

دراسة عيادية للمعاش الانفعالي والعاطفي للنساء المتأصلات الرحم

A clinical study of the emotional and affective experience of hysterectomized women

سعيدة تواتي

جامعة بجاية (الجزائر)،saida.touati@univ-bejaia.dz

تاريخ النشر: 2023 / 04 / 30

تاريخ القبول: 2023 / 03 / 01

تاريخ الإستلام: 2022 / 06 / 25

ملخص

تهدف هذه الدراسة الكيفية إلى تسليط الضوء على بعض مظاهر المعاش الانفعالي والعاطفي للنساء اللاتي خضعن لعملية استئصال كلي للرحم خلال الفترة الاستشفائية. وقد اعتمدنا في جمع المعلومات على تقنية أساسية، وهي المقابلة العيادية لغرض البحث.

وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود انعكاسات سلبية لهذه العملية على نفسية النساء، وتتمثل خاصة في أعراض القلق، ومخاوف ذات صلة بالجسد والعلاقة الحميمة مع الزوج، وتدني تقدير الذات. كما لمسنا الحاجة إلى الدعم الانفعالي والمعلوماتي عند كل الحالات عموماً.

الكلمات المفتاحية: استئصال الرحم؛ مرحلة ما قبل سن اليأس؛ المعاش الانفعالي والعاطفي؛ الوقاية الصحية.

Abstract

This qualitative study aims to shed light upon certain aspects of the emotional and affective experience of women who underwent a total hysterectomy during the hospitalization period. In collecting information, we relied on a basic technique, which is the clinical research interview.

The results of the study concluded that there are negative impacts of this process on the psychology of women, which are particularly symptoms of anxiety, fears about the body and intimate relationship with the husband, low of self-esteem. We also noted the need for emotional and informational support in all of the cases in general.

Keywords: Emotional and affective experience; Health prevention; Hysterectomy; Pre-menopausal stage.

ا. مقدمة

تُعتبر عملية استئصال الرحم من بين العمليات الأكثر شيوعاً في طب جراحة أمراض النساء، مما يجعل منها فعلاً مشكلاً صحياً عمومياً . و إذا كنا نفتقد في بلادنا إلى إحصائيات وطنية حول هذه الظاهرة، فإن قوة انتشارها في البلدان الغربية هو أمر مؤكد، حيث تنجز 72.000 عملية كل سنة في فرنسا (Mamy *et al.*, 2009)، و 100.000 في إنجلترا (Clayton, 2006)، و 602.500 في الولايات المتحدة الأمريكية (Wu *et al.*, 2003, cités par Gueye *et al.*, 2014, p.635). وتبيّن الدراسات أنّ اللجوء إلى هذه العملية يزداد أكثر بعد سن 45، خلال مرحلة ما قبل سن اليأس، حيث تعرف المرأة في هذه الفترة تغيرات هرمونية هامة، مما يساهم في ظهور بعض الأمراض النسائية، منها الأورام الرحمية التي تشكل أحد دواعي استئصال الرحم.

و قد تطورت التقنيات المستعملة في هذا المجال بعد الثمانينات، وتحسنت وضعية النساء الخاضعات لهذه الجراحة، كما خفت آثارها على المستويين الجسدي والوظيفي، لكن انعكاساتها على المستوى النفسي بشكل عام ما تزال قائمة. و ما يشدّ الانتباه أكثر في واقع الأمر، هو قلة اهتمام المهنيين بهذا البعد النفسي، مع أنّ عدداً معتبراً من الدراسات النفسية يشير- وبغض النظر عن عامل السن- إلى أنها الحدث الأكثر تأثيراً في نفسية النساء بعد عملية استئصال الثدي.

و تعتبر هذه الدراسة بمثابة إسهام منّا لتسليط الضوء على بعض مظاهر المعاش الانفعالي والعاطفي لهؤلاء النساء أثناء فترة الاستشفاء.

II. الإشكالية وفرضيات الدراسة

1. الإشكالية

كثيرة هي البحوث الطبيّة التي تناولت بالدراسة التقنيات المستعملة في استئصال الرحم، وحاولت المقارنة بينها من حيث انعكاساتها الجسدية، والوظيفية و لاسيما الجنسية (Danesh *et al.*, 2015 ; Estrade *et al.*, 2005 ; Gueye *et al.*, 2014 ; Laassouli, 2012 ; Lachowsky, 2004 ; Oukid, 2009 ; Proust *et al.*, 2004 ; Venturini, 2014, etc.). ولكن البحوث التي اهتمت بالمعاش الجسدي والانفعالي للمرأة قليلة، سواء تلك المتعلقة بما قبل الخضوع للعملية أم بعدها. وفي الواقع، على الرغم من التطور التقني الذي لحق هذا المجال، حيث أصبحت بعض العمليات تتم عبر المسالك الطبيعية، أو لا تترك سوى ندبات صغيرة على البطن، إلّا أنّ آثارها على الجانب النفسي ما تزال موجودة، وقد تكون عميقة جداً عند بعض النساء.

يحاول أعضاء الطاقم الطبي الاستخفاف بهذه العملية، وخاصة حين تُجرى في سن متقدمة، مبررين موقفهم بأنّ "الرحم لا فائدة منه" على المستوى الوظيفي. و لكن الأمر الذي يجهلونه أو يتجاهلونه هو وجود مستويات أخرى بنفس الأهمية، في علاقة متداخلة مع الجسد كمظهر. تتمثل هذه المستويات في الواقع الخيالي و الهوامي والرمزي الذي لا غنى لنا عنه إذا ما أردنا فهم التجربة الذاتية للنساء.

و بشكل عام، تواجه المرأة هذا الحدث البيولوجي وفق عدة معطيات مثل: السوابق المرضية، والعمر، والحالة المدنية، ووجود أطفال لديها أم لا، والعلاقة السابقة مع الزوج، وتاريخ الأنوثة، والدعم الاجتماعي. وبحسب الظروف التي تكون فيها هذه الأخيرة، سينعكس ذلك على معاشها لهذه التجربة في مختلف أوقاتها.

و تشير الدراسات في هذا السياق إلى أنّ النساء في مرحلة سن اليأس، واللواتي يعانين من أعراض جسدية هامة (حالة نزيف أو/وآلام حادة)، يمكن أن يعشن هذه العملية كنوع من التحرر، بعد المعاناة التي تكبدنها. غير أن الأمر ليس كذلك دائماً، حيث يمكن أن تتفاقم وضعية بعض النساء بالدخول في هذه المرحلة الانتقالية الحاسمة من الحياة والتغيرات المقترنة بها: شيخوخة الجسد، وفقدان أفراد من العائلة، والتقاعد...

لم تتناول معظم الدراسات المعاش الانفعالي للنساء خلال الأيام الأولى التي تعقب التشخيص وكذا الجراحة، بل ركزت أكثر على الاضطرابات العاطفية التي يمكن أن تظهر لديهن بعد العملية على المدى المتوسط أو الطويل. ولهذا حاولنا من خلال هذا البحث المتواضع استكشاف بعض جوانب من هذا المعاش لهذه الفئة من النساء خلال فترة إقامتهن في المؤسسة الاستشفائية.

ومن جهة أخرى، نبّه العياديون في هذا المجال إلى ما يحدث على مستوى العلاقة بين المريضة والفرقة الطبية، وإلى مواقف وحاجيات كلا الطرفين. فالنساء يكنّ في مرحلة انتقالية وحساسة من حياتهن، وهُنّ بأمرّ الحاجة إلى من يستمع إلى تساؤلاتهن ومخاوفهن، وإلى من يرافقهن بشكل ملائم بحسب خصوصيات كل واحدة. والطاقم الطبي كذلك، والممرضات خصوصاً كونهن نساء، لا يمكن ألا يتأثرن بهذه الظاهرة، وقد يحتجن إلى إشراف نفسي من أجل تكفّل أحسن بهذه الفئة المميزة من المرضى (Aguiton, 2006 ; Da Costa ; Vargens et Berterö, 2010 ; Darling et McKoy-Smith, 1993, cités par Gauthier et Cordey, 2013, pp.10 & 17).

انطلاقاً من هذه المعطيات الميدانية القيمة، سيكون سؤالنا الأساسي في هذه الدراسة كالتالي:

- ما هي أهم مظاهر المعاش الانفعالي والعاطفي للنساء قبل الخضوع لعملية استئصال الرحم وبعدها، خلال الفترة الاستشفائية؟

2. الفرضيات

-نتوقع أن تتمثل أهم مظاهر المعاش الانفعالي والعاطفي للنساء قبل الخضوع لعملية استئصال الرحم وبعدها فيما يلي:

- يغلب على خطاهن قبل العملية موضوع الخوف من الموت، والتعرض لتشويه داخلي بدرجات متفاوتة، بحسب الظروف الجسدية والنفسية لكل واحدة.
- يستمر التعبير عن موضوع القلق والخوف حول ما يمسنّ الجسد عند هؤلاء النساء بعد العملية، لاسيما عند اللواتي سبق أن عانين من اضطرابات نفسية، كما نتوقع أن تظهر لديهن مخاوف أخرى مرتبطة بالحياة الجنسية خصوصاً.

III. -تعريف المفاهيم الأساسية

1. المعاش

يرتبط مفهوم المعاش بمفهوم التجربة الذاتية الخاصة بالفرد والمعيشة، في وقت ما وفي ظروف معينة. وتشكل هذه التجربة الذاتية أحد العناصر المكوّنة للعالم الذاتي للشخص من بين عدة عناصر أخرى (Pedinielli et Fernandez, 2005, pp. 91-94). ويكمن المشكل هنا في وضع تصوّر لمفهوم الذاتية وكيفية

بلوغها، الذي يتمثل خصوصاً في عدم وجود تمييز كاف بين عمل جمع "التصورات المعبر عنها لغوياً" من جهة، وبين "التقارير المتعلقة بالسيرورات النفسية التي تميز التجربة المعيشة" من جهة أخرى (; lannaccone, 2013, 2012, 2009, Vermersch, 2015 ; lannaccone et Cattaruza, 2015). وتشكل هذه العناصر الظاهرية والكامنة للمعاش في واقع الأمر جانبان مرتبطان بعضهما بعضاً ومتكاملان، وقد قُدمت عدة توضيحات حول هذا الموضوع. و تتوفر لدينا حالياً معرفة واسعة فيما يخص إمكانية التحقق من صحة تعبيرات الذاتية كمعطيات مفيدة لفهم الديناميكيات النفسية الفردية والجماعية. ويُعتبر المعاش في هذا السياق الكاشف الحقيقي عن التجربة، ويتمثل وصفه هكذا، في وصف سير الأفعال والأفكار والإدراكات والتعبيرات اللفظية الخارجية أو الداخلية والصور والحالات الانفعالية والعاطفية. فكل معاش يحوي إذن على عدة محتويات أو مظاهر تتم في آن واحد، لكن لا يمكن وصفها ومعالجتها إلا بشكل منفصل. وقد تحدث أحد النفسانيين (Vermersch, 2006, 2015) في هذا الصدد عن وجود عدة طبقات في معاش كل وضعية حياتية، متكونة من جوانب معرفية وانفعالية وحركية وتحفيزية وروحية...

2. المعاش الانفعالي والعاطفي

قبل أن نُعرّف هذا المفهوم، من الضروري والمهم أن نعطي نظرة موجزة عن الكلمات المجاورة (الانفعال، الإحساس، العاطفة)، من أجل توضيح دلالي. يشكل الانفعال ظاهرة معقدة، ولا يوجد في الوقت الحالي تعريفاً وحيداً ومحدداً له (Brunel, 1995). ولكن بشكل عام، يمكن القول أنه حالة وعي مؤقتة وحادة، واستجابة لوضعية متعددة الأبعاد (مظاهر جسدية- فسيولوجية- معرفية) تُجاه تأويل متبّه معين، كما أنه اجتماعي وبارز في نظر الآخرين (Damasio, 2003, cité par Petruzzellis, 2021, p. 38). ولهذا، لا نستطيع في التصور الحالي تأويل الانفعال دون الرجوع إلى السياق الفردي والعائلي والاجتماعي. إن الإحساس الذي يشكل الجانب الخفي للانفعال، هو على العكس، تدريجي ودائم أكثر، وهذا حتى في حالة غياب الموضوع (Cosnier, 2015). والعاطفة، كمفهوم معروف برسوخه في ميدان التحليل النفسي، متعلقة بمفهوم النزوة كتمثل عنها للوصول إلى الحياة النفسية. وعليه، يرتبط "المعاش الانفعالي" بالطريقة التي تُعاش وتُحلل وتؤوّل وتُحس بها الوضعية، فهو بالتالي متعلق بالتجربة الانفعالية الخاصة التي بلغت مستوى من الوعي، بحيث يمكن التعبير عنها لغوياً؛ بينما تمثل الحالة العاطفية، سواء كانت ممتعة أم غير ممتعة بالنسبة للشخص، مؤشراً عن حالته الانفعالية وكذلك الجسدية (Claudon et Weber, 2009, p. 62 ; Petruzzellis, 2021, p.43).

3. استئصال الرحم (L'hystérectomie)

يقترح الطبيب هذا الحل الجذري بعد فشل العلاج الطبي لنزيف حاد، حين ي سبب الورم الرحمي أعراضاً مزعجة (نزيف متكرر، ضغط على مستوى أعضاء الحوض، آلام في الحوض الصغير)، أو في حالة سرطان الرحم، أو عند حدوث نزيف لا يمكن التحكم فيه بعد الولادة (Levallois, 2002, p. 460).

يوجد نوعان من الاستئصال للرحم، وهما:

أ- الاستئصال الكلي (L'hystérectomie totale) : يحدث في هذه الحالة استئصال عضو الرحم وعرقه، ويمكن أن تقترن هذه العملية بإزالة المبايض وقناتي فالوب (L'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale).

ب-الاستئصال الجزئي (L'hystérectomie subtotale) : يتم في هذه الحالة استئصال عضو الرحم، مع الاحتفاظ بعنقه.

وتتم الجراحة عن طريق البطن أو المهبل أو باستخدام منظار البطن (La coelioscopie). ولكل تقنية جراحية إيجابياتها وسلبياتها، ويكون اللجوء إلى إحدهما بحسب دواعي استعمالها، والمتعلقة هي الأخرى بعدة معايير (عدد الولادات، سوابق جراحية على مستوى الحوض أو قيصرية، انتباز بطانة الرحم، حجم الرحم، وكذا كفاءة الطبيب المختص) (Proust et al., 2004, pp.185 & 202).

1.7- منهجية الدراسة

1. مجموعة الدراسة

أجريت هذه الدراسة في مؤسسة استشفائية خاصة، على مستوى مصلحة أمراض النساء والتوليد تحديداً. تستقبل هذه المصلحة نساء من مختلف الأعمار، واللواتي يعانين أساساً من أمراض الرحم، والمبيضين، والثدي، وكذلك النساء الحوامل على وشك الولادة، واللواتي يتعرضن لإجهاض تلقائي أو سببي. وقد شدت انتباهنا الظروف النفسية التي كانت فيما النساء المستأصلات الرحم، ومواقف المهنيين إزاءهن. تمكنا من استجواب عشر حالات بعدما أعطين موافقة صريحة على المشاركة في هذا العمل، وتراوح أعمارهن بين 43 و77 سنة، لكننا سنكتفي في هذه الدراسة بالتركيز على خمس منهن تجمعت بعض الخصائص. ويتعلق الأمر هنا بنساء في مرحلة ما قبل سن اليأس (بين 43 و50 سنة)، ومن مستوى تعليمي مختلف (بدون مستوى إلى الجامعي)، وهن متزوجات، ولديهن أطفال، وخضعن لاستئصال كُلي للرحم، وتمت العملية لمعظمهن عن طريق البطن.

2. المنهج والتقنيات المستعملة

استعملنا في هذه الدراسة المنهج الكيفي (la méthode qualitative)، لأنّ المهم بالنسبة إلينا هو وصف الظاهرة وفهمها، كما أخذنا بعين الاعتبار البعد العلائقي والبينداتي الذي يتعلق بالباحث والمبجوثين. وقد لجأنا إلى تقنية واحدة وأساسية هي المقابلة العيادية لغرض البحث، لكونها الأداة الملائمة، تماشياً مع الأغراض المسطرة للدراسة من جهة، وهي الوسيلة الأنسب في الظروف التي تتواجد فيها هؤلاء النساء من جهة أخرى، لاسيما في غياب أخصائي نفسي في هذه المصلحة. وقد اتخذنا أثناءها موقفاً نصف-موجه، بشكل يسمح لهنّ بالتعبير عن معاناتهن وبطرح انشغالاتهنّ حول الموضوعات المحددة مسبقاً. ولم نستعمل المسجل الصوتي تماشياً مع رغبة النساء، ولكننا حرصنا بعد كل لقاء مباشرة على تدوين كل المعلومات المفردة من طرف الحالة.

لقد أُجريت المقابلة في وقتين مختلفين، إذ ال تقينا النساء مرتين قبل العملية، ومرة واحدة بعدها. تمّت المقابلة الأولى في إحدى قاعات المصلحة، بعد الاستشارة الطبية، وكان الغرض منها هو الحصول على المعلومات الأولية حول الحالة، ومعرفة استجاباتها للتشخيص. وفي اللقاء الثاني (بعد أسبوع على الأكثر)، وعقب الدخول إلى المصلحة، أُجريت المقابلة في الغرفة المخصصة لكل مريضة، بعد توفر الشروط اللازمة، حرصاً منا على احترام الإطار العيادي. و تناولنا فيها عدة موضوعات مثل: جوانب من الحياة الشخصية والعائلية، والعلاقة مع الزوج، كما تناولنا بأكثرتفصيل الموضوعات الأولى المتعلقة بتاريخ المرض والعلاجات المستعملة، وأنهينا اللقاء بالتوقعات عن العملية. أمّا في المقابلة الثالثة والأخيرة التي تلت العملية (بيومين

أو ثلاثة أيام)، فتطرقنا فيما إلى الحالة الصحية لهؤلاء النساء في هذه المرحلة، وإلى مخاوفهن وتوقعاتهن مستقبلاً. تراوحت مدة هذه المقابلات من أربعين دقيقة إلى ساعة تقريباً.

ومن ناحية أخرى، سنحت لنا الفرصة كذلك بملاحظة سلوك الفرقة الطبية أثناء تقديم الرعاية لهؤلاء النساء، غير أن هذه الأخيرة لم تكن منتظمة، وبالتالي سنكتفي بعرض بعض المعطيات المتعلقة بها عند مناقشة النتائج. كما استعنا بالملف الطبي الخاص بكل حالة للتحقق أكثر من سوابقها المرضية، ونوع الاستئصال الذي خضعت له، مع الإشارة إلى أن المعلومات الواردة فيه غالباً ما لم تكن وافية.

٧. عرض النتائج

قبل عرض أهم نتائج هذه الدراسة، من الأجدر أن نقدم الحالات، ولو بشكل موجز، وفق السياق الذي تمّ فيه اكتشاف المرض، والمسار الطبي والعلاجي، وكذلك بعض الجوانب من الحياة الشخصية والعائلية الخاصة بكل واحدة.

1. تقديم موجز للحالات

1.1. حالة عرجية

عرجية امرأة تبلغ 43 سنة من عمرها، أم لأربعة أطفال، وقد كانت متعاونة معناً أثناء اللقاءات. نشأت في عائلة كبيرة (7 أطفال)، وهي البنت الكبرى لوالديها. صرّحت بأنها عاشت طفولة سعيدة، حيث لم تُحرّم من بعض الحرية، ولكن بمجرد رسوبها في امتحان البكالوريا، أجبرها أبوها على الزواج. ومنذ ذلك الحين تغيّر كل شيء في حياتها، حيث أصبحت تعيش في عائلة كبيرة جداً (27 فرداً)، عائلة ذات ذهنية مختلفة عن تلك التي تعودت عليها، ومنغلقة على نفسها وحافلة بالمنوعات.

عاشت عرجية تجارب حمل صعبة، وكان زوجها ذا طبع صعب في تعامله معها ومع بناتها (3). وقد اضطرها الأمر في وقت ما إلى ممارسة الخياطة في البيت، ومزاولة تحضير الحلويات للزبائن الذين يطلبونها، وذلك لمساعدة الزوج في النفقات والميزانية العائلية. ولكيلا تتكرر كل هذه الأمور مع بناتها، حرصت على توفير كل الظروف المادية الأساسية لمساعدتهن على النجاح في الدراسة، والاستقلال المادي قبل الزواج.

ومن الناحية الصحية، أخبرتنا بأنها تعاني من مشكل الحساسية منذ خمس عشرة سنة، ومن السكري منذ عامين على إثر وفاة أبيها. أمّا بالنسبة لمرضها الحالي، فأشارت إلى أنها تعرضت في البداية لعدوى مهبليّة متكررة، استعملت في علاجها عدة أدوية، لكن دون جدوى. وبفعل استمرار الأعراض، قررت استشارة طبيب مختص آخر فاجأها بوجود ورم رحى ذي حجم معتبر، يقتضي استئصال الرحم، مضيفاً بأنه قد سبق أن ظهرت لديها أورام حميدة على مستوى الثدي. و أشارت في الأخير إلى أنها امرأة صبورة ومقاومة، بفضل دعم عائلتها لها، بما في ذلك زوجها.

2.1. حالة حكيمة

بدأت السيدة حكيمة متوترة ومنفعلة منذ بداية اللقاء، تحاول أن تتماسك، لكن كل مظاهر سلوكها تعكس ثقل المعاناة التي تعيشها. لا يتجاوز عمرها 46 سنة، مهندسة وعاملة في مجال تخصصها. تفادت حكيمة

الحديث عن حياتها الشخصية والعائلية، حيث اقتصر على القول بأنها من أسرة كبيرة (5 بنات و2 صبيان). عاشت أمها حياة قاسية، وتوفي الأب مؤخراً، وتتميز علاقاتها مع عائلة الزوج بالاحترام والتحفظ.

تحدثت لنا بعد ذلك عن مسارها العلاجي للحصول على طفل بعد سنة من الزواج، بسبب مشكل صحي لدى زوجها. ونظراً لفشل كل العلاجات الطبية، لجأت إلى الإخصاب الأنبوبي (une fécondation in vitro)، فكان الحمل توأمين. وقد صرحت لنا بأن المسار كان مليئاً بالعقبات والدعم المادي كان هيناً، بالإضافة إلى الصعوبات التي واجهتها خلال الحمل، والولادة وبعدها (ارتفاع الضغط الدموي، ولادة مبكرة، مشاكل صحية عند التوأمين خلال الأسابيع الأولى بعد الميلاد). ولحسن الحظ، لم تتبع هذه التجربة أية مضاعفات هامة سواء على مستوى الأم، أم على مستوى الطفلين.

ومنذ سنة تقريباً، تعرضت لاضطرابات في الدورة الشهرية، وعلى الرغم من الأدوية التي تناولتها بقيت الأعراض متواصلة، وبل زادت حدّة (نزيف متكرر)، مما سبّب لها فقراً في الدم. كل هذا جعلها تستشير طبيباً آخر، اكتشفت بعد ذلك وجود أورام رحمية التي استلزمت جراحة استئصال كُلي للرحم (مع الاحتفاظ بالمبيضين وقناتي فالوب)، وهو الأمر الذي لم تستوعبه حتى ذلك الوقت.

3.1- حالة جازية

أظهرت السيدة جازية رغبة حادة في الحديث عن حياتها ومشاكلها الصحية، إلى درجة أنه من الصعب إيقافها وتوجيهها. تبلغ جازية 48 سنة من عمرها، وهي أمّ لستة أطفال. ترعرعت في وسط أسرة محافظة، كان أبوها مغترباً، صعب الطباع، بينما كانت الأم مسالمة. توفت الأم على إثر مرض عضال، وتحسنت علاقاتها مع والدها في السنوات الأخيرة.

وبسبب العادات العائلية في تلك الفترة، توقفت عن الدراسة (مستوى متوسط)، وتزوجت مبكراً. كانت عائلة الزوج كبيرة (12 فرداً)، وظروفها المادية صعبة. وكان ملجؤها الوحيد عند حدوث مشاكل مع أحدهم هو تجنّب الرد على الاستفزازات، والمكوث في غرفتها. وقد استمرت هذه الخلافات حتى بعد استقرارها في بيتها الشخصي.

تخلّلت ولادتها الأولى صعوبات هامة (استعمال ملقط الجنين، حالة نزيف حاد)، إلا أنه في الأخير تمّ كل شيء على ما يرام. أمّا بالنسبة لعلاقتها بزوجها، فقد كانت حسنة، مشيرة إلى أنها لم تتعرّف عليه قبل الزواج، ولم تكن تتحمّل رائحة الكحول الذي كان يتعاطاه، مما أثار على حياتهما الجنسية. ولكن في السنوات الأخيرة اهتزت ثقتها به تحت تأثير بعض النساء من محيطها القريب، مما خلق شقاقاً بينهما.

بدأت رحلة جازية مع المرض منذ عشر سنوات، بعد ولادتها الأخيرة (توأمين). عانت في البداية من اضطرابات في الدورة الشهرية، ثم تفاقمت حالتها الصحية تدريجياً، حيث أصبحت تعاني من حالات نزيف بين فترات الحيض سببت لها مع الوقت فقراً في الدم، زيادة على تعرضها لعدوى مهبليّة متكررة لم تعالج جيداً، وقد تواصلت المتابعة الطبية لمشكل فقر الدم عدة أشهر. اقترح عليها الطبيب في الاستشارة الأخيرة علاجاً آخر لوقف النزيف الدموي، لكنها رفضته، وفضلت الحل الجذري الذي هو عملية الاستئصال الكامل للرحم، بعدما أخذت موافقة زوجها.

4.1- حالة رندة

رندة امرأة في الخمسينات من عمرها، ومن مستوى تعليمي ثانوي، وأمّ لأربعة أطفال. صرحت لنا بأنّ حياتها قبل الزواج كانت سعيدة، حيث كانت الطفلة المدللة لأبيها، والذي كان يشجعها كثيراً على الدراسة. ومع أنّ العائلة كانت كبيرة (11 طفلاً)، إلا أنّ ظروفها المادية كانت جيدة. كان الأب مناضلاً سياسياً، وإنساناً صارماً وصعباً، وخاصة إزاء الصبيان، في حين كانت أمها مطواعة وسهلة، غير أنّها لا تحب البنات. توقّعت الأم بعد صراع طويل مع المرض، فتزوَّج الأب ثانية بامرأة أصغر منه سنّاً، فاعتبرت ذلك خيانة لأُمها.

لم تختبر رندة زوجها الذي تختلف عنه كثيراً في الطباع والمزاج، كان الولد الوحيد المدلل لأُمها، مما خلق عدة مشاكل بينهما. وقد عاشت تجارب حمل صعبة، لكن لم ترافقها أية تعقيدات صحية. نجح أطفالها كلهم في الدراسة، وهي لا تزال تساندهم إلى حد الآن.

تعاني رندة منذ سنوات من مرض السكري ومن ارتفاع ضغط الدم، كما تعرضت إثر بعض الأحداث المؤلمة في حياتها لاضطرابات نفسية (قلق، اكتئاب). وبالنسبة لمرضها الحالي، صرحت بأنّ حالتها تطورت تدريجياً، بدأ ذلك على شكل نزيف حادّ بين فترات الحيض، وإثر كشف طبي منذ ثلاث سنوات، أخبرها الطبيب بوجود أورام رحمية. لم تقم رندة بفحوصاتها الطبية بشكل منتظم، ولسوء الحظ زاد حجم الأورام، فنصحها الطبيب باستخراجها، لكنها لم تستجب لذلك. و بفعل حدة الأعراض في الفترة الأخيرة، لم يبق لها ملاذ سوى الجراحة، علماً بأنّ الزوج كان رافضاً لذلك. و أضافت في الأخير أنّ طبعها تغيّر كثيراً في الآونة الأخيرة، فالمرأة التي كانت منفتحة على الآخرين، تحب الحياة والفكاهة، أصبحت تحت ضغط ظروف الحياة تفضل الانعزال في غرفتها، والانغماس في الصلاة كلما أحست بالشجن.

5.1- حالة زهيرة

زهيرة امرأة تبلغ خمسين سنة من عمرها، أمّية، وأمّ لخمسة أطفال. تحدثت عن فترة طفولتها وشبابها بنوع من الحنين، وما تزال تتذكر عودة الأب من فرنسا، والاحتفال الذي كان يقام له في كل مرة. كما أظهرت إعجابها بالوالدين والعلاقة المنسجمة التي كانت بينهما. كانت العائلة كبيرة (7 أطفال)، ولم يستطع أحدهم مزاوله الدراسة لبعده مقر المدرسة عن البيت. ومثلما هي العادة في تلك الفترة، تزوجت مبكراً، ووضعت كل أطفالها في البيت، دون أية مرافقة طبية. تميزت علاقتها بزوجها بالتفاهم، ولم تتجاوز صدمة فقدانه إثر سكتة قلبية حتى الوقت الحالي. وقد تعرضت عقب ذلك لارتفاع الضغط الدموي، وكذلك لمرض السكري بعد مرور بضع سنوات.

و فيما يخص المشاكل الصحية الحالية، فقد شُخص لها ورم رحبي منذ سبع سنوات، بعد حملها الأخير، وتم استخراجها، لكنها لم تُواصل المتابعة الطبية اللازمة بعد ذلك. و بمرور الوقت، ظهر لديها ورم آخر، الذي اكتشف بعد تعرضها لنزيف حاد، كما سبّب لها فقراً في الدم استلزم معالجته أولاً، قبل إجراء عملية الاستئصال الكلي للرحم، التي رحبت بها المريضة.

2. أهم نتائج الدراسة

1.2. نتائج المقابلة الأولى والثانية (قبل العملية)

سنقدم فيما يلي الموضوعات التي استخرجناها بعد القراءة الشاملة لمحتوى المقابلتين، وهي: مواقف النساء عند سرد الرحلة مع المرض، واستجاباتهنّ عند الإعلان عن التشخيص، وأنواع القلق التي ميزت معاشهنّ الانفعالي.

1.1.2. مواقف النساء عند سرد الرحلة مع المرض

تموّعت النساء بين قطبين عند سرد تاريخ المرض، فهناك اللواتي عبّرن عن مختلف الأحداث بصعوبة (2/5: ح 2، ح 5)، حيث اكتنفنّ موقفهنّ الكف (توقفات كثيرة وطويلة، ميل إلى التقلّص...). وهناك، على العكس، اللواتي (3/5: ح 1، ح 3، ح 4) تميّز سلوكهنّ بنوع من التلقائية، بل ولبسهاب عند إحداهن (ح 3). لقد حاولت النساء بناء تاريخ المرض وفق منطقهنّ الخاص، بشكل يسمح لهنّ بالربط بين الأحداث، للوصول إلى سببية المعاناة، ولمواجهة الحدث أيضا. وبشكل عام، أشارت كل النساء إلى عدة مشاكل صحية (اضطرابات في الدورة الشهرية، وحالات نزيف حادّ، واكتشاف أورام رحمية، وعدوى مهبلية متكررة) التي لم تعالج جيدا. ومع ذلك، لم تستطع معظمهنّ فهم طبيعة العلاقة التي بين هذه الأعراض وقرار استئصال الرحم، وقد لاحظنا عند حالات نادرة محاولة إدماج المرض في إطار عائلي وراثي.

وفي تلك الأثناء لم تعبّر النساء عن أحاسيسهنّ بشكل صريح، غير أننا لاحظنا اختلافا في سلوكهنّ. فقد أظهرت بعضهنّ (2/5: ح 1، ح 2) تأثرا كبيرا بالحدث (صعوبة استحضار بعض الأحداث، وتباطؤ في الإيقاع...)، في حين لمحننا لدى البعض الآخر (3/5: ح 3، ح 4، ح 5) قلقا أقل ونوعا من التقبل للوضعية.

لقد تخلل الخطاب عموماً عدة تساؤلات حول أصل المرض، عمّا سيحدث أثناء العملية وعواقبها على صيرورة الجسد، والحياة الجنسية، وكذلك الحياة المهنية، وقد بقي معظمها بدون أجوبة.

2.1.2. استجابات النساء عند الإعلان عن التشخيص

اختلفت ردود فعل النساء عند تشخيص المرض والإعلان عن ضرورة استئصال الرحم، باختلاف الظروف الصحية الخاصة بكل واحدة، وكذلك موقف الزوج من ذلك. تلقت بعض النساء (3/5: ح 3، ح 4، ح 5) قرار الطبيب بالقبول، وأنه واقع يجب الخنوع له، بعد صراع طويل مع المرض. وهناك حتى اللواتي رحّبن بهذا القرار (ح 3، ح 5)، بفعل الأعراض الهامة التي رافقت هذا الأخير (مثل: نزيف حاد ومتكرّر...)، والتي كانت مثيرة للاشمئزاز ومؤثرة سلباً في الحياة الحميمية (ح 3). ولكن ذلك لم يجنّب البعض الآخر من اعتبار القرار مفاجأة لهنّ:

علجية (ح 1): « je suis stressée, c'est inattendu, ce n'est pas normal, y a quelque chose (أنا قلقة، هو أمر غير منتظر، وغير عادي، يوجد شيء آخر) ».

حكيمه (ح 2): « seul Dr K. m'a convaincue, il m'a proposé de garder les ovaires pour la plasticité de la peau...lubrification du vagin (هو الوحيد الذي أقنعني، اقترح عليّ الاحتفاظ بالمبيضين من أجل ليونة الجلد... ترطيب المهبل) ».

وفي الحقيقة، سبق أن حدّرت بعض النساء فيما يخص التعقيدات الممكنة للأورام الرحمية إذا لم تعالج جيدا أو لم تُستأصل (ح 3، ح 4، ح 5)، غير أن ذلك لم يكن حال بقية النساء حيث لم يتبيّن لهذا الحدث (ح 1، ح 2).

لقد أخذت معظم النساء رأي أزواجهنّ في الحسبان قبل إعطاء موافقتهنّ على توصية الطبيب، بينما لم تفعل بقيتهن ذلك (ح 2، ح 4)، لكونهن يرين أن الأمر يهيم صحتهن أولاً وقبل كل شيء. يظهر أنه عندما تشتدّ المعاناة الجسدية، يعاد النظر في الأولويات المحددة في الحياة، وفي هذه الحالة من الصعب التفكير في الشريك، ويستبعد بذلك الجانب الجنسي إلى أجل غير مسمّى!

3.1.2. أنواع القلق الحاضرة عند النساء

كان التعبير عن الانفعالات جدّ مختصر عند النساء، وكأنّ الحديث عنها قد يزيد من حدتها، على عكس ما هو منتظر، علماً أنه لا يفصل عن العملية إلا يوم واحد. هيمن موضوع الخوف من الموت و القلق من المجهول على المواضيع الأخرى في خطاب عند هؤلاء النساء، وظهر ذلك أيضاً بشكل غير مباشر من خلال اضطرابات في السلوك الغذائي، وفي النوم خصوصاً، نتيجة ربما التساؤلات المتراكمة في ذهن بعضهنّ حول نوعية المرض (أهو سرطان أم لا؟) أو/و حول الأعضاء التي ستمسها العملية.

جازية (ح 3): "الولدة طابت": "le premier médecin m'a dit: j'ai peur qu'il y ait autre chose... (أخاف من وجود شيء آخر، قال لي الطبيب الأول بأن "الولدة طابت")».

كما ظهر لدى بعضهن (3/5: ح 1، ح 3، ح 5) الخوف من الانفصال عن الأولاد، بفعل العلاقة الرابطة بين الطرفين، غير أننا نقرأ خلف الكلمات الإحساس بالإثم أيضاً، ربما لعدم إتمام مهمتهن كأمهات.

وعلى العكس ذلك، حاولت الأخريات (2/5: ح 2، ح 4) السيطرة على الوضع، ولكن بشكل مختلف. فقد لجأت الحالة الأولى (ح 2) إلى استعمال نفس الأسلوب الطبي المجرد من العاطفة:

حكيمه (ح 2): « c'est un organe malade, deux ans au maximum je serai ménopausée, comme ma mère, plus de possibilité d'avoir des enfants... (هو عضو مريض، بعد عامين كحد أقصى، سأكون في مرحلة سن اليأس، مثل أمي، وولن أقدر على الإنجاب...)».

وعلى الرغم من تماسكها، إلا أنها بدت لنا وكأنّ معاناتها تتجاوز العرض النفسي ذاته. كما برزت لديها هذه الحاجة إلى الأمّ، وإلى تقمّمها، حتى وإن لم تتعرض هذه الأخيرة لمثل هذه العملية، ولم تحرم من الوظائف الأساسية لهذا العضو قبل الأوان. كما أشارت إلى خوفها من عواقب العملية (إجازات مرضية متكررة...) على مسيرتها المهنية التي تبدو ذات أهمية كبيرة بالنسبة إليها. قد يعكس هذا الموقف رغبة هذه المرأة في تثبيت ذاتها وإيجاد مخرج للتعقيدات البيولوجية، ولكن قد يختبئ وراء هذه الحاجة الماسة إلى النشاط أيضاً أنماط قلق بدائية (عجز، تبعية للآخر...) التي أحيتها من جديد حالة المرض والجراحة المفروضة عليها، والتي تحاول مقاومتها بهذا الشكل.

بينما حاولت الحالة الثانية (ح 4) ضبط الوضعية بطريقة أخرى ومميّزة، حيث قارنت في البداية وضعيتها بحالة حمل، مع غض الطرف عن الطابع العدواني للمرض، بشكل يسمح لها ذلك (انزلاق رمزي) بتقبل الشيء

الغريب الذي تحمله في أحشائها وغير المجرد من الكراهية والنبذ، ثم لاحظنا بعد ذلك اللجوء إلى الواقع الخارجي، والرجوع إلى الله عز وجل:

رندة (ح 4): « je n'anticipe pas, tout est entre les mains du bon Dieu, mes enfants sont grands » (لا أتوقع، كل شيء في أيدي الخالق، أطفالا كبروا...)».

نظهر لنا هذه التصريحات هكذا الاختلافات الموجودة بين النساء من حيث نوع القلق المسيطر على حياتهن في ذلك الوقت الحرج، ولكن من حيث كيفية التعبير عنه و ضبطه أيضا.

2.2. نتائج المقابلة الثالثة (بعد العملية)

استخرجنا من خلال قراءتنا لمحتوى هذه المقابلة الثالثة والأخيرة موضوعين أساسيين هما: تصور النساء لجسدهن ولذاتهن، وتوقعاتهن عن الحياة الجنسية.

1.2.2. تصور الجسد والذات

تمكنت بعض النساء (2/5: ح 1، ح 3) من إعطاء تصور عن معاشهن الجسدي بعد العملية، في حين برزت بعض الصعوبة عند الحالات الباقية (3/5: ح 2، ح 4، ح 5).

تشابهت أجوبة الحالات الأولى، وها هي أهم تصريحاتهن حول الموضوع:

علجية (ح 1): « j'ai senti un manque... pas une femme complète (أحسست بنقص، لست امرأة كاملة...)».

جازية (ح 3): « même quand je prends de l'eau, ça passe dans le vide, je ne sais pas ce qu'il a enlevé.. je sens un grand vide.. (حتى عندما أشرب الماء، يمر في الفراغ، لا أعرف ما أزاله.. أحس بفراغ كبير..)».

تشير هذه التصريحات إلى مدى تأثير فقدان هذا العضو على نفسية النساء. وترجم ذلك من خلال الإحساس الغريب بالفراغ الجسدي، إلى درجة تلاشي الحدود الداخلية أحيانا. يتعلق الأمر إذن بجرح نرجسي، ترافقه تساؤلات حول الهوية الذاتية والجنسية بشكل خاص، لكن قد يشير ذلك أيضا إلى نقص في المعرفة اللازمة لدى هؤلاء النساء حول دور الرحم، وعواقب هذه العملية على طريقة عمل الجسم.

أما بقية النساء (ح 2، ح 4، ح 5)، فلم يصلن إلى إعطاء تصور للواقع الحالي المعيش، إلى درجة تجنب الحديث عن الموضوع، إلا أننا لاحظنا من جهة أخرى علامات قلق لديهن (اضطرابات في السلوك الغذائي أو/و في النوم، آلام حادة، اللجوء إلى استعمال مهدئات...)، ولم تتقبل بعضهن (ح 2، ح 5) الحدث أيضا، إلى درجة الإنكار أحيانا، مثلما يظهر ذلك في التصريح التالي:

زهيرة (ح 5): « Ur êusse\$ ara taεbuî-iw ttilemt, axaîr sεi\$ yakan aεbuî (tlusa taεbuî-is ttavs) (لا أحس بالفراغ، لأن لدي بطن كبير) تضحك وهي تلمس بطنها)».

2.2.2. توقعات عن الحياة الجنسية

في الواقع، عبّرت بعض النساء (2/5 : ح 1، ح 2) عن انشغالاتهن حول الانعكاسات المحتملة للعملية على الحياة الجنسية منذ اللقاء الأول معهن، في حين أظهر بعضهن الآخر قلقاً أقل من هذه المسألة، لمعانة الزوج من مشاكل جنسية سابقة (ضعف الانتصاب) (2/5 : ح 3، ح 4) أو بسبب فقدانه حديثاً (ح 5). أشارت الحالات الأولى بشكل مختصر إلى الخوف من الجماع (ح 1)، دون إعطاء أدنى توضيح حول الموضوع، وإمكانية حدوث خيانة زوجية من جراء ذلك، أو الخوف من عدم القدرة على إشباع الزوج (ح 2) أثناء تلك العملية.

علجية (ح 1): (« mon mari est difficile, mais correct, il n'est pas exigeant par rapport à la sexualité, ») : «... لكنني أخاف أن يتغير... أخت زوجي (لوسيتي) تزوج زوجها للمرة الثانية لهذا السبب».

وحسب تصريحاتهن، لم تُطرح هذه التساؤلات على الطبيب المختص لكونه رجلاً من جهة، وبسبب طبيعه المحافظ من جهة أخرى. كما لم يُقم هو بهذه المبادرة، مما جعل إحداهن (ح 1) تلجأ إلى وسائل التواصل الاجتماعي للحصول على المعلومة، ومع ذلك لم تحس بالاطمئنان بالقدر الكافي.

٧١. مناقشة النتائج

يتفق الباحثون على أنّ مرحلة ما قبل سن اليأس التي تبرز أعراضها في المتوسط بين 40 و45 سنة، وقد تدوم عدة أشهر أو بضع سنوات، من بين المراحل الحساسة في حياة المرأة، لكونها تشكل فترة انتقالية بآتم معنى الكلمة. فمن جهة، تحدث فيها عدّة تحولات هرمونية من شأنها أن تسهّل ظهور بعض الأمراض النسائية، ومن جهة أخرى، تعرف فيها حياة المرأة تغيرات نفسية واجتماعية، وقد لقيتها بعض الباحثين (Darling et Mc koy-Smith, 1993, cités par Gauthier et Cordey, 2013, p.1) بـ"سن الفقدان". وهذان الجانبان في واقع الأمر متداخلان ويؤثر كل واحد منهما في الآخر، مما يعطي صبغة مميزة لمعاش كل امرأة خلال هذه المرحلة من الحياة. وقد يحدث أن تأتي ظروف صحية أخرى لتعقد الوضع عند بعض النساء، في حالة اللجوء إلى جراحة استئصال الرحم. ومثلما نعرف، يحمل هذا العضو معاني وتصورات رمزية كثيرة (الأنوثة، والخصوبة، والأمومة، والجنس)، لذا قد تؤدي إزالته إلى خلق اضطراب على عدّة مستويات: الصورة الجسدية، وتقويم الذات، والهوية الجنسية، والعلاقة مع الشريك... الخ.

خلصت نتائج هذه الدراسة المتواضعة، على الرغم من النقائص الموجودة فيها لاسيما من حيث حجم مجموعة البحث وقصر مدّة المتابعة، إلى وجود ومثلما توقعناه انعكاسات سلبية لهذه العملية على المعاش الانفعالي والعاطفي للنساء خلال الفترة الاستشفائية. برز ذلك في عدّة مظاهر: طريقة الحديث عن المرض والأعراض المرتبطة به، والأحاسيس المصاحبة، والمواقف المتخذة، وتصورات الجسد، والتوقعات عن الحياة الجنسية بعد العملية. وقد تأرجحت مواقف النساء عند سرد الأحداث بين موقفين، بين اللواتي كنّ في حالة كف، مما يمكن أن يشير إلى شدة الانفعالات المكبوحه، وبين اللواتي تميزن على العكس بنوع من المرونة ولكن إلى درجة فقدان القدرة على الاحتواء وضبط النفس عند البعض. وتشهد هذه المواقف على عنف الاقتحام الجسدي الذي أحدثه المرض (حالات نزيف حادّ بشكل متقطع أو متواصل، والاستكشافات الطبية المختلفة

(مسحة عنق الرحم، تصوير مقطعي للبطن...) ، والقلق المصاحب له الذي حاولن مقاومته باللجوء إلى آليات دفاعية مختلفة (خوافية، نرجسية، ضد اكتئابية...).

ويُضاف إلى ذلك عنف الإعلان عن التشخيص، بكل ما يمكن أن يثيره من تخيلات وهوامات عند النساء، والتي ستحدد، بقدر كبير، تأويلهن للحدث. وقد حاولن التحكم في هذه الوضعية الصعبة والحرجة بعدة طرق: باللجوء إلى الانشطار الجسدي، والإنكار، والكف، والتمسك بالواقع الخارجي. وتعتبر هذه الوسائل، حسب بعض العياديين (Gori, 2004 ; Zarrouati et Sudres, 2004, cités par Venturini, 2014, pp.171-172)، من بين الآليات الدفاعية الضرورية في الأوقات الأولى التي تلي تشخيص المرض والتكفل الطبي، في انتظار العودة إلى الحياة "العادية". ظهرت بعض النساء وكأتهن في حالة صدمة حيث أبدن صعوبة في إعطاء تصور عما هو معيش في ذلك الوقت، ولكن هناك اللواتي رحبن بالعملية، بفعل الأعراض الهامة والمزعجة التي عانين منها.

ويشير لوفان (Le Guen, 1992, cité par Venturini, 2014, pp.132-133) في هذا السياق إلى أنه من بين التصورات التي لا يمكن تحملها في الواقع، نجد تصور الإخصاء والموت. واستئصال الرحم، حتى وإن لم يبرز أثره على مستوى المظهر الخارجي، فهو يؤثر على الجسد الخيالي والهوامي على شكل إخصاء، تجربة من شأنها أن توظف الإحساس بالإثم المتعلق بالهوامات الأوديبية وممنوعاتها. والجراحة كذلك، ومهما كانت نوعية التحضير لها، لا يمكن ألا تثير أفكار الموت.

يلقب بعض المحللين النفسانيين (Schaeffer, 2004 ; Green, 1980/1983) سن اليأس بـ "الإخصاء الأبيض" الذي يُرجع إلى الفراغ المحسوس به من قبل النساء خلال هذه المرحلة (نهاية فترات الطمث وتوقف الإباضة وعدم القدرة على الانجاب). كما يمكن أن تُعاش سن اليأس على شكل الشعور بالإهانة أو الإحساس بجرح نرجسي. ويوضح هؤلاء العياديون أن وراء هذا الإخصاء الخاص بسن اليأس يختبئ إخصاء آخر متعلق بالجانب الشبقي عاشته المرأة في الطفولة، والذي انبعث بفعل قلة نجاعة الكبت أثناء هذه المرحلة من الحياة (Deutsch, 1949 ; Freud, 1937). ولما يحدث هذا الإخصاء قبل الأوان، وبشكل ملموس وفعلي، فهذا قد يزيد من حدة المهانة عند بعض النساء. وفي هذه الحالة يمكن أن تتأثر الهوية في بعدها الأنتوي والأمومي، فيحدث تغيراً في تقويم الذات، وفي تصور نظرة الزوج، وفي التوقعات عن العلاقة الجنسية، مثلما لمسنا ذلك في أجوبة معظم النساء، حتى في حالة إنكار ذلك.

وهكذا، لما يستأصل الرحم ويمس كمال الجسد، سيفرض على المرأة عملاً نفسياً حول فقدان هذا العضو، وحول تقمصاتها أيضاً. ويتعلق الأمر هنا بعمل حداد من طبيعة أخرى (ذا تركيبة نرجسية)، أي حول موضوع داخلي وجزء من كيانها (Pedielli, 1994). برز ذلك عند النساء من خلال بعض المؤشرات التي لاحظناها في الأوقات الأولى بعد الإعلان عن التشخيص وخاصة بعد العملية (غضب، حزن، إحباط، استسلام، إحساس بالفراغ، إنكار...). ونشير إلى أن مثل هذه الاستجابات سبق أن لوحظت في وضعيات عيادية أخرى (سرطان الأعضاء التناسلية، سرطان الثدي...) (Brullmann, 2007 ; Grimaldi et al., 2015 ; Rioufol, 2002 ; Venturini, 2014). ويوضح العياديون في هذا المجال أن هذا الاختراق الجسدي العنيف الذي يمسه جزء من الذات والأعضاء التناسلية بالتحديد، سيفرض صعوبات أكثر للإصلاح على المستوى النفسي مقارنة بالموضوع الصدمي الخارجي.

كل هذا يبين حقيقة أهمية البعد الخيالي والرمزي في معاش هذه التجربة الجسدية، لكن هذا لا يجب أن ينسبنا تأثير العوامل الاجتماعية، لاسيما موقف الزوج وأفراد آخرين من العائلة، وكذلك المهنيين. فعلى المستوى العائلي، من المهم الإشارة إلى قلة استعمال نساء هذه المجموعة للدعم العائلي لتجاوز هذه المعاناة، ربما لاعتبار هذه المسألة شخصية وحميمية ومن الأفضل تجنب الحديث عنها مع الغير، أو ربما بسبب الاستجابات السلبية المتوقعة منه في محيط اجتماعي وثقافي مشبع ببعض المعتقدات والأفكار المسبقة حول المرض. هذه المواقف من شأنها أن تسهل الانطواء على الذات، بدلا من إيجاد مخرج لتفريغ الأحاسيس السلبية. ويمكن اعتبار هذا السلوك كعامل خطورة لا يستهان به، لكونه قد يزيد من شدة القلق، ويفسح المجال لبروز ظواهر اكتئابية. وعلى مستوى التكفل الطبي، أول عنصر شد انتباهنا عند سرد الرحلة مع المرض من قبل النساء، هو قلة الوعي الملحوظ عند معظمهن فيما يخص المضاعفات الممكنة للمرض، مما أثر سلبا على المتابعة الطبية وعلى صحتهن. يمكن أن يرجع ذلك إلى نقص في استيعاب المعلومات المقدمة من طرف المختص، أو إلى عدم أخذ المبادرة لطلب المعلومات والتوضيحات اللازمة. ونحيط علما أن مدة الاستشارة الطبية قصيرة عموما بسبب عدد المرضى المتوافدين على هذه المصلحة في كل مرة.

العنصر الثاني الذي يجدر تناوله متعلق بالمحيط الطبي الذي تتواجد فيه النساء، خلال مدة الاستشفاء في بعده المادي والإنساني. فعلى المستوى المادي، تتوفر المصلحة على كل شروط الراحة، ووسائل العناية الطبية الضرورية، غير أننا لاحظنا-أحيانا- عدم احترام حساسية بعض المرضى، وعلى سبيل المثال، يمكن أن تتقاسم نساء مستأصلات الرحم نفس الغرفة مع نساء على وشك الولادة أو الواضعات، مما يشكل عامل قلق إضافي. وعلى المستوى الإنساني، ما يجب الإشارة إليه هو قلة عدد القابلات والممرضات في هذه المصلحة، بالنظر إلى عدد المرضى (لا يقل عن 20 امرأة). تتشكل الفرقة سواء في النهار أو في الليل من قابلة وممرضة، ويتم عمل الفرق بشكل متناوب. ولهذا، فمن الصعب تلبية حاجيات النساء مثلما ينبغي، وكذلك الاستماع إلى انشغالاتهن، لاسيما في بعض فترات السنة التي يزداد فيها الطلب على خدمات هذه المصلحة.

ومن الأمر المهم أن نضيف أيضا أن مسيري هذه المؤسسة الصحية لا يعيرون اهتماما، على ما يبدو، للجوانب الأخرى للصحة. ولهذا، ففي عملية التوظيف يركزون على التخصصات الطبية وشبه-الطبية التي يرونها أساسية ومربحة، ويبقى بذلك دور الأخصائي النفسي في التكفل العلاجي ثانويا، ويمكن حتى الاستغناء عن خدماته.

وعلى عكس ما يحدث في مؤسساتنا الصحية، تبين عدّة دراسات ميدانية أجنبية (فرنسية خصوصا)، ومنذ عدّة سنوات أهمية هذا التصور التكاملية لصحة الفرد (جسدية- نفسية- اجتماعية). هذا الأمر الذي يتطلب من المهنيين طبعا الانتباه إلى كل العوامل المتدخلة في المرض، من أجل الوصول بالشخص إلى حالة توازن وانسجام على مستوى كل امكانياته، وإلى تكيف أحسن مع محيطه. ووفق هذا التصور، تقتضي الصحة أخذ بعين الاعتبار المظهر الدوائي، وكذا التربية من أجل الصحة التي تدخل في إطارها التربية العلاجية. وتبين مجمل ملاحظتنا في الميدان وفي هذه المصلحة خصوصا، خلال فترة التريص فيها لمدة عامين متتاليين، نقصا هاما في هذا الجانب الأخير حيث يُختصر التكفل الطبي في علاج المرضى من الناحية العضوية لا أكثر، دون تزويدهم بالمعلومات الكافية حول طبيعة مرضهم ومسار علاجهم. فالمرأة المستاصلة للرحم تفتقد هنا إلى المعرفة الكافية لحقوقها، وحول مرضها والإمكانيات التي في حوزتها، لتتمياً بصورة أحسن لمواجهة وضعيتها الجديدة، ولاسيما عند التي يكون مستواها التعليمي محدودا. وقد لاحظنا فعلا أن أحد أسباب ارتفاع مستوى القلق عند بعض نساء هذه المجموعة، هو عدم فهم التغيرات التي حدثت لهن نتيجة المرض والعلاج.

وكما هو معتاد في كل مؤسساتنا الصحية تقريبا، تقتصر تدخلات الممرضة، سواء قبل أو بعد عملية استئصال الرحم، على تطبيق التعليمات الطبية حسب البروتوكول الطبي المحدد لهذه الحالات، مع الأخذ في الحسبان بعض الخصوصيات المتعلقة بكل واحدة. تعمل الممرضات والقابلات في هذه المصلحة تحت ضغط كبير بسبب مختلف المهام التي يكلفن بها، لهذا غالبا ما يسيطر الجانب التقني والأداتي للرعاية على الجانب العاطفي والإنساني. ولما يحدث أن تشكو بعض النساء من استمرار الألم على الرغم من المسكنات المستعملة، نلاحظ علامات الانزعاج أو العجز في وجوه الممرضات تُجاه الوضعية. لا يحاولن في هذه الحالة إرساء أي حوار مع هؤلاء النساء الذي من خلاله يفرغن الانفعالات السلبية المخبأة، بل يكتفين بإعطاء بعض الشروحات حول العرض قصد طمأنتهن. وقد يرجع ذلك إلى ضيق الوقت من جهة، أو ربما إلى أسباب ذاتية غير مصرح بها، تجعلهن يتجنبن الإشراف في الوضعية (عدم القدرة على ضبط الانفعالات، الخوف من التقمص...). كما أن المبادئ التوجيهية لهذه المؤسسة الصحية لا توفر للمهنيين إمكانية القيام بالإجراءات المناسبة.

لا يمكن في مثل هذه الظروف إذن، وبالنظر إلى قصر المدّة الاستشفائية أيضا، القيام بعمل وقائي مع هذه الفئة من المرضى. ويشير إلى هذه الصعوبات في الميدان عدّة باحثين في بلدان أخرى (Aguiton, 2006 ; Berrut *et al.*, 2017 ; Desgagné, 1987, etc.). كما يجب أن نضيف أننا لا نملك، في الوقت الحالي، أدوات تقويم منظمة ومكيفة (استبيانات، شبكات تقويم...) تسمح بالتعرف على الحاجيات الخاصة بهؤلاء النساء. ولهذا لا يمكن للمهنيين اتخاذ التدابير الوقائية اللازمة (اقتراح برنامج تعليمي معين، أو شكل من أشكال التدخل النفسي (مرافقة فردية، مجموعة دعم تشاركي، علاجات بديلة...)).

على الرغم من كل هذه العراقيل الموجودة في الميدان، نريد أن نلحّ مرة أخرى على ضرورة التحضير النفسي لهؤلاء النساء، ولو على شكل نصائح بسيطة، لأن التحضير الطبي وحده يبقى غير كاف. وقد يسمَح ذلك باكتشاف الحالات الهشة نفسيا أو/و اجتماعيا للتكفل بهن قبل العملية.

لقد وضحت لنا هذه الدراسة حقيقة حاجة النساء إلى الدعم المعلوماتي، كما رأينا أن وجود بعض عوامل الخطورة عند بعضهن (سوابق أمراض نسائية- ولادية، سوابق نفس-مرضية، فترة عقم ومسيرة علاجية صعبة، حالة اجتماعية-اقتصادية هشة...) قد تجعلهن معرضات أكثر من غيرهن لاضطرابات نفسية لاحقا(حصر، اكتئاب...)، لاسيما مع نقص الدعم الانفعالي من طرف المهنيين، أو من قبل أفراد العائلة، أو في حالة عدم التعبير عن الحاجة إلى ذلك. و قد تحتاج هذه الفئة أكثر من غيرها إلى متابعة طبية ونفسية بعد الجراحة، التي يجب أن تتماشى مع الحاجيات والصعوبات المتعلقة بكل امرأة. فالمظاهر الانفعالية التي لاحظناها، قد تتحول إلى اضطرابات حقيقية، مثلما تؤكد ذلك عدّة دراسات ميدانية (Cabness, 2010 ; Darling et Mckoy-Smith, 1993, cités par Gauthier et Cordey, 2013, pp.12&17; Gueye *et al.*, 2014 ; Mbongo *et al.*, 2016, ect.) إذا لم يتم التكفل بها مبكرا. وهذا نتيجة الانعكاسات الجسدية للعملية نفسها وعوامل أخرى.

VII. خاتمة

تُعتبر مرحلة ما قبل سن اليأس من بين الفترات المعقدة في حياة المرأة، حيث تعيش فيها عدّة تحولات، وعلى مستويات مختلفة. فعلى المستوى الجسدي، تظهر لديها المؤشرات الأولى التي تدل على تراجع الأطوار التناسلية المكرسة لخدمة النوع، كما ترافقها العلامات الأولى للانحطاط الجسدي التي تعلن عن اقتراب نهايتها الطبيعية. وعلى المستوى النفسي، تتأثر نرجسيتها، فتظهر لديها أحاسيس الخيبة والمهانة الوشيكة، التي تحمل

في طياتها نداء استغاثة. ولما يحدث أن يزول الحيض بشكل مفاجئ، وقبل الأوان نتيجة عملية ما، مثلما هو الحال عند استئصال الرحم، فإضافة إلى التغيرات المرتبطة بهذه المرحلة والأعراض الحادة للمرض، على المرأة أن تتكيف مع وضعها الجديد، أي أن تعيش دون هذا العضو الذي يحتل مكانة مميزة في حياتها.

ولهذا، يجب على المهنيين ألا يستخفوا بهذه العملية، حتى لما تجرى في سن متقدمة، لاسيما وأننا نعرف جيدا أن العوامل النفسية والمحيطية تلعب دورا مهما في كيفية معاش ومواجهة المرأة لهذه المرحلة الانتقالية الحاسمة. ومن الأمر المهم، وعلى قدر الإمكانات المتاحة، احترام الوقت النفسي للنساء. ويكمن دور الأخصائي النفسي هنا في مرافقتهم في الصيرورة النفسية لهذه العملية، وهذا في مختلف أوقات المسيرة العلاجية، مع الأخذ بعين الاعتبار جوانب من تاريخهن النفسي-العاطفي التي تطبع بصمتها على معاشهن. كما يجب على هذا الأخير الانتباه، خصوصا، إلى النساء اللواتي في وضعيات ذات هشاشة نفسية أو/ واجتماعية، للتعرف على حاجياتهن والتدخل بشكل مبكر. ويكون التكفل الأفضل هو الذي يأخذ في الحسبان خصوصيات كل واحدة، أي شخصيتها، ونوعية صورتها الجسدية، والمعاني الرمزية والأهمية الممنوحة للرحم، وثقافتها..

وقد بينت هذه الدراسة الاستكشافية، من خلال تناول بعض الجوانب من المعاش الانفعالي والعاطفي للنساء المستأصلات الرحم، مختلف الأحاسيس والأفكار والتصورات السلبية المستحوزة علمين خلال هذه المرحلة، قبل الجراحة وبعدها. ونفكر أن هذا الموضوع يمكن أن يتضح أكثر إذا اعتمدت فيه الاختبارات الإسقاطية (الرورشاخ ورائز تفهم المواضيع) التي تسمح بالتعمق في الجوانب المذكورة آنفا، وبالتعرف بصورة أحسن على خصائص توظيفهن النفسي (الهوية القاعدية، التقمص الجنسي، الأسس النرجسية...) قبل عملية الاستئصال وبعد حدوثها، وهذا من خلال دراسة طويلة.

من جانب آخر، من المهم أن نوضح أن هذا المعاش غير مرتبط بعوامل نفسية وذاتية فحسب، بل هو متعلق بعوامل خارجية ومحيطية أيضا، ومنها النقص في الدعم الاجتماعي بما فيه النوع المعلوماتي. و فيما يتعلق بهذا العنصر الأخير، تجدر الإشارة إلى أن المهنيين عموما يتفوقون على أن التربية العلاجية، كجزء مكمل للتكفل العلاجي، تساهم في الوقاية وفي ترقية صحة المريض. وترمي هذه التربية العلاجية إلى تغيير تصورات الشخص حول مرضه، بتلقيه طريقة التحكم فيه وفي علاجه. وعلى عكس ما لاحظناه في مواقف النساء، فعلى المريض، هنا و وفق هذا التوجه الجديد، أن يساهم هو الآخر إلى جانب مختلف المتدخلين في ميدان الصحة، في تحسين نوعية حياته. ونحن، للأسف الشديد، لم نصل بعد إلى هذه المرحلة من التطور في الذهنيات حيث تكون فيها المسؤوليات متقاسمة بين مختلف المتخصصين في مجال الصحة وبين المرضى. فإذا كان على المريض أن يصبح شخصا فعالا بآتم معنى الكلمة، فإن على المهنيين أن يُدركوا أن التكفل بالمريض لا يُختصر في مرضه، بل يجب أن يكون شاملا و يؤخذ بعين الاعتبار معاشه الذاتي، وكل العناصر المكونة لإطار حياته. وبشكل المستشفى المحل الأول للمبادرة بهذا العمل، ثم على المؤسسات الصحية الخارجية أن تتولى المسؤولية لضمان استمرارية الرعاية.

المراجع

-المؤلفات-

- Deutsch, H. (1987). *La psychologie des femmes : étude psychanalytique*, 2 (H. Benoit, trad.). Paris, France: PUF.(Ouvrage original publié en 1949).
- Estrade, J.-P., André, G., Sutter, A.-L. et Dallay, D. (2005). Conséquences fonctionnelles et psychosexuelles de l'hystérectomie. Dans B. Blanc et L. Siproudhis, *Pelvi-périnéologie* (pp.313-319). Paris, France : Springer Paris. <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/357/Part%205/5%20Item.pdf>
- Freud, S. (1985). L'analyse sans fin et l'analyse avec fin. Dans *Résultats, idées, problèmes*, 2 (pp.231-268) (J. Altounian, A. Bourguignon, P. Cotet et A. Rauzy, trad.). Paris, France : PUF. (Ouvrage original publié en 1937).
- Green, A. (1983). La mère morte. Dans *Narcissisme de vie, narcissisme de mort* (pp.222-253). Paris, France : Editions de Minuit.
- Grimaldi, H.-M., Romano, H., Bacqué, M.-F. et Merg-Essadi, D. (2015). Deuil autour du berceau. Dans H. Romano (dir.), *Accompagner le deuil en situation traumatique* (pp.102-131). Paris, France: Dunod.
- Pedinielli, J.-L. et Fernandez, L. (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris, France : Armand Colin.
- Schaeffer, J. (2004). Fin du maternel, enfin le féminin ? Dans P. Bélot-Fourcade et D. Winaver (dir.), *La ménopause : regards croisés entre gynécologues et psychanalystes* (pp.185-194). Ramonville- Saint-Agne, France : Erès.
- Untas, A. (2012). L'ajustement à la maladie. Dans S. Sultan et I. Varescon (dir.), *Psychologie de la santé* (pp.41-65). Paris, France : PUF.

-القواميس-

- Levallois, M. -P. (dir.). (2002). *Petit Larousse de la médecine*. Paris, France : Larousse/VUEF.

-المقالات-

- Beltran, L. (2013). Hystérectomie : le point de vue du psychologue. *La Lettre du Gynécologue*, 378-379, 44-45. Récupéré de <https://www.edimark.fr/lettre-gynecologue/hysterectomie-point-vue-psychologue#>
- Brullmann, F. (2007). Du traumatisme de l'ablation d'un sein après cancer à la reconstruction réparatrice : une traversée. *Le carnet psy*, 6(119), 46-51. DOI : 10.3917/lcp.119.0046
- Brunel, M.-L. (1995). La place des émotions en psychologie et leur rôle dans les échanges conversationnels. *Santé mentale au Québec*, 20(1), 177-205. DOI: <https://doi.org/10.7202/032338ar>
- Claudon, Ph. et Weber, M. (2009). L'émotion. Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction. *Devenir*, 21, 61-99. DOI: 10.3917/dev.091.0061
- Danesh, M., Hamzehgardeshi, Z., Moosazadeh, M. et Shabani-Asrami, F. (2015). The Effect of Hysterectomy on Women's Sexual Function: a Narrative Review. *Medical Archives*, 69(6), 387-392. DOI : 10.5455/medarh.2015.69.387-392
- Gognalons-Nicolet, M. et Bardet Blochet, A. (1991). La maturation : période critique d'âge entre 40-65ans. Santé, maladie, vieillissement et âges sociaux. *Santé mentale au Québec*, 16(1), 191-212. DOI: <https://doi.org/10.7202/032210ar>
- Gueye, M., Diouf, A., Cisse, A., Coulbary, As., Moreau, J.C. et Diouf, A. (2014). Conséquences de l'hystérectomie au centre hospitalier national de Pikine à Dakar. *La Tunisie Médicale*, 92(10), 635-638. Récupéré de https://www.latunisiemedicale.com/article-medicale-tunisie_2652_fr
- Iannaccone, A. et Cattaruzza, E. (2015). Le vécu subjectif dans la recherche en psychologie. *Recherche et formation*, 80, 77-90. DOI : 10.4000/rechercheformation.2506
- Lachowsky, M. (2004). Sexualité après cancer pelvien. *La Lettre du Gynécologue*, 297, 8-9. Récupéré de <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/10274.pdf>
- Mbongo, J.-A., Mouanga, A., Massamba Miabaou, D., Nzelié, A. et Iloki, L.H. (2016). Qualité de vie et vécu de la maladie, avant et après l'hystérectomie vaginale, chez les femmes admises au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. *Pan African Medical Journal*, 25(1), 1-9. DOI : 10.11604/pamj.2016.25.79.10085

- Pedinielli, J.-L. (1994). Hypothèse d'un "travail de la maladie". *Cliniques méditerranéennes*, 41/42, 169-189.
- Rioufol, M-O. (2002). Soins relationnels : Prévention et lutte contre la perturbation de l'image corporelle. *Soins*, 666,57-58.

-المدخلات-

- Proust, S., Jouly, F. et Lopes, P. (2004). Les complications de l'hystérectomie sont-elles liées à la voie d'abord ? *Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale : 28e journées nationales* (pp.183-207). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Récupéré de http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Gm_183_lopes.pdf

-المذكرات والأطروحات الجامعية-

- Aguiton, Ch. (2006). *L'accompagnement de la souffrance des patientes en service de chirurgie gynécologique* [mémoire en soins infirmiers, Institut de Formation en Soins Infirmiers, Rennes, France]. Récupéré de <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-Charlotte-AGUITON.pdf>
- Benaomar, M., Calve, E.-C., Chatenet, B., Cirodde, M., Dommange Charrier, A., Ducrocq, G., Lelievre, A., Lusset, A., Mollard, C., Muliava, S. et Waia, F. (2005). *L'éducation pour la santé du patient, les enjeux de la participation des patients* [mémoire- Module interprofessionnel de santé publique, Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes]. Récupéré de https://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/mip/groupe_14.pdf
- Berrut, S., Chancerel, A. et Gillet, V. (2017). *L'hystérectomie : Quelle prise en charge infirmière pour une transition vers l'acquisition d'une nouvelle féminité?* [mémoire de bachelor en soins infirmiers, Haute Ecole de Santé Vaud, Suisse]. Récupéré de <https://patrinum.ch/record/170382>
- Desgagné, L. (1987). *Evaluation des effets d'un enseignement auprès d'une clientèle hystérectomisée* [mémoire de maîtrise en éducation, Université du Québec à Chicoutimi, Canada]. Récupéré de <https://constellation.uqac.ca/1706/1/1435306.pdf>
- Gauthier, F. et Cordey, L. (2013). *Prévention des conséquences de la perturbation de l'image corporelle chez les femmes pré ménopausées ayant subi une hystérectomie* [mémoire de bachelor en soins infirmiers, Haute Ecole de Santé Vaud, Suisse]. Récupéré de <https://patrinum.ch/record/17831>
- Laassouli, M. (2012). *Les indications de l'hystérectomie à propos de 2158 cas* [thèse de doctorat de médecine, Université Mohammed V, Rabat, Maroc]. Récupéré de <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/handle/123456789/135>
- Oukid, M.S. (2009). *La place de la cœlioscopie dans l'hystérectomie* [thèse de doctorat de médecine, Université Saad Dahleb de Blida, Algérie]. Récupéré de <http://di.univ-blida.dz:8080/jspui/bitstream/123456789/5738/1/32-610-466-1.pdf>
- Petruzzellis, S. (2021). *Approche du designer pour faciliter l'expression du vécu émotionnel. Conceptualisation d'un jeu permettant d'accompagner l'enfant confronté à une expérience négative dans la construction de son récit* [thèse de doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication, Université de Nîmes, France]. Récupéré de <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03155245/document>
- Venturini, E. (2014). *Retentissements psychiques du cancer gynécologique pelvien sur la sexualité féminine* [thèse de doctorat de psychologie, Université Paris Descartes, France]. Récupéré de <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01196000/document>

- مواقع الانترنت -

- Cosnier, J. (2015). *Psychologie des émotions et des sentiments*. Récupéré le 5 janvier 2022 de http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/Emotions_et_sentiments.pdf
- Vermersch, P. (2015). *Définir le concept de vécu dans l'entretien d'explicitation*. Récupéré le 27 Mars 2022 de <http://www.entretienavec pierre.fr/2015/07/definir-le-concept-de-vecu-dans-l-entretien-d-explicitation>