاء المؤمنون بالحديث المنسوب إلى النبي صلى الله عليه وسلم: 'العلم علمان علم الأديان و علم الأبدان'، ومع ذلك إختلط الطب ببعض الممارسات و العادات و الطقوس المتعددة كزيارة ولي أو الشرب من بئر معينة اما الأدوية الشائعة فقد كانت تعالج في معظمها الجانب الخارجي من جسم الإنسان فالجراحة وما يشبهها كانت شبه معدومة، وكلمة حكيم هي التي كانت شائعة بدلا من طبيب، ولقد كان التدوي بالنباتات المتوفرة في المجتمع، وبصنع الأشربة و إستعمال طرق مختلفة للتدوي، ومن بين أسماء الأطباء الجزائريين الذين تركوا إرثا طبيا لفترة العهد العثماني هو "عبد الرزاق بن حمادوش" الذي ألف في الطب وأشتهر بالتدوي بالأعشاب، الكي و

¹ دافيد أرنولد، الطب الإمبريالي و المجتمعات المحلية، ترجمة: مصطفى إبراهيم فهمي، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة و الفنون والأداب، الكويت، 1998-ص14-15.

الحجامة وما إلى ذلك¹. وعلى المستوى العام كانت الحكومة تلجأ للحفاظ على صحة الأفراد الى ما يسمى بالحجر الصحي ، في حالة السماع بانتشار مرض الطاعون و الأمراض المعدية الأخرى و بخاصة لما يتعلق الأمر بالسفن المتوجهة الى الجزائر خوفا من إنتقال الأمراض و فيما يخص المسؤولين فإنهم لم يشجعوا دراسة الطب لأنهم كانوا مهتمين فقط بالأسباب العاجلة للأمراض ، فقد وجد من بعض الوثائق أن بعض الباشوات والبايات قد كانوا يهتموا بشؤون صحتهم الخاصة فقط ، اذا جلبوا أطباء أوروبيين بالشراء وأغلبهم كانوا يأتون أسرى في حالة النزاعات البحرية ، و بعضهم كان مقيما في الجزائر لأهداف تجارية أو سياسية²

وقد لوحظ جلب الحكام وحاشيتهم حتى الأرقاء المسيحيين فعلى سبيل المثال قام وزير المالية في عهد الداوي حسين عندما علم بأن عبده الأسير الألماني "سيمون بفايفر" يتقن فن الجراحة فقام بتزقيته من طباخ الى طبيب القصر و أذن له بجلب الأدوية و غيرها من الخارج³ ومع ذلك فقد وجد أن الباي محمد الكبير كان له إهتمام كبير بقضايا في الصحة و البحث في مجال الطب، الأمر الذي نقله كاتبه "أحمد بن سحنون" حيث قال أنه كان يهتم بصحة الأفراد و يساعد العلماء على التأليف⁴ ومن زاوية الإرث التركي فيما يخص الهياكل الإستشفائية فقد وجدت بعض المصحات والملاجئ من أبرزها ملجأ في ناحية باب عزون بالجزائر العاصمة كان يعالج الأمراض العقلية ووجد ملجأ آخر كان يأوي اليه العجزة من الأتراك و الجيش الإنكشاري كما وجدت بعض المستشفيات الأخرى البسيطة التي كانت تخصص للإهتمام بالأسرى المسيحيين.

ونظرا لمحدودية إتساع هذه المرافق و توجيهها الى فئات معينة من السكان فإن الأهالي وعامة الناس بقوا بدون حماية أو رعاية صحية وحتى وإن كانت هناك تغطية صحية فلم تكن منتظمة أما بالنسبة للصيديات فكانت شبه

¹ أبو القاسم سعد الله، تاريخ الجزائر الثقافي، 1500-1830، دار الغرب الإسلامي، بيروت، الجزء الثاني، ط1، 1998، ص-ص 416-417.

² نفس المرجع، ص-ص 418-421.

³ نورالدين حاروش ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، ط1، 2008، ص 97.

⁴ أبو القاسم سعد الله، المرجع السابق ص 419.

منعدمة فلم يذكر في الوثائق سوى صيدلية واحدة بمدينة الجزائر تقع بالمحاذاة مع قصر الداوي و يشرف عليها "باش جراح" الذي كان يشغل منصب الصيدلي و الجراح والطبيب في آن واحد وهذا جانب عدد من الأطباء ذوي الكفاءة الضعيفة ولهم محلات خاصة ومتواضعة كانت تسمى بدكان الطبيب¹. ويبدو أن هذه الإمكانيات المخصصة لرعاية السكان كانت محدودة وغير كافية، الأمر الذي دفع بالسكان الى الإهتمام و اللجوء الى الطب التقليدي كأخر سبيل لعلاج صحتهم ومن الجدير ذكره أن أبرز الأمراض التي كانت شائعة بين السكان الجزائريين آنذاك كبقية سكان العالم هو الطاعون (la peste) الذي يعرف بأنه مرض معدٍ خطير وله تأثيره الديمغرافي والإجتماعي والإقتصادي على المجتمع باعتباره مرض يرفع من معدلات الوفاة بين السكان ويرجع إنتقال عدوى بعض الأمراض من بينها الطاعون بواسطة الإستعمار الأوروبي أو روابط الإمبريالية (ساعد على ذلك وسائل التجارة و النقل الأوروبية)² و الملاحظ أن العديد من الأمراض المعدية كانت تتسبب فيها علاقة الجزائر بأقطار من المشرق العربي وبعض المناطق الأوروبية، وفي هذا الصدد تعرض العديد من سكان المجتمع الجزائري لهذه الامراض الخطيرة في العديد من المرات و خاصة ما بين 1519 و 1830، ومن أكثرها خطورة تلك الأمراض التي إكتسحت منطقة بسكرة سنة 1650، حيث خلفت أعدادا معتبرة من الضحايا، ثم جاءت سنة 1781 التي راح ضحيتها حوالي 19721 ضحية بمدينة الجزائر فقط أما في ضواحيها فقد تم تسجيل هلاك خمس السكان بالتقريب وإلى جانب ذلك ظهور أوبئة خطيرة أخرى في غرب البلاد، غير أن أكبر كارثة وبائية أصابت المجتمع الجزائري خلال العهد العثماني هي التي كانت سنة 1815 بسبب ظهور وباء خطير دام ستة سنوات دزن إنقطاع وقد شمل معظم مناطق المجتمع.

أما بالنسبة للمشرق الجزائري فعلى سبيل المثال قد شهدت مدينة عنابة وباء الطاعون ما بين سنتي 1756 و 1786 و أدى الى وفاة ما بين 5 و 6 وفيات في اليوم الواحد خلال سنة 1785 و إرتفع عدد الوفيات الى أن بلغ

¹ نور الدين حاروش، المرجع السابق، صص 95-97.

² دافيد أرنولد، المرجع السابق ص 18.

خلال يوم واحد من نفس السنة 103 إصابة قاتلة¹ و بالإضافة إلى مرض الطاعون فقد عانى الجزائريون خلال هذه الفترات من امراض أخرى مثل الجدري وحمى المستنقعات و التيفوس... الخ.

و للإشارة فإن معظم الأوبئة كانت مصحوبة بحالات صحية سيئة أوضاع معيشية متدهورة الامر الذي أدى الى المعاناة من المجاعة خلال بعض السنوات 1794، 1800، 1804، 1809، وهذه المجاعات إرتبطت مع ظهور الطاعون كالذي حدث سنتي 1817 و 1819² ولا يخفى على أحد أن الأمراض المعدية والأوبئة تمثل سببا رئيسيا من أسباب الركود التجاري الصناعي يضاف إلى ذلك تراجع النمو السكاني و إنخفاض عدد السكان بسبب الوفيات

- قبل و أثناء ثورة التحرير :

نظرا لحدائثة الدراسات والبحوث الإبيدمولوجية في هذا المجال، فلعل ما يثير الدهشة أنه لا يوجد إلا قدر ضئيل من الإتفاق بشأن ما تكونه قضية الوضع الصحي أو بالأحرى تاريخ الطب و الأمراض في المجتمع الجزائري في الفترة الإستعمارية وخاصة أن معظم الكتابات هي للأوروبيين الذين كانوا يميلون أكثر الى نوع الدراسات الإستكشافية و كانوا أيضا يقتصرون عادة على دراسة وباء واحد هادفين من ذلك الى تعرية الخلافات و التوترات السائدة في المجتمع في فترات الأزمة بينما يحيط الآخرون بحتهم بإطار من لغة الإقتصاد أي محاولة إيجاد العلاقة بين حصول الوباء وما يحدد من موارد صحية وبين البنى السياسية و الإقتصادية للحكم الإستعماري، قال أحد الزعماء الفرنسيين المؤيدين للطب الفرنسي "هيوبرت ليوتي" أن لهذا الطب أداة للمساعدة في إرساء السلطان الفرنسي في مجتمعات إفريقيا وقد ذهب إلى أبعد من ذلك إلى حد القول بأن العذر الوحيد للإستعمار هو الطب³.

¹ نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص-ص 105-106.

² نفس المرجع، ص 108.

³ دافيد أرنولد، المرجع السابق ص 17.

وفي هذا المجال يبدو أن المنشآت الصحية كالمستشفيات قليلة و ضيقة و تتضمن العديد من النقائص الأخرى و يبدو أيضا انه ليس من السهل حصرها بدقة نظرا لأن التقارير و المذكرات التي سجلت من طرف بعض الأطباء و العسكريين غالبا ماهي ذات طابع محلي ففي سنة 1843 أعد ضباط الصحة الفرنسيون قائمة تضم 27 مستشفى منها 15 لقطاع العاصمة و 5 لقطاع وهران و 7 لقطاع قسنطينة كما تم وضع خريطة إستشفائية تعود الى عام 1853 و قائمة تتكون من 17 مركز لمنطقة وهران وحدها¹.

وتشير مذكرة صادرة عام 1831 الى أنه لم يتبقى من بين 144 ضابطا جراحا في الجيش حتى تاريخ 1 سبتمبر 1830 إلا 53 منهم في 1 جانفي 1831 وفي سنة 1835 إحتج أحد المسؤولين الفرنسيين عن تقليص عدد مستخدمي مصالح الصحة وفي الوقت نفسه كانت عدوى وباء الكوليرا ينتشر بشكل رهيب وحيث قال "إنه من الممكن إحصاء 1500 وفاة من جملة 10000 ساكن بمدينة معسكر"² ويذكر أيضا "ل. بوديكور" "Boudicour" أن عدد يقدر ب 418 طبيب عسكري سجل سنة 1847 و أصبح يقدر ب 267 طبيب سنة 1853 و ذلك بسبب حملة الشرق أما بالنسبة للأطباء المدنيين فمن الصعب تحديد عددهم، ومن بين أحد ركائز خدمة الطب المدني الطبيب باين حيث عاش في المجتمع الجزائري ما بين 1834 و 1855 غير أن إنشغالاته كانت موجهة لحماية صحة الاوربيين ومن ناحية أخرى فمتغير العداء لعب دورا بارزا في مدى الإقبال على العلاج لدى الطبيب في ظل الإستعمار³ وحسب إنتشار بعض الأفكار الدينية، وعلى الرغم من قصد بعض العرب الاطباء الفرنسيين ولكن هم واثقون ثقة يسودها الشك في أن يكون هذا العلاج يمثل ممارسة طبية ضارة و أشكال جديدة للعلاج مقارنة بعاداتهم الخاصة وطرقهم العلاجية المحلية.

¹ إيفون تيران، المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمرة، المدارس و الممارسات الطبية و الدين، 1830-1880، ترجمة: محمد عبد الكريم أوزغلة، دار القصة للنشر الجزائر، 2007، ص-ص-84-85.

² نفس المرجع، ص 85.

³ نفس المرجع، ص 86.

وفي سنة 1843 صرح الطبيب "كاندي" بأن هؤلاء السكان يرجعون كذلك كل شئ إلى الله فيدخلونه في كل شئ وفي الكلام، ويعتبرون الأطباء كأسباب أو أدوات لتحقيق إرادته، ولايستعينون بالأطباء أيضا إلا من أجل الشفاء من الأمراض الميؤوس منها، وهنا يمكن القول بأن منظومة القيم الدينية التي تحملها ثقافة أفراد المجتمع لعبت دورا بارزا في بلورت الممارسات الطبية قبيل الإحتلال الفرنسي للمجتمع الجزائري، وهذه سمة من سمات المجتمع التقليدي (بالمعنى الفيبييري)، والتي تعبر عن المواقف المختلفة للمجموعات السكانية القروية¹ ونظرا للإرتباط الوثيق بين الجهل والامية وإنتشار الأمراض في المجتمع، فمن المؤكد أن الأمر يتعلق بمظهر أساسي ألا وهو مستوى الوعي الضيق للإهتمام والأهمية التي كانت تعطى للمرض، وما أكده جميع الأطباء في النهاية هو أن مرضاهم يتقبلون في آخر اللحظات أنهم مرضى أو لنقل أنهم لا يعلمون أنهم مرضى، فهم يتجاهلون الألم ويعفلون أعراض المرض الأولى حين يكون الشفاء ممكنا، ولا يباليون بتطورات المرض الثانوية، فكم من مريض بمرض الزهري إنتظر حتى بلغ المرض مرحلة متطورة (المرحلة الثالثة)، ومن ثم يقرر الخضوع للفحص، وفي بعض الأحيان كان المرضى لا يعلمون حتى بإمكانية شفائهم، ويشير ضابط الصحة في منطقة باتنة أن العرب غير مبالين بالصحة ولا يعتنون بها، وحتى معالجة الإصابات الأكثر خطورة لا تمثل بالنسبة لهم سوى أمرا ثانويا لا يتكلفون به إلا بعد أن يفرغوا من أمورهم العادية، ومن الأهمية بمكان أن يذكر هنا كذلك الأرقام المقدمة خلال الفترة الممتدة ما بين 1850 و 1880، والتي تعد الأرضية التي إنتشرت عليها الأوبئة وبدون توقف، فهناك بعض الملاحظات مثل التي قدمها "بروسلار" والتي تكشف عن الجثث التي كانت تجتمع من شوارع قسنطينة وبعض المدن الأخرى، ويتزايد العدد من الوفيات بصفة لافتة بعد سنة 1867 نظرا للضعف والبؤس اللذين سببهما وباء الكوليرا، بالإضافة إلى تنامي إتهاب الأمعاء بسبب الفقر، حيث ينطفئ المصابون بهذا الداء ببطء، وهذه الملاحظة الملفتة للإنتباه إنتشرت أكثر خلال سنوات المجاعة الكبرى المشؤومة مما تسبب في تمزق الخيم وتعرية الأكواخ من سقوفها، فمن قسنطينة إلى باتنة ومن برج بوعرييج إلى سطيف تم تسجيل

¹جان فافري، التقليدوية والتحديث المعاق، سلسلة المعرفة التاريخية، الأنثروبولوجيا والتاريخ حالة المغرب العربي، ترجمة: عبد الأحد السبتي وعبد اللطيف الفلق، دار توبقال للنشر، المغرب، ط1، 2007، ص108.

حالات للوفاة بسبب الإرهاق، فالجماعة كانت حاضرة بموكبها المعروف بالعجز والأمراض¹ وهذه فعلا تمثل وضعية صحية كارثية كانت بحاجة ماسة للإحتواء، وهناك تقارير نشرت سنة 1851، حاولت أن تدفق الأمراض الأكثر إنتشارا بطريقة تسمح ببلورة طب خاص بها، بذلك تم التوصل إلى التعداد الآتي: الحمى، الجذري، الكوليرا، التيفوس، الزهري، أمراض العيون، الجرب، وهذا التصنيف تم حسب الأهمية والأمراض الأكثر إنتشارا والأكثر تسببا في الهلاك أو الوفاة².

وهناك ملاحظة أخرى للأطباء تقول بأنه لا يوجد فرق على الإطلاق بين ظهور الأمراض من سنة إلى أخرى وخاصة بين سنة 1849 و 1867، حيث أغلبية الأطباء لم يتمكنوا إلا من وصف الأمراض والأوبئة جغرافيا، فهم يلاحظون ظهورها هنا وهناك والأثار التي تخلفها، فالوضع الصحي أصبح غير قابل للتوقع ولا يمكن تجنبه³ ويبدو أن هذا الوضع أصبح شأنه شأن الزلزال، الأمر الذي يتأكد من خلال بعض الأرقام المسجلة في سنوات 1851، 1850، 1849، فقد أدت الكوليرا إلى وفاة 385 شخص من بين 1500 نسمة من سكان سيدي عقبة، ثم إنتقل الوباء إلى بسكرة، كما تم تسجيل بين قبائل سطيف وقبائل بجاية ما يقارب 300 شخص (قبيلة واحدة فقدت 80 شخص خلال 24 ساعة)، ومن بين 700 ساكن شيعت قرية في بجاية 116 ساكنا، ومن بينهم 62 امرأة وطفلا، وفي القل خلف الوباء 61 ضحية من بين 500 ساكن، وأخيرا فقدت الدائرة الفرعية من وهران 340 من 1000 ساكن في سنة 1854⁴ وفي ظل هذا الوضع الصحي الخاص ولد مشروع حملة التلقيح ضد الأمراض القاتلة، لكن كل محاولات التلقيح الأولى تمت في العاصمة إبتداء من سنة 1982 وبالضبط بمنطقة القليعة ثم توسعه إلى مناطق أخرى من المجتمع، ولكن النقص تعد الأدوات والعتاد إلى نقص الأطباء وأحيانا إذا ما توفر اللقاح يغيب الطبيب هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى الترددات والرفض الذي قابل به السكان هذه الممارسة الطبية

¹ نفس المرجع، ص، ص316، 317.

² نفس المرجع، ص، 317.

³ صالح فركوس، تاريخ الجزائر، من ما قبل التاريخ إلى غاية الإستقلال، المراحل الكبرى، دار العلوم للنشر والتوزيع، الجزائر، 2005، ص369.

⁴ يفون تيران، المرجع السابق، ص319.

الجديدة بالنسبة إليهم¹ والملاحظ هنا هو أنه لم يكن موجود أي إنتظام لهذه الخدمات الصحية التي يرفضها السكان، وتعتبر هذه العملية أيضا ضحية للشروط والظروف التي كانت تمارس وتطبق فيها.

وفي ظل هذه الظروف الصعبة إستمرت النكبات والأمراض والأوبئة بشكل دوري، ولعل ما زاد الأمر تعقيدا هي ممارسات المستعمر الفرنسي وسياساته الضاغطة على السكان من النواحي السيكولوجية والإجتماعية والإقتصادية، وفي هذا الصدد أصدرت الحكومة عدة مراسيم وقوانين أعلنت من خلالها الإمتلاك أو الإستلاء على الأراضي الجزائرية، ولقد زاد الوضع سوءا إذ حدث إنقلاب فلاحى في جميع مناطق المجتمع الجزائري، والذي عمل على تحطيم وقهر القبائل في ممتلكاتها وإحداث أزمة إقتصادية حقيقية أخرى حادة ما بين سنتي 1866-1870، حيث سيطرت من جديد المجاعة ومظاهر البؤس والحرمان إلى درجة اللجوء إلى أكل جثث الموتى، وهكذا قضت مجاعة 1867 وما تلاها من الأزمات على عشرات الآلاف من الأسر الجزائرية، وإنتشر بين سنتي 1869 و 1870 الجراد بشكل رهيب مما زاد من بؤس الأهالي وأصبح من الصعب جدا عد الموتى أو الضحايا².

وبشكل عام أدت مختلف العمليات المتعلقة بنهب الأراضي الزراعية خاصة إلى إنخفاض في مستوى المنتج الزراعي، وعلى الرغم من هذه النكبات التي ميزت هذه الحقبة الإستعمارية إلا أن عدد السكان الجزائريين كان يتزايد، ولعل هذا الإستلاب والإستلاء أيضا هو ما ساهم في إفتقار السكان وتجويعهم، ومن ثم إرتفاع نسبة الأوبئة والمجاعات في أوساطهم كما هو الحال بالنسبة لإنتشار مرض الجدري والكوليرا ما بين سنتي 1865 و 1867، الأمر الذي زاد من تذبذب المسار الديموغرافي للسكان وارتفاع معدلات الوفيات³.

وقد إنتشرت بعض الأمراض أيضا المستوردة مع الإستعمار كجائحة الأنفلونزا سنة 1919، وكذلك بالنسبة لإنتقال عدوى بعض الأمراض كالزهري مثلا الذي ينتقل عن طريقالمخالطة الجنسية، وفي هذا الإطار أدت حملات

¹ نفس المرجع، ص-ص 321-322.

² صالح فركوس، المرجع السابق، ص369.

³ أبو القاسم سعد الله، تاريخ الجزائر الثقافي 1830-1954، دار العرب الإسلامي، بيروت، ط1، الجزء السابع، 1998، ص228.

سحق الثورات المحلية والحملات العسكرية فيما بين الحربين العالميتين (1914-1943)، إلى جانب العديد من الأوبئة والتسبب في البعض الآخر منها للسكان المدنيين، كما أدت كذلك إلى الرفع من معدلات الوفيات¹ وحدث هذا من خلال قيام المستعمر بتجنيد جزائريين لمحاربة ألمانيا، وأيضاً كان للسياسة الإستعمارية في إطار مشروع تجنيد العمال في المصانع والمناجم آثار صحية خطيرة، مما خلق بيئات مصغرة سهلت نشر الأمراض المعدية والأمراض التناسلية، كما ساعدت على إدمان الكحول وما وجد من تلوث صناعي، وهذه أمراض جميعها نقلت إلى عائلات العمال عند لرجوعهم إلى قراهم².

وفي هذا الصدد فإن معرفة الثورة التحريرية هي التي تسمح بفهم وتفسير جزءا مهما مما حدث لنسق الصحة في هذه الفترة الحرجة، بالإضافة إلى أن إستيعاب موقف الفاعلين في جميع المجالات بما فيها مجال الصحة في المجتمع الجزائري تجاه المسائل التي ظهرت بعد الإستقلال، وإنطلاقا من الإستقلال يظهر كأن جزءا من المجتمع الجزائري قد إبتدأ من الصفر إلا أن مجتمع الإستقلال لم ينطلق من تلك الفترة، وحركة البناء الإجتماعي لما بعد الإستقلال تعود أهم أحداثها إلى ركائز البناء التاريخي في السابق للمجتمع الجزائري، فمنذ سنة 1954 نظم السكان أشكالاً خاصة من التضامن برزت في المجتمع حسب متطلبات حركة التحرير، والتي جعلت الأسرة الحضرية تعيد بناء نفسها من خلال إستقبال العائلات الهاربة من الريف نتيجة القمع والعنف وكل أشكال الإستبداد مما أدى إلى تدمير بنية العائلات وتشتيتها³ ويلاحظ أن هذه المرحلة الإستعمارية قد عرفت فيها العائلة الجزائرية تغيرات عديدة مست مراكز الأفراد من جهة، ومن جهة أخرى مست مختلف القيم والتقاليد السائدة في جميع مناحي الحياة الإجتماعية، بما في ذلك الوضعية الصحية للمجتمع مما أدى إلى زيادة تمسك الأفراد خاصة بقيمهم وتقاليدهم الراسخة في أذانهم، وهذا نظرا لإحساسهم بخطر المستعمر على تهديد كيان عائلاتهم، وهذه التغيرات كما يرى "مصطفى بوتفنوش" قد زادت

¹ دافيد أرنولد، المرجع السابق، ص 190.

² نفس المرجع، ص 19.

³ مصطفى بوتفنوش وآخرون، التغيرات الإجتماعية في الجزائر منذ الإستقلال، المجلة السنوية لمعهد علم الإجتماع، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، رقم 3، خاص، 1986، ص 2.

من تعقيد الوضع في المجتمع الجزائري، حيث أصبح يشهد نوعا من الغليان أو الهيجان Un Bouleversement وهذا أثر في جميع الفترات اللاحقة التي مر بها¹ إذا فمن الواضح جليا أن نسق الصحة كغيره من الأنساق الإجتماعية الأخرى يبدو منهكا ومتردبا خلال هذه الفترة الإستعمارية، ولعل الظروف الإجتماعية والإقتصادية الصعبة، التي عاشها أفراد المجتمع أثناء الثورة أدت إلى فقر عام وتزايد عدد البطالين، وبالتالي إرتفعت حالة من التدمير والسخط خاصة لدى فئة الشباب ففي سنة 1954 كان حوالي 50% من الأفراد دون سن العشرين، وهذا مؤشر على وجود مشكلات حادة مثل الأمية والبطالة والتشرد والسرقة والإجرام وهذه جميعها ظواهر إزدادت تطورا يوما بعد يوم أثناء هذه الحقبة الزمنية، وعلى سبيل المثال فقد بلغ عدد البطالين والفقراء الجزائريين أكثر من أربعة ملايين نسمة أي مايقارب نصف مجموع الشعب الجزائري، ويقدر ما عانى الجزائريين من سياسة التجهيل ومحاربة الحقبة الزمنية، وعلى سبيل المثال فقد بلغ عدد البطالين والفقراء الجزائريين أكثر من أربعة ملايين نسمة أي مايقارب نصف مجموع الشعب الجزائري، ويقدر ما عانى الجزائريين من سياسة التجهيل ومحاربة الحقبة الزمنية، فقد إرتفعت نسبة الأمية عن 90% وكان هناك حوالي 1 مليون طفل في عمر الدراسة حرموا منها² أما النخبة المثقفة فهي أقلية تافهة، حيث لم يكن يحسن القراءة والكتابة باللغة العربية والفرنسية سوى 5%،³ وحسب معطيات الثورة هذه فإن الفرد الجزائري عاش ظروفًا سيئة وصعبة للغاية، فقد عانى الكثير من الفقر والحرمان، كما شهد جميع الأمراض البوائية والمعدية، ولعل من أهم الأمراض التي إنتشرت خلال هذه الفترة هي: مرض الملاريا، مرض السل، مرض الكوليرا، ومرض التيفوئيد والإسهال... الخ، أما بالنسبة للوفيات وعلى غرار وفاة مليون ونصف المليون شهيد، فقد سجل المجتمع الجزائري نسب عالية، وهي من أعلى النسب في العالم وخاصة منها وفيات الأطفال، ويضاف إلى ذلك الحرمان من حق الرعاية

¹Mustafa Boutefnouchet, la famille algérienne, quel modèle ?, collection le lien, changements familiaux et changements sociaux, actes du 3^{ème} colloque, départements de sociologie 20-21 janvier 2004, publication de la faculté des sciences humaines et sociales, Université d'Alger 2005-2006, Alger, Deuxième partie, Numéro 3, 2006, p7.

²صالح فركوس، المرجع السابق، ص-ص123-124.

³جان فافري، المرجع السابق، ص103.

الصحية، فالقليل من الأشخاص الذين كانت لهم فرصة العلاج العام والمتخصص وحتى المستشفيات كانت تتواجد على مستوى المدن الكبرى أين يتواجد المحتل بكثافة، في حين بقيت المناطق الريفية تعاني من أدنى المراكز الصحية وتعتمد في شفاء مرضاها على الطب التقليدي والأعشاب الطبية، وبالتعبير الإحصائي فإنه تم تسجيل قرابة 300 طبيب لكل 10 ملايين نسمة¹ وللإشارة حتى الآن لا يعرف إلا القليل جدا عن طبيعة ومدى إنتشار الأمراض والأسباب الأخرى للوفيات عدا الأسباب الإستعمارية، ولعله قد حدثت كوارث وبائية وإيكولوجية لم تجد طريقها إلى التسجيل في أي تقرير تاريخي يظل باقيا، وذلك نتيجة للإنشغال الكبير بأمور الثورة ولكن يمكن القول أن زيادة الأوبئة والأمراض المعدية كانت واضحة مع الوجود الإستعماري الذي خلق حملا وضغطا كبيرين على صحة الأفراد في المجتمع الجزائري.

- مابعد الاستقلال:

وغداة الإستقلال وبعد إنتهاء ثورة التحرير- كما سبقت الإشارة إليه- كان نسق الصحة في المجتمع الجزائري منهكا، حيث ورث هذا الأخير من المرحلة السابقة حالك صحية تحمل الكثير من الأمراض والأوبئة الخطيرة، وحتى أوضاع إجتماعية وإقتصادية متدهورة أثرت في مختلف مراحل بناء المجتمع اللاحقة، ولعل من هذه الوجهة تمثل أحداث 5 أكتوبر 1988 أحسن مثال للتعبير عن الانفجار في الأوضاع الإجتماعية خاصة في مرحلة البناء الإجتماعي الأولي لما بعد الإستقلال، أين كان المجتمع يبحث عن حالة تحقق له التوازن غير أنه لم يجدها بعد² وهذا على الرغم من الإهتمامات والإجراءات والتعديلات التي طرحت لتخدم المنظومة الصحية والإجتماعية بعد الإستقلال.

وفي ضوء هذه المعطيات وغيرها يمكن الإقتراب من معرفة بعض النواحي الصحية، وبالأخص فيما يتعلق بالبرامج والسياسات الصحية الهادفة إلى التحكم في آفة الأمراض البوائية التي كانت منتشرة بين أفراد المجتمع، إلى جانب

¹ نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص128.

² Mustafa Boutefnouchet, la famille algérienne, quel modèle ?, collection le lien, changements familiaux et changements sociaux, Op.cit, p8.

محاولة تعميم العلاج الوقائي الفعال وبخاصة مع المعطيات الجديدة التي برزت مباشرة بعد الإستقلال كما هو الحال بالنسبة للزيادة السكانية والتي بدأت تتضاعف¹ وأيضا مشكلة الأمية التي بلغت سنة 1962 نسبة قدرت بـ 85% من السكان الجزائريين². وإضافة إلى طغيان فئة الشباب، حيث ثلاث أرباع من أفراد المجتمع لا يزيد عمرهم عن 30 سنة، أما ظاهرة الشيخوخة فهي ليس بمشكل كبير، في حين معدلات وفيات الأطفال لوحدها كانت تشكل خطرا كبيرا إذ قدرت بـ 58 ألف وفاة، وهذه جميعها تمثل عوائق على المستوى الصحي دفعت الفاعلين في هذا المجال إلى التركيز على عناصر الوقاية من مسببات الأمراض ومن أهمها الماء، الغذاء، النظافة الجسمية، السكن، الطب المدرسي وطب العمل، يضاف إلى ذلك طب الأطفال الذي يمثل الأولوية في القضاء على العديد من الأمراض المعدية والخطيرة كالدفتيريا والشلل والحصبة والكزاز... الخ، وهذه الأمراض هي التي زادت من وفيات الأطفال وبشدة³.

وفي هذا الشأن إتبع الفاعلون في مجال الصحة خلال الفترة الممتدة بين 1962-1965 سياسة صحية تركز على إعادة إنعاش ما خلفه الإستعمار من بنايات وهياكل صحية، والتي كانت تتواجد في كبريات المدن الجزائرية كالجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة، بالإضافة إلى بعض العيادات الخاصة التي تشغل حوالي 600 طبيب معظمهم من الأجانب⁴.

وذلك نتيجة للأوضاع الصحية- كما تم ذكره آنفا- والتي كانت كارثية من حيث ظروف الحياة الإجتماعية، وسوء التغذية وقلة النظافة ونقص التأهيل الصحي، مما أدى إلى نشر فوارق إجتماعية وجهوية كبيرة، ولم يتوفر نسق الصحة قبل سنة 1965 إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 1092 ساكن 264

¹ نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 132.

² مصطفى بوتفونوش، من صور أنماط الألفة الإجتماعية في المجتمع الجزائري، ترجمة: حسن بن مهدي، الثقافة، مجلة تصدرها وزارة الثقافة والسياحة بالجزائر، العدد 88، 1985، ص 54.

³ نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 129.

⁴ نفس المرجع، ص 132.

صيدليا، وما يعادل كذلك صيدلي واحد لكل 52323 ساكن، في حين قدر عدد أطباء الأسنان بحوالي 151 طبيب، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 ساكن¹.

أما بالنسبة للهياكل القاعدية الإستشفائية فقد تم تقدير بحوالي 39000 سرير سنة 1967، وهذه الأرقام تعبر عن العجز الدائم الذي عرفته هذه المرحلة، مما دفع بالدولة من الجانب الآخر إلى إتباع سياسة الحملات التلقيحية للقضاء على بعض الأمراض الفتاكة والمعدية² وهذا مؤشر آخر على تدني المستوى الصحي في بداية الحياة الإجتماعية للمجتمع المستقل.

ولقد تبنى الفاعلون في مجال الصحة أيضا في الفترة الممتدة ما بين 1965 و 1979 عدة برامج صحية وبخاصة مع بداية المخطط الوطني، وكذا بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ سنة 1964، وبصدور بعض القوانين المنظمة لمهنة الطب والصيدلة سنة 1966، وتمت عملية الإرتقاء بالتكوين الطبي والشبه طبي، وإنشاء بعض المياكل القاعدية من مستشفيات وقاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى البلديات والأحياء، وإنشاء مايسمى بالعيادات المتعددة الخدمات، إبتداء من سنة 1974، كما تم الإهتمام بالقضاء على كل مايساهم في إنتشار الأمراض المعدية أو المتنقلة كتوفر المياه الصالحة للشرب، وقنوات الصرف الصحي، والنتيجة كانت بنسبة 37% من السكان مزودة بالمياه الصالحة للشرب، ونسبة 23% ممن يمتلكون قنوات الصرف الصحي.

ومن الإجراءات الفعالة أيضا في مجال الصحة هي بداية الحملات الوطنية للتلقيح B.C.G ما بين سنتي 1969 و 1970 ومنها التلقيح ضد الشلل، ووضع إستراتيجية لمكافحة مرض الملاريا سنة 1965، وفي جميع المناطق التي إنتشر فيها الوباء، وهذا بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية OMS، كما تمت مكافحة مرض الرمد وإلزام

¹ نفس المرجع، ص-ص 132-133.

² نفس المرجع، ص 133.

السكان بالتبليغ عن المصابين به إجبارياً¹ إلى جانب ذلك تم تخصيص برنامج للحماية من حوادث العمل، وتأسيس لجان الوقاية والنظافة وهذا نظراً لتوجه المجتمع نحو إقامة المصانع والمباني وكل ما يزيد من الحوادث المؤدية للوفاة، بحيث أصبح الميدان الصناعي يحتل المرتبة الثانية من وجهة إستيعاب اليد العاملة، إذ قدرت بـ 17.2% سنة 1977 بعد ما كانت لا تستوعب سوى 10% سنة 1966، وقد إرتبط هذا التوجه العام بهجرة سكان الريف إلى المدن، حيث تم تسجيل حجم الهجرة الداخلية ما بين سنتي 1973 و 1977 بحوالي 130.000 مهاجر سنوياً، مما أدى إلى رفع عدد سكان المدن من 3700.000 إلى 70.95000 ساكن، أي ما يعادل من 31% إلى 41% من المجموع الكلي للسكان² ويمكن تفسير ذلك بعامل التغطية الصحية التي لم تكن عادلة بين المناطق الحضرية والريفية، حيث وجد أن معظم الهياكل القاعدية والفرق الطبية والشبه الطبية كانت تتمركز في المدن الكبرى وكادت تغيب في المناطق الريفية³ وهذه الملاحظة لازالت تنطبق على العديد من مناطق المجتمع الجزائري حتى في الوقت الحاضر .

وفي هذا الصدد وفي إطار توحيد النظام الوطني للصحة أكد دستور سنة 1976 على العلاج المجاني بإعتباره مكسباً ثورياً وقاعدة لنشاط الصحة العمومية، وما دعم هذه المسألة هو تأكيد حق الطب المجاني لكل مواطن في المادة 67 منه والتي تنص صراحة على أن "كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم، وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع مجال الطب الوقائي والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل، كذلك ومجانية وبتوسيع مجال الطب الوقائي والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل، كذلك ترقية التربية البدنية والرياضية ووسائل الترفيه"⁴ وقد توافقت هذه الإهتمام والحماية القانونية بالصحة في المجتمع الجزائري في هذه الفترة مع الإهتمام والحماية الدولية بالصحة للجميع في المؤتمر العالمي بالإتحاد السوفياتي سابقاً في ألما- أتا (ALMA-ATA) سنة 1978، وهذا برعاية المنظمة العالمية للصحة OMS، وصندوق رعاية الطفولة UNICEF، حيث تم الإعلان عن شعار

¹ نفس المرجع، ص 136.

² بلقاسم سلاطينة، سامية حمدي، العنف والفقير في المجتمع الجزائري، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008، ص 129.

³ ور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 139.

⁴ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، دستور 1976، جبهة التحرير الوطني، الجزائر، 1976، ص 30.

الصحة للجميع بحلول عام 2000، وتم التأكيد على عدة عناصر تتعلق بحماية صحة الأفراد منها رعاية الأمومة والطفولة، والوقاية من الأمراض المحلية المتوطنة، التطعيم ضد الأمراض المعدية الرئيسية... إلخ¹ وهذا يعني أن هذه الفترة الممتدة ما بين الستينات والسبعينات تميزت بالخدمة الصحية المجانية وعدة مخططات تنموية أخرى² وعلى الرغم من الإهتمام بالرعاية الصحية الملموسة من حيث الحماية الإجتماعية والهياكل القاعدية والموارد البشرية، إلا أن ذلك لا يعبر عن التطورات اللازمة للوضعية الصحية في المجتمع الجزائري، فالتعبير الإحصائي يكشف عن تسجيل في نهاية السبعينات وبداية الثمانيات معدل إجمالي للوفيات قدر بـ 11.7%³ أما بالنسبة لوفيات الأطفال la mortalité infantile فقد سجلت لها إنخفاض بين العشريتين 1970-1980، إذ إنتقلت من 142% إلى 84.7%⁴ وهذه نتيجة وحيدة تبدو معتبرة سجلت خلال هذه الفترة، إلى جانب النتيجة المتعلقة بتطور توقع الحياة عند الولادة بالسنوات الذي قدر سنة 1970 بـ 52.6% سنة للرجال و 52.8% سنة للنساء، ووصل سنة 1980 إلى 55.9 سنة لدى الرجال و 58.9 سنة لدى النساء.⁵

وفي هذا الصدد ومنذ بداية سنة 1975 إعتمدت برامج صحية تطبيقية في إطار المخطط الرباعي الثاني، وتم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية و المرتبطة بالمشكلات الإقتصادية والإجتماعية البارزة آنذاك، ولعل من أبرز المشكلات الصحية التي تم التركيز على مكافحتها هي الأمراض المتنقلة كما هو الحال بالنسبة لمرض الملاريا، ومرض السل، ومرد الرمذ، والأمراض المعدية الأخرى، وأمراض إلتهاب المفاصل الحادة والأمراض الزهريّة والحصبية... إلخ، وفي المقابل بدء بالظهور نوع آخر من الأمراض لم يكن منتشرًا أو مألوف من قبل في المجتمع الجزائري وهي الأمراض غير

¹ E.Tarimo and A.Creese, Op.cit, P 15

² بلقاسم سلاطينية، سامية حمدي، المرجع السابق، ص131.

³ Jilali Sari, Implications de la métamorphose de pyramide des âges, Collection le lien, familiaux et changements sociaux, Op.cit, P 78. Changements

⁴ Ouardia Labsari, Les évolutions démographiques Recentes en Algerie quelles interprétations? quelles implication sur la famille ?, Collection le lien, changements familiaux et changements sociaux, Op.cit, P 95.

⁵ Ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière, Politique nationale de population à horizon 2010, Rapport du comité national de population, Ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2002, P 13.

المتنقلة، مما أدى إلى وضع برنامج صحي آخر لمكافحة هذه النوعية الجديدة من الأمراض، والتي أبرزها أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري وسوء التغذية والشلل والربو والمضاعفات بعد الولادة والأمراض العقلية وتسوس الأسنان والإعاقة الحركية والصرع والبكم والعمى¹ وعلى الرغم من الجهود المبذولة في مكافحة هذه المشكلات الصحية إلا أن التغطية الصحية أيضا خلال هذه المرحلة قد إقتصرت على المدن الكبيرة والولايات، ومن جهة أخرى بقيت العديد من المناطق الريفية تعاني من نقص كبير وأحيانا إنعدام للتغطية الصحية.

ومع نهاية هذه المرحلة أي سنة 1979 ظهرت هيئات صحية جديدة سميت بالقطاعات الصحية تشمل المستشفيات والعيادات المتعددة الخدمات، كما أنه وصل عدد الفاعلين في الهيئة الطبية الجزائرية إلى 3761 طبيبا، يضاف إليهم 2320 طبيبا أجنبيا، ويضمن هذا العدد من الأطباء تغطية صحية تقارب طبيبا واحدا لكل 2960 ساكنا، ولكن إذا ما قورنت هذه المؤشرات بالكثافة الطبية في المراكز التكوينية فتصبح لا معنى لها، وهذا إلى جانب عدد أعوان الشبه الطبي الذي قدر بـ 4669 ممرضا وعونا لعدة تخصصات، الأمر الذي يعادل عون شبه طبي واحد لكل 386 ساكن² وما يمكن ملاحظته في هذه المرحلة هو بداية تراجع الأمراض التي خصصت لها تلقيحات إجبارية ومجانية، مما أدى إلى انخفاض في وفيات الأطفال، غير أنه يلاحظ من جهة أخرى بقاء إنتشار بعض الأمراض التي لها علاقة بنظافة المحيط والحالة السكنية والمياه والتسممات الغذائية... الخ³ وهذه حالات ترتبط أساسا بمستوى الوعي الصحي الإجتماعي.

أما في ما يخص المشكلات السوسيو- نفسية والإقتصادية التي لها صلة وثيقة بالصحة فقد إرتبطت بالسياسة الإشتراكية، التي تركزت في فترة السبعينات على تأميم الثروات الطبيعية وتوسيع رقعة القطاع العمومي، لأجل التكفل ببعض المطالب الإجتماعية والإقتصادية للسكان مثل التعليم، تشغيل اليد العاملة، إنشاء المصانع والهيكل

¹ نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص-ص 141-142.

² نفس المرجع، ص145.

³ نفس المرجع، ص147.

القاعدية بما فيها الصحة إلا أن قطاع السكن بقي يعرف نقائص كبيرة، وأزمة السكن بقيت بدون حل جذري¹ وفي الحقيقة إلى اليوم هذا من جهة، ومن جهة أخرى إستفادات بعض الفئات الإجتماعية الضعيفة من السياسة المتبعة في هذا المجال بإستثناء بعض الفئات المتواجدة بالمناطق النائية، وفي المقابل ظهرت إلى الوجود ظواهر سلبية تغلغت في ظل النموذج الإقتصادي الإشتراكي، ولعل النمط الإستهلاكي الذي إستفادات منه بعض الفئات الإجتماعية ذات النفوذ ومكانة مركزية في المجتمع وكونت ثروات طائلة في ظل القطاع العمومي و إستثمارها في ظل القطاع الذي نشئ لاحقا (الخاص) يمثل مؤشرا هاما لظهور الأزمات الإجتماعية والإقتصادية والصحية الحالية² وأزمة إنتشار الأمراض غير المتنقلة حاليا خير دليل.

إذا من خلال ماسبق ذكره يمكن القول أن المنظومة الصحية خلال هذه المرحلة عرفت بعض المؤشرات الصحية والإجتماعية الهامة، من أهمها الطب المجاني بما فيه التكفل المجاني بالأطفال سواء في مراكز الأمومة والطفولة أو على مستوى المدارس، بالإضافة إلى التلقيحات الإجبارية والمجانية ضد الأمراض المعدية، وبالرغم من ذلك فإنه يعاب على هذه المنظومة من حيث عدم تبني أهداف واضحة للوقاية والقضاء على الأمراض المتنقلة، وتفادي إنتشار الأمراض الجديدة غير المتنقلة (بيدوا أن الأهداف الصحية كانت تليي الطلب قدر الإمكان فقط)، والتي إرتبطت بتشكيل البنية الإجتماعية الجديدة أيضا والتي أفرزتها الممارسات المستحدثة السياسية والإقتصادية والفوارق الإجتماعية... إلخ.

وإلى هنا يمكن بداية الحديث عن الوضع الصحي في المجتمع الجزائري من سنة 1980 إلى اليوم، ولقد تم التركيز خلال هذه المرحلة على دمج النسق الصحي ضمن المخطط الوطني للتنمية الإقتصادية والإجتماعية، كما تم إعتبار

¹ رشيد ميموني، تحليل بعض العناصر الإجتماعية والثقافية لدراسة نمط الإستهلاك في الجزائر، دفاتر مخبر التغيير الإجتماعي، المرجع السابق، ص196.

² نفس المرجع، ص197.

مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة وإنما يشترك فيه كل القطاعات والتنظيمات الوطنية الأخرى¹ ونظرا لأهمية الطب المجاني فقد إستمر التركيز عليه خلال سنوات الثمانينات والتسعينات، مما تطلب من الدولة إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وتمثلت أساسا في المراكز الإستشفائية الجامعية، كما تم إصدار منشور وزاري سنة 1995 يتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والطعام في الوسط الإستشفائي، وفي سنة 1993 تمت الإشارة ضمن قانون المالية إلى بداية تولي الدولة التكفل بسبل الوقاية والبحث والتكفل بالمعوزين، في حين تبقى العلاجات الأخرى تتم طبقا لنظام تعاقدى بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الإجتماعي، وتمت تجربة هذا النظام التعاقدى بداية من سنة 1997 إلى غاية سنة 2000² وفي سنة 2007 تم فصل الإشتغاف عن العلاج والفحص، في إطار إعادة تنظيم المؤسسات العمومية الإستشفائية ومؤسسات الصحة الجوارية، ويهدف هذا التنظيم اللامركزي إلى تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى إلى الأفراد.

أما بشأن التغطية الصحية من ناحية الهياكل الصحية فقد سجل مثلا سنة 1998 حوالي 02 سرير لكل 1000 نسمة، عيادة لكل 60731 نسمة، مركز صحي لكل 25454 نسمة، قاعة علاج لكل 6667 نسمة، عيادات الولادة 4862 سرير³

ومن المهم أيضا رصد بعض المؤشرات الصحية التي سجلت خلال هاتين العشريتين وحتى سنوات الألفينات، وعليه قد سجل مؤشر توقع الحياة في سنة 1985 حيث قدر المعدل بالسنوات ب62.7 سنة للرجال و 64.2 سنة للنساء، وقدر في سنة 1996 ب66.8 سنة للرجال و 74.4 سنة لدى النساء⁴ ويلاحظ هنا إرتفاع ملموس في مؤشر توقع الحياة والسبب في ذلك يعود إلى التطور الطبي في شقيه الوقائي والعلاجي، أما بالنسبة لمعدل الوفيات

¹ نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص151.

² نفس المرجع، ص152.

³ نفس المرجع، ص153.

⁴ Ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière, Politique nationale de population à horizon 2010, Rapport du comité national de population, Op.cit, P.

الإجمالي فقد تم تقديره سنة 1985 بـ 8.4 لكل 1000 ساكن وفي سنة 1990 قدر بـ 6.03 لكل 1000 ساكن، وفي سنة 1998 قدر بـ 5.82 لكل 1000 ساكن¹.

يضاف إلى ذلك مؤشر هام وهو معدل وفيات الأطفال الرضع والذي قدر بـ 57.8% سنة 1990 وإنخفض إلى 53.81% سنة 1999².

وعلى الرغم من بعض التحسن الملحوظ من خلال هذه المؤشرات إلا أن تقارير المنظمة العالمية للصحة حول الوضع الصحي في المجتمع الجزائري تدل عن وجود نقائص كبيرة ومتعددة، وعلى الرغم أيضا من المبالغ المالية العمومية المخصصة للقطاع الصحي والتي تقدر بـ 9.1% من الميزانية العامة، غير أن الخدمات الصحية تبقى دون المستوى، وخاصة لما يتعلق الأمر بوفيات الأطفال³، والواقع يكشف فعلا هذا الوضع الصحي غير المتوازن فالطلب على الإستشفاء يتجاوز ما هو كائن ومخصص للرعاية الصحية في المجتمع.

ولقد إستمر الوضع الصحي بعد سنوات الألفين (2000) بنفس التقييم أي بنوع من التحسن مقابل نقائص عديدة، والدليل على ذلك المؤشرات المرصودة خلال سنة 2005 مثلا، إذ يمكن ذكر منها أن معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات قدر بـ 40.5 من الألف حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة وحسب المعطيات الجزائرية قدر بـ 35.8 من الألف، توقع الحياة بلغ 74 سنة، التلقيح ضد الشلل 98%، الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي 87%، التلقيح ضد إلتهاب الكبد الفيروسي 89%.

¹Jilali Sari, Implications de la métamorphose de pyramide des âges, Collection le lien, changements familiaux et changements sociaux, Op.cit, P 79.

²Ouardia Labsari, Les évolutions démographiques Recentes en Algerie quelles interprétations ?, Quelles implication sur la famille ?, Collection le lien, changements familiaux et changements sociaux, Op.cit, P 95.

³نورالدين حاروش، المرجع السابق، ص 154.

وللإشارة فإن متوسط توزيع الأطباء قد قدر بطبيب واحد لكل ألف فرد، أما الهياكل الإستشفائية فسجلت أقل من سرير لكل ألفين فرد وحتى وإن كانت هذه التغطية الصحية تقارب المستوى العالمي على المستوى الكلي للمجتمع، فما يلاحظ على مستوى الأجزاء عكس ذلك¹ أي هناك تفاوت كبير بين مناطق المجتمع مما يفسر بعدة أسباب منها سوء توزيع الأطباء، وعدم التحكم في التوازن الجهوي... الخ.

أما فيما يتعلق بالظروف الإجتماعية والإقتصادية التي ساهمت في عرقلة وتأخير بأية صورة برامج وإستراتيجيات تحسين الوضع الصحي خلال هذه الفترات فهي عديدة، من أبرزها النمو الديمغرافي المتضاعف خلال العقود التي تلت الإستقلال إلى اليوم، وبخاصة قبل إنطلاق البرنامج الوطني للتحكم في النمو السكاني والمصادق عليه سنة 1983 والذي يشجع على تباعد الولادات.²

وبالعودة إلى السنوات الأولى من الإستقلال يمكن تقدير الزيادة الملموسة في عدد السكان أي الإنتقال من 10.2 مليون نسمة غداة الإستقلال إلى 24.7 مليون نسمة 1990 وتقدر الزيادة هنا بـ 15.4 مليون نسمة، وإستمر في الزيادة إلى أن بلغ في بداية سنوات الألفينات مثلا سنة 2003 إلى 31.6 مليون نسمة.

ولعل ما زاد الأمر تعقيدا للوضعية الصحية في هذه المرحلة هي الأزمات الإجتماعية والإقتصادية التي إزدادت عنفا منذ أحداث 1988، وما إستتبع ذلك في سنوات 1990 من أوضاع أمنية متدهورة للغاية كانت أعنف ما شهدته المجتمع الجزائري من أعمال عنف ومختلف الأحداث الضاغطة، وتعبير أدق كانت الأبعث في تاريخ المجتمع الجزائري من قبل، حيث برز خلال هذه الفترة شق من الفساد مع الجيش وشق آخر من أصحاب الفساد مع تعنيف الدين الإسلامي في ظل الإجرام العادي، الذي لوحظ أنه إزداد سنة 1990 تحت غطاء الدين، وبلغت الأرقام على

¹ نفس المرجع، ص 155.

² Office national des statistiques, N° 375, Alger, 2002, P 1.

سبيل المثال كان مجموع الجرائم المرتكبة سنة 1985 يقدر ب 6651 و إنتقل سنة 1990 إلى 116535 جريمة¹ وهذا الوضع العنيف الذي ساد خلال هذه المرحلة التاريخية إنعكس بشكل ملموس في الضغوط النفسية والاجتماعية، التي كانت أقوى من مقاومة صحة العديد من الأفراد الجزائريين، مما زاد من احتمال الإصابة بالأمراض المزمنة أو غير المتنتقلة الأكثر تأثر بهذا النوع من الأحداث الظاغطة (القتل، التشرذ، الإختطاف، المهجرة، الإختفاء... الخ) مثل السكري وضغط الدم وأمراض القلب.

ولعل التفاعل بين الوضع الأمني السائد والظروف الاجتماعية والإقتصادية الصعبة قد ضاعف من الأزمة التي عاشها الفرد الجزائري، والتي لازالت أثارها الصحية مستمرة إلى اليوم، والمعوقين والأيتام والمصدومين والمرضى المزمنين وغيرهم ممن يعانون في الوسط الأسري والمجتمعي خير دليل.

وعموما يمكن إستنتاج أن نسق الصحة عانى الكثير ولازال يعاني من آثار هذه الأزمات، كما يمكن القول أن البرامج الصحية وبخاصة الوقائية منها والمطبقة في هذا المجال، إنعكست على تحسين مناحي عديدة لحالة الأفراد والأسر الصحية، ويظهر ذلك في مؤشرات الوفيات العامة ووفيات الأطفال بوجه الخصوص، ولكن لاينبغي إغفال الدور الذي لعبه القائمون على تحسين أيضا ظروف المعيشة والتي كانت نتاجا للتغير الذي حصل في نواحي عديدة من حياة الفرد الجزائري منها المياه الصالحة للشرب، قنوات صرف المياه، تحسين شروط النظافة، وهي ظروف تمثل مبادئ وقائية في حقيقة الأمر للكثير من الأمراض وبخاصة منها الأمراض المتنتقلة أو المعدية، والتي إختفى معظمها، كما تراجع بعض الأمراض كالحصبة والسل... الخ.

وهذه الأمراض كانت تمثل آفات إجتماعية فعلية منذ عشرين سنة على الأقل في المجتمع الجزائري هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى برزت إلى السطح أمراض لم تكن منتشرة ولا حتى مألوفة في المجتمع الجزائري وهي الأمراض

¹عبد الرحمان بوزيدة، العنف بين الحداثة والأسطورة، دفاتر مخبر التغير الإجتماعي، المرجع السابق، ص16.

غير المتنقلة أو المزمنة، والتي أدخلت المجتمع في مرحلة وبائية جديدة، ولعل من أبرز هذه النوعية من الأمراض هي السكري، ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وسيأتي التفصيل فيها لاحقاً.

3- واقع الأمراض المزمنة حديثاً في المجتمع الجزائري:

تعتبر الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري إحدى أبرز المشكلات الصحية التي باتت تطرح نفسها على المهتمين بقضايا المجتمع، نظراً للظغوط التي تولدها على مستوى قطاع الصحة العمومية، وذلك بسبب آثار الإزمان المضاعفات، التي تصاحب المرضى المزمنين مما يستوجب التكفل الدائم والعاجل أيضاً لحماية حياتهم من شدة المعانات ومن خطر الوفاة المبكر، ولعل أهم ما يلفت الانتباه في واقع الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري، هي معدلات إنتشار هذا النوع الخطير من الأمراض المرتبطة بعمليات التحضر والتحديث في نفس الوقت، وعلى سبيل المثال فالمتمتعين في نسبة المرضية لبعض من هذه الأمراض المزمنة، والتي تمثل محور هذه الدراسة نجد أن الضغط الدموي كعامل خطر أساسي بالنسبة للأمراض القلبية يقدر المعدل المتوسط لإنتشاره بـ 20%، وكذلك الحال بالنسبة لداء السكري غير الخاضع للإنسولين فإن معدل إنتشاره يقدر بـ 7 إلى 8% من عدد السكان البالغ سنهم ما بين 30 و 65 سنة¹ ولمعرفة أكثر الواقع الحقيقي للأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري يمكن الإستناد إلى أهم المعطيات المسجلة من خلال بعض التحقيقات الوطنية حول الصحة، وبخاصة منها التي أجريت في هذه العشرية الأخيرة، لإعتبرات عدة منها وضع الإستراتيجيات الجديدة لمواجهة الوضع الصحي والإجتماعي الجديدين، وبهدف التخفيف من الأوقات الإجتماعية والمحافظة على المستوى المعيشي اللائق للفرد الجزائري.

¹Ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P 5.

وإنطلاقاً من نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 والذي تم إجراؤه على عينة طبقية متعددة المراحل، إحتوت على 10200 أسرة معيشية للعينة الرئيسية، و 20400 أسرة معيشية للعينة الموسعة، كما تم تطبيق هذا المسح على مستوى 17 منطقة منها 5 مناطق لكل من الجهات الصحية للوسط والشرق و 4 مناطق للجهة الصحية للغرب، و 3 مناطق للجهة الصحية للجنوب، وقد عممت النتائج على المناطق السبعة عشر التي سحبت منها العينة، وبالإعتماد على توزيع السكان المقدر من الإسقاطات السكانية لسنة 2002، وكذلك على معطيات تعداد 998، ومعطيات التسجيل الحيوي السنوي، ولقد كشفت نتائج هذا المسح أن هناك نسبة تقدر بـ 11.4% من (أفراد العينة)، يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل، يتوزعون بنسبة تقدر بـ 9.7% بين الذكور مقابل نسبة تقدر بـ 13.1% بين إناث وتتركز الإصابات في الوسط الحضري بنسبة 12.1 مقابل نسبة 10.4 للوسط الريفي¹

وما يعزز هذه النتائج هو التحقيق الوطني، الذي قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصائيات سنة 2006، وذلك حول متابعة صحة الأطفال والأمهات، وقد تم إختيار عينة من الأسر قدرت بـ 29478 أسرة على مستوى 17 منطقة صحية موزعة على 1734 أسرة لكل منطقة صحية من مناطق الوطن، أي كل منطقة من الوسط، الشرق، الغرب والجنوب، وأيضاً تم إختيار مجموعة من النساء قدر عددهم بـ 47612 امرأة في سن الإنجاب أي 15-49، بالإضافة إلى عينة مكونة من 15000 طفل لا تزيد أعمارهم عن 5 سنوات، كما قد تم تخصيص ثلاث إستبيانات، إستبيان موجه للأسر، إستبيان موجه لكل امرأة، وإستبيان موجه لكل طفل². ومن النتائج التي أسفر عليها هذا التحقيق بالنسبة لصحة السكان عامة والإصابة بالأمراض المزمنة بوجه الخصوص، أن الإصابة بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري لا تشكل عائقاً يقف أمام البرامج الصحية فحسب بل حتى أمام البرامج الإقتصادية، فهي مهددة بهذا النوع من الأمراض المكلفة، كما أن معدل إنتشار

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الجزائر، جوان 2003، ص 12.
² Ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête national a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Op.cit, P-P 17-20.

المرض حسب التحقيق بالنسبة للسكان الأكثر تعرضا للإصابة بالأمراض المزمنة، وعلى الأقل مرض مزمن واحد فقد بلغ 10.5% من مجموع السكان، أي ما يعادل 1711000 مصاب بمرض مزمن واحد على الأقل، ينتشر أغلبهم في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية، أما بالنسبة لمجموع الإصابات لدى الجنسين فالذكور يمثلون أعلى نسبة مقدرة بـ 12.6% مقابل نسبة 8.4 للإناث.¹

وما يمكن قوله أن هناك صعوبة كبيرة في إمكانية وضع أرقام محددة ودقيقة، نظرا لقلّة الإحصائيات أو عدد الحالات غير المسجلة أو غير المشخصة، والتي يمكن أن تعادل هذه الأرقام، التي تعكس مدى إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري، ولكن الجميع متفق على أن هذا النوع من الأمراض يمثل مشكلة رئيسية من المشاكل الصحية العامة، بالإضافة إلى أن الملاحظة اليومية للواقع المعيشي للأسرة الجزائرية تكشف بدورها وتؤكد الأرقام المسجلة سابقا، عن وجود في وسطها شخص واحد على الأقل مصاب بمرض مزمن واحد على الأقل أيضا.

ويبدو أن هناك عوامل كثيرة تلعب دورا بارزا في شيوع إنتشار الأمراض المزمنة، من أهمها التغيرات الحاصلة في الظروف المعيشية للعائلة الجزائرية، وكذا التوجه العام للمجتمع نحو تبني نمط الحياة العصرية والتحضر، مما قد يحدث إختلالات إجتماعية كالزيادة في الطلب الإجتماعي للأعمال المكتتبية، السكن، وكذا التغير في سلوك إستهلاك المواد الضرورية لحياة الأفراد، وما إلى ذلك مما يولد سلوكيات سلبية وضغوطات إجتماعية ونفسية تؤدي في النهاية إلى زيادة إحتمال الإصابة بالمرض المزمن.

–معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب السن:

إن متغير السن يعد من أبرز المتغيرات ذات الصلة الوثيقة والتأثير القوي على الإصابة بالأمراض المزمنة وإنتشارها، والتي من الممكن وصفها بأنها من المسببات غير القابلة للتغير، والمحددة في نفس الوقت للفروقات الإحصائية

¹ Ibid, P 31.

الديموغرافية الخاصة بالإستجابة للمرض ولمختلف الفئات العمرية وحتى للنوع الإجتماعي، وفي هذا الصدد كشف المسح الذي تم إجراؤه سنة 2002 حول صحة الأسرة بأنه توجد علاقة بين السن والإصابة بالأمراض المزمنة، فنسبة الأشخاص الذين يعانون من هذه الأمراض ترتفع مع التقدم في السن، أي الفئات العمرية المسنة التي تجاوزت 60 سنة هي الأكثر إستعدادا وقابلية للإصابة¹

إن هذه المرحلة الحياتية الحرجة التي تنتشر فيها الأمراض المزمنة تبدو أنها مكلفة جدا بالنسبة للفرد المصاب ولأسرته وللمجتمع ككل، فهي تمثل فقدان الخبرات والطاقات البشرية أو الحد من الأدوار والوظائف الإجتماعية هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن إرتفاع الإصابات بالأمراض المزمنة في هذه المرحلة العمرية يعكس التغير الإجتماعي الثقافي السريع الذي حدث للمجتمع، وكيف تمكن هذا التغير من التأثير في جيل من أجياله الذين عايشوا الوضع المصاحب له، والذي حمل معه أفكاره وقيمه الخاصة وحتى نوعية أمراضه، وواجه بها الوضع الجديد في المجتمع مما أدى إلى عدم التوافق القيمي والثقافي بوجه الخصوص، فهذا التناقض من الممكن أن يسبب الإرتباك والتشوش ويولد الصراع والضغوط لدى هذا الجيل، والذي يقوده في النهاية إلى إرتباطه بزيادة إنتشار الأمراض المزمنة على عكس الجيل الذي سبقه وتعرض أكثر للإصابة بالأمراض المعدية، وهذه المسألة تؤكد أهمية ودور إلتقاء العامل البيولوجي والعوامل السوسيو- ثقافية والإقتصادية في إنتشار هذه الأمراض.

-معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس:

لقد أثبتت العديد من البيانات المتوفرة، الصلة بين خطر الإصابة بالأمراض ومتغير الجنس أو ما يسمى بالنوع الإجتماعي، فهذا الأخير عامل مهم يؤثر بدوره في مسار المرض والمريض معا، ويتجلى ذلك في الإختلاف الواضح على مستوى الأنماط السلوكية والمتغيرات النفسية والإجتماعية، وكل ما يتعلق بالإجهاد والضغوط وردود الفعل، وكذا

¹وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المرجع السابق، ص 12.

كيفية مواجهة صعوبات الحياة، كما أن طبيعة المكونات الجسمية، العمل أو النشاط، الوضع المادي وغيرها تشارك كعوامل في إنتشار الأمراض أكثر بين نوع إجتماعي دون آخر¹.

ولعل من أهم مظاهر هذه الاختلافات مايتجسد في إنتشار الأمراض المزمنة بين جنس الإناث مقارنة بإنتشار هذه النوعية من الأمراض بين جنس الذكور، هذا ما أكدته نتائج المسوح والتحقيقات سالفة الذكر والتي أجريت مؤخرا في المجتمع الجزائري.

-معدل إنتشار توزع الأمراض المزمنة حسب المنطقة الجغرافية:

يمكن التوسع في معرفة ظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري من خلال تحديد إطارها الجغرافي، حيث أن المجال الجغرافي إلى جانب المجال الإجتماعي هي عوامل محددة لمدى إنتشار المرض عامة، فالمنطقة الحضرية تختلف عن الريفية في مستوى وسرعة وعمق التغيرات الحاصلة في المجتمع ككل هذا من جهة، ومن جهة أخرى فالتحضر يعد مظهرا من المظاهر المرتبطة بالتغير الإجتماعي، والتي تساهم بشكل أو بآخر في إنتشار الأمراض المزمنة، وذلك من خلال عوامل عدة منها عامل إكتضاض المدن وما ينجر عنه من ضغوطات إجتماعية ونفسية، بالإضافة إلى قلة الحركة الناتج عن وفرة المواصلات وكثرت الأعمال المكتبية وكذا وفرة المواد الإستهلاكية وسهولة إقتنائها².

4- أهم الامراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري .

إن من أبرز المشكلات الصحية التي أصبحت تفتح أعين الأفراد على رؤيتها في المجتمع الجزائري هي الأمراض المزمنة بشكل عام، ومنها ضغط الدم المرتفع، داء السكري و أمراض القلب بشكل خاص، لأن الأفراد عايشوا فعلا حالات لهذه النوعية من الأمراض لا محال إما في المحيط الأسري، وإما في المحيط المجتمعي ككل، ومما لا شك أن

¹عبد السلام بشير الدوي، المرجع السابق، ص 112.

²يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 304.

الكثير من غير الأطباء يتطلع لمعرفة حجم تواتر وإنتشار هذه الأمراض في المجتمع الجزائري الحديث من ناحية، ومن ناحية أخرى ما هي أسباب ذلك، وهذه الأخيرة تمت الإشارة إليها مرارا كالتقصير في التشخيص الصحي و الوعي الغذائي، بالإضافة إلى العوامل البيئية الأسرية الأخرى و عدم الإقبال على ممارسة الرياضة و النشاط الحركي... الخ، و بغض النظر عن الأسباب سواء كانت وراثية أو إجتماعية أو طبية، فإن شيوع المرض و إنتشاره و بخاصة بين فئة متوسطي السن والمسنين يوحي بمدى تأثير العجز الذي يخلفه على مستوى الفرد، الأسرة والمجتمع، وذلك نتيجة المضاعفات والوفاة معا، الأمر الذي يستدعي سياسة صحية صارمة من طرف الفاعلين في مجال الصحة العمومية للحد من خطورة إنتشار الأمراض المزمنة، لأنه مهما يكن بالإمكان الإحتفاظ بمستوى صحي معين في أي عمر يصل إليه الإنسان، وفي هذا الشأن قد تركز إهتمام هذا المبحث في توضيح ماهي أبرز الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري حاليا.

5- الأمراض المزمنة الشائعة عموما.

من الأمراض المزمنة الخطيرة الشائعة بين السكان في المجتمع الجزائري هي مرض الضغط الدموي الذي يحتل الصدارة وكذا الداء السكري و أمراض القلب، ناهيك عن بعض الأمراض المزمنة الأخرى التي لا تقل خطورة كمرض الروماتيزم و الربو و السرطان و غيرها¹. هذا ما تؤكدته الدراسات والتحقيقات التي قامت بها وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات، وكذا المعهد الوطني للصحة العمومية و الديوان الوطني للإحصائيات، وفي كثير من حالات الإصابة بهذه النوعية الأمراض باتت تمثل سببا رئيسيا من أسباب الوفيات في المجتمع الجزائري.

¹ Institut national de santé publique, Relevé épidémiologique mensuel, Institut national de santé publique, Alger, volume 3, 1999, P 34.

-مرض الضغط الدموي و مستوى المعاناة منه في المجتمع الجزائري.

إن مرض الضغط الدموي يعرف إنتشارا ملحوظا في المجتمع الجزائري نظرا لتوفر العوامل والبيئة المساعدة على ظهور الإصابة به، و يتنبأ المختصون في مجال الصحة العمومية بأن هذا المرض ستبقى معدلاته مرتفعة في المستقبل، فحسب التحقيق الذي قام به أطباء بالتعاون مع الجمعية الجزائرية لمرض الضغط الدموي (SAHA) سنة 2004، وذلك على عينة مكونة من 1478 شخص منهم 906 إناث و 572 ذكور، تبين أنه أكثر من 7 مليون جزائري مما تجاوز سن 18 سنة يعانون من الإصابة بهذا المرض، أي ما يعادل نسبة 35.3% موزعة بين الجنسين بنسبة 36.9% للإناث، مقابل 32.7% للذكور¹. أما بالنسبة لمعدل الإنتشار المتوسط الذي أقرته وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات من خلال تحقيق سنة 2006، فقد قدر ب 20% من المصابين بالضغط الدموي².

و للإشارة فإن بعض المناطق من المجتمع الجزائري تعرف معدلات مرتفعة أكثر من غيرها، فمثلا قد تم تسجيل بالجزائر العاصمة أعلى نسبة قدرت ب 41.5%، تليها نسبة قدرت ب 40.1% سجلت في الغرب الجزائري، أما بالنسبة للجنوب الجزائري فقد تم تسجيل نسبة معتبرة وصلت إلى 39.5%، في حين سجلت للوسط و الشرق الجزائري نسبتين متقاربتين على التوالي 29% و 29.9%³.

ومن الجدير بالذكر أنه بالرغم من المعطيات المتوفرة حول إنتشار مرض الضغط الدموي في المجتمع الجزائري إلا أنها تبقى معطيات غير كافية وغير دقيقة نظرا لتعدد هذه المشكلة الصحية، وكذا الصعوبة التي تعترض تحديد الشخص

¹ Kheir Eddine Merad Boudi, Op.cit, P 27.

² Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du Séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P 5.

³ Kheir Eddine Merad Boudia, Op.cit, P 27.

المصاب من غير المصاب بالضغط الدموي هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى نقص الوعي بخطورة هذا النوع من الأمراض المزمنة، وكذا عدم متابعة علاجها، لذلك قد أكد تحقيق سنة 2004 السالف الذكر بغض النظر عن الحالات المسجلة، توجد حالات إصابة كثيرة بالضغط الدموي إما أنها غير معروفة أو غير مكتشفة و إما أنها معروفة و مكتشفة و معالجة ومكتشفة وغير معالجة¹.

وعلى العموم يعزى إنتشار مرض الضغط الدموي إلى عوامل عديدة و حسب رأي المختص في أمراض القلب البروفيسور "khier Eddine Merad Boudia"، يمكن إرجاع ظهور الإصابة بهذا النوع من الأمراض المزمنة إلى القلق الشديد الذي صارت تتميز به المدن الجزائرية الكبرى أي المناطق الأكثر تحضرا، وإلى نسبة الملوحة المرتفعة في المياه الجوفية للسكان خاصة في الجنوب² والحقيقة أن عامل الإكتظاظ السكاني في المدن الجزائرية الكبرى صار مصدرا للقلق ومتاعب الحياة اليومية، التي تولد بدورها الضغوط النفسية والاجتماعية المؤثرة في الإصابة بالمرض.

وهذا إلى جانب قلة الحركة والنشاط الفيزيقي وكثرة إستهلاك الأطعمة الغنية بالدهون والسكريات، وما إلى ذلك مما يسبب المشكلات الصحية المساعدة على الإصابة بمرض الضغط الدموي، ولأجل تقييم أكثر مستويات الإصابة بالضغط الدموي في المجتمع الجزائري يمكن إجراء مقارنة بسيطة لمستويات الإصابة بهذا المرض لبعض المجتمعات الأخرى في العالم، وحسب معطيات نفس التحقيق يتضح أن معدلات مرض الضغط الدموي تعرف إرتفاعا ليس في المجتمع الجزائري فقط بل في جميع المجتمعات ولكن بنسب متفاوتة، وفي كل الحالات تتجاوز معدلات هذا المرض 25% من مجموع المصابين³.

إن كثيرا من الأبحاث و الدراسات الحديثة تشير إلى أن هناك عدة عوامل تسهم في إرتفاع ضغط الدم في المجتمعات المتحضرة من أبرزها عاملان رئيسيان هما: التغير في نوعية التغذية والضغوط الاجتماعية والنفسية التي

¹ Ibid, P 166.

² Ibid, P 27.

³Ibid, P 25.

يواجهها الفرد في حياته العامة، كما أشارت بعض الدراسات إلى مسألة مهمة وهي إرتباط تأثر إرتفاع الضغط الدموي بما يسمى بعدم التوافق مع أسلوب الحياة المتحضرة التي يسودها إختلال بين الطبقات الإجتماعية، ويحدث هذا الأمر خاصة لدى الأسرة التي تعاني من قلة الدخل والفقر والحرمان... الخ، ويظهر عدم التوافق هذا في التعارض بين السعي للعيش في حالة أو وضع جيد و بين الدرجة و المستوى الوظيفي الخاص بالأسرة، ومعنى آخر التعارض بين ما يتم إنفاقه من طرف الأسرة و بين ما تسعى هذه الاخيرة للوصول إليه من وضع إجتماعي، يظهر مكانتها ورفعتها إجتماعيا من خلال إستهلاكها للمواد والسلع المختلفة والتي تكون عادة باهظة الثمن، فهذه القاعدة الإجتماعية و الثقافية للتعارض في أسلوب ونمط الحياة ترتبط إرتباطا و ثقيا مع بعض المتغيرات الفيزيقية مثل ضغط الدم، مما يعني أن مرض ضغط الدم لا يمكن فهمه و معالجته طبيا فقط، وإنما ينبغي معرفة العمليات الإجتماعية والثقافية المرافقة التي تحدث في المجتمع، هذا إلى جانب الجينات الإنسانية التي تلعب دورا كبيرا هي الأخرى في التأثير على مدى التعرض للإصابة بمثل هذا المرض وبالتالي لا يمكن إنكارها بشكل مطلق¹.

-الوضعية الإبيدميولوجية لداء السكري في المجتمع الجزائري.

لقد كثر الحديث في السنوات الأخيرة، والعقود الأخيرة عن الإرتفاع الحاد الذي يعرفه داء السكري في المجتمع الجزائري، ويرجع ذلك أساسا إلى مساهمة عوامل عدة من أهمها الأوضاع المتدهورة الأمنية الإجتماعية والإقتصادية التي اثرت بشكل ملحوظ على صحة الفرد الجزائري، وعلى الرغم من الجهود المبذولة في مجال الوقاية من داء السكري والمعالجات الخاصة به، التي يمكن أن تخفض من إنتشار الإصابة والوفاة بهذا الداء، فإن عدد الأشخاص الذين يصابون بهذا الأخير في تزايد مطرد، الأمر الذي يتأكد من خلال الملاحظة اليومية للأعداد الكبيرة والمعتبرة الوافدة إلى جميع مراكز الصحة العامة والخاصة بالإستشارات الطبية هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى أثبتت الإحصائيات المسجلة من طرف وزارة الصحة والسكان، أن داء السكري في المجتمع الجزائري بات يعاني منه الكثير

¹ يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص-ص، 64-65.

من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 30 سنة و65 سنة، ولقد قدر معدل إنتشار نمط السكري غير الخاضع للأنسولين بنسبة تراوحت من 7 إلى 8%¹ وحسب بعض المعطيات المتحصل عليها من الدراسات الميدانية في هذا الصدد، فإنه يلاحظ أن داء السكري إزدادت معدلاته إرتفاعا بشكل ملموس في حدود سنوات التسعينات، لذلك أكدت دراسة كانت أكثر وثائقية تم إجرائها في مدينة وهران سنة 1990 من طرف الدكتور "بسعود.خ Bessaoud"، وتوصلت إلى أن عدد الحالات المشخصة لمرض السكري من النوع الخاضع للأنسولين قبل سن 15 سنة ولمدة 10 سنوات من 1979 إلى 1988 تم تقديرها وبمعدل إنتشار 0.27%، أما المعدل المتوسط السنوي لوقوع مرض السكري، فقد تم تقديره ب4.4 لكل 100.000 ساكن مع الإشارة إلى أن الزيادة بدأت منذ سنة 1986، وبمعدل قدر ب8.1 لكل 100.000 ساكن سنة 1988².

وفي خلال هذه الفترة أي سنة 1990 قد قام التحقيق الوطني الذي أجري حول إنتشار الأمراض في المجتمع الجزائري بتصنيف الداء السكري في المرتبة الرابعة ضمن قائمة الأمراض غير المتنقلة، كما أكدت النتائج الأولية لدراسات إبيدميولوجية أخرى مدى وقوع المرض وإنتشاره خلال سنوات.

إن في المجتمعات الحديثة مثل المجتمع الجزائري يمكن أن يعجز النسق الصحي بمؤسساته العضوية في الكثير من الأحيان والحالات على إستيعاب معاناة الأشخاص المصابين بهذه الأمراض، وحماية صحتهم من خطر المضاعفات كما هو الحال بالنسبة للأمراض القلبية التي تنتهي غالبا بالوفاة، بالإضافة إلى صعوبة إدماج وتأطير هذه الفئة في المجتمع مما يجعلهم في حالة من الهامشية، الأمر الذي يزيد من تدهور حالتهم الصحية.

¹ Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du Séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P 5.

² Laboratoire de développement pharmaceutique, Algérie «Médico-pharmaceutique », Op.cit, P 21.

إن هذه المؤشرات تؤكد حقيقة مهمة وهي مقدار تأثير عوامل التغيير الاجتماعي والثقافي التي كانت ولا زالت تؤثر وبقوة في إحداث مثل هذه الأمراض غير المتنقلة، والتغيير الذي أصاب نمط التغذية يمثل أحد أبرز الآثار الناتجة عن هذه العوامل، وفي نفس الوقت يصنف ضمن المسببات الرئيسية لحدوث الإصابة بالأمراض القلبية، ولا شك أن المشكلة تتجاوز هذا الحد خاصة وأن العالم المتحضر حاليا يعيش أوضاعا مستجدة كما هو الحال بالنسبة للوضع الغذائي، الذي عرف إرتفاعا ملموسا في إستهلاك الغذاء الغني بالدهون والكربوهيدرات، الأمر الذي أدى بدوره إلى الرفع من معدلات الكولسترول في الدم، وهذا السبب له صلة وثيقة بظهور الإصابة بإنسداد في شرايين القلب إلى جانب ظهور الإصابة بالسمنة كسبب ثاني يؤدي هو الآخر إلى الإعتلالات القلبية¹ وعلى هذا الأساس فإن السمنة باتت تمثل مشكلة حقيقية يواجهها العالم المتحضر اليوم كونها ترفع من معدلات الوفاة، وفي هذا السياق أشارت العديد من الدراسات إلى الصلة الوثيقة التي تربط بين الغذاء أو التغذية السيئة وزيادة الوفيات في العالم، كما أشارت بعض الدراسات الأخرى إلى أن المشكلات الثلاث السمنة والتغذية والإصابة بالأمراض المزمنة، لم تعد تقتصر على إصابة ذوي الفئات العمرية المتوسطة وكبار السن، بل صارت تصيب حتى صغار السن (الأطفال) في هذه المجتمعات الحديثة، وهذا لا يعني أن الأشخاص الذين يعانون من النحافة غير معرضين، وإنما هم أيضا يمكن إصابتهم بمرض القلب، وللإشارة فإن الذين يعانون من البدانة هم أكثر تعرضا للإصابة بأمراض القلب من غيرهم، وعليه فالبدانة تخلف آثارا سلبية على الصحة عامة وتبعات إجتماعية ثقافية ترتبط بوجه الخصوص بحدوث أمراض القلب والشرايين² ومن الجدير بالذكر في هذا المقام أنه بإمكان للسمنة أن تؤدي إلى الإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري اللذين بدورهما يمثلان سببين رئيسين للإصابة بأمراض القلب³.

¹ يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 301.

² نفس المرجع، ص 302.

³ Kheir Eddine Merad Boudia, Op.cit, P 52.

إن عامل قلة المجهود العضلي والرياضي يمثل أيضا سببا في حدوث الإصابة بأمراض القلب، وهنا أوضحت الكثير من الدراسات أن الحركة المستمرة والقيام بالتمارين الرياضية تساعد على التقليل من معدلات كلسترول الدم، الأمر الذي يمكن أن يقي شرايين القلب من التصلب، وحتى بالنسبة لكبار السن كالقيام بالحركة والمشي المستمر دون إفراط يؤديان إلى التخفيض أيضا من مستوى الكلسترول في الدم، كما أن ممارسة الرياضة لها ما يبررها من الأهمية في مجال الوقاية من الأمراض الأخرى التي تمثل أسباب رئيسية في الإصابة بأمراض القلب كما هو الحال بالنسبة للضغط الدموي والسمنة، وفي هذا الاتجاه يشدد الفاعلون في مسألة الوقاية من الأمراض المزمنة على التخفيض من السرعات الحرارية العالية التي تحتويها الأطعمة والوزن الزائد، وفي المقابل التكثيف من ممارسة الرياضة في حدودها الطبيعية وكل ما من شأنه إبعاد خطر الإصابة بأمراض القلب.

إن النشاط الرياضي وقلة الحركة لهما علاقة وطيدة بعمليات التحديث والتحضر الجارية في المجتمعات، والتي أبعدت الإنسان عن النشاطات التي تتطلب حركة دائمة وإستبدلت ذلك بالوظائف والأعمال المكتبية ذات الحركة البسيطة، وهذه عوامل كلها إرتبطت بلا شك بحدوث حالات الإصابة بأمراض القلب¹ ومن الملاحظ بالنسبة للوضع المعيشي الخاص بالفرد الجزائري في علاقته بهذه الأمراض عموما أن عناصر التغير الإقتصادي والثقافي وبسبب عوامل كثيرة خارجية وجديدة، أضحت الوسط الخارجي للفرد الذي يعيش في المدينة اليوم يعج بإغراءات مادية ويمثل فضاءا هاما لكثير من التعاملات وقضاء الحاجيات المختلفة، بل تحول في السنوات الأخيرة إلى فضاءات لكثير من الممارسات العشوائية ذات الطابع التجاري في الغالب، كما هو الحال بالنسبة لإنتشار محلات بيع الأطعمة سريعة التناول وأجنبية الأصل في أغلب الأحوال، وكذا الإعتقاد على المواصلات في عمليات التنقل لأقرب المسافات، الأمر الذي يقلل من حركة ونشاط الفرد وزاد من إبعاده عن القواعد الصحية كالحاجة لممارسة الرياضة والمشي.

¹ يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص-ص 303-304.

6- السياسة الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري.

عرفت الدولة الجزائرية في مجال الصحة منذ الإستقلال عدة برامج هدفت إلى إصلاح وعصرنة النسق الصحي، وحاولت من خلال ذلك القضاء على العديد من الأمراض المعدية، غير أن الإنتقال إلى نوعية جديدة من الأمراض تتصف بأنها مزمنة ومستوطنة لدى من يعاني منها، كضغط الدم، داء السكري، مرض القلب والسرطان وغيرها، مما تتطلب من الفاعلين في هذا المجال تبني سياسة أو إستراتيجية صحية وطنية فعالة لمكافحة هذه النوعية من الأمراض، التي إنتشرت بين السكان وأصبحت تمثل سببا رئيسيا للوفيات.

إن مكافحة الأمراض المزمنة فرضت على عدة مؤسسات وطنية القيام بدراسات وتحقيقات وأبحاث علمية، لأجل الوقوف على حدوث الإصابة بهذه الأمراض وإنتشارها في المجتمع الجزائري، الأمر الذي يتم في شكل تحقيقات من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصائيات، وبخاصة من الناحية الإبيدميولوجية، إضافة إلى ما يقوم به المعهد الوطني للصحة العمومية من دراسات ومسوح في هذا الإطار. ومما قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، هو إعداد إستراتيجية وطنية ذات طابع وقائي حول الأمراض المزمنة التي تعرف إنتشارا واسعا في المجتمع الجزائري ومن أهمها، ضغط الدم، داء السكري، أمراض القلب والسرطان، وشملت هذه الإستراتيجية وضع برنامجا خاصا بكل نوع من هذه الأمراض على حدى، وتدعيم المراقبة المستمرة وتخفيض تكاليف العلاج لمن يصاب بهذه الأمراض، إن السياسة الصحية التي إتبعها القائمون على الصحة في المجتمع الجزائري تتماشى وسياسة منظمة الصحة العالمية في مجال الوقاية من الأمراض غير المتنقلة، التي تعتمد أساسا على برنامج متكامل يتضمن البحث في عوامل الخطر، وكذا المراقبة الدائمة لمدى تطور هذه الأمراض ومحاولة تجنب مضاعفاتها

للحد من إنتشارها بين السكان¹. إن سياسة منظمة الصحة العالمية تهدف من خلال شعارها "الصحة للجميع la santé pour tous" (OMS) إلى حماية حياة السكان وتجنب إصابتهم أو إعاقاتهم جسديا وعقليا وإجتماعيا² وفي إطار مكافحة الأمراض المزمنة سعت المنظمة إلى تحديد بعض المقاييس الجسمانية والمقاييس البيولوجية، وحتى بعض العادات الصحية للكشف عن أهم عوامل الخطر المساعدة على ظهور وإنتشار الأمراض المزمنة، ولعل من أهم هذه العوامل ما تعلق بإستهلاك التدخين والكحول، التغذية، التحضر، السمنة، الضغط الدموي، إرتفاع معدل الكلسترول في الدم، وعلى هذا الأساس تبنى الفاعلون في مجال الصحة في المجتمع الجزائري هذه الإستراتيجية، ووضعوا برنامجا وقائيا يهدف إلى المراقبة الدائمة لمثل هذه المسببات. وبناءا على ما سبق ذكره يمكن إبراز أبعاد الإستراتيجية الوطنية الهادفة إلى تجنب عوامل الخطر التي ترفع من إحتمال الإصابة بالمرض المزمن وتعتبر التغذية، النشاط الحركي والتدخين من العوامل ذات الإهتمام البالغ والكبير في عملية المراقبة، حيث يتم في مجال التغذية تنفيذ سياسة رامية إلى تطوير الإنتاج المحلي للخضر والفواكه، إلى جانب ترقية نشاط الصيد البحري وتوفير اللحوم البيضاء وزيت الزيتون، وفي المقابل يتم التركيز على تحسين وترقية المخابر المكلفة بالمراقبة وإجراء التحاليل الطبية، وبخاصة فيما يتعلق بالمراقبة الطبية للحيوانات، وهنا يمكن تبني الموقف الذي يعتبر تجنب المواد الغنية بالأملاح والمشروبات الكحولية أمرا ضروريا للصحة، وما يدعم هذه المؤشرات الصحية تلقين الأفراد منذ الصغر القواعد الصحية المتعلقة بالعادات الغذائية.

وفيما يخص طرائق العمل المتعلقة بالمراقبة المستمرة فإن المعهد الوطني للصحة العمومية يوفر وحدات تتكفل بعمليات التنسيق ومتابعة برامج التغذية والصحة في نفس الوقت، وإنشاء بنك للمعلوماتية يهتم بالوضعية

¹ Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du Séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P 14.

² Driss Mammeri, Op.cit, P5.

الإبديولوجية من خلال التحقيقات التي تجرى بين السكان، كما تتم المتابعة على مستوى المؤسسات الطبية والتي تطبق بدورها مختلف المقاييس الطبية.

أما بالنسبة لوزارة الصحة والسكان فهي تعمل على ترقية ممارسة التمارين الرياضية من خلال عمليات التحسيس والتوعية بأهمية النشاط الرياضي بين مختلف شرائح المجتمع، والفئات العمرية وبالأخص لدى المتدربين، أي محاولة الرفع في مستوى الرياضة المدرسية وإستغلال أوقات العمل والفراغ، وهذا نظرا للفائدة التي تعود على صحة السكان، الأمر الذي تطلب أيضا تكوين أطباء عامين، مربين ومكونين في الرياضة لتأكيد أهميتها في مجال الوقاية من الأمراض غير المتنتقلة.

إن ظاهرة إستهلاك التبغ تتطلب إجراء تحقيقات وطنية لإبراز خطورة مدى إنتشارها بين السكان، لذلك فالرفع من ثمن السجائر وتبصير أفراد المجتمع بأن التدخين سلوك إجتماعي غير عادي، هي إجراءات ضرورية تدخل في إطار حملات التنبيه إلى أضرار التدخين¹ وفي هذا الشأن يمكن توضيح بعض البرامج الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة من ذلك البرنامج الوطني لضغط الدم والبرنامج الوطني لداء السكري.

- البرنامج الوطني للضغط الدموي:

إن الشواهد المرضية والتجريبية تدل على أن مقاومة ضغط الدم المرتفع والوقاية منه، هي أساس الوقاية من الإصابة بداء السكري وأمراض القلب وغير ذلك من الأمراض، ونظرا للمضاعفات الخطيرة التي تنتج عن هذا الداء الذي يسمى بالمرض الصامت، فإن البرنامج الوطني لمكافحةه جاء يتضمن عدة إجراءات منها الوقاية والكشف الطبي والمعرفة الصحية، يضاف إلى ذلك كل ما يتعلق بالتكفل بالمرضى المصابين بالداء، وأخيرا توفير ما يطلق عليه بأداء العناية.

¹ Ibid, P-P 83-84.

الوقاية:

كما هو معروف طبيا فالوقاية خير من العلاج، وهي محاولة الشخص تجنب الإصابة كليا، ويمكن أن تتضمن الوقاية من مرض الضغط الدموي، معرفة مختلف عوامل الخطر المتمثلة في القلق، التدخين، السمنة، داء السكري، التحضر، كما يتم تعديل العادات السيئة تجاه عوامل الخطر المذكور في هذا المقام، ومن خلال التوقف عن التدخين، تعديل النظام الغذائي وممارسة النشاط الرياضي، وفي المقابل تدعيم الوقاية الثانوية عن طريق التنسيق بين مختلف البرامج الوطنية المطبقة، لمكافحة الأمراض الأخرى كما هو الحال بالنسبة للبرنامج الخاص بداء السكري، البرنامج الخاص بالسرطان وبرنامج الأمراض التنفسية.

الكشف:

يتم إجراء الكشف من خلال معرفة الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالضغط الدموي في أماكن معينة من ذلك المدارس، الجامعات، أماكن العمل والمراكز الطبية.

المعرفة الصحية:

إن المعرفة الصحية هي بمثابة إجراء وقائي من الأمراض، حيث تتخذ أساسا لها كل من ضبط نسق المعلومات الصحية، جمع المعلومات، الإستغلال والتحليل، ويتم هذا بالتعاون مع القطاع الخاص، وحتى تأتي المعرفة الصحية بنتائج إيجابية يمكن الإعتماد على أسلوب التوعية والتحسيس، من خلال إستغلال وسائل التثقيف الصحي كما هو الحال بالنسبة لوسائل الإعلام وفي مقدمتها التلفزة، ومؤسسات التنشئة الإجتماعية كالمدرسة، كما يمكن أن تكون العملية ملموسة أكثر عند مراقبة صناعة المواد الغذائية ونسبة الملح، وأيضا مراقبة بعض المهن المحددة كالمخابز، المطاعم

ومحلات الأكل السريع، ولعل ما يدعم هذا المنهج العلمي هو إدماج هذه البرامج في ميادين الدراسة الطبية والحرص على التكوين الدائم الذي يضمن الوعي الصحي لأفراد المجتمع.

تنظيم التكفل بالمرضى:

يتم هذا الإجراء من خلال تسخير الموارد البشرية والمادية ومختلف الوسائل الطبية وتبرز هذه العملية بوضوح في مرتبتين، فالأولى تتم على مستوى المراكز الصحية والعيادات الخاصة، وهنا يشرع في التكفل بالمرضى من طرف الأطباء العامين وبوسائل طبية كمقياس الضغط الدموي، وتحضير سرير طبي لإجراء الإختبارات والكشوف الطبية، بالإضافة إلى مقياس وزن الجسم، أما بالنسبة للمرتبة الثانية فهي تتم على مستوى القطاعات الصحية، مستشفيات الدوائر والعيادات المتخصصة، وفي هذه المرتبة يقوم الأخصائيون في أمراض القلب بالإعتماد على الوسائل الطبية المتاحة كالمنخطط الخاص بالتخطيط القلبي ECG وسرير المراقبة الطبية، يضاف إلى ذلك إجراء بعض التحاليل الطبية مثل السكر في الدم، نسبة الكوليسترول وغيرها، وهذا من الناحية البيولوجية.

أداء العناية:

إن أداء العناية مرتبط أساساً بالميزانية المخصصة لهذه العملية وكل التبعات من أدوية وغيرها، ويظهر ذلك من خلال التكفل بالمرضى بواسطة دفتر صحي، بطاقة، سجل، نموذج خاص بتعويض الأدوية، بالإضافة إلى تعيين شبكات للعناية والعلاج، وهذا بالتعاون بين القطاعين العام والخاص¹.

¹ Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du Séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P-P 47-49.

-البرنامج الوطني لداء السكري:

إن زيادة مرضى السكريين في المجتمع الجزائري شكل ولا زال يشكل عبئا ثقيلا على الفاعلين في مجال الصحة، الأمر الذي دفع بالوزارة المعنية إلى وضع برنامج وطني لأجل التكفل العاجل بمن يعانون من هذا الداء، حيث قدم هذا البرنامج مشكلا من النخب المتخصصة على المستوى الوطني، الولائي والمحلي، إضافة إلى الفرق الطبية والشبه طبية، وهذا بالتعاون مع مديريات الوزارات المختلفة، ويتم إقتراح نشاطات هامة تتمثل غالبا في التقييمات المالية المقدمة من طرف المديريات المعنية، كما يتم تقسيم بعض البرامج تقسيما ماثلا سواء تعلق الأمر بالموارد المادية أو الموارد البشرية، وبخاصة من مستخدمي الصحة والمختصين في داء السكري، ومن أهم ما يركز عليه البرنامج هو الوقاية بجميع أشكالها، الكشف عن حالات الإصابة، المراقبة، التكفل بالمصابين بداء السكري، بالإضافة إلى تكوين أطباء مختصين في مجال السكري.

ونظرا للدور الذي يلعبه هذا البرنامج عموما في مختلف مراحل التطبيقية قد تم تحديد له أهداف عديدة وإستراتيجية يمكن التعرف على أهمها فيما يلي:

الهدف الأول:

يتمثل الهدف الأول المسطر في البرنامج في تكوين المختصين، ويكون هذا الأخير سنويا بإعتبار أن التكوين الجامعي الكلاسيكي، وكذلك الحال بالنسبة للتكوين الذي يتم في مدارس الشبه طبي يعد تكويننا غير كافي، وبمعنى آخر لا يمكن من إستدراك النقائص المسجلة، وعلى هذا الأساس لجأ الفاعلون في مجال الصحة إلى البحث في حلول أخرى لهذه المسألة، الأمر الذي يمكن من خلاله الرفع من مستوى العملية التكوينية، ولذلك أصبح في كل قطاع صحي يتم تكوين على سبيل المثال طبيب وإثنين من الشبه الطبي¹.

الهدف الثاني:

¹ Ibid, P-P 42-43.

لقد جاء الهدف الثاني للبرنامج متمثلاً في الوقاية، التي يمكن توضيح مغزاها بأنها "هدف لتجنب أو تخفيض عدد الأمراض ودرجة الخطورة والحوادث"¹ وقد تكون الوقاية من داء السكري على مستويين، يسمى الأول بالوقاية الأولية التي تسبق ظهور المرض، والثاني يعني الوقاية الثانوية التي تمنع تطور المرض ومضاعفاته². كما يمكن تحديد ثلاث مستويات للوقاية، حيث يتضمن المستوى الأول الوقاية الإبتدائية la prévention primaire والمستوى الثاني ويشمل الوقاية الثانوية la prévention secondaire، أما المستوى الثالث فتندرج تحته الوقاية من الدرجة الثالثة la prévention tertiaire، وعلى هذا النحو يركز البرنامج لتحقيق هدفه المسطر في هذا الشأن على الوقاية الأولية التي تظهر فعاليتها قبل الإصابة بالمرض، وتطبق هذه الأخيرة على نوعين من المقاييس الوقائية، وهي الفردية والتي تظم كل من النظافة الجسمية، النشاط البدني والرياضي، التغذية والتطعيم، وكذلك المقاييس الوقائية، الجماعية والمتمثلة في جميع الأفعال والممارسات الإجتماعية المساعدة على تجنب عوامل الخطر، ومن ثم التقليل من خطورة الأعراض³.

وفي هذا السياق ينصح المختصين المرضى السكريين بالإبتعاد عن كل العوامل التي تساعد على ظهور الإصابة بالداء، كما هو الحال بالنسبة لتفادي كثرة تناول الأطعمة والأشربة الغنية بالسكريات وزيادة الوزن أو البدانة، الضغوطات النفسية والقلق، وفي المقابل ينبغي إتباع نمط غذائي متوازن وممارسة الرياضة وما إلى ذلك مما يقي الفرد من الإصابة بهذا الداء، وتجنب عوامل الخطر يعني في الحقيقة وقاية إبتدائية لحماية صحة الأشخاص وبالأخص لمن لهم إستعدادات للإصابة بالمرض⁴. ولعل ماجاء في مضمون البرنامج قد إشتمل على هذا النوع من الوقاية أي الوقاية الأولية، والتي يمكن من خلالها نشر الوعي الوقائي على مستوى الجامعات والمدارس ووسائل الإعلام المختلفة، مع التركيز على تبني أنماط غذائية متوازنة وتجنب مساوئ عمليات التحضر والتحديث.

¹ Jacqueline Gassier, Catherine Morel-Haziza, Op.cit, P 36

² OMS, « le cout du diabète, 14 Novembre 1999 », Aid mémoire, Op.cit, P 3.

³ Jacqueline Gassier, Catherine Morel-Haziza, Op.cit, P 36.

⁴ OMS, « le cout du diabète, 14 Novembre 1999 », Aid mémoire, Op.cit, P 3.

أما فيما يخص النوع الثاني من الوقاية والذي يعني الوقاية الثانوية التي يركز عليها البرنامج أي الإهتمام

بمرحلة ما بعد ظهور المرض، الأمر الذي يدفع بالفاعلين في هذا المجال إلى العمل على وقف تطور المرض ومحاولة الحد

من مضاعفاته الخطيرة، كما يتم التركيز على مسألة التكفل الجيد بالمرضى والمراقبة المستمرة لحالتهم الصحية.¹

ويلاحظ أن هذا المستوى من الوقاية يمثل إستمرار في تقديم عمليات العلاج المناسبة والتدخلات اللازمة مما يمنح

للمرضى فرصا أكثر للإستشفاء.

الهدف الثالث:

يتضمن الهدف الثالث الكشف الطبي عن حالات داء السكري وبالأخص نمط داء السكري غير الخاضع

للأنسولين². هذا الأخير الذي يصعب إكتشافه نظرا لإنتشاره وبقوة لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة وذوي

الإستعدادات الوراثية³ ويمكن من خلال الكشف الطبي التنبأ بعدد حالات الإصابة بداء السكري عامة، الأمر الذي

يساعد على التكفل الجيد بجميع المرضى السكريين، وبخاصة من الناحية المالية التي تساعد بدورها على التقليل من

حدة الثمن المباشر الذي يعني الحد من مضاعفات الداء، وكذلك الحال بالنسبة للثمن غير المباشر الذي يعني الثمن

المرتبط بالأشخاص المرضى أنفسهم وهو ثمن التخلي أو التوقف عن العمل والإصابة بالإعاقات، وهنا يؤدي الكصف

المبكر لداء السكري إلى تجنب هذه المضاعفات ويرتكز الكشف على قاعدة الإنتظام، حيث يتم من 3 إلى 5

سنوات لدى الأشخاص البالغين سن 45 سنة فما فوق، أو الأشخاص الذين يعاني أحد والديهم من داء السكري

ومن الدرجة أولى، ويتم أيضا مرة واحدة في السنة للأشخاص الذين يعانون من الضغط الدموي، الزيادة في الوزن أو

السمنة، الزيادة في نسبة السكر في الدم على الريق وغيبوبة السكري، وكل الذين لديهم إستعدادا للإصابة بهذا

¹ Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du Séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P-P 43.

² Ibid, P-P 44.

³ Marcel-Jacques chicouri, Op.cit, P 53.

المرض، وفي هذا السياق تم إعتقاد البرنامج بشكل كبير على وسائل وإختبار للكشف، ولوحظ أنه كلما تم الكشف عن حالات إصابة بشكل إيجابي كلما زاد الإهتمام والتكفل بها كغيرها من حالات الإصابة بالأمراض الأخرى الخطيرة مثل أمراض القلب وغيرها، ويمكن الإعتقاد أيضا على مخطط في عملية التكفل بالمرضى السكريين، ومن النتائج أن نسبة السكر في الدم تكون في حدود 1.26 غ/ل على الريق بعد 8 ساعات إلى مرتين عن السابق، وتتضمن عملية الكشف الطبي عن حالات الإصابة كل من المختصين في المجال الطبي من جهة والسكان المعرضين للإصابة بالداء من جهة أخرى، وخلال القيام أو إجراء الكشف فالأخصائيون هم أكثر تسخيرا لعملية الكشف مع الأطباء العاميين، ويأتي في المرتبة الثانية الممرضين والصيدالة وجمعيات المرضى التي تساهم في تشجيع الأشخاص المستهدفين للإقبال على الكشف الطبي، الذي يمكن تطبيقه مع الأشخاص الذين يعانون من الأمراض القلبية وداء السكري، وكذلك الحال بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من إرتفاع في نسبة الكلسترول، أو بعض الحالات للأشخاص الذين يستهلكون التبغ والتدخين وحالات الزيادة في الوزن والضغط الدموي المرتفع، ومن الضروري عند إجراء الكشف إجتياز الإختبار والمقابلة الطبية، وأيضا من الضروري أثناء الإستشارة الطبية المطولة للكشف محاولة البحث في التاريخ العائلي أي الإصابات السابقة لأفراد العائلة، الأمر الذي يضمن التكفل المبكر للمرض.

الهدف الرابع:

يندرج الهدف الرابع للبرنامج تحت مبدأ التربية الصحية للمرضى، لأنه ليس من السهل التكفل بالمرضى السكريين من دون التنسيق بين الكشف المبكر وتوفير التكفل الملائم للمريض، لأجل ذلك فالتوعية في الميدان الطبي تعتمد على ماهو تقليدي وما هو ثقافي، وفي الوقت الحاضر إزداد الإعتقاد أكثر على كل ماهو تربوي، ولعل للعناصر مثل الإتصال والمعلومات التربوية أهمية كبيرة في مجال التربية الصحية، نظرا لعدم كفاية المعرفة الطبية الأولية التي يتلقاها المريض من البيئة الإجتماعية، العائلة والوسط المعيشي هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن غالبية المستخدمين في الوقت الحالي يفتقدون للتنسيق والمتابعة، الوقت اللازم لتلقي التربية الصحية، الموارد البشرية، الموارد المادية، وتقييم

نشاطات الأنساق أو التنظيمات الأخرى، أما فيما يخص النتائج المرتقبة فتعود إلى مستوى تكوين الأشخاص القائمين على العناية والرعاية الأولية والمتابعة على أساس البرنامج البيداغوجي الموجه للتكوين، وفي هذا الصدد يتم فرض ضوابط خاصة بالثقيف الصحي والتربية الصحية للمرضى، منها الإلتزام والتعهد من طرف المرضى في الأشهر الأولى من المتابعة للكشف عن داء السكري، وهذا بإعتبار أن إكتساب التربية الصحية من طرف المرضى يأتي عبر المراحل المرضية¹ ولعل ما يساعد على تلقين المرضى مبادئ التربية الصحية هو توفر الوسائل اللازمة بما فيها الوسائل السمعية البصرية التي تشمل التلفزة، الإذاعة، الهاتف والمعلومات المتوفرة لدى المصالح الخدمائية، إلى جانب الوثائق المكتوبة مثل الكتب، الجرائد، الإعلانات... الخ، كما يمكن نشر التربية الصحية بالإعتماد على العلاقات الإنسانية التي تتميز بالفعالية أكثر من غيرها من الوسائل الأخرى ومن ذلك المختصين في مجال الصحة، المختصين المهنيين في مجال الإتصال بالجماهير وخاصة منهم الصحفيين، الأشخاص الذين يمارسون مسؤوليات سوسيو-ثقافية، القائمين على المؤسسات التربوية والأساتذة، منظمات الحماية والضمان الإجتماعيين والمنظمات الخاصة مثل الهلال الأحمر، الجمعيات والنوادي... الخ²

ومن هنا يتضح أن التربية تعني التعاون والتقدم المستمرين، ولكن على الرغم من توفر الوسائط التي تنشر المعلومات في أي وقت للمرضى، إلا أنه يبقى من الضروري الإستعانة بالأطباء المختصين والأطباء العاميين والمرضى والمساعدين في الرعاية الطبية والصيدلة والمختصين النفسانيين والجمعيات الخاصة بالمرضى وما إلى ذلك، وهذا يعني أنه لكل فاعل في مجال الصحة له دوره في نشر التربية الصحية بين المصابين بالمرض، وفي هذه الحالة لا يبقى سوى إعداد وتهيئة الوسائل المناسبة لنشر هذه التدابير الصحية، ومن أهمها الوثائق والنصوص مثل العقود الطبية وتحضير

¹ Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du Séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P 44.

² Jacqueline Gassier, Catherine Morel-Haziza, Op.cit, P 38.

البرامج الوطنية للتكوين الطبي والشبه الطبي وتحديد الإستراتيجية التربوية على كل المستويات كالوحدات، القطاعات الصحية والمستشفيات.

الهدف الخامس:

يتطرق الهدف الخامس إلى قضية التكفل بالمرضى المصابين بداء السكري، بالأخص منهم الذين يعانون من النوع الثاني غير الخاضع للأنسولين، والواقع يكشف أن التكفل بالمرضى السكريين عامة يبقى غير كافي، ويعود السبب في ذلك إلى النقص من ناحية العدد وحتى من ناحية الكفاءة المهنية، أي فيما يخص المختصين المهنيين في مجال التكفل بالمرضى، الأمر الذي يمثل حالة إستعجالية تتطلب مخطط خاص بالتكوين بالتعاون مع الأجانب، إضافة إلى إجراء رسكلة تساهم في ترقية فرق المكونين أو المؤطرين خلال مدة التربص، وفي هذا الصدد يمكن التركيز على التوجيه في مجال الوقاية الإبتدائية لمكافحة أمراض العصر، كأمراض القلب، بعض أمراض السرطان، وعليه من الأهمية بمكان نشر التربية الصحية بين أكبر عدد من السكان وبالأخص منهم المتمدرسين.

الهدف السادس:

يتمثل الهدف السادس للبرنامج في التكفل بعناية القدمين، وهذا نظرا للمضاعفات الخطيرة التي يخلفها داء السكري لدى المصابين به، والتي تعد من أبرز المشكلات التي تصيب القدمين إلى جانب اضطراب الجهاز العصبي، وهذه مضاعفات باتت تعرف إنتشارا واسعا بين المرضى السكريين، وهنا تعتبر الوقاية الفعالة أمرا ضروريا لتجنب هذا النوع من إعتلالات الجسم¹.

¹Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du Séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P-P 44-45.

خلاصة:

في ضوء المعطيات السابقة الذكر، والتي تمحورت حول واقع الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري تبين أن إنتشار الإصابة بهذه النوعية من الأمراض وبالأخص منها مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب لم يكن هكذا صدفة، وإنما يرجع إلى التحولات الكبرى التي عرفها المجتمع الجزائري عبر مراحلها التاريخية، فالملاحظ أن الأوضاع المعيشية المتدهورة في كل مرحلة تاريخية سابقة للمجتمع شهدت وضعية إبيدميولوجية أو وبائية معينة، وكانت على العموم تعكس الإنتشار الواسع للأمراض والأوبئة المتنقلة، غير أن محاولات الحد منها والقضاء عليها من طرف الفاعلين في مجال الصحة، وبخاصة في مرحلة ما بعد الإستقلال إزدادت توثقا مع التطور الحاصل في ميادين الطب العلاجية والوقائية، ومن الجدير ذكره هنا أن التأثير البارز الذي نجم عن تبني عمليات التحضر والتحديث السارية في المجتمع، والإنتقال إلى مرحلة التصنيع بسبب التغير الإقتصادي والإجتماعي، هو ما أدى في المقام الأول إلى التغير في نظام الحياة اليومي وخلق نمط حياة جديد للأفراد والجماعات، ويظهر هذا التغير بوضوح في بروز بعض العادات الغذائية السيئة والممارسات غير الصحية، بحيث تطورت نماذج إستهلاكية ذات تأثير بالغ الضرر على الصحة، وهذا إلى جانب زيادة الميل أكثر إلى الأعمال ذات الحركة الضئيلة، وكل ما يؤدي إلى توفير الراحة للفرد من وسائل تكنولوجية مختلفة، وفي المقابل تراجع النشاط الفلاحي، وهذا مع تفشي البطالة، وزيادة عدم المساواة وإتساع الهوة بين الطبقات وإنكماش وإضمحلال الطبقة الوسطى وزيادة المهجرات الداخلية والخارجية والصراع الإجتماعي، وبدء ملامح الإغتراب في الظهور وحتى المقاومة المتطرفة في بعض الأحيان، وزيادة كل ما يؤدي إلى الضغوطات الإجتماعية والنفسية على الأفراد وصحتهم، ناهيك عن قلة الوعي الصحي أو تدني مستوى الثقافة الصحية الوقائية، لذلك فمن شأن هذه العوامل مع وجود عامل الإستعداد للمرض (الوراثة)، أن تساهم في تدهور الوضع الصحي وتفشي هذه الأمراض المزمنة، خاصة وأن هذه العوامل غالبا ما ترتبط بالإصابة بإحداها كما هو الحال بالنسبة للضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، فهذه أمراض مزمنة باتت تعرف إنتشارا ملموسا في المجتمع الجزائري في هذه السنوات

الأخيرة، الأمر أكدته نتائج الدراسات الإبيدميولوجية التي قامت بها وزارة الصحة والسكان، المعهد الوطني للصحة العمومية، الديوان الوطني للإحصاء، وفي هذا الصدد فإن الوقوف على مسألة إنتشار هذه الأمراض والتحكم فيها، تبقى مسألة ذات أهمية كبرى لمكافحتها وعلى الأقل تجنب مضاعفاتها والتقليل من إنتشارها بين الأفراد في عصر أصبح يمثل الأرض الخصبة لها.

الفصل الخامس:
المرأة المغربية و
الصحة وتمثل مرض
السرطان

السرطان

تمهيد:

يحتل موضوع الصحة اليوم، بأهمية قصوى في مختلف المجتمعات البشرية وفي سياساتها الصحية. فالصحة هي حالة اكتمال السلامة جسدياً وعقلياً، ونفسياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز كما عرفته منظمة الصحة العالمية. فالصحة رافد من الروافد الأساسية للنهوض بواقع المجتمع وتقدمه، فالوضع الصحي للمجتمع هو المقياس الأساسي لتقدمه رفقة التعليم والعلم والاقتصاد، ولقد صخرت جهود الدول لتقوم باستراتيجيات و برامج وخطط وطنية للنهوض بالوضع الصحي وتطوير مستوى الخدمات الصحية، وتمتين البنية التحتية الصحية.

ان النسق الصحي لا ينظر اليه من رؤية أحادية الجانب، بل ينظر اليه من منظور بنيوي، أي كنسق متداخل مع مكونات ومناحي الحياة الأخرى، كالشروط والظروف الاجتماعية والعوامل الاقتصادية والمستوى التعليمي والذهني للأفراد، إضافة الى العامل السياسي كمدى وجود عدالة صحية وغياب الفوارق الاجتماعية في الصحة، وبقدر ما يعتقد أن وضع الحلول لجملة من الامراض والمشاكل الصحية يأتي نتيجة تحسين جودة الخدمات الصحية للمؤسسات والمراكز الصحية، فالمسألة لا تبدو كذلك، وذلك بسبب ان موضوع الصحة يبقى مرتبط ومتشابك مع حيثيات وتجليات أخرى، مثل ضعف الثقافة الصحية والثقافة الوقائية، وتكيف الانسان مع المجال ومدى إدراكه للمشاكل والأمراض.

في سياق المجتمع المغربي، يمكن تحليل العديد من الظواهر المرتبطة بالحقل الصحي، وهي تلك الممارسات المرتبطة بالأشخاص وبأوضاع المؤسسات الصحية، لكن في هذه المقاربة سيتم تسليط الضوء على جانب مهم داخل الحقل السوسيوصحي وهو المرتبط بتمثل مرض السرطان وعلاقته بالوصم الاجتماعي والمعرفة الصحية والوعي الصحي لدى المرأة المغربية، ومن هنا يكمن التساؤل عن: ما مدى ارتباط الصحة بالنوع الاجتماعي، وبالضبط مدى تفاعل المرأة المغربية مع المرض وبالأخص الامراض المزمنة، كيف تتمثل ذاتها كمرضية؟ ما هو احساسها؟ كيف تتفاعل مع المرض؟ وكيف تعبر عن حالتها المرضية؟ وكيف يتداخل المرض المزمن والوصم الاجتماعي؟ هل من بدائل لتحسين علاقة المرأة بالصحة؟

1-المقاربة السوسولوجية للصحة:

لقد اهتمت السوسولوجيا بموضوع الصحة كحقل للممارسة الانسانية، وكمزيج من الانساق الذهنية والتعاملات وردود الفعل. وركزت الدراسات والمقاربات السوسولوجية بالدرس والتحليل على أهمية البرامج والسياسات الصحية في النهوض بالوضع الصحي داخل المجتمع. هذا بالإضافة الى أن السوسولوجيا كتخصص علمي تدرس الصحة مع استحضار حقول أخرى كالسياسة والاقتصاد والتعليم. فبتالي ان من بين الظواهر التي تدرسها سوسولوجيا الصحة

السرطان

هي مسألة الانصاف الصحي والوعي الصحي والسببية الصحية، والمحددات الاجتماعية للصحة، وعلاقة المجال بالصحة ثم موضوع علاقة المرأة بالصحة والوصم.

ان محاولة فهم موضوع الصحة من المنظور السوسولوجي يقتضي ربط موضوع الصحة بتوفر ارادة سياسية قوية، أي وجود برامج وتجارب طبية وصحية، يلي ذلك الملائمة بين التحديات السياسية وآلية الحكامة الصحية والاهتمام بالمشاكل المباشرة وتحقيق النجاعة وجودة الخدمات الصحية التي تتبلور عبر أداء المؤسسات الصحية.

وفي سياق التساؤل سوسولوجياً عن الوضع الصحي في سياق المجتمع المغربي، فإن مؤشرات الصحة في المجتمع المغربي، تجعل قطاع الصحة أولى بالعناية والإصلاح، وتبين هذه المؤشرات أن ثلثي من السكان المغرب لا يستفيدون من نظام التغطية الصحية وأن 57 في المئة من التكاليف تتحملها الأسر، وأنه ما زالت معدلات وفيات الامهات والأطفال مرتفعة بفارق كبير مع باقي الدول، وأن الاحصائيات الرسمية تؤكد أن 120 من الأمهات يقضين نحبهن أثناء الولادة من أصل مئة ألف ولادة حية، بينما ينخفض هذا المعدل في فرنسا. والدراسات تشير الى أن نسبة وفاة الاطفال تفوق 20 وفاة في كل ألف ولادة حية في المغرب. فهذه النسب الغير الصحية قد يمكن تفسيرها بسبب ضعف الخدمات الطبية ونقص الاستثمار وقلة الموارد البشرية وغياب الوعي الصحي وتفاقم جملة من المشاكل الاجتماعية.

ويمكن الانفتاح أيضا على مسألة الاعلام وعلاقته بالصحة، متسائلين عن مدى قيام الدولة بتقديم وبناء معرفة صحية عبر الاعلام لتحسيس وتعليم الافراد أهمية الحفاظ على الصحة النفسية والاجتماعية، والتركيز على آليات التعامل مع المرضى كيف ما كان نوع مرضهم دون تأسيس النظرة الوصمية القديحة والدونية. هذا ما يجعل القول أن موضوع الصحة تتفاعل فيه عوامل وعلاقات سببية تفرض ذاتها من حيث تحليلها. فالصحة والاستفادة من الخدمات الصحية لا يقتصر على وجود وتوفير هذه المؤسسات الصحية والموارد والطاقم الطبي، بل يتجاوزها الى ما هو ثقافي، أي درجة وعي أفراد المجتمع وإقباله على الخدمة الصحية.

ومن خلال هذه القراءة، سيتم التركيز على موضوع صحي هام، وهو علاقة المرأة بالصحة وتمثلاتها الاجتماعية حول مرض السرطان، وتفاعلها مع المرض، مع استحضار المحددات الاجتماعية والعوامل الثقافية والتعليمية التي تساهم في سلوك صحي أو مرضي للمرأة، في تعاملها واحساسها بالمرض. ويقدر ما مثله موضوع المرأة من أهمية جوهرية في الدراسات السوسيوصلحية، فإنه يمكن توسيع مجال التحليل أكثر للتساؤل عن علاقة المرأة بالصحة والوصم وتمثل المرض المزمن كالسرطان على وجه التحديد.

2- المرأة من منظور سوسولوجيا النوع الاجتماعي:

ان المرأة ذات تستحق كل الاهتمام والتقدير، ودورها يكتسي أهمية بارزة في النهوض بالمجتمع، فكثير من الدراسات التنموية حاولت التركيز على دور المرأة في بناء المجتمع، فقد اعتبرت هذه الدراسات أن تكوين المرأة وتعليمها قد يفضي بالمجتمع الى تحقيق وجهة ايجابية، لكن بقدر ما خلصت هذه الدراسات الى نتائج منطقية ومعقولة، فقد تقاطعت أفكار أخرى مع هذه الدراسات، وذلك أن الرهان على المرأة وتكوينها لا يخلو من تفكير برغماتي (نفعي) يتأسس على النظر الى المرأة كوسيلة لتحقيق غايات تنموية. أو اعتبارها وعاء فارغا من دون فعالية.

ان بناء الفرد هو الاساس لتحقيق التنمية الصحية، لكن ملاحظة وضع المرأة في سياق المجتمع المغربي، يطرح العديد من التحديات والصعوبات المعرفية، فوضع المرأة المغربية يتأسس على وجود بنية اجتماعية تحدد سلفا أدوارا خاصة للنساء وأدوار خاصة محددة للرجال، وهذا ما تحدث عنه عالم الاجتماع الفرنسي "بيير بورديو" في كتابه "الهيمنة الذكورية"، والذي يعتبر أن هناك عنفا رمزيا يمارس على المرأة في مقدمتها أنها تنظر لنفسها نظرة دونية وتقلل من شأنها، هذا ما يؤثرها على وعيها الذاتي بمختلف المجالات كالصحة والسياسة والدين، وأكثر من ذلك ان النظر الى المرأة من زاوية الجسد، يمكن اعتبارها بتعبير الباحثة السوسولوجية المغربية "فاطمة المرينسي"، أن جسد المرأة يصبح رمزيا في ملك الرجل الذي يمارس نوعا من الهيمنة عليها دون وعي منها وباعتراف من المجتمع الذي يكرس ذلك.

تعتبر الباحثة المغربية "فاطمة المرينسي" والتي تتحدث عن فكرة الجنسانية، أن المنظومة المجتمعية للمجتمع المغربي تبني على اعطاء الجدارة للرجال في الدرجة الاولى، وهذا ما يتجلى على وجه تحديده في سلطة الرجل داخل الاسرة، يلي ذلك في الدرجة الثانية، سلطة الابن الاكبر ثم الجدة نظرا لحمايتها وخبرتها وغياب غوايتها الانتوية، يلي ذلك في النهاية موقع المرأة المهيمن عليها في أسفل المنظومة الاجتماعية. هذا الامر يفرض على نحو مباشر ممارسات تقوم بها المرأة قد تكون قاصرة يغيب فيها الوعي الذاتي الحقيقي وذلك بحكم الثقافة السائدة في المجتمع. فالعلاقات والأدوار الاجتماعية مبنية على التقسيم الجنسي للعمل بين الرجل والمرأة، تحدد سلفا وظائف معينة لكل منهما.

وفي كتابها "الجسد الانتوي وهوية الجندر" تبين الباحثة المغربية "خلود السباعي" أن وضع المرأة في سياق المجتمع المغربي يطرح اشكالات متداخلة في مقدمتها استمرارية نفس المنطق المحدود في النظر الى المرأة من الناحية الجسدية، و أنها تضطلع بأدوار تحد من حقها وقدراتها. هذا ما يجعل بنية الهيمنة الذكورية تستمر دون اعطاء أهمية اللازمة للمرأة، هذا ما يفضي الى جعل المرأة لا تدرك ذاتها جيدا ليغيب على اثر ذلك وعيها الحقيقي وتراجع مستوى ثقافتها بمواضيع الحياة المختلفة.

3- المرأة والصحة وبروز الوصم الاجتماعي:

رغم تقدم المجتمعات البشرية، فما زالت علاقة المرأة والصحة ملتبسة ومعقدة تطرح تحديات كثيرة، فهناك تقصير في حق المرأة وبالخصوص في المراحل الأولى من عمرها، فالعديد من تقارير منظمة الصحة العالمية اضافة الى دراسات صحية، أكدت أن الوضع الصحي للمرأة ما زال متأزما تشوبه أشكالا ناقصة، كالحديث عن غياب الوعي الصحي للمرأة وعدم استفادتها من الخدمات الصحية وضعف معرفتها بالأمراض المزمنة كالسرطان وذلك بحكم تفاقم العديد من العوامل كالعامل الثقافي والذهني والمادي الذي يتأسس في وجود تحدي المال في التكلف بمصاريف المرض.

تعيش المرأة المغربية وفقا لثقافة مجتمعية تقليدية، قد يسود فيها منطق الصدفة والمعرفة العادية المضطربة وتقل فيها الثقافة العلمية المبنية على الفهم الجيد لأشكال ومظاهر الحياة، ولا يخلو الحديث عن المرأة في السياق المجتمعي المغربي عن وجود عائق يعترض أكثر حياة النساء، وهو غياب أو هبوط مستوى الوعي الصحي ووجود ثقافة صحية أو ثقافة وقائية ضعيفة، وذلك نظرا لتفاعل العديد من المعطيات والعوامل، في مقدمتها انتشار ثقافة المجتمع حول المرض وتمثلاته للشخص المريض وخصوصا اذا ما كان يعاني من الامراض المزمنة كالسرطان والسيدا، يلي ذلك انتشار النظرة الوصمية تجاه المرأة، على وجه التحديد وبالخصوص اذا ما كانت تعاني من مرض السرطان، هذا الوصم الاجتماعي الذي يعمل على تأزم الوضع النفسي للمرأة المريضة. فالمرض يصبح بالتعبير المتداول في الشارع "شوهة" و"نقص" و"أزمة"، وهذا ما يؤسس ردود فعل جديدة مبنية أحيانا على الابتزاز والنقص الذاتي والوصم الهدام.

ان تحليل حالة المرأة المريضة بالسرطان على وجه التحديد، يفتح على أوضاع متداخلة، في مقدمتها بروز مشكل الاسرة وبالضبط العلاقة مع الزوج ومحاولة اقناعه بالمرض من طرف المرأة، حيث قد يفضي هذا الوضع الى ممارسة العنف الرمزي والجسدي أحيانا على المرأة من حيث لا تدري. اضافة الى مشكل آخر هو عدم قدرتها على البوح والإفصاح عن المرض، مما يجعلها تتموقع داخل بنية مغلقة يصير الخروج منها أصعب بسبب ثقل المحيط الاجتماعي وانتشار الثقافة العامية. فالحالة المرضية لهذه المرأة تصبح كحالة احباط وأزمة نفسية، تدخل فيها المرأة في عوالم التفكير عن المآل والحل، حيث تستحضر في ذهنيها نظرة الناس، واستحضر الهاجس المادي (مصاريف العلاج)، وكيفية مجابته للوصم النفسي والاجتماعي في نفس الوقت.

ان تفكير المرأة المصابة بمرض السرطان في وضعيتها النفسية، يزيدا تأزما، وذلك بفعل تعمق احساسها الذاتي أنها ناقصة ولم تعد منتجة وفاعلة، بل تتمثل نفسها كجسد منهك ومعطّل لا وظيفة له، جسد تم التخلص منه دون أي اعتبار. وهذا ما يجعل المرأة تحس بالدونية وتصور نفسها بأبعش الصور. وعلى العكس من ذلك، ان افتراض وضعية أخرى للمرأة، بحيث لو كانت تحمل ثقافة صحية، ووعيا وقدرة على التعبير، فإنها تستطيع التغلب على هذه العوائق الاجتماعية والثقافية والمادية. وفي هذا السياق يتحدث الطبيب النفسي "آرثر كلاينمان" حول مسألة الصحة

السرطان

والوصم، معتبرا أن الامراض المزمنة تفضي داخل المجتمع الى نشوء وصم اجتماعي تجاه المرضى المصابين بمرض السرطان أو الامراض العقلية، هذا الوصم الذي يؤثر بشكل قوي على الوضعية الاخلاقية والمكانة الاجتماعية لشخصية المريض والذي يحس على ذلك بأزمة وضعف نفسي. هذا بالاضافة الى أعمال الانثروبولوجي "غوفمان" والذي يبرز تأثيرات الوصم الاجتماعي الممارسة رمزيا على شخصية المريض داخل المجتمع. ومن هذا المنطلق يمكن القول أن امرأة لها أحقية في العلاج والاستفادة من الخدمات الصحية والتعبير بكل حرية عن أوضاعها، مع تغيير تلك التمثلات الوصمية المخاطة بها.

4- بحثا عن البدائل ...

ليس من اليسير تقديم جملة من البدائل والمحاولات الاجرائية للنهوض بعلاقة المرأة بالصحة على نحو اعتباطي، لكون ان الحلول تفرض بالضرورة تحاوبا عمليا وناجعا، دون أن يعمل على الحفاظ على نفس الوضع بآليات ضعيفة وغير مكتملة. لعل من أبرز البدائل التي يمكن تسجيلها هو الانكباب على بناء مشروع الفرد المسؤول والواعي، منذ النشأة وترسيخ ثقافة وقائية وصحية. وتحسين المعارف في مجال صحة الفتيات والنساء، وتوفير جملة من خدمات الرعاية الصحية من الميلاد الى مرحلة الشيخوخة واتخاذ اجراءات سياسية ناجعة في قطاعات أخرى لتفعيل وضع الصحة. يلي ذلك أيضا ادماج الجمعيات التنموية في صلب الاهتمام بالوعي الصحي لدى المرأة والأسرة، عبر قيامها بورشات تعليمية وتحسيسية، والقيام بحملات توعية ناجعة قائمة على التتبع والاستمرارية، وخلق خلايا للاستماع الصحي وجعل المرأة تعبر عن أوضاعها. ونهج المقاربة التشاركية كمبدأ أساسي لتشخيص علاقة المرأة بالصحة. وبلورة برامج اعلامية مستمرة تركز على صحة المرأة وحفاظها على ذاتها وتنمية ثقافتها الوقائية والصحية.

خلاصة:

ان الحديث عن صحة المرأة اليوم، بات نقاشا ملزما من طرف جميع المجتمعات، من حيث انها تسخر جهودها عبر وضع تجارب وخطط واستراتيجيات الصحة، لتفادي جملة من المخاطر الذاتية والموضوعية التي قد تواجه تقدم المجتمع. ولهذا فالاهتمام بالوضع الصحي للمرأة يبقى رهان أساسي للمجتمع المغربي وكرافعة للتنمية البشرية وجعل المرأة في قمة أي مشروع تنموي، فكلما تبلورت مشاريع وخدمات موجهة للمرأة لتمكينها وتأهيلها فإن الامر سيفرز لا محالة نتائج اجرائية معقولة وناجعة. ومن هنا فتغيير بنية تفكير الافراد وتنمية ثقافتهم الصحية تصبح عاملا أساسيا في تجاوز كل العوائق المرضية، وبقدر ما يصبح التفكير في الصحة هاجسا مجتمعيًا، فإنه يجعل من صعوبة الحسم مع الوضع الصحي في سياق المجتمع المغربي أمر ممكنا وليس مستحيلا، من حيث أهمية تقويم ومتابعة الاصلاحات والقرارات الصحية وتطوير البحث العلمي لمعرفة التحديات، وتحقيق التعاون والمساواة في الصحة بتعبير السوسولوجي المغربي "المختار الهراس". وليس موضوع المرأة والصحة والتمثلات الاجتماعية حول الامراض المزمنة كالسرطان، هو احدى تجلي من تجليات الواقع الصحي بالمجتمع والذي يحتاج الى نجاعة بقدر ما يحتاج الى كثرة المؤسسات الصحية.

الفصل السادس:

الجانب التطبيقي

التطبيقي

تمهيد:

تمثل مرحلة عرض نتائج الدراسة الميدانية خطوة أساسية في العمل البحثي, انطلاقا من الخطوات الأساسية التي انطلق منها الباحث في بناء عمله بدءا من الاسئلة المبينة في الاشكالية و الاجابات المقترحة ليصل البحث لعملية اختبار لهذا البناء العلمي و المنهجي.

حيث انطلقت من بحثنا من تساؤلات تمثلت في:

1- ماهو مفهوم الصحة عند المرأة؟.

2- كيف كان المرض في مراحله الاولى؟.

3- كيف تأزم الوضع؟.

4- كيف كانت الحياة الاسرية ومعايشة المرض؟.

5- ماهو مفهوم سرطان عنق الرحم عند المريضة؟.

إضافة الى بعض المقابلات التدعيمية لاثراء الموضوع في قطاع الصحة, قمت بتنظيم هذه المحاور في عناصر.

فالمحور الاول تناولت فيه مفهوم الصحة لدى المريضة, أما المحور الثاني و الثالث و الرابع عن مرحلة ما قبل المرض و تأزمه و معاشته مع الاسرة, أخيرا أما المحور الخامس تضمن معارف عن المرض في حد ذاته لنصل الى استنتاج عام ثم خاتمة.

المحور الاول : مفهوم الصحة عند المريضة .

بالنسبة مفهوم الصحة وانطلاقا من تحليل مضمون المبحوثات يمكن الإشارة إلى الإجماع بأن الصحة هي أساس وجود الإنسان وبدون الصحة تكون حياة مليئة بالمعاناة و الالام فقد صرحت:

المبحوثة رقم: 04 : (45سنة- متزوجة -مستوى متوسط-مستغاثم).

(تقول صحة تاج فوق راس صحاح).

المبحوثة رقم 05:(55سنة- متزوجة-أمية-مستغاثم).

(صحة هي كلش بنادم واش يسوى من غير صحتو) .

المبحوثة رقم06:(55سنة-أرملة-أسرة نووية-مستوى متوسط-مستغاثم).

(صحة هي كلش,بلا صحة مايسوى والو) .

و باعتبار أن الصحة هي رأس مال لدى فئة المصابات فهي دلالة لا تتوقف عليها جميع المشاريع .

فمن تصريحات المبحوثات أن الصحة هي كل شيء في المثال الشعبي 'ياالصحة يا الصحة وإذا غابتالصحة وين رايح نلقاها' .

الصحة قبل كل شيء نستنتج من إجابات المبحوثات أنها تنصب في اتجاه واحد وهي اعتبار الصحة إنها هي أساس وجود الإنسان وسر سعادته 'ولا يعرف قيمة الصحة إلا إذا فقدها.

المحور الثاني :مرحلة ما قبل المرض .

لقد كانت الإجابات حول تصور أو معرفة بالمرض قبل الإصابة للمبحوثة واحد 'في حين أن أغلبية المريضات يمان المرض وخيباه .

التطبيقي

-نعلم أن مرض السرطان من الأمراض الخطيرة و المزمنة مند القديم, وهو مرض منتشر ألا أن غياب التوعية أو بالأصح عدم رجوعنا إلى حب التوعية ,يجعلنا نجهد المرض أخطاره ,وكيف نقي أنفسنا منه,ومن خلال تصريحات المريضات إكتشفت أن البعض منهن لا يعرفن سبب المرض,وهذا ما صرحت به:

المبحوثة رقم 02:(52 سنة-متزوجة-مستوى متوسط-مستغنام).

(مي jamais درتو في بالي نسمع عليه واه ,بصح ما حضرتش في حصة عليه ,الحق نسمع يقولوا دايرين ,توعية ضد سرطان الصدر أو الوالدة بصح مرحتش).

ترجمة المقطع :

*لم أتخيل هذا المرض في مخيلتي ,أسمع عنه فقط لكن لم تتسنى لي ولا فرصة لحظوره ,صرحت هذه المبحوثة أنها تسمع عنه بإعلان حول التوعية ضد سرطان الثدي أو عنق الرحم ,لكن لم تذهب فهي الان تجهل هذا المرض وأسباب حدوثه.

المبحوثة رقم 11:(48 سنة-متزوجة-مستوى متوسط-مستغنام).

(كي يديرولي الراديو و les analyses او مبعده قعدت نستنى les resultat ,خفت بزاف وبداني الوسواس ,قعدت نقول يادري شتا عندي).

ترجمة المقطع:

*عندما اجريت لي صورة الاشعة والتحليل ,جلست انتظر نتائج الفحص ,خفت كثيرا ,وبدات الافكار السيئة تتبادر الى ذهني ,متسائلة عن طبيعة المرض.

-نستنتج من خلال هذا التصريح الخوف و القلق الذي عاشته المصابة من اجراءها للتحليل و صورة الاشعة لدرجة ان هذا القلق الناتج عن الخوف من التشخيص الطبي النهائي.

المحور الثالث: وضعية الأزمة.

المبحوثة رقم 20:(48 سنة-متزوجة-أسرة ممتدة-أمية-مستغنام).

(صح أنا منعقلش رحت لطبيب ,غي كي نمرض بزاف لوكان موالفينروحو بلاك مانوصلش لهاذ الحالة) .

التطبيقي

ترجمة المقطع :

*صحيح انا لالاتذكر انني قمت بزيارة الطبيب الا عندما امرض , لو تعودت على القيام بفحوص طبية لما وصلت الى هذه الحالة .

-ان تصريح هذه الحالة يؤكد على اهمية التربية الصحية ,الانه يستطيع الافراد اكتشاف المرض في بدايته او قبل ان تتازم الحالة الصحية

-ان هذه الحالة تشير الى اهمية الطبيب ,و الزيارة الطبية في عباراتها السابقة لاستدراك الامر قبل فوات الاوان فالوعي الثقافي الصحي ليس له علاقة بالمستوى التعليمي ,بل بالتربية الصحية باعتبار التربية هي ثروة من الافكار التي تنتقل من جيل الى الجيل الذي يليه ¹. فالعادات الصحية و الممارسات الطبية و الثقافية الصحية عبارة عن أفكار توارثها الافراد عبر عملية التنشئة الاجتماعية.

المبحوثة رقم 15:(50سنة-مطلقة-أمية-مستغنام).

(لو كان علبالي واش معنتها هاذ لمرض لوكان راني دسيت دراهم ورحت نداوي فلخارج).

ترجمة المقطع:

*لو كنت اعرف حقيقة هذا المرض لكنت جمعت النقود واتجهت الى خارج البلاد للعلاج.

-ان هذا التصريح يؤكد التحليل السابق الذي قمت به حول التنشئة الاجتماعية و الوعي الثقافي حول الصحة والمرض اذ جهل هذه المصابة بحقيقة مرضها جعلها تتاسف ,و تؤكد أنه لو كانت تدرك معناها لكانت جمعت النقود و سافرت الى الخارج للعلاج.

المبحوثة رقم13:(50سنة-متزوجة-مستوى متوسط-مستغنام).

(صعب شي كي تعرفي بلي عندك هاذ لمرض وماتامنيش بكيت بزاف قعدت نقول كيفاش رايحة تكون حياتي مقدرتش نتقبلها).

ترجمة المقطع:

¹الير دونيه ,التربية العامة ،ترجمة عبد الله عبد الدايم ,لبنان,دار الملايين بيروت ,ط5, 1982,ص72.

التطبيقي

*لقد كان من الصعب إدراكي أنني مصابة بهذا المرض, لقد بكيت كثيرا و تساءلت عن مسار حياتها كيف سيكون لم أستطع تقبلها...

-نستنتج من خلال هذه الحالة أثر التشخيص الطبي على نفسية المريضة المصابة متسائلة عن مصيرها الاجتماعي بسبب اصابتها وعدم تقبل الوضع.

المحور الرابع: الحياة الاسرية ومعايشة المرض.

بالاضافة الى العوامل المؤدية للاصابة بالمرض فقد اشارت حالات الدراسة الى الضغوطات النفسية والاجتماعية الناتجة عن الازمات الاجتماعية كازمة السكن, اضطراب العلاقات الاسرية, الازمة الامنية التي مر بها المجتمع الجزائري كعوامل اساسية تسببت في حدوث هذا المرض حيث تصرح:

المبحوثة رقم 07:(55سنة-متزوجة-بدون عمل-أمية-مستغانم).

(لمشاكل بزاف مع ناس داري كل وقت دباري, علاجهم مرضت كل المشاكل كثيرة مع اه الزوج, الشجارات لاتتوقف بسببهم أصبت بالمرض, الشجار في الصباح والمساء, كل مرة على شيء, وقت فالصباح ولعشية كل خطرة على حاجة).

ترجمة المقطع:

*ألاحظ من خلال هذه الحالة ان اضطراب علاقتها باهل زوجها بسبب السكن المشترك, الشجارات المتواصلة معهم لذلك تعقدت حالتها النفسية مما ادى الى اصابتها بالمرض.

المبحوثة رقم:08(55سنة-مطلقة-أمية-بدون عمل-مستغانم).

(كنت ساكنة فالدوار, راجلي كان يجي تما, بصح مقدرش ولا يعيا, رحلنا للمدينة, مقدرتش نعيش تما, كنا ندايزو كل يوم حتى لي مرضت, طلقني وتزوج علي, وانا قعدت مع ولادي).

ترجمة المقطع:

التطبيقي

*كنت أسكن في البلدة، كان زوجي يأتي الى هناك ولكن أصبح يتعب من السفر لم أستطع التأقلم و العيش معهم لذلك لم نتوافق أصبحنا نتشاجر كل يوم، وهكذا أصبت بالمرض وبعد ذلك انفصلنا فتزوج ثانية وقيت مع الاولاد.

-تشير هذه الحالة الى ان اضطراب علاقتها الزوجية هو الذي اوصلنها الى فراش المرض بسبب عدم تأقلمها مع الحياة الجديدة فاستمرت الشجارات و الاختلافات بينهما و بعدها أصبت بالمرض هجرها و تزوج ثانية وهي بقيت مع أبنائها.

المبحوثة رقم: 18(44)سنة-متزوجة-مستوى متوسط-الزوج بدون عمل).

(الدورو الى كنت دساته لبناتي باش يقرأو ,لخاطرش راجلي ميخدمشوباش نداوي لازمني دراهم ,باش ندير la visite و الدوا باش نشره...).

ترجمة المقطع :

*النقود التي اتحصل عليها اتركها لبناتي للدراسة ,لان زوجي لا يعمل ,ولك تعالجين يلزمك النقود ,الفحص لا يتطلب الكثير ,ولكن شراء الادوية ...

-نستنتج من خلال هذا التصريح عدم القدرة هذه الحالة على الذهاب الى المستشفى مرتبط بالحالة الاقتصادية الاليمة التي تعاني منها فهم لا يستطيعون تامين الخدمات الصحية خاصة شراء الادوية.

المبحوثة رقم: 09(39)سنة-هجرها زوجها-مستوى أمي-مستغنام).

(كان راجلي مبيغيش يصرف على لمرض ,يقول لي نتي كل يوم مريضة ,في حياتو مداني طبيب ,وكي مرضت راح وخلايني).

ترجمة المقطع:

*زوجي يرفض ان يصرف أمواله على المرض ,يقول لي انت دائما مريضة ,لم ياخذني يوما الى زيارة الطبيب ,وعندما مرضت تخلى عني...

التطبيقي

- نلاحظ دائما استمرار نفس النظرة الاجتماعية للمرض فالشخص المريض وخاصة اذا كانت امرأة مرفوضة اجتماعيا، والدليل على لك هجران الزوج لهذه الحالة، ورفض تخصيص مبلغ مالي للعلاج الناتج عن الرفض الاجتماعي للمرض والذي يعود الى الفقر عند معظم الاسرة، وعدم القدرة على تأمين مصاريف الحياة الاجتماعية ليرتقي الانسان للتفكير في صحته.

تمثل الاسرة أول شكل للتجمع الانساني وهي عبارة عن مجموعة من الأفراد تربطهم رابطة الزوج أو الدم، ويتفاعلون مع بعضهم البعض في اطار الادوار الاجتماعية المعدة كزوج و أب وأم و ابنة و ابن أخ و أخت. فلكل فرد داخل هذه الجماعة الاجتماعية دوره المنوط به و لتحقيق التوازن الاجتماعي، وبما أن المرض يعتبر خلل بيولوجي له أثره على أداء الافراد لوظائفهم الاجتماعية و أدوارهم أتساءل ما هو المسار المرضي للمصابة بالسرطان عامة و سرطان عنق الرحم خاصة داخل الاسرة و علاقتها بهم.

- إن الإصابة بالمرض و الامتثال للعلاج الطويل المدى و و ضعية الاستشفاء و الامراض الناتجة عنه، وضعية الازمان يؤثر على أدوار المرأة الزوجية و علاقتها بزوجها حيث صرحت:

المبحوثة رقم: 12(45) سنة-متزوجة-مستوى متوسط-أسرة نووية)

(كي بداني لمرض وليت نداوي هو اللي كان يجيني lopital ويروح يخدم وكي نكمل يجي يديني خاطرش يخدم في شركة مع لوقت ولا ماينوضش بكري بمعنيلي بلي راه كاره ولا الاب يجي كي يكون قاعد و بدأت لعلاقة بيناتنا تنقص ولا ما يدخلش بكري للدار يسهر مع صحابو يديني لدارنا بشهرين و انا منقدرش نتحمل هاذ شي و طيبب قالي بلاكي ترفدي الكرش ماشي مليحة لصحتك شفته يحوس يولد سيرتو كي يشوف ولاد خاوته وهو معندوش.

ترجمة المقطع:

عند إصابتي بالمرض بدأت العلاج كان زوجي يرافقني و يذهب الى عمله ثم يعود ليعيدني الى البيت هذا كان في البداية بمرور الوقت أصبح لا يستيقظ باكرا و يلمح لي بانه قد تعب لذلك اصبح والدي ينقلني الى المستشفى لقد بدأت علاقتنا تتدهور و مند ذلك الوقت اصبح لا يدخل باكرا الى البيت يسهر مع اصدقائه ياخذني الى بيتنا مدة شهرين كاملين لم أتحمّل الوضع لقد وبخني الطبيب وقال لي الحمل مضر بصحتك و رغم ذلك أدركت رغبته الشديدة في انجاب طفل وذلك عندما يزور اخوته وهو ليس له أولاد.

التطبيقي

- نستنتج من خلال هذا التصريح لهذه الحالة كيف أدى المرض وضعية العلاج الى توتر العلاقة الزوجية قد تحول المرض كمتغير جديد لم تعدد عليه الاسرة النووية أحدث عليها آثار سلبية عند هذه الحالة ودخولها في دور المريضة و الذي تجسد في أحد هذه الحالة لقسط من الراحة بعد العلاج, مما جعل زوجها يرفض الوضع وتخلي عن مسؤولية في مرافقتها الى المستشفى بعدما تعودت على ذلك بالرغم من طبيعة عمله التي تسمح له بذلك فالاسرة التي ليس لها أطفال هي أسرة ناقصة اجتماعيا ولا مكانة لها داخل المجتمع العربي بصفة عامة و الجزائري خاصة.

المبحوثة رقم: 17(48) سنة- مطلقة- مستوى متوسط- مستغنام).

(ما كناش ملاح ما تفاهناش فلول كي بداني لمرض حن شوية مع لوقت ولا يقول لي ودروك نتي متبرايش تقعدني هاكا مريضة فهمو طبيب بصح داني لدارنا ومن تما مازادش شفته جاتني لورقة من دار شرع وقعدت شحال ومن بعد كل واحد راح في حالة.

ترجمة المقطع:

-صحيح أن علاقتنا كانت متوترة لكن عندما سمع أصبت بالمرض رأفني البداية وبمرور الوقت أصبح يرفض هذا الوضع من خلال كلامه الذي يوجهه إلي ألا تتعافين ,هل ستبقين هكذا مريضة, و كنت أعاني من هذا المشكل وبعد ذلك رافقني إلى بيت أهلي, ولم يتصل بي حتى وصلتني برقية استدعاء من المحكمة لإنهاء الزواج , وكل واحد ذهب في سبيل حاله.

- نستنتج من خلال هذا التصريح تكرار نفس الصورة الاجتماعية للرفض الاجتماعي للمرأة المريضة لتنتهي هذخ العلاقة الزوجية بالطلاق.

المبحوثة رقم: 19(39) سنة - أرملة - أسرة نووية)

(كي زاد علي الحال ,راجلي ما بغاش يداويني,سمح فيا وفي ولاده واه, ميهدرش معايا قاع عيت ما قدرتش نقوم بيه كي العادة).

ترجمة المقطع:

التطبيقي

عندما زادت حالي الصحية وساءت رفض زوجي علاجي, لقد تخلى عني وعن أبنائه, لقد تعبت لم أستطع خدمته كالعادة.

-من خلال هذا التصريح نستنتج كيف أثر المرض على هذه الحالة في عدم قدرتها بالإعتناء بزوجها, وأداء أدوارها الاجتماعي داخل البيت, إلا أن صورة المرأة المريضة غير مرغوب فيها, وغير معترف بها إجتماعيا, لأن إنتاج المرأة داخل الأسرة ينقص من عطائها الاجتماعي و يتدهور, فبعدما كانت تقوم هي بخدمة الأسرة تصبح تؤدي دور المريضة في البيت, حيث أن طبيعة المرض والعلاج يجعلان جسمها ضعيفا وغير قادر على أداء هذه الوظائف, غسل, طبخ, تنظيف... مما يجعل الزواج يرفض هذه الحالة المرضية, ويتخلى حتى عن مسؤولية الأبوة حسب ما صرحت به هذه الحالة, وتنتهي العلاقة بهما إلى الانفصال.

المبحوثة رقم: 01(52) سنة-متزوجة-أمية-أسرة نووية-مستغانم).

(كان راجلي يعاوي بزاف مرض صعيب يخدم معايا في دار شغل ويخفف علي قلق باش منحسش روجي وحدي)

ترجمة المقطع:

بفضل زوجي استطعت مواجهة المرض انه مرض صعيب يساعدي في أعما المنزل, ويساعدي على مواصلة الأعمال حتى لا أشعر بالملل في المنزل عند بقائي وحيدة.

-من خلال هذه الحالة نستنتج دور هذا الزوج في مساعدة زوجته لمواجهة المرض والحفاظ على مكانتها و أدوارها الاجتماعية حيث قدمها مادايا ومعنويا وبعد ذلك إلى المستوى التعليمي للزوج فهو متعلم, وبالتالي يملك ثقافة صحية ومعرفة حول طبيعة المرض و أعراضه وأثره على نشاط الجسم مما جعل هذا الزواج يقف إلى جانب زوجته المريضة الحفاظ على علاقتهما.

-على عكس الحالات السابقة أين يبرز الجهل الاجتماعي لدى الأزواج وعدم تقبل وضعية الزوجة ودورها كإمرأة مريضة, وأثرها السلبي على علاقتهم الزوجية, وتفكك الأسر.

ومن هنا نستنتج رفض المرأة المريضة إجتماعيا, فهي ناقصة.

المحور الخامس: مفهوم سرطان عنق الرحم عند المريضة.

التطبيقي

المبحوثة رقم: 03(50) سنة-متزوجة-مستوى متوسط-مستغانم).

(واش نقولك اختي ليحكمو مرض كيما هذا وايستنى منو ميخلي فيهكي البوبية وليت نخوف ,راني خايقة على ولادي خليتهم وحدهم ودموع في عينيها).

ترجمة المقطع:

*ماذا اقول لك الذي يصاب بهذا المرض ماذا ينتظر منه ,لايترك اي شيء فيه ,دخلت للمستشفى جميلة ,لكن اصبحت بشعة ,اكل جسدي ,انا خائفة على أولادي فقط تركتهم لوحدهم ,و الدموع في عينيها .
-من خلال هذا التصريح نستنتج ان استمرار نفس الصورة وهي الخوف ن المرض والموت .

المبحوثة رقم 10:(40سنة-ابتدائي-أسرة ممتدة-مستغانم).

(كي نشوف الطببة جاو نيطلو عليا برك ,تطلع ليلطانسو ما الخلعة ,نروحنديرو radio therappe ,نجي ميتة).

ترجمة المقطع :

*عندما ارى الطبيب ,اتي لزيارتي فقط ,اخف ,يرتفع ضغط دمي من الخوف ,ما عند نزولي للعلاج اعود في حالة مزرية .

-نستنتج من خلال هذه التصريحات تعددت تعابير المصابات عن الموت من خلال ,تشوكيت ,يودعوفيا,خسارة ,بكيت الدم ,فهده كلها كنايات عن الموت استعملتها المريضات للتعبير عن واقعهم المعاش .

فالتنتائج التي تحصلت عليها بشأن ذكر اسم السرطان و الخوف يرجع الى البيئة الاجتماعية التي تضم العادات و التقاليد والعرف والمعتقدات في اطار التنشئة الاجتماعية الخاصة بالتمثلات للأمراض الخطيرة مثل :السرطان تكون مرادفة للموت فينتج عنها القلق و الخوف وفيرتقي صورة حول المرض .

-ان هذه الصورة الدالة التي تحملها المريضات الناتجة عن الارتباط بمخصص العلاج ولمدة معينة فما حسب نوع المرض و التي تعيق الفرد على ممارسة نشاطه.

-لقد لاحظت ان المبحوثة لا تنطبق باسمه ,بل تنعته ذاك المرض بي يعافيكم و يشفينا .

التطبيقي

- نستنتج ان اغلبية المريضات لا ينعنون مرض السرطان باسمه .

خلاصة:

توصلت في هذا الفصل الى أن للمرض أثر على العلاقات الاسرية ففي حالة ما إذا كانت الزوجة هي المصابة لاحظت أن المرض يخلق توتر في العلاقات الزوجية، وقد ألت بعض الحالات الى الطلاق رغم وجود الاولاد ويعود ذلك الى الرفض الاجتماعي للمرأة المريضة والذي يعود الى تأثير الثقافة الاجتماعية الصحية و المستوى التعليمي. كما صرحت حالات الدراسة معاناتهن جراء المرض من توتر في العلاقات مع أسرة الزوج مما زاد من حدة وتوتر في العلاقة.

استنتاج عام:

عند الدراسة و التحليل الخاصة بموضوع المسار المرضي للمصابة بسرطان عنق الرحم توصلت الى ما يلي:

- هذه التصرفات ناتجة عن الضغط الذي تتعرض اليه المستشفى يوميا، والذي يؤدي الى عدم القدرة على تغطية كل فرض العلاج و دور العامل الاقتصادي للأسرة الذي لا يسمح بدفع تكاليف العلاج.

- توصلت الى أثر الدخل الاسرة المحدود و المنعدم في طلب الخدمة الطبية، شراء الادوية، اقامة التحاليل اذا انعدمت بالمستشفى اضافة الى تعود أفراد الاسرة على تخصيص مبالغ مالية لاحتمال وقوع المرض.

- كما أن طبيعة البحوث أو الدراسات المقامة لنشر الوعي عبارة عن بحوث أكاديمية، موجهة لفئة اجتماعية معينة، نظرا لاقتصار الدراسات داخل المستشفى، مما يؤدي الى استمرار طرق تفكير تقليدية نحو ممارسة الصحة و المرض، سواء في العلاج او على مستوى التصور، اضافة الى استمرار الجهل بطبيعة الامراض و الاسوأ من ذلك امتداد هذه التصرفات حتى عند الفئات المتقدمة.

التطبيقي

- إن لهذه الامراض اثار على أداء جسم الانسان لوظائفه لتنتقل هذه الاعراض الى عوامل اجتماعية لمنع المصابة عن أداء نشاطاتها الاجتماعية. فالمرض وطبيعة الاستشفاء خارج الجسم تجعل الفرد يتخلى عن أعماله الاجتماعية, إضافة الى حالة التعب التي تؤول اليه الجسم.

- إن للمرض أثر على العلاقات الاسرية حيث لاحظت أن هناك اختلاف عند بعض الفئات الاجتماعية داخل المجتمع الجزائري, فإذا كانت الزوجة هي المصابة يتخلى الأزواج عنهن خاصة إذا لم ينجبن لهن الاولاد, وعدم قدرتهن على الاستمرار في رعايتهم مما يؤدي الى تفكك أسر بعض المريضات والذي ينتهي بالطلاق على عكس إذا كان هو الزوج هو المريض.

خاتمة

أصبحنا نعيش في مجتمع تكثر فيه الضغوط والأمراض الحادة و المزمنة,ومن بين هذه الأخيرة نذكر مرض السرطان الذي كان وما يزال من أهم التحديات في عصرنا الحاضر وحتى الان أكثر من نصف حالات السرطان تبقى بدون معالجة شافية, ونظرا لأهمية الخضوع للعلاج الكيميائي الذي يحمل آثار جانبية سلبية فان الإصابة بمرض السرطان تكون خطيرة على الحياة وهي مشوهة لجسم المرأة وهذا ما قد يؤدي بها الى عواقب وخيمة.

تعتبر المشاكل الصحية المنتشرة في بلدان العالم المعضلة الكبيرة لعملية التطور الاجتماعي و الاقتصادي لذلك فان الصحة هي هدف من أهداف التنمية, وهي احدى الحقوق الاساسية لجميع الشعوب بلعباها وسيلة مهمة لتحقيق المساعي المرجوة في رفاهية الشعب و المجتمع,وهذا ما ركزت عليه المنظمة العالمية للصحة في استراتيجيتها تحقيق الصحة للجميع بحلول عام 2000م, ورغم المجهودات المبذولة من طرف هذه المنظمة حول القضاء على الامراض مكافحتها الا أن مؤشرات الصحة تثبت عكس ذلك.

فمن خلال الدراسة التي قمت بها في إطار علمي على عينة من المريضات لداء السرطان اتضح لي جليا أهمية العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية و الصحية حيث أن المشاكل الصحية انحصرت في فئات اجتماعية اقتصادية معينة إضافة على ذلك فان المشاكل تغلغل في أوساط السكان الذين يفتقرون للوعي و التثقيف الصحي والوقائي,لان هذه الفئات لا تبالي بالمرض ولا تعطي أهمية بخطورة هذا المرض.

يعتبر التثقيف الصحي من أبرز مقومات الصحة لتجنب عواقب المشاكل الصحية,وإذا أخذنا بالمثل القائل:"الوقاية خير من العلاج" في تحقيق صحة الانسان.

إن وضع أي اقتراب سوسيوولوجي لدراسة الامراض المزمنة وكشف الدلالة التي تحملها هذه الامراض ماهو الا مساهمة في محاولة إثراء البحوث الاجتماعية الخاصة بهذا النوع من الدراسات في المجتمع الجزائري لهذا النوع من الدراسات.

أن المعنى الذي يعطيه الافراد لمرض السرطان بصفة عامة وسرطان عنق الرحم بصفة خاصة,وذلك من تماطل الافراد في طلب الخدمة الطبية فور إحساسهم باعراض المرض,وغياب الوعي الاجتماعي لمفهوم الصحة و المرض,ارتفاع نسبة الإصابة خاصة الامراض المزمنة,اذ توصلت في هذه الدراسة بان باستطاعة المريضة العيش في صمت الاعضاء.

قائمة المصادر

و المراجع

- قائمة المصادر والمراجع:

الكتب:

- 1- زلوف منيرة، دراسة تحليلية للاستجابة الاكتئابية عند المصابات بالسرطان، دار هومة للطباعة و النشر و التوزيع، بوزريعة، الجزائر، 2014م.
- 2- فريدة مشري، الاسرة و الصحة، دراسة سوسيوأنثروبولوجية لمرض السرطان، دار و مكتبة الحامد للنشر و التوزيع، عمان، الاردن، ط1، 1437هـ-2016م.
- 3- الخالدي الهادي، المرشح في منهجية و تقنيات البحث، دار الطليعة للطباعة و النشر، الجزائر، 1996م
- 4- أليز دونيه، التربية العامة، تر: عبد الله عبد الحليم، لبنان، دار الملايين، ط5، 1982م
- 5- إبراهيم بيومي وآخرون، الخدمات الاجتماعية و رعاية الاسرة و الطفولة، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1999م.
- 6- محمود شريف، مدير مستشفى معهد السرطان عام 1997م، مرض السرطان حقيقته، مجلة طبيبك الخاص، دار الهلال للنشر، القاهرة، 1975م
- 7- د. لحسن عبد الله باشوية، البروفيسور: نزار عبد المجيد البرواري، د. عدنان هاشم السامرائي، البحث العلمي، مفاهيم، أساليب، تطبيقات، مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع، ط1، 2010م.
- 9- دافيد أرنولد، الطب الامبريالي و المجتمعات المحلية، ترجمة: مصطفى إبراهيم فهمي، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الاداب، الكويت، 1998م.
- 10- سامية محمد جابر، الاسرة و المجتمع، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 1998م.
- 11- وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للاحصائيات، النتائج الاولية للمسح الجزائري لصحة الاسرة 2002م، الجزائر، جوان 2003م.

12- منظمة الصحة العالمية, السرطان, متحصل عليه من: <http://www.who.int/medicines/events/annual/work.cancer-day/ar/index.html>, تاريخ الاطلاع: 2016/04/22.

13- الدراسات الفكرية و الفلسفية و علم الاجتماع, الجمعة 6 نيسان (أبريل) 2012 تقييم المقال: 12345 بقلم: زكريا الابراهيمي .

14- منير برقاد, الجمعة 01/05/2015-23:34, جميع الحقوق محفوظة

www.hespress.com/opinion/262605.html.

رسائل دكتوراه:

15- سليمان بومدين, التصورات الاجتماعية للصحة والمرض في الجزائر, حالة مدينة سكيكدة, رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم النفس العيادي, قسنطينة الجزائر, جامعة منتوري قسنطينة, كلية العلوم الانسانية و العلوم الاجتماعية, السنة الجامعية 2003-2004.

رسائل ماجستير:

16- حمودي جمال محمد, تمثالات المجتمع الجزائري لمرض السرطان, المركز الاستشفائي الجامعي بتلمسان نموذجاً, مقارنة أنثروبولوجية طبية, مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في الانثروبولوجيا, تلمسان, الجزائر, كلية الاداب و العلوم الانسانية و العلوم الاجتماعية, السنة الجامعية 2005-2006.

17- ميسوم وائل يوسف العتوم, دور العوامل الاقتصادية و الاجتماعية في تحديد أنماط العلاج لدى المرضى, دراسة ميدانية في جرش, مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الانثروبولوجيا, اليرموك, الاردن, جامعة اليرموك, معهد الآثار و الانثروبولوجيا, 2002.

18- مشري فريدة, المسار المرضي للمصاب بالسرطان, رسالة ماجستير في علم الاجتماع, جامعة الجزائر 2000-2001.

19- باشا نوال, رسالة ماجستير تحت عنوان: تسيير مرض القصور الكلوي المزمن و أثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين, قسم علم الاجتماع, 2008-2009.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة اللاتينية:

20-kaufman(alicia),les malades face a leur cancer) in aich(piere) et all,vivre
une maladie grave(analyse dune situation de crise),paris,ed,meridiens,klin
kesieck,1989.

الملاحق

- دليل المقابلة:

خاص بالنساء اللواتي هن مصابا بالسرطان "سرطان عنق الرحم"

- واش هي الصحة بالنسبة ليك؟
- ماذا تمثل الصحة بالنسبة لك؟
- أحكي لي وقتاش تروحي للطبيب؟
- متى تذهبين إلى الطبيب؟
- احكي لي على الاعراض اللي حسيتي بها في بداية المرض؟
- ماهي الأعراض التي تشعرين بها في بداية المرض؟
- كم دامت هذه الاعراض؟
- كيفاش عرفت راكي مريضة؟
- كيف عرفت أنك مريضة؟
- واش درت كي عرفت بالمرض؟
- ما هي ردة فعلك تجاه المرض؟
- احكي لي على حياتك الاسرية قبل وبعد المرض؟
- كيف كانت حياتك مع الأسرة أثناء و بعض المرض؟
- كيفاش راجلك راه يعاملك؟
- كيف يعاملك زوجك؟
- ما هي الصعوبات التي واجهتك خلال فترة العلاج؟
- شكون راه مقابلك كي راكي مريضة؟
- من يقوم برعايتك خلال المرض؟

- واش تعرفي على هذا المرض؟
- ما الذي تعريفينه عن المرض؟
- واش يمتلك مرض سرطان الرحم؟
- ماذا يمثل لك سرطان عنق الرحم؟

• المعلومات الشخصية:

- السن؟
- المستوى التعليمي؟
- الحالة العائلية؟
- مكان الإقامة؟
- نوع الاسرة؟