

# ضفاف

مجلة علمية محكمة



# ضفاف

مجلة علمية محكمة

العدد الثاني - 2017

مجلة فصلية علمية ومحكمة تصدرها كلية الآداب والعلوم الإنسانية  
بجامعة القاضي عياض - مراكش - المغرب

**المدير :** عميد كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالنيابة  
عبد الرحيم بنعلي

**المنسق العام :** جمال راشق

## اللجنة العلمية

السيدات والسادة الأساتذة:

**GRAVARI BARBAS Maria**, IREST, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, France, **ELLOUMI Mohamed**, INRAT, Tunisie, **LAOUINA Abdellah**, CERGéo, Université Mohamed V Rabat, **DEBARBIEUX Bernard**, Université de Genève, Suisse, **NAVARRO PALAZON Julio**, Escuela de Estudios Arabes des Granada, CSIC, Espagne, **SKOUNTI Ahmed**, Institut National des Sciences de l'Archéologie et du Patrimoine, Rabat, **GIRAUT Frédéric**, Département de Géographie, Université de Genève, Suisse, **HERNANDEZ ARMENTEROS Salvador**, Universidad de Granada, Espagne, **BOUBRIK Rahal**, Département de Sociologie, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohamed V de Rabat, **TOZY Mohamed**, UMRVIP et Sciences po, Aix en Provence, France, **PULVAR Olivier**, Université Antilles-Guyane, Centre de Recherche sur les Pouvoirs Locaux dans la Caraïbe – CNRS UMR 8053, **HILLALI Mimoun**, Institut Supérieur International de Tourisme, Tanger, Maroc, **PERALDI Michel**, directeur de recherche au CNRS et Centre Jacques Berque pour le développement des Sciences Sociales à Rabat (Maroc), **BOUMAZA Nadir**, Université Pierre MENDES France- Grenoble 2, **LANDEL Pierre – Antoine**, CERMOSEM, UJF, Mirabel – France, **PECQUEUR Bernard**, Institut de Géographie Alpine, PACTE (UMR CNRS 5194 – Université J. Fourier, Grenoble – France), **GEOFFROY Marc**, CNRS (Paris - France).

## لجنة التحرير

السيدات والسادة الأساتذة

ثريا بركان- جمال راشق- خديجة الزاهي- سعيد بوجروف- عبد الرحيم بنعلي- عبد الله القرطبي  
محمد رابطة الدين- محمد موهوب- مصطفى لعريضة

## عناوين التواصل

كلية الآداب والعلوم الإنسانية، صندوق بريد 3737  
أمرشيش - 40000 مراكش - المغرب  
الهاتف : 00212524302742 الفاكس : 00212524302039  
البريد الإلكتروني : revueflm@gmail.com الموقع : www.flm.ucam.ma

الإيداع القانوني: 2018PE0010

ردمدم: 2605-6410

لوحة الغلاف للفنان ماحي بنبين

تعبر المقالات عن آراء أصحابها فقط

ضفان

مجلة العلوم الإنسانية

مجلة 'ضفان' كلية الآداب والعلوم الإنسانية بمراكش

## شروط النشر

- مجلة ضفاف مجلة علمية محكمة تعنى بنشر الأبحاث والأعمال التي تدخل في مجال العلوم الإنسانية.
- مجلة فصلية.
- تنشر المجلة مقالات ودراسات وأبحاثاً أصلية لم يسبق نشرها ولا تقديمها للنشر.
- تخضع الأعمال المقترحة للنشر لشروط البحث العلمي المتعارف عليها من حيث التوثيق وذكر المصادر والمراجع المعتمدة.
- تعبر الأبحاث المنشورة بالمجلة عن آراء أصحابها.
- تقدم الأبحاث في نسخة مطبوعة ونسخة إلكترونية.
- تلتزم المقالات بالمعايير التقنية للنشر بالمجلة، فتكتب المقالات العربية بخط 14 Sakkal majalla والمقالات بالحرف اللاتيني بخط 11 Times New Roman.
- تكتب الهوامش أسفل الصفحة بخط 10 Times New Roman.
- ينبغي ألا تزيد صفحات البحث عن 20 صفحة..
- يذكر الباحث اسمه واسم بنية البحث والجامعة-المؤسسة التي ينتمي إليها في الصفحة الأولى.
- يقدم الباحث ملخصاً لبحثه مستقلاً عن المقال.
- يكتب ملخص للبحث بلغة غير اللغة التي كتب بها.
- تخضع المقالات والبحوث المقدمة للمجلة للتحكيم، ويلتزم الباحث بإجراء التعديلات التي يقترحها المحكمون في أجل أقصاه 15 يوماً بعد توصله بها.
- تحتفظ المجلة بحقها في عدم نشر أي بحث لا يستجيب لشروطها.
- لا ترد الأبحاث إلى أصحابها نشرت أو لم تنشر.
- تحتفظ المجلة بحقوق التأليف وإعادة النشر الورقي أو الإلكتروني للمقالات المنشورة بها.
- المقالات المقدمة للنشر لا يجب أن تنتهك حقوق مؤلفين أو ملكية أطراف آخرين.



# صفاء

مجلة العلوم الإنسانية

العدد الثاني - 2017

إصدار كلية الآداب والعلوم الإنسانية  
جامعة القاضي عياض - مراكش - المغرب

# فهرس المحتويات

عبد الرحيم بنعلي	
تقديم	5
محمد موهوب (عن لجنة التحرير)	
ورقة تقديمية لملف العدد	7
حمادي هباد	
”واقعة العقل“ وإشكالية استنباط مبادئ العقل العملي عند كانط	11
محمد المحيفيظ	
إتيقا الأصالة وسياسة الاعتراف عند تشارلز تايلور	36
مينة ميري	
إشكالية الانخراط في العلاج: تحول السلوك العلاجي لدى مرضى	
السكري بمراكش نموذجا	55
محمد عبد الخلقي	
البحث السوسيولوجي: الأساس النظري وممارساته التطبيقية	88
محمد المغير	
المصادر المحلية لتاريخ المغرب القديم (يوبأ الثاني الملك العالم)	110
عبد الجليل لكريفة	
الأخطار الجيومرفولوجية المحتملة بالجزء الجبلي لحوض غيغاية:	
مقاربة كارطغرافية	120
محمد كلاد	
تأثير الفكر الجغرافي اليوناني على الخرائطية العربية الإسلامية:	
صورة الأرض بين الخوارزمي وبطليموس	147

## اشكالية الانخراط في العلاج تحول السلوك العلاجي لدى مرضى السكري بمراكش نموذجاً

مينة ميري  
جامعة القاضي عياض- مراكش

### Résumé :

*L'article traite la problématique d'adhésion aux traitements du diabète, il est le fruit d'une recherche empirique sur le comportement thérapeutique des patients diabétiques, réalisée dont le but de répondre à des questions des pratiques quotidiennes des patients et de leurs entourages en se basant sur la théorie des représentations sociales. L'article évoque l'interdépendance entre les modèles culturels prédominants et le degré d'adhésion du patient à la thérapie. Cette recherche s'applique à d'autres maladies chroniques dont le traitement est complexe. Le malade par ses comportements nous amène à remettre en question certaines de nos représentations sur la maladie et, par la même, à reconsidérer nos pratiques*

### مقدمة

ترتبط الصحة والمرض بإحساس الفرد بجسده أو غياب هذا الإحساس، وتعتبر تجربة الألم مؤشراً واضحاً على ذلك، ويرتبط البناء الاجتماعي لهاتين الظاهرتين بالتفاعل الدقيق بين التجارب الذاتية للفرد وبين النماذج الثقافية السائدة. فبحكم انتماء هذا الفرد إلى منظومة ثقافية واجتماعية تتدخل بنياتها في تحديد إدراكه للوقائع التي يعيشها، فإن تجربته الذاتية مع الصحة والمرض تتفاعل مع هذه البنيات لتنتج، من جهة إدراكات وتعبيرات جماعية عن المرض، ومن جهة أخرى أنماط سلوك علاجية تتأثر بتلك التصورات وتلك الإدراكات. فالصحة والمرض مفهومان ديناميان، يتغيران تبعاً للتحويلات التي تطال البنيات الاجتماعية والثقافية<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> BOURAM Omar, *les représentations sociales de la maladie mentales chez les gestionnaires de la santé mentales*, institut nationale d'administration sanitaire, 2012, In://ensp. santé. gov. ma /CDS/Documents/Memoires/mem-2012/Bouram-Omar. pdf, p. 8.

تعتبر *C. Herzlich* أن العلاقة مع الصحة والمرض يتم تعديلها اجتماعيا، وتشكل في ذاتها مدخلا للنسق العام للتمثلات والمعتقدات والقيم الاجتماعية.

«Elle est socialement modulé et constitue un moyen d'accès au système global des interprétations, des croyances et des valeurs d'une société»<sup>1</sup>

فهي تعتبر أن لكل جماعة بشرية طريقها الخاصة في التعامل مع الصحة والمرض وفي تفسيرهما تبعا لبنياتها الثقافية والاجتماعية ولنسق القيم والمعتقدات الذي يحدد علاقتها بالواقع وتمثلها لظواهره.

من هذا المنظور، أثبتت الدراسات والأبحاث التي تنتهي إلى حقول مختلفة من العلوم الإنسانية والاجتماعية على الخصوص<sup>2</sup>، أن تناول الأحادي البعد للصحة والمرض، الذي يعتمده الطب البيولوجي، والذي يركز فقط على التفسير الفسيولوجي للمرض باعتباره خلافا في أداء الأعضاء لوظائفها، قاصر على فهم بعض الظواهر المرتبطة بالصحة والمرض كقيمتين اجتماعيتين، وعلى علاج بعض المشاكل التي لازالت تعوق التفاعل الإيجابي لأفراد المجتمع مع استراتيجيات الوقاية والعلاج التي تقترحها المؤسسات الصحية المحلية والدولية.

## 1. الصحة والمرض كظاهرتين اجتماعيتين ثقافيتين:

### 1-1 مفهوم الصحة:

تعرفها المنظمة العالمية للصحة بكونها: "حالة جيدة شاملة للوضع الجسدي والذهني والاجتماعي، لا تتوقف فقط على غياب المرض أو العجز."

« Un état de bien- être complet, physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de la maladie ou de l'infirmité »<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> JANINE PIERRET, "Les usagers sociaux de la santé, trois exemples." In: Anne RETEL LAURENTI. *Etiologie et la perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris: L'Harmattan. 1983 pp. 441- 447.

<sup>2</sup> Voir Abdessamad Dialmy: "Sciences sociales et santé au Maroc". Colloque organisé par la Faculté des Lettres et Sciences humaines Dhar el Mahrez de Fès et AMADES [Association d'anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé], 2-3, Fès décembre 1999.

<sup>3</sup> Jean Benoist, "La médecine entre techniques, société et culture: pourquoi des sciences sociales de la santé", In: *santé et sciences sociales au Maroc*, version électronique publiée sur le site web: <http://classiques. Uquac. ca/>, 2004, p. 6.

تعتبر Anne-Sophie Cousteaux أن تعدد أبعاد الصحة كحالة يتمتع بها الفرد، يجعل أمر الإحاطة بها صعب جدا، خاصة أمام تعدد المتغيرات والمؤشرات التي تدل عليها. فليس ثمة متغير واحد يمكن أن نعزو إليه هذه الحالة الجيدة الشاملة «*état de bien-être complet*» التي تعرف بها الصحة عادة، والتي لا تنحصر فقط في غياب المرض. وعلى الرغم من اعتماد مؤشر أمد الحياة كمؤشر رئيسي، فإن واقع الأمراض المزمنة بالمجتمعات المعاصرة يثبت أنها تظل ملازمة للفرد طيلة حياته، مما جعل بعض الباحثين يصر على ضرورة التمييز بين أمد الحياة، وأمد الحياة في صحة جيدة، وهو الأمر الذي يعيدنا إلى دائرية العلاقة بين الصحة وأمد الحياة، وقد جعلنا نشكك في إمكانية موضوعة هذا المفهوم، وبنينا إلى أهمية دراسته من زاوية التجارب الذاتية.<sup>1</sup>

تثبت الدراسات في هذا المجال أن الاستعمال المتداول لمفهوم الصحة يضعنا وجها لوجه أمام التمثلات الاجتماعية والمعايير التي يعتمدها الأفراد لتقييم حالتهم الصحية، لكنها تكشف عن اختلافات في التحديد تبعا لاختلاف الثقافة، والفئات الاجتماعية، والجنس، والشريحة العمرية.<sup>2</sup>

## 2-1 ارتباط المرض بالنماذج الثقافية والبنى الاجتماعية

إن تجربة المرض وإن كانت تجربة كونية يعيشها الإنسان حيثما كان، فإن طرق انفعالنا تجاه المرض، وتحديدنا للداء ولأعراضه، تختلف باختلاف البنى الاجتماعية والاجتماعية، والفئات الاجتماعية التي ننتمي إليها. لهذا يؤكد كل من Adam و Herzlich أن المرض يعاد تعريفه اجتماعيا، ويعتبران أن المرض يحيل غالبا على حالة ذات دلالة اجتماعية مختلفة عن دلالاته في الطب البيولوجي.

بهذا المعنى يكون المرض ظاهرة لها دلالة تبني اجتماعيا: فنشاط الطبيب في حد ذاته ذو طبيعة تأويلية، حيث يقوم بتأويل الأعراض التي يشعر بها المريض، ويترجمها في إطار نماذج المعرفة الطبية التي تتأسس على العلم البيولوجي، لكن المريض من جهته يبني تأويله الخاص للمرض الذي يعاني منه، ومن خلاله يبني نموذجا تفسيريا لحالته

<sup>1</sup> Cousteaux, Anne-Sophie, “Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités,” In: *Notes & Documents*, 2010-01, Paris, OSC, Sciences Po/CNRS, 2010, p. 3.

<sup>2</sup> Cousteaux, Anne-Sophie, *Ibid.*, p. 4.

الصحية. هذا النموذج التفسيري الخاص به وإن كان يترجم تجربته الخاصة مع المرض، فهو في الوقت ذاته يجد جذوره في الثقافة التي ينتمي إليها.

إن المرض إذن بناء اجتماعي، فلكل مجتمع أمراضه وأعراضه، وترجمته الخاصة لتلك الأعراض على مستوى اللغة والخطاب. ولكل مرض حمولة تضفيها عليه تمثلاتنا الاجتماعية، كما أن بعض الأمراض ترتبط في تمثلنا بدلالة قدحية (داء فقدان المناعة المكتسبة مثلا). في نفس السياق تنبه *Herzlich* إلى كون الخطاب الذي يعبر به المريض عن مرضه ليس خطاب الجسد البيولوجي، ولا هو تعبير عن الخلل على مستوى وظائف أعضائه، إنه خطاب العلاقة بين الفرد والمجتمع: ففي الوقت الذي يركز فيه الطبيب على أعراض المرض باعتباره خلافا عضويا، يعرف المريض مرضه من زاوية تأثيره على شبكة علاقاته الاجتماعية، من خلال ما يسببه من تغيير في نمط حياته الاجتماعية، من خلال ما كان يستطيع فعله ولم يعد قادرا على فعله<sup>1</sup>.

## 2. المرض والبحث عن المعنى:

إن البحث عن معنى المرض هو الحافز الذي يحرك المريض نحو التشخيص، ويكون السؤال الأهم في هذه الحالة هو محاولة تفسير المرض عن طريق البحث عن مصدره وعن جذوره. وبالرجوع إلى دراسة *C. Herzlich* يمكن التمييز بين نمطين من التفسيرات السائدة حول المرض:

### 1-2 ارتباط المرض بما هو خارجي:

تدخل في هذا الإطار كل التفسيرات الكلاسيكية للمرض التي تجعل منه نتيجة لأرواح شريرة، عن طريق ربطه بالعين أو السحر في التصورات الشعبية أو الخرافية، أو تلك التي تربطه وفق تأويل ديني، بالعقاب الإلهي عن الذنوب في الديانة المسيحية، أو باعتباره ابتلاء يكفر عن الذنوب ويقرب من رضي الله في الدين الإسلامي، أو التي تنظر إليه باعتباره قدرا محتوما لا مفر منه... كلها تفسيرات تجعل من المرض أمرا خارجا عن إرادة الإنسان، مرتبطا بقوى أخرى ذات طبيعة ميتافيزيقية.

<sup>1</sup> Lemaire Gérard, Claudine Herzlich, "Santé et maladie, Analyse d'une représentation sociale," In: *Annales, Economies, sociétés, civilisation*, 24<sup>e</sup> année N°6, 1969, pp. 1519-1521.

تشير Herzlich إلى كون رؤية المرض وتفسيره وفق الطب البيولوجي الذي يتأسس بناء على النموذج البكتيري الذي طوره Pasteur تأتي في نفس السياق، من حيث تفسيرها للداء بما هو خارجي، وهو تفسير يتضمن اعتبار الجسد السليم النظيف هو الأصل، الأمر الذي يفرض بالتالي البحث عن تفسير للمرض خارج هذا الجسد باعتباره داء أجنبيا ملقطا من فضاء ملوث. نجد نفس التفسيرات في المرحلة الراهنة التي تقابل بين الحياة الطبيعية السليمة، ونمط العيش في المجتمعات الصناعية الذي أصبح غير صحي مسئولا عن الكثير من الأمراض، تصور أصبح يقابل بين الطبيعي والاصطناعي الذي يعتبر سبب معظم أمراض العصر.

## 2-2 ارتباط المرض بما هو داخلي:

يتجلى هذا النوع من التفسير في بعض التأويلات الاجتماعية للمرض، كما نجده في التأويل البيولوجي المرتبط بعلم الوراثة: وفق هذه الرؤية فالمرض إما أنه راجع لعوامل وراثية أو لاستعدادات ذاتية نفسية وفق بعض التأويلات السيكلوجية، خاصة في مجال التحليل النفسي، والتي تعتبر أن المريض يخلق مرضه بنفسه.

أثبتت دراسة ل FAINZANG (1996)<sup>1</sup> حول أسباب الإدمان على الكحول أن الخطاب الاجتماعي الذي ينتج حول أسباب هذا النوع من الإدمان سواء لدى المدمنين أنفسهم أو لدى المجتمع بصفة عامة، أو لدى المهنيين المنتمين لقطاع الصحة والمباشرين لهذه الفئة، يقوم على نماذج معيارية تمييزية على أساس الجنس: يتم ربط إدمان الرجال بأسباب موضوعية خارجة عن ذاتهم (البطالة وغياب العدالة الاجتماعية)، فيما يفسر إدمان النساء بأسباب لها علاقة باستعدادات نفسية داخلية (انهيار عصبي أو مشاكل نفسية مرتبطة بصدمات مثل فقدان الأبناء). تنسجم هذه التفسيرات بصفة عامة مع التمثل السائد عن المرأة المتمثل في هشاشة أو ضعف جهازها النفسي.

## 3. السلوك العلاجي:

يرتبط السلوك العلاجي بشكل كبير بتمثل المريض لمصدر المرض ولطبيعته، بناء

---

<sup>1</sup> Sylvie Fainang, "La culture entre représentations de la personne et la politiques de santé. Mise en perspective avec quelques données occidentales," In: Maurice Godelier, *Maladie e santé selon les sociétés et les cultures*, Paris, PUF, Hors collection 2011, 168 pages, pp. 111-127.



على ذلك، وبالرجوع إلى التفسيرين السابقين لمصدر المرض، يلجأ الأفراد عادة إلى نمطين من السلوكيات العلاجية<sup>1</sup>:

● سلوك علاجي يتمثل في محاولة إخراج الداء الذي استوطن الجسد، وطرده، *le modèle allopathique* وهو يجد جذوره في ممارسات طرد القوى الشريرة "*l'exorcisme*"، ولازالت تجلياته حاضرة إلى الآن في بعض التقنيات كـ "الحجامة" مثلاً *pratique de la saignée*.

وتعتبر *Charlotte Simon* أن وصفات الطب الحديث تنخرط كذلك في نفس هذه الرؤية التي تقتضي محاربة الداء الدخيل ومحاصرته *la contre aggression* ومنها فكرة "المضاد الحيوي".

● السلوكيات العلاجية المنبثقة من تمثيل ارتباط مصدر المرض بما هو داخلي، ترتكز على تعزيز قدرة الجسد على المناعة بإضافة عناصر تعضد هذه القدرة، إنه النموذج المعتمد في التداوي بالأعشاب وفي نموذج *modèle homéopathique*.

### 3-1 السلوك العلاجي بين الطب الحديث والتقليدي:

إلى جانب التصنيف أعلاه، المرتبط بتمثيل مصدر المرض وطبيعته، يعود *Jean Benoist* لتحليل التقابل الكلاسيكي المعتمد عادة من طرف الأطباء، وبعض الأنثروبولوجيين، من وجهة نظر تطويرية، بين العلاج الطبي الحديث والعلاج التقليدي، بناء على التقابل الراجع بين المجتمعات التقليدية "البدائية" مع المجتمعات الحديثة "المتقدمة". يرجع الأطباء عموماً الصعوبات التي تواجه تعميم نمط العلاج الطبي البيولوجي الحديث، إلى استمرار الاعتقاد في نجاعة طرق العلاج التقليدي، الشيء الذي يصرف بعض الأفراد والجماعات عن السلوك العلاجي السليم من وجهة نظرهم، أو على الأقل يتسبب في تأخر لجوء هؤلاء إلى التشخيص الطبي، وبالتالي تدهور حالتهم الصحية.

يعتمد *Jean Benoist* على خلاصات أبحاث سوسيولوجية ميدانية أجريت في بلدان متعددة<sup>2</sup> (Benoist 1965)، ليؤكد أن السلوكيات العلاجية التقليدية لازالت حية وحاضرة

<sup>1</sup> Charlotte Simon, "Les représentations sociales de la santé et de la maladie," In: *MCF IUT du Havre*, 2013, pp. 7-9.

<sup>2</sup> Jean Benoist: "La médecine entre techniques, société et culture: pourquoi des sciences sociales de la santé," In: *santé et sciences sociales au Maroc*, version électronique publiée sur le site web: <http://classiques. Uquac. ca/>, 2004, p. 12.

بقوة في معظم بلدان العالم، بل إن مراكز العلاج التقليدي ووصفاته تعرف إقبالا متزايدا حيثما وجدت وحلت، إلى درجة أنها لا تستطيع استيفاء الطلب المتزايد على وصفاتها العلاجية. كما أنه ينفي كونها تشكل عائقا أمام اللجوء إلى الطب الحديث. إذ في الوقت الذي يقابل فيه الأطباء بين نمطي السلوك العلاجي التقليدي والحديث، فإن الأفراد عبر مختلف المجتمعات لا يرون تقابلا بينهما، بل يعتبرونهما متكاملين من حيث الوظائف: فهم ينسبون إلى الطب الحديث وظيفة علاج الحالات المستعجلة، والتعامل مع الجسد الظاهر البيولوجي والقابل للمعانة، فيما ينسبون للطب التقليدي وظيفة وقائية بالأساس، فهو يقي من الأمراض ويستبق وقوعها، ويبعد التأثيرات السيئة ويقي من تداعيات العالم غير المحسوس.

قد تتخذ هذه العلاقات بين أنماط السلوكات العلاجية ووظائفها الاجتماعية أشكالاً متعددة، لكنها تثبت حقيقة اجتماعية أساسية تتمثل في كون هذه الازدواجية في السلوك العلاجي لا تمثل استثناء، بل إنها تكاد تكون القاعدة.<sup>1</sup>

يستنتج Jean Benoist أن الأطباء حين يتجاهلون هذه الحقيقة ويصرّون على هذا التقابل وعلى الأقل على التقييم السلبي لهذه الازدواجية، فهم يستبعدون كل محاولة للنقد الذاتي، ولمراجعة تدهور الخدمات التي يقدمونها: سوء الاستقبال، غياب الإنصات، ندرة الخدمات وغلاؤها.

### 2-3 السلوك العلاجي والعوامل السوسيو اقتصادية الديموغرافية

إذا كانت الدراسات السوسيولوجية الكلاسيكية تبرز دور العوامل الثقافية في ضعف إقبال الأفراد على الخدمات الطبية وتعميمها، فإن الدراسات المتأخرة تثبت أن الصعوبات الاقتصادية والجغرافية أصبح لها دور الريادة في تفسير هذا الواقع. ويستشهد في هذا الإطار بدراستين مغربيتين من داخل قطاع الصحة:

● الدراسة الأولى ل (N. Bakry et coll. 1999) تثبت أن محددات "الالتزام الامتثالي" ترتبط أساسا بالتصور السلبي لمراكز الاستشفاء (مشاكل الاستقبال، طول الانتظار،

---

<sup>1</sup> Jean Benoist, Ibid., pp. 12-13.

ضعف التأطير الطبي وندرته، ضعف التواصل، سرعة التشخيص، الرشوة، الزبونية...) كلها عوامل تؤدي إلى صرف عدد كبير من المرضى عن تتبع التوجيهات الطبية<sup>1</sup>.

● الدراسة الثانية ل (N. Darkoui et coll., 1999) حول استعمال العلاجات الاستشفائية الاستعجالية بالنسبة للأطفال، تثبت أن الازدحام الذي تشهده مصالح الاستعجالات يرجع إلى كون العائلات تتخذ من المستعجلات مدخلا لولوج العلاج الإستشفائي في تجاوز لتعقد مسطرة الولوج وطول انتظار المواعيد الاستشارية والعلاجية<sup>2</sup>.

#### 4. واقع داء السكري بالمغرب:

إن دراسة الحالة الصحية في مجتمع ما، تقتضي دراسة العوامل المختلفة التي تحدد المعالم الصحية لهذا المجتمع، وتبقى العوامل الاجتماعية والثقافية من أبرزها، ذلك أن وضع الحالة الصحية للكثيرين منا هو نتيجة لنمط حياتنا ولبعض عاداتنا، تقاليدنا، و ممارساتنا. فانتشار أمراض بعينها في بعض المجتمعات على سبيل المثال، يعزى إلى العادات الغذائية السائدة في تلك المجتمعات، مثل البدانة المنتشرة في أمريكا وبعض أنواع السرطان في اليابان وبعض الأمراض المزمنة التي صارت ترخي بظلالها على كثير من المجتمعات ومن بينها المغرب، وعلى رأسها مرض السكري الذي صار من بين أهم إكراهات الصحة العمومية، نظرا لاستفحاله، ليطال أكثر من مليوني مغربي حسب آخر إحصائيات وزارة الصحة.

يشكل داء السكري عبئا ثقيلا على الصحة العمومية بالنظر إلى ما يتطلبه من موارد مادية وبشرية، تضخّمها الدولة من أجل الحد من الداء وتقليص عدد الوفيات جراء مضاعفاته الخطيرة، ما حدا بوزارة الصحة لوضع مخططات تستهدف تعزيز استراتيجيات التواصل والإعلام في هذا المجال، من أجل جعل محاربة الداء مسؤولية الجميع، وعلى رأسهم المريض نفسه، حيث أصبح وعي هذا الأخير بمضاعفات الداء وانخراطه الجاد في سبيل محاصرته، من أهم الرهانات و من أولى الأولويات. غير أن المتتبع لهذا الشأن لا يخفى عليه حضور مجموعة من العوامل التي تحول دون الانخراط المأمول لمرضى السكري في العلاج، وهي في الغالب الأعم مرتبطة بنمط العيش و النماذج الثقافية السائدة.

<sup>1</sup> Jean Benoist: "La médecine entre techniques, société et culture: pourquoi des sciences sociales de la santé," op. cit. pp. 13-14.

<sup>2</sup> Jean Benoist, Ibid. p. 14.

## إشكالية البحث:

سنحاول من خلال هذه الدراسة الميدانية تسليط الضوء على واقع السلوك العلاجي لدى مرضى السكري من زاوية انخراط المرضى في العلاج، وذلك بغية معرفة مدى حضور ثقافة الانخراط في العلاج من عدمه. وهكذا سنحاول الإجابة عن السؤال التالي:

ما مدى حضور ثقافة الانخراط في العلاج من عدمه لدى مرضى السكري؟

سؤال يمكن ترجمه من خلال الأسئلة التالية:

- بماذا يرتبط انخراط المريض في العلاج من داء السكري؟

- ما هي مظاهر وأشكال هذا الانخراط؟

- كيف يؤثر الوعي بمضاعفات الداء في مستوى انخراط المريض في العلاج؟

من أجل الإجابة على هذه التساؤلات، نقترح مجموعة من الفرضيات التي من شأنها أن تقود أطوار هذا البحث، ونجملها كالتالي انسجاما مع التساؤلات التي تم طرحها سلفا:

## الفرضية الأساس:

. أن ثقافة الانخراط في العلاج لدى مرضى السكري هي غير حاضرة بالشكل الكافي داخل المجتمع.

## الفرضيات الفرعية:

. أن انخراط المريض في العلاج يرتبط أكثر بتأثير النماذج الثقافية السائدة.

. أن مظاهر وأشكال هذا الانخراط تتجلى في تبني نمط عيش مغاير.

. أن وعي المريض بمضاعفات المرض يساهم في الرفع من درجة انخراطه في العلاج.

## 5. المقاربة النظرية التحليلية النظرية للدراسة: نظرية التمثلات الاجتماعية

تنبع أهمية هذه المقاربة من كون المرض ظاهرة اجتماعية وثقافية، إنه شكل من أشكال الواقع الاجتماعي، ذلك أنه أثناء تشخيص المرض، تأخذ الظاهرة الجسدية أبعادا اجتماعية وتؤدي إلى تحديد وضعية المريض داخل المجتمع. إن اعتماد نظرية التمثلات الاجتماعية يمكننا من فهم المعنى الذي يمنحه الأفراد للمرض، وبالتالي من تفسير الطرق التي يعتمدها لمواجهة بناء على تمثيلهم لسبل علاجه<sup>1</sup>.

وتجدر الإشارة في هذا الإطار إلى إسهامات سوسيولوجية الصحة والمرض التي أغنت هذا الحقل، إن على المستوى النظري أو الإمبريقي، بخلاصاتها النظرية والعملية، والتي نذكر منها دراسة *C. Herzlich* التي تعتبر أن دراسة التمثلات الاجتماعية تمكننا من البرهنة على وجود نسق فكري منسجم، مكون من مفاهيم سائدة عن الصحة والمرض، في إطار مقولات مستقلة عن المعرفة الطبية.<sup>2</sup>

## 6. الإطار المفاهيمي:

### 1-6 مفهوم التمثل الاجتماعي:

يعتبر *E. Durkheim* أول من وظف مفهوم التمثلات الجماعية *représentations collectives* في دراسته للأديان والأساطير، واعتبر أن التمثلات الأولية التي اتخذها الإنسان عن نفسه وعن العالم من حوله هي ذات جذور دينية. وقد ميز بين التمثلات الفردية والتمثلات الجماعية تمييزه بين الظواهر النفسية والظواهر الاجتماعية، فمضمون المفاهيم التي تعبر عن الواقع الاجتماعي حسب دوركهايم لا يترجم التمثلات الفردية الخالصة، بل هو نتاج لبناء جماعي يجسد الطريقة التي من خلالها يعبر المجتمع ويتمثل مواضيع التجربة. إن المفاهيم المشكلة للخطاب الاجتماعي هي إذن تمثلات جماعية.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> INNA B. BOVINA, *Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes: force versus faiblesse*, [En ligne] 2006 [consulté le 10/05/2012] ; 15: [11]. Consultable à l'URL: <http://www.psr.jku.at/>

<sup>2</sup> C. Herzlich, "la maladie comme signifiant social."

عن آفاق سوسيولوجية، *حوليات مختبر سوسيولوجيا التنمية الاجتماعية*، العدد 1، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهرز، فاس، 2011، ص. 103.

<sup>3</sup> Emile DURKHEIM, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF, 4ème édition, 1998, p. 620.

تفرض التمثلات الاجتماعية حسب *E. Durkheim*، على الأفراد طرقا للتفكير والفعل، ومجال اشتغالها هو المؤسسات الاجتماعية من خلال القواعد الاجتماعية والأخلاقية والقانونية.

عرف مفهوم التمثلات الاجتماعية بعد *E. Durkheim* غيابا عن حقل السوسيولوجيا، إلى أن عمل *Serge Moscovici* على إعادة توظيف إسهامات *E. Durkheim*، وطور المفهوم نظريا وتجريبيا من خلال أبحاثه في المجال، وقد عرف التمثلات الاجتماعية بكونها "ذلك النشاط الذهني الجماعي" *"activité mentale collective"*، الناظم للسلوك على المستوى المعرفي والرمزي، والقائم أساسا على بناء الواقع<sup>1</sup>. وقد عرفت *Denise JODELET* التمثلات الاجتماعية بكونها "نتاج وسيرورة ذهنية من خلالها يعمل الأفراد أو الجماعات على إعادة تشكيل الوقائع التي يواجهونها، ويمنحونها دلالة خاصة.<sup>2</sup> "فهي نوع من المعرفة المشتركة التي تبني اجتماعيا، والتي لها بعد عملي، وتساهم بطريقة جماعية في تشكيل واقع مشترك لمجموعة اجتماعية."<sup>3</sup>

« *C'est une forme de connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* »

إنها "متن منظم من الآراء والمواقف والمعتقدات التي تحيل على موضوع أو وضعية معينة."<sup>4</sup> فالتمثلات الاجتماعية حسب *Denise JODELET* ظاهرة كونية لأن كل التفاعلات الإنسانية تفترض وجود تمثلات اجتماعية، فهي تستجيب في نفس الوقت لوظيفة بناء المعرفة، وتشكيل الهوية، وتوجيه السلوك، ومنه أهميتها البالغة في فهم مختلف الظواهر الاجتماعية.

تعتبر التمثلات الاجتماعية في نفس الوقت نتاجا للتجربة الذاتية للشخص،

<sup>1</sup> P. Berger et Th. Luckmann, la construction sociale de la réalité, Méridiens Klincksieck, Paris, 1986, p. 154.

عن الأستاذة يمينة ميري، "المقاربة الاجتماعية لظاهرتي الصحة والمرض"، مجلة ضفاف، العدد الأول، 2013، ص. 129.

<sup>2</sup> Jean Claude ABRIC, "L'étude expérimentale des représentations sociales," In: Denise JODELET: *Les représentations sociales*, Paris, PUF, Collection Sociologie d'aujourd'hui 2003, pp. 203-223.

<sup>3</sup> Denise JODELET, *Les représentations sociales*, Ibid. p. 36.

<sup>4</sup> Denise JODELET, *Les représentations sociales*, Ibid. p. 43.

والبنىات الاجتماعية والثقافية الخاصة بالمجتمع الذي ينتهي إليه. ومنه فإن التأويلات الخاصة بفهم المرض، وطرق التعامل معه، والاستراتيجيات المعتمدة للتدخل، كلها تحيل على هذا النسق الرمزي، وينبغي أن يتم تحليلها بالرجوع إلى أطره ومحدداته.<sup>1</sup>

خلاصة القول أن علماء الاجتماع والأنثروبولوجيين وعلماء النفس الاجتماعي مجتمعين، قد ساهموا في دراسة التمثلات الاجتماعية وتحديد أبعادها ووظائفها. وإن كان لكل تخصص تعريفه للتمثل، فإنه مع ذلك يمكننا استخلاص واعتماد الخصائص التالية المتفق عليها، لتحديد المفهوم إجرائيا:

• التمثل شكل من المعرفة العملية التي تقيمها ذات أو جماعة حول موضوع ما، فهو معرفة توجه الفعل والسلوك؛

• التمثل نتيجة لتفاعل تجربة الفرد مع البنىات الاجتماعية والثقافية؛

• يتشكل التمثل عبر آليات تربط بين ما هو نفسي واجتماعي واقتصادي وثقافي وديني؛

• التمثل ليس فقط صورة أو معرفة بموضوع ما، بل هو أيضا حكم وتقييم نكوته ونصده عن ذلك الموضوع بالتفاعل مع البنىات الاجتماعية؛

• التمثل نسق تأويلي ينظم معرفتنا بالواقع الاجتماعي، لكنه ذو طابع دينامي وليس جامدا، إذ يعاد تشكيله، ويتطور، ويعدل، عبر التفاعل بين أفراد المجموعات الاجتماعية من جهة، وعبر تفاعلهم مع الواقع الاجتماعي تبعا للوضعيات التي تربطهم بموضوع التمثل من جهة أخرى. بهذا المعنى يكون كل تمثل بالضرورة اجتماعيا<sup>2</sup>؛

• يتضمن كل تمثل قسما من العاطفية واللاعقلانية، لأنه يتشكل بناء على اعتقاد معين، ويتضمن نوعا من المعرفة الاجتماعية والحس المشترك، وهو بذلك مختلف عن النظرية التي تشير إلى بناء عقلي ينظم تلك الصور والتمثلات في إطار معرفة معقولة.

<sup>1</sup> Jean Claude ABRIC, "L'étude expérimentale des représentations sociales," In: Denise JODELET: *Les représentations sociales*, Ibid. pp. 203-223.

<sup>2</sup> P. Verges, "l'analyse des représentations sociales par questionnaires," In: *revue Françaises de sociologie*, 42-3, 2001, p. 536.



## 2-6 مفهوم الانخراط والالتزام:

تجدر الإشارة إلى أن السلوك العلاجي بغض النظر عن توجهه، يقتضي التمييز بين سيوريتين متميزتين من العلاج حسب *Gustave Nicolas Fisher*:

○ سيورة تقتضي خضوعا و التزاما صارما بالتعليمات الطبية (*l'observance*)، من دون أن يكون المريض مشاركا فعليا في سيورة العلاج، ما يجعلنا نتحدث هنا عن سيورة لا مفكر فيها من جانب المريض. يمكن تعريف (*L'Observance. Thérapeutique*) بكونها تشمل مجموع السلوكات التي يحاول من خلالها المريض التقيد بالعلاج الموصوف له بغية الحفاظ على صحته<sup>1</sup>.

○ سيورة تقتضي انخراطا كاملا للمريض (*l'adhésion*) في العلاج، إنها سيورة دينامية يتفاعل من خلالها المريض بكل وعي مع العلاج في شموليته، بحيث يعيد من خلالها المريض تقييم ذاته وحياته، ويعتبر نفسه مسئولا مباشرا عن سيورة العلاج، ما يجعل التزامه بالوصفة الطبية و بكل مقتضيات العلاج مشروطا بقبوله ووعيه الكامل واقتناعه بجدوى هذه المقتضيات، ومن ثمة فإن هذا الانخراط الكامل يدفع المريض إلى المضي في العلاج إلى أبعد مدى دون الالتفات إلى ما قد يعيقه من عادات أو نماذج ثقافية. يركز هذا المفهوم أكثر على الحافز و الرغبة في تحمل عبء العلاج من طرف الشخص المريض، الذي يتخذ القرار بنفسه بخصوص تحقيق هذا السلوك. وهكذا فإن التغييرات التي ستطرأ على سلوكه العلاجي ستتنصف بالديمومة والعمق<sup>2</sup>.

بالنسبة للتحديد الإجرائي لكل من هذين المفهومين، فإننا سنعتمد الأبعاد والمؤشرات التالية التي يمكن استخلاصها من التحديد المفاهيمي أعلاه:

● مفهوم الالتزام: يتمثل في امتثال المريض والتزامه الصارم بتوجيهات الطبيب، وله بعد كمي يرتبط باحترام الجرعات الموصوفة والالتزام بتوقيت أخذ الدواء بدقة. أما بعده

<sup>1</sup> Aurélie GAUCHET, *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes inférés par le VIH M représentations et valeurs*, thèse de doctorat sous la direction de Gustave Nicolas Fisher, Université de Metz UFR sc. Humaines et arts, 2005, p. 19.

<sup>2</sup> Aurélie GAUCHET, *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes inférés par le VIH... »*, Ibid. p. 19.

الكيفي فيرتبط بطريقة تعامل المريض مع الوصفة العلاجية وفق النصائح الطبية<sup>1</sup>.

● مفهوم الانخراط: بما هو موقف إيجابي يتخذه المريض من العلاج الطبي، فيتعامل معه بوعي، ويتحمل مسؤولية تطور حالته الصحية فيرافقها ويكيف نمط عيشه مع ما يتطلبه ذلك. يحرص المريض إذن في هذه الحالة على متابعة حالته الصحية عن كثب، فيتعامل مع الوصفة الطبية بوعي وبفاعلية، كما ينخرط في سيرورة تعلم تؤهله لاكتساب القواعد الصحية الوقائية التي تحول دون تدهور حالته الصحية<sup>2</sup>.

بناء على ما سبق سنحاول قياس درجة الالتزام انطلاقا من احترام الوصفة الطبية والنصائح المرتبطة بالنظام الغذائي، فيما سنركز على مؤشرات التحول على مستوى نمط العيش لقياس درجة انخراط المريض في العلاج.

### 3-6 التحول على مستوى السلوك العلاجي:

يعرف علماء الاجتماع التحول عموما بكونه: "كل تغيير ملاحظ في الزمن يحدث تأثيرا بشكل لا يكون مؤقتا أو عابرا، على بنية أو اشتغال التنظيم الاجتماعي لجماعة ما، فيحول مجرى تاريخها."<sup>3</sup>

وحى لا ندخل في النقاشات حول دلالات شبكة المفاهيم المجاورة والمرتبطة بمفهوم التحول مثل (التغيير، والتغير، والتبدل) فإننا سنوظف التحول على مستوى السلوك العلاجي بالمعنى التالي: تبني أنماط جديدة من السلوك العلاجي واستدماجها في الأنماط القبلية، بحيث تؤدي إلى اعتماد نمط عيش جديد يتكيف من خلاله المريض مع مقتضيات علاجه. كأن يواظب مثلا على حصص الرياضة البدنية، أو أن يعتاد إعداد وجبة غذائية خاصة به، أو أن يأخذ معه أثناء تنقله حقيبة تضم لوازم المتابعة والعلاج الطبي من أدوية وأجهزة لقياس درجة السكري في الدم، وأيضا أخذ وجبته الخاصة وفق الحمية الموصوفة له.

<sup>1</sup> A. J. Scheen, D. Giet, "Non- observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions," In: *Revue Med*, Liège 2010, 65, 5-6: 239-245, p. 239.

<sup>2</sup> A. J. Scheen, D. Giet, "Non- observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions," *Ibid.*, p. 240.

<sup>3</sup> Guy Rocher, *Introduction à la sociologie générale*, 3. *Le changement social*, Paris, édition HMH, Ltée, 1968, p. 22.

## 7. منهجية البحث:

إن موضوع بحثنا يسلط الضوء أساساً على معالم التحول في السلوك العلاجي لمرضى السكري، الذي يفترض فيه أن يتجه، ولو ببطء، نحو تبنيهم لنمط جديد من العيش يترجم تقدماً ملموساً على مستوى انخراطهم في العلاج. إنه سلوك قابل للملاحظة، سنبحث فيه عن مؤشرات لقياس مستوى انخراطهم في العلاج، وهي ذات المؤشرات التي سبقت الإشارة إليها أعلاه في التحديد المفاهيمي الإجرائي.

بناءً على ذلك، سنتبنى في بحثنا هذا منهجاً كمياً يمكننا مبدئياً من تشخيص مستوى انخراط مرضى السكري في العلاج، ورصد معالم التحول على هذا المستوى، ثم بعد ذلك سنعمد إلى البحث عن المتغيرات التي تتدخل في تحديد مستوى هذا الانخراط. لكن، وانطلاقاً من صياغتنا لفرضيات البحث، وبما أننا نحاول البحث عن جذور السلوكات العلاجية التي يتبناها مرضى السكري في التمثلات الاجتماعية التي يشكلونها حول داء السكري من جهة، وحول سبل علاجه من جهة ثانية، فإن هذه الدراسة تتموقع إذن في ملتقى أو تمفصل بين التمثلات الاجتماعية والسلوكات العلاجية. وبما أن كل بحث في التمثلات الاجتماعية، هو بالضرورة بحث عن المعنى الذي يضفيه المريض على حالته الصحية من جهة، ثم على السلوك العلاجي الذي يتبناه من جهة ثانية، فإن ذلك يفرض علينا المزاوجة بين المنهجين الكمي والكيفي.

### 1-7 استمارة البحث:

سنعتمد نموذج استمارة المواقف والتمثلات، حتى نتمكن من فهم طبيعة العلاقة بين التمثلات الاجتماعية حول مرض السكري وسبل علاجه، والسلوك اليومي أو نمط العيش الذي يتبناه المريض.

تضم استمارة البحث إذن، إلى جانب الأسئلة المغلقة، أسئلة مفتوحة تستهدف البحث عن المعنى والدلالة التي تختفي خلف كل عملية اتخاذ موقف أو اختيار أو توجه في السلوك العلاجي، بالرجوع إلى المبحوث لفهم سلوكه العلاجي بالعمق الذي يتيح لنا هذا البحث الاستكشافي بالنظر للإمكانات المتاحة، وللوقت المخصص له، ولإكراهات الواقع الذي نتعامل معه.

## 2-7 محاور البحث:

يتمحور بحثنا حول ثلاثة محاور أساسية، هي ذاتها محاور الاستمارة التي اعتمدناها:

**المحور الأول:** تأثير النماذج الثقافية على مستوى انخراط مرضى السكري في العلاج

**المحور الثاني:** مظاهر انخراط مرضى السكري في العلاج

**المحور الثالث:** تأثير مستوى الوعي بمضاعفات الداء على درجة انخراط مرضى

السكري في العلاج

## 3-7 صعوبات البحث:

لا يخلو بحث ميداني من صعوبات، وقد اعترضتنا أثناء قيامنا بهذا البحث مجموعة من الصعوبات، نذكر من بينها ما يلي:

● ندرة الدراسات السابقة في هذا المجال: ذلك أن سوسيولوجية الصحة لا تزال من بين الحقول السوسيولوجية العذراء بالمغرب، إذ لم نعتز إلا على دراسات قليلة معدودة على رؤوس الأصابع، من داخل علم النفس الاجتماعي للصحة، كأساس لبناء إشكالية بحثنا، ولرصد التحول في السلوك العلاجي لدى مرضى السكري بالمغرب.

● فقر المعطيات حول المجتمع الأصلي المدروس: على الرغم من المحاولات التي قمنا بها للحصول على إحصائيات تمكننا من تشخيص واقع داء السكري بمدينة مراكش، مجال البحث الذي قمنا به، ورغم حصولنا على موافقة ودعم السيد مدير المركز الإستشفائي محمد السادس مشكورا، فإننا لم نتمكن من الحصول عليها إلا بشكل تجزيئي ومجزأ نظرا لتعقد المساطر التنظيمية والإدارية.

● صعوبة الجمع بين الكمي والكيفي: إن استمارة المواقف والتمثلات بطبيعتها، حين تضم عددا لا بأس به من الأسئلة المفتوحة، تطرح صعوبات ترتبط من جهة، بحجم الوقت والجهد الذي يستغرقه ملاءمة الاستمارة الواحدة بالنسبة للباحث، ومن جهة ثانية، بما تكلفه من وقت بالنسبة للمبحوث، إذ غالبا ما يبدي هذا الأخير رغبة في التخلص من الباحث ومن أسئلته في أقصر مدة ممكنة. أضف إلى ذلك ما يكلفه تفريغ المعطيات الكيفية وتحليل مضمونها من وقت وجهد لا يستهان به.

• صعوبات أخرى : تمثلت أساسا في ضرورة الحصول على موافقة المؤسسات الاستشفائية لمرضى السكري في القطاعين العام والخاص، حتى تتمكن من مقابلة المبحوثين. وهو الأمر الذي استغرق منا وقتا وجهدا مهما كان على حساب مدة البحث الميداني وبالتالي قلص من إمكانية ملأ عدد أكبر من الاستمارات.

#### 4-7 عينة البحث:

اشتغلنا على عينة تضم 120 مصابا ومصابة بداء السكري، وحرصنا، رغم غياب المعطيات الإحصائية عن المجتمع الأصلي التي من شأنها مساعدتنا على تحديد عينة طبقية تمثيلية، على أن نحترم في العينة المختارة النسب المصرح بها على الصعيد الوطني لمختلف الفئات الاجتماعية، وكذا النسب المرتبطة بأنواع داء السكري، هكذا شملت عينة البحث:

- نسبة 65% من النساء 35% ذكور،
  - نسبة 53% ممن يتبعون العلاج بالعقاقير، و 47% يعالجون بالأنسولين
  - نسبة 37% أميين (أغلبهم نساء)، 31% مستوى ابتدائي، حوالي 17% مستوى تعليمي عالي، و 15% مستوى ثانوي.
- بالنسبة لمجال البحث، فقد حرصنا على أن تشمل مؤسسات استشفائية عمومية (مستشفى الرازي ومستشفى ابن سينا) بالإضافة إلى عيادات طبية خاصة.

#### تحليل نتائج البحث ومناقشتها

حيث إن المقام هنا لا يتسع أن نقدم النتائج الخام للبحث الميداني، في جداول ومبيانات إحصائية -وهو الأمر الذي يكتسي أهمية بالغة في التحليل السوسيولوجي- فقد ارتأينا للضرورة، القفز على هذه الخطوة وتجاوز القاعدة الكلاسيكية التي تقتضي تقديم المعالجة الإحصائية للمعطيات الميدانية ثم التعليق عليها، لنمر مباشرة إلى التعليق عليها وتحليلها ومناقشتها حتى لا نثقل على القارئ من جهة، وحتى لا نتجاوز الضوابط التقنية لكتابة المقال خصوصا من حيث عدد الصفحات المسموح بها من جهة أخرى.

لقد حاولنا بالأساس من خلال هذا البحث الميداني، أن نقف على كيفية تأثير النماذج الثقافية السائدة داخل المجتمع على مستوى ودرجة انخراط مرضى السكري في سيرورة علاجهم، وكيف يمكن أن يلعب تمثل المريض لمصدر مرضه وأشكال تعاطيه مع مقتضيات العلاج دورا في انخراطه بالشكل الكافي في العلاج، حتى يتمكن من التحكم في مرضه و الحد من مضاعفاته.

سنحاول إذن أن نقدم نتائج البحث بناء على المحاور الثلاثة المذكورة سلفا، والمحددة انطلاقا من فرضيات البحث:

### المحور الأول: تأثير النماذج الثقافية السائدة على مستوى انخراط مرضى السكري في العلاج

اعتمادا على الأبحاث السوسولوجية في هذا المجال، وانطلاقا من اعتبار وجود ارتباط وثيق بين تمثّل المريض لمصدر مرضه، وتمثله لسبل العلاج منه، فقد لاحظنا ابتداء بأن تمثّل أفراد عينة البحث لمصدر داء السكري يتجه عموما نحو العوامل الخارجة عن إرادة المريض، والتي لا يملك المريض دفعها. بعبارة أدق، أن مرضى السكري المبحوثين عموما، لا يعتبرون أنفسهم مسئولين مباشرين عن إصابتهم بداء السكري:

يعزي 44% من المبحوثين إصابتهم بالسكري إلى العامل الوراثي، فيما 27, 4% منهم يرون أن السبب الرئيسي يكمن في المشاكل الاجتماعية و ضغوط الحياة اليومية، ويعتبر 24, 8% من العينة المدروسة أن الصدمات والأزمات النفسية مسئولة عن الإصابة بالداء، بالمقابل فإن 23% فقط من المرضى، يرون أن الإصابة بالسكري هي نتاج لخلل في النظام الغذائي الذي يعدّ بدوره أحد أبرز مظاهر التحول التي عرفها نمط العيش بشكل عام.

بالرجوع إلى التصريح الصحفي لوزير الصحة في اليوم العالمي للصحة بتاريخ 7 أبريل 2016، والذي كان تحت شعار "جميعا ضد داء السكري"، يتبين أن 80% من الإصابات بالداء في المغرب هي من الصنف "ب"، بمعنى أنها ترتبط بالسمنة وبنمط العيش والتغذية، أي أنه بالإمكان تفاديها. وهكذا يتضح لنا جليا، انطلاقا من النتائج أعلاه، الفرق بين التمثل الشائع لدى مرضى السكري عن مصدر الداء، وبين واقع داء السكري بالمغرب. والواقع أن هذا التصور ينمّ عن نمط في التفكير يدخل ضمن ما

يسميه علماء النفس الاجتماعي<sup>1</sup> *le biais d'autocomplaisance*، حيث يرجع الأشخاص مشاكلهم إلى أسباب خارجة عن إرادتهم لا دخل لهم فيها، فيما يفسرون نجاحاتهم بما هو مرتبط بهم كأشخاص يتحملون مسئولية اختياراتهم<sup>2</sup>. ومن شأن هذا النوع من التفسير الاجتماعي للمرض أن يؤدي بالمريض إلى التهاون في الأخذ بأسباب العلاج أو الانخراط الجاد فيه، على اعتبار أن المرض أمر طرأ عليه من دون أن يكون له دخل فيه أو مسؤولية مباشرة عنه، من ناحية أخرى، نعتبر أنه من المهم جدا أن نتوقف مع ما تكشف عنه هذه النتائج من تعدد في التمثيلات الاجتماعية لأفراد العينة لمصدر المرض، وهو ما يدعم المقاربة النظرية التي إعتدناها لتحليل مستوى وعوامل ومظاهر انخراط مريض السكري في العلاج، فالتأكيد على ارتباط السلوك العلاجي بالتمثل الاجتماعي للمرض لا يعني أبدا أننا نقول بحتمية هذا التمثل ولا بحتمية السلوك العلاجي، فقد أضفينا على مفهوم التمثل طابعا ديناميا يتطور ويتغير تبعا لتجارب الفاعلين ولتفاعلهم مع المحيط الاجتماعي الذي يعيشون فيه، فهو في تشكّل مستمر باعتباره ملتقى للتجارب الفردية والبنى الاجتماعية والثقافية السائدة. هذا ما أكدت عليه دراسات سوسيولوجية عقب دراسة *Claudine Herzlich*، وهو أمر يستحق منا التوقف معه بالتحليل لأنه يحيلنا على المعنى الذي يضفيه مريض السكري بمجتمع الدراسة على مرضهم:

إذا اعتمدنا تصنيف *Claudine Herzlich* لتمثل مصدر المرض، والذي يضعنا أمام تصورين اثنين: تصور يرجعه لأسباب داخلية (نسبة إلى ما هو داخلي يرتبط بالجسد بيولوجيا أو نفسيا)، وآخر يفسر المرض بأسباب خارجية (ما هو خارج عن الجسد من أسباب موضوعية)، فإننا نجد أن كلا التمثيلين حاضر لدى الباحثين من عينة بحثنا: فالعامل الوراثي والاستعدادات النفسية التي أشار إليها ما مجموعه 88, 68% من عينة البحث، تصنفها *Herzlich* ضمن الأسباب الداخلية للمرض، فيما يرجع 2%, 31 من عينة البحث مرض السكري إلى أسباب خارجية موضوعية تتمثل في المشاكل الاجتماعية وضغط الحياة اليومية ونمط الغذاء الذي لم يعد طبيعيا، وهو تمثل لمصدر المرض

<sup>1</sup> Miller, D. T et Ross, M, "Self service de biais dans l'attribution de la causalité, Réalité ou Fiction," In: *Psychological Bulletin*, vol 82, n°2, 1975, pp. 213-225.

<sup>2</sup> Olivier Corneille, "Attribution Causale, psychologie sociale," In: *Encyclopédie Universalis* (en ligne), consulté le 6 décembre 2016.

URL://<http://www.universalis.fr/encyclopedie/attribution-causale-psychologie-sociale>.



يخفي تمثلا للجسد الطبيعي السليم، الذي تهدده العوامل غير الطبيعية أو الاصطناعية المرتبطة بنمط العيش، والتي تتدخل بشكل سلبي لتضر بالصحة وبسلامة الجسد.

لكن وفي سياق آخر، نجد أن نسبة مهمة تصل إلى 80% ممن يعززون المرض للصددمات والمشاكل النفسية هن إناث، فيما 75% ممن يفسرونه بالمشاكل الاجتماعية وضغط الحياة اليومية هم ذكور. وهي نتيجة تؤكد ما توصل إليه FAINZANG (1996)<sup>1</sup> في دراسته حول التمثل الاجتماعي لأسباب الإدمان، أن المرضى كما الأفراد المحيطين بهم في المجتمع، يربطون بين أسباب الإدمان والصددمات النفسية عندما يتعلق الأمر بالإناث، فيما يرجعونها إلى أسباب ترتبط بالواقع الموضوعي مثل البطالة ومشاكل العمل بالنسبة للذكور... إنها نتائج تترجم تمثلا اجتماعيا شائعا عند النساء، يعتبرن في وضعية هشاشة نفسية، فيما لا يقبل الذكور هذا النعت على اعتبار أنهم أكثر صلابة في اعتقادهم من النساء نفسيا.

لكن المثير للانتباه هو أن 7%، 9% من المبحوثين لا زالوا يعتقدون بأن داء السكري مرتبط بعوامل ميتافيزيقية مرتبطة بالعين أو السحر، وهي نسبة وإن كانت متدنية وثبتت تراجع تأثير التفسير الغيبي أو اللاعالي، مقابل تقدم تأثير المعلومة الطبية، فإنها مع ذلك تنبئ عن تمثّل لمصدر المرض يؤثر بشكل مباشر في نوعية الطرق التي يتبعها المريض في سبيل العلاج، حيث نجد أن السلوك العلاجي يتخذ في أحيان كثيرة طابع المزاجية بين الطب الحيوي والممارسات التقليدية، ليس فقط عن طريق العلاج بالأعشاب، بل باللجوء أيضا إلى أشكال من التداوي مرتبطة أساسا بطرد العين الشريرة والسحر، وما يرتبط بذلك كله من ممارسات لا تزال حاضرة داخل المجتمع. أما عن جواب هذه الفئة على سؤال "كيف يمكن أن تسبب العين أو السحر في الإصابة بداء السكري؟ فإنهم غالبا ما يستعملون عزوا سببيا<sup>2</sup> يحاولون من خلاله إضفاء نوع من العقلانية على هذا النمط من التفكير التقليدي: حيث يربطون بين العين الشريرة والمشاكل الاجتماعية والنفسية، إذ

<sup>1</sup> FAINZANG, *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*, sous la direction de Maurice Godelier, Paris, PUF, 2011, pp. 111-127.

<sup>2</sup> L'attribution causale: C'est une inférence qui a pour objectif l'explication d'un phénomène ou la détermination des dispositions d'une personne, elle revient à une cause perçue qui peut être erronée. C'est une théorie en psychologie sociale fondée par Fritz Heider et poussée par Harold Kelley.

يسهل داخل المجتمع تقبل مثل هذه السببية، فالعين قد تتسبب للفرد في ضيق الرزق، أو قد تفقده حظوة اجتماعية، وهو ما سيخلق لديه معاناة اجتماعية واقتصادية، وبالتالي مشاكل وصدمات نفسية. وهكذا يصير من السهل على المبحوثين ربط المشاكل النفسية والاجتماعية بالرفع من احتمال الإصابة بداء السكري.

ومن بين التمثلات التي تحضر داخل المجتمع و تؤثر بشكل مباشر على انخراط مريض السكري في العلاج، نجد تلك التي ترتبط بعقيدته كمؤمن بالقدر، غير أنها تأخذ في أحيان كثيرة معنى سلبيا قد يجعلنا نعتقد بأن الأمر لا يعدو أن يكون مجرد تبرير يتحجج به المريض حينما يعجز عن الالتزام بمقتضيات العلاج؛ ولا يرتبط الأمر هنا بالتكاليف المادية للعلاج تحديدا، بل بالاعتقاد في ضرورة وأهمية إتباع حمية غذائية قد يجد فيها المريض نوعا من الإكراه يجبره على تغيير عاداته في الأكل، أو قد يفرض عليه نوعا من العزلة الاجتماعية:

إن 8, 16% من المبحوثين يصرحون بعدم جدوى إتباع الحمية الغذائية ما دامت الأعمار بيد الله، وهو أمر له ما يبرره كما أسلفنا، خصوصا وأن هؤلاء المرضى حين سئلوا عن رأيهم في العبارة القائلة " غير كول حتى واحد ما كيموت ناقص عمر " أبدى بعض المبحوثين اتفاقهم التام مع القولة بنسبة 32, 28، فيما لم يتفق البقية مع العبارة، واستطرد بعضهم قائلا " ما كيموتش ناقص عمر لكن كيموت ناقص رجل أو كلية ". إذا كان الموقف الأول يترجم تأثيرا كبيرا للدلالة الاجتماعية لمفهوم القدر على تمثل المريض للداء وللعلاج، فإن هذا الموقف الأخير يترجم تطورا على مستوى تصور المصاب بداء السكري، للصحة والمرض، فليس المهم هو الاستمرار في الحياة، فهو يؤمن بأن الأعمار بيد الله، لكنه يؤمن كذلك بمسؤولية الإنسان، التي تتمثل في الأخذ بأسباب الحفاظ على صحته حتى لا يعيش حالة العجز. إنه التصور الذي كشفت عنه دراسة كل من *Blaxter et Paterson* (1989)<sup>1</sup> لدى المتقدمين في السن، أو لدى من طالت مدة إصابتهم بالمرض المزمن: فالصحة لدى هؤلاء لا ترتبط بالتوازن ولا بصمت الأعضاء كما ذهبت إلى ذلك *C. Herzlich*، وإنما بالقدرة على ممارسة أنشطتهم رغم المرض، ودون الشعور بالعجز.

<sup>1</sup> Anne Sophie Cousteaux, "représentation de la santé et cycle de vie, de la recherche du bien être au maintien des capacités," op. cit. pp. 9-10.

لكن بالمقابل، عبرت أغلبية المبحوثين بنسبة تصل إلى نسبة 83 % عن مسؤولية المريض على تدهور حالته الصحية، وبالتالي إمكانية تجنب مضاعفات المرض، وذلك بالتأكيد على ضرورة إتباع حمية غذائية مناسبة لمريض السكري. وتجدر الإشارة إلى كون نتائج تحليل مضمون الأسئلة المفتوحة أثبتت أن هذه الفئة التي تمثل أغلبية عينة البحث، تنجح هي الأخرى في إضفاء دلالة دينية رمزية على موقفها، إذ يرتبط لديها الإيمان بالقدر بمسؤولية الإنسان في الأخذ بأسباب العلاج.

## المحور الثاني: مستوى ومؤشرات انخراط مرضى السكري في العلاج

### 1. درجة الالتزام بمقتضيات العلاج: l'observance thérapeutique

أفادت نسبة 69,9% من العينة المبحوثة، بكونهم يحرصون على الالتزام بالوصفة الطبية، ونسبة 77% من المبحوثين صرحوا بأنهم يحاولون الالتزام بالحمية الغذائية، لكن فقط 31% أقروا بأنهم يلتزمون بالحمية بدقة وانتظام، بينما نسبة 53,1% قد أبانت على التآرجح بين/ بين حسب الظروف.

وفيما يرتبط بالالتزام بمواعيد الزيارة الطبية، صرح 80,5% من المبحوثين بالتزامهم التام و الصارم بهذه المواعيد، مقابل 16,8% لا يلتزمون بها، لدواعٍ مادية اقتصادية بنسبة 44,44%، أو بسبب إكراهات العمل وضيق الوقت بنسبة 38,88%.

وتكشف هذه النسب المرتبطة بمؤشرات درجة الالتزام بالعلاج حسب ما صرح به المبحوثون، عن تقدم كبير فيما يرتبط بالالتزام مرضى السكري بمقتضيات العلاج، بالنسبة لما يزيد عن 75% من العينة المدروسة، لكنه مع ذلك لا يزال دون المستوى المطلوب. فالالتزام بالحمية على سبيل المثال لا يعدو أن يكون موسمياً أو حتى مزاجياً، وغالبا ما يلجأ إليه المريض عندما يلاحظ تدهورا في حالته الصحية، وهنا يبدو البعد الوقائي الإستباقي غائبا لدى أكثر المبحوثين على مستوى النظام الغذائي. كما أن تحليل مضمون الأسئلة المفتوحة يكشف عن تصور مغلوط للحمية الواجب إتباعها لتجنب مضاعفات الداء، فهي في تصور عدد كبير من المبحوثين ذات بعد كمي مرتبط بنسبة "الكليكو" المستهلكة، فهم بالتالي يشاركون العائلة في كل وجباتها مع الحرص على تجنب "الحلو" فقط.

للأسباب السابقة يعتبر المهتمون<sup>1</sup> بإشكالية الانخراط في العلاج أن مستوى الالتزام بمقتضيات العلاج، بتركيزه على البعد الكمي لا يرقى إلى مستوى العمق المطلوب في درجة الانخراط في العلاج، وبالتالي فهو يظل إجراء سطحيًا ما لم يحرص المريض على التفاعل الإيجابي مع مقتضيات العلاج الذي من شأنه أن يحدث تغييرًا يتصف بالديمومة والعمق على مستوى سلوكه العلاجي بما يحول دون تدهور حالته الصحية.

## 2. مستوى ومظاهر الانخراط في العلاج: l'adhésion thérapeutique

انطلقنا من فرضية تربط بين مستوى انخراط مرضى السكري في العلاج ومظاهر التحول في نمط العيش المعتمد لديهم، حاولنا قياس هذا التحول انطلاقًا من المؤشرات التالية:

### ● الاعتماد على مراقبة مستوى السكري في الدم:

في الوقت الذي يمتلك فيه 59,3% من العينة المدروسة جهازًا لمراقبة مستوى السكري في الدم، كشفت نتائج الدراسة عن كون 66,4% أفادوا بالحرص على المراقبة بشكل منتظم، مقابل 32% يفعلون ذلك فقط كلما دعت الضرورة، مفسرين ذلك بصعوبة توفير تكلفة المراقبة بالصيدلية، فهم يكتفون فقط بالمراقبة بطلب من الطبيب المعين بالمستشفى أو عند الشعور بتدهور حالتهم الصحية.

### ● الحرص على تخصيص وجبة خاصة بمرضى السكري:

فقط نسبة 33,6% من المبحوثين صرحوا بأنهم يفعلون ذلك بشكل منتظم، نسبة 20% غالبًا، مقابل 32% من عينة البحث لا يحرصون على ذلك.

### ● ممارسة نشاط بدني:

● فقط 20,4% من أفراد العينة صرحوا بأنهم يفعلون ذلك بانتظام، فيما نسبة 31% من المبحوثين يمارسون الرياضة فقط كلما أتاحت لهم الفرصة، بالمقابل أعلنت نسبة مهمة من المبحوثين تصل إلى 34,5% أنهم لا يمارسون أي نشاط بدني.

---

<sup>1</sup> Aurélie GAUCHET, *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes inférés par le VIH M représentations et valeurs*, op. cit. p. 19.

### ● مناقشة الطبيب حول مقتضيات العلاج:

أكد 8%, 24 من المبحوثين بأنهم لا يناقشون الطبيب مقتضيات العلاج، ويعزون ذلك إلى أسباب متعددة على رأسها اعتقادهم بأن الطبيب هو من يملك المعرفة الطبية التي يفتقدونها هم، بالإضافة إلى كونهم لا يفهمون الخطاب الطبي العلمي؛ بينما صرح آخرون بكون الطبيب لا يملك الوقت الكافي لشرح الوضعية الصحية للمريض. أما نسبة 8%, 70 من المبحوثين الذين صرحوا بكونهم "يناقشون" الطبيب، فقد أفاد تحليل مضمون الأسئلة المفتوحة بأن هذه "المناقشة" لا تعدو أن تكون ذات طابع استفساري، حيث يسأل المريض عن وضعيته الصحية وعن طريقة التعامل مع الأدوية فقط.

كل المؤشرات السابقة، تجعلنا نقف على تدني مستوى انخراط مرضى السكري بالمجتمع المدرّس، وعلى ابتعادهم عن تبني نمط حياة جديد يتوافق مع وضعيتهم الصحية، فمريض السكري بمجتمعنا لا يزال بعيدا عن تحمل مسؤولية مرضه بنفسه والتفاعل بشكل إيجابي مع مقتضيات وشروط تحسين حالته الصحية. فهو لا يزال يرهن سيرورة علاجه إما بالطبيب أو بأفراد الأسرة الذين يتعين عليهم مساعدته في احترام مقادير وأوقات تناول الأدوية، وإعداد الوجبات التي تحترم الحمية الغذائية، وتجنب إثارة قلقه باعتباره مريضا.

### 3. أهم عوامل تدني مستوى الانخراط في العلاج لدى مرضى السكري:

إن تحليل مضمون الأسئلة المفتوحة يثبت غنى التحليل الكيفي للمعطيات الميدانية، حيث وقفنا على وجود فارق كبير بين ما يصرح به المريض من مواقف، وما يقوم به على مستوى الممارسة الفعلية، فالعزو السببي أو منطق التبرير الذي يوظفه المريض عندما يلعب دور الملاحظ<sup>1</sup>، ليس هو نفس المنطق التبريري أو العزو السببي الذي يوظفه عندما يلعب دوره كفاعل:

ففي الوقت الذي لا يتردد فيه حوالي 70% من أفراد العينة المبحوثة عن الجواب

---

<sup>1</sup> Jones et Nisbet (1927) cité par Olivier Corneille, "Attribution Causale," op. cit. «Le biais acteur observateur est un biais cognitif qui repose sur l'asymétrie de la perception qu'on a de soi par rapport à celle d'autrui: on a souvent tendance à attribuer des causes externes à son propre comportement, et à attribuer des causes internes aux comportements d'autrui.»

بالإيجاب على مسؤولية مصابين بالسكري في محيطهم عن تدهور حالتهم الصحية وإصابتهم بمضاعفات خطيرة، معتبرين أنهم كانوا يتهاونون في إتباع الحمية، نجد حوالي 58% منهم لا يترددون في تناول وجبات غير مناسبة لحمية المصاب بالسكري عندما يكونون مدعويين، بل ولا يجدون حرجا في خرق الحمية خلال الأعياد والمناسبات.

ورغم كونهم يعتقدون بأن الإيمان بأن الأعمار بيد الله ليس مبررا لعدم الالتزام بالحمية، فإنهم مع ذلك يخرقون هذه الحمية خلال الأعياد والمناسبات التي لا يملكون التخلف عنها، لأنها في اعتقادهم تعد ضرورة اجتماعية يفرضها الوسط، ويخشى عدد مهم من المبحوثين أن يؤول التخلف عن هذه المناسبات بالتدرج إلى عزل المريض عن محيطه الاجتماعي. إن حضور المناسبات يقتضي بالضرورة حسب إفادات المبحوثين، مشاركة الحاضرين في تناول الأطباق المقدمة لعدم إحراج الداعي الذي لا يملك المريض في الغالب مطالبته بتحضير طبق خاص به، وحتى إن تفهم الداعي عدم رغبة المريض في تناول الأطباق المعروضة، فلا يكاد يخلو مجلس من أشخاص لا يكفون عن تشجيع المرضى على المشاركة في الأكل بشتى العبارات الشائعة، التي تفيد بأنه لا ضير في خرق الحمية ما دام الأمر استثناء، ويبدو أن تأثير هؤلاء الذين يتفننون في تحفيز المرضى على الأكل يؤدي في الغالب أكله: فقد أثبت البحث الميداني أن 82, 6% ممن صرحوا بأنهم لا يتفقون مع تشجيع المرضى على الأكل في المناسبات، يجدون أنفسهم في نهاية المطاف مجبرين على الانصياع والمشاركة في الأكل.

إن قوة تأثير مثل هذه المناسبات الاجتماعية باعتبارها مظهرا من مظاهر الحياة الثقافية التي تتقاطع فيها مجموعة من القيم السائدة، تكمن في كون الفرد لا يملك في الغالب إلا أن ينخرط فيها بشكل كلي لا يقبل الانفصال، فحضور حفل أو مناسبة معينة، يلزم على المدعو المشاركة في جميع ما يقوم به الحاضرون إن على مستوى المشاركة في الأكل أو باقي الممارسات الاحتفالية، وهو ما يفسر كون 44, 44% ممن صرحوا بعدم قدرتهم على الامتناع عن الأكل، هم من المرضى الذين يحرصون على إتباع نظام غذائي صارم في حياتهم اليومية، بل ويحرصون على تخصيص وجبات خاصة لا يتوانون عن الالتزام بها؛ غير أن هذا الالتزام بالوجبات الخاصة، لا يرقى إلى درجة الانخراط الفعلي في العلاج الذي يقتضي تحمل المسؤولية الكاملة في سيرورة العلاج، ومهما كان الظرف أو المناسبة.

ويشير بعض المبحوثين إلى تفسير آخر لعدم امتناع المرضى عن مخالفة الحمية المتبعة أثناء المناسبات والأعياد، يتمثل في كون المريض قد يجد في مثل هذه المناسبات ثغرة أو فسحة يتوق إليها لكي يتخلص من الإكراه الذي يشعر به تجاه مقتضيات العلاج، ويضفي نوعاً من المشروعية على سلوكات اجتماعية مترسخة لا توافق سيرورة العلاج، لكنها مع ذلك تلقى نوعاً من القبول من طرف المحيط الأسري الذي يساند المريض في العلاج، والذي لا يتساهل على هذا النحو في الظروف العادية.

وبالإضافة إلى ما أسلفنا، نجد عاملاً آخر ذاتياً خاصاً بالمريض، يجعله يخرق الحمية الغذائية وذلك لمجرد امتعاضه عند سماع عبارات تنم عن الشفقة والأسى حياله، باعتباره مصاباً بداء السكري، وهو ما أكدته ما يزيد على 15% من المرضى عند سؤالهم عن موقفهم من سماع مثل تلك العبارات، ونجد مثل هذا النوع من التبرير الذاتي حاضراً أيضاً عند بعض المرضى الذين لا يحبذون أن تخصص لهم وجبات خاصة، ولكن هذه المرة حرصاً منهم على عدم إشعار باقي أفراد الأسرة خصوصاً الأبناء بالأسى والحزن حياله.

### مريض السكري وشعيرة الصيام:

من بين العوامل المهمة التي تحول دون انخراط فعلي للكثير من المرضى في العلاج، نجد تمثل هؤلاء لبعض الممارسات الدينية الشعائرية، وهنا الحديث عن شعيرة الصوم بشكل خاص، ففي الحين الذي يرى فيه 69,02% من المبحوثين ضرورة تجنب الصيام في رمضان إذا ما نصح الطبيب بذلك، اعتباراً منهم بأن الله سبحانه نهي عن أن يلقي المؤمن بنفسه إلى التهلكة، نجد أن نسبة 27,43% منهم بالمقابل، يرون بأن صيام رمضان هو فرض إلهي لا ينبغي التهاون فيه، ولا يملك المؤمن التساهل بشأنه، بل ولا يملك الطبيب نفسه حق ترخيص الإفطار للمريض. هنا أيضاً نجد بأن المعتقد الديني يوظف بطرق مختلفة لتبرير السلوك العلاجي، فهو يوظف لتبرير سلوكات متعارضة بنوع من الانتقائية في النصوص التي تدعمه. كل هذا يجعلنا نستنتج أن المشكل ليس في كون المعتقد الديني يحول دون تحقيق المستوى المطلوب من الانخراط في العلاج بالنسبة لمرضى السكري، وإنما في تمثيل المرضى أنفسهم للواجب الديني، وهو ما يوجه سلوكهم العلاجي، إنه تمثل أو فهم يختلف إلى حد التضارب بين أفراد عينة البحث. وتجدر الإشارة



هنا إلى أن تحليل التناسبات المتعددة تثبت تناسبا قويا بين القول بضرورة الإفطار إتباعا لنصيحة الطبيب والحرص على تحضير طبق خاص بمرضى السكري، أما عن التناسب بين القول بالإفطار في رمضان والارتباط بالأنسولين أو عدمه فقد أثبتت نفس المعالجة الإحصائية للتناسبات المتعددة أنه وإن كان حاضرا، لكنه يظل ضعيفا نوعا ما.

وتجدر الإشارة إلى أن عددا من المبحوثين الذين يلتزمون بأوامر الطبيب بشأن الإفطار في رمضان، صرحوا بأنهم حاولوا بالفعل في بداية الأمر خرق أمر الطبيب، غير أنهم تعرضوا في نهاية المطاف لمشاكل صحية عويصة، من قبيل الإغماء أو التدهور الملفت لحالتهم الصحية، ليقرّوا أخيرا بأن الصيام قد يشكل تهديدا حقيقيا لحياتهم.

وبغض النظر عن كون بعض المرضى يصرون على الصيام على اعتباره واجبا دينيا لا يمكن التساهل بشأنه، فقد صرح أكثرهم أن الإفطار والناس صائمون، يفرض عليهم نوعا من العزلة الاجتماعية، وهم قد يتحملون تبعات الصيام أكثر مما قد يتحملون تبعات الإفطار (أي العزلة الاجتماعية ونظرة الآخر..). هذا الأمر يؤكد من جديد خلا على مستوى تحمل المريض لتبعات مرضه، ووعيه بدوره في محاربته بكل مسؤولية، ذلك أن انخراطه الفعلي في العلاج يحتم عليه الأخذ بزمام المبادرة والسعي الدءوب لتبني كل المواقف والممارسات التي من شأنها أن تساعد في معركة طويلة ضد مرض مزمن كمرض السكري، وهي معركة تبقى أولا وأخيرا معركته هو دون سواه، ولا يعدو الطبيب أو المحيط الأسري أن يكون مجرد مساعد أو محفز على خوضها. ولعل هذا الضعف في مستوى انخراط مرضى السكري في العلاج، يتمظهر أيضا على المستوى العلائقي الذي يربط المريض بالنسق الطبي.

### المحور الثالث: الوعي بمضاعفات الداء وتأثيره على مستوى انخراط

#### مرضى السكري في العلاج

إذا كان الانخراط الفعلي للمريض في العلاج يقتضي منه البحث والتقصي من أجل فهم حالته المرضية وتتبع أطوارها بكل وعي ومسؤولية، فإن واقع الحال هو بعيد عن أن يكون كذلك، فكما سبقت الإشارة إلى ذلك، لا يقوم 30% من المرضى بسؤال الطبيب عن أي شيء له علاقة بالسكري، فيما يؤكد 70% أنهم حتى وإن قاموا بسؤال الطبيب، فإن ذلك لا يتعدى الاستفسار عن كمية الجرعات أو أشياء أخرى عابرة، ولا

يحاولون فتح حوار مع الطبيب من أجل الفهم الدقيق لتطور حالتهم الصحية أو حتى الاستفسار حول دور الدواء و الجرعات أو ما يقدمه الطب الحديث من مستجدات و بدائل على مستوى العلاج. وإن كان المريض يتحمل قسطا من المسؤولية في هذا الصدد، فيمكن الحديث بالمقابل عن أسباب خارجة عن إرادته تحول دون تحقيق هذا المسعى (فتح حوار مع الطبيب بغية فهم أعمق) وفي هذا الصدد يمكن الإشارة إلى كتاب *أمل بورقية*، تحت عنوان: "علاقة مريض طبيب"، حيث تقول أن: "العلاقة بين الطبيب والمريض تتأسس عبر المحادثة مع المريض التي بالإضافة إلى أنها تتيح جمع بعض المعلومات، يجب أن تسهم في كسب ثقة المريض؛ فالطبيب عليه أن يتألف أو عليه أن يخلق نوعا من الألفة بينه وبين مريضه الذي سيحتاج إلى بعض الوقت ليتمكن من الإفصاح عن كل شيء، هذه المرحلة تعتبر أساسية في جعل المريض يتقبل التشخيص وينخرط في العلاج، فمعاينة المريض تتطلب في ما تتطلب توفير الوقت اللازم والضروري، لأنه لا يمكننا فحص مريض هكذا على ما هو معتاد، بل إنه من الضروري أن نمنح للمعاينة الوقت، ليس فقط من أجل تجميع المعلومات ولكن لنتيح للمريض التعبير عن احتياجاته المرتبطة بحياته المهنية، والعائلية، والمرتبطة أيضا بوضعيته الاقتصادية والاجتماعية..."<sup>1</sup> أما حسب إفادات المبحوثين فهذه الأسباب لا تخرج عن هذا النطاق ونجملها أيضا في صعوبة التواصل مع الطبيب، وهي صعوبة ترتبط أساسا بطبيعة الخطاب الطبي الذي يكون في أحيان كثيرة متخصصا وغير مفهوم، خصوصا إذا اشتمل على مصطلحات طبية لا يستطيع المريض فهمها، ويصير الأمر أكثر تعقيدا إذا كان مستواه التعليمي متدنيا. و من جهة أخرى فقد أفاد بعض المبحوثين أن محاولاتهم فتح حوار مع الطبيب من أجل فهم المزيد عن حالتهم الصحية، تصطدم بامتناع الطبيب الذي لا يملك الوقت الكافي للإجابة المطولة، خصوصا مع إكراه الاكتظاظ والطلب المتزايد للخدمات الصحية مع قلة الأطر الصحية داخل المستشفيات والمصحات العمومية بالتحديد.

هذا الواقع ينعكس بشكل مباشر على مستوى وعي المرضى بخطورة مضاعفات

---

<sup>1</sup> Amal Bourquia, *Relation malade médecin, L'annonce d'une maladie chronique, Dimensions Ethiques, Exemple: L'insuffisance rénale chronique*, El Maarif Al Jadida, Rabat, 2010, p. 29.

الداء، بحيث تبقى معرفتهم بهذه المضاعفات محدودة و أقرب ما تكون إلى المعرفة العامة منها إلى المعرفة الطبية المتخصصة:

فإذا كان 78% من المبحوثين قد صرحوا بمعرفتهم ببعض مضاعفات داء السكري، فإن تصريحاتهم لم تتعد ما هو متعارف عليه من بثر للأعضاء، أو فقدان لحاسة البصر، أو تضرر الكلي، في حين أبان التحليل الكيفي لأجوبة المبحوثين جهلهم التام بالمكانيزات التي تفضي إلى تلك المضاعفات، ما جعل هذه الأخيرة ترتبط في مجمل الإفادات بذكر العضو المتضرر دون أن تنم عن علم ووعي كاف بهذه المضاعفات. لكن المثير للانتباه أن وعي بعض المبحوثين بخطورة مضاعفات السكري، ويكون المريض غالباً ما يكون هو المسئول الأول عن تدهور حالته، حيث أن 64,6% من هؤلاء اعتبروا المريض مسئولاً عن إصابته بمضاعفات الداء عندما تعلق السؤال عن مريض آخر من محيطهم)، مثل هذه التصريحات (لن نقول هنا مثل هذا الإدراك) لم تمنع نسبة 68% من المبحوثين من التساهل بخصوص إتباع الحمية الغذائية. ما يدفعنا إلى الاعتقاد بأن توفر المعلومة الطبية بشأن بعض مضاعفات الداء، وإن كان عاملاً مهماً في انخراط المريض في العلاج، فإنها تظل سطحية وتبقى بالتالي غير كافية ما دامت لم ترق إلى مستوى الوعي بتلك المضاعفات وبعواملها وميكانيزمات الإصابة بها، وما لم تفض بالمريض إلى الانخراط المطلوب والكافي للوقاية من هذه المضاعفات.

## خلاصة:

تثبت نتائج هذه الدراسة حول مستوى انخراط مرضى السكري بمدينة مراكش في العلاج، أن هناك تقدماً ملموساً من حيث مستوى الالتزام بمقتضيات العلاج حسب تصريح المبحوثين، حيث وقفنا على إيجابية المؤشرات المرتبطة بقياس درجة الالتزام، دون أن تصل إلى المستوى المطلوب انسجاماً مع الميزانية الكبيرة المخصصة من طرف وزارة الصحة لتحقيق هدف الحدّ من مضاعفات الداء وتفاذي تدهور الحالة الصحية لمرضى السكري.

وقفنا أيضاً عند كون مستوى انخراط مرضى السكري في العلاج لا يرقى إلى المستوى المطلوب، ولا زال مرضى السكري أفراد العينة التي درسناها بعيدين عن تبني نمط جديد للعيش وأنماط جديدة للسلوك قد تنبئ عن تحول عميق يتصف بالديمومة والاستمرارية، وهو الأمر الذي من شأنه الحيلولة دون تدهور حالتهم الصحية ودون إصابتهم بمضاعفات الداء.

أما عن تأثير النماذج الثقافية والبنى الاجتماعية على مستوى السلوك العلاجي للمصابين بداء السكري، فهي لازالت حاضرة بقوة، وفي مستويات متعددة نذكر منها في هذه الخلاصة:

➤ \*تأثيرها على تمثيل المصابين بالسكري لمصدر المرض وكذا سبل علاجه، وإن كانت نتائج هذه الدراسة تؤكد ما ذهبت إليه *C. Herzlich*، فإنها مع ذلك تبرز تعدداً على مستوى التفسيرات الاجتماعية بين الفئات المدروسة حسب الجنس ومدة الإصابة بالمرض. أما التحديدات السوسيو اقتصادية الكلاسيكية مثل المستوى الاقتصادي والمستوى الدراسي، فهي لم تسعفنا في تفسير هذه التفاوتات على مستوى تمثيلات المبحوثين لمصدر الداء ولسبل علاجه.

➤ يمتد تأثير النماذج الثقافية ليطال السلوك العلاجي للمبحوثين، لكنهم يتفاعلون معها بشكل مختلف، سواء تعلق الأمر بالتعامل مع الحمية خلال المناسبات والأعياد، أو بالتعامل مع شعيرة الصيام في شهر رمضان، أو في الاعتقاد بجذوى الأخذ بأسباب العلاج بحضور الاعتقاد الديني المتمثل في الإيمان بالقضاء والقدر.

➤ تكشف نتائج البحث عن تأثير مهم للمعتقد الديني في تحديد الدلالة الرمزية ومنح المعنى لاختيارات الأفراد بشأن سلوكهم العلاجي، لكن ليس بشكل حتمي، إذ يختلف هذا التأثير تبعاً لتمثل المبحوث للقضاء والقدر وللواجب الديني، وما يثبت ذلك هو التعامل بنوع من الانتقائية مع النصوص لتبرير سلوكات علاجية مختلفة قد تصل إلى حد التعارض.

➤ تكشف طبيعة العلاقة بين مريض السكري والنسق الطبي عن وجود خلل يحول دون تحقيق هدف الوعي بمضاعفات الداء بالمستوى الذي يؤدي إلى انخراط المريض بالشكل المطلوب في سيرة العلاج، ويحول دون تدهور حالتهم الصحية.

➤ لاحظنا وجود تحول ملحوظ على مستوى المواقف المصرح بها بشأن تمثيلات مصدر داء السكري وسبل علاجه، حيث أصبحت تستدمج المعلومة الطبية أكثر فأكثر في المقولات الاجتماعية، لكنها تعيد تأويلها وفق النماذج الثقافية التي لا زالت متجذرة في أنماط التفكير، لتمنحها معنى ودلالة رمزية توجه السلوكات العلاجية. أما ترجمة هذه المواقف إلى سلوكات تعكس انخراطاً فعلياً في سيرة العلاج، فهذا الأمر لم يرق بعد إلى المستوى المطلوب، وتحول دون تحقيقه معوقات كثيرة تستحق الدراسة والتحليل.

ملحوظة: تمت الدراسة بإشراف وتوجيه الأستاذة الدكتورة يمينة ميري؛ أنجزها طلبة ماستر سوسيولوجيا التحولات المجتمعية.

1. A. J. Scheen, D. Giet, "Non- observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions," In: *Revue Med*, Liège 2010.
2. Amal Bourquia, *Relation malade médecin, L'annonce d'une maladie chronique , Dimensions Ethiques, Exemple :L'insuffisance rénale chronique*, El Maarif Al Jadida, Rabat, 2010.
3. Anne Sophie Cousteaux, "Représentations de la santé et cycle de vie. De la recherche du bien-être au maintien des capacités," In: *Notes & Documents*, 2010- 01, Paris, OSC, Sciences Po/CNRS.
4. Aurélie Gauchet, *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes inférés par le VIH M représentations et valeurs*, thèse de doctorat sous la direction de Gustave Nicolas Fisher, Université de Metz UFR sc. Humaines et arts, 2005.
5. BOURAM Omar, *les représentations sociales de la maladie mentales chez les gestionnaires de la santé mentales*, institut nationale d'administration sanitaire, 2012. In: [http://ensp.sante.gov.ma/CDS/Documents/Memoires/mem\\_2012/Bouram\\_Omar.pdf](http://ensp.sante.gov.ma/CDS/Documents/Memoires/mem_2012/Bouram_Omar.pdf)
6. C. Herzlich, *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*, EHESS, Paris 2005.
7. Charlotte Simon, "Les représentations sociales de la santé et de la maladie," In: *MCF IUT* du Havre, 2013.
8. Denise Jodelet, *Folie et représentations sociales*. Paris : PUF; 1989.
9. Emile Durkheim, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF, 4ème édition 1998.
10. Fainzang, *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*, sous la direction de Maurice Godelier, Paris, PUF, 2011.
11. Guy Rocher, *Introduction à la sociologie générale, 3. Le changement social*, édition HMH, Ltée, 1968.
12. Innab Bovina, *Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes : force versus faiblesse*. [En ligne] 2006 [consulté le 10/05/2012]; 15 : [11]. Consultable à l'URL : [http:// www. psr. jku. at/](http://www.psr.jku.at/)
13. Janine Pierret, "Les usagers sociaux de la santé, trois exemples," In: Anne RETEL LAURENTI. *Etiologie et la perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Paris: L'Harmattan. 1983
14. Jean Benoist, "La médecine entre techniques, société et culture : pourquoi des sciences sociales de la santé", In: *santé et sciences sociales au Maroc*, version électronique publiée sur le site web : [http://classiques. Uqac. ca/](http://classiques.Uqac.ca/), 2004.

15. Miller, D. T et Ross, M., "Self service de biais dans l'attribution de la causalité, Réalité ou Fiction," In: *Psychological Bulletin*, 1975, vol 82, n°2.
16. P. Berger et Th. Luckmann, *la construction sociale de la réalité*, Méridiens Klincksieck, Paris, 1986.
17. P. Verges, "l'analyse des représentations sociales par questionnaires," In: *revue Françaises de sociologie*, 42-3, 2001.
18. *Sciences sociales et santé au Maroc*. Colloque organisé par la Faculté des Lettres et Sciences humaines Dhar el Mahrez de Fès et AMADES [Association d'anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé], 2-3 décembre 1999. Fès, Maroc.
19. *يمينة ميري*, "المقاربة الاجتماعية لظاهرتي الصحة والمرض", مجلة ضفاف، العدد الأول، 2013.
20. *آفاق سوسيولوجية، حوليات مختبر سوسيولوجيا التنمية الاجتماعية*. العدد 1، كلية الآداب والعلوم الإنسانية ظهر المهرارز، فاس، 2011.

***RIVAGES***

***Revue des Sciences Humaines***

N° 2-2017

Publication de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines  
Université Cadi Ayyad  
Marrakech  
Maroc



## *Conditions de publication*

-*Rivages* est une revue scientifique à comité de lecture et publie des travaux de recherche qui entrent dans le champ des sciences humaines.

-La revue est semestrielle.

-La revue publie des études et des recherches originales non encore publiées ou soumises à publication.

-Les travaux à publier sont soumis aux conditions de la recherche scientifique reconnue en termes de documentation et de citations des sources utilisées.

-Les contenus des textes publiés dans la revue n'engagent que leurs auteurs.

-Les travaux soumis sont à déposer en deux copies, l'une en version imprimée et l'autre en version électronique.

-Les contributions suivent les normes techniques suivantes: en arabe, police 14 Sakkal majalla et en latin, police 11 en Times New Roman. Les notes de bas de page seront en police 10 Times New Roman.

- le nombre de pages ne doit pas excéder 20 pages par article.

-Le chercheur mentionne, sous le titre de son travail, son nom, le nom de sa structure de recherche et de son institution d'appartenance.

-Le chercheur présente deux résumés de sa recherche, respectivement dans sa langue de travail et dans une autre langue.

-Les travaux sont soumis à évaluation et l'auteur s'engage à apporter les amendements demandés au plus tard 15 jours après réception du rapport des évaluateurs.

-La revue se réserve le droit de publier ou de ne pas les publier les travaux qui lui sont soumis et ceux qui ne sont pas publiés ne seront pas rendus à leurs auteurs.

-La revue se réserve le droit d'auteur et le droit de re-publier, sous format papier ou électronique, tous les articles soumis et publiés.

-Les travaux soumis ne devront violer aucun droit d'auteur ni aucun autre droit de propriété d'une tierce partie.

***RIVAGES***

**Revue des Sciences Humaines**

# RIVAGES

Revue scientifique à comité de lecture

N° 2-2017

Revue semestrielle, scientifique à comité de lecture, éditée par la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Cadi Ayyad – Marrakech - Maroc

## Directeur

Doyen de la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines par intérim

**Abderrahim BENALI**

## Coordination générale

**Jamal RACHAK**

## Comité Scientifique

**GRAVARI BARBAS Maria**, IREST, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, France, **ELLOUMI Mohamed**, INRAT, Tunisie, **LAOUINA Abdellah**, CERGéo, Université Mohamed V Rabat, **DEBARBIEUX Bernard**, Université de Genève, Suisse, **NAVARRO PALAZON Julio**, Escuela de Estudios Arabes des Granada, CSIC, Espagne, **SKOUNTI Ahmed**, Institut National des Sciences de l'Archéologie et du Patrimoine, Rabat, **GIRAUT Frédéric**, Département de Géographie, Université de Genève, Suisse, **HERNANDEZ ARMENTEROS Salvador**, Universidad de Granada, Espagne, **BOUBRIK Rahal**, Département de Sociologie, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Université Mohamed V de Rabat, **TOZY Mohamed**, UMRVIP et Sciences po, Aix en Provence, France, **PULVAR Olivier**, Université Antilles-Guyane, Centre de Recherche sur les Pouvoirs Locaux dans la Caraïbe – CNRS UMR 8053, **HILLALI Mimoun**, Institut Supérieur International de Tourisme, Tanger, Maroc, **PERALDI Michel**, directeur de recherche au CNRS et Centre Jacques Berque pour le développement des Sciences Sociales à Rabat (Maroc), **BOUMAZA Nadir**, Université Pierre MENDES France- Grenoble 2, **LANDEL Pierre – Antoine**, CERMOSEM, UJF, Mirabel – France, **PECQUEUR Bernard**, Institut de Géographie Alpine, PACTE (UMR CNRS 5194 – Université J. Fourier, Grenoble – France), **GEOFFROY Marc**, CNRS (Paris - France).

## Comité de Rédaction :

Abdellah ELQUORTOBI - Abderrahim BENALI - Jamal RACHAK - Khadija ZAHY- Mohamed MOUHOU - Mohamed RABITATEDDINE - Mustapha LAARISSA- Said BOUJROUF -Tourya BOURKANE.

## Adresse

Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, B.P. 3737

Amerchich – Marrakech 40000 Maroc

Site web. <http://www.flm.uca.ma.ac> - Email : [revueflm@gmail.com](mailto:revueflm@gmail.com)

Tél. 00212524302742 - Fax 00212524302039

Dépôt Légal : 2018PE0010

ISSN : 2605-6410

**Le tableau en couverture est de l'artiste peintre Mahi Binebine.**

*Les contenus des textes publiés dans la revue n'engagent que leurs auteurs.*



جامعة القاضي عياض  
UNIVERSITÉ CADI AYYAD  
كلية الآداب والعلوم الإنسانية  
Faculté des Lettres et des Sciences Humaines

Revue des Sciences Humaines

# RIVAGES

Revue scientifique à comité de lecture



N° 2 - 2017