

جامعة الجزائر 2 ابو القسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع

طبيعة الرعاية الأسرية للزوجات المصابات بسرطان الثدي

دراسة حالة لعائلات جزائرية عبر عدد من المناطق

وسط/شرق/غرب/جنوب

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (ل.م.د.)

تخصص: علم الاجتماع العائلي والعمل الاجتماعي

تحت إشراف:

إعداد الطالبة:

أ.د. زوبيدة بن عويشة

يمينة شيخ

أعضاء لجنة المناقشة		
الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
أ.د. بن عويشة زوبيدة	المدرسة المتعددة التقنيات	مشرفا
أ.د. عياشي صباح	جامعة الجزائر 2	رئيسا
د. نوال باشا	جامعة الجزائر 2	عضوا
د. بن زينب أم السعد	جامعة الجزائر 2	عضوا
أ.د. بومدفع الطاهر	جامعة الشلف	عضوا
د. واضح صليحة	المدرسة العليا للإحصاء	عضوا

السنة الجامعية: 2024/2023

جامعة الجزائر 2 أبو القسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع

طبيعة الرعاية الأسرية للزوجات المصابات بسرطان الثدي

دراسة حالة لعائلات جزائرية عبر عدد من المناطق

وسط/شرق/غرب/جنوب

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث (ل.م.د.)

تخصص: علم الاجتماع العائلي والعمل الاجتماعي

تحت إشراف:

إعداد الطالبة:

أ.د. زوبيدة بن عويشة

يمينة شيخ

أعضاء لجنة المناقشة		
الصفة	الجامعة	الإسم واللقب
مشرفا	المدرسة المتعددة التقنيات	أ.د. بن عويشة زوبيدة
رئيسا	جامعة الجزائر 2	أ.د. عياشي صباح
عضوا	جامعة الجزائر 2	د. نوال باشا
عضوا	جامعة الجزائر 2	د. بن زينب أم السعد
عضوا	جامعة الشلف	أ.د. بومدفع الطاهر
عضوا	المدرسة العليا للإحصاء	د. واضح صليحة

السنة الجامعية: 2024/2023

University of Algeria 2 Abu al-kassim Saadallah

Faculty of Social Sciences

Sociology Section

Wives with breast cancer family care's nature

Case study of Algerian families across a number of regions

Central/East/West/South

**Thesis submitted within the requirements of obtaining a Ph.D.
Certificate in Phase III). L M D**

Specialization: Family sociology and social work

Student preparation:

under the supervision of:

Yamina chikh

PR : Zoubida Ben Aouicha

Members of the Discussion Committee		
Name and surname	University	Adjective
Pr : zoubida ben aouicha	Multi-Tech School	supervisor
Pr :sabah ayachi	University : algiers 2	President
Dr : Nawel bacha	University : algiers 2	member
Dr : ben zineb Oum Essaad	University : algiers 2	member
Pr : Tahar Boumedfea	University : Chlef	member
Dr : Ouadah Saliha	Higher School of Statistics	member

University year : 2023/2024

شكر وعرفان

الحمد والشكر لله الذي بدونه لا تتم الصالحات

شكر خاص إلى المبحوثات المصابات بسرطان الثدي اللواتي وافقن مشاركتنا
تجاربهن، رغم الألم والتعب والضعف وعائلاتهم جميعاً.

شكر خاص للأستاذة "صباح عياشي" التي فتحت لنا باب مخبر الأسرة، التنمية
ومكافحة الانحراف والاجرام، فكانت لنا نعم الداعم والسند.

نشكر الأستاذة المشرفة "زيدة بن عويشة" على توجيهاتها للباحثة.

شكر غير محدود للدكتورة الباحثة "آسيا قجالي" على منحها لنا من وقتها
وجهدا الكريم.

وشكر خاص للصديقات، الدكتورة "حنان منصور"، الدكتورة "كنزة مباركي"،
الدكتورة "باية لعجال" الدكتورة "نبيلة حنك" على كل الدعم، المساعدة
والتشجيع، ولهن أقول: "صداقتكن نعمة".

وأما "سامية شيخ" فلا يفي أيّ شكر حقّها، لما بذلته من أجلي، فلولاها لم يكن
هذا العمل

الإهداء

إلى مصطفى شيخ، أينما كان وأينما حلّ في جنّات الخلد الدائمة

إلى أميّ صاحبة المقام والجلالة

إلى إسماعيل دائما وأبدا

إلى أبنائي " فراس، مريم، سهيل، ياسر "

إلى "سامية" في شقائها بي

إلى عائلتي الكبيرة فردا فردا وقبله قبله

إلى المصابات بسرطان الثدي في كلّ مكان

إلى كلّ الأساتذة والأستاذات الذين درسوني من سنتي الأولى إلى اليوم

إلى الجزائر

أهدي هذه القطرة من فائض العلم

فهرس المحتويات

مقدمة..... أ

الباب الأول: المقاربة المنهجية والنظرية لطبيعة الرعاية الأسرية للزوجات المصابات بسرطان الثدي

الفصل الأول: المنطلق المنهجي لموضوع البحث..... 06

تمهيد 07

المبحث الأول: أسباب اختيار الموضوع، وأهدافه وأهمية البحث 08

المبحث الثاني: الإشكالية وتساؤلات وفرضيات البحث 11

المبحث الثالث: المقاربة النظرية لموضوع البحث 15

المبحث الرابع: منهج البحث وأدواته..... 21

المبحث الخامس: تحديد المصطلحات 34

المبحث السادس: عرض الدراسات السابقة.....

..... خلاصة

الفصل الثاني: الأسرة الجزائرية ووضعية المرأة بين القيم التقليدية والحديثة

تمهيد 42

المبحث الأول: التطور البنيوي والقيمي للأسرة الجزائرية 43

المطلب الأول: الأسرة: المفهوم والخصائص العامة 43

المطلب الثاني: التطور التاريخي للأسرة الجزائرية 51

المطلب الثالث: خصائص الأسرة الجزائرية الحديثة 56

المبحث الثاني: التمكين الاجتماعي للمرأة الجزائرية 62

المطلب الأول: الإطار التشريعي والسياسي للتمكين 62

المطلب الثاني: المرأة في سوق العمل والدراسة بالجزائر 67

المطلب الثالث: التمكين السياسي للمرأة في الجزائر 75

..... خلاصة 86

الفصل الثالث: مكانة ودور الزوجة في الأسرة الجزائرية

88	تمهيد
89	المبحث الأول: أهمية الزواج بالنسبة للمرأة في الأسرة الجزائرية
91	المطلب الثاني: أهمية الزواج كمؤسسة اجتماعية
95	المطلب الثالث: أهمية زواج المرأة في المجتمع الجزائري
99	المبحث الثاني: تقسيم الأدوار في الأسرة الجزائرية
99	المطلب الأول: الدور والمكانة الاجتماعية
101	المطلب الثاني: دور الزوج في الأسرة الجزائرية المعاصرة
104	المطلب الثالث: أدوار ومكانة الزوجة
112	خلاصة

الفصل الرابع: الرعاية الاجتماعية وتطورها الفكري والفلسفي

114	المبحث الأول: مدخل للرعاية الاجتماعية: تطوّر المفهوم
115	المطلب الأول: الرعاية الاجتماعية المفهوم والخصائص: THE SOCIAL CARE
129	المطلب الثاني: التطور الفكري والفلسفي للرعاية
139	المبحث الثاني: الرعاية الاجتماعية في الجزائر
139	المطلب الأول: سياسات الرعاية الاجتماعية في الجزائر
146	المطلب الثاني: الرعاية الصحية في الجزائر: استراتيجية مكافحة السرطان

الباب الثاني: عرض تحليلي لتجارب الرعاية الأسرية للزوجات المصابات بسرطان الثدي (المقاربة الميدانية لموضوع البحث)

165	الفصل الأول: منهجية البحث وتقنياته
165	تمهيد
166	المبحث الأول: الدراسة الاستطلاعية
166	المطلب الأول: أهمية الدراسة الاستطلاعية وإجراءاتها
167	المطلب الثاني: مخرجات الدراسة الاستطلاعية
169	المبحث الثاني: منهج البحث، أدوات ومجتمع الدراسة
169	المطلب الأول: البحوث الكيفية ومنهج دراسة الحالة
170	المطلب الثاني: أدوات البحث
173	المطلب الثالث: مجتمع البحث وخصائص العينة

178	المبحث الثالث: إجراءات تحليل المضمون
178	المطلب الأول: دليل المقابلة ومحاورها
179	المطلب الثاني: عملية التقيئة وتحليل المضمون
181	المطلب الثالث: عرض تفصيلي لخصائص الحالات محل الدراسة
188	خلاصة

الفصل الثاني: آليات تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

190	تمهيد
191	المبحث الأول: المرافقة الأسرية للمصابة أثناء الكشوفات الأولية
191	المطلب الأول: العلة والمرض كحدثين اجتماعيين
194	المطلب الثاني: دور المحيط الأسري في تسريع الكشف المبكر
200	المطلب الثالث: دور رجال الأسرة في مرحلة الكشف الأولي
202	المبحث الثاني: اكتشاف المرض وآليات تجاوز الصدمة
202	المطلب الأول: مرحلة انتظار التشخيص النهائي
205	المطلب الثاني: آليات التعامل مع الصدمة والتعبير عنها
208	المطلب الثالث: آليات المريضة والأسرة لتقبل المرض
213	المبحث الثالث: أهم القرارات المرتبطة بالمرض وعلاقتها بمتغيري: التمثلات الاجتماعية وتوفر الرعاية الأسرية
213	المطلب الأول: التمثل الذهني والاجتماعي لمرض السرطان وعلاقته بقرار إخفاء المرض
222	المطلب الثاني: اختيار مكان الاستشفاء وعلاقته بمستوى الرعاية وتوفرها
227	المطلب الثالث: آليات اختيار مكان النقاهة وعلاقته بتوفر الرعاية المنزلية
232	خلاصة

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

234	تمهيد
235	المبحث الأول: مظاهر فشل العلاقة الزوجية في مواجهة المرض وأسبابها
236	المطلب الأول: طلب التطلاق من الزوجة
239	المطلب الثاني: الإهمال الزوجي
247	المبحث الثاني: مظاهر نجاح العلاقة الزوجية في مواجهة المرض وأسبابها
247	المطلب الأول: تعايش الزوج مع مرض الزوجة

253	المطلب الثاني: تجربة المرض كعمّز وداعم للعلاقة الزوجية.....
257	المطلب الثالث: عوامل نجاح العلاقة ودوامها في مواجهة مرض سرطان الثدي
261	خلاصة:
	الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للزوجة المصابة بسرطان الثدي في الاسرة الجزائرية:
	الخصائص والتحديات
263	تمهيد
264	المبحث الأول: خصائص الرعاية الأسرية للزوجة المصابة بسرطان الثدي في الجزائر
264	المطلب الاول: ارتباط الرعاية الأسرية للمريضة بالموروث الاجتماعي الجزائري
	المطلب الثاني: تقسيم الرعاية في الاسرة الجزائرية وعلاقته بالمكانة والدور الاجتماعي لمقدم الرعاية:
270	ذكر/أنثى
281	المطلب الثالث: تبادل وتغيّر الأدوار
	المبحث الثاني: تأثير مرض المصابة على مقدم الرعاية الأسرية والآليات الأسرية والاجتماعية لتجاوز
290	الأزمات.....
290	المطلب الاول: أعباء الرعاية
300	المطلب الثاني: الآليات الاجتماعية والعائلية لتخفيف ضغط المرض والرعاية
309	المبحث الثالث: دور جمعيات مكافحة السرطان في دعم الاسرة والمريضة
309	المطلب الاول: أدوار جمعيات مكافحة السرطان
316	المطلب الثاني: الخصائص العامة لجمعيات مكافحة السرطان
320	خلاصة
322	النتائج العامة للمبحث
334	خاتمة
339	المراجع
352	الملاحق

فهرس الجداول

- جدول رقم 1: يبين ميزانيتي التسيير والتجهيز الخاصة بقطاع الصحة 153
- جدول رقم 2: يوضح قيم أعلى منحى لإحصائيات الرعاية الصحية في الجزائر لسنة 2018 154
- جدول رقم 3: يوضح التوزيع الجغرافي لحالات الدراسة، السكن، الاستشفاء، الرعاية المنزلية..... 176
- جدول رقم 4: يوضح المعلومات الشخصية والخصائص العامة لحالات المصابات بسرطان الثدي محل
الدراسة..... 181

طبيعة الرّعاية الأسريّة للزوجات المصابات بسرطان الثدي

دراسة حالة لعائلات جزائرية عبر عدد من المناطق

وسط/شرق/غرب/جنوب

الباحثة: يمينة شيخ

المشرفة: أ. د زبيدة بن عويشة

ملخص

يسعى هذا البحث إلى الإجابة عن الإشكالية المحورية، حول طبيعة الرّعاية التي تقدّمها الأسرة الجزائرية للزوجات المصابات بسرطان الثدي، في ظل التغيرات الاجتماعية والثقافية التي مسّت المجتمع الجزائريّ في السنوات الأخيرة، وتأثرت بها الأسرة في بنيتها، قيمها وعلاقاتها بالمحيط الاجتماعيّ، وذلك من خلال البحث في خصائص وأبعاد الرّعاية المقدّمة، للإجابة عن عدد من التساؤلات حول: من يقّم الرّعاية للمريضة، أيّ نوع من الرّعاية، على أيّ أساس يتم تقسيم الأدوار، وما هي الآثار النفسية، الاجتماعية والجسدية، التي تتسبب فيها إصابة الأم/ الزوجة، بمرض كسرطان الثدي على المريضة ذاتها وعلى المحيط الأسريّ وعلى القائم بالرّعاية.

كما يهدف إلى التعرف على الآليات الأسريّة، وارتباطها بالقيم والمرجعيات الاجتماعية والثقافية، في مواجهتها للأزمات المختلفة التي تصاحب صدمة الإصابة بالمرض.

وللإجابة عن هذه الأسئلة وأخرى، لجأنا إلى منهج دراسة الحالة كأسلوب لتفكيك الأدوار، العلاقات والتفاعلات المتبادلة داخل الأسر المدروسة، من خلال اعتمادنا على تتبع سيرّ حياة 7 حالات من المريضات المصابات من جهة، و 7 من مقدميّ الرّعاية الأسريّة لهن من جهة أخرى، حيث امتدت هذه الدراسة الميدانية من الفترة الممتدة بين جانفي 2021 إلى نهاية جوان 2022.

وقد توصلنا إلى أنّ إصابة الزوجة بسرطان الثدي، يؤثر على كل العائلة بكل أفرادها، وعلى بناء الأدوار داخلها، وأنّ أداء دور القائم بالرّعاية لمريضة مصابة بسرطان الثدي، يشكّل تحديًا كبيرًا للأسرة ويحملها أعباء: ماديّة، نفسية واجتماعية قاسية، يتشارك من أجل تجاوزها عدد من الفاعلين الاجتماعيين داخل الأسرة

النواتية وخارجها، للتغلب وتخفيف الضغط عن القائم بالرعاية الأساسي، وللوصول إلى أكبر درجة من الرضى عند المريضة المصابة.

Wives with breast cancer family care's nature

Case study of Algerian families across a number of regions

Central/East/West/South

Abstract

Key words : family. Care. Breast cancer. Care giver. rolles

Field study

Researcher: Yamina chikh

Supervisor: pr Zoubida Benaouicha:

This research sought to answer the pivotal problem of the nature of the care provided by the Algerian family to wives with breast cancer, by researching the characteristics and dimensions of the care provided, to answer a number of questions: Who provides care to the patient? What kind of care on? What is the social bases of dividing roles? And what are the psychological, social and physical effects, which cause the mother/wife to become seriously ill, on the patient herself, on the family surroundings and on the caregiver?

The research also sought to identify family mechanisms, and their association with social and cultural values and references, in their response to the various crises accompanying the trauma of the disease.

To answer those and other questions, we have resorted to the case study methodology as a way of dismantling roles, relationships and mutual interactions within the families studied, through our reliance on life tracking, 14 cases of infected women on the one hand, and family caregivers on the other.

Finally, we have found that the role of caregiver for a patient with breast cancer, poses a major challenge for the family.it causes financial, psychological and social hardship. The care is shared by a number of social actors, within and outside the nuclear family, to overcome and relieve pressure on the caregiver, and to reach the greatest degree of satisfaction with care for the infected patient.

مقدمة

مقدمة:

شهد العالم -في القرن السابق وبداية القرن الحالي، تطوراتٍ مهولة ذات وتيرة متسارعة في شتى مجالات الحياة لم يشهد مثلها في التاريخ. تُمثِّلُ التطورات التكنولوجية أبرزها من حيث التأثير على حياة الإنسان وسلوكه وقيمه، وتوجهاته الفكرية والتواصلية في علاقته بنفسه وبالآخر. كما أثَّرت هذه التطورات أيضا على صحة الإنسان النفسية والعقلية والجسدية، فقد أدَّى تغيُّرُ أسلوب الحياة الحديثة المقرونة بتطور المدن والاحتفاظ السكان فيها، إلى ضغوطٍ إضافية على الكائن البشري المحاصر بالقلق* الذي أثبتت الدراسات المختلفة علاقته بصفة مباشرة وغير مباشرة بعدد من الأمراض الحالية؛ كالقولون العصبي وقرحة المعدة، وضغط الدم، والسكري وأمراض أخرى كثيرة.

لقد تغيَّر نمط الحياة الاقتصادي وتطوَّرت الشركات المنتجة للصناعات الغذائية في ارتباطها بنظامٍ عولمي يسعى إلى صناعة مستهلك دائم متعلق في سلوكه الاستهلاكي بسلوك الجماعة التي صارت تتأثر بعدد من العوامل أهمها الإشهار الذي يروج لنمط استهلاكي معين "أمريكي غربي" عادة، حيث صار الغذاء سلوكا اجتماعيًا لا يرتبط فقط بغريزة الجوع وإشباعها، بل بمكانة اجتماعية معينة. أضف إلى ذلك التغيرات التي طالت غذاء الإنسان جراء الأسمدة الكيماوية ومبيدات الحشرات والتلوث البيئي على أشكاله، كل هذا أدى إلى التعرض إلى الأغذية غير الصحية المسببة عادة لعددٍ من المشاكل الصحية أهمها: السمنة وما ينجرُّ عنها من أخطار صحية واجتماعية ونفسية.

ويعتبر سرطان الثدي النوع الأكثر انتشارا في العالم، وواحدا من الأمراض التي تفتك بأكثر عدد من النساء، إذ تصاب واحدة من بين كل 8 نساء في العالم الغربي به، وتتقدم احتمالية حدوثه مع السن وتتضاعف في سن اليأس (2010, H. Boussem et, Y.Belkacemi, autres).

بينما يمثل سرطان الثدي في شمال إفريقيا والشرق الأوسط السرطان الأول من حيث الإصابات لدى المرأة، حيث أن احتمالية حدوثه عند كل 105 امرأة تتراوح بين 9.5 إلى 54 حالة. (autres, Y.Belkacemi).

* حسب إحصاءات لمنظمة الصحة العالمية، فقد سُجِّلَ 301 مليون شخص في العالم يعانون من اضطراب القلق، منهم 58 مليون طفل ومرهق سنة 2019، وأشارت الإحصاءات إلى إصابة 280 مليون شخص بالاكتئاب، منهم 23 مليون طفل ومرهق في السنة نفسها. انظر: الاضطرابات النفسية

(H. Boussem et, 2010)، هذا ما جعل منظمة الصحة العالمية تعتبر هذا المرض أولوية للصحة العمومية ومشكلاً أساسياً للنساء في هذه المنطقة.

تشير إحصاءات لمنظمة الصحة العالمية إلى أن سرطان الثدي هو أكثر أنواع السرطان شيوعاً مع أكثر من 2.2 مليون حالة في عام 2020. وتُصاب قرابة امرأة واحدة من بين كل 12 امرأة بسرطان الثدي في حياتهن، كما أن سرطان الثدي هو السبب الأول للوفيات الناجمة عن السرطان في أوساط النساء، وقد توفيت بسببه 685000 امرأة تقريباً في عام 2020.

وقد وصل عدد الإصابات الجديدة في الجزائر سنة 2019 حسب مصلحة الأورام السرطانية لمستشفى مصطفى باشا 14 ألف حالة جديدة (محررون 2020)، وبهذا يحتل سرطان الثدي المرتبة الأولى في السرطانات بالجزائر.

يمثل مرض السرطان عبئاً اقتصادياً حقيقياً للدولة من جهة حيث يكلف المريض الواحد حوالي 300 ألف دج في بداية المرض وحوالي 5 ملايين دج عند تطور الداء، حسب الدكتور كمال بوزيد رئيس الجمعية الوطنية لطب الأورام (وكالة الأنباء الجزائرية 2019)، وكما أن السرطان يؤثر تأثيراً كبيراً على حامله والمصاب به من النواحي الجسدية والنفسية والاجتماعية؛ فهو يؤثر تأثيراً مباشراً على الأسرة التي ينتمي إليها المريض، فخارج أيام تواجد المصاب في المستشفى يبقى بحاجة لرعاية صحية ونفسية داخل المنزل، وهنا يقع الدور على أحد أفراد الأسرة أو عددٍ منهم للقيام بهذا الدور الطارئ، وهو دور مقدم الرعاية، إذ عليه أن يعدّل في حياته وبرنامجه اليومي للقيام بهذا الدور.

ومن خلال ما تقدّم، فإنّ هذه الدراسة تقوم على التساؤل حول الرّعاية الأسريّة التي تتلقاها الزوجات المصابات بسرطان الثدي داخل البيت وخارجه، عبر مختلف مراحل المرض والعلاج، وقد قمنا بتقسيمها إلى بايين؛ تضمن الباب الأول المقاربة المنهجية والنظرية للبحث، حيث جاء في أربعة فصولٍ وصّحنا خلالها كل من الأسباب والدوافع والأهمية التي قادتنا لاختيار موضوع البحث، كما فصلنا في الإشكالية العامة التي تتمحور حول طبيعة الرعاية الأسريّة التي تتلقاها الزوجة المصابة بسرطان الثدي في الجزائر والتي تمخضت عنها مجموعة من التساؤلات ومنها بعض الفرضيات التي ارتأينا أنها ستقودنا إلى بعض الأجوبة المحيطة بالموضوع، كما عرّجنا على المقاربة النظرية التي انطلقت منها فرضياتنا وهي المدرسة الوظيفية في علم الاجتماع وما طرحته من نظريات فيما يخص المرض والمريض، ثم حددنا المفاهيم والمصطلحات التي

تخص الموضوع على غرار الرعاية، الأسرة، المرض، مقدم الرعاية وسرطان الثدي، ومن ثمة فصلنا في أهم الدراسات السابقة التي أفادتنا في انطلاقنا في البحث، أما الفصل الثاني الموسوم بالأسرة الجزائرية ووضعية المرأة بين القيم التقليدية والحديثة، فقد تعرضنا فيه إلى تعريف الأسرة الجزائرية وأنواعها من حيث البنية والتركيب وتطورها التاريخي منذ ما قبل الاستعمار إلى وقتنا الحالي، إضافة إلى تحليل أهم خصائصها القيمية، بينما خصصنا المبحث الثاني إلى الحديث عن وضعية المرأة كفاعل أساسي في الأسرة في المجتمع الجزائري الحديث، من خلال الحديث عن التمكين لها من جوانب مختلفة أهمها الجانب التشريعي، سوق العمل والدراسة وكذا التمكين السياسي.

وقد جاء الفصل الثالث كتتمة للثاني، حيث خصصناه لمكانة وأدوار المرأة في المؤسسة الزوجية، فجاؤ تحت عنوان مكانة ودور الزوجة في الأسرة الجزائرية، وقد فصلنا في هذا الفصل عن أهمية الزواج بالنسبة للمرأة الجزائرية، وكذا أهم الأدوار التي تمارسها الزوجة في الأسرة الجزائرية المعاصرة.

بينما كان الفصل الرابع مخصصا لمفهوم الرعاية الاجتماعية وتطورها في العالم وفي الجزائر، وقد عنواننا المبحث الأول منه بمدخل للرعاية الاجتماعية وتطور المفهوم، حيث تعرضنا فيه للرعاية الاجتماعية، تطورها وأشكالها وانتقالها عبر الزمن من مفهوم التضامن والتكافل إلى ما يسمى بـ "دولة الرعاية"، وفي المبحث الأول، خصصنا جهودنا للتعرف على الرعاية الاجتماعية في الجزائر، عبر التطرق إلى سياسات الرعاية منذ الاستقلال، ومجالاتها، وركزنا على الرعاية الصحية واستراتيجيات الدولة الجزائرية في مكافحة مرض سرطان الثدي.

أما الباب الثاني فخصصناه للمقاربة الميدانية لموضوع البحث أي العرض التحليلي لتجارب الزوجات المصابات بسرطان الثدي وعوائلهن المتكفلة بمریضة سرطان الثدي، وفيه أربعة فصول، تضمن الفصل الأول مجالات البحث وضوابطه الميدانية، حيث عرضنا نتائج الدراسة الاستطلاعية، إضافة إلى مجالات الدراسة الميدانية الزمانية والمكانية وخصائص العينة مجال البحث.

بينما تعرضنا في الفصل الثاني إلى طريقة تعامل المريضة وأسررتها مع الإصابة بالمرض منذ الكشوفات الأولى، التشخيص، العلاج والنقاهة وأهم القرارات التي تتخذها المريضة والقائمين على رعايتها، في سبيل تسييرهم لمراحل المرض المختلفة.

وعرضنا في الفصل الثالث بشكل مفصّل مظاهر وأشكال تأثر العلاقة الزوجية بإصابة الزوجة بسرطان الثدي، حيث عرضنا تجارب كل حالة على حدا، في مبحثين هما: مظاهر نجاح فشل العلاقة الزوجية، من طلب التطليق، الطلاق والإهمال الزوجي، بينما تعرّض المبحث الثاني لمظاهر وأسباب نجاح العلاقة الزوجية في الحالات المدروسة.

بينما صببنا اهتمامنا في الفصل الرابع على عرض الخصائص الاجتماعية للعائلات الجزائرية في رعاية الزوجات المصابات بسرطان الثدي، حيث عرّجنا في المبحث الأول على خصائص الرعاية وعلاقتها بالقيم الاجتماعية المختلفة للأسرة الجزائرية، كما تطرقنا فيه إلى تقسيم أدوار الرعاية وعلاقتها بالمكانات والأدوار الاجتماعية لمقدم الرعاية وعلى تقسيم الأدوار حسب علاقات القرابة، بينما ركزنا في المبحث الثاني على تحديات رعاية المصابة بسرطان الثدي والأعباء المترتبة عن الرعاية والآليات الأسرية والاجتماعية المختلفة المتبعة لتخفيف الضغط والأعباء عن المرضى والقائمين عليهم، بينما تطرقنا في المبحث الثالث والأخير إلى الدور الذي تؤديه جمعيات مكافحة السرطان، في مساعدة المريضات وأسرهن في مكافحتهم لهذا المرض، وخصائص الخدمات المقدمة وحدودها، وأخيرا انتهينا إلى عرض نتائج البحث حسب تقسيم الفصول والفرضيات والتي قدّمنا من خلالها أجوبة عن التساؤلات التي انطلق منها البحث كما حاولنا تقديم ومقترحات رأينا أنّها قد تساعد على رعاية أفضل للمرضى بشكل عام في الجزائر.

الباب الأول

المقاربة المنهجية والنظرية للبحث

الفصل الأول

المنطلق المنهجي لموضوع البحث

تمهيد:

لقد جاء اختيار موضوع الرعاية الأسرية لسرطان الثدي من منطلقات ذاتية وموضوعية، تصب جميعها في التأكيد على أهمية البحث في هذا الموضوع الذي يمس حياة نسبة كبيرة من النساء في الجزائر وفي العالم، كما يمس عائلاتهن التي لا تقل مشاكلهم مع المرض، وللبحث في إشكالية طبيعة هذه الرعاية تم اختيار منهج دراسة الحالة والذي رأينا أنه المنهج الأنسب لتغطية جوانبه ككل واعتماد التقنيات المختلفة لهذا المنهج.

المبحث الأول: أسباب اختيار الموضوع، وأهدافه وأهمية البحث

لقد دفعتنا عدّة أسباب موضوعية وأخرى ذاتية لاختيارنا موضوع الرّعاية الأسريّة للزوجات المصابات بسرطان الثدي، كإطلاقة بحثية في مجال علم الاجتماع العائلي.

فعدد الإصابات التي تسجّل سنويًا في الجزائر والتي قدّرت سنة 2019 بـ 14000. حالة جديدة* تجعلنا ننظر إلى المرض لا كحالة إحصائية أو ظاهرة طبيّة فقط بل كظاهرة اجتماعية وجب التطرق إليها البحث والتحليل من منظورات ومقاربات مختلفة، للتعرف على الأثر الذي يحدثه هذا المرض في الجوانب الاقتصادية، الاجتماعية، والأسريّة، سواء للمريضة ذاتها أو لما يشكّل محيطها الاجتماعيّ.

فتسيير المرض لا يعدّ أمرًا طبيًا بيولوجيًا بحتًا فقط، بل يتعداه إلى التعاطي الاجتماعيّ، من خلال أولاً التصور الجماعي للمرض وما يترتب عليه من التعامل مع المرض والعلاج والمريض، ومن خلال الظروف التي تحيط بالمريض وأهمها: الخدمات الصحية المتوفرة، الوضعية المادية، الأسريّة والنفسية.

إن المصابات بسرطان في الجزائر يشكلن من جهة تحديا للسياسات الصحيّة من حيث، العدد الكبير حيث يحتل سرطان الثدي المرتبة الأولى في عدد الإصابات، وكذلك للسياسات الاجتماعية إذا ما تم النظر إليهن كأفراد ذوو أهمية بالغة في البناء الاجتماعي للدولة، حيث تمثل المصابة بالسرطان الزوجة والأم التي يفرض عليها المرض التخلي عن جزء أو عن كل أدوارها المجتمعية التي تفرضها عليها مكانتها الاجتماعية داخل النسق العام.

كما تشكل رعاية المصابة بسرطان الثدي، إشكالا حقيقيا داخل الأسر، التي تجد نفسها مجبرة على مرافقة المريضة في مختلف مراحل العلاج، ماديا، ونفسيا، ورعائيا، وهو الأمر الذي لا تطيقه الكثير من العائلات ذات الدخل المتوسط أو المتدني، بالإضافة إلى مشكلة من يقوم برعاية المريضة داخل الأسرة، حيث وجب التفرغ لهذا الدور الاجتماعي الجديد الذي يفرض مهارات جديدة من جهة وتخلصا كليًا أو جزئيًا من الواجبات الأخرى من جهة ثانية.

بينما تنتشر أخبار عن تعرض المصابات بسرطان الثدي بشكل خاص و ببعض الأمراض المستعصية عموما للإهمال العائلي أو الطلاق وإعادة الزواج بسبب سرطان الثدي، وهذا ما بينته الدراسة الاستطلاعية عبر مقابلاتنا مع مجموعة من رؤساء جمعيات مكافحة السرطان عبر الوطن وكذلك الأطباء المتخصصون في

*حسب البروفيسور بوزريب، اليوم العلمي حول سرطان الثدي، 7 أكتوبر 2019 بفندق الاوراسي، مداخلة بعنوان " profil épidémiologique du cancer du sein en Algérie

سرطان الثدي والذين أكدوا لنا هذه الملاحظة لاحتكاكهم الدائم بالمصابات وعوائلهم، ولكن تبقى دائما ملاحظات دون دليل إحصائي معين، وهذا ما جعلنا نرى أن من الأهمية دراسة الرعاية الأسرية التي تلقاها المريضة بسرطان الثدي داخل الأسرة الجزائرية وتحديات ومعوقات الرعاية والتي قد تجعل البعض يتخلى بسببها عن واجبه الاجتماعي نحو هذه الفئة من النساء.

وبينما تلقى الدراسات الخاصة بمقدم الرعاية الأسري للمريض روجا كبيرا في الغرب، حيث يتم دراسة المشاكل التي يعانيها هذا الأخير من كل الجوانب اهتماما كبيرا وذلك لمعرفة الأطر التي يمكن للدولة والجهات المختصة التدخل فيها من أجل الحفاظ على الصحة النفسية والعقلية وجودة الحياة لمقدم الرعاية والمريض في آن واحد، تبقى مكتباتنا الجامعية تفتقر لمثل هذه المواضيع والتوجهات، ولهذا جاءت الدراسة من أجل محاولة ملئ بعض من هذا النقص سواء من الناحية النظرية أو الميدانية.

هذا ويمكن تلخيص الأسباب الذاتية في المعاشية المباشرة لعدد من الحالات لزوجات مصابات بمرض سرطان الثدي في المحيط العائلي والاجتماعي، والوقوف على معاناتهن اليومية مع المرض ومع المشاكل المنجزة عنه في الأسرة وفي علاقاتهن الزوجية، والوقوف أيضا على عدد المشاكل التي تدخل فيها الأسرة بمجرد إصابة إحدى أفرادها بمرض خطير وحساس كسرطان الثدي، منذ بداية رحلة البحث عن العلاج الذي يعتبر لوحده مشكلا كبيرا.

وتتمثل أهمية البحث في أن:

مرض سرطان الثدي يمسّ بإحدى ركائز المجتمع والأسرة ممثلة في المرأة والزوجة تحديدا، والتي تقوم عليها أسباب نجاح واستقرار الأسرة وبالتالي المجتمع، وباعتبار مرض سرطان الثدي واحد من الأمراض التي تشكل أزمة صحية واجتماعية وأسرية، فإن الدراسة تجعلنا نقف على أهم ما تحتاجه هؤلاء النسوة وأسرهن، ما يمكن الجهات الوصية من اتخاذ التدابير اللازمة للإبقاء على استقرار العائلة الجزائرية في حالتها الصحية والمرضى على حد السواء.

ويمكننا هذا البحث من الوقوف على مجموعة من المفاهيم والممارسات والتصورات الاجتماعية لمرض سرطان الثدي، كما يسمح لنا بالاطلاع على مختلف التغيرات الاجتماعية في الأدوار والوظائف والمهام

التي قد تكون مست الأسر الممتدة والنواتية والاطلاع على مدى ترابطها في حالات الأزمات كحالة إصابة أحد أفرادها بمرض خطير.

إنّ التعرف على استراتيجية الرعاية التي تنتهجها الأسر الجزائرية لمواجهة إصابات إحدى نساءها المتزوجات بسرطان الثدي، يمكن الباحث من استكشاف الأدوات التي تمتلكها أو لا تمتلكها الأسر الجزائرية في مواجهة الأزمات الصحيّة، كما أن التعرف على المشاكل والتحديات التي تواجه الأسر أثناء تأدية دور الرعاية يفتح المجال أمام الجهات الوصية لإدراك نقاط ضعف المؤسسات المختصة وتحديد طرق التحسين الخدمات المختلفة.

وبهذا فإن أهداف البحث تتمحور فيما يلي:

يهدف البحث إلى الوقوف على طبيعة الرّعاية العائلية للزوجة المصابة بسرطان الثدي، ووصف الحالة العائلية والمشكلات التي تتجر عن الوضعية الصحيّة التي يتسبب فيها سرطان الثدي، وبالتالي تمكين الأطراف المهتمة والمعنية والمسؤولة من وضع يدها على ملامح الوضعية الاجتماعية والعائلية للمرأة المصابة بالسرطان.

إنّ بحثنا هذا يسعى إلى إلقاء الضوء على المكانة الاجتماعية التي يشغلها مقدّم الرّعاية الأسريّ في إطار العلاقات الاجتماعية المتعلقة بالمرض، إضافة إلى التعرف على عراقيل وتحديات الرّعاية.

كما يحاول تقديم واستخلاص مجموعة من النماذج والتصنيفات المتعلقة بأنواع الأسر وأشكال الرّعاية وتقسيم الأدوار من خلال الربط بين عدد من المتغيرات واستخلاص وصف شامل للوضع الاجتماعي والعائلي الذي تعيشه الزوجة المصابة بسرطان الثدي، ويمثل بذلك بحثنا هذا بحثا استكشافيا استطلاعيا، يمثل نقطة انطلاق بحثية قد تتفرع عنها دراسات أخرى لها صلة بالموضوع في المستقبل، ومعالجة إشكاليات تتقاطع مع الإشكالية التي نشتغل عليها.

المبحث الثاني: الإشكالية وتساؤلات وفرضيات البحث

تكون المصابة بسرطان الثدي عادة في حالة عجز جسدي كبير خاصة إذا وصلت إلى مراحل متقدمة من المرض و/ أو في مراحل العلاج الكيميائي، تتعقبها حالة نفسية متفاوتة الصعوبة قد تصل إلى حالة الاكتئاب والانهيار العصبي، وذلك لما تعانيه من ضغوطات الألم الذي يصاحب مختلف مراحل المرض والعلاج وكذلك صدمة جسدها الجديد المبتور والمشوه في الغالب، وأيضا مخاوفها من الموت وتفكيرها في مستقبل أسرتها وأبنائها (بادية، يوب 2013، ص 335)، كما قد يصل بها الحال إلى عدم تقبل دور المريض الذي ستلعبه في مراحل جديدة من حياتها، فلا تتقبل الحلول العلاجية التي يقترحها الأطباء، كبتير الثدي بسهولة وقد تعاني من تقلبات مزاجية تؤثر على علاقاتها الزوجية والأسرية، فقد أكدت العديد من الدراسات أن العديد من المريضات تلجأن إلى تسيير مرضهن بالرفض في مراحل مختلفة من المرض منذ ظهور المرض وعرض الخدمات الطبية والعلاجية المختلفة، ما يمثل تحديًا جديدًا للأسرة عامة في اقناعها بضرورة الخضوع للأطباء ونصائحهم (محسن 2016/2015).

يرافق إصابة المرأة المتزوجة وخاصة الأم بمرض خطير كسرطان الثدي، تذبذبا وتدهورا في أدائها الوظيفي من حيث كونها عضوا فعالا في الأسرة، ويختل أدائها لأدوارها التقليدية في البيت كراعية لنظامه ونظافته، وخارج البيت كمعيلة للأسرة، إن كانت عاملة، حيث تتعدد أدوار الزوجة والأم في الأسرة الجزائرية الحديثة، بل حتى أن البعض يصفها بالأهم داخل الإطار الأسري، حيث ترى د. نادية سعيد عيشور، أنها كبيرة ومتنوعة وظالمة أحيانا فهي تزاوّل في الوقت ذاته "...الدور التقليدي ممثلا في الإنجاب وتربية الأبناء وخدمة الزوج والواجبات القرابية إلى جانب الأدوار الجديدة المتمثلة في تدريس الأبناء ومتابعتهم في المدارس، التسوق بالإضافة إلى النشاطات المهنية خارج المنزل، في آن واحدة، مقابل انحسار حجم أدوار الرجل واحتفاظه بالدور التقليدي له فقط مع تراخ تدريجي في المسؤوليات..." (ا. عيشور 2019، 303).

هذه الوظائف المتعددة والمهمّة المنوطة بالزوجة، يجب أن تُؤدّى بشكل مستمر غير قابل للانقطاع، غير أن المرض يثنيها عنها بشكل جزئي أو تام في مرحلة ما، ولهذا فهي تحتاج إلى رعاية خاصة، الأمر الذي يتطلب تدخل أفراد آخرين في المجتمع لرأب الخلل العضوي الذي أصاب الأسرة كمؤسسة اجتماعية داخل النسق الاجتماعي العام، ويكون هذا التدخل آليا حسب المدرسة الوظيفية، فالمريضة لا تستطيع مواجهة هذا المرض دون دعم ورعاية من الأفراد المحيطين بها ابتداء من الأسرة ودائرة الأصدقاء وحتى محيط

العمل، هذا الدعم الذي اثبتت الدراسات المختلفة أنه يساعد المريض على تخطي المرض واكتساب قوة داخلية من شأنها رفع مناعته وقدرته على المقاومة (بادية، يوب، 2013، ص 335، 336).

يرى أنتوني غدنز (Gidnes) في كتابه علم الاجتماع أنّ للمرض بعدين أساسيين، أحدهما شخصي والآخر عام واجتماعي، " فإصابة أحد بالمرض لا تلحق به مجرد الاحساس الفردي بالألم والخوف والنكد والحيرة والارتباك، بل إنها تؤثر في الآخرين حوله، كما أن الناس الذين حولنا أو نتعامل مهم يواجهون حالتنا المرضية بالتعاطف أو بمد يد المساعدة أو تقديم الرّعاية والمساندة، وهم يبذلون الجهد لفهم مشاعر المريض ويحاولون استيعاب هذه المشاعر وترتيب آثارها على حياتهم، كما أن ردود الفعل التي تصدر تجاه المريض من الذين يتعاملون معه أو يتفاعلون معه تسهم في التأثير على تصور الفرد لنفسه ولأهميته بالنسبة للآخرين" (غدنز، 2005، ص 240)، وهو بذلك يدفعنا للتفكير في حالة المحيطين بالمريض والذين تتأثر حياتهم الخاصة بقدر تأثر حياة المريضة نفسها.

وتعتبر الأسرة والعائلة المصدر الأول للدعم والرّعاية، حيث اعتبر جيمي س هولاند في مقاله "التعايش مع السرطان" أن العائلة تمثل أهم مصدر من مصادر الدعم النفسي لمرضى السرطان عادة، إضافة إلى أن توافر الطبيب المرافق الذي يمكن الوصول إليه والذي يعتبر أمرا في غاية الأهمية (يوب، 2013، ص340).

وإن كانت الأسرة التقليدية قد امتلكت حلاً لمشكل رعاية المرضى، حيث أعطت للمرأة بشكل عام متمثلة في البنت، الأم، الزوجة أو الكنة دور الرّعاية حيث " كانت مسؤولياتها محدودة في العمل داخل البيت وتربية الابناء ورعاية أفراد الأسرة بما فيها الاقرباء والكبار والمرضى... " (ا.عيشور، 2019، ص304)، فإنّها قد تجد مشكلا في توفير من يقوم برعاية المريض في عصرنا الحالي، في إطار انشغال جميع أفراد الأسرة، ودخول المرأة في عالم الدراسة والشغل وتقلدها واجبات جديدة كمرافقة الأبناء إلى الدراسة أو إلى النشاطات الخارجية والتسوق وغيرها.

وتتطلب رعاية المريض بالسرطان، إمكانيات مالية ومادية كبيرة، إضافة إلى جهود بدنية وذهنية من طرف الشخص أو الأشخاص الذين يقدمون أنفسهم لتأدية هذا الدور، ما يتطلب منهم التخلي مؤقتا عن أدوارهم الحياتية والمجتمعية الأخرى، كالعمل والدراسة وغيرها من الأدوار حسب الحالة والمكانة الاجتماعية الاصلية لمقدم الرعاية.

مما سبق يمكننا التوصل إلى صورة إشكالية للحياة الاجتماعية للمصابة بسرطان الثدي حيث تتعرض المصابة لضغوطات المرض المختلفة الجسمانية منه والنفسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على محيطها وعلى علاقاتها، كما تؤثر على الأسرة التي تقع تحت طائل عدد من الضغوطات المادية والمعنوية والتي تتمثل في توفير الرعاية اللازمة للمريضة من نواح عديدة والتعامل مع مختلف التغييرات التي طرأت عليها كفرد في العائلة وعلى روتينهم اليومي كأفراد لهم حياتهم واهتماماتهم الأخرى الخاصة، ومن هنا رأينا أن يقوم بحثنا هذا على محاولة فهم وتأسيس لإشكالية تتمحور حول سؤال أساسي هو:

ما طبيعة الرعاية التي تتلقاها الزوجة المصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية؟

وتحلينا هذه الإشكالية إلى طرح مجموعة من التساؤلات التي تفصل لهذه الإشكالية:

1- كيف تسير وتتعامل الأسرة والمصابة مرض سرطان الثدي في مراحلها المختلفة وما هي المتغيرات التي تتدخل في اتخاذ القرارات المتعلقة بتسيير المرض؟

2- كيف يؤثر سرطان الثدي على العلاقة الزوجية وعلى الاستقرار الأسري للمريضة؟

3- ما هي خصائص وأبعاد الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي؟

4- كيف يؤثر مرض سرطان الثدي على تقسيم الأدوار داخل الأسرة؟

5- ما هي التحديات والأعباء التي يعيشها الأفراد القائمين على رعاية الزوجة المصابة بسرطان الثدي؟

6- ما هي الآليات التي تتخذها كل من الأسرة والمريضة للتخفيف من الأعباء على القائم بالرعاية؟

وللإجابة عن هذه التساؤلات، انطلق بحثنا هذا من الفرضيات الأساسية التالية:

الفرضية الأولى: ترتبط الإجراءات والقرارات التي تتخذها الأسرة بعد إصابة الزوجة بالسرطان بطبيعة العلاقات الأسرية والتمثلات الاجتماعية للمرض.

الفرضية الثانية: تتأثر العلاقة الزوجية بإصابة المرأة بسرطان الثدي، ويرتبط ذلك بعوامل تتعلق بالزوجة من جهة، الزوج وأسرته من جهة أخرى.

الفرضية الثالثة: تتميز الرعاية التي تقدمها الأسرة الجزائرية للزوجة المصابة بسرطان الثدي بمجموعة من الخصائص المرتبطة ارتباطا وثيقا بالقيم الاجتماعية والدينية للمجتمع، من حيث تقسيم أدوار الرعاية ومميزاتها.

الفرضية الرابعة: يتعرض القائم برعاية المصابة بسرطان الثدي سواء كان فردا أو مجموعة من الأفراد، لمجموعة من الضغوطات، خاصة المتعلقة بتغير الأدوار داخل الاسرة، وتتخذ كل من المريضة والاسرة آليات مختلفة للتخفيف منها.

المبحث الثالث: المقاربة النظرية لموضوع البحث

يقع بحثنا هذا بين فرعين مهمين من علم الاجتماع وهما علم الاجتماع الطبي، أو علم اجتماع الصحة، لكون أهم متغير فيه هو مرض سرطان الثدي وعلاقته بالمصابة وبمحيطها العائلي من جهة وعلم اجتماع العائلة، كوننا ندرس الرعاية التي تقدمها وتدعم بها الأسرة هذه المريضة وطبيعة العلاقات التي تنشأ أو تتغير خلال مرحلة المرض داخل الأسرة.

أولاً: النظرية البنائية الوظيفية ودور المريض

وبما أننا ندرس الوظائف والأدوار التي يقوم بها كل طرف من معادلة مريض -مقدم رعاية، فسيكون من المنطقي الانطلاق من المدرسة أو النظرية البنائية الوظيفية وما أنتجته من تفسير ونظريات في هذا الإطار. وتعرف النظرية البنائية الوظيفية على أنها النظرية التي اتخذت من المجاز العضوي أساساً للفهم الاجتماعي، حيث يمكن للمجتمعات أن تكون لها صفات "عضوية"، ويكمن فهم المجتمع من خلال فهم الوظائف أو الأدوار التي يؤديها كل عضو على حدة وما يقدمه بذلك للجسد ككل (سكوت، 2013).

وترتكز البنائية الوظيفية على عدد من المفاهيم الأساسية كمفهوم، "البناء" و"النسق" والدور"، و"الوظيفة الاجتماعية" وغيرها، وقد لخص أحمد سالم الأحمر (أحمد سالم 2004) الفكرة العامة للوظيفية البنائية في أربع أسس منطقية:

1. المجتمع نظام كلي: يتكون من أجزاء يعتمد بعضها على بعض. فالأسرة هي في نفس الوقت جزء بالنسبة للمجتمع، وهي كلّ بالنسبة لأفرادها.
2. الكلّ النظامي يأتي قبل الأجزاء (لا يفهم الجزء الا بفهم الكل).
- لا يمكن أن نفهم طبيعة الأسرة والمعايير التي تتحكم في تقسيم الأدوار فيها ودورها بالنسبة للمجتمع إذا لم نكن نفهم الطبيعة العامة للمجتمع والعلاقات المشكلة له والمعايير والقيم التي يركز عليها، في تقسيمه للأدوار.
3. الجزء يقوم بوظيفة المحافظة على الكل وتوازنه: وهذا ما يجعل العلاقة بينهما وظيفية.

تقوم الأسرة بالنسبة للوظيفيين بالمحافظة على النظام العام وتوازنه من خلال مجموعة من الآليات والوظائف كالانتشئة الاجتماعية "التربوية" التي يجب ان تصب في المشروع العام للمجتمع "الرأسمالية" بالنسبة للوظيفيين مثلا، الوظيفة الجنسية والتناسلية، الاقتصادية وغيرها. (احمد سالم 2004).

4. العلاقة بين الاجزاء تقوم على الاعتماد والتعزيز المتبادل: ما يجعل العلاقة بين الاجزاء فيما بينها وظيفية أيضا.

وترتبط الأهمية الوظيفية للأدوار والمؤسسات الاجتماعية فيما اصطلح على تسميته بالتكيف والتكامل، ويعني التكيف قدرة المؤسسة على التكيف مع الاختلالات واللاتوازن التي تمرّ بها اما التكامل فهي الصّلات المتبادلة بين اجزاء النظام التي يمكنها ايضا ان تتكيف مع الخلل الحادث في الاجزاء الاخرى وقد تساعد ايضا في احداث التكيف.

ومن هذا المنطلق، فان النظرية الوظيفية البنائية لا تبحث في أصل الأسرة وتطورها، بقدر ما تنظر اليها بوصفها نسقا اجتماعيا، ذا اجزاء مكوّنة يربط بينها التفاعل والاعتماد المتبادل، فهي هنا تدرس الدور او الوظيفة التي تؤديها الأسرة من اجل ديمومة واستقرار النظام الكلي "المجتمع"، كما تدرس الترابط الوظيفي بين النسق الأسري وباقي انساق المجتمع، هذا من جهة، ومن جهة اخرى فالبنائية الوظيفية تدرس الترابط الوظيفي داخل هذا النسق، من خلال ادوار كل عنصر فيها، دور الاب، الام، الابناء... الخ.

وقد اكتسبت النظرية البنائية الوظيفية اهمية كبيرة وانتشار في المجتمعات الغربية حتى إنه يمكن القول تقريبا بأنها تكاد تكون الإطار التنظيري الأساسي للنظام الاجتماعي الرأسمالي المعاصر (عبد الباسط، 1990). ورغم ما تعرضت له النظرية من انتقادات وجدل واسع مع ظهور التيارات الحديثة وما بعد الحديثة، الا انها لازالت تجد محاولات لحيائها مع ما سميّ بـ " الوظيفة الجديدة" كأمثال جيفيري الكسندر وبرنارد باربر من خلال التعامل مع القوة والصراع بجدية اكبر مما فعل الوظيفيون القدامى. (سكوت، 2013).

وفيما يخص العلاقة مرض مريض، قدمت المدرسة البنوية الوظيفية نظرية " دور المريض" لصاحبها تالكوت بارسينز (1955)، والتي حاولت تفسير حالة المرض من ناحية اجتماعية، حيث يرى البنويون الوظيفيون أنّ الدور "ينتج حين تحدد الجماعة الاجتماعية أعراف لا تسري الا على فئات معينة من الافراد، ويوحي ويخلق تمييزا اجتماعيا بين الافراد تبعا للدور المتوقع ممارسته في حياة المجموعة" (سكوت 2013، ص 193)، وترتبط المكانة الاجتماعية للافراد بدورهم الذي يؤدونه في وضعية حياتية معينة.

"ويطلق على مجموعات التعليمات: التي تحدد المكانة اسم: الدور، فالشخص يشغل تلك المكانة أو غيرها ويؤدي الدور المرتبط بها، بدرجات متفاوتة من الكفاءة والتوفيق، وبدرجات متفاوتة من الاختلاف الفردي والابتكار الخاص." (الجوهري 2007).

انطلاقاً من نظريته للفعل الاجتماعي والتي تقوم على وظيفة الدور في تطوير نماذج الأفعال "المكانة الاجتماعية وما ينطبق عليها من أفعال"، أطلق بارسونز سنة 1951 فكرته حول دور المريض في كتابه "النظام الاجتماعي"، حيث يعتبر أن المرض هو حالة تولد اختلالاً في الأدوار التي يلتزم الفرد بالقيام بها ناحية الكيان العام، ولكي يتسنى للمريض أن يعيش هذه الحالة بشكل مقبول اجتماعياً، عليه أن يلعب دور المريض، وهو الدور الذي يتعلمونه خلال تنشئتهم الأولى، ثم يمارسونه بمساعدة الآخرين عندما يصيبهم المرض" (غدنز، 2005 ص 241).

ويقوم دور المريض على التمتع "بميزات" (Leriol, 2008) أو صلاحيات بمقابل تحمل المسؤولية، وقد أصبحت المعايير التي اعطاها بارسونز لدور المريض خصائص نفسية اجتماعية اعتمدت عليها العديد من الدراسات الامبريقية التي قام بها الباحثون في فترة الستينات والسبعينات من امثال: "فريدسون 1961"، و"فايتزكين 1971"، "ميكانيك 1962" في ابحاثه حول مفهوم السلوك خلال المرض واعمال أخرى، وتقوم هذه المعايير على اربعة مداخل أساسية (Belande.f, 1989) :

1. ان يعفي المجتمع المريض من الالتزامات الاخرى التي يؤديها في أدواره الاجتماعية المختلفة (العمل، الأبوة، الأمومة، طالب في المدرسة...).
 2. الاعفاء من مسؤوليته اتجاه المرض، فالمريض ليس مسؤولاً عما يحدث له.
 3. أن يعترف المريض بأن مرضه حالة غير مرغوب فيها، فالمرض هو "انحراف" معياري يؤدي إلى اختلال في التوازن.
 4. يجب على المريض أن يطلب المساعدة الكفأة من المؤسسة المخوله لذلك "المؤسسة الطبية" وعلى رأسها الطبيب، وذلك حتى يسترجع قدراته لتحمل مسؤوليات ادواره الاخرى.
- ومن هنا فالطبيب والمؤسسة الطبية الممثلة في المستشفى تلعب دور المقيد والمعالج لهذا الانحراف، فحسب بارسونز لولا دور المريض ودور الطبيب لصار المرض علةً وسبباً قد يفرط المريض في استخدامه للتهرب من مسؤولياته الاجتماعية المختلفة (Leviol, 2008).

وقد طوّر العلماء الاجتماعيون والنفسيون نظرية دور المريض، كل حسب توجهات بحوثه الامبريقية، ولعلّ اهم ما قام به فريديسون 1970 (غدنز، 2005)، حيث رأى ان دور المريض ليس نمطا موحدا من الواجبات والحقوق بين كل المرضى، بل أنه يختلف من مريض إلى آخر حسب المرض بحد ذاته، وقد توصل إلى ثلاثة تصنيفات:

1. **الدور الشرطي:** وهو ينطبق على من يعاني مرضا مؤقت غير خطير ولا مزمن، كمرض الزكام، أو كسر في احد العظام، أو ألم في الاضراس وغيرها، وهي أمراض وعلل مؤقتة تفقد صاحبها القدرة على أداء واجباته بشكل مؤقت غير دائم وبشكل جزئي أيضا، وتتناسب الامتيازات التي يلقاها المريض وفقا لحدّة مرضه كجواز غيابه ليوم او يومين عن العمل...الخ.

2. **الدور الشرعي غير المشروط:** وهو دور يؤديه المرضى المصابون بالعلل الخطيرة او المزمنة، كمرضى السرطان، مرضى الباركينسون، الألزايمر والتي لا يمكن للمريض بها ان يقوم بأي من أدواره الاخرى بسببها ولمدة طويلة، ويكون اعتمادهم على غيرهم شبه تام، ويحصل المريض في هذه الحالة على الحق في التخلي عن كل واجباته والتزاماته السابقة للمرض.

3. **الدور غير الشرعي:** وهو الدور الذي يلحق بالمريض الذي يعاني من علة موصومة اجتماعية، اي ينظر المجتمع اليها بنظرة دونية، وقد يحمله وزر الاصابة بها، كالسمنة مثلا، ولكن يبقى اقرب مثال هو مرض الايدز الذي يُعتقد ان صاحبه هو من تسبب به من خلال القيام بمجموعة من السلوكات التي تؤدي اليه، وفي حالة ما كان المرض موصوما، فان المجتمع، أو على الاقل جزء منه، يحرم المريض من امتيازات دور المريض المختلفة واهمها: رعايته او تعويض مهامه.

ثانيا: التفاعلية الرمزية والنظام التفاوضي لتسيير المرض

لم يهتم الوظيفيون لوحدهم بالمرض كظاهرة اجتماعية، فقد قدمت المدرسة التفاعلية الرمزية تفسيراتها لتعامل الافراد والمجتمع مع المرض ولكن بناء على التصورات الاجتماعية للمرض، كما اعتمدت على دراسة التفاعلات التي يقوم بها أفراد المجموع في حالة المرض، ويمكن أن نعتمد في اطار بحثنا على أطروحتين من أطروحات التفاعلية الرمزية لارتباطهما بموضوع البحث

أطروحة أنسليم ستراوس (Strauss Anselm):

انطلق ستراوس في أطروحته من خصوصية الأمراض المزمنة، بحيث أن صفة الإزمان تجعل المرض يمتد لمجموع طبقات الحياة الاجتماعية المهنية والأسرية حيث لم تعد المسؤوليات متروكة مؤقتا بل يتم داخلها

تفاوض وتفاعل مستمرين وهي تفرض سلسلة من النشاطات الخاصة مما يجعل المحيط والأسرة مجالا آخر لتعدد الوضعيات الاجتماعية للمرض وهنا تظهر أطروحة ستراوس **النظام التفاوضي** *ordre négocié* والمرتبطة بالاتجاه التفاعلي الرمزي، حيث يعتبر "أن التنظيمات هي أنساق التفاوض الدائم وهذا ما يمثل القاعدة المركزية لنظرية Strauss حيث أن النظام الاجتماعي هو نظام يقوم على تفاوض مستمر يتفاعل فيه أفعال الأفراد مع الشروط البنائية لهذا النظام" (باشا 2001/2000، ص78)، ومن خلال دراساته الامبريقية، اعتبر أن المريض هو فاعل أساسي في مساره المرضي وفي وضع النظام الاجتماعي الذي يعيشه، وليس مجرد عامل سلبي في معادلة المرض، الذي يتحكم فيها الطبيب، كما تتدخل أطراف أخرى في تسيير المرض تتعدى المريض والطبيب معا حيث حاول وضع نموذجا مرجعيا جديدا يتماشى مع الأمراض المزمن، وهذا طبعا يكون بعيدا عن الطرح الطبي المختص وذلك حتى تتضح الجوانب النفسية والاجتماعية الواجب مواجهتها من طرف المريض وأسرته وحسبه دائما فإن كل "وجه من أوجه الحياة الاجتماعية للمريض وأقاربه تظهر مرهونة وبدرجات مختلفة حسب طبيعة الإزمان المرضي ومدته وكذلك عوامل أخرى نفسية واجتماعية وأنثربولوجية".

وهذا ما سنتطرق إليه في عملنا هذا حيث ندرس تأثير المحيط الأسري والفاعلين الاجتماعيين الاخرين، في تسيير مرض مزمن وخطير مثل السرطان.

وتصب هذه الفرضية في صميم بحثنا الذي يصبو إلى تفكيك العلاقات والأدوار الاجتماعية الجديدة التي يخلفها المرض، والنظام التفاوضي الذي تتخذه كل من المريضة وأسرته للتعامل معه مع النظام الصحي من جهة، وبينهم من جهة أخرى.

ومما سبق يمكن استخلاص الأسباب التي جعلتنا نعتقد أن المدرسة البنوية الوظيفية ونظرياتها المختلفة عن المرض كعلة اجتماعية، إضافة إلى التفاعلية الرمزية، أقرب المقاربات نظرية للانطلاق في بحثنا هذا وذلك انطلاقا من عدد من النقاط:

أ. فكرة أن المؤسسات الاجتماعية تؤدي أدوارا تبادلية وتكاملية، ويظهر ذلك خلال الازمات التي تمر بها اية مؤسسة ويظهر ذلك جليا خلال الازمة التي تمر بها الأسرة عند اصابة عضو فاعل فيها وهي الأم، حيث تقوم المؤسسات الاخرى، كالأسر النواتية ذات القرابة بالتدخل للتقليل من أثر الازمة، من خلال الدعم المادي، المعنوي والمساعدة، وذلك دعما للمؤسسة الصحية "المستشفى".

ب. إن المكانة الاجتماعية للأم والزوجة تفرض عليها عدد من الوظائف داخل البيت لتؤدي "الدور" الذي يتماشى مع مكانتها، وتعتبر تربية ورعاية الاطفال، المحافظة على نظام البيت ونظافته، العمل على الاستقرار الزوجي، من اهم الوظائف، ومن شأن مرض خطير كسرطان الثدي أن يحدث خلال وظيفيا كبيرا، وإذا ما اعتمدنا على النظرية الوظيفية فان الأسرة باعضائها ستقوم بشكل شبه سلس بتعويض المهام العالقة حتى تحافظ على توازنها الداخلي، كما ستقوم باتخاذ الاجراءات اللازمة لمساعدة المريضة على الخروج من حالة - الخلل الوظيفي- أو - الانحراف- وذلك في مقابل ان تتلقى المريضة العلاج المناسب وتتصاع لنصائح الاطباء للعودة إلى الدور الطبيعي لها.

ج. تدخل المصابة بسرطان الثدي منطقيا في تصنيف المريض الشرعي لفريديسون، حيث انها لم تتسبب بشكل مباشر في المرض ومنه فان لها الحق التام في التخلي عن واجباتها والحق في تلقي الرعاية والعلاج المناسب لعودة إلى الحالة الطبيعية، ولكن وحسب الدراسة الاستطلاعية فهناك حالات وبسبب توصرات وتمثلات اجتماعية للمرض تنتقل المريضة إلى الدور غير الشرعي، حيث يتم وصم المرض بالعار او العيب*.

د. النظر إلى مريضة سرطان الثدي كفاعل في عملة الرعاية وليس متلق سلبي فقط لها.

*تكررت كلمة "العار" في عدد كبير من المقابلات التي أجريناها مع رؤساء الجمعيات والأطباء والنفسانيين، الذين يعملون مع المصابات بسرطان الثدي، حيث يتم التخلي عن الزوجة من طرف أهل زوجها ومن الزوج لأن هذا المرض يجلب العار للعائلة، او لاعتقادهم بان المرض معد.

المبحث الرابع: تحديد المصطلحات

يقوم بحثنا على عدد من والمصطلحات أهمها:

1- الرعاية:

- تعريف الرعاية لغة:

جاء في لسان العرب لابن منظور في المصدر رَعِيَ:

الرَّعِيُّ: مصدر رَعَى الكَلأ ونحوه يَرْعَى رَعِيًّا. والرَّاعِي يَرْعَى الماشيةَ أَي يَحِوْطُهَا وَيَحْفَظُهَا وَالْمَاشِيَةُ تَرْعَى أَي تَرْتَعُ وَتَأْكُلُ وَرَاعِي الماشيةَ: حَافِظُهَا. وَرَعَى النُّجُومَ رَعِيًّا وَرَاعَاهَا: رَاقَبَهَا وَأَنْتَظَرَ مَغِيبَهَا؛ قَالَتِ الخنساء: أَرْعَى النُّجُومَ وَمَا كَلَّفَتْ رِعِيَّتَهَا، وَتَارَةً أَتَعَشَّى فَضَلَ أَطْمَارِي.

وراعَى أَمْرَهُ: حَفِظَهُ وَتَرَقَّبَهُ (المنذور، 1993).

والمُراعاةُ: المُناظرةُ والمُراقَبةُ. يقال: رَاعَيْتُ فلاناً مُراعاةً ورِعاءً إِذا رَاقَبْتَهُ وَتَأَمَّلْتَ فِعْلَهُ. وَرَاعَيْتُ الأَمْرَ: نَظَرْتُ إِلامَ يَصِيرُ. وَرَاعَيْتَهُ: لَاحَظْتَهُ.

ورَاعَيْتَهُ: من مُراعاةِ الحُقوقِ وَيُقَالُ: رَعَيْتُ عَلَيْهِ حُرْمَتَهُ رِعايَةً. وَفُلانٌ يُراعِي أَمْرَ فلانٍ أَي يَنْظُرُ إِلى ما يَصِيرُ إِليه أَمْرَهُ. (الهناي، 1979)

ومنه فالرَّعايةُ هي الحفظ والاحاطة والمراقبة والملاحظة وحتى الاستماع والترقب.

- تعريف الرعاية اصطلاحاً:

يُعتبر مصطلح الرِّعاية الاجتماعية من المصطلحات الحديثة التي لم تُعرف كمصطلح من قبل، وإن كانت الرِّعاية الاجتماعية كممارسة اجتماعية وإنسانية قديمة قدم الإنسان. لذا فإن التعريفات الإصطلاحية للرعاية الاجتماعية كلها تعريفات جديدة، ومع هذا فقد تباينت هذه التعريفات، فليس هناك مفهوم موحد للرعاية الاجتماعية، وأهم أسباب ذلك هو الاختلاف في ترجمة المصطلح في حد ذاته، حيث يترجمه البعض بالرفاه (social care) الاجتماعي، ويترجمه آخرون بالخير الاجتماعي (الغريبوي، 2009)، بينما يعرِّبها آخرون بالعمل الاجتماعي أو الخدمة الاجتماعية.

وعلى هذا الأساس فقد تنوعت تعريفاتها فهي:

" نسق من الخدمات والأجهزة التي يتم إعدادها لمساعدة الأفراد والجماعات على تحقيق مستويات مناسبة للصحة والمعيشة، ولتدعيم العلاقات الشخصية والاجتماعية بما يمكنهم من تنمية قدراتهم، وتحسين مستوى حياتهم بما يتمشى مع احتياجاتهم ومجتمعاتهم."

وهي "مجموعة من الخدمات والبرامج التي تقدمها الدولة لفئات معينة من الأفراد والجماعات ممن يحتاجون إلى ضروريات الحياة الأساسية، أو يحتاجون إلى الحماية، سواء كانوا أفراد أو الأسر". أو "أنها تنظيم يهدف إلى مساعدة الإنسان على مقابلة احتياجاته الذاتية والاجتماعية، ويقوم هذا التنظيم على أساس تقديم الرعاية عن طريق الهيئات والمؤسسات الحكومية والأهلية".

وبذلك فهي تلك الجهود والخدمات والبرامج المنظمة الحكومية والأهلية والدولية المتكاملة والتي تساعد هؤلاء الذين عجزوا عن إشباع حاجاتهم الضرورية للنمو والتفاعل الإيجابي في نطاق النظم الاجتماعية القائمة لتحقيق أقصى تكيف ممكن مع البيئة الاجتماعية. (أبو المعاطي، 2004).

من مجموع هذه التعريفات التي تصب مجملها في تعريف الرعاية الاجتماعية على أساس الجهة الراعية والتي تكون عادة إما هيئات حكومية أو مؤسسات مدنية كالجمعيات وغيرها، يمكننا استنتاج بعض الأسس التي تقوم عليها الرعاية وهي: التنظيم المسبق، بذل المجهود المادي والمالي واللوجستيكي بل حتى البدني والمعنوي اللازم لتقديم الرعاية لمن يحتاجها.

ورغم أن الأسرة التي تقدم الرعاية للمريضة المصابة بسرطان الثدي لا تملك على النظام الإداري والمادي الذي تتمتع به الهيئات الحكومية والخاصة إلا أنها تمثل مؤسسة اجتماعية قائمة بذاتها تقوم على العلاقات المتداخلة وتقسيم الأدوار.

وقد اشترك والترفيد لاندر المشار إليه في (فهيم، 1998، صفحة 21) في تعريفه للرعاية الاجتماعية مع ما سبق ذكره وأضاف أنها: "تساعد على تكوين علاقات سليمة وعلى تقوية أو تنمية قديهم بما يحقق نوعاً من التناغم بين الأفراد والأسر والجماعات والمجتمعات." فللرعاية دور في ترقية العلاقات الأسرية وتوطيدها.

وتكون الرّعاية لمن يحتاج إليها وهو من يعاني من نقص ما في الأهلية والوصاية سواء العمرية مثل الأطفال أو الشيوخ، الصحية: في حالة المرضى أو الذين يعانون من مشاكل اجتماعية أو سياسية كالمشردين، لاجئي الحروب، ضحايا الكوارث الطبيعية غيرهم.

المفهوم الاجرائي للرّعاية:

مما سبق، يمكننا استخراج التعريف الإجرائي الذي سيتم اعتماده في بحثنا هذه حيث نعتبر أن الرّعاية هي ذلك الفعل الواعي الذي تقوم به الأسرة تجاه أحد أفرادها - الزوجة المصابة بسرطان الثدي - ويكون هذا الفعل إما منظما أو تلقائيا بهدف تقديم الخدمة والمساندة، وتشمل جوانبا عدّة: كالمحافظة على النظام الصحي، الدعم المادي وتوفير الحاجيات المادية المختلفة، تعويض الزوجة في مهامها المختلفة قدر الإمكان، كرعاية بيتها والمحافظة عليه، المساعدة على الاندماج الاجتماعي، إعادة التأهيل، الدعم النفسي وغيرها.

-2 الأسرة:

لغة: جاء في لسان العرب المحيط لابن منظور (منظور، لسان العرب المحيط بلا تاريخ) في أسر: الأسرة: الدرع الحصينة، وأسر قتبته، شدّه بالإسار، والإسار ما شدّ به، والجمع، أسر: والأسار: التقيد ومنه سمي الأسير، ومنه نرى أن الأسرة مشتقة من الأسر، فالأسرة تبنى على رباط اجتماعي أساسه الزواج، يقيد صاحبه بمجموعة من الواجبات والمسؤوليات.

اصطلاحا:

يعرفها بيرجرس Burgess ولوك Lock في كتاب الأسرة أنّها " جماعة من الأفراد يرتبطون بروابط الزواج أو الدم أو التبني ويعيشون معيشة مشتركة ويتفاعلون كلّ مع الآخر في حدود أدوار الزوج والزوجة، الأم والأب، الأخ والأخت، ويُشكلون ثقافة مشتركة (غيث، 1989)".

أما المشرّع الجزائري فيعرف الأسرة في المادتين 02 و 03 من أحكام قانون الأسرة الجزائري لسنة 2005 على أنّها "الخلية الأساسية للمجتمع وتتكون من اشخاص تجمع بينهم صلة الزوجية وصلة القرابة، وتعتمد في حياتها على الترابط والتكافل وحسن المعاشرة وحسن خلق والتربية الحسية ونبذ الآفات".

فالأُسرة هي جماعة من الناس تجمعهم قرابة دم، كالأب والأم والإخوة والأخوات، والعم والعمة والخالة وأبناؤهما والجد والجدة.

ومنه فان الأسرة تحتل الأب والأم والأبناء أو ما يسمى بالعائلة النووية وتحتل أيضا الأقارب سواء برابطة الدم أو النسب.

الأسرة اجرائيا:

ومنه فان بحثنا هذا يعنى بالأسرة سواء الممتدة أو النووية وبالرعاية والدعم الذي تقدمه للزوجة المصابة بسرطان الثدي سواء تكون المصابة الزوجة، او الكنة (زوجة الابن) أو البنت، أو الأخت او زوجة الاخ او أخت الزوج.

ويدخل مع مفهوم الأسرة مفهوم العائلة إذا ما اعتبرت العائلة أوسع وأكبر من الأسرة.

التعريف الاجرائي للرعاية الأسرية:

حيث أنها الإحاطة والعناية والمراقبة التي يوليها فرد أو أفراد من الأسرة لفرد أو أفراد آخرين ينتمون لنفس الأسرة ويربطهم رباط القرابة الأسرية سواء من الدم او المصاهرة والنسب. وتكون هذه الرعاية في فائدة فرد أو أفراد يحتاجون المساعدة لسبب ما كالصغار والمرضى والمسنين.

-3مقدم الرعاية:

لغة: جاء في لسان العرب المحيط في ثلاثي: قدّم: في أسماء الله تعالى: المقدم: هو الذي يقدم الأشياء ويضعها في مواضعها، فمن استحقّ التقديم قدّمه. (ابن منظور، لسان العرب المحيط) ومنه فإنّ المقدم هو الذي يعطي الشيء ويمنحه.

اصطلاحا: عرّف موقع مجتمع السرطان الأمريكي، مقدّم الرعاية كالاتي: "يُسمى الشخص الذي يقدم الرعاية للمريض في المنزل بمقدّم الرعاية... وعادة ما يكون دور مقدّم الرعاية جزء أساسي من عناية المريض وفي أغلب الأحيان يكون مقدّم الرعاية للمريض هو شخص واحد وعادة ما تكون علاقة هذا الشخص بالنسبة للمريض زوج أو شريك حياة أو ابن بالغ وفي بعض الأحيان قد يتحمل مسؤولية المساعدة صديق قريب، و بالذات في حال عدم تواجد الاقرباء " (Society, 2016).

ويطلق عليه بالفرنسية **aidant** أما بالإنجليزية **care giver** أو **carer**

التعريف الاجرائي: مقدّم الرعاية العائلي هو الشخص الذي يضطلع بدور الرعاية، وتربطه علاقة قرابة او نسب مع المريضة، فهو الذي يَهَبُ المريضة من وقته وجهده، ليوفر لها ما تحتاجه من رعاية وخدمة.

4- مرض سرطان الثدي:

تتمحور دراستنا هذه على الرعاية الأسرية للمصابات بسرطان الثدي، ما يجعل مصطلح سرطان الثدي وكل الأمور المتعلقة به ستتكرر في مختلف مراحل الدراسة، لذا كان واجبا علينا الخوض بالتدقيق والتبسيط لهذا المرض، وبعض المفاهيم العلمية المتعلقة به.

أ. **السرطان:** إنّ الكلمة الانجليزية cancer مستمدة من الكلمة اليونانية *carneous* وهو سلطعون البحر، كما كان يُدعى من طرف الأطباء اليونانيين الأوائل بسبب ضخامة حجم السلطعون في الوسط ومخالبه الممتدة التي شكلت تشابها مع أورام سرطان الثدي وهو أول شكل ملاحظ - بالعين المجردة- لهذا المرض. ويعتبر السرطان هو تعبير عام لمجموعة من الأمراض التي تتميز بالنمو الفوضوي وغير المنضبط للخلايا (شوارتز، 1992).

ب. **الثدي:** يتكون ثدي المرأة من أنسجة دهنية وفصيصات (الغدد المنتجة للحليب) وقنوات (المسؤولة عن نقل الحليب إلى الحلمة) من 12 إلى 15 قنوات متشابكة وغير منتظمة الشكل. ويحتوي الثدي أيضاً على أوعية دموية وليمفاوية، فتنقل الأوعية الليمفاوية السائل الليمفاوي من أنسجة الثدي إلى العقد الليمفاوية على مقربة من الثدي. وتوجد العقد الليمفاوية التي يتوجه إليها معظم السائل الليمفاوي في الثدي، وتعرف بالعقد الإبطية. وتتوجه كمية صغيرة من السائل الليمفاوي إلى الداخل نحو الصدر، وللعقد الليمفاوية دور كبير في الدفاع عن الجسم، إذ تقوم بحمايته من البكتيريا والخلايا السرطانية وغيرها من الأجسام المؤذية. ويمكن للخلايا السرطانية التي تدخل القنوات الليمفاوية أن تصل إلى العقد الليمفاوية حيث تنمو بعض الخلايا، ما يؤدي إلى انتفاخ العقد. (ديكسون، 2013 ص 2 و 3).

ج. **سرطان الثدي:** يتطور سرطان الثدي حينما تخرج خلايا اي جزء منه عن حالتها الطبيعية وتبدأ في النمو والانقسام بشكل خارج عن السيطرة، وإذا تركت هذه الخلايا دون علاج فقد تغزو هذه الخلايا الشاذة، الانسجة المجاورة وتلحق بها الضرر كما يمكنها الانتشار إلى أجزاء أخرى من الجسم عن طريق الدم أو عن طريق الجهاز اللمفاوي.

وتعرف جمعية السرطان الأمريكية سرطان الثدي على أنه "ورم خبيث يسبب نمواً غير طبيعي لخلايا الثدي، وعادةً ما يظهر في القنوات والغدد الحليبية للثدي، ويمكن أن ينتشر إلى الأنسجة المحيطة به، أو إلى أي منطقة في الجسم، ويحدث سرطان الثدي غالباً لدى النساء، وقد يحدث أحياناً لدى الرجال. (ما هو السرطان؟ دليل للمرضى وعائلاتهم 2015).

ويصبح النمو مفرطاً وكبيراً ويتطور نمو مجموعات من الخلايا غير الطبيعية، وفي معظم أنواع السرطان تصبح هذه الخلايا أوراماً تغزو الأنسجة الطبيعية وتدمرها. ويمكن لخلايا السرطان أن تنتقل أيضاً من خلال الدم أو الجهاز اللمفاوي، لتشكيل مراكز نمو تدميرية جديدة في أجزاء جديدة من الجسم بعيدة عن مركزها. (شوارتزر، 1992).

د- أعراض الإصابة بسرطان الثدي:

عادة لا تظهر سرطان الثدي، إلا عند بلوغه مراحل متقدمة، ويمكن التعرف عليها أولاً بالعين المجردة، ولكن لا يعني أي عرض منها الإصابة الفعلية بالمرض إلا إذا تم مطابقتها مع التحاليل والإجراءات الطبية اللازمة، وهذه الأعراض تتمثل عموماً بتغيرات في الشكل الخارجي للثدي، سواء من خلال بروز نتوء معين في الثدي، كضمور الحلمة أو تغير شكلها، خروج سائل ما من الحلمة كالدم والقيح وغيرها، تليف أو احمرار في الجلد، ألم وتيبس في الجلد، احساس بانتفاخ تحت الإبط. (سرطان الثدي).

هـ- أنواع سرطان الثدي ومراحله: **stades/ stages**

يعتقد الشخص غير المتخصص أنّ سرطان الثدي هو مرض واحد يستدعي علاجاً واحداً متشابهاً لدى كل الحالات، لكن الحقيقة غير ذلك فهو يتشكل ويتطور بطرق مختلفة حسب الحالات، ويصنف البروفيسور ديكسون، أنواع السرطانات ومراحلها كالتالي:

1- سرطانات غير غازية أو اللابدة: (وتعني لفظة لابدة أنها ملازمة لموضعها)

إن السرطانة اللابدة هي شكل ابتدائي من أشكال سرطانات الثدي، توصف أحياناً بالسرطان بين القنوات أو السرطان غير الغازي ويعني ذلك أن الخلايا السرطانية في داخل قنوات الحليب (الوحدة الفصصية القنوية النهائية) أو "موضعية" ولا تملك القدرة على الانتشار في مناطق أخرى من الثدي أو خارجه. وثمة أنواع عديدة من السرطانة اللابدة في القنوات. (ديكسون، 2013، ص 65).

وتتعايش المرأة السرطانات اللائدة في القنوات عادة دون الاحساس بشيء، وتظهر عادةً في صورة الاشعة (ماموغرافي) على شكل منطقة محددة من التكتلات المجهرية ونقاط الكالسيوم. وفي بعض الأحيان، تظهر كتلة في ثدي المرأة التي تعاني من هذه الحالة أو قد تعاني من إفرازات بالحلمة. (ديكسون، 2013، ص66) وتنقسم السرطانات اللائدة في القنوات إلى أنواع:

أ- حسب الدرجة: منخفضة، متوسطة، عالية

ب- حسب النوع:

1- السرطانات اللائدة في الفصيصية أو الورم الفصيصي: يستخدم مصطلح الورم الفصيصي لوصف حالتين:

1. فرط التنسج اللاتبيعي: وهو ورم غير سرطاني

2. السرطانة اللائدة في الفصيصات

ويتم التعرف عليها عبر الخضوع إلى خزعة الثدي. (ديكسون، 2013)

2- السرطانات الغازية:

يعتبر السرطان غازياً في حال تجاوزت الخلايا القنوات والفصيصات إلى النسيج المحيط بهما. ويمكن للسرطان غير الغازي أن يصبح غازياً في حال عدم معالجته. وتتمتع السرطانات الغازية بقدرة على الانتشار محلياً داخل الثدي وقد تدخل إلى القنوات الليمفاوية وتمتد إلى الغدد الليمفاوية، عادةً تحت الإبط. ويعتبر هذا المكان الأكثر شيوعاً لانتشار سرطان الثدي. وأحياناً تصل خلايا السرطان الغازي إلى مجرى الدم، من الغدد الليمفاوية أو من خلال نموها في الأوعية الدموية في الثدي. وما أن تصل هذه الخلايا إلى مجرى الدم، تتمكن من الانتشار في أي مكان من الجسم، وغالباً ما تصيب العظام والرئتين والكبد والدماغ. (ديكسون، 2013، ص71).

وترى روزنتال، في كتابها *the breast source book*، ان السرطان يصنّف حسب مراحل تختلف طرق اكتشافها وعلاجها وهي:

- المرحلة الصفرية: (stade zero)

وتعني ان الورم في مرحلة مبكرة جداً، وتتراوح نسبة الشفاء ما بين 98 % و99%.

- المرحلة الأولى: (premier stade): ويبلغ حجم الورم فيها حوالي 2 سم ونسبة الشفاء منه تكون ما بين 85% إلى 90% ويكون العلاج عبر الجراحة.

- المرحلة الثانية: (dexeime stade)

ويتراوح حجم الورم هنا ما بين 2سم إلى 5سم، ولكن الورم يكون قد انتشر إلى العقد الليمفاوية الموجودة تحت إبط الثدي المصاب، ونسبة الشفاء في هذه المرحلة تتمثل في 66%، ويتمثل العلاج بالجراحة، أو الجمع ما بين الجراحة والعلاج الإشعاعي، يليهما العلاج الكيميائي، أو العلاج الهرموني، أو الاثنان معاً.

- المرحلة الثالثة: (troisieme stades)

وتعتبر هذه المرحلة من المراحل المتقدمة للمرض، ويكون حجم الورم أكبر من 5سم والغدد الليمفاوية ملتصقة مع بعضها بعضاً وبالانسج المحيط، ولكن الورم لم ينتشر بعد إلى أماكن بعيدة في الجسم ونسبة الشفاء 50% ويكون العلاج في هذه المرحلة من خلال الاستئصال الموضعي بالأشعة المناسبة، أو العلاج الكيميائي أو العلاج الهرموني.

- المرحلة الرابعة والاخيرة: (stade finale)

وتعتبر مرحلة متقدمة جداً من المرض؛ حيث يكون الورم قد انتشر إلى أنسجة أخرى كالعظام أو الكبد أو الرئتين أو الدماغ أو الثدي المقابل، ونسبة الشفاء لا تتجاوز 10% أي لمدة خمس سنوات من الحياة ويتمثل العلاج في هذه المرحلة في العلاج الكيميائي أو العلاج الهرموني أو الاثنان معاً؛ بهدف تحطيم الخلايا السرطانية، والسيطرة عليها، والحد من انتشارها (الكركي، 2016، ص86).

ذ- طرق ووسائل الكشف عن سرطان الثدي

1. ظروف الكشف عن المرض: يمكن للمريضة نفسها ان تكتشف سرطان الثدي او أي اضطراب آخر في الثدي عن طريق ملاحظة احدى التغييرات التي تطرأ على الثدي والتي ذكرت سابقاً، كما يمكن لطبيب معالج لمشكلة أخرى ان يكتشف وجود الاضطراب، او يكتشف خلال عملية كشف مبكر للسرطان.

2. الكشف الطبي:

1. الاستجواب: يجب ان يكون استجواب المريضة كاملاً ويتعرض بالخصوص لـ:

ر- البحث عن سوابق عائلية او شخصية للمرض.

ز- حالة المريضة بالنسبة للطمث، العلاج بمكمل هرموني او لا، طرق منع الحمل وغيرها.

س- ظروف اكتشاف الخلل والوضعية الحالية

2. الفحص السريري:

الفحص السريري للثدي يجب ان يشمل فحصا مفصلا للثدي (خصائص الورم: ملموسة باليد ام لا، الحجم، الشكل، الحركية وشكل البشرة والحلمة)، وكذلك الغدد اللمفاوية تحت الابط.

3. الفحص بالصور:

أ. الماموغرافيا **Mammographie**: بعد سن 40 تكون الماموغرافيا أول الفحوصات التي تطلب من المريضة، ويتم تصوير الثدي كاملا من جهتيه، مع التركيز على الجهة التي يبدو عليها الاضطراب.

ب. التصوير بالموجات فوق الصوتية **Echographie mammaire et axillaire**: لا تعبر الأشعة السينية بسهولة عبر نسيج الثدي الكثيف لدى النساء دون 35 سنة ما يحول دون الحصول على صور ذات نوعية جيدة، بالإضافة إلى النساء الأكبر سنا اللواتي يعانين من كتلة في الثدي، فيتم اللجوء إلى فحص الثدي الإضافي بصورة الأمواج فوق الصوتية وهي لا تعتبر مفيدة مثل مسح الثدي الماموغرافيا، لكنها تفيد في التحقق من أي شذوذ يظهر على الصور السينية او تقييم كتلة في مكان محدد، كما انها تستخدم في فحص الغدد اللمفاوية تحت الابط في حال الشك بالإصابة بالسرطان.

التصوير بالظنين المغناطيسي **IRM mammaire**: ويعتبر فحصا ضروريا والذي يمكن اجراؤه في كل مراحل علاج السرطان من الكشف وحتى فترة النقاهة، وتعتبر دقيقة جدا، ولكن اجراءها يستغرق وقتا طويلا لذا لا تستخدم الا لفئة معينة من النساء، وهي دقيقة في فحص النساء الشابات، وخاصة اللواتي ينحدرن من عائلات سجلت فيها العديد من الإصابات بسرطان الثدي.

4. الفحوص بالإبرة: يوجد نوعان من الفحوص بالإبرة تستخدم لتشخيص الإصابة بكتل في الثدي:

الخزعة الارتشافية: **Microbiopsies au pistolet automatique**

يعتبر هذا النوع الأكثر شيوعا، ويقوم على استخراج عينة صغيرة من النسيج، عبر حقن ابرة مجوفة خاصة في المنطقة المشتبه بها، ويستخدم البنج الموضعي لتخدير البشرة وبعد زوال المخدر قد تشعر المرأة ببعض الألم او الوخز البسيط، تساعد على اكتشاف ما ان كانت الكتلة حميدة ام خبيثة وتحديد وسائل العلاج المستقبلية، وتستخدم هذه الطريقة عندما تكون الكتلة قابلة للمس.

ش- خزعة بواسطة التموضع بالإبرة **Prélèvements percutanés radio-guidés**

(**sénologie interventionnelle**): وهي توصف للاضطرابات غير الملموسة سريريا، والتي تظهر عبر احد او اكثر من واحد من الفحوصات بالصورة، حيث قبل الجراحة تخضع المريضة لحقنة بنج موضعي بوضع سلك في الثدي بالاعتماد على الصور فوق الصوتية لتحديد المنطقة التي يجب استئصالها وهناك

عدة أنواع للخزعة بواسطة التموضع، تختلف حسب الحالة والهدف من الخزعة . (ministere de la senté .
de la population et de la reforme hospitalière/ direction générale des structures
de senté 2016)

ص - طرق ووسائل العلاج: (ادارة كاليفورنيا لخدمات الرعاية الصحية، قسم الكشف عن السرطان وعلاجه
2016، ص 29/14)

عموما هناك خمسة أنواع لعلاج سرطان الثدي، تختلف استخداماتها وأولوياتها من حالة إلى حالة:

• الجراحة: تعدّ أكثر علاجات سرطان الثدي شيوعا، كما انها تستخدم لأخذ عينات من العقد اللمفاوية تحت الابط، والغرض منها معرفة ان كان السرطان قد انتشر خارج الثدي ام لا.
وثمة نوعان اساسيان لجراحة إزالة السرطان وهما:

أ. جراحة الثدي المحافظة: وتسمى أيضا استئصال الورم او استئصال الثدي الجزئي، وتعمل على إزالة السرطان مع حافة صغيرة من الانسجة العادية الصحية، والهدف منها المحافظة او انقاذ أكبر قدر من الثدي، وتستخدم عادة إذا كان السرطان في مرحلة مبكرة والورم صغير الحجم، تكون عادة الجراحة المحافظة متبوعة بعلاج اشعاعي.

ب. جراحة استئصال الثدي: أو ما يسمى بالبتر ويكون اما تاما حيث يستأصل الثدي كاملا بما في ذلك الحلمة، باستثناء العقد اللمفاوية تحت الابط، وتجرى عادة للمصابات بسرطانات قنوية لابتدة.
واما ان يكون استئصالا جذريا أي يشمل أيضا الحلمة وبعض العقد اللمفاوية تحت الابط والبطانة المتواجدة فوق العضلات، وعادة يتم إذا ما وجد الرطان في اكثر من منطقة واحدة من الثدي وإذا كان كبيرا جدا، وغالبا تجرى للمريضات اللواتي لا يجوز خضوعهن للعلاج الاشعاعي بعد الجراحة.

• العلاج الاشعاعي LA RADIOTHERAPIE: هو علاج محليّ يستخدم لتدمير الخلايا السرطانية التي قد تكون مازالت موجودة بعد الجراحة، يستخدم عادة بعد الجراحة المحافظة او بعد استئصال الثدي إذا كان الورم يجاوز 5 سم او إذا تم العثور على خلايا سرطانية في العقد اللمفاوية.

العلاج الكيميائي LA CHIMIOOTHERAPIE : يعتبر احد أنواع العلاج المنهجي حيث يتم استخدام عقاقير معينة لتدمير او الحد من نمو الخلايا السرطانية المتواجدة بأي مكان بالجسد، ويمكن ان يكون عبارة عن أقراص تؤخذ عن طريق الفم، او عن طريق حقن في الوريد، ويتم صرفه على فترات متكررة على سبيل

المثال مرة أسبوعيا او مرة كل أسبوعين وعادة يدوم تأثيره لاكثر من اشهر. ويختلف الجدول العلاجي حسب الحالة ووفقا للعقار او التركيبة العقارية الموصوفة.

- يستخدم العلاج الكيميائي، قبل الجراحة لتقليص حجم السرطان وعقب الجراحة للحد من عودته. وقد يكون بديلا للجراحة للسرطان الذي انتشر في الجسد.

تأثيرات العلاج الكيماوي:

تختلف الأعراض الجانبية بناء على العقار المستخدم وجرعته وطول فترة العلاج وحالة المصابة، ومن أكثرها شيوعا: الضعف والوهن، الغثيان والتقيؤ، فقدان الشهية وفقدان الوزن، تغيرات في الظافر وسقوط الشعر، بينما تعد تقرحات الفم والاسهال او الإمساك أقلها شيوعا، كما تكون الإصابة بالعدوى خلال العلاج محتملة جدا لضعف مناعة المريض، لذا يتوجب على المريضات تجنب المواقف التي قد تعرضهم لأي عدوى محتملة، بالنسبة للنساء الأقل سنا قد يتسبب العلاج الكيميائي في العقم او انقطاع الطمث المبكر، وينبغي على النساء اللاتي لم يبلغن سن انقطاع الطمث مناقشة وسائل منع الحمل وخطط الحمل المستقبلية مع الطبيب المعالج قبل البدء في العلاج.

- **العلاج الهرموني:** يعتبر احد أنواع العلاج الكيميائي الذي يعمل على حجب الهرمونات او التقليل من عددها في الجسد، ولا يستخدم الا للمريضات التي يعتمد السرطان لديهن على الهرمونات للنمو ويسمى بسرطان الثدي الإيجابي لمستقبلات الهرمون، وغالبا يستخدم عقب الجراحة كعلاج مضاف، للمساعدة على تقليص خطورة عودة السرطان.

التأثيرات الجانبية:

تعتمد الاعراض على العقار المستخدم، وبصفة عامة قد يسبب العلاج الهرموني نفس الاعراض الجانبية المصاحبة لانقطاع الطمث: الومضات الساخنة، زيادة الوزن، جفاف المهبل، الصداع وتقلبات المزاج، نقص كثافة الشعر وغيرها.

- **العلاج الموجه:** يعتبر أحد أنواع العلاج المنهجي الجديدة التي تعمل على إعاقة عمل مواد محددة موجودة في الخلايا مثل بروتين HER2، الذي قد يؤدي إلى انتشار السرطان ونموه، وعادة ما يتم صرف ادوية العلاج الموجه عن طريق الحقن الوريدي، ويساعد المصابات بسرطان الثدي الذي يضم نسبة عالية من بروتين HER2، ويطلق عليه سرطان الثدي الإيجابي للمستقبل HER2.

- **تأثيرات العلاج الموجه:**

الاعراض الأكثر شيوعا تشبه اعراض الانفلونزا كالحمى والرعدة والغثيان خاصة بعد الجرعة الأولى.

• **العلاج التكميلي:** (ادارة كاليفورنيا لخدمات الرعاية الصحية، قسم الكشف عن السرطان وعلاجه 2016) يتضمن مجموعة عريضة من المنتجات والممارسات التي يتم اعتبارها في الوقت الحالي ضمن الرعاية الطبية المعيارية التي لم تخضع اغلبها لتجارب سريرية ولم تثبت فعاليتها في علاج السرطان، ومع ذلك يلجأ اليها العديد من المرضى ونذكر منها: الوخز بالإبر لإدارة الألم، الزنجبيل للغثيان، واليوغا والتأمل. ويختلف العلاج التكميلي حسب النسق الاجتماعي للمريض حيث اثبتت العديد من الدراسات لجوء مرضى السرطان في الجزائر إلى حلول تكميلية إضافة إلى الطب الرسمي كالرقية، العلاج بالحجامة، التداوي بالأعشاب أو ما يسمى بالطب الشعبي (محسن 2014 / 2015، ص 330). وقد يكون العلاج التكميلي مضرا بالعلاج الرسمي لذلك يتوجب على المريض أن يصارح طبيبه ويأخذ رأيه في كل ما يفعل.

مفاهيم متعلقة بالعلاج:

العلاج المحلي: يستخدم هذا النوع من العلاج في إزالة او تدمير السرطان مباشرة في موضع العثور عليه ويتضمن ذلك الاجراء السرطان والمنطقة الصغيرة المحيطة بالورم وتعد الجراحة والعلاج الاشعاعي أمثلة عن العلاج المحلي او الموضوعي.

العلاج المنهجي: يتضمن هذا النوع العلاجات الداخلة إلى جميع انحاء الجسد للوصول إلى السرطان أينما كان ويعدّ العلاج الكيميائي والهرموني والعلاج الموجه جميعها أمثلة عن ذلك. يظهر مما سبق ان العلاج من السرطان عموما ومن سرطان الثدي بالخصوص تتخلله الكثر من الإجراءات التي تؤثر على حياة المرضى خاصة النساء فيما يتعلق بكونهن نساء، حيث تتعرضن لبتنر الثدي او جزء منه وهو العضو الانتثوي المهم لهن، كما يمكن للعلاجات ان تؤثر على خصوبتهن وعلى حياتهن الجنسية أيضا.

العلاج المبدئي المساعد: يستخدم قبل الجراحة عادة ويعمل على تقليص حجم السرطان، حيث يمنح ذلك فرصة للمريضات بسرطان كبير الحجم فرصة اختيار جراحة محافظة فضلا عن جراحة استئصال الثدي، ويمنح العلاج المبدئي أيضا الأطباء فرصة معرفة مدى استجابة السرطان لعقار او تركيبة دوائية معينة حسب كل حالة.

العلاج المضاف" يوصف بعد العملية الجراحية، وذلك للحد من خطر عودة سرطان الثدي مرة أخرى، حتى بعد اختفاء كافة الخلايا السرطانية، وقد يوصي الأطباء في بعض الأحيان للخضوع للعلاج المضاف كتدبير احترازي إذا هربت بعض الخلايا السرطانية في مجرى الدم. قد يتضمن العلاج المبدئي المساعد والمضاف: العلاج الكيميائي و/أو علاجا هرموني و/أو علاج موجه و/أو علاج اشعاعي.

المبحث الخامس: عرض الدراسات السابقة

إن للدراسات السابقة والأدبيات التي درست موضوع البحث أهمية بالغة للباحث، من حيث أنها تفتح أمامه نوافذ للتفكير في موضوعه، وتتيح له فرصة التعرف على ما تم دراسته وما لم يتم، وهي تساعده على رسم خارطة طريق يمكنه اتباعها في تحليله لموضوعه، وقد تطرق العديد من الباحثين في مختلف تخصصات العلوم الاجتماعية إلى موضوع المرض والأمراض المزمنة من مختلف جوانبه، بينما يقل الاهتمام بموضوع الرعاية المنزلية للمريض من طرف الأقارب والأصدقاء أو ما يطلق عليه بالرعاي الأسري l'aidant familial والجانب الأسري للرعاية وتحدياته الاجتماعية في البحوث والدراسات الجزائرية، ولا يعدو أن يدخل ضمن تساؤل فرعي لا تقدم الإجابات عنه نظرة كلية لأنليات رعاية المريض في الأسرة، و للدور الذي يقوم به مقدم الرعاية او التحديات التي يواجهها في التأقلم مع دوره الاجتماعي الجديد، ومن بين الدراسات التي تعرضت إلى الأسرة كفاعل أساسي في إدارة المرض نجد:

• دراسة محمد مبتول المعنونة بـ"الدلالات المتعلقة بالتكفل بحالتين من الأمراض المزمنة (مرض السكري، ومرض الضغط الدموي) * والتي تعرضت جزئيا لمتغير الأسرة في دراسة الأمراض المزمنة نهاية القرن الماضي من خلال التي عمدت إلى تحليل أشكال التكفل بالأمراض المزمنة، مرض السكر وضغط الدم، من خلال تجزئة أدوار مختلف الفاعلين الذين يقع على عاتقهم اجتماعيا التعامل مع المرض، كعمال وموظفي الصحة، المجتمع المدني والمرضى وأسرهم، من خلال تحليل خطابات وأقوال هؤلاء الفاعلين إضافة إلى ملاحظة ممارساتهم على أرض الواقع كل في مجال تواجهه، كالمستشفى والبيت، وقد قام التحليل على التركيز على مفهوم "مرض مزمن" وتمثلاته لدى ذهن المريض ومحيطه الاستشفائي والعائلي، ولعل أهم ما تتشارك فيه دراستنا هذه مع دراسة مبتول هو تعرضه لمفهوم استراتيجية التكفل الاجتماعي للمرضى وتركيزه على الدور الأساسي الذي تقوم به الأسرة كمساعدة مركزية للتكفل بالمريض داخل المجال الاستشفائي.

وقد خلصت الدراسة إلى أهم الأدوار التي تقوم بها الأسرة في تكفلها بالمريض والتي يمكن تلخيصها في:
- الاهتمام بالمريض وخدمته داخل الحيز المنزلي وهو ما يمكن ان نطلق عليه حاليا بالرعاية المنزلية للمريض.

* MOUHAMED MEBTOUL: les significations attribuées à la prise en charge des deux maladies chronique (diabete et hypertension artérielle à Tlemcen, université d'Oran, mai 1998.

- الاهتمام بالمريض داخل الحيز الاستشفائي، والذي تلعب فيه الأسرة دورة الوسيط بين المريض وبين الأطباء والفريق الطبي.

كما خلصت الدراسة إلى أنه رغم الدور الأساسي الذي تلعبه الأسرة في مجال التكفل بالمريض إلا أنه لا تزال لم تكتسب الطابع الرسمي لهذا الدور كالذي اكتسبته المؤسسات الاستشفائية.

وتعتبر هذه الدراسة رغم قدمها نسبيا ركيزة مكنتنا من معرفة جوانب عدة في علاقة المريض بالأسرة والأسرة بالوسط الاستشفائي، وكذا فهم ذهنيات المجتمع الجزائري فيما يتعلق بالأمراض المزمنة التي يشكل مرض السرطان أحدها، كما استفدنا منها من الجانب المنهجي والتحليلي.

• ولم تتوقف الدراسات المتعلقة بسوسيولوجيا المرض عن التطور، خاصة فيما يتعلق بالجانب الاسري رغم أنها بقيت تتعرض له بشكل طارئ وسطحي، حيث نجد دراسة الباحثة مشري فريدة*، "المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان" وقد اعتمدت الباحثة على منهج سير الحياة، حيث اعتمدت في مقابلاتها إلى تتبع الحالات محل الدراسة من قبل بالمرض، الإصابة ثم تسيير المرض، للإجابة على التساؤلات الأساسية التالية: ما هي طبيعة التغيرات التي يحدثها مرض السرطان على مستوى حياة الأفراد؟ ما هي العوامل التي تؤثر وتخلق هذه التغيرات والآثار في حالة مرض السرطان؟ كيف يتفاعل مستوى التصور ومستوى الفعل في تحديد المسار المرضي لمرض السرطان؟ بصفة أدق هل توجد هناك علاقة بين التمثل الاجتماعي لمرض السرطان وبين الأفعال والممارسات التي تميز المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان؟ هل تعتبر هياكل العلاج "مركز مكافحة السرطان" مجال علاجي يتعامل مع المرضى كواقعة عضوية فقط أم هو عامل اجتماعي يعكس خصوصية واقع سوسيولوجي معين، ويمثل خلفية أساسية في فهم المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان؟ هل تمثل الأسرة مرجعية أساسية في فهم المسار المرضي للمصاب بمرض السرطان؟ كيف يظهر عمل التسيير كحقيقة موازية للآثار الناجمة عن حدوث مرض السرطان كنوع من الأمراض المزمنة وما هي طبيعة مختلف المستويات؟ هل نستطيع اعتبار المسار المرضي للمصاب بالسرطان كمؤشر سوسيولوجي لفهم خصوصية بنية المجتمع الجزائري من خلال وضعية هياكل العلاج في النسق الاجتماعي ومن خلال خصوصية التغير الأسري، وكذلك المرجعية السوسيوأنثروبولوجية للصور المرافقة لمرض السرطان؟

*فريدة مشري: المسار المرضي للمصاب بالسرطان، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 2001/2000، رسالة غير منشورة.

لقد جاءت الأسرة في علاقتها بالمريض وفي استراتيجية التعامل مع المرض في هذه الدراسة مترابطة ترابطا تقاعليا مع باقي المؤسسات الاجتماعية وخاصة المؤسسة العلاجية، حيث لم تقدم النتائج تفصيلا كبيرا لطريقة عمل الأسرة على التأقلم مع الوضع بشكل منفصل، حيث خلصت إلى اعتبار المريض وأسرته فاعلين اجتماعيين يحاولان التعامل مع واقع جديد يتميز بالطول في المدة، الأمر الذي يخلق الشك في المريض وأسرته في طريق سير الأحداث كما يفعل تماما مع الفريق المعالج، كما يخلق معايير علائقية جديدة بالنسبة للمريض.

تبقى هذه الدراسة قاصرة من ناحية تبيان دور الأسرة ومتابعة تطور العلاقات الداخلية فيها إثر المرض وكذا تغير الأدوار وتقسيماتها.

• تدخل دراسة " تسيير مرض القصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين " في نفس سياق الدراسات السابقة مع تفسيرات أكبر للتمثل الاجتماعي لمرض القصور الكلوي المزمن، والتفسير السببي للإصابة بهذا المرض، حيث درست الباحثة نوال باشا عشر مرضى إضافة إلى نموذج السلوك المرافق لظهور اعراض المرض عند هذه الفئة، الآثار الاجتماعية والاقتصادية والجسدية الناتجة عن هذا المرض، وهو الأمر الذي تهتم به دراستنا الحالية بشكل من الأشكال، وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الكيفي وعلى المقابلة كأداة أساسية في جمع المعلومات حيث احتوت العينة على 20 حالة من كلا الجنسين ومن مختلف الأعمار والمستويات التعليمية والاقتصادية، وعلى تحليل المضمون الكيفي ك تقنية للتحليل، وقد ساعدتنا الدراسة على اضاءة بعض الإشكالات المنهجية التي صادفناها في بناءنا لشبكة التحليل ولطريقة عرض البيانات، وقد خلصت الدراسة إلى ان العلاقات الأسرية وخاصة الزوجية تتأثر كثيرا بعد الإصابة بمرض الفشل الكلوي، وخاصة إذا كانت الزوجة هي المصابة، وقد يؤدي ذلك إلى الطلاق أو إلى تخلي الزوج عن الزوجة حيث يرفض دفع تكاليف العلاج أو يهجر البيت كليا أو يتركها في بيت أهلها أو إلى انهيار تام في العلاقة أو ما يسمى بالطلاق العاطفي. كما يؤثر مرض القصور الكلوي المزمن على علاقة المريض بأبنائه وأسرته حيث يصبح عاجزا عن القيام بأدواره الأسرية مثلما كان يقوم بها سابقا، وتبين ظهور أدوار جديدة للأبناء من خلال عنايتهم بالأم في حالات عجزها.

كما درست نوال باشا أشكال الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه مرضى القصور الكلوي خاصة من الجانب الأسري وصنفته إلى:

- **الدعم النفسي الاجتماعي:** والذي يؤدي الدور الأكبر فيه الأهل والاقارب من خلال زيارات المريض من جهة ومن خلال مساعدة المريضة على أداء أدوارها المنزلية من الطرف الأبناء (الاناث خصوصا) والاخوات او غيرهن، وهنا يظهر دور الأسرة الممتدة من خلال دور الاخوات والأب والام والاخوة في بعض الحالات.

- **الدعم المادي:**

يشكل مرض القصور الكلوي المزمن إعاقة عن العمل وبذلك تقع اسرة المصاب خاصة إذا كان هو المعيل الوحيد في عوز كبير، وتتكفل عادة الأسرة الممتدة، وفي بعض الأحيان الأطباء والأصدقاء بالدعم المادي من خلال تقديم مختلف الخدمات.

- **الدعم الصحي:** وتلعبه الجمعيات الوطنية المختلفة كجمعية A.J.R، حيث تساهم في الحرص على مراقبة السير الحسن لعمليات العلاج داخل المستشفى.

تؤكد دراسة نوال باشا أن للمرض تأثيرات كبيرة على الأدوار داخل الأسرة وعلى العلاقات الأسرية وخاصة الزوجية، وتبين أيضا تأثير المرأة بالمرض بشكل اكبر داخل المجتمع الجزائري حيث ينتظر التمثل الاجتماعي لدورها بأن تكون خالية من العيوب والنقصان، بينما يشكل المرض عيبا كبيرا وخطا يؤدي عادة إلى التخلص منها عبر التخليق او الهجران، لقد قدمت لنا هذه الدراسة فكرة عن الوضعية العامة للزوجة المصابة بمرض مزمن، وفكرة عن الدور الذي تؤديه العائلة والذي يبقى سطحيا بعيدا عن التفصيل، وهو الأمر الذي سنحاول تلافيه في دراستنا هذه التي ستمحور حول طبيعة الرعاية الأسرية التي تحظى بها الزوجات المصابات بسرطان الثدي في الجزائر في اغلب جوانبها.

• **لقد تعمقت أطروحة " نماذج تسيير المرض، العلاج والنقاهاة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي"** *للباحث عبد النور محسن، فيما يخص التعامل مع مرض سرطان الثدي في مختلف أطواره، منذ اكتشاف المرض فالعلاج فالنقاهاة، وحاول الباحث فيها، بناء نموذج تحليلي يبين مختلف الفاعلين في المسار المرضي والعلاجي لمرض سرطان الثدي في المجتمع الجزائري.

ومن بين التساؤلات التي طرحها الباحث، هل للأسرة دور في التفاوض اثناء الاستشفاء، وان كان قائما فما هي طبيعة ذلك الدور، كما يتساءل أيضا عن الميكانيزمات التفاوضية القائمة بين المصابة بسرطان الثدي

* عبد النور محسن: نماذج تسيير المرض، العلاج والنقاهاة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، دراسة سوسولوجية لعينة من المصابات بمركز ببير وماري كيري، جامعة الجزائر 2، كلية العلوم الإنسانية، قسم علم الاجتماع والديمغرافيا، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، لم تنشر. 2016/2015

والأسرة في فترة النقاهة، كذلك موقع التمثلات الاجتماعية لمرض سرطان الثدي وتأثيره على تسيير العلاقات التفاعلية القائمة بين المصابة بسرطان الثدي وبين الأسرة، الفرقة المعالجة وباقي المصابات وشبكة الدعم الاجتماعي.

نرى أن البحث اهتم بشكل أكبر بدور الأسرة في تسيير المرض في مرحلة النقاهة، لكنه لم يتعرض كثيرا لأبعاد رعاية المرأة وكذلك التحديات التي تواجهها أسرة المصابة في تسيير العلاج والنقاهة، وقد خلصت الدراسة التي تعرضت إلى سير حياة 15 مصابة بالسرطان واعتمدت على تحليل المضمون الكيفي كوسيلة للتحليل إلى ما يلي:

- ان مرحلة النقاهة تمثل أزمة جديدة في مسار المريضة واسرتها، فيما يتعلق باسترجاع دورها داخل الأسرة، وكذا الخوف والقلق من الاندماج من جديد.
- ان للمرض، الاستشفاء والعلاج يمثلون سببا مباشرا في تفكك علاقة المصابة بالآخرين وخاصة على مستوى المشاعر والمواقف.
- تتذبذب وتتغير المكانة الاجتماعية للمريضة المصابة بسرطان الثدي في فترة النقاهة وهذا ما يسبب العجز والقصور في القدرات.
- الفشل في تأدية الدور الاجتماعي الأصلي للمصابة خاصة في بداية هذه المرحلة اين نجد التفاوض بين المصابة واسرتها قائما بغية استرجاع الدور بمجرد الرجوع إلى المنزل.
- هناك دلالات اجتماعية وثقافية أظهرت روح التعاون والتضامن من طرف افراد الأسرة المصابة بسرطان الثدي وهنا نستطيع القول بأن المرض هنا قد أخذ بعدا اجتماعيا يسوده التضامن، وهذا ما يساعد في نجاح العمل التفاوضي في تسيير المرض، العلاج والنقاهة.
- يفرض عمل تسيير نتائج مرض السرطان عند المرأة ثلاث نماذج تسييرية تنتج بالأساس من خلال التفاوض بنها وبين مختلف الفاعلين في المسار العلاجي ومنها الأسرة، وتتحدد من خلال مجموعة من العوامل السوسولوجية والأنثروبولوجية والنفسية، تختلف من امرأة إلى أخرى وأهمها:
- نموذج التسيير التفاوضي بالرفض: غالبا ما يكون بالرفض الكامل لحقيقة الإصابة والتشخيص كما يتجسد في رفض الاستشفاء والتردد في اجراء الحل الجراحي (البتن)، كما يتمثل في رفض دور المتلقي في فترة النقاهة، وفي هذه الحالة يكون العبء على العائلة والقائم بالرعاية الاسري كبير جدا، حيث عليه ان يبذل دورا مضاعفا لإقناع المصابة بتلقي العلاج ومنه لعبها دور المريض على أكمل وجه.

- نموذج التسيير التفاوضي بالتقبل: تظهر هنا الأسرة والفرقة المعالجة في دور المتضامن والمساعد على تقبل فكرة المرض وما يليه من مراحل علاجية، ويعود أيضا في فترة النقاهة من خلال التضامن المقدم من الأسرة وشبكة الدعم الاجتماعي نوعية المادي والمعنوي ودوره في تغيير شعور المصابة بسرطان الثدي من الإحساس بالشفة إلى الإحساس بالمشاركة.

- نموذج التسيير التفاوضي بالرضوخ: حيث يكون هناك رضوخ تام للمريضة لكل الوضعيات التي خلفها المرض، مقابل التوصل إلى هدف العلاج.

تعتبر أطروحة "نماذج تسيير المرض، العلاج والنقاهة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي" بمثابة مرجع هام لبحثنا هذا سواء من الناحية المنهجية التي اعتمد فيها الباحث على البحوث الكيفية من خلال دراسة الحالة، ومن الناحية النظرية التي تميّزت بالثراء والتلخيص.

خلاصة:

يمثل سرطان الثدي ظاهرة صحّية عالمية جديدة حيث يمّس عددا كبيرا من النساء، الأمر الذي يستدعي النظر إليه من عدّة جوانب، وبينما يهتم الأطباء بجانبه العضوي، الصحيّ والوبائي، بنظر المتخصصون في العلوم الإنسانية والاجتماعية، كمنطلق لدراسات عن تأثيره على الحياة الاجتماعية والنفسية للمصابات به وأسرهن وإلى الجوانب العلائقية المختلفة المتعلقة به، وتمثّل إشكالية رعاية النساء المصابات بسرطان الثدي جزء من هذه النظرة الاجتماعية للمرض، ولدراستها انطلقنا من المقاربات النظرية المختلفة التي اهتمت بالمرض في بعده الاجتماعي، معتمدين على المنهج الكيفي، لدراسة خصائص، أبعاد، تحديات رعاية المصابة بسرطان الثدي في الجزائر.

الفصل الثاني:

الأسرة الجزائرية ووضعية المرأة بين
القيم التقليدية والحديثة

تمهيد:

يرى الخبراء في علم الاجتماع بأن الأسرة هي عبارة عن مجموعة من الأفراد يرتبطون معا برابطة الدم أو الزواج ويتفاعلون معا وهي الخلية الأولى والأساسية التي يتكون منها المجتمع والتي ينشأ فيها الفرد وتقوم الأسرة بغرس مجموعة التقاليد والعادات والمهارات والقيم والضوابط في الأفراد الجدد حتى يتمكنوا من القيام بدورهم الاجتماعي.

وقد مرّت الأسرة الجزائرية إلى تحولات كثيرة تسببت فيها عوامل كالاستعمار الفرنسي وسياساته المختلفة، ثم عوامل التمدن والنزوح الريفي وغيرها، ولم تمس هذه التغييرات الجانب البنوي للأسرة فقط بل تعدتها إلى الجوانب القيمية والسلوكية، خاصة فيما التضامن والتكافل الأسري، والمرأة ومكانتها وأدوارها.

المبحث الأول: التطور البنيوي والقيمي للأسرة الجزائرية

المطلب الأول: الأسرة: المفهوم والخصائص العامة

إنّ محاولة إعطاء تعريف شامل ووحيد لمفهوم العائلة أو الأسرة هي في الحقيقة محاولة فاشلة مبدئياً، وذلك لاعتبارات ثقافية واجتماعية مختلفة، حيث أنّ هذا البناء الاجتماعي يختلف في بنيته وخصائصه وأدواره من مجتمع إلى آخر ومن حقبة زمنية إلى أخرى " فالكثير من النقاش حول هذه القضية قد دار حول ملائمة التعريفات المتعددة للعائلة، فمن ناحية نحتاج إلى تعريف واسع بما فيه الكفاية لكي يضمن نظاماً عائلية مختلفة، لكي نتفادى التمركز حول عرق معين، وأن نحسب حساب المرونة الواضحة للسلوك الإنساني" (لي 2006، ص 114)، غير ان الواجب المنهجي يوجب علينا التطرق لمفهوم الأسرة وخصائصها بناء على أنّها تمثل الاطار الاجتماعي الأساسي الذي تدور حوله إشكالية بحثنا هذا، فما هي الأسرة كمفهوم وما هي أنواعها وأنواع التفاعلات القائمة بينها، وما هي خصائصها والأدوار التي تضطلع بها داخل السياق الاجتماعي؟

1. مفهوم الأسرة:

اعتبر أغلب علماء الأنثروبولوجيا والاجتماع وعلى رأسهم أوغست كونت أنّ الأسرة هي الخليّة الأولى في جسم المجتمع، وهي النقطة التي يبدأ منها التطور "وهي أول وسط طبيعي واجتماعي ينشأ فيه الفرد ويتلقى المكونات الأولى لثقافته ولغته وتراثه الاجتماعي" (الخشاب 1981، ص 25) وهي ليست " فقط واحدة من المؤسسات الاجتماعية الكبرى بل هي من تفرعت عنها هذه المؤسسات وبالتالي فهي الأداة التنفيذية التي جعلت المجتمع ممكناً" (زايد 2004، ص 27).

ويذهب متولي قنديل وصافي ناز شلبي في نفس الاتجاه إذ يعتبران أنّ "الأسرة هي أقدم جماعة أولية تكوّنت على وجه الأرض وتلعب دوراً هاماً في التأثير على أفرادها بما يدفعهم للالتزام بمعاييرها، فهي جماعة اجتماعية بيولوجية نظامية، تتكون من رجل وامرأة تقوم بينهما رابطة زواجية وأبنائهم" (شلبي 2006، ص 28).

وجاء في القاموس الاجتماعي أنّ الأسرة هي " تلك العلاقة التي تربط بين رجل وامرأة أو أكثر معا بروابط القرابة أو علاقات وثيقة أخرى، بحيث يشعر الأفراد البالغين فيها بمسؤوليتهم نحو الأطفال سواء كان هؤلاء الأطفال أبنائهم الطبيعيين أم أبنائهم بالتبني" (الخطيب 2002، ص 358)، فمهما كان الشكل الذي يأخذه البناء في مجتمعات معيّنة فإنّ "العائلة هي عملياً ودائماً ارتباطاً بين بالغين من كلا الجنسين

والأطفال المعالين" (لي 2006، ص106)، يمكننا ملاحظة أنّ كلا التعريفين لم يركزا على الزواج كرابطة "دينية مقدسة" بل يتحدثان عن "عملية ارتباط بين بالغين" وهذا ما تميل إليه الكثير من الاتجاهات الحديثة في نظرتها إلى الأسرة.

غير أنّ أغلب أدبيات علم الاجتماع ترى في الزواج العامل الأساسي في تكوين الأسرة، فجورج ميردوك يعتبر أنّ الشّكل الذي اتخذته العائلة في كل المجتمعات يتكوّن من "رجل وامرأة متزوجين ونسلهما" (لي 2006، ص114)، وهذا ما يأكده تعريف جبران نيمكسوف حيث أنّ الأسرة بالنسبة إليه هي "رابطة اجتماعية من زوج وزوجة وأطفالهما أو بدون أطفال أو من زوج بمفرده مع أطفاله أو زوجة بمفردها مع أطفالها" (حسن 2000، ص7).

نستنتج من هذه التعريفات أنّ للأسرة ثلاث عناصر مهمة في تكوينها وهي: الزوج، الزوجة، الأطفال، مع أنّ غياب أحد هذه العناصر لسبب من الأسباب كالطلاق، الانفصال، أو الموت لا يسقط اسم الأسرة عليها، وقد أطلق على هذه الرابطة بالأسرة النووية، كما اهتم علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا بالأسرة وتعمقوا بدراستها وقاموا بوضع أنماط لها حسب السلطة والقرابة والإقامة وهي كالآتي:

أ- من حيث الشكل:

- الأسرة الممتدة:

وتتكون الأسرة الممتدة من ثلاثة إلى أربعة أجيال، تضم الأب والأم وأولادهما غير المتزوجين والمتزوجين مع زوجاتهم وأطفالهم، كما قد تضم الأعمام والأخوال والعمات والخالات والجد والجدّة من ناحية الأم أو الأب وهؤلاء كلهم يسكنون في منزل واحد أوفي شقق ملحقة بالمنزل الأصلي الكبير يتراأسه رب الأسرة كبيرهم سنا ويدير شؤونه الخاصة والعامة وتقوم بين أفرادها التزامات متبادلة.

- الأسرة النووية:

ويطلق عليها أيضا اسم الأسرة الحضرية وهي أصغر وحدة قرابية في المجتمع وهي تتألف من الزوج والزوجة والأولاد فقط، وتقوم الأسرة النووية في المجتمع الصناعي على استقلال الزوجين الجديدين في مسكن مستقل بعيدا عن أسرتي الزوجين وذلك بمجرد الزواج حيث يتميز هذا النمط بالاستقلال الاقتصادي الذي يعتبر من أهم العوامل التي تؤدي إلى انقسام الأسرة الكبيرة في الوسط الحضري.

تعتبر أغلب الأدبيات الأسرة النووية هي نتاج الثورة الصناعية بينما يعتبرها ميردوك "تجمع انساني عالمي وهي اما ان تكون الشكل السائد الوحيد للعائلة أو الوحدة الأساسية بوصفها جماعة، تتميز وظيفيا بشكل

واضح وتتركب منها العائلات الأكثر تعقيدا، وهي توجد في كل المجتمعات المعروفة" (لي 2006، ص 115) فيعتبر ميردوك انها تسبق زما العائلة الممتدة والمركبة.

- الأسرة المركبة:

ترتبط الأسرة المركبة بنظام تعدد الزوجات الذي يوجد في المجتمعات الإسلامية خاصة، وفي المجتمعات الشرقية وبعض المجتمعات الأفريقية بصفة عامة، وتتألف هذه الأسرة من الرجل وزوجاته وأطفاله منهن، أي أب واحد وإخوة وأشقاء مما ينشأ في هذه الأسرة أنماط مختلفة من العلاقات الاجتماعية (غيث 1987، ص 177).

ب- من حيث الانتساب القرابي:

_ الأسرة الأبوية ويتم الانتساب فيها إلى الأب

_ الأسرة الأموية ويتم الانتساب فيها إلى الأم

فإذا كان الطفل ينتمي لأسرة أبيه فيصبح عضوا فيها، وحينئذ يكون أهل الأم أجنب بالنسبة إليه وإذا كان الطفل ينتمي لأسرة أمه فيصبح عضوا فيها، ففي هذه الحالة لا تعتبر عائلة الأب إلا قرابة من الدرجة الثانية.

ج- من حيث السلطة:

- الأسرة الأبوية وتكون فيها الزعامة للأب

- الأسرة الأموية وتكون فيها السلطة والزعامة للأم

- الأسرة البنوية وتكون فيها القيادة من اختصاص أحد الأبناء وعادة ما يكون ذلك لأكبرهم

- الأسرة الديمقراطية وتكون فيها السلطة موزعة بين جميع أفراد الأسرة بمعنى أن الجميع يمارس صلاحياته بشكل مستقل وفي إطار مدروس ومحكم.

غير أنّ الجدير بالذكر أنّ تصنيف الأدوار والوظائف المختلفة فيما هو آت ستعتمد على الأسرة النووية كموضوع لها بحكم أنها الأكثر شيوعا في عصرنا الحالي وفي الجزائر بشكل كبير أيضا.

ان البناء البسيط الذي تتميز به الأسرة النووية المتمثل في: الزوج والزوجة والأطفال، يحيلنا على مجموعة من العلاقات داخلها وهي علاقات الأبوة، الأمومة، والزواج، ان هذه العلاقات تحمل في طياتها المكانة الاجتماعية لكل طرف، هذه المكانة التي تتطلب تأدية مجموعة من الأدوار الاجتماعية المعيّنة والتي تمّ التعبير عنها ب"المسؤوليات" بحكم أن المكانة الاجتماعية هي "موضع أو مكان الفرد أو الفئة الاجتماعية

داخل نسق اجتماعي معين وكل مكانة تنطوي على توقعات معينة" (بكاي 2018، ص492) وقد عمدت الكثير من الدراسات التحليلية للأسرة إلى النظر إليها كنظام للأدوار، فما هي أدوار الأسرة الأساسية؟

2. الأسرة كنظام للأدوار:

ويعتبر هذا المدخل من أهم الأدبيات التحليلية في مجال دراسات الأسرة، باعتبارها تجسد التوقعات السلوكية المنتظرة، كما تنظر إلى المجال العائلي باعتباره تلك المنطقة التي يتم فيها تعلم الأدوار، ويتجسد ذلك من خلال أعمال العديد من علماء الاجتماع على غرار (غود 1964 Goode) والمحلل النفسي (ليدز LIDZ 1964) ومختصو الخدمة الاجتماعية (كفيلدمان وشيرز 1967 FELDMAN/ SCHERZ) (زيد 2004)، وقد اهتم الوظيفيون البنويون ضمن ما يسمى بالسوسيولوجيا الوظيفية بدراسة علاقة الأسرة كمؤسسة مع المؤسسات الاجتماعية الأخرى، ومعالجة

الأسرة كنظام يقتضي بالضرورة النظر إلى الهدف الذي "...مهما بلغت بساطته فإنه يقوم بتأدية عدة وظائف في آن واحد، كما أنه يشبع عدة حاجات" (زيد 2004، ص18)، وبشكل مختصر يمكن تلخيص وظائف الأسرة فيما رآه ميردوك في تحليله للعائلة النووية، حيث يرى أنّ "الاختلاف الأساسي بينها وبين بقية النظم العائلية يكمن أساسا في الآثار الاجتماعية التي تنتج عنها، والتي تتمحور أساسا في أربعة وظائف هي: الوظيفة الجنسية، وظيفية التكاثر، الوظيفة الاقتصادية، والوظيفة التربوية، ورغم احتمالية وجود وظائف أخرى متباينة حسب المجتمعات إلا ان هذه الوظائف الأربع تبقى مستمرة وموجودة في كل المجتمعات" (لي 2006، ص 115).

بينما يرى بارسونز بأن الأسرة النووية الحديثة ورغم كونها وحدة وظيفية فقد تخلت عن بعض أدوارها إلى المؤسسات الاجتماعية الأخرى بينما حافظت على وظيفتين أساسيتين هما: وظيفة التنشئة الاجتماعية، وتكوين شخصية البالغين من أفراد المجتمع (الخشاب 1981، ص25).

ومن منظور الدور يمكن تفكيك أدوار الأسرة إلى فئتين كبيرتين: أدوار الأسرة كنظام بالنسبة للنظم الاجتماعية الأخرى من جهة، والأدوار الاجتماعية للعناصر والأفراد المكونين لهذا النظام داخل الأسرة.

وغالبا ما يؤدي القيام بأي وظيفة على الشكل التام هدفا مشتركا عاما وخاص.

ومنه يمكن الإقرار بأن الأسرة تؤدي مجموعات متداخلة من الأدوار انطلاقا منما سبق يمكن تلخيصها فيما يلي:

- بناء المجتمع والمحافظة على استقراره: فالأسرة أكثر الظواهر الاجتماعية عمومية وانتشاراً، فلا نجد مجتمعاً يخلوا بطبيعته من النظام الأسري وهذا أساس الاستقرار في الحياة الاجتماعية، إذ لا يمكننا أن نتصور حالة المجتمعات الإنسانية إذا لم تكن منتظمة في أسرة.

- ضبط الرغبة الجنسية وتليبيتها: يعتبر ميردوك الجنس نزوة أو قوة دافعة تدفع الأفراد إلى نوع من السلوك قد يؤدي إلى تمزق العلاقات التعاونية التي تقوم عليها الحياة الاجتماعية "في حال لم تلبى بالشكل الكامل"، ولذلك لا يمكن ترك ممارسة الجنس دون قيود أو ضوابط، ومن ثم فقد سعت كل المجتمعات المعروفة إلى وضع التعبير عن الجنس تحت الرقابة والسيطرة بأنواع مختلفة من القيود (لي 2006، ص 116).

- التنشئة الاجتماعية ونقل الثقافة: تعتبر الأسرة الإطار العام الذي يوجه سلوك أفرادها وتنظيم تفاعلاتهم المختلفة بما تحملهم من المعايير والقيم الاجتماعية المختلفة، ويرجع إليها الفضل في القيام بأهم وظيفة اجتماعية وهي عملية التنشئة الاجتماعية، الأمر الذي يسمح للمجتمع بإعادة إنتاج ذاته والاستمرار في الوجود.

كما يؤكد ذلك علماء الأنثروبولوجيا وعلم الإجماع أنها "عملية امتصاص تلقائية من الطفل لثقافة المجتمع المحيط به، والأسرة هي التي تغرس قيم المجتمع وديانته وعاداته وتقاليده في نفس الطفل، والطفل يتعلم ثقافة المجتمع من خلال أساليب الثواب والعقاب التي يتعرض لها الطفل في مرحلة الطفولة" (س. الخطيب 2006، ص 46).

لذا فإن نشاط الفرد وتفكيره وشعوره يتأثر بتنظيم الجماعة وبالثقافة التي يتبناها وبكل ما في حياتها من أحداث اجتماعية ولهذا فإن دور الأسرة في تنشئة الفرد تنشئة قائمة على أسس تجعل الفرد مرتبطاً بأسرته وبمجتمعه وتعتبر الوظيفة الأولى للأسرة فهي عملية تربية وتعليم بشكل مباشر وغير مباشر.

وقد حدد دوركاييم العناصر الأساسية للتربية في ثلاث: روح الخضوع للنظام، التعلق بالهيئات والتنظيمات الاجتماعية، واستقلالية الإرادة (م. الخشاب 1977، ص 286).

- تحديد المكانة الاجتماعية وتحديد الأدوار:

من ناحية أنثروبولوجية يمكن اعتبار تبادل الأدوار بين الزوجين الأساس الأول الذي سمح ببناء الأسرة، كشكل من أشكال التعاون، فخلافاً للكائنات الحيّة الأخرى فإن المدّة التي يستغرقها صغير الإنسان للنمو وبلوغ الدرجة التي يمكنه الاعتماد فيها على نفسه طويلة جداً، لذلك تخلت المرأة عن مهمتها في تلبية الحاجة إلى الغذاء للرجل بينما تبقى هي مع الوليد لحمايته "وهذا يعني بالتبعية أن الأم - الطفل لا يمكنها تحت

هذه الظروف الاكتفاء بذاتها بالكامل بل يجب ان تكون مرتبطة بعضو أو بعض الأعضاء الذين ليس لديهم مسؤولية العناية بالطفل طوال الوقت" (لي 2006، ص108)، وقد تطور هذا التقسيم الأولي للأدوار فأصبحت الأسرة تلقي مسؤوليات مستمرة على أعضائها أكثر من أي جماعة أخرى فإذا كانت مسؤوليات الحياة الاجتماعية مرهونة بالمواقف الداعية إليها، أو موقوفة بحدود معينة فإننا نجد المسؤوليات الأسرية تمتد طوال العمر بل أكثر ما تواجهه الأسرة من مشكلات تكمن في تخلي بعض أفرادها عن مسؤولياتهم (الخشاب 1981).

إن مكانة كل فرد في الأسرة تتطلب منه القيام بعدد من المهام الخاصة ضمن المجموعة، ورغم وجود بعض الاختلافات من مجتمع لآخر إلا أنها تتشابه عموماً.

فإذا نظرنا إلى النظرة الإسلامية نجد أن مكانة الأب والزوج تتمحور حول كونه "رب الأسرة" والمسؤول عنها وعن تقيومها، والمسؤول الأول على إعالتها وتوفير احتياجاتها من خلال مجموعة من النصوص الدينية المختلفة وأهمها النص القرآني "الرجال قوامون على النساء بما فضل الله بعضهم على بعض وبما أنفقوا من أموالهم فالصالحات قانتات حافظات للغيب بما حفظ الله واللاتي تخافون نشوزهن فعظوهن واهجروهن في المضاجع واضربوهن فإن أطعنكم فلا تبغوا عليهن سبيلاً إن الله كان علياً كبيراً" (سورة النساء، الآية 34)، بينما يقابل هذه الواجبات حقه في الطاعة والانصياع من الزوجة والأبناء، كما أن للزوجة الأم أدواراً يكمن أهمها في إشباع الحاجة الجنسية للزوج، وحفظ شرفه وماله وعياله، وبالمقابل لها الحق في الطاعة من طرف الأبناء والاحترام من الزوج، في الحديث الذي رواه الشيخان في الصحيحين؛ يقول الرسول صلى الله عليه وسلم «وَأَسْتَوْصُوا بِالنِّسَاءِ خَيْرًا فَإِنَّهُنَّ خُلْفَنَ مِنْ ضَلَعٍ وَإِنَّ أَعْوَجَ شَيْءٍ فِي الضَّلَعِ أَعْلَاهُ فَإِنْ ذَهَبَتْ ثِقِيمُهُ كَسَرَتْهُ وَإِنْ تَرَكْتَهُ لَمْ يَزَلْ أَعْوَجَ فَاسْتَوْصُوا بِالنِّسَاءِ خَيْرًا» "أخرجه البخاري (5185)، (5186) واللفظ له، ومسلم (47، 1468).

- الوظيفة الاقتصادية والحفاظ على النظام الاقتصادي الموجود:

تعتبر الأسرة وحدة اقتصادية، فقد كانت قائمة في القديم بكل مستلزمات الحياة واحتياجاتها وكان استهلاكها رهناً لإنتاجها الخاص، ورغم التطورات التي شهدتها في البنية والأدوار ومنها أن الإنتاج صار تابعاً لهيئات أو مؤسسات أخرى خارج الأسرة، إلا أنها مازالت تؤدي وظائفها الاقتصادية ففي الأسرة الحديثة لكل فرد عمل اقتصادي معين، وينظر معظم الأفراد إلى الأسرة الحديثة على أنها شركة اقتصادية بين عاملين هما الزوجة والزوج (شليبي 2006، ص26).

مع ظهور التصنيع وظهور وظائف أخرى إدارية أو صناعية تابعة للدولة أو الخواص، وتفضيل الأبناء لهجرة الموطن الأصلي القرية أو المدينة إلى مدن أخرى وازدياد التوجه نحو التعليم، تغيرت الوظيفة الإنتاجية للأسرة وأصبحت تميل أكثر نحو الاستهلاك، فالأفراد أصبحوا يعملون في وظائف وأعمال مختلفة يحصلون من ورائها على أجر ليقوموا بإنفاقه على احتياجاتهم اليومية، ومع ذلك فالوظيفة الاقتصادية بمعنى توفير القوت واحتياجات أفراد الأسرة من مأكّل وملبس، دواء، لازالت على عاتق الأسرة إلى حين يستقل كل فرد فيها بحياته الخاصة ويمارس عملا يحصل من ورائه على مقابل مادي هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإنّ الاستهلاك الذي تمارسه الأسر للمنتجات المختلفة هي التي تحافظ على النظام الاقتصادي "الرأسمالي" المعاصر.

- الرعاية النفسية والعاطفية:

تعتبر الشحنة العاطفية والنفسية داخل الأسرة ذات أهمية بالغة في تكوين شخصية الفرد وتمييزها وفقا لكل مرحلة من مراحل نموه، فالأسرة هي المكان الأول الذي يتلقى فيه الفرد دروسا في معاني المشاعر الإنسانية كالحب والكراهية والعطف والحنان، ويمكن اعتبار أن الوظيفة النفسية والعاطفية للأسرة هي ترك أجواء المنزل عامرة بعواطف الحب والقبول الاجتماعي، واللعب والتفاهم والتقبل بين الزوجين واحتضان الأبناء بدفء، وهذا يؤدي إلى وجود وحدة صغيرة تكون المصدر الأساسي للإشباع العاطفي لجميع أعضاء الأسرة (الخولي 1992، ص).

ولا تقتصر الرعاية النفسية والعاطفية على الأبناء فقط بكونهم الأضعف، بل في الرعاية العاطفية المتبادلة بين الزوجين، رعاية كبار السن والمرضى وكل من هو بحاجة لرعاية ودعم.

لقد عرفت هذه الوظائف نقاشا كبيرا بين علماء الإجماع المعاصرين في النصف الثاني من القرن العشرين، فمع ازدياد التمدن والتصنيع وتعدد الحياة الاجتماعية والاقتصادية لم تعد الأسرة تقوم بنفس الوظائف، أو على الأقل ليس بنفس الشكل والدرجة، فكيف حدث هذا التغيير وما هي أهم مظاهره؟

3. تغيير أدوار الأسرة:

إنّ التطور الذي حصل في المجتمعات الغربية ونشوء عدد من المؤسسات الاجتماعية الحديثة التي تغطي جوانب مختلفة من الحياة الاقتصادية (المصانع، ومؤسسات الخدمات وغيرها) والثقافية (الحضانات، المدارس، الصناعات الثقافية) والاجتماعية (المستشفيات، دور رعاية المسنين، الأيتام...) وانتقال الأسرة من وظيفتها الاقتصادية التقليدية إلى الوظيفة الحديثة التي تعتمد على عمل المرأة والرجل في آن واحد،

أدى إلى تخلي الأسرة النووية عن بعض وظائفها لمؤسسات أخرى أكثر تخصصا وقدرة، ويأتي هذا من خلال اعتبارها مؤسسة اجتماعية في تفاعل مستمر مع المؤسسات والأنساق الأخرى ونذكر من هذه الأدوار:

- **الحماية المادية للسكن العائلي:** حيث كان الزوجان والأطفال محميان بالسكن العائلي الكبير، بينما اليوم على الزوجين تدبير الحماية والسكن خارج إطار العائلة، ما يشكل عبئا أكبر على الأسرة النووية الحديثة.

- **الدعم الاقتصادي للبطالة:** حيث كان الفرد محمي ماديا من طرف العائلة ولا يشعر بالبطالة إذ توكل إليه مهام ضمن المجموعة وان لم يتقاضى عليها أجرا.

- **الإشباع العاطفي ووظيفة أبوية:** كما أن التغير في بنية الأسرة وظهور أنماط أخرى لها أدى بعلماء الاجتماع للحديث عن وظيفة الإشباع العاطفي أو وظيفة ضمان التوازن السوسيو عاطفي لأفراد الأسرة معتبرين ذلك وظيفة جديدة لأسر اليوم النووية، بعكس الأسر التقليدية أين يحقق الفرد إشباعه العاطفي من مختلف أفراد العائلة الممتدة "جد، جدة، عم، عمّة، خال، خالة". (R. BOUDON 1990)

- **رعاية المريض:** بينما كان دور الأسرة يكمن في رعاية المريض ومداواته، تخلت الأسرة عن هذا الدور للمؤسسات الصحية المختلفة ممثلة في "الطبيب"، للقيام بهذا الدور وذلك لتطورها ونجاحتها.
- **كفالة المسنين:** كان المسنون يقضون حياتهم في كنف العائلة، ويتمتعون بمكانة راقية في الأسرة، فهم مصدر الحكمة والسلطة المطلقة، إلا أن الدّول المتطورة أنشأت نظام رعاية اجتماعي بهذه الفئة الاجتماعية وتتمثل في دور رعاية المسنين، والتي تتميز بالتخصص، وذلك بعد تفكك العائلة وعدم وجود من يقوم بدور الرعاية فيها.

- **دعم الأرمال واليتامى:** فيما كانت العائلة الكبيرة تسدّ حاجيات هذه الفئة المحتاجة، إذ يعيش اليتيم مع جده وجدته أو خاله أو عمه، ويتكفل بالأرملة ومصاريفها العائلة الكبيرة، جعل انقسام العائلات وتحرر النووية وزيادة احتياجاتها المادية من هذه الفئة بحاجة إلى الرعاية التي تتكفل بها الدولة عبر مختلف المنح ودور اليتامى.

- **التعليم الرسمي للأطفال:** أوكل التعليم اليوم للمؤسسات التعليمية المختلفة وهو يضمن في آن التعليم العلمي ونقل الثقافة والقيم الاجتماعية المختلفة للمجتمع وللسلطة الحاكمة إلى الصغار.

إن المصدر الأساسي للدراسات التي تناولت الأسرة وتطوراتها المختلفة، هي دراسات في الغالب غربية، تتخذ من المجتمعات الغربية منبعا لها وتعمم الدراسات على المجتمعات الأخرى، فالقول بالانتقال من مرحلة

إلى أخرى والقطيعة الكليّة عن المراحل السابقة يبقى نظريّ، إذ يؤكّد أحمد عبد الكريم بطوش، أن الكثير من الدراسات عن العائلة النّووية لم تلغي كليّة دور العائلة الممتدة أو العلاقات التفاعلية بين الاثنين خاصة فيما يتعلق بالتضامن والتكافل الاجتماعي (بطوش 2019، ص 440).

وهنا يمكننا التساؤل عن الخصائص التي تميّز الأسرة الجزائرية عن باقي النظم الأسريّة في العالم من خلال تطورها التاريخي وخصائصها العامة.

المطلب الثاني: التطور التاريخي للأسرة الجزائرية

يمكن للمتمعن في تاريخ تطور الأسرة الجزائرية أن يلاحظ ثلاث فترات مختلفة، تحكّم فيها ما يسمى بـ "التغير الاجتماعي" حيث فرّق عدي الهواري بين التغيّرات التي أصابت المجتمع الجزائري ومنه بالضرورة الأسرة، وبين الفترات الانتقالية، حيث "يعني التغير التطورات والتعديلات التي تعاقبت عبر الأجيال، بينما الانتقالية فهي القطيعة والتبدّل المفاجئ غير المتوقع، ويرى بأنّ التغيّرات التي شهدتها المجتمع الجزائري هي تغيّرات فجائية وانقلابات اجتماعية وسياسيّة، تعتبر الهجرة الريفية حاسبه من أكبر مسبباتها (فانزة 2016/2015)، ويمكن أن نقسم هذه الانتقالات إلى ثلاثة مراحل أساسية وهي:

1. مرحلة ما قبل الاحتلال:

كانت الأسرة قبل الاستعمار الفرنسي (1830) تشبه في بنائها النظام السائد في العالم حينها، وخاصة في البلدان الإسلاميّة باعتبارها عائلة تعتمد على الفلاحة كمصدر أساسي للعيش باستثناء بعض عائلات المدن الكبرى التي تعتمد على الحرف والصناعات الصغيرة والتجارة، وهي بذلك عائلة ذات نظام عشائري (العائلة العشيرة) حسب روبير ديكروتر (robert descroitre) والعيد دبزي في كتابهما نظام الأبوية والبنية العائلية للأسرة الجزائرية أنّ " الأسرة الجزائرية هي جماعة منزلية تدعى العائلة مكونة من الأقارب القريبين الذين يشكلون وحدة اقتصادية واجتماعية قائمة على علاقات الالتزام من تبعية وقانون" (بطوش 2019، ص410)، وهي بذلك أسرة متّسعة تضمّ العديد من الأسر في بيت واحد، فهي أسرة كبيرة تتشكل من عدد من الأفراد، يعيش في أحضانها عدة أسر زواجية تحت سقف واحد، إذ يتولى تسيير شؤونهم وليّ أمر هو رب العائلة الذي يكون في غالب الأحيان ممثلا في شخصية الأب أو الابن الأكبر فشكّل الأسرة الجزائرية(emmanuel 1984, p14).

وربّما يكون تعريف مصطفى بوتقنوش للعائلة الجزائرية بأنها "عائلة موسعة بحيث يعيش في أحضانها عدّة عائلات زواجية" أسر نووية" تحت سقف واحد، العائلة الكبرى عند الحضر والخيمة الكبرى عند البدو

إذ نجد من 20 إلى 60 شخص يعيشون جماعيا معا، ومن خصائصها أنها بطيركية، الأب فيها والجد هو القائد الروحي للجماعة العائلية، وهي عائلة أكناتية (agnatique)، النسب فيها ذكوري والانتماء أبوي" (بوتشفونت 1984، ص37)، وكانت كل "عايلة" تنتمي إلى قبيلة معينة (عرش، دوار)، ويعتبر أبناء القبيلة أنفسهم أقارب، وفي كل قبيلة شيخ يطاع ويستمع إلى كلامه، وكانت العايلة تشرف على اعالة أبنائها عن طريق التعاون والتضامن وتتكفل بالمحافظة على التراث الثقافي الاجتماعي عن طريق التنشئة الاجتماعية التقليدية.

لقد كان تقسيم الأدوار في العائلة بسيط ومعروف، حيث تحتل المرأة الفضاء الداخلي (البيت) بينما الرجل يحتل الفضاء الخارجي. وتسكن العائلة الجزائرية التقليدية باختلاف مناطق البلاد في منازل تسمى الدار الكبيرة وتبقى بعيدا عن الطرقات التي يسلكها الناس وتحاط بسور عال يجعل من بالداخل معزولا عن الأنظار، وتتميز بالدخل المشترك كما تترك مكانا للالتقاء بين أفراد الجماعة العائلية الواحدة في معاملاتهم اليومية ويكون معاكسا لباب الدخول، إلا أنه لا يسمح بالاختلاط، ويبدو وكأن الأسرة مقسمة إلى ثلاث جماعات، رجال، نساء أطفال، وهؤلاء يمكنهم الالتحاق بإحدى الجماعتين حسب الجنس بمجرد البلوغ، وتوجد الدار الكبيرة بكثرة في الأرياف وبشكل أقل في المدن، ورغم أن العائلة التقليدية نجدها بتسميات عديدة حسب المناطق العايلة العربية، آخام بالأمازيغية، الخيمة عند البدو، إلا أنها تحقق نفس الهدف بحيث تكون على شكل أسر موسعة خاضعة للنظام الأبوي فلا انقسامية للإرث المشترك، الخوف من الأب واحترامه، تقديس الجدّ الأول والارتباط بالانحدار الأبوي أو لخط الأب وللمماسك الموجود يعطي للجماعة العائلية الجزائرية ما قبل الاستعمار سمات الأسرة الأبوية كما عرفها الأنثربولوجيون. (فائزة 2015/2016)

ولقد كان التماسك الداخلي سمة أساسية من سمات الأسر الجزائرية ويبرز رضى كل فرد من خلال قيامه بما أوكل إليه من مهام وأعمال أو اندفاع في سبيل الآخرين من أبنائها كتعبير عن الرابطة القوي الذي يوجد بينهم، فكل عنصر يشعر أنه عنصر ضروري لحياة الأسرة وانتظامها واستمرارها.

فكان الإنتاج الاقتصادي والاستهلاك جماعيا فهو قائم على الملكية المشتركة وكل الاستهلاك الجماعي (cholet 1987, p204).

كما كان الفرد ليس له أي قوة في معزل عن انتمائه للأسرة فوجود الفرد يتحدد من خلال إطار الأسرة التي ينتمي إليها فهو لا يفكر في نفسه ومصالحته إلا "بعد أن يضع نصب عينه مصلحة وخدمة الأسرة الكبيرة

فيقدمها على مصلحته الشخصية، فالفرد يعمل من أجل الأسرة ويتزوج كل من أجلها وينجب من أجلها" (غيث 1987، ص 255).

وبالتالي فالأسرة بالنسبة إليه عبارة عن مجتمع صغير هي التي تحدّد له وظائفه وأدواره ومكانته في المجتمع والحياة.

2. مرحلة الاستعمار:

لقد جاء الاستعمار الفرنسي الذي يعتبر أطول وأعنف استعمار في تاريخ البشرية، بفكرة ادخال المجتمع الجزائري في المجال الحضاري، على اعتبار أنه لم يتحضر بعد، ولم يكتف الاستعمار بتدمير البنية التحتية الاقتصادية والحربية للجزائر، بل أنه حاول التعمق في البنية الاجتماعية لمحاولة تفكيكها وتجريدها من مقوماتها الثقافية، اللغوية الدينية.

ويرى الهواري عدّي أنّ "المجتمع الجزائري كان يغلب عليه الطابع الريفي والقبلي التقليدي إلى أن وصل إلى التفكك في اليوم الذي انتهج فيه الاستعمار الفرنسي سياسة التفكيك الاقتصادي والاجتماعي فاستولى على أراضي الفلاحين" (فائزة 2016/2015، ص 33)، وقد أدت قوانين وسياسات كثيرة استصدرتها السلطات الاستعمارية إلى تدمير البناء القديم للعائلة الجزائرية ونذكر منها:

- سياسة النهب الفرنسية ضدّ القبائل الجزائرية (1830-1836) والتي أدت إلى افقار عدد من القبائل الجزائرية، سياسة الجنرال بيجو في تطبيق الأرض المحروقة، الامر الذي أدى إلى تهجير اعداد هائلة من الاسر واقتلاعها من أراضيها وممتلكاتها، بالإضافة إلى عمليات اخضاع القبائل الجزائرية المساندة للمقاومة الشعبية ونفي أعضائها¹.

- قانون وارنيي (warnier) الذي سنّ في 1873 والذي يقضي بتشكيل الملكية الفردية والذي أثر على البناء العائلي من خلال، تحرير الفلاح الجزائري من العلاقات القرابية التي تنسجها القبيلة، حيث انعكس ذلك على بنية المجتمع الهرمي فتغير إلى بناء أفقي متكون من مجموعة من الافراد المتصافين إلى بعضهم البعض، فبظهور الملكية الفردية محل الملكية القبلية انتقلت السلطة من شيخ القبيلة (النظام القبلي) إلى أب الأسرة (نظام أبوي)، ومن هنا انتقلت العائلة الجزائرية إلى القرية (الدوار) كمركز لتجميع عناصر مشتتة من القبائل المفككة نتيجة لزوال الملكية الجماعية (يعلى 2019، ص 141).

* لمزيد من الاطلاع، انظر مقال: سياسة الأرض المحروقة وأثرها على المقاومة الشعبية الوطنية، 1847/1830، لـ "عبد القادر سلمان"، مجلة

دراسات، العدد 3، المجلد 7، ديسمبر 2018

- قانون الحالة المدنية أو قانون الألقاب الذي أصدر في مارس 1882 والذي ينص على استبدال الألقاب الثلاثية وتعويضها بألقاب لا ترتبط بالنسب، وقد كان لهذا القانون الأثر الكبير على تفكيك الاسر وفصلها عن بعضها البعض، الغاية من استبدال ألقاب الجزائريين الثلاثية وتعويضها بألقاب لا ترتبط بالنسب هو تفكيك نظام القبيلة لتسهيل الاستيلاء على الأراضي، وإبراز الفرد كعنصر معزول، وتغيير أساس الملكية إلى الأساس الفردي بدلا من أساس القبيلة، وطمس الهوية العربية والإسلامية من خلال تغيير الأسماء ذات الدلالة الدينية وتعويضها بهوية هجينة، وإحلال الفرد في المعاملات الإدارية والوثائق مكان الجماعة، وأخيراً تطبيق النمط الفرنسي الذي يخاطب الشخص بلقبه وليس باسمه.

ويمكن أن نلخص أهم نتائج هذه السياسات والقوانين في:

- انتقال المجتمع الجزائري من النظام العشائري إلى النظام العائلي، من الناحية البنيوية، مع المحافظة على القيم الأساسية للنظام العشائري، فحسب هشام شرابي فإنه رغم أن سلطة الاب قد فقدت من شدتها في النظام العائلي، إلا أن وضعه يبقى أساسياً فيها، ورغم ان العائلة الممتدة لا تسكن في بيت واحد "ففي المدن الصغيرة والكبيرة نجد ان العائلة قد تعيش في حي واحد أو تتوزع على عدة أحياء متقاربة من المدينة...وكما سيبدو لنا بوضوح فان الصفة المميزة للعائلة هي استمرار للأنماط الأساسية للعشيرة....ومن ذلك فان الايب يظل يمارس سلطة واسعة والزواج في العائلة يجري في معظم الأحيان في اطار القربى العائلية والمرأة يجري تدريبها لتصبح امرأة مكرسة للواجب، وواجبها الأول في الزواج الذي لا تتوثق عراه قبل انجاب البناء، والصبي البكر هو اثنان ما تملكه العائلة" (شرابي 1984، ص35)، ويظهر هذا أنه ورغم اختلاف البنية وتحولها في الأسرة الجزائرية إلا أنها وفي هذه المرحلة كانت لا تزال تحافظ على قيمها الأسرية وعلى رأسها مكانة الأب، ووضعية المرأة.

- انتقال العائلات من الريف إلى المدن عبر رحلات كبيرة، القديمة كمدينة الجزائر التي استعمرها الفرنسيون، او المدن التي استحدثها الاستعمار، وكانت حياتهم تتميز بالبؤس والفقر، وقد بدأت "هذه الهجرات الكبيرة منذ بداية القرن العشرين إلى غاية 1930، حيث تمركزوا في عشوائيات (BIDONVILLE)، حيث "هرب الكثير من مدينة العاصمة مع بداية الاستعمار لكنهم عادوا إليها بشكل متواصل وذلك بسبب القمع العسكري في الأرياف وبسبب المجاعات، إضافة إلى الريفيين الذين أخذت منهم أموالهم، والذين اجتمعوا ليشكلوا السكان الجزائريين "الأهالي" في مدينة الجزائر آنذاك" (PELLETIER 2015. P52)

- ظلت الخلية الأسرية متماسكة بل زاد تأصل اهتمامها بروابط الدم بينها، وتعمقت وظائفها الاجتماعية، الاقتصادية، الدينية والتربوية والتراحمية بين افراد الأسرة وذلك هو السلاح الذي جابهت به الجزائر فرنسا (يعلى 2019)، حيث يؤكد بورديو أنه "مع بداية الحرب التحريرية، نتج أكبر التفككات الاجتماعية من خلال اقتلاع السكان الريفيين من أراضيهم... حيث نشأت أشكال جديدة من الألفة الاجتماعية الناتجة عن أوضاع النزوح" (فائزة 2016/2015، ص33)، حيث تشكلت علاقات اجتماعية جديدة وعلاقات قرابة جديدة من خلال التزاوج الذي كان يفرضه المعيشة المشتركة بين ناس لا تربطهم علاقات قرابة في سكنات مشتركة "الدويرة".

3. مرحلة ما بعد الاستقلال:

لقد ساهمت حركة التحديث والتصنيع غداة الاستعمار الفرنسي في الجزائر تباعا لمختلف السياسات الاقتصادية والاجتماعية كسياسة الثورة الصناعية والثورة الزراعية التي اعتمدت على بناء القرى الفلاحية في مختلف أرياف الجزائر ليس في تغيير البنية ومورفولوجية للأسرة الجزائرية فحسب، بل أدت إلى التغيير في القيم الاجتماعية والثقافية المختلفة.

" فقد تطلبت خطط التنمية المختلفة وجود نخبة متعلمة أدت إلى انشاء المدارس والمعاهد المختلفة، مع انتهاج سياسة ديمقراطية ومجانية واجبارية التعليم، كذلك سياسة اجبارية التعليم مما دفع إلى " شيوع الحراك الاجتماعي والمهني والجغرافي" (فائزة 2016/2015، ص 35).

وهذا ما أدى إلى بروز في المجتمع الجزائري بناء عائلي جديد له بعض مميزات البناء القديم وهي الانقسام ووحدة الملكية وكذا استمرار السلطة الأبوية والغزو العائلي الموسع القائم على الخط الأسري...." (يعلى 2019، ص412)، وقد ساعدت الدولة في سياساتها الاجتماعية المختلفة على دعم الأسرة النووية كنموذج حدائِي يبنى عليه المجتمع

وتعتبر سياسات الإسكان وبناء السكنات التي لا تتعدى الغرف فيها الثلاث غرف نوع من التوجيه التدريجي لهذا النوع من الأسر ويظهر في مختلف الصيغ السكنية الاجتماعية: السكن الاجتماعي، السكن الاجتماعي التساهمي، صيغة البيع عبر الايجار AADL وغيرها، حيث ويعزي الكثيرون نشوء العائلة النووية طبيعة المسكن وحجمه، فالدار الكبيرة تسمح بوجود عدد كبير من الأفراد والعائلات، وحيث توجد الدار الكبيرة توجد العائلة المركبة والتمسعة والعكس صحيح، فكلما صغر حجم المسكن كلما اتجهنا إلى نمط الأسرة النووية، إذ يرى بوتغنوش أن الوسط الحضري عادة ما يكون محطما للبنيات العائلية، ولكون عملية الإسكان داخل

المدن تقتصر على إيجاد شقة داخل عمارة ذات طبقات أو سكن ذو طابع غربي، فهذا لا يمنح نفس الارتياح والتكيف الذي يتوفر في الدار الكبيرة الأصلية (بوتشفنوشت 1984، ص 213-216)، وقد خلّص في ذات المرجع إلى القول بأن السكن في الجزائر داخل عمارة يعتبر نتيجة لتطور تاريخي "استعمار، نهاية الاستعمار" وليس نتيجة تطور اجتماعي، حيث نلاحظ تكيف العائلة مع نموذج السكن في العمارة، ومن هنا تضيق الحجم العائلي رغم معدل المواليد المرتفع والذي هو في تزايد مستمر.

هكذا ظهرت إلى الوجود الأسرة الحديثة أو الأسرة الزوجية، التي تتركز على الأب والأم والابناء، والسلطة في هذه الحالة غير محددة، تبعا للأدوار المنقسمة بينهم نتيجة التعاون الذي يحدث بين الأم والأب. (يعلى 2019، ص 412).

وتشهد الأسرة تغيرا واضحا نتيجة التغيير الذي تعرفه منظومة العادات والقيم، كتعليم المرأة وحصولها على أجر من العمل الذي تمارسه خارج البيت وبذلك يصبح نمط الأسرة النووية مناسبا مع نمط الحياة الاجتماعية وما يصاحبها من تعليم وتصنيع، حيث أن الأسرة النووية هي من أهم الظواهر الاجتماعية التي تميز المجتمعات الصناعية (ا. حسن 1988، ص 120).

المطلب الثالث: خصائص الأسرة الجزائرية الحديثة

لقد أدت التغييرات السياسيّة والاقتصاديّة والاجتماعية المختلفة التي "أساسها التيار القومي في اطار مشروعه لإنشاء "الدولة الوطنية" (KATEB 2019, P147) إلى مجموعة من التغييرات على المستوى الثقافي والقيمي السلوكي، خاصة فيما يخص علاقة الرجل بالمرأة، الزواج وتسيير الأسرة، هذه التغييرات أدت إلى ظهور خصائص جديدة تتميز بها الأسرة الجزائرية الحديثة من الناحية القيمية والثقافية، والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:

- **التغير في التنشئة الاجتماعية:** وتعتبر فائزة قرطي (فائزة 2016/2015) أنها أهم هذه التغيرات على المستوى الثقافي، حيث أصبحت الأسرة تهتم بتنشئة الشخصية الانجازية لأبنائها والتي تتميز بالاستقلالية، الضبط الذاتي والثقة بالعلم والعقلانية في السلوك والميل إلى الادّخار والقدرة على التخطيط للمستقبل، في مقابل العائلة التي كانت تكون شخصا مسلوب الإرادة تابع للأسرة اقتصاديا وفكريا، فالأسرة الجزائرية المعاصرة بدأت تحسّ بمسؤوليتها المباشرة عن تعليم أطفالها ورعايتهم الصحية، وتهيئة أفضل الظروف لهم ليستطيعوا الاشتراك في العمل الاقتصادي من واقع الخبرة والمؤهل العلمي، وهذا لن يتأتى إلا إذا حدثت موازنة مخططة بين داخل الأسرة ومستواها الاقتصادي بوجه عام، الأمر الذي يعتبر مؤشرا واقعا لمدى

قدرتها على مواجهة أعباء التربية، وقد تبين من حيث النظرية والواقع انه كلما ارتفع دخل الأسرة قلت رغبتها في إنجاب عدد كبير من الأطفال، وكلما انخفض دخلها اقتنعت بالمساوي التي تترتب على كثرة الإنجاب في الوقت الذي لديها أطفال كثيرون بالفعل.

- ازدواجية القيم وصعوبة التأقلم: من المعلوم أن كل تغيير يثير نوعا من المقاومة على مستوى الأفراد حتى ولو كانوا هم منتجي هذا التغيير، يقول J.Elliott إلبوت: "عندما يبدأ التغيير، يكون على الأفراد أن يعدلوا سلوكياتهم ويتغيروا ليكونوا على مستوى التغييرات التي أنتجوها... من الممكن جدا أن مقاومة التغيير الاجتماعي، وخاصة التغيير المفروض تعود تأثيرات هذه التغييرات على الأنظمة الدفاعية اللاشعورية للأفراد." (س. الخشاب 1981، ص95)

يبدو أنّ انتقال الأسرة الجزائرية من النمط القديم إلى النظام الحديث، لا يعني أبدا القطيعة الكاملة مع النمط القديم، وإن كان تبني التغييرات المادية كتغيير نوعية السكن، أو تقبل التكنولوجيات الحديثة، يتم بشكل أسرع من تغيير السياق الثقافي فيرى عدي الهواري " أن الأسرة الجزائرية لا تحمل نظاما اجتماعيا صرف ومطلق بل تدمج النظام التقليدي بالنظام الحالي المواكب لمستجدات الحياة، فإنّ العائلة الجزائرية تحمل تناقض: من جهة القيم العائلية التقليدية لا تزال قائمة في العقل الجمعي، ومن جهة أخرى الفترة الانتقالية ولدت أشكال أخرى من الالفة والمخالطة " (فائزة 2016/2015)، وهذا ما يذهب اليه كمال كاتب حين يصف "مخططات الدولة القومية في استبدال النظم التقليدية لدى المجتمع الجزائري بأخرى حديثة، قد فشلت نسبيا، وهو الأمر الذي جعل المجتمع يستبدلها بالدين، وهو الأمر الذي شجع التيارات الإسلامية السياسية على النجاح في التسعينات" (KATEB 2019).

وحسب نفس الباحث (KATEB 2019) فإنّ الرجوع إلى المرجعية الدينية في المجال العائلي يهدف إلى الإبقاء وترسيخ الثقافة الأبوسية بتقليدها ولعدم تمكين الفرد من خلق مجال خاص. هذا يعني أن الرد لا ينبغي له أن يكون متحررا اتجاه التصورات الرمزية، ولا أن يكون مستقلا عن أسرته وعائلته، ومن ثم تظهر صعوبة الأفراد في تحرير علاقاتهم من التصورات الاجتماعية الرمزية.

وهنا يظهر لنا الدين كمرجعية قويّة لها تأثيرها الكبير على أفراد الأسرة الذين يحاولون التأقلم مع التغييرات الاجتماعية الداخلية والخارجية التي لم يعد الجزائري منعزلا عنها خاصة مع امتلاكه وسائل الاعلام المختلفة، كالهوائيات وقدرته على الاطلاع على الخارج في نهاية الثمانينات، ثم دخوله عصر الانترنت ووسائل

الاتصال الاجتماعية المختلفة، التي تؤدي به دائما إلى الرجوع إلى المرجعية الدينية بعدما اضمحل تأثير المرجعيات الثقافية والاجتماعية المختلفة مع آثار العولمة الثقافية.

ويؤكد هواري عدي أنه في الجزائر نحن بصدد الحديث عن "تحول مفاجئ" أي بمعنى تغيير وليس تغيير ولهذا فإن عدم التكيف مع المعطيات الجديدة راجع لعدم وضوح الرؤى وعدم تقبل المعايير الاجتماعية الجديدة: "التغيير الاجتماعي إذا كان ناتجا عن عوامل داخلية المنشأ فهو يترجم من خلال تكيف النظام الاجتماعي الثقافي مع التحولات الاجتماعية التي تحدثها العصرية (التصنيع، التهيئة العمرانية، التبادلات التجارية...) وعلى العكس في حال التحول القيم الثقافية والإيديولوجية التي يعاد النظر فيها بطريقة مفاجئة من الخارج تتصلب وتتجمد. إنه السياق الذي كلما فقدت فيه البنية التقليدية اتصالها مع الواقع كلما ازدادت تصلبا (houari 1999, p19)، كما أن التحولات المورفولوجية التي تعرضت لها الأسرة الجزائرية مسّت الهياكل والأدوار الممنوحة لكل فرد سواء بتحسينها أو بتهميشها، هذا ما أثر على الدينامية الحركية العلائقية سواء داخل الأسرة أو خارجها" (houari 1999, p22).

وأصبح السياق الاجتماعي العام يتخبط في ظل أزمة مرجعيات ومنظومة قيمية متذبذبة في حين أن الأمة تبحث عن وسيلة لبناء علاقات واضحة المعالم والحدود بين الأفراد وبالتالي ترسيخ رابطة اجتماعية ثابتة في الأذهان والعقلانيات.

حتى أن البرامج التنموية وجدت نفسها في التسعينات عرضة للتهكم من طرف كل فئات الشعب نظرا لعدم مصداقيتها ولا فعاليتها في ظل أزمة اقتصادية خانقة، ما أعطى المجال لبروز العديد من الصراعات والاضطرابات أدرجت فيما يسمى بالعشرية السوداء، بعد ظهور المشروع الإسلامي الذي يدعو كل فرد إلى التثبيت بعقيدته، لكن قد يكون من المأخذ التي أخذت عليه أنه لم يدرج عامل التطور العالمي أو التيار المضاد (العولمة) كمتغير فاعل في معادلة بناء المجتمع بعد سقوط الاشتراكية.

إن الانقسام بين التيارين هو الذي كان ومازال السبب في خلق العديد من الأزمات في الجزائر حسب رأي جمال قريد، حيث يقول: "الجزائر مجتمع بنهجين، نهجين فقط. كل مشاكل المجتمع الحالية والماضية والمستقبلية لا تقرأ إلا من خلال شبكتين تضع ضمن أولوياتها: الدولة وكيفية إعادة بنائها، المجتمع وكيف يبني، اللغات التي يجب أن تطور، العلاقات الدولية وما هي قواعد تحديد اتجاهاتها... ولكن المدرسة، الأسرة والتاريخ هو أكبر المجالات التي تظهر فيها الصدمات والمواجهات العنيفة بين النهجين" (guerid 2007 ; p17).

بينما يعطي هوارى عدي قراءة أخرى للوضع بقوله: "الواقع الاجتماعي منقسم إلى مجالين: الأول واقعي يتميز بالصعوبات المادية "مشاكل السكن، غلاء المعيشة، نقص الماء النقل، غياب آفاق واعدة للأطفال". والثاني معاش في الخيال يتحدث عما يجب أن يكون عليه المجتمع من حيث احترام هيكل كل فرد "السن، الجنس" دون إغفال التضامن بين الأفراد وهذا ما يفسر الرجوع إلى ما هو ديني لأنه يقدر هذه التعاليم (houari 1999)، وقد أظهرت هذه الصدمات المختلفة بين ما هو من متطلبات الحياة المعاصرة "العلمانية" وبين الإرث الثقافي والديني، الكثير من التناقضات في مختلف الممارسات الحياتية، وخاصة فيما يتعلق بالتعامل مع المرأة، حيث أنها تعتبر المرأة الأساسية الذي يقاس عليها التغيير الحقيقي للمجتمع، فالمرأة هي أكبر مؤشر على التطور الاجتماعي والعصرية، وإذا تحدثنا على المرأة فنحن في صميم الحديث عن الأسرة ومنظومة الزواج والإنجاب. (بوتشفونت 1984).

ويظهر هذا التآرجح بين الجديد والقديم في الطريقة التنشئية المزدوجة للفتيات فمن جهة تحافظ الأم على تقاليد العائلة وإعادة إنتاج النظام التربوي التقليدي، حيث تعدّ الفتاة لمرحلة الزواج، وما هو عصري، حيث تدفع للدراسة ويتم الاهتمام معها للتخطيط لمستقبلها العملي، كما يسمح لها بالاختلاط بالجنس الآخر في مجال الدراسة والعمل، كما يظهر جليا بالنسبة لاختيار الشريك حيث لم يعد الزواج في العائلة الحديثة تحت وصاية الأسرة بل أصبحت رابطة الزواج تقوم على الإرادة الحرة لطرف الأسرة من الزوج بالرغم من الحرية الشخصية في الاختيار إلى أن الفرد يبقى يحتاج دائما لمن يساعده على ذلك، فمن الناحية الاستشارية قد عوض الأهل بأصدقاء العمل (بوتشفونت 1984، ص38)، ولكن هذا الكلام لا يمكن تعميمه بشكل كلي حيث "الازالت الخلافات تتبدى في مضمون العلاقات الأسرية الزوجية أين يقع الشقاق بين الايجاب والرفض في علاقات الزواج في بعض المناطق الجزائرية حيث لا تزال محافظة على الوشائج الأسرية وبالتالي على الشخصية الاثنية رافضة الزواج الخارجي رغم التغييرات الاجتماعية." (فائزة 2016/2015، ص 38) ففي الجزائر قرابة ثلث الزيجات تكون بين أشخاص عندهم صلة قرابة وحوالي الخمس هو زواج بين أبناء خال أو أعمام مباشرين (KATEB 2019).

كما يظهر هذا التذبذب في أنّ الأبناء غير المتزوجين من الجنسين ذكورا وإناثا، يعيشون في بيت العائلة حتى الزواج، وقد يصل الأبناء إلى سن تتعدى الأربعين وهم في تحت سقف العائلة، "في بلد محافظ ومتدين مثل الجزائر" (KATEB 2019, p 150).

- علاقة الأسرة النووية بالأسرة الممتدة:

إنّ الفكرة البارسونزية عن الأسرة النووية المنفصلة والمكتفية بذاتها عن العلاقات القربانية الأخرى، قد لاقت الكثير من الانتقادات بعد عدد من البحوث الامبريقية التي أجراها الباحثون في الغرب، منذ خمسينيات القرن الماضي وإلى غاية السبعينات، نذكر منها دراسة العالمان البريطانيين مايكل يونج وبيتر ويلتموت، في دراستهما لجزء من مدينة لندن حيث أدت إلى حقيقة مفادها " أن السكان يعارضون فكرة مغادرة المنطقة، ليس لتعلقهم بالمكان فحسب بل لارتباطهم المستمر بأسرهم هناك، ووجدا أن هناك رغبة كبيرة في العيش قرب والديّ الزوجة بعد الزواج، ولم تكن هذه الرغبة لشعور عاطفي فحسب بل لوجود درجة عالية من المساعدة والدعم المتبادل" (احمد سالم 2004، ص153)، كما أثبتت الدراسات أن هذا النوع من نظام المساعدة والدعم المتواصل بين أفراد الأسرة موجود في مناطق أخرى من بريطانيا وأوروبا وكندا أيضا، وكذا دراسات في أمريكا كدراسة جيمس براون ورفقاؤه، وكذا لوجين لوتاك والتي خلصت جميعها إلى أن الأسرة النووية لم تمنع العلاقات القربانية، وأنّ متطلبات المجتمع الصناعي لا تتعارض مع وجود علاقات داخل الأسرة الممتدة، التي تأخذ مجراها في الاسر دون ان تعرقل حراكهم الوظيفي او الجغرافي، ويمكن لهذه العلاقات ان تصل حتى الجيل الثالث حسب بعض الدراسات" (احمد سالم 2004، ص 152).

وإذا كانت الأسرة النووية في أكبر المجتمعات الصناعية كأمريكا وبريطانيا وكندا وغيرها الكثير، لم تُفقد علاقاتها العضوية مع الأسرة الممتدة وخاصة فيما يتعلق بالمساعدة والتعاون، فإن الأسرة النووية الحديثة التي أصبحت تشكل الاتجاه السائد في المجتمع الجزائري في الوقت الراهن بينما يتضاءل عدد الأسر الممتدة كَمَا اتجهنا من الريف إلى المدينة، لم تفقد هذه الأخيرة تضامنها وقيمة التكافل فيها " إذ أنّها لا تزال مرتبطة عاطفيا واقتصاديا واجتماعيا بالأسرة التقليدية الاصلية وان استقلت عنها في السكن. فبالرغم من تحوّل الأسرة الجزائرية من الطابع التقليدي إلى الحديث العصري، إلا أنّ تماسكها وتشابكها بروابط القربانية والتضامن العائلي، لا يزال لم يتغيّر وبقي مثلما كان عليه في الكثير من الجوانب (يعلى 2019، ص412). ويؤكد على هذا الكلام علاقة الزوجين بأسرتهم الاصلية، حيث أنّ العلاقات الأسرية لازالت تحمل معتقدات وقيم تقليدية يكرّسها الانتماء الديني الإسلامي والقيم النابعة عنه، كقيمة طاعة واحترام الوالدين، فرض صلة الرحم، التصدق للأقربين، وغيرها، ويظهر هذا التضامن خاصة في حالة الأزمات المختلفة: المرض، الموت، الحوادث المختلفة، أو المناسبات الاجتماعية كالزواج والختان وغيرها

ومنه فإنه يمكن أن تدرج العائلة الجزائرية بصفاتها وقيمها الحالية ضمن ما سمّاه " لوتواك وسمان وبورشينال بـ" الأسرة الممتدة المعدلة" حيث أنّها هي التي تمثل الوحدة المميزة للمجتمع الصناعي، من حيث

انها " انتلاف من الاسر النووية يتبادلون خدمات هامة مع بعضهم، وبذلك تختلف الأسرة الممتدة المعدلة عن الأسرة النووية المنعزلة "البارسونزية" وتتمتع بقدر كبير من الاستقلالية يجعلها تختلف عن الأسرة الممتدة التقليدية" (احمد سالم 2004، ص153)، وهذا ما سنحاول الإجابة عليه لاحقا في الباب التطبيقي الذي سندرس فيه دور العائلة الممتدة في رعاية الزوجة المصابة بسرطان الثدي وأشكال التعاون وأنماطه، لنتبين من خلال متغير المرض، مفهوم التكافل والتعاون في الأسرة الجزائرية الحديثة. ويبقى أهم مظهرات التغيير هو وضعية المرأة، مكانتها في المجتمع وواقعها المعاش بين التطور الاجتماعي الحاصل ووطأة العادات والتقاليد والمرجعيات الدينية، وهذا ما سنتطرق له في المبحث الثاني.

المبحث الثاني: التمكين الاجتماعي للمرأة الجزائرية

أصبح مصطلح التمكين للمرأة من المفاهيم التي تتكرر في أبحاث الدراسات التي تعنتي بقضايا المرأة، وهو في عمومه يشير إلى مجموعة من الظروف الاجتماعية والسياسية والثقافية التي تعيشها المرأة في نطاق جغرافي معين، بحيث يؤثر على أدائها ومشاركتها في الحياة العامة في ذلك المحيط، وتظهر أهم متغيراته في: القوانين والتشريعات ونظرتها للمرأة، مدى اندماج المرأة في سوق العمل وكذا المشاركة السياسية للمرأة.

المطلب الأول: الإطار التشريعي والسياسي للتمكين:

إنّ التغييرات والتحولات التي أصابت الأسرة الجزائرية خلال عبورها بمختلف المؤثرات السياسية والاجتماعية المختلفة والتي غيرت من بنيتها وقيمها العامة كما رأينا في المبحث السابق، قد أصابت بالدرجة الأولى الحياة الخاصة والعامة للمرأة الجزائرية من خلال عدد من المتغيرات تتمثل في خروج الفتاة إلى الدراسة وإلى سوق العمل وشغلها للفضاء العام والتمكين السياسي لها، ويعتبر التشريع القانوني بمثابة المرأة الأساسية التي تظهر جلياً قوة هذه التغييرات كما يشارك حتماً في حدوثها والتسريع من وتيرة التغيير.

وتعترف مجمل المواثيق والقوانين الدولية في عصرنا هذا بحقوق الانسان عموماً وحقوق المرأة خصوصاً، هذا الاعتراف الذي لم يكن هدية من الرجل صاحب القرار الدائم للمرأة (سابقاً)، بل نتيجة لتاريخ طويل من النضال النسويّ نحو الاعتراف بكينونة المرأة ومساواتها مع الرجل في مختلف الحقوق والواجبات وهذا عبر مختلف أنحاء العالم، منذ الثورة الفرنسية 1789* إلى غاية ستينيات القرن الماضي مع الظهور الصريح لقائدات الحركة النسوية وعلى رأسهم سيمون دوبوفوار التي طرحت فكرتها المعروفة "نحن لانولد نساءً بل نصبح كذلك؟"

وتقصد بذلك التنشئة الاجتماعية والثقافية التي تقوّل المرأة وتعلّبها في أدوار معينة كأدوار الأمومة والزوجة وراعية المنزل وغيرها، حارمة إياها من التعبير عن نفسها ككائن كامل الصلاحيات مثله مثل الرجل، حيث تملك كامل الحقوق على جسدها وعلى مصيرها خاصة مع ارتفاع نسبة المتعلمات في العالم الغربي آنذاك، وقد أثرت الحركات النسوية تأثيراً كبيراً في تغيير النظرة العالمية نحو المرأة، من ناحية علاقتها مع ذاتها أو مع المجتمع أو على الأقل تغيير العديد من القوانين، حيث عرف العالم الغربي موجتين أساسيتين للحركة النسوية، رافقت خصوصيات التحديث في أوروبا، جسدتها الموجة الأولى (ما بعد الاستعمارية- الماركسية النسوية) والموجة الثانية للنسوية (النيو- ليبرالية)، وترافقت مع ظهور المجتمع المدني، واتخذت شكلاً جديداً متمثلاً في ظاهرة إنشاء المجالس القومية للمرأة، واستجابت تلك الظاهرة للتغييرات العالمية في عولمة حقوق

* حيث حاول الثوار تغيير قانون نابليون -الذي يقوم على مبدأ امتلاك الرجل لسلطة مطلقة يمارسها داخل الأسرة بتفويض من السيد الحاكم- من خلال إجراءات تعيد النظر في طغيان الأهل، الممثلين للسيد الحاكم أو الرب، فان القانون المدني الفرنسي لم يحدث القطيعة الجذرية مع السلطة الأبوية، فكتب بوتيه potier، أحد محرري القانون المدني: "بما أن الزواج يشكل شراكة بين الزوج والمرأة تحت رئاسة الزوج، فإنه يمنح للزوج بصفته رئيساً لتلك الشراكة، حق التسلط على شخص المرأة الذي يمتد فضلاً على ذلك إلى أموالها"، أنظر فاطمة الزهراء ساعي: المركز السياسي والوضع الأسري للنساء في الجزائر، ص30

النساء، وإنشاء آليات وطنية للتفاعل مع المنظمات العالمية وهيئات الأمم المتحدة". (ن. عيشور، الدواعي الأمنية للمشاركة السياسية للمرأة العربية 2019)

أما في حالة الجزائر، فقد شاركت المرأة في الثورة التحريرية الكبرى 1954، وعملت كتفا بكتف مع الرجل لتحرير البلاد دون أن يُذكر أي نقاش اجتماعي أو سياسي حول جواز مشاركتها في هذا الحدث الوطني المفصلي، وهو ما يعكس مدى وعيها بالقضية الكبرى التي يدور حولها عالمها الخارجي عن البيت والأسرة والأولاد، وقد صرّحت الدكتورة مليكة القورصو أنه: " لا يمكن تصور أن هذا الخروج جاء صدفة، في مجتمع تقليدي كان يتميز بالانغلاق الشديد على المرأة، لولا مرور أغلبهن بمرحلة من التربية السياسيّة والوطنية التي أدتها مختلف الأحزاب السياسيّة والجمعيات الإصلاحية منذ مرحلة الحركة الوطنية، في بدايات القرن العشرين" * ومن خلال بروز اناث متعلمات في المدارس الفرنسية واللاتي وصلن إلى التعليم المتوسط والثانوي وحتى الجامعي ولاحظن الاختلاف الفاضح في المعاملة بين الطالبات المسلمات والفرنسيات، بالإضافة إلى المنتسبات إلى جمعية العلماء المسلمين اللواتي تشربن روح الوطنية فيها، حيث بلغ عدد الفتيات المتمدرسات في أقسام جمعية العلماء المسلمين 21679 فتاة سنة 1939، ووصل سنة 1957 إلى 81448 فتاة (بوتشفوننت 1984، ص54)، الأحزاب السياسيّة وهذا ما بينته شهادات مجموعة من المجاهدات غير المعروفات في الوثائقيّ المعنون بـ "حياة يوم" (شريف 2014).

وقد خصّ ميثاق الصومام المرأة 1956 كأهم نص جزائري في الثورة بعد بيان أول نوفمبر، بفقرة "عبر من خلالها قادة الثورة عن تأثرهم وإعجابهم تجاه " الشجاعة الثورية المتحمسة التي عبرت عنها الفتيات والنساء والزوجات والأمهات" و" جميع أخواتنا المجاهدات اللاتي تشاركن فعليا وبالسلاح أحيانا في النضال المقدس لتحرير الوطن" كما أحصى نص الميثاق بعض المهام التي يمكن للمرأة أن تضطلع بها في الثورة على غرار " الإسناد المعنوي للمحاربين والمقاومين، الإخبار، الارتباط، المؤونة، الملاجئ، مساعدة عائلات وأولاد المجاهدين والسجناء والمعتقلين" *.

*. مليكة القورصو: ندوة تاريخية حول المجاهدات الجزائريات، في الذكرى 67 لاندلاع الثورة المجيدة، رواق بايا، قصر الثقافة، الجزائر، 11 نوفمبر

2021. مناقشة الفيلم الوثائقي: "حياة يوم"، إخراج عادل فول، بن يوسف شريف: ضمن معرض: " المجاهدات بطلاتنا"،

*. نص مؤتمر الصومام: موقع رئاسة الجمهورية الجزائرية، <https://www.el-mouradia.dz/ar/algeria/texts/soummam-conference>

ويمكن أن نستخلص ثلاث عوامل أساسية، أثرت تأثيرا مباشرا في مسار كلّ التشريعات والقوانين التي تتعلق بالمرأة بعد الاستقلال في الجزائر يمكن تلخيصهما كالتالي:

1- المشاركة الفعلية والناجعة للمرأة في الثورة التحريرية ومنه خروجها من دائرة الفضاء الخاص إلى الفضاء العمومي، واعتراف قادة الثورة بذلك، ما جعل من المستحيل التخلي عن ذلك التطور الحادث في المجتمع الجزائري والرجوع عنه، خاصة وأنّ السلطة كانت تعتمد على الشرعية التاريخية للحرب التحريرية، كما أنّ وضع المرأة في إطار تحرري يخدم الدولة الوطنية الحديثة التي كان القادة يسعون إلى بناءها بعد الاستقلال، بالإضافة إلى القدسية التي صُغت بها هذه المرأة المجاهدة الذائفة على شرف الوطن وشرفها.

2- المرجعية الدينية الإسلامية: حيث كانت النصوص الأساسية التي صودق عليها بعد الاستعمار مباشرة "دستور 1963" وميثاق الجزائر، قد حدّدت المرجعيات والمبادئ التي يجب أن يؤسس عليها الوضع المخصص للمرأة الجزائرية، إذ أُعتبر الدّين كأحد الركائز الأيديولوجية التشريعية والسياسية للسلطة ومعيارا أساسيا لتحديد مفهوم ترقية المرأة وحقوقها" غير أن البعد الدّيني لم يطل المجال السياسي ولا المجال التشريعي لحياة المرأة، بل ظلّ محصورا في قانون الأسرة "الأحوال الشخصية"، وهذا التقسيم موروث عن مختلف التشريعات والقوانين التي أصدرتها السلطات الاستعمارية في الجزائر، والتي كانت تعتمد على " فهمها" للتشريعات الإسلامية فيما يخص الأحوال الشخصية للأهالي. (ساعي 2016، ص 249)، إنّ هذه الازدواجية الفكرية للتشريع الجزائري وحصر التشريع الإسلامي في "مجال الأسرة" بالنسبة للقوانين المتعلقة بالمرأة، ورغم كل الانتقادات التي طالته ولا تزال تطاله، هو الذي منح المرأة الجزائرية عددا من الحقوق بشكل تلقائي، كانت المرأة العربية في عدد من البلدان ولازالت تناضل من أجلها، كالحق في الانتخاب، والحق في الترشح، والحق في منح الجنسية للأبناء والحق في التنقل وغيرها.

3- الإعلانات والمواثيق العالمية لحقوق الإنسان والمرأة والتي صادقت الجزائر على أغلبها.

لقد حازت النساء في الجزائر وفي دول المغرب كتونس والمغرب الأقصى مباشرة بعد الاستقلال على كافة الحقوق المدنية، كالحق في إنشاء الجمعيات، الحق في الترشح والانتخاب "وهن تتطورن في مجتمعات أين حرية التعبير والجمعيات والتنظيم تعتبر حقوق مشروعة بلا تفرقة بين الجنسين" (kateb 2015 p 211)، كما احتفظ ميثاق 1976 الذي كان يرمي إلى تكريس المبادئ الاشتراكية التي، تبناها النظام، بمبدأ المساواة مع إعطائه بعدا عمليا أكثر، حيث جاء فيه "... أما الدولة التي اعترفت لها بكل حقوقها السياسية،

فإنها ملتزمة بالنهوض بالمرأة الجزائرية ومصرّة على متابعة الجهود في سبيل ترقيتها اللازمة" (مكلي 2016/2017، ص42).

ولم يتم الاعتراف رسميًا على مستوى العالم بقضية المرأة الا سنة 1975، حيث قامت الأمم المتحدة بالدعوة إلى مؤتمر المرأة العالمي في المكسيك، وتم بعده اعلان عقد المرأة بين عامي 1976 و1985 بالرغم من صدور المسبق لإعلان حقوق الانسان سنة 1948، وكان الهدف الأساسي للمؤتمر إدماج المرأة في عملية التنمية الشاملة في المجتمعات على اختلاف عاداتها وتقاليدها، ويعتبر نقطة الانطلاق لإزالة جميع أنواع التمييز ضد المرأة، الاعتراف الدولي بحقوقها وبأهميتها في عملية التنمية الشاملة واعتبارها شريكا هاما للرجل. (ساعي 2016)

وقد حرصت جميع الاتفاقيات الدولية على التركيز على المساواة بين الرجل والمرأة في الحقوق والواجبات، وعلى رأسها اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة المعروفة باتفاقية سيداو، التي أعدّها مركز المرأة في الأمم وتبنتها الجمعية العامة سنة 1979 ودخلت حيز التنفيذ في سبتمبر 1981 والتي كان لها الفضل في تجاوز الطابع الشكلي "العام والأخلاقي" لجميع الاتفاقيات التي سبقتها، حيث أن المادتين 7 و8، من الاتفاقية، تدعوان الدول إلى ضمان ظروف تحقيق الحقوق في الحياة السياسية والعامة للمرأة تماما مثلما تحقّقه للرجل، ولذلك عليهم "الدول" اتخاذ كل الإجراءات التي تسمح بتمكين النساء من الاضطلاع بالأعباء الانتخابية وغير الانتخابية والالتحاق بالمناصب السياسية وبالمنظمات السياسية والجمعوية، وعليهم أن يفتحوا لهن المؤسسات الدعوة لتمثيلهن بالمستوى الدولي ولدى دول أو منظمات أخرى (ساعي 2016، ص54)

ورغم تحفظ الجزائر على عدد من المواد في اتفاقية سيداو التي تتضمن الحق في الإجهاض، المثلية الجنسية، وغيرها من المواد التي تتنافى مع الانتماء الإسلامي للدولة والذي أقرته كل دساتير الجزائر إلى غاية دستور 2020، إلا أنها لم تعط أي تحفظ على المادتين سابقتي الذكر.

وقد توالى التعديلات الدستورية والقانونية، والتي كانت مجبرة على ملائمة مختلف المواثيق والإعلانات الدولية التي دخلت الجزائر كعضو فيها، ففي التعديل الدستوري لسنة 2016 تأكّد حق المرأة في العمل وفي المشاركة السياسيّة" حيث أكدّ على مبدأ التنافس بين الرجال وانشاء في الولوج لسوق الشغل وتشجيع ترقية المرأة في مناصب المسؤولية في مختلف الهيئات والإدارات العمومية مما يجعلها مساوية للرجل أمام القانون،

المادة 31 مكرر: "تعمل الدولة على تجسيد المناصفة بين الرجل والمرأة كغاية قصوى لتحقيق ترقية المرأة وازدهار الأسرة وتلاحم المجتمع وتطوره".

إنّ الدارس إلى التشريعات المتعلقة بالمرأة في الجزائر، يلاحظ بأنّها قد حظيت بكل الحقوق المدنيّة والسياسية في فترة متقدمة من حياة الدولة الجزائرية المستقلة، ولكنّ العديد من الانتقادات لازالت توجه إلى التشريع الجزائري خاصة فيما يتعلق بقانون الأسرة، الذي اقره المشرع سنة 1984 ولم يتم تعديله حتى سنة 2004، ففيما ينعته التيار اليساري بالقامع للمرأة والمكبّل لحقوقها الإنسانيّة من حيث أنه يشجع على دوام النظام الأبويّ في كثير من القضايا: كوجوب الوليّ في الزواج، التطليق والخلع، والكفالة والشهادة والميراث، تحريم التبني وغيرها، معتبرين أن " الشريعة هي تفسير ذكوري للنص القرآني وللجنة" (kateb 2015, p214)، ينتقده أصحاب التيار المحافظ "المتدين" ويعتبرونه غير ملتزم "بالشريعة الإسلامية" فيما يخص عدد من القضايا، كقضية إذن الزوجة للتعدد، حرّية المرأة في التنقل، عدم فرض الحجاب، رفع الحدود عموماً والحدود على الزنا بالخصوص.

لقد صار قانون الأحوال الشخصية، أو قانون الأسرة، ورقة سياسيّة يستعملها كل من التيار العلماني والتيار الإسلامي في الجزائر لجذب المناضلين والمنتخبين، الذي يعينهم هذا القانون في حياتهم الخاصة بشكل مباشر في جميع المراحل الحياتية، خاصة في مرحلة الزواج، وقد عاد الحديث عنه قوياً مع الحراك الشعبي سنة 2019 وعودة النقاشات السياسية والأيدولوجية إلى السطح، بعد فترة ركود طويلة*.

إنّ القوانين والتشريعات التي أعطت للمرأة الحق في التعليم وفي العمل وفي المشاركة في مختلف مجالات التنمية الاقتصادية والسياسية أدت إلى خروج المرأة إلى العمل ولكن بأي نسبة وبأية نتائج؟

المطلب الثاني: المرأة في سوق العمل والدراسة بالجزائر

* . للتعلم أنظر مقال: "قانون الأسرة... الواقعية" بين الإسلاميين والعلمانيين أو إفسال الحراك الجزائري"، للكاتب علي يحيى، موقع

independent بالعربية. الأربعاء 25 سبتمبر 2019 20:25 اطلع عليه: يوم 2020/10/05

<https://www.independentarabia.com/node/59091>

تعتمد جلّ المنظمات الدوليّة على الإحصائيات المقدّمة من طرف الدول فيما يخصّ تعليم المرأة وعملها المأجور، إضافة إلى التشريعات الخاصة بها ك معايير أساسية لمعرفة مدى تمكين المرأة في هذه الدول، وقد مرّ خروج المرأة إلى سوق العمل في الجزائر بعدد من المراحل، حيث بدأ ذلك عند بعض العائلات خلال الفترة الاستعمارية، حيث كانت بعض الجزائريات تعملن كـ"مدبرات بيوت" لدى المستوطنات الفرنسيّات، وذلك لسوء الظروف الاقتصادية.

ويمكن اعتبار إجبارية التعليم التي تبنتها الجزائر، أهم عامل لبروز المرأة بعد الاستقلال الجزائري، وخروجها إلى الفضاء العمومي، حيث اعتبرت التعليم ومحو الأمية أهم مشاريع الدولة الجزائرية، سواء للذكور أو الإناث على حدّ السواء، فقد ورثت الجزائر ميراثا ثقيلًا من الأمية الذي تسبّب به الاستعمار الفرنسي، "عشيّة الاستقلال كانت حيث كان أكثر من 95% من النساء الجزائريات و85% من الرجال أميين، لا يجيدون لا القراءة ولا الكتابة. (kateb 2015, p44).

ورغم ذلك فلا يمكن تصوّر أنّ خروج المرأة للدراسة والعمل كان سهلا بالنسبة للمرأة الجزائري، فكما ذكرنا في المبحث السابق، فإن خروج الأسرة الجزائرية من النمط الممتد إلى النمط النووي، لا يعني تمامًا انفصالها عن العادات والتقاليد القديمة ولا خروجها من السّلطة الأبويّة، حيث كان دور المرأة الأوحد والوحيد هو " تلك الأعمال التي تؤديها كزوجة وكأم، حيث تتكفل بتزويد المجتمع بأفراد فاعلين، بمعنى أن العمل كان يعد خرقا للعرف المجتمعي... " (بويدي 2014) وهنا نتساءل عن العوامل المختلفة التي أدت إلى التحول نحو تعليم البنات، ويمكننا تلخيص ذلك في هذه النقاط:

1- سنّ قانون إجبارية التعليم للذكور والإناث: على حدّ السواء من 6 إلى 15 سنة، حيث لم يعد من صلاحية الأسرة رفض دخول بناتهن إلى المدارس، أو إجبارهن على الخروج منها قبل السن القانوني وهو 15 سنة، ومن يفعل ذلك يعاقب بفعل القانون، الأمر الذي أجبر الكثير من الأسر على تغيير تصرفها مع الإناث خاصة في المدن خوفا من العقاب.

2- اعتماد الجزائر سن 16 سنة كالسن الأدنى للزواج، من خلال القانون الذي صادق عليه المجلس التأسيسي في 29 جوان 1963، والمعروف بقانون "خميسي"2*، هذا القانون هو الذي أطل فرصة الإناث

* . نسبة إلى السيدة النائبة خميسي أرملة وزير الخارجية الجزائرية التي قدمت مقترحا إلى النواب من أجل المصادقة عليه.

للبقاء أكثر في بيت أهاليهن والتفرغ للدراسة بدل الزواج والانجاب في سن مبكرة جدا، كانت تصل في الأسر التقليدية الجزائرية إلى سن التاسعة أو أقل.

3- تحريك الآلة الدعائية والإعلامية، مبيّنة أنّ الطريقة الوحيدة للجزائريين لبناء دولة حديثة متقدمة تكمن في القضاء على الأمية للجنسين، ويظهر ذلك في مختلف الخطابات لرؤساء الدولة وفي الدساتير المختلفة، لأنّ المرأة هي نصف المجتمع وهي مربيّة الأجيال " حيث تجلّى اهتمام النخبة السياسية بدور المرأة في الخطاب السياسي حول حتمية إشراكها في بناء الجزائر المستقلة من خلال خطب الرؤساء والوزراء المختلفة، ومن خلال الوثائق كوثيقة برنامج طرابلس التي نصّت صراحة على أن "تحقيق المهام الاقتصادية والاجتماعية للثورة الديمقراطية والشعبية" يتوقف على تبني سياسة اجتماعية لصالح الجماهير لرفع مستوى المعيشة. ويكون "تحرير المرأة" أحد مقاصدها" (زنين 2012).

لقد كان لهذه القوانين والمخططات تأثيرا كبيرا على تعليم المرأة، يظهر جليا في الأرقام التي سجلها التعليم في الجزائر، حيث ارتفعت نسبة تـمدرس الفتيات ما بين 6 إلى 15 سنة من 36,90% سنة 1966 إلى 92% سنة 2008. وبينما لم يكن عدد الطالبات الجزائريات سنة 1963 يتجاوز 420 طالبة من مجموع 2750 طالب، أي بنسبة 15% فقط، فإن نسبة الطالبات في التعليم العالي اليوم قد ارتفعت إلى 59% في قسم التدرج مقارنة بـ 38% لدى الطلبة من الذكور (زنين 2012)، وحسب الإحصاء الذي أجراه الديوان الوطني للإحصاء 2008، فقد مثّلت نسبة الأمية عند النساء في الفئة العمرية 60 سنة فما فوق 94.2% (وهي الفئة التي ولدت وكبرت في عهد الاستعمار) بينما في الفئة العمرية من 15 إلى 25 سنة فهي 11.8%، حيث أن 1 فقط من 6 رجال و أقل من 3 من 10 نساء فقط أميات يعانون الأمية في سنة، ان هذه الاحصائيات، تبين لنا هذه الإحصاءات أنّ النسبة الأكبر من الأميات في الجزائر تمثلها النساء اللواتي ولدن وكبرن في عهد الاستعمار، وما بعده مباشرة، بينما تتجه الفئة التي ولدت في الاستقلال شيئا فشيئا نحو استكمال المسار نحو التعليم (kateb 2015).

إنّ المثير للاهتمام هو أنّ مختلف المصادر تبين أنه منذ منتصف سنوات التسعينات صار حضور الفتيات في التعليم الثانوي والجامعي في الجزائر وفي تونس أيضا أعلى من عدد الذكور، وقد تضاعف عدد المتحصلات على الشهادات الجامعية 15 مرّة خلال العشرين سنة الماضية في الجزائر، حتى انه تجاوز عدد الذكور منذ 1998، فسجلت الجامعات الجزائرية في السنة الدراسية 2009/2010 أكثر من 96000

جزائرية تحصلت على شهادة جامعية في مقابل 58000 تونسية بينما تحصل 61000 جزائري و32000 تونسي على شهادات جامعية" (kateb 2015)، وهذا رغم الفترة العصبية التي عرفت الجزائر في تسعينيات القرن الماضي، مع المدّ التطرفي والذي أجبر عددا كبيرا من الفتيات الجزائريات من مغادرة مقاعد الدراسة بسبب الخوف من الإرهاب الذي كان يشكل خطرا على حياتهن وعلى شرفهن، وخاصة في الأرياف والبوادي، بل حتى في قلب بعض المدن الجزائرية

إنّ هذه الإحصائيات لوحدها تبين لنا مدى المجهود الكبير الذي بذلته الدولة الجزائرية للقضاء على الأمية، خاصة إذا ما أضفنا لها نسبة النمو الديمغرافي الكبير الذي شهدته الجزائر حيث يقدر بـ 2.5% سنويا، وقد وصلت نسبة التعليم اليوم إلى 75% حسب تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة 2021 بالنسبة للجزائر.^{3*}

كما تبين لنا تغيير نمط تفكير الأسرة الجزائرية منذ الاستقلال فيما يخص تعليم البنات الذي أصبح مهما، مثله مثل تعليم الولد بل أهمّ في بعض الأحيان، كما يبين لنا مدى اهتمام البنات أكثر من الذكور باستكمال مشوارهن الدراسي والحصول على الشهادة العليا التي أصبحت تراها كلّ من العائلة والبنات، "السلاح الوحيد الذي تواجه به الحياة".*

إن نسب التعليم التي بلغت النساء في الجزائر خاصة في مرحلة التدرج في الجامعة، إضافة إلى القوانين التشريعية التي تضمن المساواة بين المرأة والرجل في الحق في الوصول إلى المناصب، والمساواة في الأجور، تجعلنا نعتقد أن نسبة تواجد المرأة في سوق العمل عالية ومميّزة، والحقيقة أن جلّ الإحصائيات تبين التطور الذي شهده عمل المرأة في الجزائر منذ 1962 إلى الآن.

وتعرّف المرأة العاملة على أنها تلك التي تمارس عملا مأجورا، أي التي تتقاضى أجرا مقابل جهد عقلي أو عضلي تقوم به في مؤسسة ما... فهي التي تعمل خارج المنزل وتحصل على أجر ماديّ مقابل عملها

* أنظر: <https://www.dz.undp.org/content/algeria/fr/home/countryinfo/>

* د: قيديم: رئيس جمعية الفجر لمكافحة السرطان، في جوابه عن سؤال حول: أهمية التعليم للمرأة المصابة بسرطان الثدي، حيث قال "ان السلاح الوحيد الذي يمكن للعائلة ان تمنحه لابنتها حتى لا تتعرض في حياتها للإهانة من طرف الزوج، من طرد وتهميش، بسبب السرطان أو أي سبب آخر، لتبقى رهينة الصدقة والإحسان، هو تدريسها، والحمد لله من خلال جمعيتنا وانخراطنا مع الناس، لاحظنا اهتمام الأسرة الجزائرية اليوم في الريف والفي الحضر بتعليم البنات، الأمر الذي عاد بالإيجاب على الوعي العام للأسرة، بمرض السرطان، وخاصة بالوعي بأنه ليس معد الأمر الذي لم يكن موجودا في السابق".

وليس تلك المرأة الماكثة في البيت التي تدير الأعمال المنزلية وكل ما يتعلق بالمنزل وتربية الأطفال" (مكلي 2016/2017، ص21)، وقد تطورت نسبة حضور المرأة في العمل خارج المنزل، في منطقة المغرب العربي منذ دخول الألفية الثالثة "حيث تشغل المرأة منصب عمل واحد من بين كل خمسة مناصب، أي أن النساء يشغلن خمس سوق العمل، فالعاملات الآن تحصين بمئات الآلاف وتشغلن كل قطاعات النشاط الاقتصادي والاجتماعي." (kateb 2015) وهذا ما يؤكد تقرير التنمية البشرية لعام 2000 الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (undp- progr)، فإن نسبة العاملات في الجزائر شكّل حينها 36% وظلت النسبة في ازدياد مستمر على الرغم من تزايد البطالة وحدث ركود اقتصادي كبير.

هذه الأرقام التي تعبر عن التصاعد المستمر لعمل المرأة، تبقى لا تتوافق مع نسبة المتخرجات سنويا من الجامعات الجزائرية، وأيضا المتحصلات على مستوى ثانوي والمتحصلات على شهادات في التكوين المهني، حيث يفسرها بلقاسم زنين بأن "...هناك اتجاها أكبر لدى الفتيات المتخرجات من الجامعة نحو الحياة العملية أو الحياة الأسرية، ولكن إذا ما أخذنا بعين الاعتبار ضعف الوجود النسوي في الحياة المهنية، أمكن الاستنتاج أيضا أن نسبة النساء حاملات الشهادات الجامعية تمثلن نسبة هامة من البطالين" (زنين 2012)، ولم تكن المرأة غير العاملة إلى وقت قريب تدرج ضمن البطالين في الاحصائيات، بل كانت تضاف بشكل مباشر ضمن فئة النساء الماكثات بالبيت، وهذا يبين ازدواجية النظرة للمرأة وحتى المتعلمة منها "ان اعتبار المرأة بطالة هو بحد ذاته جديد نسبيا في بلدان المغرب، فإلى غاية تاريخ قريب لم تكن المرأة التي لا تشغل عملا تعتبر بطالة بل توضعن في خانة النساء الماكثات بالبيت، بشكل مباشر" (kateb 2015, p55).

إن نظرة فاحصة في التواجد النسوي ضمن نطاق العمل، يمكنه أن يعطينا الكثير من التفسيرات التي تؤكد أنّ وجود المرأة في مجال العمل لا يعكس تماما تحررها من القيود الاجتماعية المختلفة.

فيبدو أن النساء تتجهن إلى أعمال دون أخرى حيث يبين الجدول التالي توزيع نسب النساء العاملات حسب قطاعات العمل في الجزائر سنة 1996.

وقد بين تقرير الأمم المتحدة الإنمائي لسنة 2000 أنّ القطاع الحكومي أكبر مجال للعمل النسائي، حيث بلغت النساء العاملات في التعليم الابتدائي 28% من النساء العاملات، بينما 24% منهن في الأعمال المكتبية والسكرتارية أو موظفات مبيعات، وتعمل 12% من النساء في الأعمال غير الماهرة كالخدمة المنزلية

و6% في مجال العمل اليدوية. بينما تؤكد احصاءات مركز الاعلام والتوثيق حول حقوق الطفل والمرأة أن 63% من الطاقة العمالية للمرأة تتركز في مجالي التعليم والصحة.

ويؤكد كمال كاتب: " ان المقارنة لبنية العمل حسب الجنس وحسب المستوى، تبين أنّ النساء تشغلن نسبة أكبر في الوظائف التي تتطلب مستوى عال او في الوظائف التي لا تتطلب أيّ مستوى علمي، وتلك هي " استراتيجية لتخطي العنصرية الذكورية في سوق العمل ". (kateb 2015, p57) إذ كي تحصل المرأة على منصب عمل فإما أن تكون ذات مؤهلات أعلى من الرجال، أو أنّها تقبل الاعمال التي لا يجذبها الرجال لأنها أقل مدخولا، كالعامل في الإدارة العمومية التي تتميز بانخفاض الرواتب فيها.

وفي نفس السياق يذهب بلقاسم بن زنين إلى أن ضعف عمل النساء، من جهة وتوجههم إلى أعمال من دونها "يبرز مدى تكريس الفئوية المهنية لدى النساء العاملات بما يؤكد غياب استراتيجية إدماج فعال للنساء حاملات الشهادات الجامعية وكذلك الشهادات التكوينية المهني... وكذلك السلطة الذكورية التي يمارسها الزوج أو أم الزوج داخل الأسرة بما يصنع قيودا على المرأة العاملة سواء تعلق الأمر بالعمل أم لا، أو بطبيعة العمل أو بمكان العمل أو أحيانا بفرض لبس "الحجاب" (زينين 2012، ص 9)، فقد ظل العمل في التعليم من جهة وخاصة الابتدائي مثلا، يحظى بالكثير من التشجيع من طرف الأسرة، حيث أنّ المرأة ستعامل فيه مع أطفال صغار من جهة "إذن لن تتعرض لأي نوع من التحرش من طرفهم، ومن جهة أخرى فان ساعات العمل وتوفر العطل يسمح للعاملة ان كانت متزوجة أن تكون متوفرة في بيتها أكثر من أعمال أخرى، مثلما يحظى الطب كذلك بتمثل اجتماعي جيد، وربما لعب دور المجاهدات الممرضات دورا في هذا التمثل، ولمثل هذا نحتاج إلى بحوث مكثفة لمعرفة ما هي الظروف الاجتماعية التي تدفع النساء للعمل في مهن معينة دونها عن أخرى، وهذا ما وصفته نادية عيشور ب(العمل ضمن نطاق الامتداد الجغرافي الطبيعي لأدوار المرأة التقليدية داخل نسق الأسرة)، حيث يتمركز عمل المرأة ضمن " المحمود والمرغوب لدى جزء كبير من المخيال المجتمعي، كالتربية والتطبيب والتمريض والطبخ والفن " الرقص والغناء " حيث تلبي معظم هذه الوظائف مختلف حاجات الرجال الأساسية. (ن. عيشور 2019).

وهذا ما يمكن أن نصفه بالإقصاء أو التهميش الاجتماعي للمرأة، بحيث تدفع دفعا إلى اختيار مهن وأعمال لا تعبر بالضرورة عن قدراتها المعرفية أو عن رغباتها وطموحاتها الشخصية، بقدر ما تدفعها إليها الحاجيات والظروف والتصورات الاجتماعية العامة متمثلة في الخطوط التي يسمح بها الرجل، وقد عرف عبد العال

الضبح المهمشات بأنهن " النساء اللاتي نشأن في ظل بنية اجتماعية تسودها اللامساواة واللامساواة، تستبعد العديد من أدوارهن وأوضاعهن في ظل تلك البنية، ويحرم من الحصول على الأصول الاجتماعية والاقتصادية والسياسية الأساسية، التي تدفعهن للعمل في مهن هامشية، يحصلن من خلالها على أجر غير مناسب... مما يحول دون امتلاكهن القدرة على تبوء أي مكانة في المجتمع." (ن. عيشور 2019).

ومثلما يظهر تأثير التمثلات والظروف الاجتماعية على المرأة في اختيارها العمل في مجال ما دون مجال آخر، يظهر أيضا في النسب المتفاوتة بين نسبة العاملات بين النساء المتزوجات والعازبات "وتعكس هذه الملاحظة جانبا من الدينامية التي تميز نشاط المرأة غير المتزوجة وتبين في الوقت ذاته أن الزواج يلعب دورا مؤثرا في النشاط المهني للمرأة بحيث يضعف عند المتزوجات ليصل إلى 39 % بينما يقارب الـ: 60 % عند الرجال المتزوجين... مع ذلك فثمة نوعا من التوافق يبرز في الحياة الاجتماعية والعائلية من خلال اعتماد شروط تجعل من الممكن التوفيق بين العلاقات الأسرية والعمل من أجل تقادي الصراع داخل الأسرة. وهذا الحال لا يخص فقط المجتمع الجزائري." (زينين 2012)

بينما يضيف كاتب تفسيرات أخرى لعزوف المرأة المتزوجة عن العمل، حيث يرى أن دخول الفتاة والشابة الحياة الدراسية وقضاء عدد من السنوات فيها تقدر ب 13 سنة في المتوسط العام، أدى إلى نتائج سوسولوجية كبيرة وأهمها حسبه هو تأخر سن الزواج عموما، وتأخر سن الزواج لدى المتعلمات والعاملات بشكل أكبر، ما أدى إلى نقص الخصوبة في المجتمع الجزائري، مع أنه يعترف أنّ هذا ليس العامل الوحيد في ذلك، حيث اعتبر أن المشاكل الاقتصادية، كالمهر الذي يفرض على الشاب والمسؤوليات الكبيرة الاقتصادية التي صار الزوجين، مجبران عليها لتكوين عش الزوجية كلّها لها تأثير على ذلك، حيث يقول أنّ "اجبارية التعليم من سن 6 إلى 15 سنة تمثل بلا شكّ عاملا يسبب تأخر الدخول في سن البالغين، من خلال إعطاء مضمون ملموس أكثر لمرحلة المراهقة (التكوين، التمهين، الدراسة... ومنه هناك أثر ميكانيكي على تأخر سن زواج البنات من خلال نشوء مرحلة انتقالية بين الخروج من مرحلة الطفولة والدخول في مرحلة النضوج" (kateb 2015. P 43).

فأغلب النساء لا يخرجن من مقاعد الدراسة حتى سن 20، حيث تقضي الفتاة ما يعادل 13 سنة في الدراسة في المتوسط، وهذا ما يفسّر بشكل جزئي تأخر سن الزواج، الذي تعادل نسبته 30 سنة في الجزائر، لكنه لا يفسره تماما" بالنظر إلى ان دراسة أجراها " الديوان الوطني للإحصائيات " سنة 2004، وفي اجابتهن

عن سؤال ما هو السن الأفضل للزواج، فكانت اجابة 69% بأقل من 25 سنة، فقط من لهن مستوى تعليم ثانوي فأكثر فأجبن بنسبة 58% أكثر من 25 سنة، وفي نفس الدراسة أجاب الأشخاص في الفئة العمرية من 29/15 عن نفس السؤال بأن السن الأفضل للزواج هو 22 سنة، فقط 40% من النساء المتحصلات على الشهادات الجامعية في نفس الفئة من اجبن بأن السن الأفضل هو 30 سنة، بينما معدّل السن للزواج الأول مرتفع بكثير عن توقعات المجتمع. (Kateb p 47).

وينفي كاتب، أن يكون هذا التأخير من رغبة كاملة من الفتاة المتعلمة أو العاملة، بل أنه يرجع عموماً إلى اختلاف النظرة نحو هذه المرأة التي لا تمارس الأدوار التقليدية كما يجب، ويمكن هذا التفكير عموماً في الأمهات من الجيل القديم، الذي يفضلن نساء ماكثات بالبيت لأبنائهن، لأن المرأة المتعلمة أو العاملة حسبهن لم يكن لها الوقت الكافي لتتعلم فيه المهارات التي يجب ان تتقنها الزوجة والأم، (kateb 2015)، هذه النظرة للمرأة العاملة والمتعلمة، هو ما يجعل المرأة تتخلى عن فرصة العمل في مقابل الزواج.

إن معرفة أن الكثير من النساء تتخيلن عن عملهن، ما ان تتزوجن، يدفعنا إلى استنتاج مدى أهمية وثقل المهمات الملقاة على كاهل المرأة المتزوجة في الأسرة الجزائرية، فهي تتعرض لضغوط الزوج من جهة وأسرته من جهة أخرى ما يحيلها على التخلي عن العمل خارج البيت حتى تتمكن من أداء أدوارها الأخرى على أكمل وجه "في الحقيقة ان نموذج السلوك هو كالتالي: ان النساء يتجهن إلى شغل مناصب عمل في مرحلة العزوبية وترك سوق العمل بعد أن تأسس أسرة... فنموذج التصرف التالي هو المهيم: العازبات تعملن حتى تجمعن المال الكافي لتجهيز "جهاز العروس" وما ان يتزوجن او يرزقن بأول طفل يتركن العمل، ولكن مع اشتداد الازمات مختلفة الاشكال في المجتمع الجزائري في العشريات الأخيرة إضافة إلى تدهور القدرة الشرائية، جعلت الكثير من البيوت الجزائرية لا تكفي بمدخول واحد بل تعتمد أيضاً على مدخول الزوجة والأم" (kateb 2015,p 43).

إن تعريف المرأة العاملة الذي يتحدث عن المرأة التي تخرج من بيتها لتتقاضى أجراً من مؤسسة ما، يغض البصر في الحقيقة عن عدد كبير من النساء اللواتي تمارسن نشاطات مربحة من داخل منازلهن، ولكنهن لا تقعن تحت نظام الحماية الاجتماعية وهذا ما يعني أنهن مصنفات ضمن الماكثات بالبيت، مع أنهن تساهمن بشكل كبير في ميزانية البيت وقد تكن المعيلات الوحيدات للأسر، بالإضافة إلى أدائهن لكل

الأدوار الاجتماعية والأسرية التقليدية، وتتمثل هذه الأعمال عموماً في صناعة الحلويات التقليدية، الخبز التقليدي، الخياطة وحضانة الأطفال وغيرها.

إنّ الأرقام والاحصائيات المتعددة التي تفتخر الدولة بتقديمها في مناسبات خاصة كالיום العالمي للمرأة، في ما يتعلق بنسبة التمدرس أو العمل، لا يمكنها لوحدها أن تعطينا صورة كاملة الأبعاد عن وضعية المرأة ومكانتها في المجتمع، حيث أن نظرة أكثر تعمقاً في الأرقام ومختلف المتغيرات المرتبطة بها، بالإضافة إلى العمل الميداني الذي يستنطق النساء في سوق العمل، وفي الأسرة أيضاً، من شأنه أن يعطينا تحليلاً أعمق، فيقدر ما يكون عمل المرأة رمز عن استقلاليتها وتحررها من القيود التقليدية بقدر ما يمكن أن يخفي وراءه صوراً أخرى للاضطهاد المزدوج في العمل وفي الأسرة أيضاً.

فلا يمكن الحديث عن العمل مطلقاً دون التركيز في نوعيته والمراتب الاجتماعية التي وصلتها المرأة ويمكن أن يكون التمكين السياسي ووصول المرأة إلى مراكز القرار متغيّراً هاماً في الحكم عن مكانة المرأة في مجتمع ما ولا سيما المجتمع الجزائري، فما موقع المرأة من المجال السياسي الجزائري وكيف تطور زمنياً؟

المطلب الثالث: التمكين السياسي للمرأة في الجزائر

إنّ التعريف الأكثر بساطة لمفهوم التمكين السياسي للمرأة هو مشاركتها في الفعل السياسي بكل أشكاله انطلاقاً من حقها ومشاركتها الفعلية في اتخاذ القرار كمواطن كامل الصلاحيات والواجبات والحقوق، ويتمثل ذلك في الحق في الانتخاب من جهة وفي قياس مشاركتها في ممارسة هذا الحق من جهة أخرى، كما يتمثل في حقها في ممارسة النشاطات التي تدخل في إطار الحياة المدنية والسياسة، كالحق في النشاط الجمعي وممارسته والحق في النشاط السياسي وممارسته على أرض الواقع.

لقد دخلت المرأة الجزائرية المعترك السياسي منذ القدم، وإذا ما عدنا إلى التاريخ المعاصر تظهر لنا أيقونة الكفاح المسلح "لالة فاطمة نسومر" (من 1854 إلى يوليو 1857) التي رفعت السلاح وقادت الرجال في معارك ضد الاستعمار، كما ظهرت مشاركة المرأة الجزائرية العفوية والفعلية في مختلف المظاهرات المطالبة بالاستقلال ونبذ الاستبداد الاستعماري، فشاركت في مظاهرات 8 ماي 1945، وفي مظاهرات 11 ديسمبر 1960، كما شاركت في الثورة بأشكال مختلفة، ومع هذا فهي لم تتل شرف القيادة أو المشاركة في

القرار الذي احتكره الرجل المسيطر منذ مجموعة 6 و22 وصياغة بيان أول نوفمبر إلى ميثاق الصومام. وفي الجزائر يمكن اختزال العوامل التي أثرت ودفعت بحركية المشاركة السياسيّة للمرأة في نقطتين أساسيتين:

1- الحركات النسوية في الجزائر ودفاعهن عن حقوق المرأة:

مثلها مثل باقي بلدان العالم، كانت المرأة حاضرة غائبة في الخطاب السياسي الجزائري، حيث بدأ أن السياسيين ورغم خطبهم التقدمية في شأنها إلا أنهم يعتقدون جذريا بأن الشأن السياسي هو فعل ذكوريّ بامتياز، وقد يكون الخطاب الديني الذي يقوم على حديث نبويّ واحد فقط المرجع الأساسي في ذلك، وقد روي هذا الحديث عن أبي بكر نفيح بن الحارث، إذ قال: "قال رسولُ الله -صلى الله عليه وسلم- وقد بلغه أنّ الفرس قد ملكوا عليهم ابنة كسرى لن يُفْلِحَ قومٌ ولّوا أمرهم امرأة"، ويتفق الباحثون في هذا الخصوص على أنّ حضور المرأة في الخطاب السياسي المتتالي بعد الاستقلال كان رمزيًا ولا يمت للواقع بصلة، بينما بقيت المرأة مستبعدة عن صناعة القرار، ويفسر بلقاسم القطعة ذلك بالسلطة الأبوية الذكورية التي انتقلت إلى الممارسة السياسية حيث "كانت الجزائر المستقلة ثورية في كل شيء إلا في رؤيتها الجندرية للمرأة... نلمس في جزائر ما بعد الاستعمار سيطرة المفاهيم الذكورية في قضايا بناء الأمة وهندسة الدولة، يتم معها إقصاء النساء على الرغم من تقديسهنّ خطابيًا" (القطعة 2018، ص 81).

بينما يرى زين أن "طيلة أربعة عقود من الزمن لم يحدث من قبل السلطات العمومية ما من شأنه أن يبدي اهتماما بإشراك المرأة في مسار التغيير الاجتماعي والاقتصادي الذي كان ينشده النظام السياسي. لقد اقتصر التفكير في هذا الشأن على الخطاب السياسي (بالمعنى الحرفي للعبارة)" (زين 2012، ص 5).

وقد اكتشفت الكثير من النساء ازدواجية الخطاب السياسيّ نحوهن، فمن جهة يُطلب من المرأة أن تكون شريكا في بناء الدولة وبالتزامها من جهة أخرى بالمحافظة على النظام الاجتماعي العام حيث اعتبر الرئيس بومدين مثلا أن "تحرر المرأة لا يتم إلا وفق الاحترام التام للأخلاق الإسلامية" (زين 2012، ص 4).

ويمكن أن يطلق على الاتحاد الوطني للنساء الجزائريات أول حركة نسوية جزائرية رغم أنها كانت تتضوي تحت الاتجاه العام للنظام الحاكم، فبالإضافة إلى سعيها إلى تمكين المرأة من الخروج إلى الدراسة والعمل، وتطبيق السياسات الوطنية فيما يخص الصحة النسويّة وخاصة فيما يتعلق بتنظيم النسل، "عملت عضوات الاتحاد بالشراكة مع عدد من المجاهدات، على الوقوف ضدّ تبني قانون أسرة يقف ضد النساء ومبني على

أحكام الشريعة، وقد نجح في تأجيله عددا من المرات إلى غاية سنة 1984" (kateb 2015)، ويمثل قانون الأسرة الحجر التي حركت النضال النسوي في الجزائر، إذ كما ذكرنا سابقا لم تكن الجزائرية تعاني من نقص في حقوقها المدنية.

لقد فشل النظام الجزائري عهد ثلاثة رؤساء: بن بلة، بومدين وبن جديد، في تبني قانون منصف للمرأة مما أدى إلى فراغ قانوني كبير في هذا المجال، وفيما يخص القانون المدني الذي صدر سنة 1975، فلم يشرك المرأة كفاعل في صياغته، ولم يكن هذا الدافع الوحيد إلى نمو حركة نسوية معارضة، ولكن تجاهله للواقع وعدم الأخذ في الحسبان بالتغيرات التي حصلت في الحياة الاجتماعية والاقتصادية أيضا، وربما بشكل خاص، بدور المرأة في هذه الجوانب"، حيث وقع النظام رهين ازدواجيته في الخطاب، حيث أدى خروج المرأة إلى الدراسة والعمل تغييرا في نظرتها إلى نفسها وإلى دورها المأمول في المجتمع من جهة، بينما ظلت السلطة تقع تحت ضغط المنظمات الدينية والمحافظات التي ترفض أي تغيير فيما يخص حقوق المرأة أو مكانتها التي تراها، بتفسيراتها الدينية التي تراها خطرا على بناء المجتمع "الإسلامي" والتي تمثلت أساسا في جمعية العلماء المسلمين والتيارات الإسلامية على اختلافاتها، "أن النظام السياسي قد كرس المرجعية التقليدية وسمى بالمعايير التي فرضتها الأعراف والقيم التي دافعت عنها بعض المرجعيات الإسلامية. وقد أدى ذلك إلى بروز نضال نسوي خارج الأطر الرسمية للحزب الحاكم، والاتحاد الوطني للنساء الجزائريات، بحيث اتجه نشاط النساء النضالي إلى الحركة النقابية، التي ورغم التمثيل النسبي الضعيف للنساء فيها، إلا أنها كانت ملاذا للتعبير عن مطالبهن المهنية" (زينين 2012)

وقد أدى تبني قانون الأسرة بشكل نهائي سنة 1984 إلى انفجار الوضع بالنسبة للمعارضات له، حيث سمي بقانون العار، إذ أنه حصر المرأة في دورها الزوجي داخل البيت، في قطيعة مع التغيير الاجتماعي الحاصل آنذاك "أن عدم إدراك المشرع الجزائري للتلازم الموجود بين التغيير الاجتماعي الحاصل منذ الاستقلال وحرية المرأة وانبعائها واستقلاليتها التي تم تقييدها في قانون الأسرة... إن مجرد اعتبار المرأة كفاصر أو غير مؤهلة كالرجل في قانون الأسرة قد أعاق بشكل أو بآخر الاندماج الكامل للمرأة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية" (زينين 2012، ص 5).

لقد فجرَ قانون الأسرة 1984 غضب النسويات اللواتي تشكلن في عدد من المنظمات والجمعيات خارج الإطار المألوف "هذه المنظمات التي قدرَ عددها بحوالي العشرين* على الأقل، والتي ضمّت أساسا أستاذات جامعيات وطالبات واطارات بالدرجة الثانية، وكانت لها علاقات مع أحزاب غير معترف بها إلى غاية 1989" (kateb 2015) ومع هذا فإنه يجب التفريق بين الحركة النسوية الجزائرية ونظيراتها في الغرب، من حيث تاريخ النشوء وظروفه ومن حيث المطالب العامة، حيث يرى البعض أنّ الجمعيات الناشطة في إطار (مطالب متعلقة بالمرأة) "لم تشكل نواة حقيقية لحركة نسوية جزائرية، حيث أنّ مطالبها تركزت في الدفاع عن المساواة بين الرجل والمرأة في قضايا ك: الزواج والطلاق الولاية..، لكنّها لم تضم ضمن مطالبها أيّاً من المطالب النسوية "الغربية" ك: الحق في الإجهاض، تحديد النسل، الحرية الجنسية وغيرها، كما اند اختلاف انتماءاتهن الحزبية، منع بشكل او بآخر تجمع أصواتهن ناحية أهداف سياسية واضحة، ورغم ذلك فإنه لا يمكن غض البصر عن الحراك الذي أدته هذه الجمعيات في نشر الوعي لدى النساء" (kateb 2015, p205)

ومع هذا فقد لعبت الحركة النسوية ببعض من وجوهها البارزة على رأسها "خليدة مسعودي"، "لويزة حنون"، "نؤارة بن حبيلس" وغيرهن، دورا في الانتفاضة الشعبية سنة 1988، حيث تشاركت التيارات السياسية المختلفة "غير المعترف بها" حينها، في مطلب أساسي هو اسقاط حكم الحزب الواحد، والدخول في التعددية الحزبية، أي الديمقراطية الحقيقية التي تضمن أكبر قدر من الحريات "الفردية"، وقد شاركت النساء بقوة في هذه الانتفاضة، من شتى المنابع الأيديولوجية "العلمانيات" طلبا لنظام تحرري على الطريقة الاوربية، الإسلاميات طلبا في الحقّ في التواجد السياسي والعموميّ، "تقطنت النساء الجزائريات، إلى أنّهن لم يتحررن من استعمار للسقوط في نسخة معدلة عنه لكنها تتطابق معه؛ وقد عملن في إطار المسموحّ لهن للدفع بتعددية سياسية في الجزائر المستقلة، من شأنها المساهمة في تعميق الحريات الشخصية والسياسية، في ما عُرف تاريخيا بأحداث أكتوبر 1988" (القطعة 2018، ص81)، لقد تحولت المنظمات النسوية عن المطالب الجندرية لفترة من الزمن، وهنا نلاحظ تطور الادراك السياسي ودخوله شيئا فشيئا في استراتيجيات

*. نذكر منها: شبكة وسيلة، جمعية الدفاع وحماية حقوق المرأة، جمعية تطوير النساء، جمعية تنظيم النسل، جمعية مساعدة ضحايا العنف للنساء والأطفال، مركز الاعلام والتوثيق لحقوق النساء والأطفال، جمعية جزائرينا، نساء في اتصال، الرابطة الجزائرية للدفاع عن حقوق الانسان، جمعية راشدة، استغاثة نساء في خطر، وغيرها.

الحركة النسوية، حيث لوحظ صعود النقاش حول أحقيّة المرأة في المشاركة السياسية بين احكام الشريعة ومطالب المساواة وحقوق الانسان.

"ولم يتناول الإسلاميون في تلك الفترة مسألة مشاركة المرأة في الحياة السياسية بشكل مباشر... فمن وراء الخلافات المسجلة بين أحزاب وجمعيات التيار الإسلامي على مستوى الخطابات والممارسات، فإن الفصل الماديّ بين الجنسين - رفض مطلق للاختلاط - والرمزيّ - اختلاط مشروط بتحجب المرأة- شكّلا موضع تقارب الجميع" (ساعي 2016، ص 15).

ان الطرف التاريخي الذي حكم الجزائر منذ بداية التسعينات مع ظهور المد الديني المتشدد، تميّز بعبء شديد للمرأة-المتحررة- والتي كانت الحركات النسوية تمثلها بشكل مباشر، إذ كان الخطاب الديني يُشيطن هذه الحركات ومطالبها، داعيا إلى عودة المرأة إلى اطارها الشرعي والطبيعي الذي خلقت من أجله وهو البيت والتحجب والتعفف والقيام بأدوارها التقليدية في تربية الأبناء من أجل ان يكونوا في خدمة الدولة الاسلامة وأهدافها.

ويظهر هذا الاتجاه العام للإسلاميين في انعدام تام للمرشحات نساء في قوائمهن الانتخابية لسنة لمحليات 1990، وتشريعات 1991 المجهضة، أما تأثير الخطاب الديني الذي يلغي قرار المرأة زحقتها في الاختيار في دفاع النساء المناظلات في حزب جبهة الإنقاذ "على حق الرجل في الادلاء بصوت زوجته او باصوات الاناث الاخريات من أعضاء الأسرة... " (ساعي 2016، ص 15)

هذا ما دفع بالحركة النسوية إلى التحول عن طابعها المعارض للسلطة بالاحتماء بها من التطرف "في جوٍ مربع كهذاً (يقصد العشرية السوداء) تشكل الوعي النسوي الجزائري الذي بنى هويته بموقف سلبي من الإسلاميين الذين اتهموا بخطف الفتيات من المدارس والجامعات، وبجرائم الاغتصاب، لقد تكون وعي نسوي جزائري مفاده أن دعم النظام القديم أهون من دعم الإسلاميين المسلحين، فالطرف الأول يصادر خيار الشعوب، بينما الاخر قد يصادر روحها" (القطعة 2018، ص 85)، ورغم أن الأحزاب السياسية الإسلامية التي ظهرت بعد 1991، قد غيرت من استراتيجياتها وحاولت ابداء وجه اكثر عصرنة من خلال السماح للمرأة بالمشاركة السايسية في حزبها كمرشحات وداعيات ومنتخبات، "شرط احترام نظام الفصل بي الجنسين بشكله الرمزي ارتداء اللباس الشرعي" (ساعي 2016، ص 15)، إلا أن هذا لم يغيّر من توجه الحركات النسوية تجاه السلطة حيث أنّ هذا النظام "بغض النظر عن طابعه السلطوي ضمانتها الوحيدة

لإثبات نفسها في مجتمع ذكوري متدين بطريقة تجعل أحكام الشريعة الإسلامية مختزلة في جسد المرأة ولباسها وطول شعرها، وكذا في الطريقة التي تتحدث بها مع الرجال" (القطعة 2018، ص 78)

بعد المصالحة الاوطنية حاول النظام في عهدهات الرئيس عبد العزيز بوتفليقة ان يكسب الحركة النسوية وأن يضع نفسه في خانة "صديق النساء" ليثبت الخروج من فترة تاريخية ماضية " وقد كان الرئيس عبد العزيز لا يفوت حضور مناسبة عيد المرأة على داوم وحتى بعد مرضه مخاطبتهم عبر رسائل مكتوبة"، بينما حافظت الحركة على دعمها للرئيس ولسياساته التي انتهت بتبني قانون الأسرة الجديد بعد عشرين سنة من قانون العار، سنة 2004، فالامر الذي خلق الكثير من الجدل السياسي والاجتماعي، حيث " تقع المسألة النسوية في صميم الصراعات السلمية او العنيفة التي تحرك المجتمع" (ساعي 2016، ص10)، ويعتبر بلقاسم القطعة ان النظام قد أجاد استخدام النسويين للترويج له في الخارج، حيث اعتبر أنّ الحركة قد سقطت في فخ التبطيل والتلهيل السياسي بدل النضال لكسب حقوق سياسية واجتماعية إنسانية ونسوية " يستفيد النظام الحاكم من صراع النسوية مع المجتمع الجزائري، بل ويستثمر فيه، وذلك لاستمرار دعم الحركة النسوية له، وبخاصة أن أعضاء هذه الجمعيات يسوقن في الخارج لجدية النظام الحالي في تمكين المرأة وإعطائها حقوقها كاملة... تعد الحركة النسوية إلا زبونا عند النظام وخادما له في مقابل حماية متخيلة من مجتمع تتزايد فيه مشاعر الذكورية والعداء للنساء" (القطعة 2018، ص85).

ومما سبق نرى أنّ الحركات النسوية لم يكن لها التأثير الكبير في الجزائر فيما يخص التمكين السياسي بقدر ما كان نضالها متجها إلى الإصلاحات الاجتماعية للمرأة، الامر التي يتجسد في قانون الأسرة الذي استطاعت بعد عشرين سنة من الوصول اليه، ولكنها لم ترض كلياً عنه في بعض المواضيع كالميراث وغيره، ومع هذا فقد شاركت النساء المنحدرات من هذه الحركة كوزيرات واطارات ساميات في الحكومات المختلفة في العهد الأربعة لعبد العزيز بوتفليقة.

أما من الناحية المجتمع الجزائري عموماً، فان للحركة النسوية تمثلاً ذهنياً سيئاً، سواء بفعل الخطاب الإسلامي المتشدد الذي لم يذهب أثره أو بفعل ظروف نشأتها في المدن الجزائرية الكبرى خصوصاً الجزائر ووهران " أو بفعل أنها نسيت أو تناست الدفاع عن كثير من القضايا التي تمس النساء في الأرياف ونساء الإسلاميين الذين عانين أيضاً في العشرية السوداء والذي يعتبرها " تلك المتعلمة التي تسكن حياً راقياً

وتتحدث الفرنسية على اللهجة الباريسية. وتبدي تحفظات عن نفوذ الدين في السياسة، بعبارة أخرى السيدات العلمانيات من ساكنات المدينة" (القطعة 2018، ص 85).

2- قانون الحصص: أو نظام "الكوتا"

"كان المؤتمر الدولي حول وضع النساء الذي انعقد في مكسيكو سنة 1975 بداية لعمل كبير الشأن في هذا المجال، ومثلت رعاية الأمم المتحدة لهذا المؤتمر تأكيدا على البعد الدولي لحقوق المرأة، من هنا بدأ جديا الاهتمام ببعد "الجندر في السياسات العمومية، من خلال الأخذ في الحسبان بالفوارق بين حقوق الرجل والمرأة على كافة المستويات. ويغلب على السياسات العمومية في هذا الشأن اتجاهان: ينحو الأول إلى تبني سياسات خاصة من أجل تدارك الفوارق وأبعاد اللامساواة الموجودة، والتي تعدّ النساء ضحية لها، أو تبني سياسات عامة تدمج إشكالية المساواة في كل جوانب الحياة" (زينين 2012)، وقد توجهت أغلب البلدان في العالم إلى تكييف قوانينها وسياساتها الداخلية للتأقلم مع المواثيق العالمية المعاهدات المخصصة لحقوق الانسان والمرأة بالخصوص، وقد تظنّ المشرع الجزائري إلى أنّ الخطابات السياسية التي تتضمن المرأة كشريك اجتماعي وسياسي لا تكفي للتأقلم مع مستجدات العصر وعولمة الحريات وبالخصوص اثر مصادقتها بتحفظ على اتفاقية اقصاء كل أشكال التمييز ضد المرأة cedaw سنة 1996 التي احتوت على مواد عامة لا تحمل في اطارها الكيفيات التي تجعل من المساواة أمرا واقعا، بينما "أطنب اعلان بيجين في 15 سبتمبر 1995، في تفصيل الطرق من خلال هدفين استراتيجيين في الميدان الاولوي المعنون "النساء واتخاذ القرار، من خلال تحديد أهداف واضحة و، وتطبيق إجراءات تهدف إلى رفع معتبر لنسبة النساء في الوظائف العمومي وتحقيق المساواة في التمثيل من خلال اللجوء في حالة الضرورة إلى التمييز الإيجابي". (ساعي 2016، ص 61).

لهذا فقد تبنت الجزائر عددا من السياسات العمومية والخطوات لابرار التزامها بالمعاهدات والاتفاقيات التي انضمت اليها والتي لخصّها أبو القاسم زينين فيما يلي: (زينين 2012)

1- إنشاء الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة: والتي تعددت فيما يلي تسمياتها، ولو أنّ دورها كان محدودا، الا أنّها أخرجت إلى العلن عددا من القضايا ك: محاربة العنف ضد المرأة والتحرش والاهتمام بالنساء اللواتي يعيشن في معزل عن أسرهن... حيث أظهرت ضرورة اهتمام الدولة بالنساء ذوات الظروف الخاصة.

2- تكريس خيار مقاربات الجندر في إعداد بعض البرامج الحكومية، والتقارير الدورية المقدمة أمام اللجنة الأممية المكلفة بمحاربة التمييز ضد المرأة، حيث اعترفت الجزائر بأنها تنتهج سياسات وبرامج تبتغي إدماج بعد "الجندر" كموضوع أساسي.

3- ادراج برامج حكومية الهدف منها إدماج المرأة في الحياة العامة من خلال الأخذ بالحسبان وضعية المرأة وخصوصيته: نذكر منها:

- الإستراتيجية الوطنية لترقية وإدماج النساء (2010-2014): كان من أهداف هذه الاستراتيجية السماح للرجال و النساء من الاستفادة من سياسات وبرامج التنمية، (مع الاعتراف بالاختلافات الموجودة) من خلال التأكيد على ضرورة تأهيل المرأة، وتهيئة المناخ الملائم من أجل التعاون بين المرأة والرجل في اتخاذهم للقرارات التي تهتمهم جميعا.

- برامج دعم قيادة المرأة و تجسيد مشاركتها في الحياة السياسية وفي الحياة العامة: ويهدف حسب التقرير المقدم إلى تأهيل المرأة في المجال السياسي والعمل على إيجاد استراتيجية ترمي إلى تكريس مكانة المرأة ومشاركتها في الشأن العام.

- البرنامج المشترك من أجل مساواة الجندر واستقلالية المرأة: انطلق هذا البرنامج في سبتمبر 2010 من أجل دعم "الجهود الحكومية بشأن المساواة" و تحسين شروط ولوج المرأة لعالم الشغل وتمكينها من الاستفادة من الفرص المتاحة من خلال برامج التكوين والتعليم المخصصة للنساء وذلك في إطار التعاون الدولي.

4- صدور القانون العضوي 02-2012 المتعلق بالتمثيل الجندري: كان لصدور هذا القانون أهمية كبرى في الدفع بعجلة المشاركة السياسية للمرأة في الجزائر، وقد نصّ على وجوب احتواء أي قائمة انتخابية في المجالس المحليّة او التشريعية على نسبة 30 % أو أكثر من النساء، حيث حدّد بذلك كميّات توسيع تمثيل المرأة في المجالس المنتخبة، وقد رفع هذا القانون فعليًا من نسبة تمثيل المرأة في المجلس الشعبي الوطني إلى نسبة 31%، حيث بلغ عدد النائبات بعد انتخابات 10 ماي 2012، 146 امرأة بما يجعل الجزائر تحتل المرتبة الأولى عربيا والثمانية والعشرين عالميا.

لقد اختارت السلطة بتبنيها هذا القانون، اللجوء إلى القوانين التي تعتمد على التمييز "الإيجابي" للمرأة، متجاوزة المساواة في القانون، وهو الذي حث عليه اعلان بيجين من أجل الدفع بعجلة اشارك المرأة والفئات المضطهدة الأخرى في المجتمعات، كحلّ لتجاوز بعض الظروف التي لم تسمح بالاندفاع والمشاركة السياسية للمرأة رغم ملائمة الأرضية التشريعية لذلك ويمكن تلخيص هذه العوامل في:

4- الظروف الاجتماعية المختلفة للمرأة وعلى رأسها المسؤوليات العائلية للمرأة الجزائرية، فقد كشف التحري الذي أجراه المركز الوطني للبحث في الأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية خلال 2005/2004 حول الادمج الاقتصادي والاجتماعي للمرأة في الجزائر والذي اشتمل على 13755 مبحوثة على أنّ انتماء النساء إلى الفضاءات الاجتماعية، السياسية ضعيف لا يخص سوى 4.41%، وهذا لصعوبة التوفيق بين الجهد المضاعف الذي تبذله المرأة "العمل في البيت وخارجه" وأن 65% من الناشطات عازبات، فيما لا تمثل المتزوجات سوى 26%، 4.65% مطلقات 3.01% أرامل، ان هذا الإحصاء يبيّن لنا أن نسبة 73.32% من الناشطات السياسيات غير متزوجات، وهذا يبيّن كيف أنّ الزواج يعيق العمل السياسي، اما لرفض الزوج أو عائلته ذلك واما لثقل المسؤوليات على الزوجة التي لا تريد أو لا تستطيع في النهاية التوفيق بين المسؤوليات.

5- التمثلات الاجتماعية للمرأة المشتغلة بالسياسة والتي تشكّل عاملا مهما من عوامل عزوف المرأة عن هذا المجال "فهي المرأة التي تحب مخالطة الرجال أو التي فشلت في حياتها الأسرية والاجتماعية، أو التي "عُتست" وبقيت دون زوج..." (ن. عيشور، الدواعي الأمنية للمشاركة السياسية للمرأة العربية 2019، ص 275)، وقد يكون للنظرة النمطية للمجتمع عن الحركة النسوية قد أثر على نظرتة للمرأة المشتغلة بالسياسة عموما.

6- عدم تشجيع الرجال للمرأة على المشاركة السياسية الفعلية على اختلاف مرجعياتهم الايديولوجية ويؤكد على ذلك احصائيات حضور النساء في الأحزاب التقدمية، حيث كان التمثيل النسوي جد ضعيف على مستوى المؤتمرات التي عقدت قبل انتخابات 5 جوان 1997، عند أغلب الأحزاب ما يشير إلى نضال نسوي ضعيف وإلى كون احتمال كون انتقاء المرشحين كان قليل الميل نحو ترشيح المندوبات (رغم الخطاب النسوي القوي)، لقد تجاوز عتبة 10 بالمئة لدى حزب التجمع من أجل الثقافة والديمقراطية في حين قارب نفس النسبة لدى التجمع الوطني الديمقراطي، بينما مؤتمري جبهة القوى الاشتراكية وجبهة التحرير الوطني

قدر حضور النساء فيهما ب 4.61 في الأول و 4 في الثاني، فيما لم يصل تمثيل النساء في حزب التجديد الجزائري سوى 0.40 بالمائة رغم رغبة زعيمه في ترشيح النساء. (ساعي 2016، ص 107)، يدلّ على ذلك مختلف الاحصائيات منذ الاستقلال، حيث أن نسبة النساء في المجلس الشعبي الوطني لعهدة 2006، لم تتجاوز 7 بالمائة، وبينما بلغ عدد النائبات النساء في المجلس التأسيسي لسبتمبر 1962 قد بلغ عشر نساء وهي النسبة التي كانت تعتبر جيدة مقارنة بالوضع السياسي والاجتماعي العام وبعده المقاعد آنذاك، انخفض العدد ليصبح تمثيل المرأة مقتصرًا على مقعدين فقط في انتخابات المجلس وأما بالنسبة لإدماج المرأة في الوزارات والمراكز السامية، فهي تعبر عن نفس العقد الاجتماعية، حيث دخلت أول امرأة الحكومة الجزائرية سنة 1984، ولم يرتفع هذا العدد في أحسن الأحوال الا إلى خمس نساء في حكومة بن فليس (أربع منهن برتبة وزيرات منتدبات)، وفي الحكومات التي تلتها بقيت المرأة تراوح نفس النسب.

يظهر مما سبق الأهمية القصوى التي جاء بها قانون التمثيل الانتخابي للمرأة من حيث أنه حاول بالدفع بالمشاركة السياسية للمرأة وتجاوز الظروف الاجتماعية المختلفة التي بقيت حجر عثرة في وجه التقدم في هذا الامر، رغم كلّ المناقشات السياسية التي رفضت هذا التمثيل اما لأنه يحمل في طياته نغيا لمبدأ المساواة بين الرجل والمرأة من جهة، أو من حيث أنه يهتم بالعدد متجاوزًا بذلك النوع، على اعتبار أن أغلب المترشحات اللواتي فزن في تلك العهدة لم يكن لهن المستوى السياسي المناسب ولا العلمي الذي يؤهلهن لهذا المنصب، مع دوام عزوف المتعلمات عن الترشح، حيث سمّي صحفياً ببرلمان "الحلقات"، إشارة إلى المستوى العلمي للمترشحات اللواتي فزن بالنهاية بمقاعد فيه، وقد يعبر هذا جزئياً عن ردّة فعل اجتماعية يشوبها العنف الرمزي، تجاه قانون التمثيل، حيث فرضت المرأة فرضاً على المجتمع الذكوري، حيث يرى بلقاسم زنين أنه حتى وإن بدأ الباب يُفتح للمرأة من أجل ولوج مؤسسات كانت حكرًا على الرجل مثل الشرطة و الدرك الوطني والجيش وحتى الحقل الديني الذي يوظف منذ 2005 مرشحات دينيات، فإن ذلك كله لم يواكبه تغيير في النمط الثقافي والاجتماعي بشكل يكون معبراً عن اتجاه تكريس المساواة ورفع المعوقات التي تحول دون قبول المرأة في كافة القطاعات وعلى مختلف مراتب المسؤولية في مؤسسات الدولة. (زنين 2012)

ويظهر جلياً هذا التشبث بالقيم القديمة في نسبة تمثيل النساء في البرلمانات التي تلت قانون التخصيص والحكومات، خاصة التي تلت تنصيب الرئيس عبد المجيد تبون، رغم المشاركة الكبيرة للنساء في الحراك الشعبي 2019، واعتقاد بعض الفئات أنّها تسجل بذلك أخذها مكانة أكبر في الفضاء العمومي والسياسي

مستقبلا، إلا أنّ العدد بقي يراوح مكانه (البحث عن أرقام). وإذا ما خرجنا عن العدد ونظرنا إلى نوعية المناصب فنحن نجد أن النساء محصورات في مجالات بعينها، ينظر إليها سياسيًا بالدونية، كالثقافة والبيئة والتضامن وشؤون المرأة، وكحد أقصى التعليم العالي، فإلى الآن، لم تتربع المرأة على وزارة سيادية كوزارة الداخلية أو المالية أو الخارجية أو حتى التجارة، ويبرز الباحث فيصل جلول في هذا الصدد "إنّ حضور قضية المرأة عند الحكومات العربية والمعاصرة لا يتعدى تعيين وزيرة أو نائبة في برلمان أو حكومة تلعب دورا يمكن ان يلعبه أي رجل وليس صعودها بالتالي مؤشرا لحركية نسائية حاضرة وفاعلة وليس تحسسا بقضية نسائية عادلة أو دليلا على موقف مختلف من هذه القضية" (خليل 2016).

وفي ذات السياق، ترى فاطمة الزهراء ساعي، بأنه لا يمكن اتخاذ الإحصاء العددي لحضور النساء في السياسة كمتغيّر وحيد إذا لم نقابله بمتغيّر نوعية المنصب، وتلخص وضعية تمكين المرأة فتقول "لقد بينا أن الجزائريات تعانين من ضعف التمثيل وأنّ حضورهن في المجال السياسي يخضع لتدرج عموديّ وأفقي للعمل السياسي، ومع ذلك يجب أن نساءل التمثيل النسوي مع تجنب التركيز على الجانب العددي الذي لا يمكنه، رغم أهميته حل مسألة ادراج النساء في المجال السياسي، إذ يجب علينا ان نثمن الجانب النوعي، باعتباره على درجة ادراج النساء مع تجنب السقوط في شرك البدائل الزائفة" (ساعي 2016، ص387).

خلاصة:

لقد حاولت جزائر ما بعد الاستقلال الالتحاق بركب الدول المتطورة والمتحررة منتهجة نهج الدولة الوطنية القومية التي تعتمد على القوانين الوضعية في تسيير كل شؤونها العامة، غير أنّ مجال الأسرة والمرأة بقيا يتأرجحان بين ما هو وضعيّ معاصر وبين القيود الدينية والاجتماعية، وهذا ما أنتج الجدل القائم حول قانون الأسرة، ورغم ذلك فإن المرأة قد أحرزت الكثير من المكاسب من خلال اجبارية تعليم الفتيات وقوانين أخرى سمحت لها بالدراسة والعمل وشغل مناصب إدارية وسياسية مختلفة.

الفصل الثالث:

مكانة ودور الزوجة في الأسرة الجزائرية

تمهيد

رأينا فيما سبق كيف يتأثر الوضع الأسري على المرأة خلال مسارها العلمي والعملية وكيف يؤثر على ممارستها للسياسة، حيث تتخلى الكثير من النساء على مناصب عملهن من أجل الزواج، أو من أجل رعاية بيوتهن وأولادهن، هذا ما يبين لنا أهمية الزواج وتكوين أسرة بالنسبة للمرأة الجزائرية، فما هي المعايير التي يبنى عليها الزواج في الجزائر وما مكانة الزوجة في هذه المؤسسة الاجتماعية الأساسية؟

المبحث الأول: أهمية الزواج بالنسبة للمرأة في الأسرة الجزائرية

يعتبر الزواج المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تبنى عليها أغلب المجموعات الاجتماعية في العالم، له أهمية بالغة للرجل والمرأة على حد سواء، ولكن تبقى أهميته بالنسبة للمرأة في المجتمعات المحافظة أكبر لحصولها على مكانة وأدوار اجتماعية أهم من خلاله.

المطلب الأول: مفهوم الزواج شرعا وقانونا

يعرّف الزواج على أنه إطار " شرعي اجتماعي " يجمع بين الرجل والمرأة ويُسمح من خلاله بإشباع الحاجات الجنسية للطرفين والتكاثر البشري، حيث أنه "الإجابة العالمية لتأطير الممارسات الجنسية الأنثوية ولروابط النسل، والذي ينتج عنه أهمية النظام الأسري، الرموز والمعايير التي تنظمه ودوره في نقل قيم الجماعة الاجتماعية للأجيال" (fsian 2016, p 15) ، ويرى ميردوك أن مؤسسة الزواج هي التي "تحقق التوازن اللازم والضروري بين التنظيم والحرية في العلاقات الجنسيّة" (لي 2006، ص 116).

"وهو الإجابة العالمية لتأطير الممارسات الجنسية الأنثوية ولعلاقات النسل ومنه أهمية النظام الأسري، القوانين والمعايير التي تنظمه ودوره وفي نقل قيم الجماعة الاجتماعية عبر الأجيال." (FSIAN 2016, p15)

قد تستعمل كلمة "زواج" في العربية كمفهوم بلفظين اثنين هما: الزواج والنكاح. أما الأول فقد استعمل عند العرب بمفهوم الاقتران والارتباط وهذا كما ورد في القرآن الكريم: "وإذا النفوس زوجت" (سورة، التكوير، الآية 6) بمعنى أنها اقترنت بأبدانها وبأعمالها، كما استعملت هذه الكلمة للدلالة عن اقتران الرجل والمرأة بغرض تكوين أسرة. أما كلمة "نكاح" فقد أطلقت على العقد والوطء والضم سواء كان حسيًا أو معنويًا وهي كلّها تعبر عن الفعل الجنسي، سواء كان عن الطريق الزواج أو بدونه، ومنه يظهر لنا أهمية الفعل الجنسي في الزواج.

وفي هذا السياق يرى محمد أبو زهرة أن " الزواج مظهر من مظاهر الرقي الإنساني وهو راحة النفس الفاضلة ومستقرها وأمنها وسكنها وهو تكاليف اجتماعية، فمن أحجم عنه فقد فرّ من الواجبات الاجتماعية ونزل إلى أدنى درجات الحيوان ". (الساعاتي 1981).

للزواج دور يتمثل في الرغبة في المحافظة على النسل واستمرار النوع الإنساني " فقد ذهب أرسطو إلى أن الأسرة هي أول اجتماع تدعو إليه الطبيعة إذ من الضروري ان يجتمع كائنان لا غنى لأحدهما عن الآخر

أي اجتماع الجنسين للتنازل وليس في هذا الشيء من التحكم ففي الإنسان كما في الحيوانات الأخرى والنبات نزعة طبيعية وهي أن يخلف بعده موجوداً على صورته^(الساعاتي 1981)، إن هذا الكلام يؤدي بنا إلى الحديث عن الأدوار التي يتطلبها الزواج بحيث أنه يحدد المكانة الاجتماعية الجديدة للزوجين، فالزواج نظام اجتماعي يتصف بالاستمرار والامتثال للمعايير الاجتماعية حيث يعيش الزوجان في حياة واحدة يقربها ويقبلها أفراد المجتمع وتترتب عنه حقوق وواجبات على الزوجين ويوجد معياران لتعريف العلاقة الزوجية بين الرجل والمرأة والتي تؤدي إلى تكوين هذه العلاقة وهما الشرعية ونية الاستمرار في العلاقة الزوجية، فشرط الشرعية يمكن أن يكون مستلهما من تشريع سماوي، أو من تحديد لقانون وضعي وتطبيقها على الموقف يحدد على الفور شرعية العلاقة أو عدم شرعيتها وشرط نية الاستمرار عند عقد الزواج لا يعني أبداً استبعاد احتمال إنهاء العلاقة الزوجية، ولكن النية ليست مبنية على ذلك عند الدخول في الزواج. ويزخر القرآن الكريم كالنص الأول للتشريع الإسلامي على عدد من الآيات التي تنظم الزواج وتهتم به، فيقول الله تعالى: "يا أيها الناس اتقوا ربكم الذي خلقكم من نفس واحدة، وخلق منها زوجها، وبث منهما رجالاً كثيراً ونساء" (النساء آية 1).

يبين قوله تعالى أن الرجل والمرأة خلقا من نفس واحدة أي أنهما من طينة واحدة وعلى قدر كبير من المساواة والتشابه. "ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجا لتسكنوا إليها، وجعل بينكم مودة ورحمة إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون" (الروم آية 21).

إن الخطاب الديني الإسلامي في عمومته يجعلنا نرى أن خلق المرأة والرجل كان رحمة من الله تعالى، إذ أن اختلاف الخصائص الفيزيولوجية والعقلية والنفسية، كان بغرض السكن والسكينة والتوازن والتكامل بين الجنسين، وأن هذه السكينة لا يمكن أن تتحقق إلا بالزواج، وإلا إذا لم تكن الحياة الزوجية قائمة على الحب والود والتراحم بين الطرفين.

ولعلّ أبلغ دليل على النوعية المتينة لهذه العلاقة قوله تعالى: "هن لباس لكم وأنتم لباس لهن" (البقرة 187) فاللباس أقرب ما يكون من الجسد وأصلح ما يكون لستر العورات وتغطية المفاتن والحماية من البرد والحرارة وكل ما من شأنه أن يلحق الضرر بالإنسان، فمفهوم اللباس هنا سواء في معناه الدلالي أو الرمزي هو تعبير على الغطاء والحماية والتقارب إن لم نقل الانصهار بين الطرفين (أي الزوج والزوجة) دون أن توكل هذه المهمة لطرف دون الآخر، فإن كان الرجل يضطلع بمهام الحماية الجسدية والاجتماعية فللمرأة دور الحماية العاطفية وتأمين الاستقرار العائلي والأسري (بولحية 2006، ص7).

وترتكز الأسرة الجزائرية عموماً على الشريعة الإسلامية في تنظيم الزواج وشروطه، الأمر الذي يعتمد عليه القانون المدني الملخص في قانون الأسرة الجزائري، والذي يعرفه في المادة 4 على أنه: "الزواج هو عقد رضائي يتم بين رجل وامرأة على الوجه الشرعي، من أهدافه، تكوين أسرة أساسها المودة والرحمة والتعاون وإحسان الزوجين والمحافظة على الأنساب"*، ومن خلال هذا التعريف يمكن استخلاص أهمية الزواج بالنسبة للفرد والمجتمع ومنها:

- تحقيق الأناس والتوازن النفسي والاجتماعي من خلال تقاسم هموم الحياة ومتاعبها مع شخص "زوج" يمثل السند والاعون في مختلف مراحل الحياة من صحة ومرض، قدرة وعجز، فقر وغنى، ولا يتحقق ذلك الا بتحقيق شرط المودة والرحمة المستمد من الشريعة الإسلامية والذي يقابله مفهوم "الحب والتقدير" في عصرنا الحالي.

- إحسان الزوجين، أي تلبية رغباتهما الجنسية الفطرية، والملاحظ هنا هو أن القانون اعتبر الإحسان قائم على الجنسين للمرأة والرجل، ولم يخص الرجل به على اعتبار أنه الأولى بالإحسان، لأن رغباته أقوى أو أهم، ومن هنا يتبين لنا أهمية العلاقة الجنسية الحميمة في العلاقة الزوجية بالنسبة للجنسين معاً، لدوام هذا العقد المشروط بها أساساً.

- ان للزواج أهميته الاجتماعية حيث تكون ثماره من الأبناء معترف بها شرعاً وقانوناً ما يجنب الأطفال مشاكل نفسية واجتماعية، يتعرض لها أبناء العلاقات غير الشرعية في المجتمع، كذلك ما يمكن ان ينحدر من نقشيها من اختلاط في الأنساب حرمة الشرع والقانون معاً.

المطلب الثاني: أهمية الزواج كمؤسسة اجتماعية

كل ما تقدم بين أن الزواج علاقة تربط بين شخصين (رجل وامرأة)** تربطهما علاقات قانونية شرعية، جسدية، نفسية واجتماعية، وهذا لكونهما فردان ينتميان لمجتمع يرتبطان معه بمجموعة من علاقات التبادل الفكرية والتربوية والسلوكية، ولهذا فالتأثيرات متبادلة بين المجتمع بكل مؤسساته وأعرافه وقوانينه مع المؤسسة الزوجية كمؤسسة قائمة بذاتها هي الأخرى لها قوانين ونظم تسيير.

*. قانون الأسرة الجزائري: رقم 84-11 المؤرخ في 9 رمضان علم 1404 الموافق ل9 يونيو سنة 1984، المعدل والمتمم في 27 فبراير 2005، ص 1.

** . هذا النوع من الزواج يسمى بالزواج الأحادي (monogamy)، وهو الأكثر انتشاراً بين المجتمعات في العالم خاصة في المجتمعات الغربية الصناعية وهو أساس بناء الأسرة النووية، لكنه ليس الوحيد، حيث حدد جيرري لي أربعة أنواع كبرى للبناء الزواجي في كتابه البناء الأسري والتفاعل: تحليل مقارن، وهي الزواج الأحادي، الزواج المتعدد الزوجات، وهو منتشر في الجزائر والدول العربية والإسلامية بحكم جوازه دينياً (polygyny)، الزواج المتعدد الأزواج (POLYANDRY)، وهو منتشر في بعض القبائل كالنايار والتودا.

يقول A.Morali-Daninos مورالي دانينوس "أن الزواج كنظام ما كان ليكون لولا حاجة البشر لإيجاد توافق بين الحاجات الجنسية والعلاقات العائلية والاجتماعية" (A.Morali-Daninos 1973, p26) وهذا للدلالة على حاجة الإنسان الفطرية في إشباع رغباته ونزواته وفق مقتضيات الآداب العامة، وأن العلاقات بين الأفراد لا يمكن أن تضبط في ظل الإشباع النزوي غير المراقب، وفي ذات الصدد يرى بأن "كل مجتمع لا يضبط بصفة رسمية الحياة العاطفية والجنسية للأفراد هو مجتمع يمشي للخراب".

بينما يرى اتجاه آخر بأن المؤسسة الزوجية الإلزامية التي تتخذها المجتمعات كأداة وحيدة للضبط الجنسي، هي في الحقيقة غير كافية بل قد تتسبب في مأس أخلاقية مردّها حسبهم الكبت الجنسي حيث يرى W.Reich رايش وهو يرى أنه من الخطأ الاعتقاد أن ضبط النزوات الجنسية لا يمكن أن يخضع للمراقبة الذاتية للفرد إذا لم يكن هناك ضبط اجتماعي راسخ في الإذهان والعقليات ومتجل في الممارسات العامة، فيعتبر أنّ "القمع الجنسي" الممارس على الأطفال منذ نشأتهم الأولى أو ما سماه بـ"الإشباع التناسلي الممنوح من طرف المجتمع للأفراد منذ طفولتهم يؤدي إلى قبول اجتماعي جنسي أوتوماتيكي...العقلية "ضد جنسية" والذي يؤدي فيه الزواج الإلزامي والأسرة السلطوية على المستوى الاجتماعي إلى نتيجة معاكسة لما كانت تخطط له: عصابات شذوذ، وميول جنسية ضد اجتماعية" (Reich 1972, p187).

وعلى الرغم من الاختلافات الفكرية والفلسفية حول جدوى الزواج كمؤسسة اجتماعية لتأطير الممارسات الجنسية، مقارنة مع الاحصائيات المختلفة التي تقدمها الدول حول تعدد العلاقات الجنسية للمتزوجين وانتشار الخيانات الزوجية وغيرها من المظاهر، وكذا ظهور صيغ جديدة تجمع بين المرأة والرجل خارج إطار الزواج، وبالخصوص في الدول الغربية المتحررة، إلا أن الإحصاءات لا زالت تشير إلى ميل البشر إلى اعتماد هذه المؤسسة الاجتماعية "الرسمية والشرعية" لتكوين الأسرة والتكاثر، فالبعد الاجتماعي الرسمي لعقد الزواج الذي يتجلى في الإحاطة الدينية والقانونية التي يتمتع بها دون العقود الأخرى (المساكنة والتعايش...) والذي يمنح هذه المؤسسة بعدا قانونيا لا يترك حرية إلغاء هذا العقد لأهواء الطرفين بل يدخل فيها العديد من المعايير والشروط لتأسيس هذه الشراكة أو فضها، ففي الجزائر مثلا يلزم توفر أركان معينة لكي يكون العقد شرعياً من الناحية الدينية والمدنية، وقد حدّدها قانون الأسرة في باب أركان الزواج كما يلي:

المادة 9: (معدلة) ينعقد الزواج بتبادل رضا الزوجين

المادة 9 مكرر: (جديدة) يجب أن تتوفر في عقد الزواج الشروط الآتية:

- أهلية الزواج،

- الصداق

- الولي

- شاهدان

- انعدام الموانع الشرعية.

كما حدّد القانون الشروط العامة التي يجب أن تصاحب أركان الزواج حتى يتمكن الزوجين من عقد قرانهما المدني، الذي يعطي الشرعية التامة لهذا الزواج وللابناء المنجربين منه، وقد جاءت في قسم الزواج، والتي تحدد في المادة 7، أهلية الرجل والمرأة والرجل في الزواج بسن 19 سنة، وعلى قدرة القاضي بالترخيص للزواج قبل ذلك لمصلحة أو ضرورة، وفي المادة 7 مكرر، التي تشترط على طالبي الزواج تقديم وثيقة طبية تثبت خلوهما من أي مرض أو أي عامل يشكل خطرا يتعارض مع الزواج، فيما تحدد المادة 8 (معدلة) السماح للزوج بالزواج بأكثر من واحدة في حدود الشريعة، مع توفر مبررات شرعية وشروط معينة بينها المادة.

إنّ هذه الأحكام وغيرها من قبل المشرّع، لهي أهم دليل على أنّ الزواج ليس مجرد علاقة تربط بين رجل وامرأة، تشرّع للعلاقة الجسدية والعاطفية بينهما، بل أنه ميثاق وعقد، وصفه الشارع ب"الميثاق الغليظ"، الذي تنتقل آثاره إلى المجتمع عامة وخاصة الأطفال، حيث أنّ تحديد شروطه والمعايير الأساسية التي تجعل من الرجل والمرأة قادرين على إدارة هذه المؤسسة الاجتماعية المهمة، يجنّب الأسرة والمجتمع عموما نتائج الزيجات غير المدروسة مسبقا، كالزواج العرفي، زواج القصر، وزواج من يملكون أمراضا وراثية، عقلية، أو أمراض متنتقلة جنسيا كالإيدز، الزهري وغيرها، والتي تقول عموما إما إلى الطلاق، أو حياة مليئة بالمشاكل تؤثر سلبا على الصحة العقلية والنفسية للأزواج من جهة والأطفال من جهة أخرى، أو إلى أبعد من ذلك كالجرائم داخل الأسر وارتفاع نسب العنف الاسريّ أو عزوف الأزواج عن القيام بواجباتهم الزوجية والابوية، فلاهلية للزواج لا تقتصر فقط على الجانب المادي للزوج والصحي كالقدرة الجنسية والخصوبة بل تتعداها إلى الاهلية العقلية والنفسية التي تسمح للرجل والمرأة بتحمل مختلف المسؤوليات المنجزة من هذا العقد، والذي يتحمل المجتمع بأسره مغباته إذا كان غير قائم على شروط وأركان صحيحة دينيا وقانونيا. كم أنّ القانون قد قنّن كل ما ينجر عنه من عواقب قانونية كالحق في الميراث، منح الاسم والنسب للأبناء، الحقوق القانونية والاجتماعية المختلفة والاعتراف الرسمي، يمنح الانسان الإحساس بالأمان والثقة فيها كمؤسسة اجتماعية حقيقية يمنحه الانتماء اليها حقوقا معينة في مقابل القيام بأدوار مختلفة أيضا.

وكما حدّد شروطاً للزواج، حدد شروطاً لفك الرابطة الزوجية سواء بالطلاق، أو التطليق أو الخلع، بطريقة تجعل من هذا الأمر صعباً وغير متاح نسبياً، الأمر الذي قد يجعل الزوجين يسعون إلى حل مشاكلهم بطريقة أخرى، عوض الانفصال النهائي الذي يبقى "أبغض الحلال عند الله"، لما ينجر عنه من افتراق وتباغض بين الأسر، وتشريد للأطفال وتخييرهم بين الأب والأم وما ينجر عنه من عواقب نفسية وخيمة. أما من الناحية الاقتصادية، فإن المفكرين يرون أن التحولات الاقتصادية بكل تياراتها أثرت على الزواج كعلاقة إنسانية، ففي الوقت الذي كان يؤخذ على التيار الرأسمالي والفكر الصناعي أنهما جردا العلاقات الجنسية من طبيعتها الإنسانية وأخضعها لمفهوم الاستغلال للأقوى (A.Morali-Daninos 1973, p120)، فإن سلوك الاستهلاك الذي تحول إلى ثقافة تسللت إلى العلاقات الإنسانية، حيث يرى مورالي، أنّ الزوجان صاروا "مستهلكين" لبعضهما البعض كأى سلعة أخرى، حيث استبدل الاستثمار العاطفي بـ"الاستهلاك المادي" كأسلوب حياة جديد، وبهذا تغيرت معايير الاختيار وتحديد الأهداف، وقد تبني فكرة الاستهلاك الجامعيون العرب، على غرار عباس محمود مكي الذي يرى "إن دائرة استهلاك مشروع الزواج لا يمكن أن تنتج تبادلات علائقية أسرية صحية وسليمة إذا لم تتوافق وتتطابق مع آلية صيانة لما يستهلك." (مكي 2007، 196)

فرغم حداثة دخول المجتمعات العربية في العصر العولميّ الاستهلاكي، إلا أنّ سلوك الاستهلاك سريعا ما طغى على العلاقات الإنسانية حتى وصل إلى أكثرها حميمية وهي العلاقات الزوجية والأسرية، التي من المفترض أن تقوم على المعايير والسلوكيات العاطفية، حيث يرى مكي، أن الاستهلاك كقيمة أسرية جديدة، تحمل أساس انهيار هذه المؤسسة لأن "الاستهلاك استنزاف بطيء يستدعي صيانة دائمة" (مكي 2007، ص197)، وهو الأمر الذي قد يعجز الزوجان أو أحدهما عن توفيره بشكل مستمر.

لقد تحدثت بارسنز عن الأدوار الاجتماعية والاقتصادية الجديد الذي تقوم به الأسرة الزوجية النواتية الحديثة، بعد أن كانت منتجة تستهلك ما تنتجه، فصارت مستهلكة بشكلٍ أوليٍّ يقوم على استهلاكها المجتمع الرأسمالي الحديث، وهي في نفس الوقت التي تحافظ على هذا النظام من خلال التنشئة الاجتماعية التي تقدمها للأبناء من خلال نقل المعايير والقيم الاجتماعية، الأخلاقية والاقتصادية الاستهلاكية بالدرجة الأولى والتي من شأنها المحافظة على الثبات الاجتماعي الذي يريده النظام.

المطلب الثالث: أهمية زواج المرأة في المجتمع الجزائري

وإذا كان الزواج يمثل أهمية كبرى لبناء المجتمعات على اختلافها، ويمثل بذلك للرجل والمرأة على حدّ سواء أهمية كبيرة، فهو في المجتمعات ذات الهيمنة الذكورية يشكّل الهدف الرئيسيّ بالنسبة للمرأة منذ فترات

طفولتها الأولى، وكما يقول بوتشونوفت "أنّ المرأة هي أكبر مؤشر على التطور الاجتماعي والعصرية، وإذا تحدثنا على المرأة فنحن في صميم الحديث عن الأسرة ومنظومة الزواج والإنجاب" (بوتشونوفت 1984، ص38).

ولخصّ حسين فسيان في مقاله المعنون " ما هو الرجل؟ ما هي المرأة؟" (FSIAN 2016, p15-16)، دورة حياة المرأة في المجتمع الجزائري على أساس أنّها حلقة مفرغة لا خروج منها حيث تكون المرأة في أحد من هذه الحلقات الثلاث لا غير:

- **مكانة أو دور البنت:** حيث تربي على تطوير مهاراتها المنزلية، التي تمكنها لاحقا من الحصول على مكانة في سوق الزواج "LE MARCHE MATRIMONIAL"، بغض النظر عن درجة تعليمها، وحيث تكون الفئاة تعرف جيدا اختلافها عن الولد، الذي بإمكانه القيام بأشياء لا تقوم هي بها لأنها فتاة، والذي يتم التعامل معه على أنه أعلى درجة منها.

- **مكانة أو دور الزوجة:** حيث تنتمي إلى تنظيم هرميّ محدد مسبقا حسب الجنس، واضح الواجبات وأهمها طاعة الزوج وعائلته، حيث يعتبر أنّها توضع في مكانة أقل من الرجل "الزوج"، حيث أنّ صلاحياتها تبقى دائما أقل أو أدنى من صلاحياته، حيث يمتلك هو الفضاء الداخلي والخارجي، بينما تختص هي بالفضاء الداخلي "البيت".

- **مكانة الأمومة:** هي المرحلة الأخيرة، حيث يصفها بمرحلة القداسة والقوة المطلقة وهي المرحلة المرجوة في النهاية من "كونك امرأة "

ومنه تظهر المكانة المهمة للزوج الذي تدور حوله حياة المرأة منذ الصغر وإلى الكبر، حيث أنّه الوسيلة الوحيدة التي تمكّنها من الوصول إلى المكانة الاجتماعية الكاملة التي لا تتحقق الا بالولادة والأمومة، وهذا ما ذهبت اليه سيمون دي بوفوار إذ جاء في كتابها الجنس الثاني، أنّ الزواج هو "ليس فقط مهنة شريفة وأقل تعباً من غيرها: وحده الزواج من يسمح للمرأة بلوغ كرامتها الاجتماعية الكاملة لتحقق ذاتها كمحبوبة وأم" (عباس 2016، ص 15).

وقد كان الزواج مصاهرة اجتماعية قبلية، الغرض منها التكاثر والإنجاب من الزوج والأب والضمان لهذا الهدف هو عذرية العروس ووفاء الزوجة. هذان الشرطان شكلا قضية اجتماعية لكل العائلات والقبائل أو الأعراس - كما يطلق عليهم في منطقة المغرب العربي - ويظهر هذا من خلال الطقوس الممارسة لتحقيقهما وتكريسهما في الإذهان والأفكار، فالإخلاص الزوجي "ظل مجلبة لظلم كبير سلط على المرأة فهو سيف مسلول على رأسها مما يجعل حياتها النفسية في كابوس. فهو يعبر عن نظام اجتماعي واقتصادي وثقافي

وأخلاقي جائر، ما أكثر ما ذهبت من نساء في ظلها ضحايا شكوك مرضية تستبد بالرجال خاصة أن ظاهرة الغيرة كانت منتشرة وقوية (حثيرة 2008، ص71).

هذا الالتزام بالنقاء والعفة يجسدان فكرة أن الزواج لم يكن قضية أفراد بقدر ما كان قضية نسل ونسب و"عائلة" وعرش بأكمله، من هنا نتجت القواعد الأخلاقية الصارمة والمتعلقة بتصرفات المرأة تحديدا وهي كما يورده عدي هواري: "الشرف (النيف) احترام الحميمية الخاصة "الحرمة" (houari1999,p67). ومن المعلوم أن النموذج التقليدي كما كان موجودا قبل الاحتلال يقوم على التكاثر والإنجاب وجعل "العائلة أو العايلة" كثيرة الأبناء والأحفاد خاصة الذكور منهم، وتعتبر الأرض والقطيع ميراث "العايلة" ينتقل من جيل لجيل ولذا يجب الحفاظ عليه والعمل على تطويره لأنه يسمح بخلق مكانة بين العائلات الأخرى في ظل القبلية، وهو ما يجسد الشرف والهيبة.

هذا المطلب الأساسي الذي يبحث عنه كل أفراد "العايلة" ويسعون لترسيخه، يبقى على المحك لوجود من يهدده وهو شرف المرأة، فالفرد المغربي يعتبر أن شرفه يكمن في عفة زوجته، أخواته وبناته، وقد انتقل الخوف عند الجزائري من العلاقات غير الشرعية، إلى الاغتصاب الذي كانت تتعرض له النساء عهد الاستعمار، من طرف الجنود الفرنسيين، مما كان يدفعه لتزويج بناته باكرا للتخلص من عبئ المحافظة على شرفهن واطعامهن، نظرا للفقر الذي كان يزرع تحته الجزائريون "الأهالي"، وبعد استقلال الجزائر في أوائل ستينيات القرن الماضي؛ رسم التاريخ سياقات جديدة وجدت فيها المرأة الجزائرية نفسها، تحت سُلطوية أبوية، لا تختلف كثيراً عن السياق السابق إلا بتراجع الخوف الهستيرى من اغتصاب جندي فرنسي " (القطعة 2018، ص81).

ولهذا تقول كاميل لاکوست دورجران: "إن العذرية مؤسسة، تحوي قيمة ثقافية، دينية وإيديولوجية، إنها فعل اجتماعي، فالفتاة تعتبر منزوعة الملكية لجسدها فيما يخص أعلى ما فيه لأن المحافظة على سلامة غشاء البكارة يعتبر قضية كل "العايلة"، وكما هو الحال فيما يتعلق بالجنسية، تخضع العذرية للرقابة الاجتماعية، فلا يمكن تركها لتسيير الأفراد كما لا يمكن ربطها بالعاطفة." (camile 1995, p88)

إنّ الخوف على عذرية المرأة والعار الذي قد تجلبه إلى الأسرة إذا ما فُقدت، هو من أكبر الأسباب التي تجعل من زواج الفتاة مطلبا مهماً لدى المجتمع، حيث تمثل المرأة العزباء خطرا على شرف الأسرة وبزواجها يرتاح ذكور العائلة من وزر الحراسة والخوف من هذا الخطر من جهة، ومن جهة أخرى تعتبر العزوبية لدى المرأى بالخصوص، مصدرا للكثير من الآفات حسب المجتمع على غرار انتشار العلاقات الجنسية غير الشرعية، والأطفال غير الشرعيين، وظاهرة الاغتصاب وغيرها.

ولم يتغير توجه المجتمع الجزائري في نظرتة إلى زواج المرأة في العصر الحالي جوهريا رغم التمكين الاجتماعي للمرأة في الجزائر، وخروجها للعمل والدراسة وتقلدها العديد من المناصب الراقية، إذ لا زال المجتمع الجزائري يرى في الزواج ضرورة " حيوية" للمرأة ولا يتسامح مع العزوبية الأنثوية، وان كانت آليات التأثير والتعامل قد تغيرت بفعل عوامل عدة على غرار دراسة المرأة والقوة الاقتصادية التي اكتسبتها من خلال العمل حيث صارت مكانتها داخل الأسرة تمنع عنها في كثير من الأحيان " الاجبار على الزواج " فالراتب الذي تتقاضاه يضمن لها استقلاليتها... حيث أصبحت الفتاة تساعد الأسرة على سد النفقات: تعليم الاخوة الاصغر منها، مساهمتها في مصاريف الأسرة، ما خفف الضغط الممارس عليها قبلا" (السقا 2006).

حيث أنّ نظرة المجتمع لدورها الأساسي كزوجة وأمّ وحافضة للنسل وللموروث الثقافي الاجتماعي ظلت مهيمنة، ويظهر ذلك من خلال الاحصائيات التي تبين تخلي الكثير من النساء عن العمل أو الدراسات العليا من أجل الزواج في حالة رفض الزوج أو أسرته العمل، أو في حالة عدم قدرة المرأة على التوفيق بين العمل خارج البيت وداخله، كما رأينا سابقا، وقد ترجع هذه التضحية بالمستقبل المهني أو العلمي إلى الخوف الذي يلزم المرأة من لفظة "عانس" التي أثبتت دراسات مختلفة على دوام استخدامها في مجتمعنا إلى الآن ولا تستثنى منها النساء العاملات والمتعلمات، حيث لازلت المرأة تسمى بالـ "البائرة" وهو اللفظ الدارج الذي يشير إلى العانس والذي يعتبر كشتيمة أكثر من كونه صفة، فـ " في الجزائر تتنوع المسميات التي تشير إلى العازبات في الخطاب المجتمعي... دون تمييز بين من اخترن وضع العزوبية طواعية أو أُجبرن عليه قسرا، أو وجدن أنفسهن فيه لعدم وجود بدائل، فليس هناك اختلاف جدير بالذكر في النظرة "الاجتماعية" اليهن مهما تغير مستوىهن التعليمي أو طبيعة المهنة التي يزاولنها او وضعهن الاقتصادي، هذه النظرة ليست سوى انعكاسا للتصور السلبي" (عباس 2016، ص 19).

يتأكد لنا مما سبق التآرجح القيمي الذي لازال المجتمع الجزائري يزرع تحته خاصة في كل ما يتعلق بالمرأة وقضاياها فالمعاش الثقافي للفرد الجزائري عبارة عن صراع قيم متضادة، في كلتا الحالتين نلاحظ أن الممارسات التقليدية مازالت حاضرة في سياق يبدو أنه عصري مثلما يشير إليه نور الدين طوالي: "يمكن أن نأخذ بعين الاعتبار، بالنسبة للشعب الجزائري المعاصر، الممارسة الواسعة لنوع من الطقوس التي كدنا نظنها إن لم تكن منسية فعلى الأقل متقلصة في إطار الممارسة الاجتماعية، ورغم نقلها إلى الحاضر - أو إعادة خلقها؟ - يبدو أنها تستجيب لضروريات السيكولوجية لسياق اجتماعي فوضوي ناتج عن تغير اجتماعي ثقافي عنيف يصعب أو يستحيل التغلب عليه" (طوالي 1998، ص 27/26).

وهو نفس التحليل الذي أعطاه مصطفى بوتفنوشت حول تداخل الثقافتين التقليدية والعصرية في مجال الحياة اليومية للفرد الجزائري التي يقول إنها " حقيقة لا يمكن إنكارها"، حيث يرى بوتفنوشت أن "المنظومة التقليدية تحافظ على كل قوتها وتعتبر مجيء إشارات العصرية كمعطيات أدائية تسمح بتسهيل حياتنا دون أن تغيرها" (بوتفنوننت 1984)، خاصة أنها تظهر من خلال سلوكيات مَرضية غير متوافقة مثلما يشير إليه نور الدين طوالبي. (طوالبي 1998، ص 26/27).

وهكذا تبقى المرأة تزرع تحت تمثّل اجتماعي يسعى إلى تتميطنها في صورة المثالية الاجتماعية لذات الأنثى والتي يجب ألا تكون عزباء، وأن تكون قادرة على الانجاب، وتجيد إدارة المنزل، سواء أكانت مأكثة بالبيت أم عاملة.

المبحث الثاني: تقسيم الأدوار في الأسرة الجزائرية: تغييرات شكلية

يعتبر تقسيم الأدوار في أية مؤسسة اجتماعية في غاية الأهمية، حيث من خلاله يتم توزيع المكانات والوظائف والمهام، وبه ينتظم المجتمع ويتطور، وقد اهتمت أدبيات علم الاجتماع بالدور والمكانة على أنهما رديفان ومترابطان فيما بينهما.

المطلب الأول: الدور والمكانة الاجتماعية

إنّ مكانة كل فرد في الأسرة تتطلب منه القيام بعدد من المهام الخاصة ضمن المجموعة، ورغم وجود بعض الاختلافات من مجتمع لآخر إلا أنّها تتشابه عموماً، وقد احتل مفهوم الدور والمكانة الاجتماعية مكانة كبيرة في علم الاجتماع المعاصر، ولا يرتبط الدور بالأعمال التي يقوم بها أحد دون آخر في الجماعة فقط، بل بالمكانة الاجتماعية التي يحوزها ضمن الجماعة "ويوجد الدور حين تحدد الجماعة الاجتماعية أعرافاً لا تسري سوى على فئة معينة من الأفراد، ويوحي ويخلق تمييزاً اجتماعياً بين الأفراد تبعاً للدور المتوقع ممارسته في حياة المجموعة" (سكوت 2013، ص 192)، ويميل بعض علماء الاجتماع وخاصة أتباع المدرسة الوظيفية إلى اعتبار الأدوار الاجتماعية أجزاء ثابتة وغير مستقرة نسبياً في ثقافة المجتمع، فهذه الأدوار تعتبر حقائق اجتماعية مسبقة للدور - (غدنز 2005، ص 89)

وقد عرّف لينتون الدور على أنه: " مجموعة من النماذج الثقافية المرتبطة بمكانة معينة، وهو يشمل بذلك الطابع، القيم، السلوكيات، التي يمنحها المجتمع لفرد أو لكل الأفراد الذين يشغلون نفس المركز " (radja et hallouma 2019, p176)

وإذا ما انتقلنا إلى ثنائية ذكر/ أنثى تتمظهر إشكالية المكانة والدور الاجتماعي أكثر من خلال ما ينتظره المجتمع من ممارسات وتصرفات لهذا الجنس أو ذاك خاصة في إطار المؤسسة الأسرية والزواجية، حيث لا يظهر الدور أو المكانة بشكل منفرد ومنفصل، بل يرتبط ارتباطاً وثيقاً بغيره من الأدوار، حيث تظهر في ثنائيات، تصورات دور الزوجة يفترض دور الزوج، وتصور دور الأم يفترض دور الابن مع ادماج المعايير والقيم الاجتماعية التي تحدد هذه الأدوار بشكل مسبق وأعلى (fsian 2016, p16).

وتتبنى العلاقات الأسرية عموماً والزواجية بشكل خاص على تقسيم الأدوار بين الرجل والمرأة، بل أنّ بعضهم يعتبرون هذا التقسيم هو الأساس الذي بنيت عليه الأسرة، ويرجع الأنثروبولوجيون هذا التقسيم إلى بدايات الإنسانية الأولى حيث تقيم الأم مع الوليد الذي يحتاج إلى رعاية وحماية بينما يتكفل الذكر بضمان الغذاء للمرأة والوليد، فيرى ميردوك أنه "استناداً إلى الاختلافات الجنسية الأولية، فإن الرجل والمرأة يشكلان وحدة

تعاونية ذات كفاءة عالية... وكل المجتمعات البشرية المعروفة قد طورت التخصص والتعاون بين الجنسين تقريبا على طول هذا الخط البيولوجي الذي تمّ تحديده بناء على الفصل بين الجنسين" (لي 2006، ص 117)، حيث بينت أعمال الباحثين في ما قبل التاريخ أن التقسيم في النشاطات بين الذكور والاناث، يمتد إلى أزمنة بعيدة في عمر الإنسانية، حيث أنّ البنية القوية للذكر أهله للابتعاد للصيد وهو أمر خير ومتعب، بينما اقتصر نشاط الانثى حول المسكن، حيث تضعف بنيتها نظرا للحمل المتكرر، فتشتغل في الزراعة والحصاد وهي أمور غير خطيرة (FSIAN 2016, P 12)، وبينما تطوّرت البشرية أثير الكثير من الجدل حول الفروقات التي كانت تعتبر " فطرية" في تقسيم الأدوار بين الجنسين حيث رأى جوغ (ghough) أنّ " السهولة التي تمّ بها التمييز بين أدوار الجنس في مرحلة مبكرة من التاريخ الإنساني ليس لها أي مغزى خصوصا عند الحديث عن الفروق في القوة بين الرجل والمرأة، إذ أنّ الكثير من الفروق الاصلية بين الأدوار الذكورية والأنثوية قد أزيلت بواسطة التقدم التكنولوجي والتغيرات في التنظيم الاجتماعي، ولم يعد من الضروري بمعنى تشجيع ضمان البقاء أن تقضي وقتها في الاهتمام بالنسل" (لي 2006، ص 109). من ناحية أنثروبولوجية يمكن اعتبار تبادل الأدوار بين الزوجين الأساس الأول الذي سمح ببناء الأسرة، كشكل من أشكال التعاون، فخلافا للكائنات الحيّة الأخرى فإنّ المدّة التي يستغرقها صغير الانسان للنمو وبلوغ الدرجة التي يمكنه الاعتماد فيها على نفسه طويلة جدا، لذلك تخلت المرأة عن مهمتها في تلبية الحاجة إلى الغذاء للرجل بينما تبقى هي مع الوليد لحمايته "وهذا يعني بالتبعية أن الأم- الطفل لا يمكنها تحت هذه الظروف الاكتفاء بذاتها بالكامل بل يجب ان تكون مرتبطة بعضو أو بعض الأعضاء الذين ليس لديهم مسؤولية العناية بالطفل طوال الوقت" (لي 2006، ص 108)، وقد تطور هذا التقسيم الأولي للأدوار فأصبحت الأسرة تلقي مسؤوليات مستمرة على أعضائها أكثر من أي جماعة أخرى فإذا كانت مسؤوليات الحياة الاجتماعية مرهونة بالمواقف الداعية إليها، أو موقوفة بحدود معينة فإننا نجد المسؤوليات الأسرية تمتد طوال العمر بل أكثر ما تواجهه الأسرة من مشكلات تكمن في تخلي بعض أفرادها عن مسؤولياتهم (الخشاب 1981).

مرّ تقسيم الأدوار بين الجنسين داخل الأسرة عبر الزمن بكثير من الاختلافات والتطورات، وبينما كان التقسيم يتعلق بالعمل وعلاقته بالبنية الفيزيولوجية، ارتبط لاحقا باعتقادات دينية مختلفة سواء في الديانات السماوية أو الوثنية، فطغى على الدور والمكانة القيم الاجتماعية المعيارية، فبين ديانات ترفع من مكانة المرأة وتجعلها أساسا للوجود في المجتمعات الامومية (matriarcal) إلى ديانات ترفع من مكانة الرجل وتجعله وصيًا عن المرأة وتجعلها ناقصة لا يكملها سوى الرجل، الذي هو أساس الوجود والخير وهي تمثل

أم الشرور اثر الخطيئة الأولى، وقد انتشر الاعتقاد الثاني في أغلب مناطق العالم لعصور كثيرة بتفسيرات مختلفة تشترك أغلبها في اعتبار المرأة كائن ناقص، ضعيف، أقل ذكاء (غبيّ)، حساس....إلى آخيره من الاحكام (FSIAN 2016)، هذه الاحكام التي تبرّر للرجل المكانة التي تجعله أعلى وأهم قيمة من المرأة التي يجب ان تطيعه وتبقى تحت امرته وحمايته، كما تبرر له بعض الممارسات التي يطغى عليها العنف بكل أنواعه.

لكن ممارسة الزوجة للعمل المأجور وانهايار التقسيم الاجتماعي التقليدي للعمل ولو كان نسبيا خاصة في المجتمعات الغربية، أثر على طبيعة الأدوار الزوجية حيث عرفت بعض التغيير وبدأت تنحو نحو المشاركة والتعاون المادي والمعنوي، إذن هناك تغيير في أولوية الأهداف الأسرية حسب ما يذهب إليه وليم جود GOODE وهو ما يسمح بفهم وتعميم انتشار الزواج العاطفي، نووية المجموعات الأسرية، ديمقراطيات العلاقات المنزلية، حركية العلاقات "طلاق وإعادة الزواج" وخصوصة التفكير والذهنيات (R. BOUDON) 1990, P88.

وقد عبّر على تقسيم الأدوار في الأسرة النووية زيليتش بأنها تسير على طول المحور "المعبر/ المفيد" الوسيلى " حيث لا يتم تقسيم هذه الأدوار بشكل جنسي، فيمكن أن يحتل أي واحد منهما دورا منهما، حيث فمن يلعب دور القيادة في مشروع العائلة هو الذي يؤدي دور "الإفادة"، سواء كان الزوج او الزوجة، ومن يكون مسؤولا عن التوسط في حل العداوات العائلية مثلا هو الذي يؤدي الدور المعبر ولكن عادة مايكون الذكر هو الذي يلعب دور القائد، بينما تلعب الانثى دور القائد المعبر (لي 2006، ص408).

وقد استنتج زيليتش انه " ليس طبيعيا أنّ الرجال مخلوقات وسيلية والنساء مخلوقات معبّرات بشكل متأصل، بل التخصص لقدرات القيادة في هذين المجالين من الأفعال طبقا لوضع العائلة يكون متسقا مع مجموعة الأدوار العائلية والاقتصادية واللتين تتسبان بشكل منتظم إلى الأزواج والزوجات عبر الثقافات" (لي 2006، ص410). وفي المجتمع الجزائري يعتمد الضمير الجمعي على المرجعية الدينية الاسلامية وعلى العرف الاجتماعي لتحديد أدوار الزوجين عموما، والذي يرجع اليه القانون المدني، رغم ما مسّ الحياة العامة من تغييرات اجتماعية واقتصادية والتي تميّزت بالعصرنة ومواكبة النموذج الغربي.

المطلب الثاني: دور الزوج في الأسرة الجزائرية المعاصرة

كان للأب "الزوج" في العائلات التقليدية في الجزائر سلطة مطلقة، على الزوجة والابناء حيث "تشكل السلطة الأبوية خاصة جوهرية، فالعلاقات بين الافراد الأسرة في هذا النمط تتسم بالسيطرة الواضحة للأب

ليس كرمز حي للسلطة فحسب، بل كفكرة مهيمنة على تصورات الأفراد وممارستهم، حيث يقصي الحوار والإقناع بالحجة يحل محلها الأمر والنهي ووجوب الطاعة والخضوع والعمل وفق قواعد تؤكد شرعية علاقات السلطة القائمة وتحافظ عليها وتعمل على إعادة إنتاجها" (بوذراع 2017، ص 435)، ويعتقد زيلدش، أنّ دور الأب يتضمن "أولا معالجة البيئة المادية "الطبيعية، وبالتالي قدر جيد من "قابلية الحركة الجسدية" (لي 2006، ص 408)، فالأب ليس مشغولا بتربية الأطفال ونشأتهم، ويساعده الانفصال العاطفي الجزئي" مقارنة بالزوجة _ الام _ عن الأبناء على لعب دور رمز السلطة الموضوعية أو التهذيبية.

غير أنّ التطور الاجتماعي المختلف للأسرة والتي ذُكرت سالفاً، أثرت على هذه السلطة لكنها لم تزحج الأب تماما من مركزه، بل ربما يمكن القول أنّه ونظرا لعدد من العوامل وأهمها تعلّم الزوجة واستقلاليتها الاقتصادية وكذا تعلّم الأبناء واتساع مداركهم الحياتية وخاصة مع ارتباطهم وتطورات عصرهم اعتمادا على الثورة الاتصالية الحديثة، فإن الأب قد غيّر من الاستراتيجية الاتصالية مع أسرته حيث "لم يعد يمثل مركز القرار فإنه في نظر أبنائه مستشار مسموع، ونجد بعض الدارسين يلجؤون إلى استخدام عبارة إستقالة الأب، وهذا لا يعني استقالته من وظائفه الأساسية أو تخليه عن واجباته، وإنما تغيير صورته وتعديل مركزه ووظائفه داخل الأسرة... فالأب يضع نفسه في موقف "الأب الصديق" (بوذراع 2017، ص 438)، ورغم التغييرات التي شهدتها قانون الأسرة الجزائري، بعد الانتقادات التي تعرض لها، والذي ألغيت أو عدّلت فيه الكثير من المواد التي كانت تعطي للزوج "الأب" السلطة المطلقة داخل الأسرة ولو "رمزيا"، حيث لم تعد مواد تشير إلى أن الرجل هو ربّ الأسرة ولا إلى وجوب طاعته المطلقة من قبل الزوجة، ومنه الغاء المادة 39 من قانون الأسرة 1984 بالمرسوم رقم 05-02 المؤرخ في 27 فبراير 2005، والتي كانت تنص على أنه، يجب على الزوجة:

1- طاعة الزوج ومراعاته باعتباره رئيس العائلة،

2- ارضاع الأولاد عند الاستطاعة وتربيتهم،

3- احترام والدي الزوج وأقاربه.

الآ أنّه لا يزال يعتبر اجتماعيا كذلك ولا يزال ملزما بعدد من الأدوار وأهمها الإنفاق، إذ يتم أداء الدور الرئيسي للزوج خارج المنزل باعتباره المسؤول على الإنفاق على أسرته وتحمل كامل أعبائها المادية ويفوق هذا الدور أدواره الأخرى من حيث الأهمية باعتبار دوره كأب وزوج ليس له قيمة إذا لم يقم بهذا الدور على

أكمل وجهه، ولهذا فإن "الزوج إذا خير بين أدواره الزوجية والمهنية يصعب عليه الاختيار فأدواره الأسرية تجعل من مهنته ذات قيمة كبرى ومهنته تعطي قيمة وفعالية أكبر لدوره كزوج ورب أسرة وتتناط بالزوج أدوار أخرى كضمان الحماية والأمن لأفراد أسرته وتلبية حاجياتهم واتخاذ القرارات وغيرها" (سعد، بلا تاريخ، ص 33)، وهذا ما يتماشى تماما مع تقسيم تالكوت بارسنز، الذي رأى أن دور الزوج أداتي يتمثل في العمل خارج البيت، بينما دور الزوجة تعبيرية يتمثل في نقل القيم الاجتماعية من خلال التربية إلى الأبناء، ورعاية المنزل.

وفي المجتمع الجزائري لازال الرجل يحتفظ بدوره التقليدي أو "واجبه" نحو زوجته والأسرة، حيث عليه أن يعمل على توفير احتياجاتها المادية وفق المتعارف عليه، وإذا لم يفعل حق للزوجة طلب الانفصال عنه، وهذا ما يؤكدّه قانون الأسرة 2005، حيث الدور الأساسي للرجل يتمحور في النفقة، فقد جاء في المادة 74: "تجب نفقة الزوجة على زوجها بالدخول بها أو دعوتها اليه ببيئة مع مراعاة أحكام المواد 78 و 79 و 80 من هذا القانون. وفي المادة 75: "تجب نفقة الولد على الوالد ما لم يكن له مال، فالنسبة للذكور إلى سن الرشد والانات إلى الدخول وتستمر في حالة ما إذا كان الولد عاجزا لأفة عقلية أو بدنية أو مزاولا للدراسة وتسقط بالاستغناء عنها بالكسب.

ونجد المادة رقم 37 من قانون الأسرة تعدد واجبات الزوج نحو زوجته كالتالي:

2- النفقة الشرعية حسب وسعه إلا إذا ثبت نشوزها

3- العدل في حالة الزواج بأكثر من واحدة

4- إقامة مسكن لائق بها وتوفير الحاجيات الضرورية المادية والمعنوية لها وأولادها، يجب عليه تقدير رأيها وفكرها ولا يجرمها مما منحتها الشريعة وما يضمنه القانون لها.

أما من ناحية الشريعة الإسلامية فيعتبر الأب "رب البيت" وحمي العرض والدين ويقع عليه عاتق تقويمها وإصلاحها، وهو المسؤول الأول على إعالتها وتوفير احتياجاتها من خلال مجموعة من النصوص الدينية المختلفة وأهمها النص القرآني "الرِّجَالُ قَوَّامُونَ عَلَى النِّسَاءِ بِمَا فَضَّلَ اللَّهُ بَعْضَهُمْ عَلَى بَعْضٍ وَبِمَا أَنْفَقُوا مِنْ أَمْوَالِهِمْ ۗ فَالصَّالِحَاتُ قَانِتَاتٌ حَافِظَاتٌ لِّلْغَيْبِ بِمَا حَفِظَ اللَّهُ ۗ وَاللَّاتِي تَخَافُونَ نُشُوزَهُنَّ فَعِظُوهُنَّ وَاهْجُرُوهُنَّ فِي الْمَضَاجِعِ وَاصْرَبُوهُنَّ ۗ فَإِنْ أَطَعْتُمُ فَلَا تَبْغُوا عَلَيْهِنَّ سَبِيلًا ۗ إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلِيمًا كَبِيرًا" (الآية 34، سورة النساء). ومنه قوله تعالى "يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا فُوا أَنْفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا وَقُودُهَا النَّاسُ وَالْحِجَارَةُ عَلَيْهَا مَلَائِكَةٌ غِلَاظٌ شِدَادٌ لَا يَعْصُونَ اللَّهَ مَا أَمَرَهُمْ وَيَفْعَلُونَ مَا يُؤْمَرُونَ" (الآية 6، سورة التحريم). وقد فسّر العلماء هذه الآية بضرورة أن يقوم الزوج والأب بدوره في تعليم زوجته وأبنائه تعاليم

الدين وحثهم على القيام بعباداتهم على أحسن وجه ومراقبة تصرفاتهم داخل البيت وخارجه، وهذا ما يلخص في التنشئة أو التربية الدينية والحياتية على حد سواء، وقد جاء في الأثر "ابنك أمير على سبع، وأسير على سبع، ووزير على سبع" وهو يعتبر دليل على اهتمام السلف بطريقة تعامل الأب مع ولده الذكر وتربيته.

بينما يقابل هذه الواجبات حقه في الطاعة والانصياع من الزوجة والأبناء، وكذا تلبية حاجاته ورغباته المختلفة وعلى رأسها الرغبة الجنسية، فقد اهتمت الشريعة بواجب الأبناء تجاه والديهم خاصة بعد بلوغهم سن الشيخوخة والعجز، حيث يقول جلّ وعلا: "وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا ۗ إِمَّا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٌ وَلَا تُنْهَرُهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا (23) وَأَخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا (24)" (الآيتان 23 و 24، سورة الإسراء).

المطلب الثالث: أدوار ومكانة الزوجة: هيمنة الأدوار التقليدية

لقد خصصنا مطلقا للتمكين الاجتماعي للمرأة الجزائرية المعاصرة حيث استخلصنا، أنّ مجموعة من الظروف السياسية والاجتماعية قد ساعدتها على نيل أدوار ومكانة اجتماعية جديدة تتمثل في المرأة المتعلمة والمرأة العاملة والمرأة التي تتربع على مناصب عليا كقاضية وبرلمانية ووزيرة وجنرال، حيث تشارك بذلك في بناء الدولة الجزائرية الحديثة مثلها مثل الرجل بل وتسبقه في نسب التعلم وهذا ما أثبتته الاحصائيات، كما تساهم بشكل كبير في الرفع من مدخول الأسرة حيث أصبحت تملك دورا اقتصاديا لم تكن تملكه من قبل.

غير أنّ هذا لا يمكن أن يكون دليلا على أنها قد تخلت عن الأدوار التقليدية التي حدّتها المجتمعات العالمية لها منذ القدم والتي تتمحور على العموم في المرأة الزوجة التي تحافظ على زوجها من خلال تلبية أهم متطلباته سواء الجنسية او الحياتية، فهي التي تضمن بقاء سلالته من خلال الانجاب، والتي تحافظ على عفته من خلال تلبية حاجاته الجنسية والتي تحافظ على بيته من خلال قيامها بدورها كربة بيت وأم ومربية وحافضة لنظامه ونظافته.

لقد أثبتت الكثير من الدراسات المعاصرة على أهمية هذه الأدوار المختلفة بالنسبة للمرأة الجزائرية بل وأسبقيتها على كافة الأدوار والمكانات الاجتماعية الأخرى التي تقوم بها خارج المنزل، فقد أكد كمال كاتب، في دراستيه (ظهور المرأة في بلدان المغرب، ثورة غير مكتملة 2015) وكتاب (الانتقال والتغير الاجتماعي في افريقيا الشمالية 2019)، على الانتقال الكبير الذي مسّ أدوار المرأة المغاربية عموما والجزائرية على وجه التحديد، من خلال مجموعة من المؤشرات والمتغيرات وعلى رأسها الخروج إلى الدراسة والعمل، تأخر سن

الزواج، والتحكم في الخصوبة، غير أنّ الدراساتين خرجتا بنتيجة هامة وهي أن هذه التحولات لم تفصل المرأة عن أدوارها التقليدية ولا عن الضبط الاجتماعي الذي يفرض عليها القيام بمجموعة من الأدوار التي قد تصل إلى التأثير على مسارها الدراسي أو العملي.

وبما أنّ بحثنا هذا يقوم على الزوجة وإمكانية تأثير اصابتها بمرض كالسرطان على أسرتها وعلى علاقتها الزوجية فسنحاول التركيز على دور الزوجة الجنسي ودورها كراعية منزل وأم، ويدخل ذلك فيما يسمى بالأدوار التقليدية للمرأة داخل الأسرة، ولا يمكن التغافل عن تأثير مرض السرطان على قدرتها على القيام بهذه الأدوار ومنه على استقرار أسرتها وعلاقتها الزوجية.

أ- العمل المنزلي، الأمومة والرعاية: العمل الخفي

دخل مفهوم "العمل المنزلي" (domestique labour) إلى قاموس علم الاجتماع الحديث، من خلال المقاربات النسوية التي قادتها الحركة النسوية خلال السبعينات بداية من "دراسة آن أوكلي (ann okley) للعمل المنزلي باعتباره عملا متدني المكانة ويستنزف ساعات طويلة وهزيل الاجر - أو منعدمه- (سكوت، 2013، ص 283) حيث اعتبرت هذه الدراسات وما لحقها أنّ الرجال هم المستفيدون من مجانية عمل المرأة المنزلي، حيث يوفر لهم ذلك الوقت والامكانيات لتطوير مهاراتهم خارج المنزل ما يؤدي إلى تقلدهم لمناصب عمل أكثر وأهم من النساء،، لتكون هذه الدراسات أول من حاول "جذب الاهتمام إلى ما يدور داخل" العائلات، فيما كان علم الاجتماع يتحدث عن بنية العائلة والتطور التاريخي وأهمية علاقات القرابة... حيث كانت تدور في مجملها حول ثلاثة محاور أساسية هي: التقسيم البيتي للعمل، توزيع القوة والسلطة المتفاوت داخل العائلة، القضايا المتعلقة بأنشطة الرعاية" (غدنز 2005، ص 260)، وتطورت هذه الدراسات خلال الثمانينات والتسعينات ودرست النسويات السبل التي يشارك فيها الرجال النساء في المهمات البيتية كراعية الأطفال والاهتمام بالاعمال البيتية لاستنقضاء صحة فرضية العائلة المتوازنة التي كانت تقوم عليها الدراسات آنذاك وخاصة الوظيفية منها، والتي تقترض أن العائلة قد اتخذت في نموذجها النواتي مع مرور الوقت طابع المساواة والانصاف في توزيع الأدوار بين أفرادها، حيث "تشير هذه الدراسات إلى أنّ النساء مازلت يتحملن العبء الأكبر والمسؤولية الأساسية للمهام البيتية، ويتمتعن بوقت فراغ أقل مما ينال الرجل، وذلك رغم التزايد المطرد في أعداد النساء اللواتي يزاولن عملا مأجورا خارج المنزل(غدنز 2005، ص 261)، بينما مثّلت الرعاية مجالا جديدا في ذلك الوقت للبحث لدى النسويات، المقصود بالرعاية هنا تلك "الأنشطة العملية مثل الاهتمام بأمور الافراد في حالة المرض او العناية لفترات طويلة بأحد الأقارب

المسنين أو الاهتمام بالراحة النفسية لأفراد العائلة والاقرباء، حيث أطلق على ذلك ب"العمل العاطفي" الذي تقوم به النساء إضافة إلى العناية بالأطفال من جميع النواحي مثل الغسيل والتنظيف، ما اعتبره بعض العلماء ك"دونكومب (duncombe) ومارسدان (marsden)" عبئاً عاطفياً إضافياً تتحمله المرأة في الحفاظ على العلاقات الشخصية والحميمية.

اهتمت العديد من الدراسات بمسألة تقسيم الأدوار داخل الأسرة والمتعلقة بتأثير عمل المرأة على حياتها الأسرية، أنه ورغم ما نالته المرأة من عوامل تغيير وتطوير لوضعيتها إلا أن ارتباطها بالعمل المنزلي يبقى وثيقاً حيث يظل يعبر عنه اجتماعياً ب"الواجب"، إذ أنها تنشأ منذ الصغر على ضرورة اتقانها للأعمال المنزلية مهما كان مستواها الدراسي أو الاقتصادي، بل أن البعض يرى بأن المرأة الجزائرية المعاصرة أصبحت تضطلع بمهام أكبر من نظيرتها التقليدية، فترى د. نادية سعيد عيشور أن المهام الملقاة على عاتق الزوجة الجزائرية كبيرة ومتنوعة وظالمة، فهي مجبورة على "... مزاولته الدور التقليدي ممثلاً في الانجاب وتربية الابناء وخدمة الزوج والواجبات القرابية إلى جانب الأدوار الجديدة متمثلة في تدريس الأبناء ومتابعتهم في المدارس، التسوق بالإضافة إلى النشاطات المهنية خارج المنزل، في آن واحدة، مقابل انحسار حجم أدوار الرجل واحتفاظه بالدور التقليدي له فقط مع تراخ تدريجي في المسؤوليات...". (ا. عيشور 2019، 303)، فالعمل المنزلي مهم جداً بالنسبة للزوجة، فهي تحافظ على استقرار زوجها وبيتها من خلال قبولها القيام بالأعمال المنزلية بل واجادتها لها، حيث لا زالت الزوجة خاصة الحديثة الزواج تقع تحت رقابة عائلة الزوج، ف "توكل الحماية لكننتها بعض الواجبات المنزلية بعد الزواج، وتبقيها تحت المراقبة بصفة مُلزمة وإلزامية، تشعر الزوجة بالضيق وعدم قدرتها على مواصلة العيش في نظام مغمور بالأوامر يبعدها على أداء دورها كزوجة وامرأة عصرية _عاملة_ تبحث عن ربح الوقت لقضاء متطلباتها الشخصية..". (فائزة 2015/2016، ص56)، إن هذا الحكم الذي جاء بعد بحث ميداني مع نساء متزوجات حول العلاقات الأسرية لدى الزوجين، يبين لنا مدى الأهمية التي توليها الأسرة الجزائرية للأعمال المنزلية، حيث "تبين الدراسة أن على الزوجة أن تبين همتها في آدائها لدورها الاجتماعي المناط لها بعد الزواج، مع تقبل الضوابط العائلية" (فائزة 2015/2016، ص57)، حيث "أن على المرأة حديثة الزواج أن تتعلم حياة المرأة المتزوجة، فعليها الامتثال لقوانين الأسرة لتحزز القبول والوفاق في العلاقة الزوجية، وذلك بإثباتها كفاءتها في أداءها للأعمال المنزلية..". (فائزة 2015/2016، ص58)، يتبين لنا مما سبق أن اجادة والقيام بالأعمال المنزلية يكاد يكون شرطاً من شروط الزواج شأنه شأن العذرية والجمال

وغيرهما، حيث يشير لاكمب، في ذات السياق إلى تعريف للزواج من هذه الناحية " أن الزواج ما هو الا رغبة مزدوجة في أن تملك أنثى وأن تملك خادما في البيت"، وقد يؤدي عدم اجادة الزوجة لهذه المهارات أو عدم قدرتها على أداء هذه الاعمال لأي سبب من الأسباب على غرار ظهور علة أو مرض ما إلى عدم استقرار في الرابطة الزوجية بل إلى الطلاق في بعض الأحيان.

كما تظهر الأهمية البالغة للأعمال المنزلية ودور المرأة في رعاية البيت والأبناء بل والاقارب المحتاجين للرعاية، في الجزائر في تخلي الكثيرات عن مستقبلهن المهني بسبب خوفهن المتواصل من عدم قدرتهن على التوفيق بين مهامهن الأسرية من جهة والمهنية من جهة أخرى، وقد يكون هذا التخلي كليًا لدى بعض النسوة بالاستقالة أو حصولهن على عطل طويلة بدون أجر، أو تخل جزئي من خلال رفضهن لبعض الترقية أو المهن أو المهمات التي تستدعي حضورا أطول أو سفريات متلاحقة إلى خارج البلد، ما يستوجب غيابهن عن الأسرة والأبناء لفترات متلاحقة، ففي الدراسة التي أجرتها الباحثة آسيا قجالي* على مجموعة من النساء الإطارات في الجمارك وصلت إلى أنّ "وصول المرأة لمناصب التأطير، لم يؤد إلى إعادة النظر في العلاقات الجنسية القائمة تقليديا في المجتمع الجزائري، وربما بسبب ذلك لم تتخلى المرأة الاطار عن دورها كحارسة البيت، فهي تضيف الأعباء المنزلية إلى مسؤوليتها المهنية: تداول وتنقل بين المنزل ومكان الشغل، ولا يمكن الحديث عن عملها دون الرجوع إلى العائلة وتربية الأبناء، حيث العمل المنزلي من انشغالاتها الأساسية ويصعب فصله عن المجالين المذكورين... وبمجرد أن تصبح المرأة الاطار أم أولاد تجد نفسها مضطرة لاجراء تعديلات على حياتها اليومية لتجنب كل الاحتمالات الممكنة وبخاصة العائلية منها." (آسيا قجالي 2017/2018، 305).

كما بيّنت دراسة أجرتها الباحثة لامية بوديبي بعنوان "مشكلات الدور لدى المرأة المتزوجة العاملة"، والتي أجرتها على مجموعة من النساء العاملات بمدينة الوادي بالجزائر، بأنّ العمل المنزلي وأدوار الرعاية يمثل شاغلا وهما أساسيا بالنسبة للمرأة المتزوجة العاملة، وبأنه يشكل سببا في كثير من المشكلات الزوجية والعائلية بل ومنه النفسية حيث تقول أنّ " ...هذه الوضعيات المختلفة التي تتواجد فيها المبحوثات قد تولد لديهن الشعور بالضغط والتعب الشديد بدرجات متفاوتة، حيث تقل عند المبحوثات الاتي تتلقين مساعدة من قبل أزواجهن في أداء الواجبات المنزلية والتي قدرت ب19.10 بالمئة، في المقابل هناك

* . للتعلم أكثر في موضوع الارتقاء المهني لدى المرأة وعلاقته بعدد من المتغيرات الأسرية والمهنية، يرجى الرجوع إلى أطروحة الدكتوراه " المسارات المهنية والعائلية للنساء الإطارات في الجزائر: دراسة حالة للنساء الإطارات في ادارة الجمارك" أطروحة تخرج لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع التنظيمي، جامعة الجزائر 2017/2018، حيث تعرّضت الباحثة الى نظرية السقف الزجاجي في التطور المهني للمرأة الجزائرية وعلاقته بالمتغيرات الاسرية، وخاصة رعاية البيت والأبناء التي توليها المرأة أهمية قصوى تفوق أولوية العمل والارتقاء فيه، حسب الدراسة.

مبحوثات تتضاعف لديهن حدة التعب والضغط، نتيجة تدمير أزواجهن من عجزهن أو تقصيرهن في أداء بعض الواجبات، والتي قدرت ب39.32 بالمائة" (ل. بويدي 2014).

وهذا ما يؤكد أن الرجل الجزائري ورغم تقبله لفكرة عمل المرأة خارج البيت إلا أنه لا يريد أن يكون جزءا فعلا في المهمات المنزلية وذلك لأسباب مختلفة ترجع غالبا إلى تمثلاته الاجتماعية عن الرجولة. وفي نفس النطاق أكدت دراسة زيتوني رجاء وشريف حلومة بعنوان " التمثلات الاجتماعية لدور المرأة في الزوج* الجزائري، حيث اهتمت بالتمثلات التي يتصورها كلا من الرجل والمرأة عن دور المرأة في الزوج، والتي رتبها بشكل هرمي، حيث جاءت النتيجة بأن تصور المرأة لدورها قد تنظم حول عامل الرعاية والمسؤولية الأسرية، حيث أنه العامل الذي يعطي معنى لكلّ العوامل الأخرى، حيث تتموقع النساء في دور يربطهن بمسؤوليات تجاه كل أفراد العائلة، وليس بأزواجهن فقط، حيث ان هذه الأدوار والواجبات معرفة بالنسبة للزوج وللأطفال، بل حتى العائلة الممتدة(الأبوين، عائلة الزوج)" (radja et hallouma 2019, 183) ، حيث أنها لا زالت تلتزم بأدوارها التقليدية، إذ تسبق التزاماتها الأسرية، ككنة وأم على أدوارها كزوجة.

ب-الدور الجنسي العاطفي: تحقيق الاشباع للزوج

لا يختلف اثنان بأنّ الهدف الأساسي للزواج هو الاشباع العاطفي والجنسي للزوجين، حيث أنّ طبيعة الانسان تأبى الوحدة وتبحث عن الأنا، وكما ذكر سابقا فإن الإطار الوحيد الذي يتيح المجتمع من خلاله إشباع هذه الحاجات بصفة شرعية ومعترف بها هو الزواج، كأسلوب لتقنينه ولتنظيم المجتمع من مختلف الجوانب، والزواج هو اتصال جنسي، وجداني، ثقافي، فكري بين كائنين غريبين عن بعضهما البعض "الرجل والمرأة" لذا فقد اعتبر الزواج أعمق تفاعل اجتماعي عرفه المجتمع الإنساني، فالعلاقة الجنسية هي "واحدة من المجالات أين تتمظهر العلاقات المعقدة التي يقيمها كل شخص مع جسده ومع أجساد الآخرين، على الأقل لأن علاقاتنا الأكثر عمقا مع الآخر هي العلاقات الجنسية" (marezano 2012, p107)

وبشكل عام يحتاج الزواج إلى قوة يستمدّها من "خشونة الرجل وميله إلى تحقيق أهدافه الجسدية بالقوة" (الخولي 1992، ص23)، وإذا كانت الرغبة الجنسية مخلوقة في الذكر والأنثى على حدّ سواء، فهي عند الرجل أقوى وأكثر إلحاحا، وقد يعود هذا إلى الإطار الاجتماعي العام الذي سعى منذ القدم إلى كبت الرغبة

* . الزوج هنا تعني "الرجل والمرأة كزوجين" والتي تترجم بالفرنسية بمصطلح «le couple»

الجنسية الأنثوية ووصمها، ويعود هذا في التقليد المسيحي إلى جعل "حواء" هي التي دفعت بـ"آدم" عليه السلام إلى أكل الثمرة المحرمة ومنه فإن الانثى هي مصدر الخطيئة الأول، تلك الخطيئة التي ارتكبتها "الذكر" تبعا لإغراءات " الأنثى " الأثمة " تزخر النصوص الدينية والفلسفية القديمة بالعديد من الجمل والكلمات التي تحطّ من قدر المرأة ومن مناطقها الحميمة، وتجعلها آثمة وناقصة عن الرجل، فهي مصدر الخطيئة وسببها" (Endré 2012, p16)، وقد كان للجنس في حدّ ذاته من ناحية فلسفية "غريبة" العديد من التفسيرات والتعليقات السلبية، حيث كان يُنظر اليه على أنه مجرد شهوة تمثل الغريزة الحيوانية في الانسان، حسب "أفلاطون" حيث يرى أن " الرغبة الجنسية تنطلق من حيث الطبيعة الحوانية للإنسان، والتي لا علاقة لها مطلقا مع الحب الذي يرتبط بطبيعته العقلانية" (marezano 2012, p 107)

لقد تعلمت المرأة عبر الزمن اخفاء رغباتها الجنسية وكبتها بل وانكار وجودها أصلا حتى لا توصم اجتماعيا، بينما منح المجتمع الرجل الحق في اظهار هذه الرغبات والحديث عنها والبحث على اشباعها حيث أنّ " الذكر منذ مرحلة النضج حتى مرحلة الشيخوخة يكون مدفوعا للبحث عن الإشباع الجنسي (غيث، دراسات في التغيّر القروي 1987، ص189)، وهذا لا يعني أن المرأة تفتقد إلى الحاجة الجنسية والرغبة في الاستمتاع، فسعي الرجل والمرأة إلى الزواج "يعود إلى أنه حقيقة وجودية وحق طبيعي لاكتمالهما إضافة إلى أنه: " استجابة لضغوط اجتماعية في توجيه الحاجات واشباعها وفق سياق قيمي محدد.... لذا إن رؤية الرجل للدافع الجنسي تختلف عن رؤية المرأة وبالتالي فإن استجابة الرجل والمرأة للدافع الجنسي متباينة، رغم أنها موجودة وضرورية لاستمرار الحياة بينهما نتيجة للرغبة الكامنة في البقاء والاستمرار الطبيعي والاجتماعي والنقص الموجود بكل من المرأة والرجل" (الساعاتي 1981، ص12.21) ولكن قد يكون الهدف الأصلي من الزواج يختلف حسب المجتمعات ففي مجتمعات تقليدية السياق كالجزائر، يكون بحث المرأة عن الزواج وخاصة بعد بلوغها سنّا معينة، هدفه الهروب من النظرة الاجتماعية لها كعانس وككائن غير ذا فائدة، إضافة إلى حاجياتها النفسية والجسدية المختلفة.

يرى المختصون بعلم الجنس Sexologie " إن الرغبة الجنسية عند الرجل " عالية جدا" من حيث النشاط وكيفية الإلحاح لذا فهي مؤشر وجودي، مما يشجع إشباعها قضية في غاية الإلحاح والديمومة، فتستقطب الكثير من اهتمامه وتصبح أحد أهم معاييرها في عملية الانتقاء للزواج، والمهم أن هذه الرغبة عند الرجل وتبقى بنفس الوتيرة حدة وإلحاحا على مدى العمر حتى مع تقدم السن" (عرعور 2010/2009، ص45).

لقد اعتبر كانط (emmanuel kant) في كتابه دروس في الاخلاق، بأن: " الجاذبية التي يحملها رجل ما ناحية امرأة ليست موجهة اليها بصفتها انسان، بل لأنها امرأة "أنثى"، فأن تكون انسان لا يعنيه اطلاقاً، فقط جنسها⁴ هو مصدر شهوته" (marezano 2012)، ان رؤية كانط للرجبة الجنسية "الشهوة" التي تعتري الرجل تجاه المرأة تربطها بكونها أنثى، التي تحمل في جسدها ما يثير رغباته الجنسية وهي مناطق بعينها معروفة: كالارداف والأثداء وغيرها، ولهذا فان عنصر الجمال الجسدي وتوفره على معايير مختلفة زمنياً واجتماعياً، عامل مهم في وجود الشهوة الجنسية التي تؤدي إلى دوام أية علاقة جنسية بين المرأة والرجل، وان كان هذا الامر مطروح لدى المرأة باتجاه الرجل ولكنها بالشكل العكسي أكثر إلحاحاً، فالاشباع الجنسي عند الرجل يرتبط بشكل أكبر بمجموعة من المثيرات أو المعايير التي وجب توفرها عند المرأة، التي تبقى نسبية ومختلفة من شخص إلى آخر، ويعرف الجسد الأنثوي على أنه جسد مجنس Corp sexué، ومثير جنسيا للرجل من خلال تفاصيل عديدة وأهمها الثدي، وفي الدين الإسلامي ما يؤكد هذا، حيث أن اعتبار أن جسد المرأة عورة ولذلك وجب أن تستر مفاتها حتى لا تثير الأجانب، من خلال قوله تعالى " فليضربن بخمرهن على جيوبهن"، وقد فسّر المفسرون الجيوب بأنها الفتحات التي تبدو من الثوب وتظهر الرقبة وجزء من الثدي، وهذا ما يبيّن أهمية هذا العضو من الناحية الجنسية للرجل كمثير للشهوة، ومنه فإن توفر الزوجة على متطلبات اثاره الشهوة عند الرجل ضروريّ وأساسيّ لديه، وافتقادها لشيء منه قد يؤدي إلى نفوره منها وعدم رغبته فيها، وقد يؤدي إلى الطلاق، وهذا ما قد يحدث إذا حدث معها تشوه ما كالتشوه الذي يصيبها اثر عملية بتر الثدي.

ويمكن لبعض التعاريف "الشرعية" للزواج، أن يظهر أهمية العلاقة الجنسية بين الزوجين والتي تهدف أساساً إلى اشباع الغريزة الجنسية الذكرية للزوج، حيث عرّفه ابن الهمام: أنه "عقد وُضع لتملّك المنفعة بالأنثى قصراً والمراد" ب: "وُضع" هو وضع المشرّع وليس وضع المتعاقدين والمراد بـ"تمليك": المتعة بالأنثى أي تملّك منفعة البُضع، والمراد بـ"قصراً": قيد خرجت به الأمة لأنّ منفعة البضع تابعة لملك العين في الأمة، وأما في الزواج فالمقصود منه ملك المنفعة. (الحنبلي، بلا تاريخ)، فالتمتع بالانثى من أهم مقاصد الزواج التي تدرأ عن الرجل ممارسة العلاقة الجنسية في غير موضعها الحلال، وفي الشريعة الإسلامية الكثير من الأدلة التي تعلي من وظيفة الجنس ومن ضرورة التمتع بالأنثى، ففي الحديث الشريف مما معناه، إذا رفضت المرأة نداء زوجها للتمتع بها في الفراش لعنتها الملائكة، فعن أبي هريرة رضي الله عنه عن النبي صلى

⁴. جاء في النص الأصلي بالفرنسية «seul son sexe est l'objet de son désir»، وهنا يمكن ترجمة كلمة sexe، بجنسها كأنثى، أو بعضوها التناسلي أيضاً.

الله عليه وسلم قال: "إذا دعا الرجل امرأته إلى فراشه فأبت أن تجيء لعنتها الملائكة حتى تصبح" (متفق عليه). كما جاء في الحديث الذي رواه أبو هريرة: "قيل لرسول الله صلى الله عليه وسلم أي النساء خير؟ قال: التي تسره إذا نظر، وتطيغه إذا أمر، ولا تخالفه في نفسها ومالها بما يكره" أخرجه النسائي (3231) واللفظ له، وأحمد (7421).

خلاصة:

من كل ما سبق يمكن استخلاص أنه ورغم الاعتراف العلمي والديني بالرغبة الجنسية لدى الرجل والمرأة على حدّ سواء، وعلى أهمية الزواج كوسيلة "معترف بها" لاقامة علاقة جسدية مشتركة بين الرجل والمرأة، فإن المرأة تبقى تعتبر اجتماعيا ودينيا، كأداة لتلبية الرغبة الذكرية، المبرر لها بأنه أقوى وأهم وأنشط، ويبقى الاعتراف للرجل بحقه في الاستمتاع بزوجته التي يجب ان تتوفر فيها مجموعة من الشروط، حيث تكون

وظيفتها الأهم في الأسرة هي تلبية هذه الرغبات، وفي حالة ما استحال عليها ذلك فإن المجتمع وعلى أسس دينية وتمثلات اجتماعية عديدة يبيح له ك"رجل" تطلق أو إعادة الزواج للوصول إلى متعته القسوى.

الفصل الرابع:

الرّعاية الاجتماعية وتطورها الفكري والفلسفي

تمهيد:

تعتبر الرعاية الأسرية فرعا هاما من فروع الرعاية الاجتماعية الأكثر شمولاً، من حيث أنها سياسة تتبنى عليها الدول المتطورة الساعية إلى الرفاه الاجتماعي، وتحمل الرعاية الأسرية في خصائصها الأكثر حميمية، خصائص الرعاية الاجتماعية، إذا ما اعتبرنا الأسرة سواء النووية منها أو الممتدة نظاماً مؤسسياً يقوم على تقسيم الأدوار والمكانة والقيادة.

وكانت الأسرة منذ القدم المنطلق الأهم والأساسي لمفهوم الرعاية من حيث أنها تولي الاهتمام وتمنح الدعم وتتضامن مع مختلف أعضائها الأكثر حاجة، كالأطفال والعجزة والمرضى.

وقد مرت الرعاية من مفهومها الخاص الحميمي إلى مفهوم أعم يشمل الدولة ومؤسسات عمومية وخاصة تعمل على توفير مختلف الخدمات لجميع الفئات الهشة في المجتمع التي هي بحاجة إلى الرعاية سواء المادية منها أو النفسية أو الاجتماعية التي تساهم في إدماجها في عجلة الإنتاج الاجتماعي العام، على تطور فلسفي وفكري للمفهوم.

وتعتبر الرعاية الصحية فرعا هاما ان لم يكن الأهم في السياسات الاجتماعية التي تتبناها الدول من حيث أن الصحة الجيدة للمواطنين هي التي تمنحهم القدرة على العمل وبذل الجهد ومنها الإنتاج الذي يضمن استمرارية الدولة.

المبحث الأول: مدخل للرعاية الاجتماعية: تطور المفهوم

تعتبر الرعاية الاجتماعية من المفاهيم الحديثة التي لقيت الكثير من الاهتمام في مجال العلوم الاجتماعية، ولكنها لا يزال يشوبها بعض الغموض والتشابك مع عدد من المفاهيم الأخرى التي تتشارك معها الخصائص، وبما أنّ البحث يقوم على البحث في الرعاية التي توليها الأسرة لإحدى أفرادها المصابة بسرطان الثدي، فمن الضروري التعمق في مفهوم الرعاية الاجتماعية وخصائصه المختلفة.

المطلب الأول: الرعاية الاجتماعية المفهوم والخصائص: THE SOCIAL CARE

1. التعريف اللغوي والاصطلاحي:

أ- لغة: اشتقت كلمة رعاية من الفعل الثلاث رعى، بمعنى راقب وحفظ، قال ابن فارس رعى الراء والعين والحرف المعتل أصلان أحدهما المراقبة والحفظ، والآخر الرجوع، الأول رعيت الشيء رقبته، ورعيته إذا لاحظته (زكريا 1979، ص 409).

والراعي هو الوالي، والجمع الرعاء، وهو جمع على وزن فعال وهو نادر، ورعاة أيضا، ورعيت الأمر نظرت إلام يسير، ورعيت النجوم رقبته، والرعاية حسن الرعاية بالإبل، وفي الباب أرعيته سمعي أصغيت إليه، وأرعني سمعك بكسر العين ليرقب سمعك ما أقوله، والأصل الآخر ارعوى عن القبيح إذا رجع وحكى بعضهم فلان حسن الرعوي، فالرعي مصدر رعي الكلاً ونحوه يرعى رعيًا، والراعي يرعى الماشية أي يحوطها ويحفظها، والماشية ترعى أي ترتع وتأكل الرعي (المنظور 1993):

وكل شيء حُطته فقد رَعَيْته، والوالي يرعى رَعَيْته إذا ساسهم وحفظهم، والرعاية حرفة الراعي والموس مرعيّ (الأزهري، بلا تاريخ)، ويبدو من التعريف اللغوي لكلمتي رعى ورعاية، أنهما تشملان الحراسة والحرص على الشيء، والوقوف عليه لحفظه من كل شرّ، وتكون من الكامل إلى الناقص، فهي من الولي إلى رعيتيه، ومن الاب إلى أبنائه ومن الراعي إلى ماله" ماشيته" وغيرها.

ب- اصطلاحا: يعدّ مصطلح الرعاية الاجتماعية من المصطلحات الحديثة في علم الاجتماع، وإن كان مفهوم الرعاية الاجتماعية - كتطبيق - قديم قدم الإنسان، حيث ثبت أنّ الأم انشغلت منذ العهود البدائية برعاية وليدها، بينما تكفل الذكر بإطعامهما معا، ويمكن أن يكون هذا التقسيم في الأدوار، أولى بؤادر التكافل والرعاية الاجتماعية في المجتمعات البشريّ، كما رأينا في الفصول السابقة، إلا أنّ مفهوم الرعاية الاجتماعية قد اقترن بأمر آخرى، دعت إلى تباين واختلافات في تحديده وتعريفه، وقد جاء الاختلاف

نتيجة الأسباب الموضوعية التي لخصها ماهر أبو المعاطي في كتابه "مقدمة في الرعاية الاجتماعية" فيما يلي:

1- اختلاف المتخصصين في تعريب مصطلح Social care حيث يترجمه البعض بالرفاه الاجتماعي ويترجمه آخرون بالخير الاجتماعي، كما يوجد اختلاف كبير في ترجمة وتعريف الكلمة أو المفهوم إلى الفرنسية، حيث رسخت في الأدبيات البحثية والأكاديمية الفرنسية استخدام المفهوم بكلمته الإنجليزية، وقد عرّج كلود مارتين (Claude Martin) في مقاله (ماهي الرعاية الاجتماعية؟ مجموعة أسئلة)*، إلى إشكالية وضع كلمة فرنسية تساير المفهوم الاجتماعي للرعاية، حيث قال "انه قد تم الإشارة من طرف كاترين أودار (CATRINE AUDARD) في المعجم الأوروبي للفلسفة**، إلى الصعوبة التي نجدها في ترجمة واحاطة المعنى التام لمفهوم CARE باللغة الفرنسية" (MARTIN 2008, p28)، فمفهوم الرعاية متشابك ومتعدد الأبعاد الاقتصادية والمادية وحتى الذاتية والعاطفية، الامر الذي جعل ترجمته من الإنجليزية مشروعا علميا في حد ذاته.

2- اختلاف مظاهر وبرامج الرعاية الاجتماعية من مجتمع لآخر: حيث تختلف هذه الأخيرة باختلاف الاتجاه الأيديولوجي للدولة ومقدراتها البشرية والمادية أيضا.

3- اختلاف الأسس النظرية التي يتم في ضوءها تقديم الرعاية الاجتماعية.

4- الاختلاف في الأهداف الرئيسية للرعاية الاجتماعية ما بين الأهداف العلاجية والوقائية أو كلاهما معا.

5- الاختلاف حول تحديد من المسؤول عن برامج الرعاية الاجتماعية هل هي الأجهزة والمؤسسات الحكومية أم الجمعيات الأهلية.

حيث عرفها ماهر أبو المعاطي (المعاطي 2004، ص 18) بأنها "هذا الكل من الجهود والخدمات والبرامج المنظمة الحكومية والأهلية والدولية والتي تساعد هؤلاء الذين عجزوا عن إشباع حاجاتهم الضرورية للنمو والتفاعل الإيجابي في نطاق النظم الاجتماعية القائمة لتحقيق أقصى تكيف ممكن مع البيئة الاجتماعية" أو "هي نسق منظم من الأجهزة الحكومية والأهلية التي تضم عددا من المتخصصين الذين يسعون لتوظيف طاقات المجتمع وأفراده، واستثمارها لتوفير الخدمات والبرامج التي تساعد الإنسان على إشباع احتياجاته،

* Qu'est-ce que le social care ? Une revue de questions

** .Le vocabulaire de la philosophie

ومواجهة مشكلاته، أو الوقاية منها، وتنمية قدراته بهدف تحسين أحواله الحالية والمستقبلية في إطار قانوني وتشريعي على أساس من العدالة والتكافل الاجتماعي

فالرعاية "هي التي تجمع بين الاهتمام بأحدهم والرعاية به، أو بتعبير آخر، العناية والعاطفة، ولكن أيضا المهني "المحترف والهاوي" غير المحترف" (MARTIN 2008, p28)، ففي هذا التعريف يمكننا التمييز بين نوعين أساسيين من الرعاية واستخلاص خصائصهما معا.

2. الرعاية الأسرية كفرع من الرعاية الاجتماعية:

ترتبط الرعاية الأسرية عموما بالمحيط المنزلي (le sphère domestique)، وبذلك فهي مرتبطة ارتباطا وثيقا بالعمل المنزلي (le travail domestique)، وقد وصفته سيسيل غانيون (Cécil gagnon) في مقالها: الحمولة المعنوية والمشكلة الأخلاقية للرعاية: تقسيم العمل في المحيط المنزلي كرهان للعدالة، بأنه عمل غير مرئي (travail invisible)، بحكم أنه يحدث داخل البيوت ولا يتم تقاضي أي أجر عليه (ganon 2019, p24)، ويمكن أن نطلق على الرعاية الأسرية وصف الرعاية الحميمة، من حيث أنها تلك التي يقدمها الأشخاص القريبين من المحتاج إلى الرعاية، كأفراد الأسرة والأصدقاء وغيرهم، فرغم ظهور التخصصات والمتخصصين في مجالات الرعاية والعمل الاجتماعي، فإنه يبقى لدور الأسرة والعلاقات الشخصية أهمية بالغة في الاهتمام بالأفراد الذين يمرون بمراحل حاجة ونقص في حياتهم، حيث لازالت الأسرة تعتبر المصدر الأول والاهم للرعاية التي تقوم على العاطفة والقرب الحميمي من المريض أو المحتاج، بل انّ المختصين يعتمدون على فهم افراد الأسرة للحالات مرضاهم ومسعفيهم ليزيدوا من فاعلية العلاج ونجاعته، إذ تعد الأسرة، والأهل، والزملاء، والأقارب، والجيران، وغيرهم من أعضاء المجتمع الذين لهم حيز مهم في حياة الفرد مصادر غير رسمية من البيئة الاجتماعية، يستطيع الفرد اللجوء إليها في أي وقت طلباً للمساعدة. ويتكون الدعم الاجتماعي من المساعدة، والمؤازرة المادية، والعاطفية، والمعنوية، والمعلوماتية، والمجتمعية التي يحصل عليها الفرد من خلال تعاملاته وعلاقاته الاجتماعية مع الأفراد المحيطين به، ومن المصادر المتاحة في بيئته الاجتماعية" (الركبي 2016، ص86)، ويمكن اعتبار الأسرة الحاضنة الأولى لأي محتاج للمساعدة وأنّ الأسرة كمؤسسة راعية لأفرادها لا تتجه إلى المؤسسات الاجتماعية الأخرى، الا إذا كانت عاجزة عن رعاية أفرادها سواء بسبب عجز مادي أو صعوبة الرعاية أو احتياجها إلى رعاية متخصصة تتطلب مهارات خاصة.

وتتطلب الرعاية الأسرية "المنزلية" حمولة عاطفية ومعنوية، عكس الرعاية الاجتماعية، التي يمكن ان تتجه نحو المهنة الخالصة من أكثر من كونها علاقة إنسانية مقربة، بين المرعيّ ومقدم الرعاية.

2.1 مهمات الرعاية الأسرية:

وفي كتابها مجبرون على الرعاية " forced to care: coercion and caregiving in Amerca »، تقدم افلين ناكلرنو غلين (Evelyn nakarno glenn)، تقدم تعريفا للرعاية المنزلية الأسرية من حيث نوعية الأعمال التي يقوم بها مقدم الرعاية وتقسّمها إلى ثلاث أعمال رئيسية (ganon 2019, p26):

1- العناية المباشرة بالشخص والتي تتضمن:

- العناية الجسدية: وتتمثل في الاطعام، التنظيف "التحميم"، إعطاء الدواء...الخ
- العناية العاطفية: الاستماع، الحديث، التشجيع، رفع المعنويات...الخ
- مساعدة الأشخاص على القيام بحاجياتهم الجسدية والعاطفية (التسوق معهم أو لأجلهم، قيادة السيارة ومرافقتهم للمواعيد، مرافقتهم في جولات ترفيهية...الخ)

2- المحافظة على المحيط الفيزيائي المباشر الذي يعيشون فيه: (تغيير الفراش، تنظيف الملابس، تنظيف المنزل أو الغرفة، غسل الأواني...الخ)

3- العمل على تحسين العلاقات الاجتماعية: بين الأشخاص، وذلك من خلال عمل يتميز بالاعتماد والعاطفة، أو ما كلن يسمى يابقا ب"العمل العائلي" أو"الامومة الاجتماعية".

وتمثل الرعاية الأسرية المدرسة الأولى للفرد التي يتعلم من خلالها أسس التكافل والتضامن وأخلاقيات الإيثار ونكران الذات، والتي تنتقل اليه بشكل تلقائي عبر التنشئة الاجتماعية، وهو حسب "غانيون" دائما "ذلك العمل الذي يتضمن داخل سيرورة إعادة الإنتاج الاجتماعي كاملة، والتي بدونها لن يكون هناك لا ثقافة، لا تنظيم اقتصادي ولا سياسي" (ganon 2019, p27).

انّ مجال الرعاية ينتقل من العام إلى الخاص ومن الخاص إلى العام بشكل مستمر في حياتنا المعاصرة، فبعد أن كانت العائلة هي التي تقوم برعاية أفرادها في كل المجالات وعند كل أنواع الحاجات، استقطبت مؤسسات الرعاية الاجتماعية الحالية كل فرد محتاج إلى الرعاية إلى المؤسسة المتخصصة بحالته او

حاجته، فللمرضى المستشفيات، ولذوي الاحتياجات الخاصة مؤسسات التأهيل والادماج الخاصة بهم، وللأطفال دور الحضانه والمدارس، وحتى المسنين أصبح لديهم في المجتمعات الغربية دور رعاية تؤدي ما عليها لرعايتهم والوقوف على متطلباتهم.

2.2 خصائص الرعاية الأسرية:

إذا ما رجعنا إلى التعاريف السابق للرعاية، أمكننا التفريق بين ما هو اجتماعي مؤسس، وبين ما هو عائلي حميمي، من خلال مجموعة من الخصائص:

1- من حيث مقدم الرعاية:

تتميز الرعاية الأسرية بأن مقدم الرعاية عادة ما يكون أحد أفراد العائلة أو مجموعة من الأفراد، حيث جاء في موقع المجتمع الأمريكي للسرطان " يسمي الشخص الذي يقدم الرعاية للمريض في المنزل بمقدم الرعاية الأسري (the family care giver)، وعادة ما يكون دور مقدم الرعاية جزء أساسيًا من عناية المريض الصحية" (Society 2016)، حيث نرى أنّ العناية هنا لا تقتصر على الجانب الطبي الذي تعنى به الهيئة الاستشفائية والأطباء بشكل خاص، بل تتعدى إلى مقدم الرعاية، الذي يقوم بالوظائف الحميمية التي ذكرت سابقا من تحميم وتقديم الادوية وتنظيف المنزل وتقديم الدعم العاطفي، ويكون مقدم الرعاية "في أغلب الأحيان شخصا واحدا، وعادة ما تكون علاقة هذا الشخص بالنسبة للمريض (زوج، شريك حياة، أو ابن بالغ) وفي بعض الأحيان قد يتحمل مسؤولية المساعدة صديق قريب وبالذات في حال عدم تواجد أقارب" (Society 2016)، وتجدر الإشارة إلى أنّ تحديد مقدم الرعاية بشخص واحد، يتعلق بمعطيات اجتماعية، اقتصادية غربية، حيث يتضمن بحثنا هذا دراسة خصائص مقدم الرعاية في الأسرة الجزائرية، من حيث الجنس والسن والعدد، فهل تتلقى الزوجة المصابة بالسرطان الرعاية من طرف شخص واحد فقط، مثلما تتداوله الادبيات الغربية عن الرعاية، أم أن الخصائص الاجتماعية لكل أسرة تغيّر من هذا المعطى؟ كما يعتبر العمل المنزلي اجتماعيا عملا أنثويا بامتياز، فإنّ الرعاية لا زالت تلتصق بالأنوثة فتقول غانيون "إلى يومنا هذا، لا زال الناس يعتبرون عمل الرعاية أمرا منسوبا بشكل طبيعي إلى المرأة، ولا زال يمارس بالأغلبية من طرفهن" (ganon 2019, p 27).

2- من حيث مكان تلقي الرعاية:

حيث أنّ الرعاية الأسريّة هي تلك المجموعة من الخدمات المادية والعاطفية والخدماتية، التي يتلقاها المريض أو المحتاج، من طرف أحد أو مجموعة من أفراد أسرته، داخل المحيط المنزلي العائلي.

حيث أنّ أنواع الرعاية التي يتلقاها في المستشفى أو أي مؤسسة ذات طابع اجتماعي آخر تدخل تحت إطار الرعاية الاجتماعية المؤسساتية المنظمة.

3- من حيث مقابل الرعاية:

تتميّز الرعاية الأسريّة بأنها مجانية، لا يتلقى صاحبها أي مقابل ماديّ لقاءها، فهي تختلف عن الخدمات الاجتماعية التي تكون بمقابل ماديّ حيث يلقى المريض الرعاية والعناية داخل منزله ولكن من طرف أشخاص متخصصين في الرعاية وبمقابل مادي: كالممرض المنزلي أو المرافق الاجتماعي.

4- من حيث التخصص والتنظيم:

عادة ما تكون الرعاية التي يتلقاها المريض او المحتاج للرعاية من أفراد أسرته، غير احترافية، فالأشخاص يتعلمون التأقلم مع الوضعية الجديدة التي يعيشها أفراد أسرته، فهم لا يحملون شهادات في التمريض او الرعاية الاجتماعية المتخصصة، بل أنهم يهبون بشكل تلقائي، إنساني، مدفوع بعواطف التضامن والعطف لمساعدة أقربائهم المحتاجين للمساعدة والدعم والرعاية " وقد يصعب على بعض الأشخاص القيام بدور مقدّم الرعاية، وهناك العديد من الأسباب لذلك، فبعض الأقرباء لا ينسجمون حتما مع المريض، وقد تكون لديهم الاكثير من الأمور الأخرى، وقد يشعرون بالخوف بعد قيامهم بدور العناية بشكل جيد" (Society 2016)، وهنا ننتقل إلى الاجبارية وعدم الاختيار، حيث أنّ أغلب الأقارب لم يختاروا دور الرعاية بل هم مجبرون عليه بسبب صلة القرابة والضبط الاجتماعي.

فالرعاية الأسريّة رعاية غير محترفة ومتخصصة، تلقائية وغير منظمة عادة.

ومما سبق نستنتج أنّ الرعاية الأسريّة وان كانت مشحونة بالعواطف مقدمة لها، وتعتمد في صميمها على القرب والحميمية مع المريض، إلا أنها قد تفتقر إلى الاحترافية والتخصص في التعامل مع بعض الحاجيات الخاصة، التي تجبر بعض الأسر إلى التعامل مع المؤسسات المتخصصة والتي تقدّم رعاية مضبوطة ومهنية.

3. الرعاية كمشروع اجتماعي عام: الرعاية الاجتماعية

ويمثل هذا النوع من الرعاية ما تقدمه المؤسسات المتخصصة في مجالات الرعاية والعمل والحماية الاجتماعية، وتتكفل بها عادة مؤسسات متخصصة ذات أهداف ومخططات واضحة، حيث تمثل "نسق من الخدمات والأجهزة التي يتم إعدادها لمساعدة الأفراد والجماعات على تحقيق مستويات مناسبة للصحة والمعيشة، ولتدعيم العلاقات الشخصية والاجتماعية بما يمكنهم من تنمية قدراتهم، وتحسين مستوى حياتهم بما يتماشى مع احتياجاتهم ومجتمعاتهم" وهي بذلك "تنظيم يهدف إلى مساعدة الإنسان على مقابلة احتياجاته الذاتية والاجتماعية، ويقوم هذا التنظيم على أساس تقديم الرعاية عن طريق الهيئات والمؤسسات الحكومية والأهلية (المعاطي 2004، ص34)، حيث أن النقاش في الدول الأنجلو ساكسونية حول "الرعاية" قد تجاوز "المستوى الفردي والعلائقي ليدخل في الجماعي والمؤسساتي، بمعنى أن "الرعاية" ترتبط في شقها بما يتم تطويره الآن على المستوى السياسي، الأكاديمي حول مفهوم التضامن، سواء كان عائلي، بين الأشخاص أو جماعي وعمومي" (MARTIN 2008, p29). فالرعاية هنا تشمل كل الجهود المادية والمعنوية التي يبذلها المجتمع ككل بشقيه الحكومي الذي يمثل الدولة من حيث أنّ لها أجهزة وأنظمة وقوانين وسياسات تهدف إلى التحسين من المستوى الاجتماعي للمواطنين من جهة، والمجهود الذي يمكن أن تبذله الجمعيات الأهلية الممثلة في الجمعيات والتنظيمات والنوادي أو ما يمكن تسميته من جهة أخرى بالمجتمع المدني، وذلك من أجل أهداف منسقة أو غير منسقة تتمثل في تحسين المستوى الاجتماعي، المالي، الثقافي والمعرفي للمواطنين، من أجل اندماج وانسجام أحسن في المشروع الاجتماعي الأشمل.

ويمكن أن تشمل الرعاية الاجتماعية في شقها الثاني الاجتماعي العام، المصابات بسرطان الثدي، من خلال توفير برامج ومؤسسات اجتماعية لإعادة تأهيلهن بعد الشفاء ومساعدتهن ماديا ونفسيا لتجاوز المحنة التي أصابتهن، كما يمكنها أن تشمل القوائم برعايتهن من الأسرة أو المقربين، من خلال دعمه واعانته ماديا واجتماعيا، حيث تقدم هذه الخدمات في دول مختلفة، من خلال جمعيات خاصة لمقدم الرعاية.

1.2 الخصائص العامة للرعاية كنسق اجتماعي:

إنّ اختلاف وتنوع التعريفات التي أعطيت لمفهوم الرعاية الاجتماعية، والراجع أساسا إلى الاختلاف في المنطلق الفكري والأيدولوجية والنظام الاجتماعي العام، أدى بالضرورة إلى اختلاف خصائص ومميزات الرعاية من مجتمع إلى آخر حسب الظروف الاجتماعية والسياسية والتاريخية لهذا المجتمع، حيث لخص سليمان علي الدليمي (الدليمي 1998)، أهم مميزات الرعاية الاجتماعية فيما يلي:

- الرعاية الاجتماعية مسؤولية الدولة:

تتميز بكونها مؤسسة مجتمعية تخضع للتنظيم الرسمي للدولة، ووظيفتها تحديد احتياجات الناس وإشباعها حيث يزيد تدخل الدولة في مختلف مجالات الحياة بعد أن ان عجزت الأنظمة التقليدية كالأسرة مثلا عن تلبية متطلبات الأفراد والجماعات نتيجة لتعقيد الحياة الحديثة، فمن أجلها يتم إنشاء مؤسسات رسمية تشرف عليها الحكومة ولها موازنتها السنوية، ولها قوانينها التي تحكم عملها، ولها الدراسات المعنية بتطوير الأداء فيها والدوائر التي تراقبها، أي باختصار نظام الرعاية الاجتماعية أصبح جزءا من المؤسسة الرسمية للدولة ويشمل جميع ما يتعلق من مجهودات مبدولة لمساعدة الإنسان على إشباع إحتياجاته بكل صورها.

وتشمل أيضا نظم هذا الإشباع وتنظيماته والمؤسسات التي تقوم بتوفير تلك الخدمات والقوانين التي تكفل تحقيق هذه الخدمات، كقوانين العمل والطفولة والأسرة والتأمين الاجتماعي (المعاطي 2004، ص26). وبناء على ذلك فإن الجهود الفردية والخدمات التي تقدم على سبيل المساعدة والإغاثة في حالة الطوارئ من الأصدقاء أو الجيران أو جماعات الأقارب لا تعد شكلا من أشكال الرعاية الاجتماعية (م. فهمي 2000، ص118).

- الرعاية الاجتماعية مسؤولية اجتماعية:

أي أن الرعاية تقع ضمن مسؤوليات المجتمع ككل في كل شكل من أشكال التنظيمات، سواء كانت حكومية أو خاصة فهي في كل أشكالها يقوم بها أفراد المجتمع كنشاط رسمي من أنشطته ويتم تمويلها من موارد المجتمع الذي يتكفل باستمرارها إمدادها حتى يضمن استمراريتها وهي في النهاية تعود بالنفع على المجتمع نفسه.

- الرعاية الاجتماعية عمل غير ربحي:

أنشطة وخدمات الرعاية الاجتماعية لا تهدف إلى الربح المادي، لأن مؤسسات الرعاية الاجتماعية هي مؤسسات غير ربحية تقدم خدماتها للمواطنين بالمجان، فهي حق من حقوق الأفراد يحصلون عليها من المجتمع الذين يعيشون فيه دون مقابل مادي (المعاطي 2004، ص 28). لذلك تخرج من إطار الرعاية الاجتماعية تلك الخدمات والسلع التي تنتج من المشروعات الاقتصادية ويتم شراؤها عن طريق الأفراد، مثل المدارس الخاصة والمؤسسات العلاجية الخاصة وكذلك الخدمات الاجتماعية التي تتكفل بها المنشآت

الاقتصادية والتي تقدمها للعاملين بها والتي تهدف إلى رفع الكفاية الإنتاجية للعاملين بها وان كان البعض يعتبرها ضمن أنشطة الرعاية الاجتماعية (م. فهمي 1998، ص 129).

انّ ما سبق يعني أن أنشطة الرعاية الاجتماعية ليس لها أي مردود مادي، فهي تستهدف تحقيق إشباع الحاجات الإنسانية، والإقلال من حدة المشكلات، ما يترتب عليه تنمية الموارد البشرية، وبذلك فهي شكل من أشكال الاستثمار بعيد المدى، والذي نلاحظ نتائجه في تحسن الأحوال المعيشية ومواجهة الأمراض والمشكلات الاجتماعية (المعاطي 2004، ص 28).

- الرعاية الاجتماعية تعزز القيم الإنسانية:

يمكن اعتبار ان الرعاية الاجتماعية هي خلاصة من القيم الدينية والأخلاقية والجمالية التي اكتسبها الإنسان على مرّ التاريخ والتي تحث الإنسان على الإحساس بالآخرين وتقديم العون لهم، وإدراكه ان سعادته كفرد مرتبط ارتباطا وثيقا بمدى رفاهية وسعادة المجتمع الذي ينتمي اليه، هذا ما أدى به إلى خلق سياسات اجتماعية تراعي انسانيته التي كادت الفكرة الصناعية ان تقضي عليها، ومنه فان الرعاية الاجتماعية هي أسلوب مقنن لتعزيز القيم الأخلاقية والإنسانية وتثبيتها في المجتمعات المعاصرة.

- الاجتماعية حق من حقوق الإنسان:

لم تعد الرعاية منحة أو هبة يقدمها الأغنياء للفقراء، ولكنها أصبحت حق لجميع المواطنين لهم أن يطالبوا بها الحكومة، خاصة بعد أن أقرت المواثيق العالمية أحقية المواطن في أي مجتمع من المجتمعات في الحصول على خدمات الرعاية الاجتماعية كحق له، كما أقرت أيضا الدساتير والقوانين في كل دول العالم.

- الرعاية الاجتماعية كتخصص:

لقد خرجت الرعاية من كونها ممارسة "إنسانية" تلقائية، إلى تحولها إلى تخصصات فيما صار يسمى بمهن الرعاية THE CARE JOBS، والتي تضطلع بها المؤسسات الاجتماعية المتخصصة سواء الحكومية أم الاهلية أم الدولية، وتعمل هذه المؤسسات وفق قوانين وتنظيمات تحدد شروط الاستفادة من الخدمات المحددة.

- الشمول والتكامل:

يعني الشمول تقديمها لجميع فئات المجتمع، ولا يقتصر تقديمها لفئة دون أخرى وإلا عجزت عن تحقيق أهدافها، إذ لم تعد الرعاية الاجتماعية تركز على الفئة المحرومة ماديا فقط بقدر ما صارت اهتماماتها تقارب

الجوانب النفسية والاجتماعية لتحقيق الرفاهية للمجتمع، في ظل ما يسمى بدولة الرعاية. فمثلا يبقى تقديم الرعاية للمصابة بسرطان الثدي كل جوانبها الحياتية كرايتها صحيا وتأمينها اقتصاديا، إضافة إلى النظر في المشاكل النفسية والاجتماعية التي تعانيها، ويعني الشمول امتدادها لتشمل جميع المناطق الجغرافية، أما التكامل فيعني النظر للحاجات الإنسانية المتعددة والمتنوعة وإشباع جميع هذه الحاجات، لأن الاهتمام بمجال وترك مجال آخر يعني قصور في برامج الرعاية الاجتماعية يترتب عليه العديد من المشكلات، فبرامج الرعاية الاجتماعية يجب أن تتعدد وتتنوع حتى يمكن مقابلة احتياجات الإنسان المتعددة والمتنوعة (منصور 2004، ص21.22.23).

ومما سبق يمكن اعتبار الرعاية التي توليها الأسرة لأحد من أفرادها سواء بسبب العجز كالأطفال والمسنين أو المرض، تقع في صميم الرعاية الاجتماعية بل هي العماد المؤسس لها، حيث يتعلم الفرد منذ تكوينه الأول ضمن المؤسسة الاجتماعية الأولى متمثلة في الأسرة، بأنه مجبر كفرد فاعل في محيطه الاجتماعي على إيلاء الاهتمام بالمحيطين به، بشتى أنواع التضامن والتكافل الاجتماعي، سواء من خلال دعم الافراد المحتاجين إليه أو التضامن العاطفي والنفسي والمادي، أو من خلال الرعاية التي تعتبر أشمل المفاهيم وأكملها، من حيث هي تقديم الدعم والتكفل التام من جميع النواحي المادية كانت أو العاطفية أو الرعاية الشخصية.

4. المفاهيم القريبة من الرعاية الاجتماعية

إن الميادين والمجالات التي تشملها "الرعاية" وانتقالها الدائم بين ما هو شخصي-جماعي، وبين الهاوي-المهني، وبين العاطفي-المؤسسي، قد جعلها تتأرجح وتتلاقى مع مجموعة من المصطلحات والمفاهيم، فهي تشمل العناية والاهتمام والدعم والحرص على الآخر وغيرها، لذلك كان من المهم التعرّيج على المفاهيم الأكاديمية والاجتماعية-اقتصادية الأقرب للرعاية الاجتماعية ومنها:

4.1 المساندة الاجتماعية أو الدعم الاجتماعي المُدرك: THE Perceived SOCIAL SUPORT

يعتبر مفهوم المساندة أو الدعم الاجتماعي هو الأقرب إلى الرعاية، وقد يختلط على الباحث أحيانا لدرجة التطابق، خاصة إذا تعلق الأمر بالرعاية التي توليها الأسرة إلى أحد أفرادها، أو الرعاية التي يوليها فرد لفرد آخر، من حيث أنّ الدعم كما عرفه كوب (Cobb) " هو الانتماء المُدرك لشبكة الاتصالات والعلاقات الاجتماعية، بينما ينظر كوهن وآخرون (Cohen et al)" للمساندة الاجتماعية على أنها المعلومات المقدمة

من الآخرين المحيطين بالفرد والذين يبادلونه المحبة والمودة والتقدير، ويهتمون برعايته ويعد الفرد جزءا من شبكة العلاقات والاتصالات الاجتماعية" (الشويخ، 2008، ص75).

وتعرف كاترونا (Cutrona) المساندة الاجتماعية على أنها إشباع الحاجات الأساسية للفرد من حب واحترام وتقدير وتفهم وتواصل وتعاطف ومشاركة الاهتمامات وتقديم النصيحة وتقديم المعلومات وذلك من الأشخاص ذوي الأهمية في حياة الفرد خاصة وقت حدوث الأزمات أو الضغوط (دياب 2006، ص 56). ويمكن تعريف المساندة الاجتماعية من خلال التعريفات السابقة على أنها: المساعدة التي يتلقاها الفرد من طرف الأشخاص المقربين الذين تربطه بهم علاقة مباشرة عندما يعيش مواقف صعبة وتتضمن هذه المساعدة الحب والاهتمام والاحترام وتقديم المعلومات والاستعداد للمساعدة عند الحاجة.

يؤدي الدعم الاجتماعي دورا هاما في تحسين الصحة النفسية والعاطفية للفرد، وذلك في التغلب على الضغوط النفسية والاجتماعية التي تنتج عن ظروف ومشاكل ومصاعب الحياة، وكذلك يحقق الاستقرار النفسي، والرضا عن الحياة، من حيث احساسه بأنه فرد مرغوب فيه من طرف الجماعة وغير منبوذ اجتماعيا.

يرى هاوس أنّ (House) الدعم الاجتماعي مصدر أساسي يعمل على تخفيف الآثار النفسية والجسدية الضارة الناجمة من الأنواع المختلفة من الضغوطات البيئية خلال دوره في إزالة وتقليل العوامل السلبية، وتحسين الصحة النفسية، وتوفير مصادر تساعد في وقاية الفرد وعزله عن تلك التأثيرات السلبية (الكركي 2016، ص 87).

وتحدد عفاف شكري حداد (حداد 1989) أبعاد الدعم الاجتماعي انطلاقا من الأدبيات كالتالي:

- **الدعم العاطفي:** ويعتبر الأهم من حيث أنه احاطة المحتاج بالاهتمام وابداء عواطف التضامن والدفع به إلى الاحسن وزيادة ثقته بنفسه، إضافة إلى ابداء الحب والحنان ويكون عبر الكلام اللطيف.
- **الدعم المادي:** ويتمثل في دعم المحتاج اما مباشرة عن طريق تقديم المال له، او بطريقة غير مباشرة عن طريق امداده بما يحتاجه ليكون أفضل، كالدواء والغذاء وغيرها.
- **الدعم المعلوماتي:** ويشير إلى تقديم المعلومات والمصادر التي تساعد الفرد على فهم مشكلاته، والقدرة على التعامل معها، ثم حلها، ويهمل الكثيرون هذا الجانب الهام من الدعم.

- التشجيع: ويمكن أن يكون أيضا جزء من الدعم المعنوي، حيث يعاني المصابون بمشاكل اجتماعية او صحية من الاكتئاب الذي قد يؤدي بهم إلى الانكسار والاستسلام، وهنا يحتاجون إلى الكثير من التشجيع الذي ينبع بتحسيسهم بوقتهم وقدرتهم على مواجهة الأزمة التي يمرون بها والتغلب عليها.

إذا كانت الرعاية الاجتماعية تمثل أساسا للسياسة العامة للدول المعاصرة حسب التعاريف السابقة، وتجسدها مؤسسات مختصة في الخدمة الاجتماعية، فإن الملاحظ هو ان الجماعات الاجتماعية الأصغر كالأسرة وجماعة الأصدقاء أو زملاء العمل لا تزال تحتفظ لنفسها في ظل التطور الاجتماعي المعقد ببعض من الدور الأساسي تجاه أعضائها من خلال دعمهم ورغم أن هذا الأخير قد يدخل في وظائف المؤسسات الرعائية الرسمية الا أنه في غالبيته بالتلقائية والعشوائية التي توفرها العلاقات الإنسانية المباشرة كدعم الأسرة للمحتاجين والمرضى والأقل حظا سواء من الناحية المادية أو المعنوية.

ان الرعاية التي تقدمها الأسرة او بعض من افرادها إلى المصابة بسرطان الثدي تشابه في تفاصيلها وأبعادها التعاريف المقدمة للدعم الاجتماعي المدرك، ولكن يبقى مفهوم "رعاية" أقرب إلى تلك النشاطات الدائمة والمتواصلة التي تقدمها للمصابة بسرطان الثدي، حيث تتعدى مجرد الدعم، وقد قام اختيارنا مفهوم الرعاية الأسرية بدلا عن الدعم الأسري، على أساس القائم برعاية المريض في الأدبيات الاجتماعية يدعى بالإنجليزية care giver.

4.2 الخدمة الاجتماعية: THE SOCIAL WORK

يعد مفهوم الخدمة الاجتماعية أو العمل الاجتماعي من أهم المصطلحات المتداخلة مع مفهوم الرعاية الاجتماعية، وقد ظلا لفترة طويلة من الزمن يدرسان كمترادفين ولكن وإن كان المفهومين ينطلقان ويصبان في نفس الأهداف فانهما يختلفان في بعض النقاط الجذرية، حيث يرى سليمان علي الدليمي "أن الرعاية الاجتماعية أعم وأشمل كمفهوم من الخدمة الاجتماعية التي تمثل مهنة تعمل مع مهن وطرق أخرى في مجال الرعاية الاجتماعية" (الدليمي 1998، ص45)، وتعتبر الخدمة الاجتماعية أقدم من حيث النشأة فقد ظهرت منذ المجتمعات القديمة وحثت عليها كل الأديان، لكنها كمهنة تعتبر من مخرجات الثورة الصناعية والمشكلات التي نجمت عن تضخم المدن والتغيرات البنوية التي حدثت في العائلة والأسرة، ومشاكل العمال والطبقات الكادحة، والتي أدت بدورها إلى نشأة حركات إصلاحية ومدارس وتوجهات تسعى إلى إرساء مبادئ العدالة الاجتماعية والمساواة والحقوق كنشوء النقابات وسياسات حكومية تسعى إلى إيجاد حلول توفيقية لهذه المشاكل، ومع تطور الحياة المدنية لم يكن من الممكن الإبقاء على الخدمة الاجتماعية

في حالتها التلقائية التقليدية، التي تركز أساسا على شبكة العلاقات الاجتماعية الضيقة، والجماعات الاجتماعية الأولية، كالأُسرة، الحيّ أو القرية، الجماعة الدينية وغيرها، والتي كانت تعتمد على التطوع وعلى قيم الخير والعطاء، الأمر الذي يتبدد أو ينقص في حالات الازمات الاقتصادية أو الحروب وغيرها، فكان من اللازم تقييدها وتقنينها وإعطائها أبعادا مؤسسية، تعمل في كل وقت وظرف " لتتحول إلى مهنة لها أصولها ومبادئها وأساليبها الفنية" (الدليمي 1998، ص46).

4.3 الحماية الاجتماعية ومجالاتها: THE SOCIAL SECURITY

يلتقي مفهوم الرعاية الاجتماعية بمفهوم الحماية الاجتماعية في عدد كبير من النقاط، لكن تبقى الحماية الاجتماعية جزء من نظام الرعاية الاجتماعية التي تتبناه أي دولة كانت، حيث يعرف موارد تهتان الحماية الاجتماعية على أنها " مجموعة من الآليات والمؤسسات التي تركز على مبدأ التضامن والتكافل والتي تضمن للأفراد الحماية من الأخطار الاجتماعية المتمثلة في الفقر، الأمراض، البطالة والمخاطر التي تتجم عن العمل." (م. وآخرون 2017)، وتعتبر الحماية الاجتماعية عن أهم هدف تسعى له السياسات الاجتماعية لأي دولة، ويُعتبر نجاح نظم الحماية الاجتماعية نجاحا لسياسات الرعاية الاجتماعية من جهة ولا يمكن لأي نظام حماية ان ينجح دون وجود استراتيجية عامة للرعاية الاجتماعية من جهة أخرى، وقد جاءت سياسات الحماية الاجتماعية المختلفة كنتيجة حتمية للتغيرات الاجتماعية التي مست أوروبا والعالم الغربي عموما خلال القرن العشرين وخاصة فيما يخص نشوء النقابات العمالية ومطالبها المختلفة.

وتقوم الحماية الاجتماعية على مجموعة من الآليات والمؤسسات لتحقيق غاياتها المختلفة (الدليمي 1998). وتختلف وتتوسع المجالات التي تدخل فيها الحماية الاجتماعية، ولا ترتبط بمجال واحد كـ مجال التضامن الاجتماعي فقط، وتمثل مجالاتها في:

- أ- الخدمات الاجتماعية المباشرة: التي تقدم للأسر كمنح التقاعد وتعويضات العلاج وغيرها.
- ب- الخدمات الاجتماعية غير المباشرة: وهي تلك التي تقدم بأسعار منخفضة أو مجانية، كدور الحضانة والمستشفيات وغيرها.
- ت- برامج الرعاية الصحية: وهي البرامج التي تدعم الصحة العمومية، كالتوعية الصحية للكشف المبكر عن الامراض كمرض السرطان، كتوفير أدوية مجانية لبعض الأمراض المزمنة.

ث- برامج البحث عن الوظائف وخلق فرص العمل المؤقتة او الدائمة: كخدمة الادمج وعقود ما قبل التشغيل في الجزائر.

ج- برامج تمويل المشاريع: كدعم المشاريع المصغرة أو مشاريع النساء الماكثات في البيت، أو رفع الضرائب عن بعض النشاطات كالنشاط الحرفية مثلا.

ح- برامج التنمية: كبرامج التنمية الريفية وغيرها.

- مؤسسات الحماية الاجتماعية:

تعتمد الدولة لضمان وصول خدماتها ومشاريعها الاجتماعية على مجموعة من المؤسسات للحماية الاجتماعية:

أ- التأمين الاجتماعي (الحماية ضد الأمراض، العجز...)

ب- الادارات العمومية (بما تساهم به من ميزانيات)

ت- التعاونيات المحلية (البلديات وما تقدمه، كبرامج قفة رمضان، منح ذوي الاحتياجات الخاصة...)

تعتبر الحماية الاجتماعية الجانب المادي والاقتصادي لسياسات الرعاية الاجتماعية والتي كانت تمثل أساس قيامها قبل أن تتطور لتشمل جميع جوانب الحياة وجميع أفراد المجتمع وليس المعوزين منه فقط.

المطلب الثاني: التطور الفكري والفلسفي للرعاية الاجتماعية

عرف مفهوم الرعاية الاجتماعية تطورا فكريا وفلسفيا على مرّ التاريخ البشري، تداخلت فيه الاجتهادات الفكرية والفلسفية والواجبات الدينية، إلى أن وصل إلى مفاهيم تشمل دولة الرعاية والحق في الرعاية وغيرها.

1. البوادر الفلسفية للرعاية الاجتماعية في الحضارات القديمة:

كما ذكرنا سابقا فإنّ الانسان منذ القدم حسب علماء الأنثروبولوجيا قام بمهمة الرعاية، حيث كانت أنثى الانسان التي تضع مولودها تبقى معه في داخل الكهف لرعايته والاهتمام به متخلية عن الصيد والبحث عن الغذاء، الأمر الذي كان يقوم به الذكور وخاصة أب المولود بدلا منها، ومثلما يبدو في هذا الفعل بوادر تقسيم الأدوار بين الجنسين، يظهر منه مفهوم عفويّ أوليّ للرعاية، حيث يقوم الضعيف بالاعتناء بالضعيف من جهة، ومن جهة أخرى يراعه من خلال تعويض أدواره التي تخلق عنها مؤقتا، سواء لعلّة فيه مثل المرض، بل يذهب البعض إلى اعتبار أنّ أول الاختلافات الواضحة بين الانسان والحيوان، اعتناؤه بالمرضى

والبحث له عن علاج وعدم تركه للموت مثلما تفعل الحيوانات، ومع ظهور الحضارات والمدن والتنظيمات البشرية المختلفة، أصبحت الرعاية تمثل جزء من التفكير الإنساني، فتطوّرت واختلفت مدارسها عبر الزمن.

1.1 الرعاية الاجتماعية في الحضارة الفرعونية:

لقد كانت الرعاية الاجتماعية في الحضارة الفرعونية مرآة للتطور الحضاري الذي بلغته تلك الحضارة آنذاك، من حيث كونها عنصراً قوياً حيث تجلّى ذلك في الجوانب المتعلقة بالحكم والإدارة والأعمال الخيرية لصالح الفقراء والمعوقين والضمان الاجتماعي للعمال (البدوي 1953، ص5).

وقد دخلت عدد من العوامل في تأسيس ما يشبه سياسة رعاية اجتماعية في الحضارة الفرعونية ومن بينها الطبيعية الجغرافية لبلاد مصر، التي تتميز بخصوبة الأراضي وازدهار الزراعة، الأمر الذي ساهم في استقرار الحكم ومنه توفر الموارد المالية لمواجهة الأزمات، كما أدى انخفاض منسوب مياه نهر النيل إلى فرض حتمية وضرورة التعاون والتعاقد الاجتماعي لمواجهة الآثار السيئة المترتبة عن القحط، وقد لقد عملت الطبقة الحاكمة على توفير بعض برامج الرعاية الاجتماعية بعد أن تبادت في ممارسة القمع وذلك خوفاً منها على مصالحها المهددة من قبل ثورة الشرائح الكادحة على أشكال القهر والتسلط والحرمان.

بينما لعب رجال الدين (الكهنة) الذين كان لهم موقعا هاما في هرم الحكم، دورا في تشجيع الناس على الاحسان والمساعدة من مبدأ الحياة الجيدة التي يعيشها المحسنين بعد الموت (خاطر 1984، ص30-33)، لقد أدى الاستقرار على ضفاف نهر النيل في الأرض الخصبة إلى استمرارية وجود العنصر البشري الشيء الذي حتم تكوين العلاقات الاجتماعية والتعاون والتضامن والوحدة للوقوف ضد أي خطر خارجي محتمل، ومما ساعد وسهل عملية الرعاية الاجتماعية ذلك التقسيم الإداري، حيث كانت مصر الفرعونية مقسمة إلى أقاليم، فكل إقليم كان له حاكم من قبل الملك، يتوافد عليه المظلومين ليقضي بينهم بالعدل كما تنص عليه تعليمات الملوك والحكام ولعل أهم ما يؤكد الصرامة في هذا نجد ما جاء في نقض "باكنخنسو" الكاهن الأول للإله "آمون" في عهد " رمسيس الثاني على ظهر تمثال له وقد قضيت للفقير مثل قضائي للغني وللقوي مثل الضعيف، وأعطيت كل واحد ما يخصه، لأنني كنت لا أمقت البشر، وقد ضمننت لما لا خلف لهم جنازتهم وتابوت لمن لا يملك شيئا، وحميت اليتيم الذي رجاني، وتهدت بيدي مصالح الأرملة (م. فهمي، الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي 1998، ص36).

1.2 الرعاية الاجتماعية في الحضارة الإغريقية:

لقد قامت الحضارة اليونانية "الآغريقية"، على منطقة جغرافية تتميز بغلبة المناطق الجبلية عليها، فلم تكن الأراضي سهلة للزراعة أو الرعي، الشيء الذي دفع سكانها لاتخاذ الحرب واحتراف القرصنة وسيلة لكسب الرزق، وتميّز النظام السياسي بطبقتيه التي تتشكل من طبقة النبلاء أو الأشراف الذين يملكون الأرض الزراعية، ثم تأتي طبقة الفلاحين والعمال الذين يكسبون ويعاملون معاملة العبيد، ويجدر الإشارة أن كل مدينة لها سياستها العامة وفلسفتها وسلطتها، وقد تميّزت الحضارة الآغريقية بغلبة الفكر والشعر والحكمة والفنون كالمسرح على نطاق واسع، فتشكّلت فيها طبقة جديدة وهي طبقة الفلاسفة والمفكرين والتي شكّلت من خلال، ظهور المدرسة السفسطائية في القرن الخامس قبل الميلاد (ق. 5 ق. م) والتي استطاعت تحويل الفكر اليوناني من الاهتمام المفرط بظواهر الكون وعلوم الطبيعة إلى دراسة الإنسان وحياته الاجتماعية، وكل ما يتعلق بتنشئته الاجتماعية، ثم إسهام سقراط (469. 399 ق. م) في الدعوة والتأكيد على استخدام المنهج التجريبي والموضوعية لاسيما في دراسة المشاكل المتعلقة بالأخلاق الاجتماعية (الكريم 1980، ص 07)، وقد كان لكل من " أفلاطون " و " أرسطو " إسهامات هامة في المجال السياسي والاجتماعي وعرفت بذلك الرعاية الاجتماعية، حيث أدّى تفشي مظاهر البؤس والطبقية بهما إلى الاهتمام بالقيم الأخلاقية التي يمكن من خلالها مساعدة المحرومين، وفرض تقديم يد العون لأفراد المجتمع خاصة في أوقات الطوارئ والكوارث، مما أدى ببعض الأغنياء إلى وهب بعض من أموالهم لتقديم الطعام والشراب لأفراد الشعب المحرومين من جهة، ومن جهة ثانية كانت الدولة تلجأ إلى الخزانة العامة لتقديم المساعدات للمحتاجين، ومع ذلك فلم تكن هناك سياسة ثابتة للإحسان والمساعدات، بل كانت تقدم لاتقاء شر أفراد الشعب المحرومين خوفا من تمردهم وثورتهم فقط.

1.3 الرعاية الاجتماعية الإسلام:

أكد الإسلام كدين سماويّ منذ نزول الوحيّ على المسؤولية الاجتماعية كأساس من أسس قيام المجتمع الذي يعتبر الحاضنة التي يعيش تحت كنفها الفرد فيصلح بصلاحه ويفسد بفساده، حيث جاء في الصحيحين أن رسول الله " صلى الله عليه وسلم قال: "أَلَا كُنتُمْ رَاعٍ، وَكُنتُمْ مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ، فَالْأَمِيرُ الَّذِي عَلَى النَّاسِ رَاعٍ، وَهُوَ مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ، وَالرَّجُلُ رَاعٍ عَلَى أَهْلِ بَيْتِهِ، وَهُوَ مَسْئُولٌ عَنْهُمْ، وَالْمَرْأَةُ رَاعِيَةٌ عَلَى بَيْتِ بَغْلِهَا وَوَلَدِهِ، وَهِيَ مَسْئُولَةٌ عَنْهُمْ، وَالْعَبْدُ رَاعٍ عَلَى مَالِ سَيِّدِهِ وَهُوَ مَسْئُولٌ عَنْهُ، أَلَا فَكُنتُمْ رَاعٍ، وَكُنتُمْ

مَسْئُولٌ عَنْ رَعِيَّتِهِ". (متفق عليه)، كما اهتم الإسلام بضرورة التلاحم والتآزر داخل هذا البناء، حيث حث الرسول صلى الله عليه وسلم على ذلك، فعن أبي موسى الأشعري رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "المؤمن للمؤمن كالبنيان يشُدُّ بعضُه بعضاً - وشبك بين أصابعه" (متفق عليه). وهي الأسس التي عرفت بها المجتمعات الحديثة من مسؤولية المواطن تجاه نفسه ومحيطه ووطنه.

يرى وليد إبراهيم محمد الغرباوي بأن الرعاية الاجتماعية في الإسلام " لها مفهوم أوسع، وجوانب متعددة يفتقر اليها مفهوم الرعاية الاجتماعية في العصر الحديث... وهو الجانب التعبدي الذي يجعل للرعاية دافعا ذاتيا عند الانسان لتحمل مسؤولياته تجاه مجتمعه دون أن يدفعه أحد إلى ذلك، وذلك رغبة منه فيما عند الله من جزاء أخروي"، وقد حاول الغرباوي وضع الرعاية في الإسلام تحت ما اعتبره نموذجي الرعاية في العصر الحديث وهما (الغرباوي 2009، ص12):

5. النموذج العلاجي: والذي يعنى بتقديم العناية وقت الحاجة، عند عجز النظم الاجتماعية التقليدية عن اشباع حاجات الفرد وتمتيز في غاليتها بطابع الإعانات الاقتصادية، حيث أن " النموذج العلاجي ممل تمثيلا كبيرا في السنة النبوية، فكل أشكال الرعاية المقدمة للناس تعتمد بكل كبير على إحساس الفرد بإخوانه ومراعاة جميع أحوالهم..." (الغرباوي 2009، ص15).

6. النموذج المؤسسي: وهو الذي ينطلق من فكرة ان الرعاية الاجتماعية حق ووظيفة رعية لكل أفراد المجتمع الحديث ولهذا فهي تتميز بكونها خدمات دائمة لكل فئات المجتمع، حيث أن هذا النموذج ممثل "بقوة" في الإسلام في الآيات التي " بينت حقوق المجتمع على الأفراد، وتحديد من هم المستحقون للرعاية الاجتماعية".

أما سليمان عليّ الدليمي فقد حدّد المعالم الكبرى لفكرة الرعاية الاجتماعية في الإسلام، من خلال اهتمامها ب ثلاث نقاط أساسية تتفرع عنها نقاط أخرى غير محدودة وهي:

7. الزكاة: إذ تعتبر الركيزة الاقتصادية الأهم للرعاية الاجتماعية ويمكن مقارنتها الآن بمبدأ الحماية او الضمان الاجتماعيين، وتعتبر الزكاة أحد اركان الإسلام التي تقوم على أخذ جزءا من أموال الأغنياء لتعطى للفقراء كآلية من آليات تقليص التفاوت الطبقي وتكريس التضامن الاجتماعي، وقد اتخذت الزكاة طابعها الرسمي بعد وفاة النبي في عهد الخليفة أبو بكر الصديق في أواخر القرن السابع ميلادي. (الدليمي 1998، ص 147) وقد حدّدت الآية 60 من سورة التوبة: **إِنَّمَا الصَّدَقَاتُ لِلْفُقَرَاءِ وَالْمَسْكِينِ وَالْعَامِلِينَ عَلَيْهَا**

وَالْمُؤَلَّفَةِ قُلُوبُهُمْ وَفِي الرِّقَابِ وَالْغَارِمِينَ وَفِي سَبِيلِ اللَّهِ وَأَبْنِ السَّبِيلِ ۗ فَرِيضَةً مِّنَ اللَّهِ ۗ وَاللَّهُ عَلِيمٌ حَكِيمٌ"، الفئات الاجتماعية التي تحق وتجب فيها الزكاة، مما لا يترك مجالاً للتذبذب أو الخطأ.

يعتبر الدليمي أن الدولة الإسلامية قد "تمكنت بموجب نظام متكامل من المؤسسات والتشريعات والسياسات الاجتماعية من توفير الحد الأدنى من احتياجات الأفراد كالأغذية والمأوى والملبس... مما يؤكد أن نظام الزكاة في الإسلام كانت له نتائج أكثر وتأثيراً أقوى في الواقع الاجتماعي من مبدأ العرف في المسيحية" (الدليمي 1998، ص 148)، وقد يعود ذلك لطابع اللزوم.

يضاف إلى الزكاة التي هي واجبة وجوباً كلياً، بعض الأحكام التي تتراوح بين الفرض والسنة وغيرها والتي تهدف إلى التضامن والتكافل والبر بالفقير والمحتاج على غرار الصدقات، والأضاحي والكفارات وغيرها.

8. الوقف: ويقصد به وقف "تخصيص" جزء من ممتلكات الشخص للأغراض التي يحددها صاحب الوقف، وهي نوعان:

1- وقف لرعاية المحتاجين والفقراء من أقارب وأصحاب الوقف.

2- الإنفاق على نشاطات دينية واجتماعية كبناء المساجد ودور الأيتام والعجزة والمدار والمستشفيات وغيرها.

والأوقاف عبارة عن صدقة جارية لا تتجاوز ثلث ثروة الإنسان أو ممتلكاته، وهي لا تباع ولا تورث ولا توهب ويستطيع من يتولى إدارتها أن يستفيد منها مقابل ما يفعله، وقد أسهمت الأوقاف بمرور الوقت في خلق نظام جديد لتوزيع الموارد بين الأغنياء والفقراء، وقد جاء في دائرة المعارف الإسلامية أن الوقف لا أساس محدد له في القرآن وأول مؤسسة للأوقاف قد ظهرت في عهد عمر بن الخطاب، ولازال نظام الأوقاف قائماً في العربية الإسلامية وإن كان قد "شهد تحولاً كبيراً بحيث خرج في كثير من الأحيان عن الغرض الذي وُضع من أجله..." (الدليمي 1998، ص 149)

9. مسؤولية الأقارب: لقد اعتنت الشريعة الإسلامية بالأسرة اهتماماً بالغاً وأعطتها حيزاً كبيراً من التشريعات التي تصب في الحفاظ على استقرارها وتماسكها من خلال ما صار يعرف بالتكافل الاجتماعي أو الأسري، ومن خلال مسؤولية الأقارب على بعضهم، حيث حدد الأدوار والمسؤوليات، إذ جاءت الكثير من الآيات والاحاديث التي تشرح دور الزوج وواجباته نحو زوجته من انفاق ورعاية و"قوامة" وكذا مسؤوليات الزوجة من الحفاظ على مصالح بيتها، وأبنائها، وكذا حق اليتيم وقوانين كفالته، وجاء مفهوم صلة الرحم، الذي

يحثّ على وجوب زيارة والاهتمام وتفقد الأقارب والوقوف إلى جانبهم في الشدائد، حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم " خيركم خيركم لأهله وأنا خيركم لأهلي"، كما حثّ على انفاق الرجل على أهله وجعله صدقة، وقد وسع الإسلام مسؤولية الأقارب فلم يحدها في الأسرة الضيقة بل تعداها إلى الجد والجدة والخال والخالة والعم والعمة وغيرها، فقد جاء في سورة النور، الآية 61: "لَيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرْجٌ وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حَرْجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ حَرْجٌ وَلَا عَلَى أَنْفُسِكُمْ أَنْ تَأْكُلُوا مِنْ بُيُوتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ آبَائِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أُمَّهَاتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ إِخْوَانِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَخَوَاتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَعْمَامِكُمْ أَوْ بُيُوتِ عَمَّاتِكُمْ أَوْ بُيُوتِ أَخْوَالِكُمْ أَوْ بُيُوتِ خَالَاتِكُمْ أَوْ مَا مَلَكَتُمْ مَفَاتِحَهُ أَوْ صَدِيقِكُمْ ۗ لَيْسَ عَلَيْكُمْ جُنَاحٌ أَنْ تَأْكُلُوا جَمِيعًا أَوْ أَشْتَاتًا ۚ فَإِذَا دَخَلْتُمْ بُيُوتًا فَسَلِّمُوا عَلَى أَنْفُسِكُمْ تَحِيَّةً مِّنْ عِنْدِ اللَّهِ مُبَارَكَةً طَيِّبَةً ۗ كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمْ الْآيَاتِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ". ففي الآية الكريمة يظهر جليا حق ذوي الاحتياجات الخاصة والمرضى والأقارب في أهلكهم، وليس الطعام إلاّ الحق الأولي والأساسي الذي تتبعه حقوق أخرى في الرعاية من إتمام وإيواء وعناية وكفالة وحضانة ونفقة وغيرها.

2. تطور فكرة الرعاية: من الاحسان إلى الرعاية المؤسساتية

2.1 بدايات الرعاية الاجتماعية للدولة المعاصرة:

لقد سادت فكرة الإحسان في الفكر الأوروبي من منطلق ديني كنسي، لعدد من القرون (القرون الوسطى)، حيث كانت الكنيسة تتولى شؤون الإحسان وتسير توزيعه، حتى أنها كانت تملك مجموعة من المؤسسات كالمستشفيات ودور اليتامى، ولكن تغير الوضع في أوروبا وسقوط النظام الاقطاعي أدى إلى تفتت البنى والروابط الاجتماعية القديمة لتحل محلها، ظواهر اجتماعية تنتمي إلى نشوء المدن الحديثة وتطورها، ويمكن اعتبار القرنين 16 و17 نقطة الانحراف الحقيقية والانتقال من فكرة الاحسان الفردي المبني على دوافع شخصية "دينية" إلى اهتمام الدولة بالفقر كظاهرة جديدة في المدن اثر ترك الناس لأراضيهم والنزوح إلى الصناعة وامتهان الحرف، حيث ظهر تيار الإصلاح الديني الذي نادى بضرورة محاربة الفقر عن طريق مؤسسات تتولى تنفيذ سياسات اجتماعية للدولة، لتعويض الفراغ الذي تركته الكنيسة، وهنا صارت مساعدة الفقراء من مسؤولية المجالس البلدية في المدن الكبرى وكان أول مجلس قام بجمع وتنظيم وتوزيع التبرعات هو مجلس بلدية (ايبرس) البلجيكية عام 1531، غير أنّ الفكرة الفلسفية التي سادت حينها والتي تُرجع الفقر إلى عيوب شخصية في الفرد، ما عدا حالات كالمسنين والمرضى والأطفال والعجزة غير القادرين على العمل، جعلت من الإجراءات والشروط التي اعتمدها المجالس المحلية لتقديم المساعدات للفقراء قاسية

جدًا وذلك للاعتقاد السائد بأن مساعدة الفقير تقضي على الروح المعنوية وتساعد على الكسل (الدليمي 1998، ص 26).

ثم جاءت بعض القوانين والمراسيم في أوروبا خلال القرن السابع عشر والتي رسخت فكرة مسؤولية الدولة في مساعدة المحتاجين، على غرار قانون إليزابيث للفقراء، الذي حاول تقديم نموذج المساعدات العامة، حيث أرسى قواعد المسؤولية في الكنائس والإدارات المحلية لتنظيم المساعدات وتوفير العمل للقادرين عليه وتوفير الرعاية اللازمة للأطفال - اليتامى -، غير أنّ ما يميّز هذا القانون هو تركيزه على مسؤولية الأهالي والأقارب في الاعتناء ورعاية أقاربهم المحتاجين، حيث لا تصرف المساعدات الا للفقراء الذين ثبت أن أسرهم وأقاربهم غير قادرين على اعالتهم. (الدليمي 1998، ص 27)، وفي أواخر القرن الثامن عشر ظهرت جمعيات خيرية هدفها تقديم المساعدة للفقراء، حيث تقشى الفقر خاصة في المدن الكبرى، فظهرت العديد من الأدبيات التي اهتمت بدراسة اسباب الفقر والبحث عن وسائل علاجه، عن طريق إعادة النظر في قيم الإخاء والتضامن ومبدأ احترام الإنسان ففي ألمانيا وضع القانون المدني سنة 1774 الذي ينص على قيام الدولة بمساعدة الفقراء كما أنشئت ملاجئ للعميان ومستشفيات ومساكن للعمال، وفي فرنسا تغيرت النظرة إلى الشحاذة والدولة لا تعاقب عليها مالم توفر لكل فرد فرصة العمل وتمده بوسائل الرزق (زرواتي 2000، ص 20، 21).

الأ ان الانطلاقة الفعلية لبلورة مفهوم وأسس الرعاية الاجتماعية المحترفة، ظهرت في بدايات القرن 19، والذي تميّز بالثورات الفكرية والصناعية وتضخم المدن وبروز المصانع والاستغلال المفرط للعمال اثر السياسات الرأسمالية، الأمر الذي أثر على الحياة الاجتماعية ومستوى المعيشة لشريحة كبيرة من الناس، إذ بدأت الفلسفة الاشتراكية بالظهور كمدافع على الشرائح العمالية، حيث تشكلت العديد من الأحزاب والحركات والنقابات العمالية في أوروبا والتي ناقشت مخاوف الطبقة "الكادحة" من البطالة والمرض والعشيوخة والموت، وقد أدى انتشار هذه الأفكار إلى إجراءات استباقية من الحكومات للمحافظة على النظام الصناعي الرأسمالي والوقوف أمام المد الاشتراكي الذي يهدد استقرارها، مما فتح المجال أمام ظهور أول نظام للضمان الاجتماعي في ألمانيا مع برنامج بسمارك Bismark، حيث تعتبر ألمانيا أول من اتبعت نظام الرعاية الاجتماعية منذ القرن 14 ففي عهده قام باتخاذ إجراءات تخص طبقة العمال وهذا لتدعيم الوحدة الألمانية بعد 1870، وفي سنة 1881 تم فرض قانون إجبارية التأمين لكل العمال في مجال حوادث العمل ثم قانون آخر سنة 1883 يخص التأمين على المرض، وهو تأمين إجباري ممول بواسطة اشتراكات

العمال وتشمل خدمات العلاج المجاني ودفع ما لا يقل عن 50% من الأجر على الأقل في حالة العجز عن العمل وفي سنة 1884 تم تكوين نظام التقاعدي (الوحيد 2008، ص288)، الأمر الذي انتشر سريعا في بلدان أوروبا الغربية بينما ظهرت في إنجلترا جمعية تنظيم الاحسان سنة 1869 والتي سعت إلى إعادة هيكلة كل مجهودات الاحسان التي كانت تتميز بالفوضى، والتي انتقلت فكرتها إلى أمريكا، حيث تم انشاء أول جمعية أمريكية لتنظيم الاحسان سنة 1887، ورغم أنّ هذه الجمعيات فشلت في التصدي لكل المشكلات الاجتماعية، إلا أنها استطاعت أن "تسهم مساهمة كبيرة في مجال الخدمات الاجتماعية، عن طريق استخدام الطريقة العلمية في دراسة الحاجات الإنسانية وتطوير وتنظيم الأساليب الوقائية العلاجية في علاج المشكلات" (الدليمي 1998، ص30).

2.2 من الاحسان إلى دولة الرعاية والرفاه الاجتماعي:

ظهرت دولة الرعاية كمفهوم مع مطلع القرن الماضي، حيث تعود جذوره الفلسفية إلى الثورة الفرنسية وما جاء بعدها من مبادئ المساواة والعدالة الاجتماعية، كما يتركز على مبادئ الفلسفة النفعية التي تعتمد على السعادة الإنسانية كغاية لها، ويمكن تلخيص مفهوم دولة الرعاية في أنّها الدولة التي تتكفل برعاية مواطنيها وحمايتهم اقتصاديا، واجتماعيا وفي مختلف المجالات، حيث تضمن لهم الحقوق المختلفة كالغذاء والعلاج والتعليم، ما يحقق لهم الاشباع والسعادة ويحقق للدولة رعايا قادرين على العمل والإنتاج، وقد صار المفهوم يشكل واحدا من المعايير التي تضع الدول بين دفتي التقدم أو التخلف. ويعرّف وحيد الصرارمة الرفاهية على أنّها "مقدار الاشباع الذي يحصل عليه الفرد من استهلاكه للسلع والخدمات المختلفة" (الوحيد 2008، ص182)، وقد استمدت السياسة الاجتماعية في الغرب أصولها ومبادئها من النظريات العامة التي أنتجتها عصور الأنوار حول ما سمي بمجتمع العدالة أو الرفاه، حيث تستخدم الرعاية الاجتماعية كمرادف للسياسة الاجتماعية للدولة، التي تسعى من خلال مختلف الإجراءات والقوانين والمؤسسات والخدمات إلى توفير الرفاهية للمجتمع، من حيث أنّها واحدة من مسؤولياتها الأولى، وقد ساهم في ظهور هذا الاتجاه وانتشاره، الطفرة الاقتصادية الكبرى التي عاشتها الدول المصنعة بعد الحربين العالميتين، وقد ميز علي الدليمي بين ثلاثة أنواع أساسية من المفاهيم السائدة عن الرفاهية الاجتماعية في المجتمعات الغربية (الدليمي 1998، ص32، 33):

أ. الرفاهية العامة: او رفاهية جميع الأفراد، وهو يرتبط بالفلسفة الليبرالية الفردية التي تتادي بضرورة تحقيق أقصى درجات الاشباع لحاجات الفرد اليومية، والتي يدعو روادها على غرغ هوبس ولوك وآدم سميث، بضرورة تدخل الدولة للتوفيق بين مصالح الجماعات متعارضة.

ب. الخدمات العامة التي تقدمها الدولة: وترجع إلى فلسفة اجتماعية "اشتراكية" أكد عليها الفلاسفة والمفكرين الالمان على غرار هيغل وماركس، واللذان يؤكدان على ضرورة وجود الدولة المركزية، حيث يرتبط الرفاه العام بمدى قدرة المجتمع على توفير الخدمات الاجتماعية وما تتميز به مجتمعاته من تنظيم.

ت. البرامج والخدمات ذات البعد العلائقي: والتي تحدها العلاقات السائدة بين الافراد في المجتمع، حيث يرتبط بالدعم او المساعدة على أقدم أشكالها الإنسانية والتي لاتزال تعتبر الأكثر شيوعا في عالم اليوم للتصدي لمشاكل الناس واشباع الحاجات الأساسية للفقراء، وهي طبقا لهذا المفهوم تقوم على التكافل والتساند والدعم الذي ارتبط ولا يزال بمعتقدات دينية وقيم أخلاقية.، وتتمثل هذه البرامج ي المحافظة ودعم البنى التقليدية الاجتماعية حتى تقوم بدورها الفعال داخل المجتمع ومساعدة افرادها على القيام بأدوارهم على أكمل وجه، وتتمثل في دعم الأسرة وبقائها كأساس لهذه البرامج.

2.3 أهداف دولة الرعاية وغاياتها:

انّ لبرامج وسياسات دولة الرعاية، أهداف وغايات، تتعدى الفرد الذي تطاله الرعاية إلى المجتمع ككل، من حيث أنّه أساس الفاعلية الاجتماعية والاقتصادية التي تتبني عليها الدول المتطورة اليوم، وقد صنّفها الباحث الوحيد الصرارمة، في محاور أساسية رتبها كالتالي(الوحيد 2008، ص 185):

أ- محور الفعالية: والذي يشمل الاهداف التالية:

1- الفعالية الكلية: أي فعالية تقسيم الناتج الداخلي الخام للدولة بين مجموع هياكل دولة الرعاية والبحث عن طرق تجنب التبذير.

2- الفعالية الجزئية: حيث يجب ان تكون هناك سياسة فعالة لتقسيم موارد دولة الرفاه على المستفيدين سواء في شكل منح أو خدمات مجانية.

3- عدم التأثير على التحفيز: أي أن المنح المقدمة لبعض الفئات لا تؤثر على عرضهم للعمل والادخار، فزيادة قيمة منحة البطالة مثلا إلى حد معين تؤثر على تحفيز هذه الفئة على العمل.

ب- محور تدعيم مستوى المعيشة: ويشمل الأهداف التالية:

1- محاربة الفقر: حيث لا يجب أن يقع الأفراد تحت رحمة الضمان الاجتماعي، وتقاس نجاعة النظام بمعدلات التعويض.

2- الدخل السهل: حيث يقوم الافراد بإعادة تخصيص لاستهلاكاتهم على مدى الحياة، بإعادة توزيع لدخولهم بين فترة قدرتهم على العمل وفترة العجز، حيث يتم التوفير في فترة معينة من الحياة، لفائدتهم في فترة أخرى، ويعتبر ذلك كعقد اجتماعي بين الأجيال كأن ندفع اليوم تقاعد آبائنا وأن يدفع أبناءنا لنا في المستقبل.

ج- محور تخفيف التفاوت من الدخول: حيث تعتبر المساواة من اهم اهتمامات دورلة الرعاية وتشمل الأهداف التالية:

1- المساواة العمودية: يحاول النظام الاجتماعي إعادة توزيع الدخول باتجاه الأفراد والعائلات ذات الدخل المنخفض، فكل فرد يجب أن يشترك في هذا النظام. إن مبلغ الاشتراك يرتفع كلما ارتفع دخل الفرد ويتمثل.

3 المساواة الأفقية: حيث تختلف المنح حسب العمر وحجم العائلة... الخ، وكذلك الخدمات الصحية المقدمة بحيث يتم مراعاة الحاجات فقط.

د- محور الاندماج الاجتماعي: ويشمل الأهداف:

1- الحفاظ على كرامة المواطن: فالمنح النقدية والمساعدات الصحية يمكن أن تقدم بهدف المحافظة على كرامة الإنسان ودون إهانة علنية له، حيث انه عند دفع الاشتراك يستطيع الفرد أن يشعر انه في أمان وليس عبارة عن صدقة بل هو حق له.

2- التضامن الاجتماعي: سواء كان نقدي أو خدمي يجب أن يكون بما يكفي حتى يتمكن الفرد من المشاركة في الحياة الاجتماعية بفعالية.

ر- محور الفعالية الإدارية:

1- فيجب أن يكون نظام الحماية الاجتماعية بسيطاً وواضح وغير مكلف؛

2- يتمثل في غياب التبذير والتعسف الإداري.

في النهاية يبدو ان مفهوم دولة الرعاية جاء ليشمل جميع مناحي الحياة، حيث تضمن الدولة عبر مختلف مؤسساتها وسياساتها للرعاية الصحية، كالضمان الاجتماعي، ومشاريع الحماية الاجتماعية، وضمان حقوق

الانسان المختلفة كالصحة والتعليم والعمل والسكن وغيرها، التي من شأنها أن تضمن للمواطن الكرامة والحق في الحياة الكريمة ماديا ونفسيا واجتماعيا، في جميع الظروف، كالصحة والمرض، القوة والعجز، الغنى والفقير، وهذا تجنباً لعدد من المشاكل الاجتماعية، السياسية وحتى الأمنية التي تهدد استقرار الدول واستمراريتها.

المبحث الثاني: الرعاية الاجتماعية والصحية في الجزائر

تأثرت جميع دول العالم حتى النامية والمتخلفة منها بفلسفة دولة الرعاية، وحاولت تطبيق آلياتها وسياساتها، باختلافات متفاوتة يتحكم فيها الكثير من الظروف وخاصة العامل التاريخي، ويتم تطبيق أغلب سياسات الحماية والرعاية الاجتماعية في الدول العربية على غرار الجزائر التي حاولت بعد الاستقلال الالتحاق بركب الدول المتقدمة في هذا المجال، وتعتبر الرعاية الصحية مجالاً مهماً من مجالات الرعاية الاجتماعية، حيث تلعب الدولة دورها الأساسي في توفير العلاج والدواء اللازم للمواطنين، بل أن الرعاية بالمريض في دول الرعاية قد تعدت مجال الرعاية الجسدية إلى الرعاية النفسية وتوفير المحيط الملائم لمساعدته ومساعدة

المقربين منه على تجاوز الأزمة وإعادة إدماجه في محيطه الاجتماعي، الأسري والمهني، فما هو واقع الرعاية الاجتماعية ولاسيما الصحية منها في الجزائر؟

المطلب الأول: سياسات الرعاية الاجتماعية في الجزائر

خرجت الجزائر المستقلة في 5 جويلية 1962 من حرب كبيرة ومن استعمار دام قرابة القرن ونصف، حيث كانت البنية التحتية المتوفرة لا تكفي كل الجزائريين، بعد ان كان الفرنسيون يعتبرونهم "أهالي" أقل درجة منهم، وقد عملت الدولة على رفع التحدي للحاق بركب الدول المستقلة من خلال مجموعة من السياسات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية، في اتجاه الوصول إلى دولة الرفاه أو دولة الرعاية الاجتماعية التي توفر لمواطنيها جميع حقوقهم المدنية والاجتماعية.

1. التطور التاريخي للسياسة الاجتماعية في الجزائر:

مرّت السياسة الاجتماعية لدولة الجزائر بمراحل مختلفة عبر مسارها الانتقالي من سياسة اجتماعية إلى سياسة تركز على اقتصاد السوق، ومنه اختلفت القوانين والاهتمامات حيس هذا المعطى المهم، ويمكن تلخيص أهم المحطات التي عبرتها بما يلي:

1.1 الرعاية الاجتماعية في الجزائر قبل الاستقلال: لقد عمل المستعمر الفرنسي في الجزائر على استيراد نظام الضمان والحماية الاجتماعية التي كان قد تطور في فرنسا إلى مستعمراتها ومنها الجزائر في النصف الأول من القرن العشرين، ولم يكن الهدف من هذا النظام الأهالي الجزائريين، بل المعمرين الذين حاول المستعمر استقطابهم للعيش في شمال افريقيا عبر مجموعة من الإجراءات ومنها نظام الضمان او الحماية الاجتماعية، وقد كان القرار الأمرين رقم 04 و49 سنة 1945 الذي أسس من خلالهما نظام الضمان الاجتماعي بالجزائر ثم القرار رقم 1949/045 المتعلق بتنظيم هيئات الضمان الاجتماعي بالجزائر الصادر عن المجلس الجزائري، هما البادرة الأولى لهذا النظام، حيث تم تحديد من خلالهما طبيعة الأخطار المؤمنة والأشخاص المستفيدين منها وكذا كيفية التعويضات، ثم تتالت المراسيم والقرارات التي مهدت لتأسيس مختلف الصناديق وأهمها صندوق التأمينات الاجتماعية سنة 1950 (م. وآخرون 2017، ص 69).

1.2 الرعاية الاجتماعية من 1962 إلى 1983: لقد ورثت الجزائر المستقلة النظام الإداري للضمان الاجتماعي الفرنسي وصناديق الضمان، وكذا القوانين التشريعية في هذا المجال، حيث جاء في المرسوم 1962/157 والذي مدّد العمل بالقوانين الفرنسية غير أنّها أصدرت عدّة نصوص "تحاول تكيف نظام

الضمان الاجتماعي مع المرحلة التي تميّزت بتك إدارة الضمان الاجتماعي بلا إطار كفؤ مثلها مثل الإدارات الأخرى، ضف إلى ذلك قلة الاشتراكات وكثرة الملفات العالقة" (م. وآخرون 2017، 98)، وقد كانت الرعاية الاجتماعية في هذه المرحلة الأولى من ميلاد الدولة تتمحور أساسا حول "الضمان الاجتماعي وصناديق التأمينات"، حيث صدر المرسوم 364/64 المتضمن إحداث الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ديسمبر 1964.

و رغم أن الدولة الجزائرية قد اتخذت في هذه المرحلة من النظام الاشتراكي خيارا لها، إلا أن " منظومة الضمان الاجتماعي في الجزائر قد شهدت اندماجا فريدا بين الفكر الليبرالي الفردي وبين الفكر الاشتراكي في تسيير منظومة الضمان الاشتراكي بعد الاستقلال" (م. وآخرون 2017، 98)، وقد كان من أساسيات النظام الاشتراكي التي تم تبنيه اعتماد "مجانبة الصحة والتعليم كأهم خاصية وهدف لها وقد كان العدد السكاني الضئيل مساعدا في توفير الخدمات، ولكن مع الزيادة السكانية في بداية الثمانينات وانتهاء مرحلة تشييد البنى التحتية وتأميم الثروات كان لابد من الانطلاق في مرحلة التسيير الفعلي للرعاية الاجتماعية" والتي انطلقت عبر خلق مديرية الحماية الاجتماعية التابعة لكتابة الدولة والشؤون الاجتماعية وهذا إثر التعديل الحكومي لسنة 1982 حيث زولت هذه المديرية نشاطاتها إلى غاية 1986، (عويشة 2021، ص322).

1.3 الرعاية الاجتماعية من 1983 إلى 1990: عرفت هذه المرحلة النضج التشريعي الجزائري، حيث تميزت بالإعلان عن أول تشريع خاص ينظم التأمينات الاجتماعية منذ الاستقلال، عن طريق صدور 5 قوانين دفعة واحدة في 1983/07/02، ثم صدور المرسوم رقم 1985/223 والذي يتضمن التنظيم الإداري لصناديق الضمان الاجتماعي، من خلال توحيد صناديق الضمان الاجتماعي واقتصارها على صندوقين فقط (م. وآخرون 2017، ص100).

ثم وبموجب المرسوم التنفيذي رقم 86/30 المؤرخ في 1986/02/18 تم إنشاء قسم الصحة والسكان والذي يضم كل من: الصحة، الحماية الاجتماعية، مصالح العمل، ليتم بعد ذلك إنشاء مديرية الصحة والحماية الاجتماعية، إثر المرسوم التنفيذي رقم: 264/90 المؤرخ في 1990/12/08 المحدد لقواعد التنظيم والتسيير المصالح الصحة والحماية الاجتماعية، ونلاحظ هنا أنه في هذه المرحلة ضلت الرعاية الاجتماعية مرتبطة بشكل وثيق مع الرعاية الصحية، بل يمكن أن نقول أنه كانت تقتصر عليها وعلى حماية العمال، ورغم

بعض المراسيم والقوانين التي صدرت بعدها فيما يخص الضمان الاجتماعي الا أنه بقي يرضخ لنفس الفلسفة الاشتراكية.

1.4 من 1990 إلى الآن (عويشة 2021، ص 322):

يعتبر صدور دستور 1989 مرحلة انتقالية فعلية في الجزائر، مسّت كل المجالات حيث تعدّت الاعتراف بالتعددية الحزبية والتحول إلى اقتصاد السوق إلى مجالات الرعاية الاجتماعية، وقد تم الاعتراف بعده بالنشاط الاجتماعي كجزء أعم من الرعاية الصحية، حيث صدر المرسوم التنفيذي رقم 471/96 المؤرخ في 1996 /12/18 *والذي يقضي بإنشاء مديرية النشاط الاجتماعي، هذه الأخيرة التي باشرت مهامها بداية من شهر سبتمبر 1997 بصفة رسمية بميزانية موحدة مع مديرية الصحة والسكان إلى غاية 31 ديسمبر 1997 أين استقلت بميزانية خاصة وتحت وصاية وزارة العمل والحماية الاجتماعية، حيث أنّ النظام الليبيرالي يحتم اعتماد دولة الرعاية كاتجاه عام، وقد تمّ الانتقال التدريجي عبر محاور أهمها:

أ. التخلي على نظام الإعانة المالية العامة وتعويضها بنظام جديد يعتمد على مفهوم جديد للشرائح الاجتماعية المحرومة، حيث تركز الدولة أولاً على إعادة البرامج الاجتماعية التقليدية للجماعات التي تتواجد في وضعيات حساسة.

ب. استرجاع التوازن المالي وتدعيم الحماية الاجتماعية وتوسيع نطاقها إلى الأشخاص المسرّحين من مناصب عملهم (ضمان البطالة، التقاعد المبكر) في إطار إعادة هيكلة المؤسسات .

ج. ترقية وتوسيع مفهوم التضامن الوطني.

بالإضافة إلى كل هذا اعترف الدستور الجزائري بمفهوم الرعاية الاجتماعية، وهو ما يبيّن اتجاه الدولة إلى الاهتمام بهذا الجانب كدور رئيسي لها، في إطار دولة الرعاية، حيث تم التطرق فيه بالتفصيل إلى عدّة حقول تضمن الرّعاية الاجتماعية للمواطنين كل حسب طبيعة احتياجاته، وفي هذا الصدد نجد المادة 32 من الدستور المعدل في استفتاء 28 نوفمبر 1996 تؤكد على أنّ " الحريات الأساسية وحقوق الإنسان والمواطن مضمونة"، حيث تعتبر حقوق الانسان جزء مهما ومؤثر تتفرع عنه كل جوانب الرعاية الاجتماعية

*. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: المرسوم التنفيذي رقم 96 / 417 المؤرخ في 1996/12/18، ج ر العدد 83.

الأخرى، من حيث الاعتراف الضمني بمواطنة متساوية لكل أجزاء المجتمع رغم اختلافاتهم في الجنس والعرق والظروف الصحية والاجتماعية.

كما تشير المادة 54 من ذات الدستور إلى أن: " الرعاية الصحية حق للمواطنين، إذ تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها. في حين تؤكد المادة 58 على أن: " تحظى الأسرة بحماية الدولة والمجتمع"

2. مجالات الرعاية الاجتماعية في الجزائر:

إن القول أنّ مفهوم الدولة عن الرعاية الاجتماعية كان مرتكزا على الضمان والتأمين الاجتماعي زائد الصحة، لا يعني أنّ الجزائر في مراحلها الأولى قد خلت من مراكز وسياسات لرعاية الفئات الهشة، ويمكن تلخيص مجالات الرعاية الاجتماعية التي ركزت عليها الدولة الجزائرية، وسيتم عرضها بناء على التشريعات التي خصتها، وتتمحور فيما يلي:

2.1 رعاية الطفولة:

صدرت في هذا الصدد العديد من التشريعات القانونية التي تعمل على حماية الأطفال وتنمية قدراتهم باعتبارهم من يمثلون مستقبل البلاد التي تبنى على سواعدهم، وكان أول قانون قد صدر في حق هذه الفئة هو الأمر رقم 03-72 المؤرخ 10 فبراير 1972، حيث أشارت المادة الأولى من هذا الأمر على: "أنّ القُصّر الذين لم يكملوا الواحد والعشرين عام، وتكون صحتهم وأخلاقهم أو تربيتهم عرضة للخطر، أو يكون وضع حياتهم أو سلوكهم مضرا لمستقبلهم يمكن إخضاعهم لتدابير الحماية والمساعدة التربوية، ضمن الشروط المنصوص عليه في المواد بعده*."، ليتبعه سنة 1981 صدور المرسوم رقم 81-399 الذي يتضمن إنشاء مجلس وطني استشاري لحماية الأمومة والطفولة.

كما جاء المرسوم التنفيذي رقم 94-317 المؤرخ في: 13 جمادى الأولى عام 1415 هـ. الموافق ل. 08 أكتوبر 1994 يتم القائمة الملحقة بالمرسوم رقم: 80-83 المؤرخ في: 15 مارس 1980 والمتضمن إنشاء دور الأطفال المسعفين وتنظيمها وتسييرها**، وقد أصدر المرسوم التنفيذي رقم 01-54 المؤرخ في 18

*. الدستور الجزائري: المعدل في استفتاء 28 نوفمبر 1996.

*الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: الأمر 03 /72 المؤرخ في 10 فبراير 1972 جر العدد 50

**الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: المرسوم التنفيذي رقم 317/94 المؤرخ في أكتوبر 1994 جر العدد 66.

ذي القعدة 1412 هـ. الموافق ل. 12 فبراير 2001 المتمم للقائمة الملحقة بالمرسوم 80-83 المؤرخ في 28 ربيع الثاني عام 1400 هـ. الموافق لت 15 مارس 1980 والمتضمن إحداث دور للأطفال المسعفين وتنظيمها وسيرها، وقد أحدثت دارين في هذا الشأن بكل من ولايتي بسكرة وتيزي وزو***، وقد ازداد عدد دور الأيتام بعدها ليشمل تقريبا كل ولايات الوطن، إضافة إلى إنشاء المرصد الوطني لحماية الطفولة.

2.2 رعاية المعاقين:

لقد حظيت فئة المعاقين بمختلف إعاقاتها هي الأخرى باهتمام بالغ، وبرعاية اجتماعية خاصة، وفي هذا المجال نسجل صدور المرسوم 80-59 المؤرخ في 21 ربيع الثاني 1400 هـ. الموافق ل. 08 مارس 1980****، والذي يتضمن إحداث المراكز الطبية التربوية المتخصصة في تعليم الأطفال المعوقين وتنظيمها وسيرها.

وقد أقرت المادة 02 من المرسوم إنشاء في كل ولاية:

- مركزا طبيا تربويا أو أكثر للأولاد المتخلفين عقليا.
- مركزا طبيا تربويا أو أكثر للأولاد المعاقين حركيا.
- مركزا طبيا تربويا أو أكثر للأولاد الانفعالين.
- مركزا طبيا تربويا أو أكثر للأولاد المعاقين بصريا.
- مركزا طبيا تربويا أو أكثر للأولاد المعاقين سمعيا.

هذا وقد نصت المادة 19 على أن المجلس الطبي التربوي يقوم بمهمة توجيه أعمال المؤسسة في ميدان العلاج الطبي والنفساني، والتربية وإعادة التربية والتعليم، وتتابع تطور الأولاد ويراقبهم، ويقترح على المدير التدابير الفردية أو الجماعية، التي يجب اتخاذها على الصعيد التربوي والطبي التربوي.

***الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: المرسوم التنفيذي رقم 54/01 المؤرخ في فبراير 2001، ج ر العدد 12.

****الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: المرسوم رقم 80/59 المؤرخ في مارس 1980، ج ر العدد 11.

كما جاء القانون رقم 91-25 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991*، والمتضمن قانون المالية لسنة 1998 يؤكد هذه السياسة إذ وفي المادة 168 من هذا المرسوم أقر أنه ينشئ معاش لفائدة الأشخاص المعوقين الذي تبلغ نسبة عجزهم 100 % وتبلغ أعمارهم 18 سنة على الأقل ولا يتوفرون على أي مصدر دخل وذلك اعتبارا من 01 يناير سنة 1992.

2.3 رعاية المسنين:

حظيت هذه الشريحة من المجتمع بالاهتمام والرعاية من قبل المشرع الجزائري حيث أصدرت في هذا الشأن العديد من القوانين والمراسيم التي تتعلق بالرعاية الاجتماعية للمسنين، وسنقوم بذكر أهمها على سبيل المثال لا الحصر فيما يلي:

القانون رقم 12 / 83 المؤرخ في 21 رمضان 1403 هـ الموافق لـ 2 يوليو سنة 1983 والمتعلق بالتقاعد**، والذي يؤكد في مادته 3 التي تنص على: "يشكل معاش التقاعد حقا ذا طابع مالي وشخصي يستفاد منه مدى الحياة".

وقد واصلت الجزائر في مجال التشريعات المتعلقة بالرعاية الاجتماعية للمسنين إذ قامت بإنشاء ديار الرحمة في الجزائر بمقتضى مرسوم تنفيذي رقم: 178/02 المؤرخ في 07 ربيع الأول عام 1423 هـ. الموافق لـ 20 مايو 2002، والذي يتضمن إحداث مؤسسات دور العجزة، أو ما يسمى "ديار الرحمة" التي تستقبل المسنين والعجزة الذين لا يملكون من يرعاهم أو يستقبلهم في بيته. ويحددها قانونها الأساسي، وديار الرحمة هي عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي*.

2.4 رعاية ضحايا الإرهاب:

إنّ الظرف السياسي الذي عرفته الجزائر في سنوات التسعينات، والذي تميّز بتفشي الإرهاب المسلح ودخول البلاد في دوامة من العنف والقتل، قد أدى إلى تأذي مئات الآلاف من الجزائريين، حيث خلف أكثر من 250000 قتيل (المصدر)، وقد تنبّهت السلطات إلى الكارثة الإنسانية التي هي بصدد الدخول فيها إذا لم تتدارك الأمر ما جعلها تفكر في طريقة لتعويض ضحايا العشرية السوداء، للسماح لهم بالعيش حياة كريمة،

*الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: القانون رقم 91 / 25 المؤرخ في ديسمبر 1991، ج ر العدد 65

**الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: قانون رقم 83 / 12 المؤرخ في 02 يوليو 1983، ج ر العدد 28.

*الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: ماي 2002.

حيث جاء المرسوم التنفيذي رقم 99-47 المؤرخ في 13 فبراير 1999** والمتعلق بمنح تعويضات لصالح الأشخاص الطبيعيين ضحايا الأضرار الجسدية أو المادية التي لحقت بهم نتيجة أعمال إرهابية أو حوادث وقعت في إطار مكافحة الإرهاب، وكذا الصالح ذوي حقوقهم. وتؤكد المادة 07 من هذا المرسوم على:

يستفيد ذوو حقوق ضحايا المتوفين من جراء أعمال إرهابية تعويضا ويكون في صورة مما يأتي:

- معاش خدمة على عاتق الهيئة المستخدمة بالنسبة لذوي الحقوق والموظفين والأعوان العموميين المتوفين من جراء أعمال إرهابية.

- معاش شهري يصرف من صندوق تعويض ضحايا الإرهاب لصالح ذوي حقوق الضحايا التابعين للقطاع الاقتصادي أو القطاع الخاص أو بدون عمل إذا ترك المتوفي أبناء قصر أو أبناء مهما كانت أعمارهم إذا كانوا لا يستطيعون بصفة دائمة ممارسة أي نشاط يجلب لهم أجرا، بسبب عاهة أو مرض مزمن أو ترك بنات بدون دخل كن تحت كفالة المتوفي الفعلية أن وفاته ومهما كانت أعمارهن.

- رأس مال إجمالي يصرف من صندوق تعويض ضحايا الإرهاب بالنسبة لذوي حقوق الضحايا التابعين للقطاع الاقتصادي أو القطاع الخاص بدون عمل إذا لم يترك المتوفي أبناء قصر أو معاقين أو بنات في كفالته.

- رأس مال وحيد يدفعه على حساب الدولة صندوق التقاعد بالنسبة لذوي حقوق الضحايا في سن التقاعد أو المتقاعدين.

- مساعدة مالية للإدماج الاجتماعي من جديد يتكفل بها صندوق تعويض ضحايا الإرهاب لصالح الناجين من الاغتيالات الجماعية.

من خلال كل ما سبق يبدو لنا جليا أن الدولة قد اقتصت برعاية فئات مختلفة من المجتمع، أهمها ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال وذوو الاحتياجات الخاصة، ولكن تبقى فئة من يقدمون الرعاية داخل المنزل "مقدمي الرعاية" لهؤلاء لا تلقى أي اهتمام أو عناية، على اعتبار أنها تعاني من التأقلم مع وضعها والتعامل معه ماديا ونفسيا واجتماعيا، حيث أن الوالدين اللذان يربيان طفلا يعاني من التوحد أو أية إعاقة أخرى

**الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية: فبراير 1999.

يحتاجان للرعاية النفسية والمادية والمعلوماتية للتعامل مع هذه الحالة، وكذا الابن الذي يرضى أبا مصابا بالزهايمر مثلا، والامر نفسه ينطبق على مقدم الرعاية لشخص مصاب بالسرطان أو الإيدز أو غيرها من الامراض التي تتطلب مجهودا فكريا وتفسيا وماديا لرعاية أصحابها.

المطلب الثاني: الرعاية الصحية في الجزائر: استراتيجية مكافحة السرطان نموذجا

تعتبر الرعاية الصحية من بين الدعامات الأساسية لأي خطة سياسية في مجال الرعاية الاجتماعية لأي دولة، وتعتبر الصحة حقا تكفله جميع المنظمات العالمية لحقوق الانسان، وهو حق شرعه الدستور الجزائري منذ الاستقلال، حيث جسد شعار الصحة لجميع المواطنين، مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية، حيث نص الأمر 65-73 على تأسيس الطب المجاني*، وهذا للقضاء على مركزية العلاج، والتكفل الجيد بصحة السكان وعموما كل دائرة اختيرت لتكون على رأس عدد معين من البلديات باعتبارها مقر القطاع الصحي، وقد اتبعت الجزائر هذا التقسيم من أجل تقريب مختلف الهياكل الصحية من السكان، وكذلك تسهيل عمل هذه الهياكل. ولهذا فالقطاع الصحي أصبح الهيكل القاعدي المنظم للنشاطات الصحية، وهو المحور الأساسي لتوزيع العالج وكل قطاع صحي يتركز حوله مستشفى، كما يحتوي على تجهيزات صحية ويتمتع باستقلالية في التسيير. (أ. سعيدة 2015).

كما مرّ النظام الصحيّ في الجزائر بعدد من التحولات والإصلاحات، والسياسات المتعاقبة بهدف تحقيق هدفه الأول وهو توفير العلاج وضمان الصحة الجيدة لجميع المواطنين، وقد اعتنت المنظومة الصحية بوجه خاص في السنوات الخاصة بمجموعة من الامراض على وجه خاص لتقشيتها السريع بين السكان وعلى رأسها أمراض القلب، والسكري والأمراض التنفسية، والسرطان وبوجه أخص سرطان الثدي.

1. النظام الصحي في الجزائر ومقدراته:

بنيت المستشفيات العامة الأولى في الفترة الاستعمارية، وفي بداية استقلال الجزائر عام 1962، كان نظام الرعاية الصحية الجزائري صغيرا ويتألف من طبيب واحد فقط لكل 33000 شخص. كان هناك ما يقدر بنحو 300 طبيب في المجموع ومسعف واحد مدرب فقط لكل 40.000 شخص. حققت الدولة تغييرات كبيرة وتقدماً منذ ذلك الحين في سياساتها وأنظمتها للرعاية الصحية. منذ عام 1975 وما بعده، أدخلت

*. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، ديسمبر 1973م، المتضمن لقانون المالية لسنة 1974م، والمتعلق بتأسيس الطب المجاني.

الحكومة الجزائرية نظام رعاية صحية وطني مجاني. أصبح العلاج في المستشفيات والأدوية والرعاية الخارجية مجانية لجميع مواطني الجزائر*، واعتبر وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات عبد الرحمن بن بوزيد، أن الجزائر قطعت مسارًا لا بأس به في التنمية الاجتماعية والاقتصادية. و بذلت جهودا مشهود لها في قطاع الصحة، مكن من رفع معدل متوسط الأعمار من 46,14 سنة 1960 (Banque mondiale, 2019) إلى 77,8 سنة 2018 (ONS,2019, p7).

1.1 تطور السياسة الصحية في الجزائر

قبل التطرق إلى السياسة الصحية في الجزائر، وجب علينا توضيح مفهوم السياسة الصحية وأهدافها لفهم تطور السياسة الصحية المنتهجة من قبل الجزائر، حيث يشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أن السياسة الصحية هي: " مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرنامج العمل المقترحة للحكومات" (حاروش .2007،69)، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية من انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفاعلية."

كما يعرفه صلاح محمود دياب بأنه مجموعة من العلاقات المترابطة والمنتكاملة من القرارات والنشاطات والتي تشكل جزءا من استراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية (ص. دياب 2009، ص216).

وتكمن أهمية السياسات الصحية من خلال رسم السياسات الصحية من قبل أعلى سلطة في الدولة أو من قبل أعلى مستوى اداري في المؤسسة الصحية، وبالتالي فإن عملية الاستجابة لسياسة صحية تكون أكبر ما يمكن عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا، فالالتزام والاستجابة والاهتمام بالسياسة الصحية مرتبط ارتباطا وثيقا بالمستوى الإداري الذي قام باتخاذ القرار وضع السياسة الصحية، وجود عدة طرق وأساليب لوضع السياسات الصحية، فتعود طرق وضع السياسات الصحية وأساليبها يعطي أهمية بهذه السياسات فأحيانا توضع هذه السياسات للاستجابة لمطالب الإدارة العليا وبالتالي يتم اتخاذ السياسة بطريقة معينة، وأحيانا لتحقيق أهداف معينة، فأهمية السياسة الصحية تتبع من طبيعة اهدف الذي وضعت من أجله، وتختلف القطاع الصحي من دولة إلى أخرى ولكنه عموما يتشكل من القطاع الصحي العمومي والقطاع الصحي

اخلاص، فضلا عن بعض القطاعات الصحية الأخرى تبعا لطبيعة النظام الصحي لتلك الدول، ولكن لا يمكن لأي منهما الانفراد بوضع السياسة الصحية، السياسة الصحية سياسة غامضة كونها ناتجة عن عدم وضوح الأسباب الحقيقية لرسم بعض السياسات الصحية، فقد يتم وضع السياسة الصحية لأسباب سياسية أو تاريخية، فغموض بعض السياسات الصحية أعطاها أهمية من حيث عدم المعرفة الحقيقية للهدف المراد تحقيقه من مثل هذه السياسات (ص. دياب 2009، ص219/218)، وتتميز السياسة الصحية بانقسامها إلى ست مراحل رئيسية وهي كالتالي:

المرحلة الأولى: السياسة الصحية 1962 - 1965:

ورثت الجزائر عام 1962 حالة صحية متردية، حيث كان النظام الصحي متمركزا أساسا في كبريات المدن الجزائرية كالجزائر العاصمة وقسنطينة ووهران، وينحصر أساسا في الطب العمومي وعيادات تشرف عليها البلديات حيث تقدم الخدمة مجانا، بجانب الطب المدرسي النفسي الذي تشرف عليه وزارة التربية والتعليم، فضلا عن الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب أغلبيتهم من الأجانب.

كما أن المشكلة الصحية عشية الاستقلال كانت تعاني من عدة إشكالات منها هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين والنقص في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.

المرحلة الثانية: السياسة الصحية 1965 - 1979:

مع بداية المخطط الوطني ونشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1964، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدلة عام 1966، أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين ودفع عجلة التكوين الطبي، وكذا انشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967 و1969. (نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر، الجزائر، سنة 2007، ص 73.) وتميزت هذه المرحلة عبر توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل ولاية، وقد كان الهدف منها الوقاية، فضلا عن انشاء العيادات المتعددة الخدمات بداية من عام 1974. (بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الأول، ديسمبر 2003، جامعة سكيكدة، ص 13.)

وأكد الميثاق الوطني 1976 حق المواطن في الطب المجاني، حيث دعم دستور 1976 هذا الحق وذلك في المادة 67 منه والتي نصت على: " كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي، وتميزت ب:

- اصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية من أجل تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير مما سمح بتدفق الممارسين الطبيين في كل التخصصات.
- إصلاح التعليم الجامعي للأطباء والصيدلة وجراحي الأسنان، وفق التطورات العلمية في مجال الوقاية والعلاج من خلال وضع برامج تهدف إلى تكوين الأطباء من أجل الوصول إلى تغطية صحية جيدة. أي لكل 1000 مواطن طبيب.
- في سنة 1975 تم تبنى البرمجة الصحية للدولة وإنشاء القطاعات الصحية، والصحية الفرعية.
- التكفل بالرعاية وعالج الأطفال مجاناً من قبل الدولة سواء على مستوى مراكز حماية الطفولة أو في إطار الطب المدرسي وبهذا الصدد صدر مرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 09 جويلية سنة 1969 والقاضي بالزامية التلقيح ومجانيته.
- مكافحة بعض الأوبئة مثل مرض السل ومرض الشلل وسوء التغذية.

المرحلة الثالثة: مرحلة السياسة الصحية في الجزائر من 1980 - 1990:

وتميزت هذه المرحلة بإنشاء الهياكل الصحية سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية، حيث ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير عام 1973 إلى 62500 عام 1987. وكما ارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 إلى 1147 عام 1986.

كما تم صدور قانون 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983 والذي بموجبه سعت الدولة لتمويل السياسة الصحية إلى صناديق الضمان الاجتماعي. وقانون 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 جاء ليعطي الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية الجامعية بعدما كانت هذه المراكز مدمجة ضمن باقي القطاعات الصحية الأخرى، وفي نهاية الثمانينات جاء دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية وفقاً لنص الدستور آنذاك. وإنشاء المدرسة الوطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 89-11 المؤرخ في 07 فيفري 1989 والذي يعطي للمدرسة صفة المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري.

المرحلة الرابعة: مرحلة السياسة الصحية في الجزائر من 1990 - 2009:

تميزت هذه المرحلة بإعادة تنظيم المؤسسات الصحية ابتداء من سنة 1997 من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية الجامعية، وفي سنة 2007 أعيد تنظيم اقطاع الصحي عبر ظهور المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وهي نوع من اللامركزية بغية الوصول للعلاج وتقريب المستشفيات من المواطن. (نور الدين حاروش: إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للنشر، الجزائر، سنة 2007، ص 82.)

كما عرفت المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005 بعض التحسن غير أنه غير كاف، فحسب تقرير المنظمة العالمية للتجارة وعلى الرغم من المبالغ المالية العمومية الكبيرة المرصودة للقطاع الصحي في الجزائر والمقدرة ب 9.1 بالمئة من الميزانية العامة إلا أن الخدمات الصحية لاسيما ما تعلق بوفيات الأطفال كانت دون المستوى المطلوب وذلك راجع لعدم وجود استراتيجية ناجعة، بجانب سوء توزيع الأطباء والتفاوت فيما يخص الرعاية الصحية، حيث نجد أن وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات 40.5 من الألف حسب المنظمة، وحسب الجزائر فهي 35.8 من الألف، بينما بلغ معدل الحياة 74.8 في الوقت الذي بلغت فيه التغطية بالتلقيح ضد الشلل 98 بالمئة، والكزاز والسعال الديكي 87 بالمئة والتلقيح ضد التهاب الفيروس الكبدي 81 بالمئة، أما متوسط توزيع الأطباء فنجد طبيبا واحدا لكل ألف مواطن وأقل من سريرين لكل ألفي مواطن. (حاروش، 2007، ص 83)

وقد عرف القطاع من جانب آخر انتقالا للوضع الديمغرافية الوبائية للسكان إلى تعزيز العالج الجوّاري من أجل تقريب العالج للمواطن، حيث باشرت السلطات العمومية في تنظيم جديد للمؤسسات الصحية سنة 2007، بهدف فصل المستشفيات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجا قاعديا أسفر عن تأسيس الطب الجوّاري الذي قرب العالج من المواطن، كما برز تقسيم جديد للمؤسسات الصحية على غرار المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسة العمومية للصحة الجوّارية، التي تشمل قاعات العالج والعيادات متعددة الخدمات، كما استفاد القطاع من سنة 2005 إلى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار جزائري ثم استثمار في انجاز 800 مؤسسة استشفائية وجوّارية.

المرحلة الخامسة: مرحلة السياسة الصحية في الجزائر من 2009 - 2014:

من أجل مواصلة المسار الذي بادرت به الحكومة ابتداء من سنة 2001 إلى 2009 فقد التزمت الحكومة على الأخذ بعاتقها مواصلة هذه الجهود تحت إطار برنامج التنمية الخماسي 2010 - 2014، وعلى هذا الأساس فقد تطلبت هذه الخطوة جرأة سياسية من قبل الحكومة عبر تخصيص غلاف مالي ضخم قدر ب 286 مليار دولار أي ما يعادل 21.214 مليار دينار، وبالتالي فقد استطاع القطاع الصحي من أن يستفيد من حصة وافرة من مخصصات هذا البرنامج ب 619 مليار دج أي ما يعادل 155 مليار دج في كل سنة، وهذا بهدف التكفل بإنشاء 172 مستشفى، 45 مركبا صحيا متخصصا، 337 عيادة متعددة الخدمات، 1000 قاعة للعلاج، و 17 مدرسة لتكوين الشبه الطبي.

المرحلة السادسة: مرحلة السياسة الصحية في الجزائر من 2015 - 2020:

ومن بين الإنجازات المحققة في هذه المرحلة تغيير الهيكل التنظيمي للوزارة من وزارة الصحة العمومية إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى جانب إنشاء اللجنة الوطنية للسكان التي تشكلت من 17 دائرة وزارية وهيئات ذات الصلة وجمعيات وخبراء.

كما كرس قانون الصحة رقم 18-11 المؤرخ في 2 جويلية 2018، قسما كاملا لحماية الأم والطفل وقسما آخر لحماية صحة المراهقين حيث أورد أن حماية وترقية صحة المراهقين والشباب تعد أولوية للدولة لاسيما في مجال الوقاية من السلوكيات المضرة بصحتهم وضمان نموهم الكامل، كما تتضمن الرعاية الصحية الخاصة بالنساء والفتيات لاسيما منها المتعلقة بالنساء في سن الانجاب 15-49 سنة كل الخدمات التي تدخل ضمن محاور الصحة الإنجابية والتنظيم العائلي. ومن جهة أخرى تشكل برامج مكافحة وفيات الأمهات والأطفال أولوية لدى الصحة العمومية. (التقرير الوطني لتنفيذ منهاج بكين بعد 25 سنة - بكين + 25 - ماي، 2019، ص 21)

أما في مجال الهياكل القاعدية والاستشفائية الدولة قامت بإنجاز 32 مؤسسة استشفائية جامعية متخصصة منذ بداية سنوات 2000 كلها تتكفل بصحة الأم والطفل فقط، بالإضافة إلى ما يفوق 1700 عيادة متعددة الخدمات موزعة عبر مناطق الوطن تتولى توفير الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية والتنظيم العائلي مع التوزيع المجاني لموانع والتشخيص المبكر للوقاية من سرطان عنق الرحم.

وفي نفس السياق فتح 62 مركزا للتشخيص التطوعي والسري لفيروس فقدان المناعة المكتسبة و 15 مركز مرجعي للعلاج والتكفل المجاني لحامل الفيروس إلى جانب إنشاء مخبر مرجعي لمعهد باستور في هذا

المجال. وبالرغم من كل هذه الإنجازات، التزامات وتحديات أخرى تخص الاستمرار في الحد من وفيات الأمهات الحوامل والرضع مع تعزيز الوقاية والتكفل بالأشخاص المسنين في شتى المجالات مع التكفل بالشباب والمراهقين وحمايتهم من شتى عوامل الخطر التي تهدد صحتهم ورفاهيتهم والتركيز على الاستثمار واستغلال العائد الديموغرافي. وأن "الحصول على بيانات دقيقة وذات جودة بخصوص السكان في آجال قصيرة يسمح باستغلال ورسم سياسات ناجعة وبلورة برامج فعالة لربط البعد السكاني بأهداف التنمية المستدامة. وأن المجهودات التي قام بها الصندوق لمراقبة الجزائر في مجال البحث حول السكان وإعداد تحقيقات وطنية كل 5 سنوات من بينها التحقيق المتعدد المؤشرات الذي تم إنجازه في سنة 2018 إلى جانب دعمها لتنفيذ برنامج مؤتمر القاهرة الذي يحتوي على 39 مؤشرا للتنمية يساهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة لآفاق 2030.

1.2 مقدرات النظام الصحي الجزائري

أحرزت الجزائر على مدار العقدين السابقين تقدما في تغطية خدمات الرعاية الصحية ونوعيتها، مع تحسن المؤشرات بانتظام وانخفاض حالات الأمراض المعدية، وذلك وفقا لمجموعة أوكسفورد للأعمال. وتقدم أغلب الخدمات مجانا للمواطنين في المستشفيات العامة والعيادات كما تدفع الحكومة أغلب تكاليف الأدوية التي يشتريها هؤلاء المواطنون. وعلى الرغم من كون الأغلبية العظمى من المؤسسات الصحية لا تزال مدعومة بالكامل من الحكومة إلا أن هذا الأمر بدأ يتغير بالتدريج مع نمو القطاع الخاص. (تقرير شمال أفريقيا الصحي حول احصائيات سوق الرعاية الصحية لأفريقيا الشمالية في عام 2020، ص 9)، ولقد تزايدت النفقات الصحية من الناتج القومي الإجمالي في الجزائر بشكل مستمر، حيث قدرت نسبة الزيادة أو الارتفاع بين سنتي 2006 و 2007 ب 0.9 بالمئة خلال سبع سنوات، بينما قدرت نسبة الارتفاع بين سنتي 2007 و 2009 ب 1.4 بالمئة خلال سنتين فقط، وقد ترجع تلك الزيادة إلى اهتمام الجزائر بالقطاع الحي بدرجة كبيرة، كما تم الزيادة كذلك في نسبة الانفاق الحكومي العام على الصحة بشكل متزايد، خصوصا بين سنتي 2000 و 2007، حيث قدرت سنة 2000 ب 9 بالمئة ليرتفع سنة 2007 إلى 10.7 بالمئة خلال 7 سنوات.

ويمثل الجدول الموالي مجموع ميزانيتي التسيير والتجهيز المتعلقة بقطاع الصحة خلال الفترة الممتدة من 2004 إلى غاية 2013.

الجدول رقم (01): يبين ميزانيتي التسيير والتجهيز الخاصة بقطاع الصحة

الوحدة مليون دج

السنوات	ميزانية التسيير	ميزانية التجهيز	المجموع	ميزانية التسيير بالمئة	ميزانية التجهيز بالمئة
2004	66267,2	3954	70221,20	94,37	5,63
2005	62460,9	3879	9036633	94,16	5,85
2006	70337,3	31443,5	101780,80	69,11	30,89
2007	93552,9	38882	132434,90	70,64	29,36
2008	143966,6	36990	60018095	79,56	20,44
2009	178322,8	44327	222649,80	80,09	19,91
2010	195011,8	520399	715410,80	27,26	72,74
2011	227859,5	412463	640322,50	35,59	64,41
2012	404945,3	444300	849245,30	47,68	52,32
2013	0306925	63250	175,637	81,59	16,81

المصدر: دريسي أسماء، تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار اصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2013/2004)، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، العدد 2015/06.

أما بخصوص القوى العاملة الصحية في الجزائر بين سنتي 2000 و2009 فقد كان هناك 12 طبيب لكل 1000 نسمة، أما أطباء الأسنان فقد عددهم ب 3 أطباء لكل 1000 نسمة، وعاملان بالصيدلة لكل 1000 نسمة، بينما يوجد عامل واحد في مجال البيئة والصحة العمومية لكل 1000 نسمة (موقع منظمة الصحة العالمية، الاحصائيات لسنة 2010، ص 48/49)*.

وعلى الرغم من اهتمام الدولة اهتماما كبيرا بالرعاية الصحية، نجد حوالي 8400 عيادة أخصائيين خاصة و7000 عيادة أخصائيين عامة اعتبارا من 2015. وفي السنوات الأخيرة أفتتح عدد من المرافق والعيادات الخاصة في شتى أنحاء البلد، يعمل كل منهم في مجال الرعاية الصحية المتخصصة والعامة، في حين تتوسع العديد من المؤسسات الخاصة القائمة. وبالنسبة للموارد البشرية فنجد انقساما في هذا القطاع، حيث يعمل 57% من جميع الممارسين المسجلين في القطاع العام بينما يعمل 43% منهم في القطاع الخاص

في عام 2015 وذلك حسب البيانات التي أوضحتها مجموعة أوكسفورد للأعمال. وعادة ما يكون الممارسين العوام أكثر انتشارا في القطاع العام بينما ينقسم الأخصائيين وأطباء الأسنان بالتساوي نسبيا. وعلى العكس تعمل الأغلبية العظمى من الصيادلة بالقطاع الخاص.

جدول (02): يوضح قيم أعلى منحنى لإحصائيات الرعاية الصحية في الجزائر لسنة 2018.



المصدر: كنيما (knoema)

فالحكومة الجزائرية خصصت ميزانية كبيرة لوزارة الصحة حيث قدرت ب 381.792.062.000 دج سنة 2015، هذه الميزانية عرفت تزايدا ملحوظا منذ الاستقلال إلى يومنا هذا مواكبة بذلك المتطلبات الصحية المتزايدة والتحسينات المتتالية على مستوى المنظومة الصحية والتي صاحبته تحسينات في البناءات التحتية للمؤسسات الصحية العمومية، إذ تتكون من القطاعات الصحية التي تضم المستشفيات العامة، القاعات المتعددة الخدمات، المراكز الصحية، قاعات العلاج والولادة، هذه الهياكل توفر للمواطنين ظروف العلاج، وفي الحالات الخطرة والمعقدة توجه إلى المراكز الاستشفائية المتخصصة، والمراكز الاستشفائية الجامعية، أين يجدون تكفلا خاصا، توجد هذه المؤسسات وفق شروط تتعلق بعدد السكان في المناطق المختلفة، لقد عرفت المؤسسات الصحية ارتفاعا كبيرا حيث وصل عددها إلى 264 مستشفى عام 1990 ليصل إلى

290 مستشفى عام 2002، هذا الارتفاع مس أيضا كل العاملين في القطاع الصحي، من أطباء ومتخصصين ومرضىين وصيادلة وفي القطاعين العام والخاص. (ذهبية سيدهم، المسألة الصحية في الجزائر مقارنة سوسيوصحية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 24 جوان 2017، ص 2079). وتشترط الخطة الصحية للفترة 2009-2025 أن تكون الاستثمارات بحجم 20 مليار يورو من أجل بناء مرافق صحية جديدة وتطوير المستشفيات الموجودة.

2. الاستراتيجية الجزائرية لمكافحة سرطان الثدي

2.1 المخطط الصحي:

تقوم الدولة الجزائرية بمجهودات كبيرة للمكافحة داء السرطان وبالخصوص سرطان الثدي اثر انتشاره الواسع ومن أجل ذلك سطرت عددا من الخطوات والاستراتيجيات لمواجهة وتوفير أحسن رعاية صحية للمصابين به وذلك من خلال مخطط صحي متبّع من طرف الدولة ومؤسساتها المرتبطة بالصحة، فقد أعلن وزير الصحة عبد الرحمان بن بوزيد، يوم الثلاثاء 05 أكتوبر 2021 بالجزائر العاصمة، عن "إعادة تفعيل" الصندوق الوطني لمكافحة السرطان الذي تم إنشائه في سنة 2012 بهدف التكفل الأمثل بالمرضى. ولدى إشارته إلى عدد الاصابات بالسرطان من جميع أنواعه المسجلة كل سنة بالجزائر والتي تقدر بأزيد من 50 ألف حالة، أكد الوزير أن سرطان الثدي يأتي في الصدارة بتسجيل أزيد من 14 ألف حالة جديدة سنويا. ولمواجهة هذه الوضعية الوبائية والتصدي لانتشارها أشار وزير الصحة إلى المخطط الوطني لمكافحة السرطان (2015-2020) الذي ضم جميع النشاطات المرتبطة بالوقاية والكشف المبكر عن المرض وكذا الفحص والعلاج وقد سخرت الدولة في إطار هذا المخطط -كما أضاف- كل الإمكانيات المادية والبشرية إلى جانب التكفل النفسي (الجزائرية، وكالة الانباء الجزائرية 2021).

غير أن المكلف بمتابعة وتقييم المخطط الوطني لمكافحة السرطان البروفيسور مسعود زيتوني أوضح لوكالة الانباء الجزائرية عشية اليوم العالمي لمحاربة هذا الداء (4 فبراير)، أن المختصين باشرؤا عملية تقييم هذا المخطط الوطني لمكافحة السرطان منذ شهر أكتوبر 2019 وأن العملية ستتواصل ليتم الافراج عن التقرير النهائي، ومن بين العراقيل التي واجهت تطبيق هذا المخطط، ذكر الأستاذ زيتوني "العجز الكبير المسجل في مجال مخابر الكشف عن الخلايا السرطانية بكل الولايات"، مشيرا إلى أنه "منذ اطلاق المخطط، سعت

السلطات العمومية إلى رفع عدد هذه المخابر لبلوغ مخبر مرجعي بكل ولاية وتوسيع هذا الاختصاص مستقبلا للبحث عن تاريخ المرض للشخص المصاب والكشف عن العلامات البيولوجية*.

وأطلق المخطط الوطني لمكافحة السرطان في سنة 2015 ويتضمن 8 محاور استراتيجية. وتم تجسيد هذا المخطط بعد اتخاذ جملة من الإجراءات من بينها مصادقة مجلس الوزراء المنعقد في شهر ماي 2015 على المحاور الاستراتيجية التي جاءت بها الوثيقة ورصد المبلغ المالي المخصص له والمقدر ب 180 مليار دج.

ويتمحور المخطط بالخصوص حول الوقاية والكشف والتشخيص المبكر والتكوين والجوانب المالية. كما نص على تنصيب لجنة الكشف المبكر على كل أنواع السرطان بالجزائر، سيما سرطان الثدي الذي يأتي في مقدمة الأنواع الأكثر انتشارا بالمجتمع ولدى المرأة " حيث تسجل بين 11 إلى 12 ألف حالة سنويا جديدة، خصوصا وأن هذا النوع من السرطان يمكن التحكم فيه والشفاء منه بفضل الكشف والتشخيص المبكر باستعمال وسائل غير مكلفة، كما يهدف مخطط مكافحة السرطان إلى "تكوين الأطباء العاميين نظرا للدور الأساسي الذي يلعبه هذا السلك في التكفل بالصحة الجوارية وضع شبكة طبية منظمة وعلاج هرمي بدءا بالطبيب العام مروراً بالمختص إلى غاية المؤسسة الاستشفائية الجامعية والمراكز المتخصصة في مكافحة السرطان"، وقد قامت الوزارة من جهة أخرى -كما أضاف المسؤول الأول عن القطاع- بتشكيل شبكة وطنية لرصد المعلومات عن المرضى وهذا بعد صدور قرار سنة 2014 يؤكد إلزامية إنشاء سجل للسرطان على مستوى كل ولاية مما سيسمح بتوفير معلومات دقيقة عن المرض للقيام بدراسات تحليلية وبالتالي معرفة سبل الوقاية منه. وبالإضافة إلى كل مجهودات الدولة في مجال الوقاية قال السيد بن بوزيد أن القطاع "يعول وبكل ثقة على الدور الذي تؤديه وسائل الإعلام بمختلف أنواعها في التوعية والتحسيس للتقليل من معدل الإصابة.

2.2 المراكز الجهوية لمكافحة السرطان:

*تم الاطلاع عليه يوم 11 أبريل 2022، انظر: <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/82804-2020-01-26->

<https://www.youtube.com/watch?v=G81td7KwJQ>، كما يمكن الاطلاع على اللقاء

تعتبر مراكز مكافحة السرطان، أهم الخطوات التي لجأت إليها الدولة للوقوف ضدّ هذا التحدي الجديد للصحة العمومية، رغم المبالغ الضخمة التي يتطلبها ذلك، وقد تم فتح 41 مصلحة عبر كل التراب الوطني و77 وحدة خاصة بالعلاج الكيماوي إلى جانب 20 مركز لمكافحة السرطان 6 منها تابعة للقطاع الخاص مع تخصيص ميزانية لاقتناء الأدوية والمستهلكات الطبية التي تدخل في هذا العلاج على مستوى الصيدلانية المركزية للمستشفيات إلى جانب تعزيز المؤسسات الاستشفائية بالموارد البشرية المؤهلة والمتخصصة بالإضافة إلى فتح وتدعيم المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بأجهزة العلاج بالأشعة التي ارتفع عددها من 7 في سنة 2013 إلى 50 في الوقت الحالي 12 من بينها بالقطاع الخاص.*

2.3 السجل الوطني للسرطان: les registres national du cancers

تُظهر أحدث حصيلة للسجل الوطني للسرطان التي تم تقديمها يوم السبت 07 ديسمبر 2019 بوهران خلال المؤتمر الدولي الثالث للعلوم البيولوجية أن هذا المرض يمس شريحة النساء أكثر من الرجال. وتبرز الحصيلة الجديدة بالنتائج المسجلة سنة 2017 التي قدمها البروفيسور أحمد فواتيح رئيس تنسيقية الغرب لسجل السرطان العديد من الاستنتاجات بما فيها أن النساء هن الأكثر إصابة بأشكال مختلفة من السرطان. فمن بين 43.920 حالة جديدة مسجلة في 2017 تم تسجيل 25.037 حالة مست النساء مقابل 18.883 حالة للرجال حسبما ذكره الأستاذ أحمد فواتيح مضيفاً أن هذا الاتجاه تقاسمه الشبكات الإقليمية الثلاث (شرق ووسط وغرب) لسجل السرطان.

وعلاوة على ذلك يضيف المتحدث - فإن هذه الحصيلة تدق ناقوس الخطر مبرزا أن "سرطان الثدي لدى النساء يسبب القلق في الجزائر لاسيما بالنسبة للمستقبل" بالنظر إلى معدل الإصابة به ولأنه أصبح يمس الشرائح الشابة الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و35 سنة وهي الشريحة التي لم تكن معنية من قبل بالمرض. وأضاف أنه عند النساء يمثل سرطان الثدي 47.3 بالمائة من الحالات الجديدة يليها سرطان القولون والمستقيم بنحو 11.9 المائة وسرطان الغدة الدرقية بحوالي 9.3 بالمائة وسرطان عنق الرحم بنحو 7.2 بالمائة فيما تمثل ال 5.9 بالمائة المتبقية أنواعا أخرى من هذا المرض.**

* تم الاطلاع عليه يوم 11 أبريل 2022، انظر: <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/113449-2021-10-05> 15-21-54

** تم الاطلاع على موقع وكالة الأنباء الجزائرية يوم 11 أبريل 2022، انظر: <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/80769-2019-12-07-15-09-14>

2.4 حملات التوعية والاعلام:

تنظّم العديد من الهيئات والمنظمات، برعاية من الوزارات التي لها علاقة بالصحة والمرأة على غرار وزارة الصحة، وزارة التضامن المرأة بالتعاون مع وسائل الاعلام المختلفة كلّ سنة، وخاصة في الأيام الوطنية للسرطان، أو في شهر أكتوبر الوردّي، الذي يعتبر شهرا للتوعية بضرورة الكشف المبكر عددا من الأنشطة المعتمدة بقصد أن تصل إلى أكبر عدد من النساء، وذلك عبر الحصص التلفزيونية والإذاعية، قوافل التوعية وحافلات الفحص المبكر، كما تشارك الكثير من المؤسسات الاستشفائية ومراكز الفحوصات الخاصة في الجزائر في هذا الشهر من خلال توفير تخفيضات لفحوصات الكشف المبكر التي قد تصل إلى المجانية في بعض الأحيان وخاصة فحص (الماموغرافيا) الذي يمثل الإعاقة الأكبر للنساء بسبب الخوف من الألم وأيضا بسبب غلائه.

حيث تسطر جمعية الأمل الوطنية كل سنة مثلا مجموعة من الأنشطة والمبادرات لتحفيز النساء على الكشف المبكر، ممارسة الرياضة، الحياة الصحية، لتفادي المرض، وبمناسبة شهر أكتوبر الوردّي الذي أقرته الأمم المتحدة للوقاية من سرطان الثدي برنامجا واسعا قصد توعية النساء حول أهمية الحماية من هذا المرض. وأكدت رئيسة الجمعية، السيدة حميدة كتاب، في تصريح لوكالة الأنباء الجزائرية أن الجمعية تقوم بحملات تحسيسية منذ 13 سنة إلى جانب الكشف المبكر عن سرطان الثدي عن طريق فحوصات بالمماموغراف بالعيادة المتنقلة التي خصصت لهذا الغرض والتي جابت عدة مناطق من الوطن*

كما نظمت الشركة الوطنية للسكك الحديدية الأربعة النسخة الأولى من "القطار الوردّي"، وهي حملة توعوية حول سرطان الثدي بالتعاون مع جمعية البدر الوطنية وبمناسبة الشهر العالمي للتوعية بسرطان الثدي 2021. وقام متطوعو الجمعية برحلة من العاصمة إلى وهران ذهابا وإيابا لاطلاع المسافرين على سرطان الثدي، كيفية اكتشافه مبكرا وكيفية التعايش معه. كما وزعوا منشورات باللون الوردّي بعنوان "الاكتشاف المبكر ينقذ حياتك". وقام متطوعو الجمعية برحلة من العاصمة إلى وهران ذهابا وإيابا لإعلام المسافرين حول سرطان الثدي، كيفية اكتشافه مبكرا وكيفية التعايش معه. كما وزعوا منشورات باللون الوردّي بعنوان "الاكتشاف المبكر ينقذ حياتك". ووفقا لبيانات ملف السرطان الوطني الجزائري، هناك نسبة كبيرة من السيدات

*تم الاطلاع عليه يوم: 15/06/2022 (https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/113277-14)

اللواتي يصبن بسرطان الثدي تحت عمر 40 عاماً، بعكس أغلب المصابات في أوروبا واللواتي يصبن بعد سن الستين).

و أعلن المعهد السويدي لعلم اقتصاد الصحة، يوم 31 جانفي 2022 الانتهاء من إعداد تقريره حول حالة رعاية مرضى السرطان في 9 بلدان في منطقة الشرق الأوسط وأفريقيا، تزامناً مع اليوم العالمي للسرطان الذي يصادف في الرابع من شهر شباط المقبل، ويبحث التقرير، نطاق رعاية مرضى السرطان من خلال تحليل مقارنة لرعاية مرضى السرطان في الجزائر ومصر والأردن والكويت ولبنان والمغرب والسعودية وجنوب أفريقيا والإمارات، بهدف زيادة الوعي بحجم عبء هذا المرض وضرورة علاجه بشكل شامل، وأوضح التقرير أنه يشمل جميع جوانب مكافحة السرطان والمتمثلة في طرق الوقاية والفحص والتشخيص والعلاج والنجاة من المرض، ويقدم أيضاً توصيات خاصة بكل بلد حول كيفية تحسين الحالة الراهنة لرعاية مرضى السرطان في البلدان المعنية بالدراسة. من جانبه، قال الخبير الاقتصادي في مجال الصحة في المعهد السويدي لعلم اقتصاد الصحة توماس هوفمارشر، ان اليوم العالمي للسرطان لهذا العام يبدأ ضمن حملة ينظمها الاتحاد الدولي لمكافحة السرطان، مدتها ثلاث سنوات بعنوان (سد فجوة الرعاية لمرضى السرطان)، بدعم من المعهد. وتركز الحملة في عامها الأول، على الاعتراف بعدم المساواة في رعاية مرضى السرطان في جميع أنحاء العالم، وزيادة الوعي بأن هذا التفاوت يؤدي إلى فقدان المزيد من الأرواح، وحقيقة وجود أوجه لعدم المساواة حول العالم في رعاية مرضى السرطان. وتهدف حملة الاتحاد الدولي لمكافحة السرطان، إلى إظهار وجود حواجز ومعوقات أمام الأشخاص الذين يسعون للحصول على العلاج والرعاية من مرض السرطان، وأن عوامل الدخل والتعليم والموقع تؤثر في إمكانية الوصول إلى علاج السرطان.

كما تظهر الحملة أن التمييز على أساس العرق والجنس والعمر والإعاقة ونمط الحياة، تضاف إلى العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤثر سلباً على رعاية مرضى السرطان. ويتمثل الهدف النهائي للحملة، بحسب هوفمارشر، في إظهار أن هذه المعوقات ليست ثابتة، ويمكن تغييرها من خلال توافر الإرادة السياسية ودعم كافة الأطراف المعنية.

ومن بين أهم النشاطات الإعلامية التي تصب في التوعية، نجد ترسيم الصالون الوطني للإعلام حول السرطان على رأسها، حيث تنظم وزارة الصحة بالتعاون مع جمعية الأمل، كل سنة منذ ستة سنوات، الصالون الوطني للسرطان، حيث يتم دعوة كل الفاعلين في مجال مكافحة السرطان من مراكز وطنية للسرطان، مستشفيات والعيادات الخاصة، إضافة إلى الجمعيات ومقدمي الخدمات الصحية باختلافهم، على

غرار فرق العلاج المنزلي، هذا وتقول "حميدة كتاب" رئيسة جمعية الامل بأنه قد تم في صالون 2023، الذي شاركت فيه أثر من 20 مؤسسة، توفير فرق كشف متخصصة من مختلف المؤسسات الصحية للوطن، للعمل على الكشف المبكر للزائرات للصالون، ويعتبر الصالون نقطة التقاء للفاعلين في مجال مكافحة السرطان، بينما يمكن المصابين أو ذويهم، من التقرب منهم واكتساب جَلّ المعلومات التي ممكن أن تفيدهم في مسارهم الاستشفائي وفي مسار النقاهة، حيث يتميز هذا المجال بشح المعلومة واختلاطها على المريض وأهله، في اطار تسهيل التواصل بين المريض وأقاربه والمؤسسة الاستشفائية.

2.5 سعي الجزائر إلى تشكيل اتحاد عربي لمكافحة سرطان الثدي:

وتسعى الجزائر إلى خلق تعاون دولي، لمكافحة سرطان الثدي، يتم فيه تبادل الخبرات والاكتشافات، البحوث والاستراتيجيات الفاعلة للحد ومن انتشار هذا المرض الذي يفتك بأكثر عدد من النساء ليس فقط في الجزائر بل في العالم أجمع، فقد عقدت يوم 4/5 مارس 2023، لقاء عربيا شاركت فيه أكثر من 16 دولة، تزامنا مع ترأس الجزائر لجمعية الدول العربية، وذلك سعيًا منها لإنشاء اتحاد عربي لمكافحة السرطان.

خلاصة:

يعتبر مفهوم الرعاية من المفاهيم الأكثر تشعباً وتطوراً في مجال علم اجتماع العمل الاجتماعي، حيث تطوّر بشكل رهيب في القرن الماضي، إذ انتقلت الأمم والشعوب من فكرة الرعاية الشخصية داخل دوائر الشبكات الاجتماعية الضيقة، إلى مجالات تشملها الدولة ومؤسسات كبيرة، حيث يحظى المواطن داخل الدولة بالحق في الرعاية في مختلف المجالات وبالخصوص المجال الصحيّ.

وقد سعت الدولة الجزائرية إلى توفير الرعاية الصحية تحت مبدأ مجانية العلاج لأكبر عدد ممكن من المواطنين بشكل متساوي ومتكافئ، ويعتبر سرطان الثدي من التحديات التي يعاني منها القطاع الصحيّ حيث يكلف الدولة أموالاً طائلة، وأرواحاً عديدة، لهذا فإن الجزائر قد بدأت برسم استراتيجيات وقائية تعتمد على الإحصاءات والبحوث الوبائية والتشارك بين مختلف القطاعات، السياسية، الاجتماعية والإعلامية للوقوف في وجه هذا المرض الخطير.

الباب الثاني:

عرض تحليلي لتجارب الرّعاية الأسريّة للزوجات المصابات بسرطان الثدي

وأسرهن

(المقاربة الميدانية لموضوع البحث)

الفصل الأول

منهجية البحث، مجالاته وضوابطه الميدانية

تمهيد:

يشكلّ المنهج أساسا تبنى عليه الدراسات الاجتماعية، ويمثل الطريق الذي يجب اتباعه للانطلاق من تساؤلات علمية والوصول إلى نتائج موضوعية مستخرجة من التجربة والميدان. وينطلق بحثنا من إشكالية ما هي طبيعة الرعاية الأسرية للزوجات المصابات بسرطان الثدي في المجتمع الجزائري، وللإجابة عليها يجب الاعتماد على مجموعة من الخطوات والتقنيات العلمية، التي اخترنا منها البحوث الكيفية كوسيلة للوصول إلى النتائج عبر تقنياتها وأدوات جمع المعلومات المختلفة المتعلقة بها.

المبحث الأول: الدراسة الاستطلاعية ونتائجها

المطلب الأول: أهمية الدراسة الاستطلاعية وإجراءاتها

يمكن اعتبار الدراسة الاستطلاعية الركيزة الأولية لأي بحث أو دراسة في العلوم الاجتماعية والإنسانية عموماً، خاصة في البحوث الاستطلاعية التي لا تتوفر على كم كبير من الرصيد النظري، الذي يعتمد عليه الباحث للانطلاق في صياغة الإشكالية والفرضيات المناسبة لها وبناء الإطار النظري.

حيث تمكن الدراسة الاستطلاعية من ملاحظة الظاهرة المراد دراستها، والتعرف على مختلف العوامل والمؤسسات الاجتماعية المؤثرة فيها، ومنه تمكنه من التعرف على المتغيرات والمؤشرات التابعة لها.

وقد اعتمدنا في دراستنا الاستطلاعية على مجموعة من المقابلات مع الفاعلين في مجال سرطان الثدي، حيث اتجهنا إلى الصالون الوطني للإعلام حول السرطان والذي أجري أيام 4، 5 و6 أكتوبر سنة 2018، والذي التقينا فيه بمختلف الفاعلين في المجال، على غرار ممثلي المراكز الجهوية لمكافحة السرطان، رؤساء وأعضاء الجمعيات الوطنية والولائية لمكافحة السرطان، الأطباء المتخصصين في الأورام، نفسانيين يزاولون عملهم في مصالح السرطان⁵، كما تواصلنا مع عدد من المرضى المصابين بسرطانات مختلفة على غرار سرطان الثدي، إضافة إلى حضور عدد من الأيام الدراسية حول سرطان الثدي، إضافة إلى مشاهدة والاستماع إلى البرامج الإعلامية المختلفة حول سرطان الثدي، كل هذا، ساعدنا على الوقوف على أهم المشاكل والعراقيل التي تعيشها المصابة بسرطان الثدي في حياتها اليومية، وعلى النقائص الموجودة في القطاع الصحي الجزائري، وكذلك على التمثلات الاجتماعية لهذا المرض واختلافها بين منطقة وأخرى، وبين المراحل الزمنية المختلفة، وعلى الأثر النفسي للمرض ولعملية البتر الكلي للثدي وكذلك لبروتوكولات العلاج الطويلة والصعبة.

كما اتجهنا في دراستنا الاستطلاعية إلى القراءة عن مرض سرطان الثدي والتعرف على أنواعه وطرق العلاج وتأثيراتها المختلفة وإلى الجانب الإحصائي للمرض في الجزائر، وكذلك البحث في المراجع التي تدرس حياة المصابة بسرطان الثدي وعلاقتها بالمقربين بها، وقد ساعدتنا كثيرا مجموعة من المقالات المنشورة، خاصة التي تقام تحت رعاية مؤسسة "نوفاتريس" الفرنسية للأدوية، التي تهتم بمجال

- لقاء مع السيد م. ممثل عن مركز مكافحة السرطان لولاية عنابة، طبيب مختص في الأورام

- لقاء مع السيدة ك.س أخصائية نفسانية بمركز بيار وماري كوري لمكافحة السرطان، بمستشفى مصطفى باشا

- مقابلة مع السيد زكريا. ب رئيس لجمعية الشفاء لمكافحة السرطان، بولاية سطيف

- مقابلة السيدة تواتي. ع، قابلة وعضوة في جمعية توعية النساء بالصحة التناسلية والجنسية، ببشار

البروكسيمولوجيا « la proximologie » وهو تخصص يهتم بالمحيط الاجتماعي للمريض، وخاصة المحيط الاستشفائي بكل تشعباته، والمحيط العائلي، كما تهتم بشكل كبير بدراسات مقدم الرعاية وعلاقاته المختلفة بالمحيط الاستشفائي وبالمريض.

وقد أدت بنا هذه القراءات إلى الانتقال من الفكرة الأولية التي كانت تتعلق بمشاكل المصابة بسرطان الثدي داخل الأسرة، إلى دراسة التحديات والمشاكل التي يعانها مقدم الرعاية أيضا.

ومنه قررنا أن يكون البحث قائم على شقين أولهما: المصابات بسرطان الثدي، والثاني: القائم بالرعاية الأساسي، وذلك محاولة منا، لمعرفة العلاقة القائمة بينهما، وكيفية تعامل كل من المصابة وعائلتها مع المرض، وطرق الرعاية التي تلجأ إليها الأسرة الجزائرية لرعاية الزوجات المصابات بسرطان الثدي، ومدى تأثير الإصابة على استقرار الأسرة.

ومنه فإن الدراسة الاستطلاعية ساعدتنا على تحديد عينة البحث التي سنتوجه إليها، كما ساعدتنا في اختيار منهج البحث الذي سنعمد فيه على المنهج الكيفي، حيث رأينا أن محاولة الاعتماد على المنهج الإحصائي، أي الاعتماد على الاستبيان كأداة بحث سيكون صعبا كثيرا من جهة وغير مجدي من جهة أخرى، حيث أن الوصول إلى عدد كبير من المصابات بسرطان الثدي سيأخذ وقتا طويلا، من حيث الإجراءات الصعبة في المستشفيات من جهة وعجزنا على الوصول إلى عدد كبير من المستشفيات في كامل التراب الوطني من جهة أخرى، وقد ساعدنا الوصول إلى هذه النتيجة الحديث مع مسؤولين وممثلين لمراكز مكافحة السرطان، وكذا صعوبة ملء الاستمارات من طرف أشخاص مرضى وعاجزين على بذل المجهود، مع إضافة اعتبار أن نسبة كبيرة منهم قد تكون تعاني من الأمية أو عدم القدرة على الفهم والكتابة هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن المعلومات التي كان سيقدمها لنا الاستبيان لن تكون وفيرة ولا بالعمق المطلوب لتحليل العلاقات وتشابكها.

كما أن البحث الاستطلاعي قد ساعدنا على تحديد الأسئلة العامة التي ستطرح في دليل المقابلة، وكذا كيفية التعامل مع المريضات وأهاليهن واللغة الأنسب لمحاوَرتهن.

المطلب الثاني: مخرجات الدراسة الاستطلاعية

توصلنا من خلال الدراسة الاستطلاعية إلى عدد من المخرجات التي شكلت نقاط بداية، لصياغة إشكالية وتساؤلات وفرضيات البحث وهي:

1. تعاني المصابات من السرطانات بشكل عام ومن سرطان الثدي بشكل خاص، من مشاكل النظام الصحي في الجزائر، حيث تدخل المريضة وأقاربها في دوامة من الأسئلة والعراقيل منذ اكتشاف المرض.
2. تعاني العديد من النسوة من نبذ أسرهن وأزواجهن لهن بعد الإصابة بالمرض، بسبب الفقر عادة وعدم إمكانية توفير العلاج المناسب.
3. تتلقى الكثير من النساء الرعاية والدعم الكافي من الأزواج والأسرة.
4. تعاني المرأة المصابة من سرطان الثدي من تداعيات نفسية للمرض، الامر الذي يؤثر عليها وعلى محيطها العائلي.
5. يعاني القائم بالرعاية على المريضة من مجموعة من المشاكل المادية والنفسية عند قيامه بالرعاية.
6. تحسّن وضع المرأة المصابة بسرطان الثدي في الجزائر بفضل عدد من العوامل، أهمها: انتشار التعليم، زيادة عدد مراكز مكافحة السرطان عبر الوطن، الحملات التوعوية التي تقوم بها الدولة والمجتمع المدني على حد سواء.
7. العمل المهم الذي تؤديه الجمعيات في سبيل دعم وتذليل الصعاب أمام المريضة وأسرته.
8. من خلال الدراسة الاستطلاعية تمّ تحديد المنهج الأنسب للدراسة، وهو منهج دراسة الحالة والبحث الكيفي، وذلك لأننا رأينا أنه الأكثر ملائمة للوصول إلى النتائج المنشودة من الدراسة.

المبحث الثاني: منهج البحث، أدوات ومجتمع الدراسة

المطلب الأول: البحوث الكيفية ومنهج دراسة الحالة

إن للمنهج أهميته القصوى في تسيير البحث العلمي ووقايته من الزلل والمعروف أنّ تنوع المناهج واختلافها يعود أساساً إلى مجالات العمل والمواضيع والإشكاليات التي تقوم عليها البحوث المختلفة في العلوم الاجتماعية (Boudon, 1996) والمنهج هو "مجموعة متناسقة من العمليات المستعملة لبلوغ هدف أو مجموعة من الأهداف... التي تتيح اختيار التقنيات وتنسيقها." (غراويتز، 1993).

ونظراً لأن موضوعنا وإشكاليتنا التي تبحث في العلاقات الداخلية للأسرة والتفاعلات بين المريضة والمحيطين بها وطرق الرعاية وأساليبها، لا تبحث في فهم إحصائيات حول المصابات بسرطان الثدي بقدر ما تتساءل عن الكيف والأسلوب الذي تتلقى من خلاله هذه المصابات الرعاية من أهاليهن والوقوف على طبيعة علاقاتهن بأسرهن، والمشاكل التي تتلقاها الأسرة للقيام بدورها الرعائي، فإن بحثنا هذا ينضوي تحت غطاء البحوث الكيفية والتي تكفل الاهتمام بالتفاصيل ضمن العلاقات الإنسانية وتشكلها وبنائها في تحليل المسببات والنتائج المستخلصة من ظاهرة ما، حيث تُعرّف البحوث الكيفية على أنها "تلك البحوث التي تركز على الفهم من خلال التفاعل مع الموضوع والظاهرة المدروسة." (فضيل، 2014، ص 274).

واعتبرت شارلين هس-بيبر وباتريشيا ليفي في كتابهما البحوث الكيفية في العلوم الاجتماعية، أنّ هذا النوع من البحوث هو الذي من شأنه أن يعبر عن صوت المقهورين في المجتمعات الحديثة كالنساء، السود، الأقليات، ذوي الاحتياجات الخاصة وغيرهم، على اعتبار أن البحوث الكمية الوضعية قد سحبت عنهم الكلمة وأنها تحوّل لنفسها تكوين معان على لسانهم، وتعتبر أن البحوث الكيفية هي صوت من لا صوت له وهي الوحيدة القادرة على منح المبحوث حق المشاركة في البحث الذي يأخذه كموضوع وحق المساهمة وابداء رأيه في النتائج النهائية وإن كانت تمثله حقاً أم لا. (ليفي، 2011). وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار النساء المصابات بسرطان الثدي والقائم برعايتهن ممن يحتاج إلى من يدرس اهتماماتهم ومشاكلهم ويوصلها لمن يسمعها.

ولقد اعتمدنا في بحثنا هذا على منهج دراسة الحالة بوصفه أهم منهج متّبع في البحوث الكيفية، وهو "المنهج الذي يتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بأية وحدة سواء كانت فرداً أو مؤسسة أو نظاماً

اجتماعيا... وهو يقوم على دراسة مرحلة معينة من تاريخ الوحدة أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها... (الجيلاني، 2018، ص167).

وهو "طريقة لدراسة الظواهر الاجتماعية من خلال التحليل المعمق لحالة فردية، قد تكون شخصا أو جماعة من الأشخاص.... ويقوم على افتراض أن الحالة المدروسة يمكن أن تصلح نموذجا لحالات أخرى مشابهة من نفس النمط." (غيث، 1989).

وارتكز البحث على دراسة حالات من الزوجات المصابات بسرطان الثدي، في مرحلة المرض، والعلاج، والنقاها والشفاء، بغية التوصل إلى معطيات علمية وتحاليل اجتماعية للعلاقات الأسرية التي تربطهن بالقائم بالرعاية.

المطلب الثاني: أدوات البحث

وتعتمد بحوث دراسة الحالة، والبحوث الوصفية على مجموعة من الأدوات لجمع البيانات والمعلومات التي حاولنا الالمام بها في هذا بالحث وعلى رأسها:

1. الملاحظة البسيطة: و"تعتبر الملاحظة من أقدم أدوات جمع البيانات وتتمثل أساسا في استخدام حواس الباحث ومهاراته لملاحظة ورصد الأشياء والوقائع والأشخاص" (فضيل، 2014، ص207) وهي الأداة الأولى التي سمحت لنا بادراك وجود مشكل لدى الأسرة الجزائرية في التعامل مع إصابة الزوجة والأم بمرض سرطان الثدي، فيما يخص رعاية المريضة والاستجابة لمتطلباتها المختلفة، وسترافقنا هذه الأداة في مختلف مراحل البحث الميداني من خلال ملاحظة ما يطرأ على المستجويات والمستجوبين من أسرهن من انفعالات واستجابات إزاء أسئلتنا المختلفة وكذلك التركيز على ملاحظة علاقاتها وتعاملاتها وتعامل المحيط الأسري معها، في مراحل المرض المتعددة. وبإمكاننا إطلاق تسمية (الملاحظة الميدانية).

2. المقابلة: تعدّ من أهم التقنيات المستخدمة في البحوث الكيفية لما يمكنها توفيره من معطيات ومعلومات مختلفة حول الموضوع قيد الدراسة.

وقد تم الاستعانة بهذه التقنية في مختلف مراحل البحث، وتعرّف المقابلة على أنها: "تقنية مباشرة تستعمل بكيفية منعزلة، ولكن أيضا في بعض الحالات، مساءلة جماعات بطريقة نصف موجهة تسمح بأخذ معلومات كيفية بهدف التعرف الدقيق على الأشخاص المبحوثين." (أنجرس، 2004، ص197).

وقد تم استخدام المقابلة مع عدّة فئات وهي:

1- **مقابلات السير الحياتية:** اعتمدنا عليها كتقنية أساسية لجمع المعلومات في بحثنا هذا، وهي مجموعة المقابلات التتابعية والمعمقة التي يجريها الباحث مع المبحوث قصد معرفة المسار المراد دراسته. وقد عرّفها موريس أنجريس على أنها "نوع من المقابلة تستخدم بصفة خاصة من طرف الانتروبولوجيين والمؤرخين وعلماء الاجتماع، بهدف جعل شخص ما يروي كل حياته أو جزء هام منها مع أخذ بعين الاعتبار الاطار الاجتماعي الذي عاش فيه"، وقد تم استخدام مقابلات سير الحياة في هذا البحث مع فئتين وهما:

أولاً: الزوجات المصابات بسرطان الثدي محل الدراسة.

ثانياً: ممثلين عن أسر المريضة (**القائم بالرعاية الأساسي**): تم التواصل مع حالات من أهالي المريضات وإجراء مقابلات نصف موجهة للتعرف على سيرة حياتهم قبل وبعد المرض، وجهات نظرهم والمشاكل التي تواجههم في رعايتهم للزوجات المصابات بسرطان الثدي، وذلك بوصفهم القائمين بالرعاية الذين يستطيعون احاطتنا اكثر بالمعلومات اللازمة.

2- **المقابلات الداعمة:** وتتمثل في المقابلات التي أجريناها مع عدد من الفاعلين الاجتماعيين المتعلقين بمرض سرطان الثدي، على غرار:

- **رؤساء جمعيات مكافحة السرطان:** خلال بحثنا اقتربنا من جمعيات سعت للاضطلاع بهذا الدور وركزنا على الدور الذي تقوم به ثلاث جمعيات في مسألة الرعاية الاجتماعية للمصابات بسرطان الثدي، هذه الجمعيات التي تمثّل ولايتين وتنشط عبر الوطن بالإضافة إلى جمعية وطنية تركزت في المجال، وقد اخترنا الجمعيات الثلاث حيث قابلنا المسؤولين على الجمعيات وقد تم اختيار الحالات قصدياً، لتوفرها على مجموعة من الشروط، كتنشيط الجمعية وتجاوب المسؤولين على الجمعيات معنا كباحثين وتوفرهم، وخصائص الولايات التي يشتغلون فيها من حيث توفر الخدمات الصحيّة:

1- **رئيسة جمعية شعاع الأمل بالجلفة:** تتقدم الولايات من حيث عدد الإصابات بالسرطان، ورغم افتتاح جهوي لمكافحة السرطان فيها مؤخراً، إلا أنه يبقى غير مفعّل، إضافة إلى عدم توفرها على مستشفى جامعي ولا على مركز، تتوفر على وحدة أورام سرطانية لا تتوفر على العدد الكافي من الأطباء ولا على وحدتي العلاج الكيميائي والإشعاعي، وتبعد عن مستشفى البليدة الجامعي بحوالي 250 كم وتبعد عن العاصمة

الجزائر بحوالي 300 كم، وهما الولايتان التي يوجه إليها مرضى السرطان عموما في الجلفة للعلاج حسب التقسيم الإقليمي للمستشفيات.

2- رئيس جمعية النبر الخيرية بالمسيلة: تتوفر المسيلة على وحدة أورام سرطانية من ثلاث أطباء مختصين ولا تحتوي على مركز للعلاج الكيميائي ولا العلاج الإشعاعي، يوجه المرضى فيها إلى عدد من الولايات لتلقي العلاج أهمها، سطيف، الوادي، باتنة وأحيانا العاصمة.

3- رئيس جمعية الفجر الوطنية: تعتبر من أقدم الجمعيات في مجال مكافحة السرطان في الجزائر حيث نشأت سنة 1989، ولها 15 مكتبا ولائيا، الأمر الذي يجعلها مخوّلة لتمثيل الجمعيات والحديث عن أهم ما تقدمه في مجال خدمة المرضى من جهة واهم المعوقات والمشاكل التي تواجهها من جهة أخرى.

4- رئيس جمعية الشفاء لمكافحة السرطان بسطيف: حيث تعتبر من أهم الجمعيات الفاعلة في هذه الولاية، التي تتميز بكبر حجمها واختلاف تضاريسها بين الهضاب والجبل، حيث يعتبر المريض الذي يسكن في ريف الولاية ومداشرها، بعيدا عن مركز الولاية الذي يتوفر على مركز استشفائي لمكافحة السرطان من جهة، ومن جهة أخرى تستقطب الولاية الكثير من المرضى من الولايات المجاورة مما يجعل ممثل الجمعية على دراية بالمشاكل التي تعانيها أسر ولايته والولايات المجاورة من أجل التكفل بالمصابة بسرطان الثدي.

- ممثلين عن المؤسسات الاستشفائية:

مقابلة مع الدكتورة المتخصصة في الأمراض السرطانية، بمصلحة السرطان، في مستشفى مصطفى باشا "بيير و ماري كيري"، آسيا موساوي، وهي ناشطة في التوعية ضد سرطان الثدي، وقدمت عددا من الحصص والوصلات التحسيسية في الإذاعة والتلفزيون الجزائري.

المطلب الثالث: مجتمع البحث وخصائص العينة

1. مجتمع البحث وتحديد العينة

يتحدد مجتمع الدراسة في الزوجات المصابات بسرطان الثدي في الجزائر وعائلاتهم، وهو في تزايد مستمر، وحيث أنّ دراسة كل النساء المصابات بسرطان الثدي في الجزائر في أطروحة دكتوراه أمر غير وارد، فقد تم تحديد عينة غير تمثيلية عن مجتمع البحث، وهي حالات من نساء متزوجات جزائريات مصابات بهذا

الداء، وإذ يتعلق بحثنا هذا بالرعاية الأسرية التي تتلقاها الزوجة المصابة بسرطان الثدي، ولهذا فهو يرتبط بمتغيرين أساسيين وهما:

1- **المصابة بسرطان الثدي:** بصفته المتلقي للرعاية ومنه إدراكها لها ومدى احساسها بالمساعدة وكيف أثرت هذه الرعاية على مسارها العلاجي.

2- **الأسرة كبناء** يتكون من مجموعة من الافراد والآليات التي اعتمدها للاهتمام بالعضو المصاب منها بمرض خطير كسرطان الثدي.

ومنه فقد آثرنا أن نعتمد في دراستنا على صنفين من الحالات: حالة المريضة التي ستقل لنا تجربتها مع المرض ومع الرعاية وطرقها ووعيها بها وبالتحديات، وحالة القائم الأساسي بالرعاية والذي سينقل لنا تجربته في رعاية المريضة، التحديات والمعوقات، وأيضا تجربة الأسرة ككل في التعامل مع هذا المرض.

ومنه تنقسم عينة بحثنا هذا إلى قسمين من الحالات مرتبطين ببعضهما:

1- **النساء المتزوجات المصابات بسرطان الثدي:** وقد ارتئينا أن تكون العينة المدروسة عشوائية لا ترتبط بأي شرط إلا شرطين أساسيين:

• **الزواج:** وجاء شرط الزواج نتيجة للبحث الاستطلاعي حيث رأينا أن المرأة المتزوجة التي تتحمل أعباء المنزل الزوجي ودورها كزوجة وكأم أيضا، قد يكون تأثير اصابتها بسرطان الثدي مختلف عن العزباء، وأيضا لأن سرطان الثدي عادة ما يكون في سن انقطاع الطمث، وهو السن الذي تكون فيه عادة المرأة متزوجة وأم، جاء شرط الزواج مرتبط بتاريخ اكتشافها لأعراض المرض، وليس أثناء العلاج، حيث يمكن أن تكون متزوجة عند الإصابة ثم تتطلق أو تنرمل.

• **السن:** كما تم تحديد سن المصابات كأقصى تقدير بـ65 سنة حيث تكون المرأة في هذه السن لا زالت ناشطة جسديا وجنسيا ومنه القدرة على التعرف على تأثير هذا المرض على أدوارها كأم وزوجة وعلاقاتها بالأسرة والزوج من جهة، كما اعتمدنا تسقيف السن، حيث أن المرأة في المراحل السابقة للاستينات، تكون لديها أبناء مرتبطين بها (تحت سن الرشد) فيظهر لنا كيفية تعويض الأسرة لمهامها كأم.

• **التقدم في مراحل العلاج:** حيث تكون المصابة قد تعرضت لكل مراحل العلاج وخاصة (الجراحة، العلاج الكيميائي، العلاج الإشعاعي) وهي البروتوكولات الشائعة في علاج سرطان الثدي مع وجود استثناءات تتعلق بمرحلة السرطان (stade) ونوعيته.

2- حالات من القائمين بالرعاية الأساسيين للمريضات المستجوبات: وقد طلبنا من كل مريضة أن تربطنا باتصال مع أحد أقاربها البالغين التي ترى بأنه كان قائما على رعايتها ويقبل التعامل معنا، ومنه تحصلنا على 7 مقابلات للقائمين بالرعاية:

- حالتين لزوجي مريضتين.

- حالتين لأخوات المريضة.

- حالة واحدة لابن مريضة.

- حالة واحدة لابنة أخت المريضة

- حالة واحدة لأم المريضة

ومما سبق فإن العينة المعتمدة في هذا البحث هي العينة القصدية، فيما يخص السن والزواج، كما لم نحدد عددا مسبقا للحالات التي يجب دراستها وكان شرط التوقف عن جمع الحالات هو الحصول على الاشباع في المعلومات اللازمة وعدم تخطي الإطار الزمني للدراسة.

2. ظروف اجراء المقابلات:

وقد تصادف اجراء بحثنا هذا مع تفشي وباء كورونا كوفيد 19، حيث أغلقت جلّ المصالح الاستشفائية وتم تعزيز الإجراءات الصحية، الأمر الذي عطلّ العمل أكثر من مرة، حيث كنّا نبدأ المقابلات ثم ننتقطع بسبب عودة الحجر، ومع توجهنا لأكثر من مرة إلى مصالح مكافحة السرطان على غرار مصلحة "بيار ماري كيري" بمستشفى مصطفى باشا، ومصالح العلاج الكيميائي بالروبية، ومصالح السرطان بمستشفى "فرانستر فانون" بالبلدية والاتصال بمراكز مكافحة السرطان بمختلف مناطق الوطن، وكانت النتيجة هو المنع الكلي لأي زيارة غير طبية، بسبب الخوف من نقل العدوى إلى المريضات، ما أدى بنا إلى التوجه إلى عدد من الاقامات التابعة للجمعيات على غرار إقامة البدر بالبلدية، حيث أعلمنا أيضا بصعوبة اجراء المقابلات بنفس السبب وهو الخوف من العدوى دائما، هذا ما جعلنا نتجه إلى طريقة أخرى للحصول على الحالات التي تقبل بإجراء المقابلة، حيث اعتمدنا على رؤساء الجمعيات الذين اتصلنا بهم وبعد وعود كثيرة من عدد من الجمعيات لم تساعدنا إلا ثلاث جمعيات بإعطائنا أرقام مريضات مصابات بسرطان الثدي بعد أخذ الإذن للتواصل معهن وهي:

3- جمعية الشفاء لمكافحة السرطان بسطيف: 2 حالات

4- جمعية الخير مسيلة: 2 حالات

5- جمعية شعاع الامل بالجلفة: 2 حالات

وبعد الاتصال وجدنا أنّ المصابتين من سطيف ومصابة واحدة من مسيلة غير مطابقتين للعينة محل الدراسة ولا يتوفر فيهن شرط الزواج، ومنه قمنا بمقابلة مع 3 حالات فقط من الستة 6 حالات المقترحة. كما تمّ إطلاق اعلان عبر صفحتنا في الفايسبوك وفي مختلف مجموعات الطلبة الباحثين للحصول على أرقام مصابات بالتّدي يقبلن مشاركتنا في البحث حيث حصلنا على مجموعة من الحالات وصلت إلى 10 حالات ولكن بعد الاتصال وجدنا: أنّ 4 حالات لا تتوافق مع الشرط الأساسي وهو الزواج، وكذلك شرط السن حيث تعدّى سن 2 منهم السبعين سنة، ومنه أجرينا مقابلات مع 6 حالات فقط.

هذا وقد اعتمدنا على دائرة المعارف الخاصة للحصول على حالات من المصابات، حيث حصلنا على أربع حالات تمت المقابلة معهن. وتمّ اللجوء إلى خيار الذهاب إلى بيوت المريضات في بعض الحالات أو التواصل معهن هاتفياً أو حتى في مراكز التصوير الطبي.

وفي النهاية تم إجراء مقابلة مع 13 حالة، غير أنّه تمّ التخلي عن 5 حالات لهذه الأسباب:

- حالتين رفضتا إتمام المقابلة بعد الانقطاع عنها بسبب التعب والاتفاق على مواصلتها في اليوم التالي، حيث تم رفض مواصلة المقابلة بسبب الحالة الصحية المتردّية وجاء ذلك من طرف أحد أفراد الأسرة.
- حالتين لعدم القدرة على الوصول إلى معلومات كافية وملمّة بالموضوع (صعوبة المبحوثات في التواصل، والاكتفاء بإجابات مقتضبة، نعم لا، لا أدري).
- حالة واحدة: دخولها في حالة غيبوبة بعد المقابلة الأولى وانقطاعها عن التواصل معنا بسبب تردي وضعها الصحيّ، ثم اعلامنا بأنّها في حالة غيبوبة.

في النهاية بلغ عدد الحالات محلّ الدراسة: 7 حالات مصابات بسرطان التّدي، و7 مقدميّ رئيسيين لكل حالة، وقد اكتفينا بهذا القدر لإحساسنا بتكرار في الإجابات، ولوصولنا لحالة اشباع في الأجوبة اللازمة.

3. المجال المكاني والزمني للبحث:

لقد تم الانطلاق من فكرة تعميم العينة على مختلف مناطق الوطن للوصول إلى أقصى تنوع ممكن في الإجابات، وقد اشتمل البحث على دراسة حالات لعائلات متفرقة من الوطن وهي كالتالي:

الغرب: ولاية عين الدفلة، دائرة العطاف (منطقة حضرية)

الشرق (منطقة حضرية):

- ولاية مسيلة، مركز الولاية (منطقة حضرية)

- ولاية عنابة، مركز الولاية (منطقة حضرية)

الجنوب (منطقة حضرية):

- ولاية أولاد جلال، مركز الولاية، (منطقة حضرية)،

- ولاية الأغواط، مركز الولاية، (منطقة حضرية)

الهضاب العليا: (الوسط)

- ولاية الجلفة: دائرة حاسي ببح (منطقة حضرية).

الوسط:

- ولاية المدية: دائرة بني سليمان (منطقة ريفية)

والجدير بالذكر أنّ الحالات قد تلقين العلاج في مناطق مختلفة عن أمتكن اقامتهن، وفي بعض الأحيان،

تلقين الرعاية عند عائلات خارج ولاياتهن، وبهذا فقد تم التعرف على عائلات من مناطق أخرى من الوطن.

حيث يمكننا تلخيص ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم (03): يوضح التوزيع الجغرافي لحالات الدراسة، السكن، الاستشفاء، الرعاية المنزلية

الحالة	الحالة العائلية	مكان الإقامة	مكان تلقي العلاج (المستشفى)	مكان تلقي الرعاية المنزلية (القائم بالرعاية)
ياسمينية	متزوجة	أولاد جلال	بسكرة+ باتنة	أولاد جلال
عبلة	متزوجة	عنابة	عنابة	عنابة
سعاد	متزوجة	الأغواط	الأغواط+ ورقلة	الأغواط+ العاصمة
سامية	مطلقة	المسيلة	برج بوعرييج + العاصمة	برج بوعرييج
رجاء	مطلقة	البيرين/الجلفة +بني سليمان/المدية	البلدية+ العاصمة	بني سليمان "المدية"
مليكّة	متزوجة	حاسي ببح/ الجلفة	البلدية+ الأغواط	حاسي ببح "الجلفة"

أم هاني	اهمال زوجي	العطاف/ عين الدفلة	البلدية/ العاصمة	العطاف "عين الدفلة"
---------	------------	--------------------	------------------	---------------------

المصدر: من اعداد الطالبة

وقد تمت الدراسة زمنيا على مراحل عدّة وأولها البحث عن العيّنات، ثم الاتصال بهن ومحاولة إيجاد الوقت الملائم وقد كانت الكثير من المقابلات تعاد أو تنقطع بسبب عدد من الظروف أهمها الحالة الصحيّة للمريضات، وتمّ ذلك من بداية جانفي 2021 إلى نهاية جوان 2022. حيث ورغم إجراء المقابلات كاملة في يوم أو يومين، إلا أن التواصل مع الحالات دام لأكثر من ذلك، حيث كنّا نتصل بهنّ كلّما دعت الحاجة إلى ذلك، وتوفّرت لنا ظروف الحديث مجددا مع المريضة، إما هاتفيا، أو عن طريق وسائل التواصل الاجتماعي المختلفة.

المبحث الثالث: إجراءات تحليل المضمون

المطلب الأول: دليل المقابلة ومحاوره

يعتبر دليل المقابلة أداة البحث الأساسية في بحوث دراسات الحالة التي تعتمد على سير الحياة كمصدر أولي للمعلومات، وقد اعتمدنا في دليل مقابلاتنا على النموذج الذي قدمه "موريس انجرس" في كتابه " منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية"، حيث اعتمدنا على التسلسل الزمني للأسئلة، وانتقلنا من معرفة شكل حياة المريضة قبل المرض، أدوارها الاجتماعية المختلفة ومكانتها داخل الأسرة إضافة إلى طبيعة علاقتها بأقربائها والمحيطين بها، ثم انتقلنا إلى معرفة طريقة اكتشافها للمرض ومن رافقها خلال الكشوفات الأولية انتقالا إلى اكتشاف المرض، ردة فعل المريضة والأسرة، طرق الدعم والرعاية، وكذلك المشاكل المختلفة التي صادفتها في رحلة العلاج، محاولين من خلال هذه الاسئلة الالمام بكل الجوانب التي تعرضت لها اشكالتنا والتساؤلات الفرعية الناتجة عنها.

وقد تم الاعتماد على دليليّ مقالة مختلفين:

1- دليل المقابلة بالنسبة للزوجات المصابات بسرطان الثدي:

وتمّ تقسيمه إلى خمس محاور أساسية وهي:

المحور الأول: الحياة الأسريّة، المكانة وتوزيع الأدوار قبل المرض: وتمّ فيه تقديم أسئلة حول حياة المريضة قبل المرض، طريقة زواجها، علاقاتها الأسريّة مع المحيطين بها، الزوج، عائلتها الأم، عائلة الزوج ومع الأبناء، إضافة إلى الحديث عن الأدوار التي كانت تشغلها داخل الأسرة وتحديد مكانتها فيها.

المحور الثاني: اكتشاف المرض، ومواجهة الأزمة: حيث تم طرح أسئلة عن طريقة اكتشاف المرض، الزيارة الأولى للطبيب، التعرف على المرافقين الأساسيين لها في رحلتها في اكتشاف المرض، الدور الذي لعبه كل فرد من العائلة في مرحلة الاكتشاف، إضافة إلى التعرف على ردود أفعال المريضة والمحيطين بها في هذه المرحلة الأولى.

المحور الثالث: خصائص الرعاية وتقسيم الأدوار: حيث تم طرح أسئلة لها علاقة بالتعرف على طريقة تقسيم أدوار رعاية المريضة داخل الأسرة وتعويض أدوارها، حسب الجنس وحسب علاقة القرابة ودرجتها، لتتعرف في النهاية على الخصائص العامة للرعاية وأبعادها والأولويات التي توليها الأسرة في الرعاية **المحور الرابع: إدراك المريضة لتحديات الرعاية:** وقد تمّ التركيز هنا على مدى وعي المريضة بالتحديات والصعوبات التي تعيشها الأسرة في سبيل رعاية المريضة والتعايش مع الوضع الأسري الجديد، بالإضافة إلى محاولة تفكيك الآليات التي تنتهجها المريضة لمساعدة مقدم الرعاية وتخفيف العبء عنه إن وجدت.

المحور الخامس: تأثير المرض على الأدوار، المكانات والعلاقات الأسرية: وقد تم طرح أسئلة حول التغييرات التي لاحظتها المريضة في علاقاتها، مكانتها داخل الإطار الأسري وكيف أثر المرض على حياتها وعلى حياة المحيطين بها، وكيف تتعامل مع ذلك.

2- دليل مقابلات مقدمي الرعاية الأساسيين: وجاءت المقابلات في أربعة محاور أساسية أيضا وهي:

المحور الأول: الحياة قبل المرض (المكانة والأدوار داخل الأسرة وخارجها)

المحور الثاني: التعامل مع المرض واستراتيجية رعاية المريضة

المحور الثالث: التدايعات المهنية والاجتماعية والصحية للمرض على مقدم الرعاية الأساسي

المحور الرابع: تأثير المرض على العلاقات والأدوار داخل الأسرة.

وقد تمّ الاعتماد في كل محور على سؤال عام مفتوح واحد، نفتح فيه المجال للمبحوثات/ المبحوثين، للتعبير عن آرائهن/ آرائهم ومشاعرهن/ مشاعرهم دون تدخل، ثم وبشكل تدريجي تم إضافة بعض الأسئلة التفصيلية، التي تستدعيها الحاجة إذا تمّ تغافل تفصيل ما، أو من أجل العودة إلى الموضوع الأساسي للسؤال والهدف من المحور، في حالة الخروج عن الموضوع، وبالتالي فإن الأسئلة المحورية هي نفسها بالنسبة لكل المبحوثات/ المبحوثين بينما الأسئلة التفصيلية تختلف من حالة لحالة ولو أنها تقترب في الأهداف.

المطلب الثاني: عملية التفتية وتحليل المضمون

1. تفرغ المادة العلمية وتنظيمها

لقد أدت بنا المقابلات التي أجريت إلى الحصول على مجموعة وفيرة من المعلومات التي اختلفت بين مريضة وأخرى في بعض المواضع وانسجمت في مواضع أخرى، هذه المادة التي كانت مشتتة وغير منسقة، ويعود ذلك إلى اعتماد المقابلة نصف المقننة التي تسمح للمستجوب بالتعبير على نفسه وعلى احساسه، وأفكاره، حيث يكون هناك ذهاب وعودة في بعض النقاط، بالرغم من تقسيم المقابلة إلى محاور، الأمر الذي تطلب منا إعادة ترتيب وتصنيف الأجوبة حسب الأسئلة المفتوحة والأسئلة الإضافية، وعند الانتهاء من عملية تفرغ المقابلات تفرغاً حرفياً وإعادة تنظيمها، عبر التخلي عن المادة الخارجة عن إطار هذه المحددات، حيث كان مجتمع المستجوبين يخرجون في بعض الأحيان عن الموضوع أو يسهبون فيه، بينما يكون هناك شح في الإجابة عن بعض التساؤلات التي وجدناها مهمة.

تجدر الإشارة إلى أننا توقفنا عن إجراء مقابلات عندما لاحظنا تكرار الإجابة عن نفس الأسئلة ما أدى بنا إلى الوصول إلى مرحلة الاشباع العلمي.

وتم استخدام دليل شبكة التفرغ الذي ساعدنا كثيراً في عملنا، حيث اعتمدنا في استخلاصه على أسئلة الدراسة والفرضيات والمحاور التي اعتمدناها للمقابلة.

2. تحليل البيانات الميدانية:

لقد تمّ الاعتماد في هذه الدراسة على منهج دراسة الحالة الذي أدى بنا إلى اختيار النمط الأنسب في تحليل البيانات التي جاءت بها أدواتنا الرئيسية لجمع المعلومات وهي المقابلة نصف المفتوحة، وهو نمط تحليل المضمون، تحليلاً كميّاً، وهو التحليل الذي يحاول الربط بين العلاقات السببية المختلفة في موضوع الدراسة، كما يتعمّق في إيجاد الأجوبة التي يعكسها واقع الحالات المستجوبة، وقد تمّ الاعتماد على وحدات الدراسة المختلفة المتوفرة في مادة الأجوبة "الرعاية، التكافل، التضامن، الدعم، المرافقة، التشجيع، التكفل.....". وغيرها من المفردات والألفاظ التي تهتم موضوع بحثنا الأساسي، في مختلف تفرعاته.

3. التفتية وتحديد المواضيع:

لقد تمّ الاعتماد على التحليل الكيفي للمادة المتحصّل عليها، وهو تحليل موضوعاتي، يعتمد على إجابات المصابات وذويهن كمادة أساسية، وقد اعتمدنا في التحليل على التسلسل الزمني للأحداث منذ اكتشاف أعراض المرض إلى غاية التقدم في مراحل العلاج كل حالة حسب المرحلة التي وصلت إليها.

وقد اتخذنا من التساؤلات الفرعية التي انطلق منها البحث، أساساً لتفقيئة المواضيع بالإضافة إلى الفرضيات، كذلك المحاور الأساسية للمقابلات، حيث وصلنا من خلالها إلى جمع الإجابات في فئات مختلفة، أدت بنا في النهاية إلى الحصول على نظرة تفصيلية وشاملة عن طبيعة الرعاية التي تتلقاها الزوجة المصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية، أبعادها، المشاكل المصاحبة لها، وتحديات الرعاية بالنسبة للقائم بالرعاية.

المطلب الثالث: عرض تفصيلي لخصائص الحالات محل الدراسة

بعد تفريغ المقابلات، والقيام بجمع وتفقيئة المعلومات استطعنا استخراج المعلومات الأساسية والتي تعتبر كبطاقة تعريفية لكل حالة من حالات الدراسة التي جمعناها في الجدولين التاليين:

1. الخصائص العامة والمعلومات الشخصية لحالات الزوجات المصابات بسرطان الثدي محل لدراسة:
الجدول رقم (04): يوضح المعلومات الشخصية والخصائص العامة لحالات المصابات بسرطان الثدي محل الدراسة.

المستوى الاقتصادي	المستوى الدراسي	المستوى الوظيفي	المستوى الاجتماعي	مرحلة المرض عند اكتشافه	نوع الإقامة	الأبناء عدد وأعمارهم		الحالة الاجتماعية	السن		اسم الحالة
									نساء	رجال	
60000 شهريا	جامعي	موظفة في مكتب محاسبة	ليسانس حقوق	المرحلة الخامسة	منفصل مؤجر	البنات 4 18 توأم ذكور 17 ذكر 10	4	متزوجة	48 4 6	(01) عبلة	
متوسط إلى متدني	ابتدائي	خياطة في المنزل	أولى ثانوي	المرحلة الثانية	منفصل	ذكر 13 11 ذكر 8	4	متزوجة	39 3 7	(02) ياسمينه	

عامل يومي					بعد 11 سنة بالبيت العائلي	بنت 5					(أولاد جلال)
مستوى الأب والإخوة جيد	جامعي	عضو ناشطة في جمعية مكافحة السرطان + صانعة حلويات تقليدية	ثالثة ثانوي	المرحلة النهائية + إصابة مناطق أخرى كبد + عظام	البيت الأسري الأب + زوجة الأب وأبائهما		0	متزوجة + مطلقة بعد المرض	3 9	43	(03) سامية (المسيلة)
مستوى متوسط مهني	ثانوي + تكوين مهني	ماكثة بالبيت	مستوى 1 متوسط	المرحلة الثانية	سكن منفصل بعد سنوات من العيش	بنت 18 نكر 15 نكر 12	5	متزوجة	4 9	53	(04) سعاد (الاعواط)

					مع الأسرة الممتدة	ذكر 7 بنت عام ونصف					
متوسط الأب يشتغل في تجارة الغنم	متوسط	ماكثة بالببيت	مستوى ابتدائي	المرحلة الثالثة + انتقال المرض الى العظام	المرحلة الأولى من المرض، في بيت أهل الزوج المرحلة الثانية بعد الطلاق العيش في بيت أهلها "الأب والإخوة	ولد بعمر السنة	1	متزوجة + مطلقة بعد المرض	3 4	36	(05) رجاء، (بني سليمان المدية)
مدخول متدني جدا	بدون مستوى	ماكثة بالببيت	بدون مستوى	المرحلة الأولى	مع ابنها وزوجته	ذكر 25 ذكر 20	2	متزوجة	4 4	48	(06) أم هاني

العطاف ولاية عين الدفلة	(اهمال زوجي)										في بداية المرض، الآن متوسط بعد عمل الأبناء
(07) مليكه (حاسي بحبح، الجلفة)	متزوجة	4	-البنت الكبرى، جامعية - الابن جامعي موظف - بنت ثانوي	البيت الأسري المنفصل	المرحلة الثالثة	مستوى ثانوي	ماكثة بالبيت	شهادة كفاءة مهنية، (معلم)	مستوى متوسط بمساهمة مدخول الابن	52	50

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على المقابلات.

2. الخصائص العامة والمعلومات الشخصية لمقدمي الرعاية الأساسيين محل الدراسة:

1. جدول رقم (05): يوضح المعلومات الشخصية لحالات القائمين بالرعاية الأساسيين محل الدراسة

المستوى الاقتصادي	المستوى التعليمي	العمل	الحالة الاجتماعية	السن	صلة القرابة مع المريضة	مقدم الرعاية الأساسي للحالة:
متوسط	جامعي	موظف	أب لـ 4 أطفال	50	زوج الحالة (عبلة، عنابة)	الحالة (01) عادل (عنابة)
ضعيف	متوسط	يشتغل بالجزارة في سوق شعبي ولا يملك محلا		46	زوج الحالة (ياسمينه) أولاد جلال	الحالة (02) ديح (أولاد جلال)
متوسط	جامعي	معلمة	متزوجة	30	ابنة الأخت الحالة (سامية، المسيلة)	الحالة (03) ملاك (برج بوعريريج)
متوسط	متوسط	متقاعدة من الضمان الاجتماعي + ناشطة جمعوية		70	الأم الحالة (سعاد، الاغواط)	الحالة (04)

الفصل الأول: منهجية البحث مجالاته وضوابطه الميدانية

						زهور (الجزائر العاصمة)
ضعيف	ابتدائي	ماكثة بالبيت	عزباء	38	الأخت الكبرى (رجاء، بني سليمان، المدية)	الحالة (05) سناء، (بني سليمان)
متوسط	متوسط	ماكثة بالبيت تشتغل بالخياطة والتطريز	أم مطلقة لبنتين	45	الأخت الصغرى للحالة (مليقة، حاسي ببح، الجلفة)	الحالة (06) حاسي ببح
متوسط	الرابعة متوسط + شهادة تكوين مهني في الطبخ	طباخ في شركة		28	الإبن الأصغر، للحالة (أم هاني، العطاف، عين الدفلة)	الحالة (07)

المصدر: من إعداد الطالبة انطلاقا من المقابلات

خلاصة:

تتميز البحوث الكيفية بالبحث في أسباب وسيرورات والتفاعلات داخل الظواهر الاجتماعية، التي لم تحض بعد بالاهتمام العلمي أو التي لا تتوفر فيها المادة العلمية الكافية. ففي كثير من الأحيان تبدو الأرقام والاحصائيات غير كافية للوصول إلى عمق وتعقيد التفاعلات الإنسانية داخل الأنساق والمؤسسات الاجتماعية المختلفة. إن الاعتماد على المقابلة كوسيلة أساسية لجمع المعلومات يتيح للباحث الاتصال المباشر مع المبحوث الأمر الذي يمكنه من استخدام الملاحظة كأداة بحث ثانية. يتمحور البحث حول دراسة التفاعلات الأسرية في إطار رعاية الزوجة المصابة بسرطان الثدي، من خلال منهج دراسة الحالة وسير الحياة.

الفصل الثاني

تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف،
الاستشفاء والنقاهة

عرض وتحليل الفرضية الأولى

(ترتبط الإجراءات والقرارات التي تتخذها الأسرة بعد إصابة الزوجة بالسرطان بطبيعة العلاقات الأسرية
والتمثلات الاجتماعية للمرض).

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

تمهيد:

يعتبر اكتشاف إصابة الزوجة بمرض سرطان الثدي، صدمة حقيقية تتطلب بذل مجهودات نفسية لتجاوزها، وتمتلك الأسر مجموعة من الآليات لمواجهة المرض تستند فيها إلى مجموعة من المتغيرات المرتبطة بشكل كبير بالمرجعيات الاجتماعية، منظومة تقسيم الأدوار داخل الأسر والتمثلات الذهنية والاجتماعية للمرض. كما تتدخل الكثير من العوامل المتعلقة بالأسرة من جهة وبالبيئة الاستشفائية من جهة أخرى في القرارات التي تتخذها الأسرة من أجل تسيير مراحل الاستشفاء والنقاهة.

المبحث الأول: المرافقة الأسرية للمصابة أثناء الكشوفات الأولية

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

يمكن للمريض عموماً أن يتهاون في طلب التشخيص والاستشفاء عند الإحساس بأيّ علةٍ وذلك لعدة أسباب، وهو الأمر الذي يدعو إلى تدخل أطراف خارجية لدفعه لذلك، إذا ما ظهرت عليه علامات المرض المختلفة، وفيما يلي سنتعرف على التجارب التي عاشتها المريضات محل الدراسة، عند خوضهم تجربة أول خطوة لزيارة الطبيب للكشف عن سرطان الثدي، ويحدث هذا عادة عند ظهور علامات الإصابة بالمرض.

المطلب الأول: العلة والمرض كحدثين اجتماعيين

1. ظهور العلة والأعراض الأولى للإصابة:

تختلف الأعراض الأولية التي تدعو المرأة لزيارة الطبيب من أجل الكشف عن سرطان الثدي، فبينما تبدو بعضها في وقتنا الحالي معروفة بسبب الحملات التحسيسية التي تقوم بها جهات مختلفة من أجل التعريف بمرض السرطان وأهمها: تغيير شكل الثدي، ضمور الحلمة، ظهور تورم أو تغير في الجلد، أو خروج بعض السوائل من الحلمة*، فإن بعضها يبدو لا علاقة له بالسرطان، كنزول في الوزن، الشعور بالدوار وألم في اليد أو الكتف، ومثلما أدت معرفة هذه الأعراض بإسراع المرأة بالفحص الأولي، قد تؤدي بها إلى الخوف من معرفة الحقيقة، حيث أعلنت السيدة حميدة كتاب، رئيسة جمعية الأمل لمرضى السرطان، في عرض حديثها عن فتح مركز للكشف المبكر عن سرطان الثدي في مستشفى بسكرة، والقافلة التحسيسية التي نظمتها الجمعية على غرار الحدث أنّ "نسبة الوعي بضرورة الكشف المبكر قد زادت عند النساء، كما بدأ الناس يتحدثون عن المرض دون الشعور بأنه طابو، الأمر الذي سمح باكتشاف عدد كبير من الحالات في إطار الحملات التحسيسية التي تنظمها الجمعية في مختلف أرجاء الوطن، ولكن في نفس الوقت أدى التعرف على أعراض المرض إلى عزوف عدد كبير من النسوة عن الكشف، لشبه تأكدهن بأنهن مصابات، وذلك خوفاً من البتر أولاً ومن إجراءات العلاجات القاسية ثانياً، وأيضاً من عواقب الإصابة الاجتماعية والخوف من الوصم".*

تختلف تجارب الزوجات التي قابلناهن في تجاربهن مع اكتشافهن للمرض من حيث الأعراض التي جعلتها تشك في وجود علة ما على مستوى الثدي أو في الصحة على العموم، وقد كانت أغلب الأعراض التي عانت منها حالات البحث، على مستوى الثدي، وهي الأعراض التي باتت معروفة لدى أغلب الناس، وحتى

* . لتفاصيل أكثر يرجى الرجوع إلى الفصل الأول من الباب الأول، في تحديد المصطلحات، سرطان الثدي، حيث تم التفصيل حول أعراض الإصابة بسرطان الثدي.

* . حميدة كتاب: مداخلة بعنوان: "مركز الكشف المبكر بسكرة، المشروع النموذجي" في إطار الملتقى الوطني حول سرطان الثدي، بفندق السوفيتيل 7/أكتوبر/2018، تنظيم جمعية الأمل.

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

ان كانت المريضة تجهل بها فإن من تحدثها بها تتعرف عليها، أو على الأقل تشتبه بخطورة الوضع، غير أنهم قد عانين من أعراض المرض الأولية التي لم تظهر أية خطورة، كفقدان الوزن، الشعور بالدوار، أو آلام على مستوى الكتف وقرصان بالثدي، ويبدو أنّ النساء المستجوبات قد تشاركن في اهمال حالتهم لمدة من الزمن، بسبب انشغالهم بأدوارهن كأمهات وربات بيوت، وفي هذا الصدد يؤكد سليمان بومدين أنّ " ثلاثة أرباع ¼ من البالغين يعيشون على الأقل حادثة مرضية وأن ثلث هؤلاء فقط 3/1 من يستشير الطبيب من أجل تلك الحادثة... وهذا لا يعود لكون الناس لا يعترفون بمرضهم فقط، بل إلى حقيقة ان نسبة عالية ينظر إليه على أنه عادي وغير خطير... " (بومدين، 2007، ص 53).

وفي هذا الصدد يساعدنا علم اجتماع الصحة والمرض أو علم اجتماع الصحة والعافية أو علم اجتماع الصحة، كعلوم تدرس التفاعلات بين المجتمع و الهدف منها النظر في تأثير الحياة الاجتماعية على الأمراض ومعدل الحياة والعكس، ومنها علم الاجتماع الطبي الذي يناقش الصحة والمرض في علاقتها مع المؤسسات الاجتماعية كالعائلة والعمل والمدرسة. ويتخصص علم الاجتماع الطبي في العلاقة بين المريض ومقدم الرعاية الصحية وبدور العاملين في المهن الصحية في المجتمع، على فهم أسباب طلب أنماط معينة من المساعدة الطبية وليس أخرى، وامثال المريض أو عدم امتثاله للأنظمة الطبية، وقد ميّز ليمرت Lemert، بين "الانحراف الأولي" حيث أن الانحرافات عن الحالة الطبيعية للأمر قد تكون جزءا من الحياة اليومية - مثل حالة الالام الوضعية والتغيرات في الوزن أو الإحساس بالتعب، التي شعرت بها المريضات لمدد زمنية مختلفة-، أما الانحرافات الثانوية، فهي التي تؤدي إلى تعريف جديد للنشاط الاجتماعي للفرد وتكون نتيجة للانحرافات الأولية. (بومدين، 2007)

2. الحاجة إلى الاعتراف الاجتماعي بالمرض:

ويرى تالكوت بارسنز، أنّ المريض لا يصبح "مريضا" بالمعنى الاجتماعي إلا إذا تم الاعتراف به كمصاب، وجب علاجه، ووجب على المجتمع تحمل الاعتناء به وتعويضه بسبب ضعفه وعجزه، وهذا ما يجعل الحديث عن المرض، وأعراضه الظاهرة والمشاكل الصحية، حاجة نفسية واجتماعية لدى الانسان. ويرى بارسنز أنّ المريض إذا ما أدى ما يطلبه المجتمع منه وهو "طلب التطبيب" حقّق في النهاية مسعاه في الحصول على " دور المريض" الذي يعطيه المكانة الاجتماعية كمريض*، وتبدو أهميّة التمييز بين

*. لتفاصيل أكثر يرجى الرجوع، إلى المقاربة النظرية للبحث، في الفصل الأول من الباب الأول، ، حيث تم التطرق الى التفسير الوظيفي للمرض ونظرية دور المريض عند تالكوت بارسنز.

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

الانحراف الثانوي والأولي، الذي ذكرناه سابقاً، هو توضيح أهمية استجابة الأفراد (المريض) أو الآخرين (المقربين منه) إلى الانحرافات، فهم الذين يحكمون ان كان هذا التغيير بسيط ومقبول أم يستلزم التطبيب، ومنه "إعادة تعريف جوهرية لذلك الفرد".

وهذا ما وجدناه قائماً في الميدان، حيث لم تذهب أي مريضة من المريضات إلى الطبيب قبل أن تتحدث أو تجعل أحداً آخر يشاهد التغييرات التي رأتها على مستوى الثدي، وذلك طلباً لتحديد ما إذا كانت هذه الانحرافات "أوليّة أم ثانوية".

وغالباً ما تلجأ المرأة إلى زوجها أو أختها أو إحدى صديقاتها للحديث عن الأعراض التي رأتها في ثديها أو غيره، حيث يقوم هؤلاء بردّات فعل مختلفة، إما التجاهل أو إعطاء نصائح بناء على خبرات سابقة، أو حتى وصف أدوية معينة، كعلاجات مبدئية بالأعشاب وغيرها، وقد يكون طلباً لتفاصيل قد تساعدهم في تحليل ما إذا كانت الحالة عادية أم تستحق زيارة الطبيب، ويعتبر هذا أول شكل من أشكال تدخل المحيط الخارجي في صحة الإنسان، فزيارة الطبيب وتأكيد المرض من عدمه، هو أولى الخطوات التي يقوم بها المريض، للدخول في دوره الاجتماعي كـ "مريض".

وقد صرّحت جلّ المريضات بحاجتهن الأولى للصريح بالأعراض التي رأتها إلى أحد من المقربين إليها لاستشارتهم، حيث تكون في حيرة ان كان ما تراه على جسدها أمر طبيعياً أم لا، وقد يكون بها نوع من الشعور أو المعرفة القبليّة المسبقة التي تجعلها خائفة من معرفة الحقيقة، الأمر الذي يشعرها بالحاجة إلى الدافع والمشجع لزيارة الطبيب، غير أنّ هذا الشخص يختلف من حالة لأخرى، فقد يكون الزوج، الأخت، الأم أو طرف آخر، فمتى يكون هذا الطرف أو الآخر هو المرافق الأولي ولماذا؟

المطلب الثاني: دور المحيط الأسري في تسريع الكشف المبكر (تجارب المصابات في اكتشاف المرض)

1. الزوج كمرافق ومستشار أولي ودوره في الحثّ على الكشف الأولي (le dépistage)

إنّ ما يدفع أيّ فرد من أفراد الأسرة إلى حثّ المريضة على الإسراع بالكشف هو ذلك الشعور الفطريّ بالاهتمام وبأنه طرف في صحة الآخر، من جهة وعواطف الحب والخوف على المريضة، وكذلك معرفة أهمية الكشف لاجتتاب الأسوأ.

وبينما افترضنا مسبقاً بأنّ المرأة المتزوجة تلجأ بديهيّاً إلى زوجها ليكون أول من يسمع بأعراض المرض، كونه الأقرب منها وجودياً وعاطفياً، والذي يعنيه مرضها أكثر من أيّ شخص آخر، فإننا وجدنا بأن ثلاث

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

حالات فقط من بين 7 حالات هنّ من تحدثن أولاً إلى أزواجهن، ومن كان أزواجهن مرافقين لهن في زيارتهم الأولى للمريض.

ففي حالة (عبلة، 48 سنة، أم لأربعة أبناء، السن عند اكتشاف المرض 46) قائلة "لم تكن عندي أيّ من العلامات الظاهرة للمرض، بدأت في الآونة الأخيرة أشعر بدوار وأفقد وزني بطريقة سريعة، لكن عندما أتلمس صدري لا أحس بشيء، يعني جاءني المرض *TOUT D'UN COUP* إلى أن بدأت أرى سائلا ينزل من حلمتي وبعض الوجع، تناقشت مع زوجي عن الأمر، وقررنا سوياً أن إذهب مباشرة إلى طبيب مختص في الأورام، فاتجهت إلى مركز مكافحة السرطان بمدينة عنابة"، وقد أدى التأخر في زيارة الطبيب منذ الوهلة الأولى لظهور الأعراض إلى وصول حالة السيّد عبلة إلى المرحلة الخامسة من تطور المرض ومنه ضرورة البتر بسرعة فائقة " وهناك وبعد إجراء كل الكشوفات في خلال يومين أو ثلاثة، تأكّد للطبيب أنني مصابة بسرطان الثدي في مرحلة قريب من الأخيرة "5"، ومع هذا قال أنّ الورم ليس كبيراً جداً لكنه أخبرني بضرورة إجراء بتر تام للثدي الأيمن بالإضافة إلى الغدد اللمفاوية".

يبدو من خلال تصريح السيّد عبلة أنّها كانت على علم بأعراض سرطان الثدي هي وزوجها الأمر الذي أدى بها إلى الذهاب مباشرة إلى مركز مكافحة السرطان، ورغم أنها لم تبد أي تردد في زيارة الطبيب إلا أنها كانت تحتاج إلى داعم من الأسرة وهو الزوج الذي تناقشت معه في الموضوع أولاً ثم كان مرافقاً لها في الزيارة الأولى للطبيب، والجدير بالذكر بأن، زواجهما كان علاقة حب وقد صرّحت بأنه تعيش حياة مستقرة، كما أنّ أمها متوفية، ولا أخوات لها، وعلاقتها مع أخوات الزوج مضطربة، فتقول " حياتي الاجتماعية كانت مقتصرة على زوجي وأبنائي الأربعة، حتى أبي قلّت زيارتي له منذ تزوج هو أيضاً، ومنذ رحلت وابتعدت عن مكان إقامته وأنا لا أملك سيارة"

هذا ما يمكنه أن يفسّر لنا لجوؤها للزوج، ليس فقط لأنه المعنى الأول طبيعياً بمرض زوجته، بل لأنه يشكل السند الوحيد لها في الحياة.

وبينما تتأخر بعض النسوة عن الفحص الأولي لعدد من الأسباب وأهمها انشغالهن عن أنفسهن، تسرع بعض النسوة لزيارة الطبيب خاصة إذا كان العرض البادي مباشرة في الثدي، وهو ما روتته لنا السيّد (رجاء، 35 سنة، مطلقة بعد الإصابة، مستوى سنة ثالثة متوسط، مائكة بالبيت، السن عند اكتشاف المرض 33 سنة، أم لطفل): "لم أكن أتصور في البداية أبداً انه سيكون" هناك المرض" (وتعني به السرطان)، مرة وأنا أستحم لاحظت تغيراً في شكل الثدي ولمست فيه تورماً، فأخبرت زوجي الذي قال انه لا بد من زيارة

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

الطبيب، وقد كنت أَرْضَع طفلي، فاعتقدت أن الامر له علاقة بالرضاعة". نلاحظ هنا بأن المريضة لم تكن تتصور ان للأعراض علاقة بمرض خطير كالسرطان، واعتقدت أنّ للأم علاقة بالرضاعة، حيث تعاني بعض النسوة من أمراض مختلفة لها علاقة بالرضاعة الطبيعية وتكون عادة في حاجة إلى مضادات حيوية لا غير، وهو امر شائع بين النساء، ما جعلها تستعجل الذهاب وتصارح زوجها دون عقدة بالأمر، مع أنّ عمر زوجها كان قصيرا ولكن تبقى الحاجة إلى مرافق وداعم أساسي حيث أنها في هذه الحالة اتجهت إلى الزوج الأقرب منها، مع التنويه بأن الحالة كانت تعيش بعيدة عن أهلها، مما جعل الزوج الملجأ الأقرب بل والوحيد في هذه الحالة.

وقد تزوجت رجاء، زواجا تقليديا، وسافرت إلى مدينة أخرى (المدية) حيث يقيم زوجها، لكنها تطلقت بعد حوالي السنة من اصابتها بالمرض، وعادت إلى بيت أهلها، ومع هذا فهي تصف حالتها الزوجية حينها بأنها "كانت علاقتي جد طيبة مع زوجي، فقد كان محبا وصبوراً ولم يبخل بأي ضرورات الحياة إلا ما لم يسعفه جيبه".

وبينما يسرع أزواج البعض بأخذ أو حث المرأة إلى الذهاب إلى الطبيب، قد يستهزئ آخرون معتقدين بأن الامر لا يعدو أن يكون "وسواسا قهريا" لدى المرأة بالمرض، وهذا ما صرّحت به السيدة (سعاد، الأغواط، السن عند المرض 49، عدد الأطفال 5) التي تقول بأن سوء تقدير الطبيب مع استهتار زوجها قد ساهما في وصولها إلى المرحلة الرابعة من المرض "كنت حاملا بابنتي الرابعة وأحسست بشيء غير طبيعي في ثديي، وعند زيارتي الدورية لطبيبة النساء أخبرتني انها لا يمكن ان تفعل شيئا الان وبأن اعود اليها بعد الوضع، صحيح أنني استهزأت ولم أرجع، تعرفين مع مشاغل التربية والبيت، ولكن عندما احسست بشيء ما لمرّة الأخرى، ذهبت وحدي إلى الطبيبة التي قالت بأنه جراء الرضاعة، زوجي كنت أخبره بالأمر لكنه لا يجب الحديث عن المرض، ويقول لي دائما "راكي موسوسة بالمرض"، كل مرّة كنت اذهب وحدي إلى الطبيب، ولكن عندما رأيت الورم وقد خرج إلى الخارج أحسست بأنّ هناك أمر خطير، لم أنتظر تحديد موعد عند المختص وذهبت معه إلى طبيب عام، وإلى آخر لحظة، وبعد اجراء كل التحاليل كان يقول انني "موسوسة" إلى غاية ان تبين فعلا إصابتي بالمرض ولكن الطبيبة طلبت مني كشوفات مستعجلة مما جعلني أشك في الأمر وألحيت عليها لتخبرني بما تشك فيه فقالت سرطان الثدي بالفرنسية لم استوعب في البداية بعدها بدأت تشرح لي أن الأمر قد يكون في بداياته ونستطيع التحكم فيه وعلاجه". يجب التنويه بأن زواج السيدة سعاد كان عن حب، حيث أنها من العاصمة وهو من مدينة الاغواط وقد

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

تعرفت عليه في عطلة الصيف، مما أدى إلى الزواج، وذهابها للعيش في مدينة الاغواط، وقد صرّحت بأن علاقتها بزوجها جيّدة، لكنها لا تخلو من المشاكل اليومية.

بينما اكتشفت جل النسوة التغير الفيزيولوجي لوحدهن نجد أن زوج السيدة (ياسمينة، أولاد جلال، السن عند اكتشاف المرض 37، عدد الأطفال 4) هو الذي اكتشف الورم ولاحظه زوجي هو الذي اكتشف وجود كتلة غير طبيعية في الثدي، عند الممارسة الحميمية، ولم تكن قد برزت منذ وقت طويل، وعندما ظهرت كبيرة بشكل بارز، في تلك الأيام كنت أحس بالآلام في عيني فأقول ربما من الخياطة وكذلك في رجلي وأفسره دائما بتعبني في الخياطة، كما كنت أحس بأعراض الحمى، (الدقيق والارتعاش) (آلام عام وارتعاش) ولكن لم أعرف أنه من شيء خطير، وهنا بدأ زوجي يصر عليّ بأن إذهب إلى الطبيبة ولكنني ماطلت وبقيت حوالي عشرة أيام أو أكثر حتى اقتنعت بضرورة الذهاب، فأخذني زوجي..."، يجدر الإشارة بأن الزواج بينهما كان تقليديًا، لكنها أشارت إلى نمو عواطف الحب والقبول في فترة الخطوبة التي تحولت إلى قصة حب، وأن الحياة بينهما مستقرة عموماً.

يلاحظ أن العامل المشترك للنساء اللواتي لجأن إلى الأزواج كمستشار أولي ورفيق في أول خطوة لاكتشاف الخطر، هو العلاقة الجيدة التي تجمعهم بأزواجهن، واعتبارهم شركاء حقيقيين في الحياة، ويمكن اعتبار عامل الثقة في الزوج، وعدم الخوف من ردّة فعله أو حكمه على الزوجة عاملاً مهماً أيضاً، لقد اكتسب هؤلاء الأزواج ثقة زوجاتهم، مع اختلاف ردّات فعلهم بين متهاون ومستعجل في زيارة الطبيب.

كما يوجد عامل آخر وهو بعدهن عن أهلهن، سواء بسبب البعد الجغرافي (سعاد، رجاء)، أو بسبب عدم وجود اخوات وأم، كما هو حال (عبلة).

2. العنصر النسوي في الأسرة كمرافق أولي

تلعب الأم، الأخت، ابنت الأخت، زوجة الآخر واخريات، بنات الأخوال والاعمال، أدواراً هاماً في حياة أي امرأة، فهنّ المرافقات الأوليات منذ سنّ مبكرة، فهنّ المثال والقُدوة التي تستقي منها أدوارها الاجتماعية، حدودها وأفاقها، وذلك عبر التنشئة والنمذجة الاجتماعية، وعادة ما تبني المرأة وتحافظ على هذه العلاقات حتى بعد الزواج، فيكنّ لها متنفساً ورفيقاً تساعدنها على اجتياز الازمات على اختلافها، وليس من الغريب

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

ان تلجأ المرأة إلى العامل النسوي في محيطها لاستشارته حول حالتها الصحيّة و"علة" التي ظهرت لها، وفي حالة بحثنا هذا وجدنا أنّ الحالات لقد لجأن إلى النساء من العائلة ففي مراحل مختلفة ولكن ما يهمنا هنا هو من المرأة التي لجأت إليها أولاً ولماذا؟

تتشارك الحالة 3 " السيدة سامية 43 سنة، المسيلة" في اهمالها لوضعها الصحيّ لقراءة السنة حيث تقول " بدأ ثديي وكتفي يؤلماني لمدة طويلة لا انكرها حوالي ثمانية او تسعة أشهر، في البداية كنت أقول ربما بسبب تعبني واستخدامي ليدّي في صنع الحلويات، حتى أصبح الألم مضاعفا يوقظني في الليل ولا انام بسببه، لكنني لم اذهب ولا مرة إلى الطبيب، اكتفيت بدهن الزيت في كتفي ثديي فقط"، ومثل كل الحالات السابقة كانت المريضة تحتاج إلى الحديث عن الحالة المرضية التي تعاني منها، لكن الطرف المستمع هذه المرّة لم يكن الزوج بل زوجة الأخ التي وصفتها ب"الصديقة"

" كانت زوجة اخي "صديقتي" تقول لي في كل مرة يجب ان تذهبي إلى الطبيب... " وفي مرة رأيت ان حلمة الثدي دخلت إلى الداخل وتغير شكل ثديي، أخفيت الامر على زوجي، حدث هذا بعد ثلاث أشهر من زواجنا.

لقد كان الامتناع عن الذهاب إلى الطبيب في حالة سامية مرّة أخرى هو الاستهزاء بحالتها المرضية وخطورتها ولكن ما ان ظهرت الاعراض المتقدمة والفعلية للمرض أحسّت بالخطورة بضرورة الذهاب إلى المريض، وهنا يبدو لنا جليا، دور الأسرة في توجيه ودعم بل في اجبار المريضة على الكشف حيث أنها لجأت إلى "زوجة أخيها" التي هي صديقتها في نفس الوقت، لعرض مشكلتها وهي التي كانت تحثها منذ البداية على ضرورة الاستشفاء " وفي زيارتي لبيت أخي ف"وريتها لزوجة اخي ولتم قالتلي لازم وضروري تروحي للطبيب وانا اللي نديك أريتها شكل ثديي، وهناك قالت لي يجب ان تذهبي إلى الطبيب وانا التي سأخذك اليه"، وهكذا ذهبنا إلى طبيبة النساء، أنا وزوجة أخي وأخي معنا...". وهنا يظهر جلياً أن المرافقة لم تكن فقط بالحث على الزيارة بالمرافقة للطبيب أيضا.

ولم تلجأ الحالة 3، إلى زوجة أخيها بشكل تلقائي لدرجة قريبا منها كصديقة أيضا، بل تعمدت إخفاء الأمر عن زوجها ولو "مبدئياً"، حيث تقول: "، أخفيت الامر على زوجي، حدث هذا بعد ثلاث أشهر من زواجنا"، ان حديثها عن عمر زوجها مباشرة بعد تصريحها بإخفائها الامر عنه، يبدو كتبرير ضمنيّ لفعلتها، ويمكن شرح ذلك من ناحيتين أساسيتين:

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

- الخجل من إبداء عيب، أو علة فيها، وخاصة في عضو حساس مثل الثدي، وهي العروس الجديدة، حيث أنه حسب الموروث الاجتماعي، يجب ألا تعاني المرأة خاصة في بدايات الزواج من أي علة قد تؤدي إلى اعتقاد الزوج وأهله بأنها قد خدعتهم مثلاً وأخفت مرضها عنهم، أو بأنها ليست أهلاً للزواج وحمل المسؤولية، بسبب العجز الذي سببته المرض. وهذا ما تؤكدته ردت فعل الزوج، بعد أن عرف حقيقة زيارتها للطبيبة، حيث لم يرافقها لإجراء الكشوفات التالية، رغم عدم معرفته لحد الان بإصابتها بالسرطان، حيث تكمل "قلت لزوجي بأني سأزورها (تقصد طبيبة النساء)، من أجل فحص عادي، من أجل الانجاب فقط، أرسلتني الطبيبة سريعاً لإجراء فحوصات، الماموغرافيا والخزعة وبعض التحاليل، وهنا كان عليّ أن أخبره عندما عدت إلى البيت، شعرت بأنه انزعج ولكن لم يقل شيئاً، رافقني في التحاليل الأولى ودفع ثمنها وعندما اجريتهم، وعدت إليها (الطبيبة)، كتبت لي رسالة وأرسلتني إلى مستشفى مصطفى باشا بالعاصمة، وقال لي بأنه لا يستطيع التغيب عن العمل، فان امكن لأبيك أن يرافقك، فذهبت إلى البيت، وأخبرت أبي، وقال أنه سيتكفل بالأمر، في اليوم التالي توجهت إلى العاصمة رفقة أبي وأخي".

- عدم وجود عامل الثقة الذي توفر في الحالة السابقة، حيث أن عمر الزواج المقدر ب 3 أشهر وطبيعته التقليدية لم يسمح للمريضة بأن تتأكد من طبيعة الموقف الذي سيتخذه زوجها منها، ما منعها من اللجوء إليه أولاً.

بينما لا يعد عامل سن الزواج والعشرة ولا حتى الحياة المستقلة كافياً في بعض الأحيان، حيث أن مليكة (63 سنة، ستة أبناء، حاسي بحبح، الجلفة) لم تلجأ إلى زوجها أول الأمر بل إلى أختها التي أخبرتها بما شاهدته في ثديها، ثم تحدثت إلى زوجها لتستشيريه في الأمر بحكم أنه "متعلم" "اكتشفت الامر ذات يوم وانا أستحم، إذ شاهدت تغيراً في شكل حلمتي، لم يكن واضحاً تماماً، لكنني لم أفهم، بعد الاستحمام اتصلت مباشرة بأختي، هي أصغر مني ولكن قريبة جداً مني، أخبرتها فلم تبد أي رأي، قالت لي بأني ربما بقيت طويلاً في الحمام، أو كشطت حلمتي بشكل عنيف، لم يقنعني كلامها، وما ان عاد زوجي إلى الغداء، ودخل لغرفته للقبولة حدثته في الأمر، فقال لي بأنه عليّ الذهاب لطبيبة النساء، ولم يقل شيئاً آخر"، لم تستطع السيدة مليكة تفسير سبب اتصالها أولاً بأختها، قبل زوجها، لكنها في النهاية لم تذهب إلى الطبيبة مع زوجها بل مع أختها في الغد توجهت إلى طبيبة النساء مع أختي وطلبت مني أن أقوم بإجراء اشعاعات، لم أكن حينها ولا أختي نشك في أي شيء، في نفس اليوم، أخذنا ابني إلى مركز الولاية أين حصلنا على النتائج بشكل مباشر".

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

تبرر مليكة لزوجها عدم ذهابه إلى الطبيبة بأن "نحن من منطقة محافظة، وزوجي يجد انه من العيب أن يدخل عند طبيبة النساء حيث يوجد الا النساء "الرجال" كما أنها شكّت بانه كان يعرف أنها مريضة زوجي متعلم وربما قرأ عن المرض في الانترنت أو سمع عنه، ولم تكن عنده الجرأة لمواجهة الامر معي"، رغم أن الحالة، قد وصفت زواجها بالمستقر و"العادي"، إلا أنه بدى لنا من مجموع المفردات والمعطيات، أن العلاقة الزوجية بينهما، لم تكن شديدة الترابط، حيث أنها بنيت على زواج تقليدي، في اطار مجتمع متزمت تتحكم فيه العادات والتقاليد الفاصلة بين المرأة والرجل "أنا وراجلي متفاهمين وبياناتنا لقدر" أي "الاحترام". من خلال ما مضى يمكن استنتاج أن المرأة قد تلجأ للعنصر النسوي داخل الأسرة عوضاً عن الزوج في الحالات التالية:

- الخوف من ردة فعل الزوج وعدم الثقة به.
- الإحساس بالراحة والانفتاح مع العنصر النسوي أفضل من الزوج.
- كما أن الزوج قد يتخلى عن واجب مرافقة زوجته والوقوف معها في هذه الخطوة العصبية إما بسبب:
 - عدم الإحساس التام بخطورة الامر.
 - الانزعاج من المرض وعدم تقبله.
 - العلاقة الزوجية الفاترة مع إيلاء مهمة رعاية الزوجة إلى الآخرين خاصة الأبناء إذا كانوا قد بلغوا سن الرشد.

المطلب الثالث: دور رجال الأسرة في مرحلة الكشف الأولي

إنّ زواج المرأة لا يعني انفصالها التام عن أهلها وعن أسرته النواتية، وهذا ما ستبينه لنا الدراسة عبر المراحل المختلفة لرحلة الاستشفاء من مرض سرطان الثدي والتي تتعدى مدتها الخمس سنوات، إنّ حضور الذكور لا يقل أهمية عن النسوي، غير أنه يختلف في نوعية الحضور، وتأتي مشاركة الأخ والأب أو الابن في أغلب الحالات كبديل عن الزوج، في حالة غيابه أو تخلفه عن دوره، أو كمرافق له ومساند في حالة العجز.

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

1. الأخ والأب أو الابن كبديل:

يظهر لنا هذا الموقف جليا في حالة سامية التي تخلى عنها زوجها وترك مهمة مصاحبته إلى الجزائر العاصمة لإجراء الفحوصات اللازمة إلى أبيها وأخيها، اللذان رافقها إلى مصلحة أمراض السرطان وباتا معها يومان كاملان حتى يجريا كل التحاليل والفحوصات لينول الحكم النهائي بأنها مصابة بسرطان الثدي في مرحلته النهائية، ثم نقلها مباشرة إلى مستشفى برج بوعرييج الذي ستكمل فيه علاجها. ان سن زواج الحالة سامية الذي لم يتعدى الثلاثة أشهر، جعل الاب والاخ يحسان بأن مسؤولية علاج البنت تقع عليهما.

كما تظهر لنا حالة المريضة أم هاني (52 سنة، 44 سنة عند المرض، ام لطفلين، مهملة من طرف الزوج)، كيف أنّ ابنيها هما من رافقا أمهما في الكشوفات الأولية بالتناوب، وذلك لتخلي الزوج عنها واهمالها، خاصة من الناحية المادية وحتى المعنوية، حيث تزوجت في سن مبكرة جدا من رجل يكبرها سنًا، وهو الان عاجز تقريبا ولا يغادر بيت زوجته وأبنائه الكبار، ولا يزورها الا نادرا.

2. الأخ والابن والأب كمرافق أو مساعد:

يتبين لنا هذا الدور عادة عندما يكون الزوج عاجزا ماديا (لا يمتلك سيارة) أو مشغولا (اجبارية البقاء في الوظيفة)، حيث يأخذ أخ الزوجة أو أبوها أو ابنها المبادرة، كما ظهر لنا في حالة السيدة مليكة (63 سنة حاسي بحيج)، حيث تخلف زوجها عن زيارتها للطبيب ولم يكن معها ساعة اكتشافها للمرض، ورغم أنّ السبب لم يكن واضحا تماما حيث لم تذكره المريضة، إلا أنه ومن خلال تقفي سيرتها مع المرض، لم يبدو تخليا تاما بل تغيب فرضته اللحظة الراهنة.

كما يظهر أخ الزوجة كمرافق وداعم، في حالة السيدة ياسمينه (39 سنة، أولاد جلال) حيث صرّحت بأن أباها كان مرافقا دائما لها منذ ذهابها لإجراء فحص "الماموغرافيا" في بلدية تبعد عنهم بحوالي 30 كم (طولقة)، حيث أنّ زوجها لا يملك سيارة.

- الملاحظ هنا بأنّ العنصر الذكوري في الحالتين (بديل أو مرافق) لم يلعبا الدور الأول (الاستشارة)، حيث كانت هذه اما للزوج أو العنصر النسوي، بينما لعب دور الداعم الماديّ (النقل إلى المستشفى)، وهنا يظهر أنّ المرأة في أمورها الحميمية، خاصة إذا كان الامر يتعلق بعضو حميمي كالثدي أو اضطرابات في الجهاز التناسليّ، فهي لن تتحدث عن المرض مع الأخ، الأب، الأقارب الذكور، بل النساء لقربهن ولأثهن، الأولى بفهم ما تعانيه أو ما تشك فيه حسب معلومات المستمعة وتجاربها الخاصة.

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

من خلال ما مضى استنتجنا أنّ المرأة تحتاج قبل حتى اكتشافها للمرض إلى الدعم النفسي والاستشارة والمرافقة، حيث يصعب عليها الاتجاه إلى الطبيب لوحدها عادة، وكونها متزوجة لا يعني حتمية وجود الزوج معها في هذه الفترة الحرجة من حياتها، حيث قد يرافقها الزوج في مراحل الاستكشاف وقد تذهب بمفردها وقد تستعين بالعنصر النسوي في محيطها العائلي ودائرة المعارف، أو حتى بالأخ أو الابن أو غيرها، وذلك لأسباب خاصة، أو اجتماعية معينة، ويختلف اختيارها للمرافق الذي تنفتح إليه حسب عدة عوامل وأهمها:

احساسها الفعليّ المبدئي بالخطر أم لا، ثققتها في الزوج من عدمه، توفر الزوج على الإمكانيات المادية والوقت لمرافقتها ام لا.

لقدر رأينا الأسباب والأعراض التي تدفع بالزوجة إلى الشك في وجود علة ما على مستوى الثدي، وتعرفنا على خصائص المرافقة الأسرية للزوجة في مرحلة الكشف المبكر عن المرض، فما هي خصائص وآليات التعامل مع مرحلة انتظار التشخيص، ومرحلة اكتشاف المرض، كيف تتعامل المريضة والأسرة مع خبر الإصابة بالمرض وما هي العوامل التي تتحكم في اتخاذ قرارات دون غيرها؟

المبحث الثاني: اكتشاف المرض ومواجهة الصدمة

المطلب الأول: مرحلة انتظار التشخيص النهائي (حالة الترقب)

بعد مرحلة زيارة الطبيب للمرة الأولى والوصول إلى الحكم النهائي بإصابة المريضة من عدمه، تأتي رحلة من الإجراءات والفحوصات الطبية التي قد لا تتطلب سوى يوماً أو يومين في بعض الحالات، بينما تتعداها إلى شهر في حالات أخرى، وذلك حسب طبيعة الورم، قربه أو بعده من الجلد، فيزيولوجية الثدي، وتتمثل أهم هذه الإجراءات في فحص الثدي بالموجات الصوتية (éecographie)، الفحص الاشعاعي (mammographie)، الخزعة، فحص العظام وغيرها.⁶

⁶. أنظر الفصل الأول، تحديد المصطلحات، سرطان الثدي

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

وقد اعتبر نيكولا دولفو، في بحثه حول تجربة العائلات في مواجهة سرطان الثدي أنّ مرحلة "الكشف" le diagnostique التي حصرها هو بين ظهور أول الاعراض إلى غاية ظهور نتيجة الفحوصات والكشف عن العلة، تتميز بأنها عادة ما تكون طويلة ومتعبة للمريض بسبب الذهاب والرجوع لمرات عديدة إلى المستشفى ومراكز الفحوصات، حيث يرى أنّها "تسبب للعائلة انكسارات كبيرة، سواء على مستوى معاشهم الشعوريّ وقد أطلق عليها البعض اسم "الأزمة الشعورية الحادة..." (delvaux, 2006. P).

وتكون فترة الانتظار صعبة للمريضة وعائلتها، وتتميز فترة الانتظار هذه بالقلق والتوتر والاحساس بالضيق، والتأرجح بين أمل في عدم وجود أمر خطير وبين الإحساس شبه الموثوق بخطورة الامر، فغالبيتها المريضاات عبّرن بأنه رغم عدم اخبار الطبيب لهن بشكوكه، إلا أنّ السرعة المطلوبة في اجراء الكشوفات، واجراء الوخزة مرّة وأكثر، كلّ ذلك جعلهم شبه متأكّادات بأنهن مصابات بمرض خطير ولكن مع هذا بقي أملهن كبير في خلقّ الثدي من مشكل ما "كنت أقول هو مجرد ورم حميد أو أي شيء آخر"، "فكرت أنّها ستقول لي في النهاية ليس سوى حليب متحجر من بقايا الرضاعة أو التهاب بسيط".

في هذه المرحلة يكون الجميع في الأسرة من المريضة إلى الزوج، الأبناء، الاخوة في حالة ترقب وخوف، وتغلب على الجميع أحاسيس مختلفة أسئلة وجودية عميقة "هذه الازمة يسببها الإحساس بقروب فقّد (موت) قريب، وهي تخلق أحاسيس الخوف، التبعية، الضعف، فقدان القدرة والخوف من التعرض المباشر أو غير المباشر للأثار السلبية للعلاجات، إضافة إلى عدم الثقة (هل سينجح العلاج، هل يمكنها أن تشفى؟)" (delvaux, 2006)

وعادة ما تكتفي المريضة بإخبار المرافقين الأوليين لها، فقد يكون الأبناء جاهلين تماما بما يحدث مع امهم او أمهات وآباء المريضة، وهذا لعدم معرفتها بما يحدث، وقد تخبرهم إذا كانت بحاجة إلى دعم ماديّ من أجل الفحوصات، ويصاحب هذه الفترة البحث الذاتي والجماعي عن تفسير عن سبب الإصابة بالمرض، وعادة ما لا يكون لهذا التفسير علاقة بالأسباب الموضوعية الطبية كالتعرض لمواد مسرطنة، الاكل غير الصحي، البدانة أو عدم الحركية وغيرها من الأسباب التي لا زال الطب لم يصل إلى جواب صريح ومباشر عن سبب حصول هذا المرض لفلانة وليس علانة.

فالمريضات وذويهن سيفكرون عادة في هذه الفترة في أسباب مختلفة كعامل القلق أو البؤس (الميزيريا)، أو العين أو ربّما السّحر، حيث تقول (زهور 70 سنة، العاصمة) "ابنتي عاشت الكثير من الميزيريا وخاصة كي بدلت بلاد، من العاصمة للأغواط ماشي ساهل، وين حبيتي تروح هذيك القنطة والغش، وبنتي صبارة،

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

هذا كامل خرج بوك" (ابنتي عانت كثيرا في حياتها، خاصة حين غيّرت مكان اقامتها، أين تريدان أن تذهب كل تلك الاحاسيس بالألم والعذاب، كل ذلك خرج الان "تقصد السرطان)، وهنا نشاهد أنّ الام تتمثل الورم الخبيث على أنّه تجمعات للأحاسيس السلبية التي عاشتها ابنتها طيلة حياتها الزوجية، وبنفس الطريقة يقول (...، 25 سنة، ابن المريضة أم هاني) "أمي عانت كثير، لا أتفاجئ أن يصيبها ههناك المرض" وفي هذيك البلاصة بعد" (لم أتفاجئ لإصابتها بمرض السرطان وفي نلك المكان بالخصوص)، وهنا نرى أنّه يركز على أنّ أمه أصيب في ثديها ربما لأنها لم تعيش حياة زوجية سعيدة وهو المكان الذي يكتنز أحاسيس الاكتمال الانثوي والعطاء الجنسي، للتذكير فان أم هاني، عاشت حالة اهمال زوجي وهي زوجة ثانية.

بينما تعبّر (أخت مليكة سنة 45) عن حالة أختها فتقول أختي لالات النساء، كاملة مكملة، عرفت كيف تربي أبنائها وتنجحهم، نقيه في دارها في شغلها، راجلها يحبها، يقدرها، حسدوها وعينوها مسكينة" (أختي ست النساء، كاملة عرفت كيف تربي أبنائها وتجعلهم ناجحين، نظيفة في منزلها، يحبها زوجها ويقدرها، لقد حسدوها وأصابتها عين) نلاحظ هنا على أنّ السؤال لماذا أنا بالذات ولماذا هي بالذات يجد له تفسيرات عن الطاقة السلبية، الحسد والعين، حيث اعتبرت أخت المصابة مليكة والقائم الاساسي على رعايتها، بأنّ نجاح الأخت العائلي والأسري، واستقرار أمورها جعلها ملفتا للاهتمام، الحسد والعين، ويستند الاعتقاد الجمعي للوصول إلى هذه الاعتقادات على المرجعية الاجتماعية، والدينية، حيث يعترف الإسلام بالعين كجالب لبعض الاضطرابات الصحية والجسدية، فقد قال (رسول الله "صلى الله عليه وسلم) (العين حق والطيرة باطلة).

إنّ هذه التفسيرات وغيرها تعتبر كنوع من التنفيس عن الانسان وذويه عند طرح السؤال لماذا أنا وليس غيري؟، لماذا تمرض ابنتي؟ زوجتي؟ أمي؟ أنا؟ وليس الآخرون، قد يعتقد البعض بأنّ لعنة ما تحاصرهم، بينما يعتبر البعض أنّه جزء من الله على أفعال سيئة فعلوها، ولكن القليل من يعترف بذلك علنا، لذلك فان تعليق المشجب على الآخرين وطاقتهم السلبية يكون أسهل حل للتنفيس عن الغضب الداخلي حيث يلجأ العامة لهذا التفسير الماورائي "لما يعجز عن تقديم منطق يفسر الأشياء ومكونات المحيط الذي يعيشه، فاللجوء إلى الشعوذة هو فرار من الواقع باتجاه اللامعقول، هذا العالم الذي يمتلك القوة التي تفوق قوة المعقول..." (رحاب 2014، ص 183).

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

وعادة ما تحاول الزوجة أو المحيطين بها في هذه المرحلة عدم نشر أي معلومات حول الحالة التي يعيشون فيها لدوائر اجتماعية أوسع، وذلك لأنهم لا يزالون في حالة شك واضطراب، ولأنهم غير قادرين على الوقوف على موقف صريح، وعادة ما ينتظرون إلى أن يصدر الحكم النهائي من الأطباء بوجود المرض أم لا، إلا أنهم في بعض الحالات يلجؤون إلى الآخرين طلباً للمساعدة، سواء المادية أو الاستعانة بمن لديه علاقات شخصية بأفراد في المستشفيات حتى يسهل لهم الحصول على مواعيد أو اهتمام خاص، أو حتى امدادهم بالمعلومات اللازمة حول الخطوات والإجراءات وسلامتها.

فتقول (رجاء 36 سنة، بني سليمان، مطلقة وأم لطفل واحد): **أول ما أعطني الطبيبة كل ذلك الكم من الفحوصات شككت في الأمر، ورغم أنني لم أخبر أهلي بالأمر، لانهم بعيدون عني، إلا أنني اتصلت بعمتي التي أصيبت بالمرض قبلاً...".**

ورغم أن هذه المرحلة صعبة نفسياً إلا أن أغلب المستجوبات قد أكدن بأنهن لم تتناقشن مع أبنائهن أو أزواجهن حول أحاسيسهم في تلك المرحلة، فمن جهة تكون السرعة المطلوبة وكثرة الفحوصات لا تسمح بإقامة هذه النقاشات ومن جهة أخرى، فإنهن لم تكن قادرات على نطق كلمة السرطان لهن ولا أزواجهن ولا العائلة، وهنا نلاحظ أن آلية إخفاء الأمر عن المقربين وتضييق نطاق الناس الذين يعرفون به تظهر كأول آلية للتعامل مع المرض، قبل صدور التشخيص النهائي حتى.

المطلب الثاني: آليات التعامل مع الصدمة والتعبير عنها

عند صدور التشخيص النهائي للمرض، تختلف طريقة امتصاص الصدمة من حالة لحالة، في هذا المبحث سنحاول استكشاف طريقة التأقلم أو تقبل المرض وتسيير الأزمة، مع التركيز على العوامل أو التي تتحكم في هذه الطرق.

لقد اشتركت كل المريضات حالات الدراسة في استخدام مصطلح (الصدمة) عند سؤالنا عن رد فعلهن عندما عرفن بأنهن مصابات بسرطان في الثدي، ولم يؤثر لا مستوهن الدراسي ولا خلفياتهن الاجتماعية ولا حتى مرحلة السرطان في شعورهن، ومصطلح الصدمة النفسية (أو الجرح النفسي) يشير في علم النفس إلى حدوث ضرر أو أذى للعقل بسبب حالة من الكرب والتوتر الشديدين، ويعرف المؤلفان الألمانيان فيشر وريدر في الكتاب التعليمي لعلم النفس، الصدمة النفسية على أنها تناقض حيوي بين تهديد العوامل الظرفية

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

والامكانيات الفردية للتغلب عليها، التي ترافقها مشاعر العجز والاستسلام الأعزل وهكذا تتسبب في اهتزاز فهم الذات والعالم(عند المصاب).

ويعتبر الإنكار من الآليات النفسية التي تعتمد عليها النفس البشرية، كردة فعل أولية عند تلقيها الصدمات النفسية المختلفة، كخبر موت عزيز ما، أو خبر الإصابة بمرض خطير، حيث صرّحت لنا الدكتورة آسيا موساوي، بأنّ المصابات بسرطان الثدي عادة ما يمررن بحالة إنكار للوضع، وعادة ما لا تدوم هذه الحالة إلا فترة قصيرة، تختلف من حالة لأخرى، ويمكن أن تتحول إلى حالة نفسية عصبية تصل إلى حد عدم تقبل الواقع وعدم التعامل معه، كأن ترفض المريضة تعاطي العلاجات اللازمة والقيام بما يوصي به الأطباء، فتقول الطبيبة آسيا موساوي، متخصصة في الأورام السرطانية بمصلحة مكافحة السرطان، مصطفى باشا*⁷ " تأتينا العديد من الحالات المرضية، حيث ترفض المريضة إتمام العلاج بشكل قطعي، خاصة فيما يتعلق بإجراء جراحة الاستئصال، إضافة إلى العلاج الكيميائي، الذي يتهرب الكثير من المرضى منه بسبب أعراضه السلبية من جهة ولكن أكثر من ذلك بسبب الصورة التي يعطيها الاعلام والمجتمع على هذا العلاج، الذي لا يتحدث الكثير عنه وكأنه عار أو عيب...".

ورغم أنّ التعبير عن الإحساس بالصدمة كان باستخدام عبارات مختلفة، مثل: " (اتخلعت) أو هلعت، (تشوكيت) (choc) صُدمت، لم استوعب، لم أعرف ما أفعله، اسودت الدنيا في عيني، أحسست بغمامة بين عيني.....، إلا أنّها تجتمع كلّها في التعبير عن حالة الصدمة، التي تؤدي إلى الاعتراف بوجود أزمة، ويحلّل المختصون طريقة الأفراد في مواجهة الأزمات، فيقولون انها تمرّ بمراحل قد تختلف من شخص لآخر حسب عدد من المتغيرات، حيث تمرّ الحالة بإنكار المرض، ورفضه، أو رفض طرق العلاج، وقد تدوم هذه الحالة وتتعقم، بينما تكون مرحلتها مؤقتة سريعة الزوال.

حيث تصرّح عبلة (46 سنة، أم لأربعة أطفال، عصابة) بأنّ الأمر كان سريعا جدًا بين زيارتها الأولى للطبيب وبين معرفتها لمرضها وبين اجراء العملية، حيث حدث كل ذلك في ثلاثة أيام، أنها لم تكن تتوقع أبدا بأنها مصابة بالمرض "*c'était un choc (كانت صدمة)، ما تقبلتش الامر خلاص، خلاص" (لم أتقبل الامر تماما)*، ويزيد الإحساس بالألم والشعور بالحزن بعد أن شرح لها الطبيب بأنّ العملية تقتضي بتر الثدي كاملا مع الغدد اللمفاوية وعدم الاكتفاء بنزع الورم، حيث عبّرت بأنها لم تتصور نفسها دون ثديها

* .مقابلة: آسيا موساوي، طبيبة مختصة في الأورام السرطانية، يوم 2022/12/25، بمستشفى مصطفى باشا، الجزائر العاصمة. الساعة 11 صباحا.

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

" هو أجمل ما فيّ أنا"، كما أنّها عبّرت للطبيب عن رفضها لفكرة الاستئصال وسألته إن كان هناك طريقة أخرى للعلاج " فأخبرني أنّه يمكن أن يجري عملية نزع الورم لكنها غير آمنة وغير مضمونة الا يعود السرطان من جديد".

كما تصرّح (ياسمينه 39 سنة أو لأربعة أولاد، أولاد جلال) بأنّها في الأول حاولت تمالك نفسها والتشجع من أجل زوجها المصاب بالسكري لكنّها مع هذا كادت تنهار في النهاية "أخبرتني بأنني مريضة ولكنها لم تخبرني بأنني مصابة بالسرطان وبدأت تخبرني بأنه يمكن ان أجري عملية، وقلت لها اللي جابها ربي مرحبا ولكنني خرجت من عندها في حالة ذهول ومصدومة، كنت أمشي في الرواق ولا أرى شيئا، لا الناس الجالسين فيه ولا أي شيء، كنت أفكر في كلامها فقط، ولكن هي اعتبرتني شجاعة وأخبرت الطبيبة بذلك، حسب كلامي ولكن انا كنت مصدومة أكثر من الكوراج"، ولكن وفي مرحلة أخرى عادت ياسمينه إلى المستشفى، لتعرف بأنّها مصابة بالسرطان وليخبرها الأطباء بأن علاجها يبدأ بعملية استئصال الثدي والغدد اللمفاوية، "بدأت أصرخ، وأقول لا لا لا، فراحت الطبيبات تهدأني وتقلن لي "استغفري الله، استغفري الله"، وبعدها بدأت أشهد، زوجي لم أتركه يأتي معي في هذه المرحلة، أخذت أخي، لا أدري لماذا"، بدا لنا من طريقة كلام المصابة ورفعها لصوتها واهتزازه وبكائها، بأنها استعادت اللحظة وأنّها بقيت محفورة في ذاكرتها.

وبينما تخلصت أغلب المريضات سريعا من الإحساس بالإنكار والرفض، تصرّح زهية أخت المريضة مليكة 63 (القائمة بالرعاية الأساسي، حاسي بجبح) "بأنّ أختها لم تتقبل المرض ولا الإجراءات التي فرضها الأطباء، بل أنّها أطالت الانعزال عن الناس والخجل من شكلها الجديد فتقول: "لم تتقبل مرضها مطلقا، صارت تنعزل عن الجميع حتى الزوار الذين يأتون للإطمئنان عن حالتها، كانت ترفض الخروج إليهم، بحجة التعب، كانت لديها أحاسيس ولكنها لم تكن تعبّر عنها".

وكما عبّرت المصابات بسرطان الثدي عن احساسهن بالصدمة، وطريقتها في التعبير عنها وكذا مواجهتها وتقبل المرض، فإنّ أفراد أسرهن اشتركوا في تعبيرهم عن حالة الصدمة التي دخلوا فيها عند معرفتهم بإصابة الزوجة/ الأخت/ الأم/ البنت بالسرطان، حيث تقول (زهية، 45 أخت المريضة، مأكثة بالبيت تشتغل بالخياطة والتطريز المطلقة وأم لبنتين) "رافقتها إلى الطبيب مع الكشوفات اللازمة التي طلبها منها، ودخلت معها، نزل عليّ الخبر كالصاعقة، لم أعرف ما أفعله، هل أواسيها، أم أواسي نفسي، وكذلك كانت حالة زوجها، أبنائها وبناتها، مرّ علينا يوم كالسنة، لا يمكن أن أنساها".

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

المعروف عن المرأة ككائن حساس ورهيف ميولها إلى البكاء كأحسن طريقة للتعبير عن حالتها النفسية العميقة، في حالات الحزن البالغ، أو حتى الفرح، وتلجأ العديد من النسوة لهذا الحل للتفيس عن أنفسهن، ولكن يختلف الوقت الذي استطاعت كل واحدة منهن من التعبير عن نفسها بهذه الالية، ففي حالة (مليكة 62 سنة، أم ب6 أبناء حاسي بحبح)، كان تلقي الخبر صدمة كبيرة ولما سمعت بنتيجة الفحوصات لم تتمالك نفسها وخرجت مسرعة للشارع تمشي وتبكي بين السيارات في حال ذهول وتشتت اقرب إلى الجنون لولا أختها التي رافقتها، ظلّت مدّة عدم تقبل المرض والتعبير عنه بالبكاء حيث تقول "بقيت مدة طويل أبكي، في غرفتي، وحتى أمام ابنائي وبناتي، لم اكن استطيع تمالك نفسي، وكان الكثيرون يلومونني خاصة زوجي، وكان ذلك قبل العملية وبعدها".

تتأخر هذه التقنية أو تنتظر أوقات الوحدة، في حالة السيّدة (أم هاني " 52 سنة، أم لشابين، تيارت، تخطى عنها الزوج): " في النهار أظاهر بالصلاية والقوة من اجل ابني، لكنني كنت كالمأجلست في فراشي لأنام أنفجر بالبكاء، حتى يأخذني النعاس وأنام، فلم أكن أملك أحدا لأفضض له عن نفسي.. كانت تغيضني عمري بزاف لأنني لا أملك بنتا أو أختا ألجأ إليها".

بينما ياسمينة "39 سنة أم لأربعة أطفال، أولاد جلال تقول بأنها لم تبك ولو مرّة منذ احساسها بالمشكل وإلى غاية اجراءها العملية، كانت تحاول أن تكون قوية للتغلب على المرض، ومن أجل زوجها المصاب بالسكري لكنّها عندما كانت بالمستشفى ولأول مرّة في حياتها تبتعد عن أبنائها كل تلك المسافة والمدّة انفجرت أول مرّة بالبكاء عندما احضروا لي ابنتي الصغيرة إلى المستشفى، أحسست أنني ربما سأترك أبنائي وأموت، وكذلك عندما كانوا يغنون لي عبر الهاتف اغنية عن الأم، كان هذا يبكيني كثيرا"، بينما عبّرت النسوة بأن البكاء كان يخفف عنهن الإحساس بالتوتر والوحدة، والخوف، بينما تقول (سعاد 52 سنة، أم لأربعة أطفال، الأغواط) متفاخرة: "أنها طيلة فترة علاجها لم تذرف ولو دمعّة واحدة"، وكذلك تقول (سامية 45 سنة، المسيلة): " لم يمنحني اكتشاف المرض الوقت للبكاء، بدأت أحسّ بأن زوجي سيتخطى عني قريبا، لم يكن وقت البكاء، بل وقت التفكير بالحلول، كان عليّ أن أكون قويّة".

المطلب الثالث: آليات المريضة والأسرة لتقبّل المرض

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

وكما اختلفت وتتنوع أساليب المصابات وأسرهن في التعامل والتعبير عن الصدمة، فإن طرق تجاوزها تختلف من حالة لحالة لكنها تشترك في عدد من الآليات التي لخصناها كالآتي، حسب تصريحات المبحوثين.

1. الحديث مع النفس لتقبل المرض:

أقرت كل النساء اللاتي جرت عليهن الدراسة بأنّ الحديث مع النفس في مرحلة ما كان ضروريا لاتخاذ قرار تقبل المرض والمضي قدما إلى الأمام والخروج من حالة الازمة والتفكير في الحلول الممكنة بشكل أوضح، ورغم أن التعبير عن هذه الخطوة كان مختلفا بين المتعلمات وغير المتعلمات، إلا أنّ التعابير اللفظية والجسدية قد أدت بنا إلى استشفاف الأمر، تعبيرات مثل "قلت بيني وبين نفسي" أو "قلت لنفسي"، "أو جلست مع نفسي" كانت تتكرّر، فعامل وجود الدعم العائلي من عدمه، لم يكن ليعوض عن الدافع النفسي لطلب التشافي وعدم الاستسلام للمرض، فمثل: "لما قال لي الطبيب بمرضي، اتجهت إلى البحر، بقيت لوحدي لساعات، تكلمت مع نفسي وأقنعتها بالأمر... "نكذب عليك" أنا شفت في روحي فقط، غاضتني عمري" "قلت انا ما زالني صغيرة ونستاهل نعيش ومازالني حوايج بزاف نديرهم وأنا اخترت الحياة". (عبله، 48 سنة، عنابة).

بينما تعبّر سامية (43 سنة، مطلقة، المسيلة) عن الحوار الداخلي كالتالي: "...انذلك في لحظة ما قلت انه حان وقت الاعتناء بنفسي فلم اكن بحاجة إلى أي مصدر ازعاج آخر -تحدثت عن زوجها الذي طلقها بعد ذلك-، فطول حياتي كانت "سامية" -تحدثت عن نفسها دائما-في الدرجة الثانية من الاهتمام، طول حياتي وأنا اضحي من أجل الآخرين وتأثر برأي وقرار الآخرين، فقلت على الأقل قبل ان اموت سأقرر لنفسي وأهتم بنفسي".

كما أنّ الحديث الداخلي لإقناع النفس بضرورة تقبل الواقع والتعامل معه، كان أداة يعتمدها القائم بالرعاية وأفراد الأسرة أجمع، حيث يقول (... 28 سنة، ابن أم هاني) " ...صرحة لم أتكلّم مع أخي كثيرا، عندما علمت بأنّ أمي بمرض السرطان أحسست بخنر في رجليّ وبأنّ الدنيا لن تعد تعني شيئا، كنت أمشي بالساعات لا أفكر سوى في هذا الأمر، لم أمن أريد مواجهة أمي ولا النظر إلى عينيها، لم أملك ما أقوله لها، ولكن بعد أيام أدركت أنها لا تملك غير وغير أخي، وأنّه لا يمكنني أن أفشل وأنهار، بينما هي التي تحتاج أن من يقف معها، فقررت أن اواجه الامر وأصير رجلا"2.2

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

2. اللجوء إلى الوازع الديني:

تمثل الحياة الروحية للإنسان جانبا مهما من الحياة النفسية، والتي يقوم عليها التوازن الروحي له وتؤثر في جوانب متعددة في حياته، ويعتبر اللجوء إلى الله والدعاء وقراءة القرآن والصلاة، سبيلا يخفف به المريض وأسرته عن صدمته وعن الإحساس المؤلم بالعجز التام أمام المرض، وتؤكد الكثير من الدراسات التي جعلت من هذا الجانب موضوعا لها، أهمية هذه الممارسات في إعطاء الإحساس بالسكينة والتغلب على القلق، والإحساس بأنّ هناك قوّة أقوى وأكبر من المرض، وتؤكد النتائج التي وصل إليها الباحثان ز.كيونسشيك وأ.ديدلي، في بحثهما لعينة تتكون من 230 أسرة قائمة برعاية مرضى السرطان في تركيا أنّ الأسر القائمة بالرعاية ترجع دائما إلى الممارسات الروحية لتخفيف من وطأة المرض " تختلف الممارسات الروحية وفقاً للثقافة ففي الإسلام يمكن تفسير المرض أن يكون عقابا أو مشيئة من الله، سببها قوة أعلى (الله) مرضهم وإصابتهم وآلامهم ومعاناتهم كلّها من الله، ومنه فإنّ ممارساتهم للشعائر هي شكرٌ لله على حسن الحظ الذي سمح لهم بالحصول على العلاجات الطبية و/أو الجراحية، وقد أبلغ معظم المشاركون عن ممارسة الصلاة وقراءة القرآن الصلاة أو الاعتراف أو الامتتان أو المناجاة الصامتة، الذي قد يأخذ شكل الشفاعة، كما يبقى أعضاء الأسرة، المصحف بجانب سرير المصاب على أمل إضفاء السلام والصفاء، أو يتلون القرآن عليه" (Zohre kiyencicek 2017, 629).

وفي الحالات محل الدراسة رأينا بأنّ الرجوع إلى المتكأ العقائدي والإيمان من أهم الآليات التي تسمح للمريضة وأسرته، تقبل المصاب الذي أصابهم، حيث إضافة إلى التفسيرات الماورائية التي رأيناها سابقا، يأتي في النهاية التفسير الذي يرجع إلى اعتبار المرض قدرا حتميا كتبه الله على المريضات وعلى أهلهن، الأمر الذي يجعلهم في اختبار عقائدي حقيقي، فعدم تقبل المرض يعتبر كفرا بقضاء الله ورفضاً له.

حيث تتكرر عبارات مثل *اللي جاء من عند ربي مرحبا بيه*، " *هذا المرض كتبهولي ربي لازم نتقبلوا مكتوب الله وما نجهلوش*"، أو *هذا ابتلاء من الله حتى يشوفنا نتقبلوا المرض أم لا* من الملفوظات التي تكررت على طول المقابلات مع المريضات ومع أهاليهن.

وقد ساعد هذا الاتكاء الروحي المريضات على تقبل المرض، وأعطاهن القوّة والشجاعة لمواصلة العلاج والأمل في الشفاء، حيث تكررت عبارات مثل *اللي خلق ما يضيع* (من خلقنا لن يضيعنا)، " *اتكلت على ربي*"، " *استغفرت ربي وقلت اللي جا من عندو كلو خير*".

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

3. الأبناء كمصدر للتشجيع:

كما يعتمد تشجيع النفس على عامل الأطفال، حيث تحسّ الأم بأن رسالتها لم تكتمل بعد، وإنها يجب أن تقاوم من أجل أبنائها وعائلتها ولا تستسلم، فإن تكوين الأم البيولوجي والاجتماعي الذي علمها على أنّ دورها الأساسي في المجتمع هو انشاء أسرة ورعاية الأبناء والحفاظ عليهم وعلى سلامتهم وحفظهم، يجعلها تفكر بأن غيابها عنهم (بسبب الموت)، سيعرضهم للخطر والضياع، وهذا مهما اختلف سنهم، حيث تتساوى مخاوف (رجاء 35 سنة، مطلقة بعد الإصابة، سيدي سليمان) وسنّ ابنها حين مرضها كان لا يتجاوز الثالثة " في البداية ظننت أني سأموت بمجرد بدايتي مع العلاج لكن الله له أنطافه فقد حفظني لابني الذي خرجت به من الدنيا " مع " (أم هاني، 52 سنة، الطاقين) و عمر ولداها ساعة مرضها كان 20 و 25 سنة، حيث تعبر عنهما دائماً " ولادي صغار مساكن وليس ليهما لا ولي ولا دلال " (ابني صغيرين في السن ولا مرشد لهما في الحياة ولا مرافق غيري).

حيث عبّرت كل الأمهات اللواتي قابلناهن، بأن أسوء تصوراتهن ومخاوفهن، كانت تتعلق بأن تترك أبناءهن، أو تصبجن غير قادرات على تأدية واجباتهن نحوهم، وكان تصور أبناءهن يتامى قاتلاً بالنسبة لهن، حيث تقول (سعاد، 52 سنة، الأغواط) " رغم كل الشجاعة التي تحليت بها والقوة، إلا أنّ الأمر الوحيد الذي كان يشعرني بالضعف ولكن في نفس الوقت يدفعني للمقاومة هو أن أتصور أبنائي يتامى أو بأم عاجزة".

4. الحق في العيش:

بينما تعتمد أخريات على النظر إلى حقهن في الحياة من جديد خاصة إذا أحسن بأنهن قدمن الكثير للمحيطين بهن ولم يأخذن حقهن في الحياة، فيكون هنا المرض دافع لهن بتذكر أنّ الحياة قد تكون قصيرة جداً وأنهن يجب أن يشفين لتعلم حياتها من جديد، حيث عبّرت عن هذا الاتجاه السيّد " تواتي " قابلة وعضوة في جمعية توعية النساء في بشار حيث قالت "عكس ما يعتقد، فالكثير من النساء يدنّ للسرطان الذي أصابهن بالكثير، حيث نكرّر عندنا في الجمعية عبارة (حبيبي السرطان، cancer mon amour)" حيث أنّ الكثير من النساء تكون حياتها مكرّسة للزوج والابناء فقط، وقد لا تلقى لا الحماية ولا العناية ولا الإحساس بتضحياتها، الآ بعد أن تصاب بالسرطان، فيصبح الجميع مهتم بها ويتعامل معها بطريقة أفضل*، كما أنّ صدمة المرض والاحساس بدنو الموت، يجعل الكثيرات تتساءلن حول حياتهن وكيف

* مقابلة مع: لسيدة تواتي. ع، قابلة وعضوة في جمعية توعية النساء بالصحة التناسلية والجنسية، بشار (4 أكتوبر، 2018) على الساعة 14:30.

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

أنهن لم تعشنها إلا من أجل ومن خلال الغير بينما تعاني الان لوحدها، مما يجعلهن تحاربنه من أجل حياة أفضل:، و تكمل السيدة تواتي " المرأة عندنا، وخاصة المتزوجة، لا زالت تقدم الكثير من التضحيات، لزوجها، أبنائها، أسرة الزوج وأسرتها، على حساب صحتها، نفسياتها وتطورها الشخصي، والسرطان يعتبر محطة للكثيرات لتتذكر نفسها وما تستحقه.

وفي نفس السياق عبّرت (عبلة، 48، عنابة)، أنّها خصصت كل حياتها لخدمة أسرتها، فعزلت نفسها عن العالم من أجل ذلك، وبأنها تحدد السرطان فقط من أجل أن تعيش بشكل أفضل، وتعطي نفسها فرصة اكتشاف الحياة من جديد.

فيما سبق رأينا كيف أن فترة انتظار التشخيص ولحظة اصدار الحكم بالمرض من أصعب الفترات فيالحياة النفسية للمريضة وأسرتها على حد سواء، ورأينا كيف أنّ الأسرة الجزائرية، تلجأ إلى الصمت وعدم الحديث عن المخاوف والأحاسيس، الأمر الذي يظهر بشكل تلقائي ساعة الصدمة، سواء من خلال البكاء، الانعزال، التقرب إلى الله وغيرها.

ورأينا كيف أنّ المصابات تلجأن إلى الحديث مع النفس كمحفز أولي لتقبل المرض والمضي قدما في العلاج، إضافة إلى الوازع الديني الذي يلزم عليها القبول بالقضاء والقدر، كذلك الرغبة فالعلاج من أجل الأبناء ومن أجل استغلال الحياة استغلالا أفضل مما مضى.

تمثل مرحلة اكتشاف المرض مرحلة صدمة وتشتت ذهني، يتلوه صفاء ذهني يتم فيه اتخاذ القرارات اللازمة، من خلال عدد من المتغيّرات وأهما التصور الذي يحمله كل واحد عن المرض، فما هي الطرق التي يتعامل بها المريض والأسرة مع المرض، وما علاقتها بالتمثلات الذهنية له؟

المبحث الثالث: أهم القرارات المرتبطة بالمرض وعلاقتها بمتغيري: التمثلات الاجتماعية وتوفر الرعاية الأسرية

تختلف طريقة الانسان عموما في مواجهة المشاكل والأزمات الحياتية المختلفة، وذلك حسب طبيعته النفسية، طبيعة علاقاته الإنسانية ومتغيرات أخرى قد تتعلق بطبيعة الازمة نفسها، وفي حالة الإصابة بسرطان الثدي لدى الزوجة، قد تتعلق ردود الفعل والقرارات المتخذة بمجموعة من المتغيرات وأهمها التمثيل الاجتماعي للمرض، تقسيم الأدوار داخل الأسرة النواتية والممتدة، علاقات المريضة مع مختلف أفراد الأسرة، الوضعية المادية للأسرة، طبيعة النظام الصحي وتوفر الخدمات وغيرها.

المطلب الأول: التمثل الذهني والاجتماعي لمرض السرطان وعلاقته بقرار إخفاء المرض

يعتبر آرثر كليمان kleiman سرطان الثدي " علة موسومة ثقافياً، رمزا اجتماعيا سائدا، بمجرد أن يطبق على شخص فإنه يفسد هويته الفردية بشكل جذريا يكون من السهل ازالته" (لنجلير 2015، ص 243)،

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

ويفرق البعض بين العلة والمرض، حيث أن المرض أمر موضوعي ذو بعد طبي بيولوجي يحدده الأطباء، بينما العلة هي ذاتية التعريف، حيث تتبع من المريض، فالاحساس بالمرض والتعبير عنه، يختلف من مريض إلى آخر بل قد يختلف من مجتمع إلى آخر.

وفي هذا الصدد صرّح لنا السيد (زكريا، ب، رئيسة جمعية الشفاء لمرضى السرطان بسطيف)، بأن الكثير من العائلات وللأسف لا تزال تعتبر مرض سرطان الثدي -عارا- وجب إخفاءه أو التخلّص منه، وذلك من خلال إما: إخفاء مرض المصابة خاصة إذا كانت -الكتة- زوجة الابن، أو تطليقها حيث يقول: "تسعى دائما لتحفيز وحث النساء على الكشف المبكر، فهو وسيلتهم الوحيدة للحفاظ على الثدي في حالة اكتشاف المرض في مرحلته الأولى، فلا يزال الناس عندنا - يقصد المجتمع الجزائري- يعتبرون هذا المرض، عيب، عار وحشومة (مدعاة للخجل).... الكثيرات تمّ التخلّص منهن، أو منعهن من التواجد أمام الناس خوفا من الفضيحة... تصوري- موجهها كلامه للباحثة- هناك من لا زال يفكر بأنه مرض معدي...".*، فمن خلال تجربته مع العديد من المريضات والأسر استطاع السيد زكريا. ب تكوين هذه الصورة التشاؤمية، حيث عبّر لنا بأنه من خلاله في الجمعية يحاول قد المستطاع التوعية ونشر معرفة بهذا المرض وبسرطانات أخرى.

ولا يرتبط الوصم الاجتماعي لمرض سرطان الثدي بالمجتمع الجزائري فقد يكون في المجتمعات الغربية التي صارت صورة المرأة كاملة الجمال والهيئة غالبية عليهم أكثر قسوة ومرارة، فقد تقعد المرأة بسببه كلّ علاقاتها النسائية بل وحتى الوظيفية، وفي هذا السياق، يورد لنا الباحث دومينيك جرو Gros في بحثه "الأصحاء في مواجهة سرطان الثدي: لا مبالاة، هروب أم حب؟" *⁸، كيف تعاني المبحوثات من نظرتهم لأنفسهن كمشوهات، وكيف يتعامل معهن المجتمع بين إحساس بالتعاطف إلى نكران وتهرب تام، حيث يسرد لنا في فقرة معاناة "كلير" مصابة بالسرطان عانت بعد استئصال ثديها " بين عشية وضحاها هرب منها زوجها وذهب مع امرأة أخرى، أصدقاؤها يتهربون منها، بينما يتجنبها زملاء العمل، ولم تتحصل على الترقية التي كان من المفروض أن تنالها قبل الإصابة، اكتشفت أنّ ابنها أصبح مدمن مخدرات، بنما تشهرها ابنتها التي في عزّ المراهقة بالذنب..." (Gros 2007).

* . مقابلة: زكريا ب: رئيس سابق لجمعية الشفاء لمرضى السرطان، سطيف، بقصر المعارض الصنوبر البحري، الصالون الوطني للإعلام حول السرطان، يوم 5 أكتوبر 2018 على الساعة 15:00.

* .Les bien portants face au cancer du sein Fuite, indifférence, amour

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

هنا يظهر لنا أنّ تصور الناس للمرض الذي تصاب به قد يؤثر بشكل جذريّ في تعاملهم مع المريض، حيث يتهرب الناس من المريض المصاب بداء معد، أو الذي يعتقدون بأنه معد، وقد يتصرفون بفضاضة مع الأشخاص الذين يصابون بأمراض تخلق نوعاً من التشوه، كالبرص أو الجذري مثلاً، وقد يلجأ المريض أو عائلته إلى إخفاء إصابة أحدهم بمرض ما خوفاً من ردود فعل المحيطين بهم، من جهة، أو لعدم تقبلهم هم أنفسهم لهذا المرض من جهة أخرى.

ويتم اللجوء إلى إخفاء المرض، في عائلات المرأة المصابة بسرطان الثدي، سواء انطلاقاً من ارادتها الخاصة أو من إرادة المحيطين بها، وذلك لتفادي مجموعة من المواقف أو الانطباعات، ويعود هذا مرة أخرى إلى التمثل الاجتماعي للمرض الذي ينزح أحياناً عن كونه مرضاً بيولوجياً، ناشئاً عن أسباب موضوعية -طبية- إلى كونه وصماً اجتماعياً من جهة وجب إخفاءه، أو مدعاة للشفقة أو التشفي أو التتمر (المعاصرة).

من خلال المقابلات مع المريضات، لاحظنا وجود حالات اعتمدت إخفاء اصابتهم بالمرض، أما بشكل كليّ أو بشكل جزئيّ عن فرد أو أفراد من الأسرة، إنّ يعود إما لحاجة المريضة لبعض من الخصوصية، أو لوقت لاستيعاب الأمر والتفكير في طريقة للتعامل معه ثم إمكانية تبادل الحديث مع الآخر، وأما خوفاً عليه من آثار الصدمة وعدم القدرة على مواساته في حين تحتاج هي إلى الدعم، حيث انقلبت الأدوار في كثير من المحطات فتتحول المريضة إلى مانح الدعم المعنوي لأفراد أسرتها، وقد يكون الإخفاء لخوف من طبيعة تقبل المرض من الآخرين، خاصة الزوج وأسرته، وهذا راجع أساساً للطبيعة الحساسة لمرض سرطان الثدي الذي يتشارك مع السرطانات الأخرى في صعوبته وصعوبة مراحل الاستشفاء المختلفة، ويتميّز بأنه يمسّ عضواً حساساً يعبرّ مهم جداً بالنسبة للمرأة " الثدي".

1. إخفاء المرض خوفاً على الآخرين: (أثر كلمة سرطان)

إنّ كلمة سرطان تحمل في طياتها تمثلات ذهنية كثيرة ترافق شعور وتصورات الذي يصاب به والمحيطين به "في المخيال الشعبي تكون هذا الرمز الذي يمثل فكرة الوحش الذي لا يهزم وقادر على التنقل في أي مكان وإرسال خلاياه إلى أبعد مكان في جسمنا إذا كانت أسطورة السرطان تجد الظروف المساعدة لها قرب الأشخاص الأكثر قلقاً، العادات والتقاليد داخل إطار المخيال الشعبي تكون عادة عامل مساعد لتثبيت هذه الصورة عن المرض.

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

لذلك قد تقرّر مريضة السرطان إخفاء المرض خوفاً على ذويها ويظهر قرار إخفاء المرض على الآخرين في نوعين: المؤقت والدائم

1.1 الإخفاء المؤقت: وقد أخفت بعض الحالات المرض بسبب الخوف عليهم، في حالة السيّد ياسمينه، التي ورغم أنّها لم تخف الأعراض على زوجها في المرة الأولى، كما رأينا في المبحث الماضي، "بعد أن أجريت الماموغرافيا، دخلت عند الطبيب، فشاهد النتائج وطلب مني مع من أتيت، فقلت مع زوجي وأخي، فطلب أن أنادي على زوجي ليتكلم معي، لكنني رفضت وقلت له زوجي مصاب بالسكري، وأخاف عليه، إذا كان هناك أي شيء فأخبرني أنا أولاً، ولكنه لم يخبرني بشيء، سوى أنه عليّ أن آخذ النتائج إلى مستشفى بسكرة" إلا أنها عندما عرفت بأنّها مصابة بسرطان الثدي، عمدت إلى إخفاء الأمر عن الزوج ولو مؤقتاً، خوفاً عليه من الصدمة، وذلك بسبب إصابته بداء السكري، وكانت تريد أن تغتتم الفرصة المواتية لتقول له، حيث أنّها أخبرت أخاها الذي أخذها بالسيارة إلى المستشفى رفقة الزوج، ولم تخبر زوجها، " أخبرته بأنني سأجري عملية على مستوى الثدي لكنني لم أوضح له بأنه سرطان"، غير أنه سرعان ما اكتشف الأمر وأخذ ملف زوجته وعرضه على أحد الأطباء الذي شرح له حالتها وطمأنه بأنّ سرطان الثدي لم يعد يخيف مثل زمان وأنّ بروتوكولات العلاج تلقى نجاحاً أكثر يوماً بعد يوم.

وقد استخدمت السيدة نفس التقنية مع والديها حيث تقول بأنّها شددت على العائلة بالأّ تخبر أمها وأباها بأنّها مصابة بالسرطان، حيث يتم تخفيف ضغط الصدمة عن طريق التدرج في إعطاء المعلومة، ففي الأول أخبرتها بأنّ لديها ورم حميد سيتم إزالته عبر عملية جراحية بسيطة وكذلك الأب، ولم تكتشف الأم ما حدث لابنتها إلا عندما زارتها في المستشفى بعد بتر الثدي، انهارت أمي بالبكاء، وهنا بدأت أواسيها وأشجعها وأقول بأنني نزلت المرض وسأشفى، لم تتحمل تصور ابنتها دون ثدي، لم تتحمل فكرة الإصابة بالسرطان" نفس الشيء بالنسبة للأب لم أرد إخباره هو مريض وكنت اعلم انه لن يتحمل"

إنّ اكتشاف المرض عبر مراحل قد يؤدي إلى التخفيف من صدمة تلقيه، ورغم تلقائية هذا القرار وعدم اعتماده على نظريات علمية معينة، فهو يعتبر اسقاطاً للنظرية الفيزيائية التي تؤكد بأنّ سقوط أي جسم من الأعلى إلى الأسفل أو ما يسمى بالسقوط الحر، وارتطامه بحاجز قبل السقوط على الأرض سيخفف قوة الارتطام ومنه الآثار الناجمة عنه، وهنا نرى كيف أنّ المرأة المصابة وفي عزّ معاناتها النفسية والجسدية، تفكر في المحيطين بها الأكثر ضعفاً، كما يمكن اعتبار هذه الطريقة استراتيجية لتجنب المريضة مصدراً

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

جديدا من مصادر القلق عن حالة المقربين، حيث تخاف أن تشعر بالضعف إذا ما أحست بأن المحيطين بها ضعفاء.

وهي نفس الطريقة التي اعتمدها (سعاد، 52 سنة، خمسة أطفال، الأغواط)، حيث لم تخب أمها بأي شيء سوى أنها مريضة وتحتاج إلى إجراء فحص في الجزائر العاصمة (كشف العظام) (osseuse syntigraphie)، وذلك قبل البدء في حصص العلاج الكيميائي المبرمجة، وتعلل سعاد بأنها أرادت أن تجنّب أمها القلق الذي تتسبب فيه كثرة الإجراءات والتحاليل والفحوصات قبل اكتشاف المرض وحتى قبل البداية في تنفيذ البروتوكول العلاجي ورغم أنها اعترفت بأن "أمي ذات شخصية قوية ولم تشعرني بالضعف" إلا أنها أرادت تجنب نفسها مشكل شرح الخطوات اللازمة وطبعا إذا سمعت أمها بالخبر فتسمع كل العائلة الممتدة بالأمر، الأمر الذي كان سيشكل **تشيوشا**، لها بكثرة الاتصالات والاستفسارات.

كما أخفت (رجاء 65 سنة، بني سليمان) المرض عن أهلها في حتى تأكدت من حالتها **كنت بعيدة عن أهلي ولم أرد أن ألقهم قبل أن أتأكد من الأمر** وكانت عمّتها قد أصيبت به سابقا، هذا ما جعلها تشك في الامر كلما زاد عدد التحاليل والفحوصات المطلوب منها إجراءها.

2.1 الإخفاء الدائم: رغم صعوبة إخفاء المرض لوقت طويل ودائم، فإن الكثير من المصابات بسرطان الثدي يخفين مرضهن على ناس معينين بشكل دائم، وهذا ما رأيناه في حالة (عبلة، 49 سنة، أم لأربعة أطفال، عنابة)، حيث أكدت لنا أنها لم تخبر أباه ولا أخاها بأمر مرضها، وكان ذلك خوفا منها عليه من المرض، ولكن أيضا لأنّ زوجة أبيها عندما علمت شدّدت عليها ألا تخبره فهو كبير وقد لا يحتمل، وقد شكّكت المريضة عبلة مستخدمة لفظة (زعما خافت عليه) (مدّعية أنها تخاف عليه)، حيث رجّحت بأنّ السبب وراء رفض زوجة أبيها أن يعرف بحالة ابنته المرضية هو الخوف من أن يدعمها ويعينها ماديا، أو أن يشغل ذلك انتباهه. وقد ساعدها على إخفاء المرض الحجر الكليّ لكورونا، حيث لم تر أباه الا بعد ان استعادت عافيته، وعاد الشعر إلى النمو في رأسها، وتقول بأنه رغم مرور سنتين - عند إجراء المقابلة- عن المرض الا ان اباه لم يصله أي خبر عن ذلك.

• نلاحظ هنا بأنّ إرادة إخفاء المرض لم تكن مئة بالمائة من اختيار المريضة التي كانت تفضل الاخفاء الجزئي، أو المؤقت أي: إما أن يعلم أباه بأنها مريضة ولكن لا يعلم أن المرض هو السرطان أو أن تخبره ولكن عبر مرحلتين كما فعلت الحالتان الأولتان.

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

• كما يمكن تسجيل الملاحظة الثانية وهي الخوف من ذكر كلمة (سرطان)، حيث يمكن أن يتقبل الناس المحيطين بالمريضة فكرة الإصابة بمرض ما على مستوى الثدي يستوجب العملية، ولكن ما أن يعرفوا بأنه سرطان، حتى ينتابهم الهلع والخوف، الذي قد يؤثر سلبا على المريضة ويفقدها الإحساس بالثقة في العلاج أمل الشفاء، ويرجع ذلك إلى الأفكار المسبقة والتمثلات الاجتماعية والذهنية عن هذا المرض، والتي يكتسبها الافراد إما من معايشة حالات الإصابة بالسرطانات المختلفة في حياتهم الاجتماعية وإما من خلال الروايات أو من خلال مختلف وسائل الاعلام المنتشرة، مما يؤدي إلى خلق فكرة عنه، تتمحور حول: الموت، المعاناة، الهزال، آثار العلاج الكيميائي، وبالنسبة لسرطان الثدي، إمكانية فقدان المكانة الاجتماعية للقريبة المصابة - تطبيق زوجها لها مثلا، فحسب الباحثين وسيلة بن عامر وفايزة حلالة في دراستهما "السرطان في المخيال الاجتماعي الجزائري" يؤكدان أن التخمينات الأولى تبدو أنها ناتجة من وصمة العار التي تلاحق المصاب بهذا المرض زيادة القلق بدل العقل، وفي العديد من الحالات الجانب الاحساسي يحجب شكلا من التفكير واللامبالاة تدعم الخوف من الموت بإدراكها المخرج الوحيد المتصور (حلالة بلا تاريخ، 407)، حيث يظهر هذا من خلال المقابلات التي اجريناها مع القائمين بالرعاية الأساسيين للمريضات، في سؤالنا لهم عن أول ما تبادر إلى ذهنهم عند سماعهم بمصطلح السرطان، فيورد (عادل، زوج المريضة عبلة، عنابة) "كان خبرا مفاجئا لا يمكن وصفه، كان هناك الخوف الهلع، UN CHOC لأن الوقت كان يدهمنا، فقد اكتشفناه في مرحلته النهائية ... كان عليّ إنقاذ حياتها".

بينما يعبر (ديدح 50 سنة، أولاد جلال) بشكل جيد عن شعوره لحظة معرفته بأنه سرطان، فيقول: "في البداية استهزأت بالأمر، كانت تحدثني عن شكوك لديها عندما شاهدت تغيرا (يشير إلى الثدي ولاكن لا يذكره، خجلا)، ولكن عندما زارت الطبيب ورأيت سرعة الإجراءات، علمت ان هناك شيئا ما، ولكنني لم أصرّح لها بذلك ولم أرد التفكير في السرطان... هي حاولت إخفاء الأمر عني.... استشرت صديقا لي طبيب فأكدّ الخبر، ومع أنه حاول طمأنتي بأن المرض لم يعد يخيف مثل "زمان" وأن علاجه متوفر في الجزائر، إلا أنني كدت أنهار (حسيت الدنيا ظلامت في عيني، خفت عليها من الموت، وبديت نتفكر الناس اللي نعرفوهم ومرضوا ذاك المرض، شحال تعذبوا وكاين بزاف اللي ماتوا") أحسست انّ العالم قد أظلم، خفت عليها من الموت، بدأت بتذكر الناس الذين اعرفهم وأصيبوا بذاك المرض - يقصد السرطان - كم تعذبوا، ومنهم الكثيرين ماتوا بسببه).

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

وفي نفس السياق يقول يؤكد (عامر، 28 سنة، ابن المريضة أم هاني) والذي كان سنه عند مرض امه 20 سنة: "كان صدمة كبيرة بالنسبة لي، كنت أسمع بمرض السرطان وأعتبره أمر خطير، لكن لم أعرف ما هو بالضبط، هو مرض مخيف، قاتل، يعذب المريض...".

وهنا يتأكد لنا بأنه مهما كان المستوى الدراسي أو الاجتماعي أو جنس القائم بالرعاية كما المريضة، فإن تأثير كلمة - سرطان - كبير جدًا ويؤدي بالمصاب إلى تخيل السيناريوهات الأكثر ظلامية، التي ترتبط عادة بالموت والعذاب الجسدي.

2. إخفاء المرض خوفا من الوصم

وبينما تخشى بعض المريضات على أقاربهن، أبنائهن وأزواجهن من الصدمة التي يسببها لفظ "سرطان"، تلجأ عائلات أخرى إلى إخفاء المرض بسبب الخوف من العار، وكلام الناس ونظرتهم.

2.1 إخفاء المرأة للمرض بناء على رفض الصورة الجديدة:

إنّ سرطان الثدي، يؤثر في نظرة المرأة لذاتها، قبل تأثيره في نظرة الآخرين لها، وإن كان الوصم اجتماعي، فإن المرأة قد تشكل نظرة سلبية لذاتها وجسدها قبل حتى أن تأتيها رسائل سلبية من المحيط الخارجي، وذلك للتغيرات الجسدية التي يسببها، حيث يؤكد كريستان م. لنجلير بأنّ علاجات السرطان صادمة للشخص ونفسيته، وهي مصدر تشويه متتالي، وتؤدي إلى الوصمة، ونتائجها كثيرا ما تكون مرئية تماما (كسقوط الشعر، الندبة التي يتركها جرح الجراحة، الاحتراقات الجلدية التي قد يؤدي إليها العلاج الإشعاعي، الهزال والاصفرار وغيرها)، والتي تشكّل تحديًا لصورة الجسم والأنوثة" (لنجلير 2015)، ويعتبر الكثيرون بأنّ السرطان عموما وسرطان الثدي بالخصوص يؤدي إلى تكوين هوية جديدة لدى المريض وهي هوية المريض بالسرطان، وهذا ما يؤدي إلى تصور ردّات فعل من الآخرين تتسجم والتور الداخلي عن الذات، هذه التصورات والاعتقادات قد تصيب أحيانا، وقد تخيب في أخرى، حيث تردّدت عبارات مثل "جعلني السرطان أغير نظرتي في الكثير من الناس"، "الناس الذين كنت أعول عليهم خذلوني، بينما وجدت الخير في ناس آخرين".

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

ومن منطلق فكرة المريضة عن "هويتها" الجديدة كمصابة بالسرطان، مبتورة، مشوهة، تبني اعتقادات الناس المحيطين بها، فقد تخفي المرض خوفاً من شماتة البعض فيها، وهذا ما وصل إليه، محسن عبد النور، في دراسته لعينة من النساء المصابات بسرطان الثدي.

او خجلاً، مثلما فعلت (سامية، 49 سنة، المسيلة)، حيث أنها كانت تذهب إلى الطبيب مع أخيها وزوجته بينما زوجها يعتقد أنها تذهب لطبيبة النساء من أجل الانجاب، وحتى عندما أخبرته بشكوك الطبيبة وضرورة ذهابها إلى العاصمة (مصلحة السرطان بيار وماري كوري)، لم يذهب معها، وتركها ورغم ان النتيجة لم تظهر بعد، إلا أن المريضة كانت شبه متأكدة بأنه لن يبقى معها ولن يقف إلى جانبها، ذلك لاعتقادها بأن لا أحد يقبل بزوجة مشوهة مبتورة الثدي، غير قادرة على تأدية واجباتها الأسرية، الجنسية ودور الأمومة، فتقول **كان يريد من ترعاه وترعى أبنائه ويستمتع بها**، الأمر الذي اعتقدت أنه لا يتوقّر فيها.

بينما حاولت (أم هاني 52 سنة، أم لطفلين، مهملة زوجياً، الطاقين) أن تخفي المرض لأطول مدة ممكنة عن، ضررتها وأبناء زوجها، وحتى بعد معرفتهم بأنها مريضة، كانت تسعى إلى إخفاء تفاصيل المرض عنهم، حيث تقول **لم أرد أن تعرف ضررتي وأبنائها، فيشمتون بي، لو كنت أعرف أنني سألقى منهم أي نوع من المساعدة لقلت لا علينا، ولكنني أعرف أن زوجته كانت تنتظر اللحظة التي تراني فيها مريضة طايحة** "بيا". ففي هذه الحالة نرى أنّ علاقة المرأة المصابة مع ضررتها وأبنائها كانت سيئة، هذا ما جعلها تعتقد بأنهم سيشتمتون فيها، وسيضحكون على الحالة التي آلت إليها، ونرى أنّ تصوّرها عن ذاتها أنها السرطان والعلاج سيسببان لها نقصاً "عاهة" تكون سبباً في شماتة الأعداء بها.

2.2 إخفاء المرض بطلب من العائلة:

تلخص لنا هذه الأقوال التمثلات الاجتماعية السلبية عن مرض سرطان الثدي التي قد تؤثر على استقرار الحياة لدى المصابة بسرطان الثدي، وحالتها النفسية خاصة من ناحية الثقة في النفس، وقد مرّت السيدة (سعاد، 52 سنة، أم لخمسة أطفال، الأغواط) بهذه التجربة حيث ورغم أنّها وجدت الدعم الكافي من زوجها في المراحل الأولى، إلا أنها عبّرت بمرارة عما حدث لها: **...ورغم أنهم كانوا مثقفين وجامعيين -تقصد اخوة وأخوات الزوج- إلا أنهم كانت عندهم عقدة، فقد طلبوا مني، بالأخص لقب زوجي في المستشفى أثناء العلاج، بل أسجل نفسي باسم عائلتي أنا، لم أفهم جاتهم شغل حاجة عيب، حاجة طايحة، ما**

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

فهمت... أنا لم أفهم ردة فعلهم وكأنهم يخافوا هذا المرض، يتحسسون منه، لم يطلبوا من زوجي تطليقي، لكن كان عندهم عقدة من هذا المرض لم أفهمها، كان عندهم اعتقاد بأنه مرض معدي".

نلاحظ هنا أنّ هناك تصورين لمرض السرطان من طرف عائلة زوج المريضة، وهما أنه مصدر للخجل والعار، والثاني أنه مرض معد، وذلك رغم أنّ أسرة الزوج ذات مستوى علمي جامعي، غير أنّ التصور الاجتماعي طغى على اعتقاداتها وتصرفاتها، وهي أمور تؤثر على المريضة نفسياً، حيث تواصل في نفس السياق "...وأنا لم يؤثر عليّ المرض، مثلما أثر فيّ تصرف أخت زوجي، كنت يومها قد أجريت تحاليل للتحضير للعملية، واتصل بزوجي صديقه وقال له احضرها الان لإجراء اشعاعات للصدر، ولم أكن أرثدي سروالا بل فستانا، فقال لي زوجي نمر عند أهلي يعيرونك سروالا - كان أقرب إلى العيادة - فمررت من بيتهم، وهنا أحسست بأن اخته تخرجت من اعطائي سروالها، ثم قالت لي " خذيه ولا ترجعيه لي"، ومرة شربت الماء من كأس وغسلته بالماء، فحملته ووضعته في ماء الجافيل، وهذا أثر في كثيرا لكنني لم أجادلهم ولم أخبرهم ان هذا المرض غير معد".

في هذه الحالة نلاحظ أنّ متغيرات مثل المستوى الدراسي والثقافي للأسرة وكذلك طبيعة العلاقة السابقة للمرض لم تؤثر في تغيير نمط التفكير أو التصرف تجاه المرض والمريضة، وحيث أنها صرحت في أول المقابلة، بأنّ العلاقة التي كانت تربطها مع أهل الزوج قبل المرض جيّدة جداً، بل حتى أنها كانت أحسن من علاقاتهم بـ "كنائهم الأخريات" بنات بلادهم -تقصد من الأغواط- لم يكونوا مثلي، كنت متداخلة معهم كثير".

وهذا ما حدث مع حالة (رجاء، 36، سنة، مطلقة بعد المرض، أم لطفل، بني سليمان)، حيث صرحت أنه بعد اكتشاف المرض والشروع في إجراءات العلاج، تحدثت معها أخت زوجها - بلطف - معلنة لها أنهم لن يخبروا العائلة الكبيرة (عمات، خالات، أعمام وأخوال الزوج)، وأنه إذا جاء أحد عليها أن تلتزم غرفتها حتى لا يعرفوا بأنها مريضة ولو مؤقتا، حيث تقول بأنها لم تعط للأمر أهميّة في ذلك الوقت لأنها كانت لا تزال تحت تأثير الصدمة، "... أنا أيضا لم أكن أريد الالتقاء بأحد، كنت متعبة نفسياً، في البدء اعتقدت بأنّ هذا القرار كان لصالحني، حتى لا أتعب أو أكون مرتاحة" قالت بأنّ لطافة زوجها وأهله غطت على هذا التفصيل "... فيما بعد فهمت بأنهم كانوا يحشموا بيا (يخجلون بي) وكأنني مصابة بالسيدا".

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

الملاحظ هنا أنّ عائلة أهل الزوج غير مثقفة وتنتمي لبيئة ريفية تقليدية، ولم يكن من الممكن إخفاء أمر المرض لمدة طويلة، ومع هذا فقد حاولت العائلة التكتّم عن الخبر، إلى غاية إيجاد حلول أو على الأقل التأقلم مع الوضع، مع العلم بأنّ رجاء كانت تسكن معهم في بيت واحد وتمّ طلاقها فيما بعد قبل الشروع في العلاج الكيميائي.

من خلال ما سلف يمكن استنتاج أنّ لمرض السرطان تمثلاً وتصوراً ذهنياً واجتماعياً قوياً، فهو يعدّ أحد الأمراض التي يعادل نطقها كلمة الموت عند أغلب الناس، إضافة إلى التصورات الذهنية التي يبعثها حول التغير الجسدي للمصاب به، الألم والعذاب الذي سيقاسيه جراء المرض من جهة والعلاجات من الجهة والتي أطلقت عليها الدكتورة سوزان لف love وهي جراحة ثدي ومؤلفة لعدة كتب عن سرطان الثدي ثلاثية جرح/ حرق/ سمّ (لنجلير 2015، ص 243)، وتقصد بذلك الجراحة/ العلاج الإشعاعي/ العلاج الكيميائي.

كما لديه تمثلاً اجتماعياً يقارب كثيرا الوصم، حيث يؤثر في نظرة المريضة لذاتها من جهة وفي نظرة المجتمع إليها، على أنها صارت مصدراً للتقزز، عبئاً ثقيلاً، غير قابلة لإنجاز مهامها الاجتماعية المختلفة كزوجة (فهي لا تصلح للإمتاع الجنسي، غير قادرة على الحمل بسبب العلاج)، كأم (إذا كانت أم قبل المرض فهي تصبح عاجزة عن الارضاع مثلاً، غير قادرة على رعاية الأبناء)،

يتدخل التمثل الاجتماعي لمرض سرطان الثدي، في الكثير من القرارات التي تتخذها المريضة والأسرة في ما يتعلق بمرضها، وتكون في مرحلة أولية بعد اكتشاف المرض مباشرة، حيث يمكن أن تصل إلى منع المريضة من التصريح بمرضها للناس، خوفاً من اهتزاز المكانة الاجتماعية للأسرة غير أنّ هذا الأمر يبقى محدوداً ولا يمثل إلا فئة قليلة، بفضل التوعية التي تقوم بها الجهات المختصة والجمعيات هذا المجال.

المطلب الثاني: اختيار مكان الاستشفاء وعلاقته بمستوى الرعاية وتوفرها

إن تجاوز أزمة اكتشاف المرض وصدمة، يبدأ أساساً باتخاذ القرارات المصيرية المتعلقة بالمريضة، راحتها الجسدية والنفسية، ويتمثل ذلك في اختيار أماكن العلاج، مقدمي الرعاية وأماكن النقاهة، وترتبط كل هذه القرارات بمجموعة من الظروف والمتغيرات، وبينما يركن أفراد الأسرة في المرحلة الأولى إلى الانعزال والأحاديث النفسية، يتدخل التخطيط العقلي والحوار في المرحلة الثانية.

وتعدّ مرحلة الاستشفاء المرحلة الأساسية في سيرة المرض، وهي الأصعب جسدياً ونفسياً للمريض وللقائم برعايته في نفس الوقت، ففيها يتم اختيار مكان الاستشفاء، ويجب أيضاً توفير كل الإمكانيات المالية

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

والمادية لتوفير المبالغ المطلوبة لتوفير ثمن الاشعاعات والفحوصات اللازمة وأحيانا ثمن العلاج أيضا، توفير النقل من وإلى أماكن الكشوفات والعلاج وأيضا توفير المرافقة والدعم الحميمي والنفسيّ اللازم.

1. النقاش حول اختيار مكان الاستشفاء وعوامله

عند التأكد من إصابة المريضة بالسرطان، تقوم المصالح الاستشفائية التي توجهت إليها أولا إما بقبول ملف المريضة لمواصلة العلاج عندهم أو توجيهها إلى أحد المؤسسات الاستشفائية الأخرى، إما لعدم توفر العلاج لديهم، أو بحسب التقسيم الجغرافي للعلاج، حيث أنّ كلّ مستشفى أو مركز مكافحة السرطان لديه اطار جغرافي معيّن تابع له، وعادة ما يتعالج المريض في المستشفى الذي يكون تابع له جغرافيا (المؤسسات العمومية)، غير أنه وفي بعض الحالات يتدخل المريض وأسرته في اختيار مكان العلاج وذلك بسبب عدّة عوامل وأهمّها توفر الرعاية الأسريّة اللازمة.

ويتناقش أفراد الأسرة حول الإمكانيات المتوفرة لديهم لاختيار مكان العلاج المناسب، لأنهم سيفكّرون حينها في عدد من المعطيات، كدرجة بعد المستشفى عن مكان الإقامة ومنه اجراء حسابات حول تكاليف النقل وتوفره، توفر مكان لمبيت المريضة وأهلها في حالة عدم المبيت في المستشفى، توفر الرعاية المنزلية المناسبة، بالإضافة إلى التفكير في شهرة المستشفى ومدى كفاءته، كأن يكون مستشفى جامعي، أم مركز استشفائي، توفر الدواء، أقدمية الأطباء، آراء الناس في هذا المستشفى والعلاجات المقدّمة وغيرها، وهنا تكون تجربة الناس وأحاديثهم هي المصدر الاساسي للمعلومة.

كما يمكن لمعيار مهم في إطار الشبكة الاجتماعية والتعامل مع المؤسسات الصحيّة في الجزائر وهو مدى توفّر "معارف شخصية، عائلية، أو حتى من الحيّ" تعمل في المستشفى س أو ع وذلك لتسهيل الإجراءات، التعامل الجيّد مع المريضة وغيرها، أن يدخل في اختيار هذا المستشفى أو ذلك.

وعادة ما يتقبل المريض أو أسرته الذهاب إلى المستشفى التي أشار الأطباء إليه بها، وذلك لأنّه في العادة يكون الأقرب إلى مقر السكن، بينما قد يرسل المريض إلى مستشفى أبعد، خاصة إذا كان المستشفى جامعيّ (يتوفر على هيئة استشارية من الأطباء برتبة بروفيسور وأساتذة مساعدين في الطبّ وغيرهم)، عند استعصاء الحالة المرضية للمريض، أو عدم توفر البروتوكول العلاجيّ المناسب لها، وقد يحدث ذلك في أي وقت من أوقات العلاج، وليس دائما في الأول.

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

حيث يقول (ديدح، 48 سنة، زوج المريضة ياسمينه، أولاد جلال) " أرسلونا إلى مستشفى بسكرة، وإن الأقرب بالنسبة لنا، لم نتدخل في الامر وأتبع ما قال لي الأطباء، رغم أن الكثيرون أخافوني وقالوا بأنه مستشفى جيدي وليس لديهم الخبرة، لكننا أنا وزوجتي فضلنا ان تعالج هناك ووثقنا بالأطباء ".
بنما تقول مليكة " عالجت في أماكن مختلفة، في الأول أرسلوني إلى مستشفى الجلفة، ثم ففي مرحلة ما غادرت الطيبة، ثم أرسلوني إلى الأغواط وأحيانا اذهب إلى البليدة، كل مرة يرسلونني إلى مكان وأنا اذهب أينما يوجهونني، هم أعلم بما يفعلون".

• نلاحظ هنا أنّ هناك حالات لا يكون فيها مكان الاستشفاء محلا للنقاش، حيث تكتفي المريضة والأسرة باتباع تعليمات الأطباء والمراكز الاستشفائية، حتى عندما يتم تغيير مسار العلاج فجأة لظرف من الظروف كعدم توفر الطبي، أو العلاج مثلا، وذلك لثقة المريض وأسرته في حكم الطبيب من جهة، ولعدم وجود أي إشكال فيما يخص مكان الاستشفاء، فمتى يحدث النقاش ويحس المريض أو أسرته أنّه معنيّ باختيار المستشفى؟؟؟

2. اختيار مكان الاستشفاء وعلاقته بتوفر الرعاية والدعم الأسريين:

يبدو أنّ النقاش حول مكان الاستشفاء، يظهر في العائلات التي تحسّ بوجود مشكل ما، مع مكان الاستشفاء، حيث تحاول من خلال النقاش الجمع بين عدد من العوامل والظروف الجيدة لصالح المريضة وأسرته أيضا.
1.2 تأثير توفر الرعاية على اختيار مكان الاستشفاء:

يشكل عامل توفر الرعاية المناسبة عاملا مهما من عوامل اختيار المؤسسة الاستشفائية التي تتلقى المريضة فيها العلاج، وتنتقل لنا المريضات تجربتهن بهذا الخصوص، فنقول المريضة (سعاد، 53 سنة، أم لخمسة أطفال، الأغواط): " حاول اخوتي وأمي، إقناعي بالذهاب للعلاج في العاصمة، في مركز بيير وماري كوري، وهو الأحسن في الجزائر من حيث كفاءة الأطباء وتوفر العلاج، وكذلك لأننا نملك معارف هناك، لكنني رفضت، فقد كنت أدرك أنّ العلاج سيطول وغيابي عن أسرتي غير ممكن طول تلك المدة، وكانوا قد فتحوا مركزا جديدا لمكافحة السرطان بالأغواط يتوفّر على العلاج الكيميائي ويجري العمليات الجراحية، فقررت أن أعالج في الاغواط رغم بعدي عن أهلي".

• نلاحظ مما سبق ظهور المتغيرات التي طرحناها سابقا في طرح فكرة اختيار مكان الاستشفاء، ونلاحظ وجود نقاش جدي حول مسألة اختيار المستشفى، كما تتكرّر عبارة "معارف" عندما تقول أيضا "بعد شهرين بدأت بالعلاج بالإشعاعات في ورقلة، وكان ذلك بفضل مجهودات عمي الذي كان عنده معارف كثيرة،

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

وقد كان بإمكانني الذهاب إلى العاصمة لإجراء العلاج، وهو أقرب لأهلي، لكنني فضلت ورقة لأكون أقرب لأبنائي خاصة عند الفحوصات الدورية.

• إنَّ طرح أسرة سعاد الممتدة، المتواجدة بالعاصمة لفكرة العلاج بالعاصمة، جاءت نتيجة لمخاوفها "الأم، الإخوة، الأعمام" من عدم القدرة على رعاية "مرضيتهم" إن هي عالجت بعيدا عنهم حوالي 420 كم، حيث يشكّل ذلك عبئا عليهم، سواء من الناحية المادية (تكاليف السفر إليها كلّ مرة)، من الناحية البدنية (عجز بعضهم عن التنقل إليها لزيارتها، الأم 70 سنة)، و من الناحية العاطفية النفسية (عدم القدرة على الاطمئنان عليها في كلّ وقت والاحساس بالخوف وعدم الراحة)، وهنا نلاحظ أنّ سعاد التي تتمتع بصلابة نفسية جيّدة (حسب الفصل الثاني) والتي لاقت اهتماما وتقبلا من الزوج لمرضها، لم ترضخ للضغط النفسي لأسرتها، و اختارت العلاج في المستشفى الأقرب لبيتها لسبب أقوى وهو تفكيرها في أبناءها وضرورة تواجدها معهم رغم المرض، رغم أنّها لا تملك من يقمّ لها الرعاية سوى زوجها هناك، بعد أن تخلّى عنها أهل الزوج بسبب التمثل الذهني للمرض، كما رأينا في الفصل الثاني.

وفي نفس المنوال، تذكر لنا (سامية، 43 سنة، مطلّقة، بلا أطفال، المسيلة)، كيف أنّها كمريضة طرحت فكرة مناقشة مكان الاستشفاء، مع الأطباء ومع الأهل، حيث فكّرت في العلاج في أقرب مستشفى للمكان الذي ستلقى فيه الرعاية التي تراها مناسبة لها، حيث اختارت، بيت أختها المتزوجة وهي أمّ بحدّ ذاتها لأربعة أبناء بالغين، وجاء هذا الاختيار سريعا وهي في طريقها إلى المستشفى الذي أرسلتها الطبيبة إليه وتروي تجربتها كالتالي: "...ثم قالت لي يجب ان تجري حصص كيميائي إذا اردت عندنا في مصطفى باشا ام إذا اردت ارسلك إلى سطيف، واعطتني رسالة، وفي نفس اليوم اتجهنا مباشرة إلى مستشفى سطيف وفي الطريق، كنا نبث عن شخص يسهل لنا الأمور في المستشفى، وهكذا كان الحال "ربي وجدلنا اللي يسهلنا الأمور"، عندما وصلنا إلى سطيف في نفس اليوم، كنا قد تدبرنا قريب لقربيتنا بانتظارنا، دخلت إلى الطبيب الذي أعاد قراءة ملفي، ثم قال أنه علي أن أجري حصص العلاج الكيميائي في مكان قريب على بيتي...ثم قال انه هناك حالات اكثر خطورة عندهم، "يجب ان يبدأوا بعلاجها أولا"وهنا قال لي ارسلك إلى "مسيلة" لكنني رفضت قلت له إذا يوجد العلاج بالكيميائي في برج بوعريريج أفضل أن ترسلني إلى هناك، وهذا ما فعله، حيث كتب لي رسالة ووجهني بها إلى برج بوعريريج.

• نلاحظ هنا وجود نقاش بين الطبيب والمريضة حول المستشفى الذي يتوفر فيه العلاج من جهة والذي يناسبها من جهة أخرى، كما نلاحظ تكرار لفظة "المعارف"، حيث أنّ وجود علاقات مع المصالح الطبية

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

من شأنه تسهيل بعض الأمور على المريض، كتقريب مواعيد العلاج، أو المواعيد مع الدكاترة الأمر الذي يعجل من العلاج، ويبقى التساؤل مطروحا، لماذا فضّلت المريضة التي تقطن بالمسيلة مع زوجها، كما يقطن بها أبوها وزوجته، وقيم كلّ اخوتها مع زوجاتهم فيها، العلاج في برج بوعريريج؟

تكمل المريضة إجابة عن هذا السؤال: "لأنّ أختي الكبرى كما قلت لك تسكن في برج بوعريريج، وكنت اعرف انه لا أحد يمكنه الوقوف معي في مسيلة، لا عند زوجي ولا عند بيت أهلي، إذن قررت ذلك، وكانت أختي أصلا قد طلبت زوجي في الهاتف، وشرحت له الأمر، وطلبت ان يتركني عندها وان تعالج عندي، فلم يرفض، "بالعكس عجبوا الحال، شكون يقبل يرفد مرا مريضة تزوجها غير ثلاث أشهر؟؟؟ (من يقبل رعاية مريضة لم يتزوجها الا ثلاثة أشهر؟؟؟)

• نلاحظ أنّ الحالة لم تختار المستشفى لأسباب تتعلق به (كفاءة او توفر العلاج) بل بسبب توفر من ترى أنّه سيقوم برعايتها في تلك الحالة، فقد أخذت المريضة زمام الأمور واختارت ما يناسبها حتى دون الرجوع إلى زوجها، لأنّها كانت تعرف أنّ أختها هي الوحيدة التي سترعاها بشكل جيّد.

2.2 تأثير الجانب المادي على اختيار مكان الاستشفاء:

وبينما يحاول المرضى العلاج في أقرب مستشفى من مكان اقامتهم، لجأت المريضة (أم هاني، 52 سنة، أم لولدين، مهملة من طرف الزوج) إلى العلاج في المستشفى العموميّ الأبعد من منطقتها (العطاف، عين الدفلة) بسبب أنّها لم تتمكن من توفير مبلغ 10 ملايين سنتيم للعيادة الأقرب منها لإجراء العملية، حيث أجرت الفحوصات الأولية، واكتشفت المرض من جهة، وبسبب أنّها سمعت من أفراد زاروها بأنّ مستشفى البلدية (فرانس فانون) يقدّم علاجا ناجحا والفريق الطيّب فيه جيّد، ورغم الضغط الذي يميّز به هذا المستشفى إلاّ أنه تم قبول ملفها للعلاج فيه، حيث تقول " واقترح عليّ الطبيب الذي دخلت اليه في تلك العيادة اجراءها بمبلغ 10 ملايين سنتيم، وانا لا أملك المبلغ، فقد كنت اعلم انّ زوجي لن يدفع لي المبلغ، فولدي حينها كانا لا يزالان صغارا وقلت له ان يرسلني إلى مستشفى عمومي "تاع البلدية"، وقال لي راهم ما يقبلوكش (قال لي لن يقبلوك به) فأرسلني إلى البلدية، وهناك اعدوا فحصي وأرأوا الصور الاشعاعية، فأخبروني بوجوب العملية واعطوني مجموعة كبيرة من التحاليل والأشعة".

• نلاحظ في هذه الحالة أنّ للعامل الماديّ دور مهم في اختيار مكان العلاج، فرغم توفر الكثير من العيادات والمستشفيات الخاصة عبر الوطن والتي تقدّم علاجات السرطان المختلفة، ابتداء من الجراحة إلى

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

العلاج الكيميائي إلى الإشعاعي، فإنّ غلاء أسعار هذه الخدمات العلاجية قد تجعل المرضى والأسر يفضلون العلاج في نقاط جد بعيدة عن منازلهم وأهاليهم، على أن يعالجوا قريبا ولكن بأسعار لا يتوفرون عليها.

يمكن لمقارنة بسيطة بين حالة أم هاني، التي لا تتوفر على رعاية أو دعم أسريّ كاف وبين (عبلة 48 سنة، أم لأربعة أطفال، عنابة)، أن يبيّن لنا أهمية الجانب الماديّ والدعم، حيث ورغم المدخول المتوسط للزوج وعدم توفره على المبلغ الذي طلبه المستشفى الخاص منه لإجراء العملية 15 مليون دينار جزائري، إلاّ أنّه عمل على توفيره لزوجته بدعم من اسرته (الأم، الاخوة)، وهذا يبيّن لنا وجود أم عدم وجود الدعم الماديّ يتدخل في عدد من المتغيّرات كاختيار مكان الاستشفاء.

مما سبق نستخلص أنّ النقاش حول اختيار مكان الاستشفاء لا يقوم إلاّ في حالة شعور أسرة المريضة أو المريضة بمشكلة ما يمكن تجاوزها أو التقليل منها في حالة تغيير المستشفى، وغالبا ما يكون لها علاقة بتوفر الرّعاية، قرب الأسرة من المستشفى ومن المريضة، أو توفر الإمكانيات الماديّة أو المالية المطلوبة، وقد يكون له علاقة أيضا ببعض العوامل الداخلية في المستشفى بحدّ ذاته كتأقلم المريضة وعائلتها مع المجتمع الطبيّ أم لا، وجود علاقات مع أفراد من الطاقم الطبيّ أم لا، ولا نعني بالنقاش نقاشا طويلا بل قد يكون لا يتعدى الحديث عنه لمرة واحدة وذلك لضرورة الإسراع في البدء بالإجراءات الطبية والطبيعة الاستشفائية المستعجلة للمرض.

المطلب الثالث: آليات اختيار مكان النقاهة وعلاقته بتوفر الرّعاية المنزلية

يمكن أن يعتبر مكان النقاهة أمر مفروغ منه في ثقافات معيّنة، بحيث تقضي المريضة مرحلة النقاهة في بيتها الذي تعيش فيه، غير أنّ الأمر لا يحدث بهذا الشكل في كل الحالات وفي كلّ الأوقات، ونقصد بفترة النقاهة في بحثنا هذا الفترة التي تلي تلقي المصابة بالسرطان لأيّ علاج في المستشفى، سواء الجراحة، العلاج الكيميائيّ وحتى العلاج بالإشعاعات، وكما ذكرنا سابقا فإن بروتوكول العلاج، طبيعته وترتيبه يختلف من حالة لحالة، فمنهن من تجري العملية ثم العلاج الكيميائيّ ثم العلاج بالإشعاعات (رجاء، سعاد) وهناك من تجري العملية ثم العلاج الكيميائيّ دون العلاج بالإشعاعات (عبلة)، وهناك من تجري العلاج الكيميائيّ وعلاجات تكميلية أخرى دون جراحة مثل (سامية)، وهناك من تمر من الجراحة مباشرة إلى العلاج الإشعاعي دون العبور على العلاج الكيميائيّ (أم هاني)، بينما (مليكّة، ياسمينّة) فكان العلاج (جراحة، كيميائي، اشعاعات).

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

وتعتبر النقاهة فترة مهمة في الرحلة المرضية حيث يعاد تشكل وعي المريض بذاته، ويحاول فيها العودة إلى مكانته الطبيعية التي كان يمارسها قبل المرض، غير أنّ خاصية مرض السرطان والشفاء منه الذي يبقى محل تساؤل دائم، قد تخلق مشاكلًا نفسية لدى المريض من جهة وعلائقية بينه وبين مقدّم الرعاية من جهة أخرى، حيث تعتبر كاريل Careel أنه وبخلاف الالتهابات الأخرى، لا يمثل السرطان مرضًا ينتقل فيه المريض من مكانة المريض إلى مكانة المعافي، حيث لا تتوفر فيه شروط الشفاء بشكل تام، وهذا ما يخلق بحدّ ذاته مشكلًا "نفسيا ادراكيا" لدى المريض المصاب بالسرطان " فالمرضى في النقاهة أو حكم عليهم بالشفاء، ولكن يبغون تحت الرقابة الطبية، يجدون صعوبة في تعريف أنفسهم ويعيشون في ضبابية هويّاتية، في مكانة محيرة لا هم مرضى ولا أصحاء " (carreel 2017, 60).

وفي هذه الفترة الحساسة تختلف آليات الأسر في تسيير فترات النقاهة المختلفة، وتعدّ أصعب المراحل هي ما بعد الجراحة ومراحل ما بعد العلاج الكيميائي، من الناحية الجسدية والنفسية على حدّ سواء، حيث تمثل تحديًا للمرأة في تقبل ذاتها وإعادة تشكيل هويتها وكذا تحديًا، جسديًا ونفسيًا لمقدّم الرعاية بحد ذاته، لما تحتاجه المريضة من دعم عاطفي وتلبية لعدد من الحاجيات الحميمة في نفس الوقت، وتتمثل أهم حاجيات المريضة في هذه الفترة في:

- إعداد الطعام وتقديمه لها، مع الحرص على النظام الصحي لها.

- الوقوف على نظافتها الشخصية

- نقلها من وإلى سريرها إذا احتاجت ذلك (لقضاء حاجاتها مثلًا)

- الوقوف على تناولها للدواء، إن وجد.

- توفير الجو المناسب لتسريع علاجها (الهدوء، نظافتها الشخصية المناسبة)

- الوقوف على رعاية أبناءها إن كانوا في سن صغير.

وتتمحور آليات اختيار مكان النقاهة في ثلاث طرق:

1. تلقي الرعاية في منزل المريضة: (أفراد الأسرة النواتية كمقدمين حصريين للرعاية في منزل المريضة)

يمثل المنزل المكان الذي يحس فيه الفرد بالسكينة والاطمئنان والراحة، ومن الطبيعي أن يعود المريض بعد مرحلة استشفائه إلى منزله الذي يقيم فيه عادة، وقد يكون هذا الأمر مفروغا منه في الحالات التي تتوفر فيها الرعاية الجيدة للمريضة، سواء من أفراد أسرتها النواتيين الذين يشاركونها المنزل.

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

رغم أنّ هذا الوضع هو الذي يبدو أكثر طبيعية إلا أنّ القليلات من النساء اللواتي تلقين الرعاية حصرياً من أفراد الأسرة النواتية داخل منازلهن طيلة مدة علاجهن، وفي الحالات المدروسة، حيث نجد أنّ (أم هاني، 52 سنة، أم لولدين، العطاف)، قد تلقت كل الرعاية في فترة العلاج في منزلها ومن طرف ابنها وخاصة الأصغر 20 سنة آنذاك، حيث أنّها بعد أن أجرت العملية بقيت حوالي 25 يوماً في المستشفى ثمّ عادت إلى البيت، لتجد ابنها المتزوج مع ابنته وابنها الأعزب في انتظارها، لكن سرعان ما غادر ابنها البكر إلى منزله لالتزاماته الوظيفية، وبقيت المريضة مع ابنها الأصغر الذي كان يقوم بكل الرعاية المباشرة والشخصية للمريضة، يبدو من خلال دراستنا لحالة أم هاني أنّها لم تتلقى أيّ دعم من الأسرة الممتدة سواء من طرف أسرته هي أو من طرف أسرة الزوج، حيث كانت تعاني الوحدة والفقر *كنت اتمالك نفسي ثم أبكي وحدي طيلة الليل*، وتتساءل في حسرة أيضاً *"من سيلتفت إليّ، الأخ تحكّمه زوجته، والاخت يحكمها زوجها"*، وحتى زوجة ابنها البكر كانت أم هاني لا تشعر بالارتياح معها فتقول *"هي لا تعرف شيئاً، صحيح أنّها كانت تطبخ وتعمل اشغال البيت، لكنها لم تكن تتحدث إليّ، تسألني عن حالي... كنت وحيدة"*، وهنا تشير أم هاني إلى الدعم المعنوي الذي لم تكن تجده في زوجة ابنها البكر حتى قبل ان يستقل ببيته.

2. انتقال مقدم الرعاية إلى منزل المريضة لتقديم الرعاية:

رغم وجود أفراد لرعاية بعض المريضات في منازلهن، إلا أنّهن يشعرن بحاجة لتواجد بعض الافراد لتعزيز الرعاية، سواء لقربهم منهم شعورياً أو لعدم ثقة المريضة او حتى مقدّم الرعاية فيما ستتلقاه داخل أسرتها، حيث نجد حالة (مليكة 63 سنة، أم لستة أولاد، حاسي ببحج) التي اعتمدت على أختها (زهية 45 سنة، مطلقة وأم لطفلين) والتي كانت مرافقة لها منذ فحوصاتها الأولى، واكتشافها للإصابة، فرغم أنّ مليكة أم لثلاث فتيات بالغات وقدرات على رعايتها، وكذلك ثلاث ذكور وبوجود زوج *متفهم* إلا أنّها لم تتخلى عن وجود أختها الدائم في البيت، حيث تقوم عليها وعلى خدمتها وتبقى معها لمؤانستها طيلة الوقت، حيث تعبّر زهية أخت المريضة، بأنّها لا تستطيع ترك أختها، فرغم ان البنات قادرات على الكثير إلا أنّهن تفتقدن الخبرة في التعامل وهن مشغولات في كثير من الأمور، ويبدو هنا بأنّ (مليكة) ليست بحاجة إلى أختها كراعية ومقدمة عناية لها بقدر ما هي بحاجة كمؤنس ومصدر للتشجيع والثقة.

بينما نجد (سعاد، 50 سنة، 4 أطفال، الأغواط)، والتي رأينا سابقاً كيف رفضت الاستشفاء في العاصمة عند أهلها، بسبب ارادتها للبقاء مع أبنائها، تستقبل أمّها (زهور 70 سنة، متقاعدة، الجزائر العاصمة)، قرابة السبعة أشهر، حيث وبعد ان اخذت الام الأبناء عندها في فترة عطلة الصيف التي تصادفت مع اجراء

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

الحصص الكيميائية الأولى للمريضة، عادت بعد ذلك لتبقى مع ابنتها طيلة فترة العلاج الكيميائي الباقية، ثم اجراء العملية وفترة النقاهة من العملية، إلى غاية العلاج الاشعاعي، حيث بقيت لوحدها مع أبناء المريضة مدة 45 يوما.

لقد رأينا كيف أنّ الحالة سعاد قد تعرّضت للنّذب من طرف أهل الزوج، ولكن في نفس الوقت، قالت بأنّ زوجها كان جيّدا معها وأنّه قبل المرض كان من النوع الذي يساعد في البيت، وكيف أنّه أيضا في فترة مرضها كان يقوم بكلّ شيء من الطبخ إلى التنظيف، حراسة الأبناء وغيرها، وحتى أم المريضة قد قالت " هي لم تكن تتركني أقوم بالكثير، فقد كافحت المرض ولم تضعف"، بينما تقول سعاد " كنت قبل اجراء حصّة الكيميائي، أنظف البيت واحضر الاكل لأبنائي، ولا أترك شيئا ينتظرني، ولم أتأثر كثيرا به يعني أتعب يوم أو يومان ثم أعود إلى النشاط مجددا" فلماذا كان على الأم أن تبقى طيلة هذه المدة؟

يمكن هنا أن نستنتج من جديد بأنّ المريضة المصابة بسرطان الثدي، وحتى ان كانت اعراضه أو أعراض العلاج غير متعبة لها وحتى وإن كانت تبدي صلابة نفسية كحالة سعاد، فإنّها تحس بعدم الثقة، ويكون عندها إحساس بالفقد، فتريد أن تكون محاطة من الأشخاص الذين تضع فيهم أكبر ثقة لرعايتها ورعاية أبنائها، فهي تحس أنّ مكانتها التي تزعزعت لا يمكن ان تلعبها إلا واحدة أخرى كأمها أو أختها ولو بشكل جزئي.

3. الانتقال إلى بيت مقدّم الرعاية لتلقي الرعاية:

في كثير من الأحيان تتلقى المصابة بالسرطان الرعاية اللازمة، خارج منزلها لوجود ظروف معينة لديها أو لدى مقدّم الرعاية، وخاصة في فترة ما بعد العملية الجراحية وقد رأينا ذلك في الكثير من الحالات، إنّ ذهاب المريضة إلى بيت مقدّم الرعاية لا يكون دائما وطويلا فعادة ما لا يتجاوز الأسبوع إلى العشرة أيام وذلك لإحساس المريضة بضرورة عودتها إلى بيتها للاطمئنان على أبنائها.

ففي حالة (سامية 39 سنة، مطلقة بلا أطفال، المسيلة)، رأينا كيف قرّرت الذهاب للعلاج في مستشفى برج بوعرييج، مع أنّها تقطن في المسيلة، وذلك لاعتقادها بأنّ لا أحد سيرعاها مثل أختها وبناتها، وهذا ما جعلها تنتقل إلى بيت أختها، حيث أصبحت شبيهة مقيمة عندهم، " بقيت في بيت أختي لمدة اشهر لم أغادر، ولكن الان أنا اذهب إلى بيت أهلي في بعض المرات عندما لا يكون عندي فحوصات أو حقن"، هنا نرى أنّ قرار الذهاب إلى عند أختها كان نابعا من ارادتها، وعند سؤالنا لبننت أختها (القائم بالرعاية

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

الاساسي)، قالت "لم يكن من الممكن ان أنتقل إلى بيت جدي لرعاية خالتي ولا أمي كانت تستطيع، فأنا اعمل وأمي تقوم على رعاية البيت ورعاية أبي فهو مريض أيضا واخوتي أيضا، كان من الاسهل ان تأتي هي عندنا لرعاها"

كما تقول (ياسمينه، 39 سنة، أم لأربعة، أولاد، أولاد جلال)، بعد العملية أصرت أمي بأن إذهب عندها لأرتاح، تناقشت مع زوجي ووافق، وبقي هو في المنزل يرضى الأطفال، أخواتي البنات يستحين من زوجي ولا يمكنهم البقاء عندي، وأنا لم أكن أتحمّل ضجيج أبنائي"، ونفس الشيء حصل لـ (عبلة، 49 سنة، أم لأربعة أطفال، عنابة): "بعد العملية ذهبت إلى بيتي، لأتفاجأ بأخ زوجي وزوجته يزورونني ويطلبون مني الذهاب إلى منزلهم، لكي يتسنى لزوجته رعايتي، في البداية أحسست بالحرج لكنني وفتت".

فرغم أنّ الحالتين قد أقرتا بأنّ زوجيهما قد كانا إلى جانبهما وقدّما لهما الرعاية اللازمة في فترات أخرى كالعلاج الكيميائي، إلا أنّهما غادرتا المنزل طلبا للرعاية عند أحد الأقارب، الأم والأخوات في حالة ياسمينه وزوجة أخ الزوج في حالة عبلة، فلماذا ذلك؟

في كلتا الحالتين كانت العملية هي العلاج الأول، حيث نجد هنا أنّ الزوج وأبنائه لا يزالون في حالة صدمة من جهة، ولم يكن الزوج مستعدًا وعلى دراية بطرق رعاية الزوجة زائد البيت في هذه الحالة وهنا نلاحظ تدخل الأسرة الممتدة لتخفيف الضغط على الأسرة التي تعرضت للأزمة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى، نلاحظ هنا عدم ثقة الأم، الأخت وأفراد آخرين في قدرة الرجل (الذكر) على فهم وتقديم الرعاية اللازمة للمريضة، وكذلك إحساس الأم خاصة بالطمأنينة في قرب ابنتها منها وتقديمها الرعاية اللازمة بنفسها لها. كما تنقلت (رجاء، 36 سنة، أم لطفل، مطلقة) مرات إلى بيت أهلها لتلقي الرعاية في مختلف المراحل قبل أن يتم تطليقها نهائيا لتبقى في بيت أهلها لتلقى الرعاية عندهم.

إنّ ذهاب الزوجة المريضة إلى بيت أهلها للنقاهة ليس جديدا على المجتمع الجزائري بل هو أمر معروف، حيث إذا تعبت الزوجة أو مرضت في حالة الحمل أو النفاس مثلا، تتجّه إلى بيت أهلها لترتاح وتعود إلى نشاطها السابق، ولم تجد الباحثة أي بحوث فيما يخص هذه العادة التي تتطلب دراسات أنثروبولوجية واجتماعية لتحليلها، والتي تعود غالبا كما ذكرنا آنفا إلى طبيعة المجتمع الذكورية والتي ينظر فيها إلى المرأة على أنّها أداة لتلبية رغبات الزوج وأسرته في المتعة من جهة وفي رعاية المنزل وشؤونه من جهة أخرى.

تعتبر فترة النقاهة فترة مهمّة من فترات رعاية المريض، وفيها يكون فاقدا للكثير من قدراته الجسديّة، وعلى القائم بالرعاية أن يكون قادرا جديًا ونفسيا ومعلوماتيا على رعاية المريض، وهذا ما يؤدي إلى اختلافات في

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

اختيار المكان الذي تقضي فيه المريضة فترة نقاهتها، وذلك حسب ما تراه هي وعائلتها مناسباً لها، فهي عادة ما تختار الشخص أو الأشخاص الذين ترتاح معهم أكثر، والذين تحس بأنهم أكثر قدرة على رعايتها، في حين تبقى بعض الحالات غير قادرة على الاختيار بل يفرض عليها من يرعاها بحكم عدم توفر البديل، كما رأينا في حالة "أم هاني".

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة الكشف، الاستشفاء والنقاهة

خلاصة:

إنّ اكتشاف الإصابة بمرض سرطان الثدي، يمرّ بمراحل هامة، وهي التشخيص، العلاج، النقاهة، وتلعب الأسرة دورا هاما في مساعدة المريضة على خطو الخطوة الأولى للتشخيص ثم تقبل المرض والمروء إلى العلاج، كما تلعب دورا هاما في تقديم الرعاية المنزلية اللازمة

ومن أجل تسيير مراحل المرض المختلفة تحتاج المريضة والاسرة معا إلى اتخاذ عدد من القرارات، التي تتأتى عبر حوار عائلي أحيانا، او بشكل آلي في حالات أخرى، وتتدخل المريضة في اتخاذ القرارات الهامة بالنسبة لسيرورة مرضها، ولا تشكّل طرفا سلبيا في هذه المعادلة، وترتبط عادة هذه الاختيارات التي تقع عليها الاسرة بتوفر الرعاية الأسرية من عدمها، وكذلك ببعض التمثلات الاجتماعية والنفسية الذهنية الشخصية للمرض.

ويمثّل زوج المريض الطرف الأهم، حيث من خلال توفره أو عدم توفره، تقبله للمرض من عدمه، تقوم العديد من القرارات، وهذا ما يدفعنا إلى التساؤل عن تأثير مرض سرطان الثدي على العلاقة الزوجية للمصابات، وعن العوامل والظروف التي يعيشها الزوج (couple) في مواجهته لهذا المرض؟

الفصل الثاني: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة
الكشف، الاستشفاء والنقاهة

الفصل الثالث

تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

تحليل وعرض الفرضية الثانية

(تتأثر العلاقة الزوجية بإصابة المرأة بسرطان الثدي، ويرتبط ذلك بعوامل تتعلق بالزوجة من جهة، الزوج وأسرته من جهة أخرى.)

تمهيد:

إن الحديث عن سرطان الثدي، كمدعاة للوصم الاجتماعي، يؤدي بنا مباشرة للحديث عن تأثير العلاقة الزوجية للمصابات المتزوجات بهذا المرض، وخاصة في بدايته، حيث أردنا معرفة رد فعل أزواج الحالات محل الدراسة، عند نزول خبر المرض عليهم، وتختلف تصرفات البشر كما أسلفنا سابقا عند تعرضهم للأزمات وذلك بحسب طبيعتهم النفسية، طبيعة الازمة وطبيعة العلاقات الاجتماعية.

وكما رأينا اختلافا في تصرفات الأزواج تجاه الاعراض الأولية للمرض والبحث عن العلة في المبحث الأول من هذا الفصل، فإنها تختلف بعد معرفة الإصابة بالمرض من زوج إلى آخر، وفي هذا الصدد صعب علينا وضع تصنيفات محددة لأنواع الأزواج حسب عدد من المتغيرات منها طبيعة الزواج (تقليدي/ عن علاقة حب)، او المستوى الدراسي للزوج، او المنطقة (حضرية/ ريفية) وغيرها، فقد يكون المتغير متشابها والتصرف مختلف تماما.

ولا يمكن الحكم على تأثير السرطان على العلاقة الزوجية من خلال مرحلة اكتشاف المرض الأولية فقط، فتتبعنا لسيرة حياة كل مريضة مع المرض من خلال مراحلها المختلفة (اكتشاف، علاج، نقاهة) إلى آخر المراحل في العلاج الوقائي الهرموني هو ما مكّنا من رسم صورة واضحة للعلاقة الزوجية لكل حالة من الحالات وكيف تأثرت بالمرض، إيجابا أم سلبا.

المبحث الأول: مظاهر فشل العلاقة الزوجية في مواجهة المرض

تؤكد الكثير من الدراسات التي درست السرطانات على اختلافها وسرطان الثدي بالخصوص، بأنها تؤثر على أفراد الأسرة ورغم إنَّ "أغلب العائلات تتوصل في النهاية إلى مواجهة التشخيص بالمرض، رغم المعاناة التي يسببها، ورغم ذلك فإنَّ الدراسات تؤكد بأنَّ ثلث المرضى، أزواجهم وأطفالهم يعانون من خلل اجتماعي نفسيّ ذو دلالة" (delvaux 2006, 85). ويمكن لعلاقة الزواج أن تتحطّم بفعل تدخل أحداث ومتغيّرات جديدة في الحياة الزوجية، ومن بين هذه المتغيّرات إصابة أحد الزوجين بمرض أو علة ما نفسية، عقلية أو جسدية كما ورد في الشرع الاسلامي الكثير من النصوص لحالات جواز الطلاق لعلّة منها الإصابة بالأمراض المعدية، وفتح ذلك بابا للاجتهاد والاختلاف بين العلماء والمشرعين، ولا الانفصال بسبب المرض في العالم الإسلامي أو المشرقيّ الثقافة، حيث تسود الأحكام والاعتقادات التقليدية عن الزواج وصورة المرأة وأدوارها، بل يحدث أيضا في العالم الغربي الحداثي، ويرجع ذلك إلى التحدّيات الكبيرة التي تتعرض لها العلاقة في حالة المرض الخطير الذي يحدث عجزا تاما أو تشوها (خُلقيًا أو خُلقيًا)، وهي تحدّيات نفسية، مادية وجسدية.

وتثبت العديد من البحوث أنّ الكثير من العلاقات تقول إلى الطلاق أو التخلي، حيث لا يستطيع الرجل تحمل منظر زوجته المشوّهة، لا يستطيع الوقوف بجانبها عاطفيًا، ولا يتحمل تبعات المرض الذي يجعل من المرأة عالة وليس مصدرا للمتعة (gros 2007).

ومن خلال البحوث الاستطلاعية والقراءات العامة عن الحالات المصابة بسرطان الثدي، وجدنا أنّ العلاقات التي لا تصمد أمام هذا المرض، تنتهي عادة إما:

- بتطليق الرجل للمرأة والتخلي عنها تماما وذلك إما عند اكتشاف المرض، او بعد مراحل العلاج المختلفة.
- طلب المرأة للطلاق أو الخلع
- اهمال الزوجة من طرف الزوج ولكن دون تطليق.

وقد وجدنا كلاً من الحالات السابقة متواجدا وبشكل اعتباطي غير مقصود في الحالات التي تعرض إليهم البحث وجاءت كالتالي:

لمطلب الأول: طلب التطليق من الزوجة (حالة سامية نموذجا)

1. طبيعة العلاقة الزوجية والأسرية قبل المرض:

تتلخص حياة الحالة (سامية 43 سنة، مطلقة بلا أولاد، المسيلة) بأنها تزوجت في سن متأخرة حوالي 39 سنة، ثلاثة أشهر فقد قبل اكتشافها للمرض، وكانت قبل الزواج تعيش في بيت أبيها، مع بعض من اخوتها الشقائق، وزوجة أبيها الثانية وأبناؤه الصغار، فقد مرضت أمها وهي في مرحلة النهائي (الباكاليا) ولم تتجح " لأنني لم ادرس جيدا، وبسبب ظروف أمي الصحية وأيضا لأن أخي الكبير قال لي، " بداو الناس يخطبو فيك خلاص ما كاش قرابة" (بدأ الناس يخطبونك إذن لا حاجة لك بالدراسة عليك بالبقاء في البيت)، ولأنّ لأخيها الكبير مكانة في المنزل فقد طبقت أوامره وتوقفت هي عن الدراسة، ولأنها لا تملك سوى أختا واحدة أكبر وكانت قد تزوجت في مدينة أخرى (برج بوعريريج) وفي بقيت ترعى وتعنتي بإخوتها الذكور الخمس وأبيها لوحدها، خاصة بعد وفاة أمها، ونقول بأن الكثير من الرجال تقدموا لخطبتها وهي في سن الشباب، "لأنني من عائلة جيدة ومعروفة في المسيلة، واخوتي متعلمين ومتخلفين" لكنهم رفضوا تزويجها بحجة انه عليها رعاية البيت والأب الذي تزوج بعد سنوات لكنه تزوج بعد امها من امرأة أنجبت له بنتا ثم ماتت، ثم أعاد الزواج من أخرى أنجبت له أيضا تضحك: "نحن الان نربي في الرضع"، وطول هذه المدة كانت سامية ماكثة في البيت لا تخرج الا نادرا، "خاوتي واعرين، يعسوني في كل وقت"، ولكنها تعلّمت صنع الحلويات، وبدأت تصنع في البيت للناس لمناسبات الاعراس والحفلات، كان عملا متعبا جدا، ثم تزوج اثنين أخواها بأختين احدهما صديقتي، ورغم ذلك أصروا على بقائي في البيت، ولم يتقبلوا فكرة زواجي، الا بعد ان حاولت زوجة أخي "صديقتي" إقناع أخي بالأمر" وفي الأخير تقدّم لها رجل أرمل. لديه أبناء صغار وأم عاجزة، كان "ولد فاميليا" وقبلت أنا أيضا، وجرت كل مراحل الخطوبة بشكل عادي، ثم قمنا بعقد قراننا في البلدية وبالقاتحة"

كان الزواج تقليديا، وحتى في فترة الخطوبة التي كانت سريعة لم تتح لسامية فرصة التعرف جيّدا على خطيبها: "يعني قلتك دارنا واعرين، ومزيرين (قلت لك بأنّ أهلي كانوا محافظين جدا وطباعهم صعبة، لم تكن التقى به إلا في بيتنا ومع اخوتي وحتى في الهاتف لم نتكلم كثيرا، لم اعرفه قبلا، وكان يبدو لي طيبا).

تقول سامية انّ الزواج مرّ بشكل عادي، وقد عاشت معه خلال تلك الفترة في بيت أهله، حيث كان الاتفاق بينهما ان ترعى ولدها، بعد الزواج بقيت في بيت العائلة في انتظار ان يجهز بيتها مع والدته العجوز وأخيه المتزوج وزوجته وأبناؤهما، ورغم أن المريضة لم تحك الكثير عن هذه الفترة ومرّت عليها في سردها لحياتها

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

مع المرض مرورا عابرا، إلا أنها أكدت " كان يقول انه احبني منذ كنت ادرس في الثانوية ولكن اخوتي كانوا يرفضونه كلما تقدم اليهم لخطبتي، كان لطيفا وبدأت أحاول التقرب من ابنيه، وقد دخل قلبي "بصح واش نديروا كلش مكتوب، وانا ربي ما كتبليش الزواج على حساب الشوفة" "ولكن ما العمل، كل شيء مقدر ومكتوب، ويبدو ان الله لم يقدر لي الزواج".

1. المرض وتأثيره على العلاقة الزوجية:

سبق وأن تعرضنا إلى حالة سامية التي أخفت عن زوجها الأعراض الأولى لمرضها، واستتجبت بزوجة أخيها في زيارة لها لأهلها، وقد ادّعت بأنها ذاهبة إلى طبيبة النساء حتى ترى حالتها مع الانجاب، الأمر الذي تقبله الزوج بشكل عادي، وواصلت سامية إجراءات الفحوصات في الأسبوع الذي كانت فيه عند أهلها، **"وهنا كان عليّ أن أخبره عندما عدت إلى البيت، شعرت بأنه انزعج ولكن لم يقل شيئا"**، رافقها في التحاليل الأولى المطلوبة ودفع ثمنها وعندما عادت إلى الطبيبة، أرسلتها بشكل مستعجل إلى مستشفى مصطفى باشا بالعاصمة، وهنا تهرب الزوج من مرافقة زوجته بحجة العمل، وفضل أن تذهب رفقة احد من أهلها في اليوم التالي توجهت إلى العاصمة رفقة أباه وأخاه، وهنا طلبت الطبيبة أخذ خزعة وفحوصات اشعاعية أخرى، ما اضطرهم إلى المبيت في فندق لمدة يومان، وفي اليوم الثالث، كانت الصورة قد توضحت للطبيبة **"وهنا اخبرتني بالأمر، قالت هل تعلمين ما عندك، فقلت نعم، فقالت" عندك سرطان الثدي، لو جئت قبل ستة اشهر لكان الامر سيكون أبسط"**، استغربت لردة فعلي لأنني لم أنهر أمامها، والحقيقة أنني لم أعتبر **عن صدمتي"**

كانت سامية وحدها مع المريضة عند سماع الخبر فلم يدخل لا أبوها ولا أخوها معها، لاعتقاد جماعيّ منهم بأن الأمر يتعلق بمنطقة حساسة "الثدي" فكان هناك نوع من الخجل **"لأنني كنت حاسة بما لديّ ولم أرد أن يسمع أحد معي هذا الخبر، وربما خجلت قليلا، اعتقدت انها ستجري لي فحصا والامر يستحق حميمية"**.

لم تسهب المريضة في وصف حالتها النفسية ولا احساسها بالوحدة أو التخلي وهي لوحدها عند الطبيبة، بل انطلقت مباشرة في عرض تفاصيل أخرى ومراحل أخرى، ولم تتحدث عن زوجها لمدة طويلة حتى قاطعناها بسؤالنا عن موقعه من كل القرارات التي اتخذتها خلال يوم واحد فقط، حيث تمّ ارسالها إلى مستشفى سطيف لأخذ موعد لعلاج الكيميائي، لكنها فضلت الذهاب إلى برج بوعريبيج، مكان إقامة أختها الكبيرة -وستأتي تفاصيل أخرى حول هذا الموضوع في الفصل القادم-، حيث قالت: **".... وكانت أختي أصلا قد طلبت**

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

زوجي في الهاتف، وشرحت له الأمر، وطلبت أن يتركني عندها، فلم يرفض، "بالعكس عجبوا الحال، شكون يقبل يرفد مرا مريضة تزوجها غير ثلاث أشهر؟؟؟" (بالعكس أعجبه الاقتراح، من يود أن يتحمل مسؤولية امرأة مريضة تزوجه ثلاثة أشهر لا غير؟؟؟).

هنا نلاحظ أنّ الزوج، كان سلبيّ تجاه ما يحدث مع زوجته، فلا هو رافقها في رحلتها إلى اكتشاف ما هي علّتها، ولا هو شارك في قرار مكان العلاج، ولا اقترح لعائلة الزوجة أن تعالج بالقرب منه، وتبرّر المريضة تصرفه، بل تضع اللوم على نفسها، من خلال نبرة صوتها ومن خلال الألفاظ المستخدمة، حيث تعتقد اعتقادا راسخا بأنها لا تصلح في هذه الحالة أن تكون زوجة، وتتكزّر الألفاظ الدالة على نظرة المريضة سامية إلى هويتها كمريضة ك"وصم" وعالة في موقع آخر، "...هو يريد امرأة يعيش معها ويستمتع بها، وتربلو اولادوا ... (إنه يريد العيش مع امرأة يستمتع بها وتربي وترعى أبناءه"

وهنا تظهر لدينا نتيجة التنشئة الاجتماعية التي تجعل من المرأة / الأنثى، أداة أو شيئا في العلاقة الزوجية غرضها ومهمتها الأولى إمتاع الذكر/ الزوج، وليس العكس أبدا.

2. مرحلة طلب الطلاق:

أدت الاعتقادات التقليدية لأدوار المرأة والزوجة وكذلك التمثلات الذهنية والتصورات الجديدة في ذهن الحالة (سامية) التي تزوجت من ثلاث أشهر قبل اكتشافها للمرض، إلى الاعتقاد بأنها لم تعد صالحة كزوجة، وأنّ زوجها ليس مجبرا على تحمل "العاهة" التي أصابتها، ورغم أنّها لم تتعرض لاستئصال الثدي، إلا أنّ حالتها كانت خطيرة حيث خرج المرض من منطقة الثدي وانتقل إلى العظام، الامر الذي جعلها تتصور منذ البداية المشاكل الصحيّة التي ستلاحقها (التصور الذهني لمرض السرطان وعلاجاته)، الأمر الذي أدى بها إلى " تسهيل الأمر عليه" بأن تطلب الخلع.

ورغم ذلك، فبيدوا جليّا أنّ الزوج لم يبذل أي مجهود ليغيّر من تصور زوجته لذاتها أو لحالتها، فقد كان هو أيضا من الجهة الأخرى يعاني صدمة مرض المرأة التي كان يأمل أن تعيش معه المرحلة القادمة من حياته، دون اغفال أنه فقد امرأة سابقا.

فهنا نشاهد بروده عندما علم بأمر اصابتها بالسرطان " بعد ان ذهبت مباشرة إلى بيت أختي طلبت منه - هاتفيا - أن يحضر لي ملابس وحاجاتي، عندما يأتي، كنت أظن أنه سيأتي سريعا في ليلتها، لكنه قال

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

بأنه مشغول ولا يستطيع المجيء بسبب المرض" ونلاحظ خيبة الأمل التي أحستها (سامية) حيث اعتقدت أنّ خبرا كهذا ستجعله " يطير إليها في الحين".

وبدأت الخيبات والمشاكل تتوالى حيث تقول: في البداية كان يكلمني كل يوم، أكثر من مرة ثم مع الوقت نقصت اتصالاته، وحتى في زيارته القليلة، بدا لي وكأنه يبحث عن سبب للشجار والهجر، ساعات يظهر أنه فاهم حالتي وساعات لا يريد ان أكلمه اطلاقا عن المرض'.

ورغم أن المريضة قد فكّرت في الافتراق لكنها كانت تأمل ألا يسمح هو بذلك " حتى انا بدأت أفكر في أمر زواجنا فأخبرته مرة أنه ليس عليه أن يبقى معي، وبأنني في النهاية مريضة وهو يريد امرأة يعيش معها ويستمتع بها، وتريلو اولادوا، رأيت أن رده كان باردا، لم يقل لي ما الذي تقولينه أو انه راض بما كتبه الله له، فقط بقي يقول لي تشجعي ولا تيأسي فقط"، وهنا قرّرت أخيرا أن تطلب الخلع، وذلك لأنها اعتقدت بأنه يريد الطلاق ولكن لا يعرف كيف يفعل ذلك وأن الخجل ما يمنعه فتقول: " فاتصلت بأخي وأخبرته بأنني أريد انهاء العلاقة والطلاق، شرحت له انني أحس ان الرجل خجل ان يطلب الامر مني أو من اخوتي، في البداية رفض أخي الامر وقال أنني أصبحت حساسة فقط، ولكني تكلمت مع زوجته وأفهمتها بعض الأمور التي لا يمكنني ان أقولها لأخي، فقبل بعد ان تناقش مع أبي عن الامر، ولما ذهب أخي إلى زوجي وحده بالأمر وجده مستعدا للطلاق وهكذا تطلقت منه، تضحك "أنا مطلقة بلا زواج". لم تتعمق المريضة في سرد تفاصيل الطلاق، ولم تذكر ان كان الزوج قد اتّصل بها للاستفسار عن طلبها له، ولا ان كانت قد تقابلت معه مرة أخيرة قبل الطلاق وكيف كان حديثهما، ولم نشأ ازعاجها بأسئلة كثيرة عن الموضوع، لأننا أحسنا من خلال محاولتها لكبت دموعها، واضطرابها أنّ الأمر سيتعبها أكثر - مع العلم بأنها كانت في حالة جسدية وصحية جد متدهورة- كما أنّ الصورة كانت قد توضحت حول الأسباب التي دفعتها لطلب الطلاق وهي احساسها واقتناعها التام بأن الزوج لم يعد يريد لها زوجة له، ولا يريد تحمل تبعات مرضها.

المطلب الثاني: الطلاق (رجاء، 36 سنة، أم لطفل، ضواحي بني سليمان، المدينة، منطقة قروية)

تطلقت رجاء بعد اجراء عملية استئصال الثدي، وبدأت مشاكلها في مرحلة علاجها بالكيميائي والتي تفررت ب 6 حصص، أي حوالي 6 أشهر، انتهت خلالها حياتها الزوجية التي دامت حوالي 6 سنوات لتنتقل مجددا إلى بيت أهلها وبدأ العلاج الكيميائي عندهم.

1. طبيعة العلاقة الزوجية والأسرية قبل المرض

تعتبر قصة رجاء، قصة نموذجية عن سيرورة حياة الكثير من النساء، خاصة في المناطق الداخلية من الوطن، حيث لم تتجح في إتمام تعليمها وتوقفت في مستوى المتوسط، وهي تنتمي لأسرة متدنية التعليم على العموم، أخوان وأخت، يشتغل الاخوان في مهن حرة قريبا من مسكن العائلة بينما يعمل الأب في تجارة المواشي، ولم تقم بأيّ تكوين بعد الخروج من المدرسة تشاركها في ذلك أختها الأكبر والتي قبلت التحدث معنا وتمثل القائم الأساسي بالرعاية.

تزوجت في سن 28 سنة، زواجا تقليديًا إلى منطقة في ضواحي بلدية البيرين، جنوبيّ المدينة، وذلك من خلال صديق لأبيها يعرف الزوج ونصحه بمصاهرته، كانت عيش حياة عادية مع زوجها " كانت علاقتي جد طيبة مع زوجي، فقد كان محبا وصبورا ولم يبخل بأيّ ضرورات الحياة إلا ما لم يسعفه جيبه، أما علاقتي مع أهل زوجي فكانت علاقة طيبة جدا، العكس علاقتي بالرجال من العائلة أفضل من علاقتي بالنساء، فكل امرأة تعيش مع بيت زوجها لابد تكون هناك مناقشات ومشاكل ولكن لم تكن كبيرة جدا، وكان زوجي يصبرني ويقول انها مرحلة وتمر وسيأتي يوم ونستقل ببيت لوجدنا".

تشير المريضة هنا بأنّها لم تعاني من مشاكل كبيرة مع زوجها سوى ما يتعلق بمشاكل حياة العائلة، التي اعتبرتها -عادية- في ظل عيشها معهم في بيت واحد.

وكانت أمًا لطفل واحد حملت به بعد حوالي السنّتان من الزواج "كأيّ أم جزائرية تعيش لابنها وزوجها، أتقاسم الاشغال اليومية مع نساء أسرة زوجي، أرعى طفلي وأقوم على رعاية زوجي من أكله ولباسه وعلاقتنا الحميمة كانت جيدة" وتركز رجاء على أنّها كانت زوجة مخلصّة تقوم بما يتوجب عليها -اجتماعيًا- فتكرّر "تزوجت بعيدا عن أهلي (المدينة)، فلم أكن ازورهم كثيرا، لذلك كنت أخصص كل وقتي لشغل البيت ولابني".

أنّ ذكر المريضة لطبيعة العلاقة الحميمة بينها وبين زوجها لم تأتي بطلب من الباحثة، بل أنّها استبقت الأسئلة، وكأنّ في ذلك تبرير ما لطلاقها، حيث أنّها قبل المرض كانت امرأة كاملة بينما اختلف الأمر بعده. تذكر المريضة أمر عمل زوجها على اعالتها أكثر من مرة وأنّها لا تعمل ولا تكسب أيّ نقود في مواقع كثيرة من الحوار، وهذا ما جعلنا نعتقد بأنّها، تعتقد أنّ جانبا كبيرا من أسباب طلاقها، هو عجز الزوج عن استوفاء

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

المطلوب منه - مادياً - من أجل اعالنتها في مرضها، وخاصة أنه ذو دخل متوسط وغير قار بوصفه تاجر حرّ، يعمل في السوق " وكان هو يعمل على اعالنتنا فأنا لا أقوم بأبي عمل مدر للمال".

2. المرض وتأثيره على العلاقة الزوجية:

تؤكد لنا رجاء مرة أخرى بأن زوجها كان متفهما جداً عند اكتشاف المرض، وأنه هو من وقف بجانبها في الأول حيث رافقها إلى كل الكشوفات ودفع ثمنها، ورافقها إلى المستشفى وتابع مواعيدها في الأول، وكان مصدراً للثقة، ولم يكن الوحيد في ذلك حيث وقفت عائلته نفس الموقف وكانوا يساندونها عاطفياً وجسدياً، حيث خلال العلاج الكيميائي الأول والثاني، بقيت في بيت زوجها وأعانوها خاصة في رعاية ابنها الصغير.

ثم أصبحت تذهب بعدها إلى بيت أهلها حتى تنقص آثار الكيميائي وتعود لبيت الزوجية، خلال هذه الفترة تقول بأن زوجها كان لا يزال يعاملها بلطف، فلم يشعر بالكثير من التغيير "كنت أذهب إلى بيت أبي بعد الكيميائي وهو يرجع إلى البيت، لا يراني وأنا أتقياً ولا وأنا في عز الفشل والمرض، أبقى عند أهلي إلى غاية أن تذهب عني آثار السم -تقصد العلاج الكيميائي- وهنا أعود إلى البيت أمارس حياتي بشكل عادي، حتى وأنا لا أريد إجراء علاقة معه كنت لا أمنعه عني...". خلال هذه الفترة بدأت حالة رجاء الصحية والنفسية تتراجع، بعد سقوط شعرها وهزال جسدها، عند سؤالنا ما الذي تغير فيها تكلمت وهي باكية "؟ ايبيه واش تبدل؟؟؟ (ماذا تغير) - تسأل بحسرة -" يعني امرأة كانت رشيقه القوام "بلونده" (شقرراء) يضرب بها المثل في الجمال والأناقة "تلقي روحها بلا ثدي وتحشم (تخجل) حتى توقف قدام زوجها باه ما يحسسهاش (حتى لا يحسسها) بالنقص، بزالأاف حوايج تبدلت، وليت (أصبحت) كل يوم نبكي وحدي، أو مع العايلة نحاول نصبر روجي بالصح (ولكن) نظل نبكي حتى زوجي أصبح ما يحبش (لا يحب) يدخل للشمبرة (دخول الغرفة) غير باش مايشوفنيش نبكي(حتى لا يراني أبكي)".

يظهر لنا من خلال سرد السيدة رجاء، بأنها كانت تعاني أزمة في تقبل المرض وتقبل ذاتها دون شعرها الأشقر وشم دون ثديها، وبأن حالتها النفسية كانت في تدهور يوماً عن يوم، ويظهر أن زوجها المتفهم، كان قد بدأ يدخل في حالة سأم وملل من حالة زوجته النفسية والجسدية، يوماً عن يوم.

(... مع الوقت، رجعت تقريبا لا أذهب إلى بيتي، حالتي الجسدية كانت صعبة والسفر كان يتعبني، وبيت أهلي كان أقرب إلى مستشفى البلدية، حيث كنت أعالج، وهنا بدأت علاقتنا بالفتور تماما، لقد بقينا حوالي (أشهر قبل العملية دون علاقة حميمية تمام...).

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

تعيد السيدة التنويه إلى العلاقة الحميمة التي كانت في هذه المرحلة شبه منعدمة، وهذا ما يحيلنا إلى استنتاج أنها تبرّر أيضا لزوجها سلوكه، فقد بقي محروما -جنسيًا) حسبها، وهو الامر الذي تشترك فيه مع السيّد سامية سابقا.

بعد إتمام حصص الكيماوي، وبعد فترة نقاهة، عادت رجاء إلى بيت الزوجية، حيث كان عليها اجراء بعض الفحوصات والتحاليل تحضيراً للعملية الجراحية التي تقرّر اجراءها بعد حوالي الشهر والنصف، وتصف هذه الفترة بأنها " عادت حياتنا الحميمة من جديد ولكنها كانت فاترة، على الأقر من جانبي، فقد كنت لا أفكر في شيء سوى العملية والخوف مما سيأتي، بينما أصبحت العلاقة بيننا خارج الغرفة فاترة أكثر فأكثر"، ولكنها تؤكد بأنها إلى غاية هذه اللحظة لم تعتقد بأن الأمر سيصل إلى الطلاق، حيث كانت حماتها تتعامل معها بشكل عادي هي وأخوات الزوج، مع أنها سمعت من أفراد من عائلته - الكبيرة - بأنها مريضة وتشكل هما عبئاً عليه.

3. الأسباب المباشرة وغير المباشرة لتطبيق

بعد اجراء العملية الجراحية، أخذت المصابة فترة نقاهة أخرى عند أهلها، حوالي 15 يوما حتى أصبحت قادرة على التحرك والقيام بنفسها، ثم عادت إلى بيت زوجها، تحدثنا عن هذه الفترة فنقول " لم أكن بخير، كنت أشعر بالخلج، أبكي باستمرار، في البداية كان يحاول تشجيعي، يقول بأنه مكتوب ولا يجلب أن أجهل، ولكنه أيضا لم يشأ النظر إلي، لم يصبر على العلاقة ولكن كان يجب أن تكون في الظلام، أصبحت العلاقة آلية وليس فيها أي متعة، لا لي ولا له".

وخارج العلاقة الجسدية أكّدت لنا بأنها كانت تحاول الرجوع إلى القيام بواجباتها المنزلية، حيث (كنت أستطيع طبخ شيء خفيف، أرعى ابني، أقوم بواجبات سهلة، لكن الكثير من الأشياء، مثل غسل الملابس، العجن، غسل الارضيات وغيرها لا يمكن ان أقوم بهم، أصبحت حماتي وابنة اخ زوجي التي تقيم معنا هي التي تقوم بهم".

وهنا تعود المرأة من جديد لإلقاء اللوم على نفسها وتبرير ما سيحدث تاليا: " ولكن من يقبل بامرأة لا تقوم بهذه الأمور التي تعني عندنا الكثير، هل سيحضر لي خادمة مثلا؟؟؟ إلى متى ستخدمني حماتي، في البداية كان زوجي يقول بأننا سنتجاوز الامر معا، لكنه اكتشف انه ليس ثديي ما فقدت فقط بل الكثير من الأشياء الأخرى، أصبح يتأثر بما يقولون له بسبب كل هذا".

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

ولكن ما الذي كان يقال للزوج حتى يتأثر ويطلق زوجته المريضة، لم نخبرنا المصابة بهذا الجزء من الحكاية، فقد اعتقدت الباحثة أن الأمر - الطلاق - جاء كنتيجة آلية لعدم تحمل الزوج لوضعية زوجته (كامرأة مبتورة، غير مثيرة لغريزته الذكورية، بالإضافة إلى حالتها النفسية المتردية وعدم قدرتها على انجاز ما عليها كامرأة ماثلة بالبيت)، ولكن خلال لقائنا بشقيقتها، القائم الرئيسي بالرعاية (منال، 38، سنة، الأخت الكبرى، ماثلة بالبيت، أخت المصابة رجاء)، أخبرتنا بأن الزوج وأهله، قد وجدوا سببا لتطبيق المرأة وهو اتهامها بخيانة زوجها، عبر الفايسبوك، لقد تجسست أخته على هاتفها ووجدت رسالة قديمة أرسلها أحد زملاء رجاء في المتوسطة، تحدثت معه مرة أو مرتين، ثم توقفت عن ذلك، كبروا لحكاية وبهدلوها ورجعوها خائنة وما نعرف واش، (عظمو الأمر، وجعلوا منها خائنة لزوجها ولا أدري ماذا أيضا)، وقد تسبب الأمر في كثير من الإذى النفسي، ليس فقط للمصابة بل لعائلتها أيضا، ولا يبدو ان أخت المريضة مقتنعة بسبب الطلاق وتجد أنه مجرد " تبرير " ليتخلى الرجل عن مسؤوليته "باش ما يخرجش هو ماشي راجل، وسخ شرف عائلتنا" (حتى لا يبدو أمام الناس بأنه تخلى عن زوجته - وليس رجلا - فضل أن يدنس شرف عائلتنا)، وبينما لم تبد المريضة غضبا تجاه ما حدث بل حزنا عميقا حيث قالت لما واجهناها بسؤالنا عن هذه القصة الرجل يغادر البيت لكسب القوت، يعني لا يمكنه العجن مكاني أو تنظيف البيت، ولم يستطع اهله مواجهتي بأني أصبحت مقصرة، وكأنهم خلوا من ان يقولوا بأنه لم يعد لهم حاجة بي، ولهذا بدأوا، في اختلاق المشاكل، حتى اتى اليوم الذي اتهموني فيه بخيانة زوجي في الفايسبوك، وهو وكأنه كان ينتظر السبب المواتي الذي يجعله يطلقني، انا كنت اشغل نفسي بالفايسبوك، وإذ بأحد زملائي السابقين يتصل بي، تكلمت معه بعض المرات، لكنني لم اخن زوجي، اخواته هن من قلن له بأنني اتحدث مع الرجال، في الفايسبوك، سريعا ما كبرت الحالة وطلقني).

وتصف لنا حالتها بعد الرجوع إلى بيت أهلها " ..في الأول لما تطلقت ورجعت لبيتنا؛ حتى تعامل ابي واخوتي تغير بزاف، "ولكن واش يديروا؟؟ لو كان خير طلقني بالسبة تاع المرض وما دارليش وصمة العار تاع الخيانة، دوك وليت مريضة شبه مية وزيد في عينين الناس خائنة، دمروني تاع الصح" (ولكن ما عساهم يفعلون؟؟ لو انه طلقني بسبب المرض ولم يلفق لي وصمة الخيانة، الآن صرت مريضة شبه مية وفي عين الناس خائنة، لقد دمروني تماما).

المطلب الثالث: الإهمال الزوجي (حالة أم هاني 52 سنة، السن عند المرض 44، ابنين، ضواحي العطاف)

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

يعرّف الإهمال الزوجي بأنه تخلي الزوج أو الزوجة عن أداء أدوارهم ضمن المؤسسة الزوجية، والتي تتعلق عادة بالإشباع الجنسي، اعالة الزوجة، رعاية وتربية الأبناء، دون فك الرابطة الزوجية بشكل شرعي، أو مدني، ويعتبر جريمة يعاقب عليها القانون، غير أن الكثير من الزوجات تتعرضن للإهمال الزوجي لأسباب كثيرة وبطرق مختلفة

1. طبيعة الحياة الزوجية والأسرية قبل المرض:

تسرد لنا أم هاني حكايتها فتقول بأنها ولدت وتربت خارج المدينة في منطقة منعزلة ريفية، لأب كبير في العمر وعائلة فقيرة نوعا ما، وقد زوجها أبوها دون قبول أو إذن منها - وهو أمر عادي بالنسبة لها ومألوف- برجل يكبرها سنا ومنتزوج وعنده أبناء، وتقول بأنها في الأول سكنت قريب من أهلها لكن سرعان ما نقلها زوجها إلى منطقة العطاف لتكون بعيدة عن زوجته الأولى التي لم تقبل بوجودها، وكان في أول زواجه منها يبقى معها لأيام كثيرة، وما ان بدأ ولداها يكبران حتى بدأ يتغيّب كثيرا عنها، ويبقى مع زوجته الأولى وأبنائه، فقد كانت كلّ أعماله "الفلاحة" وعائلته كلها هناك، وصار **ليخاف من زوجته وأولاده الكبار، بعد أن بدأوا يستولون على أرضه وتجارته، ومع الوقت ومع كبره وهرمه، صار لا يملك شيئا سوى مصروف يتصدقون به عليه.**

تقول أم هاني، بعد ثمان سنوات من اكتشافها للمرض وهي إلى الان تتعالج بالعلاج الوقائي أنّه حينما أصيبت كان عمرها لا يتجاوز 44 سنة، وهي ام لولدين، أكبرهما كان في 25 والأصغر في 20، بأنّ زوجها آنذاك كان في يقارب السبعين سنة، ولكنه كلن لا يزال يزورها ويعاشرها **كنت صغيرة وهو يقارب السبعين، ولكن زوجي، كما رجال زمان، لا يعاني من أي مرض، ولا يزال بصحته - تعني صحته الجنسية- كان يأتي ويبيت عندي، رغم أنه لم يعد يصرف عليّ وعلى أبنائه مثلما كان، عندما رأى أبناءه كبروا صار يقول لي يخدمو على رواحهم (عليهم أن يعتمدوا على أنفسهم)**

نلاحظ هنا أنّ الزوج كان لا يزال عنده اتصال جسدي مع زوجته الثانية التي لا يأتي إليها كل يوم، بحكم أنه يقيم بعيدا عنها، في الريف أين توجد أرضه وتجارته وزوجته الأولى (الأكبر) سنا وأبناؤه.

تقول أم هاني **ضررتي لا تحبني، تعتقد أنني سرقت زوجها منها، مع أنه لم يكن خيارى الشخصي، من تحب ان تتزوج شخصا يعادل عمره عمر أباه؟؟؟ في الأول لم يكن زوجي يهتم لكلامها، تعرفين رجال زمان، كلمتهم هي اللي تجوز (كلامهم أوامر)، لكن الان صارت تتحكم فيه بأبنائها.**

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

أمّا عن علاقتها بأهلها وأهلها، فتقول بأنها غادرت الريف أين كان كل أهلها يقطنون باكرا، وهو لم يكن من النوع الذي يسمح لها بزيارة الأقارب والأهل كثيرا، ثم تزوج اخوتها وأخواتها وتفرقوا، من يعيشون، قريبا منها تراهم مرة على مرة والآخرين "كلّ واحد عايش حياته، الأخوات يحكموا فيهم رجالهم، والخاوة يحكموا فيهم نساهم" (الأخوات مسيرين من طرف أزواجهم، والأخوة مسيرين من طرف زوجاتهم، تضحك بتهكم).

من خلال لتفاصيل حياتها، بدا لنا بأنّ أم هاني عاشت شبه معزولة عن العالم الخارجي، وأن حياتها تلخصت في زوجها في البداية، ثم زوجها وأبنائها، ثم في أبنائها الذين حاولت تربيتهم لوحدها في حضور منقطع للزوج، وتعتقد أنّها وفقت إذ نجح ابنها الأكبر واجتاز تعليمه الجامعي، وتوظف في نفس السنة التي مرضت هي فيها، بينما لم يكمل الآخر تعليمه ولكنه "مربي، ولا علاقة له بأمور السوء - تقصد المخدرات -".

تبدو لنا العلاقة بين أم هاني وزوجها التي دامت 25 قبل المرض، غير صلبة، وغير متكافئة منذ الأول من ناحة السن، حيث عبّرت لنا بشكل مقتضب بأنها لم تكن تحسّ بنفسها يوما زوجة، بقدر ما كانت تحس أنّها *فتاة ليل* يزورها من وقت لآخر ليقضي حاجته وهو في المدينة فقط، بينما زوجته الأولى التي لا تكبرها سوى بعشر سنوات هي التي تمثل بالنسبة له أساس البيت والحياة، فهي التي يأخذ بكلامها، هي التي تذهب لأعراس العائلة وللمناسبات، حتى أهله لم يقبلوا وجودها يوما، لأن زوجته الأولى قريبة له *بنت عمّو*.

بينما زاد تخلي الزوج عن واجباته ناحيتها مع بلوغ ابنه سنّ الرشد، ورغم أنّ سن أم هاني كان صغيرا 44 سنة، إلا أنّ سن ابنها الكبير وزواجه، قد جعل زوجها يحسّ بأنها كبرت ولم تعد بحاجة. كما أنّها اتكأت على الذكور لتأخذ جزء من حريتها "صرت أخرج للتسوق، الذهاب إلى الطبيب، قضاء بعض الحاجات، خاصة عندما أعطوني سكنا اجتماعي وسكنت في حيّ لا نعرف فيه أحدا".

2. العلاقة الزوجية في مواجهة المرض

اعتمدت أم هاني من الأول على نفسها وعلى ابنها في مواجهة المرض، فعندما لاحظت علاماته في المرّة الأولى شاورت جارة لها *قارية شوية (متعلمة قليلا)*، وذهبت معها إلى القابلة التي طلبت منها المساعدة في الكشوفات المختلفة، ومن هنا صار ابنها هما المرافقان لها، *عندما زادت المصاريف عليّ أرسلت ابني إلى أبيه ليطلب منه المساعدة ماديا وليخبره بحالتي، فأعطاه مبلغا صغيرا، وبعد يومان جاء إليّ لزيارتي،*

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

تحدثت معه وأفهمته ما يجب عليّ، قبل أن يعطيني الطبيب النتيجة النهائية، وقلت أنني أحتاج إلى المال، لكنه أجاب بأنه لا يملك مالا لكن سيطلب من أبنائه إعطائه"، تقول أم هاني أنها لم تكن تريد ان تعلم ضررتها وأبناءها بحالتها واخفت الأمر لأطول مدة ممكنة ولكنها اعتقدت أنهم سيعطون أباهم المال فهم يسترزقون من خيارته - أرضه- لكنها فيما بعد تأكدت بأنهم لن يفعلوا، ومع الوقت غاب زوجها تماما خاصة عندما زارها يوما بع العملية الجراحية " جاءني مرة بعد أن عدت إلى بيتي من العملية بحوالي أسبوع، بات ليلتها عندي، لم يكن يتصور أن المرض خطير لهذه الدرجة، أرادني في الفراش ولكن عندما رأى ندبة الجرح أحسست أنه تقفّز مني، بقدر ما أحسست بالحزن، بقدر ما فرحت، قلت بأن الله جاءني بسبب يبعده عني إلى الأبد"، ومنذ ذلك اليوم لم يعد زوجها للمبيت عندها، خاصة وأنها تقول بأن صحته تدهورت مع الوقت وصار لا يغادر البيت الا قليلا وبمرافقة أحد أبنائه الذين لا يسمحون له بزيارة بيت زوجته وأبنائها.

من خلال قصة أم هاني المختصرة والمقتضبة - يجب الإشارة إلى أن المريضة كانت ذات مستوى تعليمي جد متدني، والتواصل معها كان صعبا، حتى من ناحية اللهجة، فكانت اجاباتها متداخلة واحيانا متناقضة، ومقتضبة وقصيرة في أحيانا كثيرة، حيث أنها كانت تقول بأن زوجها قد تخلى عنها قبل المرض، وأحيانا تقول بأنه فعل ذلك بعد المرض، ومع تكرار الأسئلة والتركيز، استطعنا الوصول إلى القصة أعلاه- تظهر لنا عدّة متغيّرات تداخلت كلّها لتؤدي إلى الإهمال الزوجي التام أثناء المرض:

- المستوى التعليمي والثقافي المتدني للزوج.

- طبيعة العلاقة الزوجية التي تأسست أصلا على فكرة الاشباع الجنسي والذكوري للرجل الزوج، حيث أنه كان يملك زوجة وأبناء من قبل، ولم يتزوجها لحاجة له في الأبناء ولا بسبب علاقة حب، بل لحاجة في التعدد، يجب هنا الإشارة بأن تعدّد الزوجات قد يكون مصدرا للتفاخر الذكوري في بعض البيئات الثقافية المحلية، فقد "استغل الرّجل في مجتمعنا تعدد الزوجات بعيدا عن هدفه السامي، الذي شرع لأجله العدل فيما بينهم في المبيت والنفقة، فجعل منه وسيلة تمكنه من اكتساب قيمة عالية بين أفراد مجتمعه، وذلك بإقامة منافسة بين مجموعة من النساء على حساب الزوجة " (ساهر 2021)، الأمر الذي جعله يتخلى عنها نهائيا بعدما صار -الجسد- غير قابل للاستغلال بسبب العاهة المستدامة التي أصابته.

- نظرة الزوج لواجباته ناحية الزوجة المحصورة في اطارها المادي، ومنها واجب الانفاق والحفاظ على الشرف، الذي يعوضه الابن البكر، حالما يبلغ سن الرشد، فهو يصير - مَحْرَما- لأمّه يُغني عن وجود

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

الأب من جهة، ومصدرا للتفقة عليها والذي عوضه الابن الأكبر حالم حصل على وظيفة، رغم إصرار الأم على أنّ المدخول الشهري لم يكن ليغطي ولو نصف نفقات الفحوصات زائد التنقل من وإلى المستشفى الذي يبعد حوالي 300 كلم عن مكان إقامتها.

المبحث الثاني: مظاهر نجاح العلاقة الزوجية في مواجهة المرض وأسبابها

عند انطلاقنا في بحثنا هذا حول طبيعة الرعاية الأسرية للزوجات المصابات بسرطان الثدي، وعند تفكيرنا بالخصوص في شقّ الرعاية الزوجية و تأثير المرض على العلاقة، كُنّا متأثرين بالكثير من الأحاديث والروايات والمواد الإعلامية التي أكدتها لنا الدراسة الاستطلاعية عن كثرة حالات تفكك الرباط الاسري والزوجي بسبب هذا المرض، ولكننا التقينا في دراستنا بثلاث حالات، جعلتنا نفكر بأنّ الكثير من الرجال في المجتمع الجزائريين لا زالوا يحترمون قداسة الرابطة الزوجية، ويحترمون المرأة والزوجة ككيان يشاركونهم ويشاركونه أفراحه وأحزانه، ويحترمون لذاته وليس لما يمكنه أن يقدم لهم من متعة.

المطلب الأول: تعايش الزوج مع مرض الزوجة: (مليكّة 63 سنة، السن عند المرض 60، حاسي بحبح،

منطقة حضرية)

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

تدخل حالة السيدة مليكة، في إطار ما صنفناه بـ "التعايش السلبي مع المرض، ولا نقصد بـ"السلبية" حكم قيمي أو أخلاقي حول أفعال الزوج (اهمال، طلاق، تعنيف)، بل السلبية هنا، تعني نوعا من اللامبالاة العاطفية، أو السلبية العاطفية والتفاعلية، وقد أطلق عليها لوجرو (legro اسم عدم المبالاة (indifference) فما هي الأسباب التي جعلتنا نطلق هذه التسمية على هذا الصنف من الأزواج ولماذا؟

1. طبيعة العلاقة الزوجية والأسرية قبل المرض:

تعتبر حياة مليكة نمطية لحد كبير، وتمثّل السيورة المتعارف عليها في بناء الأسرة في الجزائر التقليدية، حيث تم الزواج بينها وبين زوجها بشل تقليديّ حيث لا تربطها به أي علاقة لا عاطفية ولا علاقة قرابة، وقد توقفت عن الدراسة في سن مبكرة، وقد بدأت حياتها الزوجية باستغلالها غرفة داخل بيت العائلة الكبير وكانت تتقاسم مع نساء العائلة الواجبات المنزلية بينما يتقاسم زوجها معهم المصاريف، وبعد حوالي التسع سنوات، وقبل ولادة ابنها الرابع استقلت ببيتها الخاص، وقد أنجبت 6 أبناء ووقفت على تعليمهم وتربيتهم، حيث وصل الخمسة إلى المستوى الجامعي بل إلى غاية ما بعد التدرج (دكتوراه)، بينما لا تزال أصغر بناتها في مرحلة الثانوي، تحصّل زوجها على شهادة كفاءة في التعليم ما يعادل اليوم ليسانس واشتغل في سلك التعليم إلى غاية اليوم، حيث يشغل وظيفة مدير مدرسة ابتدائية.

تقول مليكة أنّ علاقتها بزوجها كانت "عادية، علاقة طيبة يحكمها الاحترام المتبادل"، وأنها كانت تشعر بأنّ مكانتها في بيتها محترمة، فقد كان يشاورها في الكثير من الأمور، خاصة في أمور الأبناء " مع أنه متعلّم... _ تكرّرت لفظة زوجي متعلّم في أكثر من مرّة في سياقات مقارنة بينها هي غير المتعلمة وهو الذي يمثل تعليمه صفة أساسية لدى المصابة (فهو ميزة بالنسبة لها) _ ويبدو أنّ هذه الصفة قد منحتة احتراماً مضاعفاً لدى زوجته، وقد يكون هذا لأنّ تصرفاته معها كانت تتبع -حسبها- من كونه متعلّم، حيث تشدّد كل مرّة بأنّه " يحترمني، ولم يرفد يده عليّ ولو مرّة في حياته، وأنا أيضا أعرف حدودي وواجباتي ناحيته، لقد بنينا بيتنا على هذا الأساس، أنا أعرف ما إذا يحب وما إذا يكره وهو يحترمني ويترك لي الحرية داخل بيتي في التصرف وفي تربية أبنائي... زوجي لا يتحدث كثيرا ونحن نفهم بعضنا دون كثير من الكلام."

إنّ حديث مليكة عن زوجها كان بطلب منّا عندما وجدنا شحاً في التفاصيل عن علاقتها به، ولكن كُنّا كلما تقدمنا في طرح الأسئلة عن تفاصيل الحكاية مع المرض، كلّما تراجع "الزوج" من بين الفاعلين الأساسيين في قصتها.

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

عندما طرحنا سؤالاً عن العلاقة الجسدية بينهما، أحسنا بأنها تحرجت من الإجابة، ورغم أنها قالت بأنها لم تعد صغيرة وأيامها "معروس" قد ولت إلا أنها لم تنكر أنها قبل المرض كانت لا تزال تربطها بزوجها علاقة حميمية لم تذكر تفاصيلها عنها سوى "الراجل يا بنتي ما يكبرش، ولازمك تعطيه حقو، (الراجل لا يكبر، ويجب على المرأة إعطائه حقه)".

يبدو لنا من خلال هذا الجواب المقتضب بأن السيدة (مليكة) لا تخرج عن التصور التقليدي للعلاقة الجنسية بين الزوج والزوجة، والتي تعتبر أنها لا يجب أن تستمتع، وبأن المتعة ليست حاجة أنثوية بل ذكورية بامتياز، وهذا ما يجعلنا نعتقد أن العلاقة بينهما، لم تكن سوى أداة آلية تشبع الحاجات البيولوجية أكثر من الحاجات النفسية والعاطفية.

يتراوح سن الأبناء من 35 سنة إلى 17 سنة، حيث تدرس بنتين في الجامعة - الأكبر طالبة دكتوراه، بينما الأصغر تلميذة في المتوسط، وتخرج الكبير وهو يعمل - لم يتم ذكر طبيعة عمله-، بينما يواصل الأخران الدراسة في الجامعة.

تقول مليكة أن علاقاتها مع أفراد الأسرة الممتدة للزوج عادية وتتسم بالتقارب والاحترام، وكذلك بأمرها وإخواتها وإخوتها الذكور.

2. ردة فعل الزوج مع صدمة الإصابة بالمرض:

من خلال الأجوبة القليلة حصلنا عليها وجدنا بأن الزوج قد تعامل مع مرض زوجته بثبات انفعالي كبير على الأقل داخل أسرته، حيث أنه "تمالك نفسه أمامي، رغم أنه كان متفاجئاً، لم يظهر لي أي شيء"، كان يردد فقط "يسهلها ربي، يسهلها ربي" (سيسهلها الله، سيسهلها الله)، وهنا يبدو من تكرار الجملة أن الزوج قد أحسّ بفقدان السيطرة على الوضع وعرف أنه لا بد من اللجوء إلى القوة الأعظم وهي قدرة الله، وكان في هذا التكرار نوعاً من الطمأنينة لنفسه ولزوجته، وكذلك دعاء إلى الله لتسهيل أمور العلاج والشفاء. وقد انشغل الزوج بعد ذلك بتفاصيل تحديد المواعيد المختلفة وتوفير شروط التنقل والشروط المادية حيث ترك مهمة الدعم النفسي إلى بنات المريضة وأختها وأبنائها بالدرجة الأولى.

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

ورغم هذا فقد كان حاضرا كمسيّر للوضع مع وجود المنفذين الذين يعوّضون غيابه، وخاصة " الأبناء الذكور"، وقد سبق وتعرضنا إلى تعيين ابنه الأكبر كبديل له في نقل الزوجة في الفحوصات الأولى حتى قبل اكتشاف المرض والذي استمر بعد ذلك.

لم تذكر المريضة شيئا عن حوار متبادل بينهما، او عن علامات تبادل عاطفي في حالات انهيارها النفسي، حيث انعدمت في المقابلة كلمات مثل " احتضنني، مسح دموعي، قال بأني لازلت جميلة، خفف عني الإحساس بالألم، خرج معي....الخ)، رغم أن الحالة مليكة ورغم بلوغها 63، واعتقادها بأنها ليست عروسا، كانت من الحالات الأكثر رفضا وانكارا للمرض، حيث ذكرت أختها (زهية 45 سنة، أم لبنتين، مطلقة) القائم بالرعاية الأساسي بأن " كان الأمر جد صعب لم تتقبل أن نفسها مبتورة الثدي مرت بمرحلة نفسية صعبة ترفض الظهور تكرارا أمام أفراد العائلة مالت للعزلة مرات رؤية نفسها في المرآة تضاعف وتبدو عليها حالات الحزن والأسى وكثرت استفساراتها عن عمليات التجميل وعن الإصلاح و....".

نلاحظ هنا تناقضا بين أقوال المريضة " انا لم أعد عروسا" وبين ردة فعلها الراضية لكونها أصبحت بدون ثدي، وهذا ما يجعلنا نعتقد بأنها ورغم عدم اعترافها بالأمر، قد أحسّت بالخطر كزوجة وربة بيت، أن تفقد مكانتها عند زوجها، فتكون النتيجة إما تطليقها، إهمالها، أ على الأقل الزواج بامرأة أخرى.

وتكرّر أيضا بأن زوجها " كان متفهّما للغاية"، وقد يكون القصد من لفظة متفهّم، ليس الوقوف العاطفي، بل عدم التعامل بشكل سيئ، جارح أو قاسي، مع حالة زوجته النفسية، بل أنّه كان يتركها على راحتها، وفيه نوع من استحسان ردة فعله، في عدم التخلي عنها، بطريقة من الطرق المذكورة أعلاه.

إنّ بلوغ الأبناء سنّا معيّنًا، قد يؤدي بالزوج إلى التخلي عن جزء كبير من مهامه العائلية وإسنادها إليهم، وخاصة من الناحية العاطفية، حيث أنّ توفر البنات وقربهن من أمهن قد يشعره بعدم الحاجة إلى تأدية هذا الدور.

3. صمود العلاقة وأسبابها:

رغم أنّنا أطلقنا على المطلب الحالي عنوان (التفاعل السليبي مع المرض)، فهذا لا يعني بأنّ العلاقة قد فشلت، والدليل أنه وإلى غاية وصول الزوجة إلى مراحل متأخرة من العلاج (الكيميائي، الاستئصال، انتظار العلاج الإشعاعي)، فالزوج لا يزال يمارس حياته الأسريّة بشكل عادي، ولا يبدو أنّ هناك أي اضطراب ظاهر في العلاقة، وذلك انطلاقا من أقوال المريضة والقائم برعايتها الأساسي.

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

فالسلبية في التعامل مع المرض لا تعني في حالة مليكة وزوجها اطلاقاً، تخليه عنها، بل هي تدخل كرسد فعل، تتعلق أولاً بطبيعته النفسية والأخلاقية، فقد يكون شخصاً انطوائياً، لا يعبر عادة عن مشاعره، وكذلك تمثلته لدوره كأب، وقد تكون تقليدية، حيث يكون الأب هو الرجل الصامد، الصارم، الذي لا يعبر عن أحاسيسه وعواطفه، ويعتبرها كمفتاح لضعفه أمام زوجته وأبنائه، وهو تمثل اجتماعي، حيث يبقى الكثيرون من الآباء متمسكون بصورة "السي السيد"⁹ التي تجعل من الأب القائد الأعلى للعائلة، الذي لا يقترب منه عاطفياً، وهذا ما يميز النمط التقليدي للأسرة "فالعلاقات بين الأفراد الأسرة في هذا النمط تتسم بالسيطرة الواضحة للأب ليس كرمز حي للسلطة فحسب، بل كفكرة مهيمنة على تصورات الأفراد وممارستهم، حيث يقصى الحوار والإقناع بالحجة يحل محلها الأمر والنهي ووجوب الطاعة والخضوع والعمل وفق قواعد تؤكد شرعية علاقات السلطة القائمة وتحافظ عليها وتعمل على إعادة إنتاجها".

من خلال الخطوط العريضة التي رسمتها لنا أقوال المريضة، استطعنا أن نحكم بأن العلاقة التي تجمع الزوجين في هذا (الزوج) couple، هي علاقة تقليدية المعتقدات، تجعل من الزواج علاقة بين رجل وامرأة في الحلال، لا تستوجب أن يكون هناك تبادل عاطفياً -معنا عنه بالكلمات والتصورات- بل أنها علاقة احترام وتقدير مسبق للأدوار والمهام داخل الأسرة، ولا يعني هذا انعدام العواطف بين الزوجين، بل أن هذه العواطف تعبر عنها الأفعال المضمرة وليس الأقوال والأفعال المباشرة "كالاحتضان، ومسك اليد مثلاً".

ولم يبد من خلال مقابلتنا مع المريضة، أنها منزعجة أو تحس بتقصير من الزوج، بل هي تعتقد بأنه قام بأدواره ووقف إلى جانبها ولم يتخل عنها، هذا من جهة، وكان تكرر كلمة "محترم" "يحترمني" "أحترمه"، تلخص لنا بأن الزوجة راضية باحترام زوجها لكيانها كزوجة وربة بيت وأم وتعتبره ربما أهم من الحب بمفهومه الرومانسي.

ويكمن أساس صمود العلاقة الزوجية هنا، في طبيعة النظرة إلى هذه العلاقة التي لا تعبر عن رباط جنسي، شهواني، أو حتى عاطفي سريع الزوال، بل إلى أنها بناء يرتبط بالزوجين من جهة وبالآباء من جهة أخرى، فعدد الأبناء، وعمر الزواج الذي تجاوز 36 سنة، إضافة إلى الإحساس بالنجاح والاستقرار في الحفاظ على هذا البناء (أطفال ناجحين دراسياً واجتماعياً، استقرار مادي وظيفي)، هو ما يجعل الزوج يغض النظر عن التشوّه الخلقي، بل حتى التغيير النفسي الذي أصاب زوجته في سبيل الحفاظ على الإنجاز الأهم في حياته

⁹ السي السيد: شخصية رئيسية في ثلاثية قصر الشوق للروائي نجيب محفوظ، والذي مثل فيها دور الأب في الأسرة التقليدية المصرية، والتي أصبحت أيقونة وتمثيلاً لصورة الأب، القاسي، الذي يعتبر القسوة والاحترام أساس بناء العلاقة بينه وبين زوجته وبينه وبين أبنائه.

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

وهي أسرته، إضافة إلى خوفه من نظرة أبنائه إليه وخوفه من فقدانه لتقتهم ومحبتهم، إن هو أضّر بزوجته أو تخطى عنها، حيث يعتبر هواري عدّي أنّ "المرأة، الزوجة غير الموظفة، تستثمر عاطفياً في أبنائها، الذين ما يكبرون، حتى يعبروا لها عن تعلّهم...". (laadi 2005)، حيث نعود هنا إلى تحليل بيير بورديو، في دورة حياة المرأة، التي تكون مستضعفة في صغرها وفي بداية الحياة الزوجية ثم تستقوي في كبرها بأبنائها الذكور الذي يصبح عندهم تأثير كبير على أبنائهم في ما بعد (Bourdieu 1990)، وهذا ما تأكّد لنا في حالة ضرة (أم هاني)، التي استطاعت أن تتقوى بأبنائها وتسيطر على الزوج بعد بلوغه سنّ معين بواسطة أبنائه الذكور.

تعتبر الأسرة أكبر من كونها وسيلة لتحديد النسل وتربية الأبناء وأعدادهم للقيام بدورهم في الحياة الاجتماعية، فهي كجماعة وظيفية تزود أعضائها بكثير من الاشباعات الأساسية، كما تعتبر أهمية كبرى في النمو الانفعالي للفرد، وتوفر له شعوراً بالأمن الاقتصادي، إن هذه المقومات التي تتمتع بها الأسرة تساعدها على تأدية أدوارها على الشكل الذي رسمه لها المجتمع (محمد 2018، ص121).

المطلب الثاني: تجربة المرض كمعزز وداعم للعلاقة الزوجية (سعاد، ياسمين، عبلة)

من خلال تتبّع سير حياة كل من الحالات الثلاث المتبقية وأزواجهن (ياسمين، 39 سنة، أم لأربعة أولاد، أولاد جلال)، (سعاد 52 سنة، أم لـ5 أبناء، الأغواط)، (عبلة 48 سنة، أم لأربعة أبناء، عنابة)، تمكنا من التقاط بعض الخطوط المشتركة لحياتهن والتي جعلتنا نعتقد بأنّها من بين الأسباب التي سمحت لعلاقتهم مع أزواجهن ليس أن تستمر فقط، بل أن تتحسن في بعض النقاط بعد خوض تجربة السرطان وعلاجاته الميريّة المختلفة والتي سيتمّ الإشارة إليها وعرضها عبر تتبّع سيرة الأزواج (LES COUPLES مع المرض).

1. طبيعة العلاقة الزوجية والأسرية قبل المرض: (الزواج عن حب)

تتشارك الحالات الثلاث المذكورة أعلاه في أنّ أزواجهن قد بنى على علاقة حب، ورغم أنّ (ياسمين، أولاد جلال)، قد اعترفت بأنّ خطوبتها كانت في الأصل تقليدية (لم تعرفه قبل الخطبة)، إلا أنّ فترة الخطوبة كانت كافية لخلق علاقة حب كبيرة بين المخطوبين "كانت أيام الخطوبة الأسعد في حياتي"، بينما تعرّفت (عبلة 48 سنة، عنابة) على زوجها في سنوات الدراسة الجامعية حيث كان بالنسبة لها صديقاً وزميلاً ثم

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

حبيبا، هذا الحب تكّل بالزواج بعد أن حصل الزوج (عادل، 50 سنة) على وظيفة، بينما إنتقت سعاد بزوجها في "المخيم الصيفي الذي كنا نذهب إليه كل سنة، لأنه تابع للشركة التي كان أبي يعمل فيها، بينما كان هو يشتغل كمنشط فيه، وكنا نلتقي مرّة كل سنة به، ومع الوقت تطوّرت علاقتي به إلى أن جاء لخطبتي، وتزوجنا رغم أنّ والدي كان رافضا للأمر، لأنني من العاصمة وكان عليّ أن أعيش معه في الأغواط، في النهاية تزوجنا...".

ورغم أنّ الزواج قام على أساس علاقة حب، تمّ التفاهم خلالها على النقاط المشتركة المهمة، إلا أنّ الزواج، يعتبر مرحلة الحياة الحقيقية التي تمتحن خلالها المشاعر والعواطف الأولى، حيث أخبرتنا ياسمينة بأنها "... ثم تزوجت في بيت العائلة، 11 سنة، كانت علاقة عادية وكانت هناك بعض المشاكل طبعاً، لا يمكن للشخص ان يعيش مرتاحاً في بيت العائلة، أحياناً كنت أفكر أن أمزق ملابسني وأهرب من كثرة الضغط، وأحياناً تكون العلاقة جيدة، وإلى اليوم لا يوجد عداء كاملاً بل نعيش علاقة طبيعية معهم...". بينما تعبر سعاد عن هذه الفترة بـ " في الأول كان عندي مشاكل في التأقلم بحكم اختلاف العادات والتقاليد ولكن، فيما بعد بدأت أفهم طريقة تفكيرهم واندمجت معهم، وصارت حياتي طبيعية، زوجي متفتح وعشت معه حياة جيّدة، رغم المشاكل المادية التي نعاني منها، فقد بقي زوجي لمُدّة طويلة دون عمل قار، سكنت حوالي السنة مع أهله لكنني لم أستطع عيش تلك الحياة، ثم استقللنا بمنزل لنا في الأول استأجرنا ثم اعطتنا الدولة سكن اجتماعي...".

وفي نفس المنوال تقول عبلة "كنا ولا زلنا نعيش في بيت مستأجر، كلّ مرّة نغير البيت... علاقتي بأهله جيّة عاداً اخوتيه العازبتين لا يحببني ولا يتقبلني..."، نلاحظ هنا أنّ الزوجات الثلاثة قد أعلن أنّ حياتهن لم تكن مثالية وقد تخللتها الكثير من المشاكل وأهمها: المشاكل المادية، توفير البيت، الوظيفة، مشاكل التأقلم مع الزوج ومع أهله ومحيط الزواج. ويعترف هنا الأزواج بأنّ زوجاتهم قد بنين معهم البيت رغم المصاعب، حيث يعترف (عادل 50 سنة، عناية) بأنّ زوجته قد "صبرت معي كثير، فألى الان انا بلا منزل".

وتتميّز العلاقة بين الأزواج الثلاثة من خلال الأحاديث المختلفة التي أقمنها معهم، بتعدي العلاقة من الزواج إلى أنواع أخرى من العلاقات، فهي علاقة صداقة أحياناً، وشراكة في أخرى، حيث عبّر عنها عادل بـ "شريكة حياتي، أم أولادي"، بينما نستشفها في قول ياسمينة "دراهمي، دراهممو، ماكاش فرق" (مالي

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

هو ماله ليس هناك فرق)، وتقول سعاد: " هو صديقي وكل عائلتي، بعد سنوات من الغربة، رجع هو كلش بالنسبة ليّ".

ولا يعني هذا عدم وجود خلافات أو اختلافات بين الأزواج، بل أنّهم ككلّ العائلات، يتعرضون لضغوطات الحياة ولسوء التفاهم ولاختلاف وجهات النظر في الكثير من القضايا التي ترتبط بعلاقتهم معا، أو حول تربية الأبناء أو التسيير المالي وغيرها، غير أنّهم قد اشتركوا في وصف العلاقة الحميمة بينهم قبل المرض بالجيدة والمستمرة.

يتميّز عدد الأطفال في الثلاث عائلات بالمتوسط، حيث تملك كلّ من ياسمينة وعبلة أربعة أطفال أما سعاد فعدد الأطفال هو خمسة وقد أصيبت كلّ منهن بالمرض بين سن (37 - 46 - 48 سنة) يعني قبل سن اليأس، وفي عزّ عطائهن الجنسيّ والأموميّ، حيث كان أطفالهم لا يزالون في حاجة الرعاية والاعتناء، إلا فيما يخص، ابنتا سعاد وعبلة (18 سنة).

2. ردّ فعل الأزواج مع صدمة إصابة الزوجة بالمرض:

لقد تعرّضنا للحالات الثلاث في المبحث الأول حيث كان الزوج بالنسبة لهن هو المستشار الأول حول شكوك المريضات بالإصابة، إضافة إلى أنّهم قد رافقوا زوجاتهم في الكشوفات الأولية، ووقفوا معهن في مرحلة انتظار النتائج، ويبدو من خلال التصريحات المختلفة، أنّ الأزواج قد أصيبوا بصدمة حقيقية بعد اكتشاف أنّ الزوجات مصابات بسرطان الثدي، غير أنّهم قد تمالكوا أنفسهم، من أجل زوجاتهم ولم يكن لديهم فرصة للانهيار بسبب عدّة أسباب أهمّها ضرورة التصرّف بسرعة من أجل العلاج، حيث يقول (عادل، 50 سنة، عنابة) " طبعا كان خيرا مفاجئا لا يمكن وصفه، كان هناك الخوف الهلع، *UN CHOC*، وكان أول ما تبادر إلى ذهني هو ضرورة معرفة المرض، وطريقة العلاج، لأن الوقت كان يداهمنا، فقد اكتشفناه في مرحلته النهائية"، ويصرّح (ديدح، 46 سنة، أولاد جلال) "....أول شيء جاني الموت بين عينيّ، فكرت في الفراغ اللي رايحة تخليهي، وفي الأطفال، وخفت لو تعاني مع المرض..... مع السرعة تاع الإجراءات، ما بقيتش نخم بزاف، ولينا نخموا فقط في الخطوة الجاية وواش لازم نديرو، كان لازمنا نعملوا الكثير من الفحوصات والراديووات وبسرعة، لذلك ماكانش عندنا الوقت للصدمة وللبكاء".

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

(أولا ففكرت في الموت، فكرت في الفراغ الذي ستتكره لي... مع سرعة الإجراءات، لم أعد أفكر كثير، كنا نفكر فقط في الخطوة القادمة وما علينا عمله، كان يجب علينا أن نقوم بالكثير... لذلك لم يكن عندنا وقت للصدمة والبكاء)

بينما تروي لنا سعاد عن تجربتها عندما أعلنت لزوجها ما مرضها لأنها دخلت لوحدها عند الطبيب، "...خرجت عند زوجي وعندما سألني ماذا هناك، فقلت له "ما عرفت إلا نضحك وإلا نبكي" فقال ماذا هناك؟" فأخبرته بأنه سرطان في الثدي"، فقال لي "خلاص، عادي، واش كاين، ما كاين والو"، (وماذا يعني، إنه لا شيء) لا أدري في داخله ماذا كان يفكر، لكن أنا لم يبين لي بأنه شيء خطير، بل راح يشجعني، ويقول بأنه أمر بسيط، وسنتابع العلاج وتشفين بإذن الله.... ولكن عندما أجريت العملية وقد طالت مدتها، أخبروني بأنه "كان كالمجنون، وكان خائفا جدا".

يظهر لنا من خلال الشهادات الثلاث أنّ الأزواج كانوا يشعرون بالخوف، الصدمة، الألم و الفزع، وكل الأحاسيس السلبية التي ممكن أن يوقظها سماع كلمة سرطان في الذهن، لكنهم مع هذا تمالكوا أنفسهم، وحاولوا أن يكونوا قدر المسؤولية التي ألقيت على كاهلهم مع سماعهم للكلمة، والمعروف اجتماعيًا بأنّ الرجل هو المسؤول على حماية زوجته وأبنائهم وعليه أن يلعب دور (الحامي) يوقّر الإحساس بالأمان لزوجته، ولم يسترسل الرجال في التعبير عن حالتهم النفسية وطرق التعبير عنها، وهذا جزء من التركيبة النفسية الذكورية "الذكورية" التي يعتبر فيها الرجل أنّ أنواعا من التعبيرات قد تكون تمسّ بصورته كرجل قويّ، شديد ومنيع كالبعاء مثلا.

عند سؤالنا للزوجات عما إذا كانوا قد تحدثوا مع أزواجهم عن استئصال الثدي ومدى تقبل الطرف الثاني للفكرة أو هل فكّر في أمر مدى تقبل الزوج للأمر، أجابت الثلاثة بأنّهن في فترة من الفترات تحدثن إلى أزواجهن عن ذلك، وبأنّهن رغم ثقتهن في حب أزواجهن لهم، إلا أنّ الفكرة قد راودتهن خاصة عند سماع أحاديث وأخبار عن نساء تمّ التخلي عنهن لهذا السبب، فتقول سعاد: "... فاتحته بالموضوع قلت له مرّة أو مرتين، أنّه حر، إذا أراد أن يجتد حياته مع أخرى، فقط عليه أن يترك لي أبنائي ويوفر لي منزلا في العاصمة مع أهلي.."، ونفس الشيء فعلته ياسمينة: "لم أكن متوقعة نهائيا أن ينزعوه مني، مهما كان هو جمال المرأة وشيء ينقص منك، كنت أفكر في نظرة زوجي اليّ، وأنا قلت له إذا كنت ستقف معي اللهم بارك، إذا كنت لا تريدني ولا تقف معي عد إلى أمك، واتركني مع أبنائي" بينما تقول عبلة: "... زوجي كان "مخلوع" هو ثان "تشوكا"، لكن ما خزنناش ابدا لناحية انه إذا نحيت الثدي يعني ما ينظريش

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

مليح، خاصة هو ما فكرش في الامر وما بينلي حتى حاجة، أنا فقط اللي تحسست شوية، يعني تبقى المرأة تتوسوس وتفكر تقول "بالاك يتبدل عليا، فهمتيني"، بقات هذه الأشياء تخدملي في راسي في وقت *la chimio*، خدمتلي مدة طويلة" (كان زوجي خائفا هو أيضا صدم، لكننا لم ننظر إلى جانب أنني إذا تم بتر الثدي فإن زوجي لن ينظر إليّ ثانية، أنا فقط صرت حساسة قليلا، يعني المرأة تبقى تفكر بوسواس، تقول، ربما يتغير من ناحيتي، فهمتيني؟).

غير أنّ الأزواج كان لديهم تصرف وفكرة أخرى عن الموضوع، تقول ياسمينة " فقال لي توقفي عن هذا الكلام، بعد أن أجريت العملية، كنت أحدثه عن حالتي الان وبأنني لم أعد مثيرة، فقال لي بأنني لم أعد عروس ولا تفكري بأنك ناقصة شيء، وهذه الأشياء لم تعد تهمة بقدر ما يهمله وجودي وحياتي له ولأولاده. " وفي نفس السياق جاوبنا زوجها عن نفس السؤال قائلا (ديدح 46 سنة): " لسنا عريسين جديدين، لقد تزوجت بها وهي في كامل جمالها وصحتها، وعشنا ما كتبه الله لنا كذلك، وبعد ان نقص جزء منها لا يهمني كثير، المهم ان زوجتي قد عادت لي من القبر، ولأولادها".

وهو نفس ما ردّبه زوج سعاد حيث كان يقول لها كلما فاتحته بالموضوع: " ولكن هو يجيبني بأنني "مجنونة" وأنه لا يفكر في الأمر ولا ينويه أصلا".

إنّ وقوف الزوج مع زوجته يمدها الكثير من الشجاعة والقوة وهذا ما لاحظناه في الحالات الثلاث (ياسمينة، سعاد، عبلة)، حيث أنّهن كنّ الأكثر شجاعة، قوّة وإيجابية في التعامل مع المرض، فعلى طول المقابلة، كانت الكلمات والعبارات والايجابية أكثر من السلبية بكثير، حيث عادت ياسمينة سريعا إلى ممارسة الخياطة، حتى في مرحلة العلاج بالأشعة، بينما بدأت عبلة ممارسة وظيفتها من جديد بعد انقطاع حوالي 15 سنة، إضافة إلى ممارسة الرياضة، بينما عبّرت لنا سعاد في أكثر من مرّة بأنّها لم تبك منذ أصيبت بالمرض ولو مرّة وأنّها كانت تحاول البقاء قويّة، وحتى في مراحل العلاج الكيميائيّ كانت تقوم بواجباتها المنزلية دون انقطاع كبير: " كانت هذه الأشياء تفرحني وتشجعني ولكن ما فعله من أجلي طول مراحل المرض والعلاج هي التي أثبتت لي أنّ زوجي يحبني وأنه لا يفكر فيما فكرت فيه"، ورغم أنّ المرض وعلاجاته المختلفة قد ترك آثاره على النساء حيث تصرّح ياسمينة " ...رغم ذلك يمكن القول بأنني فقدت الكثير من قدرتي البدنية بعد المرض، أتعب بسرعة ولا أتحمّل بذل مجهود كبير...،" وفي نفس السياق تعبّر سعاد عن صحّتها بعد المرض فتقول: "... الآن أتابع عند طبيب الغدد، والضغط، وقد تعبت الكبد والكليتان من العلاج الكيميائي...".

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

المطلب الثالث: عوامل نجاح العلاقة ودوامها في مواجهة مرض سرطان الثدي

1. استراتيجيات الأزواج في الحفاظ على الحياة الحميمة بعد البتر:

تعتبر استمرارية العلاقة الحميمة عند أيّ زوج، دعامة من دعامات استقرار الحياة الزوجية ومنه الأسرية عموماً، ولا يشكل ذلك أهمية للرجل لوحده، بل للمرأة واستقرارها النفسي أيضاً، فرغبة زوجها بها يعطيها شعوراً بالثقة النفسية، وفي حالة دراستنا لتأثير سرطان الثدي على الحياة الأسرية كان لزاماً علينا التطرق إلى هذا الجانب من الحياة، حيث لم ينجح المتزوجون في حالات والطلاق والإهمال على المحافظة على العلاقة في وجود هذا المشكل، فكيف حافظ الأزواج الثلاثة على علاقتهم الحميمة بدون الالتفات أو الاستسلام لإحساس فقدان عضو حسّاس كالثدي، مع وجود التشوّه الذي تتركه عادة جراحات الثدي.

لم ينكر الأزواج الذين تمّ محادثتهم من اختلال العلاقة الجنسية في فترة من فترات المرض والعلاج، حيث أكدت (سعاد، الأغواط) بأنّها منذ البداية في اجراء حصص الكيميائي الستة، ثم اجراء العملية الجراحية واعدتها بسبب خلل أدى بها إلى الدخول في غيبوبة ثم التشافي قليلاً، ثم اخذ الخزعة وخروج نتيجتها، أي حوالي السنة من العلاج، انقطعت تماماً عن الممارسة الجنسية مع زوجها، ولم يكن هناك بينهما أي تواصل حميمي فتقول " لا لقد توقفت العلاقة الجنسية بيننا منذ أن بدأت العلاج الكيميائي إلى غاية اجراء العملية وحتى خرجت نتائج تحيل العينة وهنا كَلمني الجراح وقال لي، الان إذهبي وعيشي حياتك بشكل عادي، مع زوجك ومع ابنائك، فأنا حتى أخبرني الطبيب بذلك أحسست نفسي قد تحررت من الورم، وهنا عدنا تدريجياً إلى العلاقة...".

بينما يشير (عادل 50 سنة، عنابة)، بأنّ العلاقة الجنسية فقدت أهميتها بالنسبة له في فترة مرض، علاج، تشافي زوجته، فهي لم تصبح أولوية بالنسبة له، كما فقدت الكثير من الأشياء الأخرى ذلك، لأنه كان يفرّج في انقراض حياة الزوجة، وانقراض سيرورة حياة الأسرة التي قد تنهار دون أمّ " في الأيام الأولى لاكتشاف مرضها، لم أفكر في هذا الامر مطلقاً، كنت افكر فقط في حياة زوجتي، وفيما بعد صار الامر صعباً يعني هذا الامر (يقصد العلاقة الجنسية) كانت تذكر بالعضو الذي فقدته، حيث تعتقد بأنها ربما صارت أنثى ناقصة، أو أنها فقدت جاذبيتها، وهو الامر الذي تسعى طيلة اليوم إلى نسيانه، ولكن حتى أنا صار الامر بالنسبة لي ثانوياً، ففي هذه الحالات تتغير أولويات الشخص الكثير من الأشياء نسيته أو تناسيته، في خضم الواجبات والمصاعب اليومية...."، يبدو من خلال كلام عادل وسعاد، أن المرأة اثر اصابتها بالمرض واستئصال الثدي، تصبح متهربة من العلاقة الجنسية وتعاني نوعاً من البرود الجنسي، حيث أنّها تذكرها

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

بالنقص الذي أصابها"، وقد يكون ذلك من خجلها من نفسها وجسدها وهذا ما ذكرته لنا سابقا (رجاء، 36 سنة، مطلقة، بني سليمان) حيث عبرت لنا سابقا بأنها كانت تخجل من صورتها الجديدة الأمر الذي جعلها تصاب بانهيار عصبي شديد، والبقاء دون علاقة لمدة طويلة تقارب العام عند أزواج تتراوح أعمارهم بين منتصف الثلاثينات وبداية الخمسينات، أي في أوج عطائهم الجنسي، يبقى أمرا شديد الصعوبة وعاملا من عوامل الضغط النفسي، قد يؤدي إلى انهيار في العلاقة، وهذا ما رأيناه مع الحالات السابقة.

وهذا ما أكدته (ياسمينه، أولاد جلال) عبر سردها لقصتها حيث تقول بأنّ علاقتها قد عرفت بعضا من الاضطرابات، حيث تقول: " في الأول قبل العملية وبعدها كانت الأمور عادية، لكن عندما كنت في مرحلة العلاج الكيميائي وخاصة بعد تساقط شعري، أحسست ببرود جنسي كبير ولم تكن لي أية رغبة في العلاقة، لكن زوجي لم يتركني، لأنني كنت قد أوصيته ان رأني أبتعد عنه "تعني في العلاقة" الا يستسلم لي ويعيدني اليه، وهذا بالضبط ما قام به، فقد كانت العلاقة تعطيني دفعا وتشجعتني، وكما أخبرت الطبيبة مرة "راجلي هو اللي يرفد بيا أو يطيح بيا " " زوجي هو الذي يحملني ويشجعتني او اهو الذي يضعني في الحضيض".

يبدو أنّ ياسمينه كانت واعية جدًا بالخطر الذي قد يؤدي إليه إبتعادها عن زوجها جنسيًا، في حالة رغبته بذلك، لذلك اتخذت استراتيجية للتعامل حيث طلبت منه ألا يتركها تستلم لـ" برودها "الجنسيّ وألا يستسلم هو أيضا من طلب التقرب منها.

ان صمود العلاقات الزوجية، رغم المعاناة الجنسية للأزواج لفترات مستمرة وطويلة، تجعلنا نتساءل عن العوامل التي مكّنت لهم من تجاوز هذه الازمة والتعايش معها؟

2. المتغيرات المشتركة المؤثرة في نجاح العلاقة:

من خلال تتبّع مسارات الأزواج الأربعة، الذين استطاعت علاقاتهم الاستمرار في مواجهة المرض، استطعنا أن نستخرج بعض النقاط المشتركة التي من الممكن أن تكون قد تدخلت في إنجاح العلاقة واخراجها من دائرة الخطر:

- **علاقة الحب والاحترام:** القائمة بين الأزواج، قبل وأثناء الزواج، ولا نقصد هنا العلاقة الرومانسية التي تسود بين الزوجين في فترة التعارف والخطبة وغيرها، بل العلاقة الإنسانية المتشعبة التي تجعل من الزوجين متفاهمين ومتكاملين في جوانب كثيرة من الحياة، وتزيد من توطيدها المراحل الحياتية المختلفة التي يمتحن

الفصل الثالث: تأثير إصابة المرأة بسرطان الثدي على العلاقة الزوجية

فيها الزوجين ويكتشفان بعضهما أكثر فأكثر، حيث مرّ الأزواج بمراحل ضعف مادي، ومشاكل مع أهل الزوج، مشاكل التأقلم مع المحيط (في حالة سعاد مثلا)، وهذا ما جعل الأزواج يتعلقون بزوجاتهم أكثر، وقد رأينا هذا في تكرار أقوال مثل "زوجتي امرأة ونصف، وقفت معي بزاف"، " صبرت معايا ولحد الآن أنا لا أملك منزلاً" وهنا نستشف الاعتراف بالجميل الذي يَكُنّه الأزواج لزوجاتهم، ويقدمونه على أيّ أمر آخر.

- الهدف من الزواج وبناء الأسرة: يبدو هذا الأمر بديها في الأول لكننا رأينا كيف أنّ هناك علاقات تبنى لهدف محدّد: كالزواج من أجل رعاية أطفال الزوج (حالة سامية)، الزواج من أجل المتعة الجنسية الخالصة (حالة أم هاني)، حيث يبدو أنّه إذا كانت النظرة إلى الزواج أكبر من الحصول على امرأة للإمتاع الجنسي أو الخدمة المنزلية، بل النظر إليه على أنه شراكة نفسية، عقلية، جسدية ووجودية، فإنه إذا اختل جزء ما، ستبقى الأجزاء الأخرى حاضرة وتغطي على العيوب.

- عمر الزواج وعدد الأطفال: تشكّل العشرة بين الزوجين رابطا قد يفوق في قوّته رابط الحب والعاطفة الجسدية العابرة، حيث يظهر في الأزواج الأربعة أن سن الزواج قد فاق العشر سنوات ووصل إلى 36 سنة في حالة (مليقة)، المر الذي يجعل الزوج يرتبط ارتباطا وظيفيا بالزوجة بغض النظر عن العلاقة الجنسية وقدرة الزوجة على القيام بواجباتها المختلفة.

إنّ وجود عدد كبير من الأطفال بين الزوجين يزيد من ارتباطهما من جهة، ويمنع الرجل من التفكير في زوجة أخرى أو في التخلي بشكل بسيط عن أسرته، خاصة إذا بلغوا عمرا معيّنة، حيث تصبح صورته في أعينهم مهمة جدّا بالنسبة له، " ان المرأة تحاول جلب أكبر قدر من الأطفال لتفادي الطلاق" (laadi 2005).

- الصلابة النفسية وقوّة شخصية الزوجات، حيث لا يستسلمن للمرض ولنظرتهم السلبية لأنفسهن، الأمر الذي يؤثر في نظرة الرجل نفسه لزوجته، بحيث لا يحسّ بأنها كائن ناقص، غير فعّال في الأسرة.

- فهم المرأة لوضعها وعدم استسلامها لمشاعرها السلبية تجاه ذاتها ومحافظتها على أدائها الجنسي وعلى العلاقة الحميمة، يؤثر كثيرا على استمرارية العلاقة.

- إنّ لطبيعة العلاقات الأسرية والمحيط العام السائد داخل الأسرة قبل المرض علاقة متوازية مع ما سيحدث فيها بعد المرض، فلا يكون المرض عادة سوى سبباً إضافياً للتهرب وفك الرابطة، حيث يعتبر الكثيرون ومنهم "أنّ لنوعية المحيط الأسرية تأثير في التوازن النفسي لأفراده، ومنه فإن محيط عائلي يتميّز بالتوافق وبمستوى متدني من الصراعات يتماشى بشكل طرديّ مع مستوى أقل ارتفاعا من القلق ومع قدرة أعلى على

التأقلم عند أعضائه مقارنة مع العائلة التي تتميز بعلاقات متباعدة ومستوى صراع عال " (delvaux 2006, 85).

خلاصة:

تُمثل الإصابة بمرض السرطان صدمة حقيقية للمريضة والمحيطين بها وتختلف ردود أفعالها وأفعالهم أثر الإصابة بهذا المرض وتتدخل في ذلك عدّة عوامل وأهمها: التمثل والتصور الاجتماعي لهذا المرض، والتصور الذاتي للمرأة لهويتها الجديدة كمصابة بسرطان الثدي، وتتأثر العلاقات الزوجية بهذا المرض بشكل كبير وتختلف من حالة لحالة ومن زوج لزوج، فقد تنتهي العلاقة نهائياً بسبب مجموعة من العوامل وأهمها: خلل في العلاقة الجنسية وخلل في الأداء الوظيفي المطلوب منها كزوجة وأم. وقد يكون الحكم العام المبدئي هو أن سرطان الثدي سيؤثر بشكل سلبي على العلاقة بشكل مباشر لكننا اكتشفنا من خلال بعض الحالات بأنه قد أضاف إلى العلاقة الكثير من القيم الإيجابية، كالتعاون، التراحم، الصبر، التضحية والتعاون.

الفصل الرابع

الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية:

الخصائص والتحديات

تحليل وعرض نتائج الفرضيتين الثالثة والرابعة

الفرضية الثالثة:

(تتميز الرعاية التي تقدمها الأسرة الجزائرية للزوجة المصابة بسرطان الثدي بمجموعة من الخصائص المرتبطة ارتباطا وثيقا بالقيم الاجتماعية والدينية للمجتمع، من حيث تقسيم أدوار الرعاية ومميزاتها.)

الفرضية الرابعة:

(يتعرض القائم برعاية المصابة بسرطان الثدي سواء كان فردا أو مجموعة من الأفراد، لمجموعة من الضغوطات، خاصة المتعلقة بتغير الأدوار داخل الأسرة، وتتخذ كل من المريضة والأسرة آليات مختلفة للتخفيف منها.)

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

تمهيد:

إنّ التقسيم الزمنيّ لمراحل مرض السرطان: اكتشاف وتشخيص المرض، العلاج، نقاهة ما هو إلا محاولة اعتبارية لتقسيم مراحل المرض والرعاية، وذلك لتسهيل الأمر على الباحث ولتتبع سير المريضات ولو بشكل جزئي، لأنّ هذا المشوار لا يسير وفق منحنى تصاعدي واضح المعالم: اكتشاف، علاج، نقاهة، بل أنّه يمشي في مسارات متقطعة ومعادة بل أنّ مسار العلاج من السرطان عادة ما يسير على هذا المنوال اكتشاف-علاج - نقاهة- علاج- نقاهة- اكتشاف - علاج- نقاهة

ويختلف العلاج من حالة إلى أخرى في مدّته وترتيبه، وحتى فعاليته، وفي بعض الأحيان، يعاد اجراء الفحوصات الاستكشافية، وقد يعاد اكتشاف انتقال المرض إلى جهات أخرى طيلة الوقت، فعلاج سرطان الثدي حسب البروتوكولات الحديثة يدوم كأدى تقدير مدّة 7 سنوات، وهنا تكمن صعوبة تحديد أنماط معينة لتقسيم الأدوار والرعاية فهي في تغيّر مستمر بالخصوص مع طول مدّة العلاج وتغيّر حال المريضة من الشعور بالضعف والمرض والعجز أحيانا، والشعور بالنشاط والقدرة على الأداء في أحيان أخرى.

المبحث الأول: خصائص الرعاية الأسرية للزوجة المصابة بسرطان الثدي في الجزائر

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

المطلب الأول: ارتباط الرعاية الأسرية للمريضة بالموروث الاجتماعي الجزائري

إنّ البحث عن القائم بالرعاية الاساسي والوحيد بالمريضة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية، هو طلب غير قابل التحقيق بالشكل الحرفي للعبارة، فقد تقع أكبر مسؤولية على فرد معين لكنّها لا تكون كلية بشكل تام، ويرجع ذلك إلى طبيعة الأسرة الجزائرية التي لا تزال تحافظ على ترابط العلاقات العائلية بين الأسر، فالكثير من يعتبر أنّ الأسرة النووية لا تتفصل عن الأسرة الممتدة إلا في المسكن، حيث لا يمكن أن نطلق عليها اسم أسرة "زواجية مستقلة" بشكل تام، وذلك للتبادلات المتواصلة التي تحدث بينها، في الزيارات العائلية، العلاقات المالية وحتى من ناحية الولاء والخضوع لل"جد والجدّة" في أشكال مختلفة، (laadi 2005).

1. الواجب كدافع أولي لرعاية المريضة:

إنّ عبارة "الواجب" أمر أساسي في استمرار العلاقات بين الأسر النووية المنفصلة "سكنيًا" عن العائلة "الأم"، و"الواجب" يعني ضرورة قيام الأفراد ببعض الواجبات ناحية الافراد الاخرين في مناسبات وظروف معينة، كواجب تقديم العزاء، واجب دعوة العائلة لحضور الأفراح، واجب المعايدة، واجب حضور الأعراس، حفلات الختان، "السبوع" (عند ازدياد مولود جديد) أو ما يسمى بالعقيقة، وواجب زيارة المريض وغيرها، إنّ هذه الواجبات لا تؤدى بالحضور البدني فقط، بل بإحضار الهدايا، وعرض المساعدة المادية والبدنية. ومن شأن القيام بهذه الفروض "الواجبات" التي تجبرها العادات والتقاليد، الحفاظ على اللحمة الأسرية والمجتمعية من جهة، وتخفيف الضغط على الأفراد في الأزمات الحياتية التي يمرون بها من ناحية أخرى، كما أنّه يحافظ على مكانة الفرد و"الأسرة النووية" في الشبكة العائلية الأكبر، فعدم القيام ب"الواجب" قد يؤدي إلى استبعاد الفرد أو الأسرة والنظر إليه كفرد غير تابع أو "منضوي" تحت لواء العائلة، إنّ الضغط الاجتماعي الذي تمارسه الشبكة الاجتماعية على الافراد تمنعهم من رفض القيام بالواجب وتترك فيهم وصمة عار إذا لم يفعلوه، " ... هذا ما استدعى مختلف مكونات المجتمع إلى ان تحافظ على بوادر وآليات التضامن، من خلال تفعيل آليات التضامن الأسري والقرباة والروابط الاجتماعية الأخرى على غرار روابط الصداقة و روابط الزمالة المهنيّة... هذا لا يعني أن المتغير القيمي وحده من يفرض نفسه في هذا النمط بل أنّه يشكّل كذلك نوع من الحماية للأفراد المشاركين فيه، وفي بعض الأحيان يطمح المشاركون في هذا النوع من التضامن الاجتماعي للحفاظ على المكانة الاجتماعية للأسرة الواحدة، المتضامنة مع أحد أفرادها" (ايشبودان 2021).

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

إن الإحساس بالواجب تجاه الآخرين، يتعدى المجال الأسريّ إلى مجال الحيّ والجيرة، وتلعب المرأة في حالة مرض احدي جاراتها دورا هاما في الوقوف بجانبها من خلال مساعدتها، وهذا ما وجدناه في الكثير من الحالات التي يتداخل فيها المحيط الأسريّ (الأخت، الزوج، الأبناء... الخ) في الرعاية مع محيط الشبكات الاجتماعية الأخرى (الجيران، الأصدقاء، زملاء العمل)، وهذا من شأنه أن يظهر لنا مدى احتياج المريضة المصابة بسرطان الثدي وأسررتها إلى المساعدة.

وقد تكررت لفظة "واجب عليّ" (هذا واجب عليّ) أو " هذا لحمنا واش نديرو نرموه؟" (هذا يقصدون المريضة) جزء منا ماذا نفعل، هل نرميها؟) أو "يكثر خيرهم قاموا بالواجب معايا" (شكرا لهم، قاموا بواجبهم نحوي)، كردّ عن سؤالنا للقائمين بالرعاية ان كانوا قد اختاروا رعاية المريضة أم أنها فرضت عليهم، حيث يظهر عليهم الانزعاج مرات من هذا السؤال، فنقول (منال، 38 سنة، الأخت الكبرى، عزباء، بني سليمان) إجابة عن هذا السؤال: **الإثنان معا، في النهاية هي اختي ولجأت إلينا هو واجبي ان ارعاها واعتني بها وهي مريضة، وأيضا إذا فرضا انا رفضت ان ارعاها هل سيتقبل احد ذلك؟؟ طبعا لا".** بينما (عادل، 50 سنة، عصابة) يعبر عن الأمر كالتالي: **" طبعا أنا مجبر فهي زوجتي وأم أولادي، لم أكن لأتخلى عنها في وقت كهذا، "ماذا كنت سأعلم أولادي لو فعلت"، ("نحن أسرة وعلينا مساعدة بعضنا في السراء والضراء)،** كما أجابتنا زهية (45 سنة، أخت مليكة، حاسي ببحج) عن سؤالنا إن كانت تحسّ بأنها كانت مؤهلة أو مستعدة للعب هذا الدور؟ فنقول " ...غير أن المسؤولية التي كنت أشعر بها تجاه المريضة أجبرتني على أن أوهل نفسي " فهنا تحسّ الأخت بأن رعاية المريضة هي مسؤوليتها نحوها، مع أنّ اختها متزوجة وعندها أبناء وبنات بالغين وقادرين على رعاية أهمهم.

وهنا يظهر لنا أنّ لفظة "واجب" لا تعني في طبيّاتها الاكراه أو الإحساس بأن ما يفعله الشخص او العائلة للمريضة يأتي فوق ارادته/هم، ورجبته/هم، بل أنّهم مقتنعون بالتزامهم الاخلاقيّ والإنسانيّ نحوها، كما ترى المريضة ولو بطريقة غير واعية بأنّ من ساعدها لم يفعل شيئا خارجا عن "واجبه" نحوها مع أنّها تبقى تحفظ هذا المعروف في ذهنها وتشكرهم عليه، فتتكرّر عبارات مثل **"لن أنسى خيره/ خيرها/ وقوفهم معي ما حبيت".**

ولا تخرج الرعاية أو التضامن عن الاطار القيميّ الذي يقوم عليه المجتمع الجزائريّ ومرجعياته المختلفة، والذي يشكّل الدّين فيها الحيز الأكبر والدافع للعمل، ولا نقصد بالدّين، التديّن الواضح وممارسة الشعائر والعبادات، بل نقصد به تغلغله في التصرفات وردّات الفعل والاعتقادات والتصورات للأدوار، عبر التنشئة

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

الاجتماعية والنمذجة، حيث يكرّر الأفراد ما رأوا آباءهم وكبارهم في العائلة فعله بشكل تلقائي، وفي هذا الصدد تقول: (سنة، 30 سنة، معلمة، متزوجة، برج بوعريريج، ابنت أخت المريضة) "لا توجد مدرسة نتعلم فيها هذه الأمور، مع الوقت نعرفوا واش محتاجا ونعاونوها فيه، وهذا الشيء تعلمناه من مجتمعنا وقيمنا، دائما كنا نشوفوا ماماتنا، عماتنا يتهللو في المرضى والكبار، أنا كنت نشوف ماما كيفاش تتهلا في جداتي ربي يرحمها، يعني بالاك هذي أشياء اكتسبناها في اللاوعي ديالنا" (دائما كنت نشاهد أمهاتنا، عماتنا، يرعون المرضى والكبار، أنا كنت اشاهد أمي كيف ترعى جدتي رحمها الله، يعني ربما اكتسبنا هذه الأشياء في لا وعينا).

ففي حالة سناء نشاهد كيف أنّها اكتسبت القناعة بأن من واجب أفراد الأسرة رعاية بعضهم من خلال ما شاهده منذ طفولتها، فأمرها كانت ترعى حماتها المريضة، ويعتبر هذا في المجتمع الجزائريّ واجبا على زوجة الابن، رغم أنّ الكثير من الفتاوى "الحالية" تقول بأنّ الكتّة غير ملزمة بحماتها شرعا، غير أنّ الموروث الثقافي الاجتماعي لا يقول هذا، ففي بعض الأحيان يتعارض الشرع مع المعتقدات الدينية، والاجتماعية التي تكون أقوى وأكثر تأثيرا.

2. تلقائية الرعاية الأسرية وتبادل الأدوار:

إنّ إصابة الزوجة/ الأم بالسرطان يدخل الأسرة في صدمة كبيرة تستوجب العمل سريعا من اجل تسريع إجراءات الفحوصات للدخول في بروتوكولات العلاج، غير أنّها تدخلها سريعا في أزمة أدوار أو خلل في الأدوار ما ان تبدأ الأمور بالتسارع، فمن يفعل ماذا؟ كيف؟ ومتى؟ وأين؟ .

يجعل طرحنا السؤال بهذه الصيغة، نتصور أنّ أفراد العائلة ستجتمعون مع بعضهم وسيتشاورون على ما يمكن فعله، ويقسمون الأدوار بينهم بحسب اقتراحات بعضهم وتطوعهم أو بحسب ما يراه قائد العائلة مناسبا لكل واحد، ولكن هذه الصورة تبقى مجرد تصوّر ذهني قبليّ "طوباوي" عن الطريقة الأمثل ولكن الحقيقة التي توصلنا إليها من خلال تتبّع سير حياة المريضات وأسرن مع المرض هي غير ذلك تماما، فتحرّك الأفراد خلال هذه الأزمة يكون تلقائيّ يعتمد على تقسيم أدوار متّفق عليه مسبقا بحسب المكانات الاجتماعية لكل فرد من الأفراد من جهة وبحسب مجموعة من العوامل الداخليّة المتعلقة بالفرد والخارجية المتعلقة بالظروف، وهذا ما سنفضّل فيه في المباحث القادمة.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

فبقول (عبلة، 48 سنة، ام لأربعة أطفال، عنابة) "لم نتفق على شيء، كل شيء كان يأتي تلقائياً، ربما زوجي كان يقول لابنتي ماذا عليها ان تفعل، "والله ما علابالي" (لا أدري والله)، لكن كان الجميع يشارك".

وتتميز ردة فعل عناصر وأفراد الأسرة بالهبة العفوية للوقوف مع المريضة وتوفير ما يمكن توفيره من دعم، في الأول تكون الأمور مشوشة قليلاً لكن سرعان ما تتوضح الأدوار التي يمكن أن يقوم بها هذا أو ذلك سواء من خلال اقتراحه الشخصي للمساعدة أو من خلال طلب أحدهم لمساعدته، ويختلف ذلك من عائلة لأخرى ومن فرد لآخر، حيث يتميز بعض الأشخاص بحساسية زائدة لطلب المساعدة فيقول (عادل، 50 سنة، زوج عبلة، عنابة) "وانا من طبعي إلا أطلب شيئاً من أحد حتى المقربين". فما ان يعرف أحد ما بإصابة المريضة حتى يتقدم للخدمة في أكثر من موقف، فها هي عبلة تذكر لنا كيف أنّ زوجة أخ زوجها جاءت إليها بعد اجراءها العملية وخروجها من المستشفى إلى البيت وأخذتها إلى بيتها (بيت الأخ)، لترعاها عندها، حيث لم تكن عبلة تنتظر هذا التصرف ولم تطلب المساعدة لا هي ولا زوجها، الذي تقول بأنه لا يجب طلب المساعدة من أحد، وقد قال هو نفسه الذي يجب المساعدة يعرف كل شيء ولا ينتظر أن أطلب منه ذلك".

كما تعلن (سعاد، 52 سنة، الأغواط) كيف أنّ جارتها التي لا تعرفها بشكل جيد بحكم أنّها سكنت جديدة في الحي، كانت تحضر لها الأكل يومياً وتساعدتها في أمور البيت بعد اجراءها لحصة الكيميائي الأولى، بينما لم يساعدها أهل الزوج في شيء.

هنا يتبدى لنا كيف أنّ الكثيرين يعرضون مساهماتهم بشكل تلقائي وغير محسوب سواء من داخل الأسرة النووية، من الأسرة الممتدة أو حتى من المعارف والجيران، وفي نفس الصدد تقول (أم هاني، 52 سنة، العطف): "امرأة محسنة، عندما سمعت بأمر مرضي، جاءتني بالمال لأنها تعرف حالتي، هي التي اعطتني ثمن الفحوصات، فأخوتي وأخواتي فقراء" زوالية" ولا يملكون سوى قوت يومهم"، تروي لنا أم هاني هنا كيف أنّها كانت مكروبة وتفكر في ثمن الخزعة التي طلب منها اجراءها وثمانها يفوق 10000 دينار.

غير أنّ التلقائية في المساعدة لا تنفي أنّ هناك نوعاً من التنظيم الذي يحدث في مختلف الأحيان، في تبادل الأدوار عندما يكون أحد غير قادر على تأدية الدور المنوط به من خلال انشغاله أو تعبها أو غيرها.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

والأمثلة عن ذلك كثيرة، فتقول (ياسمينه، 39 سنة أم لأربعة أبناء): "كان أخي وأبي يتبادلون دور نقلي بالسيارة إلى المستشفى لكن في النهاية أصبح من يقلني دائما هو أخي الأصغر....". وفي ذات السياق تقول (سعاد، الأغواط) أنّ ما علمت أمّها بخبر المرض، حتى انتشر الخبر في العائلة الممتدة، الأمر الذي جعلهم يتفقون على تنظيم - حملة تبرع عائلي- إذ أحضرت أمها معها ظرفا فيه مبلغ محترم من المال ساعدها في بداية المرض ودام الأمر إلى غاية انتهائها من العلاج. نلاحظ من خلال ما مضى، أنّ العائلة تقوم تطوعيا وبشكل تلقائي بعرض المساعدة ولكن أحيانا تنظم ذلك بشكل سلس، قد يرفض أو يتعاضى فرد ما عن المساعدة ولكن هناك دائما من يسدّ الفجوة إلا نادرا وقد تأتي المساعدة أصلا من خارج الجماعة الأسرية، فها هي (أم هاني، 54 سنة، العطاف) والتي لا تملك سوى ولدين وقد تعرضت للإهمال العائلي بشكل كبير، أنّها بقيت حوالي 25 يوما في المستشفى بعد إجراء عملية استئصال الثدي، وقد كانت غريبة لا تملك أحدا في المدينة (البلدية) غير أن "ربي سخري النفس المومنة" (لقد سخر لي الله نفسا مؤمنة)، حيث تروي لنا كيف أنّ امرأة محسنة كانت تزورها يوميا وتحضر لها الطعام والشراب، وكذلك تغير لها ملابسها وتقوم على نظافتها الشخصية، بل أنّها كانت تشتري لها ما ينقصها من ثياب وتأخذ ثيابها المنسّخة وتغسلها في بيتها ثمّ تعود إليها. وهنا يمكننا الرجوع إلى التحليل الوظيفي للنسق الاجتماعي والذي يرى بأن أي خلل وظيفي يحدث في الجماعة من شأنه أحداث ارباك في سيرورة النسق والأدوار، غير أنّ المجتمع سواء عبر أفراد أو مؤسساته المختلفة، يقوم بشكل آليّ بمعالجة هذا الخلل (ويل 2019)، حيث إذا لم يقم أحد من الأسرة أو العائلة بالدور المنوط به في الرعاية يعوضه شخص آخر خارج المؤسسة وينتمي لجماعة اجتماعية أخرى ليقوم بهذا الدور.

3. آليات اعتبارية للتضامن الأسري، زيارة المريض نموذجا:

تتصرف الأسرة والعائلة كنسق يتفاعل داخله الافراد بوصفهم كينونات تؤدي أدوارا داخل النسق بشكل عفوي واعتباطي، في مواجهة أحداث معينة وهذا حسب التنشئة الاجتماعية وما عرفوه كمعطى اجتماعي سابق لوجودهم، وفي حالة مرض فرد من افراد العائلة أو حتى المجتمع القريب (جار، صديق...الخ) يكون أول رد فعل هو زيارة المريض سواء في بيته أو في المستشفى، وتعتبر زيارة المريض "واجبا" اجتماعيا ودينيا في نفس الوقت، حيث يعود الجزائريون في قيامهم به إلى مرجعيتهم الدينية، حيث ورد في الأثر النبوي

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

الكثير من الأحاديث والأفعال المتعلقة بزيارة المريض والدعاء له*، كما تكمن للزيارة آداب وأخلاق "شرعياً"، كثيراً ما يتم تجاوزها بحكم بعض العادات والقيم الاجتماعية.

وتقيم المريضات بسرطان الثدي وزناً للزيارة على أساس أنها تبيّن لها مكانتها وأهميتها لدى الأشخاص المحيطين بها، لم تخلو مقابلة واحدة تقريباً من ذكر أنّ المريضة قد حصلت على زيارات من الأقارب والأصدقاء، إلاّ فيما يخص حالة (عبلة، 48 سنة، أم لأربعة أبناء، عنابة) حيث لم تتلق زيارة سوى من زوجة أخ زوجها مرةً ومن حماتها مرةً أيضاً، ذلك لأنّ مرضها قد تصادف مع الحجر الكليّ للكوفيد وخوف الناس من الجائحة، غير أنّها غير مقتنعة تماماً بالتبرير الذي وجدته العائلة لعدم الزيارة فتقول "لقاو سبة بالكوفيد" (لم يكن الكوفيد 19 إلا حجة واهية).

نجد الأهمية التي توليها العائلات لزيارة الأقارب لهم كشكل من أشكال الدعم والمساندة من خلال سؤالنا لهم، هل وجدتم الدعم المناسب من العائلة؟ فيكون جواب أغلبهن مرتبط بالزيارة فإما تقول "نعم لقد زارني أقاربي وسألوا عن حالي"، أو يكون بالحسرة بالنفي بأنّ أحداً لم يزرها، أو على الأقل أنّ من كانت تنتظر منهم الزيارة - كنوع من المساندة- لم يفعلوا ذلك.

إنّ ذكر المبحوثات للزيارة تلقائياً دون طلب منّا أو ذكرها في السؤال يبيّن مدى أهمية هذا الأداء الاجتماعي ودلالته للمريض وتمثله له كنوع من المساندة والدعم.

تقول (أم هاني، 52 سنة، أم لولدين) بحسرة وشبه بكاء " ... عندما أجريت العملية، زارتنى أختي مرةً مع أخي، فرحت كثيراً، ثم طلبت من أبنائي ألا يزوروني ثانية لأنّ الأمر كان شاقاً عليهم ومكلف أيضاً، ثم بقيت لوحدي لولا أنّ سخر لي الله النفس المؤمنة"، وللتذكير فإنّ المريضة قد عالجت في مستشفى البلدية "فرانس فانون" وهو يبعد عن العطف بحوالي 200 كم.

وبينما لا يمكن ان نسرّد تجارب كلّ المبحوثين والمبحوثات مع الزيارة إلاّ أنّ بعض التجارب من شأنها أن توضح لنا كيف يقوّس المجتمع واجب زيارة المريض، حيث رغم أنّ (سعاد، الأغواط) قد عانت من تتكرّر أهل الزوج لها إلاّ أنّ عائلتها الممتدة من الإخوة والأخت والأعمام والعمات وحتى أبناء عمومتها قد زاروها لأكثر من مرةً متنقلين من العاصمة إلى الأغواط قاطعين مسافة حوالي 430 كم للاطمئنان عليها ودعمها، وهذا مصدر لسعادتها واحساسها بالاطمئنان.

*. للتعقّب أكثر في الموضوع، يمكن الرجوع إلى مقال: الرعاية النفسية للمريض في السنة النبوية دراسة موضوعية، د. ليلي محمد سليم مجلة

الجامعة للدراسات الإسلامية، عقيدة - تفسير - حديث، العدد 92، ص ص 401-483

<https://doi.org/10.33976/IUGJIS.29.1/2021/88>

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

وغم أنّ زيارة المريضة من طرف أهلها قد تنسيها مرضها من خلال وجودها وسطهم، فتخرج الأحاديث عن المرض وتتشعب إلى حكايات عائلية ونقاشات عن العالم خارج المرض، وهذا ما يجعلها تخرج عن التركيز في مرضها وفي اجراءاته المختلفة، ونقول في هذا السياق (سامية، 43 سنة، مسيلة، مطلقة، بدون أطفال) **كانت جارات أختي (التي كانت تعالج عندها) يزننني باستمرار، نتبادل الاحاديث وأنسى معهن المرض لوقت معين" ..**

غير أنّ الزيارات المتكررة في بعض المرات تصبح عبئا ليس على المريضة فحسب بل على أهلها أيضا، حيث تقول (زهية، 45 سنة، أخت المريضة مليكة 63) **" كثيرا ما كانت أختي تنزل في غرفتها ولا تحب الخروج إلى الضيوف الذين يزوروننا، وكان هذا يسبب لنا الإحراج، كما أنّ كثرة الزوار أرهقت البنيتين اللتين لم تكن لهما فرصة رعاية أمهما بهذا السبب لذلك بقيت معها ... وكانت كلّ الزائرات تأتين لها بملغ مالي ولو بسيط وهذه هي عادتنا في المنطقة"**، كما تقول سناء (38 سنة، أخت المريضة رجاء) **"... كنت أحاول التوفيق بين رعاية أختي ومساعدة أُمي في أشغال البيت، إضافة إلى الضيوف الذين كانوا يزوروننا باستمرار للاطمئنان عليها، كان ذلك مرهقا..."**

لقد طوّرت المجتمعات آليات تلقائية لرعاية الأعضاء الأكثر ضعفا فيها، وذلك من خلال منظومات قيم مختلفة، يعتبر "الواجب" واحدا منها، ويتحرك الأفراد ضمن الجماعة بطريقة تحاول رأب الصدع الذي يتركه مرض الزوجة والام وتعتبر زيارة المريض والاتصال به في حالة عدم القدرة على الذهاب إليه، آلية من آليات التضامن الاجتماعي والمساندة العاطفية التي من شأنها تخفيف الضغط، الإحساس بالوحدة والقلق الذي يؤثر على نفسية المريضة كثيرا، كما أنّه يجعلها تتقبل شكلها من جديد بعد أن تلاحظ أنّ تعامل الجماعة معها لم يتغير.

المطلب الثاني: تقسيم الرعاية في الأسرة الجزائرية وعلاقته بالمكانة والدور الاجتماعي لمقدم الرعاية: ذكر/ أنثى

إنّ تقسيم الرعاية في الأسرة الجزائرية وتوزيع الأدوار بين أفرادها، لا يخرج أبدا عن مرجعياتها الفكرية، الثقافية، الاجتماعية بل وحتى المنطقية، ففي الغالب تتصرف الأسرة عند حدوث أيّ أزمة من هذه المنطلقات العديدة، لتتشكل في النهاية أفعال وردّات أفعال تتسجم في العادة مع الموروثات، وقد تحدّثنا في المبحث السابق كيف أنّ المجتمع الجزائري يعتبر أنّ الرعاية الاجتماعية للمريض عموما والمصاب بالسرطان هي

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

"واجب" اجتماعي ينطلق الجميع إلى فعله بشكل تلقائي، فكيف يتقاسم أفراد الأسرة والعائلة هذا الواجب وعلى أي أساس يقومون به.

وانطلاقاً من البحث الميداني والحوارات العميقة مع المبحوثين والمبحوثات، وجدنا بأن العائلة الجزائرية لا تعتمد على حوار مسبق لتقسيم أدوار الرعاية، إلا في بعض الحالات الخاصة، حيث يقوم كل فرد بما يرى أنه يناسبه كفرد في الأسرة، ويتمشى مع الأدوار والمكانة الاجتماعية التي كان يشغلها قبل مرض الزوجة/ الأم/ الأخت/ البنت، وقد رأينا بأن أغلب الأدوار كانت مقسمة بشكل اعتباطي حسب الجنس، وحسب الأدوار المكفولة به.

إن تقسيم الرعاية المباشرة وغير المباشرة حسب الأدوار الجنسية لكل واحد لا تعني أبداً عدم قيام الذكر بالأدوار المباشرة أو الأنثى بالأدوار غير المباشرة أو جزء منها غير أنه نوع من التقسيم الذي يسمح لنا بعرض نتائج البحث بطريقة مرتبة.

ويمكن تقسيم أنماط الرعاية حسب نوعين أساسيين:

1. **الرعاية مباشرة:** ترتبط الرعاية المباشرة، بالعناية الذاتية والمرتبطة أساساً بالمريضة، كالقيام على نظافتها الشخصية ونظافة محيطها (الفراش، البيت)، تحضير الغذاء لها، الوقوف على ساعات دوائها وأخذها، تحميمها والعناية بحاجياتها اللحظية، خاصة في فترات العجز التي تلي مباشرة العلاج، الحديث معها ومؤانستها ومساعدتها على تجاوز قلقها وخوفها ومساعدتها على تقبل ذاتها، رعاية بيتها وأبنائها، من حيث رأينا أن القلق على الأبناء يأخذ قسطاً كبيراً من قلق الأم، فرأينا أن حسن التكفل بالأبناء يرتبط بشكل مباشر مع الراحة النفسية ويبعث على الاطمئنان لدى المريضة، ويمكن أن نطلق على الرعاية المباشرة، اسم الرعاية الداخلية، حيث ترتبط بالحاجات التي يتم تلبيتها داخل المنزل ومحيطه.

2. **رعاية غير مباشرة:** وهي التي تتعلق بكل ما يحيط بالمرض من حيث السعي إلى توفير مواعيد ملائمة للفحوصات، العلاقات المختلفة مع المؤسسات الاستشفائية، احضار نتائج الفحوصات ونقلها من مكان استشفائي إلى آخر، توفير التكفل المالي والمادي بكل ذلك، وكذا التكفل بنقل المريضة من وإلى المستشفى، والتكفل بجانب الاستجمام في فترات النقاهة، وهذا ما يجعلنا نربط الرعاية غير المباشرة مع كل ما هو خارجي عن ذات المريضة ومحيطها المنزلي، فهي رعاية خارجية.

1. أدوار الذكر (الرعاية غير المباشرة)

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

يتعرض الزوج بصفته الذكر الأول المرتبط بالزوجة المصابة بسرطان الثدي إلى صدمة حقيقية، فهو يجد نفسه فجأة مسؤول عن تعويض المهام المختلفة التي كانت تؤديها والتي رأينا سابقا كم هي معقدة وكثيرة، حيث تشغل المرأة في الأسرة وخاصة داخل المنزل المكانة الأهم، فهي لا تزال رغم التطورات التي حصلت في المجتمع تؤدي المهام الأكبر وهذا ما يجعل الرجل/ الزوج عاجزا في الكثير من المرات عن القيام بالرعاية المباشرة والتي نقصد بها الرعاية الحميمية ورعاية البيت زائد الأبناء إذا كانوا في سن يحتاجون فيه إلى الرعاية وذلك لعدم تدريبه على هذه الأدوار، ما يجعله عادة يكلف شخصا آخر للقيام بهذه المهام بينما يهتم هو بالمهام الأخرى التي لا تقل أهمية، ولا يقوم الزوج فقط بهذه الأدوار بل قد يشاركه فيها رجال العائلة الآخرين وتتمركز أهم أدوار الرجل/ الذكر في رعاية الزوجة المصابة بالسرطان حول الرعاية المادية، إذ يعتبر مكلفا طبيعيا واجتماعيا وشرعيا بإعالة أسرته ماديا، فعليه يقوم دور النفقة على نساء العائلة سواء كانت الزوجة، الأم، الابنة وحتى الأخت وهذا ما يؤكد قانون الأسرة، وحتى لو كانت الأخت أو البنت متزوجة، فإنّ العرف الاجتماعي، يجعل من حقها على رجال العائلة مساعدتها ومساندتها ماديا إذا كان زوجها فقيرا أو مريضا أو غير قادر على إعالتها، وحتى وإن تغيرت الحياة الاجتماعية وأصبحت المرأة أكثر استقلالية ودخلت إلى مجال التعليم وسوق العمل بقوة، فإنّها تبقى اجتماعيا غير مكلفة بالإعالة وغير مجبرة عليها، لذلك فقد يقوم على ذلك الرجال الأقرب في الأسرة.

ونقصد بالرعاية المادية والمالية كلّ ما يتطلب دفع المال، ويدخل تحتها:

- دفع تكاليف الفحوصات،
- دفع تكاليف العلاج،
- دفع ثمن الأدوية اللازمة،
- دفع ثمن النقل والمبيت خارج الولاية،
- اقتناء الغذاء الصحي،
- اقتناء ودفع تكاليف الرعاية الجمالية.
- النفقة على المنزل والأبناء

ولا ينحصر دور الرعاية المالية على الزوج كعميل أول بل قد يتعداه إلى أفراد آخرين في الأسرة، ويكون ذلك في الحالات محل الدراسة كالتالي:

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

1.1 الزوج كمقدم للرعاية المادية: بما أنّ بحثنا هذا يُعنى بالمتزوجات المصابات بسرطان الثدي، فإنّ النظر إلى دور أزواجهن في رعايتهن ودعمهن يشكل أولوية بالنسبة لنا، وفي الحالات المدروسة وجدنا أنّ أغلب الأزواج ولو في مرحلة معيّنة ولو بشكل جزئي، قد قاموا حقا بالتكفل بالرعاية المادية للزوجة، وهذا لا يعني بأنّ الزوج كان يملك أساسا المبالغ الضخمة التي تطلبها الفحوصات والعلاج، ولكن يعني أنّه قام بتدبيرها من جهة ما، ففي حالة (عادل، 50 سنة، عنابة) رأينا كيف أنّه تكفل كليّة بتدبير الأموال التي تطلبها الفحوصات الأولية للزوجة، ثم مبلغ العملية الذي تجاوز 15 مليون سنتيم جزائري، بينما اعترفت زوجته (عبله 39 سنة أم لأربعة أطفال عنابة) بأنّه لم يشأ أن تقلق بهذا الشيء، "وكذلك (ديدح 49 سنة، أولاد جلال)، حيث اعترف بأنّه لم يكن يملك كل الأموال التي تطلبها الفحوصات والأدوية، خاصة مع مصادفتها بموجات كورونا كوفيد 19، وأنه تدبّر أمره في النهاية، بينما تكفل زوج (سعاد، 52 سنة، الأغواط) بتكاليف الفحوصات الأولية، في المراحل الأولى قبل أن تعرف عائلتها الأم بذلك وعند سؤالنا لها من أين حصل على الأموال قالت " لا أدري تدبّر أمره من الأصدقاء وبعض الأقارب ربما"، ويظهر لنا هنا كيف أنّ كلاً من الزوج والزوجة يجدان أنّ من المنطقيّ و"العاديّ" أن يقوم الزوج بالتكفل بالنفقات المادية لعلاج زوجته، وهذا ما رأيناه أيضا في حالة (مليكة، 63 سنة، حاسي بحيح)، حيث تكفل الزوج بمصاريف الفحوصات، الأدوية وغيرها، دون أيّ مساعدة من طرفها، وحتى (رجاء، 36 سنة، أم لطفل، مطلّقة) اعترفت بأنّ زوجها قد تكفل بشكل "عاديّ" بكل مصاريف الفحوصات الأولية والعلاج قبل تطبيقها حيث قالت " لم يكن يشعرني بأيّ حاجة، ويفعل كلّ ما يستطيعه لعلاجي"، بينما دفع طليق (سامية، 39 سنة، مطلّقة، دون أطفال، المسيلة)، ثمن الفحوصات الأولية الأولى.

ورغم أنّ الزوجات تدرّكن جيّد العبء الماليّ الكبير الموضوع على عاتق أزواجهن إلاّ أنّهن كنّ يعتقدن بأنّ علاجهن أمر مكفول من طرف الزوج، وعليه تدبّر الأمر لكن هذا لا يعني أنّ الزوجات لا تساعدن أزواجهن في تخفيف العبء ان استطعن ذلك.

2.1 الابن كمقدم للرعاية المادية وأدواره: إنّ للولد الذكر، وخاصة البكر حالما يبلغ سنّ الرشد مكانة مهمة في الأسرة التقليديّة الجزائرية، وهو يقوم مقام الأب /الزوج، في كثير من الأحيان، حيث يثوم على حفظ شرف العائلة والحفاظ على استمرارية الطابع الذكوريّ لها، بينما يمثل معيلا جديدا للأسرة قبل الزواج وبعده، حيث يلعب دورا في مساعدة الأب في دفع النفقات اللازمة للحياة الأسريّة خاصة إذا كان الأب في حلة عجز أو ذو مدخول محدود، وهذا ما لاحظناه في دراستنا هذه ووجدناه في الواقع، فإنّ ابن المريضة البالغ

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

يعتبر نفسه مجبرا على أداء دور النفقة على أمّه المريضة، وقد وجدنا ذلك في حالة (أم هاني، 52 سنة، العطف، أم لولدين)، حيث قام على نفقة علاجها، تغذيته، تنقلها في البداية ابنها البكر الذي كان سنه عند مرضها 25 سنة، وكان لا يزال لم يتوظف بعد، ثم توظف كمعلم في مدرسة ابتدائية، ثم لحقه ابنها الأصغر 20 سنة، وأصبح المقدم الرعاية الأساسي لأمه المريضة، حيث تكفلا برعاية أمهما وتدبير الأموال اللازمة لذلك، وللتذكير فإن أم هاني قد عانت من الإهمال الزوجي من زوجها سواء من ناحية النفقة أو من جوانب أخرى متعددة.

بينما تكفل الابن البكر للسيدة (مليقة، 63 سنة، أم لستة أبناء، حاسي ببحج) بمساعدة أبيه في التكاليف المادية المختلفة لعلاج امه، لأنه موظف وذو مدخول مادي، وغير متزوج، ولا تأتي هذه المساعدة بعد طلب من الأب/ الزوج، ولكن بشكل تلقائي تتبع من الاعتقاد الراسخ وتصور الابن (الذكر) لدوره في الأسرة، كما يدخل ذلك تحت إطار طاعة الوالدين وواجب رعايتهما المستخلص من المرجعية الدينية للمجتمع الجزائري.

3.1 الأب/ الأخ كمقدم للرعاية المادية: لا تنقطع علاقة المرأة مع أهلها وأسرتهما بالزواج، حيث تبقى تحافظ على علاقات متبادلة مع أهلها، وتتعدى هذه العلاقة الزوجة لتصل إلى الزوج مع أصهاره، حيث تُعرف العائلة العربية والمشرقية عموما بتقديسها لعلاقة المصاهرة منذ القدم، ويتدخل أب المرأة المتزوجة أو أخوها في رعايتها ماديا في حالة عجز الزوج عن ذلك سواء بسبب الموت أو المرض أو الفقر، حيث يحس الأب بمسؤوليته ناحية ابنته التي لا تنقطع مع زواجها، وينقل الأب لابنه الاحساس بمسؤولية ولو جزئيا ناحية أخته، وقد تأكد لنا حضور الأب والأخ في رعاية البنات المتزوجة في عدد من الحالات.

ففي حالة (سامية 39 سنة، مطلقة دون أطفال، المسيلة)، يظهر لنا كيف التي كان الأب والأخ المتزوج حاضرا مع ابنتهما، حيث تكفلا بنقلها إلى العاصمة، ودفعا تكاليف المبيت في الفندق ليومين، وكذا تكاليف الفحوصات الإضافية طلبتها الطبيبة، ثم نقلها إلى سطيف ثم برج بوعريبيج، ولم تدفع المريضة ولو دينارا من جيبها مع أنها كانت متزوجة وقد كلف الزوج أصهاره بهذه المهمة، وحتى بعد طلاقها وبقائها عند أختها للعلاج، ظل اخوتها يحظرون لها مبالغ مالية من فترة إلى فترة كإعانات، بينما تكفل أبوها بالتكاليف المادية للعلاج بشكل منتظم، وليس وجود بعض التذمر من المريضة من رعاية إختها لها وعدم احساسها بأنهم بذلوا الكثير من أجلها - مقارنة بما بذلته هي من أجلهم- يجعلنا نتأكد من التصور الاجتماعي لدور الأخ من أجل أخته.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

وفي حالة (رجاء 36 سنة، مطلقة وأم لطفل، بني سليمان) نجد أنّ الأب والإخوة هم الذين تكفلوا برعايتها ماديًا بشكل كليّ بعد طلاقها وعودتها إلى بيت أهلها، بل حتى قبل ذلك حيث كانت تذهب إلى بيت أهلها قبل الطلاق في فترات النقاهة بعد العملية وبعد الجراحة، وكانت تتلقى الرعاية المناسبة من الغذاء والدواء وغيره حيث تقول: " وحتى الآن أبي وأخي يتعاونوا باش يسدوا كل حاجياتي وحنا مرناش مرفهين يعني قيس قيس، والأطباء يوصوا دائما بضرورة التغذية المتكاملة وأيضاً نأخذ مكملات غذائية اللي ثمنها غالي وما تعوضهاش التأمينات" (حتى الان أبي وأخي يتعاونان ليسدوا كل حاجياتي، نحن لسنا أغنياء، يعني على قدر الحال، والأطباء يوصون دائما بالتغذية المتكاملة وأيضاً يجب ان آخذ مكملات غذائية وثنمنها غال ولا تعوضها التأمينات الصحية).، بينما تؤكد أختها (سناء، 38 سنة، عزباء، بني سليمان) " الأمور الماديّة يتكفل بها الرجال".

يمكن أن يدخل الأب والأخ كداعم للزوج ماديًا، حيث يتكفلان بواحد من المهام المتعلقة بالمصاريف أو الأدوار الخارجية، كأن يتكفل أخ المريضة أو أبوها بنقلها إلى المستشفى، داخل أو خارج الولاية، خاصة إذا كان الزوج لا يملك سيارة، أو كان عليه مزاوله العمل، وقد يتناوب الرجال على هذه المهمة، حيث يقول (ديدح، 46 سنة، أولاد جلال) "ساعدني إخوة زوجتي كثيرا خاصة في نقلها إلى المستشفى (بسكرة)، وإلى العلاج الكيميائي (باتنة)" وتروي لنا (ياسمينه، 39 سنة، أم لأربعة أطفال، أولاد جلال)، كيف تكفل أخوها منذ اليوم الأول الذي بدأت فيه بالفحوصات بنقلها من وإلى المستشفيات، رغم أنه متزوج وأب لأطفال وتاجر أيضا فتقول "العلاج بالإشعاعات قضيته في مستشفى باتنة، فكان أخي وزوجي رفقة أبنائي الصغيران يأتيان معي يوم الاحد صباحا ويتركانني هناك إلى غاية يوم الخميس فيعودان ويأخذانني لقضاء نهاية الأسبوع مع الأطفال".

4.1 رجال الأسرة الممتدة: يتدخل رجال الأسرة الممتدة الآخرون في الدعم المادي للمريضة، زوجها وأسرته، ونقصد بهم:

- أهل الزوج: كإخوته، أصهاره، أبوه، أعمامه، أخواله، أبناء عمومته وأخواله... الخ

- أقارب المريضة: كأخوالها، أعمامها، أبناء عمومتها وأخوالها وغيرهم... الخ

ومن خلال مختلف المقابلات، لاحظنا ظهور هؤلاء الأفراد في تصريحات المريضات، كأفراد داعمين للرعاية ومكملين لها، حيثما يكون هناك عجز في مكان ما، وتبقى هذه التدخلات تدور حول المجال الخارجي للرعاية وتتمحور في:

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

• دعم الزوج مادياً: إمّا بإقراضه أو وهبه المال، مثلما رأينا في حالة (عادل، 50 سنة، عنابة)، حيث ساعده إخوته في جمع مبلغ العملية المستعجل، ومثلما رأينا في حالة (ديدح، 46 سنة، أولاد جلال) حيث صرّح هو وزوجته بأنّ أخوه المغترب، قد دعمه طيلة مرض زوجته بالمبالغ المالية التي كان يرسلها له دورياً، إضافة إلى نقل زوجته مرتين إلى المستشفى من طرف أخوه الذي يملك سيارة، بينما صرّحت لنا (سعاد، 50 سنة، الأغواط) بأنّ زوجها لم يتلق أيّ دعم ماديّ من اخوته بينما ساعده أبناء أخواله كثيراً، كما صرّحت لنا أن رجال عائلتها، ابتداء من اخوتها وأعمامها وأبنائهم، قد ساعدوها مادياً بإرسالهم لها أظرف مالّية من الحين إلى الآخر.

• توفير الأدوية والمكمّلات الغذائية: من خلال المعارف، أو جلبها من الخارج، حيث صرّحت سعاد بأنّ أبناء أخوالها المغتربين هم من كانوا يوفرون لها العلاج الناقص في الجزائر، والذي كانوا يرسلونه لها مجاناً مع أنّ ثمنه غال، وكذلك بالنسبة للعلاقات مع المستشفيات لتقرب وضمنان مواعيد مناسبة، كما صرّحت لنا كلّ من مليكة ورجاء أنّ الكثير من الأقارب كانوا يعرضون مساعداتهم، ويساعدونهم بالفعل مادياً أو في البحث عن الدواء باستخدام شبكات العلاقات لكل واحد.

5.1 أدوار أخرى للذكور:

لا تقتصر الرعاية أو الدعم الذي يقدمه الذكور في المحيط الأسري للمريضة في الدعم المادي، فقد يكون الذكر لا يملك مصدر دخل، أو لم يبلغ سن العمل، وهنا يلعب أدواراً أخرى، قد تعوض الأدوار التي كان يقوم بها الأب قبل إصابة الزوجة، والتي يعيقه عنها انشغاله بأمرٍ أخرى، أو أن تكون من مهام الأم أصلاً، وتتركز أهم هذه الأدوار في التسوق واقتناء حاجيات العائلة وقضاء بعض الأشغال كدفع الفواتير، مرافقة الأم/الأخت/ إلى المواعيد الطبيّة، دون دفع تكاليف النقل، تدبّر النقل للمريضة عن طريق المعارف وغيرها من المهام كما في حالة (عبلة، عنابة)، حيث صرّح زوجها بأنّ ابنين البكرين (16 سنة) قد تكفلا ببعض الأمور كالتسوق وقضاء بعض حاجيات أمهما، وهو نفس التصريح الذي ادلت به (سعاد، الأغواط) بالنسبة لابنها، (مليكة، حاسي ببحج) حيث كان أبنائها الطلبة يعوضون الأب في كثير من أمور المنزل حين كان ينشغل بمرافقة المريضة أو تدبير المواعيد لها.

وعادة ما يكلف الأبناء في سن المراهقة وما بعدها بقليل بهذه الأعباء، التي تعلمهم تحمل المسؤولية بشكل تدريجيّ.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

كما يقوم الذكور من الاخوة والأبناء، عادة بتنظيم رحلات استجماميه للأُم في فترة النقاهة، كما في حالة (أم هاني، العطاف): " كان ابني الأصغر، يأخذني كثيرا إلى الغابات المجاورة، بعد أن نصحنا الطبيب بذلك"، كما صرحت أخت (مليكة، حاسي بحبح) بأن ابنها الأصغر هو الذي كان يأخذ على عاتقه مسؤولية الترفيه عن أمه، والبقاء معها خارجا.

2. أدوار الأنثى/الرعاية المباشرة

تلعب المرأة / الأنثى في الأسرة عادة أدوار الرعاية المختلفة، فهي التي تكلف بها وذلك بالنظر -حسب المجتمع- إلى طابعها العاطفي الذي يصلح لهذه المهمة التي تكتسي بالشحنة العاطفية الكبيرة وبطول البال والقدرة على الصبر، فهي التي ترعى حاجيات الأطفال، المرضى والمسنين والعاجزين، بغض النظر عن درجة القرابة معهم، ورغم خروجها إلى ميدان العمل ومنافستها للرجل فيه بل واضطلاعها بعدد من المهام التي كانت موكلة للرجل مثل التسوق ودفع الفواتير وغيرها، إلا أنها تبقى تضطلع بواجب العناية كمهمة أساسية لها في الأسرة. " وفي هذا الصدد تقول سيسيل جانيون GAGNON إلى غاية اليوم، يعتبر عمل الرعاية، كعمل يعود طبيعياً إلى النساء وهن اللواتي تضطلعن به في غالب الحالات، فالنساء تقمن بثلاثي الأشغال اليومية في المنزل، وحتى عندما يتقاسم الزوجان العمل المنزلي بشكل أكثر توازناً، تجد النساء أنفسهن مسؤولات عن المهام التي "تدخلهن في روتين قاس" مثل الطبخ، التنظيف..." (Gagnon 2019, 27).

1.1 الطابع التساهمي للرعاية الأنثوية:

تتدخل إناث الأسرة بشكل متشابك ومتنوع لرعاية المريضة، بيتها وأبنائها، كأخت المريضة، أمها، وابنتها، كما قد تتعداها إلى الخالات بنات الأخت، العمّة، ويمكن أن تتدخل أم الزوج وأخواته ونساء آخر من عائلته في الرعاية.

- أدوار نساء أسرة المصابة:

من خلال الحالات التي عاينها أدركنا أهمية العلاقة التي تجمع المرأة المتزوجة بأختها والتي تفوق أحيانا علاقتها بزوجها وبأولادها -بناتها الإناث- بل أنه قد يتعدى دور الأم أحيانا، ويمكن تفسير تراجع دور الأم في الرعاية بالنسبة للحالات السابقة في أنّ الأم في المرحلة العمرية التي تصاب به المرأة بسرطان الثدي تكون عادة قد تجاوزت سنًا معينة، بين 70- إلى 85- وهو السن الذي تكون فيه الأم (أم المريضة) عادة قد بدأت تصاب بالأمراض المزمنة المختلفة، وبدأت تفقد فيها لياقتها البدنية، فتكون غير قادرة على الاهتمام ورعاية ابنتها بشكل حصريّ، فقد تركزت بالنسبة للمبجوثات عبارات مثل "أمي كبيرة في السن ومريضة،

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

" لم أشأ ازعاج أمي فهي مصابة بمرض السكري والضغط"، او لارتباط الأم أصلا بمهام رعاية أخرى ك"رعاية الزوج المصاب" (أب المريضة)، "الأولاد الذكور غير المتزوجين (اخوة المريضة)، وهنا يظهر لنا الطابع التضامني للرعاية الأنثوية داخل المنزل.

فعدا حالة "عبلة، أم لأربعة بنات 48 سنة، عنابة)، التي لم تكن لها أخت، وتعاونت ابنتها (18 سنة) مع الأب في رعاية الأم والبيت، من خلال إرشادات الزوج وإعادة تمثّل دور أمها ومحاولة تطبيق ما كانت تراه في البيت، حيث يقول الزوج (عادل، 50 سنة، عنابة) "لقد أدمجت ابنتي في رعاية البيت وأمّها، فهي بنت ورغم أنّ أمّها لم تكن تكفّها بالكثير من أشغال البيت، إلا أنها ساعدتني، في الطبخ ورعاية أمّها، فكانت تحمّمها وتهتم بنظافتها ودوائها..". فقد كانت أسرة (عبلة وعادل، عنابة)، ذات علاقات محدودة ومتشعبة في بعض الأحيان مع إناث الأسرة الممتدة، مع وفاة أم المريضة وحمايتها، الأمر الذي جعل (البنت) في هذه الحالة تضطلع لوحدها دون مشاركة نسوية في القيام بالرعاية المباشرة لأمّها، للمنزل والعناية بأخوتها وخاصة الأصغر 10 سنوات.

نجد في الحالات الأخرى تضافر مجهودات إناث العائلة في القيام بعدد من المهام المختلفة، حيث تتعاون الأم، الأخوات، بل حتى الخالات والعمات، بنات الأخت وأخريات في رعاية المريضة كل حالة حسب ظروفها والمكان الذي تتلقى فيه الرعاية.

ففي حالة (ياسمين، 93 سنة، أم لأربعة أطفال، أولاد جلال) نجد أنّها حين ذهبت بعد العملية إلى بيت أهلها وجدت الرعاية اللازمة من أمها وأخواتها العازبات وأحيانا حتى المتزوجات، وكذلك في فترات العلاج الكيميائي والاشعاعي كانت اخواتها ترعين أبنائها حيث يبقى أبنائها في بيوتهن، وأحيانا يبيتون عندهن، كما كانت أخواتها ترسلن لها الأكل المطبوخ للبيت، عندما كانت ترفض الذهاب إلى بيت أهلها في فترة الكيميائي لم أكن أريد ان تراني أمي في تلك الحالة، بعد أن فقدت شعري ونقص وزني، وكانت حالتي النفسية متدهورة، أردت ان ابقى في بيتي ولم اتركها والكثير غيرها تزوروني أو تراني)، وبنفس الطريقة، تذكر لنا (زهية، 45 سنة، مطلقة وأم لطفلين) أخت المريضة (مليكة 63 سنة) كيف أنّها كانت تتقاسم مهام الرعاية مع بنات المريضة داخل المنزل (كانت البنات تهتم بالمنزل، نظافته، الطبخ، العناية بالضيوف، بينما كنت أكرس كل وقتي لأختي، أقوم على رعايتها الشخصية وفي بعض الأحيان تعوضني ابنتها البكر حينما اذهب إلى البيت عند أولادي)، وبينما كانت زهية شبه مقيمة عند أختها المريضة كانت والدتهما (الجدة) ترعى أبنائها (أبناء زهية) في البيت، وهنا نرى الطابع المركّب للرعاية وكيفية تدخل الكثير من الأطراف

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

لسداد النقص والحاجة التي تتطلبها المريضة بالسرطان، وبنفس الطريقة تتضافر الجهود في أسرة (رجاء، 36 سنة، مطلقة، ام لطفل، بني سليمان)، حيث تقول أختها (سناء، 38 سنة، عزباء، بني سليمان) "أتعاون أنا وأمي وعمتي على رعايتها، بالنسبة لأمي تقوم عادة بالطبخ وأمور المطبخ، أما أنا فأرعاها وأرعى ابنها، وتساعدني على ذلك عمتي" التي أصيبت بالمرض سابقاً.

وبنفس الطريقة تقريبا تتقاسم نساء عائلة (سامية 39 سنة، مطلقة بلا أولاد المسيلة) مهامهن، حيث غادرت سامية منزل أبيها وزوجته لتعالج في برج بوعريريج، أين تقيم أختها الكبيرة المتزوجة، وتعبّر ابنت أختها (30 سنة، متزوجة، معلّمة، برج بوعريريج) عن الحالة التي تمّت فيها الرعاية في بيتهم "لم نتقاسم شيئاً، لكن كل واحدة كانت تقوم بدورها، أمي - أخت المريضة - كانت تقوم بالطبخ وبأشغال البيت، وأنا كنت أقوم على اغلب حاجيات خالتي، التي اعتبرها أختا أكثر من خالة، فأنا قريبة منها كثيراً، كنت أبيت معها في المستشفى عندما يشتدّ عليها الألم وأبقى معها في أغلب الأوقات".

هنا نلاحظ العلاقة المتينة التي تربط أغلب المريضات بأخواتهن، فهنّ اللواتي تقدمن لهن الرعاية الحميمية وترعين أبنائهن، وتبادلهن الحديث وتؤانسن وحدتهن، بينما تقوم الأم، بدور المشرف على سيرورة الرعاية والطبخ والقيام بالمجهودات التي تقدر عليها.

ففي حالة (زهور، 70 سنة، متقاعدة، الجزائر العاصمة) التي انتقلت من بيتها للبقاء مع ابنتها (سعاد، الأغواط)، لرعايتها ورعاية أبنائها، كانت تتعاون مع حفيدتها - ابنة المصابة - 18 سنة في رعاية البيت ولو بشكل ضئيل، فقد قالت الأم بأنّها لم تكن تقوم بشيء كبير عدا في المرحلة التي ذهبت فيها ابنتها للعلاج الإشعاعيّ -ورقلة- بينما بقيت هي في البيت لوحدها لمدة قرابة الشهرين لترعى أحفادها والبيت، ومع هذا فقد حاولت تعليم حفيدتها بعضاً من الاعمال المنزلية، للتخفيف على ابنتها التي لم تكن تسمح لابنتها بالعمل بسبب اعتقادها بأنه عليها أن تدرس، في هذه الحالة نشاهد أنّ الجدّة تقوم بدور نقل الموروث الثقافي والاعتقاد الاجتماعي، بضرورة إتقان البنت للأدوار الأنثوية.

الملاحظ من خلال ما رأيناه من الحالات أنّ الكثير من الأسر الجزائرية تستأنس بوجود الأم/ الجدّة أو الخالة أو العمة الكبيرة في السن في حالة مرض أو غياب الأم، ليس من أجل تقديم خدمة -بدنية- معيّنة بل فقط من أجل تقديم الأُنس وبعث الطمأنينة وأيضاً الحفاظ على النظام العام للبيت، حيث تصرّح (أم هاني، 54 سنة، العطاف) بأنّ الزيارات القليلة التي لاقتها من أمّها كانت تبعث في نفسها الراحة، فرغم كبر سنّها وعدم قدرتها على المساعدة إلا أنّ وجودها كان يبعث الراحة في نفسية المصابة، كما صرّحت

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

(مليكة، 63 سنة، ام لستة أبناء، حاسي بحبح) أنه ورغم وجودها هي والبنات لرعاية المريضة، إلا أن كبيرات السن في العائلة كنّ يأتين بشكل مستمر للبقاء مع "الذري" (الأطفال) نلاحظ هنا النظرة التي يُنظر بها اجتماعيًا، للأبناء غير المتزوجين في الأسرة التقليدية الجزائرية، فمهما بلغ سنهم، فهم دائماً بحاجة إلى عين كبيرة تحرصهم وتحرص سيرورة الحياة داخل الأسرة وخارجها بالشكل الصحيح، وعادة ما تكون هذه العين "نسوية".

- أدوار نساء أسرة الزوج:

تلعب النساء الأخريات في الأسرة الممتدة للزوجة المصابة بسرطان الثدي أدوار أخرى، قد تكون أساسية أحياناً ولكن غالباً ما تكون تكميلية، ففي الحالات التي تمت دراستها لاحظنا تدهور دور أهل الزوج، من حماة وأخوات الزوج وغيرهن، فقد اشتكت غالبية النساء من غياب الاهتمام الذي كنّ تتصورن أنهن ستلاقينه من العائلة التي أصبحن تنتمين إليها بشكل تام اجتماعيًا، فقد كانت الغالبية تجمعهن علاقات طيبة مع أهالي أزواجهن، بل يمكن أن نسميها بعلاقات تبادل خدمات، حيث أغلب النساء كانت تقدّمن خدمات لأهل الزوج، حيث تشاركن في الاعمال المنزلية لبيت الحماة، خاصة إذا كانت المرأة قد مرّت بفترة عيش في السكن العائلي للزوج، مثل حالة (ياسمينه، أولاد جلال) التي قضت 11 عاما في مسكن العائلة، (سعاد، الأغواط) التي عاشت حوالي ثلاث سنوات مع أهل الزوج، (مليكة، 63 سنة) التي عاشت مدة طويلة أيضا في بيت الأهل، (رجاء، بني سليمان) التي تزوجت وتطلقت وهي لا تزال تعيش في بيت عائلة الزوج، (سامية، المسيلة) التي رغم قصر عمر زوجها -ثلاث أشهر- إلا أنّها تزوجت وتطلّقت وهي في البيت العائلي للزوج، فلم نجد من بين هذه الحالات من ذكرت إحدى نساء أسرة الزوج كمقدّمة رعاية مباشرة لها، سوى في حالة (عبلة، عنابة) التي لا تربطها بأهل زوجها صلة وثيقة، ولم تعش معهم ورغم ذلك قامت زوجة أخ زوجها (السلفة) برعايتها بعد اجرائها العملية.

وفي الحالات القليلة التي لاقت المريضات دعماً من أسر أزواجهن، كانت الرعاية تتعلق بتحضير بعض الأكل لزوج المريضة وأبنائه، رعاية أبناء المريضة في غيابها مثل حالة (ياسمينه، أولاد جلال)، التي أقرت بأنّ أبنائها كانوا يشعرون براحة أكبر عندما يبقون عند جدتهم أو عمتهم، بحكم أنّهم نشؤوا عندهم. وبينما لاقت (رجاء، بني سليمان) القليل من الرعاية من طرف أهل زوجها في مراحل إصابتها الأولى، حيث اعترفت قائلة أنّ حماتها وأخوات الزوج وابنة اخوه التي كانت تعيش معهم، كانوا يقدمون لها الرعاية في بداية المرض، ويتعاملون معها بشكل جيّد غير ان الأمور تغيرت بالتدرج.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

بينما تتكثرت عائلة زوج (سعاد، الأغواط) لها بشكل كامل وبطريقة "غير مفهومة" الأمر الذي يعيدنا دائما إلى التصور التقليدي للمرأة / زوجة الابن على أنها مصدر وسبيل للحفاظ على سلالة العائلة، من خلال إنجاب الذكور، الإشباع الجنسي للابن وكذلك - يد عاملة- في المناخ المنزلي لعائلة الزوج، وأن أي تذبذب في أداء واحد أو أكثر من هذه الأدوار يؤدي بمكانتها داخل المناخ الأسري لأهل الزوج بالتراجع ولو تدريجياً.

المطلب الثالث: تبادل وتغيير الأدوار

رغم التقسيم الاجتماعي للمكانات وللأدوار في الأسرة الجزائرية والأسرة العالمية أيضا، بحكم عدد من العوامل التاريخية والاجتماعية والدينية، فإن التغييرات الإدراكية والاجتماعية، قد أثرت على أداء هذه الاعمال ولو جزئيا، حيث تغير مفهوم الرجل لدوره في الأسرة ونقص النظر إلى الأعمال المنزلية على أنها عار ومحرمة على الرجل، فأصبح الكثير من الرجال يساعدون النساء فيها في الظروف العادية للأسرة فما بالك بمرض الزوجة وحاجتها إلى المساعدة، كما أدى خروج المرأة إلى العالم الخارجي من خلال العمل وغيره، إلى خوض بعض المجالات وأداء بعض الأدوار التي كانت حكرا على الرجل، وينعكس هذا المعطى الاجتماعي على تعامل الجنس (ذكر/ أنثى) مع بعض الأدوار الاجتماعية في الرعاية، حيث يحدث تبادل وتعاون في أداء الوظائف بشكل مستمر.

1. الزوج/ الابن كمقدم للرعاية المباشرة: يمكن للعنصر الذكوري في الأسرة تقديم الرعاية الحميمة للمرأة المصابة بالسرطان، أو بمرض آخر في أسرته، ولكن ذلك يكون في حالات خاصة جدًا، حيث لا يجد الرجل بديلا، وقد وجدنا في بحثنا هذا ثلاث حالات قام فيها الزوج أو الابن بهذه المهام، حيث نجد (ديدح، 46 سنة، أولاد جلال)، قد بقي رفقة زوجته (ياسمينه) في البيت يرعاها ورعى شؤون البيت، الأطفال، وكان يطبخ أحيانا ويقوم بالتنظيف مع الأولاد، وذلك في الفترة التي كانت تعالج فيها بالكيميائي، حيث سبق وعرفنا بأن الحالة ياسمينه قد تلقت رعاية من أهلها في بيتهم بعد العملية الجراحية، لكنها اختارت وفضلت البقاء في بيتها في فترة العلاج الكيميائي، وقد بقي معها ليرعاها بشكل حصري، حيث لم يكن أحد من أبنائه قد بلغ سن البلوغ، فكان يقوم بالأدوار الذكورية كالنفقة عليها وعلى أبنائه، التسوق وجلب الحاجات، شراء الدواء ومرافقتها للفحوصات اللازمة بشكل دوري، إضافة إلى رعاية البيت، الوقوف على نظافته، الطبخ عندما تكون في حالات العجز التام، غير أنه ومع ذلك كانت تصله بعض الإعانات - الأنثوية- حيث تقول المريضة (ياسمينه 93 سنة، أم لأربعة أولاد، أولاد جلال): "كانت أخواتي في تلك الفترة يرسلن لنا أكلا جاهزا، ولم تقصّر جاراتي في ذلك، بل حتى أنهن كنّ تنظفن المنزل وترتبينه في غياب زوجي".

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

وبنفس الشكل كان زوج (سعاد، 50 سنة، أم لأربعة أطفال، الأغواط)، يتكفل بها وبرعايتها في فترات كثيرة من المرض، حيث أكدت بأنه كان يقوم بكل شيء إلا شيء واحد " لا يغير حفاظات البنت، مهما بلغ عجزتي"، وقد كان زوج سعاد يعمل على رعايتها بالطبخ لها وتنظيف المنزل ورعاية الطفلة الرضيعة، بشكل حصري ودون مساعدة من أحد في الأيام التي كانت تعالج بالكيماوي (الخصتين الأولتين)، حيث كانت قد أرسلت كل أبنائها إلى بيت جدتهم إلى العاصمة في عطلة الصيف، ومع ذلك فتقول المريضة بأنها لم تكن في حالة عجز تام وأنها أيضا كانت تساهم في رعاية البيت والطفلة. أما في الأوقات التي توفرت فيه الجدة والبنت البكر، فقد كانت وظيفة الزوج، تنحصر شيئا فشيئا وتتجه إلى الأدوار الخارجية بشكل آلي، رغم الإبقاء على بعض منها، كرعاية الأطفال، تدريسهم، الطبخ أحيانا "كنت أقول لزوجي ألا يترك كل المهام لأمي فهي كبيرة ووقوفها معنا يكفي".

هذا ونجد (عادل، 50 سنة، عنابة) زوج المريضة عبلة، قد تكفل برعاية زوجته وبيته وأبنائه منذ عودة الزوجة إلى البيت من العملية الجراحية، إلى غاية إجراء حصص الكيماوي وترددها على المستشفى مرّات عدّة بسبب آثار الكيماوي، وقد كان يقوم بكل جوانب الرعاية المباشرة من رعاية البيت والأبناء، الطبخ، التنظيف، وأيضا غير المباشرة المتعلقة بتدبير الأمور المادية، النقل، العلاقات مع المستشفى وغيرها، وهنا نجد تدخل الأبناء الذكور في العملية أيضا (17 سنة/ 10 سنوات) حيث تقول المريضة "كان التوأمان -17سنة- بسبب قدرتهما الجسدية، ينقلانني إلى المرحاض، يساعدانني على الوقوف، المشي، وحتى الصغير -10 سنوات- كان يقترح المساعدة، فيأتيني بالأكل، الماء، المنقوع...". وقد كان هناك نوعا من التعاون بين الأب، الإخوة الذكور، مع الأخت البكر -18 سنة- في رعاية الام بشكل دوري، وخاصة عند غياب الأب.

وقد رأينا كيف أنّ (عامر، 28 سنة، موظف، العطاف) قد كان مقدّم الرعاية الحصريّ والوحيد لأمه في فترة نقاهتها من العملية الجراحية، وقد كان سنه في ذلك الوقت لا يتعدى الـ20. سنة، حيث لم يملك أيّ بديل عنه للرعاية، حيث يقول، "كنت أطبخ، أنظف، وأعتني بأمي" بينما تدبّر لها ممرضا "صديقا له" كان يتكفل بتغيير الضمادات لجرحها ويعتني بها، ويعطيه النصائح الملائمة.

أما عن الرعاية والدعم العاطفيّ، فقد اعترفت النساء الثلاث (سعاد، عبلة، ياسمينه)، بأنهن لاقين الدعم والرعاية العاطفية من أزواجهن، فكانوا يشجعونهن ويعطونهن أملا في الحياة، بينما اشتكت (أم هاني) من احساسها بالوحدة، رغم الرعاية والدعم الذي كان يقدمه ابنها، ورغم محاولاته الكثيرة، حيث كان يخرجها إلى

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

الغابات والأماكن الخضراء، لأن الطبيب نصحني بالخروج وأخذ هواء نظيفا، أكسيجين"، حيث كانت تحس دائما بأنها لا تستطيع التعبير عن مشاعرها وعن أحاسيسها لابنها فهي كانت تحتاج لأنثى لتفهمها وتستمع إليها.

2. العنصر الأنثوي في الأسرة كمقدم للرعاية غير المباشرة

وكما يلعب الذكر أحيانا الأدوار الأنثوية المختلفة في الرعاية المباشرة للمريضة، يمكن للأنثى/ المرأة في الأسرة أن تلعب الأدوار الذكورية، وتعتبر أهم الأدوار التي تلعبها المرأة كمساعدة للرجل في دعم المريضة ماديا إذا كانت تملك مدخولا كونها عاملة، أو من خلال تدبير ذلك، وهذا ما تقوم به نساء العائلة عادة عند زيارة المريضة بإعطائها مبالغ مالية مختلفة، وهذا ما رأيناه في مختلف الحالات التي ذكرت لنا الإعانات المالية التي لاقتها من أخواتهن، خالاتهن، عماتهن، خالاتهن، بنات الأخ، الأخت، بنات الاعمام والاخوان وغيرهن.

كما يكمن أهم مجال ذكوري تقوم به المرأة بشكل مستمر هو العلاقات مع المؤسسات الاستشفائية، حيث تمثل المرأة كما رأينا سابقا المرافق الأغلب للمرأة في المستشفى، فترافقها في حصص الكيمياء، وفي الفحوصات المختلفة، وهي بذلك تقمن بالإجراءات الإدارية اللازمة مع المستشفى، وتحرصن على تدبير المواعيد للمريضة، وقد تذهبن مرات لوحدهن لاستخراج نتائج الفحوصات، التحاليل وغيرها من المخابر ومراكز الاشعاعات، وقد تتكفلن بالاتصال بالمراكز الطبية لحجز المواعيد المختلفة، ففي حالة (سامية، 39 سنة، المسيلة) تقول "كنت في البداية عند القيام بحصص الكيمياء أقوم بكل الإجراءات وحدي، لأنني كنت لا أزال أملك قدرة صحية، لكن مع الوقت صارت أختي (63) سنة تقوم بذلك، وهي إجراءات متعبة وتستهلك الوقت والطاقة، لأن إدارة المصلحة بعيدة كثيرا عن المكان الذي ندري فيه الحصص، كما كانت بنت أختي تهتم بتفاصيل العلاج، المواعيد، الاشعاعات وغيرها، بينما يهتم ابن أختي بتدبير أمر النقل من وإلى المستشفى).

كما تقول سعاد أنها وأمها كانتا تهتمان في كثير من الأحيان بأمور المواعيد والعلاقات مع المستشفى، حينما تكون بخير وبصحة جيدة، حتى أنها كانت تنتقل إلى المستشفى أو مراكز التحاليل بالحافلة مع أمها لتخفيف الضغط عن زوجها او حين يكون في العمل ولا يستطيع التغيب.

3. أدوار غير مجنسة:

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

رغم التصنيفات التي يمكن وضعها للأدوار الاجتماعية وعلاقتها بالجنس والمكانة الاجتماعية، إلا أنه هناك بعض الوظائف التي يقوم بها الفرد في المجتمع ولا ترتبط أبداً بجنسه ذكر/ أنثى، ويمكن أن نصنف طلب المعلومات والحصول عليها والدعم العاطفي أحداً من هذه الوظائف.

1.3 الدعم المعلوماتي:

ويعتبر ما يسمى بالدعم المعلوماتي، أحداً من أهم أنواع الدعم التي تحتاجها المريضة بالسرطان، فهو يمثل الأساس الأول الذي يساعد العائلة ومقدم الرعاية الأساسي والمريضة بحد ذاتها من التعامل بشكل صحيح وصحي مع المرض، ويتمثل طلب المعلومات في التعرف على عدد من المعطيات أهمها:

- التعرف على المرض، خطورته، مراحلها، طرق العلاج، آثارها، نسب نجاح العلاج
- التعرف على تأثير المرض على المريضة، التأثيرات النفسية، ردود أفعالها، التأثيرات الجسدية، تجارب المريضات السابقات

- التعرف على النظام الصحي الملائم، أفضل طرق الرعاية، النظام الغذائي، وحاجات المريضة المتنوعة ولا يتطلب طلب المعلومة قدرات نفسية أو جسدية متعلقة بجنس الباحث عن المعلومة، بل يختلف من شخص إلى شخص، حسب بنائه الفكري وخصائصه النفسية، فهناك من يحس بالفضول إلى التطلع على الأمر بينما يفضل الآخر عدم التعمق في المعرفة خوفاً من الصدمة، ويفضل اتباع تعاليم المؤسسات الطبية دون الدخول في التفاصيل، وفي حالات العائلات والمريضات اللواتي تعاملن معهن وجدن اختلافاً في الإجابة عن سؤال هل بحثتم عن معلومات إضافية عن المرض؟ ما هي المصادر التي استقيتم منها المعلومات عن المرض أو من الذي كان يتكفل في العائلة بالحصول على المعلومات اللازمة؟

حيث اختلفت الإجابات عن هذا السؤال، من ناحيتين: من ناحية مصدر المعلومة (طبيب، مواقع إلكترونية، أشخاص مجربين)، ومن ناحية الباحث عن المعلومة (المريضة، زوج المريضة، أحد الأقارب، الأبناء)، وتختلف المصادر التي يعتمد عليها مقدم الرعاية للحصول على المعلومات الكافية حول المرض من شخص إلى آخر، وتتمثل أهم مصادر المعلومات في:

• **الطبيب المعالج:** يعتبر الطبيب المعالج المصدر الأهم والأولي للمعلومة بالنسبة للمريضة وأهلها، حيث صرحت الكثير من المريضات عن اعتمادهم الكبير عن الطبيب في استقاء المعلومة وثقتهم الكبيرة فيه، ففي حالة (سعاد، 50 سنة، أم لأربعة أطفال، الأغواط)، تم ذكر الطبيب المعالج في كثير من الأحيان، حيث تقول *في فترة العلاج الكيميائي، كانت الطبيبة رائعة، لا تبخل علينا بالمعلومات وتفهمنا كل شيء،*

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

عن العلاج، نوعه، والطرق التي يمكن أن يؤثر بها علينا، وأنا كنت من النوع الذي أسأل كثيرا ولا اترك أي تفصيل إلا وأسأل عنه، و كانت هناك مريضات معي، وخاصة اللواتي بدون مستوى تعليمي ومن طبقات فقيرة جدًا وكن تستحين من الحديث معها، فتعتمد عليّ في طرح كل انشغالاتهن، خاصة أنّها كانت من العاصمة مثلي" وفي مرّة أخرى تقول " بعد العملية، وبعد إجراء آخر التحاليل، ذهبت إلى الجراح وسألته عن كل شيء، فقال لي الان عيشي حياتك بشكل عادي، أعرف أنهم سيملّون رأسك بالمنوعات، لا عملي، لا تقتربي من النار، كل هذا خطأ اشتغلي وعيشي ومارسي حياتك بشكل عادي فقط اجتنبى الكثير من التعب والحمامات البخارية، وهذا ما فعلته"، وهنا نلاحظ كيف يمثّل الطبيب مصدر الثقة الأولى عند المريضة، خاصة إذا كان يجيد التعامل معهن، ويقدم المعلومات اللازمة وهذا غير متوفر في كلّ الأطباء.

كما صرّحت (ياسمينه، أولاد جلال) بأنّ زوجها كان يستقي المعلومات عن المرض خاصة في المراحل الأولى من طبيب وصيدليّ من معارفه، حيث يعطونه المعلومات المتعلقة بالمرض، بل حتى يقولون له كيف يتعامل معها، وقد صرّح لنا زوجها (ديدح، 46 سنة، أولاد جلال) "في بعض الأحيان كانت حالتها النفسية تسوء، وتتعامل معي بطريقة سيئة، وكان الطبيب صديقي، قد اخبرني بأنه من تأثير المرض فحاولت أن أصبر على تصرفاتها ولا انزعج منه"، رغم المستوى الدراسي المتدني ل(ديدح) إلا أنّه عرف من أين يستقي المعلومات الصحيحة واللازمة لرعاية زوجته، حيث لجأ لذوي الاختصاص.

• الأنترنت كمصدر أساسي للمعلومات:

لقد صارت الانترنت في عصرنا الحاليّ أداة لاستقاء المعلومات يصل إليها الجميع، بدون عوائق أو حدود جغرافية، أو حتى ذات علاقة بالمستوى التعليمي أو الثقافي، حيث تمكّن الأقل قدرة على الاستيعاب من الوصول إلى المعلومات بشكل مبسط ومفهوم، وهذا ما يجعلها مصدرا مفضلا للمعلومات لدى الكثير من المريضات وأهاليهن، الذي يمتلكون الأدوات العلمية لفهم الخطاب العلمي المتخصص للطبيب، كما يعتبر الانترنت مصدرا مفتوحا ومتاحا في أي لحظة يحتاجه فيها المري أو القائم بالرعاية.

فتخبرنا (ياسمينه، 39، أولاد جلال) بينما كانت هي تعتمد كليّة عن الأنترنت، حيث صرّحت بأنّها تعرّفت عن المرض بشكل كبير، وأنّ فهمها لما يحدث لها في كلّ مرحلة من مراحل العلاج قد ساعدها على تقبّل الامر أحسن وعدم التّفاجئ من التّغيرات التي ستحدث لها، كما أنّ مشاهدتها لتجارب النساء اللواتي شقين من المرض وقصصهن كان يبعث فيها الامل في الشفاء ويمنحها القوّة.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

وقد تكرر الجواب باعتبار الأنترنت المصدر الأساسي لاستقاء المعلومات عند إما المريضات، أو أحد أفراد أسرهن كمصدر مهم لاستقاء المعلومات، وتعتقد الكثيرات أن أبنائهن الصغار الذين لم يفهموا في الأول معنى السرطان وما الذي أصاب الأم قد لجأن إلى الأنترنت لتتعرف على المرض وفهمه، مثل حالة (سعاد، ياسمينة، عبلة).

• التجارب الشخصية مصدرا لاستقاء المعلومات:

إنّ المثل الشائع في المجتمع الجزائريّ القائل *"سال المجرب ولا تسالّ الطبيب"* (اسأل المجرب ولا تسأل الطبيب)، يجد مكانه في بحثنا هذا حيث وجدنا أنّ الكثيرات يعتمدن على سماع النصائح ممن لديهن تجربة مع المرض، حيث عبّر لنا السيد (عادل، 50 سنة، عناية) كيف أنه ربط زوجته التي لا علاقات صداقة لديها باتصال مع أخت صديقه التي أصيب قبالا بسرطان الثدي، لكي تتحدث معها وتشاركها المعلومات اللازمة، يمكن أن يكون الاتصال بالمرأة المصابة أساسه بعث الثقة في إمكانية الشفاء، أو لشرح مختلف خطوات العلاج وآثاره على المريضة، مع أن المريضة متعلّمة ومتحصلة على الليسانس وزوجها أيضا. كما صرّحت لنا المريضة (رجاء، 36 سنة، أم لطفل واحد، بني سليمان)، أنّها كانت تعرف المرض قبلا، بسبب مرض عمّتها التي تم استئصال ثدييها قبل ان تصاب بـ8 سنوات، وتقول بأنّها تعتمد عليها في استقاء المعلومات، والتعرف على الكثير من الأمور، مع أنّها تعتمد على طبيبتها وعلى الأنترنت أيضا. هذا وقد لجأت المريضة (مليكة 63 سنة، أم لستة أولاد) إلى الجمعية المتخصصة في مكافحة السرطان بولايتهم "شعاع الأمل" ليس طلبا لمساعدة مادية بل للتعرف على المريضات الأمر الذي *"يجعلها تحسّ أنّها ليست الوحيدة التي تعاني كلّ هذا"*.

اعتبرت مصدرها الأول في المعلومات كما أكّدت سعاد التي اعتبرت الأطباء مصدرها الأول للمعلومات على انها كانت تعتمد اعتمادا كبيرا على ابنة عمّتها التي تعيش في استراليا والتي كانت لها صديقة مصابة بسرطان الثدي للتعرف والمقارنة بين بروتوكل العلاج الذي تتلقاه هي وبين ما يقدم في استراليا فوجدت أنّه *"متشابه كثيرا، ولا يختلف الا في درجة الرعاية وتوفير الخدمات في صالح المريضة"*.

بينما تعتمد المريضة كثيرا على واحد من الأشخاص الذين تتق في معارفهم ومعلوماتهم، مثلما كانت تعتمد السيدة مليكة على زوجها كثيرا، كونه *"متعلم"* وعلى بناتها المتعلمات أيضا.

ولا يهتم كلّ الأشخاص بالبحث عن المعلومات، بل يختلف جالب المعلومة من أسرة لأخرى، حيث

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

لاحظنا في مختلف المقابلات التي أجريناها ومن خلال ملاحظتنا للأسر، أنّ العائلات الجزائرية صارت تهتم أكثر فأكثر بالمعلومة الموثوقة عن المرض، وخاصة فيما يتعلق بالجانب الرعائي اللازم للمريضة، من ناحية الغذاء الصحي، والاهتمام بمتطلباتها النفسية وغيرها، ويمكن أن يكون الباحث عن المعلومة إما المريضة بصفقتها المعنوية الأولى بالمرض، زوجها بصفته الأقرب إليها والأكثر حاجة للمعلومة، أخواتها اللواتي تقمن على رعايتها، أبنائها أو بناتها، وقد وجدنا هذا في كل العائلات.

2.3 الدعم النفسي والعاطفي:

إنّ الحديث عن الدعم العاطفي كعنصر منفصل عن مظاهر الرعاية المختلفة للمريضة، هو مجرد فصل اعتباطي في الحقيقة، حيث أنّ الدعم العاطفي يتأتى من خلال مجموعة من التصرفات التي يقوم بها القائم بالرعاية من جهة وبأطراف أخرى، تجعلها تحسّ بالثقة والأمان وبأنها لازالت محبوبة ولا تمثل عالة على أحد، فعندما كنّا نسأل المبحوثات عن الأطراف التي منحتهم الدعم النفسي، كن ترجعنه إلى مظاهر متعددة منه:

- تقبّل الزوج لمرضها والتعامل معها بشكل جيّد، وتحمل مسؤوليته نحوها.
 - زيارتها
 - السؤال عنها في الهاتف،
 - الدعاء لها،
 - تشجيعها واعطائها تجارب إيجابية نجحت في العلاج،
 - الاهتمام بتفاصيل مرضها وصحتها: كإحضار ما ينقصها، البحث عن المعلومات فيما يخصها.
 - التفكير في الترويح عنها بأشكال مختلفة.
 - الاستماع لها، الصبر على تغييراتها المزاجية وغيرها.
- ويعتبر أهم مظهر من مظاهر الدعم للمريضة هو التّعامل بشكل إيجابي مع مرضها وتقبّل صورتها الجديدة من طرف المحيطين بها لاسيما من طرف زوجها، بينما تعتبر أخريات أنّ الاهتمام بتفاصيلها والسؤال عن علاجها، وأحسن نظام صحيّ بالنسبة لها، وفي هذا الجانب النفسي من الدعم، لا يختلف ذكر عن أنثى ولا قريب عن بعيد حيث تصرّح لنا (سعاد، الأغواط) أنّ ابنة عمّتها التي تقيم في أستراليا ورغم بعدها عنها كانت تدعمها عاطفيًا، نفسيًا ومعلوماتيًا، وكانت تعتبر المستمع الأهم بالنسبة لها: "كانت ابنة عمّتي، صديقتي المفضلة منذ كنا صغارًا، وضّلت تتواصل معي منذ عرفت بخبر مرضي، فنحن نتحدث تقريبا كلّ

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

يوم، وكانت تدعمني نفسياً وتعطيني الأمل في الشفاء، وكانت الوحيدة التي أحكي لها كل الأشياء الحميمة فهي " *ma confidente intime* " ، كما صرّحت بأنها كانت محظوظة بعائلتها الكبيرة من أبناء عمومتها وأخوالها الذين كانوا يسألون عنها ويجمعون المال لها، ويأتونها بالأدوية، ما جعلها تقتخر بعائلتها أمام زوجها وعائلته .

وفي نفس السياق أكّدت كلّ المستجوبات امتنانهن لكل من قدم لهن الدعم ولو بكلمة تشجيع أو السؤال عنها، بينما لا زالت الكثيرات تتذكرن كل الكلمات أو الحركات التي أحسّسن بأنها تجرحها أو تنقص من ثقتهن في أنفسهن أو في الشفاء، حيث عبّرت لنا ياسمينة قائلة: "... هذه الازمة تظهر لك باطن الناس، الجيد منهم والسيء ولو أنني كنت محظوظة مع الناس، حتى الذين لم أكن أتصور منهم ان يقفوا معي، إلا أنّ البعض تجرحك دون أن تحس، فمنهم حتى من تطلب منك دون احراج ان تريها الجرح، أو تقول لك "كيف ستعيشين دون ثديي، أو حتى تتناول فتسألك كيف قبل زوجك البقاء معك بعد هذا؟ وكما انني لن أنسى أبدا من وقفوا معي في أزمتي هذه، فلن أنسى الذين أداروا ظهورهم لي أو جرحوني".

وهذا الكلام وشبهه تكرر في كلّ المقابلات التي أجريناها سواء مع المصابات أو القائمين برعايتهن. ويمكن تسجيل ملاحظة أنّ أغلب المستجوبات والمستجوبين، عند سؤالهن عن التعبير الجسدي للتعاطف والدعم العاطفي كالعناق، الحضان، الربط على الظهر، الحديث المشترك العميق عن المشاعر، وغيرها، حتى مع الأزواج، عبّرن بأنّ هذا النوع من التعبير عن الاحاسيس قليل جداً، فالتعبير عن الاحاسيس والضعف هو أمر قليل جداً، حيث أنّ الأفعال هي التي تعبّر عن الدعم، ونقصد بالأفعال الوقوف بجانب المريضة واحتواء حاجياتها.

بل أنّ الباحثة وجدت صعوبة في إيصال المبحوثين إلى نقطة الحديث عن الأحاسيس العميقة فيهم، ولاحظت أنّ أغلبهم لا يجيدون التعبير عنها، حتى المريضات في حدّ ذاتهن، لم تعبرن بشكل انفعالي كاف عن حالتهم النفسية، الامر الذي كان يظهر من خلال تلميحات أو عن طريق السرد وربطه ببعض.

وهنا نستنتج أنّ الأسرة الجزائرية لا تولي الاهتمام الكبير بالناحية النفسية أو أنها لا تعرف كيف تتعامل مع الأمور النفسية، وتعوّض ذلك النقص عن طريق القيام بالواجبات المنوطة بها تجاه المريضة ما استطاعت إلى ذلك سبيلاً.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

إنّ الأدوار التي يقوم بها القائم بالرعاية سواء كان ذكراً أو أنثى ليست بالسهولة التي يمكن أن تبديها هذه الأسطر السابقة، بل أنّ فيها صعوبات وتحديات تحاول العائلة تجاوزها والتعامل معها واحدة بواحدة ومرحلة بمرحلة، فما هي أهم هذه الصعوبات وكيف تتعامل الأسرة ومقدم الرعاية للتغلب عليها وتجاوزها؟

المبحث الثاني: آثار المرض على مقدم الرعاية والآليات الأسرية لتجاوز الأزمات

تمثل رعاية المريض عبئاً كبيراً على مقدم الرعاية الأسري، خاصة إذا كان المرض يتميز إماً بطول مدة العلاج، طول مدة العجز للمصاب، وإذا كان مزمناً أو لا علاج له، وتتقدم الأمراض العقلية، النفسية وأمراض السرطانات المختلفة، قائمة الاهتمام لدى الباحثين والدارسين الذين اهتموا بمقدم الرعاية غير الرسمي أو المنزلي، من حيث النظر في المتاعب والمشاق التي يتعرض لها يومياً في سبيل توفير الجو المنزلي المناسب للمريض، وتقديم العناية، الدعم والرعاية له، وقد ينتج عن تقديم الرعاية في حالات معينة وقصوى،

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

مشاكل نفسية واقتصادية جدّ خطيرة لمقدّم الرعاية، وقد أنشأ العديد من الباحثين النفسيين، مقاييس نفسية خاصة بالضغوطات النفسية الناتجة عن تقديم الرعاية وخاصة إذا كانت منفردة، لأحد الأقارب المصابين بالأمراض المزمنة (الزهايمر، القصور الرئوي، الأمراض العقلية، السرطانات، كبر السن والعجز... الخ)، وهي عبارة أو ما يسمى بـ (CRA) أو سلّم (تقييم أفعال القائم بالرعاية) (Caregiver Reaction Assessment)، وهذا ما يبيّن أهمية الاعتناء بهذا الجانب من حياة المريض.

وتتأثر حياة القائم بالرعاية من عدّة جوانب صنفها أونتوان. ب وآخرون (Antoine p et autre) في عرضهم لنتائج بحثهم حول التأثيرات النفسية لوظيفة الرعاية، في المقال الموسوم بـ "العيش مع قريب مريض: تقييم للأبعاد الإيجابية والسلبية لتجربة مقدمي الرعاية الطبيعيين" إلى صنفين أساسيين وهما: العبء الموضوعي، والذي يرتبط بالآثار التي يتم ملاحظتها بشكل مباشر، كاضطرابات الحياة الأسرية، أو التأثيرات المادية، أما العبء الذاتي، فهو الذي يرتبط بأحاسيس الانزعاج والحمولة النفسية والبدنية الزائدة التي يعيشها مقدّم الرعاية على طول قيامه بدوره (P. Antoine 2008)، وقد اعتمدنا في دراستنا على هذا التصنيف بإضافة بعض المتغيّرات التي رأيناها ظاهرة ومهمة عند المبحوثين.

المطلب الأول: أعباء الرّعاية

1. الأعباء الموضوعية: (الاجتماعية)

تعبّر الأعباء الموضوعية عن التحديات والظروف التي تصاحب مرض أحد أفراد العائلة وهي تتشابه وتكرّر بنفس القدر تقريبا لدى كل من يرعى مريضا بسرطان الثدي، وذلك لأنّ العوامل المحيطة به متشابهة، كما أنّها قد لا تمس بالقائم بالرعاية الأساسي بشكل منفرد بل تتعداه إلى أفراد الأسرة الآخرين، ويتمثل هذا النوع من الأعباء في:

1.1 الأعباء المادية: يعتبر العبء المادي المتعلّق برعاية المصاب بالسرطان أهم عبء، وقد تكرر ذكره في جميع الحالات المدروسة، بل أنّ كل الدراسات التي تعرضنا لها عن السرطان، تذكر التكاليف المرتفعة التي يتطلبها العلاج ومتابعة هذا المرض، وخاصة بالنسبة للعائلات التي تنتمي إلى طبقة اقتصادية متدنية أو متوسطة، ورغم أنّ الدولة الجزائرية قد اعتمدت مجانية العلاج وديمقراطيته، إلا أنّ الكثير من النقائص في النظام الصحيّ الاستشفائيّ تؤثر على المسار العلاجيّ للمرضى إذا ما تمّ الاعتماد كلياً على المستشفى، فعدم توفر كلّ التحاليل والفحوصات الإشعاعية اللازمة للمريض، أو كثرة الضغط على المستشفى والتي تؤدي إلى طول مدّة المواعيد، تجعل الأطباء والطاقم الصحيّ ينصح المرضى وأهاليهم بتعجيل الفحوصات

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

والقيام بها عند القطاع الخاص للتعجيل من العلاج، وهذا الأمر يكلف المرضى مبالغ ضخمة، تتعدى عادة قدرة المريض وأهله، ففي هذا الصدد، ذكرت لنا السيدة (أم هاني 52 سنة، أم لولدين، العطاف) كيف أنّ إجراء الخزعة لتحليل الورم والتعرف عليه، قد كلفها لمرتين، أكثر من 15000 دج وهو مبلغ كبير بالنسبة لأسرتها/ حيث يمثل أكثر من نصف راتب ابنها الذي كان قد بدأ لتوّه بالعمل، بالإضافة إلى ثمن زيارة الطبيب في العيادة الخاصة وثمان التحاليل والاشعاعات التي لم تستطع إجراء بعضها في المستشفى، كما رأينا كيف كان ثمن العملية الجراحية (لعبة، 48 سنة، أم لأربعة أطفال، عنابة) قد كلفها 150000 دج، ولا يتوقف العبء الماديّ عند تكاليف الفحوصات والعلاج بل يتعداه إلى تكاليف النقل المبيت، حيث قام زوج (سعاد، 50 سنة، الأغواط) بتاجير منزل بولاية ورقلة التي تبعد عنهم بحوالي 440 كم، لمدة شهرين من أجل العلاج بالأشعة، الأمر الذي كلفهم أكثر من راتبه الشهري، بدون احتساب تكاليف النقل والأكل، بحيث كان لزاما عليه ان يتك أيضا مصاريف لحياة أبنائه في ذلك الشهر، بينما رأينا كيف تكلف إصدار التشخيص النهائي لمرض (سامية من المسيلة) بقائها مع أخيها وأبيها حوالي ثلاث أيام في الفندق مع احتساب تكاليف الاشعاعات والفحوصات المختلفة في بداية العلاج فقط، ولا يمكن إحصاء كل التكاليف المتعلقة بالعلاج والغذاء الجيد والمكملات الغذائية وغيرها.

وإن كان الضمان الاجتماعي الجزائري قد تكفل بتعويض العديد من الأدوية المتعلقة بالأمراض المزمنة، واعترف مؤخرا بمرض السرطان كمرض مزمن، وأصبح أي مصاب بالسرطان من حقه الحصول على بطاقة الشفاء للتأمين الصحيّ، فإن عددا من الأدوية المتعلقة بالسرطان، صارت غير متوفرة في السوق الجزائريّ، ما يؤدي بعائلات المرضى إلى اللجوء إلى بعض الصيدليات التي تقتني الدواء من الخارج وتبيعه لهم ولكن دون المرور عبر نظام التأمين، وتكلف تلك الأدوية مبالغ كبيرة تتعدى 10000 دج جزائري للعبة أحيانا. هذا وتسبب العلاجات المختلفة لسرطان (العلاج الكيميائي، العلاج الاشعاعي) آثارا سلبية مثل: انخفاض في مستوى مناعة الجسم، فقر الدم، الإقياء والشعور بالغثيان والهزال، فقدان الشهية، تقرحات في الفم والمعدة وغيرها من الآثار، التي تتوفر لها أدوية ناجعة، مثل بعض المكملات الغذائية والأدوية التي توصف في البلدان الأجنبية على غرار "فرنسا"، حيث يصفها بعض الأطباء لمرضاهم، ولكنّ الأسر لا تجدها في السوق الجزائرية، أو تتوفر لدى بعض الصيدليات بمبالغ كبيرة، الأمر الذي يرهق القائم على رعاية المصابة والمصابة، خاصة إذا كانت مأكثة بالبيت ولا تملك مدخولا شهريا جيّدا، وهذا هو الحال مع أغلب حالات الدراسة.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

إنّ الضغط الماديّ الذي يتسبب فيه مرض سرطان الثديّ ثقيل جدًّا، ولا يمكن أبداً لزوج أو أب متوسط الدخل تحمّله لوحده، وقد يؤدي هذا الأمر إلى التنازلي عن بعض الحاجيات التي تساعد المريضة على تجاوز أزمته النفسية التي يتسبب بها تغيّرها الجسديّ، وذلك من خلال استعمال بعض الأدوات الخاصة، كالباروكات بالنسبة للشعر، وبعض الأوشحة والحجابات الخاصة بهذا الأمر، وكذلك استخدام حمالات صدر مصنوعة خصيصاً للمريضات اللواتي تعرضن لاستئصال الثدي، إضافة إلى الأتداء الاصطناعية المصنوعة من السيليكون، التي تلتصق خارجياً بالبشرة، ما يساعد المرأة على الحفاظ على منظرها الخارجيّ كأنثى، غير أنّ هذه البدائل مثلما صرّحت به كلّ حالات الدراسة غالية جدًّا ولا يمكن لهن طلبها من القائم برعايتهن، مهما كان، زوجاً، أخاً، أو ابناً، رغم ادراكهن بالفرق الذي يمكن أن يسببه ذلك في حياتهن ونفسيّتهن.

2.1 اضطراب الاستقرار الأسري وتأثيره على أفراد الأسرة: تعرضت العديد من البحوث أثر رعاية المريض غير الرسمية (الأسرية) على مقدّم الرعاية، وبالخصوص الجانب الشخصي والعلائقي، فنجد آرموند كومبيون، بلانش لوبيهان وكلود مارتين، قد ركزوا على هذا الجانب، في بحثهم المعنون بـ "العناية بالأشخاص المسنين العاجزين في أوروبا: معاش القائمين بالرعاية الأسريين"، وقد خلصت الدراسة إلى أنّ الحياة الأسرية للقائم على رعاية الوالد أو الوالدة المسنة من عديد الجوانب وعلى رأسها الجانب المهني والأسريّ والعلائقي للقائم بالرعاية، حيث يصبح وقته محصوراً على رعاية المريض، وقد يؤخّر واجباته نحو الآخرين (الزوجة، الزوج، الحبيبة أو الحبيب، الأبناء) مما قد يتسبب بمشاكل كبيرة بالنسبة له خاصة في حالة عدم تقمّم الطرف الآخر لوضعيته.... (Arnaud Campéon 2012). **

تشكّل الزوجة والأم في الأسرة الجزائرية أساساً وعموداً فاعلاً، وقد تضاعفت الأدوار التي تقع على عاتقها في عصرنا الحاليّ، حيث لم تعد الأم التي تطبخ وترعى شؤون البيت والأطفال والزوج فقط، بل صارت تؤدي أدواراً إضافية كالتسوق، تدريس الأبناء والوقوف على تحصيلهم المدرسيّ، التكفل بدفع الفواتير، إضافة إلى الاستقرار النفسي والعاطفي الذي يبعثه وجودها في الأسرة.

* La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe : le vécu des aidants familiaux

** ومن أجل التعمق أكثر في موضوع تحديات القائم على رعاية الأشخاص المسنين (ل

لوالدين) يمكن الاطلاع على مقال لنفس المؤلفين بعنوان: العمل والاهتمام بالوالد عاجز:

"TRAVAILLER ET PRENDRE SOIN D'UN PARENT ÂGÉ DÉPENDANT Blanche Le Bihan-Youinou et Claude Martin La Découverte | « Travail, genre et sociétés » 2006/2 N° 16 | pages 77 à 9

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

ويشكّل مرضها وتراجع أدائها الأسري حالة من عدم الاستقرار، في فترات منقطعة أو متواصلة حسب حدّة العجز الذي أصيبت به.

لقد رأينا كيف أنّ الطريقة التي تتعامل بها العائلة الجزائرية مع المرض ذات أبعاد خاصة، فخروج الأم من البيت لتلقي العلاج عند أهلها، يؤثر على الأطفال واستقرارهم، من حيث أنّهم إما سيقون مع أبيهم في البيت دون أمّهم، وهم مشغولون عاطفياً بها ومصابون بالقلق الدائم على صحتها ومصيرها، أو سيذهب الأقل استقلالية منهم إلى بيت من بيوت العائلة الكبيرة ليرعاه ويحرص عليه، وهذا ما يشتمل الأسرة ولو لفترات متباعدة ولكن من شأنه التأثير على: تدرس الأبناء، سلوكياتهم وعواطفهم.

وقد رأينا كيف أنّ كلاً من بنت (سعاد 50 سنة، الأغواط) وابنة (عبلة، 48 سنة، عنابة) لم تتحصلا على البكالوريا في السنة التي أصيبت فيها أمّهما بسبب المهام التي أوكلت إليهما من جهة وبسبب الاضطراب العاطفي والإحساس بالخوف الذي لم تعبر عنه البنات بشكل جيّد.

يسبّب مرض الزوجة أو البنت في الأسرة الجزائرية، بالتركيز التام للمرض، حيث صرّحت (سناء، 38 سنة، عزبَاء، بني سليمان) أنّ مرض أختها قد تسبّب في تغيير تام في الأسرة، فمن جهة عودتها وهي مطلّقة بسبب المرض، قد شكّل نوعاً من الأحاسيس السلبية لديهم جميعاً، كما كان الأب والإخوة بل حتى الأم يشعرون بنوع من اللوم، الغضب والاشمئزاز من أختهم التي جلبت لهم "العار" بطلاقها بسبب قضية "خيانة ملفّقة"، غير أنّها تؤكد بأنهم سرعان ما تجاوزوا الأمر وصار كل هم العائلة وحديثها اليومي هو "مواعيد العلاج، حاجات رجاء" إضافة إلى "ابنها الذي صار محلّ اهتمام الجميع وخاصة الجد، الذي صار يرافقه في كل مكان"، بينما يشكّل طلاق الأخت الصغرى بسبب تلفيق زوجها وأهله لها تهمة خيانة، من شأنه أن يعطلّ حظوظ أختها في الزواج في إطار بيئة ريفية تقليدية النظرة.

إنّ المرض يعتبر في البيئات التقليدية مثله مثل الأعراس والجنائز، حدثاً اجتماعياً، يتم تناوله في المحيط الاجتماعي للقرية والبلدة وعلى نطاق العائلة الكبيرة (الممتدة)، وكما رأينا سابقاً فإنّ العائلات الجزائرية ترى أنّه من الواجب عليها الاهتمام بهذا المريض بطرق مختلفة وأهمها زيارة أو عيادة المريض، وعلى ما في هذه العادة من مزايا وإيجابيات، خاصة من الناحية النفسية والماديّة، فإنّ كثافة الزيارات وطول مدّتها من شأنه أن يشكّل عبئاً جديداً خارجياً على القائم بالرعاية.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

حيث تعيش بعض العائلات على غرار أسرة (مليكة 63 سنة، ستة أبناء، حاسي بحبح)، جو من الفوضى والضغط الذي يسببه كثرة الزائرين، فيصبح مقدّم الرعاية مشغولا باستقبال الضيوف وتوفير ما يلزمهم أكثر من اشتغاله بالمريضة نفسها.

كما يشكّل وجود أفراد إضافيين دائمين في البيت (الجدّة من الأم والأب، الخالات، العمات) جوًا غير معهودا، قد يثير نوعا من الضغط النفسي بل وحتى المادي لدى عائلة المريضة، حيث رأينا كيف أنّه توجب وجود أخت المريضة في البيت كداعم لبناتها، حتى يستطعن هن رعاية الضيوف، وذلك ما أثر على دراستهن وتحصيلهن.

وهذا نفس ما صرّحت به (ملاك، 30 سنة، متزوجة، معلّمة، برج بوعريّيج) ابنت أخت المريض (سامية، المسيلة): "منذ مرضت خالتي، تغيّرت حياتنا كثيرا، صارت شغلنا الشاغل، صار الجميع مجتهد من أجلها...". بينما تصرّح المريضة نفسها "أعرف أنني تسببت لهم بالكثير من التعب، أختي مريضة وزوجها سنة، كذلك، مرّات عندما أكون في حالات الألم والوجع، وأفقد السيطرة وأصرخ من الألم، لا يحتمل زوجها هو عصبيّ، يبدأ بالصراخ، ويقول ما بها هذه، خذوها إلى المستشفى أو افعلوا شيئا، وساعات تحدث بينه وبين أختي مشاكل بسببي، هو طيب لكن أهله يتدخلون ويقولون له لست مجبرا على رعايتها، لماذا لا تذهب إلى إخوتها؟؟"

هذا وقد تتأثر الحياة الأسرية والشخصية للقائم بالرعاية بشكل كبير، فنرى كيف أنّ أخت مليكة، قد انقطعت لفترات طويلة عن رعاية طفليها الصغيرين ن أجل أختها الامر الذي يؤثر لا محالة على الصغار وعلى الام من جهة، كما قد تغيّر الرعاية من الوضعية الاسرية لأحدهم، إذ تزوج عابد (ابن أم هاني) في سن مبكّر جدا.

3.1 المشاكل المهنية: تتطلّب رعاية مريضة مصابة بسرطان الثدي، الكثير من التفرّغ، خاصة في المراحل الأولى للاكتشاف والعلاج، ويشكّل هذا تحديًا كبيرا بالنسبة لمقدّم الرعاية الذي يشغل وظيفة أو مهنة ما، حيث تمثل تلك الوظيفة أو العمل مصدر رزقه الذي لا يستطيع التخلي عنه، خاصة إذا كان مقدم الرعاية هو الزوج، كما رأينا في حالة (ديدح، أولاد جلال)، (عادل، عنابة)، (زوج سعاد، الأغواط)، أو الابن كحالة (عامر، ابن أم هاني، العطاف)، (زوج مليكة، حاسي بحبح)، حيث يمثل التغيّب عن العمل باستمرار إما مشاكل عندما يكون المعيل موظفا أو بنقص في المدخول إذا كان تاجرا أو يعمل لحسابه.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

وبما أنّ الإطار الزمني لإجراء دراستنا الميدانية قد تزامن مع نقشي وباء كورونا، كوفيد 19، فإن بعض المستجوبين قد عبروا على أن تصادف مرض زوجاتهم مع هذا الظرف قد ساعدهم قليلا من حيث أنهم لم يكونوا مجبرين على الذهاب إلى العمل (عادل عنابة)، (ديدح، أولاد جلال)، بينما العودة إلى العمل قد تسببت بمشاكل لعادل، كما عانى (عامر، 28 سنة، العطاف)، في التوفيق بين العمل وبين رعاية أمّه المريضة، والجدير بالذكر هنا هو أن قانون العمل الجزائري لا يعترف للعامل (الموظف) بحق التغيب الا في حالة اجراء أحد أصوله لعملية جراحية ولا يكون ذلك فوق ثلاث أيام.

ولا يحتوي القانون على بند أو كلمة مقدّم رعاية أو حق من حقوقه، وهذا الأمر الذي يجعله في اضطراب مستمر، ومحاولات خراقة للتوفيق بين أدواره الجديدة وبين العمل، وقد صرّح (عادل، عنابة) "عانيت مع العمل، كانوا يتعاملون معي بطريقة سيئة، أحيانا يعتقدون أنني أقدم مرض زوجتي كحجة واهية لغياباتي وتأخراتي المتكررة، إلى أن جاء يوم كنت خارجا من المستشفى رفقة زوجتي وكانت حالتها سيئة جدا فتصادفنا مع مديرتي في العمل، وقد رأت بعينيها الحال، ومنذ ذلك اليوم خففت ضغطها عليّ قليلا". وفي ذات السياق قالت (ملاك، 30، سنة): "أنا أعمل معلّمة وكنت في كثير من الأحيان أبيت مستيقظة مع خالتي المريضة، أحيانا في المستشفى، ويكون عليّ أن أغادر صباحا إلى العمل، وتأتي أمي لتخلفني، لك أنّ تتصوري كيف تكون حالتي في القسم، ولا يمكنني الاعتذار عن الذهاب أبدا، فالمريضة خالتي ولا نملك نفس اللقب، في القانون أنا لست مسؤولة عنها".

يعاني مقدّم الرعاية مشكلا في التأقلم مع وضعه المزدوج، فهو يعيش في عالمين مختلفين تماما، عالم الشغل الذي لا يعترف بخصوصية وضعه العائليّ كمقدّم رعاية، وعالم الأسرة الذي لا يمنحه فرصة التهرب أو الاعتذار عن أداء الدور المنوط به -اجباريًا-.

وبينما يضطر الموظف إلى الذهاب إلى العمل أو إيجاد تدابير مختلفة للاعتذار أو إيجاد من يعوضه من الزملاء في العمل بشكل غير رسمي وبالتراضي، فإنّ الأفراد الذين يعملون بشكل فردي أو حر، في التجارة أو المهن، سيجدون أنفسهم غير قادرين أحيانا على العمل خاصة مع الضغط العائلي الكبير، فنجد (زهية، 45 سنة، مطلقة وأم لطفلين، حاسي بجيج) التي تشتغل خياطة في المنزل لإعالة ابنها، غير قادرة على العمل في اطار مغادرتها للبيت وإقامتها في بيت أختها لفترات طويلة وفي نفس الوقت، هي تحتاج إلى المال بشكل مستمر، كما أنّ اعتذارها عن أخذ الطلبات من الزبونات سيفقدها الزبائن مع الوقت، ما جعلها

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

توكل الرعاية لبنات الأخت وتغادر إلى بيتها من حين لآخر للعمل على الطلبات ثم العودة إلى بيت أختها التي تطلبها بشكل سريع.

2. الأعباء الذاتية:

نقصد بالأعباء الذاتية، الأحاسيس والاضطرابات والمشاكل المتعلقة بذات مقدم الرعاية وأحاسيسه المختلفة، فهو قد يعبر عن بعضها بشكل صريح وقد لا يفعل أحيانا، جراء الإحساس بالذنب لمجرد التفكير فيها، ويمكن ان نلخص الأعباء الذاتية فيما يلي:

1.2 صعوبة التأقلم مع الأدوار الجديدة: يمثل القيام بدور جديد غير معهود اجتماعيًا تحديًا شخصيًا، بالنسبة لأي فرد من الأفراد المجتمع، ويمرّ الانسان في حياته بعدد من المراحل والمواقف التي تحتم عليه المرور من دور اجتماعي إلى آخر، وقد يؤدي عدم التحضير النفسي والاجتماعي الجيد لهذا الانتقال بنوء حالة عصبية ونفسية تعرف عند أخصائي الأمراض النفسية والعقلية ب" اضطرابات التأقلم"، وقد يحدث هذا الاضطراب عند المريض وعند القائم بالرعاية بشكل أخص، تكون صعوبة التأقلم أكبر عندما يأخذ مقدم الرعاية أدوارا جديدة لم يقم بها عادة في حياته السابقة، أي تتعارض مع مكانته الاجتماعية المعهودة، مثل أن يقوم الزوج بأدوار المرأة التي لم يكن يمارسها سابقا، أو أن تقوم المرأة بأدوار الرجل التي لم تعهدها، بينما تقل اللازمة عندما يبقى القائم بالرعاية يمارس أدوارا تشبه أدواره التقليدية، كأن تؤدي الأنتى (أخت، بنت) المريضة أدوار الرعاية المباشرة التي كانت تؤديها عادة في حياتها السابقة كالطبخ والتنظيف أو التي كانت محظرة اجتماعيًا بأنها تعنيها كأمراة، كزعاية النظافة الشخصية للمريضة.

حيث يقدّم لنا (عادل، 50 سنة، عنابة) القائم بالرعاية المباشرة للزوجة (عبلّة)، شرحاً وافيا لحالته عند تربيته لأدوار جديدة لم يعتدها: "...خاصة في تلك الفترة لم يكن هناك أي وقت للراحة، كان عليّ أن انتقل مع الزوجة إلى المستشفى لإجراء جلسات العلاج الكيميائي، وعليّ أن أحضر الفطور "رمضان" وأن أسهر الليل كاملا، حيث لم تكن تنام من الألم والغثيان ووصل بها الامر إلى الهذيان، وهذا كله وفي الصباح يجب ان أقوم بأمور البيت والتسوق وكل شيء دون انقطاع، وما زاد من تدهور الوضع هو انهيار مناعة زوجتي ودخولها إلى المستشفى لبعض الايام، وخلالها كنت اذهب إلى المنزل أحضر لها غذائها الخاص والفطور للأبناء، مع تأدية بعض الاعمال المنزلية، ثم اعود للمستشفى لإعطائها الاكل ثم العودة إلى البيت لإفطار الأطفال، ثم العودة للمبيت مع الزوجة في المستشفى لم اتعرض لضغط كهذا في حياتي، كانت زوجتي تحمل الكثير من الأعباء التي لم أحس بها حتى مرّضت".

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

وبنفس الأسلوب والاحاسيس يسترجع (عامر، 28 سنة، العطاف) ابن المريضة أم هاني، الفترة التي كان يرضع فيها أمه وهو صاحب 20 سنة فيقول "... لم يكن عندي مشكل في رعاية والدي، في هذه المرحلة تغيرت لم اعد أفكر بأن اشغال البيت للنساء فقط، كنت اغسل الأواني وأمسخ الأرضية، ولكن المشكل هو أنني أساسا لم اتعلم منذ الصغر شيئا عن هذا، وهناك الكثير من الأشياء لا اجيدها كغسل الملابس طيها، ترتيب البيت، الكثير من الأمور تبدو سهلة لكنها صعبة، ربما لم نخلق نحن الرجال لها لا أدري، الطبخ لم يكن مشكلا، كنت قد تعلمته وهو مهنتي أصلا، لكن مع العمل، أرهقت ولم أبتين شيئا لأمي...".

2.2 الإرهاق الجسدي والنفسي: فيما يبدو المريض بالسرطان هو الضحية الوحيدة لهذا المرض الفتاك، إلا أنه يسبب في الحقيقة مجموعة لا منتهية من الاضطرابات النفسية لعائلة المريضة، بداية من اكتشافه وإلى غاية مواصلة العلاج، بل وحتى في فترات النقاهة، فالخوف من موت القريب، والاحساس بالعجز وعدم القدرة على فعل شيء يخفف عن الشخص الحبيب آلامه وعذابه، بالإضافة إلى الرغبة في القيام بالأمور بشكل صحيح وكامل، كل هذا وذاك يؤدي إلى ضغط نفسي كبير. تضاف إليه الضغوطات التي تسببها الأعباء الموضوعية التي ذكرت سابقا كالأعباء المادية، مشاكل العمل ومشاكل عدم الاستقرار الأسري الذي يسببه المرض.

وقد رأينا كيف أنّ (ملاك، 30 سنة، معلبة، برج بوعرييج)، كانت تعاني من التعب الشديد أحيانا ورغم ذلك كانت مجبرة على الذهاب إلى العمل، حيث عليها أن تقابل أطفالا صغارا لا يعون ما تعانيه معلمتهم، فتقول: "... الله يغفر لي، كنت في بعض الأحيان أقع في نوبات غضب شديد ولا أتحكم في نفسي، فأصرخ في وجه أولادي -تلاميذها- وقد أعاقبهم دون سبب...". مع العلم أنها كانت مخطوبة وعلى وشك الزواج وتأجل الزفاف مرّات بسبب مرض خالتها، إلا أن تزوّجت في الفترة التي انتهت فيها الخالة من العلاج الكيميائي واعتقدوا أنّها شفيت.

بينما يعبر (ديدح، 46 سنة، أولاد جلال) عن معاناته النفسية والضغط الكبير الذي مرّ به فيقول: لم أحس بكثير من الضغط الجسدي فقد كانت أتلقى مختلف أنواع الدعم، في رعاية البيت والأولاد، ولكنني تعبت نفسيًا خاصة خلال فترة العلاج بالكيميائي، فقد كانت حالتها النفسية سيئة وصارت تختلق المشاكل معي، وتنكر كل الأشياء السيئة التي حدثت في الماضي، خاصة مع أهلي، وصارت تتفوه بكلام غريب، وأنا لست من النوع الهادئ، وكلفني صبري انهيارا عصبي

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

وفي نفس السياق عبّر (عامر، 28 سنة، العطف) كيف أنّ انقطاعه عن حياته الاجتماعية وهو في ذلك السن قد أثر عليه كثيرا.

بينما عبّر مقدمي الرعاية الآخرين عن التعب الجسدي الذي سببه لهم اضطرارهم إلى أداء مهام كبيرة ومتواصلة لم يعتادوها أولم يكونوا محضرين لها،

ففي حالة (الزهور، 70 سنة، متقاعدة، الجزائر العاصمة) أكدت لنا أنّها بالإضافة إلى احساسها بالانزعاج مرّات من ابتعادها عن بيتها ومدينتها طول تلك المدّة، وعدم قدرتها مرات على تحمل صراخ وضوضاء الأطفال وهي في هذه السن، فقد أكدت أنّ الفترة التي غادرت فيها ابنتها (سعاد، الأغواط) إلى ورقلة لتلقي العلاج الكيميائي مدّة قرابة شهرين، وبقائها لوحدها مع 5 أطفال، لم يكن سهلا أبدا، وأرهقها جسديًا بشكل خاص "... منذ زوّجت أبنائي، تحرّرت من مشاغل البيت والأبناء صرت أمارس أشياء أخرى أقلّ اتعابا جسديًا ونفسيًا، لم يكن الأمر سهلا بالنسبة لي..."، رغم أنّها اعترفت بمحاولة حفيدتها مساعدتها في رعاية البيت واخوتها.

كما عبّرت لنا "سواء، 38 سنة، بني سليمان عن معاناتها الجسديّة، حيث تقول بأنّها تعبت كثيرا في الفترة الأخيرة، حيث تدهورت حالة أختها، وصارت لا تلقى أي وقت للراحة، بين رعاية أختها من جهة، والاهتمام بابن أختها، وكذا مساعدة الأم في أشغال البيت حيث قالت "...فقدت الكثير من وزني، وضعفت، ومن يأتي إلينا يقول تبدين أنك مريضة أكثر من أختك" .

بينما وصف لنا (عادل، 50، سنة، عنابة) الحالة الصحية والنفسية التي وصل إليها بالانهيار التام، خاصة وأنّه يعاني من مرض الربو ومن مشكل في العظام يجعله لا يتحمل كلّ ذلك التعب.

ومن العوامل المسببة للتعب النفسي والجسديّ للقائم بالرعاية الحالة النفسية والمزاج المتقلّب للمريضة، إضافة إلى عدم استجابتها للتعليمات والارشادات الطبية كرفضها للأكل أو عدم تناول الغذاء، أو عدم التزامها بالراحة.

كما يؤدي إحساس مقدم الرعاية بعدم قدرته على احتواء الحاجات النفسيّة للمريضة، وعدم امتلاكه للخبرة والمعرفة اللازمة للتعامل مع هذه الأمور، إلى الشعور بالذنب وعدم الثقة، فرغم كل ما قام به عامر من أجل أمه يقول "... كان يؤلمني بأنّ أمي لا تستطيع أن تفضفض لي ما بداخلها، لقد عانت كثيرا، قبل المرض، وبعده، لو كنت بنتا لكنت استطعت رعايتها بشكل أفضل ولكنك شكّلت رفيقة وصديقة ومستمعة لها..." .

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

2.3 انحسار الحياة الاجتماعية:

إنّ الأعباء الكبيرة الملقاة فوق كاهل مقدّم الرعاية وانشغاله الدائم بتقديم الرعاية، تجعله يهمل أو يؤجل القيام بالكثير من الأمور التي كان يقوم بها سابقا من غير العمل والدراسة، حيث تنحصر حياته الاجتماعية وتقل مع الوقت علاقاته الاجتماعية المختلفة وتصير حياته تدور حول فلك المريض والمرض، وقد عبّر لنا البعض عن احساسهم بالحسرة عن ذلك، مع نوع من الإحساس بالذنب والخجل لأنّهم عبروا عن ذلك، حيث يتم تذييل عبارات مثل:

"هذا واجب"، "لحقتها أهم" أو "كل شيء يهون المهم أن تشفى وتعود كما كانت...."، للتعبير عن عدم تقضيلهم لأشياء "تافهة" عليها.

وفي هذا الصدد عبّرت (سامية، 39 سنة، مطلقة بدون أطفال، المسيلة) عن حالة أختها وبنات أختها وهم يرعونها "توقفت حياة أختي لسنوات، لا تذهب إلى الاعراس ولا تزور الأهل، الكثير من الأشياء سمحت فيها من أجلي".

مما سبق رأينا كيف تتأثر الحياة الشخصية بل والاجتماعية لمقدمي الرعاية الأساسيين، حيث عبّروا عن قلقهم الدائم من عدم قدرتهم على تلبية كل متطلبات الرعاية، بشكل تام وكامل، فما هي الحلول التي يلجأ إليها مقدم الرعاية في الأسرة الجزائرية وما هي آليات تخفيف الضغط بالنسبة إليه؟

المطلب الثاني: الآليات الاجتماعية والعائلية لتخفيف ضغط المرض والرعاية

إنّ الوضع الطارئ الذي يسببه مرض الزوجة / البنت / الأم، يدخل الأسرة النواتية لها بشكل أخص في أزمات متتالية، نفسية، اجتماعية، علائقية ومادية، وتؤثر تأثيرا مباشرا على أحد أو مجموع أفرادها بنسب متفاوتة، فتأثر الزوج والضغطات التي تقع عليه أشد من الضغطات التي تقع على الأبناء مثلا، والضغطات التي يحس بها الابن البكر أو البنت البكر، أشد مما يقع على عاتق الأطفال الأصغر سنًا وهكذا.

بينما التغييرات وشغور مكانة الأم وعدم وجود بديل لها يؤثر مباشرة على كل الأفراد مهما كان جنسهم أو سنّهم، وهذا ما يجعل القائم بالرعاية الأساسي يبحث عن حلول تساعده على تغطية هذا الفراغ، مع الحفاظ على مهامه السابقة، ولا يكون الإحساس بالأزمة الداخلية للأسرة داخليا فقط، بل أنّ الأسرة الممتدة تشعر بشكل تلقائي بالأزمة وتتدخل للتخفيف من تأثيراتها، ويؤدي بنا هذا إلى القول بأن المجموعات الاجتماعية المختلفة المرتبط بالمريضة، تتحرك تلقائيا للسعي لإيجاد حلول للمشكل أو الأزمة التي تعانيها هذه الأسرة

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

النواتية، وهنا نستطيع أن نفك الآلية التي تعمل بها العائلة الجزائرية لتخفيف الاهتزازات التي يتسبب فيها المرض كالاتي:

1. آليات مقدّم الرعاية:

يعتمد مقدّم الرّعاية على عدد من الآليات لتخفيف الضغط عليه خاصة إذا كان شخصا واحدا او عدد محدود جدا من القائمين بالرعاية والذي يمثل عادة عضوا أو أكثر من الاسرة النواتية للمصابة، وذلك من خلال ادماج أفراد الأسرة النواتية في رعاية المريضة، كالأبناء مثلا، حيث يبدأ الأب، بتحسيس الأبناء بالوضع الجديد، وتعويدهم على تقبل فكرة المشاركة في تحمّل بعض من المسؤوليات عنه، ويكون ذلك عادة بشكل تلقائي، وقد رأينا ذلك في عدد من الأمثلة كحالة (عادل، عنابة)، (زهية، حاسي بجبج)، (سناء، بيني سليمان) و (ملاك، برج بوعرييج)، حيث اعترفت (ملاك، 30 سنة، برج بوعرييج) بأنّها أدمجت أختها الاصغير منها في رعاية الخالة "في البداية لم تكن أختي تساعدني كثيرا، كنا نتعامل معها على أنّها صغيرة وتدرس في الجامعة مع الوقت أصبحت أعطيها مهام مختلفة، وأحيانا أتناوب معها في الرعاية مثلا في السهر مع المصابة"، بينما صرّحت (سامية، خالتها، 39 سنة، المسيلة) بأنّها سمعت أختها وهي تهاتف أخوها المتزوج وتقول له **تعال وخذها، ساعدوني قليلا لقد تعبت "** وهذا ما فعله الأخ فجاء وأخذ أخته إلى بيته في المسيلة لكنّها لم تبق عنده كثيرا.

بينما أدمج (عادل، 50 سنة، عنابة) ابناءه بشكل تدريجي وهو مجبر في عملية الرعاية، حيث يقول الان **بعد مرور الوقت أحسّ أنهم تحمّلوا أكثر من طاقتهم كأطفال، وخاصة البنات".**

قد يستعين مقدّم الرعاية بأفراد آخرين خارج الإطار العائلي كالأصدقاء والجيران، حيث صرّحت غالبية الحالات، طلب الاعانة المالية من أصدقاء الزوج/ الزوجة، وكذلك طلب أنواع من المساعدات من الجارات مثلا، كحراسة الأطفال في وقت غياب الأب والأم عن البيت أو تقديم الغذاء لهم. كما يتمثل في طلب الدّعم المادي، المالي واللوجيستي، كأن يطلب مساعدة أحد أفراد العائلة في نقل المريضة من وإلى المستشفى، إحضار نتائج الفحوصات أو طلب متابعة المواعيد الطبية، لا يكون تقديم المساعدة الخارجية بطلب من القائّم بالرعاية الأساسي فقط، فغالبا ما يتم عرض الخدمة والمساعدة بشكل تلقائي من الأفراد.

2. الأسرة الممتدة كداعم لمقدم الرعاية:

1.2 آليات الأسرة الممتدة للحفاظ على التوازن داخل الأسرة النواتية:

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

تعمل الأسرة الممتدة وأفراد منها، عمل مقوم الأخطاء، أو حافظ للتوازن، حيث يتحسس أفرادها الفراغات والحاجات والخلل، ويحاولون تعديله أو التخفيف منه قدر المستطاع، حيث رأينا كيف يتم جمع المال بشكل تلقائي وتقديمه للمريضة أو القائم عليها، دعما له ومساندة، بحث يعرف الجميع العبء الثقيل الذي نزل على العائلة.

بينما تعرف نساء الأسرة الممتدة جيدا ما هي الأمور التي كانت تقوم بها الزوجة، ولا يستطيع فعلها الزوج، خاصة في حالة انشغاله بمتابعة علاجها وفحوصاتها، فيحاولون تقديم الدعم من خلال: اقتراح رعاية الأطفال، اقتراح أخذ المريضة عندهم لتخفيف الضغط عن البيت والأطفال، الطبخ للأسرة وتنظيف البيت، الذهاب إلى بيت الأسرة لرعاية المريضة، حراسة الأطفال داخل البيت والوقوف على تواصل النظام.... الخ، وهذا ما رأيناه في المباحث والفصول الماضية، وتؤكد هذه الآلية النظرة البنيوية الوظيفية لسيرونة البناء الاجتماعي وتبادل الأدوار داخل المجتمع سعيا إلى تعديل الخلل الوظيفي الذي يحدث في نسق ما كالنسق الأسري. وقد عرجنا في مختلف فصول، مباحث ومطالب البحث سابقا، عن طرق تدخل ودعم الاسرة الممتدة، لدعم ورعاية المريضة وأسرتها النواتية، ماديا، عاطفيا رعاية الأبناء، وحتى الرعاية المباشرة للمصابة في بعض الحالات، وهو الأمر الذي كان له دورا فعالا في الحفاظ على التوازن الأسري عند الأسر، وخاصة الحفاظ على العلاقة الزوجية.

2.2 تحديات الرعاية والدعم بالنسبة للأسرة الممتدة وحدودها:

إنّ نظرتنا إلى العائلات السبع محل الدراسة تؤكد بأنّ التحولات الكبيرة التي أصابت المجتمع الجزائري، قد أثرت عليه وبأنه أصبح يعاني من أجل الحفاظ على بعض القيم التقليدية، حيث لم تكن تشكل رعاية المريض/كبير السن/ العاجز اشكالا كبيرا في ظل العائلة الكبيرة الممتدة، ووجود كلّ أعضائها في محيط جغرافي ضيق، بينما ظهرت اليوم هناك مشاكل كثيرة لرعاية الزوجة المصابة، ويمكن تلخيصها كالتالي:

- زواج البنت في ولاية بعيدة عن أهلها او انتقال أحد أفراد الأسرة للحياة في منطقة أخرى بسبب العمل أو ظروف أخرى، حيث تصبح المسافة عبئا وتحديا، فكيف يمكن تقديم العون ورعاية القريب/ القريبة الذي يقطن بعيدا عن الأسرة بأكثر من 450 كلم، مثل حالة (سعاد، الأغواط) و(سامية، المسيلة)، (رجاء، بني سليمان، قبل الطلاق)، فاختيار كليهما مكان الاستشفاء والعلاج بعيدا عن العائلة النواتية شكّل تحديا للعائلتين الممتدتين، لمتابعة حالة المريضة، حيث صرّحت سامية أكثر من مرة بأنّ أباهما "العجوز" كان يأتي لزيارتها كثيرا في الأول ثم تباعدت الزيارات مع الوقت، وكذلك اخوتها، بينما هناك الكثير من افراد

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

العائلة الذين لم يستطيعوا المجيء إلى بيت الأخت (برج بوعريريج) لزيارتها، حيث عبرت أحيانا عن نفهم مشاغل اخوتها وعدم قدرتهم عن التغيب عن العمل وقطع المسافة الطويلة في كل مرة المسيلة/ برج بوعريريج، بينما أبدت انزعاجا وحسرة من ذلك في بعض الأحيان. وهو نفس الشيء بالنسبة لعائلة وأسرة سعاد النواتية، حيث لم يكن بمقدور أختها التي تعيش في وهران، من زيارتها أكثر من مرة أو مرتين على طول مشوارها العلاجي، كما عانت أمها من بقائها لمدة طويلة بعيدا عن بيتها ومشاغلها وانعزالها التام عن حياتها الاجتماعية السابقة، بسبب بقائها في بيت غبنتها لرعايتها والاطمئنان عليها وعلى سيرورة الحياة وتوازنها بالنسبة لأحفادها.

- انشغال نساء الأسر بمشاغل جديدة لم تكن موجودة في السابق، كالعامل، متابعة الأبناء، الدراسة، الأمر الذي جعل التدخل من طرف العائلة الممتدة ضعيف، كما رأينا في حالة (عبلة، عناية).
- ضعف العلاقات الاجتماعية التي تربطها الأسرة النواتية مع الأسرة الممتدة، قبل المرض، يجعل من درجة التضامن ضعيفة عند اختلال التوازن، فقد رأينا كيف أن حالة (أم هاني، 52 سنة، أم لولدين، العطف) والتي تزوجت باكرا، وتم عزلها من طرف الزوج عن عائلتها الممتدة، بينما كان وجودها مرفوضا من الأول من العائلة الممتدة للزوج، لم تتلق أي شكل من أشكال الدعم الجدي من أسرتها أو من أسرة الزوج، وذلك مواصلة لمسار القطيعة -الاجبارية) بين الأسرتين، وكل ما لفته أم هاني من أسرتها هو جمع مبلغ زهيد من المال في أول مرضها من اخوتها، وزيارتها في المستشفى عدد من المرات، ولكنها لم تحصل على أي نوع من الرعاية المباشرة أو الدعم غير المباشر عدا ذلك.
- كما أن أسرة (عادل وعبلة، عناية) لم تتلق الدعم والرعاية الكافية حسبها بالشكل المطلوب، رغم حصول الزوج على دعم من اخوته "ماديا" في الفترة الأولى ورعاية زوجة أخ الزوج لها بعد العملية فقط وذلك لا يتنافى أبدا مع نوع العلاقة السطحية التي كانت تربط (الزوج) LE COUPLE مع أسرتها قبل المرض.
- فقر العائلة الممتدة، وانتمائها إلى طبقة اجتماعية متدنية تتسم بقلّة الخبرة والعلاقات، خاصة إذا كانت مرتبطة بمنطقة ريفية أو رعوية، وذلك ينطبق على عائلة (أم هاني) الممتدة، حيث اعترفت بأن اخوتها وأخواتها فقراء وغير قادرين على تلبية حاجاتهم اليومية ولا يمكنهم تقديم الكثير لها.
- تصادف مرض الكثيرات مع موجة كورونا كوفيد 19، أثر على مستوى التضامن الذي لاقته مريضات تلك الفترة من الأسر الممتدة، حيث عاشت المريضات فترة من العزلة الاجتماعية، مثل حالة (عبلة، عناية)، (ياسمين، أولاد جلال).

3.2 نماذج درجات التضامن بين الأسر:

مما سبق ومن خلال الصورة العامة التي توصلنا إليها من خلال سير حياة المريضات والقائمين على رعايتهن مع المرض، تمكنا من الوصول إلى تصنيف العائلات إلى ثلاث نماذج:

أ. عائلات ذات تضامن عالي:

وهي العائلات التي رأينا أنها تتميز بعلاقات دائمة، غير منقطعة بين أفرادها، حيث تحافظ فيها الزوجة رغم زواجها علاقتها بعائلتها الأم، ويتعدى التضامن المتبادل فيها الدرجة الأولى من القرابة، أم، أب، أخ أخت، إلى درجات أخرى، كالخالات والعمات وأبناء الأحوال وأبناء العمومة، كما تحافظ فيها الأسرة الزوجية على علاقاتها مع الأسرة الأم للزوج والزوجة معا، ووجدناها في عائلة المصابة (سعاد، الأغواط)، حيث رغم أنها تزوجت في مدينة الأغواط وعائلتها الأم في الجزائر العاصمة، إلا أنها لازالت تحافظ على علاقات متشعبة مع أفراد عائلتها، حيث هب كل من أعمامها، أخوالها، وأبنائهم، المتواجدين على أرض الوطن وحتى المتواجدون في الغربية، فرنسا، إنجلترا، أستراليا، إلى مساعدتها ماديا وحتى بالأدوية وتوفير المواعيد وغيرها، كما أنه ورغم عدم وقوف اخوة وأم الزوج معها بسبب التمثل الذي للمرض، إلا أن زوجها تلقى مساعدات من طرف أبناء اخاله وخالاته.

كما رأينا ذلك في حالة (ياسمين، أولاد جلال) التي وجدت الدعم من عائلتها (الأم، الأخوات، بنات الخالات، الاخوة الذكور وزوجاتهم، وغيرهم)، ومن طرف عائلة الزوج (أمه، أخواته، اخوته، أبناء الاخوة وأبناء العمومة والأحوال)، وقد عرفنا أنه لاقى تكفلا مالياً شبه تام من طرف أخيه الذي يقيم في فرنسا.

وتكررت نفس التجربة مع أسرة (مليكة، حاسي بحبح) والتي رأينا كيف لاقت الدعم من كل العائلة سواء النواتية المتمثلة في أبناءها وزوجها، والممتدة سواء كن ناحية عائلتها هي، حيث أن القائمة برعايتها الأساسية هي أختها، إضافة إلى اخوتها وأخواتها، أمها وحتى أعمامها وأخوالها، وأبنائهم، الذين كانوا يزورونها ويقترحون المساعدة والدعم الممكن، كما وجدت الدعم من ناحية أهل زوجها، سواء من أخواته أو إخوته أو أمه.

ب. عائلات ذات تضامن متوسط إلى ضعيف:

ورغم أن رجاء لم تجد الدعم من عائلة زوجها مما أدى بها في النهاية إلى الطلاق، إلا أنها في النهاية تم احتوائها من طرف عائلتها الأم حيث قام اخوها وأبوها بالاعتناء بها وبابنها ماديا، بينما رعتها الأخت والأم، رغم وجود تشنجات بنها وبين أمها التي لم تتقبل طلاقها و" العار" الذي ألحقته بالعائلة، ورأينا كيف أنّ

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

عنتها التي أصيبت قبلا بهذا المرض قد وقفت بجانب ابنة أخيها ودعنتها عاطفيا بشكل كبير، ورغم تحدثها هي وأختها عن كثرة الضيوف الذين كانوا يزورونهم في البيت للاطمئنان عليها، إلا أننا لم نجد خلال المقابلة أثرا لأحد من الأقارب والدور الذي قام به، وبهذا فان الترابط والتضامن في هذه الاسرة، يبقى متوسطا، لا يرقى إلى مستوى الاسر التي رأيناها سابقا

بينما من خلال ما رأينا بالنسبة لحالة (عبلة، عنابة)، فيمكن أن نصف التضامن في أسرتها بالضعيف جدا، حيث أنها وبغض النظر عن المساعدة المادية التي لاقاها زوجها من اخوه وأمه ماديا في بداية المرض من اجل اجراء العمليّة، والرعاية التي لاقتها هي من "سلفتها" بعد العملية، لم نلق أي أثر لعائلة الزوج من جهة ولا لعائلتها هي، فهي أكّدت أنها لا تملك أي علاقات مع أخيها المتزوج، ولا مع زوجة أبيها، بينما بقي أبوها جاهل بمرضها إلى غاية السّاعة التي أجريت فيها المقابلة.

كما أنّ الحكم على عائلة (أم هاني، العطاف)، يقوم على نفس المعايير، فهي لم تتلق للدّعم الكافي لا من طرف أسرتها ولا من طرف أسرة الزوج، بسبب الإهمال الزوجي من جهة وبسبب فقر العائلة، حسب تبريرها هي للموقف.

ومن خلال كلّ ما سبق، يمكننا استخراج مجموعة من الملاحظات وأهمها:

- مستوى التضامن لدى الأسر، متعلق أساسا بالعلاقات التي كانت تقام بينهم قبل أوقات الأزمات، حيث كلّما حافظت الأسر الزوجية/النواتية على علاقات صلة القرابة، كلّما زاد الترابط بينها أوقات الأزمات وزاد مستوى التكافل والتضامن فيما بينها.
- لا يمثل العامل الجغرافي للأسر، عاملا مؤثرا، حيث لاحظنا كيف أنّ أسرا تعيش في المحيط الحضري، تحافظ على التضامن مقابل أسرا تعيش في أوساط ريفية أو شيه حضرية
- يمثل عامل الفقر وقلة الموارد المالية عاملا مؤثرا، حيث أنّ الأسر الفقيرة، تتأى بنفسها عن مسؤوليات تزيد من عبئها الاقتصادي، حيث يصبح الفقر عاملا مهما لقطع العلاقات، فلا يملك أعضاء الأسرة المال للقيام بواجباتهم نحو الغير، فيمثل مجرد الانتقال لزيارة مريض مكلفا ماديا.
- كما تلعب شخصية المريضة وعلاقتها مع غيرها عاملا أساسيا، في طبيعة العلاقات التي تبنيها مع غيرها من أعضاء الأسرة، حيث أنّه يظهر من الأول إرادة بعض الأزواج، الانسحاب عن جو العائلة الكبيرة، فتضبح الأسرة النواتي الجديدة التي بناها بالزوج محطّ اهتمامه وحياته، ولا تظهر الحاجة إلى العائلة الممتدة إلا في حالة الأزمات، وهذا ما رأيناه في حالة أسرة، (عبلة وعادل عنابة).

3. آليات المريضة لتخفيف الضغط عن القائم بالرعاية:

لا تمثل المريضة دورا سلبيا في مسارها المرضي، بل تؤدي عددا من الأدوار، فيما أطلق عليه (أنسليم ستراوس) بالطابع التفاوضي للمرض، حيث أنها تتدخل في عدد من المعطيات، مثلما رأينا سابقا، فتشارك في اختيار مكان استشفائها ونقاها، اختيار الأشخاص الذين تريد أن يقوموا على رعايتها، بل قد تتدخل في نوعية الرعاية، وتفرض بعض الأمور على القائم بالرعاية.

وفي سؤالنا للمريضات عن مدى ادراكهن للصعوبات التي يعانيتها القائم على رعايتهن، أجبن جميعا بالإيجاب، فالمريضات كنّ على وعي تام بالضغوطات المالية، الاجتماعية والنفسية التي يعانيتها القائم برعايتهن الأساسية، بل وكل الأسرة جراء مرضهن، وهذا ما جعل عدد منهن يبحثن عن آليات وطريق -تلقائية- لتخفيف العبء عن أفراد أسرهن، "...بينما كنت أنتظر من إخوتي أكثر مما فعلوه ولكن في نفس الوقت تفهم ظروفهم الحياتية...".

وقد حاولنا تفكيكها إلى عناصر وهي:

3.1 الصلابة النفسية وعدم الانهيار: تشكل نفسية المرأة المصابة بسرطان الثدي واحتوائها، تحديا كبيرا للقائم بالرعاية، وتؤثر تأثيرا بالغا على بقية أفراد الأسرة، خاصة الأضعف كالأطفال، فكلما كانت نفسية المرأة جيدة كلما قلّ الضغط في الأسرة، وساد نوع من الاستقرار الانفعالي والأمل في الشفاء والعودة إلى الحياة الطبيعية، وهذا ما تدركه المرأة سريعا، إما ببتقطن منها أو بطلب وتنبه من أحد الأفراد المحيطين بها، ورغم المشاعر الداخلية التي تتجاذب المصابة في مختلف اطوار ومراحل العلاج، والتساؤلات المختلفة التي تطرحها على نفسها:

هل سيجدي العلاج؟ هل سأعود كما كنت؟ هل سينتقل زوجي صورة جسمي الجديدة؟ هل يمكنني أن أمارس أنوثتي مجددا؟ سأموت؟ ماذا سيحدث لأبنائي بعدي؟ وغيرها من الحوارات الداخلية التي لا تنتهي على طول خط العلاج والنقاها، فإنها تحاول في فترة ما من إخفاء المشاعر السلبية وتقمص دور المرأة القوية التي لا يهزمها المرض، وهذا ما رأيناه في عدد من الحالات كحالة (سعاد، الأغواط) التي اعترفت بأنها ضغطت على نفسها كثيرا لتبدو قوية، حتى صدقت أنها كذلك (لم إنرف ولو دمة منذ مرضت إلى الآن، ولا حتى عندما أرى صورتي عارية في الحمام).

بينما تعبّر (ياسمينه، أولاد جلال) كيف أنها كانت تتعامل مع المرض بشكل عادي، ولم تستسلم للضعف، إلا في مراحل معينة، أين تحول الشعور بالحزن إلى شعور بالغضب كانت تصبّه في زوجها " وكأنه هو

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

من تسبب لي في المرض"، بينما قاومت (أم هاني 52 سنة، العطف) تعبها النفسي واحساسها بالوحدة والإهمال، من أجل أبنائها، حيث اعترفت أنها كانت تتشجع في النهار، بينما تقضي الليل في البكاء والدعاء. يمكن أن نقرن الصلابة النفسية بعدم الإحساس بوجود عدد كبير من المحيطين بالمريضة، حيث يصبح الانهيار العصبي بريسيجا لا تملكه المريضة، فهي عليها احتواء نفسها، زوجها، أسرتها، أبنائها والوقوف معهم وتشجيعهم أيضا.

بينما يمكن للمرأة التي تحسّ بالاطمئنان على وضعها وعلى وجود الكثيرين حولها من ممارسة حداثها على صورتها القديمة بشكل طبيعي مثل حالة (مليكة 63 سنة)، حيث يعدّ بلوغ الأبناء سن الرشد، وعدم ارتباطها بالتربية وضرورة الوقوف على الأبناء، وكبر سن الرجل وعدم تفكيرها في قدرته على تطبيقها، أكثر منت سبب يسمح لها بالاكنتاب والانعزال المدّة التي يتطلبها الأمر.

بينما يكون السن الصغير، أو الحالة الاجتماعية المختلفة، عاملا لتقوية المرأة لنفسها لأنها في النهاية لن تجد أفضل من نفسها مشجعا وداعما، حيث تقول (سامية، 39 سنة) "وأقول لك الدعم والشجاعة تأتي من داخل الانسان ولا أحد يمكن أن يعطيها لك، فالناس يتكلمون كلاما كثيرا قد يكون جارحا أحيانا دون ان يحسوا بذلك، هناك من تنتظر منهم الكثير ولما تحتاجهم لا يقدمون شيئا وهناك من لا تنتظر منهم شيئا فيكونون بجانبك يوم الحاجة، مثل زوجة ابي، وجارتا أختي اللتان كانتا صديقتي وقتنا معي كثيرا" يطيبولي ينحولي على خاطري، يخدموني ويعاونوها".

3.2 استرجاع الأدوار الاجتماعية بشكل سريع:

تعرف المرأة أنه لا أحد يمكنه أن يعوض أدوارها الاجتماعية المختلفة التي كانت تقوم بها، وهنا لاحظنا أنّ بعض الزوجات لا تنتظره الانتهاء الكلي من العلاجات المختلفة للعودة إلى ممارسة أدوارهن السابقة، بل أنّ بعضهن لا تتوقفن ولو لفترات متقطعة عن أدائها، فنجد (سعاد، الأغواط) تقرّ بأنّها لم تستسلم أبدا لفكرة أنّها مريضة ويجب أن تبقى في الفراش، وتعتقد أنّها مجرد فكرة اجتماعية تؤمن بها المريضة، فحاولت قدر المستطاع أن تعمل يسدا بيد مع أمها وزوجها لتخفيف الضغط عنهما، رغم أنّها تعترف بأنّها كانت تنهار صحيا في بعض المرات، (ساعات عمل حتى يغمي عليّ بلا ما نحس)، وبنفس الطريقة كانت (ياسمينه) تقوم بأعمال البيت ملّما سمحت لها الفرصة ولا تطيل البقاء في فراش المرض أصلا أنا ما نحملش لا اتحمل الفراش"، وكذلك عادت (أم هاني، العطف) سريعا للقيام ببعض الاعمال غير المتعبة، كتقشير الخضر ثم الطبخ، ترتيب البيت وغيرها.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

بينما تقول سامية، بأنها تعمل في أي بيت تذهب إليه حتى لا تحس أنها على عالة تكون عبئا على أحد،

3.3 تنوع القائمين بالرعاية:

قد تستخدم المريضة تقنية تنوع القائمين بالرعاية لتخفيف العبء عن مجموعة الافراد القائمين على رعايتها، فتغيّر مكان اقامتها من فترة لفترة، مثل حالة (سامية، 43 سنة، المسيلة)، حيث ومع أنها كانت تتلقى العلاج في برج بوعريّيج حتى تتلقى الرعاية من أختها وأسرّة أختها، إلا أنها كانت تغيّر مكان اقامتها للتخفيف عن أختها وبنات أختها، فتعود مرات إلى بيت أبيها وزوجته وتذهب مرات أخرى إلى بيوت أخوتها المتزوجين، حتى يأتي موعد العلاج أو الفحوصات القادمة فتعود إلى (برج بوعريّيج).

وقد تطلب المرأة من شخص مقرب منها للقدوم لتعويض القائم بالرعاية في بيتها، كأن تترك (مليكة، 63 سنة) أختها مغادرة البيت للمكوث قليلا مع أبنائها والقيام على مشاغلها الحياتية المختلفة، بينما تطلب من أمهما تعويضها.

بينما قامت (أم هاني، 52 سنة، العطاف)، بأمر غريب لتخفيف الضغط على ابنها (عامر 28 سنة) والذي كان يرهاها وهو في سن 21 سنة، باقتراح فكرة تزويجه، حتى يكون هناك امرأة في البيت ترعاه وترعى البيت وترعى المريضة ان احتاجت إلى ذلك، وهذا ما فعله الابن الذي تزوج في سن لا يتعدى 21 سنة من أجل توزيع الضغط.

وتعترف أم هاني انها قرّرت تزويج ابنها قبل أن تغادر إلى البلدية لأخذ حصص العلاج الاشعاعي، حيث كانت تفكر أنها ربما ستموت ولا تريد ترك ابنها دون ونيس، كما أنها لم تزوجه من أجل ان تقوم زوجته برعايتها (جسديًا) بقدر ما كانت تبحث عن مؤنس لوحدتها، ولعنصر نسويّ في حياتها تستطيع التكلّم معه والانسجام معه، فاخترت ابنة اختها عروسا لولدها.

ورغم كل هذه الاليات تبقى بعض الأسر بل أغلبها بحاجة إلى دعم خارجي يساعدها على تخطي العقبات المختلفة في مسارات العلاج، وخاصة الماديّة منها وهنا يدخل دور الفاعل الاجتماعيّ الذي يتمثل في الجزائر في الجمعيات التطوعية والمتخصصة في مساعدة المرضى عموما ومرضى السرطان بشكل خاص.

المبحث الثالث: دور جمعيات مكافحة السرطان في دعم الأسرة والمريضة

صرّح لنا أغلب المبحوثين أنهم لجؤوا إلى جمعيات مكافحة السرطان في مرحلة أو أخرى من المرض، واختلفت الأسباب والأهداف التي جعلتهم يلجؤون لها، حيث صرّحت غير واحدة أنها لم علمت بوجود هذه الجمعيات في مرحلة متأخرة من المرض، بينما وصلت بعضهن على غرار سامية إلى أن تصير فاعلة ومتطوعة في الجمعية التي ساعدتها في مراحل مختلفة وأباب سنتعرف عليها لاحقا.

وتعود نشأة الجمعيات بالجزائر إلى بدايات القرن العشرين مع صدور قانون الجمعيات سنة 1901 الذي أتاح حرية "نسبية" للنشاط الجمعيّ للأهالي، حيث تفتن الجزائريون إلى الجمعية كأداة مقاومة ثقافية وسياسية قد تعوض المقاومة المسلحة التي تم وأدها من طرف المستعمر حينها، فظهرت الجمعيات الثقافية والرياضية والنوادي المهنية، التي كانت سبيلا للدخول في الحياة المدنية من جهة والاجتماع وتبادل الأفكار والنقاش السياسيّ السريّ من جهة أخرى، ورغم الدور الفعال الذي لعبته الجمعيات على غرار جمعية العلماء المسلمين والكشافة وغيرها في نشر الوعي الهوياتي السياسي لدى الشباب الذي فجر الثورة بعدها، والتاريخ الطويل الذي عاشته الجمعيات من منع وتضييق ابتداء من مرسوم مارس 1964 حيث منع أي نشاط سياسي على الجمعيات الاجتماعية، الثقافية والرياضية تماشيا مع سياسة الحزب الواحد ومركزية التسيير، والذي لم يتغير إلى أن جاء قانون 87/15 والذي شجع المواطنين على تأسيس الجمعيات الأهلية في المجالات الاجتماعية والثقافية والرياضية والمهنية، حيث استجابت السلطة أخيرا لمطالب رفع القيود على المجتمع المدني، حيث ظهرت في هذه الفترة بعض الجمعيات الحقوقية والثقافية التي بلغ عددها سنة 1988 حوالي 11 ألف جمعية حسب جريدة المجاهد 12/05/1988، وبعد أحداث أكتوبر 88 وتشريع التعددية الحزبية وحرية التعبير في قانون 31-90، زاد عدد الجمعيات وتفتحت على النشاط التطوعي والاجتماعي، ولم تتركز فقط في الإطار النضالي السياسية والثقافي.

المطلب الأول: أدوار جمعيات مكافحة السرطان

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

تقوم جمعيات مكافحة السرطان في الجزائر بدور هام وأساسي في مرافقة مريضات سرطان الثدي نحو الشفاء، ولولا وجودها لتخلت الكثيرات عن العلاج لما فيه من متاعب وشقاء، واستطاعت أن تؤدي الكثير من الأدوار التي لم تعد الدولة قادرة على تغطيتها، حيث يشكل مرض سرطان الثدي خطرا على الحياة، وضغطا أكبر على النظام الصحي في الجزائر، ما جعل المجتمع المدني ممثلا في الجمعيات المتخصصة في مكافحة السرطان، السعي إلى مساعدة المريضات ورعايتهن صحيا، وماديا، ونفسيا واجتماعيا.

وقد أدى التدهور الذي تعرفه الرعاية الصحية أو الاجتماعية الصحية في المنظومة الجزائرية، إلى ظهور جمعيات خيرية تحاول سدّ العجز لتأخذ بيد المريض وتساعده في إيجاد الحلول لمختلف المعضلات التي تواجهه خلال رحلة التعافي، كأمراض السكري، الكلى، الأمراض القلبية، وأمراض السرطان.

من خلال المقابلات التي أجريناها مع القائمين على الجمعيات، ومع المصابات وأهاليهن استطعنا استخراج صنفين من الخدمات التي تقدمها الجمعيات، على اعتبار التطابق الموجود بين أغلب الجمعيات الناشطة في المجال من حيث أسلوب العمل والتعاطي مع الحالات وكذلك التشابه في الظروف:

1. الدعم اللوجستي " المادي":

• توفير النقل: يُعدّ نقل المرضى إلى المراكز الاستشفائية لتلقي العلاج والمواعيد أهم الوظائف التي صارت جمعيات مكافحة السرطان تؤديها، ذلك لما يمثله مشكل النقل من هاجس للمريض وأهله، إذ لا توفر المستشفيات المحليّة هذه الخدمة إلا في حالة الاستعجال الطبي التي لا يدخل تحت تصنيفها العلاج الاشعاعي والكيميائي الا نادرا " يوجد مرضى لا يمكنهم بتاتا التنقل إلى المستشفى دون اشرفنا، ولولا تدخلاتنا المستمرة لتخلى أغلبهم عن العلاج... " * وهذا راجع إلى بُعد مراكز العلاج من جهة وعوز المرضى من جهة أخرى حيث يضيف اليد لوصيف: *ليعاني أغلب المرضى بالسرطان في ولاية مسيلة من الفقر الشديد، وقد سبق أن حاول بعضهم الانتحار لعدم قدرتهم على تحمل مصاريف العلاج ومشقاته، وكانت جمعيتنا الباب الخلاص بالنسبة لهم...".*

وهذا ما رأيناه في عدد من الحالات التي كانت تعتمد على الجمعيات في النقل، مثل ال (أم هاني)، حيث عبرت لنا كيف ان أبناءها كانوا يتكفلون بنقلها، إلى أن اكتشفت جمعية تقدم هذه الخدمة، فاعتمدت عليها لتخفيف الضغط النادي والبدني والمهني، عن أبناءها، كما رأينا كيف أن (سعاد، الأغواط) قد اكتشفت أن

عيسى لوصيف: رئيس جمعية البر الخيرية، مقابلة ذكرت سابقا. *

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

جمعية تنشط في ولايتها تقوم بنقل المرضى إلى مستشفى ورقلة الذي يعالجون في بالإشعاعات، ورغم اكتشافها المتأخر لها، إلا أنها صارت تتعامل معها، عند ذهابها لمواعيدها، لتجنب زوجها مشقة التنقل معها ولكي يتسنى له البقاء في البيت مع الأطفال.

ولا تقوم الجمعيات فقط بنقل المرضى بعد حصولهم على موعد العلاج بل انها هي التي تنتقل لتقديم ملف المريض للمستشفى المعالج واستخراج الموعد، وتتوفر الجمعيات على عدد متفاوت من السيارات، حيث تمكنت جمعية شعاع الأمل بالجلفة، إلى غاية اجراء المقابلة من شراء سيارتين نفيعتين لنقل المرضى، ويجب أن يكون المريض في حالة جسدية مقبولة لنقله وذلك "لخطورة توفي احدهم في الطريق"، بينما تتوفر جمعية البر الخيرية بالمسيلة على سيارتين نفيعتين وسيارة اسعاف، تعمل طيلة أيام الاسبوع ودون توقف " ورغم هذا فنحن نقع في النقص احيانا، بسبب اختلاف الجهات التي نأخذ اليها المرضى كولاية سطيف، واد سوف، باتنة، وأحيانا الجزائر العاصمة أو البلدية وغيرها *، وتتوفر جمعية الفجر وغيرها على عدد أكبر من السيارات وسيارات الاسعاف بحكم صبغتها الوطنية وعدد مكاتبها.

• توفير المبيت: عندما يتجه المريض بالسرطان إلى أحد مراكز مكافحة السرطان بالوطن للحصول على حصة العلاج الكيميائي أو الاشعاعي، فهو لا يتحصل بالضرورة على الحق في المبيت داخل المستشفى الا في بعض الحالات التي تستوجب الاستشفاء الداخلي، وبما أن المريض يأتي من ولايات خارجية وبعيدة غالبا، فهو يضطر للمبيت في الولاية التي يعالج فيها، وهو الأمر الذي يشقّ على المريض وأهله في اطار غلاء الفنادق، تقول زبيدة كسال: " قبل انشاء الجمعية كان المرضى يبيتون في البلدية في الحمامات أو الحدائق العامة وفي أحسن الحالات تبيت النساء داخل السيارات، ومنهم من كان يعود في نفس يوم تلقيه العلاج إلى بيته، ليكون قد قطع مسافة تتجاوز 700 كم ذهابا وايابا *، هذا الوضع هو الذي جعل الجمعيات تفكر في اقتناء او اكرتاء منازل تأوي المرضى، إذ تملك جمعية " البر الخيرية " منزلا في مدينة سطيف وآخر في المسيلة وتنتظر استكمال منزل ثالث في العاصمة، وبينما "لا يستقبل المنزل الذي في مسيلة الكثيرين بسبب عدم توفر العلاج في هذه الولاية، فإن منزل سطيف لا يكاد يفرغ من كثرة المرضى"* كما تملك جمعية شعاع الأمل منزلا كبيرا في البلدية مجهز بأحدث التجهيزات منها مصعد للمرضى " واسمه

* عيسى لوصيف: مقابلة سبق ذكرها

زبيدة كسال: مقابلة سبق ذكرها *

* عيسى لوصيف: مقابلة سبق ذكرها

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

دار المريض البلدية، ولا تستقبل هذه الدور المريض فقط بل قد تستقبل مرافقه في حالة توفر الأسرة، وكذلك فهي تستقبل المرضى من الولايات الأخرى حتى لو لم يكونوا منضمين للجمعية "المهم توفر الموعد عندهم". الملاحظ هنا أن المنازل التي توفرها هذه الجمعيات أو الجمعيات الأخرى أمثال "البدر" بولاية البلدية أو "الواحة" بقسنطينة أو غيرها، تختلف في الخدمات التي تقدمها حسب توفر الموارد المالية لديها، إذ لا تتوفر جميعها بالضرورة على الخدمة الصحية كالممرض والطبيب وغيرها، بينما تملك أخرى برامج ترفيهية كقاعات ممارسة الرياضة، ورشات تكوينية للنساء في الخياطة والحلاقة وغيرها على غرار جمعية البدر بالبلدية. وقد لجأت المريضات محل الدراسة إلى الجمعيات لتوفير المبيت لهن، حيث كانت تقيم باسمينة في مقر وفرته جمعية الشفاء، بأولاد جلال بولاية باتنة، وذلك طيلة أيام علاجها الإشعاعي، كما فعلت أم هاني ببقائها في جمعية البدر طيلة علاجها بالبلدية، وقد عبرت كلاهما بالخدمات الجيدة التي لاقتهما في كل من الإقامةتين.

• توفير الكشوفات والتحاليل: تعمل الجمعيات على مساعدة المريض للحصول على التحاليل

والكشوفات الطبية والراديووات اما بأسعار منخفضة عبر اجراء اتفاقيات مع مالكي المخابر ومراكز التصوير للتخفيض من ثمنها لهم، او بجمع المال لهم، وبالرغم من محاولة صندوق التأمين الوطني في مراكزه الجهوية توفير هذه الخدمات للمنتسبين له، الا أن الفئة الهشة التي لا تملك ضمانا اجتماعيا تبقى بعيدة عن هذا الحق.

يقول الدكتور قيوم رئيس جمعية الفجر الوطنية أنّ الجمعية قد صرفت في السنة الصارمة 2019 ما يقارب المليار سنتيم فيما يتعلق بالتحاليل والصور الإشعاعية وغيرها، وقد وفرت جمعيتا إشعاع الأمل والبر والإحسان ثمن كشف البيت سكان "pit scan" لأكثر من مريض وثمانه يتجاوز 10 ملايين دينار.

• توفير الدواء: يمثل الدواء واحدا من المشاكل العويصة التي تواجه مريض السرطان، فإضافة إلى غلاء ثمنه الذي يصل في بعض الأحيان إلى 6000 دج للعبوة، يبقى غير متوفر في كثير من الأحيان، وتسعى الجمعيات إلى توفيره للمريض عبر طرق مختلفة تصل إلى طلب الدواء من محسنين خارج البلاد

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

- تصلنا طرود دواء من الخارج إثر حملات طلب الإعانة التي نطلقها عبر صفحاتنا في الفايسبوك أو عبر علاقات شخصية، ولكننا نلقى الكثير من العراقيل من طرف جهاز الجمارك الذي لا يتعاون معنا بتاتا. *

وقد رأينا كيف لجأت رجاء إلى الجمعيات الخيرية للحصول على الدواء التي وصف لها من أجل العظام والذي لا تتوفر عليه الجمعيات وإذا توفر فثمنه يتجاوز 10000 دج للعبوة الواحدة، بالإضافة إلى سامية التي تحتاج إلى حقنة من أجل العظام والتي صارت لا تحصل عليها إلا باللجوء إلى الجمعية.

2. الرعاية الاجتماعية والنفسية:

يشكل الدعم الاجتماعي والنفسي أهمية قصوى بالنسبة للمصابات بسرطان الثدي وذويهم، وتحاول الجمعيات محل الدراسة بما استطاعت من إمكانيات معرفية ومادية وإنسانية تقديم هذا الدعم أو بآخر ويمكن تلخيصه في:

- توفير المعلومة والتوجيه كشكل من أشكال الدعم: إن توفير المعلومة وتوضيح المسار العلاجي وإحساس المريض وأهله بالمرافقة لوحدها تبعث شعورا بالطمأنينة وترفع الكثير من الهم عن المريض وأهله.

"قد يكون المريض وأهله مكتفين ماديا ولكنهم يلجئون إلينا لنوفر لهم المشورة والمعلومة" تقول زبيدة كسال، ويقول لوصيف عيسى* حتى أكبر المسؤولين يلجئون إلينا عند إصابة احد أفراد عائلاتهم لنرشدهم إلى طرق وكيفيات تسيير طريق العلاج*، تعتبر المعلومة أمرا مهما في مسيرة العلاج، "حيث لا يعرف المريض ولا أهله كيف يتصرفون ورغم ما يبذله الأطباء المعالجين من مجهودات - بما استطاعوا - إلا أنّ المعلومة والإرشاد تبقى ناقصة، "الأطباء ينشطون معنا دون حضور نساعدهم ويساعدوننا، ويوجهون دائما المرضى إلينا، فما نعلمه نحن عن كواليس العلاج قد يخفى عنهم**، وفي هذا الصدد صرّحت لنا الدكتورة "آسيا موساي"* أنّ الجمعيات المكافحة للسرطان على تنوعها على غرار جمعية الأمل، صارت شريكا فعليا للنظام الصحي وللأطباء، حيث يوفر على الأطباء والطاقم الطبي الكثير من المجهود

* لوصيف عيسى: رئيس جمعية البر، مقابلة ذكرت سابقا.

* زبيدة كسال: رئيس جمعية شعاع الأمل، مقابلة ذكرت سابقا

* لوصيف عيسى: مقابلة سابقة

* آسيا موساي: مقابلة ذكرت سابقا

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

المعلوماتي وحتى المادي، "عادة ما أوجه مرضاي إلى الجمعيات المتواجدة على مستوى ولاياتهم، أو إلى جمعية الأمل المتواجدة على مستوى مصلحة مكافحة السرطان عندنا، من أجل دعمهم بأشكال مختلفة".

ويرى الدكتور قيوم أنّ المستشفى والطبيب يعجزان عن تقديم المعلومات الكافية للمريض لغياب الرؤيا الشاملة وخريطة واضحة للعلاج، وهنا يقع المريض أسيرا لعدد من الممارسات التي قد تكون غير أخلاقية أحيانا في المستشفيات في إطار الضغط "طاق على من طاق" وهنا تتدخل الجمعية لتأخذ بيد هذا المريض وترافقه في رحلته العلاجية بعد ان تخلت عنه المستشفى التي لا تتعامل معه كإنسان ذو أبعاد اجتماعية ونفسية وجسمانية بل كمريض ورقم فقط*.

تقول زبيدة كسال أن سكرتيرة الجمعية أو أحد سائقيها لوحدهم قادرين -ويفعلون الأمر بشكل يومي- على شرح وبالتفصيل مسار العلاج ونتائجه بالتفريق بين انواع السرطانات للمرضى وذلك للخبرة التي اكتسبوها عبر السنين ومخالطتهم للمرضى من جهة ولمراكز العلاج من جهة أخرى.

2.1 الدعم النفسي: تتوفر الجمعيات الثلاثة على طبيبة نفسية على الأقل كعضوة مؤسسة أو متعاونة خارجية، حيث تستعين جمعية البرّ والإحسان بطبيبة نفسية خاصة تقدم استشارات مجانية لمرضى السرطان الذين ترسلهم لها الجمعية، بينما تقدم جمعية الفجر بشكل منقطع داخل مقرها جلسات نفسية جماعية على طريقة التفريغ النفسي أو ما يسمى بالتداعي الحرّ، بينما توفر الامينة العامة لجمعية شعاع الامل جلسات نفسية عند الحاجة، ولكن في العموم لا تعتمد ولا جمعية على منهجية واضحة في الرعاية النفسية، بل أن لكل جمعية طريقها في الدعم النفسي، يقول السيد لوصيف عيسى "عبر سفرنا مع المريض وأهله نحاول التخفيف عنه وطمأنته ونحن نستخدم طريقة التغذية الروحية بحيث نحاول جعل يتقبل المرض كقضاء وكابتلاء من الله عزّ وجلّ". بينما تعتمد زبيدة كسال والدكتور قيوم طريقة عرض التجارب، حيث " إذا رأينا أن أحد المريضات غير منقبلة لمرضها، وهو أمر قليل الحصول، نستدعي احدى المريضات التي نعرف قوة شخصياتهن وتجاوزها للمحنة الأولى لتقدم تجربتها الحية وتحفز الأخرى على الصمود.."، وفي هذا الصدد روت لنا (سامية، المسيلة) كيف أنّها تدخل مقر الجمعية لتجد مريضات جدد يشعرون بالخوف والحيرة والوحدة، فتتحدث معهن وتمازجهن وفي الأخير تعترف لهن بأنهن مريضة مثلهن، وتقول أنهن في النهاية تندهنش وتعود لهن الابتسام، وتعترف ان هذه الطريقة ناجعة، حيث ترى المرأة نفسها في سامية

* الدكتور قيوم: رئيس جمعية الفجر لمكافحة السرطان، مقابلة ذكرت سابقا

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

بعد سنوات من العلاج، وتردف " طبعاً لا اذهب إلى الجمعية عندما أكون في حالة نفسية أو جسدية سيئة، فدوري هو بعث الامل في النفوس وليس العكس "

ويضيف الدكتور قيوم قائلاً في مجتمعنا تتميز المرأة على الرجل بقدرتها وحبها للتعبير عن دواخلها، لذلك يسهل علينا التعامل مع نفسية المرأة التي تعالج بعضهن بعض دون تدخل منا، بينما ينطوي الرجل على نفسه ويمثل إشكالا لنا . "

كما تنظم الجمعيات مجموعة من النشاطات كالخرجات للهواء الطلق، إحياء الحفلات وغيرها للتخفيف عن نفسية المريض .

2.2 الرعاية الاجتماعية: دعم القائم بالرعاية، إصلاح المشاكل العائلية

يعترف القائمون على الجمعيات الثلاثة بأن إصابة الإنسان بالسرطان، وخاصة المرأة لا يزال يؤدي في كثير من الأحيان إلى تفكك في الأسرة، فالكثير من النساء قد تم التخلي عليهن من طرف أزواجهن، بل وأبنائهن، والكثيرات تتعرضن لضغوطات حياتية كعدم تقبل أهلن أو أهل أزواجهن بفكرة عدم قدرتهن على العمل والقيام بواجباتهن المختلفة، ولكن تبقى الجمعية عاجزة في أغلب الأحيان على التدخل المباشر في هذه المشاكل، بل تكتفي بما تقدمه من خدمات "علاجية"، وذلك حسب القائمين عليها يعود إلى طبيعة المجتمعات والأسر المحلية المنغلقة على ذواتها من جهة، وإلى محدوديتها القانونية من جهة أخرى، وكذلك الضغوطات والأعباء الكثيرة التي تقع على عاتقها والتي لا تترك للمتطوعين فيها الوقت ولا الجهد للتفكير في هذه الوضعيات وطرق معالجتها، تقول زبيدة كسال **لا يمكنني التدخل مباشرة ولكن حدث وأن وقفت كشاهد في قضية طلاق تعسفي تعرضت لها إحدى المريضات عندي، بعد ان سرق زوجها كل الإعانات المالية التي كنا نرسلها لها عبره لشراء الدواء** *، بينما يقول السيد عيسى لوصيف "نحن نحاول بذل مجهودنا في التوعية الاجتماعية من خلال الحملات التي نقوم بها عبر الولاية" **.

*. زبيدة كسال: مقابلة سبق ذكرها.
** عيسى لوصيف: مقابلة ذكرت سابقا.

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

كما يتفق القائمون على الرعاية بأن الكثير من المشاكل المادية التي لا تنتظر اليها الدولة ولا تعالجها هي التي تجعل مساعد المريض او القائم برعايته يعاني نفسيًا وقد يؤدي به الأمر إلى التخلي عن المريض نهائياً، كما يشارك الجهل بالمرض وطرق التعامل معه في تأزيم الأمور.

وتبقى تمثلات الرعاية الاجتماعية عند مسيري هذه الجمعيات تتجه إلى تحسين الوضعية الاجتماعية للمرضى والتي تعود مباشرة إلى دعمهم مادياً، ولكننا لم نجد من خلال مقابلاتنا أثراً لممارسات أو مهام تدخل في إطار، إعادة إدماج المرضى اجتماعياً، برامج فعلية لمساندتهم لتقبل ذواتهم بعد الشفاء خاصة بالنسبة للمريضات التي تعرضن لبتز الثدي أو الطلاق والتهميش الاجتماعي وغيرها.

المطلب الثاني: الخصائص العامة لجمعيات مكافحة السرطان في الجزائر

من خلال كل ما سبق يمكن استخلاص بعض الخصائص التي تقوم عليها جمعيات مكافحة السرطان محل الدراسة ونذكر منها:

1. اختلاط المفاهيم ومحدودية الرؤيا: تفتقد الجمعيات لجدول أهداف محدد، يشتمل على الرعاية الاجتماعية كأساس، وهي التي تأخذ بيد المريض منذ اكتشاف المرض وحتى بعد الشفاء أين يتم تأهيله ومساعدته على استرداد أدواره ومكانته الاجتماعية السابقة، حيث كان الهدف الاول دائماً متعلق بالدعم المادي واللوجيستي بالنسبة لجمعية شعاع الأمل "سنة 2006 لاحظ عدد من الاطباء في ولاية الجلفة المشكل الذي يعانيه المرضى للتنقل إلى البلدية من أجل الموعد فجاءت فكرة انشاء الجمعية ". أما جمعية البر والاحسان فيقول السيد عيسى لوصيف " كنا مجموعة من المتطوعين نزور المرضى في المستشفى من حين إلى آخر، ومن خلال احتكاكنا بمرضى السرطان قررنا انشاء جمعية في ولايتنا تساعدهم على الوصول للعلاج بأسرع وأحسن الطرق"، بينما تأسست جمعية الفجر على رؤيا أوضح وأشمل رغم أن الممارسة الواقعية قد تغيرت مع الوقت " وذلك لأن الواقع قد أدى بنا إلى التركيز على العوز المادي للمرضى أكثر، مع أن مؤسسي الجمعية قد بادروا اليها تأثراً بتجارب الجمعيات في أوروبا وأرادوا نقل التجربة إلى الجزائر*.

* د. قويدوم: رئيس جمعية الفجر، مقابلة ذكرت سابقاً

2. غياب المختصين في العمل الاجتماعي:

- غياب تقسيم أدوار ثابت: او جدول نشاطات دائم لأعضاء الجمعية، بل يتم تقسيم الاعمال حسب الحاجة والتوفر، فأغلبية الفاعلين فيها متطوعين لا تربطهم بالجمعية صفة الالتزام مع هذا تجد أغلبهم يعمل جاهدا رغم انشغالاته اليومية الأخرى، ورغم هذا هناك جمعيات تحاول الدخول في مفهوم المؤسسة من خلال توظيف بعض الناشطين فيها واعطائهم راتبا معينا وذلك لضمان دوام التواجد في الجمعية وأداء المهام اللازمة.

- غياب الترابط بين الدور والتخصص: حيث يمكن لأي واحد داخل الجمعية أداء دور المرشد النفسي والمستشار الاجتماعي " يقوم السائقين في طريق الذهاب إلى المستشفى بتقديم الدعم النفسي للمريض ومرافقه، وقد تقوم بذلك أمينة سرّ الجمعية.

- غياب الرعاية النفسية والاجتماعية المتخصصة: رغم محاولة مسيريّ الجمعيات توفير الدعم والرعاية النفسية الا أنها تبقى ناقصة وغير مقننة وتعتمد أساسا على التجارب السابقة وليس على التخصص ما يمكنه ان يؤدي إلى دور عكسيّ. أما الرّعاية الاجتماعية كتخصص فلا تلقى أي اهتمام فلا وجود لمستشار اجتماعي أو مرافق اجتماعي للمرضى وأسره، وهو الدور الذي يمكن أن يضطلع به خريجي كليات الاجتماع خاصة في بعض التخصصات كعلم الاجتماع العائلي، الأسريّ وغيرهما حيث يعترف الدكتور قيوم "تبقى جمعيات مكافحة السرطان تفتقد إلى الهيكلة وتغليب التخصص، ان اختصاصات العلوم الاجتماعية والإنسانية عموما مهمة جدا في متابعة مريض السرطان وأسرتة، ولا يمكن للطب لوحده معالجة هذا المرض الذي صار ظاهرة اجتماعية تترتب عنها الكثير من القضايا الأخرى، وهو التجاهل نفسه التذي توليه السلطات لهذه التخصصات".

3. أولوية الخدمة الصحيّة على الرّعاية الاجتماعية: يمكن اعتبار جمعيات مكافحة السرطان بالجزائر

جمعيات رعاية صحية بدرجة أولى، إذا ما اعتمدنا على الخصائص النظرية للخدمة الصحية المنوطة أولا بالدولة في إطار ما يسمى بدولة الرعاية وما بعدها، فهذه الجمعيات تقوم بدرجة أولى بسدّ الفراغ الكبير الموجود في الخدمات الصحية بالجزائر خاصة لدى الطبقات الهشة، فقد تكررت عبارة "نحن نقوم محلّ الدولة" في كل المقابلات، ويعترف مسيرو الجمعيات بأن الحاجات الصحيّة للمريض أولى بكثير من

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

الحاجيات النفسية والاجتماعية، فيبقى الهدف الأساسي إنقاذ الحياة وتخفيف الآلام الجسدية عن المريض وإيصاله إلى العلاج أو إيصال الدواء له.

"إن النظام الصحيّ عندنا مصاب بالإفلاس ولا يغطي أكثر من 42 بالمائة من حاجيات مرضى السرطان، أما الباقي فيتم كله عند الخواص، ونحن كجمعيات نغطي نسبة كبيرة من تكاليف الخواص.... لو لم نكن نصرف المليارات على أشياء لا تمت لنا كجمعيات بصلة ابتداء من الحفظات إلى غاية توفير كشوفات البيت سكان "pet scan"، لكان بمقدورنا هيكلة زواتنا والعمل بنظام أكبر والنظر إلى الحاجيات النفسية والاجتماعية للمرضى**"

4. الجمعيات كشريك للدولة: تحاول كل جمعية على طريقته أن تكون فاعلا أساسيا وشريكا للسلطة المركزية ولو من ناحية المشورة في صناعة القرار، فهي تشارك في الملتقيات والمؤتمرات التي تنظمها وزارة الصحة وغيرها والتي يتم دعوة الجمعيات إليها، مع أن أغلبها يحس بالتهميش حيث "تقوم جمعية أو اثنان بأخذ صفة الممثل عنها مع أن أحدا لم يعينها كذلك"، يقول عسي لوصيف، كما للجمعيات لقاءات مستمرة مع السلطات المحلية المرتبطة بالصحة، وذلك لنقل واقع المريض المعاش، كنقل الإحصائيات التي وصلوا إليها "لقد قمت بإحصائيات عن عدد المرضى بولاية الجلفة وضعتني في مشاكل مع السلطة المحلية لأنها لا تتوافق والأرقام الرسمية"، غير أن كلهم يشكون من عدم النظر إليهم بنظرة جدية أو نظرة الشريك*** لو كانت الدولة تريد دعمنا حقا والتعامل معنا جديا لأسست لفكرة منظمة وطنية على غرار الكشافة أو الهلال الأحمر" يقول الدكتور قيديم، وأما عن الإعانات فقد اجتمع الجميع في أن أكثر من 90 بالمائة من مداخيل الجمعية تأتي من المحسنين وليس من الدعم الحكومي.

ومع هذا لم نجد عملا جادا من طرف الجمعيات يهدف إلى إيجاد حلول فعلية قانونية وشرعية ومالية بالنسبة للنساء المطلقات أو المطرودات بسبب سرطان الثدي، أو السعي إلى تعميم الجراحات التجميلية والترميمية والسعي للتعريف والتوعية بدورها مثلا وذلك لما لها من أهمية بالنسبة لهن.

* Pet scane هو أحدث نوع من الكشوفات الإشعاعية، التي تعتبر الأكثر دقة في اكتشاف مكان الورم، ويستخدم في الكشف عن بعض السرطانات الصعبة التحديد، وهو أعلى فحص إلى الآن، لا يتوفر في المستشفيات العمومية ولا الخاصة، ولا يتوفر عليه سوى عيادة طبية في ولاية تيزي وزو، ويقدر ثمن الكشف الواحد بـ 100000 دج.

** د. قيديم: مقابلة ذكرت سابقا

*** زبيدة كسال: مقابلة ذكرت سابقا

الفصل الرابع: الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية: الخصائص والتحديات

بينما تطور العمل الجمعي في العالم الغربي، حيث فهم المشاكل الاجتماعية والنفسية الاعمق للقائمين برعاية المرضى المصابون بأمراض خطيرة ومزمنة، كالسرطان، الزهايمر وغيرها، فنشأت هيئات حكومية وغير حكومية لمساندة القائم بالرعاية نفسيا وماديا واجتماعيا وقامت بدعم والوقوف مع بحوث اجتماعية علمية، تعمقت في حاجيات القائم بالرعاية إلى أن صار لديه اعتراف اجتماعي وقانوني تتعامل المؤسسات المختلفة على أساسه، بدء بالعمل وبالمجتمع.

الخلاصة:

تتميز رعاية المرأة المصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية بعدد من الخصائص المرتبطة أصلا بالمرجعية الثقافية والدينية للمجتمع، حيث تعتبر العائلة المريض مسؤولة جماعية، وتعتمد على آليات اعتباطية، تلقائية وتقليدية في تقسيم الرعاية على المريضة، مع تأثر طفيف بالتطورات الاجتماعية الحداثية للمجتمع.

يبدو من خلال رعاية الأسرة للمصابة أن الأسرة النواتية لا تكتفي بذاتها كراع للمريضة بل تحتاج دائما إلى العائلة الممتدة للقيام بعدد من الأدوار المباشرة وغير المباشر، هذه الأدوار لا تكون مقسمة بشكل ثابت طول مدة العلاج والنقاهة بل تتغير وتتنقل من فرد إلى آخر في الأسرة النواتية والممتدة، بطريقة ذهاب/واياب.

خارج/ داخل، بين الأدوار المباشرة/ غير المباشرة.

ورغم كل هذا التبادل والتضامن، فإن القائم بالرعاية يحس بعبء نفسي والاجتماعي كبير يؤثر في استقرار الأسرة وثبات الأدوار فيها، ما يتطلب تدخلا خارجيا يتمثل عادة في الجمعيات المتخصصة في مكافحة السرطان والتي تقدم للأسرة الكثير من الدعم المادي والمعنوي من خلال تخفيف الأعباء عنها والمشاركة فيها.

النتائج العامة للبحث

النتائج العامة للبحث:

انطلق بحثنا هذا من هدف رئيسي هو التعرف على طبيعة الرعاية التي تتلقاها الزوجة المصابة بسرطان الثدي في الجزائر، وكيفية تعامل الأسرة والعائلة الجزائرية، انطلاقاً من مرجعياتها الاجتماعية المختلفة، مع هذا المرض الذي صار يمس أكثر من ربع النساء في العالم، ويمثل الأول من حيث الإصابات في الجزائر، حيث تعدى عدد الإصابات به الـ12000 حالة جديدة سنوياً، وأردنا أن نتعرف على أهم التحديات والمشاكل التي تصادف الأسرة، وطريقة التعامل في مختلف مراحل المرض ورهانات الشفاء منه.

ولجاناً إلى مهج دراسة الحالة عبر الاعتماد على تقنية سير الحياة للوصول إلى نتائج تشفي نهمنا العلمي، حيث قمنا بتتبع سيرة حياة 7 عائلات لزوجات مصابات بسرطان الثدي، وذلك من خلال إجراء مقابلة مع الحالة نفسها ومع القائم بالرعاية الأساسي الذي رشحته الحالة لنا، وانطلاقاً من الأسئلة والأجوبة وتحليل المعطيات والمعلومات التي وردتنا توصلنا إلى رسم صورة عامة لنماذج الأسر في تعاملهم مع المرض، وتسييرهم له ولحياتهم معه، ومن هنا خرج بحثنا هذا بمجموعة من النتائج العامة التي جاءت كالتالي:

نتائج الفرضية الأولى: تعامل المريضة والأسرة مع إصابة الزوجة بسرطان الثدي في مرحلة

الكشف، الاستشفاء والنقاهة

أولاً: دور الأسرة وأفرادها في مرحلة ما قبل تشخيص المرض:

• يشكّل الكشف عن المرض، عائقاً ذهنياً أولياً لدى المريضة، حيث أنّ الأعراض الأولية التي تصيبها تجعلها -عادة- تحسّ بأنها مصابة بمرض خطير، وقد يجعلها ذلك تتهرب من زيارة الطبيب، الأمر الذي يتطلب دعماً ومرافقة أولية مبكرة من طرف أفراد الأسرة المقربين، وتكون الأخت عادة، أول من يعرف بأعراض المرض وثم باقي النساء المقربات والتي تثق المريضة بمعارفهن ويكتمانهن للأمر، بينما يكون اللجوء إلى الزوج مختلفاً من زوجة إلى أخرى وذلك حسب عدد من العوامل وأهمها الإحساس بالأمان والثقة في الزوج.

• تمثل الأسرة بمختلف أفرادها المقربين للزوجة المرافقة الأولى لها في رحلتها الأولى لاكتشاف المرض، وقليلاً ما تلجأ إلى فرد خارج الأسرة كالجارّة أو الصديقة.

• يلعب أفراد الأسرة المختلفين الذين تمّ إعلامهم بالأعراض الأولية، دوراً مهماً وحاسماً في دفع المصابة إلى الاتجاه نحو الكشف، كما أنّها عادة ما تصطحبهم إلى الزيارات والكشوفات الأولى.

- يظهر دور الزوج غالباً في هذه المرحلة، حيث يكون عادة المرافق الأساسي للزوجة، غير أنه قد يلجأ الى البدلاء عنه إما لظروف العمل أو للعجز المادي، أو لإحساسه بعدم المسؤولية أو استهتاره بالأمر.
- عادة ما يكون المرافق الأولي هو نفس الشخص الذي ستقوم عليه رعاية المريضة في المراحل القادمة بشكل أساسي.

• تمثل فترة ترقب التشخيص النهائي فترة قلق للمريضة وللمحيطين بها، عادة ما تتم بالصمت وعدم الحوار والانطواء على النفس، من جانب المريضة والمحيطين بها بنفس الطريقة، مع كثرة الأسئلة الجوهرية التي ترتبط بالمرض وتمثلاته وأسبابه، والصمت لا يعني عدم الوجود الى جانب المريضة، وعادة ما تكون الزوجة في فترة الترقب، محاطة فقط بأسرتها النواتية (الزوج، الأبناء) بينما يكون حضور أفراد الأسرة الممتدة متفاوت من حالة لأخرى.

ثانياً: تجربة الزوجة وعائلتها في التعامل واتخاذ أهم القرارات بشأن المرض وتبعاته إثر التشخيص:

- يمثل خبر الإصابة بسرطان الثدي، صدمة حقيقية للمصابة به ولكل المحيطين بها على اختلاف مستوياتهم الدراسي، الاجتماعي والعلمي، حيث لا زال التصور الجماعي لمصطلح "سرطان" يرادف الموت، المعاناة والعجز، ورغم التطور الطبي والتركيز الإعلامي على سرطان الثدي كونه يمثل السرطان الأول في الجزائر والعالم، إلا أنّ الجهل بكيفية التعامل معه، ومع المصابة به يمثل الفكرة الأولية التي تتغلب على المريضة والمحيطين بها.

• تختلف ردود فعل المصابات بسرطان الثدي تجاه اعلان اصابتهم بالمرض، وذلك استناداً الى تصوراتهن للمرض وتأثيره على صحتهم وحياتهن الزوجية، وكذلك بناء على مقدار الدعم الأسري الذي يجدهن في هذه المرحلة المبكرة من المرض، وعادة ما تتجلى الصدمة من خلال الإنكار، البكاء أو الهروب، وسرعان ما تتجاوز كل من المصابة والعائلة هذه المرحلة بالاستعانة بآليات اجتماعية ونفسية مختلفة مثل: تشجيع المريضة لنفسها واللجوء الى الوازع الديني والتسليم بالقضاء والقدر، بالإضافة الى التصبر والتشجع من أجل الأبناء والأسرة، ويتخذ القائم على الرعاية وأفراد الأسرة نفس الطريقة تقريبا، للخروج من الأزمة.

- كلما وجدت المريضة نفسها محاطة بعائلتها، وأحست بتعاطفهم ودعمهم لها، كلما كان خروجها من حالة الصدمة وإنكار المرض أسرع.

• تلجأ الزوجة المصابة بسرطان الثدي، في بداية اصابتها إلى إخفاء مرضها، بشكل دائم أو مؤقت، عن بعض الأقارب أو المحيطين بها، ويكون ذلك إما خوفاً عليهم من أثر الصدمة التي يشكّلها مرض السرطان

في النفوس، بالخصوص لدى الأقارب المصابين بأمراض مزمنة، أو خوفا من الصورة الذهنية "الوصم" الذي سيلحق بها اجتماعيا، ويمكن أن يكون قرار إخفاء المرض خارجا عن إرادتها ومرتبطا بالأسرة خاصة أسرة زوج المريضة.

• لا زال سرطان الثدي عند بعض الأفراد، يحمل تمثلا ذهنيا سلبيا، فهو مصدر خجل ووصمة اجتماعية، رغم أنّ الاعلام والحملات التوعوية قد خففت من المنظور الاجتماعي السلبي له، ولا يرتبط هذا التصور في حالة الأسر محل الدراسة، حتميا بالمستوى التعليمي، بل تتحكم فيه معايير اجتماعية وشخصية مختلفة.

ثالثا: أهم القرارات المتخذة في مرحلتي الاستشفاء والنقاهة وعلاقتها بمستوى توفر الرعاية

• تتخذ المصابة وأسرتها، حال التأكد من مرض الزوجة مجموعة من القرارات المهمة، المتعلقة أساسا ب:

- المؤسسة الاستشفائية التي ستتلقى المريضة علاجها فيها.

- المكان الذي ستتلقى فيه الرعاية المنزلية.

• ترتبط هذه القرارات عادة بمجموعة من العوامل المتداخلة وأهمها:

- توفر الرعاية الأسرية والدعم على اختلاف أنواعها للمريضة.

- سمعة المستشفى أو المؤسسة الاستشفائية وتوفرها على العلاج المناسب.

- امتلاك علاقات مع الفاعلين في المؤسسات الاستشفائية، لتسهيل الأمور على الأسرة.

- قرب المستشفى من مكان تلقي المريضة للرعاية المنزلية.

• لا تملك كل الأسر إمكانية الاختيار بل تقع عادة في حتمية العلاج في المستشفى حسب التقسيم الإقليمي للمستشفيات.

• تتدخل المصابة في القرارات التي يتم اتخاذها بالنسبة لمكان الاستشفاء وللبيت الذي تتلقى فيه الرعاية وللأفراد الذين تريدهم أن يقوموا برعايتها، ولا تقف موقفا سلبيا من مرضها والعلاج الذي تتلقاه، حيث تتحقق نظرية ستراوس فيما يخص تسيير المرض بالتفاوض، حيث يكون للمريض دور أساسي في تسيير مرضه وعلاجه.

نتائج الفرضية الثانية: تأثير إصابة الزوجة بمرض سرطان الثدي على العلاقة الزوجية

تتأثر العلاقة الزوجية تأثرا بالغا بإصابة المرأة بسرطان الثدي، قد تصل أحيانا إلى قطع الرابطة الزوجية، بطلب الطلاق من الزوجة، الإهمال الزوجي، أو التخلي عن الزوج.

أولا: العوامل المؤثرة على فشل العلاقة:

- يحدث الطلاق بكلّ أنواعه عند الأزواج الذين كانت علاقتهم قبل المرض تعاني من مشاكل مختلفة، فيكون المرض مجرد سبب إضافي لقطع العلاقة، أو لوجود خلل في الأسس التي بني عليها الزواج أصلاً، حيث يكون عامل الكمال الجسديّ الأنثوي إضافة إلى قدرتها على القيام بواجباتها المنزلية وتلبية الرغبة الجنسية للزوج بشكل متواصل وغيرها، عوامل مهمة لدى الزوج، الأمر الذي يمنعه من مواصلة العلاقة مع جسد مبتور وعاجز عن القيام بأدواره بشكل تام.
- يؤثر عامل الأسرة الممتدة للزوج على العلاقة بالإيجاب أو السلب، حيث يتأثر هذا الأخير بنظرة وحكم أهله لزوجته المصابة ولمدى تقبلهم لفكرة بقاءه معها بعد المرض، إذا لم تكن العلاقة صامدة من البداية.
- يؤثر العبء الماديّ للمرض تأثيراً بالغاً على العلاقة، حيث لا يستطيع بعض الأزواج تحمّل التكاليف.
- يتأثر قرار الطلاق أو الإهمال بمستوى التضامن الأسريّ الخارجيّ، حيث يقلل الضغوط المادية والنفسية على الزوج، مما يساهم في استقرار العلاقة، بالمقابل تكون احتمالية أن يتخلي الزوج عن واجبه أعلى، في الأسر ذات مستوى التضامن الضعيف.

ثانياً: عوامل نجاح العلاقة الزوجية في مواجهة إصابة الزوجة بسرطان الثدي:

- لا تتأثر بعض الزيجات بمرض السرطان، حيث تصمد وتدموم وقد تزيد تماسكاً.
- تتدخل عدّة عوامل داخلية وخارجية في الحفاظ على استقرار العلاقة الزوجية وتتمثل أهمها في:
 - طبيعة العلاقة الزوجية قبل المرض، حيث يمثل الحب قبل الزواج وخلالها، عاملاً هاماً لتماسك العلاقة.
 - يؤثر تمثّل المرأة لنفسها على دوام العلاقة من حيث: شدة تأثرها بالمرض وقبولها لهويتها الجديدة كامرأة مبتورة الثدي (القوة والصلابة النفسية)، فكلّما زادت صلابة المرأة وقوتها كلّما تقبلها الزوج أكثر.
- تتدخل عوامل أخرى في الحفاظ على دوام العلاقة الزوجية:
 - مدّة الزواج، عدد الأطفال، سن الأبناء أثناء إصابة الأم: فكلّما زاد عمر الزوج، وكان سنّ الأبناء أكبر، كلّما صعب على الرجل التخلي عن مسؤوليته ناحية أسرته، بسبب طول العشرة من جهة، وخوفه من نظرة أبنائه له وتعلقه بهم.
 - الهدف من بناء العلاقة الزوجية، وتمثّل الرجل لدور شريكته في المؤسسة الزوجية، كشريكة حياة، مرافقة وأساس ودعامة البيت، وليس مصدراً للإشباع الجنسي فقط، حيث تعتبر عوامل مهمة وذات تأثير في دوام العلاقة ومثابنتها في مواجهة المرض.

- لا يعتبر متغير المستوى المادي ولا التعليمي للزوج عاملا دائم الدلالة على دوام او انقطاع العلاقة.

- نتائج الفرضية الثالثة: خصائص الرعاية الأسرية للمصابة بسرطان الثدي وتقسيم الأدوار

أولاً: خصائص الرعاية الأسرية في الأسرة الجزائرية:

• تسعى الأسر الى تعويض الاختلال الذي يسببه المرض في الأدوار بشكل طبيعي ونظامي. يتوافق ذلك تماما مع تحليل النظرية الوظيفية للأدوار الاجتماعية داخل النسق. اذ يسبب مرض الزوجة والأم في تعطيل أدائها الوظيفي داخل الجماعة، ويؤدي الى اضطراب عميق في تداول الأدوار وسيورتها في بداية المرض، ومع ذلك تتكيف الأسرة بسرعة مع هذا التغيير وتبني نموذجا جديدا للأدوار في انتظار عودة الأم إلى عافيتها ورجوع الأمور لطبيعتها، وتشارك في ذلك غالبية الأسر، بينما تختلف الأسرة في تحديد أدوار أفرادها ضمن الإطار الجديد.

• ترتبط الرعاية الأسرية للزوجة المصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية بالقيم الاجتماعية للمجتمع الجزائري، حيث تتميز بتلقائيتها واعتباطيتها، إذ تعتمد الأسرة فيها على آليات متوارثة، ورغم التغييرات التي طرأت على الأسرة الجزائرية من حيث المبنى والأهداف والأدوار، إلا أنها تحاول الحفاظ على مبادئها المتعلقة بواجب الجماعة تجاه الضعيف، حيث تعتبر رعاية المريض واجبا اجتماعيا وفرضا دينيا لا يمكن التنصل منه، وتعتمد من أجل الوصول إلى هدف رعاية المريض على الـ"واجب" كأداة تفرض على الجميع بالقيام بواجبهم ناحية المريض، وتعتمد على آليات منها: زيارة المريض والسؤال عنه وتقديم المساعدة واقتراحها من طرف الأسرة الممتدة والمحيط الاجتماعي ككل.

ثانياً: خصائص تقسيم أدوار الرعاية داخل الأسرة وعلاقتها بدرجة القرابة وبالتقسيم الاجتماعي التقليدي للأدوار الاجتماعية:

- من خلال تجارب الأسر مع رعاية الزوجات المصابات بسرطان الثدي، يمكن تقسيم الرعاية الأسرية إلى عدد من الأبعاد المختلفة من جهة والمتداخلة من جهة أخرى منها:
- الرعاية الأساسية/ الرعاية الثانوية:

❖ **تتمثل الرعاية الأساسية في:** التغطية المادية والمالية لمصاريف الفحوصات والعلاجات المختلفة، الرعاية الصحية والحميمية في فترات العجز والنفاهة، الدعم العاطفي والمعنوي، الحصول على المعلومات الكافية للرعاية، تعويض أدوار المريضة.

➤ **يضطلع** بالرعاية الأساسية: الأقارب من ذوي المستوى الأول في الأسرة النواتية (الزوج، الأبناء) والأقارب من المستوى الثاني (أسرة الزوجة: أم، أب، أخوة، أخوات، إلخ).

❖ **تتمثل الرعاية الثانوية في:** الدعم المادي للمريضة وأسرتها، توفير بعض الخدمات الطبية ك: توفير الدواء المفقود من الخارج، المساعدة في تعجيل الاستشفاء الطبي، زيارة المريضة ودعمها عاطفياً، رعاية أبناء المريضة وبيتها، ومساعدة القائم بالرعاية المباشرة أحياناً.

➤ **يضطلع** بدور الرعاية الثانوية أفراد من العائلة الممتدة من الدرجة الثانية للزوجة ك: أهل الزوج: الحماة، أخوات الأخ، أخوة الأخ، الأصهار، أو أقارب الزوجة ك: الأخوال، الأعمام، أبناء الأخوال والأعمام، وغيرهم. ➤ **يمكن** أن يقوم الأقارب من الدرجة الثانية بالرعاية الأساسية أحياناً حسب بعض المعطيات.

• **تنقسم** الرعاية داخل الأسرة الجزائرية عادة حسب التقسيم التقليدي للأدوار حسب الجنس: ذكر/ أنثى، حيث لا يخرج هذا التقسيم عن الموروث الاجتماعي إلا نادراً، فلا زالت الأنثى تقوم بالأدوار التقليدية المرتبطة بالرعاية المباشرة، بينما يقوم الذكر بالدور الأساسي الذي تنبثق منه الأدوار الأخرى وهو الانفاق. وتم تحديد عدد من المهام حسب الجنس بالشكل الآتي:

- **مهام الذكور (رجال العائلة):** رعاية غير مباشرة: الرعاية المالية، الاهتمام بتوفير مواعيد الفحوصات، العلاج، توفير النقل، توفير المعلومات، بعض من مجالات جودة الحياة كالخروج للاستجمام.... الخ.

- **مهام الإناث (نساء العائلة):** رعاية مباشرة: الرعاية الحميمة (تنظيف جسد المريضة، تنظيف ملابسها ومكانها، الوقوف على تغذيتها، تقديم الدواء لها، تنقلها داخل المنزل، الاستماع لها وغيرها)، رعاية منزل المريضة، رعاية أبناء المريضة، الدعم العاطفي... الخ.

• لا يعتبر التقسيم الجنساني للأدوار ثابتاً بشكل دائم، حيث تحدث فيه اختلافات بحسب عدد من المتغيرات أهمها توفر من يقدم الدعم والرعاية، كما أنّ هناك أدوار غير مجنّسة وأهمها:

- **الدعم والرعاية النفسية والعاطفية:** حيث يمثل كل فرد من أفراد العائلة منبعاً للدعم العاطفي وقد يختص فرداً عن آخر بها، حيث يمثل الزوج في حالة العلاقة الجيدة أهم مانح للدعم العاطفي، الأخت، القريبات، الأخوة وغيرهم.

- **الدعم المعلوماتي:** يختلف مقدم المعلومة والباحث عنها من اسرة لأخرى، فقد يكون الابن، البنت، الأخت، الزوج أو غيرهم، حيث تمثل المعلومة الصحيحة حول المرض، العلاج، الحمية الغذائية عوامل مهمة للشفاء.

• **تتداخل** الرعاية والدعم الذي تحصل عليه الزوجة المصابة بسرطان الثدي، بين مختلف أفراد أسرتها النواتية والممتدة في آن واحد، ولا يوجد في العائلة الجزائرية مقدّم رعاية وحيد للزوجة المريضة إلا بشكل نادر، حيث يمكن تقسيم الرعاية حسب درجة القرابة الى:

- **رعاية داخلية:** تتحصل عليها من أفراد أسرتها النواتية المتمثلة في (الزوج، الأبناء)، وعادة ما تكون هذه الرعاية مباشرة، حميمية.

- **رعاية خارجية:** تتحصل عليها من:

❖ أفراد الأسرة الممتدة للمصابة متمثلة في (أمها، أخواتها وزواجهم، اخوتها وزوجاتهم، أبناء الاخوة والأخوات، أبوها، وأقاربها).

❖ أفراد الأسرة الممتدة الزوج متمثلة في (أمه، إخوته وزوجاتهم، أخواته وأزواجهن، أبناء الاخوة والأخوات، أبوه وأقاربهم)، وتكون في تغير مستمر، وتختلف من عائلة الى أخرى. وعادة ما تكون الرعاية الخارجية غير مباشرة وتكميلية.

• **تتميز** الأسرة الجزائرية بمستوى تضامن عاليّ إلى متوسط في أغلب الأحيان، حيث يتم فيها تبادل الرعاية (داخلية/ خارجية، خارجية / داخلية) بشكل مستمر، وتلعب الأسرة الممتدة دورها في الرعاية حتى بعد انفصال الأسرة النواتية بمنزلها وحياتها.

• تأخذ الأسرة الممتدة للزوجة الجزء الأهم من الرعاية الخارجية التي تتلقاها المريضة طيلة رحلتها نحو الشفاء، ويأخذ أفراد أسرتها على كاهلهم أدوارا مختلفة، ومتشابكة، سواء أدوار الرعاية المباشرة للمريضة وأبنائها والتي تتولاها عادة إناث الأسرة وعلى رأسهم أخت المريضة وأمها، أو الأدوار غير المباشرة، كالدعم المالي للزوجة وزوجها، توفير النقل، الدواء وغيرها من الأدوار.

• **تتعدد** أبعاد رعاية المريضة المصابة بسرطان الثدي، وتتنوع حاجياتها، غير أنّ الأسر غالبا ما لا تستطيع تلبية كل الحاجات، ما يجعلها تولي الأهمية للأبعاد التي تعتقد بأهميتها، أكثر من الأخرى، حيث يكون توفير العلاج اللازم أولوية الأسرة القصوى، فمن خلاله يتم إنقاص حياة المريضة، ويعتبر توفير المال الأولوية الأولى فمن خلاله يمكن الوصول إلى العلاج الملائم في الوقت المناسب، وتمثل الرعاية الحميمية للمريضة، خاصة عند حالات عجزها الجسديّ، مطلبا أساسيا من المريضة وأولوية قصوى لدى أسرتها،

بينما تشكّل رعاية أبناء وبيت المريضة أولوية للمريضة نفسها فبدونها لا تحس بالراحة ولا تكتمل لديها الرعاية، كما تهتم الأسرة الجزائرية بالبحث وتوفير المعلومات اللازمة عن المرض، فمن خلال ذلك يتسنى لها تقديم أفضل رعاية للمريضة، سواء كانت صحيّة، حميية، عاطفية وغيرها، بينما يختلف التعبير عن الدعم العاطفي عند الاسر الجزائرية، فيعبّر عنه بعض الافراد صراحة من خلال عبارات التشجيع والاتصال الجسدي الملائم، كالربت على الكتف، الحزن، بينما يعتبر أفراد آخرون أنّ الوقوف بجانب المريضة وتلبية الحاجيات السابقة هو الدعم العاطفي الذي تحتاجه، بينما يتذيل توفير الإكسسوارات التجميلية والعمليات التجميلية وجودة الحياة عموما، قائمة اهتمامات الأسرة الجزائرية، وذلك راجع بالأساس إلى غلاتها وعدم توفر الأسر ذات الدخل الأدنى والمحدود بل حتى المتوسط على القدرة المالية لتوفيرها للمريضة، الأمر الذي تتفهمه المريضة، ما يجعلها لا توليه الكثير من الأهمية وتجد لها بدائل مختلفة.

• **تختلف** درجات الرّعاية وكثافتها ومستوى حضور العائلة في حياة المريضة، زمنيا، فتبدأ بالانخفاض تدريجيا، فتكون أعلى في الفترات الأولى من اكتشاف المرض، الفحوصات الأولى، العلاجات ثم تتخف تدريجيا في مراحل التعافي، حيث تكون المريضة قد تعوّدت على حالتها، تعرّفت على المحيط الاستشفائي وآليات التعامل معه، وتكون صحتها قد تعافت قليلا، ففي المراحل المتقدمة من العلاج تضطلع المريضة نفسها ببعض مهام الرعاية السابقة: كأخذ مواعيد العلاج ومتابعتها، توفير الدواء، توفير وسائل النقل وغيرها.

نتائج الفرضية الرابعة: تحديات الرّعاية وآثارها على حياة مقدّمها وعلى الأسرة وآليات تجاوزها

أولا: تحديات رعاية الزوجة مصابة بسرطان الثدي:

• **يعتبر** القائم بالرعاية الأساسي أنّ ما يفعله من أجل المريضة واجبا عليه، وأحيانا يكون مجبرا لأنه لا بديل عنه، أو لأنّ لا أحد غيره اقترح الرعاية.

• تتأثر حياة مقدّم الرعاية بشكل كبير بسبب أدائه لمهام وواجبات مختلفة لم تكن جزءا من حياته قبل المرض، وتتوزع على جوانب مختلفة منها وأهمها:

- **الجانب المادي:** يشكّل الجانب المادي عبئا ماليا كبيرا على المسؤول عن الرعاية في حالة المرض،

وعلى الرغم من جهود الدولة في توفير شروط العلاج المجاني للمصابة، إلا أنّ الفحوصات

والكشوفات ونوعية الغذاء وبعض الأدوية وتكلفتها، لا تزال تشكّل مشكلة مادية للمريضة وأسررتها

بالإضافة الى نفقات النقل المختلفة.

- **الحياة المهنية:** تتأثر الحياة المهنية لمقدم الرعاية، حيث تشكل الغيابات والتأخر، وعدم القدرة على التركيز وأداء العمل بشكل تام، مشاكل مهنية يؤدي إليها قيامه بواجب الرعاية والمرافقة الدائمة الى المستشفيات وأيضاً البقاء رفقة المريضة في المنزل لرعايتها.
- **الحياة الاجتماعية:** عادة ما ينقطع القائم بالرعاية الأساسي وكل أفراد الأسرة عن بعض أو كل المناسبات الاجتماعية كحضور الاعراس، أو القيام بالواجبات الاجتماعية، كما ينقطعون عن ممارسة نشاطاتهم الأخرى، كالرياضة أو العمل التطوعي وغيرها.
- **الاجهاد البدني:** قد يصل القائم برعاية المريضة الى مرحلة الاجهاد البدني، بل والاصابة ببعض الامراض جراء المجهود البدني الذي يقوم به في سبيل توفير الراحة للمريضة، خاصة في أيام العلاج الكيميائي والاعراض الجانبية، أو عند انتقال المرض الى أعضاء أخرى والوصول الى مراحل متقدمة من السرطان.
- **الاجهاد النفسي:** ينتج الاجهاد النفسي عن التأثيرات السلبية للرعاية المتواصلة، والقلق المستمر بشأن حالة المريضة وإمكانية شفائها من عدمه، بالإضافة الى الانعزال عن العالم الخارجي وضغوط العمل وغيرها، ويمكن أن يصل الأمر بالقائم بالرعاية الى حالات متقدمة من القلق وحتى الإصابة بالاكتئاب.
- **لا يملك القائم بالرعاية الأساسي في الجزائر اعترافاً اجتماعياً ومؤسساتياً، سواء بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية أو بالنسبة لقانون العمل ومؤسسات الضمان الاجتماعي ((statut social، كمقدم رعاية أسري (aidant familial)، مما يشكل مشكلاً كبيراً بالنسبة له حيث لا يمكنه تبرير غيابه المتكررة عن العمل، ما قد يهدد حياته المهنية ومدخوله الشهري، لولا بعض التنازلات الإنسانية من أرباب العمل ومدري القائم بالرعاية، التي تبقى تخص المجال الاجتماعي لا القانوني.**
- ثانياً: الآليات الشخصية، الأسرية والاجتماعية لتخفيف من أعباء الرعاية**
- كلما زادت مستويات التضامن والتعاون داخل الأسرة سواء كانت الأسرة النووية أم الممتدة كلما تقلصت حدة الضغوط على القائم بالرعاية الأساسي وانخفضت التأثيرات الجانبية على حياته الاجتماعية والنفسية.
- تدرك جلّ المريضات التحديات والصعوبات التي تلاقيها أسرهن مقابل تقديمها للرعاية المناسبة لهن، وتؤثر الصلابة النفسية للمريضة ودرجة تقبلها للمرض بدرجة كبيرة في نفسية، أداء ومستوى الضغط على القائم بالرعاية الأساسي، حيث يؤدي تفهمها للتحديات والصعوبات التي تتلقاها أسرتها في الرعاية إلى اعتمادها على مجموعة من الآليات لتخفيف هذه الضغوطات ومنها:

- تقبل شكل الرعاية ونوعيتها وعدم التذمر
- التحلي بالقوة ومحاولة استرجاع أدوارها في البيت كلما سمحت لها اللياقة البدنية بذلك
- القيام بمتابعة حالتها طبيًا بشكل فردي، في مراحل متأخرة من العلاج (العلاج التكميلي)
- طلب المساعدة من أطراف خارجية (الجمعيات).
- **يعتمد** القائم بالرعاية الأساسي على مجموعة من الآليات لتخفيف الضغط عليه مثل: طلب المساعدة من أفراد الأسرة النواتية، أو الأسرة الممتدة، البحث عن المعلومات المفيدة، الاعتماد على جمعيات مكافحة السرطان ومساعدة المرضى.
- **تحاول** الجمعيات الوطنية والولائية، المتخصصة في مساعدة المرضى، مكافحة السرطان أن تساعد المرضى وعائلاتهم، في كثير من النقاط وأهمها:
 - توفير المعلومات الممكنة حول المرض والاستشفاء
 - توفير الأدوية
 - المساعدة المالية
 - توفير ثمن الفحوصات
 - المساعدة في توفير مواعيد ملائمة للعلاج في المستشفيات
 - توفير النقل والمبيت المجاني للمرضى في المدن التي يتلقون فيها العلاج (الكيميائي، الإشعاعي)،
 - محاولة التنفيس عن المرضى بتنظيم رحلات وخرجات للطبيعة
- **تبقى** الجمعيات غير قادرة وغير مؤهلة لتوفير الدعم الاجتماعي والنفسي اللازم من طرف مختصين سواء للمصابة أو لمقدم الرعاية الأساسي، وذلك بسبب:
 - عدم تخصص القائمين على الجمعيات في العمل الاجتماعي أو أي من تخصصات علم الاجتماع الأخرى، ولا تخصصات على النفس الاجتماعي وغيرها من التخصصات المتعلقة بالرعاية الاجتماعية والنفسية.
 - ضغوط الطلبات المتعلقة بالجانب المادي والاستشفائي للمرض والذي يشكل الأولوية للمريضة وأسرته.
- **لا يحظى** القائم بالرعاية الأساسي للمرضى المصابين بأمراض مزمنة وخطيرة ك: السرطان، الزهايمر، الإعاقات الذهنية والاضطرابات النفسية والعقلية، بالكثير من الاهتمام من الباحثين الجزائريين والعرب بشكل عام، حيث لاقت الباحثة مشكلا فعليًا في العثور على مراجع جزائرية أو عربية في هذا المجال.

توصيات البحث:

من خلال الدراسة الميدانية، تمكّننا من رصد عدد من التحدّيات التي تواجه الاسرة الجزائرية في توفير الرعاية الملائمة للمصابة بسرطان الثدي، والتي غالبا ما تتغلب عليها من خلال الأدوات التقليدية المتمثلة في التضامن الاجتماعي كآلية اجتماعية متوارثة لعلاج المشاكل المختلفة، بينما يتراجع دور الدولة ويغيب في أحيان كثيرة، ليتدخل المجتمع المدني وعلى رأسه جمعيات رعاية مرضى السرطان لرأب الخلل الموجود، غير أنّ القائم بالرعاية كشخص أو مجموعة من الأشخاص، لا يتلقون أيّ دعم أو اعتراف مؤسساتي حقيقيّ، الأمر الذي يؤثر عليهم وبالتالي على مستوى الرعاية التي تقدّم للمريضة ذاتها، ومن هنا يمكن اقتراح مشاريع حلول للتخفيف عن الضغط الذي تعانیه العائلة الجزائرية في رعايتها للمصابة بسرطان الثدي بشكل خاص وللمرضى بالسرطان بشكل عام:

- **ضرورة الاهتمام بمقدم الرعاية** واعطائه مكانة اجتماعية خاصة (statut social)، يعترف به قانون العمل والتأمين الاجتماعي بشكل خاص، حتى يتسنى له رعاية المريضة دون التعرض لمشاكل في العمل أو الدراسة (بالنسبة للطلبة)، حيث يكون عذره رسمي وغير قابل للرفض، في حالة مرافقته للمريضة في المستشفى أو البيت.

- **إن الاعتراف الاجتماعي والقانوني** بمكانة القائم بالرعاية الاساسي، يمكّن من التواصل بشكل أسهل وأجدى مع المؤسسة الاستشفائية، الرعاية الصحية والتأمينات، حيث يكون المتحدث الرسمي الوحيد باسم المريضة.

- **التشجيع على فتح جمعيات** أو مؤسسات متخصصة، ذات طابع تضامني، أو حتى ربحي لتقديم الخدمات لمقدم الرعاية للمريض، مثل توفير ممرضات أو ممرضين، أو مرافقين اجتماعيين للمرضى، لتعويض القائم بالرعاية، سواء في حالة عجزه عن الرعاية، حاجته الى الراحة أو ضرورة وجوده في أماكن أخرى (العمل، القيام بواجباته الاجتماعية الأخرى، كآب، أم، زوجة وغيرها).

- **الاهتمام بالجانب الاجتماعي والنفسي** للمصابة بسرطان الثدي وتكثيف التوعية بضرورة الاهتمام بالجانب الاجتماعي والنفسي لرعاية المريضة وتوضيح التغييرات والاضطرابات التي قد تصاب بها المريضة وكيفية التعامل معها، ويكون ذلك إما في المستشفيات أو الجمعيات.

- العمل على توفير كشوفات وتحاليل وأدوية السرطان بشكل دائم وغير متقطع.

- **توفير المعلومات الخاصة بالعلاج** ومواقع توفر الكشوفات وتوعية عائلات المرضى بحقوقهم، وتشمل هذه الحقوق: الحصول على بطاقة شفاء للمرضى المزمنين، التمكّن من الحصول على بعض الادوية مجانا

عن طريق بطاقة الشفاء، معرفة المراكز الصحية الخاصة المتعاقدة أو التابعة لصندوق التأمين الصحي وغيرها.

- **تفعيل** دور الملحق الاجتماعي (l'asistant social) في المؤسسات الاستشفائية عموماً وعلى مستوى مراكز مكافحة السرطان بشكل خاص، وذلك لتجنيب الأسر الكثير من المصاريف والتعب.
- **ضرورة** اعتماد الجمعيات المتخصصة على المتخرجين من تخصصات علة الاجتماع عموماً، وعلم الاجتماع العائلي والعمل الاجتماعي بالخصوص، والى المستشارين العائليين والنفسيين لقدرتهم على تأدية دور مهم في الوقوف مع المصابة بسرطان الثدي ومساعدتها على العودة إلى حياتها الاجتماعية/الزوجية، بعد اصابتها بالمرض والشفاء منه، كما يمكنهم توجيه القائم بالرعاية الأساسي، ومساعدته في تقبل والتعامل مع مختلف المشاكل التي تقف في وجه رعايته لقربته المصابة بسرطان الثدي، بشكل أفضل.
- **فتح** مجالات بحث أوسع بالنسبة لموضوع القائم بالرعاية الأسري ومشاكله الاجتماعية، خاصة فيما يخص بعض الامراض، كأمراض الشيخوخة، السرطانات المختلفة والامراض المزمنة.

خاتمة

خاتمة:

انطلق بحثنا هذا من إشكالية تمحورت حول طبيعة الرّعاية الأسرية التي تتلقاها الزوجة المصابة بسرطان الثدي في الأسرة الجزائرية، والتي تمّت معالجتها انطلاقاً من أربعة فرضيات أساسية تناولت جوانب متعددة من الرّعاية الأسرية، من حيث أهم القرارات والإجراءات المتخذة والمتعلقة بتمثيلات المرض وظروف الرّعاية والاستشفاء، خلال مراحل المرض المختلفة، بالإضافة الى تأثير المرض على العلاقة الزوجية للمريضة بشكل خاص، كما عرّجنا الى دراسة خصائص الرّعاية المقدمة للمريضة في علاقتها بتقسيم الأدوار داخل الأسرة وبالمرجعية الاجتماعية، كما تم التعرض الى أبعاد الرعاية المختلفة وعلاقتها بمستويات القرابة لمقدمي الرّعاية والدعم للمريضة، بينما خصصنا جزءاً من البحث الى تحديات الرّعاية وصعوباتها والمشاكل الاجتماعية المختلفة الناتجة عنها، بالإضافة الى تشخيص مختلف الآليات الاجتماعية والفردية للقائم بالرعاية والمريضة نفسها لتجاوز الأزمة والتخفيف من مستوى ضغوطات الرّعاية.

وقد خلص البحث الى أنّ الأسرة الجزائرية، تحاول قدر المستطاع توفير الرعاية المناسبة للزوجة التي أصيبت بسرطان الثدي، وبينما توجد فروقات في القرارات، تقسيم الأدوار بين الفاعلين ومقدمي الرّعاية الأساسيين، من أسرة لأخرى، إلا أن أغلب الأسر تشترك في إرادتها لدعم ورعاية المصابة، وعدم التخلي عنها، حتى في حالة طلاقها.

وتلعب الأسرة الممتدة دوراً كبيراً في حالة إصابة الزوجة بسرطان الثدي، حيث يتدخل مختلف أفرادها، بأشكال مختلفة وبتلقائية لإعادة التوازن إلى الأسرة النواتية (القريبة منهم)، والتي أصابها الخلل بسبب مرض الزوجة والأم، خاصة إذا كانت تملك أطفالاً صغاراً دون سنّ الرّشد من أجل رعايتهم، دعم الزوج مادياً ومعنوياً بل أنّ أفراد الأسرة الممتدة للزوجة قد يأخذوا دور الرعاية المباشرة والأساسية معوّضين بذلك الزوج أو داعمين له.

فقد بيّن البحث أنّ الأسرة الجزائرية تحافظ على ترابطها الأسري، من خلال مختلف الآليات التي طوّرتها عبر الوقت، ورغم انفصال الأسرة النواتية عن الممتدة في السكن وفي الجانب الاقتصادي، إلا أنّ الواقع يظهر بأنّهما تحافظان على علاقات متشابكة مبنية على الاعتماد المتبادل، ويظهر ذلك في المناسبات الاجتماعية المختلفة والأزمات، وتتميّز العائلة الجزائرية بدرجة تضامن كبيرة بين أسرها النواتية

تبقى المرأة الجزائرية مجبرة اجتماعيًا على القيام بأدوار الرعاية، كجزء لا يتجزأ من كيانها الأنثوي، رغم التحولات التي أصابت الأسرة من حيث البنية وبعض القيم والتغييرات التي حصلت في حياة المرأة كعضو فاعل في المجتمع، حيث أصبحت أدوارها تتعدى العالم الداخلي الى الخارجي، عبر العمل والدراسة، فرعاية المريض في الأسرة الجزائرية لا يزال قائما بشكل شبه كلي على المرأة سواء كانت الأم أو الأخت، البنت أو الزوجة، وتقوم النسوة عادة على التعاون داخل الحيز الأسري بشكل مستمر عبر التناوب والتبادل في الرعاية، للتمكن من أداء أدوارهن الاجتماعية الأخرى، كالعامل أو الدراسة.

وبينما تبقى الرعاية الأسرية للمصاب بمرض خطير كالسرطان تتمحور في البيئة المنزلية العائلية وجزء من البيئة الاستشفائية، في المجتمع الجزائري، إلا أن بعض الأسر قد تجد نفسها عاجزة عن القيام بهذه المهام التي تتطلب قدرة مادية، جهدا بدنيا وصلابة نفسية كبيرة، ما يجعل من الواجب تدخّل جهات خارجية، كمؤسسات الضمان الاجتماعي، والجهات الوصية على الرعاية الصحية والاجتماعية، مؤسسات التضامن الاجتماعي والرعاية الاجتماعية، التي لا يجب أن تستثني القائم بالرعاية من مجال اهتمامها، فهو يحتاج إلى الرعاية والدعم مثله مثل المريض بحدّ ذاته، وكلّما كان القائم بالرعاية في وضعية مادية واجتماعية أفضل كلّما كانت رعايته للمريض أفضل وأنجح.

والى غاية اليوم الذي يُعترف به رسميًا بالمكانة الاجتماعية والدور الذي يلعبه القائم بالرعاية الأسري، غير الرسمي في رعاية المرضى بالجزائر، تبقى الجمعيات المدنية غير الحكومية هي الملاذ الوحيد للمرضى والقائمين عليهم، حيث يعمل القائمين عليها بما وصلت إليه إمكانياتهم على التخفيف من الضغوط المادية والاجتماعية والنفسية للمرض، رغم قصر تجربتها _ الجمعيات _ واعطائها الأولوية الأولى للدعم المادي للمريض ومنه أسرته.

يعتبر السرطان وسرطان الثدي بالتحديد تحديًا للصحة العمومية في المجتمعات الحديثة، حيث تصاب به واحدة من كل أربعة نساء، كما يتسبب بموت نسبة كبيرة منهن، وبينما تتطور العلاجات المتعلقة به، يبقى استئصال الثدي والغدد اللمفاوية الحل الأكثر جذرية، وبينما يمثل هذا العلاج أملا للمرأة في النجاة فهو يمثل صدمة نفسية وجسدية لها، تعيد تكوين هويتها الخاصة ونظرتها للمجتمع ونظرة المجتمع لها، كما يضع سرطان الثدي المرأة في تحدٍ أمام نفسها، فهو يضع الأسرة أمام مجموعة من التحديات المهمة، حيث من خلال هذه الأزمة يظهر مقدار التضامن الذي تتميز به الأسرة ومدى ترابطها مع الأسر الأخرى.

وقد مثلّ البحث في طبيعة الرعاية الاجتماعية، تحديًا للباحثة حيث لاقته بعض الصعوبات المتعلقة بموضوع البحث بحدّ ذاته، حيث لا تريد الأسر مشاركة تجربتها مع المرض، معتبرة الدخول في بعض التفاصيل محاولة لإصدار أحكام قيمة حول جودة الرعاية المقدّمة من طرفهم، حيث كان إيجاد أفراد من أسر المريضات يقبلون التحدث والكشف عن معلومات شخصية ودقيقة تخص العائلة وخصوصياتها والعلاقة الزوجية وغيرها أمرًا صعبًا، إضافة إلى الحالة الصحيّة للمريضات التي جعلت البحث الميداني يتوقف في فترات مختلفة، كما شكّل الظرف العالمي المتمثل في تفشي وباء كوفيد 19، والظروف العامة الناجمة عنه مشكلًا أدى إلى تعطيل البحث لمدة طويلة، بينما مثلّ الجانب النفسي تحديًا، حيث كان على الباحثة التجرد من الجانب العاطفي والتعامل مع الحالات الإنسانية تعاملًا علميًا موضوعيًا بحثًا في المقابلات التي كانت مشحونة بالتجارب الإنسانية القاسية.

إن البحث في طبيعة الرعاية الأسرية للزوجات المصابات بسرطان الثدي، ما هو إلا باب صغير يحاول فتح مجال البحث الاجتماعي في هذا الموضوع، والذي يمكن من خلاله فتح أبواب ومسارات بحثية أخرى في مجالات الرعاية الاجتماعية، الأسرية، العمل الاجتماعي وبحوث القائم بالرعاية بشكل أخص.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

• المصادر:

1. القرآن الكريم
2. الدستور الجزائري
3. قانون الأسرة الجزائري: رقم 84-11 المؤرخ في 9 رمضان علم 1404 الموافق ل9 يونيو سنة 1984، المعدل والمتمم في 27 فبراير 2005.
4. المراسيم الرئاسية

• المعاجم والقواميس:

1. ابن المنظور. *لسان اللسان (تهذيب لسان العرب)*. المجلد الأول، الجزء الأول. بيروت: دار الكتب العلمية، 1993.
2. *لسان العرب المحيط*. المجلد الأول من الألف إلى الراء. بيروت: دار لسان العرب، بلا تاريخ.
3. ابن منظور. *لسان العرب المحيط*. المجلد الثالث. بيروت: دار لسان العرب، بلا تاريخ.
4. أبي منصور محمد بن أحمد الأزهرى. *تهذيب اللغة*. المؤسسة العمومية العامة للتأليف والأنباء للنشر، الدار المصري للتأليف والترجمة، بلا تاريخ.
5. أبو الحسين أحمد بن فارس بن زكريا. *معجم مقاييس اللغة*. دار الفكر، 1979.
6. عليّ ابن الحسن الهنانيّ. *المنجد في اللغة العربية*. القاهرة: مجمع اللغة العربية، 1979
7. قاموس علم الاجتماع. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1989.

• المراجع باللغة العربية:

1. احسان محمد حسن. *مدخل إلى علم الاجتماع*. بيروت: دار الطلائع، 1988.

2. أحمد عبد الكريم بطوش. "دينامية الأسرة والتحولات المجتمعية في الجزائر." كتاب أشغال الندوة الوطني: التحول المجتمعي في الوطن العربي: المؤشرات، الآليات، الأبعاد. الجزائر: دار سوهام النشر، 2019. 409-438.
3. أحمد مصطفى خاطر. الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، (1984).
4. الأحمر، أحمد سالم. علم اجتماع الأسرة، بين التنظير والواقع المتغير. بن غازي: دار الكتاب الجديد المتحدة، 2004.
5. أنتوني غدنز. علم الاجتماع. ترجمة فايز الصياغ. 2005: المنظمة العربية للترجمة، 2005.
6. بول مارتن. العقل الممرض. ترجمة عبد الاله النعيمي. أبو ظبي: اصدارات لمجمع الثقافي، 2000.
7. جابر عوض حسن. الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة والطفولة. الاسكندرية، 2000.
8. جان بيبير دوران و روبيرت ويل. علم الاجتماع المعاصر. ترجمة طواهري ميلود. الجزائر/ لبنان: ابن النديم/ دار الروافد الثقافية- ناشرون، 2019.
9. جون سكوت. علم الاجتماع: المفاهيم الاساسية. بيروت: الشبكة العربية للأبحاث والنشر، 2013.
10. جيري لي. البناء الأسري والتفاعل. ترجمة فهد عبد الرحمان الناصر. الكويت: مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، 2006.
11. دليو فضيل. مدخل إلى منهجية البحث في العلوم الانسانية والاجتماعية. الجزائر: دار هومة، 2014.
12. رشيد زرواتي. مدخل للخدمة الاجتماعية. الجزائر: هومة للنشر، 2000.
13. سامية الخشاب. دراسات في علم الاجتماع. بيروت: دار النهضة العربية، 1981.
14. سامية حسن الساعاتي. الاختيار للزواج والتغير الاجتماعي. بيروت: دار النهضة العربية، 1981.
15. ساميه محمد فهمي، سمير حسن منصور. الرعاية الاجتماعية أساسيات ونماذج معاصرة. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 2004.

16. سلاطنية محمد، حسان الجيلاني. مدخل لمناهج البحوث الاجتماعية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 2018.
17. سليمان علي الدالمي. الرعاية الاجتماعية: نظريات وتطبيقات. لبنان: دار الكتاب الجديد المتحدة، 1998.
18. سناء الخولي. الأسرة والمجتمع. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1992.
19. شارلين هس - بيير، باتريشيا ليفي. البحوث الكيفية في العلوم الاجتماعية. ترجمة هناء الجوهري. القاهرة: المركز القومي للترجمة، 2011.
20. صلاح محمود دياب. إدارة خدمات الرعاية الصحية. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون، 2009.
21. صوفية السحيري بن حثيرة. الجسد والمجتمع، دراسة أنثروبولوجية حول لبعض الاعتقادات والتصورات حول الجسد. تونس: دار محم علي للنشر، 2008.
22. فيلم: حياة يوم. إخراج عادل فول، بن يوسف شريف. 2014.
23. عباس محمود مكي. دينامية الأسرة في عصر العولمة. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، 2007.
24. عبد الحميد الخطيب. نظرة في علم الاجتماع المعاصر. القاهرة: مطبعة النيل، 2002.
25. عبد العزيز سعد،. الزواج والطلاق في قانون الأسرة الجزائرية. قسنطينة: مطبعة ونشر قسنطينة، بلا تاريخ.
26. علي المكاوي، فهد عبد الناصر وآخرون. دراسات في علم الاجتماع الطبي. كتب عربية، 1998.
27. علي ماهر أبو المعاطي. مقدمة في الرعاية الاجتماعية، أسس نظرية ونماذج عربية ومصرية. القاهرة: دار الحصري، 2004.
28. فاطمة الزهراء ساعي. المركز السياسي والوضع الأسري للنساء في الجزائر من 1830 إلى 2005. ترجمة مريزق قيطارة. المجلد 1. قسنطينة: دار المدا يونيفارسييتي براس، 2016.

29. فريد توفيق نصيرات..، إدارة منظمات الرعاية الصحية. الاردن: دار المسيرة، 2011.
30. كريستان.م لنجلير. "سرطان الثدي والوشم، الأداء السردي للهوية." دراسات في السيرة الذاتية والذات والثقافة. رقم 2323. ترجمة عبد المقصود عبد الكريم. جمع بواسطة جينز بروكيميير و دونالد كوربو. القاهرة: المركز القومي للترجمة، 2015. 241-263.
31. كمال الدين محمد بن عبد الواحد السياسي ثم السكندري المعروف بابن الهمام الحنبلي،. شرح فتح القدير. بيروت: دار الكتب العلمية، بلا تاريخ.
32. مادلين غراويتز. مناهج العلوم الاجتماعية، منطق البحث في العلوم الاجتماعية. ترجمة د.سامي عمار. دمشق: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، المركز العربي للتعريب والترجمة والأليف والنشر، 1993.
33. مالكوم شوارتز. السرطان، ما هو؟ أنواعه، محاربتة. الجزائر: دار الهدى، 1992.
34. مايك ديكسون. سرطان الثدي. ترجمة هنادي مزبودي. الرياض: family doctors publicqtion limited، 2013.
35. محمد سيد فهمي. الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي. مصر: المكتب الجامعي الحديث، 1998.
36. محمد سيد فهمي. مدخل إلى الرعاية الاجتماعية من منظور إسلامي. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 2000.
37. محمد عاطف غيث. دراسات في التغير القروي. الاسكندرية: دار الشروق العربي، 1987.
38. محمد غريب عبد الكريم. الاتجاهات الفكرية في نظرية علم الاجتماع المعاصر. مصر: مكتبة نهضة الشرق، 1980.
39. محمد فؤاد البدوي. تطور الضمان الاجتماعي في مصر. مصر: مطبوعات وزارة الشؤون الاجتماعية، 1953.

40. محمد فؤاد البدوي، *تطور الضمان الاجتماعي في مصر*. القاهرة: مطبوعات وزارة الشؤون الاجتماعية، 1953.
41. محمد متولي، صافيناز شلبي. *مدخل إلى رعاية الطفل والأسرة*. عمان: دار الفكر، 2006.
42. محمد يسري ابراهيم دعيبس. *الأسرة في التراث الديني والاجتماعي*. مصر: دار المعارف، 1995.
43. مدحت أبو النصر. *ادارة الجمعيات الأهلية في مجال رعاية وتأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة*. القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2004.
44. مروان دياب. *دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الاحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين*. غزة: منشورات الجامعة الاسلامية، 2006.
45. مصطفى الخشاب. *دراسة المجتمع*. القاهرة: المكتبة الأجلومصرية، 1977.
46. مصطفى بوتشفونت. *العائلة الجزائرية، التطور والخصائص الحديثة*. ترجمة دمري احمد. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1984.
47. مصطفى زايد. "كتاب أشغال الملتقى الثالث: التغييرات الأسرية والتغيرات الاجتماعية." *الأسرة، التغيير والمؤسسات الاجتماعية*. الجزائر: منشورات كلية العلوم الانسانية والاجتماعية /جامعة الجزائر 2، 2004. 35/13.
48. معن خليل. *علم اجتماع الأسرة*. القاهرة: دار الشروق للنشر والتوزيع، 2016.
49. موراد تهتان، إبراهيم مزبود وآخرون. *ضبط وتقييم تكاليف الحماية الاجتماعية في مؤسسات الحماية الاجتماعية المختلفة وآليات توظيف مواردها بفعالية في الجزائر*. الجزائر: منشورات مركز البحث في الاقتصاد المطبق من أجل التنمية CREAD، 2017.
50. موريس أنجرس. *منهجية البحث العلمي في البحوث الانسانية، تدريبات عملية*. ترجمة بوزيد صحراوي وآخرون. الجزائر: دار القصة للنشر، 2004.

51.نادية سعيد عيشور. "أشغال الندور الوطنية حول: التحول المجتمعي في الوطن العربي" المؤشرات، الأبعاد والآليات" حالة الجزائر. "الدواعي الأمنية للمشاركة السياسية للمرأة العربي. دار سوهال للنشر، 2019.

52. نور الدين بولحية. العشرة الزوجية. القاهرة: دار الكتاب الحديث، 2006.

53. نور الدين طوالي. الدين والطقوس والتغيرات. 1. ترجمة وجيه البعيني. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية، 1998.

54. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الجزائر: دار كتامة للنشر، 2007

55. هشام شرايبي. مقدمات لدراسة المجتمع العربي. بيروت: الدار المتحدة للنشر، 1984.

56. هناء أحمد الشويخ. أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الاورام السرطانية. القاهرة: ايتراك للطباعة، 2008.

• المقالات العلمية بالعربية:

1. بلقاسم القطعة. "التحرر بالسلطوية": قراءة في الانخراطات السياسية للحركة النسوية الجزائرية المعاصرة، السنة الحادية والأربعون، "مجلة المستقبل العربي، سبتمبر، 2018.

2. بلقاسم بن زنين. "المرأة الجزائرية والتغيير: دراسة حول دور أداء السياسات العمومية." *انسانيات: الجزائر 50 سنة بعد الاستقلال، تحولات مستمرة، 2012.*

3. حنان الشقران، ياسمين رافع الكركي. "الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي على ضوء بعض المتغيرات." *المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 2016: 85-100.* فروق يعلى. "الأسرة الجزائرية بين الثابت والمتغير." *أشغال الندوة الوطنية حول: التحول المجتمعي في الوطن العربيك المؤشرات، الأبعاد والآليات" حالة الجزائر. سطيف: دار سوهام للنشر، 2019. 461/439.*

4. عريق لطيفة "العلاقات الاجتماعية التقليدية داخل الأسرة في المجتمع السوفي." *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية* مجلد 5، العدد 1، سنة 2017: 198/145.

5. عفاف شكري حداد. "دور الدعم الاجتماعي المقدم من الأصدقاء في تحقيق الحاجات النفسية والاجتماعية، تطبيقات إرشادية." مجلة بحوث،، 1989: 172/145.
6. فريال عباس. "العزوبة النسوية في الخطاب المجتمعي المتداول بالجزائر - المجتمع المحلي بمدينة قسنطينة نموذجا." /انسانيات، جانفي -مارس، 2016: 9-40.
7. سعيده رحامنية. "وضعيات الصّحة والخدمات الصّحة في الجزائر." الباحث الجزائري، مارس، 2015: 135/113.
8. سفيان سحنون، العربي ايشبودان. "واقع التضامن الاجتماعي بين المهيكّل (الجمعيات) وغير المهيكّل الألسر و الأفراد،كآليات للتخفيف من مظاهر الفقر بالجزائر." مجلّة الأسرة والمجتمع (دراسة ميدانية)، 2021: 137/114.
9. سلوى الخطيب. "أساليب التنشئة الاجتماعية لطفل السعودي." المجلة العربية للتربية، 2006: 40-62.
10. سليمان بومدين. "الثقافة والمرض." الصحة والمجتمع، "مجلة البحوث والدراسات الانسانية، 2007: 57/45.
11. سماح معمر ولخضر بن ساهل. "تعدد الزوجات ودوافعه وانعكاساته على الأسرة." مجلة الاحياء، أكتوبر، 2021.
12. صرارمة عبد الوحيد. "دولة الرعاية الاجتماعية والتحول إلى اقتصاد السوق في الجزائر." مجلة العلوم الانسانية، ديسمبر، 2008: 202/181.
13. مختار رحاب. "الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع، مقارنة من منظور الانتروبولوجيا الطبية." مجلة العلوم الانسانية، ديسمبر، 2014: 186/173.
14. لامية بوبيدي. "مشكلات الدور لدى المرأة المتزوجة العاملة- دراسة ميدانية على عينة من النساء المتزوجات العاملات بمدينة الوادي-." مجلة العلوم الانسانية- جامعة محمد خيضر بسكرة، جانفي، 2014: 27-11.

15. نبيل حليلو ومعمري محمد. "عوامل نجاح الأسرة واستقرارها،". مجلة أبحاث، 2018: 136/118 .
16. نبيلة بادية. نادية مصطفى الزقاي يوب. "الدعم الاجتماعي لدى المصابات بسرطان الثدي". مجلة العلوم الانسانية، ديسمبر، 2013: 333-354.
17. وسيلة بويعلي، أحمد بوزراع. "مظاهر التسلط الأبوي في الأسرة الجزائرية من وجهة نظر المراهقين". مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، سبتمبر، 2017: 435-441.
18. يمينة شيخ، زبيدة بن عويشة. "الرعاية الاجتماعية بالمصابات بسرطان الثدي في الجزائر: جمعيات مكافحة السرطان نموذجا". مجلة الرواق للدراسات الاجتماعية والانسانية، 2021: 341/316.

• الرسائل والأطروحات الجامعية:

1. آسيا قجالي. "المسارات المهنية والعائلية للنساء الاطارات في الجزائر: دراسة حالة للنساء الاطارات في ادارة الجمارك، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 2، قسم علم الاجتماع تخصص، تنظيم وعمل". غير منشورة، 2018/2017.
2. عبد النور محسن. "نماذج تسييرالمرض، العلاج، النقاهة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، دراسة سوسولوجية لعيّنة من المصابات بمركز بيير وماري كيري،". جامعة الجزائر 2، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، 2016/2015.
3. مليكة عرعور. الأدوار الزوجية في الأسرة الزوجية المعاصرة: دراسة ميدانية -مدينة باتنة نموذجا- أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم اجتماع التنمية. بسكرة: جامعة محمد خيضر، قسم فرطي فائزة. "الزوجان والعلاقات الأسرية". وهران: جامعة وهران 2، 2016/2015.
4. العلوم الاجتماعية، شعبة علم الاجتماع، 2010/2009.
5. نوال باشا. "تسيير مرض القصور الكلوي المزمن وأثره على العلاقات الاجتماعية للمصابين، دراسة سوسولوجية بقسم مرضى القصور الكلوي المزمن المعالجين بألة الدياليز بمسشفى بني مسوس الجامعي، رسالة لنيل الماجستير". جامعة الجزائر: كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، 2001/2000.

6. وليد إبراهيم الغرباوي. الرعاية الاجتماعية في السنة النبوية "دراسة موضوعية". غزة: رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، كلية أصول الدين، قسم الحديث الشريف وعلوم، 2009

7. يوسف غدوري. "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغط النفسية لدى عينة من النساء المصابات بسرطان الثدي." جامعة غرداية، بلا تاريخ.

8. ليلي مكلي. عمل المرأة وأثره على الاستقرار الأسري بالمجتمع الجزائري: دراسة ميدانية ببلدية الشمرق ولاية باتنة: أطروحة دكتوراه. باتنة: جامعة الحاج لخضر، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع، تخصص علم الاجتماع العائلي، 2016/2017.

• المقالات الصحفية والمواقع الالكترونية:

1. دائرة كاليفورنيا لخدمات الرعاية الصحية، قسم الكشف عن السرطان وعلاجه. "دليل المرأة نحو علاج سرطان الثدي." كاليفورنيا، يناير، 2016.

2. سرطان الثدي. بلا تاريخ. <https://www.altibbi.com> (تاريخ الوصول 02 24، 2020).

3. ما هو السرطان؟ دليل للمرضى وعائلاتهم . 08 12، 2015. WWW.CANCER.ORG (تاريخ الوصول 02 21، 2020).

4. وكالة الانباء الجزائرية. افتتاح اول مركز نموذجي لفحص وكشف ومتابعة سرطان الثدي بالجزائر. 10 29، 2019. www.aps.dz/ar/sante-sience-technologie/78774-2019-10-29- 17-21-52 (تاريخ الوصول 12 16، 2020).

5. American Cancer Society. *For the Caregiver (Arabic)*. 2016. (تاريخ الوصول 05 03، 2019).

• الملتقيات والأيام الدراسية:

1. Y.Belkacemi. H. Bousen et autres, epidimologie des cancer du sein de la femme jeune en Qfriaue du nord, 32eme journé de SFPM Strasbourg 2010.

2. يوم دراسي حول سرطان الثدي، 7 أكتوبر 2019، فندق السوفيتيل من تنظيم جمعية الأمل لمكافحة السرطان.

3. مليكة القورصو: ندوة تاريخية حول المجاهدات الجزائريات، في الذكرى 67 لاندلاع الثورة المجيدة، رواق بايا، قصر الثقافة، الجزائر، 11 نوفمبر 2021. مناقشة الفيلم الوثائقي: "حياة يوم"، اخراج عادل فول، بن يوسف شريف: ضمن معرض: " المجاهدات بطلاتنا".

• المراجع باللغات الأجنبية:

1. A.Morali–Daninos. *Sociologie des relations sexuelles*. Paris: P.U.F, 1973.
2. Boudon, Raymond. *Les methodes en sociologie*. Lliban: Le point, 1996.
3. Bouharati K, et autres Hamdi Cherif M .*Les cancers en Algérie Données Épidémiologiques du Réseau National des Registres du Cancer ,2015* .Setif
Algerie: ministère de la santé et de la population.2017 ،
4. camile, Lacoste–Dujardin. *Des mère conter des femmes*. paris: céres Edition, 1995.
5. Claudine Cholet .*la terre, frere et l'argent: strategie familiale et agricole en algerie depuis 1662* .alger:OPU,1987.
6. emmanuel, todd. *l'enfance du monde , structure familiale et developpement*. paris: le seuil, 1984.
7. Endré, Jaques. *la sexualité féminine*. 4. liban: editions Point Delta, 2012.
8. guerid, djamel. *l'expection algerienne: la modernité à l'épreuve de la société*. alger: casbah édition, 2007.
9. Houari Laadi” .femme; famille et lien social en algerie ”.*Famille et mutations socio–politiques. L'approche culturaliste à l'épreuve*.2005

10. JEAN PELLETIER .*ALGER 1955 ESSAI D'UNE GEOGRAPHIE SOCIALE* . ALGER: APIC edition,2015.
- 11.KAMEL KATEB .*TRANSITION ET TRANSFORMATION SOCIALE EN AFRIQUE DU NORD* .ALGER: APIC EDITION,2015.
12. kamel kateb. *l'emergence des femmes au magreb: une revolution inachevée*. alger: apic edition, 2015.
- 13.M., Mahnane A. et Hamdi Cherif . «actualité dans la prise en charge multi dsciplinaire du cancer du seinen 2012.» *Épidémiologie du cancer du sein*. 2012.
14. Marezano, Michela. *la philosophie du corps*. liban: editions point delta, 2012.
15. ministere de la senté de la population et de la reforme hospitalière/ direction générale des structures de senté. «manuel de prise en charge du cancer du sein.» 2016.
- 16.R.BOUDON, P BERNARD ET AUTRE. *DICTIONNAIRE DE LA SOCIOLOGIE*. FRANCE: LIBRAIRIE LAROUSSE, 1990.
17. Reich, Wilhelm. *L'irruption de la morale sexuelle*. Paris,,: p.b.p, 1972.

• المقالات العلمية باللغات الأجنبية:

1. Arnaud Campéon, Blanche Le Bihan-Youinou et Claude Martin « LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES EN EUROPE: LE VÉCU DES AIDANTS FAMILIAUX » *vie social*,2012: n⁰4 ; 111 -127

2. Barbara a Given. Charles W. Given. Sharom Kazachick. « Family support in Advanced cancer » « *C A . canar j clin* » July/ august 2001: volume 51 ; 213-231.
3. Belande.f. «proposition pour un reconstitution des composant du roles de malade et de médecin dans la sosiologie de parsons.» *socologue et société*, printemp 1989: 156-185
4. Bourdieu, Pierre. « La domination masculine.» *Actes de la recherche en sciences sociales*, septembre 1990: 2/31.
5. Delvaux, Dicole. «l'experience du cancer pour les familles.» *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de reseaux*, 2006: 81/101.
6. Fsian, Hocine. «qu'est-ce que un homme? qu'est ce qu'une femme? à propos d'une representation sexuée en constante évolution.» *insaniyate*, janvier/ mars 2016: 9-21.
7. Ganon, Cécil. Chargement mentale et éthique critique du care: la division du travail dans la sphère domestique comme, enjeu de justice sociale *philpaper*. 2019: 25-44 . www.philpaper.org/rec/gagcme/thaque: (accès le 03 15, 2021).
8. Le Gros, Dominique. «les bien portants face au cancer du sienM fuite, indifférence, amour.» *presse universitaire de franceM " revue fransaise de la psychosomatique*, 2007: 83/91
9. Marc Leriol” .Séminaire de sociologie de la senté ”.*engineering school* .HAL archive ouvert.62 .2006/2008/2007 ‘
10. Martin, Claude. «QU'EST CE QUE LE SOCIAL CARE! UNE REVUE DE QUETIONS?» *la découverte: "revue française de socio-économie"*, 2 2008: 27/42.
11. Radja, zitouni, et Cherif hallouma. «Représentation social des role de la femme dans le couple Algérien.» *Almawaqif, revue des recherches sociologiques et historiques*, 02 juin 2019: 173-201.
12. Zohre Kiyencicek.Ozden Dedli. Spiritual needs and practices among cargivers of patients with cancer. « *Acta paul enferm* »2017.30(6): 628-634.

• مقابلات الحالات محل الدراسة:

1. السيدة ياسمينة وزوجها: يوم 2022/01/13 من 15:00 إلى 17:30 و 2022/01/12 من 11:30 إلى 13:00 بمقر السكن، بولاية أولاد جلال.
 2. مقابلة مع السيد عادل زوج السيدة عبلة يوم 13 ديسمبر 2021 من 14:30 إلى 16:15 (بالجزائر العاصمة).
 3. السيدة عبلة: مقابلة عبر الهاتف، يوم 2022 /01/23: من 14:10 إلى 15:30 ويوم 24 /01/ 2022 من 20:00 الى 21:45 ليلا.
 4. السيدة سامية وابنة أختها: 2022/02/23 من 15:15 إلى 16:10 و 2022/02/ 24 من 16:00 إلى 18:00 (مقر جمعية البر الخيرية بالمسيلة).
 5. السيدة سعاد: تاريخ المقابلة: 2022/03/01 على الساعة 10:00 صباحا إلى 12:00 (العاصمة، مركز التصوير الطبي، القبّة) ثم 2022/03/02 بمقر سكن الوالدة (العاصمة)
 6. السيدة زهور (أم السيدة سعاد): تاريخ المقابلة: 2022/03/02 من 16:00 إلى 19:00 (مقر السكن، العاصمة)
 7. السيدة رجاء وأختها سناء: يوم: 2022 / 04/10 من الساعة 16:00 إلى 19:00 (بمقر السكن ببني سليمان، ولاية المدية)
 8. السيدة مليكة وأختها زهية: يوم 2022/ 04/20 من الساعة 14:00 إلى 19:30 (بمقر السكن، حاسي بحبح، ولاية الجلفة)
 9. السيدة أم هاني: يوم 2022/04/ 05 من الساعة 10:00 إلى 13:00 (بدار مرضى السرطان، التابعة لجمعية البدر، البليدة)
 10. السيد (عامر)، ابن السيدة أم هاني: في 2022/04/12 من 16:00 إلى 18:00 (مكالمة هاتفية).
- المقابلات رؤساء الجمعيات والفاعلين الاجتماعيين:

1. السيدة تواتي. ع، قابلة وعضوة في جمعية توعية النساء بالصحة التناسلية والجنسية، ببشار (4 أكتوبر، 2018).
2. زكرياء. ب، رئيس سابق، جمعية الشفاء لولاية سطيف (5 أكتوبر، 2018).

3. السيّد زبيدة كسال، الأمانة العامة لجمعية شعاع الأمل لمساعدة مرضى السرطان، (2020/12/20) على الساعة الواحدة زوالاً، عبر الهاتف، المدة ساعة ونصف.
4. السيد لوصيف عيسى، رئيس جمعية البر الخيرية لرعاية مرضى السرطان: يوم (2020/12/22) على الساعة العاشرة صباحاً، عبر الهاتف، المدة ساعة وعشر دقائق.
5. الدكتور قيدوم، رئيس جمعية الفجر لمكافحة السرطان: يوم: (2020/12/24) على الساعة العاشرة صباحاً، بمقر الجمعية ببلدية الدويرة، العاصمة الجزائرية، مدة ساعة.
6. الدكتورة آسيا موساي، طبيبة مختصة في الأورام السرطانية: يوم: (2022/12/25)، بمستشفى مصطفى باشا، الجزائر العاصمة. الساعة 11 صباحاً.

الملاحق

الملحق 1

دليل المقابلة للمصابات بسرطان الثدي

مقابلة مع:

بتاريخ:

المكان:

من الساعة.... إلى

المعلومات الشخصية:

السن:

السن عند المرض:

الوضعية العائلية: متزوجة ارملة مطلقة

عدد الأبناء:

طبيعة السكن: منفصل مع العائلة الممتدة

مرحلة المرض عند اكتشافه (le stade)

طرق العلاج التي خضعت لها

المستوى التعليمي للمريضة

عمل المريضة

المستوى التعليمي للزوج

عمل الزوج

المستوى التعليمي لمجمل افراد الأسرةالمستوى الاقتصادي:

المحور الأول: الحياة الأسرية وتوزيع الأدوار قبل المرض:

س1- كيف تصفين لنا حياتك العائلية قبل المرض؟

س1.1 كيف كان زواجك؟ تقليدي؟ زواج عن علاقة حب؟

س1.1 ما هي المكانة التي كنت تشغلينها في الأسرة؟

س1.2 ما هي الأدوار التي كنت تقومين بها؟

س1.3 ما هي الأدوار التي كان زوجك وأبنائك يقومون بها؟

س1.4 كيف كانت علاقتك مع زوجك؟

س1.5 كيف كانت علاقتك مع عائلتك الممتدة: أبوك، أمك، اخوتك، أخواتك، العمات، الخالات... الخ

س1.6 كيف كانت علاقتك مع عائلة زوجك الممتدة: الحمو، الحماة، اخوة الزوج، أخوات الزوج... الخ

المحور الثاني: التعامل مع المرض ومواجهة الأزمة

س2. كيف اكتشفت المرض؟ وكيف كانت ردة فعلك أنت والعائلة؟

س2.1 كيف كانت ردة فعلك؟

س2.2 كيف كانت ردة فعل زوجك؟

س2.3 كيف أخبرتم الأطفال وكيف كانت ردة فعلهم؟

س2.4 ما هو أول شيء قمت به وفكرت به بعد اكتشاف المرض؟

س2.5 من أخبرت أولاً باصابتك بالمرض ولماذا؟

س2.6 كيف كانت ردة فعل أسرته واسرة زوجك؟

المحور الثالث: خصائص الرعاية وتقسيم الأدوار

س3: من قدم لك الرعاية والدعم خلال مشوارك العلاجي وكيف ذلك؟

- س3.1 من الذي كان / لازل يرافقك في زيارتك الطبية؟
- س3.2 متى احتجت إلى مساعدة، ومن أي نوع؟
- س. 3.3 هل عُرضت عليك المساعدة أم أنك من طلبها؟
- س3.4 كيف قسّم أفراد أسرتك (النواتية أو الممتدة) أدوار الرعاية؟
- س3.5 هل كان هناك اتفاق بينهم أم كانت المبادرات تلقائية وفردية؟
- س3.6 من أين كان القائمون عليك يستقون المعلومات المتعلقة بمرضك؟
- س3.7 هل كانوا يستشيرونك في القرارات الخاصة بك وبرعايتك (مكان الرعاية، الافراد، الوقت).

المحور الرابع: إدراك المريضة لتحديات وصعوبات الرعاية

س4. هل تعتقد أن رعاية المصابة بسرطان الثدي امر صعب؟

- س4.1 كيف أثر مرضك على القائمين برعايتك؟
- س4.2 هل تغيّرت سلوكياتك ومزاجك أثناء فترة المرض والعلاج؟
- س4.3 هل يتعاملون معك ومع مهامهم بشكل جيّد؟
- س4.4 هل أنت راضية عن الرعاية التي تلقيتها منهم؟
- س4.5 هل تخبرينهم عندما تحسّين بالانزعاج او التقصير من جانبهم؟
- س4.6 هل تعتقد أنهم كانوا مؤهلين للقيام بهذا الدور؟
- س4.7 في رأيك ما هي المهام الأكثر صعوبة عليهم؟

المحور الخامس: تأثير المرض على الأدوار، المكانات والعلاقات الأسريّة

س5. هل أثر مرضك على مكانتك ودورك وعلاقاتك الأسريّة؟ وكيف ذلك؟

س5.1 هل وكيف أثر مرضك في دورك كزوجة؟

س5.2 هل وكيف أثر مرضك في دورك كأُم؟

س5.3 هل وكيف أثر مرضك في دور زوجك كزوج وأب؟

س5.4 هل ترين أن المرض زاد في توطيد علاقات التكافل والتعاون في أسرتم أم العكس؟

ملاحظة عامة:

عند اجراء المقابلات ميدانيا:

- الأسئلة الأساسية هي التي تطرح أولاً، ولا يتم طرح الأسئلة الفرعية الا في حالات نقص في الأجوبة.
- عند اجراء المقابلات يحدث الأ تكون الأسئلة مرتبة بنفس ترتيب الدليل حيث يتم تتبع حديث الشخص المستجوب حتى لا نشوش عليه أفكاره، وإذا كان هناك فراغ نطرح أسئلة أكثر دقة حتى لو لم تكن واردة حرفياً في دليل المقابلة.
- استخدمنا دليل المقابلة كمرشد عام نعود اليه حتى لا تخرج المقابلة عن أهدافها الأساس

نموذج ملخص عن مقابلة لحالة زوجة مصابة بسرطان الثدي

مقابلة عبر الهاتف، يوم 2022 /01/23 من 14:10 إلى 15:30 ويوم 2022 /01/ 24 من 20:00 الى 21:45 ليلا.

تم التعرف على المصابة عبر الحديث أولاً مع زوجها في مقابلة مباشرة بأحد المناسبات الثقافية، حيث أنه كاتب وروائي، حيث اتجهنا اليه وطلبنا منه مقابلة معه كقائم بالرعاية ومع زوجته بعد أن عرفنا أن زوجته مصابة بسرطان الثدي خلال حديث عابر، وقد كانت آنذاك غير متواجدة، فقمنا بتحديد موعد للمقابلة، بطرح الأسئلة عليه واتصلنا لاحقاً بها عبر مواقع التواصل الاجتماعي حيث تمت المقابلة أخيراً بعد عدد من المواعيد التي لم تتم بسبب تعب هذه الأخيرة وعدم قدرتها

المصابة 1: عبله، مدينة عنابة، 48 سنة، ليسانس حقوق، أم لأربعة أبناء، موظفة في مكتب حمامة، السن عند اكتشاف المرض 46، السن 48 سنة عند اجراء المقابلة.

المحور الأول: المحور الأول: الحياة الأسرية وتوزيع الأدوار قبل المرض:

س1- كيف تصفين لنا حياتك العائلية قبل المرض؟

كنت متزوجة وأعيش مع أبنائي وزوجي، بشكل عادي، أنا تزوجت عن علاقة حب مع زوجي درس معي الجامعة، وبعد اتمامنا الدراسة تزوجنا، كنا ولازلنا نعيش في بيت مستأجر، كل مرة نغير البيت، كنت مأكثة في البيت أرعى البيت وأبنائي، وحتى أبي الذي توفيت عنه أمي وتركته وحيدا كنت أقوم على رعايته، وقد أسقط ذلك علي الكثير من العبء ثم قررت

تزيجه، خاصة بعد ان غيرت مكان سكني وابتعدت عنه قليلا، لكنّ زوجته لم تقم بما اتفقنا عليه ولا تهتم سوى بماله، وهذا ما جعل علاقتي معها متشنجة نوعا ما، حتى انها رفضت ان أخبر أبي بمرضي ولحد الان لم يعرف بأنني أصبت بالسرطان، أمّا أخي وزوجته فكانت علاقة جد قليلة، منذ تزوج "بعدا تو علينا"، "أبعده عنا" أما عائلة زوجي فقد كنت على علاقة جيدة بحماتي " تبارك الله ما شاء الله" التي توفيت في آخر حصة علاجية لي، وزوجات اخوة زوجي وهم ثلاثة، ولكن أختيه البنات غير متزوجات لا يحببني ولا يتصرفن معي جيدا لذا فعلاقتي بهن جد سطحية، وهذا ما كان يمنعني من الذهاب كثيرا عند حماتي لتفادي المشاكل، ومنذ توفيت حماتي لم أعد أذهب الى بيت حماتي مطلقا، بسببهما، أما في بيتي فقد كانت علاقتي جد عادية مع زوجي، تتخللها مشاكل عادية من حين الى آخر، وقد تزوجنا عن حب لأننا درسنا سويا في الجامعة، ومع أبنائي أيضا، كنت أقوم بكل شيء في البيت وانا مأكثة بالبيت، من أعمال منزلية ومن تسوق واهتمام بالدراسة وكل شيء تقريبا، لم يكن زوجي يقوم بأي شيء سوى العمل.

كيف كانت علاقتك مع ابنتك؟ علاقاتي مع ابنتي "رانا كيما الصحابيات"، "انا مع ابنتي لدينا علاقة أقرب الى الصداقة".

س. هل كانت ابنتك او أبنائك يقومون بأي أدوار في البيت مثل التنظيف مثلا؟

لا نادرا، ابنتي كانت تدرس والأولاد لم يكونوا يقوموا بشيء اللهم تنظيم ادواتهم الدراسية، اما الباقي كله كنت أقوم به وحدي.

المحور الثاني: المحور الثاني: التعامل مع المرض ومواجهة الأزمة

س.2 كيف اكتشفت المرض؟ وكيف كانت ردّة فعلك أنت والعائلة؟

وهناك وبعد اجراء كل الكشوفات في خلال يومين او ثلاثة، تأكدّ للطبيب أنني مصابة بسرطان الثدي في مرحلة قريب من الأخيرة "5"، ومع هذا قال أنّ الورم ليس كبيراً جداً لكنه أخبرني بضرورة اجراء بتر تام للثدي الأيمن بالإضافة الى الغدد اللمفاوية، ولكن لم يكن المستشفى حينها يجري عمليات بسبب الكوفيد، فأخبرنا بضرورة ان نلجأ الى مستشفى خاص.

س2. كم كان سن أبنائك حين اكتشفت المرض وكيف أخبرتموهم وكيف كانت ردّة فعلهم؟

كانت ابنتي البكر في سن الثامنة عشر، وبعدها توأم ذكور في 17 والابن الأخير 10 سنوات، في البداية أخفينا الأمر عنهم، ولكن ما ان أجرينا كل التحاليل والفحوصات وتأكدنا من المرض، أخبرناهم بشكل مباشر، زوجي تولى مهمة شرح ما سيحدث من عملية وعلاج كيميائي، الصغير لم يفهم الكثير، ولكن ابنتي والتوأمان فهما الامر، لم أكن مستوعبة الامر أنا شخصيان "والله ما علابالي كيفاش كان احساسهم ولا واش كانوا يفكروا، أنا أصلاً كنت نجري باش نلحق ندير العملية، ماكانش عندنا الوقت والقوسطو للقسرة" "والله لا ادري كيف كان شعورهم واو ماذا كانوا يفكرون، كنا نسابق الوقت من اجل اجراء العملية ولم يكن عندنا لا الوقت ولا المزاج للحديث والشرح"

س3. كيف كانت ردّة فعلك عندما علمت بالأمّ، كيف تصورت نفسك وماذا فعلت؟

في المرة الأولى عندما علمت بالأمّ لم أتقبل الامر تماماً "ما تقبلتش الأمر خلاص خلاص خلاص"، ولكن وفي نفس اليوم اتجهت الى البحر، خرجت وحدي، مشيت ومشيت ومشيت، ثم جلست مدّة طويلة أمام البحر كنت في حالة صعبة وثم بقيت أتحدث مع نفسي أقنعتها بأن "هذي حاجة الله وعلى الواحد ان يرضى بيها" تضيف ضاحكة، "في نفس اليوم الذي رفضت فيه المرض تقبلته"، قلت أن الله هو من كتب لي هذا الامر، فأين سأهرب منه أنا، اذن " il faut que نتقبلها ونغلب هذا المرض وفرات"، ولم يكن هذا لأنني فكرت في

الأطفال او الزوج نكذب عليك" أنا شفت في روعي فقط، غاضتني عمري" قلت انا ما زالني صغيرة ونستاehl نعيش ومازالني حوايج بزاف نديرهم" وأنا اخترت الحياة

قال لي الطبيب أن الورم صغير ويمكنه ان يستأصل الورم فقط دون الثدي، ولكن اخبرني انه في هذه الحالة إمكانية رجوع الورم كبيرة، وهنا أحسست بشيء من الحزن والقلق "إحساس ماشي مليح" "لأنو كيما تعرفني في المرأة الثدي تاها هو الصح، أنا هاذيك هي الحاجة المليحة فيا "تضحك"، بعدها وبعد أن شرح لي الأمر جيداً "الحق" قلت له "ما عيش، قلت له **j'axepite** وقلت له نحيه على روك" فالمهم نتنها من المرض وهذا ما كان ونواجه من وراه اذا قدرت نواجه.

س: وماذا عن ردة فعل الزوج؟

زوجي كان "مخلوع" هو ثان "تشوكا"، لكن ما خزنناش ابدا لناحية انه اذا نحيث الثدي يعني ما ينظرليش مليح، خاصة هو ما فكرش في الامر وما بينلي حتى حاجة، أنا فقط اللي تحسست شوية، يعني تبقى المرأة تتوسوس وتفكر تقول "بالاك يتبدل عليا، فهمتيني"، بقات هذه الأشياء تخدملي في راسي في وقت *la chimio*، خدمتلي مدة طويلة، ولكن هو الحق بقي كيما راه وكيما كان، ما تبدلش عليا.

س. من أول من اخبرته بمرضك؟

لا أحد، أنا يما ميتة، وكل حياتي كنت موجهتها لولادي، كراية ودايما فيا الرحلات، ما عنديش جارة مصاحبته ولا حتى صديقة مقربة، كان راجلي وولادي هم الأساس في حياتي، وكيما قلت لك بنتي هي صديقتي وزوجي، هو اتصل بأمو وخبرها اما انا كي خبرت زوجة أبي قالتلي بالاك في تخبريه، زعمة خافت عليه، وأنا في ذلك الوقت كنت مصدومة والطبيب قال لي لازم نسرعوا في الإجراءات فلم اكن أفكر في التكلّم مع الناس، لم أتكلّم كثيرا الا مع زوجي.

س. كيف كانت ردة فعل وأسرة زوجك؟

لقد صدموا "خلعوا" حماتي اتصلت بيا ووقفت معايا "الحق تاع ربي"، ولكن كانت فترة الحجر الكلي "كوفيد"، لذلك لم تزرني، وكانت زوجة أخ زوجي أيضا واقفة معايا تعيطلي وتعطيني النصائح.

المحور الثالث: المحور الثالث: خصائص الرعاية وتقسيم الأدوار

س3: من قدم لك الرعاية والدعم خلال مشاركتك العلاجي وكيف ذلك؟

س3.1 من الذي كان/ لا زال يرافقك في زيارتك الطبية؟

من أول يوم مثلما أخبرتك، ذهبت مع زوجي للمستشفى وكان يدخل معي وقد أخبرنا بالأمر معا، ومنذ ذلك اليوم كان زوجي يرافقتني في كلّ مراحل العلاج، في حصص الشيميو وفي الفحوصات الدورية، ولكن الان بعد أن شفيت بدأت أخبره بأنني قادرة على الذهاب الى الفحوصات وحدي، خاصة واننا غيرنا المنزل ونحن اقرب الان الى المستشفى، يعني حافلة واحدة واصل، " ماشي مشكل".

س2. متى احتجت الى المساعدة ومن أي نوع؟

بعد اجراء العملية طبعا كنت غير قادرة على التحرك وعلى العمل، عندها احضرني زوجي الى البيت وفي نفس اليوم جاءت زوجة أخوه عندي وطلبت مني أن أذهب معها الى البيت حتى تقوم برعايتي، في الأول كنت مترددة "حشمت منها ومن خو راجلي"، ولكن هي قنعتني، قالت بأن ابنتي صغيرة ولا تستطيع تحمل المسؤولية مع زوجي، فذهبت عندها، وبقيت هناك أسبوع حتى "رقدت روحي وأصبحت قادرة على الحركة وعلى الاعتماد على نفسي"، ويعطيها الصحة قامت بيا كيما يلزم، في ماكلتي وفي دوايا، ما ننسألهاش خيرها.

المرحلة الأصعب والتي يصل فيها مريض السرطان الى العجز التام هي الشيميو الكيميائي"، وأنا عملت ثلاث حصص فقط هي normalement كان من المفروض أقوم

ب ثمانية حصص كيميائي، لكن عملت ثلاثة فقط لأنها أتعبتني كثيرا "هلاكتني"، لأن الطبيبة أخطأت في تقدير la dose تاع الدواء، ومنها قرروا باش يحبسولي الشيميو ويبداولي في العلاج الوقائي، وفي هذه المرحلة وصلت الى الدخول الى المستشفى عدّة مرات حيث كان يغمى عليّ من شدّة الألم وقد نزلت مناعتي الى أدنى مستوياتها، وكنت في حالة سيئة جدا، وصلت لدرجة كأس ماء ما نقدرش نرفدو من شدة الوهن والتعب اللي شففتو.

س.3.3: هل عرضت عليك المساعدة أم أنك من طلبها؟

عندما عرضت عليّ زوجة أخ زوجي أن تأخذني الى منزلها لترعاني، لم يطلب منها أحد ذلك، بل فعلت لوحدها، مع انها كانت أم لطفلين، ولكن بما أننا كنا في فترة كورونا كيما قلت لك، فلم تكن تعمل حينها، اما في فترة العلاج الكيميائي، فكان زوجي وابنتي يساعدانني تلقائيا، يعني يأخذونني الى الحمام، يعطونني التيزانة، الدواء، وحتى ابنتي كانت تحمم لي، وكانا يطبخان ويقومان بأشغال البيت، كان زوجي يعمل أحيانا وأحيانا لا، وكانت ابنتي تراجع من اجل البكالوريا، وكان هناك مرض الكورونا فلم يكن أحد يزورني، وأبنائي الآخرين مع الوقت بدأوا يساعدانني فقد كان التوئمان لأنهما الأقوى بدنيا يدخلانني المرحاض ويرفعانني منه، وحتى ابني الصغير كان يأتي الي كل مرة ويسألني ماذا أريد ويحضره لي.

- وكانت ابنتي تطبخ خاصة عندما تصادف رمضان مع مرضي الشديد، وقد

- اضطررت للدخول للمستشفى وبقي زوجي معي، هناك.

مرة فقط أرسلت لي عجوزتي "حماتي" أكلا بسبب مرضها فهي عاجزة، بينما اخواته لم يساعدونني اطلاقا، ولم يزرنني اطلاقا.

- كيف قسمتم المهام داخل البيت بين الأبناء والزوج؟

لم نتفق على شيء، كل شيء كان يأتي تلقائي، ربما زوجي كان يقول لابنتي ماذا عليها ان تفعل، "والله ما علابالي"، لكن كان الجميع يشارك، حتى ابني الصغير كان يحضر لي

الماء أو كوب الـ "تيزانة" التوأمين كانا يمسان بي عندما أريد الذهاب الى الحمام، أو عندما اتقياً، وكانا يساعدان ابواهما في بعض الاعمال، لم نقسم عليهم الاعمال فكل واحد كان يقوم بما يقدر عليه، ولكن المجهود الأكبر كان يبذله زوجي.

س. في فترة مرضك وعلاجك، هل أحسستم بضغوطات مادية؟

نعم، طبعا، أنا زوجي شهر وكارينين، ومع مصاريف الأطفال الواحد ماكانش داير حساب هذ المصاريف تاع المرض، الدواء، الراديوات وكلو، وخاصة في العملية، لأنو عندما اكتشفنا مرض السرطان، كان مركز مكافحة السرطان لا يقوم بالعمليات بسبب كورونا، وقد اخبرنا الطبيب بضرورة اجراءها سريعا ولو عند الخواض، وكان ثمنها حوالي 15 مليون، ونحن لم نكن نملك المبلغ، أنا تقلقت ولكن زوجي، اكدّ عليّ ألا أقلق، وحتى الان الدواء الذي أشتريه ب 5000 للعبلة في الشهر والذي لا يعوض، وأحيانا يكون غير موجود فنضطر الى البحث عليه وشراهه من الصيدليات "كابا" ويكون اغلى قليلا.

ولكن الحمد لله تخطينا الامر، ففي النهاية أنا عالجت في المدينة التي اسكن فيها ولم يكن عليّ ان انتقل الى مدينة أخرى، مثل الناس الذين يأتون من الأماكن البعيدة.

"كل علاجي كان في عنابة في مركز مكافحة السرطان بعنابة، لم يكن عندي مشكل النقل والمبيت، حتى ان بيتنا كان قريبا من المستشفى، لكن الدواء كنت اشتريه، 5000 دج للعبلة تاع الدواء الذي اشربه حاليا، أما شيميو فقط عالجت مجانا في المستشفى".

- ماذا عن العلاج بالأشعة؟

عالجت بالشيميو حوالي خمسة أشهر، لكنني لم أجري الراديو تيرابي، بل عالجت بالهرمونات والعلاج الوقائي فقط، نساوني لم أجري الراديو تيرابي ولكن قالت لي الطبيبة أنها لا تأثر، فقد عملت استئصال تام للثدي + الغدة اللمفاوية.

- من ساعد زوجك ماليًا حتى أجريت العملية؟

اتصل زوجي بأمه واخوته طبعاً، وقد قال لهم خبر إصابتي مرض الثدي وبضرورة اجراء العملية، هو لم يطلب منهم المال، "حنا هكذا، عمرنا ما نطلبوا حاجة من الناس، اللي حب يعاون بلا ما تطلبي منوا راه فاهم الوضع والناس كامل تعرف واش معناها سرطان"، وفي المساء أعطته أمه مبلغاً، واخوه أيضاً، واعتقد ان اصدقاءه ساعدوه أيضاً، ولكن بعدها كل شيء تكفلنا به وحدنا لا أحد ساعدنا.

زوجة ابي لم ترد اخباره بمرضي واوصتني الا افعل "زعا خوفا عليه"، لذا فلم أخبره، تصوري كل ما مرّ بي هو لا يعلم به، وساعدني الكوفيد كنت أكلمه عبر الهاتف فقط حتى لا يراني كيف تغيرت ونحفت، وهي فعلت ذلك الله اعلم لماذا، ربما خافت عليه من الخلعة، وربما خافت ان يساعدني "مالياً"

- هل يملك زوجك سيارة؟

لا

- كيف كان ينقلك الى المستشفى؟

- كان زوجي يكتري سيارة تاكسي، أو سائق غير مرخص « frodeur »

وفي بعض الأحيان يأخذنا صديقه، أو أخوه ولكن قلبلة جدّاً، كما قلت لك زوجي لا يطلب شيئاً من أحد يحب ان يقوم بكل شيء لوحده، ربما هذا défaut فينا لا أدري.

- من الشخص الذي كان يدعمك عاطفياً ومعنوياً وتتوجهين اليه؟

- قلت لك أنا لم يكن عندي صديقات، يعني لا حياة عندي خارج اسرتي، وهذا شيء اكتشفته في مرضي، كانت هناك أشياء ما نقدر نقولهم لا لراجلي ولا لابنتي مع انهم قراب مني بزاف، كنت ساعات نفضفض مع زوجة شقيق زوجي، لأنها الوحيدة اللي كانت تتصل بي كثيراً.

وأنا وزوجي نحب المشي كثيرا، فكنت عندما احس بأنني قادرة على المشي، أخرج معه وساعات وحدي وأمشي وقتا طويلا باش نخفف على نفسي، ساعات اتجه الى البحر، احب البحر كثيرا، و"عادل" يأخذني اليه كلما طلبت، في ذلك الوقت كان كل شيء مغلق، وحتى المشي وساعات ممنوع، يعني كنت اقضي اغلب وقتي في البيت، مع الأطفال.

- من أين كانوا يستقون المعلومات المتعلقة بمرضك؟

أهم شيء، كان زوجي يسأل الطبيب المعالج على كل صغيرة وكبيرة، ماذا عليّ أن آكل، وماذا أفعل أو لا أفعل، والطبيب كان دائما يقول عندما تحس نفسها بخير تعيش عادي، ولكن فقط الغذاء الجيد والرياضة جيدة، وهذا ما كان يقوم به، كان يحاول يعطيني الأشياء المفيدة كالخضر والفواكه والسّمك، وكان عندو أخت صديقو أصيبت بالمرض قبلي، فأعطاني رقمها وكنت اتصل بها وأخذ منها المعلومات.

المحور الرابع: إدراك المريضة لتحديات الرعاية

س.4 هل تعتقدن أنّ رعاية المصابة بسرطان الثدي أمر صعب؟

- طبعا صعب، خاصة اللي حالتو كيما أنا، كل شيء وقع على عاتق زوجي، لا أم عاوناتو ولا خاوة ولا خواتات، وهو غير معتاد على تحمل كل تلك المسؤولية "موالف كلش يجيه لقمو"، وأنا ما عودتهمش على القيام بأي شيء، ولحسن الحظ مرضي صادف الكورونا والا "كيفاش كان يدير"، زوجي كان في بعض الأحيان لا يعمل بسبب انه مريض بالربو فلا يعمل أحيانا خاصة اذا مرض احد في العمل وهذا الأمر الذي ساعده حتى يقوم برعايتي.

ابنتي كان هذاك عام الباكالوريا، وكان عليها ان تراجع ولكن الوضع العام لم يساعدها وفشلت سنتها في اجتياز الباكلوريا.

لقد كانت سنة صعبة عليهم، وكبروا قبل وقتهم وتحملوا مسؤولية لم يكونوا جاهزين لها.

في تلك الفترة راجلي اصبح هو الاب وهو الأم، وهذا شيء صعب، كان لازموا يوقف معايا ويوقف معاها أيضا، والله كان يغيضني، وزيد أنا تغير مزاجي ساعات نعود مليحة، ساعات نعود نبكي، ورغم نحاول نخبي عليهم، بصح ساعات تغلبنى نفسي، وعلاجال واش كانوا يديرو علاجالي، نقاوم ونقول خلي كلش يجوز، بصح مالي كملت العلاج الكيميائي لابس وليت مليحة وتقبلت الامر، حتى والعلاج الهرموني يتعب أيضا ولكن راني لابس وليت نورمال.

المحور الخامس: تأثير المرض على الأدوار، المكانات والعلاقات الأسرية:

س.5 هل أثر المرض على مكانتك ودورك وعلاقاتك الأسرية وكيف ذلك؟

تضحك، "أشياء كثيرة" ربما ستستغربين وتضحكين، ولكن بالنسبة لي أرى انها أشياء إيجابية، مثلا، لم أكن أعمل، الآن عدت الى العمل في مكتب محاماة، بعد سنوات من الانقطاع، قلت على الأقل استرجع ما درسته بعد ان ضيعت أعواما كثيرة، ضيعت روعي في باطل، لأنني لم اعمل في الميدان ديالي، فما ان تزوجت حتى بقيت في البيت بسبب الأطفال، وبقايتي حرقا وتغيضني دائما أتساءل، أنا كيف لم أتوظف، دائما أكرر هذا على نفسي، بعد المرض، جددت نفسي، فلآن أمارس الرياضة " في قاعة رياضة"، وأحسن حاجة عملتها في حياتي الان هي الرياضة وانا أراه الان شيئا أساسيا في حياتي، الان صرت أحافظ على نفسي أحسن من بكري، خاصة أنني وجدت catch مساعدتي و متبعتي مليح في كل شي، وصرت أذهب عند أخصائية تغذية حتى أتابع حمية تتماشى مع مرضي، تغير الكثير في حياتي، حتى عندما كنت في المستشفى مع المرضى، كنت أنا من يشجعهم ويقدم لهم النصائح " تضحك"، خاصة في فترة العلاج الكيميائي لأنه هو الكارثة الكبيرة التي تقضي على الشخص وتقتله، في تلك المرحلة يفكر الانسان الا في الأشياء السلبية، تصل الى درجة التفكير في الانتحار "تقولي غير نتهدنا من الوجع، غير نموت وبرك".

س.5.1 كيف أثر المرض على دورك كزوجة؟

هي أوقات وأوقات، قولي من يوم اكتشفت المرض حتى كملت العلاج الكيميائي وبدأت أتحسن شوية شوية، كنت مخططة، تقريبا وليت نحس روجي عالة على راجلي وماشي زوجة، وهو كان يقولي علاش لوكان نمرض أنا تخليني وتروحي ولا واش، وهذا الشي كان يشجعني، حتى علاقتنا الجنسية ما طولتتش ورجعت عادية، في الأول كنت معقدة من روجي وقلت راح يكرهني، ولكن بعد ما بديت نريح عادي رجعت عادي، يعني في رايب كلشي من الراجل، اذا هو وقف مع المرأة هي ترجع بالاك خير مللي كانت، وكاين اللي مساكن سمحوا فيهم رجالهم وطلقوهم بسبت هذا المرض الخبيث.

س.2.5 كيف أثر فيك المرض كأم؟

الحمد لله الوقت الصعب كامل، كانوا ولادي في عطلة كوفيد، ماكنتش نفكر في قرايتهم، إلا بنتي الكبيرة، وليت شغل انا بنتها وهي مامايا، "الحمام وكانت تحملي" ولكن اللي كانت تغيضني مللي وليدي الصغير يحب يلعب معايا او يعنقني ونبعدو ونقولوا "بلعقل راني مريضة" في الأول ماكانش يفهم ومن بعد عادي، والآن بديت نرجع شوية شوية لمكانتي، ولكن تعلمت من المرض انو ما ننساش روجي ونبقا نجري غير مورايم، هذي صحتي لازمي نتهلا فيها باش نقدر نتهلا فيهم.

س.4.5 هل ترين ان المرض زاد في توطيد علاقات التكافل او التعاون في اسرتكم ام

العكس؟

لا، انا كنت أعيش حياة عادية مع زوجي وابنائي، ولكنني لم اكن أتصور أنهم يحبونني بتلك الطريقة والصورة، لقد وقف الجميع معي وبذلوا قصار جهدهم لأكون مرتاحة، وزوجي تعب كثيرا، وهو لحد الان يحاول ان يخفف عني، فيقول لي، اذا تعبت لا تتطبخي، أشترى من الخارج، ، والان الحمد لله أحاول ان اعوضهم، بالطبخ لهم وتدليلهم، وساعات ينزعجون من ذلك ويطلبون من الاستراحة ولكنني سعيدة بالعمل واصلا لست من النوع الذي يحب البقاء بدون عمل.

أسئلة إضافية حول رعاية جودة الحياة

- عندما سقط شعرك ماذا كنت تضعين على رأسك؟
- قلت لك لا أحد كان يزورنا، في البداية كنت أضع وشاحا "فولارا" ولكن سرعان ما نزعتة، وكنت ابقى هكذا وتقبلت شكلي الجديد، ولم أضع باروكة لأن ثمنها غال كثيرا وانا لم اكن قادرة عليه.
- ماذا عن الثدي؟ هناك حمالات صدر خاصة تباع لكنها غالية جدا، عندما أكون في البيت لا اهتم كثيرا، وعندما اخرج، خطت حمالة صدر خاصة بي، السيليكون غالي وما يباع غير مضمون نوعيته، لذلك أخاف ان يرجع لي المرض بسببه.
- هل فكرت في عملية التجميل:
- طبعا، لو كنت املك المال لأجريتها، قيل لنا ان هناك عمليات ولكن "شكون تصحلوا" نصحوني بتونس، اذا فرّج ربي وارزقني، أقوم بعملية ترميم، لم لا.

الملحق 03:

دليل المقابلة الخاص بالقائم بالرعاية

تاريخ المقابلة

مكان المقابلة

ساعة المقابلة: من إلى

المعلومات الشخصية:

صلة القرابة مع المريضة:

السن:

المهنة:

الحالة العائلية:

المستوى التعليمي:

المحور الأول: الحياة قبل المرض

س.1 كيف تصف لنا حياتك ومكانتك وأدوارك في الأسرة وخارجها قبل المرض؟

س.1.1 كيف كانت علاقتك بالمريضة قبل المرض؟

س.1.2 كيف كان روتينك اليومي؟

س.3.3 ما هي الأدوار التي كنت تقوم بها في الأسرة قبل إصابة المريضة بسرطان الثدي؟

المحور الثاني: التعامل مع تشخيص الإصابة وخصائص الرعاية ؟

س.2 كيف كانت ردّة فعلك عندما اكتشفت المرض، وأيّ دور لعبته في هذه المرحلة الحياتية الجديدة؟

س.1.2 ما هي أهم المهام التي تقوم بها لرعاية المريضة؟

س.2.2 مع من تتقاسم مهام الرعاية وكيف؟

س.2.3 كيف تعلّمت القيام بالأدوار الجديدة ومن أين تستقي معلوماتك؟

س.2.4 هل أنت من عرض المساعدة أم فُرضت عليك؟ وما رأيك في ذلك؟

المحور الثالث: تحديات الرعاية

س.3 ما هي أهم التحديات والعراقيل التي تلقيتها في مسار رعايتك للمريضة؟

س.3.1 كيف تقيّم الخدمات الصحيّة الممنوحة للمصابة بسرطان الثدي؟

س.3.2 هل تلقيت عراقيل مالية أو مادية؟

س.3.3 كيف توفق بين دور الرعاية والأدوار الحياتية الأخرى (موظف، رب أسرة، صديق....)

س.3.4 هل تعرضت لمشاكل مع المريضة؟

س.3.5 هل أحسست بأنك غير قادر أو غير مؤهل لهذا الدور وتحتاج لمساعدة متخصصة، من طرف

جمعيات أو مستشارين نفسانيين او اجتماعيين مثلا؟

س.3.6 هل أنت راض على الرعاية التي قدمتها أنت وباقي أفراد أسرتك للمصابة بسرطان الثدي؟

المحور الرابع: تأثير الإصابة على المكانة والأدوار والعلاقات العائلية:

س.4 هل وكيف أثر المرض في العلاقات والمكانات داخل أسرتكم؟

س.4.1 هل تعتقد أنّ مكانتك تغيّرت داخل الأسرة بعد المرض؟

س.4.2 هل أثر المرض في علاقاتك مع أفراد أسرتك؟

س.4.3 هل تعتقد أن علاقات التكافل والتعاون الأسري داخل أسرتكم زادت أم نقصت أثناء المرض؟

ملاحظة عامة:

عند اجراء المقابلات ميدانيا:

- الأسئلة الأساسية هي التي تطرح أولا، ولا يتم طرح الأسئلة الفرعية الا في حالات نقص في الأجوبة.
- عند اجراء المقابلات يحدث الأ تكون الأسئلة مرتبة بنفس ترتيب الدليل حيث يتم تتبع حديث الشخص المستجوب حتى لا نشوش عليه أفكاره، وإذا كان هناك فراغ نطرح أسئلة أكثر دقة حتى لو لم تكن واردة حرفيا في دليل المقابلة.
- استخدمنا دليل المقابلة كمرشد عام نعود اليه حتى لا تخرج المقابلة عن أهدافها الأساس

الملحق رقم 04

نموذج ملخص عن مقابلة للقائم بالرعاية الأساسي

القائم بالرعاية الرئيسي للحالة 1: السيد عادل، زوج المصابة (عيلة) من عنابة

مقابلة بتاريخ: 13 ديسمبر 2021 من 14:30 إلى 16:15 (بالجزائر العاصمة).

بقصر الثقافة الجزائر

من 13:30 زوالا الى 16:00

عادل: الزوج / 50 سنة / موظف / جامعي / أب لـ 4 أطفال / دخل متوسط

المحور الأول: الحياة قبل المرض:

س.1 كيف تصف لنا حياتك ومكانتك وأدوارك في الأسرة وخارجها قبل المرض؟

كانت حياة عادية، كنت أنا أشتغل ككاتب مدير في شركة وطنية، واطافة الى ذلك أنا مهتم بالأدب، ففي أوقات فراغي أكتب الرواية والقصة، وأيضا أقرأ كثيرا، وطبعا عندي أصدقاء، ألقاهم أحيانا في الليل نذهب الى المقهى لتحدث، كما أنني كنت أسافر بين ولايات الوطن من حين الى حين اذا تمت دعوتي في ملتقيات أدبية او فكرية مختلفة.

وزوجتي مائكة بالبيت، وكانت تقوم تقريبا بكل شيء، من اعمال في البيت، مراقبة دراسة الأطفال، التسوق، تقريبا كل شيء، ولم اكتشف العبء الذي كانت تتحمله حتى مرضت وصرت اتحمله أنا.

س.1.1 كيف كانت علاقتك بزوجتك قبل المرض؟

كانت علاقتنا جيدة، أنا تزوجت بها عن حب، وهي صبرت معي على المرّ والحاجة، انا لحد الان لا أملك سكنا ولا زلت مستأجرا، وقد وقفت معي في كل مراحل حياتي وانا احبها وأقدرها كثيرا.

المحور الثاني: التعامل مع المرض واستراتيجيات الرعاية؟

س2. كيف كانت ردة فعلك عندما اكتشفت المرض، وأي دور لعبته في هذه المرحلة الحياتية الجديدة؟

ج. طبعا كان خيرا مفاجئا لا يمكن وصفه، كان هناك الخوف الهلع، UN CHOC، وكان أول ما تبادر الى ذهني هو ضرورة معرفة المرض، وطريقة العلاج، لأن الوقت كان يداهنا، فقد اكتشفناه في مرحلته النهائية، وكان كل شيء سريع اكتشاف المرض وضرورة البداية في العلاج، والمشكل ان المستشفى لم يكن يجري جراحة بسبب الوباء، وقد قال لي الطبيب إذا أمكن اجراء العملية اليوم قبل غد، لم يكن عندي وقت لأسترجع أنفاسي أو أفكر في أي شيء سوى خطوات الكشف والعلاج.

في تلك الأوقات، لم أفكر بتاتا في الامر (بتر الثدي)، فالأولى عندي كان انقاذ نفس بشرية، نفس شريكة حياتي وأم أولادي، وكما قلت فإننا كنا في حرب حقيقية ضدّ الزمن، أما نظرة المجتمع فلم تهمني بتاتا، لأن أي تجربة يعيشها الانسان فهو يعيشها لوحده، حتى لو كان يقولك واحد راني فاهمك، الا أنه لن يفهمك حقيقة، السرطان لا يصيب المريض به فقط، بل هو يصيب أسرة بكاملها، تتقلب حالتها ولا شيء يصير كما كان، حالة من فقدان التوازن التام، ففي حالتي زوجتي هي من كانت تقوم بكل شيء داخل وخارج المنزل، تدرس الأطفال، تحرس عليهم، تقوم بالتسوق، ودفع الفواتير، وكل الأعباء المنزلية، وفي لحظة اكتشفنا المرض في مرحلته النهائية، ومن سوء حظنا كان الحجر الكلي، ومركز مكافحة السرطان لم يكن يجري عمليات، فطلب مني الطبيب أن أجري العملية بشكل سريع في القطاع الخاص، وهكذا خلال يومين كان عندنا موعد في المستشفى.

س3 . أنت موظف ومأجر لبيت أب لأربعة أطفال، كيف تدبرت مصاريف المستشفى في يومين، هل لجأت الى العائلة، أم أصدقاء؟؟

ج3. عندما علمنا بأنه علينا الدفع مقابل العملية، خافت زوجتي وترددت لكنني قلت لها سنجري العملية لم أفكر في شيء، قلت هم لن يطردوا مريضة اذا لم أسدد، وانا من طبعي الا أطلب شيئا من أحد حتى المقربين، لكنني اتصلت بأمي وأخبرتها بالأمر وكذا بأخي وزوجته وبصديقين مقربين، طبعا لم أطلب شيئا لكنهم اقترحوا المساعدة وهكذا قبل خروج الزوجة بعد يوم من اجراء العملية كان كل واحد منهم قد أحضر لي مبلغا، وسددت التكاليف التي فاقت 150000دج، وعندما أتحدث عن التكاليف لا يجب أن ننسى تكاليف ما قبل العملية، التحاليل، الماموغرافي، الايكوغرافي، وكل التكاليف اللي تجيء بعدها، زائد لازم غذاء صحي للحفاظ على المناعة خاصة بعد الشيميو تيراب " العلاج الكيميائي"، يعني أمور مرهقة ماليا

، ومع حنا كنا نحاربوا ضد الوقت، كان لازم كل شيء يندار في الحين، "كل ما ربحت يوم في العلاج ربحت يوم في الحياة".

س.4 هل لجأت انت او من يساعدك في الرعاية الى المطالعة والقراءة حول المرض، وهل اعتمدت على كل نصائح الناس "الطب البديل" مثلا؟؟

حاولت أن أستفيد من نصائح وتعليمات الطبيب قدر الإمكان، وطبعا لجأت الى الانترنت لأقرأ حول هذا المرض في البداية، لكن فيما بعد كنت أسمع تجارب الناس، وكيف تعاملوا مع الام، خاصة الأقرب مني، ولكنني تفاديت تماما نصائح الطب البديل خاصة وانا اعرف تجربة شخصية عن ناس تقاوم وضعهم كثيرا "قريب مصاب بسرطان في الصدر" وأخذ علاجا بديلا فتقاوم وضعه وتوفي، لم أكن الجأ الى هذا الجانب الا في اطار معرفة الأغذية الاحسن والمساعدة.

س.5 من خلال ما سبق استنتجنا أنه بعض الأصدقاء وأفراد العائلة ساعدوك ماديا، ولكن من تقاسم معك مهمة رعاية المريضة وما هي الأدوار التي قاموا بها؟

كيما قلت لك أنا لا أطلب من أحد شيئا، ولكن الحق كايين ناس قلال اقترحوا وحدهم المساعدة، مثلا صديقي، كانوا يقترحوا علي نقلها الى المستشفى خاصة في وقت الحجر الصحي، وخاصة بعد ما أجرات العلاج الكميائي ونزلت مناعتها تماما الامر اللي تطلب أخذها بشكل سريع للمستشفى، وفي مرة أمي قامت بشراء كل ما نحتاجوه من مواد غذائية" الدار ملاتها بلكل" بعد ان اشتكت لها زوجتي بتقصيري في هذا الامر، فلم تتمالك نفسها وأحضرت لنا كل شيء، خضر، فاكهة، كل شيء، ولن أنس لها هذا الموقف أبدا، وأيضا عندما أجرت العملية وخرجت للبيت، جاءت زوجة اخي واقترحت ان تأخذ زوجتي عندها للاعتناء بها "في الحقيقة هي أجبرتنا على القبول" والحالة اللي كانت فيها زوجتي جعلتها تقبل رغم حرجها وشعورها بالحياء، وبقيت عندها حوالي 5 أيام الى أن عادت اليها الحياة "رفدت روحها شوية"

س- لماذا لم تبق عندكن لرعايتها في بيتكم؟

ج- لا ادري ربما لأنه عندها ابنين وهي ربة منزل وعندها مسؤوليات في بيتها أيضا

س- هل كانت زوجتك مرتاحة للأمر، هل تناقشتما حوله؟

ج- لم يكن هناك وقت للمناقشة ولم يكن عندنا خيار آخر، وعن نفسي لم أكن لأفعل شيء الا وزوجتي مرتاحة له، يعني هي سابقة بخيرها على الناس وربي وفر لها الناس اللي ترفدها.

س- من اقترح المساعدة أيضا؟

تعرفين الناس يقترحون المساعدة "بالشوارب برك"، كانت فترة الحجر الكلي، وقد قمت أنا بكل الأدوار خاصة في المرحلة الأولى، ثم بعد فترة أصبحت ابنتي البكر تساعدني وقد كانت في فترة التحضير لاجتياز شهادة البكالوريا، فلم اشأ الضغط عليها، ولكن بعد فترة تعبت وانهرت جسديا، وما أصعب ان تنهار وزوجتك بأمس الحاجة اليك...

. هل جلست مع أبنائك وقسمت عليهم المهام، ام كانت تلقائية حسب الحاجة؟

أبنائي لم يتعودوا على المشاركة في اعمال البيت وبالخصوص التوأمان، فهم لا يجيدان القيام بالأعمال المنزلية كالطبخ او التنظيف، لذا كنت أحاول اشاركهما من خلال قيامهما بالتسوق الخفيف، مثلا رمي القمامة، حراسة أمهما وحرصهما على تناولها الدواء، حملها الى الحمام، رفع فراشهما وبعض الأمور البسيطة الأخرى، أما الفتاة بصفتها الأكبر سنا من جهة وتعودها على القيام ببعض الاعمال قبل مرض أمها، فقد كانت تساعدني في الطبخ او تطبخ هي وتنظف وترتب البيت، كما كانت تقوم على الامور الحميمة لأمها، رغم انني حاولت الا اضغط عليها لأنها كانت تحضر لامتحان البكالوريا.

س. بالنسبة للأصغر صاحب 10 سنوات كيف تعاملت معه وهل أشركته في المسؤولية؟

ابني الصغير لم يكن يعرف السرطان قبلا، وكان يكثر الأسئلة واحاول اجابته وتطمينه، كانت فترة صعبة فقط شاهد كل شيء، شاهدي وانا أحلق شعر أمه، لم أخفي عنه شيئا ولم أبعده عنها، كان الأقرب الى امه يبقى معها ويحاول مساعدتها حسب عمره، ينتظر فقط ان تطلب منه شيئا ليحس بأنه يشارك في تحمل حصة من المسؤولية.

المحور الثالث: تحديات الرعاية

س. ما هي التحديات الأصعب التي تلقيتها في الرعاية؟

التحدي الأكبر كان نفسي، يعني كيف أحافظ -حافظ- على نفسيّتها، كيف لا نحسها خاصة انا بأنها ناقصة، أو أنني تغيّرت من ناحيتها، كانت حربا نفسية، رغم كل الضغط كنت أحاول ان أحافظ على الهدوء داخل الاسرة وأي مشكلات اترك علاجها لما بعد المرض والشفاء.

س. تقول إنّهت، كان مجرد تعب ام مرض ولماذا؟

- أنا في الحقيقة مصاب أيضا بالربو، وأيضا بمشكل في عظامي ولا أتحمّل التعب الشديد، خاصة في تلك الفترة لم يكن هناك أي وقت للراحة كان عليّ أن انتقل مع الزوجة الى المستشفى لإجراء جلسات العلاج الكيميائي، وعليّ أن أحضر الفطور "رمضان" وأن أسهر الليل كاملا، حيث لم تكن تنام من الألم والغثيان ووصل بها الامر الى الهذيان، وهذا كله وفي الصباح يجب ان أقوم بأمور البيت والتسوق وكل شيء دون انقطاع، وما زاد من تدهور الوضع هو انهيار مناعة زوجتي ودخولها الى المستشفى لبعض الايام، وخلالها كنت اذهب الى المنزل أحضر لها غذائها الخاص والفطور للأبناء، مع تأدية بعض الاعمال المنزلية، ثم اعود للمستشفى لإعطائها الاكل ثم العودة الى البيت لإفطار الأطفال، ثم العودة للمبيت مع الزوجة في المستشفى لم اتعرض لضغط كهذا في حياتي، كانت زوجتي تحمل الكثير من الأعباء التي لم أحس بها حتى مرّصت. هذا التعب المتواصل أدى بي الى الانهيار وهنا أحسّ الأبناء وأحسّست بضرورة تدخلهم للمساعدة.

في البداية اعتقدت ان مدّة العجز والمرض مقتصرة في فترة العملية والعلاج الكيميائي، لكنني مع الوقت عرفت ان هذا المرض يترك آثاره على الشخص، فرغم مرور عامين من مرضها وبداية العلاج، الا أن مشكل المناعة والتدهور لا زال قائما فلا بد من حراسة دائمة لنوعية غذائها وروتينها اليومي.

س. هل تحس بأنك كنت مجبرا على القيام برعاية زوجتك:

طبعا أنا مجبر فهي زوجتي وأم أولادي، لم أكن لأتخلى عنها في وقت كهذا، "ماذا كنت سأعلم أولادي لو فعلت"، "نحن أسرة وعلينا مساعدة بعضنا في السراء والضراء"، أنا لا أقول بأنه لو حصلت على مساعدة فلن ارعاها، لا، فقط أقول لو كان هناك مساعدة لكان الضغط اخف علينا جميعا، فحتى هي كانت نفسيّتها سيئة لأنها كانت تحس بالذنب.

كانت دائما تقول، "كثرت عليكم، لو كانت أمي حية لكان عندي على من نسند روحي".

س. بعد عودتك للعمل كيف كنت تقسم وقتك وهل كان عندك مشاكل؟

طبعاً كلّ الناس يبديون تعاطفهم السطحي معك، ولكن كيما كايين الناس الملاح كايين الخبيثاء، الذين لا شغل لهم سوى حراسة الناس، ورغم ان الجميع كان يعلم ظروفني، إلا أنّهم لم يتسامحوا مع غيابي المتكرر وكذا تأخري، هناك من يعتقد بأنك "تجيب السبّة برك بمرض الزوجة" الى غاية اليوم الذي شاهدتني فيه رئيستي في العمل خارجاً من المستشفى ورأت حالة زوجتي، فصدقت الامر، وصارت أقل صرامة معي، ورغم كل ذلك لم يهمني الامر يوماً كانت أولويتي الوحيد هي عودة صحة زوجتي وان كان ثمن ذلك فقدانني لعملي، ولكن الحمد لله على كل حال.

س. بما أنك القائم على رعاية زوجتك المريضة بمرض خطير، هل يوجد حسب علمك بند أو قانون، يمنحك الحق كأجير بأن تأخذ عطلة لرعايتها؟

رغم انني اعمل في تسيير الموارد البشرية الا انني لم اقرأ او أسمع عن قانون كهذا، ما أعرفه أنه عندي الحق في الغياب عن العمل عندما تكون الزوجة في المستشفى "يعني ك مصاحب مريض garde malade وليس لرعايتها في البيت.

س. قلت بأنك كنت تحاول كبت الضغوطات والمشاكل، لمن كنت تتحدث او تفضفض، من كان يدعمك نفسياً؟

لم أكن اتحدث مع أصدقائي الرجال، هناك أشياء حميمية لا أحب ان يعرفونها، كانت عندي صديقتين من النساء، هم أحسن فهما للمرأة وحساسياتها، كانتا تسمعانني وتعطيناني النصائح كيف اتعامل مع زوجتي ويشرحان لي ما تمر به، وهذا ساعدني كثيراً.

س. هل حاولت اللجوء الى جمعية ما لرعاية مرضى السرطان لطلب المساعدة؟

رغم ان زوجتي اجرت العملية عند الخواص بسبب الحجر والوباء، الا أنني رأيت ناس يعانون اكثر مني، الذين يقيمون في مدن وقرى بعيدة والذين لا مدخول لديهم، أعرف ان رعاية المريض في الخارج ليست

كما عندنا، ما الذي ستقدمه لي الجمعية، انا كنت أتمنى لو كان هناك خدمات لرعاية المرضى في المنازل، جلسات لنا نحن كمقدمي رعاية تساعدنا على التأقلم مع هذا الوضع الجديد كليا، فمهما كنت تحاول ان تتأقلم وتقوم بما يمكنك القيام به، هناك أمور تفوقنا، ولا يمكننا التوفيق في كل شيء، فلا أحد كان محضرا نفسيا لخوض تجربة "واعرة" لهذه الدرجة، وانا الان أفكر، أرى بأن الأطفال تحملوا أكثر من طاقتهم، فاسر المريض تحتاج الى رعاية تساعدهم على تحمل هذا العبء الكبير، الأطفال ليسوا محضرين لهذه الظروف وليس هناك ضمانات بأن يتصرف الناس بشكل جيد، هناك حد أدنى يجب على الدولة توفيره، لقد رأينا أسر وأناس كبار وماقدروش وتخلوا على المرضى ديالهم، كاين اللي سمحوا فيهم، وكاين اللي طلقوا نساهم، لأنوا الحمل ثقيل ثقيل بزاف، وانا الان نحس بليك أولادي تحملوا أكثر من استطاعتهم وحدهم بلا ما يوقف معاهم حتى شخص.

المحور الرابع: تأثير الإصابة على المكانة والأدوار والعلاقات العائلية:

س. بعد اجراء العملية كيف تصف لنا حياتك الحميمية مع الزوجة كيف أثر ذلك على الزوج le

couple ?

في الأيام الأولى لاكتشاف مرضها، لم أفكر في هذا الامر مطلقا، كنت افكر فقط في حياة زوجتي، وفيما بعد صار الامر صعبا يعني هذا الامر (يقصد العلاقة الجنسية) كانت تذكر بالعضو الذي فقدته، حيث تعتقد بأنها ربما صارت أنثى ناقصة، أو أنها فقدت جاذبيتها، وهو الامر الذي تسعى طيلة اليوم الى نسيانه، ولكن حتى أنا صار الامر بالنسبة لي ثانويا، ففي هذه الحالات تتغير أولويات الشخص الكثير من الأشياء نسيتهها او تناسيتها، في خضم الواجبات والمصاعب اليومية، تعرفين، انا انسان كاتب وعندي هذا الجانب من حياتي، ولكن لفترة عامين تقريبا لم اكتب حرفا، ولم أشارك في أي فعالية ثقافية، لأن الأولوية التامة كانت لها ولبيتي، ولكن مع مرور الوقت بدأت الأمور تتصلح وتعود الى العادية.

س. هل تحاول الان بعد ان استعادة صحتها ان تساهم في بعض الأدوار المنزلية، هل هناك صراع من

اجل ابقاءها في حالة راحة؟

بعد ان بدأت تتماثل للشفاء، احسنا بأنها تحاول تعويضنا عما فاتنا من طعام لم تطبخه ومن أشياء أخرى، وهي تحب القيام بواجبات المنزل، وانا ادعها على راحتها، وأصارك لست قادرا على العمل مثلما

كنت، لا اريد ازعاجها، ولكن اطلب منها الا تتعب نفسها ولا تجهد، في بعض الأحيان أحاول الطبخ، عجة مثلا او شيئا خفيفا، او تطبخ ابنتي عندما تكون في المنزل (حصلت على البكالوريا وتدرس في العاصمة)، أو احضر طعاما من الخارج، المهم الا تبقى طويلا امام الفرن لان الطبيب نهى عن ذلك. س. بعد كل هذه التجربة مع المرض والرعاية، هل تعتقد بأن السرطان أثر على أسرتك والتكافل فيها بشكل جيد ام سيء :

انا وأبنائي قمنا بما نقدر عليه، ربما أخطأنا في بعض الأشياء لا اعرف، لأننا لم نكن مستعدين لهذا، ولكن رأيت ان أبنائي تعلموا تحمّل المسؤولية، مع ان زوجتي الان تحاول ان تعوض لهم وتريحهم، ولكن العائلة الأخرى، أعتقد انها لم تكن واقفة معنا، يعني ببعض المساعدة كان يمكن ان تكون الأشياء اقل حدة علينا، كان الجميع يتحجج بالكوفيد والحجر، ولكن في الحقيقة من يريد المساعدة يساعد ولا ينتظر الناس ليطلبوا منه شيئا.

الملحق 05

دليل مقابلة رؤساء الجمعيات المدنية المتخصصة في مكافحة السرطان

1. اسم الجمعية

2. نوعها

3. اسم رئيسها

4. مقرها.

5. تاريخ الانشاء

س1. ما هي الدوافع والأسباب التي دفعتكم لإنشاء الجمعية؟

س1. ما هي الخدمات التي تقدمها الجمعية للمصابات بسرطان الثدي خصوصا وبالسرطانات الاخرى
عموما؟

س2. ما هي النشاطات التي تقومون بها لمكافحة هذا المرض؟

س3. كيف تصفون لنا علاقة الجمعية مع المؤسسات الاستشفائية ومع الادارات المحلية ووزارة
الصحة؟

س4. هل تتعامل الدولة معكم كفاعل اساسي في استراتيجياتها لمكافحة المرض؟

س5. لماذا تقصدكم المريضات والعائلات عادة؟

س6. من خلال اختلاطكم الدائم بالمريضات، ما هي اهم مشاكل الرعاية التي تعانيها المريضات؟

س7. عادة ما هي الاسباب التي تدفع ببعض الازواج إلى التخلي عن زوجاتهم في حالة مرضهن؟

س8. ما هي المشاكل التي تعاني منها الاسرة اثر اصابة الزوجة بسرطان الثدي؟

س9. كيف تصف الرعاية الصحية المتوفرة لمرضى السرطان؟

الملحق 4

مقتطفات عن مطوية لدعم مقدمي الرعاية بمدينة نيو ساوث ويلز، أستراليا



طلب المساعدة من Centrelink

المطالبة بدفعات مقدمي الرعاية

إذا كنت مقدم رعاية فقد تكون مؤهلاً للحصول على Carer Payment (دفعه مقدم الرعاية) و/ أو Carer Allowance (علاوة مقدم الرعاية).

يتوجب على مقدم الرعاية أو طرف ثالث بوكّله لينوب عنه، من يرغبون بتقديم طلب للحصول على دفعه مقدم الرعاية و/ أو علاوة مقدم الرعاية الاتصال بـ Centrelink على الهاتف رقم 13 2717 أو زيارة مكتب Centrelink المحلي حيث سيقوم الموظفون هناك بطرح بعض الأسئلة عليه لتحديد ظروفه الفردية وتزويده بالاستشارات المناسبة لتقديم الطلب.

سوف يضمن الاتصال بـ Centrelink على الرقم 13 2717، التقليل من عدد الوثائق المطلوب تقديمها لطلب دفعه مقدم الرعاية و/ أو علاوة مقدم الرعاية، كما يضمن تسجيل النية لتقديم طلب في أقرب تاريخ ممكن.

ولمزيد من المعلومات يرجى الاتصال على الهاتف رقم 13 2717 أو زيارة الموقع الإلكتروني www.centrelink.gov.au

المساعدة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى مترجم شفهي أو تحتاج إلى ترجمة بعض الوثائق المتعلقة بمعاملتك مع Centrelink فبإمكان الأخير ترتيب ذلك لك مجاناً.

وللتحدث مع Centrelink بلغة غير الإنجليزية اتصل على الرقم 13 1202، أو قم بزيارة Centrelink Customer Service Centre واطلب مترجماً شفهيّاً أو تفقد الموقع الإلكتروني www.centrelink.gov.au ثم اختر "نحن نتحدث لغتك".

السير قُدماً مع مقدّمي الرعاية في نيو ساوث ويلز

يمكن لأي شخص أن يصبح مقدّماً للرعاية. وقد يكون مقدّم الرعاية أحد أفراد الأسرة أو صديقاً أو جاراً أو فرداً آخر من أفراد المجتمع. بإمكان مقدّمي الرعاية تقديم الرعاية لفترات طويلة أو فترات قصيرة أو من حين لآخر فقط. ولكن في كثير من الحالات يتم تقديم الرعاية على أساس منظم ومستمر وبدون أجر، بينما في بعض الحالات الأخرى يتلقى مقدّم الرعاية معاشاً أو إعانة.

على الرغم من أن تقديم الرعاية والدعم يمكن أن تكون تجربة إيجابية، إلا أن الأدوار التي بنو لهاها مقدّمو الرعاية يمكن أن تكون صعبة ومرهقة وتؤدي إلى نتائج صحية سيئة للأسر ولقدّمي الرعاية أنفسهم.

يعتبر تقديم الدعم للأسر ولقدّمي الرعاية أمراً حيوياً لتحقيق محصّلات باهرة في الرعاية الصحية. فهو لا يساعد في المحافظة على صحة ورفاهية الأسر ومقدّمي الرعاية فقط، بل يساهم أيضاً في تحسين محصّلات النظام الصحي ككل. فهناك كمّ هائل من الأدلة المتوفرة تُثبت بأن تقديم مختلف أنواع الدعم والخدمات الشاملة والهادفة يؤدي إلى تحقيق محصّلات أفضل للمستهلكين وكذلك لمقدّمي الرعاية.


يحتاج مقدّمو الرعاية إلى معلومات موثوق بها ومشورة الخبراء والتفهم والدعم. لقد تم تطوير برنامج السير قُدماً مع مقدّمي الرعاية (*Walking with Carers*) ليكون مصدراً للمعلومات لكثير من مقدّمي الرعاية في نيو ساوث ويلز. من يقدمون الرعاية والدعم لأفراد الأسرة والأصدقاء من ذوي الإعاقة أو المصابين بمرض عقلي أو مرض مزمن أو مرض عضال أو المسنين الضعفاء.

يوفر المصدر مجموعة من المعلومات المفيدة والمشورة وجهات الاتصال لمساعدة مقدّمي الرعاية في الأمور التالية:

- حقوقهم ضمن نظام الرعاية الصحية في نيو ساوث ويلز:
- مواقع الخدمات الصحية الشديدة والمُجمعة :
- معلومات عن توفر الدفعات والعلاوات:
- تفاصيل الاتصال بـ Commonwealth Respite and Carelink centres.
- نصائح لمقدّمي الرعاية العاملين والشباب ومقدّمي الرعاية من السكان الأصليين : و
- نصائح ومعلومات لمقدّمي الرعاية تتعلق بالاعتناء بانفسهم.

وأود أن أتقدم بالشكر إلى فريق برنامج مقدّمي الرعاية في مناطق نيبان بلو ماونتنز Nepean Blue Mountains وغرب سدني الصحية المحلية على جهودهم في تهيئة كتيب السير قُدماً مع مقدّمي الرعاية لاستعماله كمصدر للمعلومات على نطاق الولاية. وأنا على ثقة بانكم ستجدون كتيب السير قُدماً مع مقدّمي الرعاية مصدراً قيماً.




Dr Mary Foley
Director – General

السير قُدماً مع مقدّمي الرعاية في نيو ساوث ويلز

السير قُدماً مع مقدّمي الرعاية في نيو ساوث ويلز

ميثاق مقدّمي الرعاية في نيو ساوث ويلز (NSW Carers Charter)

يتضمن ميثاق مقدّمي الرعاية 13 مبدأً هي:

- ♦ الإقرار بالمساهمات الاجتماعية والاقتصادية القيّمة التي يؤديها مقدّمو الرعاية للأشخاص الذين يقومون على رعايتهم وللمجتمع
- ♦ مراعاة صحة مقدّمي الرعاية ورفاهيتهم
- ♦ الأخذ في الاعتبار كلا من متلقي الرعاية ومقدّم الرعاية عند تقييم الخدمات والتخطيط لها وتوصيلها ومراجعتها.
- ♦ إبلاغ مقدّمي الرعاية بشأن الخدمات التي يمكن أن تساعدكم وإحالتهم بشكل مناسب بعد إجراء التقييم لهم أو للأشخاص الذين يقومون على رعايتهم
- ♦ احترام العلاقة بين مقدّم الرعاية ومتلقيها
- ♦ الاعتراف بأن لمقدّمي الرعاية احتياجاتهم الفردية الخاصة ضمن دورهم كمقدّمي رعاية أو خارجه والتي قد تتأثر بالثقافة والسن والإعاقة والدين والوضع الاقتصادي الاجتماعي والجنس ومكان الإقامة.
- ♦ الاعتراف بأن لمقدّمي الرعاية الأطفال والشباب دون سن الخامسة والعشرون (مقدّمو الرعاية الشباب) نفس الحقوق التي يتمتع بها الأطفال والشباب الآخرين
- ♦ تقديم الدعم لمقدّمي الرعاية الشباب لتجاوز أية صعوبات إضافية قد تصاحب دورهم كمقدّمي رعاية
- ♦ يجب ان يتمتع مقدّمو الرعاية بنفس حقوق وخيارات وفرص الأستراليين الآخرين
- ♦ دعم خيارات مقدّمي الرعاية في تادية دورهم كمقدّمي رعاية والتعرف على هذه الخيارات أثناء تقييم الخدمات وتخطيطها وتوصيلها ومراجعتها
- ♦ الاعتراف بأن مقدّمي الرعاية في المناطق الريفية والإقليمية قد يحتاجون إلى مساعدة إضافية للتغلب على المعوقات الناجمة عن العزلة
- ♦ يجب أن يُوفّر الدعم لمقدّمي الرعاية في الوقت المناسب وأن يكون سهل المنال
- ♦ الإقرار والاعتراف بمعرفة مقدّمي الرعاية وخبراتهم.

Ageing Disability and Homecare Carers Charter 2011



