

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي



الرقم التسلسلي: .....

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

رقم التسجيل: .....

قسم العلوم الاجتماعية

## مساهمة في دراسة التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي

### لدى طالبات علم النفس العيادي

### دراسة ميدانية بجامعة باجي مختار البوني - عنابة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في العلوم الاجتماعية

إشراف الأستاذ الدكتور:

بوعامر أحمد زين الدين

إعداد الطالبة:

فحموص منى

تناقش يوم: ...../...../.....

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الصفة	الجامعة الأصلية
أ.د. بوزيد نبيل	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	جامعة أم البواقي
أ.د. بوعامر أحمد زين الدين	أستاذ التعليم العالي	مشرفا ومقررا	جامعة أم البواقي
د. ناجي عايدة	أستاذ محاضر أ	عضوا مناقشا	جامعة أم البواقي
د. فضال نادية	أستاذ محاضر أ	عضوا مناقشا	جامعة أم البواقي
أ.د. باديس عبد القادر	أستاذ التعليم العالي	عضوا مناقشا	جامعة خنشلة
أ.د. لعريط بشير	أستاذ التعليم العالي	عضوا مناقشا	جامعة عنابة

السنة الجامعية: 2019 - 2020

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العربي بن مهيدي أم البواقي



الرقم التسلسلي: .....

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

رقم التسجيل: .....

قسم العلوم الاجتماعية

## مساهمة في دراسة التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي

لدى طالبات علم النفس العيادي

دراسة ميدانية بجامعة باجي مختار البوني - عنابة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في العلوم الاجتماعية

إشراف الأستاذ الدكتور:

بوعامر أحمد زين الدين

إعداد الطالبة:

فحموص منى

تناقش يوم: ...../...../.....

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الصفة	الجامعة الأصلية
أ.د. بوزيد نبيل	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	جامعة أم البواقي
أ.د. بوعامر أحمد زين الدين	أستاذ التعليم العالي	مشرفا ومقررا	جامعة أم البواقي
د. ناجي عايدة	أستاذ محاضر أ	عضوا مناقشا	جامعة أم البواقي
د. فضال نادية	أستاذ محاضر أ	عضوا مناقشا	جامعة أم البواقي
أ.د. باديس عبد القادر	أستاذ التعليم العالي	عضوا مناقشا	جامعة خنشلة
أ.د. لعريط بشير	أستاذ التعليم العالي	عضوا مناقشا	جامعة عنابة

السنة الجامعية: 2019 - 2020



# إهداء

إلى والدي الكريمين حفظهما الله

إلى زوجي توأم روعي

إلى ولدي رجاء وفراس

إلى أختوتي الأعراء وكل العائلة

إلى كل الأصدقاء الأوفياء

إلى كل من ساعدني على إنجاز هذا العمل

# شكر وتقدير

«من لا يشكر الناس لا يشكر الله»

الحمد لله وحده والصلاة والسلام على من لا نبي بعده

أشكر جزيل الشكر الأستاذ المشرف أ.د. بوعامر أحمد بن الدين على كل ما

قدمه لي من توجيهات وعلى صدره الرحب وتشجيعاته المستمرة.

كما أشكر الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة المناقشة على تزكيتهم لهذا العمل، على

رأسهم أ.د. بوزيد نبيل.

شكري إلى أساتذة قسم علم النفس بجامعة عنابة وأخص بالذكر: د. لشطر ربيعة،

أ.د. بومنقار مراد، أ.د. لعلوي زبيدة، د. بوزيبة رجاء، أ.د. عبيد مراد، أ.د. عمروسي

مريم، وشكر خاص إلى الأستاذ د. فاضل نعمان و د. بوطاجين عادل.

## فهرس المحتويات

إهداء

شكر وتقدير

4	فهرس المحتويات
14	فهرس الجداول
15	فهرس الأشكال

## الإطار النظري للدراسة

5118-	الفصل التمهيدي للدراسة
18	1- مقدمة إشكالية
29	2- أهداف الدراسة
30	3- دوافع اختيار الموضوع
31	4- أهمية الدراسة
32	5- المقاربة المفاهيمية لموضوع الدراسة
32	5-1 مفهوم التصورات الاجتماعية
32	5-1-1 تعريف التصور
33	5-1-2 تعريف التصورات الاجتماعية
36	5-2 مفهوم سرطان الثدي
36	5-2-1 تعريف السرطان

37.....	5-2-2 تعريف سرطان الثدي
38.....	5-3 تعريف طالبة علم النفس العيادي
38.....	6- الدراسات السابقة
49.....	7- التعقيب على الدراسات السابقة
<b>99-52</b> .....	<b>الفصل الأول: التصورات الاجتماعية والبعد الثقافي للمرض</b>
53.....	تمهيد
53.....	1- لمحة تاريخية عن نشأة وتطور مفهوم التصورات الاجتماعية
56.....	2 - خصائص التصورات الاجتماعية
56.....	1-2 لا يوجد تصور بدون موضوع
56.....	2-2 خاصية الصورية
56.....	3-2 خاصية الرمزية والدلالة
57.....	4-2 خاصية البنائية
57.....	5-2 خاصية الاستقلالية والإبداعية
57.....	6-2 خاصية الاجتماعية
57.....	3- وظائف التصورات الاجتماعية
58.....	1-3 وظيفة معرفية fonction de savoir
58.....	2-3 وظيفة الهوية fonction identitaire
58.....	3-3 وظيفة التوجيه Fonction d'orientation
59.....	4-3 وظيفة التبرير fonction de justification
60.....	4- العناصر الوصفية المعيارية الوظيفية للتصورات الاجتماعية (نموذج موسكوفيشي التحليلي)

60.....	1-4 المعلومة حول الموضوع.....
61.....	2-4 حقل التصور.....
61.....	3-4 الاتجاه.....
61.....	5- بنية التصورات الاجتماعية (نظرية النواة المركزية ).....
61.....	1-5 النسق المركزي أو النواة المركزية.....
64.....	2-5 النسق المحيطي:.....
67.....	6 - ميكانيزمات التصورات الاجتماعية.....
67.....	1-6 التوضيح.....
67.....	1-1-6 طور البناء الانتقائي Phase de construction sélective.....
68.....	2-1-6 طور التخطيط البنائي Phase de schématisation structurante.....
69.....	3-1-6 طور الطبعنة Phase de naturalisation.....
69.....	2-6 الترسيع.....
70.....	7- التحول البنوي للتصورات الاجتماعية.....
70.....	1-7 العقلنة La Rationalisation.....
71.....	2-7 دور الممارسات في تحويل التصورات الاجتماعية.....
72.....	1-2-7 التحويل المقاوم.....
72.....	2-2-7 التحويل التدريجي.....
72.....	3-2-7 التحويل العنيف.....
72.....	8- سرطان الثدي موضوع للتصورات الاجتماعية.....
76.....	9 - البعد الثقافي للمرض وتصوراته الاجتماعية.....

76.....	1-9 مفهوم الثقافة.....
77.....	2-9 وظيفة الثقافة.....
78.....	3-9 خصائص الثقافة.....
80.....	4-9 عناصر الثقافة وعلاقتها بالتصورات الاجتماعية للمرض.....
81.....	1-4-9 المعتقدات والتصورات الاجتماعية للمرض.....
83.....	2-4-9 العادات والتقاليد والتصورات الاجتماعية للمرض.....
84.....	3-4-9 القيم والتصورات الاجتماعية للمرض.....
84.....	4-4-9 الدين والتصورات الاجتماعية للمرض.....
88.....	5-4-9 الأسطورة والخرافة والتصورات الاجتماعية للمرض.....
89.....	10- الصحة والمرض في البيئة الاجتماعية والثقافية الجزائرية عبر التاريخ.....
90.....	1-10 فترة الاحتلال الروماني.....
90.....	2-10 فترة ما بعد الفتح الإسلامي بالمغرب (العصر الذهبي: القرن 8-15).....
91.....	3-10 فترة الاحتلال الفرنسي للجزائر (من القرن التاسع عشر إلى الاستقلال 1830-1962).....
93.....	4-10 فترة ما بعد الاستقلال.....
95.....	11- التصورات الاجتماعية للسرطان بين الماضي والحاضر.....
99.....	خلاصة الفصل.....
136-100.....	<b>الفصل الثاني: مقارنة طبية وبائية لسرطان الثدي عند المرأة.....</b>
101.....	تمهيد.....
101.....	1- الثدي.....
103.....	2- كيفية نشأة سرطان الثدي.....

104	3- تشخيص سرطان الثدي
105	3-1 المعاينة (Inspection) وجس الثدي (Palpation) ومناطق العقد اللمفاوية
105	3-2 التصوير الإشعاعي بالمماموجرام Mammographie
105	3-3 الخزعة La Biopsie
106	4- عوامل الإصابة بسرطان الثدي
106	4-1 السن
106	4-2 العوامل الوراثية أو الجينية
107	4-3 عوامل ثانوية
107	5- أعراض سرطان الثدي
108	6- مراحل سرطان الثدي
108	6-1 المرحلة صفر Stade 0
109	6-2 المرحلة الأولى stade I
109	6-3 المرحلة الثانية Stades II
110	6-4 المرحلة الثالثة Stade III
111	6-5 المرحلة الرابعة Stade IV
111	7- علاج سرطان الثدي
111	7-1 الجراحة
113	7-2 العلاج الإشعاعي Radiothérapie
114	7-3 العلاج الكيميائي Chimiothérapie
114	7-4 العلاج الهرموني Hormonothérapie

115	5-7 العلاج الحيوي L'immunothérapie.....
116	8- الوقاع الوبائي لسرطان الثدي.....
116	8-1 في العالم.....
119	8-2 في الجزائر.....
124	9- الوقاية من سرطان الثدي وأهمية الفحص المبكر.....
124	9-1 الوقاية الأولية la prévention primaire.....
126	9-2 الوقاية الثانوية والوقاية من الدرجة الثالثة la prévention secondaire et la prévention tertiaire.....
127	9-2-1 توصيات لجميع النساء.....
127	9-2-2 توصيات للنساء ذوات السوابق الشخصية (خطورة مرتفعة).....
128	9-2-3 توصيات للنساء ذوات التاريخ العائلي.....
129	10- السياسة الوطنية ضد سرطان الثدي:المخطط الوطني لمكافحة السرطان(2015-2019).....
132	11- دور المجتمع المدني في مكافحة سرطان الثدي.....
136	خلاصة الفصل.....
137-184	<b>الفصل الثالث: مقارنة نفس اجتماعية لسرطان الثدي عند المرأة.....</b>
138	تمهيد.....
138	1- العوامل النفسية لنشأة السرطان psychogenèse du cancer.....
139	1-1 الاكتئاب ونشأة السرطان.....
140	1-2 الاكستيميا Alexithymie ونشأة السرطان.....
140	1-3 الاجهاد Stress ونشأة السرطان.....
141	1-4 نمط الشخصية وخطر الإصابة بالسرطان.....

- 143 ..... 2- رمزية الثدي
- 144 ..... 1-2 رمز الأمومة
- 146 ..... 2-2 الثدي رمزا للأنوثة
- 147 ..... 3-2 الثدي عضو جنسي
- 147 ..... 3- الآثار النفسية لسرطان الثدي عند المرأة
- 148 ..... 1-3 الصدمة النفسية
- 150 ..... 2-3 تأثير سرطان الثدي على صورة الجسد
- 154 ..... 3-3 قلق الموت
- 157 ..... 4-3 الاكتئاب
- 161 ..... 4- سرطان الثدي والحياة الاجتماعية للمرأة المصابة
- 161 ..... 1-4 تأثير السرطان على علاقات المصابة مع محيطها
- 162 ..... 2-4 سرطان الثدي... أنت طالق
- 164 ..... 3-4 السرطان والحياة المهنية
- 165 ..... 5- عمل الحداد
- 166 ..... 1-5 عمل الحداد للثدي المستأصل
- 168 ..... 2-5 سيرورة التكيف النفسي
- 169 ..... 6- المساندة الاجتماعية للمصابات بسرطان الثدي
- 173 ..... 7- التكفل النفسي بالمرأة المصابة بسرطان الثدي
- 173 ..... 1-7 الأخصائي النفسي العيادي
- 177 ..... 2-7 دور الأخصائي النفسي في التكفل بالمرأة المصابة بسرطان الثدي

177	7-2-1 الإعلان عن التشخيص: أول لقاء بين المصابة والأخصائي النفسي العيادي .....
178	7-2-2 إنشاء متابعة نفسية منتظمة .....
182	7-3 أهمية الدعم النفسي .....
184	خلاصة الفصل .....

## الإطار التطبيقي للدراسة

212-187	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية .....
187	تمهيد .....
187	1- منهج الدراسة .....
188	2- مجالات الدراسة .....
188	2-1 المجال المكاني .....
189	2-2 المجال البشري .....
190	2-3 المجال الزمني للدراسة .....
191	3- الدراسة الاستطلاعية .....
191	3-1 مراحل تطبيق الاستحضار التسلسلي على عينة الدراسة الاستطلاعية .....
195	3-2 نتائج تطبيق الاستحضار التسلسلي على عينة الدراسة الاستطلاعية .....
196	3-3 تفسير نتائج الدراسة الاستطلاعية .....
199	4- الدراسة الأساسية .....
199	4-1 التعريف بعينة الدراسة الأساسية .....
200	4-2 أدوات الدراسة الأساسية .....
200	4-2-1 تقنية شبكة التداويات « Le Réseau d'association « Annamaria Silvana De Rosa » .....

210	2-2-4 تقنية تحليل المحتوى.....
211	5- الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة البيانات .....
212	خلاصة الفصل .....
279-213	<b>الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة .....</b>
214	تمهيد .....
214	1- عرض نتائج الدراسة والتعليق عليها .....
214	1-1 عرض نتائج تقنية شبكة التداعيات .....
214	1-1-1 قراءة بيانات شبكة التداعيات لعينة الدراسة .....
232	1-1-2 عرض نتائج شبكة التداعيات والتعليق عليها .....
246	2-1 عرض نتائج تقنية تحليل المحتوى والتعليق عليها.....
246	1-2-1 تحديد أبعاد الحقل الدلالي للتصور الاجتماعي لسرطان الثدي لدى عينة الدراسة .....
251	2-2-1 تنظيم الحقل الدلالي لتصورات سرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي .....
253	2- تحليل ومناقشة النتائج.....
253	1-2 تحليل ومناقشة نتائج الدراسة في ظل أهدافها.....
260	2-2 تحليل ومناقشة النتائج في ظل الدراسات السابقة .....
260	1-2-2 الاعتقادات كأحد أهم مكونات التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى عينة الدراسة .
264	2-2-2 التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي من خلال انعكاساته النفس اجتماعية حسب عينة الدراسة
267	3-2-2 الرمزية الثقافية للثدي في الحقل الدلالي للتصورات الاجتماعية لعينة الدراسة .....
270	4-2-2 العلاج الكيميائي كأحد صور المعاناة حسب التصورات الاجتماعية لعينة الدراسة .....

5-2-2 تدني إدراك أهمية المساندة النفسية/الاجتماعية للمصابات بسرطان الثدي حسب التصورات

الاجتماعية لعينة الدراسة..... 271

6-2-2 تدني الوعي الصحي لدى عينة الدراسة حسب تصوراتها الاجتماعية لسرطان الثدي.... 272

279 ..... خلاصة الفصل:

280 ..... الخاتمة

285 ..... قائمة المصادر والمراجع

303 ..... ملخص الدراسة باللغة العربية، الفرنسية، والأجليزية

307 ..... الملاحق

## فهرس الجداول

- جدول رقم (1): خصائص النسق المركزي والمحيطي للتصور ..... 66
- جدول رقم (2): يمثل أبعاد الورم، مدى انتشاره في المرحلة صفر. .... 109
- جدول رقم (3): يمثل أبعاد الورم، مدى انتشاره في المرحلة الأولى ..... 109
- جدول رقم (4): يمثل أبعاد الورم، ومدى انتشاره في المرحلة الثانية..... 109
- جدول رقم (5): يمثل أبعاد الورم، مدى انتشاره في المرحلة الثالثة..... 110
- جدول رقم (6): عدد حالات سرطان الثدي في 100.000 نسمة حسب مستوى تطور الدول، 2008 . 118
- جدول رقم (7): توزيع عناصر التصور..... 193
- جدول رقم (8): نتائج تطبيق الاستحضار التسلسلي..... 195
- جدول رقم (9): محتوى التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى عينة الدراسة ..... 232
- جدول رقم (10): تكرار الكلمات المتداوية..... 234
- جدول رقم (11): تكرار ترتيب الظهور والأهمية ..... 236
- جدول رقم (12): النتائج العامة لشبكة التداويات..... 239
- جدول رقم (13): مؤشري القطبية والحيادية لعينة الدراسة..... 242
- جدول رقم (14): أبعاد التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي..... 249

## فهرس الأشكال

- شكل رقم (1): بنية التصورات الاجتماعية ..... 65
- شكل رقم (2): المخطط الصوري للتحليل النفسي ..... 68
- شكل رقم (3): مكونات الثدي ..... 102
- شكل رقم (4): نسبة انتشار سرطان الثدي في العالم 2012 ..... 117
- شكل رقم (5): بيانات حول نسبة السرطانات عند الإناث في الدول العربية 2009 ..... 119
- شكل رقم (6): نسبة انتشار سرطان الثدي عند المرأة في الفترة مابين 1990-2008 (سطف) ..... 120
- شكل رقم (7): توزيع حالات سرطان الثدي حسب السن (سطف) ..... 121
- شكل رقم (8): أهم العناصر المركزية والمحيطية للتصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى عينة الدراسة الاستطلاعية ..... 198
- شكل رقم (9): المرحلة الأولى من بناء شبكة التداعيات ..... 206
- شكل رقم (10): المرحلة الثانية من بناء شبكة التداعيات ..... 207
- شكل رقم (11): المرحلة الثالثة من بناء شبكة التداعيات ..... 208
- شكل رقم (12): ترتيب الأهمية ..... 209
- شكل رقم (13): بنية التصور الاجتماعي لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي بجامعة عنابة 238
- شكل رقم (14): مؤشري القطبية والحيادية لعينة الدراسة ..... 245
- شكل رقم (15): تنظيم الحقل الدلالي للتصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي بجامعة عنابة ..... 252

# الإطار النظري للدراسة

# الفصل التمهيدي للدراسة

1. مقدمة اشكالية.
2. أهداف الدراسة.
3. دوافع الدراسة.
4. أهمية الدراسة.
5. المقاربة المفاهيمية لموضوع الدراسة.
6. الدراسات السابقة.

## 1- مقدمة إشكالية

تجتهد المجتمعات في خلق محاولات لفهم الأمراض وتفسير أسباب حدوثها، والبحث عن الطرق الوقائية والعلاجية الفعالة بهدف مكافحتها والسعي نحو القضاء عليها، هذه الجهود لتوفير سبل الوقاية والعلاج يفسرها اهتمام الدول بتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية المنشودة، ذلك أن الأمراض تتسبب بمخاطر صحية تضعف إنتاجية الأفراد المصابين، علاوة عن تكاليف العلاج التي تزيد من عبء الإنفاق الفردي و الأسري و الحكومي.

كانت البحوث والدراسات حول الأمراض حكرًا على العلوم البيولوجية والطبية، إلى أن اتضح أن للمرض أبعاد نفسية، اجتماعية، وثقافية، مما أفضى إلى اتساع مجال الدراسات الموضوعية التي تتميز بطابعها العلمي العقلاني، وامتدادها إلى العلوم الإنسانية والاجتماعية بمختلف فروعها نذكر منها علم النفس، الأنثروبولوجيا، علم الاجتماع وهذا ما ذهب إليه (Mony, A Thébaud, 2013)، التي تناولت انعكاسات الأمراض على الأفراد والمجتمعات، فحاولت فهم سلوكياتهم الصحية تجاهها؛ على نحو الطرق الوقائية والعلاجية المعتمدة، كما تناولت تأثير النسق الثقافي على هذه السلوكيات.

يعتبر السرطان أحد الأمراض المزمنة التي استقطبت اهتمام الباحثين في مختلف المجالات نظراً لتزايد انتشاره، وارتفاع عدد الوفيات الناجمة عن الإصابة به؛ حيث يعتبر ثاني سبب للوفاة في العالم بعد أمراض القلب والأوعية الدموية حسب تقرير منظمة الصحة العالمية في 2018، ناهيك عن المعاناة التي يفرزها سواء على مستوى الجسد، أو من الناحية النفسية والاجتماعية.

السرطان « مصطلح عام يشمل مجموعة كبيرة من الأمراض التي يمكنها أن تصيب كل أجزاء الجسم. ويُشار إلى تلك الأمراض أيضاً بالأورام الخبيثة أو الخراجات. ومن السمات التي تطبع السرطان التولد السريع لخلايا شاذة يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة ومن ثم اقتحام أجزاء الجسم المجاورة والانتشار إلى أعضاء أخرى، يُطلق على تلك الظاهرة اسم النقيلة، وتمثّل النقائل أهم أسباب الوفاة من جرّاء السرطان» (منظمة الصحة

العالمية، 2018). ويعتبر سرطان الثدي عند المرأة من بين أكثر أنواع السرطان شيوعا في العالم من حيث سبب الوفاة ونسبة الانتشار ( منظمة الصحة العالمية، 2018). فهو عبارة على « ورم خبيث ينمو على مستوى الثدي »، وتشير الاحصائيات إلى أن امرأة واحدة من مجموع إحدى عشرة امرأة تصاب بسرطان الثدي خلال حياتها (Institut National Du Cancer, 2007)، ورغم انتشار هذا الداء بكثافة أكبر في الدول المتقدمة؛ إلا أن معدلات الوفاة الناجمة عنه تكون في أعلى مستوياتها في الدول النامية، نظرا لتأخر اكتشافه، ومن ثمة علاجه (Mahnane A. Hamdi Cherif M, 2012). ولا يزال سرطان الثدي عند المرأة في زيادة مستمرة لا سيما في الجزائر حيث تقدر عدد الحالات الجديدة كل سنة بسبعة آلاف وخمسة مئة حالة 7500، كما يعتبر سببا رئيسا بين جملة أسباب الوفاة عند النساء (Registre du cancer d'Alger, 2012)، وعكس ما هو سائد في الدول المتطورة أين يظهر المرض في الخمسينات من عمر المرأة، فمنذ سنة 2000، أصبحت حالات الإصابة بسرطان الثدي في الجزائر مبكرة أكثر فأكثر، حيث يعد الحد الأدنى لسن الإصابة في العشرينات من العمر، مع ظهور حالات مبكرة جدا في سن الخامسة عشر بحسب السجل الوطني للسرطان (Registre du cancer d'Alger, 2012). لكن بالرغم من ارتفاع معدل الإصابة في الخمسة وعشرين سنة الأخيرة، انخفض عدد الوفيات بفضل التقدم الذي عرفه علم الأورام في مجال التشخيص، والمتابعة الطبية، والعلاج، مما ساهم في زيادة نسبة العيش بعد خمس سنوات من تشخيص المرض بتسعة وثلاثين (39%)، وفي الشفاء التام بعد الفحص المبكر (Mahnane,A.Hamdi Cherif,M, 2012).

يعتبر الفحص المبكر الوسيلة الوقائية الوحيدة حاليا ضد سرطان الثدي، والمقصود بالوقاية هنا ليس منع ظهور الداء لأن الأسباب المباشرة لا تزال غامضة، لكن الكشف على هذا الداء في مرحلة مبكرة من الإصابة به- أي قبل ظهور الأعراض السريرية- مما يساهم في تشخيص وعلاج مبكرين لتحسين مآل المرض والحالة الصحية للأفراد (Baillet, F, Follezou, J.Y, 2015).

يختلف الفحص المبكر لسرطان الثدي حسب سن المرأة، ووجود عامل خطر مثل تشخيص حالات إصابة في عائلتها المباشرة، أو وجود إصابة سابقة. أما تحديد العمر، فيشمل الفحص المبكر كل من الفحص الذاتي الشهري للثدي ابتداءً من سن العشرين، وفحص الثدي الإكلينيكي على يد مختص كل ثلاث سنوات للنساء ما بين العشرينات والثلاثينات، في حين يجب إجراء هذا الفحص سنوياً منذ سن الأربعين فما فوق، إضافة إلى الفحص الإشعاعي للثدي سنوياً (Mammographie) منذ سن الأربعين فما فوق (موساوي، 2015).

إن الفحص المبكر لا يساهم في خفض معدل الوفيات فقط؛ بل في « تفعيل العلاج » كذلك (Vernet.A , Henry.F , 2007, p.54)، كما يجنب المصابة عناء العلاجات الثقيلة والمرهقة التي تستنزف قواها الجسدية وتهدد توازنها النفسي وحياتها الاجتماعية، فسرطان الثدي حسب ما تشير إليه الدراسات النفسية يعرض المصابة إلى مشاكل واضطرابات نفسية عديدة، أكثرها الاكتئاب وقلق الموت، وتشوه صورة الجسد وانخفاض تقدير الذات، وأخرى اجتماعية، خاصة لدى الحالات المتقدمة من المرض، فقد تعاني المصابة من نفور الزوج أو الأهل والمحيطين بها (Dany, 2009 ; Nicolleau Petit, 2009)، ويمكن أن تقضي الاضطرابات العلائقية إلى الطلاق كما تصرح به احصائيات المحاكم الجزائرية، حيث تسجل حوالي أربع آلاف 4000 حالة طلاق سنوياً بعد إصابة الزوجة بسرطان الثدي (أميمة أحمد، 2004). كما قد تفقد المصابة عملها أو تجد صعوبة كبيرة في القيام بنشاطاتها المعتادة. ولا يمكننا إغفال تأثير العلاجات بأنواعها سواء الكيميائية، أو الاشعاعي، أو الهرموني، لا سيما الجراحي باستئصال الثدي الذي يضيف معاناة جسدية ونفسية للمرأة غير تلك التي يتسبب بها المرض في حد ذاته، فالعضو المفقود مُشبع برمزية قوية وخسارته قد تهدد أنوثتها وجمالها وأمومتها، وتخل بحياتها الجنسية (Reich M, 2009 ; Hinnen et al, 2008, Lagach S, 2008 ;Nicolleau Petit, 2009)

كلما تأخرت المرأة في اكتشاف سرطان الثدي عن طريق الفحص المبكر، كلما زاد احتمال تعرضها إلى كل هذه الانعكاسات السلبية للداء وتبعاته. بغض النظر على تكلفة العلاج، حيث تقدر هذه الأخيرة بثلاثين

مليون سنتيم إذا تم التشخيص مبكرا، في حين تصل قيمة علاج الحالات المتقدمة إلى خمس مائة مليون سنتيم (عبوبو ياسين، 2015).

لأجل تشجيع الفحص المبكر بصفته سلوكا صحيا وقائيا ضد سرطان الثدي، بذلت الدولة الجزائرية مجهودات كبيرة بإنشاء عدة مراكز في العديد من ولايات الوطن حيث وصل عددها إلى اثنين وعشرين مركزا، ووفرت العديد من الأجهزة المتطورة لتسهيل الفحوصات اللازمة والمتابعة الطبية والعلاج، حيث أنجزت إحدى وأربعين مصلحة، وسبع وسبعين وحدة عملياتية لتغطية ثمان وأربعين ولاية، إضافة إلى تزويد مجال العلاج الإشعاعي بستة وثلاثين مفاعل عملياتي (2018، «4 nouveaux centres de lutte»).

كما قامت وزارة الصحة بإبرام اتفاقيات مع صندوق الضمان الاجتماعي حتى يتسنى للنساء العاملات والمتعاقدات مع الصندوق إجراء الفحوصات الطبية اللازمة مجانا. ووضعت الدولة بشراكة مع جهاز اتصالات الجزائر رقما أخضرا مجانيا 3003 للاستفسار عن كل ما يخص سرطان الثدي (أعراضه، طرق الفحص وأهميته...)، إضافة إلى تقديم توجيهات حول أقرب المراكز المتخصصة في مكافحة السرطان، ومراكز التصوير والطب الإشعاعي، والمستشفيات، وغيرها (2015، «Lutte contre le cancer du sein»).

كما خصصت الدولة كذلك في سنة 2015 مخططا وطنيا للسرطان (2015-2019) يُعنى بكل ما يتعلق بالتكفل الطبي للمصابات وحتى المرافقة النفسية لهن، حيث جاء في التدبير الثامن والعشرين من الإجراء 1-6 التابع للمحور الإستراتيجي السابع؛ ضرورة توفير خلايا إنصات على مستوى جميع ولايات الوطن تهتم بمرافقة المرضى وعائلاتهم طيلة فترة المرض، وتزويد جميع مراكز مكافحة السرطان (CAC) بوحدة علم النفس السرطاني، إضافة إلى التأكيد على ضرورة توفير الدعم النفسي للمرضى قبل وبعد العملية الجراحية كما نص عليه الإجراء 1-2 من المحور الاستراتيجي الخامس (Ministère de la santé de la population

et de la réforme hospitalière, 2014). ناهيك عن دور الإعلام السمعي والبصري في التحسيس بأهمية

الفحص المبكر من خلال الحصص التلفزيونية، والجراند، والإذاعة، وغيرها، دون أن ننسى ما يساهم به

المجتمع المدني من حملات تحسيسية ولقاءات توعوية وبرامج وفعاليات رياضية وثقافية، حيث تقوم بعض الجمعيات بالتنقل إلى المناطق النائية بالتعاون مع الأطباء المختصين عن طريق شاحنة تسمى الماموبيل هذه الشاحنة مزودة بكل مستلزمات الفحص السريري والإشعاعي، تجوب المناطق النائية من ربوع الوطن لتصل إلى أكبر عدد ممكن من النساء أين يتم توعيتهن بخصوص الداء، وتوفير الفحص المبكر عن سرطان الثدي بالمجان (وليد و، 2016).

وبالرغم من كل هذه الجهود والمبادرات لتشجيع الوقاية من سرطان الثدي، إلا أن إقبال النساء على الفحص المبكر لا يزال غير كافٍ، ليس هذا فحسب، بل إن تسع وثمانون بالمئة (89%) من المصابات يتقدمن إلى المعالجة الطبية في مرحلة ما قبل الانبثاث (ما قبل انتشار السرطان إلى مناطق أخرى من الجسم)، وهي تعد من المراحل المتقدمة من المرض، حسب ما تشير إليه الدراسات الوبائية التي قام بها بعض المختصون في ولاية عنابة ما بين سنة 2004 و2010، وقد أكدت هذه الدراسات على تشابه الخصائص الوبائية لسرطان الثدي بين مختلف ولايات الوطن، وحتى مع دول أفريقيا الشمالية (Bouzbid, S et al, 2014)

إن هذا التناقض بين الجهود المبذولة للتحسيس بأهمية الوقاية من جهة، وبين العزوف عن الفحص المبكر من جهة أخرى، يدفعنا إلى التساؤل عن الأسباب الدفينة وراء رفض المرأة الجزائرية لإجراء هذا الفحص؟ يشير Barreau (1990) في هذا الصدد بأن الرمزية السلبية التي تربط السرطان بالموت تعيق إلى حد كبير برامج الفحص المبكر. وترى جعفري رئيسة المرصد الوطني الجزائري لحقوق المرأة أن الموروث الاجتماعي حول سرطان الثدي من يغذي الرعب الذي تعرفه المرأة تجاه هذا المرض، مما يمنعها من الذهاب إلى الطبيب والكشف عنه (جعفري شائعة، 2018). وفي نفس الاتجاه، تشير كتاب حميدة (عريوة ريمة، 2010) رئيسة جمعية الأمل - وهي جمعية تأسست سنة 1994 من طرف عمال وإطارات المركز الوطني لمكافحة السرطان ببيار وماري كوري بالجزائر العاصمة لمساعدة مرضى السرطان - إلى امتناع النساء عن الفحص

المبكر المجاني أثناء الحملات التحسيسية التي كانت تقوم بها الجمعية عن طريق الماموبيل. وتعتقد كتاب أن سبب رفض النساء للفحص المبكر يعود إلى الخوف الكبير من اكتشاف الإصابة بسرطان الثدي الذي يعرف في الوسط الاجتماعي بالموت الأكيد (كتاب حميدة، 2015).

إن فكرة ارتباط السرطان بالموت، والخوف، وغيرهم من المفاهيم السلبية ليست وليدة الساعة، فمنذ القدم وهذه الأخيرة لصيقة الداء المعني في الفكر الاجتماعي بسبب انتشاره في مختلف الأوساط الاجتماعية، والأعداد الكبيرة للوفيات التي تنجم عن الإصابة به، وصور المعاناة التي يعكسها، وغياب العوامل المباشرة والواضحة لظهوره، وسلوكه الماكر الذي اقترن في المخيال الشعبي بالشيطان (Gros, 1994) كونه صامتا وغير ظاهر في البداية، ولأنه يضرب في أي مكان من الجسم، وفي أي وقت، وأي شخص (Aiache, 1980).

يتأثر المجرى الاجتماعي للمرض بالمضمون الثقافي للمجتمع، و« إذا استطعنا التعرف على مضمون الثقافة، تمكنا من التنبؤ إلى حد ما بالسلوكيات الصحية الخاصة بذلك المرض» وفهما (عبد الناصر علي بن علي الفكي، 2016، ص.218).

تتأثر السلوكيات الصحية بصفقتها « تلك السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم» (تايلور، 2013، ص.124)، بالنسق الثقافي للمجتمع سواء سلبا أو إيجابا، كما تعكس هذه السلوكيات الوعي الصحي للأفراد الذي يعتبر « ترجمة للمعارف والخبرات الصحية إلى أنماط سلوكية...» (علاء الدين محمد، 1999، ص.49)، فقد بينت العديد من الدراسات الأنثروبولوجية تأثير العناصر الثقافية كالعادات والقيم والمعتقدات والدين على كيفية تعامل الأفراد مع الأمراض، كما أبرزت دور المعتقدات الشعبية في تفسير الأمراض وأسبابها، وكيفية الوقاية منها، والطرق العلاجية سواء الرسمية أو الشعبية فاستطاعت الكشف على العلاقة القائمة بين الممارسات الطبية والمعتقدات كما جاء في دراسة ريفرز (1928) حول الطب والسحر والدين، ودراسة ماكلين حول الطب السحري (مختار رحاب، 2014). وفي دراسة أخرى لميكانيك وفولكارت التي تناولت دور العوامل الثقافية كالعادات في اللجوء إلى الخدمة الصحية، تبين

أن هذه الأخيرة تتدخل في الاعتماد على الخدمات الطبية من خلال تقييم مدى خطورة المرض. فإذا كان شائعا وأمكن التنبؤ بمساره فإن المريض يمتنع عن الاستشارة الطبية (نجلاء عاطف خليل، 2006).

من هذا المنطلق جاء اهتمام القائمين على عمليات التخطيط الصحي بمراقبة قيم الجماعات عند فشل برنامج صحي معين، لتحديد المحفزات التي ينبغي عليهم استغلالها أثناء التوعية الوقائية (علي المكاوي ، 1994).

لقد أظهرت إحدى الدراسات التي أجراها المعهد العلمي للصحة العمومية ببلجيكا في 2004، أن التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى النساء البلجيكيات والمغربيات المغتربات ببلجيكا، تعد من العوامل التي تعيق قيامهن بالفحص المبكر عن سرطان الثدي، حيث تستبعدن إصابتهن بالسرطان لتصورهن بأن أسبابه ترتبط بالدين أو بالسحر والشعوذة، كما تتصورن كذلك أنه لا يمكن الوقاية من سرطان الثدي عن طريق الفحص المبكر، حيث يعد ذلك تجاوزا لحكم الله وقدره، كذلك ورد في النتائج، تجنب الحديث على السرطان أو مجرد التلطف باسمه لأن ذلك جالبا للشر وللموت (Leroy,O, 2006).

فالتصورات الاجتماعية باعتبارها « شكل من المعرفة المبنية والمشاركة اجتماعيا، ذات أهداف عملية تسعى إلى بناء واقع خاص بمجموعة اجتماعية ما » (Seca, 2002, p37)، فهي تتدخل في تقييمنا لما يحيطنا من ظواهر لا سيما الأمراض، وتتموضع بين ما هو معرفي نفسي وما هو اجتماعي، لأنها تعتبر من جهة نشاط عقلي يخضع لميكانيزمات نفسية، ومن جهة أخرى هي نتاج العناصر الثقافية، والمعايير الاجتماعية، والقيم، والأيدولوجيا، وتجارب الحياة اليومية، والعلوم، والمعلومات التي تصلنا من خلال اتصالاتنا ومحيطنا الاجتماعي. ويبقى الهدف الأساسي للتصورات الاجتماعية هو «... توجيه الاتصالات والسلوكيات الاجتماعية » (Abric, 1987, p.77).

لذلك يعتبر Moliner أن دراسة التصورات الاجتماعية تهدف إلى « الكشف عن ما يختبئ وراء الممارسات والخطابات، ما ينظمها وما يشجعها، ويمثل ذلك بدعائم المنزل التي تغطيها سماكة الجدران». (Moliner, 1996, p.96). ويرى Morin بأن دراسة التصورات الاجتماعية للسرطان تعد « فرصة لفك شيفرة المخيال

الاجتماعي» حول هذا الداء، مما يسمح بكشف وفهم السلوكيات الفردية والجماعية تجاهه، خاصة تلك السلوكيات الإشكالية «غير المنطقية» المتعلقة بالوقاية كرفض الفحص أو تأخره (Morin, 1996 in Moulin P, 2005, p.262) ويضيف Moulin بأن توجيه حملات الوقاية بطريقة مستهدفة، من بين العوامل التي تبرر الدراسة العلمية للتصورات الاجتماعية حول السرطان (Moulin P, 2005).

إن الكشف على التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لا يسمح لنا بفهم العوامل التي تتدخل في عرقلة السلوكيات الوقائية ضد المرض، والاستدلال على وعي المرأة الصحي فقط، بل يمنحنا كذلك إمكانية التنبؤ بسلوكها الصحي تجاه هذا الداء، مما يوفر قاعدة بيانات يمكن اعتمادها في التخطيط لسياسة توعوية وقائية فعالة ضد سرطان الثدي، خاصة في ظل المعطيات الوبائية الحالية بالجزائر التي تشير إلى السن المبكر للإصابة بالداء المعني، حيث أصبحت المرأة الشابة مستهدفة كذلك، ومن الضروري توجيه السياسة التوعوية بما يتوافق وهذه المعطيات لتشجيع الشباب على الفحص المبكر للثدي.

وانطلاقاً من كون التصورات الاجتماعية «تتج وتحدد السلوكيات» كما يقر موسكوفيشي (Moscovici, 1961, p.26) ، فإن تناول التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي بالدراسة يعتبر أحد السبل للولوج إلى عمق الفكر الاجتماعي وكشف اتجاهه نحو هذا الداء، ومن ثمة فهم الأسباب الدفينة لعزوف المرأة عن إجراء الفحص المبكر للثدي، الذي بإمكانه إنقاذ حياتها وحمايتها من تهديد العلاجات العنيفة، الطويلة والمرهقة. يقول مولينار « إنه من المشروع أن نتساءل عن التصورات الاجتماعية في كل مرة نلاحظ فارق بين المعطيات الموضوعية لموقف ما وبين القرارات، الأحكام أو التصرفات المعتمدة من طرف الأفراد...» (Moliner et al, 2002, p.36)

لقد سعينا في هذه الدراسة إلى التعرف على التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى جماعة مصغرة من المجتمع النسوي الشاب الجزائري؛ تمثلها طالبات علم النفس العيادي، فبغض النظر عن تميز الوسط الجامعي بالجديّة في التعامل مع البحوث العلمية أكثر من غيره، فإن مرحلة التعليم العالي تعتبر من فترات

بناء الهوية الاجتماعية (Erlich V, 1998)، بالتالي يعد الاهتمام بدراسة التصورات الاجتماعية للطلبة الجامعيين، وسيلة للكشف عن الفكر الاجتماعي لدى فئة ستشكل غدا المجتمع بكل معايير، وقيمه، واعتقاداته، مما يوفر لنا إمكانية التدخل لتصحيح المعارف، وارساء إجراءات الوقاية والتحسيس من خلال غرس التوعية الصحية. فيمكن القول بأن الخوض في هذا البحث، يحركه رهانا محوريا يتمثل في لفت الانتباه إلى أهمية التطلع إلى بناء سياسة وقائية فعالة ضد سرطان الثدي، انطلاقا من الكشف عن التصورات الاجتماعية التي تدور حول هذا الداء، إلى جانب رهان آخر متعلق بطبيعة تخصص علم النفس العيادي، حيث نعتقد أن دراسة التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي؛ تمثل فرصة للتعريف بالعالم الرمزي لهذا الداء، خاصة أن الدعم والتكفل النفسي هما من أهم المهام التي تسند إلى الأخصائي النفسي العيادي. كما أن المذكرة التي أعدناها في شهادة الماستر الموسومة ب: « إستراتيجيات مواجهة السرطان عند المرأة المستأصلة الثدي » من خلال منهج دراسة الحالة، وما لمسناه حينها من معاناة نفسية لهذه الفئة، ورداءة الدعم النفسي لها إن لم نقل غيابه، زاد من الاهتمام لدراسة التصورات الاجتماعية لهذا المرض لدى طالبات علم النفس العيادي باعتبارهن أخصائيات نفسانيات مستقبلا، وتحسيسهن بمعاناة المصابات يعد أمرا ضروريا. علاوة على ذلك فإن اختيار تخصص علم النفس العيادي يعود إلى خصوصية هذا الأخير، باعتباره يجمع بين الجانب النفسي، الاجتماعي والطبي، مما يجعل طالبات علم النفس العيادي أكثر اطلاعا على موضوع سرطان الثدي من باقي الطالبات في التخصصات الأخرى، الذي يتيح لنا فرصة الحصول على أكبر عدد ممكن من المعلومات لإثراء البحث من خلال حقل دلالي واسع وغني. إضافة إلى ذلك فإن طبيعة التخصص التي تعبر عن هوية ووحدة الطالبات كجماعة، تحقق شرطا مهما من الشروط الضرورية لبلورة سيروية تصويرية وهو الرهان كما أشار مولينار (Moliner, 1993).

بعد دراسة استطلاعية حول التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي بكلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية في جامعة باجي مختار عنابة، لفت انتباهنا غياب مفهوم الفحص

المبكر عن محتوى التصورات المنتجة، بالرغم من أن هذا المفهوم شديد الارتباط بموضوع سرطان الثدي في المناسبات التي تتناول هذا الأخير كالأيام التحسيسية، والملتقيات العلمية، وغيرها من الفعاليات التوعوية، أو في عروض وسائل الاعلام والاتصال مثل التلفاز، الجرائد، الإذاعة.

بناء على ما سبق نطرح بعض الأسئلة نوردتها فيما يلي:

- 1- ما هو محتوى التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي؟
- 2- هل يعتبر الفحص المبكر - كمؤشر عن الوعي الصحي - من العناصر المكونة للتصورات الاجتماعية حول سرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي؟
- 3- ما هي بنية التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي؟
- 4- ما هو اتجاه طالبات علم النفس العيادي نحو موضوع سرطان الثدي؟
- 5- ما هي الأبعاد التي تشكل الحقل الدلالي لتصورات طالبات علم النفس العيادي حول سرطان الثدي؟ وكيف ينتظم هذا الحقل؟

من خلال هذه الأسئلة يبرز سؤال الانطلاق على النحو التالي:

ما هي التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي؟

لقد اعتمدت الدراسة الراهنة على الإطار النظري للتصورات الاجتماعية، وبالتحديد على نظرية النواة المركزية كمقاربة وصفية تفسيرية للبنية الداخلية للتصور (Moliner,1994,p.200) والتي مفادها أن هذا الأخير يتكون من عناصر تنتظم هرميا حول نواة مركزية تفسر وتحدد معناه، مما يسمح لنا بالكشف على محتوى التصور وبنيته، وطبيعته، والتجذر الاجتماعي له، إضافة إلى تحديد حقله الدلالي بكل أبعاده. وتحقيقا لهذا المسعى سارت الدراسة الحالية وفق الخطة التالية:

تضمنت الدراسة خمسة فصول وزعت حسب إطارين: الإطار النظري والإطار الميداني.

تكون الإطار النظري من ثلاثة فصول، الفصل التمهيدي وقدمنا فيه مقدمة إشكالية للدراسة، أهدافها أهميتها، دوافعها، المقاربة المفاهيمية، والدراسات السابقة.

ضم الفصل الأول التصورات الاجتماعية والبعد الثقافي للمرض، حيث تناولنا فيه لمحة تاريخية عن نشأة وتطور مفهوم التصورات الاجتماعية، وخصائص التصورات الاجتماعية، ووظائفها، العناصر الوصفية المعيارية الوظيفية لها من خلال نموذج موسكوفيشي التحليلي، بنيتها من خلال نظرية النواة المركزية، ميكانيزماتها، التحول البنيوي للتصورات الاجتماعية، ثم تناولنا عنصر سرطان الثدي كموضوع للتصورات الاجتماعية أين تطرقنا إلى الشروط اللازمة لبناء سيرورة تصويرية، وتحققنا من توفر هذه الشروط في دراستنا بعدها انتقلنا إلى البعد الثقافي للمرض وتصوراته الاجتماعية، أين تطرقنا إلى مفهوم الثقافة، عناصرها وعلاقة هذه العناصر بالتصورات الاجتماعية للمرض، ووقفنا على تاريخانية الصحة والمرض في البيئة الاجتماعية والثقافية الجزائرية، وأخيرا التصورات الاجتماعية لسرطان بين الماضي والحاضر.

أما الفصل الثاني فقدمنا مقارنة طبية وبائية لسرطان الثدي عند المرأة، أين عرفنا بالثدي من الناحية التشريحية، ثم كيفية نشأة سرطان الثدي، وكيفية تشخيصه، وماهي عوامل الإصابة به، وأعراضه، ثم مراحلها وكيفية علاجه، وبعدها انتقلنا إلى الواقع الوبائي لسرطان الثدي في العالم وفي الجزائر، ثم عرضنا كيفية الوقاية من سرطان الثدي وأهمية الفحص المبكر، وقدمنا قراءة موجزة على السياسة الوطنية ضد سرطان الثدي ضمن المخطط الوطني 2015-2019، لنختم الفصل الثاني بالتعرف على دور المجتمع المدني في مكافحة سرطان الثدي.

تناولنا في الفصل الثالث مقارنة نفس اجتماعية لسرطان الثدي، حيث عرضنا أهم العوامل النفسية لنشأة السرطان، ثم انتقلنا إلى رمزية الثدي، بعدها تطرقنا إلى الآثار النفسية لسرطان الثدي، والاجتماعية كذلك، ثم تعرفنا على مراحل عمل الحداد، كما تناولنا المساندة الاجتماعية للمصابات بسرطان الثدي، وأخيرا التكفل النفسي بالمرأة المصابة بسرطان الثدي.

لقد ضم الإطار الميداني فصلين، الفصل الرابع شمل الخطوات المنهجية الإجرائية لمجريات الدراسة الميدانية، بدءاً بالمنهج المعتمد، ثم مجالات الدراسة، بعدها الدراسة الاستطلاعية ومراحلها انطلاقاً من تطبيق الاستحضار التسلسلي إلى النتائج المتحصل عليها، فالتفسير، ثم تعرضنا إلى الدراسة الأساسية وعينتها، وأدواتها، والأساليب الإحصائية المعتمدة.

أما الفصل الخامس فخصص لاستعراض نتائج الدراسة والتعليق عليها، ثم تحليلها ومناقشتها في ظل أهدافها والدراسات السابقة، وفي الأخير كانت الخاتمة، متبوعة بقائمة المراجع، فملخص البحث باللغة العربية الفرنسية، والإنجليزية ثم الملاحق.

## 2- أهداف الدراسة:

تتموضع الدراسة الراهنة بين تخصص علم النفس، علم الاجتماع، الطب، والأنثروبولوجيا الثقافية لأنه لا يمكن اعتبار المرض كحدث بيولوجي فقط، فهو حدث بيو نفس اجتماعي (Fisher G N, Tarquinio C, 2006)، لذلك علينا الأخذ بعين الاعتبار تنوع مظاهره وتداخلها لتشكيل صورة متكاملة عن واقع وتصورات سرطان الثدي. وقد اعتمدت الدراسة الحالية على المقاربة بالأهداف، لأننا بصدد القيام بدراسة استكشافية وصفية تأويلية حول التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي، حيث يصعب تخمينها. وهدفنا الأساس من هذه الدراسة يتمثل في الكشف عن التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي، والذي تتدرج ضمنه الأهداف الفرعية التالية:

- التعرف على محتوى التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي.
- الكشف عما إذا كان الفحص المبكر ضمن العناصر المكونة للتصورات الاجتماعية، للاستدلال على الوعي الصحي للطالبات.
- تحديد طبيعة هذه التصورات من خلال اتجاه الطالبات نحو موضوع سرطان الثدي.

- الكشف على بنية التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي من خلال نظرية النواة المركزية.

- الكشف على تنظيم الحقل الدلالي لتصورات طالبات علم النفس العيادي حول سرطان الثدي، وتحديد الأبعاد المكونة لهذا الحقل.

### 3 - دوافع اختيار الموضوع:

لا شك في أن قرار الخوض في غمار أي بحث علمي لا يأتي من العدم، فهناك من الأسباب أو الدوافع التي تحرك الباحث نحو الاهتمام بموضوع معين دون غيره، وتشجعه على تجاوز مختلف الصعوبات التي قد تصادفه أثناء إنجاز البحث، وأهم ما دفعنا إلى تناول الموضوع الراهن هو استفحال مرض سرطان الثدي في الجزائر بشكل ملفت خاصة عند المرأة الشابة، علاوة على ارتفاع الوفيات من النساء المصابات بسرطان الثدي بسبب الأفكار والأحكام المسبقة، ذلك أنهن إما يرفضن العلاج، أو يرفضن الفحص الطبي من أصله، أو يتقدمن للفحص في حالة متقدمة من المرض، حسب ما يراه الأطباء وجمعيات مرضى السرطان، مما أثار فينا تساؤلات حول التصورات الاجتماعية لهذا المرض في مجتمعنا على اعتبار أنها توجه السلوكيات.

لفت انتباهنا كذلك التناقض القائم بين المعطيات الوبائية لسرطان الثدي وبين الاقبال المحتشم للنساء الجزائريات على الفحص المبكر، بتعبير آخر؛ فإن « خطورة » المرض لم تدفع - بالقدر الكافي - النساء إلى القيام بالفحص المبكر ولو كان بالمجان، الأمر الذي جعلنا نتساءل عن الأسباب الدفينة لهذا العزوف.

لاحظنا - حسب إطلاعنا - ندرة الدراسات التي تعنى بالتصورات الاجتماعية لسرطان الثدي في المجتمع الجزائري، وعليه فإننا نسعى من خلال الدراسة الراهنة أن نساهم قدر الإمكان في فتح المجال لمزيد من المحاولات في هذا الاتجاه.

#### 4- أهمية الدراسة:

يعتبر موضوع الدراسة مهما لأنه يتعلق بالصحة العامة للأفراد، حيث يسלט الضوء على واقع سرطان الثدي في الجزائر، كما يتعلق باستقرار المجتمع وتطوره، فسرطان الثدي لا يضر بصحة المرأة المصابة ونفسيته ويعرض حياتها للخطر فقط، بل يمكن أن يتسبب بأضرار اجتماعية كذلك كاضطراب العلاقات الاجتماعية، أو الطلاق الذي قد ينجر عنه تشتت الأسر، وتفككها، وانحراف الأبناء...، إضافة إلى فقدان المصابة لوظيفتها أحيانا جراء ظروفها الصحية، مما قد يفضي إلى تدني المستوى المعيشي للأسر. ناهيك عن الأضرار الاقتصادية نظرا لتكلفة العلاج والرعاية الصحية في الحالات المتقدمة من المرض، التي تشكل الأغلبية في الجزائر. كما تظهر أهمية هذه الدراسة في ما ستسفر عنه نتائجها التي نعتقد بأنها ستسمح بفهم التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى عينة من المجتمع النسوي الشاب الجزائري تمثلها طالبات علم النفس العيادي، ومن ثمة الاستدلال على وعيهن بأهمية الفحص المبكر، مما بدوره يمنحنا فرصة للتنبؤ بسلوكياتهن إزاء هذا المرض وفهم موقفهن منه.

كما تبرز أهمية الدراسة الراهنة كذلك من خلال النقاط التالية:

- إمكانية الاستعانة بالنتائج المتحصل عليها في التخطيط لسياسة تحسيسية فعالة تشجع الوقاية ضد سرطان الثدي، لا سيما عند المرأة الشابة.
- لفت الانتباه إلى ضرورة تفعيل دور الأخصائيين النفسانيين في مكافحة داء سرطان الثدي، نظرا لما يحمله هذا الداء من ثقل على الصعيد النفسي، الذي يعد طرفا مهما في معادلة الوقاية والشفاء.
- يعد البحث الحالي فرصة لتحسيس طالبات علم النفس العيادي بأهمية الموضوع وحساسية وضع المصابات بسرطان الثدي، على اعتبار طبيعة تخصصهن التي تحملهن مسؤولية مرافقة المصابات والتكفل النفسي بهن، من أجل تحسين جودة حياتهن ومساعدتهن على المواجهة الفعالة للداء بكل تبعاته، وتحقيق تكيفهن معه، خاصة أن نسبة العيش بعد 5 سنوات من التشخيص قد ارتفعت في السنوات الأخيرة.

- لفت الانتباه إلى دور التعليم العالي في إعداد أخصائيين نفسانيين أكفاء ومؤهلين للتكفل النفسي بالمرأة المصابة بسرطان الثدي ومساندتها، من خلال تكوين فعال وهادف، وتأطير محكم.

- قد يفيد البحث الراهن في تشجيع الطالبات الجامعيات على الفحص المبكر للثدي.

## 5- المقاربة المفاهيمية لموضوع الدراسة:

تتضمن الدراسة الراهنة مفهومين رئيسيين هما التصورات الاجتماعية وسرطان الثدي، لذلك سنحاول من خلال مجموعة من التعاريف حول المفهومين أن نوضح المعنى ونحدد النقاط المشتركة بينها ونضع التعريف الاجرائي الخاص الذي نعتمده في هذه الدراسة، دون أن ننسى التعريف بطالبات علم النفس العيادي.

## 5-1 مفهوم التصورات الاجتماعية:

### 5-1-1 تعريف التصور:

يعرف التصور في المعجم العربي الأساسي لاروس كما يلي: تصور، يتصور، تصورًا. تمثل صورته في ذهنه.

ويعرف في الفلسفة على أنه مجموعة الأفكار التي يتصورها الإنسان حول الكون والحياة.

أما في علم النفس فهو استحضار صورة شيء محسوس في العقل.

ويقال في اللغة الفرنسية: Représentation من الفعل Représenter التي تعود إلى الكلمة اللاتينية

Repreasentare وتعني جعل الشيء حاضرًا (Le Petit Larousse Illustré, 2016).

كما عرف التصور على أنه « فعل إرجاع شيء حاضر في العقل، وأنه بناء للنشاط العقلي وليس مجرد

صورة بسيطة للواقع » (Norbert Sillamy, 1983, p.590).

الظاهر من خلال هذه المجموعة من التعاريف أن التصور يمثل عملية عقلية تجعل من الموضوع الغائب حاضرا، لكن ليس بإعادة صورة بسيطة لهذا الأخير، بل يتم ذلك بطريقة نشطة يقوم العقل من خلالها بعملية بناء.

## 5-1-2 تعريف التصورات الاجتماعية:

يعتبر حقل التصورات الاجتماعية واسعا حيث تتغلغل جذوره في مختلف فروع العلوم الإنسانية، ما يجعل التعاريف تختلف باختلاف هذه الأخيرة، لكن أغلب المساهمات كانت لعلماء النفس الاجتماعيين.

• **موسكوفيشي (Moscovici):** «التصورات الاجتماعية هي جهاز من القيم والأفكار والممارسات

المتعلقة بمواضيع معينة، بمظاهر أو أبعاد الوسط الاجتماعي والذي لا يسمح فقط باستقرار إطار

الحياة الخاص بالأفراد والجماعات، ولكنه يمثل كذلك أداة لتوجيه إدراكنا للمواقف وإعدادنا

للاستجابات» (Moscovici , 1961, pp42-43) .

كما يرى أن التصورات الاجتماعية هي «إعادة اظهار الشيء للوعي مرة ثانية رغم غيابه في المجال المادي،

ما يجعله عملية تجريدية محضة إلى جانب كونه عملية إدراكية فكرية» (Moscovici,1976, p.40)، ويعرفها

كذلك على أنها « مجموعة من قوانين العلم المنظمة وهي إحدى العمليات النفسية التي بفضلها يستطيع

الأفراد جعل الواقع النفسي والاجتماعي مفهوما وواضحا» (Moliner, p, 1996, p.51) .

و في تعريف آخر لموسكوفيشي، التصورات الاجتماعية هي « شكل من أشكال المعرفة الخاصة بالمجتمع،

إنها نظام معرفي وتنظيم نفسي كما تعتبر بمثابة جسر بين ما هو فردي وما هو اجتماعي إذ تسمح للأفراد

والجماعات بالتفاهم بواسطة الاتصال والذي يدخل في بنية ديناميكية المعرفة» (Herzlitch,C , 1969, in

Moscovici, 2003, p.388)

ويصف كذلك التصورات الاجتماعية بأنها « كفاءات من التفكير التطبيقي موجهة نحو التواصل، الفهم

والتحكم في المحيط الاجتماعي، المادي والفكري، وبهذا فإن للتصورات الاجتماعية مميزات خاصة من حيث

تنظيم المحتوى، العمليات العقلية والمنطق»، كما يصرح الباحث بأن «مفهوم التصورات الاجتماعية يمثل شكل من المعرفة الخاصة ذات المعنى الموحد، حيث يعبر محتواها على استعمال سيرورات مولدة ووظيفية مطبوعة اجتماعيا. بصفة عامة يشير مفهوم التصورات الاجتماعية إلى شكل من أشكال الفكر الاجتماعي»، ويؤكد **موسكوفيشي** ذلك عندما يقول إن التصورات الاجتماعية هي طريقة لترجمة واقعنا اليومي والتفكير فيه، هي شكل من المعرفة الاجتماعية، فمن جهة هناك نشاط عقلي يقوم به الأفراد والجماعات لتحديد موقفهم أو موقعهم بالنسبة إلى وضعيات، أحداث، مواضيع تخصصهم، ومن جهة أخرى يتدخل البعد الاجتماعي بكيفيات متعددة: عن طريق المجال المادي الذي يتواجد فيه الأفراد والجماعات؛ الاتصالات القائمة بينهم، الإطار التفسيري الذي يزودهم به مخزونهم الثقافي؛ عن طريق القوانين، القيم والأيدولوجيات المتعلقة بانتماءاتهم الاجتماعية الخاصة. هذا تماما ما عبر عليه **موسكوفيشي** عندما قال «إن التصورات الاجتماعية تتموضع بين وجهين أحدهما نفسي والآخر اجتماعي» (Moscovici, 1984, p-p360-362).

• **دينيس جودليه Denise Jodelet**: تعرف جودليه التصورات الاجتماعية على أنها «شكل من المعرفة المبنية والمشاركة اجتماعيا، ذات أهداف عملية تسعى إلى بناء واقع خاص بمجموعة اجتماعية ما» كما تضيف بأنها «معرفة ساذجة»، «طبيعية»، ومختلفة عن المعرفة العلمية، وترى بأنها «نسق بناء Système d'élaboration، يقوم بتسيير علاقاتنا بالعالم والآخرين، إضافة إلى أنه يوجه وينظم الممارسات والاتصالات الاجتماعية...» (Seca, J.M., 2002, p37). كذلك تصرح جودليه بأن «التصورات الاجتماعية هي دائما تصور لشيء ما (الموضوع) ولشخص ما (الفاعل)، وأن خصائص كل من الموضوع والفاعل سيكون لديها وقع على ماهية هذا التصور» (Jodelet, 1989, p.43).

وفي تعريف **جودليه** لفعل التصور *représenter* أو *se représenter* «هو عمل فكري نكون من خلاله على اتصال أو انشغال بموضوع ما، هذا الأخير يمكن أن يكون شخص، شيء، حدث مادي، نفسي أو اجتماعي،

ظاهرة طبيعية، فكرة، نظرية، الخ. كما يمكن أن يكون هذا الموضوع واقعي، خيالي أو خرافي لكنه مطلوب دائما لأنه لا يوجد تصور دون موضوع».

وترى الباحثة أن «التصورات الاجتماعية هي ظواهر معقدة منشطة باستمرار، تؤثر على الحياة الاجتماعية كما تضم عناصر إخبارية، معرفية، أيديولوجية معيارية، اعتقادات، قيم، اتجاهات، آراء، صور، إلخ» (Jodelet, 1989, p36-37).

• **جون كلود أبريك Jean Claude Abric**: تمثل التصورات الاجتماعية بالنسبة لأبريك « منتج وسيرورة نشاط عقلي يقوم من خلالها فرد أو جماعة بإعادة بناء الواقع الذي يواجهه ويعطيه معنى خاص » (Abric,1987,p64). كما يرى أنها تقوم بعمل «مصفاة مترجمة» filtre interprétatif و«أداة لفك الشيفرة» instrument de décodage ، محفزة « لإنتاج مبتكر production originale للواقع وإعادة تصميم كاملة له، وعملية إعادة تنظيم معرفي أين تأخذ المفاهيم الأيديولوجية الشخصية (الآراء، الاتجاهات) والجماعية ( قيم، معايير) مكانا أساسيا سواء في المنتج Le produit أو في ميكانيزم تكوينه » (Abric,1987,p67-68) .

يرى أبريك أن إضافة صفة الاجتماعية للتصور تستلزم أخذ بعين الاعتبار «القوى والإرغامات» الصادرة من المجتمع من جهة، وموازنة هذه الأخيرة مع «الميكانيزمات النفسية» من جهة أخرى. كما يصرح بأن «الهدف الأساسي للتصورات الاجتماعية هو... توجيه الاتصالات والسلوكيات الاجتماعية» (Abric, 1987, p.77).

• **كلودين هيرزليش Claudine Herzlich**: بالنسبة لهيرزليش فإن التصورات الاجتماعية هي « سيرورة لبناء الواقع تؤثر في آن واحد في المثير والاستجابة، فتعدل من الأول وتوجه الثاني» (Herzlich, 1972, p.304).

الظاهر من خلال هذه المجموعة من التعاريف أنها تتفق على النقاط التالية:

- التصورات الاجتماعية هي عملية أو سيرورة بناء معرفي لموضوع ما.
- لا وجود لتصورات دون موضوع (حدث مادي، نفسي، اجتماعي، ظاهرة ما، شخص، فكرة...) وفاعل، هذا الأخير يمكن أن يكون فردا أو جماعة.
- التصورات الاجتماعية هي عملية هادفة تنظم وتوجه الممارسات والاتصالات والعلاقات الاجتماعية وتسمح بفهم المحيط والتحكم فيه.
- تقع التصورات الاجتماعية بين ما هو معرفي نفسي وما هو اجتماعي، لأنها من جهة نشاط عقلي خاضع لميكانيزمات نفسية، ومن جهة أخرى نتاج العناصر الثقافية، المعايير الاجتماعية، القيم، الأيديولوجيا، تجارب الحياة اليومية، العلوم، المعلومات التي تصلنا من خلال اتصالاتنا ومحيطنا الاجتماعي.
- عليه فإن التصورات الاجتماعية تبعا للأهداف الإجرائية الخاصة بالدراسة الراهنة هي مجموع الأحكام والآراء والأفكار والمعلومات والمعارف والاتجاهات والاعتقادات التي تعبر عنها طالبات علم النفس العيادي بجامعة عنابة حول موضوع سرطان الثدي، والتي تظهر من خلال نتائج تقنية الشبكة الترابطية.

## 5-2 مفهوم سرطان الثدي:

### 5-2-1 تعريف السرطان:

- السرطان في معجم المعاني الجامع هو اسم جمعه سرطين وسرطانات؛
- هو حيوان بحري من القشريات العشرييات الأرجل.
- في الطب: ورم خبيث يتولد في الخلايا الظاهرية الغدية، يتفشى في الأنسجة المجاورة (معجم المعاني الجامع).

أما اصطلاحا فالسرطان هو « داء خبيث تتحول فيه الخلية الطبيعية بطريقة ما غير معروفة نسبيا إلى خلية متشوشة، تنمو نموا شادا وفوضويا، وتتكاثر إلى الأبد ان لم تستأصل أو تباد، وهذا النمو والتكاثر الدائم يوجد على شكل كتلة لحمية كبيرة من الخلايا السرطانية، تعمل على غزو الأنسجة السليمة وتنتشر فيها

السرطانات المتنوعة، وتتلّفها، وإذا ما وصلت خلايا الورم السرطاني إلى الدورة الدموية أو اللمفاوية في الجسم، فإنها تدفع وتنتشر عن طريق هذه الدورة في أي مكان من الجسم مسببة بدايات نشوءات سرطانية في مواقع مختلفة من الجسم» (زولف منيرة، 2014، ص.19).

وفي تعريف آخر، السرطان هو « ورم ناتج عن خلايا خرجت عن سيطرة أجهزة المراقبة في الجسم، وأخذت تنمو بشكل غير منظم وفوضوي من دون داع، مستعمرة ومهددة الأنسجة المحيطة ومنتقلة إلى جميع أنحاء الجسم بتشكيل مستعمرات سرطانية» (المرجع نفسه، ص.20).

### 5-2-2 تعريف سرطان الثدي:

يعرف سرطان الثدي على أنه « تواجد لخلايا سرطانية مكونة وربما على مستوى الثديين وينمو هذا الورم إما انطلاقاً من القنوات الناقلة للحليب إلى الحلمة (Carcinome canalaire)، وإما انطلاقاً من الفصيصات المنتجة للحليب (Carcinome lobulaire)، ومن النادر أن يتطور الورم ابتداءً من نسيج آخر في الثدي كالعضلة أو الدهون... » (Jacques Rouesse, 2002, p14).

يعني سرطان الثدي كذلك «عدم انتظام وانتشار الخلايا التي تنشأ في أنسجة الثدي، مجموعة الخلايا المصابة التي تنقسم وتتضاعف بسرعة يمكن أن تشكل قطعة أو كتلة من الأنسجة الإضافية والكتل النسيجية تدعى الأورام، والأورام إما أن تكون سرطانية (خبيثة) أو غير سرطانية (حميدة)، الأورام الخبيثة تخترق وتدمر أنسجة الجسم السليمة ويمكن لبعض الخلايا ضمن الورم أن تنفصل وتنتشر بعيداً إلى أجزاء أخرى من الجسم، والانتشار من منطقة في الجسم إلى أخرى يسمى انبثاث» (رياض نايل العاسمي، 2016، ص.189).

للإشارة فإن سرطان الثدي « يمس المرأة والرجل لكنه نادراً جداً عند هذا الأخير». (Alexis Lacout, 2009,

### 3-5 تعريف طالبة علم النفس العيادي:

طالبة جامعية عرفها **محمد علي** بقوله: « تلك المتحصلة على شهادة البكالوريا في التعليم الثانوي والتحقت بالدراسة في الجامعة بإحدى التخصصات قصد التخرج، وشغل مناصب عمل تتيح لها استخدام المهارات، والقدرات والمعارف العلمية الخاصة التي تحصلت عليها مدة تكوينها الجامعي» (**محمد علي محمد**، 1978، ص96) .

إن طالبات علم النفس العيادي في دراستنا الراهنة هن طالبات جامعات يزاولن دراستهن الجامعية في تخصص علم النفس العيادي، التابع لقسم علم النفس بكلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة باجي مختار البوني، عنابة.

### 6- الدراسات السابقة:

تعد البحوث السابقة مصادر إلهام لا غنى عنها بالنسبة للباحث، لأن كل بحث يعتبر امتدادا للأعمال التي سبقته، حيث تعد طريقا لاستكشاف الموضوع، الإحاطة به، وضبطه بصورة جيدة.

وحسب **Chevrier** « يوجد خمسة مصادر للمساءلة يحتمل أن يستلهم منها الباحث وهي:

- موضوع لا توجد حوله إلا معارف محدودة أو لا توجد على الإطلاق؛
- منهجية استعملت أثناء بحث سابق واكتُشفت فيها أخطاء كثيرة؛
- شك فيما يتعلق بإمكانية تعميم بعض النتائج على وضعيات وأفراد آخرين؛
- خلاصات متناقضة حول نفس الموضوع؛
- نظرية أو جزء من نظرية أو نموذج مستخلص منها، أو تأويل ظاهرة لم يتم إخضاعها بعد للتحقق الأمبريقي» (**موريس أنجريس**، 2006، ص.125).

نعرض فيما يلي مجموعة من الدراسات الأجنبية (من الأقدم إلى الأحدث) التي استطعنا الحصول عليها، لما لها من علاقة بموضوع دراستنا فيما يخص الهدف الرئيس المتمثل في الكشف عن التصورات الاجتماعية للسرطان، بغض النظر عن نوعه وعن العينة المقصودة، مع العلم أننا لم نحصل سوى على دراسة عربية جزائرية واحدة حول التصورات الاجتماعية للسرطان. ثم نقدم تعقيب على هذه الدراسات ونورد ما جاء فيها من نقاط متوافقة أو مختلفة مع دراستنا.

### أ- الدراسات الأجنبية:

- دراسة Dany.L et al (2005) بفرنسا بعنوان: السرطان والعلاج الكيميائي بين التصورات الاجتماعية والاعتقادات

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن التصورات الاجتماعية للسرطان والعلاج الكيميائي لدى كل من مرضى السرطان والأطباء المختصين في هذا الداء، لكشف العلاقة العلاجية بين الطرفين التي حسب الباحثين تعتمد بشكل كبير على تصورات كلاهما حول مرض السرطان والعلاج الكيميائي. أجريت الدراسة التي دامت خمسة 5 أشهر على عينة قوامها اثنان وستون 62 مريضا بالسرطان خاضعا للعلاج الكيميائي، وستة وعشرون 26 طبيبا بمستشفى لاتيمون La Timone بمرسيليا.

اعتمدت الدراسة على استمارة التداوي الحر كوسيلة لجمع اتجاهات المستجوبين وأسئلة أخرى تناولت تقييم الطرفين (الأطباء، المرضى) للتفاعلات العلاجية بينهما كالثقة، الرضا...، كما اعتمد في الاستمارة كذلك على طريقة الاستبدال (Substitution)، بأن يطلب من كل طرف الإجابة على الأسئلة كما كان سيفعله الطرف الآخر.

تم تحليل التداويات الحرة عن طريق برنامج المعالجة النصية Alceste أما باقي المعطيات فقد خضعت لتحليل (ANOVA, ch2) وكشفت النتائج على ما يلي:

يتصور الأطباء السرطان كموضوع للتكفل ومصدر للقلق بينما جاءت تصورات المرضى مشبعة بفكرتي خطورة المرض والأمل في الشفاء.

أما بالنسبة للعلاج الكيميائي فإن النتائج أظهرت أن الأطباء يدركونه كوسيلة لتحقيق أهداف المخطط العلاجي ويركزون على مظهره التقني، في حين ارتبطت تصورات مرضى السرطان للعلاج الكيميائي بالفقدان المتعلق بالجسد والمركز الاجتماعي (Dany, L., Marie, D., Cannone, P., Dudoit, E., 2005, p.302-304).

- دراسة François Beck et al بفرنسا 2006 بعنوان نظرة حول تصورات السرطان: تصورات واتجاهات الجمهور

هدفت الدراسة إلى الكشف على اعتقادات وآراء المجتمع الفرنسي حول السرطان، إضافة إلى اتجاهاتهم وسلوكياتهم تجاه عوامل الخطر وأحكامهم حول هذا الموضوع، لأن تصوراتهم حسب الباحثين تعتبر إما محفزا أو كابحا للوقاية من مرض السرطان والفحص المبكر له.

أجريت الدراسة على عينة عشوائية عددها أربعة آلاف وستة وأربعون شخصا 4046 من سن ستة عشر 16 فما فوق لتمثل الشعب القاطن بفرنسا (Métropolitaine)، وطرحت على الأفراد مجموعة من الأسئلة عبر الهاتف حول ما يعرفونه عن السرطان، أسبابه، طرق الوقاية منه، تقييمهم لنوعية التكفل النفسي للمصابين بهذا المرض وكذلك سلوكياتهم الوقائية، ادراكهم لهذا الداء، كما أخذ بعين الاعتبار السن والجنس، مساحة المنطقة التي يقطنون فيها، ومستوى الشهادات العلمية.

أظهرت النتائج مايلي:

الأغلبية الساحقة للفرنسيين يرون أن السرطان مرض خطير أكثر من السيدا وأمراض القلب والشرابين، وستة وثمانون بالمئة (86%) منهم يرون بأن الجميع معرض لأن يصاب بالسرطان، ويمكن حاليا علاج عدد كبير من السرطانات.

بالنسبة لمحور أسباب الإصابة فإن ثلاثة وسبعون بالمئة (73%) من الأفراد يرجعون ذلك إلى التدخين، يليها التعرض لأشعة الشمس دون وقاية بنسبة خمسة وستين بالمئة (65%)، ثم يأتي التلوث الجوي بنسبة سبعة وأربعين بالمئة (47%) تليها باقي الأسباب كتلوث الأغذية، السكن بالقرب من مركز نووي، الكحول، الضغط النفسي... .

أما عن محور نوعية التكفل فإن واحدا وستون بالمئة (61%) من الأفراد يرون بأن المرضى يخضعون للعلاج دون التمكن من إعطاء رأيهم، فالطبيب ينسى المريض ويهتم بالمرض فقط ولا يصرح بكل الحقيقة لمرضاه.

أظهرت النتائج فيما يخص محور السلوكيات الوقائية أن ربع ( $\frac{1}{4}$ ) العينة المستجوبة تعتقد بأن الخضوع للأشعة ما فوق البنفسجية قبل العطلة يحمي من ضربات الشمس، وثلاثة وستون بالمئة (63%) يرون بأن استعمال إحدى الوسائل الوقائية كالكريمات الواقية، المظلة، النظارات والبقاء في الظل كاف تماما للحماية من الشمس وبالتالي من الإصابة بالسرطان، كما يرى أربعة عشره فاصل أربعة بالمئة (14.4%) من المستجوبين أن تدخين سيجارة واحدة يعرض لخطر الإصابة بالسرطان في حين يحدده فرد واحد 1 من بين أربعة 4 أفراد بعشرون 20 سيجارة فما فوق.

كشفت النتائج كذلك أن عامل مستوى الشهادة العلمية والسن هما من الخصائص الاجتماعية الديموغرافية المرتبطة بالتصورات والاتجاهات نحو السرطان، حيث كلما كان مستوى الشهادة العلمية مرتفعا وكان السن متقدما، كلما كانت نسبة المعلومات والسلوكيات الوقائية أكبر.

خلصت الدراسة إلى ضرورة وأهمية مواصلة الجهود وتكثيفها لتوعية الأفراد وتوجيههم نحو التطبيق الفعلي للسلوكيات الوقائية، وكذلك من أجل الحد من الإنطواء والوصمة (Stigmatisation) التي يعاني منها أحيانا المصابون بالسرطان، وكذلك من أجل مقاومة بعض التصورات منها كون السرطان معديا مثلا، كما استنتج الباحثون كذلك أن إنكار خطر الإصابة بهذا المرض لا يعكس بالضرورة نقص المعلومات حول الموضوع،

إنما ناتج عن بناء معرفي يعمل على تحقيق انسجام بين الاعتقادات والسلوكيات كالاعتقاد مثلا بأن استنشاق هواء المدينة يضر تماما مثل تدخين السجائر، وأن الفرد يمكن أن يدخن طيلة حياته دون الإصابة بالسرطان، أو أن الخطر يزول بمجرد انقطاع الفرد عن التدخين (Beck, F., Peretti-watel, P., Gautier, A., Guilbert, P, 2006, p.1-6)

- دراسة Medina (2007) بعنوان تصورات المرأة، السرطان والمرأة المصابة بالسرطان لدى طلبة الطب: هدفت الدراسة إلى رصد التصورات الاجتماعية لطلبة الطب حول السرطان لدى المرأة، وذلك قصد فتح المجال أمامهم لمناقشة النتائج وتعريفهم بالعالم الرمزي للمرض. أجريت الدراسة على عينة قوامها ستون 60 طالبا بكلية الطب ببوكوتا Bogota في كولومبيا (أمريكا الجنوبية)، حيث قسمت العينة إلى أربع مجموعات مناقشة متساوية العدد: 15 طالبا، وطلب من كل مجموعة إجراء بعض الرسومات التي تعبر عن تصوراتهم للمرأة، للسرطان، وللمرأة المصابة بالسرطان، تم بعد ذلك وصف وتحليل هذه الرسومات من طرف المجموعات نفسها وكانت النتائج كما يلي:

جاءت في الرسومات الخاصة بتصورات الطلبة للمرأة: العلامات الأنثوية كالشعر الطويل، والثديين، والحوض، وثياب ضيقة تظهر تفاصيل الجسم الأنثوي، وأكثر وصف جاء بخصوص هذا الموضوع هو الجمال والهدوء، كما رسمت المرأة مبتسمة وأنيقة المظهر وفي وضعية توحى بسهولة التواصل.

أما السرطان فقد تم تمثيله بواسطة كيان حي Entité vivante، مستقل عن المريض وبملامح حيوانية، مثلا على شكل وحش ذو قرون أو أسنان كبيرة تلتهم الناس، كما جُسد السرطان على شكل مواضيع ترمز إلى الموت مثل المنجل، الساعة، المقبرة، الصليب...، وجاء وصف المجموعة مرتببا بمفاهيم توحى بالحمية fatalisme، كالموت، الاجتياح، فقدان الأمل.

في حين جمعت الرسومات المعبرة عن السرطان لدى المرأة بعض الأبعاد الموجودة في التصورات السابقة، فمنهم من رسمها على شكل جسد تم الاعتداء عليه من الداخل أو الخارج من طرف كيان بملامح حيوانية،

حيث رسمت النساء مغلقة العيون، ترتدي ثيابا فضفاضة، جسدها مبهم الحدود، محاطة بالعتاد الطبي، والمكان الذي توجد به يوحي بالوسط الاستشفائي أو العتمة. وعبرت جميع الرسومات عن الحزن والنحافة الشديدة، وفقدان الشعر. أما الكلمات الأكثر تكرارا للتعبير عن الرسومات فقد كانت المعاناة، الألم والوحدة، ومثل السرطان بشكل متكرر على مستوى الثدي أو الأعضاء المسؤولة عن التناسل.

خلصت الدراسة إلى رصد تصورات طلبة الطب للسرطان لدى المرأة، التي تمثلت في أن المرض شيء حي مستقل يدمر جسد المرأة (جمالها)، وهويتها الأنثوية، وحياتها الاجتماعية، كما أن الدراسة سمحت لطلبة الطب بفهم أفضل لمعاناة المرأة المصابة بالسرطان، وبصفة عامة فإن دراسة التصورات الاجتماعية لمرضى السرطان توفر فرصة لتحسين نوعية الخدمات الصحية (Galand,A., Wullemin, E.S, 2009).

- دراسة Bellouti,R.F , Caron (2009): تصورات السرطان في آخر الحياة: الزمن، الفضاء، ونظرة الآخر.

هدفت الدراسة إلى الكشف عن المعيش النفسي للأفراد المصابين بمرض السرطان في مراحلها الأخيرة إضافة إلى رصد تصوراتهم للمرض ووضعهم بشكل عام.

تكونت عينة البحث من ستة 6 أفراد، خمسة 5 رجال وامرأة، تتراوح أعمارهم ما بين تسع وأربعين سنة 49 إلى واحد وثمانين سنة 81، ماكثين في المستشفى بمصلحة العلاجات الخاصة بالحالات المتقدمة من السرطان (العلاجات التلطيفية soins palliatifs).

استعملت الدراسة المقاربة الكيفية عن طريق المقابلة المفتوحة التي تحت المفحوص على التعبير عن معيشه الحاضر ووصفه، كما اعتمد تحليل المحتوى كذلك.

أسفرت النتائج عن وجود أربعة 4 أبعاد ظهرت في جميع المقابلات وهي: العلاقة مع الآخر، القيام بالفعل داخل الفضاء، زمن المرض، ومعنى المرض والحياة، أي أن تصورات المرضى ارتبطت بعلاقتهم بالآخر وبالجسم، وبالزمن، وبالفضاء.

فيما يخص البعد الأول، استنتج الباحثان أن العلاقة مع الآخر بالنسبة لهؤلاء المرضى مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتصوراتهم لذواتهم ووضعهم اليومي كمرضى، وأنهم يتصورون أن صحتهم تابعة لهذه العلاقة، أي أنها مهددة بانفصالهم عن الأشخاص المقربين، تماماً كتهديد المرض لحياتهم.

أما بعد تصور المرض، فقد أظهرت النتائج أن المرضى يتصورون السرطان عدواً يجتاح ميدانهم تدريجياً ويقطن بداخلهم، وهذا العدو يمثل الموت، كما يتصورون الآلام كعالم يفرقهم عن جماعات الناس الأصحاء ويسجنهم، ويجتاحهم كلية.

بالنسبة إلى تصورهم للفناء وتحركاتهم داخله، تظهر نتيجة هذا التصور في أن الفناء الذي يسيطر عليه المرض تماماً لم يترك مكاناً لما هو خارج عن هذا الفناء، ويترجم ذلك غياب الحرية لا سيما فيما يخص انتقال المرضى الذي لا يكون إلا من أجل الفحوصات، فهذا الفناء يمثل سجن بالنسبة لهم، وعدم تمكنهم من التحرك فيه يعد الموت بحد ذاته.

كما ظهرت تصورات المرضى لمعنى المرض مبنية حول تصورات قديمة لسبب السرطان بالرغم من المعلومات الطبية التي زُودوا بها، ومثال على ذلك أن السرطان هو عقاب إلهي (Bellouti, R.F, Caron, R., 2009, p.32-37)

- دراسة Entressengle-Bardon,H (2009) بفرنسا بعنوان التصورات الاجتماعية للسرطان وعلاجاته لدى المهاجرين القادمين من إفريقيا الشمالية وأوروبا الجنوبية:

هدفت الدراسة إلى تحسين التكفل الطبي للمهاجرين المصابين بالسرطان من خلال مراعاة أصولهم الثقافية في عملية الرعاية الصحية، وطرحت الدراسة مجموعة من الأسئلة كما يلي:

- ✓ كيف يدرك المصاب بالسرطان هذا الداء؟
- ✓ كيف يرى حياته في ظل إصابته بالسرطان وخضوعه للعلاج؟
- ✓ هل تصورات المصابين بالسرطان هي نفسها في الوطن الأصلي؟

✓ ما هي أسباب الإصابة حسب تصوراتهم؟

✓ هل هناك التزام بالعلاج؟ وهل هم راضون على الرعاية الصحية؟

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي باستخدام استمارة مكونة من 12 سؤالاً نصف مغلق، وبلغ عدد أفراد العينة 12 مصاباً في المراحل الأولى يفوق سنهم 18 سنة، وأظهرت النتائج أن تصورات المهاجرين للسرطان والقانطين بفرنسا هي نفسها الموجودة في بلادهم الأصلية، وأن السرطان إنما هو رمز الموت، كما أنه مرض خبيث وخطير ومرعب، وذلك عند الفئتين من المهاجرين باختلاف ثقافتهما، كما يتصوره المهاجرون المغاربة على أنه إمتحان صعب، وعبر جميع أفراد العينة من المهاجرين الأفارقة بما فيهم المغاربة على إيمانهم بأن السرطان إرادة الله وأنه قدر مقدر، وأن عليهم الخضوع لله وحده لأنه هو من يقرر بخصوص الشفاء ومصير الداء. ولاحظ الباحث أن الدين والمعتقدات قد لعبت دوراً مهماً في تصور المهاجرين المغاربة -على وجه الخصوص- للسرطان. أما السبب الرئيس للإصابة بهذا المرض فهو الضغط النفسي حسب تصورهم.

وأظهرت النتائج كذلك نسبة عالية من الالتزام الطبي والرضا عن الرعاية الصحية لدى الفئتين

(Entressengle-Bardon,H, 2009).

- دراسة (Gautier,A و Beck,F) (2010-2012) بفرنسا:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن تصورات المجتمع الفرنسي حول السرطان في إطار إجراء تحري من طرف الاتحاد العالمي ضد السرطان والمنظمة العالمية للصحة.

أجريت الدراسة على عينة مكونة من 925 فرداً طرح عليها السؤال التالي: "عندما أقول لك كلمة السرطان، ما هي الكلمات الثلاثة التي تتبادر إلى ذهنك؟ وكانت النتائج كما يلي:

- شخص واحد من كل اثنان تقريباً ذكر كلمة مرتبطة بالموت (الموت، المقبرة، غير قابل للشفاء، إلخ)؛

- شخص من ثلاثة ذكر كلمات متعلقة بالعلاجات وآثارها (العلاجات الثقيلة، العلاج الكيميائي، الاستشفاء، الأشعة، تساقط الشعر، فقدان الوزن، القيء، إلخ)؛
  - شخص من أربعة ذكر تعابير متعلقة بالداء (ورم خبيث، انبثاث)؛
  - شخص من أربعة ذكر موقعا تشريحيًا؛
  - شخص من أصل خمسة أشخاص ذكر تعابير تتعلق بخطورة المرض (خطيرة للغاية، فظيعة، كارثة، رعب، مصيبة، إلخ)؛
  - شخص من أصل خمسة أشخاص ذكر كلمات تعبر عن معاناة المصابين (الألم، مرهق جدًا، إلخ).
- كشفت النتائج كذلك على وجود بعض الكلمات التي تحمل تصورا أكثر إيجابية للداء (البحث، الكفاح، التحدي، الأمل، الوقاية، الشفاء، إلخ). غير أن هذه الكلمات لم تذكر سوى قليلا (BECK F, GAUTIER A) للإشارة فقد تم الحصول على نفس النتائج تقريبا في دراسات أخرى مشابهة بعد عامين من إجراء هذه الدراسة (2013)، وذلك بمناسبة اليوم العالمي ضد السرطان الذي كان تحت شعار الأحكام المسبقة والتابوهات حيث ظهر في التحري حول نظرة الفرنسيين والمغاربة للسرطان الكلمات الأكثر ارتباطا بعبارة السرطان وهي المرض، الموت، كما ذكر المستجوبون كذلك مصطلحات طبية لوصف أعراض أو علاجات السرطان. أما المصطلحات الأكثر إيجابية فكانت الأمل، البحث العلمي، الشفاء، لكنها كانت بنسب ضعيفة مقارنة بالمصطلحات السلبية (Observatoire sociétal des cancers, 2012).

#### ب- الدراسات العربية:

- دراسة حمودي محمد جمال (2005) بالجزائر بعنوان تمثلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان المركز الاستشفائي الجامعي لتلمسان نموذجا: مقارنة أنثروبولوجية طبية
- هدفت الدراسة إلى الكشف عن التصورات الاجتماعية للمجتمع الجزائري حول مرض السرطان وذلك للوصول إلى تفسير سبب الإقدام المتزامن على الطب الرسمي والطب التقليدي في علاج مرض السرطان.

صاغ الباحث فرضيتين حيث تقول الأولى بأن مسار التنشئة الاجتماعية للفرد وتفاعله مع الثقافة السائدة تنتج تصورات اجتماعية وثقافية خاصة بمرض السرطان، وتعطي لنا طرق علاجية متنوعة منها الرسمية (الطب الرسمي)، ومنها التقليدية وفقا لعادات واعتقادات المجتمع للتكفل بهذا المرض.

أما الفرضية الثانية فتقول بأن عامل الخوف والقلق الأزلي سبب من بين الأسباب التي تجعل المريض خاصة والمجتمع عامة يؤسس تصوراتهم وتمثلاته لمرض السرطان وكذلك طريقة علاجه، لأن المؤثرات النفسية الناتجة عن هذا المرض الخطير تلعب دورا هاما في مسار سلوك المريض وكذلك سلوك المجتمع الثقافي في مواصلة الصراع مع هذا المرض.

تكونت عينة الدراسة من مئة 100 فرد قسمت إلى ثلاث 3 فئات، فئة الأطباء ثلاثون 30 فردا، فئة الممرضين ثلاثون 30 فردا، فئة مرضى السرطان أربعون 40 فردا وهم يعالجون في نفس المصلحة التي يعمل بها الأطباء والممرضين الذين تجرى عليهم الدراسة، حيث يشكلان معا الثقافة العالمية في حين تمثل فئة مرضى السرطان الثقافة الشعبية.

اعتمدت هذه الدراسة الوصفية على الاستبيان مع فئة الأطباء والممرضين، والمقابلة نصف الموجهة مع المرضى، إضافة الى الملاحظة بالمشاركة خلال الدراسة الاستطلاعية كون الباحث ممارس في ميدان الصحة منذ أكثر من عشرين 20 سنة، واشتمل الاستبيان كالمقابلة على اثنتين وخمسين 52 سؤالا موزعين على ستة 6 محاور كما يلي:

**المحور الأول:** الهوية وبعض المتغيرات.

**المحور الثاني:** النظرة الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض.

**المحور الثالث:** السرطان والمجتمع.

**المحور الرابع:** العلاج المزدوج للسرطان.

**المحور الخامس:** السرطان والمؤثرات النفسية.

**المحور السادس:** السياسة الصحية في الجزائر ومرض السرطان، واعتمادا على دراسة الحالة كانت النتائج كما يلي:

تعتبر الفئات الثلاثة أن الصحة أساس وجود الإنسان وأساس تحقيق أهدافه وسعادته ولا تُعرف قيمتها إلا إذا مرض الإنسان، كما ظهر تباين في نسبة تفسير المرض والصحة على أساس علمي بين فئة الأطباء والممرضين من جهة، وبين فئة المرضى من جهة أخرى، حيث كانت مرتفعة عند الأولى ومنخفضة بالنسبة للثانية، وهذا راجع حسب الباحث إلى التنشئة الاجتماعية والموروث الثقافي الذي يعتمد على الأساطير في رموزه ودلالاته، أكثر من اعتماده على التفسير العلمي بالنسبة للمرضى.

بالنسبة لخطورة السرطان أجمعت الفئات الثلاثة على إعطاء هذا الداء المرتبة الثانية بعد مرض السيدا، مما يدل على أنه مرض من الحجم الثقيل في تصوراتهم، وتكشف النتائج كذلك وجود أحكام مسبقة في المخيال الشعبي حول السرطان مثل «مرض العار»، «عقاب إلهي».

كما أسفرت النتائج على وجود تصورات اجتماعية سلبية لدى الفئات الثلاثة بحكم خطورة المرض، أما بالنسبة للعلاج المزوج لمرض السرطان، فقد ظهرت نسبة كبيرة من الفئات الثلاثة تؤكد ذلك، مما يبرر الإقدام على التداوي بالأعشاب والرقية مع الطب الرسمي، كسبب لوجود تداخل بين الثقافة الشعبية والعلمية في علاج السرطان. كما أجمعت النتائج على استمرار الممارسات الخطيرة في المجتمع كاللجوء إلى الدجالين والمشعوذين للعلاج.

بالنسبة لمحور السرطان والمؤثرات النفسية فقد أجمعت الفئات الثلاثة على التأثير النفسي الكبير للمرض على الفرد المصاب وعائلته، وعلى أن القلق مازال مستمرا تجاه هذا المرض، فهو على حد تعبير الباحث رعب اجتماعي خاصة في ظل غياب تفسير علمي واضح لأسباب حدوثه.

أظهرت النتائج كذلك أن السياسة الوقائية لمرض السرطان في الجزائر منعدمة أو متوسطة حسب ما تراه فنتي الأطباء والممرضين، في حين تبقى فئة المرضى دون جواب دلالة على غياب مفهوم الوقاية عند هذه الأخيرة، إضافة إلى ذلك يعد التكفل بمرض السرطان في الجزائر مفقود بالنسبة للفئات الثلاثة. اعتمادا على النتائج السابقة فإن فرضيتا الدراسة تحققتا، وخلص الباحث إلى أن تصورات المجتمع الجزائري حول السرطان هي تصورات سلبية تدخل في بلورتها الثقافة السائدة، وأن هذه التصورات تؤثر في سلوكيات الأفراد وتفسر بذلك سبب الاستعمال المزدوج للطب الرسمي والطب التقليدي في نفس الوقت (حمودي.مجد جمال، 2005).

#### 7- التعقيب على الدراسات السابقة:

يظهر لنا من خلال ما سبق أن كل الدراسات تناولت التصورات الاجتماعية لمرض السرطان بصفة عامة دون التطرق إلى نوعه، واختلفت فيما بينها في العينة حيث شملت الأطباء ومرضى السرطان في دراسة (Dany, 2005)، والمصابين بالسرطان في المراحل الأخيرة في دراسة (Bellouti et Caron, 2009)، والمهاجرين المصابين بالسرطان في فرنسا في دراسة (Entressengle-Bardon, 2009)، والمصابين بالسرطان والممرضين والأطباء لتمثيل المجتمع الجزائري في دراسة (حمودي، 2005)، والمجتمع الفرنسي في دراسة (Beck et al, 2006)، وطلبة الطب في دراسة (Medina, 2007).

اعتمدت كل الدراسات على المنهج الوصفي، أما طرق جمع المعلومات للكشف عن محتوى التصورات فقد اختلفت بين مباشرة - عن طريق الإستمارة أو المقابلة- وغير مباشرة -من خلال التداعي الحر- سواءا بالرسم (Medina, 2007)، أو التعبير الشفهي (Dany, 2005).

اختلف حجم العينة كذلك، حيث تراوح ما بين ستة 6 أفراد كما في دراسة (bellouti, Caron, 2009)، إلى أربعين ألف وستة وأربعين فردا 4046 في دراسة Beck، ويخضع ذلك طبعا إلى طبيعة مجتمع الدراسة وظروف الباحث، وأهداف الدراسة.

تلتقي دراستنا مع معظم الدراسات السابقة من حيث المنهج (وصفي)، وطبيعة الدراسة (استكشافية وصفية)، والطرق غير المباشرة للكشف عن محتوى التصورات (التداعي الحر)، كما في بعض الدراسات، لكنها تختلف مع هذه الدراسات في كونها تتناول تصورات سرطان الثدي كنوع محدد من أنواع السرطان، فهو يعتبر من السرطانات التناسلية التي تصيب المرأة على وجه الخصوص، ويختلف عن أي سرطان آخر كونه يحمل رمزية خاصة تمس جسد المرأة، وأنوثتها، وأمومتها، وخصوبتها، وحياتها الحميمة...، مما يجعل هذا الداء حسب رأينا مثير لسيرورة تصويرية وحقل تصوري ثري. هذا من جهة، من جهة أخرى فإن العينة التي اخترناها المتمثلة في طالبات علم النفس العيادي تختلف عن معظم عينات الدراسات السابقة التي ركزت على تصورات السرطان لدى المرضى، حيث اتسمت في أغلبها بالسلبية والتركيز على الجانب العلاجي والتكفل الطبي، كون العينة معنية مباشرة بهذا الداء، مما جعلها تتأثر بالمجال والظروف المحيطة بها حسب ما يبدو، غير أننا حاولنا في الدراسة الراهنة أن نكشف عن تصورات سرطان الثدي لدى عينة من المجتمع النسوي لا تعاني من هذا المرض، لأن الهدف هو الكشف عن تصوراتها بأكبر قدر ممكن من الحيادية، بعيدا عن أي تأثير يمكنه أن يحصر محتوى تصوراتها في بعد أو أبعاد معينة تعكس ظروف إصابتها فقط.

من حيث نتائج الدراسات، يمكن أن نقول بأن هناك إجماع بينها على أن تصورات السرطان سلبية، تغلب عليها الأفكار والمعلومات الخاطئة باختلاف الأعمار والمستويات والأفراد، وتتفق على أن السرطان مرادفا للموت إضافة إلى المعاناة، كما تعكس الخوف الذي يجتاح المجتمع سواء الفرنسي أو الجزائري (حمودي، 2005) من السرطان. وكشفت النتائج كذلك على تأثير الخلفية الثقافية في تفسير أسباب المرض وكيفية علاجه (حمودي)، (Entressengle, Blouti et Caronne).

جاءت أهداف الدراسات السابقة متقاربة نوعا ما في معظمها، حيث سعت إلى تحسين التكفل الطبي والعلاقة العلاجية بين الطبيب والمصاب (Dany, Entressengle)، فيما ركزت دراسات أخرى على تحسين السياسة الوقائية ضد السرطان، وهذا يعد من بين أهداف دراستنا الراهنة التي ترمي إضافة إلى أهداف أخرى

إلى تفعيل السياسة الوقائية ضد سرطان الثدي، وتشجيع الإقدام على السلوك الصحي المتمثل في الفحص المبكر عن الداء المعني، من خلال دراسة التصورات الاجتماعية لطالبات علم النفس العيادي حول هذا الداء. ويمكن أن نقول بأن الدراسات السابقة حاولت الكشف عن محتوى تصورات السرطان في مختلف الأوساط الاجتماعية ليس بصفته غاية، إنما وسيلة لفهم وتفسير سلوكيات الأفراد تجاهه. ونحن نسعى كذلك من خلال الكشف عن تصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي، إلى فهم وتفسير سلوكيات عزوف المرأة الجزائرية عن الفحص المبكر.

نحن نعتقد أن الدراسة الراهنة تشكل امتدادا للدراسات السابقة، لأنها تناولت سرطان الثدي بشكل محدد للكشف عن تصوراته لدى طالبات علم النفس العيادي، والوصول إلى نتائج خاصة بهذا النوع من السرطان، وعلى اعتبار المعرفة تراكمية، فإننا نأمل أن تُستغل هذه النتائج في دراسات أخرى لبناء سياسة توعوية ووقائية أكثر نجاعة ضد سرطان الثدي.

# الفصل الأول:

## التصورات الاجتماعية والبعد الثقافي للمرض

تمهيد.

1. لمحة تاريخية عن نشأة وتطور مفهوم التصورات الاجتماعية.
  2. خصائص التصورات الاجتماعية.
  3. وظائف التصورات الاجتماعية.
  4. العناصر الوصفية المعيارية الوظيفية للتصورات الاجتماعية (نموذج موسكوفيشي التحليلي).
  5. بنية التصورات الاجتماعية (نظرية النواة المركزية).
  6. ميكانيزمات التصورات الاجتماعية.
  7. التحول البنيوي للتصورات الاجتماعية.
  8. سرطان الثدي موضوع للتصورات الاجتماعية.
  9. التصورات الاجتماعية للمرض وبعده الثقافي.
  10. الصحة والمرض في البيئة الاجتماعية والثقافية الجزائرية عبر التاريخ.
  11. التصورات الاجتماعية للسرطان بين الماضي والحاضر.
- خلاصة الفصل.

## تمهيد:

يحتل موضوع التصورات الاجتماعية مكانا بارزا في ميدان علم النفس الاجتماعي ويستقطب عددا كبيرا من البحوث فيه، لذا سنحاول من خلال هذا الفصل أن نعرض أهم ما جاء بخصوص هذا المفهوم بدءا بتاريخ نشأته وتطوره، ثم خصائصه، وظائفه، كما سنتطرق إلى محتوى التصورات الاجتماعية وبنيتها، علاوة على الميكانيزمات التي تحكم بروزها وتنظيمها، إضافة إلى الظروف التي يمكن أن تتحول فيها بنية التصورات الاجتماعية وطبيعة هذا التحول، دون أن ننسى توضيح كيف يمكن لسرطان الثدي أن يكون موضوعا للتصورات الاجتماعية، ومن خلال البعد الثقافي للمرض سنرى كيف تتدخل عناصر الثقافة في تشكيل التصورات الاجتماعية للمرض، ثم نتطرق إلى تاريخانية الصحة والمرض في البيئة الجزائرية لفهم هذه العلاقة بشكل أوضح، وفي الأخير سنتعرف على تصورات السرطان بين الماضي والحاضر.

### 1 - لمحة تاريخية عن نشأة وتطور مفهوم التصورات الاجتماعية:

يعد مفهوم التصورات الاجتماعية قديما، فقد تناول عالم الاجتماع الفرنسي إيميل دوركايم Emil Durkheim (1858-1917) هذا المصطلح الذي كان موجودا ضمنا في الفلسفة الأخلاقية لشارل رونوفيه Charles Renouvier وريث الفيلسوف إيمانويل كانط (1724-1804) Emanuel Kant (Ivana Markova, 2007, p173).

اعتبر كانط أن التصورات الاجتماعية تُكون عن طريق إدراك ومعرفة العالم الخارجي في وجوده عن العقل، أي أن هذا الأخير لا يعرف العالم إلا بطريقة غير مباشرة، فهو يبني مظاهر العالم بتركيب المعطيات الحسية إلى تصورات للمواضيع، فهذه المظاهر لا توجد إلا في العقل دون العالم الخارجي الذي يبقى غير معروف. لا تعد التصورات الاجتماعية بالنسبة لكانط صورة منعكسة للطبيعة منتجة بطريقة سلبية (passive)، بل مبنية بطريقة نشطة من طرف العقل بواسطة التجربة، والعقل لا يبلغ العالم كما هو، لكن بنيته تسمح له بإعطاء معانٍ للواقع وتكوين تصورات (Ibid, P. 179).

لم يتساءل **كانط** عن ما إذا كانت التصورات الاجتماعية خاصة بالعقل الفردي أم يتشارك فيها الجماعة؟ لكن **الكانطيون الجدد Néo-kantiens** ناقشوا الفكرة بعده، من بينهم الفيلسوف الفرنسي شارل رونوفيه (1815-1903) الذي رفض فكرة **كانط** القائلة « بأننا لا نستطيع معرفة المواضيع والأشخاص كما هم فعلا في الواقع، ولكننا نستطيع بلوغ معرفة المظاهر»، ذلك أن رونوفيه كان يؤمن بأن مفهوم **كانط** للتصورات الاجتماعية في معناها العام لم يكن ممكنا إلا لأن التصورات مشتركة إجتماعيا (Ibid, P.181).

على ما يبدو، كان رونوفيه أول من دافع بوضوح عن الأصل الاجتماعي بدلا من العقلي للتصورات. بعد ظهور دوركايم، كان الميدان ممهدا بشكل كبير، حيث إنه كان متأثرا بأعمال رونوفيه ومهتما كثيرا بعلم اجتماع المعرفة وكان تساؤله عن كيفية اكتسابنا للمعرفة الخاصة بالعالم الخارجي؟ رافضا تماما ما جاء به **كانط** في أن العالم يفهم من خلال تصورات العقول الفردية، لأن ذلك بالنسبة له يتم من خلال التجربة الاجتماعية.

ميز دوركايم بين التصورات الفردية والتصورات الاجتماعية، حيث يرى أن الأولى تخص الظواهر الفيزيولوجية والعصبية (1898)، بدليل أنه لو كانت المعرفة والإدراكات تعتمد فقط على التصورات الفردية، لكان الأفراد غير مختلفين عن الحيوانات التي تعتبر احساساتها الموجه الأساسي لسلوكها، وبالتالي فإن التصورات الفردية ليست لها علاقة كبيرة بالمعرفة، فهي نتيجة الطبيعة الفيزيائية والبيولوجية للفرد، وهي متغيرة وشخصية.

أما التصورات الجماعية كالصور، والاعتقادات، والرموز والمفاهيم نابعة مباشرة من البنيات الاجتماعية حيث تشمل كل الظواهر المنتجة اجتماعيا التي تدور وتكون مشتركة في المجتمعات كالديانات، والأساطير، والعلم، والكلام، وهذه التصورات تُكون الواقع الاجتماعي، كما أنها خارجية بالنسبة للفرد الذي لا يلعب دورا في بناؤها بل بالعكس؛ فالتصورات تمارس عليه ضغطا لا يمكن مقاومته، فيخضع بذلك مجبرا ليستدخل ويؤبد هذه الأشكال الاجتماعية للفعل، للفكر والمشاعر.

كان دوركايم بهذا قد منح للتصورات الاجتماعية معنى اجتماعي صريح وظاهر. وقد نشر هذه المقارنة في مقال مشهور في مجلة «الميتافيزيقا والأخلاق» (1898). وتجدر الإشارة هنا إلى أن دوركايم لم يقدم تعريفا لمصطلح التصور لكن مساهمته تبقى تاريخية في تطور هذا المفهوم (Ibid, pp 175-180-182).

في منتصف القرن العشرين، عرف مفهوم التصورات اهتماما ملحوظا في ميادين عديدة كالأنثروبولوجيا، والتاريخ، وعلم الاجتماع، واللسانيات، أما نقطة بداية الأبحاث عن التصورات الاجتماعية فقد كانت في الدراسات النفس اجتماعية لسارج موسكوفيتشي Moscovici في بحثه المعمق حول التصور الاجتماعي للتحليل النفسي عند الجماعات المختلفة للمجتمع الباريسي، أين نشر أبحاثه في كتابه «التحليل النفسي صورته وجمهوره la Psychanalyse son image et son public» في 1961، وأعيد نشره سنة 1976.

أراد موسكوفيتشي من خلال هذه الدراسة معرفة وفهم كيفية انتشار ظاهرة جديدة «التحليل النفسي La Psychanalyse» كنظرية علمية جديدة في ثقافة المجتمع الباريسي، وما تشهده من تغيرات كأن تقبل مفاهيم مثل الشعور: Le Conscient واللاشعور: L'Inconscient، ويتم دمجها في ثقافة المجتمع، في حين ترفض مفاهيم أخرى كالليبيدو Libido لأن لها معنى جنسي. إضافة إلى ما تغيره هذه النظرية الجديدة في تفكير ونظرة أفراد المجتمع الباريسي لأنفسهم والعالم، وكيف أدمجت هذه المفاهيم وغيرها من قاموس خاص بالتحليل النفسي في حوارات هذا المجتمع اليومية، ويصف موسكوفيتشي اقتحام التحليل النفسي للحياة الجماعية بالصراع الثقافي والجدال الفكري بين الأيديولوجيات المختلفة (Ibid, p.173-210).

بعد ذلك عرف مجال البحث حول التصورات الاجتماعية انتشارا واسعا، ونال اهتمام العديد من الباحثين على اختلاف مقارباتهم النظرية والمنهجية ومواضيع بحوثهم ونذكر منها: الصحة والمرض

( Guimelli , 1989, 1998 )، الصيد ( Herzlich, 1969 ; Galli et Fasanelli, 1995 )، العلاقات أستاذ

تلميذ ( Gilly , 1980 )، العمل والبطالة ( Salmaso et Pombeni, 1986 ; Flament, 1994 c, 1994 d )

الجسم ( Jodelet, 1984 )، التغذية ( lahlou, 1998 ) ... (Rouquette, M. L., Rateau, P., 1998, P.20)

## 2 - خصائص التصورات الاجتماعية:

يوجد ست 6 خصائص للتصورات الاجتماعية هي:

### 1-2 لا يوجد تصور بدون موضوع :

كل تصور اجتماعي يعني تصورا لموضوع ما سواء كان هذا الأخير عبارة عن شخص، شيء، حدث، نظرية إلخ... في علاقة تفاعل مع الفرد (Moscovici, 1990, p.362).

### 2-2 خاصية الصورية :

يرى موسكوفيتشي أن المظهر الصوري « imageant » للتصور لا ينفصل عن مظهره الدال « signifiant » ويصرح في هذا الصدد بأن بنية كل تصور « تظهر مزدوجة، لديها وجهان قليلا ما يُفصلان كوجهي ورقة: الوجه الصوري والوجه الرمزي. نكتب: تصور = صورة/معنى، أي أن لكل صورة معنى ولكل معنى صورة» (Ibid, p.363).

### 2-3 خاصية الرمزية والدلالة:

التصور عبارة عن محتوى رمزي، والرمز عنصر من عناصر التصور، كما أن الموضوع الحاضر يدل على ما هو غائب عن ادراكاتنا الفورية (Fischer, G.N., 2005, pp.131-132).  
يفسر الفرد الموضوع المتصور ويرمز له ويدل عليه، فيعطيه معنى معيناً يمكنه من التحكم فيه والتفاعل معه، كما أنه يستعمل أثناء بنائه للتصورات مجموعة من الإشارات والصور، والرموز التي يسقطها على موضوع التصور، ويجعل عملية الاتصال من حوله أكثر سهولة لأن كل أفراد المجموعة يتقاسمون المعنى المنسوب للموضوع.

## 2-4 خاصية البنائية:

تحدث التصورات الاجتماعية عندما يستدخل الفرد موضوعا خارجيا على المستوى الذاتي، حيث يقوم بربطه مع مواضيع متواجدة من قبل في الدائرة الفكرية، فينتزع منه بعض الخصائص ويضيف له أخرى، هذا ما يميز التصور عن باقي العمليات النفسية، فهو لا يعتبر مجرد تكرار أو إعادة إنتاج سلبي للموضوع، بل عملية تركيب وبناء ذهني. يقول Abric: « كل حقيقة هي تقديم، بمعنى موضوعة قبل الفرد أو الجماعة، تكونت داخل نظامه المعرفي، وأدمجت في نظام من القيم، وتخضع للتاريخ والبيئة الاجتماعية والأيدولوجية المحيطة به» (Abric, 1997, p23).

## 2-5 خاصية الاستقلالية والإبداعية:

عملية بناء التصورات لا تقتصر على إعادة إنتاج الواقع، بل هي عملية إعادة تنظيم لعناصره بطريقة مختلفة، كأنها عملية بناء لواقع جديد- متصور - أكثر ملاءمة لمحيط الفرد والجماعة، مما يتماشى مع مرجعيتهم والقيم والمعايير السائدة قصد توجيه سلوكيات وتصرفات الفرد والجماعة وتسهيل التواصل فيما بينهم.

## 2-6 خاصية الاجتماعية:

يعتبر التصور عملية بناء وإنتاج اجتماعي حيث يتم بناؤه خلال التفاعل والاتصال الاجتماعي، « فعندما نتموضع في العتبة صفر من المستوى الاجتماعي لتحليل فعل الفرد الذي يتصور لنفسه أو يتصور موضوعا، يظهر دائما أن التصور يحمل شيئا اجتماعيا، والفئات التي تبنيه وتعبّر عنه مأخوذة من العمق الثقافي المشترك وهي تحمل دلالات لغوية» (Moscovici, 1990, p.365).

### 3- وظائف التصورات الاجتماعية:

للتصورات الاجتماعية عدة وظائف رئيسة نذكر منها:

#### 3-1 وظيفة معرفية : fonction de savoir

تقوم التصورات الاجتماعية بشرح الواقع وتفسيره، ويصرح موسكوفيتشي في هذا الصدد بأنها تساعد الأفراد على اكتساب المعارف وإدماجها في إطار مفهوم، منسجم ومنسق مع نشاطهم المعرفي وقيمهم التي يؤمنون بها، كما تعمل على تسهيل عملية الاتصال الاجتماعي بحيث تحدد الإطار المرجعي المشترك الذي يساهم في عملية التبادل بين أفراد المجتمع (Abric, 1994, p.15).

#### 3-2 وظيفة الهوية : fonction identitaire

تساعد التصورات الاجتماعية الأفراد على تمركزهم في الحقل الاجتماعي، فتقوم بتحديد الهوية الاجتماعية، وتسمح بالحفاظ على خصوصيات الجماعات، لأن توافق تصوراتنا الاجتماعية وتلاؤمها مع النظام القيمي للمجتمع الذي نعيش فيه يؤدي إلى تأكيد انتمائنا لهذا المجتمع. وهذه التصورات تُنتج جزئياً استجابة لحاجة الإحساس بالانتماء. وفي هذا الصدد تشير جودليه إلى «الانتماء الاجتماعي الذي يعبر عن الاشتراك في الأفكار واللغة كتدعيم للروابط الاجتماعية وتأكيد للهوية والانتماء الاجتماعي» (Jodelet, 1991, p.5).

#### 3-3 وظيفة التوجيه : Fonction d'orientation

توجه التصورات الاجتماعية السلوك والممارسات على ثلاثة مستويات هي:

- تتدخل مباشرة في تعريف الغاية من الموقف، كأن تحدد مثلا نمط العلاقات المناسبة للفرد، ذلك أن التصورات تحدد نموذج السير المعرفي مباشرة، والمتبنى من طرف جماعة سواء في بنيتها أو خلال اتصالها.
- تنتج التصورات نظاما للتوقعات، فهي تصفي المعلومات وتحددها، وكذلك الترجمات الخاصة بالواقع بهدف جعله مناسباً لما تحمله التصورات، فتصوراتنا تؤثر على السلوك الذي نقوم به وحتى قبل القيام به أحيانا.

- تقرر التصورات السلوكيات والممارسات التي نقوم بها، إذ تحدد لنا ما هو مسموح به وما هو غير مسموح في موقف ما، أي أنها تلعب دور المعايير.

يرى أبريك بأننا عندما نكون أمام موقف يتطلب إنجاز مهام معينة، فإن تصورات مجموعة ما حول هذه المهام هي من تحدد وبشكل مباشر النهج المعرفي Démarche cognitive الذي تعتمده، إضافة إلى الطريقة التي تنتظم وتتواصل بها، بغض النظر عن الواقع الموضوعي لهذه المهام (Abric, 1979)، أي أن تصوراتنا لمهام ما تلعب دورا كبيرا في توجيه سلوكياتنا وعلاقاتنا المبنية لتحقيق هذه المهام.

### 3-4 وظيفة التبرير fonction de justification:

تبرر التصورات الاجتماعية المواقف والسلوكيات التي يقوم بها الفرد، فهي تسمح له سواء قبل أن يشرع في أي عمل بالتبرير «القبلي» أو بعد ذلك «التبرير البعدي»، حيث تساهم في شرح المواقف في وضعيات مختلفة، ومنه تقوية التمايز الاجتماعي بتبريره (Abric, 1994, p.15).

تشير هذه الوظائف إلى دور التصورات الاجتماعية في فهم التفاعلات بين الأفراد، والجماعات والمحيط الاجتماعي، حيث أن التصورات الاجتماعية لا تسمح فقط للأفراد باكتساب معرفة عملية ذات معنى موحد، بل تمنح للجماعات كذلك إمكانية التمايز حسب هوياتهم وتبرير سلوكياتهم. وتعتبر وظيفة التوجيه على الأهمية الكبيرة التي تحتلها دراسة التصورات الاجتماعية، لأن التعرف على التصورات الاجتماعية لجماعة معينة حول موضوع معين، يعني إمكانية التنبؤ باستجابات هذه الجماعة عندما تصدر أحكاما، أو تتخذ موقفا تجاه هذا الموضوع (Moliner, P., 2000, p.90).

#### 4- العناصر الوصفية المعيارية الوظيفية للتصورات الاجتماعية (نموذج موسكوفيشي

(التحليلي)

يقر مولينار (Seca, J.M., 2002, p.77)، واعتمادا على أعمال موسكوفيشي التوضيحية أن بناء

التصورات الاجتماعية يقوم حول العناصر التالية:

#### 4-1 المعلومة حول الموضوع:

تعد المعلومات إحدى العناصر الأساسية للتصور، فهي مجموعة من المعارف حول موضوع معين، يكتسبها الفرد من محيطه الاجتماعي عن طريق تجارب شخصية، أو وسائل الإعلام أو عن طريق الاحتكاك مع الآخرين وتلعب المعلومات -كما وكيفا- دورا مهما في تهيئة التصورات الاجتماعية، وكذلك في تقييمها (Bonardi, C.,

Rousseau, N., 2001, p.179)

تعتبر المعلومات عن كمية الرصيد المعرفي حول موضوع التصور، وقد تكون منطقية وموضوعية كما قد تكون غير ذلك، لكنها في كلتا الحالتين تعمل على تشكيل واقع الفرد وخلق تصوراته عن الأشياء، حيث تدخل في تكوين هذا التصور حول المواضيع التي تواجهه في الحياة اليومية، خاصة بتواجده في وضعية تفاعل مع مثير اجتماعي، مما يسمح لنا بالتعرف على طبيعة هذه المعلومات المتوفرة عند الفرد، وبالتالي انتماءه الاجتماعي، وهذا ما أشار إليه موسكوفيشي في دراسته حول التصورات الاجتماعية للتحليل النفسي (Moscovici, S., 1976, p.68)، حيث لاحظ تباينا في المعارف والمعلومات -كما وكيفا- عند الأفراد وعلى اختلاف الطبقات الاجتماعية التي ينحدرون منها، فالطلبة وأصحاب الطبقة الوسطى والمهنة الحرة يملكون معلومات ثرية ونوعية حول موضوع التصور «التحليل النفسي»، في حين تقل هذه الأخيرة وتزداد غموضا عند العمال المستجوبين.

#### 4-2 حقل التصور:

يعبر حقل التصور عن فكرة تنظيم المحتوى على شكل وحدة هرمية للعناصر المكونة للموضوع، وهذا الترتيب يكون بانتقاء جوانب منه وإظهارها دون جوانب أخرى فيختلف مجال التصور من جماعة إلى أخرى حسب المعايير والقيم السائدة فيها.

#### 4-3 الاتجاه:

يمثل التوجه التقييمي العام أو الاستجابات الإيجابية أو السلبية تجاه نفس الموضوع، والظاهر أن الاتجاه يسبق في تواجده المعلومات ومجال التصور، لأن الاتجاه يكون حتى في حالة وجود معلومات قليلة وحقل قليل التنظيم، وما لاحظته **موسكوفيشي** في دراسته حول تصورات التحليل النفسي في المجتمع الباريسي يؤكد ذلك، حيث كان لطبقة العمال وكذا بعض أفراد الطبقة الوسطى اتجاها صريحا حول الموضوع رغم بساطة المعلومات لديهم عنه (Herzlich, 1972, p.311).

يتبين لنا أن محتوى التصور يُبنى على عناصر وصفية تُعرّف بالموضوع، وأخرى تقييمية تشكل مصدرا للأحكام على نوعية واستعمال هذا الأخير.

#### 5- بنية التصورات الاجتماعية (نظرية النواة المركزية):

ترى نظرية النواة المركزية بأن التصورات الاجتماعية ليست كدس (Tas) غير منظم من المكونات بل هي بنية تعتمد على نسقين اثنين كخاصية أساسية وعمامة وهما : **النسق المركزي (système central)** و**النسق المحيطي (système périphérique)** (Abric, 1993, 1994 a et b).

#### 5-1 النسق المركزي أو النواة المركزية:

تمثل النواة المركزية العنصر الأساسي للتصور لأنها تحدد معناه وتنظيمه (Abric, 1994, p.21)، وتتكون هذه الأخيرة من عدد قليل من العناصر (Flament, C.; Rouquette, M.L., 2003, p. 23).

تُحدّد النواة المركزية للتصور بطبيعة الموضوع المتصور من جهة، وبالعلاقة التي يقيمها الفرد مع هذا الأخير من جهة أخرى (Abric, 1988, p. 69)، وتضمن وظيفتين أساسيتين هما:

- **الوظيفة المولدة Fonction génératrice** : يتم من خلال النواة المركزية إنشاء أو تحويل دلالة العناصر الأخرى المكونة للتصور، فهي بذلك الوسيلة التي بفضلها تتخذ هذه الأخيرة معنى.

- **الوظيفة التنظيمية Fonction organisatrice** : تحدد طبيعة العلاقات التي تربط بين عناصر التصور لتكون بذلك العنصر الموحد والمثبت (Stabilisateur) له، فبفضل النواة المركزية أو بسببها يحافظ التصور على استقراره ولا يتغير أو يحصل ذلك بصعوبة، وكل تحول في النواة المركزية يدخل تحولا جذريا في طبيعة التصور (Jodelet, D., 1993 p.197).

تعتبر نظرية النواة المركزية حسب مولينار مقارنة وصفية وتفسيرية للبنية الداخلية للتصور، كما أن الوظائف التي تقوم بها النواة المركزية تمنحها مكانة حاسمة للتعرف على تصور اجتماعي (Moliner, 1994, p.200). يؤكد Abric في هذا الصدد أن «الاختلاف في تصورين اجتماعيين يحدث إذا كانت نواتهما المركزيتان مختلفتين بنائيا» (Markova, I., 2003 p.255)، مما يسمح بإجراء مقارنة فارقية للتصورات داخل جماعات، أو في نفس الجماعة على زمنين مختلفين بمجرد تعليم النواة المركزية (Seca, J.M., 2002, p.73). بناءا عليه، فإنه لا بد من تعليم النواة المركزية لفهم وتحليل التصور الاجتماعي.

إن أي محاولة للتشكيك في عناصر النواة المركزية يؤدي مباشرة إلى تحول التصور أو التنازل عنه (Abric, 2001, p.83)، ويضيف مولينار أن التشكيك يتبعه آليا تحطم التصور، لأن استقرار هذا الأخير تضمنه سيرورة الرفض المطلق (التي تدفع كل تناقض يمكنه أن يمس العناصر المركزية)، فكلما واجه الأفراد تناقضات تتعلق بالعناصر المركزية فإنهم يرفضون بطريقة أو بأخرى المعلومة التي اقترحت عليهم.

يرى مولينار أيضا أن معرفة ما *une cognition* إذا كانت مركزية، يرجع ذلك إلى كونها تحضى بعلاقة خاصة مع موضوع التصور، وأن هذه العلاقة الرمزية هي نتاج الظروف التاريخية والاجتماعية السابقة لولادة التصور (Moliner, 1996, p.64-96).

عليه فإن طبيعة الموضوع وعلاقة الفرد أو الجماعة مع هذا الأخير، إضافة إلى القيم والمعايير الاجتماعية هم من يحددون النواة المركزية (Abric, 1994b, p.23)، ويعد تعليمها بمثابة البحث عن التجذر الاجتماعي للتصور.

يمكن أن يكون للنواة المركزية بعدين مختلفين وذلك حسب العلاقة مع موضوع التصور والغاية من الموقف: **البعد الأول** : يمثل معيار وظيفي للفعل حيث يمكن لعناصر النواة المركزية أن تكون استعمالية ( *référence fonctionnelle pour l'action*) فالباحث Lahlou حاول الكشف عن العناصر المركزية التي تنتظم حولها التصورات الاجتماعية للتغذية كونها أساسية لكشف وتوجيه الممارسات الغذائية (Renaud, L., Thoer, C., 2007, p.352)

**البعد الثاني**: يعتبر وصفي معياري بسبب علاقة عناصر النواة المركزية بالعاطفة، القبولات (Stéréotypes)، الاعتقادات والأيدولوجية التي تميز المجموعة التي تنشط فيها هذه العناصر، ومثال على ذلك الدراسة التي قام بها Verges (1992) حول تصورات المال لدى بعض الجماعات، التي انتظمت حول الرؤية الأخلاقية للاقتصاد والمتعلقة بالأحكام على الأخلاق والقيم الأخلاقية المرتبطة بطبيعة الحياة. غالبًا ما تكون الأبعاد الاجتماعية، العاطفية أو الأيدولوجية موجودة عندما يتعلق الأمر بالمواضيع الاجتماعية ذات الرهانات؛ التي تعرف تواصلًا كثيفًا بين الجماعات إضافة إلى الممارسات المشتركة. في هذه الحالة تكون النواة معيارية بشكل أساسي (Abric, 1994, pp.24-79).

## 5-2 النسق المحيطي:

يتكون النسق المحيطي من عناصر لا تقل أهمية عن عناصر النواة المركزية، وسميت بالمحيطية كونها تخضع لسيطرة هذه الأخيرة كما أنها تُحدّد بها في معناها، في قيمتها، في درجة قربها من المركز، وكذا في وظائفها.

يرى سيكا أنه من الأنسب إطلاق تسمية اسكيمات التجسيد « Schèmes d'illustration ou de concrétisation » على العناصر المحيطية، لأنها وبعكس وحدات النسق المركزي حاضرة في الخطابات بعدد أكبر بسبب تنوعها ومرونتها (Seca, J.M., 2002, p.75).

تتنظم العناصر المحيطية حول النواة المركزية وتظهر أهميتها من خلال الوظائف التي تؤديها وهي ثلاثة:

- وظيفة التكيف مع الواقع المادي: تمثل العناصر المحيطية واصلا Une interface بين النواة المركزية والواقع المادي الذي يظهر فيه التصور، فعلى سبيل المثال تجعل العناصر المحيطية تصور مرض السيدا الذي يعكس الخوف من الإصابة، مفهوماً ومنقولاً Transmissible إلى مواقف مادية أخرى كالخوف من لمس شخص مصاب بالسيدا أو رفض التعامل معه (Abric, 2001, p.44).

تساعد العناصر المحيطية على ترسيخ التصور الاجتماعي واستعماله في الحياة اليومية في التواصل، والتبادل بين الأفراد أو الجماعات المختلفة، كما ترتبط العناصر المحيطية بنمو وغزارة الأفكار، المواقف والسلوكيات في معيش (Vécu) كل فرد يستعمل يوميا تصورا إجتماعيا، مع الخضوع لمتطلبات المجال.

تظهر عناصر النسق المحيطي أكثر مرونة من حيث معناها وطابعها المعياري كما أنها تنشط عند الحاجة إلى المناقشات والنشاط أو الفعل، ويغلب على هذا النسق التشابه بين عناصره واللجوء إلى استخدام الأمثلة للتحدث عن مفهوم ما، بهذا يمكن لأي فرد أن يدخل في نقاش مع مخاطبين مختلفين، والتكيف مع موضوع

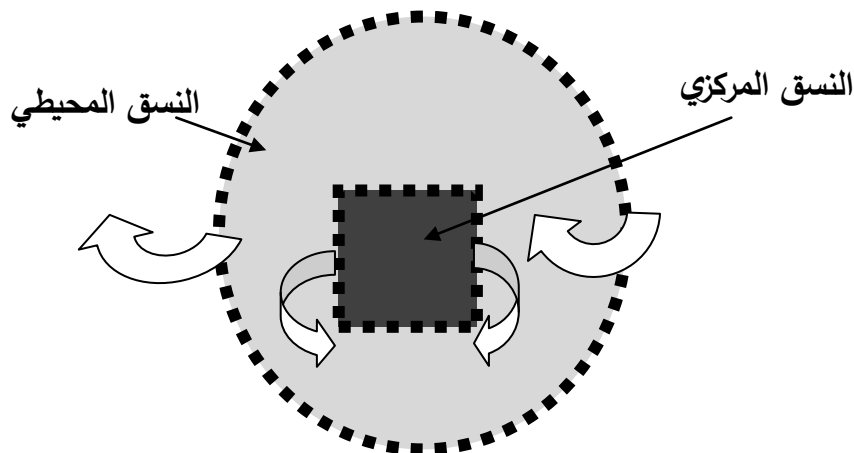
الحديث، أو إصدار سلوك مطابق لانتظارات الجماعة التي يتواجد بها في ذلك الوقت، دون إعادة النظر في معتقداته الأساسية.

- **وظيفة تنويع محتوى التصورات الاجتماعية:** يعد النسق المحيطي أكثر مرونة وقابلية لمرور عناصره ونفاذهم مقارنة بالنواة المركزية، ويمكن لمحتويات جديدة أن تكون جزءا منه لأجل كونها مضادة أو معاكسة نسبيا للنواة المركزية، لكنها تتموضع بشكل مخفف (إعادة ترجمة، عمليات ترشيح متعددة...) في حدود مقبولة بالنسبة للنسق الكلي، وعن طريق هذه الميكانيزمات يمكن للتصور أن يتكيف مع تطورات المجال والظروف الراهنة دون تغييره جذريا.

- **وظيفة دفاعية:** يشكل النسق المحيطي مضاد الصدمات (Pare- chocs) للتصورات لأنه يمتص كل ما هو غير مبرر أو جديد أو غير قابل للوصف (Indicible)، دون الحاق أي ضرر بقلب النسق السوسيو معرفي. بناءا عليه، فإن أي تحول في التصورات يتحقق في أغلب الأحيان بتغيير عناصره المحيطية (Seca, J.M., 2002, p.75).

من خلال هذا الإطار النظري العام تظهر التصورات الاجتماعية متكونة من نسقين المركزي والمحيطي، كلاهما مميّزان لكنهما متكاملين كما هو موضح في (الشكل 1):

شكل رقم (1): بنية التصورات الاجتماعية



(Seca, J.M., 2002, p.74)

لقد قام سيكا بإعداد هذا الشكل للتصور، وكما هو موضح فإن الحدود رسمت بخط متقطع لأن مثل هذا النسق لا يمكن أن يُمثَّل مغلقاً وذو تنظيم نهائي، فالنسق المركزي مرتبط بالظروف التاريخية والاجتماعية والأيدولوجية، متعلق مباشرة بالقيم والمعايير ويحدد المبادئ الأساسية التي تنتظم حولها التصورات، كما أنه يحافظ عليها ويضمن بقاءها كونه ثابتاً. أما الثاني (النسق المحيطي) فهو مرتبط بالمجال الراهن الذي يواجهه الأفراد، كما يسمح بتكيف وتطور التصور مع المحافظة والدفاع عن النسق المركزي.

قام أبريك بتلخيص خصائص كل من النسق المركزي والنسق المحيطي للتصورات الاجتماعية كما هو مبين في الجدول رقم (1):

جدول رقم (1): خصائص النسق المركزي والمحيطي للتصور

النسق المحيطي	النسق المركزي
يسمح باستدخال التجارب والمعاشات الفردية	مرتبط بالذاكرة الجماعية وتاريخ الجماعة
• يتحمل الفروقات الفردية داخل الجماعة	• يحقق الاجماع ← تجانس الجماعة
• مرن • يقبل التناقضات	• ثابت • متناسق • صلب
• تطوري	• مقاوم للتغيرات
• حساس للمجال الراهن	• قليل التأثر بالمجال الراهن
• الوظائف: • يسمح بالتكيف مع الواقع المادي • يسمح بتمايز المحتوى • يحمي النسق المركزي	• الوظائف: • يعطي مدلول التصور • يحدد تنظيم التصور

(Abric, 1994, p.80)

كما يصرح أبريك بأن وجود هذا النسق المزدوج يفسر كون التصورات الاجتماعية تتميز بفوارق فردية مع بقاءها منتظمة حول نواة مركزية مشتركة، فهي على حد تعبيره « مستقرة ومتحركة، صلبة ومرنة»

.(Rouquette, M.L., Rateau, P., 1998, p.35)

## 6 - ميكانيزمات التصورات الاجتماعية :

يحكم بروز وتنظيم التصورات الاجتماعية سيوررتان أساسيتان هما: التوضيح (Objectivation) والترسيخ (Ancrage).

### 6-1 التوضيح:

يمثل أحد مظاهر البناء التصوري، ويسمح للأفراد بإدماج وتبني مظاهر أو معارف معقدة ليصبح تبادل الآراء ممكنا بينهم، يعرفه موسكوفيشي على أنه « الإزاحة التدريجية للمعاني الزائدة عن طريق تجسيدها » (Moliner, P., 2001, p.18)، فهو ميكانيزم تنتقل فيه العناصر المجردة نظريا إلى عناصر ملموسة يشمل ثلاثة أطوار:

### 6-1-1 طور البناء الانتقائي Phase de construction sélective :

يتم هنا ترشيح المعلومات المتوفرة حول موضوع التصور وينجم عن ذلك « تشوهات، إضافات، حذف أو قلب لبعض المعطيات حسب الإطار الثقافي ونسق القيم والأيدولوجيا المميزة للجماعة المستقبلة لموضوع التصور» (Seca, J.M., 2002, p.63).

بالتالي فإن انتقاء وإزاحة مكونات الموضوع الجديد عن إطارها الأصلي إضافة إلى عملية الفرز التي تخضع لها المعلومات المتوفرة حول هذا الموضوع تكون وفق المعايير الثقافية من جهة (لا تتوفر كل الجماعات على فرصة مماثلة للحصول على المعلومات: لدى الأطباء أو الطبقة المثقفة مثلا وسائل أكثر للاستعلام حول التحليل النفسي بالمقارنة مع العمال)، ووفق المحكات المعيارية من جهة أخرى (لا يُحتفظ إلا بما

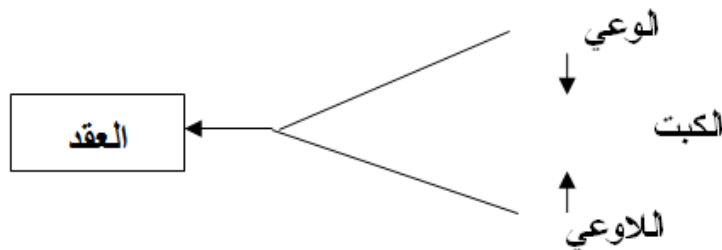
يتماشى والنظام القيمي للجماعة، فمثلا الطابوهات المتعلقة بالمواضيع الجنسية أدت إلى إخفاء وتمويه بعض عناصر النظرية التحليلية المقترنة بها)، بذلك يحصل إزاحة المفاهيم عن إطارها الذي تنتمي إليه، ليتم تبنيها من قبل الجماعات التي تعمل على إسقاطها في عالمها الخاص قصد التحكم فيها.

### 6-1-2 طور التخطيط البنائي Phase de schématisation structurante :

العناصر التي تم انتقاءها سنكوّن نواة صورية (Noyau figuratif)، حيث تنتظم وفق ترتيب خاص للمعارف المتعلقة بالموضوع، أي حسب نواة « بسيطة، مجسدة، صورية ومنسجمة مع الثقافة والمعايير الاجتماعية السائدة» (M.-L. Rouquette, P. Rateau, 1998, p. 32)، وبعد ما تتشكل هذه النواة تصبح غير قابلة للنقاش (Guimelli, 1994b, p.14).

تعتبر هذه النواة قاعدة قوية يتم من خلالها الاحتفاظ، التصنيف، وترجمة العناصر الأخرى للتصور، أي أنها تحدد معنى التصور، فمثلا تنقسم النواة الصورية للتحليل النفسي إلى قسمين ما هو « مخبئ » : لا وعي، وما هو « ظاهر » : الوعي، والصراع بينهما يؤدي إلى الكبت ثم ينجم عنه عقد، أما الليبيدو الذي يلعب دورا أساسيا في نظرية فرويد فقد تم حذفه لجعل التصور مقبولا (Baggio Stephanie, 2006, p102)، وفيما يلي (الشكل 2) الذي اقترحه موسكوفيشي لتوضيح المخطط الصوري للتحليل النفسي.

شكل رقم (2): المخطط الصوري للتحليل النفسي



(Moscovici, 1984, p.368)

### 6-1-3 طور الطبعنة : Phase de naturalisation

في هذا الطور يتم تحويل عناصر المخطط الصوري لتصبح « تقريبا مدركة ماديا أو مدركة من قبل الفرد » (Bonardi Christine, Nicolas Roussiau, 1999, p.20)، فمثلا يصبح مفهوم التضامن مجسدا باقتراح ممارسات (كحملات التبرع أو حملات تطوعية)، تسمح للفرد بأن يظهر متضامنا بوسائله الخاصة مع قضية ما. إذا فالطبعنة تمكن الأفراد من أن يتبنوا مفهوما مجردا وأن يستدخلوا ظواهر ومعارف معقدة في سلوكياتهم الخاصة، وممارساتهم، واتجاهاتهم (Aurelie Banet , 2010). بالتالي يتحول المفهوم إلى صورة، أو إلى مخطط صوري تماما كنزلة البرد التي تأخذ ملامح عدو يستدعي مقاتلته (Jodelet, 1984, p.361)، أو مصطلحات النظرية التحليلية كالكتب والعقد النفسية التي أصبحت مصطلحات مجسدة في الواقع، ودخلت اللغة المتداولة بين الأفراد كأن يقولون « فلان يعاني عقدة الخجل»، مع أن فرويد لم يذكر بتاتا هذه العقدة، وعلى هذا النحو تستخدم هذه العبارات التجسيدية لتصنيف الأفراد وسلوكياتهم (Seca, J. M., 2002, p.63).

### 6-2 الترسخ:

يعني الترسخ استدخال أو تجذر موضوع التصور في الإطار المرجعي الموجود مسبقا (تصورات، أيديولوجيات، اتجاهات، اعتقادات، قيم، تصرفات،...) وهو يتمظهر Se manifeste بطرق مختلفة. وعلى حد تعبير موسكوفيشي « إذا كان التوضيح هو إزالة المعاني الزائدة بتجسيدها»، فإن ترسيخ تصور ما يتمثل في عملية ترسيخه في فضاء اجتماعي بهدف استعماله في الحياة اليومية، فهو يسمح بالاستعمال المجسد والوظيفي لموضوع التصور، بالتالي فإن هذه السيرورة تجعل ما هو غريب مألوف، فالتحليل النفسي في دراسة موسكوفيشي شُبه بممارسات مألوفة أكثر، كالاقرار الديني أو الحوار (Seca, J. M., 2002, p.65-66)، وكذلك مرض السيدا الذي يُشبه بالسرطان في تعبيراتنا (Comby Devos&Dechamps, 1993, p.9).

الواضح أن كلا من التوضيح والترسيخ سيوروتان متكاملتان فالأولى تصف كيف يتبلور التصور بدءاً بانتقاء المعلومات ثم ترتيبها وفق مخطط صوري تحدده الثقافة والمعايير الاجتماعية السائدة، وبعد ذلك تجسيدها لتصبح مدركة مادياً تقريباً، والثانية توضح كيف يصبح التصور وظيفياً بتجذره موضوعه في الإطار المرجعي للأفراد، بما يحمله من أنظمة التفكير وثقافة وأيديولوجية وقيم...، ليستعمل في الحياة اليومية بما يتوافق مع الجماعات.

ويمكن القول بأن التوضيح يمثل المظهر المعرفي النفسي للتصور، والترسيخ المظهر الاجتماعي له، وكلاهما يبرزان العلاقة التكاملية بين العوامل النفسية والاجتماعية التي تصنع التصور.

#### 7- التحول البنيوي للتصورات الاجتماعية:

يمكن لتوازن التصورات الاجتماعية أن يختل تحت تأثير عوامل خارجية متنوعة تتمثل أساساً في التغيرات التي تطرأ على المحيط، التي تخلق ممارسات جديدة قد تؤثر بطريقة مباشرة على التصور. عرف Flament الممارسات الاجتماعية على أنها « سلوكيات عامة تتطور لتتكيف مع تغيرات الظروف الخارجية» (Flament, C., 1994a, p.50)، ويصرح أبريك بوجود علاقة تأثير وتأثر تبادلية بين التصورات والممارسات الاجتماعية؛ فالأولى تحدد وتوجه الثانية، وهذه الأخيرة تعمل بدورها على خلق وتحول الأولى (Abric, 1996, p.12)

يتم تحول التصورات الاجتماعية من خلال ميكانيزم العقلنة (Rouquette, M.L ; Rateau, P.,1998, p.114)

#### 7-1 العقلنة La Rationalisation:

تفترض نظرية العقلنة والالتزام لـ Robert-Vincent Joulé و Jean-léon Beauvois (1998) أنه بعد وجود ممارسات جديدة، ونتيجة ظرف توريطي إرغامي، يصبح كل فرد في حالة بحث عن توازن، توافق بين أفكاره وأفعاله، وإذا ما جعلته الظروف يعيش حالة من عدم الترابط بين اتجاهاته وأخرى جديدة أو غير

معروفة، أو أن يكون هناك تناقض بين أفكاره وبعضها من سلوكياته المرغمة، أو الاختيارية، سيحاول أن يشيد رابطا بين مختلف هذه المستويات، وذلك بتوليد تفسير لممارسته الجديدة، أي بتنشيط معارف Cognitions منسجمة ومتطابقة.

هذا النشاط المتمثل في إعادة البناء المعرفي، الموازنة، البحث عن التوافق والعزو السببي هو ما يسمى «العقلنة»، فهي شكل من النشاط الأيديولوجي، كما أنها حاضرة في ظروف إرغامية نوعا ما من الالتزام الفردي بممارسات جديدة. ويعد كل من نشاط العقلنة أو الالتزام الحر في ممارسة جديدة، إحدى لحظات بناء أو إعادة صياغة تصور ما (Seca, J.M., 2002, p136-137).

يتفق العديد من الباحثين مع هذا التنظير مثل Flament و Guimelli (1999)، وكذلك Rouquette و Rateau (1998). وتعتبر التصورات الاجتماعية بهذا المفهوم نشاطات عقلية خاضعة للجتمعة socialisées، حيث تسمح للأفراد بالتكيف مع ظروف الوجود المادية، ومع السلوكيات المفروضة نوعا ما نتيجة العلاقات الاجتماعية الاقتصادية. هذه الفكرة تقترب كثيرا من المفهوم الذي جاء به موسكوفيشي وجودلي حين عرفا التصورات الاجتماعية على أنها «مجموعة من المعارف التطبيقية المعدة والمشاركة اجتماعيا». (Seca, J.M., 2002, p137)

## 7-2 دور الممارسات في تحويل التصورات الاجتماعية:

يرى كل من Rouquette و Rateau و Guimelli أن العوامل الخارجية المحيطة والممارسات يمكن أن تحدث تغييرا على مستوى التصور بشرط أن تكون هذه الأخيرة متكررة في المجتمع، ذات وزن مادي أو رمزي، وأن يكون الالتزام بها وتطبيقها محدودا، متموضعا في مجموعة اجتماعية ما دون وقع على مستوى الأفكار الأيديولوجية، بتعبير آخر فإن سيرورة تحول التصورات تخضع لطبيعة الموقف الذي تحدث فيه، وعليه فإنه إذا اعتبر هذا الأخير قابلا للارتداد Réversible أي استثنائي أو مؤقت، فإن عناصر جديدة تدمج

في التصور دون المساس بالنواة المركزية حيث يطرأ تغيير على مستوى العناصر المحيطة فقط (Abric, 1994d, p.82).

أما إذا كان الموقف غير قابلاً للارتداد يمكن أن نجد في هذه الحالة ثلاثة تحولات كبرى هي: (Seca, J.M., 2002, p136-139)

### 7-2-1 التحويل المقاوم:

يحصل هذا التحويل عندما تظهر ممارسات جديدة فتصبح مواضيع للعقلنة تُدمج بصورة مطابقة لخصائص النواة المركزية، ونتيجة تواترها يمكنها مع مرور الوقت أن تخل بتوازن هذه الأخيرة.

### 7-2-2 التحويل التدريجي:

في هذه الحالة لا تتعارض الممارسات الجديدة مباشرة مع خصائص النواة المركزية، حيث لا تستلزم سوى نشاط محدود للعقلنة، فيتم إعادة تنظيم التصور بإدماج عناصر محيطة للنواة المركزية التي ستسمح بتسيير كلي للمعرفة Cognition الخاصة بهذه الممارسات الجديدة (Rouquette, M.L, Patrique 1998, p.116).

### 7-2-3 التحويل العنيف:

يطرأ هذا التحويل عندما تجعل ممارسات جديدة (كوارث كبرى، اكتشاف علمي واضح، أزمات متنوعة) أي عمل تطابقي بينها وبين التصورات القديمة مستحيلاً، ويتعلق هذا التحول بالصراع القائم بين ضرورة الفعل وسيطرة تصور ما (Seca, J.M., 2002, p.139).

## 8- سرطان الثدي موضوعاً للتصورات الاجتماعية:

لقد كانت التصورات الاجتماعية ولا زالت محل اهتمام العديد من الدراسات، حيث اختلفت مواضيعها وتنوعت حسب توجهات واهتمامات الباحث، ظروف البحث، وأهدافه...، لكن السؤال المطروح هنا هو: هل

تصلح كل المواضيع أن تكون محل بحث للتصورات الاجتماعية؟ أو بتعبير آخر هل هناك معايير أو شروط

يجب على الباحث أن يراعيها قبل الإقدام على دراسة التصورات الاجتماعية لموضوع ما؟

في هذا الشأن طرح العديد من الباحثين كموسكوفيشي، روكات Rouquette، راتو Rateau بوناردي

Bonardi، جيملي Guimelli، لحو Lahlou...، مسألة موضوع التصورات الاجتماعية،

فموسكوفيشي(1961) مثلا يرى أن هناك ثلاثة شروط لظهور تصورات اجتماعية حول موضوع ما وهي :

تشنت المعلومات (Dispersion de l'information)، التركيز (Focalisation)، والاستدلال المفروض أو

الاستدلال تحت الضغط (Pression à l'inférence). فالأول يقول بأن الموضوع الاجتماعي معقد ومن

الصعب فهمه جيدا والإلمام بكل جوانبه، لذا فإن المعارف التي نتحصل عليها بخصوصه تتعرض بالضرورة

إلى تشوهات، مما يسمح بإمكانية حدوث ظاهرة التصور لهذا الموضوع. أما الثاني فيشير إلى أهمية

الموضوع الاجتماعي بالنسبة للجماعات، وحسب هذه الأهمية فإن جماعة ما تبدي وتُتَمي اهتمام خاص

ببعض من مظاهره دون غيرها. وأما الشرط الأخير فهو خاص بالخطابات والأفعال تجاه موضوع اجتماعي

يصعب الإلمام به، مما يجعل الاستدلالات حول مظاهره الغير معروفة شبه مفروضة، وهذا ما يفسر

انضمامنا المفاجئ للرأي الغالب في الجماعة (Moscovici,S., 1976)، بتعبير آخر يعني الاستدلال

المفروض ضرورة تطوير الأفراد لسلوكيات وخطابات متناسقة بخصوص موضوع لا يعرفونه جيدا، فالفرد

يتخذ اتجاهها ويصدر فرضيات، ويجد مبررات، وينتج معارف على شيء لا يعرفه حتى لا يتم تجاهله.

يعتبر وباء Chikungunya الذي ضرب احدى مناطق جزر موريس غرب المحيط الهندي في 2006 مثلا

لتجسيد الشروط الثلاثة المذكورة سابقا، فالموضوع « Chikungunya » أثار الكثير من المخاوف والتساؤلات

حول أسباب ومصدر الوباء، والعلاج. أما المعلومات فقد كانت تنتشر تدريجيا حسب المعارف العلمية القليلة

آنذاك، إضافة إلى التشوهات وانعدام التفسيرات الواضحة بشأن الوسائل العلاجية والوقائية.

أما تركيز الأفراد فأنصب على مظهر واحد من مظاهر الموضوع الذي يعد ناقل العدوى « الناموس ». لم يكن للمصابين والأصحاء وعمال الصحة نفس الأولويات حيث كان الشفاء أولوية المصابين، والعلاج أولوية الأطباء، والحماية أولوية الأصحاء. من جهة أخرى كان لكل فكرته حول مصدر الناموس، العلاج الممكن، أو طريقة قتل الحشرة المسيئة. وأثناء هذا الوباء الذي خلف العديد من الضحايا، كان السكان في حالة من الشك، يتساءلون عن المعلومات المتناقضة أحياناً التي توفرها السلطات السياسية أو العلمية، وتضخمها التغطية الإعلامية المحلية والوطنية. وتجاه هذا الافتقار إلى المعلومات والمعرفة حول الموضوع الاجتماعي، أصدر الأفراد فرضيات للتقليل من حالة عدم اليقين التي يرى مولينار بأنها « المحرك الأساسي الذي يرأس بناء التصورات الاجتماعية » (Moliner, P, 2001b, p.1).

تصرح جودليه بأن «عند ظهور حدث لا يمكن تجاهله في الأفق الاجتماعي، فإنه يشد الانتباه ويثير الخوف والنشاط المعرفي للأفراد لأجل فهمه، والتحكم فيه، وحماية أنفسهم منه. مثل ما جرى عند ظهور مرض السيدا في 1979» (Jodelet, 1989, p.32).

بالنسبة لمولينار، تعتبر الشروط الثلاثة المذكورة سابقاً ضرورية لظهور تصورات اجتماعية حول موضوع ما لكنها غير كافية، حيث من الممكن حسب رأيه الحصول على تصورات غير متناهية العدد دون الوصول إلى بلورة سيروية تصويرية كاملة، بالتالي فإن أي واحد منا يمكن أن يكون لديه رأي وحتى اتجاه نحو موضوع مصارعة الثيران مثلاً، باعتباره موضوع اجتماعي تتحقق فيه الشروط المذكورة سابقاً، لكن دون بناء تصورات اجتماعية حوله، لهذا فإن مولينار يقترح مجموعة من الخصائص التي يجب أن تتوفر في خمس من المفاهيم لحدوث سيروية التصورات الاجتماعية حول موضوع ما، وهذه المفاهيم هي : الموضوع (L'objet)، الجماعة (le groupe)، الرهان (l'enjeu)، الديناميكية الاجتماعية (La dynamique sociale) والأرثوذكسية (L'orthodoxie).

- الموضوع: على أن يكون متعدد الأشكال (Polymorphe)، معقد، ومن العسير الإمام بكل جوانبه، فيثير بذلك استفسارات وتفسيرات وقراءات متعددة.
- الجماعة والرهان: تتبلور التصورات عندما تواجه جماعة من الأفراد لأسباب ظرفية أو بنيوية موضوعا متعدد الأوجه، حيث أن التحكم في هذا الأخير يعد رهانا في ما يخص وحدة الجماعة وهويتها، ذلك أن التصور يحدث ضمن إطار حقل تصوري لجماعة ما، تجمعها خصائص مشتركة وكذلك أهداف ومعايير ثقافية موحدة، وكلما كانت الجماعة متجانسة، كلما ساهم ذلك في بلورة سيرورة التصورات.
- الديناميكية الاجتماعية: تمثل مجموع التبادلات والتفاعلات التي تجري بين أفراد المجموعة بشأن موضوع التصور والتي تظهر في أفكارهم، وخطاباتهم، وممارساتهم... .
- الأرثوذكسية: تعني أن الجماعة ليست تحت عنصر تعديل وتحكم يمثل نسق أرثوذكسي، بل إن التصور لا بد من أن يكون ضمن إطار معرفي مرن يسمح بالتعامل بكل حرية مع المعلومات وانتقائها، ومعالجتها، وتحليلها وإعادة بناءها في قلبها الجديد لترسيخها والتعامل بها (Moliner., P, 1993, p.4-20).

بعد إسقاط جملة الخصائص السابقة على موضوع دراستنا تبين لنا ما يلي:

إن سرطان الثدي عند المرأة مرض متفش في مجتمعنا يشوبه الكثير من التعقيد بسبب الجانب الخفي لأسبابه المباشرة، وكذلك طبيعة علاجه ومدى فعاليته، إضافة إلى تطوره غير المتوقع أحيانا، دون أن ننسى العدد الكبير من ضحاياه، وجل هذه العوامل تضعه محل استفسارات وتأويلات عديدة، كما أنه كان في العديد من المناسبات محل دراسات وبحوث طبية، ونفسية، واجتماعية، وأنثروبولوجية، ما جعله مادة قابلة لقراءات مختلفة ضمن مجموعة من التفاعلات سعت إلى معالجته. أما في ما يخص الجماعة والرهان، فطالبات علم النفس العيادي (عينة الدراسة) باعتبارهن مجموعة من الأفراد يشتركن في جملة من الخصائص بدءا بالجنس

الذي يجعلهن معنيات بطريقة مباشرة بسرطان الثدي، علاوة على انتمائهن إلى نفس الثقافة تقريبا (المجتمع الجزائري)، ومزاولتهن لنفس التخصص، وبالجامعة عينها، وفي نفس الفترة، أي في نفس الزمان والمكان لتلقي نفس المعلومات، فهذا التجانس في خصائص المجموعة يزيد من فرصة بلورة تصورات حول موضوع سرطان الثدي، بالأخص عندما يتعلق الأمر برهان مرتبط بهوية هذه الجماعة ووجدتها، فالتحكم في هذا الموضوع بالنسبة لهذه الأخيرة على علاقة بهويتهم كنساء أولا، ثم كأخصائيات نفسانيات تقع عليهن مسؤولية الدعم النفسي للمصابات بسرطان الثدي والتكفل بهن، علاوة على مساهمتهم في عملية التحسيس للكشف المبكر عن هذا الداء.

تعتبر الظروف والخصائص التي سبق ذكرها محركا أساسيا لسيرورة تصويرية، ضمن إطار معرفي مرن يسمح ببلورة تصورات اجتماعية حول سرطان الثدي بكل حرية، تظهر في شكل أفكار، واعتقادات، وخطابات، وآراء وأحكام، وسلوكيات، وتوقعات... .

## 9 - البعد الثقافي للمرض وتصورات الاجتماعية:

تشير التصورات الاجتماعية للمرض إلى كيفية إدراك وفهم هذا الأخير وتفسيره وتصنيفه، كما تشير كذلك إلى تأثير التفكير الجمعي في طرق الوقاية منه وأساليب علاجه، فالمرض يخضع في فهمه والتعامل معه إلى جملة المكونات الثقافية، ودور الجماعة المرجعية، وبذلك يكون للمرض بعد ثقافي. وبما أن موضوع الدراسة يتناول داء سرطان الثدي فإن تركيزنا سيكون أكثر حول علاقة الثقافة بالتصورات الاجتماعية للسرطان.

## 9-1 مفهوم الثقافة:

لا يمكننا تناول موضوع التصورات الاجتماعية المتعلقة بالسرطان دون التطرق إلى مفهوم الثقافة، وقد ارتأينا اختيار تعريف تايلور على اعتباره أشهرها باتفاق عدد كبير من الباحثين، وهي كما يصفها «

ذلك الكل المركب الذي يشتمل على المعرفة والعقائد والفن والأخلاق والقانون والعرف وكل القدرات والعادات الأخرى التي يكتسبها الإنسان كعضو في المجتمع « (حسين عبد الحميد أحمد رشوان، 2003، ص63).

فبالنسبة لتأيلور الثقافة لا تقتصر على جانب أو عنصر واحد فقط، بل تضم مجموعة من المكونات التي تتداخل مع بعضها، وتتكون أثناء تفاعل الإنسان مع الجماعة التي ينتمي إليها، أي أنها مكتسبة وليست وراثية بيولوجية.

إن مفهوم الثقافة ككل مركب كما جاء به تايلور، رسم الطريق لظهور مفاهيم جزئية، فقد اتسع مجال البحث، وأصبح هناك مع بداية خمسينيات القرن العشرين أكثر من 160 تعريفاً، تعددت وتنوعت بتعدد وتنوع التخصصات كعلم الاجتماع، وعلم النفس، والاقتصاد، السياسة، وعلم الأحياء...، أين تناول كل عالم في تخصصه معايير معينة وركز في اهتمامه على ما تمليه عليه طبيعة هذا التخصص.

لكن من المهم أن نعرف أنه وبالرغم من هذا التنوع، إلا أن جل التعريفات حملت نقطتين أساسيتين مشتركتين هما: خاصية الاكتساب عن طريق التعلم، وخاصية ارتباط هذا التعلم بجماعات معينة. يقول مصطفى بوتفوشات في هذا الصدد أن « الثقافة لا تنتهي مادام الإنسان حياً ومادام يعيش في المجتمع، فالثقافة هي

الحياة» (Mostefa Boutefnouchet, 1982, p.16).

## 9-2 وظيفة الثقافة:

للثقافة وظيفتان أساسيتان (Guy Rocher, p.7) هما:

### - الوظيفة الاجتماعية

الوظيفة الأساسية للثقافة: جمع عدد وافر من الأشخاص. وهناك عوامل أخرى تساهم بشكل موضوعي وتؤدي إلى نفس النتيجة مثل روابط الدم، والقرب الجغرافي، وتقسيم العمل... ولكن هذه العوامل يتم ترجمتها من خلال الثقافة التي تعطيها معنى مثل الزواج، وتحريم زنا المحارم... .

### - الوظيفة النفسية

لدى الثقافة وظيفة « القلب » الذي تُسكب فيه الشخصيات الفردية فيقدم نماذج من الفكر، والمعرفة، والأفكار، والقنوت المفضلة للتعبير، ووسائل إشباع الحاجيات الفسيولوجية... الخ.

تجدر الإشارة إلى أن هذا القلب ليس جامداً، ويسمح بالتعديلات الفردية ويوفر خيارات بين القيم السائدة، المتغيرة أو المنحرفة، حيث يمكن هنا للمجتمع أن يمنح مجالاً للابتكار لكن بنسب مختلفة.

### 9-3 خصائص الثقافة:

كشفت الدراسات الفارقية التي أجريت بين ثقافات الشعوب والمجتمعات عن تنوع ثقافي كبير جداً، لكن هذا لم يمنع من وجود بعض الخصائص المشتركة التي أشار إليها ميردوك Merdock في إحدى مقالاته عن الثقافة والمعنون «طبيعة الثقافة» (السيد، 2003، ص10-14) وأهمها كما يلي:

### - القابلية للتعلم:

الثقافة ليست بيولوجية وراثية، فعناصرها ومظاهرها أمور يكتسبها الأفراد من خلال تجربتهم في الحياة الاجتماعية عن طريق التعلم، وذلك منذ سنواتهم الأولى حتى تصبح جزءاً من شخصيتهم، ولا تزال هذه الخاصية على الرغم من الجدل الذي يدور حولها بين علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا، مفاده أن الثقافة إذا كانت أمراً يمكن تعلمه؛ يجب أن تخضع لقوانين التعلم التي أوضحها علماء النفس، وبهذا يكون تطبيقها على بعض الأنواع الأخرى مثل الحيوانات الثديية. وبغض النظر عن هذا الجدل، فإن خاصية القابلية للتعلم تؤدي بنا في نظر ميردوك، إلى أن نتوقع أن كل الثقافات سوف تكشف عن بعض التشابهات التي تؤكد ما للثقافة من عنصر هام ومشترك.

### - القابلية للتناقل:

تتميز بعض عناصر الثقافة بالتراكم، ذلك أن الإنسان يبدأ دائماً من حيث انتهت الأجيال الأخرى وما تركته من تراث، وبتراكم الجوانب المختلفة تتطور بعض جوانب الثقافة، ولا شك في أن الإنسان هو الكائن

الوحيد الذي يستطيع أن ينقل ما اكتسبه أو تعلمه من عادات أو طرق للفكر وللسلوك إلى أفراد بني جنسه، وتعتبر اللغة الدعامية الرئيسية لهذه الخاصية، حيث تعتبر المفصل الرئيسي والوحيد الذي يستطيع الإنسان عن طريقه نقل ما تعلمه من معرفة، وعقيدة، وفكر، وسلوك عبر الأجيال، كما تتضمن هذه الخاصية عملية التهذيب، والتنظيم، والصقل، ولا تقتصر على نقل الأفكار والمعرفة فقط.

#### - الطابع الاجتماعي للثقافة:

يتمثل الطابع الاجتماعي للثقافة في أن عناصرها غالباً ما تكون عامة ومشاركة بين الكائنات الإنسانية التي تعيش داخل تجمعات منظمة أو جماعات، وأن تقبلها أو الامتثال إليها يكون مدعماً في كثير من الأحيان بالضغوط الاجتماعية، لذلك فهي تمثل في مجموعها عادات جمعية تنبثق عن التفاعل الإنساني والاجتماعي.

#### - الطابع الرمزي:

يمكن تصور عناصر الثقافة على أنها معايير نموذجية وأنماط مثالية للسلوك، خاصة وأن أفراد المجتمع يكشفون دائماً على درجة ما من الوعي بمعايير ثقافتهم، وعلى قدرة عالية في تمييز هذه المعايير عن العادات الفردية، ففي أي موقف نجد أن الفرد يميل إلى أن يتبع عاداته الراسخة، بما في ذلك ثقافته عندما يقوم باستجابة لحالته ككائن عضوي، أي لدوافعه.

تتجلى رمزية الثقافة في « طريقة التواصل، التعبير، التفكير والسلوك والتي ترمز إلى الامتثال إلى المعايير المتواجدة بها، وهذا الاحترام بدوره يرمز إلى الانتماء إلى جماعة ما. كما أن المعنى الرمزي للسلوكيات هو الذي يسمح لأعضاء المجموعة ولهؤلاء الذين لا ينتمون إليها من رسم الخط الفاصل بينهما» (Guy

Rocher, Op-cit, p5-6)

#### - القدرة على الإشباع:

تُشبع الثقافة دائماً بالضرورة الحاجات البيولوجية الأساسية، والحاجات الثانوية التي تنبثق عنها، كما أن عناصرها تعتبر وسائل مألوفة لإشباع الدوافع الإنسانية في تفاعل الفرد بالبيئة الخارجية التي تحيط به، سواء

كانت طبيعية أو اجتماعية، فعناصر الثقافة تستمر في الوجود عندما تضمن لأفراد المجتمع حداً أدنى من إشباع الحاجات الأساسية، وبناءً على ذلك؛ فإنه توجد ثمة تشابهات على نطاق واسع بين كل الثقافات نظراً لتشابه الدوافع والحاجيات الإنسانية الأساسية.

#### - خاصية التوافق:

كانت الثقافة على مر العصور تميل إلى التوافق مع البيئة الجغرافية، رغم أن التأثيرات البيئية كانت إلى حد كبير وفي نظر الكثير من علماء الأنثروبولوجيا؛ أحد محددات التطور الثقافي، كذلك تتوافق الثقافة من خلال تنظيم البيئة الاجتماعية التي تحيط بنا، إلى جانب قدرتها على التوافق مع الحاجيات البيولوجية والسيكولوجية للكائنات الإنسانية، كما أن تغيير ظروف الحياة أو شروطها يعني توقف الأشكال التقليدية للثقافة، أو عجزها عن تقديم الحد الأدنى لإشباع الحاجيات الإنسانية، ذلك أن هذا التغيير يعني ظهور حاجات جديدة بما يحتم حدوث توافقات ثقافية جديدة لإشباعها.

#### - خاصية التكامل:

تميل عناصر الثقافة كنتيجة للعمليات التوافقية إلى أن تشكل كلا متكاملًا ومتربطًا، وقد تستغرق عملية التكامل هذه فترات طويلة من الزمن.

### 9-4 عناصر الثقافة وعلاقتها بالتصورات الاجتماعية للمرض:

تؤثر التصورات الاجتماعية في تفسير الأفراد لمحيطهم وواقعهم وفهمهم لما يدور من حولهم لا سيما الأمراض، كما أنها تسمح لهم بإعادة بناء واقع اجتماعي من أجل تنظيم محيطهم، والتحكم فيه، والتواصل من خلاله، وفق ما تمليه عليهم مجموعة من القيم والعادات والتقاليد والمعتقدات والأساطير والدين... التي تمثل العناصر البنائية للثقافة كما يلي:

## 9-4-1 المعتقدات والتصورات الاجتماعية للمرض:

يعرف أنجلش المعتقدات على أنها « التقبل الوجداني لقضية أو خبر يحتمل الصدق حسب ما يوجد لدى الفرد من أسباب وحجج، والحجج في المعتقدات يصعب فحصها كما تشتمل على درجات متفاوتة من اليقين الذاتي أي أنها تختلف في قابليتها للتحقق» (الهلي مصباح، الشايب محمد الساسي، 2016، ص.19).

يحتاج الأفراد إلى المعتقدات السائدة في مجتمعهم «لأنها تساعدهم في بناء علاقاتهم مع بيئتهم الخارجية بما يضمن لهم تحقيق حاجاتهم المختلفة في الحياة، وكذلك لكي يتمكنوا من تحديد مكانهم في العالم ومصيرهم، ومعرفة حقوقهم وواجباتهم ومصالحهم...» (علي عبد الرزاق جليبي، 2008، ص.95).

ويقسم روكتش المعتقدات إلى ثلاثة أنواع: الوصفية؛ وهي التي توصف بالصحة أو الزيف، والتقييمية؛ أي التي يوصف على أساسها موضوع الاعتقاد بالحسن أو السيئ، والأمرة أو الناهية (عبد الغني عماد، 2004، ص.146).

وهناك المعتقدات الدينية التي تختلف عن المعتقدات الأخرى في تأكيدها على قوى ما فوق الطبيعة (الهلي مصباح، الشايب محمد الساسي، 2016، ص.19)، كما أن لها أصول في النصوص الدينية المتفق عليها، أما المعتقدات ذات الصبغة الإيمانية فهي تتخذ صيغة دينية دون أن يكون لها أساس واضح أو متفق عليه في النص الديني. وتعد المعتقدات مزيجا من الحضارات الغابرة كالحضارة الفرعونية، القبطية أو الإسلامية وحضارات الشعوب الأخرى. وبما أن الإنسان يعجز أحيانا عن تفسير ما يراه ويعيشه من أحداث الطبيعة، ونظرا لتعرضه إلى العديد من الأخطار في بيئته كالإصابة بالأمراض، فإنه بحاجة إلى الاعتقاد بوجود قوى عليا تسيطر على الأحداث وتوجهها، فتوصل بخياله إلى أن هناك قوى فوق طبيعية وسعى إلى الاتصال بها بحثا عن الأمن الروحي، لذلك نجد أن وجهات النظر الثقافية التي تشكل أساس المناقشة والتفسير لمعاناة المريض، تركز الاهتمام على الفرد والمعاناة الفردية، وغالبا ما تكون نتيجة تأثير أعضاء الجماعة في فهم الأفراد للصحة والمرض (علي المكاوي، 1994، ص.159).

تشمل التصورات الاجتماعية للمرض حسب Leventhal خمسة أصناف من المعتقدات وهي الهوية، العوامل، النتائج، المسار، التحكم، والعلاج، حيث تنتظم هذه الأصناف فيما بينها مكونة نظرية « شعبية » بخصوص موضوع الأمراض.

وتمثل الهوية « الطريقة التي يُعرّف بها الفرد المرض وكذلك الأعراض التي يربطها بهذا الداء، كما لديه اعتقادات حول العوامل المسببة لهذا المرض وانعكساته على حياة الفرد، إضافة إلى أنه يكون اعتقادات حول مآل المرض وتطوره، وكذا العلاج الذي يسمح بالتحكم في هذا الأخير أو الشفاء منه» (Lavesque, A, 2015, P.36-37)

تشير الدراسات الأنثروبولوجية إلى دور المعتقدات الشعبية في تفسير الأفراد للأمراض ومسبباتها، وكيفية الوقاية منها، وحتى الطرق العلاجية الرسمية أو الشعبية، كما كشفت عن العلاقة بين الممارسات الطبية والمعتقدات كدراسة ريفرز (1928) حول (الطب والسحر والدين)، ودراسة ماكلين حول الطب السحري (مختار رحاب، 2014).

للإشارة فإن عددا من مجتمعات العالم بما فيها المجتمع العربي لا يزال يعتقد بشكل كبير في الطب الشعبي أو التقليدي، ومما لا شك فيه أن لجوء المرضى عامة ومرضى السرطان بصفة خاصة إلى طلب العلاج عند هؤلاء المختصين في الطب الشعبي، يؤخر اكتشاف السرطان ويعرقل فعالية العلاج، ويقلص فرصة البقاء على قيد الحياة، وهي مشكلة جديرة بالاهتمام (محمد مدحت جابر، فاتن البنا، 1998، ص.81).

فعندما يتعلق الأمر بأمراض على درجة من الخطورة كالسرطان، فإن مثل هذه الاعتقادات والسلوكيات المنجزة عنها، تشكل عائقا حقيقيا أمام التشخيص المبكر للمرض الذي يعد فرصة المصاب الوحيدة للتكفل السليم به، والتمثل للشفاء بأقل الأضرار الممكنة.

لقد كان للمجتمعات العربية المختلفة قديما ممارسات علاجية غير مألوفة لبعض الأمراض، ولازالت تُمارَس إلى غاية اليوم بالرغم من التقدم العلمي في مجال الطب والأدوية، ففي المغرب مثلا؛ يقومون بعلاج آلام

الرأس أو الصداع عند أحدهم بضرب حيوان ما، إلى غاية خروج الكائن الشرير الذي يسكن في رأس الشخص المعني وانتقاله إلى ذلك الحيوان. كما يستخدم حليب الحمير لعلاج الكحة وهي وصفة قديمة من زمن الفراعنة. هذه وغيرها من الاعتقادات تعبر عن الموروث الثقافي المتداول عبر الأجيال والعصور (عبد المحسن صالح، 1979، ص 79).

#### 9-4-2 العادات والتقاليد والتصورات الاجتماعية للمرض:

تعتبر التقاليد عن مجموعة من قواعد السلوك التي تنشأ عن الرضى والاتفاق الجمعي، حيث تستمد قوتها من المجتمع، وتحتفظ بالحكم المتراكمة، وذكريات الماضي التي مر بها المجتمع، يتناقلها الخلف عن السلف جيل بعد جيل، والتقاليد هي «أسلوب المجتمع في احتواء العادة النافعة والآثار والبقايا غير النافعة». تختلف العادات عن التقاليد في كون العادات تتعلق بالسلوك الخاص وهي متغيرة باستمرار، في حين أن التقاليد تتعلق بسلوك المجتمع ككل وتعزز تماسكه، وتوجه الفرد إلى ممارسة المسموح، وتجنّب ما يحرمه المجتمع (حسين عبد الحميد أحمد رشوان، 2006، ص 159).

تتباين التقاليد والعادات من مجتمع إلى آخر، وهي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالموروث الثقافي الشعبي كونها تستمد قوتها وغناها من أدبه الشفوي والمكتوب في أشكال عديدة كالأمثال والأحكام، كما تعتمد على خرافاته ومعتقداته وأساطيره كالاعتقاد بالنحس، وسوء الطالع، والتبرك، والطب الشعبي والعلاج به، والإيمان بالسحر والشعوذة... .

تتدخل العادات والتقاليد بمعظم أشكال الحياة الاجتماعية وتفاعلاتها كتلك المرتبطة بالولادة والموت، الزواج، السفر...، كما ترتبط العادات الاجتماعية بالصحة والمرض، وتمارس دورها في تحديد نوعية الإجراءات العلاجية، ونوعية الخدمات الصحية التي يلجأ إليها المريض، سواء كانت رسمية أو غير رسمية، وفي بعض الأحيان قد تتعارض العادات الاجتماعية مع فكرة اللجوء إلى العلاج الطبي الحديث، كما أنها قد تنسب المرض إلى ظروف مؤقتة أو تستصغر خطورته. وتوضح دراسة ميكانيك وفولكارت مدى تدخل العادات

الفردية والاجتماعية في تقييم درجة خطورة المرض، وبالتالي الاعتماد على الخدمات الصحية، فإذا كان المرض شائعا ويمكن التنبؤ بمساره فإن المريض لا يعرض نفسه على الطبيب، ولكن كلما تباينت الأعراض وكانت شاذة وصعب التنبؤ بمجرها، كلما خرجت الحالة عن نطاق العادات الفردية إلى نطاق العادات الاجتماعية، ويبرز بالتالي دور العوامل الثقافية والاجتماعية في اللجوء إلى الخدمة الصحية (نجلاء عاطف خليل، 2006، ص186).

### 9-4-3 القيم والتصورات الاجتماعية للمرض:

تعد القيم « مجموعة من التنظيمات النفسية لأحكام فكرية وانفعالية يشترك فيها أشخاص، بحيث تعمل تلك التنظيمات في توجيه دوافع الأفراد ورغباتهم في الحياة، لخدمة أهداف محدودة تسعى لتحقيقها تلك الفئة» (جابر نصر الدين، 2006، ص162).

تؤثر القيم على تنفيذ التعليمات الطبية والاهتمام برعاية المرضى وتشجيع التعليم الطبي بشكل عام، فهي تدخل في أدق التفاصيل الخاصة بحجم الأسرة، والسكن، والتغذية والرضاعة، والبطام وغيرها، فتعلم الأمهات القيم الصحية ومهارات الأمومة، مما ينعكس على صحة أطفالهن ويساهم في انخفاض معدل الوفيات بينهم، كما تلعب القيم دورا بارزا في تحديد الأسلوب الذي نشكو به، ونوع الطبيب أو المستشفى الذي نلجأ إليه، وقد تقف القيم الثقافية أحيانا ضد فكرة الاستفادة من العلاج الطبي، وقد تكون مشجعة على ذلك أحيانا أخرى. لذلك فقد اعتمد المسؤولون عن التخطيط الصحي عند فشل برنامج صحي معين، على مراقبة قيم الجماعات لتحديد المحفزات التي ينبغي عليهم استغلالها أثناء التوعية الوقائية (علي المكاوي، 1994، ص66-74).

### 9-4-4 الدين والتصورات الاجتماعية للمرض:

يعد مفهوم الدين شديدا بمفهوم الثقافة لأنه من السهل استخدامه في حديث عادي، لكن من الصعب تحديده بدقة نظرا لتعدد أوجهه والتي لا تبدو دينية بحد ذاتها، فعلى سبيل المثال، يشمل الدين التجمع في

مجموعات، كما يشمل الأكل الجماعي والكتاب النظري حول طبيعة الكون وما غير ذلك (جيمس داو، هاجر كنيع، 2016، ص7).

وعلى حد تعبير كيسلر « البحث عن تعريف شامل وموحد للدين يمكن الاستفادة منه في جميع الاختصاصات الأكاديمية خاطئ » فإنه من الأرجح كما يقول جيمس فريزر أن يحدد كل باحث ما الذي يعنيه بكلمة الدين (فضيل حضري، 2011، ص183)، ولقد رأينا أن التعريف الذي يقدمه بلفيزير على أن « الدين يعبر عن رؤية معينة للوجود والطبيعة والإنسان، ويقوم على تعاليم ترسم للمنتسبين إليه المسموح والممنوع، ترسخ في أنفسهم مبادئ تحولت إلى قواعد صارمة للسلوك، وأفكار تحولت إلى عقائد ثابتة، لا تقبل المراجعة في جانبها اللاهوتي حتى وإن كانت بميدان الممارسات في المجتمع المدني » (بلفيزير، 1998، ص53)، يعبر عن ما نقصده بمفهوم الدين كجزءا من ثقافة المجتمع الجزائري الذي يساهم إلى حد ما في بلورة تصوراته الاجتماعية للمرض، وبالتحديد سرطان الثدي. فمن المهم أن نعي أن العلاقة بين التصورات الاجتماعية والدين تقوم أساسا على الدور الذي يلعبه هذا الأخير في تحديد سلوك الأفراد، وتوجيهه نحو ما تسمح به تعاليمه، أو بإبعاده عن ما تنهى عنه، غير أن ذلك يحدث أحيانا وفق اعتقادات خاطئة.

فبالنسبة للوقاية من الأمراض مثلا ونظرا للفهم الخاطئ لما يؤمر به الدين الإسلامي من احتشام وعدم كشف العورة إلا في حالات محددة، يقول تعالى « فَمَنْ اضْطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ وَلَا عَادٍ فَلَا إِثْمَ عَلَيْهِ ۗ إِنَّ اللَّهَ غَفُورٌ رَحِيمٌ » (سورة البقرة، الآية173)، فإن بعض النساء وخاصة الشابات منهن تتجنبن القيام بالمعاينة الطبية لحالاتهن الصحية وإجراء الفحوصات اللازمة للكشف عن سرطان الثدي، ضنا منهن أن ذلك مخالفا للدين ومناقضا لشرع الله، مما يعرض حياتهن للخطر.

كما أن لجوء بعضهن للتداوي من سرطان الثدي بالرقية دون الالتزام بالعلاج الطبي أو الجراحي، يعد كذلك من بين العوامل التي تقلص من فرص التمثل للشفاء لديهن، أو الاعتقاد بوجود الاستسلام لقضاء الله وقدره دون سعي لأن المرض « مكتوب ».

وتضل هذه الاعتقادات سائدة باسم الدين على الرغم من أن القرآن الكريم وضح في كثير من الآيات أهمية الاعتناء بالجسم من خلال النظافة والرياضة، والأكل المتوازن، والأخذ بالأسباب في حالة الإصابة بالأمراض والتداوي، كما حدثنا النبي محمد صل الله عليه وسلم بأقوال تفسر ما جاء في الآيات القرآنية.

فمثلا في أهمية النظافة يقول تعالى « يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِذَا قُمْتُمْ إِلَى الصَّلَاةِ فَاغْسِلُوا وُجُوهَكُمْ وَأَيْدِيَكُمْ إِلَى الْمَرَافِقِ وَامْسَحُوا بِرُءُوسِكُمْ وَأَرْجُلَكُمْ إِلَى الْكَعْبَيْنِ ۗ وَإِنْ كُنْتُمْ جُنُبًا فَاطَّهَّرُوا ۗ » (سورة المائدة الآية6)

فالوضوء عن طريق غسل الأعضاء الظاهرة من الجسم خمس مرات في اليوم، علاوة عن الطهارة من الجنابة تحمي المسلم من العديد من الأمراض وتحافظ على سلامته، والصلاة تعوده على النشاط والحركة فهي تعتبر رياضة للبدن تحرك أعضاء الجسم كله، وكذلك المفاصل والعمود الفقري، فضلا عن قيمتها الروحية من تهذيب للنفس وتعويدها على الطاعة.

كما يؤمرنا الله تعالى بالصيام لما له من فوائد صحية قيمة في التخلص من بعض العادات السيئة كالتدخين والأكل في كل وقت دون نظام، إضافة إلى مساهمته في إعادة التوازن الحمضي للجسم والتخلص من السموم، فضلا عن تعليم الإنسان الصبر والتحكم في النفس وكبح الشهوات والشعور بألم الفقراء والمعوزين، يقول تعالى « يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُتِبَ عَلَيْكُمُ الصِّيَامُ كَمَا كُتِبَ عَلَى الَّذِينَ مِن قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ (183) أَيَّامًا مَّعْدُودَاتٍ ۗ .. » (سورة البقرة، الآية 183-184).

أما في ما يخص التداوي، وفي صحيح مسلم من حديث جابر بن عبد الله قال: قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ: « لِكُلِّ دَاءٍ دَوَاءٌ فَإِذَا أَصَابَ دَوَاءٌ الدَّاءِ بَرَأَ بِإِذْنِ اللَّهِ »، وعن أبي سعيد الخدري عن النبي صل الله عليه وسلم قال: « ما أنزل الله من داءٍ إلا وأنزل له دواء، عِلْمَ ذَلِكَ مِنْ عِلْمِهِ وَجَهْلُهُ مِنْ جَهْلِهِ إِلَّا السَّامَ وَهُوَ الْمَوْتُ » (رحاب خضر عكاوي، 1990، ص96).

تبين هذه الأحاديث حث النبي صل الله عليه وسلم على أهمية وضرورة تعلم المسلمين الطب وتشجيعهم على إيجاد العلاج لكل داء، والأخذ بالأسباب وعدم الاستسلام أمام المرض أو التغافل عن أعراضه. وفي هذا الصدد يفسر الإمام ابن القيم الجوزية رحمه الله قول الرسول صل الله عليه وسلم « لِكُلِّ دَاءٍ دَوَاءٌ » على أنه

« تقوية لنفس المريض والطبيب، وحث على طلب ذلك الدواء والتفتيش عليه، فإن المريض إذا استشعرت نفسه أن لدائه دواء يزيله، تعلق قلبه بروح الرجاء، وبردت عنده حرارة اليأس، وانفتح له باب الأمل، ومتى قويت نفسه، انبعثت حرارته الغريزية... فقهر المرض ودفعه. وكذلك الطبيب إذا علم بأن لهذا الداء دواء أمكنه طلبه والتفتيش عنه» (ابن القيم الجوزية، 1377، ص6).

تعتمد العديد من المجتمعات الإسلامية في علاجها لمختلف الأمراض على الرقية الشرعية وهي في الأصل من حيث المعنى تعني « التعوذ بالله من كل شر وأذى أو فزع أو جنون، وتتمثل أساسا في قراءة آيات من القرآن الكريم مع الدعاء والأذكار المأثورة عن الرسول محمد صل الله عليه وسلم»، والرقى المشروعة تكون لدفع البلاء قبل وقوعه أو رفعه بعد وقوعه، لكنها في جميع الأحوال لا تتنافى الأخذ بالأسباب، أما ما يمارس خارج هذا الإطار وقواعده فهو ليس مشروعاً ويمكن أن يلحق الأذى بالمرتمي (علي بن نفيح العلياني، دت، 8-19-73).

ونظرا للفهم المغلوط للرقية عند بعض الأفراد الذين يعانون من مرض ما، فإن الانتهازيين يستغلون فرصة المرض والضعف للنصب والاحتيال عليهم لكسب الأموال، ويُسْتَغَلُ كلام الله لأغراض شخصية فيفوتون على المصاب فرصة العلاج، وقد تزيد حالته سوءاً، وقد ينتهي به الأمر إلى فقدان حياته، والأمثلة كثيرة في مجتمعنا عن مثل هذه الممارسات الغربية (الطالب، القطع، الزرد...) التي تدّعي علاج كل الأمراض؛ بما فيها تلك التي على درجة من الخطورة كالسرطان.

بهذا يظهر أن الدين يلعب دوراً مهماً في تشكيل الثقافة وتعبئتها برموز وقيم تساهم في تحديد حقلها الخاص، لأن كل ما يحمله من أفكار يعمل على شحن الخيال الجمعي والتصورات الاجتماعية برموز وعادات ومعتقدات، مما يوجه السلوكيات، ويحدد الممارسات تجاه الظواهر الاجتماعية، والنفسية والمرضية سواء كانت هذه الاستجابات صحيحة، أو خاطئة مبنية على إدراك مغلوط ومبهم للقيم الدينية.

## 9-4-5 الأسطورة والخرافة والتصورات الاجتماعية للمرض:

الأساطير هي « مجموعة من الأكاذيب، ولكنها أكاذيب كانت لقرون طويلة حقائق يؤمن بها الناس» (عبد المعطي شعراوي، 1995، ص6)، وفي واقع الأمر فإن «الأسطورة قصة تقوم على عنصر حقيقي يعد مركزها، ثم تأتي الأجيال المتعاقبة لتتناول تلك القصة الحقيقية وتغلف ذلك المركز الحقيقي بقشور من أفكار تلك الأجيال أو معتقداتها. وتشمل الأسطورة النشاطات الاجتماعية من أدبية وحرية وصناعية ودينية...» (كوملان بيار، 1992، ص5).

أما الخرافة فهي « نسيج لا يحمل أصلا واقعيا، تقوم على التأليف الخيالي فرديا كان أم جماعيا » (زكي أحمد كمال، 1975، ص63).

والجدير بالذكر أن كل من الأساطير والخرافات لا زالت تحتل حيزا مهما في حياة الأفراد والجماعات، حيث تسمح لهم بتفسير ما يعجزون عن فهمه، وتبرير ما يسلكونه من أفعال، وبهذا فإنها تغذي تصوراتهم الاجتماعية التي تُفَعِّل هذه المعتقدات وتجسدها في الواقع من خلال أفعال وممارسات، أو تتدرج ضمن مسمى الطقوس والشعائر لمختلف المواضيع التي تصادفهم لا سيما المرض، لكن الوضع يصبح خطيرا إذا تعلق الأمر بالأمراض المعقدة كالسرطان، حيث تلجأ بعض النساء المصابات بسرطان الثدي مثلا إلى الأضرحة لاعتقادهن الخاطيء حول نفع الضريح، أو تذهبن إلى العرافات والمشعوذين وغيرهم من المحتالين طلبا للعلاج، خاصة في البلدان الفقيرة أو في طور النمو. فعجز المصابات عن تفسير ما يحدث لهن، وهروبهن من العالم الواقعي نحو اللاعقلانية والعوامل الفوق طبيعية بما تمليه عليهن الثقافة الشعبية السائدة كالجن (مخلوق من مخلوقات الله تعالى يختلف عن أصل الإنس ويتشابه مع بني آدم في بعض من الصفات كالعقل والتمييز وحرية الاختيار بين الخير والشر)، والسحر (مجموعة من الأساليب تستعمل للتأثير على قوى طبيعية أو خارقة للطبيعة بغرض إنزال الأذى بالآخرين، وذلك عن طريق بعض الممارسات الشعائرية) (محمد عباس إبراهيم، 2003، ص203)، والحسد (تمني زوال النعمة عن الغير ويتأتى من البغض والحقد) (موسى

شاهين، 1991، ص.33)، والعين (أن ينظر المعيان بإعجاب إلى رجل أو شيء فيلحق به الضرر)،  
(Doutté, E, 1984, p.317-318)، يجعلهن فريسة سهلة للمحتالين، ويكبح سعيهن نحو الخدمات الطبية  
الرسمية.

إن كل هذه الخرافات والاعتقادات والممارسات تقف حائلا أمام ما تسعى إليه المجهودات المبذولة في سبيل  
نشر الثقافة الصحية في مجتمعات العالم، وما الجزائر إلا واحدة من هذه الدول التي تشهد مثل هذا  
الاصطدام، ولعل محاولة التطرق إلى تاريخانية المجتمع الجزائري فيما يتعلق بالصحة والمرض ولو بإيجاز  
تمكنا من فهم تغلغل مثل هذه العناصر الثقافية فيه.

## 10- الصحة والمرض في البيئة الاجتماعية والثقافية الجزائرية عبر التاريخ:

لعب الموروث الثقافي الخاص بالصحة والمرض في المجتمع الجزائري دورا كبيرا في غرس مفاهيم  
مغلوطة حول حقيقة الأمور الطبية والتأسيس الديني المبني على الخوف من المجهول، حيث ساهم هذا  
الموروث في جعل بعض الممارسات والالتزام بها شيئا مقدسا، رغم تغيير البناء الاجتماعي في كل مرحلة  
من مراحل تاريخ الجزائر (Henni, A., 1986).

عاش في الوطن الجزائري سلالات مختلفة وأعراق عديدة (الرومان، الفينيقيون، الوندال، الإسبان...)،  
وتعاقبت عليه عدة حضارات ما جعلها تتمتع بتنوع بشري وثقافي كبير في عدة مجالات، منها الممارسات  
الطبية، والطرق العلاجية والوقائية على إختلاف مصادرها، التي كانت تخضع إلى الموروث الثقافي المتناقل  
(شويتام أ، 2009، ص16)، لكن الدراسات الأنثروبولوجية تشير إلى أن الجنس الذي ارتبط بهذا الوطن هو  
البربر الذين كان نهجهم الاجتماعي والمعاشي يخضع للنظام العشائري، وكانوا يتمتعون بالقوة الجسدية  
والصحة وطول العمر (عشراتي سليمان، 2002، ص.170).

## 10-1 فترة الاحتلال الروماني:

انتشر في الحقبة التي دخل فيها الرومان إلى الجزائر (125 قبل المسيح)، وباء الطاعون الذي خلف أعدادا كبيرة من الضحايا، علاوة على أمراض أخرى عرفتها المنطقة مثل حمى المستنقعات (Paludisme) الذي انتشر بسرعة نظرا للمناخ الرطب والحار الملائم لتكاثر الطفيليات، إضافة إلى داء الكلب (La rage) والسل (La tuberculose)، والربو (L'asthme)، والروماتيزم (Rhumatisme)، والسرطان، وهذه الأمراض كانت تعتبر فتاكة لا سبيل للشفاء منها. إضافة إلى أمراض أخرى كذلك مثل الشلل والصرع، حيث كان السكان يفسرون سببها بأنه جن شرير، كما كانت التشوهات الخلقية هي الأخرى سببها القوى الشريرة حسب اعتقادهم، وظل إدراك المرض في تلك الفترة مبنيا على التفسير السحري، أما الكوارث الطبيعية فقد كانت تنسب إلى غضب الآلهة، مما كان يستلزم من السكان تقديم تضحيات والقيام بطقوس معينة طلبا للعفو. كما كان السكان يتبركون بآلهة الطب إسكليبيوس ESKLEPIOS و يقيمون لها التماثيل في مختلف أنحاء الجزائر مثل تلك الموجودة في مدينة شرشال، وقد أظهرت عدة آثار رومانية وجدت بالجزائر لجوء السكان إلى الأطباء والتقرب بالطقوس في آن واحد، لدفع الشر وطلب الشفاء (Khiati, M.2000. p18 -23).

## 10-2 فترة ما بعد الفتح الإسلامي بالمغرب (العصر الذهبي: القرن 8-15):

ساهم انتشار الإسلام بالمغرب العربي في تطوير مفاهيم متعلقة بالطب الوقائي المبنية على القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة، فظهر ما يسمى بالطب النبوي الذي يشمل مبادئ عامة للوقاية من الأمراض والحث على النظافة، ووصفات من السنة النبوية، كما برز العديد من العلماء كابن سينا، وابن رشد، ...، وقام المسلمون بترجمة الحضارات الكبيرة خاصة اليونانية كأعمال هيبيوقراط، وأرسطو، وسقراط، ... التي كانت تزخر بالمعارف الطبية، ونقل الإرث المعرفي الإغريقي والروماني إلى بلاد الأندلس والمغرب.

ظهر أطباء مخضرمون خاصة في منطقتي بجاية وتلمسان كأبي جعفر الذهبي، وإسحاق ابن سليمان، ابن خميس التلمساني، محمد ابن يوسف السنوسي وغيرهم، وكانت تلمسان مركزا كبيرا للتكوين في مجال الطب (Khiati, M.2000. p38-48).

لم يمنع هذا التطور الطبي الذي شهده المغرب الأوسط (الجزائر) ظهور وانتشار بعض الأمراض آنذاك مثل الطاعون، إلى جانب أمراض أخرى أصيب بها بعض السلاطين، وكان الروماتيزم الذي عرف في الثقافة الشعبية بـ(النقطة) من بين الأمراض المزمنة التي كانت آنذاك، كما انتشر مرض الزهري La syphilis في تلمسان في أواخر القرن الخامس عشر بسبب انتشار الأجانب اليهود (فيلاي، ع.1995).

رغم كل هذا الاهتمام والتطور الذي حظيت به العلوم الطبية على غرار العلوم الأخرى بمنطقة المغرب الأقصى بكونها جزء من المغرب الكبير، إلا أن الاعتقادات والعادات وغيرها من المكونات الثقافية كانت تظهر في العديد من الممارسات التي تخلط بين الطب الرسمي والشعوذة (Khiati, M.2000. p38-40).

### 10-3 فترة الاحتلال الفرنسي للجزائر (من القرن التاسع عشر إلى الاستقلال 1830-1962):

تشهد هذه الفترة من تاريخ الطب في الجزائر وقائع وأحداث كثيرة ومؤلمة بداية من القرن التاسع عشر، أين استُغل فيها الطب الرسمي من قبل المستعمر الفرنسي لأغراض سياسية محضة؛ كتسريب المعلومات والدعاية للمستعمر الغربي لأجل الرضوخ له، حيث كان الهدف الأساسي للعلاج هو الهيمنة وفرض سيطرته على الجزائريين (أرنولد دافيد، 1989، ص8). ثم بعد ذلك ومنذ القرن 20 إلى غاية الإستقلال عرف السكان المحليون تهميشا وطغيانا كبيرين، وحرموا من الرعاية الطبية بالرغم من تواجد بعض المسلمين في معاهد الطب الفرنسي، مما زاد من تمسك السكان الجزائريين بالطب التقليدي والممارسات الشعبية في علاج الأمراض. وقد شاع بشكل كبير اللجوء إلى هذا الطب الذي يعتمد في بعض مبادئه على الدين ويتناول أسس النظافة والوقاية من الأمراض، حيث ظل الملجأ الوحيد الذي يقصده الجزائريون عند الحاجة إلى العلاج طيلة الفترة الممتدة ما بين القرن التاسع عشر والقرن العشرين.

لقد كان للأطباء المحليون صيدليات للأعشاب يعتمدونها في خلطاتهم لعلاج العديد من الأمراض وأعراضها كالحمى، الإسهال، الغثيان، أوجاع البطن... (Turin,Y, 1983, p.307)، وقد تسبب تدهور الأوضاع الاقتصادية، والسياسية، والاجتماعية التي عرفتها المنطقة المحتلة، زيادة عن المجازر التي ارتكبتها المحتل في المعارك المتكررة في انتشار الأمراض كالجرب، الزهري، الحصبة، أمراض العيون، والسرطان (Doudou,A, 1989).

و كلما كان إصرار العدو على إدخال مفاهيم عن الصحة والوقاية ومحاولة فرضه ممارسات الطب الغربي، كلما زادت مقاومة السكان الجزائريين لهذه السياسة وتمسكهم بثقافتهم واعتقاداتهم الشعبية حول الصحة والمرض، ولعل ما حدث في عمليات التطعيم التي كانت مابين سنة (1830-1850) خير دليل على رفض الجزائريين للطب الغربي، أين اصطدمت هذه العملية الوقائية بعوائق ثقافية، واجتماعية، وأيديولوجية تُميز المجتمع الجزائري المحتل، حيث كان التصور حينها بخصوص التلقيح هو اختلاط دم الأطفال الجزائريين بدم المحتل الفرنسي.

لم تؤثر ثقافة المجتمع الجزائري على تصوراته للوقاية الصحية فحسب، بل كان المرض هو الآخر متجذر في إطار ديني، حيث كان الأفراد يعتقدون بأن الله ينزل عقابه على عباده في شكل وباء (Turin,Y, 1983, p.314-356)

إن هذه التصورات حول المرض والوقاية شكلت عائقا أمام السياسة الصحية المنتهجة من قبل المستعمر آنذاك، رغم أن هدفها كان سياسيا، لكن الجدير بالذكر هو أن إصرار الشعب المحتل قد أفرز تحفظا كبيرا على العلاج الطبي الرسمي، لأن محاولة فرض الممارسات والقواعد الغربية بالقوة على المجتمع الجزائري، كان في الكثير من الأحيان يؤدي إلى زيادة انتشار المرض وليس الحد منه.

## 10-4 فترة ما بعد الاستقلال:

بعد خروج المحتل الفرنسي من الأراضي الجزائرية واستعادة الدولة لسيادتها وحريتها، عرفت هذه الأخيرة العديد من الصعوبات في جل الميادين، وكان الطب أحد هذه القطاعات التي عانت من نقص كبير لا سيما بسبب السياسة الصحية التي كانت تفرضها فرنسا على السكان الجزائريين من تهميش الأطباء الجزائريين، ومحاربة الطب النبوي ومنعه، بغض النظر عن ما خلفته الحرب من أوبئة وأمراض وإعاقات وفقر...، زيادة عن مغادرة معظم الأطباء الفرنسيين الجزائريين، بحيث تقلص عددهم من 2500 طبيب إلى 630 فقط (براحو فافا سهيلة، 2009، ص113)، إلى جانب النقص الفادح للهياكل الصحية وتمركز النظام الصحي الموجود آنذاك بالمدن الكبرى كالجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة، المتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات، وتقدم المساعدات الطبية المجانية، لذلك كان لزوما على الحكومة استبدال الشكل الصحي الاستعماري الموروث، بنظام آخر يختلف عنه في مضمونه وأهدافه (حاروش نور الدين، 2009، ص132)، وبات التكفل بمختلف الأمراض السائدة حينها يشكل تحديا كبيرا للدولة، خاصة الأمراض التي على درجة من الخطورة كالسرطان، وبما أنه موضوع هذه الدراسة، حاولنا أن نطرح لمحة موجزة على وضع التكفل بمرضى السرطان في تلك الفترة الحساسة من تاريخ الجزائر.

ركزت الحكومة الجزائرية بعد الاستقلال في سياستها الصحية على ثلاثة أهداف رئيسية هي: الوقاية من خلال إجراء حملات تلقيحية وعمليات النظافة، إضافة إلى علاج الأمراض، والتوزيع العقلاني للأطباء على كافة التراب الوطني. وقد شهدت الدولة تحسنا ملحوظا في قطاع الصحة مقارنة بما كان عليه الوضع سابقا، حيث تراجعت الأمراض المتنقلة وسُجّل ارتفاعا في عدد المواليد، وفي معدل العيش الذي انتقل من خمسين سنة 50 بعد الاستقلال مباشرة، إلى خمسة وستين سنة 65 في 1989.

اعتبر السرطان هاجسا مخيفا بسبب غموض أسباب الإصابة به وكيفية الوقاية منه، وغياب التكفل الصحي الجيد والعلاج من جهة، وبفعل المعاناة والنهائية الأليمة التي يفرزها غالبا من جهة أخرى، حيث كان

السبب الثاني للوفيات في الجزائر، والحقيقة أن الانتشار الكبير لهذا الداء لم يلق الإمكانات المادية والتقنية والبشرية الكافية للحد منه، وفي ظل غياب سجلات وطنية للسرطان وأنواعه خلال سنوات الثمانينات، اعتمد على تقديرات نسبية تشير إلى إصابة خمسين حالة لكل مائة ألف ساكن (50-100000)، أي 12000 حالة في السنة، منهم 3000 بدون علاج لعدم توفر الدواء الخاص بالمرض.

لقد ساهمت كل هذه العوامل في فتح باب العلاج التقليدي والممارسات الشعبية على مصراعيه، حيث كان عددا من السكان يلجؤون إليه، أما الآخرون فقد كانوا يُحوّلون إلى خارج الوطن، وفي هذا الصدد أشارت الإحصائيات إلى تحويل 3090 حالة سنة 1986، وبذلك كان السرطان أول سبب لتحويل المرضى خارج الوطن قصد العلاج (Khiati, M. 2000, p82-83).

مرت الجزائر بعشرية دامية منذ التسعينات أين تدهور الوضع الأمني، وشهدت الدولة حالة من عدم الاستقرار في جميع المجالات، تسببت في عودة بعض الأمراض المتنقلة والأوبئة عن طريق المياه، وظهور الأمراض المزمنة كالسكري، وأمراض القلب، والتنفس، وبعد مرور تلك الفترة العسيرة، عادت الأوضاع لتحسن شيئا فشيئا من جديد في مجال الصحة، وتم القضاء نهائيا على العديد من الأمراض المتنقلة كالجدام، الدفتيريا، السعال الديكي والحصبة، وسجل انخفاض في حالات مرض السل، لكن في المقابل تفتت أمراض أخرى كارتفاع ضغط الدم، والسكري، وأمراض القلب، والسرطان؛ حيث كان عشرة ونصف بالمئة (10.5%) من السكان مصابون بها (براحو فافا سهيلة، 2009، ص115-116).

أما داء السرطان ونظرا لانتشاره الواسع، وارتفاع عدد ضحاياه في كامل التراب الوطني، فقد شهد في السنوات الأخيرة اهتماما معتبرا من قبل الدولة والمجتمع المدني، حيث خصص مخطط وطني له يُعنى بجميع حيثيات الداء، وسنتناول هذا الموضوع بمزيد من التفاصيل في الفصل القادم. لكن قبل ذلك، رأينا أنه من المهم التطرق إلى السرطان في الفكر الاجتماعي، لفهم أكثر الأسباب التي تقف وراء الرعب الذي يكتسي هذا الداء بغض النظر عن المعطيات الطبية والوبائية.

## 11- التصورات الاجتماعية للسرطان بين الماضي والحاضر:

تشهد الأبحاث التي أجريت على المومياء الفرعونية المصرية على وجود الأمراض السرطانية منذ ما يقارب الأربعة آلاف أو الخمسة آلاف سنة. وكان الطب القديم لا يزال متجذراً في الفكر السحري بشكل أساسي، وقد دلت أوراق البردي على أن التدخل العلاجي كان في ذلك الوقت محظوراً، لأنه يؤدي إلى تقادم الوضع وانتشار المرض في كامل الجسم، وعليه فإن سلوك الامتناع كان هو الشائع آنذاك.

في أواخر القرن الخامس قبل الميلاد، ظهرت المفاهيم الأولى لعلم السرطان Cancérologie، بفضل الطبيب هيبوقراط الذي كان قادراً على فك قيود الطب في عصره من التأثيرات الدينية والفلسفية التي شلت تطوره، ودعاه بمنهجية صارمة لم يعد التفكير المنطقي فيها يسبق الملاحظة، وإنما يعتمد عليها.

وصف هيبوقراط عدة سرطانات كسرطان الثدي، سرطان الجلد، سرطان الرحم...، وقدم نظرية الأمزجة الأربعة (الدم، البلغم، العصارة الصفراء والعصارة السوداء) التي يضمن توازنها في جسم الإنسان العمل الجيد للعضوية، حيث إن زيادة العصارة السوداء التي ترافق الانفعالات السلبية كالقلق، والحزن والغضب...، وكل الاضطرابات التي يمكن أن يتعرض لها الفرد، تقوم بغمر مزاجه السوداوي بالحمض والخميرة المسرطنة، وهكذا يصاب بالسرطان.

مر الطب بفترة طويلة من الركود بعد هيبوقراط، وبفضل الأعمال التي ظهرت على أمراض الخلية في القرن التاسع عشر، عُرف خطأ النظريات السابقة، وكان لاكتشاف الجهاز اللمفاوي نتائج قيمة في الميدان العيادي. للإشارة فإن كلمة الانبثاث ظهرت أول مرة في 1829 من طرف Récamier بعد اكتشافه لتموضع ثانوي في المخ لسرطان الثدي لدى فتاة تبلغ 28 سنة.

أما اليوم وبفضل ما عرفه الطب من تطور في ميدان علم الوراثة، والتحليل الإحصائي وعلم المناعة، وعلم الفيروسات، وعلم حركيات الخلايا، وعلم الغدد الصماء، فقد تمت إعادة صياغة عميقة للأفكار المتعلقة بالسرطان (Barthelmé,E).

تُبنى المعرفة الشعبية حول السرطان على تصورات اجتماعية تم إنشاؤها باستخدام صور أو رؤى عامة ينقلها السكان حول المرض (Massé, 1995). ويرتبط السرطان بشكل كبير بفكرة عدم قابلية المرض للشفاء في التصورات الاجتماعية منذ القدم، حيث يعتبر مرضا قاتلا لا محالة، وأي شخص كان مصابا به وتمثل للشفاء، يعده الجميع ضحية تشخيص خاطئ، وأن ما كان يعانيه هو أعراض لمرض آخر غير السرطان لأن السرطان يعني الموت.

إن كلمة السرطان مشبعة بالصور المرعبة في المخيال الجمعي، فهي تشير إلى الموت السيئ (La mauvaise mort)، وهو الموت البطيء المؤلم، الذي يحدث بعد معاناة طويلة مع المرض، كما يرمز السرطان كذلك إلى تعفن الجسد وتآكله من طرف العدو الشرير الذي ينهشه من الداخل، في صورة السلطعون الموجودة دائما في الفكر الشعبي (Saillant, 1988).

يقر Pinell بأن الطابع المؤسسي لعلم الأورام والحركات الأولى لمكافحة السرطان هما من أعطيا هذا الداء حجم الآفة، وكان ذلك في سنوات الثلاثينات، حيث ساهمتا من أجل تنظيم سياستهما بغية الكشف المبكر لمرض السرطان بنشر تصور حول هذا الأخير بصفته آفة عالمية؛ مرض ينتشر في جميع أنحاء العالم، ويتجاهل كل الاختلافات الاجتماعية، مرض مرّ عبر تاريخ البشرية وهاجم جميع أشكال الحياة المنظمة. بعد فترة (القرن الثامن عشر والتاسع عشر)، أين انتشر الرعب تجاه داء السرطان نتيجة الوصف المخيف الذي جاء في المطبوعات الطبية والشعبية عن عدد المرضى وعدد الوفيات، أصبح لهذه الآفة الجديدة وجود اجتماعي.

اقترن السرطان في المخيال الشعبي بالشيطان الذي يشبه في سلوكه الماكر مختلف الوحوش الشريرة كالسلطعون، الأفعى، العنكبوت،... (Gros, 1994)، وقد شاركت الحملات المكافحة للسرطان في بلورة هذا التصور (السرطان مرض خبيث)، ذلك أنها تطالب الأفراد بالمعاينة الطبية عند أي علامة غير طبيعية،

وحتى في غياب أي أعراض، على اعتبار الخطر المقنن لهذا الداء (Pinell, 1992). يرى Duriff في هذا الصدد بأن السلوك الماكر والخبيث للسرطان راجع لكونه صامتا وغير ظاهر في البداية.

تساهم هذه التصورات في تغذية الخوف الذي يعرفه الداء المعني الذي يمكن أن يضرب في أي مكان من الجسم، وأيضا في أي وقت، وأي شخص (Aïache, 1980).

إن الرمزية المرتبطة بالسرطان تضعه في صورة الشر الذي يدمر النظام الطبيعي للجسم، والشر الذي ينهش المصاب من الداخل، والشر الذي يجتاح ويغزو الأماكن الأخرى السليمة من الجسم. مما يجعل من هذا الداء موضوعا للاستعارة (Métaphore) أكثر من أي مرض - آفة آخر عرفته الإنسانية. فاستعارة السرطان تعبر على الفوضى، والصراع، واللاتنظيم، وفقدان السيطرة، حيث تستخدم استعارة السرطان من قبل السياسيين، والاعلام، لتصوير حالات الفوضى الاجتماعية، أو اختلالات مجتمع ما، فيقال مثلا سرطان البطالة، أو سرطان الانحرافات، أو سرطان الهجرة للتعبير عن اجتياح الآخر (Sontag, 1979).

يشير Barreau (1990) إلى أن الرمزية السلبية المرتبطة بالسرطان (الموت، اللاتنظيم، ...) من شأنها أن تعيق برامج الفحص المبكر إلى حد كبير.

كما أن هناك أيضًا اعتقاد في الفكر الشعبي ينادي بالامتناع عن لمس السرطان أو الإخلاء الجراحي للورم الذي يمكن أن يحوله إلى سرطان، أو يؤدي إلى تقاوم السرطان الموجود مسبقًا وانتهاء حياة المريض، ولعل سبب هذا الاعتقاد هو تأثير النظرية الهيبيوقراطية (Montbriand, 1998)، فمنذ العصور الوسطى إلى غاية القرن الثامن عشر كان للسرطان تسمية (Noli me tangere)، التي تعني (لا تلمسني)، وكأنه وحش لا يجب إيقاظه (Gros, 1994).

ظهر في سبعينات القرن العشرين كتابا طبيا جديدا في الغرب متمركزا حول الأمل والروح المعنوية، حيث لم يعد مصاب السرطان مرتبطا بالموت الوشيك، إنما أصبح ينظر إليه كنتاج محتمل، بإمكانه أن يأمل في العيش لسنوات طويلة بعد اكتشافه لمرضه، كما بإمكانه الشفاء منه. لكن الحمل صار ثقيلًا على المصاب

في هذه الحالة، لأنه في خضم هذا التحول الذي يشهده مرض السرطان مؤخرًا، أصبح المعني مطالبًا بالتخلي بالروح المعنوية والصبر، وإظهار التحدي والمواجهة للانتصار على المرض (Saillant, 1988).

تُفجّم التصورات الاجتماعية حول السرطان سلوكيات المصاب كعامل مسبب للداء، أي أن هذا الأخير يعد عقابًا على مخالفة التعليمات والمحظورات الطبية كالمحظورات الجنسية (تعدد الشركاء الجنسيين في سرطان عنق الرحم)، أو أنه عقابًا لأخطاء اقترفت من قبل، فالنساء الأمريكيات مثلًا يتصورن أن السرطان هو تعبير عن الإرادة الإلهية التي تعاقبهن جراء تدخينهن السجائر، أو أن المرض أصابهن لأن الله يريد أن يختبر إيمانهن (Gregg, Curry, 1994).

مثل هذه الاعتقادات نجدها كذلك في الثقافة العربية الإسلامية التي تفسر الأمراض على أساس ديني، حيث ترجع الإصابة بالمرض إلى أخطاء وذنوب ارتكبت ينجم عنها عقوبة من الله، أو أن المريض شخصًا اجتباه الله فابتلاه بداء ما ليختبر صبره ويطهره من الذنوب، فيرفع من درجاته لقوله تعالى « **وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ** » (البقرة، 155). ويحمل هذا الاعتقاد

جانبا من الإيجابية، حيث يعد المرض بهذا المعنى نعمة من عند الله تستوجب تقبلها وشكره عليها. تؤمن المجتمعات العربية الإسلامية بأن المرض قضاء وقدر، فالحياة والموت والصحة والمرض وكل شيء بيده تعالى، وحتى لو نجح الأطباء في معالجة المريض؛ فإن المعالج الحقيقي والفعلي يظل في اعتقادهم هو الله، وما الطبيب سوى وسيلة نحو تحقيق الشفاء (بوظوفة مبروك، دس).

## خلاصة الفصل:

يظهر من خلال ما سبق أن التصورات الاجتماعية هي نظام معرفي، نفسي، اجتماعي، مرجعي، يساعد الأفراد على تفسير مختلف المواضيع والظواهر حسب ما تمليه عليهم السياقات التاريخية، والمعطيات الثقافية، والمحددات الأيديولوجية، حيث تتفاعل جميعها مع المعارف الجديدة في كل مرة تظهر فيها الحاجة إلى فهم ما يحيط بهم.

لا تنحصر وظيفة التصورات الاجتماعية في تفسير المحيط فقط، بل تمارس وظائف أخرى، فمن خلال وظيفتي الهوية والتبرير، تساعد الأفراد على تمركزهم في الحقل الاجتماعي، وتبرير مواقفهم وسلوكياتهم، لكن لعل ما تلعبه التصورات الاجتماعية من دور في تحديد وتوجيه سلوكيات وممارسات الأفراد، هو أكثر ما جعل الباحثين على اختلاف ميادين بحثهم -لا سيما العلوم الاجتماعية- يتناولون هذا المفهوم. فالتصورات الاجتماعية للظواهر المرضية باعتبارها نتاج اجتماعي وثقافي، تسمح لنا بفهم السلوكيات الصحية للأفراد إزاء مظاهر وأبعاد المرض، كما توفر لنا إمكانية التنبؤ بالمسار الاجتماعي لهذا الأخير، مما قد يسهل ويفعل استراتيجيات الوقاية والعلاج.

# الفصل الثاني:

## مقاربة طبية وبائية لسرطان الثدي عند المرأة

تمهيد.

1. الثدي.
2. كيفية نشأة سرطان الثدي.
3. تشخيص سرطان الثدي.
4. عوامل الإصابة بسرطان الثدي.
5. أعراض سرطان الثدي.
6. مراحل سرطان الثدي.
7. علاج سرطان الثدي.
8. الواقع الوبائي لسرطان الثدي.
9. الوقاية من سرطان الثدي وأهمية الفحص المبكر.
10. السياسة الوطنية ضد سرطان الثدي: المخطط الوطني لمكافحة السرطان (2015-2019).
11. دور المجتمع المدني في مكافحة سرطان الثدي.

خلاصة الفصل.

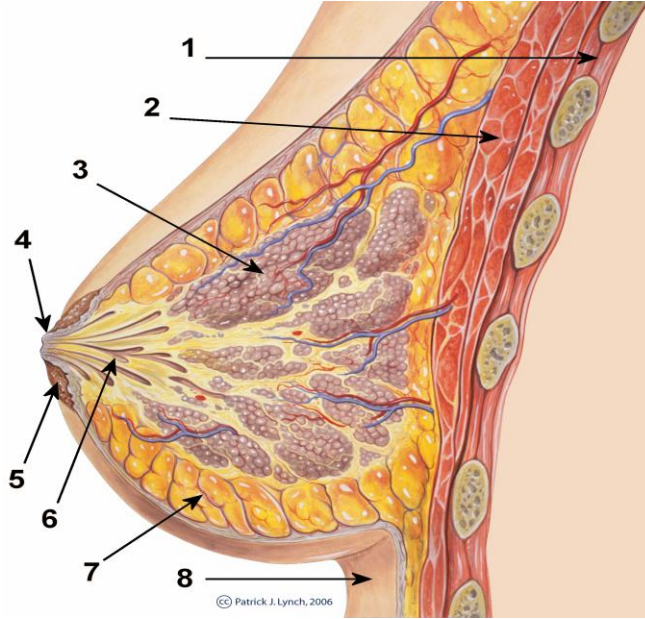
## تمهيد

سنتطرق في هذا الفصل إلى سرطان الثدي من الجانب الطبي لنتعرف على كيفية نشأته وكذا أسبابه، أعراضه، مراحلها وعلاجه، كما سنتناول واقع سرطان الثدي في علم الأوبئة أو الابدديميولوجيا وذلك في العالم بشكل عام، وفي الجزائر بشكل خاص، لنعرف حجم الداء من حيث معدل الإصابة (incidence) والوفيات، ونسب الانتشار حسب السن، والمناطق الجغرافية، والخصائص المرضية...، كما سنركز على أهمية الوقاية والفحص المبكر عن سرطان الثدي، ثم نسلط الأضواء على السياسة الصحية المنتهجة من طرف الدولة الجزائرية لتشجيع الوقاية وللتكفل بالمصابين، لا سيما ما أعدته من إجراءات تضمنها المخطط الوطني لمكافحة السرطان، وأخيرا سنعرض دور المجتمع المدني في التصدي لهذا الداء.

### 1- الثدي:

يقع الثدي فوق كل من العضلتين: الصدرية الكبرى والمنشارية الأمامية. ويحتوي عند الأنثى البالغة على غدد ثديية كانت عرقية وتحوّرت لنتج الحليب، كما يتكون من جزئين منفصلين وظيفيا. الأول طلائي، يتعلق بإنتاج وإفراز وضخ حليب الثدي، تمثل هذه المهام الرضاعة، وتتعلق بكل من الحمل والولادة، والثاني داعم، يتألف من جميع الأنسجة الأخرى التي تشكل وتدعم الثدي، وتشمل: الدهون والعضلات واللفافات. يوجد في كل ثدي ما بين 15 إلى 20 من الانقسامات في أنسجة الغدد، يطلق عليها اسم فصوص (أو فلقات)، وتكون مرتبة بشكل شعاعي، يفصل كل فص عن الآخر بواسطة أنسجة دهنية. هذه الفصوص بدورها تنقسم إلى فصيصات منفصلة عن بعضها ومدعمة بواسطة أنسجة ليفية، كل فصيص يحتوي على كيس صغير يسمى سنخ يُنتج ويخزن حليب الثدي، والأسناخ تكون ضمن النسيج الضام، ومحاطة بخلايا مغزلية الشكل تسمى الخلايا العضلية الظهرية التي هي عبارة عن عضلات تتقبض لدفع الحليب نحو الحلمة أثناء الرضاعة (الشكل 3).

شكل رقم (3): مكونات الثدي



(ويكيبيديا، الموسوعة الحرة، 2018)

- 1- جدار الصدر
- 2- عضلة صدرية كبيرة
- 3- فصيصات
- 4- حلمة
- 5- هالة
- 6- قناة حليبية
- 7- نسيج شحمي
- 8- الجلد

إن التباين بين أنسجة الغدد وأنسجة الدهن يجعل تمييز الفصوص عند جس الثدي أسهل، واختلاف كثافة هذه الأنسجة هو الأساس الذي يُمكن من إجراء تصوير إشعاعي للثدي، أما قنوات الثدي فيصعب جداً جسها ما لم تحتوي على ورم، أو كانت ملتهبة أو محتقنة بالحليب.

يتلقى الثدي إمداده الدموي من شريانيين صدريين رئيسيين هما: الغائر الذي يقع طولياً على الجانبين وراء عظم القص، ويقدم فروعاً مختزقة تصل الثدي لتدخل أسفل سطحه بين الأضلاع؛ والوحشي المتفرع من

الإبطي والذي يصل إلى الثدي من أسفل الذراع تحت الإبط. الشريانان الصدري الأخرمي والوريي يقدمان أيضا كمية إضافية من الدم للثدي.

تؤدي الهرمونات إلى تطور سريع في نمو الثدي في سن البلوغ خاصة هرمون الاستروجين الذي يلعب دورا كبيرا في تعزيز الأعضاء التناسلية الأنثوية، ويضل الثدي متأثرا بدورات تنشيط هرمونية خلال حياة المرأة، حيث لا يدخل في مرحلة راحة إلا في فترة ما بعد انقطاع الطمث. عندها يتوقف تقريبا إنتاج الاستروجين مما قد يؤدي إلى خفض حجم الثديين، ويصبح الثدي أقل تؤلما مما يسهل فحصه (ويكيبيديا، الموسوعة الحرة، 2018).

## 2- كيفية نشأة سرطان الثدي:

تعد الخلية الوحدة البنائية الأساسية للعضويات متعددة الخلايا، يحتوي جسم الإنسان حوالي ستون ألف 60000 مليار خلية، منها ما يكون الأنسجة ومنها ما يكون الأعضاء، وتموت يوميا مئتان 200 مليار خلية جديدة تؤدي نفس الوظيفة وفي نفس المكان.

تحدث آلية تنظيم الخلية من خلال ربط ضمن حلقة من الاتصالات الخلوية، وهذا بالإرسال والاستقبال للتعليمات والمعطيات عن مختلف نشاطاتها، ويتم هذا التواصل الخلوي من خلال ميكانيزمات نظام الإفراز الداخلي والخارجي وقنوات الاتصال. تتم عملية النمو وفق حلقة من الانقسامات الخلوية التي تنظم من خلال رسائل كيميائية محددة ومعينة تضمن الثبات في كم ونوع الخلايا المشكلة.

الخلية السرطانية هي خلية تتوقف عن الاستجابة لهذا النظام بسبب أخطاء في برمجتها حيث تصبح لا تحترم البرنامج والأوامر التي تحكم الخلايا السليمة، أي أنها تصبح ذاتية التحكم، وتدخل في انقسامات شاذة تشكل مستعمرة تسمى بالورم، وهي - بعكس الخلية السليمة - لا تموت.

وفي حالة سرطان الثدي، فإن الورم يتطور إما:

- انطلاقا من القنوات الناقلة للحليب إلى الحلمة، وفي هذه الحالة يسمى السرطان القنوي.

- انطلاقا من الفصوص المنتجة للحليب، ويسمى سرطان فصيصي.

- نادرا ما يتطور الورم انطلاقا من نسيج آخر في الثدي كالعضلة أو الدهون... (Pierre-Marie, M, 2005, ... p.5-8)

ويُصنف سرطان الثدي إلى نوعين:

### - سرطان موضعي:

سرطان يتموضع في القنوات أو الفصوص. ويمثل سرطانات المرحلة الأولى.

### - سرطان توسعي:

عندما ينتشر السرطان في مناطق أخرى من الثدي بالإضافة إلى الفصوص والقنوات.

كما يمكن أن ينتشر خارج الثدي، ويشمل سرطانات المراحل التالية: المرحلة I، II، III، IV (هارتمان لين، لوبرينزي تشارلز، 2005، ص 37).

## 3- تشخيص سرطان الثدي:

يمكن تشخيص سرطان الثدي في إطار الفحص المنظم (dépiage organisé)، أو الفردي، وذلك في غياب أي أعراض، أو بوجود مجموعة منها تعرف بعد الفحص السريري (وجود كتلة، إفراز الحلمة،...)، وفي حالة أي شك بوجود سرطان لا بد من اللجوء إلى الطبيب الأخصائي دون تأخير. والهدف من التقرير التقييمي الأولي هو:

- تأكيد التشخيص وتحديد التصنيف النسيجي للورم.

- جمع المعلومات اللازمة لتوجيه القرار العلاجي وتحديد مرحلة السرطان وفقا لمراحل التصنيف العالمي TNM، وكذلك معايير التنبؤ (Pronostic). ويشمل التشخيص مجموعة من الفحوصات يقوم بها الطبيب كالتالي:

### 1-3 المعاينة (Inspection) وجس الثدي (Palpation) ومناطق العقد اللمفاوية:

يسمح جس الثدي بتحديد حجم، وتركيب، ومدى صلابة التكتلات الموجودة عليه، إضافة إلى رصد أي انتفاخ، أو احمرار للجلد، أو تورم الحلمة، أو تغيير في شكل رأسها، كما يفحص الطبيب تحت الإبط والمناطق التي تتواجد بها العقد اللمفاوية. ويدعم الأخصائي بوسائل تشخيصية تتمثل فيما يلي:

### 2-3 التصوير الإشعاعي بالمماموجرام Mammographie:

يعتبر التصوير بالمماموجرام الفحص المعياري لأمراض الثدي، ويتم في حالة وجود أعراض إكلينيكية لسرطان الثدي أو في حالة الفحص المنظم. ويتم هذا الفحص باستعمال موجات صوتية ذات ذبذبات عالية، تدخل في الثدي ثم ترتد فينتج عن صداها صورة تظهر على شاشة، مما يسمح بالكشف على الكتل التي لا يمكن تحسسها من طرف المريضة أو الطبيب، كما يعطي هذا الفحص فكرة جيدة عن التراكبات الكلسية في الثدي مما يدل على سرطان مبكر. ويمكن أن يرفق هذا الفحص بالتصوير بالأشعة فوق الصوتية للثدي (Echographie mammaire)، وذلك لتحديد دقيق لخصائص الكتلة التي ظهرت عن طريق التصوير الإشعاعي لا سيما إذا كان حجم الثدي كبيرا.

### 3-3 الخزعة La Biopsie:

تتم هذه العملية من طرف الطبيب عندما يكون هناك ورم، وذلك من أجل تحديد إذا ما كان هذا الأخير حميد أم خبيث، حيث يؤخذ جزء من الورم تحت مخدر موضعي ليتم قراءته من طرف أخصائي علم الأنسجة. وللإشارة فإن من المهم جدا أن يكون التشخيص دقيقا ليتمكن الطبيب من وضع العلاج المناسب. (HAS, 2015).

#### 4- عوامل الإصابة بسرطان الثدي:

في الواقع لا توجد أسباب مباشرة للإصابة بسرطان الثدي، غير أن هناك عوامل تزيد من نسبة حدوث الإصابة وهي:

##### 4-1 السن:

يعد السن عاملا مهما، فخطر الإصابة بسرطان الثدي يزداد مع التقدم في السن حيث تقدر نسبة الإصابة عند سن الأربعين 40 بحالة واحدة كل مئتين وسبعة عشرة 217 امرأة، في حين في سن الخامس والثمانين 85 سنة تكون بنسبة حالة واحدة كل ثماني 8 نساء، بينما تنخفض نسبة الإصابة كثيرا عند أقل من ثلاثين 30 سنة، وتبلغ ذروتها عند سن الخمسين 50 سنة.

وتزيد نسبة احتمال الإصابة بسرطان الثدي كلما كان سن البلوغ مبكرا (اثنا عشر 12 سنة)، ولسن اليأس متأخرا (خمس وخمسين 55 سنة)، وهذا راجع إلى طول مدة تأثير هرمون الاستروجين الأنثوي المعروف عنه أنه مسبب لسرطان الثدي.

كما أن سن أول حمل كامل إذا كان بعد أربعين 40 سنة، أو انعدام الحمل بالمرّة من شأنه أن يزيد من احتمال الإصابة بسرطان الثدي.

##### 4-2 العوامل الوراثية أو الجينية:

تشكل العوامل الجينية (5 %) من حالات الإصابة بسرطان الثدي وذلك بعد حلول خلل في عمل بعض الجينات لأسباب تظل غير معروفة، وبالضبط الجينة (BRCA1) و (BRCA2) التي لوحظ وجودها في العائلات التي تتعرض أفراد من نساءها إلى نفس سرطان الثدي.

#### 4-3 عوامل ثانوية:

- إصابة سابقة على مستوى الثدي بورم خبيث تم استئصاله، أو بورم حميد ذو قابلية عالية للتحول إلى ورم خبيث (Tumeur Phyllode).
- التعرض المستمر للأشعة السينية أو فوق البنفسجية أو الكيماويات.
- العادات الغذائية السيئة كتناول السكريات أو الدهون الحيوانية التي تزيد من نسبة الإصابة بسرطان الثدي.
- الاستهلاك المفرط للكحول، التدخين.
- الوزن الزائد، خاصة بعد سن اليأس، بالإضافة إلى عوامل أخرى كالتلوث البيئي والإصابة المتكررة بالفيروسات.

للإشارة فإن هذه العوامل المذكورة سابقا ما هي إلا عوامل مهياة للإصابة بسرطان الثدي، أي أنه من الممكن أن تصاب امرأة بسرطان الثدي دون وجود أي عامل من هذه العوامل، وبالعكس يمكن لامرأة أن لا تصاب بسرطان الثدي رغم وجود أحد هذه العوامل أو بعض منها (روبرت بكمان، تيريزا ويتاكر، 1999، ص.14-16).

#### 5- أعراض سرطان الثدي:

- يظهر مرض السرطان في أغلب الأحيان على شكل كتلة ورمية صلبة غير مؤلمة عميقة نوعا ما في الثدي، ويمكن أن تكون مصحوبة لعرض أو أكثر من الأعراض التالية:
- تغير في لون الجلد المحيط بالثدي، حيث يصبح غالبا أكثر احمرارا أو اسمرارا.
  - تغير في شكل بشرة الثدي بحيث تصبح شبيهة بقشرة البرتقال، بسبب انحباس السائل اللمفاوي.
  - زيادة في حجم أحد الثديين أو كلاهما بشكل سريع وغير طبيعي أو حدوث تورم واضح.
  - تغير في الحلمة بدخولها وانغماسها في الجلد والأنسجة الدهنية بشكل ملفت.
  - خروج إفرازات دموية أو مائلة للسواد.

- ظهور تحسس بالحلمة شبيه بالأكزيما مع حكة واحمرار وتآكل.
- وجود تجعيد أو غمازة *fossette* على سطح الثدي.
- زيادة في ظهور وبروز الأوعية الدموية على سطح الثدي.
- وجود انتفاخ للعقد اللمفاوية تحت الإبط أو في المنطقة حول عظمة الترقوة (HAS, 2015).

## 6- مراحل سرطان الثدي:

بعد تشخيص الإصابة بالسرطان، تحدد المرحلة التي ينتمي إليها هذا المرض، وذلك لبناء خطة علاجية مناسبة. ويعتمد الإتحاد العالمي ضد السرطان (UICC) تصنيف (TNM) لتحديد هذه المراحل حيث أن:

- (T) هي حجم الورم *Taille de la tumeur* أو *Tumor*.
- (N) هي وجود خلايا سرطانية بالعقد اللمفاوية، حجمها ومكانها *nodules* أو *Nodes*.
- (M) هي انتشار الخلايا السرطانية خارج الثدي *Métastases* أو *Metastasis*.

تقسم مراحل سرطان الثدي كالتالي:

### 6-1 المرحلة صفر 0 Stade:

في هذه المرحلة، يكون الورم موضعي أو محوصل، وغير اجتياحي، ويوجد نوعان منه : جدول (2).

- سرطان فصيصي، موضعي: *Carcinome lobulaire In situ*:

الخلايا السرطانية تتواجد بجدار الفصوص.

- سرطان بالقنوات اللبنية موضعي: *Carcinome canalaire In situ*:

يعتبر هذا النوع الأكثر شيوعا لسرطان الثدي الموضعي، حيث لا ينتشر إلا في الأنسجة الدهنية للثدي دون باقي الجسم.

جدول رقم (2): يمثل أبعاد الورم، مدى انتشاره في المرحلة صفر.

	TNM
ورم بداخل التوتوات والغدد	T0
عقد لمفاوية لا يوجد بها خلايا سرطانية	N0
ورم غير منتشر خارج المنطقة	M0

( Classification AJCC, 1989, p36)

### 2-6 المرحلة الأولى I stade:

هي مرحلة مبكرة من سرطان الثدي الموضعي، قد يصيب فيها الأنسجة المجاورة لكنه لا يتجاوز

الثدي:جدول (3).

جدول رقم (3): يمثل أبعاد الورم، مدى انتشاره في المرحلة الأولى

	TNM
ورم حجمه أقل من 2 سم	T1
عقد لمفاوية لا يوجد بها خلايا سرطانية	N0
ورم غير منتشر خارج الثدي	M0

( Classification AJCC, 1989, p36)

### 3-6 المرحلة الثانية II Stades:

تعد مرحلة مبكرة أيضا من سرطان الثدي، أين يمكنه أن يصيب الأنسجة المجاورة، كما قد ينتشر إلى العقد

اللمفاوية الموجودة بنفس جهة السرطان، وقد تكون هذه المرحلة على درجتين : ( II A ) و ( II B ). مثلما هو

موضح في الجدول(4)

جدول رقم (4): يمثل أبعاد الورم، ومدى انتشاره في المرحلة الثانية

Stade II A	TNM
ورم حجمه أقل من 2 سم	T1
عقد لمفاوية يوجد بها خلايا سرطانية	N1
ورم غير منتشر خارج الثدي	M0

أو	
ورم حجمه بين 2-5 سم	<b>T2</b>
عقد لمفاوية لا يوجد بها خلايا سرطانية	<b>N0</b>
ورم غير منتشر خارج الثدي	<b>M0</b>
<b>Stade II B</b>	
ورم حجمه بين 2-5 سم	<b>T2</b>
عقد لمفاوية يوجد بها خلايا سرطانية	<b>N1</b>
ورم غير منتشر خارج الثدي	<b>M0</b>
أو	
ورم حجمه أكبر من 5 سم	<b>T3</b>
عقد لمفاوية لا يوجد بها خلايا سرطانية	<b>N0</b>
ورم غير منتشر خارج الثدي	<b>M0</b>

( Classification AJCC, 1989, p36)

#### 4-6 المرحلة الثالثة Stade III:

يسمى بالسرطان الموضعي المتقدم، ويكون انتشاره أكثر في العقد اللمفاوية وتحت الإبط والأنسجة الأخرى

المجاورة للثدي، وقد تكون على ثلاث درجات (AIII) أو (BIII) أو (IIIC)، كما هو موضح بالجدول (5)

جدول رقم (5): يمثل أبعاد الورم، مدى انتشاره في المرحلة الثالثة

<b>Stade IIIA</b>	<b>TNM</b>
ورم حجمه أقل من 5 سم	<b>T2-1</b>
عقد لمفاوية يوجد بها خلايا سرطانية تحت الإبط وملتصقة ببعضها البعض أو بالأوعية.	<b>N2</b>
ورم غير منتشر	<b>M0</b>
أو	
ورم حجمه أكبر من 5 سم	<b>T3-1</b>
عقد لمفاوية يوجد بها خلايا سرطانية وتكون ملتصقة ببعضها	<b>N2-1</b>
ورم غير منتشر خارج الثدي	<b>M0</b>
<b>Stade III B</b>	
ورم يمتد إلى الجلد أو إلى عضلات الصدر	<b>T 4-1</b>

عقد لمفاوية يوجد بها خلايا سرطانية وقد تكون ملتصقة ببعضها	<b>N 2-0</b>
ورم غير منتشر خارج الثدي	<b>MO</b>
<b>Stade III C</b>	
ورم بأي حجم	<b>T 4-0</b>
عقد لمفاوية تحت عظمة الترقوة مع أو بدون عقد تحت الإبط. عقد لمفاوية فوق عظمة الترقوة مع أو بدون عقد تحت الإبط. عقد لمفاوية بداخل الصدر مع أو بدون عقد تحت الإبط.	<b>N3</b>
ورم غير منتشر خارج الثدي	<b>MO</b>

( Classification AJCC, 1989, p36)

#### 5-6 المرحلة الرابعة IV Stade:

يسمى السرطان هنا بالسرطان المتقدم أو سرطان الثدي الانبثاثي، حيث ينتشر المرض من الثدي إلى باقي أعضاء ومناطق الجسم كالرئتين، الكبد، العظام، الدماغ، أو العقد اللمفاوية في قاعدة العنق ( Rouëssé, J.2002 .p33-36).

#### 7- علاج سرطان الثدي:

يخضع اختيار العلاج المناسب لسرطان الثدي إلى قرار مجموعة من المختصين (أطباء أمراض النساء والتوليد، أخصائيو علم السرطان، أخصائيو علم الأنسجة) حيث تتناول طبيعة السرطان، مرحلته، الحالة الصحية للمريضة، ويعتمد العلاج على الجراحة، العلاج الإشعاعي، العلاج الكيميائي (بما في ذلك العلاج الهادف)، والعلاج الهرموني.

#### 7-1: الجراحة:

تعد الجراحة من أهم أساسيات علاج سرطان الثدي، ولقد تطورت من استئصال كامل للثدي إلى استئصال جزئي مع علاج بالأشعة، وعموما تكون الجراحة حسب مرحلة السرطان كالتالي:

- المرحلة صفر: يوجد خيارين للعلاج هما:

\*إما استئصال جزئي للمنطقة المتواجد بها سرطان الثدي مع جزء من الأنسجة السليمة حولها، ويتم التأكد من ذلك أثناء العملية بفحصها تحت المجهر من قبل أخصائي تحليل الأنسجة.

\*إما الإستئصال الكلي للثدي، وفي كلا الخيارين، لا يتم استئصال العقد اللمفاوية تحت الإبط والذراع.

- **المرحلة الأولى والثانية:** يكون العلاج أولاً بالجراحة وذلك إما بالاستئصال الجذري للثدي من خلال إزالة كامل أنسجة الثدي، وجزء من الجلد المغطي له والأنسجة الدهنية المحيطة به، وجزء من الأنسجة العضلية تحته مع استئصال كامل للعقد اللمفاوية تحت الإبط وأعلى الذراع، وإما استئصال كامل وغير جذري، حيث يقوم الطبيب الجراح بإزالة أنسجة الثدي والأنسجة الدهنية حوله، مع استئصال الحلمة والمنطقة الداكنة حولها دون إزالة الأنسجة العضلية تحت الثدي أو العقد اللمفاوية تحت الإبط وأعلى الذراع.

أما إذا كان الاستئصال جزئياً في حالة ورم صغير لا يتجاوز 5 سم، فيتبع العلاج بعلاج تكميلي، ويمكن أن يكون إشعاعياً أو كيميائياً أو هرمونياً وغالباً ما يكون إشعاعياً.

-**المرحلة الثالثة:** هنا كذلك يكون العلاج إما بالاستئصال الجذري للثدي، أو الاستئصال الكامل له زيادة على العلاج التكميلي المتمثل في العلاج بالأشعة، العلاج الكيميائي، والعلاج الهرموني للقضاء كلية على الخلايا السرطانية.

-**المرحلة الرابعة:** لا يعد الاستئصال الكامل للثدي أو الجزئي علاجاً ناجحاً في هذه المرحلة، لكن يمكن اللجوء إلى الجراحة لتخفيف الألم وأعراض أخرى وكذلك لأجل:  
-إزالة كتلة على الجلد

-إزالة خلايا سرطانية على مستوى الرئتين، الكبد، الدماغ (نادراً)

ويكون الدور الأكبر في هذه المرحلة للعلاج الكيميائي والهرموني، لكن عموماً لا يعد هذا السرطان قابلاً للشفاء، وهدف العلاج هنا هو مساعدة المرأة المصابة حتى تظل على قيد الحياة أكبر قدر ممكن، وكذلك لتخفيف الأعراض.

أما مضاعفات الجراحة فهي:

- ألم في منطقة الجراحة.
- نزيف وتأخر في عملية التئام الجرح.
- حدوث التهاب أو إلتان نتيجة العملية.
- تجمع السائل اللمفاوي والدم تحت جلد الثدي والذراع مما يسبب انتفاخهما.
- تصلب عضلات الذراع والكتف حيث تصبح مشدودة مما يحد من حركتها.
- نقص في حساسية الأطراف العليا (جهة العملية).
- استئصال أحد الثديين يخل بالتوازن في وزن المرأة خاصة إذا كان حجم الثدي كبيراً، مما يشعر المرأة بعدم ارتياح على مستوى الرقبة والظهر.

## 2-7 العلاج الإشعاعي: Radiothérapie

علاج موضعي يتم بواسطة استخدام أشعة مكثفة لقتل الخلايا السرطانية، ويتم استخدام هذا العلاج بعد الجراحة كعلاج تكميلي، وينطلق بعدها بستة أسابيع أو ثمانية بمعدل ثلاثين 30 حصة، مدة الحصة الواحدة حوالي ثلاث 03 دقائق.

أما مضاعفات العلاج الإشعاعي فهي:

- احمرار الجلد مكان الإشعاع.
- ألم على مستوى المنطقة المعرضة للإشعاع.
- تورم الثدي المعالج.
- فقدان المرونة.

### 3-7 العلاج الكيميائي Chimiothérapie:

يعد العلاج الكيميائي علاجاً عاماً، لأنه يهدف إلى قتل الخلايا السرطانية باستعمال عقاقير كيميائية عبر كامل الجسم عن طريق حقن الوريد أو تناول حبوب، ويمكن استعمال هذه العقاقير إما بعد العلاج الجراحي كعلاج تكميلي، أو قبل العلاج الجراحي حتى يضرم الورم ويصغر، مما يسهل من عملية الجراحة ويقلل من مضاعفاتها، كما تقدم كذلك هذه العقاقير كعلاج تلطيفي في الحالات المتقدمة من السرطان. تعطى جرعات العلاج الكيميائي كل 21 يوماً، بمعدل ساعة ونصف للحقنة الوريدية لمدة ستة أو ثمانية حصص.

أما مضاعفات العلاج الكيميائي فهي:

- الغثيان والتقيؤ.
- الإسهال، آلام في البطن (ابتداءً من اليوم الخامس بعد العلاج).
- حساسية، تورم.
- حمى.
- تساقط الشعر.
- انخفاض عدد الكريات البيضاء.

### 4-7 العلاج الهرموني Hormonothérapie:

يعد من العلاجات العامة، ويخص السرطانات التي تستجيب للهرمونات (Cancer hormonosensible)، أي التي لديها مستقبلات للهرمونات، لأن هذه الأخيرة تلعب دوراً خاصاً في انتشار السرطان، وتستعمل أدوية مضادة لهرمون الأستروجين كالتاموكسيفين Tamoxifène عن طريق الفم في شكل حبيبات (20 ملغ) في اليوم ولمدة خمس سنوات.

أما مضاعفات العلاج الهرموني فهي:

- هبات حرارة ونزيف مهبلي.
- اضطرابات الحيض.
- الغثيان، التقيؤ، فقدان الشهية، عسر الهضم، الإسهال.
- تغيرات في الرؤية.
- التعب.
- الصداع.
- ألآم في العضلات والمفاصل.
- الأنيميا (Baillet, F.2004, p164-168).

## 5-7 العلاج الحيوي L'immunothérapie

يعرف هذا العلاج كذلك بالعلاج عن طريق تنشيط جهاز المناعة، ويتم في هذه الطريقة استخدام وسائل الدفاع الطبيعية بجسم الإنسان أي جهاز المناعة، وقد تظن المختصون إلى هذا العلاج بعد ملاحظتهم لحالات المرضى الذين يعانون من بعض الأمراض المناعية، كنقص المناعة المكتسبة SIDA، حيث كثيرا ما يكون هؤلاء عرضة للإصابة بأورام سرطانية مختلفة. بناءا على ذلك فإن تنشيط جهاز المناعة عن طريق تدعيمه وزيادة فعاليته، يساعد الجسم على محاربة الخلايا السرطانية والتخلص منها.

يتم تنشيط الجهاز المناعي بعدة طرق منها:

- استخدام خلايا متخصصة مثل استخدام الخلايا اللمفاوية المستخلصة من الورم بعد استئصاله جراحيا، ثم بعد تكاثرها في ظروف معملية يضاف إليها عامل نمو، وتحقن مرة أخرى في جسم المريض لتعمل على تحطيم الخلايا السرطانية.

- استخدام الأجسام المناعية لتوجيه دواء معين أو مصدر اشعاعات معين للوصول إلى الخلايا السرطانية، ويتم ذلك بتوجيه خلايا لمفاوية تسمى الخلايا البلازمية، وهي ناتجة عن تطور الخلايا المسماة Cellules-B لانتاج أجسام مضادة متخصصة بنوع خلايا السرطان المراد علاجه، وبعد ما تخضع لازدواج كيميائي بعنصر مشع وتحقن في الجسم، تقوم بالارتباط بالخلايا السرطانية وتقتلها دون المساس بالخلايا السليمة وهذا ما يعرف بالأدوية الموجهة Ciblés (رياض نايل العاسمي، 2015، ص. 206-207).

وعموماً يمكن القول بأن البحوث في مجال التنشيط المناعي لا تزال متواصلة، كما تظهر الدراسات الحالية نتائج واعدة تدعو إلى التفاؤل بخصوص مصير مرضى السرطان خاصة في حالات التشخيص المبكر للداء.

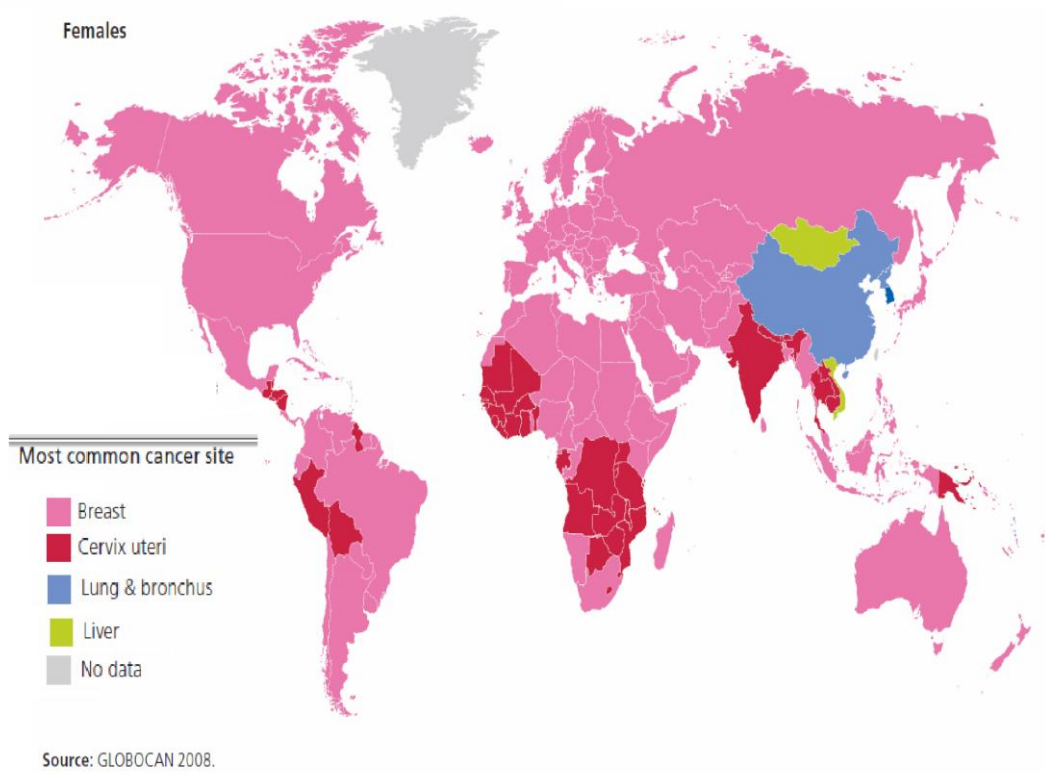
## 8- الواقع الوبائي لسرطان الثدي:

### 8-1 في العالم:

يأتي سرطان الثدي في مقدمة أنواع السرطانات التي تصيب النساء في العالم المتقدم والعالم النامي على حد سواء. ويلاحظ ارتفاع معدلات وقوع هذا الداء في العالم النامي نتيجة زيادة متوسط العمر، وزيادة التوسع العمراني، واعتماد أنماط الحياة الغربية. وعلى الرغم من إسهام الاستراتيجيات الوقائية في الحد من بعض مخاطر الإصابة بسرطان الثدي، إلا أنها (الاستراتيجيات) لم تنجح في التخلص من معظم حالات سرطان الثدي التي تظهر في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، حيث لا يتم تشخيص هذا المرض إلا في مراحل متأخرة. وبناء عليه فإن الفحص المبكر من أجل تحسين معدلات العيش للمرضى يظل حجر الزاوية لمكافحة هذا المرض.

يمثل سرطان الثدي (16%) من جميع السرطانات التي تصيب فئة النساء. كما يعرف هذا الداء زيادة قوية في جميع أنحاء العالم حيث يتم تشخيص 1.7 مليون امرأة بسرطان الثدي كل عام، وفي 2012، تم تشخيص سرطان الثدي لدى 6.3 مليون امرأة، كما يوضحه (الشكل رقم 4).

شكل رقم (4): نسبة انتشار سرطان الثدي في العالم 2012



(Mahnane A. Hamdi Cherif M, 2012)

ومنذ آخر التقديرات لعام 2008، زاد معدل الإصابة بأكثر من (20%)، والوفيات بنسبة (14%) (Centre international de recherche sur le cancer, 2013)، كما تشير التقديرات إلى إحصاء خمسمئة وتسعة عشرة حالة وفاة، وعلى الرغم من اعتقاد البعض أنّ سرطان الثدي من أمراض العالم المتقدّم، فإنّ معظم الوفيات الناجمة عنه (69%) تحدث في البلدان النامية بحسب تقرير منظمة الصحة العالمية عن عبء المرض العالمي في 2004. وتتباين معدلات وقوع هذا المرض بشكل كبير بين مختلف أنحاء العالم، حيث يُسجّل ارتفاع المعدلات الموحدة الأعمار إلى نحو 99.4 لكل مئة ألف 100000 نسمة في أمريكا الشمالية. ويُلاحظ وقوع المرض بمعدلات متوسطة في أوروبا الشرقية، وأمريكا الجنوبية، والجنوب الأفريقي، وغرب آسيا، ولكنها في ارتفاع. أمّا أكثر المعدلات انخفاضاً فُتسجّل في معظم البلدان الإفريقية مع أنها في ارتفاع كذلك. وهناك أيضاً تباين كبير بين مختلف أنحاء العالم فيما يخص معدلات عيش مرضى

## الفصل الثاني: مقارنة طبية وبائية لسرطان الثدي عند المرأة

سرطان الثدي، إذ تتراوح تلك المعدلات بين (80%) أو أكثر في أمريكا الشمالية والسويد واليابان، إلى (60%) في البلدان المتوسطة الدخل، وإلى أقل من (40%) في البلدان المنخفضة الدخل (منظمة الصحة العالمية، 2018). وعلى الرغم من أن معدل الإصابة يتزايد في معظم أنحاء العالم، فإن هناك تفاوتات كبيرة بين البلدان الغنية والبلدان الفقيرة. ولا تزال المناطق الأكثر تقدماً تسجل أعلى معدلات الإصابة، لكن معدلات الوفيات أعلى بكثير في البلدان الفقيرة بسبب الافتقار إلى الفحص المبكر والحصول على العلاج (جدول رقم 6) (Mahnane A. Hamdi Cherif M, 2012)، ففي أوروبا الغربية على سبيل المثال، يبلغ معدل الإصابة بسرطان الثدي أكثر من تسعين 90 حالة جديدة لكل مئة ألف امرأة في السنة، مقابل ثلاثين 30 حالة لكل مئة ألف امرأة في شرق أفريقيا. ومن ناحية أخرى، فإن معدلات الوفيات في هاتين المنطقتين متطابقة تقريباً عند حوالي خمسة عشرة حالة 15 لكل مئة ألف امرأة 100 000، مما يشير بوضوح إلى التشخيص المتأخر وإلى انخفاض معدل العيش في شرق أفريقيا (OMS, 2013).

جدول رقم (6): عدد حالات سرطان الثدي في 100.000 نسمة حسب مستوى تطور الدول، 2008

الدول في طريق النمو		الدول المتطورة		منطقة الإصابة
الوفيات	معدل الإصابة	الوفيات	معدل الإصابة	
15.3	66.4	10.8	27.3	سرطان الثدي

(Mahnane, A. Hamdi Cherif, M, 2012)

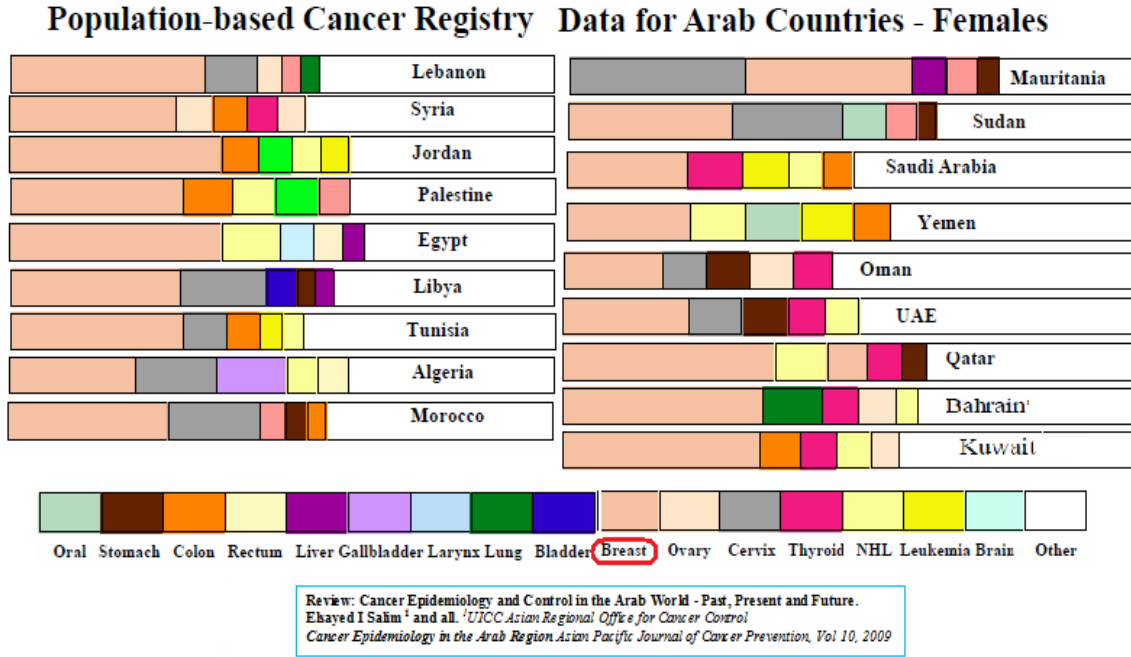
أغلب الحالات تخص الدول في طور النمو حيث:

- عدد الحالات يبلغ الضعف

- عدد الوفيات أكبر

وفي البلدان العربية كذلك يتصدر سرطان الثدي المرتبة الأولى بين مختلف أنواع السرطانات الأخرى عند المرأة، كما هو موضح في (الشكل 5).

شكل رقم (5): بيانات حول نسبة السرطانات عند الإناث في الدول العربية 2009



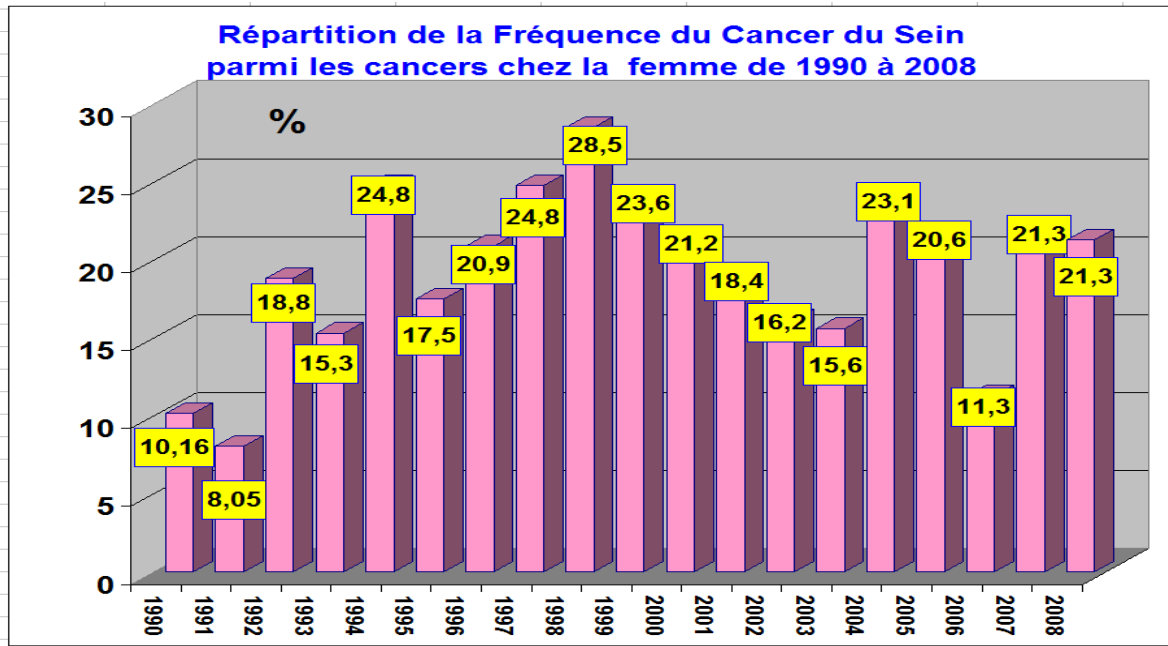
(Mahnane, A. Hamdi Cherif, M, 2012)

2-8 في الجزائر:

يعد سرطان الثدي في الجزائر سبب رئيس بين جملة أسباب الوفاة عند النساء، وللإشارة فإن الدراسة الوبائية في الجزائر كانت تعتمد على ثلاثة سجلات للسرطان أولهم كان سجل سطيف في 1986، ويضم 20 ولاية من ولايات الشرق بما فيهم عنابة، ثم سجل الجزائر العاصمة في 1992 الذي كان يشمل 13 ولاية، وبعدها سجل وهران لـ 15 ولاية من الغرب الجزائري في 1994، ويوجد حالياً المزيد من السجلات منها سجل عنابة، باتنة، بليدة، قسنطينة، تلمسان، تيزي وزو، مستغانم، سيدي بلعباس (Hamdi Cherif. M, 2014-2016). يبلغ عدد المصابات بسرطان الثدي 7500 حالة، وعدد الوفيات 3500 في السنة حسب إحصائيات 2012، ولا تزال هذه الأرقام في ارتفاع، كما عرف معدل الإصابة تطوراً مخيفاً في الخمس والعشرين 25 سنة مضت، فمنذ 1990 أصبح هذا الأخير أكثر انتشاراً من سرطان عنق الرحم، وعلى سبيل

المثال انتقل معدل الإصابة من 14.5 حالة جديدة لكل 100000 نسمة في 1993 إلى 70.2 لكل 100000 نسمة في 2012 حسب السجل الخاص بالجزائر العاصمة. وفي السجل الخاص بسطيف فإن معدل الإصابة قد تضاعف من (10.3%) في 1990 إلى (21.1%) في 2008 كما يظهر في (الشكل رقم 6).

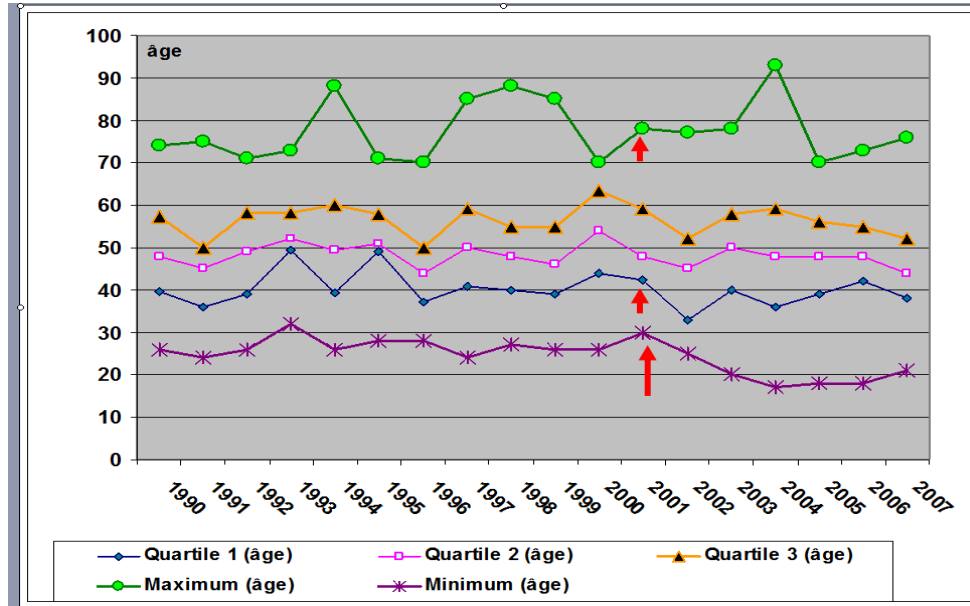
شكل رقم (6): نسبة انتشار سرطان الثدي عند المرأة في الفترة ما بين 1990-2008 (سطيف)



(Mahnane, A. Hamdi Cherif, M, 2012)

وقد سُجلت ربع الاصابات عند أقل من 40 سنة، والسن الأقصى للإصابة هو 80 سنة مع متوسط عمر في حوالي 45 سنة، أما الحد الأدنى لسن الإصابة فهو حوالي 20 سنة كما هو موضح في (الشكل 7).

شكل رقم (7): توزيع حالات سرطان الثدي حسب السن (سطيف)



(Mahnane, A. Hamdi Cherif, M, 2012)

تشير الدراسة الوبائية التي تناولها سجل الجزائر العاصمة في 2007 إلى ظهور حالات الإصابة بسرطان الثدي في سن مبكرة ابتداء من خمسة عشرة سنة، مع معدل إصابة مرتفع في سن الخمسة وستين 65، أما أكبر عدد للمصابات فهو يخص النساء ما بين الأربعين والأربعين 40-44 سنة (Registre du cancer d'Alger, 2012).

وفي سجل وهران للسرطان تشكل نسبة الإصابة بسرطان الثدي (30%) من مجموع السرطانات الأخرى وبذلك يحتل هذا الأخير المرتبة الأولى بمعدل إصابة يقدر ب (39.9%) لـ 100000 نسمة (Mahnane, A. Hamdi Cherif, M, 2012).

وفي إحدى الدراسات التي قام بها مجموعة من الأطباء المختصين في مستشفى وهران لسنة 2008-2009 إتضح أن أغلبية النساء تكتشف إصابتها بسرطان الثدي عن طريق الفحص الذاتي للثدي، وأن أغلب هذه الحالات تأتي في مراحل متقدمة من المرض (Terki, K. et al, 2011).

أما في عنابة يحتل سرطان الثدي المرتبة الأولى ضمن بقية السرطانات بنسبة 44,8 من الحالات وبمعدل إصابة 38,5 حالة لكل 100000 امرأة، ويرى المختصون في مجال علم الأوبئة أن الوضعية الوبائية في مدينة عنابة لا تختلف عن تلك الموجودة في باقي ولايات الوطن، وذلك حسب التقرير الثاني للفترة ما بين 2003-2009. وتشير الدراسة التي قام بها مجموعة من الأطباء المختصين (بوزبيد، أوراس، جدي، ياسي) في الفترة الممتدة ما بين 2004-2010 بهدف تحديد الخصائص الوبائية والمرضية لسرطان الثدي عند المرأة بولاية عنابة، أن هذا الأخير يأتي في مقدمة السرطانات الأخرى لدى المرأة، بـ846 حالة جديدة أي بنسبة 42%، وبمعدل إصابة يقدر بـ43.7 حالة لكل 100000 نسمة في السنة الواحدة. أما متوسط العمر للنساء المصابات فقد قدر بـ(50.4 ± 12) سنة، وأن أكبر نسبة من الحالات سجلت لدى النساء ما بين 50 و54 سنة مع 53 حالة لكل 100000 امرأة. كما كشفت الدراسة على أن النوع الأكثر انتشارا هو سرطان الثدي القنوي بنسبة 74%، أما فيما يخص مرحلة تشخيص المرض فإن (30.6%) من الحالات تم تشخيصهن في المرحلة التي بلغ فيها حجم الورم ما بين 2 و5 سم T2، و(7.1%) في المرحلة الرابعة أين يمتد الورم إلى الجلد أو عضلات الصدر T4، و(55%) في المرحلة الأولى أو الثانية أين لا تزال الخلايا السرطانية غير موجودة بالعقد اللمفاوية N1، و(89%) في المرحلة ما قبل الانبثاث أي قبل انتشار المرض خارج الثدي M0. وخلصت الدراسة إلى أن سرطان الثدي في الجزائر لا يختلف من حيث الخصائص الوبائية (نسبة الانتشار، سن الإصابة، مرحلة التشخيص...) عن غيرها من دول افريقيا الشمالية (Bouzbid, S et al, 2014).

وفي إحصائيات 2016 لولاية عنابة قدر عدد الحالات الجديدة لسرطان الثدي بـ340 حالة، بمعدل إصابة 97.8 حالة لـ100000 امرأة، أما معدل السن الأكثر إصابة فهو 49 سنة، كما هناك حالات إصابة في سن مبكرة، واللافت للانتباه أن نسبة كبيرة من الحالات تتقدم للفحص الطبي في حالات متقدمة من المرض، فحسب تصريح الدكتورة أوراس المختصة في أمراض النساء والتوليد والمشرفة على قسم أورام الثدي

بمستشفى البوني ولاية عنابة، فإن من (50%) إلى (100%) من الحالات تكون في مرحلة متقدمة من المرض أثناء قدومها للفحص الطبي لأول مرة، وأن (15%) منها تكون في مرحلة الانتبثاث (Métastase) مع حجم ورم يصل إلى 4.7 سم، وتضيف الدكتورة أن التشخيص المبكر لسرطان الثدي عن طريق الماموجرام يخفض نسبة الإصابة بـ(30%) لأن الطور الما قبل الإكلينيكي لهذا الداء يعتبر طويل، حيث يمتد بين 7 إلى 8 سنوات، مما يمنح فرصة جيدة للمصابة لاكتشاف الورم في حجم 2 مم، أي في بدايته أين يكون العلاج أكثر سهولة وفعالية (أوراس، ح، 2017).

قدرت نسبة العيش للمصابات بسرطان الثدي بعد خمس سنوات من التشخيص بـ(48.2%) في 2009 في سجل سطيف وبـ(73%) في سجل قسنطينة (Barkat,A, 2009)، كما جاء في التقرير العالمي الأول كونكورد (Concorde) أن هذه النسبة في الجزائر تقدر بـ(39%) (Mahnane,A .Hamdi Cherif, M, 2012)، ورغم ارتفاعها في السنوات الأخيرة إلا أنها تظل نسبة ضئيلة مقارنة بتلك المسجلة في الدول المتطورة.

من خلال هذه الدراسة الوبائية لسرطان الثدي في الجزائر يتبين لنا مجموعة من النقاط نذكرها فيما يلي:

- سرطان الثدي في الجزائر في ارتفاع متواصل.
- هذا الداء يتسبب في وفاة عدد كبير من النساء.
- التشخيص يكون في أغلب الأحيان في المراحل المتقدمة من المرض.
- معظم حالات السرطان تكون عند المرأة الشابة كما تظهر الحالات الأولى في سن مبكرة جدا خمس عشرة 15 سنة، بعكس ما هو سائد في الدول المتطورة أين يبدأ هذا المرض في سن 60 الستون (Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière,2016)
- أغلب الحالات تكتشف المرض عن طريق الفحص الذاتي للثدي.

- نسبة العيش بعد خمس سنوات منخفضة بشكل واضح مقارنة مع الدول المتقدمة أين تصل هذه النسبة إلى (90%). لذلك فإن التركيز على الوقاية من داء سرطان الثدي يبقى السبيل الوحيد للحد من انتشاره من جهة، وتسهيل الوصول إلى العلاجات الأقل ضررا والأكثر فعالية لمراعاة جودة الحياة لدى المصابات من جهة أخرى، ولن يتأتى ذلك إلا من خلال تشجيع الفحص المبكر للداء لدى المرأة منذ سن مبكرة نظرا للخصائص الوبائية لهذا المرض في البيئة الجزائرية كما ذكرنا سابقا، والتي تشير إلى وجود حالات من سرطان الثدي ابتداء من سن الخمسة عشر 15 سنة.

### 9- الوقاية من سرطان الثدي وأهمية الفحص المبكر:

تشمل الوقاية من السرطان جميع التدابير التي تمنع ظهور ورم خبيث أو تطور ورم موضعي دون أعراض، وعموما يوجد ثلاثة أنواع من الوقاية: الوقاية الأولية، التي تهدف إلى القضاء على أسباب السرطان، الوقاية الثانوية التي تتمثل في فحص ومعالجة الحالات التي تحمل استعدادا للتسرطن، والوقاية من الدرجة الثالثة، التي تهدف إلى اكتشاف وعلاج السرطان في مرحلة محلية وخارجية. ويطلق على الوقاية الثانوية والوقاية من الدرجة الثالثة نظرا لتشابه ممارساتها مصطلح **الفحص**.

### 1-9 الوقاية الأولية *la prévention primaire*:

تتمثل في إبعاد الفرد عن العوامل المسببة لسرطان المحددة، المعروفة وهي من ثلاثة أنواع: المواد الكيميائية، والإشعاع المؤين، وبعض الفيروسات. تعتمد استراتيجيات الوقاية في المقام الأول على نوع التعرض الذي يمكن أن يكون مهنيا، طبيا أو عاما (البيئة والسلوك). فالتعرض المهني مثلا يهم كل من يعمل في المصانع أو المنشآت التي تستخدم أو تنتج بعض المواد والغازات السامة لأغراض صناعية أو غيرها، فالتعرض إلى الزرنيخ ومركباته المعدنية يسبب سرطان الجلد والكبد، كما يحدث التعرض للإشعاع المؤين إلى سرطان الدم أو اللوكيميا. أما المقصود من التعرض الطبي فهو بعض العلاجات الطبية المسرطنة

كالإشعاعات المؤينة، والإستروجين، والعوامل المضادة للسرطان، وبعض مثبطات المناعة، والفيناسيتين (Phénacétine). للإشارة فإن استخدام هذه العلاجات لا يكون إلا في حالة ما إذا كانت فائدتها المتوقعة كبيرة وتفوق المخاطر الناجمة عنها. وأما التعرض العام فيشمل العوامل البيئية والعوامل السلوكية، حيث تشير الأولى إلى الملوثات التي يمكن أن تكون صناعية، فردية (سيارات) أو طعام (مكونات مسرطنة). في حين تعني الثانية العوامل السلوكية سواء كانت واعية أم لا، والتي تعرض الفرد إلى مخاطر السرطنة، ويتعلق الأمر في المقام الأول باستهلاك التبغ والكحول. وكذلك الممارسات الجنسية الناقلة لبعض الأمراض جنسيا التي تمثل عامل خطر (التهاب الكبد الفيروسي B و C، فيروس نقص المناعة البشرية HIV، فيروس Papilloma...).

تلعب العوامل الغذائية هي الأخرى دورا في تحفيز ظهور بعض أنواع السرطان كما جاء في التحقيقات الوبائية، حيث أن اتباع نظام غذائي غني بالدهون المشبعة يزيد من خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم. في حين أن استهلاك الألياف قد يقلل من خطر الإصابة بهذا السرطان. كما أن تناول الفاكهة والخضروات الغنية بالبيتا كاروتين يخفض خطر الإصابة بالسرطان. أما السمنة فهي مرتبطة بخطر متزايد للإصابة به. وأخيرا يعد التعرض المفرط للشمس أحد العوامل المسببة الرئيسة للميلانوما الخبيثة أي سرطان الجلد.

يعتمد منع السلوكيات الخطرة بشكل أساسي على التوعية، وذلك بتزويد الأفراد بالمعلومات حول هذه المخاطر. فقد تكون التدابير المحددة بالنسبة لعوامل معينة مصاحبة أو معززة للجهد التعليمي، كالعلاج الطبي من السمنة، والتطعيم ضد فيروس التهاب الكبد B، واستخدام الواقي الذكري. وفي السنوات الأخيرة، أجريت تجارب للوقاية الكيميائية استهدفت السكان المعرضين إلى خطر الإصابة، وهي تستخدم أساسا مضادات الأكسدة الفيتامينات C و E، والسيلينيوم، بيتا كاروتين، وعوامل التمايز الخلوي المحتملين (حمض الريتينويك (acide rétinoïque)، أو الهرمونات (anti-oestrogènes).

## 2-9 الوقاية الثانوية والوقاية من الدرجة الثالثة et la prévention secondaire

### prévention tertiaire:

من المهم التمييز بين الفحص الشامل والفحص عند السكان الحاملين لخطر الإصابة بالسرطان (population à risque)، فالأول موجه لعامة السكان، دون أي تفاصيل أخرى من غير العمر والجنس، والثاني يتعلق بالأفراد الذين تم تحديد لديهم عامل خطر معين آخر ما عدا العمر والجنس، مثل النساء اللواتي لديهن أم أو أخت مصابة بسرطان الثدي.

لقد أعدت برامج فحص عديدة لبعض الإصابات السابقة للسرطان، والسرطانات الموضعية عديمة الأعراض (العلامات السريرية التي مرت دون أن يلاحظها أحد، أو غير قابلة للكشف من قبل المريض نفسه) لمجموعة واسعة من الأورام: الرئة، عنق الرحم، الثدي، القولون- المستقيم، المعدة، المثانة، سرطان الجلد، المبيض، ورم الخلايا البدائية العصبية، وفي الوقت الحاضر يعد سرطان عنق الرحم وسرطان الثدي من الأورام الوحيدة التي أثبتت فعالية فحصها. لكن هناك نتائج واعدة لدراسات على فحص سرطان القولون والمستقيم.

بالإضافة إلى الفحص الذاتي والفحص السريري المنتظم، يتم إجراء التصوير الإشعاعي للثدي كل ثلاث سنوات من منتصف العمر للوقاية من سرطان الثدي كما أظهرته الدراسات (Baillet, F, Follezou, J.Y, 2015. pp29-34)

ترتبط فعالية تشخيص سرطان الثدي ارتباطاً وثيقاً بمرحلة المرض في وقت التشخيص، فكلما كان التشخيص مبكراً، كان ذلك أفضل للحفاظ على حياة المصابة.

إن سرطان الثدي في الجزائر يعد السبب الرئيس للوفاة بالسرطان لدى النساء كما سبق وأشرنا، ووفقاً للمعطيات الوبائية، فإن متوسط حجم الورم في وقت التشخيص هو 35 ملم، كما أن (60%) من المرضى لديهم غزو العقد الليمفاوية، لذلك يجب أن تركز الإستراتيجية الوقائية في الجزائر على الفحص والتشخيص

المبكرين باعتبارهما الضمان الوحيد للحصول على أشكال محلية للإصابة، أي أكثر قابلية للشفاء، مع الأخذ بعين الاعتبار سن الإصابة الذي يعد مبكراً جداً بالمقارنة مع بقية المناطق في العالم. وعليه فإن التوصيات الوطنية حسب الدليل الخاص بالتكفل بسرطان الثدي التابع لوزارة الصحة جاءت كما يلي:

### 9-2-1 توصيات لجميع النساء :

يوصى بالفحص السريري للثدي (الجس) مرة واحدة في السنة لجميع النساء من سن الخمسة وعشرون 25، بغض النظر عن مستوى الخطر لديهن، حيث يسمح هذا الفحص السريع وغير المؤلم بالكشف عن أي شذوذ محتمل، ويمكن أن يقوم به طبيب عام أو طبيب نسائي أو قابلة.

### 9-2-2 توصيات للنساء ذوات السوابق الشخصية (خطورة مرتفعة):

• سرطان قنوي موضعي: فحص سريري كل 6 أشهر خلال السنتين التاليتين للعلاج، ثم كل سنة مع التصوير الإشعاعي سنوياً.

• التضخم القنوي أو الفصيبي الشاذ (Hyperplasie atypique): التصوير الإشعاعي السنوي لمدة عشر 10 سنوات، ثم بعد انتهاء مدة عشر سنوات وفي حالة كان عمر المريضة أكثر من خمسين 50 عاماً، تتم المراقبة عن طريق التصوير الإشعاعي للثدي كل عامين، أما إذا كان عمرها أقل من خمسين 50 عاماً، يوصى باستخدام الماموجرام كل عامين حتى يبلغ عمرها 50 عاماً.

• الإشعاع العالي للجرعات الصدرية (داء هودجكين (maladie d'Hodgkin): فحص سريري سنوي بعد ثماني 8 سنوات من انتهاء الإشعاع (l'irradiation)، وفي سن العشرين كأدنى حد، وإجراء تصوير بالرنين المغناطيسي IRM سنوياً للثدي بعد ثمانية سنوات من نهاية التعرض للإشعاع، وفي سن الثلاثين كحد أدنى؛ كما يمكن الجمع بين التصوير الإشعاعي للثدي سنوياً (تصوير مائل)، مع فحص بالأشعة فوق الصوتية إضافة إلى التصوير بالرنين المغناطيسي.

### 9-2-3 توصيات للنساء ذوات التاريخ العائلي:

تكون المرأة عرضة أكثر لخطر الإصابة بسرطان الثدي إذا تم تشخيص حالات سرطان الثدي أو المبيض في عائلتها المباشرة (الأم، الأخت، الطفل)، أو إذا كان الرجل في عائلتها (الأب، الشقيق، الابن) مصابا بسرطان الثدي. وتكون درجة الخطورة عالية أو عالية جدا حسب معدل Eisinger الذي يقدره المختصون من خلال تحليل شجرة العائلة والبحث عن الطفرات BRCA1 أو BRCA2 التي تظهر خطر الاستعداد الوراثي للإصابة بسرطان الثدي.

في حالة وجود خطورة عالية، سيتم إجراء المراقبة:

- فحص سريري سنوي من سن العشرين 20؛
  - قبل سن الخمسين (40 سنة كحد أدنى) يتم إجراء صورة سنوية للثدي، كما يمكن الاستعانة بالموجات فوق الصوتية للثدي. وتناقش الحالات التي تستدعي متابعة إشعاعية مبكرة (بما في ذلك تصوير الثدي بالرنين المغناطيسي) على أساس كل حالة على حدة؛
  - من عمر الخمسين 50، يتم توجيه المريضة نحو الفحص المنظم.
- يجب أن تبدأ المراقبة الطبية والفحوصات الإشعاعية قبل خمس سنوات من عمر تشخيص سرطان الثدي وذلك بالنسبة لأصغر الأقارب (قريب من الدرجة الأولى أو ابنة الأخ).
- في حالة الخطر الشديد: إذا تم الكشف عن طفرة في جينات BRCA1 أو BRCA2 عند المريضة يجب:
- المراقبة السريرية كل ستة 6 أشهر ابتداء من سن العشرين 20.
  - متابعة سنوية عن طريق تصوير الثدي (التصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير الشعاعي للثدي ± الموجات فوق الصوتية في حالة كثافة أنسجة الثدي في حدود شهرين كحد أقصى) انطلاقا من سن الثلاثين. وتناقش الحالات التي تيرر متابعة إشعاعية مبكرة على أساس كل حالة على حدة.

يختلف الفحص الشامل المنظم في الجزائر عن الفحص الذي يُمارس في أماكن أخرى من العالم بسبب

الخصائص الوبائية:

- سن مبكرة للإصابة.

- حدوث الذروة قبل 50 عاما.

- كثافة الثدي.

لذلك فإن تنظيم الفحص الشامل لسرطان الثدي في الجزائر يعتبر أحد امتيازات المخطط الوطني

لمكافحة السرطان 2015-2019، بمساهمة لجنة من الخبراء تأخذ بعين الاعتبار الموارد البشرية والمادية

الموجودة، وبالتشاور مع جميع المعنيين في السلسلة الوبائية للمرض (Ministère de la Santé de la

#### Population et de la Réforme Hospitalière ,2016)

للإشارة فإن الأخصائيين في أمراض النساء والسرطان كالدكتور موساوي رئيس جمعية بدر لمساعدة مرضى

السرطان، يوصون بفحص ذاتي شهري يمكن أن تقوم به المرأة بعد تخطي سن العشرين بين اليوم السابع

والعاشر من الدورة الشهرية، وذلك عندما يكون الثدي أقل احتقاناً، أو في نفس اليوم من كل شهر في حال

انقطاع الطمث. وبهذا تكون الفتاة أو السيدة على علم بطبيعة ثديها، مما يسهل عليها معرفة أي تغيرات قد

تطراً على ثديها عند فحصها له ومن ثمة استشارة الطبيب. أما النساء ما بين العشرينات والثلاثينات فيجب

عليهن أن يجرين فحص الثدي الإكلينيكي على يد مختص كل ثلاث سنوات، في حين يجب منذ سن

الأربعين فما فوق إجراء هذا الفحص سنويا، ويفضل أن يكون ذلك قبل عمل الماموجرام (موساوي، 2015).

#### 10- السياسة الوطنية ضد سرطان الثدي:المخطط الوطني لمكافحة السرطان(2015-2019)

بذلت الجزائر منذ استقلالها جهودًا كبيرة لتحسين القطاع الصحي، ومكافحة الأوبئة والأمراض لا

سيما الخمس عشرة سنة الأخيرة في مجال السرطان. وقد استثمرت لمكافحة هذا الأخير في التمويل والبنية

التحتية والمعدات والموارد البشرية، وأعدت المخطط الوطني(2015-2019) باعتماد نظرة استراتيجية جديدة

متمركزة أساسا حول المريض. أُطلق المشروع في سنة 2015، وتم تجسيده بعد اتخاذ جملة من الإجراءات، من بينها مصادقة مجلس الوزراء المنعقد في شهر ماي 2015 على المحاور الإستراتيجية التي جاءت بها الوثيقة، ورصد المبلغ المالي المخصص له والمقدر بـ 180 مليار دج.

يتمثل الهدف الرئيسي من هذا المخطط في الحد من وفيات مرضى السرطان، وتحسين الإجراءات الوقائية ضد عوامل الخطر، ونوعية الحياة أثناء وبعد العلاج، والمساواة في الحصول على الرعاية الصحية لكل الجزائريين. وقد شمل المخطط ثمانية محاور استراتيجية كما يلي:

- ✓ المحور الإستراتيجي الأول: تحسين الوقاية ضد عوامل الخطر بالتركيز على مكافحة التبغ.
- ✓ المحور الإستراتيجي الثاني: تحسين فحص بعض أنواع السرطان مع التركيز على فحص سرطان الثدي.
- ✓ المحور الإستراتيجي الثالث: تحسين تشخيص السرطان بالتركيز على علم الأنسجة والتشريح المرضي.
- ✓ المحور الإستراتيجي الرابع: إعادة تنشيط العلاج بالتركيز على العمل ضمن فريق متعدد التخصصات.
- ✓ المحور الإستراتيجي الخامس: تنظيم توجيه ودعم ومراقبة المرضى بالتركيز على خلايا الاستقبال وتوجيه المرضى المصابين بالسرطان.
- ✓ المحور الإستراتيجي السادس: تطوير نظام المعلومات بخصوص السرطان بالتركيز على سجلات السرطان.
- ✓ المحور الإستراتيجي السابع: تعزيز التكوين والبحوث حول السرطان مع التركيز على التخصصات الجديدة.
- ✓ المحور الإستراتيجي الثامن: تعزيز التمويل والتكفل بالسرطان مع التركيز على تفعيل الموارد المالية المتاحة وترشيدها.

تضمنت هذه المحاور 19 هدفاً، و60 إجراء و239 تدبيراً. وقد لقي سرطان الثدي اهتماماً خاصاً في هذا المخطط حيث خصص له جزءاً كبيراً من المحور الإستراتيجي الثاني الذي يدعو إلى تحسين الكشف عن بعض السرطانات، وجاء التركيز على تنظيم الفحص عن سرطان الثدي كهدف رئيسي، تضمن إجراء

أساسيا تمثل في خلق مجموعة من الخبراء لتنظيم هذا الأخير، كما تناول 12 تدبيرا من بينها اعداد مجموعة من الخبراء لتنظيم الفحص المبكر عن سرطان الثدي، وبناء بروتوكول موحد ومكيف لذلك، إضافة إلى تحديد الممارسين والمنشآت العمومية والخاصة المعنية بهذا الفحص، علاوة عن تشجيع النساء على إجراء هذا الأخير من خلال حملات توعوية.

لم يغفل المخطط عن دور الأخصائيين النفسانيين في التكفل بمرضى السرطان ودعمهم نفسيا، حيث تناول في التدبير الثامن وعشرون 28 للإجراء 6-1 من المحور الإستراتيجي السابع، تنظيم تكوين جامعي للأخصائيين النفسانيين، كما ركز على ضرورة توفير خلايا إنصات على مستوى جميع ولايات الوطن تعنى بمرافقة المرضى وعائلاتهم طيلة فترة المرض، زد على ذلك تطوير تخصص علم النفس السرطاني ( L'Onco Psychologie) الذي أصبح ضروريا في الوقت الراهن كما جاء في المحور الخامس، وتزويد جميع مراكز مكافحة السرطان (CAC) بوحدة علم النفس السرطاني. والواضح من خلال هذا الإهتمام بالجانب النفسي في التكفل بمرضى السرطان وعي الدولة الجزائرية وتقديرها لدور الأخصائي النفساني في تحسين هذا الأخير، بل وفي تفعيل العلاج كذلك لما للجانب النفسي من تأثير على الجسد، والدليل على ذلك ما جاء به الإجراء 1-2 من المحور الاستراتيجي الخامس، الذي يؤكد على ضرورة توفير الدعم النفسي للمرضى قبل وبعد العملية

الجراحية ((Ministère de la santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, 2014))

تعد المنشآت والمراكز الصحية عاملا أساسيا لتوفير الخدمات الصحية اللازمة للمرضى، لذلك فقد سعت الجزائر إلى تشييد مراكز مكافحة السرطان في العديد من ولايات الوطن، وتهيئتها بالمعدات الحديثة لضمان تكفل أفضل بالمرضى سواء فيما يخص الكشف عن المرض أو المتابعة أو العلاج، وبلغ عدد هذه المراكز حاليا 22 مركزا موزعين على الولايات التالية: الجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة، عنابة، تلمسان، باتنة، سيدي بلعباس، سطيف، البليدة، الأغواط، المدية، جيجل، بجاية، الشلف، البيض، أدرار، الوادي، بشار، تيزي وزو، تيارت، الجلفة، ورقلة. كما يوجد 41 مصلحة و77 وحدة عملياتية تغطي 48 ولاية مع توفير

الأدوية الخاصة بمعالجة السرطان، إضافة إلى تزويد مجال العلاج بالأشعة بـ 36 مفاعل عملياتي منها 10 على مستوى القطاع الخاص مقابل 7 مفاعلات في سنة 2013، «*quatre nouveaux centres de lutte*» (2018)

يعد المركز الخاص بمكافحة السرطان في عنابة - الذي تكفل الصندوق السعودي للتنمية بتكاليف بنائه - من أفضل المراكز الصحية فيما يخص المعدات الطبية الحديثة، حيث زود هذا الأخير بأحدث آلة للعلاج الإشعاعي (جهاز Versa HD)، دون التأثير على الأنسجة الخلوية المجاورة للورم السرطاني، وتقدم هذه المؤسسة الصحية (مركز الملك عبد العزيز آل سعود) الخدمات الطبية والعلاجية لآلاف المرضى الذين يقصدون المركز من مختلف الجهات الجزائرية، وكذا من تونس التي لا يفصلها عن مدينة عنابة سوى 100 كيلومتر (الجزائر يومية وطنية إخبارية، 2018).

## 11- دور المجتمع المدني في مكافحة سرطان الثدي:

لقد سعت الدولة الجزائرية أيضا في إطار مكافحة سرطان الثدي إلى تشجيع المجتمع المدني ودعمه بالوسائل المتاحة، حتى يتسنى له المشاركة في السياسة الوقائية ضد هذا المرض، إضافة إلى التكفل النفسي والطبي للمرضى، حيث تنشط مختلف الجمعيات على مستوى التراب الوطني، منها جمعية الأمل التي تأسست سنة 1994 من طرف عمال وإطارات المركز الوطني لمكافحة السرطان بيار وماري كوري بالجزائر العاصمة، قصد مساعدة كل المرضى المصابين بداء السرطان والقادمين من مختلف ولايات الوطن، حيث تسعى الجمعية لتسهيل علاج المرضى غير المؤمنين اجتماعيا عن طريق توفير جميع الأدوية الضرورية لهم، وضمان النقل والإقامة للعديد منهم (عريوة ريمة، 2010). كما تقوم الجمعية بالحملات التحسيسية، والخرجات التوعوية، إضافة إلى المشاركة في الفحص المبكر لسرطان الثدي من خلال التنقل إلى المناطق النائية بالتعاون مع الأطباء المختصين عبر ما يسمى بالمموبييل، وهي عبارة عن شاحنة مزودة بكل مستلزمات الفحص السريري والإشعاعي المجاني، كما بادرت الجمعيات كذلك بالتعاون مع صندوق الضمان

الاجتماعي بتسهيل عملية الفحص المبكر عن سرطان الثدي للنساء العاملات والمنتسبات إلى الصندوق وذلك بجعله مجانياً. وتنظم جمعية الأمل برئاسة حميدة كتاب، حملة تحسيسية واسعة كل سنة خلال شهر أكتوبر، تزامناً مع فعاليات الشهر العالمي لسرطان الثدي الذي اختارته المنظمة العالمية للصحة، من أجل التحسيس بمخاطر سرطان الثدي وبأهمية الفحص المبكر، حيث تُعد الجمعية أيما علمية تتضمن برنامجاً ثرياً يجمع بين الأنشطة العلمية والرياضية والإعلامية عبر الوطن، بالتعاون مع الجمعية العلمية للأمراض الثدي.

تعتبر السباقات النسوية من الأنشطة الرياضية التي قامت بها الجمعية، كالسباق الذي أجري في يوم 12 أكتوبر 2013 في الجزائر العاصمة بالتعاون مع الاتحادية الجزائرية للعدو الريفي، لتحفيز النساء على حضور فعاليات التحسيس لمكافحة سرطان الثدي. (« جمعية أمل»، 2013)، أو السباق الذي أجري في 29 أكتوبر 2015 بملعب 5 جويلية بالعاصمة في طبعته الثالثة تحت شعار «تحركوا لتحموا أنفسكم»، أين شاركت أكثر من ألف 1000 امرأة من مختلف الأعمار والبلديات، لتمرير رسالة معبرة، تحث من خلالها النساء الجزائريات على ممارسة النشاط الرياضي الذي يقي من الإصابة بسرطان الثدي، وكذلك لتشجيع الإقبال على الفحص المبكر دون تردد، ويعتبر السباق من أبرز الفعاليات النسوية، حيث تحرص الجمعية على تنظيمه كل عام بغرض التوعية ضد هذا الداء (بورويلا، ص. 2015). كما تخصص الجمعية أيما تحسيسية وإعلامية بنفس الشهر حول كيفية مكافحة سرطان الثدي، عبر الإذاعات المحلية والتلفزة لتصل المعلومات إلى الجميع.

إضافة إلى ذلك فقد قامت جمعية الأمل بدمج الفحص المبكر عن سرطان الثدي في طب العمل للتكفل بالنساء العاملات، واستطاعت أن تبرم عقوداً بين مختلف المؤسسات للمساهمة في الحملات التحسيسية حول سرطان الثدي، وتشجيع النساء العاملات على هذا الفحص (Kourta, D. 2015). كما بادرت بالتعاون مع Algérie télécom بوضع خط أخضر (3003) في متناول الجميع للاستفسار عن كل ما يخص سرطان

الثدي لتسهيل وصول المعلومات الصحيحة والعلمية حول الداء المعني، بدلا من الشائعات والأفكار المغلوطة بخصوصه، كما يسمح هذا الإجراء للنساء لا سيما المصابات بتوجيههن إلى أقرب المراكز المختصة بالتكفل والعلاج (2015، «Lutte contre le cancer du sein»). والمثير للاهتمام أن جمعية الأمل قامت للمرة الأولى في أكتوبر 2017 بحملات تحسيسية واسعة على مستوى الجامعات والإقامات الجامعية، لتوعية وتحسيس المرأة الشابة وغرس الثقافة الصحية لديها، حتى تساهم بدورها في العملية التوعوية في محيطها كما صرحت رئيس الجمعية (بلال رشيدة، 2017). وتعتبر هذه المبادرة مؤثر جيد عن بداية الوعي بضرورة الالتفات إلى شريحة الشباب من النساء، والاهتمام بتوعيتهن لأنهن معرضات كذلك للإصابة، خاصة إذا رجعنا إلى المعطيات الوبائية للمرض في المجتمع الجزائري.

لا تعتبر جمعية الأمل الوحيدة التي تنشط على مستوى الوطن، بل هناك جمعيات أخرى عديدة مثل الواحة بقسنطينة برئاسة أبركان، وجمعية بدر بالبلدية برئاسة مصطفى ميساوي، وجمعية شعاع الأمل بالجلفة... وغيرها من الجمعيات التي تبذل الكثير من الجهود في سبيل الحد من تفاقم السرطان من خلال الأيام التحسيسية، والندوات والملتقيات، ناهيك عن مساهمتها في عملية الفحص المبكر عن سرطان الثدي، وذلك بالانتقال إلى المناطق المعزولة من ربوع الوطن لا سيما الصحراوية، عبر وحدة تنقل مزودة بجميع المستلزمات الطبية (ماموبيل)، إضافة إلى طاقم طبي متخصص لإجراء الفحوصات اللازمة للنساء اللواتي تعذر عليهن ذلك، علاوة على ذلك فإن العديد من الجمعيات تمكنت من إنشاء ديار، تستقبل فيها المرضى وعائلاتهم القاطنين في الولايات البعيدة عن المراكز والمستشفيات التي يتلقون فيها العلاج، حيث توفر لهم الأكل، المبيت، والنقل لإجراء الفحوصات الطبية، ومن بين هذه الديار نذكر على سبيل المثال: دار جمعية واحة بقسنطينة التي تضم أربع وحدات تعنى بالكبار والأطفال (وليد، و، 2016)، ودار الإحسان التابعة لجمعية بدر بالبلدية، («جمعية بدر»، 2016)، ودار الإيواء لجمعية الأمل بالعاصمة (نورة، أ، 2012).

بالرغم من كل هذه المجهودات الجبارة، والإمكانات المادية والبشرية في سبيل توعية المجتمع الجزائري عامة والمرأة بشكل خاص بأهمية الفحص المبكر عن سرطان الثدي، إلا أن المعطيات الوبائية تشير إلى تأخر الكشف عن هذا الداء لدى عدد معتبر من المصابات، علاوة على إجماع بعض النساء عن القيام بالفحص السريري الدوري حتى لو اتاحت لهن الفرصة، كما صرحت به رئيسة جمعية الأمل حميدة كتاب أثناء الحملة الكبيرة التي قامت بها الجمعية عبر الماموبيل، حيث جابت العديد من ولايات الوطن خاصة النائية منها انطلاقاً من بسكرة. وحسب حميدة كتاب فإن رفض بعض النساء للفحص المبكر راجع إلى أفكارهن الخاطئة حول سرطان الثدي الذي يعني بالنسبة لهن الموت (حميدة كتاب، 2015).

## خلاصة الفصل:

تعد الدراسة الوبائية لسرطان الثدي غاية في الأهمية لأنها تساعد على وضع إجراءات وقائية، وتنظيم برامج للكشف عن هذا الداء لتحسين المتابعة والعلاج. وفي الوقت الذي تعرف فيه الجزائر انخفاضا معتبرا في الأمراض المعدية بفضل مختلف البرامج الصحية التي اعتمدها في العشريتين الأخيرتين، فإنها تشهد بالمقابل انتقالا وبائيا نظرا لعدة أسباب كالتغيير الديموغرافي بارتفاع معدل العيش، إضافة إلى التحولات التي يشهدها المحيط وطريقة العيش، مما انجر عنه نقشي أمراض جديدة كالسرطان الذي يشكل معضلة كبيرة للصحة العمومية، حيث أصبح من أولوياتها، ولا بد من التدخل الاستعجالي للحد من تفاقم هذا المرض في الجزائر، خاصة وأن الكشف عنه يتم في غالب الأحيان في المراحل المتقدمة نظرا لعزوف النساء عن القيام بالفحص المبكر، بغض النظر عن ما يميز هذا الداء في الوسط الجزائري كونه يصيب المرأة الشابة. ليس ذلك فحسب بل إن الدراسات الوبائية تشير إلى أنه يظهر بشكل مبكر أكثر فأكثر، مما يقلص نسبة العيش ويزيد من نسبة الوفيات لدى المصابات، كما يمس بجودة حياة المعنيات نتيجة المعاناة الجسدية والنفسية التي يفرزها في حالة تأخر الفحص.

بناءا عليه فإن الفحص المبكر عن سرطان الثدي هو السبيل الوحيد لحد الساعة لمكافحة هذا الداء، لذلك لا بد من غرس ثقافة الفحص الذاتي والسريري للثدي بالنسبة لكل النساء، إضافة إلى محاربة عوامل الخطورة وإعداد استراتيجيات فعالة لتشجيع الفحص المبكر لا سيما لدى المرأة الشابة.

# الفصل الثالث:

## مقاربة نفس اجتماعية لسرطان الثدي عند المرأة

### تمهيد.

1. العوامل النفسية لنشأة السرطان psychogenèse du cancer.
  2. رمزية الثدي.
  3. الآثار النفسية لسرطان الثدي عند المرأة.
  4. سرطان الثدي والحياة الاجتماعية للمرأة المصابة.
  5. عمل الحداد.
  6. المساندة الاجتماعية للمصابات بسرطان الثدي.
  7. التكفل النفسي بالمرأة المصابة بسرطان الثدي.
- خلاصة الفصل.

## تمهيد:

إن السرطان بشكل عام مخيف، لأنه يعكس بصفة مباشرة قلق الموت لدى الجميع، لكن السرطانات التناسلية لاسيما سرطان الثدي يولد مخاوف خاصة، فهو يضع المصابات في مواجهة فقدان جزء من جسدهن يعد رمزا للأنوثة والأمومة والجنس، كما أنه يخل بحياتهن الاجتماعية وعلاقاتهن بشكل عام، مما يزيد من وقع الخطر الحيوي الذي يعترضهن جراء هذا الداء، ويسبب لهن الكثير من المشاكل النفسية، لذلك تتطلب مواجهة هذه الفترات المتفاوتة الصعوبة لدى النساء المصابات عدة عوامل.

### 1- العوامل النفسية لنشأة السرطان psychogenèse du cancer:

لقد حاولت بعض النظريات ولفترة طويلة الربط بين العوامل النفسية والسرطان، لكن ملخصات الدراسات الحالية تنقسم ما بين مؤيد وناقيا لهذه العلاقة. وفيما يلي توضيح لأهم ما جاء بخصوص دور العوامل النفسية في نشأة السرطان، ومساهمة علم النفس العصبي المناعي La psychoneuroimmunologie الذي يدرس ويحلل المواقف الإكلينيكية التي تقوم فيها هذه العوامل بتغيير مناعي في دفاعات الجسم، ويعد الاكتئاب، الأليكسيتيميا، الإجهاد، والشخصية المسماة سرطانية من نمط C أكثر هذه العوامل تناولا (Amami,O, et al, 2006).

يشمل التسرطن (Carcinogenèse) ثلاث مراحل: التحريض، التعزيز، والتقدم. فالتحريض تحويل الخلية الطبيعية إلى خلية خبيثة إما بوجود استعداد وراثي، أو التعرض لفيروس، أو خلل في وظيفة الخلية،... يمكن للخلية الخبيثة بعد تحفيزها أن تتكاثر وتغزو الهياكل البيولوجية المجاورة التي تشكل وربما محليا: هذه هي مرحلة تعزيز السرطان، وفي مرحلة التقدم، يظهر سرطان بعيد في شكل إنبثاث بعد إضعاف دفاعات الجسم عن طريق المسارات الهرمونية والمناعية. إن السرطان متعدد العوامل، ويبقى المكون النفسي موضوعًا مثيرًا للجدل لحد الآن، رغم تدعيم التطورات الحديثة في علم المناعة العصبي لفرضية التورط

النفسى للسرطان؛ فقد ثبت الآن بوضوح أن الخلية جزء من نظام معقد يشتمل على العديد من آليات الاتصال والتداخل بين أنظمة كل من الجهاز العصبي المركزي، والغدد الصماء، والجهاز المناعي، تشترك هذه الأنظمة في وسطاء ومستقبلات مشتركة، مما يشير إلى أن الدماغ يلعب دورًا تنظيميًا في الاستجابة المناعية. قد يؤدي التنشيط المستمر للمحور (hypothalamohypophysaire adrénérique) في حالة الإجهاد المزمن والاكتهاب إلى تقليل الاستجابة المناعية، ويساهم في تطور أنواع معينة من السرطان، فمرحلة تطور السرطان هي ثانوية لضعف دفاعات الجسم عن طريق العوامل الهرمونية والمناعية.

في هذا الصدد سجل **Schleifer** وآخرون في 1983، انخفاضًا كبيرًا في تفاعلات اللمفاويات وفي العدد المطلق للخلايا B و T، فضلًا عن زيادة في مستويات الكورتيزول البلازما وانخفاض في نشاط الخلايا القاتلة الطبيعية NK لدى المرضى الذين تم إدخالهم إلى المستشفى بسبب اكتهاب شديد (Ibid).

### 1-1 الاكتهاب ونشأة السرطان:

أشارت دراسة **Jadoulle** وآخرون التي أجريت في عام 1966 إلى أن المستويات الأولية من اليأس والاكتهاب كانت مرتبطة بشكل كبير بخطر الإصابة بالسرطان.

وفي دراسة استطلاعية أجريت في عام 1987 لتقييم معدل حدوث الوفيات جراء السرطان لدى 2020 من الرجال وذلك باستخدام جرد الشخصية MMPI، استنتج **Persky** وآخرون، أن للاكتهاب دورًا مؤهلًا لظهور السرطان.

في حين هناك دراسات أخرى تناولت تأثير الاكتهاب على نشوء السرطان، خلصت إلى عدم وجود خطر أو وجوده بدرجة منخفضة، وأنه من غير الممكن تحديد الاكتهاب كعامل خطر راسخ، ومن بين هذه الدراسات: التحليل البعدي (méta-analyse) لـ **Mc Geel** وآخرون، الذي كان في عام 1994 انطلاقة من سبع دراسات استطلاعية أجريت بين 1979 و 1990 لرصد العلاقة بين الاكتهاب والسرطان، وكشفت النتائج عن وجود علاقة متواضعة بين نوبة اكتهاب حديثة وتطور السرطان؛ إضافة إلى التحليل البعدي لـ **Mc Kennal** وآخرين

عام 1999 باعتماد 22 دراسة، والذي لم يسفر عن وجود ارتباط دال بين سرطان الثدي واضطرابات القلق الاكتئابية.

### 1-2 الالكستيميا Alexithymie ونشأة السرطان:

عرفت النتائج الخاصة بالعلاقة بين الالكستيميا أو ما ترجم إلى عجز التعبير الانفعالي، وبين نشوء السرطان تضاريا واضحا في جملة الدراسات المتتالية لها، ومن بينها دراسة **Todarello** وآخرين أجريت على مائتي 200 امرأة، حيث وزعت عليهن اختبارات الشخصية قبل خضوعهن للفحص الإشعاعي، وثبت تشخيص سرطان الثدي لدى ثلاث عشرة 13 منهن، وأظهرت المقارنة بين نتائجهن على الاختبار وبين نتائج البقية من النساء السليمات؛ وجود سمات أكثر وضوحا للعجز عن التعبير الانفعالي لدى المصابات. كما أجرى نفس الباحث دراستين في عامي 1994، 1997 حيث وجد معدل أعلى لعجز التعبير الانفعالي لدى النساء المصابات بسرطان عنق الرحم مقارنة بالنساء المعافات.

وبعكس فريق **Todarello** فإن فريق **Anagnostopoulos** وبعد دراستهم لـ 448 امرأة قبل فحص سرطان الثدي، لم يجدوا فرقا دالا بين المصابات بالسرطان وغيرهن فيما يخص معدل العجز عن التعبير الانفعالي.

### 1-3 الاجهاد Stress ونشأة السرطان:

لقد أجريت العديد من الدراسات لكشف العلاقة بين التعرض للإجهاد المستمر وبين ظهور الأمراض السرطانية، ومع أن البعض منها قد حاول إثبات هذه العلاقة إلا أن البعض الآخر جاء منافيا تماما. بشكل عام يمكن القول بأن الدراسات المستقبلية لم تجد علاقة ملحوظة بين الإجهاد والسرطان، في حين أظهرت الدراسات الاسترجاعية التي تخضع للكثير من التحيز نتائج متناقضة. فبالنسبة إلى **Fox** الذي نُشرت دراسته عام 1995، فإنه من المؤكد تقريبا أن أحداث الحياة المجهدة ليست عوامل خطر. ولإشارة فإن سرطان الثدي هو الأكثر تناولا بالدراسة من بين جملة السرطانات الأخرى، ووفقا للتحليل البعدي الذي أجراه **Gérits**

وآخرون لتسع وعشرين 29 دراسة، فإنه لا يوجد حتى الآن أي دليل على مساهمة أحداث الحياة المجهدة في زيادة خطر الإصابة بسرطان الثدي، بالنظر إلى الدراسات التي تعتمد على منهجية موثوقة. بالإضافة إلى ذلك، فإن **Gérits** يرى بأن تأثير أحداث الحياة على مآل سرطان الثدي يعتبر ضعيفا. وفي التحليل البعدي الذي قام به **McKenna** وآخرون لست وأربعين 46 دراسة لحالات سرطان الثدي، تم الكشف عن وجود ارتباط دال مع حالات انفصال قريبة عاشتها المصابات، وأحداث حياتية سابقة مجهدة. أما بالنسبة للحداد باعتباره حالة وجودية مجهدة بشكل خاص، فلم تُظهر تقريبا أي دراسة استطلاعية زيادة في الوفيات (*surmortalité*) بسبب السرطان بين الأرمال، وقد أشارت بعض الدراسات إلى وجود هذه الزيادة في فترة ما بين ستة 6 إلى أربعة وعشرين 24 شهرا من بعد الترميل، يعني على مدى قصير جدا لا يمكن اعتماده لتوريط الحدث المجهد بأي شكل من الأشكال.

#### 1-4 نمط الشخصية وخطر الإصابة بالسرطان:

إن الفرضية القائلة بأن بعض الخصائص الثابتة للشخصية مرتبطة بخطر الإصابة بأمراض معينة قديمة جداً. وقد سعت العديد من الدراسات ذات الطابع الوبائي أو السيكوسوماتي إلى البحث عن «الشخصية السرطانية».

لقد وصف **Temoshok** وآخرون نمطاً من الشخصية، يُدعى النمط C حيث يكون المريض متعاوناً، ومسالماً، وصبوراً، قامعا لانفعالاته السلبية خاصة الغضب؛ ولديه صعوبات في تأكيد ذاته، كما أنه يخضع بسهولة ويضحى باحتياجاته لصالح الآخرين. وحسب بعض الباحثين فإن أصحاب هذا النمط من الشخصية لديهم استعداد للإصابة بالسرطان. وفي هذا الشأن سجلت دراسة **McKenna** وآخرين -التي ذكرت سابقا حول علاقة العوامل النفسية والاجتماعية ونمو سرطان الثدي-، ارتباطا دالا بين ظهور سرطان الثدي وبين الشخصيات التي تتجنب الصراعات. وفي نفس الاتجاه دافعت دراسة **Crevenka** عن الدور المؤهل للقمع الانفعالي في ظهور السرطان. وهكذا فإن العلاقة بين الشخصية والجهاز المناعي والسرطان مثيرة للجدل.

والظاهر أنه بصرف النظر عن دراسة Crevenka، فإن معظم الدراسات التي تدعو إلى وجود صلة بين الشخصية والسرطان محدودة منهجياً: العينات صغيرة، عدم النظر في المتغيرات البيولوجية الدخيلة أو السلوكيات الغير صحية (قلة النوم، التغذية الغير صحية، التدخين... )، البعد الإحصائي، الفترة الزمنية التي أخذتها الدراسة بعين الاعتبار؛ مع العلم أن المرحلة الما قبل إكلينيكية (قبل ظهور أعراض المرض) لسرطان الثدي مثلا لا تقل عن ثماني 8 سنوات... إلخ.

وفقا لـ Faller وآخرون، يمكن أن تتجم بعض مظاهر ما يسمى بالشخصية السرطانية عن الطريقة التي يتفاعل بها المرضى عند شعورهم بأنهم مصابون بالسرطان. خاصة وأن غالبية المرضى يظنون تشخيص مرضهم حتى قبل الحصول على نتائج الفحوصات، لذلك فمن الضروري الحذر عندما يتعلق الأمر بمناقشة الروابط المحتملة بين الشخصية والسرطان.

إن المعرفة الحالية تحول دون أي استنتاج متسرع حول مساهمة العوامل النفسية في الإصابة بالسرطان وفي هذا الشأن يقر Ravazi بأن افتراض قدرة العوامل النفسية الاجتماعية على تحديد المستقبل النفسي يبدو واضحا، لكن افتراض إمكانية تأثير هذه العوامل على المستقبل العضوي أو الجسدي لا يزال موضع جدل، لأن هذا الأمر يتطلب فهم دقيق للآليات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية الكامنة وراء نمو علة جسدية معينة. وفيما يتعلق بالأمراض السرطانية حاليا، فإن هذا لم يتحقق بعد.

مع ذلك، بالنسبة لبعض الأفراد، في حالات معينة وفي أنواع معينة من السرطان، يمكن للعوامل النفسية أن تؤثر بشكل كبير على ظهور و/ أو تطور المرض (Amami,O, et al, 2006).

وعموما يمكن القول بأن فرضية تأثير العامل النفسي في نشوء السرطان تبقى مطروحة في انتظار المزيد من الأبحاث الجادة، لكن تأثير السرطان على حياة ونفسية المصابين أمر جلي، لا سيما فيما يخص السرطانات التناسلية التي تمس عضوا مشعبا رمزيا كما هو الحال في سرطان الثدي.

## 2- رمزية الثدي:

لقد كان الثدي منذ عصور ما قبل التاريخ موضوعا للتعبد، ولعل ما تحمله بعض الآثار الحجرية الحديثة من منحوتات تبرز نتوءات تشير إلى أثناء المرأة أكبر دليل على قدسية هذا العضو، حيث كانت النساء تتبرك بها وتمسح عليها لأغراض الخصوبة. أما مشاهد الرضاعة الطبيعية فقد ظهرت مبكرا جدا كرموز للخصوبة في مختلف اللوحات الرسمية والمنحوتات. ففي العصور المصرية القديمة، كانت إيزيس (آلهة) تُجسّد وهي ترضع ابنها حورس، مما يعتبر مشهد مقدس بارز.

أما في العصور اليونانية والرومانية، فلم يحض الثدي بالبعد الشبقي *erotique* المثير الذي نعرفه اليوم، فكان يمثل بنسب متواضعة على تماثيل وصور الآلهة أو غيرها من الصور الفنية بشكل عام، كما كانت هناك أيضا الكثير من الأعمال الفنية التي تمثل الآلهة - الأمهات المرضعات *Déesse-mères nourricières*.

ومن المفارقات العجيبة أنه مع حضر المسيحية للنساء على عدم الكشف عن أي شيء من أجسادهن، أخذ الثدي منعظا أكثر إثارة. وفي عصر النهضة، كُشف الصدر أكثر وأكثر في أعمال الرسامين والنحاتين، حيث اختلط العادي والمقدس، وربما عمل الرسام *Botticelli* بوتيتشيلي هو أفضل مثال على ذلك. في الوقت نفسه، انتشر في العالم المسيحي موضوع العذراء المرضعة في الرسومات والتماثيل وذلك من القرن الرابع عشر، حيث كان الثدي يمثل النقاء المطلق. لكن في عام 1563 وضعت الكنيسة حداً لذلك من خلال حظر التعري في الرسم الديني ( *Thouelle.E , 2006* ).

استمرت قداسة الثدي في القرن التاسع عشر، خاصة من خلال الثورات التي تخللت هذا القرن. ويمثل الرسم الذي أنجزه *يوجن ديلاكروا Eugène Delacroix* (دليل إرشاد الناس)، تقديس الثدي، والذي أراد من خلاله أن يرمز للثورة عام 1830، حيث تظهر امرأة في المقدمة عارية الصدر تعبيراً عن الحرية.

وفي رواية الرجل الذي يضحك L'homme qui rit لفكتور هوغو Victor Hugo حيث تم العثور على طفل فوق صدر أمه الميتة في الثلج مع قطرة من الحليب المجدد كما يقول النص، أخذ الثدي كل أبعاده المقدسة أين تؤدي الأم الحاضنة دورها في الرعاية والغذاء حتى آخر أنفاسها.

استمر البعد المقدس للثدي في عصرنا هذا، بل وقد عرف انتعاشا في السنوات الأخيرة، ويكفي أن نرى ما يقدمه الإعلان من صور، وفيديوهات، وأغاني، وأفلام تعرض بشكل جريء صدر المرأة لترويج وتسويق المنتجات أو الخدمات، أو لمجرد الاستمتاع (Thouelle.E, 2006).

اهتمت الثقافة العربية كغيرها من الحضارات الإنسانية بثدي المرأة واعتبرته من سمات الجمال، لاسيما إن برز وارتفع في إشارة واضحة إلى خصوبة المرأة وأنوثتها. وقد تغنى الشعر الجاهلي بصدر المرأة أو نهدها الذي كان من بين أهم العلامات المميزة والمحددة لجمالها، وأول ما يثيره في جسمها وما يرغب فيها، حيث شُبه النهدي بالرمان لاستدارته، وبالعاج لصفائه، وبالمرمر لبياضه الناصع، ووصف النهدي بالثمار كذلك، حتى أطلق على المرأة أسماء بشكل نهديها لتكون الكاعب إذا ما كان صدرها في أول بروزه، والناهد من كبر نهدها واستقر (الكيلاني فالح، 2017). وبعد دخول الإسلام لم يكف الشغف بالثدي، فقد انتشرت قصائد الشعراء التي عبرت عن فنتتهم به. واستمر هذا الاهتمام في العصر الحديث، فأغلبية قصائد الشاعر نزار قباني تكاد لا تخلو من وصف النهدي والتغني بجماله (نهديك، مصلوبة النهدين، رافعة النهدي...) وصفا شبقيا جنسيا وعاطفيا (الفرشيشي خولة، 2017). فالثدي لا يعْتَبَر رمزا للجمال فقط بل للأومومة والأنوثة والجنس.

## 1-2 رمز الأومومة:

لا شك أن الوظيفة البيولوجية للثدي هي إنتاج الحليب لتغذية المولود فهو بالتالي يمنح الحياة، وسلوك الرضاعة الطبيعية هو سلوك فطري عالمي لدى الجنس البشري، كما أن صحة المولود الجديد واستمرارية بقاءه على قيد الحياة تتطلب حصوله على العناية والتغذية المناسبة، وقد تبنت الأمهات على امتداد القرون الغابرة هذا السلوك الحيوي في نمو الطفل، كما تشير إليه الأبحاث التاريخية والدراسات

الأنثروبولوجية والمعطيات الاثنوغرافية حول المجتمعات الإنسانية عامة، بأن سلوك الإرضاع قد عرف منذ أقدم العصور في الفترة الممتدة إلى تسعون ألف سنة قبل الميلاد، فحسب الشهود التاريخية يعد المصدر الوحيد لتغذية الطفل الصغير آنذاك هو حليب الأم، وإذا لم يتوفر عوض بحليب مرضعة أخرى، وقدرت مدة الرضاعة حسب ما أشارت إليه الدراسات إلى ما بين سنتين وثلاث سنوات. فقد كانت عند المصريين القدامى تستمر إلى ثلاث سنوات، في حين تقدر بسنة واحدة إلزامية لدى الهنود، وستة أشهر عند الإغريق (مخولف وردة، فسيان حسين، 2017).

ارتبطت الأمومة ارتباطا وثيقا بالرضاعة، لأن دور الأم وواجبها الأول نحو مولودها هو الغذاء (الحليب) لضمان بقاءه على قيد الحياة، ولا عجب في أن تكون الأم الجيدة من بين التصورات الاجتماعية للرضاعة في المجتمعات، حيث أن هذه الأم النموذجية والمحبة، تستجيب لاحتياجات ابنها وتضعها في المركز الأول بغض النظر عن الانعكاسات الصحية للرضاعة على صحتها (مخولف وردة، فسيان حسين، 2017)، فهي تهدي حليبها إلى طفلها لتغذيته وتحميه ولأجل أن تعبر عن مدى حبها له، لذلك تعد الرضاعة مرادفا للحب الأمومي، ذلك الحب بين الأم وابنها الذي يعبر عنه بصراحة عن طريق سلوك الإرضاع. إضافة إلى ذلك، تعتبر الرضاعة رابطة فسيولوجية محسوسة بين الطفل وأمه وامتدادا لحبل الولادة، فعلاقة الطفل بالثدي تحل محل علاقته بحبل الولادة. ولأن الإرضاع بواسطة الثدي كانت الوسيلة الوحيدة لتغذية الصغار والمحافظة على بقائهم خلال المراحل المختلفة من الحياة البشرية، فإن قابلية الأم لتغذية طفلها متأصلة جدا، ويعد في القدم عجز الأم عن إرضاع صغيرها لقلة حليبها من أصعب المواقف التي يمكن أن تتعرض إليها.

تأخذ الرضاعة بالإضافة إلى دورها الحيوي في التغذية العديد من المعاني الرمزية، وتتشكل حولها جملة من الرموز والمعتقدات ومنها ما يشير إلى أن الخصائص الوراثية للطفل لا تكتمل بعد ولادته إلا بالإرضاع، لأن الحليب يقوم بنقل شيء ما من خصائص الأم إلى الطفل تماما كما هو الحال عند انتقالها

عبر الدم. وهذا ما يبرر الأهمية الخاصة التي تحتلها المرضعة في الثقافة العربية بشكل عام، ذلك أن الأمومة لا تتوقف ولا تقتصر على الحمل والولادة، بل تستمر أثناء الرضاعة، حتى أن الأم المرضعة تعتبر بنفس الدرجة كالأم الوالدة، وهذا ما تشير إليه أكثر المذاهب في تحريمها لزواج الأخوين في الرضاعة، فهذه الأخيرة أصبحت في ترتيب الأخوة الحقيقية. كما تظهر أهمية الرضاعة وحليب الأم في الأمثال الشعبية كذلك، فيقال على سبيل المثال على الرجل الشجاع القوي الذي يرفض الظلم ويقدم العدالة أنه «شبع من حليب أمه» (قنطار، ف، 1992، ص78-79).

لقد جاء في النصوص الدينية الحث على الرضاعة، كما أن حكم إرضاع الطفل في الحولين واجب لقوله تعالى في القرآن الكريم « وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ » (البقرة، 233). فالقرآن الكريم يوجب على الأم أن ترضع ولدها ما لم يكن ثمة مانع يمنعها، ومتى لم يتهيأ ذلك للأم يبحث عن مرضعة لترضعه، ولا ينبغي للأمهات أن يحرمن أطفالهن من الرضاعة الطبيعية واستبدالها بالاصطناعية لقصور فائدتها.

وعليه فإن الأمومة تتجسد بشكل كبير في الرضاعة من خلال ما تحققه هذه العملية من تدعيم للعلاقة أم طفل، حيث أن إعطاء الثدي للوليد يعزز لديها الشعور بالإنجاح، ويبعث في نفسها السعادة، ويريح ضميرها، ويكمل دورها كام، مما ينعكس إيجاباً على توازنها الجسدي والنفسي.

## 2-2 الثدي رمزا للأنوثة:

يعرف فيليب برونو Philippe Brenot عالم الأنثروبولوجيا ومختص في علم الجنس الأنوثة على أنها «مجموع الطباع الخاصة بالمرأة» وهي عكس الذكورة (wojtyna,c, 2004-2006, p.22)، وعندما تصبح الفتاة امرأة وتنمو ثديها تكتشف المرأة قدراتها الأنثوية، والأنوثة ليست فقط مجموع الخصائص الفسيولوجية، فالطريقة التي تدرك بها المرأة جسمها وثديها والتي تتأثر بمحددات ثقافية واجتماعية للمحيط

الذي تتحدر منه تصنع أنوثتها، وعند الإصابة بسرطان الثدي، يصبح العلاج الجراحي بمثابة اعتداء على هذه الأنوثة التي تحرم من أحد رموزها الأساسية.

## 2-3 الثدي عضو جنسي:

الجنسانية (La sexualité) «بناء اجتماعي يتضمن مظاهر بيولوجية، وعلائقية، وذاتية ودمج الهوية الشخصية مع العديد من المعاني، مثل تبني أسلوب الحياة، واختيار الموضوع الشبقي، أنواع الملابس، والسلوكيات» (Santos DB , Vieira EM, 2014).

تخضع الجنسانية الأنثوية لضغط المعايير الثقافية والاجتماعية المتعلقة بالجمال، مما يحدد مشاعر المرأة نحو الجنس والجنسانية. ويعد الثدي عامل من عوامل الجنسانية، فهو مصدر للهومات، ومنطقة غلميه، لذلك يلعب دورا مهما في الإغراء والإثارة الجنسية، وعندما تشعر المرأة برغبة في الجنس أو عندما تستجيب لملامسات زوجها، يزيد حجم أثنائها وتبرز حلمتها، فالثديان يصنفان مع الأعضاء الجنسية ويؤديان بذلك وظيفة جنسية، وقد أشارت العديد من الدراسات إلى تأثير الإصابة بسرطان الثدي ومختلف العلاجات - لاسيما الجراحية باستئصال الثدي- على هذه الوظيفة (wojtyna,c, 2004-2006. p20-21).

## 3- الآثار النفسية لسرطان الثدي عند المرأة:

مما لا شك فيه أن الإصابة بسرطان الثدي ليس بالأمر الهين على أي امرأة مهما كان وضعها المادي أو المعنوي أو الاجتماعي، فتلقيا لهذا الخبر يعد صدمة بالنسبة لها ولمحيطها لارتباط مفهوم السرطان بالموت كما هو متداول، وفي الكثير من الأحيان تتعرض المصابة إلى مشاكل نفسية بدرجات متفاوتة جراء صدمة الإعلان عن المرض، أو بعد خضوعها للعلاجات الطبية المرهقة لاسيما الجراحية باستئصال الثدي.

### 3-1 الصدمة النفسية:

الصدمة هي حادث يهاجم الإنسان ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة، وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية، وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق أو العجز والرعب (Mithchell & Everly, 1995, p.6). ويمكن أن يكون سبب الصدمة إصابة جسدية جراء قوة جسدية مباشرة، كما يمكن أن يكون إصابة نفسية تؤدي إلى هجوم انفعالي متطرف (Reber, 1995). ويتميز الحادث الصدمي بجعل الإنسان غير قادر بصفة مؤقتة أو دائمة على الاستجابة بشكل متكيف، كما أن أهمية الحدث ومدة استمراره نفسيا لا ترجع فقط لخطورته أو للهشاشة الداخلية للفرد، بل هنالك عوامل كثيرة ومتشعبة منها الخارجية والمحيطية أو الداخلية المتعلقة ببنية الفرد وتنظيمه النفسي (Damiani, C., 1997, p.169).

فتعرض الإنسان إلى موقف شديد الإثارة، أو خطر مباغت، أو سماعه لخبر مفزع، أو رؤيته لمشهد مفزع... كلها عوامل يمكنها أن تسبب له صدمة نفسية، لكن الإعلان عن تشخيص السرطان يشكل صدمة للمريض في جميع الأحوال، ويقر Bailly في هذا الصدد بأن هذه اللحظة تعد بالنسبة للمصاب « لقاء مع الموت»، فهي تسبب تغيير حقيقي في هويته حيث يجب عليه القيام بعمل حداد فعلي (Travail de deuil) لحالته السابقة (In Goldwasser, F., 2010, p. 12).

إن إصابة المرأة بسرطان الثدي تعتبر ثورة نفسية تزعزع وجودها، وتقلب موازين حياتها، وتدخلها في دوامة لأن حياتها في خطر من جهة، ولأن المرض أصاب عضوا من جسمها مشبع برمزية قوية من جهة أخرى، حيث تصبح انشغالاتها الأولى وجودية أساسا ويسيطر عليها القلق والشعور بالضعف والهشاشة، وفقدان الأمن وغموض المستقبل، والشعور بأن « جسمها قد خانها » وبأن الحياة غير عادلة « لماذا أنا؟»، فضلا عن أفكار تشاؤمية كما تصرح N. Alby (Ferreri, M., Ferreri, F., et Nuss, P, 2003, p.62). فالمصابة لم تعد بإمكانها إنكار أو كبت حقيقة فنائها كما في السابق، وهنا يمكن للتجارب التي هددت حياتها

من قبل (عنف، حداد، انفصال...) أن تعزز من وقع الصدمة الحالية فتجد المرأة نفسها في مواجهة صدمة ثلاثية:

- واقع ضعفها والظهور المفاجئ لخطر قاتل.

- ما ينتظرها من علاج طويل ومجهد.

- حداد خلودها (Le deuil de son immortalité) (Goldwasser, F. 2010, p.12).

إن كلمة السرطان مرتبطة في لاشعورنا بالموت والمرض، المعاناة، البتر، العزلة، استحالة الشفاء، العدو الداخلي...، فهذا ما يجعل تلقي المصابة لتشخيص دائها صادما، فحسب وجهة النظر التحليلية (فرويد)، فإن الصدمة تنتج عن عدم قدرة الفرد على تحمل التجربة المعاشة، والتي تحمل معها للحياة النفسية وخلال وقت قصير نسبيا كما كبيرا جدا من الإثارة، لدرجة أن تقنينها بالوسائل السوية والمألوفة ينتهي بالفشل، مما يفرز معه اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها، ويصبح فيض الإثارة مفرطا بالنسبة لقدرة الجهاز النفسي على الاحتمال. ووصف فرويد وقع الصدمة على الجهاز النفسي للفرد بالكسر أو التحطيم الفعلي، وذلك لتعرض الجهاز «الصاد للإثارات système pare-excitation» إلى التحطم، هذا الأخير عبارة عن غشاء يغطي الجهاز النفسي ويحميه من الإثارات القادمة من المحيط الخارجي، والتي يمكن أن تدمره في حالة ما إذا كانت قوية كما هو الحال في الإعلان عن سرطان الثدي (Damiani, C., 1997, p.91).

إن مواجهة الحقيقة وصعوبة تمثيلها، وعدم القدرة على تقبلها يدل على الصدمة: «الإعلان عن مرض السرطان لدى المريض في الحقيقة صدمة، لا يستطيع الشخص ارضانها، فهي كسر للواقع وحقيقة مذهلة، يعني الالتقاء بشيء لا يمكن أن يرمز ولا يستطيع الشخص الاستيقاظ منه» (Deschamps, D., 1997,

p.11)

فالإصابة بالسرطان تكشف للمريض عن معالمه الجسمية، والعلائقية، والزمنية، وتلك المتعلقة بهويته، وتقوده إلى معايشة أزمة وجودية عميقة ترغمه على تبني دعائم جديدة. وهذا التغيير المفاجئ والجذري في حالة الإصابة بسرطان الثدي ينعكس على الصعيد الأسري، والاجتماعي، والمهني، وكذلك النفسي. ويختلف حجم التأثير الذي يصاحب هذا التغيير من امرأة إلى أخرى حيث يمكن أن يقل، أو يزيد بحسب عوامل شخصية مثل :

- وجود المحيط أو غيابه.

- الصعوبات المتعلقة بالترتيبات العلائية التي فرضها المرض(الطلاق).

- تغير دور المصاب داخل أسرته(فقدان التحكم، التبعية...)، أو عوامل اجتماعية أخرى كالصعوبات

المالية(Goldwasser, F. 2010, p.12) .

يرى كل من Boucher و Ulrich (2011) بأنه لا يمكن التنبؤ بالتأثير الحقيقي الذي يقع على الإصابة بعد الإعلان عن التشخيص، فوقع الصدمة يختلف من شخص إلى آخر، ومن فترة إلى أخرى لدى الفرد ذاته أحيانا.

للإشارة فإن الإعلان عن تشخيص سرطان الثدي لا يعد الصدمة الوحيدة التي تعيشها الإصابة، فالعلاجات بأنواعها الكيميائي، الإشعاعي، الهرموني، وخاصة الجراحي المتمثل في استئصال الثدي، يمكنها أن تسبب صدمة للمعنية كذلك، علاوة عن تطور المرض وإمكانية الانتكاس.

### 3-2 تأثير سرطان الثدي على صورة الجسد:

في مجتمع يهتم بالمظهر بشكل كبير، فإن الإصابة بالسرطان لا تحمل معها جرحا جسديا فحسب بل نرجسيا كذلك، فهذا الجسد الذي طالما حافظنا عليه يصبح فجأة غريب وغير قادر على أبسط الأعمال المعتادة. إن سرطان الثدي لا يحرم المرأة رمزا من الرموز الأنثوية فقط (الثدي)، بل يرغمها على معايشة

الألم والإعياء وكل ما يمكن أن تتسبب به مختلف العلاجات خاصة في المراحل المتقدمة من المرض. هذه العلاجات قد تتجم عنها بعض التغيرات الجسدية والتي بدورها قد تسبب اضطراب في صورة الجسد. يعد مفهوم صورة الجسد بناءً متعدد الأبعاد ومعقد نوعاً ما نتيجة تداخل العديد من العوامل النفسية، والاجتماعية، والفيزيولوجية، والثقافية المساهمة في تشكيله، إضافة إلى مدركات الفرد التي يحملها عن خصائصه الجسمية الداخلية والخارجية. ويقر **Kisiel** أن هناك إجماع بين الباحثين على أن صورة الجسد تتضمن عناصر فيزيولوجية، ونفسية، واجتماعية تعكس اتجاه الفرد نحو جسمه، وتحديدًا حجم جسمه وشكله وجماليته. كما تتضمن صورة الجسد تقييمات الفرد وخبراته الوجدانية المتصلة بخصائصه البدنية (رياض نايل العاسمي، 2015، ص.29). وتعرف صورة الجسد حسب شيلدر في كتابه صورة الجسد على أنها «الطريقة التي يظهر بها جسدنا لأنفسنا» (Schilder,1968,p.35). وتمثل صورة الجسد البعد النفسي الذي تهيمن فيه المواقف والأحاسيس التي يعيشها الجسد، وكذلك المظهر الخارجي والتمثيل الذهني للذات حول حدوده، وحجمه ومساحته ووزنه وقوته. وتختلف صورة الجسد عن مخطط الجسد (Schéma du corps) الذي وفقاً للرؤية الفيزيولوجية، يركز أكثر على تصور وتمثيل الجسم المستمدة من دمج الخبرات الحسية والحركية التي يمر بها الفرد.

تعتبر صورة الجسد جزءاً حيويًا من إحساسنا بذاتنا، وتقديرنا لها، كما تحدد مدى رغبتنا في الانتماء إلى المجتمع ونسج العلاقات فيه، مما يسهل تفاعلاتنا مع أنفسنا ومع غيرنا. ويبدأ الاهتمام بصورة الجسد منذ مرحلة مبكرة، ويتطور مع نمو الطفل وتقدمه في العمر، كما يرتبط هذا الاهتمام بجنس الطفل، حيث يكون منصبا حول مظاهر القوة والعضلات عند الذكور، في حين يتجه عند الإناث نحو الجاذبية والأنوثة، وكل ذلك تحت تأثير المعايير الثقافية السائدة. فإذا توافقت هذه الأخيرة ومدى رضا الفرد عن مظهره وجسده، فإن صورة الجسد لديه ستكون إيجابية مما يمنحه الشعور بالسعادة والاطمئنان، ويساعده في تحقيق الكفاءة

الشخصية والاجتماعية والمهنية، أما إذا كانت صورة الجسد سلبية، فقد يتعرض الفرد إلى الكثير من المشكلات النفسية والعصبية والأمراض السيكوسوماتية (رياض نايل العاسمي، 2015، ص. 43-59-60).

وكما سبق الذكر فإن خصوصية سرطان الثدي تتمثل في إصابته لعضو ذو رمزية قوية، فالمرض نفسه إضافة إلى التشوّهات التي تنجم عن العلاجات، تزلزل معالم الجسد والعلاقة به، لأن الفجوة بين تصور الجسد المريض الذي وثقه الطب وبين تصور الذات كبيرة. ونظرا للتغير السريع والعنيف الذي يعرفه الجسد يطرأ تمزقا فعليا للهوية، للعلاقة مع الذات ومع هذا الأخير، مما قد ينجم عنه الشعور بالغرابة. ويؤكد (Caton, 2007) أن المرض يغير الفضاء والزمن، وهذا ما يسبب تشويهه في العلاقة مع العالم ومع المريض في حد ذاته. كما قد يصبح لهذا الأخير حسب (Jamart, 2007) انطباع بعدم التعرف على نفسه وجسده ويتحول إلى مجرد ملاحظ لما يحدث.

إن التظاهرات الفيزيائية لتدهور صورة الجسد في علم الأورام تتعدد وتختلف حسب الطرق العلاجية المعتمدة في التكفل بالمرضى. فالجراحة كونها رمزا للبتير يمكنها أن تؤدي إلى فقدان عضو عن طريق استئصاله، كما قد تؤدي إلى ندبة قبيحة على مستوى الجلد، أو إلى تشوه. إضافة إلى أن تركيب جهاز تعويضي أو عضو اصطناعي لا يكون دائما كافياً لتغطية تدهور الأداء الوظيفي. ويعد استئصال الثدي من بين أكثر الإجراءات الجراحية وصمة وصعوبة بالنسبة للمريضات. أما العلاج الكيميائي فهو يشير مباشرة إلى فقدان الشعر، ويمثل العلامة الظاهرة لمرض السرطان، وفقدان الشعر يمس هنا كل الجسد: الرموش، الحواجب، شعر العانة والإبط، مما يؤثر على الأنوثة والقدرة على الإغراء، ويعتبر صدمة نرجسية للمصابات. أما بالنسبة لتأثيرات العلاج الإشعاعي على الجسد، فإنها تتركز خصوصا على البشرة حيث تتغير طبيعتها ويمكن أن تصاب بالتهابات وأمراض أخرى (Epidermite, Atrophie cutanée)، وحروق في الأماكن التي تعرضت للإشعاع. علاوة على تظاهرات أخرى كالغثيان والنهك وفقدان الشهية...، ويسبب العلاج الهرموني اضطرابا في الدورة الشهرية للمصابات ويعجل انقطاع الحيض، إضافة إلى زيادة الوزن وانخفاض الطاقة الجنسية... .

إن كل هذه العلاجات قد ينجم عنها رفضاً للجسد الحقيقي المتغير. بالتالي فإن اضطراب صورة الجسد في علم الأورام هي نتيجة البتر وتدهور الأداء الوظيفي، الأعراض، الآلام، الآثار الجانبية للعلاجات، ذلك أن المصابات يشعرن بخيانة أجسادهن لهن وفقدان السيطرة عليها (Reich, M, 2009).

لا شك بأن هذه التغيرات التي يعرفها جسد المصابة بسرطان الثدي تقف وراء تدهور صورتها الجسدية وقد يصل الأمر إلى اضطرابها، مما يؤدي إلى نتائج سلبية على الصعيد النفسي الاجتماعي: القلق، أعراض اكتئابية، انخفاض تقدير الذات، الشعور بفقدان السيطرة على الجسد، فقدان القدرة على الإغراء...، ولإشارة فإنه « كلما كان استثمار المصابة لمظهرها كبيراً، كلما كانت معاناتها أكبر» (Dany, 2009, p.91- 93).

تجد المصابة نفسها أمام مواجهة هذا التغير المفاجئ والسريع لجسدها، وعليها تقبل ذلك واستدخال هذه الصورة الجديدة بكل سلبياتها، كما عليها تقبل فقدان الجسد السليم الذي كانت تتمتع به وكل ذلك يشكل «ضربة قوية للدعائم النرجسية ونسيج الهوية» على حد تعبير Nicolleau-Petit (2009, ) Nicolleau-Petit (p.31).

تشير Anne Bredart (2007) إلى أن اضطراب صورة الجسد هو اضطراب سريري يتميز بوجود اختلاف واضح بين إدراك المظهر أو الأداء الفعلي الحالي لخاصية جسدية ما، وبين الإدراك المثالي لهذه الخاصية من قبل الفرد؛ هذا الاختلاف لديه عواقب انفعالية وسلوكية بسبب الاستثمار الشخصي والاضطرابات الجسدية، ويمكن أن يؤثر بشكل كبير على جودة الأداء المهني، والاجتماعي، والعائلي.

للإشارة فإن «صورة الجسد تشير إلى ما هو مرئي وغير مرئي» (Dany, 2009, p.99)، عليه فإن التغيرات الظاهرة على الجسد التي تطرأ بعد الإصابة بسرطان الثدي والتي يلاحظها الآخرون ليست الوحيدة التي تؤثر على هذه الصورة، بل كل ما يمس بقدرات الجسد وأداءه الوظيفي كانهك الذي يرافق محنة المرض (Derzelle, 2008).

تلعب بعض الصور الجسدية دورا دفاعيا حيث لا تعكس الواقع الجسدي بكل موضوعية، مما يسمح بإنكار الإصابات أو التغيرات الجسدية التي تحدث لنا، وتشكل هذه العملية مصفاة دفاعية. فمثلا في حالات الشيخوخة، الحمل، يتم استيعاب التغيرات التي تعرفها سيكولوجية الفرد ببطء، فنحن لا نرى أنفسنا نتقدم في السن، ونحتفظ طويلا بصورة لذاتنا أكثر ملائمة. هذا التقييم الغير موضوعي تسمح به مصفاة صورة الجسد. لكن في حالة التغيرات السريعة والغير مستدخلة في الجهاز النفسي كما هو الحال بالنسبة لاستئصال الثدي، فإن المصابة يمكنها أن تعيش شعورا بالانفصال Dissociation أثناء مواجهتها للجسد الواقعي، ذلك أن رؤيتها لهذا الأخير لم تحظى بعد بحماية مصفاة صورة الجسد (Bacqué, M., F, 2007).

يحدث بصفة أولية إنكار للتغيرات الجسدية وإنكارا للجسد ذاته، لكن مع الوقت تتحدث المصابات عن علاقتهن المضطربة بأجسادهن، ويصبح الإرصان Elaboration psychique ممكنا (Jamart, 2007). قد تستمر الاضطرابات النفسية التي يسببها سرطان الثدي لسنوات، ويصرح الباحثون بأن أكثر من خمسون بالمئة (50%) من النساء يظنن يواجهن مشاكل مع صورهن الجسدية بعد عامين أو ثلاثة من انتهاء العلاج، وتسع وأربعون بالمئة (49%) منهن يشعرون بأنه غير مرغوب فيهن (Razavi, 2002).

ينجم عن اضطراب صورة الجسد بسبب سرطان الثدي إنخفاض تقدير الذات مما يؤثر بدوره على الحياة الاجتماعية والعائلية للمصابة، فهذه المرأة المجروحة في أنوثتها وهويتها قد تفقد حياتها الزوجية جراء تدهور العلاقة الحميمة بينها وبين شريكها، حيث أن فقدان الواقعي أو الرمزي أو كلاهما بالإضافة إلى قلق الموت الذي يترصدها باستمرار، كل ذلك لا يشكل الظروف الملائمة لحياة جنسية مشبعة (Bacqué, 1988).

### 3-3 قلق الموت:

يعتبر الموت أمر شائع وعام لدى البشر، فالموت موجود في حياتنا بشكل متكرر ومستمر كونه نتيجة حتمية لدورة الحياة، ومن الطبيعي أن يخاف الإنسان الموت باعتباره مفهوم مبهم وخبرة جديدة غير مسبوقة، كما أنه مرتبط عادة بالكوارث، والحوادث، والأمراض الخطيرة، والاحتضار، والتلاشي، والنهاية...

لكن يمكن أن يشكل الموت هاجسا حقيقيا ويكون محل انشغال متواصل به لدرجة الاضطراب، مما من شأنه أن يخل بالصحة النفسية للفرد وجودة حياته.

يعرف قلق الموت على أنه « استجابة انفعالية مكدره، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول كل ما يتصل بالموت والاحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه » وحسب تمبلر يعد قلق الموت « حالة انفعالية غير سارة يعجل بها تأمل الفرد في وفاته هو » (أحمد محمد عبد الخالق، 2005، ص. 119).

يعد الألم من أهم مصاحبات المرض، كما أننا اعتدنا أن نلاحظ أو نسمع بأن المرض يفضي في بعض الحالات إلى الموت، وأن هذا الأخير يحدث في معظم الحالات نتيجة لمرض، هذا ما يجعل الثلاثية ألم-مرض-موت على علاقة متينة وراسخة في تصوراتنا، وهذه العلاقة غالبا ما تثير خوفنا لكن بدرجات متفاوتة، فطالما كانت درجة منخفضة أو متوسطة فإن الأمر سوي، لكن الخوف بدرجة مرتفعة يدل على اضطراب انفعالي.

ذكرت التوجهات النظرية والدراسات التحليلية العالمية مكونات عديدة ومتنوعة لقلق الموت، منها الخوف من المجهول، والخوف من المعاناة، والخوف من الوحدة، والخوف من التلاشي الشخصي (كونت، واينر، بلوتشيك)، أما أسباب قلق الموت فقد عدها شولتر كما يلي:

- الخوف من المعاناة البدنية والآلام عند الاحتضار.
- الخوف من الإذلال نتيجة الألم الجسدي.
- التوقف عن السعي نحو الأهداف.
- تأثير الموت على من سيتركهم الشخص من أسرته لا سيما صغار السن.
- الخوف من العقاب الإلهي خاصة عند المتدينين.
- الخوف من العدم.

حسب **عبد الخالق**، هناك ارتباط جوهري سلبي بين الحالة الصحية لدى الفرد وبين قلق الموت، حيث أن هذا الأخير يزداد لدى من يعانون أمراضا جسمية، وقد أكدت ذلك العديد من الدراسات كدراسة **غيني** في 1984 التي قارنت من خلالها بين أعداد كبيرة من المرضى والأصحاء، وظهر قلق الموت بدرجة مرتفعة عند المرضى مقارنة بغير المرضى، كما سجل المرضى الجراحيون قلقا من الموت أكبر مقارنة بغيرهم من المرضى. وفي دراسة **ماجدة خميس إبراهيم** حول قلق الموت لدى المصابين ببعض الأمراض العضوية وهي مرض السكري، السرطان، ارتفاع الضغط الدموي، التهاب المفاصل، الربو، احتل مرضى السرطان المرتبة الأولى من حيث قلق الموت (المرجع نفسه، ص 129-344).

تعد الإصابة بسرطان الثدي من الوضعيات التي رصد فيها الباحثون درجة مرتفعة من قلق الموت لدى المرأة حيث يذكر **سيجال وآخرون Sigale et al** ثلاثة أشكال من هذا القلق تتمثل في الخوف من الألم والمعاناة، الخوف من الوحدة والخوف من المجهول. ويضيف كل من **زاهليس لويس و كارول أما هوني** أن قلق الموت يظل قائما ولمدة بعد عملية استئصال الثدي، ذلك أن وضع الثدي المفقود يستمر في تدكير المرأة بحالتها الصحية وهشاشتها.

ترى **Denise Morel** أن قلق الموت عند المرأة المستأصلة الثدي مرتبط بحالة الخصاء ( *état de castration*) التي تعبر عن فقدانها لما كانت تتمسك به أكثر، وأن « الجسم الذي يتدهور يدل على ما هو أبعد من الخصاء الرمزي، أي خسارة الحياة» (Morel, 1984, p 98-99).

إن الإنسان وبالرغم من وعيه بمصيره ككائن حي فان، إلا أنه يتصرف وكأنه سيخلد، وفي حالة خضوع المرأة المصابة بالسرطان إلى استئصال ثديها، فإن ذلك يشكل فقدان نرجسي يعمل على إسقاط عنيف لوهم الخلود وتهديد صريح لحياتها (Morel, 1984).

### 3-4 الاكتئاب:

لا يحض مرضى السرطان المصابون بالاكتئاب بالاهتمام الكاف من طرف المعالجين حيث نجد حالة من اثنان لا يتم تشخيص الاضطراب لديها ولا التكفل بها. وهذا راجع إلى الاعتقاد بأنه من الطبيعي شعور مصاب السرطان بالكآبة والحزن، فيحصل خلط بين أعراض الاكتئاب وبين أعراض مرض السرطان والآثار الجانبية لمختلف العلاجات، خاصة الإرهاق، الأرق، النحافة،... .

في الواقع يحدث الاكتئاب بنسبة خمس وعشرون بالمئة (25%) لدى مرضى السرطان. وتمثل

بعض المراحل من المرض وضعيات خطر للإصابة بالاكتئاب كمرحلة الإعلان عن التشخيص، المرحلة النهائية من العلاج، مرحلة الانتكاس، مرحلة العلاج الملطف (علاج لتخفيف الألم في المراحل الأخيرة من المرض) (Gagnon, P et al)، لذلك من المهم الانتباه لعلامات الاكتئاب والتعرف عليها قصد وضع التشخيص بأسرع ما يمكن.

يشير الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية الخامس DSM5 إلى أن تشخيص الاضطراب الاكتئابي الجسيم (Syndrome dépressif majeur) يعتمد على مايلي:

A. ضرورة تواجد خمسة أو أكثر من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين والتي تمثل تغير عن الأداء الوظيفي

السابق، على الأقل أحد الأعراض يكون إما 1 (مزاج منخفض) أو 2 (فقد الاهتمام) أو المتعة.

• مزاج منخفض ومعظم اليوم، كل يوم تقريبا، ويعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن، بالفراغ

أو باليأس) أو يُلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعا).

• انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة أو معظمها وذلك معظم اليوم في

كل يوم تقريبا (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو ملاحظة الآخرين).

• فقدان وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5%

في الشهر) أو انخفاض الشهية أو زيادتها، كل يوم تقريبا.

- أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبا.
  - هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريبا (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتململ أو البطء).
  - أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهميا) كل يوم تقريبا، وليس مجرد لوم الذات أو الشعور بالذنب لكونه مريضا.
  - انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم كل يوم تقريبا (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
  - أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط) أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار، أو خطة محددة للانتحار.
- B.** تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- C.** لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى (ناول دواء) أو عن حالة طبية. المعايير C-A تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.
- كما يؤكد DSM 5 على أن الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة) قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية، وفقدان الوزن، حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار، هذا القرار يتطلب حتما الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة (معايير DSM-5، ص.75).

قام **Pierre Gagnon** وآخرون بدراسة على عينة شملت 204 مصابة بسرطان الثدي، كان الهدف منها التعرف على التأثير المباشر وغير مباشر لسرطان الثدي على المصابات، قصد توفير الدعم والخدمات اللازمة لهن ولأقاربهن، اتضح أن عوامل الخطر للإصابة بالاكتئاب لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي بعد خمس سنوات من تشخيص المرض، مرتبطة بالمریضة أكثر من ارتباطها بالمرض أو العلاج. كما خلصت الدراسة إلى أن مرحلة الإصابة لا ترتبط بإمكانية حدوث اكتئاب إلا في حالة الانتكاس (عودة المرض). وأهم عوامل الخطر حسب هذه الدراسة أيضا هي تدهور جودة حياة المصابات، إضافة إلى اضطراب صورة الجسد لديهن، وظهور المشاكل الجنسية بين الشريكين.

علاوة على ذلك فقد توصلت الدراسة إلى أن نسبة حدوث الاكتئاب لدى المصابة التي خضعت للتشخيص المبكر تكون مرتين أكثر مقارنة بالنساء الغير مصابات، بالأخص في العام الأول من التشخيص. كما تشير الدراسة إلى أن (  $\frac{1}{4}$  ) ربع المصابات يعانين من اكتئاب، منهن (30%) من تلقى التشخيص في المراحل المبكرة، و(50%) من كان تشخيصهن في المراحل المتقدمة من المرض أو في مرحلة العلاج التلطيفي. والملفت للانتباه هو لجوء المكتئبات جراء اصابتهم بالسرطان إلى الطب البديل (الأعشاب، العقاقير، الإبر الصينية...) لأنهن لا يعتقدن بفعالية العلاج الطبي الرسمي (Gagnon, P et al, p.10-16).

إن إصابة المرأة بسرطان الثدي يذكرها بوجودها الإنساني ككائن فان، لكن العلاجات بأنواعها وما تحمله من آثار جسمية كالآلم والإعياء وفقدان القدرة على الحركة والعمل، تسبب تدهور وظيفي لها، وتغير نمط حياتها، فتجعلها أكثر ضعفا وأقل استقلاليه، مما يعمل على ظهور أعراض اكتئابية كانهخفاض عام في النشاط النفس جسمي، وضعف التركيز أو القدرة على اتخاذ القرارات، فقدان الأمل، العزلة واللامبالاة، أو الشعور بالذنب، الحزن، واضطراب النوم والشهية بالزيادة أو النقصان (Hinnen et al, 2008, p. 141-147).

في نفس السياق يرى الباحثون بأن حالة الاكتئاب عند مرضى السرطان مرتبطة بالوضع أو الحالة الوظيفية *Etat fonctionnel* للفرد المصاب، والمتمثلة خاصة في الألم المزمن والإعياء أو الوهن أكثر من ارتباطها بحجم الورم السرطاني أو المآل (Poulain,P, 2004 , p.64).

كما يؤكد **Roth et Breitbart** أنه « كلما كان النهك والضعف كبيرين كلما ازدادت شدة الأعراض الاكتئابية عند مرضى السرطان وكذلك الأفكار الانتحارية» (Smeltzer,S., Bare, B, 2001, p.491).

تعرف نسبة كبيرة من النساء المستأصلات الثدي متلازمة ألم ما بعد الاستئصال: **Syndrome SDPM** **douloureux post-mastectomie**، وهو عبارة عن « شعور بوجود الثدي و/ أو الحلمة يمكنه أن يمتد من الشعور بعدم الارتياح إلى الألم». مما قد يؤثر بشكل كبير على جودة الحياة لدى المصابة، حيث تم إثبات الأثر السلبي لهذه الآلام على أداءها لمختلف مهام الحياة اليومية وهذا ما ينعكس سلبا على حياتها العملية والشخصية ويتسبب لها بمعاناة كبيرة واكتئاب (Lagache, S, 2018, P. 27-29).

إن مرحلة ما بعد العلاج الجراحي والتكميلي بأنواعه الهرموني، الكيميائي أو الإشعاعي كفترة خروج من المرض، هي الأخرى مصدرا لتغيرات مهمة بالنسبة للمرأة وعلاقتها بالآخرين، فإنتهاء العلاج والمرور إلى المراقبة الطبية حتى وإن أفرز شيئا من الارتياح، فإنه لا يشير بالضرورة إلى نهاية المرض بصفة مطلقة، كما أن دعم الأقارب والمختصين الذي عرفته المعنية واعتادت عليه أثناء مرضها، يتلاشى شيئا فشيئا ليترك فراغا نفسيا يمكنه أن يعرضها إلى الاكتئاب. لذلك تعد مرحلة ما بعد السرطان بمثابة « انقطاع وكسر تماما كما كان الأمر عند تشخيص المرض في البداية، فالمرأة بحاجة إلى عمل نفسي وارصان، حتى تعي وضعها وتستدخل حدث هذا المرض في مسار حياتها، وتعيد الرابط بين ما قبل وما بعد السرطان» (Fernandaise, L, Gaucher, J , 2012, P.1)

يرى الباحثون أن كيفية إدراك المرض والعلاج تلعب دورا كبيرا في استجابة المريض لهذا المرض، وأن هذا الإدراك نابع من خلفية ثقافية اجتماعية تعرضها التصورات الاجتماعية، وإذا تعلق الأمر بداء بحجم

السرطان، فإن المشاكل والاضطرابات النفسية التي تمر بها المصابة بسرطان الثدي تعود إلى حد كبير إلى الصبغة السلبية للتصورات الاجتماعية للسرطان، والتي عادة ما ترتبط بمفاهيم غامضة ومفزعة كالموت والمعاناة، البتر، الوحدة...، كما ترجع كذلك إلى شخصية المصابة والظروف المحيطة بها (Baillet, 2004).

#### 4- سرطان الثدي والحياة الاجتماعية للمرأة المصابة:

##### 4-1 تأثير السرطان على علاقات المصابة مع محيطها:

تعتبر مواجهة السرطان تجربة مؤلمة تجرد المصاب من شخصيته ومن هويته، من أسرته ودوره المهني والاجتماعي. لأن الدخول في دوامة المرض يعني كذلك الدخول في بناء هوية جديدة فرضتها قواعد التزام جديدة متعلقة أساسا بالرعاية، والعلاج، والفحوصات وما إلى ذلك. إن التشاؤم الكبير الذي يصبغ صورة السرطان في مختلف الأوساط الاجتماعية يمنح المصاب تصريحاً مؤقتاً بالعيش، وبالرغم من الشكوك التي تتزاوله يجد هذا الأخير نفسه مجبوراً على مواجهة شكوك المجتمع والمحيط (الأسرة، الأصدقاء، الزملاء، الجيران...)، حتى بعد الخروج من دوامة المرض، وذلك بسبب الصعوبة التي يجدها هذا المحيط في مواجهة داء مخيف لا يزال شديد الارتباط بالموت.

يعمل السرطان على زعزعة الحياة الأسرية وتحويل أدوار كل فرد فيها، فتلك التي كانت تلعبها المرأة من قبل (الأم، الزوجة، الموظفة... ) تصبح غير مستقرة، مما من شأنه أن يسبب القلق وعدم التوازن داخل وحدة الأسرة (Coyne, E., Borbasi, S, 2006).

يعرف مرضى السرطان العديد من الصعوبات العلائقية التي تزيد من معاناتهم، وحسب دراسة كل من DREES وINSERM في 2004 حول ظروف المعيشة لمرضى السرطان صرح شخص من أصل عشرة مصابين عن تعرضه للرفض والتمييز من قبل المحيط العائلي، الأصدقاء، أو المجتمع بصفة عامة. وقد أقر خمسين بالمئة (50%) منهم بأن هذا التهميش كان في أول الأمر من طرف المحيط القريب

(الأصدقاء، العلاقات...)، وأكثر من ثلثهم صرح برفض المحيط الأسري له، واثنان وثلاثون بالمئة (32%) كشفوا عن تعرضهم للتمييز في محيط العمل، في حين تعرض ست وأربعون بالمئة (46%) من المصابين إلى تمييز على مستويات أخرى.

وبغض النظر عن ما يعيشه هؤلاء المرضى من تهميش وتمييز، فهناك من المصابين وحتى الذين تماثلوا للشفاء من يقر بتغير نظرة المحيطين بهم وابتعادهم عنهم، ذلك أن الخوف من السرطان غلب على العلاقة التي كانت تربطهم، ووسط هذا التباين الصارخ من السلوكيات بين من يبدي شعورا بالإحراج وعدم الارتياح، وبين من يبالي في العطف والشفقة عليهم، يسود جو من المسكوت عنه (Non dit) في هذه العلاقة، إضافة إلى التجنب ورفض الانصات أو حتى مجرد النظر إلى المصابين (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, 2011)

في دراسة أخرى حول الآثار الاجتماعية لسرطان الثدي لدى 66 من المصابات في مرحلة الانبثاث، صرحت (35.8%) من المصابات عن كون التأثير الانفعالي للأسرة هو العامل الأكثر صعوبة للتعامل معه بالنسبة لهن، كما أظهرت الدراسة أن (31.3%) منهن تشعرن بفقدان الاستقلالية، حيث أن التغير في الأداء الوظيفي المعتاد بسبب انخفاض الطاقة يمنعهن من القيام بالنشاطات التي يرغبن في القيام بها، إضافة إلى التغيير على مستوى المحيط الوظيفي، كما عبر أكثر من نصف العينة (55.2%) على انشغالاتهن وقلقهن بخصوص تأثير السرطان على أطفالهن (Gagnon, P et al, P.44-46).

#### 4-2 سرطان الثدي... أنت طالق:

تعرف النساء المصابات بسرطان الثدي في المجتمع الجزائري على غرار العديد من مجتمعات العالم معاناة كبيرة بسبب النظرة الدونية للأقارب والمجتمع لهن، لكن هذه المعاناة لا تتوقف هنا بل تمتد إلى الطلاق وحتى التشرد في بعض الأحيان. ويكفي أن نطلع على الأرقام لنفهم مدى انتشار هذه الظواهر الاجتماعية في أوساط المريضات، حيث تسجل سنويا أربعة آلاف 4000 حالة طلاق بسبب الإصابة بسرطان الثدي وما

يليه من علاجات، وهو ما يمثل ثلث (  $\frac{1}{3}$  ) النساء المريضات، كما أن حالات الطلاق في ارتفاع مستمر، ما يزيد من معاناة المصابات نفسيا واجتماعيا وحتى اقتصاديا، حيث تفقد المرأة حقها في التعويضات الاجتماعية بعد الطلاق (أميمة أحمد، 2004)، وتصرح رئيس جمعية نور الضحى سامية قاسيمي بأن العديد من المصابات تفاجئن بإهمال الزوج وإذلاله ونبذه لهن، وكثيرا ما تجدن أنفسهن في مراكز الايواء (حجاب راضية، 2018).

تعتبر رئيس المرصد الوطني الجزائري لحقوق المرأة **شائعة جعفري** أن سبب تطليق الرجال لزوجاتهن بعد اصابتهم بسرطان الثدي هو أحكام الزوج المسبقة، واعتقاده أن زوجته التي سيستأصل ثديها بصفة حتمية ستفقد أنوثتها، وتصبح غير قادرة على القيام بواجباتها الزوجية نحوه والمنزلية أيضا، كما تضيف **جعفري** أن الموروث الاجتماعي حول سرطان الثدي هو من يغذي الرعب الذي تعرفه المرأة تجاه المرض، مما يمنعها من الذهاب إلى الطبيب والكشف عنه، وهذا الخوف تنتقله إلى زوجها وعائلتها (**جعفري شائعة، 2018**). وفي نفس السياق ترى **آسيا موساوي** المختصة في أمراض السرطان بمركز بيار وماري كوري بالعاصمة الجزائرية أن المعتقدات الخاطئة التي تقول بأن السرطان مرض معد تلعب دورا في تخلي الأزواج عن زوجاتهن المصابات. تعتقد **حميدة كتاب** رئيس جمعية الأمل أن خوف المرأة من الفحص المبكر هو ما يجعل الحالات المكتشفة تكون في المراحل المتقدمة، وأن ما يقف وراء خوفهن هو الاعتقادات والعادات الاجتماعية، لذلك تطلق المرأة التي تفقد ثديها لأنها تفقد أنوثتها كذلك، أما العازبة فيحكم عليها بالعزوبية طيلة حياتها حتى وإن شفيت من المرض.

للتذكير؛ فإن جمعية الأمل تنظم حملات توعية بضرورة الفحص المبكر، وتضع لتحقيق هذا الهدف قافلة كشف تجوب المناطق الريفية، مجهزة بآلات التصوير والتحليل، والكشف مجانا، ورغم ذلك يبقى إقبال النساء قليلا. وهذا ما يؤكد حجم الخوف الذي يحتله هذا الداء في الوسط الاجتماعي (أميمة أحمد، 2004).

### 4-3 السرطان والحياة المهنية:

إن ما يصادف مريض السرطان من صعوبة في الاحتفاظ بوظيفته أو استئنافها قد ينبع من تدهور الأداء الوظيفي الذي يعرفه جسده جراء ما تسببه الإصابة، علاوة عن آثار العلاجات المعتمدة، لكن هذه الصعوبة غالباً ما تكون كذلك نتيجة التصورات التي تنسج حول قدرات الأشخاص المصابين بالسرطان على العمل في بيئة عمل عادية. هذه التصورات الاجتماعية التي تتعكس في سلوكيات زملاء العمل أو الإدارة أو المشرفين...، تمثل في حد ذاتها مكباً لعودة المصاب إلى عمله.

كشف استفتاء قام به معهد Curie في 2011 بفرنسا حول صعوبات عودة مرضى السرطان إلى مناصب عملهم، أن (43%) من الفرنسيين يقرون بأن إعادة الاندماج في عالم العمل هي الصعوبة الرئيسية للأشخاص الذين خضعوا لعلاج ضد السرطان.

ووفقاً لدراسة DREES التي أجريت في عام 2004، فإن (18%) من العمال الذين بلغوا 57 عاماً أو أقل في نهاية عام 2002 والذين أصيبوا بالسرطان، أفادوا بأنهم تعرضوا للتمييز من قبل صاحب العمل: فقدان مناصب المسؤولية (43%)، تسويات غير مرغوب فيها في المسؤوليات (31%)، رفض الترقية أو الزيادة (21%).

كما أظهرت إحدى الدراسات التي أجراها معهد Curie في 2006 أن حوالي (20%) من الأشخاص الذين يعملون أثناء الفترة التي تم فيها تشخيص السرطان لديهم، يفقدون وظيفتهم بعد مرور عامين على التشخيص. كما يختلف خطر فقدان الوظيفة باختلاف نوع الوظيفة، حيث من المرجح أن يفقد الأشخاص المصابون بالسرطان وظائفهم التنفيذية بنسبة أكبر مقارنة بالذين يشغلون مناصب إدارية (50% من المديرين يعودون إلى العمل في غضون الأربعة أشهر التالية للتشخيص).

أما بالنسبة للعاملة المصابة بسرطان الثدي فقد أظهرت دراسة أجريت في منطقة PACA (جنوب شرق فرنسا) حول «التأثير النفسي الاجتماعي لسرطان الثدي على المسارات الوظيفية للشابات»، أن هذا التأثير

يبدأ عادة بالإعلان عن التشخيص، وأن ثمانية عشر 18 من بين واحد وعشرون 21 امرأة مشاركة في الدراسة غيرن وظائفهن، وأنهن تواجهن عقبات كثيرة، كما أن عودتهن إلى العمل تتطلب أحياناً إخفاء مرضهن.

يعاني مرضى السرطان على العموم من مشاكل صحية ونفسية تقف حائلاً أمام ممارستهم لوظائفهم كما اعتادوا عليه قبل الإصابة، وفي هذا الصدد تشير إحدى الدراسات أن أثناء العامين المواليين لتشخيص السرطان، يشكو ثلثي ( $\frac{2}{3}$ ) المرضى العاملون من إرهاق كبير، ومن آثار جسمية ونفسية جراء المرض وعلاجاته المختلفة كصعوبة الحركة، الألم، اضطرابات النوم، اضطرابات الذاكرة والتركيز، وذلك بنسبة (33%) عند مرضى السرطان عموماً، ولدى (45%) من المصابات بسرطان الثدي (Institut National du Cancer, dossier de presse, 2011).

إن تقبل مريضة سرطان الثدي للداء من جهة، وتقبل فقدان الوضع السابق بصفتها شخصاً معافى من جهة أخرى، يتطلب منها سيرورة طويلة من النضج النفسي، ما يمثل طريقاً صعباً وضرورياً سواء على المستوى الانفعالي أو الروحاني، كما يشمل استجابات نفسية دفاعية طبيعية تظهر في سلسلة من المراحل تمثل ما يسمى بالحداد.

## 5- عمل الحداد:

تشير كلمة حداد إلى الطابع المكلف في الوقت والطاقة للسيرورة العقلية المستعملة، ويحمل الحداد عدة معاني:

- أولاً يعني الحالة التي يسببها لنا فقدان إنسان عزيز علينا « Être en deuil ».
- ثانياً يعني الحداد مجموع السلوكيات والتصرفات الاجتماعية، الفردية والجماعية التي يحكمها موت شخص ذو أهمية اجتماعية « Porter le deuil ».

• أخيرا يعني الحداد عمل الحداد، أي العمل النفسي الضروري لقبول واقع فقدان ومواجهته وقبول

التغيرات التي سيحدثها فينا هذا الفقدان « Faire son deuil » (Amar,N ,C., Coureur, M.,

Hains, 2002, p.19)

لكن عمل الحداد (le travail de deuil) لا يخص فقط فقدان أشخاص محبوبين، بل يشمل كل موضوع يحمل

استثمارا نرجسيا، حيث أن خسارة هذا الموضوع يخلف جرحا نرجسيا، هذا الأخير يتطلب عمل الحداد الذي

يتمثل في سحب تدريجي للبيبدو المستثمر في الموضوع المفقود لإعادة توجيهه في مواضيع أخرى.

### 5-1 عمل الحداد للثدي المستأصل:

إن العلاج الجراحي لسرطان الثدي يفقد المرأة عضوا لظالما كان مستثمرا، حيث يخلف بذلك « ثعبا،

فجوة تستدعي ملأها وسد الفراغ، ثم إعادة البناء عن طريق عمل الحداد لهذا العضو المفقود للأبد»

(Jacquet – Smailovic, M, 2006, p.126)

يمر عمل الحداد للثدي المستأصل عند المرأة بنفس مراحل الحداد لشخص مفقود، وكما يقول De Broca :

« من أقرب للذات كالذات نفسها « Qui est plus proche de soi que soi » ( De Broca,A, 1997, p.59) ،

حيث تكون هذه المراحل كالتالي:

أ- مرحلة الصدمة: تشمل بدورها:

✓ **الذهول:** تظهر فيها المرأة ذهولا أمام رؤية الثدي المستأصل، حيث لا تستطيع أن تقدم أي استجابة

وهذه الفترة تسمح لها باستقبال المعلومة تدريجيا.

✓ **الإنكار:** وهو الرفض الكامل للاعتراف بواقع صادم، فهذه الاستجابة تحدث بشكل تلقائي أمام حقيقة

فقدان الثدي.

✓ **الشك:** يتبع هذا الطور الطورين السابقين ويمر عموما بسرعة، أين تكون المرأة بين تصديق ما

يحدث لها وعدم تصديقه.

✓ الغضب والثوران: يزداد الألم الذي يسببه هذا الوضع أكثر فأكثر وتستجيب المرأة بعدوانية تجاه محيطها، حيث تحاول بذلك استبعاد الواقع.

✓ أفكار انتحارية فورية.

ب - مرحلة لوم الذات:

خلال هذه المرحلة تلوم المرأة نفسها وتحملها مسؤولية مرضها وما نجم عنه، كما تعتقد أنها مذنبية لعدم منعها لكل ما حدث لها.

ج - مرحلة الانزعاج العام *Inconfort général*، يظهر فيها :

✓ الاكتئاب: ويتمثل أساسا في مزاج معكر مع خمول وقلق متفاقم، اضطراب في النوم بالزيادة أو النقصان، طباع متقلبة.

✓ الأحلام، الكوابيس والأفكار الغريبة.

✓ الجسدية.

د - مرحلة الدم *Cicatrisation*: يتم أخيرا تقبل المرأة لذاتها وكل ما حدث لها.

في الواقع عمل الحداد ليس بالأمر الهين، ويصبح أصعب عندما يكون الاعتداء على الكمال الجسدي (الجراحة) مصاحب لعلاجات مؤلمة وعدائية كالعلاج الكيميائي أو الإشعاعي، نظرا لمضاعفات هذه الأخيرة (إعياء، غثيان...) التي تمس عناصر الأنوثة، وتزيد من معاناة المعنية (فقدان الشعر، اضطراب أو غياب العادة الشهرية...) مما يذكرها باستمرار بوضعها الصحي، لذلك فإن عمل الحداد غالبا ما يبدأ بعد الانتهاء من العلاجات التكميلية.

تشير **جاكي سمايلوفيك** إلى أن « سيرورة الحداد أمر طبيعي، ومراحلها تستغرق مدة قد تقصر أو تطول، كما قد يتقدم بعضها أو يتأخر، لكن الفرد يمر على هذه المراحل جميعها في كل الأحوال، ومن الرفض الكامل للاعتراف بالفقدان إلى الوعي المؤلم؛ من أجل الوصول أخيرا إلى إعادة بناء نفسي والتكيف

مع الحياة». عليه فإن عمل الحداد يجعل المرأة المستأصلة الثدي تتقبل الواقع وترغب مرة أخرى بالاستثمار في مشاريع جديدة (Jacquet- Smailovic, M, Op-Cit, p.133-134).

## 5-2 سيرورة التكيف النفسي:

يعتبر التكيف النفسي سيرورة ديناميكية متعددة العوامل تهدف إلى المحافظة قدر الإمكان على السلامة الجسدية والنفسية، وتتعكس في مجموعة من الاستجابات النفسية، المعرفية والسلوكية، هذه الأخيرة تقوم في كل مرحلة من مراحل المرض بعمل تكامل معقد بين التجارب الماضية، ادراك المخاطر المستقبلية والموارد الشخصية والاجتماعية المتوفرة للمصاب (Dolbeaut, S et al, 2007, p.39). تختلف أساليب التكيف من مصابة إلى أخرى حسب تاريخ حالتها، دفاعاتها المعتادة، قدرة تحملها للاحباطات، إضافة إلى فعالية دعم محيطها، والمساندة النفسية التي يقدمها لها طبيبها المعالج، وتعد الميكانيزمات الدفاعية من بين هذه الأساليب، فميكانيزم التحويل مثلا كما يرى أصحاب المدرسة التحليلية، يعمل على تغيير مسار الخوف من الموت الذي يسيطر على المصابة، ويحوّله إلى الخوف من فقدان الثدي فيقنن بذلك القلق الحيوي. أو ميكانيزم الإنكار الذي من خلاله ترفض المصابة جزءا من الواقع المؤلم الخطر الذي يبعث على القلق ويتجاوز قدرتها النفسية على احتمالها، فتخطط لمشاريع مستقبلية (سفر، عمل،...) وترفض التحدث عن مرضها أو تستصغر خطورة الوضع. أو غيرها من الآليات الدفاعية باعتبارها سيرورات لا شعورية يقوم بها الفرد (الأنا) للتخلص من التوتر والقلق الذي ينجم عن أزمة نفسية أو صراع نفسي، وللاشارة فإن هذه الآليات غير توافقية، أي أنها لا تستهدف حل المشكلة، بل التخلص من التوتر أو تخفيفه، لتدفع عن الفرد حالة القلق، وتهبه راحة وقتية، وقد تكون هذه الحيل أفعالا، أو مشاعر، أو أفكار، يلجا إليها الصغار والكبار والأسوياء والمضطربين نفسيا.

أما إستراتيجيات المواجهة (Stratégies de coping) فهي أساليب صحية أكثر، يسلكها الفرد أمام الضغوط، كما أنها شعورية وواقعية في التوجه (Rutter, 1981. p 323)، وتعرف إستراتيجيات المواجهة كذلك على أنها

« ردود الأفعال والاستجابات التي يعدها الفرد للتحكم، التخفيض، أو تحمل وضعية صعبة»، وتستعمل إستراتيجيات مختلفة لمواجهة المرض، البعض منها يوصف بالنشطة أو الإقدامية كحل المشكلات، إدارة الانفعالات، البحث عن المعلومات، والبعض الآخر يوصف بالإستراتيجيات السلبية أو الإحجامية كالإنكار، العزلة الاجتماعية، التجنب أو الإفراط في تناول العقاقير. (Bruchon – Schweitzer, 2002 ; de serres, 2011, p.28)

لا تتعامل كل المصابات بنفس الطريقة مع الوضع المرهق للداء ومختلف علاجاته، فمنهن من تُبدي اعتمادية وسلبية باستسلامها كلياً للمرض، ومنهن من تكون نشطة واقدامية بحيث تسعى إلى معرفة كل ما يخص وضعها الصحي بطرحها للكثير من الأسئلة واستعانتها بالكتب...، ما يدل على محاولتها لتقنين قلقها عن طريق المعارف المتراكمة التي تضل غير مشبعة في جميع الأحوال، كما يمكن أن تُظهر المصابة عدوانية بدرجات متفاوتة عند الإعلان وتكون ردة فعلها اضهادية موجهة كل التهم واللوم للطبيب أو للطب بصفة عامة، لا سيما إذا ما كان تاريخها المرضي حافلاً بالذكريات المؤلمة، وهناك كذلك من لا تتقبل التشخيص وترفضه بل وتتكبره، وإذا تقبلته لاحقاً لن يكون غريباً اتهامها للطبيب بالتأخير عن إعلانه تشخيص المرض. وعموماً سواء حاولت المعنية أن تعرف كل شيء عن مرضها أو أن لا تعرف، أو كانت ثائرة على الطبيب ورافضة لتشخيصه، أو كانت متقبلة ومستعدة لمواجهة، فالمرأة المصابة بسرطان الثدي تحاول أن تتكيف، وهي بحاجة إلى دعم ومساندة محيطها لتحقيق ذلك (Ferreri & al, 2003 p.62-63).

## 6- المساندة الاجتماعية للمصابات بسرطان الثدي:

تعد العزلة الاجتماعية مصدراً رئيسياً للتعرض للموت عند الإنسان والحيوان، وتقر العديد من الدراسات بأن الدعم الاجتماعي يلعب دوراً كبيراً في تسريع حدوث الشفاء، والتقليل من معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض الخطيرة. وعلى العكس من ذلك، فإن عدم توفر المساندة الاجتماعية في أوقات الحاجة، يشكل بحد ذاته مصدراً لضغط شديد، خاصة عند الأشخاص المحتاجين إليها بشكل كبير لا سيما

مرضى السرطان، ذلك أن وضعية المرض تجعلهم ضعفاء واعتماديين، فتزيد حاجتهم إلى الآخرين بالأخص المقربين سواء من الناحية المادية أو العلائقية الوجدانية.

تعرف المساندة الاجتماعية Support social بأنها « الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب والاهتمام، والاحترام، والتقدير ويشكلون جزءا من دائرة علاقاته الاجتماعية، ويرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة، مثل : الوالدين، وشريك الحياة، والحبيب، والأقرباء الآخرين، والأصدقاء، والذين يرتبط معهم بعلاقات اجتماعية ومجتمعية (النوادي...)، أو حتى الحيوان الأليف » (تايلور، 2013، ص.445).

كما تمثل المساندة الاجتماعية « المعلومات و الاستجابات التي تؤدي بالفرد إلى تكوين اعتقاد بأن هناك من يهتم ويعتني به ويساعده عند الحاجة، وتقدم هذه المعلومات من خلال الأزواج، أو الأقارب أو الأصدقاء أو المؤسسات الاجتماعية أو الكنائس أو النوادي» (شويخ هناء أحمد، 2007، ص.85).

يتخذ الدعم الاجتماعي أشكالاً عديدة :

- المساندة المادية (Soutient matériel)، مساعدة فعالة مثل القرض أو هدية من المال أو السلع المادية، أو الخدمات المقدمة في بعض الأحيان في الظروف الصعبة.

- المساندة التقديرية (Soutient d'estime)، تتمثل في طمأننة الفرد بخصوص مهاراته وقيمه.

- المساندة المعلوماتية (Soutient informatif)، يشمل الاقتراحات، النصائح والتوجيهات، معارف حول مشكل ما.

- المساندة الوجدانية (Soutient émotionnel)، تتمثل في التعبير عن المشاعر الايجابية تجاه الفرد المعني بالمساندة مما يمنح هذا الأخير الطمأنينة، الحماية، أو الراحة.

تتفق معظم الدراسات المتناولة للفعالية النسبية لهذه الأنواع السابقة من المساندة على أن المساندة الوجدانية هي التي تلعب الدور الأكثر أهمية، ذلك أنها تساعد في تقليص الضغط المدرك وحالات القلق (Bruchon-Schweitzer, M. 2002)

كما ترتبط المساندة الاجتماعية بأداء أفضل لجهاز المناعة لدى الأشخاص الذين يحصلون عليها، وتقلل من الاستجابات الفسيولوجية والعصبية الصماوية التي تصدر كرد فعل للضغط الذي يتعرضون إليه. إضافة إلى ذلك، فإن هؤلاء يكونون أكثر التزاما بالنظام العلاجي الخاص بهم مما يزيد من فرص شفاءهم. بذلك يعتبر إدراك المساندة الاجتماعية عاملا مهما لتحقيق تكيف الفرد المريض والتعامل مع مضاعفات داءه بدرجة أقل من المعاناة الجسمية والنفسية. ولا شك أن المرأة المصابة بسرطان الثدي هي في أشد الحاجة للمساندة الاجتماعية في خضم الثورة التي تعيشها جراء هذا الداء الذي هاجم أنوثتها، وأمومتها، وحياتها الزوجية، وعملها، وعلاقاتها، وهدد حياتها، فدعم محيطها لها يساعدها على مواجهة الفترات الصعبة التي تعيشها منذ لحظة الإعلان عن التشخيص، وأثناء العلاجات المختلفة، وحتى بعد انتهاء العلاج، ليس هذا فحسب؛ بل ويحسن من استجابتها المناعية كذلك. في هذا السياق جاء في دراسة أجراها س.م. ليفي وزملائه (1990) على مجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي، أن نسبة إدراكهن للمساندة الاجتماعية تساعد على حماية نشاط الخلايا المناعية الطبيعية القاتلة في استجابتها للضغط، ووجد بشكل خاص أن ميلها للبحث عن المساندة الاجتماعية والإحساس بالدعم العاطفي الجيد من شريكها، أو من شخص آخر قريب منها، أو من الطبيب، جميعها ترتبط بمستوى عال من نشاط الخلايا الطبيعية القاتلة، وتؤكد عدة دراسات أخرى بأن الضغط النفسي يحد من قدرة الخلايا القاتلة (NK) في القضاء على الأورام السرطانية، مما يدل على أهمية هذه الخلايا في المحافظة على بقاء مرضى السرطان على قيد الحياة، وخصوصا مريضات سرطان الثدي المبكر، بالتالي فإن نجاح العلاج والتمثل للشفاء يعتمد بدوره على نجاح أساليب تعزيز المناعة لديهم (تايلور، 2013، ص 787-819).

للإشارة فإن درجة مساهمة المساندة الاجتماعية في الوقاية من الضغط تختلف حسب المصدر، فمثلا وجود من هو أهلا للثقة (الشريك أو الزوج) قد يكون أفضل مصدر. كما أن فعالية الدعم الاجتماعي تبلغ ذروتها عندما توافق حاجات المعني بالمساندة.

لكن في الحالات القصوى من الضغط، وعندما تصبح المساندة الاجتماعية غير كافية لمواجهة المرض وتبعاته، فلا بد من تدخل خاص وتكفل نفسي بالمريضة لمواجهة الوضع الضاغط وتجاوزه (تايلور، 2013، ص. 447-458).

### 7- التكفل النفسي بالمرأة المصابة بسرطان الثدي:

مما لا شك فيه أن الإصابة بالسرطان تتسبب للمريض ومن حوله في تشويش انفعالي وكم هائل من المخاوف والانشغالات التي تخص كل مظاهر حياتهم. وتستفيد حاليا معظم أنواع السرطانات من العلاجات الفعالة، كما أن العديد من الحالات تتطلب اللجوء إلى استخدام وسائل طبية طويلة ومؤلمة في كثير من الأحيان. مما يعني تكريس الكثير من الوقت والطاقة لتحقيق الرعاية التي يتطلبها مرض ما زال علاجه صعباً ومعقداً. تجرى هذه الرعاية في مصالح بمستشفيات متخصصة خلال فترات قصيرة، متكررة، يمكن خلالها للمريض وعائلته من مقابلة مقدمي الرعاية اليومية من مختلف التخصصات: الأطباء والممرضات ومساعد الطبيب...، ومن ثم يستفيدون من كفاءاتهم، من حرصهم على توفير الراحة والنصائح المفيدة، والتفسيرات التي تبعد عنهم الشعور بالخوف وفقدان الأمل، وتمنحهم الثقة في العلاجات المقترحة.

وبين تلك الفترات، غالباً ما يكون المريض في المنزل، أين تعترضه الشكوك والتساؤلات، ذلك أن التنبؤ (Pronostic) في داء السرطان ليس معروفاً دائماً. زد على ذلك يجب على المريض أن يقوم بدوره الأسري والاجتماعي الذي يمكن أن يكون مرهقاً، ومصدراً لسوء الفهم والقلق. بالتالي تضاف إلى تحديات هذا المرض العديد من الصعوبات العلائقية التي يمكن أن تسبب معاناة للمريض بقدر الداء نفسه.

وقد فرض واقع الانعكاسات المتكررة للمرض والعلاجات على حياة المرضى اليومية وعائلاتهم اللجوء إلى الدعم النفسي الذي أصبح معترفاً به أكثر فأكثر في إطار تنظيم الرعاية. ليس هذا فحسب بل بات التكفل النفسي بمريض السرطان من العوامل الأساسية لنجاح الخطة العلاجية ( تايلور، 2013). وفي ما يخص سرطان الثدي لدى المرأة، فإن ما حققته طرق الكشف والمتابعة والعلاج من تقدم، زاد من مسؤولية الأخصائي النفسي العيادي الذي تؤول إليه مهام التكفل النفسي، لأن نسبة العيش للمصابات قد ارتفعت بشكل واضح، ما يعني ضرورة التفكير في جودة حياة هؤلاء ومساعدتهم لتحقيق أكبر قدر من التكيف مع المرض وتبعاته، ذلك أن جودة الحياة « تشمل كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد إلى جانب وضعيتهم فيها، وعلاقة هذه الوضعية بالطموحات والأهداف التي يحملونها، وفق جهاز القيم الذي اكتسبوه والمرجعية الثقافية التي ينتمون إليها» (الزروق فاطمة الزهراء، 2015، ص.45، نقلا عن World Health Organisation Quality Of Life, 1994). وقبل التطرق إلى التكفل النفسي بالمرأة المصابة بسرطان الثدي، نرى أنه من المهم التعريف بالقائم على هذه الرعاية النفسية أي الأخصائي النفسي العيادي، والتعرف على مهامه وفق ما جاء في القانون الجزائري، إضافة إلى أهم المهارات والقدرات التي يجب توفرها فيه.

## 7-1 الأخصائي النفسي العيادي:

يدرس الأخصائي النفسي العيادي الحياة العاطفية، العقلية والسلوكية للأفراد، ينشئ ويستعمل طرق خاصة للتحليل، التقييم، العلاج النفسي والإرشاد والوقاية. و تهدف تدخلات الأخصائي النفسي العيادي إلى تقليص الألم النفسي، وتحقيق الراحة النفسية والاستقلالية للأفراد أو الجماعات. كما يمكن للأخصائي النفسي العيادي أن يعتمد علاجات معينة باستخدام وسيط لفظي أو جسدي (السيكودراما... )، أو من نوع مادي (التعبير التشكيلي، العلاج بالماء، بالموسيقى... ). وفي ظروف معينة يمكن أن يشمل العلاج استثمار للسيرورات النفسية اللاشعورية كالتحليل النفسي. كما يمكن أن يشارك أحيانا في المشروع التربوي،

البيداغوجي، الطبي التابع للمؤسسة. ويساهم كذلك في تكوين طلبة علم النفس، الطب، مقدمي الرعاية أو المتربصين في التربية الخاصة (Peneau, A, 2009, p.9).

وطبقا للمرسوم التنفيذي رقم 91-111 الوارد بالعدد رقم 22 من الجريدة الرسمية للصحة العمومية في الجزائر، الصادرة بتاريخ 27 أفريل 1991 المتضمن القانون الأساسي الخاص بالأخصائيين النفسيين للصحة العمومية، وحسب الفرع الأول من الفصل الأول، حددت مهام النفسانيون العياديون في المادة 18، 19 و 20 كما يلي:

- تصور المناهج وتطبيق الوسائل والتقنيات المطابقة لمؤهلاتهم في مجالات اختصاصهم - المساهمة في تحديد وتبيان وتحقيق النشاطات الوقائية والعلاجية التي تضمنها المؤسسات والمساهمة في مشاريعها العلاجية أو التربوية لا سيما الاختبارات والتحليل والتشخيص والتنبؤات النفسية - المشاركة في أعمال التكوين وتأطير الطلبة ومهني الصحة في مجالات اختصاصهم - انجاز تقنيات نفسانية علاجية متخصصة- القيام بالخبرة النفسية- تحليل العلاقات والتفاعلات بين الفرق - المشاركة في التقييم والبحث في مجالات اختصاصهم - تحديد الاحتياجات النفسية الجديدة للمرضى - دراسة واقتراح كل إجراء من شأنه تحسين الصحة النفسية للمرضى... (المرسوم التنفيذي رقم 91-111، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2009، ص.ص. 19. 21. 22).

يتحصل الأخصائي النفسي العيادي في الجزائر على شهادة الليسانس في علم النفس العيادي بعد دراسة تدوم ثلاث سنوات في النظام الجديد (LMD)، وذلك بقسم علم النفس التابع لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، وبعد عامين من المعلومات النظرية الأساسية حول علم النفس العام، وعلم النفس الاجتماعي، ومدخل إلى علم النفس المرضي، وعلم النفس النمو، ونظريات الشخصية، والقياس النفسي، والمنهجية وتقنيات البحث، وعلم النفس الفيزيولوجي، وعلم النفس المعرفي، إضافة إلى مقاييس أخرى كاللغات الأجنبية، والاعلام الآلي، وعلوم التربية والأرطفونيا، وعلم النفس التنظيمي، والفلسفة. يبدأ التخصص من السنة الثالثة

أين تدرج مقاييس جديدة كعلم النفس المرضي للطفل والمراهق، وعلم النفس المرضي للراشد واضطرابات الشخصية عند الراشد، والاضطرابات السيكوسوماتية، واضطرابات النمو الحس حركي، واضطرابات الجهاز العصبي، وتقنيات الفحص الاكلينيكي، وعلم الأدوية، واضطرابات اللغة، وعلم الاجرام، وعلم النفس الصدمي، وعلم الضحايا، والعلاج النفسي بأنواعه السلوكي المعرفي، الإنساني، التحليلي، النسقي. ويلزم الطالب بالسنة الثالثة عيادي بإجراء تربص بإحدى المؤسسات التي يزاول فيها الأخصائيون النفسانيون العياديون عملهم، ويقدم تقرير تربص حول موضوع ما في التخصص للحصول على شهادة الليسانس.

إذا أراد الأخصائي النفساني العيادي مواصلة الدراسة وتسنى له ذلك، فيمكنه الحصول على شهادة الماستر 2 بعد عامين من التخصص يتناول فيهما مقاييس التخصص بتعمق أكبر وينتهي دراسته بمذكرة تخرج. كما يمكن له كذلك مواصلة المشوار بالتسجيل في الدكتوراه حسب ما تمليه عليه الشروط المتفق عليها.

أما المهارات القاعدية التي يجب أن تتوفر في الأخصائي النفساني العيادي فهي كالاتي:

- التعرف على الحالة عن طريق الإنصات إلى طلبها، الملاحظة، تحليل الملف، تبادل المعلومات مع الزملاء الآخرين، المقابلة....
- تقييم مرحلة التطور النفسي وتحديد نمط الشخصية من خلال المقابلة، الاختبارات أو الملاحظة قصد اختيار وتقديم المساعدة المناسبة.
- تشخيص المرض أو الاضطراب.
- توجيه الفرد نحو الأماكن المتخصصة.
- القيام بالمتابعة النفسية من خلال مقابلات متتالية، أو المساندة النفسية من أجل الوقاية أو علاج اضطراب ما.
- تنشيط المجموعات.

إضافة إلى مهارات أخرى:

- امتلاك بعض المفاهيم عن الطب، علم الأعصاب، الجراحة وكل ما يتعلق بالإعاقات الحركية والإعاقات المصاحبة.
  - معرفة تقنيات التنشيط والمقاربة البيداغوجية.
  - امتلاك مفاهيم عن القانون الإداري والقضائي.
- وأما بخصوص قدراته في العمل فيجب عليه أن:
- يحافظ على حيادته وموضوعيته تجاه مشاكل الآخرين.
  - ينصت إلى الآخرين.
  - يسهل على الأشخاص التعبير عن أنفسهم.
  - يبادر ويفهم السلوكيات.
  - يعمل في فريق متعدد الاختصاصات.
  - يقيم ويثري ممارسته من خلال (القراءة، التكوين المستمر، البحث...). ولاكتساب هذه المهارات والقدرات اللازمة لتحقيق المهام المنوطة إليه يخضع الأخصائي النفسي لإعداد مكثف في الجانب النظري والتطبيقي (Peneau,A, Op-Cit, p.10).

يمارس الأخصائي النفسي العيادي مهامه في عدة قطاعات كقطاع الصحة العمومية (المستشفيات الجامعية والمتخصصة، المراكز الصحية، العيادات المتعددة الخدمات، وحدات الصحة المدرسية)، وقطاع النشاط الاجتماعي (مراكز الطفولة المسعفة، مراكز المسنين، المراكز النفسية البيداغوجية، ...). وقطاع التوجيه المهني والتربوي (مراكز التجنيد والتوظيف للجيش أو الشرطة...). إضافة إلى قطاعات أخرى كقطاع العدالة (مؤسسات إعادة التربية... (حمادية، ع، 2016، ص54-55).

## 2-7 دور الأخصائي النفسي في التكفل بالمرأة المصابة بسرطان الثدي:

يجد نصف الأفراد المصابون بالسرطان تقريبا صعوبات في التكيف مع حالتهم الصحية، أو يعرفون استجابات اكتئابية وذلك أثناء المرض، بعد تلقيهم العلاج، أو أحيانا بعد انتهاء هذا الأخير، مما يؤثر سلبا على جودة الحياة لديهم ولدى أفراد محيطهم. لذلك فإن الكشف عن الاكتئاب والقلق وغير ذلك من المشاكل أو الاضطرابات النفسية يعد أمرا ضروريا. لمواجهة المرض ومضاعفاته تتطلب أحيانا تدخل الأخصائي النفسي العيادي، حيث يلعب هذا الأخير دورا مهما في التكفل النفسي بالمصابة بسرطان الثدي، وقد يؤثر الدعم المقدم لها في اختياراتها وقراراتها خلال هذه الفترة من المرض، وذلك منذ لحظة الإعلان عن التشخيص إلى غاية فترة ما بعد العلاج.

## 1-2-7 الإعلان عن التشخيص: أول لقاء بين المصابة والأخصائي النفسي العيادي:

يشكل الإعلان عن تشخيص سرطان الثدي صدمة كبيرة ويثير قلق وخوف المصابات، فيفقدن توازنهن ويحتاجن هاجس الموت مما من شأنه أن يخل بجودة حياتهن من جهة، ويؤثر على تطور المرض من خلال التقليل من مستوى التزامهن بالمشروع العلاجي من جهة أخرى. لذلك من الضروري أثناء قيام الطبيب بالإعلان عن المرض حضور الأخصائي النفسي العيادي، وذلك لتمكين المريضة من إجراء اتصال أولي معه، حيث يعد هذا اللقاء الأول فرصة لخلق رابط من الثقة، وبالتالي تعزيز وتحسين الالتزام بمشروع الرعاية الصحية في مختلف المراحل القادمة. فالمساندة النفسية التي يوفرها الأخصائي النفسي العيادي من خلال انصاته لمخاوف وحاجيات وانتظارات المصابة، من شأنها أن تساعد على ارضان هذه التجربة المرهقة. أثناء المقابلة الإكلينيكية الأولية المقترحة في هذا السياق والتي نادراً ما تقل عن ساعة واحدة. يأخذ الأخصائي النفسي الوقت اللازم للوصول إلى معرفة الشخص الذي يقابله وهذا في مجمله. كما يتمثل دوره كذلك في الانصات النشط إلى معاناة الشخص المريض من أجل فهمه بشكل أفضل. وباعتبار هذا الأخير

تحت الصدمة التي يخلفها الإعلان، فإنه بإمكان الأخصائي النفسي أن يتناول معه جميع عناصر التشخيص مرة أخرى ويجب على كل أسئلته، خاصة وأن مريض السرطان كثيرا ما يكون متعطشا للمعلومات، في حين لا يوفر له الطبيب المعالج الوقت الكافي نظرا لانشغالاته بمرضى آخرين. وعلى الأخصائي النفسي أن يراعي تفرد المصابة من حيث سنها، حالتها الاجتماعية، الاقتصادية، مستواها الثقافي، استجاباتها للإعلان، توفر المساندة الاجتماعية...، وأخذ كل هذه العناصر بعين الاعتبار أثناء التعامل معها.

تدرجيا ومن خلال هذه التبادلات بين الأخصائي والمصابة، فإن هذا الأخير يمنح لنفسه فرصة الولوج الى عالمها شيئا فشيئا، واكتشاف قصة حياتها، مع الاهتمام بكل أبعادها: النفسية الفيزيكية والمعرفية (Roy-Bellina,S).

#### 7-2-2 إنشاء متابعة نفسية منتظمة:

تسمح المعلومات الواردة من المقابلات التي تجرى بين الأخصائي النفسي والمصابة بالتواصل معها، ومع أقاربها لتحديد ترتيبات الرعاية النفسية طوال فترة متابعتها. حيث يمكن أن تكون مرافقة منتظمة نوعا ما، بشكل يومي (عندما تكون المعنية في المستشفى)، كما يمكن أن تكون أسبوعية، شهرية، كل ثلاثة أشهر، أو في بعض الأحيان حسب احتياجات وطلب المصابة. أي أن هذا الاتفاق يعد "عقدا" علاجيا يجب تكييفه مع كل حالة.

يقوم الأخصائي النفسي التابع للمصلحة باقتراح مقابلة المرضى حالما يتم الإعلان عن التشخيص إذا طلب المريض ذلك. كما يمكن أيضا أن تكون الحالة موجهة من قبل الطبيب.

ويتم التكفل النفسي بعد ذلك في ثلاث فترات:

- أثناء دخول المستشفى من أجل الخضوع للجراحة.

- خلال مدة العلاج، وتكون المقابلات العيادية خارجية ومنتظمة إلى حد ما حسب احتياجات المصابة.
- بعد العلاج، يمكن استمرار المقابلات بالاتفاق مع المصابة التي تبدأ بعد ذلك بعمل ارضان نفسي أكثر عمقا من خلال العلاج النفسي.
- للإشارة يمكن أن يرى الاخصائي النفسي ضرورة إجراء رعاية نفسية لمحيط المصابة لا سيما الأطفال، لمساعدتهم على تجاوز الفترات الصعبة التي يعيشونها رفقة المصابة. ويوفر الدعم النفسي والمتابعة للمرضى وعائلاتهم من خلال المقابلات الفردية أو الجماعية (Roy-Bellina,S).
- يلجأ الأخصائي النفسي من أجل تكفله بالمصابة إلى عدة أساليب تندرج ضمن مرافقة فردية أو جماعية كما يلي: (Institut National Du Cancer, 2005).

#### 7-2-2-1- المرافقة الفردية:

- تبدأ المرافقة الفردية بالمقابلة النفسية، ويمكن أن تعتمد إما على المقاربة المتمركزة حول الجسد أو المقاربة المتمركزة حول السلوك.

#### \* المقابلة النفسية في علم الأورام L'entretien psycho- oncologique

- تسمح هذه المقابلة للمصابة بالتحدث عن حياتها الماضية والحالية، ويتم تناول مختلف المواضيع:
- المرض (عوامل الخطر، الخطر المدرك، المعنى الذي يصف حدوث السرطان، التصورات ...).
- العلاجات (الآثار الجانبية التي يصعب تحملها، صورة الجسد أو اضطرابات تقدير الذات، اضطرابات الهوية، الاضطرابات الجنسية، إلخ).
- المضاعفات الممكنة التي يسببها المرض أو العلاجات.
- الصعوبات العلائقية مع المقربين (التواصل مع الزوج والأولاد، كيفية إبلاغهم، الرغبة في حماية المحيطين بها، ...).

- المآل ( مفهوم المراقبة على المدى الطويل، خطر عودة المرض).
- مشاكل إعادة الإدماج الاجتماعي والمهني (العودة إلى العمل والأنشطة السابقة، والتكيف مع نمط الحياة الحالي)، والمشاكل النفسية (العيش على النحو السابق أو تكيف الأولويات مع مراعاة تجربة المرض). تسمح هذه المقابلات بتحديد دقيق لمصادر المعاناة النفسية وبالتالي البحث عن طرق التخفيف منها. كما يمكن أن تستمر بشكل منتظم بعد انتهاء العلاج الطبي و/أو الجراحي كجزء من العلاج النفسي.

#### \* المقاربات المتمركزة حول السلوك:

تركز بعض تقنيات العلاج النفسي على عرض معين يمكن أن يعيق سير الفحوصات والعلاجات، على سبيل المثال، عندما يكون لدى المريض فوبيا الأماكن الضيقة، فإن التصوير بالرنين المغناطيسي أو العلاج بالأشعة يعرضه إلى قلق كبير. ويمكن اعتماد المقاربة المعرفية السلوكية للتقليل من شدة الأعراض أو لتعليم المريض التعايش معها ويعتمد هذا العلاج غالبًا على الربط بين الأفكار والانفعالات والسلوكيات بعد العمل عليها إضافة إلى جلسات الاسترخاء. وعموما تركز التدخلات المعرفية السلوكية على مكافحة الضغوط، والآلام وضبط الشهية، والحد من مضاعفات العلاج التكميلي للسرطان بأنواعه. وقد أثبتت إحدى الدراسات التي استخدمت فيها المقاربة المعرفية السلوكية للحد من الضغوط لدى مجموعة من المصابات حديثا بسرطان الثدي، أنها فعالة في الحد من الاكتئاب وتخفيف مستويات الكورتيزول لديهن، إضافة إلى مضاعفة قدرتهن على اكتشاف جوانب ايجابية من حياتهن (تايلور، 2013، ص825).

#### \* المقاربات المتمركزة حول الجسد:

تتضمن بعض المقاربات تمارين التنفس أو استخدام تقنيات الاسترخاء بهدف التخفيف من الضغط والقلق أو استعادة السيطرة على الجسم. وثمة تقنيات محددة للغاية تتعامل مع أعراض محددة تتعلق

بالسرطان أو العلاج (استخدام التنويم المغناطيسي للحد من الألم). هذه التقنيات النفسجسدية تسمح للمصابين بالحصول على مرافقة نفسية خاصة.

### 7-2-2-2- المرافقة الجماعية:

هناك أنواع مختلفة من الدعم الجماعي يمكن اقتراحها في علم الأورام، وهذه المقاربات باستطاعتها أن تكمل المقابلات الفردية، حيث تسمح للمرضى بالالتقاء، وتكوين علاقات وتبادل الخبرات، والتخفيف من الشعور بالوحدة. فمجموعة الكلام (groupe de parole) هي مجموعة مفتوحة لجميع المرضى حيث تكون المناقشة بحرية دون تحديد مسبق لموضوع الاجتماع الذي يمكن أن يتناول: تجربة المرض وعلاجاته، العلاقات مع الزوج، الأطفال، الأقارب، الزملاء، صاحب العمل، الحقوق الاجتماعية...، ويقوم بتنشيطها الأخصائي النفسي، كما باستطاعة الطبيب أو الممرضة المشاركة أيضا، ويكون ذلك داخل المستشفى أو خارجه (في مقر جمعية مرضى السرطان مثلا).

تتيح جماعة الكلام للشخص المريض الفرصة للتعبير بحرية عن مشاعره ومخاوفه وآماله. لأن إمكانية ربط علاقات بين الأشخاص الذين يعيشون نفس الوضع، تسمح لهم بمشاركة انشغالاتهم الراهنة أو الوجودية العميقة. مما يمنحهم الدعم العاطفي بفضل التقمصات التي تحدث داخل المجموعة، كما تعد هذه الأخيرة أيضًا مستودع للأفكار والنماذج لمواجهة المرض.

ويوجد عموما نوعان من الجماعات:

\* الجماعة النفسية التربوية **Groupe psycho-éducatif**: تستلهم من التقنيات السلوكية المعرفية وتعنى بالأشخاص الذين يعانون من مشكلة شائعة، كالأعراض المتعلقة بالمرض أو علاجاته (الأرق والغثيان... ). وتهدف هذه الجماعة إلى مساعدة المريض على التكيف مع مرضه أو علاجه وإعادة دمجه في الوسط الاجتماعي من خلال تبادل الخبرات، كما تسعى أيضا إلى الحد من مشاعر العزلة والتهميش لديه، وتوفير الدعم له. وتُبرمج هذه اللقاءات على مراحل حيث تبدأ بتبادل المعلومات بين المصابين الذين

عاشوا ومازلوا يعيشون نفس الصعوبات، ثم تتم مواجهة الخبرات حول موضوع الاجتماع، وأخيرا تطبق تقنيات سلوكية كالاسترخاء، التنفس العميق...، لمساعدة المصابين على حل مشاكلهم (الضغط، الغثيان قبل العلاج الكيميائي، الألم...).

\* **جماعة المساندة والإعلام Groupe de soutien et d'information**: يمكن اقتراحها في بداية العلاج

في دورة تشمل من ستة إلى عشرة جلسات للمصابين الذين يرغبون في الحصول على معلومات حول الجراحة كما في حالة استئصال الثدي مثلا، أو الذين بصدد البدء في العلاج الكيميائي...، ويُنشط الأخصائي النفسي هذه المجموعات بالتعاون مع الجراح، أخصائي الأورام، أخصائي العلاج الإشعاعي، الممرض، الأخصائي الاجتماعي، مُدلك العلاج الطبيعي، أخصائي التغذية، ممثل الجمعية... .

تساهم هذه الاجتماعات في الحصول على المعلومات، وتصحيح الإدراكات الخاطئة والأفكار المسبقة، والحد من المخاوف المبالغ فيها التي يمكن أن تستحوذ على المريض أثناء مواجهته للمرض والعلاج. كما تحارب مشاعر عدم الكفاءة والعجز الناجمة عن الشك ونقص المعرفة.

و قد تبين بدرجات متفاوتة، فعالية هذه المقاربات المختلفة في الحد من بعض الأعراض والآثار الجانبية، وبالتالي تحسين التكيف الوظيفي والانفعالي مع المرض.

### 3-7 أهمية الدعم النفسي:

يحقق الدعم النفسي للمصابة ومحيطها العديد من الفوائد أهمها:

- التعبير عن المعاناة النفسية والمشاعر المرتبطة بها.
- فهم واستعمال أفضل للموارد الشخصية من أجل مواجهة المرض وعلاجاته.
- تحسين نوعية التواصل مع فريق الرعاية الصحية والمحيط (الزوج أو الوالدين أو الأشقاء أو الأصدقاء أو الزملاء).
- معرفة الذات لقبولها كما هي في وضع المرض، وما بعد المرض، وفي الحياة بصفة عامة.

- معالجة الصعوبات أو الأعراض النفسية (Institut National Du Cancer, 2005).

لا يتوقف دور الأخصائي النفسي العيادي على دعم المصابة نفسياً أثناء المرض والعلاج الطبي و/أو الجراحي فقط، بل يستمر إلى فترة ما بعد العلاج لأنها مرحلة حساسة، فمن جهة تسيطر على المعنية مخاوف بخصوص عودة الداء أو انتقاله إلى مكان آخر من الجسم، علاوة عن الوهن وصعوبات العودة إلى عالم الشغل، ومن جهة أخرى يتقلص الاهتمام والدعم الاجتماعي اللذان كانت تحظى بهما أثناء مرضها تدريجياً، فيخلفا فراغاً نفسياً يمكن أن يعرضها إلى الاكتئاب.

## خلاصة الفصل:

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل أصبح جليا أن البعد النفسي والاجتماعي لسرطان الثدي يحتلان مساحة كبيرة ومهمة في حياة المصابة، فبغض النظر عن رمزية هذا الداء كونه يمس عضوا شديدا الارتباط بأنوثتها وأمومتها وجمالها وخصوبتها والوظيفة الجنسية، فإن ما يصاحب سرطان الثدي من مضاعفات جسدية بعد الخضوع للعلاج الطبي والجراحي لا سيما إذا كان في مرحلة متقدمة، علاوة عن الصعوبات العلائقية التي تعرفها المصابة سواءً مع الأقارب أو زملاء العمل...، نظرا لتعرضها إلى التمييز والتهميش، كل هذه العوامل من شأنها أن تآرق المصابة وتضاعف من معاناتها، مما يعرضها أحيانا إلى مشاكل واضطرابات نفسية كالاكتئاب، وقلق الموت، وتشوه صورة الجسد... . ورغم أن العلاقة بين العوامل النفسية والإصابة بالسرطان لم تؤكد في البحوث العلمية، إلا أن تأثير العامل النفسي في تطور المرض أمر لا شك فيه. لذلك فإن المساندة الاجتماعية والنفسية ضروريتان، بل لا غنى عنهما لمساعدة المصابة ومحيطها على تقبل المرض بكل تبعاته. ويلعب الأخصائي النفسي هنا دورا مهما في تشجيع المعنية على مواجهة المرض بفعالية من خلال الالتزام بالعلاج، والتكيف مع الوضع بكل تفاصيله، لتحسين جودة حياتها من جهة، والرفع من فرصة التمثل للشفاء من جهة أخرى، لا سيما عند الفحص المبكر عن المرض بالنظر إلى ما وصلت إليه وسائل المتابعة والعلاج الطبي حاليا.

الإطار التطبيقي للدراسة

# الفصل الرابع:

## الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد.

1. منهج الدراسة.
  2. مجالات الدراسة.
  3. الدراسة الاستطلاعية.
  4. الدراسة الأساسية.
  5. الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة البيانات.
- خلاصة الفصل.

## تمهيد:

بعد الانتهاء من الجانب النظري للدراسة، لا بد من تدعيمها بالبحث الميداني للإجابة عن الأسئلة التي أثارها إشكالية موضوع التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي، وعليه سنتناول جميع الخطوات التي انتهجناها من أجل تحقيق ذلك.

### 1- منهج الدراسة:

تعد المعرفة العلمية الهدف الرئيسي الذي يسعى أي باحث إلى بلوغه عند دراسته وتحليله لظاهرة معينة، أو معالجته لموضوع معين أو لمشكلة ما، ولا يختلف اثنان حول ضرورة استعمال المنهج العلمي لتحقيق هذا الهدف. فالمنهج العلمي هو « الطريق الذي يسلكه الباحث للكشف عن الحقيقة بواسطة طائفة من القواعد الهامة، تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته» (عساف، ص، 1995، ص.169).

نظرا لتعدد المناهج واختلافها، فإن اختيار المنهج المناسب يخضع إلى بعض المعايير كنوع الدراسة وطبيعة المشكلة المدروسة، إضافة إلى الأهداف التي يصبو إليها الباحث إلى بلوغها، وبما أن الدراسة الراهنة تسعى إلى الكشف عن التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي، وجمع المعلومات والحقائق عن واقع وطبيعة هذه التصورات، ووصفها، إضافة إلى اكتشاف الخصائص التي تميزها بغية معرفة كل حيثيات وجوانب موضوع الدراسة، ومن ثمة التحليل بواسطة الاعتماد على دراسات استطلاعية سابقة، فإن المنهج الأنسب هو المنهج الوصفي.

فالمنهج الوصفي « يعنى بالدراسات التي تهتم بجمع وتلخيص الحقائق المرتبطة بطبيعة جماعة من الناس، أو عدد من الأشياء، أو قطاعات من الظروف، أو سلسلة من الأحداث، أو منظومة فكرية أو أي نوع آخر من الظواهر أو القضايا التي يرغب الباحث في دراستها» (عطية، أ، 1999، ص.157).

## 2- مجالات الدراسة:

### 1-2 المجال المكاني:

المجال المكاني هو الحدود الجغرافية التي أجريت فيها الدراسة الراهنة، وقد كانت في قسم علم النفس بكلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية -جامعة باجي مختار - البوني، عنابة، التي تم انشاؤها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 28-75 وذلك في 29 أفريل 1975.

\* إنشاء كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية: تم انشاء كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بموجب القرار رقم 41 المؤرخ في 4 مارس 1999، وكانت الكلية وقتئذ موزعة من حيث مختلف أقسامها على خمسة مواقع متباعدة قبل أن تستفيد سنة 2006 من مجمع جامعة البوني، الذي مكنها من تجميع الأقسام التابعة لها باستثناء قسم اللغة العربية وآدابها، وقسم الترجمة المتواجدان بسيدي عاشور، وقسم التربية البدنية والرياضية المتواجد حيث الإدارة الجامعية المركزية بسيدي عمار.

\* إنشاء قسم علم النفس: انطلق قسم علم النفس سنة 1996، حيث تخرجت الدفعة الأولى في النظام الكلاسيكي خلال السنة الجامعية 1999-2000، وبدأ العمل في النظام الجديد ل م د في سنة 2006، حيث تخرجت الدفعة الأولى في السنة الجامعية 2008-2009.

### \* تخصصات قسم علم النفس:

يضم قسم علم النفس التخصصات التالية:

- الأروطونيا.

- علم النفس العيادي.

- علم النفس العمل والتنظيم.

- علم النفس التربوي.

**\* رسالة القسم:**

تبرز رسالة القسم في بعدين أساسيين هما البعد العلمي والبعد البيداغوجي، فهو يهدف إلى ضرورة مرافقة الأستاذ من الناحية العلمية والأكاديمية، والعمل على تطوير الامكانيات العلمية للأستاذ الباحث، من أجل منتوجية أفضل ذات كفاءة، وأيضاً لإعطائه قدرة على حسن التأثير والتغيير الإيجابي في المجتمع. أما البعد العلائقي فهو يهدف إلى التنويه بالدور المهني الضروري للمختص النفساني في المجتمع.

**\* أهداف القسم:**

- إنشاء خلية للإصغاء موجهة لطلبة الكلية بإشراف أساتذة القسم.
- تحسين التكوين الكمي والنوعي بالنسبة للطلبة لا سيما طلبة الدكتوراه.
- التركيز على العمل الجوّاري، وذلك من خلال خلق شراكة بين القسم والمجتمع المدني خاصة الجمعيات ذات الصلة بعلم النفس وعلوم التربية.
- تحفيز الأساتذة المساعدين على مناقشة أطروحاتهم.
- خلق مناخ تنظيمي إيجابي لجلب الأستاذ لقضاء أكبر وقت ممكن داخل فضاءات القسم.
- تكوين فريق عمل يسهر على تحقيق أهداف القسم.
- خلق قنوات اتصال جديدة بين الإدارة والطالب قصد تسهيل عملية الاتصال والتواصل.

**2-2 المجال البشري:**

يمثل المجال البشري مجتمع البحث الذي اعتمده لإجراء الدراسة الميدانية، وهو طالبات قسم علم النفس، تخصص علم النفس العيادي، البالغ عددهن 162 طالبة بجامعة باجي مختار البوني بعنابة.

## 2-3 المجال الزمني للدراسة:

يعبر المجال الزمني على المدة التي استغرقتها مراحل الدراسة الراهنة، وقد انقسم إلى فترتين أحدهما نظرية والأخرى ميدانية:

الفترة الأولى: من أواخر 2014 إلى غاية أواخر 2015؛ بعد اختيارنا لموضوع الدراسة بصفة نهائية، وضعنا تصورا مبدئيا لإشكالية البحث وشرعنا في جمع المراجع من بحوث ومقالات ورسائل ودراسات وكتب... تزودنا بالمادة النظرية التي نبنى عليها الدراسة.

الفترة الثانية: من بداية 2016 إلى غاية 2017، قبل شروعنا في مرحلة العمل الميداني بالجامعة التي تتواجد بها عينة البحث، قمنا أولا بزيارات إلى كل من المؤسسة الاستشفائية عبد الله نواورية البوني بمصلحة علم أورام الثدي، ومركز الملك عبد العزيز لمكافحة أورام السرطان بعنابة، وذلك لنتقرب أكثر من الواقع الطبي والوبائي لسرطان الثدي في ولاية عنابة، وكذلك لنتحدث مع بعض الأطباء، والأخصائيين النفسانيين والمصابات بهذا الداء اللواتي يتناولن على المركز قصد الفحوصات والعلاج، لحاجتنا لبعض المعلومات ولفهمنا أكثر لحيثيات هذا الداء خاصة من الناحية النفسية والاجتماعية.

ثم باشرنا بالدراسة الميدانية على مستوى جامعة باجي مختار البوني عنابة، أين قمنا بمقابلات عديدة مع طالبات علم النفس العيادي، منهن من كانت تبدي اهتماما واستعدادا للتعاون، ومنهن من رفضن ذلك. فبعد حصولنا على التوزيع الزمني للمقاييس الخاصة بالمستويات الثلاثة من الإدارة، كنا نترقب الوقت المناسب لإجراء المقابلات مع الطالبات، خاصة وأن أدوات البحث تتطلب نوعا من التركيز والوقت، وبالتعاون مع بعض الأساتذة أحيانا أجرينا معظم المقابلات مساءا.

### 3- الدراسة الاستطلاعية:

لا شك في أن أي باحث يسعى إلى القيام بدراسة علمية حول موضوع ما، عليه أن ينزل إلى الميدان ليتعرف أكثر وعن قرب عن حيثيات هذه الدراسة في الواقع، من حيث إمكانية القيام بها في الوقت المحدود وبالوسائل المتوفرة لديه، وبالنسبة لنا فإن الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بها كمحاولة استكشافية تمهيدية، قد زودتنا بمعلومات قيمة ساعدتنا في حصر مشكلة البحث وتدقيق أسئلته، إضافة إلى تحديد العينة ومعرفة مدى تجاوب الطالبات مع موضوع دراستنا، خاصة وأنه حساس ويمسهن بشكل مباشر، كما تأكدنا من موضوعية اختيارنا لأدوات جمع المعلومات.

قمنا بدراسة استطلاعية على فترات متقطعة ما بين 24 أكتوبر 2016 إلى غاية 03 جانفي 2017، على عينة قوامها خمس عشرة 15 طالبة بقسم علم النفس تخصص علم النفس العيادي، حيث اختيرت العينة بطريقة عشوائية على مستوى كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باجي مختار عنابة، وقد تم استبعادها في الدراسة الأساسية. ثم بعد الحصول على موافقة الطالبات والتحقق من استيعابهن للموضوع وإجراءات أداة جمع المعلومات، قمنا بتطبيق تقنية الاستحضار التسلسلي عليهن للكشف عن تصوراتهن حول سرطان الثدي، والتعرف على محتواها من خلال مقابلات استغرقت ما بين عشرون دقيقة إلى نصف ساعة تقريبا.

### 3-1 مراحل تطبيق الاستحضار التسلسلي على عينة الدراسة الاستطلاعية:

#### • تقنية الاستحضار التسلسلي ( L'évocation hiérarchisée ):

تعتبر هذه التقنية لحد الساعة من أنجع الأدوات لجمع محتوى التصورات وتنظيم هذا المحتوى في إطار المقاربة البنوية (نظرية النواة المركزية). وهي مستوحاة مباشرة من أعمال Vergès (1992)، الذي اقترح استعمال طريقة الداعي الحر مع اعتماد مؤشرين هما: تكرار العبارات ورتبة ظهورها.

استخدم الاستحضار التسلسلي في البحوث بشكل واسع لأهميته وكفاءته، لكن أبريك يرى بأن هذه التقنية تطرح مشكلة، ذلك أنه بالنسبة لـVergès، كانت رتبة الظهور تعتبر كمؤشر أساسي لأهمية العبارة بالنسبة للمستجوب. أي أن الكلمات والأفكار الأكثر أهمية هي التي تظهر أولاً في التداعي الحر، لكن هذا غير صحيح لأن الأشياء الهامة لا تظهر في الخطاب إلا بعد فترة طويلة نوعاً ما من التسخين (Echauffement)، ومن الثقة وخفض الميكانيزمات الدفاعية. لذلك فقد استبدل معيار الظهور بمعيار الأهمية الناتج عن التنظيم الذي يقوم به المستجوب نفسه.

وتتم هذه التقنية على مرحلتين:

### المرحلة الأولى: التداعي الحر

في هذه المرحلة يطلب من المفحوص أن ينتج انطلاقاً من الكلمة المثير كل الكلمات أو العبارات التي تخطر على باله سريعاً وبكل تلقائية، حيث يسمح هذا بالوصول إلى العناصر المكونة للعالم الدلالي الخاص بالموضوع المدروس بسهولة أكبر مقارنة بأداة المقابلة. ويوفر التداعي الحر إمكانية تفعيل العناصر الضمنية أو الكامنة التي تكون مُقنّعة في الإنتاجات المنطقية. كما يسمح التداعي الحر كذلك بالحصول على الأنوية الصورية (Noyaux figuratifs)، والأنوية البنيوية الكامنة للتصورات الاجتماعية، في حين أن التقنيات الأكثر بناءاً كالاستبيان تظهر أبعاداً أكثر محيطية للتصورات الاجتماعية.

### المرحلة الثانية: المرحلة التسلسلية

يقوم كل مفحوص بترتيب نتاجه من الكلمات أو العبارات حسب الأهمية التي يوليها لكل عنصر أثناء تعريفه لموضوع الدراسة.

نتحصل بعد ذلك على مجموعة من البنود تشكل محتوى التصورات، ومؤشرين كميين لكل عنصر: تكرار الظهور، ونتيجة الأهمية الممنوحة من المفحوصين لهذا البند. ومن خلال الدور الذي يلعبه العنصر المركزي

في التصور فإن لديه كل الفرص للظهور بشكل بارز في التعبير اللفظي للمفحوص. حيث تكرر ظهوره يعد مؤشرا لمركزيته بشرط أن يرفق بمعلومة نوعية، والمتمثلة في الأهمية التي منحها إياه المفحوص. وبهذا نتحصل من خلال تقاطع كل من التكرار مع الأهمية على وضعية عناصر التصور كما يوضحه الجدول رقم(07).

جدول رقم (7): توزيع عناصر التصور

<u>الأهمية</u>		
كبيرة	ضعيفة	
الخانة 1 منطقة النواة المركزية	الخانة 2 منطقة العناصر المحيطة الأولى	قوي
		<u>التكرار</u>
الخانة 3 العناصر المتباينة	الخانة 4 منطقة العناصر المحيطة الثانية	ضعيف

(Abric, 2003, p64)

تحتوي الخانة الأولى على العناصر الأكثر تكرارا والأكثر أهمية وتمثل منطقة النواة المركزية، حيث توجد هنا كل عناصر النواة مرفوقة أحيانا بعناصر أخرى غير مهمة كثيرا من حيث الدلالة، فقد تكون مرادفات أو نماذج مرتبطة بالموضوع.

أما الخانة الثانية فتشمل العناصر المحيطة الأكثر أهمية، لهذا تسمى بالمحيطة الأولى.

وتوجد في الخانة الثالثة العناصر المتباينة التي تمثل البنود التي ذكرها القليل من المفحوصين لكن منحوها أهمية كبيرة. يمكن أن يعبر هذا الترتيب عن جماعة تحتية تشكل أقلية لها تصور مختلف، أي أن لها نواة

مركزية متكونة من عنصر أو عناصر موجودة في هذه الخانة زيادة عن النواة المركزية الخاصة بالخانة الأولى. كما يمكن أن نجد كذلك مكمل المحيطية الأولى.

وأما الخانة الرابعة فهي المحيطية الثانية التي تشمل العناصر الأقل تكرارا وأهمية في حقل التصور (Abrie, 2003, p62-64)

لقد قمنا بتطبيق هذه التقنية على عينة قوامها خمس عشرة 15 طالبة بعلم النفس العيادي، وكانت التعليمات كما يلي: «عندما تسمعين كلمة سرطان الثدي ما هي الخمس 5 كلمات أو تعابير التي تتبادر إلى ذهنك تلقائيا؟»

- «الآن، قومي بترتيب الكلمات أو العبارات حسب الأهمية التي ترينها، وضعي الرقم 1 أمام الأكثر أهمية بالنسبة لك، ثم الرقم 2، وهكذا... حسب ترتيب الأهمية التنازلي إلى غاية الرقم 5»:

مثال: الكلمات المتداخلة لطالبة (س) من أفراد المجموعة في المرحلة الأولى كانت كالتالي:

- الموت

- الآلام

- فقدان الأنوثة

- العلاج الكيميائي

- الخوف

في المرحلة الثانية طلب من المفحوصة ترتيب هذه الكلمات حسب الأهمية من 1 إلى 5 حيث يوضع 1 أمام الكلمة الأكثر أهمية وهكذا:

(1) - الموت

(3) - الآلام

(4) - فقدان الأنوثة

- العلاج الكيميائي (5)

- الخوف (2)

بعد ذلك تمت معالجة المعطيات التي تحصلنا عليها باعتماد برنامج خاص بهذه التقنية لـ Vergès (انظر

الملحق 1) المتمثل في (Evocation 2005)، فتحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول رقم (8).

### 3-2 نتائج تطبيق الاستحضار التسلسلي على عينة الدراسة الاستطلاعية:

جدول رقم (8): نتائج تطبيق الاستحضار التسلسلي

	متوسط ترتيب الأهمية < 3	متوسط ترتيب الأهمية > 3
	الخانة الثانية: المحيطية الأولى	الخانة الأولى: منطقة النواة المركزية
	الخوف (7) 3.143	الموت (10) 3.000
التكرار	سوء تقدير الذات (5) 4.2000	فقدان الأنوثة (5) 2.6000
5 =<		الآلام (5) 2.000
	الخانة الرابعة: المحيطية الثانية	الخانة الثالثة: العناصر المتباينة
	تشوه صورة الجسد (3) 4.000	القلق (3) 2.000
التكرار	استئصال الثدي (3) 3.333	العلاج الكيميائي (3) 2.333
4 >		الصدمة (4) 1.250
		الاكتئاب (4) 2.250
		معاناة نفسية واجتماعية (4) 2.250

من اعداد الباحثة باعتماد مخرجات برنامج EVOC 2005

يظهر الجدول رقم 8 أهم عناصر التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى عينة الدراسة الاستطلاعية، متوزعة على الخانات الأربعة كالتالي:

- **الخانة الأولى:** تمثل عناصر النواة المركزية أي الأكثر تكرارا وأهمية، وقد ظهرت عبارة «الموت» بتكرار 10 تليها كل من عبارتي « الآلام » و « فقدان الأنوثة » بتكرار 5.
- **الخانة الثانية:** تشمل عناصر المحيطية الأولى وقد ظهرت عبارة « الخوف » بتكرار 7 وعبارة «سوء تقدير الذات » بتكرار 5.
- **الخانة الثالثة:** تضم العناصر المتبينة وقد جاءت كل من عبارة «الصدمة» و «الاكتئاب» و «معاناة نفسية واجتماعية» بتكرار 4، وعبارتي « القلق » و «العلاج الكيميائي» بتكرار 3.
- **الخانة الرابعة:** شملت عناصر المحيطية الثانية وشملت عبارتي «تشوه صورة الجسد» و « استئصال الثدي» بنفس التكرار 3

### 3-3 تفسير نتائج الدراسة الاستطلاعية:

استطعنا من خلال تطبيقنا لتقنية الاستحضار التسلسلي أن نتحصل على العناصر المكونة للتصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى عينة الدراسة الاستطلاعية، وقد تكونت هذه التصورات من نظامين أحدهما مركزي وشمل ثلاثة عناصر هي الموت والآلام وفقدان الأنوثة، وهذا ما يعبر عن أفكار ومشاعر الطالبات نحو سرطان الثدي حيث أنهن يتصورنه على أنه تهديد لأنوثة المرأة، ذلك أنه يمس عضوا مشبع برمزية قوية، كما أنه يسبب لها آلاما، لكن ليس هذا فقط فهن يتصورن أن الموت مرادفا لسرطان الثدي بدليل حصول هذه العبارة على أكبر تكرار، مما يعني تقاسم فكرة الموت بين أغلبية أفراد العينة، ولأن النواة المركزية تدمج عناصر تسمح بإعطاء معنى للعناصر المحيطية التي بدورها تحدد طبيعة العلاقات التي تربطها بالعناصر المحيطية الأخرى، فإننا لا نستطيع فهم التصور الاجتماعي إلا بعد ملاحظة مجموعة العناصر الموجودة في النظام المحيطي ككل (Abric, 1998, p. 187-203). وجاء في الخانة الخاصة

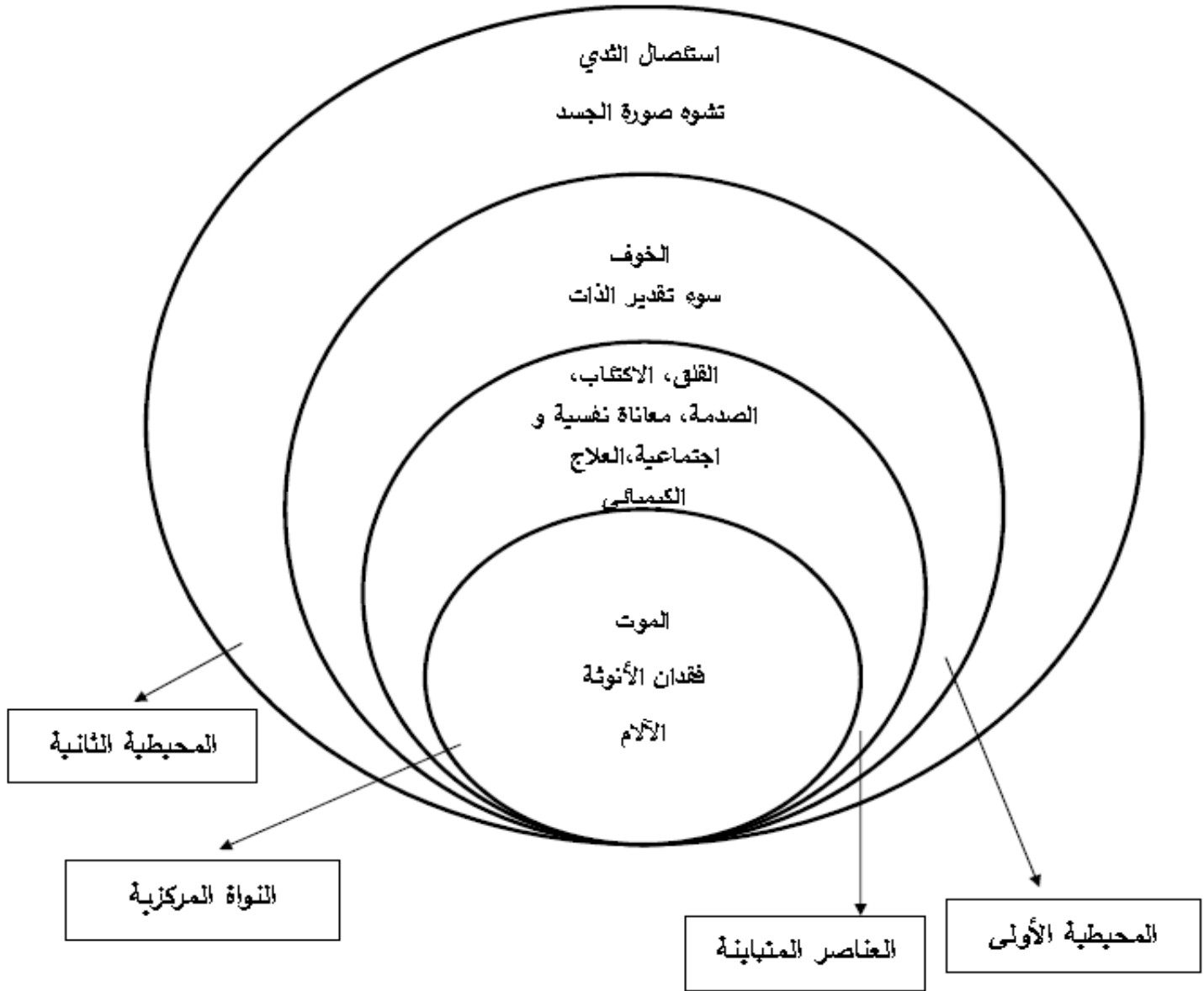
بالعناصر المتباينة التي حظيت بأهمية كبيرة كذلك، لكنها ذكرت من طرف القليل فقط من أفراد العينة، عبارات القلق والاكتئاب والصدمة والعلاج الكيميائي ومعاناة نفسية واجتماعية، وجميعها تكمل عناصر النظام المحيطي وتفسره، كما أن العلاقة بين هذه التدايعات تبدو مفهومة كون هذا الداء ينجم عنه جملة من الاضطرابات والمشاكل النفسية والاجتماعية، كما أنه مرتبط بالعلاج الكيميائي ومضاعفاته كما تتصور الطالبات.

يرى **Pianelli** ومساعديه (2010) أنه من الممكن أن تشمل خانة العناصر المتباينة مجموعات تحتية أقلية تحمل تصورا مختلفا، لكننا لاحظنا في هذه الدراسة أن العناصر المذكورة سابقا تتفق مع عناصر النواة المركزية من حيث المعنى والوظيفة.

أما المحيطية الأولى والثانية فقد ضمت أربع عناصر هي الخوف، سوء تقدير الذات، استئصال الثدي، تشوه صورة الجسد، والظاهر أن كل هذه العناصر تصب في قالب واحد يصف داء سرطان الثدي من خلال آثاره الجسدية، والنفسية السلبية على المرأة المصابة، فمن جهة الخوف من المرض، ومن جهة أخرى الخوف من استئصال الثدي، حيث تؤدي هذه العملية إلى تشوه صورة جسدها وسوء تقديرها لذاتها كما تتصور الطالبات، فالنظام المحيطي حمل مفاهيم متنوعة تصف وتثري عناصر النواة المركزية، وتكملها وتدافع عن التصور، مما من شأنه أن يجعل هذا الأخير أكثر ثباتا ومقاومة للتغيير، لكن ما لفت انتباهنا هو غياب مفهوم الوقاية أو الفحص المبكر في تدايعات الطالبات، مع أن هذا الأخير لصيق لموضوع الداء في كل المناسبات التي تتناول سرطان الثدي، كالأيام التحسيسية عبر وسائل الإعلام والاتصال أو في الكتب والمجلات وحتى في الإشهارات والملصقات...، مما أثار فضولنا لمعرفة إمكانية ظهور مفهوم الفحص المبكر في نتائج الدراسة الأساسية مع وجود عدد أكبر من الطالبات وإعطاءهن فرصة أفضل للتعبير، للحصول على أكبر عدد ممكن من التدايعات. و(الشكل رقم 8) يوضح العناصر المركزية والمحيطية للتصور الاجتماعي لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي في الدراسة الاستطلاعية.

شكل رقم (8): أهم العناصر المركزية والمحيطية للتصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى عينة الدراسة

الاستطلاعية.



يصرح أبريك أنه بالرغم من أهمية الاستحضار التسلسلي في الحصول سريعا على مسارات تحليل جديية في تحليل التصور ونواته المركزية، إلا أن التدايعات المنتجة بإمكانها أن تكون صعبة التأويل إذا كانت مبهمه أو متعددة المعاني، لذلك من الأفضل تدعيمها بنوع آخر من هذه التقنية (التداعي الحر)، للتقليل من هذه الصعوبة (Abric, 2003, p.65). فبعدها سمحت لنا نتائج الدراسة الاستطلاعية بالتعرف على التصورات

الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي عن طريق تقنية الاستحضار التسلسلي، مما ساعدنا على الضبط النهائي للأسئلة، سنحاول من خلال الدراسة الأساسية أن نتحقق من محتوى هذه التصورات بما فيها مفهوم الفحص المبكر، ونكشف طبيعتها، والأبعاد المكونة لحقلها الدلالي، وكيفية تنظيمه، لنحقق أهداف الدراسة.

#### 4- الدراسة الأساسية:

#### 4-1 التعريف بعينة الدراسة الأساسية:

أحيانا يتعسر على الباحث القيام بدراسة شاملة لكل مفردات مجتمع البحث لأسباب متعددة، كأن تكون قاعدة هذا الأخير غير تامة، أو أن تصعب الإحاطة بمجتمع البحث المستهدف، أو لضيق الوقت وفقر الموارد...، لذلك يلجئ في هذه الحالات إلى سحب عينة غير احتمالية، وتبقى المعطيات المتحصل عليها مقبولة وملائمة (أنجريس م، 2006).

بالنسبة لنا فقد أردنا في بادئ الأمر اعتماد المعاينة بالمسح، وتناول جميع أفراد مجتمع البحث المتمثل في طالبات علم النفس العيادي بجامعة باجي مختار البوني بعنابة، لأن عددهن لم يتجاوز 162 طالبة، لكننا اصطدنا بواقع فرض علينا العمل مع عينة من هذا المجتمع وهي عينة المتطوعين، وفق إجراء غير احتمالي. وقد اعتمدنا في اختيار العينة على معيار التخصص ألا وهو علم النفس العيادي.

و نظرا لطبيعة الموضوع وكذلك أدوات جمع المعلومات التي تتطلب بعضا من الوقت والتركيز وظروف ملائمة (المكان، الهدوء) باعتبارها تعتمد على التداعي الحر، وبالنظر إلى تقلص العدد الكلي للطالبات؛ لأن منهن من لا يحضرن إلى الجامعة، والبقية منهن من رفضن المشاركة في الدراسة ومنهن من ألغيت أوراقهن بعد فرزها بسبب أخطاء في ترقيم البيانات، تمكنا في الأخير من الحصول على اثنتين وستين 62 طالبة في

تخصص علم النفس العيادي بكلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة باجي مختار البوني بعنابة، وهي تمثل عينة الدراسة الأساسية الراهنة.

#### 4-2 أدوات الدراسة الأساسية:

سعيًا لتحقيق أهداف البحث والإجابة على مجموعة الأسئلة المطروحة، فقد اعتمدنا في الدراسة الأساسية على تقنيتين هما: شبكة التداعيات، وتحليل المحتوى.

#### 4-2-1 تقنية شبكة التداعيات « Le Réseau d'association « Annamaria Silvana De Rosa »

أعدت هذه التقنية لكشف بنية، محتوى، ومؤشرات القطبية والحيادية والنمطية للحقل الدلالي المرتبطة بالتصورات الاجتماعية. وتعد هذه التقنية جذابة جدا سواء للمفحوصين الذين تطبق عليهم نظرا لسهولة فهمها، أو للباحث بفضل مرونة تكييفها لأهداف الدراسة. توجد دراسات اعتمدت هذه التقنية إلى جانب أدوات أكثر بناءا كالاستمارة، أثبتت أن المفحوصين كانوا متحمسين لاستخدام شبكة التداعيات أكثر من إجاباتهم على استمارة طويلة. فالشبكة بعكس الاستمارة لا تثير شكوك المفحوصين عن إمكانية التحري عن مهاراتهم في ما يخص موضوع الدراسة. إضافة إلى ذلك فإنه من الممكن تطبيقها على عدد غير منتهي من المواضيع، من خلال تغيير العبارة المثير في مركز الورقة.

رغم أن تحليل النتائج المتحصل عليها يكون بطريقة فردية أو جماعية، فإن تطبيق هذه التقنية يكون بشكل فردي غالبا، لكن يمكن تطبيقها كذلك على جماعة صغيرة من المفحوصين، وفي هذه الحالة تعتبر الكلمات أو العبارات المتداعية المتعلقة بالكلمة المثير نتيجة التصورات المشتركة، أو عبارة عن سيرورات من المفاوضات بين عناصر الجماعة.

للإشارة فإن شبكة التدايعات يمكنها أن تضم كلمة مثير فأكثر حسب ما تمليه أهداف البحث، وعادة ما يكون المثير كلمة، لكن يمكن أن يكون كذلك نص قصير، جملة أو مَثَل، صورة، إشهار، رسم، فيلم، برنامج تلفزيوني، صوت، موسيقى... .

#### 4-2-1-1 المعلومات التي نتحصل عليها من خلال شبكة التدايعات:

##### - محتوى وبنية الحقل الدلالي *Contenus et structure du champs sémantique*:

يجيب المفحوص على التعليلة العامة والمتمثلة في ذكر جميع العبارات المتبادرة إلى ذهنه، والمتعلقة بالكلمة المثير الموجودة في مركز الورقة (موضوع التصور). تقييد هذه التعليلة في الحصول على مضامين حقل التصور من خلال الكلمات المرتبطة بالمثير والموضوعة بكل حرية على سطح الورقة. إن هذا الإجراء الذي يدفع المفحوص إلى سيرورة تدايعية سريعة وتلقائية قدر الإمكان، لا يشجع فقط استنباط الكلمات التي تخضع منطقيا إلى قوانين سيرورة التدايعي، بل كذلك المضامين الرمزية التي تنشطها الكلمة المثير.

##### - ترتيب ظهور الكلمات *Ordre d'apparition des mots*:

بناء على التعليلة الثانية التي تقول بترقيم الكلمات حسب تبادرها إلى ذهن المفحوص، وانطلاقا من نتائج علم النفس المعرفي حول زمن الاستجابة اللفظية وسرعة التدايعي، فإنه يمكن اعتماد ترتيب الظهور كمؤشر عن إمكانية الوصول النموذجية *Accessibilité prototypique*. يلاحظ أحيانا خلط بين أولوية ظهور الكلمات وبين معيار الأهمية، وحسب أبريك فإن سرعة التدايعي لا تعبر فقط عن قوة الرابط التدايعوي، وإنما تدل كذلك على سهولة الوصول إليه. ووفقا لهذا الطرح فإن الكلمة المتدايعية بصورة مشتركة ليست بالضرورة الكلمة الأكثر أهمية بالنسبة للمفحوص، وإنما الأكثر تقاسما اجتماعيا.

- ترتيب أهمية الكلمات بالنسبة للمفحوص **Ordre d'importance des mots pour l'individu**:

لتقادي الخط بين ترتيب الظهور وترتيب الأهمية يطلب من المفحوص في آخر الاختبار تقيم الكلمات المتداعية وفق أهميتها.

يعتبر ترتيب كل كلمة حسب أهميتها في شبكة التداعيات المنجزة مهمة معرفية ذات مستوى مزدوج، تتضمن سيورة معرفية منطقية إلى حد كبير، مقارنة مع المظهر الإسقاطي لهذه التقنية، والسرعة التي نسجل من خلالها ترتيب تداعي الكلمات. وللتوضيح أكثر يمكننا الاستعانة بإحدى الدراسات التي تناولت العبارة المثيرة (إحدى عشر 11 سبتمبر)، حيث كانت كلمة « الخوف » ( كإنفعال بدائي من حيث النمو الانفعالي للفرد) أول كلمة ذكرت حسب ترتيب الظهور، كما جاءت مرتبطة بانفعالات بدائية أخرى كالذعر والفرع والقلق والرعب...، بينما ظهرت كلمة « التضامن » (باعتبارها إنفعال معقد وثانوي يستلزم اهتماما أكثر عمقا وتفكير)، كأول كلمة عندما طلب من المفحوصين تقييم تداعياتهم من حيث الأهمية.

- التفرعات والارتباطات بين الكلمات لتوضيح المعنى:

تحت تعليمة أخرى من تقنية شبكة التداعيات المفحوص على تكوين تفرعات بين الكلمات المتداعية، أو ارتباطات بين هذه الأخيرة أو بين مجموع الكلمات المتحصل عليها في الحقل الدلالي للكلمة المثيرة. حيث تسمح هذه الخطوة بإعادة بناء نسيج نصي اعتمادا على الكلمات المتداعية الفردية. ويعد هذا النص في غاية الأهمية لتخفيف الغموض على دلالة الكلمات متعددة المعنى.

- مؤشر القطبية والحيادية كقياس لتقييم الاتجاه الضمني في الحقل التصوري:

يعد مؤشر القطبية *Indice de polarité* قياسا لمكونات التقييم والتوجه الضمني في حقل التصورات، بينما يمثل مؤشر الحيادية *Indice de neutralité* قياسا رقابيا.

يطلب من المفحوصين أن يمنحوا قطبية لكل كلمة بوضعهم للإشارة (+)، (-)، أو (0)، حسب ما تمثله هذه

الكلمة في هذا السياق من معنى ايجابي سلبي، أو محايد. ويتم حساب هذان المؤشران كما يلي:

مؤشر القطبية (P):

$$P = \frac{\text{عدد الكلمات الايجابية} - \text{عدد الكلمات السلبية}}{\text{العدد الكلي للكلمات}}$$

يتراوح هذا المؤشر بين -1 و 1

- إذا كان P بين -1 و -0.5 (وهي قيمة يمكن إعادة تشفيرها بالرقم 1)، فهذا يدل على أن معظم الكلمات

ذات احياء سلبي.

- إذا كان P بين 0.4 - و 0.4 (وهي قيمة يمكن إعادة تشفيرها بالرقم 2)، فهذا يدل على أن هناك ميل

لأن تكون الكلمات الإيجابية والسلبية متساوية.

- إذا كان P بين 0.4 و 1 (وهي قيمة يمكن إعادة تشفيرها بالرقم 3)، فهذا يدل على أن معظم الكلمات

ذات احياء ايجابي.

وللتوضيح أكثر لدينا مثلا في شبكة تداعيات لموضوع ما:

- عدد الكلمات الايجابية 20.

- عدد الكلمات السلبية: 6.

- عدد الكلمات المحايدة: 15.

- العدد الكلي للكلمات: 41.

$$P = \frac{20-6}{41} = 0.3$$

بما أن قيمة (P = 0.3)، تنتمي إلى المجال (-0.4، 0.4)، أي يمكن تشفيرها بالرقم 2، فهذا يدل على أن

الكلمات المتداعية الإيجابية والسلبية متساوية.

أما المؤشر الثاني فهو مؤشر الحيادية (N) Indice de neutralité حيث:

$$N = \frac{\text{عدد الكلمات الحيادية} - (\text{عدد الكلمات الإيجابية} + \text{عدد الكلمات السلبية})}{\text{العدد الكلي للكلمات}}$$

يتراوح هذا المؤشر كذلك بين -1 و 1.

- إذا كان N بين -1 و -0.5، يمكن تفسيره بالرقم 1، وهذا يدل على أن عدد قليل من الكلمات ذات إيحاء محايد (حياد ضعيف).

- إذا كان N بين -0.4 و 0.4، يمكن تفسيره بالرقم 2، وهذا يدل على أن الكلمات الحيادية تميل إلى التساوي مع مجموع الكلمات الإيجابية والسلبية (حيادية متوسطة).

- إذا كان N بين 0.4 و 1، يمكن تفسيره بالرقم 3، وهذا دليل على أن معظم الكلمات ذات إيحاء محايد (حيادية مرتفعة).

إذا أردنا حساب مؤشر الحيادية N من خلال المثال السابق حيث:

- عدد الكلمات الإيجابية 20.

- عدد الكلمات السلبية: 6.

- عدد الكلمات الحيادية: 15.

- العدد الكلي للكلمات: 41.

$$N = \frac{(20+6)-15}{41} = -0.2$$

بما أن N يساوي -0.2، أي بين -0.4 و 0.4 فهذا يدل على وجود حيادية متوسطة.

تكمن أهمية مؤشري القطبية والحيادية في كونهما نتيجة تقييم المفحوصين لأنفسهم، وليس نتيجة تحليل تصنيفي بعدي مبني على تقييمات الباحث.

يمكن اعتماد هذان المؤشران لأهداف بحثية أخرى كاستعمالها كمتغيرات توضيحية، تميز مجموعات من الأفراد بحكم أنهما يلخصان مكونة التقييم والاتجاه الكامنة في التصورات. كما يمكن كذلك حساب مؤشري القطبية والحيادية في علاقتهما بترتيب تداعي الكلمات، مما يفيد في إعادة بناء التسلسل الزمني لنموذج الأحياء التي تثيرها الكلمة أو المثير المرئي، وكذلك تتابع التداعيات (Abric, 2003, P.80-92).

للإشارة يوجد كذلك مؤشر النمطية  $\gamma$  الذي يفيد في مقارنة التصورات الاجتماعية بين مجموعات البحث، وبما أن دراستنا ليست فارقية فلن نتناول هذا المؤشر لأنه لا يفيد أهداف بحثنا.

#### 4-2-1-2 مراحل بناء شبكة التداعيات:

تطبق هذه التقنية على أربعة مراحل تشمل مجموعة من التعليمات كما يلي:

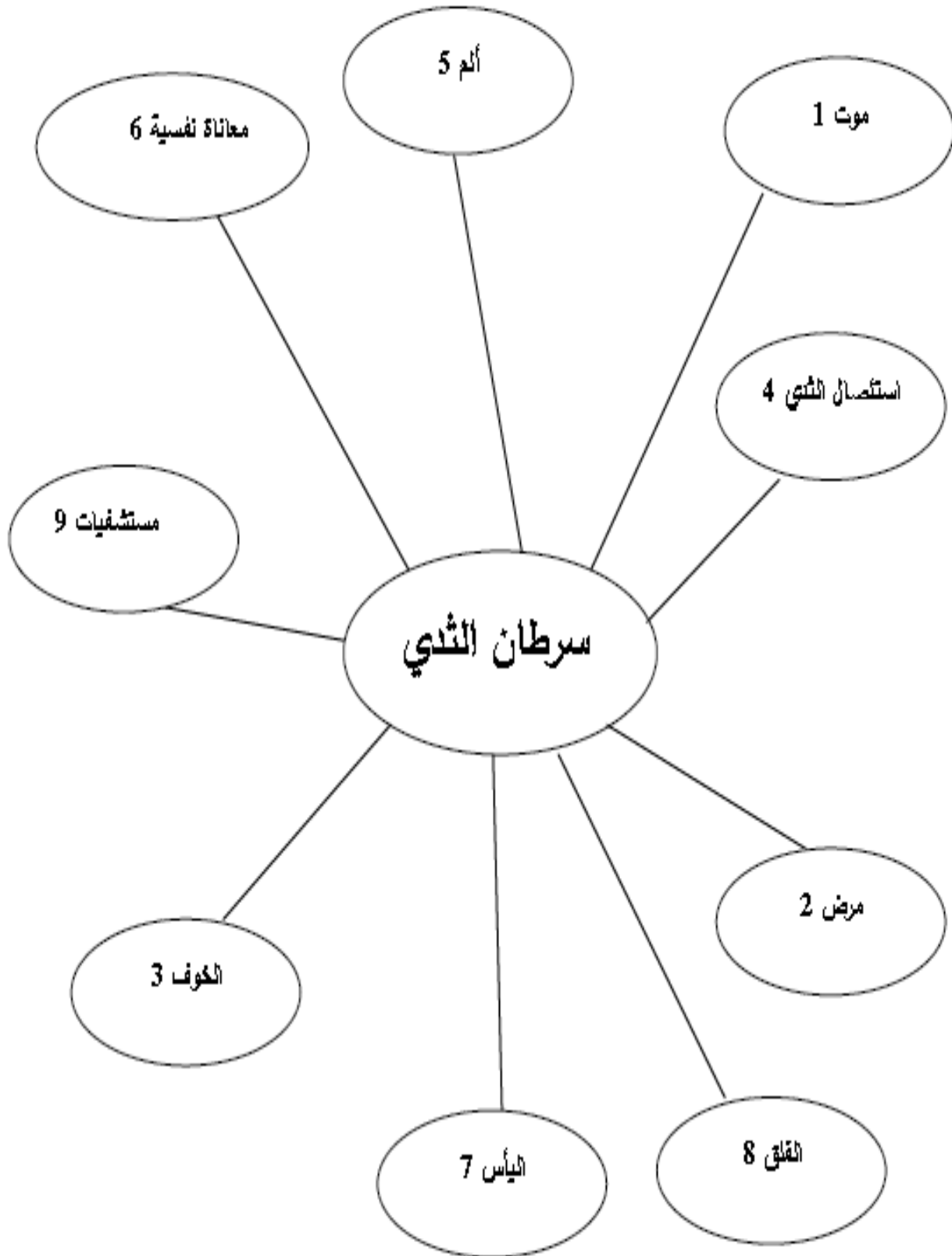
##### المرحلة الأولى:

- ابني شبكة ترابطية حول الكلمة الموضحة في مركز الورقة، واكتب كل العبارات (الصفات أو الأسماء) التي تتبادر إلى ذهنك.
- قم بذلك بسرعة وبكل حرية، مع وضع الكلمات والتفرعات بين الكلمات باستغلال كل المساحة المحيطة بالكلمة المفتاحية (المثير).
- كلما وضعت كلمة، رقمها حسب الترتيب الذي جاءت عليه في ذهنك.

وفيما يلي (الشكل رقم 9) كمثال لتوضيح المرحلة الأولى من بناء الشبكة الخاصة بمفردة من مفردات العينة

الأساسية:

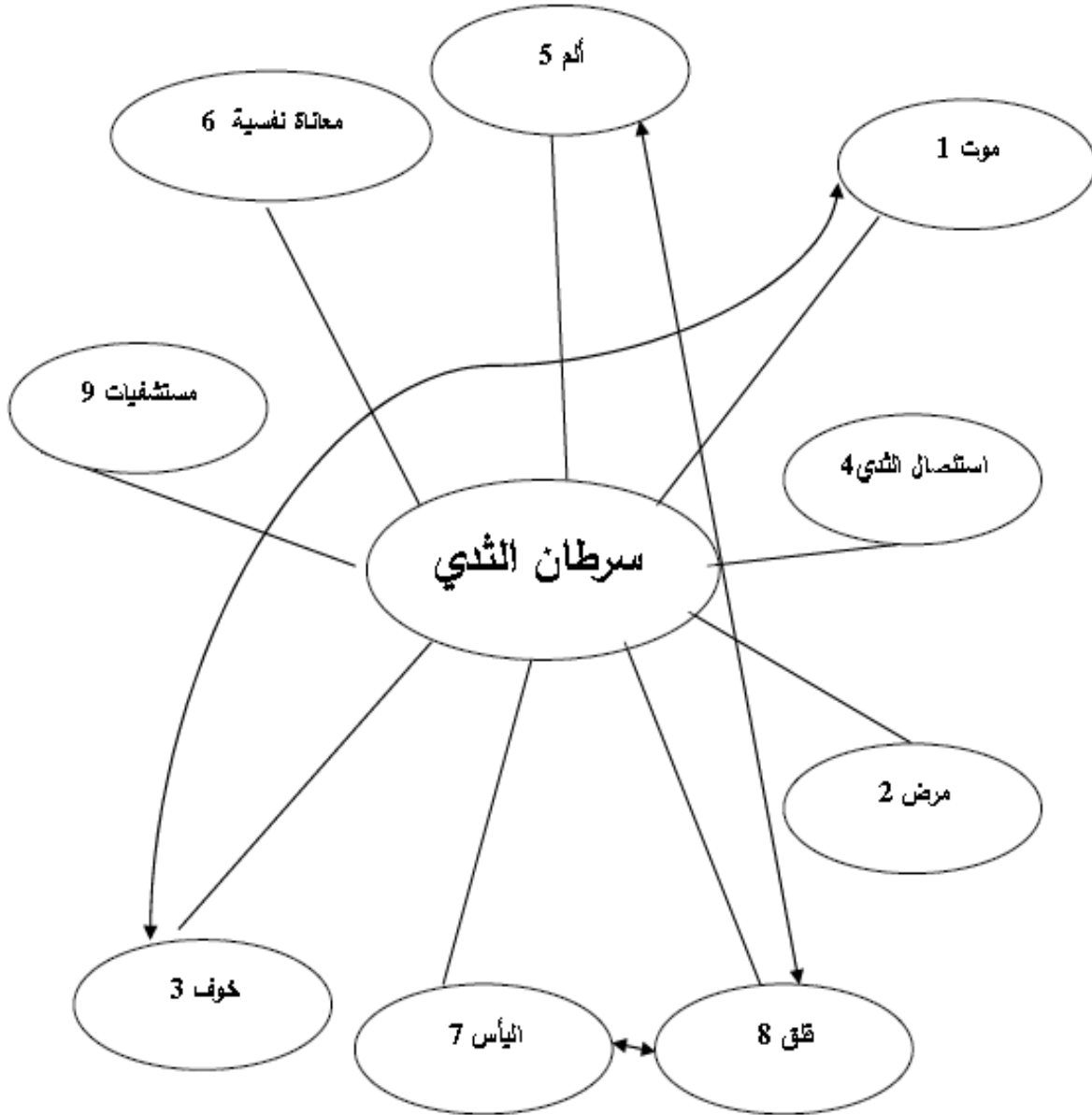
شكل رقم (9): المرحلة الأولى من بناء شبكة التداعيات



المرحلة الثانية:

- انظر مجدداً إلى شبكة التداخيات التي بنيتها، إذا استلزم الأمر ضف تفرعات جديدة بين الكلمات أو مجموعات الكلمات باستعمال أسهم (الشكل 10).

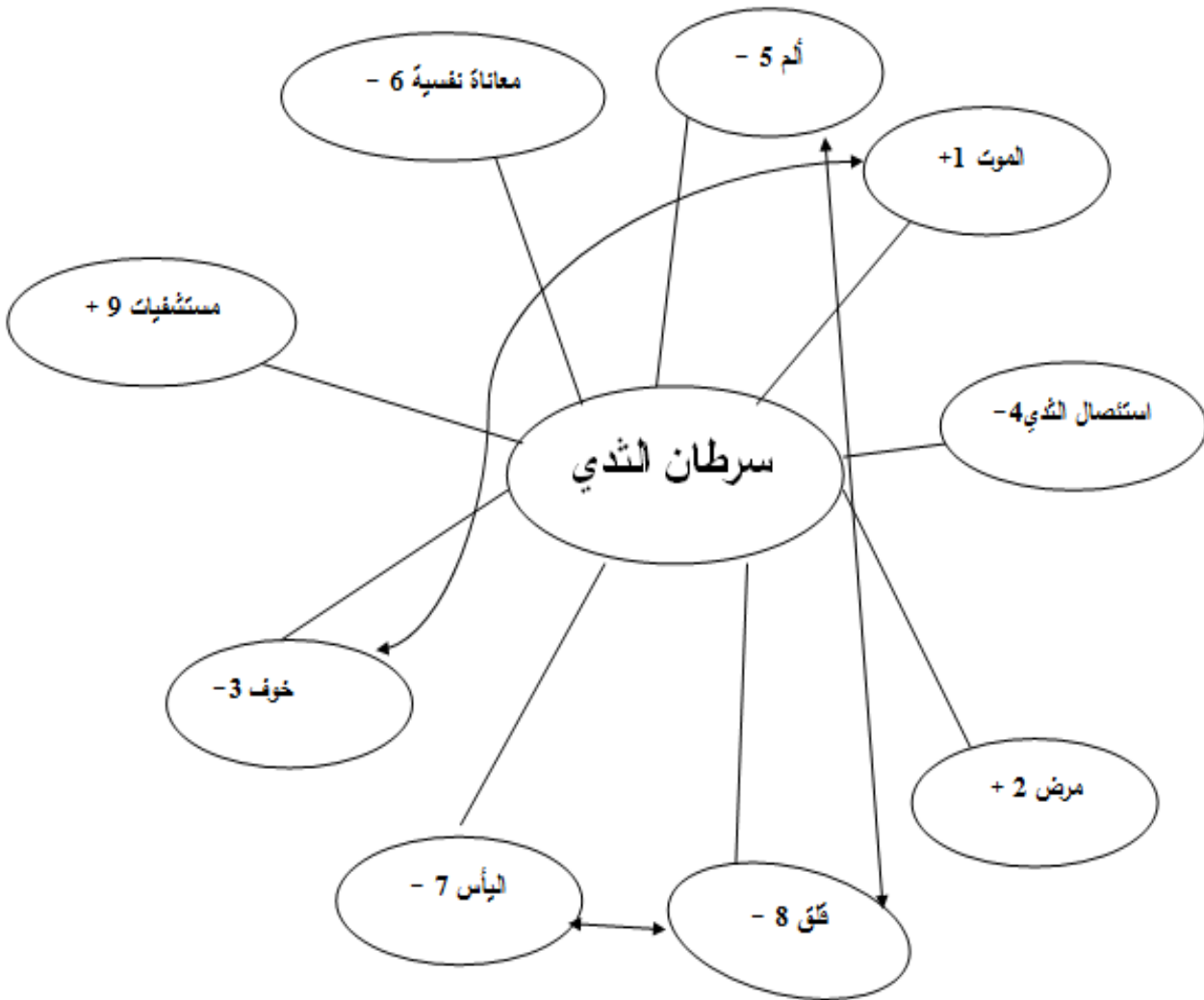
شكل رقم (10): المرحلة الثانية من بناء شبكة التداخيات



المرحلة الثالثة:

- ارجع مرة أخرى إلى الكلمات التي كتبتها وضع أمامها إشارة + أو - أو 0 حسبما كانت القيمة سلبية إيجابية أو حيادية تبعا لمعناها بالنسبة لك في هذا السياق (الشكل 11).

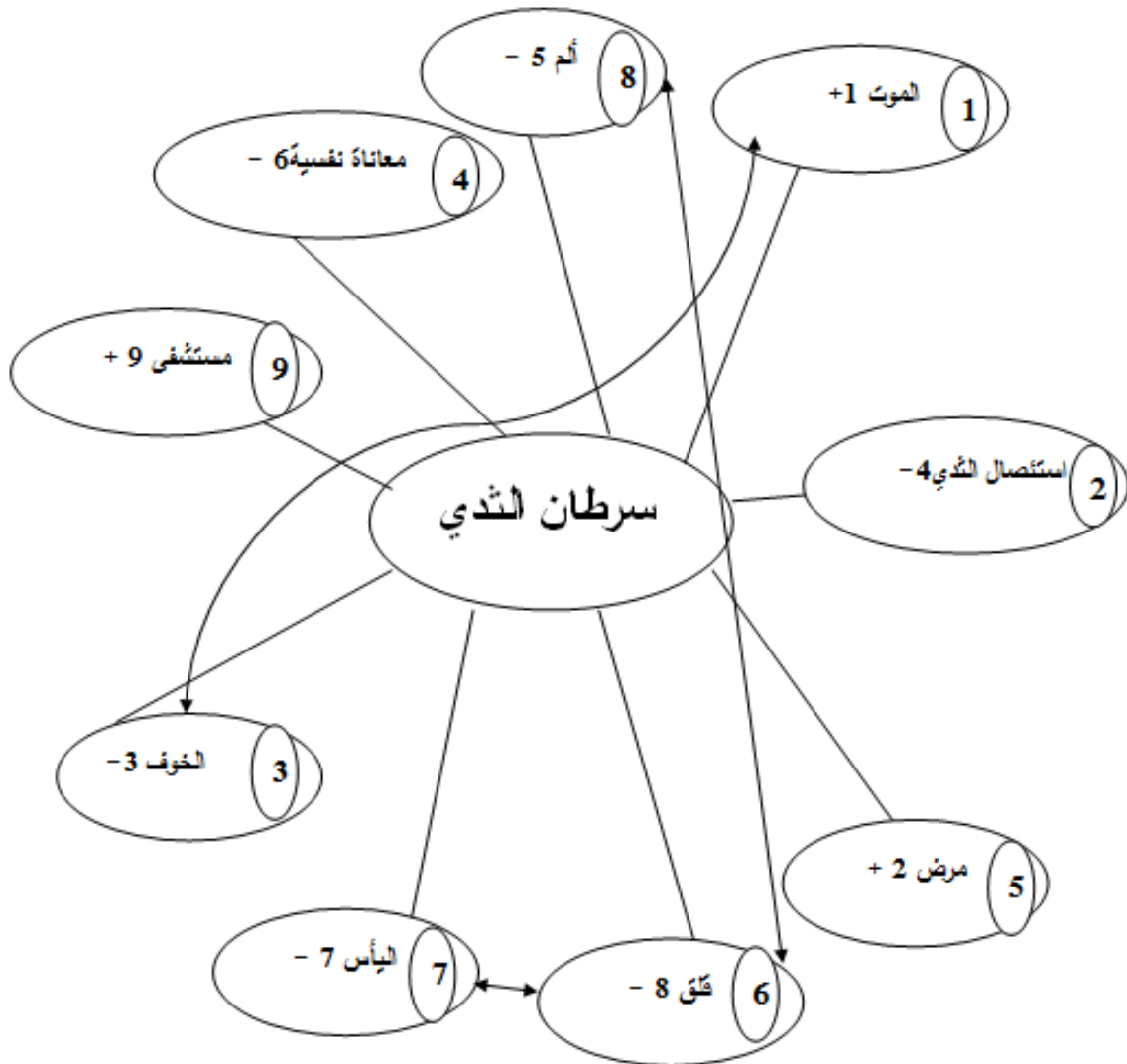
شكل رقم (11): المرحلة الثالثة من بناء شبكة التداخيات



المرحلة الرابعة:

- في الأخير انظر مجددا إلى شبكة الكلمات التي انجزتها ورقم كل الكلمات حسب أهميتها بالنسبة لك في هذا السياق، حيث أن الرقم 1 يوضع أمام الكلمة الأكثر أهمية، و2 أمام الكلمة الثانية الأكثر أهمية، و3 أمام الكلمة الثالثة الأكثر أهمية وهكذا... .
- استعمل لترتيب الأهمية سيالة بلون مغاير، وتأكد من عدم نسيانك ترقيم أي كلمة (الشكل 12).

شكل رقم (12): ترتيب الأهمية



للإشارة فقد وضعنا ترقيم الأهمية داخل حلقة صغيرة للتمييز بينه وبين ترتيب الظهور.

#### 4-2-2 تقنية تحليل المحتوى:

يعتبر تحليل المحتوى من أشهر التقنيات المعتمدة في تحليل المعطيات الثانوية، وأكثرها استعمالاً لأنها تسمح بالفحص المعمق للوثائق، وأيضاً هي تقنية مكتملة، للتحقق الإضافي من التحاليل التي تمت باستعمال وسائل أخرى، « تطبق على المواد المكتوبة، المسموعة أو المرئية، والتي تصدر عن الأفراد أو الجماعات حيث يكون المحتوى غير رقمي، ويسمح بالقيام بسحب كمي أو كمي بهدف التفسير والفهم والمقارنة» (انجرس.م، 2006، ص218).

لجئنا إلى هذه التقنية لأنها تسمح بتحليل المحتوى الظاهري للمادة المكتوبة التي تمثل في دراستنا مجموع الشبكات الترابطية التي أنتجتها طالبات علم النفس العيادي، كما تسمح كذلك بالبحث عن المعنى الخفي لهذه التدايعات ثم تحليل محتواها المستتر. إضافة إلى ذلك، فإن تحليل محتوى الشبكات الترابطية يمكننا من تحديد الحقل الدلالي للتصور المدروس.

عادة ما تكون البداية في تحليل المحتوى بالتقيئة، أي باعداد فئات للتمكن من جمع معطيات دالة بالنسبة لمشكلة البحث والموجودة في المادة المكتوبة أو المسموعة أو المرئية، بعد ذلك يتم أخذ الوحدات المراد انتقاؤها وقد تكون هذه الأخيرة كلمات، مواضيع، شخصيات، أو عناصر أخرى. ثم توزيع وتجميع وحدات المعنى أو العدد في شكل فئات وترتيبها وحساب تكرارها.

لكننا وبحكم حصولنا على الوحدات مسبقاً من خلال الكلمات المتداعية في الشبكات الترابطية، فقد قمنا مباشرة بتصنيفها حسب المعنى، وبالاستعانة بالترابطات التي أجرتها الطالبات أثناء اعدادها للشبكات التداعية، وفق الأبعاد والمفاهيم التي تمثل مشكلة البحث لأنها تعد القاعدة الأساسية لإعداد الفئات.

يشترط في التقيئة الجيدة بعض الصفات الأساسية وهي: (انجرس.م، 2006، ص 280-282)

- الشمولية: تعني أن تكون الفئة حاملة لكل مؤشرات البحث.

- الوضوح: وهو تحديد دقيق لمعنى كل فئة.

- الحصر: وهي أن تكون الوحدات المختارة تتعلق بفئة ما دون غيرها.
- التوازن: يعبر عن العدد الذي نختاره من الفئات، والذي يجب أن يخضع لمدى اتساع حقل الوثائق (الشبكات)، ومختلف المؤشرات الناتجة عن تحديد مشكلة البحث وأهداف الدراسة.
- بعد تصنيفنا للوحدات في فئات، قمنا بحساب تكرارات الوحدات والنسب المئوية لكل فئة أو بعد، للحصول على الحقل الدلالي للتصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي بجامعة عنابة.

#### 5- الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة البيانات:

- استخدمنا برنامج خاص بالتصورات الاجتماعية لمعالجة بيانات الاستحضار التسلسلي، المتمثل في EVOC 2005 لفيرجس. وقد حصلنا عليه بعد بحث طويل لأنه غير متوفر بالجزائر.
- استفدنا من هذا البرنامج في الدراسة الاستطلاعية للحصول على محتوى التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي.
- التكرار والنسب المئوية: قد اعتمدناهما في حساب تكرار الكلمات المتداوية ونسبها، وكذلك تكرار ترتيب الأهمية والظهور، إضافة إلى تكرار الكلمات السلبية، والإيجابية، والمحايدة، ونسبها، لحساب مؤشري القطبية والحيادية قصد تحديد الاتجاه الضمني لتصورات طالبات علم النفس العيادي حول سرطان الثدي. كما استخدمنا التكرارات والنسب كذلك لتحديد الفئات أو الأبعاد، بغرض الكشف عن الحقل الدلالي للتصورات المدروسة.

## خلاصة الفصل:

قمنا في هذا الفصل بعرض الخطوات المنهجية للدراسة الميدانية انطلاقاً من تحديد المنهج الوصفي الذي اعتمدناه، ومجالات الدراسة: المجال المكاني، والبشري، والزمني، ثم الدراسة الاستطلاعية التي استخدمنا فيها تقنية الاستحضار التسلسلي، كما عرضنا النتائج التي توصلنا إليها وقمنا بتفسيرها، ثم انتقلنا إلى الدراسة الأساسية حيث حددنا عينة البحث المتمثلة في طالبات علم النفس العيادي بكلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة باجي مختار، عناية المتطوعات، وتمت الاستعانة بتقنية شبكة التدايخ وتقنية تحليل المحتوى للكشف عن تصوراتهن الاجتماعية لسرطان الثدي، طبيعتها، بنيتها، أبعاد حقلها الدلالي وكيفية تنظيمه، وعرضنا بعدها الأساليب الإحصائية التي اعتمدها لمعالجة البيانات، وفي الفصل الموالي سنتطرق إلى ما وصلت إليه الدراسة من نتائج ثم تحليلها ومناقشتها في ظل أهدافها والدراسات السابقة.

# الفصل الخامس:

## عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد.

1- عرض نتائج الدراسة والتعليق عليها.

1-1 عرض نتائج تقنية شبكة التداعيات.

2-1 عرض نتائج تقنية تحليل المحتوى والتعليق عليها.

2- تحليل ومناقشة النتائج.

1-2 تحليل ومناقشة نتائج الدراسة في ظل أهدافها.

2-2 تحليل ومناقشة النتائج في ظل الدراسات السابقة.

خلاصة الفصل.

## تمهيد:

بعد الحصول على البيانات الميدانية التي تعتبر المادة الخام للدراسة، يتعين على الباحث إخضاعها للمعالجة الكمية والكيفية، حتى يجيب على تساؤلاته ويحقق أهداف بحثه. تبدأ معالجة البيانات بتفريغها وعرضها بالشكل الذي يتناسب وطبيعتها (أرقام، عبارات، فقرات،...)، ثم تطبيق عليها الأساليب الإحصائية المناسبة، ليتم بعد ذلك تحليل وتأويل النتائج. سنعرض من خلال هذا الفصل البيانات المتحصل عليها من الدراسة الميدانية حيث نقوم بقراءة أولية لها، ثم نقدم النتائج ونعلق عليها، بعدها نحاول أن نحللها ونناقشها في ظل أهداف الدراسة والدراسات السابقة.

### 1- عرض نتائج الدراسة والتعليق عليها:

#### 1-1 عرض نتائج تقنية شبكة التداعيات:

بعد إجراء اثنين وستين 62 مقابلة مع طالبات علم النفس العيادي، حيث تراوحت مدة المقابلة الواحدة ما بين نصف ساعة إلى ساعة إلا ربع، قمنا بتطبيق شبكة التداعيات بطريقة فردية في أغلب الحالات، وتحصلنا على مجموعة من البيانات سنعرضها فيما يلي:

#### 1-1-1 قراءة بيانات شبكة التداعيات لعينة الدراسة:

##### قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_1\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تداعيات، جاء ترتيبها حسب الظهور كما يلي: القلق، الموت، اليأس، معاناة نفسية، فقدان الأنوثة.

أما حسب ترتيب الأهمية فكانت كما يلي: الموت، فقدان الأنوثة، اليأس، القلق، معاناة نفسية.

كما أجرت الطالبة ترابطات بين : (القلق - معاناة نفسية)، (الموت - اليأس).

## قراءة شبكة التدايعات للطالبة 2\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تدايعات، وكان ترتيبها حسب الظهور كما يلي: الموت، فقدان الأنوثة، القلق، تشوه الجسم.

أما من حيث الأهمية: الموت، فقدان الأنوثة، تشوه الجسم، القلق.

و قد أجرت الطالبة شبكة من الترابطات بين: (فقدان الأنوثة- تشوه الجسم).

## قراءة شبكة التدايعات للطالبة 3\_

أنتجت الطالبة سبعة 7 تدايعات بالترتيب التالي: الفحص المبكر، التوعية الصحية والتحسيس، المساعدة النفسية، المساعدة الاجتماعية، التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي، الموت، الخوف.

أما من حيث ترتيب الأهمية فكانت كما يلي: الخوف، الموت، التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي، المساعدة النفسية، المساعدة الاجتماعية، الفحص المبكر، التوعية الصحية والتحسيس.

وأجرت الطالبة ترابطات بين: (الفحص المبكر- التوعية الصحية والتحسيس)، (المساعدة النفسية- المساعدة الاجتماعية- التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي).

## قراءة شبكة التدايعات للطالبة 4\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تدايعات وفق الترتيب التالي: اختبار من الله، الموت، ألم، فقدان الأنوثة.

أما من حيث ترتيب الأهمية: اختبار من الله، الموت، ألم، فقدان الأنوثة.

وأجرت الطالبة ترابطات بين: (ألم- اختبار من الله).

## قراءة شبكة التدايعات للطالبة 5\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تدايعات، وكان ترتيبها وفق الظهور كما يلي: الموت، ابتلاء، التأثيرات

الجانبية للعلاج الكيميائي، مستشفيات، الخوف.

أما من حيث الأهمية: الموت، الخوف، التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي، مستشفيات، ابتلاء.

أما الترابطات التي أجرتها الطالبة فكانت بين: (مستشفيات- ابتلاء- التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي)، (مستشفيات - الموت).

#### قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_6\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تداعيات بالترتيب التالي: الموت، فقدان الأنوثة، الخوف، معاناة نفسية، زكاة النفس.

أما من حيث الأهمية: فقدان الأنوثة، الموت، الخوف، معاناة نفسية، زكاة النفس. وأجرت الطالبة ترابطات بين : (فقدان الأنوثة- الخوف)، (الموت- الخوف)، (الموت - زكاة النفس- معاناة نفسية).

#### قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_7\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تداعيات وفق الترتيب التالي: الموت، تشوه الجسم، معاناة نفسية، اليأس، الظلام، الخوف.

أما من حيث الأهمية: الموت، الخوف، اليأس، تشوه الجسم، معاناة نفسية، الظلام. وقد أجرت الطالبة ترابطات بين : (تشوه الجسم- الظلام)، (اليأس- الظلام).

#### قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_8\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تداعيات وفق الترتيب التالي: تشوه الجسم، اليأس، الخوف، صدمة، سوء تقدير الذات.

أما من حيث الأهمية: الخوف، الصدمة، سوء تقدير الذات، اليأس، تشوه الجسم. أجرت الطالبة ترابطات بين (تشوه الجسم- الخوف).

## قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_9\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تداعيات وفق الترتيب التالي: الموت، الاكتئاب، فقدان الأنوثة، الطلاق، تفقد عملها.

أما من حيث الأهمية: الموت، فقدان الأنوثة، تفقد عملها، الطلاق، الاكتئاب. أجرت الطالبة ترابطات بين (الاكتئاب- تفقد عملها)، (فقدان الأنوثة- الطلاق).

## قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_10\_

أنتجت الطالبة سبعة 7 تداعيات وفق الترتيب التالي: الخوف، فقدان الأنوثة، تشوه الثدي، معاناة نفسية، مساندة نفسية، أمل، اختبار من الله.

أما من حيث الأهمية: تشوه الثدي، فقدان الأنوثة، الخوف، معاناة نفسية، اختبار من الله، مساندة نفسية، أمل.

وقد أجرت الطالبة ترابطات بين : (مساندة نفسية- أمل)، (فقدان الأنوثة- تشوه الثدي- الخوف)، (معاناة نفسية - اختبار من الله).

## قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_11\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تداعيات وفق الترتيب التالي: الموت، لا زواج، اليأس، الخوف، الاكتئاب، فقدان الأنوثة.

أما من حيث الأهمية: فقدان الأنوثة، الموت، لا زواج، الخوف، اليأس، الاكتئاب. و قد أجرت الطالبة ترابطات بين : (الموت- اليأس)، (الاكتئاب - لا زواج).

## قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_12\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تداعيات وفق الترتيب التالي: الموت، الخوف، نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل /المجتمع، فقدان الأنوثة.

أما من حيث الأهمية: الموت، الخوف، فقدان الأنوثة، نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل /المجتمع.  
و قد أجرت الطالبة ترابطات بين : (نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل/ المجتمع- فقدان الأنوثة).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_13\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعات جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: اضطراب العلاقات الأسرية، فقدان الأنوثة، الخوف، مرض خبيث وخطير، نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل / المجتمع، نعمة من عند الله يجب تقبلها.

أما من حيث الأهمية: نعمة من عند الله يجب تقبلها، فقدان الأنوثة، الخوف، نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل / المجتمع، مرض خبيث وخطير، اضطراب العلاقات الأسرية.  
وأجرت الطالبة ترابطات بين (فقدان الأنوثة- نظرة احتقار من طرف الزوج / الأهل / المجتمع)، (فقدان الأنوثة - اضطراب العلاقات الأسرية)، (مرض خبيث وخطير- نعمة من عند الله يجب تقبلها).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_14\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تدايعات جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: الموت، تشوه الجسم، فقدان الأنوثة، الخوف.

أما من حيث الأهمية: الخوف، الموت، تشوه الجسم، فقدان الأنوثة.  
وأجرت الطالبة ترابطات بين : (تشوه الجسم- الخوف- فقدان الأنوثة).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_15\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تدايعات جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: استئصال الثدي، فقدان الأنوثة، الخوف، الموت، سوء تقدير الذات.

أما من حيث الأهمية: استئصال الثدي، الموت، سوء تقدير الذات، فقدان الأنوثة، الخوف.  
و قد أجرت الطالبة ترابطات بين: (استئصال الثدي- فقدان الأنوثة). (الموت- خوف).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_16\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تدايعيات جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: الموت، صدمة، تشوه صورة الجسد، سوء تقدير الذات، فقدان الأنوثة.

أما من حيث الأهمية : فقدان الأنوثة، تشوه صورة الجسد، الموت، سوء تقدير الذات، صدمة.

وقد أجرت الطالبة ترابطات بين : (تشوه صورة الجسد- سوء تقدير الذات)، (صدمة- فقدان الأنوثة).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_17\_

أنتجت الطالبة سبعة 7 تدايعيات جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: تشوه الثدي، استئصال الثدي، فقدان الأنوثة، الخوف، سوء تقدير الذات، القلق، مرض خبيث وخطير.

أما من حيث الأهمية : استئصال الثدي، الخوف، فقدان الأنوثة، سوء تقدير الذات، تشوه الثدي، مرض خبيث وخطير، القلق.

وقد أجرت الطالبة ترابطات بين: (فقدان الأنوثة- استئصال الثدي- مرض خبيث وخطير)، (القلق- الخوف)، (سوء تقدير الذات- تشوه الثدي).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_18\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تدايعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: استئصال الثدي، فقدان الأنوثة، نظرة احتقار من طرف الزوج /الأهل/المجتمع، اضطراب العلاقات الأسرية، التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي.

أما من حيث الأهمية: استئصال الثدي، فقدان الأنوثة، التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي، اضطراب العلاقات الأسرية، نظرة احتقار من طرف الزوج /الأهل/المجتمع.

وقد أجرت الطالبة ترابطات بين : (نظرة احتقار من طرف الزوج /الأهل/المجتمع - استئصال الثدي- اضطراب العلاقات الأسرية)، (استئصال الثدي- فقدان الأنوثة).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_19\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: الموت، الاكتئاب، سوء تقدير الذات، تشوه صورة الجسد، القلق، ابتلاء من الله.  
أما من حيث الأهمية : ابتلاء من الله، تشوه صورة الجسد، الموت، سوء تقدير الذات، الاكتئاب، القلق.  
وقد أجرت الطالبة الترابطات بين: (سوء تقدير الذات- تشوه صورة الجسد)، (القلق- الموت).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_20\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: الموت، تشوه صورة الجسد، سوء تقدير الذات، مرض خطير وخبيث، القلق، الاكتئاب.  
أما من حيث الأهمية : الموت، تشوه صورة الجسد، سوء تقدير الذات، مرض خطير وخبيث، القلق، الاكتئاب.  
وأجرت الطالبة ترابطات بين: (القلق- الاكتئاب)، (تشوه صورة الجسد- سوء تقدير الذات)، (مرض خطير وخبيث- الموت).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_21\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: فقدان الأنوثة، مرض خطير وخبيث، استئصال الثدي، الاكتئاب، سوء تقدير الذات، تشوه صورة الجسد.  
أما وفق ترتيب الأهمية: استئصال الثدي، فقدان الأنوثة، تشوه صورة الجسد، سوء تقدير الذات، مرض خطير وخبيث، الاكتئاب.  
وقد أجرت الطالبة ترابطات بين : (استئصال الثدي- فقدان الأنوثة)، (الاكتئاب- سوء تقدير الذات).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_22\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: فقدان الأنوثة، الموت، استئصال الثدي، سوء تقدير الذات، تشوه صورة الجسد، القلق.  
أما من حيث الأهمية: استئصال الثدي، فقدان الأنوثة، الموت، تشوه صورة الجسد، سوء تقدير الذات، القلق.  
وأجرت الطالبة ترابطات بين: (القلق - الموت)، (فقدان الأنوثة - سوء تقدير الذات - استئصال الثدي).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_23\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: الخوف، الموت، فقدان جمال الجسم، لا زواج، القلق، الاكتئاب.  
أما من حيث الأهمية: الخوف، الموت، القلق، الاكتئاب، لا زواج، فقدان جمال الجسم.  
وأجرت الطالبة ترابطات بين: (فقدان جمال الجسم - لا زواج)، (القلق - الخوف - الموت)، (القلق - الاكتئاب).

### قراءة نتائج شبكة التدايعات للطالبة\_24\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تدايعات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: ألم، الموت، طلاق، اليأس.  
أما من حيث الأهمية: الموت، اليأس، طلاق، ألم.  
وقد أجرت الطالبة ترابطات بين: (طلاق - اليأس).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_25\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تدايعات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: ألم، استئصال الثدي، فقدان الأنوثة، مرض خبيث وخطير، الموت.  
أما من حيث الأهمية: فقدان الأنوثة، الموت، مرض خبيث وخطير، استئصال الثدي، ألم.  
وقد أجرت الطالبة ترابطت بين: (الموت - مرض خبيث وخطير).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_26\_

أنتجت الطالبة ثمانية 8 تدايعا، حسب ترتيب الظهر كما يلي: مرض خبيث وخطير، فقدان الأنوثة، فقدان جمال الجسم، تشوه صورة الجسد، سوء تقدير الذات، تفقد عملها، اضطراب العلاقات الأسرية، الموت. أما من حيث الأهمية: فقدان الأنوثة، سوء تقدير الذات، تشوه صورة الجسد، مرض خبيث وخطير، الموت، اضطراب العلاقات الأسرية، فقدان عملها، فقدان جمال الجسم. وقد أجرت الطالبة ترابطات بين: (تشوه صورة الجسد - سوء تقدير الذات)، (فقدان الأنوثة - فقدان جمال الجسم)، (مرض خبيث وخطير - الموت)، (فقدان الأنوثة - فقدان جمال الجسم - اضطراب العلاقات الأسرية).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_27\_

أنتجت الطالبة سبعة 7 تدايعات، جاءت حسب ترتيب الظهر كما يلي: الموت، تشوه الثدي، تشوه الجسم، لا شفاء، ألم، تشوه صورة الجسد، سوء تقدير الذات. أما من حيث الأهمية: تشوه الجسم، سوء تقدير الذات، لا شفاء، الموت، تشوه صورة الجسد، تشوه الثدي، ألم.

وأجرت الطالبة ترابطات بين: (تشوه الجسم - تشوه صورة الجسد). (لا شفاء - الموت)

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_28\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعات، جاءت حسب ترتيب الظهر كما يلي: مرض خبيث، استئصال الثدي، اليأس، ألم، فقدان الأنوثة، سوء تقدير الذات. أما من حيث الأهمية: فقدان الأنوثة، سوء تقدير الذات، استئصال الثدي، مرض خبيث، ألم، اليأس. وقد أجرت الطالبة ترابطات بين: (سوء تقدير الذات - اليأس)، (ألم - استئصال الثدي - فقدان الأنوثة).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_29\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تداعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: ألم، فقدان الأنوثة، الخوف، الموت، الحرمان من الأمومة، استئصال الثدي.

أما من حيث الأهمية: ألم، الخوف، استئصال الثدي، فقدان الأنوثة، الموت، الحرمان من الأمومة. وأجرت الطالبة ترابطات بين: (الحرمان من الأمومة- استئصال الثدي- الخوف- فقدان الأنوثة)

### قراءة شبكة التداعيات للطالبة\_30\_

أنتجت الطالبة سبعة 7 تداعيات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: تشوه الثدي، فقدان الأنوثة، استئصال الثدي، ألم، تشوه صورة الجسد، سوء تقدير الذات، لا زواج.

أما من حيث ترتيب الأهمية: استئصال الثدي، ألم، فقدان الأنوثة، تشوه صورة الجسد، سوء تقدير الذات، تشوه الثدي، لا زواج.

وأجرت الطالبة ترابطات بين: (استئصال الثدي- فقدان الأنوثة- لا زواج)، (تشوه صورة الجسد- سوء تقدير الذات).

### قراءة شبكة التداعيات للطالبة\_31\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تداعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: سوء تقدير الذات، الخوف، الموت، استئصال الثدي.

أما من حيث الأهمية: الموت، استئصال الثدي، الخوف، سوء تقدير الذات. أجرت الطالبة ترابطات بين: (الخوف- الموت).

### قراءة شبكة التداعيات للطالبة\_32\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تداعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: الخوف، تشوه صورة الجسد، اليأس، الموت، نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل/ المجتمع.

أما من حيث الأهمية: نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل/ المجتمع، اليأس، الخوف، تشوه صورة الجسد، الموت.

وقد أجرت الطالبة ترابطات بين: (اليأس - الموت)، (تشوه صورة الجسد - نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل / المجتمع).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة 33\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تدايعيات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: الموت، فقدان الأنوثة، ألم، حرمان من الأمومة، اليأس.

أما من حيث الأهمية: حرمان من الأمومة، اليأس، ألم، فقدان الأنوثة، الموت.

وقد أجرت الطالبة ترابطات بين: (اليأس - الموت)، (فقدان الأنوثة - حرمان من الأمومة).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة 34\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تدايعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: مرض خبيث وخطير، ألم، تشوه صورة الجسد، تحدي.

أما من حيث الأهمية: تشوه صورة الجسد، مرض خبيث وخطير، ألم، تحدي.

وأجرت الطالبة ترابطات بين: (مرض خبيث وخطير - تحدي).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة 35\_

أنتجت الطالبة ثلاثة 3 تدايعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: مستشفيات، الموت، نظرة احتقار من طرف المجتمع.

أما من حيث الأهمية: نظرة احتقار من طرف المجتمع، الموت، مستشفيات.

وأجرت الطالبة ترابطات بين: (مستشفيات - الموت).

### قراءة شبكة التداعيات للطالبة\_36\_

أنتجت الطالبة ثلاثة 3 تداعيات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: مرض خبيث، مستشفيات، الموت.

أما من حيث الأهمية: مرض خبيث، مستشفيات، الموت.  
وقد أجرت الطالبة ترابطات بين: (مستشفيات - الموت).

### قراءة شبكة التداعيات للطالبة\_37\_

أنتجت الطالبة تسعة 9 تداعيات، جاء وفق ترتيب الظهور كما يلي: مرض خطير، استئصال الثدي، تشوه صورة الجسد، الموت، فقدان جمال الجسم، الفحص المبكر، أمل، التوعية الصحية والتحسيس، مستشفيات.

أما من حيث الأهمية : الفحص المبكر، التوعية الصحية والتحسيس، أمل، فقدان جمال الجسم، مرض خطير، مستشفيات، تشوه صورة الجسد، استئصال الثدي، الموت.

وأجرت الطالبة ترابطات بين: (الفحص المبكر - أمل - التوعية الصحية والتحسيس)، (استئصال الثدي - تشوه صورة الجسد - فقدان جمال الجسم).

### قراءة شبكة التداعيات للطالبة\_38\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تداعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: الخوف، معاناة نفسية، الموت، تحدي، مرض خطير، ألم.

أما من حيث الأهمية: معاناة نفسية، مرض خطير، ألم، تحدي، الموت، الخوف.  
وأجرت الطالبة ترابطات بين : (الخوف - الموت - ألم).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_39\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تدايعيات، جاءت وفق ترتيب الظهر كما يلي: الموت، الخوف، ألم، مستشفيات.

أما من حيث الأهمية: مستشفيات، ألم، الخوف، الموت.

وقد أجرت الطالبة ترابطات بين : (الخوف- الموت)، (ألم- مستشفيات - الموت).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_40\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تدايعيات، جاءت وفق ترتيب الظهر كما يلي: تحدي، مرض خبيث وخطير، الموت، لا شفاء.

أما من حيث الأهمية: لا شفاء، مرض خبيث وخطير، تحدي، الموت.

وأجرت الطالبة ترابطات بين : (تحدي- مرض خبيث وخطير).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_41\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعيات، جاءت وفق ترتيب الظهر كما يلي: فقدان الأنوثة، مرض خبيث، الخوف، نظرة احتقار من طرف المجتمع، الفحص المبكر، الوقاية.

أما من حيث الأهمية: الفحص المبكر، مرض خبيث، الوقاية، فقدان الأنوثة، نظرة احتقار من طرف المجتمع، الخوف.

أجرت الطالبة ترابطات بين: (مرض خبيث - الخوف)، (الفحص المبكر - الوقاية).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_42\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تدايعيات، جاءت حسب ترتيب الظهر كما يلي: معاناة نفسية، ألم، تشوه الجسم، قضاء وقدر.

أما من حيث الأهمية: ألم، تشوه الجسم، قضاء وقدر، معاناة نفسية.

وقد أجرت الطالبة ترابطات بين: (معاناة نفسية - تشوه الجسد).

#### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_43\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: الموت، معاناة نفسية، سوء تقدير الذات، لا شفاء، ابتلاء، المساندة النفسية.

أما من حيث الأهمية: ابتلاء، معاناة نفسية، المساندة النفسية، سوء تقدير الذات، لا شفاء، الموت.

أجرت الطالبة ترابطات بين: (المساندة النفسية - معاناة نفسية)، (معاناة نفسية - سوء تقدير الذات - ابتلاء).

#### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_44\_

أنتجت الطالبة ثلاثة 3 تدايعات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: الموت، التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي، اضطراب العلاقات الأسرية.

أما من حيث الأهمية: الموت، اضطراب العلاقات الأسرية، التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي.

أجرت الطالبة ترابطات بين: (الموت - التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي).

#### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_45\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تدايعات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: الحرمان من الأمومة، الموت، اليأس، فقدان جمال الجسم، الخوف.

أما من حيث الأهمية: الحرمان من الأمومة، الخوف، الموت، فقدان جمال الجسم، اليأس.

أجرت الطالبة ترابطات بين: (الموت - اليأس).

#### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_46\_

أنتجت الطالبة ثلاثة 3 تدايعات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: الموت، سوء تقدير الذات، نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل / المجتمع.

أما من حيث الأهمية: الموت، سوء تقدير الذات، نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل / المجتمع.

أجرت الطالبة ترابطات بين: ( سوء تقدير الذات- نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل / المجتمع).

#### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_47\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي : معاناة نفسية، ألم، اكتئاب، الموت، تحدي، الخوف.

أما من حيث الأهمية: تحدي، معاناة نفسية، اكتئاب، ألم، الموت، الخوف.

أجرت الطالبة ارتباطات بين : (الموت- الخوف - تحدي - ألم).

#### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_48\_

أنتجت الطالبة سبعة 7 تدايعات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: تشوه الثدي، معاناة نفسية، الخوف، ألم، لا شفاء، تحدي، الموت.

أما من حيث الأهمية: الموت، تشوه الثدي، الخوف، لا شفاء، معاناة نفسية، ألم، تحدي.

أجرت الطالبة ترابطات بين : (معاناة نفسية- الخوف)، (لا شفاء- الموت)، (الموت - ألم)، (تحدي - ألم).

#### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_49\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي، معاناة نفسية، اضطراب العلاقات الأسرية، نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل / المجتمع، لا شفاء، تشوه الجسم.

أما من حيث الأهمية: تشوه الجسم، نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل / المجتمع، اضطراب العلاقات الأسرية، التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي، لا شفاء، معاناة نفسية.

أجرت الطالبة ترابطات بين : (التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي- تشوه الجسم)، (معاناة نفسية- اضطراب العلاقات الأسرية - تشوه الجسم).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_50\_

أنتجت الطالبة سبعة 7 تدايعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: الموت، الخوف، سوء تقدير الذات، ألم، القلق، فقدان الأنوثة، نظرة احتقار من طرف الزوج.

أما من حيث الأهمية : فقدان الأنوثة، الموت، الخوف، سوء تقدير الذات، نظرة احتقار من طرف الزوج، القلق، ألم.

وقد أجرت الطالبة ترابطات بين : (الخوف- الموت - ألم)، (الخوف- القلق).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_51\_

أنتجت الطالبة ثلاثة 3 تدايعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: الخوف، تحدي، أمل.

أما من حيث الأهمية: تحدي، أمل، الخوف.

وأجرت الطالبة ترابطات بين : ( تحدي- أمل).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_52\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تدايعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: معاناة نفسية، طلاق، فقدان الأنوثة، سوء تقدير الذات، الموت، ألم.

أما من حيث الأهمية : الموت، فقدان الأنوثة، طلاق، سوء تقدير الذات، ألم، معاناة نفسية.

وأجرت الطالبة ترابطات بين: (طلاق- معاناة نفسية- سوء تقدير الذات)، (الموت - ألم).

### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_53\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تدايعيات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: الموت، التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي، اليأس، صدمة، الخوف.

أما من حيث الأهمية: الموت، الخوف، اليأس، التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي، صدمة.

أجرت الطالبة ترابطات بين : (الموت- اليأس).

#### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_54\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تدايعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: الموت، الخوف، اليأس، اكتئاب.

أما من حيث الأهمية : الموت ،الاكتئاب، اليأس، الخوف.

وأجرت الطالبة ترابطات بين : (الخوف- الموت)، (اليأس- اكتئاب).

#### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_55\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تدايعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: الموت، الخوف، تشوه الثدي، فقدان الأنوثة.

أما حسب الأهمية: الموت، تشوه الثدي، فقدان الأنوثة، الخوف.

وأجرت الطالبة ترابطات بين : (الموت- الخوف).

#### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_56\_

أنتجت الطالبة ثلاثة 3 تدايعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: مرض خبيث، اكتئاب، الموت.

أما حسب الأهمية : الموت، مرض خبيث، اكتئاب.

لم تجري الطالبة أي ترابطات.

#### قراءة شبكة التدايعيات للطالبة\_57\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تدايعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: القلق، الخوف، الموت، الاكتئاب، فقدان الأنوثة.

أما حسب الأهمية : الموت، الخوف، فقدان الأنوثة، القلق، الاكتئاب.

وأجرت الطالبة ترابطات بين : (الاكتئاب- القلق)، (الخوف- الموت).

### قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_58\_

أنتجت الطالبة ثمانية 8 تداعيات، جاءت حسب ترتيب الظهور كما يلي: الموت، الخوف، تشوه الجسم، اليأس، ألم، فقدان الأنوثة، الاكتئاب، سوء تقدير الذات.

أما حسب ترتيب الأهمية: الموت، تشوه الجسم، فقدان الأنوثة، الاكتئاب، الخوف، سوء تقدير الذات، ألم، اليأس.

أجرت الطالبة عدة ترابطات كما يلي: (ألم - تشوه الجسم)، (الاكتئاب - فقدان الأنوثة)، (الخوف - الموت)، (اليأس - ألم).

### قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_59\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تداعيات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: الخوف، الموت، أمل، معاناة نفسية.

أما حسب ترتيب الأهمية: معاناة نفسية، الموت، الخوف، أمل.

أجرت الطالبة ترابطات بين: (الخوف - موت)، (أمل - معاناة نفسية).

### قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_60\_

أنتجت الطالبة خمسة 5 تداعيات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: الخوف، الموت، فقدان الأنوثة، سوء تقدير الذات، أمل.

أما من حيث ترتيب الأهمية: الموت، فقدان الأنوثة، سوء تقدير الذات، الخوف، أمل.

أجرت الطالبة ترابطات بين: (الخوف - الموت).

### قراءة شبكة التداعيات للطالبة \_61\_

أنتجت الطالبة ستة 6 تداعيات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: تشوه الجسم، مرض خبيث، صدمة، سوء تقدير الذات، فقدان الأنوثة، مساندة اجتماعية.

أما حسب ترتيب الأهمية : تشوه الجسم، مرض خبيث، سوء تقدير الذات، فقدان الأنوثة، مساندة اجتماعية، صدمة.

أجرت الطالبة ترابطات بين : (تشوه الجسم- فقدان الأنوثة)، (مرض خبيث - صدمة).

### قراءة شبكة التدايعات للطالبة\_62\_

أنتجت الطالبة أربعة 4 تدايعات، جاءت وفق ترتيب الظهور كما يلي: الموت، فقدان الأنوثة، القلق، الخوف.

أما من حيث ترتيب الأهمية: الموت، فقدان الأنوثة، القلق، الخوف.

أجرت الطالبة ترابطات بين : (فقدان الأنوثة- القلق)، (الخوف- الموت).

### 1-1-2 عرض نتائج شبكة التدايعات والتعليق عليها:

### 1-1-2-1 تحديد محتوى التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى عينة الدراسة:

تحصلنا من خلال الشبكات على عدد الكلمات المتداية المختلفة حيث بلغ 38 كلمة، وهي تمثل

محتوى التصورات الاجتماعية للطالبات حول موضوع سرطان الثدي، والجدول رقم (9) يعرض هذا المحتوى.

جدول رقم (9): محتوى التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى عينة الدراسة

العبارة
الموت
فقدان الأنوثة
الخوف
سوء تقدير الذات
ألم
مرض خطير وخبيث
معاناة نفسية
اليأس
استئصال الثدي
الاكتئاب

تشوه صورة الجسد
القلق
نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل/ المجتمع
تشوه الجسم
تشوه الثدي
التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي
تحدي
أمل
اضطراب العلاقات الأسرية
لا شفاء
مستشفيات
فقدان الجمال
صدمة
لا زواج
المساندة النفسية
الطلاق
الحرمان من الأمومة
ابتلاء
الفحص المبكر
المساندة الاجتماعية
تفقد عملها
اختبار من عند الله
التوعية الصحية والتحسيس
الظلام
زكاة النفس
قضاء وقدر
الوقاية
نعمة من عند الله
38 كلمة

نلاحظ من خلال الجدول (9) أن عبارة الفحص المبكر موجودة ضمن محتوى تصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي.

### 1-1-2-2 تحديد بنية التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي؛ تعليم النواة المركزية:

أنتجت عينة الدراسة مجموعة من التدايعات حول سرطان الثدي، حيث قدر العدد الإجمالي للكلمات المتداعية 325 كلمة، مما شكل حقلاً دلالياً واسعاً وثرياً يعبر عن تصورات طالبات علم النفس العيادي لهذا الداء. والجدول رقم (10) يمثل تكرار الكلمات ونسبتها المئوية وفق الترتيب التنازلي.

جدول رقم (10): تكرار الكلمات المتداعية

النسبة المئوية	التكرار	العبارة
14.76 %	48	الموت
9.53 %	31	فقدان الأنوثة
9.23 %	30	الخوف
6.46 %	21	سوء تقدير الذات
5.23 %	17	ألم
4.61 %	15	مرض خطير وخبيث
3.69 %	12	معاونة نفسية
3.69 %	12	اليأس
3.69 %	12	استئصال الثدي
3.38 %	11	الاكتئاب
3.38 %	11	تشوه صورة الجسد
3.07 %	10	القلق
2.76 %	9	نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل/ المجتمع
2.76 %	9	تشوه الجسم
1.84 %	6	تشوه الثدي
1.84 %	6	التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي
1.84 %	6	تحدي

1.53 %	5	أمل
1.53 %	5	اضطراب العلاقات الأسرية
1.53 %	5	لا شفاء
1.53 %	5	مستشفيات
1.23 %	4	فقدان الجمال
1.23 %	4	صدمة
0.92 %	3	لا زواج
0.92 %	3	المساندة النفسية
0.92 %	3	الطلاق
0.92 %	3	الحرمان من الأمومة
0.92 %	3	ابتلاء
0.92 %	3	الفحص المبكر
0.61 %	2	المساندة الاجتماعية
0.61 %	2	تفقد عملها
0.61 %	2	اختبار من عند الله
0.61 %	2	التوعية الصحية والتحسيس
0.30 %	1	الظلام
0.30 %	1	زكاة النفس
0.30 %	1	قضاء وقدر
0.30 %	1	الوقاية
0.30 %	1	نعمة من عند الله
<b>100 %</b>	<b>325 تداعيا</b>	<b>38 كلمة</b>

تنوعت الكلمات المتداعية حول سرطان الثدي إلى 38 كلمة مختلفة، وبتكرارات تتراوح من 1 بنسبة مئوية تقدر بـ(0.30%) بالنسبة لبعض الكلمات مثل: الوقاية، زكاة النفس،...، إلى 48 بنسبة مئوية تقدر بـ(14.76%) كأقصى حد بالنسبة لكلمة الموت.

بعد حساب تكرار الكلمات المتداعية، قمنا بحساب تكرار ترتيب الظهور لكل كلمة؛ أي كم مرة ظهرت كلمة ما في المرتبة الأولى، كما حسبنا كذلك تكرار ترتيب الأهمية لكل عبارة، أي كم مرة جاءت عبارة ما في

المرتبة الأولى من حيث الأهمية (Abric, 2003, p.105-106)، وتحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول

رقم (11) كما يلي:

جدول رقم (11): تكرار ترتيب الظهور والأهمية

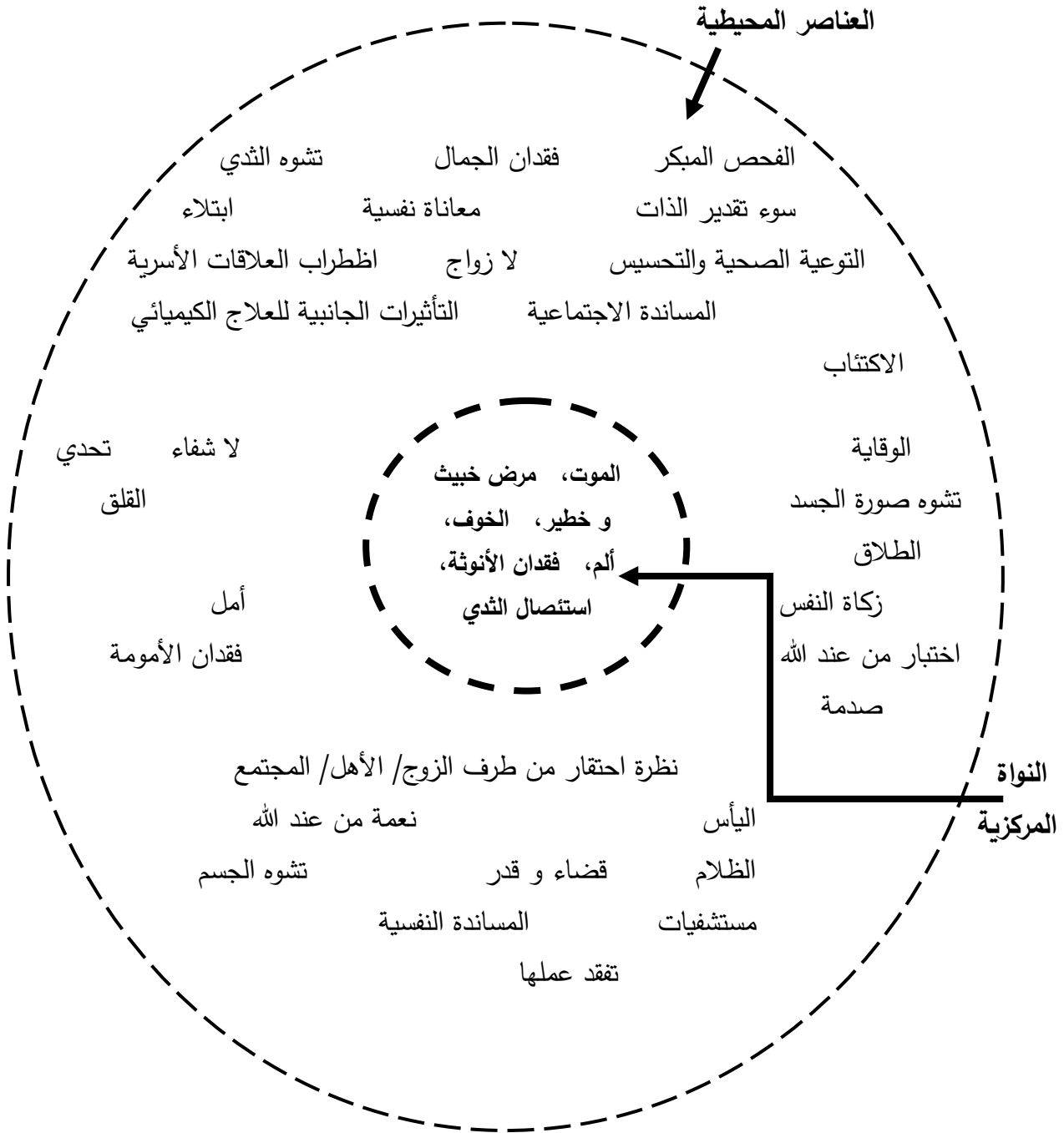
الرقم	العبارة	تكرار ترتيب الظهور	تكرار ترتيب الأهمية
1	الموت	22	21
2	فقدان الأنوثة	3	7
3	استئصال الثدي	2	7
4	الخوف	7	3
5	تشوه صورة الجسد	0	1
6	ألم	3	4
7	معاناة نفسية	3	2
8	تشوه الجسم	2	3
9	تشوه الثدي	3	1
10	تحدي	1	2
11	مرض خبيث وخطير	6	4
12	نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل	0	2
13	أمل	0	0
14	اضطراب العلاقات الأسرية	1	0
15	التوعية الصحية والتحسيس	0	0
16	تفقد عملها	0	0
17	سوء تقدير الذات	1	0
18	التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي	1	0
19	صدمة	0	0
20	القلق	2	0

0	0	اليأس	21
0	0	الاكتئاب	22
1	0	لا شفاء	23
1	1	مستشفيات	24
0	0	لا زواج	25
0	0	المساندة النفسية	26
0	0	المساندة الاجتماعية	27
0	0	الطلاق	28
0	0	فقدان جمال الجسم	29
2	1	الحرمان من الأمومة	30
2	1	الفحص المبكر	31
2	0	ابتلاء	32
1	1	اختبار من عند الله	33
0	0	الظلام	34
0	0	زكاة النفس	35
0	0	الوقاية	36
0	0	قضاء وقدر	37
1	0	نعمة من عند الله	38

اعتمادا على بيانات الجدولين رقم (10) و(11)، ويتقاطع تكرار الكلمات مع تكرار ترتيبها وتكرار أهميتها، وباعتبار عناصر النواة المركزية هي تلك العناصر التي تكون لها أكبر التكرارات، والتي تدخل في علاقات وتفرعات أكثر من العناصر الأخرى (Abric, 1994b)، وانطلاقا من كون العدد الأقصى لعناصر النواة المركزية هو ستة، فإن النواة المركزية لتصورات سرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي بجامعة عنابة تشمل العناصر التالية: -الموت -فقدان الأنوثة -الخوف - ألم- مرض خطير وخبيث - استئصال الثدي.

والشكل التالي رقم (13) يوضح بنية تصور طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي:

شكل رقم (13): بنية التصور الاجتماعي لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي بجامعة عنابة



### 1-1-2-3 مؤشري القطبية والحيادية لتقدير الاتجاه الضمني في حقل التصورات

#### الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي:

بعد حصولنا على محتوى تصورات عينة الدراسة من خلال تطبيق تقنية شبكة التدايعات، قمنا بعد الكلمات

الإيجابية والسلبية والمحايدة لكل طالبة وحساب النسبة المئوية كما يوضحه الجدول رقم (12):

جدول رقم (12): النتائج العامة لشبكة التدايعات

عدد التدايعات المحايدة	عدد التدايعات السلبية	عدد التدايعات الإيجابية	العدد الإجمالي للتدايعات	الطالبات
0	5	0	5	1
0	4	0	4	2
0	3	4	7	3
0	3	1	4	4
1	4	0	5	5
0	4	1	5	6
0	6	0	6	7
1	4	0	5	8
1	4	0	5	9
3	3	1	7	10
0	6	0	6	11
0	4	0	4	12
1	5	0	6	13
0	4	0	4	14
0	5	0	5	15
0	5	0	5	16
0	7	0	7	17
0	5	0	5	18
0	5	1	6	19

0	6	0	6	<b>20</b>
0	6	0	6	<b>21</b>
0	6	0	6	<b>22</b>
0	6	0	6	<b>23</b>
1	3	0	4	<b>24</b>
0	5	0	5	<b>25</b>
0	8	0	8	<b>26</b>
0	7	0	7	<b>27</b>
0	6	0	6	<b>28</b>
0	6	0	6	<b>29</b>
0	7	0	7	<b>30</b>
0	4	0	4	<b>31</b>
0	5	0	5	<b>32</b>
0	5	0	5	<b>33</b>
1	3	0	4	<b>34</b>
0	3	0	3	<b>35</b>
0	3	0	3	<b>36</b>
3	5	1	9	<b>37</b>
0	5	1	6	<b>38</b>
0	4	0	4	<b>39</b>
1	3	0	4	<b>40</b>
1	4	1	6	<b>41</b>
1	3	0	4	<b>42</b>
1	4	1	6	<b>43</b>
0	3	0	3	<b>44</b>
0	5	0	5	<b>45</b>
0	3	0	3	<b>46</b>
0	5	1	6	<b>47</b>
0	6	1	7	<b>48</b>

0	6	0	6	49
0	6	1	7	50
1	1	1	3	51
0	5	1	6	52
0	5	0	5	53
0	4	0	4	54
0	4	0	4	55
0	2	1	3	56
0	5	0	5	57
0	7	1	8	58
0	3	1	4	59
0	4	1	5	60
0	5	1	6	61
0	4	0	4	62
17	286	22	325	المجموع
% 5.23	% 88	% 6.76	% 100	النسبة المئوية

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن عدد الكلمات الإيجابية هو 22 كلمة بنسبة مئوية تقدر بـ (6.76%)، أما عدد الكلمات السلبية فقد وصل إلى 286 كلمة، أي بنسبة مئوية تساوي (88%). كما أن عدد الكلمات الحيادية بلغ 17 كلمة من المجموع الكلي وهو ما يمثل (5.23%).

بعد حصولنا على عدد الكلمات الإيجابية، وعدد الكلمات السلبية، وعدد الكلمات الحيادية من مجموع التدايعات، قمنا بتطبيق قانون مؤشر القطبية P وقانون مؤشر الحيادية N، فتحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول رقم (13) كما يلي:

جدول رقم (13): مؤشري القطبية والحيادية لعينة الدراسة

مؤشر الحيادية	مؤشر القطبية	الطالبات
-1	-1	1
-1	-1	2
-1	0.14	3
-1	-0.5	4
-0.6	-0.8	5
-1	-0.6	6
-1	-1	7
-0.6	-0.8	8
-0.6	-0.8	9
-0.14	-0.28	10
-1	-1	11
-1	-1	12
-0.66	-0.83	13
-1	-1	14
-1	-1	15
-1	-1	16
-1	-1	17
-1	-1	18
-1	-0.66	19
-1	-1	20
-1	-1	21
-1	-1	22
-1	-1	23
-0.5	-0.75	24
-1	-1	25

-1	-1	26
-1	-1	27
-1	-1	28
-1	-1	29
-1	-1	30
-1	-1	31
-1	-1	32
-1	-1	33
-0.5	-0.75	34
-1	-1	35
-1	-1	36
-0.33	-0.44	37
-1	-0.66	38
-1	-1	39
-0.5	-0.75	40
-0.66	-0.5	41
-0.5	-0.75	42
-0.66	-0.5	43
-1	-1	44
-1	-1	45
-1	-1	46
-1	-0.66	47
-1	-0.71	48
-1	-1	49
-1	-0.71	50
-0.33	0	51
-1	-0.66	52
-1	-1	53
-1	-1	54

-1	-1	55
-1	0.33	56
-1	-1	57
-1	-0.75	58
-1	-0.5	59
-1	-0.6	60
-1	-0.66	61
-1	-1	62

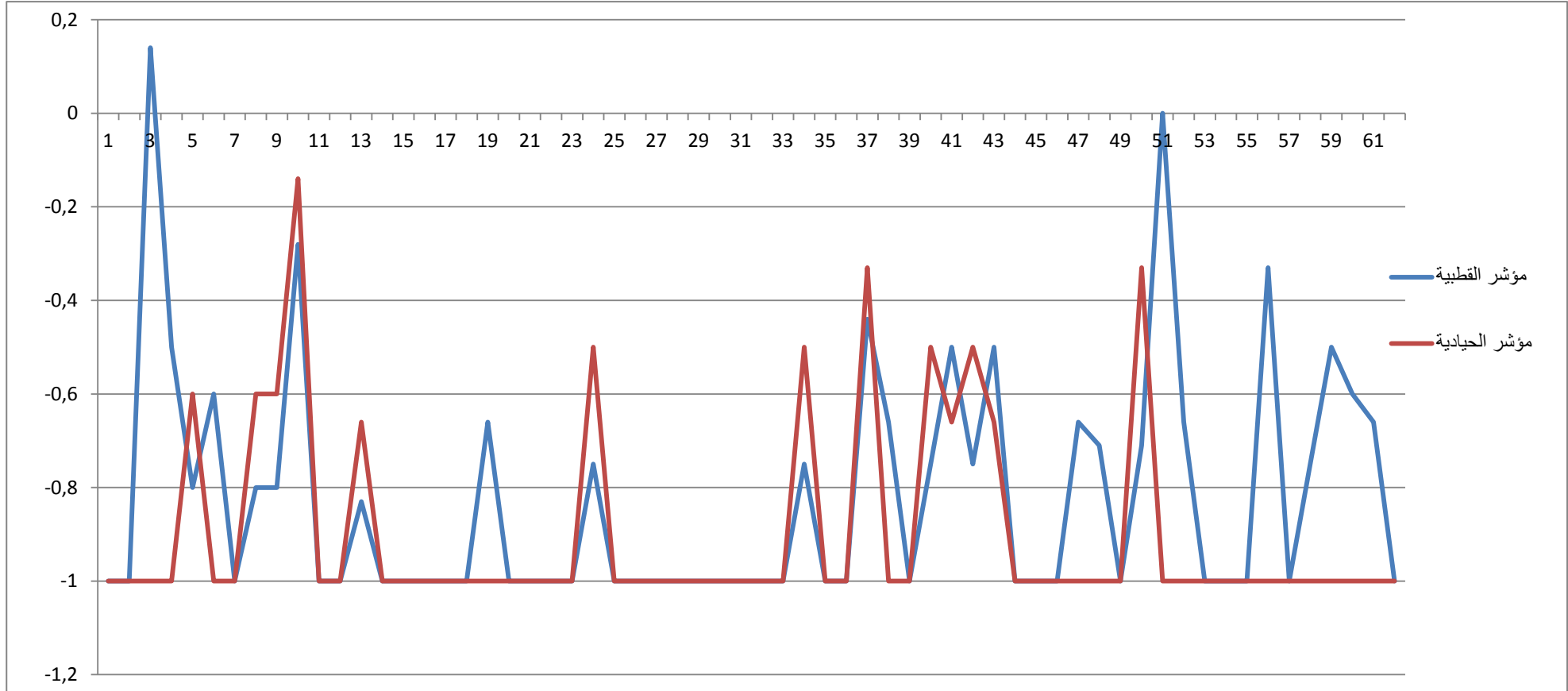
يظهر من خلال الجدول (13) أن مؤشر القطبية المرتبط بالكلمة المثير «سرطان الثدي» سالب لدى

(87.09% من الطالبات، وإيجابي لدى (8.06% من الطالبات).

أما مؤشر الحيادية فهو ضعيف لدى (95.16% من الطالبات).

وفي ما يلي (الشكل رقم 14) الذي يوضح نتائج قياس مؤشري القطبية والحيادية لعينة الدراسة:

شكل رقم (14): مؤشري القطبية والحيادية لعينة الدراسة



يظهر من خلال الشكل أعلاه أن مؤشر القطبية تراوح بين  $[-1$  و  $-0,28$ ] في أغلب تداعيات الطالبات، وكذلك مؤشر الحيادية تراوح بين  $[-1$  و  $-0,14$ ] لدى الأغلبية منهن. مما يشير إلى اتجاه سالب موحد للطالبات نحو موضوع سرطان الثدي.

## 2-1 عرض نتائج تقنية تحليل المحتوى والتعليق عليها:

### 1-2-1 تحديد أبعاد الحقل الدلالي للتصور الاجتماعي لسرطان الثدي لدى عينة الدراسة:

بعد حصولنا على محتوى تصورات طالبات علم النفس العيادي بجامعة عنابة حول سرطان الثدي وتعليم النواة المركزية، ثم تحديد اتجاههن الضمني نحو الموضوع من خلال مؤشري القطبية والحيادية، قمنا بتحليل هذا المحتوى لكشف تنظيم الحقل الدلالي من جهة، ولتعميق الرمزية واثراء التأويل من جهة أخرى، باعتمادنا على الكلمة المتداعية كوحدة تحليل، حيث قمنا بتصنيف الوحدات المنتجة إلى فئات مع الأخذ بعين الاعتبار الترابطات التي قامت بها الطالبات لتحقيق شرط الحصر، وتحصلنا على 6 أبعاد كما يلي:

#### • البعد الأول: بعد الاعتقادات.

اسفرت تداعيات الطالبات في تصوراتها لسرطان الثدي عن جملة من الاعتقادات من بينها اعتقادات ذات صبغة دينية حيث اعتبرت أن سرطان الثدي يعني:

- الموت بنسبة (14.76%).

- الخوف بنسبة (9.23%).

- مرض خبيث وخطير بنسبة (4.61%).

- اليأس بنسبة (3.69%).

- لا شفاء منه بنسبة (1.53%).

- ابتلاء بنسبة (0.92%).

- اختبار من الله بنسبة (0.61%).

- نعمة من الله، قضاء وقدر، زكاة النفس بنسبة (0.30%) لكل عنصر.

اعتقادات دينية

بلغت نسبة مجموع هذه التدايعات (36.55%) من حاصل التصورات الاجتماعية لعينة الدراسة، وهي نسبة معتبرة شكلت بعد الاعتقادات التي بنت عليها هذه العينة تصوراتها حول سرطان الثدي. كما شكلت الاعتقادات الدينية نسبة (2.34%) من مجموع هذه الاعتقادات.

• البعد الثاني: بعد الانعكاسات النفس اجتماعية.

اعتبرت عينة الدراسة في تصوراتها الاجتماعية بأن سرطان الثدي يتسبب في جملة من المشاكل والاضطرابات للمصابة، سواء على الصعيد النفسي أو الاجتماعي حيث ترى بأن هذه الأخيرة:

- تعاني من سوء تقدير لذاتها بنسبة (6.46%).
- أنها تعاني نفسياً بنسبة (3.69%).
- تتعرض إلى تشوه صورة الجسد والاكئاب بنسبة (3.38%).
- كما تعاني من القلق بنسبة (3.07%).
- ينظر إليها بنظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل / المجتمع بنسبة (2.76%).
- تتعرض إلى اضطراب في العلاقات الأسرية بنسبة (1.53%).
- تتعرض إلى صدمة بنسبة (1.23%).
- تطلق بنسبة (0.92%).
- لا تتزوج بنسبة (0.92%).
- تفقد عملها بنسبة (0.61%).

شكل هذا البعد (27.95%) من مجموع التدايعات، وهو يعبر عن المعاناة النفسية والاجتماعية للمصابة بسرطان الثدي حسب تصورات العينة.

• البعد الثالث: بعد رمزية الثدي.

ارتبط سرطان الثدي برمزية العضو المعني بالداء واتضح ذلك من خلال هذا البعد، حيث تتصور الطالبات أن المرأة المصابة:

- تفقد أنوثتها بنسبة (9.53%).
- يستتصل ثديها بنسبة (3.69%).
- يتشوه جسمها بنسبة (2.76%).
- يتشوه ثديها بنسبة (1.84%).
- تفقد جمالها بنسبة (1.23%).
- تحرم من الأمومة بنسبة (0.92%).

عرف هذا البعد (19.97%) من مجموع تصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي، مما يعكس أهمية الجسد والثدي في تصوراتهن.

• البعد الرابع: المظهر الطبي للداء.

سجل هذا البعد نسبة قدرت بـ (8.6%) من مجموع التدايعات، حيث ارتبط سرطان الثدي بالألم بنسبة (5.23%)، وبتأثيرات العلاج الكيميائي بنسبة (1.84%)، وبالمستشفيات بنسبة (1.53%).

• البعد الخامس: المساندة.

جاء في هذا البعد كل من التحدي بنسبة (1.84%)، إضافة إلى الأمل بنسبة (1.53%)، والمساندة النفسية بنسبة (0.92%)، والمساندة الاجتماعية بنسبة (0.61%)، ولم تتجاوز نسبة هذا البعد (4.9%) من مجموع التصورات.

• البعد السادس: الوعي الصحي.

شمل هذا البعد 3 وحدات تمثلت في الفحص المبكر بنسبة (0.92%)، والتوعية الصحية والتحصين بنسبة (0.61%)، والوقاية بنسبة (0.30%).

تعد نسبة هذا البعد أقل النسب بين مجموع الأبعاد المكونة لتصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي (1.83%).

وفيما يلي الجدول رقم (14) لتوضيح أبعاد التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي من خلال تحليل محتوى الشبكات الترابطية لعينة الدراسة:

جدول رقم (14): أبعاد التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي

الأبعاد	الوحدات	النسبة المئوية لكل وحدة	مجموع تكرار الوحدات	النسبة المئوية لكل بعد
بعد الاعتقادات	الظلام	0.30%	119	36.55%
	الموت	14.76%		
	مرض خطير وخبيث	4.61%		
	لا شفاء	1.53%		
	الخوف	9.23%		
	اختبار من الله	0.61%		
	زكاة النفس	0.30%		
	نعمة من عند الله	0.30%		
	قضاء وقدر	0.30%		
	اليأس	3.69%		
ابتلاء	0.92%			
سوء تقدير الذات تشوه صورة الجسد معاناة نفسية الاكتئاب		6.46%	91	27.95%
		3.38%		
		3.69%		
		3.38%		

		% 3.07 % 2.76 % 1.53 % 1.23 % 0.92 % 0.92 % 0.61	القلق نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل/ المجتمع اضطراب العلاقات الأسرية صدمة الطلاق لا زواج تفقد عملها	بعد الانعكاسات النفس اجتماعية
% 19.97	65	% 9.53 % 3.69 % 2.76 % 1.84 % 1.23 % 0.92	فقدان الأنوثة استئصال الثدي تشوه الجسم تشوه الثدي فقدان جمال الجسم الحرمان من الأمومة	بعد رمزية الثدي
% 8.6	33	% 1.84 % 1.53 % 5.23	التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي مستشفيات ألم	بعد المظهر الطبي للداء
% 4.9	16	% 0.92 % 0.61 % 1.53 % 1.84	المساندة النفسية المساندة الاجتماعية أمل تحدي	بعد المساندة
% 1.83	6	% 0.92 % 0.30 % 0.61	الفحص المبكر الوقاية التوعية الصحية والتحسيس	بعد الوعي الصحي

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن نسب الأبعاد متفاوتة إلى حد كبير، حيث أن أكبرها نسبة هي

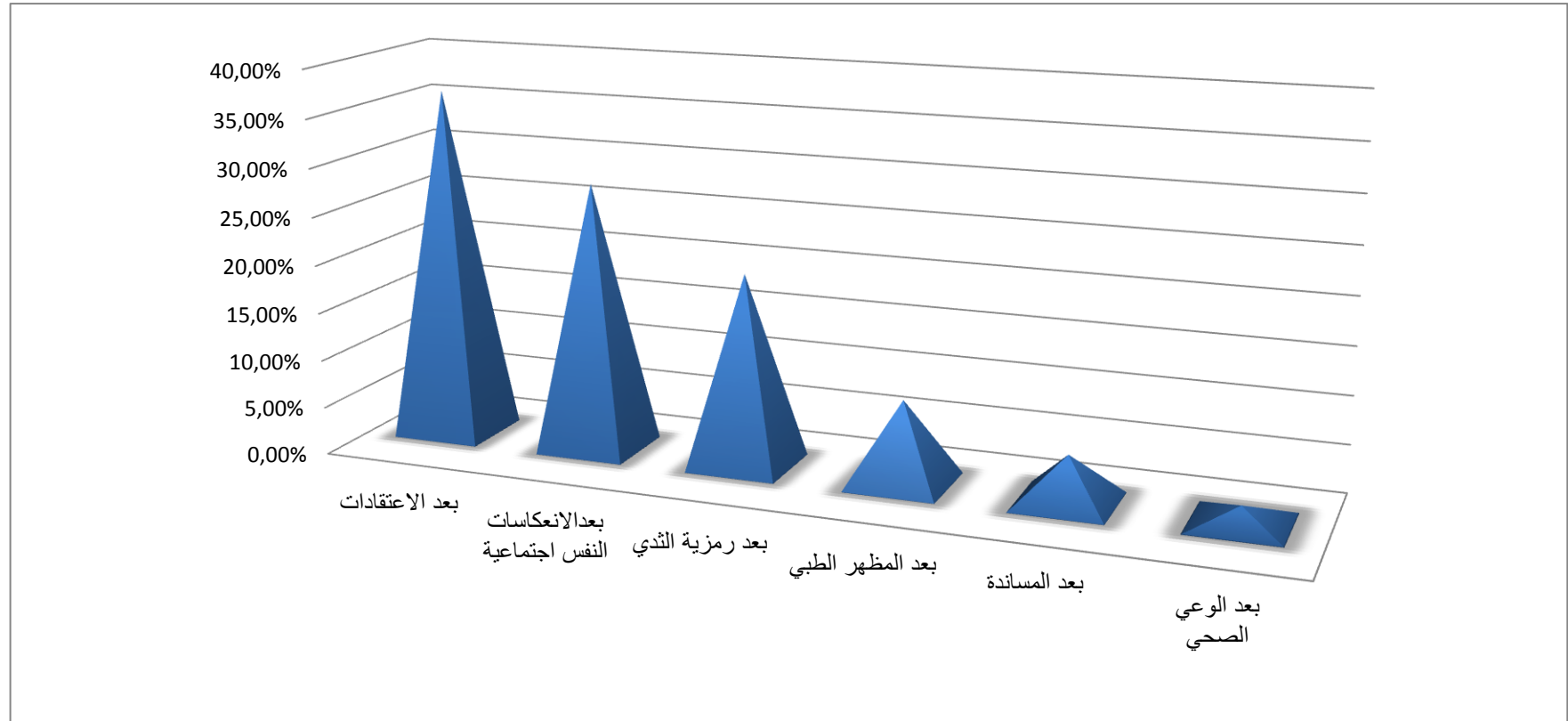
(36.55%) وتمثل بعد الاعتقادات، في حين يشكل بعد الوعي الصحي أصغر نسبة بـ (1.83%).

### 1-2-2 تنظيم الحقل الدلالي لتصورات سرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي:

بعد تحديد نسبة كل بعد من أبعاد الحقل الدلالي لتصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي، يظهر أن تنظيم هذا الحقل قد اتخذ شكلا هرميا حيث حاز بعد الاعتقادات على أكبر نسبة (36.55%)، يليه بعد الانعكاسات النفس اجتماعية بنسبة (27.95 %)، فبعد رمزية الثدي بنسبة (19,97%)، ثم بعد المظهر الطبي للداء بنسبة (8.6 %)، يليه بعد المساندة بنسبة (4.9 %)، وأخيرا بعد الوعي الصحي بأقل نسبة (1.83 %).

وفيما يلي (الشكل رقم 15) لتوضيح كيفية تنظيم الحقل الدلالي الخاص بتصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي:

شكل رقم (15): تنظيم الحقل الدلالي للتصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي بجامعة عنابة



نلاحظ من خلال هذا الشكل أن التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي تتكون من مجموعة من الأبعاد التي تشكل الحقل الدلالي لهذه التصورات، حيث تنصدر الاعترافات هذا الحقل بنسبة (36.55%)، في حين يشغل بعد الوعي الصحي (الذي يشمل الفحص المبكر) أقل نسبة (1.83%).

## 2- تحليل ومناقشة النتائج.

### 2-1 تحليل ومناقشة نتائج الدراسة في ظل أهدافها:

انطلاقاً من النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق الشبكة الترابطية على طالبات علم النفس العيادي البالغ عددهن 62 طالبة، فقد اتضح لنا أن محتوى تصوراتهن الاجتماعية لسرطان الثدي متكون من العناصر التالية وعددها 38: الموت، فقدان الأنوثة، الخوف، ألم، مرض خطير وخبيث، استئصال الثدي، معاناة نفسية، اكتئاب، قلق، سوء تقدير الذات، تشوه صورة الجسد، أمل، الطلاق، لا زواج، حرمان من الأمومة، نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل / المجتمع، الظلام، زكاة النفس، اليأس، صدمة، تشوه الثدي، اضطراب العلاقات الأسرية، نعمة من عند الله، ابتلاء، الوقاية، المساندة النفسية، المساندة الاجتماعية، فقدان الجمال، قضاء وقدر، لا شفاء، تحدي، توعية صحية وتحسيس، مستشفيات، استئصال الثدي، التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي، والفحص المبكر.

بناءً عليه فإن الهدف المتمثل في الكشف عن محتوى التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي قد تحقق.

كما اتضح لنا أن مفهوم الفحص المبكر هو أحد عناصر هذه التصورات، لكن بنسبة صغيرة (0.92%) مقارنة ببعض المفاهيم الأخرى كسوء تقدير الذات (6.46%)، أو معاناة نفسية (3.69%)، وعليه فإن الهدف المتمثل في معرفة إمكانية احتواء تداعيات طالبات علم النفس العيادي حول سرطان الثدي لمفهوم الفحص المبكر قد تحقق.

استطعنا تحقيق الهدف المتمثل في تحديد بنية التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي، وذلك من خلال تعليم النواة المركزية التي شملت ستة عناصر مركزية هي: الموت، فقدان

الأنوثة، الخوف، ألم، مرض خطير وخبث، استئصال الثدي. أما باقي العناصر فهي تشكل النسق المحيطي للتصور.

أظهرت النتائج كذلك وبعد حساب كل من مؤشري القطبية والحيادية لجميع أفراد العينة قصد تحديد اتجاه الطالبات نحو سرطان الثدي، أن أغلبية الطالبات (87.09%) كان لها اتجاه سلبي نحو موضوع داء سرطان الثدي، مقابل عدد صغير فقط منهن (8.06%) من كان لها اتجاه إيجابي نحوه. وقد بلغ مؤشر الحيادية الذي يعد بمثابة مؤشر رقابي (95.16%)، مما يدل على استقطاب سلبي كبير من قبلهن نحو موضوع سرطان الثدي، وعليه فإن الهدف القائل بالكشف عن طبيعة تصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي قد تحقق.

استعنا لتحقيق أهداف الدراسة المتبقية والمتمثلة في الكشف عن الأبعاد المكونة للحقل الدلالي الخاص بتصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي، إضافة إلى كيفية تنظيم هذا الحقل، بتقنية تحليل المحتوى وذلك بفحص معمق لكل الشبكات 62 المتحصل عليها، كما أخذنا بعين الاعتبار مختلف الترابطات التي قامت بها الطالبات للتأكد من انتماء كل عبارة إلى بعد معين دون غيره، فتحصلنا على الأبعاد المكونة للتصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي، كما تحصلنا على كيفية تنظيم هذا الحقل بحساب نسبة كل بعد، حيث اتضح لنا أن بعد الاعتقادات بنسبة (36.55%) هو البعد المسيطر في تشكيل تصورات الطالبات لسرطان الثدي، يليه بعد الانعكاسات النفس اجتماعية بنسبة (27.95%)، ثم بعد رمزية الثدي بنسبة (19.97%)، بعدها يأتي بعد المظهر الطبي بنسبة (8.6%)، ثم بعد المساندة بنسبة (4.9%)، وأخيرا بعد الوعي الصحي بأقل نسبة وهي (1.83%)، مما يعني أن التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي مبنية وفق تنظيم هرمي قاعدته الاعتقادات الراسخة في الوسط الاجتماعي، وقيمتها الوعي الصحي المتواجد بنفس الوسط.

تجدر الإشارة إلى أن التسلسل في دراسة التصورات الاجتماعية وتناولها عبر مراحل تبعا لأسئلة الدراسة كما هو الحال في الدراسة الراهنة، التي بدأت بالكشف عن محتوى التصورات، ثم التعرف على اتجاه الطالبات نحوها، بعدها استخراج النواة المركزية، وأخيرا تحديد أبعاد الحقل الدلالي وكيفية تنظيمه، يعد أمرا ضروريا لتسهيل الدراسة، لكن تحليل النتائج المتحصل عليها لا يخضع إلى نفس المنطق، ذلك أن فهم التصورات الاجتماعية لا يكون إلا في سياق كامل من التحليل، والأخذ بعين الاعتبار جميع جوانب التصور المدروسة في نفس الوقت (المحتوى، البنية، الاتجاه، الحقل الدلالي)، والتي تتفاعل فيما بينها لتشكل صورة كاملة عن المعنى الحقيقي لهذه التصورات.

تصر النظرية البنوية للتصورات (نظرية النواة المركزية) على « أهمية تحليل بنية وتنظيم التصورات الاجتماعية لفهم معناها الحقيقي، ذلك أن التعرف على محتواها فقط لا يكفي لذلك» (Abric, In Darty S, 2014,p.21).

وأظهرت نتائج الدراسة الراهنة أن النواة المركزية لتصورات طالبات علم النفس العيادي تشمل 6 عناصر تتمثل في الموت، الخوف، ألم، مرض خبيث وخطير، استئصال الثدي وفقدان الأنوثة. وقد ذكرت كلمة الموت 48 مرة دلالة على تقاسمها بين معظم أفراد العينة، وبتكرار الظهور يساوي 22 كأول كلمة وردت على ذهن الطالبات مباشرة بعد سماع عبارة سرطان الثدي، كما أن ترتيب أهميتها هو 21، مما يدل على أن سرطان الثدي يعني الموت بالنسبة للطالبات، وقد ارتبط الموت بالأوصاف السلبية كالألم والخوف من خلال الترابطات التي أجرتها معظم الطالبات، مما يدل على أن الخوف من الموت هو التصور الطاعي بخصوص سرطان الثدي، والمقصود بالموت هنا حسب رأينا ليس الموت « الطبيعي »، بل الموت البطيء المؤلم الذي ينهش جسم المصابة شيئا فشيئا، بدليل ارتباط الموت بالألم في العديد من التفرعات التي جاءت في الشبكات التداعوية. وقد ظهرت عبارة **فقدان الأنوثة** كنتيجة من نتائج استئصال الثدي، مرتبطة في تداعيات الطالبات بالخوف؛ ربما لتغطية مصدر الخوف الحقيقي المتمثل في الموت، وهذا ما أشار إليه فريري وآخرون

(Ferreri et al)، حيث يرى بأن الخوف من فقدان الثدي الذي يعتبر رمزاً للأنوثة هو في الواقع خوف مقنع

لتقنين القلق الذي يسببه الخوف من الموت (Ferreri et al, 2003, p62-63)

من خصائص النسق المركزي (النواة المركزية) أنه لا يتأثر بالمجال الراهن حسب ما جاء به أبريك (Abric,

1994, p.28)، والظاهر أن الموت كتنظيم مركزي قد عبر عن هذه الخاصية بوضوح، ذلك أنه المفهوم

المسيطر على تصورات الطالبات لسرطان الثدي بالرغم من التقدم الذي عرفه علاج هذا الأخير، حيث

أصبح التماثل للشفاء ممكناً حالياً عندما يكون الكشف عن الداء مبكراً.

أما باقي العبارات التي جاءت في النسق المركزي فهي تدل على أن الطالبات تتصورن سرطان الثدي من

خلال انعكاساته على المصابة، ويظهر ذلك في عبارة: فقدان الأنوثة، الخوف، ألم، استئصال الثدي، وقد

جاء وصف سرطان الثدي بشكل عام من خلال عبارة مرض خبيث وخطير. كما يدل تكرار كل من عبارتي

فقدان الأنوثة (31) والخوف (30)، باعتبارهما أكبر تكرارا بعد عبارة الموت على تجذر هذان المفهومين

كذلك في فكر الطالبات.

و تعتبر النواة المركزية العنصر الأساسي للتصور فهي التي تعطي معنى لبقية العناصر، كما تحدد طبيعة

العلاقات التي تربط بين هذه الأخيرة حتى يحافظ التصور على استقراره، (Moliner, 1994) وبالنسبة للدراسة

الراهنة فقد جاءت عناصر النواة المركزية منسجمة مع بعضها البعض ولا تحمل أي تناقض، حيث تصف

سرطان الثدي على أنه مرض خبيث وخطير، ينجم عنه استئصال الثدي، فيفقد المصابة أنوثتها، ويقضي

على حياتها بشكل مؤلم، وهذا ما يجعل الداء المعني مخيفاً. مثل هذا التناسق بين عناصر النظام المركزي

من شأنه أن يجعل من التصور أكثر ثباتاً واستقراراً حيث يصبح من الصعب تغييره.

ينتظم أي تصور حول نواة مركزية التي تعد القاعدة الأولى التي تنشأ وتنتظم انطلاقاً منها العناصر

المحيطة، هذه الأخيرة لا تقل أهمية عن العناصر المركزية، وتشكلان معاً محتوى التصور الذي يتحدد من

خلال ثلاثة أبعاد هي المعلومات والاتجاه والحقل الدلالي كما جاء في النموذج التحليلي لموسكوفيشي، وبناء عليه فإن محتوى تصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي يضم ما يلي:

**المعلومات:** انطلاقاً من نتائج تقنية الشبكة الترابطية فقد تحصلنا على عدد معتبر من المعلومات التي عبرت عنها الطالبات بمجموعة من الكلمات أو العبارات حيث بلغ عددها الإجمالي 325 عبارة، منها 38 عبارة مختلفة، وهو ما يمثل معارفهن التي اكتسبها من الوسط الاجتماعي من خلال الاحتكاك به ومن تجاربهن الخاصة، وما تنقله وسائل الإعلام، وما تتعلمنه في مشوارهن الجامعي. ويعبر هذا العدد من التدايعيات عن ثراء المعلومات لدى عينة الدراسة بغض النظر عن ما إذا كانت صحيحة أو خاطئة، كما أن جل المعلومات كانت متشابهة، وجزءاً منها يعكس تأثير التخصص العلمي للطالبات (علم النفس العيادي) على تصوراتهن لموضوع الدراسة حيث ركزت هذه الأخيرات إلى حد ما على الانعكاسات النفسية والاجتماعية لسرطان الثدي كالصدمة، تشوه صورة الجسد، الاكتئاب، سوء تقدير الذات، المعاناة النفسية، الطلاق، اضطراب العلاقات الأسرية... وهذا ما أشار إليه موسكوفيشي بخصوص أهمية التعرف على طبيعة المعلومات التي يحملها الأفراد حول موضوع ما لأن ذلك يساهم في تحديد انتمائهم الاجتماعي، حيث أن عدد المعلومات ونوعها قد يختلف حسب هذا الانتماء (Moscovici, S., 1976, p.68).

و بتعبير آخر يمكن أن نفسر وجود عدد كبير من عناصر التصور التي تعكس المشاكل والاضطرابات النفسية والاجتماعية التي تمس المرأة المصابة بسرطان الثدي حسب تدايعيات الطالبات، من خلال سيرورة التوضيح، وبالتحديد عند طور البناء الانتقائي أين يتم انتقاء وترشيح المعلومات المتوفرة حول موضوع التصور وفق الإطار الثقافي للجماعة، وذلك بإزاحة المفاهيم عن إطارها الذي تنتمي إليه ثم اسقاطها في عالمهن الخاص المتمثل في تخصصهن الجامعي (علم النفس العيادي)، قصد التحكم في هذا الموضوع، وتعد هذه السيرورة المعرفية الاجتماعية الخطوة الأولى نحو بناء وتنظيم التصورات الاجتماعية.

و نلمس سيورة التوضيح كذلك في عبارة اضطراب العلاقات الأسرية والتي تعتبر مفهوم عام ومجرد يمكنه أن يشمل أبعاد كثيرة أحدها وربما أهمها هو اختلال العلاقة الزوجية بسبب تدهور العلاقة الحميمة أو الحياة الجنسية للمصابة، وبما أن القضايا الجنسية لا تزال تعد من الطابوهات في مجتمعنا، فإن ذلك أدى إلى إخفاء هذا المفهوم (اختلال الحياة الجنسية) عند طور البناء الانتقائي للمعلومات، باعتباره يتنافى والمعايير الثقافية التي تحكم الجماعة، والدليل على أن تدهور العلاقة الحميمة هو المقصود وراء عبارة اضطراب العلاقات الأسرية التي جاءت في تداعيات الطالبات، ما ظهر من ترابطات بين هذه الأخيرة (عبارة اضطراب العلاقات الأسرية) وعبارات أخرى مثل تشوه الجسم، فقدان الأنوثة، فقدان جمال الجسم، استئصال الثدي، في جميع الشبكات التي ذكرت فيها العبارة المنتقاة. وهذا يذكرنا بما حصل مع موسكوفيشي في دراسته حول التحليل النفسي في المجتمع الباريسي (1976)، حيث تم انتقاء مفاهيم مثل الكبت والوعي واللاوعي للتعبير عن نظرية فرويد، وحذف مفهوم الليبدو رغم أنه يلعب دورا أساسيا في هذه النظرية، وذلك من أجل جعل التصور مقبولا (Ivana Markova, 2007).

**الاتجاه:** يمثل الاتجاه الاستجابات السلبية والإيجابية للأفراد حول موضوع التصور، وقد تبين لنا من خلال نتائج تقنية الشبكة الترابطية وحساب مؤشري القطبية والحيادية، أن أغلب تداعيات طالبات علم النفس العيادي حول سرطان الثدي جاءت سلبية، حيث ظهر مؤشر القطبية سالب لدى (87.09%) من الطالبات، وإيجابي لدى (8.06%) منهن فقط، كما جاء مؤشر الحيادية ضعيفا لدى (95.16%) من الطالبات، مما يشير إلى أن حقل التصورات مستقطب سلبيا بشكل كبير.

تقر هرزليش بأن «الاتجاه يسبق كلا من المعلومة والحقل كما يعد أكثر مقاومة في التصور» (Herzlich, 1996, p.309)، والظاهر أن الطالبات قد اتخذن موقفا صريحا وواضحا إزاء سرطان الثدي بكل ما يحمله من مظاهر، وحسب رأينا فإن هذا راجع إلى عدة عوامل لعل أهمها هو معطيات المظهر البوائي للداء، حيث أن الأرقام المخيفة التي تعبر عن عدد المصابات، وعدد الوفيات، وعدد المصابات المستأصلات الثدي بعد

العلاج الجراحي، ونسبة الحالات الجديدة من الإصابة والتي تشهد ارتفاعا مستمرا، ناهيك عن السن المبكر للإصابة أكثر فأكثر، كلها معطيات تساهم في نشرها وسائل نقل المعلومات المختلفة كالتلفزة، الراديو، الجرائد، وسائل التواصل الاجتماعي، بنية الإعلام والتحسيس بخطورة هذا الداء، لكنها على الأغلب تدفع إلى تكوين صورة سلبية عن سرطان الثدي بكل مظاهره. ولعل كذلك ما ينجم عن هذه الإصابة من مشاكل واضطرابات نفسية واجتماعية تسمع عنها الطالبات أو تشاهدها في محيطها من خلال النماذج السلبية التي تنقلها المصابات، وفي المجتمع بصفة عامة كالاكتئاب والصدمة وتشوه صورة الجسد وظاهرة الطلاق والتهميش...، هذه وغيرها من الصور السلبية التي يعكسها وضع المرض المعني، إضافة إلى عامل آخر لا يقل أهمية عن العوامل السابقة وهو طبيعة هذا السرطان بحد ذاته، ونقصد بذلك كونه ينتمي إلى السرطانات التناسلية التي تصيب المرأة، وبالتحديد تمس الثدي الذي يعد عضوا مشبعا برمزية قوية، كونه رمزا للأنوثة والجمال، والخصوبة، والجنس، وفقدان هذا العضو يعني تدهور كل هذه الوظائف، وعليه يمكننا أن نقول أن العوامل السابقة قد تبرر وتفسر الاتجاه السلبي للطالبات نحو سرطان الثدي.

**حقل التصور:** يمثل حقل التصور الكيفية التي ينتظم من خلالها محتوى هذا التصور وفق وحدة هرمية للعناصر المكونة للموضوع، وفيما يخص الدراسة الحالية فإن حقل التصور لطالبات علم النفس العيادي حول سرطان الثدي قد انتظم بشكل هرمي قاعدته الاعتقادات بنسبة (36.55%) وهو ما شكل أكبر نسبة من بين الأبعاد المكونة للتصور، يليه بعد الانعكاسات النفسية والاجتماعية بنسبة (27.95%) وهي نسبة كبيرة كذلك، ثم بعد رمزية الثدي بنسبة (19.97%)، ثم المظهر الطبي بنسبة (8.6%)، ليأتي بعدها بعد المساندة بنسبة (4.9%)، وأما قمة الهرم فقد مثله بعد الوعي الصحي بأقل نسبة قدرت بـ (1.83%).

## 2-2 تحليل ومناقشة النتائج في ظل الدراسات السابقة:

### 1-2-2 الاعتقادات كأحد أهم مكونات التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى عينة

#### الدراسة:

إن احتلال بعد الاعتقادات للمرتبة الأولى من حيث نسبته مقارنة بالأبعاد الأخرى يشير إلى الدور الذي تلعبه العوامل الثقافية في بلورة وتنظيم تصورات الطالبات لسرطان الثدي، باعتبار الاعتقادات عنصر من عناصر الثقافة السائدة حول السرطان، وقد جاءت عبارة الموت على رأس هذه الاعتقادات بنسبة (14.76%)، تليها عبارة الخوف بنسبة (9.23%) وعبارة مرض خبيث وخطير بنسبة (4.61%)، وكذلك عبارتي اليأس بنسبة (3.69%) ولا شفاء بنسبة (1.53%). إن هذه الاعتقادات تضرب جذورها في تاريخ المجتمعات منذ القدم حيث تشير البحوث (Saillant, 1988) إلى ارتباط السرطان بشكل كبير بفكرة المرض الغير قابل للشفاء في التصورات الاجتماعية القديمة، واعتبر مرضا قاتلا دون نقاش، لدرجة أن التمثل للشفاء لأي شخص كان مصابا به يتبعه مباشرة التشكيك في صحة التشخيص. كما أن تصور سرطان الثدي على أنه مرض خبيث يرجع إلى المظهر المتستر لهذا الداء الذي يهجم دون سابق انذار وفي أي وقت وبدون سبب واضح، وينتشر بسرعة في جسم المصاب وبطريقة عشوائية (Aiache, 1980)، كما بإمكانه العودة مرة أخرى بعد العلاج، علاوة على أنه يصيب النساء باختلاف حالاتهن الاجتماعية (عازية/ متزوجة)، والاقتصادية (فقيرة/ غنية)، ومستواهن الثقافي (متعلمة/ غير متعلمة)، وحالتهم الصحية (جيدة/ سيئة)، وأسلوب حياتهن (صحي/ غير صحي)،...، وقد أشارت البحوث (Gros, 1994)، إلى اقتران السرطان في المخيال الشعبي بالشیطان الذي يشبه في سلوكه الماكر والملتوي مختلف الوحوش الشريرة كالسلطعون، الأفعى، العنكبوت... .

وحسب **Pinell (1992)** فإن للحملات المكافحة للسرطان يدا في بلورة تصور هذا الأخير على أنه مرض خبيث، لأنها تطالب الأفراد بالمعاينة الطبية في وجود أو غياب أي علامة غير طبيعية على حد سواء مما يؤكد الخطر المقنع لهذا الداء. وواصل الباحث اتهامه للطابع المؤسسي لعلم الأورام والحركات الأولى لمكافحة السرطان على أنهما السبب في بلوغ داء السرطان حجم الآفة، وذلك عند قيامها بتنظيم سياسة الفحص المبكر عن السرطان من خلال نشر تصورات حول هذا الأخير كأفة عالمية مرت عبر تاريخ البشرية، وانتشرت في جميع أنحاء العالم، متجاهلة كل الاختلافات الاجتماعية، ومهاجمة جميع أشكال الحياة المنظمة.

وعلى ما يبدو؛ فإن تصورات الطالبات بخصوص سرطان الثدي على أنه مرض خبيث، وباعث على اليأس بسبب استحالة الشفاء منه، ومصيره الموت في جميع الأحوال، هو تصور قديم تمتد جذوره إلى فترة الاحتلال الروماني للجزائر أين كان تفسير الأمراض الفتاكة آنذاك كالسل والصرع والسرطان، يخضع لمفاهيم غيبية كالسحر والأرواح الشريرة، وقد استمرت مثل هذه الاعتقادات حتى بعد الفتح الإسلامي بالرغم من الاهتمام والتطور الذي حضيت به العلوم الطبيعية (**Khiati**)، ومنذ القرن التاسع عشر وفي فترة الاحتلال الفرنسي أين عرف السرطان وغيره من الأمراض انتشارا واسعا تزامنا مع تدهور الأوضاع الاقتصادية والسياسية والاجتماعية التي عاشتها المنطقة المحتلة (**Doudon, A, 1989**)، زاد تمسك الجزائريون آنذاك بالطب التقليدي والممارسات الشعبية في علاج الأمراض، ردا على السياسة الاستعمارية التي كانت تستغل الطب الرسمي لتسريب المعلومات والدعاية للمستعمر لأجل الرضوخ له (أرنولد دافيد، 1989)، حيث كلما أصر العدو على إدخال مفاهيم عن الصحة والوقاية، كلما زادت مقاومة الجزائريين لها وتمسكهم بثقافتهم واعتقاداتهم الشعبية حول الصحة والمرض.

وظل السرطان بعد الاستقلال يشكل هاجسا مخيفا لدى الجزائريين خاصة في ظل الأوضاع الصعبة التي عاشتها البلاد بعد خروج المستعمر بسبب عدة عوامل كذهاب معظم الأطباء الفرنسيين، والتقلص الفادح

للهيكل الصحية، وتمركز النظام الصحي الموجود حينها بالمدن الكبرى فقط...، دون أن ننسى العوامل الأخرى الخاصة بالمرض كغموض أسباب الإصابة به وكيفية الوقاية منه، والنهاية الأليمة التي تتجم عنه غالباً، حيث كان يعتبر السبب الثاني للوفيات في الجزائر. وبعد فترة عدم الاستقرار التي عرفت الجزائر منذ التسعينات بسبب تدهور الوضع الأمني، شهد قطاع الصحة تحسناً تدريجياً وتراجعت العديد من الأمراض كالسعال الديكي والحصبة، لكن السرطان كان من بين الأمراض الأخرى التي تفتشت آنذاك. (براحو فافا سهيلة، 2009). وساهمت كل هذه العوامل في تشجيع اللجوء إلى العلاج التقليدي والممارسات الشعبية التي كانت تسيروها تصوراتهم حول السرطان آنذاك.

إن النظر إلى هذا التسلسل التاريخي للأوضاع التي عاشتها الجزائر في ميادين عديدة والتي ارتبطت بتواجد الاستعمار بشكل كبير، قد يوضح الصورة أكثر بخصوص التصورات الاجتماعية للسرطان ومنه سرطان الثدي (موضوع الدراسة)، على اعتبار أن التصورات الاجتماعية لموضوع ما تتكون وتتنظم بناء على الظروف التاريخية، والإطار المرجعي الموجود مسبقاً بكل ما يحمله من اتجاهات، واعتقادات، وأيديولوجيات وهو ما يمثل الموروث الثقافي، ولأن الإنسان يبدأ دائماً من حيث انتهت الأجيال السابقة وما تركته من تراث، فإن مفاهيمه حول ما يدور من حوله من ظواهر لا سيما الأمراض، يكتسبها من خلال هذا الموروث الثقافي الذي لا يحدد أفكاره واتجاهاته فقط، بل وحتى سلوكياته إزاء هذه الأمراض، ذلك أن الضغوط الاجتماعية هي من تفرض عليه الامتثال للمعايير المتواجدة بتلك الجماعة والتي تحدد انتمائه لها.

بالرجوع إلى نتائج دراستنا وبالتحديد إلى الاعتقادات الدينية التي شغلت حيزاً في تصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي من خلال العبارات التالية: ابتلاء بنسبة (0.92%)، واختبار من الله بنسبة (0.61%)، ونعمة من الله، قضاء وقدر، زكاة النفس بنسبة (0.30%) لكل عبارة، والتي أبدت الطالبات اتجاهاً إيجابياً إزاءها، يظهر لنا تأثير الثقافة الدينية على هذه التصورات، حيث ترى الطالبات أن سرطان الثدي جاء من أجل تطهير المصابة من ذنوب أو أخطاء قد تكون اقترفتها من قبل، فابتليت بالداء عقاباً لها

وتكفيرا عن خطاياها، وكذلك من أجل اختبار قدرتها على التحمل والصبر كدليل على ايمانها وكفرصة تتال بها رضى الله لترتفع درجاتها، وربما الغموض الذي يميز الأسباب الحقيقية والواضحة للإصابة بالسرطان هو المسئول عن تغلغل مثل هذه الاعتقادات في الفكر الاجتماعي، وقد تتشابه هذه الاعتقادات الدينية مع تلك التي كانت سائدة في المجتمع الجزائري أثناء فترة الاحتلال الفرنسي، حيث كان الأفراد يفسرون الوباء آنذاك على أنه عقاب إلهي على ما اقترفه الأهالي من ذنوب كالسرقة (Turin, Y, 1983)، فالمرض كان ولا يزال على ما يبدو متجذرا في إطار ديني. والملفت للانتباه هو عبارة **نعمة من عند الله** التي تبدو من الوهلة الأولى متناقضة تماما مع موضوع التصور، لكن بالرجوع إلى الاعتقاد الديني الذي يعتبر المرض حدث إيجابي يحض به الأفراد اللذين يجتبيهم الله ويختارهم ليختبر صبرهم، نستطيع أن نفهم هذا التصور، وفي الآية الكريمة « **وَلَنَبْلُوَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ** » (البقرة، 155) تفسير لمصدر هذا الاعتقاد.

لا تعتبر هذه الاعتقادات حكرا على الثقافة الإسلامية فقط، فقد كشفت الدراسة التي قام بها كل من **Gregg** و **Curry (1994)** في المجتمع الأمريكي، على أن النساء الأمريكيات من ديانة مسيحية أو يهودية يتصورن السرطان على أنه عقاب إلهي بسبب استهلاكهن للتبغ، أو اختبار لقوة ايمانهن. وهناك دراسة أجريت في فرنسا (**EckSarradon, 2002**) للتعرف على تصورات السرطان لدى المجتمع الفرنسي من حيث أسبابه، كشفت أن لديهم اعتقاد بأن هذا الداء هو فرصة لتطهير المصابين به من ذنوبهم، أو ذنوب عائلاتهم، أو غيرهم من الناس حولهم. وفي دراسة لتصورات المرضى لمعنى المرض قام بها كل من **Caron و Bellouti (2009)**، أثبتت النتائج وجود تصورات قديمة لسبب السرطان أهمها أن هذا الأخير هو عقاب إلهي، بالرغم من المعلومات الطبية التي رُوِّد بها هؤلاء المرضى.

وتشير عبارة **قضاء وقدر** التي جاءت في بعد الاعتقادات الدينية للطالبات حول سرطان الثدي إلى الاستسلام لمشيئة الله والرضا بحكمه، ذلك أنه هو من أنزل الابتلاء وهو الوحيد القادر على رفعه. هذا الاستسلام قد

يفسر السلوكيات السلبية التي يقوم بها البعض تجاه المرض كالاتمتاع عن المعالجة أو الفحص المبكر، والانهازم وانتظار الموت تحت مسمى القضاء والقدر الذي يعتبر مفهوم خاطئ عن ما يدعو إليه الدين، فعلى العكس من ذلك تماماً، فإن تعاليم الدين الإسلامي تشجع على الوقاية من الأمراض ودفع الأذى والهلاك عن النفس، وعلى طلب العلاج وعدم التغافل عن أعراض المرض، حيث يروى عن أبي سعيد الخدري أن النبي صل الله عليه وسلم قال: « ما أنزل الله من داءٍ إلا وأنزل له دواءً ، عَلِمَ ذَلِكَ مَنْ عَلِمَهُ وَجَهَلَهُ مَنْ جَهَلَهُ إِلَّا السَّامَ وَهُوَ الْمَوْتُ » (رحاب خضر عكاوي، 1990، ص96).

ويمكن أن نقول بأن التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي قد بنيت وفق قطبية تظهر في شكل ثنائية تحمل معنيين متناقضين، أحدهما يتصور أن الإصابة بسرطان الثدي هي ضحية مرض خبيث يفقدها أنوثتها، وجمالها، ويتسبب لها بمعاناة جسدية ونفسية، ثم يسحبها إلى الموت في آخر المطاف، والآخر يتصورها كشخص مذنب أساء في أمر ما، فنال عقوبة إلهية من شأنها أن تطهره وتكفر ذنوبه (زكاة النفس)، كما أن المرض يمثل اختباراً لقدرته على الصبر والتحمل، وابتلاء يستوجب الشكر والامتنان، فيتحول السرطان بهذا المعنى من نقمة إلى نعمة (نعمة من عند الله).

وهذه العملية التي تسمح باستدخال معنيين متناقضين حول موضوع التصور، مع الحفاظ على المعنى الرئيسي له، تضمن ثبات واستقرار هذا التصور.

## 2-2-2 التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي من خلال انعكاساته النفس اجتماعية حسب

### عينة الدراسة:

لقد ضم حقل التصورات الاجتماعية حول سرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي بعد الانعكاسات النفسية والاجتماعية للمرض بنسبة (27.95%)، وقد شمل كل من العناصر التالية: سوء تقدير الذات بنسبة (6.46%)، تشوه صورة الجسد بنسبة (3.38%)، معاناة نفسية بنسبة (3.69%)، الاكتئاب

بنسبة (3.38%)، القلق بنسبة (3.07%)، نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل/ المجتمع بنسبة (2.76%)، اضطراب العلاقات الأسرية بنسبة (1.53%)، الصدمة بنسبة (1.23%)، الطلاق ولا زواج بنسبة (0.92%) كليهما، تفقد عملها بنسبة (0.61%). ويمكن تفسير كثرة العناصر المشكلة لهذا البعد من خلال طبيعة تخصص الطالبات المتمثل في علم النفس العيادي كفرع من علم النفس العام « يهدف إلى فهم طبيعة أو سبب منشأ القلق والتوتر، والضغوط والاضطرابات النفسية وعلاجها، كما يهدف إلى تعزيز السعادة الذاتية لدى الفرد مما يحقق التقدم على المستوى الشخصي والاجتماعي » (فالح بن صناعات الدلبي العتيبي، 2011، ص2)، مما يجعلهن أكثر وعياً بالاضطرابات النفسية والمشاكل الاجتماعية التي يسببها سرطان الثدي للمصابة ولمحيطها كذلك، فهذه الأخيرة تعاني من سوء تقدير الذات الناجم عن تدهور الأداء الوظيفي واضطراب في صورة الجسد، التي تحدث لها نتيجة التغيرات الجسدية التي تخلفها العلاجات بأنواعها الكيميائي، الإشعاعي، الهرموني، والعلاج الجراحي باستئصال الثدي خاصة في الحالات المتقدمة من المرض، وكل هذا ينعكس بدوره على حالتها النفسية، وقد تصاب بالقلق والاكتئاب والشعور بفقدان السيطرة على الجسد، وفقدان القدرة على الإغراء... لا سيما إذا كان استثمارها لمظهرها كبيراً كما يشير Dany (2009). وللاشارة فإن ربع (  $\frac{1}{4}$  ) المصابات يعانين من اكتئاب، لكن هذه النسبة تزداد كلما كان تشخيص المرض في المراحل المتقدمة أو في مرحلة العلاج التلطيفي (Gagnon, P et al, p.10-16). أما الصدمة كنتيجة أخرى للإصابة بسرطان الثدي فهي لا تخص لحظة الإعلان عن تشخيص المرض فقط، بل قد تعيش المصابة هذه الاستجابة الانفعالية العنيفة بعد تلقيها مختلف العلاجات الكيميائي، الإشعاعي، الهرموني وخاصة الجراحي المتمثل في استئصال الثدي، أو بسبب تطور المرض وإمكانية الانتكاس.

تؤثر كل هذه المشاكل والاضطرابات على جودة الأداء المهني، والعلائقي للمصابة، وكما جاء في تصورات الطالبات فإن المرأة المصابة بسرطان الثدي تتعرض إلى التهميش والتمييز في وسط العمل وفي المجتمع بصفة عامة (نظرة احتقار من طرف الزوج/ الأهل/ المجتمع)، وقد تطلق في الكثير من الأحيان أو تجد

نفسها متشردة بعدما يتخلى عنها الزوج، وفي هذا الصدد تشير الاحصائيات في الجزائر إلى أن (1/3) ثلث المصابات بسرطان الثدي تطلق، أي ما يعادل 4000 حالة طلاق، كما أن هذه الأرقام في ارتفاع مستمر، (أميمة، 2004)، وترجع أسباب الطلاق حسب **جعفري** رئيس المرصد الوطني الجزائري لحقوق المرأة إلى أحكام الزوج المسبقة، واعتقاده بعجز زوجته المصابة عن القيام بواجباتها الزوجية نحوه والمنزلية أيضا، كما أنه يرفض فكرة فقدانها لثديها الذي يجسد أنوثتها حسب تصوره (**جعفري**، ش، 2018)، وتؤكد **آسيا موساوي** - المختصة في أمراض السرطان بمركز بيار ومازي كوري بالعاصمة الجزائرية- على الدور الذي تلعبه المعتقدات الخاطئة في تخلي الأزواج عن زوجاتهم المصابات مثل أن السرطان مرض معد. وفي نفس السياق توجه **حميدة كساب** اتهامها للاعتقادات والعادات الاجتماعية التي تقف وراء خوف المرأة من الإقدام على الفحص المبكر للثدي، لأنها تعي بأنها في حالة اكتشاف السرطان سيكون مصيرها الطلاق، لارتباط هذا الداء بفكرة استئصال الثدي مما يعني فقدان الأنوثة. أما إذا كانت المصابة عازبة فلن تستطيع الزواج ولو بعد شفاءها. وحسب **كساب** فإن هذه التصورات لسرطان الثدي هي سبب تأخر الفحص إلى أن يصبح المرض في حالة متقدمة (أميمة، 2004).

وقد تفقد المصابة عملها كذلك بسبب تراجع أدائها الوظيفي الذي ينجم عن النهك والآلام وأعراض المرض وآثار العلاجات بصفة عامة. وهذا ما أثبتته إحدى الدراسات حول الآثار الاجتماعية لسرطان الثدي لدى 66 من المصابات في مرحلة الانبثاث، حيث عبرت (31.1%) من المصابات عن شعورهن بفقدان الاستقلالية وتغيير على مستوى المحيط الوظيفي المعتاد بسبب انخفاض الطاقة (**Gagnon, P, et al**).

يرى الباحثون أن كيفية إدراك المرض والعلاج تلعب دورا كبيرا في استجابة المريض للمرض، وأن هذا الإدراك نابع من خلفية ثقافية اجتماعية تفرضها التصورات الاجتماعية، وإذا تعلق الأمر بداء بحجم السرطان، فإن المشاكل والاضطرابات النفسية التي تمر بها المصابة بسرطان الثدي تعود إلى حد كبير إلى الصبغة السلبية للتصورات الاجتماعية لسرطان، والتي عادة ما ترتبط بمفاهيم غامضة ومفزعة كالموت

والمعاناة، البتر، الوحدة...، كما ترجع كذلك إلى شخصية المصابة والظروف المحيطة بها (Baillet, 2004). هذا يعني أن التصورات تؤثر وتتأثر بالسلوكيات السائدة في المجتمع. فهي تؤثر في طريقة استجابة المصابة للداء من جهة، وتتأثر بهذه الاستجابة التي يستدخلها الأفراد أثناء بناءهم لتصورات المرض ذاته من جهة أخرى.

### 2-2-3 الرمزية الثقافية للثدي في الحقل الدلالي للتصورات الاجتماعية لعينة الدراسة:

اهتم البعد الثالث في الحقل الدلالي الخاص بتصورات الطالبات لسرطان الثدي برمزية الثدي، حيث شكّل نسبة (19.97%)، وشمل العناصر التالية: فقدان الأنوثة بنسبة (9.53%)، استئصال الثدي بنسبة (3.69%)، تشوه الجسم بنسبة (2.76%)، تشوه الثدي بنسبة (1.84%)، فقدان جمال الجسم بنسبة (1.23%)، الحرمان من الأمومة بنسبة (0.92%). مما يشير حسب رأينا إلى أهمية الثدي كعضو من الجسد الأنثوي بالنسبة لعينة الدراسة التي تعبر بدورها عن ثقافة المجتمع الجزائري، فعبارة فقدان الأنوثة التي ربطتها الطالبات باستئصال الثدي، وتشوه الثدي، وجمال الجسم، والحرمان من الأمومة، واضطراب العلاقات الأسرية، والطلاق، ولا زواج، وتشوه الجسم في شبكات المعاني التي أنشأتها؛ تعكس الرمزية القوية التي يحملها هذا العضو في الثقافة المحلية، فالثدي رمزا للأمومة والجمال والأنوثة والخصوبة والجنس، هذه الرمزية التي تشترك فيها العديد من الثقافات تمتد جذورها إلى عصور ما قبل التاريخ، أين كان الثدي مقدسا حسب ما تشهد عليه المنحوتات التي كانت تصنع آنذاك لتتبرك النساء بالمسح عليها لأغراض الخصوبة، وظل الثدي إلى غاية القرن التاسع عشر رمزا للخصوبة والرضاعة والخير وحتى الحرية، ثم أخذ بعدا شيقيا من خلال الأغاني والأشعار، والرسومات والصور والأفلام التي كانت تعرض بشكل جريء صدر المرأة (Thouille,E, 2006)، أما في الثقافة العربية فقد اعتبر الثدي من سمات الجمال إضافة إلى الخصوبة، ومن قصائد الشعراء التي واصلت الشغف بالثدي بعد دخول الإسلام، إلى قصائد نزار قباني في العصر

الحديث (نهداك، مصلوبة النهدين، رافعة النهد...) الذي وصف الثدي وصفا شبقيا جنسيا وعاطفيا (الفرشيشي، خ. 2017).

تتصور الطالبات أن سرطان الثدي يحرم المصابة من أمومتها، حيث ربطت بين عبارة الحرمان من الأمومة واستئصال الثدي، فبالرغم من أن الوظيفة الأساسية للرضاعة هي التغذية التي يمكن للإرضاع الاصطناعي أن يحققها، إلا أن الإرضاع بالثدي قد أخذ بعدا آخر من خلال ارتباطه بالأمومة. وتشير الأبحاث في هذا الاتجاه إلى كون الأمومة لا تقتصر على الحمل والولادة بل تستمر أثناء الرضاعة في الثقافة العربية، كما أن الرضاعة في التصورات الاجتماعية للمجتمعات هي الأم الجيدة (مخلوف، 2017)، والمقصود بها الأم المُحِبَّة والنموذجية لأنها تمرر من خلال حليبها الذي يغذي رضيعها الحب والحنان، وتحافظ على الرابط بينها وبين صغيرها، فعلاقة هذا الأخير بالثدي تأخذ محل علاقته بحبل الولادة. ليس هذا فحسب، فالرضاعة الطبيعية (الثدي) تحمي الصغار الرضع من الأمراض لوجود العناصر المفيدة في حليب الأم، علاوة على أنها تعزز الصفات والخصال الحميدة للرضيع ولعل المثل الشعبي القائل « شبع من حليب أمه » إشارة إلى الرجل الشجاع القوي العادل (قنطار ف، 1992)، دليل واضح على البعد الاجتماعي والثقافي الذي تأخذه الرضاعة في المجتمعات العربية. وحتى في النصوص الدينية هناك حث على الرضاعة الطبيعية لأهميتها من خلال قوله تعالى « وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ » (البقرة، 233).

إن هذا التجذر التاريخي لرمزية الثدي يفسر المكانة الخاصة التي يحتلها هذا العضو في الثقافة المحلية على غرار ثقافات أخرى كما تشير إليه دراسة Medina (2007) بكونومبيا (أمريكا الجنوبية)، التي تناولت التصورات الاجتماعية للمرأة، السرطان، والمرأة المصابة بالسرطان لدى عينة مكونة من 60 طالبا بكلية الطب، وكان من بين نتائج الدراسة أن السرطان يدمر جسم المرأة (جمالها)، وهويتها الأنثوية وحياتها الاجتماعية.

يرى رياض نايل العاسمي (2015) أن الحكم الجمالي هو حكم قيمي، ويشير جمال المرأة عموماً إلى الانسجام والتكامل والتناغم بين مختلف أعضاء جسمها. لذلك فإن إصابتها بسرطان الثدي وخضوعها لعلاجاته لا سيما الجراحية التي تعتمد غالباً على استئصال الثدي، بالخصوص عند الحالات المتقدمة من المرض، يهدد جمالها وأنوثتها حسب ما تتصور عينة الدراسة، وفي ضل المجتمعات التي تهتم بالمظهر أكثر من أي شيء آخر، وبمساهمة وسائل الاعلام التي أصبحت تروج لصور نمطية عن الجسم المثالي، مما شكل ضغوطاً اجتماعية ثقافية في العلاقة بين شكل الجسم والمرغوبة الاجتماعية، صارت الأنثى تُختزل في جسد هاجسه الأكبر هو الامتثال إلى معايير الجمال والكمال التي تفرضها الثقافة، وفقاً للمعايير التي تراها الأفضل في ما يخص شكل الجسم، وحجمه، وجاذبيته. هذه المعايير الثقافية والاجتماعية السائدة في المجتمع هي نفسها التي تبني على أساسها الطالبات تصوراتهن حول سرطان الثدي، وذلك من خلال سيرورتي التوضيح والترسيخ، فالأولى توضح كيف يتبلور التصور بدءاً بانتقاء المعلومات ثم ترتيبها وفق مخطط صوري تحده الثقافة والمعايير الاجتماعية السائدة، ثم تجسيدها لتصبح مدركة مادياً تقريباً، والثانية تصف كيف يصبح التصور وظيفياً بتجذر موضوعه في الإطار المرجعي للأفراد، بما يحمله من أنظمة التفكير وثقافة وأيديولوجية وقيم...، ليستعمل في الحياة اليومية بما يتوافق مع الجماعات. ونقصد بتجسيد موضوع التصور هو جعله ملموساً ومألوفاً بعدما كان غريباً، لاستعماله في الحياة اليومية (Seca, J.M., 2002)، فسرطان الثدي (موضوع متعدد الأبعاد، مبهم،...) في الدراسة الراهنة يمثل استئصال الثدي (موضوع مألوف، ملموس) حسب تصورات الطالبات. كما هو الحال بالنسبة للتحليل النفسي (موضوع غير مألوف) في تصورات المجتمع الباريسي من خلال دراسة موسكوفيشي الذي أصبح اعتراف ديني أو حوار (موضوع ملموس) (Seca, J.M., 2002).

## 2-2-4 العلاج الكيميائي كأحد صور المعاناة حسب التصورات الاجتماعية لعينة الدراسة:

سجل بعد المظهر الطبي للداء نسبة (8.6%) وشمل الألم بنسبة (5.23%)، وتأثيرات العلاج الكيميائي بنسبة (1.84%)، والمستشفيات بنسبة (1.53%). فالظاهر أن الطالبات قد ربطن بين سرطان الثدي والعلاج الكيميائي المؤلم الذي يجري في المستشفيات في تصوراتهن لهذا الداء، وبالرغم من تنوع العلاجات المعتمدة في سرطان الثدي كالعلاج الإشعاعي، الهرموني، المناعي، الجراحي، إلا أن تركيز عينة الدراسة قام على العلاج الكيميائي دون غيره، وهذا يعود حسب رأينا إلى كون هذا الأخير الأكثر شيوعاً في الأوساط الاجتماعية بسبب الآثار السلبية التي يخلفها، التي تشكل تغيرات واضحة على الجسد كالنحافة الشديدة، البدانة، تساقط الشعر، إضافة إلى الآلام الجسدية والنفسية، وهذه الصور من المعاناة تنتقلها المصابات أو أسرهن حيث تصبح متداولة في المجتمع. فالتصورات الاجتماعية هي عملية بنائية وإنتاج اجتماعي يتم بنائها خلال التفاعل والاتصال الاجتماعي كما يشير موسكوفيتشي (Moscovici, S., 1990).

حقيقة لا يمكننا أن ننكر تأثيرات العلاج الكيميائي على المصابة بسرطان الثدي، لكن لا بد من الإشارة إلى أن مضاعفات هذا العلاج لا تختلف عن تلك التي تتجم عن العلاجات الأخرى لسرطان الثدي: الإشعاعي، الهرموني، المناعي، كالتعب، الغثيان، الصداع...، وبالرغم من هذا، فإن عينة الدراسة ركزت على العلاج الكيميائي في تصوراتها، وهذا حسب ما نرى يعود إلى كونه الوحيد الذي يتسبب للمصابة بفقدان شعرها ولو كان ذلك بشكل مؤقت، أي أن اهتمام عينة الدراسة قد انصب على المظهر الخارجي للمصابة، مما يعكس انشغالها (العينة) بالجسد الأنثوي، فشعر المرأة يحمل دلالات رمزية ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بجمال المرأة وأنوثتها. ولأن الجسد الأنثوي هو «جسد من أجل الآخرين، خاصة في ظل الثقافة الذكورية التي تختزل المرأة في جسدها وتدفع بكل اهتماماتها وطاقاتها إلى العناية بالمظهر الخارجي» (السباعي خلود، 2011، ص 91،57)، فقد انتعشت «التجارة التجميلية» حالياً وأصبح بإمكان المصابات بسرطان الثدي اللاتي فقدن

شعرهن جراء العلاج الكيميائي، الاستعانة بمختلف الوسائل التجميلية كالشعر المستعار، الحواجب والأشعار الاصطناعية...، حتى تستطيع الظهور بصورة « مقبولة اجتماعيا ».

## 2-2-5 إدراك أهمية المساندة النفسية/الاجتماعية للمصابات بسرطان الثدي حسب

### التصورات الاجتماعية لعينة الدراسة:

من خلال ما مثله بعد المساندة الذي قدرت نسبته بـ (4.9%)، وشمل كل من العناصر التالية:

التحدي بنسبة (1.84%)، الأمل بنسبة (1.53%)، المساندة النفسية بنسبة (0.92%)، والمساندة الاجتماعية بنسبة (0.61%)، نستطيع أن نقول بأن طالبات علم النفس العيادي يتصورن بأن سرطان الثدي يجعل المصابة في حالة ضعف وهشاشة، لذلك فهي تحتاج إلى من يدعمها نفسيا واجتماعيا ليعتد فيها الأمل من جديد، ولتتمكن من تحدي المرض بكل تبعاته، والدليل على ذلك هو الترابطات التي أجرتها الطالبات بين العبارات : المساندة النفسية - الأمل، المساندة النفسية والاجتماعية - التأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي، تحدي- أمل، تحدي- ألم، لكن الملفت للانتباه هو النسبة الضئيلة التي سجلها هذا البعد مقارنة بأغلبية الأبعاد الأخرى للحقل الدلالي، مما يشير حسب رأينا إلى استصغار الطالبات لأهمية الدعم النفسي، وهذا يتناقض مع طبيعة تخصصهن التي تعنى بدراسة « الحياة العاطفية والعقلية والسلوكية للأفراد، بهدف تقليص الألم النفسي الذي يعانونه وتحقيق الراحة النفسية والاستقلالية للأفراد والجماعات » (Peneau,A, 2009, p.9)، فالمساندة النفسية تعتبر من بين المهارات القاعدية التي يجب على الأخصائيين النفسيين اكتسابها، خاصة وأن منهم من يمارس مهامه بقطاعات الصحة العمومية كالمستشفيات الجامعية والمتخصصة، المراكز الصحية، العيادات المتعددة الخدمات... (حمادية ع، 2016)، ولعل سبب هذا التناقض يعود إلى سيطرة بعد الاعتقادات على تصورات الطالبات، حيث يتصورن سرطان الثدي بأنه الموت، وبالتالي فهن لا يبدن أهمية كبيرة للمساندة النفسية أو الاجتماعية للمصابات اللاتي مصيرهن الموت في جميع الأحوال حسب اعتقادهن.

تشير الدراسات إلى أن الدعم الاجتماعي والنفسي لا يساهمان فقط في تشجيع المصابة على تقبل المرض ومواجهته بفعالية، والتكيف مع التغيرات التي يفرزها سواء على مستوى الجسد، أو العلاقات الاجتماعية، أو حياتها بشكل عام، بل يساعدان كذلك على تفعيل العلاج من خلال تشجيع المعنية على الإلتزام بنظامه، إضافة إلى تعزيز المناعة لديها على اعتبار أن الضغط النفسي (الذي يسببه وضع المرض) يحد من نشاط الخلايا القاتلة للورم (السرطان)، وهذا ما اثبتته دراسة ليفي وزملائه (1990) على مجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي، حيث اتضح أن نسبة إدراكهن للمساندة الاجتماعية تساعد على حماية نشاط الخلايا المناعية الطبيعية القاتلة في استجابتها للضغوط، مما يؤكد أهمية هذه الخلايا في المحافظة على حياة مرضى السرطان، لا سيما مريضات سرطان الثدي المبكر (تايلور، 2013). عليه فإن توفير الدعم الاجتماعي والنفسي للمصابات بسرطان الثدي أصبح ضرورة، ومن مسؤولية المختصين النفسانيين تشجيع هذا الدعم والبحث عن الطرق التي ترفع من فعاليته، من خلال التحسيس بأهميته، خاصة في ظل ارتفاع نسبة العيش للمصابات بسرطان الثدي بعد 5 سنوات من التشخيص (Mahnane, A.Hamdi Cherif, M, 2012) بفضل ما عرفته وسائل الكشف والمتابعة والعلاج من تطور في مجال علم الأورام.

## 2-2-6 تدني الوعي الصحي لدى عينة الدراسة حسب تصوراتها الاجتماعية لسرطان الثدي:

أظهرت نتائج الدراسة الراهنة كذلك أن بعد الوعي الصحي الذي تساوي نسبته (1.83%)، قد اشتمل على كل من الفحص المبكر بنسبة (0.92%)، والتوعية الصحية والتحسيس بنسبة (0.61%)، والوقاية بنسبة (0.30%). كما أجرت الطالبات ترابطات بين العبارات: الفحص المبكر - الوقاية، والفحص المبكر - أمل - التوعية الصحية والتحسيس، والفحص المبكر - التوعية الصحية والتحسيس. وأظهرت الطالبات اتجاها إيجابيا نحو العبارات الثلاثة حسب مؤشر القطبية، أي أن الطالبات تتصورن بأن الفحص المبكر يشكل أمل يمكن من خلاله الوقاية من سرطان الثدي، ويعتمد ذلك على التوعية الصحية والتحسيس. مما يشير إلى ادراك الطالبات بأن الفحص المبكر يدخل ضمن الوقاية من السرطان كما اعتادت أن تسمع وتشاهد من

خلال وسائل الاعلام والتواصل المختلفة، لكن ما يدعو إلى الاهتمام هو أن نسبة بعد الوعي الصحي صغيرة جداً، حيث تعتبر أقل النسب بين مجموع الأبعاد الأخرى المكونة للحقل الدلالي الخاص بتصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي (أنظر الشكل 15)، بالرغم من أن بعد الوعي الصحي يشير إلى كل ما يتعلق بالوقاية ويتناول مفهوماً في غاية الأهمية وشديد الارتباط بسرطان الثدي ألا وهو الفحص المبكر، فإذا قارنا بين نسبة هذا الأخير (0.92%) ونسبة عناصر أخرى من التصور كالموت (14.76%)، الخوف (9.23%)، فقدان الأنوثة (9.53%)، ألم (5.23%)، سوء تقدير الذات (6.46%)، مرض خبيث وخطير (4.61%)،...، يتضح لنا بأن الفحص المبكر لا يعد من العناصر الأكثر تقاسماً بين الطالبات، ولا العناصر الأكثر أهمية بالنسبة لهن، بدليل ترتيب أهميته (انظر الجدول رقم 11)، ويمكن تفسير ذلك من خلال تداخل عدة عوامل ربما أهمها هو سيطرة الاعتقادات على تصوراتهن لسرطان الثدي، كالدينية التي تدعو إلى الاستسلام لقضاء الله وقدره، واعتبار المرض نعمة من الله تظهر ذنوب المصابة وترفع من درجاتها، وبالتالي فإن محاولة تقادي المرض (الوقاية) تصبح تحدياً لقضاء الله وحكمه، وهذا ما أثبتته إحدى الدراسات التي أجراها المعهد العلمي للصحة العمومية ببلجيكا في 2004، من أجل كشف العوامل التي تقف وراء عزوف النساء البلجيكيات والمغربيات المغتربات ببلجيكا عن القيام بالفحص المبكر عن سرطان الثدي، من خلال التعرف على تصوراتهن الاجتماعية حول السرطان ونتائجه، وقد كشفت النتائج بأن العوائق الثقافية هي إحدى هذه العوامل، حيث أن النساء المغتربات تتصورن أن الطبيب الذي يقول بأن الفحص المبكر عن سرطان الثدي سيمنع شيئاً يمكنه الحصول بعد 20 سنة، هو شخص متكبر ومتعجرف يتحدى حكم الله وقضاه. كما أنهن تستبعدن إصابتهن بالسرطان لأن الأسباب حسب تصورهن متعلقة بالدين أو بالسحر والشعوذة، وبينت النتائج كذلك أنهن تتجنبن التحدث عن السرطان أو مجرد التلفظ بإسمه لأن ذلك جالبا للشر والموت (Leroy,O, 2006)، وفي نفس الاتجاه يرى لينير Lignieres (2000) أن التصورات الاجتماعية للمرض في المغرب ترتبط بطابع المجتمع التقليدي ومعاييره الثقافية التي تركز على الدين، فالمرض يعتبر

في المفهوم الإسلامي امتحانا في الحياة، التي تعد بدورها مرحلة من مراحل وجود الانسان عبدا لله، ولا يستطيع هذا الأخير سوى الاستسلام أمام قوة القدر وإرادة المولى.

أما الاعتقادات السلبية الأخرى التي برزت في الدراسة الراهنة (الموت، اليأس، الظلام، الخوف، مرض خبيث وخطير، لا شفاء)، فهي كلها تتناقض مع مفهوم الفحص المبكر كوسيلة وقائية ضد سرطان الثدي التي ترتبط بالأمل وبالحياة، وبما أن هذه الاعتقادات موجودة بكثرة ومسيطر على التصور، فإن الوقاية لم تأخذ الحجم الكاف من الاهتمام، زد على ذلك فإن أبرز الاعتقادات ( الموت، الخوف، مرض خبيث وخطير) موجودة بالنواة المركزية، مما يجعلها تتحكم في المعنى العام للتصور، ذلك أن النواة المركزية هي من تمنح معنى وقيمة لبقية العناصر المكونة للتصور. ويمكننا أن نفهم أكثر التناقض القائم بين عناصر النسق المركزي ( الموت، الخوف، مرض خبيث وخطير،...) وعناصر النسق المحيطي أو العناصر المحيطة (أمل، تحدي، وقاية، الفحص المبكر...) في تصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي من خلال وظيفتي النسق المحيطي المتمثلتان في تنوع محتوى التصور، والتكيف مع الواقع المادي (Abric, 2001)، فالأولى تسمح بنفاذ محتويات جديدة (الفحص المبكر، الوقاية، أمل، تحدي) يمكن أن تكون معاكسة للنواة المركزية، لتحقق تكيف التصور مع تطورات المجال (التقدم الطبي في علم الأورام)، والظروف الراهنة (العمليات المكثفة للتحسيس بأهمية الفحص المبكر)، دون تغيير التصور جذريا، والوظيفة الثانية تعمل على جعل التصور مفهوما ومنقولا إلى مواقف مادية أخرى (الخوف من الموت في النواة المركزية انتقل إلى الخوف من المستشفيات في النسق المحيطي، بدليل الترابطات التي أجرتها الطالبات بين هاتين العبارتين: مستشفى - الموت).

بتعبير آخر فإن التناقض بين محتويات التصور ضروري للحفاظ على استقرار هذا الأخير وثباته، لكن المعنى العام والمسيطر على التصور تحدده عناصر النواة المركزية. فالعناصر المحيطة تتميز بمرونتها في معناها وطابعها المعياري، حيث أنها تسمح للأفراد بالدخول في نقاش مع غيرهم ممن يختلفون معهم في

وجهات النظر، والتكيف مع الموضوع المعني بالنقاش دون المساس باعتقاداتهم الأساسية (Seca, J.M., 2002).

بناءً عليه، فإن الطالبات ومن خلال تصورهن لسرطان الثدي على أنه مرض خطير وخبيث يؤدي إلى الموت المؤلم، قد عبرن عن معتقداتهن الأساسية، وما جاء كعناصر محيطية لنفس التصور (خاصة المتناقضة مع المعنى العام للتصور)، ما هو إلا محاولة للتكيف مع الظروف الراهنة كما سبق وأشرنا. لكن في نفس الوقت، يمكن أن نقول بأن وجود مفهوم الفحص المبكر ولو ضمن العناصر المحيطة وبنسبة صغيرة، يبعث على التفاؤل، لأنه ربما مؤشر عن إمكانية تسلله إلى النواة في المستقبل، مما يؤكد على أهمية التوعية الصحية الفعالة.

تتفق النتائج التي تحصلنا عليها فيما يخص بعد الوعي الصحي مع ما كشفت عنه دراسات أخرى كدراسة Beck, F و Gautier, A (2010 - 2012)، التي هدفت إلى معرفة تصورات المجتمع الفرنسي حول السرطان في إطار إجراء تحري من طرف الاتحاد العالمي ضد السرطان والمنظمة العالمية للصحة، وبصفة عامة فقد غلبت الصبغة السلبية والمفاهيم المرتبطة بالموت والمعاناة على هذه التصورات، في حين لم تظهر المفاهيم الإيجابية والمتعلقة بالوقاية كالبحت، الكفاح، التحدي، الأمل، الوقاية، الشفاء،... إلخ، إلا قليلاً.

إن الاعتقادات تلعب دوراً لا يستهان به في تشكيل التصورات الاجتماعية للمرض سواء في تفسير أسبابه أو أعراضه، أو نتائجه، أو علاجه (Lavesque, A, 2015)، ومن ثمة تقوم هذه التصورات بتوجيه سلوكيات الأفراد نحو كيفية الوقاية من هذا الداء. ولعل ما حصل في فترة الاحتلال الفرنسي للجزائر عندما امتنع الجزائريون عن تلقيح أولادهم لتصورهم بأن هذا الأخير يعني اختلاط دم أطفالهم بدم المستعمر الفرنسي (Turin, Y, 1983)، يوضح تأثير نسق الاعتقادات على السلوك الصحي للأفراد. وفي نفس السياق قامت إحدى الدراسات بفرنسا بالكشف عن العوامل التي تقف وراء رفض النساء للقيام بالفحص المبكر عن سرطان الثدي حسب تصورات الأطباء، واستخدمت لتحقيق هدفها المقابلة البؤرية وتحليل المحتوى، فكشفت النتائج

على أن غياب النساء عن الفحص المنظم راجع إلى ربطهن بين الفحص المبكر وظهور السرطان، وكأنهن في أمان ما دام الفحص عن السرطان بعيدا (السرطان ليس موجود طالما لم يكتشف)، إضافة إلى خوفهن من مواجهة تشخيص السرطان ومن انعكاساته على الجسد، وعلى حياتهن الاجتماعية، وحالتهم النفسية (Lecompte,H, 2018). إن الامتناع عن القيام بالفحص المبكر خوفا من ظهور السرطان يشبه إلى حد ما الاعتقاد القديم الذي يعود إلى العصور الوسطى، والذي مفاده أن لمس الورم بغض النظر عن ما إذا كان حميدا أو خبيثا قصد العلاج يعد أمرا محظورا، لأن ذلك يؤدي إلى تفاقم المرض والتسريع بموت المصاب، وهذا ما كان يمنع أي محاولة للعلاج آنذاك (Gros, 1994).

إذن على اعتبار أن التصورات الاجتماعية للمرض توجه وتحدد السلوك الوقائي ضد هذا الأخير، وانطلاقا من نتائج الدراسة الراهنة التي كشفت عن تصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي، والتي تدور حول نواة مركزية تحمل مفاهيم سلبية كالموت والخوف وفقدان الأنوثة والألم...، وعلى حقل دلالي تشكله مجموعة من الأبعاد على رأسها بعد الاعتقادات، في حين لم يحض بعد الوعي الصحي الذي يمثل الفحص المبكر بالاهتمام الكاف من طرف الطالبات، بالرغم من ادراكهن لدور هذا الأخير في الوقاية من السرطان، فإننا نتساءل عن السياسة التوعوية التي تعتمدها الدولة الجزائرية والمجتمع المدني للتأسيس بأهمية الفحص المبكر عن سرطان الثدي، وفي هذا الصدد نذكر بالدراسة التي قام بها حمودي (2005) لكشف التصورات الاجتماعية للسرطان في المجتمع الجزائري، حيث تناولت الدراسة عينة من 100 فرد قسمت إلى 3 فئات، الأطباء، الممرضين، ومرضى السرطان، واعتمدت لجمع المعلومات على الاستبيان مع فئة الأطباء والممرضين، والمقابلة نصف الموجهة مع المرضى. فكان من بين النتائج أن (56.55%) من الأطباء يؤكدون على انعدام السياسة الوقائية في مجال السرطان في الجزائر، بدليل وصول حالات سرطانية في مراحلها الأخيرة، حيث يقتصر العلاج على التخفيف من الألم. أما فئة الممرضين فقد انقسمت نتائجها بين وجود سياسة وقائية متوسطة أو عدم وجودها حسب تصوراتهم. في حين غاب مفهوم الوقاية تماما عند

(55%) من فئة المرضى. هذه النتائج تعبر عن مستوى السياسة الوقائية المحلية ضد السرطان في السنوات السابقة أي قبل 2005، لكن بعد ذلك قامت الدولة لتعزيز الوقاية ضد السرطان بإعداد مخطط وطني 2015 - 2019، الذي اعتمد نظرة استراتيجية جديدة متمركزة أساسا حول المريض، تهدف بالدرجة الأولى إلى الحد من وفيات مرضى السرطان، وتحسين الإجراءات الوقائية ضد عوامل الخطر ونوعية الحياة أثناء وبعد العلاج، إضافة إلى المساواة في الحصول على الرعاية الصحية لكل الجزائريين. حيث شمل المخطط ثمانية محاور استراتيجية منها المحور الإستراتيجي الثاني الخاص بتحسين فحص سرطان الثدي من خلال التركيز على حسن الاستقبال وتوفير المنشآت والوسائل اللازمة، وتشجيع الحملات التوعوية لتحفيز النساء على الفحص المبكر عن سرطان الثدي، إضافة إلى توفير الدعم النفسي للمرضى قبل وبعد العملية الجراحية (Ministère de la santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, 2014)

أمام هذه الجهود لإعداد سياسة وقائية ضد سرطان الثدي، وبناء على ما توصلت إليه الدراسة الراهنة من نتائج، وباعتماد المعطيات الوبائية الحالية بخصوص انتشار هذا الداء، واكتشاف معظم الإصابات في الحالات المتقدمة، وعزوف بعض النساء عن الفحص المبكر، يصبح من الضروري أن نتساءل عن نجاعة السياسة الوقائية المعتمدة لمكافحة سرطان الثدي؟، والتي حسب رأينا من المهم أن تعنى بالتصورات الاجتماعية لداء سرطان الثدي لدى المرأة الجزائرية لاسيما الشابة، وتأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات الثقافية للمجتمع في إعدادها للسياسة التوعوية والوقائية.

أخيرا يمكننا أن نقول أننا قد حققنا أهداف الدراسة إلى حد كبير، حيث كشفنا عن محتوى التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي بجامعة عنابة بما فيها الفحص المبكر، كما حددنا طبيعة هذه التصورات وكشفنا كذلك على بنيتها، وأبعاد حقلها الدلالي، وكيفية تنظيمه. لكن تبقى النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة خاصة بالعينة المعتمدة، وفي نفس الوقت؛ لا بد لنا حلى حد تعبير

موريس أنجريس من « التشعب بفكرة أن الواقع سيبقى دائما أكثر ثراء مما يمكننا الحصول عليه، ومليء بالمفاجئات» (موريس أنجريس، 2006، ص429).

## خلاصة الفصل:

بعد عرض البيانات المتحصل عليها من خلال تطبيق تقنية الشبكة الترابطية على طالبات علم النفس العيادي، واخضاع هذه البيانات للمعالجة الإحصائية بحساب التكرارات، ومؤشري الحيادية والقطبية ثم تحليل محتوى الشبكات؛ توصلنا إلى النتائج التالية:

- أفرزت التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي محتوى ثري من التدايعات بما في ذلك الفحص المبكر.

- تدور التصورات المنتجة حول نواة مركزية تشكلت من العناصر التالية: الموت، الخوف، فقدان الأنوثة، ألم، مرض خبيث وخطير، استئصال الثدي.

- أظهرت عينة الدراسة اتجاها سلبيا نحو موضوع التصور.

- ظهر الحقل الدلالي للتصورات المنتجة ثريا ومنتظما وفق تسلسل هرمي تصدره بعد الاعتقادات بما فيها الدينية، ثم بعد الانعكاسات النفس اجتماعية للداء الذي حصل على نسبة كبيرة كذلك، يليه بعد

رمزية الثدي الذي عكس أهمية الجسد الأنثوي لا سيما الثدي في الثقافة المحلية، فبعد المظهر الطبي للداء الذي ركز على العلاج الكيميائي، ثم بعد المساندة بنسبة ضئيلة رغم طبيعة تخصص

عينة الدراسة، وأخيرا بعد الوعي الصحي الذي حصل على أقل نسبة بين مجموع الأبعاد المكونة للحقل الدلالي للتصورات المنتجة، كمؤشر على نقص الوعي بأهمية الوقاية من سرطان الثدي عن

طريق الفحص المبكر لدى عينة الدراسة.

ونستخلص مما سبق أن العامل الثقافي قد لعب دورا مهما في بلورة وترسيخ التصورات المنتجة حول سرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي، هذا ما قد يفسر نقص وعيهن الصحي بخصوص الفحص المبكر في

حقل التصورات المنتجة، حيث كانت الاعتقادات المغلوطة هي الغالبة.

الخاتمة

في خاتمة هذا العمل، نذكر ما توصلنا إليه من نتائج بعدما حاولنا دخول عمق الفكر الاجتماعي وتحديد الظروف التاريخية والمكونات الثقافية التي ساهمت في بناء وترسيخ التصورات الاجتماعية حول سرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي كعينة من المجتمع النسوي الجزائري الشاب، مما يوفر لنا إمكانية التنبؤ بالمسار الاجتماعي للمرض، خاصة في ظل المعطيات الوبائية الحالية التي تشير إلى إحصاء النساء عن الفحص المبكر، بالرغم من أنه يظل الوسيلة الوحيدة للوقاية من داء سرطان الثدي في الوقت الراهن.

إن تطلعنا إلى فهم التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي في مجتمعنا، تغذيها العلاقة القائمة بين هذه التصورات وبين السلوك الصحي للنساء نحو الداء المعني؛ والمتمثل في الإقبال أو الإحجام عن الفحص المبكر.

أردنا في هذه الدراسة قراءة الواقع الاجتماعي من خلال شبكة التصورات الاجتماعية. فاعتمدنا لتحقيق هذا الهدف نظرية النواة المركزية للتعرف على القيم المركزية، البصمات التاريخية، الأيديولوجية، الثقافية والاجتماعية، التي تنتظم حولها التصورات وتأخذ منها معناها. ومن خلال المنهج الوصفي، استعنا بأداة خاصة بدراسة التصورات الاجتماعية المتمثلة في تقنية الشبكة الترابطية إلى جانب تقنية تحليل المحتوى بالتطبيق على عينة المتطوعين من طالبات علم النفس العيادي بكلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية-جامعة باجي مختار عنابة، بلغ حجمها اثنتين وستين 62 طالبة.

كشفتنا من خلال الدراسة الميدانية عن محتوى وبنية التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي، حيث تدور حول نواة مركزية تعتبر سرطان الثدي مرض خبيث وخطير، يحرم المرأة المصابة ثديها مما يفقدها أنوثتها، كما أن مصيرها الحتمي هو الموت، مما يجعل الداء المعني مخيفا، وحول هذه النواة المركزية تنتظم عناصر محيطية تترجم وتجسد محتوى النسق المركزي، وبالرغم من احتواءها على بعض المفاهيم المتناقضة إلا أن ذلك من شأنه أن يحافظ على ثبات التصور واستقراره. كما أظهرت النتائج

كذلك اتجاه الطالبات نحو موضوع التصور بكل ما حملته تصوراتهن من مفاهيم سلبية ارتبطت أساسا بالانعكاسات النفسية، والاجتماعية، والأضرار الجسدية التي يسببها سرطان الثدي للمصابة.

لقد تبين لنا كذلك أن تصورات الطالبات قد تكونت من مجموعة من الأبعاد التي انتظمت وفق حقل دلالي هرمي ثري ومتنوع، عكس أفكارهن، ومعلوماتهن، وآرائهن، وقيمههن إزاء موضوع التصور، وشكلت الاعتقادات قاعدة هذا الهرم الذي شيدت بناءا عليه التصورات المنتجة وترسخت، في حين مثَّل الوعي الصحي قمة هذا الهرم كأصغر بعد. ووفق هذا التنظيم، فإن الفحص المبكر كأحد عناصر بعد الوعي الصحي، لا يعتبر مترسقا في ثقافة الطالبات المثقلة بالمعتقدات الخاطئة حول سرطان الثدي.

يمكننا القول: إن التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي لا تبدو نابعة من ثقافة صحية علمية واضحة، إنما من ازدواجية بين تصور علمي يركز على انعكاسات المرض على المصابة سواءً من الناحية الجسدية، النفسية، الاجتماعية؛ وبين تصور غيبي ديني أو شعبي يعكس تأثير الثقافة الشعبية أو العامية التي تعبر عن مزيج من المعلومات الصحيحة والخاطئة.

في النهاية نتساءل عن مدى استعداد الطالبات للقيام بالفحص المبكر عن سرطان الثدي؟ وما هي تصوراتهن عن الفحص المبكر؟ وهل تحمل هذه التصورات بعدا وظيفيا أم معياريا؟ ربما تفتح هذه الأسئلة آفاقا جديدة لدراسات أخرى من شأنها أن تكون امتدادا للدراسة الراهنة، أو تتناول الموضوع عينه وفق منظور مغاير.

نظرا لاعتمادنا على عينة غير احتمالية لأسباب ذكرت سالفا، فإنه لا يمكن تعميم النتائج التي توصلنا إليها، لذلك من المستحسن اعتماد عينة احتمالية مستقبلا إذا سمحت الظروف بذلك، كما يمكن إجراء الدراسة على عينات أخرى كطالبات الطب أو الطبيبات، باعتبارهن طرف مهم في معادلة التحسيس بأهمية الفحص المبكر.

وامتثالا لما عهدناه في البحوث العلمية من تقديم الباحث لتوصيات واقتراحات في نهاية الدراسة، فإننا نوصي بما يلي:

- التفكير في السياسة الصحية التوعوية التي تعتمدها الدولة الجزائرية للحث على الفحص المبكر، التي يجب إعادة تأسيسها وفق نظرة شاملة تتعدى المظهر الطبي الوبائي للداء إلى الأبعاد الثقافية، والاجتماعية، والنفسية، والتاريخية التي تتفاعل لبناء التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي، لأن هذه الأخيرة توجه وتسير السلوكيات بما فيها الصحية كالإقدام على الفحص المبكر. وعليه فإنه من الضروري تكافل جهود الأطباء، والأخصائيين النفسانيين، وعلماء الدين، والباحثين في الأنثروبولوجيا الصحية، وعلم الأوبئة، وعلم الاجتماع،... لإعداد خطة محكمة تضمن استقطاب أكبر عدد ممكن من النساء نحو الفحص المبكر، بدلا عن محاولات اعتباطية تعتمد أساسا على التخويف الذي قد يأتي بنتائج عكسية كما أثبتته بعض الدراسات.

- تأطير الاعلام السمعي والبصري في ما يخص برامج التوعية الصحية الخاصة بمكافحة سرطان الثدي بما يتوافق والتطورات الطبية في هذا المجال من جهة، ويراعي التصورات الاجتماعية والبعد الثقافي لهذا الداء من جهة أخرى. بتعبير آخر، لا بد من تنسيق بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي، ووزارة الاعلام والاتصال، لبحث طرق وكيفيات تفعيل الرسائل التوعوية الهادفة إلى مكافحة سرطان الثدي.

- برمجة لقاءات علمية بمشاركة المجتمع المدني، والأخصائيين النفسانيين، والأطباء، والأنثروبولوجيين،... لتزويد الجمعيات بالأفكار الصحيحة التي تساهم في نشر الوعي والتحسيس بأهمية الفحص المبكر بعيدا عن الضغط الاجتماعي.

- ضرورة إدراج مقاييس تُعنى بالصحة النفسية لمرضى السرطان مثل علم الأورام النفسي (Psycho-oncologie) في التكوين الأكاديمي لطلبة علم النفس، وبرمجة تربيصات ميدانية مؤطرة في

المستشفيات والمراكز الصحية لتدريبهم على ممارسة العلاقة العلاجية (أسسها، حدودها، أهدافها...)، ولتحسيسهم بأهمية الدعم النفسي لمرضى السرطان.

- تعديل التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي من صورتها السلبية إلى صورة أكثر واقعية في ظل ما يشهده الطب من تطور في مجال علم الأورام، بتقديم نماذج إيجابية للمجتمع من المصابات المكافحات اللاتي تقبلن المرض وواجهنه بفعالية، وتكيفن مع تبعاته، واللاتي شفين منه؛

- التأكيد على دور الأخصائي النفسي في تحقيق هذه النماذج الإيجابية من خلال التكفل النفسي الجيد بالحالات المرضية، هذا الأخير لا يتأتى إلا من خلال تكوين نظري وميداني هادف، وتأطير محكم لطلبة علم النفس.

- تفعيل دور الأخصائي النفسي في سياسة التوعية والتحسيس ضد سرطان الثدي من خلال إشراكه في الحملات التحسيسية، لأن من المنتظر أن يكون تأثيره على المعنيات بالتوعية أكبر، بحكم معرفته لمظاهر المرض النفسية الاجتماعية والبيولوجية.

- غرس مفاهيم الوقاية الصحية لدى الطلبة الجامعيين بشكل عام، وثقافة الفحص المبكر لسرطان الثدي لدى الطالبات بشكل خاص، لا سيما في ظل المعطيات الوبائية لهذا الداء في مجتمعنا الجزائري الذي يشير إلى إصابة المرأة الشابة أكثر فأكثر.

# قائمة المصادر والمراجع

## المراجع باللغة العربية:

القرآن الكريم

1. ابن القيم الجوزية.(1377-1957). الطب النبوي: دار إحياء الكتاب العربية، م1.
2. أنولد، دافيد.(1998). الطب الامبريالي والمجتمعات المحلية، ترجمة: مصطفى إبراهيم فهمي، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
3. أميمة، أحمد. (أكتوبر 24، 2014). نساء الجزائر تحت رحمة سرطان الثدي. مصر العربية. استرجع بتاريخ سبتمبر 20، 2018 من <http://www.masralarabia.com>.
4. أنجرس، موريس.(2006). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة: بوزيد صحراوي، بوشرف كمال، سبعون سعيد، ط2، الجزائر: دار القصبية للنشر.
5. براحو فافا سهيلة.(2009).إصلاح المنظومة الصحية واقع وآفاق، عدد6، الجزائر: مجلة دراسات إستراتيجية.
6. بلال، رشيدة.(أكتوبر11، 2017).صالون وطني حول سرطان الثدي في أواخر أكتوبر. المساء، استرجع بتاريخ 20 مارس، 2018 من <https://www.el-massa.com/dz/>
7. بلفيزير، عبد الله.(1998). في البدء كانت الثقافة. الدار البيضاء: المطبعة الحديثة.
8. بورويلة، ص.(2015، 31 أكتوبر). مشاركة أكثر من 1000 امرأة في ماراتون مكافحة سرطان الثدي. الخبر، استرجعت بتاريخ 19 مارس، 2018 من <http://www.elkhabar.com/press/article/93547>
9. بوطوقة، مبروك.(أكتوبر 20، 2015).أيديولوجيا الطب الحديث: الطب من حيث هو ممارسة تأويلية وأداة للهيمنة. استرجع بتاريخ جانفي 12، 2019 على <http://www.aranthropos.com>

10. جابر نصر الدين، لوكيا الهاشمي.(2006). مفاهيم أساسية في علم النفس الاجتماعي، ط2، مخبر التطبيقات النفسية والتربوية، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
11. الجزائر يومية وطنية إخبارية. مركز آل سعود لمكافحة السرطان يصنع الحدث في الجرائد الخليجية. استرجع بتاريخ أبريل 8، 2018 على [http://www.eldjazaironline.net/home/index.php?option=com\\_](http://www.eldjazaironline.net/home/index.php?option=com_)
12. جعفري، شائعة.(جانفي22، 2018). شبابيك. التلفزيون العربي. استرجع بتاريخ سبتمبر 20، 2018 من <http://pages.alaraby.tv/>
13. جمعية أمل تخصص شهر أكتوبر للتأسيس بسرطان الثدي.(2013، 2 أكتوبر). المقام. استرجعت بتاريخ 19 مارس، 2018 من <http://www.elmakam.com/?p=17268>
14. جمعية بدر تطلق الأسبوع الوطني للتضامن مع مرضى السرطان. (أفريل2، 2016). الحوار. استرجع بتاريخ 12 أبريل، 2018 من <http://elhiwardz.com/society/45517/>
15. جيمس داو. (2016). ترجمة هاجر كنعن، تعريف علمي للدين، مؤمنون بلا حدود للدراسات والأبحاث، د ب.
16. حاروش نور الدين.(2009). السياسة الصحية بالجزائر بين الرهانات والواقع، عدد7، الجزائر: مجلة دراسات إستراتيجية.
17. حجاب، راضية. (أفريل 28، 2018). أزواج يطلقون زوجاتهم بسبب السرطان. الشروق العربي. استرجع بتاريخ سبتمبر20، 2018 من <https://www.echoroukonline.com/%D/>
18. حسين عبد الحميد أحمد رشوان.(2003). الأنثروبولوجيا في المجالين النظري والتطبيقي، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

19. حسين عبد الحميد أحمد رشوان.(2006). الثقافة، دراسة في علم الاجتماع الثقافي، الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
20. حمايدية، علي.(2016). التكفل النفسي بالأمراض المستعصية بالوساطة العلاجية والعلاج بالفن. (أطروحة دكتوراه غير منشورة). جامعة الدكتور محمد لمين دباغين سطيف 2. سطيف.
21. حمودي محمد جمال.(2005). تمثلات المجتمع الجزائري لمرض السرطان.المركز الاستشفائي الجامعي لتلمسان نموذجاً مقارنة أنثروبولوجية طبية، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في الأنثروبولوجيا، تلمسان. الجزائر.
22. رحاب خضر عكاوي.(1990). الموجز في تاريخ الطب عند العرب، بيروت:دار المناهل.
23. روبرت بكمان، تيريزا ويتاكر.(1999). ترجمة جولي صليبة. كيف تعالج نفسك من سرطان الثدي. لبنان: أكاديمية أنتارناشيونال للنشر والطباعة.
24. رياض نايل العاسمي.(2006).علم نفس الصحة الإكلينيكي ط1، عمان-الأردن : دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
25. رياض نايل العاسمي.(2015).صورة الجسد المنحى التكاملي للصحة والمرض. ط1، عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
26. الزروق فاطمة الزهراء.(03، 2015).علم النفس الصحي مجالاته، نظرياته، والمفاهيم المنبثقة عنه. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية. نقلا عن World Health Organisation Quality Of Life, 1994.
27. زكي أحمد كمال.(1975). الأساطير: دراسة حضارية مقارنة، ط1، مصر، المنيرة: مكتبة الشباب.
28. زلوف منيرة.(2004). دراسة تحليلية للاستجابة الاكتئابية عند المصابات بالسرطان، الجزائر: دار هومة.

29. السباعي خلود.(2011). الجسد الأنثوي وهوية الجندر، ط1 ، بيروت-لبنان: جداول.
30. شويتام، أرزقي.(2009).المجتمع الجزائري وفعالياته في العهد العثماني 926-1246هـ/1519-1930م. ط1، الجزائر: دار الكتاب العربي.
31. شويخ، هناء أحمد.(2007). أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأمراض السرطانية. ط1. القاهرة، مصر: ايتراك للطباعة والنشر.
32. عباس، محمد ابراهيم. (2003). الأنثروبولوجيا الطبية، مصر: دار المعرفة الجامعية.
33. عبد الغني عماد.(2006). سوسيولوجيا الثقافة، المفاهيم والإشكالات من الحداثة إلى العولمة، بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.
34. عبد المحسن صالح.(1979). الإنسان الحائر بين المعرفة والخرافة. ط1. الكويت:عالم المعرفة.
35. عبد المعطى شعراوى.(1995). أساطير إغريقية، مكتبة الأنجلو المصرية. ج2.
36. عبد الناصر علي بن علي الفكي.(2016). الثقافة المجتمعية وأثرها على المرض في أفريقيا. دراسات إفريقية. استرجع بتاريخ 20 أوت، 2018 من <http://dspace.iua.edu.sd/bitstream/123456789/1064/1/%D8.pdf>
37. عريوة، ريمة. (2010، 23 أوت). جمعية "الأمل" لمساعدة مرضى السرطان تسعى للتكفل بالمصابين بكل الطرق الممكنة. الحوار، استرجعت بتاريخ 18 مارس، 2018 من <https://www.djazairiess.com/elhiwar/36545>
38. عساف، صالح بن حمد.(1995).المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية. ط1، الرياض: مكتبة العبيكان.
39. عشراتي سليمان.(2002). الشخصية الجزائرية: دار الغرب للنشر والتوزيع.

40. عطية أحمد. (1999). *مناهج البحث في التربية وعلم النفس، رؤية نقدية*. ط1. د ب: الدار المصرية اللبنانية للطباعة والنشر والتوزيع.
41. علاء الدين محمد. (1999). *الصحة في المجال الرياضي، الإسكندرية: منشأة المعارف*.
42. على المكاوي. (1994). *الأنثروبولوجيا الطبية دراسات نظرية وبحوث ميدانية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية*.
43. علي بن نفيح العلياني. (دس). *الرقى على ضوء أهل السنة والجماعة، السعودية، الرياض: دار الوطن للنشر*.
44. علي عبد الرازق جليبي. (2008). *دارسات في المجتمع والثقافة والشخصية، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية*.
45. فالح بن صنعات الدلجي العتيبي. (2011). *دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض*. رسالة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الاجتماعية. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. الرياض.
46. الفرشيشي، خولة. (ديسمبر 30، 2017). *النهد في المخيلة العربية بين شهوة الذكر ومعوله*. ميم/مجلة المرأة العربية، استرجع بتاريخ ماي 26، 2018 من <https://meemmagazine.net/2017/12/30/>
47. فضيل، حضري. (2011). *مستويات الدين وأشكال التدين - محاولة تصنيفية - استرجع بتاريخ سبتمبر 12، 2017 على الرابط:*
- <file:///C:/Users/b/Downloads/مستويات%20الدين%20وأشكال%20التدين.pdf>
48. قنطار فايز. (أكتوبر، 1992). *الأمومة نمو العلاقة بين الطفل والأم*. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
49. كتاب، حميدة. (أكتوبر 16، 2015). *تزميرت نون*. القناة الجزائرية الرابعة. 15:00.

50. كوملان بيار. (1992). الأساطير الإغريقية والرومانية، ترجمة: أحمد رضا محمد رضا، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
51. الكيلاني، فالح. (أفريل 29، 2017). مواطن جمال المرأة في الشعر الجاهلي. استرجع بتاريخ ماي 11، 2018 من <http://elsada.net/41439/>
52. محمد محمد علي. (1987). الشباب العربي والتغيير الاجتماعي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
53. محمد مدحت جابر، فاتن محمد البنا (1998). دراسات في الجغرافيا الطبية: دار الصفاء للطباعة والنشر. الأردن
54. مختار رحاب. (جوان، 2014). الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع مقارنة من منظور الأنثروبولوجيا الطبية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 15، 173-186.
55. مخلوف وردة، فسيان حسين. (ديسمبر 17، 2017). بعض المحددات النفسية والثقافية لممارسة الرضاعة الطبيعية لدى الأمهات. استرجع بتاريخ ماي 28، 2018 من <file:///C:/Users/b/Documents/symbolique%20du%20sein/S3120.pdf>
56. المرسوم التنفيذي رقم 91-111 المؤرخ في 27/4/1991 المتعلق بالقانون الخاص بالاختصاصيين في علم النفس المعدل، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية رقم 43 بتاريخ 22/7/2009.
57. معايير DSM-5. ترجمة الحمادي، أ. استرجع بتاريخ أوت 27، 2018 من [https://ia801904.us.archive.org/21/items/sbaabdou6\\_gmail\\_Dsm5/Dsm.pdf](https://ia801904.us.archive.org/21/items/sbaabdou6_gmail_Dsm5/Dsm.pdf).
58. معجم المعاني الجامع، استرجع بتاريخ اكتوبر 12، 2018 من <http://www.almaany.com/ar/dict/ar/>.
59. منظمة الصحة العالمية. (سبتمبر 12، 2018). السرطان. استرجع بتاريخ 18 أوت، 2019 من <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

60. موساوي. (أكتوبر 12، 2015). الدكتور موساوي: حملات التوعية ساهمت في تخفيض معدلات علاج الحالات المتأخرة لسرطان الثدي. الإذاعة الجزائرية. استرجعت بتاريخ 22 مارس، 2018 من <http://www.radioalgerie.dz/news/ar/article/20151012/54993.html>
61. موسى شاهين. (1991). الحسد والعين وتأثيرهما في ضوء الكتاب والسنة، عدد 5، قطر: مجلة مركز بحوث السنة والسيرة.
62. نجلاء عاطف خليل. (2006). في علم الاجتماع الطبي، ثقافة الصحة والمرض، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
63. نواره، أ. (أفريل 9، 2012). السرطان لا ينتظر أحدا فمتى نطبق مخطط المكافحة. المساء، استرجع بتاريخ 12 أفريل، 2018 من <https://www.djazairess.com/elmassa/58953>
64. هارتمان لين س، لوبرينزي تشارلز. (2005). الدليل إلى سرطانات النساء، لبنان: الدار العربية للعلوم.
65. الهلي مصباح، الشايب محمد الساسي. (جوان، 2016). المعتقدات الخرافية الشائعة لدى تلاميذ مرحلة المتوسط: دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ مرحلة التعليم المتوسط بورقلة: مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 24، 15-24.
66. وليد، و. (ديسمبر 18، 2016). لفائدة مرضى السرطان بقسنطينة تدشين أول إقامة لدار واحة قريبا. المشوار السياسي. استرجعت بتاريخ 12 أفريل، 2018 من <https://www.djazairess.com/alseyassi/74873>
67. ويكيبيديا، الموسوعة الحرة. (جانفي 4، 2018). الثدي. استرجع بتاريخ فيفري 25، 2018 على <https://ar.wikipedia.org/wiki/%D8%AB%D8%AF%D9%8A>
68. ياسين عبوبو. (فيفري 23، 2015). تكلفة العلاج تصل إلى 500 مليون للحالة الواحدة. النصر. استرجع بتاريخ مارس 9، 2019 من <http://www.annasronline.com>

المراجع باللغة الفرنسية:

1. Abric, J.-C. (1994). **Pratiques sociales et représentations**. Paris : Presses universitaires de France.
2. Abric, J.C. (1994b). **Les représentations sociales** : aspects théoriques, in Abric, J.C.(2003). (Ed.) , **Pratiques sociales et représentations**, Paris, PUF. 4e éd. 11-36.
3. Abric, J.C.(1989).**L'étude expérimentale des représentations sociales**.Dans D.Jodelet (dir), **Les représentations sociales**.Paris : Presses universitaires de France.
4. Abric, J.C. (2001). **L'approche structurale des représentations sociales** : développements récents. *Psychologie et société*, 4-2. 81-103.
5. Abric, JC. **L'organisation interne des représentations sociales :système central. Système périphérique**. In Darty,S.(2014). **Impact du stage de deuxième cycle en médecine générale sur les représentations sociales de cette spécialité parmi les étudiants en médecine du Poitiers. Etude semi –quantitative transversale**. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. Université de Poitiers.
6. Aïach P.(1980). **Peur et image de la maladie : l'opposition cancer/maladies cardiaques**, *Bulletin du cancer*, 67 (2) : 183-90.
7. Alexis Lacout.(2009). **Dépistage du cancer du sein**, Edition Veinazobres – Grego, Paris.
8. Amami, O., Akrouf, R., Ben Thabet- Kamoun, J., Ketata, W., Siala-Kamoun, M.(2006). **Psychogenèse du cancer**. *L'information psychiatrique*,82(8), 683-688, consulté Juin 30, 2018 sur <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-8-page-683.htm#pa10>.
9. Aoues, H.(Octobre 31,2017).**Intérêt du dépistage et du diagnostic précoce du cancer du sein**. Communication pour la journée d'information et de sensibilisation sur le cancer du sein. Annaba, Algérie.
10. Aurélie Banet, **Conscience du risque et attitudes face aux risques chez les motocyclistes**, Université Lumière Lyon 2,2010.
11. Bacqué, M.F.(1988). **Représentation de la guérison en milieu hospitalier «aigu».****Traitement pathogène, maladie thérapeutique**. *Psychologie médicale*. 20.9 :1305-1307.

12. Bacqué, M.,F.(2007). **Prévenir les troubles de l'image du corps et de la représentation de soi.** Psycho-oncologie.1 :3-5.Consulté Aout 24, 2018 sur [https://archives-pson.revuesonline.com/gratuit/PSO1\\_1\\_11839\\_2007\\_Article\\_14.pdf](https://archives-pson.revuesonline.com/gratuit/PSO1_1_11839_2007_Article_14.pdf).
13. Baggio, Stéphanie. (2006). **Psychologie sociale**, 1ère édition. Bruxelles : Edition de Boeck.
14. Baillet. (Janvier 6, 2004). **Cancérologie niveau DCME3.** 2002-2003. Université Pierre et Marie Curie. Consulté Septembre 2, 2018 sur <http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/cancero.pdf>.
15. Baillet, F, Follezou, J.Y. (Octobre5, 2015).**cancérologie.** Consulté Fevrier11, 2018 sur [www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/cancero.pdf](http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/cancero.pdf).
16. Barkat, A.(Mars14, 2009).**Epidémiologie du cancer du sein en Algérie.** Consulté Fevrier21, 2018 sur [www.saerm-dz.com/upload/File/saerm\\_7c/6-%20A.%20BARKAT.pdf](http://www.saerm-dz.com/upload/File/saerm_7c/6-%20A.%20BARKAT.pdf).
17. Barreau, B.(1999). **Essai sur les représentations profanes dans le dépistage du cancer du sein**, mémoire de DEA d'Anthropologie, option Anthropologie bio-culturelle, Aix-en-Provence
18. Barthelmé, E. **Histoire de la notion du cancer.** Consulté Janvier 11, 2018 sur [www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/.../HSMx1981x015x002x0167.pdf](http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/.../HSMx1981x015x002x0167.pdf)
19. Beck F, Gautier A, dir. **Baromètre cancer 2010, 2012**, Inpes, coll Baromètres santé, pp46-66.
20. Béguinet, S.(2013). **Les représentations sociales du risque de précarité chez les étudiants.** Communication et organisation (En ligne),43.Consulté Fevrier 2, 2017 sur <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/4236>.
21. Bellouti R.F, Caron, R. (2009).**Représentations du cancer en fin de vie : temps, espace et regard sur l'autre**, Psycho-oncologie, Springer-Verlog, 3 :32-37.
22. Bonardi, Christine, Nicole Roussiau. (1999). **Les représentations sociales**, Dunod.
23. Boudien,P et Layad,A.( 2002). **Le déracinement** : les éditions de minuit.
24. Boutefnouchet, M. (1982). **La culture en Algérie Mythe et Réalité**, Alger : Société Nationale d'édition et de Diffusion.
25. Bouzbid, S et al. (5 Septembre 2014). **Incidence du cancer dans le département d'Annaba durant la période 2003–2009,(En ligne).** consulté Fevrier14, 2018 sur <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762014004921>.

26. Brédart, A., Swaine Verdier, A., Dolbeault, S.(2007) **Traduction/adaptation française de l'échelle « Body Image Scale » (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein.** Psycho-Oncologie.1: 24-30.
27. Bruchon-Schweitzer M.(2002). **Psychologie de la santé; modèles, concepts et méthodes.** Paris : Dunod.
28. Caron, R., Leroy, F., Berl, S., Beaune, D.(Mai 4, 2007).**L'impossible écart entre représentation du corps malade et représentation de soi.** Springer link.(En ligne).1 :41-47.Consulté Aout 19,2018 sur <https://link.springer.com/article/10.1007/s11839-007-0006-4>.
29. Centre international de recherche sur le cancer.(12decembre 2013).**communiqué de presse n° 223**, consulté janvier 17 ,2018 sur [https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223\\_F.pdf](https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf)
30. Coyne, E., Borbasi, S. (2006). **Holding it all together: Breast cancer and its impact on life for younger women.** Contemp Nurse, 23, 57-69.
31. Damiani, C. (1997). **les victimes, violences publiques et crimes privés.** Paris : Bayard.
32. Dany, L.(2009).**Elle ne supporte plus son image In Les souffrances psychologiques des malades du cancer, comment les reconnaître ? Comment les traiter ?.** Ben Soussan, P, Dudoit, E. Collection, Dépistage et cancer.97-102 Paris :Springer.
33. Dany, L, Marie, D, Cannone, P, Duboit, E.(2005).**Cancer et chimiothérapie entre représentations et croyances,** Revue Francophone Psycho- oncologie : Springer, Numéro 4 :302-304.
34. Derzelle, M.(Mars, 2007). **Fatigues et métamorphoses de l'image du corps chez les patients atteints de cancer: entre replis du corps et nécessaire travail de la dépression.** Psycho-oncologie.(En ligne).1 :13-18.Consulté Aout 24, 2018 sur <https://link.springer.com/article/10.1007/s11839-007-0002-8>.
35. Deschamps, D.(1997). **Psychoanalyse et cancer, au fil des mots.** Paris : Edition Harmattan.
36. Dolbeault, S., Dauchy, S., Brédart, A., et Consoli, S. M. (2007). **La psycho-oncologie.** Paris: Edition John libbet Eurotext
37. Doudou, A.(1989). **Impression d'un voyageur Allemand dans la région d'Oran :Ed Enal.** Alger.

38. Eck-Sarradon.(2002). **S'expliquer la maladie. Une interprétation de la maladie en situation de soins**, Villeneuve d'Ascq : Éditions du septentrion. Édition, Quadrige ; 2003.
39. Enquête de santé par interview. (2004). **Femmes immigrées et dépistage du cancer du sein**. Consulté 10 Aout, 2019 sur <https://questionsante.org/assets/files/EP/femmescancer.pdf>.
40. Entressengle-Bardon, H. (2009). **Quelles sont les représentations du Cancer et de ses traitements chez des migrants originaires D'Afrique Du Nord et D'Europe du Sud ?**, thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine, Université Paris Diderot – Paris 7.
41. Erlich. V.(1998). **Les nouveaux étudiants, un groupe social en mutation**, Paris : Armand Colin.
42. Beck, F Patrick Peretti-Watel, Arnaud Gautier, Philippe Guilbert.(2006). **Regards sur le cancer : représentations et attitudes du public**, Evolution, Ineps, Décembre. numéro 4 :1-6.
43. Fernandaise, L, Gaucher, J. (Septembre, 2012). **Après cancer du sein et qualité de vie. Mme J., 41 ans.** :In Press, Concept psy,(En ligne),77-94.Consulté Septembre 5, 2018 sur [https://www.researchgate.net/publication/236850780\\_Apres\\_cancer\\_du\\_sein\\_et\\_qualite\\_de\\_vie\\_Mme\\_J\\_41\\_ans](https://www.researchgate.net/publication/236850780_Apres_cancer_du_sein_et_qualite_de_vie_Mme_J_41_ans).
44. Ferreri, M. Ferreri, F. Nuss, P. (2003). **La dépression au féminin**. Paris : Editions John libbey Eurotext.
45. Fillali, A.(1995).**Tlemcen à l'époque des zianides**. Thèse d'état en histoire de l'Islam. Alger.
46. Flament, C.(1994).**Structure, dynamique et transformation des représentations sociales**. Dans J-C. Abric (dir.), Pratiques sociales et représentations. Paris : PUF, P.50.
47. FNCLCC.(2011).**Cancers du sein infiltrants non métastatiques**. Editions John Libbey Eurotext.Montrouge, France.
48. Gagnon,P, Md, FRCPC. **Impact psychosocial du cancer du sein sur la patiente et sa famille**. Consulté Septembre1, 2018 sur <https://www.chudequebec.ca/getmedia/6a7dd1a0-954a-4c50-9b52-c71083375012/10h45p-gagnonpsy-sein2-10-10-1.aspx>.
49. Galand, A., Wullemin, E.S. (2009Mars). **La représentation de la femme, du cancer et de la femme atteinte d'un cancer chez les étudiants en médecine**. Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la sante, consulté Janvier15, 2018sur : <http://www.cairn.info/revue-societes-2009-3-page-35.htm>.

50. Goldwaser, F. (2010). **La relation médecin-malade en oncologie de la théorie à la pratique**. Paris : J.B.H. Santé.
51. Gregg J, Curry RH.(1994). **Explanatory models for cancer among african-american women at two Atlanta neighborhood health centers: the implications for a cancer screening programmed**, *Social Science and medicine*, 39 (4) : 519-26.
52. Gros, D.(1994). **Les seins aux fleurs rouges**, Paris : Stock.
53. Guimelli, C. (1994b). **Introduction, in Structures et transformations des représentations sociales**, Paris, Delachaux et Niestlé. 11-24.
54. Guy Rocher, **La notion de culture**. Consulté Juin16, 2016 sur [http://jmt-sociologue.uqac.ca/www/word/387\\_335\\_CH/Notions\\_culture\\_civilisation.pdf](http://jmt-sociologue.uqac.ca/www/word/387_335_CH/Notions_culture_civilisation.pdf).
55. Hamdi Cherif. M..(2014-2016). **Premier Atlas Cancer**. Consulté Février 12, 2018 sur [http://www.ennour-setif.org/files/atlas\\_est\\_final\\_new.pdf](http://www.ennour-setif.org/files/atlas_est_final_new.pdf)
56. HAS. (Fevrier ,2015). **Dépistage et prévention du cancer du sein HAS**. Consulté Février 28, 2018 sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/.../refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/.../refces_k_du_sein_vf.pdf)
57. Henni, A. (1986). **Etat, surplus, et société en Algérie**: Edition Enal.
58. Herzlich, C.(1969) : **Santé et maladie ; Analyse et représentations sociales**, Paris, in Serge Moscovici : *Psychologie Sociale*, Presses Universitaires de France, 1ère.
59. Herzlich, C.(1972) : **La représentation sociale** in Moscovici Serge, **Introduction à la psychologie sociale**, Larousse, Paris
60. Herzlich, C.(1996). **Santé et maladie analyse d'une représentation sociale**. Paris : Ecole des hautes études en sciences sociale.
61. Herzlich,C.(2001). **Les représentations sociales de la sante et la sante en mutation : un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept**. Em F. Buschini α N. Kalampalikis (orgs.), **Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de S. Moscovici** (pp.189-200).Paris : Editions de la MSH.
62. Hinnen, C., Ranchor,A.V., Sanderman, R.,Snijders , T.A.B., Hagedoorn , M. And Coyne, J.C.(September 17, 2008). **Course of distress in Breast Cancer patients, their partners, and matched control couples**. *Ann. behaves. med.* 36:141–148.Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/81595872.pdf>.
63. Institut National du Cancer, dossier de presse.(Mai, 2011). **La recherche sur Les cancers avance, changeons De regard**. Consulté Septembre 17, 2018 sur <https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites>.

64. Institut National du Cancer.(Janvier, 2007).**Comprendre le cancer du sein.**(On line). Consulté Avril 13, 2019 sur <http://www.chu-poitiers.fr/wp-content/uploads/ksein.pdf>.
65. Institut National Du Cancer. (Mai, 2005). **Vivre pendant et après un cancer.** Consulté Janvier 22, 2019 sur <https://www.e-cancer.fr/content/download/116826/1320911/file/GUIVPD07-2.pdf>
66. Jamart,C.(Mars, 2007). **Le corps malade à l'épreuve du miroir.** Psycho-oncologie.1 :7-12.Consulté Aout19, 2018 sur [http://doc.hubsante.org/opac/index.php?lvl=notice\\_display&id=27486#.W47icrjZDv9](http://doc.hubsante.org/opac/index.php?lvl=notice_display&id=27486#.W47icrjZDv9).
67. Jaques Rouëssé. (2002).**Cancer du sein, étapes pré thérapeutique,** Paris : Edition John Libbey Erotext.
68. Jodelet,D. **Représentation Sociale : phénomènes ; concepts et théories,** In Moscovici (éd.), Psychologie Sociale ; PUF, Paris, 1984, (P.375-378).
69. Jodelet, D. (1989b). **Représentations sociales : un domaine en expansion,** in Les représentations sociales sous la direction de Jodelet D., Paris, PUF, 31-61.
70. Khiati, Mostefa.(2000 ). **Histoire de la médecine en Algérie :** Edition Anep.
71. Kourta, D.(Octobre 4, 2015). **Octobre rose :Association El Amel se mobilise contre le cancer du sein.** Consulté Mars 20, 2018 sur <https://www.dzairnews.com/articles/elwatan-octobre-rose-l-association-el-amel-se-mobilise-contre-le-cancer-du-sein>
72. Lagache, S. (2018).**Dance-Energie-Thérapie Cancer et handicap.** Paris: L'Harmattan.
73. Lavesque, A.(2015). **Identité, culture et représentations de la santé et des maladies.** Cahiers franco-canadiens de l'Ouest, 27 (1). Presses universitaires de Saint-Boniface (PUSB).
74. **Le Petit Larousse Illustré.**2016.
75. Leroy, olivier. (2006).**Femmes émigrées et dépistage du cancer du sein.** Question santé. Consulté Février 22, 2019 sur <http://www.iph.fgov.be/epidemiolo/epifr./crospfr/hisfr/his04fr/his44fr.pdf>. (3) <http://www.observatbru.be/fr/Publications./tableau%20de%20bord%202004-fr.pdf>.
76. Lecompte,H.(2018). **Dépister les cancers du sein... Représentations des médecins, informations délivrées aux femmes et enjeux du dépistage organisé.** Consulté 15 Septembre, 2019 sur <file:///C:/Users/b/Downloads/Rapport-final-PROSIDOCS-2017-HL.pdf>.

77. Lignieres, B.(2000). **Soutien thérapeutique aux familles immigrées: les apports de la clinique transculturelle.** Mémoire du diplôme universitaire de psychiatrie transculturelle. Paris : université Paris13
78. Lutte contre le cancer du sein Algérie Télécom et l'association El Amel mettent en place un numéro vert. (Mars 7, 2015).**Liberté.** Consulté Mars20, 2018 sur <https://www.liberte-algerie.com/dossier/algerie-telecom-et-lassociation-el-amel-mettent-en-place-un-numero-vert-221442>
79. Mahnane, A., Hamdi, C.(Fevrier18,2012).**Epidémiologie du cancer du sein en Algérie,** consulté Octobre12, 2016 sur [Santemaghreb.com /algérie/documentations-pdf/cancer-sein-2012/1-pdf](http://Santemaghreb.com/algérie/documentations-pdf/cancer-sein-2012/1-pdf).
80. Massé , R.(1995). **Culture et santé publique,** Montréal, Paris : Gaëtan Morin Editeur.
81. Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.(Février, 2016). **Manuel de prise en charge du cancer du sein.** Consulté Fevrier21, 2018 sur [www.sante.gov.dz/images/dgssrh/Sein.pdf](http://www.sante.gov.dz/images/dgssrh/Sein.pdf)
82. Ministère de la santé. (octobre, 2014). **Plan national cancer 2015-2019 nouvelle version stratégique centrée sur le malade,** consulté 28 septembre 2016 sur : [www.sante.gov.dz/plan%20cancer/plan\\_national\\_cancer.pdf](http://www.sante.gov.dz/plan%20cancer/plan_national_cancer.pdf)
83. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (Mai 17, 2011). Dossier De presse – **La recherche sur Les cancers avance, changeons De regard.** Consulté Janvier 3, 2016 sur <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/435075/>.
84. Mitchell J.T. and Everly G.S (1995) **Critical incident stress debriefing GISD: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency service and disaster workers.** Ellicott City. Chevron publishing corporation 2nd ed.
85. Moliner, P.(1993). **Cinq conditions à propos des représentations sociales.** Les cahiers Internationaux de Psychologie sociale, № 20,5-14.
86. Moliner, P.(1994). **Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales,** in Guimelli C.,(Ed), Structures et transformations des représentations sociales, Paris, Delachaux et Niestlé. 199-232.
87. Moliner, P.(1996). **Images et représentations sociales.** Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
88. Moliner, P.(2000). **Etudier pourquoi faire ?** Garnier C. et Rouquette M.L, (Ed.), Représentations sociales et éducation. Montréal : Editions nouvelles, AMS. 79 - 92.

89. Moliner, P.(2001b). **Formation et stabilisation des représentations sociales**, in Moliner, P. (Ed.), La dynamique des représentations sociales. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
90. Moliner, P.(Mai 2001). **La dynamique des représentations sociales**. Presse universitaires de Grenoble
91. Montbriand, M.(1998). **Abandoning Biomedicine for alternate therapies: Oncology patients 'stories, cancer nursing**, 21 (1) : 36-4.
92. Morel, D. (1984). **Cancer et Psychanalyse** : Belfond. Paris.
93. Morin. (1996). **Perspectives de recherches pour l'étude empirique de l'explication sociale des maladies**. Psychologie Française 41 (2): 147-54, in Pierre Moulin. (Décembre 2005). **Imaginaire social et cancer**. Revue Francophone de Psycho-Oncologie 4(4) :261-267· Consulté Novembre 12, 2018 sur [https://www.researchgate.net/publication/227296707\\_Imaginaire\\_social\\_et\\_Cancer](https://www.researchgate.net/publication/227296707_Imaginaire_social_et_Cancer)
94. Moscovici, Serge.(1961): **La psychanalyse son image et son publique**, Paris : PUF.
95. Moscovici, Serge. (1961, 2 éd.1976). **La psychanalyse, son image, son public**. Paris, PUF.
96. Moscovici, Serge. (1972). **La psychanalyse son image et son publique** : édition PUF.
97. Moscovici, Serge.(1976): **La psychanalyse son image et son publique, Paris** : Ed: PUF.
98. Moscovici, Serge.(1984) **Psychologie sociale**, 1ère édition Presses Universitaires de Paris.
99. Moscovici, Serge.(1990, 1 ère éd.1984). **Psychologie sociale**. Paris : Presses Universitaire De France.
100. Moulin, P.(Décembre 2005). **Imaginaire social et cancer**. Revue Francophone de Psycho-Oncologie 4(4):261-267·Consulté Novembre 12, 2018 sur [https://www.researchgate.net/publication/227296707\\_Imaginaire\\_social\\_et\\_Cancer](https://www.researchgate.net/publication/227296707_Imaginaire_social_et_Cancer)
101. Murielle Jacquet – Smailovic.(2006). **Avant que la mort ne nous sépare. Patients familles et soignants face à la maladie grave**.1ere édition. Bruxelles: De Boeck.
102. Nicolleau-Petit.(Avril Mai Juin, 2009). **Les séquelles psychoaffectives après le traitement d'un cancer du sein**. La lettre du sénologue. N° 44. Consulté Janvier 25, 2019 sur <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/15366.pdf>.
103. Norbert Sillamy.(1983). **Dictionnaire usuel de psychologie**, Paris : Bordas.

104. Observatoire sociétal des cancers.(2012). **Les Français et les causes du cancer : encore beaucoup trop d'idées fausses**. Consulté 11Juin, 2019 sur <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2013/03/Observatoire-societal-cancers-Rapport-2012.pdf>.
105. Peneau, A.(2004). **Métier psychologue ou métiers de psychologie**. Dossier technique préparatoire Version 1.3. Consulté Novembre 20, 2018 sur <https://www.sfpsy.org/IMG/pdf/dossier-metiers.pdf>.
106. Pétard J. P. et Al. (1999). **Psychologie sociale**, 2éme édition, Bréal.
107. Pianelli, C., Abric, J.C. et Saad, F.(2010). **Rôle des représentations sociales préexistantes dans le processus d'ancrage et de structuration d'une nouvelle représentation**. Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 2(86), 241-274. Doi : 10.3917 /cips.086.0241.
108. Pinell, P.(1992). **Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1980-1940)**, Paris : Métailié.
109. Poulain, P.(2004). **Douleurs en Oncologie**. Paris: John Libbey Eurotest.
110. quatre nouveaux centres de lutte contre le cancer seront opérationnels en 2018. (4 Février 2018).**Radio Algérienne**. Consulté Avril 5, 2018 sur <http://www.radioalgerie.dz/news/fr/article/20180204/132895.html>.
111. Razavi.,D, Delvaux, N.(2002). **Le cancer, le malade et sa famille** : Masson. Paris.
112. Reber A.S.(1995).**The penguin dictionary of psychology**. London: Penguin 2nd.end.
113. **Registre des Tumeurs d'Alger 2012**, consulté fevrier18, 2018 sur [insp.dz/images/PDF/Les%20registres/Tumeurs/registre\\_tumeurs\\_alger2012.pdf](insp.dz/images/PDF/Les%20registres/Tumeurs/registre_tumeurs_alger2012.pdf)
114. Reich, M.(Mars, 2009).**Cancer et image du corps :identité, représentation et symbolique**. L'information psychiatrique.85 :247-254.Consulté Aout 19, 2018 sur <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2009-3-page-247.htm>.
115. Renaud, L. Thoer, C.(2007). **Les Représentations Sociales : un vecteur clé des interventions en santé publique** , Santé Publique , №5,Vol07.Montréal, Québec.
116. Rouessé, J. (2002). **Cancer du sein, Étape pré thérapeutique**, Edition John Libbey Eurotext, Paris.
117. Roy-Bellina, S. **L'intervention du psychologue auprès des patientes atteintes de cancer**. Consulté Janvier 12, 2019 sur <http://www.chu-montpellier.fr/fr/contenu/liste-des-savoir-faire/savoir-faire/Lintervention-du-psychologue-aupres-des-patientes-atteintes-de-cancer/>.

118. Saillant, F.(1988). **Cancer et culture. Produire le sens de la maladie**, Montréal : Editions Saint-Martin.
119. Santos DB, Vieira EM. (2014). **Scripts de la sexualité dans le contexte du cancer du sein**. Sexologies, (On line). Consulté Février 17, 2018 sur <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2013.10.002>
120. Schilder, P.( 1968). **L'image du corps**. Collection Tel. Grantheret F, Truffert P. (trad). 1ere Edition 1950. Paris: Gallimard.
121. Seca, J M,(2002). **Les représentations sociales**. Paris : Armand Colin.
122. Smeltzer, S., Bare, B. (2001). **Soins infirmiers en médecine et en chirurgie**, 4ème édition. Paris : de Boeck.
123. Sontag, S.(1997). **La maladie comme métaphore**, Paris : Seuil.
124. Terki, K et al. (2011).**Cancer du sein : épidémiologie et facteurs de risque (EHU Oran 2008-2009)**, consulté Février 2, 2018 sur [http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/50846/SFSPM\\_2011257.pdf](http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/50846/SFSPM_2011257.pdf)
125. Thébaud-Mony, A. (2013). **Recherche engagée et rigueur méthodologique : à propos de la recherche sur les cancers professionnels**. In: Hunsmann, M., Kapp, S. (éd.). **Devenir chercheur : écrire une thèse en sciences sociales** (pp. 315–331.). Rennes : Éditions de l'EHESS.
126. Thoueille, E.(4, 2006). **Le sacro-sein** .Spirale, 40, 9782749206356,4-12.Consulté Mai 11, 2018 sur <https://www.cairn.info/revue-spirale-2006-4-page-77.htm#no7>
127. Turin, Yvonne. (1983). **Affrontement culturel dans l'Algérie coloniale** : Ed Enal. Alger. Revue Africaine n°54.1913.p251.
128. Vernet, A, Henry, F.(Mai, 2007). **Prévention du cancer du sein et facteurs psychosociaux**. Le journal des psychologues. n 247.
129. Wojtyna,C.(2004-2006). **Le miroir de la féminité brisée, cancer du sein et sexualité**. Certificat d'Etudes Universitaires. Université de la Méditerranée Aix-Marseille II – Faculté de Médecine.

ملخص الدراسة باللغة العربية،

الفرنسية، والأجنبية

## ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن التصورات الاجتماعية لسرطان الثدي لدى طالبات علم النفس العيادي بكلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة باجي مختار بعنابة، من خلال رصد محتواها، والتعرف على إمكانية وجود الفحص المبكر عن سرطان الثدي - كمؤشر للوعي الصحي عند الطالبات - ضمن هذا المحتوى، إضافة للكشف عن بنية، وطبيعة التصورات المعنوية، والأبعاد المكونة للحقل الدلالي الخاص بها، وكيفية تنظيمه. فالتصورات الاجتماعية للمرض توجه السلوكيات الصحية للأفراد بما في ذلك الوقاية من خلال الفحص المبكر، لذلك يعد الكشف على هذه التصورات وفهمها مهما لبناء سياسة وقائية فعالة.

اعتمدت هذه الدراسة الاستكشافية الوصفية على تقنية شبكة التداعيات وتحليل المحتوى، مطبقة على عينة المتطوعين من طالبات علم النفس العيادي من جامعة باجي مختار بعنابة، البالغ عدد أفرادها اثنين وستين 62 طالبة.

حسب النتائج المتحصل عليها، فإن تصورات طالبات علم النفس العيادي لسرطان الثدي تنتظم حول نواة مركزية تعتبر سرطان الثدي مخيفا لأنه خبيث وخطير، ينجم عنه استئصال الثدي المصابة، مما يفقدها أوثقتها، كما أن مصيرها الموت المؤلم في جميع الأحوال. أما العناصر الأخرى المكونة للتصور: المحيطية، فقد شملت مجموعة كبيرة من التداعيات من بينها الفحص المبكر، لكن بنسبة ضئيلة. وحملت الطالبات اتجاها سلبيا نحو سرطان الثدي، ارتبط أساسا بانعكاساته النفسية، الاجتماعية، والجسدية على المصابة. أما الحقل الدلالي للتصورات المنتجة، فقد ظهر وفق تنظيم هرمي متكون من ستة أبعاد: الاعتقادات، الانعكاسات النفس اجتماعية، رمزية الثدي، المظهر الطبي للداء، المساندة، وبعد الوعي الصحي. شكلت الاعتقادات بما فيها الخاطئة قاعدة هذا الهرم، حيث غلبت على تصورات الطالبات، في حين ظهر الوعي الصحي الذي يحتوي على الفحص المبكر كأصغر بعد.

**الكلمات المفتاحية:** سرطان الثدي، التصورات الاجتماعية، طالبات علم النفس العيادي، الفحص المبكر.

## Résumé :

La présente étude vise à identifier les représentations sociales du cancer du sein chez les étudiantes en psychologie clinique à la faculté des lettres et des sciences humaines et sociales à l'université Badji Mokhtar Annaba, à travers l'étude de leur contenu, et l'identification de la possibilité de présence du dépistage précoce du cancer du sein - comme indicateur de prise de conscience sanitaire chez les étudiantes- dans ce contenu, aussi de détecter leur structure, leur nature et les différentes dimensions qui constituent leur champ sémantique ainsi que la manière dont il s'organise. Les représentations sociales de la maladie orientent les comportements sanitaires des individus y compris la prévention à travers le dépistage précoce. Par conséquent, il est important de découvrir et de comprendre ces représentations afin de construire une politique préventive efficace.

Cette étude, exploratoire descriptive, a adopté la technique du réseau associatif et l'analyse de contenu, sur un échantillon d'étudiantes en psychologie clinique bénévoles appartenant à l'université Badji Mokhtar Annaba, au nombre de soixante-deux étudiantes (62).

D'après les résultats obtenus, les représentations sociales du cancer du sein des étudiantes en psychologie clinique, s'organisent autour d'un noyau central qui considère ce cancer comme étant terrifiant parce qu'il est malin et dangereux, induisant l'ablation du sein de la malade, ce qui lui fait perdre sa féminité, aussi son sort est la mort douloureuse dans tous les cas. Le reste des éléments de la représentation : éléments périphériques, a concerné un grand groupe d'associations, dont le dépistage précoce, mais à faible pourcentage. Par ailleurs, l'attitude des étudiantes envers le cancer du sein est négative, principalement liée aux répercussions psychologiques, sociales, et physiques sur la malade.

Cependant, le champ sémantique des représentations produites, apparaît selon une organisation pyramidale constituée de six dimensions : Les croyances, les répercussions psychosociales, la symbolique du sein, l'aspect médical de la maladie, le soutien, la prise de conscience sanitaire.

Les croyances y compris celles erronées, ont constitué la base de cette pyramide où elles surmontent les représentations des étudiantes, alors que la prise de conscience sanitaire qui contient le dépistage précoce ; est apparue comme la plus petite dimension.

**Mots clés :** Cancer du sein, représentations sociales, étudiantes en psychologie clinique, dépistage précoce.

## Summary:

This research aims to identify the social representations of breast cancer among girls students in clinical psychology at the Faculty of letters, human and social Sciences at Badji Mokhtar Annaba University, through the study of their content, and the identification of the possibility of the presence of early screening of breast cancer - as an indicator of health awareness among girl students - in this content, also of detecting their structure, their nature and the different dimensions that constitute their semantic field as well as the way which it organizes. Social representations of the disease guide the health behaviors of individuals, including prevention through early screening. Therefore, it is important to discover and understand these representations in order to build an efficient prevention policy.

This descriptive and exploratory research adopted the associative network technique and content analysis on a sample of voluntary clinical psychology girl students from the Badji Mokhtar Annaba University, sixty-two students (62).

According to the results obtained, the social representations of breast cancer in clinical psychology girl students, are organized around a central nucleus which considers this cancer as terrifying because it is malignant and dangerous, inducing the ablation of the breast of the patient, which lose her femininity, than her fate is death in most of cases. The rest of the elements of representation: peripheral elements, concerned a large group of associations, including early detection, but at a low percentage. Furthermore, the students' attitude towards breast cancer is negative, mainly due to the psychological, social, and physical repercussions on the patient.

However, the semantic field of the representations produced, appears according to a pyramidal organization made up of six dimensions: Beliefs, psychosocial repercussions, symbolism of the breast, medical aspect of the disease, support, awareness of health.

Beliefs, including the wrong ones, formed the base of this pyramid where they overcome the representations of girl students, while the health awareness that contains early screening appeared as the smallest dimension.

**Key words:** Breast cancer, social representations, clinical psychology students, early screening.

الملاحق

ملحق رقم (1)

\*المرحلة الأولى لمعالجة بيانات الاستحضار التسلسلي حسب برنامج (Evoc2005)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1		1 mort	chimio	souffrance	maladie	anxieté							
2		2 perte de femi	allaitement in	mort	mauvaise esti	maladie embarrassante							
3		3 peur	angoisse	mort	mastectomie	perte de feminité							
4		4 choc	depression	guerison	mastectomie	mort							
5		5 choc	perte de femi	mort	atteinte de l'i	mauvaise estime de soi							
6		6 angoisse	mastectomie	refus	depression	peur							
7		7 maladie	chimio	atteinte de l'i	traitement	mort							
8		8 douleurs	souffrance	perte de femi	mort								
9		9 douleurs	peur	mauvaise esti	faiblesse	maladie chronique dangereuse							
10		10 mort	souffrance	chimio	famille disper	hopital							
11		11 depression	souffrance	resistance	patience	courage							
12		12 mort	douleurs	traitement	peur	conflit							
13		13 maladiechron	depression	angoisse	peur	mauvaise estime de soi							
14		14 choc	perte de femi	douleurs	mauvaise esti	peur							
15		15 peur	choc	douleurs	mort	atteinte de image du corps							
16													
17													
18													
19													

\*المرحلة الثانية: عملية تصحيح البيانات حسب برنامج (Evoc 2005)

Graphe

Options pour le programme Nettoie

Copier le mot du haut

Copier le mot du bas

✓ Remplacer une fois

✓ Remplacer partout

allaitement-impossible

✗ Supprimer une fois

✗ Supprime partout

Fermer en ignorant les modifications

Ferme et enregistre les modifications

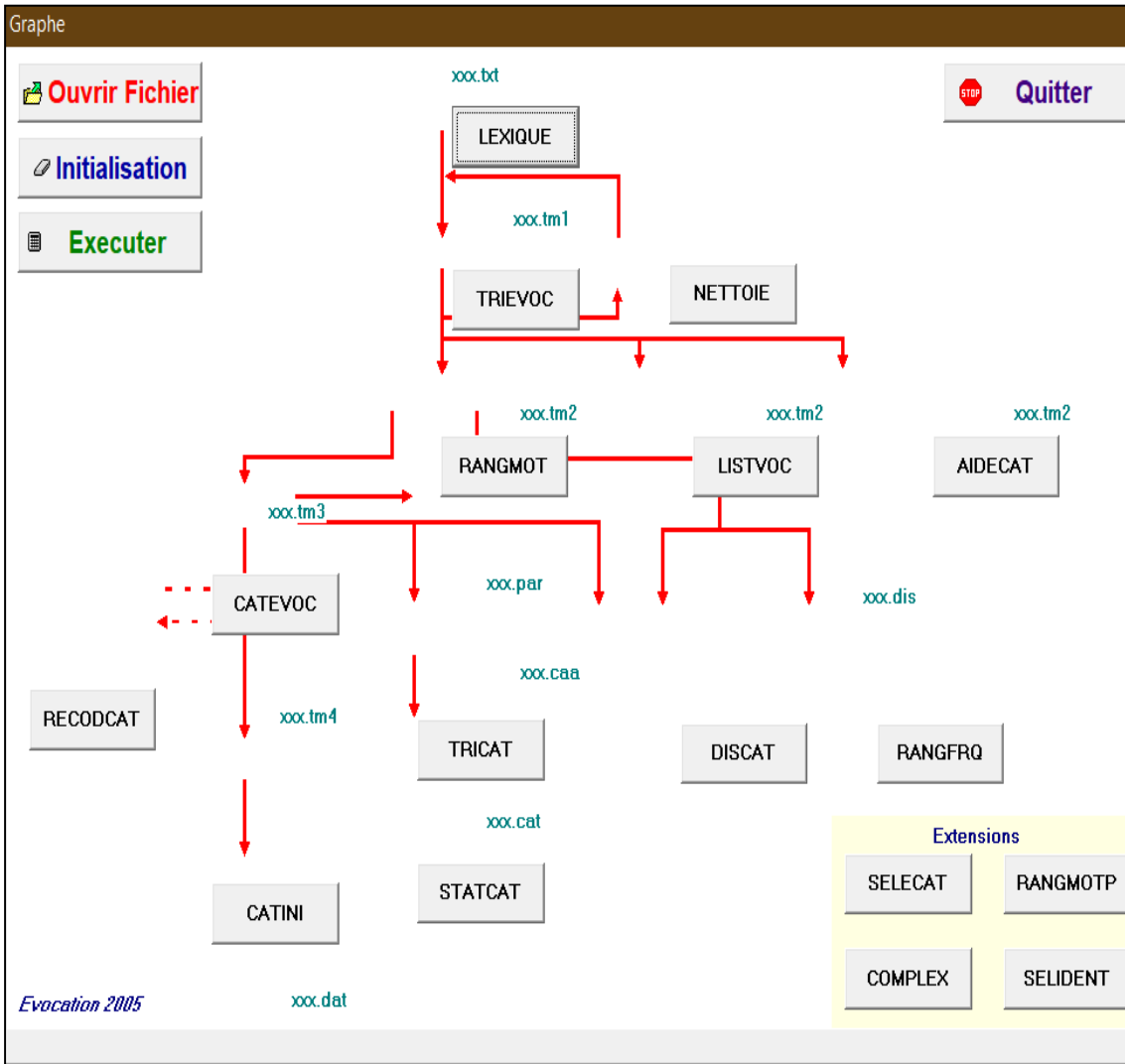
**Mots**

**Texte**

allaitement-impossible	1perte-féminité 2allaitement-impossible 3mort 4*m
angoisse	1angoisse 2mastectomie 3*refus 4depression 5*peur
angoisse	ngeureuse 2depression 3angoisse 4peur 5*mauvaise-e
angoisse	1*peur 2angoisse 3mort 4*mastectomie 5perte-fémin
anxiété	3souffrance 4maladie* 5anxiété
atteinte-image-corps	*perte-féminité 3mort 4atteinte-image-corps 5mauva
atteinte-image-corps	choc 3douleurs 4*mort 5atteinte-image-corps
atteinte-image-corps	1*maladie 2*chimio 3atteinte-image-corps 4traitem
chimio	1*mort 2chimio 3souffrance 4maladie* 5anxiété
chimio	1*maladie 2*chimio 3atteinte-image-corps 4traitem
chimio	1*mort 2souffrance 3chimio 4*famille-dispersée 5
choc	1*choc 2*perte-féminité 3mort 4atteinte-image-cor
choc	1*choc 2depression 3*guérison 4mastectomie 5mort
choc	1choc 2*perte-féminité 3douleurs 4*mauvaise-estim
choc	1peur 2*choc 3douleurs 4*mort 5atteinte-image-cor
conflit	s 3traitement 4*peur 5conflit
courage	resistance 4patience 5*courage
depression	1*choc 2depression 3*guérison 4mastectomie 5mort

##### = lig

\* لعبة الحوار لمختلف العمليات الخاصة ببرنامج (Evoc 2005)



\* جدول النتائج النهائية للاستحضار التسلسلي حسب برنامج (EVOC 2005)

Graphe  
Options pour le programme TABRGFR

Fréquence Minimale

Fréquence Intermediaire

Rang moyen

Rang < 3,00

douleurs	5	2,000
mort	10	3,000
perte-féminité	5	2,600

Fréquence  
>=

5

Rang >= 3,00

mauvaise-estime-soi	5	2,000
peur	7	3,143

Rang < 3,00

angoisse	3	2,000
chimio	3	2,333
choc	4	1,250
depression	4	2,250
souffrance	4	2,250

Fréquence  
<=

3

<

4

Rang >= 3,00

atteinte-image-corps	3	2,000
mastectomie	3	3,333